

Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) – project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting

Abstract

Background: Hospitals and other medical institutions must prepare for a further increase in patients who are either immigrants or Germans with a migration background. In spite of the unquestionable educational and socio-political relevance of this topic, most German universities do not offer a comprehensive curriculum aimed at increasing intercultural awareness and putting it into practice in the training of students in medicine and pharmacy. Against this background, this article presents the innovative teaching project “Die Triade”, which was jointly implemented by the Departments of Medicine, Pharmacy and Translation Studies at the University of Mainz.

Aim: The aim is to give an overview of the development, realisation, implementation and consolidation of the course “Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts” (PinKo), which was designed in the project “Die Triade”.

Project description: A two-day course was developed, starting with a block session for all participating students to teach the basics of interprofessional and intercultural competence development. On the second practical training day, students learn and practice triadic conversation in different language groups using scripted roles. While the trainee doctors and pharmacists represent their respective professions in the prepared conversational situations, the interpreting students take on the roles of interpreters and patients. The event is jointly supervised by lecturers from the participating professions and language groups.

Results: In the 2016 summer semester and the following winter semester, the course was organised for a total of 112 students. The event as a whole was evaluated by means of a questionnaire by the students of the participating departments (Medicine (M) N=8, Pharmacy (P) N=60; Translation (T) N=44). Overall, the event was rated as good (1=very good, 6=insufficient) ((M) 1.67/2.00; (P) 2.29/3.33; (T) 1.50/1.86). The course tended to be rated lower by pharmacy students; this also applies to the rating of the development of interprofessional competences ((M) 1.33/2.00, (P) 2.00/2.93, (T) 1.82/2.25).

Discussion: The course is suitable for the acquisition of interprofessional as well as intercultural competences. However, in order to improve the course in a participant-centred way, train larger numbers of participants and include additional healthcare occupations such as nursing or assistant medical professions, adaptations of the concept would be necessary. In this context, the digitalisation of the learning content appears to be particularly useful for ensuring that the course can be adapted to heterogeneous groups of participants and to optimise in-person times for further opportunities for practice.

Keywords: interdisciplinary teaching, interprofessional courses, intercultural competence, culture, migration, interpreters, patient interviews, treatment safety, patient safety

Kai-Uwe R. Strelow¹
Şebnem Bahadır^{2,3}
Bettina Stollhof⁴
Rita M. Heeb⁴
Holger Buggenhagen¹

1 University of Mainz,
University Medical Center,
Rudolf Frey Lernklinik, Mainz,
Germany

2 University of Mainz,
Translation, Linguistics and
Cultural Studies, Department
of Intercultural German
Studies, Gernersheim,
Germany

3 University of Graz,
Department of Translation
Studies, Graz, Austria

4 University of Mainz, Institute
of Pharmacy and
Biochemistry, Clinical
Pharmacy, Training
Pharmacy, Mainz, Germany

1. Introduction

According to the 2018 migration report of Germany's Federal Office for Migration and Refugees (BAMF), approximately one in four people living in Germany (25.5%) has a migration background [1]. Hospitals and other medical institutions must be prepared for a further increase in patients with little or no knowledge of German [1], [2]. Due to this development, hospitals and medical practices in Germany are confronted with an increase in intercultural, multilingualism and a higher effort for communication. Although this development is not new, it has gained momentum in recent years, especially due to the increasing number of migrants and people in need of protection. This is accompanied by the corresponding challenges for the healthcare system in securing the health policy goal of ensuring equal care for all patient groups [2], [3], [4]. Despite the unquestionable educational and socio-political relevance, German universities do not offer a comprehensive curriculum in the education of medical and pharmacy students for increasing intercultural awareness and putting it into practice. Courses in pilot degree programmes like those at the University Medical Center Mannheim (pilot degree programme "MaReCuM") or at the medical faculties in Hamburg (pilot degree programme "iMED") or the Charité in Berlin (New Revised Medical Curriculum) have so far remained an exception [5].

In order to achieve a shared diagnostic and therapeutic understanding, there is an increased need for counselling in medical care in Germany, taking into account linguistic and cultural difficulties. In addition to sociographic and medical factors such as age, gender, social and familial situation as well as the health status of the patients, migrants often also experience language problems in medical consultation and care [2], [3], [4], [6]. In this context, problems involving language are often regarded as a cause of dissatisfaction for everyone involved in the conversation, which can either prevent or unnecessarily reinforce the perception of cultural differences that are either not understood or misunderstood. They can also contribute to misunderstandings and errors in medical-pharmaceutical advice and thus have a detrimental effect on safe patient care. In this regard, culturally sensitive communication is of particular importance. There are by now a considerable number of reports, recommendations for action and guides highlighting that measures to improve intercultural competences bring major benefits to counselling and treatment in applied medical practice [7], [8]. Among other things, these include

- optimisation of the interaction with patients and relatives,
- greater satisfaction of all parties involved when dealing with intercultural situations,
- avoidance of human error,
- more patient-oriented consultation and treatment, and
- an increase in treatment quality and safety.

Since the opportunities for intercultural qualification in the healthcare professions are still far from adequate in

Germany, the development of course formats for training and continuing education plays an important role in promoting intercultural competence in everyday medical practice and in establishing culturally sensitive healthcare.

This paper presents the initial results of the development and implementation of an innovative and interprofessional course in the degree programmes of medicine, pharmacy and translation studies. The course was designed jointly by the faculties of Medicine, Pharmacy, and Translation, Linguistics and Cultural Studies (FTSK) of the Johannes Gutenberg University in Mainz (JGU) in the context of an innovative teaching project ("Die Triade") that was funded by the university [9].

2. Teaching in an interprofessional and intercultural context

2.1. Interprofessional teaching

The idea of bringing professions that cooperate closely in a professional medical field together in education, training and continuing education as well was already addressed in the 1960s and taken up in subsequent years by the World Health Organization (WHO) [10]. Since then, numerous studies and meta-analyses on interprofessionally oriented teaching have been initiated under the banner of Interpersonal Education (IPE). IPE concepts are defined as "... shared learning experiences among health profession students across disciplines, with the goals of professional identification, the edification of strong clinical teams and the improvement of health outcomes" [11] (p.144).

Central to this is the goal of cultivating the collaborative practice of patient-centred healthcare through shared and part-time training components in order to, in a manner or speaking, offset deficiencies in collaboration [12]. In addition to the medical profession and nursing, pharmacy and other healthcare occupations are also mentioned. These last only play a minor role, as do social professions involved in healthcare [11], [13], [14]. With regard to the impact of IPE, the studies generally mention improvements in the areas of inter-professional communication and cooperation [11], [12], [13], [15]. Joint training also leads to a deeper understanding of responsibilities and clear roles in the shared professional field. As the use of interprofessional training reduces deficits in the area of collaboration, there are improved outcomes in providing patients with information, as well as a decrease in errors. This results in a correlation between the use of IPE and successful treatment, patient safety, and an increase in the overall competence of the team [11], [12], [16], [17]. In addition to the knowledge and the previously mentioned effects in the areas of communication and teamwork, the development of common fundamental ethical attitudes and approaches [10], [12], as well as the strengthening of trust and respect [15] are mentioned here.

These findings support the call for mandatory interprofessional training in the education of healthcare professionals [18]. However, there are numerous obstacles to this. In addition to insufficient funding and the often inadequate geographical proximity of the professions involved, the lack of motivation on the part of the faculties and deficits in institutional management are mentioned here, along with problems aligning curricula and awarding course credits and differences in pedagogical approaches [11]. In this respect, beyond the willingness of the professions involved, it is necessary for the university to create a programmatic and interprofessionally oriented infrastructure in order to successfully establish IPE as a promising key factor in education [14], [15], [19].

In its 2014 report, the German Council of Science and Humanities (WR) also criticized the lack of scope for didactic innovation in medicine. At the same time, in connection with the reform and competence orientation of medical training in Germany, it calls for more interprofessional cooperation in teaching and practice [5]. In 2017, the Healthcare/Medical round table and health scientists of the project “nexus – forming transitions, promoting student success” that was conducted by the German Rectors’ Conference (HRK) also focused on interprofessional teaching and learning at universities for medicine and the qualified healthcare professions [20].

The teaching project presented here goes one step further: interprofessional cooperation does not only involve the health, nursing and social professions (as the recently published nursing report for 2019 emphasizes several times, cf. for this especially the contribution by Behrend et al. 2020) [21] – it also includes the interpreting profession. This expansion of interprofessional training with the vision of improved culturally sensitive medical practice is unique in the German-speaking world. On an international level, only the research project “EmpathicCare4All” at the universities of Leuven and Ghent in Belgium can be mentioned here; it develops comparable courses according to IPE for medical and interpreting students [22].

2.2. Intercultural competence in the healthcare professions

There is widespread agreement in the research community that promoting intercultural competence is the most crucial measure to address the previously mentioned challenges in healthcare [23], [24], [25], [26]. Based on a processual model that does not regard intercultural competence as a separate area of competence but as a context-related variant of general agency, it can be understood as a “synergetic” product of existing partial competences, i.e. of professional, methodological and social or interpersonal competence [27]. In contrast to the professional profile of community interpreters [28], [29], [30], intercultural competence is not a key qualification for doctors and pharmacists, even if the students are not unfamiliar with the subject matter due to the (communicative) agency they have already acquired. However, the development of intercultural competences

requires a stronger focus on the counselling and treatment process of individuals who do not speak German. Studies and health policy reports such as the focus report on migration and health (2008) issued by Germany’s federal health monitoring show that migrants behave differently than locals who speak the language and know the healthcare system, especially when it comes to accessing healthcare and making initial contact. In this context, the report highlights the role and availability of training for healthcare professionals, interpretation services and multilingual information resources [31], [32]. That perceptions of illness, health, suffering and pain, as well as ideas regarding the role of medical personnel and therapeutic measures can vary according to culture is not a new finding for research in medical ethnology, medical anthropology and transcultural medicine. In the context of migration, this gains new significance for culturally sensitive standard care in Germany. For healthcare to be sensitive to differences, measures are needed that reduce barriers to access for patient groups with different cultural backgrounds and give greater consideration to cultural diversity and multilingualism in medical consultations and treatment. It is often assumed that a non-verbal articulation of illness or illness-specific suffering is easier to understand and can serve as a basis for communication. However, healthcare professionals tend to be insufficiently aware of, view as exaggerated, or trivialise expressions of pain and suffering from different cultures. Empathy and genuine interest as well as access to and understanding of culture-specific forms of articulation modes, conceptualisations and coping strategies are therefore cornerstones of transcultural competence [4], [32]. The ability of medical staff to recognise and reflect on their own ethnocentric or culturalising approaches is bolstered significantly by the involvement of community interpreters. This insight plays a central role in the teaching project “Die Triade” [28], [30].

