



RAHMENCURRICULUM

DEUTSCH MEDIZIN

B2·C1



Inhalt

Grußworte	1
Einleitung	5
1 Bedarfe verschiedener Akteure	7
1.1 Internationale Ärztinnen und Ärzte	7
1.2 Arbeitgeber	8
1.3 Patientinnen und Patienten	9
2 Fachsprache Medizin	11
2.1 Einführung	11
2.2 Kommunikation am Arbeitsplatz	11
2.3 Sprachliche Mittel	12
2.4 Fachbezogene und allgemeine Sprache	13
2.5 Fachsprache und Patientensprache	14
2.6 Sachinformationen als Grundlage der Fachsprachenkompetenz	15
3 Interkulturelle und transkulturelle Kommunikation in der Medizin	17
3.1 Einführung	17
3.2 Arzt-Patienten-Beziehung	18
3.3 Arzt-Pflegekräfte-Beziehung	19
3.4 Partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung	21
4 Kommunikationskompetenz am Arbeitsplatz	23
4.1 Einführung	23
4.2 Kompetenzen	23
4.3 Die Kann-Beschreibungen des GER	24
4.4 Kann-Deskriptoren für den Bereich Medizin in Anlehnung an den GER	25
4.4.1 Rezeptive Fertigkeiten	26
4.4.2 Produktive Fertigkeiten	30
4.4.3 Interaktionsstrategien	35
4.4.4 Produktionsstrategien	36
4.4.5 Rezeptionsstrategien	37
4.4.6 Soziolinguistische Kompetenz	38

5	Handlungsfelder und Szenarien ärztlicher Kommunikation	39
5.1	Kommunikationssituationen	39
5.2	Szenarien	41
5.3	Techniken ärztlicher Gesprächsführung	46
5.4	Konventionen der Höflichkeit	48
6	Umsetzung der Lernziele in der Prüfung telc Deutsch B2·C1 Medizin	50
6.1	Umsetzung von Szenarien in Prüfungsaufgaben	50
6.2	Testspezifikationen	51
6.3	Bewertungskriterien telc Deutsch B2·C1 Medizin	67
7	Sprachintentionen und Redemittel	71
7.1	Arzt – Patient	71
7.2	Arzt – Angehörige	107
7.3	Arzt – Arzt/Arzt – Pflegekraft	111
7.4	Schriftliche Kommunikation	122
7.5	Kommunikation am Telefon	125
8	Fachwortschatz Deutsch Medizin	128
9	Liste häufiger Abkürzungen	159
	Bibliografie	163
	Weiterführende Literatur	164
	Autorinnen und Autoren, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	168

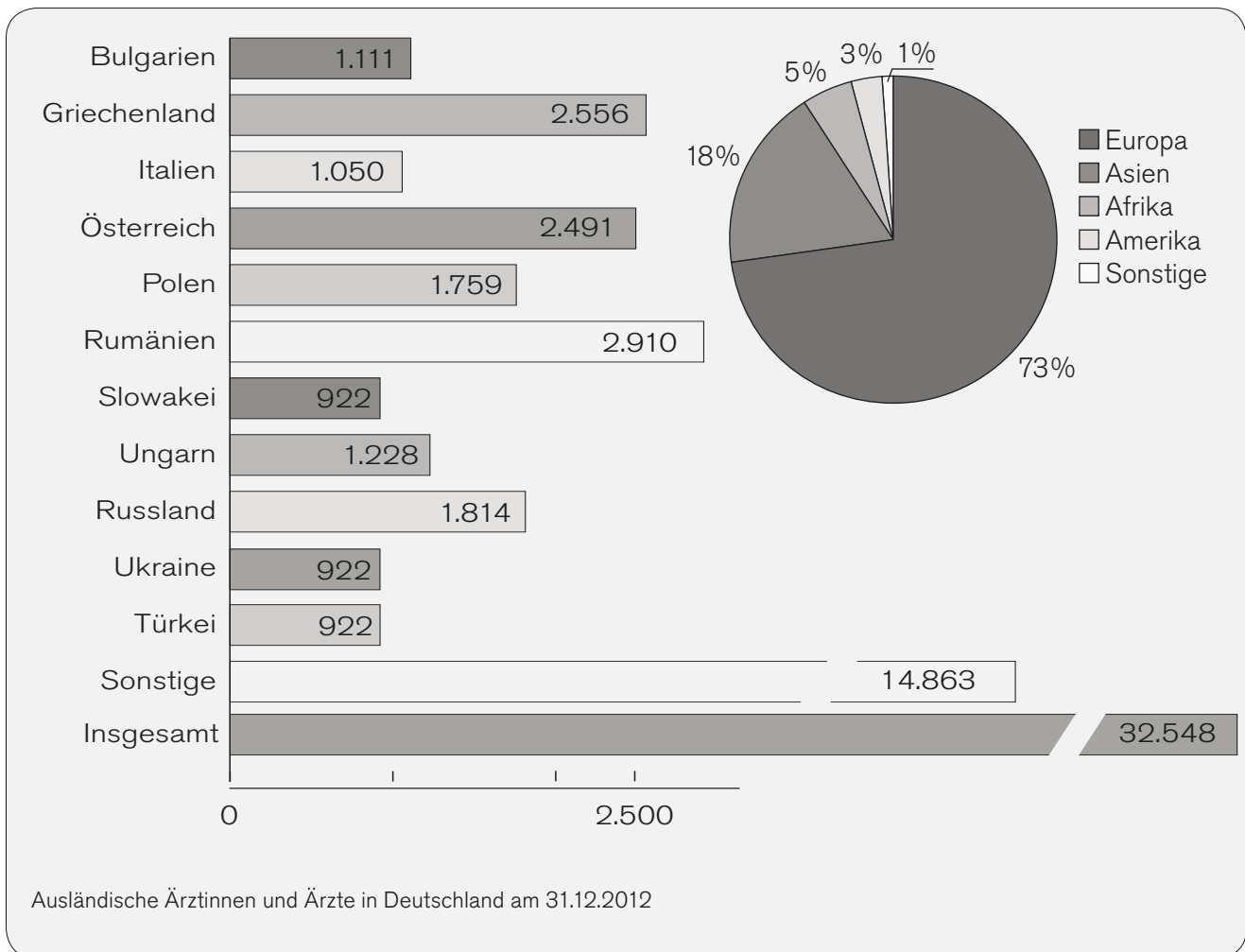
1 Bedarfe verschiedener Akteure

Die erfolgreiche Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten mit ihren Patientinnen und Patienten und Kolleginnen und Kollegen sowie mit Pflegekräften, ist ein Thema, das aus mehreren Gründen von aktueller Bedeutung ist. Das folgende Kapitel zeigt verschiedene Perspektiven auf.

