

Sprache und Beruf

Zur Frage der Deutschkenntnisse in medizinischen Berufen

Der Leidensdruck bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten in Bezug auf die steigenden und hartnäckigen Sprachprobleme in der Arzt-Patienten- und in der interkollegialen Kommunikation nimmt merklich zu. Anders als verbreitet angenommen, werden die kommunikativen Probleme jedoch nicht nur von den strukturellen Elementen der Sprachen verursacht, sondern entstehen vor allem aus mangelndem Wortschatz, aus Unkenntnis der Spielregeln der Fachkommunikation und aus der mangelnden Kenntnis der dahinter liegenden fachlichen und sozialen Konzepte. Den Umfang des Wortschatzes, die kommunikativen Spielregeln und die Konzeptwelten verschiedener Sprachen aber decken die Bewertungskriterien von gängigen Sprachtests nur unzureichend ab. Gute grammatikalische Mittelstufen-Kenntnisse einer Sprache (Stufe B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen – GER) sind daher nicht gleichbedeutend mit guten kommunikativen Kompetenzen, schon gar nicht, wenn es um die Fach- und Berufssprache geht.



Knapp 36.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte sind in Deutschland, davon 6.205 in Bayern, gemeldet. (Stand: 31. Dezember 2013)

Konzept- und Begriffswelten

Unsere Konzeptwelten entstehen aus der physischen Erfahrung mit der Umwelt: kalte Füße bekommen, vor Wut explodieren, sich den Magen verderben, eine schwere Last tragen, erleichtert sein, das Licht am Ende des Tunnels sehen und viele Ausdrücke mehr spiegeln diese Konzeptwelten in Metaphern wider.

Die medizinische Berufssprache ist – jenseits der Fach- und Wissenschaftssprache – ebenso wie etwa viele andere Praktikersprachen oder die Werbe- und Börsensprache stark von metaphorischen Konzepten geprägt.

In der Kommunikation mit Patienten müssen sich Ärzte meist mit metaphorischen oder ähnlich transparenten Begriffen helfen, um Diagnosen und Therapien verständlich zu machen. Da die Konzeptwelten der Patienten aber kulturbedingt unterschiedlich sind, entstehen oft Missverständnisse oder es kommt zum kompletten Zusammenbruch der Kommunikation. Wenn eine türkischstämmige Patientin etwa häufig „die Leber“ als Ursache von Schmerzen bezeichnet, dann hilft es, wenn man weiß,

dass die Leber als das wichtigste metaphorische Organ im Türkischen angesehen wird. Die Liebe geht dort etwa durch die Leber, so wie sie im Deutschen durch den Magen geht oder mit Herz und Seele assoziiert wird. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass die Beschreibung der Patientin, gar nicht „des Pudels Kern“ trifft. Vereinfacht lässt sich das Funktionieren oder Nicht-Funktionieren von interkultureller Fachkommunikation anhand des Eisbergmodells darstellen, bei dem nur der obere Teil einer Kultur und einer Sprache sichtbar ist. Was sich unter der Oberfläche verbirgt, hat tragenden Einfluss, ist aber in der Regel nicht unmittelbar zu erkennen: die Konzeptwelt einer Kultur und Sprache, Einstellungen zu Raum und Zeit, Werte, Rollenverständnisse. Diese Einflussgrößen machen sich unter anderem folgendermaßen bemerkbar: in der Neigung zum Individualismus oder Kollektivismus, in der Rolle von Autorität und Selbstständigkeit, in Bezug auf Akzeptanz, Toleranz und Erwartung von Kritik, im Verständnis von Höflichkeit, in Direktheit, Indirektheit und Redundanz, in Vermeidungsstrategien von unsicherem Verhalten bzw. Auftreten, in einer spezifischen Auffassung von Geschlechter-, Familien- und Berufsrol-

len, durch die Bedeutung der Religion, in Zeit-, Raum- und Selbstkonzepten.

In vielen Kulturen sind Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheit kollektive soziale Konstrukte und daher auch Dinge, in die die Familie und die unmittelbare Umwelt stark einbezogen werden. Natürlich drücken sich diese Konzepte, Werte und Rollenverständnisse an der sprachlichen Oberfläche aus, aber diese Oberfläche ist nur Symptom, nicht Ursache eines Verhaltens.