2.3. Use of language mediators in the healthcare sector

So far, there are only estimates that roughly one in three patients with a migration background has a need for professional interpreting services [4]. In this context, the recruitment of staff with a migration background and the use of interpreters becomes particularly controversial. In the field of translation studies, the importance of community interpreters specifically trained for this field of work, as well as the potentials and risks of using family members, untrained healthcare personnel and other laypersons as language mediators, has been researched in recent years [28], [33], [34], [35]. Studies with non-professional interpreters show that interpreting is often incorrect or incomplete due to a lack of specialised knowledge, but also because the interpreter is emotionally impacted. Trained community interpreters, on the other hand, act responsibly and in accordance with a professional code of ethics that focuses on multi-partiality. In addition to the social interaction between the medical

staff and the patient, they also consider the socio-cultural aspects of illness and medical-therapeutic measures relevant to the individual case. While patients have an obligation to point out communication problems [36], the doctor must ensure that the patient, in consenting, has understood the essential information regarding their illness, the treatment options and the associated risks. This is particularly important in the case of informed-consent interviews. According to a ruling by Germany's Federal Social Court in 2006, patients are not entitled to treatment or consultation in their native language [37]. However, Germany's 2013 Patients' Rights Act stipulates that medical information must also be comprehensible for patients with little or no knowledge of German. According to a study on the effects of the Patients' Rights Act, however, this vulnerable group of patients is largely left to their own devices, as professional interpreters are often not used and interpreting costs are not covered [38]. In practice, a variety of compensatory measures are used to offset language deficits. Thus, in addition to using another language, such as English, there is often an attempt to speak more slowly or loudly, to formulate what is said more simply and to emphasise it more. However, strategies of this type are sometimes perceived as inappropriate or degrading and can lead to counter-reactions and behaviours in patients that are not conducive to obtaining informed consent [4]. Other possibilities for facilitating communication can be found in the non-linguistic and visual areas. In addition to indicating and touching parts of the body relevant to examination or treatment, illustrations and visualized diagnostic results also appear to be helpful. To a large extent, this also applies to patient information sheets that are available in other languages and include visual explanations. Whether a community interpreter is required is therefore a case-by-case decision that, according to the current Patients' Rights Act, is the responsibility of the physician who is providing treatment. However, this requires healthcare professionals to be made aware of cultural differences and how to work with interpreters.

3. Project description and methodology

3.1. General conditions

For the interdisciplinary teaching project, culturally sensitive interprofessional cooperation and the development of intercultural competences were already established as essential cornerstones for the development and implementation of the course when the application was submitted. Despite the different training conditions of the participating disciplines, it was possible to identify courses and formats in which the PinKo training could be integrated. In translation studies, for example, PinKo is offered as part of the Community Interpreting specialisation of the master's degree, either as a practical class or as the practical component of a seminar. For pharmacy

students, PinKo is part of a seminar in the 6th semester offered by the training pharmacy. For medical students, the course was initially offered as an elective in the 7th to 9th semester, supplemented by students in their practical year (PJ). While the first day of the course took place on the FTSK campus in Germersheim with all participating students, the practical training days were carried out at the University Medical Center in Mainz.

The plan was to have approximately 40 interpreting students and about 20 students each from the fields of medicine and pharmacy. After the joint block session, the entire group was divided into two groups in preparation for two practical days per group with identical schedules. The students were distributed in proportion to the number of participants from their departments.

3.2. Learning objectives

The learning objectives were conceived as an extension of the disciplines' specific learning objective catalogues on conducting conversations. Their aim was to integrate and expand on experiences with and the distinctive features of triadic conversation. Consequently, the first step was to agree on the following superordinate learning objectives:

- developing mutual understanding in the context of the triadic collaboration between the professions as well as a shared understanding of patients' needs,
- strengthening of the collegial attitude that is necessary for interprofessional cooperation,
- increasing awareness of the intercultural aspects of conducting conversations with patients who do not speak German, and
- expanding general communication and conversation competences.

The sequence of superordinate learning objectives is then reflected in the structure of the developed course. During the joint block session, intra- and interprofessional working groups explore culturally relevant issues, reflecting on and discussing their own perceptions of the patient group and the other professions participating in the discussion. The aim is to develop a shared view of the cultural background of patients who do not speak German, as well as a shared approach to the objectives of the intercultural patient interview. Practicing interpreted consultations and treatment interviews on the practical training day marks the change from primarily cognitive and affective learning objectives to the culturally sensitive expansion of existing conversation skills.

3.3. Course outline

During the project period from October 2015 to September 2017, the PinKo course was implemented in the 2016 summer semester and the following 2016/2017 winter semester. Table 1 shows the schedule, which includes a joint day for all students and the two back-to-back practical training days.

Table 1: PinKo course overview

	Day 1	Day 2
Teaching format	Block session *	Seminar **
Content	Topics <ul style="list-style-type: none"> - community interpreting - interprofessional cooperation - learning objectives - requirements of a preliminary meeting - preparation for the practical training day 	Topics <ul style="list-style-type: none"> - exercises (4-6 small groups) <ul style="list-style-type: none"> - preliminary meeting - informed-consent interview - consultation - short exercises - simulated interpreting situations (plenary)
Methods	<ul style="list-style-type: none"> - introductory presentations - teamwork (intra- and interprofessional) - presentation of results - plenary discussions 	<ul style="list-style-type: none"> - plenary work and interprofessional work in small multi-lingual groups
Implementation Preparation and follow-up	7 units 6 units	7 units

Notes: * at the Gernersheim location with up to 80 participants per semester, ** at the Mainz location; four sessions with up to 20 participants per seminar

On the joint preparation day, students of all disciplines take part in impulse lectures, intra- and interprofessional work in small groups, presentations of results and plenary discussions. Two informed-consent interviews or consultations (on diabetes and acute coronary syndrome) previously defined in the project group serve as a common basis for the conversations, both in the medical and pharmaceutical sense. Both cases are prepared as case vignettes that students of all three subjects use to prepare for the interviews. In addition to this, the community interpreting students receive instructions regarding the culture-specific patient roles. Besides personal information, these instructions also include details regarding the patient's family background, education, occupation, and leisure activities, as well as information regarding their health status and expectations for the interview. Community interpreting students are tasked with enriching the patient role with culturally appropriate behaviours. On the practical training days, preliminary meetings as well as triadic informed-consent interviews and consultations are practised in small groups. The number of language-specific small groups depends on the availability of community interpreting students and teachers from different language groups (Turkish, Arabic, Greek, Chinese, Russian, Polish, Italian and Spanish). As participant observers, the teachers ensure that there is enough time for reflection in the small groups in addition to the practical exercises and that the learning objectives are thus achieved in the best possible way. Where necessary, the teachers guide the feedback process and contribute their professional expertise as appropriate. After the rehearsal phases in the small groups, "interpreting scenarios" of selected language groups take place in the plenary. These conversations are carried out according to the fishbowl principle, meaning that the consultation or informed-consent interview is performed without interruption, surrounded by the participating observers. The performers receive detailed feedback afterwards, both from the observing students and from the teachers of the different professions [39], [40], [41].

3.4. Method

The course was evaluated using a written survey.

In view of the subject matter, the request for socio-demographic information was supplemented with questions regarding previous academic experience in conducting conversations, its applicability in interprofessional and intercultural contexts as well as an assessment of its relevance in the workplace. For the future trained community interpreters, this also includes observations on the respective work cultures in medicine and pharmacy.

In order to assess the development of competences in these areas, a before/after survey was conducted. The focus was on specific questions regarding intercultural knowledge acquisition, the attainment of profession-specific learning objectives and their implementation in joint action in triadic conversation.

Satisfaction with the course was also assessed, in particular regarding interprofessional teaching and the opportunities to practice in small groups, along with the associated attitudes and approaches regarding collaboration. Due to the different perspectives of the professions and the resulting learning objectives, separate questionnaires were created for each discipline despite the many commonalities.

4. Results

A total of 112 students from the participating faculties (Medicine (M) N=8, Pharmacy (P) N=60; Translation (T) N=44) were trained and surveyed regarding the course. The response rate to the survey was almost 90%.

Overall, the event was rated as good (1=very good, 6=insufficient) ((M) 1.67/2.00; (P) 2.29/3.33; (T) 1.50/1.86). A striking feature of this was the lower rating of 2.93 by pharmacy students in the 2016/2017 winter semester (see table 2 and attachment 1), which was also evident in a comparison with other sub-surveys. The main factors here were the timing of the PinKo course, which the participants perceived as unfavourable, as well as the large number of participants (N=46), which had a

Table 2: Descriptive statistics of the variables for the overall evaluation of the event

Variable	Medicine ^c			Pharmacy ^c			Translation ^c		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Grading of the course ^a	3	1.67	0.58	14	2.29	0.61	29	1.86	0.83
Grading of the course ^b	3	2.00	0.00	45	3.33	1.07	12	1.50	0.52

Notes: ^a 2016 summer semester, ^b 2016/17 winter semester, ^c students of the respective departments.

limiting effect on the opportunities for practice in relation to the available language groups. The medical students also wished to already start with exercises in the block session and to make the course more compact overall. PinKo's contribution to the development of interprofessional competence was corroborated by all students in the post-survey. Thus, for certain challenges in conducting interprofessional conversations (see table 3 and attachment 1), average competence ratings were good ((M) 1.33-2.00, (P) 2.00-2.93; (T) 1.82-2.25). Compared to the pre-survey, there were differences of 3 or more points on a seven-point Likert scale (1=agree completely, 7=disagree completely) in the assessment of competence before the course.

In the area of the development of intercultural competences, it became clear that the community interpreting students were most likely to benefit in terms of their assessment of their learning progress (see table 4 and attachment 1). It should be noted here that the awareness of the prospective community interpreters cannot be compared with that of the prospective doctors and pharmacists due to their focus on cultural sensitivity as a basic competence in their field of study. While encounters with foreign-language patients are part of the everyday experience in clinical semesters, the survey shows that there had been no previous courses to increase cultural awareness or opportunities to gain practical experience in interacting with interpreters.

5. Discussion

The results of the "Die Triade" project have shown that the PinKo course contributes to the development of interprofessional and intercultural competences. For example, the survey of students from all participating departments confirmed key findings of IPE studies [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17]. In addition to improvements in the area of interprofessional communication and collaboration between students of medicine, pharmacy and community interpreting, there was also a significant increase in learning in the area of conducting triadic conversations in the presence of patients. For example, in the context of informed-consent interviews, participants had a clearer understanding of the different roles at the end of the course and were much better able to manage communicative difficulties cooperatively, deliver bad news, address critical aspects or obtain consent for a treatment plan. In this way, involvement of interpreters and the cooperation between healthcare professions contributes significantly to reducing sources of uncertainty for all those involved in the situation [42] and thus makes

a valuable contribution to improving treatment and patient safety.

This also applies to (inter-)cultural interaction, which, as expanded agency, assists in better coping with the professional demands of interacting with patients [42]. In this area, the students confirm the professional necessity of dealing with cultural circumstances as a prerequisite for successful action and confirm remarkable learning progress in regard to the intended increase in cultural awareness.

Despite the pilot status and the funding of the project to develop the PinKo course, there were also problems and limitations comparable to the barriers to interprofessional education (IPE) that are described above [11], [14], [15], [19]. For instance, it became apparent that, with a view to sustainability, these issues can only be resolved through the commitment of the project participants to a limited extent. The inclusion of both campus locations for the implementation was not only a challenge in terms of the travel costs that had to be financed, but also in a lack of institutional embedding of interprofessional teaching and the didactic concepts in the respective departments. This also has an impact on the expectations, attitudes and learning behaviour of students and, with a view to student-centred teaching, should be given greater consideration in interprofessional courses. Students of medicine and pharmacy, for example, are clearly more critical than community interpreting students when it comes to weighing the gain in interprofessional and intercultural competences against the amount of travel required for this and making a cross-disciplinary compromise in the presentation of content and the use of alternative methods in the course.

