

Berufsdeutsch für ausländische Ärzte im Krankenhaus

Praxisleitfaden

Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“



PÄDAGOGISCHES
ZENTRUM E.V.



Berufsdeutsch für ausländische Ärzte im Krankenhaus

Praxisleitfaden



Das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung“ zielt auf die nachhaltige Verbesserung der Arbeitsmarktintegration von Erwachsenen mit Migrationshintergrund ab. Daran arbeiten bundesweit regionale Netzwerke, die von Fachstellen zu migrationsspezifischen Schwerpunktthemen unterstützt werden. Das Programm wird gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Bundesagentur für Arbeit.

„Der alte Arzt spricht lateinisch, der junge
Arzt Englisch. Der gute Arzt spricht die
Sprache des Patienten.“

Ursula Lehr (Bundesministerin für Jugend, Frauen, Familie
und Gesundheit, 1989 – 1991)

„Dem guten Arzt ist das Wort das
wichtigste therapeutische Hilfsmittel
überhaupt. Es kann mächtiger sein als
jedes Medikament und jedes Skalpell.“

Werner Bartens: Arzt, Historiker und Germanist, heute:
Leitender Redakteur im Wissenschaftsressort der
Süddeutschen Zeitung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
1 Von der Sprachbedarfsermittlung bis zur Festlegung der Module.....	10
1.1 Sprachbedarfsermittlung und Sprachstandserhebung.....	10
1.1.1 Ermittlung der objektiven Sprachbedarfe.....	13
1.1.2 Ermittlung der subjektiven Sprachbedarfe	14
1.1.3 Ergebnisse der Sprachbedarfsermittlung.....	16
1.1.4 Zweite Sprachstandserhebung.....	20
1.2 Ableitung der Kursinhalte	22
1.3 Kursstruktur	27
2 Training der produktiven und rezeptiven Fertigkeiten.....	29
2.1 Fertigkeit Sprechen.....	29
2.2 Fertigkeit Schreiben.....	35
2.3 Fertigkeit Hören.....	47
2.4 Fertigkeit Lesen.....	55
3 Literatur und Linktipps.....	57
4 Nachhaltigkeit und Ausblick.....	60
5 Literaturverzeichnis.....	62
6 Anhang	64
6.1 Unterrichtsentwurf: Fertigkeit Sprechen.....	64
6.2 Unterrichtsentwurf: Fertigkeit Schreiben.....	69
6.3 Unterrichtsentwurf: Gemeinsame Veranstaltung.....	72

Enleitung

Laut Marburger Bund, Interessenvertretung der angestellten und verbeamteten Ärzte, sind zurzeit 12.000 Arztstellen in deutschen Kliniken nicht besetzt, Tendenz steigend. Ohne die 31.236 Ärzte aus dem Ausland (Ärztestatistik 2013), die bereits in Deutschland arbeiten, müssten Patienten Stunden auf eine medizinische Versorgung warten. Ausländische Ärztinnen und Ärzte werden in Deutschland gebraucht und leisten einen wertvollen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der hiesigen Bevölkerung. Heutzutage stellen sie einen relativ hohen Anteil der Assistenzärzte an deutschen Kliniken. Für sie ist ein sicherer Umgang mit der deutschen Sprache unerlässlich für die erfolgreiche Kommunikation im ärztlichen Berufsalltag. Neben umfassender fachlicher Qualifikation ist auch ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz (fach- und umgangssprachlich) im Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen, Patienten sowie deren nahestehenden Personen auch in „schwierigen Situationen“, sowie mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus (Pflege und Verwaltung) erforderlich. Des Weiteren muss künftig für die Erlangung der deutschen Approbation nachgewiesen werden, dass die ausländischen Ärztinnen und Ärzte über Fremdsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext auf dem Niveau C1 verfügen. Trotz dieses zentralen Stellenwerts der Kommunikation im klinischen Alltag, mangelt es derzeit an geeigneten Sprachtrainingskonzepten für Ärztinnen und Ärzte nicht-deutscher Muttersprache bzw. sind die wenigen vorhandenen Angebote unzureichend auf den tatsächlichen Bedarf dieser Zielgruppe ausgerichtet. Darüber hinaus lässt sich die Realisierung eines arbeitsplatzbezogenen und handlungsorientierten Unterrichts aufgrund der fehlenden bedarfsgerechten Unterrichtsmaterialien sehr schwierig gestalten.

Es ist üblich, ausländische Ärzte und Ärztinnen mit dem Sprachniveau B2¹ anzustellen, wobei erwartet wird, dass sie sich direkt am Arbeitsplatz selbst, die für den Arztberuf notwendige Sprachkenntnisse aneignen. Nicht selten entstehen aufgrund mangelnder Vertrautheit mit der deutschen Fach- und Umgangssprache Probleme am Arbeitsplatz,

¹ Das Sprachniveau B2 orientiert sich an den sechs Niveaustufen des Gemeinsamen Allgemeinen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen. Die Niveaustufen sind allerdings allgemein gehalten und haben kaum Bezug zu den verschiedenen Anforderungen des ärztlichen Berufsalltags.

die nicht nur für die Patienten und deren Angehörigen, sondern auch für das ganze Arbeitsteam als belastend erlebt werden und im schlimmsten Fall „eine Gesundheitsgefahr für die Patienten und ein betriebswirtschaftliches Risiko für die Gesundheitseinrichtung“ (Ford 1997:171) darstellen können.

Ein berufsbegleitendes und arbeitsplatzorientiertes² Sprachförderkonzept, das auf die tatsächlichen kommunikativen Sprachbedarfe des Unternehmens „Krankenhaus“ sowie die Sprachbedürfnisse der betroffenen Ärzte_innen Bezug nimmt und sie kritisch analysiert könnte hier zum Einen zu einer großen Entlastung des gesamten Klinikpersonals beitragen und zum Anderen den teilnehmenden Ärzten_innen ermöglichen, ihre berufliche Handlungsfähigkeit und Aufstiegschancen zu verbessern.

Im Gegensatz zu einem herkömmlichen Sprachkurs, in dem die Unterrichtsthemen und –inhalte in erster Linie lediglich durch das Sprachniveau der Teilnehmenden bestimmt werden, basieren die Inhalte eines Berufsdeutschkurses für Ärzte_innen auf den sprachlich-kommunikativen Anforderungen in deren unmittelbaren Berufsfeld sowie der individuellen Situation und den Lernvoraussetzungen der Teilnehmer_innen. Dabei findet ein Perspektivenwechsel statt, indem man sich weg von der Zielgruppenorientierung bewegt und stattdessen die Sprachrealität der Teilnehmenden in Bezug auf ihr Arbeitsleben und die daraus entstehenden Kommunikations- und Handlungsbedarfe berücksichtigt, die die zentralen methodischen Prinzipien des zielgerichteten Unterrichts darstellen.

Im Frühjahr 2013 startete das Pädagogische Zentrum e. V. in Bremerhaven in Kooperation mit den DRK Kliniken Am Bürgerpark GmbH und St.-Joseph-Hospital sowie der DRK Seepark Klinik Debestedt GmbH das IQ-geförderte Projekt „Berufsdeutsch für ausländische Ärzte im Krankenhaus“. Hauptziel des Projekts ist es, die Kommunikationsfähigkeit der ausländischen Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz, insbesondere mit Patienten und deren Angehörigen sowie mit Kolleg_innen, Vorgesetzten und anderem Klinikpersonal zu verbessern und ihr Sprachniveau auf C1-Niveau nach dem

² Bei den Ärzte-Kursen handelt es sich um arbeitsplatzorientierte Kurse, die sich an Mitarbeiter eines Unternehmens richten und darauf zielen, die sprachliche Handlungsfähigkeit der Mitarbeiter_innen am Arbeitsplatz und somit die betriebliche Kommunikation zu verbessern (vgl. Weissenberg 2012:45).

Europäischen Referenzrahmen (GER)³ für Sprachen anzuheben und somit einen Beitrag zur schnelleren Integration ausländischer Ärzte im System Krankenhaus zu leisten.

Smone Dohmen, die seit mehreren Jahren in den DRK Kliniken Wesermünde für die Personal- und Organisationsentwicklung verantwortlich ist, drückt das wie folgt aus:

„Große Konzerne bereiten ihre ausländischen Mitarbeitenden durch interkulturelle Trainings und Sprachkurse auf neue Herausforderungen vor, für Krankenhäuser ist so etwas noch Neuland“. Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Bereich Personalentwicklung in Krankenhäusern insgesamt keine Selbstverständlichkeit ist und gerade erst Fahrt in der Akzeptanz über die reine Aus-, Fort- und Weiterbildung hinaus aufnimmt. Krankenhäuser seien als Expertenorganisationen entstanden, betont sie, sie befänden sich in hoher Geschwindigkeit und unter großem Druck auf dem Weg hin zu Prozessorganisationen. Man müsse sich am Markt behaupten und selbst noch lernen, sich externen Qualitätsmaßstäben zu stellen. Das bedeute einen permanent hohen Stresspegel für alle Mitarbeitenden.

Nebenbei sei es fast unmöglich, einen ausländischen Kollegen auf diesem Niveau anzuleiten, selbst wenn er Sprachkenntnisse auf C1-Niveau und mehrjährige Berufserfahrung mitbringt. Nicht die viel beschworene Wohnungssuche, Behördengänge oder der Nachzug der Familien verursache bei der Integration ausländischer Ärzte Probleme. „hier können wir schnell Unterstützung anbieten“, versichert Dohmen, sondern sich im Klinikalltag Zeit zu nehmen, um dem anderen auch zuzuhören und ihn verstehen zu wollen. Für diesen Perspektivwechsel brauche es Aufmerksamkeit und das kommunikative Handwerkszeug. „Wenn es uns gelingt, dass sich die ausländischen Ärzte bei uns wohl fühlen, dann wird das System Krankenhaus nicht nur zu einem Ort des Willkommens, sondern auch des Bleibens für sie“, sagt Dohmen und lächelt (IQ Good Practice 2014: 2)



Smone Dohmen zeigt, wie wichtig Aufmerksamkeit und Kommunikation auch im Klinikalltag sind.

³ Der Gemeinsame europäische Referenzrahmen für Sprachen (GER) definiert sechs Kompetenzstufen für das Lernen von Fremdsprachen (A1, A2, B1, B2, C1, C2) und beschreibt diese in Bezug auf die vier Fertigkeiten Hörverstehen, Leseverstehen, Sprechen sowie Schreiben. Das Kursangebot bewegt sich in den Bereichen B2 bis C1. Die formulierten Lernziele in den Modulen und Unterrichtssequenzen beziehen sich jeweils auf diese GER-Niveaus.

Der hier vorliegende Praxisleitfaden fasst die Erkenntnisse, Erfahrungen und Empfehlungen des Projekts „Berufsdeutsch für ausländische Ärzte im Krankenhaus“ zusammen, bündelt sie und bietet einen Ausblick auf weitere Einsatzmöglichkeiten.

Im einführenden Teil des Leitfadens wird der Entwicklungsprozess von der Ermittlung der Sprachbedarfe bis zur Ableitung der Kursinhalte und Festlegung der Kursstruktur dargestellt. Es wird gezeigt, mit welchen Instrumenten und auf welchen Ebenen die kommunikativen und sprachlichen Bedarfe im klinischen Berufsalltag ermittelt und bei der Kursplanung und –durchführung berücksichtigt wurden.

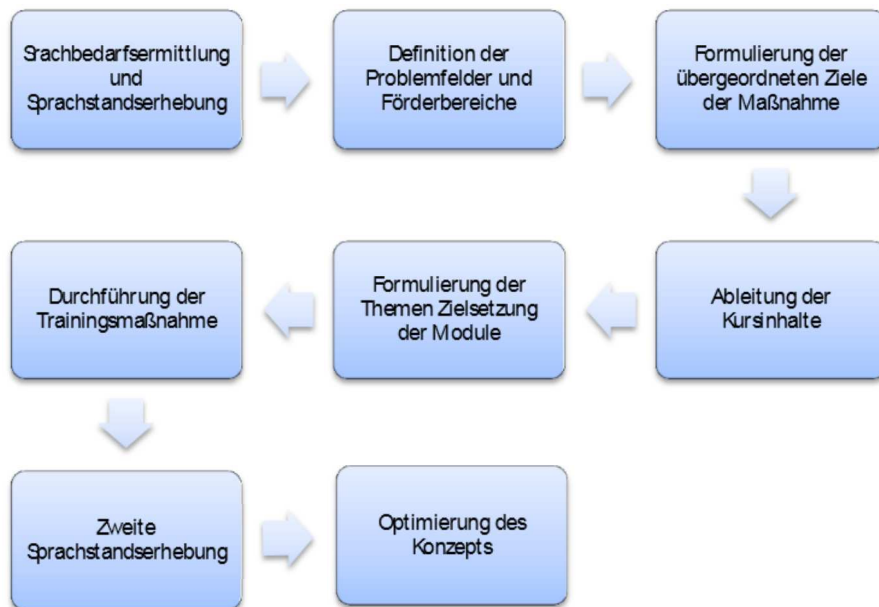
Die darauf folgenden Kapitel befassen sich mit dem Training der produktiven und rezeptiven Fertigkeiten Sprechen, Schreiben, Hören und Lesen. Es wird dabei ausführlich beschrieben, was das Beherrschen jeder Fertigkeit auf dem C1-Niveau im berufsbezogenen Kontext in Abgrenzung zum allgemeinsprachlichen C1-Niveau bedeutet.

Im Anschluss daran wird auf die Ausgangslage sowie die Heterogenität der Kursteilnehmenden eingegangen und anhand von ausgewählten Praxisbeispielen gezeigt, wie diese Fertigkeiten in diesem Kontext geschult werden können. Die Darstellung beinhaltet konkrete Übungen, Probematerial und ausgewählte Unterrichtspläne. Abschließend werden Linktipps, Literaturhinweise und ein Ausblick gegeben.

Diese Broschüre richtet sich in erster Linie an Kursplanenden und Kursleitende, die vorhaben, berufsbezogenes Deutsch für Mediziner anzubieten bzw. zu unterrichten.

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen Mitwirkenden aus den kooperierenden Kliniken, bei Teilnehmenden und Kursleitenden, die die Umsetzung des Projekts ermöglicht haben.

1 Von der Sprachbedarfsermittlung bis zur Festlegung der Module



1.1 Sprachbedarfsermittlung und Sprachstandserhebung

Damit die tatsächlichen Handlungs- und Arbeitsabläufe im klinischen Berufsalltag sowie die damit zusammenhängenden sprachlich-kommunikativen Handlungen als Anknüpfungspunkte für die realitätsnahe Kursmaterialentwicklung sowie Kurskonzeption und –durchführung dienen können, ist zunächst eine Sprachbedarfsermittlung unter Anwendung entsprechender Instrumente erforderlich, deren Auswertung die Planung und Durchführung eines konkreten maßgeschneiderten Unterrichts ermöglichen soll (vgl. Beckmann-Schulz 2009).

Mit einer Sprachbedarfsermittlung wird der Versuch unternommen, herauszufinden, was die Teilnehmenden im berufsbegleitenden Deutschkurs lernen sollen (mögliche Lerninhalte), warum sie am Kurs teilnehmen (Lernmotivation) und wie sie dieses Ziel erreichen können (Lernmöglichkeiten) „[n]eeds analysis is the process of establishing the what and how of a course“ (Dudley-Evans & St John 1998: 121).

Dabei sind „die persönliche Ausgangssituation, die berufliche Situation sowie die (Sprach-) Lernprozesse gleichermaßen“⁴ zu berücksichtigen (Weissenberg 2012: 8)

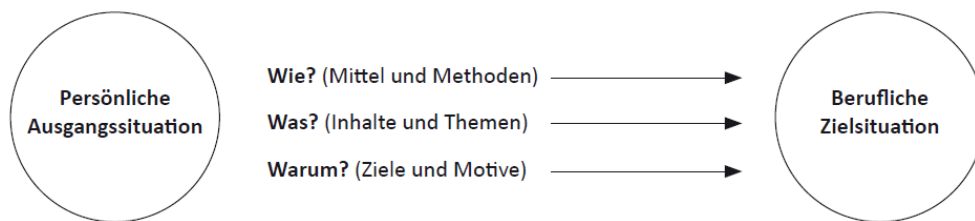


Abbildung 1: Ausgangssituation-Zielsituation (Weissenberg 2012: 9)

Um ein umfassendes Bild zu erhalten sind bei der Durchführung der Sprachbedarfserhebung drei Ebenen der Ermittlung zu berücksichtigen: subjektive Bedarfe, objektive Bedarfe und Lernbedarfe. Zusammen bilden sie ein solides Fundament, auf dessen Grundlage „ein teilnehmer-, bedarfs- und handlungsorientierter Unterricht“⁵ geplant und durchgeführt werden kann (Weissenberg 2012: 11).

Subjektive Bedarfe (Lernerorientierte Bedarfe):

Unter dem subjektiven Bedarf sind die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer_innen zu verstehen. Jede/r Teilnehmende hat ihre/seine eigene Vorstellung zum Lerngegenstand und eigene Erwartungen an das Förderangebot. Dennoch sind diese subjektiven Haltungen oft vage und unpräzise; sie sind aber als Motivation und Schlüssel zur Förderung der Lernprozesse zu sehen.

⁴ Die berufliche Zielsituation umfasst die Aufgaben im Berufsalltag, die sprachlichen Kompetenzen, die zur effektiven Bewältigung konkreter Situationen am Arbeitsplatz benötigt werden sowie die Art und Weise, auf der in diesen Situationen kommuniziert wird. Es ist dabei zu beachten, dass sich die Teilnehmenden sowohl hinsichtlich ihrer beruflichen Zielsituation als auch der zeitlichen Relevanz bzw. Dringlichkeit deren Sprachbedarfe stark unterscheiden könnten (vgl. ebd.).

⁵ Handlungsorientierung bedeutet, dass die Teilnehmenden in die Lage versetzt werden sollen, konkrete Situationen in ihrer beruflichen Praxis und im direkten Lebensumfeld sprachlich zu bewältigen. Bedarfsorientierung zielt darauf, die Inhalte der Sprachkurse mit Bezug auf den Klinikalltag und die für die Weiterbildung zum Facharzt relevanten sprachlich-kommunikativen Fertigkeiten auszurichten. Teilnehmerorientierung bedeutet, dass die Kursteilnehmenden selbst im Zentrum des Unterrichtsgeschehens stehen und Möglichkeiten dargeboten werden, ihn aktiv mitzugestalten, indem ihre bisherigen Lern- und Berufserfahrungen mit einbezogen werden.

Es ist an dieser Stelle anzumerken, dass der subjektive Bedarf bei der Erhebung der Sprachbedarfe nicht selten in den Hintergrund rückt (vgl. Szablewski-Çavus 2013: 4) und sollte daher laut Grünhage-Monetti (2010: 4) bei der angestrebten Maßnahme besonders berücksichtigt werden. Dabei sind nicht nur die persönlichen Gründe für bzw. Erwartungen an das Trainingsangebot, sondern auch die Sprachlernbiographien der Teilnehmenden, deren Berufserfahrungen und persönlichen Einstellungen in Betracht zu nehmen.