Bildungs-, Wissenschafts- und Berufskulturen

In deutschsprachigen Bildungs-, Wissenschafts- und Berufskulturen wird etwa viel Wert auf Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und kritische Reflexion gelegt. Dazu gehört folgerichtig, dass ein Mitarbeiter weiß, was er selbst entscheiden kann und unter welchen Bedingungen er wann und wie eine Kollegin oder einen Vorgesetzten um Hilfe oder Weisung bitten muss. Kurzum, dass er weiß, wie man mit Sprache richtig handelt. In sehr vielen anderen Kulturen, inklusive Wissenschafts-



© apops – Fotolia.com

in ihrer Ausbildung und in ihrem Berufsalltag im Heimatland nur erlebt hat, dass Kooperation Schwäche bedeutet, wird auch nicht kooperativer und wird auch nicht die Rolle der Eigenständigkeit in der Kooperation erkennen, wenn man ihr erklärt, dass Kooperation im Beruf in Deutschland verlangt wird. Eine diensthabende Ärztin in der Notaufnahme, die in ihrer Heimat kaum Kooperation erfahren hat, wird aus gleichem Grund unter Umständen an einer Fehldiagnose festhalten und diese sprachlich verteidigen oder verdecken, auch wenn sie von Mitarbeitern auf Alternativen oder Fehler aufmerksam gemacht wird. Auch so manche Therapie geht ins Leere, weil sich Patienten nicht wirklich verstanden fühlen. Zu einer entwickelten kommunikativen Kompetenz gehört im Übrigen auch, wie mit Tabuthemen umzugehen ist, wer in welcher Situation welche Rolle zugeschrieben bekommt und zum Beispiel wer wann wie fragen darf, wann und wie formelle und informelle kommunikative Stile erscheinen oder wie viel in Worten direkt ausgedrückt werden muss oder implizit bleiben kann. Manche Kolleginnen und Kollegen oder Patientinnen und Patienten erscheinen daher unter Umständen geschwätzig, weil sie den formellen Charakter medizinischer Kommunikationssituationen mit informellen, persönlichen verwechseln.

Zur Rolle der Grammatik

Die sozialen, fachlichen und kommunikativen Konzepte bestimmen übrigens auch die Grammatik viel stärker, als weithin angenommen wird. Ob etwas „im OP“ oder „in den OP geht“ stellt einen wesentlichen Bedeutungs-

unterschied dar, den man nicht einfach mit dem Verweis auf Dativ (im) oder Akkusativ (in den) auflösen kann. Ausschlaggebend für die Grammatik ist hier das Konzept der Grenzüberschreitung: wollen wir die Überschreitung einer Grenze (hier eines Raumes) markieren, verwenden wir im Deutschen den Akkusativ, wird die Grenze nicht überschritten, nehmen wir den Dativ. Oder wir verwenden Verlaufsformen (in westdeutschen Dialekten ‚ist am gehen/‘im Englischen ‚is going to‘) für Prozesse – und bestimmte Zeitformen wie das Präteritum im Deutschen (kam, sah, siegte), um die Abgeschlossenheit in der Vergangenheit – übrigens auch juristisch verbindlich – auszudrücken. Im Gegensatz dazu lässt das Perfekt/Present Perfect (‚ist gekommen/‘, ‚has come‘) offen, ob die Handlung auch in der Gegenwart und in der Zukunft weiter gilt. Oder wir verwenden massenweise Raummetaphern, um zeitliche Verhältnisse auszudrücken: etwas liegt vor/hinter uns, ist ein langer Weg/down the road, in asiatischen Sprachen am Kopf/Fuß (Anfang/Ende) des Jahres/Monats.

