



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Kommunikation zwischen Pflegenden mit
Migrationshintergrund und Patienten“

Verfasserin

Lic. Emese Scheuermann

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 814

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Deutsch als Fremd- und Zweitsprache UG2002

Betreuer:

em. Univ.-Prof. Dr. Hans-Jürgen Krumm

Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei allen Personen bedanken, ohne deren Hilfe die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Zuallererst möchte ich den Pflegedienstleitungen, Stationsleitungen sowie Personalstabstellen ein großes Dankeschön aussprechen, die meinem Anliegen mit Offenheit und Hilfsbereitschaft begegneten und mir die Untersuchungen in ihren Institutionen ermöglichten. Ebenso bin ich all den Pflegepersonen dankbar, die bereit waren, daran teilzunehmen und ihre Erfahrungen und ein Stück ihres Berufsalltages mit mir zu teilen, ob neben ihren vielfältigen pflegerischen Aufgaben bei der Arbeit oder als Interviewpartner in der Freizeit. Hierbei ist auch den Pflorgeteams zu danken, die durch ihre Flexibilität und Kooperation Aufgaben übernahmen und kompensierten, so dass diese Gespräche ungestört stattfinden konnten. Bedanken möchte ich mich selbstverständlich auch ganz herzlich bei all jenen Patienten, Bewohnern oder Klienten in den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens, die durch ihre mitgeteilten Eindrücke und Meinungen diese Arbeit wesentlich bereicherten.

Mein besonderer Dank gilt auch Univ.-Prof. Hans-Jürgen Krumm, der mich durch seine Ermutigungen und konstruktiven Anregungen sehr in meinem Forschungs- und Schreibprozess unterstützte.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meinem Mann, Rolf Scheuermann, sowie meinem Schwager, Hans Adler, für deren Geduld und das Korrekturlesen bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	1
1. Einleitung	4
1.1 Hinführende Gedanken zum Thema	4
1.2 Themenwahl und Fragestellung der Arbeit	5
1.3 Einbettung der Thematik in den Forschungskontext	6
1.4 Gliederung der Arbeit	10
2. Die Gesundheits- und Krankenpflege	11
2.1 Berufsbild und Tätigkeitsfelder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege	11
2.2 Kommunikation in der Pflege	13
2.3 Kommunikation mit den Patienten	15
2.3.1 Gesprächstypen	15
2.3.2 Kommunikative Herausforderungen in der Interaktion mit den Patienten	17
3. Berufsbezogener/-spezifischer Deutschunterricht	19
3.1 Begriffsklärung	19
3.2 Anforderungen an den berufsbezogenen Sprachunterricht	22
4. Methodisches Konzept	23
4.1 Qualitative Forschung	23
4.2 Triangulation	24
5. Instrumente und Durchführung der Datenerhebung	24
5.1 Beobachtungen	24
5.1.1 Ziel und Ablauf der Beobachtungen	25
5.1.2 Charakteristika der Beobachtungen	27
5.2 Interviews	28
5.2.1 Interviews mit Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache	29
5.2.2 Interviews mit Patienten/Bewohnern/Klienten	31
5.3 Überblick über die Datenerhebungen	33
6. Auswertung der Ergebnisse	34
6.1 Vorstellung der in der Praxis begleiteten und interviewten Pflegepersonen	34
6.2 Auswertung der Beobachtungen	40
6.2.1 Beobachtungen in der stationären Altenpflege	41
6.2.2 Beobachtungen in der ambulanten Pflege	46
6.2.3 Beobachtungen in einem Krankenhaus	48

6.3 Auswertung der Interviews mit Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache.....	52
6.3.1 Erinnerungen an den Berufseinstieg	52
6.3.2 Erwerb von Deutschkenntnissen für den Beruf	53
6.3.3 Der Stellenwert der Kommunikation für die Qualität der pflegerischen Betreuung	55
6.3.4 Kommunikative Aufgaben (Gesprächstypen) in der Interaktion mit den Patienten	59
6.3.5 Kommunikationsschwierigkeiten im Umgang mit den Patienten und Beurteilung der eigenen kommunikativen Kompetenz.....	62
6.3.6 Verbesserungsbedarf laut Einschätzung der Pflegepersonen	65
6.3.7 Akzeptanz des ausländischen Personals seitens der Patientenschaft.....	67
6.3.8 Der Gebrauch der mitgebrachten Sprachen in der Kommunikation mit den Patienten und im Stationsalltag.....	70
6.3.9 Vorschläge für berufsspezifische Kursinhalte	73
6.4 Interviews mit Patienten/Bewohnern/Klienten.....	77
6.4.1 Kommunikationsmöglichkeiten im Pflegealltag.....	78
6.4.2 Die Rolle der Kommunikation für die Qualität der Pflege	79
6.4.3 Pflegerische Betreuung durch ausländische und inländische Pflegekräfte.....	80
6.4.4 Kommunikation mit dem Pflgeteam und insbesondere mit dem ausländischen Personal.....	82
6.4.5 Förderliche Maßnahmen für die Integration ausländischer Pflegekräfte.....	84
7. Interpretation	86
8. Anregungen für didaktische Konzepte	89
9. Abschließende Bemerkungen.....	96
Literaturverzeichnis.....	97
Anhang	101
Interviewleitfaden – Pflegende	101
Interviewleitfaden – Patienten/Bewohner/Klienten.....	102
Abstract.....	103
Curriculum vitae	104

1. Einleitung

1.1 Hinführende Gedanken zum Thema

Viel wurde in den letzten Jahren in den Medien über den Pflegenotstand diskutiert. Oft ging es dabei auch um rechtliche Belange und Ausnahmeregelungen, die den Einsatz von ausländischen Pflegekräften legalisieren und regeln sollten. Ausländische Pflegekräfte sind mittlerweile längst fester Bestandteil und tragendes Element der österreichischen Alten- und Krankenversorgung geworden.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist ein Beruf, der hohe kommunikative Handlungsfähigkeit verlangt. Die Betreuung der Patienten und der Austausch innerhalb des Pflgeteams, inklusive täglicher schriftlicher Berichte über den Krankheitsverlauf bzw. der Dokumentation erbrachter pflegerischer Leistungen, setzen Sprache voraus. Je nach Handlungsbereich kommen unterschiedliche Sprachregister und Formen standardsprachlicher, alltagssprachlicher oder fachsprachlicher Kommunikation zum Einsatz.

Unabhängig davon, ob es sich um Pflegesituationen handelt, in denen die Kommunikation tätigkeitsbegleitend stattfindet (z.B. Gespräche während der Körperpflege) oder diese den Hauptinhalt des pflegerischen Handelns darstellt (z.B. das Erheben von Anamnesen oder Beratungen etc.), erfordert die Betreuung der Patienten große sprachliche Sensibilität seitens der Pflegekräfte, dringt sie doch in die Privat- und Intimsphäre des Menschen ein, die oft mit Scham, Angst und Hemmung behaftet ist. Die damit verbundenen Kommunikationsprozesse setzen viel Empathie und Sprachkompetenz voraus, die sich selbst für Muttersprachler als Herausforderung erweisen können.

Die Vorbereitung der im österreichischen Gesundheitswesen tätigen Pflegepersonen mit einer anderen Erstsprache (L1) als Deutsch auf die sprachlichen Anforderungen des Berufes ist derzeit größtenteils in ihre Eigenverantwortung verlagert. Wie Haider (2010: 8) unterstreicht, gibt es bis dato in Österreich kein institutionalisiertes Sprachförderungsprogramm für diese Berufsgruppe. Manche Institute der Erwachsenenbildung, in der letzten Zeit vermehrt auch private Anbieter, organisieren zwar vereinzelt Kurse, aber auch deren Finanzierung ist problematisch, da es hierfür derzeit keine einheitlichen staatlichen Förderungen gibt. Ford (2005: 106-107) berichtet über die entsprechende Situation in Deutschland und hebt hervor, dass trotz bestehender mündlicher und schriftlicher Sprachdefizite des ausländischen Pflegepersonals, die Finanzierung solcher Kurse nicht staatlich gefördert wird. Ein weiteres Problem stellt ein Mangel an Lehrkräften dar, die sowohl über pflegerisches Fachwissen und Berufserfahrung verfügen, als auch über Kenntnisse im Bereich der Fremdsprachendidaktik.

Adäquate Curricula und Lernunterlagen fehlen ebenfalls. Die auf dem Markt vorhandenen Unterrichtsmaterialien sind für die österreichische Zielgruppe wenig hilfreich. Betrachtet man z.B. eine der neuesten Publikationen in diesem Bereich, „Deutsch für Pflegekräfte“ von Schrimpf/Becherer/Ott (2011), entdeckt man viele positive Aspekte, wie interkultureller Lernansatz, Förderung der Sprachbewusstheit etc. Gleichwohl ist sie jedoch aufgrund ihres Mangels an authentischen Gesprächsaufnahmen, ihrer Orientierung an der bundesdeutschen Sprache (ebenso wie andere ähnliche Lehrmaterialien) sowie einer starken Ausrichtung auf das deutsche Gesundheitssystem für Lernende in Österreich weniger gut geeignet. Lediglich die von Laimer/Haider konzipierte und 2007 beim Österreich Institut erschienene Materialienmappe „Deutsch für Gesundheits- und Pflegeberufe“ berücksichtigt auch den Lernbedarf der im österreichischen Gesundheitswesen tätigen Pflegenden nicht-deutscher L1 und bietet praxisrelevanten, abwechslungsreichen sowie authentischen Lernstoff. Haider (2010) trug zusätzlich auch mit einer umfassenden Untersuchung zur Bereicherung und konzeptionellen Weiterentwicklung des berufsspezifischen Deutschunterrichts für Pflegende bei. Um die Professionalisierung des berufsspezifischen Deutschlernens im Bereich der Krankenpflege voranzutreiben, sind aber auf diesem Gebiet weitere Forschungen und staatliche Investitionen notwendig.

1.2 Themenwahl und Fragestellung der Arbeit

Im Mittelpunkt dieser Masterarbeit steht die Frage, wie sich die Kommunikation zwischen Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache und Patienten gestaltet. Wie meistern sie die unterschiedlichen sprachlichen Herausforderungen, denen sie im Pflegealltag begegnen? Gibt es Kommunikationsschwierigkeiten, und wenn ja, welcher Art sind diese? Nicht zuletzt soll auch der Frage nachgegangen werden, wie beide Gesprächspartner die Kommunikation erleben bzw. wo und wie Deutschkenntnisse erworben wurden.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, durch gezielte Einblicke in die Pflegenden-Patienten-Kommunikation Aufschlüsse über Ressourcen oder eventuellen Sprachförderbedarf zu erhalten und auf der Grundlage dieser Bestandsaufnahme Anregungen für didaktische Konzepte sowie die Lernmaterialerstellung zu ermöglichen.

Die Themenwahl ist in erster Linie durch meinen Lebenslauf bedingt. Da ich neben meinem Deutschstudium und der Lehrerfahrung als Deutschlehrerin an allgemeinbildenden Schulen in Rumänien auch Berufserfahrung als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester im österreichischen Gesundheitswesen sammeln konnte, lag die Beschäftigung mit „Deutsch in

der Krankenpflege“ als Verbindung beider Fachgebiete nahe. In der entsprechenden Fachliteratur stößt man häufig auf die Annahme, beim zugewanderten Pflegepersonal bestünden sprachliche Defizite. Im Rahmen dieser Masterarbeit nahm ich mir daher vor, das sprachliche Verhalten der Pflegenden nicht-deutscher L1 in der Praxis näher zu untersuchen. Als zukünftige Kursleiterin wollte ich mich darüber hinaus als Vorbereitung auf meine Lehrtätigkeit intensiv und umfassend mit dem Sprachbedarf und den Bedürfnissen der Lernenden beschäftigen.

1.3 Einbettung der Thematik in den Forschungskontext

Walther stellt fest, dass trotz der Tatsache, dass pflegerisches Handeln zu einem großen Teil sprachliches Handeln darstellt und kommunikative Kompetenzen als Schlüsselqualifikation in der Pflege diskutiert werden, deren Vermittlung in der Ausbildung noch zu sehr vernachlässigt wird. Es mangelt an fundierter empirischer Forschung, die das sprachliche Handeln der Pflegenden zum Gegenstand hat und auch an ausreichenden Lehrmaterialien für die reguläre Ausbildung. Über die Kommunikation in der Pflege findet man generell zwar eine Vielzahl an Publikationen, doch behandeln etliche davon die Kommunikation sehr allgemein oder setzen sich mit bestimmten Kommunikationsmodellen und -theorien auseinander bzw. beschränken sich auf die Präsentation von Regeln und Tipps zum erfolgreichen Kommunizieren. Die Anzahl der empirischen Forschungsarbeiten, die sprachliche Phänomene (Gesprächsstrategien, Gesprächsverläufe, Fachsprache etc.) im konkreten Berufsalltag untersuchen, ist im deutschsprachigen Raum relativ gering (vgl. Walther 2003: 11–52). Die wenigen Studien, die dies im Mittelpunkt der Analysen haben (z.B. Weinhold (1997), Sachweh (1999), Walther (2001)), zeigen auf, dass in diesem Sektor generell noch viel Training und Sensibilisierungsarbeit notwendig ist.

Forschungsarbeiten, die die Kommunikationspraxis ausländischer Pflegekräfte zum Schwerpunkt haben, gibt es bis dato kaum. In der letzten Zeit sind jedoch einige Studien sowie Master-/Diplomarbeiten veröffentlicht worden, die sich mit der Thematik der Interkulturalität und der Zusammenarbeit in multikulturellen Pflgeteams beschäftigen. Im Rahmen dieser Analysen werden auch die Sprachkenntnisse des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund thematisiert. Zu erwähnen wären in diesem Zusammenhang die Magisterarbeit von Dachs (1999), die Studie von Grundböck/Seidl/Walther (2002) sowie die Diplomarbeit von Scharmitzer (2009). Alle drei Untersuchungen beschäftigen sich mit der Problematik, wie die Multikulturalität der Teams von den Pflegenden erlebt wird und welche

Chancen sowie Herausforderungen die Zusammenarbeit von Personen unterschiedlicher Herkunft in sich birgt. Die Analysen fördern ähnliche Ergebnisse zu Tage.

Dachs (1999), die sich mit den Chancen und Risiken bei der Zusammenarbeit in einem multikulturellen Pflorgeteam auseinandersetzt, findet durch ihre Befragungen heraus, dass neben unterschiedlichen Berufsausbildungen und unterschiedlichem Pflegeverständnis vor allem mangelndes Wissen um kulturspezifische Denkweisen, Weltanschauungen, die fehlende Bereitschaft des Perspektivenwechsels und Ethnozentrismus ein großes Risiko für eine erfolgreiche Zusammenarbeit darstellen. Fremdsprachenkenntnisse des immigrierten Personals werden vor allem bei fehlenden Dolmetschdiensten als Gewinn betrachtet, bestehende Sprachdefizite in der deutschen Sprache dagegen als ein die Zusammenarbeit erschwerender Faktor stark hervorgehoben. Dachs plädiert in ihrem Fazit für interkulturelle Schulungen und hebt die herausragende Rolle von guten Sprachkenntnissen für den interkulturellen Dialog und die Zusammenarbeit hervor (vgl. Dachs 1999: 80-93).

Die Studie von Grundböck et al. beschäftigt sich mit den Fragen, was integrationsfördernde und -hemmende Faktoren in einem multikulturellen Team sind, und wie die Ressourcen der einzelnen Pflegenden zum Wohle einer multikulturellen Patientenschaft optimal eingesetzt werden können (vgl. Grundböck et al. 2002: 110). Aus den 1999 im Wiener AKH durchgeführten Befragungen geht hervor, dass die Zusammenarbeit generell als unproblematisch bewertet wird und die Teammitglieder sich integriert fühlen. Multikulturalität wird vor allem in der Betreuung der Patienten als Ressource erlebt, da Fremdsprachenkenntnisse des zugewanderten Personals die Versorgung der ausländischen Patienten oft erleichtern. Als Gründe für etwaige Schwierigkeiten wurden von den Pflegepersonen ein divergierendes Berufsverständnis, unterschiedliche berufliche Ausbildungen und Erfahrungen sowie Sprachprobleme genannt. Hierbei waren für 5 % der Befragten sprachliche Missverständnisse oft, für 32% manchmal, für 52% selten und für 11% nie bemerkbar. Als fördernde Faktoren für eine erfolgreiche Zusammenarbeit betrachten die Pflegepersonen Deutschkurse, Verständnis für andere Kulturen, mehr Informationen über andere Kulturen, aber auch Schulungen bzgl. Gesprächsführung (vgl. Grundböck et.al 2002: 115f, 126).

Scharmitzer (2009) ging der Frage nach, wie die interkulturelle Zusammenarbeit in Pflorgeteams funktioniert und welche positiven Erfahrungen oder Probleme sich dabei erkennen lassen. Ihre Untersuchung fand in einem Wiener Pflegekrankenhaus der Institution „Haus der Barmherzigkeit“ statt. Die Zusammenarbeit im multikulturellen Team wurde von den Befragten im Großen und Ganzen als gut beurteilt. Der sprachlichen Dimension kam in

den Äußerungen der Pflegenden auch hier eine große Bedeutung zu. Aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse beim ausländischen Personal kann es vorkommen, dass Arbeitsanweisungen nicht verstanden werden. Dies führt zu Erklärungsbedarf und Mehrarbeit für das inländische Personal. Gespräche unter ausländischen Kollegen in der eigenen Muttersprache sind in den Teams unerwünscht und zum Teil verboten. Sprachkenntnisse werden aber durchaus auch als Ressourcen anerkannt, wenn sie die Verständigung mit der ausländischen Klientel erleichtern. Im Rahmen der Befragungen wurde auch der Umgang der Bewohner mit dem ausländischen Personal beleuchtet. So schildern Pflegepersonen ihre Erfahrungen, dass inländische Bewohner sich eher von Muttersprachlern betreuen lassen möchten, weil die Verständigung mit ihnen mühelos funktioniert. Umgekehrt kommt es aber auch vor, dass Bewohner mit ausländischen Wurzeln eher ausländisches Personal bevorzugen (vgl. Scharmitzer 2009: 60-77).

Mit der Situation der in der Altenpflege tätigen Migranten beschäftigte sich das MigA¹-Projekt (2004-2006) des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung Bonn. Das Projekt versuchte zu ermitteln, wie die berufliche Kompetenz der Migranten in der Altenpflege gefördert werden kann. Sechszehn stationäre Einrichtungen und sechzehn ambulante Pflegedienste aus Nordrhein-Westfalen wurden in die Untersuchung einbezogen. In einem ersten Schritt wurde der Qualifikationsbedarf des migrantischen Pflegepersonals untersucht, anschließend wurden Fortbildungskonzepte für eine verbesserte berufliche Integration erarbeitet und auch erprobt. Auch aus diesen Erhebungen ging hervor, dass die deutsche Sprache generell ein Problemfeld darstellt. Insbesondere die Fachsprache (inkl. schriftlicher Dokumentation) erwies sich als verbesserungsbedürftig. Daneben wurde auch hinsichtlich des Kultur-/Pflegeverständnisses sowie der Altenpflege ein erhöhter Bildungsbedarf konstatiert (vgl. Friebe 2006).

Eine weitere empirische Arbeit, die sich explizit mit den Kommunikationsproblemen des migrantischen Pflegepersonals auseinandersetzt, ist die Magisterarbeit von Köferl (1992): „Kommunikationserfahrungen und -probleme ausländischer KrankenpflegerInnen“².

Eine mehrperspektivische Analyse der Sprachbedarfe und Sprachbedürfnisse Pflegenden nicht-deutscher L1 führte Haider (2010) durch. Sowohl im Rahmen der Nostrifikation als

¹ Migrant/inn/en in der Altenpflege

²Zur Darstellung des Forschungsstandes bzgl. der Kommunikation im Krankenhaus verweist Weinhold (1997: 17f.) unter anderen auf die empirische Forschungsarbeit von Köferl, die 1992 am DaF-Lehrstuhl der Maximilian-Universität München verfasst wurde. In ihrem Kommentar zur Magisterarbeit bemerkt Weinhold, dass im Rahmen der Beschreibung von Kommunikationserfahrungen ausländischer Pflegekräfte auch Sequenzen zu Pflegenden-Patienten Kommunikation untersucht wurden. Nach Auskunft der Universitätsbibliothek München (Okt. 2010) ist diese Arbeit derzeit nicht auffindbar.

auch in der Praxis wurden die objektiven kommunikativen Anforderungen sowie die subjektiven Sprachbedürfnisse des Pflegepersonals mit Migrationshintergrund erhoben. Haider konnte große Diskrepanzen zwischen den kommunikativen Erfordernissen in der Nostrifikation und im Beruf feststellen, andererseits auch Unterschiede zwischen den theoretischen Anforderungen an die Kommunikation im Beruf und der tatsächlichen Kommunikationspraxis konstatieren, was natürlich auch auf die subjektiven Sprachbedürfnisse der Pflegenden Einfluss nimmt (vgl. Haider 2010: 255). Die theoretischen Anforderungen können im Pflegealltag aufgrund unterschiedlicher Faktoren wie mangelnder Aus- und Fortbildung, mangelnden Bewusstseins in der Praxis und knapper personeller und Zeitressourcen oft nur unbefriedigend umgesetzt werden. Vor allem im Bereich der Langzeitpflege, wo sehr viele ausländische Pflegendе ihre Pflеgetätigkeit mit Sprachdefiziten aufnehmen, wird der kommunikativen Kompetenz wenig Bedeutung beigemessen. Haider macht darauf aufmerksam, dass hohe Pflegequalität ohne kommunikative Kompetenzen nicht gewährleistet werden kann und es daher in die Verantwortung des öffentlichen Bildungswesens fällt, mehr in die sprachliche Qualifizierung aller Pflegekräfte zu investieren. Hierzu zählt auch die Sicherung berufsspezifischer Sprachlernangebote für das zugewanderte Personal (vgl. Haider 2010: 255ff). In dieser Arbeit präsentiert Haider auch ein Gesamtkonzept zum Aufbau eines berufsvorbereitenden/-begleitenden Sprachkursangebotes.

Die Hauptdatenquellen von Haider waren NostrifikantInnen und ehemalige NostrifikantInnen, deren Erfahrungen mittels Fragebögen und Interviews erhoben wurden. Als weitere Informationsquellen dienten Experteninterviews mit Lehrkräften und Pflegeforschern sowie Hospitationen in einem Nostrifikationslehrgang und ein Shadowing in einem Wiener Krankenhaus. Insofern es einige Überlappungen hinsichtlich des Forschungsschwerpunktes gibt, übte Haiders Analyse, bei der ich mir gelegentlich auch Anregungen holte, großen Einfluss auf die vorliegende empirische Arbeit aus. Zwar versteht sie sich als Erweiterung der Thematik, grenzt sich von Haiders Untersuchungsdesign jedoch dahingehend ab, dass sie das konkrete sprachliche Handeln von Pflegenden nicht-deutscher L1 in der Interaktion mit den Patienten ins Zentrum der Analyse stellt. Dieser Datenstrang wird auch um die Sprachlern- und Sprachgebrauchserfahrungen des ausländischen Personals ergänzt, die mittels qualitativer Interviews erhoben werden. Die Themen der Befragungen decken sich dabei größtenteils mit denen, die Haider bei ihren Interviewpartnern behandelte. Es ist mir jedoch ein wichtiges Anliegen, auch die Patientenperspektive mit einzubeziehen und zu den anderen Daten in Bezug zu setzen. Dieser Aspekt wurde in Haiders Untersuchung nur indirekt durch Berichte der ausländischen Pflegenden rekonstruiert.

1.4 Gliederung der Arbeit

Im ersten Teil der Arbeit werden in einem kurzen Abriss das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie dessen drei Tätigkeitsbereiche beschrieben: der eigenverantwortliche, der mitverantwortliche und der interdisziplinäre Bereich. Auch die Voraussetzungen, die zur Ausübung des Berufes erforderlich sind, werden erwähnt. Das nächste Kapitel versucht die ständige Präsenz der Kommunikation im Berufsalltag zu verdeutlichen und die Rolle kommunikativer Kompetenzen herauszuarbeiten. Neben der Vorstellung der in der Literatur beschriebenen häufigsten Gesprächsformen soll in diesem Abschnitt noch auf die verschiedenen Herausforderungen hingewiesen werden, die Pflegende in der Interaktion mit den Patienten bewältigen müssen. Das zweite Kapitel der Arbeit setzt sich mit dem Begriff „berufsbezogener Unterricht“ auseinander und versucht dessen Charakteristika und die verschiedenen Unterrichtsformen zu präsentieren. Anschließend werden Anforderungen an einen lernerorientierten, berufsbezogenen Sprachkurs reflektiert.

Der empirische Teil der Arbeit befasst sich zunächst mit der qualitativen Forschung als Methode sowie der Triangulation als Forschungsstrategie. Ferner werden die verwendeten Forschungsinstrumente, die Beobachtung und das Leitfadeninterview eingeführt sowie die Vorgehensweise bei der Datenerhebung beschrieben. Die jeweiligen Kapitel, *4.Methodisches Konzept* und *5.Instrumente und Durchführung der Datenerhebung*, lehnen sich strukturell an die entsprechenden Kapitel (4.1–4.3) der Masterarbeit von Magdalena Frühmann (2010) an.

Im Rahmen der Auswertung wird anhand der in verschiedenen pflegerischen Bereichen (Pflegeheim, Krankenhaus, mobile Pflege) durchgeführten Beobachtungen das konkrete sprachliche Handeln Pflegender mit Migrationshintergrund geschildert. Neben den Auffälligkeiten, Besonderheiten in der Kommunikation, werden auch die typischen Gesprächsformen und -typen im Berufsalltag erfasst. Andererseits stellt dieser Abschnitt auch die persönliche Sicht der Pflegenden auf ihre Sprachlern- und Sprachgebrauchserfahrungen dar und evaluiert auch das Feedback der Patienten bzgl. der pflegerischen Kommunikation. In einem nächsten Schritt werden die verschiedenen Datenstränge zusammengeführt und zu einem Gesamtbild zusammengefügt. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse möchte ich zum Schluss einige Vorschläge und Anregungen für mögliche Inhalte und Themen bei der Konzipierung von berufsspezifischen Deutschkursen und Lernmaterialien präsentieren.

2. Die Gesundheits- und Krankenpflege

2.1 Berufsbild und Tätigkeitsfelder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

Durch das 1997 in Kraft getretene und seither mehrmals ergänzte Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), wurde das Berufsbild der Krankenpflege in Österreich deutlich verändert, ihr Tätigkeitsbereich erweitert und dem Beruf mehr Eigenständigkeit verliehen. Die Bezeichnung diplomierte/r Gesundheits- und Krankenpfleger/-schwester (DGKS/DGKP) löste die alte Bezeichnung Krankenpfleger/-schwester ab. Neu wurden im Gesetz z.B. die Gesundheitsförderung und Beratung definiert. Auch die Pflegedokumentation wurde normiert (vgl. Allmer GuKG § 5 Abs.1, Anm. 1; §14 Abs.2, Anm. 2). All dies trägt dazu bei, dass den kommunikativen Kompetenzen in der Pflegepraxis eine immer größere Rolle zukommt.

Das Berufsbild des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wird laut GuKG § 11 folgenderweise definiert:

(1.) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist der pflegerische Teil der gesundheitsfördernden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und zur Verhütung vor Krankheiten.

(2.) Er umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, Schwerverkrankter und Sterbender sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung vor Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege lässt sich unterteilen in:

Allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege, Kinder- und Jugendlichenpflege sowie Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Tätigkeiten des gehobenen Dienstes der Gesundheits- und Krankenpflege lassen sich drei Bereichen zuordnen: dem eigenverantwortlichen, dem mitverantwortlichen und dem interdisziplinären Tätigkeitsbereich. Dieser Tätigkeitsbereich kann nach entsprechender Sonderausbildung oder spezieller Grundausbildung erweitert und spezialisiert werden (vgl. GuKG § 13 Abs. 1-2).

Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich beinhaltet die Diagnostik, Planung, Durchführung, Evaluierung und Dokumentation aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), Gesundheitsförderung und Information der Patienten über präventive Maßnahmen im Rahmen der Pflege, psychosoziale Betreuung aber auch

Aufgaben wie die Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, Anleitung der Auszubildenden und des Hilfspersonals sowie Mitarbeit bei der Pflegeforschung.

Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Verrichtung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach Anordnung des Arztes.

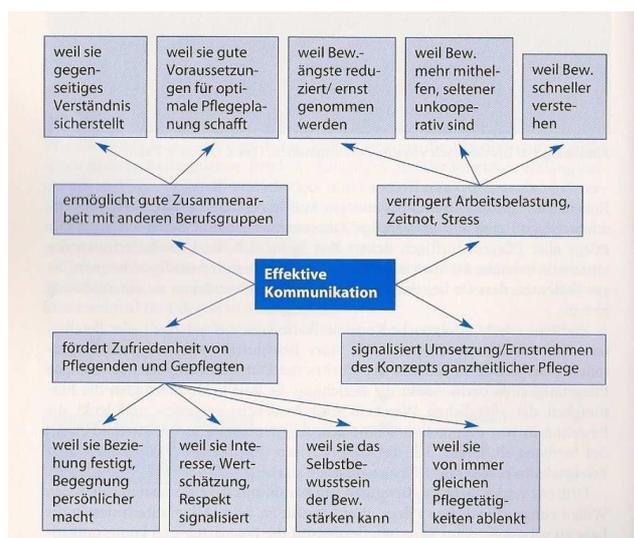
Im Rahmen des interdisziplinären Tätigkeitsbereiches erfolgt in Kooperation mit den Angehörigen anderer Berufsgruppen des Gesundheitswesens die Gesundheitsberatung, Mitwirkung bei der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung, Entlassungsvorbereitung sowie die Begleitung und Beratung während und nach körperlichen und psychischen Erkrankungen (vgl. GuKG §§14, 14a, 15, 16). Während diese drei Tätigkeitsbereiche alle Angehörigen des Gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege betreffen, gibt es spezielle und erweiterbare Tätigkeitsbereiche deren Spezialaufgaben nur nach Absolvierung einer entsprechenden Sonderausbildung ausgeübt werden dürfen. Hierzu gehören die Kinder- und Jugendlichenpflege, die Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege und Fachspezialisierungen wie zum Beispiel Intensivpflege, aber auch Lehr- und Führungstätigkeiten (vgl. GuKG § 17).

Zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind mündige Personen nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres berechtigt, wenn sie den erforderlichen Qualifikationsnachweis besitzen, die gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit nachweisen können und nicht an letzter Stelle „über die für die Berufsausübung erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen.“ (GuKG § 27 Abs.1) Die Beherrschung der deutschen Sprache stellt also eine gesetzliche Forderung dar. Im Zusammenhang mit den Sprachkenntnissen wird in den Erläuterungen zu diesem Absatz zusätzlich hervorgehoben, dass die Pflegenden selbst für den Erwerb der Deutschkenntnisse Sorge zu tragen haben. „Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass es einerseits dem Dienstgeber obliegt festzustellen, ob die/der BewerberIn über die entsprechenden Sprachkenntnisse verfügt, und es andererseits in die Eigenverantwortlichkeit jeder/jedes Berufsangehörigen fällt, sich die nötigen Sprachkenntnisse anzueignen (RV).“ (Weiß-Fassbinder/Lust, GuKG⁶ (2010) § 27. Abs.1, Anm. 6). Haider (2010: 107f.) übt Kritik an diesen Umständen und bemängelt, dass seitens des Staates keine Maßnahmen gesetzt werden, um den Erwerb der für den Beruf erforderlichen Deutschkenntnisse bei immigriertem Personal zu unterstützen.

2.2 Kommunikation in der Pflege

Der Pflegealltag ist von ständigem Kommunizieren geprägt. Die Gestaltung des ganzen Pflegeprozesses beginnend mit der Informationssammlung über den Patienten, die Feststellung der Pflegeprobleme (Pflegediagnose), die Bestimmung der anzustrebenden Pflegeziele und der erforderlichen pflegerischen Maßnahmen, die Durchführung der Pflegemaßnahmen und letztendlich die Beurteilung der Wirksamkeit der Pflege implizieren Kommunikation mit dem Patienten, dessen Angehörigen aber auch einen konsequenten Austausch im Team. Die Betreuung und Versorgung des Patienten setzen oft auch interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe voraus, mit denen z.B. die Vorbereitung des Patienten auf die Entlassung oder Gesundheitsberatung gemeinsam gestaltet werden. Aber auch weitere Aufgaben, die im Gesetz verankert sind, wie z.B. die Anleitung der Auszubildenden, verlangen kommunikative Kompetenzen seitens der diplomierten Pflegekräfte. Zu Recht stellt Olbrich fest: „Pflegerisches Handeln ist ohne Kommunikation nicht denkbar. Sprache ist das Milieu, in dem Pflege sich vollzieht. Denn über die Sprache schaffen wir gegenseitiges Verstehen und Verständigung, erst dadurch wird Pflege ermöglicht.“ (Olbrich 2006: 15)

Gute Kommunikation schafft die Basis für das Aufbauen einer tragfähigen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten und wirkt sich auch auf das Wohlbefinden und die Genesung des Patienten positiv aus. Andererseits ist sie Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Team. Sachweh hebt hervor, dass gelungene Kommunikation nicht nur die pflegerische Qualität, sondern auch die pflegerische Effizienz erhöht und stellt die Konsequenzen effektiver Kommunikation graphisch wie folgt dar:



(Sachweh 2002: 22)

Kommunikative Handlungsfähigkeit wird daher als eine Schlüsselqualifikation angesehen, die einen wesentlichen Teil der pflegerischen Kompetenzen darstellt. Laut Beth (2007: 178-179) lässt sich diese durch folgende Merkmale beschreiben: Ausbalancieren von Nähe und Distanz, Trennen der Inhalts-/Sach- und Beziehungsebene, Erkennen der eigenen Emotionen und Bedeutungszuweisungen, sich Einstellen auf die unterschiedlichen Gesprächspartner und ihre Sprachregister sowie die Beherrschung verschiedener Gesprächssituationen (z.B. Aufnahmegespräch, Beratungsgespräch, Krisengespräch).

Kommunikation ist also ein unentbehrliches Instrument der Pflege und ist sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Form im Pflegealltag präsent. Auch die schriftliche Dokumentation aller pflegerischen Maßnahmen ist Pflicht der Pflegepersonen. Die Anamnese, die Pflegeplanung, die täglichen Berichte, Entlassungsschreiben etc. gehören hierzu. Lt. Arets et al. (1999: 380, 382) erfüllt die Pflegedokumentation mehrere Funktionen:

Ziel der Pflegedokumentation ist es, alle im Pflegeprozeß festgelegten pflegerischen Aktivitäten schriftlich festzuhalten, um:

- ein Wegweiser für alle Beteiligten zu sein;
- die Pflege kontrollieren und, wenn möglich, diskutieren zu können;
- die Pflege gegenüber Dritten legitimieren zu können;
- die Evaluation zu einem späteren Termin zu ermöglichen;
- die Pflegequalität zu fördern.

Anforderungen an die schriftliche Kommunikation sind Sachlichkeit, Präzision und Verständlichkeit. Abt-Zegelin (2005) stellt einen großen Verbesserungsbedarf im Bereich der schriftlichen Dokumentation in der Praxis fest. Diese sei sehr häufig inhaltsleer und wenig aussagekräftig. Dabei spielen Formulierungsschwierigkeiten der Pflegenden auch eine Rolle. Um die Qualität der schriftlichen Pflegedokumentationen zu verbessern, sind Sprachübungen und viel mehr Reflexion über Sprache und Sprachgebrauch sowohl in der Ausbildung als auch in der Praxis noch erforderlich (vgl. Abt-Zegelin 2005:129).

Anzumerken ist, dass sich die Pflegefachsprache im Gegensatz zur Fachsprache der Medizin noch im Entwicklungsprozess befindet. Auch in der Pflege sind mittlerweile für die Wissensbereiche Pflegediagnosen, Pflegemaßnahmen und Pflegeergebnisse verschiedene Klassifikationssysteme mit unterschiedlichen Zielen entstanden, z.B. Schaffung einer international einheitlichen Sprache, Förderung der Professionalisierung der Pflege, Messung der Pflegeleistungen und Erleichterung der elektronischen Pflegedokumentation. Als die bekanntesten seien die NANDA³-Pflegediagnosen und die ICNP®⁴ genannt. Diese

³ North American Nursing Diagnosis Association

⁴ International Classification for Nursing Practice

Klassifikationssysteme gehören jedoch noch aktualisiert und weiterentwickelt (vgl. König 2007: 305f.).

2.3 Kommunikation mit den Patienten

(...) unabhängig davon, ob man Akut-oder Langzeitpflege betreibt: Immer geht es neben der Linderung der körperlichen Leiden auch um den Erhalt oder Wiederherstellung des seelischen Wohlbefindens. Pflege ist also weit mehr als die Arbeit mit medizinischen und pflegerischen Gegenständen und Körpern: Einen wesentlichen Anteil der Arbeit macht die Kommunikation mit den Pflegebedürftigen aus. Dabei reicht die Spanne der notwendigen kommunikativen Tätigkeiten vom Informieren, Erklären, Beraten, Motivieren, Unterhalten, Erzählen, Singen und Scherzen bis zum Trösten. (Sachweh 2002: 19f.)

2.3.1 Gesprächstypen

Hausmann (2009: 180) bemerkt bezüglich der Pflicht, Gespräche zu führen, dass dies keine „Zusatzleistung“ sei, sondern als eine zentrale Aufgabe einer Pflegeperson zu sehen ist. In der Fachliteratur gibt es verschiedene Typologisierungen in Bezug auf Pflegenden-Patienten-Gespräche. Brünner (2005: 62) kategorisiert zum Beispiel zentrale Gesprächsformen nach ihrem Zweck. Als Hauptziele von Patientengesprächen gibt sie die Verbesserung des Wissensstandes, der Handlungsfähigkeit und der psychischen Befindlichkeit des Patienten in Bezug auf die Krankheit an, um dadurch seine Heilung zu fördern.