Objektive Bedarfe (produktorientierte Bedarfe):

Weissenberg (2012: 9-11) setzt produktorientierte Bedarfe mit den objektiven Bedarfen gleich. Damit bezeichnet er die Sprachbedarfe, die die Praxisanleiter basierend auf der „Untersuchung der beruflichen Zielsituation“ und die dafür benötigten kommunikativen Handlungsformen im Zusammenhang mit den Lernvoraussetzungen sowie beruflichen Erfahrungen der Lernenden identifizieren können. Dabei werden in erster Linie die Erwartungen aus Sicht der Unternehmer, wie Betriebsleitung, Betriebsräte, Vorgesetzten, Kollegen, usw. berücksichtigt. Dieser Bedarf lässt sich als Ziel beschreiben □ „was sollen die Teilnehmer_innen lernen“, während sich der subjektive Bedarf eher mit der Frage „wie die Teilnehmenden mit dem Lernstoff und mit dem eigenen Lernprozess umgehen“ befasst (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 13).

Prozessorientierte Bedarfe (Lernbedarfe):

Prozessorientierte Bedarfe bzw. Lernbedarfe nennt man Bedarfe, die von den Kursleitenden während der Trainingsmaßnahme basierend auf den „methodischen Fertigkeiten der Teilnehmenden sowie unter Berücksichtigung der vorhandenen räumlichen und materiellen Rahmenbedingungen des Kurses“ festgestellt werden (Weissenberg 2012: 11). Sie deuten an, welche methodischen Kompetenzen noch vermittelt werden müssen und welche Lernstrategien vorhanden sind.

1.1.1 Ermittlung der objektiven Sprachbedarfe

Da für uns in erster Linie die Bedarfs- und Handlungsorientierung sowie die Teilnehmerorientierung im Mittelpunkt unseres Förderkonzepts stehen, wurde im ersten Schritt der tatsächliche berufsbezogene fachsprachliche und kommunikative Bedarf (objektiver Sprachbedarf) im klinischen Alltag ermittelt. Bei dieser Sprachbedarfsermittlung wurden die unterschiedlichen Perspektiven berücksichtigt: die Perspektiven der teilnehmenden Kliniken, der Vorgesetzten, der ausländischen Assistenzärzte_innen, der Arztkollegen_innen sowie anderer Mitarbeiter_innen des Krankenhauses.

Die Ermittlung des objektiven Sprachbedarfs an den beteiligten DRK-Kliniken erfolgte in Kooperation mit der Personal- und Organisationsentwicklerin Smone Dohmen. Als Ermittlungsinstrumente wurden Interviews und Internetrecherchen eingesetzt. Frau Dohmen führte die Interviews mit der Klinikleitung sowie mit den Chefärzten_innen und der Pflegeleitung, während die Projektleiterin die Befragung der teilnehmenden Ärzte_innen übernahm.

Um den schriftlichen Sprachbedarf ermitteln zu können, wurden authentische Materialien, die uns die Kliniken zur Verfügung stellten wie Arztbriefe (anonymisiert), Anamnese- und Aufklärungsbögen, u. a., analysiert.

Die Hauptfragen der Interviews und der Erkundungen lauteten:

- Mit wem wird wie oft, in welcher Arbeitssituation und in welcher Form (Brief, E-Mail, Telefongespräch etc.) kommuniziert?
- Was sind die Hauptinhalte dieser Kommunikation?
- Was sind die Anforderungen an Fachsprache (z. B. ärztliche Dokumentation) und welche kommunikativen Kompetenzen gibt es?
- Welche Anforderungen an soziale und interkulturelle Kompetenzen gibt es?
- In welchen Situationen treten Missverständnisse und Kommunikationsprobleme aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse auf?

1.1.2 Ermittlung der subjektiven Sprachbedarfe

Die Hauptquelle für die Sprachbedarfsermittlung sind die teilnehmenden Ärzte_innen selbst. Die gewonnenen Informationen dienen nicht nur als Ausgangspunkt für die inhaltliche und methodische Konzeption neuer berufsbegleitender Deutschkurse für Ärzte_innen, sondern auch als Optimierungsmöglichkeit laufender Kurse.

Als Methoden der Ermittlung der subjektiven Sprach- und Lernbedarfe der Teilnehmenden wurden zu Beginn und im Verlauf der Maßnahme Sprachleistungstests sowie Befragungen (sowohl in mündlicher als auch in schriftlicher Form) eingesetzt.

Sprachleistungstests/ Sprachstandserhebung

Um das Ausgangssprachniveau, die vorhandenen rezeptiven und produktiven sprachlichen Kompetenzen der Teilnehmer_innen zu ermitteln und ihre sprachlichen Defizite in den Bereichen Lesen, Schreiben, Hören und Sprechen identifizieren zu können wurde in der ersten Unterrichtswoche eine Sprachstandserhebung durchgeführt. Der aktuelle allgemein sprachliche Kenntnisstand wurde dabei auf zwei Wegen erfasst: schriftlich mittels eines schriftlichen Sprachleistungstests und mündlich anhand eines leitfadengestützten Video-Interviews.

Erste Sprachstandserhebung:

Intention (Zielsetzung der Sprachstandserhebung):

Erfassung der Ausgangslage (Feststellung des allgemeinen Sprachstands der Teilnehmer_innen im Deutschen, Identifizierung des sprachlichen Förderbedarfs sowie individueller Lernvoraussetzungen, -wege und -erfahrungen).

Zeitpunkt und Ort:

Erste Unterrichtswoche⁶ direkt auf dem Klinikgelände (je nach Standort).

Perspektive (was wird bewertet, Lernergebnis oder Lernprozess?):

Der Sprachstand der Lernenden wurde zu Beginn der Trainingsmaßnahme festgestellt, betrifft also das Lernergebnis.

⁶ Die Termin- und Ortspräferenzen wurden in der Auftaktveranstaltung zusammen mit den teilnehmenden Ärzte_innen und deren Vorgesetzten erfragt. Anschließend wurden der Prüfungstermin, der Prüfungsort sowie die Interviewzeiten per Rundmail bekannt gegeben. Aufgrund der Dienstplanung war es nötig, für einige Teilnehmer Einzeltermine zu vereinbaren.

Sprachliche Kompetenzen (zu testende Kompetenzen/ Fertigkeiten)

Lesen, Hören, Schreiben, Sprachbausteine (schriftlicher Test)

Sprechen (Video-Interview)

Vorgehen:

Die rezeptiven Fertigkeiten (Lesen, Sprachbausteine, Hören) wurden in erster Linie anhand geschlossener Aufgaben getestet, z. B. Überschriftenzuordnung zu Textabschnitten, Lückentexte, Richtig-Falsch und Multiple-Choice Aufgaben.

Die Feststellung des Sprachstands im schriftlichen Ausdruck erfolgte durch die Verfassung eines Kurzbriefts, während die mündliche Kompetenz mittels eines gestützten Video-Interviews erfasst wurde.

Mithilfe der Video-Aufzeichnungen konnten weiterhin verschiedene nonverbale kommunikative Aspekte erfasst werden, z. B. Körpersprache, Gesichtsausdruck, usw., die eine äußerst wichtige Rolle nicht nur bei der Arzt-Patienten-Kommunikation spielen.

Die Ergebnisse des Einstufungstests wurden anschließend von lizenzierten erfahrenen Prüfern auf einer Niveaustufe des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER) eingeordnet. Des Weiteren wurde eine qualitative Analyse der Ergebnisse unternommen, um die individuellen Sprachmängel feststellen zu können.

Während der Testdurchführung wurde die Aufsicht von einer Lehrkraft übernommen, die das Verständnis der Aufgabenstellung sicherstellte und bei Unklarheiten zur Verfügung stand.

Ressourcen (Zeit, Arbeitsmittel, etc.):

- 150 Min. schriftlicher Test, 20-30 Min. Video-Interview
- Prüfungsunterlagen und Schreibmaterial
- CD-Spieler (Hörverstehen)
- Video-Kamera, Mikrophon und Speicherkarte
- Interview-Leitfaden

Konsequenzen:

- Grundlage für die Kursplanung (Bestimmung der Lehr- und Lernziele sowie Einbeziehung bei der Erstellung von Kursunterlagen)
- Erstellung individueller Sprachprofile
- Binnendifferenzierter Unterricht
- Individuelle Unterstützung der Teilnehmenden beim Lernprozess gegebenenfalls Einzel Coaching

Video-Interview:

Wie bereits erwähnt wurde die mündliche Sprachkompetenz mithilfe eines gesteuerten Videointerviews ermittelt. Dennoch ist das primäre Ziel des Leitfadeninterviews, erste Anhaltspunkte zu den Sprachbedarfen der einzelnen Kursteilnehmenden zu identifizieren. Zusätzlich zu den allgemeinen Fragen zum Thema Heimat, Sprache und Beruf wurden die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu ihren sprachlern- und berufsbiografischen Hintergründen sowie zu ihren berufssprachlichen Erfahrungen, Kenntnissen, Zielen und Erwartungen an den Kurs befragt. Weiterhin konnten die Ergebnisse auf eine notwendige Binnendifferenzierung im späteren Unterrichtsverlauf hinweisen.

1.1.3 Ergebnisse der Sprachbedarfsermittlung

Die Interviews haben, wie auch an den Ergebnissen der schriftlichen Leistungstests zu erkennen ist, zum Teil gravierende sprachliche Schwierigkeiten der Teilnehmenden sichtbar gemacht. Des Weiteren zeigte sich, dass auch Assistenzärzte_innen mit relativ guten Deutschkenntnissen zu Beginn ihrer ärztlichen Tätigkeit in Deutschland mit sprachlichen und kommunikativen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Diese bewegen sich auf verschiedenen Ebenen und betreffen sowohl die produktiven Fertigkeiten Sprechen und Schreiben als auch die rezeptiven Fertigkeiten Lesen (am geringsten betroffen) und Hören. Einerseits ist der berufsspezifische Wortschatz, vor allem das Wissen um das deutsche Krankenhaussystem, die deutsche Bezeichnung von klinischen Utensilien, Krankheiten, Symptomen, Behandlungsverläufen, usw. davon betroffen.

Klassische (lateinische und griechische) medizinische Fachtermini bereiten hingegen kaum Schwierigkeiten, da letztere aus der eigenen Ausbildung zum/r Allgemeinmediziner_in bekannt sind.

Andererseits betreffen die Probleme die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten sowie deren Angehörigen -vor allem in schwierigen Situationen-, die zum Teil auf die Verwendung der Alltagssprache bzw. von regionalem Dialekt zurückzuführen ist, der von den befragten Assistenzärzten_innen als große Verstehensbarriere empfunden wird. Noch gravierender werden die erwähnten Kommunikationsschwierigkeiten von den ausländischen Ärzten_innen und deren Vorgesetzten im Bereich der Telekommunikation empfunden. Als größte Herausforderung jedoch wurde die ärztliche Dokumentation, z. B. Arztbriefe, Übergabeprotokolle, E-Mail-Kommunikation u. ä. genannt.

Ein weiteres Thema, das sich für einige Kursteilnehmenden zu Beginn der Maßnahme problemhaft darstellte, war der Umgang mit den Vorgesetzten, mit den Arztkollegen_innen und mit dem Pflegepersonal. Dies beruht zum Teil auf dem fehlenden Wissen um die sozialen und interkulturellen kommunikativen Spielregeln am Arbeitsplatz und deutet auf die dringende Notwendigkeit einer Schulung interkultureller Kompetenzen im medizinischen Kontext hin. Nicht selten erzeugen Schwierigkeiten in diesem Bereich Unsicherheiten und führen zu Vermeidungsstrategien.

Durch die Sprachstandserhebung wurde deutlich, dass die Vielfalt der Herkunftskulturen, Konzepte von Medizin und Ärzten, sowie die individuellen Einstellungen zu Krankheit und Gesundheit, die Einbeziehung interkultureller Aspekte in das Kurskonzept unumgänglich macht. Deswegen war es wichtig, die Teilnehmer_innen für die eigene Kulturgebundenheit und die Fremdkultur vor allem in Bezug auf den Fachbereich Medizin zu sensibilisieren und ihre interkulturelle Kompetenz allgemein zu stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde fortlaufend ergänzend zu den Sprachmodulen eine zusätzliche Veranstaltung angeboten, an der die Ärztinnen und Ärzte aller Standorte teilnahmen. Sie fand in der Regel an einem kursfreien Tag bzw. am Wochenende statt.

Die Inhalte der Veranstaltungen umfassten sowohl fachbezogene als auch kulturell gesellschaftliche Themen. Außerdem wurde den Teilnehmern durch diese Veranstaltungen die Möglichkeit eröffnet, die Kollegen aller beteiligten Kliniken besser kennenzulernen und sich mit ihnen auszutauschen.

Die oben definierten Herausforderungen im Bereich Kommunikation werden anhand einiger Teilnehmeraussagen zu vier ausgewählten Leitfadeninterviewfragen deutlich (sprachliche Fehler der Teilnehmer wurden hier nicht korrigiert):

Frage: Ist es wichtig für Sie, fließend Deutsch zu sprechen?

K. Ukraine: „Während Arbeit muss ich viel mit Patient reden, mit Kinder reden, mit Eltern reden, alles erklären, mit meiner Krankenschwester reden und alles erklären und das ist sehr wichtig perfekt Deutsch zu sprechen“

M. Türkei: „Das ist ganz wichtig für mich perfekt Deutsch zu sprechen, weil ich bin ein Arzt. Ich muss mit meinen Kollege und Patienten gut und schön Kontakt aufbauen und sprechen wegen meine Arbeit“



Frage: Wie fühlen sie sich, wenn Sie Deutsch sprechen?

L. Ukraine: „Das ist ein bisschen peinlich, weil mein Deutsch diese Zeit sehr begrenzt und muss ich weiter lernen immer, und Wörterschatz ist begrenzt und ja ich fühle mich nicht sehr glücklich, weil kann ich nicht ganz einfach auf Deutsch alles erklären, über alles reden und kann ich nicht 100% Artikel in Zeitung verstehen, oder wenn gucke ich Fernsehen kann ich nicht 100% verstehen. Ich verstehe zusammen aber wenn detailisiere ich zum Beispiel ein Wort verstehe ich nicht und muss immer im Wörterbuch gucken“

S. Syrien: „Wenn ich Deutsch spreche fühle ich mich etwas andere, weil ich weiß dass, dass ich noch verbessere muss“

I, Ägypten: „Bis jetzt wenn ich Deutsch spreche, ich fühle mich nicht wohl wegen mein Schwierigkeiten, die ich konfrontiere, und wenn ich Hindernisse find. Das macht nicht leicht“

Frage: Welche Kommunikationsschwierigkeiten haben Sie am Arbeitsplatz?

A., Rumänien: „Ich fühle mich unsicher und ich weiß nicht genug Deutschwörter. Das ist schwierig, Deutsch ist eine schwierige Sprache. Ich muss mein Deutsch verbessern, vor allem Wortschatz, ich muss viel sprechen aber im Krankenhaus ist schwierig“

K. Ukraine: „Natürlich schriftliche und sprachliche Probleme habe ich. Zuerst schriftliche, weil mache ich Untersuchung zum Beispiel dann muss ich mit Eltern reden oder mit Kinder reden, was mache ich oder was soll ich noch fragen und deswegen habe ich sprachliche Probleme und noch ein große Teil das Arztbriefe schreiben, alles dokumentieren muss ich auch und muss ich ohne Fehler machen aber leider jetzt mache ich viele Fehler und Arztbriefe finde ich das ganz schwierige Arbeit“

M.; Türkei: „Ich mache viele Fehler wenn ich schnell spreche, Schreiben auch, ich mache noch Fehler in den Artikeln“

S. Rumänien: „Viele Situationen, mit die Patienten auch mit die Schwestern wir müssen sehr konzentriert sein, auch eine gute Arbeit und auch Deutsch verstehen und das ist schwierig“

G., Griechenland „Erstmal ich kenne die medizinische Terminologie nicht so gut auf Deutsch und eigentlich nicht so gut auf Lateinisch, weil leider wir haben unsere eigene griechische Terminologie“

L, Ukraine: „Wenn ich versuche sehr komplizierte Sätze zu machen, dann mache ich Grammatik Fehler“

Frage: Was müssen Sie an Ihrem Deutsch noch verbessern?

K. Ukraine: „Ich wünsche mir bei die Arztbriefe, das ist mir ganz ganz wichtig die richtig grammatischen Brief zum schreiben und die Sätze bauen, das ist meine Probleme“

A. Rumänien: „Wenn ein Patient Angst hat, ich kann nicht mehr beruhigen, nicht mehr sagen, ich sage einige Sätze und das war es. Ich möchte mehr sagen und mehr beruhigen, einfacher zu sein“

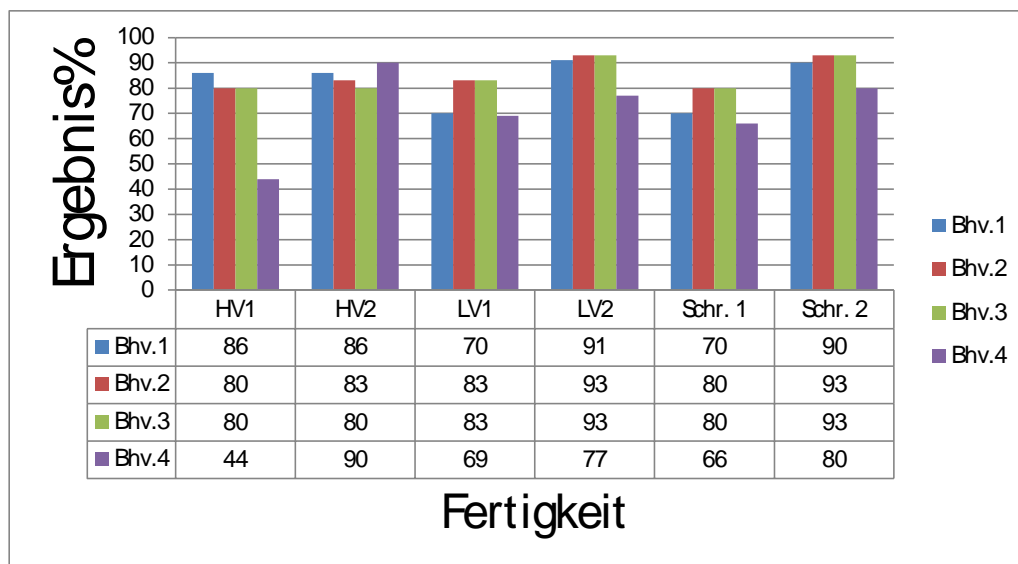


1.1.4 Zweite Sprachstandserhebung

Da die Ermittlung der Sprachbedarfe der Teilnehmenden kein einmaliger Vorgang sondern ein offener Prozess ist, wurden prozessbegleitend weitere Zwischentests und Teilnehmerbefragungen durchgeführt, um den Lernfortschritt messen und den Kurs prozessbegleitend optimieren zu können. Dies ermöglicht Dozenten und Teilnehmenden, den Lernprozess genauer zu beobachten und eventuell notwendige Änderungen der Unterrichtsgestaltung und des Lernverhaltens einzuleiten. Beides hat sich positiv auf die Motivation und das Lernklima ausgewirkt. In der letzten Unterrichtswoche fand eine abschließende Sprachstandserhebung zur Feststellung des erreichten Sprachniveaus statt.