1.1 Internationale Ärztinnen und Ärzte

Herkunft und Bildungshintergrund

Internationale Ärztinnen und Ärzte, die in Deutschland arbeiten, kommen aus unterschiedlichen Ländern. Ende 2012 stammte der größte Anteil aus Rumänien (2.910), Griechenland (2.556) und Österreich (2.491), gefolgt von Polen (1.759). Die Mehrzahl kommt somit aus Europa und muss daher meist weniger große kulturelle Distanzen bewältigen als Personen von anderen Kontinenten. Die folgende Abbildung zeigt den Stand vom 31.12.2012 dar:¹



¹ vgl. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat12Tab10.pdf> (abgerufen am 15.02.2014)

2 Fachsprache Medizin

2.1 Einführung

Der Begriff „Fachsprache“ ist bis heute nicht abschließend definiert, obwohl die von ihm beschriebene Thematik seit geraumer Zeit innerhalb der angewandten Linguistik erforscht wird. Vereinfachend kann festgehalten werden, dass die Bezeichnung „Fachsprache“ alle sprachlichen Mittel umschreibt, die in einem fachlich definierten Kommunikationsbereich verwendet werden, um eine effektive und effiziente Verständigung der in diesem Bereich involvierten Personen zu ermöglichen. Bei der Kommunikation im Krankenhaus fällt zunächst der medizinische Wortschatz auf. Vielfach anekdotisch beschrieben ist das Unverständnis des Patienten, also des medizinischen Laien, angesichts der verwendeten Fachsprache. Dieser Eindruck bezieht sich in erster Linie auf die lateinisch-griechische Lexik.

Der Ausgangspunkt dieses Rahmencurriculums und auch der Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* ist ein anderer, denn es geht um ein viel umfassenderes Verständnis von Fachsprache. Mit Roelcke unterscheidet man gemeinhin drei methodologisch unterschiedliche Zugänge zu Fachsprachen:

1. den terminologischen Zugang: Fachsprachen werden zentral als Sprachkonstrukte angesehen, die aus unterschiedlichen Wortschätzen aufgebaut sind.
2. den kognitionslinguistischen Zugang: Fachsprachen, so postuliert man, dienen der Erkenntnis und weisen daher bestimmte kognitive Strukturen auf.
3. den pragmlinguistischen Zugang: Die Kommunikation und die pragmatische Gerichtetheit von Texten stehen im Zentrum der Untersuchungen.⁴

Der terminologische Zugang (1.) untersucht nur die typischen Terminologien bestimmter Fachgebiete in Bezug auf die medizinische Fachsprache ihren lateinischen und griechischen, und tendenziell stark zunehmenden englischen Wortschatz: Bezeichnungen für Körperteile und -funktionen, Krankheiten und ihre Symptome, Gerätschaften und ärztliche Tätigkeiten. Diese Zugangsweise widmet sich aber nicht der Kommunikation als Ganzem, also nicht dem Thema, das für das vorliegende Rahmencurriculum zentral ist.

Der kognitionslinguistische Zugang (2.) befasst sich nur mit der Schriftsprache. Allein der pragmlinguistische Zugang (3.) befasst sich mit der Verwendung von Fachsprache in bestimmten Kommunikationssituationen und mit der horizontalen und vertikalen Schichtung von Fachtexten. Unter der horizontalen Schichtung von Fachsprachen versteht man die Fachsprachen verschiedener Bereiche, unter der vertikalen Schichtung die Fachsprachen in ihrer Verwendung unter Experten einerseits und zwischen Experten und Laien andererseits.

2.2 Kommunikation am Arbeitsplatz

Der dritte der eben vorgestellten Zugänge ist der Zugang, der sich für Unterrichts- und Prüfungszwecke nutzbar machen lässt. Bei der Vermittlung der deutschen medizinischen Fachsprache an internationale Ärztinnen und Ärzten kann es nicht in erster Linie darum gehen, etwa Wortschatzlisten auswendig zu lernen oder grammatische Strukturen der wissenschaftlichen Sprache zu üben, sondern das eigentliche Ziel

⁴ vgl. Schön, Almut (2012): *Arzt-Patienten-Gespräche als L2-L1-Kommunikation. Eine Diskursanalyse zu Deutsch als Fremd- und Zweitsprache im Beruf.* Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag, S. 51–52.

3 Interkulturelle und transkulturelle Kommunikation in der Medizin

3.1 Einführung

Das Feld der interkulturellen und transkulturellen Kommunikation in der Medizin kann hier nur angerissen werden, zumal es umfassendere soziale Kompetenzen enthält, die über den rein sprachlichen Bereich hinausgehen. Dennoch handelt es sich um einen zentralen Bereich der medizinischen Kommunikation, in dem es immer noch viel zu oft zu vermeidbaren Missverständnissen und Missstimmungen kommt. Die Ausführungen werden zudem weitere Einblicke in das Berufsbild eines Arztes im Allgemeinen bieten, in seinen universitären Werdegang und seinen Berufsalltag. Sie sind daher für Deutsch-Dozenten wichtig, die sich dem Bereich der medizinischen Fachkommunikation widmen möchten, und verleihen dem Thema Plastizität. Es empfiehlt sich für alle möglichen Kommunikationssituationen, die in den berufsvorbereitenden und berufsbegleitenden Deutschkursen für internationale Ärztinnen und Ärzte von wesentlicher Bedeutung sind und dort eingeübt werden, immer wieder auch solche auszuwählen, in denen der Aspekt der interkulturellen und transkulturellen Kommunikation eine Rolle spielt, das heißt, bei einem Arzt-Patienten-Gespräch als Rollenspiel könnte zum Beispiel ein russischer Arzt auf eine deutsche Patientin treffen oder eine deutsche Ärztin auf einen syrischen oder iranischen Patienten.