So unterscheidet sie hinsichtlich des Wissens des Patienten folgende sprachliche Handlungen: Informieren, Erklären, Aufklären. In Bezug auf das Handeln des Patienten hebt sie das Instruieren/Anleiten, Beraten und Motivieren hervor. Was das Fühlen des Patienten angeht, sind die Bearbeitung von Gefühlen oder emotionale Unterstützung von Bedeutung. Als ein weiteres Gesprächsziel definiert Brünner das Gewinnen von Informationen, auf deren Grundlage die Pflegepersonen ihr pflegerisches Handeln planen. Typische Kommunikationsformen wären hierbei sachbezogene Fragen (z.B. Anamnesegespräch) oder Erzählgenerierungen (vgl. Brünner 2005: 62f.).

Eine weitere Einteilung kann nach dem Kriterium gemacht werden, ob die Kommunikation eine pflegerische Handlung begleitet (z.B. verbale Anleitung bei der Körperpflege) oder sie selbst im Mittelpunkt der Pflegenden-Patienten-Interaktion steht (z.B. Aufnahmegespräch). So unterscheidet Haider (2010: 197f.) in Anlehnung an die Fachliteratur zwischen „Gespräch

tätigkeitsbegleitend“ und „Gespräch zentral“. Als eine besondere Form der tätigkeitsbegleitenden Kommunikation hebt Haider den homileischen Diskurs⁵ hervor.

Die oben genannten kommunikativen Aufgaben können anhand eines konkreten Beispiels veranschaulicht werden. Der Patient kommt zur stationären Aufnahme wegen einer geplanten Hüft-Prothesen Operation. Präoperativ erhebt die Bezugspflegeperson im Rahmen eines Erstgespräches den Gesundheitszustand des Patienten, um zu erfahren in welchen Bereichen des Lebens Selbstfürsorgedefizite bestehen und auf welche Ressourcen man zurückgreifen kann. Vor der Operation erfolgt auch die Information des Patienten über das perioperative Geschehen und über die geplanten Pflegemaßnahmen (präoperativ zum Beispiel, welche Vorschriften der Patient in Bezug auf Essen und Trinken, Anziehen beachten muss; postoperativ zum Beispiel Umgang mit Schmerzen oder welche Restriktionen in den ersten Tagen ihn erwarten, wie angeordnete Bettruhe, Beinlagerung in einer Schaumstoffschiene, Thromboseprophylaxe, Körperpflege mit Unterstützung einer Pflegeperson im Bett, erlaubte und nicht erlaubte Bewegungen etc.). Viele Patienten schauen einer Operation mit Ängsten entgegen. Hier ist das Feingefühl der Pflegeperson gefragt, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, er sei in guten Händen. Nach der Operation gilt es all diese Aspekte unter Umständen nochmals detaillierter zu besprechen. In einer konkreten Situation, wie zum Beispiel beim ersten postoperativen Aufstehen, wird der Patienten instruiert, wie er mit den Krücken umzugehen hat. Dies ist zwar in erster Linie Aufgabe der Physiotherapeuten, aber auch die Pflegenden werden bei weiteren Mobilisationen den Patienten verbal anleiten müssen. Ebenfalls wird der Patient instruiert, sich die subkutane Spritze zur Thromboseprophylaxe selbst zu verabreichen, da er dies auch zu Hause einen Zeitlang durchführen muss. Viele Patienten sehen sich nach der Operation überfordert, trauen sich wenig zu und benötigen Motivation zum positiven Denken. Des Weiteren ist es auch Aufgabe der Pflegeperson zu eruieren, ob der Patient nach der Entlassung Unterstützung durch die Familie bekommt. Wenn nicht, sollte eine Beratung in Bezug auf die Möglichkeit der mobilen sozialen Dienste, Akutgeriatrie oder Rehabilitationsstätte stattfinden. Hier erfolgt in der Regel eine enge Zusammenarbeit mit dem Entlassungsmanagement des Krankenhauses.

Die Palette der möglichen und erwarteten Gesprächsformen in der Interaktion mit dem Patienten ist also breit gespannt, und die oben genannten kommunikativen Handlungen haben

⁵ Die Bezeichnung „homileischer Diskurs“ stammt von Ehlich/Rehbein (1980). Damit ist eine Art Kommunikation gemeint, die nicht direkt aufgabenbezogen ist, jedoch der Gestaltung einer persönlichen Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten dient. Hierzu zählen Smalltalks, Gespräche über Alltägliches etc. (vgl. Weinhold 1997: 22, Haider 2010: 198).

generell für alle pflegerischen Bereiche Relevanz, auch wenn einzelne Gesprächstypen in manchen Abteilungen mit einer größeren Frequenz vorkommen.

2.3.2 Kommunikative Herausforderungen in der Interaktion mit den Patienten

Die Verständigung mit den Patienten kann durch verschiedene Faktoren erschwert werden. Alters- oder krankheitsbedingte Ursachen (Demenz, neurologische Erkrankungen etc.) können sowohl die Artikulationsfähigkeit als auch die Aufnahmefähigkeit der Patienten beeinträchtigen. Hier sind Fachwissen über die Krankheitsbilder und deren Auswirkungen auf die Kommunikationsfähigkeit der Patienten, viel Empathie sowie die Beherrschung verschiedener kommunikativer Strategien inkl. der nonverbalen Kommunikation wichtig, um einen Weg der respektvollen und effektiven Verständigung zu finden (vgl. Sachweh 2002).

In der heutigen multikulturellen Gesellschaft haben Pflegende Patienten unterschiedlicher Nationalitäten und soziokultureller Zugehörigkeit zu betreuen. So können auch Sprachbarrieren den Austausch zwischen Pflegenden und Patienten erschweren. Es kann vorkommen, dass der Patient die Landessprache nicht ausreichend beherrscht oder aber eine starke dialektale Färbung die Kommunikation mit dem Gesprächspartner beeinträchtigt. Verfügen Pflegende über Fremdsprachenkenntnisse, vor allem der allochthonen Migrantensprachen, macht sie dieses Wissen handlungsfähiger und es kommt dem Patienten zugute. Aber auch die Kenntnis der lokalen Dialekte ist von Vorteil und erleichtert den Austausch mit den Patienten. Elzer/Sciborski (2007: 143) verweisen darauf, dass in der Betreuung der Migranten nicht nur Sprachbarrieren die Verständigung erschweren können. Neben diesen „stellt ein kulturell bedingt anderes Krankheits- und Gesundheitsverständnis gegenüber dem in Deutschland bestehenden eine inhaltliche Barriere dar. Viele Krankheitsbilder werden vom Patienten anders erlebt und ausgedrückt.“ Dies erschwert oft die Therapie und die Kooperation zwischen den Behandelnden und Patienten. Trotzdem: „Es kann nicht gelingen, den Migranten in die bei uns übliche Patientenrolle zu pressen. Institutionen des Gesundheitswesens, die Gesundheitsberufe selbst und die einzelnen Berufstätigen sollten über eine »interkulturelle Kompetenz« verfügen.“ (Elzer/Sciborski 2007: 144) Diese Schlüsselqualifikation besitzt viele Facetten. Sie impliziert zum Beispiel Wissen um die kulturell bedingten Unterschiede in den menschlichen Interaktionen aber auch die Fähigkeit der kritischen Auseinandersetzung mit Eigen- und Fremdbildern, d. h. die Bereitschaft, das Gegenüber nicht vorschnell auf der Grundlage der eigenen soziokulturellen Normen und Werte zu beurteilen, sondern offen zu sein für einen Perspektivenwechsel.

In der Regel bereiten Instruktionen/Anleitungen, die mit der Fachausrichtung einer Abteilung zu tun haben und tagtäglich durchgeführt werden, den Pflegenden keine sprachlichen Schwierigkeiten. Im Praxisalltag hat man aber auch mit Gesprächssituationen zu tun, die emotions- und konfliktbeladen sind und wo es um Tabus geht etc. Sich in solchen Gesprächssituationen auf den Patienten einzulassen und die richtigen Worte zu finden ist nicht einfach, selbst wenn eine gemeinsame Sprache vorhanden ist. Man benötigt psychologisches Wissen, aber auch Gesprächsführungskompetenz.

Laut Brünner ist professionelle Gesprächskompetenz ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Fähigkeiten. Sich des Gesprächszweckes bewusst zu sein und diesen zielorientiert zu verfolgen, in der Lage zu sein, die Äußerungen des Gegenübers zu interpretieren, die Bedeutungen auf verschiedenen Gesprächsebenen zu erkennen und „die richtigen sprachlichen Handlungen zum rechten Zeitpunkt auszuwählen und sie situations- und partnergerecht auszuführen sowie ein ausdifferenziertes Repertoire an sprachlichen Mitteln aktiv präsent zu haben und passend einzusetzen“ ist nicht immer leicht und auch nicht selbstverständlich. (Brünner 2005: 65)

Zu Recht stellt auch Haider (2010: 212) fest, dass kompetentes kommunikatives Handeln einen hohen Grad an Reflexion und Sprachbewusstsein fordert, das gelehrt und geübt werden muss, sowohl bei Muttersprachlern und umso mehr bei Pflegenden mit einer anderen L1 als Deutsch.

Professionelle Gesprächsführungskompetenz sollte daher nicht nur in der Praxis entwickelt sondern stärker in beruflichen Aus- und Fortbildungen vermittelt werden. Um eine verlässliche Lehrgrundlage zu schaffen, benötigt man aber mehr wissenschaftliche, empirische Untersuchungen der kommunikativen Alltagspraxis und ihrer Anforderungen (vgl. Walther 2003: 50; Brünner 2005: 65).

Professionelle Kommunikation benötigt aber auch entsprechende Rahmenbedingungen. Bei zunehmend knapperen personellen und zeitlichen Ressourcen sind die Anforderungen an ausführliche, patientenorientierte Gespräche in entspannter Atmosphäre einfach schwer zu erfüllen.

3. Berufsbezogener/-spezifischer Deutschunterricht

3.1 Begriffsklärung

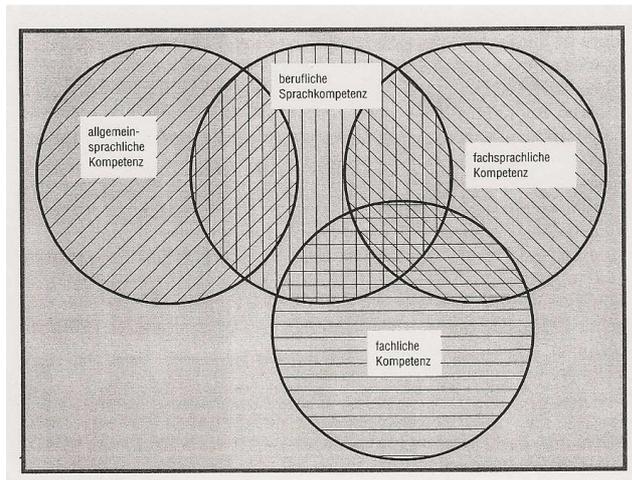
Was versteht man bei der Krankenpflege unter *Berufssprache*? Die berufliche Kommunikation in der Krankenpflege besitzt sehr viele Facetten. Denkt man an die Interaktion der Pflegenden mit den Patienten oder an die *small talks* in den Pausen, sieht man, dass es sich hier in erster Linie um einen Austausch handelt, welcher der alltäglichen Sprachverwendung zuzuordnen ist. Nimmt man dagegen die Arzt-Pflegende-Kommunikation, die Dienstübergabe oder eine Pflegeplanung ins Visier, wird der Sprachgebrauch fachspezifischer und ist für Außenstehende nicht unbedingt verstehbar.

Der Terminus *Berufssprache* schließt laut Haider die Fachsprache aber auch die Allgemeinsprache ein. Dadurch kann der Begriff von der reinen Fachsprache abgegrenzt werden. In Bezug auf den Sprachunterricht hebt Haider eine zweite Verwendungsweise des Terminus „Deutsch im Beruf“ hervor. Sie verweist auf einen berufsübergreifenden Sprachunterricht, der alle Berufsfelder betreffende Inhalte behandelt, und der „den Aufbau einer umfassenden Handlungskompetenz“ anstrebt (Haider 2010: 40-41).

Der Referenzrahmen unterscheidet grob vier Domänen der Sprachverwendung: den privaten Bereich, den öffentlichen Bereich, den beruflichen Bereich und den Bildungsbereich. Die Domänen, auf die die Lernenden sprachlich vorbereitet werden müssen, wirken sich natürlich auf die Auswahl der Ziele, Themen, Inhalte und Aufgaben für den jeweiligen Kurs aus. Es ist jedoch auch zu bedenken, hebt der Referenzrahmen hervor, dass diese Bereiche in der Wirklichkeit häufig miteinander verknüpft sind. Daraus folgt, dass sie auch nicht so streng voneinander getrennt behandelt werden sollten.

Bei Lehrenden etwa fallen der Berufs- und Bildungsbereich zum großen Teil zusammen. Der öffentliche Bereich ist dort, wo er soziale und administrative Interaktionen und Transaktionen oder auch Medienkontakte umfasst, offen gegenüber anderen Bereichen. Sowohl die Bildungs- als auch im Berufsbereich dienen viele Interaktionen und Sprachaktivitäten mehr dem sozialen Funktionieren einer Gruppe als dem Erfüllen von beruflichen und Lernaufgaben. Ebenso sollte der private Bereich nicht als abgeschottet betrachtet werden. (Europarat 2001: 53)

Auch Funk (2003: 175) betont, dass die kommunikative Kompetenz eines Fremdsprachensprechers nicht in einen privaten und einen beruflichen Teil zu trennen ist. Einen großen Teil der innerbetrieblichen Kommunikationen machen informelle Gespräche aus, die nicht unbedingt berufsspezifisch sind. Daher wäre es falsch die Berufssprache nur mit der Fachsprache gleichzusetzen. Berufliche Sprachkompetenz setzt sich lt. Funk (1992: 6) aus allgemeinsprachlicher, fachlicher und fachsprachlicher Kompetenz zusammen.



Funk 1992: 6, Kompetenzbereiche

Funk hebt hervor, dass diese Kompetenzbereiche eng zusammenhängen und ihre Förderung auch nicht getrennt voneinander erfolgen sollte.

Berufsbezogener Fremdsprachenunterricht steht im Spannungsfeld dieser vier Kompetenzbereiche. Berufliche Sprachkompetenz ist untrennbar verbunden mit allgemeiner Sprachkompetenz. Das Lernen von Fachwortschatz, die Arbeit mit Fachtexten und Tabellen und das Erarbeiten von Grammatikregeln aus Texten mit fachsprachlichem Inhalt führt weder zu einer allgemeinsprachlichen Kompetenz noch zu einer fachlichen Berufskompetenz. Eine isolierte fachsprachliche Kompetenz ohne diese beiden anderen Kompetenzbereiche ist aber unmöglich. (Funk 1992: 7)

Auch Kühn (2001: 9) verweist darauf, dass „die berufsbezogene Sprache nur dann verständlich und sinnvoll bleibt, wenn sie im allgemeinsprachlichen und sachlogischen Verwendungszusammenhang gebraucht wird. Allein schon aus diesem Grund sind die Grenzen zwischen so genanntem allgemeinen, sowie berufs- und fachbezogenem Sprachenlernen fließend.“ Daher sollte jeglichem Sprachenlernen für die kommunikativen Anforderungen eines Berufes eine allgemeinsprachliche Vorbereitung vorausgehen. Umgekehrt sollte ebenfalls gelten, dass ein allgemeinsprachlicher Kurs, der den Prinzipien Lerner- und Bedürfnisorientierung folgt, auch schon generelle berufsbezogene Aspekte beinhaltet (vgl. Haider 2010: 23; Funk 2003: 175; Paleit 2000: 19).

Sowohl Paleit (Abb.1) mit ihrem Konzept für ein sprachliches Integrationsprogramm für ZuwandererInnen in Deutschland, als auch Funk (Abb.2) beschreiben den Weg zum Erwerb der sprachlichen Handlungsfähigkeit im Beruf als einen Weg, der vom Allgemeinen zum Speziellen führt.



Abb.1 Konzept für ein sprachliches Integrationsprogramm für ZuwandererInnen in Deutschland (Paleit 2009: 19)

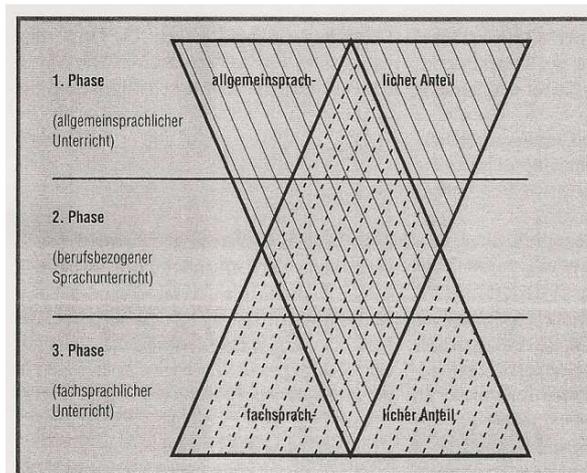


Abb.2 Zeitschiene für die Kursplanung (Funk 1992:6)

Funk unterstreicht, dass **allgemeinsprachliches** und **berufsbezogenes sprachliches Training** prinzipiell Hand in Hand gehen müssen. Bei der Planung berufsbezogener Kurse ist auf jeden Fall eine Analyse der Ausgangssituation der Lernenden erforderlich: handelt es sich um Lernende, z.B. Jugendliche ohne Fachkenntnisse, die vor der Berufswahl stehen, oder um Lernende, die bereits eine Fachqualifikation mitbringen. Für die ersteren ist eine Spracharbeit, die berufsfeldübergreifend ist, sinnvoller. Für Lernende, die bereits Fachwissen mitbringen, ist eine stärkere Fokussierung auf eine berufssprachliche Spezialisierung in Wortschatz, Textsorten etc. anzustreben. Ein weiterer Aspekt, der bei der Kursplanung mitspielt, sind die erworbenen Sprachkenntnisse der Lernenden. Handelt es sich um Sprachanfänger, oder um Lernende, die bereits auf **allgemeinsprachliche Fertigkeiten** zurückgreifen können. Bei fortgeschrittenen Lernenden können in höherem Maße speziellere berufliche Inhalte und **fachsprachliche Elemente** behandelt werden (vgl. Funk 2001: 963f.).

Zur Präzisierung des Begriffes *berufsbezogener* Unterricht kann eine Unterteilung je nach Ziel und Zeitpunkt des Kurses vorgenommen werden. So kann man von *berufsvorbereitenden* Sprachkursen sprechen, die Sprachanfänger ohne einen konkreten Bezug zu einem Beruf unter anderem auch auf allgemeine sprachliche Anforderungen in der Arbeitswelt vorbereiten. *Berufsbegleitende* Sprachkurse haben die Bewältigung von sprachlichen Anforderungen in einem konkreten Beruf als Ziel, während *berufsqualifizierende* Sprachkurse sich an Personen wenden, die z.B. auf eine Sprachprüfung zur Ausübung eines Berufes vorbereitet werden müssen oder aber die in der L1 bereits erlernten fachlichen Inhalte in die Zweitsprache umsetzen lernen müssen (vgl. Funk 2003: 176; Haider 2010: 23). Die letzten zwei Formen,

berufsbegleitender und *berufsspezifischer* Sprachunterricht, können auch unter dem Oberbegriff *berufsspezifischer* Sprachunterricht zusammengefasst werden.

3.2 Anforderungen an den berufsbezogenen Sprachunterricht

Ob es um berufsvorbereitende oder berufsspezifische Sprachkurse geht, die Prinzipien nach denen Kurse konzipiert und Kursinhalte festgelegt werden, sollten der DaF/DaZ-Didaktik verpflichtet sein. Dies bedeutet Orientierung an den Bedürfnissen und Ressourcen der Lernenden und Berücksichtigung des objektiven Sprachbedarfs in der Arbeitswelt.

Hat man früher den Fokus ausschließlich auf die Vermittlung des Fachwortschatzes und das Lesen von Fachtexten gelegt, ist dieser Ansatz heutzutage obsolet. Zwar können je nach Kursorientierung fachsprachliche Inhalte im Mittelpunkt stehen, aber das Augenmerk sollte auch auf der Entwicklung von Schlüsselqualifikationen liegen, die in der heutigen Arbeitswelt unentbehrlich sind (vgl. Funk 2001: 965 ff.; Kühn 2001: 10-11). Als Schlüsselqualifikationen nennt Funk zum Beispiel Informationsverarbeitungskompetenz, Teamfähigkeit, Selbständigkeit/Initiative, Kritikfähigkeit/Selbstevaluation sowie interkulturelle Kompetenz. Durch Vermittlung von Lerntechniken/-strategien, Bewusstmachung und Reflexion des Lernprozesses, Förderung der Lernendenautonomie usw. kann auch der berufsbezogene Deutschunterricht einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung dieser Schlüsselqualifikationen leisten (vgl. Funk 2001: 967-968). Ein methodisch-didaktisch so ausgerichteter Sprachkurs kann den Lernenden tatsächlich helfen, über den Kurs hinaus in einer sich ständig weiterentwickelnden Welt zurechtzukommen und selbständig und lernfähig zu bleiben. Auch Szablewski-Çavuş (2008: 42) betont:

Das Ziel des berufsbezogenen Deutschunterrichts – die Verbesserung der deutschsprachigen Kommunikation im Berufs- und Qualifizierungsalltag – ist allein durch die Vorgabe der besonderen Inhalte und der dazugehörigen sprachlichen Muster nicht zu erreichen. Mit den Stichworten „Schlüsselqualifikation“, „Lernen Lernen“ und „Methodenkompetenz“ werden Anforderungen an den berufsbezogenen Deutschunterricht gestellt, die über den rein sprachlichen Unterricht hinausgehen, die aber sehr wohl mit den deutschsprachigen Fertigkeiten zusammenhängen.

Mit Handlungsfähigkeit am Arbeitsplatz und Schlüsselqualifikationen hängen auch die von Grünhage-Monetti/Klepp (2004: 16-17) formulierten Anforderungen an die Inhalte berufsbezogenen Sprachunterrichts zusammen. Die Beherrschung der funktionalen Ebene der Sprache (Fachwortschatz, typische grammatische Strukturen) reicht nicht aus, um am Arbeitsplatz souverän zu handeln und den Arbeitsprozess mitzugestalten. Es müssen auch die kulturelle und kritische Dimension der Sprache reflektiert und beherrscht werden. Mit

kultureller Dimension der Sprache wird die sozio-kulturelle Adäquatheit der Äußerungen gemeint (z.B. in der Interaktion mit dem Gesprächspartner das richtige Register zu wählen), während die kritische Dimension der Sprache die Kompetenz beinhaltet, sprachliche Äußerungen auf ihre Wirkung hin zu evaluieren, Kommunikationsschwierigkeiten zu thematisieren und beseitigen zu können etc. Grünhage-Monetti/Klepp betonen: „Nur im Zusammenspiel dieser drei Dimensionen von Sprache und Sprachenlehren und -lernen lassen sich die am Arbeitsplatz notwendigen kommunikativen Kompetenzen erwerben.“ (Grünhage-Monetti/Klepp 2004:17; vgl. auch Szablewski-Çavuş 1996, Kühn 2001: 10).

4. Methodisches Konzept

4.1 Qualitative Forschung

Ziel dieser Untersuchung war es, sich einen Überblick über das sprachliche Verhalten Pflegender nicht-deutscher L1 zu verschaffen, die Gesprächstypen in der Pflegenden-Patienten-Interaktion zu erheben sowie die sprachlichen Erfahrungen und Bedürfnisse beider an der pflegerischen Kommunikation beteiligten Gesprächspartner zu erfassen. Bei der Methodenauswahl lag es daher auf der Hand, sich qualitativer Forschungsmethoden zu bedienen. Qualitative Forschung ist „empirische Forschung, die mit besonderen Datenerhebungsverfahren in erster Linie qualitative Daten erzeugt und interpretativ verarbeitet, um dadurch neue Effekte zu entdecken (Exploration) und (seltener) auch Hypothesen zu prüfen (Explanation).“ (Bortz/Döring 1995: 624, zit. n. Reicher 2005: 89). Als wichtiges Unterscheidungskriterium der quantitativen Forschung gegenüber der qualitativen Forschung galt lange Zeit das theoretische Vorwissen. Während in der quantitativen Forschung die Formulierung der expliziten Hypothesen am Anfang des Untersuchungsprozesses stehen muss, hat man in der qualitativen Forschung die Suspendierung des Vorwissens zugunsten einer größtmöglichen Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand gefordert (vgl. Grotjahn 2006: 256). In neueren Diskussionen wird diese Problematik jedoch etwas offener betrachtet. Da unser Vorwissen unsere Wahrnehmung beeinflusst und strukturiert, sollte sie auch im Rahmen einer qualitativen Forschung reflektiert und expliziert werden. „Die Offenheit für das Neue hängt nicht gerade davon ab, dass wir auf der inhaltlichen Ebene das Alte und Bekannte nicht bewusst gemacht haben, sondern davon, in welcher Weise wir die Suche nach dem Neuen methodisch gestalten.“ (Meinefeld 2007: 272)

4.2 Triangulation

Um ein differenziertes Bild der Situation zu erhalten, habe ich den Versuch unternommen, mich der Problematik aus verschiedenen Blickwinkeln zu nähern und die „Triangulation“ als Forschungsmethodologie einzusetzen. „Triangulation“ als Begriff stammt ursprünglich aus der Landvermessung und bezeichnet in den Sozialwissenschaften eine mehrperspektivische Herangehensweise, bei der „die Betrachtung eines Forschungsgegenstandes von (mindestens) zwei Punkten aus“ erfolgt. Denzin unterscheidet dabei vier Formen: die Daten-Triangulation, die Investigator-Triangulation, die Theorien-Triangulation und die methodologische Triangulation (vgl. Flick 2007: 309–310).

Bei der Durchführung dieser Untersuchung wurde die Datentriangulation angewendet. „Daten-Triangulation kombiniert Daten, die verschiedenen Quellen entstammen und zu verschiedenen Zeitpunkten, an unterschiedlichen Orten oder bei verschiedenen Personen erhoben werden.“ (Flick 2007: 310) So kamen im Rahmen der Untersuchungen Interviews und Beobachtungen als Forschungsinstrumente zum Einsatz. Was die Gruppe der interviewten Personen angeht, wurden sowohl Pflegende mit Migrationshintergrund als auch Patienten befragt.

Ziel der Triangulation ist die Vermeidung von Verzerrungen, die durch den einseitigen Zugang zu den Daten entstehen könnten. Grotjahn verweist darauf, dass als Ergebnis der Triangulation Konvergenzen, Komplementarität oder Divergenzen entstehen können. Konvergenzen und Komplementarität liefern ein ganzheitliches, ausgewogeneres Bild über den Forschungsgegenstand. Divergenzen können neue Perspektiven eröffnen und darauf aufmerksam machen, dass eventuell eine Revision, eine Modifikation der theoretischen Modelle, der angewendeten Methoden, Konzepte oder der Stichproben notwendig ist (vgl. Grotjahn 2006: 260).

5. Instrumente und Durchführung der Datenerhebung

5.1 Beobachtungen

„Ist von der Erhebungsmethode der Beobachtung in der Sozialforschung die Rede, so wird darunter [...] die direkte Beobachtung menschlicher Handlungen, sprachlicher Äußerungen, nonverbaler Reaktionen (Mimik, Gestik, Körpersprache) und anderer sozialer Merkmale (Kleidung, Symbole, Gebräuche, Wohnformen usw.) verstanden“. (Diekmann 1995:456, zit. n. Gehrau 2002: 25).

Jeder Beobachter sollte sich mit der Tatsache auseinandersetzen, betonen Greve/Wentura, dass die Beobachtung keine passive Wahrnehmung, sondern ein aktiver Vorgang ist, der auch die Interpretation des Wahrgenommenen durch die „Brille“ des Wahrnehmenden einschließt. „Jede Wahrnehmung setzt Schemata voraus, ist immer Kategorisierung und Konfigurierung, auch Filterung (...).“ (Greve/Wentura 1997:47) Trotzdem ist die Beobachtung ein unverzichtbares Instrument in der Feldforschung und der Mensch als „Datenverarbeitungsapparat“ nicht ersetzbar. Aber das Wissen um die Subjektivität der Wahrnehmung und einiger potenzieller Fehlerquellen hilft uns diese besser zu kontrollieren und sie möglichst zu reduzieren. Als potenzielle Fehlerquellen verweisen Greve und Wentura einerseits auf Fehler zu Lasten des Beobachters, andererseits auf Fehler zu Lasten der Beobachtung. So können zum Beispiel die emotionale Beteiligung des Beobachters und Erinnerungsverzerrungen das Ergebnis modifizieren aber auch die Erwartungen des Beobachteten in Bezug auf die Erwartungen des Beobachters sowie erzwungene, künstliche Beobachtungskategorien oder störende äußere Bedingungen etc. Einfluss auf das Ergebnis nehmen (vgl. Greve/Wentura 1997: 56 ff.).

5.1.1 Ziel und Ablauf der Beobachtungen

Ziel der Beobachtungen war es, die Kommunikationspraxis Pflegender nicht-deutscher Muttersprache zu untersuchen. Wie gestaltet sich die Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Patienten? Reicht die kommunikative Kompetenz der Pflegenden aus, um die unterschiedlichen sprachlichen Herausforderungen im Beruf zu bewältigen, und was sind die zu bewältigenden Sprechsituationen?

Für diese Untersuchung beabsichtigte ich KrankenpflegerInnen aus verschiedenen Bereichen (Krankenhaus, Pflegeheim, ambulante Pflege) bei ihrer Arbeit zu begleiten. Der Zugang zum Forschungsfeld zeichnete sich jedoch durch einige Schwierigkeiten aus. Es wurden insgesamt dreiundzwanzig Institutionen kontaktiert und unter Zusicherung der Anonymität um Ermöglichung meiner Untersuchung gebeten. Von den kontaktierten Einrichtungen kamen insgesamt vier Zusagen zurück. Zehn Institutionen lehnten meinen Antrag ab, die restlichen Institutionen ließen meine Bitte unbeantwortet. Als Ablehnungsmotiv wurden Mangel an zeitlichen Ressourcen, organisatorische Gründe und Datenschutz genannt. In vielen Fällen blieb jedoch die Absage unbegründet.

Meine Untersuchungen führte ich letztendlich in zwei Pflegeheimen, zwei verschiedenen Fachabteilungen (in der inneren Medizin und Psychiatrie) eines Krankenhauses und bei einer

Einrichtung der ambulanten Pflege durch. Bei der Auswahl der zu beobachtenden Personen war es mir wichtig, dass sowohl Pflegenden, die noch nicht so lange in Österreich sind, als auch Pflegepersonen, die schon auf einen langen Aufenthalt und Arbeitstätigkeit in Österreich zurückblicken, in die Untersuchung aufgenommen wurden. Im Gegensatz zu der quantitativen Forschung, ist in der qualitativen Forschung „nicht die Zahl der untersuchten Personen oder Situationen [entscheidend], sondern die Unterschiedlichkeit der einbezogenen Fälle (...)“ (Grotjahn 2006: 254) Auf die Auswahl der Pflegepersonen hatte ich dennoch nicht immer Einfluss. In den zwei Pflegeheimen sowie beim ambulanten Pflegedienst konnte ich diese Bitte einbringen, im Krankenhaus wurden die Pflegepersonen von den Leitungen der jeweiligen Stationen ausgewählt. Hierbei ist zu beachten, dass auch die Pflegepersonen ihre Zustimmung zur Untersuchung geben mussten, was die Anzahl der in Frage kommenden Pflegepersonen weiter einschränkte.

Die Hospitationen fanden im Zeitraum von Mitte November 2010 bis Anfang März 2011 in Wien statt. Insgesamt begleitete ich zwölf Pflegepersonen in der Praxis. Obwohl der Fokus meiner Analyse auf diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen ausgerichtet war, nahm ich auch eine Pflegehilfe in die Untersuchung mit auf. Bei dieser Person handelt es sich um eine Pflegeperson, die in ihrer Heimat als diplomierte Pflegeperson tätig war, derzeit aber als Pflegehilfe arbeitet. Die Hospitationsstunden betragen eine Gesamtlänge von ca. fünfunddreißig Stunden. Dabei beschränkte ich mich auf jene Zeiten, in der die Pflegenden in der Regel den intensivsten Kontakt mit den Patienten haben. Daher entschied ich mich, die Pflegenden morgens und vormittags bei ihrer Arbeit zu begleiten. Meistens nahm ich bereits an der Dienstübergabe teil und begleitete die Personen anschließend bei ihrer Pflegerunde. Durchschnittlich betrug die Länge der Beobachtungen drei bis fünf Stunden. Im Falle eines Pflegeheimes wurde von der Pflegedienstleitung der Zeitraum, in dem ich meine Hospitationen durchführen durfte, bestimmt. Wegen des Eingriffes in die Intimsphäre der Patienten etc. standen mir hier lediglich die Mittagszeit bzw. die Jause (nur ein bis zwei Stunden) für Beobachtungen zur Verfügung.

In der Regel wurde ich von den Pflegeteams herzlich empfangen und mein Vorhaben wurde mit Interesse betrachtet. Für manche Pflegepersonen, die ich in der Praxis begleitete, bedeutete die Beobachtung jedoch eine gewisse Stresssituation. Einige der Pflegepersonen wurden erst am Untersuchungstag von den Stationsleitungen gefragt, ob sie an der Untersuchung teilnehmen würden. Obwohl sie zugestimmt hatten, merkte man ihnen zumindest anfänglich eine große Aufregung an, die aber meist im Laufe der Beobachtung allmählich abnahm.

5.1.2 Charakteristika der Beobachtungen

Bei meinen Beobachtungen handelt es sich um offene, teilnehmende und unvermittelte Beobachtungen. Da die Beobachtungen nicht verdeckt stattfanden und die zu beobachtenden Pflegepersonen über die Untersuchung informiert wurden, lassen sich diese Hospitationen als offen bezeichnen. Um möglichst wenig aufzufallen und die Natürlichkeit der Situation nicht zu verfälschen, versuchte ich bei bestimmten pflegerischen Maßnahmen geringfügig mitzuhelfen. So übernahm ich zum Beispiel das Blutdruckmessen, half beim Bettenmachen, der Lagerung oder dem Austeilen des Essens mit und richtete die Pflegeutensilien her. Dabei war ich jedoch bemüht, mich möglichst wenig an den sprachlichen Interaktionen zwischen den Pflegenden und den Patienten zu beteiligen. Ich wurde trotzdem oft von den Patienten und den Pflegenden angesprochen und um etwas gebeten oder in Gespräche mit einbezogen. So variierte der Grad meiner Involviertheit je nach Situation. „Die Teilnahme ist ja ein Kontinuum, das je nach Untersuchung wie innerhalb einer Untersuchung von „sehr aktiv“ bis hin zu eher passiv reicht.“ (Friedrichs 1980: 291) Die Vorstellung, mich als unbeteiligte Beobachterin zu verhalten, die aus einer Ecke zuschaut und sich nur Notizen macht, lehnte ich ab. Eine derartige Beobachtung wäre meiner Meinung nach sowohl für die Patienten als auch für die Pflegenden sehr unangenehm und künstlich gewesen. Als zweite aktive Pflegeperson im Patientenzimmer anwesend zu sein, kam einer natürlichen Pflegesituation sehr nahe, da es in der Praxis oft vorkommt, dass Patienten von zwei Pflegepersonen versorgt werden. Da ich selbst aus der Krankenpflege komme, stellte für mich die Eingliederung in das System keine Schwierigkeiten dar und meine Funktion als Diplomkrankenschwester, neben meiner Rolle der Forscherin, erhöhte gewiss die Akzeptanz bei den beobachteten Personen. In den meisten Fällen trug ich mein eigenes Dienstgewand und stellte mich bei den Patienten als Krankenschwester vor, die hier einen Praktikumstag absolviert. Im Falle eines Pflegeheimes hatte ich einen weißen Kittel an, den mir das Haus zur Verfügung stellte.

Ich entschied mich für unvermittelte Beobachtungen, ohne Tonbandaufnahmen. Um solche technische Mittel zu verwenden, wäre die schriftliche Einwilligung aller Patienten notwendig gewesen. Angesichts der großen Anzahl gepflegter Patienten und der Tatsache, dass manche aufgrund verschiedener Erkrankungen besachwaltet waren, wäre das Einholen derartiger Erklärungen sehr umständlich gewesen. Die Beobachtungsprotokolle fertigte ich im Nachhinein zu Hause an. Auf den Stationen machte ich mir in den Pausen und zwischendurch Notizen, sofern ich für kurze Zeit allein sein konnte (z.B. beim Verlassen des Zimmers um etwas zu holen oder wegzutragen). So war es mir manchmal sogar möglich Gespräche wortwörtlich aufzuschreiben.

Um dem Forschungsgegenstand mit größtmöglicher Offenheit zu begegnen, orientierte ich mich anfänglich nur an groben Beobachtungsaspekten. Wie verläuft die Kommunikation zwischen Pflegenden nicht-deutscher L1 und Patienten? Kommen Missverständnisse und Kommunikationsschwierigkeiten vor? Ein weiterer Beobachtungsaspekt bezog sich generell auf die Identifikation von Gesprächstypen in der Interaktion. Im Laufe der Feldforschung und nach Durchführung einiger Interviews wurde ich jedoch auf gewisse sprachliche Phänomene und Aspekte sprachlichen Handelns aufmerksam, die ich im weiteren Verlauf bewusster fokussierte, ohne jedoch die allgemeinen Beobachtungskriterien aus den Augen zu verlieren.

5.2 Interviews

Da die Beobachtungen nur die von außen wahrnehmbare Perspektive widerspiegeln und darüber hinaus nur einen kleinen Ausschnitt des sprachlichen Handels der Pflegenden anvisieren konnten, stellten Befragungen in Form von Interviews eine weitere Möglichkeit dar, um auch die subjektiven Sichtweisen der an der Kommunikation Beteiligten zu erheben. Für die vorliegende Untersuchung wurde das Leitfaden-Interview als Interviewform ausgewählt. „Das zentrale Charakteristikum von Leitfaden-Interviews besteht darin, dass vor dem Interview ein Leitfaden mit vorformulierten Fragen oder Themen erarbeitet wird. Dadurch grenzen die Forschenden die Interviewthematik ein und geben einzelne Themenkomplexe bereits vor.“ (Friebertshäuser 1997: 375)

Der Konzipierung der Fragenkataloge ging eine Recherche der bereits vorliegenden Untersuchungen voraus. Natürlich waren auch meine persönlichen Erfahrungen in der Krankenpflege für die Festlegung bestimmter Themen hilfreich.