With these aspects in mind, the course is currently being refined, especially since the learning objectives in dealing with difficult conversational situations, including the involvement of an interpreter, will be expanded with the introduction of national learning objectives catalogues in medicine (NKLM) [<http://www.nkml.de>] and pharmacy (KLP-P) [42]. To this end, initial steps have already been taken to offer learning content, along with training films that have been developed, as a blended learning concept in interactive learning environments. The resulting shorter in-person times also pave the way to integrating other healthcare professions into this interprofessional training format.

Acknowledgement

We thank the translator Elspeth Noelani Kaiko Lenhard.

Table 3: Descriptive statistics of the variables on learning progress in the area of interprofessional work

Variable	Medicine ^c			Pharmacy ^c			Translation ^c		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Managing difficulties ^a	4	1.50	0.58	13	2.00	0.58	29	2.14	0.92
Managing difficulties ^b	4	1.75	0.50	46	2.93	1.45	12	1.83	0.94
Obtain consent for procedure ^a	4	1.50	0.58	14	2.07	0.62	28	1.89	0.96
Obtain consent for procedure ^b	4	2.00	0.82	43	2.63	1.35	12	1.92	1.08
Addressing critical and negative aspects ^a	3	1.33	0.58	13	2.15	0.80	28	1.93	0.90
Addressing critical and negative aspects ^b	4	2.00	0.82	45	2.87	1.36	12	2.25	1.29
Identifying personal responsibility and need for change ^a	4	1.75	0.96	12	2.25	0.87	29	1.93	0.80
Identifying personal responsibility and need for change ^b	4	2.00	0.82	44	2.73	1.25	11	1.82	0.60

Notes: ^a 2016 summer semester, ^b 2016/2017 winter semester, ^c students of the respective departments.

Table 4: Descriptive statistics for the variables on learning progress in the area of intercultural competence

Variable	Medicine ^c			Pharmacy ^c			Translation ^c		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dealing with cultural circumstances ^a	4	1.25	0.50	13	2.23	1.17	28	2.07	1.41
Dealing with cultural circumstances ^b	4	3.00	2.16	44	2.93	1.53	12	1.67	0.78

Notes: ^a 2016 summer semester, ^b 2016/2017 winter semester, ^c students of the respective departments.

Profiles

Name of location: University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz (JGU)

Field of study/Profession: Medicine

Number of students per year or semester: Ca. 140-220 students per semester

Has a longitudinal communication curriculum been implemented? Yes

In which semesters are communicative and social competencies taught? Semesters 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Which teaching formats are used? Seminar, course, practical course, lecture, e-learning

In which semesters are communicative and social competencies tested (formative assessment or relevant for passing and/or graded)? Semesters 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10

Which examination formats are used? Essay, key feature problem examination, poster production, oral-practical, OSCE, patient care report, open book exam, multiple-choice exams

Who (e.g. clinic, institution) is responsible for the development and implementation? Decentralised: each institution on its own

Current professional roles of the authors

- Kai-Uwe R. Strelow, graduate psychologist and economist, staff member of Rudolf Frey Lernklinik (RFLK) at the University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz (JGU), teaching advisor, division head Human Factors, Interpersonal Competencies, Treatment and Patient Safety
- Dr. phil. Şebnem Bahadır, graduate translator/interpreter, senior lecturer and module coordinator for “Specialised interpreting in healthcare, social and

public services”, Department of Intercultural German Studies, Faculty of Translation, Language and Cultural Studies, Johannes Gutenberg University Mainz (JGU), since December 2020 Professor of Translation Studies, Research Focus on Translation, Migration and Minorities, ITAT, University of Graz.

- Dr. rer. nat. Bettina Stollhof, head pharmacist at Kreuzbacher Diakonie in Bad Kreuznach (Germany), specialist pharmacist for clinical pharmacy and theoretical and practical training, lecturer in clinical pharmacy at Johannes Gutenberg University Mainz (JGU)
- Dr. rer. nat. Rita Marina Heeb, specialist pharmacist for clinical pharmacy, head of quality control, deputy QP and hygiene officer at the pharmacy of the University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz (JGU), lecturer in pharmacoepidemiology and pharmacoconomics
- Dr. med. Holger Buggenhagen MME, Head of Rudolf Frey Lernklinik (RFLK) at the University Medical Center of Johannes Gutenberg University Mainz (JGU), anaesthesiologist with additional qualifications in emergency-care medicine and specialised anaesthesiological intensive-care medicine

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001463.shtml>

1. Attachment_1.pdf (85 KB)

Table A1: variables used

References

- Bundesministerium des Inneren; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Migrationsbericht 2018. Berlin: Bundesministerium des Inneren; 2020. Zugänglich unter/available from: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/migration/migrationsbericht-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Deutsches Bildungswerk. Handreichung Interkulturelle Kompetenz in Kliniken. Schriftreihe Migration und Arbeitswelt, Nr. 83. Düsseldorf: Deutsches Bildungswerk; 2011. Zugänglich unter/available from: <https://d-nb.info/102397259X/34>
- Droste M, Gün KA, Kiefer H, Koch E, Naimi I, Reinecke H, Wächter M, Wesselman E. Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; 2015. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1>
- Pluntke S. Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen. Monatsschr Kinderheilk. 2017;165(1):29-37. DOI: 10.1007/s00112-016-0169-9
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Köln: Wissenschaftsrat; 2014. Drs. 4017-14. Zugänglich unter/available from: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf>
- Ärzteschaft. Ärzte und Psychotherapeuten brauchen mehr interkulturelle Kompetenz. Aerzteblatt.de. 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83468/Aerzte-und-Psychotherapeuten-brauchen-mehr-interkulturelle-Kompetenz>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Kultursensibilität in der Patientenversorgung. Handbuch Qualitätszirkel. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.kbv.de/media/sp/4.20_Kultursensibilitaet_in_der_Patientenversorgung.pdf
- Hoffmann G, Finke U, Suharjanto DM, Schuster J. Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext - Orientierung für eine kultursensible Medizin. 7. Ärztetag am Dom des Arbeitskreises "Ethik in der Medizin im Rhein-Main-Gebiet". Frankfurt am Main, 01.02.2014. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2017. Doc14eth01.DOI: 10.3205/14eth01
- Universität Mainz. Die Triade. Mainz: Universität Mainz. Zugänglich unter/available from: <https://dietriade.uni-mainz.de/>
- Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. Med Educ. 2012;46(1):58-70. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x
- Bressler T, Persico L. Interprofessional education: Partnerships in the educational proc. Nurse Educ Pract. 2016;16(1):144-147. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.07.004
- Alzamil H, Meo SA. Medical students' readiness and perceptions about Interprofessional Education: A cross sectional study. Pak J Med Sci. 2020;36(4):693-698. DOI: 10.12669/pjms.36.4.2214
- Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting interprofessional education. Nurs Outlook. 2007;55(3):144-150. DOI: 10.1016/j.outlook.2007.03.003
- Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. Med Teach. 2007;29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576
- Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. Med Educ Online. 2011;16.
- Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. J All Health. 2010;39(3):196-197.
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004;170(11):1678-1686. DOI: 10.1503/cmaj.1040498
- Birk T. Principles for developing an interprofessional education curriculum in a healthcare program. J Healthcare Comm. 2017;2(1):9.
- Hall LW, Zierler BK. Interprofessional Education and Practice Guide No. 1: developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. J Interprof Care. 2015;29(1):3-7. DOI: 10.3109/13561820.2014.937483
- Hochschulrektorenkonferenz. Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierenden Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Bonn: Hochschulrektorenkonferenz; 2020.
- Behrend R, Maaz A, Sepke M, Peters H. Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klaußer J, Schwinger A, editors. Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher? Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p.201-209. Zugänglich unter/available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-58935-9_16.pdf
- Krystallidou D, Salaets H, Wermuth C, Pype P. EmpathicCare4All. Study protocol for the development of an educational intervention for medical and interpreting students on empathic communication in interpreter-mediated medical consultations. A study based on the Medical Research Council (MRC) framework phases 0-2. Intern J Educ Res. 2018;92:53-62. DOI: 10.1016/j.ijer.2018.09.009
- Gillessen A, Golsabahi-Broclawski S, Biakowski A, Broclawski A. Interkulturelle Kommunikation in der Medizin. Berlin: Springer Verlag; 2020.
- Grützmann T, Rose C, Peters T. Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. Ethik Med. 2012;24(4):323-334. DOI: 10.1007/s00481-012-0223-7
- Altorfer A, Domenig D. Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber; 2007.
- Allemann-Ghionda C, Hallal H. Interkulturalität, Gesundheit und Medizin. In: Allemann-Ghionda C, Bukow WD, editors. Orte der Diversität: Formate, Arrangements und Inszenierungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p.173-190. DOI: 10.1007/978-3-531-92087-0_11
- Bolten J. Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In: Künzer V, Berninghaus J, editors. Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung. Frankfurt/Main: Klaus Kellner Verlag; 2007. p.21-42. Zugänglich unter/available from: http://iwk-jena.uni-jena.de/wp-content/uploads/2019/03/2007_Was_hei%C3%9Ft_interkulturelle_kompetenz_personalentwicklung_bolten.pdf
- Bahadır Ş. "Dolmetschen als Inszenierung": Eine körper- und handlungszentrierte Ausbildung von Dolmetschern und Dolmetscherinnen im Grenzbereich anderer Berufe. Bielefeld: UVW, Webler; 2015. p.47-57.