Hier soll jedoch nicht die seit Jahrzehnten andauernde Fachdebatte um die Frage, mit welchem Begriff genau die sozialen Interaktionen zwischen Menschen beschrieben werden sollten, aufgerollt werden. Wir wollen nur kurz auf die drei geläufigsten Begriffe und die dahinterstehenden Konzepte eingehen: Multikulturalität, Interkulturalität und Transkulturalität.¹⁸

„Multikulturell“ ist historisch gesehen der erste Begriff, mit dem vor allem die US-amerikanische Gesellschaft beschrieben wurde, die sich aus Menschen verschiedenster Herkunft zusammensetzt. Der Begriff wurde ursprünglich als Kritik und alternatives Modell zu dem Paradigma der Assimilation kreiert, bei dem man davon ausging, dass Menschen sich an die kulturellen und gesellschaftlichen Begebenheiten ihrer neuen Umgebung anzupassen haben. Der Begriff „multikulturell“ sollte im Gegensatz dazu die Tatsache betonen, dass eine Vielfalt von sozialen und kulturellen Wertvorstellungen sehr wertvoll und gewinnbringend für eine Gesellschaft ist, und dass alle Menschen das Recht darauf haben sollten, ihre kulturelle Identität zu bewahren. Das Konzept der Multikulturalität sieht jede Kultur als mehr oder weniger isolierte Insel an und geht darin auf die Philosophie Herders zurück. Heutzutage gilt der Begriff der Multikulturalität als überholt, da ihm der Vorwurf des kulturellen Rassismus anhaftet: Das beschriebene Konzept gehe davon aus, dass jeder Mensch unwiderruflich von einer genau definierbaren „Kultur“ abhinge, so Kritiker.

Der Begriff der „Interkulturalität“, der sich später entwickelte, beschreibt ein praxisbezogenes Arbeitskonzept, mit dessen Hilfe die sozialen Interaktionen zwischen Menschen erforscht werden können, zum Beispiel in Bezug auf ihre Kommunikation.

Das Konzept der „Transkulturalität“ ist stärker theoretisch orientiert. Es wendet sich gegen die Vorstellung deutlich abgegrenzter und definierbarer kultureller Wertvorstellungen und Traditionen ethnischer Grup-

¹⁸ vgl. Kimmich, Dorothee/Schahadat, Schamma (2012): Kulturen in Bewegung: Beiträge zur Theorie und Praxis der Transkulturalität oder www.kulturrat.de

4 Kommunikationskompetenz am Arbeitsplatz

4.1 Einführung

Vielen Ärztinnen und Ärzten ist nicht bewusst, wie ausgesprochen kommunikativ ihr Beruf ist. Umfragen zeigen, dass der Großteil von beruflich aktiven Ärzten den Anteil von Kommunikation an ihrer Arbeit unterschätzt. Ärzte müssen aber, sofern sie nicht ausschließlich in der Wissenschaft tätig sind, bei nahezu allen Handlungen kommunizieren – mit Patientinnen und Patienten, im Kollegenkreis, mit Pflegekräften und Angehörigen. Im Folgenden werden verschiedene Handlungsfelder, die für Ärztinnen und Ärzte besonders relevant sind, näher beschrieben. In Kapitel 5.2 werden diese zunächst nur allgemein dargestellten sprachlichen Handlungsfelder durch die Auflistung des notwendigen sprachlichen Materials konkretisiert.

4.2 Kompetenzen

Das Vermögen, die einzelnen Gesprächssituationen in den verschiedenen Handlungsfeldern und Szenarien erfolgreich zu bewältigen, setzt sich aus drei Kern-Kompetenzen zusammen:

1. der sprachlichen Kompetenz
2. der inter- bzw. transkulturellen Kompetenz
3. der strategischen Kompetenz

Am Beispiel der Begrüßung eines Patienten sei dies hier kurz erläutert: Wenn eine internationale Ärztin einen Patienten in Deutschland begrüßt, muss sie nicht nur dazu in der Lage sein, diese Begrüßung sprachlich angemessen zu formulieren (= sprachliche Kompetenz), sondern sie muss auch wissen, dass es in Deutschland generell üblich ist, bei einer Unterhaltung Augenkontakt zu halten, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Patientinnen und Patienten zur Begrüßung die Hand geben und sich mit ihrem Nachnamen vorstellen (= inter- bzw. transkulturelle Kompetenz). Auch sollte sie, falls sie sich in der Situation unsicher fühlt, ihre Unsicherheit formulieren und darauf verweisen, dass ihr Deutsch möglicherweise noch nicht perfekt ist und dass sie darum bittet, dass der Patient bei Verständnisproblemen nachfragt. Das könnte dann insgesamt so aussehen:

Der Patient betritt den Untersuchungsraum. Die Ärztin steht auf und reicht dem Patienten die Hand: „Guten Tag, mein Name ist Dr. Khan, Sameena Khan. Bitte nehmen Sie Platz.“

Die Ärztin macht eine einladende Geste und setzt sich, während der Patient Platz nimmt, selbst wieder hin. Die Ärztin blickt dem Patienten aufmerksam in die Augen und fragt:

„Bevor wir anfangen, möchte ich Ihnen sagen, dass ich aus Pakistan komme und noch nicht lange in Deutschland arbeite. Es könnte daher sein, dass ich beim Sprechen Fehler mache oder nicht immer gleich verstehe, was Sie meinen. Bitte entschuldigen Sie das und fragen Sie nach, wenn Ihnen etwas, das ich sage, unklar ist. Einverstanden?“ Die Ärztin lächelt den Patienten aufmunternd an.