In ihrer Struktur ähneln sich die Interview-Leitfäden für die zwei zu befragenden Gruppen. Es handelt sich um mehr oder weniger detailliert ausformulierte Fragen, die je nach Situation im Wortlaut verändert und mit Zusatzfragen ergänzt wurden.

Es kann sich als hilfreich erweisen, den Leitfaden detailliert auszuformulieren und Nachfrage-Themen bereits zuvor festzulegen. Das dient zum einen einer gewissen Standardisierung der verschiedenen Interviews und erleichtert später die Vergleichbarkeit der Interviews untereinander, es entlastet aber auch den Interviewenden. (Friebertshäuser 1997: 376)

Während der Interviewführung achtete ich darauf, dass die Befragten Raum für ihre eigenen Reflexionen bekommen. So konnten manchmal Themen übersprungen werden, die in einer vorhergehenden Antwort von der interviewten Person schon angesprochen und näher erläutert

wurden. Bei Unklarheiten wurden die Befragten durch Nachfragen zur Präzisierung ihrer Meinungen aufgefordert.

Die erste Fassung der Leitfaden-Kataloge wurde nach dem ersten Probeinterview leicht überarbeitet, d.h. mit ein bis zwei Fragen ergänzt bzw. stellenweise verständlicher formuliert. Da aber bereits die ersten zwei Probeinterviews wichtige Informationen lieferten, wurden sie ebenfalls als Datenquellen betrachtet und bei der Interpretation der Ergebnisse mit berücksichtigt.

5.2.1 Interviews mit Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache

Ziel der Interviews war es Informationen zu erhalten, die durch Beobachtungen nicht zu erheben waren und die Außenperspektive des Beobachters mit der Innerperspektive der Beobachteten zu verbinden. Dies war für mich dahingehend wichtig, um so die Sprachlern- und Sprachgebrauchserfahrungen dieser Pflegenden rekonstruieren zu können sowie Themen und Aspekte pflegerischer Kommunikation zu eruieren, die aus ihrer Sicht für die Berufsausübung und daher auch für die Konzipierung berufsspezifischer Sprachkurse von Relevanz sind.

Ähnlich wie bei den Beobachtungen, holte ich auch im Falle der Interviews die Genehmigung der Pflegedienstleitungen sowie der Stationsleitungen ein. Auch die Pflegenden wurden im Voraus über mein Vorhaben informiert und waren mit dieser Form der Befragung einverstanden. Insgesamt führte ich mit sechzehn Pflegepersonen Interviews. Die meisten davon schlossen sich den Beobachtungen in der Praxis an und wurden in einer Pause auf den Stationen bzw. nach dem Dienst durchgeführt. Es fanden auch vier Befragungen statt, denen keine Beobachtungen vorausgingen. Diese Gespräche wurden am Arbeitsplatz der Interviewten, zu Hause bei mir oder bei der interviewten Person geführt. Mit Ausnahme von drei Interviews wurden alle mit einem MP3-Player aufgenommen. Im Nachhinein fand eine inhaltliche Zusammenfassung der Antworten statt. Besonders relevante Passagen wurden in der Folge transkribiert. Zwei Pflegepersonen äußerten den Wunsch, nicht auf Tonband aufgezeichnet zu werden, bei einer weiteren Person konnten wegen technischer Defekte keine Aufnahmen gemacht werden. In diesen drei Fällen fertigte ich schriftliche Notizen während des Gespräches an. Die Gesamtaufnahmezeit betrug ca. dreihundertsechzig Minuten und die Durchschnittslänge der Interviews ca. zwanzig Minuten.

Bei den meisten Interviews wurden die Pflegenden am Untersuchungstag grob über die Themen informiert, die ich im Laufe des Gespräches behandeln wollte. Im Falle eines

Pflegeheimes schickte ich meinen Fragenkatalog bereits im Voraus auf Wunsch der Pflegedirektion zu.

Bei der Konzipierung des Interviewleitfadens lehnte ich mich an die Themen an, die Haider in ihren Befragungen mit ehemaligen Nostrifikanten behandelte, die zur Erhebung der subjektiven Sprachbedürfnisse im Beruf dienten (vgl. Haider 2010 Kap. 4.2.3).

Der Gesprächseinstieg wurde mit einer erzählgenerierenden Frage realisiert, die auch der Entwicklung der notwendigen Gesprächsatmosphäre diene. Die Pflegepersonen wurden angeregt, an die Zeit ihres Berufseinstiegs in Österreich zurückzudenken und die damalige Situation zu schildern. Ein weiterer Themenkomplex war das Erlernen der deutschen Sprache und der Berufssprache. Was für Sprachkurse besuchten die Pflegepersonen vor dem Berufseinstieg? Was half ihnen am meisten beim Erwerben der Berufssprache und welchen Beitrag leisteten die besuchten Sprachkurse für die Vorbereitung auf die sprachlichen Anforderungen in der Praxis? In einem weiteren Schritt setzten sich die Pflegenden mit der Rolle der Kommunikation für die pflegerische Betreuung auseinander. Einerseits ging es mir darum, herauszufinden, welche Rolle die Pflegenden der Kommunikation bezüglich der Qualität der pflegerischen Beziehung beimessen, andererseits wollte ich diejenigen kommunikativen Aufgaben erheben, die die Pflegepersonen tagtäglich in der Interaktion mit den Patienten zu bewältigen haben. Nach den allgemeinen Überlegungen über die pflegerische Kommunikation wurde die eigene sprachliche und kommunikative Kompetenz der Pflegenden fokussiert. Die Pflegenden wurden dazu angehalten, die eigene Kommunikation mit den Patienten zu beurteilen und zu überlegen, ob sie in der Kommunikation mit den Patienten schon einmal Schwierigkeiten erlebt hatten und welcher Aspekt der Kommunikation Ihnen eventuell immer noch Probleme bereitet. Mit diesem Themenkomplex hing auch die Frage zusammen, ob sie bei sich selbst noch sprachlichen Verbesserungsbedarf sehen. Im Laufe der Interviews wurde auch der Frage nachgegangen, ob die Pflegenden die Möglichkeit haben ihre sprachlichen Ressourcen, ihre mitgebrachten Sprachen, an ihren Arbeitsplätzen professionell einzusetzen und ob dieses Potenzial vom Arbeitgeber wahrgenommen und geschätzt wird. Auch die Akzeptanz der Patienten gegenüber dem ausländischen Pflegepersonal wurde thematisiert. Nicht zuletzt beschäftigte ich mich auch mit der Frage, ob seitens der Pflegenden, unabhängig von ihrem Aufenthaltsdauer in Österreich, noch Interesse bestünde ihre Sprachkenntnisse weiter zu vertiefen und so einen berufsspezifischen Sprachkurs für die Krankenpflege zu besuchen. Im

letzten Teil der Interviews wurden Vorschläge, Erwartungen der Pflegepersonen im Bezug auf die Themengestaltung von berufsspezifischen Deutschkursen erhoben.

5.2.2 Interviews mit Patienten/Bewohnern/Klienten⁶

Um die Kommunikation mit den Patienten optimieren zu können, ist es wichtig herauszufinden, wie die an der Kommunikation beteiligte zweite Partei, die Gruppe der Patienten, über den Austausch mit den Pflegenden denkt, ob sie zufrieden ist oder eventuell irgendwelchen Verbesserungsbedarf sieht. So versuchte ich während meiner Hospitationen im Krankenhaus und in Pflegeheimen bzw. in der mobilen Pflege Ansprechpartner zu finden, die bereit waren ihre Meinung zum Thema Kommunikation in der Pflege kundzugeben. Selbstverständlich holte ich auch bei dieser Meinungserhebung vorher die Genehmigung der Leitungen ein. Bei der Auswahl der Interviewpartner stellte ich keine besonderen Kriterien auf. Wichtig war es für mich, dass die Patienten orientiert und in der Lage waren, selbständig Entscheidungen zu treffen. Einige Patienten wurden mir durch verschiedene Mitarbeiter des jeweiligen Hauses vermittelt, andere lernte ich während der pflegerischen Handlungen kennen, schilderte ihnen in einer Pause mein Untersuchungsvorhaben und bat sie unter Zusicherung der Anonymität um ein Gespräch. Bis auf zwei Patienten, die das Gespräch ablehnten, wurde ich von allen sehr freundlich empfangen. Ein vereinbartes Interview fiel leider aus, da die Patientin in der letzten Minute einen Rückzieher machte. Die Mehrheit der Patienteninterviews wurde mit einem MP3-Player registriert und zum Teil transkribiert. Bei einem Interview ist wegen technischer Fehler die Aufnahme misslungen. In der mobilen Pflege fehlte leider der zeitliche Rahmen, um sehr ausführliche Gespräche zu führen. Hier wurden im Nachhinein Gedächtnisprotokolle erstellt. Insgesamt befragte ich zehn Personen zu dieser Thematik.

Ähnlich wie bei den Interviews mit den Pflegekräften wurde der Gesprächseinstieg mit erzählgenerierenden, allgemeinen Fragen begonnen, die zwar einerseits der Schaffung einer Gesprächsatmosphäre dienten, die Zuwendung zum Patienten signalisierten, andererseits bereits auf wichtige Informationen bzgl. der Kommunikation mit dem Pflegepersonal abzielten. Der Erkundigung nach dem Befinden der Patienten folgte die Frage, ob sie hier in dieser Einrichtung die Möglichkeit hätten Wünsche zu äußern, Sorgen mit jemandem zu teilen oder

⁶ Während in den Krankenhäusern der Ausdruck „Patient“ üblich ist, werden die Menschen in den Einrichtungen der Altenpflege (Pflege- und Altersheimen) als „Bewohner“ und in der ambulanten Pflege als „Klienten“ bezeichnet.

sich einfach nett mit jemandem zu unterhalten. Hierbei ging es darum, zu erfahren, ob die Bereitschaft und die Zeitressourcen für den Austausch mit den Patienten vorhanden sind, unabhängig von der Sprachkompetenz der Pflegenden. Eine Differenzierung zwischen Muttersprachlern und Nichtmuttersprachlern wurde erst zu einem späteren Zeitpunkt unternommen.

Diesem Einstieg folgte die Frage nach der Bedeutung der Kommunikation für die Qualität der Pflege. Sind die Patienten an einem Austausch interessiert oder genügt es ihnen, wenn die pflegerischen und medizinischen Maßnahmen fachgerecht und kompetent ausgeführt werden. Anschließend wurden die Patienten gebeten, von ihren Erinnerungen von Missverständnisse sowie Kommunikationsschwierigkeiten im Umgang mit Pflegenden im Allgemeinen zu berichten. Welcher Art waren die registrierten Kommunikationsbarrieren, insofern es welche gab? Diese Frage bezog sich sowohl auf die Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache als auch auf inländische Pflegekräfte.

Nach diesen generellen Fragen zur pflegerischen Kommunikation wurden die Pflegenden nicht-deutscher L1 ins Visier genommen. Die Interviewpartner wurden aufgefordert, die pflegerische Betreuung durch ausländische Pflegekräfte zu beurteilen und mit der Betreuung durch inländische KrankenpflegerInnen zu vergleichen. Dieser Vergleich wurde gemacht, um herauszufiltern, in welchen Bereichen die Patienten einen Unterschied registrieren. Ganz konkret wurde auch die kommunikative und sprachliche Kompetenz der ausländischen KrankenpflegerInnen angesprochen. Gibt es irgendwelche Problemfelder, die den Patienten aufgefallen sind und die Kommunikation erschweren?

Am Ende der Interviews wurde der Fokus auf die Integration ausländischer PflegerInnen gerichtet. Welche Maßnahmen könnten diesen Prozess positiv beeinflussen, was sollte das Gesundheitswesen für diese Berufsgruppe investieren?

5.3 Überblick über die Datenerhebungen

Forschungsmethoden	durchgeführt in der/mit	Datum	Länge	
Beobachtungen	stationären Altenpflege (Pflegeheim 1)	15.11.2010	07.00-12.00	
		18.11.2010	08.30-12.00	
		25.11.2010	08.30-12.00	
		26.11.2010	07.00-12.00	
	Psychiatrie 1 Psychiatrie 2 Inneren Medizin	03.12.2010	06.30-10.00	
		17.12.2010	07.30-10.30	
		10.01.2011	07.00-10.00	
		12.01.2011	07.00-12.00	
	stationären Altenpflege (Pflegeheim 2)	19.01.2011	11.00-13.00	
		26.01.2011	13.30-14.30	
	ambulanten Pflege	02.03.2011	09.30-12.30	
		03.03.2011	09.30-14.00	
	Interviews	Pflegerinnen	13.11.2010	22:24
15.11.2010			18:24	
18.11.2010			14:24	
25.11.2010			29:50	
26.11.2010			27:42	
03.12.2010			29:39	
17.12.2010			25:27	
17.12.2010			39:59	
10.01.2011			— *	
11.01.2011			28:37	
12.01.2011			40:02	
19.01.2011			38:53	
26.01.2011			23:22	
26.01.2011			— *	
02.03.2011			17:26	
03.02.2011			— *	
Patienten/Bewohnern/Klienten			15.11.2010	— *
			18.11.2010	10:39
			18.11. 2010	11:45
		18.11.2010	05:32	
		25.11.2010	11:03	
		13.12.2010	09:50	
		12.01.2011	15:38	
		12.01.2011	05:20	
03.02.2011		— *		
03.02.2011		— *		

* : es wurden keine Tonbandaufnahmen, sondern lediglich Notizen angefertigt

6. Auswertung der Ergebnisse

6.1 Vorstellung der in der Praxis begleiteten und interviewten Pflegepersonen

Die meisten Pflegepersonen, die sich an meinen Untersuchungen beteiligten, waren mir persönlich unbekannt. In der Regel lernte ich sie erst am Tag der Untersuchung kennen oder kontaktierte sie ein paar Tage vorher, um den Termin für die Beobachtung und das anschließende Interview zu vereinbaren. Zwölf der sechzehn Pflegepersonen wurden in der Praxis begleitet und anschließend befragt, mit weiteren vier Personen wurden lediglich Interviews geführt. Zwei der Diplomkrankenschwestern waren Bekannte von mir und nahmen ausschließlich an der Befragung teil.

Im Folgenden sollen alle Pflegepersonen kurz vorgestellt werden.

Zu vermerken ist, dass sich alle hier präsentierten Daten auf den Zeitpunkt der Untersuchung beziehen. Zur Wahrung der Anonymität wurden die Namen der betroffenen Pflegepersonen geändert.

Janina (52 Jahre) kommt aus Polen und lebt seit einem Jahr in Österreich. Seit dem Frühjahr 2010 ist sie in der Geriatrie als Pflegehelferin tätig. Zu Hause war sie jahrelang als Diplomkrankenschwester tätig, zwischenzeitlich auch in Leitungsfunktion. Das jetzige Pflegeheim ist ihre erste Arbeitsstelle in Österreich. Vor dem Berufseinstieg besuchte sie zwei Deutschkurse und absolvierte zwei Niveaustufen.

Weitere Sprachen: Polnisch (Muttersprache) und Russisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 15.11.2010

Florentina (28 Jahre) ist vor 6 Jahren aus Moldawien nach Österreich gekommen. Sie besuchte an einer VHS 2 bis 3 Intensiv-Deutschkurse und legte zum Schluss die Prüfung B2 ab. 2009 nostrifizierte sie ihr Diplom und seit Frühling 2010 arbeitet sie als DGKS in der Langzeitpflege. Die jetzige Station ist ihre erste Arbeitsstelle in Österreich.

Weitere Sprachen: Rumänisch (Muttersprache), Russisch, Englisch und Spanisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 18.11.2010

Adena (ca. Mitte 30) kommt aus Armenien und lebt seit 5 Jahren in Österreich. Vor dem Berufseinstieg besuchte sie Deutschkurse, die sie mit dem Niveau B2 abschloss, anschließend nostrifizierte sie ihr Diplom. Seit einem halben Jahr ist sie in einem Pflegeheim als DGKS tätig. Dies ist ihre erste Arbeitsstelle in Österreich.

Weitere Sprachen: Armenisch und Russisch – beide auf muttersprachlichem Niveau.

Beobachtung und anschließendes Interview am 25.11.2010

Samir (41 Jahre) wurde in Afghanistan geboren und lebte jahrelang in einem anderen europäischen Land, wo er auch seine Krankenpflegeausbildung absolvierte und vielseitige Berufserfahrungen sammeln konnte. 1999 besuchte er den ersten Deutschkurs, ohne jedoch die Sprachkenntnisse weiter zu vertiefen, bis er sich dann 2007 in einem zweiten Anlauf wieder mit der deutschen Sprache auseinandersetzte und ein halbes Jahr lang Deutschkurse besuchte. Seit 2008 lebt Samir in Wien und arbeitet in einem Pflegeheim. Dies ist seine erste Arbeitsstelle in Österreich.

Weitere Sprachen: Farsi (Persisch), Paschto (Afghanisch), Englisch, Arabisch und Tschechisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 26.11.2010

Agnieszka (52 Jahre) kommt aus Polen und lebt seit 29 Jahren in Österreich. Hier absolvierte sie ihre Krankenpflegeausbildung und arbeitet seit vielen Jahren in der Psychiatrie. Die deutsche Sprache erwarb sie zum Teil ungesteuert, zum Teil brachte sie sie sich selbst bei, ohne jedoch einen Sprachkurs zu besuchen.

Weitere Sprachen: Polnisch (Muttersprache) und Russisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 03.12.2010

Silvana (56 Jahre) kommt aus dem ehemaligen Jugoslawien und lebt seit 37 Jahren in Österreich. Anfänglich konnte sie sich nur auf Englisch verständigen, besuchte mit der Zeit aber einen dreimonatigen Deutschkurs und lernte die Sprache auch privat weiter. In Wien absolvierte sie zuerst die Pflegehelferausbildung und später auf dem 2. Bildungsweg die Krankenpflegeschule. Seit vielen Jahren ist sie in der Psychiatrie tätig.

Weitere Sprachen: Kroatisch (Muttersprache), Serbisch und Englisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 13.12.2010

Marites (54 Jahre) kommt aus den Philippinen. Nach der Krankenpflegeausbildung arbeitete sie 3 Jahre lang in ihrer Heimat. 1982 kam sie als junge Frau nach Österreich und ist seither im österreichischen Gesundheitswesen tätig. Bis auf einen einmonatigen berufsbegleitenden Deutschkurs erwarb sie die Sprache hauptsächlich ungesteuert: in der Arbeit, beim Fernsehen und durch Zeitunglesen.

Weitere Sprachen: Tagalog (Muttersprache), Bicol (Dialekt auf den Philippinen) und Englisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 10.01.2011

Julia (53 Jahre) stammt aus Ungarn. Dort absolvierte sie auch ihre Krankenpflegeausbildung. Vor 20 Jahren kam sie durch eine Arbeitsvermittlung nach Österreich und nostrifizierte ihr Diplom. Zurzeit arbeitet sie auf einer Internen Station. Die deutsche Sprache lernte sie zunächst im Privatunterricht in ihrer Heimat, nach der Übersiedlung nach Österreich besuchte sie einen 2-3 monatigen allgemeinsprachlichen Kurs.

Weitere Sprachen: Ungarisch (Muttersprache).

Beobachtung und anschließendes Interview am 12.01.2011

Ivana (47 Jahre) kam vor 18 Jahren aus dem Ex-Jugoslawien nach Wien, wo sie bald nach dem Berufseinstieg ihr Diplom nostrifizierte. Sie lernte schon in ihrer Heimat in der Schule Deutsch und erweiterte ihre Sprachkenntnisse während der Nostrifikation und in der Praxis. Zurzeit arbeitet sie in der Geriatrie, in einem Pflegeheim.

Weitere Sprachen: Serbisch und Kroatisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 19.01.2011

Monika (41 Jahre) kommt aus der Slowakei und arbeitet seit 3 Jahren in Österreich. In ihrer Heimat hat sie neben der Krankenpflegeausbildung auch das Studium des Pflegemanagements abgeschlossen. Sie besuchte bereits in der Slowakei einen halbjährigen Deutschkurs und absolvierte anschließend in Österreich einen allgemeinsprachlichen und einen berufsspezifischen Deutschkurs des *bfi*. Ihrer Meinung nach trug der berufsspezifische Kurs sehr viel zur Verbesserung ihrer Sprachkompetenz bei. Monika arbeitet zurzeit in einem Pflegeheim.

Weitere Sprachen: Slowakisch (Muttersprache), Russisch, Polnisch.

Beobachtung und anschließendes Interview am 26.01.2011

Yaroslav (35 Jahre) kommt aus der Ukraine und lebt seit 7 Jahren in Wien. In seiner Heimat absolvierte er zuerst die Krankenpflegeausbildung und später auch das Studium der Germanistik. In Wien begann er das Studium der Translationswissenschaften und nostrifizierte sein Krankenpflegediplom. Seit 2 Monaten ist er in der ambulanten Pflege (Betreuung zu Hause) tätig.

Weitere Sprachen: Ukrainisch (Muttersprache), Russisch, Polnisch.

Beobachtung und Interview am 02.03.2011

Natalia (38 Jahre) kommt aus der Ukraine, wo sie ihre Krankenpflegeausbildung absolvierte und viele Jahre in der Gynäkologie tätig war. Seit 4 Jahren lebt sie in Österreich. In der ersten

Zeit war sie als Pflegehelferin beschäftigt, seit ihrer Nostrifikation als DGKS. Zurzeit arbeitet sie in der mobilen Pflege. Irena spricht die deutsche Sprache auf einem guten Niveau, hat einen reichen Wortschatz und kann sich vielseitig ausdrücken. Sie erwarb ihre Sprachkenntnisse ungesteuert, ohne einen Sprachkurs besucht zu haben: durch den Kontakt mit Deutschsprachigen, aus dem Fernsehen und der Zeitung. Natalia findet, dass auch die Nostrifikation viel zur Verbesserung ihrer Sprachkompetenz beigetragen hat.

Weitere Sprachen: Ukrainisch (Muttersprache), Russisch.

Beobachtung und Interview am 03.03.2011

Weitere Interviewpartner

Barbara (37 Jahre) lebt und arbeitet seit ca. 5 Jahren in Österreich. Als Diplomkrankenschwester konnte sie in ihrer Heimat, in Polen, schon viel Berufserfahrung sammeln. Vor der Niederlassung in Österreich arbeitete sie für kurze Zeit auch in Deutschland. Zurzeit ist sie in der Langzeitpflege tätig. Barbara hat die deutsche Sprache mehr oder weniger ungesteuert erworben. Insgesamt nahm sie an einem einzigen Sprachkurs teil, der berufsbegleitend stattfand.

Weitere Sprachen: Polnisch (Muttersprache) und Russisch.

Interview am 13.11.2010

Rajiv (über 50) stammt aus Indien. Vor 21 Jahren kam er infolge der Familienzusammenführung nach Österreich. Um sich die deutsche Sprache anzueignen besuchte er einerseits einen halbjährigen Kurs, lernte andererseits auch privat aus selbst beschafften Lernmaterialien weiter. Auch die Pflegehelferausbildung absolvierte Rajiv hier in Wien. Nach verschiedenen Arbeitsstellen ist er derzeit in der Psychiatrie tätig.

Weitere Sprachen: Hindi und Englisch.

Interview am 13.12.2010

Dorota (45 Jahre) kommt aus Polen und arbeitet seit 20 Jahren in Wien, zurzeit auf einer internen Station. Sie nahm vor dem Berufseinstieg in ihrer Heimat schon privaten Deutschunterricht. In Wien besuchte sie weitere alltagsprachliche Kurse und bildete sich sprachlich auch nach der Nostrifikation fort, indem sie mehrere Niveaustufen bei Sprachkursen absolvierte.

Weitere Sprachen: Russisch und Englisch.

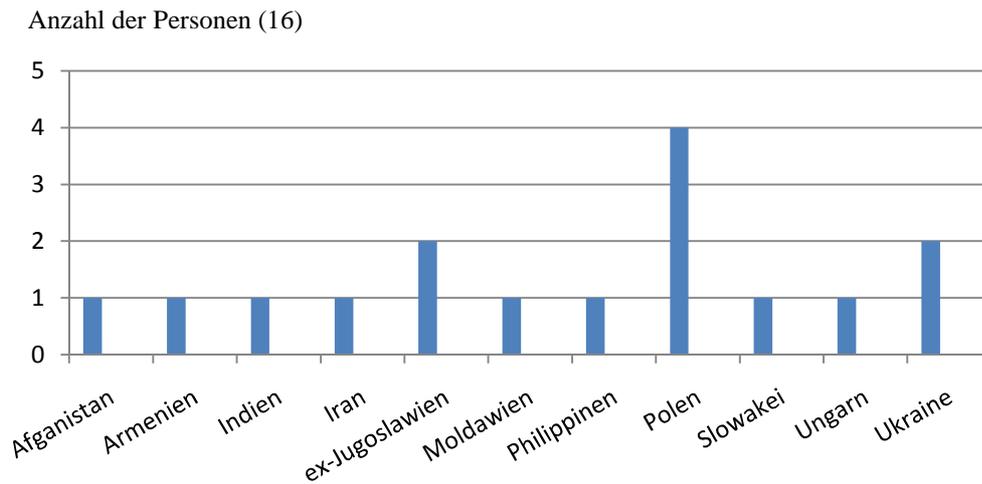
Interview am 11.01.2011

Navid (43 Jahre) stammt aus dem Iran und lebt seit 13 Jahren in Wien. Kurz vor dem Abschluss seines Studiums kam er nach Österreich, wo er sich für die Pflegehelferausbildung entschied. Navid begann bereits im Iran Deutsch zu lernen, und besuchte einen zweimonatigen Kurs, der aber seiner Meinung nach nicht wirklich viel brachte. In Wien besuchte er zuerst einen einmonatigen Deutschkurs und danach setzte er das Deutschlernen an der Universität Wien, im Vorstudienlehrgang fort. Fürs Deutschlernen war für ihn der Kontakt mit den Leuten ausschlaggebend.

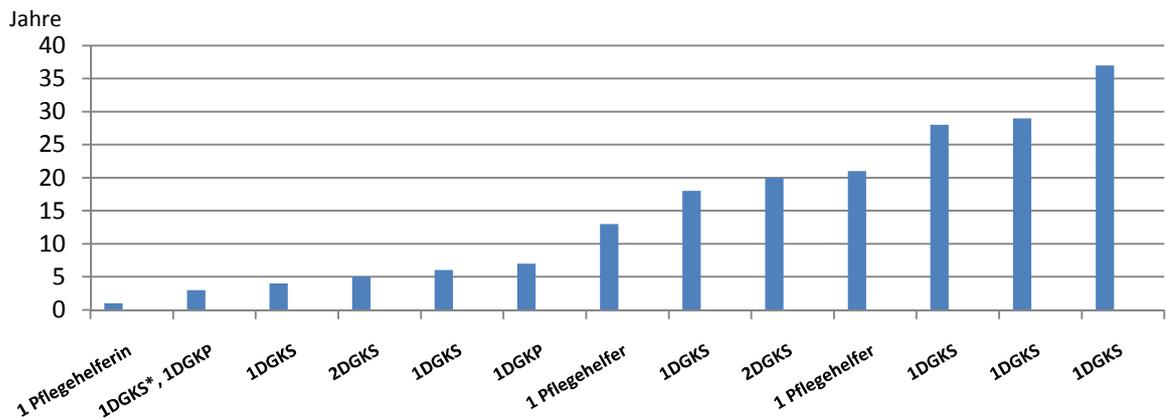
Weitere Sprachen: Aseri (Muttersprache), Farsi (= Persisch), Englisch.

Interview am 26.01.2011

Herkunftsländer der Pflegepersonen



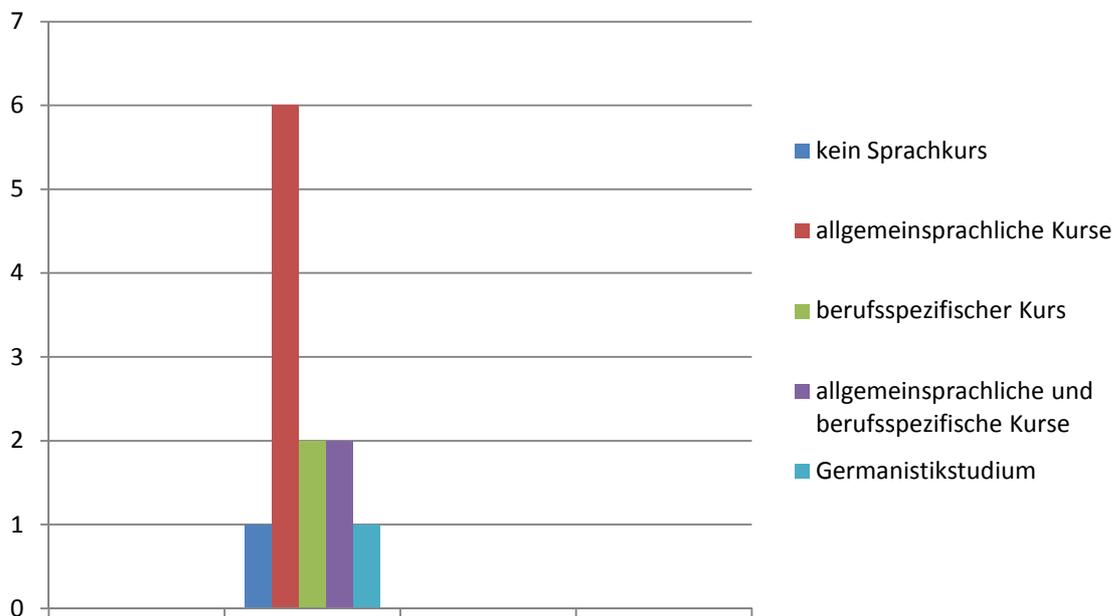
Aufenthaltsdauer der Pflegepersonen in Österreich



* Berufspendlerin ohne Aufenthalt in Österreich

Besuch von Sprachkursen⁷

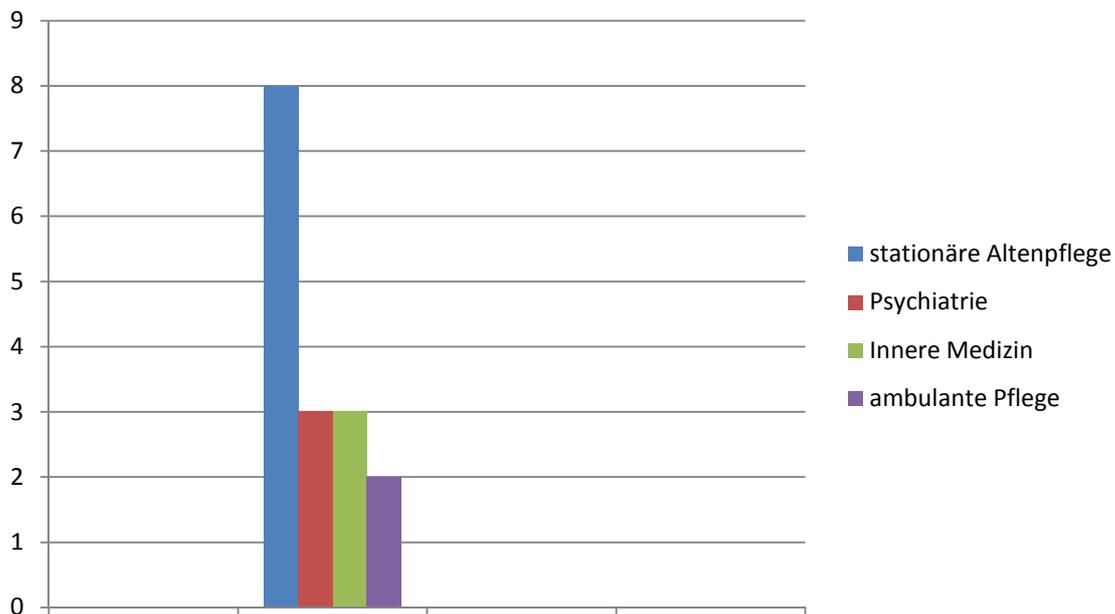
Anzahl der Personen (12)



⁷ bei den Personen, die ihre Ausbildung nicht in Österreich absolvierten

Arbeitsfelder der Pflegepersonen

Anzahl der Personen (16)



6.2 Auswertung der Beobachtungen

Wie im Kapitel 4.1 schon geschildert, erfolgten die Beobachtungen nach groben Kriterien. Mein Augenmerk war darauf ausgerichtet, wie die Kommunikation zwischen den Pflegepersonen nicht-deutscher L1 und Patienten verläuft. Dabei versuchte ich der Frage nachzugehen, ob die Sprachkenntnisse der Pflegenden ausreichen, die verschiedenen kommunikativen Anforderungen in der Interaktion mit dem Patienten zu bewältigen. Des Weiteren wollte ich auch die unterschiedlichen Gesprächstypen erfassen.

Um die Anonymität der beteiligten Personen zu sichern, werden in der Beschreibung der einzelnen Situationen keine Namen genannt. Die Pflegepersonen werden mit Nummern, die betreuten Bewohner oder Patienten lediglich mit einem Buchstaben gekennzeichnet. Diese Nummerierung entspricht nicht unbedingt der chronologischen Reihenfolge der Beobachtungen. Bei den in Anführungszeichen angegebenen Worten handelt es sich um wortwörtliche Wiedergabe von Äußerungen, die während der Pflege von mir registriert und kurz danach notiert wurden.

6.2.1 Beobachtungen in der stationären Altenpflege

Im Bereich der stationären Altenpflege begleitete ich sechs Pflegepersonen, die in zwei unterschiedlichen Pflegeheimen tätig waren. Bei diesen sechs Personen handelt es sich um fünf diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen und eine Pflegehilfe.

Bei allen in der Praxis begleiteten Pflegepersonen konnte eine freundliche und höfliche Art im Umgang mit den Bewohnern beobachtet werden. Viele der Pflegepersonen achteten darauf, dass sie vor dem Betreten des Zimmers anklopfen und die Bewohner grüßten. Manche erkundigten sich nach dem Befinden der alten Menschen, auch wenn diese aufgrund von Alterserkrankungen nicht immer antworten oder reagieren konnten. Ein zusammenhängendes Gespräch war mit vielen Bewohnern nicht mehr möglich.

Tätigkeitsbegleitende Kommunikation

Der Großteil der Gespräche, die in diesen Institutionen geführt wurden, sind der Kategorie tätigkeitsbegleitender Kommunikation zuzuordnen. Es handelt sich hierbei in erster Linie um Ankündigungen von pflegerischen Maßnahmen und von Anleitungen der Bewohner zur Durchführung der Pflege:

PP⁸: *„Vorsicht! Ich wasche das Gesicht“; „so, mach ma a bissi Mundpflege“*

PP2 im Umgang mit einer alten Dame:

PP2: *„Uh, wir haben Deo vergessen!“*

Bew.⁹: *„Fast vergessen!“*

PP2: *„Achsel! Super! Bei mir ist laut, Sie wissen schon (...) die Haare ein bisschen schön machen...“*

Bew.: *„Wo ist mein Handy?“*

PP2: *„Ich gebe Ihnen gleich alles ... und Taschentuch bitte sehr... und Ellenbogen mit dieser Salbe einschmieren. (...“*

Bew.: *„Wo ist das zum Läuten?“*

PP2: *„Da, bitte sehr! Bis später Frau B. Wir kommen später zu Ihnen!“*

PP2 bei der Begegnung mit einer anderen Bewohnerin:

PP2: *„So meine Liebling, ich sehe Sie sind angezogen, Sie haben schon die Stützstrümpfe angezogen. Wenn Sie duschen wollen, können wir duschen. Wie Sie wollen!“*

Bew.: *„Nein, mach ma das am Abend.“*

⁸ Pflegeperson (PP)

⁹ BewohnerIn (Bew.)

PP3 bat um Erlaubnis vor der Durchführung der Blutdruckmessung:

PP3: „*Griß Gott Frau M. Darf ich Blutdruck messen?*“

Bew.: „*Aber natürlich!*“

Oder bei der Durchführung der Morgentoilette:

PP3: „*Bitte zu mir umdrehen!*“; „*Bitte aufstehen!*“; „*Hier, bitte kämmen!*“

Manche Pflegepersonen achteten darauf, dass auch der tätigkeitsbegleitende Austausch durch ein bisschen Humor mehr Fröhlichkeit in den routinierten Alltag bringt:

Bew.: „*Wo ist meine Hose?*“

PP6: „*Heute gehen Sie ohne Hose!*“ (beide lachten) Nachdem die Pflegeperson eine Hose nach Wahl der Bewohnerin aus dem Schrank herausnahm, bemerkte sie:

PP6: „*Die Hose ist ganz schick, moderne!*“ oder beim Zureichen der Gesichtscreme: „*Schönheitscreme ist das. Das macht junger!*“

Im kleineren Umfang fanden zwischen Pflegenden und Bewohnern auch Gespräche statt, die pflegeferne Konversationen (homileische Diskurse) darstellten, bzw. der Vermittlung von Informationen und der Aufklärung der Bewohner dienten.

PP6: „*Heute haben Sie ein Friseurtermin, gleich nach dem Frühstück, kann es sein?*“

Bew.: „*Ja.*“

Dieselbe Pflegeperson versuchte bei einer anderen Bewohnerin Gedächtnistraining durchzuführen und fragte diese, was sie üblicherweise freitags zu tun pflegt und erinnerte sie mit Andeuten der ersten Silbe an die gemeinte Tätigkeit.

PP3 informierte die Patientin am Ende der Körperpflege:

„*Jetzt müssen Sie warten. Dr. A. kommt und schauen die Wunde. Verstehen Sie?*“

Bew.: „*Ja.*“

Eine Pflegeperson forderte die Bewohnerin vor dem Verlassen des Zimmers zum Trinken auf:

PP1: „*Viel trinken Frau W.!*“ uns stellte ihr den Krug auf den Tisch.