Im Gegensatz zur ersten Sprachstandsmessung bezog sich der Zwischentest nicht nur auf den allgemeinen Sprachstand der Teilnehmenden, sondern wurde so angelegt, dass die sprachliche bzw. kommunikative Kompetenz (Fertigkeiten: Lesen, Hören, Schreiben und Sprechen) im klinischen Berufsalltag berücksichtigt, z. B. Verfassen eines Arztbriefes, Arzt-Arzt sowie Arzt-Patient Gesprächs.

Anhand der erneuten Sprachstandserhebung ließen sich messbare Fortschritte bei den Teilnehmenden Ärzten, wie es aus der folgenden Grafik exemplarisch ersichtlich wird, erkennen:



(Anonymisierung der Teilnehmenden durch die Bezeichnung Bhv. HV = Hörverstehen / LV = Leseverstehen / Schr = Schreiben)

Ausgehend von der Sprachbedarfsermittlung wurden folgende übergreifend allgemeinsprachliche und fachsprachliche Ziele der Trainingsmaßnahme formuliert:

- Verbesserung der allgemeinen Sprachkompetenz sowohl auf der rezeptiven als auch auf der produktiven Ebene und Erreichen der für die Erteilung der deutschen Approbation notwendigen Kompetenzstufe C1 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER)
- Anhebung der Qualität der individuellen fachsprachlichen Kommunikationsfähigkeit, speziell bei Gesprächen mit Vorgesetzten, Kollegen, Patienten, den Patienten nahestehenden Personen auch in „schwierigen Situationen“, sowie mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus (Pflege und Verwaltung)
- Training des Umgangs (Verstehen und Wiedergeben) mit komplexen Sachverhalten und anspruchsvollen Fachtexten, Diskussionen und Vorträgen aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen sowie Training einer präzisen und adressatenbezogenen Darstellung von Arbeitsergebnissen in Form von Präsentationen, Kurzvorträgen, Protokollen, Arztbriefen und Fachberichten
- Training der interkulturellen Kompetenz Kommunikation in der Medizin (interkulturell bedingte Sichtweisen/Einstellungen/Verhaltensweisen/ Kommunikationsgewohnheiten), Stärkung des Selbstbewusstseins, Förderung der interdisziplinären Team- und Zusammenarbeit und Verbesserung der Integration im Betrieb
- Kennenlernen der Stadt Bremerhaven und der Region (Integration und Bindung an den Arbeits- und Lebensort)

1.2 Ableitung der Kursinhalte

Im Mittelpunkt des Kurses standen kommunikative Fertigkeiten (Hören, Lesen, Sprechen, Schreiben), die für den ärztlichen Berufsalltag von grundlegender Bedeutung sind, und die die drei wichtigsten Bereiche der Fachsprache Medizin umfassen:

- Theorie- bzw. Wissenschaftssprache, wie sie beispielsweise in medizinischen Fachvorträgen und Fachbüchern verwendet wird;
- Praxissprache, auch als fachliche Umgangssprache bekannt, wie sie z. B. in Arztbriefen, Diskussionen von Differentialdiagnosen und Fallvorstellungen eingesetzt wird und
- Transfersprache, die für die fachliche Vermittlung zwischen medizinischen Fachkräften und Laien eingesetzt wird. Darunter fällt der wichtige Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation, z. B. Anamnesegespräche, körperliche Untersuchung, Aufklärungsgespräche sowie das Überbringen schlechter Nachrichten.

In 12 Modulen wurden folgende Bereiche und kommunikative Handlungsfelder im klinischen Alltag behandelt (für eine detaillierte Übersicht siehe Tabelle):

1. Grundwortschatz - Anatomie, Materialien, Krankenhauspersonal und –abteilungen
2. Das deutsche Gesundheitssystem - Krankenversicherung, Patientenversorgung, Organisation und Struktur von Krankenhäusern
3. Anamnese -Bestandteile, Gespräch, Bögen, Dokumentation
4. Klinische Untersuchung - Ablauf, Bestandteile, Bögen, Durchführung, Dokumentation
5. Patientenvorstellung - Patientenübergabe und –vorstellung, Visite
6. Gespräche mit Patienten und Angehörigen - Grundlagen, Ablauf, Entlassung, Das schwere Gespräch
7. Ärztliches Aufklärungsgespräch - Grundlagen, Ablauf, Bögen, Aufklärung im Notfall)
8. Schriftliche Kommunikation und Dokumentation - Arztbriefe, Berichte, E-Mail Kommunikation
9. Kommunikation mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus - Arzt- Pflegepersonal, Arzt- Verwaltung, Telekommunikation

10. Einen Fachvortrag halten - Grundlagen, Aufbau, Durchführung
11. Interkulturelle Kommunikation in der Medizin (gemeinsame Veranstaltungen)
Entwicklung interkultureller Kompetenzen im Klinikalltag
12. Vorbereitung auf die Prüfung in der Fachsprache Medizin - Format,
Bestandteile, Ablauf

Module und Gliederung	Lernziele
	Die internationalen Ärztinnen und Ärzte...
1. Grundwortschatz	
Anatomie des Menschen/ Anatomische Abbildungen	...können die anatomischen Begriffe auf Deutsch benennen
Die Materialien im Krankenhaus	...können die im Klinikalltag verwendeten Materialien, Instrumente und Geräte auf Deutsch benennen
Das Krankenhauspersonal	...können die deutschen Bezeichnungen für die wichtigsten Akteure im Klinikalltag in deutscher Sprache benennen
Die wichtigsten Orte und Abteilungen im Krankenhaus	...können die wichtigsten Abteilungen und Stationen im Klinikum in deutscher Sprache benennen und beschreiben
2. Das Deutsche Gesundheitssystem	
Krankenkassen und Versicherungssystem	...können das deutsche Gesundheitssystem mit dem Gesundheitssystem ihrer Heimat vergleichen und die Unterschiede erkennen
	...können den Unterschied zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung erklären.
Ambulanter und Stationärer Sektor	...können den Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erläutern.
Organisation und Struktur von Krankenhäusern	...können die unterschiedlichen Versorgungstypen von Krankenhäusern benennen, z. B. Grund- und Regelversorgung, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung
	...können die Organisationsstruktur eines Krankenhauses schildern, z. B. Verwaltung, ärztlicher Dienst, Pflegedienst, usw.
Ablauf der Patientenversorgung	...können erklären, wie ein Patient ins Krankenhaus kommt, z. B. Notarztsystem, Rettungsdienst...
	...können benennen, wie die Versorgung üblicherweise dort abläuft, z. B. Notaufnahme, Normalstation, Intensivstation...

3. Anamnese	
Bestandteile der Anamnese	...können die Bestandteile und Phasen einer Anamnese erklären.
Das Anamnesegespräch	...können eine vertrauensvolle und empathische Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen, indem sie auf eine wertschätzende Arzt-Patientenbeziehung achten
	...beherrschen den Fachwortschatz und die Redemittel zur Anamnese und können sie anwenden, um ein strukturiertes Anamnesegespräch durchzuführen
	...können abwechselnd die Techniken der patienten- und arztzentrierten Gesprächsführung anwenden
Anamnesebögen nach Fachgebiet	...wissen, welche Anamnesebögen es in dem jeweiligen Fachgebiet gibt.
Dokumentation der Anamnese	...können erklären, warum die Anamnese dokumentiert werden muss, z.B. juristischer Hintergrund, medizinischer Hintergrund...
	...können die Anamnese richtig dokumentieren
4. Klinische Untersuchung	
Ablauf der Untersuchung	...können eine körperliche Untersuchung erläutern.
Bestandteile der Untersuchung	...können die Bestandteile einer kompletten Untersuchung aufzählen.
Durchführung der klinischen Untersuchung	...beherrschen den Fachwortschatz und die Redemittel zur klinischen Untersuchung und können sie bei der Durchführung einer Untersuchung erfolgreich umsetzen
Befunderhebung und Dokumentation	...beherrschen den Fachwortschatz, die Redemittel und die gängigen Abkürzungen für die Dokumentation einer klinischen Untersuchung
	...können die Ergebnisse einer klinischen Untersuchung richtig dokumentieren, z. B. sie können Befunde möglichst differenziert darstellen
Untersuchungsbögen nach Fachgebieten	...wissen, welche Untersuchungsbögen es in dem jeweiligen Fachgebiet gibt.
5. Patientenvorstellung	
Das Übergabegespräch	...können einen Patienten bei der Übergabe vorstellen, z. B. bei der Morgenbesprechung, Röntgenbesprechung, etc....
Die Vorstellung eines Patienten	...können eine Patientenvorstellung nach dem SOA-Schema durchführen
Kommunikation bei der Visite	...können einen Patienten bei der Visite vorstellen, und ihn durch geeignete Wortschatz- und Redemittelwahl in das Gespräch mit einbeziehen

6. Gespräche mit Patienten und Angehörigen	
Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung	...können adäquat mit Angehörigen und Patienten sprechen.
Empathie und Vertrauen	...können Empathie ausdrücken, z. B. verbale und nonverbale Kommunikation.
Ablauf eines typischen Gesprächs	...können ein Gespräch strukturieren.
Das Entlassungsgespräch	...können die wichtigen Informationen beim Entlassungsgespräch vermitteln, z. B. weiterer Behandlungsverlauf, häusliche Versorgung, Pflegedienst, etc...
Überbringen schlechter Nachrichten	...können schlechte Nachrichten angemessen überbringen.
	...können den Patienten nach Mitteilung der Sachinformationen auch emotional begleiten
	...beherrschen die Gratwanderung, Hoffnung auf Heilung zu vermitteln und die Realität der Erkrankung nicht zu verschweigen
7. Ärztliches Aufklärungsgespräch	
Ablauf eines Aufklärungsgesprächs	...wissen wie ein ärztliches Aufklärungsgespräch strukturiert ist und kennen die juristischen Hintergründe und die Ausnahmeregelungen.
Grundlagen der ärztlichen Aufklärung	...können eine ärztliche Aufklärung unter Berücksichtigung der relevanten Aufzeichnungen, Skizzen, etc. durchführen, d. h. sie:
	...können notwendige Informationen verständlich und transparent anbieten
	...beachten die Körpersprache des Patienten
	...gehen auf die emotionale Verarbeitung des Patienten ein
Aufklärung im Notfall	...können die Ausnahmeregelungen im Notfall benennen.
Aufklärungsbögen nach Fachgebieten	...wissen, welche Aufklärungsbögen es gibt.
8. Schriftliche Kommunikation und Dokumentation	
Allgemeine Grundlagen des Arztbriefs	...können die Bedeutung des Arztbriefs erklären.
Aufbau des Arztbriefs	...kennen die Struktur eines Arztbriefs und können sie bei der eigenen Arztbriefschreibung umsetzen
Arztbriefe und Berichte aus verschiedenen Fachgebieten	...kennen die Unterschiede zwischen Arztbriefen und Berichten unterschiedlicher Fachgebiete, z. B. gängige Abkürzungen, Signaturvorschriften, etc.
Dokumentation im ärztlichen Alltag	...können ihre Tätigkeiten im Alltag dokumentieren.
	...können die juristischen Hintergründe schildern.
	...können erklären, wozu die Dokumentation dient.
E-Mail Kommunikation	...können sich schriftlich per E-Mail verständigen

9. Kommunikation mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus	
Kommunikation Arzt-Pflegepersonal	...können sich sowohl mündlich als auch schriftlich mit dem Pflegepersonal verständigen, z. B. Anordnungen zur weiteren Behandlung und Medikation, Übergabe, Reha Maßnahmen, etc.
Kommunikation Arzt-Verwaltung	...können sich mit der Krankenhausverwaltung über alle wichtigen Sachverhalte verständigen
Kommunikation am Telefon	...können mit Kollegen sowie Pflegekräften ohne visuelle Verständigungshilfen erfolgreich kommunizieren.
10. Einen Fachvortrag halten	
Grundlagen und Aufbau des Fachvortrags	...können einen strukturierten Fachvortrag vorbereiten und halten
Durchführung eines Fachvortrags	...können einen eigenen Fachvortrag videogestützt halten
11. Interkulturelle Kommunikation in der Medizin	
Wahrnehmung verschiedener Kulturformen	...sind sensibilisiert für die Unterschiede zwischen der Herkunftskultur und der Kultur des Aufenthaltslandes
Interkulturelle Kompetenz im Klinikalltag	...können mit Personen verschiedener Kulturkreise adäquat kommunizieren
	...entwickeln soziale Kompetenzen, die über den rein sprachlichen Bereich hinausgehen
12. Vorbereitung auf die Prüfung in der Fachsprache Medizin	
Prüfungsformat	...sind vertraut mit dem Prüfungsformat
Bestandteile der Prüfung	...wissen aus welchen Teilen die Prüfung besteht
Prüfungsablauf	...wissen wie die Prüfung abläuft und können den Zeitbedarf einschätzen und planen

1.3 Kursstruktur

Um die aufgeführten Lernziele im Sinne der Zielgruppe angemessen umsetzen zu können, ist es von erheblicher Bedeutung, die hohe Arbeitsbelastung und den häufigen Spät- und Nachdienst der Assistenzärzte in die Gestaltung des Deutschunterrichts mit einzubeziehen. Der Unterricht wurde in zwei Gruppen mit einer Gruppengröße von maximal 15 Teilnehmern durchgeführt. Die Kurse fanden an den jeweiligen örtlichen Kliniken statt (DRK Seepark-Klinik sowie DRK Kliniken Am Bürgerpark und St.-Joseph-Hospital). Im Rahmen der Auftaktveranstaltung wurden die Orts- und Zeitpräferenzen der Teilnehmenden für den Unterricht erfragt. Im Ergebnis wurde ein Kursformat von 3x3 Unterrichtseinheiten (1 UE=45 Min.) pro Woche je Standort festgelegt.

Um den Bedarfen der Klinik und der Teilnehmenden gleichermaßen gerecht werden zu können, wurde die Kursstruktur so gestaltet, dass die jeweils erste Unterrichtseinheit der Wiederholung und Verfestigung der Lerninhalte diene. Diese eingeplanten regelmäßigen Wiederholungseinheiten sicherten bei dienstbedingter Abwesenheit eines Teilnehmers den Anschluss an den Lernstoff. Bei bestehendem Bedarf wurde darüber hinaus Einzelcoaching angeboten, z. B. Aussprachetraining, Vorbereitung auf die B2/C1-Prüfung für Mediziner sowie auf Fachvorträge.

Überdies fand monatlich eine zusätzliche gemeinsame Veranstaltung statt, an der die Ärzte aller Gruppen teilnahmen. Die Veranstaltungen fanden außerhalb der Kliniken statt und umfassten sowohl fachbezogene als auch kulturell gesellschaftliche Themen. Dadurch wurde den Teilnehmern die Möglichkeit geboten, die Kollegen der Partner-DRK-Kliniken besser kennenzulernen und sich mit ihnen auszutauschen.



Teilnahme:

Die Teilnahme an zwei der drei angebotenen Unterrichtstermine wurde seitens der teilnehmenden Kliniken vorausgesetzt. Die Teilnahme am Sprachkurs wurde von den Dozenten sorgfältig geprüft, in einer Anwesenheitsliste dokumentiert und der Personal- und Organisationsentwicklerin weitergeleitet.

Dozententeam:

Unser Team setzte sich aus qualifizierten Sprachdozenten⁷ zusammen, die sowohl über medizinische Fachsprachenkenntnisse als auch umfangreiche Erfahrungen in den Bereichen Deutsch als Zweit- und Fremdsprache sowie Deutsch für medizinische Fachkräfte verfügten und sich projektbegleitend weiter qualifizierten.

Angeleitet, und wissenschaftlich begleitet und dokumentiert wurde die Arbeit dieses Teams durch eine qualifizierte und zertifizierte Kurskordinatorin, die als Ansprechpartnerin sowohl für das Team als auch für Auftraggeber und –nehmer fungierte. Zu ihren weiteren Aufgaben zählten Kursplanung und –steuerung, Sicherstellung eines reibungslosen Kursablaufes, Qualitätssicherung und –steuerung (u.a. durch Kurshospitationen), Didaktisierung und Aufbereitung von authentischen Kursmaterialien, Durchführung von gemeinsamen interkulturell-orientierten Veranstaltungen, Durchführung und Evaluation der Teilnehmerbefragungen sowie Organisation und Planung von Teamsitzungen.

Unter Leitung der Kurskordinatorin fanden im Verlauf der Maßnahme regelmäßig Teamsitzungen statt. Neben dem gegenseitigen fachlichen Austausch dienten sie der Planung, Organisation, Evaluation und möglichen Optimierung der einzelnen Kurse.

⁷ Aufgrund unterschiedlicher Arbeitszeiten und Dienstpläne fanden die Kurse häufig in abwechselnder personeller Zusammensetzung statt. Diesem Umstand wurde durch eine hohe Flexibilität der Lehrkräfte (Unterricht am Wochenende) sowie häufige Wiederholung des Lernstoffes Rechnung getragen.

2 Training der produktiven und rezeptiven Fertigkeiten

In den folgenden Abschnitten wird auf die praktische Umsetzung unseres Förderkonzepts am Beispiel der Fertigkeiten Sprechen, Schreiben, Hören und Lesen eingegangen.

2.1 Fertigkeit Sprechen

Was wird nach C1 und C1 Medizin vorausgesetzt?

Mediziner sollten allgemein- als auch fachsprachlich das Niveau C1 beherrschen. C1 spiegelt dabei die kompetente Sprachverwendung wider, das heißt, der Sprecher kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter nach Worten suchen zu müssen. Er kann die Sprache im gesellschaftlichen und beruflichen Leben wirksam und flexibel nutzen. Komplexe Sachverhalte kann er klar, strukturiert und ausführlich darstellen.

Die Fertigkeit Sprechen ist nach C1 Medizin in vier Gesprächssituationen in Krankenhaus- und Praxisalltag aufgeteilt:

Auf dem Niveau C1 kann der Arzt sich im Patientengespräch beinahe mühelos spontan und fließend äußern. Komplexe Sachverhalte kann er einem medizinischen Laien (Patienten) klar und detailliert darlegen.

In der Visite kann er den Zustand des Patienten den Kollegen erläutern. Der Arzt hält seinen Vortrag gut strukturiert und klar. Er kann seine eigene Meinung ausführlich darstellen und mit geeigneten Beispielen und Unterpunkten stützen. Auf Rückfragen kann der Arzt spontan und fast mühelos antworten. Er kann Details ausführlich erläutern.

In einem Gespräch mit Angehörigen kann der Arzt mühelos spontan und fließend komplexe medizinische Sachverhalte allgemeinsprachlich erläutern und angemessen auf eventuelle Nachfragen reagieren. Er beherrscht die sogenannte Transfersprache (Fachsprache → Umgangssprache).

Welche Bedeutung hat das Sprechen für einen Arzt im Krankenhaus?

Das Arzt-Patientenverhältnis ist der Indikator für die Patientenzufriedenheit in den Patientenbefragungen. Die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung bestimmt maßgeblich die Genesung und sie beeinflusst sehr die Einschätzung des Patienten über den Behandlungserfolg.