29. Krystallidou D, Walle CV, Deveugele M, Dougali E, Mertens F, Truwant A, Van Praet E, Pype P. Training doctor-minded interpreters and interpreter-minded doctors: First insights into the benefits of collaborative practice in interpreter training. *Interpret*. 2017;20(1):132-150. DOI: 10.1075/intp.00005.kry
30. Krystallidou D. Investigating the interpreter's role(s): the A.R.T. framework. *Interpret*. 2016;18(2):172-197. DOI: 10.1075/intp.18.2.02kry
31. Robert Koch Institut. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch Institut; 2008.
32. Kohnen N. Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten. *Trauma Berufskrankheit*. 2007;9(3):S323-S328.
33. Ahamer V. Unsichtbare Spracharbeit: jugendliche Migranten als Laiendolmetscher: Integration durch "Community Interpreting". Bielefeld: Transcript; 2013. DOI: 10.14361/transcript.9783839421444
34. Bahadır Ş. Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Falge C, Zimmermann G, editors. *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems*. Baden-Baden: Nomos; 2009. p.171-186.
35. Antonini R, Cirillo L, Rossato L, Torresi I, editors. *Non-professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2017. DOI: 10.1075/btl.129
36. Parzeller M, Wenk M, Zedler B, Rothschild M. Aufklärung und Einwilligung des Patienten: Nach Maßgaben aktueller höchstrichterlicher und oberlandesgerichtlicher Rechtsprechung. *Dtsch Arztebl Intern*. 2009;112(2):29.
37. Loos S, Möllenkamp M, Albrecht M, Igl G. Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes- für das Bundesministerium für Gesundheit vertreten durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Berlin: IGES Institut GmbH; 2016. Zugänglich unter/available from: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15574/e15575/e15577/attr_objs15578/IGES_Publikation_Patientenrechtegesetz_2016_ger.pdf
38. Bahadır Ş. *Dolmetschinszenierungen: Kulturen, Identitäten, Akteure*. Markkleeberg: Saxa-Verlag; 2010.
39. Bahadır Ş. "Interpreting Enactments: A New Path for Interpreting Pedagogy". In: Kainz C, Prunč E, Schögler R, editors. *Modelling the Field of Community Interpreting. Questions of Methodology in Research and Training*. Münster, Wien, London: LIT Verlag; 2012. p.177-210.
40. Bahadır Ş, Serinkoz-Acar, B, Hermann A. Aus der Situation heraus: Dolmetschtrainings für die Bereiche Gesundheit, Soziales und Asyl. *Mitteilungsbl Dolmetsch Übersetz*. 2018;4:10-14.
41. Strelow KU. Risiken und Nebenwirkungen: Der Faktor Mensch. In: Oubaid V, editor. *Der Faktor Mensch - Personalauswahl und Risikomanagement im Krankenhaus*. Berlin: MWV-Verlagsgesellschaft; 2019. p.61-88.
42. Bundesapothekerkammer. *Kompetenzorientierter Lernzielkatalog Pharmazie - Perspektivpapier "Apotheke 2030"*. Berlin: Bundesapothekerkammer; 2017. Zugänglich unter/available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Ausbildung_Studium_Beruf/KLPP/KLP-P_17_11_29_BAK-MV.pdf

Corresponding author:

Kai-Uwe R. Strelow

University of Mainz, University Medical Center, Rudolf Frey Lernklinik, Langenbeckstraße 1, D-55131 Mainz, Germany

kai-uwe.strelow@uni-mainz.de**Please cite as**

Strelow KU, Bahadır Ş, Stollhof B, Heeb RM, Buggenhagen H. Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) – project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. *GMS J Med Educ*. 2021;38(3):Doc67. DOI: 10.3205/zma001463, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014635

This article is freely available from

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001463.shtml>

Received: 2020-03-31**Revised:** 2020-11-30**Accepted:** 2021-01-20**Published:** 2021-03-15**Copyright**

©2021 Strelow et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Patientengespräche im interprofessionellen und interkulturellen Kontext (PinKo) – Projektbericht zur fachübergreifenden Kompetenzentwicklung bei Studierenden der Medizin, der Pharmazie und des Fachdolmetschens

Zusammenfassung

Hintergrund: Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen müssen sich auf eine weitere Zunahme von Zugewanderten und Deutschen mit Migrationshintergrund als Patienten einstellen. Trotz der außer Frage stehenden bildungs- und gesellschaftspolitischen Relevanz gibt es an den meisten deutschen Universitäten jedoch kein übergreifendes curriculares Angebot in der Ausbildung von Medizin- und Pharmaziestudierenden für eine interkulturelle Sensibilisierung und deren Umsetzung in praktisches Handeln. Vor diesem Hintergrund stellt dieser Beitrag das innovative Lehrprojekt „Die Triade“ vor, das gemeinsam von den Fachbereichen Medizin, Pharmazie und Translationswissenschaft der Universität Mainz realisiert wurde.

Ziel: Das Ziel ist es, einen Überblick über die Entwicklung, Durchführung, Implementierung und Verstetigung der Lehrveranstaltung Patientengespräche im interprofessionellen und interkulturellen Kontext (PinKo) zu geben, die im Rahmen des Projekts „Die Triade“ konzipiert wurde.

Projektbeschreibung: Entwickelt wurde eine zweitägige Veranstaltung, beginnend mit einer Blockveranstaltung für alle teilnehmenden Studierenden zur Vermittlung von Grundlagen zur interprofessionellen und interkulturellen Kompetenzentwicklung. Am zweiten sogenannten Praxistag erlernen und üben die Studierenden anhand von vorbereiteten Rollenskripten die triadische Gesprächsführung in verschiedenen Sprachgruppen. Während die angehenden Ärzt*innen und Pharmazeut*innen ihre Professionen in den vorbereiteten Gesprächssituationen vertreten, übernehmen die Dolmetschstudierenden die Dolmetscher- und Patientenrollen. Die Veranstaltung wird gemeinschaftlich von Dozierenden der beteiligten Professionen und Sprachgruppen begleitet.

Ergebnisse: Im Sommersemester 2016 und dem folgenden Wintersemester wurde die Veranstaltung für insgesamt 112 Studierende durchgeführt. Dabei wurde die Gesamtveranstaltung mittels Fragebogen von den Studierenden der beteiligten Fachbereiche (Medizin (M) n=8, Pharmazie (P) N=60; Translation (T) N=44) bewertet. Insgesamt wurde die Veranstaltung mit gut (1=sehr gut, 6=ungenügend) beurteilt ((M) 1.67/2.00; (P) 2.29/3.33; (T) 1.50/1.86). Die Veranstaltung wurde von den Pharmaziestudierenden tendenziell schlechter bewertet, was auch für die Bewertung der interprofessionellen Kompetenzentwicklung ((M) 1.33/2.00, (P) 2.00/2.93, (T) 1.82/2.25) gilt.

Diskussion: Die Lehrveranstaltung ist als Lehrangebot sowohl für den Erwerb interprofessioneller als auch interkultureller Kompetenzen geeignet. Um die Veranstaltung teilnehmerzentriert zu verbessern, größere Teilnehmerzahlen zu schulen und weitere Gesundheitsberufe wie die Pflege oder medizinische Assistenzberufe miteinzubeziehen, wären allerdings Anpassungen des Konzepts notwendig. Hierbei erscheint insbesondere die Digitalisierung der Lerninhalte sinnvoll, um so eine Anpassung der Veranstaltung an heterogene Teilnehmergruppen zu ge-

Kai-Uwe R. Strelow¹
Şebnem Bahadır^{2,3}
Bettina Stollhof⁴
Rita M. Heeb⁴
Holger Buggenhagen¹

1 Universität Mainz,
Universitätsmedizin, Rudolf
Frey Lernklinik, Mainz,
Deutschland

2 Universität Mainz,
Translations-, Sprach- und
Kulturwissenschaft,
Arbeitsbereich interkulturelle
Germanistik, Gernersheim,
Deutschland

3 Universität Graz,
Translationswissenschaft,
Graz, Österreich

4 Universität Mainz, Institut für
Pharmazie und Biochemie,
Klinische Pharmazie,
Trainingsapotheke, Mainz,
Deutschland

währleisten sowie die Präsenzzeit für weitere Übungsmöglichkeiten zu optimieren.

Schlüsselwörter: Interdisziplinäre Lehre, interprofessionelle Lehrveranstaltung, interkulturelle Kompetenz, Kultur, Migration, Dolmetscher, Patientengespräche, Behandlungs- und Patientensicherheit

1. Einleitung

Laut Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) aus dem Jahre 2018 hat ca. 1/4 (25,5%) der in Deutschland lebenden Menschen einen Migrationshintergrund [1]. Krankenhäuser und andere medizinische Einrichtungen müssen sich auf eine weitere Zunahme von Patienten mit keinen oder geringen Deutschkenntnissen einstellen [2], [3]. Krankenhäuser und Praxen in Deutschland sind aufgrund dieser Entwicklung mit einem Zuwachs an Interkulturalität, Mehrsprachigkeit und einem höheren Aufwand für die Verständigung konfrontiert. Zwar ist diese Entwicklung nicht neu, aber sie hat besonders durch die zunehmende Anzahl an Schutzbedürftigen und Migrant*innen in den zurückliegenden Jahren an Dynamik gewonnen. Damit gehen entsprechende Herausforderungen für das Gesundheitswesen einher, um das gesundheitspolitische Ziel zu gewährleisten, eine gleichberechtigte Versorgung aller Patientengruppen sicherzustellen [2], [3], [4]. Trotz der außer Frage stehenden bildungs- und gesellschaftspolitischen Relevanz gibt es an deutschen Universitäten jedoch kein übergreifendes curriculares Angebot in der Ausbildung von Medizin- und Pharmaziestudierenden für eine interkulturelle Sensibilisierung und deren Umsetzung in praktisches Handeln. Lehrveranstaltungen in Modellstudiengängen wie an der Universitätsmedizin Mannheim (Modellstudiengang „MaReCuM“) oder an den medizinischen Fakultäten in Hamburg (Modellstudiengang „iMED“) oder der Charité Berlin (Reformstudiengang Medizin) bleiben bisher eine Ausnahme [5].

Zur Erreichung eines gemeinsamen diagnostisch-therapeutischen Verständnisses besteht in der medizinischen Versorgung in Deutschland ein erhöhter Beratungsbedarf unter Beachtung von sprachlich-kulturellen Schwierigkeiten. Neben soziographischen und medizinischen Faktoren, wie Alter, Geschlecht, sozialer und familiärer Situation sowie dem Gesundheitszustand der Patient*innen, kommen bei Migrant*innen oft sprachliche Probleme in der medizinischen Beratung und Versorgung hinzu [2], [3], [4], [6]. Dabei gelten Sprachprobleme häufig als Ursache von Unzufriedenheit bei allen Gesprächsbeteiligten, die dazu führen können, die Wahrnehmung nicht oder falsch verstandener kultureller Unterschiede entweder zu verhindern oder unnötig zu verstärken. Zudem können sie Missverständnisse und Fehler in der medizinisch-pharmazeutischen Beratung begünstigen und sich somit nachteilig auf eine sichere Patientenversorgung auswirken. Insofern kommt der kultursensiblen Kommunikation

eine besondere Bedeutung zu. Es gibt inzwischen eine beträchtliche Anzahl an Berichten, Handlungsempfehlungen und Handreichungen, die betonen, dass Maßnahmen zur Verbesserung der interkulturellen Kompetenzen große Vorteile für die medizinische Beratungs- und Behandlungspraxis bringen [7], [8]. Dazu zählen u.a. die

- Optimierung der Interaktion mit Patient*innen und Angehörigen,
- größere Zufriedenheit aller Beteiligten im Umgang mit interkulturellen Situationen,
- Vermeidung von Fehlhandlungen,
- patientenorientiertere Beratung und Behandlung und
- ein Zugewinn an Behandlungsqualität und -sicherheit.

Da die Möglichkeiten für eine interkulturelle Qualifizierung in den Gesundheitsberufen in Deutschland noch lange nicht ausreichend sind, kommt der Entwicklung von Schulungen und Weiterbildungen eine bedeutende Rolle in der Förderung interkultureller Kompetenz im medizinischen Alltag und in der Etablierung einer kultursensiblen Gesundheitsversorgung zu.