„*Ich glaube, Apfelsaft gibt nicht. Es ist nicht geliefert, vielleicht am Nachmittag, ich muss schauen.*“

Ein Bewohner klagte über seine wackelige Prothese, die zuständige Schwester fragte ihn, was für Beschwerden er habe, ob die Prothese drücke, und schlug ihm die Möglichkeit einer neuen Prothesenanpassung vor. Dieselbe Pflegeperson (PP4) motivierte eine andere Dame zum Verzehr von mehr Fleisch und klärte sie darüber auf, warum Fleisch für die Wundheilung wichtig sei, weil dieses nämlich viel Eiweiß enthalte.

Kommunikation über pflegeferne Themen

Konversationen über pflegeferne Themen wurden zum Teil von den Bewohnern selbst, zum Teil von den Pflegenden initiiert. So würdigte ein Bewohner die neue Frisur einer Schwester, woraufhin sich ein Gespräch über Frauen und ihre Frisuren und den Bedarf nach Abwechslung entwickelte. Das Wetter war z.B. ein anderer Auslöser für den Austausch. So erzählte eine Pflegeperson zu Beginn ihres Dienstes ausführlich über die Schneefälle in der Heimat und dass sie viel Zeit mit Schifahren verbrachte. In der einen Abteilung war das Austeilen des Essens eine gute Gelegenheit sich für ein paar Minuten zu den Bewohnern zu setzen und ein bisschen mit ihnen zu plaudern. Ich konnte z.B. einem Austausch beiwohnen, bei dem die Bewohnerin über ihren früheren Beruf und die Familie befragt wurde, oder wie mit einer anderen über deren Lieblingsgerichte gesprochen wurde.

Sprachreflexion

Auch die Reflexion der Sprache wurde während der Körperpflege zum Diskussionsthema:

Bew.: *„Ich muss lachen, wenn sie zurück sagen, weil es eigentlich zurück heißt.“* (Die Pflegeperson nahm die Bemerkung gelassen und lächelnd auf.)

PP2: *„Aber Sie verstehen mich?!“*

Bew.: *„Natürlich, es stört mich auch nicht!“*

Anamnesegespräch

Im Rahmen der Beobachtung hatte ich die Gelegenheit, auch beim Erheben einer Anamnese dabei zu sein. Vor diesem Erstgespräch wurde die betreffende Bewohnerin um Erlaubnis gebeten. Das Erstgespräch, wie in den meisten Institutionen üblich, erfolgte anhand eines Leitfadens, der die groben ATL¹⁰-Kategorien enthielt. Positiv fiel mir auf, dass PP6 dieses Gespräch mit Verzicht auf spezielle Fachtermini führte. Sie orientierte sich zwar an der schriftlichen Vorlage, „übersetzte“ jedoch die Pflegefachsprache in eine der Bewohnerin verständliche Umgangssprache. Der Transfer von der Fachsprache in die Umgangssprache gelang ihr sehr gut. Ging es zum Beispiel um die Lebensaktivität *Ruhen und Schlafen* (ohne/mit Schlafmittel, unruhig, Schlaf-/Wachumkehr), erfolgte die Informationssammlung mit Hilfe einfacher Fragen: *„In der Nacht schlafen Sie gut oder sind Sie oft wach? Wann stehen Sie zu Hause auf?“* Im Rahmen der Kategorie *Für eine sichere Umgebung sorgen*,

¹⁰ ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens), auch AEDL (Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens) bezeichnen Kategorien, anhand deren man die körperlichen und psychischen Bedürfnisse, Defizite sowie die zur Verfügung stehende Ressourcen der Patienten ermittelt.

wurden eventuelle Orientierungsschwierigkeiten (Orientierung zu Raum, Zeit, Situation) nachvollziehbar und personenbezogen erhoben: „*Wissen Sie wo Sie gerade sind? Wann sind Sie geboren?*“. Die Fähigkeit, die Körperpflege durchzuführen, wurde auch mit konkreten Fragen ermittelt: „*Können Sie mit diese Hand Gesicht waschen?*“; „*Können Sie beim An- und Ausziehen helfen?*“

Schwierigkeiten hatte PP6 eher im umgekehrten Transfer von der Umgangssprache in die Pflegefachsprache, als sie die Antworten der Bewohnerin und die eigenen Beobachtungen in einer fachlich und pflegesprachlich adäquaten, präzisen Form schriftlich festhalten wollte. Es fehlten PP6 manchmal einzelne Ausdrücke und sie fragte mich z.B. wie man formuliert, dass die Bewohnerin alles schmecken kann. Im Interview stellte PP6 selbst fest, dass ihr die Formulierungen manchmal Schwierigkeiten bereiten.

Verständigungsschwierigkeiten

Die Kommunikation zwischen den Pflegenden und Bewohnern verlief meistens ohne Verständigungsschwierigkeiten. Kommunikationsbarrieren kamen im Laufe der Beobachtungen kaum vor. Ich konnte allerdings bei zwei Pflegepersonen drei Vorfälle registrieren, bei denen ein Austausch nicht stattfinden konnte, bzw. bei denen es zu Missverständnissen kam.

Ein Bewohner versuchte mit PP3 ins Plaudern zu kommen und sprach sie auf den neuen Mitarbeiter an, während diese die Betten machte:

Bew.: „*Es ist ein neuer Pfleger da, ein Inder. Haben Sie ihn gesehen?*“ (PP3 lächelte unsicher) „*Ach, Sie werden ihn schon gesehen haben!*“

Nach dem Verlassen des Zimmers wandte sich PP3 an mich: „*Was hat er gefragt?*“

Im Badezimmer mit einer anderen Bewohnerin wurde PP3 auf ihre schönen Haare angesprochen, aber auch dieser Versuch des *small talks* schlug fehl:

Bew.: „*Ich bewundere Ihre Haare*“. PP3 verstand die Aussage wohl nicht vollständig und reagierte dementsprechend auch nicht auf das Kompliment.

Im Interview fiel besonders auf, dass diese Person sowohl im Verstehen als auch beim Sprechen Schwierigkeiten hatte. Im Pflegealltag kamen diese Defizite allerdings nicht so stark zum Vorschein. Dies lag zum Teil auch daran, dass ihre Äußerungen auf das Notwendigste

beschränkt waren. Als Pflegehilfe kamen dieser Person natürlich nicht so vielfältige kommunikative Aufgaben zu wie einer diplomierten Pflegekraft, dennoch ist die grundlegende Kommunikation mit den Patienten auch für eine/n Pflegehelfer/in integraler Bestandteil der alltäglichen Arbeit. Aus dem Interview mit der Pflegekraft ging hervor, dass ihr die Kommunikation rund um die Pflege wenig Probleme bereitet, weil sie mit der Zeit die Wünsche der einzelnen Bewohner kennenlernen konnte und diese tagtäglich erneut verbalisiert werden. Sie ist daher mit den entsprechenden Ausdrücken vertraut. Schwierigkeiten treten eher in Situationen auf, die über die Routine hinaus gehen, der pflegefernen Kommunikation, wie z.B. bei der Besprechung mit Angehörigen.

Ein anderer Fall ereignete sich mit PP5. Diese ging zu Beginn ihres Dienstes durch die Station, begrüßte die Bewohner in ihrer Gruppe und erkundigte sich nach ihrem Befinden. Nachdem PP5 auch von ihren freien Tagen berichtete, wandte sie sich an eine Bewohnerin: „*Was haben Sie Neues?*“. Die Bewohnerin schaute sie verwundert an „*Ob ich Neues habe?*“. Es waren einige Nachfragen notwendig, um zu klären, dass eigentlich „Was gibt es Neues bei Ihnen?“ gemeint war.

Zusammenfassung

Bis auf eine Pflegeperson, die die deutsche Sprache fast auf muttersprachlichem Niveau beherrschte, konnte man bei allen Pflegepersonen kleinere und größere grammatikalische Fehler beim Sprechen beobachten (z.B. Wortstellungsfehler, Artikelfehler, falsches Hilfsverb etc.), die sich aber auf die Verständlichkeit nicht negativ auswirkten. Die mündliche Interaktion funktionierte mit den meisten Pflegenden gut. Die Rezeption stellte in der Regel kein Problem dar. Im Interview fielen eher beim Ausdruck, beim Verbalisieren der eigenen Gedanken, manchmal Formulierungsschwierigkeiten auf. Als Ausnahme ist vielleicht die oben erwähnte Pflegehilfe, PP3, zu nennen, die auch im Verstehen manchmal mit Schwierigkeiten kämpfte.

PP4, PP5, PP6 initiierten öfters Gespräche mit den Bewohnern, PP1, PP2, PP3 eher seltener. PP6 und PP4 waren eindeutig die aktiveren Partner in den Interaktionen und bestimmten auch den Gesprächsverlauf.

6.2.2 Beobachtungen in der ambulanten Pflege

In der ambulanten Pflege hatte ich die Möglichkeit, zwei Pflegepersonen bei ihrer Arbeit für drei bzw. viereinhalb Stunden zu begleiten. Der Besuchsgrund bei den einzelnen Klienten war sehr unterschiedlich. Manche waren größtenteils autonom und benötigten lediglich Hilfe der Pflege einer Wunde oder beim Herrichten der Medikamente. Andere hingegen waren in ihrer Selbstständigkeit komplett eingeschränkt und mussten im Bett versorgt werden.

Bei den Klienten, die im Bett versorgt wurden und wenig mithelfen konnten, konzentrierten sich die Gespräche in erster Linie auf verbale Ankündigungen der pflegerischen Schritte bei der Körperpflege und auf die Motivation. Sie wurden vor jedem Handgriff informiert, was mit ihnen geschieht. Man musste sich auch immer wieder vergewissern und nachfragen, ob der Klient bequem sitzt oder liegt, ob ihm die Lage weh tut etc.

So versorgte PP1 einen alten Herrn, der nicht mehr gehfähig war. Die verbalen Reaktionen des Klienten beschränkten sich auf kurze Ja-Nein-Antworten oder Lächeln und Kopfnicken. PP1 war trotzdem sehr bemüht, den Klienten neben den verbalen Erklärungen während der Körperpflege mit witzigen Bemerkungen zum Lachen zu bringen, z.B.: sie habe eine nette Begleitung mitgebracht und Herr S. mache die Augen trotzdem zu etc. Dort, wo Angehörige anwesend waren, fanden auch zwischen Pflegepersonen und Angehörigen Konversationen statt. Es ging in erster Linie um die körperlichen Bedürfnisse der Klienten und um organisatorische Angelegenheiten (Kauf von Pinzetten, Klinikaufenthalt, Verbandswechsel, Medikamente, Schmerztherapie etc.).

Bei den Personen, die während der pflegerischen Maßnahmen verbal nicht angeleitet werden mussten, blieb mehr Zeitressource für pflegeferne Kommunikation.

So wurde mit einem Klienten während der Körperpflege über das Alter und die Pflegenden geplaudert oder mit einer anderen Klientin während des Fußwaschens der Umgang mit dem Beinödem besprochen, bzw. auch ihr zu erledigendes Problem thematisiert.

Eine andere Klientin, die nur Medikamentendienst in Anspruch nahm, sprach PP2 besorgt auf ihren veränderten körperlichen Zustand (Inkontinenz) an und äußerte ihre Angst, in ein Heim gehen zu müssen. PP2 stand schon vor der Tür und wollte gerade gehen, nahm sich dann aber trotzdem Zeit für dieses Problem. Sie versuchte nicht, die Situation zu bagatellisieren, sondern nahm die Klientin ernst, beruhigte sie, dass eine Lösung gefunden werde und klärte sie über Möglichkeiten der weiteren häuslichen Versorgung auf. Die alte Dame wirkte nach diesem Gespräch etwas erleichtert und bedankte sich für die Hilfe.

Eine andere Klientin benötigte nur Begleitung beim Spazieren und Gesellschaft beim Kartenspielen. Ihre Sprechstörung bereitete mir große Verständnisschwierigkeiten, PP1 konnte sich jedoch problemlos mit ihr austauschen und dolmetschte für mich ihre Aussagen.

Während des Einschachtelns der Medikamente wurde nicht so viel geplaudert. PP2 teilte mir mit, dass es ihr nicht so leicht falle, sich auf die Medikamente zu konzentrieren und gleichzeitig auch die Klienten zu unterhalten, was natürlich verständlich ist. Aber auch bei solchen Besuchen nahm sich PP2 entweder am Anfang oder vor dem Gehen ein paar Minuten Zeit für einen kurzen *small talk* oder Plauderei über Alltägliches wie das Kochen, die neue Frisur, der Verkehr oder gar das schlechte soziale Milieu in diesem Viertel etc.

Bei keinen der in der Praxis beobachteten Pflegepersonen konnten Auffälligkeiten in der Kommunikation mit den Klienten beobachtet werden. Es bereitete ihnen keine Schwierigkeiten mit den Menschen in Beziehung zu treten und sich zu verständigen, auch wenn manche von den Klienten aufgrund von Schwerhörigkeit, Artikulationsstörungen oder körperlicher Schwäche selbst Kommunikationseinschränkungen hatten.

PP1 hatte einen ruhigen Ton, achtete bei den kommunikationseingeschränkten Leuten auch sehr auf deren Körpersprache. Sie konnte sich verbal tadellos auf muttersprachlichem Niveau ausdrücken. In den Gesprächen war sie meist diejenige, die den Gesprächsverlauf bestimmte.

PP2 beherrschte die Sprache auf einem guten Niveau. Bei ihr fielen mir ab und zu kleinere morpho-syntaktische Fehler auf, die sich aber auf die Verständlichkeit nicht negativ auswirkten. In den Gesprächen mit den Klienten nahm sie als Gesprächspartnerin manchmal eine dominierende Rolle ein. Meist war jedoch ein ausgeglichenes Verhältnis zu beobachten. In einer Diskussion mit den Angehörigen fiel PP1 deutlich als agierende Dialogpartnerin auf: ihr Ton war selbstbewusst und kategorisch. Im Nachhinein berichtete PP1 darüber, dass sie vom Gatten der Klientin oft in dessen Muttersprache beschimpft werde. PP1 versuchte deshalb, ihm auf diese Weise im Gespräch gewisse Grenzen zu setzen.

6.2.3 Beobachtungen in einem Krankenhaus

6.2.3.1 Innere Medizin

Auf einer Internen Station eines Wiener Krankenhauses begleitete ich zwei Pflegekräfte während ihrer pflegerischen Tätigkeiten. Die hier beobachteten Gespräche betrafen einerseits die Pflege und deren Durchführung (sprachliche Begleitung der Arbeitsschritte), Alltägliches (homileische Gespräche), organisatorische Belange (z.B. bzgl. der Entlassung: ob Rettung notwendig oder nicht, Bettanspruch wie lange etc.), Informationen die medikamentöse Therapie betreffend und andererseits auch die Informationssammlung hinsichtlich des körperlichen und psychischen Zustand des Patienten (Anamnesegespräche).

Beim Führen des Anamnesegespräches bedienten sich die Pflegepersonen der schriftlichen Vorlage, welche die verschiedenen zu erhebenden Themen stichwortartig darstellte (z.B. *Allein sein und soziale Interaktion, Aktivität und Ruhe, Abwendung von Gefahren* etc.).

PP1 klärte die Patientin vor dem Gespräch über Sinn und Zweck der Anamnese auf. Das Ziel sei, die Patientin besser kennenzulernen, um sie besser pflegen zu können. PP1 hatte die Vorlage zur Orientierung vor sich, formulierte aber ihre Fragen frei und stimmte sie auf die Patientin ab. Fragen bzgl. der Intimsphäre wurden leiser gestellt. PP1 wollte wohl vermeiden, dass evtl. die Nachbarin etwas mitbekommt und dies der Patientin peinlich wird. PP1 benutzte im Gespräch keine der Patientin unverständlichen Fachtermini.

PP1: „*Haben Sie zu Hause gestürzt?*“

Pat.¹¹: „*Ja, deswegen bin ich im Spital.*“

PP1: „*Wann war das?*“

Pat.: „*Vor zwei Tagen.*“

PP1: „*Wie sind diese Schmerzen? Stechend, bohrend?*“

Pat.: „*Drückend*“

PP1: „*Wie können Sie aushalten und seit wann haben Sie die Schmerzen?*“

Pat.: „*Seit 2 Tagen.*“

Bei der Kategorie *Integrität der Person*, ob die Patientin vor etwas Angst hätte, antwortete diese, dass sie sich fürchte, nicht zu wissen, wie es mit ihr weitergehe und ob sie Hilfe brauchen werde. PP1 fasste diese Aussage zusammen und paraphrasierte sie. „*Unselbständigkeit?*“ Die Patientin bestätigte dies mit „*Ja*“.

PP1 sprach die Patientin öfters namentlich an. Dabei fiel auf, dass sie *Figlmüller*¹² immer wieder als *Figelmüller* aussprach. Die Patientin schien dies sichtbar zu stören und machte PP1

¹¹ PatientIn (Pat.)

darauf aufmerksam, dass ihr Name ohne *e* auszusprechen sei, doch PP1 musste zugeben, dass ihr dies nicht gelänge und dass diese Aussprache ihr Schwierigkeiten bereite.

PP2 orientierte sich bei der Befragung des Patienten stark an der Checkliste, übernahm die Formulierungen samt pflegerischen Fachtermini, ohne diese in die Umgangssprache zu „übersetzen“ und las sie einfach vom Blatt vor: *„Möglichkeit, sich der veränderten Umgebung anzupassen“*; *„Fähigkeit, Information zur Situation einzuholen, zu verarbeiten und umzusetzen“* oder *„Risiko der Selbst- und Fremdgefährdung“* und der Patient versuchte diese nach seinem besten Wissen zu beantworten. Die Erhebung der Patientendaten funktionierte trotzdem relativ gut. Manchmal waren aufgrund der Aussprache von PP1 Nachfragen seitens des Patienten notwendig. Z.B. *„Smerzen“* statt Schmerzen; *„Selbstvorsorge“* statt Selbstfürsorge; oder *„Interaction“* (nach englischer Lautung) statt Interaktion.

Unter den zu versorgenden Patienten befand sich auch eine Dame, die kaum Deutsch verstand. PP1 beherrschte einzelne Ausdrücke auf serbo-kroatisch und war um die Aufrechterhaltung der Verständigung sehr bemüht. Da aber trotzdem nicht alles reibungslos funktionierte, musste letztendlich eine Abteilungshelferin fürs Dolmetschen herangezogen werden.

Beide Pflegenden konnten sich im Pflegealltag gut verständigen. Bei PP1 fielen manchmal Fehler, wie die Verwechslung der Hilfsverben oder des Genus sowie ein starker muttersprachlicher Akzent mit gelegentlich falscher Intonation auf. Negative Auswirkungen auf die Kommunikation (bis auf die Diskussion um die Aussprache des Namens) konnte man nicht registrieren. Bei PP2 waren Kongruenzfehler häufiger. Auch bei ihr fielen in der Aussprache bestimmter Laute Abweichungen vom deutschen Lautsystem auf. Diese Fehler beeinträchtigten jedoch die Verständlichkeit der Äußerungen in der Regel nicht. Meistens waren die weniger verständlich ausgesprochenen Wörter aus dem Gesamtkontext erschließbar.

In der Gestaltung der Interaktionen nahm PP2 eindeutig eine dominante Rolle ein. Sie initiierte Gespräche, beeinflusste den Gesprächsverlauf und beendete ihn auch. Beim Anamnesegespräch ging PP2 oft zur nächsten Frage über, obwohl der Patient eventuell noch etwas sagen wollte. Ob dies aber mit dem in der Pflege generell herrschenden Zeitdruck zusammenhängt oder einer mangelnden Bereitschaft bzw. Fähigkeit, mehr zu sprechen und

¹² Name wurde geändert.

sich differenzierter auszudrücken, ließ sich nicht eindeutig beurteilen. PP2 sprach in kurzen und einfachen Sätzen, hatte eine energische Stimme und ein selbstbewusstes Auftreten. Gespräche rund um die Pflege stellten kein Problem für sie dar. Beim Interview fiel mir dagegen auf, dass meine Äußerungen bei ihr nicht immer ankamen, oft waren Umformulierungen notwendig. Auch PP1 hatte ein selbstbewusstes Auftreten, stach jedoch im Austausch mit den Patienten nicht so stark als dominanter Gesprächspartner heraus. In den Interaktionen herrschte ein eher ausgeglichenes Verhältnis.

6.2.3.2 Psychiatrie

„Fast jeder psychisch Erkrankte hat ein soziales Problem“ sagt PP1 im Interviewgespräch, und meint damit, dass psychisch kranke Menschen in ihrer sozialen Beziehungsgestaltung häufig beeinträchtigt sind. „Ziel der Psychiatrie ist die soziale Heilung des Patienten, d.h. seine Wiedereingliederung in seine gewohnte Lebenswelt.“ (Gühne 2007: 1339) In der psychiatrischen Krankenpflege steht daher die Beziehungs- und Alltagsgestaltung des Betroffenen im Vordergrund, und dabei kommt der Sprache, der Kommunikation, eine enorm große Rolle zu. Treffend fasst es PP1 zusammen: „Wir in der Psychiatrie sprechen sehr viel überhaupt. Unsere Werkzeug ist ja Mundwerk, ist ja die Sprache.“ Kommunikation ist das Instrument der psychiatrischen Pflege schlechthin.

Auf zwei psychiatrischen Stationen einer Einrichtung bekam ich die Möglichkeit Beobachtungen durchzuführen. Hier begleitete ich zwei erfahrene Pflegekräfte, die seit langen Jahren in der Psychiatrie tätig waren.

Der Tagesablauf auf diesen zwei Stationen ähnelte sich, es ergaben sich jedoch auch viele Unterschiede, die durch die Behandlung verschiedener Erkrankungen bedingt waren.

In der zu betreuenden Gruppe von PP1 waren alle Patienten mobil. Unterstützung bei den täglichen Aktivitäten (Waschen, Kleiden, Essen) war zu dem Zeitpunkt meines Besuches nicht erforderlich. PP1 ging in der Früh durch die Zimmer, begrüßte ihre Patienten, sorgte dafür, dass jeder rechtzeitig aufsteht und seinen täglichen Pflichten und Programmen nachgeht. Während der Medikamentenausgabe fand ein erster Austausch zwischen PP1 und den Patienten statt. Bei aller Alltäglichkeit der Probleme hatte jeder Patient doch sehr unterschiedliche Sorgen und die Gespräche verliefen daher auch sehr individuell. Sich ständig wiederholende, routinemäßige verbale Äußerungen, wie zum Beispiel bei den verbalen Anleitungen während der Körperpflege der Fall war, kamen hier nicht vor. Ein Patient benötigte Schuhe für die Arbeitstherapie. Mit ihm wurde besprochen, wann diese Schuhe

besorgt werden, ob die Tante beim Einkauf mitgeht, und ob die Ärzte auch einverstanden wären. Der andere Patient verbalisierte seine Sorgen bzgl. der Verschaffung der Medikamente für zu Hause etc. Ein fester Bestandteil des Tagesablaufes war die tägliche Gesprächsrunde (sog. Morgenrunde), bei der eine Pflegeperson ein Gruppengespräch mit allen Patienten führte, in dessen Rahmen die Probleme, die die Patienten bewegten sowie tagesaktuelle Geschehen besprochen wurden. PP1 gestaltete diese Gesprächsrunde sehr souverän. Sie war die Moderatorin, die das Wort erteilte, und damit Tonangeberin. Am Anfang wurde ein Vorfall besprochen, bei dem einige Patienten gewisse Grenzen überschritten hatten. Der Ton von PP1 war dabei belehrend und wirkte streng. Nach dem Besprechen dieses Vorfalls kam jeder einzelne Patient zu Wort und berichtete über sein Befinden. PP1 gestaltete die Konversation sehr professionell. Sie gab keine Lösungen, sondern leitete die Patienten an, selbst nach Lösungen zu suchen. PP1: „*Was befürchten Sie, wenn sie zu Hause sind? Was ist Ihre größte Sorge?*“, nachdem der Patient dies schilderte, riet ihm PP1, sich Gedanken zu machen, wie er sein Programm zu Hause gestalten wolle etc.

In den beobachteten Interaktionen zwischen PP1 und den Patienten war PP1 die Person, die den Wortwechsel steuerte. Sie strukturierte die Gespräche und zeigte den Patienten auch Grenzen auf. PP1 hatte eine gepflegte Ausdrucksweise. Ihre mündliche kommunikative Kompetenz reichte eindeutig aus, um den Austausch mit den Patienten professionell zu gestalten. Kleine Fehler kamen ab und zu vor (Weglassen der Artikel, Aussprachefehler z.B. *V* als *W* ausgesprochen etc. – diese beeinträchtigten jedoch die Verständlichkeit nicht.)

Auch PP2 war sprachlich sehr kompetent. Die Kommunikation mit den Patienten bereitete ihr sichtbar viel Freude. Sie nahm sich auch sehr viel Zeit, auf jeden einzelnen Patienten einzugehen und sich mit diesen auszutauschen. Auf dieser Abteilung waren auch einige Patienten mit einer anderen L1 als Deutsch untergebracht. Mit manchen von ihnen unterhielt sich PP2 in der gemeinsamen Muttersprache. Eine Patientin konnte sich auf Deutsch nicht so leicht ausdrücken. Die gemeinsame Sprache erleichterte ihr den Informationsaustausch. Einem anderen Patienten fiel es schwer, vor den anderen Anwesenden über sein Problem zu sprechen. Der Wechsel in eine andere Sprache diente ihm zum Schutz der Privatsphäre.

Auch während der Begleitung einer Patientin ins Bad nützte PP2 die Gelegenheit, um sich mit dieser über pflegeferne Themen zu unterhalten. Die Patientin wurde nach ihrem beruflichen Hintergrund und nach ihren Vorlieben ausgefragt. So erzählte diese darüber, dass sie früher öfters in England war, um die Sprache besser zu erlernen. Auch PP2 schwärmte von England und berichtete, dass ein Urlaub in England mit ihrem Sohn schon lange geplant sei. Auch

verbale Anleitungen, Erklärungen in Bezug auf die Körperpflege, auf Mobilisation etc. fanden statt. PP2 leitete z.B. die Patientin, die sich das Gehen nicht zutraute, vor dem Spiegel zu Bewegungsübungen an: „*Heben Sie das rechte Bein, so wie ich!*“ etc.

In der Kommunikation mit den Patienten konnte ich keinerlei Missverständnisse oder Schwierigkeiten beobachten. PP2 beherrschte die Sprache auf einem sehr guten Niveau, sprach fließend, hatte ein reiches Vokabular und benutzte auch dialektale Elemente. PP2 hatte eine respektvolle aber doch freundschaftliche Art, mit den Patienten in Beziehung zu treten. In den Interaktionen war sie meist die agierende Gesprächspartnerin. Viele Patienten waren aufgrund ihrer Erkrankungen introvertiert, zurückgezogen und verhielten sich eher passiv.

Die kommunikativen Anforderungen in der Praxis bereiteten beiden Pflegepersonen keine Schwierigkeiten. Anzumerken ist jedoch, dass beide seit Jahrzehnten in Österreich leben und auch ihre Ausbildungen hier absolvierten.

6.3 Auswertung der Interviews mit Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache

6.3.1 Erinnerungen an den Berufseinstieg

Die Zeit des Berufseinstiegs schilderten die meisten befragten Personen als schwer und eine große Umstellung. Dies lag daran, dass sie ihre Tätigkeit als Pflegeperson in einem fremden Land wahrnehmen mussten, nicht selten mit mangelnden Deutschkenntnissen, und mit einem neuen Berufsbild konfrontiert.

Natürlich es ist bisschen anderes, weil ich kann nicht vergleichen meine Land und da. Da ich muss mache, wie verlange jede Krankenhaus oder jede Pflegeheim, das ich muss machen, wie hier verlangen. Ich muss meine vergessen, wie war in meinem Land. Weil in meinem Land wir machen nur medizinische Sachen, medizinische Tätigkeit, wir machen intravenös, intramuskulär das, das, das... aber Pflege bei uns nicht, Krankenschwester macht nie. Aber da habe ich gelernt: Prüfung, Unterricht, Praxis und ich denke mir, du hast gesehen, vielleicht...ich hab kein Problem gehabt. (Adena)

Ja, damals, am Anfang, das war ein bisschen schwer, ja, weißt du, wegen Deutschsprache zuerst, ich war nicht so gut in Deutsch...damals. Ich habe ein paar Kurse gehabt zu Hause, aber das war lange bevor ... und auch Arbeitsweise. Ich war aus ganz anderem Bereich gekommen, Intensivstation und Rettung und Arbeitsweise... das war ganz andere Arbeit, schwer, aber dann... ich habe das geschafft in paar Monaten und das war ganz ok. Jeder Anfang ist schwer. (Samir)

Neben den anfänglichen Defiziten in der Sprache, den neuen und unbekanntenen Arbeitsmaterialien und Arbeitsmethoden, an die man sich gewöhnen muss, kann auch die

Konfrontation mit einem fremden Werte- und Normensystem eine große Herausforderung darstellen. Eine Pflegeperson schilderte, wie überrascht sie anfänglich war, dass in Österreich so viele alte Menschen ihren Lebensabend in Pflegeheimen verbringen. Zwar sprach sie anerkennend von der modernen Ausstattung der hiesigen Pflegeeinrichtungen und von der staatlichen Unterstützung, die der Betreuung alter Menschen gewährt wird, war dennoch aber der Meinung, dass die Liebe der Angehörigen, der Familie, ein Pflegeheim mit noch so kompetenten Pflegenden nicht ersetzen kann. Pflegeheime bezeichnete sie als Orte, die sie traurig machten.

6.3.2 Erwerb von Deutschkenntnissen für den Beruf

Die Mehrheit der Pflegepersonen, die ihre Ausbildung im Ausland absolvierten, besuchten vor dem Berufseinstieg allgemeinsprachliche Deutschkurse. Zwei der insgesamt zwölf Pflegenden nahmen auch an einem berufsspezifischen Deutschkurs teil, weitere zwei Personen besuchten ausschließlich einen berufsspezifischen Deutschkurs.

Mit einer guten Grundlage der deutschen Sprache, die Ivana in der Schule erwarb, war das Erlernen der Berufssprache später kein Problem. Dabei spielte die Nostrifikation eine wesentliche Rolle, aber auch in der Arbeit und durch den Medienkonsum konnte sie ihre Sprachkenntnisse erweitern.

Ich hab sieben Jahre Deutsch gelernt vorher. (In der Schule?)¹³ Ja, vier Jahre, also... vier Jahre hab i das in der... also man sagt hier Hauptschule, bei uns sagt man Grundschule. Das ist von erste bis achte Klasse ja, und dann drei Jahre hab ich's noch in der Krankenpflegeschule gehabt ja. Nur i hab keinen Kontakt mit der deutschen Sprache gehabt. (...) Wenn man also wirklich keinen Kontakt hat mit der Sprache, dann mit der Zeit geht sehr viel auch verloren ja. Das hat mir aber sehr geholfen. (Ivana)

Ob die Nostrifikation zur Verbesserung ihrer Deutschkenntnisse beitrug, antwortete sie:

Sehr...weil ich jeden Tag, also ich hab sehr viel dann auch zum Lernen gehabt, weil ich so viele Prüfungen gehabt habe und ich hab jeden Tag Deutsch gehört im Unterricht ja und ich hab dann, ah so und dann auch sehr viel lernen musste ich ja, und das hat mir aber sehr geholfen. Ich bin wie ausgewechselt zurückgekommen(...) Für mich war das sehr hilfreich ja, also sprachlich... die Nostrifizierung. (...) Praxis auch selbst und jeden Tag Kontakt mit der Sprache, und vielleicht auch Fernsehen, Zeitung, alles, alles was, also...Radio hören... es ist alles hilfreich. (Ivana)

Sowohl Jaroslav, der auf ein Germanistikstudium zurückblicken kann, als auch Natalia, die überhaupt keinen Sprachkurs besuchte, fanden, dass die Nostrifikation viel zur Verbesserung ihrer Sprache im beruflichen Kontext beigetragen hat.

¹³ Bei den im Rahmen der Interviews in Klammern angegebenen und nicht kursiv gesetzten Inhalten handelt es sich um Zwischenfragen der Verfasserin.

Oh ja, schon, man hat sehr vieles gelernt, man hat sehr vieles wiederholen müssen, weil diese Ausbildung hab ich ja bereits in den 90-er Jahren des letzten Jahrhunderts abgeschlossen, und ich meine, man hat vieles wiederholen müssen und fachsprachlich, weil es waren doch sehr verschiedene Fächer dabei wie zum Beispiel auch Recht Rechtswesen und auch Rechtsprache, Pharmakologie und selbstverständlich auch die Krankenpflege und natürlich war es sehr wichtig die Fachsprache wieder zu wiederholen bzw. neu zu lernen, weil die braucht man im Alltag vielleicht nicht so oft im Umgang mit Kunden, mit Patienten, aber für zum Beispiel Dokumentation und für die Kommunikation mit Mitkollegen und für interdisziplinäre Kommunikation ist es schon wichtig. (Yaroslav)

Die Diplomschwester Barbara erwarb ihre Sprachkenntnisse hauptsächlich ungesteuert. Sie war schon etwa drei Jahre im Beruf in Österreich tätig, als sie ihren ersten berufsbegleitenden Deutschkurs besuchte.

Nein, ich habe keinen Deutschkurs besucht, sondern ich hab regelmäßig...regelmäßige Aufenthalte in Deutschland gehabt habe. Ich hab dort als so pflegende Person zu Hause gearbeitet habe und hab ich von die Bücher von den Leuten, mit die ich gesprochen habe, hab ich das Deutsch gelernt (...) und vor allem habe ich mich viel mit der Leuten unterhalten. (Barbara)

Die berufsspezifischen Deutschkurse wurden von den Pflegenden unterschiedlich beurteilt. Während die einen sehr viel für sich mitnahmen, konnten die anderen aufgrund der kurzen Dauer des Kurses bzw. fehlender Niveaueinteilung und Binnendifferenzierung wenig vom Kurs profitieren. So berichtete eine Interviewpartnerin:

Ich habe schon Deutsch gelernt in der Slowakei, halbe Jahr und dann...sowieso das war ganz wenig ja, und dann ich hab schon einen Sprachkurs gelernt in Wien, ja, Deutschkurs für Pfl für Pflege, das war ganz interessant (...) das hat mir sehr sehr geholfen. (Monika)

Samir, der neben den allgemeinsprachlichen Kursen auch einen berufsbegleitenden Kurs besuchte und diesen hilfreich fand, maß allerdings der Praxis größeren Verdienst beim Erwerb der berufsrelevanten Sprachkenntnisse bei.

*Diese Kurse ich habe in der Tschechei gemacht und das war...ich bin 2008 im Februar gekommen und dann... dort ich habe drei Monate oder vier Monate gehabt, zwei Mal pro Woche oder einmal pro Woche... das... ja, 2007... halbes Jahr fast...und dann vor 10 Jahre habe einmal auch fast ein Jahr oder halbes Jahr gehabt. Das war 2000 oder '99 (...) Das war ganz normale Grammatik und und normale Kommunikation ja, das hat mir geholfen, aber nicht so viel, weil ich habe viel gelernt hier in der Arbeit, ja. Das war sehr vom medizinischen Sache ja, oder Pflegesache, Pflegeworte ich habe da in der Arbeit gelernt (...)
Aber dann wir haben hier auch gehabt, ich denke auch fast halbes Jahr, im Haus, vom, vom, wie heißt das, von einem Organisation, die helfen Ausländer, bif nein, bfi ja, wir haben einmal pro Woche gehabt, das war gut auch, geholfen auch. Wir haben auch ein Buch gehabt von ... das war über Pflege, ja. (...) (Samir)*

Auf die Frage, was ihm am meisten beim Erwerb der Sprachkenntnisse für den Beruf half:

Prozentual wenn ich sage, das ist 90% in der Arbeit von Kollegen ja, und 10% ja das war vom Kurs. Das war sehr sehr kurz Kurs, weißt du... (Samir)

Marites, die aus den Philippinen kam, nahm bald nach dem Berufseinstieg an einem berufsspezifischen Sprachkurs am Arbeitsplatz teil, der aber nur einen Monat dauerte. Auch sie hat ihre Sprachkenntnisse in erster Linie ungesteuert, am Arbeitsplatz, durch den Kontakt mit den Patienten und Kollegen erworben.

Ein Problem, das zwei Pflegende bzgl. berufsbegleitender Sprachkurse am Arbeitsplatz verbalisierten, war, dass diese meist auf Grundstufenniveau ansetzten und Personen, die eine bessere sprachliche Qualifikation anstrebten, dabei unberücksichtigt bleiben.

Barbara fand zum Beispiel hilfreich, dass ihr die fehlenden Grundlagen der Grammatik vermittelt wurden, fühlte sich aber insgesamt im Kurs unterfordert. Ob dieser einen Nutzen für sie hatte:

Na ja, nicht wirklich, weil das war... Am Anfang zum Beispiel, ich hab, ich konnte mehr sprechen als die Leute, die den Kurs besucht haben und das war für mich auch nicht so viel. Weil zum Beispiel ich konnte schon von der mittleren Stufe schon anfangen und sie hat von Anfang an, wie für gleich für normale Anfängern angefangen hat, na. (Barbara)

Ein weiterer Pfleger, der zwar seine Pflegehelferausbildung in Österreich absolviert hatte, jedoch seine Sprachkenntnisse gerne erweitern wollte, wurde bei der Anmeldung zu einem berufsbegleitenden Sprachkurs am Arbeitsplatz mit dem Motiv abgelehnt, seine Sprachkenntnisse würden für den Beruf ausreichen.

Damals war so eine Vorschlag von die Direktion ja, diese Deutsch ja, wer wollte Deutsch. Dann ich habe auch meinen Namen geschrieben ja, dann haben sie einen kleiner Test gemacht, dann haben sie ...dann haben sie gesagt ja, dein Deutsch ist genug, brauche nicht mehr lernen (lacht), dann haben sie mich nicht genommen, sie haben nur genommen paar Leute, wer ganz...keine...sehr schlecht sprechen. (Rajiv)

6.3.3 Der Stellenwert der Kommunikation für die Qualität der pflegerischen Betreuung

Alle Befragten zeigten ein starkes Bewusstsein für die Bedeutung der Kommunikation in der Gestaltung einer vertrauensvollen pflegerischen Beziehung. Die interviewten Pflegepersonen hoben dabei auch viele andere Vorteile einer gut funktionierenden Kommunikation im Berufsalltag hervor, wie kompetente Informationsgewinnung und -weitergabe im Team, Vermeidung von Fehlern und Missverständnissen, sicheres Arbeiten, selbstbewusstes Auftreten und mehr.

