

Sprachliche, fachsprachliche und interkulturelle Schwierigkeiten von Ärzt:innen aus  
Jordanien während der Fachärzt:innenausbildung an Krankenhäusern in Deutschland.

Eine qualitative Studie.

Inauguraldissertation  
zur Erlangung des Akademischen Grades  
eines Dr. phil.,  
vorgelegt dem Fachbereich 05 – Philosophie und Philologie  
der Johannes Gutenberg-Universität  
Mainz  
von

Yasmin El-Shbool  
aus Riedstadt

Referentin: Prof. Dr. Marion Grein

Korreferent: Dr. Christoph Merkelbach

Prüfungsdatum der Verteidigung: 08.04.2024

## **Danksagung**

Die vorliegende Studie wurde als Dissertation an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz angenommen und am 08.04.2024 verteidigt. Auch wenn ich alleine für den Inhalt der vorliegenden Dissertation verantwortlich bin, haben viele Personen auf unterschiedliche Art und Weise zur Erstellung dieser Promotionsschrift beigetragen, mich dabei unterstützt sowie auch stets motiviert.

An erster Stelle möchte ich meinen Eltern meinen tiefen Dank aussprechen, Noureldin und Muna El-Shbool, sowie meinen Geschwistern, Bassel und Sarah, die mir moralisch beistanden, mich in verschiedenen Formen unterstützten, mich motivierten und viel Geduld und Verständnis entgegengebracht haben. Bedanke mich herzlich bei meiner Schwester „Sarah“ für die tiefen Diskussionen zum Thema und zur Ideenfindung sowie auch für ihre Unterstützung beim Verfassen des englischen Abstracts der vorliegenden Arbeit.

Ein besonderer Dank gebührt insbesondere meinem jüngst verstorbenen Vater „Noureldin“ im Jahr 2022. Er motivierte mich stets diese Arbeit abzuschließen und hat mich mit seinem (medizinischen) Fachwissen und seiner Lebenserfahrungen bereichert, was auch mit der vorliegenden Studie korreliert. Durch ihn kam ich überhaupt zum Thema der vorliegenden Studie, da er als in Deutschland lebender Arzt, Ärzt:innen aus Jordanien verholfen hat in Deutschland ihre Fachärzt:innenausbildung anzufangen und mit Erfolg abzuschließen.

Ferner möchte ich mich von Herzen bei meinen Betreuungspersonen bedanken: Erstbetreuerin, Prof. Dr. Marion Grein und Zweitbetreuer Dr. Christoph Merkelbach. Ihre fachliche Expertise, ihre Geduld und ihre wertvollen Ratschläge waren von unschätzbarem Wert für den Erfolg meiner Arbeit. Ich bin dankbar für die konstruktive Kritik und die Unterstützung, die sie mir entgegengebracht haben.

Meine Promotionsschrift widme ich meinen liebevollen Eltern.

# Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	V
II.	Abbildungsverzeichnis.....	VII
III.	Tabellenverzeichnis.....	VIII
1.	Einleitung.....	1
1.1	Erkenntnisinteresse.....	2
1.2	Aufbau der Arbeit.....	6
2.	Rahmenbedingungen für ausländische Ärzt:innen.....	8
2.1	Anerkennungsverfahren und Gleichwertigkeitsprüfung.....	9
2.2	Sprachkenntnisse: Die Fachsprachenprüfung.....	15
2.3	Weitere Rahmenbedingungen.....	18
3.	Begriffserklärung: Fachsprache (Medizin), (ärztliche) Gemeinsprache und Interkulturelle Kompetenz.....	20
3.1	Begriffserklärung: Fachsprache versus Gemeinsprache.....	21
3.2	Fachsprache Medizin: Historie und Definition.....	25
3.2.1	Entwicklung der Fachsprache Medizin.....	25
3.2.2	Begriffsdefinition der Fachsprache Medizin und ärztlichen Gemeinsprache.....	28
3.3	Interkulturelle Kompetenz in der Medizin.....	33
4.	Forschungsstand: Fachsprache, Fachsprache Medizin und interkulturelle Kompetenz.....	43
5.	Besonderheiten der Arzt-Patient-Interaktion.....	52
5.1	Grundregeln einer erfolgreichen Arzt-Patienten-Interaktion.....	53
5.2	Voraussetzungen einer erfolgreichen API und Wünsche des:der Patient:in.....	58
5.3	Besonderheiten der Arzt-Patient-Interaktion.....	63
5.3.1	Emotionen und Höflichkeit im Gespräch.....	63
5.3.2	Mitteilen von Nachrichten.....	71
6.	Konzeption der empirischen Untersuchung.....	74

6.1	Ziel der Untersuchung und Forschungsfragen.....	75
6.2	Gütekriterien.....	77
6.3	Erhebungstechniken, Datenschutz und Aufzeichnung .....	80
6.3.1	Übersicht zu relevanten Erhebungsinstrumenten.....	80
6.3.2	Das Expert:inneninterview als komplementäre Methode .....	83
6.3.3.	Abwandlung, Konstruktion und Ziele des Leitfadenskatalogs vom Experteninterview .....	85
6.3.4.	Kurzfragebogen zu den autobiographischen Daten .....	90
6.4	Anonymisierung der Daten, Datenschutz und Aufzeichnung .....	92
6.5	Die Pilotstudie .....	93
6.6	Auswahlkriterien der Stichprobe .....	94
6.6.1	Stichprobenziehung.....	94
6.6.2	Auswahlkriterien für die Stichprobe .....	96
6.6.3.	Prozess der Stichprobenauswahl .....	98
6.7	Ablauf und Schwierigkeiten der Interviews .....	99
6.8	Datenaufbereitung: Transkription.....	102
6.9	Auswertungsverfahren.....	104
6.9.1	Übersicht von Auswertungsinstrumenten .....	104
6.9.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Kuckartz .....	105
6.9.3	Kuckartz Fallzusammenfassung .....	111
7.	Darstellung und Interpretation der Ergebnisse .....	113
7.1	Biografische Daten der Interviewteilnehmenden .....	113
7.2	Fallzusammenfassung: Personenportrait .....	117
7.2.1	Personenportrait Gruppe A: F.A. Karim.....	117
7.2.2	Personenportrait Gruppe B: O.A. Noureldin .....	121
7.2.3	Personenportrait Gruppe C: A.A. Bassel .....	124
7.3	Schwierigkeiten bei den allgemeinen Sprachkenntnissen .....	127
7.4	Schwierigkeiten bei der ärztlichen Gemeinsprache und Fachsprache Medizin	137
7.5	Schwierigkeiten bei Interkulturellen Gegebenheiten .....	150
7.5.1	Interkulturalität im Klinikalltag .....	150

7.5.2	Interkulturelle Probleme im Klinikalltag und bei ärztlichen Tätigkeiten ...	178
7.5.3	Interkulturelle Probleme im Bereich Hierarchie und Bürokratie.....	191
8.	Typenbildung .....	206
9.	Diskussion der Ergebnisse .....	208
10.	Zusammenfassung .....	217
11.	Literaturverzeichnis.....	224
12.	Anhang .....	242
	Anhang 1: Fragebogen autobiographischer Daten.....	242
	Anhang 2: Fragenkatalog jordanischer Ärzte .....	243
	Anhang 3: Leitfragenkatalog von Sekundärdaten.....	244

## I. Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO.....	ärztliche Approbationsordnung
AAG.....	Arzt-Arzt-Gespräch
AGG.....	Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz
APG.....	Arzt-Patient-Gespräch
API.....	Arzt-Patient-Interaktion
BÄK.....	Bundesärztekammer
BÄO.....	Bundesärzteordnung
BIBB.....	Bundesinstitut für Berufsbildung
BNA.....	Basler Nomina Anatomica
CT.....	Computertomografie
DaF.....	Deutsch als Fremdsprache
DaZ.....	Deutsch als Zweitsprache
eLogbuch.....	elektronisches Logbuch
FAA.....	Fachärzt:innenausbildung
FaMed.....	Fachsprachenprüfung Medizin
FIA.....	Freiburg International Academy
FS.....	Fremdsprache
FSP.....	Fachsprachenprüfung
GER.....	Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen
GfG.....	Gutachterstelle für Gesundheitsberufe
GMK.....	Gesundheitsministerkonferenz
GVWG.....	Gesundheitsversorgungswweiterentwicklungsgesetzes
HLPUG.....	Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen
IK.....	interkulturelle Kompetenz
IPA.....	Internationalen Phonetischen Alphabet
IQ.....	Integration durch Qualifizierung
IQME.....	Institut für Qualitätsmessung und Evaluation
JNA.....	Jenenser Nomina Anatomica
KBV.....	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV.....	Kassenärztliche Vereinigungen
LÄKH.....	Landesärztekammer Hessen

MB.....	Marburger Bund
MFA .....	Medizinische Fachangestellte
MGM.....	Mixed Game Model
MRT .....	Magnetresonanztomographie
MTA .....	Medizinisch-Technischen Assistent:innen
PA.....	Physician Assistant
PfIBG.....	Pflegeberufegesetz
PJ .....	Praktische Jahr
PNA.....	Pariser Nomina Anatomica
RIAS.....	Roter Interaction Process Analysis System
SAM .....	Sprachprüfung für ausländische Mediziner
SDM .....	Shared Decision Making
telc GmbH.....	The European Language Certificates
UNO .....	United Nations Organization
WBO.....	Weiterbildungsordnung
WHO .....	Weltgesundheitsorganisation

## II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzt:innen in Deutschland (vgl. Bundesärztekammer 2023) .....	3
Abbildung 2: Anerkennungsverfahren für Nicht-EU-Bürger:innen für den Erhalt der Approbation.....	15
Abbildung 3: Modell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse anlehnend an Mayring (2015: 104) .....	106
Abbildung 4: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016:100) .....	109
Abbildung 5: Daten der Interviewauswahl.....	111
Abbildung 6: Auswandern für Fachärzt:innenausbildung .....	116
Abbildung 7: Sprachliche Schwierigkeiten beim mündlichen Ausdruck .....	131
Abbildung 8: Sprachliche Schwierigkeiten jordanischer Ärzte beim schriftlichen Ausdruck.....	134
Abbildung 9: Schwierigkeiten in der Fachsprache Medizin und der Gemeinsprache...144	
Abbildung 10: Interkulturelle Schwierigkeiten im ärztlichen Klinikalltag als Assistenzärzte .....	151
Abbildung 11: Erfahrungen bei der Ausführung von medizinischen Tätigkeitsfeldern	179
Abbildung 12: Herausforderungen bei der Ausführung von bürokratischen Aufgaben im Klinikalltag.....	183
Abbildung 13: Hierarchie an jordanischen (links) und deutschen (rechts) Krankenhäusern laut den jordanischen Ärzten.....	192
Abbildung 14: Erfahrungen jordanischer Ärzte mit der Bürokratie im Anerkennungsverfahren der Approbation .....	199
Abbildung 15: Hierarchiegefälle in Krankenhäusern in Deutschland (rechts) und in Jordanien (links) auf Grundlage der Literatur .....	201
Abbildung 16: Veränderungswünsche der jordanischen Ärzte.....	209

### III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht zu den durchgeführten Interviews (chronologisch) .....	99
Tabelle 2: Eckdaten der Interviewteilnehmenden .....	114
Tabelle 3: Resümierende Forschungsergebnisse nach Themenbereichen und Gruppen A,B und C .....	207

Immer mehr internationale Ärzte und Ärztinnen arbeiten in Deutschland, immer mehr internationale Medizinstudierende absolvieren ein Vollzeitstudium hier, und auch der Anteil internationaler Patientinnen und Patienten wächst. Gemischtkulturelle Teams im Krankenhaus gehören mittlerweile oft zum Berufsalltag (Schön & Schrimpf, 2010: 1).

## 1. Einleitung

Im April 2012 trat das Anerkennungsgesetz für eine berufliche Integration in der Bundesrepublik Deutschland in Kraft (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2019). Das Gesetz verfolgt zweierlei Ziele. Zum einen die berufliche Integration von bereits in Deutschland lebenden Fachkräften und zum anderen die von zugewanderten Fachkräften. Letztere erhalten in Deutschland die Möglichkeit, ihre im Ausland erworbene berufliche Ausbildung, ihre Berufserfahrungen und anderweitige Kompetenzen überprüfen und anerkennen zu lassen (vgl. Wichmann & Gehrlein 2020: 8). Dies gilt auch für Ärzt:innen<sup>1</sup> aus Drittstaaten. Durch die Gleichwertigkeitsprüfung werden die Dokumente der eingewanderten ausländischen Ärzt:innen evaluiert. Eine Anerkennung kann nach Wichmann und Gehrlein (2020: 8) erfolgen, sofern eine Gleichwertigkeit der in einem Drittstaat absolvierten Ausbildung vorhanden ist oder wesentliche Differenzen durch entsprechende Berufserfahrungen oder weiteren nachweisbaren Qualifikationen ausgeglichen werden. Mithilfe der Einstellung ausländischer Ärzt:innen könnte die Personalausstattung bzw. der Personalmangel verbessert oder reduziert werden. Die Patient:innensicherheit bzw. die medizinische Versorgung der deutschen Bevölkerung ohne Gewinnung dieser Fachkräfte stünde in Frage (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2019).

Um in Deutschland eine ärztliche Tätigkeit nachzugehen, sind Rahmenbedingungen seitens der ausländischen Ärzt:innen zu erfüllen. Die zwei essenziellen Grundsteine sind hierbei die Anerkennung der ausländischen Qualifikationen und die sprachlichen Rahmenbedingungen, um die weiteren Rahmenbedingungen erfüllen zu können. Delonge (2014) zeigt die neue Regelung der Bundesgesundheitsministerkonferenz für ausländische Ärzt:innen zur Vereinheitlichung der Fachsprachenprüfung (FSP) auf, welche ab dem 1.1.2014 gilt. Die Bundesgesundheitsministerkonferenz beschloss aufgrund von Klagen der Patient:innen über mangelnde Fach- und Sprachkompetenz ausländischer Ärzt:innen, dass die Anforderungen auf ein höheres Sprachniveau gesteigert und bundesweit vereinheitlicht werden sollen. So soll als Grundvoraussetzung ein Sprachnachweis auf Stufe B2 erbracht und eine zusätzliche Prüfung über die fachsprachlichen Kenntnisse der Ärzt:innen auf das Niveau C1 nachgewiesen werden.

Jedes Bundesland kann eigenständig entscheiden, welcher Nachweis für die erforderlichen

---

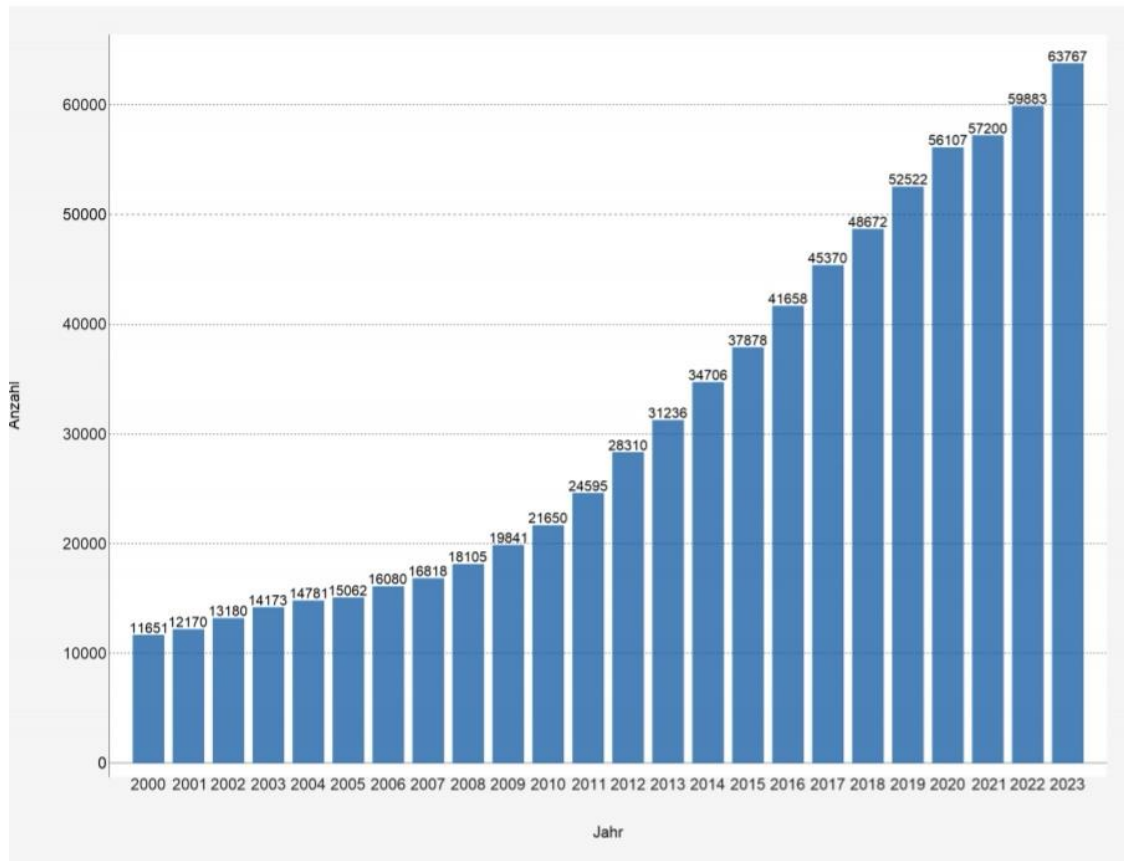
<sup>1</sup> Die Forscherin orientiert sich beim Gendern an die Vorgaben der Gleichstellungsbeauftragten der TU Darmstadt.

Sprachkenntnisse erbracht werden muss (vgl. Protschka 2014: 1290; vgl. auch Marburger Bund 2022). Die Fachsprachenprüfung C1 Medizin beinhaltet eine Fachprüfung für Ärzt:innen auf C1 Niveau, die sich zusätzlich an interkulturellen Themen orientiert. Die auf Ärzt:innen ausgerichtete Prüfung und die damit verbundenen Vorbereitungskurse existieren in Jordanien bis dato nicht. Infolgedessen können sich jordanische Ärzt:innen im Heimatland weder fachsprachlich noch interkulturell auf das Berufsleben in Deutschland vorbereiten.

Im folgenden Kapitel wird auf Basis der einleitenden Erläuterungen und gesetzlichen Grundlagen das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie vorgestellt und die Forschungsfrage dargelegt. Daran anschließend wird dann der Aufbau der Arbeit dargestellt.

### **1.1 Erkenntnisinteresse**

In der Presse wird der Ärzt:innenmangel mit den Überschriften „Mehr Ärztinnen und Ärzte – und dennoch Probleme in der Versorgung“ (Ärztekammer-bw, 2023) oder „Bundesärztekammer warnt vor Ärztemangel“ (Ärzteblatt, 2022) oder auch „In Deutschland droht ein Ärztemangel - trotz Mediziner-Schwemme“ (Thelen, 2018) veranschaulicht. Die Politik verharmlost den Ärzt:innenmangel und formalisiert die Beschäftigung von ausländischen Ärzt:innen schon seit den 1990er Jahren, sodass von einem fiktiven Ärzt:innenboom gesprochen wird. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Entwicklung an berufstätigen ausländischen Ärzt:innen in Deutschland.



**Abbildung 1: Entwicklung der berufstätigen ausländischen Ärzt:innen in Deutschland (vgl. Bundesärztekammer 2023)**

Die Abbildung der Bundesärztekammer (BÄK) (2023) verdeutlicht den Anstieg an berufstätigen ausländischen Ärzt:innen. Demzufolge stiegen die Zahlen von 19.841 ausländischen Ärzt:innen im Jahr 2009 auf 63.767 Ärzt:innen im Jahr 2023 (vgl. Bundesärztekammer 2009 & 2023). Das bedeutet, dass die Anzahl der tätigen Ärzt:innen in Deutschland von 2009 bis 2023 um circa 43.926 ausländischen Ärzt:innen gestiegen ist (vgl. Bundesärztekammer 2009 & 2023)<sup>2</sup>.

In folgenden Bundesländern herrscht nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit ein Mangel an Ärzt:innen: Bayern, Thüringen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (vgl. PraktischArzt 2017a). Ebenfalls existiert ein unverkennbares Gefälle zwischen Land und Stadt, da auf dem Land weniger Ärzt:innen als in einer Stadt niedergelassen sind.

Der Präsident der BÄK Frank Ulrich Montgomery stellt fest:

Unsere Gesellschaft altert, und die Ärzteschaft altert mit. Fast jeder vierte niedergelassene Arzt plant, in den nächsten fünf Jahren seine Praxis aufzugeben (PraktischArzt, 2017a).

<sup>2</sup> Die Forscherin wählte die Zeitperiode zwischen 2009 und 2023 aus, da die Interviewteilnehmer erstmalig ab dem Jahr 2010 nach Deutschland einreisten.

Allerdings gestaltet sich das Finden eines:einer Nachfolger:in im ländlichen Gebiet als schwierig. Ebenfalls betont der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen (vgl. Gassen 2018), dass der Ärzt:innenmangel sich in zwei bis fünf Jahren vergrößern werden würde:

Derzeit fehlen in Praxen und in Krankenhäusern schon insgesamt 10.000 Ärzte in Deutschland. Das entspricht einem kompletten Studienjahrgang (Gassen, 2018).

Das bedeutet aus Sicht der Forscherin, dass das Netzwerk der niedergelassenen (Fach)Ärzt:innen der Regelversorgung in Deutschland vor dem Kollaps steht. Der Ärzt:innen- und Fachärzt:innenmangel wird noch dramatischer werden, wenn kein Umdenken in Deutschland stattfindet und effektive Gegenmaßnahmen ergriffen werden (siehe Kapitel 9). Aus diesem defizitären Zustand der Struktur des Gesundheitswesens zieht die Politik als möglichen Weg aus der Krise konsequenterweise den Schluss, Ärzt:innen aus dem Ausland anzuwerben, wie z.B. aus Jordanien.

Nach Ankunft der ausländischen Ärzt:innen (u.a. jordanische Ärzt:innen) in Deutschland müssen diese einige Anforderungen erfüllen, bevor sie ihren Einstieg im Klinikalltag beginnen. Beispielsweise müssen sie sich zunächst um eine Stellenzusage bemühen (vgl. Wichmann & Gehrlein 2020: 8) und die Anerkennung ihrer ausländischen Zeugnisse bei der jeweiligen Approbationsbehörde beantragen. Das ist beispielsweise in Hessen das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG). Der Antrag auf Approbation hängt vom Ort der Antragsstellung oder einer Stellenzusage ab und kann erst nach Erhalt des B2 Zertifikates und/oder einer Stellenzusage oder einer Wohnsitzbescheinigung gestellt werden. Der Erhalt der Approbation öffnet die Perspektive für eine bezahlte Arbeit aber auch für den Beginn der Fachärzt:innenausbildung (FAA).

Laut Statistik der BÄK kamen im Jahr 2009 genau 227 jordanische Ärzt:innen nach Deutschland, davon waren 195 berufstätig. Hiervon arbeiten wiederum 135 in Krankenhäusern, während 54 jordanische Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich beschäftigt waren und 6 Ärzt:innen sonstige ärztliche Tätigkeiten ausüben (vgl. Bundesärztekammer 2009, Tabelle 10). Zum Vergleich: Im Jahr 2023 kamen rund 1.207 Ärzt:innen aus Jordanien, davon waren 1.107 berufstätig. Von den 1.107 Ärzt:innen waren 994 in den Krankenhäusern beschäftigt, während 68 im ambulanten Bereich arbeiten und 45 sonstige ärztliche Tätigkeiten ausübten (vgl. Bundesärztekammer 2023, Tabelle 10). Aus den erwähnten Statistiken ist schlusszufolgern, dass sich die Anzahl der jordanischen Ärzt:innen in Deutschland von 2009 bis 2023 mehr als verfünffacht hat.

An der Nachfrage der jordanischen Ärzt:innen in Deutschland an der FAA und den damit

verbundenen (fach)sprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten zeigt sich die Relevanz, diese Ärzt:innengruppe holistisch zu präsentieren und zu erforschen. Nicht nur die administrativen Strukturen stellen schwer überwindbare Hürden dar, sondern auch die Notwendigkeit des Erwerbs der neuen deutschen Fremdsprache (FS), der Mangel an fachlichen Kenntnissen im Bereich Fachsprache Medizin auf Deutsch und die interkulturelle Kompetenz (IK) in Bezug auf die Medizin. Fachliche Kenntnisse können die medizinische Fachsprache oder die ärztliche Gemeinsprache sein. Für die vorliegende Arbeit werden die Bezeichnungen das Arzt-Arzt-Gespräch (AAG) und die Arzt-Patienten-Interaktion (API) sowie das Arzt-Patienten-Gespräch (APG) von der Forschenden verwendet.

Die mangelnde Kenntnis der Fachsprache führt zu Kommunikationsschwierigkeiten im berufsbezogenen Alltag mit Kolleg:innen, Pflegefachkräften und Patient:innen, wie z.B. bei der Anamneseerhebung sowie beim APG und beim AAG. Durch mangelnde Kenntnisse der anatomischen Bezeichnungen oder der Erkrankungen in einer patientengerechten Sprache entstehen oftmals zwischen dem:der ausländischen Ärzt:in und den etablierten Kolleg:innen sowie Chefärzt:innen, Pflegepersonal und Patient:innen Störungen in der Kommunikation und Missverständnisse. Auch in der Verwendung von Abkürzungen in der Mündlichkeit unter den Ärzt:innen und Fachpersonal oder auch im schriftlichen Ausdruck, wie Arztbriefe sind Probleme identifizierbar (siehe Kapitel 7.4), „[d]enn kein Arzt kennt die Abkürzungen und Fachbegriffe aller Fachrichtungen“ (Jatkowski, 2024). Um Kommunikationsschwierigkeiten im deutschen Gesundheitssystem zu vermeiden, wurde demnach im Jahr 2014 das Gesetz zur Vereinheitlichung der FSP erlassen.

Ziel der vorliegenden Studie ist, anhand der Adressatengruppe von jordanischen Ärzten die (fach)sprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten während ihrer FAA an deutschen Krankenhäusern zu untersuchen und zu analysieren. Obwohl in Jordanien Ärztinnen ausgebildet werden, waren keine jordanischen Ärztinnen bereitwillig ein Interview durchzuführen. Demzufolge wurden die Interviews der vorliegenden Studie ausschließlich mit jordanischen Ärzten geführt. Das Erkenntnisinteresse mündet in der folgenden Forschungsfrage, wie sich jordanische Ärzt:innen auf ihr Berufsleben in den Krankenhäusern und auf die Interaktion mit Kolleg:innen, Vorgesetzten, Pflegepersonal und Patient:innen vorbereiten und welche Schwierigkeiten sie dabei bewältigen müssen. Von besonderem Interesse sind hierbei die interkulturellen, sprachlichen und fachsprachlichen Schwierigkeiten, die sich aus den Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte exemplarisch und detailliert ergeben (siehe hierzu Kapitel 7). Durch die detaillierte Darstellung der Herausforderungen sollen künftige ausländische Ärzt:innen in Deutschland sensibilisiert und die zuständigen Behörden zu einer Verbesserung des

Verfahrensprozesses und zum Abbau der Bürokratie sowie zu einer Änderung der Gesetzeslage zum Anerkennungsverfahren motiviert bzw. angeregt werden.

Zusätzlich zur Thematisierung der verschiedenen Erfahrungsberichte werden in dieser Arbeit die gesetzlichen Rahmenbedingungen und das Approbationsverfahren berücksichtigt. Die Hürden der jordanischen Ärzte werden von der Antragsstellung der Approbationsanerkennung bis zum Erhalt der Approbation und zum Einstieg in den Klinikalltag und weiter bis zum Absolvieren der FAA aufgezeigt.

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

Die Arbeit setzt sich aus der theoretischen Grundlage, dem methodischen Teil sowie der Vorstellung und Diskussion der Forschungsergebnisse zusammen. Im Kapitel 2 *Rahmenbedingungen für ausländische Ärzt:innen* werden die erforderlichen Rahmenbedingungen für berufstätige Ärzt:innen in Deutschland vorgestellt. Dabei werden die zwei relevantesten Rahmenbedingungen genauer beleuchtet, um dann die weiteren Rahmenbedingungen bündig vorzustellen.

Im Kapitel 3 *Begriffserklärung: Fachsprache (Medizin), (ärztliche) Gemeinsprache und Interkulturelle Kompetenz* erfolgt eine Begriffserklärung zu den Hauptbegrifflichkeiten der vorliegenden Studie. Dabei wird zunächst im Kapitel 3.1 der Begriff *Fachsprache* definiert und der *Gemeinsprache* gegenübergestellt. Im Kapitel 3.2 liegt der Fokus auf die *Fachsprache* im Bereich der Medizin. Es wird die Entwicklung der *Fachsprache* Medizin vom Mittelalter bis zum 21. Jahrhundert bündig sowie der Einfluss der Nomenklatur dargestellt, da ein Rückschluss im Ergebnisteil zu den Schwierigkeiten bei der medizinischen *Fachsprache* gezogen wird. Die Entwicklung der fachsprachlichen Begriffe sowie der Nomenklatur über die Jahre haben einen Einfluss auf die Vermittlung der Fachtermini im Medizinstudium in verschiedenen Ausgangssprachen (Latein, Griechisch, Englisch oder Arabisch). Zusätzlich zu der für die vorliegende Studie bestimmten Definition der ärztlichen Sprache steht die Definition der interkulturellen Kompetenz im Fokus.

In Kapitel 4 steht der Forschungsstand der *Fachsprache* (Medizin), die *(ärztliche) Gemeinsprache* und der *Interkulturellen Kompetenz* (IK) im Fokus. Zudem werden die AAG und die API sowie die administrativen systemrelevanten Kenntnisse näher betrachtet (vgl. Klemperer 2003; vgl. auch Acquah 2011; vgl. auch Roche 2014: 316; vgl. auch Efing 2014; vgl. auch Lindemann 2015; vgl. auch Eckkrammer 2016: 184; vgl. auch Henderson et al. 2018; vgl. auch Alkhlaifat et al. 2020; vgl. auch Cross 2020; vgl. auch Alkhlaifat 2021; vgl. auch Scheib 2021, vgl. auch Dahiyat et al. 2023; vgl. auch Attum et al. 2023; vgl. auch Jatkowski 2024).

In Kapitel 5 *Besonderheiten der Arzt-Patient-Interaktion* wird das APG aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Das APG bringt nicht nur (fach)sprachliche Schwierigkeiten mit sich, sondern insbesondere interkulturelle Probleme zwischen Ärzt:in und Patient:in, so dass eine ausführliche Beschreibung des kommunikativen Aktes in der API dargelegt wird. Das APG stellt für die Forschende einen pragmalinguistischen Teil der vorliegenden Studie dar, in der die kommunikative Funktion der Sprache genauer betrachtet wird. Die Wahrnehmung von Krankheiten lässt sich je nach kulturellem Hintergrund des:der Patient:in unterschiedlich interpretieren, was wiederum auf unterschiedliche medizinische Traditionen zurückzuführen ist (vgl. Alloui 2005). Das Gespräch und das Verständnis stellen aufgrund der verschiedenen Denkmuster bei Ärzt:innen und Patient:innen ein Hindernis für beide Parteien dar. Es wird auf die Gewichtung, die Funktion, die Schwierigkeiten und die Lösungsmöglichkeiten des APG mithilfe verschiedener Modelle für den Heilungsprozess eingegangen. Welche Rolle Ärzt:in und Patient:in im ärztlichen Gespräch einnehmen, spielt eine Rolle bei der Behandlung. Die Beziehung zwischen Ärzt:in und Patient:in variiert je nach Kultur, da jede Kultur eine bevorzugte Variante im Gespräch einnimmt. Die in diesem Kapitel vorgestellten Kommunikationstechniken dienen als Leitfaden zur Erleichterung des APG, sodass Missverständnisse im Gespräch gemindert werden. Weiterhin werden auf die Elemente eines erfolgreichen ärztlichen Gesprächs, die Kompetenzeigenschaften eines:einer Ärzt:in und die Wünsche der Patient:innen eingegangen. Indem die Wünsche der Patient:innen sowie die Elemente eines erfolgreichen APG berücksichtigt werden, erfolgt ein patientenzentriertes Gespräch (vgl. Geisler 2003: 2-3; vgl. auch Klemperer 2003: 38; vgl. auch Nowak 2009: 3; vgl. auch Henderson et al. 2018: 4). Empathie und Emotionen spielen im ärztlichen Gespräch eine elementare Rolle. Der:Die Ärzt:in wird dabei für emotionale Gespräche geschult, also die Emotionen der Patient:innen aufzufangen und mit Verständnis zu reagieren, sprich der Erwerb der emotionalen Kompetenz seitens des:der Ärzt:in (vgl. Decker 2005: 11-18; vgl. auch Deter 2010: 17; vgl. auch Lindemann 2015). Nicht nur Empathie, die emotionale Kompetenz und das Wissen zählen zu den wichtigen Eigenschaften eines:einer Ärzt:in, sondern ebenfalls die Akzeptanz und das Verständnis in der API in Form von Höflichkeit und Gesichtswahrung (vgl. Brown & Levinson 1978 & 1987; vgl. auch Wangermann 2008; vgl. auch Ebert 2020). Da nach Ansicht der Forscherin *Mitteilen von Nachrichten* bei der Art und Weise der Übermittlung sowie der Umgang mit schlechten Nachrichten nicht nur eine emotionale, sondern ebenfalls eine interkulturelle Herausforderung darstellt, richtet sich hierauf das Hauptaugenmerk.

Diesem theoretischen Part der Studie schließt sich der empirische Teil in Kapitel 6 *Konzeption der empirischen Untersuchung* an. Im ersten Schritt wird das methodische Design der Studie

begründet, wie das Ziel der Untersuchung, die Gütekriterien und die Erhebungsinstrumente, um im nächsten Schritt sukzessiv die weiteren Phasen gesondert zu betrachten. Die Protokollierung, die Auswahlkriterien, der Ablauf der Interviews, die erfahrenen Schwierigkeiten im Verlauf der Erhebung der Daten sowie die Datenaufbereitung und -auswertung werden dabei in ihren einzelnen Phasen erläutert.

Mithilfe der vorab vorgestellten Forschungsliteratur erfolgt im direkten Anschluss eine Darstellung der Ergebnisse und ihre Interpretation, sodass die Darstellung und die Interpretation der Forschungsergebnisse im Kapitel 7 *Darstellung und Interpretation der Ergebnisse* miteinander verschmolzen werden. Für die Forscherin wird die Nachvollziehbarkeit und Verständlichkeit der Ergebnisse somit in Assoziation mit der Interpretation gewährleistet.

In Kapitel 8 werden Typen gebildet und anhand einer Tabelle illustriert. Kapitel 9 widmet sich der Diskussion der Forschungsergebnisse auf Basis der erlebten Schwierigkeiten und der artikulierten Lösungsvorschläge zur Verbesserung und Minderung der erlebten sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Hürden. Die Verbesserungsvorschläge der Interviewteilnehmer gelten als Stütze für die Diskussion, da sie eine Zusammenfassung des gesamten Korpus ermöglichen.

Im abschließenden Kapitel 10 *Zusammenfassung* werden die signifikanten Erkenntnisse der Studie aufgegriffen, komprimierend dargestellt und kritisch eingeschätzt. Eine (Selbst-)Einschätzung weiterer Forschungsmöglichkeiten vervollständigt dieses Kapitel.

## **2. Rahmenbedingungen für ausländische Ärzt:innen**

In diesem Kapitel werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen vorgestellt, die ein:e berufstätige:r Ärzt:in in Deutschland erfüllen muss. Es stehen hier zunächst die Rahmenbedingungen im Fokus, die den Einstieg in das Berufsleben ermöglichen, um dann auf die weiteren Rahmenbedingungen zu beschreiben, welche nach dem Erhalt der Approbation erforderlich sind. Dabei wird der Approbationsprozess für ausländische Ärzt:innen dargestellt und die damit verbundenen Herausforderungen beschrieben. Außerdem folgt eine Wiedergabe der gesetzlichen Regelungen der FSP auf Basis der beschlossenen Eckpunkte der 87. Gesundheitsministerkonferenz im Jahr 2014.

## 2.1 Anerkennungsverfahren und Gleichwertigkeitsprüfung

Die Zulassung als Ärzt:in in Deutschland setzt eine staatliche Zulassung voraus, welche ebenfalls als Approbation bezeichnet wird (siehe Kapitel 2.3). Mit einem im Ausland erworbenen Medizinabschluss können die ausländischen Ärzt:innen einen Antrag auf Approbation stellen, welche je nach Bundesland von einem bestimmten Amt für die Überprüfung der Gleichwertigkeit des Studiums mit dem deutschen Studium zuständig ist. Die ausländischen Qualifikationen müssen nicht identisch mit der deutschen Berufsausbildung sein, aber

die Ausbildung muss die Anforderungen, also das Niveau, den Inhalt und die Dauer der Ausbildung erfüllen, die nach deutschem Recht an die Ausübung des jeweiligen Berufs gestellt werden (Coenen et al., 2012: 36).

Die Gleichwertigkeitsprüfung ist eine Überprüfung des medizinischen Ausbildungsstandes mit dem deutschen Medizinstudium, welche jedoch eine behördeninterne Prüfung darstellt. Dies bedeutet, dass die ausländischen Ärzt:innen, die ihr Medizinstudium nicht in Deutschland oder in einem EU-Staat absolvieren, ihre Unterlagen begutachten lassen müssen (vgl. Wichmann und Gehrlein 2020: 8).

Wichmann und Gehrlein (2020: 8) bezeichnen die Gleichwertigkeitsprüfung umgangssprachlich als Dokumentenprüfung. Die Gleichwertigkeit besteht, wenn der:die ausländische Antragssteller:in sämtliche ärztlichen Unterlagen und Zeugnisse seiner:ihrer im Ausland erworbenen Berufsausbildung einreicht und evaluieren lässt. Eine Gleichwertigkeit ist danach ermittelt, wenn die Gleichwertigkeit der Berufsausbildung oder weiterer nachweisbarer Zertifikate der beruflichen Fähigkeiten nachgewiesen werden konnte. Es sind nicht nur Inhalt und Dauer des Medizinstudiums ausschlaggebend, sondern ebenfalls die ärztliche Berufserfahrung. Sämtliche Dokumente und Zertifikate sind der Approbationsbehörde vorzuweisen. Bei nachweisbaren Differenzen in der Gleichwertigkeit mit dem deutschen Studium ist der:die Antragssteller:in verpflichtet, eine Kenntnisprüfung oder auch Eignungsprüfung vor dem jeweiligen Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe abzulegen. Die Herkunft des Abschlusses, die Staatsangehörigkeit des:der Antragssteller:in und der Aufenthaltsstatus hingegen haben für die Erteilung der Approbation keine Auswirkung. Allerdings hat jedes Bundesland eigene Regelungen und Bedingungen zur Erteilung der Approbation. Daher liegt es in der Verantwortung des:der Antragssteller:in, sich vorab im jeweiligen Bundesland zu informieren.

Ziel einer ärztlichen Ausbildung ist es, den:die Ärzt:in wissenschaftlich sowie auch praktisch darauf vorzubereiten, eigenverantwortlich seinen Beruf auszuüben. Nach § 1 Abschnitt Satz 1 der Approbationsordnung des Bundesministeriums der Justiz (2002) beinhaltet die Ausbildung zum:zur Ärzt:in folgendes:

1. das Grundlagenwissen über die Körperfunktionen und die geistig-seelischen Eigenschaften des Menschen,
2. das Grundlagenwissen über die Krankheiten und den kranken Menschen,
3. die für das ärztliche Handeln erforderlichen allgemeinen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in Diagnostik, Therapie, Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation,
4. praktische Erfahrungen im Umgang mit Patienten, einschließlich der fächerübergreifenden Betrachtungsweise von Krankheiten und der Fähigkeit, die Behandlung zu koordinieren,
5. die Fähigkeit zur Beachtung der gesundheitsökonomischen Auswirkungen ärztlichen Handelns,
6. Grundkenntnisse der Einflüsse von Familie, Gesellschaft und Umwelt auf die Gesundheit, die Organisation des Gesundheitswesens und die Bewältigung von Krankheitsfolgen,
7. die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens (Bundesministerium der Justiz, 2002: § 1 Abschnitt 1 Satz 1).

Das Medizinstudium in Deutschland dauert laut der ÄApprO in der Regel sechs Jahre an einer Universität oder einer gleichgestellten Hochschule, umfasst 48 Wochen des Praktischen Jahres (PJ), eine Ausbildung in Erster Hilfe, einen Krankenpflagedienst von drei Monaten, eine Famulatur von vier Monaten und die ärztliche Prüfung in jeweils drei Abschnitten (vgl. Bundesministerium der Justiz 2002). Das Praktische Jahr (PJ) umfasst die innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin oder ein anderes Fachgebiet (außer den drei vorgenannten Gebieten) mit einer Tätigkeit von jeweils 16 Wochen. Weiterhin gehört hierzu die Teilnahme an klinischen Konferenzen, pharmakotherapeutischen und klinisch-pathologischen Besprechungen.

Der erste Abschnitt der Prüfung nach einem zweijährigen Medizinstudium wird nach Absatz 2 Nr. 5 schriftlich sowie mündlich-praktisch abgelegt<sup>3</sup>. Nach einer Studiendauer von drei Jahren nach Bestehen des ersten Abschnitts wird der zweite Teil der Prüfung nach Absatz 2 Nr. 5 in Form einer schriftlichen Prüfung abgelegt<sup>4</sup>. Es ist notwendig, eine regelmäßige Teilnahme der fünf Blockpraktika nachzuweisen: Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Frauenheilkunde und Allgemeinmedizin. Alle Leistungsnachweise sind mit einer Note versehen. Im schriftlichen Teil der Prüfung liegt der Fokus auf den Kenntnissen der Studierenden.

Zu den Prüfungsinhalten nach §28 der ÄApprO (vgl. Bundesministerium der Justiz 2002) zählen die berufspraktische Aufforderung, die wichtigsten Krankheitsbilder sowie fächerübergreifende und problemorientierte Fragestellungen. Die Prüfung wird in drei aufeinanderfolgende Tage mit je fünf Stunden gegliedert. Es sind 320 Fragen im Multiple-Choice-Verfahren zu beantworten.

Dem Prüfling sind praktische Aufgaben aus den klinisch-praktischen Fächern zu stellen. Dabei sind auch klinisch-theoretische und fächerübergreifende Fragestellungen sowie Fragestellungen aus Querschnittsbereichen einzuschließen (Bundesministerium der Justiz, 2002: §30, Unterabschnitt 3 Satz 2).

---

<sup>3</sup> Genaue Informationen zu den Bestandteilen sind in § 22 der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) festgehalten (vgl. Bundesministerium der Justiz 2002: § 22).

<sup>4</sup> Nach der ÄApprO §27, Unterabschnitt 2, Satz 1 sind Leistungsnachweise in Fächern wie Allgemeinmedizin, Anästhesiologie und Arbeitsmedizin/Sozialmedizin zu erbringen. Die detaillierte Auflistung der Leistungsnachweise und Querschnittsbereiche ist in der ÄApprO § 27 nachzulesen (vgl. Bundesministerium der Justiz 2002).

Der dritte Prüfungsabschnitt nach einem weiteren Studienjahr nach Bestehen des zweiten Abschnitts wird mit einer mündlich-praktischen Prüfung abgelegt. Dabei werden an zwei Tagen maximal vier zu prüfende Personen gemeinsam zwischen 45 bis 60 Minuten in den Fächern innere Medizin, Chirurgie und den erfahrenen Ausbildungsgebieten geprüft. Der erste Tag beinhaltet die praktische Prüfung mit einer Patient:innenvorstellung.

Die zu prüfende Person muss folgende Fertigkeiten als Ärzt:in nach §30, Unterabschnitt 3, Satz 3 nachweisen:

1. die Technik der Anamneseerhebung, der klinischen Untersuchungsmethoden und die Technik der grundlegenden Laboratoriumsmethoden beherrscht und dass er ihre Resultate beurteilen kann,
2. in der Lage ist, die Informationen, die zur Stellung der Diagnose erforderlich sind, zu gewinnen und anzufordern, die unterschiedliche Bedeutung und ihre Gewichtung für die Diagnosestellung zu erkennen und im Rahmen differentialdiagnostischer Überlegungen kritisch zu verwerten,
3. über hinreichende Kenntnisse in der Pathologie und Pathophysiologie verfügt, insbesondere in der Lage ist, pathogenetische Zusammenhänge zu erkennen,
4. die Indikation zu konservativer und operativer Therapie sowie die wichtigsten therapeutischen Prinzipien beherrscht und gesundheitsökonomisch sinnvolle Entscheidungen treffen kann,
5. grundlegende pharmakologische Kenntnisse besitzt, die Pharmakotherapie, insbesondere die Anwendung medizinisch bedeutsamer Pharmaka, ihre Indikation und Gegenindikation, auch unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte, beherrscht und die Regeln des Rezeptierens sowie die für den Arzt wichtigen arzneimittelrechtlichen Vorschriften kennt,
6. die Grundlagen und Grundkenntnisse der Gesundheitsförderung, der Prävention und Rehabilitation beherrscht sowie die Einflüsse von Umwelt, Gesellschaft, Familie und Beruf auf die Gesundheit zu bewerten weiß,
7. die Notwendigkeit und die grundlegenden Prinzipien der Koordinierung von Behandlungsabläufen erkennt und
8. die allgemeinen Regeln ärztlichen Verhaltens gegenüber dem Patienten unter Berücksichtigung insbesondere auch ethischer Fragestellungen kennt, sich der Situation entsprechend zu verhalten weiß und zu Hilfe und Betreuung auch bei chronisch und unheilbar Kranken sowie Sterbenden fähig ist (Bundesministerium der Justiz, 2002: §30 Unterabschnitt 3 Satz 3).

Eine zusätzliche Aufgabe besteht in der Anfertigung eines Berichts zu Anamnese, Diagnose, Prognose, Behandlungsplan und Epikrise des Falles.

Die ÄApprO soll jedoch im Jahr 2025 reformiert werden, bei der das Bundesgesundheitsministerium einen Entwurf zur Reform der aktuellen ärztlichen ÄApprO für in Deutschland lebende Ärzt:innen erstellt hat (siehe Richter-Kuhlmann, 2020). Das Ziel der Reform besteht darin, die Qualität der medizinischen Ausbildung in Deutschland zu verbessern. Der Marburger Bund (MB) strebt weitere Verbesserungen am Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums an (vgl. Schiller 2020: 11). Die neue ÄApprO beinhaltet eine fokussierte Kompetenzorientierung im Medizinstudium, die Initiierung der Wissenschaft in Form von wissenschaftlichen Pflichtarbeiten und neue Lehr- und Prüfungskonzepte an den Medizinfakultäten (vgl. Schiller 2020: 11). Der Arbeitsentwurf sieht weiterhin eine Innovationsklausel vor, nach der die Studieninhalte auf fünf Jahre reduziert werden sollen. Schiller (2020: 11) widerspricht dieser Klausel, weil er befürchtet, dass sich durch die Verdichtung der Studieninhalte die Quote der Burn-

outs im Medizinstudium erhöht. Der Entwurf beinhaltet zudem eine Fokussierung auf die Wissenschaft im fortgeschrittenen Studienverlauf, sodass Ärzt:innen befähigt werden, den Wissenschafts- und Forschungsstand bewerten zu können. In der innovativen ÄApprO ist darüber hinaus die Privilegierung der Allgemeinmedizin angestrebt, was seitens des MB kritisiert wird. Grund der Kritik sind die Pflichtpraktika und -prüfungen im Fach Allgemeinmedizin, bei denen ein Nachteil für Studierende entsteht, welche ein Praktikum nicht in einer allgemeinärztlichen Einrichtung absolvieren. Zusätzlich hierzu soll ein Schwerpunkt im ambulanten Bereich gesetzt werden, indem u.a. die Lehreinrichtungen sowie die Qualifikation von Lehrärzt:innen mit einbezogen werden. Demzufolge ist die Aufforderung des MB, vordefinierte Regelungen und Kriterien zur Qualifikation der Lehrärzt:innen sowie der Lehreinrichtungen festzulegen (vgl. Schiller 2020: 11). Die Aufhebung der Trennung von vorklinischen und klinischen Bereichen im Medizinstudium bewertet der MB als effektiv.

Aufgrund bilateraler Abkommen sind nach der Bundesärzteordnung (BÄO) Unterschiede im Anerkennungsverfahren und in der Gleichwertigkeit zwischen den Nicht-EU-Staaten und der deutschen Ausbildung manifestiert. Zum Beispiel muss ein:e Ärzt:in aus den EU-Staaten aufgrund der automatischen Anerkennung keine Kenntnisprüfung absolvieren. Wohingegen der Bescheid für Nicht-EU-Bürger:innen nach der Überprüfung der Gleichwertigkeit meist negativ ausfällt, sodass von diesen Ärzt:innen eine Kenntnisprüfung oder auch Eignungsprüfung zur Überprüfung des ärztlichen Fachwissens absolviert wird (vgl. PraktischArzt o. J.; vgl. auch Osterloh 2018: 988-989; vgl. auch Maibach-Nagel 2019: 1706).

Im Pflegeberufegesetz (PflBG) (2017) ist in § 40 Punkt 3 folgendes festgehalten:

Ist die Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes nach Absatz 2 nicht gegeben oder kann sie nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand festgestellt werden, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der antragstellenden Person liegen, von dieser nicht vorgelegt werden können, ist ein gleichwertiger Kenntnisstand nachzuweisen. (...) Dieser Nachweis wird durch eine Kenntnisprüfung, die sich auf den Inhalt der staatlichen Abschlussprüfung erstreckt, oder einen höchstens dreijährigen Anpassungslehrgang erbracht, der mit einer Prüfung über den Inhalt des Anpassungslehrgangs abschließt (Bundesministerium der Justiz, 2017: §40).

Dabei entsprechen die Anforderungen an die Sprach- sowie (Fach)Kenntnisse in der Prüfung, dem Anforderungsniveau an muttersprachlich deutsche Ärzt:innen<sup>5</sup>.

Zur Eignungsprüfung gehört die Patient:innenvorstellung, welche einzeln von jeder zu prüfenden Person abgelegt wird und welche 30 Minuten bis höchstens 90 Minuten dauert.

---

<sup>5</sup> Eine Vorbereitung auf diese Prüfung wird aufgrund der hohen sprachlichen Anforderungen von verschiedenen Institutionen gefördert. Die Kosten können oftmals nach Antragstellung von der BAMF, vom Jobcenter, von der Integration durch Qualifizierung (IQ) Netzwerk oder von der Agentur für Arbeit übernommen werden (siehe Freiburg International Academy, 2022).

Die Approbationsprüfung wird vor einer staatlichen Prüfungskommission in deutscher Sprache nach der Bundesärzteordnung (BÄO) abgelegt. Der:Die Antragsteller:in hat einen Bericht zu Anamnese, Diagnose, Prognose, Behandlungsplan und Epikrise des Falles vorzulegen. Die Eignungsprüfung ist beim erfolgreichen Bestehen der Patient:innenvorstellung, der Leistungen und der Querschnittsbereiche abgeschlossen. Sie kann zweimal wiederholt werden. Sie unterscheidet sich von der Kenntnisprüfung, indem sie eine mündlich-praktische Prüfung darstellt und sich ausschließlich auf die festgestellten Unterschiede der Ämter nach § 3 Absatz 2 Satz 8 der BÄO bezieht. Wohingegen die Kenntnisprüfung eine mündlich-praktische sowie eine theoretische Prüfung beinhaltet (vgl. Bundesministerium der Justiz 2002: §36 & §37).

Die Kenntnisprüfung nach § 37, Abschnitt 5, Satz 1 der BÄO umfasst die Fachbereiche Medizin und Chirurgie sowie Notfallmedizin, klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, Bildgebende Verfahren, Strahlenschutz und Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung. Die für die zu prüfende Person zuständige Behörde hat nach § 37 Abschnitt 5 Satz 1 der ÄApprO die Möglichkeit, ein Fachgebiet oder einen Querschnittsbereich als Prüfungsgegenstand festzulegen. Dabei sind die Fragen für die Patient:innenvorstellung aufzubereiten. Weiterhin ist das Abfragen des Fachwissens und praktische Aufgaben mit Fokus auf die relevantesten Krankheitsbilder und Gesundheitsstörungen von Relevanz. Der:die zu prüfende Ärzt:in kann sein:ihr Fachwissen und seine:ihre kommunikativen Fähigkeiten, auch mit Ärzt:innen, nachweisen. Die Prüfung findet an einem Tag statt und ist mündlich-praktisch ausgerichtet. Die Prüfung dauert bei maximal vier Antragsteller:innen je 60 bis 90 Minuten.

Die Prüfungskommission hat dem Antragsteller vor dem Prüfungstermin einen oder mehrere Patienten (...) genannten Fächern und Querschnittsbereichen sowie versorgungsrelevanten Erkrankungen zur Anamneseerhebung und Untersuchung unter Aufsicht eines Mitglieds der Prüfungskommission zuzuweisen (Bundesministerium der Justiz, 2002: §37 Abschnitt 5 Satz 5).

Die Prüfung ist mit Erfolg bestanden, sofern die zu prüfende Person die Patient:innenvorstellung sowie auch die Leistungen in den vorher ausgeführten Fachbereichen und Querschnittsbereichen besteht. Sie darf zweimal wiederholt werden.

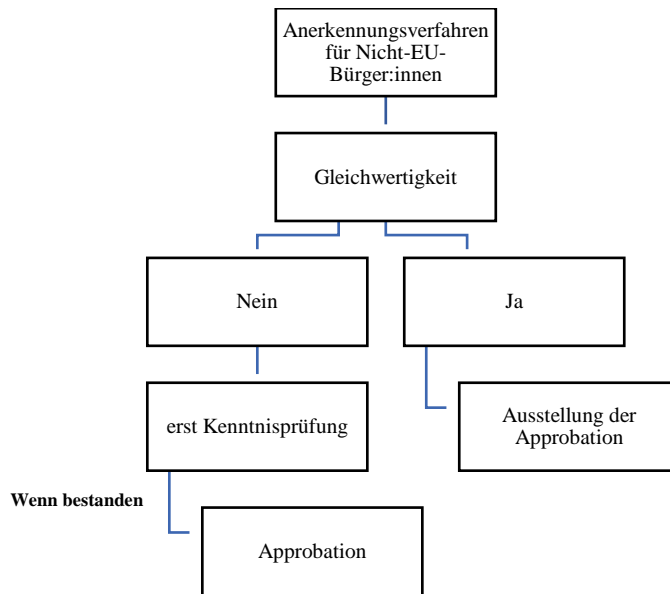
Es geht auf Grundlage der Auswertung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) (vgl. Böse & Schmitz 2019) und der Fachkräfte-Engpass-Analyse (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2019) hervor, dass 41.067 Ärzt:innen ihre Anerkennung im Zeitraum von April 2012 bis Dezember 2018 in Deutschland beantragten. Davon waren 16.893 Ärzt:innen aus dem Europäischen Wirtschaftsraum und der Schweiz und 15.336 Ärzt:innen kamen aus Drittländern. Die Anerkennung der ausländischen Berufsausbildung erhielten 56% also 8.580 der ausländischen Ärzt:innen nach erfolgreicher Überprüfung, während rund 44% also 6.756 Ärzt:innen, die

Kenntnisprüfung absolvierten. Nur 306 Ärzt:innen erhielten aufgrund der Gleichwertigkeitsprüfung oder der irreversibel nicht bestandenen Kenntnisprüfung einen negativen Bescheid (vgl. Wichmann & Gehrlein 2020: 8). Durch weitere statistische Auswertungen des BIBB zeigte sich, dass die Anerkennung der Ausbildung in Drittländern im Jahr 2014 auf 66% anstieg. Demnach reduzierte sich die zu absolvierende Kenntnisprüfung auf 34%. Hingegen verringerte sich die Anzahl der Anerkennungen durch einer positiven Gleichwertigkeitsprüfung im Jahre 2018 auf 54%. Die Quote der Personen, die die Kenntnisprüfung abgelegt haben, lag bei 56%.

Zu erkennen ist eine Zunahme der Kenntnisprüfungen, um eine Anerkennung zu sichern. Die Gleichwertigkeitsprüfung ist unabhängig von der Kenntnisprüfung, da die Kenntnisprüfung absolviert wird, um die Feststellung der Gleichwertigkeit der Zeugnisse zu erhalten. Viele Ärzt:innen verzichten wegen der langen Verfahrensdauer auf die Gleichwertigkeitsprüfung, welche sich laut Wichmann und Gehrlein (2020: 8) über die gesetzlich geregelte Frist von vier Monaten manifestiert. Um die Fristeinhaltung zu gewährleisten, sprach der Marburger Bund (MB) die Empfehlung aus, die Gleichwertigkeitsprüfung auf die Gutachterstelle für Gesundheitsberufe (GfG) zu übertragen, da letztere bereits bei der Vereinheitlichung und Transparenz mitgewirkt hat.

Eine weitere Möglichkeit einer ärztlichen Tätigkeit für eine:n ausländische:n Ärzt:in bietet die Berufserlaubnis. Zu beachten ist, dass die Tätigkeitsfelder und Aufgaben mit einer Berufserlaubnis eingeschränkt werden. Die Berufserlaubnis gemäß § 10 der BÄO gilt seit dem Gesetz vom 1. April 2012 für zwei Jahre (vgl. Bundesärztekammer 2019). Sie ermächtigt die:den noch nicht approbierte:n Ärzt:in unter Aufsicht, als Ärzt:in tätig zu werden. Sollte eine FAA oder eine ärztliche Tätigkeit über zwei Jahre hinaus angestrebt werden, wird die Beantragung der Approbation angeraten.

Zusammenfassend gibt es für Nicht-EU-Bürger:innen zwei Möglichkeiten des Anerkennungsverfahrens:



**Abbildung 2: Anerkennungsverfahren für Nicht-EU-Bürger:innen für den Erhalt der Approbation**

Ist die Gleichwertigkeit gegeben, wird der Antrag auf Approbation gestellt und bewilligt. Bei einer nicht gegebenen Gleichwertigkeit muss die Kenntnisprüfung abgelegt und erfolgreich bestanden werden. Im weiteren Schritt kann danach ein Antrag auf Erteilung der Approbation oder der Berufserlaubnis<sup>6</sup> gestellt werden (siehe Kapitel 2.3).

## 2.2 Sprachkenntnisse: Die Fachsprachenprüfung

Ausweislich § 3 Abs. 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung ist ein sprachlicher Nachweis zur Ausübung des ärztlichen Berufs erforderlich. Das allgemeine B2 Sprachzertifikat ist im Klinikalltag als Ärzt:in nicht mehr ausreichend.

Die 87. Gesundheitsministerkonferenz hat auf der am 26./27. Juni 2013 in Potsdam stattfindenden Konferenz zu TOP 7.3 – Sprachkenntnisse ausländischer akademischer Heilberufe – dementsprechend beschlossen, dass alle Personen, die in Deutschland in einem Heilberuf tätig werden und bei den Ärztekammern registriert sind, wie Zahnärzt:innen, Apotheker:innen und psychologische Psychotherapeut:innen / Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen, Sprachkenntnisse sowohl der deutschen Umgangssprache als auch der medizinischen Fachsprache bescheinigt werden müssen. Bereits seit Ende 2012 wurde wegen des vorhandenen Fachkräftemangels und dem gleichzeitigen Bestreben nach Patient:innensicherheit eine Standardisierung des

<sup>6</sup> Seit dem 01.01.2020 gilt z.B. die Regelung, dass in Hessen ein Fachsprachenzertifikat C1 Medizin für eine Berufserlaubnis erforderlich ist, wobei diese Regelung nur für Drittländer gilt (siehe Regierungspräsidium Gießen, o. J.; siehe auch Mibeg-Institut Medizin, o. J.).

Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzt:innen diskutiert. Ziel der Konferenz der Gesundheitsminister:innen der Länder war es, ein qualitätssicheres, einheitliches und faires Verfahren zur Überprüfung der Deutschkenntnisse zu etablieren, um Missverständnisse, Fehldiagnosen, medizinische Therapieentscheidungen und -fehler zu verhindern.

Folglich wurden von der 87. Gesundheitsministerkonferenz rechtlich nicht-verpflichtende Eckpunkte mit Empfehlungscharakter verfasst (siehe Telc, 2014).

Den Bundesländern obliegt die Entscheidung, welche Sprachzertifikate sie akzeptieren und wie die FSP abläuft. Die FSP kann unter anderem vor den Ärztekammern (vgl. Protschka 2014: 1288) oder *The European Language Certificate* (Telc GmbH) sowie der *Freiburg International Academy* (FIA) oder Sprachprüfung für ausländische Mediziner (SAM) abgelegt werden (siehe Marburger Bund, 2022). Beispielsweise entwickelte das „Sprachprüfung für ausländische Mediziner“-Team (SAM-Team) (Roche et al., 2019) auf Basis wissenschaftlich fundierten Untersuchungen, eine Prüfung unter dem Namen *Fachsprachenprüfung Medizin* (FaMed), welche online abgelegt wird. Diese Prüfung wurde empirisch durch drei Simulationen mit insgesamt 19 Prüfungsteilnehmer:innen erprobt, evaluiert und entsprechend angepasst. Roche betont, dass

eine voreilige Diagnose von sprachlichen Fertigkeiten ohne die wissenschaftliche Fundierung solcher Tests (...) verhängnisvoll werden [kann] (Roche, 2013: 108).

Nach Aussage von FaMed ist diese Prüfung die erste entwickelte und in wissenschaftlichen Studien erprobte FSP für ausländische Ärzt:innen, welche auf Basis von internationalen Forschungsstandards konstruiert wurde (siehe FaMed, 2021). Bisher ist sie nur in Rheinland-Pfalz und Bayern anerkannt (vgl. Marburger Bund 2022).

Die Telc Deutsch B2/C1 Medizin FSP hingegen hat den Vorteil, dass diese Prüfung das Sprachniveau B2 beinhaltet und somit kein separater Sprachnachweis des B2-Niveaus notwendig ist (vgl. Marburger Bund 2018). Jehle (2020: 205-209) analysiert die Vor- und Nachteile der Telc Prüfung sowie der SAM-Prüfung (vgl. Jehle 2020: 214-218). Die Telc B2/C1 Medizin FSP ist in Schleswig-Holstein, Saarland und Hessen vertreten, wobei in Hessen dies ausschließlich für Ärzt:innen mit einem Abschluss im EU-Mitgliedsstaat gilt (vgl. Marburger Bund 2022). Hingegen akzeptieren andere Bundesländer die FSP durch die Ärztekammer und erkennen somit die Telc Prüfung für Ärzt:innen alleine nicht an.

In Hessen sind beispielsweise die Prüfungen durch die Ärztekammer für Abschlüsse innerhalb der EU, der Telc GmbH (nicht von Drittländern anerkannt), des hessischen Volkshochschulverband für Telc GmbH, der FIA, von Berami und der Landesärztekammern anderer Bundesländer anerkannt (siehe Regierungspräsidium Gießen, o. J. & 2019). Für Abschlüsse außerhalb

der EU, also von Drittstaaten, werden nur die Fachsprachenzertifikate C1 Medizin der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und anderer Landesärztekammern berücksichtigt (siehe Regierungspräsidium Gießen o. J. & 2022). Genaue Informationen zu den sprachlichen Anforderungen aller Bundesländer listet der MB auf (vgl. Marburger Bund 2022).

Als nachgewiesene Sprachkenntnisse gelten solche, bei denen die Genehmigungsbehörde feststellt, dass die deutsche Sprache mündlich sowie auch schriftlich fließend beherrscht wird, beispielsweise bei Muttersprachler:innen. Darüber hinaus ist ein Ausbildungsabschluss für die ärztliche, zahnärztliche, pharmazeutische oder psychotherapeutische Ausbildung in deutscher Sprache nachzuweisen sowie ein Abschluss einer mindestens zehnjährigen Schulbildung an einer deutschsprachigen Schule oder ein Abschluss einer mindestens dreijährigen deutschsprachigen Berufsausbildung (vgl. 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014). In der 87. GMK am 26./27. Juni 2014 in Hamburg wurde beschlossen, dass jede:r ausländische Ärzt:in, der:die die vorherigen genannten Anforderungen nicht nachweist, die FSP auf einem Sprachniveau C1 mit Erfolg bestehen muss.

Aus der genannten Konferenz gehen Eckdaten zur Vereinheitlichung der FSP hervor, welche zur Überprüfung der Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen dienen. Vor dem Jahr 2014 hat jedes Bundesland unterschiedliche Sprachzertifikate anerkannt und ist uneinheitliche Verfahrensweisen durchlaufen (vgl. Landesärztekammer Baden-Württemberg 2012; vgl. auch Wächter 2013).

Da die Umsetzung und genaue Festlegung der Kriterien zum Nachweis der erforderlichen Sprachkenntnisse Ländersache ist, variieren derzeit nicht nur das geforderte Niveau der Sprachkenntnisse und deren Überprüfung von Bundesland zu Bundesland (Wächter, 2013).

Obwohl die bundesweite Regelung der Vereinheitlichung der FSP erst im Jahre 2014 etabliert wurde, hat die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz diese bereits im Jahre 2012 eingeführt (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2013; vgl. auch IQaMed 2017).

Bei der bundesweiten vereinheitlichten FSP stehen die Deutschkenntnisse orientiert am Sprachniveau C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER) im Fokus. Fachkenntnisse werden in diesem Zusammenhang nicht überprüft und abgefragt (vgl. Telc 2014; vgl. auch 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014). Aus den festgelegten Eckpunkten in der 87. Gesundheitsministerkonferenz geht hervor, dass Ärzt:innen ohne Rückfragen und offensichtliche Wortschatzsuche

1. sich inhaltlich mit Patient:innen und Kolleg:innen der gleichen Berufsgruppe und Pflegepersonal austauschen können,
2. die Anamnese erheben, sowie Patient:innen, Angehörige und Kolleg:innen über

Befunde, Diagnosen, medizinische therapeutische Maßnahmen sowie über Alternativmedizin, wie alternativ- und komplementärmedizinische Behandlungsmethoden, mit Abwägung der Vor- und Nachteile der Maßnahmen informieren können müssen,

3. Arztbriefe, Dokumentationen und sonstige relevante Krankenunterlagen verwalten und verfassen können müssen (vgl. 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014).

Die Fachsprachprüfung beinhaltet drei essenzielle Teile auf Basis der Eckpunkte der 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014:

- 1) Es wird ein Arzt-Patient-Gespräch (APG) durchgeführt. In diesem Prüfungsteil wird die Anamnese erhoben und es erfolgt ein Aufklärungsgespräch über eine geplante therapeutische und diagnostische Maßnahme. Darüber hinaus werden Therapiemöglichkeiten vorgestellt. Der:die zu prüfende Person soll Rückfragen seitens des:der Patient:in verstehen und auf diese sprachlich reagieren, aber auch selber Rückfragen bei Verständnisproblemen formulieren können (siehe Pobuda, 2014). Dieser Prüfungsteil hat eine Dauer von 20 Minuten.
- 2) Im zweiten Teil der Prüfung soll ein kurzer Arztbrief auf Grundlage der im ersten Teil erhobenen Anamnese verfasst werden. Die Dauer beträgt ebenfalls 20 Minuten.
- 3) Der dritte zwanzigminütige Prüfungsteil orientiert sich an einem Arzt-Arzt-Gespräch (AAG), in dem eine Patient:innenvorstellung mit einem:einer Kolleg:in erfolgt und Befunde, Diagnosen und Therapiemöglichkeiten besprochen werden (vgl. 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014; vgl. auch Pobuda 2014). In diesem Prüfungsteil werden vermehrt Fachbegriffe verwendet. Im Anschluss stellt der:die Prüfer:in weitere Fragen und es wird eine Übersetzung von Fachbegriffen ins Deutsche verlangt (vgl. Pobuda 2014; vgl. auch Ärztekammer Niedersachsen 2022).

Beispiele für die FSP Deutsch B2/C1 Medizin sind im Internet zugänglich, so auf den Seiten der Ärztekammer Niedersachsen oder der Ärztekammer Rheinland-Pfalz (siehe Ärztekammer Niedersachsen, 2022; siehe auch Ärztekammer Rheinland-Pfalz, 2022).

### **2.3 Weitere Rahmenbedingungen**

Nach dem Anerkennungsverfahren und dem Bestehen der FSP (siehe Kapitel 2.1 und 2.2) wird die Approbation gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung beantragt. Die Erteilung der

Approbation ist eine Rahmenbedingung, um in Deutschland als Ärzt:in tätig zu werden. Dabei ist die Approbation im Gegensatz zur Berufserlaubnis (siehe Kapitel 2.1) unbegrenzt sowie auch bundesweit gültig (vgl. Bundesministerium der Justiz 2024). In der BÄO §3 sowie der ÄApprO § 39 sind die Voraussetzungen zur Erteilung der Approbation aufgelistet (vgl. Bundesministerium der Justiz 2002 & 2024). Seit dem Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes am 1. April 2012 hat die Staatsangehörigkeit beim Erteilen der Approbation keinen Stellenwert mehr (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2012 & 2022; vgl. auch Deutsche Apotheker Zeitung 2014: 20). Sie wird frei vom Herkunftsland des:der Ärzt:in beantragt und nach Prüfung der Gleichwertigkeit der Zeugnisse ausgehändigt.

Im Zuge des Anerkennungsgesetzes wurde nämlich der sogenannte Staatsangehörigkeitsvorbehalt in den einschlägigen fachrechtlichen Regelungen (Bundesärzteordnung, Apothekengesetz und Zahnheilkundengesetz) aufgehoben. Daher können jetzt auch Drittstaatsangehörige – also Angehörige eines Nicht-EU-Staates, des EWR sowie der Schweiz – eine Approbation beantragen. Dies war zuvor nicht möglich (Deutsche Apotheker Zeitung, 2014: 20).

Des Weiteren muss der:die approbierte Ärzt:in eine Pflichtmitgliedschaft in einer von insgesamt 17 Landesärztekammern nachweisen. Dabei ist die Landesärztekammer zuständig, wo auch die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird, oder sofern keine ärztliche Tätigkeit nachgegangen wird, des Hauptwohnsitzes. Die Landesärztekammern sind u.a. für die Angelegenheiten der Weiterbildung verantwortlich (vgl. Bundesärztekammer o.J.). Dabei ist ein Mitgliedsbeitrag je nach Einkommen der Ärzt:innen fällig (vgl. Landesärztekammer Hessen o.J.).

Zudem sind alle berufstätige Ärzt:innen dazu verpflichtet eine sogenannte Berufs- oder auch Arzthaftpflichtversicherung abzuschließen (vgl. Ärzteblatt 2022; vgl. auch PraktischArzt 2024). Die Berufshaftpflichtversicherung schützt und unterstützt Ärzt:innen bei der Geltendmachung von gesetzlichen Schadenersatzansprüchen seitens der Patient:innen, welche während der Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten eintreten. Dazu zählen: Personen-, Sach- und Vermögensschaden, ärztliche Tätigkeiten in der eigenen Arztpraxis, ärztliche Tätigkeiten in einer Klinik, im MVZ und in einer Praxis, Vertretung von anderen Ärzt:innen, Absicherung von außerdienstlichem Risiko wie Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlung im Bekanntenkreis, Absicherung in einer freiberuflichen Tätigkeit sowie auch Haftung für Praxisangestellte bei eigener Niederlassung und Haftung bei unerlaubter Handlung, wie z.B. während des Studiums (vgl. PraktischArzt 2024).

Während der FAA haben Ärzt:innen zusätzlich zu den o.g. Verpflichtungen und Rahmenbedingungen die Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V (siehe Marburger Bund o.J; siehe KBV, 2016). Dabei müssen alle berufstätigen Ärzt:innen gemäß § 1 Abs. 3 innerhalb von fünf Jahren circa 250 Fortbildungspunkte bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Form eines

Zertifikats der Ärztekammer nachweisen (vgl. KBV 2016). Fortbildungen gestalten sich als ein wichtiges Kriterium zur Qualitätssicherung, da für eine:n Ärzt:in die stetige Aktualisierung der fachlichen Qualifikationen Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte Patient:innenversorgung darstellt (vgl. Marburger Bund o.J.). Zu der FAA gehört ebenfalls das sogenannte Logbuch. Dabei wurde beim 121. Deutsche Ärztetag im Jahr 2018 die (Muster-)Weiterbildungsordnung verabschiedet, welche Anlass für eine Novellierung der Dokumentation der ärztlichen Weiterbildung gab (vgl. Bundesärztekammer o.J.; vgl. auch Beerheide 2021: 1986). Es wurde hier das elektronische Logbuch (eLogbuch) eingeführt und im Jahr 2020 sukzessiv von den Ärztekammern implementiert (vgl. Bundesärztekammer o.J.). Das eLogbuch dient dazu, dass die Weiterbildungsbefugten die erreichten Kompetenzen der Ärzt:innen in Weiterbildung eintragen.

Die Weiterbildungsbefugten können demnach

die Anzahl von Operationen, Untersuchungen oder anderen Kompetenzen bestätigen oder ebenfalls mit Kommentaren und Hinweisen versehen (Beerheide, 2021: 1986-1987).

Damit soll eine einfache Handhabung erreicht werden, sodass eine kontinuierliche Dokumentation, aber auch eine Bewertung der Progression im Wissens- und Erfahrungsgewinn übersichtlich erfasst wird (vgl. Bundesärztekammer o.J.).

Die zu erfüllende Rahmenbedingungen für approbierte Ärzt:innen sind zum einen die essenziellen Auflagen, das Anerkennungsverfahren sowie auch die sprachlichen Rahmenbedingungen nachzuweisen, um die Rahmenbedingung vom Erhalt der Approbation zu erfüllen. Zum anderen müssen sich die berufstätigen Ärzt:innen als Mitglied in der Landesärztekammer anmelden, eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen und die Fortbildungspflicht während der gesamten Weiterbildungszeit nachkommen, welche hier auch das eLogbuch beinhaltet.

### **3. Begriffserklärung: Fachsprache (Medizin), (ärztliche) Gemeinsprache und Interkulturelle Kompetenz**

Im folgenden Kapitel stehen die grundlegenden Definitionen der vorliegenden Studie im Fokus: (medizinische) Fachsprache, die (ärztliche) Gemeinsprache und die interkulturelle Kompetenz. Es erfolgt eine Definition der Fachterminus Fachsprache und Gemeinsprache, sodass der Unterschied zwischen den beiden Begrifflichkeiten deutlich ist. Danach steht die Fachsprache im Bereich Medizin im Fokus sowie die ärztliche Gemeinsprache. Hier wird zunächst die Entwicklung der Fachsprache Medizin vom Mittelalter bis zum 21. Jahrhundert umrissen und die

Nomenklaturen dabei hervorgehoben. Da die Adressat:innengruppe für die vorliegende Studie aus Ärzt:innen besteht, wird darauf aufbauend die Fachsprache Medizin und die ärztliche Gemeinsprache im ärztlichen Kontext betrachtet. Nachdem die Begrifflichkeiten Multi-, Trans- und Interkulturalität ausdifferenziert wurden, wird abschließend die interkulturelle Kompetenz diskutiert.

### **3.1 Begriffserklärung: Fachsprache versus Gemeinsprache**

Es gibt ein klares Abgrenzungsproblem im Erwerb von Fachsprachen zu den weiteren Teilbereichen der Sprache (vgl. Stolze 2009: 43-44; vgl. auch Merkelbach 2012: 109; vgl. auch Efing 2014; vgl. auch Eckkrammer 2016: 189). In der Literatur wird dabei vermehrt die Fach- und Gemeinsprache in Vergleich gesetzt. Efing (2014) hingegen unterscheidet verschiedene Teilbereiche der Sprache. Er stellt die Begrifflichkeiten Fach-, Allgemein- und Berufssprache gegenüber. Im folgenden Kapitel wird genauer auf die Abgrenzungen eingegangen.

Fachsprachen beziehen sich auf ein bestimmtes Fachgebiet mit speziellem Wortschatz, wobei der Fachwortschatz die Fachsprache bestimmt. Um den Begriff etwas näher zu kommen, definiert Roelcke (2010: 56) den Begriff *Fachwort* als

die kleinste bedeutungstragende und zugleich frei verwendbare sprachliche Einheit eines fachlichen Sprachsystems, die innerhalb der Kommunikation eines bestimmten menschlichen Tätigkeitsbereichs im Rahmen geäußelter Texte gebraucht wird (Roelcke, 2010: 56).

Ein Fachwortschatz zeichnet sich demnach durch eine große Anzahl an kleinen bedeutungstragenden frei verwendbaren sprachlichen Einheiten aus, welche ihren Gebrauch während einer Interaktion je nach Berufsfeld finden.

Roelcke (2010: 57) nimmt eine vierstufige Gliederung des Fachsprachwortschatzes vor: Der intrafachliche Fachsprachwortschatz, welcher aus fachbezogenem Fachwortschatz der jeweiligen Fachsprache besteht. Der interfachliche Fachsprachwortschatz ist die zweite Gruppe und beinhaltet alle Fachwörter im weiteren Sinne, d.h. alle aufgetretenen Fachworte im betreffenden und in anderen Fachsprachensystem. Die dritte Gruppe wird als extrafachlicher Fachsprachwortschatz bezeichnet und ist fächerbezogen. Fächerbezogen bedeutet in diesem Kontext, dass Fachwörter anderen fachsprachlichen Systemen angehören, jedoch ebenfalls in Fachtexten des jeweiligen Faches verwendet werden. Die vierte Gruppe bildet den nichtfachlichen Fachsprachwortschatz, d.h. „die Menge von deren allgemeinen und fachlich nicht weiter geprägten Wörtern“ (Roelcke, 2010: 57).

Zu beachten ist, dass die Gliederung des Fachsprachjargons nebeneinander aufgelistet ist und

sich extensional nicht verschachteln lässt. Die Besonderheiten der Fachwörter liegen in der Semantik, in der Feststellung von bedeutungstragenden Fachspezifika und in spezielle Eigenschaften wie Exaktheit und Eindeutigkeit.

Ziel der Fachsprachen ist die Verständigung zwischen allen interagierenden Menschen in den jeweiligen Fachgebieten aufrecht zu erhalten. Jedes Fachsprachengebiet besitzt einen speziellen Fachwortschatz, eine bestimmte Morphologie und spezielle Grammatikstrukturen. Komposita und Passivkonstruktionen zählen zu den häufigsten Merkmalen für Fachsprachen, insbesondere für den Bereich Medizin (siehe Jarillot Rodal, 2010: 61).

Roche (2003: 149) teilt ebenso seine Meinung, dass Fachsprachen auffällige semantische, morphologische und syntaktische Merkmale besitzen. Weiterhin nehmen Passivkonstruktionen, Wortbildungen oder elliptische Strukturen in verschiedenen Fachsprachen eine bedeutsame Rolle ein. Beispielsweise sind in der Technik und in den Naturwissenschaften, Wortbildungen und Passiv in der Amtssprache oder in der Medizin von Relevanz.

Der Fachwortschatz besteht aus Fachtermini. Allerdings hängen die fachsprachlichen Kompetenzen und die Kenntnisse über diese Termini von den Umständen der Fachkommunikation und dem jeweiligen Fachgebiet sehr stark voneinander ab.

Aufgrund der Verschmelzung der Fachsprache mit der Gemeinsprache kommt es häufig zu Abgrenzungsproblemen. Merkelbach (2012: 109) sieht ein klares Abgrenzungsproblem, weil die Fachsprache in Kontrast zur Gemeinsprache gesetzt wird und verschiedene Bereiche wie z.B. handwerkliche, technische oder wissenschaftliche Sprachen und ihre Übergangsformen abdeckt. Eckkammer (2016: 189) erkennt ebenfalls ein Abgrenzungsproblem,

[w]o allerdings die genaue Grenze zwischen Fach- und Gemeinsprache zu ziehen ist, bleibt nicht zuletzt aus diesem Transferprozess bislang Interpretationssache (Eckkammer, 2016: 190).

Fachsprachen dienen als Kommunikationsmittel in der Wissenschaft, welche über die Versprachlichung aufgerufen werden. Stolze (2009: 42-43) versteht unter Versprachlichung, die Präsenz der Relevanz von Fachsprache in speziellen Fachgebieten, die für die Weitergabe von Fachwissen als auch für die kommunikative Interaktion über Fachthemen zuständig ist.

Stolze (2009: 43-44) vertritt weiterhin die Ansicht, dass die Abgrenzung zwischen Fach- und Allgemeinsprache ein Hindernis darstellt, da die Gemeinsprache für die Beschreibung des Fachwissens zuständig ist.

Aufgrund des Hindernisses der Abgrenzung definiert Stolze (2009: 43) die Gemeinsprache als

eine usuelle oder präskribierte Varietät, die in einer Sprachgemeinschaft überregional und transsozial als allgemeines Verständigungsmedium dient (nicht zu verwechseln mit der *Norm*, die auf Richtigkeit und Präferenz abhebt). Sie ist die Wurzel, aus der die Fachsprachen hervorgingen (Stolze, 2009: 43; Hervorh. im Original).

Efing (2014: 421) erklärt, dass die Alltags- bzw. Allgemeinsprache näher zur Umgangssprache positioniert ist bzw. mündlich realisiert wird. Sie ist für die alltägliche zwischenmenschliche Interaktion vorgesehen sowie auch stark kontextabhängig (siehe Efing, 2014: 421). Wörter und Begriffe werden in einer Kommunikation zwischen Fachkolleg:innen eines Fachgebietes eingebettet, welche zum Teil aus der Alltagssprache stammen. Aus diesem Grund lässt die Gemeinsprache einen gewissen Interpretationsfreiraum zu, die wiederum unterschiedliche Bedeutungsnuancen aufweisen.

Die Gemeinsprache umhüllt einen Kern des Kontextes, vom Kulturkreis, von der Textsorte, vom Sprecher, vom Rezipienten und der jeweiligen Interpretation des Begriffs (vgl. Kadrić et al. 2005: 124-126). Fachsprachen hingegen haben keine eigenständige phonologische, lexikalische oder syntaktische Ebene. Demzufolge ist die Gemeinsprache der essenzielle lexikalische und grammatikalische Balken, auf der sich die Fachsprache stützt. Schlussfolgernd bedeutet dies, dass die Gemeinsprache unabhängig von der Fachsprache nutzbar ist, jedoch der Gebrauch der Fachsprache nicht ohne die Gemeinsprache stattfindet.

Nach Efing (2014) lassen sich Elemente vom alltagssprachlichen Register in unterschiedlichen Kommunikationssituationen finden, aber sie werden auch in fachlichen Kontexten angewandt (vgl. Efing 2014: 420). Im medizinischen Bereich betrifft dies die Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in im APG, sodass hier die Allgemeinsprache zur Schilderung des Wohlbefindens und der Symptome gebraucht wird. Aber auch bei Gesprächen mit den Angehörigen sowie (privaten) Kommunikationssituationen zwischen den Ärzt:innen, beispielsweise Gespräche, die in der Mittagspause oder nach Dienstschluss entstehen (siehe Kapitel 3.2.2), wird laut Efing (2014: 420) die Alltagssprache verwendet.

Demgegenüber hat die Fachsprache explizite Definitionen von Fachwörtern und somit eine hohe Präzision der Bedeutung von Fachwörtern. Sie wird oft als ein Mittel vom Transfer des Fachwissens verstanden, wobei die Fachinhalte während eines Mitteilungsprozesses als eine fachliche Kommunikation betrachtet werden. Es gehören die Bereiche der Berufsfachsprachen (z.B. betrieblicher Ausbildung im Bergbau), der Schulfachsprachen (z.B. biologische Fachsprache in der Schule), der Studienfachsprache (z.B. juristisches Fachwortschatz im Jurastudium an der Universität) oder der Fachfremdsprachen (z.B. das Auseinandersetzen mit einem sachlichen Fach während der Ausbildung als Übersetzer) (vgl. Jovanovic 2013: 37).

Die Fachsprache geht – wie oben erläutert – aus der Gemeinsprache hervor, welche sich permanent weiterentwickelt und neuen Wortschatz hinzugewinnt. Sobald ein Nicht-Fachmann die Fachsprache verwendet, beinhaltet diese ausschließlich fachsprachlichen Elemente, jedoch nicht die Fachsprache per se.

Efing (2014) differenziert zusätzlich die Berufssprache und vergleicht sie mit der Fach- und Gemeinsprache. Das Register der Fachsprache ist weder einheitlich definiert noch begründet,

a) was Berufssprache als Register ausmacht und b) wie das Verhältnis von Fach- und Berufssprache zu modellieren ist (Efing, 2014: 419).

Die Allgemeinsprache bleibt jedoch, wie bereits oben beschrieben, der essenzielle Balken auf denen sich die Fach- und Berufssprachen stützen. Die Allgemeinsprache dient nach Efing (2014: 419)

als Vergleichs- und Abgrenzungsfolie, doch ist auch Allgemeinsprache ein unkonturierter, nicht terminologischer, varietätenlinguistisch nicht fassbarer und zumeist prätheoretisch verwendeter Begriff (Efing, 2014: 419).

Demnach ist sie mal in die Nähe von der Umgangssprache – mündlich – und mal in die Nähe der Standardsprache -schriftlich- aufzufinden. Nach Efings Modell des Spannungsfelds liegt die Berufssprache näher zu der Fachsprache. Die Berufssprache gilt dabei für eine bestimmte Berufsgruppe, wie (Human-)Mediziner:innen (siehe Kapitel 3.2.2), wobei die berufsspezifischen Elemente der Sprache bei bestimmten Fachgruppen in die Fachsprache übergehen (Efing, 2014: 420). Je nach Kontext und beteiligten Personen am Gespräch muss ein:e Ärzt:in die Sprache an die Kommunikationssituation adaptieren, wobei dadurch ein „Spannungsfeld“ (Efing, 2014: 420) entsteht.

In unterschiedlichen Bereichen der Fachsprache dringen viele Wörter in die Alltagssprache (auch Gemeinsprache) ein. Merkelbach (2012: 110) gibt hierfür ein Beispiel im medizinischen Kontext den Wortschatz wie *Aids*, *CT* (Computertomografie) und *Migräne*. Letztere Begrifflichkeiten treten im Alltag häufig auf, wohingegen diese aus der Fachsprache Medizin stammen mit der Erkenntnis, dass die Verwendung solcher Begrifflichkeiten vom Sprecher unbewusst erfolgt.

Für die vorliegende Studie liegt die ärztliche Gemeinsprache zwischen der Fachsprache und der Gemeinsprache. Sie beinhaltet semantische, syntaktische und morphologische Besonderheiten der Fachsprache und zugleich lexikalische, syntaktische und semantische Elemente der Gemeinsprache, um ein APG durchführen zu können. Die Umschreibung von medizinischen Fachbegriffen erfolgt durch die Verwendung der Umgangssprache sowie die Verwendung von deutschen medizinischen Fachwörtern. Genauere Beispiele zur Umschreibung und Verwendung der ärztlichen Gemeinsprache und ihre Schwierigkeiten sind im Kapitel 7.4 verdeutlicht.

### 3.2 Fachsprache Medizin: Historie und Definition

Im folgenden Kapitel werden die Entwicklung, die Innovationen und die Begriffsdefinition der Fachsprache Medizin behandelt. Zudem stehen die sprachlichen Besonderheiten und Merkmale der medizinischen Fachsprache im Fokus.

#### 3.2.1 Entwicklung der Fachsprache Medizin

Das älteste Vokabular ist auf die griechische Antike zurückzuführen. Cornelius Celsus schrieb im ersten Jahrhundert nach Christi eine Enzyklopädie aller Wissenschaften aus lateinischen Begriffen. Caius Plinius Secundus entwickelte das lateinisch-naturwissenschaftliche Vokabular. Hingegen schrieb der medizinhistorische Autor von Pergamon (129-199/200 n. Chr.) in griechischer Sprache und sammelte somit das griechische Vokabular. Pergamon und Hippokrates gelten als bedeutende Mediziner in der Antike.

Zusätzlich leisteten im frühen Mittelalter die islamischen Mediziner ihren Beitrag in arabischer Sprache, sodass Fachvokabular aus der griechischen Antike von der islamischen Welt übernommen worden ist.

Europa verdankt der islamischen Welt in der Tradierung des heilkundlichen Wissens viel (Eckkrammer, 2016: 293).

Zur Rückkehr der verlorenen medizinischen Dokumente im Mittelalter haben die Araber viel beigetragen, da sie sich bemühten, die Medizin zu bewahren und weiterzuentwickeln (vgl. Merkelbach 2012: 121). Sie haben die griechischen und lateinischen Schriften ins arabische übersetzt. Übersetzerschulen in Salerno, Toledo und Cordoba haben die arabischen Schriften wieder ins lateinische übersetzt (vgl. Merkelbach 2012: 122).

Neben dem Griechischen, der dominanten Sprache im medizinischen Bereich in der griechischen wie auch römischen Antike, ist jedoch auch der Einfluss des Arabischen manifest, das über 1000 Jahre (mitunter neben dem Hebräischen) als Kultursprache der Heilkunde fungiert und erst im Hochmittelalter vom Lateinischen abgelöst wird (Eckkrammer, 2016: 192).

Eckkrammer (2016: 295) betont, dass im *Bayt Al-Hikma*, im Haus der Weisheit, antike Schriften ins Arabische übersetzt wurden und das heilkundliche Wissen der Griechen und der Römer auf das Wissen aus Ägypten, Persien und Syrien traf. Rhazes (arab. Abū Baker Muhammad ibn Zakarīyā ca. 865-925) und Avicenna (Abū 'Alī al-Husain 'Abd Allāh b. Sīnā al Qānūnī 979/80-1037) sind arabische Ärzte, die in vielen medizinischen, astromedizinischen, iatromathematischen Traktaten und Sammelhandschriften und in laienbezogenen Medizinschriften zu finden sind, welche u.a. das lateinische Mittelalter in der Heilkunde nachhaltig beeinflusst haben (vgl. Eckkrammer 2016: 296). Ab dem 10. Jahrhundert konzentrierten sich arabische und hebräische Mediziner auf das Wissen und die medizinischen Erkenntnisse von Rhazes und übersetzten

dessen Schriften.

Die Aufnahme der arabischen Schriften in der Medizin begann ab dem 11. Jahrhundert. Da ab dem Jahr 1140 die wissenschaftlich-arabischen Schriften in Spanien ins Lateinische übersetzt wurden, „entsteht durch die Rezeption der arabischen Medizin eine umfassende wissenschaftliche Terminologie im Lateinischen“ (Eckkrammer, 2016: 310).

In der Renaissance rückten die arabischen Texte infolge einer Welle an medizinischen Weiterentwicklungen immer mehr in den Hintergrund und die griechische Sprache gewann wieder an Gewicht, obwohl das Arabische ins Lateinische übersetzt wurde. Aufgrund dessen wurden die griechischen Originaltexte wiederaufbereitet.

Fest steht, dass die volksmedizinisch geprägte Mönchsmedizin durch die Wiedererschließung des antiken Medizinwissens über die arabischen Kommentatoren und Quellen ab dem 11. Jahrhundert abgelöst wird (Eckkrammer, 2016: 313).

Da in dieser Zeit wenige Personen mit griechischen Sprachkenntnissen zur Verfügung standen, wurden die Texte von Werkstätten des Erasmus von Rotterdam in die lateinische Sprache übersetzt. Im 17. und 18. Jahrhundert entwickelte sich eine Abgrenzung zwischen der fachexternen Kommunikationsebene und der lateinischen Sprache. Diese Abgrenzung führte zu einer Neuplatzierung von neuen Erkenntnissen auf der fachinternen Ebene (vgl. Eckkrammer 2016: 338). Im 19. Jahrhundert galt die lateinische Sprache als Lingua Franca. Folglich dominierten die Termini der lateinischen Sprache. Aufgrund der Kombination der griechischen und lateinischen Sprache kam es zu einer schnellen Weiterentwicklung der Termini. Die lateinische Sprache zeichnete sich durch Präzision und Prägnanz und die griechische durch die verschiedenen Bildungsmöglichkeiten von Komposita aus, sodass die Weiterentwicklung der Sprachen zunahm. Ein Beispiel hierfür ist, dass ein griechisches Substantiv mit einem lateinischen Adjektiv zusammengefügt wurde, wie z.B. Typhus abdominalis, wobei Typhus griechisch und abdominalis lateinisch ist. Es wurden einige griechische Termini für Organe beibehalten. Dadurch blieb die lateinische Sprache bis in das 18. und 19. Jahrhundert die Sprache der Mediziner und wurde dann durch die Nationalsprache (Englisch) abgelöst.

Bei der englischen Sprache ging die Fachsprache zwei Wege: Erstens wurden viele Begrifflichkeiten ins Lateinische übertragen und zweitens gibt es seit den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts neue Begriffe in der internationalen medizinischen Fachsprache.

Im Jahre 1895 sollten die Begriffe der makroskopischen Anatomie durch die Erarbeitung der Nomina Anatomica vereinheitlicht werden. Das Hauptaugenmerk lag auf der Akzeptanz von gebräuchlichen Namen ohne Rücksicht auf ihre philologische Korrektheit. Aufgrund dessen mussten die Fehler korrigiert werden. Daraufhin wurde 1936 in Jena die verbesserten Jenenser

Nomina Anatomica (JNA) beschlossen (vgl. Merkelbach 2012: 123) und in Deutschland einseitig eingeführt (vgl. Fangerau et al. 2017: 16). Die Basler Nomina Anatomica (BNA) hatte sich hingegen bereits in zahlreichen Ländern stark manifestiert, sodass bedeutsame Veränderungen an der anatomischen Nomenklatur nicht angenommen wurden (vgl. Fangerau et al. 2017: 16). Dies hatte zur Folge, dass das Ziel eine reine Verbesserung der Basler Nomenklatur war und bedeutete, dass die englischsprachigen Länder in Birmingham wegen der Nicht-Einigung eigene Reformen anstrebten. Infolgedessen blieben die meisten Länder bei den Basler Namen. In Basel einigte man sich im Jahre 1895 auf einem internationalen Anatomenkongress auf rund 6.000 Bezeichnungen (Basler Nomenklatur).

Die anatomische Nomenklatur bezeichnet man als ein klares Ordnungs- und Bezeichnungssystem, welches die Einteilung verschiedener Gegenstände in Begriffe und Ausdrücke vornimmt. Zum Beispiel werden die Teilbereiche der Medizin (Pharmazie, Chemie, Botanik, Zoologie, etc.) in ein eigenes Ordnungssystem in lateinischer Sprache eingeordnet (vgl. Murken 1994: 26). Im 19. und 20. Jahrhundert erfolgte in Jena (1935), Paris (1955), New York (1960) und Tokio (1975) eine Überarbeitung des Nomenklaturverzeichnisses. Es kam zu einer Übernahme von 4.286 bereits bestehenden Termini und 1.354 neuen Termini. Danach bestand ein medizinisches Vokabular mit rund 6.000 Termini (vgl. Murken 1994: 26-27). Die neu verbesserte Nomenklatur bezeichnete man als die Pariser Nomina Anatomica (PNA), welche sich eng an die BNA orientiert sowie Ausdrücke aus der JNA adoptierte. Der Fokus bei der PNA war laut Schumacher (2006: 112) die Einfachheit, die Kürze und die einfache Memorierbarkeit der Bezeichnungen<sup>7</sup>. Im Jahre 1984 wurde dann die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet. Damit begann in der Medizin eine neue Periode der Internationalisierung. Die WHO gibt Empfehlungen zum Wortschatz der medizinischen Fachsprache vor. Hierfür erarbeiteten Expert:innen aus unterschiedlichen Mitgliedsländern der *United Nations Organization* (UNO) mit Hilfe der WHO, Empfehlungen und auf Grundlage vom internationalen Corpus (Bild, Ton und Text) neue Begrifflichkeiten. Es wurden Begriffe im Zusammenspiel der lateinischen und griechischen Sprache, entwickelt, wie z.B. Radiologie (*radius* (lat.) – der Strahl und -*logie/logos* (gr.) – die Lehre). Bei der Neubildung zu langen Termini werden sogenannte Akronyme (Abkürzungen) verwendet.

Im 19. Jahrhundert ahmten die deutschen den französischen Ärzt:innen nach und schrieben ihre Werke auf Deutsch. Infolge der Französischen Revolution schrieben die französischen Ärzt:innen ihre Bücher in ihrer Heimatsprache. Die Umstellung der Bücher ins Deutsche hatte keine

---

<sup>7</sup> Mehr zu den neuen Aspekten der vorgenommenen Bearbeitungen nach Knese sind bei Murken 1994: 27 nachzulesen.

Auswirkungen auf die Terminologie. In diesem Zusammenhang kam es zu einer Eindeutigung der Wortendungen, wie z.B. Aterie statt *Ateria*, Tuberkulose statt *Tuberculosis*. Die Wissenschaftssprache Deutsch wurde in der Medizin wenig verändert, sodass neue Termini weiterhin auf Grundlage der griechischen oder lateinischen Sprache gebildet wurden. Demzufolge spielte die lateinische Sprache bis zum 19. Jahrhundert in der Fachsprache Medizin eine wesentliche Rolle. Sie wurde durch die englische Sprache aufgrund der Lingua Franca im 20. Jahrhundert abgelöst. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die englische Sprache leichter zu erlernen ist, weniger komplexere Strukturen aufweist und dadurch die Bildung von neuen Fachvokabular vereinfacht. Ferner dominierte nach dem zweiten Weltkrieg die englische Sprache im Bereich Medizin. Die letzte Modifikation der Nomenklatur erfolgte im Jahre 1998, die Terminologia Anatomica. Seitdem sind sowohl lateinische als auch englische Ausdrücke inbegriffen. Trotz der Entwicklung des Verzeichnisses (Nomenklatur) und somit des neuzeitlichen Vokabulars blieb der Einfluss der griechischen und lateinischen Sprache in der klinischen Fachsprache bzw. Terminologie bestehen<sup>8</sup>.

Ein:e Medizinstudierende:r erlernt im Studium die letztgültige anatomische Nomenklatur. Im Gespräch mit einem:einer Professor:in, dessen:deren eigenes Studium zwischen 1936 und 1955 (Jenenser Nomenklatur) war, kann es im Hinblick auf die Veränderungen der Nomenklaturen zu Missverständnissen bei der Verwendung von Begriffen kommen. Da sich Ärzt:innen aufgrund des Zeitmangels nicht ausreichend mit den ständig geänderten Nomenklaturen auseinandersetzen, lehrt der:die Professor:in weiterhin die Begrifflichkeiten, die er:sie in früherer Zeit gelernt hat, d.h. die alte Nomenklatur und nicht die aktuelle. Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit zieht daraus den Schluss, dass die ständige Abänderung der Nomenklatur sowie das Hinzufügen von deutschen medizinischen Begrifflichkeiten und teilweise Entlehnungen in die deutsche Sprache für ausländische Ärzt:innen Schwierigkeiten im Erwerb der Fachsprache Medizin auf Deutsch mit sich bringt (siehe hierzu Kapitel 7).

### **3.2.2 Begriffsdefinition der Fachsprache Medizin und ärztlichen Gemeinsprache**

Die medizinische Fachsprache ist für ausländische sowie auch für deutsche Studierende anspruchsvoll (vgl. Merkelbach 2012: 106). Nachvollziehbar gestaltet sich der Schwierigkeitsgrad des Erwerbs einer neuen Sprache für Ausländer:innen problematischer als für Muttersprachler:innen. Beispielsweise enthält die Fachsprache Medizin bestimmte Akronyme, Abkürzungen und spezielle Fachwörter.

---

<sup>8</sup> Für die charakteristischen Merkmale der griechischen und lateinischen Sprache siehe Holubar und Schmidt (2007: 27-46).

Zum Fachwortschatz der Medizin gehören Bezeichnungen für medizinische Fachgebiete (*Kardiologie, Pädiatrie*), Körperteile (*Abdomen*), Organe (*Herz - Cor*), Organteile (*Mitralklappe - Valva mitralis*), Organfunktionen (*Ejektionsfraktion*), mikrobiologische und biochemische Phänomene (*Leukozyten, DNS, Hämoglobin*), Krankheitsbezeichnungen (*Herzinsuffizienz*), klinische Parameter (*Sinusrhythmus*), Untersuchungsverfahren (*Echokardiographie*), Operationsmethoden (*Bypass*), therapeutische Konzepte (*Kont-  
raindikation*), Medikamente (Sammelbezeichnungen: *Diuretika*, Wirkstoffe: *Captopril*) und Symptomen-  
bezeichnungen (*Giemen, Palpitation*) (Ylönen, 2010: 469; Hervorh. im Original).

Die Fachsprache Medizin ist in die Bereiche Humanmedizin, Zahnmedizin und Veterinärmedizin zu differenzieren, wobei der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Humanmedizin liegt. Medizin ist im vorklinischen und klinischen Bereich geteilt. Im vorklinischen Sektor handelt es sich um Basisinformationen in Biologie/Anatomie, Physik/Physiologie, Chemie/Biochemie und medizinische Psychologie/Soziologie. Der klinische Sektor beinhaltet den Umgang mit Patient:innen, die Grundlagen der klinischen Untersuchungen und die tiefen Kenntnisse und Fertigkeiten in den Fächern und der Querschnittsbereiche. Im klinischen Bereich liegt der Fokus auf Organgruppen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Orthopädie, Augenheilkunde) und Behandlungsverfahren (Onkologie, Intensivmedizin) bzw. Patient:innengruppen (Pädiatrie, Geriatrie). Eine scharfe Trennung der Gliederungen ist schwer aufrechtzuerhalten. Der Grund hierfür liegt in der Weiterentwicklung der Medizinwissenschaft. Es entstehen neue Kombinationen aus den Gliederungsbereichen, wie z.B. Neurochirurgie (siehe hierzu Kapitel 3.2.1).

Schön und Schrimpf (2010) zeigen drei Komponenten der medizinischen Fachsprache auf, welche miteinander in Beziehung gesetzt werden. Erstens verfügt die Fachsprache Medizin über einen speziellen Wortschatz und sprachliche Strukturen, die nicht mit der Allgemeinsprache übereinstimmen, wie z.B. der Zugang zur Systemlinguistik und Terminologie. Zweitens spielt der pragmalinguistische Zugang für die medizinische Fachsprache eine essenzielle Rolle, denn die Verwendung der medizinischen Fachsprache beschränkt sich auf bestimmte fachliche Situationen. Drittens der kognitionslinguistische Zugang, in dem die Fachsprache fachliche Erkenntnisse und Rückschlüsse auf kognitive Strukturen gewährt. Aus diesen Annahmen heraus wurden bislang in der Forschung die terminologischen, semantischen, kognitionslinguistischen, pragmatischen und syntaktischen Fragestellungen wenig miteinander verglichen (vgl. Schön & Schrimpf 2010: 50-51).

