

**„Berufsbezogene Deutschkenntnisse
und inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen
in der ambulanten Pflege“**

vorgelegt von
Nicole Hartung
M. A. (Master of Arts)
geb. in Hildburghausen

von der Fakultät I – Geistes- und Bildungswissenschaften
der Technischen Universität Berlin
zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie
– Dr. phil. –

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzender: Prof. Dr. Ulf Schrader
Gutachter: Prof. Dr. Ulrich Steinmüller
Gutachterin: Dr. Olga Averina

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 19. Juli 2018

Berlin 2018

Inhalt

| | |
|---|----|
| Danksagung | 5 |
| 1. Einleitung | 6 |
| 2. Berufsbezogenes Deutsch | 10 |
| 2.1. Allgemeinsprache und Fachsprache..... | 10 |
| 2.1.1. Exkurs: Fachsprachenforschung – Geschichte und aktueller Forschungsstand .. | 12 |
| 2.1.2. Sprachliche Merkmale von Fachsprachen | 14 |
| 2.2. Berufsbezogenes Deutsch und sein Verhältnis zu Allgemein- und Fachsprache | 16 |
| 2.3. Berufssprache als Register | 18 |
| 2.4. Die Fachsprache der Pflege | 21 |
| 2.5. Sprachlich-kommunikative Anforderungen im Beruf | 24 |
| 2.6. Das Verhältnis von sprachlich-kommunikativer und interkultureller Kompetenz ... | 26 |
| 2.7. Schlussfolgerungen | 28 |
| 3. Inter- bzw. transkulturelle Kompetenz in der Pflege | 29 |
| 3.1. Kultur | 29 |
| 3.2. Kompetenz | 30 |
| 3.3. Interkulturelle Kompetenz | 31 |
| 3.3.1. Konzepte interkultureller Kompetenz | 31 |
| 3.3.2. Interkulturelle Kompetenz in Sozialberufen | 36 |
| 3.3.3. Die Messung interkultureller Kompetenz | 42 |
| 3.4. Transkulturelle Kompetenzen und transkulturelle Pflegemodelle | 43 |
| 3.4.1. Transkulturalität | 43 |
| 3.4.2. Transkulturelle Pflegekompetenz | 44 |
| 3.4.3. Transkulturelle Pflegemodelle | 49 |
| 3.5. Schlussfolgerungen | 50 |

| | |
|--|----|
| 4. Das Forschungsfeld Pflege | 54 |
| 4.1. Demografiewandel und Fachkräftemangel in der Pflege | 54 |
| 4.2. Exkurs: Geschichte der Pflege | 55 |
| 4.3. Die Pflege in der Gegenwart | 57 |
| 4.4. Aufgaben von professionell Pflegenden | 60 |
| 4.5. Ambulante Pflege | 62 |
| 4.5.1. Tätigkeiten und Anforderungen in der ambulanten Pflege | 65 |
| 4.5.2. Was unterscheidet die ambulante von der stationären Pflege? | 65 |
| 4.5.3. Kommunikation in der ambulanten Pflege | 66 |
| 5. Forschungsstand, Forschungsfragen und Forschungsziel | 67 |
| 5.1. Sprachlich-kommunikative Anforderungen im Beruf | 67 |
| 5.2. „Kommunikation als professionelle Pflegehandlung“ | 67 |
| 5.2.1. Sprachbedarf von Pflegekräften | 68 |
| 5.2.2. Gesprächsanalysen pflegerischer Kommunikation | 69 |
| 5.2.3. Lehrwerke und -materialien DaF/DaZ für die Pflege | 72 |
| 5.3. Inter- bzw. transkulturelle Kommunikation in der Pflege | 73 |
| 5.4. Desiderata | 75 |
| 5.5. Forschungsfragen | 78 |
| 5.6. Ziele und Relevanz der Arbeit | 79 |
| 6. Methodik | 80 |
| 6.1. Sprachbedarfsanalysen | 81 |
| 6.2. Funktionale Pragmatik | 86 |
| 6.3. Datenerhebung | 89 |
| 6.3.1. Feldzugang | 89 |
| 6.3.2. Die ambulanten Pflegedienstleistungsunternehmen | 89 |
| 6.3.3. Methoden der Datenerhebung | 90 |
| 6.3.3.1. Leitfadeninterviews | 91 |
| 6.3.3.2. Kurzbefragungen | 91 |
| 6.3.3.3. Beobachtungen | 91 |
| 6.3.3.4. Erhebungsinstrumente | 92 |
| 6.3.3.5. Die Probanden | 94 |