Der Mediziner kommuniziert im Krankenhaus mündlich mit den unterschiedlichsten Personen und Personengruppen. Hierzu gehören intern die Patienten (Erwachsene und Kinder) und deren Angehörige. Entsprechend des demografischen Wandels und der bestehenden gesellschaftlichen Lebensformen hat sich die Patientenstruktur verändert. Die Patienten sind zunehmend älter, weisen Mehrfacherkrankungen auf, leben allein oder in Heimen.

Aufgrund der digitalen Medien und starken Vernetzung stehen dem Patienten und weiteren Personen viele Informationen vom Symptom bis zu Heilungschancen und Therapieplänen schnell zur Verfügung. Diese Fülle von Informationen müssen mit dem Arzt geordnet und ausgewertet werden.

Die Personalstruktur im Krankenhaus ist divers und besteht aus verschiedensten Professionen und Experten in sogenannten Primär- (Medizin und Pflege), Sekundär- (Röntgen, Physiotherapie) und Tertiärbereichen (Hauswirtschaft, EDV, Einkauf, Personal und Finanzen) ab und ist durch eine große Bildungsspanne (ungelernt bis habilitiert) geprägt.

Die zunehmende Zentrenbildung (wie bspw. Endoprothesenzentrum, Darmkrebszentrum etc.) führt zu einer präziseren und engeren Zusammenarbeit sowie einem häufigeren Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen als dies ursprünglich in der dreigeteilten Expertenorganisation (Medizin, Pflege, Verwaltung) gelebt worden ist.

Ein Arzt hat nicht nur Kontakt zu seinen ärztlichen Kollegen, Pflegekräften, Hygieneverantwortlichen, Qualitätsbeauftragten, Kodierern, Servicekräften etc., sondern auch zu externen Ansprechpartnern, wie Einweisern (niedergelassenen

Ärzten), dem medizinischen Dienst, Rehaeinrichtungen und ambulanten Pflegeeinrichtungen. Der Arzt befindet sich in der Situation Fachsprache und Allgemeinsprache als auch Umgangssprache verstehen und sprechen zu müssen. Diese Anforderung des Sprachwechsels kann sich in einer Sprechsituation bspw. bei der Aufnahme oder bei der Visite stellen. Bei Gesprächen mit Patienten verwendet er die Transfersprache um medizinische Sachverhalte zu erklären.

Der Arzt muss sprachlich in der Lage sein, den Gesundheitszustand sachlich und emotional angemessen gegenüber verschiedenen Personen ausdrücken zu können.

Die Übermittlung von schlechten Nachrichten ist besonders anspruchsvoll. PJ-Studenten lernen inzwischen Methoden der Gesprächsführung und werden in ihrem professionellen Einfühlungsvermögen geschult, um den Angehörigen zu trösten, zu beruhigen und emotionale Hilfestellung geben zu können.

Anders ausgedrückt, die Beherrschung der Fachsprache ist für den Mediziner im Krankenhaus genauso wichtig, wie die Fähigkeit die Transfersprache richtig einzusetzen. Die lateinischen Fachbegriffe wie z.B. Appendix= Blinddarm, Hernien= Leistenbruch müssen neu gelernt werden.

Sprechen verlangt wie Schreiben Produktion von Sprache und ist somit anspruchsvoller als die rein rezeptiven Fertigkeiten Lesen und Hören. Zur Aufrechterhaltung der Kommunikation müssen die, für das Sprechen wichtigen Satzstrukturen in einer angemessenen Zeit gebildet werden. Auch muss ein ausreichender Wortschatz/Fachwortschatz vorhanden sein. Da der Aufbau eines geeigneten Wortschatzes in jedem Fall Zeit und Training und somit eine hohe Einsatzbereitschaft verlangt, hängt das Sprechen stark von den persönlichen Voraussetzungen und der Motivation des Einzelnen ab. Ein nicht zu unterschätzender, hemmender Faktor ist Frustration beim Sprechen im täglichen Alltag, verursacht durch fehlerhaften Gebrauch der Fremdsprache und die unmittelbare Reaktion des Gesprächspartners. Diese, besonders zu Beginn des Aufenthaltes gemachten Erfahrungen des Nicht- oder Missverstehens werden im Unterricht angesprochen, die Ursachen hierfür geklärt.

Der Teilnehmer wird durch korrekte Verwendung geeigneter Redemittel von Vermeidungsstrategien abgehalten und durch den richtigen Gebrauch der Fremdsprache zum Sprechen motiviert.

Was beherrschen die Teilnehmer zum Zeitpunkt der Sprachstanderhebung?

Selbstverständlich ist das Niveau der Teilnehmer in der Anfangsphase heterogen. Die individuellen Fähigkeiten zur Sprachverwendung spiegeln die große Bandbreite der Herkunftsländer wider. Auch die einzelnen Fachbereiche in denen die Ärzte tätig sind, führen durch unterschiedliche Kommunikationsformen zu verschiedenem Gebrauch von Sprache. Ein Anästhesist wird häufiger mit Kollegen in der Fachsprache sprechen und weniger Patientengespräche führen, als eine Ärztin in der Abteilung für Innere Medizin.

Die teilnehmenden Ärzte haben sich meist schon im Herkunftsland mit Deutsch beschäftigt und einen Sprachkurs besucht. Sie sprechen mindestens das Niveau B1 und können einfache geeignete Redemittel in Alltagssituationen einsetzen.

Was beherrschen die Teilnehmer gut, was weniger gut? Gibt es interkulturelle Unterschiede? Wie ist die Spannbreite der individuellen Unterschiede? Hilft die Berufspraxis?

Die meisten Teilnehmer verfügen zu Beginn über ein bereits entwickeltes Repertoire an Redemitteln, allgemeinem und Fachwortschatz. Die verwendete Grammatik hängt stark von der Aufenthaltsdauer, der Muttersprache, jeweiligen Motivation und bereits erhaltener oder eben nicht erhaltener Förderung ab. Die jeweiligen Akzente variieren ebenfalls stark. Ärzte aus arabischen Ländern müssen z.B. die unterschiedliche Aussprache der Buchstaben P und B intensiv trainieren, während Teilnehmer aus Griechenland bei der Aussprache von Sch und Sp Schwierigkeiten haben. Für alle Teilnehmer schwierig und zeitintensiv ist der Gebrauch des richtigen Genus. Bei Übungen hierzu muss der Dozent zwischen dem Nutzen für die Teilnehmer, dem tatsächlichen sprachlichen Gewinn und der investierten Zeit abwägen. Dem Erwerb anderer wichtiger sprachlicher Mittel wie zum Beispiel von Fachwortschatz oder flexibler sprachlicher Reaktion in bestimmten Situationen im Krankenhaus, muss hier Vorrang vor einer perfekten Bildung des Dativs etc. gegeben werden.

Selbstverständlich hängt eine Verbesserung auf diesem Gebiet letztendlich von der Motivation und dem möglichen Zeitaufwand auf Seiten des Teilnehmers ab. Der Kursleiter kann hier nur geeignetes Übungsmaterial zur Verfügung stellen und einige Tipps geben.

Die Teilnehmer bringen häufig Beispiele von Gesprächsabläufen aus der Berufspraxis mit in den Kurs. Diese Beispiele mündlicher Kommunikation beschreiben oft schwierige Gesprächssituationen bei denen etwas „schief gelaufen“ ist, sowohl im Gespräch mit Patienten, als auch mit Kollegen. Im Kurs wird dann das Gespräch rekonstruiert und nach den möglichen Ursachen für das Verständigungsproblem gesucht. Die Übersetzung von Fachsprache in, für den Patienten verständliche Allgemeinsprache, also in die Transfersprache, hat sich hierbei als erster Unsicherheitsfaktor in der Kommunikation mit den Patienten erwiesen. Im Gespräch mit den Kollegen geht es andererseits um Fachwortschatz, der zwar in Englisch oder Latein bekannt ist, in der konkreten Situation aber nicht auf Deutsch zur Verfügung steht.

Die Ärzte berichten auch oft von Patienten und Kollegen, die ihnen mit kommunikativen und nonverbalen Mitteln helfen Sprache zu erklären.

Beispiel:

Das Gespräch mit dem Patienten, Angehörigen und Kollegen

Wie ist ein Gespräch mit dem Patienten aufgebaut?

Insbesondere in den ersten Wochen des Unterrichts wird intensiv der deutsche Fachwortschatz trainiert. Dieser wird mittels beispielhafter Gespräche zwischen Arzt und Patienten trainiert. Die Kursteilnehmer tragen mit verschiedenen eigenen Gesprächserfahrungen aus der Praxis zur Analyse der jeweiligen Gesprächssituation bei. Die Kommunikation mit dem Patienten erfolgt im Krankenhaus aus unterschiedlichen Anlässen: Prämedikation, Anamnese, Visite etc. Die Gespräche bestehen jedoch immer aus Begrüßung, eventuell Vorstellung, Mittelteil und Verabschiedung. Für alle Gesprächsteile werden den Kursteilnehmern eine Auswahl von Redemitteln zur Verfügung gestellt und Kommunikationstipps an die Hand gegeben (siehe Literaturliste). Die Gespräche sollen in ruhigem sachlichen Ton ablaufen, bei Missverständnissen um Wiederholung des Gesagten gebeten werden.

Welche Spezifika gibt es in den Fachabteilungen?

Der Unterricht muss den unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Abteilungen gerecht werden. Der Allgemein- und Fachwortschatz in der Kinderklinik ist anders als in der Anästhesie. Auch Redemittel und Struktur eines Gesprächs sind unterschiedlich. Im Unterricht zeigt sich bei den Teilnehmern auch ein großes Interesse an der Gesprächsführung in den anderen Abteilungen und den dort auftretenden Situationen.

Hilfs- und Modalverben, die Zeiten im Deutschen

Durch geeignete Übungen mit Verbtabelle und Beispielsätzen wird der richtige Einsatz der Hilfsverben zur Bildung des Perfekts trainiert. Die Verwendung der Modalverben wird geübt, die grammatikalischen Besonderheiten erläutert. Was wird mit einem Modalverb ausgedrückt, Wunsch, Erlaubnis, etc.?

Kriterien Verständlichkeit

Hier stehen verschiedene Aspekte im Vordergrund. Wie stark ist der Akzent bei dem Teilnehmer ausgebildet? Welche phonetischen Übungen sind sinnvoll? Wie oben schon beschrieben unterscheidet sich die Aussprache bestimmter Laute je nach Herkunftsland. Während des Kurses muss dem einzelnen Teilnehmer Gelegenheit gegeben werden, diese „Defizite“ zu erkennen und zu bearbeiten. In der Regel weiß der Arzt bereits welchen Laut bzw. Laute er falsch oder ungenau ausspricht. Bei entsprechenden Übungen ist eine regelmäßige Wiederholung notwendig da ein Rückfall in die unerwünschte Aussprache häufig ist.

Auch bei falschen Satzstrukturen und Verwechslung von Wortbedeutungen kommt es zuweilen zur Unverständlichkeit. Dem wird im Kurs durch Einübung und Wiederholung von grammatikalischen Strukturen und Textarbeit entgegengewirkt. Bei diesen Übungen ist eine behutsame Vorgehensweise von Seiten der Kursleitung wichtig, um die Teilnehmer nicht zu demotivieren.

Sehe Anhang Arbeitsblatt 1 Unterrichtsfeinplanung

2.2 Fertigkeit Schreiben

Schreiben ist neben Lesen, Sprechen und Hören eine der vier Grundfertigkeiten beim Fremdsprachenerwerb. In der didaktischen Umsetzung in den Kursen für Mediziner darf diese Fertigkeit nicht vernachlässigt werden. Dabei geht es nicht nur um das Schreiben an sich. Für Ärzte und Ärztinnen ist es von großer Relevanz über die Fähigkeit zu verfügen, in der Fremdsprache die ärztlichen Berichte sowie notwendige Dokumentation für ein gut funktionierendes Gesundheitswesen verfassen zu können. Es klingt daher plausibel, dass Schreiben im Unterricht von Beginn an explizit gefördert werden sollte. Oftmals ist es dabei (leider) unumgänglich, als Lehrkraft eigenständig Materialien zu suchen, zusammenzustellen und zu entwerfen, denn für solche Kurse findet man zurzeit noch keine Aufgaben, in denen die Lerner dazu aufgefordert werden, prozessorientiert Texte zu verfassen.

Die Ergebnisse der zum Beginn des Projektes durchgeführten Sprachstanderhebung, haben gezeigt, dass bei den meisten Teilnehmern, trotz erworbenen Deutsch Zertifikat B2 und guter fachlicher Qualifikation ernsthafte Defizite im schriftlichen Bereich aufgrund mangelnder Vertrautheit mit der deutschen Fachsprache entstehen. Kompetentes Kommunizieren auf der Ebene „Gesundheitskommunikation“ erfordert besondere Vorbereitung. Das vorhandene Wissen und die Erfahrung sowie die Bedürfnisse der Kursteilnehmenden werden in die Gestaltung des Unterrichtes mit einbezogen und eingeplant.

Die Vermittlung von komplexen grammatischen Strukturen und die Erweiterung des allgemeinen fachspezifischen Wortschatzes geschehen bedarfsgerecht. Dabei ist die Anlehnung an den Gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen zu berücksichtigen.

Unterteilung Fertigkeit Schreiben nach dem Europäischen Referenzrahmen

Die folgenden Kriterien geben eine Orientierung und sollten bei z.B. Verfassung der Arztbriefe in Betracht gezogen werden:

Bewertungskriterien C1-Medizin

Aufgabenbewältigung (Textsortengerechtigkeit)	Kommunikative Gestaltung (Kohäsion und Kohärenz)	Korrektheit (Rechtschreibung, Morphologie, Syntax)	Wortschatzspektrum und - beherrschung
<p>Die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer deckt die Aufgabenstellung voll ab. Schreibt klar strukturiert und präzise. Setzt das Schreibziel flexibel und effektiv um.</p> <p>Schreibt dem Anlass entsprechend ausführlich und stützt Standpunkte durch Unterpunkte, Beispiele oder Begründungen.</p> <p>Kann ohne Schwierigkeiten alles schreiben, was sie/er ausdrücken möchte.</p>	<p>Die Teilnehmerin bzw. der Teilnehmer beherrscht die Diskurssteuerung unter Verwendung von passenden Verknüpfungselementen und einer guten Gliederung der Texte.</p>	<p>Zeigt beim Schreiben durchgehend ein hohes Maß an grammatischer Korrektheit. Fehler sind selten und fallen kaum auf.</p>	<p>Verfügt über umfangreiche Sprachkenntnisse zur Realisierung der konkreten Aufgabenstellung. Formulierungen, die den Grad an Sicherheit/Unsicherheit, Vermutung/Zweifel oder Wahrscheinlichkeit hervorheben, unterstreichen diesen Aspekt. Idiomatische Wendungen verfestigen diesen Eindruck zusätzlich.</p>

An der Schnittstelle zwischen Klinik (stationär/ambulant) und Zuweisern spielt der Arztbericht eine wichtige Rolle in der Behandlungskontinuität. Studien haben ergeben, dass für Zuweiser leserliche, kurze, strukturierte und rasch übermittelte Arztberichte von großer Bedeutung sind, d.h. sie sollten sich durch ein hohes Maß an Verständlichkeit auszeichnen. Neben der eindeutigen Betonung dieses Aspekts ist zu bemerken, dass ärztliche Berichte einen Sonderfall der zwischenmenschlichen Kommunikation darstellen, in dem die oberste Priorität dem Sachaspekt zukommt.

Im Krankenhaus ist das Schreiben von Berichten lästig und wenig beliebt, nicht selten wird diese Sisyphos-Aufgabe auf die anderen delegiert. Viele Berufstätige haben Mühe mit dem Schreiben. Schreibhemmungen verlängern die Arbeitszeit und verringern die Produktivität des Mitarbeiters.

Aus der Praxis:

Ein Teilnehmer des Kurses, aus dem Bereich Urologie wurde von Vorgesetzten aufgefordert, sich mit der Führung der Dokumentation und dem Schreiben der Entlassungsbriefe zu beschäftigen. Diese, für ihn ganz neue Art von Tätigkeit wurde ihm in kurzer Zeit zum Verhängnis. Aufgrund seiner mangelnden Sprachkenntnisse im Schriftlichen musste er viel Freizeit einbüßen, er blieb länger am Arbeitsplatz, machte unbezahlte Überstunden und war derart überfordert, dass es zu depressiven Zuständen kam.

In Bezug auf eine solche Problematik sollten die Kursleitenden in der Gestaltung der Unterrichtsinhalte auf prozessorientierte Sprachbedarfe eingehen, indem sie relevante Schwerpunkte in ihre Arbeit legen und die notwendige Hilfestellung anbieten. Zudem können Hinweise auf die Teilfertigkeiten und Kenntnisse gegeben werden, die im Schreibunterricht erlernt und geübt werden sollten.

Festzuhalten ist: Der, für Mediziner berufsbezogene Unterricht hat im Bereich Schreiben das Thema Arztbriefherstellung zum wichtigen Gegenstand. Die Inhalte sind für das Arbeitsleben der Kursteilnehmenden von großer Relevanz. Ein entsprechendes Training wird in diesem Bereich von den Teilnehmenden ausdrücklich erwünscht.

Aspekte des arbeitsbezogenen Unterrichts

Aspekt	arbeitsbezogen
Ziel	beruflich (Bewältigung)
Bereich	fokussiert
Basis	berufliche Anforderungen
Orientierung	Teilnehmende
Prinzip	individualisiert
Form	Situationen, Probleme
Materialien	unterschiedlich
Arbeitsweise	bedarfsorientiert, punktuell

Diese Aufteilung kann eine erste Orientierung zur Gestaltung des Unterrichtes geben und lässt sich auf das Thema Arztbrieferstellung gut übertragen, wobei einzelne Punkte verfeinert, erweitert und für spezifische Sprachbedarfe der Mediziner konzipiert werden, Beispiel:

- Welche sprachlichen Kompetenzen braucht die/der Teilnehmende, um bestimmte berufliche Situationen, in denen schriftliche Kommunikation eine wesentliche Rolle spielt, effektiv bewältigen zu können? (Gestaltung verschiedener Formen von Briefen: Entlassungsbriefe, Verlegungsbriefe, sowie E-Mails schreiben)
- Mit welchen beruflichen Aufgaben und Aktivitäten hat die/der Teilnehmende zu tun? (Diktieren, Schreiben von Briefen, Führung der Dokumentation)
- Vorgehensweise in der Zielsituation. (Erstellung von Musterbriefen, Anwendung von Formulierungen)

Zunächst werden die Teilnehmenden bei unterschiedlichen Textsorten durch die Beantwortung der Frage „Wie schreiben Sie die Texte?“ zur Selbstreflexion animiert Dabei sollen die Teilnehmer jede Textsorte einer der nachfolgenden Aussagen zuordnen:

Ich plane den Text vor dem Schreiben genau und mache mir ein Konzept.	Beispiel: Verfassen von E-Mails	Ich schreibe sofort drauf los.
Ich schreibe zuerst Stichworte auf.		Ich schreibe sofort komplette, druckreife Sätze.
Beim Schreiben habe ich immer die Textsorte und den (möglichen) Adressaten vor Augen.		Mir kommt es vor allem darauf an, das zu sagen, was ich sagen möchte. Adressat und Textsorte sind zweitrangig.
Orthografie, Grammatik und Zeichensetzung sind sehr wichtig. Ich versuche keine Fehler zu machen. Was ich nicht weiß, schlage ich nach.		Orthografie, Grammatik und Zeichensetzung sind doch nur Äußerlichkeiten. Mir kommt es mehr auf den Inhalt an.
Den fertigen Text lese ich genau durch und suche Fehler.		Den fertigen Text lege ich sofort zur Seite („fertig ist fertig“).
Ich kontrolliere, ob der fertige Text meinem Konzept entspricht. Wenn nötig, ändere ich ganze Sätze und Textpassagen.		Manchmal ergeben sich beim Schreiben wichtige neue Aspekte. Der Text, der entsteht, ist wichtig, nicht ein vorgefasster Plan. Am fertigen Text ändere ich nicht mehr viel.