Die Fachsprache benötigt bestimmte sprachliche Mittel auf der syntaktischen Ebene, wie z.B. Funktionsverbgefüge, präpositionale Fügung und Komposita, um Präzision, Informationsverdichtung und Ausdrucksökonomie zu fördern (vgl. Merkelbach 2012: 111). Im Deutschen können neue Begriffe durch Terminologisierung, Wortzusammensetzungen (Komposita), Derivationen, Konversionen, Entlehnungen, Kürzungsverfahren und Neubildungen konstruiert werden. Es werden immer häufiger Initialwörter, Silbenwörter und Akronyme zur Abkürzung vom

medizinischen Wortschatz gebraucht. Abkürzungen sollen zur Rationalisierung beitragen, Wortneubildungen vereinfachen, Zeit sparen und die Lesbarkeit unter Mediziner:innen steigern (vgl. Jatkowski 2024). Im schriftlichen Ausdruck sind Abkürzungen problematischer als im mündlichen Ausdruck, wie beispielsweise bei Fließtexten (Dokumentationen oder Arztbriefen), da zum einen der Lesefluss unterbrochen wird und zum anderen die Abkürzungen nicht fachübergreifend verwendet werden (siehe Jatkowski, 2024). Dies bedeutet, dass die Abkürzungen oft für kleinere Fachkreise bekannt sind und demnach nicht jede:r Ärzt:in diese im Arztbrief entschlüsseln kann. Dies kann u.a. zu einer falschen Interpretation der Diagnosen führen. Hin-gegen können sie bei Diagrammen, Formeln, Tabellen und Überweisungsscheine durchaus aufgrund von mangelndem Platz in der Schriftlichkeit angewandt werden (vgl. Jatkowski 2024). Zusätzlich hierzu erfordern Abkürzungen eine starke Konzentrationsfähigkeit des:der Leser:in oder dem:der Hörer:in (Nicht-Spezialist:in).

Syntaktische Kombinationen sind Bestandteil der Fachsprache:

Diese Selektion syntaktischer Konstruktionen wird insbesondere im Hinblick auf Satzarten, Attributreibungen, Nominalisierungen und Funktionsverbgefüge, Satzkomplexität und einige weitere Erscheinungen deutlich, wobei Verständlichkeit, Ökonomie und Anonymität gleichfalls als die wichtigsten Funktionen fachsprachlicher Kommunikation erscheinen (Roelcke, 2005: 80).

Auf der lexikalisch-semantischen Ebene zeichnet sich die Fachsprache Medizin durch besondere Strukturen aus. Da sich der Fachwortschatz der Medizin durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung in der klinischen Wissenschaft ausweitet, ist der Umfang des Wortschatzes nicht genau zu bestimmen. Zum Beispiel gibt es mehr als 10.000 Namen zur Bezeichnung von Körperteilen, Organen und Organteilen in den anatomischen, histologischen und embryologischen Bereichen (vgl. Roelcke 2005: 197; vgl. auch Merkelbach 2012: 125-126). In den 80er Jahren sind es über eine halbe Million. Dabei gibt es ungefähr 20.000 Bezeichnungen für organische Funktionen und 60.000 Krankheitsbenennungen, Untersuchungsmethoden und Operationstechniken (vgl. Schipperges 1988; vgl. auch Roelcke 2005: 197). Es gibt dabei 30.000 Krankheitsbezeichnungen, wobei 6.000 bis 8.000 als selten klassifiziert werden (vgl. Pharmig 2020). Dabei fehlen in der oben genannten Auflistung noch die deutschen und die entlehnten Begrifflichkeiten sowie die ärztliche Umgangssprache.

In der Fachliteratur wird die horizontale und vertikale Ebene nach Hoffmann (1987) differenziert, wobei die vertikale Ebene erweitert wurde (vgl. Roelcke 2005 & 2010 & 2014). Nach Roelcke (2005 & 2010) beinhaltet die vertikale Ebene drei fachliche und sprachliche Abstraktionsebenen. Als erstes ist die Wissenschaftssprache (oder Theoriesprache) zu nennen, die höchste Abstraktionsebene, welche auch als schriftliche Fachsprache gilt. Die zweite Ebene ist

die fachliche Umgangssprache, die der unmittelbaren und oft mündlichen Kommunikation unter Fachleuten dient. Roelcke (2010: 40) nennt die zweite Schichtung die Praxisebene, in der eine Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Fachpersonal (z.B. Pflegepersonal oder auch Medizinisch-Technischen Assistent:innen MTA) stattfindet. Die dritte Abstraktionsebene der Fachsprache ist die Werkstattsprache (auch Verteilersprache), die in Produktion, Verwaltung und Verkauf in schriftlicher und mündlicher Form gebraucht wird (vgl. Roelcke 2010: 40). Roelcke (2005: 193 & 2010: 40) differenziert die dritte Ebene als die Behandlungsebene, in der Ärzt:innen und Patien:innen miteinander interagieren.

Ebenso wird zwischen der schriftlichen und mündlichen Kommunikation unterschieden, sodass theoretische und praktische Textarten mit verschiedenen Abstraktionsgraden vorhanden sind. Zur schriftlichen Kommunikation gehören theoretische Textsorten, die als stark abstrahierende, wissenschaftliche Texte der innerfachlichen Kommunikation (Fachzeitschriftenartikel, Fachbücher), behelrende Texte des Lehr-Lern-Kontextes (Lehrbücher, Handbücher), aufklärende Texte der API (Ratgeber, Patienteninformationsblätter) und popularisierende Texte der Kommunikation unter medizinischen Laien (Aufsätze in Zeitungen/Magazinen) aufgefasst werden. Praktisch orientiert sind Texte der innerfachlichen Kommunikation (Laborbefunde und Gutachten), anweisende Texte der Arzt-Hilfspersonal-Kommunikation (Krankenkarten) und anordnende Texte von Ärzt:innen (Rezepturen) (vgl. auch Löning 1985: 28–29; vgl. Ylönen 2010: 469–470).

Zu der mündlichen Kommunikation gehören im theoretischen Teil Vorträge und Diskussionen der innerfachlich-wissenschaftlichen Kommunikation (Konferenzen, Forschungslabor), behelrende Gespräche des Lehr-Lern-Kontextes (Studierendenseminare, Unterricht für Pflegepersonal), aufklärende und beratende API (Schwangerenberatung) und popularisierende Laienkommunikation (Gesundheitsmagazine im Fernsehen).

Praktisch orientiert sind Gespräche der innerfachlichen Kommunikation (Erörterung und Besprechung von Krankheitsfällen), anweisende Texte der Arzt-Assistenzpersonal-Kommunikation (Kommunikation im Operationssaal), API (Sprechstunde, Visite) (vgl. Löning 1985: 29–30; vgl. Ylönen 2010: 471). Der Fokus liegt hierbei auf der mündlichen Kommunikation beim APG, da in dem jeweiligen Gespräch zwischen Expert:innen und Laien zwei völlig verschiedene Sprachniveaus der Alltags- und Fachsprache aufeinandertreffen.

Ylönen (2010: 471) beschreibt das Handlungsmuster im API, dass

global gesehen der Behandlungsmethode der wissenschaftlichen Medizin (Anamnese → Diagnose → Therapie → Prognose → Epikrise) [folgt], wobei die Epikrise erst am Ende der Behandlung rückblickend das Krankheitsgeschehen zusammenfasst und interpretiert (oft in Form schriftlicher Dokumente, wie Überweisung, Arztbrief, Entlassungsbrief) (Ylönen, 2010: 471).

Um die Patient:innensicherheit und die medizinische Versorgung des:der Patient:in qualitativ zu gewährleisten, steht die API mit all ihren Besonderheiten, Komponenten und ihrer Gesprächsdurchführung im Mittelpunkt (siehe Kapitel 5). Hierzu gehört an erster Stelle die Kommunikation mittels einer einfachen verständlichen Sprache. Diese kann nach Ansicht der Forschenden durch die Gemeinsprache erfolgen. Es werden die patientengerechte, laienbezogene und ärztliche Sprache als Synonyme für diese Arbeit verwendet. Kanter und Horowitz (2009: 216) stellen hinsichtlich des medizinischen Fachvokabulars fest:

medical knowledge is a specialized area of understanding that requires intensive study to comprehend. It uses specialized language or jargon that is unfamiliar to most patients. Therefore, it falls to the physician to translate for the patient (Kanter & Horowitz, 2009: 2016).

Die Medizinersprache wird in der Literatur auch als Mediziner-Slang, Bildungsjargon, Medizinerdeutsch, Ärzte-Latein oder Facharztchinesisch aufgefasst (vgl. PraktischArzt 2017c). Dabei ist die Medizinersprache für Patient:innen unverständlich. Im medizinischen Bereich kommt es

beispielsweise im Krankenhaus, oft zu fachdisziplinübergreifender Zusammenarbeit, was eine Verständigung sowohl auf der berufs- als auch auf der fachsprachlichen Ebene zwischen Mediziner\*innen bedeutet (Jehle, 2020: 155-156).

Holubar und Schmidt (2007: 73) differenzieren zwischen der Fachsprache Medizin und der ärztlichen Gemeinsprache, indem letztere detaillierter ist, auch wenn keine fachlichen Ausdrücke benutzt werden. Die ärztliche laienbezogene Gemeinsprache in einer API ist kaum von der medizinischen Fachsprache per se geprägt. Der:Die Patient:in versucht durch die Allgemesprache seine:ihre physischen und psychischen Schmerzen, sein:ihr Empfinden und seine:ihre Beschwerden zu erklären. Insofern befinden sich Ärzt:in und Patient:in in einer kontinuierlichen Wechselkommunikation, welche asymmetrisch ist. Für die vorliegende Studie resultiert daraus, dass die rein medizinische Fachsprache unter medizinischem Personal gebraucht wird, wie etwa im AAG oder Gespräch mit Pflegekräften. Hingegen bezieht sich die ärztliche Gemeinsprache auf die patientengerechte Sprache, in der wenig bis keine Fachbegriffe benutzt werden. Es wird vielmehr eine Umschreibung von medizinischen Fachbegriffen mithilfe der Gemeinsprache angestrebt.

Die Verfasserin der vorliegenden Arbeit definiert die ärztliche Gemeinsprache in einer API für die vorliegende Untersuchung auf Grundlage der Begriffsdefinitionen der Fachsprache, Gemeinsprache und der Fachsprache Medizin folgendermaßen: Sie beinhaltet nicht die Fachsprache Medizin in Latein oder Englisch per se, sondern die Umgangssprache sowie deutsche Fachbegriffe, welche für Patient:innen verständlich sind, sprich in der laienbezogenen,

patientengerechten Sprache. Dies dient dazu, als fremdsprachige:r Ärzt:in mit den Patient:innen kommunizieren zu können, um Diagnosen und Therapien, Epikrisen und Indikationen erstellen sowie die Psyche des:der Patient:in feststellen und entlasten zu können. Welche sprachlichen Äußerungen der:die Ärzt:in im APG artikuliert, ihre Gewichtung sowie welche Rolle der:die Ärzt:in einnimmt, die Empathie, die Höflichkeit und die Emotionen im APG werden in Kapitel 5.3 in Detail thematisiert. Mithilfe dessen soll das Verständnis der vorherigen Definition der ärztlichen Gemeinsprache verstärkt werden.

### **3.3 Interkulturelle Kompetenz in der Medizin**

In deutschen Krankenhäusern und im Gesundheitswesen kommen Ärzt:innen sowie Patient:innen aus verschiedenen Ländern zusammen, sodass eine Begegnung von verschiedenen Kulturen im Krankenhaus oder in der Praxis zwangsläufig ist. Hierfür benötigen alle Ärzt:innen interkulturelle Kompetenz. Das Verständnis von medizinischer Fachsprache und ärztlicher Gemeinsprache und die Reflexion sowohl der eigenen als auch der deutschen Kultur ist im Alltag und Berufsleben zwingend erforderlich.

Kultur wird als ein Zeichen-, Wissens- und Orientierungssystem aufgefasst, dennoch darf es nicht als ein unveränderbares, festgesetztes System verstanden werden (vgl. Straub 2007a: 16). Kultur wird von Straub (2007a: 16) als ein verflochtenes Gewebe verstanden, welches aus einer Anzahl von aufeinander aufbauenden Verfahrensweisen bzw. Anwendungsbereiche, einschließlich der Wissensbeständen und ihrer Dynamik, gebildet wird. Diese Praxisfelder werden zu einem

selbstinterpretierenden und vor allem transitorischen Gegenstand der Interpretation. Sie liegen nicht objektiv vor, etwa als geschlossene und scharf umrandete Gesamtheiten expliziter Regeln, Glaubensaxiome oder Handlungsmaximen (Renn, 2004: 430).

Dabei sind die Praxisfelder bzw. Anwendungsbereiche in einer Kultur nicht in sich geschlossen mit festgelegten Regeln, Handlungsanweisungen und Glaubensgrundsätzen, sondern sie sind als Interpretation zu entschlüsseln (vgl. Renn 2004: 430). Laut Straub (2007a: 18) sind kulturelle Wirklichkeiten

Ergebnisse von pragmatischen und/oder sprachlichen Unterscheidungen bzw. Relationierungen (Straub, 2007a: 18).

Aus diesem Grund sind Kulturen nach Straub (2007a: 18) nicht als objektive, geschlossene oder autonome Konstrukte der Wirklichkeit zu betrachten, sondern ihre Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Besonderheiten verändern sich stetig. Dreißig (2005: 20-21) versteht unter Kultur

ein kontextabhängiges, subjektives Konstrukt, welches sich ebenfalls durch Interesse, Motivation und Erwartung verändern kann. Baumer (2002: 76) expliziert, dass jeder Mensch eine eigene Kultur besitzt, d.h. eine eigene kulturelle Zugehörigkeit. Infolgedessen kann sie geografisch, ethnisch, moralisch, religiös, ethisch, politisch oder historisch sein (vgl. Baumer 2002: 76). Der Kulturbegriff unterteilt sich in weitere Begrifflichkeiten, wie Trans-, Multi-, Pluri- und Interkulturalität. Für die vorliegende Studie werden die Begrifflichkeiten der Multi-, Trans- und Interkulturalität definiert, um das Verständnis für diese Begrifflichkeiten zu stärken. Multikulturell bedeutet „eine soziale Organisationskultur“ (Bolten, 2007a: 22). Sie setzt sich aus einer Anzahl von Personen mehrerer Kulturen zusammen (vgl. Bolten 2007a: 22). Bei der Multikulturalität kommt es zu keiner Verschmelzung der Kulturen, sondern sie stehen nebeneinander. Der Begriff Transkulturalität hingegen geht auf Welsch (1994) zurück und beschreibt, dass die Kulturen nicht homogen, klar abgrenzbare Einheiten sind, sondern aufgrund der Globalisierung eng miteinander verwoben und verflochten sind (vgl. Welsch 2002). Oftmals werden die kulturspezifischen Unterschiede hierbei negiert. Nach Domenig (2007: 172) bedeutet Transkulturalität

nicht das Zwischen oder das Nebeneinander, sondern das über das Kulturelle Hinausgehende, Grenzüberschreitende und somit wieder Verbindende und Gemeinsame ins Zentrum (Domenig, 2007: 172).

Hingegen deutet laut Welsch (1994) das „inter“ beim Begriff „Interkulturalität“, dass es zwei oder mehr klar abgrenzbare Kulturen gibt, sodass hier die Unterschiede hervorgehoben werden. In der Literatur ist dies strittig. Für die vorliegende Studie bedeutet die Interkulturalität:

ein Prozess, der sich im Wesentlichen auf die Dynamik des Zusammenlebens von Mitgliedern unterschiedlicher Lebenswelten auf ihre Beziehungen zueinander und ihre Interaktionen untereinander bezieht (Bolten, 2007a: 22).

Das heißt, das Handlungsfeld liegt zwischen verschiedenen Lebenswelten. In der interkulturellen Begegnung mit einer fremden Kultur steht der Aushandlungsprozess im Mittelpunkt der Kommunikation. Der Aushandlungsprozess ist der Prozess, bei dem bei Divergenzen eine für beide Parteien einer unterschiedlichen kulturellen Begegnung Konflikt- bzw. Kommunikationslösungen gefunden bzw. ausgehandelt werden. Er verläuft spontan und zügig (vgl. Bolten 2007a: 22) und ist

wiederum durch eine Reihe von Kontextvariablen wie Altersunterschied, Bekanntheitsgrad, Hierarchiegefälle etc. bestimmt. Er spielt sich in Bruchteilen von Sekunden ab (Bolten, 2007a: 22).

Bei einer interkulturellen Begegnung treffen unterschiedliche „cultural script“ sowie „individual imprint“ (Grein, 2023: 3) aufeinander. Dabei spielt die kommunikative Situation eine Rolle. Das heißt aber auch, dass der „cognitive horizon, then, is divergent“ (Grein, 2023: 3).

Das *Mixed Game Model* (MGM) kann bei der Analyse einer interkulturellen Begegnung helfen.

Das Model kann durch folgende Elemente beschrieben werden:

framework of a holistic model, integrating the multiple human abilities such as cognition, perception, personal preferences, emotions, rational behaviour and cultural factors (Grein, 2023: 3).

Straub et al. (2010: 18) vertreten die Meinung, dass die IK als Definition angesichts verschiedener psychischer Dispositionen, Wissensständen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, schwer präzise zu beschreiben bzw. zu erfassen ist.

Alle derartigen Modelle zeigen jedoch auf einen Blick, dass sich 'interkulturelle Kompetenz' aus vielerlei psychischen Dispositionen, Wissensbeständen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammensetzt und sich demzufolge auch nicht kurz und knapp beschreiben lässt (Straub et al., 2010: 18; Hervorh. im Original).

Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit einer Person, mit Menschen anderer Kulturen erfolgreich zu kommunizieren bzw. zu interagieren. Nach Grein (2019: 129- 142) ist das Zusammenspiel der zwei Konzepte, dialogisches Handlungsspiel und Multikollektivität, für die Sensibilisierung der IK relevant. Dabei geht es der Autorin beim dialogischen Handlungsspiel um den Sprachgebrauch bzw. die kommunikativen Handlungen mit dialogischen Mitteln (vgl. Grein 2019: 129). Die sprachlichen Mittel, welche im Gespräch verwendet werden, sind „individuell, aber auch kulturspezifisch geprägt“ (Grein, 2019: 134), weil ein Mensch unterschiedliche Normen, Werte, Wünsche, Denkweisen und Einstellungen mit in die Kommunikation bringt (vgl. Dreißig 2005: 20-21; vgl. auch Erll & Gymnich 2007: 25-26; vgl. Straub et al. 2010: 18; vgl. Grein 2019: 133). Multikollektivität hingegen bedeutet nach Rathje (2014: 42), dass der Mensch verschiedenen Kollektiven zuzuordnen ist, sprich eine Mehrfachzugehörigkeit vorhanden ist. Der Fokus liegt hier auf den verbindenden Kollektiven, also den übereinstimmenden Facetten, sodass eine Person von der anderen beispielsweise lediglich die Kultur trennt, jedoch viele andere Facetten sie miteinander verbinden (vgl. Grein 2019: 135-137). Ein Negieren der Unterschiede zwischen den Kulturen ist demnach nicht sinnvoll.

Die Komplexität des Konstrukts der IK setzt sich laut Straub et al. (2010: 17)

nämlich notwendigerweise aus einer variablen Anzahl von Komponenten und Konstituenten zusammen, die jeweils ziemlich komplexe Dispositionen – Merkmale, Eigenschaften, Wissensbestände oder Fähigkeiten und Fertigkeiten – einer Person bezeichnen, die in situationsangepasster Weise zum Tragen kommen und das Handeln leiten können (Straub et al., 2010: 17).

Jedes Individuum hat seine eigene Zugehörigkeit zu einer Kultur, d.h. Glauben, Kunst, Moral, Gesetze, Sitten und Bräuche; alle Fähigkeiten und Eigenschaften, die sich ein Mensch in einer bestimmten Gesellschaft aneignen und wodurch sich diese Menschen und Gesellschaften von anderen unterscheiden lassen. Zudem besitzt ein Individuum seine eigene Denkweise, sein eigenes Empfinden, seine eigene Ausdrucks- und Verhaltensweise sowie seine eigene Ethik,

seine eigenen Normen und Werte (vgl. Erll & Gymnich 2007: 25-26). Demzufolge unterscheiden sich die Menschen und somit sind auch Kulturen nicht homogen, sondern bestehen aus „einem intern heterogenen, nach außen hin offenen und stets in Veränderung begriffenen Netzwerk“ (Erll & Gymnich, 2007: 26). Eine erfolgreiche Kommunikation zwischen aus verschiedenen Kulturen stammenden Menschen erfordert nach Baumer (2002: 76) die Berücksichtigung folgender Faktoren: die Diskussionsbereitschaft und –fähigkeit, die Offenheit, das Interesse für andere Menschen und Meinungen und mögliche Zielsetzungen einer Beziehung.

Somit muss eine grundsätzliche Diskussionsbereitschaft und –fähigkeit vorausgesetzt werden, weitere Faktoren wie Offenheit, Interesse für andere Menschen und Meinungen, mögliche Ziele (Ergebnisse) einer Beziehung usw. werden in den zu untersuchenden Beurteilungsmöglichkeiten besprochen (Baumer, 2002: 76).

Die IK wird zudem als Schlüsselkompetenz, *soft skills*, verstanden, die eine überfachliche Kompetenz darstellt (vgl. Erll & Gymnich 2007: 7). Bolten (2007a: 112-114) definiert die zentralen Schlüsselkompetenzen für ein interkulturelles Handeln. Hierzu zählen die Fähigkeiten zur Ambiguitätstoleranz, zu Akzeptanzgrenzen erkennen und zu Akzeptanzspielräume aushandeln, sowie auch Dissensbewusstsein, Empathie, Flexibilität, Fremdsprachenkenntnis, interkulturelle Lernbereitschaft, Kommunikationsfähigkeit, Kulturwissen, Metakommunikation (über Kommunikationsprozesse kommunizieren). Oberflächen- und Tiefenstrukturen unterscheiden, Polyzentrismus (Anerkennen der Eigenständigkeit anderer Kulturen), Rollendistanz, Selbstdisziplin, Synergiebewusstsein (prozessorientiert handeln) und thematisieren können, gehören zu den Schlüsselkompetenzen bei einer interkulturellen Begegnung (vgl. Bolten 2007a: 112-114). Auf einige Schlüsselkompetenzen wird im weiteren Verlauf der IK genauer eingegangen.

Die IK wird im heutigen 21. Jahrhundert zunehmend und dringend von vielen Berufsbereichen, aber auch im Alltag gefordert. Eine Begegnung mit anderen Kulturen ist mittlerweile vor dem Hintergrund der multikulturellen Gesellschaft und der Globalisierung unvermeidlich (vgl. Erll & Gymnich 2007: 6). Erll und Gymnich (2007: 11-13) veranschaulichen drei Teilkompetenzen der IK, welche in einer Wechselbeziehung zueinanderstehen. Diese sind die kognitive, die affektive und die pragmatisch-kommunikative Kompetenz. Für ein besseres Verständnis geht die Forschende der vorliegenden Arbeit zusammenfassend auf die drei Teilkompetenzen ein. Die kognitive Kompetenz ist das vorhandene Wissen über die Fremdkultur, „das Wissen um die Funktionsweisen von Kulturen, die Existenz kultureller Unterschiede und deren mögliche Auswirkungen in interkulturellen Interaktionen“ (Erll & Gymnich, 2007:12). Interesse, Aufmerksamkeit, Empathie und Ambiguitätstoleranz umfassen die Komponente der affektiven Kompetenz (vgl. Erll & Gymnich 2007: 12-13). Das Verstehen der eigenen Werte und Normen auch bei Widersprüchlichkeiten zu der (Fremd)Kultur sind für die interkulturelle Begegnung

relevant, um die Selbstreflexivität als kognitive Kompetenz beim Individuum zu fördern (vgl. Erll & Gymnich 2007: 13). Die pragmatisch kommunikative Kompetenz hingegen zielt auf das Anwenden von Kommunikationsmuster sowie Problemlösungsstrategien ab, d.h. „eine produktive Interaktion mit Menschen aus anderen Kulturen“ (Erll & Gymnich, 2007: 13).

Für die vorliegende Arbeit und die angestrebte Adressatengruppe bedeutet dies die Selbstreflexion über die eigene Kultur, ihre Normen und Werte (jordanische Kultur) und das Bewusstsein über vorhandene kulturelle Unterschiede der Zielkultur (deutsche Kultur) und ihre Implikationen bei der interkulturellen Begegnung im ärztlichen Berufsalltag. Das Zeigen von Empathie und Ambiguitätstoleranz wirkt sich positiv auf die Begegnung aus, in der kommunikative Strategien sowie geeignete Konfliktlösungsstrategien bei der Interaktion und bei Schwierigkeiten im ärztlichen Alltag mit Patient:innen, Kolleg:innen und Pflegekräften eingesetzt werden<sup>9</sup>.

Die sprachliche Kompetenz hat zusätzlich zu den drei vorher genannten Teilkompetenzen der IK einen positiven Effekt auf die interkulturelle Begegnung, denn mithilfe von Sprachkenntnissen kann die Kommunikation mit Individuen der Fremdkultur erleichtert werden, „weil mit dem Spracherwerb oft ein weiter reichender Prozess der Auseinandersetzung mit der jeweiligen Zielkultur einhergeht“ (Erll & Gymnich, 2007: 14).

Wie bereits vorgestellt, benennt Bolten (2007a: 112-114) die sprachliche Kompetenz als eine Schlüsselkompetenz mit dem Begriff *Fremdsprachkenntnisse*. Das Zurückgreifen auf eine gemeinsame Fremdsprache wie Englisch ist bei einer interkulturellen Begegnung durchaus denkbar. Mangelnder Wortschatz, fehlerhafte Aussprache oder die fehlerhafte Verwendung von Grammatik können Kommunikationskonflikte hervorrufen, wobei die mangelnde pragmatisch kommunikative Kompetenz (siehe vorherigen Abschnitt) mehr Einfluss auf die interkulturelle Begegnung hat (vgl. Erll & Gymnich 2007: 82). Beispielsweise wird die Nicht-Nutzung von Höflichkeitsfloskeln wie *Bitte* (siehe Kapitel 5.3.1) als unhöfliches Verhalten interpretiert und kann stärkere Auswirkungen auf die interkulturelle Interaktion haben, als die inkorrekte Aussprache eines Wortes. Die Auswirkungen der sprachlichen Fähigkeit der jordanischen Ärzte für die vorliegende Studie und den Zusammenhang mit einer erfolgreichen Interaktion im APG werden in Kapitel 7.3 und 7.4 ausgeführt. Der interkulturellen Pragmatik, also den Handlungen und Verhaltensweisen gegenüber fremden Kulturen, wird ein Schwerpunkt gewidmet.

Die pragmatische Dimension interkultureller Kommunikation hat seitens der Linguistik in den letzten Jahrzehnten so große Aufmerksamkeit gefunden, dass sich die interkulturelle und kontrastive Pragmatik zu einem eigenständigen Zweig der Sprachwissenschaft entwickelt hat (Erll & Gymnich, 2007: 82).

---

<sup>9</sup> Die von den jordanischen Ärzten verwendeten Lösungsstrategien werden in Kapitel 7 von einigen Interviewteilnehmern dargestellt, z.B. bei der Verwendung der ärztlichen Gemeinsprache (siehe hierzu Kapitel 7.4).

In den vorherigen Abschnitten wurde vermehrt über die interkulturelle Interaktion bzw. Begegnung gesprochen. Nach Rathje (2006: 13) kann dabei die interkulturelle Interaktion bzw. Begegnung als eine

Interaktion zwischen Individuen aus unterschiedlichen Kollektiven aufgefasst werden, die aufgrund mangelnder Bekanntheit des jeweiligen Differenzspektrums Fremdheitserfahrungen machen (Rathje, 2006: 13).

Interkulturelle Kompetenz beinhaltet nach Straub (2007b: 35) nicht nur Schlüsselqualifikationen (*soft skills*), Teamfähigkeit und Führungskompetenz, sondern ebenso fachliches Wissen und fachliche Fähigkeiten. Dadurch breitet sich der Handlungsbereich der IK weiter aus.

Zusammenfassend können wir dementsprechend interkulturelle Kompetenz als das erfolgreiche ganzheitliche Zusammenspiel von individuellem, sozialem, fachlichem und strategischem Handeln in interkulturellen Kontexten definieren. 'Interkulturelle Kompetenz' erweist sich damit als ein synergetischer Prozessbegriff, der folglich auch nicht auf den Bereich der 'soft skills' reduziert werden kann, sondern der das gesamte Handlungsspektrum betrifft (Bolten, 2007: 87-88; Hervorh. im Original).

Sie ist demnach nicht nur in professionellen, fachlichen Bereichen aufzufinden, sondern auch vermehrt im privaten Kontext bei sämtlichen Arten von Beziehungen (vgl. Straub 2007b: 35). Der professionelle Fachbereich kann die Medizin sein. Für die vorliegende Studie wird die interkulturelle Kompetenz (IK) im Bereich der Medizin in ihrer Funktionalität betrachtet, d.h. sie zielt auf die Vermeidung von Kommunikationsproblemen ab (vgl. Straub 2007b: 39).

Die IK bezieht sich auf die Fertigkeit und Fähigkeit (einschließlich ihrer Wissensstände, Strukturen und Ziele) von Individuen oder kollektiven Subjekten wie Gruppen, Institutionen oder Organisationen (vgl. Straub 2007b: 39). Da Organisationen sowie Institutionen, wie beispielsweise Krankenhäuser, als kulturelle Handlungsbereiche angesehen werden, wird die Kommunikation in Krankenhäuser als institutionelle Kommunikation aufgefasst (vgl. Straub & Zielke 2007: 718).

Der Geburtssaal, die onkologische Station für Kinder oder die Intensivstation für Herzchirurgie sind ebenso >gewöhnungsbedürftige< *Kulturatope* – kulturelle Orte, die das dort lokalisierte Handeln aller Akteure jeweils besonderen Zielen, Regeln und geschichtlich konstituierten Ordnungen unterstellen, vielleicht unterwerfen (...) ein kulturelles Gebot ist, dessen normierender Charakter das analytische Gespräch erst möglich macht (Straub & Zielke, 2007: 718-719; Hervorh. im Original).

Forschungen sind laut Straub (2007b: 40) vielfach im Bereich der Fremdsprachendidaktik zu finden (siehe Gogolin 2006; siehe auch Porcher 2006), dennoch wird die IK nur auf die Fremdsprachenkompetenz alleine reduziert. Der Begriff beinhaltet demzufolge ebenfalls Fertigkeiten, Fähigkeiten, Voraussetzungen, Toleranz, Empathie und Gelassenheit sowie Dominanz und Durchsetzungskompetenz u.v.m. (vgl. Straub 2007b: 40). Thomas (2003: 39) definiert die IK und benennt nach Ansicht der Forschende die relevantesten Elemente einer interkulturell kompetenten Person:

Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergieträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung (Thomas, 2003: 39).

Peters (2008) beschreibt die Kommunikationsziele und das Machtverständnis in der API als ungleich. Demnach müssen die Kommunikationsverhaltensweisen unterschiedlich betrachtet werden. Scheib (2021) beschreibt das hierarchische Machtverständnis zwischen Ärzt:in und Patient:in, indem der:die Patient:in „leidet, Hilfe benötigt und Rat sucht“ (Scheib, 2021: 4). Hingegen dominiert der:die Ärzt:in im APG, da er:sie „ein Leiden diagnostiziert, Ratschläge zur Lebensführung gibt und eine Behandlung durchführt“ (Scheib, 2021: 4). Zwar ist die Intention des Machtverständnisses gleich, dennoch unterscheidet sich das Gespräch je nach Kultur, Wertvorstellungen, Wünschen und Normen des:der Patient:in. Thomas (2005) definiert den Begriff „Kulturstandards“ (Thomas, 2005: 45). Er versteht sie als Arten der Wahrnehmung, der Denkweise, der Werte und der Handlungen, welche für einige Personen einer Kultur als normal und typisch aufgefasst werden. Dabei wird die eigene und fremde Verhaltensweise auf Basis der vorher genannten Kulturstandards von Thomas (2005: 45) evaluiert. Thomas (2005: 46-47) zeigt auf Grundlage von durchgeführten Interviews deutsche Kulturstandards: Sachorientierung, Regelerorientierung, Zeitplanung, Trennung von Persönlichkeits- und Lebensbereichen, Individualismus und Kommunikationsstil. Gläubige Personen haben beispielsweise eine andere Weltsicht bzw. Erwartungshaltung an religiöse Überzeugungen (vgl. Scheib 2021: 3). Individuen, die eine religiöse Haltung einnehmen,

gehen mit anderen Erwartungen und anderen Haltungen zum Arzt als Menschen, die sich als westlich-aufgeklärt verstehen; und Menschen aus der Türkei oder dem arabischen Raum anders als Menschen aus Mitteleuropa (Scheib, 2021: 4).

Deutlich zeigt sich laut Scheib (2021: 4) sowie Grein (2023: 3-7) die Religiosität und ihre Haltung bei Patient:innen sowie bei dem:der Ärzt:in. Attum et al. (2023) sprechen über die kulturellen und religiösen Einflüsse beim Umgang und bei der Kommunikation mit religiösen Patient:innen. Sie kennzeichnen die Relevanz bei der Behandlung und beim Umgang mit den religiösen Patient:innen, weil

The Islamic faith can influence decision-making, family dynamics, health practices, risks, and the use of healthcare. Understanding Islamic beliefs will assist healthcare professionals in delivering appropriate health care in a culturally sensitive manner. This can be accomplished by understanding religious implications, perspectives on family, health, illness, diet, the influence of traditional medicine, and privacy concerns (Attum et al., 2024).

Nach Auffassung der Verfasserin der vorliegenden Arbeit bedeutet dies für die vorliegende Studie, dass die jordanischen Ärzte spezifisch religiös bedingte Haltungen vom APG, von

Krankheit, Tod und Heilung einnehmen können sowie ihre religiösen Werte ins Gespräch einbringen, wie beispielsweise bei Tabuthemen oder Unterschieden des Geschlechts, wo Scham und Respekt im APG dominieren (siehe Alkhlaifat, 2021: 30 & 33). Tabuthemen sind laut Müller et al. (2014):

Prohibitions on behaviours, both acts and utterances, that a particular society forbids or encourages its members to avoid (Müller et al., 2014: 1523).

Aufgrund der unterschiedlichen Grundeinstellungen können Missverständnisse bei einer interkulturellen Begegnung auftreten<sup>10</sup>.

Die Begegnung zwischen zwei oder mehreren Kulturen ist interkulturell und die Fähigkeit, in dieser Situation angemessen und akzeptabel handeln und Verständnis zeigen zu können, um zu interagieren, wird als IK angesehen. Eine solche Begegnung erfährt ein:e Ärzt:in im beruflichen Alltag innerhalb einer Institution, wie einem Krankenhaus oder einer Praxis. Die erfolgreiche Begegnung zwischen verschiedenen Kulturen kann unter der Voraussetzung gelingen, dass die anderen Kulturen akzeptiert, respektiert, gewürdigt und verstanden werden (vgl. Eberhardt 2013: 84). Beispielsweise begegnet ein:e jordanische:r Ärzt:in einen:einer chinesischen Patient:in in der Praxis. Er muss nun die fremde (chinesische) Kultur und die Person selbst mit all ihren Eigenschaften und kulturellen Einstellungen akzeptieren, respektieren und verstehen können, um erfolgreich kommunizieren und handeln und somit den:die Patient:in behandeln zu können.

Eberhardt (2013: 8) betont, dass im Rahmen einer Interaktion „der Kontext eine tragende Rolle“ (Eberhardt, 2013: 8) erhält. Ein:e Fremdsprachenlernende:r kann nicht nur durch zwischenmenschliche Interaktionen die IK entwickeln, sondern ebenfalls durch die indirekten Interaktionssituationen. Eine Interaktionssituation beinhaltet, dass ein Mensch nicht nur durch die reale Begegnung mit einem anderen Individuum einer anderen Kultur die interkulturelle Fähigkeit entwickelt, sondern auch „in Form von Texten, Bildern, Filmen oder Audiodokumenten“ (Eberhardt, 2013: 81). Das Merkmalsmodell von Müller und Gelbrich (2001: 252) zur interkulturellen Kompetenz zeigt folgende Komponente: Nicht-ethnozentrisch, Unvoreingenommenheit, Offenheit, Einfühlungsvermögen, kulturelles Bewusstsein, Wissen über das Land, Selbst-Bewusstsein, Wertschätzung des Selbst, realistische Erwartungen, entspannt sein, Respekt, Flexibilität, Ambiguitätstoleranz, Erfolgsorientierung, angemessene *Self Disclosure* und Sprach- und Kommunikationsfertigkeiten. Straub (2007a) bezieht sich auf Eberhardt (2013: 102) und

---

<sup>10</sup> Beispiele zu den interkulturell religiös geprägten Schwierigkeiten der jordanischen Ärzte sind in Kapitel 7.5.1 aufgezeigt.

hält die vorher genannten Teilaspekte als unabdingbar. Dies wirft für den Autor die Frage auf, ob und in welcher Kombination der Teilaspekte als ausreichend für die erfolgreiche Begegnungssituation bzw. der IK gilt. Für die Forschende zeigen die Komponenten von Müller und Gelbrich (2001: 252) Übereinstimmungen zu den Schlüsselkompetenzen der IK nach Bolten (2007a: 112-114).

Eine interkulturell kompetente Person akzeptiert und toleriert eine divergente Kultur und stellt daher keine Gefahr bei der Begegnung und der Kommunikation mit anderen Kulturen dar. Sofern der:die Ärzt:in interkulturell kompetent ist, kann er:sie mit dem:der Patient:in interagieren und fördert somit wesentliche Teile der Behandlung und der Diagnose. Durch eine erfolgreiche Begegnung erleiden wenige Menschen einen Kulturschock und einen Orientierungsverlust. Eine misslungene Begegnung führt dazu, dass sie sich an ihrer Kultur festhalten und nicht loslassen können (vgl. Baumer 2002: 98). Laut Henderson et al. (2018) ist das Ziel der IK im medizinischen Sektor:

satisfaction with care, the perception of quality health care, better adherence to treatments, effective interaction and improved health outcomes (Henderson et al., 2018: 1).

Ein Grund für die Entstehung von Missverständnissen zwischen nicht monokulturelle Personen ist z.B. die Verankerung von Stereotypen, die Selbstverständlichkeit einer Situation und die geringe sprachliche Kompetenz. Der Einfluss der Fremdsprachenkompetenz wurde bereits in den vorherigen Abschnitten erläutert. Unter der Selbstverständlichkeit einer Situation ist zu verstehen, dass beispielsweise ein:e jordanische:r Ärzt:in beim Betreten des Behandlungsraumes nach dem Wohlergehen des:der deutschen Patient:in und dessen:deren Eltern fragt. Obwohl die Frage nicht böswillig gemeint ist, versteht jedoch der:die Deutsche dies als einen für ihn:sie unangenehmen Annäherungsversuch. Dieses Missverständnis bei der Begrüßung kann nach Bouchara (2002: 65) folgenderweise erklärt werden:

Während in einer Kultur das Fragen nach dem Wohlbefinden der Familie mit Solidarität verbunden wird, ist dies nicht unbedingt in einer anderen Kultur situativ angemessen. Es dominiert die Beziehungsebene (siehe Kapitel 5.2). Erll und Gymnich (2007) beschreiben das Begrüßungsritual als ersten Annäherungsversuch bei der Begegnung mit einer Person aus einem anderen Kulturkreis, welches „maßgeblich zur Etablierung einer harmonischen und produktiven Gesprächsatmosphäre“ (Erll & Gymnich, 2007: 126) beiträgt. Laut Erll und Gymnich (2007: 127) sind Begrüßungsrituale in der arabischen Kultur ausgedehnter und länger als in der deutschen Kultur. Nicht nur die Länge des Gesprächs differenziert zwischen der arabischen und deutschen Kultur, sondern auch Begrüßungsformeln mit religiösem Inhalt, das mehrfache Nachfragen nach dem Wohlbefinden der Person sowie der Verwandtschaft (vgl. Erll &

Gymnich 2007: 128). Bolten (2007b: 21) vertritt die Ansicht, dass Sozialhintergründe, oder auch *Ausgangskulturen*, die Grundlage für das interkulturelle Handeln mit anderen Personen darstellen. Bolten (2007b: 19) führt ein Beispiel für eine interkulturelle Begegnung zwischen zwei Kulturen im medizinischen Kontext ein. Der Fokus des Beispiels liegt beim Händeschütteln bei der Begrüßung zwischen Ärzt:in und Patient:in.

Was auf der einen Seite 'normal' ist, kann auf der anderen Seite vollkommen ungewöhnlich sein. Dennoch wird die Interaktion der Beiden aller Wahrscheinlichkeit nach nicht damit enden, dass der eine mit ausgestrecktem Arm vor dem anderen stehen bleibt, während dieser seine Arme vor der Brust verschränkt. Es wird eine Lösung geben, die entweder in der weitgehenden Anpassung des einen an den anderen bestehen oder aber irgendwo 'dazwischen' liegt (Bolten, 2007: 19; Hervorh. im Original).

IK bedeutet im oben dargestellten Zusammenhang die Fähigkeit eine Lösung bzw. einen Aushandlungsprozess, für den vorhandenen Konflikt – hier das Begrüßungsritual – zu finden, die andere Person zu realisieren, ihre Kultur und derer Differenziertheit zu akzeptieren und damit umzugehen.

Zusammenfassend ist IK für die vorliegende Arbeit die wissens- und handlungsbasierende Fähigkeit, bei der Begegnung mit einem Individuum aus einer Fremdkultur erfolgreich kommunizieren und handeln zu können. Respekt, Akzeptanz, Toleranz, Sprachkenntnisse und grundlegendes Wissen über die eigene und die fremde Kultur, haben Auswirkungen auf die interkulturelle Begegnung. Ohne die vorstehend genannten Komponenten kann die Begegnung zwischen unterschiedlichen Kulturen zu Missverständnissen und somit zu einem Kulturschock führen.

Die IK ist nach Bolten (2007b) gewünscht, weil sie für das Gesundheitswesen ein konkurrenzfähiges Element des internationalen Marktes ist. Boltens (2007b: 20) Konzept der IK bezieht sich auf Gesundheitstourist:innen, die meist als Privatpatient:innen zur Behandlung nach Deutschland einreisen. Das Gesundheitssystem profitiert wirtschaftlich von den ausländischen Patient:innen. Sie haben die Vorstellung, dass das Gesundheitssystem und die Ärzt:innen in Deutschland hoch anerkannt und qualifiziert sind. Die IK spielt vor, nach und während der Behandlungszeit eine wichtige Rolle, wie z.B. bei der Akquisition, der Patient:innenkommunikation und dem Support. Ärzt:innen, das Pflegepersonal und u.a. das gesamte Gesundheitsmanagement sollten die Fähigkeit besitzen, mit ausländischen Patient:innen umzugehen. Das umfangreiche Angebot an interkulturellen Trainings ist demnach adressiert an Ärzt:innen. Bolten (2007b: 21) veranschaulicht in Form einer Tabelle die Entwicklungsmaßnahmen interkultureller Kompetenzentwicklung bei unterschiedlichen Zielgruppen (Ärzt:innen, Pflegekräfte und Institution) des medizinischen Bereichs. Übungen, Tipps und Fallbeispiele für die Integration von ausländischen Pflegekräften sind bei Prauss & Roedenbeck Schäfer (2023) nachzulesen.

#### **4. Forschungsstand: Fachsprache, Fachsprache Medizin und interkulturelle Kompetenz**

Bei der Diskussion um den Forschungsstand steht die Frage im Zentrum, welche Schwierigkeiten jordanische Ärzte während ihrer FAA im ärztlichen Berufsalltag im Hinblick auf drei Hauptelemente – sprachliche, fachsprachliche und interkulturelle Schwierigkeiten – erleben. Definitiv umfassen diese drei Kernelemente in der vorliegenden Studie die Schwierigkeiten als Assistenzärzte mit der Fremdsprache (FS) Deutsch, mit der medizinischen Fachsprache, mit dem Anerkennungsverfahren, mit dem deutschen Krankenhaussystem als auch mit der deutschen (Fach)Kultur. Letztere betrifft nicht nur den Aufbau und die Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und der entsprechenden Bereiche des Krankenhaussystems, sondern auch die Fachkultur der jeweiligen Fachabteilungen des Krankenhauses sowie das dortige Hierarchieverständnis, die Verwaltung und die damit verbundenen organisatorischen Aufgabengebiete.

Im folgenden Kapitel wird der Forschungsstand hinsichtlich der Fachsprache, der Fachsprache Medizin sowie der interkulturellen Kompetenz für Ärzt:innen vorgestellt, um einen zusammenfassenden ganzheitlichen Einblick in die Forschungsliteratur zu ermöglichen.

Es steigt der Leidensdruck bei jordanischen und generell bei ausländischen Ärzt:innen in Bezug auf kommunikative Sprachprobleme in einer Arzt-Patienten-Interaktion (API) und im Arzt-Arzt-Gespräch (AAG) (vgl. Klemperer 2003; vgl. auch Eckkrammer 2016: 184; vgl. auch Henderson et al. 2018; vgl. auch Schildmann et al. 2018; vgl. auch Seitz et al. 2019) und auch in organisatorisch systemrelevanten Fähigkeiten (vgl. Roche 2014: 316). Die Sprachprobleme der ausländischen Ärzt:innen machen sich in fehlenden Wortschatzkenntnissen, in fehlendem oder begrenztem Wissen über die Struktur und den Aufbau einer Fachkommunikation in kollegialen Gesprächen und mit Pflegepersonal, in der mangelnden Kenntnis der administrativen Aufgaben eines:iner Ärzt:in im Klinikalltag und in mangelnder Kenntnis vom deutschen Krankenhaussystem bemerkbar. Um sich auf die FSP B2/C1 Medizin vorbereiten zu können, gibt es mittlerweile zahlreiche Angebote von Sprachschulen als auch Lehrmaterialien, wie speziell aufbereitete Lehrbücher für ausländische Ärzt:innen (vgl. Schön & Schrimpf 2010; vgl. auch Ylönen 2010; vgl. auch Schrimpf & Bahnemann 2012; vgl. auch Thommes & Schmidt 2016; vgl. auch Rogoveanu 2020; vgl. auch Schrimpf et al. 2022).

Im Klinikalltag zählen die patientenzentrierten und kollegialen Gespräche sowie Gespräche mit Pflegepersonal zu den Haupttätigkeiten eines:iner Ärzt:in in Weiterbildung (vgl. Langewitz 2002 & 2011 & 2012; vgl. auch Klemperer 2003; vgl. auch Alloui 2005; vgl. auch Helman

2007; vgl. auch Acquah 2011; vgl. auch Watzlawick et al. 2011; vgl. auch Eberhardt 2013; vgl. auch Ärztekammer Nordrhein 2015; vgl. auch Schildmann et al. 2018; vgl. auch Seitz et al. 2019; vgl. auch Cross 2020). Es stellt sich die Frage, wie der Berufsalltag der jordanischen Ärzt:innen aussieht und welche Schwierigkeiten sie als Ärzt:innen in Weiterbildung im normalen Klinikalltag erleben. Der:die jordanische Ärzt:in muss mit Beginn der ärztlichen Tätigkeit nicht nur die deutsche Alltagssprache beherrschen, sondern auch fachliche Kenntnisse nachweisen. Das Fachwissen wird für die vorliegende Studie in zwei Elemente unterteilt: die Fachsprache Medizin und die ärztliche Gemeinsprache - sprich die patientengerechte Sprache (vgl. Stolze 2009; vgl. auch Eckkammer 2016). In der Fachsprachenforschung liegt der Fokus in den letzten Jahrhunderten mehr auf dem linguistischen Bereich als auf den Schwierigkeiten der fachsprachlichen Kommunikation. Dies bedeutet, dass die Fachsprachenforschung sich von der reinen Betrachtung des Wortschatzes immer mehr emanzipiert und mehr in Richtung einer Gesamtanalyse des Subsystems der Fachsprachen geht.

Roelcke (2005, 2010 & 2014) befasst sich mit der Übersichtsdarstellung und Einführung in die Fachsprache, welche Themenbereiche der Fachsprache, ihre Besonderheiten, ihre Geschichte und das Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis beinhaltet. Es werden dabei unterschiedliche Bestimmungen der Fachsprache, sprach- sowie kommunikationswissenschaftlicher Art behandelt. Fachsprachen werden von Roelcke (2014) in ihrer horizontalen und vertikalen Gliederung aufgegriffen und die Eigenschaften der Fachsprachen in den Bereichen Wortschatz, Grammatik und Text gelistet. Die theoretischen Bestimmungen werden erneut in den drei Kapiteln deutlich, deren Gegenstand Fachsprachennormung, Fachlexikographie und Fachsprachenübersetzung und -unterricht ist. Der Autor gewährt den Leser:innen eine Übersicht der Fachsprachengeschichte vom Mittelalter bis in die Moderne.

Merkelbach (2012) zeigt die Relevanz des FSU in Bezug auf die Fachsprache Medizin und die interkulturelle Integration von ausländischen Studierenden in Deutschland. Gezielt wird die medizinische Fachsprache, ihre Herkunft, ihre lexikalischen, syntaktischen, grammatikalischen und pragmatischen Merkmale, ihre Entwicklung, ihre Lexik, die horizontale und vertikale Schichtung nach Hoffmann (1987: 58-62), die Terminologie der medizinischen Fachsprache, ihre Vermittlung im Deutsch als FS-Unterricht und die Differenz zwischen Fachsprache und Gemeinsprache charakterisiert. Merkelbach (2012: 106) bestätigt die Schwierigkeit eines Spracherwerbs, insbesondere der Fachsprache Medizin für die in Deutschland lebenden ausländischen Studierenden.

Im Zentrum der Diskussionen steht oft das Verhältnis von Fachsprache und Gemeinsprache, wobei als aktuelle Diskussion das Verhältnis zwischen der Fach-, Gemein- und Berufssprache

(siehe Efing, 2014) stärker hervorgehoben wird. Nach Efing (2014: 419) sind die Gemein- und Fachsprache die zwei essenziellen Pole im Spannungsfeld – siehe hierzu Efing’s Spannungsfeld (2014) – zwischen denen die anderen Register zuzuordnen sind. Dabei bleibt die Allgemesprache das relevanteste und breiteste Register, weil sich die Fach- und Berufssprache auf das sprachliche Register der Allgemesprache stützen. Die Konkretisierung und der Gebrauch von Fach- und Berufssprache erfolgen also nur mithilfe der Benutzung von allgemesprachlichen Elementen.

Im zweibändigen Werk von Eckkammer (2016) beschäftigt sich die Autorin hauptsächlich mit laienbezogenen medizinischen Aspekten, sowie Struktur- und Sprachwandel und der Pragmatik. Sie erörtert theoretische Konzepte zum Sprachwandel, Medienwechsel und zu Textarten, ohne Bezug auf die Medizin zu nehmen. Die Begründung für das Ausgrenzen der Medizin liegt in der Entwicklung von Modellen, welche nicht ausschließlich auf einen fachlichen Bereich reduziert werden sollen. Eckkammer (2016: 184) legt den Sprachwandel und die Begrifflichkeiten der Fach- und Gemeinsprache zugrunde. Es wird u.a. präzise auf die (Weiter)Entwicklung der Medizin und der Fachsprache Medizin und auf die Übermittlung der medizinischen Sprache von der Antike über die Araber bis hin zum 20. Jahrhundert eingegangen.

Der Autorin geht es um

um die Erschließung eines umfassenden – vor dem Hintergrund diachronischer Sprach- und Medienwandelprozessen generierten – Wissens um den *status quo* der schriftlichen laienmedizinischen Kommunikation und ihrer Vertextung (und damit auch Visualisierung) in einem [sic!] spezifischen thematischen Segment (Eckkammer, 2016: 17; Hervorh. im Original).

Das Werk von Bechmann (2017) ist ein Sammelband mit unterschiedlichen Beiträgen von Wissenschaftler:innen verschiedener Hochschulen aus dem Bereich Medizin, Sprachwissenschaft, Medizingeschichte, Literaturwissenschaft, Medienwissenschaft, Recht und Philosophie (vgl. Bechmann 2017: 18), sodass ein großes Spektrum an Stellungnahmen und Ansätzen präsentiert wird. Hauptsächlich geht es um die Versprachlichung von medizinischem Wissen. Nach Auffassung von Bechmann (2017: 17) wäre die Medizin ohne Sprache inhaltslos und sprachlos. Aufgrund der umfangreichen Themen im Sammelband werden nur einige Beiträge vorgestellt, die für die zugrundeliegende Studie von Bedeutung sind.

Der Beitrag von Heister und Henke (2017) beleuchtet im Rahmen des Deutschen Ärztetages und im Hinblick auf die API die Problematik der Ökonomisierung, der Bürokratisierung und Schematisierung im medizinischen Milieu und die daraus folgenden Konsequenzen.

Der Artikel von Kalitzkus und Wilm (2017: 73) hingegen behandelt die Relevanz von Erzählungen in der API, sodass die narrative Medizin wieder ihren Stellenwert in der Medizin findet. Zur Diskussion gestellt werden die Sprach- und Erfahrungswelten in der Medizin, in der das

Übersetzen und das Verstehen mit der narrativen Medizin vereinfacht und interpretiert wird. Die Erzählungen von Patient:innen und ihren Angehörigen, sowie von Ärzt:innen und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen dienen als Beispiele. Weiterhin werden im Artikel die narrative Praxis in der medizinischen Welt als reflexive Praxis und im APG diskutiert.

Im Gegensatz zu den o.g. Publikationen geht Jatkowski (2024) detailliert auf die Problematik vom Gebrauch von medizinischen Abkürzungen in der Mündlichkeit sowie auch Schriftlichkeit ein. Er zeigt in seinem Beitrag auf, welche Abkürzungsarten präsent sind, welche Vor- und Nachteile durch die Verwendung entstehen, wie man die Abkürzungen angemessen verwenden kann und führt hierzu noch einige Beispiele auf. Abkürzungen können Schwierigkeiten hervorrufen, weil laut Jatkowski (2024) nicht alle Ärzt:innen aller Fachbereiche auch die jeweiligen Abkürzungen anderer Fachbereiche kennt. Dies birgt für Patient:innen die Gefahr, dass ihr:e Ärzt:in die Abkürzungen falsch decodieren.

Im Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (GER) (vgl. Klett Sprachen GmbH 2020) werden die Eckpunkte fremdsprachendidaktischer Konzeptionen festgehalten. Durch die dokumentierten Eckpunkte im GER wird die kommunikative Kompetenz sprachübergreifend ausgeweitet und systematisiert (vgl. Apfelbaum 2007: 155), sodass Sprache und Kultur miteinander verbunden sind. Ziel ist es, nicht nur die Sprachvermittlung, sondern vielmehr die kulturelle Kompetenz zu entwickeln. Eine interkulturelle Begegnung ist aufgrund der Globalisierung im heutigen Jahrhundert unverzichtbar geworden, sodass die Interkulturelle Kompetenz (IK) im medizinischen Bereich im Fokus dieser Arbeit liegt. Interkulturell kompetent mit den Patient:innen im APG umzugehen, ist wesentlich für den Aufbau und die Aufrechterhaltung der Vertrauensebene und der Kommunikation sowie beim Heilungsprozess. In der Kommunikation im APG steht demnach nicht nur die IK im Mittelpunkt, sondern auch die ärztliche Sprache, um eine asymmetrische Kommunikation während der Interaktion zu begründen (vgl. Alloui 2005: 13). In den folgenden Abschnitten wird der Forschungsstand der IK sowie des APG dargelegt.

Interkulturelle Kommunikation stellt nach Bolten (2007b: 20) ein zentrales Element in der Medizin dar, weil sie u.a. für das Gesundheitswesen als konkurrenzfähiges Element des internationalen Marktes betrachtet wird. Dabei ist zu beachten, dass die (fach)sprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten nur auf den Bereich des medizinischen Alltags an deutschen Krankenhäusern beschränkt werden. Bolten (2007a & b), Erll und Gymnich (2007), Straub (2007a & b & 2010), Holst (2010), Acquah (2011), Henderson et al. (2018), Schildmann et al. (2018), Seitz et al. (2019), Cross (2020), Scheib (2021), Alkhlaifat (2021), Grein (2023) und Attum et

al. (2023) sind für die vorliegende Studie im Kontext des Gesundheitswesens relevante Quellen. Klemperer (2003) beschäftigt sich mit der exemplarischen Darstellung der Arzt-Patient-Beziehung und der Veranschaulichung der Wünsche der Patient:innen, sodass ein patientenzentriertes Gespräch mit Beachtung der Patient:innenbeteiligung an der Behandlung möglich wird. Er fasst zusammen, dass der:die Ärzt:in über eine gewisse Kommunikationskompetenz verfügen sollte. Diese Kompetenz führt nämlich

in ihrer Anwendung nicht nur zu zufriedeneren Patienten und besseren Behandlungsergebnissen, sondern auch zu höherer Arbeitszufriedenheit und weniger Stress am Arbeitsplatz auf Seiten der Ärzte (Klemperer, 2003: 5).

Klemperer geht auf den Wandel und das Konzept der Emanzipation der Patient:innen nach Charles et al. (1996) ein, welche immer mehr in eine gemeinsame Entscheidungsfindung, das *Modell Shared Decision Making* (SDM) abgewandelt wird. Außerdem erläutert Klemperer (2003: 13-14) das Modell von Emanuel und Emanuel (1992), indem er auf das paternalistische, informative, interpretative und beratende Modell eingeht (siehe Kapitel 5.1). Die vorgeführten Modelle sollen zur Verminderung von Missverständnissen dienen. Klemperer (2003: 20-27) zeigt Studien zu den Bedürfnissen und Wünschen der Patient:innen im APG und an Informationen auf. Klemperer (2003: 20-27) bezieht sich in seiner Arbeit auf Studien von Leydon et al. (2000) und Little et al. (2001).

Die Ethnologin Dreißig (2005) zeigt die Schwierigkeiten bei einer Interaktion zwischen Patient:innen mit Migrationshintergrund und dem Klinikpersonal. Dabei erläutert sie, welche Wertstellung der Kultur zukommt und welche anderen Aspekte und Faktoren bei einer solchen Interaktion eine Rolle spielen. Zudem definiert sie den Begriff *Kultur* als ein subjektives Konstrukt, welches vom Kontext abhängig ist und welches sich durch Motivation, Interesse und Erwartungen verändern kann (vgl. Dreißig 2005: 20-21).

Zu der breiten, facetten- und wissensreichen Literatur zur IK und interkulturellen Kommunikation zählt das Handbuch von Straub et al. (2007). Es präsentiert den Forschungsstand, enthält wissenschaftliche Grundlagen, methodische Konzepte und Begriffserläuterungen. Zwei darin begriffserklärende Kapitel für die vorliegende Studie sind Kultur (siehe Straub et al., 2007: 7) und IK (siehe Straub et al., 2007: 35). Dabei gehen Straub et al. (2007) zunächst allgemein auf die begriffsgeschichtlichen Annotationen und die Handlungstheorie des Kulturbegriffs ein. Darauf folgend wird die Kompetenz ebenfalls auf begriffsgeschichtlicher Ebene behandelt und die IK genauer betrachtet. Die IK wird in unterschiedlichen Anwendungs- und Themenfeldern im Handbuch behandelt und ihre Einsatzbereiche werden dargestellt.

Acquah (2011) berichtet über die API in Ghana, wobei die Patient:innen Analphabeter:innen

sind. Sie spricht über Mehrsprachigkeit, Sprachbarrieren, Einsatz von Dolmetscher:innen und der Patient:innenselbstauskunft. In ihrer Untersuchung nahmen elf Patient:innen und 25 Ärzt:innen teil. Einer der vielen Ziele der Forschung ist es die Beziehung im APG zu verbessern, sowie Kommunikationskurse in die medizinische Ausbildung bzw. im Curriculum zu integrieren. Diesen Mangel an interkulturellen Kursen an medizinischen Fakultäten in Jordanien hat ebenfalls Alkhlaifat (2021: 107-108) kritisiert.

Publikationen, die sich konkret auf jordanische Ärzt:innen in Deutschland beziehen, sind der Forscherin bislang unbekannt. Es existiert bereits eine Vielzahl an Untersuchungen über Ärzt:innen mit Migrationshintergrund oder zugewanderte Ärzt:innen in Deutschland, so die bereits erwähnte Studie der Ethnologin Dreißig (2005) und von Schnepf (2013), wobei die Studie von Dreißig (2005) die Schwierigkeiten des klinischen Alltags anhand eines:einer Patient:in mit Migrationshintergrund beleuchtet. Die zweite Publikation über Ärzt:innen mit Migrationshintergrund ist die Masterarbeit von Schnepf (2013). Sie nimmt für ihre Forschung einige Monate an einem Ärzteprojekt der Johanniter in Weimar teil, um die Situation der zugewanderten Ärzt:innen kritisch zu hinterfragen. Dieses Ärzteprojekt bildet Ärzt:innen aus und bereitet sie auf die Kenntnisprüfung vor. Schnepf (2013) untersucht die Situation, indem sie Expert:inneninterviews mit den Lehrer:innen des Ärzteprojektes macht. Die Fragen konzentrieren sich auf den Unterricht, kulturelle Aspekte des Unterrichts, Vorbereitung und Verbesserungsvorschläge für die Vereinfachung des Berufseinstiegs von Ärzt:innen mit Migrationshintergrund. Von besonderem Interesse jedoch sind die Berichte der zugewanderten Ärzt:innen über ihre Probleme, Ängste, Erwartungen, Beruf und Erfahrungen, insbesondere mit der deutschen Klinikkultur. Darüber hinaus schreibt Schnepf (2013) ihre Beobachtungen in Form eines Feldtagebuchs und Notizen nieder. In Kombination mit der genannten Beobachtung spricht sie informell mit den am Projekt teilnehmenden Ärzt:innen, sodass ein erster Kontakt mit ihnen und den Dozent:innen zustande kommt und eine gewisse Vertrauensebene aufgebaut wird. Unter anderem verschafft sie sich dadurch tiefere Einblicke in den Ablauf und Inhalt des Unterrichts.

Im Beitrag von Kleinke hingegen (2017: 239) geht es in erster Linie um die Online-Gesundheitsangebote speziell auf der Plattform *Google*. Die Anbieter:innen auf der Plattform *Google* zu Gesundheitsfragen, Krankheiten, Therapien, Symptomen und Behandlungen sowie auch die Nutzer:innen der mobilen Gesundheitsangebote sind mit den Jahren gestiegen. Die Online-Gesundheitsangebote stellen für die Betroffenen, als auch für die Gesellschaft eine relevante Herausforderung dar. Es werden darüber hinaus die Chancen und Risiken der Nutzung für die Gesellschaft auf der Makroebene auf Grundlage von Themenbereichen sowie auch Risikovermeidungsstrategien debattiert. Kleinke verweist auf eine Forsa-Umfrage zur Nutzung des Internets

im Rahmen von gesundheitlichen Informationssuche (siehe Kapitel 5.2).

Die IK ist nach dem Fachwissen des:der Ärzt:in eine der wichtigsten Kompetenzen, da eine interkulturelle Begegnung mit einer Fremdkultur unvermeidbar ist. Im Gesundheitswesen und speziell in Krankenhäusern sind die unterschiedlichsten Nationalitäten anzutreffen. Adressat:in und Empfänger:in sind insoweit irrelevant, sei es Ärzt:in oder Patient:in. Da die jordanischen Ärzt:innen aus einer arabisch-islamischen Kultur stammen, unterscheiden sich die Werte, Sitten und Gebräuche, sowie auch die Mentalität und die Verhaltensweisen von der europäischen Kultur. Alkhlaifat (2021) gibt an, dass die jordanische Gesellschaft von „religious and cultural beliefs about healthcare“ (Alkhlaifat, 2021: 30) beeinflusst ist. Er nennt als Beispiele „hesitation in disclosing sexual health issues, cross-gender interaction, people`s perception of traditional medicine“ (Alkhlaifat, 2021: 30). Ärzt:innen kommen mit einer Vielzahl von Nationalitäten unter den Kolleg:innen, Patient:innen oder dem Pflegepersonal in Kontakt. Aus diesen Gründen ist es von Relevanz, zusätzlich zum Fachwissen auch die IK bei den jordanischen Ärzt:innen aufzubauen und auf die Kontraste, aber auch auf die Homogenität zwischen beiden Kulturen aufmerksam zu machen, sodass sie diese verstehen und reflektieren können. Das Ziel ist hierbei die Reduzierung von Missverständnissen und Störungen in der Kommunikation.

Holst (2010), Alkhlaifat (2021), Scheib (2021), Grein (2023) und Attum et al. (2023) sind sich einig, dass Kultur und Religiosität im APG eine essenzielle Rolle einnimmt. Sie ist relevant beim Umgang, bei der Behandlung und Untersuchung von religiösen Patient:innen. Attum et al. (2023) beleuchten die Seite des:der Patient:innen, wobei die Seite des:der Ärzt:in hierbei nicht berücksichtigt wird. Relevant sind hier beide Perspektiven, denn ein religiöse:r Ärzt:in kann beim APG oder auch AAG kulturelle und religiöse Sichtweisen ins Gespräch einbringen und das Gespräch entsprechend beeinflussen.

Als Publikationen, die sich auf jordanische Ärzt:innen in Jordanien beziehen, sind Al-Khasawneh (2002), Morgan (2003), Hamadan und Hatab (2009), Acquah (2011), Al-Shdayfat und Green (2012), Zamil et al. (2012), Al-Hourani und Qasim (2016), Alkhlaifat et al. (2020), Alkhlaifat (2021), Dahiyat et al. (2023) und Attum et al. (2023) zu nennen. Die Forschung von Alkhlaifat (2021) fokussiert auf jordanische Ärzt:innen mit jordanischen Patient:innen an einem jordanischen Krankenhaus. Er untersucht die sprachlichen und kulturellen Schwierigkeiten zwischen Ärzt:in und Patient:in in Jordanien. Dabei unterscheidet er bei der Ergebnisdarstellung und -interpretation der interkulturellen Schwierigkeiten zwischen den ländlichen und städtischen Gebieten sowie den Bildungsniveau von Patient:innen. Nach Morgan (2003: 56-57), Alkhlaifat (2021: 166) sowie Dahiyat et al. (2023: 4) beeinflusst das Bildungsniveau des:der

Patient:innen sowie der Kooperationsmangel der Zusammenarbeit in der API das Verständnis für die Gesundheit. Er findet mithilfe von Beobachtungen und der Interviews mit Ärzt:innen und Patient:innen in Jordanien heraus, dass es einen Mangel „of 'common' language“, „of understanding“ und im „Doctor`s health communication training“ gibt sowie auch Schwierigkeiten mit „Low health literacy of patients“, mit „Code-switching motivations“ und in „diagnosing with opposite-sex“ (Alkhlaifat, 2021: 73; Hervorh. im Original). Auf Grundlage der Analyse der Transkriptionen ist die Problematik mit der Fachsprache Medizin identifizierbar. In der arabischen Fachsprache haben die jordanischen Ärzt:innen in Jordanien Schwierigkeiten den medizinischen Fachbegriff der Krankheit dem:der jordanischen Patient:in ohne Benutzung der allgemeinen ärztlichen Sprache zu übermitteln. Auch bei Alkhlaifat`s (2021) Adressat:innen-gruppe wird auf die vereinfachte verständliche patientengerechte Sprache mit Meidung von medizinischen Fachbegriffen zurückgegriffen. Alkhlaifat erklärt, dass die Ärzt:innen zwischen der englischen und arabischen Sprache wechseln, *Code-switching*. Insbesondere bei der API wird von der englischen Sprache (die Unterrichtssprache an medizinischen Fakultäten in Jordanien darstellt) (Hamadan & Hatab, 2009: 403) auf die arabische Sprache (die Landssprache in Jordanien) gewechselt (vgl. Alkhlaifat et al. 2020: 9-12). Er sagt, dass englische Synonyme im APG integriert werden, „because of their unavailability in Jordanian Arabic or for their easier accessibility or retrieval from memory“ (Alkhlaifat, 2021: 99).

Die Fachsprache Medizin wird im AAG sowie in Gesprächen mit dem Pflegepersonal verwendet, die Gemeinsprache dagegen im APG; sie beinhaltet demnach die interkulturelle Begegnung im Beruf eines:einer Ärzt:in. Die API zählt zu den essenziellen Aufgabenfelder eines:einer Assistenzärzt:in und stellt diesen:diese vor hohe Herausforderungen und Anforderungen bzw. Ansprüche, die u.a. mit sprachlichen Faktoren einhergehen. Im APG wünschen sich die Patient:innen eine angemessene Betreuung und Aufklärung, bei der sie im Zentrum der Kommunikation stehen. Um ein patientenzentriertes Gespräch zu erreichen, informieren sich immer mehr Patient:innen vorab über ihre Krankheit, die Symptome, Therapiemöglichkeiten und Komplikationen über Internet, Zeitschriften aber auch Gesundheitsdokumentationen im Fernsehen.

*Code-Switching* von einer Sprache in eine andere, um Verständlichkeit zu erzeugen und eine Kommunikation aufrechtzuerhalten, ist im APG relevant (vgl. Al-Hourani & Qasim 2016; vgl. auch Alkhlaifat et al. 2020). In der Forschung von Al-Hourani und Qasim (2016) wurde festgestellt, dass bilinguale Jordanier:innen von der arabischen in die englische Sprache und umgekehrt wechseln. Es wurden formelle sowie informelle Kontexte, wie Chats, Interviews, Emails, Telefonate, Konferenzen, Präsentationen, APG uvm. untersucht (siehe Al-Hourani &

Qasim, 2016: 71). Im APG wechseln die Jordanier:innen zwischen der englischen und arabischen Sprache,

to bridge a lexical gap, to quote someone, to demonstrate capability, to exclude someone out of the conversation, to express feelings, to further explain a point, to change topics, and to maintain technical or religious terms or expressions (Al-Hourani & Qasim, 2016: 114-115).

Dieser Grundgedanke vom *Code-Switching* kann auf die vorhandene Studie übertragen werden, da die jordanischen Ärzte zwischen der deutschen und englischen (Fach)Sprache im APG wechseln, um die Kommunikation aufrechtzuerhalten sowie auch die Qualität der medizinischen Versorgung und Patient:innensicherheit zu gewähren.

Zu den Herausforderungen und Anforderungen der ärztlichen Tätigkeit zählt somit zum einen die Sprache und zum anderen das Zeigen von Emotionen und Empathie. Die laienbezogene Sprache, sprich die Gemeinsprache in einer API, ist kaum von medizinischen Fachbegriffen geprägt, denn der:die Patient:in versucht durch die Allgemeinsprache, seine:ihre physischen und psychischen Schmerzen, sein:ihr Empfinden und seine:ihre Beschwerden auszudrücken. Aus diesem Grund befinden sich Ärzt:in und Patient:in kontinuierlich in einer asymmetrischen, interkulturellen Wechselkommunikation. Efung (2014) nennt dies auch Spannungsfeld. Die Experten-Laien-Beziehung steht aufgrund der Asymmetrie im Vordergrund der Interaktion (vgl. Barkowski 2007: 31-32). Eine API gelingt, sofern der:die Behandler:in den:die Patient:in umfassend über Therapiemöglichkeiten, Krankheitsbilder, Komplikationen und Symptome mit einer für diesen verständlichen Sprache aufklärt und im Gespräch Rücksicht, Empathie und Verständnis zeigt. Literatur zu diesem Fachthema ist in großem Umfang vorhanden, vor allem sind die Arbeiten von Alloui (2005), Decker (2005), Schwarz-Friesel (2007), Wangermann (2008), Watzlawick et al. (2011), Lindemann (2015), Pabst-Weinschenk (2017), Cross (2020), Ebert (2020), Alkhlaifat (2021), Sehouli & Pietzner (2022) und Sehouli (2024) zu nennen.

Die Arbeit von Decker (2005) zeigt, dass Emotionen und das Zeigen von Empathie und Verständnis in einer Kommunikation einen großen Einfluss auf den:die Patient:in haben. Er erklärt, dass der:die Patient:in sich mit psychologischen oder auch psychosozialen Symptomen einem:einer Ärzt:in vorstellt. In seiner Studie nimmt er 46 Erstgespräche mit drei Ärztinnen und acht Ärzten auf Video auf. Die Auswertung der Daten erfolgt gemäß den Richtlinien von *Roter Interaction Analysis System* (RIAS). Er untersucht emotionale und psychosoziale Äußerungen und Reaktionen der Ärzt:innen. Es kommen sechs emotionale und vier psychosoziale Äußerungen pro Gespräch vor und die Ärzt:innen reagieren zu 31% auf emotionale und 53% auf psychosoziale Äußerungen der Patient:innen. Das Ergebnis der Studie legt den Schluss nahe, dass Schwierigkeiten von Ärzt:innen im Umgang mit emotionalen und psychosozialen Gesprächen

erkennbar sind. Decker (2005: 19-20) schlägt deshalb ein Training zur patientenzentrierten Kommunikation im Rahmen des Medizinstudiums vor.

Nach Schön und Schrimpf (2010: 51) gibt es wenige empirische Untersuchungen zur Kommunikation zwischen internationalen Ärzt:innen und deren Patient:innen, die aus den gewonnenen Ergebnissen didaktisch-methodische Konsequenzen ableiten. Lehrwerke sind, wie Hueber *Menschen im Beruf Medizin* (Thommes & Schmidt, 2016); *Fachsprachprüfung - erfolgreich bestehen! Kompaktes Wissen, Sprachtraining und Simulationen für Mediziner* (Rogoveanu, 2020) oder auch wie *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte: Trainingsbuch für die Fachsprachprüfung und den klinischen Alltag* (Schrimpf et al. 2022). Datenbanken, wie *Plattform Gesprochenes Deutsch – Authentische Alltagsinteraktionen für die Forschung und Praxis im Bereich DaF und DaZ* (Centrum Sprache und Interaktion, 2017) und *Gesprochenes Deutsch für die Auslandsgermanistik* (Centrum Sprache und Interaktion, 2023) dienen als Quelle für authentisches Lehrmaterial im Bereich der APG.

## **5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Interaktion**

Im folgenden Kapitel geht es primär um das ärztliche Gespräch mit Patient:innen sowie im Arzt-Arzt-Gespräch (AAG) oder auch mit dem Pflegepersonal. Das APG enthält einen interkulturellen sowie sprachlichen und fachsprachlichen Aspekt, da im Gespräch mehrere Faktoren Einfluss auf die Kommunikation nehmen. Im Gespräch wird seitens des:der Patient:in die Gemeinsprache zur Schilderung seiner:ihrer Beschwerden verwendet, dagegen seitens des:der Ärzt:in in bestimmten Situationen die medizinische Fachsprache. Interkulturalität zeichnet sich im APG durch die Art und Form der Kommunikation sowie die Eigenschaften und kulturellen Gegebenheiten der Gesprächsteilnehmer:innen aus.

Dabei stehen im ersten Schritt die Besonderheiten, Funktionen und Strategien im APG im Fokus. Dann werden die Bedingungen für den Erfolg einer API behandelt und auf die Wünsche des:der Patient:in eingegangen. Im APG treffen nicht nur (fach)sprachliche Elemente mit der interkulturellen Kompetenz aufeinander, sondern auch emotionale Kompetenz. Demzufolge sind für die Forschende das Überbringen von guten und schlechten Nachrichten sowie die Höflichkeit und die Sichtbarmachungen von Emotionen im Gespräch ein wichtiger Teil der IK als auch einer API. Im Kapitel folgt deshalb eine Auseinandersetzung mit dem Überbringen von guten und schlechten Nachrichten, welche oft emotional geprägt ist. Dieses Kapitel stellt die Basis für die Interpretation der Ergebnisse der jordanischen Ärzte in Bezug auf die IK beim ärztlichen Gespräch dar.

## 5.1 Grundregeln einer erfolgreichen Arzt-Patienten-Interaktion

Die kommunikative Interaktion spielt vor der körperlichen Untersuchung eine essenzielle Rolle zur Diagnose, Therapie, Heilung und Behandlung. Laut Seitz et al. (2019) sind “Effective communication skills [...] crucial for every physician” (Seitz et al., 2019: 17).

Schröder (2010: 98) nennt diese Kommunikation auch *Beziehungsmedizin*, welche die moderne Placebo-Forschung bestätigt. Laut Schröder (2010: 98) geht es nicht nur um sachbezogene Auskünfte. Schröder (2010: 98) geht bei der Beziehungsmedizin von einer Beziehungskommunikation im APG aus, indem der:die Patient:in verstanden, angesprochen und emotional wahrgenommen wird. Di Blasi und Kleijnen (2003) und Deter (2010: 18) vertreten die Meinung, dass Erfolge einer körperlichen Therapie genauso gut, wie eine Gesprächstherapie sein können. Insofern bevorzugen einige Ärzt:innen eine Kombination aus medikamentöser, manueller und kommunikativer Behandlung.

Ein:e Ärzt:in mit guten kommunikativen Fähigkeiten kann laut Seitz et al. (2019: 17) eine Diagnose mit einer Genauigkeit von 76% erstellen. Laut Cross (2020) sind diverse Perspektiven zur Interpretation des Begriffs *Gesundheit* vorhanden. Jede:r Patient:in hat seine eigene Definition und Vorstellung vom *gesund sein*, sodass ein:e Ärzt:in auf die Wünsche und Vorstellungen des:der Patienten individuell eingehen sollte (siehe Cross, 2020: 1). Das bedeutet in der Konsequenz, dass das APG „patientenzentriert“ (siehe Henderson et al. 2018: 4) bzw. „person-centred“ (Cross, 2020: 1) ausgelegt sein soll.

Nach Holubar und Schmidt (2007: 71) tragen folgende Aspekte zu einer erfolgreichen Interaktion zwischen Ärzt:innen und Patient:innen beim APG bei: Berufsbegriffe, Emotionen, Tradition, Konventionen, Wissen, Zeitgeist und Charakter der Ärzt:innen. Britische Wissenschaftler:innen haben die Relevanz der APG für den Heilungsprozess in einer Studie mit 3.600 Patient:innen aufgezeigt.

Eine warmherzige, freundliche und Angst nehmende Zuwendung verkürzt den Krankheitsverlauf – unabhängig von der sonstigen Behandlung – eindeutig und verringert Nebenwirkungen (Geisler, 2002: 3).

Im APG nimmt die narrative Medizin nach Kalitzkus und Wilm (2017: 75) eine wichtige Rolle ein. Sie bedeutet,

wo es um die Bedeutung einer Diagnose oder von Testresultaten geht, um sie dem Patienten so zu erläutern, dass er den Inhalt auch in seiner Bedeutung für seine spezifische Lebenssituation verstehen und kritisch reflektieren kann. Narrative Medizin will aber noch mehr: Sie verspricht, dass ihr Ansatz zu einem umfassenderen gegenseitigen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, des kranken Menschen, und der professionell im medizinischen Kontext Tätigen führt (Kalitzkus & Wilm, 2017: 74-75).

Kalitzkus und Wilm (2017: 79) erläutern die Begriffsdefinition der narrativen Medizin ausführlicher als eine

auf den individuellen Patienten zugeschnittene Arbeit, die eine qualitativ hochwertige, passgenaue, angemessene medizinische Versorgung gewährleistet, das Risiko unnötiger diagnostischer und therapeutischer Verfahren mindert und dabei Zeit und Kosten spart (Kalitzkus & Wilm, 2017: 79).

Sie sehen die narrative Medizin als eine Vermittlung zwischen Sprachen und Erfahrungen, indem sie das Erzählen vom Kranksein und der Befindlichkeit darstellt. Nicht nur die messbaren Fakten, wie die Laborwerte, Blutdruckwerte, Sonografie-Daten, Magnetresonanztomographie (MRT) oder andere Parameter, sind für eine Diagnose und die API erforderlich, sondern vielmehr die Erzählungen der Patient:innen über ihre persönlichen Krankheitsbilder, ihre Erfahrungen und ihr Wohlbefinden. Erzählungen und Erfahrungen der Ärzt:innen sowie Pflegekräften und deren Einschätzung sind ebenfalls gewünscht (vgl. Kalitzkus & Wilm 2017: 77). Kalitzkus und Wilm (2017: 75) erläutern dies wie folgt:

Das Wieder-in-den-Mittelpunkt-Nehmen des Erlebens der Patienten und der individuellen Erfahrung von Ärzten, Pflegenden und weiteren Professionen im medizinischen Handeln (Kalitzkus & Wilm, 2017: 75).

Mit Hilfe des patientenzentrierten Ärzt:innengesprächs entsteht eine asymmetrische Beziehung (vgl. Alloui 2005: 13; vgl auch Henderson et. 2018: 4). Die Experten-Laien-Beziehung steht hier im Vordergrund der Interaktion (vgl. Barkowski 2007: 31-32). Unter Expert:innen versteht man eine Person, die über Fachwissen und ausreichende Berufserfahrung verfügt. Hingegen besitzt der Laie oder in diesem Kontext der:die Patient:in nicht dasselbe Fachwissen und die nötigen Kompetenzen. Demzufolge kann keine Interaktion zwischen dem:der Expert:in und dem Laien ohne eine Übermittlung des Wissens in einer für den Laien verständlichen und einfachen Sprache erfolgen. Beide Parteien besitzen unterschiedliches Fachwissen, sodass diese Unterschiede ein Hindernis zur erfolgreichen Kommunikation, zur erfolgreichen Therapie und zum Wissensaustausch darstellen können. Aus den genannten Gründen und Schwierigkeiten sollte ein:e ausländische Ärzt:in über die Allgemeinsprache eines Laien im Bereich Medizin verfügen, um mit dem:der Patient:in interagieren und ihn:sie somit richtig behandeln zu können. Der:Die Patient:in behält seine:ihre Autonomie und Mitbestimmung für das weitere ärztliche Vorgehen. Ebenso ist Alloui (2005: 14) der Ansicht, dass die API für die zu erstellende Diagnostik und für die erfolgreiche Therapie unentbehrlich ist. Nach Helman (2007: 121) haben Ärzt:innen und Patient:innen verschiedene Anforderungen und Erwartungen an die Gesundheit und Krankheit, auch wenn beide aus derselben Kultur stammen. Er sagt:

Their perspectives are based on very different premises, employ a different system of proof, and assess the efficacy of treatment in a different way (Helman, 2007: 121).

Nach Fritzsche et al. (2003), Decker (2005: 3), Deter (2010: 22), Dahm (2016) und Seitz et al. (2019) ist die API das wichtigste Element in einer Behandlung, denn erst durch einen ausreichenden Wissenstransfer über den Zustand des:der Patient:in kann der:die Ärzt:in eine

Diagnose erstellen und somit Therapien mittels Medikamenten einleiten oder weiterführende apparative Behandlungen verordnen. Von großer Bedeutung ist die Beschreibung der Beschwerden und der Symptomik der Patient:innen. Demzufolge ist die Erhebung der Anamnese von großer Relevanz<sup>11</sup>.

Je präziser und umfassender anamnestische Angaben erhoben werden, desto schneller und treffender lassen sich eine weiterführende Diagnostik (z. B. Bildgebung und Labor) und allfällige therapeutische Interventionen ableiten (Langewitz, 2012: 1177).

Langewitz (2002: 8) bestätigt die Relevanz der Rückfragen des:der Ärzt:in, da diese entscheidend für ärztliche Behandlungen sind. Der:Die Ärzt:in hat die Möglichkeit, falsche Interpretationen und falsche diagnostische Strategien zu korrigieren und neue zielführende Maßnahmen zu verordnen. Beispiele zu möglichen Rückfragen sind bei Langewitz (2002: 8) nachzulesen. Mögliche Strategien sind: die Aufnahme von initialen Beschwerden und präzises Wiederholen und das Klären von Konsultationsgründen. Ziel dieses Prozesses ist das Mitwirken der Patient:innen an der Entstehung einer abschließenden Diagnose in Form von Fragen und Antworten sowie verschiedener körperlicher Untersuchungen (vgl. Rehbein 1986: 307; vgl. auch Alloui 2005: 14-15).

Bei problematischer Kommunikation steigt die Wahrscheinlichkeit, dass irrelevante, unvollständige oder verzerrte Informationen in die Anamnese einfließen, dass eine Fehldiagnose abgeleitet wird und dass der Patient die Behandlung nicht engagiert mitträgt, was dann zu ungünstigen Verläufen und Behandlungsergebnissen beitragen kann (Meyer & Löwe, 2010: 19).

Informationen über den gesundheitlichen Zustand des Patient:innen, aber auch deren „cultural, religious and social background, their economic status, previous experience of ill health and hopes and fears“ (Holst, 2010: 153) sind wichtig in das APG aufzunehmen. Aufgrund der unterschiedlichen sozialen Herkunft und Wissensstände der Patient:innen differenziert die verwendete Sprache der Krankheitsbeschreibung. Zwei Arten von sich am Krankheitsverständnis orientierenden Patient:innen werden unterschieden: Die Personen, die eine Ausdruckssprache benutzen, welche der medizinischen Fachsprache ähnelt, werden das Verständnis als *endogen* bezeichnen. Die Ausdrucksweise der zweiten Art von Patient:innen unterscheidet sich von der medizinischen Fachsprache, sodass deren Verständnis von Krankheiten als *exogen* angesehen wird. Die betreffende Krankheit wird als *Kranksein* aufgefasst (vgl. Alloui 2005: 14).

Bei der API kann es aufgrund interkultureller Unterschiede und Wissensmängel zu Missverständnissen bzw. zu Kommunikationsbrüchen führen. Dies kann durch schlechte

---

<sup>11</sup> Zur Anamnese siehe Langewitz (2011: 46); siehe auch Ärztekammer Nordrhein (2015: 36-39); siehe auch Dahm (2016) und Seitz et al. (2019).

Sprachkenntnisse verstärkt werden. Nach Schildmann et al. (2018) stellen

Medical errors and risks place considerable [demands] on doctors' ethical, legal and communication competencies (Schildmann et al., 2018: 2).

Eine API basiert auf verbalen und nonverbalen Handlungsquellen. Die Interaktion erfolgt nach Buser und Kaul-Hecker (2003) durch verschiedene Kommunikationskanäle. Die visuelle Art bestimmt den Gesamteindruck des:der Ärzt:in (Kleidung, gepflegtes Aussehen etc.). Die akustische Art zeigt den Tonfall und Klangstimme des:der Ärztin. Taktile bedeutet die Stärke des Handdrucks des:der Ärzt:in und thermal bedeutet die Temperatur der Hände beim Untersuchen. Schließlich zeigt die olfaktorische Art den Geruch des:der Untersuchenden (angenehm oder unangenehm). Hingegen ist das nonverbale Verhalten vielseitig. Tränen drücken Freude oder Schmerz aus. Ebenfalls wirken sich die Räumlichkeiten auf die Kommunikation zwischen den Beteiligten aus. Hier stellt sich die Frage, ob der:die Ärzt:in Distanz einhält, wie der Blickkontakt ist oder wie die Stühle angeordnet sind. Wird bei der Visite in Anwesenheit des:der Patient:in über ihn:sie gesprochen, ohne ihn:sie in das Gespräch mit einzubinden, so ist dies eine indirekte Kommunikation. Dabei wird angenommen, dass der:die Patient:in den Sachverhalt nicht versteht. Wenn dieser:diese jedoch in das Gespräch eingebettet wird, so ist dies eine direkte Kommunikation<sup>12</sup>.

Da die API auch einen interkulturellen Fokus beinhaltet, wird auf die vier Modelle von Emanuel und Emanuel (1992) eingegangen: das paternalistische, das informative, das interpretative und das beratende Modell. Die jordanische Krankenhauskultur unterscheidet sich von der deutschen Krankenhauskultur u.a. durch das Hierarchiegefälle. Klemperer (2003: 14) sowie auch Grein (2023: 6) beziehen sich auf Emanuel und Emanuel (1992) hinsichtlich der vier Kriterien für die Darstellung ihrer Modelle: Ziele der API, Pflichten des:der Ärzt:in, Bedeutung der Werte des:der Patient:in und Konzeption der Patient:innenautonomie.

### 1. Das paternalistische Modell

Der:Die Ärzt:in dominiert in diesem Modell und entscheidet über den diagnostischen und therapeutischen Vorgang. Er:Sie gibt dem:der Patient:in selektierte Informationen über die für ihn:sie beste Maßnahme, um die Zustimmung des:der Patient:in zu erhalten. Der:Die Ärzt:in entscheidet autonom über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Hierbei richtet sich der:die Patient:in nach den Vorschlägen des:der Ärzt:in. Es wird Dankbarkeit von den

---

<sup>12</sup> Ausführung der vier Funktionen eines Arztgesprächs siehe Egger (o. J.: 6): kommunikative, diagnostische, informative und beratende und (psycho-)therapeutische Funktion.

Patient:innen erwartet, denn es liegt in der Pflicht des:der Behandelnden, alles Mögliche zu tun, um die Gesundheit der Patient:innen wieder herzustellen. Er:Sie versteht sich selbst als Wächter:in der Patient:innen.

## 2. Das informative Modell

Dieses Modell wird auch das wissenschaftliche Modell oder das Konsumenten-Modell genannt. Der:Die Ärzt:in ist verpflichtet, den Patient:innen alle wichtigen Informationen weiterzuleiten, wie z.B. Informationen über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen der Maßnahmen und weitere Unsicherheiten im Wissen. Der:Die Patient:in entscheidet eigenständig ohne jegliche Zwänge über die weiteren therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, welche seinen:ihren Werten und Normen entsprechen. Dabei sind die Werte und Vorstellungen der Patient:innen bei der Begegnung kein Gesprächsthema.

## 3. Das interpretative Modell

In diesem Modell werden die Erfahrungen, Vorstellungen, Normen und Wünsche der Patient:innen berücksichtigt, sodass diese die passende Behandlungsmethode auswählen. Die gegebenen Informationen im Rahmen dieses Modells umfassen ebenfalls, wie im informativen Modell, alle Informationen über den Gesundheitsstand, die Risiken und Chancen der ausgewählten Maßnahmen und alle Unsicherheiten im Wissen. Nach der ausführlichen Informationsgespräch hilft der:die Ärzt:in den Patient:innen die passende Maßnahme zu wählen sowie eigene Vorstellungen und Werte zu erkennen.

Die Entwicklung der Beziehung zwischen Ärzt:in und Patient:in

wird häufig auch mit den Begriffen 'shared decision making' oder 'partizipative Entscheidungsfindung' beschrieben. Damit wird zum Ausdruck gebracht, dass es zwar im Ergebnis der Patient ist, der mit seinem 'informierten Einverständnis' über die Durchführung einer medizinischen Maßnahme entscheidet, dass aber auf dem Weg dahin Patient und Arzt gemeinsam an der Entscheidungsfindung beteiligt sind (Heister & Henke, 2017: 33).

Ärzt:innen sind in der Position eines:einer Beratenden. Der:Die Patient:in entscheidet auch hier alleine über weitere Behandlungsmaßnahmen.

## 3. Das abwägende Modell / das deliberative Modell

Die Ärzt:innen händigen auf Grundlage aller Kenntnisse über die Lebenssituation der Patient:innen alle Informationen aus. Sie versuchen, zusammen mit Patient:innen auf Basis seiner:ihrer Lebenssituation, Werte und Erfahrungen eine medizinische Lösung zu finden. Die Kooperation bzw. das Einbeziehen in die Entscheidung, ohne diese aufzudrängen, steht an

vorderer Stelle, d.h. Ärzt:in und Patient:in entscheiden zusammen über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Eine Kommunikation ist interkulturell ausgelegt so auch die API, in der Ärzt:innen und Patient:innen unterschiedliche kulturelle Werte, Normen, Sitten und Wünsche haben. Kommunikationstechniken können demnach das interkulturelle ärztliche Gespräch erleichtern und dienen als Leitfaden für ein Gespräch. Allerdings reichen Techniken alleine nicht aus, um den:die Ärzt:in zu evaluieren und die Qualität des Gesprächs zu bestimmen. Alkhlaifat (2021) beschreibt, dass

[t]he medical consultation is indirectly influenced by the patient`s religious, social and cultural values (Alkhlaifat, 2021: 29).

Hierzu kommen noch weitere Faktoren, wie z.B. die Authentizität des:der Ärzt:in. Letztere bedeutet, dass der:die Ärzt:in stimmig handelt und die Individualität jeder Person bewahrt (vgl. Langewitz 2011: 338)<sup>13</sup>.

## **5.2 Voraussetzungen einer erfolgreichen API und Wünsche des:der Patient:in**

Ärzt:innen können sich aufgrund des Zeitdrucks nicht ausreichend intensiv mit den Beschwerden des:der Patient:in auseinandersetzen (vgl. Heister & Henke 2017: 29; vgl. auch Gillessen et al. 2020: 51). Trotzdem hat der:die Ärztin die Pflicht, sich für den:die Patient:in und seine Beschwerden Zeit zu nehmen.

Dies trifft vor allem die Zuwendung zum Patienten, z.B. die Zeit dafür, sich am Rande des Stationsalltags für kurze Zeit an ein Krankenbett zu setzen und offen für die Fragen und Erwartungen des Patienten zu sein. Wie wichtig solche – wenn auch kurzen – Momente der Begegnung für die Qualität der Behandlung sein können, wissen Ärzte und Patienten aus zahlreichen Erfahrungen (Heister & Henke, 2017: 29).

Heiner und Henke (2017: 29) plädieren zur Organisation des Zeitplans eines:einer Ärzt:in im ärztlichen Alltag. Sie machen für die Zeitnot die Ökonomisierung und den Zwang zur Wirtschaftlichkeit verantwortlich. Ebenso sehen Gillessen et al. (2020: 51) die Schwierigkeit der Ressource *Zeit* im APG und weisen auf die Entbürokratisierung der Ärzt:innen zum Zweck einer qualitativ besseren medizinischen Versorgung des:der Patient:innen hin. Durch die Globalisierung und die Verfügbarkeit der Medien ist der:die Patient:in heutzutage bestens über Krankheiten, deren Symptome, mögliche Therapien, Therapieverfahren und weitere Heilungsprozesse aufgeklärt. Dies führt zur Anerkennung und Gleichberechtigung des:der Patient:in (vgl. Gillessen et al. 2020: 48-49).

---

<sup>13</sup> Die WWSZ-Technik kann die interkulturelle Kommunikation im APG erleichtern (siehe Langewitz, 2011: 339-340): Warten, Wiederholen, Spiegeln und Zusammenfassen.

Medien, wie z.B. das Fernsehen, erleichtern das Verständnis der angesprochenen medizinischen Themen durch eine verständliche Allgemeinsprache, manchmal auch auf einem sehr hohen wissenschaftlichen Niveau. Zu den Medien zählt auch das Internet. Beim Gebrauch von medizinischen (Fach)Begriffen und Kürzungen, die ein:e Laie (der:die Patient:in) nicht versteht, kommt es zu Verständigungsschwierigkeiten. Dies hat zur Folge, dass der:die Patient:in die Informationen im Internet recherchiert (vgl. PraktischArzt 2017c). *Google* ist eine Plattform für verschiedene Themen und Bereiche des Lebens. Nicht nur für die private Nutzung ist *Google* eine Suchplattform zum Einholen von Informationen, sondern auch für Krankheitsbilder und Gesundheitsfragen. Kleinke (2017: 240) zitiert eine durchgeführte Forsa-Umfrage, welche im September 2016 von der Kaufmännischen Krankenkasse beauftragt wurde. Das Ergebnis ist, dass 73% aller Deutschen sich im Internet über Gesundheitsfragen informieren. Diese haben eine große Wirkung auf den medizinischen Laien, welcher nach Symptomen, Diagnosen und Therapien im Internet sucht und hieraus Informationsmaterial erhält. Letzteres kann der Laie unterschiedlich auffassen und interpretieren (vgl. Kleinke 2017: 240).

Die technische Weiterentwicklung von Online-Gesundheitskommunikation bringt deutlich sichtbar einen Wechsel von eher rezeptiver zu eher partizipatorischer Nutzung hervor und es zeigen sich Verschiebungen auf den funktionalen Achsen von *Information, Interaktion, Therapie* und *Kommerz* (Kleinke, 2017: 240; Hervorh. im Original).

Patient:innen, die das Internet für medizinische Gesundheitsfragen verwenden, haben mehr Informationen über die Krankheit und Therapiemöglichkeiten, als nicht-internetnutzenden Laien. Dies hat zur Folge, dass Patient:innen gegenüber den Ärzt:innen aktiver und anspruchsvoller im Gespräch erscheinen. Sie legen verstärkt Wert auf ihre Autonomie und Emanzipation. Die internetnutzenden Patient:innen kommunizieren mit dem:der Ärzt:in auf verschiedenen Ebenen und konfrontieren ihn:sie mit der Diagnose. Sie informieren sich vor dem Arztbesuch im Internet über die Symptome und die Krankheit, um das APG mit Wissen zu prägen und die Kommunikation damit zu verbessern. Die Nutzung von medizinischen Foren und Internetseiten beschränkt sich nicht nur auf die Verbesserung der API, sondern auch auf die Selbstdiagnose und die Überwachung der persönlichen Krankheit und des Gesundheitszustands (vgl. Kleinke 2017: 241). *Google* fügt für die Sucherleichterung sechs Großgruppen digitalmedialer Angebote zusammen:

Gesundheitsportale oder Health Communities mit medizinischer Fach- und Ratgeberinformation sowie interaktiven Chats und Foren, Communities, Blogs oder Selbsthilfegruppen ohne Expertenbeteiligung, Fachseiten mit medizinischer Information ohne interaktive Funktion, Homepages von Praxen und Kliniken, die den direkten Kontakt zwischen Gesundheitseinrichtung und Patient ermöglichen, sowie Peer-to-Peer Interaktion in den sozialen Medien des Web 2.0. Daneben ist als sechste und derzeit dynamischste Gruppe die Ausweitung der Internetnutzung auf mobile Endgeräte z. B. Smartphones mit neueren [...], das Gesundheitsversorgungssystem tiefgreifend zu verändern (Kleinke, 2017: 242).

Mit der eigenen Interpretation von Symptomen und Krankheiten sollte der:die Patient:in jedoch mit Vorsicht umgehen, da die Auswirkungen bzw. die Konsequenzen einer Fehlinterpretation für den:die Patient:innen nachteilig sind. Infolgedessen ist die Rolle des:der Ärzt:in im Aufklärungsgespräch bezüglich seines:ihrer Fachwissens und seiner:ihrer Erfahrungen unverzichtbar. Auch die Nutzung von *E-Health* zeigt eine zeitgerechte Innovation im Gesundheitswesen und erlaubt es, Informationen von Patient:innen über Online-Medien zu sammeln und zu verwalten (siehe St. Amant, 2017: 63).

Unter E-Health werden Anwendungen zusammengefasst, die zur Unterstützung der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten nutzen, die moderne Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) bieten (Bundesministerium für Gesundheit, 2023).

Das *E-Health* Gesetz trat im Jahr 2015 in Kraft und fördert die Digitalisierung im Gesundheitssektor (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2024).

Die moderne Medizin zielt auf eine erfolgreiche Diagnose, Behandlung und eine effektive Therapie ab. Das APG, auch Anamnesegegespräch genannt, zählt als wichtigstes Element im Heilungsprozess dazu (siehe Kapitel 5.1). Ein unkorrektes oder verzerrtes Anamnesegegespräch kann der Auslöser für eine nicht optimale Behandlung und Therapie sein. Nach Richter-Kuhlmann (2003) ist die größte Schwierigkeit für Ärzt:innen der Umgang mit Patient:innen, die psychosoziale Kompetenz und die Kommunikationsfähigkeit (vgl. Decker 2005: 2). Die API hilft dem:der Ärzt:in zu 70% eine Diagnose zu erstellen, wobei diese zusammen mit einer körperlichen Untersuchung bei 90 % liegt (vgl. Decker 2005: 2). Laut Seitz et al. (2019: 17) hilft ein gutes APG, eine richtige Diagnose mit einer Wahrscheinlichkeit von 76% zu erstellen. Die wechselseitige Kooperation in der Interaktion zwischen beiden Parteien bedingt den Erfolg und Misserfolg der ärztlichen Untersuchung, der Qualität des Gesprächs und der Behandlung. Die Basis stellt dabei die Vertrauensebene dar. Schildmann et al. (2018) erklären:

Medicine depends on a high degree of trust in society and acceptance of immanent rules and procedures. When patients are harmed by the manifestation of risks or errors, this trust is questioned or even damaged (Schildmann et al., 2018: 2).

Um diese Kompetenzen der Ärzt:innen zu fördern und aufzubauen, wird an der Ruhr-Universität Bochum ein speziell konzipierter Kurs für Medizinstudierende angeboten<sup>14</sup>. Die Voraussetzung für das Gelingen einer API sind das gemeinsame Wirklichkeitskonstrukt und die Zeichensysteme. Dabei soll der:die Patient:in im Fokus stehen, sodass die Machtverhältnisse zwischen einer starken und schwachen Position aufgrund der aktiven Beteiligung des:der Patient:in

---

<sup>14</sup> Genauere Informationen zum Kurs und seine Zielsetzungen und Umsetzungen können bei Schildmann et al. (2018: 2-7) nachgelesen werden.

am Gespräch und Berücksichtigung des Wohlbefindens des:der Patient:in ausgeglichen werden (vgl. Nowak 2009: 3).

Die Hälfte der Beschwerden des Patienten kommt *nicht* zur Sprache. Oft erhalten Ärzte nur *wenig Auskunft* über die *Bedeutung* der Erkrankung für den Betroffenen und *ihre emotionalen und sozialen Folgen*. *Weniger als die Hälfte der psychosozialen Probleme* und psychischen Störungen des Patienten werden *erkannt*. Arzt und Patient stimmen in *mehr als der Hälfte* der Fälle *nicht über das hauptsächlichste Gesundheitsproblem* des Patienten *überein* (Geisler, 2003: 3; Hervorh. im Original).

Die Dauer des APG hat für die Behandlung keinen Einfluss. Voraussetzung ist, dass das Gespräch zielstrebig und informativ für beide Parteien ist. Nach Cordella (2012) ist die Voraussetzung einer erfolgreichen API „to find cues in the discourse that indicate that participants are listening, understanding and respecting each other“ (Cordella, 2012: 847). Ein:e interkulturell kompetente:r Ärzt:in sollte zusätzlich zu der IK über einen aktuellen medizinischen Wissensstand und über fachliche Kompetenzen verfügen (funktionale Spezifität). Zugleich sollte er:sie sachlich rational handeln können und Kontrolle über seine:ihre negativen Emotionen und über seine:ihre positive Zuwendung zu Patient:innen beherrschen. Des Weiteren ist eine Kollektivitätsorientierung fundamental, d.h. die Eigeninteressen des:der Ärzt:in sind zweitrangig.

Geisler (2002: 2) kommt zur Erkenntnis,

dass der Arzt zwei 'Werkzeuge' einsetzen muss: seine Hand und sein Wort. Und erst der sinnvoll abgestimmte Einsatz beider macht den 'guten Arzt' aus (Geisler, 2002: 2; Hervorh. im Original).

Der:Die Ärzt:in hat die Aufgabe, die richtige Sprache bzw. die angemessenen Worte zu finden, da Worte heilend sein oder auch das Gegenteil bewirken können. Hierzu vertritt Geisler (1997: 5) die Position, dass

eine professionelle Handhabung der Sprache in einer empathischen Haltung (...) dieses ärztliche Instrument von höchster Wirksamkeit zu einem heilenden Instrument [macht] (Geisler, 1997: 5).

Hingegen wandelt die

unprofessionelle, die unreflektierte, die unkultivierte Sprache (...) sich zum höchstgefährlichen Instrument, das Wunden mit lebenslangen Narben setzen und im äußersten Fall töten kann (Geisler, 1997: 5).