Dieser Beitrag stellt die ersten Ergebnisse der Entwicklung und Durchführung einer innovativen und interprofessionellen Lehrveranstaltung in den Studiengängen Medizin, Pharmazie und Translationswissenschaft dar. Die Lehrveranstaltung wurde im Rahmen eines innovativen und inneruniversitär geförderten Lehrprojekts („Die Triade“) [9] gemeinsam von den Fachbereichen Medizin, Pharmazie und Translations-, Sprach- und Kulturwissenschaft (FTSK) der Johannes Gutenberg Universität Mainz (JGU) konzipiert.

2. Lehre im interprofessionellen und interkulturellen Kontext

2.1. Interprofessionelle Lehre

Die Vorstellung, Professionen, die in einem medizinischen Berufsfeld eng miteinander zusammenarbeiten, auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung zusammenzubringen, wurde schon in der 1960er Jahren thematisiert und in den Folgejahren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgegriffen [10]. Unter dem Schlagwort Interpersonal Education (IPE) wurden seitdem zahlreiche Studien und Metaanalysen zur interprofessionell ausgerichteten Lehre initiiert. IPE-Konzepte werden dabei definiert als „... shared learning experiences among health profession students across disciplines, with the goals of professional identification, the edification of strong clinical teams and the improvement of health outcomes“ [11] (S.144).

Im Mittelpunkt steht dabei das Ziel, durch gemeinsame und berufsbegleitende Ausbildungsanteile die kollaborative Praxis einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung zu kultivieren, um gleichsam Mängel in der Zusammenarbeit auszugleichen [12]. Neben dem Arztberuf und der Pflege werden auch die Pharmazie und andere Gesundheitsberufe genannt, welche aber nur eine untergeordnete Rolle spielen, was auch für beteiligte soziale Berufe in der Gesundheitsversorgung gilt [11], [13], [14]. Hinsichtlich der Wirkung von IPE werden in den Studien grundsätzlich Verbesserungen in den Bereichen der professionsübergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit genannt [11], [12], [13], [15]. Darüber hinaus führen gemeinsame Schulungen dazu, ein tieferes Verständnis von Verantwortlichkeit und Rollenklarheit im gemeinsamen Berufsfeld zu erlangen.

Da durch den Einsatz interprofessioneller Schulungen Defizite in der Zusammenarbeit verringert werden, kommt es neben der Reduzierung von Fehlern auch zu besseren Ergebnissen bei der Patientenaufklärung. Daraus ergibt sich ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von IPE und dem Behandlungserfolg, der Patientensicherheit und einer Erhöhung der Gesamtkompetenz des Teams [11], [12], [16], [17]. Hier werden neben dem Wissen und den bereits genannten Wirkungen in den Bereichen Kommunikation und Teamarbeit auch die Entwicklung gemeinsamer ethischer Grundhaltungen und Einstellungen [10], [12] sowie die Stärkung von Vertrauen und Respekt [15] genannt.

Diese Ergebnisse untermauern die Forderung, verpflichtenden interprofessionellen Unterricht in der Ausbildung von Gesundheitsberufen zu etablieren [18]. Dem stehen jedoch zahlreiche Hemmnisse gegenüber. Neben einer ungenügenden Finanzierung und der oft mangelnden geographischen Nähe der beteiligten Professionen werden hier der fehlende Wille der Fakultäten und Defizite in der institutionellen Führung, Probleme beim Abgleich der Lehrpläne und der Anrechenbarkeit von Leistungen sowie Unterschiede bei den pädagogischen Ansätzen genannt [11]. Insofern gilt es über die Bereitschaft der beteiligten Professionen hinaus seitens der Hochschule eine programmatische und interprofessionell ausgerichtete Infrastruktur zu schaffen, um IPE als zukunftssträchtigen Schlüsselfaktor in der Ausbildung erfolgreich zu etablieren [14], [15], [19].

Auch der Wissenschaftsrat (WR) kritisiert 2014 in seinem Bericht den fehlenden Spielraum für didaktische Innovation in der Medizin. Gleichzeitig stellt er im Zusammenhang mit der Reformierung und Kompetenzorientierung der medizinischen Lehre in Deutschland die Forderung nach mehr interprofessioneller Zusammenarbeit in Lehre und Praxis auf [5]. Auch der „Runde Tisch Medizin“ und Gesundheitswissenschaftler*innen des Projekts „nexus – Übergänge gestalten, Studienerfolg verbessern“ der Hochschulrektorenkonferenz rückten 2017 das interprofessionelle Lehren und Lernen an den Hochschulen für die qualifizierten Gesundheitsfachberufe und die Medizin ins Zentrum [20].

Das hier vorgestellte Lehrprojekt geht noch einen Schritt weiter: Die interprofessionelle Kooperation umfasst nicht nur die Gesundheits-, Pflege- und sozialen Berufe (wie es im kürzlich veröffentlichten Pflege-Report 2019 mehrfach betont wird, vgl. hierfür besonders den Beitrag von Behrend et al. 2020) [21], sondern inkludiert auch den Dolmetscherberuf. Diese Ausweitung der interprofessionellen Lehre mit der Vision einer verbesserten kultursensiblen medizinischen Praxis ist im deutschsprachigen Raum einzigartig. Auf internationaler Ebene kann hier lediglich das Forschungsprojekt „EmpathicCare4All“ an den Universitäten Leuven und Ghent in Belgien erwähnt werden, das vergleichbare Lehrveranstaltungen gemäß IPE für Medizin- und Dolmetschstudierende entwickelt [22].

2.2. Interkulturelle Kompetenz in den Gesundheitsberufen

In der Forschung ist man sich weitgehend einig darüber, dass die Förderung der interkulturellen Kompetenz die entscheidendste Maßnahme ist, um den genannten Herausforderungen im Gesundheitswesen zu begegnen [23], [24], [25], [26]. Ausgehend von einem prozessualen Modell, das interkulturelle Kompetenz nicht als abgesonderten Kompetenzbereich ansieht, sondern als eine kontextbezogene Variante der allgemeinen Handlungskompetenz, kann sie als "synergetisches" Produkt bestehender Teilkompetenzen verstanden werden, d.h. der fachlichen, methodischen und sozialen bzw. interpersonellen Kompetenz [27]. Im Unterschied zum Rollenprofil von Fachdolmetscher*innen [28], [29], [30] zählt die interkulturelle Kompetenz bei Mediziner*innen und Pharmazeut*innen nicht zu den Schlüsselqualifikationen, auch wenn den Studierenden die Thematik durch die bereits vermittelten (kommunikativen) Handlungskompetenzen nicht unbekannt ist. Allerdings erfordert die Entwicklung interkultureller Kompetenzen eine stärkere Fokussierung auf den Beratungs- und Behandlungsprozess von Nichtdeutschsprachigen. Untersuchungen und gesundheitspolitische Berichte wie z.B. der Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Migration und Gesundheit (2008) zeigen, dass sich Migrant*innen besonders beim Zugang zur Gesundheitsversorgung und beim Erstkontakt anders verhalten als Einheimische, die die Sprache beherrschen und das Gesundheitssystem kennen. In diesem Zusammenhang werden in dem Bericht die Rolle und Verfügbarkeit von Weiterbildungen für das Gesundheitspersonal, Dolmetschdienstleistungen und mehrsprachigen Informationsmöglichkeiten hervorgehoben [31], [32]. Dass Auffassungen von Krankheit, Gesundheit, Leid und Schmerz sowie Vorstellungen von der Rolle medizinischen Personals und therapeutischer Maßnahmen kulturbedingt variieren können, ist für die Forschung in der Medizinethnologie, -anthropologie und Transkulturellen Medizin keine neue Erkenntnis. Sie gewinnt im Migrationskontext eine neue Bedeutung für die kultursensible Regelversorgung innerhalb Deutschlands. Im Sinne einer differenzsensiblen Gesund-

heitsversorgung werden Maßnahmen benötigt, um Zugangsbarrieren für anderskulturelle Patientengruppen abzubauen und kulturelle Diversität und Mehrsprachigkeit bei medizinischen Beratungs- und Behandlungsgesprächen verstärkt zu beachten. Oft wird davon ausgegangen, dass die nonverbale Artikulation von Krankheiten oder krankheitsspezifischem Leiden leichter zu verstehen sei und als Kommunikationsgrundlage dienen könne. Das Gesundheitspersonal neigt allerdings dazu, anderskulturelle Ausdrucksweisen von Schmerz und Leiden nicht hinreichend wahrzunehmen, als übertrieben zu empfinden oder zu bagatellisieren. Empathie und genuines Interesse sowie Zugang zu und Verständnis für kulturspezifische Artikulationsweisen, Vorstellungen und Bewältigungsstrategien sind deswegen Grundpfeiler einer transkulturellen Kompetenz [4], [32]. Die Fähigkeit des medizinischen Personals, eigene ethnozentrische oder kulturalisierende Vorgehensweisen zu erkennen und zu reflektieren, wird erheblich durch den Einbezug von Fachdolmetscher*innen unterstützt. Diese Erkenntnis spielt in dem Lehrprojekt „Die Triade“ eine zentrale Rolle [28], [30].

2.3. Einsatz von Sprachmittler*innen in der Gesundheitsversorgung

Bisher gibt es lediglich Schätzungen darüber, dass ca. 1/3 der Patient*innen mit Migrationshintergrund einen Bedarf an professionellen Dolmetschleistungen haben [4]. In diesem Zusammenhang gewinnt die Einstellung von Personal mit einem Migrationshintergrund und die Inanspruchnahme von Dolmetscher*innen eine besondere Brisanz. In der Translationswissenschaft wird in den letzten Jahren die Bedeutung der speziell für diesen Einsatzbereich geschulten Fachdolmetscher*innen sowie Potentiale und Gefahren des Einsatzes von Familienmitgliedern, nichtgeschultem Gesundheitspersonal und anderen Laien als Sprachmittler*innen erforscht [28], [33], [34], [35]. Untersuchungen mit Laiendolmetscher*innen zeigen, dass oft aufgrund von fehlenden Fachkenntnissen, aber auch aus Betroffenheit nicht richtig oder unvollständig gedolmetscht wird. Fachdolmetscher*innen dagegen agieren mit Verantwortung und gemäß einer Berufsethik, in der Allparteilichkeit im Zentrum steht. Sie haben neben der sozialen Interaktion zwischen dem medizinischen Personal und dem Patienten auch die für den Einzelfall relevanten soziokulturellen Aspekte von Krankheit und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen im Blick. Während Patient*innen die Verpflichtung haben, auf Verständigungsprobleme hinzuweisen [36], hat der/die Arzt*in insbesondere beim Aufklärungsgespräch sicherzustellen, dass der/die Patient*in mit seiner/ihrer Einwilligung die wesentlichen Informationen zu seiner Erkrankung, den Behandlungsmöglichkeiten und deren Risiken verstanden hat. Zwar hat nach einem Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2006 der Patient grundsätzlich keinen Anspruch auf eine muttersprachliche Behandlung oder Beratung [37]. Das Patientenrechtegesetz von 2013 schreibt allerdings die Verständlichkeit der medizi-

nischen Informierung auch für Patient*innen mit keinen oder wenig Deutschkenntnissen vor. Laut einer Studie über Wirkungen des Patientenrechtegesetzes wird diese vulnerable Patientengruppe allerdings größtenteils alleine gelassen, da oft keine professionellen Dolmetscher*innen herangezogen und Dolmetscherkosten nicht übernommen werden [38]. In der Praxis bedient man sich einer Vielzahl von Ersatzmaßnahmen, um Sprachdefizite zu kompensieren. So wird neben einer anderen Sprache, wie zum Beispiel Englisch, auch oft der Versuch unternommen, langsamer oder lauter zu sprechen, Gesagtes einfacher zu formulieren und stärker zu betonen. Derartige Strategien werden mitunter aber als unpassend oder abwertend empfunden und können bei Patient*innen zu Gegenreaktionen und Verhaltensweisen führen, die der Aufklärung nicht dienlich sind [4]. Weitere Möglichkeiten zur Unterstützung der Verständigung ergeben sich im nicht-sprachlichen und visuellen Bereich. Neben dem Zeigen und Berühren von untersuchungs- oder behandlungsrelevanten Körperteilen, erscheinen auch Abbildungen und visualisierte Untersuchungsbefunde hilfreich. Das gilt in weiten Teilen auch für Aufklärungsbögen, die in anderen Sprachen verfügbar und mit visuellen Erläuterungen versehen sind. Ob ein/e Fachdolmetscher*in benötigt wird, ist also von Fall zu Fall zu entscheiden und obliegt nach dem aktuellen Patientenrechtegesetz dem/der behandelnden Mediziner*in. Hierfür ist jedoch eine Sensibilisierung des Gesundheitspersonals für kulturbedingte Differenzen und für den Umgang mit Dolmetscher*innen eine nötige Voraussetzung.