Der Patient nickt zustimmend: „Ja, gut.“

Die Ärztin lächelt wieder: „Also, was kann ich für Sie tun?“

Um die verschiedenen kommunikativen Handlungsfelder einer Ärztin oder eines Arztes und die daraus resultierenden routinemäßigen Szenarien nachzuvollziehen, ist es absolut hilfreich, sich den alltäglichen Arbeitsablauf bei der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin in einem deutschsprachigen Krankenhaus vorzustellen. Hier kann eine Brücke zu den Kann-Aussagen des *Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen* geschlagen werden. Was *kann* ich als Ärztin oder Arzt schon handlungsorientiert und kommunikativ erfolgreich realisieren? Was *kann* ich in ganz konkreten Szenarien der täglichen Arbeit zielorientiert sprachstrategisch einbringen, durchsetzen und zu einem Handlungszwischenstand oder vorläufigen Abschluss führen?

4.3 Die Kann-Beschreibungen des GER

Die Verwendung des GER im fachsprachlichen Kontext

Um sprachliche Kompetenzen aussagekräftig zu erfassen, stellt der *Gemeinsame europäische Referenzrahmen für Sprachen* (GER) ein international gebräuchliches Instrumentarium zur Verfügung. Kernstück des GER sind die Kann-Beschreibungen oder Deskriptoren, welche Sprachkompetenz auf den sechs GER-Kompetenzstufen näher charakterisieren. Diese Deskriptoren entstanden aus der Vermittlung allgemeiner Fremdsprachenkompetenz; für speziellere Kontexte sind sie entsprechend anzupassen. Im Rahmen der Entwicklung der Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* wurden daher Deskriptoren entwickelt, die auf den vorhandenen GER-Formulierungen fußen, diese jedoch in Richtung auf die Sprachverwendung im Kontext Krankenhaus hin anpassen. Damit ist der GER als äußeres Bezugssystem für die Messung von Sprachkompetenzstufen mit dem fachsprachlichen Ansatz dieses Rahmencurriculums und dem abschließenden Sprachtest zusammengeführt.

Ohne größere Schwierigkeiten ist es nicht möglich, die bestehenden Deskriptoren unmittelbar und direkt für den medizinischen Kontext zu verwenden. Einerseits würden die allgemeinen Kann-Beschreibungen der komplexen Verwendungssituation von Sprache so nicht gerecht. Andererseits ergeben sich auch spezielle Ausformungen der Sprache, die eine Neuinterpretation mancher Deskriptoren notwendig machen. So ist die Komplexität sprachlicher Strukturen zum Beispiel ein Merkmal der GER-Stufe C1. Im Krankenhausalltag jedoch ist es nicht nur oft unnötig, sondern auch ineffizient und möglicherweise missverständlich, komplexe Strukturen zu verwenden. Wer anstatt der einfachen Aufforderung „Klemme!“ im OP höflich anfragt, ob die OP-Schwester so nett sein könne, doch einmal eine der bereitgelegten Klemmen anzureichen, verkompliziert die Arbeit unnötig und verwendet eben keine angemessene Sprache. Daraus folgt, dass die für die Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* relevanten Stufen B2 und C1 in Teilen neu interpretiert werden müssen, dass der Unterricht entsprechend anzupassen ist und schließlich die Abschlussprüfung im Bereich der produktiven Kompetenz nicht ausschließlich auf die gewohnten Merkmale fortgeschrittener bildungssprachlicher Sprachverwendung fokussiert sein darf. Im folgenden Kapitel werden die auf die Sprachverwendungssituation von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus angepassten Deskriptoren dargestellt. Sie beschreiben die Lernziele in diesem speziellen Sprachverwendungszusammenhang – entsprechend der Aufforderung des GER, die vorgegebenen Deskriptoren als erweiterbare Beispiele zu verstehen.²³

Die Kategorien des GER

Der Referenzrahmen strukturiert Merkmale von Sprachkompetenz nicht nur nach den genannten vier Fertigkeiten, sondern legt auch großer Wert auf Strategien: auf die Planung von sprachlichen Handlungen,

²³ vgl. Europarat, *Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen, lehren, beurteilen*, München 2001, S. 9

auf Kompensation bei Kommunikationsschwierigkeiten und Kontrolle der eigenen sprachlichen Produktion. Weiterhin beschreibt der GER neben den linguistischen Kompetenzen – zu denen etwa die allgemein mit Sprachunterricht assoziierte grammatische Korrektheit gehört – auch pragmatische und soziolinguistische Kompetenzen. Diese sind in der konkreten Kommunikationssituation unabdingbare Grundlage sprachlichen Handelns.

Dass es im beruflichen Kontext von Ärztinnen und Ärzten nicht lediglich um Informationsvermittlung gehen kann, sondern das „Wie“ der Kommunikation eine entscheidende Rolle spielt, macht die soziolinguistische Angemessenheit von Äußerungen zu einem zentralen Faktor.

Dabei ist zudem zu bedenken, dass in der heutigen pluralistischen und multilingualen Gesellschaft nicht nur die internationalen Ärztinnen und Ärzte, sondern auch alle anderen Gruppen im Krankenhaus – Arztkolleginnen, Pflegekräfte, Verwaltungsmitarbeiterinnen, Labortechniker, Patientinnen – Deutsch möglicherweise als Zweitsprache verwenden.

4.4 Kann-Deskriptoren für den Bereich Medizin in Anlehnung an den GER

Sprachkompetenz zeigt sich auf produktiver Ebene beim Schreiben und Sprechen und auf rezeptiver Ebene beim Hören und Lesen. Diese vier Ebenen korrespondieren beim Sprachgebrauch miteinander. Wenn ich ein Gespräch führe, muss ich meinem Gegenüber zunächst zuhören und das Gesagte verstehen, um adäquat darauf reagieren zu können. Ähnlich verhält es sich beispielsweise bei der Beantwortung eines Briefes oder beim Verfassen eines Arztbriefes. Dieser muss so geschrieben sein, dass die Kollegin oder der Kollege ihn verstehen kann und die für sie oder ihn wichtigen Informationen herauszufiltern in der Lage ist.