Demzufolge sind Worte bzw. die Kommunikation mit Ärzt:innen in der Muttersprache entscheidend für den Heilungsprozess und die Psyche der Patient:innen. Nach Auffassung der Forscherin stellt dies für eine:n ausländische:n Ärzt:in eine größere Hürde dar, als für Muttersprachler:innen, da der:die ausländische Ärzt:in sich nicht nur auf die Sprache konzentrieren muss, sondern ebenfalls auf die interkulturelle Begegnung mit dem:der Patient:in. Eine deutliche, informationsreiche und einfühlsame Sprache seitens des:der Ärzt:in kann heilende Auswirkungen auf den:die Patient:in haben. Der:Die ausländische Ärzt:in muss demnach eine

angemessene Wortwahl treffen, weshalb die Begegnung durch seine:ihre sprachliche Kompetenz beeinflusst wird. Geisler (2002: 3) bezieht sich auf eine Studie, welche die Position der Arzt-Patienten-Gespräche für den Heilungsprozess aufzeigt. Es wurden 3.600 Patient:innen von britischen Wissenschaftler:innen befragt. Das Resultat dieser Forschung ist folgendes:

Eine warmherzige, freundliche und Angst nehmende Zuwendung verkürzt den Krankheitsverlauf - unabhängig von der sonstigen Behandlung - eindeutig und verringert Nebenwirkungen (Geisler, 2002: 3).

Vor allem zeigt sich laut Geisler (2002: 3) ein gutes APG nicht an der Dauer, sondern an der Zielstrebigkeit des:der Ärzt:in in der Interaktion. Der:Die Ärzt:in ist die Bezugsperson in medizinischen und psychischen Fällen. Zwei Perspektiven sind zu differenzieren, der:die Sender-Ärzt:in und der:die Empfänger-Ärzt:in. Als Sender-Ärzt:in muss man patientengerecht bzw. patientenorientiert kommunizieren, indem auf medizinischen Fachbegriffe und komplexe Wort- und Satzstrukturen verzichtet und in der Sprache der Patient:innen kommuniziert wird. Als Empfänger-Ärzt:in hat man die Aufgabe, das von den Patient:innen vermittelte Wissen durch Nachfragen aufzuklären und dem:der Patient:in eine gewisse Verständnis-Rückmeldung gibt. Der:die Ärzt:in sollte in eigenen Worten noch einmal die Angaben der Patient:innen wiederholen, um das Verständnis sicherzustellen. Hierbei kann die WWSZ-Technik nach Langewitz für eine:n ausländische:n Ärzt:in in der Fremdsprache Deutsch als Orientierung dienen (vgl. Langewitz 2011: 339-340).

Eine vertrauensvolle Beziehung ist zu Beginn einer Behandlung aufzubauen, sodass sich die Patient:innen verstanden fühlen (siehe hierzu Alloui, 2005; siehe auch Schildmann et al., 2018; siehe auch Seitz et al., 2019). Dies kann nach Ansicht der Forscherin für eine:n ausländische:n Ärzt:in aufgrund seiner:ihrer mangelnden Sprachkompetenz und IK erschwert werden. Bedeutsam ist die psychosoziale Fähigkeit, mit Patient:innen emotional umzugehen.

Einem sorgfältig vorgehenden Arzt, der seinen Beruf ernst nimmt und seine ärztliche Kunst beherrscht, ist es in diesem Zusammenhang wichtig, in einem ersten Schritt eine Anmutung von den möglichen einzelnen Entstehungs- und Verlaufskomponenten einer Krankheit zu bekommen und eine erste Hypothese zu dem wahrscheinlichen Bedingungsgefüge der Störung oder besser zum »Kommen des Patienten« zu finden (Deter, 2010: 15-16; Hervorh. im Original).

Die Kommunikation zwischen Ärzt:in und Patient:in kann nicht als Zwangskommunikation betrachtet werden, weil der:die Patient:in ohne externen oder internen Druck den:die Ärzt:in aufsucht, auch wenn er:sie dies in manchen Fällen notgedrungen tut. Die entstehende Kommunikation und Beziehung ist wesentlich für das weitere Handeln und somit für die Gesundheit der Patient:innen. Diese möchte von dem:der Ärzt:in verstanden, angesprochen, überzeugt und emotional angesehen werden, sodass an dieser Stelle die Beziehungsmedizin ihren Stellenwert findet. Die Beziehung zwischen beiden Parteien ist asymmetrisch. Der:die Ärzt:in nimmt

hierbei eine rotierende Ärzt:innenrolle ein, welche eine starke Machtposition besitzt. Der:Die Patient:in ist der:die Hilfesuchende mit einer gewissen Schwäche und Scham, da er:sie gezwungen ist, dem:der Ärzt:in seinen:ihren Körper und sein:ihr Leben offen preiszugeben (vgl. Gillesen et al. 2020: 20-25; vgl. auch Scheib 2021: 12-14).

In der quantitativen Studie von Little et. al. (2001: 1-7) stehen die Patient:innenpräferenzen im APG im Mittelpunkt, also welche Informationen die Patient:innen wünschen und welche sie vom Ärzt:innenbesuch mitnehmen. Hierfür wurden 865 Patient:innen in lokalen Praxen befragt. Ein Fragebogen wurde dabei von 824 Patient:innen vor und nach der Konsultation des:der Ärzt:in ausgefüllt. Sie wünschen sich Kommunikation zu 88-99%, Partnerschaft zu 77-87%, Gesundheitsförderung zu 85-89%, Freundlichkeit, Nähe, Aufmerksamkeit, klare und deutliche Informationen und Interesse an ihrer Person. Daraus lässt sich das Resultat ziehen, dass sich Patient:innen ein patientenzentriertes Gespräch mit sensiblen Ärzt:innen wünschen. Zudem wünschten sich ein Viertel der Befragten ein Rezept und 63% eine Untersuchung. Auch Seitz et al. (2019: 17) zeigen auf, dass Empathie und eine gute kommunikative Fähigkeit seitens der Ärzt:innen die Patient:innen zufrieden stellen. Patient:innen wünschen sich im Allgemeinen verstanden zu werden und Unwissenheit im Wissen und in der Krankheit zu verstehen, eine realistische Vorstellung über die Prognose zu erhalten, Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung der Krankheiten, Unterstützung beim Erhalt der Eigenständigkeit, Unterstützung im Verständnis (verstanden zu werden), Informationen zur Verhinderung von weiteren Krankheiten und Informationen über gute Ärzt:innen in der Umgebung zu bekommen.

### **5.3 Besonderheiten der Arzt-Patient-Interaktion**

In diesem Kapitel werden die Emotionen im Gespräch eingeführt. Die primären und sekundären Emotionen sowie ihre Funktionen werden aufgezeigt. Danach folgt die Ausführung des Höflichkeitsprinzips. Höflichkeit im Gespräch ist für die Selbstachtung des:der Patient:in und für eine angenehme Atmosphäre relevant. Im Anschluss wird die Vermittlung von guten und schlechten Nachrichten im APG vorgestellt.

#### **5.3.1 Emotionen und Höflichkeit im Gespräch**

Der:die Patient:in erwartet Professionalität, fachliche Kompetenz und emotionale Kompetenz von dem:der Ärzt:in. Beim Erwidern der emotionalen und psychosozialen Gesprächsinhalte zeigt dies eine Einschränkung in der späteren API. Das Aufgreifen und Thematisieren von Emotionen wirkt bedeutend für den Aufbau einer Vertrauensebene zwischen Patient:in und

Ärzt:in (siehe Lindemann, 2015: 157). Krankheit und Behandlung stehen im Vordergrund, wohingegen die soziale Umgebung und emotionalen Hintergründe für den Ärzt:inbesuch in den Hintergrund treten. Die meisten Krankheiten sind von der Psyche des Menschen abhängig, weshalb auch der:die Patient:in bei dem:der Ärzt:in Rat sucht. Eine Fettsucht (eine Adipositas) kann sowohl durch die psychische Belastung durch ein Ereignis hervorgerufen werden, d.h. durch soziale Zustände, sowie auch durch organische Krankheiten (vgl. Deter 2010: 15).

Dazu gehört die Fähigkeit des Arztes psychosoziale Zustände und Emotionen mittels projektiver Identifikation in sich ähnlich wie in einem Behälter (Container) aufzunehmen und zu halten, diese aufgenommenen Elemente in eine für den Patienten verträgliche Form zu bringen und sie dem Patienten als solche zurückzugeben. Aus diesem Grund wird eine Verbesserung gerade in diesem Bereich in zahlreichen Trainingsprogrammen angestrebt (Decker, 2005: 3).

Dass der:die Patient:in mit der eigenen Krankheit und seinem:ihrer Wohlbefinden konfrontiert wird, bildet die Emotion *Ärger* und/oder sogar *Angst* (vgl. Lindemann 2015: 154). Diese Emotionen machen sich durch spezielle Darstellungen des Symptomempfindens, durch Beeinträchtigungen im Alltag oder auch durch erlebte Erfahrungen in der Kommunikation mit den jeweiligen Fachkräften bemerkbar (vgl. Lindemann 2015: 154). Emotionen zeigen nach Decker (2005: 11) verschiedene Funktionen:

- Motivierende Funktion; zum Handeln anspornen
- Verhalten auf spezielle Ziele richten und aufrechterhalten (z.B. verliebt sein, Ideale...)
- Rückmeldung über den eigenen Zustand
- Verstärkung von Lebenserfahrungen
- Selbstrelevanz von Ereignissen
- Innere Konflikte bewusst machen bei unvernünftigen oder unangemessenen Reaktionen
- Soziale Funktion: Emotion als sozialer 'Klebstoff' verbindet Menschen,
- als soziales 'Abwehrmittel' distanzieren Menschen
- Steuerung von Interaktionen und Gesprächsverhalten
- Reaktion auf non- verbales Verhalten (Decker, 2005: 11; Hervorh. im Original).

Es gibt primäre und sekundäre Emotionen. Laut Decker (2005: 12) werden zehn primäre Emotionen aufgezeigt, welche Interesse/Erregung, Vergnügen/Freude, Überraschung/Schreck, Kummer/Schmerz, Zorn/Wut, Ekel/Abscheu, Geringschätzung/Verachtung, Furcht/Entsetzen, Scham/Schüchternheit/Erniedrigung und Schuldgefühle/Reue sind. Dabei gilt die Emotion *Angst* als die „basalen Emotionen und ist eine der am häufigsten und am stärksten erlebten Empfindungen (Lindemann, 2015: 161). Lindemann (2015: 163-166) zeigt kommunikative Merkmale der Angstdifferenzierung auf und differenziert diese auf Grundlage von medizinischen Gesprächen explizit in Alltagsangst, Panik und epileptische Angst.

Körpersprache (Körperposition, Haltung, Gestik), Sprachmelodie (Lautstärke, Pausen, Geschwindigkeit), Räumliche Anordnung (Vertikaler oder horizontaler Abstand zueinander, Gegenstände zwischen den Gesprächspartner:innen) und Berührung (Händedruck, andere

Berührungen während der Untersuchung) sind laut Decker (2005: 12) vier Ebenen nonverbaler Hintergrundemotionen und somit sekundäre Emotionen.

Unter emotionaler Kompetenz versteht die Forschende, dass ein:e Ärzt:in für eine aktive Interaktion, Behandlung und Diagnose zuständig ist und somit Empathie, also Einfühlvermögen zeigt. Demzufolge vermittelt dieses Verhalten den Eindruck, dass er:sie die eigenen Emotionen und die anderer versteht, was eine gewisse Authentizität, Sympathie und Integrität erzeugt. Ärzt:innen mit einer gesunden Selbstwahrnehmung,

sind nicht übermäßig selbstkritisch, können sich und anderen Fehler zugestehen, kennen ihre Schwächen und nehmen sie mit Humor, haben ein hohes Maß an Selbstverständnis, wissen, welche Ziele sie warum verfolgen, verstehen ihre Werte und Stärken, erkennen ihre Träume, Ziele und Visionen an und bringen ihre Entscheidungen immer mit ihren Werten und inneren Strukturen überein (Decker, 2005: 18).

Um Fehlinterpretationen und Missverständnisse zu vermeiden, sollte der:die Ärzt:in seine:ihre Eigenemotionen und die Fremdemotionen (des:der Patient:in) bewusst kontrollieren. Die Kontrolle und der Umgang mit den eigenen und fremden Emotionen stellen eine

kommunikative Aufgabe für die Beteiligten dar, die potentiell zu jedem Zeitpunkt und in jedem dieser Gespräche relevant werden kann – ungeachtet der Gesprächsphase, des Interaktionstyps (z. B. Anamnese- oder Entlassungsgespräch), der Fachdisziplin oder des Behandlungsrahmens (ambulant, stationär). Allerdings machen diese Faktoren Emotionsthematisierungen unterschiedlich stark erwartbar (Lindemann, 2015: 155).

Bei einer API tauchen meist unerwartete, unbewusste Emotionen seitens der Patient:innen auf. Sobald der:die Ärzt:in ein Zeichen des Gegenübers erhält, sollte er:sie die Emotionen aufgreifen und ansprechen. Dadurch wird der:die Patient:in entlastet und erhält das Gefühl, dass er:sie verstanden wird, der:die Ärzt:in einfühlsam ist und Verständnis für seine:ihre Situation zeigt. Die Kontrolle der eigenen Emotionen ist bei der Übermittlung von Krankheitsnachrichten gewünscht. Das Ziel ist die Entlastung des:der Patient:in, am meisten dann, wenn diese:r von Emotionen überwältigt wird, wie z.B. bei der Nachricht von einer bösartigen Krankheit.

Das Bedürfnis nach Bindung wiederum kann im Kommunikationsverhalten u. a. dadurch befriedigt werden, dass Empathie aktiv ausgedrückt wird, dass Sorgen und Ängste der Patienten erkundet werden, dass Verständnis für die Perspektive des Patienten vermittelt wird und dass Schuldzuweisungen oder implizite Verurteilungen des Verhaltens vermieden werden (Meyer & Löwe, 2010: 24).

Der:Die Ärzt:in sieht sich nicht in der Rolle eines:einer Seelenberater:in, sondern eines:einer Heiler:in.

Ärzte befürchten, dass als Folge der Erweiterung ihrer Kompetenz Patienten sie mit den Gefühlen zu 'überfluten' drohen. Die Emotionen des Patienten, seine mit der Erkrankung verbundenen Sorgen, Ängste, Trauer, Hoffnungen und Befürchtungen, werden nicht mehr dem Zuständigkeitsbereich ärztlichen Handelns zugerechnet und können deshalb zu Recht abgewehrt werden (Decker, 2005: 14; Hervorh. im Original).

Elemente für die Aufrechterhaltung und für die Stabilisierung der Kommunikation sind

essenzielle Funktionen für den Erfolg einer API. Egger (o. J: 8) zeigt einige Kriterien für das APG auf. Zum einen Ziele des therapeutischen Gesprächs und zum anderen wichtige Merkmale der Gesprächsführung und Gesprächssituation. Der:Die sogenannte schwierige Patient:in stellt laut Buser und Kaul-Hecker (2003) eine Störungsquelle in der Kommunikation dar. Es werden verschiedene Arten von schwierigen Patient:innen unterschieden: solche, die fordernd sind, undankbar, unsympathisch, nicht kooperieren oder die nicht auf die Behandlung ansprechen. Demzufolge zeigen Rückzug, Passivität, fehlende Kooperation, Manipulation und Verteidigungsbereitschaft in provozierender Form, Konfrontation und Aggression Arten von schwierigen Patient:innen. Der:Die Ärzt:in reagiert auf solche Verhaltensweisen mit innerem Widerstand auf das als ungerechtfertigt erlebte Verhalten eines:einer Patient:in. Für den:die Ärzt:in ist es eine Form von Selbstverteidigung, auch genannt Reaktanz (vgl. Buser & Kaul-Hecker 2003). Bei aggressiven Patient:innen zählt das Bewahren von Ruhe und Selbstbeherrschung zu den primären Eigenschaften des:der Ärzt:in. Auch die IK im Umgang mit internationalen, schwierigen Patient:innen bildet eine wichtige Eigenschaft des:der Ärzt:in. Das Herausfinden der verborgenen Ursache für ein solches Verhalten ist keine leichte Aufgabe, denn meist verborgen sich psychische oder soziale Belastungen dahinter. Bei ängstlichen Patient:innen sollte man – so der Rat von Meyer und Löwe (2010: 19) – einfühlsames Verständnis zeigen, aktiv zuhören, ruhig reagieren, geduldig sein, Vertrauen herstellen und eine entspannte Atmosphäre aufbauen.

Zum Erkennen möglicher Fehlerquellen gehört u. a. die Einsicht, dass Kommunikation mehr ist, als der objektive Austausch sachbezogener Informationen zwischen Arzt und Patient. Auch wenn die Intentionen beider Kommunikationspartner auf eine möglichst gute Behandlung abzielen – was in der Regel als gegeben angesehen werden kann –, ist die Effektivität der Kommunikation immer durch die individuellen Kommunikationsfähigkeiten beider Teilnehmer begrenzt (Meyer & Löwe, 2010: 19).

Im Allgemeinen bedeutet dies, dass negative Emotionen von Ärzt:innen aufgenommen und verstanden werden (siehe Lindemann, 2015: 157), insbesondere bei schwerkranken Patient:innen und bei Sterbenden (siehe Buser et al., 2007: 252-280). Meyer und Löwe (2010: 20) nennen zwei Dimensionen, die für eine erfolgreiche API sorgen und die zueinander in einer Wechselbeziehung stehen.

Zum einen gibt es die Kommunikationsfähigkeit des:der Ärzt:in. Zum anderen gibt es den biopsychosozialen Kontext des:der Patient:in, welcher die Kommunikation aufgrund körperlicher und psychischer Erkrankungen u.a. Stress und sozialer Umgebung erschweren kann. Die Wechselbeziehung der zwei Dimensionen bedeutet, dass der:die Ärzt:in mit dem jeweiligen individuellen kommunikativen Fähigkeiten und Verhalten auf den biopsychischen Kontext des:der Patient:in Einfluss hat. Auf der anderen Seite kann der:die Patient:in die kommunikativen

Fähigkeiten des:der Ärzt:in und somit die gesamte Interaktion mit seinem:ihrer Verhalten beeinflussen. Beide Dimensionen sind auf Grundlage der Theorien von Meyer und Löwe (2010: 21-22) in ihrem Werk nachzulesen. Die Reaktion des:der Patient:in auf seinen gesundheitlichen Zustand, wie Angst, Scham, Wut, Schuld oder Unsicherheit „are all as relevant to the clinical encounter as physiological data, and sometimes more so“ (Holst, 2010: 153). Die Ärztekammer Nordrhein (2015: 26) greift die oben dargestellten fünf empathischen Antwortmöglichkeiten des:der Ärzt:in mit dem NURSE-Modell auf. Dieses Modell zeigt mögliche Reaktionen auf. Dabei muss nicht das komplette Modell von N bis E durchlaufen werden. *N* steht für *Naming*, also das Benennen und das Ausdrücken von Emotionen. Das Ausdrücken von Emotionen ähnelt dem Prinzip des Spiegels (WWSZ-Technik) von Langewitz (2011: 339-340).

*U* steht für *Understanding*, also das Zeigen von Verständnis für die Emotionen sowie ihre Interpretation. Das Sich-Verstanden fühlen, stärkt das Verhältnis zwischen Patient:in und Ärzt:in. *R* steht für *Respecting*, also das Respektieren und das Anerkennen der Patient:innen. Der:Die Ärzt:in bemüht sich dies positiv zu interpretieren, sodass der:die Patient:in sich von seinen:ihren Schmerzen und der auf ihm:ihr lastenden Belastung befreit. *S* steht für *Supporting*, also das Verbalisieren des Angebots der Unterstützung von Patient:innen in schwierigen Lebenssituationen. *E* steht für *Exploring*, also das Herausfinden von weiteren Aspekten der Emotionen, in dem die noch nicht geklärten oder offengelegten Gefühle erläutert werden. Das heißt, dass dieses Verfahren nur dann sinnvoll ist, wenn die Emotionen der Patient:innen noch ungeklärt sind und noch nicht klar und deutlich formuliert wurden. Nach Alkhlaifat (2021: 181-183) sind aktives Zuhören und gegenseitiger Respekt relevant für die API.

Grein (2023: 7) fügt zu den obigen Eigenschaften des:der Ärzt:in sowie das APG folgendes hinzu:

Future medical practitioners in Germany (...) need to know that the physician is supposed to listen carefully and show empathy with the patient, they should be aware of diverging concepts of causes of diseases and they are supposed to apply the 'shared-decision-making concept' (Grein, 2023: 7).

Emotionen können durch verschiedene Art und Weisen zum Ausdruck gebracht werden. Zum einen durch das Verwenden von sprachlichen und parasprachlichen Mittel. Zum anderen durch nonverbale Mittel und durch Methoden der Gesprächsstrukturierung, „wie z.B. die Platzierung von Äußerungen“ (Lindemann, 2015: 156). Dabei können sie explizit im APG thematisiert werden, oder auch implizit durch Mimik, wie z.B. ein ängstlicher Gesichtsausdruck (vgl. Lindemann 2015: 156). Ausführliche Beispiele zu Emotionen im APG sind bei Lindemann (2015: 158-160) aufgezeigt.

Nicht nur Emotionen sind im API relevant, sondern auch höfliche Handlungen. Höflichkeit definiert man in der Sprachwissenschaft als „ein sozial angemessenes Verhalten, hinter dem eine rationale Grundhaltung steht, zum anderen die Umsetzung dieser Haltung in Sprache“ (Bublitz, 2003: 182). Das höfliche Handeln ist eine rationale Verhaltensweise einer Person. Dabei ist das Ziel vom höflichen Handeln

eine soziale und emotionale Harmonie zu schaffen bzw. zu bewahren, und zu einer solchen Harmonie gehört, dass auf das Selbstwertgefühl des Hörers Rücksicht genommen wird (Schwarz-Friesel, 2007: 26).

Sie erfolgt mithilfe von Sprache, sodass eine situativ angemessene Reaktion entsteht. Um dies umzusetzen, ermöglichen „kulturspezifische Regeln und Ausführungsbestimmungen“ (Ehrhardt & Heringer, 2011: 133) das Verhalten als höflich zu verstehen. Engel und Tomiczek (2010: 124) bezeichnen Höflichkeit als die Achtung und das Respektieren der Rechte eines:ei-ner Zuhörer:in.

Höflich nennen wir einen Sprecher immer dann, wenn er die Rechte des Partners achtet, seine Rolle im Gespräch akzeptiert, seine Meinung respektiert, ihn zu Wort kommen lässt (Engel & Tomiczek, 2010: 124).

Das Ziel des:der Sprecher:in innerhalb eines Gesprächs ist das sogenannte Gesicht, d.h. das Ansehen der Person, des:der Kommunikationspartner:in zu wahren und nicht seinen:ihren Aussagen zu widersprechen. Dies verlangt eine gewisse Kompromissbereitschaft, sodass eine Einigung zwischen Zuhörendem und Sprechendem entsteht. Nach Ebert (2020: 95) wird dies mithilfe von sogenannten Schutzmechanismen erzielt. Es sollten sprachlich-kulturelle Konventionen eines kooperativen Diskurses ausgewogen berücksichtigt und auf die Interessen und Bedürfnisse der Sprechenden Bezug genommen werden. Das respektvolle Verhalten ist demnach ein „zweckorientiertes soziales Verhalten“ (Ebert, 2020: 95). Laut Lüger (2001: 22) ist eine sprachliche Höflichkeit ebenfalls ein „zweckmäßiges Verhalten“.

Die Sicherung des Verständnisses und der Akzeptanz sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kommunikation zwischen den Gesprächspartner:innen (vgl. Bublitz 2003: 181). Bei der Offenbarung und Erkennung von Interesse am Gespräch sind Sprechende und Zuhörende in einem sozialen Verhältnis gebunden. Außerdem sind die Integrierung und Aufrechterhaltung dieses Gesprächs innerhalb der Kommunikation wichtig.

Brown und Levinson (1978 & 1987) entwickelten eine Höflichkeitstheorie, die nicht nur die interkulturelle Kommunikation, sondern auch die interpretative Soziolinguistik berücksichtigt. Das Modell von Brown und Levinson (1978 & 1987) wird für Missverständnisse in der Höflichkeit eingesetzt (vgl. Bouchara 2002: 30; vgl auch Ebert 2019: 95-97).

Nach Ebert (2020: 95) habe der Begriff *Face* eine sozial anerkannte Eigenschaft, die das

Selbstbild eines:einer Gesprächspartner:in umschreibt, den Selbstwert zu pflegen und den:die Gesprächspartner:in in Anspruch nimmt. Es geht dabei um die „zweckrationale Kooperation“ (Ebert, 2020: 95) zwischen den Gesprächsteilnehmer:innen. Brown und Levinson (1987: 312) sind der Meinung, anstatt, dass

[w]e treat the aspects of face as basic wants, which every member knows every other member desires, and which in general it is in the interests of every member to partially satisfy (Brown & Levinson, 1987: 312).

Ebert (2020: 95) bekräftigt, dass die *positive* Höflichkeit das positive Prestige des Zuhörenden durch Anerkennung des:der Gesprächspartner:in unterstützt. Bouchara (2002) führt ein Beispiel hierfür an, und zwar „Indem ich meinem Gegenüber zum Beispiel 'Guten Tag' wünsche, wünsche ich ihm, was er sich selber wünscht“ (Bouchara, 2002: 34; Hervorh. im Original). Dieser Akt wird in der *positiven* Höflichkeit als eine Annäherungsstrategie interpretiert.

Brown und Levinson (1978: 68) betrachten das positive Gesicht als

the wants may be for non-material as well as material things: for values (love, liberty, piety), or for actions (like going to the opera or to the races, or playing tennis) (Brown & Levinson, 1978: 68).

Im Gegensatz zur *positiven* Höflichkeitsstrategie wird die *negative* Höflichkeit als eine Distanzierungsstrategie betrachtet, d.h. sie trägt zu dem negativen Prestige des Zuhörenden bei. Ebert (2020: 95) erklärt, dass das *negative* Gesicht die Wünsche und die Freiheit des:der Gesprächspartner:in respektiert und akzeptiert, sodass der eigene Handlungsspielraum so wenig wie möglich eingeschränkt wird. Laut Brown und Levinson (1978) beinhaltet das *negative* Gesicht „the desire to be ratified, understood, approved of, liked or admired“ (Brown & Levinson, 1978: 67). Im Folgenden wird kurz auf die Substrategien der *positiven* und *negativen* Höflichkeit von Brown und Levinson (1978 & 1987: 108-216 & 313-315) eingegangen und diese vorgestellt. Dabei halten sich nach Bouchara (2002: 34-35) die Formulierungen möglichst genau an die Definition von Brown und Levinson (1978 & 1987).

Die *positive* Höflichkeit hat folgende Merkmale:

- a) Achte auf den Hörer (H), seine Interessen, Bedürfnisse und Güter.
- b) Übertreibe dein Interesse, deine Wertschätzung oder deine Sympathie für H.
- c) Intensiviere das Interesse einer Mitteilung für H.
- d) Benutze Kennzeichen gleicher Gruppenzugehörigkeit.
- e) Suche Zustimmung.
- f) Vermeide Widerspruch.
- g) Nimm eine gemeinsame Basis an oder behaupte sie.
- h) Mache einen Scherz.
- i) Zeige, daß du die Bedürfnisse H`s kennst und auf sie eingehst.
- j) Mache Angebote und Versprechungen.
- k) Sei optimistisch.

- l) Beziehe H in die Aktivität mit ein.
- m) Gib Gründe an oder frage danach.
- n) Nimm Gegenseitigkeit an oder behaupte sie.
- o) Gib dem Hörer Geschenke (Bouchara, 2002: 34).

Die *negative* Höflichkeit hingegen weist 10 Merkmale auf:

- a) Sei in konventioneller Weise indirekt.
- b) Schränke ein und stelle infrage.
- c) Sei pessimistisch.
- d) Setze die Beeinträchtigung durch den gesichtsbedrohenden Akt herab.
- e) Zeige Ehrerbietung.
- f) Entschuldige dich.
- g) Sprich unpersönlich, ohne die Pronomen *ich* und *du/Sie*.
- h) Stelle den gesichtsbedrohenden Akt als allgemeine Regel hin.
- i) Nominalisiere, (verwende Substantive statt Verben).
- j) Gib vor, eine Verbindlichkeit gegenüber H einzugehen oder ihn von einer solchen freizusprechen (Bouchara, 2002: 35; Hervorh. im Original).

Die Realisierung dieser Strategien ist kulturspezifisch (vgl. Bouchara 2002: 39). Jede:r der Interagierenden hat sein:ihr eigenes Gesicht, das sie gegenseitig respektieren und akzeptieren sollten. Laut Ebert (2020: 95-96) hat die Rücksichtnahme des:der anderen Gesprächspartner:in Eigenschaften, wie z.B. Achtung, Respekt, Ehrerbietung, Wohlwollen, Freundlichkeit, Zuneigung, die wiederum dem Hauptbegriff der Wertschätzung untergeordnet werden. Hier spielt das Benehmen der Person eine elementare Rolle, unabhängig davon ob dieses Verhalten angenehm (angebracht) oder unangenehm (unangebracht) ist. Dies gilt auch für die API, indem der:die Ärzt:in verpflichtet ist, sein:ihr Gesicht und das Gesicht des:der Patient:in zu wahren. Höflichkeit ist stark sprach- und kulturbedingt (vgl. Feyrer 2003: 342). Äußerungen, die meist knapp und deutlich sind, werden vom Zuhörenden als unhöflich eingestuft, da der Beziehungsaufbau zwischen den Teilnehmer:innen dadurch gehemmt wird und somit eine kurze Verbindung entsteht. Die Indirektheit der Äußerungen werden nach Ebert (2020: 97) als Vorsichtsmaßnahme verstanden, um das Gesicht des anderen zu wahren und sich selbst nicht angreifbar zu machen. Nach Wangermann (2008: 8) wird dabei die wahre Intention des Sprechers verborgen.

Diese Definition kann man durch die Begriffe *camouflage* (Tarnung) und *conceal* (was so viel wie *verheimlichen*, *verbergen* bedeutet) durchaus auch leicht negativ interpretieren (Wangermann, 2008: 8; Hervorh. im Original).

Die Indirektheit der Aussagen bedeutet jedoch nicht sofort, dass es zu Kommunikationsbrüchen kommen muss. Voraussetzung ist hier, dass alle Beteiligten ausreichendes Wissen über den Kontext haben (siehe Wangermann, 2008: 9). Auf die konversationelle Höflichkeit, welche

mithilfe von Partikeln ausgedrückt wird, innerhalb einer Interaktion zwischen Interagierenden, die auf die Bedürfnisse und Wünsche des:der Partner:in eingehen, sollte Rücksicht genommen werden (vgl. Feyrer 2003: 344). In den systemlinguistischen Forschungen erfolgt die Realisierung von Höflichkeit durch einzelne sprachliche Elemente, wie z.B. Pronomina und Modusformen. In den pragmatisch-handlungsorientierten Untersuchungen von Brown und Levinson (1978 & 1987) werden Höflichkeit und Grammatik mit der indirekten Äußerung eines Sprechaktes gleichgesetzt. Diese Indirektheit einer Aussage kann nicht nur als höflich, sondern auch als ein Vorwurf oder eine Aufforderung verstanden werden. Cho (2005: 30) zeigt das Beispiel des lexikalischen Mittels *Bitte* als Höflichkeitspartikel auf. Er betont, dass ein:e Sprecher:in

damit auch Druck auf den Kommunikationspartner ausüben [kann], wenn er bestrebt ist, sich durchzusetzen. Höflichkeit hängt also nicht nur von Äußerungsmittel ab, sondern ganz entscheidend von der konkreten Verwendung in der Situation (Cho, 2005: 30-31).

In einer Kommunikation zwischen Individuen liegen ein Ziel oder mehrere Ziele vor. Der kommunikative Diskurs spielt hierbei eine essenzielle Rolle, um das Ziel der Gesprächsmitglieder zu erreichen. In diesem Zusammenhang ist es gleichgültig, ob die Ziele und Interessen gleichgesetzte oder entgegengesetzte Ziele sind. Es verfolgen nach Sandu (2002) beide Gesprächspartner:innen das gemeinsame Ziel „das Bemühen, miteinander in Kontakt zu bleiben, um das angestrebte Vorhaben zu Ende zu bringen“ (Sandu, 2002: 264). Dazu gehört auch das Vorkommen von Höflichkeitsformen, die meist intuitiv sowie konventionell bestimmt bzw. erfassbar sind. Dabei kann nach Sandu (2002) die Höflichkeit „unterschiedliche Formen annehmen, sich in unterschiedlicher Intensität manifestieren und ist nicht immer leicht zu erfassen“ (Sandu, 2002: 264).

### **5.3.2 Mitteilen von Nachrichten**

Für die Übermittlung von schlechten Nachrichten braucht ein:e Ärzt:in eine sprachliche sowie kulturelle Kompetenz, insbesondere die emotionale Fähigkeit. Das verlangt Erfahrung, Sensibilität, Einfühlvermögen bzw. Empathie und kommunikative Fähigkeiten. Der:Die Ärzt:in gibt dem:der Patient:in und den Angehörigen Hoffnung und Kraft, sodass sie eine schlechte Situation überwinden, ohne psychische Folgen davon zu tragen. Es ist unabdingbar, dass der:die Ärzt:in auf solche Situationen geschult bzw. vorbereitet wird, um die Last, den Stress und die Verantwortung unter Kontrolle zu halten. Sowohl für ausländische Ärzt:innen ist dies ein sprachliches und emotionales Konfliktfeld, als auch für muttersprachlich deutsche Ärzt:innen. Aus den vorher genannten Gründen ist dieses Kapitel für die Interpretation der Forschungsergebnisse signifikant.

Um diese Erschwernis zu erleichtern, gibt es nach Vandekieft (2001: 302-311) die ABCDE-Regel. Die Grundregeln nach Langewitz (2002: 18-19) für das Erleichtern des Mitteilens von schlechten Nachrichten stimmen nach Ansicht der Forscherin mit der ABCDE-Regel von Vandekieft überein. Aus diesem Grund werden die Grundlagen nach Langewitz (2002: 18-19) nicht aufgeführt. Ebenso geht Sehouli (2024) (vgl. auch Spielberg 2022: 1204-1205; vgl. auch Sehouli & Pietzner 2022) auf die Voraussetzungen und das Mitteilen von schlechten Nachrichten ein und gibt einen Orientierungsleitfaden.

1- A steht für *Advance*.

Die Vorbereitung, die zeitliche Organisation auf das Gespräch, das Einbeziehen von Personal für eine störungsfreie Atmosphäre sowie das Einplanen des Termins ohne Zeitdruck stehen im Vordergrund. Der:Die Patient:in hat im Gespräch die freie Wahl ein anderes Familienmitglied oder einen Angehörigen einzubeziehen. Die Umgebung des Gesprächs erfolgt dabei in einer angenehmen Atmosphäre. Vor der Kommunikation ist es notwendig, dass der:die Ärzt:in sich mental und emotional auf die Überbringung der schlechten Nachricht vorbereitet.

2- B steht für *Build a therapeutic environment/ relationship*

Vor der Übermittlung der Nachrichten schaut sich der:die Ärzt:in die Gesamtsituation intensiv an. Wenn der:die Patient:in einen Angehörigen, Freund oder ein Familienmitglied mitbringt, fragt der:die Ärzt:in zunächst nach dem Beziehungsverhältnis zwischen beiden Personen. In dieser Phase sind Zeit, Augenkontakt und Nähe für den:die Patient:in wichtig, um eine Beziehungsebene und Vertrauen herzustellen. Die Gesprächseinleitung weist bereits auf die Übermittlung einer schlechten Nachricht hin, sodass sich der:die Patient:in und die Angehörigen vorab mental und emotional darauf vorbereiten können.

Während des Gesprächs sollte ein:e Ärzt:in den Wunsch nach detaillierten Informationen über Diagnose, Prognose und Therapie erfragen, da Patient:innen eine Ablehnung solcher Details anstreben.

3- C steht für *Communicate well*

Der:Die Ärzt:in fragt die Patient:innen nach ihrer Wahrnehmung der Krankheit, den vorhandenen Informationen über ihre Gesundheitssituation und deren Wahrnehmung, um einen Eindruck von ihrer momentanen Psyche und ihrem Verständnis und Umgang mit der Krankheit zu gewinnen. Dies kann durch die Leitfrage „Was wissen Sie schon über Ihre medizinische Situation“ (Vandekieft, 2001: 302-311) erfolgen, sodass Missverständnisse und Kommunikationsschwierigkeiten von Beginn an aufgeklärt werden. Bei der Kommunikation ist es nun für

den:die Ärzt:in wichtig, Empathie, also Einfühlvermögen und Verständnis zu zeigen. Auf das Vermeiden von medizinischen Fachwörtern ist zu achten. Alle essenziellen Informationen zur Krankheit, Prognose und Therapie werden schriftlich festgehalten. Die meisten Patient:innen leugnen die Krankheit; deshalb ist es signifikant, dass der:die Patient:in mit Freunden oder Familienangehörigen darüber spricht und dass der:die Ärzt:in dem:der Patient:in die Möglichkeit gibt, seine:ihre Bedenken und Gedanken anzusprechen. In der Endphase ist die Zusammenfassung aller relevanten Informationen und das Überlegen weiterer Behandlungsmöglichkeiten bzw. -vorschläge sinnvoll.

#### 4- D ist *Deal with patient and family reactions*

Die schwierigste Herausforderung eines:einer Ärzt:in ist der emotionale Umgang mit der Übermittlung von schlechten Nachrichten. Er:Sie muss mit den Gefühlen des:der Patient:in sowie den eigenen umgehen, da die Reaktion auf Negatives von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgedrückt wird. Einige Personen weinen und trauern und andere schweigen. Dabei ist das aggressive Auftreten von Patient:innen oder auch das Leugnen der Krankheit nicht ungewöhnlich für die emotional geprägte Situation.

#### 5- E steht für *Encourage and validate emotions*

In der letzten Phase steht nun die Bedeutung der schlechten Nachricht und der momentanen Situation im Mittelpunkt. Nachdem der:die Patient:in sich beruhigt hat, rational denken kann und die Situation wahrgenommen hat, kann der:die Ärzt:in nach Informationen über seine:ihre emotionalen und religiösen Bedürfnissen und nach vertrauenswürdigen Personen in seinem:ihren Umfeld erfragen. Der:Die Ärzt:in informiert den:die Patient:in abschließend über diverse Therapiemöglichkeiten und gibt ihm:ihr eine realistische Perspektive. Auch wenn es keine Heilungschance gibt, sollte der:die Ärzt:in dem:der Patient:in Hoffnung geben und ihn:sie über das weitere ärztlich, therapeutische Vorgehen beraten. Solche Situationen sind ebenfalls für den:die Ärzt:in emotionale Herausforderungen. Aufgrund dessen sollte er:sie vor, während und nach dem Gespräch mit dem:der Patient:in auf seine:ihre Gefühle und Emotionen achten und die Situation durch eine Nachbesprechung mit Kolleg:innen oder Freunden verarbeiten (siehe hierzu Kapitel 5.3.1).

Für das Überprüfen des eigenen Kommunikationsverhalten beim Mitteilen schlechter Nachrichten zeigt Langewitz (2002: 13-15) typische Kommunikationsmuster auf<sup>15</sup>. Erstens ist eine kurze Mitteilung des Unvermeidbaren: Einige Ärzt:innen vertreten den Standpunkt, dass Nachrichten bündig gefasst werden sollen. Eine kurzgefasste Nachricht widerspricht jedoch nach

---

<sup>15</sup> Beispiele sind bei Langewitz (2002: 13-15) nachzulesen.

Auffassung der Forscherin der vorher dargestellten ABCDE-Regel und dem Höflichkeitsprinzip. Diese Mitteilungsart von Ärzt:innen ist auf einer Seite kurz, aber auf der anderen Seite kann sie einen Schockmoment beim Angehörigen oder dem:der Patient:in hervorrufen. Zweitens entspricht die sanfte Art mit Empathie: Patient:innen bevorzugen zur Verarbeitung und Realisierung von schlechten Nachrichten die sanfte Mitteilungsart. Laut den Ärzt:innen ist dies wirklich gelungen, sobald der:die Patient:in weint und seine:ihre Trauer zum Ausdruck bringt. Drittens ist die offene und vollständige Information. D.h., dass im APG der:die Ärzt:in dem:der Patient:in alle wichtigen Informationen zur Krankheit und zu Therapiemöglichkeiten erläutert, sodass er:sie über die Weiterbehandlung und über die nächsten Schritte entscheiden kann. Trotz dem Erhalt einer schlechten Nachricht sind die Aufklärung und Diskussion über die Heilungschancen für das Vermeiden einer Depression und einer Einschränkung der Lebensqualität ausschlaggebend.

## **6. Konzeption der empirischen Untersuchung**

In diesem Kapitel wird auf die Aufklärung, Überprüfbarkeit und Darstellung der methodischen Vorgehensweise in der zugrundeliegenden empirischen Studie eingegangen. Mayring (2016) erklärt dabei, dass

[d]ie besten und erleuchtenden Ergebnisse sinnlos [sind], wenn sie nicht überprüft werden können, das heißt durch ein explizites, methodisch kontrolliertes Verfahren abgesichert sind (Mayring, 2016: 29).

Zunächst wird in Kapitel 6.1 das Ziel der Untersuchung und die Forschungsfrage der zugrundeliegenden qualitativen Interviewstudie präsentiert und erläutert. Im Kapitel 6.2 wird die Auswahl der Gütekriterien der vorliegenden Studie vorgestellt, deren Auswahl für den Forschungsansatz berücksichtigt wurde, sodass eine Transparenz und Nachvollziehbarkeit für das weitere methodische Vorgehen geschaffen wird. Eine Übersicht über die Erhebungstechniken wird in Kapitel 6.3 dargelegt, insbesondere über die in der vorliegenden Studie angewandte Methode, sodass das Forschungskonzept für diese Studie angepasst und begründet werden kann. Das Kapitel beinhaltet eine detaillierte Begründung für die Auswahl von Expert:inneninterviews. Im Kapitel 6.4 wird auf den Datenschutz und die Aufzeichnung der Interviews eingegangen. Es folgt danach die Vorgehensweise der Pilotstudie. Darauf aufbauend fokussiert das Kapitel 6.6 auf die Stichprobenauswahl für die Interviews, das Kapitel 6.7 auf die Durchführung der Interviews und die Ablaufstruktur der Interviews sowie die dabei aufgetretenen Schwierigkeiten. Im Kapitel 6.8 stehen die Aufbereitungsmethoden im Mittelpunkt und daran schließt sich die

Darstellung und Begründung der Auswertungsmethode in Kapitel 6.9 an, welche im Detail die Auswahl der qualitativen Inhaltsanalyse als Auswertungsverfahren begründet.

### **6.1 Ziel der Untersuchung und Forschungsfragen**

Deutschland wird als Zielland für das Absolvieren einer Fachärzt:innenausbildung (FAA) gern von ausländischen Ärzt:innen, jedoch insbesondere von jordanischen Ärzt:innen angestrebt (siehe hierzu Kapitel 1.1). Dabei stieg die Anzahl an jordanischen Ärzt:innen um das Fünffache in der Zeitperiode von 2009 bis 2023 an.

Erkenntnisgegenstand der Studie ist die Veranschaulichung der sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Problematik während der FAA jordanischer Ärzte. Konkret wird sich die Forscherin darauf konzentrieren, welche Schwierigkeiten Ärzte während ihrer Weiterbildung zum Facharzt an deutschen Kliniken haben und darüber hinaus welche Konsequenzen sich damit für das deutsche Gesundheitssystem durch die sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten der Ärzte ergeben, welche mithilfe der artikulierten Empfehlungen der Interviewteilnehmer formuliert werden.

Aufgrund der Nicht-Kooperation von jordanischen Ärztinnen werden ausschließlich männliche Ärzte interviewt. Demzufolge wird in den darauffolgenden Kapiteln die männliche Form für die Interviewteilnehmer angewandt. Im Fokus stehen dabei die positiven sowie negativen Erfahrungsberichte in Bezug auf das Approbationsverfahren und den klinischen Alltag zu eruieren, d.h. die Kommunikation zwischen den Ärzt:innen, den Kolleg:innen, den Pflegepersonal und den Patient:innen zu verdeutlichen, wobei das Ausmaß an negativen Erfahrungsberichten den größeren Part der Arbeit ausmacht.

Die Forschungsfrage für die zugrundeliegende Studie lautet:

***Welche Schwierigkeiten sprachlicher, fachsprachlicher und interkultureller Art kann man bei jordanischen Ärzt:innen während ihrer Fachärzt:innenausbildung an deutschen Krankenhäusern feststellen?***

Im Einzelnen bedeutet dies, dass der **sprachliche Aspekt** sich auf die allgemeine Sprache fokussiert, d.h. auf die alltäglich benutzte Sprache im Klinikalltag ohne Verwendung von Fachbegriffen oder Grammatik oder der schriftlichen Form, wie Arztbriefe. Dieser Aspekt versteht sich als Schwierigkeiten in der Grammatik, den Metaphern, der Syntax und der Semantik im Sprach- und Schriftverkehr. Der **fachsprachliche Aspekt** ist in zwei Komponente unterteilt:

die Fachsprache Medizin und die ärztliche Gemeinsprache. Die Fachsprache Medizin umfasst die englisch-lateinisch geprägte Sprache der Ärzt:innen und die Abkürzungen. Mit der ärztlichen Gemeinsprache wird die patientengerechte Fachsprache unter der Benutzung deutscher fachsprachlicher Begrifflichkeiten bezeichnet. Hingegen umfasst der **interkulturelle Aspekt** die alltäglichen Bereiche, wie Händeschütteln, Blickkontakt und Körperkontakt bis hin zur komplexen Kommunikation und Interaktion, wie dem Kommunikationsstil, Unterbrechungen im Gespräch, Respekt, Rollenverteilung und der Gleichberechtigung im Klinikalltag. Darin beinhaltet ist das institutionelle Postulat. Es fokussiert sich auf die Klinikultur als System, das Gesundheitssystem per se und die administrativen Tätigkeiten in Krankenhäusern. Zusätzlich beinhaltet es die Bürokratie im Approbationsprozess, d.h. von der Antragsstellung bis zum Erhalt der Approbation.

Qualitative Forschungen, die auf Schwierigkeiten ausländischer Ärzt:innen im klinischen Alltag hinweisen, sind vereinzelt vorhanden (siehe Kapitel 4). Jedoch wiesen keine Studien auf die Schwierigkeiten der hier ausgewählten Adressatengruppe hin. Nach der Sichtung der Fachliteratur stellte sich heraus, dass das ausgewählte Forschungsfeld einer theoretischen Vertiefung bedarf (vgl. Morgan 2003; vgl. auch Klemperer 2003; vgl. auch Helman 2007; vgl. auch Bolten 2007a & b; vgl. auch Hamadan & Hatab 2009; vgl. auch Holst 2010; vgl. auch Acquah 2011; vgl. auch Efing 2014; vgl. auch Lindemann 2015; vgl. auch Schildmann et al. 2018; vgl. auch Seitz et al 2019; vgl. auch Cross 2020; vgl. auch Ebert 2020; vgl. auch Alkhlaifat 2021; vgl. auch Selouhi & Pietzner 2022; vgl. auch Attum et al. 2023; vgl. auch Jatkowski 2024; vgl. auch Selouhi 2024).

Als zwei getrennte Traditionen haben sich in der Geschichte der Sozialforschung die qualitative und die quantitative Methode herauskristallisiert (vgl. Kelle 2008: 13). Mithilfe der quantitativen Verfahren wird vor allem mit standardisierten Fragebögen und mit Beobachtungsschema das soziale Feld in seiner Vielzahl eingeschränkt erfasst und die Komplexität von Strukturen nur sehr einfach oder minimal dargestellt (vgl. Lamnek & Kiefl 1984: 474). Die qualitativ vorliegende Studie produziert hingegen deskriptive Daten über Individuen, welche als Teil eines Ganzen und nicht als isolierter Fall gesehen wird, wie dieses öfters bei der quantitativen Forschung geschieht (vgl. Lamnek 2010: 273; vgl. auch Mayring 2016: 42). Die qualitative Forschung zielt auf das Erforschen und die Interpretation von Ideen, Thesen und Hypothesen ab. Sie ist zudem gekennzeichnet durch: Verständnis des Kontextes, Kategorienbildung, Subjektivität, flexibles und emergentes Forschungsdesign und Komplexität (siehe Gertler, 2023). Nach Mayerhofer (2009: 486) kann die Stichprobenanzahl gering ausfallen, da das Ziel die Repräsentation von unterschiedlichen Ansichten und Meinungen ist (siehe Callingham, 2004: 104).

Die Entscheidung gegen die Nutzung von quantitativen Instrumenten im Rahmen dieser Studie begründet sich darin, dass das Erkenntnisinteresse gemäß der zugrundeliegenden Forschungsfrage auf eine eventuelle Reduzierung von komplexen Strukturen und Aussagen nicht durch die quantitative Forschung realisierbar ist. Demzufolge wird auf die quantitative Sozialforschung in dieser Arbeit nicht näher eingegangen. Im Hinblick auf die Fragestellung dieser Arbeit und den dürftigen Forschungsstand hinsichtlich der Erforschung von Inhalten, Überzeugungen und Sichtweisen erweist sich ein qualitativer Forschungsansatz als unumgänglich (vgl. Riemer 2010 & 2014). Die Studie wird deskriptiv und explorativ ausgerichtet.

## 6.2 Gütekriterien

Um Aussagen über die Angemessenheit eines Forschungsdesigns und zu wissenschaftlichen Gegebenheiten in Hinsicht auf das Forschungsinteresse zu machen, sind **Gütekriterien** in der quantitativen und **qualitativen Sozialforschung** erforderlich. Gütekriterien gelten als Qualitätsstandards eines beliebigen ausgewählten Forschungsansatzes für eine empirische Forschung (vgl. Lamnek 2010: 127; vgl. auch Mayring 2016: 140).

Grundsätzlich gilt, daß die Einschätzung der Eignung bestimmter qualitativer Vorgehensweisen wesentlich vom Forschungsgegenstand und vom Untersuchungsziel abhängt und die Fragen nach Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Generalisierbarkeit in erster Linie unter diesem Blickwinkel zu betrachten sind (Lamnek & Kiefl, 1984: 476).

In der quantitativen Sozialforschung sind Validität, Reliabilität, Objektivität und Generalisierbarkeit und Repräsentativität, Maßstäbe für die Methoden (vgl. Lamnek 2010: 130), sodass der Datenerhebungs- und Datenauswertungsprozess nachvollziehbar ist. Mehrere Wissenschaftler, wie Lamnek (2010: 131), Mayring (2016: 140) und Bortz und Döring (2006: 334-336) einigen sich auf die Modifizierung und Anpassung dieser Gütekriterien in der qualitativen Forschung. Die erforderlichen Gütekriterien werden über den gesamten Forschungsprozess beachtet (vgl. Mayring 2016: 140).

Die traditionellen Gütekriterien, wie die **Validität und Reliabilität** sind nach Mayring (2016: 141) in der qualitativen Sozialforschung umstritten. Sie müssten aus Mayrings Sicht tragfähiger, flexibler und argumentativer ausgebaut werden. In der quantitativen Forschung betrifft somit die **Validität** die Gültigkeit des Erhebungsverfahrens und die **Reliabilität** die Genauigkeit der Gegenstandsmessung. Pre-Test-Reliabilität ist ebenfalls ein anfechtbarer Maßstab. Der Grund hierfür liegt darin, dass Versuchspersonen und soziale Bedingungen sich kontinuierlich verändern, sowie auch der Gegenstand der Untersuchung. Dieses kann dadurch geschehen, dass der:die Forscher:in durch seinen:ihren bedingten Eingriff am Gegenstand modelliert. Bei der

Validierung ist auf die Natürlichkeit, Verlässlichkeit, Glaubwürdigkeit und Brauchbarkeit der Datenerhebung zu achten (vgl. Lamnek 2010: 144).

Die **Validität** der Forschungsergebnisse für diese Studie ist gewährleistet. Die Forscherin erstellt einen Eigenentwurf des Forschungsdesigns, führt eine eigenständige Erhebung durch und wertet die Forschungsdaten aus. Zu diesem Vorgehen wurde die vorgelegte Studie unter Einbeziehung eines Fachkollegiums kritisch diskutiert. Da sich das Forschungsvorhaben nicht auf die Klinikrealität und das deutsche Gesundheitssystem generell ausrichtet, sondern sich auf die subjektive Wahrnehmung und die Erfahrungen jordanischer Ärzte im Klinikalltag stützt, gilt es die subjektbezogenen Wahrnehmungen, Sichtweisen, Erfahrungen und Probleme im klinischen Alltagsleben möglichst unverfälscht zu erheben.

Mayring (2016: 144-148) stellt, aufgrund der Anpassung der traditionellen Kriterien, sechs modifizierte Gütekriterien zur Überprüfung des methodologischen Vorgehens auf. Erstens sind die **transparente Darstellung und Dokumentation des Forschungsprozesses** für eine intersubjektive Überprüfbarkeit ausreichend. Dabei betrifft dies „die Explikation des Vorverständnisses, Zusammenstellung des Analyseinstrumentariums, Durchführung und Auswertung der Datenerhebung“ (Mayring, 2016: 145).

Zweitens ist die **argumentative Interpretationsabsicherung** zentral für eine qualitative Forschung, d.h. es findet eine detaillierte argumentative Interpretationsexplikation mit Sicherung der intersubjektiven Überprüfbarkeit statt. Für die Forscherin korrelieren die ersten beiden Gütekriterien von Mayring (2016: 145-146) miteinander und bauen aufeinander auf. Dies wird folgendermaßen erklärt:

Das Kriterium **Offenheit** ist für die qualitative Forschung ein wichtiges Merkmal der Untersuchung, sodass dieses Kriterium vor der Analyse in Form von einem festgelegten und regelgeleiteten Ablaufschema für die zugrundeliegende Studie dargelegt wurde. Dies erfüllt die Maßstäbe des validen Gütekriteriums in der qualitativen Forschung. Die Datenerhebung erfolgt durch Audioaufnahmen, welche jederzeit für eine Auswertung zugänglich sind. Audioaufnahmen geben die Möglichkeit auf vorhandene Aussagen zurückzugreifen und diese zu wiederholen. Sie lassen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln interpretieren und erfassen. Hinzu kommt, dass eine Leitfrage aus: zeitlich verschiedenen voneinander unabhängigen Sequenzen und aus unterschiedlichen Sichtweisen der jordanischen Ärzte betrachtet werden kann und die Interpretationen die Möglichkeit des Vergleiches, der Kontrastierung, der Ergänzung oder der Übereinstimmung bieten. Sofern das Datenmaterial einer induktiven Analyse unterzogen wurde und die Daten in Kategorien eingeordnet wurden, erhöht sich die Validität. Das Auswertungsverfahren spielt im Rahmen der Sicherung von Validität und Reliabilität der Auswertung sowie

Objektivität und Repräsentativität der Aussagen eine markante Rolle.

Die **Regelgeleitetheit** stellt das Gütekriterium dar, welches mit den Gütekriterien Offenheit und Flexibilität einhergeht. Offenheit des Gegenstandes und Flexibilität bei der Modifikation der Analyse sind nach Mayring (2016: 145) wichtige Kriterien, welche mithilfe einer bestimmten Systematisierung stattfinden sollen. Die Qualitätsmaßstäbe der Interpretationen für die vorliegende Studie sind gemäß der sukzessiven sequenziellen Vorgehensweise vorhanden (vgl. Mayring 2016: 146). Das Ablaufmodell des Analyseprozesses ist mithilfe von vorher fixierten Analyseschritten und dem konstruktiven aufgegliederten Material von der Forscherin systematisch klassifiziert worden. D.h. die Forscherin legte die Vorgehensweise im Rahmen der Analyse fest und teilte im Anschluss das brauchbare Material in mehrere kleineren Einheiten auf, sodass die Analyse des Materials von einer Einheit bis zur nächsten Einheit, ohne Verzerrungen anhand der qualitativen Technik der Inhaltsanalyse durchgeführt werden konnte. Unterstützend wurde hierbei das Computerprogramm MaxQDA herangezogen.

Die **Nähe zum Gegenstand** ist das nächste Kriterium. Im Zuge der vorliegenden Arbeit wird dieses Kriterium eingeschränkt erfüllt. Dies bedeutet, dass die Forscherin nicht die natürliche Lebenswelt der Versuchspersonen untersucht, also in das reale Umfeld der Teilnehmer eindringt bzw. daran teilnimmt, sowie es in der qualitativen Sozialforschung im Rahmen des methodologischen Grundprinzips üblich ist. Die Forscherin stützt sich auf ein spezifisches soziales Problem: das Alltagsleben jordanischer Ärzte an deutschen Krankenhäusern zu untersuchen. Die Studienteilnehmer erhalten die Möglichkeit ihre Erfahrungen und ihr Wissen zu speziellen Themen aus der FAA und der klinischen Realität mit der Forscherin zu teilen.

Durch diese Interessenannäherung erreicht der Forschungsprozess eine größtmögliche Nähe zum Gegenstand. Man sollte im Nachhinein nochmals überprüfen, inwieweit dies jeweils gelungen ist (Mayring, 2016: 146).

Eine weitere Möglichkeit der Gewähr von Gütekriterien ist die **kommunikative Validierung**. Sie setzt eine Konfrontation bzw. eine Diskussion der Ergebnisinterpretation mit den an der Forschung teilnehmenden Personen voraus. Durch den Diskurs kann die Gültigkeit der Ergebnisse und der Interpretationen überprüft werden (vgl. Lamnek 2010: 139; vgl. auch Mayring 2015: 127). Die Forscherin diskutierte mit einigen Teilnehmenden, welche auch „denkende Subjekte wie die Forscher“ (Mayring, 2016: 147) sind, in einem zweiten Telefonat die Ergebnisse der Analyse und der Interpretationen. Es sollten hierdurch subjektive Deutungsmuster und Interpretationen ausgeschlossen, revidiert, ergänzt bzw. untermauert werden. Es zeigte sich, dass einige Passagen vor allen Dingen kritische Aussagen der Interviewteilnehmer aufgrund der sprachlichen Barriere nicht eindeutig sowie oftmals unstimmig waren. In diesem

Zusammenhang musste die Forscherin den gesamten Kontext zur Analyse heranziehen, um Fehlinterpretationen zu vermeiden. Diese Sequenzen wurden von der Forscherin in einem separaten Teil des Notizblockes niedergeschrieben und mit dem jeweiligen Interviewpartner erneut spezifisch aufgegriffen.

Das letzte Kriterium umfasst die **Triangulation** von beispielsweise unterschiedlichen Methoden, Theorieansätze, Interpretationen oder Datenquellen. Dadurch sollen Phänomene ausführlicher identifiziert werden (vgl. Lamnek 2010: 132).

### **6.3 Erhebungstechniken, Datenschutz und Aufzeichnung**

Im folgenden Kapitel sind zwei zentrale Punkte der Datenerhebung für die vorliegende Studie relevant. Zum einen die Erhebungsinstrumente und zum anderen die ausgewählten Forschungsinstrumentarien. Zunächst gibt Teil eins einen allgemeinen Überblick über relevante Erhebungsinstrumente im Rahmen der vorliegenden qualitativen Studie. Daraufhin folgen die methodologischen Merkmale qualitativer Interviews. Im zweiten Teil werden die für die zugrundeliegende Studie beiden angewandten Erhebungsinstrumente hinsichtlich ihrer Ziele und ihrer Konstruktion erläutert. Abschließend werden die Datenschutzregelungen illustriert, sodass im nachfolgenden Kapitel die Aufzeichnungsmodalitäten der Interviews in den Blick genommen werden.

#### **6.3.1 Übersicht zu relevanten Erhebungsinstrumenten**

Qualitative Interviews manifestieren einige methodologische Merkmale, auf welche in diesem Abschnitt kurz eingegangen wird. **Qualitative Interviews** setzen als Erhebungskonzept an das alltäglich natürliche Gespräch an und erheben damit Anspruch auf Kommunikativität und Natürlichkeit im Interviewverfahren. Nach Lamnek (2010) sind der:die Forscher:in und der:die Befragte „Elemente der Befragungssituation und wirken an der Konstruktion von Wirklichkeit und mithin an der Aushandlung von Situationsdefinitionen mit“ (Lamnek, 2010: 319). In der Praxis zählen qualitative Interviews aufgrund des leichten Zugangs zum Feld und zu den Befragten laut Lamnek zu den beliebtesten und modernsten Methoden für Forscher:innen (vgl. Lamnek 2010: 301). Qualitative Interviews unterscheiden sich in ihrem Kommunikationsstil. Sie können in Form von weichen Interviews, in der der:die Forscher:in Sympathie zeigt und ein:e passive:r Zuhörer:in ist, geführt werden (vgl. Lamnek 2010: 313). Diesen Stil wandte die Verfasserin der vorliegenden Studie an. Oder aber auch als harte Interviews, in denen sich der:die Interviewte im Gespräch als eine autoritäre Person präsentiert. Zudem gibt es neutrale

Interviews, indem der:die Interviewte eine soziale Distanz gegenüber dem:der Befragten aufbaut. Hier überwiegt ein unpersönlich-sachliches Merkmal in der Gesprächsführung, eine konstruktive Ablehnung des qualitativen Paradigmas und wird daher in der zugrundeliegenden Studie nicht angewandt. Je nach Forschungsinteresse und Zielgruppe kann der:die Forschende aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Interviewformen auswählen. Einige werden im Weiteren dargestellt.

Beim **problemzentrierten Interview** steht nach Witzel (1985: 230; vgl. auch Lamnek 2010: 332; vgl. auch Mayring 2016: 68) die Methodenkombination aus der Fallanalyse, der biographischen Methodik, der Gruppendiskussion und der Inhaltsanalyse im Vordergrund. Die Untersuchung konzentriert sich auf das Problem der sozialen Wirklichkeit. Der:Die Interviewer:in eröffnet ein freies natürliches Gespräch mit einem spezifischen gesellschaftlichen Problem, welches bereits von ihm:ihr analysiert wurde. Für die Erleichterung des Einstiegs in das Gespräch wird ein Kurzfragebogen angewendet. Zusätzlich kann der:die Interviewer:in einen Leitfaden als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen für das Gespräch nutzen. Zu beachten ist, dass das theoretische Konzept vorab nicht mitgeteilt wird, sodass kein Einfluss auf den:die Befragten ausgeübt wird. Das wissenschaftlich-theoretische Konzept wird im Laufe des Gesprächs überprüft und modifiziert (vgl. Lamnek 2010: 333; vgl. auch Mayring 2016: 67). Nach Mayring (2016: 68) sind folgende Vorteile erwähnenswert: Zum einen die Entwicklung von Zusammenhängen und kognitiven Strukturen und zum anderen das Darlegen von offenen subjektiven Äußerungen. Diese Methodik „eignet sich hervorragend für eine theoriegeleitete Forschung, da es keinen rein explorativen Charakter hat, sondern die Aspekte der vorrangigen Problemanalyse in das Interview Eingang finden“ (Mayring, 2016: 70).

Da es sich bei dieser Interviewart um ein teilstandardisiertes Interview handelt, welches mit einem Leitfaden kombiniert ist, sind die gewonnenen Daten einfacher auszuwerten. Jedoch ist diese Interviewform für die vorliegende explorative Studie in Kombination mit einer kleineren Population an Befragten auszugrenzen.

Im **rezeptiven Interview** dient der:die Interviewer:in als stimulierende:r aktive:r Zuhörer:in. Das heißt, er:sie darf ausschließlich non-verbale, zustimmende und ermunternde Reaktionen verbalisieren. Kleining (1994: 125) sieht das Gütekriterium der Offenheit in dieser Interviewart als erfüllt an, da die Fragen sowie Antwortmöglichkeiten offen formuliert sind. Das rezeptive Interview differenziert sich von all den anderen Interviewarten darin, dass es ein verdecktes Interview ist. Der:Die Befragte besitzt kein Wissen über das Thema, den Inhalt, den Gegenstand der Befragung und die Form des Interviews. Eine Prädeterminierung des Interviewflusses und der Themenwahl der:der Interviewer:in ist aufgrund der asymmetrischen Kommunikation im

rezeptiven Interview ausgeschlossen. Diese Einschränkung und die zurückhaltende Einstellung kann dem:der Forscher:in für sein:ihr bestehendes Forschungsinteresse einen Nachteil in der Datengewinnung verschaffen.

Das **narrative Interview** ist eine sehr künstliche und offengestaltete Erzählform. Sie konzentriert sich auf die Lebensgeschichten der Befragten. Bei Mayring (2016) und Lamnek (2010) differenziert sich die Definition zur Lebensgeschichte der befragten Person. Nach Mayring (2016) erzählen die Befragten offen und frei über ein „bestimmtes Thema eine typische Geschichte aus ihrem Leben (...) ein für das Thema wichtiges Ereignis, ein Schlüsselerlebnis, einen typischen Geschehensablauf“ (Mayring, 2016: 73).

Für Lamnek (2010: 329) hingegen entfaltet sich der Gebrauch dieser Interviewform insbesondere in der Biografie- und Lebenslaufforschung. Nach ihm stehen „die subjektiven Systematisierungen und strukturierenden Konzepte der Handelnden von vergangenem Handeln dort im Vordergrund“ (Lamnek, 2010: 329).

Zu Beginn des narrativen Interviews wird eine Vertrauensebene zwischen beiden Parteien aufgebaut. Dieses geschieht in Form einer bündigen Präsentation und der Erläuterung des Forschungsthemas. Dem:Der Interviewten wird es so möglich, seine:ihre Erzählung zu verbalisieren, ohne dabei den roten Faden zu verlieren. Das Interview kann jedoch durch Pausen und Schweigemomente geprägt sein (vgl. Lamnek 2010: 328). Diese Unterbrechungsmomente und -signale werden von Seiten des:der Interviewten als Anregungs- und Bedenkzeit aufgefasst, ausgenommen er:sie artikuliert deutlich das Ende des Gesprächs oder der Argumentation (vgl. Lamnek 2010: 328). Beim Abschweifen ist es dem:der Interviewer:in erlaubt ins Gespräch einzugreifen. In der Endstufe erhält der:die Interviewer:in die Möglichkeit, Nachfragen zu einem bestimmten Gesichtspunkt zu stellen.

Da für die zugrundeliegende Arbeit das Unterbrechen und Nachfragen u.a. während der Erzählung, um umfassende Daten zu generieren, von Relevanz ist, ist diese Technik für das zugrundeliegende Erhebungsverfahren nicht geeignet. Auch erscheint das narrative Interview nicht die richtige Interviewform zu sein, da Deutsch für jordanische Ärzt:innen eine Fremdsprache (FS) ist. Zudem ist das Akquirieren von Interviewpartner:innen mit einer hohen und offenen Erzählbereitschaft schwierig. Weiterhin zählen narrative und rezeptive Interviews zu den wenig strukturierten Interviewformen. Sie regen den:die Proband:in dazu an, monologische und biografische Erzählungen durchzuführen. Fokussierte und Tiefeninterviews hingegen bestehen durch ihre strukturierte und dialogische Form der Befragung (vgl. Lamnek 2010: 326-350).

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit stehen die positiven und negativen Erfahrungsberichte jordanischer Ärzte in Bezug auf das Approbationsverfahren und den klinischen Alltag

im Blickpunkt (siehe Kapitel 6.1). Es bedurfte also der Suche nach einer Interviewform, die zweierlei sicherstellte, zum einen sollte die ausgewählte Interviewform ein wissenschaftlich fundiertes Vorverständnis zugrunde liegen und zum anderen sollten die Gütekriterien Offenheit und Flexibilität gewährleistet sein. Für den Erhalt der erzählerischen Art an subjektiv erlebten Erfahrungen und Informationen im Ärzt:innenkontext wird das **episodische Interview** als Erhebungsinstrument angewandt. Das episodische Interview gibt einen berechtigten Erzählfreiraum ergänzend zu den zielgerichteten Fragen, welche als Leitfäden konstruiert werden (vgl. Lamnek 2010: 331-332). Flick (1995: 125) definiert das Ziel des episodischen Interviews als eine Veranschaulichung der vergleichbaren Erfahrungsberichte und parallel hierzu, eine von dem:der Befragten bestimmte, ausgewählte Situation zu begründen.

Die Interviewauswahl resultiert aus dem vorliegenden Forschungsdesign in Verbindung mit dem Erkenntnisinteresse der Studie, der Forschungsfrage und dem Forschungsziel, dem theoriegeleiteten Vorwissen und der methodischen Anlage der Studie. Es wird sich somit auf teilstandardisierte leitfadengestützte Interviews gestützt. Leitfadeninterviews stellen ein Gerüst für die Datenauswertung und -analyse dar und gehören in der empirischen Sozialforschung zu den meistgewählten Interviewtechniken (vgl. Bock 1992: 90-94; vgl. auch Bortz & Döring 2006: 314). Dabei entspricht die Kombination von Narration und Befragung einer Alltagskommunikation und ermöglicht dazu eine Triangulation. Diese Triangulation ist die Kombination von Erfahrungs- und Alltagswissen mit Erzählungen und zielgerichteten Fragen (vgl. Flick 1995: 128-129). Diese Interviewtechnik erfordert von der Verfasserin der vorliegenden Studie eine hohe Konzentrationsbereitschaft, ein grundlegendes Know-How sowie eine Vertrautheit zum Thema. Dadurch wird es ihr möglich, im Interview zu bestimmten Themen einen Erzählreiz bei den Befragten zu schaffen und deren Fantasie anzuregen.

### **6.3.2 Das Expert:inneninterview als komplementäre Methode**

Dieses Kapitel konzentriert sich darauf, die Formen der Expert:inneninterviews in ihren Eigenheiten zu beschreiben und den Begriff des:der Expert:in im Allgemeinen und präzise für die vorliegende Arbeit zu definieren. Alle in diesem Abschnitt aufgeführten Definitionen kohärieren für die Forscherin miteinander und stehen in einer Wechselbeziehung zueinander.

Im Rahmen des **Expert:inneninterviews** sind nach Lamnek (2010: 656) drei unterschiedliche Interviewformen zu differenzieren. Zum einen gibt es das explorative Expert:inneninterview, welches die thematische Strukturierung des Untersuchungsfeldes beleuchtet. Weiterhin das systematisierende Expert:inneninterview, welches auf das praxisbasierende Handlungs- und Erfahrungswissen von Expert:innen zurückgreift. Die letzte Interviewform, das

theoriegenerierende Expert:inneninterview, fokussiert sich auf subjektive Handlungen und implizite Entscheidungsmaßnahmen des:der Expert:in.

Das methodische Instrument des Expert:inneninterviews erlaubt es, Erzählungen und zielgerichtete Fragen anhand eines Leitfadens zu kombinieren und Erfahrungen der Ärzte und Oberärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen zu erörtern. Die jordanischen Ärzte berichten über ihre Erfahrungen, ihre Perspektiven, ihr Alltagswissen und ihre Probleme mit Kolleg:innen, Patient:innen und Pflegekräften im klinischen Alltag und verfügen über (Fach)Wissen aus dem System der Krankenhäuser und den ärztlichen Aufgaben eines:einer Assistenzärzt:in, sodass diese Merkmale das systematisierende Leitfaden-gestützte Expert:inneninterview nach Lamnek (2010: 656) kategorisieren. Der Professor für Immunologie, Rheumatologie und Osteologie und der Klinikdirektor für Kinderchirurgie zeigen als erfahrene Ärzte und betreuende Chefärzte von jordanischen sowie ausländischen Ärzt:innen die Schwierigkeiten und den Bildungsweg der Adressatengruppe auf. Aufgrund ihrer Berufserfahrung erhalten sie einen speziellen Expertenstatus und ihr Wissen wird für die zugrundeliegende Studie als Sekundärdaten genutzt. Mithilfe des Einbezugs der Sekundärdaten können die Erfahrungsberichte und Wissensbestände jordanischer Ärzte kritisch interpretiert, analysiert oder auch falsifiziert werden. Die Auswahl des Expert:inneninterviews ist folgendermaßen zu erklären. Sie werden

dem thematisch begrenzten Interesse des Forschers und dem Expertenstatus des Befragten gerecht, da eine Konzentration auf das funktionsbedingte Sonderwissen erfolgt, gleichzeitig aber auch Freiräume für die spezifische Sichtweise des Experten und unerwartete Themendimensionierungen bestehen (Lamnek, 2010: 658).

Durch die Anwendung des leitfadengestützten Expert:inneninterviews wird es möglich, Berichte und Beschreibungen über Erfahrungen jordanischer Ärzte und deren Erinnerungsvermögen zu bestimmten Situationsszenarien zu erheben. Die Forschende stuft die jordanischen Ärzte als Experten ein.

Bogner und Menz (2009b: 67) bezeichnen diese charakteristische Expert:inform als eine voluntaristische Expert:inbegrifflichkeit. Diese Definition erscheint der Forschende jedoch zu allgemein, sodass sie für die Forschung spezifische Merkmale und eine ausformulierte Definition von Expert:innen anstrebt.

Bogner et al. (2005: 46) verstehen unter einem:einer Expert:in eine Person, die

über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen (Bogner et al., 2005: 46).

Für Gläser und Laudel (2010: 11) ist ein:e Expert:in eine Person, die über spezifische Informationen und Wissen verfügt. Sie machen darauf aufmerksam, dass nicht nur Wissenschaftler:innen oder Spezialist:innen Expert:innen sein können, sondern auch normale Personen, die über besonderes Wissen aufgrund ihres Erfahrungsrepertoires verfügen. Die jordanischen Ärzte erhalten den Expertenstatus aufgrund ihrer Berufserfahrung. Sie verfügen nicht nur über Sonder- oder Fachwissen, sondern auch über Praxis- und Handlungswissen (vgl. Lamnek 2010: 655-658). Es handelt sich hierbei um Wissen, welches sie aus ihrem professionellen beruflichen Handlungsfeld im Klinikum und durch die Begegnung, den Umgang und die Kommunikation mit Patient:innen, Ärzt:innen und Pflegepersonal beziehen. Aufgrund der Expert:inneninterviews sind weitere Explorationsmethoden, welche z.B. bei einer Feldstudie oder einer teilnehmenden Beobachtung (vgl. Lamnek 2010; vgl. auch Mayring 2015; vgl. auch Mayring 2016) notwendig wären, einflusslos.

Dabei sollen die Experteninterviews nicht nur als Informationssammlung zur Ergänzung und Überprüfung der Theorie dienen, sondern auch neue Aspekte und Erkenntnisse durch die Erfahrungsberichte jordanischer Ärzte gewinnen. Demnach werden die Experteninterviews als eine zusätzliche Informationsquelle neben der theoretischen Recherche hinzugezogen. Die Leitfragen für das Experteninterview wurden in Form eines **teilstandardisierten episodischen Interviews** gestellt, sodass die Merkmale und der Ablauf dem episodischen Interview entsprechen.

### **6.3.3. Abwandlung, Konstruktion und Ziele des Leitfadenskatalogs vom Experteninterview**

In Anbetracht der Relevanzebenen bestimmter Themenbereiche für jeden Interviewpartner wurden die Fragen je nach Interesse und Relevanz abgewandelt und zielgerichtet gestellt. Durch diese Vorgehensweise wurden neue, erkenntnisreiche Aspekte beleuchtet, die zwar nicht im Fragenkatalog berücksichtigt wurden, aber wichtig für die Datensammlung erschienen. Insbesondere für die Professoren als Sekundärdaten wurde der Katalog individuell auf die relevanten Themenbereiche und an den Expertenstatus angepasst, um eine qualitativ informative Datengewinnung zu erreichen (siehe Anhang 3). Zu den inhaltsbezogenen Fragestellungen empfiehlt es sich, Aufrechterhaltungsfragen zu stellen, welche das Tempo des Interviews beeinflussen können, denn „[j]eder gute (d.h. flexible und offene) Leitfragen lässt viel Raum für die Führung und Aufrechterhaltung des Interviews“ (Helfferich, 2005: 161) zu.

Das Erkenntnisinteresse und die Fragestellung der Untersuchung ist maßgeblich dafür, ob ein Leitfaden im Rahmen eines Interviews angewandt werden soll oder nicht (vgl. Lamnek & Krell

2016: 333). Helfferich (2005) setzte sich mit der Gestaltung eines Leitfadens auseinander. Dabei berücksichtigte sie, dass der Fokus auf den praktischen Aspekten liegen soll. Bedacht werden sollen bei der Leitfadenerstellung sechs Anforderungen (vgl. Helfferich 2005: 160):

- Berücksichtigung qualitativer Anforderungen, u.a. das Prinzip der Offenheit,
- Einschränkung des Umfangs an Fragen,
- Übersichtlicher und handhabbarer Leitfaden,
- Berücksichtigung des natürlichen Erinnerungs- und Argumentationsgeschehens,
- Fragen sollen von dem:der Interviewer:in ohne Ablesen gestellt werden,
- Spontane Erzählungen sollen befördert werden (vgl. Helfferich 2005: 160; vgl. auch Lamnek & Krell 2016: 383-384).

Ein Leitfaden sollte offen, flexibel und strukturiert sein, grundlegend danach, welches Forschungsinteresse verfolgt wird (vgl. Lamnek 2016: 334). Vor der Durchführung der Interviews war der erste Schritt die Auswahl und Konstruktion der Fragen für den Leitfaden. Helfferich (2005: 162) empfiehlt für die Konstruktionsvorgehensweise die Methode des SPSS, also Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Diese Technik wurde weitgehend im folgenden Vorgehen der Konstruktion berücksichtigt.

### **Sammeln**

Unter dem Begriff *Sammeln* wird das Sammeln von vielen Fragen verstanden (vgl. Lamnek & Krell 2016: 334). Die inhaltliche Ausarbeitung der Fragen entstand aus der Theorie, der ausgiebigen Literaturrecherche und -aufarbeitung und aus den informellen, nicht aufgenommenen Gesprächen mit einigen jordanischen Ärzten. Aus diesen gewonnenen Erkenntnissen baute die Forscherin einen breiten Fragenkatalog auf, in dem die relevantesten Forschungsaspekte abgedeckt sind.

### **Prüfen**

Danach folgt der Aspekt des *Prüfens*. Mit dem möglichen Set an Fragestellungen wurde in Hinblick auf das Prinzip des Prüfens (vgl. Helfferich 2005: 162) die vorläufige Frageliste durchgearbeitet. Einerseits wurden viele Fragestellungen mit denselben inhaltsbezogenen Aspekten und Zielen gebündelt, sodass nur eine Frage zu diesem Themenbereich konstruiert wurde. Andererseits wurden Fragen mit großem Abschweifungsgrad vom Erkenntnisinteresse und von der Forschungsfrage eliminiert.

Mithilfe der Betreuung durch einen Expert:innenrat samt dessen Erfahrungsschatzes wurden die entstandenen Leitfragen grundlegend geprüft und revidiert, sodass das vorläufige Endergebnis der formulierten Fragen plausibel erschien.

Die Art der Fragen wurden vom direkten Fragesatz in eine indirekte, erzählerische Art abgewandelt, wie z.B. mit den Floskeln: Erzählen Sie mir oder Berichten Sie mir. Zudem wurde im

Expert:innenrat die Negativität der Fragen kritisiert, sodass diese in positive Fragestellungen umgewandelt wurden.

### **Sortieren**

Das *Sortieren* dient dazu, nach dem Sammeln und Durcharbeiten der gesammelten Fragen, die vorhandenen Fragen chronologisch und inhaltlich zu sortieren.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Reihenfolge der Abfrage stark vom Interviewfluss abhängt.

### **Subsumieren**

Unter das Grundprinzip des *Subsumierens* fällt es, Veränderungen von thematischen Aspekten zu erkennen, welche während des Gespräches für die Forschung als relevant und komplementär zur Untermauerung eines bestimmten Themenbereichs erscheinen und durch die eine minimale Abänderung des Wortschatzes in eine allgemein einfachere Sprachvariation erreichbar ist. Trotz der großzügigen Erzählaufforderungen wurden Einzelaspekte zu relevanten Themenabschnitten, die während des Interviews nicht thematisiert wurden, nochmals aufgegriffen. „Priorität hat die spontan produzierte Erzählung“ (Helfferich, 2005: 160). Es wird der Verfasserin der vorliegenden Studie somit möglich, neue Themenbereiche abzufragen und zu vertiefen. In den Interviews wurden die Differenzen zwischen der beruflichen Position der Interviewpartner, deren Berufserfahrungen und deren Sprachniveau berücksichtigt.

Im folgenden Abschnitt werden die Zielstellungen der Fragen aus dem Leitfadenterview erläutert. Somit werden die Nachvollziehbarkeit und die Transparenz der Forschung und des Leitfadens gewährleistet.

Der Leitfadentext setzt sich aus fünf zentralen Teilen zusammen:

**Der erste Teil** dient als Eisbrecherfrage, um „eine offene und freundliche Atmosphäre herzustellen“ (Dresing & Pehl, 2015: 12). Er gibt einen Einblick in die Biographie des Befragten und zeigt persönliche Gründe der Auswanderung aus dem Heimatland Jordanien nach Deutschland auf. Dazu wurden die folgenden Fragen konstruiert: „*Können Sie sich kurz vorstellen, was Sie zurzeit machen, in welchem Bereich, wie lange Sie schon in Deutschland arbeiten?*“ und „*Könnten Sie mir sagen, aus welchen Gründen Sie Deutschland für Ihre FAA ausgewählt haben?*“. Die letztere Fragestellung verfolgt das Ziel, die Intention der jordanischen Ärzte zur Auswanderung aus dem eigenen Heimatland nach Deutschland zu ergründen. Darüber hinaus kann die Antwort einen Einfluss auf die Ziele und die Motivation der jordanischen Ärzte haben, sodass deren Motivation zur Erlangung der Approbation stärker wird und sich somit die Dauer des Verfahrens, die Arbeit, die zahlreichen Bewerbungen, die Sprachkurse und das Warten lohnen.

**Der zweite Teil** soll herausfinden, wie sich der Ausbildungsweg zum Facharzt und die Vorbereitung auf die Fachsprachenprüfung (FSP) durch die Ärztekammer gestaltete.

Die dritte Frage lautet: „*Berichten Sie mir über Ihre guten und schlechten Erfahrungen mit der Fachsprachenprüfung der Ärztekammer und die Vorbereitung darauf?*“ Über diese Fragestellung sollen die Schwierigkeiten beim Ablegen der FSP aufgezeigt werden. Das Wiederholen der FSP hat verschiedene Ursachen und Gründe und durch die Benennung bzw. Thematisierung dieser können die Schwierigkeiten in der Approbationsphase beleuchtet werden. Ebenfalls steht an dieser Stelle die Vorbereitung auf die FSP durch die Ärztekammer im Fokus.

**Teil 3** konzentriert sich neben den erlebten Schwierigkeiten als Assistenzarzt während der FAA in Deutschland auch auf die guten Erfahrungen. Es werden in diesem Teil die verschiedenen Tätigkeitsfelder eines jordanischen Assistenzarztes beleuchtet und diskutiert.

Die vierte Frage lautet: „*Welche nicht medizinischen Tätigkeiten also Verwaltungstätigkeiten/ Papierkram müssen/ mussten Sie als Assistenzarzt erledigen? Und wie fühlen/fühlten Sie sich dabei?*“ Im Blickpunkt der Fragestellung steht der Versuch, die erlebten administrativen Schwierigkeiten der Adressatengruppe im Krankenhaus zu ermitteln. Unter den bürokratischen Tätigkeiten werden in diesem Zusammenhang die Arztbriefe, die Dokumentationen, die Überweisungen und die Bescheinigungen für z.B. Arbeitsunfähigkeit, Leistungsfähigkeit für das Arbeitsamt, Anträge auf Rehabilitationsleistungen oder auch auf die Bewilligung einer Mutter-Kind-Kur, die Erstellung von Behandlungsplänen, das Sortieren von Patientenakten, die Blutentnahme und das Anordnen von Laboruntersuchungen verstanden.

Die fünfte Frage lautet: „*Erzählen Sie mir über die medizinischen Tätigkeitsfelder als Assistenzarzt und die guten und schlechten Erfahrungen bei der Zusammenarbeit, z.B. mit Kollegen, Patienten und Krankenpfleger/Krankenschwestern? Nennen Sie bitte genaue Beispiele.*“ Der Interviewpartner soll hier ohne Einschränkung über die vielfältigen kommunikativen und interkulturellen Schwierigkeiten berichten. Ziel soll sein, diverse Problembereiche mit Patient:innen, Kolleg:innen und Pflegepersonal zu erforschen. Die genannte Frage hat mehrere Unterkategorien u.a. über die Themen Fachsprache Medizin, ärztliche Gemeinsprache, interkulturelle Probleme, Probleme mit Pflegepersonal und alltagssprachliche Schwierigkeiten.

Diese werden im Falle des Nicht-Thematisierens erneut aufgegriffen. Die Relevanz des konkreten Aufgreifens von fachsprachlichen Schwierigkeiten, wie z.B. von Abkürzungen oder auch durch die Benutzung von Fachwörtern, spiegelt sich im alltäglichen Arztberuf wider. Vor allem Abkürzungen und die Benutzung von Fachwörtern sind in der Kommunikation mit Ärzt:innen unentbehrlich, da in dieser Hinsicht vorwiegend Fachbezeichnungen artikuliert werden. Der:Die Ärzt:in ist darauf angewiesen, die deutschen medizinischen Fachbegriffe zu

kennen und anzuwenden, um auf einem angemessenen sprachlichen und fachlichen Niveau mit Kolleg:innen und Pflegepersonal kommunizieren zu können.

**Der vierte Teil** des Leitfadenskatalogs stellt eine ausgiebige Diskussion über die Unterschiede in vielen Variationen und Aspekten, zwischen einem deutschen und einem jordanischen Arzt dar. Frage 6 „*Welche Unterschiede sehen Sie im Allgemeinen zwischen einem deutschen und jordanischen Arzt?*“, Frage 7 „*Wie sieht die Hierarchie der Ärzte in jordanischen Krankenhäusern aus und welche Aufgaben übernimmt jeder von ihnen? Konnten Sie Unterschiede zu Deutschland beobachten?*“ und Frage 8 „*Wenn Sie die Rolle eines jordanischen Arztes und eines deutschen Arztes im Arzt-Patientengespräch vergleichen, welche Unterschiede erkennen Sie? (z.B. bei der Entscheidung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen)*“ Das Ziel dieser Fragestellungen ist es vor allem, Unterschiede zwischen der deutschen und der jordanischen Kultur im ärztlichen Kontext herauszufinden.

In den Blickpunkt sollen die kulturellen Unterschiede zwischen dem jordanischen Arzt und dem Umgang mit den Patient:innen gestellt werden. Auch soll die institutionelle Hierarchie der Ärzt:innen im deutschen und jordanischen Krankenhaussystem und die damit verbundenen Tätigkeiten veranschaulicht werden. Zudem soll aufgezeigt werden, ob es einen Unterschied im interkulturellen Bereich bei der Entscheidung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gibt.

Wichtig ist insbesondere, nach Differenzen in der Hierarchie, in der Position, im Verhalten und in den Tätigkeitsfeldern des:der Ärzt:in in der deutschen Kultur und der jordanischen Kultur zu suchen, die zu Problemen führen können, wodurch z.B. auch die Arzt-Patienten-Interaktion (API) beeinträchtigt werden kann. Folglich können mithilfe indirekter Fragen unbewusst artikulierten Schwierigkeiten und Differenzen charakterisiert werden.

**Abschließend** erfolgt eine Wunschfrage mit dem Ziel, die Wünsche und Empfehlungen der jordanischen Ärzte zu beleuchten und als Ausblick wertzuschätzen. Helfferich (2005: 161) gibt die Empfehlung, derartige Abschlussfragen für das Beenden des Interviews anzuwenden.

Frage 9 „*Welche Veränderungen wünschen Sie sich für die Zukunft bei der FAA für einen ausländischen Arzt in Deutschland und am Arbeitsplatz?*“ Die Frage geht auf die Wünsche und die Empfehlungen der jordanischen Ärzte im Hinblick auf die FAA an deutschen Krankenhäusern und das damit verbundene Verfahren ein. Am Ende wurde noch eine provisorische Frage zum Interviewablauf und zur inhaltsbezogenen Reflektion der Fragethemen gestellt (vgl. Helfferich 2005: 161). Der Befragte erhielt somit die Gelegenheit, seine Aussagen, den Interviewablauf und den Inhalt zu reflektieren und zu kommentieren. Dies wurde z.B. mit der Frage „*Möchten Sie gerne abschließend noch etwas hinzufügen?*“ erreicht.

Der Fragenkatalog des deutsch-jordanischen Professors unterscheidet sich von dem der jordanischen Ärzte, in Bezug auf seine persönlich erlebten Erfahrungsberichte als Assistenzarzt und auf seine derzeitige Perspektive, als betreuender Chefarzt von jordanischen sowie sonstigen ausländischen Ärzt:innen. Der Fragenkatalog des deutschen Professors der Kinderchirurgie unterscheidet sich von dem des deutsch-jordanischen Professors (siehe Anhang 3), indem kein Bezug auf die persönlichen Erfahrungen und Schwierigkeiten in den verschiedenen Phasen eines angehenden Arztes in Weiterbildung hergestellt wurde. Im Gegensatz zum deutschen Professor konnte der deutsch-jordanische Professor diesen Vergleich gut nachvollziehen, da er selbst die einzelnen Phasen durchlebt hat. Die Fragen passte die Forscherin an den Expertenstatus und das Sprach- sowie Fachvermögen an. Hinzu kam eine wesentliche Frage „*Welche Kompetenzen wünschen Sie sich als betreuender Chefarzt von einem jordanischen Arzt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Patienten, Kollegen und Krankenpflegern?*“, um herauszuarbeiten, welche Kompetenzen ein:e betreuende:r Ärzt:in sich von einem:einer jordanischen bzw. ausländischen Ärzt:in wünscht und somit das versteckte Defizit mit dieser Frage hervorzuheben.

Der vorgestellte Fragenkatalog hilft zu beantworten, welche sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten jordanische Ärzte während ihrer FAA beobachten konnten. Dabei soll Frage 1 und 2 einen Gesamteindruck der Biografie der jordanischen Ärzte geben. In Frage 3 geht es um den Weiterbildungsweg zum Facharzt, insbesondere die Vorbereitung auf die FSP und die dabei erlebten Schwierigkeiten. Frage 4 und 5 sollen herausfinden, welchen sprachlichen, fachsprachlichen aber auch interkulturellen Schwierigkeiten jordanische Ärzte im Berufsalltag als Arzt in Weiterbildung begegnen. Frage 6 bis 8 beziehen sich auf die interkulturellen Kontraste zwischen einem jordanischen und einem deutschen Arzt in Weiterbildung. Frage 9 konzentriert sich hingegen auf die Wünsche und Weiterempfehlungen zur Verbesserung des Ausbildungswegs von Assistenzärzt:innen und zur Abminderung der erlebten sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten.

Im Anhang 2 ist der vollständige Fragenkatalog der jordanischen Ärzte aufzufinden.

#### **6.3.4. Kurzfragebogen zu den autobiographischen Daten**

Nach der Durchführung der Experteninterviews wird ein Fragebogen an die jordanischen Ärzte ausgehändigt, welcher sozio- und autobiographische Daten abfragt. Die Forscherin bat darum, den Fragebogen ausgefüllt und per Mail zurückzusenden. Der Fragebogen versteht sich als Ergänzungs- und Hilfsmaterial zur Rekonstruktion von Ereigniszusammenhängen in der Laufbahn des jordanischen Arztes im Zusammenhang mit seinem Approbationsprozess (siehe

Anhang 1). Er dient als Interpretationshilfe für die teilstandardisierten, leitfadengestützten Experteninterviews und versteht sich als ein qualitatives Erhebungsinstrument. Die Forscherin wird gemäß der zugrundeliegenden Forschungsfrage und des Forschungsinteresses keine statistische oder quantitative Auswertung anfertigen (siehe Kapitel 6.1). Um Rahmeninformationen zu erhalten, werden offene Fragen in Kombination mit geschlossenen Fragen eingesetzt. Diese Kombination der Fragen zielt darauf ab, Autobiografien, d.h. persönliche Angaben, Einstellungen und Meinungen, der zu befragende Person zu gewinnen. Der Fragebogen ist anonymisiert und wird von der Forscherin nummeriert, sodass ein späterer, paralleler Rückschluss auf das Interview und den Fragebogen des Befragten durch die Forscherin gezogen werden kann.

Unter dem Bereich **Persönliche Angaben** werden die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland, der Erhalt der Approbation und das dazugehörige Verfahren, der Einstieg als approbierter Arzt sowie die Informationen zur Vorbereitung auf die FSP abgefragt. Die offenen Fragen dienen als Möglichkeit für die Vergabe von erweiterbaren Antwortvorgaben, welche der Forscherin beim Erstellen des Fragebogens kognitiv nicht zur Verfügung standen und als Möglichkeit dienten, die Vergabe von mehreren Antwortalternativen, um Relationen und Relevanz zu beleuchten. Im Gegensatz dazu zielten die geschlossenen Fragestellungen darauf ab, präzise Aussagen zu erhalten, da in diesem Zusammenhang keine weiteren Interpretationen oder auch Antwortmöglichkeiten möglich waren. Bei einem tieferen Blick auf die Fragebögen wird deutlich, dass die persönlichen Dokumente für das Erkennen der psychischen Haltung und der Motivation der zu erforschenden Person bedeutsam sind (vgl. Lamnek 2010: 606).

Im Folgenden wird auf die Itemauswahl des Fragebogens zur Gewährleistung, zur Stärkung des Verständnisses und zur Nachvollziehbarkeit der Auswahl eingegangen.

Der Fragebogen beginnt mit der **ersten Frage**, wann die jordanischen Ärzte nach Deutschland einreisten. Diese Hauptfrage stellt eine Relation zu den darauffolgenden Fragen dar. Die Verbindung besteht in der Dauer der Niederlassung in Deutschland, dem Sprachniveau, den Erfahrungen und den aufgetretenen Schwierigkeiten. Mit der **Frage 2** „*Mit welchem Sprachniveau wurden Sie zum ersten Mal im Krankenhaus aufgenommen?*“ und **Frage 3** „*Brauchten Sie für Ihre erstmalige Aufnahme im Krankenhaus ein Fachsprachenzertifikat?*“ soll das Sprachniveau erhoben werden. Der Zugang und die Sprachanforderungen in den Krankenhäusern waren vor den damaligen neuen Gesetzgebungen 2014 (siehe Kapitel 2.2) aufgrund eines niedrigeren Sprachniveaus leichter. Bei Frage 3 wird speziell auf die Fachsprache bezüglich der neuen Sprachanforderungen auf dem C1 Fachsprachenniveau eingegangen. Dabei soll erfragt werden,

ob das Fachsprachenniveau C1 bei der Aufnahme im Krankenhaus verlangt wurde.

Die Fragen von 4 bis 7 zielen auf das Approbationsverfahren ab. **Frage 4** „*In welchem Jahr bekamen Sie Ihre Approbation*“ steht in Relation mit den Fragen 1, 5 und 6. **Frage 5** hat als Ziel die Dauer bis zum Erhalt der Approbation zu erfragen. Mit **Frage 6** wird der Erhalt der ersten Vergütung folgendermaßen abgefragt „*Wann bekamen Sie eine Vergütung bzw. Ihren ersten Lohn im Krankenhaus?*“. Schließlich bezieht sich **Frage 7** auf die Vorbereitung der FSP vor der jeweiligen, im Bundesland ansässigen Ärztekammer „*Wie haben Sie für die Fachsprachenprüfung in der Ärztekammer gelernt?*“.

An dieser Stelle soll herausgefunden werden, ob Unterschiede zu der damaligen neuen Gesetzeslage im Jahre 2014 erkennbar sind und Ärzte schon vor dem Erhalt der Approbation eine Vergütung bekamen und eine FAA anfangen durften. Ebenfalls kann mithilfe der Frage 6 die damalige finanzielle Situation der Interviewteilnehmer abgefragt werden. Wenn eine Person *nach dem Erhalt* ankreuzt, bedeutet dies, dass sie die vorherigen Jahre ohne Lohn im Krankenhaus arbeitete bzw. hospitierte und in Deutschland lebte. Ein finanzieller Verlust oder Profit kann erörtert werden. Eine Korrelation kann zwischen den Fragen 1, 2, 5, 6 und 7 nicht ausgeschlossen werden, da die genannten Fragen miteinander verbunden sind und aufeinander aufbauen.

Durch die Frage 7 mit der Nachfrage, wie man für die FSP der Ärztekammer gelernt hat, kann man herausfinden, welche Methoden am Häufigsten angewandt worden. Die detaillierte Begründung zu den benutzten Lernmethoden und die guten und schlechten Erfahrungen werden im Interview thematisiert.

#### **6.4 Anonymisierung der Daten, Datenschutz und Aufzeichnung**

Die Einhaltung der Richtlinien des Datenschutzes wurde mithilfe der Aufklärung über das Forschungsvorhaben, die Ziele, die Datenschutzerklärung und die Rechte der Interviewpartner gewährleistet. Ebenfalls verwies die Forscherin diese darauf, dass das Gespräch per Skype aufgezeichnet, anonymisiert und ausschließlich zur reinen Datenerhebung und -auswertung genutzt wird. Ihnen wurde mündlich sowie schriftlich zugesichert, dass ihr Name sowie ihre Interviewdaten anonymisiert erhoben werden. Einzelne Aussagen wurden verschlüsselt, so dass sie nachträglich für Außenstehende nicht zurück verfolgbar sind. Namen und Ortsnamen wurden mit Kürzeln versehen. Ortsnamen für die Frage der FSP Nummer Drei des zweiten Teils wurden mit dem Namen des Regierungsbezirks der Approbationsstelle bzw. der Ärztekammer versehen, welche für die FSP und den Approbationsprozess zuständig sind. Demnach erscheinen die

Ortsnamen im Rahmen der Datenauswertung als irrelevant. Ferner wurde die Erlaubnis für die Aufzeichnung der Gespräche per Skype mittels einer vorgegebenen Einverständniserklärung der TU Darmstadt eingeholt. Erst mit dieser Unterschrift erklärten sich der Teilnehmer damit einverstanden, die Interviews transkribieren und auswerten zu lassen.

Das gesamte Forschungsverfahren wurde anhand von Dokumentationen in Form von Notizen und Audioaufnahmen festgehalten. Der Aufzeichnungszeitraum der Interviews war in der Zeit von Oktober 2019 bis September 2020. Die insgesamt 16 Experteninterviews wurden per Skype durchgeführt und aufgenommen. Die Entscheidung der Interviewdurchführung per Skype geht auf die Verteilung der jordanischen Ärzte über ganz Deutschland zurück. Kein *Face-to-Face*-Interview durchzuführen, erschien für diese Forschungsgruppe als angemessen.

Das nicht persönliche *Face-to-Face*-Interview bietet die Vorteile der Subjektbezogenheit und der Flexibilität bezüglich der Fragen und der Offenheit im Gespräch. Scham, von erlebten Problemen in einem *Face-to-Face*-Interview zu berichten, könnte ein Hindernis sein, dieses der Forscherin nicht zu erzählen. Die Audiodateien wurden im mp4 Format sicher auf einer externen, mit einem Passwort gesicherten Festplatte gespeichert, sodass aus Datenschutzgründen ausschließlich die Interviewerin Zugriff hat. Die Audioaufnahmen sind jederzeit für eine Auswertung zugänglich. So ist die Möglichkeit gegeben, auf vorherige Aussagen zurückzugreifen und diese zu wiederholen. Dieses erfüllt die Maßstäbe des validen Gütekriteriums in der qualitativen Forschung. Genehmigung der Ethikkommission der TU Darmstadt erfolgte am 28.11.2019.

## **6.5 Die Pilotstudie**

Der Leitfaden wurde anhand eines Falles in einer Pilotstudie getestet, verifiziert und modifiziert, sodass abschließend minimale Veränderungen durchgeführt werden konnten. Dresing und Pehl (2015: 12-13) verweisen auf die Gewichtung der Probeinterviews, sodass das Üben der Interviewdurchführung und das Formulieren von Fragestellungen hilfreich für den Erfolg eines Interviews ist. Das Pre-Interview dient dazu, die Verständlichkeit der Fragen zu überprüfen und die Probleme und Unklarheiten beim Interview zu erörtern, um die Fragen bzw. die Interviewtechnik zu verbessern sowie das Risiko eines Misserfolgs zu reduzieren. Die Pilotstudie mit einem jordanischen Assistenzarzt im Oktober 2019 diente als Pre-Test und gleichzeitig als Korrektiv für die Überprüfung des Leitfadenskatalogs.

Das Interview verlief problemlos, ohne schwerwiegende Internetprobleme und weitere Schwierigkeiten (siehe Kapitel 6.7). In den ersten Interviewdurchführungen machte die Interviewerin

typische Kommunikationsfehler in Form von gespiegelten Rückmeldungen, suggestiven Fragen und bewertenden Aussagen (vgl. Dresing & Pehl 2015: 13). Mithilfe eigener kritischer Beobachtungen und der Selbstreflexion in den nachfolgenden Interviews versuchte sie, diese Fehler zu vermeiden. Im Anschluss an das Probeinterview wurde der Befragte um ein Feedback zu den gestellten Fragen, zur Wortwahl und zur Verständlichkeit der Fragen gebeten. Seiner Meinung nach war das Aufteilen der Fragen in mehrere Unterfragen für ihn als Ausländer verständlicher. Ziel der Unterteilung ist es, die Interviewpartner Schritt für Schritt mit nur einem Themenbereich bzw. einer Frage zu konfrontieren. Die Begründung für das Vorgehen und das Aufteilen in mehrere Unterfragen ist auf die mangelhafte deutsche Sprach- und Ausdrucksfähigkeit der jordanischen Ärzte zurückzuführen. Die Fragen des Pre-Tests erhielten nach der Transkription mit dem MaxQDA Programm und durch das Pre-Test Feedback eine Verschärfung, Abänderung und Finalisierung, sodass u.a. Unterfragen mit neuen Gesichtspunkten kreiert wurden.

## **6.6 Auswahlkriterien der Stichprobe**

Nachdem der komplette Erhebungsprozess einschließlich der Expert:inneninterviews und des Fragebogens erklärt wurde, stehen in diesem Kapitel die Stichprobenziehung, die Auswahlkriterien für die Stichprobe und der Interviewprozess im Fokus.

### **6.6.1 Stichprobenziehung**

Die Stichprobenziehung wird in der Literatur mit verschiedenen Methoden benannt, wobei die deduktive und induktive Stichprobenauswahl in der qualitativen Forschung als die gängigsten Verfahrensweisen gelten. Im qualitativen Paradigma werden keine Zufallsstichproben, sondern vielmehr Typologien erhoben (vgl. Lamnek 2010: 169 & 351). Beim **induktiven Sampling** erfolgt die Stichprobenauswahl während des Erhebungsverlaufs. Datenerhebung und -auswertung gehen bei diesem Sampling einher. Dabei wird vorab eine willkürliche Stichprobe entnommen und aus den Ergebnissen werden weitere Personen ermittelt. Das Theoretical Sampling, die **induktive Stichprobenauswahl** verfolgt das Ziel, interessante Fälle zu präsentieren, welche entweder einen präzisen, besonders abweichenden Fall oder eine besondere Ähnlichkeit der Fälle analysiert (vgl. Lamnek 2010: 171). Konkret bedeutet dies, einen Fall zu erforschen, „der die theoretischen Konzepte des Forschers komplexer, differenzierter und profunder gestalten kann“ (Lamnek, 2010: 286). Hingegen konzentriert sich die **deduktive Stichprobenauswahl** auf das vorhandene Wissen über die Teilnehmer:innen: welche Informationen zu der

vorhandenen Fragestellung liefern können. Dieses Kenntnis ist auf das theoretische Vorwissen des:der Interviewer:in zurückzuführen, d.h. der:die Forscher:in deduziert aus seinem:ihrer erworbenen theoretischen Vorwissen über die Fragestellung, die für die vorliegende Studie zu interviewenden Personen und gestaltet einen Stichprobenplan. Im Stichprobenplan können bereits selektierte sozio-demografische Merkmale definiert werden, welche der:die Forscher:in während der Stichprobenziehung berücksichtigt (vgl. Lamnek 2010: 171).