3. Projektbeschreibung und Methodik

3.1. Rahmenbedingungen

Für das interdisziplinäre Lehrprojekt standen schon in der Antragsstellung die kultursensible interprofessionelle Kooperation und die Entwicklung interkultureller Kompetenzen als wesentliche Eckpunkte für die Entwicklung und Durchführung der Lehrveranstaltung fest. Trotz der unterschiedlichen Ausbildungsbedingungen der beteiligten Fächer konnten Lehrveranstaltungen und Formate identifiziert werden, in welche die Schulung PinKo integriert werden konnte. So wird PinKo im Fach Translationswissenschaft im Masterstudienschwerpunkt Fachdolmetschen entweder als Übung oder als Praxisanteil eines Seminars angeboten. Für die Pharmaziestudierenden ist PinKo Bestandteil eines Seminars der Trainingsapotheke im 6. Fachsemester. Für die Medizinstudierenden wurde die Lehrveranstaltung zunächst als Wahlpflichtfach im 7. bis 9. Semester angeboten, ergänzt um Studierende des Praktischen Jahres (PJ). Während der erste Veranstaltungstag auf dem Campus des FTSK in Germersheim mit allen teilnehmenden Studierenden stattfand, wurden die Praxistage an der Universitätsmedizin Mainz durchgeführt. Geplant wurde mit einer Studierendenzahl von ca. 40 Dolmetschstudierenden und ca. je 20 Studierenden aus

den Fächern Medizin und Pharmazie. Nach der gemeinsamen Blockveranstaltung wurde im Vorfeld die Gesamtgruppe in Proportion zur Teilnehmerzahl der Fachbereiche auf zwei Gruppen für je zwei Praxistage mit identischem Ablauf verteilt.

3.2. Lernziele

Die Lernziele wurden in Erweiterung der fächerspezifischen Lernzielkataloge zur Gesprächsführung konzipiert, um Erfahrungen und Besonderheiten im Bereich der triadischen Gesprächsführung zu integrieren und zu vertiefen. Insofern erfolgte zunächst die Verständigung auf nachfolgende, übergeordnete Lernziele:

- Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses in der triadischen Zusammenarbeit der Professionen und eines gemeinsamen Verständnisses von den Bedürfnissen der Patienten,
- Stärkung einer für die interprofessionelle Zusammenarbeit notwendigen kollegialen Haltung,
- Sensibilisierung für die interkulturellen Aspekte in der Gesprächsführung mit nichtdeutschsprachigen Patienten und
- Erweiterung allgemeiner Kommunikations- und Gesprächsführungskompetenzen.

Die Abfolge der übergeordneten Lernziele spiegelt dann auch die Struktur der entwickelten Lehrveranstaltung wider. In der gemeinsamen Blockveranstaltung werden in intra- und interprofessionellen Arbeitsgruppen kulturrelevante Fragestellungen bearbeitet, bei denen die eigenen Vorstellungen über die Patientengruppe und den anderen am Gespräch beteiligten Professionen reflektiert und diskutiert werden. Ziel ist es, eine gemeinsame Sichtweise auf die kulturellen Hintergründe der nichtdeutschsprachigen Patienten sowie ein gemeinsames Vorgehen hinsichtlich der Zielsetzungen des interkulturellen Patientengesprächs zu entwickeln. Das Üben der verdolmetschten Beratungs- und Behandlungsgespräche am Praxistag markiert den Wechsel von vornehmlich kognitiven und affektiven Lernzielen hin zur kultursensiblen Ausweitung der vorhandenen Gesprächsführungskompetenzen.

3.3. Lehrveranstaltungsablauf

Im Rahmen der Projektdauer vom 10/2015 bis 09/2017 wurde die Lehrveranstaltung PinKo im Sommersemester 2016 und dem darauffolgenden Wintersemester 2016/17 durchgeführt. Tabelle 1 zeigt den Ablauf, der einen gemeinsamen Veranstaltungstag für alle Studierenden sowie die zwei aufeinanderfolgenden Praxistage umfasst.

Am gemeinsamen Vorbereitungstag finden für die Studierenden aller Fächer Impulsvorträge, intra- und interprofessionelle Kleingruppenarbeiten, Ergebnispräsentationen und Diskussionsrunden im Plenum statt. Zwei zuvor in der Projektgruppe festgelegte Aufklärungs- bzw. Beratungsgespräche (zu den Themen Diabetes und akutem

Koronarsyndrom) dienen als gemeinsame Grundlage für die Gesprächsführung, sowohl im medizinischen als auch im pharmazeutischen Sinne. Beide Fälle sind als Fallvignetten aufbereitet, anhand derer die Studierenden aller drei Fächer sich auf die Gespräche vorbereiten. Zudem erhalten die Fachdolmetschstudierenden Anweisungen für die kulturspezifischen Patientenrollen. Neben persönlichen Daten umfassen diese auch Angaben zu familiärem Hintergrund, Ausbildung, Beruf und Freizeitverhalten sowie das Wissen um den gesundheitlichen Zustand und Erwartungen an das Gespräch. Die Fachdolmetschstudierenden werden damit beauftragt, die Patientenrolle durch kulturbedingte Verhaltensweisen anzureichern. An den Praxistagen werden in Kleingruppen Vorgespräche und triadische Aufklärungs- und Beratungsgespräche geübt. Die Anzahl der sprachenspezifischen Kleingruppen hängt dabei von der Verfügbarkeit der Fachdolmetschstudierenden und Lehrenden aus unterschiedlichen Sprachengruppen ab (Türkisch, Arabisch, Griechisch, Chinesisch, Russisch, Polnisch, Italienisch und Spanisch). Als teilnehmende Beobachter*innen stellen die Lehrenden sicher, dass es in den Kleingruppen neben der praktischen Übung ausreichend Zeit zur Reflexion gibt und somit die Lernziele bestmöglich erreicht werden. Soweit nötig steuern die Lehrenden den Feedbackprozess und bringen an gegebener Stelle ihre fachliche Expertise ein. Nach den Probenphasen in den Kleingruppen finden „Dolmetschinszenierungen“ ausgewählter Sprachengruppen im Plenum statt. Diese werden nach dem Fish-Bowl-Prinzip durchgeführt, d.h. das Beratungs- bzw. Aufklärungsgespräch wird inmitten der teilnehmenden Beobachter*innen ohne Unterbrechung aufgeführt. Die Darstellenden bekommen im Anschluss ein detailliertes Feedback, sowohl von den beobachtenden Studierenden als auch von den Lehrenden der unterschiedlichen Professionen [39], [40], [41].

3.4. Methode

Die Evaluation der Lehrveranstaltung erfolgte durch eine schriftliche Befragung.

Neben soziodemographischen Angaben wurden mit Blick auf die Thematik die bisherigen Studienerfahrungen im Bereich der Gesprächsführung erfragt, deren Anwendungsbereich im interprofessionellen und interkulturellen Kontext sowie eine Einschätzung zu ihrer beruflichen Relevanz. Für die zukünftigen Fachdolmetschstudierenden schließt dies auch die Betrachtung der jeweiligen medizinischen bzw. pharmazeutischen Berufskultur ein. Zur Einschätzung der Kompetenzentwicklung in diesen Bereichen, wurde eine Vorher/Nachher-Befragung durchgeführt. Im Mittelpunkt standen dabei ausgewählte Fragen zum interkulturellen Wissenserwerb, das Erreichen professionsspezifischer Lernziele und deren Umsetzung in gemeinsamem Handeln in der triadischen Gesprächsführung.

Befragt wurde auch die Zufriedenheit mit der Lehrveranstaltung, insbesondere dem interprofessionellen Unterricht und den Übungsangeboten im Kleingruppenformat sowie den damit im Zusammenhang stehenden Einstel-

Tabelle 1: Veranstaltungsüberblick PinKo

	1. Tag	2. Tag
Lehrformat	Blockveranstaltung *	Seminar **
Inhalte	Themen - Fachdolmetschen - Interprofessionelle Zusammenarbeit - Lernziele - Anforderungen an ein Vorgespräch - Vorbereitung auf den Praxistag	Themen - Übungen (4-6 Kleingruppen) - Vorgespräch - Aufklärungs- und Beratungsgespräch - Kurzübungen - Dolmetsch-Inszenierungen (Plenum)
Methoden	- Impulsvorträge, - Gruppenarbeiten (intra- und interprofessionell), - Ergebnispräsentationen, - Plenumsdiskussionen	- Plenumsarbeit und interprofessionelle Kleingruppenarbeit in mehreren Sprachgruppen
Durchführung Vor- und Nachbereitung	7 UE 6 UE	7 UE

Anmerkungen. * Standort Germersheim mit bis zu 80 TN / Semester, ** Standort Mainz mit vier Veranstaltungen mit bis zu 20 TN / Seminar
TN = Teilnehmer, UE = Unterrichtseinheiten

lungen und Haltungen zur Zusammenarbeit. Auf Grund der unterschiedlichen Perspektiven der Professionen und der sich daraus ergebenden Lernziele, wurden trotz der vielen Gemeinsamkeiten für jeden Fachbereich eigene Fragebögen erstellt.

4. Ergebnisse

Insgesamt wurden 112 Studierende aus den beteiligten Fachbereichen (Medizin (M) N=8, Pharmazie (P) N=60; Translation (T) N=44) geschult und zur Veranstaltung befragt. Der Rücklauf der Befragung konnte mit annähernd 90% beziffert werden.