Wie auch immer die verschiedenen Textsorten eingeordnet werden, bei der Analyse lässt sich herausstellen, dass die schriftliche Textproduktion ein komplexer Prozess ist, denn

- bestimmte Ausdrücke oder Textelemente, die der Schreibende einbauen möchte, sind ihm noch nicht bekannt oder ohne weiteres nicht abrufbar
- die Schreibenden können in einem Wörterbuch die Wörter nachschlagen, sind aber nicht sicher, welche Verwendungsalternativen das trifft, was sie sagen möchten
- die Verwendung der Kasus und die richtige Flexion der Wörter sind noch nicht automatisiert, fehleranfällig und haben Unterbrechungen im Schreibfluss zur Folge
- Beim Schreiben finden sehr oft Rückkopplungen mit der Muttersprache statt

Praktische Umsetzung (Verfassung eines Entlassungsbriefes)

Die Teilnehmenden werden aufgefordert über Funktionen, Struktur und Gestaltung eines Entlassungsbriefes nachzudenken. Bei dieser Aufgabe es ist zunächst ratsam folgende Abbildung zu betrachten.

Funktionen des Entlassungsbriefes von Glazinski (2014)

Entlassungsbrief		
Interne Funktionen	Ärztliche Funktionen	Externe Funktionen
Übermittlung medizinisch relevanter Informationen an den weiterbehandelnden Arzt	Festhalten von Ergebnissen des diagnostischen und therapeutischen Prozesses	Dokumentation des Behandlungsprozesses und Behandlungserfolges gegenüber Kostenträgern, medizinischem Dienst, Versicherungen, Juristen, Patienten

Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden authentische Materialien in Form von anonymisierten Entlassungsbriefen aus den unterschiedlichen medizinischen Bereichen.

Die teilnehmenden Ärzte erkennen einen Arztbrief mit seiner spezifischen Rolle in der Behandlungskontinuität als Visitenkarte einer Klinik bzw. eines Krankenhauses. Sie lernen die sorgfältige Verfassung eines Briefes, indem sie allgemeine Anforderungen, die an ärztliche Berichte zu stellen sind, festlegen und einüben. Verschiedene Typen ärztlicher Berichte werden herausgearbeitet, ihre Form und ihr Inhalt werden dargelegt. Die Teilnehmer lernen die Sätze mit Verwendung der Fachbegriffe, der richtigen grammatikalischen Zeitformen und satzverknüpfenden Konnektoren schriftlich zum Ausdruck zu bringen.

Anschließend werden die Entlassungsbriefe verfasst. (siehe im Anhang die Feinplanung des Unterrichtes). Dabei ist für die Lernenden festzustellen, dass der Inhalt eines Briefes vom medizinischen Fach und von der Einrichtung abhängig ist.

Der Arztbrief bedarf immer einer Struktur und enthält in der Regel folgende Punkte: Adressaten; Patientendaten einschließlich Aufenthaltszeit; Diagnosen, Eingriffe, Operationen; Epikrise; Therapieempfehlung; Befunde (s. Anhang).

Überdies wird die zusammenfassende Beurteilung zum aufwendigsten Teil des Arztbriefes, der Epikrise gegeben. Die Teilnehmenden spalten aufeinander folgende Informationen in relevante Bereiche auf und schreiben anhand authentischer Materialien (Briefe) zu jedem Punkt einen oder zwei Sätze, sodass ein Muster entsteht, das immer zu erweitern und anzuwenden ist.

Aufteilung einer Epikrise:

Aufnahmearlass	Wir nahmen den Patienten ambei Verdacht aufim Bereichstationär auf. Die stationäre Aufnahme erfolgte am wegen
Kurz gefasste aktuelle/vegetative Anamnese	Der Patient ist wach, orientiert und ansprechbar Der Patient ist in allen Qualitäten orientiert
Untersuchung/Klinischer Verdacht	In der durchgeführtenUntersuchung fanden sich (keine)Hinweise auf Bei der körperlichen Untersuchung ergab sich bei gutem Allgemeinzustand (AZ) adipöser Ernährungszustand (EZ)
Richtungsweisende Befunde, die zur Diagnose führen (logisch zusammengefasst und ggf. abwägend bewertet)	Der klinische Befund deutet am ehesten aufhin. Klinisch ergab sich der Verdacht auf..... oder zeigten sich Hinweise auf In der erweiterten Diagnostik ergab sich.....

<p>Spezielle Therapieentscheidungen / Operationen / Art der Behandlung / Ergebnisse</p>	<p>Während des stationären Aufenthaltes führten wir eine medikamentöse Therapie mit (Medikament) unter regelmäßigen Blutkontrollen durch.</p> <p>Unter einer Schmerztherapie mit konservativen Maßnahmen konnte eine langsame Schmerzlinderung erreicht werden.</p> <p>Nach den üblichen präoperativen Vorbereitungen führten wir die Operation komplikationslos durch.</p>
<p>Empfehlung/ Procedere</p>	<p>Die Schmerzmedikation kann entsprechend dem Befinden des Patienten reduziert werden.</p> <p>Das einliegende Nahtmaterial kann ab dem postoperativen Tag entfernt werden.</p> <p>Wir empfehlen körperliche Schonung.</p> <p>Eine medikamentöse Therapie kann bedarfsangepasst werden.</p>
<p>Medikation bei Entlassung</p>	
<p>Dank - Grußwort</p>	<p>Wir danken für die freundliche Überweisung und ambulante Weiterbetreuung des Patienten, stehen für eventuelle Rückfragen jederzeit zur Verfügung und verbleiben mit besten kollegialen Grüßen</p>

Die gewonnenen Informationen aus dem Planungsprozess werden versprachlicht bzw. in einen komplexen Text transformiert. Um dies umsetzen zu können, werden die passenden Formulierungen gefunden und komplette syntaktische Strukturen entwickelt, sowie Regeln der Orthografie und Zeichensetzung angewendet.

Bei der Überprüfung und Überarbeitung wird das Geschriebene gelesen und mit dem Plan, der Schreibidee, verglichen. Korrekturen und Überarbeitung setzen voraus, dass der Schreibende Normabweichungen wie Grammatik-, Rechtschreib- und Zeichensetzungsfehler als solche erkennt, identifiziert und das nötige Wissen aktiviert, um sie zu korrigieren.

Inhalt und Struktur des Arztbriefes lassen sich nur dann verbessern, wenn der Verfasser die erforderlichen Textbaupläne in der Planungsphase aktivieren konnte und dementsprechend einen Maßstab vor Augen hat.

Für die Teilprozesse Planen, Versprachlichen, Überprüfen und Überarbeiten beim Schreiben von Arztbriefen, benötigt der Schreiber sprach- und textsortenspezifische Kenntnisse, die im Langzeitgedächtnis gespeichert sind. Dazu gehören verschiedene Arten von Übungen. Unter anderen sind das z.B.:

Training von Teilfertigkeiten wie Wortschatz, Grammatik und Satzstruktur

Diese Art von Übungen dient dem Aufbau der Grundlagenkompetenz. Meistens beziehen sie sich auf die Satzebene, wie es in folgendem Beispiel zu sehen ist.

Passiv mit Modalverben

Im Hauptsatz

Präsens	Aktiv	Man muss den Verletzten sofort operieren.
	Passiv	Der Verletzte muss sofort operiert werden.
Präteritum	Aktiv	Man musste den Verletzten sofort operieren.
	Passiv	Der Verletzte musste sofort operiert werden.
Perfekt	Aktiv	Man hat den Verletzten sofort operieren müssen.
	Passiv	Der Verletzte hat sofort operiert werden müssen.

Im Nebensatz:

Präsens	Passiv	Es ist klar, dass der Verletzte sofort operiert werden muss.
Präteritum	Passiv	Es ist klar, dass der Verletzte sofort operiert werden musste.
Perfekt	Passiv	Es ist klar, dass der Verletzte sofort hat operiert werden müssen.

Bilden Sie Passivsätze mit Modalverben in den verschiedenen Zeitformen.

1. Der Patient - ins Krankenhaus - baldmöglichst - einliefern - müssen
2. Der Patient - postoperativ - extubieren - müssen
3. Der Katheter - unbedingt - entfernen - müssen
4. Die parenterale Ernährung - mit Verlegung - beenden - können
5. Das Medikament - für weitere 2 Tage - geben - können
6. Ein Röntgenbild - bei Bedarf - anfertigen - sollen

Produktiv-reproduktive textbezogene Übungen

Diese Übungen beziehen sich auf Texte, die zunächst gelesen oder gehört und verstanden werden müssen. Anschließend werden bestimmte Teilaspekte des Schreibens trainiert. Dazu gehören z.B. Anamnese- und Aufklärungsbögen, die mit aus dem Gespräch mit Patienten gewonnenen Informationen ausgefüllt werden müssen. Durch Anhören von diktierten Briefen sowie Fachvorträgen und Interviews aus dem fachmedizinischen Bereich können auf der Grundlage von Gehörtem Sätze ergänzt, Notizen gemacht oder Textgraphiken ergänzt werden. Aufgaben dieser Art sind Bestandteil der Prüfung „Deutsch-Medizin B2-C1“. Es ist sinnvoll an dieser Stelle nur mit authentischen Materialien zu arbeiten.

Produktive Schreibübungen auf Basis eines vorgegebenen Textes

Eigenständige Formulierungsleistungen auf der Basis eines vorgegebenen Textes haben starkes Gewicht beim Erlernen der Sprachfertigkeit „Schreiben“. Die Lernenden müssen selber formulieren, haben dennoch die Möglichkeit Wendungen, Ausdrücke aus dem Ausgangstext zu entnehmen und dabei bestimmte Teilaspekte des Schreibens zu üben und zu verfestigen. Arztbriefe bieten sich dabei als Modelltexte an. Mit der oben beschriebenen Methode sind die Übungen gut durchzuführen.

Hierbei sind folgende drei Grundsätze zu beachten:

1. Zur Vermeidung unproduktiver Schreibstrategien und zur Schulung der Schreibfähigkeit ist es zunächst erforderlich, den komplexen Prozess des Schreibens in einzelne Arbeitsschritte aufzuteilen. Daher ist hier die Arbeit in Kleingruppen zu empfehlen. Grund: Aufteilung der Verantwortung, sowie gemeinsames Vorgehen. (s. Anhang)
2. Von der Globalplanung zur Lokalplanung: von der Idee zum Text (nicht umgekehrt, damit nicht drauflos geschrieben wird)
3. Kommunikatives Schreiben (z.B. Notizen, E-Mails) verlangt einen sinnvollen Kontext, d.h. am besten die Einbindung in ein Szenario

Auf diesen drei Prinzipien beruhen fünf Teilprozesse:

1. Orientierung
 - An wen schreibe ich?
 - Was will ich erreichen?
 - Welches Szenario liegt zugrunde?
 - Was ist an Vordergrund- Hintergrundinformation nötig? Was ist für meine Handlungsabsicht wichtig oder unwichtig?
2. Planung des Textes
 - Welche Textsorte soll verfasst werden?
 - Festlegung des groben Rahmens für die Gliederung: Ordnung und Gewichtung der nötigen Informationen, Konzipierung der äußeren Form inkl. Einleitung und Schluss.
3. Entwurf
 - Der Text sollte in dieser Phase zügig und flüssig herunter geschrieben werden (deshalb sollte hier im Unterricht mit Zeitbegrenzung gearbeitet werden)
 - Beachtung der Anredeform sowie situationsangemessener Konvention.

4. Endformulierungen

- Feinformulierungen. Spaß am Formulieren kann hier aufkommen.
- Aufmerksamkeit auf die Gewichtung: Steht das Wichtigste im Mittelpunkt?
- Was ist überflüssig?
- Die Schreiber versuchen sich in die Situation des Adressaten zu versetzen: Kommt alles, wie gewünscht an?

5. Auswertung

- Wichtige Phase im Unterricht!
- Aushängen der Texte zur allgemeinen Begutachtung. Fehleranalyse

Die größte Herausforderung für die teilnehmenden Ärzte stellt das freie Verfassen der Briefe mit den vorgegebenen Informationen dar. Zu Beginn wird von den Teilnehmenden die Notwendigkeit dieser Übung in Zweifel gezogen. Dieses hat seine Ursache darin, dass die meisten Ärzte mit Musterbriefen arbeiten und sich aus diesem Grund keine besonderen Gedanken über das freie Verfassen der Briefe machen. Es bedarf Zeit, sie davon zu überzeugen, wie wichtig das freie Schreiben für sie ist. Angesichts der aktuellen Situation in den Kliniken, in der die Teilnehmenden ihre berufliche Qualifikationen und sprachliche Kompetenzen zu meistern haben, ergibt sich eine spannende Herausforderung für das Unterrichtspersonal:

authentische Lehrmittel finden, in der Auswahl der Themen gut strukturiert und abwechslungsreich sein, Bezug auf GER nehmen sowie vielfältige und sinnvolle Übungsanlässe bieten.

Dieser Leitgedanke wird ergriffen und folgendermaßen konzipiert: Die Teilnehmenden fertigen anhand unterschiedlicher Epikrisen und acht Leitfragen zur Erstellung von Epikrisen ihre eigenen Musterbriefe an, tauschen diese untereinander aus und füllen mit diesem Material schrittweise einen Ordner.

Da es zurzeit kein eigentliches Lehrwerk gibt, wird immer Wert darauf gelegt, dass die Teilnehmenden die Arbeitsblätter, Texte, Lernergebnisse etc. jeweils in einem Ordner ablegen, der stets mit neuen Materialien ergänzt wird.

Die Inhalte der gesammelten Materialien sollten möglichst oft wiederholt werden, um die schriftlichen Wendungen einzuüben. Dabei kann und soll mit unterschiedlichem Werkzeug experimentiert werden: mit Worträtseln, Mind maps, Fehlersuche u.Ä. Lernmaterial, das über verschiedene Kanäle wahrgenommen wird und auf unterschiedlichste Weise erprobt wird, ist leichter zu verstehen, motiviert mehr und „bleibt leichter hängen“.

So gelingt es, den „Hemmungen“ und „Ängsten“ beim Schreiben entgegenzuwirken und in der Kursstunde Perspektiven zu eröffnen, die vielleicht über den sprachlichen Erwerb von Fertigkeiten hinaus wirksam sind.

2.3 Fertigkeit Hören

Das Hören spielt für die Verständigung in vielen Arbeits- und Lebenssituationen eine übergeordnete Rolle. Das Gehörte zu verstehen und sich adäquat in der neuen Sprache artikulieren zu können, ist für Mediziner besonders wichtig, da die Fertigkeiten Hören und Sprechen sowohl Bestandteil der Kommunikation zwischen Kollegen, als auch wichtiger Teil der Arzt-Patienten-Kommunikation sind.

Darüber hinaus ist nachgewiesen, dass in der muttersprachlichen Alltagskommunikation das Hören/Hörverstehen mit 55% (Sprechen 23%, Lesen 13%, Schreiben 9%) dominant ist und daher grundlegend für die Fähigkeit der Teilnehmenden, an der Alltagskommunikation mit Muttersprachlern teilzunehmen.

Das Hören und das Lesen gehören zu den rezeptiven Fertigkeiten. Hier geht es in erster Linie um Prozesse des Verstehens. Aus diesem Grund ist es sinnvoll im Unterricht den Weg vom Detail- und Globalverstehen zu üben.

In der praktischen Umsetzung haben sich folgende Arbeitsschritte ergeben.

1. Hinführung

Vorentlastung des Textes: Klärung der Situation. Erklärung von Schlüsselbegriffen (z.B. in Quiz-Form)

2. Hören, Erfassen des Themas

Einfache globale Verständnis- und Wissensfragen stellen. Eventuell vorspielen einiger Textpassagen, auf Wunsch mehrfach

3. Detailverstehen

Absatzweise wird die Information (z.B. Dialog, Interview, Fachvortrag) vorgespielt und falls notwendig eine Hilfestellung gegeben

4. Problemstellung

Bearbeitung des dem Text zu Grunde liegenden Lernproblems. Erklärung der Zusammenhänge, Ausdrücke, Redewendungen sowie falls nötig grammatischen Strukturen o.ä.

Ein Beispiel der praktischen Umsetzung der oben beschriebenen Arbeitsschritte ist in der Feinplanung eines Unterrichtsteils ausführlich dargestellt (s. Anhang). Bei dieser Art von Aufgaben wird der Umgang (Verstehen und Wiedergeben) mit komplexen Sachverhalten und anspruchsvollen Fachtexten, Diskussionen und Vorträgen aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen trainiert. Die Teilnehmenden werden zur Führung einer Diskussion animiert.

Das Verstehen kann ganz unterschiedliche Ausprägungen haben und ist darüber hinaus eine sehr individuelle Angelegenheit. Beim Hören hingegen lässt sich die Geschwindigkeit der Sprachverarbeitung vollständig vom Tempo und der Menge der Information bestimmen. Je schneller z. B. eine Eingabe gesprochen wird und je mehr Informationen die Eingabe enthält, desto größer wird die Belastung für die Sprachverarbeitung.

Durch Nachfrage bei den Teilnehmenden hat sich herausgestellt, dass die Kommunikation durch folgende Faktoren beeinflusst ist:

Faktor	Bedeutung
Dialekt	Mit zunehmendem Verlust der Konzentrationsfähigkeit tritt der ursprünglich erlernte Dialekt in den Vordergrund; auch spezielle Dialektausdrücke werden vermehrt benutzt
Wortwahl	Die Sprache ist ortsabhängig: Inhalte von Gesprächen werden vom tatsächlichen Geschehen, der Gruppendynamik im Team sowie vom Kommunikationsstil einer bestimmten Gruppe geprägt (Klinikjargon). Wörter können eine Wirkung besitzen, die bei den Betroffenen eine Gegenreaktion auslösen können bzw. missverstanden werden
Sprachtempo	Das Sprachtempo ist entscheidend für das Verständnis, gibt auch einen Hinweis auf Aufmerksamkeit und Konzentration
Lautstärke	Die Lautstärke ist ebenfalls wichtig: Sehr lautes Sprechen kann beängstigend wirken, sehr leises Sprechen ist anstrengend und irritierend

Hieraus lässt sich schließen, dass die Fertigkeit Hören eines regelmäßigen Trainings bedarf und entsprechende Übungen in den Unterricht integriert sein müssen.