In der vorliegenden Studie wird sich der deduktiven Stichprobenauswahl der sogenannten Inspektion angenommen. Die Forscherin zieht die Stichprobe anhand ihres theoretischen Wissens und ihrer festgelegten spezifischen Merkmale (siehe Kapitel 6.6.2). Kelle und Kluge (1999: 47) verstehen diese Herangehensweise als selektives Sampling oder auch als einen qualitativen Stichprobenplan. Für die Verfasserin der vorliegenden Studie war bekannt, dass diese merkmalgeprägte Gruppe Informationen über das Forschungsthema und die Fragestellungen liefern kann (vgl. Reinders 2005: 136-137). Reinders (2005: 136-144) differenziert vier verschiedene Sampling-Techniken: Schneeballprinzip, Profil-Sampling, Gatekeeper und Selbstaktivierung. Im Schneeballprinzip werden die Interviewten nach weiteren potenziellen Teilnehmer:innen gefragt. Im Profil-Sampling werden die Interviewteilnehmer:innen nach bereits gewonnenen Daten, wie z.B. aus einer vorab durchgeführten quantitativen Untersuchung oder einer Gruppendiskussion, selektiert (vgl. Reinders 2005: 143-144). Es wurden für die vorliegende Studie folgende Sampling-Techniken herangezogen, um die vorab definierten merkmalsgeprägten Interviewteilnehmer:innen ausfindig zu machen.

Zum einen die Selbstaktivierung, welche auf die freiwillige Teilnahme der Befragten zur Stichprobenauswahl abzielt. Es fand keine primäre Selektion der Befragten statt. Dies wurde realisiert, indem die Forscherin auf dem Social-Media-Kanal *Facebook* eine Annonce zur freiwilligen Teilnahme schaltete. Aus der Annonce ging hervor, dass sich die Interviewstudie an in Deutschland tätige jordanische Ärzte richtet. Die Interessenten wurden nach den festgelegten Merkmalen selektiert. Ausgeschlossen wurden Kandidaten, welche sich noch im Approbationsprozess befanden, weil diese Gruppe keine Praxiserfahrung als Assistenzärzt:in vorweisen konnte.

Zum anderen das Sampling durch die Gatekeeper (vgl. Reinders 2005: 139-141). In diesem Zusammenhang bat die Forscherin die Interviewteilnehmer, im Anschluss an die durchgeführten Interviews weitere potenzielle Interviewteilnehmer:innen anzusprechen, welche den Kriterien entsprachen. Nach dem Erhalt der Einverständniserklärung und der Teilnahmebestätigung der zusätzlichen Teilnehmer erfolgte eine telefonische Kontaktaufnahme. Die jordanischen Ärzte konnten aufgrund ihrer guten sozialen Vernetzung und ihres vorhandenen

Freundeskreises auf weitere Teilnehmer verweisen. Nach Bogner und Menz (2009a) liegt der Vorteil des Expert:innenstatus darin, dass diese Gruppe „eine einflussreiche und vielseitig vernetzte Figur im Untersuchungsbereich“ (Bogner & Menz, 2009a: 8) ist. Sie dient als Katalysator, die den Untersuchungsprozess bereichert. Im Telefonat wurden nach Prüfung der Passung zwischen den potenziellen Interviewteilnehmern und den festgelegten Kriterien für den Expert:innenstatus diejenigen Personen aus dem Sampling herausgefiltert, welche dem Passungsverhältnis nicht entsprachen.

### **6.6.2 Auswahlkriterien für die Stichprobe**

Durch die Stichprobenauswahl von jordanischen Ärzt:innen wird das Ziel verfolgt, bundesweit weitgehend heterogene informative Interviewteilnehmer:innen für die Studie zu gewinnen. Das Prinzip der Varianzmaximierung (vgl. Reinders 2005: 115) ist für diese Studie mit einem weitgehend hohen Grad gesichert, indem die Forscherin zwar jordanische Ärzte als Untersuchungsgruppe benennt, jedoch die Kontrastierungen in der Position und in den Fachbereichen dieser speziellen Gruppe präsent sind. Durch die leicht abweichenden Fälle in der Position und im Fachbereich können die jordanischen Ärzte vertiefende Einblicke, informative Erkenntnisse und unterschiedliche Informationen zum Untersuchungsgegenstand gewähren.

Da die Populationsauswahl spezifische, ausgeführte Merkmale umfasst, ist die Varianzminimierung zu einem sehr geringen Grad erfüllt. D.h. es ist eine Varianzminimierung in ihnen und eine Varianzmaximierung zwischen ihnen vorhanden. Diese Herangehensweise der Varianzmaximierung von Unterschieden ermöglicht es, die theoretische Signifikanz zu manifestieren und ermöglicht somit einen vertiefenden Einblick in die multifaktoriellen Schwierigkeitssituationen jordanischer Ärzte im ärztlichen Berufsleben sowie in das hochkomplexe Feld des Approbationsprozesses und im weiteren Sinne des Gesundheitssystems (siehe Glaser & Strauss, 1967).

Im folgenden Abschnitt sollen die Kriterien für die Sicherung der Varianzen veranschaulicht werden. Um das Kriterium der Varianzmaximierung für die vorliegende Interviewstudie zu erfüllen und somit die Population einzugrenzen, um besonders markante Fälle einzubeziehen, ist die Expertengruppe folgendermaßen zusammengesetzt: Sie können verschiedene Positionen haben, in verschiedenen Fachbereichen arbeiten und ihre Aufenthaltsdauer in Deutschland kann variieren. Sie können aber auch Neu-Einsteiger oder Ärzte mit jahrelanger Berufserfahrung in diversen Fachbereichen und Kliniken sein. Die Varianzminimierung ist mit einem leichten Grad gemäß den soziodemografischen und kognitiven Kriterien gesichert. Alle Interviewteilnehmer haben erstens die jordanische Staatsbürgerschaft, zweitens verfügen sie über ein

Wissen im Hinblick auf das Krankenhaussystem, die dort bestehenden Arbeitsbedingungen und die ärztlichen Tätigkeiten in jordanischen Krankenhäusern und drittens haben sie die FAA an deutschen Krankenhäusern absolviert oder absolvieren diese noch innerhalb der Erhebungsphase, d.h. sie sind in Deutschland tätige Ärzte.

Im weiteren Verlauf wird auf die einzelnen Merkmale eingegangen, um das Verständnis für die Auswahl zu stärken und dieses nachvollziehbar zu machen. Das erste Kriterium der **Staatsbürgerschaft** hat die höchste Priorität bei der Auswahleingrenzung und steht in einer engen Verbindung mit den weiteren Kriterien. Wesentlich war das die Probanden in Jordanien lebten und aufwuchsen. Sie verfügen demzufolge über kulturelles Wissen und über systembasiertes Wissen der Krankenhäuser vor Ort.

Das zweite Kriterium, welches sich auf den Wissensstand zu den **Arbeitsbedingungen, zum Gesundheitssystem und zu den ärztlichen Tätigkeiten** bezieht, ist aufgrund der obligatorischen Absolvierung des PJ im Rahmen des jordanischen Studiums an jordanischen Krankenhäusern gesichert (vgl. Abu Hamad 2015; vgl. auch Jordan Medical Council 2016) bzw. laut der Gesetzeslage von Jordan Medical Association Nummer 13 im Jahr 1972 festgelegt im § 8 Satz b (vgl. Jordan Medical Association 2016). Jordanische Ärzt:innen, welche ihr Medizinstudium in anderen Ländern absolviert haben, müssen an jordanischen Kliniken eine Internatur als eine Bedingung zur Gleichwertigkeitssetzung zu einem jordanischen Ärzt:in absolvieren. Zu den Internaturen oder dem Praktischen Jahr verfügt die Mehrheit der Befragten zusätzlich über Berufserfahrung als Allgemeinmediziner an jordanischen Krankenhäusern, sodass die vorher ausgeführten Postulate herangezogen werden können.

Zur Sicherstellung des dritten Kriteriums ist es wesentlich, **praxiserfahrene jordanische Ärzte** an deutschen Kliniken zu interviewen. Den Kontrast zwischen der deutschen und jordanischen Kultur sowie auch des Gesundheitssystems und den ärztlichen Tätigkeiten aufzuzeigen, kommt der Studie zugute. Ferner tragen die jordanischen Ärzte mit ihrem fundierten und detaillierten (Fach)Wissen und ihren Erfahrungen in der deutschen Klinikkultur und dem damit verbundenen System sowie dem Approbationsverlauf dazu bei, eine vielfältige Korrelation zur Differenzierung und Gegenüberstellung der spezifischen Unterschiede unabdingbar zu vollziehen.

Das dritte Postulat setzt bereits voraus, in **Deutschland die FAA** abzuleisten. Auch hier ist der hierarchische Kontrast der jordanischen Ärzte zur Gewinnung von möglichst unterschiedlichen Erfahrungsberichten und perspektivischen Ebenen bedeutsam. Durch die jahrelange Berufserfahrung besitzen jordanische Ärzte Wissen, Fähigkeiten und Kenntnisse und sehen die Klinikkultur und den bereits durchlaufenen Bildungsweg aus einer facettenreichen, Expert:innen-

gesicherten Perspektive im Vergleich zu neuen Assistenzärzt:innen an.

Dieselben Merkmale erfüllt der deutsch-jordanisch habilitierter Internist mit Schwerpunkt Rheumatologie, Immunologie und Osteologie. Erkennbar bei der Auswahl der ersten Sekundärdaten ist, dass die Person zusätzlich zur deutschen auch die jordanische Staatsbürgerschaft besitzt und somit aller Wahrscheinlichkeit nach über Wissen zur (Klinik)Kultur vor Ort besitzt. Zudem hat sie in Deutschland jordanische Ärzt:innen betreut und kann demzufolge eine kritische Reflexion aus einer differenzierten Sichtweise vornehmen. Sie verfügt zudem über vergleichbare Erfahrungen in anderen westlichen Ländern, wie USA, da sie dort im Laufe ihrer Karriere tätig war.

Der deutsche habilitierte Arzt verfügt über das Merkmal, dass er einen jordanischen Arzt zum Zeitpunkt der Aufnahme im Jahre 2020 betreut und aktuelle Informationen sowie Erfahrungen bei der Zusammenarbeit mit Patient:innen, Kolleg:innen und Pflegepersonal liefern kann.

### **6.6.3. Prozess der Stichprobenauswahl**

Der Prozess der Stichprobenauswahl für die Studie erfolgte nach der Festlegung der Variante der Stichprobenziehung und des Ablaufs. Als schwierig stellte sich heraus, eine repräsentative Fallzahl an jordanischen Ärzten in Deutschland für die theoretische Sättigung zu erlangen. Die theoretische Sättigung ist gegeben, sobald keine weiteren neuen Aussagen und Informationen für die Datengewinnung und die Erweiterung des theoretischen Horizonts gefunden werden können (vgl. Glaser & Strauss 1998: 69). Die Gewährleistung der Güte eines Samples ist mittels der konkret ausgelegten Auswahlkriterien der Population, welche für die Forschungsfrage relevant sind, vorhanden. Danach selektierte und grenzte die Forscherin die jordanischen Ärzte nach den Auswahlkriterien ein, sodass 16 jordanische Ärzte für die qualitative Studie zur Verfügung standen.

Einige der Ärzte sind noch in der FAA, d.h. als Assistenzärzte in deutschen Krankenhäusern tätig oder haben diese Phase schon erfolgreich abgeschlossen. Die Expertise der Adressatengruppe aus verschiedenen Fachrichtungen bzw. Positionen erklärt sich durch die genuine Verwobenheit mit dem Handlungsfeld, welches den Forschungsgegenstand der empirischen Forschung ausmacht.

Die folgende Tabelle gibt einen chronologischen Überblick über die beruflichen Positionen der Interviewpartner, den Zeitpunkt des Interviews und die Dauer des Interviews.

	Position	Wann?	Dauer
1	Assistenzarzt	19 Oktober 2019	33:04
2	Assistenzarzt	4 Dezember 2019	39:31
3	Oberarzt	16 Dezember 2019	32:36
4	Assistenzarzt	20 Dezember 2019	56:40
5	Oberarzt	22 Dezember 2019	41:55
6	Assistenzarzt	23 Dezember 2019	40:26
7	Assistenzarzt	12 Januar 2020	38:09
8	Assistenzarzt	19 Januar 2020	38:01
9	Assistenzarzt	10 Februar 2020	58:00
10	Assistenzarzt	08 März 2020	1:05:08
11	Assistenzarzt	31 März 2020	33:06
12	Facharzt	6 Mai 2020	40:25
13	Facharzt	8 Mai 2020	35:08
14	Assistenzarzt	10 Mai 2020	41:32
15	Chefarzt (als Sekundärdaten)	14 Mai 2020	1:13:07
16	Chefarzt (als Sekundärdaten)	10 Juni 2020	46:28
17	Facharzt/Oberarzt (wurde ausgeschlossen, vgl. Kapitel 7.7)	14 Juni 2020	23:12
18	Assistenzarzt	27 September 2020	1:05:56

**Tabelle 1: Übersicht zu den durchgeführten Interviews (chronologisch)**

## 6.7 Ablauf und Schwierigkeiten der Interviews

Der Fragenkatalog unterlag einer strukturierten Reihenfolge in der Themenabfrage, die jedoch in Bezug auf die ausgewählte Interviewform nicht zwingend einzuhalten war. Sofern eine Frage durch eine andere Frage beantwortet wurde, stellte die Forscherin diese Frage an der vorgesehenen Stelle nicht mehr, um Wiederholungen zu vermeiden. Andererseits konnte die Forscherin mit Nachfragen zu einer bestimmten Thematik tiefgründige Aussagen erzielen.

Die interaktive Partizipation der Experten am Gespräch war eine Bereicherung für die Datensammlung der empirischen Studie. Ebenfalls konnte die Interviewerin mit ihrem theoretisch aber auch praxisbasierten Wissen und Know-How zielbewusster auf die Diskussionen im Interview eingehen und die Gesprächsthemen bzw. den -ablauf im Hinblick auf den Forschungsgegenstand bzw. die Fragen lenken. Durch die leitfadengestützten Interviews konnte die Interviewerin flexibel die Aufmerksamkeit auf neue Aspekte lenken und einen Gedankenaustausch erreichen, was sich für die Datengewinnung als vorteilhaft erwies. Durch die offene Gestaltungsmöglichkeit des Leitfadens wurde das Kriterium der Offenheit in dieser Hinsicht erfüllt. Die Auswahl des vorhandenen Materials richtete sich nach dem Informationsgehalt der Aussagen in Bezug auf die Forschungsfrage. Es wurden 16 Interviews durchgeführt, davon wurden 15 für die vorliegende Studie herangezogen, wobei die theoretische Sättigung schon bei Interview Nummer 12 erreicht war. Ein Interview wurde ausgeschlossen, weil das Interview

aufgrund von massiven Internetstörungen und der abrupten Unterbrechung nicht beendet werden konnte. Mayring (2003: 47) betont, dass nicht alle transkribierten Textstellen ausgewertet werden sollen, sondern nur diese,

in denen sich der Interviewpartner explizit und bewusst zum Gegenstand der Forschungsfrage äußert (Lamnek, 2010: 471).

Mit der Einteilung des kompletten Interviewmaterials in Kategorien verschafft sich die Forscherin einen Überblick über die angesprochenen Themenbereiche und über die (ir)relevanten, (nicht)informativen Textstellen und Kategorien, welche aussortiert werden können.

Die durchlaufenen Schwierigkeiten vor, während und nach der Interviewphase stehen im Zentrum des folgenden Abschnitts und werden im Folgenden kritisch betrachtet.

#### **a. Sicherstellung der Samples und Sprachbarriere**

Die größte Herausforderung zur Sicherstellung der theoretischen Sättigung lag im Erreichen einer bestimmten Anzahl an Interviewteilnehmer – jordanische Ärzte, welche an deutschen Krankenhäusern arbeiten. Jordanische Ärzte zu einem interaktiven Interview zu bewegen ist aufgrund der sprachlichen Herausforderung und der damit verbundenen Scham, trotz jahrelanger Erfahrungen und des Aufenthalts in Deutschland, Fehler zu machen, eine der größten Hürden dieser Untersuchung. Mittels einer ausführlichen Erklärung vor der Interviewaufnahme zur Distanzierung von einer Fehleranalyse und zeitgleich der Belehrung über den Forschungsgegenstand wurden die Angst, die Bedenken und die Scham abgeschwächt. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um durch Verständnis eine Vertrauensbasis und eine angstfreie erzählerische Atmosphäre aufzubauen. Lamnek (2010: 352) betont die Gewichtung dieses Vorgehens, um eine „Vertraulichkeit und Anonymität zuzusichern und eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen“ (Lamnek, 2010: 352).

#### **b. Terminfindung**

Die Terminfindung gestaltete sich aufgrund der plötzlich anberaumten Bereitschaftsdienste im Zusammenhang mit dem Personalmangel aufgrund der Covid-19 Pandemie im Jahre 2020 sowie auch aus familiären Gründen schwierig, so dass der Terminfindungsprozess einige Wochen in Anspruch nahm.

#### **c. Technische Schwierigkeiten und Störungsquellen**

Während der Interviews traten einige für die vorliegende Studie, Transkription und Auswertung belanglose technische Probleme auf. Beispielsweise schwankte die Internetverbindung oder die Interviewteilnehmer erhielten während des Interviews Anrufe oder Nachrichten. Diese

Internetstörungen und die anderweitigen Störungen durch Dritte unterbrechen oftmals den Gedankengang des Befragten. Dresing und Pehl (2015: 16) machen bewusst, dass solche Störungen durchaus auftreten können, jedoch an dieser Stelle kein Grund zur Panik besteht. Sie weisen in ihrem Buch auf den Umgang mit derartigen Störungsfaktoren hin (vgl. Dresing & Pehl 2015: 16).

#### **d. Kognitive Rückkehr von Erinnerungen**

Einige Befragte konnten bestimmte Erinnerungen und Situationen nicht aus ihrem Gedächtnis abrufen und diese sprachlich wiedergeben. Da exakt derartige Beispiele bzw. Berichte für diese Studie von Relevanz sind, wurde der Interviewte gebeten, sich bei der kognitiven Rückbesinnung auf diese Ereignisse zu konzentrieren und diese explizit zu thematisieren, ob diese nun thematisch zur derzeitigen Beantwortung der Fragestellung passten oder nicht. Die kognitive Präsenz von erlebten Situationen und Erinnerungen ist eine der besonderen Aspekte des Interviewflusses und der Datengewinnung.

#### **e. Überlegenes Wahrheitswissen**

Im Verlauf des Interviewgesprächs stellte sich für die Verfasserin der vorliegenden Studie die Frage, wie sie auf Aussagen des Interviewpartners reagieren soll, wenn diese Aussagen aus ihrer Sicht, basierend auf ihren Vorkenntnissen zum Forschungsstand sowie auch ihrem Wissen über die Kultur und den Ablauf des Gesundheitssystems in Jordanien, nicht korrekt sind bzw. ihrem Wissen nicht entsprechen oder auch Widersprüche zur Literatur bzw. zur aktuellen Situation aufweisen.

Diese Schwierigkeit nennt Helfferich das überlegene Wahrheitswissen und definiert dieses Wissen, „dass sich die interviewende Person im Besitz eines Wahrheitswissens wähnt, das dem Wahrheitswissen der Erzählperson überlegen ist“ (Helfferich, 2011: 98). Nach Helfferich (2011: 98) führt dieses bei dem:der Interviewten „zur Erwartung, die Erzählperson müsse sich diesem Wissen entsprechend artikulieren“ (Helfferich 2011: 98). Hier wird empfohlen, diese Gefühle und Gedanken zu beherrschen, da sie dem Gütekriterium der Offenheit qualitativer Interviews widersprechen. Die Gefahr, dass sich der:die Befragte den Relevanzstrukturen des:der Interviewenden anpasst, gilt es zu vermeiden. Somit kann die Forscherin solchen Widersprüchen oder irritierenden Aussagen entgegenwirken. Möglich wird dieses dadurch, dass die Verfasserin der vorliegenden Studie bei irritierenden Aussagen gezielt nachfragt, die Frage paraphrasierte bzw. um Erläuterungen bat, sodass die Forscherin später eine logische Schlussfolgerung ableiten konnte.

## **f. Kommunikationsfehler während des Gesprächs**

Dresing und Pehl (2015: 12-13) verweisen darauf, dass den Probeinterviews eine besondere Gewichtung zugutekommt. Vor allem das Üben der Interviewdurchführung und das Formulieren von Fragen gehen mit dem Erfolg des Interviews einher. In den ersten Interviews machte die Interviewerin typische Kommunikationsfehler, wie das Spiegeln von Rückmeldungen, das Stellen von suggestiven Fragen und das Formulieren von bewertenden Aussagen (vgl. Dresing & Pehl 2015: 13). Die Forscherin versuchte, nachdem sie den Interviewprozess noch einmal kritisch selbstreflektiert hat, die Kommunikationsfehler in den nachfolgenden Interviews zu vermeiden. Zusammenfassend sind es typische erfahrungs- und situationsbedingte Problemsituationen, welche mithilfe eigener Techniken und der Erprobung von verschiedenen Interviewsituationen bewältigt werden konnten (vgl. Dresing & Pehl 2015). Ferner wäre es von Bedeutung, ein Validierungs- bzw. Nachgespräch (Kapitel 6.2) einzuplanen, um nachträglich unklare Aussagen zu interpretieren.

### **6.8 Datenaufbereitung: Transkription**

Das Darstellungsmittel rangiert im Auswertungsverfahren nach der Erhebung und vor der Datenauswertung, welche variationsreich sind. Deskriptive Statistiken bereitet der:die Forscher:in mithilfe von grafischen Darstellungsmethoden, wie z.B. Grafiken, Kurven, Balkendiagramme (vgl. Mayring 2016: 85) auf. Zu den grafischen Darstellungsmedien gehören nicht nur Tabellen, sondern auch Prozess-, Struktur- und Kontextmodelle. Beim Kontextmodell werden unterschiedliche Situationen und Merkmale zum jeweiligen Gegenstand miteinander verbunden und beim Prozessmodell stehen die Dekonstruktion und die Repräsentation verschiedener Abläufe in Kategorien im Mittelpunkt (vgl. Mayring 2016: 87). Für verwobene Sinnzusammenhänge ist eine Textpassage, wie ein Zitat, eine angemessene Darstellungsmethode. Eine Kombination aus den vielfältigen Medien versteht sich als eine Aufwertung für die vorliegende Studie gegenüber dem Auswertungsverfahren. Im Rahmen der vorliegenden Studie ist das wesentliche Medium zur Darstellung der komplexen Sinnzusammenhänge einzelner Aspekte als Text anzusehen, welcher in Form von Transkriptionen zur Verfügung steht (vgl. Mayring 2016: 89-90).

Die wörtliche Transkription ist für Mayring (2016: 89) die Verschriftlichung der gesprochenen Sprache, wie z.B. von Interviews oder von Gruppendiskussionen. Die Aufbereitung und Verschriftlichung von Audiosequenzen als Transkriptionen ist für die 16 Experteninterviews zwar zeitaufwendig, dennoch ist diese Vorgehensweise unumgänglich für die spätere

Datenauswertung. Mithilfe der Transkriptionen werden die Texte ausgedruckt und vergleicht sowie Unterstreichungen und Notizen am Rand vorgenommen. Diese können unmittelbar in die QDA-Software eingefügt werden (vgl. Kuckartz 2005: 13-14; vgl. auch Mayring 2016: 137). Die MaxQDA-Software ermöglicht es, eine Fülle an Daten systematisch, überschaubar und einfach darzustellen. Das Programm verfügt über viele analytische Funktionen, welche vom Datenmanagement, der Datenexploration, über die Bildung von Kategorien, zur Anwendung des Kategoriensystems bis hin zu verschiedenen Analysetechniken reichen (vgl. Kuckartz 2016: 164-180 & 191-200). Neben jedem neuen Absatz wurde eine Zeitnote eingefügt, damit jederzeit die Originalaufnahme bei Bedarf abgespielt und die Verschriftlichung revidiert werden konnte. Zu den relevantesten Funktionen des MaxQDA Programms für die zugrundeliegende Studie zählen das Transkribieren, das Kategorisieren, das Kommentieren, das Markieren, das Verbinden und das Visualisieren von Textabschnitten (vgl. Kuckartz 2005: 13-14).

Zur Transkriptionserstellung gibt es vielfältige Herangehensweisen. Eine Technik stellt die Arbeit mit dem Internationalen Phonetischen Alphabet (IPA) dar. Das System hält Sprachfeinheiten und den Dialekt fest. Trotz der gegebenen Präzision ist dieses Verfahren für die vorliegende Studie uninteressant. Aus diesem Grund gibt es zusätzlich die literarische Umschrift „die den Dialekt mit unserem gebräuchlichen Alphabet wiedergibt“ (Mayring, 2016: 89). Aufgrund der schlechten Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit des IPA-Verfahren und der Gewichtung der inhaltlichen Ebene wird die Verschriftlichung der Experteninterviews standardorthografisch ohne Berücksichtigung von grammatikalischen Fehlerbehebungen transkribiert. Dadurch soll eine vollständige Textfassung der auditiven Daten erreicht werden, die wiederum die Grundlage für eine ausführliche interpretative Auswertung bilden. In diesem Kontext können mögliche Informationsverluste durch voreiliges Zusammenfassen vermieden werden.

Die Regeln für die Transkription sind vorab festgelegt und klassifizieren sich als eine einfache Transkription nach dem Transkriptionssystem von Dresing und Pehl (2015). Hiernach erfolgt die wörtliche Transkription, wobei Wörter, Satzbrüche sowie Stottern geglättet und zum Teil nicht transkribiert werden, um eine einfache Lesbarkeit zu gewähren. Ausnahme sind Wortdoppelungen, welche als Betonung dienen. Unverständliche Wörter werden mit der Formulierung (*unv.*) umschrieben. Mit drei hintereinander folgenden Punkten (...) werden die Pausen gekennzeichnet. Emotionale bzw. non verbale Äußerungen werden nicht berücksichtigt (vgl. Dresing & Pehl 2015: 21-22). Nach der Festlegung der Transkriptionsregeln und der Verschriftlichung der Audiodateien erfolgte eine fortlaufende Zeilennummerierung, sodass ein schnellerer Rückgriff auf die entsprechenden Textpassagen möglich wurde. Die Interviewpartner wurden mit den Kürzeln I: für Interviewer und B: für Befragter versehen.

## 6.9 Auswertungsverfahren

Dieses Kapitel widmet sich dem Auswertungsverfahren mit seinen zahlreichen Facetten. Es wird auf die Form der Datenanalyse sowie die Art und die Form der Auswertung des Materials eingegangen.

### 6.9.1 Übersicht von Auswertungsinstrumenten

Zahlreiche Varianten sind im Bereich der qualitativen Auswertungstechniken verfügbar, die für eine Interviewanalyse in Frage kommen. Die Forscherin konzentrierte sich auf fünf gängige Auswertungskonzepte, welche an dieser Stelle vorgestellt werden. Die Grounded Theory nach Glaser und Strauss (1979), die objektive Hermeneutik nach Oevermann et al. (1979), die psychoanalytische Textinterpretation nach Lorenzer (1986), Leithäuser et al. (1977 & 1979) und Volmerg et al. (1983), die typologische Analyse nach Lamnek (2010) und Mayring (2016) und die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2016).

Eines der beliebtesten Instrumente ist die **Grounded Theory** nach Glaser und Strauss (1979). In diesem Verfahren bildet der Forscher gedanklich während der Datensammlung, wie z.B. bei der Feldforschung, induktivorientierte theoretische Konzepte und Konstrukte (vgl. Mayring 2016: 104). In Anbetracht des Anwendungsgebiets der Feldforschung in Kombination mit Beobachtungen korreliert das Verfahren der Grounded Theorie nicht mit der zugrundeliegenden qualitativen Interviewforschung. Auch Mayring betont, dass in Interviewstudien ein solches Verfahren weniger sinnvoll ist (vgl. Mayring 2016: 106-107). Die **objektive Hermeneutik** knüpft an die Ableitung allgemeiner objektiver Bedeutungsstrukturen von einzelnen subjektiven Phänomenen an (vgl. Lamnek 2010: 189; vgl. auch Mayring 2016: 121). Lamnek (2010: 189) geht bei den Sinnstrukturen von unbewusst produzierten Interaktionstexten aus, in denen die psychische Analyse ausgegrenzt wird, wie z.B. bei der psychoanalytischen Textinterpretation. Es sind zwei verschiedene Ebenen zu differenzieren, um das Ziel der Analyse genauer bestimmen zu können (vgl. Mayring 2015: 35; vgl. auch Mayring 2016: 123). Die subjektive Ebene, in der die einzelnen Aussagen der Subjekte selektiert werden und die objektive Ebene, in der allgemeine objektive Aussagen bzw. Bedeutungsstrukturen aus dem subjektiv erschlossenen Material im Fokus stehen (vgl. Lamnek 2010: 189). Ziel der Analyse ist es, allgemeine latente Bedeutungsstrukturen zu erfragen, sodass die objektive Hermeneutik für die zugrundeliegende Studie, welche auf subjektivbezogene Erfahrungsberichte abzielt, ausgeschlossen wird.

Die **psychoanalytische Textinterpretation** verfolgt vergleichbar der objektiven Hermeneutik das Ziel, aus dem Material heraus tiefer liegende Strukturen zu erschließen (vgl. Mayring 2016:

126). Der:Die Forscher:in hat die Aufgabe, eine tiefgründige Analyse vorzunehmen und den Sinn des Artikulierten in seiner gesellschaftlichen Struktur, von der Oberfläche bis in die Tiefe, darzustellen. Die zugrundeliegende Studie bezweckt keine Durchführung eines psychoanalytischen Interpretationsverfahrens, da nicht der verdrängte Sinn der Aussagen analysiert werden soll, sondern die subjektiven Erfahrungsberichte in ihrer Totalität, um Bedeutungsstrukturen zu erkennen.

Die **typologische Analyse**, oder auch benannt als empirisch begründete Typenbildung (vgl. Lamnek 2010: 205), ist ein deskriptives Verfahren, mit dem eine Beschreibung und eine Selektion von spezifischen Typisierungen anhand des umfangreichen Materials erfolgt. Bei diesem Verfahren stehen die Vorstellung und die Charakterisierung der Typen im Vordergrund (vgl. Mayring 2016: 131). Nach Flick et al. (1991) sind die Feldforschung, die qualitative Marktforschung, die Gesundheitsforschung und die Lebensweltanalyse ideal für eine explorative deskriptive Typisierungsanalyse, sodass die vorliegende qualitative Inhaltsanalyse nicht hinzuzählt.

### **6.9.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring und Kuckartz**

Das vorliegende Forschungsvorhaben zielt auf die Erhebung von genauen und tiefgehenden Erfahrungsberichten über den Lebensabschnitt jordanischer Assistenzärzte während ihrer FAA an deutschen Krankenhäusern ab. Die Inhaltsanalyse ist repräsentativ und eignet sich besonders dafür, präzise Ergebnisse zu erlangen. Die Inhaltsanalyse in der qualitativen Forschung ist der

wissenschaftlich kontrollierte Nachvollzug der alltagsweltlichen Handlungsfiguren, die durch kommunikative Akte repräsentiert werden, und die Systematisierung eines Musters aus diesen Figuren. (...) Ein anderes Ziel stellt die Analyse latenter Sinnstrukturen dar, deren Manifestationen alltagsweltliche Handlungsfiguren sind (Lamnek, 2010: 465).

Das Ziel der qualitativen Analyse ist es, Datenmaterial aus kommunikativen Handlungen zu analysieren (vgl. Mayring 2015: 11-13), um systematische, regel- und theoriegeleitete Rückschlüsse auf bestimmte Gesichtspunkte der Kommunikation zu ziehen. In diesem Fall werden Codes deduktiv (theoriegeleitet) aus Theorie und Forschung aber auch induktiv (empirisch) aus dem Material in einem mehrstufigen Verfahren abgeleitet und entwickelt. Die induktive Kategorienbildung erlaubt es, eine schrittweise Systematik unter Berücksichtigung von Auswertungsaspekten aus dem Material zu erstellen. Vorab wird ein Kategoriensystem festgelegt. Sollte ein Gesichtspunkt nicht zu der vorhandenen Kategorie passen, wird induktiv eine neue Kategorie, d.h. aus dem Material heraus abgeleitet. Das Kategoriensystem wird ständig am Material überarbeitet und flexibel angepasst (vgl. Mayring 2012: 474).

In diesem Kapitel wird der individuelle Auswertungsprozess mit der Kategorienbildung

dargelegt und die Auswahl zwischen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016) und nach Kuckartz (2016) erklärt. Die qualitative Inhaltsanalyse zielt darauf ab, Kommunikationszusammenhänge zu verstehen und zu analysieren. Die Vorteile der Inhaltsanalyse ist, „dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert“ (Mayring, 2016: 114). Nach Mayring (2016) bedeutet dies, dass das Material in kleinere Einheiten zerlegt wird, um es systematisch und sukzessiv auszuwerten. Das Ablaufmodell unterliegt keiner Standardisierung, sondern Mayring (2016: 50) betont, dass es gemäß der Fragestellung, des Untersuchungsgegenstandes und des Materials modifiziert werden sollte. Laut Mayring (2016: 115) gibt es drei Grundformen für die Interpretation im Zusammenhang mit der qualitativen Inhaltsanalyse: **Zusammenfassung**, bei der das umfangreiche Material auf das Wichtigste reduziert wird. **Explikation**, bei der bei unklaren Textphrasen weiteres Material zur lexikalisch-grammatikalischen Definition herangezogen wird. **Strukturierung**, bei der das Material nach den vorgegebenen Kriterien eingeordnet wird. Das Modell umfasst 10 Schritte, wobei die Schritte drei bis sieben die Phasen der strukturierenden Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2015: 98) abbilden.

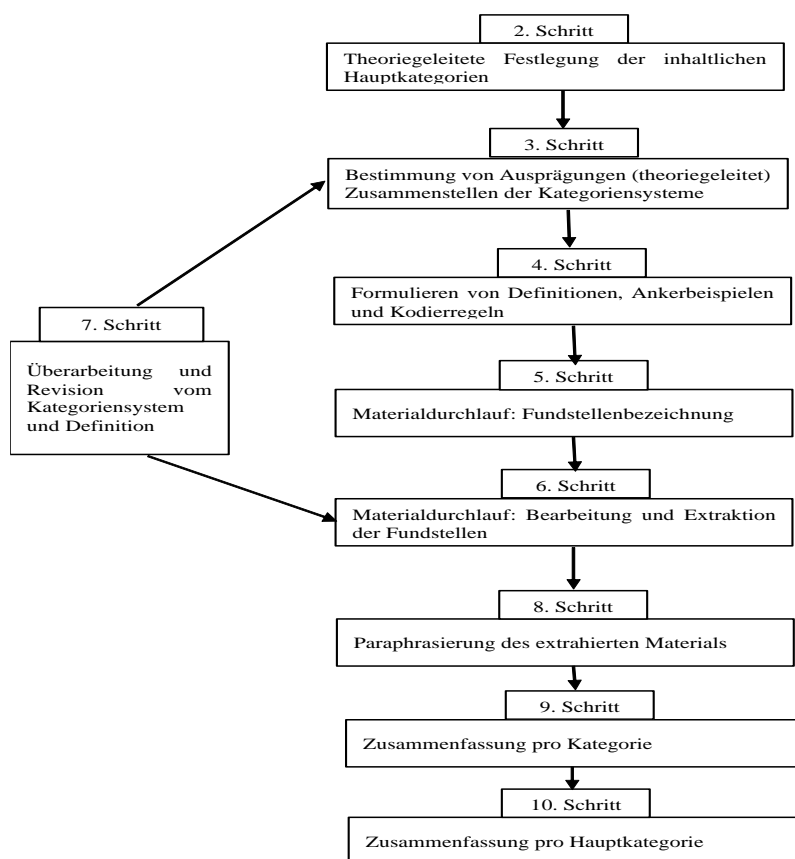


Abbildung 3: Modell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse anlehnd an Mayring (2015: 104)

Bei Mayrings inhaltlich strukturierter Inhaltsanalyse steht die Zusammenfassung des Materials

nach den Schritten der zusammenfassenden Inhaltsanalyse im Fokus. Die vorliegende Studie sieht keine komprimierende Extraktion der Aussagen vor, da ebenfalls in dieser Hinsicht der Kontext verloren geht. Auch die induktive Kategorienbildung versteht Mayring (2015: 85) als eine zentrale Phase der Kategorienbildung. Der induktive Prozess ist nach Mayrings Verständnis (2015) von einer zeilenweisen Vorgehensweise geprägt. Der erste Schritt ist deduktiv, bei dem das Thema der Kategorienbildung dirigiert. Mayring (2015: 86) beschreibt dieses als das Festlegen des Selektionskriteriums und des Abstraktionsniveaus. Vom Abstraktionsniveau leitet sich der Grad der Konkretheit und/oder Abstraktheit der Kategorienbildung ab. Beim nächsten Schritt werden die Texte zeilenweise durchgelesen, um aus dem Material unter Beachtung des Abstraktionsniveaus Kategorien zu bilden. Dieser Schritt beinhaltet die Subsumption und die Bildung von neuen Kategorien. Subsumption bedeutet, dass eine Textstelle unter eine bestehende Kategorie fällt (Mayring, 2015: 87). Nach 10% bis 50% des Materialdurchgangs, wenn kaum neue Kategorien gebildet werden, steht laut Mayring (2016: 116-117) die Überarbeitung des vorhandenen Kategoriensystems im Fokus. Werden bei der Kontrolle Veränderungen vorgenommen, muss das komplette Material nochmal durchgearbeitet werden. Abschließend erfolgt ein endgültiger Materialdurchgang, bei dem keine Veränderungen mehr durchgeführt werden.

Dieser Ansatzpunkt bzw. das Mayring'sche Modell ist von Seiten der vorliegenden Studie kritisch zu sehen und wird somit ausgeschlossen, da die Forscherin eine Mischform aus der deduktiv-induktiven Kategorienbildung bevorzugt. Der Grund liegt darin, dass die Forscherin die Kategorien aus dem Material direkt erstellt und eine Rückführung auf den Kontext gelingt.

Die weiteren Abschnitte konzentrieren sich auf die kritikgeprägten Merkmale der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring's Ablaufmodell. Mayrings (2015: 104) inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse wird von Kuckartz (2016: 73-78) kritisch betrachtet. Die Forscherin bemängelt die Inhaltsanalyse nach Mayring ebenso und schließt sie für die zugrundeliegende Studie aus. Folgende Punkte waren dabei zentral:

1. Kritik besteht an der Zusammenfassung von widersprüchlichen Passagen. Bei Mayring wird dieses aufgrund seiner zusammenfassenden Methode nicht thematisiert.

Der Weg über Paraphrasierung, Zusammenfassung, Reduktion und Bündelung beinhaltet die Gefahr, dass widersprüchliche Aussagen leicht übersehen werden und dem Verallgemeinerungszwang zum Opfer fallen (Kuckartz, 2016: 76).

2. An der qualitativen Inhaltsanalyse ist zu bemängeln, dass der Kommunikationskontext wenig erfasst wird. Infolgedessen bleibt die Erfassung des Forschungsgegenstandes an der Oberfläche, was nicht den Gütekriterien einer qualitativen Forschung und der

vorliegenden Studie entspricht. Dies bedeutet, die Kategorienbildung und -zuordnung versteht sich nicht als Reduktion der inhaltlichen Aussagen, da einzelne Beispiele der jordanischen Ärzte Einfluss auf die Interpretation haben.

3. Aus Mayrings Beschreibung zum Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung (2015: 85-87) geht hervor, dass nicht das komplette Material codiert wird, sondern bestimmte Einzelaspekte in Betracht gezogen werden. Hingegen sieht Kuckartz (2016: 64) die Relevanz, dass auf Grundlage des Kategoriensets das Material systematisch nacheinander bearbeitet wird. Dabei ist für die Inhaltsanalyse „charakteristisch, dass das komplette Material codiert wird“ (Kuckartz, 2016: 64).
4. Mayring (2015: 69-85) fasst die Aussagen der Interviewteilnehmer nach dem Vorbild der Psychologie der Textverarbeitung zusammen, Von Kuckartz (2016: 74 & 78) wird dieses Vorgehen kritisiert. Kuckartz (2016) erklärt die Gewichtung, „ein plausibles Ganzes zu bilden und nicht lediglich einzelne (vielleicht sogar trennscharfe) Kategorien, die ziemlich beziehungslos nebeneinanderstehen“ (Kuckartz, 2016: 71). Dies bedeutet, dass ein bestimmter Grad an Kohärenz und Plausibilität im Kategoriensystem präsent sein soll (vgl. Kuckartz 2016: 71).
5. Bei Mayring liegt der Materialdurchgang bei 10% bis 50% und das Set an Kategorien ist vor dem letzten Materialgang nicht modifizierbar. Etwaige wünschenswerte Veränderungen sind nicht machbar. Eine Anpassung des Kategoriensystems ist nach Kuckartz (2016: 85-86) im Laufe des gesamten Prozesses möglich, sodass die Kategorien umbenannt, neu entwickelt oder auch eliminiert werden können. Kuckartz (2016: 86) benennt eine Prozentzahl von 10 bis 25%. Er betont, sobald keine neuen Kategorien gebildet werden können und dadurch eine Sättigung entsteht, wird das Kategoriensystem festgelegt. Die Festlegung bedeutet jedoch nicht, dass die Kategorien nicht mehr abgeändert werden dürfen (vgl. Kuckartz 2016: 85-86).

Nachdem die Kritikpunkte an Mayring`s Konzept benannt wurden, wird im Folgenden der Ablauf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016: 97-123) dargestellt. Das zugrundeliegende Material verbirgt in sich kontextbezogenen, unentdeckten Themenaspekten, sodass die Analysetechnik und das Ablaufmodell der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016: 97-123) angewandt wird. Ziel dieser Analyse ist es, Themen zu identifizieren, um tiefgründige Aussagen zu erlangen. Dieses Ziel verfolgt u.a. die vorliegende Untersuchung, indem sie Schwierigkeiten identifiziert, präsentiert, veranschaulicht und tiefgründige Bedeutungsstrukturen darlegt und kritisch betrachtet.

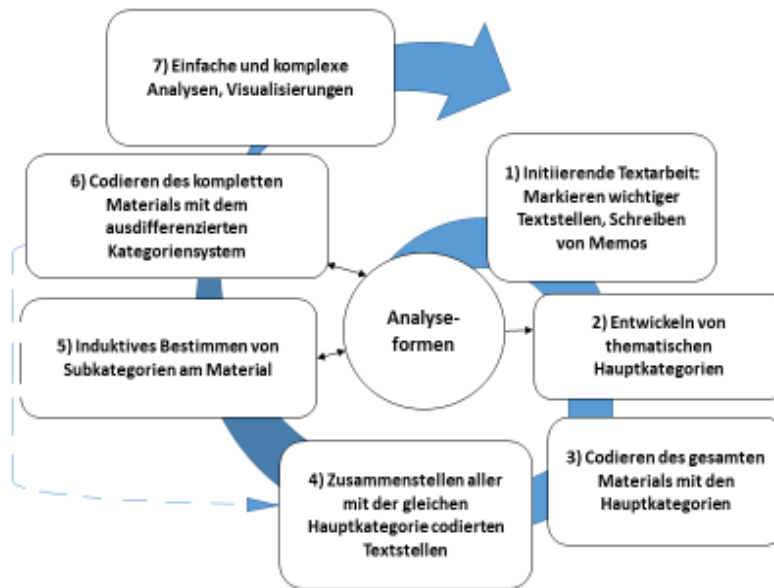


Abbildung 4: Ablaufmodell der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016:100)

- 1) Der erste Schritt der Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016: 101) besteht darin, eine Vertrautheit zum Text aufzubauen. Da die Forscherin die Daten eigenständig erhebt, ist sie mit den Texten und den Audioaufnahmen vertraut. Für die Forscherin war es sinnvoll, die Transkriptionen noch einmal gründlich zu lesen, sich mit dem Inhalt vertraut zu machen, sich markante Textstellen zu kennzeichnen und Memos in Form von Anmerkungen, Bemerkungen und Ideen zu erstellen, denn „Auffälliges sollte immer festgehalten werden, am besten in einem Memo“ (Kuckartz, 2016: 91).
- 2) Im zweiten Schritt werden thematische Hauptkategorien gebildet, welche vom vorliegenden Leitfaden oder von der Forschungsfrage direkt abgeleitet werden. Den daraus entstehenden Themenbereichen wird eine zentrale Position eingeräumt (vgl. Kuckartz 2016: 101-102). Danach wird ein grobes Haupt- und Subkategoriensystem aufgebaut und präzise definiert. Die Definitionen sollte man „mit konkreten Textstellen (Zitaten) illustrieren“ (Kuckartz, 2016: 86). Valenzen, d.h. wertende Aussagen zu artikulieren, sind angesichts der gestellten Fragen in der vorliegenden Studie unumgänglich. Der Fokus dieser Arbeit liegt hauptsächlich auf den negativen Konnotationen, allerdings werden in der Ergebnisdarstellung die positivkonnotierten Aussagen und Erfahrungsberichte zur deskriptiven Gegenüberstellung herangezogen (vgl. Kuckartz 2016: 90).
- 3) Nach der Entwicklung von Hauptkategorien besteht der dritte Schritt darin, das Material

zeilenweise abzarbeiten und den Textabschnitten Kategorien zuzuweisen. Anhand der definierten Kodiereinheit wird das Material schrittweise durchgearbeitet und bei Übereinstimmung werden Ankerbeispiele angeführt. Ankerbeispiele sind Musterbeispiele, welche die Kategorien im Zuge der prototypischen Aussagen von Seiten der jordanischen Ärzte, präzisieren. Bei Abgrenzungsschwierigkeiten wurden von der Forscherin Leitlinien in Form von Memos direkt im MaxQDA-Programm festgelegt. Eine Textstelle oder auch ein Satz kann „mehrere Themen enthalten kann, folglich ist auch die Codierung mit mehreren Kategorien möglich“ (Kuckartz, 2016: 102).

- 4) In der vierten Phase werden alle codierten Textstellen mit der identischen Kategorie gebündelt.
- 5) Im fünften Schritt wird die induktive Kategorienbildung avisiert. In dieser Phase werden die allgemeinen Kategorien differenziert und die Subkategorien bestimmt. Nach Schreier (2014: 6) gibt es die Möglichkeit, Oberkategorien induktiv und Unterkategorien deduktiv unter Berücksichtigung des Vorwissens des Forschers abzuleiten. Im Rahmen dieser Studie wurde diese Variante genutzt. Neue und interessante Themenbereiche wurden in Subkategorien gegliedert, welche die spätere Analyse und Interpretation bereicherten. Die Subkategorien wurden, wie auch die Hauptkategorien, definiert, um die Textausschnitte schärfer zuordnen zu können.

Die Forscherin bildete ein offenes Kategorienset ohne einen bestimmten Grad an Abstraktheit und Konkretheit (vgl. Kuckartz 2016: 84). Kuckartz (2016: 102) empfiehlt einen Materialdurchlauf von 10% bis 25 %, um einen überschaubaren Kategorienkatalog zu erhalten. Die Auswertung fand bei 12 von 16 Interviews gemäß der deduktiven und der induktiven Analyse statt. Sobald das Kategoriensystem unüberschaubar wird, wird der Kodierprozess abgebrochen. Das gesamte Set an Kategorien wird revidiert (vgl. Kuckartz 2016: 93). Es wurden Kategorien ergänzt, zusammengefügt und gelöscht. Auch wurden Codes umbenannt. Nach der Abänderung der Kategorien wurde das gesamte Material ein weiteres Mal gelesen und es wurden Korrekturen vorgenommen: Die Forscherin bündelte thematisch übergreifende Aspekte.

- 6) Im sechsten und letzten Schritt wird das komplette Material erneut nach ausdifferenzierten Kategorien codiert. Bei einem geringen Sample ist es laut Kuckartz (2016: 110) nicht sinnvoll, Merkmalsausprägungen zu berücksichtigen. Der Forscherin erscheint es für den Zweck der Kategorienbildung sinnvoll, auf detaillierte Merkmalsausprägungen, wie soziodemografische Informationen zu verzichten.
- 7) In der siebten Phase stehen die Analyse und die Ergebnisdarstellung im Mittelpunkt.

Kuckartz (2016: 118-120) verweist auf sechs Alternativen für den Auswertungsprozess der inhaltlich-strukturierten Inhaltsanalyse. Näheres zu den einzelnen Alternativen siehe Kuckartz (2016: 118-120).

Um die gesamte Fülle des Datenmaterials in dieser Studie abbilden zu können, wurden 15 Oberkategorien und 61 Subkategorien gebildet. Dabei wurden z.T. die Oberkategorien deduktiv entwickelt. Im weiteren Zuge der Analyse und Auswertung wurden die Kodierungen am Material induktiv vorgenommen.

### 6.9.3 Kuckartz Fallzusammenfassung

Für die vorliegende Studie werden Fallzusammenfassungen nach Kuckartz (2016: 58-62) angestrebt. In dieser Forschungsarbeit sind der Fall in seiner Totalität, die Aussagen und der Text relevant. Sie übernehmen im Zusammenspiel mit der qualitativen Inhaltsanalyse „in der Aufbereitung und Präsentation der Ergebnisse eine wichtige Rolle“ (Kuckartz, 2016: 48). Dabei verfasst die Verfasserin der vorliegenden Studie im MaxQDA Programm ein Resümée für jeden Teilnehmer, sodass die Charakteristika des Einzelfalls dargestellt werden (vgl. Kuckartz 2016: 58).

Im MaxQDA Programm wird dies in Form von Paraphrasen dargestellt und zu einer Summary Grid zusammengefügt. Mithilfe der analytischen Differenzierung der Fallzusammenfassungen werden drei Fälle für die Darstellung der Vorstellungsrunde ausgesucht und präsentiert, welche sich nach den folgenden Gruppen richten. Die folgende Abbildung enthält die angestrebten sowie auch rückblickend relevanten Daten zur Interviewauswahl.

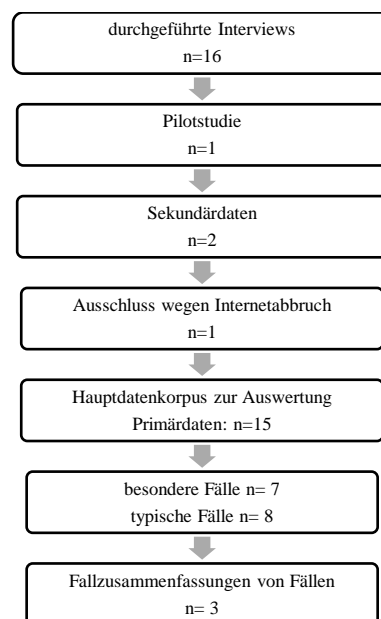


Abbildung 5: Daten der Interviewauswahl

Es werden für die Auswertung 15 Interviews herangezogen. Es zählen sieben Interviews als besondere Fälle und acht als typische Fälle.

**Besondere Fälle** werden definiert, indem die Interviewteilnehmer detaillierte Informationen mit fokussiertem Bedeutungsgehalt und/oder Tipps und Tricks zur Verminderung der Schwierigkeiten artikulieren, während andere inhaltlichen Aspekte nicht oder nur am Rande angesprochen werden. Dadurch steht ein breites Themenspektrum für die Auswertung zur Verfügung.

**Typische Fälle** hingegen sind alle Fälle, in denen der Teilnehmer einen überschaubaren Überblick ohne bestimmten Bedeutungsgehalt von mehreren Schwierigkeiten gibt, ohne auf Details und Tipps einzugehen und oftmals bei mehreren Themenbereichen keine Schwierigkeiten zu erkennen sind.

Die Interviews mit besonderer Sichtweise zeichnen sich durch eine Dauer von 40 bis 65 Minuten aus, während die typischen Interviews zwischen 30 und 40 Minuten dauerten. Zu erkennen ist hier, dass das Sprachniveau der Teilnehmer keinen Einfluss auf die Dauer des Interviews zeigte. Das kennzeichnende Kriterium für die Auswahl der Fallzusammenfassungen war, dass das ausgewählte Interview einen überschaubaren Überblick von mehreren Themen des Hauptdatenkorpus mit Bedeutungsgehalt dieser Gruppe vorführt, sodass alle anderen Interviews davon überschattet werden und somit einen ersten Einblick in die darauffolgenden Thematiken der Ergebnispräsentation in Kapitel 7 ermöglichen.

Die ausgewählten Fallzusammenfassungen resultieren aus drei verschiedenen Gruppen:

- Gruppe A kennzeichnet, dass der Teilnehmer vor 2014 nach Deutschland kam und keine Fachsprachprüfung (FSP) ablegte.<sup>16</sup> Hier legte der Interviewteilnehmer eine äquivalente Prüfung ab. Es zählen zu dieser Gruppe zwei Interviews (n=2). Davon ist ein Fall typisch und der andere besonders.
- Gruppe B kennzeichnet, dass der Teilnehmer vor 2014 nach Deutschland kam, die FSP ablegte und Erfahrungen im klinischen Bereich sammeln konnte, entweder mit Berufserlaubnis arbeitete oder eine Hospitation absolvierte. Es zählen zu dieser Gruppe acht Interviews (n= 8). Fünf Fälle gelten als besonders und drei Fälle als typisch.
- Gruppe C kennzeichnet, dass der Teilnehmer nach 2014 nach Deutschland kam und nach dem Inkrafttreten des damals neuen Gesetzes am 26/ 27 Juni 2014 die FSP für Mediziner:in ablegen musste, mit Nachweis von ärztlichen Erfahrungen in Deutschland

---

<sup>16</sup> Dass ein Teilnehmer die FSP nicht ablegte ist auf die gesetzliche Grundlage von 2014 zurückzuführen (siehe Kapitel 2.2), sodass die jordanischen Ärzte vor dem Inkrafttreten der neuen Regelung 2014 uneinheitliche FSP ablegten.

mithilfe einer absolvierten Hospitation. Es zählen zu dieser Gruppe fünf Interviews (n=5). Vier Fälle sind als typische Fälle und einer als besondere Fall zu kennzeichnen. Interessant ist die Auswahl dieser drei Gruppierungen, indem sie einen Kontrast im Inhalt sowie mit dem Grad der erlebten Schwierigkeiten zueinander bilden und dieser ebenfalls in der Ergebnispräsentation sowie in der Kategorienbildung wiedergespiegelt wird (siehe Tabelle 2).

## **7. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

Das Kapitel 7 widmet sich der Ergebnisdarstellung der geführten Interviews mit jordanischen Ärzten, was in Form von Zitaten, Tabellen und Abbildungen illustriert wird.

Zitate der Interviewteilnehmer werden mit dem anonymisierten Namen (Aliasname) und dem Interviewabschnitt versehen. Zudem werden wegen einer Vereinfachung der Lesbarkeit die Interviewteilnehmer mit O.A. als *Oberarzt* oder F.A. als *Facharzt* oder A.A. als *Assistenzarzt* einschließlich anonymisierten Namens abgekürzt. Thematische Hervorhebungen sind mit Fettdruckschrift gekennzeichnet und Eigennamen, relevante Begrifflichkeiten und Namen aus anderen Sprachen sind mit kursiver Schriftart gekennzeichnet.

Zunächst erfolgt eine Übersicht der Biografie der Interviewteilnehmer basierend auf die Kriterien im Kapitel 6.9.3. Die Daten beschränken sich auf den Zeitpunkt der Aufnahmen Ende 2020, wobei einige Jordanier im Jahr 2023 keine Assistenzärzte mehr sind. Darauf aufbauend sind im Kapitel 7.2 drei gruppierende Fallzusammenfassungen aufgeführt (siehe Kapitel 6.9.3).

Nach der Veranschaulichung der Daten der Interviewteilnehmer und den fallbezogenen Zusammenfassungen schließt sich die Bearbeitung und Darstellung der erlebten sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten in ihren Details an.

### **7.1 Biografische Daten der Interviewteilnehmenden**

Die erste Gruppe wird vertreten durch zwei jordanische Ärzte, welche vor dem Jahr 2014 nach Deutschland einreisten und aufgrund der nicht vorhandenen Vereinheitlichungen keine Fachsprachenprüfung (FSP) absolvierten. Hierzu zählen O.A. Noor und F.A. Karim, wobei ein Fall besonders und der andere als typisch klassifiziert ist. Die Klassifizierungen sind im Kapitel 6.9.3 ausführlich begründet.

In der zweiten Gruppe befinden sich acht jordanische Ärzte, welche ebenfalls vor dem

Inkrafttreten des damaligen neuen Gesetzes 2014 die Fachärzt:innenausbildung (FAA) in Deutschland anstrebten, eine FSP ablegten sowie Berufserfahrungen in Form von Hospitationen oder auch im Rahmen einer Berufserlaubnis sammelten. Es zählen fünf Fälle als besonders und drei als typisch: A.A. Jamal als besonders, O.A. Noureldin als besonders, A.A. Foad als typisch, A.A. Iyad als typisch, F.A. Jabal als typisch, A.A. Taim als besonders, A.A. Laith als besonders, A.A. Loay als besonders.

Die dritte Gruppe umfasst fünf jordanische Ärzte, welche nach dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes im Jahre 2014 einreisten und für die die FSP eine Voraussetzung darstellte. Vier Fälle kennzeichnen typische Fälle und ein Fall einen besonderen: A.A. Karam als typisch, A.A. Bassel als besonders, A.A. Rahman als typisch, A.A. Basem als typisch und A.A. Elyas als typisch. Im Folgenden gibt es eine tabellarische Übersicht über die Eckdaten der Interviewteilnehmenden.

Name	Einreise	Berufserlaubnis	Arbeit	FSP	Wiederholungen	Hospitation
*O.A. Noor	2010	Ja (Okt. 2010)	Okt. 2010	Nein	0	–
A.A. Jamal	Juni 2011	Ja (Aug. 2011)	Aug. 2011	Anfang 2013	0	–
O.A. Noureldin	Juli 2011	Ja (Nov. 2011)	Nov. 2011	Nov. 2012	0	–
A.A. Foad	1 Nov. 2011	Ja (Nov. 2011)	Nov. 2011	Ja (erst 2013)	0	–
*F.A. Karim	2012	Ja	2012	Nein	0	Ja (6 Monate und 3 Wochen)
A.A. Iyad	1 Nov. 2013	Ja (für 6 Monate)	2016	Ja (zwischen Februar 2015 und Januar 2016)	2	Ja
F.A. Jabal	2013	–	2013	Jan. 2013	0	Ja (3 Monate)
A.A. Taim	Sep. 2013	–	2014	Mai 2014	0	Ja (4 Monate)
A.A. Laith	2013	Ja (2014)	2014	Ja (2014)	2	Ja (2 Monate)
A.A. Loay	Anfang 2014	- (Juli 2014)	Juli 2014	Ja	0	Ja (2-3 Monate)
A.A. Karam	Ende 2014	– (Ende 2014)	Ende 2014	Ja (2014)	0	Ja
A.A. Bassel	Aug. 2014	–	Ende Juni 2016	Ja (11 Juni 2016)	2	Ja
A.A. Rahman	2016	– (2017 erst)	2017	Ja	3	Ja
A.A. Basem	2016	–	2018	Ja (2017)	2	Vor dem 2. Mal für 5 Monate
A.A. Elyas	April 2018	–	Juli 2019	Mai 2019	2	Ja (3 Monate)

**Tabelle 2: Eckdaten der Interviewteilnehmenden**

Die vorstehende Tabelle<sup>17</sup> zeigt einen resümierenden Überblick über die biografischen Eckdaten der jordanischen Ärzte für die vorliegende Studie. Die dunkelfarbigen Zeilen zeigen die erste und zweite Gruppe (siehe Kapitel 6.9.3), sprich vor der Einführung der neuen

<sup>17</sup> Die Kennzeichnung mit dem Asterisk-Zeichen zeigt, dass die beiden Interviewteilnehmer O.A. Noor und F.A. Karim keine FSP ablegten. Ohne diese Kennzeichnung wurde von allen Teilnehmenden die FSP abgelegt. Die hellfarbigen Zeilen hingegen zeigen die Teilnehmer nach der damaligen Gesetzgebung im Jahr 2014.

Gesetzgebung im Jahre 2014 (siehe Kapitel 2.2).

In der darauffolgenden Abbildung werden die Gründe für die Auswahl der Fachärzt:innenausbildung (FAA) in Deutschland veranschaulicht. Dabei werden von einer Person mehrere Gründe genannt. Es ist daraus ersichtlich, dass die jordanischen Ärzte Deutschland vorwiegend aufgrund des guten Rufs sowie der hohen Qualität im medizinischen Sektor und dem damit verbundenen Weiterbildungssystem für ihre FAA auswählen. Prof S. A. (Abs. 81) und Prof M. (Abs. 59) sehen ebenfalls die Qualität der deutschen FAA als einen Grund für die Auswahl.

Ja, weil die wahrscheinlich keine Perspektive. Die meisten Leute kommen entweder während sie, es gibt ja zwei Gründe, warum Leute wohin gehen ja. Entweder sie werden geschoben oder gezogen ja. (...) Und ich kenn Jordanien nicht genug, ob die geschoben werden. Also ich meine natürlich glaube ich ist das deutsche (...) Gesundheitssystem in Europa relativ gut ja. Vielleicht von der Ausbildung nicht ganz so gut wie Großbritannien oder vielleicht nicht ganz so strukturiert wie die USA, aber ich glaub in Europa haben wir ein relativ gutes Ausbildungssystem (Prof M: 59).

Hinzu kommt, dass die Stellenfindung im Bereich Medizin und insbesondere in der Chirurgie besser und schneller ist als in Jordanien. Dies wird damit begründet, dass der Bereich Chirurgie in Jordanien hohes Ansehen genießt und wegen den begrenzten freien Vakanzen eine gewisse Konkurrenz herrscht (A.A. Elyas: 8; A.A. Iyad: 4; A.A. Jamal: 4; A.A. Laith: 9-11; A.A. Rahman: 8; A.A. Taim: 28).

Aber wie gesagt, vorallem für mich war die Chirurgie, weil hier kriegt man (...), hat man sehr gute Chance, dass man Chirurgie macht und (...) also die Subspeciality also die (...) zum Beispiel die Augenheilkunde oder die Hals-Nasen-Chirurgie oder Kinderchirurgie oder solche kleine Fachrichtungen also (...) das ist natürlich ein Traum, dass man das zu Hause macht oder in Amerika, aber in Deutschland hat man deutlich also höhere Chance, dass man das kriegt (A.A. Taim: 28).

Die Schwierigkeit, im Fachbereich der Chirurgie eine FAA durchzuführen, scheint nach den Aussagen der jordanischen Ärzte häufig zu sein. Aber auch finanzielle Gründe, sprich das hohe Einkommen als Ärzt:in ist für ungefähr der Hälfte der Interviewteilnehmer (7 von 15 Interviews) ein wichtiges Kriterium für die Auswahl, wie ebenso Prof. S.A. (Abs. 81 & 83) argumentierte. Für Prof S.A. sind Unabhängigkeit und Geld miteinander verbunden, sodass ein Ärzt:in, der gut verdient auch seine Unabhängigkeit erhält.

Natürlich da kam dazu in Assistenzarztzeit, das war auch wir wussten, dass ein guter Gehalt, guter finanzieller Grund auch (O.A. Noureldin: 8).

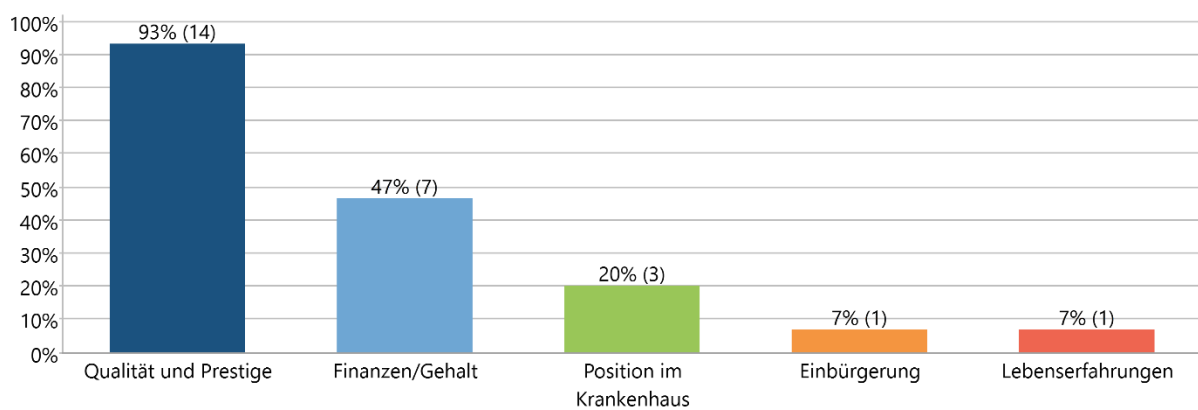
Wahrscheinlich sind die Aufnahmebedingungen, das ist auch möglich. Wahrscheinlich, dass man schnell von Anfang an Geld verdient und damit auch unabhängig wird (Prof S.A.: 83).

Erwähnenswert ist der Anspruch auf eine höhere Position nach der Rückkehr nach Jordanien. Die medizinische Ausbildung in Deutschland ist hochgeschätzt. Demnach besteht die Möglichkeit eine höhere Position einzunehmen.

ja, also eigentlich ist das so in Jordanien. (...) Es wäre eigentlich sehr gut, wenn jemand sich jetzt in Europa oder in Amerika spezialisiert. Wenn man das macht, dann bekommt man eigentlich eine gute Position in Jordanien, wenn man jetzt dort arbeiten kann, (...) weil eigentlich wenn man nur in Jordanien studiert und seine Spezialisierung macht, dann bekommt man keine gute Stelle und dann werde ich, wird man wahrscheinlich in die Peripherie in irgendwelchem kleinen Krankenhaus arbeiten und (...) genau das ist nicht eigentlich, was jeder Arzt wünscht (A.A. Foad: 8).

Weitere Gründe für die Auswahl sind die Einbürgerung und verschiedene Lebenserfahrungen im neuen Lebensabschnitt der jordanischen Ärzte in Deutschland zu sammeln. Dazu gehört ebenso das Kennenlernen der deutschen Kultur.

Die nachfolgende Grafik gibt nochmals eine Zusammenfassung der unterschiedlichen Beweggründe zur Auswahl der FAA in Deutschland.



**Abbildung 6: Auswandern für Fachärzt:innenausbildung**

Als Nachteil nennt Prof. S.A. (Abs. 83) die Sprache, um in Deutschland die FAA zu absolvieren. Als Grund gibt er an, dass ein Medizinstudent:in bereits im Studium auf die englische Sprache angewiesen ist und diese bis dato auch beherrscht. Demzufolge sind für Prof. S.A. (Abs. 83) und Prof. M. (Abs. 67 & 73) die Wahl von englischsprachigen Ländern, wie USA und Großbritannien eine bessere Option. Eine Umstellung und der Neu-Erwerb einer neuen Fremdsprache (FS) wie Deutsch ist demnach zeitaufwendig und mit Hürden verbunden.

Ich glaub, das würde ich mir auch wünschen. Das ist hilfreich. Weil sie einfach dann die Herausforderung dann nicht haben Deutsch zu lernen, in einer neuen Kultur zu sein und noch Medizin zu lernen ja, sondern das haben sie dann schon so ein bisschen drauf (Prof M.: 67).

Zusammenfassend ist die Tendenz zu erkennen, dass jordanische Ärzte die FAA im Bereich der Chirurgie aufgrund ihrer Vielfalt, wie z.B. Neurochirurgie oder Unfallchirurgie, absolvieren. Die Gründe für die Auswahl der FAA in Deutschland sind vorwiegend medizinische Gründe, insbesondere die qualitativ hochwertige medizinische FAA. Die deutsche Sprache wird dabei eher als hinderlich angesehen.

## 7.2 Fallzusammenfassung: Personenportrait

Aus der Kategorie besonderer Fälle wurde für Gruppe A *F.A. Karim*, für Gruppe B *O.A. Noureldin* und für Gruppe C *A.A. Bassel* als repräsentative Fälle für Fallzusammenfassungen ausgewählt. In diesem Abschnitt werden Personenportraits erstellt. Die Auswahlkriterien der besonderen Fälle und der Gruppen sind im Kapitel 6.9.3 im Detail begründet.

### 7.2.1 Personenportrait Gruppe A: F.A. Karim

F.A. Karim reiste im Jahre 2012 aufgrund der qualitativ hochwertigen medizinischen Ausbildung nach Deutschland ein. In Deutschland angekommen, machte er zunächst eine dreiwöchige Hospitation. Währenddessen beantragte er seine Berufserlaubnis. Daraufhin arbeitete er mit seiner Berufserlaubnis für sechs Monate in der Anästhesie. Nach den sechs Monaten Berufserfahrung fühlte er sich einsam, insbesondere ermüdeten ihn die Schwierigkeiten im ärztlichen Klinikalltag, sodass er sich dazu entschied, für fünf Monate nach Jordanien zu reisen. Dort war es seine Intention, zunächst zu heiraten, um bei der Rückkehr nach Deutschland nicht einsam zu bleiben. Darüber zu sprechen, sei ihm peinlich (Abs. 8). Ohne geheiratet zu haben, kehrte er wieder nach Deutschland zurück und arbeitete dann in Sachsen-Anhalt im Bereich der Inneren Medizin.

Er beantragte seine Approbation in Sachsen-Anhalt, wobei er hier anmerkt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Gleichwertigkeit seines Medizinstudiums laut einer Aussage der Sachbearbeiterin nicht gegeben sei. Aus diesem Grund und aufgrund des Zeitverlusts entschloss er sich, die Kenntnisprüfung abzulegen, welche im November 2015 erfolgte. Er fügt in diesem Zusammenhang hinzu, dass es damals keine Voraussetzung war, eine FSP abzulegen. Stattdessen konnte man für zwei Jahre mit einer Berufserlaubnis als Ärzt:in arbeiten und zu einem späteren Zeitpunkt die Kenntnisprüfung ablegen. Die Kenntnisprüfung beinhaltete verschiedene Fachbereiche, insbesondere die innere Medizin und Chirurgie. Zusätzlich umfasste sie eine Anamnese und ein Arzt-Arzt-Gespräch (AAG). Danach wurde eine Diskussionsrunde mit dem Prüfer durchgeführt, in der ihm beliebige Fragen gestellt werden konnten. Abschließend gab es ein Gespräch mit den drei vorhandenen Oberärzten, in dem zusätzlich eine Elektrokardiographie (EKG) und Röntgenergebnisse ausgewertet wurden (Abs. 24). Für die Kenntnisprüfung in November 2015 bereitete er sich mithilfe des Buches *Innere Medizin von Gerd Herold* und durch seine bereits vorhandene Berufserfahrung durch die erhaltene Berufserlaubnis in August 2012 vor.

F.A. Karim nennt im Bereich der **Verwaltungstätigkeiten** einige erlebten Probleme, wie

grammatikalische Schwierigkeiten und Probleme bei der Formulierung der Sätze in Arztbriefen. Aber auch Schwierigkeiten bei Entlassungsbriefen, Rehaanträgen, Überweisungen, Transportscheine und Pflegedienst. Die klare Differenz mit dem **Entlassungsbrief** erklärt er dadurch, dass in Jordanien keine Entlassungsbriefe per se existieren, sondern ein sogenanntes *Discharge Formular* (Abs. 124), wo lediglich Name, Diagnose und Therapie ohne Einzelheiten dokumentiert sind. Er findet, dass solche Tätigkeiten eher ein Sozialmanagement übernehmen sollte. Auch aus der Notaufnahme wird der:die Patient:in nur mit Medikamenten und ohne ärztlichen Brief entlassen. In Deutschland hingegen beinhaltet ein Entlassungsbrief alle Einzelheiten des Krankheitsverlaufs, sowie Therapien, Diagnosen usw., auch bei einer Aufnahme in der Notaufnahme. Eine Besonderheit des Interviews mit F.A. Karim ist die durchgehende Nennung von Lösungsvorschlägen für einige seiner erfahrenen Schwierigkeiten. Im Kontext der Verwaltungstätigkeiten sagte er, dass er zu Hause intensiv Schlüsselwörter und, mithilfe von Mustern, die Form der Arztbriefe bei identischer Indikation gelernt hat.

Bei den **medizinischen Tätigkeiten** teilt er diese in je nach Fachgebiet abgestimmte Probleme mit den Aufgabengebieten ein. Probleme in diesem Bereich führt er auf seine wenig vorhandenen Berufserfahrungen in Jordanien zurück, da er dort derartige Tätigkeiten, wie Lumbalpunktion, EKG lesen, Venenkatheter legen, endotracheal Intubation, Schlafmedikamente, nicht ausgeübt hat (Abs. 56-60). Da F.A. Karim in den Abteilungen der Anästhesie und der Inneren Medizin arbeitete, berichtet er über seine erlebten Schwierigkeiten in diesen zwei Abteilungen. F.A. Karim erzählt über seine schwierige Zeit am Anfang seiner Tätigkeit als Assistenzarzt. Er beschreibt sich selbst damals als depressiv und traurig (Abs. 64). Aufgrund seiner damals geringen Sprachenkenntnisse kam er öfters in **schwierige und unangenehme Situationen mit Kolleg:innen, Pflegepersonal und Patient:innen**. Es war damals seine Absicht, vor der alleinigen Übernahme von ärztlichem Dienst vorerst seine deutsche Sprache mithilfe eines Sprachkurses zu verbessern; dies lehnte der Chefarzt unter Verweis auf den Personalmangel ab. Vorwiegend hatte er das Problem, Kolleg:innen, Patient:innen sowie das Pflegepersonal bei Arbeitsanweisungen und Aufklärungsgesprächen, u.a. im Operationssaal nicht vollständig zu verstehen.

Darüber hinaus berichtet er über massive Probleme mit Pflegepersonal und Kolleg:innen, sodass es mit einem Krankenhauswechsel endete. Aufgrund seiner Sprachbarriere konnte F.A. Karim die Arbeitsanweisungen von Oberärzt:innen und Pflegepersonal sowie auch die Beschwerden und Symptomen der Patient:innen im Arzt-Patienten-Gespräch (APG) nicht verstehen, sodass keine zeitgerechte Reaktion erfolgte. Beispielsweise gab die OP-Schwester während einer Operation die Anweisung, dem Patienten Schmerzmittel zu verabreichen, jedoch

verstand F.A. Karim diese Anweisung nicht. Begründet wird dies damit, dass es seine erste Arbeitswoche war. Der unhöfliche Umgang und Ton der Krankenschwestern, aber auch einer Oberärztin kritisiert er. Ihre Umgangsweise ist personenabhängig, zumal die Oberärztin nicht nur gegenüber ausländischen Ärzt:innen diese Umgangsweise hatte, sondern ebenfalls mit weiteren Kolleg:innen. Im Gegenzug berichtet F.A. Karim aber auch, dass es viele freundliche, geduldige und ruhige Kolleg:innen und Pfleger:innen gibt.

F.A. Karim bewertet die **Schwierigkeiten im Berufsalltag** als positiv. Er sagt, dass er durch die gestellten Herausforderungen im Berufsalltag stärker wird und davon profitiert. Ein:Ärzt:in, welche:r in verschiedenen arbeitsaufwendigen und teils stressigen, zeitintensiven Fachabteilungen, wie Notaufnahme, Palliativstation, Intensivstation und Weaningstation arbeitet, sammelt letzten Endes mehr Erfahrungen, als in anderen, etwas ruhigeren und stressfreieren Abteilungen.

Wie bereits erwähnt, hatte F.A. Karim viele **sprachliche Schwierigkeiten**, wie die Formulierungen im Arztbrief sowie im Verständnis von Anderen, wohingegen mit der **Fachsprache Medizin** keine Probleme zu erkennen waren. Begründet wird dies dadurch, da er in Syrien auf Arabisch studierte, dann in Jordanien sein Praktisches Jahr (PJ) und die dazugehörige Prüfung auf Englisch absolvieren musste, wodurch er auf Hürden mit den englischen Fachbegriffen bereits in Jordanien stieß. Dadurch fiel ihm das Verstehen von Fachbegriffen in Deutschland leichter. Angemerkt wird, dass Schwierigkeiten mit deutschen Begrifflichkeiten – der ärztlichen Gemeinsprache - und den Abkürzungen vorgekommen sind, die jedoch durch das selbstständige Nachforschen und Nachlesen im Internet weitgehend vermieden werden konnten. **Fachwörter**, wie kardiale Dekompensation (Abs. 94) oder Perforation stellten für ihn bei der Umschreibung eine Herausforderung dar (Abs. 94-98).

F.A. Karim offenbart, dass es durchaus **systemrelevante und kulturelle Differenzen** zwischen Jordanien und Deutschland gibt. Er berichtet über die **Dauer der Patient:innenaufnahmen** und die damit verbundenen Wartezeiten in Deutschland, insbesondere in der Notaufnahme, sowie den Arbeitsablauf auf der Suche nach freien Betten bei einer stationären Aufnahme. Zudem sind die Hygienevorschriften in Deutschland strenger, wie z.B. die Isolation eines:einer Patient:in bei ansteckenden Krankheiten und die damit verbundene Dokumentation.

Interessant ist, dass er die Kompetenzen des:der deutschen Ärzt:in von einem:einer jordanischen Ärzt:in, welche:r Neueinsteiger:in im Beruf ist, deutlich differenziert, wobei der:die deutsche Ärzt:in kompetenter als der:die ausländische Ärzt:in sei. Einem:Einer ausländischen Ärzt:in fehle das Wissen über die Arbeitsabläufe. Hingegen verfüge ein:e deutsche:r Ärzt:in, aufgrund des obligatorischen Absolvierens des PJ vor Beginn seiner:ihrer Weiterbildung, über

das notwendige Wissen von allen systemrelevanten Krankenhausprozessen sowie der ärztlichen Tätigkeiten. Er merkt jedoch an, dass es keine Unterschiede im Fachwissen gäbe, da dies je nach Motivation und Engagement personenabhängig ist (Abs. 104). Er macht das Wissen nicht von der Nationalität, den Erfahrungen und/oder des Sprachvermögens abhängig. Dennoch schätzt er es so ein, dass Ärzt:innen wegen ihren Sprachkenntnissen Vorteile haben: er:sie kann sich schneller integrieren und die sprachlichen Schwierigkeiten sind ebenfalls geringer, da er:sie schneller verstehen, reagieren und mit Patient:innen fließender sprechen kann.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass F.A. Karim der Ansicht ist, dass deutsche Ärzt:innen mehr **Geduld** bei Aufklärungsgesprächen aufbringen und somit Patient:innen Vertrauen und Zeit schenken. In Jordanien wird seitens des:der Ärzt:in weniger Zeit in diagnostische und therapeutische Maßnahmen und in Aufklärungsgespräche investiert, wobei F.A. Karim diesen Mangel damit begründet, dass es mit hohen Kosten für die Patient:innen, mit geringeren Bettenkapazitäten und mit eingeschränkten Diagnoseverfahren, wie MRT oder CT, verbunden ist. F.A. Karim nennt hierzu ein konkretes Beispiel aus seiner Tätigkeit als Arzt in Jordanien (Abs. 106-112). Er fügt hinzu, dass alle Menschen in Deutschland eine Krankenversicherung haben und somit die Kapazität und Qualität einer hohen medizinischen Betreuung gegeben ist. Dies empfindet F.A. Karim als einen großen Vorteil in Deutschland und kann mit den vorhandenen Kapazitätsmöglichkeiten im gesundheitlichen Sektor besser als Ärzt:in agieren.

Positiv nennt er in Deutschland ebenfalls die **kollegiale Beziehung**, da ein:e Oberärzt:in jederzeit bei Fragen und Problemen verfügbar und erreichbar für seine:ihre Assistenzärzt:innen ist. In Jordanien ist diese Beziehung nicht vorhanden, da die Oberärzt:innen eine gewisse Macht-hierarchie ausstrahlen und der:die Assistenzärzt:in „Angst“ (Abs. 120) gegenüber dem:der Chef:in und dem:der Oberärzt:in haben.

Hinsichtlich der **Rolle des:der Ärzt:in** bietet dieser seine:ihre Therapiemöglichkeiten an, schlussendlich entscheidet jedoch der:die Patient:in und fixiert dies mit einer Unterschrift. F.A. Karim nennt die Besonderheit der Möglichkeit einer Patientenverfügung, einer Vollmacht und einer Therapielimitierung, welche ebenfalls in Jordanien nicht existieren.

Abschließend wünscht sich F.A. Karim eine Vereinfachung im Anerkennungsprozess, der FSP und der allgemeinen bürokratischen Angelegenheiten, wie Umziehen, Anmeldung und Stellensuche. Zusätzlich wünscht er sich die Abänderung der Zuständigkeit des:der Assistenzärzt:in für bürokratische Tätigkeiten. F.A. Karim befürwortet das Absolvieren einer FSP, um die fachlichen und sprachlichen Kompetenzen zu prüfen, wobei er hier anmerkt, dass diese vereinfacht und die Wartezeiten auf einen Prüfungstermin geringer gehalten werden sollten.

### 7.2.2 Personenportrait Gruppe B: O.A. Noureldin

O.A. Noureldin lebt seit Juli 2011 in Deutschland und arbeitet seit November 2011 als Assistenzarzt mit einer Berufserlaubnis. Im März 2018 wurde er schließlich Facharzt und arbeitet seitdem als Oberarzt in der Kardiologie. Seine Gründe für die Auswahl Deutschlands für seine Weiterbildung waren nicht nur der gute medizinische Ruf, sondern auch die Qualität des Weiterbildungssystems sowie das hohe Einkommen. Als er die FSP im November 2012 ablegte, arbeitete er schon ein Jahr mit seiner Berufserlaubnis und konnte demzufolge Erfahrungen in der Arzt-Patienten-Interaktion (API), im Arzt-Arzt-Gespräch (AAG) und das Schreiben von Arzt- und Entlassungsbriefen sammeln. Diese Erfahrungen kamen ihm bei seiner FSP zugute (Abs. 10-16). Er schildert den Ablauf der FSP: ein Aufklärungsgespräch führen und eine Studie zusammenfassen. Seine Vorbereitung erfolgte durch seine einjährige Berufserfahrung als Internist. Dabei sammelte er alle Aufklärungsbögen des Fachbereichs ein und studierte diese ein, kommunizierte mit Patient:innen und behandelte diese und bearbeitete zusätzlich das Buch *Innere Medizin von Gerd Herold* (Abs. 16). Er empfiehlt für die Vorbereitung, dass ausländische Ärzt:innen ihr Sprachniveau zunächst für sich reflektieren und dann entscheiden, wie sie sich am besten vorbereiten können. Dennoch liegt die Priorität seiner Empfehlung darauf, eine Hospitation zu absolvieren, um Kontakt zu Patient:innen zu erhalten.

O.A. Noureldin äußerte seine erlebten Schwierigkeiten als Assistenzarzt mit den **Verwaltungstätigkeiten**, wie Versicherungsangelegenheiten. Glücklicherweise bekam er Unterstützung von einer Verwaltungsmitarbeiterin (Abs. 24). Ein Schock war insbesondere der Arztbrief, weil das Format, die Formulierungen und die fallorientierten Sprachbausteine des Arztbriefes für ihn unbekannt waren. In Jordanien hatte er zuvor keine Arztbriefe verfasst. Zudem waren Visitedokumentationen auch eine große Herausforderung für O.A. Noureldin. In den Visitedokumentationen werden neue Diagnosen, neue Untersuchungen und Gespräche mit den Patient:innen u.v.m. dokumentiert. Diese Tätigkeiten zu erlernen, hat nach seiner Aussage zwischen sechs und acht Monaten in Anspruch genommen. Dabei hat der Oberarzt stets mitgewirkt und ihm geholfen. Er beschreibt die Arztbriefe und das Schreiben der Entlassungsbriefe als die „schlimmste Sache“ (Abs. 28).

Besondere Hürden bei den **medizinischen Tätigkeiten** waren Venenkatheter legen und Blutentnahmen, da diese Tätigkeiten in Jordanien keine ärztlichen Aufgaben darstellen und nicht ausgeübt werden.

Die **Fachsprache Medizin** stellte für ihn kein Problem dar. Allerdings erlebte er Probleme mit der **ärztlichen Gemeinsprache**, bei der er z.B. nicht wusste, was Ikterus auf Deutsch heißt (Gelbsucht).

Er erzählt von einem Vorfall mit einem **Patienten** in der Notaufnahme, den er damals aufgrund seiner persönlichen schwachen Sprachkenntnisse und des starken Akzentes des Patienten nicht vollständig verstanden hatte. Bei solchen sprachlichen Schwierigkeiten benutzte er eine für sich sichere Methode: Ja/Nein Fragestellungen. Er schildert eine Situation, in der der Patient per Rettungswagen eingeliefert wurde. Er schätzte seine Sprachkenntnisse damals als noch sehr schwach ein. Mit dabei war ein neuer libanesischer Assistenzarzt, der in der Situation durch das viele Nachfragen überfordert war. O.A. Noureldin versuchte zunächst, den neuen Assistenten zu beruhigen und sagte ihm, dass sie es mit dem Patienten mithilfe von Ja/Nein Fragen eigenständig klären würden. Er nennt seine Vorgehensweise als „Save-Mediziner“ (Abs. 36). Mithilfe dieser Methode konnte er sich eine vorläufige Orientierung der Schmerzen, der Ursachen und der möglichen weiteren diagnostischen Maßnahmen verschaffen. Insbesondere war für ihn diese Methode wichtig, um hauptsächlich Vertrauen aufzubauen. Zudem sollte nicht der Eindruck erweckt werden, dass er aufgrund seiner Sprachbarriere ein inkompetenter Arzt (Abs. 36) sei.

Aber auch Probleme mit **Pflegepersonal** sind aufgrund Inakzeptanz aufgetreten, die O.A. Noureldin nachvollziehen kann. Inakzeptanz bedeutet nach ihm, dass die Pflegekräfte mehr Erfahrung haben, die Sprache besser beherrschen und ein:e ausländische:r Ärzt:in trotz seiner:ihrer Sprachbarriere dennoch Entscheidungen treffen darf und zudem ein höheres Einkommen erzielt. Seiner Ansicht nach kam es ebenfalls zu **kulturellen Auseinandersetzungen**, welche einen religiösen Hintergrund hatten, wie das Essen und das Umarmen von Frauen. Er sagt, dass die Kolleg:innen dachten, dass die jordanischen Ärzte gegen Frauen seien, da sie nur die Hand bei der Begrüßung reichen (Abs. 40-42). O.A. Noureldin schildert eine weitere Situation, welche er als eine religiös-kulturelle Situation bezeichnet. Er überwies eine 17-jährige Patientin zum Röntgen der Lunge ohne vorher nachzufragen, ob eine Schwangerschaft besteht. Für ihn kann ein 17-jähriges Mädchen, welches dazu noch ledig ist, aus kulturellen und religiösen Gründen nicht schwanger sein (siehe Schirmmacher, 2004).

Besonders hebt er bei den kulturellen Schwierigkeiten hervor, dass das **Überbringen von schlechten Nachrichten** in Deutschland angenehmer und einfacher sei als in Jordanien. Grund hierfür sei, dass die Patient:innen in Deutschland ihm als Arzt trotz seiner Sprachbarriere mehr Vertrauen schenken. Er nennt dabei den Vorteil, dass die Patient:innen besser eine Entscheidung bei Therapiemöglichkeiten für bösartige oder unheilbare Krankheiten treffen können. Ebenfalls unterscheidet sich die **Frageform**. In Jordanien gibt es Tabu-Themen, welche mithilfe von indirekten, ausschweifenden und höflichen Fragen langsam abgefragt werden, wie Alkoholkonsum oder Fragen zur Menstruation einer weiblichen Person oder gar zu sexuellen

übertragbaren Krankheiten. Ausnahme in diesem Kontext sind hier Gynäkologen. Zum Beispiel mit der Ausschweifung: „Entschuldigung, ich muss Sie gleich fragen, aber ich weiß diese Frage ist (...) kann auch Sie zu einem Situation bringen, wo das Sie unzufrieden sind, aber ich muss Sie fragen, weil das gehört zu unserer Anamnese, ob“ (Abs. 46).

Weiterhin differenziert er die **Arbeitsstunden** eines Assistenzarztes. Trotz der geregelten und wenigen Arbeitsstunden in Deutschland ist laut O.A. Noureldin das Gehalt höher. Die Arbeitszeiten seien ein Luxus in Deutschland mit 40 Stunden pro Woche und ein paar zusätzlichen Diensten. Im Vergleich hierzu, sind in Jordanien die Arbeitszeiten von acht bis siebzehn Uhr auf zwei darauffolgenden Tagen und Nachtdienste unregelmäßig. In Jordanien gibt es trotz geringem Gehalt längere Arbeitszeiten und mehr Dienste.

Eine Besonderheit im ärztlichen Dienst nennt er die **Beziehung zwischen den Ärzt:innen**, welche er in Deutschland als ein Team sieht. Hingegen kritisiert er das Verhältnis der Ärzt:innen in Jordanien, da jede:r Oberärzt:in wie ein:e Chefärzt:in agiert und seine:ihre eigenen Assistenzärzt:innen und Patient:innen hat. O.A. Noureldin merkt hier an, dass die Assistenzärzt:innen in Jordanien sich anbieten müssen, was er für übertrieben hält. Zusätzlich unterscheidet er, dass die **Beziehung in Deutschland** zu allen Kolleg:innen aufgebaut wird und demnach ein:e neue:r Assistenz:ärztin ein gutes Verhältnis zu dem:der Ober- oder Chef:ärztin haben kann, wie beispielsweise zusammen ausgeübte Freizeitaktivitäten. Der:Die Chefärzt:in übernimmt die Verantwortung, auch für durch Oberärzt:innen gemachte Fehler.

In Jordanien liegt eine klare Abtrennung und **Hierarchie** der Machtverhältnisse zwischen den Kolleg:innen (Abs. 54-56), aber auch eine klare Hierarchie zwischen Assistenzärzt:innen und dem:der betreuenden Ober:ärztin vor. Er sagt, dass ein Unterschied im Siezen und Duzen liegt. Ebenso findet er die **Art der Betreuung** im Weiterbildungssystem in Jordanien besser, als in Deutschland. In Jordanien gibt es stets einen Hintergrund bzw. eine:n Mentor:in, welche:r bei Schwierigkeiten und Fragen hinzugezogen werden kann. Sollte ein:eine Assistenz:ärztin in Jordanien Fragen haben, muss er:sie zunächst alle anderen erfahreneren Assistenzärzt:innen mit einbeziehen und erst am Ende, wenn niemand weiterhelfen kann, den:die Mentor:in hinzuziehen. Er schildert, dass in jordanischen Krankenhäusern stets erfahrenere Assistenzärzt:innen, genannt Senior, im Dienst zugegen sind. Senior-Assistenzärzt:innen können in Jordanien ohne den:die Oberärzt:in Maßnahmen einleiten und durchführen. Hingegen sind Assistenzärzt:innen in deutschen Krankenhäusern oft alleine auf der Station und müssen bei Problemen immer den:die betreuenden Oberärzt:in kontaktieren, auch wenn diese:r außer Dienst ist. O.A. Noureldin ist zurzeit Oberarzt und sagt, dass er ebenfalls des Öfteren von Assistenzärzt:innen bei Bedarf hinzugezogen wird.

Zur Thematik des Einbeziehens des:der Betreuer:in schildert er die erlebte Situation in Jordanien einer 22-jährigen Patienten mit Hirnblutungen, wo er erst in der dritten Woche seiner Ausbildung war und ein erfahrenerer Assistenzarzt, der Senior, die Operation ohne den Chefarzt durchführte, weil der Chefarzt sich verspätete. O.A. Noureldin sagt, dass ein solches Prozedere und eine solche Operation in Deutschland ohne eine:n Fachärzt:in nicht machbar seien. Die Hierarchie zwischen den Assistenzärzt:innen ergibt sich durch jährliche Prüfungen im jordanischen Weiterbildungssystem. Er assoziiert das Bestehen dieser Prüfungen mit der guten Beziehung des:der Betreuer:in (Abs. 56-60).

Zudem gibt O.A. Noureldin an, dass in Deutschland bessere **diagnostische Maßnahmen** durch die Verfügbarkeit von Geräten, wie MRT und CT, zur Verfügung stehen als in Jordanien. In Jordanien liegt der Fokus mehr auf klinischen Untersuchungen als auf diagnostischen Maßnahmen. Der:Die Ärzt:in in Deutschland ist verpflichtet, alle Informationen auszuhändigen und der:die Patient:in entscheidet auf Grundlage der Informationen über die Maßnahmen. Er erzählt von einem Vorfall mit einem 80-jährigen Patienten, welcher weiteren Maßnahmen zur Abklärung seiner Krankheit ablehnte.

O.A. Noureldin, äußert seine **Wünsche**, dass die Verwaltungstätigkeiten von Dritten abgenommen werden sollten, weil er die Zeit lieber in die Behandlung und die Diagnose der Patient:innen investieren möchte.

### 7.2.3 Personenportrait Gruppe C: A.A. Bassel

A.A. Bassel ist ein typischer Vertreter der Gruppe C. Er ist Assistenzarzt, hat in Jordanien drei Jahre Berufserfahrung gesammelt und kam im August 2014 aufgrund der qualitativ hochwertigen medizinischen Ausbildung und dem hohen Einkommen nach Deutschland. Als er in Deutschland ankam, absolvierte er zunächst ein Praktikum. Daraufhin legte er die FSP am 11. Juni 2016 mit Erfolg ab und erhielt Ende Juni 2016 seine Approbation. Seine Intention vor seiner Rückkehr nach Jordanien ist es, in Deutschland seine FAA abzuschließen und für einige Jahre als Oberarzt tätig zu werden. Als Grund für die angestrebte Rückkehr nennt er erstens das Sammeln von Berufserfahrungen, zweitens der unerwartet zeitintensive Auslandsaufenthalt seit dem Medizinstudium und drittens das Vermissen der Familie in Jordanien. Er stuft die **FSP** als mittelschwer ein und setzt für diese Prüfung gute Deutschkenntnisse sowie das Absolvieren einer Hospitation voraus. Dabei legte A.A. Bassel die Prüfung zweimal ab. Die erste Prüfung war im August 2015, wo er seiner Meinung nach sprachlich schwach war und die zweite Prüfung legte er dann am 11. Juni 2016 ab. Die Prüfung bestand aus drei Teilen: die Erhebung einer Anamnese, die Erstellung eines Arztbriefes und die Durchführung eines AAG. Die

kollegiale Kommunikation nennt er dabei den schwierigsten Teil der Prüfung, weil der Prüfer, in seinem Fall der Chefarzt, beliebig viele Fragen an die zu prüfende Person stellen darf. Ebenso waren für ihn die verwendeten ärztlichen Begrifflichkeiten der ärztlichen Gemeinsprache schwierig, wie z.B. die Schaufensterkrankheit, welche er nicht kannte (Abs. 12). Ebenso wurde es negativ bewertet, als er das von der Patientin eingenommene Medikament auf Englisch aussprach.

Für die Vorbereitung auf die FSP empfiehlt er keinen Deutschkurs für Ärzt:innen zu absolvieren, sondern vielmehr das Absolvieren einer Hospitation. Der Grund liegt in der effektiven Erlernbarkeit der notwendigen ärztlichen Kompetenzen in einer Hospitation im ärztlichen Milieu, wo man das deutsche Krankenhaussystem, den Arbeitsverlauf und das Schreiben von Entlassungsbriefen erlernt. Angemerkt sei hier, dass es in Jordanien wenig Verwaltungstätigkeiten gibt und die Entlassungsbriefe kurzgefasst werden. Zur selbstständigen Vorbereitung absolvierte er eine Hospitation und las ebenfalls auf Empfehlung von erfahreneren Kolleg:innen die empfohlenen medizinischen Bücher.

Interessant ist hervorzuheben, dass A.A. Bassel, basierend auf seine eigenen Erfahrungen, einen Unterschied in den **ärztlichen Tätigkeiten** in einer Reha-Klinik und einem Akutkrankenhaus sieht. Die Arbeitsfelder in einer Reha-Klinik waren für ihn weniger, als in einem Akutkrankenhaus, in welchem rund um die Uhr Patient:innen und Notfälle aufgenommen werden. Insbesondere hebt er bei den Schwierigkeiten die sprachliche Problematik beim Verfassen von **Entlassungsbriefen** hervor. Er musste damals bis zu sechs Mal einen Brief nachkontrollieren und korrigieren. Zudem musste der Chefarzt nachkorrigieren und erst dann wurde der Brief dem:der Patient:in ausgehändigt, um einen fehlerfreien Brief zu übergeben.

A.A. Bassel bekräftigt den Vorteil, bereits Berufserfahrung gesammelt zu haben. Er war seit 2011 als Arzt in Jordanien tätig, sodass er das nötige Fachwissen mitbrachte (Abs. 46). In Deutschland nennt er die Sprachkenntnisse und das Wissen über den Arbeitsverlauf als die beiden relevantesten Kompetenzen, um Probleme abzuschwächen (Abs. 42-44). Er differenziert ebenfalls die ärztliche Tätigkeit je nach Fachbereich. Als Beispiel nennt er den Bereich Chirurgie. Er sagt, dass er zunächst nur mitlaufen, dann Kleinigkeiten ausüben durfte, wie Venenkatheter legen, Drainagen ziehen, Aufklärungsgespräche durchführen und als „Hakenhalter“ (Abs. 48) in einer Operation assistieren durfte.

Zwei besondere Problematiken erwähnt er in Bezug auf das **Pflegepersonal**. Zum einen die sprachliche Hürde und zum anderen den Arbeitsablauf. Er äußert hierzu, dass das Pflegepersonal von einem:einer approbierten Ärzt:in ausgeht, also dass diese:r das nötige Wissen und die nötigen Kenntnisse mitbringt und die ärztlichen Tätigkeiten dadurch reibungslos verlaufen. Die

Aufgabe ein Venenkatheter zu legen, war für ihn komplett neu, da diese Tätigkeit in Jordanien keine ärztliche Aufgabe sei und somit nicht ausgeübt werde. Aufgrund des nicht vorhandenen Know-How kam es zwischen ihm und dem Pflegepersonal zu Auseinandersetzungen. Auch mit den Arbeitsabläufen stellten sich für ihn Fragen, z.B. wer für die Verlegungen oder Konsile verantwortlich ist.

Hingegen nennt er aufgrund seiner Erfahrungen keine **Auseinandersetzungen mit Kolleg:innen und Patient:innen**. Er bezeichnet als eigene positive Eigenschaft das Nachfragen. Das Nachfragen in einer höflichen Art und Weise bewährte sich für ihn als eine sinnvolle Lösung und Strategie, Schwierigkeiten zu mindern. Er nennt hierzu als Beispiel eine Herztransplantation (siehe Kapitel 7.4), welche er in dieser Form nicht kannte und demnach mehrmals nachfragen musste. Er merkt an, dass es keine Auseinandersetzungen mit Patient:innen gab. Hier erwähnt er aber auch **Privatpatient:innen** mit denen er vorwiegend Probleme hatte. Er beschreibt Privatpatient:innen als „Chefen“ (Abs. 66) im Krankenhaus, welche dies auch deutlich zum Ausdruck bringen. Sie möchten alles unter Kontrolle haben, sind sensibel und möchten fehlerfrei behandelt werden, so beschreibt A.A. Bassel diese Gruppe an Patient:innen. A.A. Bassel erinnert sich an einem Vorfall mit einem Privatpatienten, bei dem er Blut abnehmen wollte, jedoch dieser eine sehr schlechte Vene hatte. Der Patient beschwerte sich beim Chefarzt, sodass dieser die Tätigkeit selber durchführte und ebenfalls aufgrund der schlechten Vene mehrere Anlaufversuche benötigte, um erfolgreich Blut abzunehmen. Auch hier beschwerte sich der Patient, dass er kein „Menschversuch“ (Abs. 92) und dies nur eine normale Blutentnahme sei. Als Autoritätsperson konnte der Chefarzt die Situation und diesen Konflikt schnell lösen. Weiterhin stellten der **Akzent und die Schnelligkeit** des Redens von Kolleg:innen, Patient:innen und Pflegepersonal, beispielsweise bei Visitenbesprechungen, eine Herausforderung dar. Im Umgang mit Patient:innen benennt er seine umfangreichen Sprachkenntnisse als Vorteil, sodass der Chefarzt sehr zufrieden mit A.A. Bassel war und ihm in der Kommunikation mit ausländischen, nicht deutschsprachigen Patient:innen behilflich war.

Mit der **ärztlichen Gemein- oder Fachsprache Medizin** hätte er während seiner Weiterbildungszeit keine Schwierigkeiten gehabt, weil zum einen die vorhandenen Fachärzt:innen auch ausländische Ärzt:innen waren und er zum anderen die Methodik des Nachfragens anwandte. **Kulturell bedingte, systemrelevante Schwierigkeiten** sind die Arbeitszeiten. In Jordanien hätte man eine geregelte Arbeitszeit von 8 bis 16 Uhr, wohingegen in Deutschland diese von 8 bis 16:30 Uhr plus zusätzliche Überstunden für das Verfassen von Entlassungsbriefen sind. Anzumerken war von seiner Seite, dass ausländische Ärzt:innen im Durchschnitt länger im Krankenhaus bleiben, weil der ganze Arbeitsverlauf wie auch die ärztlichen Tätigkeiten neu

und mit Hürden zu meistern wären. Im Hinblick auf die Assistenzarztstätigkeiten berichtet er über die **jährlichen Prüfungen** am Ende jedes Weiterbildungsjahres eines:einer Ärzt:in in Jordanien. Mithilfe derer wird die Fachkompetenz der Assistenzärzt:innen, sodass seiner Meinung nach jordanische Ärzt:innen über mehr Fachwissen verfügen, als deutsche (Abs. 76-82). Er bemängelt am deutschen Weiterbildungssystem, dass in Deutschland die Ärzt:innen durchgängig in den Weiterbildungsjahren bis zum Erhalt des Facharztes dieselben Tätigkeiten ausüben und ihr Wissenshorizont nicht erweitert wird.

Der:Die Ärzt:in in Deutschland nimmt eine klare **Rolle** ein. Er gibt die nötigen Informationen zu Operationen, Komplikationen, Medikamenten und Therapien. Der:Die Patient:in gibt mit seiner:ihrer Unterschrift sein:ihr Einverständnis oder verweigert die Maßnahme. In Jordanien würden dies entfallen, weil der:die Patient:in dort Vertrauen zur Ärzt:in mitbringt. Er gibt ein Beispiel aus seinem familiären Umfeld, dass ein Familienmitglied viele Operationen hatte ohne zu wissen, wegen was und wie er tatsächlich operiert wurde (A.A. Bassel: 85-91).

Abschließend wünscht sich A.A. Bassel ein konkretes Weiterbildungssystem mit jährlichen Prüfungen, da diese einen positiven Effekt für die Horizonterweiterung der fachlichen und praktischen Kenntnisse eines:einer Ärzt:in haben. Weiterhin wünscht er sich im Fachbereich der Chirurgie mehr Operationsmöglichkeiten während der Weiterbildungszeit, da er sagt, dass ein:e Chirurg:in in die Operationssäle gehöre.