Allgemein wurde die Veranstaltung mit gut (1=sehr gut, 6=ungenügend) bewertet ((M) 1.67/2.00; (P) 2,29/3.33; (T) 1.50/1.86). Auffällig dabei war die schlechtere Beurteilung durch die Pharmaziestudierenden im WiSe 2016/17 mit 2.93 (siehe Tabelle 2 und Anhang 1), die sich im Vergleich auch in anderen Teilbefragungen zeigte. Ausschlaggebend dafür war die von den Teilnehmenden als ungünstig empfundene Terminalsituation der Veranstaltung PinKo sowie die große Teilnehmerzahl (N=46), die sich im Verhältnis zu den verfügbaren Sprachgruppen einschränkend auf die Übungsmöglichkeiten auswirkte. Auch von den Medizinstudierenden wurde gewünscht, bereits in der Blockveranstaltung mit Übungen zu beginnen und die Veranstaltung insgesamt kompakter zu gestalten.

Die Unterstützung der interprofessionellen Kompetenzentwicklung durch PinKo wurde von allen Studierenden durch die Nachbefragung bestätigt. So ergaben sich zu ausgewählten Problemstellungen der interprofessionellen Gesprächsführung (siehe Tabelle 3 und Anhang 1) durchschnittlich gute Kompetenzeinschätzungen ((M) 1.33-2.00, (P) 2.00-2.93; (T) 1.82-2.25). Im Vergleich zur Vorbefragung ergaben sich Differenzen von 3 oder mehr Punkten auf einer siebenstufigen Likert-Skala (1=trifft voll und ganz zu, 7=trifft überhaupt nicht zu). zur Kompetenzeinschätzung vor der Lehrveranstaltung.

Im Bereich der Entwicklung interkultureller Kompetenzen hat sich gezeigt (siehe Tabelle 4 und Anhang 1), dass die Fachdolmetschstudierenden hinsichtlich der Einschätzung

ihres Lernfortschritts am ehesten profitieren konnten. Hierbei ist anzumerken, dass sich das Bewusstsein der angehenden Fachdolmetscher*innen durch ihre Fokussierung auf Kultursensibilität als Basiskompetenz in ihrem Studienschwerpunkt nicht mit dem der angehenden Ärzt*innen und Pharmazeut*innen vergleichen lassen. Während eine Begegnung mit fremdsprachigen Patient*innen zu den Alltagserfahrungen klinischer Semester gehört, zeigt sich durch die Befragung, dass es im Vorwege keine Lehrveranstaltungen zur kulturellen Sensibilisierung gab oder ein Angebot, um praktische Erfahrungen im Umgang mit Dolmetscher*innen machen zu können.

5. Diskussion

Die Resultate des Triade-Projekts haben gezeigt, dass die Lehrveranstaltung PinKo zum Aufbau interprofessioneller und interkultureller Kompetenzen beiträgt. So konnte durch die Befragung der Studierenden aller beteiligten Fachbereiche wesentliche Ergebnisse aus IPE-Studien [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16], [17] bestätigt werden. Neben Verbesserungen im Bereich der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Medizin-, Pharmazie- und den Fachdolmetschstudierenden gab es auch einen deutlichen Lernzuwachs im Bereich der triadischen Gesprächsführung im Beisein der Patient*innen. So gelang es im Rahmen von Aufklärungsgesprächen zum Ende der Veranstaltung deutlich besser und mit einem klareren Rollenverständnis, gemeinsam kommunikative Störungen zu managen, schlechte Nachrichten zu überbringen, kritische Aspekte zu thematisieren oder die Zustimmung für eine Therapieentscheidung einzuholen. Der Einsatz von Dolmetscher*innen und das Zusammenwirken der Gesundheitsberufe trägt damit wesentlich dazu bei, Quellen von Unbestimmtheit für alle Beteiligten in der Handlungssituation zu reduzieren [42] und somit einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungs- und Patientensicherheit zu leisten.

Das gilt auch für den (inter-)kulturellen Umgang, der als erweiterte Handlungskompetenz dabei hilft, die beruflichen Anforderungen im Umgang mit Patienten besser zu

Tabelle 2: Deskriptive Statistiken von der Variablen zur Gesamtbewertung der Veranstaltung

Variable	Medizin ^c			Pharmazie ^c			Translation ^c		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Benotung der Veranstaltung ^a	3	1.67	0.58	14	2.29	0.61	29	1.86	0.83
Benotung der Veranstaltung ^b	3	2.00	0.00	45	3.33	1.07	12	1.50	0.52

Anmerkung. ^a Sommersemester 2016, ^b Wintersemester 2016/17, ^c Studierende des jeweiligen Fachbereichs.

Tabelle 3: Deskriptive Statistiken von den Variablen zu den Lernfortschritten im Bereich interprofessionelles Arbeiten

Variable	Medizin ^c			Pharmazie ^c			Translation ^c		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Störungen managen ^a	4	1.50	0.58	13	2.00	0.58	29	2.14	0.92
Störungen managen ^b	4	1.75	0.50	46	2.93	1.45	12	1.83	0.94
Zustimmung zum Vorgehen erwirken ^a	4	1.50	0.58	14	2.07	0.62	28	1.89	0.96
Zustimmung zum Vorgehen erwirken ^b	4	2.00	0.82	43	2.63	1.35	12	1.92	1.08
Thematisieren von kritischen und negativen Aspekten ^a	3	1.33	0.58	13	2.15	0.80	28	1.93	0.90
Thematisieren von kritischen und negativen Aspekten ^b	4	2.00	0.82	45	2.87	1.36	12	2.25	1.29
Eigenverantwortung und Veränderungsnotwendigkeiten benennen ^a	4	1.75	0.96	12	2.25	0.87	29	1.93	0.80
Eigenverantwortung und Veränderungsnotwendigkeiten benennen ^b	4	2.00	0.82	44	2.73	1.25	11	1.82	0.60

Anmerkung. ^a Sommersemester 2016, ^b Wintersemester 2016/17, ^c Studierende des jeweiligen Fachbereichs.

Tabelle 4: Deskriptive Statistiken von den Variablen zu dem Lernfortschritt im Bereich interkulturelle Kompetenz

Variable	Medizin ^c			Pharmazie ^c			Translation ^c		
	n	M	SD	n	M	SD	n	M	SD
Auseinandersetzung mit kulturellen Gegebenheiten ^a	4	1.25	0.50	13	2.23	1.17	28	2.07	1.41
Auseinandersetzung mit kulturellen Gegebenheiten ^b	4	3.00	2.16	44	2.93	1.53	12	1.67	0.78

Anmerkung. ^a Sommersemester 2016, ^b Wintersemester 2016/17, ^c Studierende des jeweiligen Fachbereichs.

bewältigen [42]. Hier bestätigen die Studierenden die berufliche Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit den kulturellen Gegebenheiten für erfolgreiches Handeln und bescheinigen einen im Sinne der beabsichtigten kulturellen Sensibilisierung beachtenswerten Lernfortschritt.

Trotz des Modellcharakters und der Förderung des Projekts zur Entwicklung der Lehrveranstaltung PinKo gab es auch Probleme und Einschränkungen, die mit den oben beschriebenen Hemmnissen zur interprofessionellen Lehre (IPE) vergleichbar sind [11], [14], [15], [19]. So zeigte sich, dass, mit Blick auf die Nachhaltigkeit, diese nur bedingt durch das Engagement der Projektbeteiligten zu lösen sind. Die Berücksichtigung beider Studienstandorte für die Durchführung war nicht nur ein Problem der zu finanzierenden Reisekosten, sondern auch eine fehlende institutionelle Verankerung interprofessioneller Lehre und der didaktischen Konzepte an den Fachbereichen. Dies hat auch Auswirkungen auf die Erwartungen, Haltungen und das Lernverhalten von Studierenden und ist mit Blick auf eine studierendenzentrierte Lehre bei interprofessionellen Veranstaltungen stärker zu berücksichtigen. So sind Studierende der Medizin und Pharmazie deutlich kritischer als Fachdolmetschstudierende, wenn es darum geht, zwischen dem Zugewinn an interprofessionellen und interkulturellen Kompetenzen und dem dafür benötigten Reiseaufwand abzuwägen und einen fächerübergreifenden Kompromiss bei der Darstellung

von Inhalten und dem Einsatz von alternativen Methoden in der Lehrveranstaltung einzugehen.

In diesem Sinne wird die Lehrveranstaltung aktuell weiterentwickelt, zumal sich die Lernziele im Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen inklusive der Einbindung eines/r Dolmetschers*in mit der Einführung nationaler Lernzielkataloge in der Medizin (NKLM) [<http://www.nklm.de>] und Pharmazie (KLP-P) [42] ausweiten werden. Hierzu sind bereits erste Schritte unternommen worden, um Lerninhalte und entwickelte Lehrvideos in interaktiven Lernumgebungen als Blended-Learning Konzept anzubieten. Mit den damit einhergehenden kürzeren Präsenzzeiten ist damit auch der Weg bereitet, um weitere Gesundheitsberufe in dieses interprofessionelle Ausbildungsformat zu integrieren.

Danksagung

Wir danken der Übersetzerin Elspeth Noelani Kaiko Lenhard.

Steckbrief

Name des Standorts: Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg Universität Mainz (JGU)

Studienfach/Berufsgruppe: Medizin

Anzahl der Lernenden pro Jahr bzw. Semester: ca. 140-220 Studierende pro Semester

Ist ein longitudinales Kommunikationscurriculum implementiert? Ja

In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen unterrichtet? 1., 2., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. Semester

Welche Unterrichtsformate kommen zum Einsatz? Seminar, Kurs, Praktikum, Vorlesung, e-Learning

In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen geprüft (formativ oder bestehensrelevant und/oder benotet)? 1., 2., 4., 5., 7., 8., 9., 10. Semester

Welche Prüfungsformate kommen zum Einsatz? Essay, Key Feature, Postererstellung, mündlich-praktisch, OSCE, Patientenbericht, Open Book Exam, MC- Klausur

Wer (z.B. Klinik, Institution) ist mit der Entwicklung und Umsetzung betraut? dezentral: jede Einrichtung für sich

Aktuelle berufliche Rolle der Autor*innen

- Kai-Uwe R. Strelow, Dipl.-Psych. & Volksw., Mitarbeiter der Rudolf Frey Lernklinik (RFLK) der Universitätsmedizin Mainz der Johannes Gutenberg Universität (JGU), Unterrichtsbeauftragter, Leiter des Teilbereichs Human Factors, Interpersonelle Kompetenzen, Behandlungs- und Patientensicherheit
- Dr. phil. Şebnem Bahadır, Dipl.-Übersetzerin/Dolmetscherin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Modulverantwortliche für "Fachdolmetschen in medizinischen, sozialen und behördlichen Einsatzbereichen", Arbeitsbereich Interkulturelle Germanistik, Fachbereich Translations-, Sprach- und Kulturwissenschaft, Johannes Gutenberg-Universität Mainz (JGU), seit Dezember 2020: Professorin für Translationswissenschaft mit Forschungsschwerpunkt Translation, Migration und Minderheiten, ITAT, Universität Graz
- Dr. rer. nat. Bettina Stollhof, Leitende Apothekerin der kreuznacher diakonie Bad Kreuznach, Fachapothekerin für Klinische Pharmazie und theoretische und praktische Ausbildung, Lehrbeauftragte für das Fach Klinische Pharmazie an der Johannes Gutenberg Universität Mainz (JGU)
- Dr. rer. nat. Rita Marina Heeb, Fachapothekerin für klinische Pharmazie, Leitung der Qualitätskontrolle, stellvertretende QP und Hygienebeauftragte der Apotheke der Universitätsmedizin Mainz der Johannes Gutenberg Universität (JGU) und Lehrbeauftragte für Pharmakoepidemiologie und -Ökonomie
- Dr. med. Holger Buggenhagen MME, Einrichtungsleiter der Rudolf Frey Lernklinik (RFLK) der Universitätsmedizin Mainz der Johannes Gutenberg Universität (JGU), Facharzt für Anästhesie mit Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und spezielle anästhesiologische Intensivmedizin