Wie schlägt man die Brücke zwischen klinischen Alltagssituationen und dem Unterricht? Es ist kaum möglich, längere, spannende Hörtexte zu aktuellen und für Mediziner relevanten Themen zu finden, die nicht nur nützlich sind, sondern auch neue Denkanstöße geben. Überdies sollte sich „Training Hörverstehen“ in erster Linie an Lerner_innen und Lerner_innen richten, die nicht nur ein sehr hohes Kompetenzniveau im Deutschen erreichen wollen, sondern mit Hilfe von Übungen ihr Selbstbewusstsein stärken, um im klinischen Alltag souverän agieren zu können. Daher sind Befragungen und gezielte Recherchen sehr bedeutsam und dadurch gewonnene Informationen und Erkenntnisse können zur Gestaltung der teilnehmergerechten Kursplanung beitragen.

Relevante Fragen sind hier z.B.

1. In welchen spezifischen Situationen, über welche Kompetenzen und Fertigkeiten müssen die Ärztinnen und Ärzte verfügen, um die vor ihnen stehenden Aufgaben bewältigen zu können?
2. Reichen die vorhandenen Sprachfertigkeiten der Teilnehmenden für die gestellte Aufgabe aus?
3. Welche Strategien entwickeln die Teilnehmenden, um die Aufgabe zu lösen?
4. Welche Fragen/Themen aus dem Berufsfeld und verschiedenen Medizinbereichen haben für die Teilnehmenden eine größere Gewichtung?
5. Was macht das Verstehen in der Fremdsprache am Arbeitsplatz so schwierig?

Bei der Auseinandersetzung mit authentischen Kommunikationssituationen an den verschiedenen Arbeitsplätzen einer Klinik, bekommen die Beteiligten ein Gespür für die tatsächlichen Anforderungen in der deutschen Arbeitswelt. Durch die Verknüpfung von realen beruflichen Situationen mit Spielszenen (Rollenspiele) im Unterricht, werden die Teilnehmer in die Lage versetzt, die realen Situationen im Berufsalltag zu bewältigen.

Praktische Umsetzung:

Durch Bearbeitung von spezifischen Aufgaben werden die Teilnehmenden sowohl zur Beobachtung von Arbeitsabläufen als auch zur Wahrnehmung des Arbeitsumfelds angehalten, z. B. zu Themen wie „Arbeitsanweisungen“ oder „Telefonate am Arbeitsplatz“.

Nachdem im Kurs schon vielfach mit verschiedenen Hörübungen gearbeitet wurde, stellt der/die Kursleiter_in den Teilnehmenden die folgende Aufgabe:

Se sollen an ihren Arbeitsplätzen gezielt auf Arbeitsanweisungen oder Telefongespräche achten und am Arbeitsplatz notieren, wann, in welcher Situation, in welcher Form, und mit Hilfe welcher Redemitteln sie in den verschiedenen Kontexten erfolgen.

In einer Nachbearbeitungsphase, entstehen unterschiedliche Varianten, die vorgestellt und besprochen werden. Auf diese Weise entsteht eine Sammlung von häufigen Arbeitssituationen und ihren Ablaufbeschreibungen. Dabei zeigt sich auch, wie systematisch an den Sprachstrukturen und am Wortschatz gearbeitet wird, immer in Verbindung mit realen Kommunikationsanlässen des Szenarios, unter Berücksichtigung der Vorkenntnisse und der Lernziele der Kursgruppe.

Beispiel aus der Praxis

Bei einem, vor der Operation, durchgeführten Aufklärungsgespräch haben sich ein Arzt und eine ältere Patientin derart missverstanden, dass die Patientin vom Arzt als demenzerkrankt eingestuft wurde. Kurz darauf rief der Arzt die Tochter der Patientin an, um sie darüber zu informieren. Die Folgen dieser gescheiterten Kommunikation sind für alle Beteiligten sehr negativ, insbesondere der behandelnde Arzt steht vor einem Dilemma.

Die Patienten erleiden in dieser Situation zwar keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen, allerdings fühlen sie sich nicht ernst genommen, das Vertrauen in die weitere Behandlung und Betreuung wird gestört und in manchen Situationen nicht mehr zurückzugewinnen sein.

Nicht selten leiden ausländische Ärzte und Ärztinnen im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer Tätigkeit unter Ängsten. Dabei sind verschiedene Formen der Angst zu unterscheiden, die auch durch das kommunikative „Hörverstehen“ beeinflusst sind□

- Angst vor dem Versagen in der Kommunikation am Arbeitsplatz
- Angst vor Behandlungsfehlern aufgrund gescheiterter Kommunikation
- Angst vor Klagen und juristischen Auseinandersetzungen

Der Gedanke, einem Patienten durch einen Fehler, ein Missverständnis, eine Verwechslung, eine falsche Reaktion oder fehlendes sprachliches Wissen zu schädigen, ist für viele beängstigend und belastend.

Ebenso belastend ist der Gedanke, trotz eines korrekten Verhaltens, einen Fehler verbal vorgeworfen zu bekommen und nicht angemessen darauf reagieren zu können.

Aus diesen Gründen wird im Unterricht mit gesammelten, authentischen Szenarios gearbeitet, die die Teilnehmenden im Kurs in Rollenspielen realisieren. Diese Art der Aufarbeitung und Auseinandersetzung bringt viele Informationen, wirkt angsthemmend, trainiert die Aufmerksamkeit, fördert aktives Zuhören und erhöht die Konzentrationsfähigkeit in einem Gesprächsverlauf. Die Teilnehmenden sollten die Inhalte ihres Gesprächspartners aufgreifen und wiedergeben, indem sie diese mit ihren eigenen Worten wiederholen.

Gespräche im Gesundheitswesen sind meist durch einen hohen Zeitdruck geprägt. Die Teilnehmer des Kurses berichten von typischen Gesprächsvorläufen:

Häufige Besonderheiten:

- Unterbrechen
- Gespräch „abwürgen“
- Standardformulierungen

Bestimmte Ausdrücke und Floskeln finden sich in der medizinisch-pflegerischen Sprache, die meist unbewusst verwendet werden. Aus diesem Grund ist die Arbeit an der Wortwahl unentbehrlich. Dazu gehört z. B. ein Wort wie „müssen“. „Müssen“-Sätze werden im Gesundheitswesen in vielen Situationen mit negativen Erwartungen verknüpft. Daher brauchen die Teilnehmenden Informationen, wann und in welchen Situationen bestimmte Wörter bzw. Floskeln verwendet werden.

Um diese Eindrücke zu gewinnen, wird eine Reihe von Gesprächssituationen als Video- und Audioaufnahmen präsentiert, mit dem Ziel, die Ärzte und Ärztinnen zur Analyse der Gesprächsabläufe zu animieren. Im beruflichen Alltag sollten die Teilnehmenden die von ihnen durchgeführten Gespräche ebenfalls gelegentlich analysieren.

Dabei sind folgende Fragen zu bedenken:

- Wie habe ich mich in der Gesprächssituation gefühlt?
- Wie hat sich mein Gesprächspartner vermutlich gefühlt?
- Wie war das Gespräch inhaltlich?
- Gab es ein Ergebnis?
- War das Ergebnis für alle Beteiligten akzeptabel?
- Wie wurde das Gespräch beendet?

Eine solche Vorgehensweise ermöglicht das Beobachten, Hinterfragen und Korrigieren des eigenen Kommunikationsverhaltens sowie das Trainieren des aktiven Hörens.

Telekommunikation

Telekommunikation ist eine unkomplizierte Möglichkeit der Informationsweiterleitung. Bei der Kommunikation am Telefon haben wir keinerlei externe Hilfsmittel (Kleidung, Mimik und Gestik), durch die wir Sympathien gewinnen können, sondern lediglich unsere Stimme. Die organisatorischen Werkzeuge, wie die Telefonanlage, der Terminplaner, Stift und Papier bieten die Ausgangsbasis für das Telefonat im Gesundheitswesen. Aber auf diese können wir nicht wirklich einwirken. Daher sollten wir uns mit den Faktoren beschäftigen, die wir beeinflussen können: die persönlichen Werkzeuge, wie z. B. unsere Sprache, die Sprechmelodie, unsere Ohren, unsere Sensibilität und das notwendige Fachwissen.

Telefonate im klinischen Alltag werden oft von den meisten Teilnehmenden als problematisch und belastend für die Kommunikation empfunden.

Hier einige genannte Schwierigkeiten bei der Telekommunikation:

- Missverständnisse treten häufiger auf
- Beeinflusst wird die Atmosphäre nicht nur durch das Gespräch selbst, sondern auch durch die Rahmenbedingungen
- Es dauert, bis das am Telefon Gesagte verstanden wird
- Adäquates Reagieren auf das Gesprochene fällt nicht so leicht
- Es ist schwer, regionalen Dialekt zu verstehen

“Das Wort stirbt, wenn wir es nicht miteinander teilen.“ Für ein gelungenes Gespräch sind die richtige Wortwahl und gleichermaßen das aktive Zuhören wichtig. Um diese Kompetenzen zu steigern es ist notwendig, den rezeptiven Sprachprozess „Hörverstehen“ durch gezielte Hörübungen anzuregen. Oft ist es besser, den Stoff in Kleinstgruppen zu erarbeiten und erst danach im Plenum präsentieren oder wiederholen zu lassen. Man kann auch zu den Hörübungen eine Frageliste der prägenden Elemente eines Telefongesprächs erstellen und von den Teilnehmenden erarbeiten lassen:

Prägende Elemente des Gesprächs:

- Ansprache
- Duzen oder Sezen
- Qualität der Beziehung: Sympathie oder Antipathie
- Inhalt
- Tonfall
- Lautstärke
- Dialekt
- Wortwahl
- Ausdrucksweise
- Gesprächsdauer

Projektorientierte Ansätze

Es ist von großer Bedeutung, die Hörtexte unterschiedlich zu präsentieren bzw. erarbeiten zu lassen: wie z. B. über Vorträge, kurze Referate mit Unterstützung von Bild- Filmmaterial, in Rollenspielen,

Im Projekt wurden folgende Möglichkeiten zur Förderung der Hör- und Sprechfertigkeiten unter anderem durch Wahrnehmen und die Erstellung mündlicher Texte erprobt:

1. Theaterstück
2. Radiosendung
3. Foto-Diashow oder Film mit Kommentar
4. Museumsbesuch mit Führung

2.4 Fertigkeit Lesen

Bei der Fertigkeit Lesen geht es hauptsächlich um das Leseverstehen verschiedener Texte, mit denen der Arzt im Berufsalltag in Kontakt kommt. Dies sind beispielsweise Arztbriefe, Beipackzettel, Berichte, Mitschriften von Fachvorträgen, fachbezogene Literatur, aber auch Patientenverfügungen. Der Arzt muss in der Lage sein, die wichtigen Informationen zu erkennen, von unwichtigen Textpassagen zu trennen und für seine Arbeit zu verwenden. Dem Textverständnis kommt somit eine zentrale Rolle zu. Sehr wichtig ist ein möglichst großer Fach- aber auch Allgemeinwortschatz. Dieser wird im Laufe des Kurses ständig trainiert und erweitert.

Der Mediziner muss die schriftliche Dokumentation einer Krankengeschichte bzw. des Krankheitsverlaufs genauso lesen und verstehen können, wie alle anderen Schriftstücke denen er im Berufsalltag begegnet. Der Krankenhausalltag verlangt vom Assistenzarzt den sicheren Umgang mit allen in der Klinik verwendeten Formularen, Berichten und Dokumenten.

Der Arbeitsalltag gibt ihm auch nicht die Zeit, bei Verständnisschwierigkeiten erst in einem Wörterbuch oder ähnlichem nachzuschlagen. Eine Verbesserung des Leseverstehens ist somit eine zentrale Anforderung an den Deutschunterricht.

Da das Lesen neben dem Hören zu den rezeptiven Fertigkeiten gehört, ist es nicht ganz so schwierig wie die produktiven Fertigkeiten Sprechen und Schreiben. Ungeachtet dessen erfordert auch diese Disziplin natürlich eine gute Kenntnis der jeweiligen Fremdsprache. Das Erlernen eines großen Wortschatzes erfordert viel Arbeit, Selbstdisziplin und einen beträchtlichen Einsatz an Zeit. Der Kursleiter muss die Motivation während des Kursverlaufs auf hohem Niveau halten. Dies geschieht durch die Auswahl geeigneter Lernmethoden, interessanter Texte und Dokumente, diese sollten auch im Berufsalltag der Teilnehmer vorkommen, somit authentisch sein.

Das Niveau der Teilnehmer ist in der Anfangsphase sehr heterogen. Alle haben bereits im Herkunftsland mindestens einen Sprachkurs besucht. Sie können meist gut vorlesen und beherrschen die Bildung der deutschen Laute. Das Leseverstehen variiert von Person zu Person ebenso stark wie in den anderen drei Fertigkeiten.

Fast alle Teilnehmer verfügen zu Beginn über einen guten allgemeinen Wortschatz und eine große Anzahl an deutschen Fachbegriffen. Wesentlich umfangreicher ist bei allen jedoch der Fachwortschatz in englischer oder auch lateinischer Sprache. Von elementarer Bedeutung während des Kurses ist der Austausch zwischen den Teilnehmern. Sehr häufig werden unbekannte Wörter in der Gruppe geklärt, da immer wieder einzelne Ärzte die Wortbedeutung kennen und weitergeben. Neben einem wichtigen Informationsaustausch, trägt dies auch erheblich zum guten Arbeitsklima in der Lerngruppe bei. Oft fragen die Ärzte im Arbeitsalltag auch die Kollegen und erweitern so ihren Wortschatz.

Es liegt in der Verantwortung des Kursleiters die Erweiterung des Fachwortschatzes durch geeignetes Material z.B. Wortlisten, Lese- und Fachtexte, Dokumente und Formulare zu fördern (siehe Anhang).

Der Unterricht muss den unterschiedlichen Anforderungen in den einzelnen Abteilungen gerecht werden. Der Allgemein- und Fachwortschatz in der Kinderklinik ist anders als in der Anästhesie. Durch Verwendung authentischer Arbeits- bzw. Trainingsmaterialien wird im Kurs auf die einzelnen Fachbereiche im Krankenhaus eingegangen.

Die Verständlichkeit steht hier weniger im Vordergrund als das Verstehen der verschiedenen Fachbegriffe, Texte und Textsorten. Auch ein Fachvortrag wird nicht abgelesen, sondern im Allgemeinen notizengestützt frei vorgetragen.

Im Unterricht wird durch Leseübungen und das Trainieren schwieriger Wörter die Aussprache ständig verbessert. In den einzelnen Interviews zu Beginn, in der Mitte und am Ende des Kurses werden die Verbesserungen deutlich und dokumentiert.

3 Literatur und Linktipps

Bergner, Thomas M.H. (2007):

Wie geht's uns denn?: Ärztliche Kommunikation optimieren. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Bucka-Lassen, Edlef (2005):

Das schwere Gespräch. Einschneidende Diagnosen menschlich vermitteln, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Domenig, Dagmar (Hg.) (2007): Transkulturelle Kompetenz:

Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, Hans Huber Verlag: Bern. Frischenschlager,

Drenkert, Petra; Pinzhoffer, Gerhard; Anna Gryunefeld, Anna (2013):

Training Hörverstehen UNI? SICHER! 2. Berlin: Booksbaum Verlag. Ein Lehrwerk für Deutsch als Fremdsprache

Eilert-Ebke, Gabriele (2013):

Arbeitsplatzbezogene Lernfortschrittsmessung auf der Grundlage der Szenario-Methode. Definition eines handlungs- und kommunikationsbezogenen Ansatzes zur Lernerfolgskontrolle am Arbeitsplatz.

Fritzsche, Kurt; Schweickhardt, Axel (2009):

Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Glazinski, Rolf (2014):

Arztbriefe optimal gestalten. Leitfaden zur Erstellung 43 qualifizierter ärztlicher Berichte in Klinik und Praxis. Norderstedt: Books of Demand.

Györffy, Maria (2007):

Deutsch für Mediziner: Sprachlehrwerk für Praktikum und Kommunikation in medizinischen Berufen. Schenk Verlag

Helmich, Peter; Richter, Kerstin (2003):

50 Rollenspiele als Kommunikationstraining für das Arzt-Patienten-Gespräch. Frankfurt am Main: VAS-Verlag für akademische Schriften.

Karenberg, Axel (2011):
Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Für Studium und Berufspraxis ; mit 190
Übungen und zahlreichen Tabellen. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Kowarowsky, Gert (2011):
Der schwierige Patient: Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag.
Stuttgart: Content plus Verlag.

Nuding, Helmut; Wagner, Margit (2012):
Prüfungsbuch für Medizinische Fachangestellte. 15. Aufl. Stuttgart: Holland +
Josenhans Verlag.

Oskar; Hladschik-Kermer, Birgit (Hg.) (2013):
Gesprächsführung in der Medizin. Lernen, lehren, prüfen, Wien: Facultas Verlag.

Otto, Cathrin (2012):
Mehr Dialog bei Krebs: Gelungene Kommunikation mit Krebspatienten -
Trainingsprogramm für onkologisch tätiges Personal. Audiobook. Stuttgart: Schattauer.

Schön, Almut (2014):
„weil wir machen Sprachen“. Zur beruflichen Kommunikation ausländischer Ärzte
in Deutschland. In: Kiefer, Karl-Hubert u.a. (Hrsg.): Berufsfeld Kommunikation:
Deutsch. Frankfurt a. M. u.a.: Peter Lang Verlag.

Schrimpf, Ulrike; Bahnemann, Markus (2012):
Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikationstraining für Klinik und Praxis,
Heidelberg: Springer, 2. Auflage.*

TELC(Hrsg.) (2014):
Rahmencurriculum Deutsch Medizin B2 C1. Frankfurt a. M.: telc GmbH.

Tewes, Renate (2010):
„Wie bitte?“. Kommunikation in Gesundheitsberufen, Heidelberg: Springer.

Internetseiten:

<http://www.aekno.de/page.asp?pageld=8678&noredir=True>

<http://www.aerzteblatt.de/studieren>

<http://www.aerzteblatt.de/>

<http://www.bildwoerterbuch.com/mensch/>

<http://www.imed-komm.eu>

<http://www.gesundheit.de/lexika/medizin-lexikon>

<http://www.medterms.com>

<http://flexikon.doccheck.com/de>

EKA Externe Krankenhaus Akademie: Train the Trainer - Programm „Medizinische Fachsprache für DaF/DaZ-Dozenten“

http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/ESFNews/2013/esfnews_2013-03.pdf?__blob=publicationFile

<http://www.mumis-unicomm.de/deutsch/?seite=muster&sprache=de&muster=11>

4 Nachhaltigkeit und Ausblick

Die Ermittlung des tatsächlichen Sprachbedarfs im Klinikalltag wirkte sich positiv nicht nur auf die Unterrichtsinhalte sondern auch auf die Unterrichtsplanung aus und ermöglichte einen teilnehmer- bedarfs- und handlungsorientierten Unterricht, von dem alle Beteiligten profitieren konnten. Sowohl die praxisnahe Implementierung des Unterrichts als auch das daraus resultierende positive Feedback der Kolleg_innen und Vorgesetzten motivierte die ausländischen Ärzte_innen das Kursangebot regelmäßig in Anspruch zu nehmen.