Sprachtests

Die zurzeit existierenden Prüfungen nehmen die medizinische Umgangssprache und berufssprachliche Kompetenzen selektiv in den Blick, umfassen in der Regel nur begrenztes Fachvokabular, behandeln wenige schriftliche Textsorten und so gut wie keine wissenschaftliche medizinische Fachsprache. Sie sind meist nur mäßig fach- und berufssprachlich ausgerichtet und daher nur bedingt aussagefähig in Bezug auf medizinsprachliche Kommunikationskompetenzen. Beispielsweise sind das Prüfungsformat von *Etest MeDaF* (elektronischer Test Deutsch als Fremdsprache für Medizinberufe) und *telc Deutsch B2-C1 Medizin* im Inhalt vor allem auf die Anforderungen einer Ärztin oder eines Arztes im Krankenhausalltag abgestellt. Daten von möglichen Erprobungen dieser Tests oder transparente Auswertungen der wenigen verfügbaren Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Es gibt weitere Gründe, warum die derzeit verfügbaren Prüfungen nicht ausreichen: Viele Tests und Materialien werden immer noch ad hoc und ohne wissenschaftlich belastbare Systematik entwickelt. Es ist daher nicht klar,

und Ausbildungskulturen, ist das Ziel aber, funktionierende, nicht-eigenständige Mitarbeiter zu produzieren, die mehr oder weniger mit Standardroutinen ihren Dienst tun oder die Errungenschaften der Meister imitieren, ohne sich durch Fragen Blöße zu geben. Derartig unterschiedliche Dienstauffassungen sorgen im medizinischen Alltag für entsprechende Konflikte, die sich aber nicht durch Erklärungen der Grammatik oder Wörter lösen lassen, sondern eher durch eine Vermittlung der unterschiedlichen Konzepte. Eine Pflegekraft, die

Welche Tests gibt es?

Prüfungen auf B1-B2-Niveau:	Etest MeDaF
	telc Deutsch B1-B2 Pflege
	B2-Deutsch für Pflegekraft (Pet)
Prüfungen auf B2-C1-Niveau:	ECL-Fachsprachenprüfung für medizinisches Pflegepersonal
	ECL-Fachsprachenprüfung Medizin für Ärzte
	telc Deutsch B2-C1 Medizin

Tabelle: Sprachtests

dass in einer Prüfung, auf der eine bestimmte Niveaustufe draufsteht (für Mediziner: B2), dann auch tatsächlich diese Niveaustufe überprüft wird. Der *TestDaF* (Test Deutsch als Fremdsprache) ist der einzige deutschsprachige Test, der empirisch abgesichert ist. Ihn gibt es aber nur für akademische Zielgruppen. Eine Medizindeutsch-Variante für Studierende medizinischer Fächer gibt es vom *TestDaF* bisher nicht, weil diese Spezifik am Anfang des Studiums nicht gegeben ist. Die Stundenzahl von 600 bis 900, die laut GER zum Erreichen von B2 nötig sind, reicht oft ohnehin nicht aus, um hinreichende kommunikative Kompetenzen zu erwerben. B2 ist derzeit die sprachliche Grundbedingung für die Approbation. Wenn B2 also die Grundlage bilden soll, dann benötigt medizinisches Personal sicher eine zusätzliche Spezialausbildung in Bezug auf medizinische Berufs- und Fachsprache, ähnlich etwa der Fachsprachenkurse, die unter der Leitung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) oder von den Goethe-Instituten angeboten werden. Dafür müssten auch die Prüfungen stärker Situationen, Fälle und Szenarien berücksichtigen.

Welche Sprachprogramme gibt es für medizinische Bereiche?

Zu den wenigen Lehrmaterialien und Kursangeboten für medizinische und Pflegeberufe gehören unter anderem:

- » Kommunikationstraining Deutsch für Pflegekräfte
- » Deutsch für den Stationsalltag (Ärzte/Pflege)
- » Deutsch im Krankenhaus/Kompetent kommunizieren im Krankenhaus
- » Deutsch für Pflegekräfte/Deutsch für die Krankenpflege/Sprachkurs Deutsch für Pflegeberufe
- » Deutsch für ausländische Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger
- » Deutschkurse für Ärzte und Pflegekräfte
- » Deutsch für Ärztinnen und Ärzte/Kommunikationstraining für Klinik und Praxis
- » Deutsch für ausländische Ärztinnen und Ärzte
- » Deutsch für Mediziner/Deutsch für Medizinische Berufe
- » Medizin. Kompetenz. Deutsch. (Kurs des Goethe-Instituts)
- » Kommunikationstraining Deutsch für Ärzte
- » Deutsch-Uni Online (DUO) – Medizin
- » Vorbereitungskurs mit medizinischer Fachsprache B2
- » Vorbereitungskurs mit medizinischer Fachsprache C1
- » Kommunikation in sozialen und medizinischen Berufen.