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Anhänge

Verfügbar unter

<https://www.egms.de/de/journals/zma/2021-38/zma001463.shtml>

1. Anhang_1.pdf (86 KB)

Tabelle A1: Verwendete Variablen

Literatur

1. Bundesministerium des Inneren; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Migrationsbericht 2018. Berlin: Bundesministerium des Inneren; 2020. Zugänglich unter/available from: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/migration/migrationsbericht-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=2
2. Deutsches Bildungswerk. Handreichung Interkulturelle Kompetenz in Kliniken. Schriftreihe Migration und Arbeitswelt, Nr. 83. Düsseldorf: Deutsches Bildungswerk; 2011. Zugänglich unter/available from: <https://d-nb.info/102397259X/34>
3. Droste M, Gün KA, Kiefer H, Koch E, Naimi I, Reinecke H, Wächter M, Wesselman E. Das kultursensible Krankenhaus. Ansätze zur interkulturellen Öffnung. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; 2015. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975292/729152/faf92058a4f377b8cb7c8ae889d677e5/das-kultursensible-krankenhaus-09-02-2015-download-ba-ib-data.pdf?download=1>
4. Pluntke S. Kommunikation mit Patienten aus anderen Kulturen. Monatsschr Kinderheilk. 2017;165(1):29-37. DOI: 10.1007/s00112-016-0169-9
5. Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Medizinstudiums in Deutschland auf Grundlage einer Bestandsaufnahme der humanmedizinischen Modellstudiengänge. Köln: Wissenschaftsrat; 2014. Drs. 4017-14. Zugänglich unter/available from: <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/4017-14.pdf>
6. Ärzteschaft. Ärzte und Psychotherapeuten brauchen mehr interkulturelle Kompetenz. Aerzteblatt.de. 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83468/Aerzte-und-Psychotherapeuten-brauchen-mehr-interkulturelle-Kompetenz>
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Kultursensibilität in der Patientenversorgung. Handbuch Qualitätszirkel. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.kbv.de/media/sp/4.20_Kultursensibilitaet_in_der_Patientenversorgung.pdf
8. Hoffmann G, Finke U, Suharjanto DM, Schuster J. Ärztliches Handeln im interkulturellen Kontext - Orientierung für eine kultursensible Medizin. 7. Ärztetag am Dom des Arbeitskreises "Ethik in der Medizin im Rhein-Main-Gebiet". Frankfurt am Main, 01.02.2014. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2017. Doc14eth01.D0I: 10.3205/14eth01
9. Universität Mainz. Die Triade. Mainz: Universität Mainz. Zugänglich unter/available from: <https://dietriade.uni-mainz.de/>

10. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ.* 2012;46(1):58-70. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04143.x
11. Bressler T, Persico L. Interprofessional education: Partnerships in the educational proc. *Nurse Educ Pract.* 2016;16(1):144-147. DOI: 10.1016/j.nepr.2015.07.004
12. Alzamil H, Meo SA. Medical students' readiness and perceptions about Interprofessional Education: A cross sectional study. *Pak J Med Sci.* 2020;36(4):693-698. DOI: 10.12669/pjms.36.4.2214
13. Barnsteiner JH, Disch JM, Hall L, Mayer D, Moore SM. Promoting interprofessional education. *Nurs Outlook.* 2007;55(3):144-150. DOI: 10.1016/j.outlook.2007.03.003
14. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Med Teach.* 2007;29(8):735-751. DOI: 10.1080/01421590701682576
15. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online.* 2011;16.
16. Gilbert JH, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J All Health.* 2010;39(3):196-197.
17. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, Etchells E, Ghali WA, Hébert P, Majumdar SR, O'Beirne M, Palacios-Derflinger L, Reid RJ, Sheps S, Tamblyn R. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ.* 2004;170(11):1678-1686. DOI: 10.1503/cmaj.1040498
18. Birk T. Principles for developing an interprofessional education curriculum in a healthcare program. *J Healthcare Comm.* 2017;2(1):9.
19. Hall LW, Zierler BK. Interprofessional Education and Practice Guide No. 1: developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care.* 2015;29(1):3-7. DOI: 10.3109/13561820.2014.937483
20. Hochschulrektorenkonferenz. Interprofessionelles Lehren und Lernen in hochschulisch qualifizierenden Gesundheitsfachberufen und der Medizin. Bonn: Hochschulrektorenkonferenz; 2020.
21. Behrend R, Maaz A, Sepke M, Peters H. Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, editors. *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege - aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer; 2020. p.201-209. Zugänglich unter/available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-58935-9_16.pdf
22. Krystallidou D, Salaets H, Wermuth C, Pype P. EmpathicCare4All. Study protocol for the development of an educational intervention for medical and interpreting students on empathic communication in interpreter-mediated medical consultations. A study based on the Medical Research Council (MRC) framework phases 0-2. *Intern J Educ Res.* 2018;92:53-62. DOI: 10.1016/j.ijer.2018.09.009
23. Gillessen A, Golsabahi-Broclawski S, Biakowski A, Broclawski A. *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin.* Berlin: Springer Verlag; 2020.
24. Grützmann T, Rose C, Peters T. Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. *Ethik Med.* 2012;24(4):323-334. DOI: 10.1007/s00481-012-0223-7
25. Altorfer A, Domenig D. *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe.* Bern: Verlag Hans Huber; 2007.
26. Allemann-Ghionda C, Hallal H. Interkulturalität, Gesundheit und Medizin. In: Allemann-Ghionda C, Bukow WD, editors. *Orte der Diversität: Formate, Arrangements und Inszenierungen.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p.173-190. DOI: 10.1007/978-3-531-92087-0_11
27. Bolten J. Was heißt "Interkulturelle Kompetenz?" Perspektiven für die internationale Personalentwicklung. In: Künzer V, Berninghaus J, editors. *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung.* Frankfurt/Main: Klaus Kellner Verlag; 2007. p.21-42. Zugänglich unter/available from: http://iwk-jena.uni-jena.de/wp-content/uploads/2019/03/2007_Was_hei%C3%9Ft_interkulturelle_kompetenz_personalentwicklung_bolten.pdf
28. Bahadır Ş. "Dolmetschen als Inszenierung": Eine körper- und handlungszentrierte Ausbildung von Dolmetschern und Dolmetscherinnen im Grenzbereich anderer Berufe. Bielefeld: UVW, Webler; 2015. p.47-57.
29. Krystallidou D, Walle CV, Deveugele M, Dougali E, Mertens F, Truwant A, Van Praet E, Pype P. Training doctor-minded interpreters and interpreter-minded doctors: First insights into the benefits of collaborative practice in interpreter training. *Interpret.* 2017;20(1):132-150. DOI: 10.1075/intp.00005.kry
30. Krystallidou D. Investigating the interpreter's role(s): the A.R.T. framework. *Interpret.* 2016;18(2):172-197. DOI: 10.1075/intp.18.2.02kry
31. Robert Koch Institut. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit. Berlin: Robert Koch Institut; 2008.
32. Kohnen N. Schmerzliche und nichtschmerzliche Patienten. *Trauma Berufskrankheit.* 2007;9(3):S323-S328.
33. Ahamer V. Unsichtbare Spracharbeit: jugendliche Migranten als Laiendolmetscher: Integration durch "Community Interpreting". Bielefeld: Transcript; 2013. DOI: 10.14361/transcript.9783839421444
34. Bahadır Ş. Müssen alle bikulturellen Krankenhausmitarbeiter dolmetschen (können/wollen)? In: Falge C, Zimmermann G, editors. *Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems.* Baden-Baden: Nomos; 2009. p.171-186.
35. Antonini R, Cirillo L, Rossato L, Torresi I, editors. *Non-professional Interpreting and Translation: State of the Art and Future of an Emerging Field of Research.* Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2017. DOI: 10.1075/btl.129
36. Parzeller M, Wenk M, Zedler B, Rothschild M. Aufklärung und Einwilligung des Patienten: Nach Maßgaben aktueller höchstrichterlicher und oberlandesgerichtlicher Rechtsprechung. *Dtsch Arztebl Intern.* 2009;1(2):29.
37. Loos S, Möllenkamp M, Albrecht M, Igl G. Studie zu den Wirkungen des Patientenrechtegesetzes- für das Bundesministerium für Gesundheit vertreten durch den Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Berlin: IGES Institut GmbH; 2016. Zugänglich unter/available from: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15574/e15575/e15577/attr_objs15578/IGES_Publikation_Patientenrechtegesetz_2016_ger.pdf
38. Bahadır Ş. *Dolmetschinszenierungen: Kulturen, Identitäten, Akteure.* Markkleeberg: Saxa-Verlag; 2010.
39. Bahadır Ş. "Interpreting Enactments: A New Path for Interpreting Pedagogy". In: Kainz C, Prunç E, Schögler R, editors. *Modelling the Field of Community Interpreting. Questions of Methodology in Research and Training.* Münster, Wien, London: LIT Verlag; 2012. p.177-210.
40. Bahadır Ş, Serinkoz-Acar, B, Hermann A. Aus der Situation heraus: Dolmetschtrainings für die Bereiche Gesundheit, Soziales und Asyl. *Mitteilungsbl Dolmetsch Übersetz.* 2018;4:10-14.

41. Strelow KU. Risiken und Nebenwirkungen: Der Faktor Mensch. In: Oubaid V, editor. Der Faktor Mensch - Personalauswahl und Risikomanagement im Krankenhaus. Berlin: MWV-Verlagsgesellschaft; 2019. p.61-88.
42. Bundesapothekerkammer. Kompetenzorientierter Lernzielkatalog Pharmazie - Perspektivpapier "Apotheke 2030". Berlin: Bundesapothekerkammer; 2017. Zugänglich unter/available from: https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Ausbildung_Studium_Beruf/KLPP/KLP-P_17_11_29_BAK-MV.pdf

Bitte zitieren als

Strelow KU, Bahadır Ş, Stollhof B, Heeb RM, Buggenhagen H. Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) – project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc67.
DOI: 10.3205/zma001463, URN: urn:nbn:de:0183-zma0014635

Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2021-38/zma001463.shtml>

Eingereicht: 31.03.2020

Überarbeitet: 30.11.2020

Angenommen: 20.01.2021

Veröffentlicht: 15.03.2021

Korrespondenzadresse:

Kai-Uwe R. Strelow
Universität Mainz, Universitätsmedizin, Rudolf Frey
Lernklinik, Langenbeckstr. 1, 55131 Mainz, Deutschland
kai-uwe.strelow@uni-mainz.de

Copyright

©2021 Strelow et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.