### **7.3 Schwierigkeiten bei den allgemeinen Sprachkenntnissen**

Jordanische Ärzte erkennen nach individueller Reflexion der eigenen Situation oft die sprachliche Hürde im mündlichen sowie schriftlichen Ausdruck, die das Verständnis und die Kommunikation beeinträchtigt. Die Konzentration liegt zunächst auf den allgemeinen sprachlichen Schwierigkeiten im Klinikalltag im mündlichen Ausdruck. Anschließend folgen die Schwierigkeiten im schriftlichen Ausdruck.

A.A. Rahman (Abs. 50), A.A. Iyad (Abs. 28) und F.A. Jabal (Abs. 22) nennen die Problematik, in bestimmten Situationen aufgrund **mangelnder Deutschkenntnisse** nicht angemessen interagieren zu können, besonders in situativen Kontexten mit Patient:innen, Kolleg:innen und Pflegepersonal. Als Problemlösung greift A.A. Rahman öfter auf seinen Wortschatz in englischer Sprache zurück. A.A. Rahman (Abs. 118-122) erläutert, dass Patient:innen in Deutschland einem:einer deutschsprachigen Ärzt:in **mehr Vertrauen** entgegenbringen und von seinen:ihren Aussagen überzeugt sind. Ebenso nennt A.A. Iyad (Abs. 32), dass das Vertrauen in dieser

Hinsicht eine große Rolle in der weiteren Behandlung bzw. Kommunikation spielt. Je sicherer F.A. Jabal als fremdsprachiger Arzt die deutsche Sprache beherrscht, umso mehr Vertrauen wird ihm geschenkt und umso zuverlässiger ist er in der Ausdrucksweise und in der Verwendung des Wortschatzes (F.A. Jabal: 122). Eine Methode zur Aufrechterhaltung der Kommunikation bei fehlendem oder mangelndem Vertrauen in ausländische Ärzt:innen nennt O.A. Noureldin (Abs. 36), dass der:die ausländische Ärzt:in nie die eigene sprachliche Schwäche und das mangelhafte Verständnis der Patient:innenaussagen bestätigt.

Wichtig das Patienten auch ihm nicht zeigen, dass ich dumm bin und dass ich nicht gar nicht verstanden habe, sondern ihm zeigen, dass ich fit bin und ich weiß worum es geht und ich werde Ihnen, keine Sorge ich helfe Ihnen (O.A. Noureldin: 36).

Ja (...) Nein sag ich mal einfach, weil der Patient ist sicher, dass der Arzt gut Deutsch spricht ansonsten gibt es kein Vertrauen und (...) ja das war ganz wichtig am Anfang, wie gesagt als dann ich hier angefangen habe, war immer Schwierigkeiten mit die Patienten, die dann sagen okay er ist Ausländer, er kann dann kein Deutsch sprechen, wie kann ich den dann Vertrauen, Vertrauen, Entschuldigung. Das war mein schlechte Erfahrung am Anfang (A.A. Iyad: 32).

Das Problem, Patient:innen oder Kolleg:innen oder Pflegekräfte **nicht verstehen zu können oder selbst verstanden zu werden**, erhält bei den jordanischen Ärzten eine besondere Priorität, da das Verständnisproblem unterschiedliche Ursachen hat. Wohingegen A.A. Karam (Abs. 62 & 66) und A.A. Laith (Abs. 35) nur die Problematik des Verständnisses angeben, erläutern A.A. Taim (Abs. 44 & 50), O.A. Noureldin (Abs. 36), O.A. Noor (Abs. 38 & 40), A.A. Basem (Abs. 40), A.A. Foad (Abs. 38), A.A. Elyas (Abs. 26-28) und F.A. Karim (Abs. 64) die Störungsquellen. A.A. Elyas (Abs. 26-28) hatte das Erlebnis, eine Krankenpflegerin aufgrund der Benutzung der **Umgangssprache** nicht zu verstehen, was ihm im Beisein des Patienten unangenehm war. A.A. Taim (Abs. 44) und O.A. Noureldin (Abs. 36) berichten von Schwierigkeit mit dem **Akzent**. A.A. Taim (Abs. 44) erzählt, dass er in Rheinland-Pfalz arbeitet und ein pfälzischer Akzent verwendet wird. Demnach zeigten sich Schwierigkeiten im Verständnis der pfälzisch sprechenden Kolleg:innen und Patient:innen. Nicht nur der Akzent stellt jordanische Ärzte vor Herausforderungen, sondern auch die **Redeflussstörungen**, wie das Verschlucken von Silben oder Wörtern oder das unverständliche Sprechen. A.A. Taim (Abs. 50) und auch A.A. Laith (Abs. 41) führen hierzu als Beispiel an, dass diese Kommunikationsstörung insbesondere bei älteren Menschen auftritt und sie als Ärzt:innen mit Deutsch als Fremdsprache (DaF) die Aussage des:der Patient:in nicht verstehen. Dies hat die Konsequenz, dass A.A. Taim sein Verständnis vortäuschte und somit der:die Patient:in beispielsweise etwas anderes fragen oder sagen wollte. Das **Sprechtempo** der Kolleg:innen während Besprechungen und der Patient:innen während des APG stellte für A.A. Basem (Abs. 40) und A.A. Foad (Abs. 38) eine Störungsquelle dar, da er wegen des schnellen Sprechtempos sein Gegenüber nicht versteht und es somit zu einem

Kommunikationsabbruch und Missverständnissen bei der Ausführung von ärztlichen Tätigkeiten kommt. Die Störungsquellen sind von den Teilnehmern individualisierte Reflektionen aus ihren Erfahrungen. So spricht F.A. Karim (Abs. 64) ebenfalls die Hürde an, Kolleg:innen, Patient:innen und Pflegekräfte nicht verstehen zu können. Er betont jedoch hier, dass er seine sprachliche Schwäche mithilfe eines Deutschkurses verbessern wollte, jedoch der Chefarzt aufgrund von Personalmangel auf der Station gegen diesen Vorschlag war. Er schildert eine Situation im Operationssaal, als eine Krankenschwester F.A. Karim (Abs. 66) die Anweisung gab, dem Patienten Schmerzmittel zu verabreichen. Er hat allerdings diese Aussage nicht verstanden und konnte somit der Arbeitsanweisung nicht folgen. Dies hatte zur Folge, dass die Krankenschwester verärgert und unhöflich reagiert hat.

also als ich kam vor allem da war am Anfang in der Anästhesiebereich, (...) hat zum Beispiel die Schwester mir gesagt, (...) gib ihm Schmerzmittel. Also ich hab nicht genau verstanden, da war in die erste Woche ja. Patient hat Schmerzen während die OP, hat mir schnell gesagt, also guck Patient Blutdruck hoch und bei Schmerzen hab ich nicht verstanden und sie war ärger, hat sie also unfreundlich mit mir gesprochen (F.A. Karim: 66).

Oder auch eine unangenehme Situation mit dem Oberarzt, welcher letzten Endes ebenfalls verärgert und unhöflich reagiert hat. Es ging dabei um einen Patienten, der vermehrt über seine damaligen sowie aktuellen Beschwerden im Bauchbereich sprach. F.A. Karim (Abs. 72) verstand den Patienten aufgrund seiner schwachen Sprachkenntnisse nicht komplett. Er habe dem Oberarzt den Patienten ohne Bauchschmerzen vorgestellt. Nach dem Patientengespräch mit dem Oberarzt, stellte sich heraus, dass der Patient wohl über Bauchschmerzen klage.

Zum Beispiel, ich hatte ein Patient, (...) ich habe ihn gefragt, haben Sie eine Bauchschmerzen, hat mir also lange erzählt, dass hat er Bauchschmerzen vor drei Jahren und die Bauchschmerzen waren ab und zu. Aber aktuell er hat nur unangenehme Gefühl im Bauch. Also er hat fast drei Minuten gesprochen, aber ich habe zuerst verstanden, dass er hat keine Bauchschmerzen und ich habe so der Patient beim Oberarzt vorgestellt. Als der Oberarzt war beim Patient hat ihm gesagt, ich habe dort ein Bauchschmerzen und deshalb war der Oberarzt also (...) sauer (F.A. Karim: 72).

O.A. Noor (Abs. 40-42) und A.A. Loay (Abs. 40) nennen das Problem mit dem **Wortschatz**. Beispielsweise benutzte ein Patient das Wort *umgeknickt*, welches für O.A. Noor unbekannt war oder auch er ein falsches Wort benutzte. Um diese unangenehmen Situationen zu umgehen, bat er stets, befreundetes Pflegepersonal bei dem APG anwesend zu sein. A.A. Loay (Abs. 40) berichtet, dass ein großer **Wortschatzkorpus** äußerst relevant sei und man sich diesen im praktischen Kontext, sprich als berufstätiger Arzt, aufbauen kann. Dabei gibt er aus der eigenen Erfahrung die Empfehlung, bereits vor Beginn einer Assistenzarztstelle - als Kollege sozusagen, ein Praktikum während des Medizinstudiums oder des Praktischen Jahres (PJ) zu absolvieren. Grund hierfür sei, dass die Kolleg:innen eine:n Praktikant:in mit sprachlicher Schwäche und Fehlern von einer ausländischen Universität hinsichtlich der Sprachdefizite mehr

tolerieren, als eine:n ausgebildete:n Ärzt:in. Unter der Rubrik Wortschatz wird die **Schwierigkeit der Benutzung von Begriffen** mit einbezogen. In dieser Hinsicht berichtet beispielsweise A.A. Loay (Abs. 42) über die unangenehme Situation, als er ein Wort im falschen Kontext benutzte. Er sagt, dass er zusammen mit Kollegen beim Mittagessen saß und er ihnen berichtete, dass er den Patient XY erledigt habe. Daraufhin lachte sein Kollege und imitierte seine Aussage mithilfe von Gestik und Mimik, indem er seine Hand verwendete und konnotierte, dass er ihn getötet habe. Anfangs seien solche Situationen unangenehm gewesen, welche jedoch mittlerweile für ihn normal seien und er auch darüber lachen kann.

Es ist lustig von draußen, aber für mich war unangenehm. Ja ein Beispiel (...) Ja zum Beispiel, ich habe einmal über ein Patient etwas berichtet, waren Mittagessen in die Cafeteria und habe ich gesagt, ich hab den Patient XY erledigt. Ich hab gemeint, ich hab die Bearbeitung oder die Anamnese mal erledigt oder schon fertig gemacht und ein Kollege hat an mich gelacht und hat mit sein Hand gezeigt, ja erledigt gemeint er getötet. Ja genau (...) Ja, aber es gab viele. Manchmal jetzt auch passiert, dass ich irgendwie lustige Aussagen, das ich erzähle lustige Aussagen, aber jetzt ist es mir lustig auch. Also am Anfang an war es schwierig, aber jetzt nicht mehr. Das ist egal. Ich mach es wie ein Scherz, ich sage es ein Scherz. Das ist okay (A.A. Loay: 42).

A.A. Taim (Abs. 36) spricht über die Schwierigkeiten der Differenzierung von Begriffsbezeichnungen im Kontext der Verwaltungstätigkeiten. Hierzu nennt er als Beispiel den Unterschied zwischen einer **Einweisung und Überweisung**. Der Unterschied sei ihm unbekannt und demnach hatte er Probleme bei der Ausführung von Arbeitsanweisungen.

Einweisung, Überweisung, was Unterschied? Dann (...) erste Quartal, zweite Quartal, dritte Quartal, (...) der Patient zum Beispiel wenn der also aufgenommen wird, wie geht das? Der Abläufe? Also dann geht es erstmal zur Anmeldung und dann (...) genau also die Aufnahme und Entlassungen (...). Und wenn man den Patienten in die Reha schickt, dann muss Formulare ausfüllen und anrufen und also das braucht auf jeden Fall schon Erfahrung (A.A. Taim: 36).

Aber auch der **Dialekt** mancher Patient:innen und Kolleg:innen war für A.A. Bassel (Abs. 70) eine Herausforderung, weil diese einen für ihn fremden Wortschatz einsetzten, der das Verständnis beeinträchtigte, wie beispielsweise eine Person aus dem Sauerland, die bestimmte unverständliche Lexeme benutzt. Weiterhin nennt O.A. Noor die Erschwernis, bei Besprechungen den Chefarzt zu verstehen, wie die Art der auszuführenden Aufgaben (O.A. Noor: 48). Auch hier erhielt er von einer Kollegin im PJ Hilfestellung und Unterstützung, zumal sie ebenfalls im Ausland arbeitete und seine Situation in einer neuen Umgebung nachvollziehen konnte. Zum Beispiel ordnete der Chefarzt eine Röntgenaufnahme eines Patienten an, welche O.A. Noor ausführen sollte. Damals nickte er mit dem Kopf und lächelte, welche eine Zustimmung kennzeichnet. Als der Chefarzt nachfragte und O.A. Noor die Anordnung bis zu diesem Zeitpunkt nicht ausgeführt hatte, war dieser verärgert. O.A. Noor führt dieses Missverständnis auf seine unzureichenden Sprachkenntnisse zurück.

O.A. Noor (50) sagt:

wenn der Chef gesammelt die Oberärzte gesagt haben, wir müssen (...) zum Beispiel jetzt, eine Röntgenaufnahme bei einem Patient machen, da hab ich immer gesagt mit dem Kopf geschüttelt, ein bisschen gelächelt dazu und sie haben den Eindruck gehabt, dass ich jetzt verstanden habe, was ich da machen soll und nach ein paar Stunden habe die mich nachgefragt und ich habe gesagt, nein habe ich nicht gemacht, ich wusste nicht oder keiner hat gesagt, weil ich das nicht mitgekriegt habe und natürlich die haben mich so geschimpft manchmal (...) und das war ein bisschen sehr unangenehm (O.A. Noor: 50).

Aber auch die falsche **Aussprache** bemängelten die Krankenschwestern aus der älteren Generation bei O.A. Noor (Abs. 50), was ihn im Beisein von Patient:innen in unangenehmen Situationen brachte, weil sie über ihn lachten.

und was schlimm war manchmal, dass manche Schwestern besonderes die alte Generation Schwestern, die waren sehr unangenehm, wenn man zum Beispiel etwas sagt, (...) die nicht so richtig ausgesprochen war oder wenn man wenn falsches Wort nutzt, (...) die waren sehr unhöflich, vor die Patienten auch (...) Spaß auf mich gemacht oder auf die andere Kollege, die auch so nicht gut Deutsch gesprochen haben und manche Patienten fanden das komisch oder nicht in Ordnung, dass die Schwester sowas macht, (...) und manche Patienten haben auch einfach so mitgelacht und Spaß auf uns gemacht, (...) aber, wenn man am Anfang oder bisschen so (...) unsicher, hat man das immer verschluckt (O.A. Noor: 50-52).

O.A. Noor sagte zu dieser unangemessenen Verhaltensweise, dass er dies zwingend tolerieren musste, da er ein neuer, unerfahrener Assistenzarzt war. Zusätzlich zu den Wortschatzproblemen nennen A.A. Loay (Abs. 40) und A.A. Iyad (Abs. 52) die **grammatikalische Hürde**, wie den Satzaufbau und die Stellung der Verben. A.A. Iyad (Abs. 52) nennt ebenfalls die **Formulierung von Fragestellungen** aufgrund seiner schwachen Deutschkenntnisse als eine der vielen grammatikalischen Schwierigkeiten.

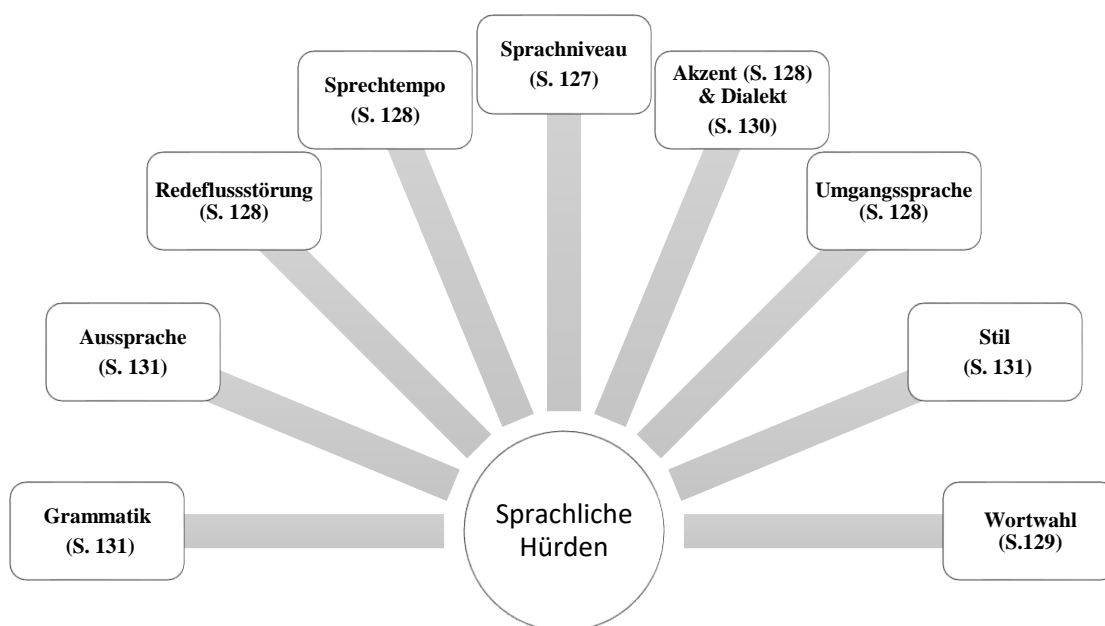


Abbildung 7: Sprachliche Schwierigkeiten beim mündlichen Ausdruck

Die Abbildung 6 zeigt resümierend die erlebten Schwierigkeiten von jordanischen Ärzten im klinischen Berufsalltag im mündlichen Gespräch mit Patient:innen, Kolleg:innen und Pflegekräften.

Die häufigsten Schwierigkeiten im **schriftlichen Ausdruck** in Form von sprachlichen Problemen liegen in den **Arztbriefen**. Dabei nennen die jordanischen Ärzte diverse Ursachen für die sprachlichen Hürden beim Verfassen von Arztbriefen (A.A. Iyad: 30; F.A. Jabal: 54; A.A. Loay: 26 & 28; A.A. Laith: 33; A.A. Rahman: 28). Einer der Gründe liegt in der **Form der Arztbriefe (Textsortenkenntnis)**. A.A. Rahman (Abs. 28) schildert, dass jede:r betreuende Oberärzt:in eine bestimmte Form für den Arztbrief voraussetzt. Dabei handelt es sich beispielsweise um die Ausformulierung von operativen Eingriffen oder das Hinterlegen von Namen der Oberärzt:in und dem:der Operateur:in. In der Rubrik der Form eines Arztbriefes nennt A.A. Basem (Abs. 24) den Nutzen, dass ein:e Assistenzärzt:in sich auf das schon vorhandene Muster als Grundlage stützt, da gleiche Krankheitsbilder öfter vorkommen.

es ist schwer ein richtige Arztbrief schreiben ohne einzige Fehler. Das ist klar, ja, ich bin nicht Deutsche, nicht in Deutschland geboren, seit vier Jahren hier in Deutschland, aber trotzdem ich kann nicht die richtige Arztbrief ohne einzige Fehler zu schreiben. Immer kommt die Korrektur, das ist klar, aber manchmal es gibt unterschiedlichen Oberärzten. Das schreiben wir Arztbrief zum Beispiel mein Name und die neben mein Name, der Operateur (...) und jeder will eine Formular haben. Zum Beispiel einer sagt, ich will meine komplett (...) Operationen in (...) Verlauf schreiben. Die andere sagt, nein, ich möchte das nicht (A.A. Rahman: 28).

Außerdem erwähnt A.A. Rahman (Abs. 28) und A.A. Iyad (Abs. 30) die Problematik, fehlerfrei einen Arztbrief zu schreiben. Diese Aussage bestätigen ebenfalls F.A. Jabal (Abs. 54), A.A. Loay (Abs. 26), A.A. Basem (Abs. 22) und A.A. Bassel (Abs. 32) und nennen zusätzlich eine **grammatikalische Hürde** beim Verfassen eines Arztbriefes. Dazu zählt der Satzbau (A.A. Jamal: 28-32; A.A. Laith: 33), die Rechtschreibung (A.A. Bassel: 38; A.A. Jamal: 28-32), der grammatikalische Fall, wie Kasus, Numerus und Genus sowie die Benutzung von Passiv- und Aktivsätzen (A.A. Basem: 26 & 30). A.A. Bassel (Abs. 32) betont, den Arztbrief mehrmals nachzukorrigieren bevor dieser dem:der Patient:in überreicht wird (siehe 7.2.3).

Ich finde hier mit deutsche Sprache ganz ehrlich die Artikel zum Beispiel die Artikel der das die. (...) Das wir immer mit (Agusativ?), Akkusativ und Dativ müssen das die Grammatik (...) die Hauptsache, (...) weil ohne Grammatik manchmal, dass (...) die Sätze für uns als Ausländer wir lesen und wir finden alles gut (A.A. Basem: 25).

Auch beim schriftlichen Ausdruck ist das Kriterium **Wortschatz** wichtig. A.A. Iyad (Abs. 28) berichtet, dass er aufgrund mangelnden Wortschatzes Probleme beim Ermitteln von kontextabhängigem Vokabular hatte. Auch A.A. Loay (Abs. 28) betont die Relevanz, einen großen Sprachschatz zu sammeln, indem man nicht nur an Deutschkursen zur Erweiterung des Wortschatzes teilnimmt, sondern diesen im Berufsalltag erhält. Hierzu zeigt A.A. Loay einen für ihn

bewährten Lösungsansatz, indem ausländische Assistenzärzt:innen mit Sprachdefizit die Arztbriefe eigenhändig abtippen und nicht diktieren. Beim Diktieren mithilfe eines Diktiergeräts wird das Gesagte von Dritten, wie dem medizinischen Schreibservice, verschriftlicht und somit lernt man laut A.A. Loay's Aussage wenig aus seinen Fehlern. Einen positiven Nebeneffekt hat diese Methodik zusätzlich für weitere Dokumentationsarten und Antragsformulare.

Mit Briefen klar, Grammatik und auch Wortschatz. Mein Wortschatz war zu wenig am Anfang, obwohl habe ich so viel gelernt und ich denke keiner kann sein Wortschatz aufbauen oder sammeln ohne Praxis. Also wenn man viele Kurse mal teilnimmt, das heißt nicht, dass man einen guten Wortschatz hat (...) Das heißt nicht, dass er auch bei der Arbeit alle Wörter und alle Begriffe zu seinem Wortschatz mal sammeln kann oder kollektieren (...) Meine Lösung war und ich denke ich war erfolgreich mit diesem Problem, war, dass ich alle Briefe getippt habe und nicht diktiert. Also viele von den Kollegen, die ich kenne, die diktieren die Briefe und dazu die Sekretärin oder der Diktatservice oder Diktatdienst, die korrigieren die Wörter und die Grammatik (...) Aber wenn man das tippt und kriegt die Fehler immer und immer und immer wieder (A.A. Loay: 28).

Während A.A. Loay (Abs. 28) auf seiner Methode des Selbstverfassens beharrt, empfindet A.A. Basem (Abs. 22) diese Methode als zeitaufwendig. Er empfindet es als Vorteil seiner damaligen alten Stelle als Assistenzarzt, dass ein Schreibdienst den Arztbrief schreibt und korrigiert, wohingegen er es in seiner aktuellen Stelle im Zeitpunkt des Interviews als lästige Arbeit ansieht. Einen etwas anderen Blickwinkel der sprachlichen Hürde im schriftlichen Ausdruck nennt A.A. Foad (Abs. 24) mit der Problematik des **Verständnisses bei Anträgen**. Er empfindet es als schwierig, bestimmte Frageformulierungen bei speziellen Anträgen wie Versicherungsanträgen zu verstehen bzw. richtig zu interpretieren. Er sagt, dass diese administrativen Angelegenheiten äußerst kritisch für die Patient:innen seien und somit daraus auch nachteilige Folgen resultieren können.

Fragen, die nicht jeder beantworten kann, auch vielleicht (...) die Fragen waren auch selber für die neue deutsche (...) Assistenzärzten, die noch keine große Erfahrung haben, die waren auch noch vielleicht schwierig und deswegen haben wir die Fachärzte gefragt, was jetzt mit diesen Fragen jetzt gemeint war, weil diese Fragen waren manchmal tricky, (...) die waren von der Versicherungsfirma zum Beispiel so gestellt, damit die jetzt zum Beispiel unterschreiben, ob der Patient schon Anspruch auf (...) das Geld oder nicht, weil wenn wir diese Frage mit Ja immer beantworten oder mit nein, dann hat der Patient verloren und deswegen mussten wir jetzt genau wissen, was damit gemeint war (A.A. Foad: 24).

In der folgenden Abbildung erfolgt ein Resümee der sprachlichen Herausforderungen bei der schriftlichen Kommunikation.

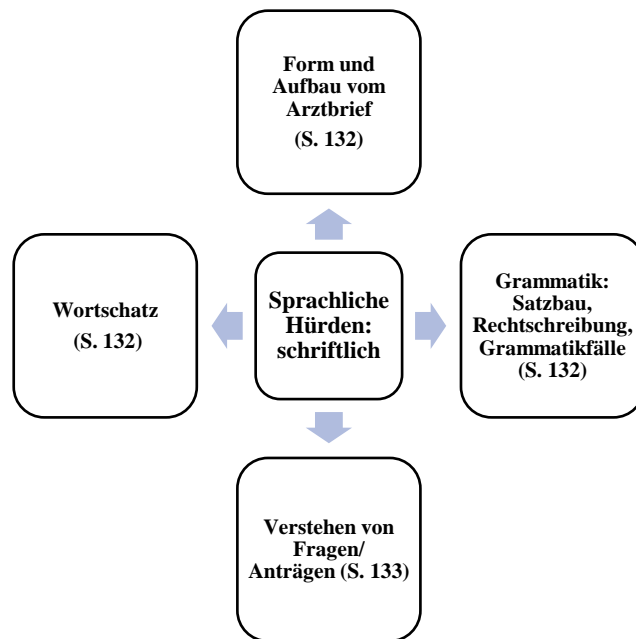


Abbildung 8: Sprachliche Schwierigkeiten jordanischer Ärzte beim schriftlichen Ausdruck

## Diskussion

Nach der Ergebnisdarstellung und den resümierenden Abbildungen erfolgt im Folgenden die Interpretation der Daten. Es gehen einige sprachbezogene Herausforderungen im klinischen Kontext hervor, wie Charakteristika und Besonderheiten der Fachsprache. Demzufolge sind die sprachlichen Elemente mit der Fachsprache verbunden. Erkennbar sind Gemeinsamkeiten der Sprachschwierigkeiten im mündlichen und schriftlichen Ausdruck, wie Wortschatz, Grammatik und Verständnis von geschriebenen Phrasen. Die Erweiterung des Wortschatzes scheint, trotz der erwähnten grammatikalischen Schwierigkeiten, ein zentraler Punkt zur Minderung von sprachlichen Problemen zu sein. Trotz der Überlappungen in manchen Aspekten wird deutlich, dass sprachliche Schwierigkeiten im mündlichen Ausdruck ausgeprägter und vielfältiger sind als im schriftlichen Ausdruck. Das mentale Lexikon stellt eine zentrale Schwierigkeit bei jordanischen Ärzten dar (siehe Roelcke, 2005: 197; siehe auch Merkelbach, 2012: 125-126). Ohne einen großen Wortschatz stellt nicht nur der kontextabhängige Gebrauch der Wörter und die Auswahl der geeigneten Ausdrucksweise ein Hindernis dar, sondern auch verstanden zu werden. Beispielsweise bei Aussagen und Arbeitsanweisungen zu verstehen. Das Aneignen eines großen Spektrums an Begriffen im ärztlichen Alltag war demnach ein großes Hindernis. Das Verfügen über einen begrenzten Jargon stellt eine Schwierigkeit dar, sodass die Nutzung und das Verständnis von Begrifflichkeiten und Phrasen erschwert werden, wie O.A. Noor (Abs. 40-42), A.A. Loay (Abs. 40 & 42) und A.A. Bassel (Abs. 70). Laut Merkelbach (2012: 111 & 115-116) sind auf der syntaktischen Ebene der Fachsprache bestimmte sprachliche Mittel erkennbar.

Darunter zählen Komposita, Nominalisierungen, präpositionale Fügungen und Funktionsverbgefüge. Aber auch Terminologisierungen, Entlehnungen, Derivationen und Neubildungen von Wortschatz sind hier zu nennen. Folglich können jordanische Ärzte vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der deutschen grammatikalischen Kriterien neue Lexik ableiten, sodass ihr mentales Lexikon erweitert und das Erlernen von Wortschatz erleichtert wird. Der Erwerb vom (Fach)Wortschatz kann laut den jordanischen Ärzten durch die Praxis im ärztlichen Milieu erleichtert werden. Ebenso verfügt die lexikalisch-semantische Ebene im fachsprachlichen, medizinischen Kontext über besondere Strukturen, da der Fachwortschatz sich im Bereich Medizin stets weiterentwickelt und die Anzahl an Bezeichnungen für Organe und Krankheiten sowie Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sich kontinuierlich mit der Zeit und durch die Innovation der Technik steigert (siehe Kapitel 3.2.1). Es stehen dabei die Substantive im Mittelpunkt, da der hauptsächlichliche Informationsträger in der Fachsprache Substantive sind. Dementsprechend haben Verben nach Buhlmann und Fearn (1987: 19) eine konstruktive Funktion. Funktionsverbgefüge erhalten im Gegensatz zu Verben eine wichtige Rolle um die Aussage zu präzisieren. Dabei können die Funktionsverbgefüge nicht nur im mündlichen Ausdruck hilfreich sein, sondern ebenso im schriftlichen Ausdruck bei der Formulierung von Arzt- und Entlassungsbriefen, ebenso die Verwendung der passivischen Funktionsverbgefüge (siehe Jarillot Rodal, 2010; siehe auch Jatkowski, 2024). Das Funktionsverbgefüge besteht aus einer Verbindung von einem Substantiv und einem Verb, wobei das Substantiv den Inhalt der Wortverbindung trägt. In der Medizin haben Funktionsverbgefüge eine essenzielle Rolle bei der Präzision der Information, z.B. wird das Verb *machen* in fast allen Bereichen angewandt, z.B. eine Untersuchung / Operation / Anamnese machen. Wie aus den Ergebnissen zu den sprachlichen Schwierigkeiten hervorgeht, stellt im mündlichen Ausdruck des Weiteren der Dialekt für jordanische Ärzte ein Hindernis dar, sodass die Kommunikation eingeschränkt ist. Das Verstanden werden, ist für einen:eine Patient:in von höchster Relevanz. Zum einen, um nach Dahm (2016) eine Vertrauensebene zu den Patient:innen aufzubauen und zum anderen, um die Untersuchung und Behandlung richtig durchzuführen. Baller und Schaller (2017: 162) erklären die Relevanz der Kommunikation im APG wie folgt:

Mehr als 80% der medizinischen Fehlbehandlungen gehen nicht auf unzureichende Fähigkeiten, sondern auf mangelhafte Kommunikation zurück (Baller & Schaller, 2017: 162).

Prof. S.A. erklärt die Schwierigkeit, bestimmte dialektabhängige und regional geprägte Begriffe und Redensarten bei der API zu verstehen.

Das erste ist die Kommunikation des Arztes mit dem Patienten. Wenn der Patient, sagen wir mal, schon mal kein Hochdeutsch spricht, der Arzt hat aber auch gelernt hier, dass er Hochdeutsch spricht. Jetzt

spricht der Patient Dialekt ja. Das ist die Schwierigkeit, gewisse Begriffe zu verstehen, gewisse Redensarten zu verstehen. Aber das kriegt man schnell durch. Das kriegt man eigentlich schnell mit und dann wird man das eigentlich sehr, manche ausländische Ärzte lieben es im Laufe der Zeit (Prof S.A.: 35).

Trotz den vorhandenen dialektgeprägten Hürden ist der betreuende Chefarzt Prof. S.A. der Meinung, dass der jordanische Arzt dies mit zunehmender Berufserfahrung im klinischen Alltag bewältigen kann. Er gibt für die Problematik der Dialekte als Beispiel die Region Bayern an.

Also praktisch Fachsprache als auch die Dialekt oder die Regionalsprache. Hier in Bayern ist ja nicht so einfach, wenn du mit jemanden, der aus dem Hinterland mal kommt, ihn zu verstehen ja. Das gibt halt die Begriffe, wo man sagt, was bedeutet das eigentlich? Was meint der Patient damit ja? Und von daher das kommt im Laufe der Zeit, finde ich (Prof S.A.: 35).

Wie Prof. S.A. beschrieben hat, besteht das Problem bei der Benutzung von Dialekten und Redewendungen. Sofern Patient:in und Ärzt:in auf der gleichen sprachlichen Ebene kommunizieren, entstehen nach Ansicht der Forschenden aus sprachlicher Sicht kaum Verständigungsprobleme. Weicht die sprachliche Kommunikation vom Standarddeutschen ab, so können aufgrund mangelnder Kenntnisse von bestimmten Begrifflichkeiten und Redewendungen Störungen in der asymmetrischen Kommunikation entstehen (siehe Alloui, 2005: 13; siehe auch Barkowski, 2007: 31-32). Dies bedeutet konkret, dass der:die jordanische Ärzt:in in der Regel aufgrund des Erwerbs der deutschen Sprache als Fremdsprache (FS), und den verfügbaren Lehrwerken, Standarddeutsch erlernt und somit im Laufe der Deutschkurse kaum dialektbezogene sprachliche Elemente und Redemittel gelernt hat. Wird aber im Berufsalltag der:die jordanische Ärzt:in in der Kommunikation mit Kolleg:innen, Patient:innen oder auch Pflegepersonal damit konfrontiert, so entsteht ein Verständigungsproblem, welches zum Abbruch der Kommunikation führen kann (siehe hierzu Seitz et al., 2019).

Im Hinblick auf die Minderung von sprachlichen Schwierigkeiten und Verständigungsstörungen im APG wird von jordanischen Ärzten die Ja/Nein Fragenmethode angewandt. Die Verwendung von geschlossenen Fragen hat als Ziel, dass die jordanischen Ärzte trotz Sprachbarriere als sprachlich-kompetente Ärzte präsentiert werden. In der Literatur stößt diese Vorgehensweise auf Kritik. Begründet wird dies damit, dass durch geschlossene Fragen ein arztzentriertes Gespräch erfolgt (vgl. Kapitel 5.2). Ein patientenzentriertes Gespräch mit offener Fragehaltung ist für den Beginn der Kommunikation und den Aufbau der Vertrauensebene wichtig (vgl. Henderson et al. 2018; vgl. auch Schildmann et al. 2018; vgl. auch Cross 2020; vgl. auch Egger o. J.: 9), damit Suggestionen und einseitige Interpretationen vermieden werden. Laut Holst (2010) ist das patientenzentrierte Gespräch

in which a doctor negates or mitigates the power asymmetry in the institutional context by using his professional status to enable the patient to have more influence on the course of the interaction (Holst, 2010: 64).

Nach dem patientenzentrierten Gespräch folgt die arztzentrierte Phase mit fokussierten und geschlossenen Fragen zur Diagnose und Differentialdiagnose und damit zur weiteren Diagnostik, einschließlich der körperlichen Untersuchung (vgl. Dahm 2016; siehe hierzu Seitz et al., 2019). Holst (2010) erklärt, umso mehr arztzentriert das APG ist, „the easier it is for the doctor to set the agenda, and without the cooperation of the doctor it is more difficult for the patient to set the agenda“ (Holst, 2010: 64). Laut der Ärztekammer Nordrhein (2015: 38) kündigt der:die Ärztin die Übernahme des Gesprächs an, sodass die Aufmerksamkeit auf die Struktur des Gesprächs gelenkt wird. Er:Sie fasst bei der Übernahme die ersten Informationen über seine:ihre diagnostischen Hypothesen zusammen und erweitert das Gespräch mit Symptombeschreibungen nach Zeit, Ort, Qualität und Einflussfaktoren. Mithilfe von präzisen Fragestellungen grenzt der:die Ärzt:in das Krankheitsbild ein. Das offene Erzählen hilft dem:der Ärzt:in das Gesagte zu identifizieren und den Patient:innen u.a. Wertschätzung und Anerkennung zu zeigen. Bei einer Informationsgewinnung von bestimmten Krankheitsverläufen und Abgrenzungen der Diagnose können geschlossene Fragen durchaus hilfreich sein (vgl. Egger o. J.: 9). Mit dem Einsetzen dieser Methode können laut den jordanischen Ärzten Verständigungsprobleme vermieden und somit eine erfolgreichere Behandlungsquote erzielt werden, da mit geschlossenen Fragen gezielter gefragt wird. Zudem kann ein:e ausländische Ärzt:in mit Sprachbarriere Patient:innen effizienter und schneller behandeln.

#### **7.4 Schwierigkeiten bei der ärztlichen Gemeinsprache und Fachsprache Medizin**

In der Fachsprache Medizin sind bei den jordanischen Ärzten **kaum Schwierigkeiten** erkennbar. Grund hierfür ist laut den Ärzten, ihr absolviertes **Medizinstudium**, da die medizinischen Begrifflichkeiten auf Latein unterrichtet werden und das Studium auf Englisch absolviert wird (A.A. Basem: 44; A.A. Elyas: 32; F.A. Jabal: 60; A.A. Karam: 76; A.A. Loay: 44; A.A. Taim: 44).

Ja also medizinisch. Wir haben in Jordanien auf Englisch studiert und Medizin ist auf lateinisch. (...) Und in Deutschland das ist auch medizinische Begriffe so sind alle auf Lateinisch. Insofern ich hatte keine Problem (F.A. Jabal: 60).

A.A. Foad (Abs. 34) erläutert, keine Probleme bei der Fachsprache Medizin gehabt zu haben, da er sich vor seiner Deutschlandreise ausreichend zwei Monate lang mithilfe von verschiedenen Büchern vorbereitete. Bei der Ankunft in Deutschland, sprich vor dem Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit, hat er zunächst hospitiert. Diese zufriedenstellende Vorbereitung wirkte sich positiv auf seinen Berufsalltag aus.

Trotz der zahlreichen Erläuterungen, kaum bis keine fachsprachlichen Hindernisse gehabt zu haben, stellen die **Abkürzungen** in der medizinischen Fachsprache eine der häufigsten Hürden dar (A.A. Iyad: 41-42; F.A. Karim: 82-90; A.A. Karam: 72; A.A. Loay: 44). A.A. Iyad (Abs. 42) gibt an, dass die Problematik mit den Abkürzungen öfter aufgetreten sei und er stets nachfragen musste. A.A. Karam (Abs. 72) gibt das Beispiel der medizinischen Abkürzung ÖSK, welche laut ihm für eine Darmspiegelung steht.

man schreibt dann ÖSK für die Darmspiegelung und das weißt man auch nicht, auch als Arzt und dann möchte dann alles dann nachlesen (A.A. Karam: 72).

Das Beispiel APE für eine Appendektomie gibt A.A. Loay (Abs. 44) und fügt zusätzlich hinzu, dass die Abschaffung solcher Abkürzungen im Schriftverkehr im Zeitpunkt des Interviews in Diskussion sei, indem die Abkürzungen ausgeschrieben werden sollen.

Die Abkürzung. Zum Beispiel die Abkürzungen, die waren am Anfang ein Problem, aber jetzt mit der Zeit (...) in Krankenhäuser, die kämpfen gegen diese Abkürzungen. Muss man in Briefe schreiben (...) die ganze Wörter, zum Beispiel, keine Ahnung Appendizits. Wir haben damals geschrieben APE aber jetzt muss man, (...) Appendektomie Entschuldigung, aber jetzt muss man Appendektomie schreiben. (...) Ich denke dieses Problem ist schon vorbei. (...) Für mich und für viele Leute meine ich. (...) Fachsprachlich, wie gesagt, wenn es geht um Lateinisch, ich verstehe das hundert Prozent auch wenn die Aussprache ist irgendwie anders als Englisch (A.A. Loay: 44).

Im Gegensatz zu den vorherigen Interviewteilnehmern hat F.A. Karim (Abs. 82-90) in Syrien sein Medizinstudium auf Arabisch absolviert. Er hatte seine erste Konfrontation mit der Fachsprache Medizin, als er sein Praktisches Jahr (PJ) in seinem Heimatland Jordanien absolviert hat. Demzufolge musste er zunächst die Fachsprache Medizin auf Latein in Jordanien mithilfe von englischen Fachbüchern erneut erlernen. Durch Bewältigung der ersten Hürde, des Erwerbs der medizinischen Fachbegriffe auf Latein in Jordanien, konnte er die darauffolgende Hürde, die Kenntnis von Fachbegriffen in Deutschland, leichter bewältigen. Trotz der Vorbereitung in Jordanien während seines PJ, erlebte er in Deutschland erneut eine Hürde mit der Problematik der Abkürzungen in der Fachsprache. Um auch dieses Hindernis zu meistern, las er die neuen Begriffe und Abkürzungen mithilfe der Internetplattform Google nach. Zusätzlich notierte er sich diese während der Arbeitszeit, um jederzeit Rückgriff darauf zu haben und diese nach Feierabend zu Hause zu erlernen. Er gibt ein Beispiel mit dem **deutschen medizinischen Fachbegriff** *kardiale Dekompensation* (F.A. Karim: 94). Dabei habe er anfangs nicht verstanden, was das deutsche Fachwort bedeutet und googelte es nach.

Zum Beispiel also, als ich kam nach Deutschland ich habe immer ein Begriff heißt, kardiale Dekompensation. Und ich hab mehrmals gegoogelt und ich wusste nicht, was macht kardiale Dekompensation. Ich habe am Ende, also, ich habe zu Hause gegoogelt und ich habe verstanden, das ist ein (Herzinsuffizienz?) also mit eine Verschlechterung also mit eine (unv.). Da war ein zum Beispiel. Und diese Dekompensation man sagt nicht nur beim Herz, sondern auch bei Leber, bei Niere, bei verschiedene Organe. Dekompensation meint eine Verschlechterung der aktuelle Situation (F.A. Karim: 94).

Erkennbar ist, dass die am häufigsten erlebten Schwierigkeiten in der Fachsprache Medizin Abkürzungen und deutsche medizinische Fachworte waren. Dabei gab die Mehrheit der jordanischen Ärzte an, keine Probleme mit der Fachsprache Medizin per se auf Latein und Englisch zu haben.

Hingegen sind bei der **ärztlichen Gemeinsprache** einige Hindernisse bei den jordanischen Ärzten während der FAA zu identifizieren. Festzustellen ist, dass bei der ärztlichen Sprache der **Gebrauch und das Verständnis von deutschen Begrifflichkeiten** die häufigste Hürde darstellte. Hier differenzieren sich die deutschen Begriffe, indem in der ärztlichen Sprache eine patientengerechte Verwendung von deutschen medizinischen Begriffen erfolgt, d.h. der:die Patient:in versteht und verwendet ebenfalls diese Begriffe. Vergleichsweise sind dies in der Fachsprache, medizinische Begriffe, welche die Expert:innen vom Fach selbst, wie Kolleg:innen und Pflegepersonal, verstehen. A.A. Rahman (Abs. 40 & 48), A.A. Taim (Abs. 46-48), F.A. Jabal (Abs. 24), O.A. Noureldin (Abs. 34), A.A. Iyad (Abs. 40), A.A. Karam (Abs. 72), O.A. Noor (Abs. 32), A.A. Loay (Abs. 28), A.A. Elyas (Abs. 32), A.A. Bassel (Abs. 60), A.A. Basem (Abs. 42), A.A. Jamal (Abs. 42 & 44-48) und F.A. Karim (Abs. 68 & 94-98) erzählen über die facettenreichen Probleme mit der patientengerechten Sprache im APG aber auch mit Kolleg:innen in kritischen Situationen.

Ein Aufklärungsgespräch mit einem:einer Patient:in zu führen, ist bei jordanischen Ärzten mit Unsicherheiten verbunden. Das **APG** stellt in dieser Hinsicht aus einem anderen Blickwinkel eine Hürde dar, da der jordanische Arzt mit seinem Sprachdefizit der Fremdsprache Deutsch, die patientengerechte Sprache nicht erlernt hat. Demnach stellt auch der Erwerb der **deutschen medizinischen patientengerechten Sprache** ein Hindernis dar. Beispielsweise erzählt F.A. Jabal (Abs. 24), dass er am ersten Arbeitstag in der Notaufnahme tätig war und zwischen einer Operation und einem Aufklärungsgespräch wählen durfte. Da er aufgrund seiner Unsicherheit in der deutschen Sprache befürchtet hatte, ein Aufklärungsgespräch nicht fehlerfrei führen zu können, wählte er das Assistieren bei einer Operation aus. Andere Ärzte berichten dazu auch folgendes:

Aber mit allgemeine Sprache, wenn man zum Beispiel diese medizinische Begriffe in Allgemesprache aufklären, habe ich hier Probleme. (...) Wenn ich der Patienten auch die Operation aufklären muss. Hier finde ich auch Probleme. Die anatomische Teile in Körper, die haben immer zwei Namen auf (...) fachsprachliche Sprache und die allgemeine. Zum Beispiel (...) wenn ich ein Nierenoperation aufklären möchte, ich muss die kleine Teile in die Niere auch (...) auf allgemeine Sprache aufklären. Hier finde ich Schwierigkeiten, weil ich kenne das nicht (A.A. Elyas: 32).

wenn ich jemand sehe Gelbsucht hat. Gelbsucht ist das für uns später bekannt ist, aber ich weiß, es ist gelb, ist Krankheit heißt Jaundice oder Ikterus. Aber für mich, das ist (...) ich kenn das auf Englisch und ich weiss es genau, wie man das behandeln kann und ich weiss es genau welche Ursache ist aber ich konnte es nicht mit dem Patient genau erklären oder auch mit dem Oberarzt, sag ich ihm, ja ich hab Patient

und Patient er ist gelb, aber was ist gelb? Das war der Begriff auch, ich hab ihm gesagt, aber ist auf Englisch das ist so ein Begriff Jaundice, dann ist es war, ah okay das ist Gelbsucht. So Begriffe, das ist eigentlich medizinische Begriffe, wo das eigentlich gehört zu. Das ist andere Land andere Sprache und müssen wir lernen (O.A. Noureldin: 34).

Wie oben im Beispiel von O.A. Noureldin (Abs. 34) aufgeführt, lag bei ihm die Problematik darin, die Krankheit nicht auf Deutsch zu kennen, sprich nicht das deutsche Fachwort zur **Umschreibung** des Symptoms *Icterus* zu kennen. Er gibt an, dass er das im Beispiel angegebene Symptom, seine Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten kennt und ihm das Fachwort auf Englisch bekannt sei, jedoch er die Umschreibung sowie die Aufklärung auf Deutsch nicht gelernt hat.

A.A. Elyas (Abs. 32) differenziert zwischen den Fachbegriffen und der ärztlichen Gemeinsprache, sodass für ihn das Wissen und Erlernen der Medizinsprache auf Deutsch bei Aufklärungen eine Hürde darstellt. Wie im aufgeführten Beispiel, nennt er die Organteile der Niere, welche ihm in der Fachsprache bekannt seien. Um eine:n Patient:in einfach und verständlich aufzuklären, ist es notwendig, die Organe auf Deutsch zu kennen. A.A. Rahman (Abs. 48) führt ein weiteres Beispiel im Hinblick auf **fehlendes Fachvokabular** an, diesmal jedoch im Bereich der Kardiologie. Er erzählt, dass er Schwierigkeit hatte, die verschiedenen Herzklappen und ihre Funktionen dem:der Patient:in zu erklären. Zusammenfassend stellte nicht die Fachsprache Medizin – das Fachwort in Latein oder Englisch – bei O.A. Noureldin, A.A. Iyad, A.A. Loay und A.A. Rahman das Problem dar, sondern vielmehr, die deutsche Nomenklatur (A.A. Iyad: 40; A.A. Karam: 72; A.A. Rahman: 48).

manchmal, ich brauche oder fehlt von mir ein (...) Wort mit Kollegen zu reden oder zu kommunizieren, zu aufklären, was habe ich gemacht und warum habe ich so gemacht und (...) das manchmal fehlt (...). Ich habe mit eine Patienten (...) wegen die eine Klappe aufgeklärt und mit die Tochter gesprochen und war nicht so einfach, weil ich muss die verschiedene (...) Klappe aufklären, was die (...), was kann man sagen das, was die Unterschied zwischen die zwei Klappe. Was mit diesem, soll ich aufpassen. Was mit die andere, soll aufpassen und so weiter. Und am Ende war Komplikationen mit OPs und war einer Komplettsitzung mit die Kardiologie, Anästhesie und warum die Patienten hat solche Klappe ausgewählt. (...) Und soll ich das aufklären, was hab ich mit Patienten gesprochen und warum hab ich so mit Patienten gesprochen (A.A. Rahman: 48).

Ein weiteres Beispiel gibt A.A. Loay (Abs. 28) mit dem Wort *Implantation*, was auf Deutsch Einpflanzung bedeutet. Auch er bestätigt die vorherigen Aussagen bezüglich der Schwierigkeit der Verwendung der deutschsprachigen Nomenklatur beim Aufklärungsgespräch mit dem:der Patient:in über die Krankheit, den operativen Eingriff und den weiteren Verlauf.

Viele Begriffe hätte man zum Lernen also und wenn ich etwas sage, ich meinte die deutsche Begriffe, (...) weil die lateinische Begriffe sind gar kein Problem, wenn jemand mit europäische Sprache mal lernt also studiert hätte. Das Problem wenn man, wie ein Beispiel, Implantation heißt auf Deutsch Einpflanzung und etc. Sie können viele Wörter mal sagen. Wenn man mit deutsche Wörter die Krankheit oder der Verlauf oder die Operationen aufklären wollte, musste man nochmal solche Begriffe, also die deutsche Begriffe mal lernen. Die waren die Schwierigkeiten (A.A. Loay: 28).

Ebenso geben O.A. Noor (Abs. 32 & 54), A.A. Basem (Abs. 44) und A.A. Jamal (Abs. 48) konkrete Beispiele an und unterstreichen auch hier, dass nicht die Fachbegriffe eine Erschwerung darstellen, sondern die laienbezogene Patientensprache, wie beispielsweise *Appendizitis* oder *Cholezystitis*. Letztere bedeutet eine Entzündung der Gallenblase. O.A. Noor (Abs. 32) schildert das Unwissen von deutschen Krankheitsbezeichnungen als unangenehm, zumal er aufgrund seines Studiums über Fachwissen, wie Krankheitsbilder, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten, Diagnoseerstellung, Organe, Organfunktionen, Untersuchungsverfahren, Medikamente und Symptomenbezeichnungen verfügt.

ja schon, weil (...) wo ich studiert habe, habe ich auf Englisch studiert und man möchte die lateinische medizinische Worte und in Deutschland gibt eine ganz andere Worte für zum Beispiel deutsche Krankheiten, wie ich gesagt habe zum Beispiel Appendizitis Blinddarm, Cholezystitis oder eine Gallenblasenentzündung oder zum Beispiel eine (...) Magenschwüre, ich wusste überhaupt nicht, was Magenschwüre sind und die Patienten haben mir etwas gesagt und die haben deutsche Begriffe (...) genutzt und ich wusste überhaupt nicht was das ist. (...) Das geht nicht, dass ich die medizinische (...) Grundlage oder nicht gehabt, sondern (...) die Sprache habe ich auch nicht verstanden (O.A. Noor: 54).

Als ein wesentliches Element für die erfolgreiche Durchführung eines Patientengesprächs nennt A.A. Basem, das **Vertrauen**. Er vertritt die Meinung, dass der:die Patient:in bei Unwohlsein im Gespräch aufgrund vorhandener Kommunikationsstörungen durch mangelnde Sprach- oder Wissenskompetenz dem:der ausländischen Ärzt:in kein Vertrauen schenkt und somit die Behandlung erschwert wird. Ebenfalls sagt A.A. Basem (Abs. 42), dass die Problematik in der Verwendung der laienbezogenen Sprache liegt, wie beispielsweise die Bedeutung und Aufklärung des Wortes *Lumbalpunktion*.

Zum Beispiel eine Perforation, also ich wollte ein Patient erklären beim Gastroskopie, Gastroskopie meint Magenspiegelung, ich wollte ihm aufklären und stand in die Aufklärung eine Perforation. Ich wusste nicht, wie heißt das auf deutsche Sprache, weil Perforation eigentlich eine (...) vom englisch oder lateinisch, Perforation, ja und ich wollte das auf deutsche Sprache sagen, aber ich wusste nicht, deshalb habe ich auch nervös (F.A. Karim: 98).

Bei F.A. Karim (Abs. 94-98) werden mehrere Beispiele genannt. Zum einen das Wort „kardiale Dekompensation“ (Abs. 94) (siehe anfangs dieses Kapitels) und zum anderen „Perforation“ (Abs. 98). Bei beiden dominierte das Unwissen und die Inkompetenz zur Umschreibung und Beschreibung der deutschen Begrifflichkeiten.

Der Wortschatz ist ein Aspekt und das Verstehen von verwendeten Wörtern seitens der Patient:innen eine andere unbekanntere Seite, sodass ein:e jordanische:r Ärzt:in durchaus über ausreichenden Wortschatz und gute Sprachkompetenz verfügen kann, jedoch die Aussagen der Patient:innen aufgrund **geringer Berufserfahrung mit bestimmten Krankheitsfällen** nicht versteht. Dies erfuhr A.A. Bassel (Abs. 60) bei einem APG mit einer Patientin mit einer Herztransplantation. Dabei wusste er, was eine Herztransplantation ist und kannte dies auch aus den

Medizinbüchern, allerdings wurde er bislang nicht mit dieser Thematik im ärztlichen Berufsalltag konfrontiert. Dabei erzählte die Patientin über eine Vorerkrankung aufgrund einer diagnostizierten Herzschwäche. Diese Herzschwäche war der Grund, warum das Herz den Körper nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgte und die Patientin infolgedessen ein künstliches Herz operativ eingesetzt bekam. Sie verwendete dabei den Begriff *künstliches Herz*, was A.A. Bassel (Abs. 60) in diesem Bezug nicht verstand. Die Patientin war trotz der missverständlichen Situation zufrieden mit A.A. Bassel und lobte ihn, weil dieser Unterstützung und Hilfestellung bei fehlendem Verständnis in der Kommunikation bei dem Oberarzt gesucht hatte (A.A. Bassel: 60).

Um derartig schwierige und unangenehme Situationen zu umgehen, werden seitens der jordanischen Ärzte **Lösungsvorschläge** artikuliert. A.A. Taim und F.A. Karim führen als eine Lösung bei Problemen an, dass bereits vorhandene Aufklärungsbögen zu einem operativen Eingriff einstudiert und unbekannte Wörter notiert und erlernt werden, um dadurch einen größeren (Fach)Wortschatz zu erhalten (F.A. Karim: 94-98; A.A. Taim: 48). Sollten trotz einer guten Vorbereitung unerwartete Fragen seitens des:der Patient:in auftreten, kann man diese mit Bildern und den vorhandenen sprachlichen Vokabeln aufklären (A.A. Taim: 48). Seiner Erfahrung nach hat dies bislang reibungslos funktioniert. Auch F.A. Karim (96) äußert sich dazu:

wie bei jede neue ausländische Arzt ich hatte am Anfang auch diese Problem. Zum Beispiel ich habe viele Aufklärungen zu Hause gelernt, wobei gibt es viele Begriffe auf (...) Volksmund. Gibt es viele Begriffe auf deutsche Sprache. Ich soll eigentlich jede Wort vom latein auf englisch oder auf arabisch und dann auf deutsch zu übersetzen und (...) zu lernen. Ich habe fast zu Hause in Heimat bevor ich hier gekommen bin, also ich habe fast 5000 Begriffe zu Hause gelernt und man vergisst immer und immer, aber man soll ich das wiederholen, mit dem Patient sprechen. (...) Also Bücher lernen, um diese Begriffe nicht zu vergessen (F.A. Karim: 96).

Mit der Strategie, Wörter zu googeln, diese sich zu notieren und einzustudieren, erzielte F.A. Karim Erfolge. Unter anderem machte er Gebrauch von der Übersetzung vom lateinischen ins englische oder arabische und erst dann ins deutsche.

Die Schwierigkeit eines Aufklärungsgespräches liegt darin, dass der jordanische Arzt aufgrund seines geringen allgemeinen **Sprachniveaus und mangelnden Wortschatzes** ein APG nur beschränkt durchführen kann. F.A. Jabal (Abs. 76) wurde während seiner Arbeitszeit von einer Patientin gerufen, die eine Aufklärung über ihre bereits abgeschlossene Operation wünschte. Da der Operateur diese Aufgabe nach der Operation nicht durchführte, übernahm dies F.A. Jabal. Die Patientin forderte den Operateur zu einer verständlicheren Aufklärung auf, da sie aufgrund der geringen Sprachkenntnisse von F.A. Jabal unzufrieden war. Da ein Mundschutz getragen wird, gestaltet es sich für den:die Patient:in schwieriger das Mundbild der Ärzt:innen zu lesen.

Ja wahrscheinlich ein Patientin. Sie hatte Schmerzen nachts und so und dann. Ich hatte Dienst. Ich musste hochgehen, obwohl war viel los in der Notaufnahme, musste ich hoch. Und ich hab, sie hat gesagt, ja warum hat der Operateur so und so und so gemacht, der war nach der Operation nicht bei mir. Und ich musste alles erklären, was hatte er gemacht, was war abgesprochen, hatte er was nicht gemacht, hatte er was anderes gemacht. Nach der Operation hat er nicht erklärt, ich musste das alles erklären. Dann sagte Sie, ja (...) ich brauche den Operateur zu kommen, um das besser zu erklären und so weiter. Ich konnte das nicht hundert Prozent erklären wegen die Sprache (F.A. Jabal: 76).

Einen anderen Aspekt der Schwierigkeit mit der ärztlichen Gemeinsprache aufgrund mangelnden Vokabulars beleuchtet A.A. Jamal (Abs. 42). Er erzählt über einen wichtigen chirurgischen Eingriff im Operationssaal, bei dem er die Aufforderung des Chefarztes nicht verstanden hat, weil er die Konstellation *unter Spannung halten* bisher nicht kannte. Er musste einen Katheter unter Spannung halten. Er beschreibt die Situation als unangenehm, weil der Operateur immer wieder die Konstellation *bitte unter Spannung halten* wiederholte, der er nicht nachging. Erst bei der dritten Aufforderung fragte A.A. Jamal nach der Bedeutung dieses Satzes und bat, dies auf Englisch zu übersetzen. Unangenehm sei für ihn, Anweisungen in kritischen Situationen wie im Operationssaal nicht verstehen und ausführen zu können.

Noch schlimmer war halt, wenn man in eine kritische Situation kam, wie in OP zum Beispiel. (...) Wenn man irgendein Kommando bekommt, (...) und da kann ich mich ganz gut an einem Fall erinnern. Da stand ich alleine mit dem Chef (...) zusammen in eine gefäßchirurgische Eingriff und da musste ich (...) ganz genaue Anordnungen folgen. Zum Beispiel hat er mir gesagt, (...) ich hab eine Katheter in der Hand gehabt und hat mir ganz genau gesagt, ich soll das unter Spannung halten und nicht ziehen. (...) Und unter Spannung hab ich damals nicht verstanden und dann hab gedacht, okay halten und nicht ziehen, kann ich machen (...) Und nach der dritte Mal hab ich ihm gesagt, okay ich versteh nicht was unter Spannung ist. Sagen Sie mir das bitte auf Englisch dann. (...) Und dann hat er das auf Englisch gesagt und dann hab ich verstanden (A.A. Jamal: 42).

Die Schwierigkeiten in der ärztlichen Gemeinsprache manifestieren sich nicht nur im mündlichen Ausdruck wie im Arzt-Patienten-Gespräche und in der Kommunikation mit Kolleg:innen, sondern sie machen sich auch im **schriftlichen Ausdruck** bemerkbar. Zwar ist der schriftliche Anteil an den Schwierigkeiten gering, jedoch erkennbar wie bei O.A. Noor (Abs. 38) und A.A. Laith (Abs. 31-33).

O.A. Noor (Abs. 38) berichtet über die Schwierigkeit, eine Anamnese zu schreiben, da diese in der ärztlichen Gemeinsprache erfolgt. Allerdings hatte A.A. Laith (Abs. 31-33) die Problematik, Entlassungsbriefe in der ärztlichen Gemeinsprache zu verfassen, die nicht nur lateinische Begriffe beinhaltete, sondern laut ihm auch deutsche medizinische Begrifflichkeiten.

Die folgende Grafik gibt einen resümierenden Überblick über die Schwierigkeiten in der Fachsprache Medizin und der ärztlichen Gemeinsprache.



**Abbildung 9: Schwierigkeiten in der Fachsprache Medizin und der Gemeinsprache**

Aus der Illustration oben geht hervor, dass in der Fachsprache Medizin zwei Hürden von jordanischen Ärzten zu bewältigen sind.

Zum einen das Wissen und Verstehen von medizinischen Abkürzungen, um diese nicht nur im mündlichen Ausdruck zu verstehen und zu benutzen, sondern auch die Abkürzungen im schriftlichen Ausdruck zu gebrauchen. Zum anderen das Kennen der Definition sowie die Aufklärung von deutschen medizinischen Fachwörtern im APG.

Hingegen sind mehr Herausforderungen in der ärztlichen Gemeinsprache identifizierbar. Die Benutzung, das Verstehen und das Aufklären von medizinischen Fachwörtern auf Deutsch in einem APG stellen die Hauptschwierigkeiten bei den jordanischen Ärzten dar. Grund für diese Gebrauch- und Verständigungsproblematik ist erstens das fehlende Vokabular an deutschen Fachbegriffen im medizinischen Bereich. Zweitens die mangelnden und schwachen Sprachkenntnisse der jordanischen Ärzte und der mangelnde Wortschatzkorpus. Drittens die geringen Berufserfahrungen mit bestimmten Krankheitsfällen, welche die jordanischen Ärzte in ihrer Laufbahn als Ärzte nicht erfahren haben.

## **Diskussion**

In den folgenden Abschnitten erfolgt die Interpretation der oben genannten Ergebnisse.

Die Fachsprache Medizin zeigt in den unterschiedlichsten Zeitepochen eine starke Entwicklung und zugleich sind auch Auswirkungen und die Dominanz der arabischen, lateinischen, griechischen und englischen Sprache in der Medizin erkennbar (siehe hierzu Kapitel 3.2.1). Die Entlehnungen aus dem Lateinischen in der Fachsprache Medizin im Bereich Anatomie sind

Internationalismen, wie z.B. die Muskeln (*musculus biceps brachii*, *musculus semitendinosus*), die Blutgefäße (*vena saphena magna*, *vena tibialis anterior superficialis*) und die Bakterien (*staphylococcus aureus*, *haemophilus influenzae*) (vgl. auch Roelcke 2005: 197). Ebenso deutschsprachige Synonyme wie Blutkörperchen, zweiköpfiger Armmuskel und Wurmfortsatz des Blinddarms, sowie internationale Synonyme wie z.B. Erys, Biceps, Appendix, Blutkörperchen, Bizeps oder Blinddarm. Zudem erläutern Hamadan und Hatab (2009: 403), dass jordanische Ärzt:innen in Jordanien in englischer Sprache an medizinischen Fakultäten studieren und ausgebildet werden. Die englische Sprache ist seit 1920 die Unterrichtssprache an medizinischen Fakultäten in Jordanien (vgl. Hamadan & Hatab 2009: 394-396). Aus den vorher genannten Erklärungen können die Aussagen der jordanischen Ärzte bestätigt werden, dass sie im Medizinstudium die lateinischen und englischen Fachtermini problemlos kennen, jedoch der Bezug zu den deutschen Fachbegriffen fehlt.

Aus den Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte lässt sich erkennen, dass Fachsprache Medizin und ärztliche Gemeinsprache miteinander verbunden und keine klaren Abgrenzungen erkennbar sind (siehe hierzu Merkelbach, 2012; siehe auch Efing, 2014; siehe auch Eckkammer, 2016). Deshalb ist die Fachsprache Medizin von der ärztlichen Gemeinsprache schwer zu trennen, sodass ein Beispiel der Kategorie *Fachsprache* und alle weiteren Beispiele der Kategorie *ärztliche Gemeinsprache* zugeordnet wurden, wie beispielsweise *kardiale Dekompensation* und *Perforation* (F.A. Karim: 94 & 98) sowie *Lumbalpunktion* (A.A. Basem: 42). Alle Bezeichnungen sind medizinische Fachbegriffe, welche die jordanischen Ärzte nicht auf Deutsch umschreiben und erklären konnten. Aus diesem Grund konnte die Verfasserin der vorliegenden Studie die Begrifflichkeiten keiner eindeutigen Kategorie zuordnen, da sie sich beiden Kategorien, der Fachsprache Medizin als auch der ärztlichen Gemeinsprache, zuordnen lassen. Die Erkenntnis der Korrelation von Fach- und ärztlichen Gemeinsprache für die Forschende bekräftigt ebenso die Literatur. Beispielsweise nennen Merkelbach (2012: 109-110), Efing (2014: 419-420) und Eckkammer (2016: 189) den Abgrenzungskonflikt zwischen der Fach- und Gemeinsprache, wobei Eckkammer verdeutlicht, dass die gesetzte Grenzlinie eine reine Interpretationsthematik sei (vgl. Eckkammer 2016: 190). Efing (2014) hingegen setzt nicht nur die Fach- und Gemeinsprache gegenüber, sondern auch die Berufssprache. Die Schwierigkeit, die fachsprachlichen Bezeichnungen in der Umgangssprache zu nutzen, die Patient:innen aufzuklären und zu versuchen mithilfe von Körpersprache und weiteren Hilfsmitteln und Materialien das Wort für den/die Patient:in zu umschreiben, ist ebenfalls in der Literatur manifestiert (vgl. Stolze 2009: 43-44; vgl. auch Lindemann 2015). Demnach umfassen die sprachlichen Mittel der Gemeinsprache die Fachsprache (siehe hierzu Kapitel 3.1).

Aus Kapitel 7.3 lässt sich die Schwierigkeit des individuell vorhandenen, fehlenden mentalen Lexikons ableiten. Jordanische Ärzte bemängeln hier unzureichendes (Fach)Vokabular, sodass dadurch kontextabhängige Konflikte in der Kommunikation des rezeptiven und produktiven Bereichs mit Patient:innen und Kolleg:innen entstehen. Diese Rubrik des Wortschatzes eröffnet einen neuen Blickwinkel auf die vorhandenen Schwierigkeiten in der Fach- und (ärztlichen) Gemeinsprache. Denn ohne ein großes mentales Lexikon gelingt die Umschreibung von Fachtermini auf Deutsch selten, so nach Auffassung der Forscherin. Sie erklärt diese Annahme damit, dass der jordanische Arzt zwar nicht über einen medizinischen Fachwortschatz auf Deutsch verfügt, dieser aber den englisch-lateinischen Fachbegriff mithilfe von Umgangssprache und Wortbildungen (Komposita) dennoch sinngemäß erklären kann. Demzufolge ist das Element Wortschatz in seiner breit zu verstehenden Variation an Erlernbarkeit, Bildung neuer Wortbildungen und Entlehnungen einer der relevantesten Aspekte zur Erleichterung einer Kommunikation. Interviewteilnehmer der Gruppe zwei (siehe Kapitel 6.9.3 und 7.1) erklären die Erschwernis aber auch gleichzeitig damit, einen Begriff mit Bildern und mithilfe des allgemeinen Wortschatzes auf Deutsch erklären zu können.

Einige jordanische Ärzte haben als Beispiel für die Fach- und ärztliche Gemeinsprache den Begriff *Appendix* (Wurmfortsatz) oder *Appendizitis* (Entzündung des Wurmfortsatzes) eingeführt. Dabei berichten sie, dass die Fachsprache wie *Appendix* keine Hürden darstellte, wohingegen die deutsche Bezeichnung, also die ärztliche Gemeinsprache durchaus eine Schwierigkeit für die jordanischen Ärzte darstellte. Das Erlernen der deutschen Begrifflichkeiten der einzelnen Organe und Körperteile sowie die Funktionen waren mit Schwierigkeiten verbunden.

Ich glaub die englischen Begriffe und die lateinischen Begriffe, die sind ja überall gleich auch in Jordanien. Also das finde ich nicht so schwierig ja. Meistens wissen sie häufig (...) besser Bescheid über die englischen Ausdrücke als die deutschen Ärzte (Prof M: 15).

Prof. M. (Abs. 15) bestärkt die Ansicht, dass die englischen und lateinischen Termini per se keine Schwierigkeit bereiten. Positiv merkt er zudem an, dass sie bei den Fachtermini über mehr Kenntnisse verfügen als deutsche Ärzt:innen. Ebenso gibt Prof. S.A. das Beispiel des Blinddarms wieder und erklärt in diesem Zuge, dass die falsche Benutzung bzw. die falsche Übersetzung des lateinischen Begriffs *Appendix* oder *Appendizitis* weit verbreitet sei. Demzufolge ist dies nicht der Blinddarm, sondern der Wurmfortsatz. Da jedoch der Begriff Blinddarm für Patient:innen verständlicher scheint und mit dem kleinen Teil des Organs im Bauchbereich assoziiert wird, bleibt diese Bezeichnung im alltäglichen medizinischen Kontext in Gebrauch. Prof. S.A. ist trotz der Schwierigkeiten in Gebrauch und Aufklärung von Fachbegriffen zuversichtlich, dass die jordanischen Ärzt:innen solche Begrifflichkeiten im Laufe ihrer

Fachärzt:innenausbildung (FAA) und ihrer zunehmenden Berufserfahrungen erwerben werden.

Aber die neuen kann ich mir vorstellen, wenn sie sagen Appendix, hier wird es gebraucht Blinddarm, obwohl es ein falscher Begriff. Blinddarm ist ein anderer Teil vom Dickdarm, aber das ist nicht der Appendix. Nur halt im (...) draußen denken die Leute, dass wenn jemand ein Appendix oder Appendizitis, dass heißt Blinddarmentzündung, was eigentlich nicht korrekt ist (...) Im lateinischen ist das auch da, meint er das Caecumentzündung, meint er der Appendix, dieses Wurmfortsatz ist ja entzündet. (...) am Anfang hat der ausländische Arzt mehr Schwierigkeiten als der deutsche Arzt. Mit Sicherheit, mit Sicherheit. Beim Laufe der Zeit bin dann sicher, dass er die überwindet, wenn er fleißig genug ist (Prof S.A.: 41).

Fachsprachen sind für Fachleute „klar organisiert und gut motiviert“ (Roche, 2003: 152). Für Expert:innen sind Sprachen, Regeln und Strategien leichter zu erlernen, da sie mit den Begrifflichkeiten und der Materie vertraut sind und somit über ein breites Weltwissen verfügen. Dies gilt auch für die medizinische Fachsprache, d.h. die jordanischen Ärzte verfügen über das Fachwissen und Fachwortschatz in englischer Sprache, jedoch fehlt ihnen der Bezug zur deutschen Sprache im Bereich Medizin. Aus diesem Grund ist es nicht nur von Priorität den Fachwortschatz zu erlernen, sondern vielmehr die ärztliche Alltagssprache, welche sich im Umgang mit Kolleg:innen und Patient:innen manifestiert.

Auch die Umwandlung von medizinischen Begriffen auch zu Muttersprachlern ist nach Acquah (2011: 68) schwierig. Er erklärt ebenfalls die Schwierigkeit mit Patient:innen, die wenige medizinische Wissenssignung haben:

it's really difficult getting them to understand diagnosis, so sometimes I have to use pictures to be able to communicate (Acquah, 2011: 68).

Aufgrund der Entwicklung der Fachsprache Medizin und derer Internationalisierung ist es für Medizinstudent:innen in Deutschland obligatorisch, beide Sprachvarianten, lateinisch und englisch, zu erlernen (siehe Kapitel 3.2.1). Die englische Medizinsprache nimmt auf die wissenschaftlich-theoretische Ebene zu und auf der Praxis- und Behandlungsebene ab. Insgesamt kann man feststellen, dass, je höher der Abstraktionsgrad der Kommunikation ist, desto mehr Fachtermini greco-lateinischer und englischer Herkunft verwendet werden. Nimmt der Abstraktionsgrad ab, wie z. B. bei der Patientensite, so werden mehr deutsche oder eingedeutschte und assimilierte Wörter verwendet (vgl. Merkelbach 2012: 125).

Fachsprachlich orientierte Lernende haben einen klaren Vorteil zu den alltagssprachlich orientierten Lernenden. Sie sind in der Regel fokussierter und motivierter, sodass der Erwerb einer Fachsprache in einer Fremdsprache (FS) effizient und rasch verläuft<sup>18</sup>. Durch die variablen Lernstrategien der jordanischen Ärzte, wie beispielsweise neue Wörter zu notieren und diese

---

<sup>18</sup> Kommunikationstraining für internationale Ärzte siehe hierzu Schön und Schimpf (2010: 58-60) mit Anlehnung an das Lehrwerk von Schimpf und Bahnemann (2010).

im Nachhinein nochmal zu Hause zu wiederholen, sowie unbekannte Wörter zu googeln (F.A. Karim: 94-98; A.A. Taim: 48), ist der Erwerb der ärztlichen Gemeinsprache im ärztlichen Alltag der jordanischen Ärzte laut deren Aussagen erfolgreich.

Aber auch fremdsprachlicher Fachsprachenunterricht kann sich vorteilhaft auf die Lernerfolge der medizinischen Sprache auswirken. Ziel des fremdsprachigen Fachsprachenunterrichts sind die Rezeptions- und Produktionskompetenzen unter Berücksichtigung des Sprachniveaus, d.h. die Verbesserung der rezeptiven aber auch produktiven Fähigkeiten (in Wort und Schrift) in der jeweiligen Fachsprache (vgl. Roelcke 2005: 154). Lernende mit allgemeinen Sprachkenntnissen haben den Vorteil, fortlaufend an der Fachkommunikation teilzunehmen. Auf der anderen Seite muss ein:e Lernende:r ohne Sprachkenntnisse vorab diese Kompetenz erwerben. Bei mangelndem Fachwissen der Lernenden sowie bei der Vorbereitung auf die akademische oder berufliche Ausbildung, ist laut Fearn's (2003: 170-171) ein aufbereiteter Fachsprachenunterricht erforderlich.

Hier erhält der Fachsprachenunterricht zwei Funktionen. Zum einen der Sprachunterricht und zum anderen das Fachstudium. Der Fachsprachenunterricht kann laut Buhlmann und Fearn's (2000)

die Lernenden auf den Fachunterricht vorbereiten, indem er einmal kompensatorische Strategien im Bereich der Informationsentnahme und Textproduktion aufbaut, zum anderen, indem er Denkelemente zur Verfügung stellt und damit den Auf- bzw. Ausbau von Denkstrukturen ermöglicht, zum dritten, indem er die Lernenden mit bestimmten stilistischen Eigentümlichkeiten der Kommunikation im Fach bekannt macht (Präzision, Differenziertheit, Hierarchisierung, Ökonomie etc.) (Buhlmann & Fearn's, 2000: 85).

Dabei liegt das Ziel solcher Fachsprachenunterrichte nach Roelcke (2005: 154) in der Verbesserung der rezeptiven und produktiven Kompetenzen unter Berücksichtigung des Sprachniveaus. Die jordanischen Ärzte empfehlen diese Kurse kaum oder nur in Kombination mit einer Hospitation. Die Effizienz dieser Kurse zeigen sich ausschließlich in einer Kombination. Erklärt wird dies von den jordanischen Ärzten damit, dass die Deutschkurse für Mediziner:innen nur theoretisches Wissen und die Hospitationen den praktischen Gebrauch der erworbenen theoretischen Kenntnisse vermitteln.

Nicht nur die ärztliche Gemeinsprache erschwert die Kommunikation, sondern auch Abkürzungen in der Fachsprache Medizin, wie Reha für Rehabilitation oder EKG für Elektrokardiogramm (vgl. Jehle 2020: 157). Aus den Ergebnissen der Befragung jordanischer Ärzte lässt sich ablesen, dass die Abkürzungen eine der häufigsten erlebten Problematiken im klinischen Alltag sind. Die ärztliche Sprache ist von Abkürzungen geprägt. Prof. S.A. (Abs. 35) erklärt den Vorteil der Benutzung von Abkürzungen als Ärzt:in, welche die Kommunikation zwischen den Ärzt:innen erleichtert und verkürzt. Für fremdsprachige Ärzt:innen ist dies jedoch eine

Herausforderung. Jatkowski (2024) zeigt die Vor- und Nachteile der Benutzung von medizinischen Abkürzungen auf, gibt Beispiele für gute und schlechte Abkürzungen sowie auch Tipps für den Umgang und die Benutzung mit den Abkürzungen im schriftlichen Ausdruck, wie beispielsweise Arztbriefen. Prof. S.A. (Abs. 35 & 37) gibt die Empfehlung, dass die Assistenzärzt:innen stets einen Notizblock mit in die Visiten und zu den Besprechungen mit dem:der Chefärzt:in zum Notieren neuer Begriffe und Abkürzungen zur Verfügung haben. Diese Vorgehensweise haben im vorherigen Abschnitt bereits die jordanischen Ärzte thematisiert und als erfolgreich eingestuft.

Aber auch die Fachsprache, was meint man mit diesem Begriff oder mit diese Abkürzung. Die Mediziner mögen es gerne immer Abkürzungen zu benutzen, um ihr Leben zu erleichtern, um nicht so lange Reden zu halten. Von daher der neue weiß es halt die Begriffe nicht. Beim Laufe der Zeit wird er auch eingeführt. Er stellt dann Fragen im Arztzimmer. Was bedeutet das? Also er hat immer ein Heft dabei während der Visite und notiert er, was hat er nicht verstanden. Das stellt er diese Fragen und da ist der Oberarzt, der Chefarzt eventuell ihm zur Seite, weil ich bin ja auch sehr interessiert als Chefarzt das auch, (...) dass mein Assistenzarzt sehr gut funktioniert und dass er anständige und gute Arbeit leistet. Ja also das heißt mit bisschen Geduld (Prof S.A.: 35).

Die Erfahrungen der jordanischen Ärzte zeigen jedoch Verständigungsprobleme bei den Abkürzungen im schriftlichen Ausdruck – Arzt- und Entlassungsbriefe – mehr als im mündlichen Ausdruck (A.A. Iyad: 42). Laut Jatkowski (2024) ist dies u.a. auf die Divergenz der Fachbereiche zurückzuführen, d.h. aufgrund der verschiedenen Fachabteilungen können die „weiterbehandelnden Ärzte [...] den Arztbrief nicht“ verstehen (Jatkowski, 2014). Zudem erläutert Jatkowski (2024), dass die Abkürzungen im mündlichen Ausdruck vertretbar sind, jedoch ihre Benutzung in der Schriftsprache „unprofessionell“ (Jatkowski, 2024) erscheinen. Obwohl A.A. Karam (Abs. 72) ebenfalls das Beispiel APE für eine Appendektomie einführte, konnte die Forscherin diese Abkürzung nicht nachrecherchieren. Dabei hat entweder die Forscherin den Interviewteilnehmer aus der vorhandenen Tonaufnahme aufgrund der falschen Aussprache nicht richtig verstanden oder die Abkürzung existiert in dieser Konstellation nur im lokalen Kontext.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Fachsprachen aus der Allgemeinsprache stammen, gut zu beschreiben und leicht zu erlernen sind, sich durch einen bestimmten Fachwortschatz auszeichnen, einen eigenen Stil, eigene Struktur und Syntax haben, sich schneller als die Gemeinsprache entwickeln und in verschiedenen Textarten und Alltagssituationen auftreten können.

## **7.5 Schwierigkeiten bei Interkulturellen Gegebenheiten**

Im folgenden Kapitel stehen die interkulturellen Schwierigkeiten jordanischer Ärzte an deutschen Krankenhäusern im Fokus. Jedes Gesundheitssystem spiegelt die soziokulturellen Normen des jeweiligen Landes wider (siehe Acquah, 2011: 4). Im folgenden Kapitel werden zunächst die interkulturellen Herausforderungen im ärztlichen Alltag diskutiert. Daran schließen sich die Erfahrungen in den ärztlichen und nicht ärztlichen Tätigkeiten (administrativen Tätigkeiten) im Klinikalltag sowie die Hierarchieverhältnisse und -unterschiede zwischen Deutschland und Jordanien an. Die Hierarchieverhältnisse und -aufteilungen unterscheiden sich je nach Kultur und System des jeweiligen Landes und weisen infolgedessen Differenzen auf, welche Schwierigkeiten begünstigen können. Zudem werden die administrativen Hürden im Approbationsprozess diskutiert.

### **7.5.1 Interkulturalität im Klinikalltag**

Die kulturellen Unterschiede zwischen der jordanischen und der deutschen Kultur scheinen einen wesentlichen Einfluss auf die erlebten Schwierigkeiten zu haben. Das Ausmaß an interkulturellen Schwierigkeiten überwiegt die (fach)sprachlichen Hürden der jordanischen Ärzte. Im Folgenden werden die interkulturellen Hürden der Jordanier im Klinikalltag aufgezeigt. Die nachfolgende Grafik soll einen ersten Überblick über die diversen interkulturellen Schwierigkeiten geben, sodass im nachfolgenden Schritt diese ausführlicher diskutiert werden.

<b>Persönliche interkulturelle Probleme:</b>
Informierte:r Patient:in (S. 151)
Unterschiede des Geschlechts (S. 152)
Begrüßungsrituale (S. 154)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorstellung (S. 154)</li> <li>• Körperkontakt (S. 154)</li> </ul>
Höflichkeit (S. 158)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulierung von Fragen (S. 158)</li> <li>• Gesprächsunterbrechung (S. 158)</li> </ul>
Religion und Diskriminierung (S. 163-164)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esstraditionen (S. 163)</li> <li>• Stereotype (S. 164)</li> <li>• Ungleichbehandlung (S. 164)</li> </ul>
<b>Institutionelle interkulturelle Probleme:</b>
Räumliche Privatsphäre (S. 153- 154)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• von Patient:innen (S. 153)</li> <li>• von Kolleg:innen (S. 154)</li> </ul>
Mitteilen von Nachrichten (S. 159-160)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• an Patient:innen (S. 159)</li> <li>• an Familienangehörigen (S. 160)</li> </ul>
Rolle von Arzt:in und Patient:in (S. 160)
<b>Interpersonale sowie institutionelle interkulturelle Probleme:</b>
Kollegiales Verhältnis und Respekt (S. 154)
Angstliche:r Patient:in (S. 156)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantieverlangen (S. 156)</li> <li>• Bedenkzeit (S. 156)</li> </ul>
Aufklärungsgespräch (S. 155-157)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ängstlicher Patient:innen (S. 155)</li> <li>• Gesetzgebung (S. 157)</li> <li>• Dankbarkeit (S. 157)</li> <li>• Patient:innenanzahl (S. 157)</li> <li>• Offenheit im Gespräch (S. 157)</li> <li>• Vertrauen (S. 157)</li> </ul>

Abbildung 10: Interkulturelle Schwierigkeiten im ärztlichen Klinikalltag als Assistenzärzte

**Der:die informierte:r Patient:in** stellt bei vier Interviewteilnehmer eine von vielen Hürden in der API dar. Dabei definiert die Forscherin einen:eine informierte:n Patient:in als eine Person, die sich vor dem ärztlichen Gespräch einen Überblick über ihre Krankheit, die Symptome und den therapeutischen sowie diagnostischen Maßnahmen verschafft und dieses selbstangeeignete, laienbezogene Wissen ins APG einfließen und dies beeinflussen lässt. A.A. Foad (Abs. 42) erläutert den Unterschied, indem er den:die informierte:n Patient:in denjenigen:derjenigen mit Vertrauen gegenüberstellt. Er vertritt die Meinung, dass jordanische Patient:innen mehr Vertrauen zum:zur Ärzt:in haben und deshalb die Maßnahmen nicht infrage stellen und auch keine

anzweifelnden Fragen stellt. Laut Foad (Abs. 42) würde sich der:die deutsche Patient:in hingegen aufgrund seines:ihrer Misstrauens zunächst über die Krankheit, über die Symptome und über mögliche Maßnahmen im Internet einlesen und dieses laienbezogene Wissen mit ins APG mitbringen.

Ich glaube manche deutsche Patienten, die lesen zum Beispiel im Internet oder in Wikipedia und so weiter und dann kommen sie ins Krankenhaus. Sie haben schon was gelesen und sie haben jetzt eine Vorstellung von was die jetzt noch haben könnten, die stellen manchmal so andere Fragen als die Fragen, die in Jordanien gestellt werden. Also, in Jordanien ist das so, dass der Arzt vielleicht jetzt wie ein Vater für den Patient ist. In Deutschland ist es nicht genau so, weil die Patienten, manchmal fragen die Patienten nach bestimmten Untersuchungen. Zum Beispiel sie kommen jetzt mit der Vorstellung, dass sie eine MRT brauchen oder dass die ein Röntgenuntersuchung brauchen und wenn sie sagen, ne sie bekommen keine Röntgenuntersuchung oder so, dann werden die das nicht genau akzeptieren und die wollen eine genaue Erklärung, warum das jetzt unnötig ist. Ich glaube das ist weniger ein Problem in Jordanien, weil die (...) in Jordanien haben die ein glaub ich besseres Vertrauen jetzt für den Arzt als in Deutschland (A.A. Foad: 42).

Dieselbe Problematik erläutert ebenfalls A.A. Basem (Abs. 34); er empfindet die vielen Fragen von informierten Patient:innen und den Anspruch, über die Krankheit informiert zu werden, als unangenehm und beschwerlich, insbesondere sei eine solche Situation belastend und störend für den:die Ärzt:in. O.A. Noor (Abs. 72) fügt zur Problematik mit informierten Patient:innen hinzu, dass der:die Patient:in mit dem:der Ärzt:in über die Notwendigkeit und das weitere Vorgehen der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen diskutiert.

Weiterhin beschäftigt einige der jordanischen Ärzte das Thema **Unterschiede des Geschlechts**. Die Forscherin definierte für die vorliegende Studie diese Kategorie als sämtliche erlebten Schwierigkeiten, die bei der Behandlung und Kommunikation mit Patient:innen, Kolleg:innen und Pflegepersonal im ärztlichen Alltag mit dem anderen Geschlecht – im Falle der vorliegenden Studie mit Frauen – aufgrund unterschiedlicher kultureller und religiöser Hintergründe auftreten. Da die Interviewteilnehmer nur männlich sind, sind hier die Unterschiede des Geschlechts gegenüber Frauen gemeint. Die Beispiele und Erfahrungen sind individuell und kommen von den männlichen jordanischen Ärzten.

O.A. Noureldin (Abs. 38) erlebte die Schwierigkeit bei der Behandlung einer ausländischen Patientin, die mit Unterbauchschmerzen ins Krankenhaus kam und auf Nachfrage angab, in Begleitung ihres Bruders zu sein. Er habe gefragt, ob die Patientin ihren Menstruationszyklus habe, um die Diagnose einzugrenzen. Er erläutert diesbezüglich, dass er sich bewusst war, dass er mit solchen Themen und Fragestellungen aus kulturell bedingter Sicht mit einer ausländischen Patientin behutsam umgehen muss. Sie betitelte ihn dennoch als unhöflich, da es anscheinend für sie ein Tabu-Thema in Beisein ihres Bruders war. Außerdem thematisiert O.A. Noureldin die Problematik als **frauenfeindlich** dargestellt zu werden. Zu dieser Behauptung kamen Pflegekräfte und Kolleg:innen, wenn ein ausländischer Arzt nicht in körperlichen Kontakt mit

einer Frau kommen möchte oder Frauen nicht in hierarchisch höhere Positionen akzeptieren kann. Beispielsweise bei O.A. Noureldin (Abs. 42) und bei A.A. Basem (Abs. 46) da sie aus kulturellen und religiösen Gründen keine Umarmung oder Händeschütteln mit Frauen eingehen. O.A. Noor (Abs. 34) hingegen wurde seitens des Chefarztes vorgeworfen, die Anweisungen von Frauen in hierarchisch höheren Machtpositionen nicht akzeptieren zu können, was O.A. Noor ausdrücklich verneint.

Ja ich glaub am Anfang für uns aus religiösen kulturischen Gründe zum Beispiel, (...) dass man sofort eine Frau umarmt. Das ist auch von uns oder Ehemann noch (...) nicht mit uns zu tun, sag ja (...) machen wir reichen okay mit Hand okay. Man gibt auch oder okay macht man denn, aber war zum Beispiel für uns als Schüchtern und das wir das nicht machen. Das wir (...) und sie dachten, dass wir gegen Frauen sind, aber das nicht gegen Frauen, sondern einfach (...) kulturisch oder religiösen Gründen, dass wir einfach fast trennen oder was das jeder hat sein Bereich oder sein Limit (O.A. Noureldin: 42).

Nicht nur Frauen nicht zu akzeptieren wurde O.A. Noor (Abs. 46) vorgeworfen, sondern auch keinen Respekt gegenüber dem anderen Geschlecht zu zeigen. Er erzählt, dass seine Kolleginnen und die Krankenschwestern sehr zurückhaltend ihm gegenüber (Abs. 46) waren, mit der Vorstellung, dass arabische Männer gegen Frauen seien. Erst nachdem er dieses Thema offensiv angesprochen hatte und sein Standpunkt offenbarte, entspannte sich die Situation zwischen beide Gruppen.

Die Privatsphäre in den **Räumlichkeiten** bei der Untersuchung einer weiblichen Patientin spricht A.A. Basem (Abs. 46) an, indem die Untersuchung und die Behandlung einer Patientin in Zweisamkeit in Deutschland völlig normal seien. Im Gegensatz hierzu, seien diese in Jordanien verboten, da im Untersuchungs- und Behandlungsraum eines:einer Patient:in des anderen Geschlechts eine weitere Person anwesend sein muss. Die zweite Person kann laut A.A. Basem auch Pflegepersonal sein.

Zum Beispiel auch bei Untersuchung (...) hier in Deutschland wenn ich bin zum Beispiel alleine mit dem Patienten (...) mit der Patientinnen mit einer Frau, das keine Problem. Zum Beispiel in Jordanien, ich kann nicht in ein geschlossene Zimmer mit einer Frau selber untersuchen, wir müssen zu zweit zum Beispiel Arzt und eine Krankenpfleger oder Krankenschwester dabei sein. Das muss so sein (A.A. Basem: 46).

Trotz dieser Differenz betont A.A. Basem (Abs. 46), gegenüber der für ihn fremden – deutschen - Kultur Respekt, Akzeptanz und Verständnis zu zeigen, um solche Schwierigkeiten und Situationen zu umgehen. Räumlichkeiten, in denen Patient:innen alleine untersucht werden, betreffen u.a. die **Privatsphäre des:der Patient:in**. Das vorherige Beispiel von A.A. Basem (Abs. 46) zeigt eine Verbindung zwischen den Räumlichkeiten bei der Untersuchung und Behandlung eines:einer Patient:in aber auch gleichzeitig das Respektieren der Privatsphäre des:der Patient:in in deutschen Krankenhäusern. Andere Interviewteilnehmer hingegen äußern sich über die Privatsphäre des:der Patient:in mit dem Widerspruch zum obigen Beispiel, dass keine Privatsphäre in den Stationszimmern des:der Patient:innen bestehe. Sie sind teilweise schockiert

und überrascht, dass sich ein:e Patient:in vor weiteren Zimmergenoss:innen entkleidet und untersucht wird (A.A. Jamal: 54-56) oder auch eine Patientin unbekleidet im Bett lag (O.A. Noor: 56). Die Differenz liegt im Standort der Räumlichkeiten. Bei A.A. Basem war das Beispiel im Untersuchungszimmer, sodass eine Privatsphäre durchaus besteht. Dagegen waren die Beispiele von O.A. Noor und A.A. Jamal in den Stationszimmern der Patient:innen.

Aber auch **die Privatsphäre zwischen Kolleg:innen** sei nicht vorhanden, da keine Trennung im Umkleidezimmer der Kolleg:innen existiert und sich alle voreinander umzögen. Da Männer und Frauen in Jordanien generell aus kulturellen und religiösen Gründen getrennt seien, waren die jordanischen Ärzte überrascht über diese Situation an deutschen Kliniken. Sie empfinden die fehlende Privatsphäre als sehr unangenehm (A.A. Jamal: 58; A.A. Taim: 52). A.A. Jamal (Abs. 58) musste sich beispielsweise drei Monate lang in der Damenumkleide umziehen, da keine Spinde in der Herrenumkleide zur Verfügung standen, was für ihn unangenehm war. In Jordanien wird laut seiner Aussage die **Privatsphäre und die Intimität** anders respektiert und geschätzt. A.A. Taim (Abs. 52-54) wählt als Beispiel die Durchführung einer Rektaluntersuchung im Zimmer des:der Patient:in vor anderen Patient:innen und Kolleg:innen.

Die **Begrüßung** ist ein kultureller Akt und es zeigen sich hierbei Unterschiede in der Begrüßungsart sowie -form. A.A. Taim (Abs. 52) kam als neuer Assistenzarzt ins Krankenhaus und stellte sich nicht vor, da in der jordanischen Kultur eine neue Person empfangen wird. Dies bedeutet, dass in Jordanien eine neu ankommende Person gefragt wird, wer sie ist? Und den anderen dann vorgestellt wird. A.A. Taim beschreibt diese Person als einen Gast, der willkommen geheißen wird. Hingegen muss sich in Deutschland eine neue Person eigenständig vorstellen. Die **Vorstellung** einer neuen Person beginnt seitens des:der Empfänger:in in Jordanien, jedoch ist dies in der deutschen Kultur von der Person selbst zu erwarten. A.A. Taim (Abs. 52) kam ins Zimmer rein und stellte sich den bereits vorhandenen Kolleg:innen nicht vor, weil er erwartet hat, dass diese ihn fragen. Daraus entstand ein kulturelles Missverständnis, sodass sich Kommunikationsbrüche entwickelten. Das **Händeschütteln** gehört ebenfalls zu den Begrüßungsritualen. In Jordanien gehört das Schütteln der Hände eines:einer Patient:in und die Aufrechterhaltung des Augenkontakts zur Begrüßung dazu und zeigt demnach Respekt (A.A. Basem: 46; A.A. Iyad: 56; A.A. Loay: 52). In der deutschen Kultur dagegen ist es eine Frage des Hygienekonzepts der Krankenhäuser und Praxen, dem:der Patient:in nicht die Hand zu reichen (A.A. Iyad: 56).

Im klinischen Alltag spielt zudem das **kollegiale Verhältnis** eine wichtige Rolle, um eine angenehme kollegiale Atmosphäre zu schaffen. Probleme mit dem Pflegepersonal stellen seitens der jordanischen Ärzte spezielle Herausforderungen dar, da aus Sicht des Pflegepersonals die

Ärzte ein höheres Gehalt trotz ihrer sprachlichen Einschränkungen erhalten und zusätzlich das Pflegepersonal anfangs Aufgaben mit übernehmen muss (A.A. Taim: 42). A.A. Taim (Abs. 42) schildert eine Situation im OP-Bereich, als er eine Krankenschwester bat, ihm ein bestimmtes Operationsinstrument zu reichen. Sie weigerte sich mit der Begründung, dass dies anders gemacht wird. Er fand jedoch heraus, dass dies lediglich die Meinung der Krankenschwester war. A.A. Taim hinterfragte nicht die Aussagen von Personen, die mehr Erfahrung oder/und ein hohes sprachliches Niveau hatten. Trotz seiner Funktion als Arzt befolgte er die Anweisungen. O.A. Noureldin (Abs. 50) kritisiert das kollegiale Verhältnis in Jordanien und lobt die Beziehung unter den Kolleg:innen in Deutschland. Er sagt, dass in Deutschland der Chef- und die Ober:ärztinnen ein Team seien. Sollte ein:e Ober:ärztin einen Fehler machen, übernimmt der:die Chefärzt:in die Verantwortung. In Jordanien hingegen präsentieren sich die Oberärzt:innen als eigene Chefärzt:innen mit ihren eigenen Assistenzärzt:innen und Patient:innen (siehe Kapitel 7.2.2). F.A. Karim (Abs. 120) bekräftigt die Aussage, dass die Assistenzärzt:innen in Jordanien Angst vor dem:der Oberärzt:in oder Fachärzt:in haben.

war auch hier die Beziehung zwischen Ärzten sind besser als die Beziehung zwischen Ärzten in Jordanien. (...) Wie man (...) hier ist das ein Chef und wir sind alle Oberärzte und das ist ein Team und wenn ein Oberarzt ein Fehler macht, der Chef übernimmt den Problem, soweit das man auch tragen kann. In Jordanien die Oberärzte sind allein sind alle jeder ein Chef und entscheidet selber und hat seine eigene Patienten und der Patient wird einfach aufgenommen auf unter seinen Namen, er hat seinen eigenen Assistenten und die Assistenten müssen ehrlich manchmal viel schleimen (O.A. Noureldin: 50).

Zudem findet O.A. Noureldin (Abs. 54) es in Deutschland angenehm, dass die Assistenzärzt:innen untereinander ein gutes Verhältnis haben, auch mit Oberärzt:innen und Chefärzt:innen gemeinsam etwas unternehmen. Ein anderes Beispiel für die kollegiale Beziehung im ärztlichen Alltag ist, **Respekt** erweisen für die höhere Hierarchie. Hierzu erzählt O.A. Noor (Abs. 56), dass in Jordanien beim Eintritt des:der Chef:ärztin automatisch alle aus Respekt aufstehen, sofern man sitzt. Dieses Verhalten hat er auch auf Deutschland übertragen. Als der:die Chefärzt:in oder der:die leitende Oberärzt:in das Ärzt:innenzimmer betrat, stand er unbewusst immer auf. Die Kolleg:innen fanden dieses Verhalten kurios und betitelten ihn laut seiner Aussage als Schleimer (O.A. Noor: 56).

Eine der mehrfach thematisierten Schwierigkeiten von elf Teilnehmern ist das **Aufklärungsgespräch** sowie die **Religion und Diskriminierung** bei acht Teilnehmern. Dabei stellt das **Aufklärungsgespräch** in seiner großen Vielfalt eine spezielle Hürde für jordanische Ärzte dar. Genauer definiert geht es um das Verlangen an detaillierten und ausführlichen Informationen bei therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen im APG (A.A. Bassel: 84-90; A.A. Basem: 76; A.A. Elyas: 60; A.A. Iyad: 48 & 84; A.A. Loay: 74-78; A.A. Laith: 67; A.A. Rahman: 54).

Das Verlangen nach einer ausführlichen Aufklärung über ein Medikament oder eine Operation sei teilweise auf die **ängstlichen Patient:innen** zurückzuführen, da durch die Angst vor bestimmten medizinisch-notwendigen Maßnahmen der:die Patient:in verunsichert wird. Angstgefühle der Patient:innen stellen für A.A. Rahman (Abs. 80) eine besondere Herausforderung dar und er stellt fest, dass die Patient:innen beruhigende Worte benötigen. Die Patient:innen würden eine **Garantie** für die Durchführung der Maßnahme ohne Komplikationen verlangen. A.A. Rahman (Abs. 80) schildert dies als unmöglich, denn auch bei einem:einer jungen Patient:in können Komplikationen auftreten, ebenso bei einem:einer älteren Patient:in keine Komplikationen auftreten. Eine Garantie kann der:die Ärzt:in nicht geben, wobei viele Patient:innen dies wünschen. Der:Die Ärzt:in muss sich demnach für den:die Patient:in viel Zeit nehmen und diese über den gesamten Ablauf der Maßnahme, einschließlich ihrer Komplikationen informieren. Der Zeitaufwand und die detaillierte Aufklärung belastet viele jordanische Ärzte, da der:die Patient:in trotz der ausgiebigen Aufklärung Bedenkzeit braucht (A.A. Iyad: 84; A.A. Rahman: 80 & 54). Durch die **Bedenkzeit** der Patient:innen verzögert sich die Behandlung. A.A. Iyad (Abs. 86) schildert sein Problem mit den ängstlichen und damit zeitintensiven Patient:innen, weil diese trotz der Aufklärung und der Kapazität und dem Ruf des Krankenhauses sowie der behandelnden Ärzt:innen eine Zweitmeinung einholen möchten.

Unterschied ist dann die Patient mehr orientiert für die Krankheit und da muss man, hier in Deutschland meine ich, beziehungsweise muss man alles aufklären, alles klar machen bevor man sich dann entscheidet. Ich kann mich erinnern zum Beispiel, sag ich mal (...) letzte Woche da hatte ich eine Patientin, die dann mit einer (...), also die sogenannte Hiatushernien und zwar das ist eine (..) Thoraxmagen, also Magen sitzt im Thorax. Da musste ich die dann über alle Eingriffe dann aufklären und ja, die hat letztendlich dann entschieden, sie braucht Bedenkzeit und das war (...) also beziehungsweise die Behandlung wurde verzögert (A.A. Iyad: 84).

F.A. Karim (Abs. 134) sieht diese Problematik hingegen vielmehr in Jordanien. Laut seiner Aussage seien die älteren Patient:innen gegenüber therapeutischen Maßnahmen in Jordanien ängstlich und wünschen diese nicht. In Deutschland hingegen schöpfen die älteren Patient:innen sämtliche verfügbaren Therapiemöglichkeiten aus. A.A. Laith (Abs. 67) beschreibt die Situation der Bedenkzeit, indem der:die Patient:in in Deutschland einige Tage vor einem medizinischen Eingriff eine detaillierte Aufklärung unter Berücksichtigung der Bedenkzeit erhält, so dass er:sie bei Unsicherheit seine:ihre Zustimmung zurückziehen kann.

A.A. Rahman (Abs. 54) differenziert zwischen der Aufklärung in Jordanien und in Deutschland, indem in Jordanien die Patient:innen weniger **Einzelheiten** zu einer Operation oder einem Medikament erfragen. In Deutschland stellen die Patient:innen hingegen vermehrt Fragen, beispielsweise zu der Einnahme des Medikaments, den Nebenwirkungen, der Dosierung und der Einnahme zusammen mit weiteren Medikamenten oder auch zum Verlauf der Operation (A.A.