Das Medizin-Modul der Deutsch-Uni Online

Das online Modul der DUO, an dem namhafte Mediziner verschiedener bayerischer Hochschulen mitgewirkt haben, beschäftigt sich in

100 Stunden unter anderem mit wissenschaftlichen Textsorten und Begriffssystemen aus Anatomie, Histologie, Physiologie und Chirurgie, mit interkultureller Medizin und kulturspezifischen Körperbildern, mit medizinischen Apparaturen, mit einem kompletten Zyklus der Arzt-Patienten-Kommunikation von der Anamnese über Untersuchungen, Blutabnahme, Laborberichte bis zu Visite und Entlassungsbrief. Im Kapitel 2 „Interkulturelle Medizin“ geht es unter anderem um kulturell besetzte Schmerzzentren.

Hier ein Auszug aus der Lernzielbeschreibung einer Aufgabe aus diesem Kapitel:

Art und Lokalisation von Schmerzen geben wichtige diagnostische Hinweise über Krankheiten. Sie lernen hier, über die verschiedenen Dimensionen von Schmerzen differenziert zu kommunizieren und machen sich mit der im Deutschen verwendeten Schmerzsprache, insbesondere den Schmerzqualitäten, vertraut. Sie werden sich hier auch mit dem Schmerzverhalten und den Behandlungsformen unter dem Aspekt der Wahrnehmung, Deutung und Bedeutung von Schmerzen im kulturellen Kontext auseinandersetzen.

Interkulturelle Kommunikation muss keine Einbahnstraße sein: trotz sprachlicher Mängel der Kommunikationspartner wird man gelegentlich etwas von den medizinischen und Arzt-Patienten-Kulturen lernen können, die sie zu uns mitbringen. Innovation lebt schließlich auch von Impulsen von außen und diese bewirken nebenbei oft ein besseres Verständnis des „Eigenen“, zum Beispiel der Grammatik, der kommunikativen Spielregeln und der Konzeptwelten der eigenen Sprache.

Tipps für die Praxis

Wie kann man berufssprachliche Kompetenzen verbessern, wenn Deutsch die Fremdsprache ist?

- » Auch ohne Unterricht können rezeptive Deutschkenntnisse durch die selbstständige Lektüre von Fachmagazinen und die Teilnahme an Fortbildungen, Seminaren und wissenschaftlichen Veranstaltungen verbessert werden.
- » Sprachkurse sollten stärker als bisher fallbasiert und szenarien-didaktisch arbeiten, also stärker die tatsächliche Kommunikation in den Blick nehmen, als die abstrakten Regeln des Sprachsystems. Auch die Sprachprüfungen müssten diese Kompetenzen stärker berücksichtigen. Die Anhebung des Prüfungsniveaus auf die „Oberstufe“ (C1 oder C2) nach herkömmlichen Verfahren dürfte nur bedingt zur Linderung des Leidensdrucks beitragen.
- » Internationale Ärztinnen und Ärzte sowie internationales Pflegepersonal können vor allem durch die aktive Beobachtung von und Teilnahme an authentischen Kommunikationssituationen lernen, vor allem, wenn die Möglichkeit besteht, das Beobachtete anschließend zu besprechen. Das muss nicht in einem gesonderten Kurs stattfinden, sondern kann auch in kollegialer Selbsthilfe ohne sprachdidaktische Ausbildung geleistet werden.
- » Essenziell ist die Sensibilisierung für interkulturell unterschiedliche Konzepte fachlicher Grundlagen der beruflichen Praxis und des kollegialen Umgangs sowie der Arzt-Patienten-Kommunikation. Leider ist die Literatur hierzu vergleichsweise begrenzt: linguistische Abhandlungen der Arzt-Patienten-Kommunikation sind für die Praxis oft zu spezifisch, Patentrezepte für das interkulturelle Training meist zu trivial.

Autor



Professor Dr. Jörg Roche, Institut für Deutsch als Fremdsprache, Ludwig-Maximilians-Universität München, Schönfeldstraße 13a, 80539 München, E-Mail: roche@daf.lmu.de