Ja, die Sprache ist sehr wichtig. Weil ich kann mich erinnern am Anfang... das könnten auch die Patienten oder so, mich oder Personen welche können sich nicht so

so gut so so aussprechen, die können auch falsch überhaupt so so beurteilen. Ich hab auch vor Kurzem so ein Patienten gehabt, das das ich hab...hat mich auch ausgefragt, ob ich überhaupt Nostrifizierung, wo ich hab die die Unterlage, ob ich, wo ich die Schule abgeschlossen... Natürlich jetzt ist kein Problem, habe ihm das alles erklärt. Aber sobald die die...manche Personen hören ausländische Sprache, das das, wahrscheinlich kommen auch mit Angst, dass die mit schlechterem Niveau oder schlechtere Ausbildung kommen. Aber wenn man sich gut ausdrücken kann und überhaupt über Krankheit oder so so gute Antwort gibt und alles erklärt, die haben auch mehr Vertrauen. Und überhaupt vor allem ist auch für mich oder für diejenige Person, besser könnte die Person einschätzen, kennenlernen und ihm auch damit besser helfen. (Dorota)

Auch laut Silvana spielt die Kommunikation für die pflegerische Beziehung: „eine ganz große Rolle, eine sehr große Rolle“. Das Aufbauen einer pflegerischen Beziehung liegt in der Hand und Verantwortung der Pflegenden und dabei ist die Sprache das Instrument, das das Zugehen auf die andere Person ermöglicht:

Wann man nicht kommuniziert, kann ich auch net erfahren, was die... zum Beispiel von meiner Seite was die Patienten, weswegen san bei uns, was brauchen die von uns, eigentlich, was gibt es für Schwierigkeiten, für... Dann kann i auch net helfen, wann ich mi net interessiere, oder oder...kann ich auch net erfahren, wo die Probleme liegen. Und das ist...von meiner Seite ist immer so, dass ich, ich bin für Patienten da und net Patient für mich.(...) Es müssen meine Interesse sein, dass ich weiß, dass ich kommunizieren kann und dann muss ich oft sehr lästig sein, auf der Psychiatrie um Beispiel, weil zum Beispiel darf ich das erwähnen jetzt? Depressionen, Menschen mit depressive... mit Depressionen... es is sehr wichtig, dass man da sogar lästig ist, mit Fragen, mit..., dass man kommuniziert. In diese Richtung kann man eine Beziehung aufbauen.

Kommunikation strukturiert den Tagesablauf und gibt Orientierung für die Patienten:

Ja das ist sehr wichtig find ich, weil... die Bewohner weiß, weiß nie, was muss man machen mit ihnen. Zuerst muss man erklären und das ist wichtig, dass man sagen bevor anfangen, was man macht und ich finde, das ist ein wichtiger Punkt, ja. Einfach nur alles machen, ohne zu sagen, das geht nicht. (Florentina)

Die Kommunikation bezeichnet Natalia als „eine der größten Säulen der Pflege“. Viele alte Menschen, die zu Hause versorgt werden, haben kaum soziale Kontakte. Für sie ist die Kommunikation manchmal sogar wichtiger als andere pflegerische Maßnahmen „Viele Klienten benötigen eigentlich mehr Kommunikation als Pflege“. Aber auch die Kommunikation im Team ist sehr wichtig, damit Informationen ausgetauscht werden können. Natalia berichtet davon, dass in ihrer jetzigen Teamgruppe alle Diplomkräfte ausländischer Herkunft seien und eine gemeinsame Sprache eine enorme Rolle für die erfolgreiche Zusammenarbeit darstelle. Auf die Frage, ob sie Kollegen hätte, die große sprachlichen Defizite hätten, verweist sie auf eine einzige Kollegin, die jedoch auch schon einen Sprachkurs besucht.

Kommunikative Kompetenzen, die Fähigkeit und Sensibilität sich situationsgerecht und mit Feingefühl auszudrücken, ist eine Stärke im Pflegealltag. Eine partnergerechte Ausdrucksweise erhöht die Compliance des Patienten und beugt auch Konflikten vor:

Ich finde, wenn du besser ausdrücken kannst, dann besser kannst du pflegen. (...) Es ist so: kannst du schönere sagen, und dann wenn schön sagst du, schön ausdrückst du, dann keine Konflikte mit Patient (...) Schön musst du sagen oder ruhig, ah Stim...Ton spielt Musik. Oder ja natürlich manche hört schlecht, dann muss ma laut sprechen, das is ja, oder musst du deinen Ton erhöhen, das ist so. Und wenn, natürlich, das ist... wenn du kannst du besser sprechen, das ist gut, für dich. (Und für den Patienten?) Auch, auch, schon, find ich schon. (Julia)

Sehr treffend fasst eine Interviewperson die kulturelle und kritische Dimension der Sprache zusammen. Verständigung ist ein vielschichtiger Prozess und kommunikative Kompetenz bedeutet nicht allein Äußerungen zu generieren, sondern auch, in der Lage zu sein, die kulturelle Angemessenheit der Äußerungen zu reflektieren sowie die Wirkung und den Effekt der verbalen Signale beim Empfänger einzuschätzen (vgl. Kap. 3.2.).

Wenn ich jetzt alleine nur die die Weitergabe von der Informationen, oder oder die Informationen, die ich bekomme von Patienten, von Kolleginnen, von anderen Berufsgruppen, und wenn man das dann nicht so genau weitergibt oder wenn man die Informationen bekommt und oder mal auch nicht versteht und auch nicht fragen kann, ja, da geht schon so einiges verloren. Oder es findet nicht statt, so wie's so wie's eigentlich also geplant ist, oder oder vorgehabt haben, da fühlt si der Patient auch also oder du selber so unbeholfen ja...ohne Sprache ja ... und das Auftreten ist auch anders, und und und Selbstbewusstsein und alles, ja, ich glaube die Sprache ist schon sehr wichtig... is auch ein, also schwierig, ja, das ist nicht so einfach. Also, Kommunizieren, ich glaube das ist... es ist es ist, ich weiß es nicht ja, vielleicht hab ich ... für mich ist das jetzt verständlich ja, aber derjenige, dem ich das jetzt also mitgeteilt habe, weiß ich nicht, da muss i mi doch überzeugen, ja. Ist es für ihn auch so verständlich, hat er das auch verstanden ja, oder wie ist es jetzt angekommen, ja? Es ist nicht des... also ich, für mich ist es klar ja, und so einfach ja, und für ihn ist, hat das ganz andere Bedeutung, ja. Ich hab das... (Sie meinen die Patienten?) Patienten und Kolleginnen auch, und das ist ja auch so, weil wir so verschiedene Kulturen sind, und so verschiedene, aus so verschiedenen Länder. In einer Sprache zum Beispiel heißt es, ist es was ganz Schlimmes ja und in der anderen Sprache ist es was Harmloses ja. (...) Da muss man schon aufpassen. (Ivana)

Defizite in der Sprachkompetenz wirken sich negativ auf die Qualität der Pflege aus. Ein Interviewpartner beklagt, dass manche Kollegen sich nicht ausreichend ausdrücken können und bei solchen Dienstübergaben viele Informationen verloren gehen. Wenn mit solchen Pflegenden gesprochen wird, antworten sie mit „ja-ja“ und in Wirklichkeit haben sie nichts verstanden. Wenn man die Sprache nicht ausreichend beherrscht, behauptet diese Interviewperson, initiiert man wenige Gespräche, man versucht die Konversationen schnell zu beenden und zieht sich automatisch zurück.

Als einen unentbehrlichen Bestandteil einer professionellen Kommunikation deutet eine andere Interviewperson die Empathie und die Wertschätzung an, die man als Pfleger jedem Patienten entgegenbringen sollte. Dies manifestiert sich sowohl auf der verbalen als auch auf der nonverbalen Ebene der Kommunikation. Als Angehöriger der asiatischen Tradition falle es einem nicht schwer, weil man zu Hause gelernt habe, den Älteren und den Lehrern Respekt zu erweisen.

Fortbildungen hab ich gemacht, diese: wie kann man schon umge umgehen mit den Patienten. Oder ja. Solche Fortbildungen habe ich gemacht. Ja das hab ich ... Von dort auch habe ich viel gelernt. Ja, das ist nicht nur die Sprache, das ist... sondern die Nähe zu eine Patient, ja. Nähe zu sein und auch bissl Körperkontakt. Ich halte der Patient, ich halte die Hand von eine Patient, ja und das ist der Patient viel Wert, als ich bleibe (unverständlich) und rede mit dem Patient. Das hat gar nichts, das nutzt nicht, ja. Sondern ich gehe, komme zu Nähe zu eine Patient, ich halte die Hand von eine Patient oder ich halte der Schulter von eine Patient, dann ich rede, ja, und dann Patient hat eine so gute Kontakt mit mir. Sie denkt, dass jemand ist für sie da. Das hat sie...das hab ich in meinem Beruf auch das Übung gemacht. (Nicht nur die Sprache, sondern auch die Körpersprache!?) Das ist die Körpersprache, ja, das hat seine, viel Wert, ja. Weil ich hab auch hier gesehen, auch, zum Beispiel viele österreichische Pfleger, sie kann schon fließend Deutsch, aber, sie sind geboren hier gell, aber viele Patient mag mich gern, weil ich hab eine andere, also Beziehung ist anders, Umgang mit Patient ist bissl anders. Sie sind so: Eins, zwei, drei, ja, kommst du, kommst du nicht! oder so, solche, ja, nicht so viel... Wir müssen denken die Situation von den Patienten und bissl noch Nähe gehen, bissl unten, bissl Kopf runterlassen, so geht. Aber viele macht das nicht, ja. Das hat vielleicht unsere Kultur, hat viel geholfen, ja, weil wir haben unsere Kultur, wir respektieren die ältere Menschen. Wir respektieren unsere Lehrer, wir haben ganz andere ... also Kultur ja, das hat auch viel geholfen, ja. Darum ich habe immer eine Respekt zum alte Leute, ja. Ich denke, das ist vielleicht mein Großmutter oder so. Kann sein. Ich kann nicht so, meine, so uralte Oma oder Opa ja so schimpfen oder so. Das geht nicht bei mir, weil das tut weh. Weil ich habe auch eigene Mutter, ich habe auch eigene... sie sind auch. Ich denke manchmal in dieser Situation, zum Beispiel mein Vater oder mein Mutter... wenn jemand andere schimpft, oder so, das ich kann nicht so aushalten, dann ich muss schimpfen, ja.

Auch eine weitere Pflegeperson asiatischer Herkunft thematisiert diese Problematik. Nicht nur die Sprache an sich, sondern auch der sprachliche Umgang, der Ton sind gleichwertige Aspekte in der Kommunikation. Ohne eine respektvolle Haltung kann das Vertrauen der Patienten nicht gewonnen werden. In diesem Zusammenhang sieht diese Person noch Verbesserungsbedarf.

Das [die Kommunikation] ist sehr sehr wichtig. Weil wir haben was zu tun mit mit den Menschen. (...) Weil dann dann ist Zusammenarbeit und und Zusammentrauen ja, (Das Vertrauen!) Vertrauen ja, das bringt zusammen zwischen die beiden, ja, und dann dann geht das Arbeit geht besser und und auch alles geht besser und und einfacher. Weil die die alte Leu Menschen, die merken gleich, ja. Wann ... auch muss man wissen wie mit mit diesen Leuten, Menschen reden, mit eine Ton. Manche haben so einen Ton, ersten Blick und die merken die Bewohner: nicht mehr bitte mit diese ... das ist schrecklich. So Ton spielt auch sehr große Rolle. (Was meinst du mit Ton?)

Zum Beispiel jede hat eigene eigene Sprachstil, ja. Zum Beispiel manche, ich kenne, auch waren da bei uns, ja, und sie sind zum Bewohner gegangen und so gereden, dass ich selber ich hab gemerkt, so geht nicht, ja, so war es streng, ja, so war das ein Unterschied: dass ich bin Pfleger, sind Sie Bewohner, ich bin irgendwo oben, ja, und müssen Sie was ich sage, ja. Vielleicht diese Leute das sie das merken nicht, ja (...).

Auch in der Untersuchung von Haider (2010: 228) ist es ein Pfleger asiatischer Herkunft, der Ähnliches anspricht. Dies macht deutlich, dass für Angehörige anderer Kulturen, in denen das Alter mit den Vorstellungen von Weisheit und Respekt verknüpft wird, der Umgang mit alten Menschen in westlichen Traditionen durchaus befremdlich wirken kann und sie auf diese Verhaltensaspekte sehr sensibel reagieren. Trotzdem muss man mit Verallgemeinerungen vorsichtig sein. Was ethisch korrektes Verhalten angeht, ist jeder für sich verantwortlich. Was aber der Sprachunterricht sehr wohl leisten kann ist Anleitung zur Reflexion über Sprache, Sprachgebrauch und eine Sensibilisierung für das Sprachbewusstsein.

Ein weiterer wichtiger Faktor, der auf die Kommunikation Einfluss nimmt, ist die Zeit. Eine Pflegeperson thematisiert, dass auf ihrer Station viele schwer erkrankte, depressive Patienten behandelt werden. Diese brauchen Zuwendung, Kommunikation. Die Zeit für solche Gespräche ist knapp und daran sei Personalmangel schuld. Oft werden hierzu klinische Psychologen angefordert. Eine andere Pflegekraft meint dagegen, dass man Zeit für Gespräche finden muss, auch wenn es nur ein paar Minuten sind. Es ist wichtig, dem Patienten zu signalisieren, dass man für ihn da ist.

6.3.4 Kommunikative Aufgaben (Gesprächstypen) in der Interaktion mit den Patienten

Als eine sehr wichtige Gesprächsform wurde von vielen Pflegenden die Kommunikation über pflegeferne Themen, über Alltägliches (homileische Diskurse), genannt. Von vielen wurde das Erstgespräch, die Erhebung der Patientenanamnese, als eine häufige Pflegeaufgabe hervorgehoben. Die verbale Anleitung während pflegerischen Handlungen, Ankündigung von pflegerischen Maßnahmen, kam auch in vielen Schilderungen der Pflegepersonen vor. Je nach Abteilung erwähnten die interviewten Personen als weitere kommunikative Aufgaben im Umgang mit den Patienten: Informationsvermittlung, Beratungen, Entlassungsgespräche, Aufklärungsgespräche und Krisengespräche.

Die meisten Kunden, die wir betreuen, die haben auch nicht allzu viel, nicht allzu viele Möglichkeiten mit jemandem zu kommunizieren. Sehr viele leben auch alleine und da da hat man einfach, da spürt man einfach, dass die ein riesiges Kommunikationsmangel haben und da kommuniziert eigentlich man umso mehr um...und da sieht man auch, dass sie sich freuen und je mehr du mit den Klienten

kommuniziert, desto offener werden sie, desto mehr Vertrauen kannst du dadurch gewinnen. Das ist schon sehr wichtig, zu kommunizieren, zu reden. Vor allem in der Pflege muss man alles ausführlich erklären, nicht für alle, aber... viele brauchen auch die Informationen, was gerade gemacht wird, wozu das gemacht wird, und man muss auch das können, dem Patienten das zu erklären. (Yaroslav)

Auf die Frage welche in der Literatur beschriebenen Gesprächstypen im Pflegealltag vorkommen, antwortete er:

Na ja, Anamnese kommt immer wieder vor, vor allem bei neuen Kunden, das ist unvermeidlich und das gehört auch zu der Pflege dazu. Krise..., Krisengespräche kommen auch sehr oft vor, in meiner Praxis noch nicht so oft, weil wie gesagt ich arbeite erst seit zwei Monaten, aber die Gelegenheit hatte ich auch schon ein, ein mehr oder weniger Krisengespräch zu führen, bzw. man hilft dem Patienten, zurechtzukommen, die richtige Entscheidung zu treffen, und versucht halt zu helfen, wo es geholfen werden kann. Das kommt immer wieder vor, ob's jeden Tag vorkommt, wahrscheinlich nicht, aber immer wieder. (Yaroslav)

Laut Natalia, die ebenfalls in der mobilen Pflege tätig ist, können an manchen Tagen alle möglichen Gesprächstypen vorkommen: Anamnese, Krisengespräch, Instruierung etc. Der Klient wird zum Beispiel während des Besuches über die Sturzprophylaxe aufgeklärt, dass er nicht barfuß gehen soll, dass er rutschfeste Bodenunterlagen verwenden soll, wie er die Rollator-Gehhilfe betätigen soll und auch während der Körperpflege wird er verbal angeleitet. Schulungen zur selbständigen Bewältigung einer Handlung kommen manchmal auch vor, sind aber eher seltener. Viele Klienten werden bereits im Spital vor der Entlassung geschult oder sind nicht mehr in der Lage, selbständig die betreffende Aktivität durchzuführen, und dann wird diese von den Pflegenden übernommen.

Auch Dorota betont, dass Pflege ohne Sprache nicht zu bewältigen sei, dass jegliche Aktivität auch einen sprachlichen Aspekt aufweist:

Eigentlich fast alles wird auch sprachlich... Weil nehme ich an, gute Pflege oder jede gute so so Umgang mit Patient, jede Tätigkeit muss ich auch aufklären, was ich von ... was jetzt getan wird, was ich von ihm erwarte und nehme ich an ... das das... dem Patient nehme ich auch Angst, damit ich das mehr erkläre. Das jetzt wird so so so gemacht, jetzt kommt zu dieser Untersuchung, das wird auch so so durchgeführt. Wenn ich wirklich Zeit habe und mehr dem Patienten erkläre, dann hat mehr zu mir Vertrauen und natürlich das das fängt schon beim „guten Morgen“, wenn ich den Patient aufwecke und ihm erkläre, dass ich jetzt Temperatur messen muss und das und das. Das ist...oder bei Aufnahme, der erste Umgang mit dem Patient, das ist die die die Anamnese. Das sind auch so wie jetzt, so so verschiedene Fragen. Das muss ich mit Patienten durchgehen. Patient erzählt auch viele Ängste, wie viele Probleme und das muss ich auch mit ihm kommunizieren und beraten. (...) Wenn der Patient Schmerzen hat, da muss ich auch das herauskriegen, wie und welche Stufe ist das, und welche und das das ...alles hängt von Kommunikation. Natürlich kann ich auch von Patient ... so selber ihn einschätzen von von Mimik, von von Verhalten aber natürlich die Sprache ist das Wesentliche. (Ob auch Entlassungsgespräche vorkommen?)

Ja, das machen wir natürlich, das ist nicht mehr so auswendig und so so genau, so wie Anamnese aber natürlich ... Patient wird gefragt, wie entlassen. Patient wird zuerst informiert, wann nach Hause entlassen wird, und dann ... dann wird auch genau gefragt, wie die weitere Betreuung ist. Meistens ist das schon ein Tag früher oder so, weil natürlich am Entlassungstag, das wäre schon zu spät und wegen Transport. Das wird auch alles genau dokumentiert, wie der Patient kommt. (Dorota)

Ähnlich wie Dorota nennt auch Monika aus der Langzeitpflege, die Anamnese, das Erheben der Patientendaten, als eine wichtige kommunikative Aufgabe im Umgang mit den Patienten:

Die Krankenschwester Beispiel, wenn kommt neue Aufnahme ja, morgen kommt neue Aufnahme, dass die Krankenschwester muss bewältigen Anamnese. Was ist die neue Klienten ist gewöhnen zu Hause, welche Probleme hat sie. Wenn hat sie Hörapparat oder Brille, oder Zahnprothese, oder warum hat keine Zahnprothese, was wollen sie essen (...) Dann, dann wenn die Anamnese nehmen von Angehörige oder wenn's kann die Patienten sagen, dann muss die Pflegediagnose stellen, ja genau, dann die Pflegeziele und sowieso die Pflegemaßnahmen. (Monika)

Florentina erwähnt neben den tätigkeitsbegleitenden verbalen Anleitungen und Erklärungen, das Erkundigen nach dem Befinden der Patienten, das Erfassen der Bedürfnisse der alten Menschen, biografische Gespräche sowie auch einfache Plauderei als ihre Aufgabe.

Fragen, ob das geht's gut, oder irgendwelche Beschwerde, oder bissi unterhalten, was ... Die Bewohner sagen, was früher gemacht haben, oder was sie ... Zum Beispiel was mögen die Bewohner trinken oder essen, die Gewohnheit, was...Ja. (Florentina)

Die Frage, worüber mit den Bewohnern kommuniziert wird, beantwortet Samir folgenderweise:

Ja, meistens ja, das hängt mit wem ich rede, ob mit dem Mann oder mit einer Frau ja, weil sie haben verschiedene, verschiedene Interesse, ja. Zum Beispiel mit dem, mit dem Herrn A. spreche, ich komme und über Sport ja, „Haben Sie gestern Fußball angeschaut im Fernsehen ja, oder Formula 1, oder auch wegen Urlaub ab und zu, wie war's oder oder wie war damals und auch über Frauen (...) Mit die, mit die, mit den Frauen ja, da muss man so, so ein finden, am am meisten ich mache immer ein Spaß: Sind Sie so, heute schauen's so gut, so schick, ooh so ein Hose haben Sie heute! das ist sehr schick, moderne, so eine Frisur heute haben Sie, das so oder so, das ist phantastisch! (...) Und zum Beispiel mit Frau D., sie war eine eine berühmte Musikerin ne, ich frage immer, ich frage über Musik, über über Mozart... (Samir)

6.3.5 Kommunikationsschwierigkeiten im Umgang mit den Patienten und Beurteilung der eigenen kommunikativen Kompetenz

Im Rahmen dieses Themenkomplexes werden früher erlebte bzw. derzeit noch bestehende Kommunikationsschwierigkeiten der Pflegenden zusammengefasst und die Selbstbeurteilung der eigenen Sprachkompetenz präsentiert.

Die mündliche Kommunikation mit den Patienten, in der in erster Linie die Allgemeinsprache zum Einsatz kommt, bereitet den meisten Pflegenden keine Schwierigkeiten. Manche nannten jedoch den **Dialekt** als einen Faktor, der die Verständigung erschweren kann.

Leute zu verstehen, ich habe dann, nur dann Probleme, wenn die Dialekt sprechen. Ich kann nicht alles verstehen. Zum Beispiel ich kann Teil von dem verstehen, aber der Teil zum Beispiel, wenn die die Dialekt sprechen, ich kann nur vermuten, was sie ... um was geht. Aber manchmal ich hatte auch, manchmal hatte ich auch so Probleme beim Ausdrücken, weil ich wusste nicht genau, wie heißt das Wort. (Barbara)

*Ja, ab und zu das [Schwierigkeiten] gibt's bei, wenn die manche reden am im Dialekt. Zum Beispiel Frau W. wenn sie ab und zu, ja die normalerweise Sache das ist täglich, das kann man: **umdrahn** und **und aufe, runter, tama**, ne und ab und zu sie sagt etwas und das muss man so paar Mal, paar Mal fragen, ja und dreimal und sie sagt gleiche im Dialekt und das verstehst du nicht, ja? und dann kommt jemand an jemand anderes andere und sie oder er auch versteht das nicht ja, und dann kommst du in in 10 Minuten und dann sie sagt ganz ganz in andere Worte, dann verstehst du. Aber weiß du nicht, ob sie wollte etwas früher oder nicht, ja. Und ab und zu das ja... Manche Worte, das ja, kann man das noch nicht ja, weiß ja, das ist... aber global sind nur eine Wort ne, eine Wort, dass ist nicht, dass dass ich verstehe ganze Sätze. (Samir)*

Am Anfang schon, ja, weil Dialekt, also ... ich hab so ... sehr oft also Schwierigkeiten gehabt, wo ich immer nachgefragt habe, was hat er jetzt gemeint, was hat er jetzt gesagt, ja. (Ob sie mittlerweile mit dem Dialekt besser zurechtkommt?) Sehr gut, ja, jetzt also, ich selber kann sehr schwer, also ich sprech nicht so, ich kann nicht ... für mich ist der Dialekt zum Sprechen sehr schwierig ja, aber ich versteh schon alles ... und wenn ich was nicht verstehe, dann frage ich nach, ja. (Ivana)

Dialekt ist schwer, Dialekt ist schwer, ich kann nicht verstehen. Es ist manche Personal von uns auch bei Übergabe, das war ein paar mehr. Sie verwendet manchmal zwischen Dialekt, dann ich verstehe das schlecht ja, dann ich muss fragen, was heißt das, was Du vorher nochmal wiederholen. (Rajiv)

Auch Natalia, die sonst mit ihrer Sprachkompetenz im Großen und Ganzen zufrieden ist, meint, dass Schwierigkeiten noch ab und zu beim Verstehen des Dialektes auftreten können, vor allem dann wenn schnell gesprochen wird.

Für Janina stellt neben dem Dialekt auch das Verstehen der Bewohner, die aufgrund ihres Alters auch Artikulationsschwierigkeiten haben können, eine Herausforderung dar. Das Führen von ausführlichen Gesprächen empfindet sie derzeit noch problematisch, was sie zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews thematisiert:

Wien Dialekt! (Der Wiener Dialekt?) Wiener Dialekt und was noch...? (Der Wiener Dialekt in erster Linie?) Die Leute sind alt, ja, sie reden nicht nicht gut, ja, und ich muss gut hören, aber verstehen das, was sagt, ja. Was noch? (Stellt die Verbalisierung der eigenen Gedanken ein Problem dar?) Ja, ja, bisschen ja. (...) Aber ich ich mache das: meine deutsche Sprache ist ist nicht so gut, ja, und bitte Geduld! Ich rede das, ja, für Bewohner und ist alles in Ordnung. Haben sie Geduld! 2-3 Mal wiederholen Wörter, langsam ich verstehe das, ja, alles. Sie muss langsam reden, ja, und Hochdeutsch. (Janina)

Julia sieht in ihren Mängeln bei der **Grammatik** eine mögliche Ursache für eventuelle Verständigungsschwierigkeiten, sie deutet aber an, dass neben der Beherrschung der Sprache auch die Beherrschung von **Kommunikationsstrategien** wichtig ist, um z.B. mit einer konfliktgeladenen Situation umzugehen und das Gespräch erfolgreich gestalten zu können:

Ich habe eigentlich Schwierigkeiten gehabt nicht wegen Sprache, bei uns ist ... die Leute wütend, zum Beispiel die Situation: ... jemand ist krank und die Angehörige verstehen sie nicht und haben Aggression die Krankheit und die Angehörige Aggression an mich anlassen, solche Situation gehabt, oder die Ärzte, die Auskunftärztin war nicht genug freundlich, oder weiß nicht, irgendwie die ... explodiert und bei mir explodiert, hab ich schon erlebt. (...) Ich war fertig, konnte nicht die richtige Worte finden, weil ich war so aufgeregt, deswegen habe ich mit, zu dritt Dienst gehabt, die Kolleginnen hat mich unterstützt. Ich habe auch schon etwas gesagt, nur ich nicht ... ich bin nicht diskutieren hingestellt, weißt du. (...) Wenn solche Situation gibt, das ist eigentlich Wut von Angehörige oder Patient wegen Krankheit, jedes Wut, wer ist krank, warum ich weißt du, und dann... oder Unverständnis. (Ob es hier eher um Kommunikationstechniken geht?) Ja sicher, ja sicher. (...) (Julia)

Die Frage, woran eventuelle Verständigungsschwierigkeiten sonst liegen könnten, beantwortet sie folgenderweise:

Wortfolge (lacht), Relativsätze! Zum Beispiel die Relativsätze geht nicht bei mir so gut, und ich mache einen Wortsalat, weißt du, vielleicht oder oder falsche Wort, die Ausdruck verwendet, diese Sache, weiß nicht, manchmal diese Wortsalat. (Julia)

Viele thematisierten dagegen andere Herausforderungen, die nicht unbedingt die Interaktion mit den Patienten, sondern generell verschiedene Kommunikationssituationen im Pflegealltag betreffen. So taucht das Führen von **Telefongesprächen** in der Beschreibung von zwei Pflegekräften als eine anfänglich schwere Aufgabe auf:

Was ich am Anfang, ich weiß es nicht ob das, das war für mich nicht, das war nicht Umgang mit Patient aber telefonische Gespräche, das das habe mich Horror ... das war einfach, das das das aber ich glaube das ist, jede wer am Anfang kommt, meistens das muss man auch so so die Stationsstruktur und alles auskennen, die Ärzte, die Namen und überhaupt diese Kling von Telefon, das das habe ich wirklich Angst gehabt und lange lange Schwierigkeiten mit dem gehabt. Das das ... ich hab wirklich wenn ich nicht musste, dann könnt ich, dann hab ich überhaupt so so so zum Telefon bin ich nicht gelaufen. Jetzt kann ich das überhaupt nicht vorstellen, weil jetzt jede ...

jede Diensthabende und so hat fast Mobiltelefon und muss erreichbar sein, jetzt ist... haben sich die Zeiten auch irgendwie geändert.(Dorota)

Auch Marites gab das Führen von Telefongesprächen als anfängliche sprachliche Herausforderung an. Eine weitere Pflegeperson verwies auf einen Vorfall, bei dem ein Arbeitskollege nicht in der Lage war die Unklarheiten, die während eines Telefonats mit dem Arzt auftauchten, zu klären, und den Hörer einfach weitergab.

Die Pflegedokumentation, das Verfassen von Berichten, ist ein anderer Aspekt, den einige Pflegepersonen als eine anspruchsvolle Tätigkeit wahrnehmen. In Bezug auf das Festhalten von Patientendaten in der Anamnese sagt ein Interviewpartner:

... auf Deutsch gut zu formulieren ja, normalerweise ich weiß das, um was geht gut ja, da kann ich auf Tschechisch ganz gut schreiben ja oder auf Englisch aber (...) die Antwort ja, so formulieren, dass das korrekt ist, und alle dann, wenn jemand kommt nach mir und das kann verstehen, was ich habe gemeint oder was was dort steht ja. Das kann laut diese, was ich habe geschrieben, weiterarbeiten ja. (Samir)

Obwohl manchmal auch in der Kommunikation mit den Patienten kleine Ausdrucksprobleme auftreten können, bereitet auch Rajiv eher das Verfassen eines schriftlichen Berichtes Probleme:

Wir schreiben täglich hier Pflegebericht hier und es ist, manche manche Wörter usw. Formulierung usw. ich habe schwierig genau. Ich habe in mein, ich halte eine kleine Taschenkalen Taschenbuch ja, Wörterbuch hab ich und hab ich etwas Schwierigkeiten, ich schau mal dort, weil es ist, es ist bissl peinlich, das jedesmal fragst die Kollegin was bedeutet das oder was heißt das ja, so ich schau mal im Wörterbuch. (Rajiv)

Zum schriftlichen Ausdruck gehört auch die **Orthographie**, die von einer Pflegeperson als Problemfeld erkannt wird:

Ich habe schon Schwierigkeiten, zum Beispiel, aber das betrifft net Patienten, eher eher Rechtschreibung-Schwierigkeiten, (unverständlich) ich bin schon 37 Jahre da, aber diese neue Rechtschreibung, das macht mich fertig (lacht.) Ich mein das, ja, ... aber sonst mit Patienten hab ich keine, ich glaube net, dass ich da was... Fremdsprachen ... kann ich lernen. (Silvana)

Eine der Interviewpersonen, die auch in Leitungsposition tätig ist, wurde über ihre Sicht bzgl. der Kommunikation auf der Station befragt. Ob Schwierigkeiten in der Verständigung vorkommen und Förderbedarf bestünde:

Schon... Also es ist ja oft... die Aussprache manchmal ja, manchmal sprechen's sehr schnell und jede hat ja fast also eine andere Aussprache, also was der Deutsch betrifft ja und mit uns auch, dass dass sie ... oder mit mir auch, ja. Oft frage ich mich, wie hab ich mich jetzt, was habe ich da gesagt, der hat mich jetzt nicht verstanden ja. Habe ich mich vielleicht zu kompliziert oder so undeutlich also jetzt mitgeteilt, ja, weil oft sehr viele, sehr vieles, weiß ich nicht, oder sie sie wollen ja nicht nachfragen, ja. Aber ich hab das dieses Problem jetzt nicht mehr. Wenn man sagt jetzt, das hab ich

jetzt nicht verstanden, ja, kannst du das bitte nochmal sagen, ja. (Kommt es vor, dass die Patienten die Mittelungen der Pflegenden aufgrund deren Ausspracheschwierigkeiten oder mangelnden Sprachkompetenz nicht verstehen?) Kommt auch, ja, das kommt auch vor. (Wie geht man mit solchen Situationen um? Holt man einen Dritten dazu?) Also soweit, ich glaube, ist es nicht bei uns, dass dass man da wen ... (...). Aber ich glaube da kommen, jetzt immer wieder also die Mitarbeiter, die doch bessere Deutschkenntnisse haben, ja, und die, die Ausbildung also hier in Österreich gemacht haben. Und man sieht das nimmer mehr so, ist man so mitten drinnen ja. Naja mit einer Kollegin, wenn ich mit ihr kommuniziere, ich höre das überhaupt nicht mehr, ja, ich verstehe sie schon und für mich reicht das, ja. Oder oder sie fragt mich, oder... Aber es gab Zeiten, wo ich auch erlebt habe, ich nicht persönlich, wenn jemand also weniger gesprochen hat oder oder sehr schlecht gesprochen wurde, auch gleich als dumm abgestempelt, ja, heißt aber auch nicht also ... (Von Patienten oder Kollegen?) Von den Kollegen, ja. Wenn jemand die Sprache nicht kann, ja, heißt aber auch nicht automatisch, dass er dumm ist und nichts kann, ja, und dann...damals war schon also... und von eh von Großteils die selber auch keine andere Sprache außer Deutsch gesprochen haben, überhaupt keine andere Sprachkenntnisse nur Deutsch...

Die Kommunikationsschwierigkeiten des Personals verortet diese Pflegeperson teilweise im Verstehen, teilweise im mündlichen Ausdruck. Die Aussprache wird dabei besonders hervorgehoben. Ein anderes schwerwiegendes Problem, jedoch anderer Natur, bilden die ab und zu anzutreffende mangelnde Unterstützungsbereitschaft der deutschsprachigen Mitarbeiter und die Abgrenzungstendenzen.

6.3.6 Verbesserungsbedarf laut Einschätzung der Pflegepersonen

Eng mit der Beurteilung der eigenen Kommunikation mit den Patienten hängt auch die Frage nach dem Verbesserungsbedarf zusammen. Die meisten Pflegenden fanden, dass ihre sprachliche und kommunikative Kompetenz ausreicht, um mit den Patienten in Dialog zu treten und diese gut betreuen zu können. Generell sah jedoch die Mehrheit bei sich noch Potenzial, um bestimmte Aspekte der Kommunikation weiter zu verbessern, sei es in der Ausdruckweise oder überhaupt im Bemühen, mehr Kontakt herzustellen.