Diese vier Fertigkeiten stehen also nicht isoliert nebeneinander, sondern interagieren. Im ärztlichen Alltag muss der Arzt fähig sein, auf der Klaviatur dieser Fertigkeiten wirksam und kompetent zu spielen. Dabei begegnen ihm im Allgemeinen wiederkehrende Personengruppen, mit denen er in täglicher Kommunikation steht:

Patientinnen und Patienten, Arztkolleginnen und -kollegen, Pflegekräfte, Angehörige, anderes Klinikpersonal, Vertreterinnen und Vertreter von Ärzteverbänden.

Bei den im Folgenden formulierten Kann-Deskriptoren und den beschriebenen Interaktanten können immer alle Akteure aus diesen Gruppen gemeint sein, es sei denn, dies wird explizit anders erwähnt. So können in unserer pluralistischen und multilingualen Gesellschaft Akteurinnen und Akteure aus allen Gruppen Sprecherinnen oder Sprecher des Deutschen als Erst- oder Zweitsprache sein. Sie können Deutsch auch mit einer starken regionalen Färbung verwenden.

Im sprachlichen Handlungskontext von Ärztinnen und Ärzten gibt es wiederkehrende Handlungsfelder. Zum Beispiel: Handlungsfeld *Arzt-Patienten-Gespräch*. Im Rahmen dieses Handlungsfeldes gibt es wiederum verschiedene, teilweise hochgradig standardisierte Szenarien wie Anamnese-, Entlassungs- oder Aufklärungsgespräche.

Szenarien sind zu verstehen als „erwartbare Abfolgen kommunikativer Handlungen, die ihre Kohärenz durch den gewussten sozialen Sinn“ erhalten.²⁴ Sie verlaufen nach einer gesellschaftlich und kulturell konventionalisierten Abfolge. Der sozio- bzw. interkulturelle Aspekt ist hier konstitutiver Faktor kommunikativen Handelns, nicht nur ein additiv hinzugefügtes Element.²⁵

²⁴ vgl. Zertifikat Deutsch für den Beruf (1995). Frankfurt am Main, S. 51 ff.

²⁵ vgl. Zertifikat Deutsch (1999). Frankfurt am Main, S. 25 ff.

Kann-Deskriptoren der rezeptiven Kompetenz für den Bereich Medizin in Anlehnung an den GER

Hörverstehen allgemein

GER 4.4.2

C1

Kann genug verstehen, um längeren Redebeiträgen (z.B. *Patientenvorstellung/Vorträge*) über *medizinische*, abstrakte und komplexe, aber auch nicht vertraute Themen zu folgen, wenn auch gelegentlich Details bestätigt werden müssen, insbesondere bei fremdem Akzent. Kann auch komprimierte Sprache in *Stresssituationen (Notfallaufnahme)* verstehen bzw. gegebenenfalls kompetent das Verständnis durch kurze Nachfrage sichern. Registerwechsel können korrekt beurteilt werden. Auch unstrukturierete Reden oder Gespräche können verstanden werden (z.B. *Aufnahmegespräch mit verwirrten oder traumatisierten Patienten und Angehörigen*).

B2

Kann im direkten Kontakt mit *Kolleginnen, Patientinnen und Angehörigen* gesprochene Standardsprache zu *medizinischen*, vertrauten und weniger vertrauten Themen verstehen. Allerdings beeinträchtigen Hintergrundgeräusche (z.B. *Durcheinanderreden, schreiende Kinder, Geräte auf Intensivstation*), unangemessene Diskursstrukturen oder starke fremdsprachliche Einfärbungen des Gesprächspartners das Verständnis. *Medizinische Fachdiskussionen* werden verstanden, sofern die Thematik einigermaßen vertraut ist.

Gespräche zwischen Muttersprachlern verstehen

GER 4.4.2

Gespräche zwischen Muttersprachlern sind geprägt von häufigen, schnellen Sprecherwechseln. Beim Hören muss man sich auf unterschiedliche Idiolekte einlassen. Jeder Diskussionsteilnehmer hat eine andere prosodische, lexematische und syntaktische Idiomatik und reagiert ja auch seinerseits auf Äußerungen der Anderen. Hier alles zu verstehen, erfordert ein hohes Repertoire sprachlicher Mittel.

C2 wie C1

C1

Kann komplexer Interaktion Dritter in Gruppendiskussionen oder Debatten leicht folgen, auch wenn *medizinische Themen behandelt werden, die nicht unbedingt im eigenen Fachgebiet liegen*. Aber auch Diskussionen zu anderen nichtmedizinischen, abstrakten und komplexen Themen werden mit Leichtigkeit verfolgt und verstanden. Etwa Gespräche der *Familie eines Angehörigen oder Teambesprechungen zur Urlaubsplanung*. (vgl. in *telc Deutsch B2·C1 Medizin*, Subtest Hörverstehen, Teil 4)

5 Handlungsfelder und Szenarien ärztlicher Kommunikation

5.1 Kommunikationssituationen

Um die verschiedenen kommunikativen Handlungsfelder einer Ärztin oder eines Arztes nachzuvollziehen, ist es hilfreich, sich den alltäglichen Arbeitsablauf bei der Behandlung einer Patientin oder eines Patienten in einem deutschen Krankenhaus vorzustellen. Dabei sollte man sich klarmachen, dass die Ärztin bzw. der Arzt zwei verschiedene Hauptgruppen von Kommunikationspartnerinnen und -partnern hat, mit denen sie und er während der Arbeit auf unterschiedliche Art und Weise kommuniziert: Fachpersonal des Krankenhauses, also andere Ärzte und Pflegekräfte, sowie medizinische Laien, also Patienten und deren Angehörige. Die folgende Einteilung hilft bei der Klassifizierung von Sprachverwendungssituationen:

- **Arzt – Patient/Angehörige**, also die Kommunikationssituation zwischen Fachfrau bzw. Fachmann und Laien. Der Unterschied zwischen Patienten und Angehörigen ist nicht so groß, als dass sich eine eigene Klassifizierung des Angehörigengesprächs lohnend einführen ließe. Angehörige verhalten sich als medizinische Laien kaum anders als Patienten; bei beiden geht es um Erläuterungen der eigenen Beobachtungen zum Befinden, um Nachfragen und Verständnissicherung, um Diskussion der richtigen Therapie, immer begleitet von einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Besorgnis um das eigene oder fremde Wohlbefinden. Potenziell kann bei jedem Patientengespräch ein Angehöriger anwesend sein. Ärztinnen und Ärzte sollten eine patientengerechte Sprache verwenden.
- **Arzt – Arzt**: Hier findet ein fachlicher Austausch statt, der u. a. durch die starke Verwendung von Fachterminologie geprägt ist. Die Sprache ist in vielen Situationen formelhaft und standardisiert, denn es geht darum, das Notwendige in aller Kürze und Klarheit auszudrücken.
- **Arzt – Pflegepersonal**: Die Kommunikation ist derjenigen unter Ärzten in ihrer Präzision und Effizienz ähnlich.

Im vorigen Kapitel wurde beschrieben, dass in der sprachlichen Realisierung dieser Szenarien sowohl rezeptive als auch produktive Kompetenzen wirksam werden. Im Folgenden wird zunächst eine Übersicht der verschiedenen Handlungsfelder und Szenarien gegeben, so dass die Breite der Kommunikationsanlässe und -formen ersichtlich ist. Dabei wird eine erste Klassifizierung nach Gesprächspartnern unter dem Begriff „Handlungsfeld“ erstellt.

Ein Beispiel ist das Handlungsfeld Arzt – Patient bzw. Angehöriger. Das Handlungsfeld zeichnet sich wiederum durch verschiedene typische Szenarien aus. Hier sind das Anamnesegespräch, die Erläuterung der Behandlung oder das Entlassungsgespräch zu nennen.

Szenarien – wie zuvor erläutert – sind sich oft wiederholende, ähnliche und erwartbare Äußerungen und sprachliche Handlungen, die im Kontext ihrer Situierung logisch, sinnvoll und routinemäßig sind.²⁶ Szenarien sind gesellschaftlich und kulturell konventionalisierte Handlungsabläufe. Der sozio- bzw. interkulturelle Aspekt ist hier konstituierender Faktor kommunikativen Handelns, nicht nur ein additiv hinzugefügtes Element.²⁷

In der sprachlichen Realisierung dieser Szenarien werden sowohl rezeptive, als auch produktive Kompetenzen wirksam. Diese wurden im vorigen Kapitel in Anlehnung an den GER mit Kann-Deskriptoren beschrieben, die den spezifischen Themen und Szenarien im medizinischen Alltag gerecht werden. Im Folgenden werden die relevantesten Szenarien genauer dargestellt, so dass dieser Ansatz für den Unterricht nutzbar gemacht werden kann.

²⁶ vgl. Zertifikat Deutsch für den Beruf (1995), S. 51 ff.

²⁷ vgl. Zertifikat Deutsch (1999), S. 25 ff.

6 Umsetzung der Lernziele in der Prüfung telc Deutsch B2 · C1 Medizin

Ein Sprachkurs für internationale Ärztinnen und Ärzte geht in der Regel mit dem Ziel der Zertifizierung einher. Entweder ist ein valides Sprachzertifikat notwendig, um die Berufserlaubnis oder die Approbation zu erhalten oder – im Falle von berufsbegleitenden Kursen – um den Nachweis gefestigter Sprachkompetenz gegenüber dem Arbeitgeber zu führen. Sinnvoll ist in diesem Zusammenhang, eine fachsprachlich orientierte Prüfung abzulegen. Die vorigen Kapitel haben die besonderen sprachlichen Herausforderungen an Ärztinnen und Ärzte aufgezeigt; dementsprechend sollte auch der Leistungsnachweis gestaltet sein. Die Prüfung *telc Deutsch B2·C1 Medizin* setzt dieses Desiderat für die deutsche Sprache um.

6.1 Umsetzung von Szenarien in Prüfungsaufgaben

Eine Sprachprüfung ist weder zum Nachweis fachlicher Kompetenz geeignet, noch kann sie sämtliche sprachlichen Herausforderungen tatsächlicher Verwendungssituationen simulieren. Es ist vielmehr eine Auswahl sprachlicher Szenarien zu treffen, die das Prüfungsformat einerseits nicht überfrachtet und andererseits dazu geeignet ist, Rückschlüsse auf die allgemeine sprachliche Handlungsfähigkeit im gegebenen Kontext zu ziehen.

Folgende Szenarien werden in der Prüfung aufgegriffen:

Handlungsfeld Arzt – Patient/Angehörige	
Szenarien	Prüfungsaufgabe
Anamnese	Mündlicher Ausdruck 1, Sprachbausteine 1
Erläuterung der Diagnose	Mündlicher Ausdruck 2 und 3
Erläuterung des Behandlungsplans	Mündlicher Ausdruck 1 und 3
Handlungsfeld Arzt – Arzt	
Szenarien	Prüfungsaufgabe
<i>Kommunikationsroutinen</i>	
Fallpräsentation	Mündlicher Ausdruck 2A
Visite/Patientenvorstellung	Mündlicher Ausdruck 2A
Patientenübergabe	Schriftlicher Ausdruck 2
Konsil	Hörverstehen 1.2
Arztbrief	Schriftlicher Ausdruck 1, Sprachbausteine 2