Bassel: 84; A.A. Basem: 76; A.A. Elyas: 60; A.A. Iyad: 48 & 84; A.A. Rahman: 54). A.A. Loay (Abs. 74-78) erklärt dies damit, dass in Jordanien mehr Patient:innen mit **akuten Krankheitsfällen** ins Krankenhaus kommen, als in Deutschland. Aufgrund dieses Zeitmangels sei laut der Aussage von A.A. Loay (Abs. 74-78) das Aufklärungsgespräch in Deutschland ausführlicher, als in Jordanien. A.A. Iyad (Abs. 48), A.A. Rahman (Abs. 54), A.A. Bassel (Abs. 84-90), A.A. Foad (Abs. 48) und O.A. Noureldin (Abs. 84) sind hingegen der Meinung, dass der Grund in der **Gesetzgebung und der rechtlichen Grundlage**, den:die Patient:in ausführlich aufzuklären, zurückzuführen sei, da eine Unterschrift stets notwendig ist. Die Gültigkeit des Einverständnisses zeichnet sich durch die Unterschrift des:der Patient:in auf das Dokument aus. Das Beispiel von A.A. Iyad (Abs. 84-86) wurde bereits bei dem:der ängstlichen Patient:in thematisiert und kann in den vorherigen Abschnitten nochmal nachgelesen werden. A.A. Rahman (Abs. 54) spricht ebenfalls über seine Erfahrung im Aufklärungsgespräch sowie über die Bedenkzeit der Patient:innen

In unsere Heimat (...), Patient fragt ganz ganz wenig, (...) weil er hat keine (...) medizinische Erfahrung. Zum Beispiel wenn ich eine Medikament für einen Patient dort in Heimat schreiben. Er fragt nicht warum und wie funktioniert diese Medikament und könnten Sie auch diese Nebenwirkung von diese Medikament aufklären. Er fragt nicht. Hier in Deutschland kommt maximal eine Medikament hundert Frage, warum (...), was wie funktioniert diese Medikament, Nebenwirkung von diese Medikament, kann ich diese Medikament einnehmen mit die andere zum Beispiel anderen Medikament. Das die erste Sache und zweite Sache Aufklärung wegen OP. Können wir hier keine OP in Deutschland keine OP machen ohne Aufklärung von Patient und die Unterschrift von Patient. In unsere Heimat, nein es gibt keine Aufklärung, wir machen bei Ihnen eine OP, ja okay alles gut danke. Und gehen wir in OP (A.A. Rahman: 54).

Die gegenteilige Ansicht vertritt A.A. Karam (Abs. 110), dass in Deutschland die Patient:innen wegen ihrer **Dankbarkeit** weniger nachfragen als in Jordanien. Sollte dem:der deutschen Patient:in dennoch etwas einfallen, dann stellen diese ihre Fragen in der nächsten Visite. In Jordanien werden vermehrt Fragen gestellt, nicht nur seitens der Patient:innen, sondern ebenfalls von Familienmitgliedern. A.A. Laith (Abs. 67) denkt jedoch, dass dies auf die **Offenheit der deutschen Kultur** zurückzuführen ist. Der:Die Patient:in in Deutschland akzeptiert und zeigt Verständnis für medizinische Eingriffe und versteht die Komplikationsentstehungen bei einem operativen Eingriff. In Jordanien muss man dies dem:der Patient:in schonend und in einer zusammengefassten Art aufklären, damit der:die jordanische Patient:in keinen Schock erleidet.

Eine Problematik, die O.A. Noureldin, (Abs. 80) und A.A. Karam (Abs. 110) ansprechen, ist der **Zeitaufwand beim Aufklärungsgespräch mit den Familienmitgliedern**. Bei jordanischen Patient:innen verläuft die Aufklärung mit mehreren Familienmitgliedern in verschiedenen zeitlichen Abständen. Dies empfindet O.A. Noureldin als belastend. Um ein erfolgreiches Aufklärungsgespräch zu führen, nennen O.A. Noureldin (Abs. 84), A.A. Bassel (Abs. 84-90), F.A. Karim (Abs. 104) und A.A. Iyad (Abs. 32) den Aspekt des **Vertrauens**. Vertrauen in die

Kompetenz der Ärzt:innen, auch bei ausländischen Ärzt:innen. A.A. Iyad (Abs. 32) gibt hier noch das Sprachvermögen als ein bestärkendes Element für die Vertrauensebene zwischen Patient:innen und Ärzt:innen an.

Wir sagen, wir vermuten zum Beispiel im Bauch oder im Lunge etwas zu haben und wir brauchen eins zwei drei vier fünf sechs zum Beispiel Untersuchungen zu machen. Dann sagt er, nein, ich hatte auch öfter gehabt, nein ich will das nicht ich bin achtzig Jahre alt, habe immer gut gelebt, ich will nicht weiter abklären lassen. Anderen sagen, ja machen Sie alles was nötig Arzt, Herr Doktor. (...) Gibt es Vertrauen. Ich hab das, weiß nicht, ich kann das nicht vergleichen in Jordanien. Aber es gibt genau vertrauen (...) Aber da gibt es große Vertrauen trotz (...), sag ich immer, trotz, dass es Sprachproblem (O.A. Noureldin: 84).

Das Beispiel von O.A. Noureldin (Abs. 84) verweist auf die Relevanz der Vertrauensebene zwischen Patient:in und Ärzt:in, indem einige Patient:innen Untersuchungen ablehnen, aber viele auch sämtliche erforderlichen Untersuchungen annehmen und durchführen lassen. Trotz des vorhandenen Vertrauens muss der:die Patient:in stets aufgeklärt werden (A.A. Iyad: 32 & 46; O.A. Noureldin: 84). Beispielsweise erklärt A.A. Bassel (Abs. 84-90), dass die Patient:innen in Jordanien mehr Vertrauen zu den:der Ärzt:in hat, sodass dieser nicht nach ausführlichen Informationen über den medizinischen Eingriff verlangt.

Der Wunsch der Patient:innen und der beruhigende und aufmunternde Zuspruch werden durch höfliches Agieren und die Auswahl von bestimmten Redewendungen erzielt (A.A. Rahman: 80). **Höflichkeit** ist demnach auch ein weiterer wichtiger Aspekt im ärztlichen Gespräch. Unter Höflichkeit im APG fällt u.a. auch die **höfliche Formulierung** von Fragen (O.A. Noureldin: 46) und **keine Unterbrechung** des Gesprächs (A.A. Jamal: 42; A.A. Karam: 78-84). O.A. Noureldin (Abs. 46) ist der Meinung, dass man in Jordanien bei Tabu-Themen bei der Erhebung der Anamnese höfliche Formulierungen verwenden muss, sodass kein Missverständnis entsteht. Beispielsweise nennt er das Nachfragen nach Alkoholkonsum oder sexuell übertragbaren Krankheiten oder den Menstruationszyklus einer Frau, sofern man kein Gynäkologe bzw. keine Gynäkologin ist. Ebenfalls wird das Unterbrechen im Gespräch in der deutschen Kultur als unhöflich empfunden, wohingegen dies in Jordanien zum Aufrechterhalten der Konversation beiträgt und toleriert wird (A.A. Karam: 78-84).

Wenn man redet, dann kann man dann natürlich zwischendurch ein (...) paar Sätze Paraphrasing sagt man. Also das man dann mitspricht oder sagt, oh ja, nein oder mhm, weiter und so weiter. In Deutschland ist es leider (...) wird man dann als unverschämt bezeichnet (...) Da hat eine Kollege geredet und ich dachte, dass er fertig ist. Deswegen habe ich dann über mein Fall dann gesprochen und (...) er war noch nicht fertig und alle haben dann mich komisch angeguckt (A.A. Karam: 84).

A.A. Karam (Abs. 84) bezeichnet das **Unterbrechen als Paraphrasierung der Sätze**, sodass das Gespräch aufrechterhalten wird und infolgedessen die Kommunikation. Dabei sei die Unterbrechung in Jordanien legitim, insbesondere bei Paraphrasierungen und positiven

Rückmeldungen. Er beschreibt eine unangenehme Situation, als er in einer ärztlichen Besprechung in Deutschland war und dabei sein Kollege auf einen Fall gesprochen hat. Er ging davon aus, dass der Kollege fertig sei und habe deshalb über seinen eigenen Fall gesprochen. Als die anderen Kollegen ihn verwundert anschauten, bemerkte er seinen Fehler.

Zu den Aufgabengebieten eines:einer Ärzt:in gehören nicht nur Aufklärungsgespräche in Form von Anamneseerhebungen und Aufklärungen von Eingriffen, sondern ebenfalls, schlechte Nachrichten mitzuteilen. Einen wesentlichen Unterschied zwischen einem:einer Ärzt:in in Deutschland und in Jordanien ist das **Überbringen von schlechten Nachrichten**, bei dem die ärztliche Schweigepflicht dominiert. In Deutschland wird zuerst der:die Patient:in über sämtliche persönlichen Angelegenheiten und auch über schlechte Nachrichten unterrichtet und auch nach dem Einverständnis des:der Patient:in für die Weitergabe dieser Informationen an Familienangehörigen gefragt. Wird dies von dem:der Patient:in verweigert, unterliegt der:die Ärzt:in der ärztlichen Schweigepflicht. In Jordanien würden zuerst die Familienangehörigen informiert werden und dann der:die Patient:in mit der Intention, sie von Schocknachrichten zu schonen (A.A. Rahman: 58-64; A.A. Taim: 79). Das offene Gespräch mit den Patient:innen und die Akzeptanz von schlechten Nachrichten ist für O.A. Noureldin (Abs. 80) in Deutschland viel angenehmer. A.A. Taim (Abs. 79) berichtet über einen einmaligen Vorfall in einem deutschen Krankenhaus, bei dem der Oberarzt einwilligte, den Patienten zunächst nicht über die schlechte Nachricht zu informieren unter der Voraussetzung, dass die Familienangehörigen dies noch am selben Tag übernehmen. Die Familienangehörigen begründeten dies damit, dass sie den Patienten psychisch auf die Nachricht vorbereiten wollten. Diese Vorgehensweise ist untypisch, da der:die Patient:in über sämtliche Maßnahmen stets von dem:der behandelten Ärzt:in informiert wird. In Jordanien hingegen kann es vorkommen, dass der:die Patient:in entlassen wird und später stirbt, ohne von der Krankheit gewusst zu haben (A.A. Taim: 79).

Also hier Patient muss alles wissen und muss für sich entscheiden dann letztendlich. Es ist sehr sehr sehr selten hier, also nur einmal habe ich erlebt, wo die Ärzte das schon akzeptiert haben und sagten, okay wir sagen dem heute nicht aber morgen muss er das wissen. Also die Angehörigen haben den Oberarzt damals gebeten, dass er dem Patienten nicht sagt, was er hat. Nur die wollten erstmal mit dem reden und psychisch vorbereiten und so, aber sonst der Patient kommt hier rein und er hat direkt Kontakt mit dem Arzt. Und er erste Person, der Ergebnis und Untersuchung zum Beispiel oder OP oder irgendwelche Befund, der ist der erste Person, der davon weiß. Bei uns wird erstmal der Sohn informiert oder die Tochter und dann die reden oder vielleicht gar nicht mit dem Opa. Vielleicht wird entlassen und stirbt er ohne dass er weiß, was er genau hat (A.A. Taim: 79).

O.A. Noureldin (Abs. 80) und A.A. Jamal (Abs. 62) fügen hinzu, dass **Empathie** bei Übermitteln von schlechten Nachrichten eine wichtige Rolle spielt. Als jordanische Ärzte haben sie mehr Mit- und Feingefühl. A.A. Jamal (Abs. 62) beschreibt sich als mitfühlender und sensibler Mensch und beschreibt eine:n deutsche:n Ärzt:in als gefühlslos. Er begründet seine Aussage

aus seinen persönlichen Erfahrungen heraus, dass ein:e deutsche:r Ärzt:in die schlechte Nachricht den Patient:innen steif bzw. konsequent mitteilt, da er:sie ausschließlich die Fakten und die Ergebnisse der Untersuchungen direkt dem:der Patient:in mitteilt. Er als jordanischer Arzt versucht hingegen, mit schonenden und einfühlsamen Worten den:die Patient:in auf die Nachricht vorzubereiten. Solche Situationen waren für A.A. Jamal schwer zu meistern. Die o.g. Beispiele und Erfahrungen der jordanischen Ärzte zum Überbringen von schlechten Nachrichten waren adressiert an Patient:innen. Eine andere Perspektive vom **Übermitteln von schlechten Nachrichten an Familienangehörige** ergänzt A.A. Jamal (Abs. 62) mit der Erfahrung, dass bei der Mitteilung an Familienangehörige von einem Versterben des:der Patient:in eine türkische oder arabische Familie in Tränen ausbricht und zügig ins Krankenhaus eilt, auch wenn der Wohnort entfernt liegt. Ein:e Deutsche:r würde sich, seiner Erfahrung zufolge, bei dem:der Ärzt:in für den Anruf bedanken und ihm mitteilen, dass sein:ihr Wohnsitz bedauerlicherweise weit entfernt ist und er:sie demnach nicht kommen könnte.

Wir sind von kulturellen Seite her sehr empathisch und auch extrem empfindlich muss man sagen. Zum Beispiel ein Patient liegt im Sterben und man soll halt die Angehörige sagen, okay (...) oder nein, Krebs. Als Arzt stellt man fest, dass der Patient Krebs hat. Und man soll das natürlich dem Patient irgendwie so erzählen, dass er Krebs hat und dass er vielleicht auch (...) entweder operiert werden muss oder keine Chancen hat, weil das hat sich schon durchmetastasiert. Ein deutscher Arzt wird das gnadenlos (...) im Zimmer reinschmeißen und sagen, okay wir haben jetzt ein CT gemacht und wir haben so festgestellt, dass sie jetzt ein ganz schweren Krebserkrankung haben und es gibt keine Möglichkeiten wahrscheinlich außer jetzt Chemotherapie und Radiotherapie und ob das wirklich etwas bringt, wissen wir nicht, aber wir werden das halt probieren. Und dann geht er wieder. Für uns ist es emotional ganz schwierig, einfach reinzugehen und sagen, okay ich weiß nicht, ob du (...) in ein oder zwei Monaten noch leben kannst oder ob wir wirklich dein Leben retten können. Und (...) für mich ja war das nicht so einfach und man musste einfach so reingehen und man fängt an mit so, ich weiß nicht wie ich das ja ihn sagen soll, aber das sieht da nicht so gut aus. Wir haben das und das und das festgestellt, wir werden aber alles probieren und wir müssen auch die Hoffnung nicht verlieren und man geht halt mehr emotional mit der Sache um. Und auch mit der Todessache. Wenn irgendein Patient stirbt, man ruft halt die Angehörige an (...). Bei den Deutschen ist das keine Sache. Ja hallo ihre Mutter ist (...) gerade verstorben (...) und wie sieht es bei ihnen aus? Dann sagt, ach ja ich wohne zum Beispiel in Bayern. Ich werd das nicht schaffen zu kommen und vielen Dank für ihren Anruf und ja so ist das Leben und Tschüß. Wenn man aber eine türkische Patient hat oder eine arabische Patient hat (...) und ruft man die Angehörige an und sagt, okay es tut mir sehr leid ihre Mama hat das leider nicht geschafft, wir haben alles probiert. Ja dann fängt an sofort zu heulen und sie müssen sofort kommen egal wo sie wohnen (A.A. Jamal: 62).

O.A. Noor (Abs. 82-86) spricht über seine Erfahrungen, dass Patient:innen ihm bestätigten, dass orientalische Ärzt:innen emotionaler seien und eher Mitleid zeigen als deutsche Ärzt:innen.

Die **Rollenverteilung zwischen Ärzt:in und Patient:in** in der API kann zunächst patientenzentriert erfolgen, um Daten und Informationen über den Gesundheitszustand zu erhalten und im späteren Verlauf arztzentriert, um seitens des:der Ärzt:in spezifische Fragen zu stellen. Die jordanischen Ärzte sind sich einig, dass in Deutschland der:die Ärzt:in sämtliche Informationen zur Weiterbehandlung, Diagnose, Komplikationen und Ablauf der Maßnahme transparent und

offen darlegt und diese erklärt. Der:Die Patient:in entscheidet schließlich mit seinem:ihren Einverständnis in Form einer Unterschrift über die Weiterbehandlung und Diagnostik (A.A. Bassel: 84-90; A.A. Basem: 76-78; A.A. Elyas: 60-62; A.A. Foad:46; F.A. Jabal: 96-112; A.A. Jamal: 89-102; F.A. Karim: 130; A.A. Loay: 72-78; A.A. Laith: 69-75; O.A. Noor: 72-74; A.A. Rahman: 74-78). Diese Informationen werden von den jordanischen Ärzten als Vorschläge und Empfehlungen bezeichnet (A.A. Elyas: 60-62; F.A. Jabal: 96-112; F.A. Karim: 130; A.A. Loay: 72-78; A.A. Taim: 73). Sofern der:die Ärzt:in sich noch im Weiterbildungsjahr befindet, muss dieser die Diagnose und das weitere Vorgehen mit dem:der Oberärzt:in oder Chefärzt:in besprechen und deren Einverständnis einholen. Zur Situation in Jordanien gehen die Ansichten und Erfahrungen der jordanischen Ärzte auseinander. A.A. Taim (Abs. 73) und O.A. Noor (Abs. 72-74), erzählen, dass der:die Ärzt:in über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen entscheidet, wobei der:die Patient:in in gewisser Form zum Einverständnis gedrängt wird. Zu diesen Meinungen zählen ebenfalls die Aussagen von A.A. Elyas (Abs. 60-62), A.A. Bassel (Abs. 84-90) und A.A. Foad (Abs. 46), wo der:die Ärzt:in auf Basis der Vertrauensebene die Weiterbehandlung für den:die Patient:in entscheidet. A.A. Elyas (Abs. 60-62) sowie A.A. Bassel (Abs. 84-90) und A.A. Foad (Abs. 46) beschreiben, dass der:die Patient:in keine ausführlichen Informationen verlangt und auch keine zeitintensiven APG durchgeführt werden, weil der:die Patient:in in Jordanien auf das Fachwissen des:der Ärzt:in vertraut.

In Jordanien, der Arzt entscheidet alles. Es ist typisch in Jordanien, der Patient sagt immer, Sie sind der Arzt, Sie wissen besser als ich, entscheiden Sie bitte, ja. Ich muss nicht alle Informationen wissen, Sie wissen alles, Sie müssen nicht alles aufklären, entscheiden. Deswegen es ist nicht bekannt in Jordanien (...) ist nicht wie heißt das, (...) solche lange Gespräche ist nicht gewöhnlich in Jordanien ja. Hier (...) muss man mit dem Patienten lange sprechen, alles aufklären, alle Möglichkeiten, warum macht man das. Wie macht man das. Was ist die Ergebnisse. (...) Welche Komplikationen. Welche Probleme. Ja die Vorteile die Nachteile muss man alles aufklären. Das finde ich viel besser hier, aber ist auch Bemühung für die Ärzte (A.A. Elyas: 60).

Ein ausführliches Beispiel gibt A.A. Bassel (Abs. 84-90) dazu, ob die Entscheidung bei dem:der Patient:in in Deutschland und in Jordanien liegt. Ausgehend von dem Unterschied, dass in Deutschland der:die Patient:in ausführlicher aufgeklärt wird und in Jordanien Vertrauen zu den Ärzt:innen überwiegt, sodass eine solche Aufklärung wegfällt.

Die haben in die Heimat eigentlich unglaublich Vertrauen an die Ärzte. Das heißt, wenn die Arzt sagt, so so so muss gemacht werden, dann muss gemacht werden, fertig. Ganz viele Leute fragen nicht nach. Ab und zu in meine Urlaub fahre ich in die Heimat na und da hab ich viele Leute, viele Angehörigen gesehen, die die schon operiert worden sind, aber die haben überhaupt keine Ahnung, was ist gemacht worden oder wie ist gemacht worden. Die haben gesagt wie zum Beispiel eine hatte offenes Herz bekommen. Aber wie, was und was ist drin gemacht wurde, hat kein Ahnung. (...) Aber hier in Deutschland nein. Hier in Deutschland jeder Patient wird vor der Operation aufgeklärt und jede Patient muss für die Operation unterschreiben (A.A. Bassel: 86).

Andererseits erklären F.A. Jabal (Abs. 96-112), O.A. Noureldin (Abs. 81-88), A.A. Iyad (Abs.

74-78), A.A. Karam (Abs. 111-114), A.A. Loay (Abs. 72-78), A.A. Laith (Abs. 69-75) und F.A. Karim (Abs. 130 & 134), dass sowohl in Jordanien, als auch in Deutschland derselbe Ablauf erfolge. Das heißt, der:die Ärzt:in empfiehlt etwas und sämtliche Informationen liegen transparent dem:der Patient:in vor, sodass diese:r über das weitere Vorgehen entscheiden kann. A.A. Loay (Abs. 72-78) und A.A. Laith (Abs. 69-75) fügen hinzu, dass in Jordanien zwar eine Aufklärung gemacht werde, welche jedoch ohne Angaben von Details erfolgte. Weiterhin führt A.A. Laith (Abs. 69-75) aus, dass in Jordanien nicht nur der:die Patient:in in einer gewissen Form entscheidet, sondern auch Familienangehörige miteinbezogen werden. In Deutschland werden Familienangehörige ausschließlich im Notfall oder bei schwerwiegenden Erkrankungen und bei Vorlage einer Patientenverfügung hinzugezogen, wenn die Entscheidungskompetenz des:der Patient:in beeinträchtigt ist, wie bei einer Demenzkrankheit (A.A. Basem: 76-78; A.A. Foad: 58).

In Jordanien kann (...) können wir viele Diagnostik, viele Sachen ohne Rücksprachen (...) mit dem zum Beispiel Patienten oder Angehörigen. Aber hier in Deutschland, wir müssen immer die Patienten erzählen, welche Diagnostik wir müssen machen (...). wenn der Patient zum Beispiel ist (...) zum Beispiel Demenz oder Ansprechbar und so weiter, das müssen wir sofort Kontakt mit Angehörigen nehmen (...). Es gibt auch hier in Deutschland zum Beispiel Patientenverfügung. Wer entscheidet, wie weiter mit dem Patient zum Beispiel, wenn er ist Demenz oder hatte welche Probleme er kann keine Kommunikation mit dem Arzt machen (...) und (...) ich finde das zu viel. Das muss man immer welche Diagnose, wir müssen ein MRT machen, müssen wir mitteilen, wir müssen Lumbalpunktion, wir müssen mitteilen, wir müssen Verlegung machen, wir müssen alles mitteilen (...) In Jordanien einfach (...). hast du ein Patient aufgenommen, kannst du alle Diagnostik machen und dann die Angehörige können wir geben die Ergebnisse, und Punkt (A.A. Basem: 76-78).

Im vorherigen Abschnitt wurde bereits ein umfassendes Beispiel von A.A. Bassel (Abs. 84-90) dargelegt, welches zeigt, dass der:die Ärzt:in seine:ihre Maßnahmen anbietet und der:die Patient:in entscheidet, welches Vertrauen er:sie zu dem:der Ärzt:in hat und somit die empfohlene Maßnahme akzeptiert. O.A. Noor (Abs. 72) und A.A. Iyad (Abs. 74-76) erläutern die verschiedenen Rollen eines:einer Ärzt:in in Deutschland und in Jordanien, wobei A.A. Iyad (Abs. 74-76) die Ansicht vertritt, dass keinerlei Unterschiede zwischen Deutschland und Jordanien hinsichtlich der Entscheidungsmacht bei ärztlichen Maßnahmen erkennbar seien. So sei der Ablauf einschließlich der Aufklärung identisch, in denen Ärzt:in und Patient:in gemeinsam über das weitere Vorgehen entscheiden. O.A. Noor (Abs. 72) erläutert hingegen die Differenz folgendermaßen:

in Jordanien der Arzt kommt und er sagt, wir machen so und so und so und so, und am meistens, leider jetzt sage ich, (...) der Patient hat nicht viel Zeit oder darf nicht viel fragen oder diskutieren, ja, weil (...) der Arzt will, dass er das Sagen hat und wir machen so und das war es, (...) ja. Aber in Deutschland hab ich auch sowas gemerkt als ich hier kam und angefangen habe, dass die Patienten ein bisschen Bescheid wissen über ihre Krankheiten und die fragen nach und die sagen, wie wir so gemacht haben, was passiert und wie war zum Beispiel Plan B gemacht haben, was passiert danach und (...) die diskutieren und die fragen zum Beispiel, wenn die Diagnostik überhaupt notwendig wäre oder soll ich das überhaupt machen

und sowas. Und als Arzt ist man verpflichtet das zu beantworten, (...) aber in Jordanien, natürlich das ist jetzt keine Regel, nicht überall so, aber (...) am meistens leider (...) hat der Arzt das Sagen und er sagt (...) und der Patient darf nicht viel diskutieren (O.A. Noor: 72).

Das o.g. Beispiel von O.A. Noor (Abs. 72-74) zeigt, dass in Jordanien zwar der:die Patient:in entscheiden darf, diese:r jedoch weniger mit dem:der Ärzt:in über den Gesundheitszustand und der Weiterbehandlung diskutieren und nachfragen kann. Als Grund hierfür nennt O.A. Noor die hohe Autorität des:der Ärzt:in in Jordanien und die informierten deutschen Patient:innen. Zudem fügt er hinzu, dass ein:e deutsche:r Patient:in krankheitsorientiert ist, d.h. vorher über seinen:ihren Gesundheitszustand recherchiert hat und demnach bereits Informationen besitzt, sodass er:sie die Weiterbehandlung mit dem:der Ärzt:in diskutieren kann. Hingegen besitzt ein:e jordanische:r Patient:in solche Informationen nicht und führt sämtliches auf das Schicksal zurück (O.A. Noor: 72-74). Zudem beschreibt A.A. Elyas (Abs. 46) den Unterschied zwischen einem:einer Ärzt:in in Deutschland und in Jordanien dergestalt, dass der:die Ärzt:in in Jordanien mehr Anerkennung und ein hohes Prestige erhält, wohingegen der:die Ärzt:in in Deutschland als ein normaler Mensch mit Angestelltenstatus angesehen wird.

Aufgrund der häufigen Nennung der Themen **Religion und Diskriminierung** im Berufsalltag, scheint diese Thematik relevant für die jordanischen Ärzte zu sein. Beispielsweise stand immer wieder die Streitfrage mit Kolleg:innen und Pflegepersonal im Raum, was die jordanischen Ärzte an religiösen **Feiertagen in Deutschland und bei Alkoholkonsum** machen sollen. A.A. Taim (Abs. 52) gibt an, dass er an Feiertagen und beim Konsum von Alkohol aus religiösen Gründen nicht teilnimmt und dies häufiger zu Diskussionen und Streit führte. Ebenfalls sprechen O.A. Noureldin (Abs. 40) und A.A. Laith (Abs. 55-57) über den Alkoholkonsum oder Gerichte mit Schweinefleisch. O.A. Noureldin unterstreicht jedoch, dass diese Schwierigkeit nur anfangs aufgetreten sei und die Kolleg:innen Verständnis für die Sitten und Gebräuche sowie die Religion aufbrachten. Hingegen findet A.A. Laith diese Themen eine unnötige Diskussion, zumal die Fragen aufgrund der Neugierde der Menschen wiederholt gestellt werden, warum man etwas (nicht) machen darf. Er konnte diese Diskussionen friedlich beenden, dennoch war es für ihn störend (A.A. Laith: 55-57).

Manchmal wenn wir mit den Kollegen waren, wird immer diskutiert, ja warum man keine Schwein zum Beispiel isst oder warum man kein Alkohol (...) trinkt (...) solche Sachen zum Beispiel. Das ist keine Kritik im Sinne von Kritik, aber eine (...) unnötige Diskussion sehe ich das so. Da muss man die Leute einfach akzeptieren, wie die sind und das war es. So ich war (...) ich hab, das erste Krankenhaus war das eine katholische Krankenhaus und da waren viele (...) wie nennt man das, diese Nonns im Krankenhaus, aber sie haben mich nie etwas geärgert oder (...) etwas gesagt. So sie haben immer Diskussion angefangen, was um Religion geht, (...) aber das war für mich überhaupt nicht mehr (wichtig?) (...) ich konnte immer die Diskussion zu Ende bringen ohne weitere (...) Folgen oder ohne weitere (...) Stress zu machen (A.A. Laith: 57).

Weiterhin betonen die jordanischen Ärzte, dass die in Deutschland lebenden Menschen

**Stereotypen gegenüber arabischen Personen** entwickelt haben (A.A. Loay: 46 & 52; O.A. Noor: 34). Beispielsweise seien Männer aggressiv (A.A. Loay: 46) oder Frauen dürfen nicht alleine rausgehen (O.A. Noor: 34) oder die Kopftuchdebatte (A.A. Foad: 30; A.A. Loay: 52)

Zum Beispiel einmal, jetzt erinnere mich etwas, als Cultural Shock sozusagen, dass ein Oberarzt mich gefragt habe ob meine Mutter mit Kopftuch schläft. Ich hab wirklich auf dem Boden gelacht (A.A. Loay: 52).

**Diskriminierung** wird von jordanischen Ärzten auf persönlicher, interkultureller Ebene empfunden. Am Arbeitsplatz erlebten F.A. Jabal (Abs. 126-132) und A.A. Loay (Abs. 32) eine unangenehme Situation. Dabei lag die Streitigkeit in der **Ungleichbehandlung** zwischen Kolleg:innen. F.A. Jabal (Abs. 126) erzählt, dass eine bevorzugte Person vom Chefarzt mit ihm mitlaufen und in den Operationssaal eintreten durfte, wohingegen die anderen die Verwaltungstätigkeiten abarbeiten mussten. Er beschreibt dies als unfair, weil es einen einheitlichen Weiterbildungsplan gibt, wo alle Ärzt:innen gleiche Aufgabengebiete zugewiesen bekommen. Dieser werde jedoch von den Chefärzt:innen nicht eingehalten.

Zum Beispiel, wer ist beliebt (...) im Team oder vom Chef, wird mehr operieren. Genau. Ich finde das ein bisschen nicht in Ordnung. Wenn man ein Weiterbildungssystem eintritt, dann muss alle gleich operieren, alle gleich machen, nicht wer ist beliebt vom Chef macht alles und die anderen machen Papierkram oder Notaufnahme oder so weiter (F.A. Jabal: 126).

Im Zuge dieser Diskussion kritisiert er das Weiterbildungssystem und verdeutlicht, dass dieses dem:der Chefärzt:in den Freiraum verschafft, bestimmte Assistenzärzt:innen zu bevorzugen. Dies geschieht, weil das Logbuch für die gesamte Weiterbildungszeit gilt.

Ein:e Assistenzärzt:in operiert demzufolge anfangs wenig und kann dieses am Ende der Weiterbildungsjahre gleichzeitig nachholen (F.A. Jabal: 132 & 134).

Dasselbe erlebte A.A. Loay (Abs. 32), wobei seitens Fach- und Oberärzt:innen die Diskriminierung und Ungleichbehandlung ausgeübt wurde. Dies hat die Benachteiligung der Kompetenzentwicklung von Ärzt:innen als Folge. Er sei aus diesem Grund bereits zweimal umgezogen und habe auch das Krankenhaus zweimal gewechselt. Im Zusammenspiel mit der Ungleichbehandlung assoziiert A.A. Loay die Konkurrenz zwischen den Assistenzärzt:innen. Ebenfalls spricht er über Diskriminierung seitens des Pflorgeteams, was seinen ersten Umzug nach seiner sechsmonatigen Probezeit im Krankenhaus bestärkte (A.A. Loay: 34). Er findet, dass eine Pflegekraft durchaus als Unterstützung dienen, aber auch das Gegenteil bewirken kann.

A.A. Foad (Abs. 26-30) und A.A. Jamal (Abs. 36-38) sprechen über den schlechten Umgang mit ausländischen Ärzt:innen, insbesondere betont A.A. Jamal die Differenz im Umgang in Ost- und Westdeutschland. Er habe dort gearbeitet und dieser Unterschied war bemerkbar. Ein von einem:einer ausländischen Ärzt:in gemachter Fehler war stets ein Gesprächsthema, sodass

hiervon auch der:die Chefärzt:in erfahren hat. Derselbe Fehler von einem:einer deutschen Ärzt:in wurde jedoch nicht angesprochen und zügig verheimlicht (A.A. Jamal: 36-38). Über die Gleichberechtigung und Diskriminierung sagt A.A. Jamal (Abs. 110) folgendes:

in Jordanien gibt es ganz klare Diskriminierung ja, also je nach Familienname, je nach Herkunft, da merkt man sofort eine Diskriminierung. Aber wir reden und wir singen nicht die ganze Zeit über Gleichberechtigung und (...) Demokratie. Aber wenn man nach Deutschland kommt und man redet hier und kriegt das auch jeden zweiten Tag auch (...) in den Mund reingesteckt, Demokratie, Gleichberechtigung (...) jede darf (...) ja also Antidiskriminierungspolitik und trotzdem geht man zu Arbeit und sieht man, dass die deutsche Ärzte oder die deutsche, die mit eine deutsche Hintergrund kommen, weil sehr viele türkische Ärzte sind, die sind auch geboren, die sind zweite oder auch manchmal dritte Generation, auch arabische Ärzte, die werden aber auch nicht gleich behandelt, wegen Hautfarbe, wegen Familienname. Die haben nicht denselben Chance wie ein deutsche Arzt (A.A. Jamal: 110).

Für A.A. Jamal (Abs. 110) sei Diskriminierung nicht nur bei den neuen kommenden ausländischen Ärzt:innen, sondern ebenfalls bei seit mehreren Generationen in Deutschland lebenden Ausländer:innen der Fall. Trotz der Diskriminierung in Jordanien sei dies im Gegensatz zu Deutschland keine schockierende Realität, da dieses Themenfeld nicht wie in Deutschland eine stetige Streitfrage und in Diskussion sei (A.A. Jamal: 110).

**Zusammenfassend** nehmen die interkulturellen Schwierigkeiten einen großen Teil der vorliegenden Studie ein. Insbesondere stellen für jordanische Ärzte das Aufklärungsgespräch sowie Religion und Diskriminierung auf verschiedenen Ebenen interkulturelle Hürden dar. Bei der Privatsphäre, bei ängstlichen Patient:innen und beim Mitteilen von schlechten Nachrichten sind ebenfalls interkulturelle Differenzen erkennbar und bereiten demnach den jordanischen Ärzten Kommunikationsschwierigkeiten. Positiv wird das kollegiale Verhältnis in Deutschland bewertet. Dabei stellen der:die informierte Patient:in, die Begrüßungsrituale, die Höflichkeit, Unterschiede des Geschlechts und die Diskriminierung ein persönlich interkulturelles Problem und das Mitteilen von schlechten Nachrichten, die Rolle von Ärzt:innen und Patient:innen und die Privatsphäre eher eine institutionelle Problematik dar, da letztere vom Gesundheits- und Krankenhaussystem bedingt werden. Auf Grundlage der Erfahrungsberichte können bestimmte Probleme als ein interpersonal aber auch teils als ein institutionell interkulturelles Problem eingestuft werden, wie beispielsweise die Aufklärungsgespräche, der:die ängstliche Patient:in oder auch das kollegiale Verhältnis. D.h. es werden alle von bestimmten Gesetzesgrundlagen und vom Krankenhaussystem bestimmt, aber sie werden auch durch Schwierigkeiten auf zwischenmenschlicher Ebene beeinflusst.

## **Diskussion**

Der ärztliche Beruf ist nicht nur fachsprachlich kompetenzorientiert, sondern auch sprach-, kultur- und kommunikationsorientiert. Die Kommunikation findet zwischen Ärzt:innen,

Patient:innen und Pflegekräften statt. Sie findet statt, um Diagnosen zu stellen und zu übermitteln, Sachprobleme zu lösen, Entscheidungen zu finden und zu treffen, die Zusammenarbeit zu gestalten, Kritik anzuerkennen und Resultate zu erzielen. Dabei erhält der:die Patient:in die Priorität bei der Interaktion. Einer der wichtigsten Aspekte für die Genesung und Behandlung eines:einer Patient:in ist das APG, wie im Kapitel 5.1 erläutert (vgl. Fritzsche et al. 2003; vgl. auch Decker 2005: 3; vgl. auch Deter 2010: 22; vgl. auch Henderson et al. 2018; vgl. auch Schildmann et al. 2018; vgl. auch Seitz et al. 2019; vgl. auch Cross 2020). Decker (2005: 2) sieht das APG für eine erfolgreiche Diagnose bei 70 % und in Verbindung mit einer körperlichen Untersuchung bei 90% verantwortlich. Laut Seitz et al. (2019: 17) liegt die Diagnose sogar bei 76%. In einem Gespräch mit dem:der Patient:in werden:

1. die meisten Diagnosen erstellt
2. Behandlungspläne entwickelt und entschieden
3. die relevanten ökonomischen Entscheidungen des Gesundheitswesens getroffen (Verordnungen, Überweisungen, Krankschreibungen...)
4. ein Teil der psychosozialen und kognitiven Grundlagen für die aktive Beteiligung des Patienten in seiner Behandlung geschaffen (Nowak, 2009: 1).

Durch das Aufbauen einer kultursensiblen Kommunikation und das Zeigen von Respekt und Verständnis kann eine starke Beziehung mit dem:der Patient:in in der islamischen Kultur aufgebaut werden (vgl. Alkhlaifat 2021: 33; vgl. auch Attum et al. 2023). In der Fachliteratur wird das Verhältnis zwischen dem:der Ärzt:in und dem:der Patient:in als eine asymmetrische Beziehung definiert (vgl. Alloui 2005: 13). Barkowski (2007: 33-34) erläutert, dass durch das Gespräch zwischen dem:der Expert:in und dem Laien eine asymmetrische Fachkommunikation hergestellt wird, wie z.B. bei Anamnese-, Aufklärungs- und Befundgesprächen sowie Therapievorschlügen. Um diese Beziehung auszuschöpfen, werden verschiedene Kommunikationsarten beider Gesprächspartner:innen angewandt. Man erhebt die Anamnese, klärt den:die Patient:in über weitere medizinische Maßnahmen auf und gibt den Freiraum, ebenfalls Rückfragen zu stellen (siehe Dahm, 2016).

Das Aufklärungsgespräch stellt für die jordanischen Ärzte eine spezielle interaktiv sprachliche und interkulturelle Herausforderung dar.

Helman (2007: 128) erklärt dazu:

Both the presentation of illness and others` response to it are largely determined by socio-cultural factors. Each culture (and to some extent each gender, social class, region and even family) has its own *language of distress*, which bridges the gap between subjective experience of impaired wellbeing and social acknowledgement of them (Helman, 2007: 128; Hervorh. im Original).

Das Verlangen nach einer ausführlichen Aufklärung im APG seitens des:der Patient:in hat auf Grundlage der Forschungsergebnisse mehrere Auslöser. Dabei verlangt ein:e ängstliche:r

Patient:in wegen Unsicherheit und Angstgefühlen nach tieferen Informationen, wie die Erfahrungsberichte von A.A. Rahman (Abs. 54) und A.A. Laith (Abs. 67) bestätigen. Weiterhin gibt die Gesetzeslage in Deutschland, laut drei Teilnehmern aus Gruppe zwei und zwei Teilnehmern aus Gruppe drei, vor, dass der:die Ärzt:in verpflichtet ist, den:die Patient:in über seine:ihre Befunde, Diagnosen und weiteres zu informieren und somit der:die Patient:in über die Entscheidungsmacht verfügt. Dazu zählt ebenfalls, ihm:ihr eine angemessene Bedenkzeit zu gewähren. Trotz der gesetzlich vorgeschriebenen Bedenkzeit gemäß § 630 e) Abs. 2 Satz 1 Ziffer 2 BGB zeigen viele Patient:innen Vertrauen in das (Fach)wissen eines:einer Ärzt:in, folgen den Empfehlungen, und zeigen auch Dankbarkeit (A.A. Karam: 110). Auf Grundlage des vorhandenen Verständnisses von medizinischen Maßnahmen bei dem:der Patient:in verbindet die Forscherin dieses Element mit dem:der informierten Patient:in, welche:r sich vor einem ärztlichen Gespräch und vor einer medizinischen Maßnahme zunächst in die Symptomatik und mögliche Therapien einliest, wie A.A. Foad (Abs. 42) und A.A. Basem (Abs. 34).

Dahiyat et al. (2023: 4), Alkhlaifat (2021: 166) sowie Morgan (2003: 56-57) verbinden das Bildungsniveau der Patient:innen in Jordanien mit der Kooperation im APG sowohl auch mit dem Vertrauen zu Ärzt:innen. Dahiyat et al. (2023: 4) erklären, dass Patient:innen mit einem niedrigen Bildungsniveau nicht an Informationen über „the quality of healthcare provider or physician qualifications or the details of illness and treatment plan“ (Dahiyat et al., 2023: 4) haben. Patient:innen mit hohem Bildungsniveau möchten mehr im APG sowie im Behandlungsverfahren involviert werden. Umso niedriger der Bildungsniveau, umso mehr Vertrauen wird den jordanischen Ärzt:innen entgegengebracht (vgl. Dahiyat et al. 2023: 4). Nach Kleinke (2017: 240-242) können Patient:innen sich als Laien medizinische Informationen mithilfe der Internetplattform *Google* aneignen und mit ins APG einbringen. Diese explizit genannte Plattform wird nach einer von Kleinke (2017: 240) vorgestellten Forsa-Umfrage von 73% aller Deutschen für Gesundheitsfragen benutzt. Kleinke (2017: 240) betont dabei, dass die Nutzung der Informationsquelle *Google* u.a. die Interaktion im APG beeinträchtigen kann. Der:Die Patient:in ist aktiver, informierter und emanzipierter. Eigeninterpretationen seitens des:der Patient:in können die negative Konsequenz einer Fehlinterpretation haben. Der:Die Ärzt:in bleibt trotz der Autonomie und der Emanzipation des:der Patient:in für viele ein:e Expert:in, der:die sich im Bereich Gesundheit und Gesundheitspolitik bestens auskennt (vgl. Deter 2010: 17). Auch Dahiyat et al. (2023: 2) bestätigen wie Kleinke (2017: 240), dass das Internet dem:der Patient:in die Möglichkeit gibt gesundheitliche Informationen einzuholen. Die Innovation stellt zurzeit das Konzept des *E-Health* dar, indem man Patient:inneninformationen und -daten problemlos aufrufen und verwalten sowie auch die Betreuung und Behandlung der Patient:innen

damit unterstützen kann (siehe St. Amant, 2017; siehe auch Bundesministerium für Gesundheit, 2023 & 2024).

Eine Studie der Boston Consulting Group bestätigte, dass Patienten, die das Internet für Gesundheitsfragen nutzen, anders mit dem Arzt kommunizieren: 36 % der Patienten, die häufig das Internet nutzen, konfrontieren den Arzt mit einer selbst gestellten Diagnose und 45 % haben spezifische Vorstellungen von der Therapie im Vergleich zu 16 % bzw. 19 % der Patienten, die das Internet nicht für Gesundheitsfragen nutzen (Klemperer, 2003: 13).

Nach deutscher Gesetzeslage ist der:die Ärzt:in gemäß § 630 e) Abs. 2 Satz 2 BGB verpflichtet, dem:der Patient:in umfassende Informationen über seine:ihre Krankheitssituation und über die Therapie, einschließlich des Sterberisiko während oder nach einem operativen Eingriff auszuhandigen (vgl. Gillessen 2020: 63-64). Dies bedeutet, dass er:sie juristisch für ein Zuwiderhandeln belangt werden kann (siehe Gillessen, 2020: 63). Für den:die Ärzt:in stellt das Wissen über innovative medizinische Erkenntnisse und Forschungen aus zeitlichen Gründen eine Herausforderung dar. In anderen Worten bedeutet dies, dass er:sie jederzeit *up-to-date* sein und die Patient:innen mit guten Argumenten bei Falschdiagnosen beraten muss.

Auf Grundlage der Erfahrungsberichte der jordanischen Ärzte im klinischen Alltag in Deutschland sowie in Jordanien kann die Rolle des:der Ärzt:in erörtert werden. Die Patient:innen in Deutschland sind informierter über Krankheiten und eignen sich medizinisches Laienwissen mithilfe der Internetplattform *Google* an, welche sie im APG einbringen. Der:die Patient:in erhält seine:ihre Emanzipation und Autonomie in der ärztlichen Interaktion. Alle jordanischen Interviewteilnehmer sind sich einig, dass in Deutschland der:die Ärzt:in seine:ihre therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen anbietet und dem:der Patient:in für ihn:sie abgestimmte Maßnahmen empfiehlt, sodass der:die Patient:in schließlich allein entscheidet, welche der Maßnahmen durchgeführt werden sollen. Der:Die Ärzt:in klärt dabei den:die Patient:in detailliert über Risiken, Ablauf und Chancen der Maßnahmen auf. Mit der Unterschrift des:der Patient:in erfolgt in Deutschland die Zustimmung zu der geplanten Maßnahme oder der:die Patient:in verweigert diese und entscheidet sich gegen des ärztlichen Rates. Nach diesen ausführlichen Informationen kann der:die Ärzt:in in Deutschland als Berater:in verstanden werden.

Nach Emanuel und Emanuel (1992) ist dies das interpretative Modell. Der:Die Ärzt:in liegt dem:der Patient:in in diesem Modell sämtliche Informationen sowie Risiken und Heilungschancen transparent vor. Das interpretative Modell unterscheidet sich vom informativen Modell dadurch, dass dort die Werte des:der Patient:in nicht bekannt sind, spricht der:die Patient:in strahlt im Gespräch Unsicherheit aus. Der:Die Ärzt:in fungiert im interpretativen Modell als Berater:in und Unterstützer:in. Er hilft dem:der Patient:in seine:ihre Werte und Vorstellungen

zu erkennen, sodass diese:r über die medizinische Maßnahme entscheiden kann. Informationen über die Lebensumstände (soziale Situation) helfen beiden Seiten, eine Entscheidung zu treffen. Im informativen Modell hingegen erkennt der:die Patient:in seine:ihre soziale Lage und seine:ihre Werte, sodass er:sie autonom jegliche Entscheidung trifft. Der:Die Ärzt:in teilt dem:der Patient:in lediglich alle Informationen mit.

Das abwägende Modell unterscheidet sich von den vorherigen, indem die Entscheidung, auf Grundlage einer ausführlichen Darlegung der klinischen Informationen und der Lebensumstände des:der Patient:in, beide Parteien – Ärzt:in und Patient:in – gemeinsam treffen. Der:Die Ärzt:in versucht ohne Zwänge den:die Patient:in von seiner:ihrer Ansicht zu überzeugen. Das informative und abwägende Modell kann aufgrund der vorher ausgeführten Indikationen sowie aufgrund der Erfahrungsberichte der jordanischen Ärzte in Deutschland ausgeschlossen werden.

Prof S.A. (Abs. 73) erklärt in Übereinstimmung mit den jordanischen Ärzten, die Art der Rollenverteilung in Deutschland und in Jordanien, wobei der:die Patient:in in Deutschland ausführlich aufgeklärt wird und diese Aufklärung auch wünscht, während in Jordanien die Beziehung auf Vertrauen aufgebaut ist und der:die Patient:in eine allgemeine Aufklärung ohne Details erhält. Erst nach dem Vertrauensaufbau erfolgen eine körperliche Untersuchung und weitere diagnostische Schritte, wie z.B. Röntgen und Blutentnahme (vgl. Dahm 2016).

Der Patient fördert viel. Man muss ihn ganz einfach voll nehmen und man muss ihm alles erklären von A bis Z (...) Aber du musst ihm aufklären. Du musst ihn auch unterschreiben lassen, dass er das auch mal weiß ja. Das ihm noch die Zeit dazu geben, dass er auch sich Gedanken darüber macht und mit dir redet. Vielleicht dort in Jordanien wird es so nicht gesehen. Ach das machen wir schon. Da passiert ja nichts. Bis jetzt ist auch nie etwas passiert. Die Aufklärung ist ja ganz einfach auf Vertrauen aufgebaut. Aber hier Vertrauen ist gut, aber sie wollen ganz einfach wissen (Prof S.A.: 73).

Dem sog. paternalistischen Modell nach Emanuel und Emanuel (1992) kann die Rolle des:der Ärzt:in in Jordanien zugeordnet werden. Trotz der verschiedenen Ansichten der befragten jordanischen Ärzte über ihre Rolle in Jordanien kann dennoch festgestellt werden, dass der:die Ärzt:in als Beschützer:in fungiert, der für die Patient:innen das Beste auswählen möchte (siehe Alkhlaifat, 2021: 123-124). Der:Die Ärzt:in in Jordanien entscheidet über die Maßnahmen. Die Wünsche der Patient:innen sowie ihre Mitwirkung werden nur in eingeschränkter Form berücksichtigt (siehe Kapitel 5.2). Es ist davon auszugehen, dass der:die Ärzt:in in Jordanien eine Vaterfigur verkörpert, welcher das Wohlergehen seiner Patient:innen achtet und auf Basis seines Fachwissens allein entscheidet. A.A. Foad (Abs. 46) beschreibt ebenfalls wie Emanuel und Emanuel (1992) die Funktion der Ärzt:innen in Jordanien als Autoritätsfigur, die ihre Kinder beschützt.

Zudem wird von dem:der Patient:in im Modell von Emanuel und Emanuel (1992) dargestellt, dass Dankbarkeit erwartet wird. Aus den Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte wird dies in Form des Vertrauens zu dem Fachwissen und Status des:der Ärzt:in in Jordanien ausgedrückt.

Bis heute sind die vier dargestellten Modelle von Emanuel und Emanuel (1992) im Diskurs sehr präsent. Sie sind laut Klemperer (2003: 9) einer gesellschaftlichen Zeitströmung im Rahmen einer API zuzuordnen. Bis in die 80er Jahre dominierte das paternalistische Modell; es wurde von einem konsumentenorientierten Kommunikationsmodell aufgrund der Globalisierung und der Verbraucherbewegung, auch im Bereich Medizin, abgelöst. Man sucht nach einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Ärzt:in und Patient:in. Dieses Modell nennt sich *Shared Decision Making* (SDM) und versucht die Minimierung der Arzt-Patienten-Hierarchie einzuleiten.

Laut Geisler (2002: 2) steht dabei die Selbstbestimmung des:der Patient:innen im Vordergrund. Der Autor betont, dass das Prinzip von *Das Wohl des Patienten ist oberstes Gesetz* durch *Der Wille des Patienten ist oberstes Gebot* ersetzt wurde. Der frühere Paternalismus, in dem der:die Ärzt:in die weiteren Schritte bestimmen durfte und als Vaterfigur angesehen wurde, wird aufgrund des:der informierten Patient:in durch seine:ihre Selbstbestimmung über die weiteren Behandlungen abgelöst. In Jordanien wird nach Meinung der Forschenden auf Basis der Erfahrungsberichte jedoch das Modell des Paternalismus weiterhin praktiziert, indem die Patient:innen bestimmte, abgewogene Informationen ohne Details erhalten. Der:Die Ärzt:in entscheidet über die Maßnahmen und der:die Patient:in sollte seine Dankbarkeit in jeglicher Form ausdrücken.

Beim patientenzentrierten Gespräch eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, ist für die weitere Behandlung relevant. Um diese Beziehung zwischen Ärzt:in und Patient:in zu entwickeln, sind für Geisler (2002: 2) zwei essenzielle Eigenschaften eines:einer Ärzt:in elementar: seine:ihre Hand und seine:ihre Worte. Auch Borowski (2018: 17) sagt, dass Sprache „eines der elementaren Werkzeuge für die ärztliche Tätigkeit [ist]“ (Borowski, 2018: 17). Patient:innen scheinen

sprachliche Fähigkeiten und Fachkompetenz eng miteinander zu verknüpfen. Wenn sie ihre Ärzte/innen nicht gut verstehen, fühlen sie [sich] nicht adäquat behandelt, was in Verunsicherung münden kann (Soppa, 2019: 54).

Beispielsweise zeigt die Verwendung von einfühlsamen und empathischen Worten, eine positive Wirkung auf den Heilungsprozess. Wohingegen eine unempathische und negative Haltung

und Wortschatzbenutzung den Heilungsprozess hemmen (vgl. Geisler 2002: 3). Ärzte haben nunmehr in Gesprächen

nicht mehr nur die Aufgabe (...) das medizinisch (rechtlich) Richtige zu sagen, sondern es so zu sagen, dass ihr Gegenüber es hören, verarbeiten und in selbstbestimmtes Handeln umsetzen kann (Nowak, 2009: 2).

Wie in Kapitel 5.1 thematisiert, zählen u.a. die Räumlichkeiten zu einem wesentlichen Punkt für eine erfolgreiche Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in. Wichtig ist dabei nicht nur die visuelle Seite des Raumes, wie die Anordnung der Stühle im Raum oder Farben, sondern auch die körperliche Distanz zueinander, der Blickkontakt und die Privatsphäre des:der Patient:in im Patientenzimmer mit weiteren Patient:innen. Pabst-Weinschenk (2017: 183) verwendet hingegen die Begrifflichkeiten Raumsprache, wie Einrichtung, Statussymbol, Kleidung und Objektsprache (wie Sitzplatz, Distanzzone und Körperkontakt). Aus den Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte geht deutlich hervor, dass im Patientenzimmer keine Privatsphäre herrscht, da der:die Patient:in im Beisein von Dritten untersucht wird, wie A.A. Jamal (Abs. 54-56) und O.A. Noor (Abs. 56) berichten. Im dafür geeigneten und ausgestatteten Behandlungszimmer hingegen, wird nach der Erfahrung eines Teilnehmers aus Gruppe drei die Privatsphäre beachtet. In Jordanien ist im Behandlungsraum nicht nur der:die Ärzt:in präsent, sondern auch ein Krankenpfleger:in, insbesondere bei der Untersuchung vom anderen Geschlecht (siehe Alkhlaifat, 2021: 104-106; siehe auch Attum et al. 2023). Alkhlaifat (2021) beleuchtet in seiner Forschung die Seite des:der jordanischen Patient:in, indem Patientinnen nur von Ärztinnen (des gleichen Geschlechts) behandelt werden möchten, auch wenn mit einem Arzt eine Krankenschwester im Behandlungsraum präsent sein sollte. In städtischen Gebieten sei die körperliche Untersuchung von Patientinnen in Beisein von Krankenschwestern laut Alkhlaifat (2021: 104-106) durchaus toleranter als in ländlichen Gebieten in Jordanien. Scham und der religiöse Hintergrund seien Gründe für den Vorzug von Ärztinnen anstatt Ärzte (vgl. Alkhlaifat 2021: 104-106). Nach Attum et al. (2023) stellt das Bewahren der Distanz und der Körperlichkeit zwischen den Geschlechtern für religiöse Patient:innen ein wichtiges Kriterium im APG und in der Behandlung dar. Das Wahren der Distanz

includes minimizing eye and physical contact between a healthcare worker and a patient of the opposite gender when possible (Attum et al., 2023).

Eine weitere Reibung hinsichtlich der Räumlichkeiten besteht nicht nur mit den Patient:innen, sondern ebenfalls zwischen den Kolleg:innen, wie im Umkleideraum der Ärzt:innen. Nach Ansicht der Verfasserin der vorliegenden Studie ist dies auf die jordanisch, islamisch geprägte Kultur und Erziehung zurückzuführen, da der Grad der Scham die Jordanier dazu bewegt,

solche Aufforderungen mit Vorsicht zu artikulieren.

Heißt es der Patient entkleidet sich. Ausser die Frau hat ihren BH an, aber ansonsten sie entkleiden sich ob Mann oder Frau. Ich mach kein Unterschied und ich mach auch (...) hab ich auch kein (...) ja keine Schwierigkeit damit das zu tun. Ich untersuche die Frau genauso wie der Mann. Kann ich mir vorstellen, dass der ausländische Arzt immer noch nicht so gewöhnt ist, dass man der Frau sagt, Ziehen Sie sich bitte mal aus, Machen Sie sich bereit für die Untersuchung. Und die Frau macht es ja hier. Das ist ja normal ja. Sie hat ja Vertrauen zu dem Doktor (Prof S.A.: 45).

Es herrscht ebenfalls auf Basis der Religiosität eine gewisse Grundhaltung zu bestimmten Tabuthemen und Auffassungen zu Krankheit, Heilung und Tod (vgl. Gillessen et al. 2020: 20-25; vgl. auch Alkhlaifat 2021: 30 & 33 & 34; vgl. auch Scheib 2021: 12-14; vgl. auch Grein 2023: 3-7; vgl. auch Attum et al. 2023). Die jordanische Kultur ist eine kollektivistisch geprägte Gesellschaft, sodass Scham

ein Kennzeichen der Reife, eigene Wünsche zurück zu stellen und die vom Kollektiv erwartete Funktion bzw. Rolle zu übernehmen, sich für das Kollektiv aufzuopfern, der Mehrheit anzupassen und den Alten und Autoritäten zu gehorchen [darstellt] (Gillessen et al., 2020: 25).

Laut Alkhlaifat (2021: 33) sind „discussing sexual matters“ sowie „sexuality“ (Alkhlaifat, 2021: 33) Tabuthemen. Der:die Ärzt:in sollte in der Lage sein, jegliche Form von medizinischer Hilfe zu leisten, ohne zu diskriminieren, d.h. ohne auf die Religion, Ethnie oder soziale Zugehörigkeit zu achten. Dieser Anspruch besteht zwischen Ärzt:innen und Patient:innen. Dies auch auf ein kollegiales Verhältnis frei von Diskriminierung anzuwenden, scheint nach Ansicht der Forscherin ein guter Ansatz zu sein. Dadurch wurde die kollegiale Arbeitsatmosphäre angenehmer empfunden und die Qualität und Effektivität der Patient:innenversorgung würde steigen. Verschiedene Ansätze zur Begriffserklärung der Diskriminierung sind in der Literatur vorhanden (vgl. Liebscher & Fritzsche 2010: 27). Für die vorliegende Studie werden soziologische und rechtswissenschaftliche Ansätze zugrunde gelegt. Die soziologische Definition von Diskriminierung stellt eine Beurteilung für andere Personen aufgrund der wahrgenommenen sozialen oder ethnischen Herkunft dar (vgl. Liebscher & Fritzsche 2010: 27). Diese Person sieht andere Personen als ungleich an. Der rechtswissenschaftliche Ansatz wird auf Grundlage des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) definiert (vgl. Liebscher & Fritzsche 2010: 27-28; vgl. auch Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2021). Dabei sticht die Ungleichbehandlung ohne sachliche Gründe oder eine abwertende Behandlung aufgrund nicht oder schwer erkennbaren Identitätsmerkmale der Person heraus (vgl. Liebscher & Fritzsche 2010: 27-28). Das AGG schützt seit August 2006 vor Diskriminierung aufgrund ethnischer Herkunft, rassistischer Zuschreibung, dem Geschlecht, dem Lebensalter, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung oder sexuellen Identität (§1 AGG). Für die vorliegende Studie wird Diskriminierung auf Basis der beiden oben genannten Ansätze definiert. Demzufolge wird Diskriminierung für

die vorliegende Studie als eine Benachteiligung, als eine Ungleichbehandlung oder auch abwertende Behandlung von Menschen oder Gruppen oder Institutionen verstanden, sodass dies als Konsequenz eine nachteilige Behandlung im Umgang sowie Einschränkungen für die jeweiligen Personen im privaten sowie beruflichen Alltag zur Folge hat.

Prof M. (Abs. 23) sieht die interkulturelle Bewusstheit im Team als eine Bereicherung. Zum einen eine sprachliche Bereicherung, da der jordanische Arzt das Team mit seinem kulturellen und sprachlichen arabischen Hintergrund bei der Kommunikation, Behandlung und Umgang von arabischen Patient:innen unterstützt. Zum anderen eine kulturelle Bereicherung, da sich das Team aus Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zusammensetzt und diese frei ausüben kann, wie z.B. Ramadan oder Fasching oder wie religiöse Feste zu feiern. Die Religion und die Kultur des:der Anderen wird respektiert, toleriert und akzeptiert, sodass ein angenehmes Zusammensein und Teamwork daraus entstehen. Prof. M. (Abs. 23) berichtet folgendes über einen jordanischen Arzt:

Ja ich habe gesagt, er hilft uns sehr mit den arabischen Patienten, weil ich glaub da hat er auch diesen kulturellen Touch. Da hat er einfach (...) da weiß er mehr die Hintergründe und kann besser mit denen umgehen. Also nicht nur sprachlich, sondern auch kulturell. Aber ich muss sagen, was halt angenehm ist, ist dass wir nen gewissen Abstand zu unserer Kultur auch haben. Also wir respektieren das und (...) zum Beispiel ja, jetzt war jetzt grad Ramadan ja und dann ist er halt (...) dann fastet er und das ist auch okay und manchmal machen wir auch (...) ja ich würd jetzt nicht sagen, wir machen uns lustig, aber wir machen komische oder lustige Kommentare, aber er kann mitlachen. Verstehen Sie was ich meine ja. Es ist jetzt nicht so, dass es jetzt so wahnsinnig ernst ist. Der eine macht halt Ramadan und der nächste, was weiß ich, macht Fasching und dann macht der Fastenzeit und irgendwie können wir alle darüber lachen. Und am Ende hat er uns halt ein Haufen Gebäck mitgebracht und das war halt ne nette Sache und dann haben wir halt das alles, das wahnsinnig süße Zeug gegessen, aber es war lustig (Prof M: 23).

Das kollegiale Verhältnis zwischen den Ärzt:innen unterschiedlicher Hierarchiepositionen in Deutschland scheint nach den Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte angenehmer als, in Jordanien zu sein (F.A. Karim: 120; O.A. Noureldin: 50 & 54; O.A. Noor: 56). Die Beziehung wird als Team bezeichnet und ist mit Respekt verbunden. Hofstede (2006: 28) zeigt vier Kulturdimensionen, aus denen sich eine Kultur zusammensetzt: Machtdistanz, Individualismus vs. Kollektivismus, Maskulinität vs. Femininität und Unsicherheitsvermeidung. *Power Distance Index*, sprich die Machtdistanz in der Hierarchie, hat einen Einfluss auf die Akzeptanz der Machtverteilung, also die Hierarchien innerhalb einer Kultur (vgl. Hofstede 2006: 28). Dabei werden starke Hierarchien von Kulturen mit einem Verständnis für hohe Machtdistanz akzeptiert, in denen die Entscheidungen von Führungskräften keinen Widerspruch erfahren. Hingegen werden Entscheidungen in Kulturen mit niedrigem Machtverständnis delegiert, sprich eine flache Hierarchie (vgl. Hofstede 2006: 28-29). Die Erfahrungsberichte der jordanischen Ärzte können mithilfe von Hofstedes Auffassungen zur Machtdistanz erklärt werden (siehe Hofstede, 2006: 28-29). Die jordanische Krankenhauskultur scheint eine hohe Machtdistanz aufzuweisen,

sodass die Anweisungen, Entscheidungen und Aufforderungen der Chefärzt:innen ohne Widerspruch ausgeführt werden. Wohingegen in Deutschland eine flache Hierarchie zu herrschen scheint, spricht eine niedrige Machtdistanz, sodass die Kolleg:innen unterschiedlicher Hierarchiepositionen miteinander als Team fungieren. In Kapitel 7.5.3 wird auf die verschiedenen Hierarchieebenen sowie auf die Definition von flacher Hierarchie eingegangen.

Höflichkeit im Gespräch und das höfliche Handeln stellen für jordanische Ärzte eine weitere Hürde dar. Aus der Ergebnisdarstellung geht hervor, dass Unterbrechungen und Fragen formulieren als höfliches Verhalten interpretiert werden. Im deutschen Zusammenhang werden diese jedoch als unhöflich bewertet. Nach Engel und Tomiczek (2010: 124) zeichnet eine höfliche Handlung aus, dass die Rechte, die Ansicht und die Rolle der Anderen respektiert und akzeptiert werden sowie jede Person ihren Gesprächsbeitrag ohne Unterbrechungen leisten kann (siehe Kapitel 5.3.1). Dabei ist Höflichkeit nicht nur kulturell bedingt, sondern zusätzlich sprachbedingt. Höflichkeit wird dementsprechend in Form von Sprache ausgedrückt und zielt auf die Aufrechterhaltung der Kommunikation ab. Das Einsetzen der Sprache, also das Formulieren von Fragestellungen und das Ausschweifen, entspricht einem wichtigen sprachlichen Merkmal zur Realisierung von höflichem Handeln in einem APG in der jordanischen Kultur. Ebenso steht das Gesicht (*Face*) (vgl. Brown & Levinson 1978: 67-68; vgl. auch Wangermann 2008; vgl. auch Ebert 2020: 95-97) in einer Kommunikation stets im Mittelpunkt. Brown und Levinson (1978 & 1987: 108-216) haben einige Merkmale für die *positive* und *negative* Höflichkeit aufgelistet (siehe Kapitel 5.3.1). Das Bewahren, Akzeptieren und Respektieren des Gesichts aller beteiligten Gesprächspartner:innen ist für die erfolgreiche Kommunikation elementar (siehe Ebert, 2020: 95-97). Um dies auf die API zu generalisieren, ist es interessant zu wissen, dass der:die Ärzt:in die Aufgabe erfüllen sollte, sein:ihr Gesicht und das des:der Patient:in zu wahren. Eine knappe Kommunikation mit einer präzisen Aussage wird i.d.R. als unhöflich eingestuft, da dadurch nach Wangermann (2008: 8-9) eine äußerst kurze Verbindung aufgebaut wird. Wie bereits erläutert, ist das Bewahren des Gesichts des:der Patient:in – auf Grundlage der Erfahrungsberichte von zwei Teilnehmern aus Gruppe zwei und einen Teilnehmer aus Gruppe eins – mithilfe von höflichen Formulierungen, Ausschweifungen und dem Ausreden lassen des:der Patient:in realisierbar. Dies bedeutet, Höflichkeit ist nicht nur sprach- und kulturbedingt, sondern auch abhängig von individuellen Interessen.

Höfliches Verhalten beruht auf verschiedenen Grundlagen: Zum einen orientieren sich die Sprecher an kulturspezifischen Werten; zum anderen nutzen sie aber auch Verhaltensweisen, die auf die effektive Verfolgung des eigenen Interesses bezogen sind (Cho, 2005: 39).

Zu beachten ist, ob und mit welchem Ausdruckstyp die Realisierung eines Höflichkeitsprinzips

in einer Kommunikation möglich ist. Im Deutschen werden, z.B. Floskeln als Art der Höflichkeitsformen angesehen. Dabei gibt es verschiedene Ausdrucksformen der Floskeln, wie indirekte Sprechakte, Modalpartikel und begleitende Begründungs- und Entschuldigungsformen (vgl. Cho 2005: 45). Diese Formen sind wiederum stark kulturabhängig (vgl. Cho 2005: 45).

Ein weiteres Prinzip höflichen Sprachverhaltens ist das Prinzip der Floskel, das sich auf Höflichkeitsformen bezieht, die kaum noch inhaltliche Orientierung am Respekt aufweisen und somit nur als Höflichkeitsfloskeln gelten. Im Alltag werden sehr unterschiedliche Ausdrucksformen als Floskeln verwendet. Hierzu gehören im Deutschen (...) indirekte Sprechakte, Modalpartikeln und begleitende Begründungs- und Entschuldigungsformen (Cho, 2005: 45).

Begrüßungsrituale sind ein Teil höflichen Handelns und kulturbedingt, indem die Beziehungsebene dominiert (siehe Vandekieft, 2001: 302-311; siehe auch Erll & Gymnich, 2007: 128; siehe auch Watzlawick et al., 2011). Ein Begrüßungsritual mit anderen Geschlechtern kann „andere Rituale als Norm als für Begrüßungen unter Individuen des gleichen Geschlechts“ (Erll & Gymnich, 2007: 128) oder auch je nach Hierarchiegefälle, „der soziale Status“ (Erll & Gymnich, 2007: 128) haben. Begrüßungsrituale sind für die erste interkulturelle Kommunikation und somit für den ersten Einstieg in ein Gespräch bei einer interkulturellen Begegnung signifikant (siehe Erll & Gymnich, 2007: 126-127). Prof. S.A. (Abs. 45) führt ein Beispiel für eine Begrüßung zwischen Mann und Frau an, insbesondere das Händeschütteln. In der jordanischen Kultur wird aus religiösen Gründen dem anderen Geschlecht nicht die Hand gereicht oder aus Respekt kein Augenkontakt mit dem anderen Geschlecht gehalten. Dabei erklärt er, dass er es für wahrscheinlich hält, dass eine weibliche Patientin eine gewisse Unsicherheit gegenüber dem Arzt empfinden kann.

Zum Beispiel, hier dass man auch Mann und Frau auch grüßt mit der Hand. Das man auch in einen ins Gesicht mal schaut, wenn man mit dem anderen redet. Das ist wahrscheinlich in der anderen Kultur, wenn man mit einer Frau redet man schaut nach unten ja. Das ist nicht der Fall hier. Die Frauen sind hier genauso selbstbewusst wie in Amerika wie in der westlichen Welt. Anders als dort ist es halt (...) wie man das halt man ja (...) diese Kleinigkeiten das lernt man ja auch. Und die Kollegen werden das einem auch aufmerksam machen (...) aber ich kann es mir vorstellen, wenn jemand aus Jordanien kommt, dass wenn man mit einer Frau redet, dass man nach unten schaut. Das eigentlich manche Frauen als (...) ja Unsicherheit empfinden seitens des Doktors (Prof S.A.: 45).

Einen weiteren bedeutsamen Punkt stellt das Mitteilen von schlechten Nachrichten dar, welche für Ärzt:innen eine nicht nur sprachliche, sondern auch eine emotionale Herausforderung darstellt. Vandekieft (2011: 302-311) stellt die ABCDE-Regel vor, wie die Vorbereitung auf das Gespräch mithilfe der vorliegenden Patientenakte und den klinischen Daten im Vordergrund gelingen kann. Zeit und Atmosphäre im Gespräch stellen in dieser Hinsicht wichtige Elemente für eine reibungslose Vermittlung von schlechten Nachrichten dar.

Eine vertrauensvolle Beziehung zum:zur Patient:in wird aufgebaut, indem der:die Ärzt:in Zeit mitbringt und Blickkontakt mit dem:der Patient:in hält (vgl. Vandekieft 2001: 302-311; vgl.

auch Selouhi 2024). Bedeutsam ist, dass der:die Ärzt:in in dieser Phase Einfühlungsvermögen und Verständnis zeigt. Bei der Übermittlung der schlechten Nachrichten ist auf die Sprache zu achten, d.h. der:die Ärzt:in sollte hier die patientengerechte Sprache verwenden und medizinische Fachwörter weitgehend vermeiden. In Kapitel 5.3.1 wurden bereits die Funktionen von Emotionen nach Decker (2005: 11-12) diskutiert und die primären und sekundären Emotionen aufgezeigt, welche für eine:n Ärzt:in im Hintergrund seiner:ihrer ärztlichen Behandlung stehen. Im Fokus eines:einer Ärzt:in stehen stets die medizinische Behandlung des:der Patient:in, bei der ebenfalls die emotionale Kompetenz eine wichtige Rolle spielt. Eigen- und Fremdemotionen sind ein Hauptaspekt für einen emotional entspannten Umgang mit dem:der Patient:in (vgl. Lindemann 2015: 155). Dabei spielt der Umgang mit den eigenen Emotionen des:der Ärzt:in bei der Mitteilung von schlechten Nachrichten eine bestimmende Funktion, um auf die Fremdemotionen des:der Patient:in reagieren zu können. Emotionen und interkultureller Hintergrund sind relevant für die Weiterbehandlung bzw. die weitere Kommunikation. Hierzu zeigt Görlitz (2003) drei Fehler im Umgang mit Emotionen auf. Ausreden von Emotionen und falsches Mitgefühl, negieren bzw. nicht verstehen von negativen Übertragungsreaktionen (z.B. aggressive Äußerung des:der Patient:in gegenüber dem:der Ärzt:in, wobei ganz andere Menschen gemeint sind) und fehlerhafte Haltung des:der Ärzt:in, der seinem:seiner Patient:in als wissenskompetente:r Fachmann:Fachfrau gegenübertritt (vgl. Decker 2005: 13).

Der:Die Ärzt:in hat aufgrund des Medizinstudiums das Fachwissen über den Körper des Menschen sowie die Fähigkeit, Symptome zu erkennen und diese zu behandeln. Die Schilderungen der Beschwerden von Patient:innen sind oft sehr subjektiv und emotional geleitet. Der:Die Ärzt:in stellt sich die Aufgabe, nicht nur die organischen Ursachen, sondern ebenfalls die soziopsychologischen Hintergründe zu erkennen (vgl. Deter 2010: 17). Ziel ist es, eine präzisere Diagnose zu erstellen und daraufhin die geeignete Therapie in die Wege zu leiten. Es gilt die Regel, Empathie bzw. Einfühlvermögen zu zeigen.

Insofern ist es für den Patienten auch hoch bedeutsam, was und wie dieser Arzt spricht, welche Diagnose er stellt und welche gezielte Therapie er empfiehlt bzw. selbst einleitet. Die subjektive Bedeutsamkeit dieser Interaktion ist für den Patienten existentiell und kann im Regelfall als sehr hoch eingeschätzt werden (Deter, 2010: 17).

Koerfer et al. (2004) geben einen Leitfaden für einige mitfühlenden Antwortmöglichkeiten, welche der:die Ärzt:in im APG anwenden und somit die Emotionen des:der Patient:in aufgreifen kann. Ein besonderer Leitfaden ist das NURSE-Modell der Ärztekammer (2015: 26), wobei der jordanische Arzt nicht auf alle Elemente des NURSE-Modells zurückgreifen muss. Er kann durchaus spezifische Reaktionen verwenden.

Prof. M. (Abs. 29 & 33) sieht Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit und Empathie in der Behandlung und

im Umgang mit Patient:innen als äußerst relevant an, da dies auch ein Bedürfnis der Patient:innen darstelle. Auf Grundlage dessen und der Erfahrungsberichte sieht die Forscherin den Wunsch, die emotionale Kompetenz stärker durch Trainings auszuprägen. Laut Zimmermann (2000: 24) und Decker (2005: 20) ist belegt, dass derartige Kommunikationstrainings für Ärzt:innen durchaus wirksam und effizient sind, um auf emotionale Sorgen des:der Patient:innen einzugehen. Die Teilnahme der Ärzt:innen an solchen Schulungen bewirken eine Verbesserung der Fähigkeit bzw. der Kompetenz, emotionale Sorgen der Patient:innen aufzugreifen (vgl. Decker 2005: 20).

Die immer wieder gestellte und nie erfüllte Forderung nach Schulung der Ärzte und der Pflegenden in spezifischer Gesprächsführung könnte dazu beitragen, daß sich Ärzte und Pflegende bewusst würden, daß die in Gesprächen zugrunde liegenden Einstellungen sehr verschieden sein können. Das würde verhindern, daß sie, die sich immer in Zeitnot befinden, die verständnisorientierten Gespräche der Patienten als langatmiges Geschwafel auffassen, und die erfolgsorientierten Gespräche des ärztlichen und pflegerischen Personals müßten dementsprechend nicht seitens der Patienten als unverständliches medizinisches Kauderwelsch empfunden werden (Zimmermann, 2000: 24).

Bei der interkulturellen Interaktion im Klinikalltag sind vier signifikante Ressourcen hervorzuheben: Zeit, Personal, Sprache und die interkulturelle Kompetenz der Mediziner:innen (vgl. Gillessen 2020: 51). Dennoch zeichnet sich die Empathie in der API als die relevanteste Kompetenz ab, sodass die Beziehungsebene auf Basis von Vertrauen aufgebaut werden kann (siehe Vandekieft, 2001: 302-311; siehe auch Watzlawick et al., 2011: 61-65; siehe auch Schildmann et al., 2018; siehe auch Seitz et al., 2019: 17; siehe auch Gillessen, 2020: 52).

In der ABCDE-Regel ist die vollständige Vorbereitung auf das Gespräch elementar. Zu beachten und zu erfragen ist nach der ABCDE-Regel demnach, ob der:die Ärzt:in die schlechte Nachricht in Beisein von Familienangehörigen oder Freund:innen überbringen darf. Wie aus den Erfahrungsberichten von drei jordanischen Ärzten aus Gruppe zwei und drei hervorgeht, wird in Deutschland der:die Patient:in stets über sämtliches Vorgehen und alle Informationen zu seinem:ihrer Zustand, auch bei einem bösartigem Befund unterrichtet. Wohingegen der:die Patient:in in Jordanien zur psychischen Minderung und zum Vermeiden von Schockzuständen nicht direkt mit der schlechten Nachricht konfrontiert wird. Die Familienangehörigen übernehmen diese Aufgabe in Jordanien. Ebenfalls geht aus der ABCDE-Regel von Vandekieft (2001: 302-311) hervor, dass Emotionen und Empathie eine der fundamentalsten Aspekte bei der Mitteilung von schlechten Nachrichten darstellen. Dies bekräftigen zwei jordanischen Ärzte aus Gruppe zwei und erklären dies mit der Aussage, dass ein:e jordanische:r Ärzt:in mehr auf Einfühlvermögen und Empathie setzt, als ein:e deutsche:r Ärzt:in. Aus Sicht der Forscherin kann diese Aussage nicht generalisiert werden, da jeder Mensch individuell ist, verschiedene charakteristische Eigenschaften besitzt und demnach auch anders mit Gefühlen und Emotionen

umgeht und diese vermittelt. Demnach kann auch ein:eine jordanische:r Ärzt:in gefühlsärmer und empathieärmer mit den jeweiligen Situationen umgehen, genau wie bei einem:einer deutschen Ärzt:in durchaus viel Empathie ins APG mit einfließen kann. Zusätzlich zur oben genannten Regel sind noch Kommunikationsmuster nach Langewitz (2002: 13-16) vorhanden, die der:die jordanische Ärzt:in anwenden kann. Beispielsweise das Vermeiden von kurzen und bündigen Mitteilungen. Diese Regel gilt nicht nur, wie bereits thematisiert, beim Aufklärungsgespräch, sondern insbesondere bei dem Überbringen von schlechten Nachrichten. Eine kurze und bündige Nachricht kann den:die Patient:in sowie die Angehörigen in einem Schockzustand versetzen. Die Konsequenz aus den Forschungsergebnissen kann ein einheitlich emotionales Training im Umgang mit den Eigen- und Fremdemotionen sein, sowie auch die Vermittlung von sprachlichen Mittel, die zur Minderung der negativen Atmosphäre und zur Entlastung der psychischen Last beitragen können.

### **7.5.2 Interkulturelle Probleme im Klinikalltag und bei ärztlichen Tätigkeiten**

Die Aufgabengebiete der jordanischen Ärzte sind in bürokratische und medizinische Tätigkeitsfelder unterteilt. Sie sehen ihre Haupttätigkeiten im medizinischen Bereich und lenken ihre Aufmerksamkeit, ihre Motivation und ihre Weiterbildungen in diesen ärztlichen Bereich. Hierzu zählen vorwiegend die Durchführung von diagnostischen Maßnahmen, wie z.B. Blutentnahme, Röntgenbilder, Punktionen u.v.m. aber auch pflegerische Arbeiten, wie z.B. Venenkatheter legen, Transport von Patient:innen usw., operative Eingriffe, Arzt-Arzt-Gespräche (AAG), Arzt-Patienten-Gespräche (APG), Interventionen uvm.(A.A. Loay: 26 & 86; A.A. Laith: 27).

Medizinisch. Die Visite, natürlich jeden Tag muss man die Visite machen. Also das heißt muss man die Patienten besuchen und die Updates also denen sagen und für die Operationen vorbereiten, kurze Gespräche durchführen und dann müssen wir zu ärztliche Gespräche mal gehen und müssen wir über alle Fälle diskutieren, auch was auffällig bei denen. Und dann (...) geht man zurück und macht Dokumentation, dokumentiert was er gemacht hat, was macht er noch. Fordert die Diagnostik an, (...) auch dann zum Teil, wenn das möglich wäre, (...) geht er zu Operationen oder zu Interventionen und dann wieder Visite (...) und natürlich entlässt man die Patienten jeden morgen oder nachmittags, muss man Briefe schreiben auf jeden Fall. Und (...) ja Tumorkonferenzen auch durchführen, mitmachen (...) ja. Die sind die Hauptaufgaben von uns (A.A. Loay: 86).

Und auch viele von sogenannten pflegerische Arbeit ha wie Blutabnahmen und (...) manchmal Transport der Patienten zum CT oder zum MRT (A.A. Laith: 27).

Im Folgenden visualisiert die Grafik einen ersten Einblick in den erlebten Schwierigkeiten von jordanischen Ärzten im Hinblick auf die Ausführung von medizinischen Tätigkeiten. Die Charakterisierung der Schwierigkeiten erfolgt nach der Veranschaulichung.

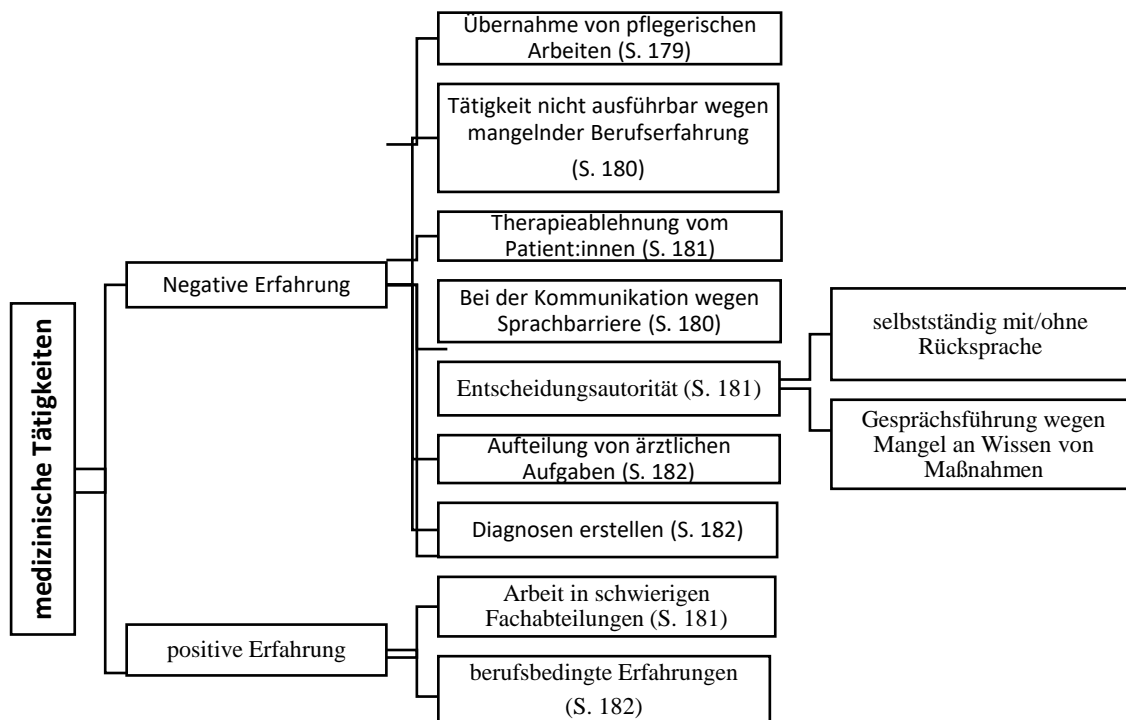


Abbildung 11: Erfahrungen bei der Ausführung von medizinischen Tätigkeitsfeldern

Die **Blutentnahme und das Einsetzen von Flexülen (Venenkatheter)** markiert eine von vielen medizinischen Aufgaben. O.A. Noureldin (Abs. 32), A.A. Iyad (Abs. 58-60), A.A. Laith (Abs. 47), A.A. Bassel (Abs. 52), A.A. Basem (Abs. 50) und A.A. Karam (Abs. 90) sehen die vorher genannten Tätigkeiten als eine zusätzliche Belastung für Ärzt:innen. Alle befragten Ärzte konnten in diesem Tätigkeitsfeld vor dem Beginn einer Assistenärzt:innenstelle in Deutschland keine Erfahrungen sammeln und empfinden die überraschende Ausübung dieser Aufgaben als problematisch. O.A. Noureldin (Abs. 32), A.A. Bassel (Abs. 52), A.A. Basem (Abs. 50) und auch A.A. Laith (Abs. 47) berichten, dass diese Tätigkeitsart in Jordanien nicht von Ärzt:innen durchgeführt wird, sondern von Pflegekräften.

O.A. Noureldin und A.A. Iyad (Abs. 58-60) begründeten dies damit, dass die Pflegekräfte in Jordanien eine Ausbildung von vier Jahren haben, jedoch in Deutschland die pflegerische Ausbildung nur zwei Jahre<sup>19</sup> beträgt. Nach Ansicht von A.A. Iyad (Abs. 58-60) haben die jordanischen Pflegekräfte mehr Wissen über die Anatomie, Physiologie usw. eines Menschen. Sie übernehmen in Jordanien viele medizinischen Aufgaben, die in Deutschland dem ärztlichen Aufgabenbereich zugeordnet sind, und entlasten die Ärzt:innen. Er berichtet über einen Vorfall

<sup>19</sup> Anscheinend liegt ein Missverständnis beim Wissenstand des Interviewteilnehmers vor. Die Ausbildung für Gesundheits- und Krankenpfleger in Deutschland beträgt drei Jahre.

mit einer Pflegekraft an einem deutschen Krankenhaus, indem ein Patient eine distale Fraktur hatte und A.A. Iyad diese reponieren wollte. Die Pflegekraft war jedoch anderer Meinung und verweigerte die Unterstützung, sodass folglich der Chefarzt mit einbezogen werden musste (A.A. Iyad: 58-60). Er empfand diese Situation als eine Last, zumal er der Arzt sei und diagnostische sowie therapeutische Maßnahmen zu entscheiden hat. A.A. Basem (50) weist in dieser Hinsicht darauf hin, dass das Pflegepersonal ausschließlich die Anordnungen der Ärzt:innen befolgen und keine eigenständigen Entscheidungen treffen darf. Weiterhin führt er aus, dass die medizinischen Aufgaben wie Katheter und Flexülen legen von Ärzt:innen durchgeführt werden, was in Jordanien nicht üblich wäre.

F.A. Karim (Abs. 60) thematisiert die Schwierigkeit, **aufgrund mangelnder Berufserfahrung** in einem bestimmten Fachbereich medizinisch relevante Tätigkeiten nicht ausführen zu können. Er nennt beispielsweise den Fachbereich der Anästhesie, wo er dem:der Patient:in Schlaf- und Schmerzmittel verabreichen oder auch eine endotracheale Intubation durchführen musste. Aber auch Aufgabengebiete wie EKG zu lesen, Lumbalpunktionen durchzuführen, Zentralvenenkatheter zu legen und eine Blutanalyse anzulegen, bereiteten ihm Schwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten lassen sich auf seine mangelnde berufliche Erfahrung zurückführen, welche mit der Zeit und mit der zunehmenden Berufserfahrung abgeklungen sind. Im Gegensatz zu den vorher ausgeführten Hürden in Zusammenhang mit mangelnder berufsbezogener Erfahrung stellt F.A. Karim (Abs. 64) **die durch die Sprachbarriere verursachten Schwierigkeiten** gegenüber. Dabei erläutert er, dass seine Deutschkenntnisse anfangs sehr schwach waren und er dies dem Chefarzt mitteilte, um seine Unterstützung für die Teilnahme an einem Deutschkurs zu erhalten – allerdings vergeblich (siehe hierzu auch Kapitel 7.3). Demzufolge begegnete F.A. Karim (Abs. 64) aufgrund seiner fehlenden Sprachkenntnisse, einigen Problemen beim Aufklärungsgespräch mit Patient:innen, beim kollegialen Gespräch über weitere Maßnahmen und Diagnosen, bei der Kommunikation mit Pflegekräften, Angehörigen und Patient:innen sowie bei Arbeitsanweisungen von Pflegekräften und Kolleg:innen. Er betont, dass ein:e Ärzt:in stets vor Herausforderungen steht, welche im Laufe der ärztlichen Berufslaufbahn (-karriere) im Grad und in der Art variieren. Trotz den erlebten Herausforderungen im ärztlichen Alltag, bewertet F.A. Karim (Abs. 64) diese als einen Gewinn für seine Berufserfahrung und sein (Fach)Wissen, insbesondere bezüglich der Hürden in schwierigen Fachabteilungen, wie Intensivstation, Notaufnahme, Kardiologie, Palliativstation und Weaningstation<sup>20</sup>, in ernsthaft bedrohlichen Situationen und mit schwererkranken Patient:innen. Dennoch seien solche Situationen mit viel

---

<sup>20</sup> Weaningstation ist eine Entwöhnungsstation für Langzeitbeatmung (eine Beatmungsintensivstation).

Stress und schlaflosen Nächten verbunden (F.A. Karim: 64).

Ich war in die Kardiologieabteilung gearbeitet, danach auf die Intensivstation, Notaufnahme, (...) Palliativstation und auch (...) auf die Weaningstation, deshalb war immer dort also die schwierigen Sachen, schwierige Patienten, schwierige Situationen, Patienten mit Schwerekrankung, Multimorbidität, deshalb hab ich eine gute Erfahrung in diesen Stationen oder Abteilungen gehabt. Deshalb hab ich viel gelernt, viel Erfahrung gehabt, ich habe mit vielen Kollegen gearbeitet und ich habe auch viel gelernt. Eigentlich da war nicht immer einfach, also (...) gibt es Tagen also kann man nicht also vom Stress schlafen oder gut (...) also genesen oder mich entspannen, weil da war viel Stress, vor allem auch auf Weaningstation und Intensivstation, weil viele Notfälle und Monitoring, viel Stress, aber am Ende habe ich angemerkt, wenn man also in die schwierige Abteilungen arbeiten also kann man gute Erfahrung haben (F.A. Karim: 64).

A.A. Loay (Abs. 84) bezeichnet die Problematik im ärztlichen Alltag als normal, wie z.B. die **Ablehnung einer therapeutischen Maßnahme**. Er sagt, als Ärzt:in sollte man mit solchen Situationen umgehen können. A.A. Elyas (Abs. 64) berichtet über die **Entscheidungsautorität**, sodass laut ihm, der:die Oberärzt:in stets die beste Auswahl bei der Entscheidung für therapeutische und diagnostische Maßnahmen trifft. Da die Entscheidungsautorität unter die Rubrik Hierarchie und Machtverhältnissen fällt, wird dies von der Forscherin als ein interkulturelles Problem angesehen. Laut der Aussage von A.A. Elyas empfindet er die Schwierigkeit, ein Aufklärungsgespräch zu führen und den:die Patient:in über weitere therapeutische und diagnostische Maßnahmen zu informieren, über welche diese:r kein Wissen und keine Erfahrungen besitzt. Im Folgenden schildert er eine Situation:

Ich als Assistenzarzt habe ich noch nicht genug Erfahrungen. Wenn der Oberarzt entscheidet, das ist der beste Wahl. Ich als Assistenzarzt muss alle Möglichkeiten aufklären für die Patient. Ich habe diese Erfahrung nicht. Ich kann nicht sehr gut (...) also zum Beispiel hier in unsere Krankenhaus wenn der Patient zum Beispiel Blasen tumor hat. Wir machen hier eine Operation heißt TURBlase, also Transurethrale Resektion. Wie ein Spiegelung. Das ist, finde ich am besten. Der Oberarzt findet auch das am besten, aber die andere Möglichkeiten, die offene Operationen, die medikamentöse Therapien, die kenne ich nicht, weil ich habe das noch nicht erfahren. Hier habe ich Probleme, weil ich habe nicht genug Informationen dafür (A.A. Elyas: 64).

Über die Entscheidungsautorität sprechen ebenfalls A.A. Laith (Abs. 43) und F.A. Karim (Abs. 64) und berichten über die Herausforderung, selbstständig Entscheidungen als Berufsanfänger treffen zu müssen. Insbesondere liegt bei A.A. Laith die Schwierigkeit, Entscheidungen in schwierigen Situationen, wie in Schockräumen zu treffen. In diesem Zusammenhang nennt A.A. Laith (Abs. 43) die komplexen Umstände in einem Schockraum, welche belastend, anstrengend, stress- sowie zeitintensiv sind. Er merkt an, dass die erlebten Herausforderungen eines:einer Ärzt:in nicht immer sprachlich, sondern auch berufsbedingt sind (A.A. Laith: 43). A.A. Foad (Abs. 60) vertritt die gleiche Ansicht beim Treffen von Entscheidungen in schwierigen und komplizierten Fällen wie A.A. Laith. Dennoch geht er auf die Gewichtung der Rücksprache mit dem:der Oberärzt:in ein und führt aus, dass selbst ein:e Oberärzt:in in manchen Situationen den:die Chefärzt:in mit einbeziehen muss.

A.A. Laith (Abs. 47) berichtet über die **Arbeitsaufteilung** auf den Stationen zwischen den Ärzt:innen und dem Pflegepersonal und nimmt auch hier Bezug auf die am Anfang des Kapitels bereits thematisierten Probleme mit Pflegekräften und die Übernahme von ihm als pflegerische Aufgaben empfundene Aufgaben. Er differenziert hier die ärztlichen und pflegerischen Tätigkeitsfelder und deren Aufteilung in deutschen Krankenhäusern, sodass jedes Krankenhaus eigene Regeln hat. In einem Krankenhaus, wo die Pflegekräfte die Blutentnahmen übernehmen, ist diese Aufgabe in einem anderen Krankenhaus von Ärzt:innen zu leisten. Diese Arbeitsaufteilung ist laut seiner Aussage auch auf Personalmangel zurückzuführen (A.A. Laith: 47). Er nennt diese Herausforderung die *Übernahme der Drecksarbeit* (A.A. Laith: 47). Das Problem des Personalmangels in Krankenhäusern scheint zunächst allgemein zu sein, dennoch sieht die Forscherin darin ein interkulturelles Problem, da Personalmangel in Kliniken und die damit verbundene Arbeitsaufteilung u.a. auf das System im Krankenhaus zurückzuführen ist.

einigen Krankenhäuser, dass die Assistenten (...) so auf Intensivstation zum Beispiel BGA abnehmen müssen. Bei andere Krankenhäuser das machen die Schwestern und (...) wenn man neu ist, sagt, okay das ist üblicherweise das ist Krankenschwestertätigkeiten und das ist anders in diesem Krankenhaus, dann fängt bisschen Unruhe zu kommen (...). Das war eine Problem für mich, immer noch. Dass die wegen Personalmangel in der Pflege, dass viele pflegerische Arbeit auf die Ärzten verschoben werden. (...) Zum Beispiel in meinem Krankenhaus jetzt, wir müssen leider, wir haben Mangel bei uns, so drei Kollegen sind gekündigt. Die sind weg jetzt und (...) wir brauchen noch (...) drei oder vier Ärzten. (...) Bei der Pflege der Fall ist noch schlechter (...), da viele sind auf einmal weggegangen und wir mussten leider viele pflegerische Arbeit übernehmen, was uns natürlich (...) bisschen schwierig ist oder und noch mehr zu tun bringt (...), was wir uns nicht wünschen. (...) Und das bringt Unruhe und das natürlich (...) entwickelt sich für die Verhältnis mit den anderen auch (A.A. Laith: 47).

A.A. Iyad (Abs. 38) beschreibt den täglichen Ablauf eines:einer Ärzt:in, indem er:sie täglich eine Begegnung mit einer Vielzahl von Patient:innen mit diversen Krankheitsbildern hat. Folglich stellt sich dadurch wegen mangelnder Berufserfahrung und Kenntnissen über diverse Krankheitsbilder die **Schwierigkeit, keine Diagnosen identifizieren** zu können. Hierbei nahm er laut seiner Aussage die Hilfestellungen von Kolleg:innen in Anspruch.

Der ärztliche Alltag birgt nicht nur Herausforderungen, sondern auch **positive Ereignisse**. A.A. Bassel (Abs. 44-46) berichtet beispielsweise positiv über die Ausübung von medizinischen Tätigkeiten, wie das Thema der Drainagen, die Differenz von unterschiedlichen Drainagearten, chirurgisch bedingte Krankheitsbilder sowie deren erforderliche Maßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten. Die positiv geprägten Erfahrungen sind u.a. auf seine gesammelten **Berufserfahrungen** zurückzuführen, da er bereits seit 2011 in Jordanien in der Allgemeinmedizin und der Chirurgie tätig war und er dadurch ausreichend Erfahrung und Wissen für seine Weiterbildung in der Chirurgie in Deutschland mitbringen konnte.

Ein:e Assistenz:ärzt:in übernimmt neben den oben genannten medizinischen Tätigkeiten, viele **bürokratische Tätigkeitsfelder** von dem:der betreuenden Oberärzt:in oder Chefärzt:in. Zu den

administrativen Tätigkeitsfeldern zählen u.a. das Verfassen von Arztbriefen, Entlassungsbriege, Versicherungsunterlagen wie z.B. Krankenversicherung, Rentenversicherung und Pflegeversicherung, Dokumentation der Visite, des Krankheitsverlaufs und der Therapieempfehlung, Vollmachten von Betreuer:innen und Aufklärungsbögen uvm.

O.A. Noureldin (Abs. 24) und A.A. Foad (Abs. 20) nennen zu den gewöhnlichen bürokratischen Tätigkeiten, wie Entlassungsbriege, Rehabilitationsanträge und Visiten zusätzlich das Erledigen von **Kranken-, Renten- und Pflegeversicherungsangelegenheiten**, insbesondere die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung. A.A. Rahman (Abs. 26) berichtet, dass die Therapielimitierung und Patientenverfügung (F.A. Karim: 130) bzw. Vollmacht (A.A. Rahman: 26) in Jordanien in dieser Form nicht existiert. In Deutschland müssen die Wünsche des:der Patient:in beachtet werden, insbesondere der Inhalt der **Therapielimitierung und der Patientenverfügung**, auch bei unvereinbaren humanitären Geboten der ärztlichen Tätigkeit wie der Ablehnung einer Intubation.

Hier auch gibt es auch in Deutschland neue Sache, das finde ich nicht in mein Heimat, gibt es zum Beispiel Therapielimitierung, Patientenverfügung, Vollmacht. Zum Beispiel Patientenverfügung, wenn Patient zum Beispiel hat eine Patientenverfügung und drinne steht zum Beispiel, keine Herzmassage, keine Intubation, keine Dialyse. Wir können in diese Situationen nicht machen, weil dass ist der Wunsch von Patient. In Heimat gibt es diese Sachen nicht. Deshalb also wir fragen nicht der Patient, ob sollen wir ihn reanimieren oder die Angehörige sollen wir reanimieren oder nicht. Wir machen direkt Reanimation. Aber auch die Treffung auch zum Beispiel für die andere Sachen, Operationen und Eingriffe, das entscheidet der Arzt oder der Arzt bietet das an und wenn der Patient sagt, okay und unterschreibt für die Aufklärung machen wir das (F.A. Karim: 130).

Die nachfolgende Grafik veranschaulicht in einem kurzen Überblick die erlebten Schwierigkeiten und Hürden von jordanischen Ärzten während ihrer Ausführung von systemrelevanten Verwaltungstätigkeiten im Klinikalltag eines Assistenzarztes. In den darauffolgenden Abschnitten werden diese detaillierter erläutert.

Bürokratische Hindernisse	Ausführung und Verständnis für Patientenverfügung und Therapielimitierung (S. 183)
	Kritik am Verfassen von Arztbriefen: 1. aufgrund mangelnder Erfahrungen 2. aufgrund sprachliche Hürden 3. aufgrund Form und Inhalt (S. 184)
	Organisation von Verwaltungstätigkeiten und Maßnahmen, wie Pflege und Reha (S. 185)
	Probleme mit Krankenhaussystem wegen mangelnder Erfahrungen und Kenntnisse (S. 185)

Abbildung 12: Herausforderungen bei der Ausführung von bürokratischen Aufgaben im Klinikalltag

Für O.A. Noureldin (Abs. 28-30) sind **Arztbriefe** ein Schock gewesen, in denen er nicht nur die üblichen Medikamente, Diagnosen und therapeutischen Maßnahmen dokumentieren muss, sondern auch die gesamte Epikrise. Dabei fügt er hinzu, dass er einerseits **sprachliche Schwierigkeiten** und andererseits **Schwierigkeiten mit Form und Inhalt** eines Arztbriefes habe. Dies begründet er damit, dass er solch detaillierte Arztbriefe noch nie verfasst hat. Ebenso sind nach seiner Meinung und laut F.A. Karim (Abs. 36) keine Arztbriefe oder Anträge in Jordanien zu verfassen, sodass er auch während seiner ärztlichen Tätigkeit in Jordanien **keine Erfahrungen** sowie Kenntnisse über das Verfassen verfügt. Ein deutschsprachiger Entlassungsbrief ist laut F.A. Karim (Abs. 124) mit Details versehen, wie beispielsweise Therapieverlauf, Diagnosen, dem gesamten Krankheitsverlauf und den Wünschen des:der Patient:in sowie der Angehörigen. In Jordanien wird ein Entlassungsbrief als *Discharge Formular* (F.A. Karim: 124) bezeichnet, in dem weniger Einzelheiten des Krankheitsverlaufs und Klinikaufenthalts des:der Patient:in mit einbezogen werden. Im genannten Formular stehen laut F.A. Karims Aussage persönliche Patient:inneninformationen, Diagnose und Therapie. Er merkt an, dass der bürokratische Aufwand in Jordanien geringer sei. Es werden Medikamente verschrieben und ein kurzer Bericht verfasst, sprich das vorher genannte *Discharge Formular* (F.A. Karim: 124). Aufgrund des Schwierigkeitsgrades bei der Überwindung der Verwaltungstätigkeiten nahm O.A. Noureldin (Abs. 24-30) anfangs Unterstützung in Anspruch. Diese erhielt er bei den Versicherungstätigkeiten von einer Mitarbeiterin der Verwaltung, und bei den Arztbriefen von dem:der betreuenden Oberärzt:in sowie von anderen Kolleg:innen. Auch A.A. Elyas hat keine Erfahrungen mit Entlassungsbriefen, die er erst erlernen musste.

Wenn es geht, es geht um die schlimmste Sache, wie dran gewohnt mit, aber das war für uns einfach (...) fast ein Schock für uns diesem Briefe schreiben, wo das ehrlich es geht nicht um (...) einfach nur EKG oder Diagnosen oder Medikamenten, wo das man auf jeden Fall das schreiben musste, aber Inhalt von Epikrise, wo man auch die genannten (...) medizinischen (...) Betreuung auch verschreiben und beschreiben und unterschreiben und schreiben auch. Das war für uns ehrlich am Anfang ganz ganz schwierig. Hat uns immer den Oberarzt uns geholfen und immer neben uns gesessen und immer uns gezeigt wie das ist und das ging nicht von einem Tag zwei Tag, hat lange gedauert mehr als sechs bis acht Monate ehrlich. Für unsere (richtig?) schwierig (O.A. Noureldin: 28)

Dabei traten bei ihm zweierlei Schwierigkeiten auf. Zum einen sprachliche Hürden und zum anderen die Form eines Arztbriefes.

Ja erstmal sprachlich, weil das ist nicht was wir auch in den (...) damals in Allgemesprache gelernt haben. Und dazu kommt, was bedeutet ein Brief zu schreiben. Wir haben das erstmal nie in unserem Leben gemacht, auch in unserem Studium in Jordanien oder auch in unser Praktisches Jahr. Das war für uns (...) der Inhalt von dem Brief war für uns unklar, was bedeutet dieser Brief, was soll ich da schreiben? (...) Und das war für Anfang sehr schwierig und bis das jemand uns langsam gezeigt hat und uns auch von den anderen erfahrenen Ärzten, die vor uns waren, die haben uns ein bisschen etwas mitgegeben, etwas Textbausteine (O.A. Noureldin: 30).