Ich glaube ich komm ganz gut zurecht ja, obwohl ich manchmal brauch, denk selber, ich könnt das noch besser, so vielleicht noch ein bissl feilen, bissl was noch, also verbessern ja. (Ivana)

Dass sie sich zu wenig mit den Patienten austauscht, dessen ist sich Florentina bewusst, und sie nennt dies als ihre Schwäche, an der sie arbeiten will:

Wie gehört, muss man noch mehr reden mit Bewohnern, mit Patienten ... muss ich drauf achten (lacht). (Florentina)

Natürlich kann ich ver, natürlich kann ich noch verbessern, manchmal bin ich sehr schnell, muss ich mein Tempo zurücknehmen und natürlich könnt' ich noch schönere Sätze sagen und dann besser verstehen. (Julia)

Bei vielen Pflegepersonen ist der Wunsch vorhanden sich eloquenter auszudrücken, einen Sachverhalt mit **verschiedenen sprachlichen Mitteln** wiedergeben zu können und über **mehr Ausdrucksmöglichkeiten** zu verfügen:

Oh ja, ich könnt schon verbessern ... ja zum Beispiel ich würde gerne zum Beispiel, weil natürlich wir Ausländer wir können nicht alle..., es gibt's verschiedene Wörter, die können zum Beispiel einen Gegenstand umschreiben. Zum Beispiel beim Umschreiben ich benutze manchmal das gleiches Wort und das hass ich und versuch ich zum Beispiel wenn ich nach Hause komme, ich versuche zum Beispiel wie kann nochmal was anderes diese Gegenstand umschreiben, wie kann man noch einen..., und das und das würde ich gerne machen. (Barbara)

Ob es irgendeinen sprachlichen Aspekt in der Kommunikation mit den Patienten gibt, den man verbessern könnte:

Immer gibt's was, mehr Worte lernen, mehr Satze kann ja benützen, ja, nicht gleiche Sache immer, ja, und ein bisschen auswechseln ja, bisschen Worte und Satze, und auch ein bisschen auf Dialekt lernen. Ich will auch das machen. Viele Angehörige, sie reden auch auf Dialekt, ja, oder in Dialekt. Das ist, ich will das...ist schon sehr sehr...besser, ja, aber am Anfang war Katastrophe. Oder R., sie auch, sie redet auch so oft, ja, aber wenn man es täglich mit jemanden, dann das dann lernt ja, aber ich will auch mehr Deutsch lernen, Worte und und Dialekt und so verbessern. Immer gibt etwas zu verbessern. (Samir)

Ich lerne jeden Tag, und... natürlich ich verstehe, was sagen, aber diese Wörter ich will meine machen, in meinem Lexikon, ja, und... natürlich ich bemühe mich jeden Tag verbessern, verbessern, verbessern, aber das braucht bisschen Zeit, weil das ist meine erste Arbeitsstelle und ich denke mir, jeder braucht bisschen Zeit für Verbessern, ja. Ich kann nicht sagen: heute ich schlafe und morgen ich spreche perfekt. Das kann ich nicht sagen, das braucht bisschen Zeit. (...) Vielleicht... Meinung ist so: wenn andere spricht noch besser, vielleicht andere ist schon 10 Jahre da, oder sie arbeitet schon drei Jahre oder vier Jahre, sogar zwei Jahre, ja, jeden Tag ist, bedeutet etwas, jeden Tag ... du hörst noch einen Wort und diese Wort ich ich mache meine, in meine ja und... ja. (Adena)

Meistens ist es so: wenn wir Berichte schreiben, dann dann sind wir schon müde nach dem Dienst und dann ja, das ist, dann kommt die Müdigkeit und da da will der Kopf nicht mehr so richtig, also, sonst geht eh alles gut, aber... ich sag nicht, dass ich, dass ich mehr Phant also... es wäre nicht schlecht, wenn ich noch mehr, vielleicht ja, Phantasie entwickeln würde, aber ich bin nicht der Typ, der der viele Texte schreibt, aber ... auch in meiner Muttersprache (...) Das Schmücken, das ja das irgendwie interessanter schreiben, wobei ich weiß nicht, ob das auch erwünscht ist, aber mir gefällt, wenn jemand sehr sehr bildnerisch schreibt, also, weil ich kann das selber nicht, deswegen vielleicht hätte ich gern das. (Agnieszka)

Auch Dorota möchte im Bereich **schriftlicher Dokumentation** dazulernen und sich **psychologisches Fachwissen** aneignen, um Patienten besser zu verstehen, aber auch

Kommunikationsstrategien erlernen, die ihr helfen, in kritischen Situationen mit den Patienten sprachlich adäquat umzugehen:

*Sicher, Deutsch allgemein soll ich verbessern, weil ich im gewissem Niveau gestanden bin und so so wegen Grammatik und mindestens zum Üben und wegen Berufliches sowieso. Aber beruflich, das nehme ich an, das das sollte jetzt mehr auf Schrift, weil jetzt im Beruf, heute zurzeit, das wird mehr die die Pflege, Pflege und alles, das, alles wird auf Dokumentation. Und ich glaube größte Schwierigkeiten für für jede von uns das wird, dass die Dokumentation, kurz aber der Schrift wird wirklich deutlich und das das ist wirklich präzise, schneller und wirklich deutlich zum zum ausdrücken. Und ich glaube heute zur Zeit, das ist das, das würde jeder so so gerne sehen... (...)
Sprachlich kann ich mit den Personen, das ist so wie mit meiner Umgebung, umgehen, mehr wollte ich einfach so so auf Gefühle, auf auf Patient besser verstehen, das das weil im Stress, aber das ist, ich glaube, das ist, das hängt, gut, in Stress, oder in stressiger Situation, wenn jemand aufgeregt, da muss man auch diplomatisch und so so aus sich ausdrücken, dass dass niemand verletzt wird, aber trotzdem wird weitergegeben, das das, was man sagen möchte.(...) Patient im Stress, ist unzufrieden, das das... Operation wird verschoben, oder irgendwelche Untersuchung. Der Patient traut sich mit dem Arzt nicht zu sprechen, alles... gibt die ganze Schuld und ganze Wut muss an jemanden ausüben. Natürlich die erste Kommunizierende, kommt die Pflegeperson, das wird alles auf dem Person. Und einfach in solchen Situationen gut mit dem Patient umzugehen, ihn zu verstehen, in dieser stressige Situation ohne Emotionen ihn einfach aufzuklären und besser zu verstehen. Weil oft diese diese stressige Kritik und so vom Patient das ist einfach nur Angst, das hat nichts mit mir oder mit der Pati, Person zu tun...(Dorota)*

6.3.7 Akzeptanz des ausländischen Personals seitens der Patientenschaft

Was die Akzeptanz der Patienten angeht, haben die befragten Pflegepersonen unterschiedliche Erfahrungen gemacht. Viele berichteten, dass sie persönlich keine negativen Erlebnisse hatten, keine Ablehnung erlebten, andere dagegen sehr wohl Opfer von Diskriminierung waren. Als Ursache für etwaige Ablehnung ausländischer Pflegekräfte wurden Vorurteile, der Einfluss der Erziehung und der Tradition genannt. Manche waren dagegen der Meinung, dass dabei in erster Linie die Sprachkenntnisse des Personals eine große Rolle spielen. Verfügen die Pflegenden über eine gute Sprachkompetenz, begegnen ihnen die Patienten auch mit mehr Vertrauen (siehe Dorota Kap. 6.3.3).

Da muss ich sagen, dass ich Glück habe. Ich hab' eigentlich in all diesen Jahren das nicht zu spüren bekommen, dass ich mit Akzent spreche, dass ich nicht von da bin. Die Befürchtung war da, ich hab's, ich hab eigentlich das erwartet, aber bin so glücklich, dass es eigentlich nicht dazugekommen ist, dass das kein Patient ausgenützt hat gegenüber mich. Vielleicht kann ich das zurückführen auf mein eben korrektes Verhalten ... also ich hab' keine schlechte Erfahrungen gemacht und weiß ich nicht warum, aber ich bin wirklich froh und glücklich darüber, dass dass dass ich so akzeptiere werde, akzeptiert werde, wie ich bin und dass kein Patient mich anders behandelt, als die Kollegen vom Fach. (Agnieszka)

Ich habe keine Beschwerden mit Bewohner, ja, ich lache und ich bin lustig, ich glaube, dass ... nein, ich glaube, dass alles in Ordnung. (Janina)

Ich habe ja, ich habe, ich hab' kein Unterschied gesehen, ja, weil dort bei uns ist 98 Prozent ist Ausländer, 98 Prozent ne, bei uns. Aber die sind ganz, ganz gut ja, genommen, ja, aber wenn sie sind gut Arbeitsweise, ja, gut arbeiten und wenn arbeiten nicht gut, dann automatisch das Team und ganz das sagen: Oh das mit ihm ist schlecht! ja, aber das nicht nur mit Österreicher mit mit allen ja. Aber Anfang immer alle alle sind gut respektiert, ja. (Ob die Sprache ein Thema bei den Bewohnern ist? ob es diesbezüglich Bemerkungen gibt?) bei ja, bei man bei manche, dann sie kommen zu uns und sagen: Ich verstehe sie nicht! oder so, manche auch ja, paar paar Leute da. (Bewohner?) Ja, oder gehört: Wieder, jedesmal is andere Gesichter! ja, und dann ich habe gesagt: Ja, warum, was ist los? weil alle arbeiten, (unverständlich) gibt auch, aber zwischen uns ist kein Problem. Aber am meisten, wann man nimmt, ja, Bewohner auch, die akzeptieren. (Samir)

Gibt schon Unterschiede, ja ja, so immer wieder so sporadisch erlebt man, dass ausländische Kollegen nicht so akzeptiert san, wie die inländische. Wie sich das äußert: In der Kommunikation, einfach Patient lehnt den Schwarzen ab, oder oder ja Chinesen, Ich lass mich nicht behandeln! Chinesen oder oder... gibt's immer wieder. Ob es an der Sprache liegen könnte? Ich glaube weniger, ich glaube eher die erste, ich sag Habitus, diese und das san die Vorurteile wahrscheinlich, das hängt oft mit Vorurteilen und wann der Person wann's arbeitet mehr mit Patienten und sieht dass diese Vorurteile, was die die Ausländer haben (meint betreffen), das es net stimmt, dann wird er akzeptiert. Und das habe ich auch erlebt bei Mitarbeiter miteinander, hab' ich auch erlebt. (Silvana)

Wenn die Akzeptanz seitens der Aufnahmegesellschaft nicht da ist, kann man sich noch so bemühen, sich zu integrieren und die Sprache zu erlernen. Wenn man erleben muss, dass man wegen seiner Hautfarbe mit Diskriminierung und Ablehnung konfrontiert wird, fühlt man sich innerlich sehr verletzt, schildert Rajiv:

Ja, es ist sehr wichtig, das ist ... Deutsch, ist sehr wichtige Sprache, das ist sehr wichtig ja. Aber manchmal ich merke, dass Sprache allein ist nicht wichtig, das ist manche Leute sie haben auch Angst von einer andere Farbe. Das habe ich bemerkt in meine so berufliche Erfahrung habe ich das bemerkt auch. Weil speziell diese alte Leute, wer hat Erfahrung mit dem Krieg usw. ja. Manche Leute haben Angst von eine andere Farbe, zum Beispiel schwarze Farbe, Afrikaner oder ich bin auch... Als neuer Pfleger, manche Patienten haben Angst. Aber dann ein paar Tage geht vorbei, sie haben eine Beziehung mit uns, ja, dann sie sind gern. Das ist die, das habe ich bemerkt, und auch in der Psychiatrie auch. Manche sagen: du bist schwarz usw., ja, das ist ... Das ist schwer zum Hören manchmal, ja: du bist schwarz oder du bist so, ja, es ist ... aber jetzt bin ich gewohnt. (...) Weil hier auch im Beruf ich hab schlechte Erfahrungen auch gehabt. Zum Beispiel hier in der Psychiatrie einmal ein Patient hat mich geschlagen, ja. Weil ein Patient hat verlassen die Station und ich wollte zurückrufen, sie hat, sie hat geglaubt, dass ich wollte sie also räumen, oder so ja, Handtasche weg, sie hat so gleich anfangen, gleich (unverständlich) und das war so peinlich für mich, weil mehrere Leute haben das gesehen in der Straße, ich war mit Arbeitskleid, ja, so sie glauben, dass ich bin ein Räuber (lacht). (unverständlich) passiert eigentlich, das manchmal innerlich tut weh, weil ich hab' eine andere Farbe, deswegen auch manchmal passiert auch... Nicht nur die Sprache, das nutzt nichts,

auch die Farbe auch ist sehr wichtig, ja. Weil es ist ein Unterscheid zwischen eine weiße Farbe und eine andere Farbe. Das passiert für meinen Sohn auch. Er ist hier geboren und er spricht fließend Deutsch aber trotzdem er hat Probleme mit andere Kinder, ja. (Rajiv)

Also ich hab selten oder fast nie erlebt, dass sie da, dass sie da irgendwie also mitgekriegt habe, oder dass die da einen Unterschied machen, also da wo ich jetzt arbeite, da bin ich schon lange, da kann ich schon sagen, ja, dass die Bewohner überhaupt keinen Unterschied machen. Also ich, das ist... also ich kann mich wirklich nicht erinnern aber wenn schon, dann ist es wirklich sehr selten vorgekommen. (Falls es vorkommt, kann es auf die Sprache zurückgeführt werden?) Schon, schon, ja, wo's dann zum Beispiel gesagt wird, ja, Lernen sie gefälligst Deutsch! ja, oder Gehen Sie weg! aber so direkt also dass wer so beleidigt... also kann i wirklich nicht sagen, ja. Sonst sind die Leute schon sehr dankbar, dass da wer da ist, dass jemand denen kümmert, aber es ist sehr sehr selten vorgekommen, ja, aber das ist dann auch, ja, war net so schlimm. (Ivana)

Auch Navid ist der Meinung, dass mangelnde Akzeptanz seitens der Patienten sehr wohl an der Sprache liegen kann. Manchmal höre er von Patienten, dass sie in Bezug auf Kollegen Bemerkungen machen: „*redet Blödsinn, der kann nicht reden, sagt nur ja-ja.*“ Auch Natalia hat sowohl positive als auch negative Erfahrungen mit der Klientel gesammelt. Auch sie denkt, dass bei der Ablehnung des ausländischen Personals die Sprache mitspielt. Es passierte ihr auch schon einmal, dass sie für eine Inländerin gehalten wurde, „*endlich eine Österreicherin*“. Nachdem die Klientin aufgeklärt wurde, dass sie auch nur eine ausländische Schwester sei, meinte diese: „*Aber sie sind schon integriert und anders als die anderen Ausländer*“.

Die Beherrschung der Landessprache sei generell die Voraussetzung dafür, dass man als vollwertiger Mensch in der Gesellschaft anerkannt wird. Als ausländische Pflegeperson spüre man oft, dass einem mit Skepsis begegnet wird. Doch bei kompetenter Pflege, bei der der Faktor Sprache auch nicht zu vernachlässigen ist, könne man seinen Fremdenstatus und die Vorurteile der Klienten mit der Zeit gegen Vertrauen umtauschen:

Man hat oft oder immer wieder das Gefühl, dass man wirklich als ein Ausländer betrachtet wird. Ich bin ja auch eins, ich streite das nicht ab. Aber in Grunde genommen, je besser du Deutsch kannst, desto desto schneller wirst du respektiert, oder schneller wird wird auch dein dein Anwesend als Mensch, jetzt nicht als Pfleger, irgendwie respektiert und wahrgenommen. Als Pfleger, natürlich, wenn du wenn du gute pflegerische Leistungen erbringen kannst und nicht allzu gut Deutsch kannst, spielt das in Grunde genommen auch eine nebensächliche Rolle, Hauptsache du tust deine Arbeit gut. Aber als Ausländer wird man immer wieder betrachtet, man wird auch, wie soll ich das sagen, man hat immer das Gefühl, dass dass man doch anders angeschaut wird und angesprochen wird, nicht immer. Das hört meistens nach dem zweiten oder nach dem dritten Besuch auf. Da ist die Kommunikation wieder ganz normal, da ist man einfach so wie alle anderen, da ist man nur ein Pfleger, der gekommen ist, um zu helfen, und ihre Arbeit zu ma um seine Arbeit zu manchen. Aber

*manchmal ist auch Sprache sehr wichtig, oft ehrlich sagen, ist Sprache wichtig.
(Yaroslav)*

6.3.8 Der Gebrauch der mitgebrachten Sprachen in der Kommunikation mit den Patienten und im Stationsalltag

Welche Rolle spielen die mitgebrachten sprachlichen Ressourcen der Pflegepersonen in der Arbeit? Wie wird mit der vorhandenen Sprachenvielfalt umgegangen?

Eine gemeinsame Sprache ist eine wichtige Voraussetzung für die gelingende Kommunikation. Beherrscht der Patient jedoch die Landessprache nicht ausreichend, stehen die Pflegenden trotz guter Deutschkenntnisse vor Schwierigkeiten. Viele Pflegepersonen berichteten, dass der Bedarf an Fremdsprachenkenntnissen im Gesundheitswesen groß ist. Oft werden aus der Reihe der Pflegepersonen Dolmetscher gesucht, die zwischen Arzt und Patienten vermitteln können. Aber nicht nur die ärztliche Behandlung, auch die pflegerische Arbeit wird erleichtert, wenn Fremdsprachenkenntnisse den Austausch mit der multikulturellen Patientenschaft ermöglichen. Dies trifft vor allem auf die Krankenhäuser zu, wo die Fluktuation der Patienten sehr hoch ist und eine große Anzahl von Patienten unterschiedlicher Herkunft behandelt wird. Doch auch in der mobilen Pflege zeigt sich ein steigender Bedarf an Fremdsprachenkenntnissen. In den Pflegeheimen sieht die Situation derzeit jedoch noch anders aus. Der Großteil der Patientenschaft ist eher deutschsprachig. In Anbetracht der Tatsache, dass die Migrantengenerationen langsam auch älter und pflegebedürftig werden, wird die Kommunikation mit nicht-deutschsprachigen Patienten zu einer Problematik, mit der sich alle Gesundheitseinrichtungen auseinandersetzen müssen.

Es ist ja so, dass im Pflegeheim selbst ... also jetzt jetzt wird das immer mehr ja, aber früher sind die immer so deutschsprachige Leute, und jetzt dass die dass jetzt die Ausländer also die ausländische Mitarbeiter oder die Leute, die auch schon sehr lange in Österreich sind, auch älter werden ja, das fangt jetzt wirklich jetzt so der Anfang, dass sie auch dann ins Pflegeheim kommen, ja, also Großteils, also bis jetzt hab ich's selten erlebt, bis auf den Herrn P., den ich gesagt habe, aber da haben wir die Kolleginnen und Kollegen, also drei haben wir, die aus Tunesien kommen und sprechen Französisch mit ihm, ja. Aber es ist sehr selten. (...) Im Pflegeheim, ich glaube, ist es net so... (Ist weniger?) ist weniger, aber es ist vielleicht etwas, was auf uns noch zukommt, ja. (Ivana)

Yaroslav, der in der mobilen Pflege tätig ist, berichtet:

Es gibt Kunden, die nur ihre Muttersprache sprechen, zum Beispiel Arabisch. Die Sprache ist mir absolut fremd und wir könnten uns eigentlich nur mit Gesten bzw. mit zwei bis drei englischen Wörtern irgendwie kommunizieren. Das ist dann schon eine, ein großes Problem in der Pflege, dass man wirklich nicht miteinander kommunizieren kann. (Yaroslav)

Die Fremdsprachenkompetenz des Personals wird daher von den Pflegenden selbst als eine Bereicherung erlebt, weil sie eine patientengerechte, patientensensible Pflege ermöglicht. Navid berichtet zum Beispiel, dass er in einem multikulturellen Team arbeite. Viele Kollegen beherrschen mehrere Sprachen. Dies habe auch Vorteile für die pflegerische Betreuung. Auf der Station wird tatsächlich ein Patient gepflegt, der Französisch als Muttersprache hat. Wird mit diesem Patienten auf Französisch kommuniziert, gehe es ihm automatisch besser. Bei einer anderen Dame, die Tschechisch spricht, seien die tschechisch-sprachigen Kolleginnen eine große Hilfe.

In einigen Krankenhäusern gibt es Dolmetscherlisten, und Pflegende mit Fremdsprachenkenntnissen können sich für diese Dienste anmelden. Vor allem der Bedarf an Türkisch und Serbisch/Kroatisch ist hoch. Viele Pflegende erkennen daher die Wichtigkeit dieser Sprachkenntnisse an:

Ich hätte gern, schon, dass ich mehr Sprachen weiß. Weil wir hätten da oft türkische Patienten und da kann man auch sehr sehr schwer kommunizieren. Die Patienten verstehen uns net und ich verstehe den Patienten auch nicht. Da hab ich wirklich, da haben wir, sämtliche Kollegen und ich hama Schwierigkeiten mit Verständnis. Und hab ich auch versucht, habe mir so ein Vokabular paar Wörter habe mir geschrieben und das hab' ich gelernt, und das ist sehr viel, das war sehr viel, hab ich sehr viel Erfolg gehabt. Das heißt, der Patient hat mich verstanden, was ich von ihm wollte und was er von mir wollte. Aber das waren paar banale Wörter gewesen. (...) Wir haben wirklich da Mangel an türkischer Sprache und Ungarische hätte ich auch gern. (Silvana)

Es gibt hier Dolmetscher im Krankenhaus, nur ich bin nicht angemeldet. Kann man dolmetschen. Oder manchmal gibt solche Situation, gibt eine Besprechung, und eine türkische Dolmetscherin braucht oder türkischsprachige Mitarbeiter ... nur ich sehr selten passiert, wenn ungarische Mitarbei ungarische Patientinnen kommen, sie meistens können sie gut deutsch Sprache sprechen und wenig ungarische Patient kommt. Serbokroatische Sprache oder türkische Sprache. (Ist eher gefragt?) Ja, gefragt und diese Leute können sie nicht immer gut Deutsch. Und manchmal denk ich, muss ich Türkisch lernen oder Serbokroatisch. Deswegen ein paar Worte weiß ich Serbokroatisch. (...) Wenn gibt eine ungarische Patient, egal, unsere multikulturelle Gruppe, ich nutze die Gelegenheit aus ich rede mit ihnen ungarisch. Wenn zum Beispiel ich weiß eine Ungarin oder ein Ungar, ich... wenn er will oder sie. Ich habe schon erlebt, manche wollte nicht mit mir meine Muttersprache reden. Sie war Ungarin ... (Die Patienten?) Patientin, wollte nicht ungarisch reden mit mir. Nicht oft erlebt, einmal oder zweimal. Und jetzt weiß es, wenn Patient hat, ungarische Sprache kann und will mit mir auch ein bisschen ungarisch sprechen, sag ich etwas. (Julia)

Umgekehrt, berichtete auch eine andere Pflegeperson, dass sie sich mit Klienten nicht so gerne in der Muttersprache unterhalte. Nach jahrzehntelangem Aufenthalt könne man von diesen erwarten, dass sie Deutsch können. Dass manche in der Öffentlichkeit ihre eigene Muttersprache nicht benutzen wollen oder sich nicht trauen, kann unterschiedliche Gründe haben. Dies kann mit dem Sprachenprestige zusammenhängen und dabei spielt auch die

Sprachenpolitik eine Rolle. Würde man den Minderheiten das Gefühl vermitteln, dass ihre mitgebrachten Sprachen wertvoll sind und auch öffentlich anerkannt werden, würde dies das Sprachbewusstsein der Immigranten stärken und sich auch auf den Zweitspracherwerb positiv auswirken. Ein Zeichen der Wertschätzung der Sprachenvielfalt seitens des Staates könnten z.B. mehr mehrsprachige Dienstleitungen in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen, Behörden und auch Spitälern sein (vgl. Boeckmann 2007: 45, Volf/Bauböck 2001: 32f.).

Ob der vorhandene Sprachenreichtum als eine Zusatzqualifikation, als ein Pluspunkt bei einer Anstellung gewürdigt wird, konnten einige bejahen und fanden, dass es seitens der Leitung sehr wohl geschätzt wird. Es gab jedoch auch Stimmen, die dies bezweifelten.

Das ... vielleicht nein, vielleicht nein, das erste die deutsche Sprache ja, in erster Linie. (Monika)

Ja, es ist ... kommt ab und zu, dass dass ich gerufen werde, dass... nicht nur auf meiner Station sondern auch auf anderen Stationen, ja, ich zu Übersetzen komme, das kommt schon vor, aber da sind wir alle fast schon verpflichtet zu tun. Es ist eine Liste erstellt und es kommt eine Durchsage, der der im Dienst ist... (...) Es kommt immer meistens eine Durchsage, ein ... dass jemand eben, so wie jetzt, mit chinesischen Kenntnissen wird gesucht und das kann auch am Nachtdienst passieren. Und da gehen wir hin oder fahren wir hin. Und trotzdem es ist in jedem Spital bekannt, wie viele Fremdsprachen da gesprochen werden und die Station also wie viele Fremdsprachen beherrscht jeder, das und ... es ist gut angesehen ... (Agnieszka)

Eine Pflegeperson nannte ein Wiener Privatspital, wo explizit Pflegende mit Fremdsprachenkenntnissen gesucht werden, weil der Anteil der ausländischen Klientel dort sehr hoch sei. Besonders Russisch sei sehr gefragt. In Bezug auf Dolmetschtätigkeiten wurde jedoch auch das Problem erwähnt, dass man diese Tätigkeit neben der eigenen zu erledigenden Arbeit, in der Arbeitszeit bewältigen muss.

Angesichts einer multikulturellen Patientenschaft, die zu betreuen ist, sollten die Fremdsprachenkenntnisse des ausländischen Pflegepersonals noch mehr Wertschätzung seitens der Führung erfahren. Dies zielt darauf ab, Pflegenden mit Migrationshintergrund den Zugang zu sozialen Berufen und zu Arbeitsstellen zu erleichtern. Neben der Forderung, die deutsche Sprache zu fördern, gilt es auch, die Sprachenvielfalt sichtbar zu machen und anzuerkennen und so die Mehrsprachigkeit zu fördern, indem diese bei Anstellungen zum Beispiel als Zusatzqualifikation gewürdigt wird (vgl. auch Haider 2010: 285).

6.3.9 Vorschläge für berufsspezifische Kursinhalte

Am Ende der Interviews wurden die Pflegepersonen nach Vorschlägen für Themen und Inhalte berufsspezifischer Sprachkurse befragt, die ihrer Meinung nach relevant seien.

Die Mehrheit der Pflegepersonen, sogar jene die schon seit Jahrzehnten in Österreich leben, bejahten die Frage, ob sie bei einem günstigen Angebot einen Sprachkurs besuchen würden.

Ich bin immer für, vor vorbereitet zu einem Kursbesuchen immer, ja, ... beruflich, ja. Das bringt, das immer Plus, ja, das (unverständlich) wir brauchen das, ja. Niemand ist so hundertprozent, ja, gut, ja. Manche ist lang lange Zeit da ja, aber ich ich merke auch, dann dann, die sind auch nicht so das gut, dass sie sollen sein, ja. (...) Niemand kann sa sagen, dass ich bin ganz hundertprozent gut, ich brauche nicht mehr, ja. Aber, ich ich auch, ich habe nichts dagegen, wenn ein Kurs gibt, ja, und ich das möchte gerne, kein Problem. (Samir)

Allerdings wurde von manchen auch betont, dass ein Kursbesuch viel Zeit in Anspruch nimmt und es nicht leicht ist Familie, Beruf und Fortbildungen unter einen Hut zu bringen.

Im Folgenden sollen die Themen präsentiert werden, die von den Befragten für Kursinhalte als relevant eingeschätzt wurden.

6.3.9.1 Allgemeine Themen

Sprachliche Aspekte betreffend, wurden von den Pflegenden einige Vorschläge präsentiert, die sich nicht speziell auf den mündlichen oder den schriftlichen Bereich, sondern die Kommunikation generell beziehen.

Über **mehr Ausdrucksmöglichkeiten** zu verfügen, einen Sachverhalt mit unterschiedlichen sprachlichen Mitteln verbalisieren zu können, wurde von Barbara als relevanter Kursinhalt thematisiert. Auch wenn andere Pflegende dies nicht explizit als Themenvorschlag ansprachen, schien es manchen doch ein wichtiges Anliegen zu sein, das sie als persönliches Verbesserungspotenzial erwähnten (siehe Kap. 6.3.6).

Eine korrekte Sprache, die Beherrschung der **Grammatik**, hielten ebenfalls einige für sehr wichtig. Personen, die nur auf einen kurzen Kursbesuch zurückblicken konnten, fehlten sicherlich noch wichtige Grundlagen. Es wurde angedeutet, dass die Fähigkeit, korrekt formulieren zu können, einem im Berufsalltag Sicherheit gibt (siehe auch Rajiv Kap. 6.3.9.3)

Unbedingt notwendig das ist zum Beispiel Grammatik-Grundlage. Das ist zum Beispiel Sätze zum auen und zum Beispiel auch Synonyme, das wäre sehr notwendig. (Was sie damit meint?) Zum Beispiel manchmal, zum Beispiel die, die zum Beispiel nicht so gut Deutsch spricht, weiß nicht, wie kann man das zum Beispiel Satz bauen. Zum Beispiel wenn eine, verschiedene ... es kommt drauf an, was wir sagen wollen, die fragliche Fragen, wie kann man die fragliche Fragen stellen, bauen, das mein ich (...). Und zum Beispiel unbedingt Artikel, weil viele haben damit Probleme. (Barbara)

In Grammatik ich brauche auch, das ist natürlich, dass jede braucht. (lacht) (Monika)

Natürlich kann ich jederzeit neue Wörter lernen, die Grammatik immer Problem, Grammatik. Weil die ... Anfang hab ich diese, Anfang hab ich gelernt nicht zum Grammatik achten und das ist sehr schwer zum Grammatik achten. (Julia)

Ein situations- und partnergerechter Sprachgebrauch erfordert auch die Kenntnis der oder zumindest das Wissen um die verschiedenen **Sprachregister und Sprachebenen**. Die Sensibilisierung der Lernenden für diese sprachlichen Aspekte ist eine wichtige Aufgabe des Sprachunterrichts.

Am Anfang hab ich ab und zu nicht verstanden, ich hab sogar gedacht, dass dass viele Österreicher falsch schreiben. Zum Beispiel: Pat geht zu Hause. Viele haben sich irgendwie so ausgedrückt, vielleicht nicht schriftlich, aber dann hab ich auch bemerkt, dass dass ... einmal wurde ich auch von von einer Stationschwester, glaube ich, aufmerksam ... weil hab ich geschrieben Patient... ich kann mich jetzt nicht er... Patient ist verwirrt, nicht, aber dass dass ist irgendwelche ... sie hat mir auch erklärt, dass dass Umgangssprache kann das sein, das das jemand so so sich ausdrückt, aber schriftlich normalerweise macht man das nicht. Am Anfang das war schon schwierig, weil ich hab, ich konnte das nicht so so beurteilen. Ich hab auch am Anfang in Wörterbücher gesucht und so aber nachdem das so oft in Verwendung war, dachte, das das muss schon schon korrekt sein, weil jeder drückt sich so aus dann, das das muss so ko... Jetzt mittlerweile nach 20 Jahren weiß ich schon was ist, was ist schon schriftlich, was ich anklick und wie wie die die Umgangssprache ist. Aber am Anfang das ist wirklich sehr schwierig. (Dorota)

Die Stärkung der **Fachsprache**, das gezielte Erlernen fachspezifischer Ausdrücke, wurde ebenfalls als Themenvorschlag verbalisiert.

Auf jeden Fall eine eine gewisse Fachsprache, weil Pflege ist auch eine Wissenschaft, die sich auch immer wieder weiterentwickelt und heute wahrscheinlich wie nie zuvor und es entstehen auch natürlich sehr viele neue Fachausdrücke und neue Techniken, neue neue Verfahren, Verfahrenstechniken auch in der Pflege, und das ist alles neu und ich glaube, man muss es immer wieder aktualisieren und die Fachsprache gehört auf jeden Fall dazu, zu Pflege. Weil spätestens zwei, drei, vier Jahre später sind gewisse Dinge einfach veraltet und ich glaube, man muss das auch als Weiterbildung bzw. eine Ergänzungsausbildung betrachten, gewisse fachsprachliche Weiterbildung Sprachkurse. Also Fachsprache ist, find ich, notwendig. (Yaroslav)

6.3.9.2 Mündlicher Bereich

Manche fanden, dass **Konversation** generell einen wichtigen Schwerpunkt im Kurs bilden könnte. Hierbei ist es auch wichtig zu lernen, wie man dem Patienten begegnet, wie man die Kommunikation gestaltet. Kompetenzen der **Gesprächsführung und Rhetorik** spielen dabei auch eine große Rolle. Dies bringt ein Pflegenden sehr treffend auf den Punkt.

Ich glaub schon, dass man bei einem Sprachkurs auch das richtige Kommunizieren lernen kann bzw. das Vertrauen, jemanden anzureden, die die rhetorischen Fähigkeiten, die sind wahrscheinlich auch wichtig, weil nicht jeder traut sich einfach mal den Mund aufzumachen und zu reden. Weil selbst das kann oft gewisse Schwierigkeiten, Probleme lösen und sowas könnte man vielleicht auch bei irgendeinem Sprachkurs hinzufügen, dass man einfach das übt: aufstehen und über irgendein Thema einfach mal reden und mit den anderen eine eine Kommunikation, mit den anderen Teilnehmer Kommunikation aufbauen. So gewinnt man das Vertrauen, so so lernt man einfach das Reden. (Ob er Kommunikationstechniken meint?) Kommunikationstechniken, Gesprächsführung – das wäre vielleicht auch interessant. Vor allem für für leitende leitende Berufe, leitende Personen in der Pflege, weil das ist schon sehr wichtig. Das sind meistens die ersten, die Klienten besuchen, die diplomierten bzw. die Gehaltmanager(?) usw. Sie sind als ersten beim Patienten, beim Klienten und das spielt schon eine Rolle, wie man gleich am ersten Tag wahrgenommen wird. Weil wenn das Gefühl wird dem Klienten vermittelt und das kann man, das kann man sich sehr erleichtern, wenn man diese Techniken beherrscht, wenn man weiß, wie man mit dem Patienten, mit dem Klienten spricht, wie man überhaupt kommunizieren kann. Und flexibel muss man auch sein. Aber man ist erst dann flexibel, wenn man mehrere Möglichkeiten hat, wenn man aussuchen kann, wie kommuniziere ich. Wenn man nicht ... wenn man nur Alltagssprache beherrscht, wenn man nur so spricht, wie man spricht, dann sind die Möglichkeiten eingeschränkt, und die Kommunikation dementsprechend auch, finde ich. (Yaroslav)

Auch in dieser Aussage wird die Wichtigkeit der situations- und partnergerechten Kommunikation angedeutet, die die Kenntnis der verschiedenen sprachlichen Register und Ebenen voraussetzt.

Als Gesprächstyp wurde das **Telefongespräch** erwähnt, das für manche anfänglich eine große Herausforderung darstellte. Es gab jedoch auch eine Stimme, die anzweifelte, dass Übungen die Praxis ersetzen könnten. Um die Motivation der Lernenden zu erhöhen und sie tatsächlich auf die Praxis vorzubereiten ist es daher enorm wichtig authentische Lernsituationen zu schaffen und nach Möglichkeit auch mit authentischen Materialien zu arbeiten.

Im Bezug auf den **Dialekt**, und ob die Sensibilisierung der Lernenden für den lokalen Dialekt Sinn ergibt, schieden sich die Geister. Obwohl fast alle anfänglich Schwierigkeiten mit dem Dialekt hatten, war ein Teil der Befragten der Meinung, dass die Vermittlung des Dialektes eine zusätzliche Lernbelastung darstellt und nicht wirklich notwendig sei. Wichtiger sei Hochdeutsch zu erlernen, und das Vertrautmachen mit dem Dialekt käme mit der Zeit, mit der Praxiserfahrung.

Ich glaube das lernt man in der Praxis, wenn man Deutsch Grundkenntnisse weiß, Wörter und und ja einfach diese (unverständlich) san die Grundkenntnisse net? Ja, dann ja, Wiener Dialekt das kommt dann in der Praxis, glaube net, dass man da extra was machen muss. (Silvana)

Es gab auch Stimmen, die meinten, dass die heutige Generation der Patienten nicht mehr so stark dialektal spreche und dass man sich mit ihnen auch auf Hochdeutsch verständigen

könne. Schwieriger ist es manchmal, die Kollegen zu verstehen. Wiederum andere fanden die Idee, im Kurs ein Gefühl für den Dialekt zu bekommen, sinnvoll, weil dies unter Umständen das Eingehen auf den Patienten erleichtert.

Wenn ein Patient dement ist, er kann dann nicht einschätzen, ob das ausländische Pflegende ist oder Person, spricht einfach mit der Umgangssprache, mit welche er hat ganze Leben lang gepflegt. Er kann sie nicht umsetzen und solche Patient muss man auch in diese Situation verstehen und mindestens wissen, um was es geht. (Dorota)

6.3.9.3 Schriftlicher Bereich

Die schriftliche Kommunikation, z.B. das **Verfassen von Pflegeberichten** oder das **Erstellen einer Pflegeplanung**, wurde ebenfalls von vielen Pflegekräften thematisiert. Hier gab es einerseits Unsicherheiten aufgrund von Defiziten in der Grammatik, andererseits stellen für manche auch die textsortentypische kurze und prägnante Ausdrucksweise und der Gebrauch von Fachtermini eine Herausforderung dar. Dies kann ich selbst auch aus der eigenen Berufserfahrung bestätigen. Oft wird mit den Pflegenden ausländischer Herkunft beim Berichteschreiben darüber diskutiert, wie ein bestimmter Sachverhalt am besten schriftlich aussieht und professionell klingt. Wie Haider (2010: 245) richtig feststellt, wäre daher bei manchen Pflegenden ein Training im fachspezifischen Schreiben, das Textsortenwissen und Fachwissen kombiniert, erwünscht.

Kurze Ausdrücke, dass das die [die Pflegenden] später auch schriftlich schriftlich umsetzen können. Weil wir Ausländer ich glaube, wir neigen dazu, alles so ... wenn ich irgendwelche Wort nicht finde, da versuche ich, das das alles so so Umgang und zu schreiben, wie soll das ausschauen. Einfach kurz sich zu fassen, und das das ist, glaube ich, auch Kunst, was ich auch nicht immer kann. Wenn ich versuche jemandem was zu erklären, dann erkläre ich und bis ich zum Punkt komme ... dann zum Schluss werde ich schon verstanden, aber einfach so so kurz. Das ist, glaube ich so so Sprach ... Wörter, schätz... das Wort, das das vielleicht das das fehlt mir auch noch. (Dorota)

Eine Pflegeperson wünscht sich z.B., an einem Kurs teilzunehmen, der nicht auf Anfängerniveau ansetzt sondern ihn dort abholt, wo er sich gerade befindet, wo er seinen schriftlichen Ausdruck verbessern kann. Die Unsicherheiten im Schreiben hindert diese Pflegeperson daran, manche Sachverhalte schriftlich festzuhalten und dadurch könnten wichtige Informationen verlorengehen und auch die Kontinuität der Pflege kann beeinträchtigt werden.

Das ist keine Anfängerkurs, sondern ich wollte schon zum Beispiel verschiedene Satz kann man schon gut formulieren, wie kann man schon gut schreiben ohne Fehler, ja, Grammatik, das alles, das ist sehr wichtig ja. Weil Anfängerkurs ich brauche nicht, aber diese Formulierung, diese Formulierung ein schöner Satz ohne Fehler ist sehr wichtig, ja. (Wie verfasst man z.B. einen Pflegebericht in der Fachsprache, so dass er für alle verständlich ist?) Ja, das ist sehr wichtig. Noch Hochsprache brauch net, aber

ohne Fehler, ich wollte schon schreiben, der Satz, das ist sehr wichtig. (...) Es ist so: zum Beispiel über ein Patient auch, viele Dinge, viele Ideen kommt, ja, wie kann schon über diese Patient, wie kann schon schreiben, wie soll ich schreiben. Aber manchmal ich denke aha, ich schreibe das, vielleicht kommt eine große Fehler ja, und dann vielleicht ich vermeide das. Ich vermeide das, nicht so ... das Satz nicht so schreiben, ja, das solche passiert, also das ist sehr wichtig eigentlich, gute Formulierung, Formulierung, Satz.

Zuerst Pflegeplanung, Pflegeplanung, ist, find ich, sehr wichtig. Das... wie kann man das gut auf Deutsch schreiben. Das ist sehr wichtig. Ich weiß um was geht, ich kann Ressourcen, alles Defizite ja, formulieren, aber wie dann bei Pflegemaßnahmen, Pflegziel, Pflegemaßnahmen wie kann gut auf Deutsch schreiben, ja. (...) Bericht nicht, kann ich, macht mir kein Problem, Bericht, aber Pflegeplanung das ist ... (lacht) (Samir)

Einige Spitäler arbeiten im Rahmen der Pflegeplanung mit Vorlagen. Dabei geht es mehr um die Rezeption und Auswahl der treffenden Sachverhalte, als um selbständige Produktion. Es gibt aber auch Krankenhäuser und Stationen, wo die Pflegenden alles selbständig verfassen müssen. Dies wird je nach Krankenhaus unterschiedlich gehandhabt. Es gab auch Stimmen, die meinten, dass das Schreiben im beruflichen Kontext kein Problem mehr darstellt. Aufgrund der hohen Frequenz der zu schreibenden verschiedenen Fachtexte scheint für manche z.B. das Verfassen eines Pflegeberichtes, oder einer Pflegeplanung keine Schwierigkeit mehr darzustellen.