Szenarien	Prüfungsaufgabe
<i>Kommunikation zur Klärung der Zusammenarbeit</i>	
Notiz/E-Mail	Schriftlicher Ausdruck 2
<i>Informationsaustausch in der Fachwelt</i>	
Kommunikation in Internetforen	Leseverstehen 1
Fachdiskussion	Hörverstehen 3 und 4
Fachbeiträge	Leseverstehen 2 und 3
Fachvorträge	Hörverstehen 2

Diese Auswahl bedeutet nicht, dass andere Szenarien im Unterricht vernachlässigt werden sollten. Es ist vielmehr wichtig, im Unterricht ein möglichst umfassendes Angebot zu machen und ein reines Lernen auf den Test hin zu vermeiden. Zu beachten ist dabei auch, dass verschiedene Szenarien oftmals ähnliche sprachliche Kompetenzen verlangen. So ist etwa der dritte Teil der mündlichen Prüfung als Angehörigen-gespräch gestaltet, um der Prüferin bzw. dem Prüfer eine aktive Rolle als Angehöriger bzw. Angehörigem geben zu können. Die Analyse der notwendigen sprachlichen Mittel zeigt, dass es sich hier ebenso um ein Patientengespräch handeln könnte.

6.2 Testspezifikationen

Format der Prüfung

telc Deutsch B2·C1 Medizin ist eine skalierte Sprachprüfung für die Kompetenzniveaus B2 und C1 des *Gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen*. Die Subtests bestehen aus mehreren Teilen.

Schriftliche Gruppenprüfung

Subtest Hörverstehen	
Teil 1	Routinemäßige Situationen im Klinikalltag verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Richtig/Falsch- und 2 Mehrfachauswahlaufgaben ▪ Globalverstehen und Detailverstehen
Teil 2	Längere Fachvorträge detailliert verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 Mehrfachauswahlaufgaben ▪ Detailverstehen und implizite Schlussfolgerungen treffen
Teil 3	Unterschiedliche Positionen zu einer Fachdiskussion erkennen und verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 5 Zuordnungsaufgaben ▪ Globalverstehen
Teil 4	Fachdiskussion mit mehreren Personen verfolgen und verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 Richtig/Falsch-Aufgaben ▪ Selegierendes Hörverstehen

Subtest Leseverstehen	
Teil 1	Ein Fachforum im Internet detailliert verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 6 Zuordnungsaufgaben ▪ Selegierendes Leseverstehen
Teil 2	Fachveröffentlichung erfassen und verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 11 Mehrfachauswahlaufgaben ▪ Globalverstehen und Detailverstehen
Teil 3	Fachbezogene Informationstexte lesen und verstehen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Richtig/Falsch- und 4 Mehrfachauswahlaufgaben ▪ Detailverstehen
Subtest Sprachbausteine	
Teil 1	Passende diskurssteuernde Elemente in Routinegespräch am Arbeitsplatz auswählen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 Mehrfachauswahlaufgaben
Teil 2	Passende Sprachstrukturen in einem Arztbrief auswählen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 Zuordnungsaufgaben
Subtest Schriftlicher Ausdruck	
	Fachspezifische Texte vervollständigen und halb-formelle Korrespondenz verfassen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 Passagen in einem Arztbrief zielführend und situationsgerecht ergänzen (formell) ▪ 1 E-Mail oder 1 Notiz an eine Kollegin bzw. einen Kollegen oder das Pflegeteam schreiben (halbformell)
Subtest Mündlicher Ausdruck	
	Vorbereitung
Teil 1	▪ Anamnesegespräch (Arzt–Patient)
	Vorbereitung auf Patientenvorstellung
Teil 2A	▪ Patientenvorstellung (Arzt–Arzt)
Teil 2B	▪ Fragen zur Patientenvorstellung (Arzt–Arzt)
Teil 3	▪ Gespräch mit Angehörigen (Arzt–Angehörige)

Hörverstehen

Hörverstehen, Teil 1

Teilnehmende sollen in zwei unterschiedlichen Handlungssituationen unterschiedliche Register erfassen und den Inhalt der Gespräche in wichtigen Punkten verifizieren können. Die routinemäßigen Gesprächssituationen sind entweder kurze Dialoge auf der Station oder in der Ambulanz oder Gespräche am Telefon (z. B. Arzt–Patient, Arzt–Arzt, Arzt–Pflegepersonal).

Struktur	Aufgabenstellung Hörtex-te Aufgaben
Ziel	Die Fähigkeit der Teilnehmenden erfassen, gesprochene Sprache in Dialogen global und detailliert zu verstehen.
Intension der Aufgabe	Hören, Verstehen und Erkennen, wer mit wem über was spricht und worum es sich im Detail handelt.
Aufgabentyp	Vier Richtig/Falsch-Aufgaben und zwei Mehrfachwahlaufgaben.
Anzahl der Aufgaben	6 Aufgaben (Aufgabe 1–6)
Kanal	Text: gesprochene Sprache Aufgabenstellung und Aufgaben: geschriebene Sprache
Input-Text	Dialoge: Zwei Gespräche am Arbeitsplatz Ein Gespräch Arzt–Patient, ein Gespräch Arzt–Arzt oder Arzt–Schwester/ Pfleger
Art der Information	Die Gespräche finden direkt zwischen den Personen oder am Telefon statt.
Sprecher	Anzahl der Sprecher: zwei Personen pro Gespräch
Art der Aufgabe	Die Teilnehmenden hören zwei Gesprächsaufzeichnungen. Die Gespräche werden nur einmal abgespielt. Für jedes Gespräch gibt es zwei Richtig/Falsch-Aufgaben und eine Mehrfachauswahlaufgabe. Die Aufgabe besteht darin zu entscheiden, ob die Aussagen richtig oder falsch sind. Nur eine Aussage ist jeweils korrekt.
Themen	Die Themen sind routinemäßige Handlungssituationen im Klinikalltag, wie sie während der Arbeit einer Ärztin oder eines Arztes auftreten können.
Niveau	Fachwortschatz bzw. Wortschatz und Grammatik der Gespräche bewegen sich zwischen den Niveaus B2 und C1, die der Items auf Niveau B2.
Gewichtung	Pro richtiger Lösung wird 1 Punkt gewertet (0 Punkte für eine falsche Lösung).