Alle Interviewpartner ordnen die schriftlichen Tätigkeiten als zeitaufwendige und mühsame Nebentätigkeiten des Arztberufs ein, welche belastend für die erstrangigen, ärztlichen Hauptversorgungstätigkeiten sind (A.A. Basem: 2; A.A. Iyad: 24; A.A. Loay: 26). Zudem stellt die **Organisation und Anmeldung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen** für jordanische Ärzte ein Hindernis dar, zumal sie über keine ausreichende **Kenntnis über das Krankenhaussystem** und die internen Abläufe verfügen. Beispielsweise werden Organisation von Pflege, Kurzzeitpflege, Betten und Reha genannt, aber auch die Anmeldung der Patient:innen für weitere Maßnahmen, wie CT oder MRT.

ja, ganz ehrlich, das sehr gute Frage (...) Wenn wir sagen, ganz ehrlich hier in Deutschland wir arbeiten (...) acht Stunden pro Tag (...). Wenn, sagen wir zwei bis drei Stunden (...) wir sind beschäftigt mit der Patient und fünf bis sechs Stunden wir sind beschäftigt mit Papierkram (...) zum Beispiel bei (...) zum Beispiel mit Entlassungsbericht, der Arztbrief (...) und Überweisungen oder Verlegung dem Patienten (...) wir machen viele Verlegung zum Beispiel und dazu kommt diese (...) Rehaanträge (...). Das alle Aufgabe vom Assistenzarzt (...) zum Beispiel ich habe in (...) zwei Krankenhäuser schon gearbeitet. (...) Erste Krankenhaus kann man (...) mit Diktiergerät das alles diktieren (...) und von die Damen vom Schreibdienst, sie (...) schreiben alles (...) aber hier jetzt in aktuelle Stelle, (...) ich muss das selber alles schreiben und das kostet viel viel Zeit (A.A. Basem: 2)

Auch mit Sozialstation muss man etwas erledigen, muss man auch im System verstehen, weil das steht nicht in so viele Länder. Zum Beispiel die Pflege, Kurzzeitpflege, Reha und so weiter muss ich auch alle organisieren mit Schwestern. Und Rezepte ausstellen und denke ich, den Rest sind Kleinigkeiten. Die sind meine Hauptaufgaben im Krankenhaus (A.A. Loay: 26).

A.A. Karam (Abs. 50) stellt klar, dass er als Arzt eine Indikation für beispielsweise eine Reha stellt, er jedoch die Tätigkeit, Reha-Anträge auszufüllen, nicht als eine ärztliche Tätigkeit sieht. Ebenfalls nennen A.A. Elyas (Abs. 18), A.A. Laith (Abs. 27) und F.A. Karim (Abs. 36 & 50), dass Verwaltungsaufgaben sowie kleine medizinische Tätigkeiten nicht von Ärzt:innen, sondern beispielsweise von Dritten, wie Pflegekräften oder bestimmten Verwaltungsmitarbeiter:innen oder Sozialarbeiter:innen erledigt werden sollten. Ähnlich wie A.A. Laith (Abs. 27) äußert sich ebenfalls A.A. Karam (Abs. 50).

So Entlassung,- Aufnahmenberichte oder Aufnahmenbefunde, das ist aber, ja gut ärztliche Tätigkeiten allgemein, aber Entlassungsberichte, Reha-Anträge, (...) die Dokumentation von täglichen Visiten und von (...) Anmeldungen von alle Sachen auch von die Untersuchungen so CT, MRT, Röntgenanmeldungen und auch viele von sogenannten pflegerische Arbeit ha wie Blutabnahmen und (...) manchmal Transport der Patienten zum CT oder zum MRT. Das ist zum Beispiel bei uns keine ärztliche Tätigkeiten. Das machen am meisten die anderen, sage ich schon, entweder die Studenten oder das machen die (...) Krankenschwestern, aber Verwaltungssachen mehr was mit Briefe zu tun ist, das haben wir gemacht oder das machen die Assistenzärzte in Deutschland und das (...) einfach verbringt viel viele Zeit. Das ist bei uns nicht der Fall gewesen (A.A. Laith: 27).

Auffallend ist, dass A.A. Rahman (Abs. 26) und A.A. Loay (Abs. 26), im Gegensatz zu den anderen Teilnehmern im vorherigen Abschnitt, trotz den vielen bürokratischen Tätigkeiten, die sie erledigen müssen, vermerken, dass es wenige Verwaltungstätigkeiten seien. A.A. Loay (Abs. 26) fügt hinzu, dass das System der Krankenhäuser im Ablauf der administrativen

Aufgaben eines:einer Ärzt:in sowie der Organisationstätigkeiten verstanden werden müsste.

Okay. Also Arztbrief, das müssen wir auf jeden Fall das schreiben, die Aufklärungsbogen mit Patienten auch manchmal die Betreuern und Verwaltungssachen zum Beispiel die Vollmacht oder Betreuer zu suchen, (...) Rehaanträge zu schreiben nach den Operationen (...). Ja ansonst keine große Verwaltung, keine Papiere oder keine Dokumentation braucht (A.A. Rahman: 26).

Einen kurzen Vergleich in den ärztlichen, administrativen Tätigkeitsfeldern zwischen einer Rehaklinik und einem Akutkrankenhaus zieht A.A. Bassel (Abs. 32), indem in Rehakliniken Entlassungs- und Aufnahmetätigkeiten gemacht werden. Hingegen gibt es in einem Akut-Krankenhaus mehr Notfälle und demnach müssen mehr Entlassungsbriefe verfasst und den Patient:innen pünktlich und ohne Fehler ausgehändigt werden.

## **Diskussion**

Wissen über das deutsche Gesundheitssystem muss sich ein:e ausländische:r Ärzt:in zunächst selbst aneignen (siehe IQWiG-Gesundheitsinformation, 2018; siehe Bundesministerium für Gesundheit, 2019), um nicht nur die ärztlichen Anordnungen und Überweisungen und die Organisation von administrativen sowie medizinischen Tätigkeiten ausführen zu können, sondern auch u.a. Patient:innen darüber aufzuklären. Die deutliche Aufforderung von jordanischen Ärzten, zur Übernahme von einigen ärztlichen Tätigkeiten durch Dritte, war im Juni 2021 ebenfalls in der politischen Diskussion (siehe Gillessen et al., 2020: 51; siehe auch Osterloh, 2021: 1206-1207; siehe auch KBV 2025, 2021). Ziel ist es, Ärzt:innen zu entlasten, sodass sie sich auf ihren ärztlichen Beruf, auf die Behandlung und Therapierung fokussieren können. Ein Modellverfahren zur Delegation von ärztlichen Aufgaben an Pflegekräfte, ist von der Regierungskoalition voraussichtlich bis spätestens Januar 2023 geplant und soll in den nächsten vier Jahren erprobt werden (vgl. Osterloh 2021: 1206-1207). Dennoch kritisiert der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, dieses Vorhaben und betont, dass die handelnde Person nach den strikt aufbereiteten Regelungen der Haftung behandelt wird (vgl. Osterloh 2021: 1206-1207; vgl. Ärzteblatt 2021). Die geplante Pflegereform zur Übernahme von ärztlichen Tätigkeiten wird im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) mit speziell qualifizierten Pflegekräften getestet. Die Dauer der Modellerprobung wurde auf vier statt acht Jahren reduziert. Gassen erläutert das Ziel des Vorhabens, die Übertragung von ärztlichen Tätigkeitsbereichen auf qualifizierte Pflegekräfte:

Die Übernahme ärztlicher, delegierter Tätigkeiten und Leistungen durch entsprechend qualifiziertes Personal hat die Funktion, Ärztinnen und Ärzte zu entlasten und zu unterstützen. In der Regel können Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe aber trotz hohem, teilweise akademischem Qualitäts- und Ausbildungsniveau keine ganzheitliche medizinische Betrachtung leisten (Osterloh, 2021: 1206-1207).

Gassen weist auf die von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erarbeiteten

Grundsätze zur Delegation und Substitution von ärztlichen Leistungen hin (vgl. Osterloh 2021: 1206-1207). Im Konzept *KBV 2025 Strukturen bedarfsgerecht anpassen* (2021), wurden Details zur Verwirklichung ausgearbeitet. Aus diesem geht die neue Begriffsbezeichnung der Delegation und Substitution von ärztlichen Tätigkeiten hervor. Dabei soll der:die Ärzt:in weiterhin die komplette Verantwortung für seine:ihre Handlungen bei der Behandlung tragen, wobei er:sie bestimmte Aufgaben an qualifiziertes Personal abgeben kann. Ausgenommen von der Übertragung sind Tätigkeitsfelder im Bereich der Indikation, therapeutische Entscheidungen und Maßnahmen sowie die Verordnung von Arzneimitteln.

Der Arzt behält die gesamte Handlungsverantwortung für das Behandlungsgeschehen in der Praxis. Alle – geeigneten und näher zu bestimmenden – ärztlichen Teileistungen werden durch den Arzt zeitweise an geeignetes und entsprechend qualifiziertes Personal im ärztlich geleiteten Team delegiert. Eine direkte bzw. unmittelbare Leistungserbringung und Abrechnung ist nicht möglich. Dabei bleiben höchstpersönlich zu erbringende Leistungen von einer Delegation ausgenommen (z. B. Indikationsstellung, therapieleitende Entscheidungen, Verordnung von Medikamenten). Von delegierbaren ärztlichen Leistungen abzugrenzen sind solche Leistungen, die von anderen Gesundheitsberufen als Teil ihrer eigenen Heilkundebefugnis erbracht werden (KBV 2025, 2021: 7).

Dabei besteht das arztentlastende und arztunterstützende Personal aus akademisierten Assistenzberufen, wie akademisierte medizinische Fachangestellte (MFA) oder *Physician Assistant* (PA), welche ein spezielles, medizinisch-wirtschaftliches Studium für die ambulante Versorgung abgeschlossen haben. Dabei soll diese Gruppe bestimmte Kriterien aufweisen. Erstens muss die Person einen medizinischen Abschluss besitzen, wie beispielsweise ein:e medizinische:r Fachangestellte:r (MFA). Zweitens müssen die delegierten und die rein ärztlichen Tätigkeitsfelder deutlich vorab definiert und festgelegt werden. Drittens ist die Delegation der definierten ärztlichen Tätigkeiten auf neue Assistenzberufe nicht möglich (siehe KBV 2025, 2021: 8). Wie bereits in der Ergebnisdarstellung dieses Kapitels mit den jordanischen Ärzten dargestellt, sind die Anforderungen der Übertragung von ärztlichen Tätigkeitsfeldern zweigeteilt. Zum einen die Übergabe von pflegerischen Arbeiten, wie Blutentnahmen durchführen und Flexülen legen. Zum anderen die Übernahme von bürokratischen Tätigkeitsfeldern, wie die Organisation und Anmeldung von therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen, Verlegungen, Verschriftlichung von Arztbriefen und Versicherungsangelegenheiten. Auch bei den jordanischen Ärzten war das Ziel dieser Vorschläge, die Ärzt:innen zu entlasten und zu unterstützen, sodass der Fokus auf ihre eigentliche Haupttätigkeit der Behandlung gelenkt wird.

Im September/Oktober 2019 wurde vom Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (IQME) eine Online-Befragung von rund 6500 Ärzt:innen des Marburger Bundes durchgeführt. Laut der Befragung nahmen mehr als 90% der Ärzt:innen aus Krankenhäusern teil. Dabei waren 51% Ärztinnen und 49% Ärzte beteiligt. Außerdem waren bei der Online-Befragung 42% der

Teilnehmer in der Weiterbildungsphase, 23% Fachärzt:innen, 24% Oberärzt:innen und 6% Chefärzt:innen oder deren Stellvertreter:innen (vgl. Freese 2020: 4-5). In dieser Befragung ging es um die Arbeitsbedingungen sowie die gesundheitliche Belastung von Ärzt:innen im Berufsalltag. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass 49% der Teilnehmer:innen wegen der Arbeitszeiten, inklusive aller Dienste und Überstunden eine sichtbare Belastung auch für die Gesundheit der Ärzt:innen sehen (vgl. Freese 2020: 4-5). Detaillierte Daten zu den faktischen und gewünschten Arbeitszeiten sind bei Freese (2020: 4-5) erläutert. Die Ärzt:innen beschwerten sich laut der Befragung über die administrativen Aufgaben der Ärzt:innen, bei denen die Patient:innenversorgung als zweitrangig eingestuft werde. Die Bürokratie, wie beispielsweise Dokumentationen und OP-Voranmeldungen, steigt laut dem MB-Monitor 2019 weiter an. Die Ärzt:innen schätzen den Zeitaufwand für die Verwaltungstätigkeiten im MB-Monitor 2013 mit 8%, im MB-Monitor 2015 mit 13%, im MB-Monitor 2017 bereits mit 26% und im MB-Monitor 2019 mit 35% auf mehr als 3 Stunden pro Tag ein. Deutlich erkennbar ist, dass sich der Prozentsatz von 2013 bis 2019 vervierfachte (vgl. Freese 2020: 4-5).

Den Wunsch der jordanischen Ärzte, diese Art von Tätigkeiten an Dritte, wie Schreibdienste oder Stationssekretariate auszulagern, bekräftigt ebenfalls der Artikel von Freese (2020: 4-5) mit 77% und wird in der vorliegenden Studie noch einmal bestätigt. Fokussiert wird auf die Vorteile dieser Unterstützungsform von Schreibdiensten, sodass der:die Ärzt:in mehr Zeit für die medizinische Versorgung der Patient:innen aufbringen kann.

Zu den ärztlichen Tätigkeiten (in diesem Beispiel in der Kinderchirurgie) gehören nach Prof. M. die

Übergabe und dann gibt es mehrere Möglichkeiten. A, haben wir Patienten auf der Station. Die muss er versorgen. Das heißt die Briefe schreiben, die Verbandswechsel machen, die Medikamente aufschreiben, die Anordnungen tätigen, (...) Untersuchungen anleiern und organisieren, die Daten zurückholen, also wieder sich (...) die Daten besorgen, die Daten interpretieren, mit uns reden, sowas (Prof. M.: 9).

Prof. S.A. (Abs. 25) fügt zu den obigen Tätigkeiten, noch radiologische Maßnahmen einzuleiten und das Labor hinzu.

Das ist, sagen wir, eine Station von dreißig Patienten. Da brauchen wir drei vier Assistenzärzte auf der Station, die von Anfang an Blutentnahme mal veranstalten, mit dabei alles andere an Aktionen mal machen, anmelden von CT, Imaginguntersuchung, radiologische Sachen, aber auch Labor und viele andere, aber auch Gespräche mit den Konselariern, (...) konseniarische Dienste angefordert werden, dass da der Arzt auch in der Lage ist auch wieder die Geschichte eines Patienten, die ihm anvertraut ist, dass er auch erzählen kann und auch diskutieren kann (Prof S.A.: 25).

Bei administrativen Aufgaben sehen Prof S.A. (Abs. 55-57 & 33) und Prof M. (Abs. 17) bei deutsch-muttersprachigen Ärzt:innen einem sprachlichen Vorteil gegenüber den ausländischen Ärzt:innen, da ein:e ausländische:r Ärzt:in mehr Zeit investieren muss. Bei den administrativen

Hürden handelt es sich nicht um ein linguistisches Problem (siehe Kapitel 7.3 und 7.4), sondern um ein interkulturelles Problem. Als Beispiel nennt Prof. S.A. (Abs. 55-57) das Verfassen von Arztbriefen, welche auf Grundlage der erhobenen Anamnese und der ärztlichen Gruppendiskussion fertiggestellt werden.

Am Anfang wird es Schwierigkeiten geben, weil es länger dauert bis derjenige ein Arztbrief mal schon schreibt oder diktiert. Aber später wird das ganz einfach die Zeit noch geringer werden genauso. Wenn man wird das natürlich der deutsche Arzt ist da ja natürlich viel besser in dieser Angelegenheit, weil es ist seine eigene Sprache. Er kann ja manövrieren in dieser Sprache, was der ausländische Arzt lange Zeit braucht bis er das (unv.) kann (Prof. S.A.: 55).

Ein vorhandenes Muster steht den Ärzt:innen zur Verfügung, welches sie jedoch mit den individuell erhobenen Anamnesedaten komplementieren müssen. Im Interviewausschnitt gibt Prof S.A. (Abs. 55) ein Beispiel über ein ärztliches Aufklärungsgespräch mit Risiken, möglichen Komplikationen und Therapiemöglichkeiten zu einer Punktion und Tumortherapie. Dabei wird der:die ausländische Ärzt:in zunächst in diese Thematik eingeführt, sprich, er:sie hört bei den ersten Aufklärungsgesprächen zu und übernimmt erst darauffolgend alleine im Beisein eines:einer Supervisor:in diese Aufgabe.

Eine schrittweise Übernahme und Einarbeitung in die administrativen Tätigkeiten für ausländische Ärzt:innen beherzigt Prof S.A. (Abs. 57 & 59 & 33). Trotz dem Schwierigkeitsgrad der ärztlichen Tätigkeiten betont er, dass ein:e neue:r ausländische:r Ärzt:in Unterstützung von Kolleg:innen erhält, wobei ebenso der:die ausländische Ärzt:in Zeit und Geduld zur Überwindung dieser beruflichen Herausforderungen aufbringen muss (Prof. S.A.: 55 & 57 & 33). Diese Ansicht stärkt ebenfalls Prof M. (Abs. 17).

Ja ich meine ach (...) eigentlich ja allgemeinsprachlich. Man wird halt schneller, besser. Die Redewendungen werden sicherer ja und am Anfang dauert es. Also ich glaub die Herausforderung ist mehr so, dass so dann ein Arztbrief sehr lange dauert ja und qualitativ nicht so gut ist wie wenn man nachher, dass Deutsche beherrscht ne. Und das ist natürlich auch für die Kandidaten dann frustrierend ne, weil die so viel reinstecken müssen ne und so viel Energie reinstecken. Und trotzdem nicht (...) ja das Ziel erreichen, was sie eigentlich wollen. Einen guten Arztbrief zu schreiben. Dann muss es halt (...) es läuft bei uns so, dass die Assistenten den vorher schreiben, und dann geht es zum Oberarzt und korrigiert er das und dann gehts zum Chef, der korrigiert er das. Und das Korrekturlesen ist dann ja viel ja Aufwand, wenn jemand die Sprache nicht gut beherrscht ja (Prof M.: 17).

Nicht nur die jordanischen Ärzte empfinden die Verwaltungstätigkeiten als lästig und zeitintensiv, sondern auch Prof S.A. Er erklärt, dass diese Aufgaben zwar zeitintensiv sind, sie dennoch von jordanischen Ärzt:innen schrittweise erlernbar sind. Ein Muster dient zur Orientierungshilfe (Prof S.A.: 57 & 59). Er stellt seine Anfangszeit, mit der damaligen Ärzt:innen-schwemme, der heutigen Zeit, der des Ärzt:innenmangels, gegenüber. Folglich haben die jungen heutigen Assistenzärzt:innen mehr Verantwortung, mehr Zeitinvestition, mehr Geduld und in mehr Aufgabenfelder zu investieren.

Das heißt insbesondere in der heutigen Zeit, da sind ja wenige Assistenzärzte auf Stationen, im stationären Bereich. Das heißt, das müssen sie mehr eigentlich leisten als zu unserer Zeit, wo wir in der Ärzteschwemme aufgewachsen sind und eigentlich unser FAA mal hatten. Okay wir haben halt mehrere, viel mehr Assistenzärzte gehabt als heute. Das heißt die Arbeit muss eigentlich intensiver und mehr, das heißt derjenige muss mehr eigentlich leisten, was eigentlich machbar ist, wenn man am Anfang sehr langsam und geduldig und aufklärerisch eingeführt wird (Prof S.A.: 59).

Nicht nur das schrittweise Erlernen der ärztlichen Tätigkeiten, die fehlerfreie und selbstständige Ausübung der Tätigkeiten und die Investition von Zeit und Geduld sind relevant für das Durchhaltevermögen und die Motivation der jordanischen und im Allgemeinen der ausländischen Ärzt:innen (Prof. M.: 17; Prof. S.A.: 55 & 57 & 33), sondern auch der Erhalt von positivem Feedback (Prof. M.: 18-21). Motivierende Worte in Form von Lob sowie eine realistische Erwartungshaltung des:der Betreuer:in sind nach Ansicht von Prof. M. zwei wichtige Kriterien, um keinen Misserfolg und keine Enttäuschung bei der nicht fehlerfreien Ausübung zu erfahren.

Wenn man die Leute motiviert, und die freuen sich, die machen es gerne und die haben das Gefühl die kommen weiter, dann sind die höher motiviert und machen eine bessere Arbeit als wenn man die nieder macht ja. Und dann arbeiten die ja auch nicht so gut. Also insofern ja klar. Und das merkt man, aber das ist jetzt nicht, was ich nur bei unseren jordanischen oder ausländischen, das ist ja eigentlich für jeden so ja. Ich meine, das geht mir ja genauso ja. Wenn ich gutes Feedback kriege, dann bin ich auch bereit mehr reinzustecken ja. Und ja. Das ist halt die Kultur, wo man arbeitet (Prof M.: 21).

Prof S.A. (Abs. 25) führt zusätzlich zur Unterstützung und Hilfestellung von Assistenzärzt:innen auch die im Voraus geleistete Vorbereitung der ausländischen Ärzt:innen auf den Klinikalltag an deutschen Krankenhäusern an. Er kritisiert das Gesundheitssystem und das System der Ärztekammern und appelliert, ausländische Ärzt:innen bereits vor Beginn ihrer Tätigkeit als Assistenzärzt:innen auf den Klinikalltag mit sämtlichen ärztlichen Aufgabenbereichen vorzubereiten. Er stellt klar, dass der jeweilige Fachbereich bei Einstellung eines:einer Assistenzärzt:in schnell die Aufgabenbereiche zuteilen möchte. Er nennt dies eine aktive Teilnahme von Assistenzärzt:innen (Prof. S.A.: 25) und betont, dass die Übernahme und Ableistung von ärztlichen Tätigkeiten unabhängig von der Nationalität ist. So muss ein:e deutsche:r Assistenzärzt:in diese Aufgaben genauso erledigen, wie ein:e ausländische:r bzw. jordanische:r Ärzt:in, mit dem einzigen Unterschied des Sprachvermögens bei ausländischen Ärzt:innen.

Aber deshalb meine ich muss das eigentlich vorher stattfinden. Und das ist hier leider in diesem Konzept der Ärztekammer ist ja nicht gegeben, was ich eigentlich mangelhaft sehe als jemand der hier das einmal durchgemacht hatte ja. Man muss es die vorher vorbereiten. Wenn sie mit dabei ist, mit ihren Kollegen, mit ihren (...) deutschen Kollegen dann, dann müssen sie soweit gut sein, dass sie all diese ganzen Aufgaben alleine erledigen können. Vielleicht bisschen brauchen sie am Anfang die ersten zwei Monate bisschen Unterstützung, aber das kriegen sie ja auch durch uns alle (Prof. S.A.: 25).

Aus den vorherigen Aussagen der beiden betreuenden Professoren ist erkennbar, dass jordanische Ärzt:innen, aber auch ganz allgemein neue ausländische Ärzt:innen von Kolleg:innen und Betreuer:innen beim Erledigen von ärztlichen Tätigkeiten, Hilfestellungen sowie Unterstützung

erhalten. Insbesondere bei den Arztbriefen sehen es beide als ihre Aufgabe an, den Assistenzärzt:innen zu helfen und sie anzuleiten. Der Aufwand der Korrektur und der Zeitinvestition ist nicht nur für die Ärzt:innen, sondern auch für deren Betreuer:innen intensiv. Dennoch sehen die betreuenden Chefärzt:innen und Oberärzt:innen den Vorteil, später viele Aufgabenfelder dem:der Assistenzärzt:in übergeben zu können, um folglich in dieser Hinsicht entlastet zu werden. Prof. S.A. (19 & 59) führte den Aspekt der Einführung und Vorbereitung der ausländischen Assistenzärzt:innen schon vor dem Absolvieren der Sprachprüfung sowie vor der Einstellung und der Übergabe von ärztlichen Tätigkeiten im ärztlichen Klinikalltag ein, wie bei Medizinstudent:innen im Praktischen Jahr (PJ). Diese Ansicht teilt ebenfalls die Forscherin mit der Begründung, dass durch die im Voraus geleistete Vorbereitung, eine gewisse Entlastung von Kolleg:innen im jeweiligen Fachbereich bewirkt wird, aber insbesondere die ausländischen Ärzt:innen mit weniger Schwierigkeiten und Hürden konfrontiert werden. Dies führt dazu, ein angenehmes Arbeitsklima zu schaffen und die ausländischen Assistenzärzt:innen in die neue (Klinik-)Kultur zu integrieren, Arbeitsverläufe reibungsloser zu gestalten, ein Wohlbefinden und eine Zufriedenheit im neuen Land und bei der Arbeit zu erzielen und mit hoher Energie und Motivation in den Arbeitstag zu starten. Die zuständigen Ärztekammern der Bundesländer könnten dies ermöglichen, sodass die Integration von ausländischen Ärzt:innen auch dadurch gefördert werden kann.

Die Einführung ist ja sehr wichtig, ähnlich wie die Einführung in das Facharztberuf hier durch die Kammer am Anfang, die Sprache. Also man lässt immer, sag mal, die Ärzte alleine und dann wieder jetzt geht mancher hin und arbeitete. Das geht nicht. Man muss sie einführen. Auch mitlaufen lassen ähnlich wie die Medizinstudenten im Praktischen Jahr ja. So ähnlich. So lernen sie ja auch. Anhand von Beispielen, am Beispiel direkt vor ihnen ja, indem sie mitkommunizieren ohne, dass sie selbst was groß alles was machen. Sie beobachten, sie lernen, und dann sehen sie, kopieren sie, lernen sie zu Hause und dann kommen sie am zweiten Tag für ein paar Monate, dann sind sie exzellent vorbereitet für die Assistenzarztzeit. Auch selbstständig zu arbeiten. (...) Das ist ja ein kompaktes Programm, den man ja macht eigentlich. Von der Ärztekammer von Anfang an und das fehlt leider (Prof S.A.: 59).

Diese Trainings und Vorbereitungskurse können nach Ansicht der Forscherin und auf Grundlage der Erfahrungsberichte der jordanischen Ärzte in Form von Hospitationen und Praktiken erfolgen (siehe Kapitel 7.1).

### **7.5.3 Interkulturelle Probleme im Bereich Hierarchie und Bürokratie**

Weltweit gibt es in Krankenhäusern bestimmte Hierarchiebeziehungen, welche sich nach der Kultur des jeweiligen Landes richten. Die jordanischen Ärzte sehen diesbezüglich eine Differenz zwischen der deutschen und jordanischen Hierarchie der Krankenhäuser, welche einerseits in manchen Aspekten identisch und andererseits unterschiedlich aufgebaut sind. Die nachstehende Abbildung gibt gemäß den Aussagen der jordanischen Ärzte einen ersten Einblick in die

Hierarchie jordanischer und deutscher Krankenhäuser. Im nächsten Schritt wird diese Abbildung anhand der Interviews erläutert. Durch die Gegenüberstellung wird die Differenz der Hierarchien erkennbar.

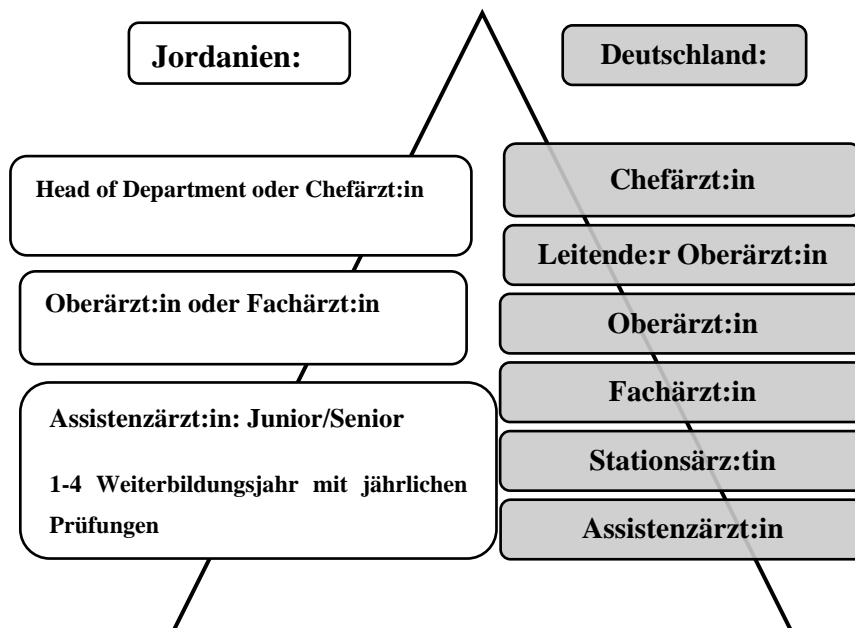


Abbildung 13: Hierarchie an jordanischen (links) und deutschen (rechts) Krankenhäusern laut den jordanischen Ärzten

Die jordanischen Ärzte sagen aus, dass die deutsche Klinikultur eine bestimmte **hierarchische Abfolge** aufweist. Wohingegen die jordanische Klinikultur auf Basis der Erfahrungsberichte der jordanischen Ärzte Differenzen in der Hierarchie zeigt. Bildlich gibt A.A. Karam (Abs. 94) die Hierarchie in Deutschland als eine Treppe wieder, sodass diese von unten mit dem:der Assistenzärzt:in beginnt und bei dem:der Chefärzt:in endet und in der jede einzelne Stufe ihre Autorität und ihren Entscheidungsfreiraum hat. Zunächst wird in der deutschen Hierarchie der:die Chefärzt:in genannt. Er:Sie organisiert die OP-Pläne. Der:Die Oberärzt:in hingegen bereitet die Weiterbildungspläne der Assistenzärzt:innen vor und teilt sie in Stationen ein (A.A. Rahman: 70). Laut A.A. Iyad (Abs. 66) und A.A. Karam (Abs. 92) differenzieren in den Begrifflichkeiten der hierarchischen Reihenfolge. A.A. Karam (Abs. 92) sagt, dass in Jordanien der:die Oberärzt:in ein:e Fachärzt:in sei, d.h. nach dem:der Chefärzt:in folgen eine Anzahl an (un)erfahrenen Fachärzt:innen. Auch A.A. Elyas (Abs. 50) und A.A. Basem (Abs. 64) eliminieren den Begriff des Oberärzt:inntitels. O.A. Noor (Abs. 88) und A.A. Laith (Abs. 65) widersprechen der vorgenannten begrifflichen Zuordnung. O.A. Noor (Abs. 88) nennt die Bezeichnungen auf Englisch, indem der:die Chefärzt:in der *Head of Department* und der:die Oberärzt:in *Consultants* seien. Die jordanischen Ärzte sagen aus, dass hingegen der:die Oberärzt:in

in Jordanien eine Anzahl von Fachärzt:innen, Assistenzärzt:innen und Student:innen im PJ leitet. Ähnlich äußert sich A.A. Karam (Abs. 96).

in Jordanien es gibt keine Chefarzt im Sinne eine richtige Chefarzt, der alles entscheidet. Es gibt eine (...) Head of Department ja und danach gibt es viele, nicht Oberärzte, aber wie eine Consultants oder eine (...) leitende Oberärzte und jeder hat seine Mannschaft (...) von Fachärzte und Assistenzärzte und PJs und die machen ihre Pläne und OPs und Patienten und Behandlung selber. Die müssen nicht immer (...) Rücksprache mit dem Chefarzt handeln (...) Aber in Deutschland ist das so, dass jede Abteilung oder jede Klinik hat ein Chefarzt, und danach ein leitende Oberarzt und die haben alles zu entscheiden. (...) Und die nehmen die ganze Verantwortlichkeit für alles, was in diese Klinik passiert und läuft (O.A. Noor: 88).

in Jordanien es gibt sogenannte Facharztstelle nicht. Es gibt entweder Assistenzarztstelle oder ist man direkt nachher Oberarzt oder (...) Schwerpunkt Oberarzt so Subspeciality. In Deutschland gibt es etwas inzwischen, es gibt etwas so Facharzt, der noch so nicht so weit, dass ein Oberarztstelle kriegt und er ist auch kein Assistenzarzt (A.A. Laith: 65).

Zudem nennt A.A. Rahman (Abs. 70) in Deutschland den:die stationsleitende:n Ärzt:in, der:die als Vertretung für den:die Oberärzt:in bei dessen:deren Ausfall fungiert. Ein:e Stationsärzt:in sei nach Aussage von A.A. Rahman (Abs. 70) stets bei problematischen Situationen auf der Station präsent, in denen der:die Assistenzärzt:in Unterstützung benötigt. Der:Die leitende Oberärzt:in steht in Deutschland den Assistenzärzt:innen mit Hilfestellung, Unterstützung und bei Fragen jederzeit zur Verfügung (A.A. Rahman: 70). Einen markanten und besonderen Unterschied sehen die jordanischen Ärzte in der **Hierarchie** und den **Tätigkeitsfelder von Assistenzärzt:innen** (A.A. Foad 52; ; A.A. Iyad: 66; A.A. Jamal: 70; A.A. Karam: 98; A.A. Laith: 65; O.A. Noureldin: 74-76; A.A. Taim: 68). Da sich nach Ansicht der Jordanier die jordanischen Krankenhäuser am amerikanischen System orientieren, scheint die hierarchische Konstellation identisch. In Jordanien sind die Assistenzärzt:innen je nach Weiterbildungsjahr unterteilt, welches in jedem Jahr neue Tätigkeitsfelder beinhaltet. Ein:e Assistenzärzt:in im ersten Weiterbildungsjahr, auch *Junior* genannt, erhält laut den jordanischen Ärzten die höchste Schwierigkeitsstufe und übernimmt eine höhere Anzahl an ärztlichen Aufgaben. Beispielsweise das Aufnehmen aller Patient:innen, Blutentnahmen, bürokratische Aufgaben, Arbeit in der Ambulanz und Dienste übernehmen (A.A. Taim: 68). Er:sie darf dabei keine Operationen übernehmen (A.A. Karam: 100). O.A. Noor (Abs. 90) und A.A. Laith (Abs. 59) nennen ebenfalls die selbstständige Ausübung von ärztlichen Tätigkeiten als Assistenzärzt:in in Jordanien, wie beispielsweise das Durchführen einer Operation ohne Betreuer:in.

Aus der Aussage von O.A. Noor (Abs. 90) geht jedoch nicht hervor, in welchem Weiterbildungsjahr der:die Assistenzärzt:in eigenständig ohne Betreuer:in operieren darf, wohingegen A.A. Laith (Abs. 59) in dieser Hinsicht das dritte und vierte Weiterbildungsjahr benennt. Vermutet wird von der Forscherin, dass O.A. Noor und A.A. Karam durchaus über verschiedene Weiterbildungsjahre sprechen.

eigentlich in Jordanien darf man deutlich mehr machen als (...) in Deutschland (...), weil das System in Jordanien ist ein bisschen anderes, (...) weil man (...) darf als Assistenzarzt eigentlich zum Beispiel selbstständig operieren im Dienst (...) und wenn man Probleme hat, kann man immer eine erfahrene Assistenzarzt oder eine Facharzt anrufen (...), aber in Deutschland von Gesetz her darf man nicht als (...) Assistenzarzt (...) selbstständig operieren oder egal was machen. weil wenn du etwas falsches gemacht hast, du hast keine Verantwortlichkeit (O.A. Noor: 90).

A.A. Taim (Abs. 68) ist der Meinung, dass jordanische Ärzt:innen im ersten Jahr aus diesen erlebten Berufserfahrungen lernen. Im zweiten Weiterbildungsjahr sind dann die ärztlichen Tätigkeiten im Gegensatz zum ersten Jahr verschieden. Der:Die jordanische Ärzt:in nimmt einen:eine Patient:in auf, entlässt ihn:sie, macht ambulante Sprechstunden, nimmt bei Operationen teil und steht im Hintergrund als Unterstützer für den:die Assistenzärzt:in im ersten Jahr zur Verfügung (O.A. Noureldin: 74; A.A. Taim: 68). Assistenzärzt:innen in den letzten zwei Jahren, auch *Senior Resident* genannt, sind für die wenig erfahrenen Assistent:innen (A.A. Iyad: 66; O.A. Noureldin: 74; A.A. Taim: 68), für fachliche Einzelheiten, wie Operationen und Sprechstunden sowie für die Arbeitsaufteilung (A.A. Iyad: 66) zuständig, welche in Deutschland von dem:der Oberärzt:in geleitet wird.

Also erstmal die Ärzte im ersten Jahr, also ich ähnlich wie USA das System also in Jordanien. Also gibt es Arzt im ersten Jahr also in diesem Jahr ist wirklich schwierig. Man muss alle Patienten aufnehmen und entlassen und alle Papierkram machen, alle Blutentnahmen also viel viel Arbeit und Dienste und die Ambulanz abdecken und alles (...) Dann kommt das zweite Jahr und dann kriegt man andere Aufgaben. Man macht manchmal also man nimmt Patienten auf, manche auch entlassen Patienten aber die gehen schon langsam in die normale Sprachstundeambulanz und dann die gehen auch in die OP und dann ist er zuständig für den Kollegen der im ersten Jahr jetzt ist und jedes Jahr kriegt er, dann dritten Jahr vierten Jahr, jedes Jahr kriegt er andere Aufgaben und dann irgendwann ist er, also es gibt Senior Resident. Die sind Leute, die fast schon im letzten zwei Jahre zum Beispiel die haben auf jeden Fall mehr Erfahrung und die kümmern sich mehr um die fachliche Einzelheiten (A.A. Taim: 68).

Der *Senior* hat aufgrund seiner:ihrer Position mehr Erfahrungen und Autorität. Der Unterschied zu den wenig erfahrenen Ärzt:innen liegt darin, dass der *Senior* ohne Hintergrund, sprich ohne Oberärzt:in bzw. *Consultants* die ärztlichen Tätigkeiten, wie die Sprechstunde mit den Patient:innen und Operationen, ausübt (O.A. Noureldin: 74; A.A. Taim: 68).

Chef-, Fach-, und Oberärzt:innen stellen eigenständig Indikationen, wohingegen der:die Assistenzärzt:in bei der Feststellung von Indikationen stets Rücksprache mit dem:der jeweiligen Betreuer:in halten muss (A.A. Foad: 54; F.A. Jabal: 96-98). In Deutschland hält der:die Assistenzärzt:in bei sämtlichen erforderlichen Maßnahmen, bei Fragen sowie auch Hilfestellungen **Rücksprache mit dem:der Betreuer:in** (O.A. Noureldin: 64). Einige jordanische Ärzte sind der Meinung, diese Art von Betreuung nicht zu haben. F.A. Jabal (Abs. 86) sagt:

Mein ehemalige Chef ja ich konnte mit ihm jederzeit reden (...) aber wo ich angefangen hatte, ja, ich hatte keine so richtige Mentor, keine richtig das ist so menschlich für mich, so menschlich. Wenn Sie einen Freund vom Team haben oder Kollege älter als ich oder mit eine höhere Stufe konnte man mit ihm reden, aber so eine richtige Mentor, das ist so eine Mentor zuständig für mich, nein gab es nicht (F.A. Jabal: 86).

Zu erkennen ist bei F.A. Jabals (Abs. 86) Aussage, dass er die jordanische Hierarchie widerspiegelt, indem er eine:n erfahrene:n Ärzt:in bei Fragen und Hilfestellungen konsultiert. Die jordanische Konstellation der Assistenzärzt:innen ist hierarchisch aufgebaut, sodass der:die Assistenzärzt:in im unteren Weiterbildungsjahr die erfahreneren Assistent:innen zur Unterstützung, bei Fragen und bezüglich des weiteren Vorgehens kontaktiert. Zusätzlich zu den erfahrenen Assistenzärzt:innen steht ein:e Ober- bzw. Chefärzt:in in Notfällen oder schwierigen Fällen zur Verfügung (A.A. Elyas: 54; A.A. Iyad: 68-72; A.A. Jamal: 73-84; A.A. Loay: 64; O.A. Noureldin: 64 & 74). Der:Die Chefärzt:in in Jordanien zeichnet sich durch eine hohe Autorität aus (A.A. Jamal: 80-82; F.A. Karim: 120; O.A. Noureldin: 74).

Oberarzt oder mit (...) derjenige in Weiterbildung, der fortgeschritten ist, im letzten Jahr zum Beispiel. Der ist richtig verantwortlich für, eher zuständig für Notaufnahme, da ist er richtig zuständig für den. Er kann alles machen eigentlich. Nur die ganz komplizierte Fälle (...) halte ich die Rücksprache mit dem Oberarzt. Also man kommt zu Oberarzt am Ende (A.A. Loay: 64).

A.A. Loay (Abs. 59-68) bevorzugt das jordanische, hierarchische System, da Assistenzärzt:innen in Jordanien mehr Freiraum haben und Verantwortung tragen dürfen. Er empfindet es als störend und unangenehm in Deutschland den:die Oberärzt:in bei „Kleinigkeiten“, so wie A.A. Loay (Abs. 68) das nennt, zu kontaktieren und um seine:ihre Erlaubnis oder nach seiner:ihrer Meinung zu fragen. O.A. Noureldin (74-76) gibt zur Übernahme der ärztlichen Tätigkeiten als Senior in Jordanien ein Beispiel. Er berichtet über den Fall einer jungen Frau mit Blutungen im Kopf (siehe Kapitel 7.2.2). Er durfte als wenig erfahrener Assistenzarzt keine weiteren Schritte einleiten und musste den *Senior* über die Patientin informieren. Aufgrund der lebensbedrohlichen Lage der Patientin rief er umgehend den Oberarzt an, welcher ihm die Zusage für das Beginnen der Operation bis zu seiner Ankunft erteilt habe. Dabei habe O.A. Noureldin als *Junior* dem *Senior* assistiert. Bei der Ankunft des Oberarztes hatten diese jedoch bereits die Operation abgeschlossen. O.A. Noureldin erklärt, dass eine solche Operation in Deutschland ohne eine:n entsprechend:en Fach- oder Oberärzt:in nicht durchführbar sei.

A.A. Rahman (Abs. 70) geht davon aus, dass **Gemeinsamkeiten** in der Hierarchie der Krankenhäuser zwischen Jordanien und Deutschland vorhanden seien. Das jordanische Hierarchiesystem wird mit dem amerikanischen System mit einem hohen Grad gleichgestellt (A.A. Loay: 58; A.A. Taim: 68).

Also die Hierarchie ist fast gleich in Jordanien und Deutschland, aber die Aufgaben sind irgendwie unterschiedlich und wie steigt man in Hierarchie ein, ist auch unterschiedlich, also die Schritte (A.A. Loay: 58).

Den Unterschied, den A.A. Loay (Abs. 58) hier anspricht liegt darin, dass in Jordanien ein:e neu-bestandene:r Fachärzt:in erst nach dem Erreichen einer bestimmten Berufserfahrungsdauer

als Oberärzt:in tätig wird, wobei in Deutschland diese Voraussetzung nicht erforderlich sei. Der Prozess zum Erreichen einer höheren Position sowie die Hierarchietreppe in Deutschland zeigt gemäß den Erfahrungen der jordanischen Ärzte die erwähnten Differenzen.

Um in das nächste Weiterbildungsjahr aufzusteigen, gibt es jährlich eine **obligatorische Wissensprüfung** (A.A. Bassel: 76; A.A. Jamal: 70; A.A. Laith: 62; O.A. Noureldin: 58-60). Erst beim erfolgreichen Bestehen dieser jährlichen Prüfungen wechselt der:die jordanische Assistenzärzt:in das nächste Jahr mit neuen Tätigkeiten, neuen Verantwortung und Autorität.

In die Heimat arbeiten die oder arbeiten wir bis sechzehn Uhr und dann gehen wir nach Hause und dann müssen wir sowieso lernen, weil da jährlich, Ende des Jahres, müssen wir eine Prüfung durchführen, ne. Damit wir in die Weiterbildung weiterkommen können. Leider fehlt hier in Deutschland das alles auch. Das heißt, kommt der Arzt rein in die Weiterbildung, vom erste bis zum Ende bis sechs Jahre hatte es gedauert zum Beispiel arbeitet er sechs Jahre durch, ohne Prüfung ohne nix ne. (...) Und letztendlich kommt er und macht er der Facharzttitle. Ich kann das eigentlich ehrlich zusagen bis jetzt nicht verstehen. Ich hab das nicht gewusst, dass in Deutschland so läuft. Ich hab von Anfang an gedacht, dass hier in Deutschland jährlich eine Prüfung gemacht werden muss, damit die (...) Leute sortiert werden können. Wer kommt weiter? Wer hat das nicht verstanden? Wer passt für die Fachrichtung? Wer passt nicht? In meinem Urlaub, wenn ich in die Heimat bin ne, meine Kollegen sind da arbeitstätig, alle ne. Wenn die reden, wie viel die lesen, wie viel Informationen die im Kopf haben ne, es wundert mich (A.A. Bassel: 76).

A.A. Taim (Abs. 68) und A.A. Bassel (Abs. 76-82) berichten über die **Unterschiede** zum jordanischen System. Sie sagen, dass die Assistenzärzt:innen in Deutschland keine neuen Tätigkeitsfelder mit unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden bis zur Facharztprüfung erhalten. Auch ist das theoretisch vorhandene Wissen bei den Ärzt:innen in Deutschland aufgrund der nicht vorhandenen Prüfungen begrenzt (A.A. Bassel: 76-82; A.A. Loay: 56). A.A. Loay (Abs. 56) beschreibt, dass ein:e jordanische:r Ärzt:in über mehr theoretische medizinische (Fach)kenntnisse verfügt, wohingegen der:die deutsche Ärzt:in mehr Praxiskenntnisse hat. Im Gegensatz zu Jordanien wird in Deutschland beispielsweise ein:e Medizinstudent:in während des Medizinstudiums mit Geräten konfrontiert. Während der Weiterbildung hingegen erfährt der:die jordanische Ärzt:in mehr praxisorientiertes Wissen, als ein:e deutsche:r Ärzt:in in Weiterbildung, wie operative Eingriffe durchzuführen. Diese Annahme der Interviewteilnehmer ist auf die selbstständige Übernahme von ärztlichen Aufgabengebieten bereits ab dem ersten Weiterbildungsjahr in Jordanien zurückzuführen.

also ich finde, dass der jordanische Arzt kennt fachlich mehr Theorie als der Deutscher. Der lernt mehr und (...) ja der kennt viele fachliche Begriffe also meine ich Theorien und der hat mehr gelernt, meine Meinung. So nach meiner Erfahrung, auch mit anderen Kollegen. Als Deutscher, der hat als Vorteil, der hat mehr Standard als uns und mehr Praxis. Das heißt während des Studiums zum Beispiel die sind exponiert für mehrere Geräte, obwohl wir die gleiche Geräte haben, aber wir durften das nicht. Hier der Student darf viel mit Ultraschall zum Beispiel etwas mitmachen (...) auch, wie gesagt in Praxis, die haben mehr Erfahrung als uns. Als allgemeiner Unterschied. In Weiterbildung ein Beispiel (...) also die Basis, also als ich aus chirurgische Fach komme, der jordanische Arzt, (...) natürlich nach dem Studium der lernt mehr praktische Sachen, das heißt jetzt in diesem Fall Operationen. Und in Klammern muss sagen, die Basis Operationen mehr als deutsche Arzt. In Weiterbildung darf der jordanische Arzt mehr Operationen

mal machen als der deutsche (...) Also der darf auf die Station arbeiten, Dokumentation machen, aber wenn er Operation braucht oder wenn er sein Log-Buch ausfüllen will, dann ist es schwierig zu sagen (...) Natürlich nach der Weiterbildung, der jordanische Arzt kriegt weniger als Deutsche. Hier ist das Spektrum ist größer sozusagen. In Subspezialität und Schwerpunkte ist es größer als Jordanien (A.A. Loay: 56).

Aufgrund der jährlich abzulegenden Prüfungen in Jordanien vermuten die Interviewteilnehmer, dass sie sich durch mehr **Fachwissen und Berufserfahrung** als deutsche Assistenzärzt:innen auszeichnen. Jordanische Ärzte empfinden diese Differenz als einen großen Nachteil im deutschen Weiterbildungssystem. A.A. Taim (Abs. 68) und A.A. Bassel (Abs. 82) sind als Beispiele zu nennen.

Also hier man geht rein ersten Jahr ist er Assistenzarzt, dann zweite Jahr auch Assistenzarzt, dritten vierten fünften sechsten Jahr ist immer Assistenzarzt und die gleiche Aufgaben. Patienten aufnehmen entlassen (...) selten OP gehen bis er Facharzt wird (...) manche Fachärzte bleiben auch genauso. Also die sind schon Fachärzte, aber die bleiben als, also die bleiben nur so ein Ruf kann man sagen, aber die bleiben Assistenzärzte. Also der ist Facharzt aber seine Aufgabe ist Assistenzarzt. Das ist natürlich ein große Unterschied, finde ich, und auch ein große Nachteil hier in Deutschland, dass man so bleibt die ganze Zeit die gleiche Aufgaben und dann man geht gar nicht weiter. In Deutschland finde ich auf jeden Fall bessere Struktur und ich würde auch behaupten, dass manche Ärzte in Jordanien die haben mehr Erfahrung als Ärzte hier (A.A. Taim: 68).

Dennoch betont A.A. Laith (Abs. 63) als gegenteilige Meinung, dass in Deutschland die Möglichkeit besteht, auf eigene Kosten **Fortbildungen** zu absolvieren, um das Fachwissen zu vertiefen und seinen Horizont zu erweitern. Solche Fortbildungen werden nach seiner Ansicht in Jordanien weniger angeboten.

wenn in Deutschland als Vorteil (...) was ich in letzten zwei Jahre viel gemacht habe, so es gibt (...) mögliche oder viele mögliche (...) Lernmöglichkeiten, die man selber finanzieren kann und dann selber besuchen kann, Fortbildung oder (Hand?) und Fortbildung. Das haben wir in Jordanien nicht oder weniger (A.A. Laith: 63).

A.A. Laith (Abs. 59) teilt die Ansicht, dass sich die Ärzt:innen in Jordanien während der ärztlichen Weiterbildung schneller Fachwissen aneignen, dies jedoch nach der Weiterbildungszeit endet. Im Gegensatz hierzu, ist die Lernphase in Deutschland sukzessiv, d.h., dass ein:e Assistenzärzt:in auch nach der Weiterbildungszeit kontinuierlich lernt. A.A. Laith (Abs. 59) erläutert diese Lernprogression als einen signifikanten Vorteil.

Auch A.A. Loay (Abs. 58), A.A. Laith (Abs. 59), A.A. Basem (Abs. 76) und A.A. Elyas (Abs. 52) kritisieren das System in Deutschland, weil die Ärzt:innen wenig eigenständige **Verantwortung** übernehmen dürfen. A.A. Loay (Abs. 58) betont, keineswegs mit dem Leben und der Gesundheit der Patient:innen zu spielen. Dennoch wünscht er sich mehr Verantwortung bei bestimmten ärztlichen Angelegenheiten.

Zudem spricht er den obigen Aspekt des Mehrwerts des Fachwissens an und regt eine Diskussion über die Lerndauer an. Er ist der Ansicht, dass junge Ärzt:innen bzw. Fachärzt:innen produktiver seien und das Gesundheitssystem diesen Aspekt fördern sollte, indem der:die

Assistenzärzt:in einen größeren Verantwortungs- und Tätigkeitsspielraum erhält und die Lerndauer verkürzt wird. Trotz dieser Mankos erklärt er, dass ein:e Ärzt:in in Deutschland einen guten Lernprofit in der Weiterbildung hat und das Behandlungs- sowie Fachbereichsspektrum breiter ist.

Und hier das System und die Hierarchie (...) macht den Assistenzarzt immer zurückhalten oder überzurückhalten und das beeinflusst die Weiterbildung also die Ausbildung des Arzt. (...) Und macht die Dauer, die Lerndauer länger als normal. Ich denke, wenn man schneller lernt und jünger als Facharzt wäre, den kann man in die nächste, wenn man dreißig Jahre Erfahrung zu erwarten hat, ist besser als zwanzig Jahren und kann man man besser das Land bedienen, wenn man ein Facharzt bei dreißig oder fünfunddreißig als vierzig oder fünfundvierzig. Und ich denke, dass die Deutsche Ärzte oder die deutsche Ärztekammern oder System, die gibt kein Blick auf die. Die kriegen das nicht. Ich denke die Ärzte, die sollen auch jünger sein, wenn die tätig sind. Und das ist ein Teil (...) von den Problemen hier in Deutschland und warum gibt es wenige Ärzte, weil man braucht zu lang, obwohl die Ausbildung und wie gesagt die Schwerpunkte sehr gut hier sind und das Spektrum ist sehr breit (A.A. Loay: 58).

Kritisch betrachtet wird in der Hierarchie und der damit verbundenen ärztlichen Tätigkeiten mehrfach der Weiterbildungsplan bezüglich der Lerndauer und -intensität sowie die sukzessive Progression ohne Steigerung der Aufgabenfelder.

A.A. Laith (Abs. 61) kritisiert zudem den Weiterbildungsplan, nämlich, dass **keine Standardisierung des Weiterbildungsplans** vorhanden ist. Folglich haben Assistenzärzt:innen in Deutschland trotz des gleichen Fachbereichs und des gleichen Jahrgangs unterschiedliches Wissen und Erfahrungen. Diese Unterschiede sind von Person zu Person unterschiedlich, jedoch liegt hier der Fokus nicht auf der Motivation und Lernfähigkeit des:der Ärzt:in, sondern auf dem Weiterbildungsplans und den darin enthaltenen durchzuführenden Tätigkeiten.

A.A. Jamal (Abs. 86) teilt ebenso diese Ansicht, dass die Wissenskompetenz der Ärzt:innen personenabhängig seien. Demzufolge kann ein:e jordanische:r Ärzt:in im fünften Weiterbildungsjahr genauso wenig Wissenskompetenz haben, wie ein:e deutsche:r Ärzt:in im fünften Weiterbildungsjahr, da diesbezüglich die Erfahrungen der Person sowie die Motivation der Person per se zählen (A.A. Jamal: 86). A.A. Laith (Abs. 61) bezeichnet das Einhalten und Abarbeiten des Weiterbildungsplans als *Glückssache* (A.A. Laith: 61) und A.A. Jamal (Abs. 70) als *chefabhängig*.

Was Deutschland auch von Sachen hat als Vorteile oder als Nachteile leider, es gibt leider kein (...) keinen Plan oder keinen festen Ausbildungsplan. Da findet man manchmal zum Beispiel ha, nur ein Beispiel, ein Assistenzarzt in einem Krankenhaus, der im vierten Jahr und der noch nicht operieren kann oder gar nichts machen kann. Auf ein andere Krankenhaus in gleichen Stadt findet man einen Assistenzarzt, der auch im vierten Jahr ist, der auch genau schlau, genau gut, der erste ist, aber der viel viel viel machen kann. Das ist einfach eine Glückssache (A.A. Laith: 61).

A.A. Jamal (Abs. 70) priorisiert das ärztliche Weiterbildungssystem in Jordanien, da es seiner Ansicht nach konkrete, inhaltlich formulierte Zielsetzungen beinhaltet und dies für eine:n Assistenzärzt:in transparent zur Verfügung gestellt wird. In Deutschland sei die Teilnahme jedoch

abhängig von der: vom Chef:in, insbesondere in Unikliniken. Unikliniken sind vorwiegend forschungsorientiert. Demnach werden dem:der Assistenzärzt:in primär Aufgabengebiete mit einem Fokus auf die Forschung zugeteilt.

Die Hierarchie und die Tätigkeitsfelder eines:einer Ärzt:in an den Krankenhäusern sind nicht nur kulturbedingt, sondern ebenfalls systemorientiert und mit Bürokratie zwischen den einzelnen Abteilungen verbunden, ebenso wie das Anerkennungsverfahren des Medizinstudiums zum Erhalt der Approbation. Zum Beispiel müssen sämtliche erforderlichen Unterlagen eingereicht werden und die Fachsprachprüfung (FSP) eines im jeweiligen Bundesland anerkannten Institution abgelegt werden.

In der folgenden Grafik werden die Schwierigkeiten als Überblick veranschaulicht.

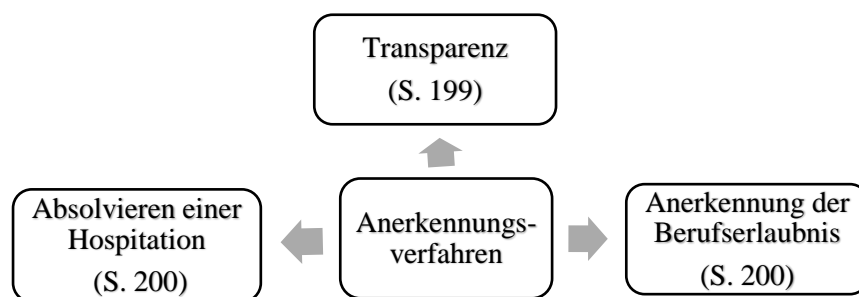


Abbildung 14: Erfahrungen jordanischer Ärzte mit der Bürokratie im Anerkennungsverfahren der Approbation

Bereits beim Einreichen der Unterlagen erleben die jordanischen Ärzte Hürden. A.A. Rahman (Abs. 20-22) ist der Meinung, dass an **Transparenz** bezüglich der einzureichenden Unterlagen fehlt. Infolgedessen verlangt jede:r Sachbearbeiter:in unterschiedliche Unterlagen bzw. müssen auch fehlende oder falsche Unterlagen neu eingereicht werden. Diese Prozedur scheint Zeit von den jungen, angehenden Ärzt:innen in Anspruch zu nehmen, welche sich die jordanischen Ärzte (A.A. Iyad: 10; F.A. Jabal: 8; A.A. Loay: 12 & 40; A.A. Laith: 13; A.A. Rahman: 20-22) ersparen möchten.

Einen Termin für die FSP zu erhalten, ist ebenfalls ein zeitaufwendiger Prozess (A.A. Laith: 13). Nicht nur Transparenz bezüglich der erforderlichen Unterlagen ist für die jordanischen Ärzte mit Ärger verbunden, sondern auch Transparenz bezüglich des Bearbeitungsstandes und des Anerkennungsprozesses. F.A. Jabal (Abs. 8) beschreibt, dass der:die Sachbearbeiter:in schlecht erreichbar sei und auch keine Informationen zum Bearbeitungsstand des Approbationsantrag erteilt habe, mit der Begründung, auf eine Rückmeldung zu warten und von Nachfragen abzusehen.

Also als Nachteil was sehe ich vor war, obwohl hab ich in kurzer Zeit bestanden habe und auch die Bearbeitung bekommen habe. Das war kein konkretes System. Also man wusste nicht, wie der Gutachter bewertet die Zertifikat, obwohl habe ich das gut bekommen eigentlich, die Gleichwertigkeit. Das Problem war ich wusste nicht, wie bewertet er mein Curriculum, (...) wie geht es weiter. Es gab kein, also ich konnte kein konkretes Plan vorplanen. Im Vergleich zum Beispiel mit andere Länder, ich hab (...) drei Optionen als ich mein Studium abgeschlossen oder absolviert habe und (...) jedes Land hat ihre eigenes konkretes System, wo man weiß, wie kann seine Situation oder sein Verlauf vorplanen kann. Aber in Deutschland wusste man nicht, wie lange dauert die Bearbeitung, wusste man nicht also auf welche Basen oder Basis bewertet der Gutachter seine Curriculum, zeitlich auch im Vergleich mit meinen anderen Kollegen (A.A. Loay: 12).

Zudem erklärt A.A. Loay (Abs. 12 & 40), dass die Transparenz im Einsehen und im Erhalt von Informationen über den Anerkennungsprozess fehlt. Das heißt, inwiefern die Gleichwertigkeit der Dokumente gegeben sei. Dementsprechend konnte er weitere Schritte nicht vorplanen, was die jordanischen Ärzte wiederum Zeit und Geld gekostet habe.

Ebenfalls ist das **Absolvieren einer Hospitation** in deutschen Krankenhäusern zum Erlangen von Praxiserfahrungen und das Kennenlernen der deutschen Klinikkultur und des Kliniksystems ein externes Kriterium, um die FSP erfolgreich abzulegen. A.A. Rahman (Abs. 10) hat die Schwierigkeit, einen Hospitationsplatz zu erhalten.

Aufgrund der unterschiedlichen Richtlinien der Bundesländer und Ärztekammern, differiert auch die Anerkennung einer vorläufigen **Berufserlaubnis**. So machte A.A. Iyad (Abs. 10) die Erfahrung, als er von einem Bundesland ins andere mit seiner vorhandenen Berufserlaubnis wechselte, dass die Berufserlaubnis im anderen Bundesland – hier war es Nordrhein-Westfalen – nicht anerkannt wurde und somit Zeit ein bestimmender Faktor wird. Dazu gehört auch die Neuanmeldung im Bürgerbüro des neuen Wohnorts, sowie eine neue Wohnung zu finden (F.A. Karim: 136), um dann einen Arbeitsplatz im jeweiligen neuen Bundesland bzw. am neuen Wohnort anzutreten.

## **Diskussion**

Ein wichtiger Kritikpunkt und zugleich Kriterium bei der Bürokratie und Transparenz des Anerkennungsverfahrens ist Zeit. Je länger sie nicht im Beruf integriert sind, umso schwieriger wird die Neueinarbeitung sowie Integration in einem deutschen Krankenhaus mit dem jeweiligen System und der Kultur. Dabei versuchen sie Zeit zu sparen und schnell mit dem Approbationsverfahren voranzukommen.

Im Folgenden wird die Hierarchie in deutschen und jordanischen Krankenhäusern auf Grundlage der Literatur illustriert, um einen erkennbaren Vergleich darzustellen.

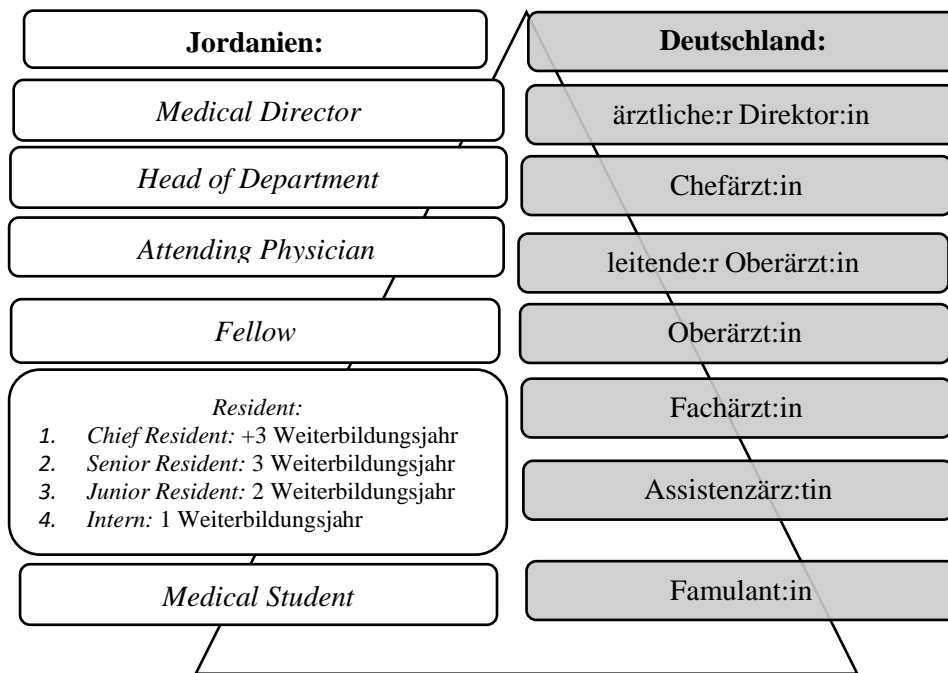


Abbildung 15: Hierarchiegefälle in Krankenhäusern in Deutschland (rechts) und in Jordanien (links) auf Grundlage der Literatur

In der Hierarchie eines deutschen Krankenhauses steht an erster Stelle der:die ärztliche Direktor:in. Diese:r leitet die gesamte Einrichtung. An zweiter Stelle ist der:die Chefärzt:in platziert. Diese:r leitet die Fachabteilung und übernimmt die fachliche und die disziplinarische Verantwortung für das Krankenhaus. Dabei sind ca. 30% seiner:ihrer Aufgaben in der Medizin und 70% im Management. Er:Sie ist dabei „Manager, Führungskraft und fachlicher Leiter und daher das Zentrum der Kompetenz“ (PraktischArzt, 2017b). Nach dem:der Chefärzt:in folgt der:die leitende Oberärzt:in und danach der:die Oberärzt:in. Dann folgt der:die Fachärzt:in und der:die Assistenzärzt:in (siehe PraktischArzt, 2017b). Der:Die leitende Oberärzt:in fungiert auch als Vertreter:in des:der Chefärzt:in im Falle der Abwesenheit. Er:Sie vertritt demzufolge den:die Chefärzt:in und übernimmt zusätzlich zu seiner:ihrer medizinischen Tätigkeit die Aufgaben des:der Chefärzt:in. Je nach Größe des Krankenhauses können mehrere Oberärzt:innen einen Fachbereich leiten. Ein:e Oberärzt:in ist Fachärzt:in und leitet die Fach- und Assistenzärzt:innen. Er:Sie führt aber auch Visiten und Operationen, sowie komplexere Behandlungen durch. Nebenbei ist er:sie für die Ökonomie des Krankenhauses verantwortlich (siehe PraktischArzt, 2017b). Ein:e Fachärzt:in hingegen ist ein:e Ärzt:in, der:die eine mehrjährige Ausbildung als Assistenzärzt:in in einem bestimmten Fachgebiet absolviert und sich auf einen spezifischen Fachbereich spezialisiert hat. Infolgedessen gibt es für jede Abteilung mehrere Fachärzt:innen. Der:Die Ärzt:in steigt demnach in den Beruf nach Erhalt der Approbation als Assistenzärzt:in ein und erarbeitet sich erst dann einen Facharzttitel. Zudem kann ein:e Fachärzt:in, aber auch

ein:e Assistenzärzt:in, als Stationsärzt:in arbeiten und die Patient:innen auf einer Bettenstation betreuen (siehe PraktischArzt, 2017b).

Die Krankenhausverwaltung in Deutschland besteht aus einem:einer ärztliche:n Direktor:in, welche:r Chefärzt:in ist und einem:einer Geschäftsführer:in, welche:r keine ärztliche Ausbildung absolviert hat. Demnach ist der:die ärztliche Direktor:in aufgrund der medizinischen Ausbildung für den personellen und medizinischen Bereich zuständig. Er:Sie hat „das Vorschlagsrecht für Neueinstellungen für leitende Positionen oder erstellt und koordiniert das Lehrkonzept“ (PraktischArzt, 2017b). Im Gegensatz zu dem:der ärztlichen Direktor:in ist der:die Geschäftsführer:in für die ökonomischen Aspekte des Krankenhauses verantwortlich. Prof. S.A. (Abs. 65) erklärt die Hierarchie, dass der:die Chefärzt:in verantwortlich für alle Tätigkeiten seiner:ihrer Ober-, Fach- und Assistenzärzt:innen sei. Eine Zusammenarbeit als Team zwischen allen Hierarchieebenen, gewährleistet die medizinische Versorgung der Patient:innen und dementsprechend die Qualität der medizinischen Versorgung.

Die Hierarchie ist ja natürlich, der Chefarzt ist ja natürlich der obere, das ist ja die Leitung. Das ist ja derjenige, der den Ton gibt ja. Der ist auch verantwortlich. Wenn mal was passiert, er ist derjenige, der den Schlag kriegt, egal was. Er ist verantwortlich für seine Oberärzte, genauso verantwortlich alles was mit den Patienten passiert durch die Assistenzärzte (...) Der Chefarzt ist ja natürlich da oben und dann kommen natürlich die zweite Schicht. Das ist ja die Oberärzte. Die haben eine Menge Funktion. Manchmal auch Assistenzarztfunktion. Wenn der Assistenzarzt krank wird, dann springen auch die Oberärzte mit dabei. Die Anzahl der Assistenten ist ja begrenzt und wird dann auch geteilt an den verschiedenen (...) Stellen ja und an den verschiedenen Funktionen ja. Also von daher, und dann kommen auch die Assistenzärzte. Dann kommen auch die (...) Studenten im Praktischen Jahr. Und dann kommen auch die Studenten, die eventuell mal ein Praktikum dort machen ja. Die Schwester und alles sind ja mit dabei (Prof S.A.: 65).

Die Hierarchie an jordanischen Krankenhäusern besteht hingegen aus mehreren Hierarchieebenen.

Der:Die *Medical Director* ist für das komplette Personal sowie der Gesetzesgrundlagen des Krankenhauses und für die Koordination der medizinischen Versorgung zuständig (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.). Sollte der:die behandelte Ärzt:in beschäftigt sein, kann diese:r sich an den:die *Head of Department*, wie es O.A. Noor (Abs. 88) auch bezeichnet, des jeweiligen Fachbereichs wenden (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.).

Danach folgt der:die *Attending Physician*, welche:r für die diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen verantwortlich ist und mindestens eine FAA von drei Jahren hat (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.). Danach findet man den:die *Fellow*, welche:r weniger Verantwortung zugewiesen bekommt und kaum direkten Kontakt zu Patient:innen hat (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.). Der:Die *Resident* verfügt über ein abgeschlossenes Medizinstudium sowie nationale

Lizenzierungsprüfungen (vgl. Reuters 2017). Zudem hat jede:r *Resident* eine Approbation als *Medical Director*.

In jordanischen Krankenhäusern ist eine Hierarchie für *Residents* erkennbar (vgl. Reuters 2017). Der:Die *Chief Resident* ist die höchste Führungsebene und leitet alle Aktivitäten der anderen *Residents* (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.). Dabei müssen sie „already completed three years of their residencies“ (medsmarter, o. J.). Danach folgt der:die *Senior Resident*, welche:r im dritten Weiterbildungsjahr ist. Danach folgt der:die *Junior Resident*, welche:r im zweiten Weiterbildungsjahr ist (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.). Danach folgt der:die *Intern* oder auch *Resident* im ersten Weiterbildungsjahr, welche:r ein abgeschlossenes Medizinstudium besitzt und eine FAA begonnen hat. Trotz der Bezeichnung als Ärzt:innen aufgrund ihres abgeschlossenen Medizinstudiums, dürfen sie keine medizinischen Maßnahmen ohne Aufsicht durchführen. Ein:e erfahrene:r *Resident* muss bei der Behandlung präsent sein (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022; vgl. medsmarter o. J.).

Der:Die *Medical Student* befindet sich noch im Medizinstudium. Dabei arbeiten sie im Rahmen ihres Studiums in Krankenhäusern und verfolgen den Krankheitsverlauf der Patient:innen (vgl. Indeed Editorial Team 2022; vgl. TMLTStaff 2022). Holst (2010: 219-220 & 226-227) identifiziert in Japan die gleiche Hierarchie zwischen *Senior* und *Junior*. Er bezeichnet *Senior* als *sempai* und *Junior* als *kouhai*.

Aus den Ergebnissen der Interviews mit den jordanischen Ärzten geht hervor, dass eine klare hierarchische Aufstellung an deutschen Krankenhäusern existiert, jedoch in Jordanien bezüglich der Begrifflichkeiten fehlt. Die jordanischen Ärzte nennen dabei verschiedene hierarchische Bezeichnungen, wie *Head of Department* oder *Consultants* (siehe Abbildung 12). Dies macht deutlich, dass die Transparenz und die Verständlichkeit hinsichtlich der Begrifflichkeiten bei den jordanischen Ärzt:innen fehlt und somit zu Verwirrungen führen kann. Die verwendeten Begrifflichkeiten sind für jordanische Ärzte uneindeutig. Aufgrund ihrer Erfahrung als Ärzte in Deutschland haben sie das deutsche Krankenhaussystem mit seiner Hierarchie kennengelernt und können den Aussagen zufolge, diese verschiedenen hierarchischen Konstellationen trennen und differenzieren.

Die Forscherin sieht die Schwierigkeit in der Trennschärfe des Verständnisses und der Begrifflichkeiten bei den jordanischen Ärzten, beim Übertragen des kennengelernten deutschen Krankenhaussystems mit Hierarchie auf das jordanische System, trotz vorhandener beruflicher Erfahrungen an jordanischen Krankenhäusern. Dies bedeutet konkret, dass die jordanischen Ärzte

beim Übertragen der deutschen Begrifflichkeiten des Krankenhaussystems keine eindeutige arabische Bezeichnung zuordnen konnten. Demzufolge differenzieren die verwendeten Bezeichnungen, sodass einige Befragte Oberärzt:innen statt Fachärzt:innen nannten. Auf Basis der Hierarchiebezeichnungen in der Literatur, wie medsmarter (o. J) oder TMLTStaff (2022) sind keine spezifischen Bezeichnungen und Unterteilungen von Fach- sowie Oberärzt:innen erkennbar.

Weiterhin ist ein klarer Unterschied in der Hierarchie bei dem:der Assistenzärzt:in erkennbar. Ein:e Ärzt:in in Deutschland fängt mit einer Assistenzarztstelle an und erhält den Status Fachärzt:in nach erfolgreichem Abschluss der Facharztprüfung. Je nach Fachrichtung, kann die Weiterbildungszeit variieren (siehe PraktischArzt, 2021). In der Regel dauert eine Weiterbildung zum:zur Fachärzt:in fünf bis sechs Jahren. Ein:e Ärzt:in zur Weiterbildung bleibt ein:e Assistenzärzt:in bis zum Erhalt des Fachärzt:inntitels in Deutschland. In Jordanien hingegen, wird die FAA in Weiterbildungsjahre differenziert. Gemäß den Aussagen der jordanischen Ärzte gibt es in Jordanien eine:n Assistenzärzt:in im ersten, zweiten, dritten und vierten Weiterbildungsjahr, wo zusätzlich jede Phase andere ärztlichen Tätigkeiten beinhaltet. Jedes Ausbildungsjahr wird mit einer Fachwissensprüfung abgeschlossen. Die jordanischen Ärzte sehen darin einen großen Profit im Erwerb von Fachwissen. Die Wissenskompetenz eines:einer jordanischen und eines:einer deutschen Ärzt:in in Weiterbildung wird von einigen Jordaniern – aus Gruppe eins, zwei und drei – kritisiert und differenziert.

Prof. S.A. (Abs. 61) weist auf die Unterschiede der verschiedenen Krankenhäuser in Deutschland hin und damit auf die zu leistende Arbeit und Forschung sowie auch auf die Teilnahme an Veranstaltungen und Vorlesungen, welche Relevanz für die Weiterbildung und das Aneignen von (Fach)wissen haben. Er unterscheidet zwischen Universitätskliniken, wo mehr ärztliche Tätigkeiten in Anspruch genommen werden sowie Weiterbildungsveranstaltungen stattfinden und kleineren Krankenhäusern, in denen weniger Arbeit geleistet wird und keine Veranstaltungen stattfinden. Solche Weiterbildungsveranstaltungen sind von den jeweiligen Ärztekammern vorgeschrieben.

Ziel ist es, mehr Wissen auch in neuen Forschungsgebieten zu erwerben. Resümierend unterscheidet Prof S.A. (Abs. 61) bezüglich des Wissens der Ärzt:innen zwischen den einzelnen Krankenhäusern. Der Grund liegt im Lehrstatus der Universitätskliniken, in denen Forschungen, Veranstaltungen und Vorlesungen in unterschiedlichen Forschungsgebieten angeboten werden. Nach seiner Ansicht erwirbt ein:e Assistenzärzt:in in Lehrkrankenhäusern mehr Wissen als in kleinen Krankenhäusern, wo weniger Ärzt:innen tätig sind und diese daher mehr leisten müssen. Dadurch bleibt weniger Zeit, um Wissen zu erwerben oder auch Aufklärung zu

bestimmten Angelegenheiten zu erhalten.

Da sind Unterschiede zwischen Krankenhäuser, ob man in einer Universitätsklinik, also praktisch Stationärbehandlung, also wirklich komplexe Behandlungen oder ob man sagt in einem mittleren Krankenhaus oder in einem kleinen Krankenhaus, wo eigentlich wenig geleistet wird in dieser Richtung (...) Wir haben zum Beispiel jede Woche mindestens jemanden aus anderen Universitäten eingeladen und überhaupt über irgendwas zu reden, was uns interessiert ja. Und die Leute waren auf Kongresse laufend, die Oberärzte. Die sind ja meistens hier an der Uniklinik Professoren, die machen auch (...) forschersche Arbeit und mit dieser Forschung sind wir sehr frühzeitig konfrontiert. (...) Natürlich das ist in anderen kleinen Krankenhäusern nicht der Fall. Das kann ich mir vorstellen, dass es dort nicht gibt. Das heißt man meistert Arbeit, wie ein Sklave und man bekommt auch nichts erklärt, (...) weil so wenig da sind und die Arbeiten müssen schnell gemacht werden sonst bleibt es vieles auf der Strecke (Prof S.A.: 61).

In Lehrkrankenhäuser werden Medizinstudent:innen zusätzlich auch in Form von praktischem Unterricht unterrichtet. Diese Erkenntnis haben die jordanischen Ärzte ebenfalls beobachten können. Die jordanischen Ärzte beschreiben, dass die deutschen Medizinstudent:innen mehr Geräte verwenden dürfen als die jordanischen Medizinstudent:innen, wobei der Fokus in Jordanien auf der Theorie liegt. Prof M. (Abs. 9 & 27) teilt die Ansicht von Prof. S.A. (Abs. 61) über die Weiterbildung an Unikliniken, wie Vorträge zu halten und die Medizinstudent:innen zu lehren.

Angesprochen und kritisiert wird der Weiterbildungsplan in Deutschland, welcher nicht eindeutig und transparent für Ärzt:innen in Weiterbildung, gemäß den Aussagen der jordanischen Ärzte, dargelegt wird.

Die Bundesärztekammer (BÄK) (2021) hat ein Muster-Logbuch erstellt und betont, dass jede Landesärztekammer sich an dem von der BÄK erstellten und empfohlenen Muster-Logbuch ohne Verpflichtung orientieren könne. Die BÄK hat in ihrer Fassung vom 26.06.2021 eine Weiterbildungsordnung zur Verfügung gestellt (vgl. Bundesärztekammer 2021). Aus der Weiterbildungsordnung § 8 *Dokumentation der Weiterbildung* geht hervor, dass jede:r Ärzt:in in Weiterbildung ein Logbuch gemäß § 2a Abs. 7 zu führen hat und sämtliche ärztlichen Tätigkeiten mindestens einmal im Jahr von dem:der Betreuer:in im Logbuch zu dokumentieren sind. Ebenfalls werden die mündlichen Gespräche gemäß § 5 Abs. 3 Satz 2 im Logbuch festgehalten. Zusätzlich zu den Unterschieden in der Hierarchie und dem Weiterbildungsplan wird das Machtgefälle in der jordanischen Hierarchie diskutiert und kritisiert. Laut den Aussagen von den jordanischen Ärzten wird der:die Chef- und Oberärzt:in in Jordanien aufgrund seiner:ihrer hohen Autorität und der Machtgefälle ausschließlich bei Notfallsituationen und bei komplizierten Fällen kontaktiert.

Aufgrund der Erfahrungen von den jordanischen Ärzten geht die Forscherin davon aus, dass an jordanischen Krankenhäusern eine steile Hierarchie herrscht, in der der:die Chefärzt:in nur mit Ober- und Fachärzt:innen kommuniziert und eine starke Autorität ausstrahlt. Prof. S.A.

verwendet hierfür die Begrifflichkeit „Gott in Weiß“ (Prof. S.A.: 67). Prof. M. (Abs. 53) bestätigt diese hierarchische Beziehung und spricht von einer Unterwürfigkeit der Assistenzärzt:innen. Er kritisiert dieses Verhalten von ausländischen Assistenzärzt:innen mit der Begründung, dass in Deutschland eine sogenannte eher flache Hierarchie herrsche.

Eine flache Hierarchie bedeutet, dass der:die Chefärzt:in trotz der hohen Position und Autorität mit den Assistenzärzt:innen in einem Diskurs steht, sprich, alle Parteien kommunizieren untereinander und miteinander (siehe Bigge, 2008: 105). Prof. M. (Abs. 51 & 53) bildet Assistenzärzt:innen dazu aus, eine eigene Meinung zu entwickeln, sodass das Thema Emanzipation im Vordergrund des Lösungsvorschlags steht.

Ebenso äußert sich Prof. S.A. (Abs. 67) zur flachen und steilen Hierarchie sowie zur Unterwürfigkeit der Ärzt:innen in Weiterbildung. Weiterhin geht er auf seine damalige Erfahrung als Assistenzarzt in Deutschland zurück und erläutert, dass er mit seinem damaligen Chefarzt die flache Hierarchie praktizierte, sodass er ihm Respekt und Höflichkeit schenkte. Zudem konnte er ihn jederzeit bei Fragen und Hilfestellungen konsultieren. Prof. M. (Abs. 51) schlägt vor, mit Höflichkeit zu reagieren, jedoch nicht mit Unterwürfigkeit. Er fügt hinzu, dass das Einholen von Feedback zu den persönlichen Leistungen und zu eventuellen Verbesserungsvorschlägen von Kolleg:innen eine positive Auswirkung auf den beruflichen sowie persönlichen Werdegang habe.

## **8. Typenbildung**

Im folgenden Kapitel geht es um die Erkennung von Mustern im Korpus der Interviews mit jordanischen Ärzten, um Typen zu bilden. Im Fokus steht demnach die Exploration von vorhandenen Mustern. Basierend auf den drei charakterisierten Gruppen im Kapitel 6.9.3 werden Muster zusammengefasst. Die nachfolgende Tabelle gibt hierzu einen resümierenden Einblick über die Forschungsergebnisse zu den (fach)sprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten. Die Tabelle gliedert sich in drei Gruppen (siehe Kapitel 6.9.3) sowie die Themenbereiche der angesprochenen Hürden, um etwaige Muster deutlich und einfacher zu erkennen. Dabei sind die Themenbereiche die Haupt- sowie Unterkategorien, welche im MaxQDA festgelegt wurden. Eines der signifikanten Muster ist der Zusammenhang zwischen den Gruppen und der Fachsprachenprüfung (FSP).

Kategorien	Gruppe A			Gruppe B							Gruppe C					
	O.A. Noor	F.A. Karim	A.A. Jamal	O.A. Noureldin	A.A. Foad	A.A. Iyad	F.A. Jabal	A.A. Taim	A.A. Laith	A.A. Loay	A.A. Karam	A.A. Bassel	A.A. Rahman	A.A. Basem	A.A. Elyas	
Fachsprachenprüfung			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Bürokratie	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Medizinische Tätigkeit		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sprache: mündlich	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Schriftlich	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
Fachsprache: mündlich		X				X				X						
Schriftlich										X						
Gemeinsprache: mündlich	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	
Schriftlich	X								X							
Interkulturelle Kompetenz																
Unterschiede des Geschlechts	X			X										X		
Religion/ Diskriminierung	X		X	X	X		X	X	X	X						
Aufklärungsgespräch		X		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	
Schlechte Nachricht			X	X				X					X			
Ängstlicher Patient		X				X							X			
Wissenskompetenz	X	X	X		X	X	X	X		X		X			X	
Emotionen	X		X													
Krankenpflegerische Arbeit		X		X		X					X	X			X	

Tabelle 3: Resümierende Forschungsergebnisse nach Themenbereichen und Gruppen A,B und C

**Themenübergreifend** ist deutlich erkennbar, dass die Gruppe A keine FSP ablegte, was auf die gesetzliche Grundlage zurückzuführen ist (siehe Kapitel 2.2). Gruppe A und B haben mithilfe ihrer Berufserlaubnis bereits vor dem Ablegen der FSP Berufserfahrungen sammeln können (siehe Tabelle 2). Wohingegen Gruppe C erst die FSP bestehen musste, um als Arzt tätig zu werden.

Schwierigkeiten bei administrativen und medizinischen Tätigkeiten sowie mit der Allgemeinsprache (mündlich und schriftlich) und der ärztlichen Gemeinsprache (mündlich) sind bei allen drei Gruppen eingehend erörtert worden. Ausschließlich bei der Fachsprache Medizin sind wenige bis keine Herausforderungen in allen drei Gruppen ersichtlich. Dabei hatte Gruppe A keine Hürden bei der Verwendung der Fachsprache Medizin im schriftlichen Ausdruck.

Gruppe A und B zeigen eine beachtliche Dimension der Schwierigkeiten durch Religion und Diskriminierung im ärztlichen Alltag. Wohingegen Gruppe C keinerlei Hürden in dieser Hinsicht aufweist. Probleme im Aufklärungsgespräch sowie der Delegation von krankenschweflerischen Tätigkeiten manifestieren sich in allen drei Gruppen.

**Gruppenübergreifend** kann man zusammenfassen, dass Gruppe A, welche vor 2014 nach Deutschland kam, keine FSP ablegte, keine Schwierigkeiten in der Fachsprache Medizin im schriftlichen Ausdruck sowie im Vermitteln von schlechten Nachrichten aufweist. Gruppe B hingegen, welche vor 2014 kam und Berufserfahrungen hat, legte die FSP ab und zeigt in allen Kategorien Schwierigkeiten. Bei Gruppe C, welche nach 2014 kam und die FSP vor der Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit erfolgreich ablegen musste, sind keine Schwierigkeiten in der Fachsprache Medizin im mündlichen, in der Gemeinsprache im schriftlichen Ausdruck sowie bei religiösen und diskriminierenden Aussagen bzw. Situationen erkennbar. Hingegen weist diese Gruppe ein größeres Ausmaß an Schwierigkeiten bei Arzt-Patienten-Gesprächen (APG).

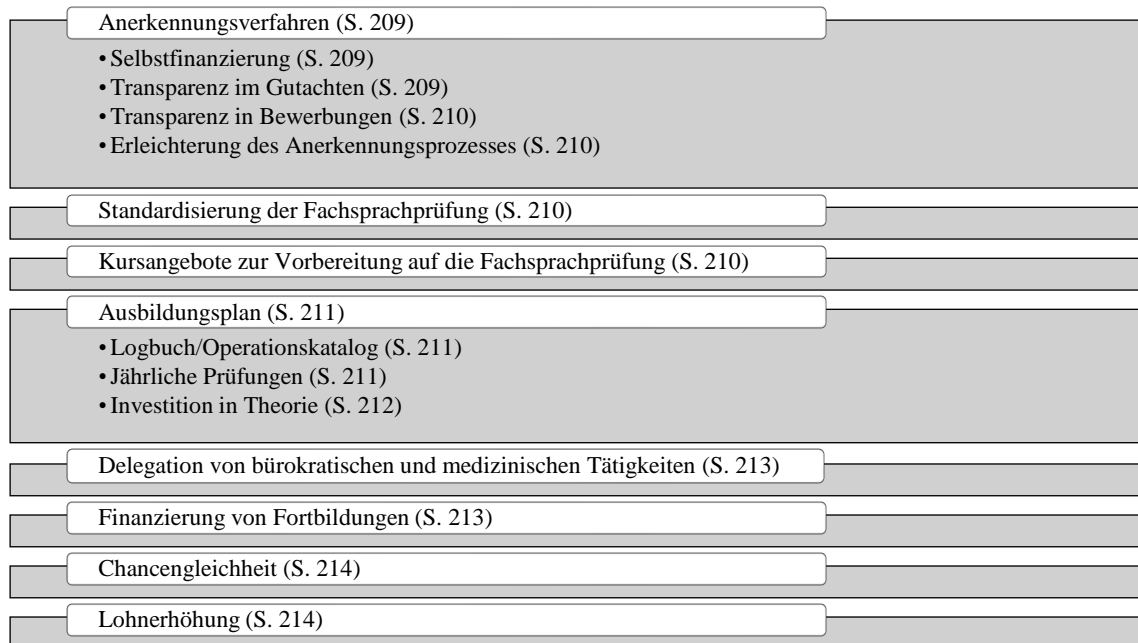
Die einzelne Einbindung der Interviewteilnehmer im Diskussionsteil der Kapitel 7 ist für die Darstellung der Ergebnisse sowie ihre Diskussion relevant, da keine Typen genau festlegbar sind und sie sich überschneiden. Bei einer größeren Anzahl an Interviewteilnehmer:innen wären trennschärfere Typen erdenklich.

## 9. Diskussion der Ergebnisse

Nach der detaillierten Darstellung und Interpretation der erlebten Schwierigkeiten der jordanischen Ärzte in Deutschland artikulieren diese einige Veränderungswünsche, welche zur Verbesserung der Integration sowie zur Optimierung des gesamten Ablaufs der Approbation und

des Berufseinstieg beitragen sollen. Die Diskussion ist demnach auf Grundlage der artikulierten Veränderungswünsche und Empfehlungen der jordanischen Ärzte offengelegt, da diese ein Resümee des Korpus zulassen.

In der nachfolgenden Grafik werden die Veränderungswünsche der jordanischen Ärzte auf Basis ihrer Erfahrungen aufgezeigt.



**Abbildung 16: Veränderungswünsche der jordanischen Ärzte**

Die jordanischen Ärzte wünschen sich ein **transparentes Anerkennungsverfahren für den Erhalt der Approbation** (A.A. Basem: 82; A.A. Iyad: 88; A.A. Karam: 126; F.A. Karim: 136; A.A. Rahman: 82). Wie bereits in Kapitel 7.5.3 dargestellt, sind einige allgemeine, administrative Hindernisse im Anerkennungsverfahren identifizierbar. Beispielsweise die Dauer des Verfahrens, die Transparenz der erforderlichen Dokumente sowie die Transparenz des Gutachtens bzw. der Gleichwertigkeit.

A.A. Rahman (Abs. 82), A.A. Iyad (Abs. 88) und F.A. Karim (Abs. 136) fügen hinzu, dass die Dauer des Anerkennungsprozess der Gleichwertigkeit mehr als sechs Monate beträgt und in dieser Zeit eine **Selbstfinanzierung** des kompletten Aufenthalts und Haushalts erfolgt, was sie kritisieren. A.A. Iyad (Abs. 88), O.A. Noor (Abs. 92-94) und A.A. Loay (Abs. 90) berichten zum Thema Gleichwertigkeit, dass die **Begutachtung und die Bestätigung oder auch Ablehnung einer Gleichwertigkeit** intransparent seien. Laut der Erfahrung von A.A. Iyad (Abs. 88) haben er und ein Kollege die gleichen Voraussetzungen, jedoch wurde bei einem Sachbearbeiter eine Gleichwertigkeit ausgestellt und bei einem anderen abgelehnt. O.A. Noor (Abs. 92-94) betont zudem die differenzierte Ausstellung und Beurteilung der Zeugnisse je nach Bundesland

und wünscht sich hierzu eine Standardisierung, einen einheitlichen Verlauf und einheitliche Regeln.

Ich finde es also in meinem Zeit vor vier Jahren war das unfair, dass jeder Arzt wird also anders als sein Kollegen also behandelt. Beziehungsweise ich zum Beispiel selber hatte so eine Gleichwertigkeit bekommen, aber ein Kollege von mir in gleichen Jahr, gleichen Uni hat dann ungleich bekommen. Also nicht gleich Entschuldigung. Und das war also komisch, warum. Wir kommen beide aus Jordanien, gleiche Uni, gleiches Jahr, aber wie gesagt, (...) diese Prozess ist unfair in der letzten Zeit. Zweitens Dauer vom Prozess. Das hat bei mir circa zehn Monaten gedauert und jetzt glaube ich ist auch also länger. Also nimmt richtig Zeit jetzt. Und (...) zweitens glaube ich bis diese Prozess fertig ist, muss der Arzt eigentlich arbeiten oder anfangen mit Arbeit. Also muss dann beziehungsweise mit Berufserlaubnis. Musste ich solange warten bis er dann sein Ergebnis kriegt nach einem Jahr oder anderthalb Jahren (A.A. Iyad: 88).

A.A. Karam (Abs. 126), O.A. Noor (Abs. 92-94), A.A. Foad (Abs. 66) und F.A. Karim (Abs. 136) wünschen sich zudem eine **Standardisierung und Erleichterung der Fachsprachenprüfung (FSP)**. O.A. Noor, A.A. Foad und F.A. Karim berichten vom Grad der Schwierigkeit der FSP, welche in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben, sodass ein:e fachlich kompetente:r ausländische:r Ärzt:in trotz Qualifikation und guter Deutschkenntnisse die FSP nicht besteht. Prof. M. (Abs. 67) verstärkt die Aussagen der jordanischen Ärzte, in dem er ebenfalls die identische Beobachtung machte, dass ein kompetenter Arzt die FSP trotz seiner Qualifikationen und guten Deutschkenntnisse nicht besteht.

Ich finde es besser, dass man in Deutschland eine gemeinsame Prüfung macht oder (...) im ganzes Land, nicht jede Bundesland macht was (...) sie will oder was (...), Entschuldigung. Jede Bundesland hat ihre Regeln und ich finde es besser, wenn eine gemeinsame Regel gibt und damit wird alles geregelt, weil ich kenne Leute zum Beispiel, die einfach nach Deutschland kommen, die geben Unterlagen in irgendwelchem Bundesland ab und dann kriegen die eine (...) eine gleich oder werden die ganze (...) Diplome oder Studium anerkannt, aber andere Bundesland wird das alles abgelehnt und (...) ehrlich gesagt ich finde es sehr unregelt und es wäre schön, wenn man sagt, wir machen eine drei (...) oder zwei Prüfungen, eine sprachliche Prüfung, und eine medizinische oder Kenntnisprüfung und ist immer die gleiche Prüfung überall in Deutschland (O.A. Noor: 94).

A.A. Taim (Abs. 81) nennt zudem den Kritikpunkt und zugleich den Änderungswunsch der **Bewerbungsprozesse** für eine Stelle. Diese seien für ihn intransparent. Er vergleicht den Prozess mit den USA und erklärt, dass es in den USA eine klare Reihenfolge gibt. In Deutschland ist die Bewerbung durch verschiedene Kanäle durchführbar, wie Telefon, Beziehungen, Post oder Gespräche. A.A. Basem (Abs. 82) wünscht sich eine **Vereinfachung des Approbationsprozesses**. Einige Bundesländer verlangen für den Antrag auf Approbation eine Zusage von einem Krankenhaus oder eine Hospitationsstelle, was eine große Herausforderung darstellt. A.A. Basem (Abs. 82) hat die Erfahrung, trotz zahlreichen Bewerbungen nur Absagen zu erhalten mit der Begründung, keine Hospitationsstelle oder eine offene Stelle anbieten zu können. Die **Bereitstellung von Kursen** vom verantwortlichen Landesamt für die Bewältigung der FSP der Ärztekammern wünscht sich A.A. Basem (Abs. 82), da der selbstständige Weg dahin mit wirtschaftlichen Hürden gepflastert ist. Dabei merkt er an, dass die Kurse von den Landesämtern

und Bezirksregierungen etwas kostengünstiger angeboten werden sollten mit der Begründung, dass die Ärzt:innen einen Studenten-Status haben und somit keine gute finanzielle Grundlage besitzen.

Kann man auch bezahlen, (...) wenn das zum Beispiel sie uns bieten, sowieso wir bezahlen. Wenn die Bundesbezirksregierung das anbieten oder andere zum Beispiel (...) andere Schule (...) uns anbieten nicht kostenlos, aber (...) sie müssen uns auch verstehen. Wir sind wie fast wie Studenten, wir verdienen kein Geld. (...) das muss man ein bisschen nicht so viel, weil wir jetzt (...) ich habe viele Kollegen, sie gehen zum Kurs zum Beispiel diese Fachsprachvorbereitung (...) für die Fachsprachprüfung. Sie bezahlen für die Kurs zwei Monaten ungefähr 1300 Euro (A.A. Basem: 84).

Ein sehr oft angesprochenes Thema ist der **Ausbildungsplan in Deutschland** und die Kritik daran. Im Kapitel 7.5 wurde dieser Aspekt ausführlich ausdiskutiert. Dabei bezog sich die Kritik auf die nicht vorhandenen jährlichen Prüfungen in Deutschland sowie auf dem Fehlen eines transparenten Ausbildungsplans in Deutschland. A.A. Rahman (Abs. 82) kritisierte, dass in seinem Krankenhaus das **Logbuch** fehlt.

Ein Logbuch ist ein dokumentierter Weiterbildungsplan, in dem sämtliche Operationen und ärztliche Tätigkeiten von der:die Chefärzt:in für den:die jeweilige:n Assistenzärzt:in dokumentiert werden, um bei einem vollem Logbuch die FAA antreten zu dürfen. In anderen Krankenhäusern sei das Logbuch nach A.A. Rahman (Abs. 82) vorhanden, was die Arbeit stressfreier gestaltet. Nach A.A. Taim (Abs. 81) sei zwar das Logbuch vorhanden, jedoch wird dieses von dem:der jeweiligen betreuenden Chefärzt:in oder Oberärzt:in nicht eingehalten, sodass am Ende der Weiterbildungszeit der:die Assistenzärzt:in wenig praktische Erfahrungen sammeln konnte und das Logbuch ausgefüllt wird, ohne die jeweiligen Operationen durchgeführt zu haben.

Laut den Erfahrungsberichten im Kapitel 7.5.3 assoziieren die Interviewteilnehmer den Mangel an praktischen Erfahrungen mit der Wissenskompetenz des:der Ärzt:in. Ebenso wurde im selben Kapitel ausdiskutiert, dass das Sammeln und das Aneignen von Praxiserfahrung von dem:der Chef:in abhängig sei.

Wie gesagt, ist sehr unklar wie geht das? Wo fängt man an? wie fängt man an? Ist alles sehr verschwommen und das gar nicht eindeutig. Das ist genau wie Weiterbildung. Gibt schon ein Log Buch, gibt schon ein Beschreibung von Ärztekammer. In der Kinderchirurgie zum Beispiel soll erst in zwei Jahre so und so, dann muss man fünfzig Blinddarm-OPs machen, dann solche (unv.) solche OP. Also ist alles vorgeschrieben aber wird nicht, dann kriegt man gar kein Chance diese Zahl. Man kommt gar nicht zu diese Zahl bei der Weiterbildung. Dann wird unterschrieben diese Log Buch und einfach so (A.A. Taim: 81).

Nicht nur das Logbuch stellt einen Veränderungswunsch im Weiterbildungssystem dar, sondern ebenfalls der **Ablauf und die Struktur des Weiterbildungsplans**, in dem die jährlichen Prüfungen einen wichtigen Bestandteil im Weiterbildungsplan darstellen. Ein Rückblick auf die jährlichen Prüfung zeigt, dass ein:e Ärzt:in in Weiterbildung in Jordanien mit jedem Jahr in

seinen:ihren ärztlichen Tätigkeiten und in der Verantwortung wächst (siehe Kapitel 7.5.3). Die jordanischen Ärzte wünschen sich in dieser Hinsicht einen transparenten, standardisierten Weiterbildungsplan, mit dem der:die Ärzt:in in Weiterbildung in seinen:ihren Aufgaben und in seiner:ihrer Verantwortung wächst (A.A. Bassel: 96; A.A. Elyas: 70; A.A. Foad 62; A.A. Jamal: 108 & 110; F.A. Jabal: 124-126; A.A. Karam: 126; A.A. Loay: 90; A.A. Laith: 79). Genauer beschrieben bedeutet dies, dass sich die Aufgabenbereiche eines:einer Assistenzärzt:in in Jordanien während der Weiterbildungszeit sukzessiv in der Intensität und Verantwortung erweitern. Dies bedeutet, dass sie nicht konstant bleiben und ein:e Assistenzärzt:in mit jedem weiteren Jahr neue, herausfordernde Aufgaben erhält. Diese Struktur wird in Jordanien durch jährliche Wissensprüfungen geregelt. In jedem Jahr sollen folglich festgelegte, zu erfüllende Tätigkeiten mit Zeitangaben konkretisiert und dokumentiert werden. Ein Logbuch ist bereits vorhanden, jedoch gilt dieses für die gesamte Weiterbildungszeit und verschafft demnach den betreuenden Chef- und Oberärzt:innen den Freiraum, bestimmte Assistent:innen bei der Aufgabenverteilung zu bevorzugen und den Freiraum, keine hierarchische Abfolge der Tätigkeiten zu befolgen (A.A. Bassel: 96; A.A. Foad: 62; F.A. Jabal: 124 & 132 & 134; A.A. Laith: 79).

Es gibt theoretisch von Ärztekammer sogenannte Katalog (...), aber wann man und was man macht (...) in welchem Jahr gibt es leider nicht. So einen Plan, einen Ausbildungsplan mit Zeit auch so. Das zum Beispiel, dass die Assistenten im ersten Jahr in diesem Haus in dieser Abteilung oder in diesem Fach das und das und das machen müssen und lernen. Nicht das einfach so lassen für Glück und für Lust von Chefärzten (A.A. Laith: 79).

und als zweitens wäre es ganz gut, wenn jährliche Prüfungen gemacht wird, damit man einfach die Motivation zum Lernen hat, (...) weil wenn man jetzt denkt, also wenn man jetzt die Ausbildung zwischen Deutschland und Jordanien oder Amerika vergleicht, also wir sind eigentlich praktisch hier in Deutschland mit der Operationen sehr gut oder vielleicht besser als die in Amerika oder Jordanien, aber mit der Theorie sind wir eigentlich so schwächer, muss man sagen, (...) weil wir wie gesagt wir lassen eigentlich die Theorie nur für das letzte Jahr vor der Prüfung und in diesen fünf oder sechs Jahren haben wir jetzt nur jetzt wenig Motivation zum Lernen und das ist eigentlich das einzige was mir hier in Deutschland nicht gefällt (A.A. Foad: 62).

F.A. Jabal (Abs. 132) wünscht sich dabei keinen jährlichen Operationskatalog, sondern einen täglichen Operationskatalog, um sämtliche Operationen im dafür vorgesehenen Weiterbildungsjahr abzuschließen und somit mit seinen Aufgaben im darauffolgenden Jahr zu wachsen. Dieses System soll laut F.A. Jabals Aussage ebenfalls in Jordanien und Amerika existieren.

A.A. Iyad (Abs. 88) schlägt eine bessere **theoretische Ausbildung** vor, in der Praktika und Fortbildungen nicht die einzigen Investitionen in die Karriere darstellen. A.A. Foad (Abs. 62) ist ebenfalls der Meinung, mehr in die theoretische Ausbildung zu investieren mit der Begründung, dass die Ärzt:innen in Weiterbildung in Deutschland erst bei der Vorbereitung zur FAA mehr Theorie erlernen. Dementsprechend seien die Ärzt:innen in Deutschland schwächer in der Theorie als in Jordanien, u.a. da es in Jordanien jährliche Prüfungen gibt, welche das

Fachwissen und die Kompetenz der Ärzt:innen abfragen. Der Aspekt des Fachwissens von Assistenzärzt:innen wurde bereits in Kapitel 7.5.3 kritisiert und detailliert ausgeführt.

Einer der relevantesten Veränderungswünsche sind laut O.A. Noureldin (Abs. 90), A.A. Elyas (Abs. 70) und F.A. Karim (Abs. 136-140) die Ausführung von weniger bürokratische Tätigkeiten. Ziel ist laut den jordanischen Ärzten mehr Zeit in die Behandlung der Patient:innen investieren zu können. Profitieren würden die jordanischen Ärzte durch eine Erweiterung ihres Horizonts und ihrer Erfahrungen sowie auch die Patient:innen durch die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung. O.A. Noureldin (Abs. 90) schlägt das Verfassen eines kürzeren Briefes für die Dokumentation vor. Hingegen schlägt A.A. Elyas (Abs. 70) vor, anderes Personal damit zu beauftragen. Diese Idee hat ebenfalls F.A. Karim (Abs. 136) und gibt eine konkretere Empfehlung ab: Arzthelfer:innen oder Arztassistent:innen könnten durchaus diese Aufgaben übernehmen. Im Interpretationspart des Kapitel 7.5.2 wurde die **Delegation und Substitution der ärztlichen Leistungen** durch ein fachgerechtes ausgebildetes Personal als Probe eingeführt.

dass man auch weniger Zeit am Computer, sondern mehr Zeit an Patienten und an Untersuchung und weniger Zeit, wo das immer nur am meisten Zeit für Dokumentation und (...) Brief schreiben. Wo das man auch Lösung finden müsste, wie das man am liebsten (...) kurze Zusammenfassung, einfacher als ein großen Brief mit zehn bis fünfzehn Seiten manchmal (...), damit auch man mehr mit Patienten sitzt, mehr mit Patienten auch besser behandeln kann und besser auch Patient angucken kann und noch andere Zeit für die andere Untersuchung anzugucken und mitzumachen (O.A. Noureldin: 90).