Das ist kein Schwierigkeit. Nur wenn ich eine Privatbrief schreibe, dann muss ich schon nachdenken. Nachschauen. (...) Bei der pflegerische Sache, Pflegesprache solange kannst du, weißt du, was schreibst du, was kommt in ungefähr, ja. Überraschung immer kann kommen, nur weißt du ungefähr, wenn du selbe Station arbeitest, immer kommt, eigentlich öfter kommt eine Sache vor und dann musst öfter diese Sache schreiben, das kein Problem. Nur eigentlich schreib ich nicht so viel Privatbrief auf deutsche Sprache, nur email. Das...wenn ich email schreibe, schreibe ich zwei Sätze auf deutsche Sprache. Schreib ich nicht so viel. Zwei Sätze schreib ich, da muss ich schon nachdenken... (Julia)

Dieser Interviewpartnerin scheinen andere Domänen des Sprachgebrauchs viel komplexer zu sein, wie zum Beispiel das Verfassen eines Privatbriefes, als der berufliche schriftliche Sprachgebrauch.

6.4 Interviews mit Patienten/Bewohnern/Klienten

Wie die Patienten über die Kommunikation in der Pflege denken und urteilen soll im Folgenden präsentiert und evaluiert werden. Die Interviews fanden wieder in allen drei Bereichen statt (Altenpflege, Krankenhaus und mobile Pflege). Die Namen wurden zufällig ausgesucht und stimmen nicht mit den wirklichen Namen der befragten Personen überein.

6.4.1 Kommunikationsmöglichkeiten im Pflegealltag

Bei diesem Themenkreis ging es darum, zu erheben, ob die zeitlichen Ressourcen und die Bereitschaft beim Personal generell vorhanden sind, um mit der Klientel zu kommunizieren. Eine Unterscheidung zwischen deutschsprachigem und ausländischem Personal wurde im Rahmen dieser Frage nicht getroffen. Mit Ausnahme einer Person gaben alle Bewohner und Patienten an, sich auf der betreffenden Station oder im betreffenden Heim wohl zu fühlen. Auf die Frage, ob ihre kommunikativen Bedürfnisse auch befriedigt würden, waren die meisten der Meinung, dass es schon Vertrauenspersonen gäbe, mit denen man Gespräche führen könne. Viele nannten gleich an erster Stelle das Pflegepersonal als Ansprechpartner, andere nannten Ärzte, Angehörige oder Mitpatienten.

Auf die Frage, ob die zu betreuenden Personen hier die Möglichkeit hätten, mit jemandem zu plaudern, ihre Wünsche zu äußern und ihre Sorgen zu teilen, kamen folgende Antworten:

Na ich habe zwei Töchtern, ja, und wir haben ein gutes Verhältnis gemeinsam, denen kann ich alles sagen, aber ich hab nichts zu sagen. Es geht mir gut und warum soll ich irgendwas sagen. Das Bedürfnis mit den Pflegepersonen zu plaudern? Ja das kann ich eh, wenn sie Zeit haben, plaudern wir eh immer. (Fr. Weigl)

Oh ja, oh ja, mit verschiedenen kann man, mit verschiedenen Schwestern kann man sprechen, aber natürlich nicht so ausführlich. Eine Stunde lang geht nicht ne, kürzer, paar Minuten oder so. (Warum man nicht so ausführlich reden kann?) Die haben alle, sie müssen alle, sie müssen irgendwelche Direktiven machen, Essen ausgeben, Tabletten herrichten, die haben nicht immer Zeit, sie sind eingesetzt, ne, eingesetzt ne. (Ob immer ein offenes Ohr da wäre?) Is immer wer da, is immer wer da, wenn's nur die Frau Oberarzt is, ne, sie geht voll auf das Problem ein, wenn man sie fragt. (Hr. Riedl)

Oh, ja, wir waren zu dritt, haben uns sehr gut verstanden. Das waren zwei Damen und meine Wenigkeit, gell. Wir haben uns wirklich sehr gut verstanden, haben sehr viel im Haus miteinander verbracht, gell, aber leider Gottes ist dann die eine Damen verstorben und das Verhältnis hat sich jetzt fast aufgelöst mit der zweiten Mitbewohnerin dieses Hauses. (Und jetzt sitzen Sie ganz allein hier?) Ja, ganz allein, ich unterhalt mich mit, mit, ich sag immer meine Schwestern, gell, was sie um vieles jünger san. (Ob er die Pflegepersonen meint?) Ja, die halten mi aufrecht, weil ich mach meine Dummheiten, gell, nicht immer die besten, zugegeben, aber das halt mi aufrecht, ne. Ich hab jemandem mit dem ich was sprechen kann, wenn ich das Bedürfnis hab unbedingt, net? Ja, ich sprich natürlich auch mit meinen Mitbewohnern, ne, ja, natürlich. (Hr. Seidler)

Ich habe eigentlich nur eine eine Schwester, ich weiß gar nicht, wie sie wirklich heißt, man nennt sie M. (Ob sie eine Pflegeperson ist?) Ja, sie ist auch am ersten Stock. (Ob sie mit dieser Person gern plaudert?) Ja, mit ihr... Erstens spricht sie gut Deutsch und auch verständlich zu allen Dingen, also mit ihr. Wenn sie Zeit hat. In ihrer Mittagspause oder sie kommt in ihrer Pause und trinkt hier den Kaffee. Also so kurze Zeiten sind es, wo ich mit ihr sprechen kann. (Fr. Maier)

Zu einem späteren Zeitpunkt erzählt diese Interviewperson jedoch, dass es auch andere Pflegepersonen gibt, mit denen sie außer Gesprächen rund um die Pflege, auch über Alltägliches plaudern könne.

Es gab auch ein paar wenige kritische Stimmen:

Ja, na das Pflegepersonal, mein Gott na, das sind manchmal, heut sind's zu wenig, net, fehlt wieder wer und und so wie es immer ist, wenn ein paar zusammen sind, gibt's wieder doch hie und da amol, dass man's vergisst, oder sowas, aber das kann man net so streng nehmen. Also ich hab wirklich nichts auszusetzen. (Fr. Stadler)

Ja ja, sicher, meine Frau. (Ob aus der Reihe des Pflegepersonals jemand da wäre?) Pflegepersonal ist hier, die Frau Doktor ist hier, die hat immer Zeit, die hat Zeit, beantwortet auch die Fragen, aber sonst ist es schon sehr wenig. (Hr. Müller)

Interessant ist die Aussage einer anderen Patientin, die sich während meines Interviews sehr gesprächig zeigte:

Na ja, man hat hier alles, was man braucht. Schauen Sie, ich fahr jetzt hinüber, setz mich zum Tisch und krieg was zu Essen und das ist sehr viel Wert. Und das kann man sich vorher aussuchen, nicht? Es sind immer drei Menüis ... (...) (Ob Sie hier jemanden auch zum Plaudern hat?) Ich plaudere hier eigentlich sehr wenig. (Warum?) Ich habe keine solche Sehnsucht danach. (lacht) (Fr. Pöschl)

Ihr Gesprächsverhalten stand im deutlichen Widerspruch zu ihrer Äußerung, sie hätte kein Bedürfnis danach. Hier drängt sich die Frage nach dem Warum auf. Eine mögliche Erklärung wäre eventuell, dass es ihr an angemessenen Gesprächspartnern mangelt, mit denen sie sich über ihre Interessen austauschen kann.

Wie aus manchen Zitaten hervorgeht, wird die Zeit als etwas Kostbares wahrgenommen. Die Befragten verweisen darauf, dass wegen knappen Zeitressourcen der Pflegenden, die Kommunikation mit diesen manchmal zu kurz kommt.

6.4.2 Die Rolle der Kommunikation für die Qualität der Pflege

Alle Befragten waren der Meinung, dass die Möglichkeit, sich mit den Pflegenden auszutauschen, eine große Rolle für die Qualität der Pflege und für das eigene Wohlbefinden bedeutet. Kommunikation ermöglicht den Zugang zu Informationen, gibt Orientierung und dient auch der Aufrechterhaltung des sozialen Netzes. Vielen Leuten merkte man ein großes Kommunikationsbedürfnis an. Einige verbalisierten dies sogar offen. So deutete Fr. Krasser, der ich in der mobilen Pflege begegnete, zum Beispiel an, dass sie sich oft einsam fühle und sich nach Beziehungen sehne. Es mache die Krankheit ein bisschen erträglicher, wenn man sich mit den Menschen versteht und man sich verständigen kann.

Welche Rolle spielt die Kommunikation für die Qualität der Pflege?

Ich denke ja, doch. Schauen sie, wir san durchweg alte, sehr alte Leute, viele auch mit einem körperlichen Gebrechen, gell, und manchmal hat man schon das Bedürfnis, ne, mit jemandem über dieses oder jenes zu reden, ja. Wie gesagt, mir hilft es viel. (Hr. Seidler)

Eine große Rolle. Weil, wenn ich nicht sprechen kann mit dem Pflegepersonal, ist es nur ne halbe Sache. Also infolgedessen ist für mich ein Gespräch sehr wichtig, finde ich. Ich weiß nicht, wie andere drüber denken, aber ich finde, dass ein Gespräch mit dem Personal auch wichtig ist. (Ob Sie das Gefühl hat, dass ihre kommunikativen Bedürfnisse befriedigt werden?) Ja, schon, schon, ja. Ich bin vielleicht eher ein ruhiger Mensch, ich suche nicht so das Gespräch, ja, aber wenn sich's ergibt schon. Aber das ich so von mir aus so dauernd nach Gespräch suchen würde, das ist nicht der Fall. (Fr. Weigl)

Die ist sehr wichtig. Die Kommunikation ist wichtiger fast, wie die Tabletten, ne. Wenn die Kommunikation gut ist und wenn richtig eingestellt auf Tabletten, kann man wunderbar wieder leben, ne, draußen in der freien Welt, ne. (Hr. Riedl)

Na schauen's, wenn die nette, wenn die Leute nett sind mit einem und man nett mit ihnen reden kann, dann ist es sicher sehr wichtig. Während, wenn die Leute ekelhaft sind, dann freut einen nichts und dann dann ist es schlecht. Aber hier sind die Leute sehr freundlich und ich habe auch das Gefühl, dass das Personal hier, gut, das was zu reden hat, gut geschult ist und bin überzeugt es gibt nichts besseres hier in Wien. (Fr. Pöschl)

Kommunikation ist sehr wichtig, denn man möchte informiert werden, Auskünfte bekommen bezüglich der geplanten Therapien und Maßnahmen, meint Herr Hofer. Natürlich bekommt man diese Informationen auch von den Ärzten, aber die Pflegenden sind die näheren Ansprechpartner.

6.4.3 Pflegerische Betreuung durch ausländische und inländische Pflegekräfte

Die Befragten wurden gebeten, die pflegerische Betreuung durch das ausländische Personal zu beurteilen und dies mit der Betreuung durch das inländische Personal zu vergleichen. Lassen sich Unterschiede ausmachen, und worin bestehen diese Unterschiede?

Die Klienten waren sich im Großen und Ganzen einig, dass sie durch ausländische Pflegenden gewissenhaft versorgt werden, und hatten in Bezug auf die Fachkompetenz des Personals mit Migrationshintergrund nichts zu bemängeln. Sie gaben häufig die Antwort, die ausländischen Kräfte seien sehr bemüht und würden ihre Arbeit genauso gut machen wie die inländischen Pflegepersonen. Einzig in sprachlicher Hinsicht wurden Unterschiede gesehen.

[die pflegerische Betreuung] soweit gut, sie bemühen sich und sie kennen mich jetzt über drei Jahre, also da gibt's nicht vi... keine Differenzen. (Fr. Maier)

Nein, höchstens sind die Österreicher schlechter. Wieso das denn? Ausländer bemühen sich doch alle sehr. Ist doch klar, sie wollen ja hier bleiben. Und alle sind bemüht und sehr höflich und sehr...is alles, kann man gar nichts, also ich wüsste nichts, was ich bekritteln könnte, wirklich wahr. Man ist hier bestimmt sehr gut aufgehoben. (Fr. Pöschl)

[die Betreuung] Nicht schlechter, allerdings vielleicht immer a bissl mit der Kommunikation... (Hr. Müller)

Ich finde, sie sind sehr nett, alle alle Ausländer sind nett. (Ob es Unterschiede in der Betreuung gibt?) Eigentlich nicht, die Österreicher sind auch sehr nett, ja, aber nachdem wir ja fast ausländisches Personal haben, kann ich das gar nicht so beurteilen. Aber im Großen und Ganzen sind sie sehr nett. (Fr. Weigl)

Ob ein Unterschied in der Betreuung zu beobachten sei:

Nein, absolut nein. (Hr. Seidler)

Eigentlich sie bemühen sich sehr, manche bemühen sich wirklich sehr. (...) (Ob es Unterschiede in der Betreuung durch österreichische und ausländische Pflegende gibt?) Ein Unterschied? Naja, nur die Sprache, weil die bemühen sich so, manche wirklich war, muss man schon sagen, san sehr lieb und sehr zuvorkommend. (Fr. Stadler)

Auch Herr Huber, sieht allein in der Sprache einen Unterschied. Er bezeichnet die ausländischen Pflegenden als nett und sehr bemüht und ist der Meinung, dass das Land die ausländischen Pflegekräfte nicht entbehren kann, weil das Gesundheitswesen ohne sie zusammenbrechen würde. Er plädiert generell für eine bessere Bezahlung dieses Berufsstandes, damit er auch für Österreicher attraktiver wäre.

Gelegentlich kommen aber auch ethnozentrische Tendenzen und stereotype Vorurteile gegenüber Ausländern zum Ausdruck.

Sie sprechen gut Deutsch, wunderbar Deutsch, is kein Unterschied, einen hama da, der is von, Moment, von wo isn der? Indien, ein Inder, ein Inder. Spricht gut Deutsch na, und is sehr guter Pfleger, macht alles genauso gut, wie unsere Krankenpfleger, na, alles bestens na. (...) (Im österreichischen Gesundheitswesen arbeiten recht viele ausländische Pflegekräfte!) Bin ich auch dafür. Wenn die, wenn die österreichischen Frauen mehr Kinder hätten, na, bräuchten wir die ausländischen Kräfte bald gar nimmer, na. Aber es ist so, dass die Abtreibung eingeführt wurde, na, ich will sie nicht, ich will keine Frau verurteilen, die was das macht, aber das ist die Hauptursache, warum wir so viele Ausländer reinkriegen, na. (Ob er nicht mit der Betreuung durch ausländische Pflegekräfte zufrieden ist?) Bin ich eh einverstanden. Ich bin schon zufrieden, aber ich meine nur im Großen und Ganzen gesehen. Die Ursache ist: zu wenige Kinder, hunderttausend Abtreibungen im Jahr, das bedeutet hunderttausend Arbeitskräfte vom Ausland, na. Und es ist nicht so, die Ausländer, es kommen nicht nur gute her, vielleicht ein Prozent oder zwei Prozent von die hundert, brechen ein, stehlen oder machen solche Sachen oder kaufen Rauschgift. Aber kann nicht die ganzen verurteilen wegen zwei, das versteht sich, net? Das geht nicht. Oder was haben Sie für eine Meinung dazu? Sind Sie auf der Schiene wie der Strache,

(unverständlich) Strache, dass Sie sagen, alle Ausländer, alles raus? Glaube nicht. (Hr. Riedl)

6.4.4 Kommunikation mit dem Pflegeteam und insbesondere mit dem ausländischen

Personal

Haben die Patienten/Klienten im Umgang mit den Pflegenden irgendwelche Kommunikationsschwierigkeiten, Verständigungsbarrieren oder Missverständnisse erlebt?

Wenn ja, welcher Art waren diese?

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die tägliche Kommunikation rund um die Pflege im Großen und Ganzen funktioniert und von den Klienten als akzeptabel beurteilt wurde. Generell betrachtet gibt es aber durchaus Verbesserungspotenzial bei der Kommunikation. Die Aussagen deuten an, dass sich im Bereich der Sprachkompetenz ausländischer Pflegender größere oder kleinere Unterschiede feststellen lassen, die bisweilen bestimmen, mit wem und worüber gesprochen werden kann. In der Regel wurden aus der Sicht der Befragten eher Kleinigkeiten hervorgehoben.

Nein, nein, nein. Die bemühen sich alle sehr, Deutsch zu reden, und wenn sie hie und da irgendeinen Schnitzer machen, ja mein Gott, dann merkt man sie an, eventuell bessert man's ihnen aus, ne. Nein, nein, also da kann man gar nichts sagen. (...) (Gab es schon sprachliche Missverständnisse mit ausländischen Pflegekräften?) Noch nie, noch nie der Fall gewesen. (...) Ich bemühe mich mit ihnen gut auszukommen und ich hab sehr viel Verständnis dafür, wenn einer die Sprache eben nicht so kann. Sie sind, sie sind eben Ausländer. Ich war auch im Ausland. Da tut man sich schwer, wenn man die Sprach net kann, ne. (Fr. Pöschl)

Pflegepersonal ist wohl teilweise kein Deutsch, aber die versuchen sich gut zu verständigen und das geht auch. Aber zumeist ist das Personal ja sowieso eins deutscher Sprache. (Ob generell sprachliche Schwierigkeiten mit dem Pflegeteam erlebt wurden?) Nein, wenn mir etwas nicht gefällt oder ich möchte es nicht, dann sage ich's. (...) (Sprachliche Schwierigkeiten im Umgang mit dem ausländischen Personal?) Nein, denn es sind keine Schwestern oder anderes Pflegepersonal, das kein Deutsch spricht. Sie sprechen alle Deutsch, besser, schlechter, aber so, dass ich mich mit ihnen verständigen kann. (Fr. Maier)

Tiefer gehende Kommunikation über pflegeferne Themen, findet aber eher mit jenen Pflegenden statt, die über eine höhere Sprachkompetenz verfügen:

Ich weiß von paar Schwestern, mit denen ich hie und da sprech, weiß ich, weiß ich etwas über ihr Leben. Sie haben teilweise Kinder, dann erzählen sie was, von den Kindern. (Ob es nur deutsche oder auch ausländische Pflegepersonen sind, mit denen man plaudert?) Nein nein, das sind auch ausländische, die soweit Deutsch können, um sich zu verständigen. (Fr. Maier)

Sie [ausländische Pflegende] sind meistens sehr gut verständlich und ich hab kein Problem damit. (Ob er schon einmal Schwierigkeiten in der Kommunikation oder

Missverständnisse mit dem ausländischen Personal hatte?) *Nein, nein. Wie ich's letzte Mal im Spital war, hat's noch fast keine ausländischen Pflegekräfte geben, und die jetzt alle da, sehr verständlich und sehr... kein Problem. (...)* (Hr. Hofer)

Auf die Frage, ob der Einsatz des Dialektes zu Verständnisschwierigkeiten führt?

Wenn ich bemerke, dass da wirklich eine eine aus ausländisch-stämmische Pflegekraft irgendwie komisch reagiert hat, dann kann ich's auf Hochdeutsch erklären. Es ist halt natürlich, der Dialekt ist die gewohnte Umgangssprache, net. (Dann wechseln Sie bewusst in die Hochsprache?) ja, ja genau, na sicher. Ich muss ihnen a net schwerer, als unbedingt notwendig, machen, net. Wir haben so gewisse Ausdrücke, net, des ist... die vielleicht doch nicht gleich beim ersten Mal verstanden werden. Im Laufe der Zeit kann sich dann auch Eingang finden in die, ins Repertoire. (Hr. Hofer)

Da hab ich kein Problem. Ich bin ziemlich, immer deutlich, wenn ich was sagen möchte. So, dass die anderen das schon verstehen, ja. (Wie die Kommunikationsbereitschaft und -kompetenz der ausländischen Pflegenden beurteilt werden kann?) Ich finde, sie bemühen sich sehr und das ist sehr viel Wert. Sie sind nicht so stur, nur den Tagesablauf zu bewältigen, sondern sie bemühen sich sehr auch Gespräche zu führen, und das, finde ich, ist sehr wichtig ... dass sie sich der Person sehr annehmen, ja. (Fr. Weigl)

Auch laut Frau Krasser sind Kommunikationsschwierigkeiten eigentlich nicht zu identifizieren. Manche sprechen etwas schlechter, so dass ihnen manchmal Ausdrücke fehlen, aber verständigen können sich alle.

Als kleine Auffälligkeiten in der Kommunikation werden von manchen eine ungewöhnliche Aussprache oder ein fremder Akzent identifiziert. Diese scheinbar geringfügigen sprachlichen Aspekte können unter Umständen jedoch die Rezeption erschweren. Besonders in der Altenpflege, wo viele betagte, schwerhörige oder demente Patienten versorgt werden, kann dies zur Verständigungsbarriere werden.

Normal keine keine Probleme, außer mit den, ich ich weiß nicht, die Thais oder oder ... sind am Anfang schwer zu verstehen, aber ... (Meinen Sie die asiatischen Schwestern?) Ja, ja, ja oder schwerer zu verstehen. (Wegen der Aussprache?) Ja wegen der Ausspra und vielleicht bin ich jetzt empfindlich, aber ich bin a bissl momentan lärmempfindlich oder und manche reden so laut und muss ich direkt zöcken, weil das tut mir direkt weh, und ... aber sonst, sie machen die Arbeit genauso gut und und genauso sicher. (Ob es noch irgendwas in der Kommunikation zu bemängeln gibt oder irgendwas Störendes?) Nein, wie gesagt nur der Umgang mit älteren Leuten, bzw. mit diesem Herrn, das hat mir schon weh getan... (Hr. Müller)

Er verweist ferner auf einen Vorfall, bei dem ein Mitpatient seiner Meinung nach nicht ernst genommen und nicht ausreichend informiert wurde.

Wir haben hier sehr viel fremdes Personal, also ich mein Slowakei, Tschechien, Polen ... ja aber echte Schwierigkeiten hab ich net gehabt, na. Es gibt einige wenige vom Pflegepersonal, die sprechen mit einem sehr starken Akzent, wo man dann scho bissl fest zuhören muss, um alles zu verstehen, aber Schwierigkeiten nein. (Ob er das Gefühl hat, verstanden zu werden?) Ja das hab ich, und ich hab großen Respekt vor diesen

jungen Menschen, gell, die doch ein Stück Herz für uns Alten haben, gell, das ist net einfach, sicher net. (Hr. Seidler)

Auch Frau Schmitzberger, die zu Hause betreut wird, thematisiert Hörverständnisprobleme. Manchmal komme es vor, dass sie nachfragen müsse. Sie ist aber eher der Meinung, dass dies an ihrer Schwerhörigkeit läge. Die anwesende Pflegeperson, die ich gerade begleitete, fand jedoch, dass aus ihrer Sicht auch die Aussprache der Kollegen schuld daran sein könnte.

Zwei Befragte verweisen jedoch auf größere Sprachdefizite bei einzelnen Pflegenden, so dass es gelegentlich nötig sei, wenn auch nicht oft, eine zweite Pflegeperson hinzuzuziehen. Wichtig sei es, langsam zu reden, manches zu wiederholen und nicht in Dialekt zu verfallen, meint Herr Huber. Im Großen und Ganzen funktioniere der Austausch gut. Er bezeichnet sich als nicht zu anspruchsvoll.

Bei einer anderen Interviewperson, die auf derselben Station betreut wird, ist die Beurteilung der Situation kritischer.

(Sprachliche Schwierigkeiten erlebt?) Mit den Pflegenden? na, die bemühen sich sehr. Hab i eigentlich... nein, nein. (Ob man immer verstanden wird?) Es kommt meistens immer zweiter dazu, der das versteht oder der Deutsch spricht, oder san immer... (Ob dies notwendig sei?) Na ja, manchmal schon, ja, ja. Kann man doch die Kommuni..., die haben keine Ahnung von der deutschen Sprach, da müssen sie sich... na ja was wir halt kriegen als Pflegepersonal, ne, is ja a net so leicht, aber sonst ... hab keine Schwierigkeiten gehabt. Weil irgendwie, weil immer welcher dabei ist, der sich, der kommuniziert. (Fr. Stadler)

6.4.5 Förderliche Maßnahmen für die Integration ausländischer Pflegekräfte

Was könnte das Gesundheitswesen bzw. das Bildungswesen für die Integration Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache unternehmen? Welche Maßnahmen können dazu beitragen, dass diese Menschen als anerkannte und gleichwertige Mitarbeiter ihr Wissen und ihre Ressourcen bestens in die Arbeit einbringen können?

Viele waren mit der aktuellen Situation zufrieden und fanden, dass das Personal mit Migrationshintergrund gut integriert sei und keine speziellen Maßnahmen notwendig wären.

Ob die ausländischen Pflegekräfte im österreichischen Gesundheitswesen gut integriert sind?

Ja, ja, doch, auch sprachlich (unverständlich), aber ich war überrascht, dass da so viele gibt. (Hr. Müller)

Doch, doch, oh ja, in manchen Ländern, soweit ich informiert bin, sind besser sogar ausgebildet, wie bei uns in Österreich. (Ob er zufrieden sei?) Oh ja, ich bin zufrieden. (Hr. Seidler)

Bitte, ich muss ehrlich sagen, ich weiß nicht wie das funktioniert. Ich weiß nur, dass hier lauter nette Leute sind, und die alle bemüht sind einem zu helfen und usw. Ob

alles bestens funktioniert? *Ja, kann wirklich nichts Negatives sagen, wirklich, ganz ehrlich und drum fühlt man sich hier auch wohl. Nicht? (Fr. Pöschl)*

Einige erkannten an, dass ohne die Immigranten das Gesundheitssystem fast nicht mehr funktionieren könne und plädierten für mehr ausländische Arbeitskräfte bzw. Ausbildungsplätze für das ausländische Personal.

Ja gut, auf alle Fälle, was wir sicher mehr brauchen, das is a mol klar, weil die Bevölkerung überaltert, und find, wann die ausländischen Kräfte kompetent und die Fachkräfte gut san, dann ich hab nichts dagegen, mich stört's nicht. (Hr. Hofer)

Na ja, viel mehr Ausbildungsplätze, na, und einen Anreiz, dass sie sag mal, schon in der Ausbildung schon Geld bekommen, also Provision im Vorschuss, dass sie schon Geld bekommen, in der Ausbildung schon, verstehen Sie mich? Nicht dass sie bis fertig sind und studiert haben und dass man ihnen, sag mal, nach einem halben Jahr oder dreiviertel Jahr Studium gibt man ihnen schon sag mal zwei-dreitausend Euro, na, als Anreiz dafür, dass sie dann vielleicht in Österreich bleiben. (Herr Riedl)

Von zwei Interviewpersonen wurde das Sprachenlernen als notwendige Integrationsmaßnahme thematisiert und als eine Pflicht von den Pflegenden gefordert. Diese Aussagen zeigen, dass Integration von vielen immer noch mit Sprachenlernen gleichgesetzt und vor allem als ein einseitiger Prozess betrachtet wird, für dessen Gelingen nur die Immigranten verantwortlich sind. Für eine erfolgreiche Integration schlug Herr Huber die Organisation von Deutschkursen vor und forderte vehement eine verpflichtende Teilnahme für die Pflegenden. Sollten diese keine Bereitschaft für das Sprachenlernen zeigen, solle ihnen das Arbeitsrecht entzogen werden. Auch Frau Stadler führte an der ersten Stelle das Sprachenlernen als Notwendigkeit an und verlangte Anpassung für gelingende Integration.

Na, vor allem die Sprache, dass die schneller erlernen und eventuell Kurse besuchen, dass sie a bissl intelligenter werden, dass sie nicht so...na ja, manche haben überhaupt ka Ahnung, net, gibt's auch welche, aber im Großen und Ganzen tun sie sich untereinander dann schon. Ja, also ich kenn eigentlich keine dumme oder oder ... na. Ich denk nur die Sprache, net, und das alltägliche Benehmen, wie: bitte(?) grüßen sie schon! (Ob das ein bisschen anders ist?) Das ist schon anders. Das Grüßen. (Ob im Alltag auch kulturell bedingte Missverständnisse vorkommen?) Na das glaub ich nicht, kulturell bedingte nicht. (Ich verwies an dieser Stelle auf das erwähnte Benehmen.) Das ist schon anders, ja. Ja, sie können ja nicht gleich so sein, wie wir wollen. Sie müssen sich schon anpassen, net. Beim Herrn A. zum Beispiel. Ich finde, bis jetzt haben sie sich sehr schön angepasst, sonst fliegen's ja eh gleich raus.(...)

Die Kritik der Dame bezüglich des unhöflichen Benehmens mag tatsächlich berechtigt sein, doch eventuell handelt es sich hier auch nur um ein interkulturelles Missverständnis. In jedem Fall sind in dieser Aussage doch auch ethnozentrische Tendenzen erkennbar. Erfolgreiche Integration wird als Anpassungsprozess aufgefasst und gefordert, an dessen Ende man weder

sprachlich noch kulturell irgendwie auffällt. Kulturelle Vielfalt und Mehrsprachigkeit wird hierzulande doch nur sehr selten als Bereicherung verstanden.

7. Interpretation

Pflege ohne Kommunikation ist kaum vorstellbar. Ob es sich nun um den Austausch im Team oder die Begleitung der Patienten handelt, fast jede pflegerische Tätigkeit hat eine sprachliche Komponente. Pflegende und Patienten räumen der Kommunikation gleichermaßen eine wichtige Bedeutung ein. Das Aufbauen einer pflegerischen Beziehung und das Zugehen auf die Patienten ist Aufgabe der Pflegenden. Ist die Bereitschaft vorhanden, wird dies von den Patienten sehr wohl geschätzt. Ein offenes Ohr, das zuhört, eine Person, mit der man seine Sorgen teilen, oder einfach nur nett plaudern kann, bedeutet den Patienten sehr viel. Einigen Patienten merkte man ein sehr großes Kommunikationsbedürfnis an. Viele alte Menschen haben wenig soziale Kontakte, und es ist daher enorm wichtig, dieses Bedürfnis zu erkennen und auf die Menschen zuzugehen. Auch möchten die Patienten über alle geplanten Untersuchungen, therapeutischen Maßnahmen etc., die ihre Person betreffen, informiert werden. Im Pflegealltag ist ständig die Kompetenz gefragt, über alle pflegerischen Maßnahmen Auskunft geben zu können, den Patienten anzuleiten, aufzuklären, zu instruieren und bei Bedarf zu trösten bzw. zu motivieren usw.

Wie können die Pflegenden diesen Aufgaben nachkommen? Wie gestalten sie die Kommunikation mit den Patienten? Gibt es Kommunikationsschwierigkeiten?

Aufgrund der Beobachtungen, der Patientenmeinungen sowie der Interviews mit den Pflegenden lässt sich feststellen, dass die Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Patienten im Großen und Ganzen funktioniert. Obwohl im Fokus meiner Untersuchung in erster Linie das diplomierte Pflegepersonal stand, konnte nicht immer genau zwischen Pflegehelfern und diplomiertem Personal differenziert werden. Die meisten Pflegepersonen waren während der Beobachtungen um gelingende Kommunikation bemüht und konnten sich mit der Klientel gut verständigen. Die Mehrheit der befragten Pflegenden war selbst der Meinung, dass ihnen der mündliche Austausch mit den Patienten keine größeren Schwierigkeiten bereite, was von den Patienten größtenteils bestätigt wurde. In der mündlichen Ausdrucksfähigkeit der einzelnen Pflegenden – und dies war vor allem während der Interviews beobachtbar – konnte man trotzdem große Unterschiede feststellen. Manche sprachen fast auf muttersprachlichem Niveau, während andere trotz längerem Aufenthalts

keine vergleichbare Sprachkompetenz erworben hatten. Verbesserungspotenzial ist aber auf jeden Fall vorhanden. Einige interviewte Pflegepersonen berichteten davon, dass Sprachdefizite bei manchen Kollegen bestehen, und deuteten an, dass dies die Zusammenarbeit erheblich erschwert. In der Minderheit gab es auch Patientenstimmen, die bei manchen Pflegenden Verständigungsschwierigkeiten identifizierten.

Von den Personen, die ihre Ausbildung nicht in Österreich absolvierten, hatten mit einer Ausnahme alle Sprachkurse besucht. Länge und Qualität dieser Kurse variierten natürlich von Person zu Person. Zwei Personen gaben an, sowohl allgemeinsprachliche als auch berufsspezifische Sprachkurse besucht zu haben, zwei ausschließlich einen berufsspezifischen Kurs und die restlichen Personen nur allgemeinsprachliche Kurse. Viele Pflegekräfte, die hier nostrifizierten, fanden, dass auch die Nostrifikation zur Verbesserung ihrer Sprache beitrug. Die berufsspezifischen Kurse wurden von den Pflegenden unterschiedlich beurteilt. Eine Pflegeperson fand, dass sie sehr viel davon profitiert habe. Zwei weitere Pflegende beurteilten diese Kurse insgesamt als gut, bemängelten aber, sie hätten insgesamt zu kurz gedauert. Die nicht ausreichende Differenzierung nach Sprachniveaus wurde von einer Person als Grund angesehen, warum sie nicht viel aus diesem Kurs mitgenommen habe. Eine weitere Pflegeperson wurde erst gar nicht zu einem Kurs zugelassen, da sie über ausreichende Deutschkenntnisse verfüge. Dies wirft natürlich die Frage auf, welche Anforderungen hinsichtlich der Sprachkompetenz von verantwortlicher Seite bestehen. Gibt man sich hier eventuell mit einem niedrigeren Sprachniveau zufrieden? Dies ist sicherlich kein Ansatz, der zu einer optimalen und patientengerechten Versorgung führt und den beruflichen Aufstieg der Pflegenden unterstützt. Die Initiative von Gesundheitseinrichtungen, berufsbegleitende Kurse zu organisieren, ist wichtig und es bedarf weiterer solcher Kurse. Zusätzlich benötigt man jedoch differenziertere Lernangebote, welche sich auch an Personen richten, die ihre Sprachkenntnisse erweitern und verfeinern möchten.

Viele der Personen gaben an, dass sie durch den Kontakt mit den Patienten, Kollegen und Angehörigen in der Praxis, sowie der deutschsprachigen Bevölkerung und den Medien, viel dazugelernt hätten. Der Arbeitsplatz bleibt trotz der Sprachkurse natürlicherweise die wichtigste Lernquelle. Trotzdem sollte jede Pflegeperson vor dem Berufseinstieg ein gewisses Sprachniveau erreichen, um eine sichere und qualitative Arbeit leisten zu können. Ist ein solches Niveau erreicht, sollte der Fokus auf einer kontinuierlichen Weiterentwicklung berufssprachlicher Sprachkompetenzen liegen. Wie aus den Interviews mit den Pflegenden deutlich wurde, ist der Wunsch, sich sprachlich weiterzuentwickeln, bei den meisten

Pflegenden ohnehin gegeben. Um diese sprachliche Qualifizierung bzw. Fortbildung zu gewährleisten, sind berufsspezifische Kurse notwendig, die berufsqualifizierend oder berufsbegleitend konzipiert sind.

Sprachlernangebote könnten z.B. direkt am Arbeitsplatz stattfinden. Eine denkbare Realisierungsmöglichkeit wäre die Koppelung von Sprachlernangeboten an Fortbildungen. Da Pflegende gesetzlich sowieso verpflichtet sind, eine gewisse Stundenzahl beruflicher Fortbildungen zu absolvieren, wären Unterrichtseinheiten, die als betriebliche Fortbildungen konzipiert und angerechnet werden, für viele motivierend. Hier könnte man je nach Wunsch und Bedarf unterschiedliche Schwerpunkte setzen, wie z.B. „Pflegedokumentation für Nicht-Muttersprachler“. Der Ansatz von Abt-Zegelin (vgl. 2005: 114), an konkreten Fallbeispielen zu arbeiten und schriftliche Dokumente aus der Praxis als Ausgangspunkt für gemeinsame Reflexion, Kritik und Verbesserungsvorschläge zu nutzen, wäre sowohl für Muttersprachler als auch speziell für Pflegende nicht-deutscher Muttersprache fruchtbringend. Solche Fortbildungen würden auch eine ideale Plattform für den Austausch zwischen den Migranten bilden, auf der sie ihre konkreten Sprachgebrauchserfahrungen am Arbeitsplatz in einer kleinen Gruppe gemeinsam reflektieren könnten.

Ebenso wäre ein fortlaufender Fremdsprachenunterricht in Kleingruppen denkbar, bei dem wichtige Impulse gesetzt werden könnten, um den ansonsten ungesteuerten Spracherwerb in der Pflegepraxis zu begleiten und entsprechend zu lenken.

Viele Pflegende fanden, dass die Wahrnehmung der Person als Mensch und als Fachkraft durch die Patienten beträchtlich davon abhängt, in welchem Maße man die deutsche Sprache beherrscht. Doch nicht nur in der Begegnung mit den Patienten, auch im Kontakt mit dem Team können mangelnde Sprachkenntnisse die Arbeit erschweren und sogar darüber bestimmen, ob jemand akzeptiert wird und dazugehört oder nicht. Obwohl deutlich in der Minderheit, gab es Patienten, welche die Sprache als Schlüssel zur Integration thematisierten. Bringen die Pflegenden keine Bereitschaft mit, die Sprache zu erlernen, sollen sie am österreichischen Arbeitsmarkt nicht geduldet werden. Mangelnde Sprachkenntnisse sind zwar ein Integrationshindernis, merken Wolf/Bauböck (2001: 21) an, dennoch aber kein Indikator für die Integrationsbereitschaft. Obgleich die Sprache ohne Frage ein wichtiges Instrument der gesellschaftlichen Partizipation ist, stellt die Integration doch einen wechselseitigen Prozess dar, der ohne die Bemühung der Aufnahmegesellschaft nicht gelingen kann. Neben der Sprache spielen hier auch noch andere Faktoren eine Rolle, wie z.B. Hautfarbe und Kleidung, die ebenfalls mit Vorurteilen behaftet sind und Ablehnung hervorrufen können.