7 Sprachintentionen und Redemittel

Das folgende Kapitel konkretisiert die bisher erläuterten Handlungsfelder und Szenarien weiter. Verschiedene Sprachintentionen, die typischerweise im jeweiligen Szenario enthalten sind, werden in ihrer möglichen Realisierung verdeutlicht. Dazu dienen die beispielhaft aufgeführten Redemittel. Ergänzt wird diese Liste durch Kommunikationstipps, hier direkt an die Sprecherin bzw. den Sprecher gerichtet.

Die folgende Liste ist nicht zur Ausgabe an lernende Ärztinnen und Ärzte gedacht, sondern als Hilfe für die Unterrichtsplanung. Die praktische Umsetzung in einen handlungsorientierten Unterricht kann in diesem Rahmencurriculum nicht dargestellt werden.

7.1 Arzt – Patient

Gesprächseinstieg

Smalltalk

Das Wetter ist heute wirklich nicht schön!
Bei dem Sonnenschein wäre man gern am See/im Grünen.
Schön, Sie zu sehen! Wie geht es Ihrem Mann (Kind/Hund/...)?
Sind Sie gut hergekommen? War viel Verkehr?

Kommunikationstipp

Geben Sie dem Patienten trotz Zeitmangels immer wieder Gelegenheit auch zum sozialen Austausch. So ermöglichen Sie es ihm, Vertrauen zu Ihnen zu fassen, und er hat das Gefühl, dass Sie sich wirklich für ihn, auch als Menschen und nicht nur als Krankheitsfall, interessieren.

Einen Platz anbieten

Guten Morgen, Frau Kuchlerova. Kommen Sie herein und setzen Sie sich (hier hin).
Nehmen Sie (doch hier) Platz!
Nehmen Sie bitte Platz!

Kommunikationstipp

Unterstreichen Sie Ihre Einladung, indem Sie dem Patienten/der Patientin einen Stuhl zuweisen.

Begrüßung und Vorstellung

Guten Morgen, Herr Teban.
Hallo Frau Knoll.
Guten Tag, Herr Schnee, mein Name ist Pichl.
Ich bin Dr. Merz.

8 Fachwortschatz Deutsch Medizin

Die folgende Auflistung nennt häufig verwendete Begriffe und Wörter. Die lexikalische Auflistung kann jedoch nicht alles abdecken, was internationale Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz Krankenhaus voraussichtlich benötigen werden. Dennoch stellen wir hier circa 800 Einträge dar, die für die Konzeption und den Aufbau von Deutschkursen für internationale Ärztinnen und Ärzte hilfreich sein dürften. Links befindet sich ein Haupteintrag, gefolgt von einer Definition und anschließenden möglichen Realisierungsvarianten des Wortes oder des Begriffs – oft aus der Perspektive Arzt-Patient.

A

abnehmen	<p>× zunehmen 1. weniger werden, sinken; an Gewicht verlieren 2. Blut abnehmen</p>	<p>1. Sie sollten unbedingt (an Gewicht) abnehmen. 2. Ich werde Ihnen jetzt Blut abnehmen.</p>
Abstrich, der, -e	<p>(Wund-)Abstrich Entnahme von körpereigenem Untersuchungsmaterial aus der Oberfläche von Wunden oder Schleimhäuten</p>	<p>Ich mache jetzt einen Abstrich.</p>
Achillessehne, die, -n	<p>kräftigste Sehne des menschlichen Körpers, beugt das Sprunggelenk</p>	<p>Er hat sich beim Joggen die Achillessehne gezerzt.</p>
Ader, die, -n	<p>Blutgefäß, das, -"e</p>	<p>Bei sportlichen Menschen mit wenig Körperfett sind die Adern gut sichtbar.</p>
adipös	<p>ein Mensch, der Übergewicht hat = zu viel wiegt, ist adipös/fettleibig</p>	<p>Bei der Untersuchung wurde festgestellt, dass sie adipös/fettleibig ist.</p>
Akte, die, -n	<p>(Patienten-)Akte, Gesamtheit aller dokumentierten Informationen über die Erkrankung eines Patienten</p>	<p>Wo ist die Patientenakte von Herrn Mandelbaum?</p>
<p>Allgemeinärztin, die, -nen Allgemeinarzt, der, -"e Allgemeinmedizinerin, die, -nen Allgemeinmediziner, der, -r</p>	<p>Facharzt, der für die Grundversorgung von Patienten verantwortlich ist</p>	<p>Können Sie mir einen guten Allgemeinarzt empfehlen?</p>
alt	<p>× jung ein bestimmtes Alter haben</p>	<p>Mein ältestes Kind ist 12 Jahre alt.</p>
ambulant	<p>× stationär Wenn der Patient zur Behandlung seiner Krankheit nicht über Nacht in einer medizinischen Einrichtung bleiben muss, wird er „ambulant“ behandelt.</p>	<p>Die Operation kann ambulant durchgeführt werden.</p>

RAHMENCURRICULUM DEUTSCH B2·C1 MEDIZIN

Klar verständliche und standardisierte Aufgabenstellungen, in Verbindung mit einer weltweit einheitlichen Bewertung nach allgemein verbindlichen und objektiven Kriterien – das sind die unverwechselbaren Qualitätsmerkmale aller telc Sprachprüfungen. Das Rahmencurriculum Deutsch B2·C1 Medizin liefert eine theoretische Begründung der Prüfung und zeigt auf, welche Handlungsfelder und Szenarien in der Prüfung vorkommen können. Die Testspezifikationen sorgen in Zusammenhang mit dem Modelltest (Übungstest 1) für Transparenz in Bezug auf Aufgabentypen und Inhalte, die in den Testversionen vorkommen können. Der Fachwortschatz und die Bibliografie vervollständigen das vorgelegte Referenzwerk.