„Die Ärzte sind mutiger geworden, schreiben für die Mitarbeiterzeitung Artikel, scherzen auch schon mal auf Plattdeutsch mit ihren Patienten und Kollegen“, bestätigt Smone Dohmen. „Das zeigt mir, es kann gelingen, internationale Fachkräfte an uns zu binden.“

Die Mehrheit der Teilnehmer_innen wünscht sich eine Fortsetzung der Trainingsmaßnahme mit inhaltlicher Erweiterung, wie z. B. eine spezielle Vorbereitung auf die Gleichwertigkeitsprüfung.

In Bremerhaven und perspektivisch auch in Bremen soll es weitergehen. Geplant ist ein Projekt zur Verbesserung der mündlichen und schriftlichen Deutschsprachkompetenz für eine gelungene Kommunikation aller ausländischen Ärzte mit Kollegen und Patienten sowie eine gezielte Vorbereitung auf die C1-Fachsprachen- und die Gleichwertigkeitsprüfung (für Ärzte aus Nicht-EU-Staaten) durch die Vermittlung prüfungsrelevanten Fachwissens.

Aufgrund des Ärztemangels werden in der Bundesrepublik zunehmend ausländische Ärztinnen und Ärzte mit Abschlüssen aus dem Nicht-EU Ausland angestellt. Oftmals erhalten sie je nach Bundesland eine zeitlich begrenzte Berufserlaubnis, die für maximal zwei Jahre ausgestellt wird. Um ihre ärztliche Tätigkeit weiter ausüben zu dürfen und die deutsche Approbation erlangen zu können, wird die erfolgreiche Teilnahme an einer Gleichwertigkeitsprüfung, die maximal zwei Mal wiederholt werden darf, vorausgesetzt. Anhand der Prüfung muss nachgewiesen werden, dass der/die zugewanderte Arzt/Ärztin über das gleiche medizinische Fachwissen verfügt, das von den einheimischen Medizinabsolventen verlangt wird.

Mit Inkrafttreten einer neuen Rechtsverordnung ab 1. Januar 2014 liegt der Schwerpunkt der Prüfung auf den Fächern Innere Medizin und Chirurgie. Die Fragestellungen umfassen ergänzend folgende Aspekte: Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie /Pharmakotherapie, Bildgebende Verfahren, Strahlenschutz, Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung. Des Weiteren muss künftig für die Erlangung der deutschen Approbation nachgewiesen werden, dass die ausländischen Ärztinnen und Ärzte über Fremdsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext auf dem Niveau C1 verfügen. Aus diesen Gründen ist eine gezielte fachsprachliche und theoretische Vorbereitung auf die Gleichwertigkeitsprüfung erforderlich.

Die geplante Maßnahme soll den ausländischen medizinischen Fachkräften helfen, ihre allgemeinen und Fachsprachkenntnisse sowie das prüfungsrelevante Fachwissen direkt am Arbeitsplatz zu verbessern/erwerben, gleichzeitig die Chancen auf das Bestehen der Gleichwertigkeitsprüfung zu erhöhen und somit auch eine langfristige Berufsperspektive in Deutschland aufzubauen



Foto: © Netzwerk IQ / Anita Schiffer-Fuchs, TD-WIN; RAABE Media – Fotolia; Marem – Fotolia.com

5 Literaturverzeichnis

Beckmann-Schulz, Iris (2009):

Hochwertigen Unterricht sichern. Qualitätskriterien für den Berufsbezogenen Deutschunterricht. In: clavis. Schlüssel für die Integration der Migranten in den Arbeitsmarkt: Strategien für Wirtschaft, Verwaltung und Politik, 1/2009, S 6-7.

Beckmann-Schulz, Iris; Kleiner, Bettina (2011):

Qualitätskriterien interaktiv. Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg:

Koordinierungsstelle Berufsbezogenes Deutsch. Online: http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/passage_Broschuere_web_2011.pdf [30.07.2014]

Blum, Karl; Löffert, Sabine (2010):

Ärztmangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen–.

Forschungsgutachten im Auftrage der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Dudley-Evans, Tony; St John, Maggie Joe (1998): Developments for English for specific purposes. A multi-disciplinary approach. Cambridge: Cambridge University Press.

EKA Externe Krankenhaus Akademie:

Train the Trainer - Programm „Medizinische Fachsprache für DaF/DaZ-Dozenten“

<http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/ESF->

News/2013/esfnews_2013-03.pdf?__blob=publicationFile

Glazinski, Rolf (2014):

Arztbriefe optimal gestalten. Leitfaden zur Erstellung 43 qualifizierter ärztlicher Berichte in Klinik und Praxis. Norderstedt: Books of Demand.

Grünhage-Monetti, Matilde (2010):

Sprachlicher Bedarf von Personen mit Deutsch als Zweitsprache in Betrieben– Expertise im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg 2010

Haider, Barbara (2008):

Wer braucht welche Deutschkenntnisse wofür? Überlegung zu einer kritischen Sprachbedarfserhebung. In: ÖDaF-Mitteilungen, H. 1, 7-21.

Radspieler, Andrea (2014): Ermittlung relevanter berufssprachlicher Kompetenzen aus der Subjektperspektive über Critical Incidents. In: bwp@ Berufs- und Wirtschaftspädagogik Online, Ausgabe 26, 1-18. Online: http://www.bwpat.de/ausgabe26/radspieler_bwpat26.pdf [20.06 .2014]

Schrimpf, Ulrike; Bahnemann, Markus (2012):
Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Kommunikationstraining für Klinik und Praxis,
Heidelberg: Springer, 2. Auflage.*

Szablewski-Çavus, Petra (2013):
Die Kommunikations-Analyse: Ermitteln von Sprach-bedarf und Sprachbedürfnis.
Online:http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/Kommunikationsanalyse_szablewski.pdf
[01.08.2014]
TELC (Hrsg.) (2014): Rahmencurriculum Deutsch Medizin B2 C1. Frankfurt a. M.: telc GmbH.

Weissenberg, Jens (2010):
Sprachlich-kommunikative Handlungsfelder am Arbeitsplatz. Konzeptioneller Ansatz zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation berufsbezogener Zweitsprachförderangebote. In: Deutsch als Zweitsprache 2/2010, S. 13-24

Weissenberg, Jens (2012):
Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache – Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg: Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im IQ-Netzwerk.
Online:http://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/redaktion/Publikationen/02_Berufsbezogene_Sprachfoerderung/Broschuere_Sprachbedarfsermittlung_2012.pdf [15.04.2014]

6 Anhang

6.1 Unterrichtsentwurf: Fertigkeit Sprechen

Thema: Die allgemeine Anamnese (Redemittel und Wortschatz)

Zielgruppe:

Die Teilnehmer sind Assistenzärzte aus verschiedenen Ländern und arbeiten in unterschiedlichen Fachbereichen.

Das Alter der Teilnehmer variiert zwischen 27 und 35 Jahren. Von den Teilnehmern sind 2 weiblich und 6 männlich.

Das Sprachniveau liegt zwischen hohem B1 und B2-C1. Alle Teilnehmer haben bereits im Herkunftsland Deutsch gelernt und auch allgemeinsprachliche Zertifikate erworben, der überwiegende Teil besitzt ein B2 Zertifikat des Goethe-Instituts. Zu Beginn des Kurses wurde das Sprachniveau durch einen eigenen Einstufungstest überprüft, die Ergebnisse dieses Tests stimmten mit den Angaben der Teilnehmer (Selbsteinschätzungen) und den von ihnen bereits erworbenen Zertifikaten überein. Das Lerntempo ist heterogen, eine Binnendifferenzierung ist bei einigen Lernschritten geboten. Die gesamte Lerngruppe ist lerngewohnt und hochmotiviert. Alle haben das Ziel in Deutschland als Facharzt zu arbeiten.

Lernziele:

Die Teilnehmer können ein Anamnesegespräch führen.

Die Teilnehmer können die Anamnese in Teilabschnitte gliedern.

Die Teilnehmer können sich dem Patienten vorstellen und einige Informationen über sich mitteilen. Sie können mit dem ersten Kontakt Vertrauen aufbauen und auf eventuelle Kommunikationsprobleme hinweisen.

Die Teilnehmer können in einem Dialog wichtige Informationen erfragen.

Die Teilnehmer können selbstständig die wichtigsten Informationen aus einem Anamnesegespräch wiedergeben und aufschreiben.

Lerninhalte:

Redemittel und Wortschatz zur Anamnese, gegliedert in: Vorstellung, aktuelle Anamnese, Vorerkrankungen, Medikamente und Allergien, vegetative Anamnese, Familienanamnese, Sozialanamnese, Verabschiedung.

Unterrichtsmaterial:

Lehrbuch: Schrimpf, Bahnemann „Deutsch für Ärztinnen und Ärzte“ Springer Verlag

Thema: Allgemeine Anamnese; Ein Anamnesegespräch führen, S. 50 - 57 im Kursbuch

Übungen: S. 50 Übung 5.1; Seite 54 Übung 5.2;

Hörtexte: Tracks 5.1 und 5.2 der dem Kursbuch beiliegenden CD

Sonstiges

Material: CD- Player, Karteikarten, Filzstifte (breit), Klebefilm, Nadeln, Wandtafel oder Flipchart bzw. Stellwände

Lernziele	Lerninhalte	Unterrichtsphasen	Lehreraktivitäten/ Lerneraktivitäten	Sozialformen	Materialien/ Medien	Methodische Hinweise	Zeit
Die TN können ein Anamnesegespräch in einzelne Abschnitte gliedern.	Gliederung eines Anamnesegesprächs in seine Abschnitte und deren Nennung. Erweiterung des Wortschatzes.	Einstieg, Einführung	Der KL fragt □, Wie verläuft in der Regel ein Anamnesegespräch? Bitte schreiben Sie die einzelnen Abschnitte eines Anamnesegesprächs auf Karteikarten. Die TN schreiben die Abschnitte eines Anamnesegesprächs auf Karteikarten.	LV PA (2TN)	Kursbuch Seite 50 ÜB 5.1 Karteikarten, Sifte	Der KL geht während der PA zu den TN und gibt Hilfestellungen z.B. gibt er Hinweise auf noch fehlende Bereiche: „Denken Sie auch an genetische Ursachen der Erkrankung?“ (Familienanamnese)	10 Min.
Die TN können ein allgemeines Anamnesegespräch strukturieren.	Entwurf eines Anamnesegesprächs.	Einführung – Sammeln, strukturieren und diskutieren der Arbeitsergebnisse aus der Partnerarbeit	Die TN erstellen mit den Karteikarten ein Tafelbild und diskutieren ihren Entwurf im Plenum. Die Lerngruppe ergänzt eventuell fehlende Abschnitte der Struktur.	TN - Vortrag Plenum	Tafel, Klebefilm, Nadeln. (klären der Struktur eines Anamnesegesprächs durch das Anordnen der einzelnen Abschnitte, von der Vorstellung bis zur	Bei der Diskussion über das Arbeitsergebnis sollten möglichst beide Teammitglieder Erklärungen abgeben.	15 Min.

					<p>Die TN können zum jeweiligen Abschnitt eines Anamnesegesprächs passende Redemittel verwenden.</p>	<p>Aneignen und Einüben wichtiger Redemittel durch das Vorlesen vorgegebener Fragen in Transfer Sprache.</p>	<p>Lesen, Korrektur der Aussprache, Wortschatzarbeit</p>	<p>KL, Bitte lesen Sie die Redemittel zur Anamnese auf den Seiten 50 bis 54 im KB. Die TN lesen abwechselnd die Fragen und Redemittel laut. Unbekannte Wörter und Satzstrukturen werden geklärt.</p>	<p>EA Plenum hört KL korrigiert und erklärt</p>	<p>Kursbuch Seite 50 - 54</p>	<p>Der KL weist die TN vor Beginn des Vorlesens auf die Möglichkeit des Unterbrechens bei Nichtverstehen (Wortschatz) hin. Eventuell Korrektur der Aussprache durch KL notwendig.</p>	<p>20 Min.</p>		
<p>Die TN können den eigenen Entwurf eines Anamnesegesprächs mit einer vorgegebenen Struktur vergleichen und, wenn nötig, ergänzen.</p>	<p>Vergleichen eines selbst entworfenen Anamnesegesprächs mit einer standardisierten Vorlage. Ergänzen fehlender Strukturen, Redemittel und Ausdrücke (Wortschatz).</p>	<p>Vergleich der Arbeitsergebnisse, Transfer</p>	<p>Der KL bittet die TN ihre eigenen Entwürfe eines Anamnesegesprächs mit den Fragen und Redemitteln von Seite 50 bis 54 im Kursbuch zu vergleichen. Die TN sollen eventuell Redemittel und einzelne Abschnitte ergänzen.</p>	<p>PA (2 TN)</p>	<p>Kursbuch Seite 50 - 54</p>	<p>Egener Entwurf eines Anamnesegesprächs aus Phase II</p>	<p>KL geht zu den TN bittet Hilfe an, erklärt Begriffe und Ausdrücke und korrigiert falls nötig.</p>	<p>15 Min.</p>						
<p>Die TN können wichtige Beispielformulierungen eines</p>	<p>Beispielhaften Fragen und Redemittel eines Anamnesegesprächs</p>	<p>Hören von Redemitteln und Beispiel-</p>	<p>Die TN hören die Fragen zur Anamnese auf den Seiten 50 - 54 im</p>	<p>Plenum</p>	<p>Kursbuch Seite 50 - 54 CD 5.1 8:22</p>	<p>KL unterbricht die CD von Zeit zu Zeit und fordert die TN</p>	<p>15</p>							

Anamnesegesprächs verstehen und selbst verwenden.	anhören.	formulieren. Aussprache üben, Transfer	Kursbuch, lesen mit und sprechen schwierige Formulierungen nach.		Minuten	auf, einige Formulierungen nachzusprechen.	Min.
Die TN können wichtige Informationen aus einem Anamnesegespräch herausfiltern und in Tabellenform notieren.	Ablauf eines beispielhaften Anamnesegesprächs anhören.	Hören eines beispielhaften Anamnesegesprächs, notieren wichtiger Informationen in einer vorgegebenen Tabelle.	Die TN hören ein Anamnesegespräch und notieren sich die wichtigsten Informationen.	EA	Kursbuch Seite 54 - 57 OD 5.2 5:16 Minuten Anamnese-gespräch mit Eva Schneider Tab.5.1 im Kursbuch Seite 57	KL fragt die TN nach dem ersten Anhören, ob sie das Gespräch noch einmal hören möchten. TN füllen die Tabelle 5.1 möglichst vollständig aus.	15 Min.

Abkürzungen: TN Teilnehmer, KL Kursleiter, EA Einzelarbeit, PA Partnerarbeit, LV Lehrervortrag, KB Kursbuch

6.2 Unterrichtsentwurf: Fertigkeit Schreiben

Lernziele	Lerninhalte	Unterrichtsphasen	Aktivitäten/ Sozialformen/ Methodische Hinweise	Materialien Medien	Zeit
<p>Einstieg in das Thema „Der ärztliche Bericht“ als Mittel der Kommunikation im Krankenhaus</p> <p>Die KT kommen zur Erkenntnis – ein Arztbrief ist eine unentbehrliche Form der schriftlichen Kommunikation. Sie gehen auf die Bedeutung der Arztbriefe ein.</p>	<p>Mit Hilfe von Assoziogramm bzw. Wortigel und den einleitenden Wörtern „Kommunikation im Krankenhaus“ diskutieren die KT ihre Überlegungen zu den Fragen: - Mit wem? - Wie? - Worüber? - In welcher Sprache? (Umgangssprache, Wissenschaftssprache usw.) kommunizieren Sie im ärztlichen Alltag?</p>	<p>Einleitung zum Thema, „Aufwärmen“, Klärung der Fragen. Aktivierung von Vorwissen.</p>	<p>KL führt zum Thema mit den Stichwörtern „Kommunikation“ im Krankenhaus und die KT werden aufgefordert, die ihnen dazu eingefallenen Arten von Kommunikation zu sammeln, zu nennen und zu präsentieren.</p> <p>KT tauschen sich in den Gruppen aus und vergleichen ihre Erfahrungen im Plenum.</p> <p>Das Wissen einzelner KT, die oft in ihrem Arbeitstag mit schriftlicher Kommunikation zu tun haben, kann in den Kurs eingebracht werden, sodass alle voneinander lernen.</p>	<p>Flinwand/ Tafel und die von KT beschrifteten Karten</p>	<p>ca. 20 Min.</p>
<p>Überdies bekommen KT einen Überblick über mögliche Empfänger des Arztbriefes.</p>	<p>Die KT werden darauf hingewiesen, dass ein Arztbrief der „verpflichtender Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung ist“ und rechtliche Anforderungen an den Verfasser des Briefes hat.</p>	<p>Transfer</p>	<p>KL berichtet über mögliche sekundäre Empfänger des Arztbriefes: 1. Rentenversicherungsträger 2. Lebensversicherung 3. Krankenversicherung 4. Patienten 5. Unfallversicherung etc.</p>	<p>R. Glazinski „Arztbriefe Optimal gestalten“ S.32-33</p>	<p>ca. 15Min.</p>
<p>Die Arztbrieftypen: Ihre</p>	<p>KT lernen verschiedene</p>	<p>Hinführung zum Thema „Der</p>	<p>KT erhalten die Kopien von Briefen</p>	<p>LV, Arztbriefe</p>	

Lernziele	Lerninhalte	Unterrichtsphasen	Aktivitäten/ Sozialformen/ Methodische Hinweise	Materialien Medien	Zeit
<p>Gestaltung und Funktionen an den Schnittstellen der Versorgungskette</p> <p>Die KT ersehen verschiedene Bereiche, in die der Brief gegliedert ist und erklären ihre Bedeutung.</p>	<p>Arzbtieftypen kennen: Entlassungsbrieft, Verlegungsbrieft. Sie erkennen allgemein ihre Gestaltung und Gliederung in die wesentliche Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnose; - Anamnese (Vegetative, Soziale u.a.); - Untersuchungsbefund; - Therapieempfehlungen; - Epikrise; - aktuelle Medikation; 	<p>Arzbtieft" □ Arzbtieftypen und ihre Gestaltung</p>	<p>aus den verschiedenen medizinischen Bereichen, lesen sie und erkennen die ihnen unbekannt schriftlichen Strukturen zu den folgenden Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wo steht welche Adresse? - Wo platzieren Sie das Datum? Wie notiert man es? - Form der Anrede - Wie verabschieden Sie sich in einem Arzbtieft? 	<p>optimal gestalten" R.Glazinski/ S.49-50</p> <p>Authentisches Material: Anonymisierte Arzbtieft aus den unterschiedlichen medizinischen Bereichen.</p>	<p>ca.30Min.</p>
<p>Die Struktur des Entlassungsbriefes aus intensivmedizinischer Behandlung</p>	<p>Im Hinblick auf die Situation, dass die meisten Teilnehmer der Gruppe Anästhesie-Assistenzärzte sind, wird die Struktur des Entlassungsbriefes aus intensivmedizinischer Behandlung in Betracht genommen.</p> <p>Die KT lernen die Besonderheiten der Gliederung und Inhalte des E-Briefes aus Intensivmed. Behandlung kennen und berücksichtigen folgende Aspekte:</p>	<p>Transfer – Übung</p>	<p>Lehrvortrag</p> <p>TN arbeiten mit den Tabellen aus dem Buch, nehmen die neuen Strukturen wahr, vergleichen sie mit dem exemplarisch dargestellten Brief, sie sammeln die Abkürzungen und recherchieren ihre Bedeutung.</p>	<p>„Arzbtieft optimal gestalten" R.Glazinski/ S.77-88)</p> <p>E-Brief aus dem o.g. Buch/ S.89-94</p>	<p>ca.6Min.</p>
			<p>Zusätzlich bearbeiten die KT eine</p>	<p>Die vom Lehrer</p>	

Lernziele	Lerninhalte	Unterrichtssphasen	Aktivitäten/ Sozialformen/ Methodische Hinweise	Materialien Medien	Zeit
<p>Die Anwendung der richtigen grammatikalischen Zeit in den Arztberichten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnese und klinischer Befund - mechanische Zugänge zum Patienten - Beatmung - Ernährung - Mikrobiologische Befunde - Prognostische Einschätzung der Wille des Patienten - Hinweise bei der Verlegung in eine Reha-Klinik <p>Die KT nehmen die grammatischen Strukturen wahr und können sie bei der Verfassung eigener Texte anwenden.</p> <p>Es handelt sich um folgende Verb- bzw. Zeitformen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konjunktiv I (Gegenwart und Vergangenheit) - Passiv mit Modalverben (Präsens, Perfekt, Präteritum) 	<p>Übung, Bewusstmachung und Festigung</p>	<p>Liste mit Lateinischen Begriffen die aus den verschiedenen Arztberichten genommen wurden und ins Deutsche übersetzt sein sollten.</p> <p>Die Aufmerksamkeit der KT wird auf die in einem Brief enthaltene Verbformen und die verwendete Zeit gelenkt.</p> <p>Der KL erklärt wann, warum und welche Zeit verwendet wird.</p> <p>An dieser Stelle geht die KL auf das Passiv mit Modalverben ein, indem sie die Kopievorlage vert eilt und fordert die KT zur Bildung der Passivsätze mit Modalverben in verschiedenen Zeitformen auf.</p> <p>Abschlusskontrolle im Plenum.</p>	<p>zusammengestellte Aufgabe. (Sehe Blatt 1)</p> <p>Tafelbild, Exemplarischer Brief,</p> <p>AB mit den themabezogenen Aufgaben (Seh Blatt 2)</p>	<p>ca.20Min.</p>

6.3 Unterrichtsentwurf: Gemeinsame Veranstaltung

Zielgruppe: Deutschkurs für Ärzte auf dem Niveau B2/B2+ mit relativ homogenen Lernvoraussetzungen nach ca. 60 Std Deutsch im Rahmen unseres Ärztekurses.