Für sie stellen die administrativen Tätigkeiten wie Dokumentation, Anmeldungen u.v.m. eine tägliche, zeitintensive Herausforderung dar. Die Benachteiligung der Patient:innen möchten einige jordanische Ärzte geändert haben, indem die bürokratischen Aufgaben von Dritten übernommen werden. Dadurch gewinnen die Ärzt:innen mehr Zeit in die Behandlung der Patient:innen, der:die somit im Fokus steht. Ein stressfreier Ablauf wird ebenfalls dadurch geschaffen. Die Selbstfinanzierung ist zudem während der Anerkennungsphase eine große Last für die jordanischen Ärzte. Aber auch die **Finanzierung der medizinischen Weiterbildungen** ist eine finanzielle Belastung, die die jordanischen Ärzte für ihre Karriere als Ärzt:in in Deutschland meist eigenständig tragen müssen. Der Wunsch nach mehr finanzierten Weiterbildungen im medizinischen Sektor ist relevant (A.A. Foad: 62; A.A. Laith: 79). Nach den Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte, werden nur einige Tage pro Jahr als bezahlte Pflichtfortbildungen genehmigt. Alles, was über diese verpflichtenden Fortbildungen hinaus geht, müssen die jordanischen Ärzte selbst finanzieren.

Also es gibt zwar hier Fortbildungen, die man machen soll, aber nicht muss beziehungsweise es gibt jetzt nur ganz ganz wenige Pflichtfortbildungen, die man machen muss wie zum Beispiel wie bei Röntgenfortbildung. Alle anderen Fortbildungen sind eigentlich nicht Pflicht und deswegen (...) hat man jetzt keine

große Motivation solche Fortbildungen zu machen, weil die Kosten auch viel Geld und meistens werden die Kosten vom Krankenhaus beziehungsweise vom Arbeitsgeber nicht bezahlt. Also schön wäre es, wenn diese Fortbildungen erst komplett vom Krankenhaus übernommen werden (A.A. Foad: 62).

Die meisten betreuenden Chef- oder Oberärzt:innen priorisieren bestimmte Assistenzärzt:innen, sodass diese mehr praktische Tätigkeiten wie Operationen übernehmen dürfen. A.A. Jamal (Abs. 108 & 110) wünscht sich eine **Chancengleichheit** ohne Priorisierungen. Er ist der Ansicht, dass deutsche Ärzt:innen gerne bevorzugt werden. Schwierigkeiten bei bürokratischen Tätigkeiten eines:einer Assistenzärzt:in wurden bereits in Kapitel 7.5.2 detailliert aufgezeigt und diskutiert.

Ein **besseres Gehalt** wünschte sich nur ein jordanischer Arzt (A.A. Laith: 79).

## **Diskussion**

Zu erkennen ist, dass vorwiegend eine Verbesserung, Transparenz und Erleichterung im Anerkennungsverfahren zur Erteilung der Approbation gewünscht wird, welche auch den Bewerbungsprozess beinhaltet, sowie im Ausbildungsplan als Ärzt:in in Weiterbildung ebenfalls die jährlichen Prüfungen. Zudem werden die Abgabe und Entlastung von administrativen Tätigkeiten durch Dritte gewünscht. Dies trägt dazu bei, dass der:die Ärzt:in entlastet wird und sich hauptsächlich auf die Behandlung der Patient:innen fokussiert, um die maximale, medizinische Versorgung und Leistung zu gewähren (siehe Kapitel 7.5.2). Laut Freese (2020: 4-5) bekräftigen 77% der Befragten, dass ein Schreibdienst durchaus zur Entlastung der Ärzt:innen beiträgt. Laut Gillessen et al. (2020: 48) sind die Krankenhäuser mehr auf die Finanzen bzw. Ökonomie der Krankenhäuser fokussiert, als sich um das Wohl und die Wünsche der Patient:innen zu kümmern. Dies hat zur Folge, dass sich Ärzt:innen mehr mit administrativen Aufgaben beschäftigen, als mit der medizinischen Versorgung der Patient:innen (vgl. Gillessen 2020: 48).

Eine Priorität liegt in einer größeren Transparenz des Approbationsverfahrens, da dieses Verfahren der erste Einstieg und die erste Integration in die neue (Klinik-)Kultur und in das neue Arbeitsumfeld ermöglicht. Je mehr die ausländischen Ärzt:innen eine transparente Richtlinie zur Antragsstellung, zum Gutachten und zum Verlauf der Anerkennung sowie auch im Ausbildungsplan während der Weiterbildungszeit als Fachärzt:in haben, umso schneller und einfacher kann eine Integration in die deutsche Kultur und in den beruflichen Kontext erfolgen.

Außerdem sollten laut Prof. S.A. Meinung (Abs. 19 & 59 & 85 & 87) die Wartezeiten reduziert und der beschleunigte Einsatz der Ärzt:innen in den klinischen Sektor im Interesse der Politik liegen. Eine Investition der Ärztekammern in diese Lücke bringt einige Vorteile mit sich; so können die ausländischen Ärzt:innen schneller und effizienter im klinischen Alltag eingesetzt werden, sodass ebenfalls in dieser Hinsicht eine schnelle und einfache Integration im neuen

Land, mit der neuen Sprache und (Klinik-)Kultur stattfindet.

Prof. S.A. (Abs. 19 & 59 & 85 & 87) wünscht sich, dass ausländische Ärzt:innen als Medizinstudent:innen eingestuft werden und unter der jeweiligen Betreuung bereits vor dem Absolvieren einer Prüfung, als Ärzt:innen mitlaufen dürfen. Dadurch erhalten sie bereits vor Beginn der Assistenzärzt:innenstelle und der FSP einen Bezug zur Medizin. Er kritisiert zudem die langen Wartezeiten mit dem Nachteil, keinen Bezug zur Medizin zu haben und dementsprechend vieles zu verlernen und zu vergessen. Die Entwicklung von einem speziellen Programm für ausländische Mediziner:innen seitens der Ärztekammer wären effizient für eine sprachliche, kulturelle und praxisorientierte Vorbereitung.

das kenne ich ja auch über einige Fälle die Ärzte hier schon über eins zwei Jahre eigentlich warten und warten und warten, kein Bezug zur Medizin haben. Das ist eigentlich nicht in Ordnung und da denke ich, dass man, dass die Ärztekammer, die sie haben wollen das sie ganz einfach gewisse Programme entwickeln, um sie überhaupt zu beschäftigen eventuelle unter Supervision, unter Anleitung (...) Das ist Mangel der Ausbildung, indem man sagt okay wir wollen Ausländer haben, die wollen ausländische Ärzte haben, also müssen wir dafür sorgen, dass sie sehr gut vorbereitet werden. Und das ist im Rahmen dieser Vorbereitung, die Sprache nicht nur außerhalb sondern auch mit den Ärzten zusammen. (...) Bevor überhaupt da die Sprachprüfungen stattfinden (Prof S.A.: 19).

Ein:e Ärzt:in mit neu abgeschlossenem Studium hat noch das im Medizinstudium erlernte theoretische und praktische Wissen. Ein:e berufstätige:r Ärzt:in in Jordanien hat seine:ihre jahrelangen Erfahrungen in Jordanien bereits sammeln können und kann somit diese durch kürzere Wartezeiten schneller auf die deutsche (Klinik-)Kultur anwenden. Wie die Daten der jordanischen Ärzte aus Tabelle 2 zeigen, ist die Dauer bis zum Berufseinstieg in Deutschland ein jahrelanger Prozess, indem die jordanischen Ärzte ihr gelerntes Wissen sowie ihre praktischen Berufserfahrungen verlieren und somit der Einstieg ins deutsche Gesundheits- und Gesundheitssystem und die Klinikultur erschwert wird.

Zudem wurde die Standardisierung und Erleichterung der FSP thematisiert. Prof. M. (Abs. 73) sieht diesen Wunsch als realistisch an und wünscht sich ebenfalls eine Standardisierung. Er empfiehlt, für eine transparente und standardisierte Prüfung das Einführen des zweiten Staatsexamens mit dem Hintergrund, für das Bestehen dieser Prüfung ein hohes Sprachniveau und Wissenskompetenz zu besitzen. Dabei findet er das zweite Staatsexamen als angemessen, da in den USA eine vergleichbare, standardisierte Prüfung erfolgreich absolviert werden muss (siehe hierzu Ärzteblatt, 2018).

In der Studie von Jehle (2020: 165) wird aufgezeigt, dass die Teilnehmer:innen, die Prüfer:innen bzw. die Prüfungskommission der FSP als subjektiv, unfair und rassistisch (vgl. Jehle 2020: 165) bezeichnen. Zudem sind das methodische Vorgehen und die Bewertungskriterien seitens der Ärztekammern kaum veröffentlicht (vgl. Jehle 2020: 172). Auch Prof. M. (Abs. 67) teilt

diese Meinung, dass die FSP nach Sympathie bestanden wird. Hierzu sagt Prof. M., dass die Prüfung subjektiv gestaltet ist. Zudem gibt Prof. M. an, dass es von Vorteil wäre, wenn die jordanischen Ärzte und im Allgemeinen die ausländischen Ärzt:innen bereits Berufserfahrung im Heimatland sammeln mit der Begründung, dass die ärztliche Tätigkeit, als eine zusätzliche Herausforderung zur Sprache und Kultur, wegfallen würde (Prof. M.: 67 & 74-75).

Die erwünschte Strukturierung und Transparenz in der FAA sollen dabei nicht nur mehr Praxis beinhalten, sondern ebenfalls Theorie in Form einer Übernahme von Fortbildungen und Studienunterricht sowie auch einen Beitrag für mehr Verantwortung, Selbstständigkeit und das Planen von organisatorischen Angelegenheiten.

Laut dem Korpus sollten sich die jordanische Ärzte intensiver auf ihre Karriere fokussieren, kritisch ihre Handlungen und die Handlungen der Kolleg:innen hinterfragen, sich mehr in die Literatur einlesen, zur Wissenschaft mit Forschungen durch Unterstützung der Chefärzt:innen beitragen, Patient:innen mit Empathie begegnen und als ein Team fungieren (Prof. M.: 25 & 27). Bei einem akademischen Lehrkrankenhaus liegt der Fokus auf wissenschaftlichen Tätigkeiten und der Entwicklung von *Critical Thinking*.

Ein Kritikpunkt stellt die Intransparenz des Weiterbildungsplans in Deutschland, in dem das Logbuch eine markante Position einnimmt. Die Diskussion über das auszufüllende Logbuch stellt für die jordanischen Ärzte einen stressigen Ärzt:innenalltag dar.

Laut den Erklärungen der jordanischen Ärzte existiert ein Logbuch, welches allerdings oft im Ausfüllen seitens der Betreuer:innen vernachlässigt wird. Der:Die Weiterzubildende trägt demnach die Verantwortung, den:die Ausbilder:in um das Ausfüllen und Bestätigen der geleisteten Kompetenzen zu bitten. Mit dem Logbuch liegt die individuelle, personalisierte Dokumentation der Weiterbildung eines:einer Ärzt:in vor. Im Falle eines Kammerwechsels werden die eingetragenen Kompetenzen im Logbuch komplikationslos weitergeführt, d.h. es wird nichts gelöscht (vgl. Herrmann 2020: 5). Durch die Digitalisierung des Logbuches öffnet sich eine neue, bürokratiearme Perspektive für Weiterzubildende und Ausbilder:innen.

Das eLogbuch beinhaltet nicht nur die Dokumentation der ärztlichen Tätigkeiten, sprich der Handlungskompetenzen, sondern ebenfalls die kognitiven und Methodenkompetenzen. Als kognitive und Methodenkompetenzen werden die Beschreibung, die Bezeichnung und die systematische Einordnung von Gesetzen, Verordnungen und Richtlinien definiert (vgl. Herrmann 2020: 5). Das Logbuch geht dabei mit dem Ablauf sowie der Strukturierung des Weiterbildungsplans einher. Da in der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) vom 1 Juli 2020 keine Weiterbildungszeiten existieren (vgl. Herrmann 2020: 3-5), ist die Transparenz und Standardisierung für die jordanischen Ärzte fraglich, da laut ihnen dies von dem:der Chef:in abhängt

oder auch Glücksache sei. Der Fokus der WBO wird auf die Weiterbildungsinhalte gelegt, also auf die Kompetenzorientierung. Die Inhalte gelten für die gesamte Weiterbildungszeit (vgl. Herrmann 2020: 4), um mehr Flexibilität für angehende Ärzt:innen zu schaffen.

## **10. Zusammenfassung**

Schwerpunkt und Zielsetzung der vorliegenden Studie war, die individuell-erlebten sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten auf ihren unterschiedlichsten Ebenen aufzudecken. Die Adressatengruppe waren jordanische Ärzte, welche ihre erlebten Schwierigkeiten während der Fachärzt:innenausbildung (FAA) an deutschen Krankenhäusern reflektierten. Das Design der Studie erfolgte zunächst auf Basis der Forschungsliteratur und wurde anhand einer qualitativen Studie von Experteninterviews in Form von episodischen Interviews realisiert. In der Theorie konnte die Forscherin bis dato keine spezifischen, empirischen Forschungen zu der detaillierten Erfassung der (fach)sprachlichen und interkulturellen Herausforderungen von jordanischen Ärzt:innen an deutschen Krankenhäusern auffinden (siehe Hamadan und Hatab, 2009; siehe auch Acquah, 2021; siehe auch Schnepf, 2013; siehe auch Alkhlaifat, 2021; siehe auch Attum et al., 2023; siehe auch Dahiyat et al., 2023) und damit eine Forschungslücke hinsichtlich der diversen Schwierigkeiten, für die genannte Adressatengruppe schließen. Das Forschungsfeld adressiert die Erfahrungen jordanischer Ärzte in Deutschland, die durch verschiedene Besonderheiten und Merkmale gekennzeichnet sind.

Beim methodischen Vorgehen der Studie flossen neben den administrativen Rahmenbedingungen (siehe Bundesministerium der Justiz, 2002; siehe auch 87.Gesundheitsministerkonferenz, 2014; siehe auch Jehle, 2020; siehe auch Schiller, 2020; siehe auch Wichmann & Gehrlein, 2020; siehe auch Bundesärztekammer 2009 & 2023), ebenfalls sprachliche (siehe Ylönen, 2010; siehe auch Merkelbach, 2012), fachsprachliche (siehe Roche, 2003; siehe auch Roelcke, 2005 & 2010; siehe auch Merkelbach, 2012; siehe auch E fing, 2014; siehe auch Eckkammer, 2016; siehe auch Jatkowski, 2024) sowie interkulturelle Einsichten (siehe Straub et al., 2010; siehe auch Eberhardt, 2013; siehe auch Henderson et al., 2018; siehe auch Alkhlaifat, 2021; siehe auch Scheib, 2021; siehe auch Attum et al., 2023; siehe auch, Grein 2023; siehe auch Prauss & Roedenbeck Schäfer, 2023) ein. Berücksichtigt wurden auch Erkenntnisse und Herausforderungen im Arzt-Arzt-Gespräch (AAG) sowie Arzt-Patienten-Interaktion (API) (siehe Emanuel & Emanuel, 1992; siehe auch Klemperer, 2003; siehe auch Alloui, 2005; siehe auch Decker, 2005; siehe auch Deter, 2010; siehe auch Ärztekammer Nordrhein, 2015; siehe auch

Dahm, 2016; siehe auch Schildmann et al., 2018; siehe auch Seitz et al., 2019), in denen (fach)sprachliche und interkulturelle Erkenntnissen untergeordnet wurden, da die API das Gerüst für die weiteren Erkenntnisse darstellt.

Anhand von 16 Experteninterviews mit jordanischen Ärzten und zusätzlich zwei Experteninterviews mit betreuenden deutschen Chefärzten – welche als Sekundärdaten fungierten – wurden die sprachlichen, fachsprachlichen, interkulturellen sowie administrativen Schwierigkeiten erörtert. Um einen ersten Einblick zu den erlebten Schwierigkeiten zu erhalten, wurden die persönlichen Eckdaten jedes Interviewteilnehmers komprimiert dargestellt (siehe Tabelle 2). Die Interviewteilnehmer überschneiden sich zwar in den vorher festgelegten Besonderheiten und Merkmalen (siehe Kapitel 6.6.2), dennoch ist jeder einzelne individuell in seinem persönlichen beruflichen Werdegang und mit seinen Erfahrungen zu betrachten. Diese Varietät und zugleich Individualität gibt der vorliegenden Studie ihren Mehrwert, sodass unterschiedliche Ebenen bzw. Perspektiven von Schwierigkeiten im Berufsalltag der jordanischen Ärzte ersichtlich waren. Anschließend wurden Personenportraits nach den Auswahlkriterien in Kapitel 6.9.3 erfasst. Drei verschiedene Gruppierungen wurden detailliert dargestellt, um ein Gesamtbild als Einheit zu erhalten.

Die Unterschiede zwischen jeder Gruppe sind mit dem Zeitpunkt der Einreise sowie der Fachsprachenprüfung (FSP) und den vorhandenen Berufserfahrungen gekennzeichnet. Daraus geht hervor, dass die Teilnehmer der Gruppe A vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes 2014 nach Deutschland einreisten, keine FSP ablegten und mit einer Berufserlaubnis bereits berufliche Erfahrungen sammeln konnten. Teilnehmer der Gruppe B legten vor dem damaligen neuen Gesetz die FSP ab und konnten bereits Berufserfahrungen sammeln. Teilnehmer der Gruppe C hingegen kamen nach 2014 nach Deutschland, legten die FSP ab und absolvierten eine Hospitation. Diese Unterschiede machen sich insbesondere im Schwierigkeitsgrad der FSP erkennbar, sodass Gruppe A und Gruppe B die FSP ohne Wiederholungen bestanden haben. Bei Gruppe C hingegen sind Wiederholungen bei der FSP identifizierbar.

Trotz der vorgeschriebenen Eckpunkte der 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014, wird von der Forschenden vermutet, dass kein Standard für die FSP vorhanden ist. Grund dieser Annahme sind die spezifischen Aussagen der Ärzte, trotz guter Sprachkenntnisse die FSP nicht zu bestehen und keinen spezifischen Grund zum Nicht-Bestehen genannt zu bekommen.

Zu erkennen ist zudem, dass die Schwierigkeiten im mündlichen Ausdruck auf den drei Hauptebenen – sprachlich, fachsprachlich und interkulturell – die bei der konzeptuellen und medialen Schriftlichkeit deutlich überwiegen. Identifizierbar sind bei den sprachlichen Schwierigkeiten

zunehmend das mangelhafte Verständnis – sprich verstanden werden und zu verstehen – welche u.a. aufgrund des Akzents, der Benutzung der Allgemeinsprache, von Redeflussstörungen, von mangelndem vorhandenem Wortschatzkorpus und von dessen kontextabhängiger Verwendung eintreten.

Angenommen wurde von der Forscherin, dass vorwiegend grammatikalische Schwierigkeiten, wie Passivstrukturen, zu identifizieren wären. Diese Annahme konnte durch die Ergebnisdarstellung zu der vorliegenden Adressatengruppe im mündlichen Ausdruck kaum bestätigt werden. Im schriftlichen Ausdruck hingegen sind vermehrt Grammatikprobleme zur Sprache gekommen. Wahrscheinlich kann dies auf die Sorgfalt im Verfassen von ärztlichen Dokumenten in Deutschland zurückgeführt werden.

Fachsprachliche Schwierigkeiten hingegen sind kaum manifest. Die Forscherin interpretiert dies dahingehend, dass dies auf das englischsprachige Medizinstudium der jordanischen Ärzte, welches ab dem 20. Jahrhundert eingeführt wurde, zurückzuführen ist. Ausschließlich die deutschen medizinischen Abkürzungen zeigten eine Erschwernis.

Unter den Fachsprachen definiert ist ebenfalls die ärztliche Gemeinsprache, da die Fachsprachen aus der Gemeinsprache hervorgehen. Dies bedeutet, dass die Gemeinsprache der Stützbalken für die Fachsprache ist (siehe Merkelbach, 2012; siehe auch Efing, 2014; siehe auch Eckkammer, 2016). Der Gebrauch, das Umschreiben, das Verständnis und die Erlernbarkeit von deutschen medizinischen Begriffen im Arzt-Patienten-Gespräch (APG) sind die am häufigsten genannten und wichtigsten Herausforderungen der jordanischen Ärzte. Erklärbar ist dies laut der Forscherin, mit dem besonders hohen Stellenwert und der Priorität eines APG sowie der Qualität und Effektivität der Patientenversorgung (siehe Decker, 2005; siehe auch Henderson et al., 2018; siehe auch Schildmann et al., 2018; siehe auch Seitz et al., 2019; siehe auch Cross, 2020).

Hervorzuheben ist der interkulturelle Aspekt in dieser Studie, welcher einen großen Umfang einnimmt, sodass die interkulturellen Schwierigkeiten die sprachlichen und fachsprachlichen Hürden übersteigen. Die interkulturelle Sichtweise kennzeichnet sich durch zwei Unterteilungen zur Hervorhebung der Besonderheiten jedes Abschnitts: der interkulturelle Aspekt per se und die administrativen, institutionellen Umstände.

Die interkulturellen Schwierigkeiten umreißen die Struktur eines APG – des Aufklärungsgesprächs – in verschiedenen Situationen und Positionen der Gesprächsteilnehmer:innen, die kollegiale Beziehung zwischen den Ärzt:innen sowie zwischen den Ärzt:innen und dem Pflegepersonal und der Schutz der Privatsphäre der Ärzt:innen und Patient:innen. Zusätzlich waren

die Themen Religion und Diskriminierung am Arbeitsplatz ein Teil eines diskussionsreichen Dialogs.

Besonders erwähnenswert scheint der Forscherin die Ungleichbehandlung zwischen den Ärzt:innen hinsichtlich des Erfüllens des Weiterbildungsplans zu sein, wie das Durchführen von Operationen. Diese Kritik mündet in einem Veränderungswunsch der jordanischen Ärzte, welcher konkret auf eine Standardisierung und Sicherstellung des Weiterbildungsplans und des Logbuchs abzielte.

Die bürokratische Seite im Klinikalltag der jordanischen Ärzte wurde wiederum unterteilt in systemrelevante klinische Angelegenheiten, in herausfordernde ärztliche Tätigkeitsfelder und in bürokratische Angelegenheiten im Anerkennungsprozess. Jeder Aspekt erhält somit seine Aufmerksamkeit, was einen Teil des interkulturellen Krankenhaus- und Gesundheitssystems darstellt. Die häufigste Herausforderung in den ärztlichen Tätigkeitsfeldern, stellte die überraschende Übernahme von vermeintlich pflegerischen Aufgaben dar, welche laut den jordanischen Ärzten in Jordanien nicht zu dem Aufgabengebiet eines:einer Ärzt:in gehöre.

Besonders hervorzuheben sind interkulturelle Faktoren bei der Sprachbarriere. Da Deutsch für die jordanischen Ärzte eine neu erlernte Fremdsprache (FS) war, wurden sie mit der konkreten Ausführung von Arbeitsanweisungen konfrontiert. Nicht nur medizinische Tätigkeiten waren herausfordernd, sondern auch bürokratische Verwaltungstätigkeiten, die ebenfalls von Ärzt:innen in Deutschland geleistet werden muss, wohingegen in Jordanien dies von Dritten übernommen wird. Hierzu zählen nicht nur das Verfassen von Arztbriefen, welches eine der am häufigsten kritisierten zeitintensiven Tätigkeiten darstellt, sondern ebenso Anträge stellen oder Patient:innenverfügungen beachten. Kritisiert und als Schwierigkeit eingestuft wurden diese, da die Ärzte sich mehr Zeit in der medizinischen Versorgung von Patient:innen wünschen.

Wie bereits umrissen, kritisierten die jordanischen Ärzte die Übernahme von pflegerischen und bürokratischen Tätigkeiten, was auf die in Deutschland etablierte Klinikkultur zurückzuführen ist. Demnach sind Unterschiede zwischen den Hierarchien und den damit verbundenen Aufgabengebiete der Ärzt:innen in Jordanien und Deutschland zu erkennen. Mit der expliziten Vermittlung der deutschen Klinikkultur, also des *hidden curriculums*, bereits vor dem Beginn der ärztlichen Tätigkeiten, kann laut der Forscherin eine Barriere vermieden werden. Denn durch dieses Wissen erfolgt das Verständnis und die Toleranz sowie Akzeptanz der neu erworbenen Klinikkultur und der mit ihr verbundenen Grundlagen. Akzentuiert soll dabei die Hierarchie von Assistenzärzt:innen und ihre Tätigkeiten, da sich in dieser Hinsicht auffallende Differenzen manifestieren.

Der Anerkennungsprozess für die Erteilung der Approbation ist ein wesentlicher Schritt für den

Berufseinstieg als ausländische:r Ärzt:in, welcher mit vielen administrativen Angelegenheiten verbunden ist und ebenso zur systemrelevanten Kultur gehört. Relevant hier, scheint die Intransparenz der einzureichenden Unterlagen, des Bearbeitungsstandes und der Anerkennung zu sein.

Mithilfe dieser gegliederten Darstellung der Forschungsergebnisse konnte die Forschungsfrage umfassend und *en détail* beantwortet werden. Dennoch ist zu beachten, dass die Ergebnisse aus den individuellen Erfahrungsberichten der jordanischen Ärzte stammen. Demnach ist es möglich, dass aufgrund des Zeitdrucks, des Abrufens von kognitiven Erinnerungen und der individualisierten Erfahrungen viele Aspekte und Herausforderungen nicht angesprochen werden konnten.

Die Anforderungen an jordanische Ärzt:innen, um in Deutschland tätig zu werden, ist folglich mit einigen sprachlichen, fachsprachlichen, interkulturellen und administrativen Verpflichtungen verbunden, wobei Sprache und Bürokratie die ersten sprachlichen und interkulturellen Erschwernisse vor dem Berufseinstieg charakterisieren. Auf Basis der artikulierten Empfehlungen zur Verbesserung und Abminderung der erlebten Schwierigkeiten, können für diese Studie diese nochmal als Ausblick und Diskussion herangezogen werden. Den besonderen Wunsch nach einem Weiterbildungsplan sowie der Wunsch, das Anerkennungsverfahren zu standardisieren, zu verbessern und die Durchführung sicherzustellen und transparent darzulegen, ist ein erster Anhaltspunkt zur Verbesserung. Ebenfalls wünschen die jordanischen Ärzte sich eine Vereinfachung und Standardisierung der FSP, sodass keine Präferenz seitens der Prüfungskommission entsteht und somit die Bewertung der Prüfung transparent und fair nach den sprachlichen Qualifikationen erfolgt. Weiterhin wurden bereits die bürokratischen und pflegerischen Tätigkeiten von den jordanischen Ärzten scharf kritisiert, sodass folglich der Wunsch zur Übernahme dieser Tätigkeiten von Dritten artikuliert wurde.

Da diese vier aufgegriffenen Veränderungswünsche systemabhängig sind, können sie demnach ausschließlich durch Revidierung der Gesetzesgrundlagen des zuständigen Gesundheitsministeriums und der jeweiligen Ärztekammern begutachtet und modelliert werden. Eine erste Modellierung der ärztlichen Übernahme der Tätigkeiten durch Dritte erfolgte bereits Juni 2021 seitens der damaligen Regierungskoalition, welche zurzeit auf Grundlage des Gesundheitsversorgungswesenentwicklungsgesetzes (GVWG) auf ihre Effizienz und Umsetzung erprobt wird (siehe Osterloh, 2021: 1206-1207; siehe auch KBV 2025, 2021).

Die Forschungsergebnisse dieser Studie wurden in einem speziellen Kontext erhoben, können dennoch aufgrund ihrer kontextuellen Kongruenz mit anderen Adressat:innengruppen generalisiert werden. Es ist folglich anzunehmen, dass auch ausländische Ärzt:innen im Allgemeinen,

ohne die Festlegung einer bestimmten Nationalität, weitgehende Parallelen hinsichtlich der Erschwernisse aufweisen. Einzig die kulturelle Gegenüberstellung kann nicht eins zu eins auf eine andere Adressatengruppe übertragen werden, da die Kultur spezifisch zu einem Land und einer Sprache gehört.

Eine Übertragbarkeit der (fach)sprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten – inklusive der administrativen Schwierigkeiten – auf andere ausländische Ärzt:innen in Deutschland, ist somit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nur anhand der deutschen Kultur möglich und weist vermutlich eine starke Konformität auf, auch wenn dies in der Literatur noch wenig empirisch geprüft wurde (siehe Morgan, 2003; siehe auch Hamdan & Hatab, 2009; siehe auch Holst, 2010; siehe auch Acquah, 2011; siehe auch Roche, 2014; siehe auch Alkhlaifat, 2021; siehe auch Dahiyat et al., 2023; siehe auch Grein 2023). Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse im Allgemeinen, sprich die Gegenüberstellung und die Differenzen der jordanischen Kultur, auf die ausländischen Ärzt:innen in Deutschland, ist wegen den unterschiedlichen Kulturen im System und im Alltag ausgeschlossen. Trotz der Heterogenität der ausländischen Ärzt:innen in Deutschland können diese Forschungsergebnisse höchstwahrscheinlich auf die in Deutschland lebenden Ärzt:innen delegiert werden.

Aus den Forschungsergebnissen lassen sich zweierlei Konsequenzen ableiten. Zum einen leisten sie einen Beitrag zur theoretischen Diskussion des Revidierens der Gesetzesgrundlagen für ausländische Ärzt:innen in Deutschland sowie des Erfassens von verschiedenen Schwierigkeiten im Berufsalltag. Dadurch wird auf die Forschungslücke der Erfassung von spezifischen sprachlichen, fachsprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten von Ärzt:innen in Weiterbildung an deutschen Krankenhäusern reagiert. Eine empirisch fundierte Erforschung der detaillierten Schwierigkeiten von ausländischen Ärzt:innen ist der Forscherin in dieser Konstellation bislang unbekannt.

Die Forschung von Alkhlaifat (2021) zielt auf jordanische Ärzt:innen und Patient:innen in Jordanien ab und veranschaulicht die sprachlichen und sozio-kulturellen Herausforderungen. Zum anderen können aus den erfassten Ergebnissen Implikationen zur Verbesserung der Gesetzesgrundlagen für ausländische Ärzt:innen und des Weiterbildungssystems in Deutschland abgeleitet werden, sodass der Zugang zum ärztlichen Berufsleben vereinfacht und transparent dargestellt wird. Resümierend stellen die Ergebnisse dieser Studie eine theoretisch und empirisch fundierte Grundlage, um weitere Arten von Schwierigkeiten besser zu erfassen und diese für die Verbesserung des Gesundheits- und Weiterbildungssystem in Deutschland zugänglich zu machen bzw. anzuwenden.

Es haben sich im Verlauf der Datenerhebung und der Erarbeitung der Ergebnisse sowie der

Bearbeitung der theoretischen Grundlagen weitere Forschungsfragen ergeben, welche im Folgenden vorgestellt werden. Mithilfe derer können eventuelle Anschlussforschungen angeregt werden. Als eine lohnenswerte Frage erscheint der Forscherin, die Mitwirkung der Perspektive von den betreuenden Ober- und Chefärzt:innen von jordanischen Ärzt:innen zu den (fach)sprachlichen und interkulturellen Schwierigkeiten, um eine kontrastive Untersuchung zu den Aussagen der jordanischen Ärzte zu erstellen. Durch die Gegenüberstellung mit dem:der eigenen Betreuer:in kann erörtert werden, ob die Betreuer:innen anderweitige Probleme ihrer Weiterzubildenden erkennen. Dadurch können verschiedene Perspektiven, Problemlösungen und -erklärungen debattiert werden. Diese Konstellation ist nach Ansicht der Forscherin nicht erforscht.

Zudem lohnt es sich, den Blick auf die Prüfungen für ausländische Ärzt:innen zu lenken (beispielsweise SAM oder Telc Deutsch B2/C1 Fachsprachprüfung Medizin), insbesondere die Prüfungen der Ärztekammern, da aus den Forschungsergebnissen keine Standardisierung und keine transparente Bewertung erkennbar waren. Aus einer empirischen Forschung mithilfe der Auswertung von Videosequenzen von verschiedenen Prüfungssequenzen der FSP der Ärztekammern bundesweit, können nicht nur didaktische Empfehlungen bzw. Konsequenzen abgeleitet werden, sondern auch systemrelevante. Mithilfe solcher Sequenzen und Auswertungen kann auch eine Standardisierung der FSP der Ärztekammern bundesweit erfolgen, sodass die FSP fair und regelgerecht bewertet werden können.

Eine, aus den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie, theoriefundierte Forschung zur Sicherstellung und Transparenz des Anerkennungsverfahrens sowie des Gutachterverfahrens seitens der Ärztekammern, könnte eine vielversprechende Untersuchung ergeben. Die Transparenz der Begutachtung und der Bewertung der einzureichenden Dokumente der ausländischen Ärzt:innen ist auf den jeweiligen offiziellen Webseiten der zuständigen Ärztekammern nicht abgebildet und somit das komplette Verfahren per se unklar. Der interne Ablauf des Gutachtens zur Sicherstellung der Gleichwertigkeit ist ebenfalls unbekannt. Eine theoriegeleitete Untersuchung der Gesetzesgrundlagen hierzu und eventuelle Expert:inneninterviews mit Sachbearbeiter:innen und Gutachter:innen speziell für das Anerkennungsverfahren für ausländische Ärzt:innen zum Erhalt der Approbation könnten diese Lücke füllen. Eine solche Bereitstellung der Transparenz und des Ablaufs kann den ausländischen Ärzt:innen helfen, das gewünschte Bundesland auszuwählen, da ein:e Ärzt:in nach erfolgreicher Antragsstellung und erfolgreichem Approbationserhalt in dem jeweiligen Bundesland arbeitet. Besonders bei der Berufserlaubnis ist der:die Ärzt:in, bis zum Erhalt der Approbation, im jeweiligen Bundesland der Antragsstellung vertraglich gebunden. Bei Antragsstellung ist der:die Ärzt:in verpflichtet,

entweder eine Stellenzusage oder eine Meldebescheinigung für den jeweiligen Regierungsbezirk einzureichen, sodass die Ärztekammern sicherstellen können, dass der:die Ärzt:in nach dem Erhalt der Approbation auch in dem antragsstellenden Bundesland arbeitet. Demnach bleibt zu hoffen, dass diese theoriefundierte Lücke im Anerkennungsverfahren übersichtlich geschlossen wird.

## 11. Literaturverzeichnis

- Abu Hamad, Ahmad = أحمد أبو حمد (2015): أطباء الامتياز في الأردن..أطباء ولكن [Ärzte im Praktischen Jahr in Jordanien, aber!]. <https://assafirarabi.com/ar/4072/2015/10/14/%D8%A3%D8%B7%D8%A8%D8%A7%D8%A1-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D9%85%D8%AA%D9%8A%D8%A7%D8%B2-%D9%81%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B1%D8%AF%D9%86-%D8%A3%D8%B7%D8%A8%D8%A7%D8%A1-%D9%88%D9%84%D9%83%D9%86/> [Stand: 07.11.2022]
- Acquah, Shirley (2011): *Physician-patient communication in Ghana. Multilingualism, interpreters, and self-Disclosure*. Dissertation, Ohio University. [https://docplayer.net/50931616-Physician-patient-communication-in-ghana-multilingualism-interpreters-and-self-disclosure-a-dissertation-presented-to.html#show\\_full\\_text](https://docplayer.net/50931616-Physician-patient-communication-in-ghana-multilingualism-interpreters-and-self-disclosure-a-dissertation-presented-to.html#show_full_text) [Stand: 10.05.2023]
- Al-Hourani, Mohammad & Qasim, Ala`a (2016): *The use code switching between Arabic and English languages among bilingual Jordanian speakers in Malaysia*. Dissertation, Universiti Sains Islam Malaysia. <http://ddms.usim.edu.my:80/jspui/handle/123456789/13150> oder <https://oarep.usim.edu.my/jspui/handle/123456789/8838> [Stand: 15.06.2023]
- Al-Khasawneh, Esra (2002): *Barriers to breast self-examination in Jordanian Muslim women*. State University of New York: Buffalo.
- Alkhlaifat, Etaf (2021): *A Sociolinguistic Study of Doctor-Patient Interaction in Healthcare Settings. A Jordanian Perspective*. Dissertation, Western Sydney University.
- Alkhlaifat, Etaf; Yang, Ping & Moustakim, Mohamed (2020): Code-switching between Arabic and English during Jordanian GP consultations. *A Journal of English Studies* 30: 3, 4-22. <https://doi.org/10.15290/CR.2020.30.3.01> [Stand: 10.06.2023]
- Alloui, Raoua (2005): Dolmetschen im Krankenhaus. Rollenerwartungen und Rollenverständnisse. In: Albrecht, Niels-Jens; Borde, Theda & Durlanik, Latif (Hrsg.): *Migration-Gesundheit-Kommunikation. Interdisziplinäre Reihe*. Band 1. Göttingen: Cuvillier-Verlag, 12-40.
- Al-Shdayfat, Noha & Green, Gill (2012): Reflections on sex research among young Bedouin in Jordan. Risks and limitations. *Culture, Health & Sexuality* 14: 1, 101-111. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.626871> [Stand: 11.07.2023]
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG).

- <https://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/ueber-diskriminierung/recht-und-gesetz/allgemeines-gleichbehandlungsgesetz/allgemeines-gleichbehandlungsgesetz-node.html> [Stand: 04.11.22]
- Apfelbaum, Birgit (2007): Interkulturelle Fremdsprachendidaktik. In: Straub, Jürgen; Weidemann, Arne & Weidemann, Doris (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Stuttgart (u.a.): Metzler, 154-163.
- Attum, Basem; Hafiz, Sumaiya; Malik, Ahmad & Shamoan, Zafar (2023): Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. In: *StatPearls*, StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/> [Stand: 19.04.2024]
- Ärzteblatt (2022): Bundesärztekammer warnt vor Ärztemangel. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/134020/Bundesaerztekammer-warnt-vor-Aerztemangel> [Stand: 16.04.2024]
- Ärzteblatt (2022): Fristgerechter Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung nötig. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/136716/Fristgerechter-Nachweis-einer-Berufshaftpflichtversicherung-noetig> [Stand: 18.04.2024]
- Ärzteblatt (2021): KBV sieht Modellvorhaben zur Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegefachkräfte skeptisch. <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=124442&s=T%E4tigkeiten&s=%E4rztliche> [Stand: 19.08.2021]
- Ärzteblatt (2018): Ärztekammerpräsidentin fordert deutsches Staatsexamen für ausländische Ärzte. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87402/Aerztekammerpraesidentin-fordert-deutsches-Staatsexamen-fuer-auslaendische-Aerzte> [Stand: 01.09.2022]
- Ärztekammer-bw (2023): Mehr Ärztinnen und Ärzte – und dennoch Probleme in der Versorgung. <https://www.aerztekammer-bw.de/mehr-aerztinnen-und-aerzte-und-dennoch-probleme-in-der-versorgung-690b13b3e84f76a8> [Stand: 16.04.2024]
- Ärztekammer Niedersachsen (2022): Die Fachsprachprüfung. Merkblatt\_Fachsprachpruefung.pdf (aekn.de) oder [https://www.aekn.de/fileadmin/inhalte/pdf/weiterbildung/Merkblatt\\_Fachsprachpruefung.pdf](https://www.aekn.de/fileadmin/inhalte/pdf/weiterbildung/Merkblatt_Fachsprachpruefung.pdf) [Stand: 10.08.2022]
- Ärztekammer Nordrhein (2015): Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. <https://www.aekno.de/downloads/aekno/leitfaden-kommunikation-2015.pdf> [Stand: 15.10.2016]
- Ärztekammer Rheinland-Pfalz (2022): Informationen zur Fachsprachenprüfung (FSP) für ausländische Ärzte in Rheinland-Pfalz. [https://aerztekammer-mainz.de/pdf/diverse/FSP-Informationen-2022\\_deutsch.pdf](https://aerztekammer-mainz.de/pdf/diverse/FSP-Informationen-2022_deutsch.pdf) [Stand: 02.09.2022]
- Baller, Gaby & Schaller, Bernhard (2017): *Kommunikation im Krankenhaus. Erfolgreich kommunizieren mit Patienten, Arztkollegen und Klinikpersonal*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- Barkowski, Marja (2007): *Dolmetschen im medizinischen Bereich*. Berlin: BDU.
- Baumer, Thomas (2002): *Handbuch interkulturelle Kompetenz*. Zürich: Orell Füssli.
- Bechmann, Sascha (2017): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur, Bd. 138.
- Beerheide, Rebecca (2021): eLogbuch: Erfolgreich gestartet. *Deutsches Ärzteblatt* 118: 43, A 1986 / B 1638. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/221783/eLogbuch-Erfolgreich->

- gestartet [Stand: 30.04.2024]
- Bigge, Jörg (2008): Flache Hierarchien, gute Betreuung, Konzentration aufs Arzt sein. *Deutsches Ärzteblatt* 105: 11, A 597-A 598.
- Bock, Marlene (1992): Das halbstrukturierte-leitfadenorientierte Tiefeninterview. Theorie und Praxis der Methode am Beispiel von Paarinterviews. In: Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H. P. (Hrsg.): *Analyse verbaler Daten: über den Umgang mit qualitativen Daten*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 90–109.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2009a): Experteninterviews in der qualitativen Sozialforschung. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 7-30.
- Bogner, Alexander & Menz, Wolfgang (2009b): Das theoriegenerierende Experteninterview. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate & Menz, Wolfgang (Hrsg.): *Experteninterview. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 61-97.
- Bolten, Jürgen (2007a): *Interkulturelle Kompetenz*. Erfurt: Landeszentrale für politische Bildung.
- Bolten, Jürgen (2007b): Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor. 2007\_Internationalisierung\_interkulturelle\_kompetenz\_gesundheitssektor\_bolten.pdf [Stand: 9.12.2022]
- Borowski, Damaris (2018): *Sprachliche Herausforderungen ausländischer Anästhesist(inn)en bei Aufklärungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Studie zu „Deutsch als Zweitsprache im Beruf“*. Berlin: Frank & Timme Verlag.
- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Boston Consulting Group (2001): Vital Signs Update. The E-Health Patient Paradox. [http://www.bcg.com/publications/files/Vital\\_Signs\\_Update\\_Apr\\_01.pdf](http://www.bcg.com/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf) oder <http://www.bcg.com/documents/file13698.pdf> [Stand: 03.11.2022]
- Bouchara, Abdelaziz (2002): *Höflichkeitsformen in der Interaktion zwischen Deutschen und Arabern. Ein Beitrag zur interkulturellen Kommunikation*. Tübingen: Niemeyer.
- Böse, Carolin & Schmitz, Nadja (2019): *Auswertung der amtlichen Statistik zum Anerkennungsgesetz des Bundes für 2018*. Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn. Statistik\_zum\_Anerkennungsgesetz\_2019.pdf [Stand: 21.09.2022]
- Brown, Penelope & Levinson, Stephen (1987): *Politeness. Universals in Language Usage*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 312-323.
- Brown, Penelope & Levinson, Stephen (1978): Universals in language usage. Politeness Phenomena. In: Goody, N. Esther (Hrsg.): *Questions and politeness. Strategies in social interaction*. Cambridge (u.a.): Cambridge Univ. Press, 56-290.
- Bublitz, Wolfram (2003): Nur ganz kurz mal. Abschwächungsintensivierung durch feste Muster mit *mal*. In: Held, Gudrun (Hrsg.): *Partikeln und Höflichkeit*. Frankfurt am Main (u. a.): Lang, 179-201.
- Buhlmann, Rosemarie & Fearn, Anneliese (2000): *Handbuch des Fachsprachenunterrichts*.

- Unter besonderer Berücksichtigung naturwissenschaftlicher und technischer Fachsprachen.* 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Tübingen: Narr.
- Buhlmann, Rosemarie & Fearn, Anneliese (1987): *Handbuch des Fachsprachenunterrichts. Unter besonderer Berücksichtigung naturwissenschaftlich-technischer Fachsprachen.* Berlin-Schöneberg: Langenscheidt KG.
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Fachkräfteengpassanalyse. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/201912/arbeitsmarktberichte/fk-engpassanalyse/fk-engpassanalyse-d-0-201912-pdf.pdf> [Stand: 21.09.2022]
- Bundesministerium der Justiz (2024): Bundesärzteordnung. [https://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/BJNR018570961.html](https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html) [Stand: 18.04.2024]
- Bundesministerium der Justiz (2017): Pflegeberufegesetz. PflBG - nichtamtliches Inhaltsverzeichnis ([gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)) oder Pflegeberufegesetz - Bundesgesundheitsministerium [Stand: 02.09.2022]
- Bundesministerium der Justiz (2002): Approbationsordnung für Ärzte. *ÄApprO\_2002.pdf* ([gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)) oder *ÄApprO 2002 - Approbationsordnung für Ärzte* ([gesetze-im-internet.de](https://www.gesetze-im-internet.de)) [Stand: 01.09.2022]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2022): Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen. Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen - BMBF [Stand: 01.09.2022]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2019): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2019. [https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/3/31566\\_Anerkennungsgesetz\\_2019.html](https://www.bmbf.de/SharedDocs/Publikationen/de/bmbf/3/31566_Anerkennungsgesetz_2019.html) [Stand: 31.08.2022]
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2012): Erläuterungen zum Anerkennungsgesetz des Bundes. [https://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/20120320\\_erlaeuterungen\\_zum\\_anererkennungsg\\_bund.pdf](https://www.anererkennung-in-deutschland.de/media/20120320_erlaeuterungen_zum_anererkennungsg_bund.pdf) [Stand: 06.05.2019]
- Bundesministerium für Gesundheit (2024): E-Health-Gesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz/> [Stand: 02.05.2024]
- Bundesministerium für Gesundheit (2023): E-Health. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health.html> [Stand: 02.05.2024]
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Krankenhauslandschaft. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauslandschaft.html> [Stand: 19.03.2019]
- Bundesärztekammer (2023): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2023. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/BAEK/Ueber\\_uns/Statistik/AErztestatistik\\_2023\\_18.04.2024.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Statistik/AErztestatistik_2023_18.04.2024.pdf) [Stand: 24.04.2024]
- Bundesärztekammer (2021): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/> oder [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630\\_MWBO\\_2018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf) [Stand: 02.09.2021]
- Bundesärztekammer (2020): Ausländische Ärztinnen und Ärzte. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/> [Stand: 06.05.2022]
- Bundesärztekammer (2019): Medizinstudium und ärztliche Tätigkeit in Deutschland. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/internationales/medizinstudium-und-aerztliche-taetigkeit-in-deutschland/> [Stand: 10.04.2019]

- Bundesärztekammer (2009): Ausländische Ärztinnen und Ärzte. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Stat09Tab10.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Stat09Tab10.pdf) [Stand: 06.01.2019]
- Bundesärztekammer (o.J.): Ärztliche Tätigkeit in Deutschland. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/internationales/aerztliche-taetigkeit-in-deutschland> [Stand: 18.04.2024]
- Bundesärztekammer (o.J.): Elektronisches Logbuch - Dokumentation der Weiterbildung. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-weiterbildung/elogbuch> [Stand: 18.04.2024]
- Buser, Kurt; Schneller, Thomas & Wildgrube, Klaus (2007): *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie – Medizinische Soziologie*. München.
- Buser, Kurt & Kaul-Hecker, Ursula (2003): *Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. Kurzlehrbuch zum Gegenstandskatalog*. 5., Auflage. München: Urban & Fischer.
- Callingham, Martin (2004): *Market Intelligence. How and Why Organisations use Market Research*. London: Kogan.
- Centrum Sprache und Interaktion (2023): Gesprochenes Deutsch für die Auslandsgermanistik. <https://daad-gda.sprache-interaktion.de> [Stand: 28.08.2023]
- Centrum Sprache und Interaktion (2017): Plattform Gesprochenes Deutsch. Authentische Alltagsinteraktionen für die Forschung und Praxis im Bereich DaF und DaZ. <https://dafdaz.sprache-interaktion.de> [Stand: 28.08.2023]
- Charles Cathy; Gafni Amiram & Whelan, Tim J. (1996): Shared decision-making in the medical encounter. what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 44: 5, 681-692.
- Cho, Yongkil (2005): *Grammatik und Höflichkeit im Sprachvergleich. Direktive Handlungsspiele des Bittens, Aufforderns und Anweisens im Deutschen und Koreanischen*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag.
- Coenen, Katrin; Christiane Götze & Annett Roswora (2012): Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse in Thüringen. HANDREICHUNG Anerkennung ausländischer Bildungsabschlüsse in Thüringen - PDF Free Download (docplayer.org) [Stand: 30.03.2021]
- Cordella, Marisa (2012): Negotiating Religious Beliefs in a Medical Setting. *Journal of Religion and Health* 51: 3, 837–853. <http://www.jstor.org/stable/41653872> [Stand: 10.08.2023]
- Cross, Ruth (2020): Understanding the importance of concepts of health. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain))* 35: 2, 61-65. doi:10.7748/ns.2020.e11539 oder <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33043649/> [Stand: 30.04.2024]
- Dahiyat, Emad; El-Dahiyat, Faris; El Refae, Ghaleb & Babar, Zaheer-Ud-Din (2023): Exploring the factors impacting physicians' attitudes toward health information exchange with patients in Jordanian hospitals. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 16:7, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40545-023-00514-7> [Stand: 08.07.2023]
- Dahm, Valeria (02.08.2016): Anamnese. <https://www.netdokter.de/diagnostik/anamnese/> [Stand: 13.01.2017]
- Decker, Steffen Alexander (2005): Kommunikationsmuster zwischen Arzt und Patient bei emotionalen und psychosozialen Themen. <https://freidok.uni-freiburg.de/data/3240> [Stand: 02.11.2016]

- Delonge, Angela (2014): Neue Sprachanforderungen für ausländische Ärzte. <https://www.aachener-zeitung.de/ratgeber/gesundheits/neue-sprachanforderungen-fuer-auslaendische-aerzte-1.888953> [Stand: 27.02.2017]
- Deter, Hans-Christian (2010): Einführung. Die Arzt-Patient-Beziehung in der Medizin. ein altes Thema für heute und morgen. In: Deter, Hans-Christian (Hrsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 15-19.
- Deutsche Apotheker Zeitung (2014): Ausländische Ärzte und Apotheker nutzen Anerkennungsgesetz. Zugewanderte Fachkräfte für Deutschland von Bedeutung. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/2014/daz-17-2014/auslaendische-aerzte-und-apotheker-nutzen-erkennungsgesetz> [Stand: 06.05.2019]
- Deutsches Ärzteblatt (2013): Normale Sprachtests für ausländische Ärzte genügen nicht. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/54489/Normale-Sprachtests-fuer-auslaendische-Aerzte-genuegen-nicht> [Stand: 22.04.2021]
- Di Blasi, Zeldi & Kleijnen, Jos (2003): Context Effects. Powerful Therapies or Methodological Bias?. *Evaluation & the Health Professions* 26: 2, 166-179.
- Domenig, Dagmar (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 2. Auflage. Bern: Huber, 165–189.
- Dreißig, Verena (2005): *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6., Auflage. Marburg: Eigenverlag.
- Eberhardt, Jan-Oliver (2013): *Interkulturelle Kompetenzen im Fremdsprachenunterricht. Auf dem Weg zu einem Kompetenzmodell für die Bildungsstandards*. Trier: WVT Wissenschaftlicher Verlag Trier.
- Ebert, Helmut (2020): Sprache und Transformation. *Sprache und Dialog als Führungsinstrumente*. Wiesbaden: Springer Gabler. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-16776-9\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-658-16776-9_9) [Stand: 22.04.2024]
- Eckkrammer, Eva Martha (2016): *Medizin für den Laien. vom Pesttraktat zum digitalen Ratgeber*. Berlin: Frank & Timme, Verlag für Wissenschaftliche Literatur, Band 1.
- Efing, Christian (2014): Berufssprache & Co.: Berufsrelevante Register in der Fremdsprache. Ein varietätenlinguistischer Zugang zum berufsbezogenen DaF-Unterricht. *Info DaF* 4, 415-441. <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/infodaf-2014-0403/html> [Stand: 19.04.2024]
- Egger, Josef W. (o. J.): Arzt-Patienten-Kommunikation. Das ärztliche Gespräch. [www.psych-raz.at/fileadmin/user\\_upload/Psy\\_1/Psy102Gespr\\_Egger.pdf](http://www.psych-raz.at/fileadmin/user_upload/Psy_1/Psy102Gespr_Egger.pdf) [Stand: 30.10.16]
- Ehrhardt, Claus & Heringer, Hans Jürgen (2011): *Pragmatik*. Paderborn: W. Fink.
- Emanuel, Ezekiel J., Emanuel, Linda L. (1992): Four models of the physician-patient relationship. *JAMA the journal of the American Medical Association* 267: 16, 2221-2226.
- Engel, Ulrich & Tomiczek, Eugeniusz (2010): *Wie wir reden. Sprechen im deutsch-polnischen Kontrast*. Wroclaw (u. a.): ATUT & Neisse Verlag.

- Erll, Astrid & Gymnich, Marion (2007): *Interkulturelle Kompetenzen. Erfolgreich kommunizieren zwischen Kulturen*. Stuttgart: Klett.
- FaMed (2021): Fachsprachprüfung Medizin. <https://famed-test.de/> [Stand: 28.04.2022]
- Fangerau, Heiner; Schulz, Stefan; Noack, Thorsten & Müller, Irmgard (2017): *Medizinische Terminologie. Ein Kompaktkurs*. 6. überarb. Auflage. Berlin: Lehmanns Media.
- Fearns, Anneliese (2003): D2 spezifische Formen des Lehrens und Lernens fremder Sprachen. In: Bausch, Karl-Richard; Christ, Herbert & Krumm, Hans Jürgen (Hrsg.): *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. 4., neu bearb. Auflage. Tübingen (u.a.): Francke, 169-174.
- Feyrer, Cornelia (2003): Höflichkeitsstrukturen und Partikeln. Überlegungen aus transkultureller und translationsrelevanter Sicht. In: Held, Gudrun (Hrsg.): *Partikeln und Höflichkeit*. Frankfurt am Main (u.a.): Lang, 341-365.
- Flick, Uwe (1995): *Psychologie des technisierten Alltags*. Reinbek bei Hamburg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Keupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von & Wolff, Stephan (Hrsg.) (1991): *Handbuch Qualitative Sozialforschung*. München: Psychologie Verlags Union.
- Freese, Hans-Jörg (2020): Überlastung führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen. *Marburger Bund Zeitung* 2: 14, 4-5.
- Freiburg International Academy (2022): Kursförderung. <https://www.fia-academy.de/de/service/kursfoerderung> [Stand: 02.09.2022]
- Fritzsche, Kurt; Geigges, Werner; Richter, Dietmar & Wirsching, Michael (2003): *Psychosomatische Grundversorgung*. Berlin (u.a.): Springer.
- Gassen, Andreas (2018): Derzeit fehlen schon 10.000 Ärzte in Deutschland. <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2018-07/andreas-gassen-aerztemangel> [Stand: 06.01.2019]
- Geisler, Linus S. (2003): Das ärztliche Gespräch. eine vernachlässigte Aufgabe. [www.linus-geisler.de/vortraege/0306kommunikation.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0306kommunikation.html) [Stand: 30.10.2016]
- Geisler, Linus S. (2002): Der gute Arzt. *GEO WISSEN: Die neuen Wege der Medizin* 30, 76-81. [www.linusgeisler.de/art2002/0916geo-arzt.html](http://www.linusgeisler.de/art2002/0916geo-arzt.html) [Stand: 30.10.2016]
- Geisler, Linus S. (1997): Sprachlose Medizin? Das Verschwinden des Dialogischen. *Imago Hominis* 4: 1, 47-55. [www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis\\_sprachlose.html](http://www.linus-geisler.de/artikel/97imagohominis_sprachlose.html) [Stand: 30.10.2016]
- Gertler, Martin (2023): *Qualitatives Forschen. Tipps für wissenschaftliche Arbeiten*. München: BookRix.
- Gillessen, Anton; Golsabahi-Broclawski, Solmaz; Biakowski, André & Broclawski, Artur (2020): *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- Glaser, Barney G. (1978): *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, Cal.: The Sociology Press.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1979): Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie. Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: Hopf, Christel & Weingarten, Elmar (Hrsg.): *Qualitative Sozialforschung*. Orig. 1969. Stuttgart: Klett, 91-111.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory. Strategies*

- for *Qualitative Research*. 11. Auflage 1980. Chicago: Aldine de Gruyter.
- Gläser, Jochen & Laudel, Grit (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gogolin, Ingrid (2006): Mehrsprachigkeit und plurikulturelle Kompetenz. In: Nicklas, Hans; Müller, Burkhard & Kordes, Hagen (Hrsg.): *Interkulturell denken und handeln. Theoretische Grundlagen und Praxis*. Frankfurt a.M. & New York: Campus, 181-188.
- Görlitz, Gudrun (2003): *Körper und Gefühl in der Psychotherapie. Basisübungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grein, Marion (2023): Language usage in the field of health care. *LD Special Issue. Intercultural Dialogues*. John Benjamins (im Druck).
- Grein, Marion (2019): Interkulturelle Kompetenz für DaF-Lehrende – Dialogisches Handlungsspiel und Multikollektivität. In: Ersch, Christina Maria (Hrsg.): *Kompetenzen in DaF/DaZ*, Band 1. Berlin: Frank & Timme, 125-144.
- Hamdan, Jihad & Hatab, Wafa (2009): English in the Jordanian context. *World Englishes* 28:3, 394-405. <https://doi.org/10.1111/j.1467-971X.2009.01599.x> [Stand: 05.08.2023]
- Heister, Heiner & Henke, Rudolf (2017): Patient und Arzt im Gespräch. Patient-Arzt-Kommunikation und die Zukunft des ärztlichen Berufsbildes. In: Sascha Bechmann (Hrsg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur, Bd. 138, 23-47.
- Helfferich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Helfferich, Cornelia (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Helman, Cecil (2007): *Culture, health and illness*. London: Hodder Arnold.
- Henderson, Sara; Horne, Maria; Hills, Ruth & Kendall, Elizabeth (2018): Cultural competence in healthcare in the community. A concept analysis. *Health & social care in the community*, 26: 4, 590–603. <https://doi.org/10.1111/hsc.12556> [Stand: 30.04.2024]
- Herrmann, Henrik (2020): Weg von den Zeiten, hin zu den Inhalten. *Marburger Bund Zeitung* 8: 12, 3-5.
- Hoffmann, Lothar (1987): *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. 3. Auflage. Berlin: Akademie-Verlag.
- Hofstede, Geert (2006): *Lokales Denken, globales Handeln. interkulturelle Zusammenarbeit und globales Management*. 3. Auflage. München: Dt. Taschenbuch-Verlag.
- Holst, Mark (2010): *Japanese doctor-patient discourse. An investigation into cultural and institutional influences on patient-centred communication*. Dissertation. The University of Edinburgh.
- Holubar, Karl & Schmidt, Cathrin (2007): *Medizinische Terminologie und ärztliche Sprache*. Wien: Facultas.
- Thommes, Dorothee & Schmidt, Alfred (2016): *Menschen im Beruf Medizin B2/C1*. 1. Auflage. Hueber Verlag. [https://shop.hueber.de/de/suche?hueber\\_search%5Bquery%5D=Menschen+im+Beruf+-+Medizin](https://shop.hueber.de/de/suche?hueber_search%5Bquery%5D=Menschen+im+Beruf+-+Medizin) [Stand: 19.04.2024]
- Indeed Editorial Team (2022): The Nine Levels of Doctors and Their Differences. <https://www.indeed.com/career-advice/finding-a-job/levels-of-doctor> [Stand:

25.10.2022]

- IQuaMed (2017): *Anerkennung Gesundheitsberufe. Bundesweite Übersicht. Wo ist eine Fachsprachenprüfung durch die Ärztekammer gefordert?* Mibeg-Institut Medizin in Beratung zur Anerkennung (Hrsg.). <https://www.anererkennung-nrw.de/bundesweite-uebersicht-wo-ist-eine-fachsprachpruefung-durch-die-aerztekammer-gefordert/> [Stand: 22.04.2021]
- IQWiG-Gesundheitsinformation (2021): Das deutsche Gesundheitssystem. <https://www.gesundheitsinformation.de/das-deutsche-gesundheitssystem.2698.de.html?part=einleitung-co> [Stand:31.03.2021]
- Jarillot Rodal, Cristina (2010): *Bestandsaufnahme der Germanistik in Spanien. Kulturtransfer und methodologische Erneuerung*. Bern: Peter lang.
- Jatkowski, Achim (2024): Abkürzungen im Arztbrief: die wichtigsten Regeln und Beispiele. <https://www.arztbriefschreiben.de/abkuerzungen-im-arztbrief/> [Stand: 25.04.2024]
- Jehle, Nina (2020): Die medizinische Fachsprachenprüfung. Eine Pilotstudie zur Evaluation durch die Teilnehmenden. In: Ersch, Christina Maria (Hrsg.): *Evaluieren und Prüfen in DaF/DaZ*. Berlin: Frank & Timme GmbH, Bd. 2, 149-182.
- Jehle, Nina (2020): Fachsprachenprüfungen als Nachweis der Sprachkompetenzen?! Ein Vergleich mit dem neu entwickelten *Sprachtest für ausländische Mediziner (SAM)*. In: Ersch, Christina Maria (Hrsg.): *Evaluieren und Prüfen in DaF/DaZ*. Berlin: Frank & Timme GmbH, Bd. 2, 183-228.
- Jordan Medical Association (1972): قانون نقابة الأطباء الأردنية [Gesetzeslage der Jordanischen Ärztekammer]. <http://www.jma.ps/wp-content/uploads/2016/10/%D9%82%D8%A7%D9%86%D9%88%D9%86-%D9%86%D9%82%D8%A7%D8%A8%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B7%D8%A8%D8%A7%D8%A1-%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B1%D8%AF%D9%86%D9%8A%D8%A9-2015.pdf> [Stand: 07.11.2022]
- Jordan Medical Council (2016): الاجمالي الامتحان و الامتياز اطباء وتوزيع تدريب تعليمات [Hinweise zur Ausbildung und Verteilung von Ärzten im Praktischen Jahr und der Gesamtprüfung]. <http://www.jmc.gov.jo/node/60> [Stand: 07.11.2022]
- Jovanovic, Sanijel (2013): *Terminologiemangement als Teil der mehrsprachigen mündlichen Fachkommunikation am Beispiel der Institution Krankenhaus (Deutsch-Italienisch)*. Masterstudium Dolmetschen Französisch Italienisch, Universität Wien.
- Kadrić, Mira; Kaindl, Klaus & Cooke, Michéle (2005): *Translatorische Methodik. Basiswissen Translation*. Wien: Facultas.
- Kalitzkus, Vera & Wilm, Stefan (2017): Narrative Medizin. Vermittlerin zwischen Sprach- und Erfahrungswelten im medizinischen Kontext. In: Bechmann, Sascha (Hrsg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur, Bd. 138, 73-101.
- Kanter, Lee & Horowitz, Steven (2009): The physician-patient relationship in the patient-centered care model. In: Frampton, Susan; Charmel, Patrick & Planetree (Hsg.): *Putting patients first. Best practices in patient-centered care*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 211-226.
- KBV 2025 (2021): Strukturen bedarfsgerecht anpassen. Digitalisierung sinnvoll nutzen.

- [https://www.kbv.de/media/sp/Konzept\\_KBV\\_2025.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Konzept_KBV_2025.pdf) [Stand: 19.08.2021]
- KBV (2016): Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. [https://www.kbv.de/media/sp/Fortbildungsregelung\\_der\\_KBV.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Fortbildungsregelung_der_KBV.pdf) [Stand: 18.04.2024]
- Kelle, Udo (2008): *Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte*. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaft.
- Kelle, Udo & Kluge, Susann (1999): *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Kleining, Gerhard (1994). Das rezeptive Interview. In: Kleining, Gerhard (Hrsg.): *Qualitativ-heuristische Sozialforschung. Schriften zur Theorie und Praxis*. Hamburg: Rolf Fechner Verlag, 123–147.
- Kleinke, Sonja (2017): Dr. Google. Chancen und Probleme von Patienteninformationen aus dem Internet im linguistischen Fokus. In: Bechmann, Sascha (Hrsg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur, Bd. 138, 239-265.
- Klemperer, David (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Klett Sprachen GmbH (Hrsg.) (2020): *Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen, lehren, beurteilen – Begleitband*. Klett.
- Koerfer, Armin; Obliers, Rainer & Köhle, Karl (2004): Emotionen in der ärztlichen Sprechstunde. Zur Förderung empathischer Kommunikation durch Fortbildung in der psychosomatischen Grundversorgung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 6: 4, 243-262.
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. überarb. Auflage. Weinheim (u.a.): Beltz Juventa.
- Kuckartz, Udo (2005): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lamnek, Siegfried (2010): *Qualitative Sozialforschung*. 5. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lamnek, Siegfried & Kiefl, Walter (1984): Qualitative Methoden in der Marktforschung. *Planung und Analyse* 11: 12, 474-480.
- Lamnek, Siegfried & Krell, Claudia (2016): *Qualitative Sozialforschung*. 6. überarbeitete Auflage. Weinheim (u.a.): Beltz.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2012): Deutschkenntnisse ausländischer Ärzte. <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/15entschliessungen/20121124/506.html> [Stand: 22.04.2021]
- Landesärztekammer Hessen (o.J.): Mitgliedsbeitrag. <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/mitgliedschaft/mitgliedsbeitrag> [Stand: 18.04.2024]
- Langewitz, Wolf (2012): Zur Erlernbarkeit der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Medizinischen Ausbildung. *Bundesgesundheitsblatt* 55, 1176-1182.
- Langewitz, Wolf (2011): Patientenzentrierte Kommunikation. In: Adler, Rolf H; Herzog Wolfgang; Joraschky, Peter; Köhle, Karl; Langewitz, Wolf; Söllner, Wolfgang & Wesiack, Wolfgang (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*. 7. komplett überarb. Auflage. München: Elsevier, Urban & Fischer, 338-347.
- Langewitz, Wolf (2002): Arzt-Patient-Kommunikation. Mitteilen schlechter Nachrichten. In: Brähler, Elmar & Strauß, Bernhard (Hrsg.): *Handlungsfelder in der Psychosozialen*

- Medizin*. Göttingen: Hogrefe, 54-76.
- Leithäuser, Thomas & Volmerg, Birgit (1979): *Anleitung zur Empirischen Hermeneutik. Psychoanalytische Textinterpretation als sozialwissenschaftliches Verfahren*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Leithäuser, Thomas; Volmerg, Birgit; Salje, Gunther; Volmerg, Ute & Wutka, Bernhard (1977): *Entwurf zu einer Empirie des Alltagsbewußtseins*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Leydon, Geraldine M.; Boulton, Mary; Jones, Alison; Mossman, Jean; McPherson, Klim; Boudioni, Markella & Moynihan, Clare (2000): Cancer patients' information needs and information seeking behaviour. In depth interview study. *BMJ British Medical Journal* 320, 26-31.
- Liebscher, Doris & Fritzsche, Heike (2010): *Antidiskriminierungspädagogik. Konzepte und Methoden für die Bildungsarbeit mit Jugendlichen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lindemann, Katrin (2015): Emotionen in medizinischer Kommunikation. In: Busch, Albert & Spracnz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache und Medizin*. Berlin, Boston: De Gruyter, 154-162.
- Little, Paul; Everitt, Hazel; Williamson, Ian; Warner, Greg; Moore, Michael; Gould, Clare; Ferrier, Kate & Payne, Sheila (2001): Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care. Observational study. *BMJ British Medical Journal* 322, 1-7. <https://bmj.com/cgi/content/full/322/7284/468> [Stand: 11.09.2022]
- Lorenzer, Alfred (1986): Tiefenhermeneutische Kulturanalyse. In: Lorenzer, Alfred (Hrsg.): *Kultur-Analysen*. Frankfurt: Fischer, 11-98.
- Löning, Petra (1985): *Das Arzt-Patienten-Gespräch. Gesprächsanalyse eines Fachkommunikationstyps*. Frankfurt/M.: Lang.
- Lüger, Heinz Helmut (2001): Höflichkeit und Höflichkeitsstile. In: Lüger, Heinz Helmut (Hrsg.): *Höflichkeitsstile*. (Cross cultural communication). Band 7. Frankfurt: Peter Lang, 131-138.
- Maibach-Nagel, Egbert (2019): Gleichwertigkeitsprüfung für Ärzte aus Drittstaaten. Drittes Staatsexamen umsetzen. *Deutsches Ärzteblatt* 116: 39, 1706. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/210018/Gleichwertigkeitspruefung-fuer-Aerzte-aus-Drittstaaten-Drittes-Staatsexamen-umsetzen> [Stand: 01.09.2022]
- Marburger Bund (2022): Deutschkenntnisse. Anforderungen in den Bundesländern für die Approbationserteilung. <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/service/auslaendische-aerzte/foreign-physicians/anforderungen-deutschkenntnisse> [Stand: 09.06.2023]
- Marburger Bund (2018): Deutschkenntnisse. Anforderungen in den Bundesländern für die Approbationserteilung. <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2018-09/deutschkenntnisse-german-requirements-approbation.pdf> [Stand: 07.09.2023]
- Marburger Bund (o.J.): Fortbildungsrecht. <https://www.marburger-bund.de/bundesverband/themen/fortbildungsrecht> [Stand: 18.04.2024]
- Mayerhofer, Wolfgang (2009): Das Fokusgruppeninterview. In: Buber, Renate & Holzmüller Hartmut (Hrsg.): *Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen*. 2. Auflage. Wiesbaden: GWV Fachverlag, 477-490.
- Mayring, Phillip (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 6. Auflage. Wiesbaden:

- VS-Verlag.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Auflage. Weinheim (u.a.): Beltz Juventa.
- Mayring, Philipp (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe; Kardoff, Ernst von & Seinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek/HH: Rowohlt, 468-475.
- Mayring, Philipp (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage. Weinheim (u.a.): Beltz.
- Medsmarter (o. J.): The Hospital Medical Hierarchy every Pre-Med should understand. <https://www.medsmarter.com/blog/hospital-hierarchy-every-pre-med-should-understand/> [Stand:25.10.2022]
- Merkelbach, Christoph (2012): Anforderungen für den fremdsprachigen Fachsprachenunterricht am Beispiel der medizinischen Fachsprache. *淡江外語論叢* 6: 19, 103-148.
- Meyer, Björn & Löwe, Bernd (2010): Grundlegende Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung für die Medizin. Dimensionen der Arzt-Patient-Kommunikation in der modernen Medizin. In: Deter, Hans-Christian (Hsg.): *Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 19-25.
- Mibeg-Institut Medizin (o. J.): Anerkennung Gesundheitsberufe. Das Programm IQaMed des mibeg-Instituts. <https://www.erkennung-nrw.de/das-projekt-iquamed/> [Stand: 02.09.2022]
- Morgan, Myfanwy (2003): The Doctor–Patient Relationship. In: Scambler, Graham (Hrsg.): *Sociology as Applied to Medicine*. Edinburgh & New York: Saunders: 49-65.
- Murken, Axel Hinrich (1994): *Lehrbuch der Medizinischen Terminologie. Grundlagen der ärztlichen Fachsprache*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft GmbH.
- Müller, Cornelia; Cienki, Alan; Fricke, Ellen; Ladewig, Silva; McNeill, David & Tessendorf, Sedinha (2014): *Body -language - communication*. Berlin & Boston: De Gruyter Mouton. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uwsau/detail.action?docID=1820625> [Stand: 02.03.2023]
- Müller, Stefan & Gelbrich, Katja (2001): Interkulturelle Kompetenz als neuartige Herausforderung an Entsandte. Status quo und Perspektiven der Forschung. *Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung* 53, 246-272.
- Nowak, Peter (2009): Das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Zentraler Ansatzpunkt oder Stolperstein für ein „gesundes“ Gesundheitswesen? *NÖ Patienten- und Pflegetherapeuten Letter LAUT GEDACHT*, 1-9. [https://www.patientenanwalt.com/wpfb-file/das\\_gespraech\\_zwischen\\_arzt\\_und\\_patient\\_dr\\_peter\\_nowak\\_expertenletter\\_patient-pdf-pdf/](https://www.patientenanwalt.com/wpfb-file/das_gespraech_zwischen_arzt_und_patient_dr_peter_nowak_expertenletter_patient-pdf-pdf/) [Stand: 27.03.2021]
- Oevermann, Ulrich; Allert, Tilman; Konau, Elisabeth & Krambeck, Jürgen (1979): Die Methodologie einer »objektiven Hermeneutik« und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften. In: Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften*. Stuttgart: Metzler, 352-434.
- Osterloh, Falk (2021): Pflegereform: Substitution und Tarifbindung. *Deutsches Ärzteblatt* 118: 24, 1206-1207. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Delegation?s=&p=1&n=1&aid=219724> [Stand: 27.07.2023]

- Osterloh, Falk (2018): Anerkennung ausländischer Abschlüsse. Kenntnisstand nachweisen. *Deutsches Ärzteblatt* 115: 20-21, 988-989. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/198086/Anerkennung-auslaendischer-Abschluesse-Kenntnisstand-nachweisen> [Stand: 27.07.2023]
- Pabst-Weinschenk, Marita (2017): ...und was sagt die Stimme? Sprechwissenschaftliche Analysen zur Wirkung der para- und extraverbalen Ebene der Arzt-Patienten-Kommunikation. In: Bechmann, Sascha (Hrsg.): *Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation*. Bd. 138. Berlin: Frank & Timme Verlag für wissenschaftliche Literatur, 181-215.
- Peters, Tim (2008): *Macht im Kommunikationsgefälle. Der Arzt und sein Patient*. Berlin: Frank & Timme (Forum für Fachsprachen-Forschung, 82).
- Pflegeberufegesetz (2017): §40 Gleichwertigkeit und Anerkennung von Ausbildungen. § 40 PflBG - Einzelnorm ([gesetze-im-internet.de](http://gesetze-im-internet.de)) [Stand: 02.09.2022]
- Pharmig (2020): Wissenswertes über Seltene Erkrankungen. <https://www.pharmig.at/themen/seltene-erkrankungen/wissenswertes-ueber-seltene-erkrankungen/> [Stand: 25.04.2024]
- Pobuda, Leon (2021): Fachsprachprüfung. Fachsprachprüfung Medizin - Ärztekammer Infos 2021 ([approbatio.de](http://approbatio.de)) [Stand: 09.08.2021]
- Porcher, Louis (2006): Sprachenlernen und interkulturelle Kompetenz. In: Nicklas, Hans; Müller, Burkhard & Kordes, Hagen (Hrsg.): *Interkulturell denken und handeln. Theoretische Grundlagen und Praxis*. Frankfurt a.M. & New York: Campus, 189-195.
- PraktischArzt (2024): Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte – was ist zu beachten? <https://www.praktischarzt.de/arzt/berufshaftpflicht-arzt/> [Stand: 18.04.2024]
- PraktischArzt (2021): Die Facharztausbildung/ Facharztweiterbildung. <https://www.praktischarzt.de/arzt/FAA/#:~:text=Dauer%20der%20FAA%20Voraussetzung%20f%C3%BCr%20den%20Titel%20des,Die%20Ausbildungsdauer%20ist%20dabei%20abh%C3%A4ngig%20vom%20gew%C3%A4hlten%20Fachbereich> [Stand: 02.09.2021]
- PraktischArzt (2017a): Ärztemangel in Deutschland? Arztstellen bleiben 136 Tage unbesetzt. <https://www.praktischarzt.de/blog/aerztemangel-deutschland/> [Stand: 06.01.2019]
- PraktischArzt (2017b): Klinik Hierarchie der Arzt Positionen. Vom Famulus zum Chefarzt. <https://www.praktischarzt.de/arzt/klinik-hierarchie-arzt-positionen/> [Stand: 19.03.2019]
- PraktischArzt (2017c): Arztsprache: Übersetzung der Medizinersprache. <https://www.praktischarzt.de/magazin/arztsprache/> [Stand: 02.10.2022]
- PraktischArzt (o. J.): Gleichwertigkeitsprüfung für ausländische Ärzte – Grundlagen, Inhalt, Links. <https://www.praktischarzt.de/blog/gleichwertigkeitspruefung-fuer-auslaendische-aerzte-approbation/> [Stand: 01.09.2022]
- Prauss, Olivia & Roedenbeck Schäfer, Maja (2023): *Betriebliche, kulturelle und soziale Integration ausländischer Pflegekräfte. Nicht nur finden, sondern binden - Wie ausländisches und einheimisches Personal nachhaltig zusammenfindet*. 2. aktualisierte Auflage. Regensburg: Walhalla Fachverlag.
- Protschka, Johanna (2014): Ausländische Ärzte. Umgangssprache reicht nicht aus. *Deutsches Ärzteblatt* 111: 29-30, 1288-1290.

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/161121/Auslaendische-Aerzte-Umgangssprache-reicht-nicht-aus> [Stand: 27.07.2023]
- Rathje, Stefanie (2014): Multikollektivität. Schlüsselbegriff der modernen Kulturwissenschaften. In: Wolting, Stephan (Hrsg.): *Kultur und Kollektiv. Festschrift für Klaus P. Hanse*. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin, 39–59.
- Rathje, Stefanie (2006): Interkulturelle Kompetenz. Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts. *Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht* 11: 3. <https://zif.tu-journals.ulb.tu-darmstadt.de/article/id/2663/> [Stand: 08.08.2023]
- Rehbein, Jochen (1986): Institutioneller Ablauf und interkulturelle Missverständnisse in der Allgemeinpraxis. Diskursanalytische Aspekte der Arzt-Patienten-Kommunikation. *Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin* 9. Braunschweig (u.a.): Vieweg & Sohn, 297-328
- Regierungspräsidium Gießen (2022): Informationen zur Erteilung der Approbation/Berufserlaubnis für Ärztinnen/Ärzte mit einer in Drittstaaten abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung. [https://rp-giessen.hessen.de/sites/rp-giessen.hessen.de/files/2022-04/informationen\\_zu\\_einer\\_ausbildung\\_in\\_medizin\\_in\\_drittstaaten.pdf](https://rp-giessen.hessen.de/sites/rp-giessen.hessen.de/files/2022-04/informationen_zu_einer_ausbildung_in_medizin_in_drittstaaten.pdf) oder Informationen zur Erteilung der Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes („Berufserlaubnis“) (hessen.de)
- Regierungspräsidium Gießen (o. J.): Approbation und Berufserlaubnis zur Ausübung akademischer Heilberufe. Approbation und Berufserlaubnis zur Ausübung akademischer Heilberufe | rp-gießen. hessen.de oder <https://rp-giessen.hessen.de/soziales/hlpug/humanmedizin/approbation-und-berufserlaubnis-zur-aus%C3%BCbung-des-berufs-als-%C3%A4rztin-und> [Stand: 02.09.2022]
- Reinders, Heinz (2005): *Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen. Ein Leitfaden*. München: Oldenbourg.
- Renn, Joachim (2004): Perspektiven einer sprachpragmatischen Kulturtheorie. In: Jäger, Friedrich & Straub, Jürgen (Hrsg.): *Handbuch der Kulturwissenschaften. Paradigmen und Disziplinen*, Bd. 2. Stuttgart: Metzler, 430-448.
- Reuters (2017): Many patients remain confused about medical hierarchy. The Jordan Times (Hrsg.). <https://jordantimes.com/news/features/many-patients-remain-confused-about-medical-hierarchy> [Stand: 25.10.2022]
- Richter-Kuhlmann, Eva (2020): Medizinstudium. Neue Approbationsordnung 2025. *Dtsch Ärztebl Deutsches Ärzteblatt* 117: 48, 2335.
- Richter-Kuhlmann, Eva (2003): Medizinabsolventen. Unsicher in der Praxis. *Dtsch Ärztebl Deutsches Ärzteblatt* 100:33, 2114–2115.
- Riemer, Claudia (2014): Forschungsmethodologie Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. In: Settinieri, Julia; Demirkaya, Sevilen; Feldmeier, Alexis; Gültekin-Karakoç, Nazan & Riemer, Claudia (Hrsg.): *Empirische Forschungsmethoden für Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Eine Einführung*. Paderborn: Ferdinand Schöningh, 15-31.
- Riemer, Claudia (2010): Forschungsansätze. In: Barkowski, Hans & Krumm, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Fachlexikon Deutsch als Fremd- und Zweitsprache*. UTB, 8422. Tübingen (u.a.): Francke.
- Roche, Jörg; Lenz, Holger; Opitz, Ansgar; Huber, Dana; Jacobs, Fabian; Gang Paik, Wolfgang & Fischer, Martin R. (2019): Language Matters. Development of an Objective Structured Language Test for Foreign Physicians. Results of a Pilot Study in Germany. *GMS*

- Journal for Medical Education* 36: 1, Doc2, 1-16. <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2019-36/zma001210.pdf> [Stand: 22.04.2023]
- Roche, Jörg (2014): Sprache und Beruf. Zur Frage der Deutschkenntnisse in medizinischen Berufen. *Bayerisches Ärzteblatt* 6, 316-318. [https://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/BLAEK\\_Professor\\_Roche\\_Sprache\\_und\\_Beruf.pdf](https://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/BLAEK_Professor_Roche_Sprache_und_Beruf.pdf) [Stand: 18.12.2022]
- Roche, Jörg (2013): *Fremdspracherwerb. Fremdsprachendidaktik*. 3. Auflage. Tübingen: Narr.
- Roche, Jörg (2003): Zur Effizienz der Fachsprachen im Fremdsprachenunterricht. Bemerkungen zum wissenschaftlichen, fachsprachenlinguistischen und mediendidaktischen Kontext. In: Jung, Udo O. H. & Kolesnikova, Angelina (Hrsg.): *Fachsprachen und Hochschulen. Bayreuther Beiträge zur Glottodidaktik. Bd. 9*. Frankfurt am Main (u.a.): Lang, 147-161.
- Roelcke, Thorsten (2014): Zur Gliederung von Fachsprache und Fachkommunikation. *Fachsprache* 36: 3-4, 154-178.
- Roelcke, Thorsten (2010): *Fachsprachen*. 3. Auflage. Berlin: E. Schmidt.
- Roelcke, Thorsten (2005): *Fachsprachen*. 2. Auflage. Berlin: E. Schmidt.
- Rogoveanu, Stefania-Cristina (2020): *Fachsprachprüfung - erfolgreich bestehen! Kompaktes Wissen, Sprachtraining und Simulationen für Mediziner*. 1. Auflage. Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Sandu, Doina (2002): Höflichkeit versus Routine? Gesprächsverhalten in deutsch-und rumänischsprachigen Kommunikationsräumen. In: Lüger, Heinz-Helmut (Hrsg.): *Höflichkeitsstile*. Frankfurt am Main (u. a.): Peter Lang Verlag, 263-277.
- Scheib, Andreas (2021): *Medizin und muslimischer Glaube. Eine Bestandsaufnahme religiös bedingter Besonderheiten beim Patienten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schildmann, Jan; Salloch, Sabine; Peters, Tim; Henking, Tanja & Vollmann, Jochen (2018): Risks and errors in medicine. Concept and evaluation of an optional study module with integrated teaching of ethical, legal and communicative competencies. *GMS journal for medical education*, 35: 3, 1-17. <https://doi.org/10.3205/zma001177> [Stand: 02.05.2024]
- Schiller, Phillipp (2020): Inhalt mit viel Licht und viel Schatten. *Marburger Bund Zeitung* 2: 14, 11.
- Schippenges, Heinrich (1988): *Die Sprache der Medizin*. Heidelberg: Fischer.
- Schirmacher, Christine (2004): Frauen unter der Scharia. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/27944/frauen-unter-der-scharia/> [Stand: 20.07.2023]
- Schnepf, Tabea (2013): *Hilfe die ausländischen Ärzte kommen?! Eine ethnologische Untersuchung der Vorbereitung zugewanderter Ärzte auf den Arbeitsalltag in deutschen Kliniken*. Universität Tübingen. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/52821?show=full> [Stand: 05.03.2021]
- Schön, Almut & Schrimpf, Ulrike (2010): *Fachkommunikation in der Medizin. Konzeption und Durchführung von Kommunikationskursen und ELearning im Bereich „Fachsprache Medizin“ mit interkulturellem Fokus*. Berlin: GFL-journal German as a foreign language.
- Schreier, Margrit (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der

- Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung* 15: 1, Art. 18, 1-27. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1401185> [15.05.2020]
- Schrimpf, Ulrike; Lechner, Martin & Bahnemann, Markus (2022): *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Trainingsbuch für die Fachsprachprüfung und den klinischen Alltag*. 6. Auflage. Springer Verlag.
- Schrimpf, Ulrike & Bahnemann, Markus (2012): *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikationstraining für Ärztinnen und Ärzte*. 2. Auflage. Heidelberg: Springer.
- Schröder, Hartmut (2010): Theoretische Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion. In: Claudia, Witt (Hrsg.): *Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. Ergebnisse eines Expertentreffens*, 93-119.
- Schumacher, Monika Hildegard (2006): *Von der „Fusion“ zu Konfusion. Semantische Probleme in medizinischen Fachtexten*. Dissertation, Universität Trier. <https://docplayer.org/28622746-Universitaet-trier-fachbereich-ii-germanistische-linguistik-von-der-fusion-zu-konfusion-semantische-probleme-in-medizinischen-fachtexten.html> [Stand: 24.04.24]
- Schwarz-Friesel, Monika (2007). *Sprache und Emotion*. Tübingen: UTB.
- Sehoul, Jalid (2024): *Von der Kunst schlechte Nachrichten gut zu überbringen*. 2. Auflage. München: Heyne Verlag.
- Sehoul, Jalid & Pietzner, Klaus (2022): *Breaking Bad News*. Charité Berlin.
- Seitz, Tamara; Raschauer, Barbara; Längle, Angelika S. & Löffler-Stastka, Henriette (2019): Competency in medical history taking-the training physicians' view. *Wiener klinische Wochenschrift*, 131, 17–22. <https://doi.org/10.1007/s00508-018-1431-z> [Stand: 02.05.2024]
- Soppa, Robert (2019): *Ausländische Ärztinnen und Ärzte. Chancen und Herausforderungen im DaZ-Unterricht*. Masterarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades. Johannes Gutenberg-Universität Mainz.
- Spielberg, Petra (2022): Überbringen schlechter Nachrichten: Kommunikation ist eine Arznei. *Deutsches Ärzteblatt* 119: 26, A 1204-A 1205. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/226012/Ueberbringen-schlechter-Nachrichten-Kommunikation-ist-eine-Arznei>
- St. Amant, Kirk (2017): The Cultural Context of Care in International Communication Design. A Heuristic for Addressing Usability in International Health and Medical Communication. *Communication Design Quarterly Review* 5: 2, 62-70. 10.1145/3131201.3131207 [Stand: 02.05.2024]
- Stolze, Radegundis (2009): *Fachübersetzen. ein Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Berlin: Frank&Timme.
- Straub, Jürgen (2007a): Kultur. In: Straub, Jürgen; Weidemann, Arne & Weidemann, Doris (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Stuttgart (u.a.): Metzler, 7-24.
- Straub, Jürgen (2007b): Kompetenz. In: Straub, Jürgen; Weidemann, Arne & Weidemann, Doris (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Stuttgart (u.a.): Metzler, 35-47.
- Straub, Jürgen; Weidemann, Arne & Nothnagel, Steffi (2010): Interkulturelle Kompetenz lehren: Begriffliche und theoretische Voraussetzungen. In: Straub, Jürgen, Weidemann, Arne & Nothnagel, Steffi (Hrsg.): *Wie lehrt man interkulturelle Kompetenz? Theorien,*

- Methoden und Praxis in der Hochschulforschung*. Bielefeld: transcript, 15-24.
- Straub, Jürgen; Weidemann, Arne & Weidemann, Doris (Hrsg.) (2007): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Stuttgart (u.a.): Metzler.
- Straub, Jürgen & Zielke, Barbara (2007): Gesundheitsversorgung. In: Straub, Jürgen; Weidemann, Arne & Weidemann, Doris (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe – Theorien – Anwendungsfelder*. Stuttgart (u.a.): Metzler, 716-729.
- Telc GmbH (2014): Zum Eckpunktepapier der Gesundheitsministerkonferenz vom 26. und 27. Juni 2014. telc - Aktuelles - Zum Eckpunktepapier der Gesundheitsministerkonferenz vom 26. und 27. Juni 2014 [Stand: 10.08.2021]
- Telc language Test (2021): Telc Deutsch B2.C1 Medizin. <https://www.telc.net/pruefungsteilnehmende/sprachpruefungen/pruefungen/detail/telc-deutsch-b2c1-medizin.html> [Stand: 27.02.2021]
- Telc language Test (2018): Anmeldung zur Prüfung telc Deutsch B2·C1 Medizin Fachsprachprüfung. telc - Anmeldung Medizin Fachsprachprüfung oder <https://www.telc.net/medizin-pflege/lernende/zentrale-pruefungstermine/anmeldung-medizin-fachsprachpruefung.html#:~:text=Die%20Pr%C3%BCfung%20telc%20Deutsch%20B2%C2%B7C1%20Medizin%20Fachsprachpr%C3%BCfung%20wird,in%20Frankfurt%20am%20Main%20ablegen%3A%2010.%20und%2011> [Stand: 02.09.2022]
- Telc language Test (2015): Übungstest 1 Deutsch Medizin B2/C1. [https://www.telc.net/fileadmin/user\\_upload/uebungstest\\_medizin.pdf](https://www.telc.net/fileadmin/user_upload/uebungstest_medizin.pdf) [Stand: 20.05.2021]
- Thelen, Peter (2018): In Deutschland droht ein Ärztemangel. trotz Mediziner-Schwemme. <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/gesundheitsystem-in-deutschland-droht-ein-aerztemangel-trotz-mediziner-schwemme/21127004.html?ticket=ST-1270579-rKPE4uzDaaSPXILD6tty-ap2> [Stand: 06.01.2019]
- Thomas, Alexander (2005): *Grundlagen der interkulturellen Psychologie*. Nordhausen: Bautz.
- Thomas, Alexander (2003): Interkulturelle Kompetenz. Grundlagen, Probleme und Konzepte. *Erwägen – Wissen – Ethik* 14: 1, 137-150.
- TMLTStaff (2022): General Doctor Rankings and Medical Hierarchy in Hospitals 2022. <https://www.currentschoolnews.com/articles/medical-hierarchy/> [Stand: 25.10.2022]
- Vandekieft, Gregg K. (2001): Breaking bad news. *American Family Physician* 64: 12, 1975-1978. <https://www.aafp.org/afp/2001/1215/afp20011215p1975.pdf> [Stand: 01.04.2021]
- Volmerg, Birgit; Volmerg, Ute & Leithäuser, Thomas (1983): *Kriegsängste und Sicherheitsbedürfnisse. Zur Sozialpsychologie des Ost-West-Konflikts im Alltag*. Frankfurt: Fischer.
- Wangermann, Iris (2008): *In-/direkte Kommunikation und Höflichkeit in der Unternehmenskommunikation: Deutschland, Österreich und Italien im kulturellen Vergleich*. Dissertation, Universität Köln. [https://kups.ub.uni-koeln.de/10705/2/Dissertation\\_IWangermann\\_07\\_2008.pdf](https://kups.ub.uni-koeln.de/10705/2/Dissertation_IWangermann_07_2008.pdf) [Stand: 22.04.2024]
- Watzlawick, Paul; Bavelas, Janet Beavin & Jackson, Don D. (2011): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 12. unveränderte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.
- Wächter, Susanne (2013): Doktors-Deutsch. Sprachkenntnisse ausländischer Ärzte sollen besser werden. <https://deutsch.medscape.com/artikel/4901472> [Stand: 22.04.2021]

- Welsch, Wolfgang (2002): Kulturverständnis. Netzdesign der Kulturen. <http://cms.ifa.de/index.php?id=welsch> [Stand: 21.04.2024]
- Welsch, Wolfgang (1994): Transkulturalität – die veränderte Verfassung heutiger Kulturen. Ein Diskurs mit Johann Gottfried Herder. In: *VIA REGIA – Blätter für internationale kulturelle Kommunikation* 20, 1-19. [https://www.viaregia.org/bibliothek/pdf/heft20/welsch\\_transkulti.pdf](https://www.viaregia.org/bibliothek/pdf/heft20/welsch_transkulti.pdf) [Stand: 21.04.2024]
- Wichmann, Ruth & Gehrlein, Stefanie (2020): Anerkennungsbericht 2019. Ausländische Ärzte dringend gebraucht. *Marburger Bund Zeitung* 2: 14, 8.
- Witzel, Andreas (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz, 227-255.
- Ylönen, Sabine (2010): 46. Deutsch im medizinischen Kontext. In: Krumm, Hans-Jürgen; Fandrych, Christian; Hufeisen, Britta & Riemer, Claudia (Hrsg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft (HSK)*. 2. und vollständig überarbeitete und neu zusammengestellte Auflage. Berlin (u.a.): Walter de Gruyter, 467-476.
- Ylönen, Sabine (1991): Zur Erstellung von Unterrichtsmaterialien für den fachbezogenen Unterricht aus textlinguistischer Sicht. Beispiel "Deutsch für Mediziner". *Finlance* 10, 67–99.
- Ylönen, Sabine (1990): Deutsch für Mediziner. *Materialien des Zentralen Spracheninstituts* 65. 2 Bände. [Unter Mitarbeit von Gottfried Effe, Miroslava Kudyba-Lindell und Dagmar Neuendorff et al.] Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto (1: Leseverstehen (Übungsheft/ Lehrerheft), 2: Hörverstehen und Sprechen).
- Zamil, Ahmad; Areiqat, Ahmad & Tailakh, Waleed (2012): The impact of health service quality on patients' satisfaction over private and public hospitals in Jordan. A comparative study. *International Journal of Marketing Studies* 4: 1, 123-137. <https://doi.org/10.5539/ijms.v4n1p123>
- Zimmermann, Emil (2000): *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern: Huber.
87. Gesundheitsministerkonferenz (2014): Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen. Sonderkonferenz der ([gmkonline.de](http://gmkonline.de)) oder [https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP\\_Oeffentl\\_Bereich.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf) [Stand: 17.06.2021]



## Anhang 2: Fragenkatalog jordanischer Ärzte

- Können Sie sich kurz vorstellen, was Sie zurzeit machen, in welchem Bereich, wie lange Sie schon in DE arbeiten?
- Könnten Sie mir sagen, aus welchen Gründen Sie Deutschland für Ihre Facharztausbildung ausgewählt haben?
- Berichten Sie mir über Ihre guten und schlechten Erfahrungen mit der Fachsprachenprüfung der Ärztekammer und die Vorbereitung darauf?
  - Wiederholung: Warum?
  - Vorbereitung: wenn Kurs, warum? Und welche Erfahrungen?
  - Wenn Hospitation: warum und welche Erfahrungen?
  - Empfehlungen für die Vorbereitung: Hospitation und Kurs. Was empfehlen Sie für die Vorbereitung auf die Fachsprachenprüfung?
- Welche nicht medizinischen Tätigkeiten also Verwaltungstätigkeiten/ Papierkram müssen/ mussten Sie als Assistenzarzt erledigen? Und wie fühlen/fühlten Sie sich dabei?
  - Gab es Schwierigkeiten dabei? Welche? Erfahrungen?
- Erzählen Sie mir über die medizinischen Tätigkeitsfelder als Assistenzarzt und den guten und schlechten Erfahrungen bei der Zusammenarbeit, z.B. mit Kollegen, Patienten und Krankenpfleger/Krankenschwestern? Nennen Sie bitte genaue Beispiele.
  - Haben Sie bemerkt, dass Sie wegen ihren Sprachkenntnissen in unangenehme Situationen kamen oder Probleme hatten?
  - Gab es bei Ihnen mit der Fachsprache Medizin Probleme? Könnten Sie mir Beispiele für die fachsprachlichen Probleme nennen? (Abkürzungen, bestimmte deutsche Bezeichnungen Akronyme)
  - Haben Sie kulturelle Unterschiede bemerkt? Könnten Sie mir Beispiele für die kulturellen Probleme nennen?
  - Können Sie mir berichten, welche sprachlichen Schwierigkeiten mit dem Kollegen und dem Patienten Sie hatten? (allgemeinsprachlich, Grammatik, deutsche Medizinsprache)
  - Welche Erfahrungen haben Sie in der Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Krankenpflegern oder Krankenschwestern?
- Welche Unterschiede sehen Sie im Allgemeinen zwischen einem deutschen und jordanischen Arzt?

- Hatten Sie mit den Unterschieden Probleme? Können Sie mir konkrete Beispiele nennen?
- Wie sieht die Hierarchie der Ärzte in jordanischen Krankenhäusern aus und welche Aufgaben übernimmt jeder von ihnen? Konnten Sie Unterschiede zu Deutschland beobachten?
- Könnten Sie mir Beispiele zu den Unterschieden der Hierarchie in Jo und in De nennen?
- Hat der Assistenzarzt in Jordanien einen Mentor, also eine Person mit der er jederzeit und egal welchen Grund Rücksprache halten kann? DE und JO
- Wenn Sie die Rolle eines jordanischen Arztes und eines deutschen Arztes im Arzt-Patientengespräch vergleichen, welche Unterschiede erkennen Sie? (z.B. bei der Entscheidung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen)
  - Haben Sie für sich beim Arzt-Patientengespräch besondere Herausforderungen oder gar Probleme in deutschen Krankenhäusern feststellen können?
- Welche Veränderungen wünschen Sie sich für die Zukunft bei der Facharztausbildung für einen ausländischen Arzt in Deutschland und am Arbeitsplatz?

### **Anhang 3: Leitfragenkatalog von Sekundärdaten**

Sekundärdaten (deutscher Chefarzt):

- Können Sie sich kurz vorstellen?
- Ihrer Meinung nach, warum kommen derzeit viele jordanische Ärzte nach Deutschland?
- Erzählen Sie mir, wie der Berufsalltag der jordanischen Assistenzärzte gestaltet ist? Und welche Schwierigkeiten konnten Sie bei jordanischen Ärzten beobachten? (Aufgabenfelder, Tätigkeiten: medizinische und bürokratische)
  - Medizinische Tätigkeiten: welche Probleme?
  - Nicht-medizinische Tätigkeiten/Verwaltungstätigkeiten im Klinikalltag: welche Probleme? (z.B. Dokumentationen, Patientenakten, Arztbriefe usw.)
- Können Sie mir berichten, welche Schwierigkeiten Sie bei der Zusammenarbeit und Kommunikation bei jordanischen Ärzten, z.B. mit Kollegen, Patienten und Krankenpfleger/Krankenschwestern, beobachten konnten? (mit Nennung von genauen Beispielen).
- Welche fachsprachlichen, sprachlichen und kulturellen Herausforderungen konnten Sie bei den jordanischen Ärzten beobachten? (Fachsprache: Medizinische Begrifflichkeiten der lateinischen Sprache, der patientengerechten Sprache und deutsche Fachwörter)
- Welche Kompetenzen wünschen Sie sich als betreuender Arzt von einem jordanischen

Arzt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Patienten, Kollegen und Krankenpfleger?

- Welcher der Kompetenzen sehen Sie am wichtigsten? Warum?
- Wie können sich jordanische Ärzte Ihrer Meinung nach auf den ärztlichen Berufsalltag in deutschen Krankenhäusern am besten vorbereiten?
- Erkennen Sie Unterschiede zwischen einem deutschen und einem jordanischen Assistenzarzt?
- Welche Veränderungen wünschen Sie sich für die Zukunft bei der Facharztausbildung für einen ausländischen/jordanischen Arzt in Deutschland und am Arbeitsplatz?

Sekundärdaten (deutsch-jordanischer Chefarzt):

- Können Sie sich kurz vorstellen?
- Erzählen Sie mir gerne, wie Ihr damaliger Bildungsweg in Deutschland als Arzt und u.a. auch Ihr Approbationsprozess war? (Vom Medizinstudium bis heute)
  - Mussten Sie damals auch eine Fachsprachenprüfung ablegen? Und welche Ansicht teilen Sie zum Thema Fachsprachenprüfung der Ärztekammer für die heutigen jungen jordanischen bzw ausländischen Ärzten?
  - Welche guten und schlechten Erfahrungen haben Sie mit dem Approbationsprozess, der Anerkennung und der Gleichwertigkeit heute und damals?
- Können Sie sich erinnern, aus welchen Gründen Sie damals Deutschland für Ihr Medizinstudium und Ihre Facharztausbildung ausgewählt haben? Und Ihrer Meinung nach, warum kommen derzeit viele jordanische Ärzte nach Deutschland?
- Erzählen Sie gerne, wie Ihr persönlicher Berufsalltag als Assistenzarzt damals aussah und wie dieser für jordanische/ausländische Ärzte in der heutigen Zeit aussieht? Und welche Schwierigkeiten konnten Sie an sich selber und derzeit bei ausländischen/jordanischen Ärzten beobachten? (Aufgabenfelder, Tätigkeiten: medizinische und bürokratische, Was ist zu erledigen und wer erledigt diese Aufgaben?)
  - Wie ist Ihre Meinung zu der Einteilung der Tätigkeiten und der Tätigkeitsfelder für die heutigen j. Assistenzärzte selbst?
- Berichten Sie mir über Ihre guten und schlechten Erfahrungen bei der Zusammenarbeit und Kommunikation, z.B. mit Kollegen, Patienten und Krankenpfleger/Krankenschwestern damals als Sie Assistenzarzt waren? Und welche konnten Sie bei den heutigen jungen Ärzten beobachten? Nennen Sie bitte genaue Beispiele.

- Welche fachsprachlichen, sprachlichen und kulturellen Herausforderungen konnten Sie bei sich damals und nun bei den jungen jordanischen Ärzten beobachten?
- Welche Kompetenzen wünschen Sie sich als betreuender Chefarzt von einem jordanischen Arzt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit Patienten, Kollegen und Krankenpfleger? (allgemeine Sprache, Fachsprache, Grammatik, Kulturelles Wissen, Motivation etc.)
  - Welcher der Kompetenzen sehen Sie am wichtigsten? Warum?
- Wie können sich jordanische Ärzte Ihrer Meinung nach auf den ärztlichen Berufsalltag in deutschen Krankenhäusern am besten vorbereiten? (Hospitation, Medizinkurse, Bücher etc.)
- Welche Unterschiede sehen Sie im Allgemeinen zwischen einem deutschen und jordanischen Arzt?
- Könnten Sie mir berichten, Wie die Hierarchie der Ärzte in deutschen Krankenhäusern aussieht und welche Aufgaben jeder von ihnen grob übernimmt? Gibt es Ihrer Meinung nach, Unterschiede zu der Hierarchie der Ärzte in Jordanien? (Mentor der Assistenzärzte in Jo und DE)
- Welche Rolle nehmen Sie als Arzt in Deutschland bei einem Arzt-Patienten Gespräch ein? Und konnten Sie einen Unterschied zu der Rollenverteilung zwischen Patienten und Arzt in Jordanien bemerken? (z.B. bei der Entscheidung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen)
  - Wer entscheidet bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen?
- Welche Veränderungen wünschen Sie sich für die Zukunft bei der Facharztausbildung für einen ausländischen Arzt in Deutschland und am Arbeitsplatz?