Neben der Sicherung geförderter Sprachlernangebote sind daher noch weitere Maßnahmen erforderlich. Um Toleranz und Offenheit zu fördern und ethnozentrischen Tendenzen in der Bevölkerung entgegenzuwirken, bedarf es zum Beispiel vermehrter Öffentlichkeitsarbeit und interkultureller Schulungen, die bereits im vorschulischen Bereich beginnen und sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen sollten. Als Fortbildungsschwerpunkt sollte interkulturelles Training daher auch für das gesamte Pflegepersonal stärker angeboten werden. Sowohl in der Betreuung der Patienten als auch im eigenen multikulturellen Team sind mehr Bewusstheit und ein reflektierter Umgang mit kulturellen Unterschieden erforderlich. „Interkulturelle Begegnung ist einerseits die Chance, das eigene subjektive Kulturverständnis zu erweitern oder zu korrigieren, andererseits Risiko, einmal gefasste Vorurteile laufend zu bestätigen und damit zu verfestigen.“ (Mucciolo-Madler 2003: 195) Durch Anleitung zur Auseinandersetzung mit Vorurteilen sowie Eigen- und Fremdbildern und durch die Bewusstmachung der kulturellen Prägung eigener Wahrnehmungen könnten interkulturelle Schulungen einen wichtigen Schritt zur Bewusstseinsbildung und in Richtung einer kultursensiblen Pflege leisten.

Pflegende mit Migrationshintergrund bringen neben ihrer Mehrsprachigkeit auch Wissen über andere Kulturen und Traditionen mit und haben vielleicht auch einen Zugang zu einem anderen Gesundheits- und Krankheitsverstehen. Dieses Wissen könnte im Pflegalltag stärker sichtbar gemacht werden. Auch Teamkollegen könnten von diesem Wissen profitieren, wenn z.B. im Rahmen von innerbetrieblichen interkulturellen Fortbildungen Pflegende mit Migrationshintergrund stärker auch als Vortragende, als Wissensvermittler, eingebunden wären. Damit könnte man ein Zeichen setzen, dass diese mitgebrachten Ressourcen auch öffentlich anerkannt und geschätzt werden.

8. Anregungen für didaktische Konzepte

Welche Inhalte in einem berufsspezifischen Kurs behandelt werden sollten, hängt einerseits von der Ausgangssituation der Pflegenden, ihrem Sprachstand und ihren Erwartungen, andererseits aber auch von den Anforderungen der Berufspraxis ab. Durch die Beobachtungen und Interviews mit Pflegenden und Patienten haben sich einige Themen und Schwerpunkte herauskristallisiert, die zum einen individuell und daher schwer verallgemeinerbar sind. Diese Bestandsaufnahme liefert zum anderen aber trotzdem Hinweise über die Kommunikationspraxis und den Sprachbedarf. Obwohl der Fokus meiner Beobachtungen auf die Pflegenden-Patienten-Interaktion gerichtet war, wurden im Rahmen der Interviews auch

andere Aspekte der beruflichen Kommunikation thematisiert, welche die Verbesserungsbedürfnisse und Vorstellungen der Lernenden über wichtige Kursinhalte darstellen. Die im Folgenden präsentierten Themen sollten als Empfehlungen für berufsspezifische Sprachkurse verstanden werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit kann hier nicht erhoben werden.

Viele der kommunikativen Aufgaben, die von der Fachliteratur im Zusammenhang mit der Patientenbetreuung beschrieben werden, konnten auch während meiner Praxis-Beobachtungen und auch aufgrund der Beschreibungen der Pflegenden identifiziert werden. Ich stütze mich hierbei auf die Einteilung nach Haider (2010: 197), die auf der Basis der Fachliteratur zwischen tätigkeitsbegleitender Kommunikation und Gesprächen, die den Hauptinhalt des pflegerischen Handelns darstellen, unterscheidet. Zum Gespräch zentral zählen Anamnesegespräche, Beratungen, Problem/Konfliktlösung, Informationsgespräch und Entlassungsgespräch etc. Als tätigkeitsbegleitende Kommunikation lassen sich Anleitungen während pflegerischer Handlungen, Informationen über Pflegehandlungen, homileische Gespräche etc. bezeichnen. Was kommt von diesen Gesprächstypen in der Praxis am häufigsten vor? Welche Gesprächstypen sollten auch in berufsspezifischen Kursen behandelt werden?

Die tätigkeitsbegleitende Kommunikation trifft man überall an. Vor allem in der Langzeitpflege macht sie einen erheblichen Teil der Patienten-Pflegenden Kommunikation aus. Ohne verbale Anleitung, die Erklärung der einzelnen pflegerischen Schritte, ist die Durchführung der Pflege oft nicht möglich. Durch die sich täglich wiederholenden Pflegeschritte ergeben sich bei der tätigkeitsbegleitenden Kommunikation repetitive kommunikative Abläufe, die den Pflegenden daher keine Schwierigkeiten bereiten. Auch das homileische Gespräch lässt sich als Gesprächstyp im Pflegealltag beobachten. Dies ist aber nicht unbedingt an eine pflegerische Tätigkeit gebunden. Eine Patientin deutete an, dass solche Gespräche eher mit Pflegenden geführt werden, die über eine bessere kommunikative Kompetenz verfügen. Dreimal war ich bei der Durchführung von Anamnesegesprächen dabei. Einmal in der Langzeitpflege und zweimal auf einer Station in einem Krankenhaus. Auf der Basis einer Checkliste funktionierte das Erheben der Patientendaten gut. Kleinere Schwierigkeiten ergaben sich zum Teil beim Transfer zwischen Alltagsprache und Fachsprache. Die Feststellung von Haider (2010: 231, 272), dass Anamnesen in der Praxis der Pflegenden selten vorkommen und hauptsächlich von Stationschwestern durchgeführt werden, können aufgrund der Beobachtungen, der Interviews und meiner eigenen Berufserfahrungen nicht bestätigt werden. Haiders Beobachtung lässt sich dadurch erklären,

dass die Mehrzahl ihrer Interviewpartner in der Altenpflege tätig war. Bedingt durch die lange Verweildauer der Patienten und die damit verbundene niedrige Fluktuation in diesem Bereich, kommt die Gesprächsform der Anamnese hier natürlicherweise seltener vor, als dies zum Beispiel in den Akutbereichen der Fall ist. Gerade in einem Bereich mit langer Verweildauer, kann eine auf dem Anamnesegespräch aufbauende Pflegeplanung weichenstellend sein und es ist daher gut möglich, dass einzelne Stationsschwestern diese Tätigkeit folglich ungerne delegieren. In der Psychiatrie nahm ich an einer Art Gruppengespräch teil, innerhalb deren Beratungsgesprächsformen, Konfliktlösungen aber auch homileische Diskurse stattfanden. In der mobilen Pflege war ich zugegen, als ein Problemlösungsgespräch geführt wurde. Aus der eigenen Erfahrung auf einer operativen Station kann die Reihe dieser Gesprächsformen mit anderen ergänzt werden. Wie im Kapitel 2.3.1 schon geschildert, gehören auch das Aufklärungsgespräch über prä- und postoperative pflegerische Maßnahmen, Informationsvermittlung über das Verhalten vor und nach der Operation, sowie über eventuelle Einschränkungen, zum festen Bestandteil des kommunikativen Repertoires einer operativen Station. Auch die Besprechung der weiteren Versorgung nach der Entlassung in Kooperation mit dem Entlassungsmanagement kommt meiner eigenen Berufserfahrung entsprechend hier häufig vor. Allerdings gibt es auch Spitäler, in denen die Hauptaufgaben bzgl. der Entlassung eher durch Stationsschwestern, bzw. Krisengespräche in erster Linie durch Psychologen, übernommen werden. Hier sieht man, dass je nach Station, zum Teil auch durch das Profil der Abteilung bedingt, einige Unterschiede in den typischen Gesprächsformen festzustellen sind. Ohne Frage trifft die Schlussfolgerung von Haider (2010: 231) an vielen Orten zu, dass wichtige Gesprächsformen, wie zum Beispiel therapeutische Gespräche oder Beratungen bevorzugt durch andere Gesundheitsberufe bewältigt werden. Diese Beobachtung lässt sich aber nicht verallgemeinern. Dabei spielen die knappen Zeitressourcen, aber vielleicht auch die mangelnde Gesprächserfahrungen der Pflegenden eine Rolle.

Obwohl manche Gesprächstypen auf einigen Fachabteilungen also häufiger, auf anderen seltener anzutreffen sind, wäre die Aufnahme der oben genannten kommunikativen Aufgaben in das Repertoire von Lernmaterialien trotzdem sinnvoll und würde eine gute Vorbereitung für die generelle Praxis in der Krankenpflege bilden. Dies würde auch der hohen beruflichen Mobilität in der Krankenpflege Rechnung tragen.

Gespräche im Beruf finden nicht in einem neutralen Raum statt, sondern sind situationell, institutionell und kulturell eingebettet (Dannerer 2008). Um in beruflichen Situationen sprachlich kompetent zu handeln, benötigt man einerseits generelle Kenntnisse über

Kommunikationsprozesse, andererseits Wissen darüber, wie man entsprechend der geltenden kulturellen Codes unter Berücksichtigung der Hierarchiestrukturen die sprachlichen Interaktionen gestaltet.

Aus einem Interview mit einer Pflegeperson bzw. mit einer Patientin kam hervor, dass die Vorstellungen über höfliches Benehmen durchaus divergieren und dies sehr wohl Konfliktpotenzial und Quelle von Missverständnissen sein kann. Die Patientin bemängelte, dass manche ausländische Pflegenden nicht adäquat grüßen würden. In einer anderen Institution berichtete eine Pflegekraft darüber, dass viele österreichische Pflegenden nicht höflich genug und einfühlsam mit den alten Menschen umgehen würden. Vielleicht sind die Kritiken am Verhalten der Pflegenden generell berechtigt und machen auf die Notwendigkeit von mehr Introspektion aufmerksam. Allerdings zeigt dies auch, dass die Wahrnehmung von korrektem Benehmen auch durch die kulturelle Prägung beeinflusst wird. Ohne eine Wertung der unterschiedlichen kulturellen Codes vornehmen zu wollen, ist eine Sensibilisierung für die im Zielland herrschenden kulturellen Codes sicherlich notwendig, und dabei ist auch Sprache ein wichtiges Instrument, weil sie eine starke kulturelle Dimension besitzt.

Aus den Berichten mancher Pflegenden kam hervor, dass man in der Betreuung von Kranken oft auch mit emotions- und spannungsgeladenen Situationen zu tun hat (vgl. auch Haider 2010: 231). Die Beherrschung der richtigen Kommunikationsstrategien, um solche Situationen diplomatisch zu lösen, wäre daher für einige wünschenswert. Diese implizieren meines Erachtens auch die Fähigkeit, sich verständlich auszudrücken, sachlich zu argumentieren und Missverständnisse auf einer Metaebene klären zu können. Hier spielt auch die kritische Dimension der Sprache eine Rolle. Diese Beispiele zeigen, dass operationale, kulturelle und kritische Dimensionen der Sprache eng miteinander verwoben sind und im berufsspezifischen Unterricht entsprechende Beachtung finden sollten. (vgl. Grünhage-Monetti 2004) Dies kommt sicherlich auch den Erwartungen vieler Pflegenden entgegen. Bei vielen Personen war ein hohes Sprachbewusstsein zu beobachten. Es wurde z.B. der Wunsch verbalisiert, einen Sachverhalt mit unterschiedlichen sprachlichen Mitteln ausdrücken zu können, oder die Wichtigkeit hervorgehoben, zwischen mündlichem und schriftlichem Sprachgebrauch zu differenzieren. Ein Pfleger verwies auf die Rolle der Rhetorik und die Kenntnis verschiedener Sprachebenen, die eine professionelle Begegnung mit den Klienten erst ermöglichen. Er plädierte für das Trainieren der Gesprächsführung auch im Rahmen von berufsspezifischen Kursen (vgl. Kap. 6.3.9). Die richtige situations- und adressatenadäquate Wahl der sprachlichen Mittel sollte daher auch im berufsbezogenen Sprachunterricht reflektiert, vermittelt und geübt werden. Dies ermöglicht nicht nur eine patientengerechte

Kommunikation, sondern unterstützt auch ein selbstbewusstes sprachliches Auftreten im Umgang mit den Arbeitskollegen und steht im Dienste der beruflichen Integration der Pflegenden.

Wichtig wäre allerdings auch, das Wissen über generelle Kommunikationsprozesse, Techniken der Gesprächsführung, sowie die Psychologie der Interaktionen (was ist kommunikationshemmend etc.) zum Thema von Aus- und Fortbildungen zu machen, da die Entwicklung professioneller kommunikativer Kompetenzen sowohl die ausländischen als auch die muttersprachlichen Kräfte betrifft.

Eine gute allgemeinsprachliche Basis sollte allerdings den Ausgangspunkt für das berufs- und fachbezogene Sprachenlernen bilden (vgl. auch Funk 1992: 6f.; Haider 2010: 267). Diese Kompetenz könnte im berufsspezifischen Unterricht weiter ausgebaut und um die fachliche Sprachkompetenz erweitert werden. Denn sowohl die Rezeption als auch die Produktion fachsprachlicher Texte ist ohne eine allgemeinsprachliche Basis schwer realisierbar.

Als eine Herausforderung in der Verständigung mit den Patienten erlebten viele den Dialekt. Interessanterweise waren die Meinungen geteilt, ob die Sensibilisierung für den Dialekt als Inhalt von berufsspezifischen Kursen notwendig wäre. Manche meinten, dass dies eine zusätzliche Lernbelastung darstelle. Hierbei muss auf jeden Fall zwischen der rezeptiven und der produktiven Fertigkeit unterschieden werden. Die produktive Beherrschung z.B. des Wiener Dialektes stellt tatsächlich einen zu hohen Anspruch dar. Auf der rezeptiven Ebene kann eine Sensibilisierung jedoch durchaus sinnvoll sein. Wie eine Pflegerin erklärte, kann ein Gefühl für den Dialekt in der Berufspraxis helfen, ältere Menschen zu verstehen, die nicht mehr über die Fähigkeit verfügen, bewusst in die Hochsprache zu wechseln. (Um im Berufskontext zu bleiben, wären authentische Aufnahmen, z.B. ein Anamnesegespräch mit einer/m WienerIn interessant und motivierend.)

Die schriftliche Dokumentation der Pflege nimmt einen erheblichen und wichtigen Teil der täglichen Aufgaben der Pflegenden ein, auf den immer mehr Wert gelegt wird. In diesem Bereich erkannten einige bei sich noch Schwierigkeiten und Lernbedarf. Unsicherheiten beim Schreiben sind einerseits auf Lücken in der allgemeinsprachlichen Kompetenz zurückzuführen, andererseits fällt die textsortentypische Ausdrucksweise – sich kurz, präzise, differenziert und verständlich auszudrücken und dabei eine fachlich adäquate Sprache zu benutzen – manchmal schwer. Wichtig wäre in diesem Zusammenhang ein Training im fachspezifischen Schreiben, bei dem es auf eine Kombination aus Fachwissen und Textsortenwissen ankommt (vgl. Haider 2010: 245).

In diesen Bereich fällt auch der Transfer aus der gesprochenen Allgemeinsprache in die schriftliche Fachsprache bzw. umgekehrt. Bei der Anamneseführung konnte man diesbezüglich auch kleinere Formulierungsschwierigkeiten beobachten. Übungen die diesen Transfer bezwecken und gleichzeitig für die Besonderheiten des mündlichen oder schriftlichen Sprachgebrauchs unter Berücksichtigung der Textsortenmerkmale sensibilisieren, wären im Sprachunterricht sinnvoll und nutzbringend.

Im Rahmen der allgemeinen Sprachkompetenz soll auf einen Aspekt hingewiesen werden, der im Sprachunterricht oft vernachlässigt wird. Es handelt sich um die Phonologie. Bei zwei bis drei Pflegenden wurde in der Interaktion mit den Patienten oder mir eine falsche Intonation, eine vom deutschen Lautsystem abweichende Aussprache, deutlich, so dass manchmal eine Klärung, ein Nachfragen, notwendig war. Dieser sprachliche Aspekt wurde auch von den Patienten thematisiert. Vor allem in der Altenpflege, wo viele betagte, schwerhörige und eventuell demente Menschen betreut werden, die unter Umständen nicht mehr so leicht nachfragen können, kann dieses Sprachdefizit die Verständigung sehr wohl beeinträchtigen. Die Pflegenden thematisierten diesen sprachlichen Aspekt bei sich selbst interessanterweise kaum. Vermutlich nahmen sie dies selbst nicht bewusst wahr. Eine einzige Pflegeperson verwies auf die paralinguistische Sprachebene und dass ihr Ton zu laut wäre, weshalb sie von den Patienten oft als böse beurteilt werde. Zwei weitere Pflegepersonen fanden, dass der Akzent, die Aussprache mancher Kollegen, auffällig sei.

Auch Ford verweist darauf, dass eine falsche Intonation in L2 und L3 von den Muttersprachlern oft falsch interpretiert werden kann und z.B. als arrogant oder befehlend wahrgenommen wird. Sie plädiert daher dafür, diese sprachlichen Aspekte auch im berufsspezifischen Deutschunterricht zu üben.

Intonation und Aussprache (z.B. betonte und unbetonte Wörter in einem Satz oder Silben in einem Wort) müssen erklärt und geübt werden, um solche Probleme zu reduzieren. Dies kann zur besseren Verständigung zwischen Pflegenden und Patienten führen und leistet einen Beitrag zur kultursensiblen Pflege. (Ford 2005: 105)

Wildmann/Fritz (2001) heben hervor, dass bei vielen erwachsenen Fremdsprachenlernern auf Gebieten wie Lexik, Morphologie, Pragmatik oder der diskursiven Fertigkeit eine hohe Kompetenz zu beobachten sei, während sie im Bereich der Phonologie jedoch oft auf einer niedrigeren Stufe stehenbliebe. Daher plädieren sie dafür, dem Ausbau phonologischer Kompetenzen im Sprachkurs mehr Aufmerksamkeit zu widmen. „Von Anfang an muss den Lernenden im Unterricht regelmäßig die Möglichkeit gegeben werden, phonologische Phänomene bewusst wahrzunehmen. (...) Authentische Texte sind mit ihrer natürlichen Komplexität eine reichhaltige Quelle für Input im phonologischen Bereich, der notwendig ist

um den Zugang zu den sprachlichen Erwerbsmechanismen zu ermöglichen.“ (Wildmann/Fritz 2001: 222)

Fast jede Pflegeperson hatte außer Deutsch und der eigenen Muttersprache Sprachkenntnisse in mindestens einer weiteren Fremdsprache. Dieses Wissen gilt es auch im berufsspezifischen Deutschunterricht zu verwerten und sichtbar zu machen. Beim Deutschlernen sollte auf die früheren Spracherfahrungen zurückgegriffen werden. Die Kognitionspsychologie hat bewiesen, dass die Sprachen im menschlichen Gedächtnis nicht voneinander getrennt gespeichert, sondern miteinander und mit anderen Wissensbeständen verknüpft ein Netzwerk bilden. Neues Wissen kann nur dann nachhaltig aufgenommen werden, wenn es in bereits vorhandene Wissensbestände integriert wird. Daher sollten Muttersprachen und weitere Sprachen den Bezugspunkt auch fürs Deutschlernen bilden (vgl. Neuner 2005: 16f.). Durch Anstellen von Vergleichen sowie das Eingehen auf kulturelle Unterschiede, die auch durch Sprache transportiert werden, kann der Unterricht zur Erweiterung des Sprachbewusstseins der Lernenden beitragen. Ein Deutschunterricht, der die Mehrsprachigkeit als Ressource anerkennt, zeigt auch Wertschätzung gegenüber den mitgebrachten Sprachen der Lernenden und stärkt ihre Lernmotivation.

Alle Pflegenden hatten die herausragende Rolle einer gut funktionierenden Kommunikation im Berufsalltag erkannt, zeigten mehrheitlich eine positive Einstellung zur Erweiterung der eigenen Sprachfähigkeit und konnten auch selbst konkrete Vorstellungen in Bezug auf den Verbesserungsbedarf verbalisieren. Berufsbezogener Sprachunterricht sollte diese Motivation aufgreifen und darauf aufbauen. Eine Aufgabe modernen Sprachunterrichts, und infolgedessen auch des berufsspezifischen, sollte die Förderung der Sprachlernbewusstheit sein. Die Reflexion der Lernerfahrungen, die Vermittlung und Besprechung von Lernstrategien und die bewusste Auseinandersetzung mit dem eigenen Lernfortschritt sollte Teil des Unterrichts sein. Auf diese Weise sollten die Pflegenden zur Lernautonomie angeleitet werden, damit sie ihren Lernprozess selbständig überwachen und diesen auch über den Kurs hinaus eigenständig und effizient gestalten können.

9. Abschließende Bemerkungen

Die vorliegende Arbeit versuchte der Frage nachzugehen, wie Pflegende mit Migrationshintergrund die verschiedenen Situationen der beruflichen Kommunikation und insbesondere die Begegnung mit den Patienten bewältigen; außerdem sollten eventuelle Schwierigkeiten und möglicher Verbesserungsbedarf für die Kommunikationspraxis aufgezeigt werden. Die Beobachtungen und Befragungen der Beteiligten zeigen ein heterogenes Bild, bei dem in der Sprachkompetenz der einzelnen Pflegenden große Unterschiede festgestellt werden konnten. Der Bedarf oder das Bedürfnis, die sprachliche und kommunikative Kompetenz weiter auszubauen, ist bei vielen Pflegenden gegeben, sei es im mündlichen oder eher im schriftlichen bzw. in beiden Bereichen. Ein Gesundheitswesen, das eine qualitative Pflege anstrebt, sollte diesen Aspekt der beruflichen Qualifikation ihrer Mitarbeiter nicht vernachlässigen. Laut Ford (2005: 107), „muss bei der Messung der Qualität im Gesundheitswesen der sprachlichen und kulturellen Kompetenz erheblich mehr Beachtung geschenkt werden.“ Anzustreben wären berufsqualifizierende bzw. berufsbegleitende Sprachkurse, die sowohl Pflegenden vor dem Berufseinstieg als auch Pflegenden, die schon seit Jahren in diesem Beruf tätig sind und es benötigen, die Erweiterung ihrer Sprachkompetenzen ermöglichen. Dies steht nicht nur im Dienst eines sicheren pflegerischen Handelns und fördert die Patientenzufriedenheit, sondern trägt auch zur beruflichen Integration der Pflegekräfte bei. Benötigt wird jedoch ein berufsspezifischer Deutschunterricht, der auch die Erwartungen und die mitgebrachten Kompetenzen der Lernenden einbezieht und neben der Entwicklung beruflicher sprachlicher Handlungsfähigkeit auch mit dem Ausbau des Sprachbewusstseins und der Förderung des autonomen und interkulturellen Lernens einhergeht.

Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin, Angelika; Schnell, Martin (Hrsg.) (2005), *Sprache und Pflege*. Bern: Huber, 111- 129.

Abt-Zegelin (2005), Sprache und Pflegedokumentation. In: Abt-Zegelin/Schnell (Hrsg.) (2005), 111- 129.

Arets, Jos; Obex, Franz; Vaessen John; Wagner, Franz (1999), *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen*. Bern: Hans Huber.

Beth, Brunni (2007), Pflege als kommunikativer Prozess. In: Menche (Hrsg.) (2007), 177-200.

Boeckmann, Klaus-Börge (2007), Motivation, Integration und Deutsch als Zweitsprache. In: *ÖDaF-Mitteilungen* 1/2007, 31-47.

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (1995), *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer (zit. n. Reicher 2005).

Brünner, Gisela (2005), Gespräche zwischen Pflegenden und Patienten aus linguistischer Sicht. In: Abt-Zegelin/Schnell (Hrsg.) (2005), 61-66.

Dachs, Petra (1999), *Transkulturelle Pflege in einer multikulturellen Gesellschaft*. Universität Wien: Magisterarbeit.

Dannerer, Monika (2008), Beschreibungsmöglichkeiten der Fach- und Berufskommunikation im Deutschen. In: *ÖDaF-Mitteilungen* 1/2008, 22-36.

Diekmann, Andreas (1995), *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbeck: Rowohlt (zit. n. Gehrau 2002).

Ehlich, Konrad; Rehbein, Jochen (1980), Sprache in Institutionen. In: Althaus, Hans Peter; Wiegand, Herbert; Henne, Helmut (Hrsg.) (1980), *Lexikon der Germanistischen Linguistik (LGL)*. Tübingen: Niemayer, 338-345 (zit. n. Weinhold 1997).

Elzer, Matthias; Sciborski, Claudia (2007), *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*. Bern: Hans Huber

Europarat (2001), *Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen, lehren, beurteilen*. Berlin: Langenscheidt.

Friebertshäuser, Barbara (1997), Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.) (1997), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa, 371- 395.

Flick, Uwe (2007), Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.) (2007), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 309-318.

Ford, Yvonne (2005), Kultursensible Pflege ist nicht sprachlos – Über die Bedeutung von Sprachunterricht in der Pflege. In: Abt-Zegelin/Schnell (Hrsg.) (2005), 103-107.

Friedrichs, Jürgen (1980), *Methoden empirischer Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag

Funk, Hermann (1992), Grundlagen – Lernziele – Aufgaben. In: *Fremdsprache Deutsch, Sondernummer/1992*, 4-16.

Funk, Hermann (2001), Berufsbezogener Deutschunterricht – Deutsch als Fremd- und Zweitsprache für den Beruf. In: Helbig, Gerhard; Götze Lutz; Henrici, Gert; Krumm, Hans Jürgen et al. (Hrsg.) (2001), *Deutsch als Fremdsprache. Ein Internationales Handbuch*. Berlin, New York: De Gruyter, 962-973.

Funk, Hermann (2003), Berufsbezogener Fremdsprachenunterricht. In: Bausch, Karl-Richard; Christ Herbert; Krumm, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2003), *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. 3 überarb. u. erw. Aufl. Tübingen, Basel: Francke, 175- 179.

Gehrau, Volker (2002), *Die Beobachtung in der Kommunikationswissenschaft*. Konstanz: UVK-Verlag.

Greve, Werner; Wentura, Dirk (1997), *Wissenschaftliche Beobachtung*. Eine Einführung. Weinheim: Beltz.

Grotjahn, Rüdiger (2006), Zur Methodologie der Fremdsprachenerwerbsforschung. In: Scherfer, Peter; Wolff, Dieter (Hrsg.) (2006), *Vom Lehren und Lernen fremder Sprachen: Eine vorläufige Bestandsaufnahme*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 247-270

Grundböck, Alice; Seidl, Elisabeth; Walther Ilsemarie (2002), Multikulturelle Aspekte der Pflege. In: Seidl, Elisabeth; Walther Ilsemarie (Hrsg.) (2002), *Pflegewissenschaft Aktuell. Studien – Kommentare – Berichte. Pflegewissenschaft Heute*, Band 7. Wien: Wilhelm Maudrich, 109-128.

Grünhage-Monetti, Mathilde; Klepp, Andreas (2004), Zweitsprache am Arbeitsplatz als Herausforderung für Integration und Partizipation. Europäische Perspektiven. In: *Deutsch als Zweitsprache* 1/2004, 15-20.

Gühne, Martina (2007), Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In: Menche (Hrsg.) (2007), 1368-1390.

Haider, Barbara (2010), *Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine kritische Sprachbedarfserhebung vor dem Hintergrund der Nostrifikation*. Wien: Facultas.

Haider, Barbara; Laimer, Thomas (2007), *Deutsch für Gesundheits- und Pflegeberufe. Materialienreihe Fachsprache Deutsch*. Österreich Institut.

Hausmann, Clemens (2009), *Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Ein Handbuch für Ausbildung und Praxis*. Wien: Facultas

König, Peter (2007), Pflegeprozess. In: Menche (Hrsg.) (2007), 298-310.

Kühn, Günter (2001), Deutsch als Fremdsprache. In: Kühn, Günter; Förster, Eva; Ross, Ernst (Hrsg.) (2001), *Deutsch für Ausländer in der Berufs- und Arbeitswelt. Eine Bibliographie berufsbezogener Lehrmaterialien – Printmaterialien, Computerprogramme, Lehrgänge im Fernunterricht – mit Kommentierung*. Bielefeld: Bertelsmann, 7-15.

Menche, Nicole (Hrsg.) (2007), *Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*. München: Urban & Fischer.

Meinefeld, Werner (2007): Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.) (2007), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag, 265-275.

Mucciolo-Madler, Liselotte (2003), Multikulturelle Zusammenarbeit in der Pflegepraxis. In: Zielke-Nadkarni, Andrea; Schnepf, Wilfried (Hrsg.) (2003), *Pflege im kulturellen Kontext*. Bern: Huber, 187-207.

Neuner, Gerhard (2005), Mehrsprachigkeitskonzept und Tertiärsprachendidaktik. In: Hufeisen, Britta; Neuner, Gerhard (Hrsg.) (2005), *Mehrsprachigkeitskonzept und Tertiärsprachendidaktik – Deutsch nach Englisch*. Graz: Council of Europe Publishing, 13-34.

Olbrich, Christa (2006), Idiolektik: ein Konzept für die Pflegepraxis. In: Abt-Zegelin, Angelika; Schnell, Martin (Hrsg.) (2006), *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, 15-22.

Paleit, Dagmar (2000), Berufsorientiertes Deutsch für Zugewanderte Arbeitskräfte. In: *Bildungsarbeit in der Zweitsprache Deutsch* 1/2000, 17-20.

Reicher, Hannelore (2005), Planung und Durchführung – Gebrauchsanweisung für den „richtigen“ Methodeneinsatz. In: Stigler, Hubert; Reicher, Hannelore (Hrsg.) (2005), *Praxisbuch empirische Sozialforschung*. Innsbruck: Studien Verlag, 85-104.

Sachweh, Svenja (1999), „Schätzle hinsitze!“. *Kommunikation in der Altenpflege*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Sachweh, Svenja (2002), „Noch ein Löffelchen?“ *Effektive Kommunikation in der Altenpflege*. Bern: Hans Huber.

Schrimpf, Ulrike; Becherer, Sabine; Ott, Andrea (2011), *Deutsch für Pflegekräfte. Kommunikationstraining für den Pflegealltag*. Heidelberg: Springer.

Szablewski-Çavuş, Petra (1996), Vom Verstehen zur Verständigung. Interkulturelles Lernen im berufsbezogenen Deutschunterricht. In: Nispel, Andrea; Szablewski-Çavuş, Petra (Hrsg.) (1996), *Lernen, Verständigen, Handeln. Berufsbezogenes Deutsch. Frankfurt am Main: DIE (Praxishilfen berufliche Weiterbildung mit Erwachsenen Ausländischer Herkunft; 4)*, 25-39.

Szablewski-Çavuş, Petra (2008), Deutsch als Zweitsprache: eine Schnittmenge der beruflichen Bildung. In: *ÖDaF-Mitteilungen* 1/2008, 37- 46.

Volf, Patrick/Bauböck, Rainer (2001), *Wege zur Integration. Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann*. Klagenfurt: Drava.

Walther, Sabine (2001), *Abgefragt? Pflegerische Erstgespräche im Krankenhaus. Eine linguistische Untersuchung von Erstgesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten*. Bern: Hans Huber.

Walther, Sabine (2003), *Sprache und Kommunikation in der Pflege*. Duisburg: Gilles und Francke.

Weinhold, Christine (1997), *Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Weiß-Fassbinder, Susanne; Lust, Alexandra (Hrsg.) (2010), *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG samt ausführlichen Erläuterungen*. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Wildmann, Doris; Fritz, Thomas (2001), Authentische Hörtexte und sprachanalytische Aktivitäten. Der Weg zur Förderung des Phonologieerwerbs bei erwachsenen Lernenden. In: Portmann-Tselikas, Paul; Schmölzer-Eibinger, Sabine (Hrsg.) (2001), *Grammatik und Sprachaufmerksamkeit*. Innsbruck: Studien Verlag, 216-230.

Online-Quellen

Allmer, Gertrude (o.J.), *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe*. [<http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/GuKG/GuKG.pdf>, letzter Zugriff 03.02.2011]

DIE (Deutsches Institut für Erwachsenenbildung): *MigA, Migrant/inn/en in der Altenpflege - Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierungen in NRW*.

[<http://www.diebonn.de/Weiterbildung/Forschungslandkarte/projekt.aspx?id=106>, Zugriff 13.04.2011]

Friebe, Jens (2006), *MigA – Migrantinnen und Migranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme Personalgewinnung und Qualifizierung in Nordrhein Westfalen*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung. [<http://www.diebonn.de/Weiterbildung/Literaturrecherche/Details.aspx?ID=3535>, Zugriff 13.04.2011]

Frühmann, Magdalena (2010), "(...) dass sich unter den Schülern auch Asylanten befinden, merkt man im Unterricht eigentlich nicht (...)". *Zum Umgang mit sprachlicher und kultureller Vielfalt am Fallbeispiel einer Kleinstvolksschule*. Universität Wien: Masterarbeit. [http://othes.univie.ac.at/9972/1/2010-05-27_0207886.pdf, Zugriff 30.12.2011]

Scharmitzer, Michaela (2009), *Interkulturelle Zusammenarbeit in Pflgeteams*. Universität Wien: Diplomarbeit [mighealth.net/at/images/f/f3/DA_PW_Scharmitzer.pdf, Zugriff 23.03.2011]

Anhang

Interviewleitfaden – Pflegende

Alter, Herkunftsland, Aufenthaltsdauer in Österreich, derzeitige Arbeitsstelle, Sprachen

- Denken Sie zurück an die Zeit, in der Sie angefangen haben als Pflegende in Österreich zu arbeiten. Wie war es damals für Sie?
- Wo haben Sie vor dem Berufseinstieg Deutsch gelernt? (Was für Kurse waren das? Haben Sie auch einen berufsbezogenen Deutschkurs besucht?)
- Was hat ihnen beim Erlernen der Berufssprache am meisten geholfen?
- Was für eine Rolle spielt ihrer Meinung nach die Kommunikation für die Qualität der pflegerischen Betreuung?
- Welche kommunikativen Aufgaben müssen sie tagtäglich in der Interaktion mit den Patienten bewältigen?
- Wie beurteilen sie ihre eigene Kommunikation mit den Patienten?
- Was für kommunikative bzw. sprachliche Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten haben sie schon mal erlebt? Was waren oder sind für sie immer noch Problemfelder?
- Gibt es bei ihrer Kommunikation mit den Patienten etwas, das sie verbessern möchten?
- Benutzen sie auch andere Sprachen in der Kommunikation mit den Patienten?
- Wie beurteilen sie die Akzeptanz der Patienten gegenüber dem ausländischen Pflegepersonal? (Haben sie das Gefühl, dass sie genauso akzeptiert werden, wie die österreichischen Kollegen? Glauben sie, dass es an der Sprache liegt?)
- Wenn es einen berufsspezifischen Deutschkurs gäbe, hätten sie Interesse ihre Deutschkenntnisse weiter zu vertiefen?
- Welche Inhalte sollten in einem „Deutschkurs für Pflegende“ unbedingt behandelt werden?

Interviewleitfaden – Patienten/Bewohner/Klienten

- Wie lange sind sie schon hier im Spital/Seniorenheim?
- Wie geht es ihnen im Alltag? Haben sie jemanden zum Plaudern? Können sie ihre Wünsche äußern, ihre Sorgen teilen? (falls ja, gilt es auch für das Pflegepersonal?)
- Welche Rolle spielt ihrer Meinung nach die Kommunikation für die Qualität der Pflege?
- Haben sie schon einmal sprachliche Schwierigkeiten oder Missverständnisse im Umgang mit Pflegenden erlebt? Welcher Art waren diese?
- Sie haben auch viel Kontakt mit Pflegenden nicht-deutscher Muttersprache. Wie beurteilen sie generell die pflegerische Betreuung?
- Bemerken sie einen Unterschied in der Betreuung durch österreichische bzw. ausländische Pflegenden?
- Wie beurteilen sie die Kommunikation mit ausländischen Pflegekräften? Gibt es irgendwelche Problemfelder?
- Was sollte das Gesundheitswesen ihrer Meinung nach für die Integration ausländischer Pflegekräfte unternehmen?

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit den sprachlich-kommunikativen Kompetenzen der im österreichischen Gesundheitswesen tätigen Pflegekräfte nicht-deutscher Erstsprache und geht der Frage nach, wie sie die verschiedenen kommunikativen Aufgaben in der Interaktion mit den Patienten meistern. Sie beantwortet dabei auch die Fragen, wie die Pflegenden ihre Deutschkenntnisse erworben haben und wie beide Gesprächspartner die Kommunikation erleben. Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Zunächst wird der gehobene Dienst für die Gesundheits- und Krankenpflege kurz vorgestellt sowie die Rolle der Kommunikation im Berufsalltag verdeutlicht. Anschließend setzt sich die Arbeit mit dem berufsbezogenen Sprachunterricht auseinander.

Die Datenerhebung erfolgte anhand qualitativer Methoden. Beobachtungen in verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens sowie Interviews mit Pflegenden nicht-deutscher Erstsprache und Patienten geben sowohl die Kommunikationspraxis als auch die subjektive Sicht der Beteiligten wieder. Auf der Basis dieser Bestandsaufnahme werden zum Schluss Anregungen für mögliche Inhalte zur Konzipierung von berufsspezifischen Deutschkursen und Lernmaterialien präsentiert.

Curriculum vitae

Ausbildungsweg

2008-2011	Masterstudium DaF/DaZ , Universität Wien
2003-2006	Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege, Kaiserin-Elisabeth-Spital, Wien
1992-1996	Deutsch- und Italienisch-Studium, Philologische Fakultät der Universität Babes-Bolyai, Cluj (Ro)

Studienrelevante Tätigkeiten

1998-2002	Deutschlehrerin an einer allgemeinbildenden Schule, Targu-Mures (Ro)
8/2001	Fortbildung für Deutschlehrer, Bad-Königshofen (D)
1/2000	Fortbildung des Goethe-Instituts für ausländische Deutschlehrer, Göttingen (D)
1996-1997	Deutschlehrerin an einer allgemeinbildenden Schule, Targu-Mures (Ro)

Sonstige Tätigkeiten

2007 bis dato	DGKS, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien
2006- 2007	DGKS, CB Seniorenresidenz Armbrustergasse GmbH, Wien
1997-1998	Freiwilliges Soziales Jahr, Selbitz (D)