Die Lerngruppe besteht aus 16 TN (14 männlich, 2 weiblich), die aus verschiedenen Herkunftsländern kommen (Rumänien 1w 30J., 3m 30 J., 29 J., 30 J.) Ukraine 2m 28 J., 38J., Panama 1m 30J., Iran 1w 28 J., Ägypten 1m 29J., Syrien 2m 40 J., 32 J., Jordanien 3m 29J, 28J, 30J), Palästina 1m 30 J., Kosovo 1m 29 J Der jüngste Lernende ist 28 Jahre alt, der älteste 40 Jahre alt.

Se arbeiten in verschiedenen Fachbereichen wie Innere Medizin, Orthopädie und Anästhesie an den DRK-Kliniken in Bremerhaven und Debestedt. Weiterhin unterscheiden sich die TN sowohl hinsichtlich ihrer derzeitigen Aufenthaltsdauer in Deutschland (zwischen 2 Monaten und 2 Jahren) als auch der Dauer und der Art des Deutschunterrichts, den sie bereits besucht hatten.

Generell herrscht ein freundliches soziales Klima im Unterricht, da die Teilnehmer sich gut miteinander verstehen und Interesse an der Kultur des anderen zeigen. Vier TN haben in der EU Medizin studiert und besitzen daher eine Approbation bzw. eine unbefristete Berufserlaubnis. Die restlichen TN haben ihr Medizinstudium außerhalb der EU abgeschlossen und sollen daher eine Gleichwertigkeits- sowie eine Sprachprüfung ablegen, um eine unbefristete Berufserlaubnis bzw. Approbation zu erlangen.

Das Kursniveau befindet sich auf der Kompetenzstufe B2 (Anfang C1). Jedoch zeigen einige TN deutliche Schwächen im schriftlichen Bereich. Andere dagegen besitzen gute strukturelle Kenntnisse, weisen aber Defizite bei der Fertigkeit Sprechen auf.

<p>TN können ihre Meinung zum Thema „was gehört zum Gesundwerden“ äußern“.</p>	<p>Wortschatz zum Thema „Gesund Werden“ Redemittel „eigene Meinung äußern“</p>	<p>Erarbeitung I</p>	<p>KL kontrolliert die Antworten und bewertet sie für sich. Zu diesem Zeitpunkt erfahren die TN ihre Ergebnisse noch nicht. KL weist darauf hin, dass ein Dokumentarfilm anschließend vorgeführt wird, währenddessen die TN ihre Antworten kontrollieren sollen.</p>	<p>n Plenum</p>	<p>Gong</p>	<p>Beteiligung aller Teilnehmer. Um die Interesse der TN während des Dokumentarfilms aufrecht zu erhalten, bietet der KL an dieser Stelle keine Antworten zu den Fragen. Die TN erfahren die richtigen Antworten im Laufe des Films.</p>	<p>10 Min.</p>
			<p>KL verteilt die Redemittel. KL teilt die Klasse in zwei 8-er Gruppen ein. TN stellen sich in zwei Reihen einander gegenüber. KL stellt die erste Frage: „Was brauchen die Patienten, um gesund zu werden?“ TN tauschen die Meinungen mit dem gegenüberstehenden Partner aus. Nach dem Gong rücken die TN um einen TN weiter. KL stellt die zweite Frage/ Aufgabe: „Beschreiben sie den emotionalen Zustand der Patienten, wenn sie ins Klinikum eingeliefert werden.“</p>	<p>PA</p>		<p>Kugelinterview Diese Methode ermöglicht maximale sprachliche Beteiligung und Austausch von Meinungen Bei Bedarf kann die gleiche Frage mehrmals wiederholt werden, damit sich die TN mit weiteren Gesprächspartnern austauschen können.</p>	

<p>TN können einen Wortigel erstellen, indem sie Informationen aus dem Video entnehmen.</p> <p>TN erweitern ihre kommunikative Kompetenzen im Bereich des Hörverstehens</p>	<p>Wortschatz zum Thema „Gesund werden“</p>	<p>Erarbeitung II</p>	<p>TN tauschen die Meinungen mit dem gegenüberstehendem „Lärtner aus“. Nach dem Gong rücken die TN um einen TN weiter.</p> <p>KL stellt die dritte Frage: „Wie geht das Klinikpersonal damit um?“ TN tauschen die Meinungen mit dem gegenüberstehendem „Lärtner aus“.</p> <p>Während der gesamten Aufgabe bleibt der Kursleiter in der Beobachterrolle.</p> <p>KL lässt die TN vier Vierergruppen nach dem Zufallsprinzip bilden. KL verteilt 4 Blätter pro Gruppe, wobei alle Mitglieder einer Gruppe die gleiche Farbe erhalten, d. h. jede Gruppe bearbeitet ein anderes Thema: Orientierung, Licht, Farbe und Privatsphäre.</p> <p>KL weist jeder Gruppe ein Thema zu, zu der die Mitglieder während des Sehens Stichpunkte sammeln sollen.</p> <p>TN sehen die erste Videosequenz und ergänzen den Wortigel.</p> <p>Anschließend vergleichen die TN den eigenen Wortigel mit dem Rest der Gruppe und vervollständigen ihn.</p>	<p>GA</p>	<p>16 Farbige Arbeitsblätter (4x Farbe) mit Wortigel Videosequenz 1 Laptop Beamer</p>	<p>Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt nach der Methode „Gruppenpuzzle“. Dies garantiert, dass alle TN gleich aufmerksam und gleich beteiligt sind. Alle sollen ihre Ängste und Hemmungen überwinden und sprechen.</p>	<p>15Min</p>
---	---	-----------------------	---	-----------	---	--	--------------

<p>TN können eigene Hypothesen zur möglichen chronologischen Reihenfolge der Ereignisse bilden und ihre kommunikative Kompetenz im Bereich des Hörverstehens erweitern, indem sie mithilfe des Videos eigene Vermutungen überprüfen</p>	<p>Wortschatz zum Thema „Geschichte der Krankenhäuser“.</p>	<p>Erarbeitung III</p>	<p>Die Gruppen werden erneut gemischt, sodass jedes Mitglied in der neu zusammengesetzten Gruppe eine andere Farbe des Arbeitsblattes hat. Anschließend präsentiert jedes Mitglied die Ergebnisse der Stammgruppe.</p>	<p>EA</p>	<p>Textpuzzle Videosequenz 2 Laptop Beamer OHP-Folie mit dem gleichen Textpuzzle OHP</p>	<p>Bei Bedarf wird unbekannter Wortschatz erläutert.</p>	<p>10 Min.</p>
<p>TN können ihre kommunikative Kompetenz im Bereich des Sprechens erweitern, indem sie den anderen TN von den eigenen Erfahrungen berichten.</p>		<p>Erarbeitung IV</p>	<p>KL verteilt jeweils einen Textpuzzle pro TN. TN schauen sich die einzelnen Teile des Textpuzzels kurz an. TN ordnen die Ereignisse, die auf den einzelnen Teilen des Textpuzzels zu finden sind, in chronologischer Reihenfolge. TN schauen sich die zweite Videosequenz an und kontrollieren ihre Antworten. KL bittet einen TN darum, die Ergebnisse anhand einer OHP-Folie vor der Gruppe zu präsentieren.</p>	<p>EA Plenum</p>		<p>2 Min. 2 Min.</p>	
<p>TN können ihre kommunikative Kompetenz im Bereich des Hörverstehens erweitern, indem sie die Ergebnisse der eigenen Erfahrungen berichten.</p>	<p>Redemittel zum Thema</p>	<p>Erarbeitung V</p>	<p>KL erklärt die Begriffe „Fallpauschalen“ und „Liegetage“ KL stellt die Frage an die TN „wie viel Zeit nimmt die Dokumentationsarbeit in Anspruch und warum“, „berichten sie von den eigenen Erfahrungen“ Besprechung im Plenum</p>	<p>Plenum Plenum</p>	<p>Videosequenzen 3, 4</p>	<p>Vorbereitende Aufgabe auf die</p>	<p>15 Min.</p>

<p>Kompetenz im Bereich des Hörens erweitern, indem sie Detailinformationen aus den Filmsequenzen entnehmen.</p>	<p>„Abrechnungssystem an deutschen Kliniken“.</p>		<p>Gruppe B (sechs TN) und Gruppe C (sechs TN). KL erklärt den Arbeitsauftrag. TN schauen sich die Filmsequenzen 3, 4 und 5 an und notieren sich stichpunktartig Vor- und Nachteile der Abrechnung nach Fallpauschalen im Vergleich zur Vergütung nach Liegetagen. Gruppe A notiert sich sowohl die Vorteile als auch die Nachteile. Gruppe B befasst sich mit den Vorteilen, während sich Gruppe C mit den Nachteilen beschäftigt. Dabei sollen die TN folgende Aspekte berücksichtigen: a. Auswirkung der Systeme auf Patienten b. Auswirkung der Systeme auf Mitarbeiter c. Unnötige Operationen</p>	<p>und 5 Laptop Beamer</p>	<p>nächste Aufgabe. Lernstärkere TN sollen anschließen die Jury spielen und müssen daher Vor- und Nachteile aufschreiben.</p>	
<p>TN können ihre eigene Meinung verständlich und begründet formulieren. TN können überzeugend argumentieren und Gegenargumente einbringen.</p>	<p>Redemittel zur Formulierung von Argumenten</p>	<p>Ergebnissicherung</p>	<p>Debatte: KL erklärt die Aufgabe und erklärt jeder Gruppe ihre Rolle in der Diskussion. Gruppe B ist für die Einführung des neuen Systems, während Gruppe C dagegen ist. Gruppe A ist die Jury. Gruppe B und C formulieren ihre Argumente mithilfe der bereits verteilten Redemittel. Die Jury notiert Kriterien, anhand derer man eine Diskussion beurteilen kann: Inhalte der Argumente (überzeugend/ nicht überzeugend), Klarheit/ Verständlichkeit, Aussprache (deutlich/ undeutlich), Gefühle (engagiert/ distanziert)...</p>	<p>GA</p>		<p>5 Min.</p>

<p>Die TN sollen einen Rückblick über zuvor Gelerntes bekommen und somit das erworbene Wissen reflektieren.</p>		<p>Transfer/Reflexion der Erkenntnisgewinnung</p>	<p>KL demonstriert dies anhand eines Beispiels. TN diskutieren (maximal 10 Min.) Gruppe A beginnt. Die Jury macht Notizen und sagt danach ihre Meinung zur Diskussion. TN diskutieren über die Diskussion: Was war gut, was hätte man besser machen können? KL gibt die Anweisungen für die Durchführung der nächsten Phase. KL legt das Sail auf den Boden um die Linie zu visualisieren. Auf der rechten Seite des Seils befindet sich das grüne Kärtchen und signalisiert damit die positive Antwort. Auf der linken Seite liegt gegeben falls das rote Kärtchen und signalisiert negative Antworten. KL tätigt eine Aussage, z. B. Wenn ich in Klinikum bin, ist es mir wichtig, dass ich es dort gemütlich habe. TN nehmen Stellung dazu, indem sie eine entsprechende Position auf dem Sail annehmen. KL bittet einige TN ihre Stellung zu begründen.</p>	<p>Plenum</p>	<p>Sail je ein grünes Kärtchen und ein rotes Kärtchen</p>	<p>15</p>	<p>KL soll darauf achten, dass jeder TN mindestens einmal zu Wort kommt.</p>	<p>Plus-Minus. Role-Methode</p>	<p>5 Min.</p>
<p><input type="checkbox"/> Abschließend wird ein Exemplar von Perfekt Deutsch an die Gruppen mit den meisten richtigen Antworten verliehen.</p>									

PowerPoint-Präsentation:

**Krankenhaus mit
Nebenwirkungen
von Quarks und Co.**

**Patienten, die in Räumen mit
Sonnenlicht liegen:**

- a) haben weniger Schmerzen und bekommen 20% weniger Schmerzmittel
- b) bekommen 10% weniger Schmerzmittel
- c) bekommen die gleiche Schmerzmittelmenge, wie die Patienten, die in Räumen mit künstlichem Licht liegen

**Wann begann die Geschichte der
Krankenhäuser?**

- a) im frühen Mittelalter (um das Jahr 900)
- b) im hohen Mittelalter (um das Jahr 1200)
- c) im 18. Jahrhundert

**Was bedeutet der Begriff
„Hospitäler“**

- a) Orte der Erholung
- b) Orte der Gastfreundschaft
- c) Orte für die Behandlung von Kranken

**Aus welcher Sprache kommt das
Wort „Klinik“?**

- a) Aus dem Lateinischen
- b) Aus dem Altgriechischen
- c) Aus dem Französischen

**Von wem wurden die Kranken um
das Jahr 1200 behandelt?**

- a) Von Ärzten
- b) Von Krankenschwestern
- c) Von christlichen Brüdern und Schwestern

**Seit wann gibt es regelmäßige
Arztvisiten?**

- a) Seit 1400
- b) Seit 1500
- c) Seit Mitte des 19. Jahrhunderts

Als was galt Krankheit bis zum 18. Jahrhunderts?

- a) Als Körperlicher Defekt, der heilbar ist
- b) Als Strafe Gottes
- c) Als Besessenheit von Geistern

Wann kam Robert Koch zur Erkenntnis, dass Bakterien, die Hauptursache für die zahlreichen tödlichen Ansteckungen verantwortlich waren?

- a) Im Jahr 1820
- b) Im Jahr 1860
- c) Im Jahr 1880

Der Preis für die Hüftgelenk OP ist:

- a) 10000 Euro
- b) 7500 Euro
- c) 5000 Euro

Wie zufrieden sind die Menschen mit Krankenhäusern in Deutschland im europäischen Vergleich?

- a) Platz 3
- b) Platz 10
- c) Platz 14

Nach dem Krankenhausaufenthalt werden die Patienten oft von Schlafmitteln abhängig, das trifft

- a) Jeden 2. Patienten
- b) Jeden 3. Patienten
- c) Jeden 4. Patienten

Textpuzzle:

Die Hospitäler des Mittelalters waren vor allem Armenhäuser, in denen
Obdachlose, Altersschwache und Pilger versorgt wurden.
Wohlhabendere Menschen pflegte man bei Krankheit zu Hause.

Robert Koch erkennt die Ursache der vielen Infektionen: Bakterien.

Die Zahl der tödlichen Ansteckungen ist hoch:

Dank der Desinfektion von OP-Bestecken und Verbänden ging die Sterblichkeit
in Krankenhäusern zurück

Das Krankenhaus hat seinen Schrecken verloren: Alle Bevölkerungsschichten
lassen sich nun dort behandeln.

Klöster gründen Herbergen für Pilger und Heimatlose: "Hospitäler"
Orte der Gastfreundschaft

Quellenangaben:

Redemittel zur Diskussionen, Niveau B2/ C1

<http://www.wirtschaftsdeutsch.de/lehmaterialien/redemittel-diskussion-c1.pdf>

(Zugriff: 02.12.2013)

Videosequenz 1 (vom Krankenhaus zum Gesundheits):

http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2013/0409/001_krankenhaus_vom_krankenhaus_zum_gesundenhaus.jsp

(Zugriff: 01.12.2013)

Videosequenz 2 (Vom Armenasyl zum Klinikum):

http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2013/0409/002_krankenhaus_vom_armenasyl_zum_klinikum.jsp

(Zugriff: 01.12.2013)

Videosequenz 3 (Gefahr im Krankenhaus?):

http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2013/0409/002_krankenhaus_vom_armenasyl_zum_klinikum.jsp

(Zugriff: 01.12.2013)

Videosequenz 4 (Fehler im System Krankenhaus?)

http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2013/0409/003_krankenhaus_fehler_im_system_krankenhaus.jsp

(Zugriff: 01.12.2013)

Videosequenz 5 (Krank entlassen)

http://www.wdr.de/tv/quarks/sendungsbeitraege/2013/0409/007_krankenhaus_krank_entlassen.jsp

(Zugriff: 01.12.2013)

Impressum

Herausgeber:

Pädagogisches Zentrum e.V. (PädZ)
Elbinger Platz 1
27570 Bremerhaven
www.paedz.de

Mitarbeit:

Lina Abed Ibrahim (PädZ)
Holger Baltrusch (PädZ)
Svetlana Mannweiler (PädZ)
Heike Bremer (PädZ)
Smone Dohmen (DRK Kliniken Wesermünde)

Stand:

Dezember 2014