| | Inhalt |
|---|--------|
| 6.3.3.6. Die Sammlung der Texte | 95 |
| 6.3.3.7. Das Aufzeichnen der Gespräche | 95 |
| 6.3.4. Auswahl der Unternehmen, der Befragten und der Daten und Prozess der Datenerhebung | 96 |
| 6.4. Methoden und Vorgehensweise der Datenanalyse | 99 |
| 6.5. Reflexion zu meiner Rolle als Forscherin im Feld | 104 |
| 7. Ergebnisse | 105 |
| 7.1. Ergebnisse der funktional-pragmatischen, linguistischen Diskursanalyse | 105 |
| 7.1.1. Der Kontext der Gespräche | 105 |
| 7.1.2. Das Gesprächsziel | 105 |
| 7.1.3. Die Gesprächsphasen | 106 |
| 7.1.4. Die Pflegehandlungen | 107 |
| 7.1.5. Die sprachlichen Handlungen der Pflegebedürftigen | 146 |
| 7.1.6. Situationsübergreifende Analyse der ambulanten Pflegegespräche | 150 |
| 7.1.6.1. Sprechhandlungen | 150 |
| 7.1.6.2. Lexikalisch-semantische Analyse | 151 |
| 7.1.6.3. Morphologische Analyse | 155 |
| 7.1.6.4. Syntaktische Analyse | 157 |
| 7.1.6.5. Register | 159 |
| 7.2. Ergebnisse der linguistischen Textanalyse | 160 |
| 7.2.1. Die Texte in der ambulanten Pflege | 160 |
| 7.2.1.1. Kommunikationssituation | 160 |
| 7.2.1.2. Die Textfunktion | 160 |
| 7.2.2. Die Analyse der einzelnen Texte | 161 |
| 7.2.3. Textübergreifende Analyse | 237 |
| 7.2.3.1. Lexikalisch-semantische Analyse | 237 |
| 7.2.3.2. Morphologische Analyse | 238 |
| 7.2.3.3. Syntaktische Analyse | 239 |
| 7.3. Übergreifende linguistische Analyse der Gesprächen und Texte | 240 |
| 7.3.1. Lexikalisch-semantische Analyse | 240 |
| 7.3.2. Morphologische Analyse | 251 |
| 7.3.3. Syntaktische Analyse | 251 |

| | Inhalt |
|---|--------|
| 7.4. Sprachlich-kommunikative Anforderungen: Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews | 252 |
| 7.4.1. Leitfadeninterviews mit den Führungskräften | 252 |
| 7.4.2. Leitfadeninterviews und Kurzbefragungen mit den Pflegepersonen | 255 |
| 7.4.3. Zusammenfassung | 256 |
| 7.5. Inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen: Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews | 257 |
| 7.5.1. Leitfadeninterviews mit den Führungskräften | 257 |
| 7.5.2. Leitfadeninterviews und Kurzbefragungen mit den Pflegepersonen | 263 |
| 7.5.3. Zusammenfassung | 267 |
| 7.6. Ergebnisse aus den Beobachtungen und Feldprotokollen | 268 |
| 8. Resumé und Implikationen für Curricula | 271 |
| 9. Bibliographie | 287 |
| Anhang | 303 |
| A: Tabellenverzeichnis | 303 |
| B: Abbildungsverzeichnis | 304 |
| C: Leitfäden für Interviews | 305 |

Danksagung

Auf diesem Weg, von der Idee bis zur Fertigstellung dieser Dissertationsschrift, haben mich eine Reihe von Menschen begleitet, mit ihrem Rat, mit einem offenen Ohr oder ihren fachlichen Kenntnissen. Sie haben mich inspiriert, meine Gedanken geschärft und mich damit zu klaren Entscheidungen geführt. Oder ich wurde von ihnen durch ihre bloße Anwesenheit, ihr Interesse und ihren Glauben an mich in meinem Durchhaltevermögen und meiner Geduld gestärkt. Dafür möchte ich ihnen allen danken.

Allen voran möchte ich Herrn Prof. Dr. Ulrich Steinmüller meinen Dank aussprechen, der mich fachlich und menschlich durch seine außergewöhnliche Betreuung sehr unterstützt hat. Auch Kerstin Zimmermann gebührt mein Dank, die mich nicht nur in methodischen Fragen beraten, die mich immer wieder motiviert hat und mir gerade in schwierigen Phasen zur Seite stand.

Inspiziert haben mich zu dieser Arbeit nicht nur meine ehemaligen Kursteilnehmer, sondern auch der verstorbene Prof. Dr. Torsten Schlak.

Ich bin der Technischen Universität Berlin für die Möglichkeiten sehr verbunden, die sie mir zur Erstellung dieser Forschungsarbeit geboten hat, darunter die Betreuung am Fachgebiet Deutsch als Fremd- und Fachsprache am Institut für Sprache und Kommunikation, die finanzielle Unterstützung in Form eines Promotionsabschlussstipendiums und das Begleitprogramm, organisiert und durchgeführt von Frau Bornheim-Gallmeister und Svenja Neupert.

Mein Dank geht auch an meine Freunde und meine Familie, auch für ihre Geduld, und an Frau Münstermann.

Die vielfältigen Einblicke in die Welt der ambulanten Pflege und diese Fülle an Daten hätte ich niemals ohne die Bereitschaft der Pflegedienste, mir ihre Pforten zu öffnen, erhalten können. Die *Pflegestation Meyer&Kratzsch*, der kultursensible Pflegedienst *DetaMed* sowie die Sozialstation *Aycapima* machten dies möglich. Ganz besonderer Dank geht an eine der Pflegefachkräfte, die mir über Monate hinweg bereitwillig Rede und Antwort stand. Das gilt auch für alle Pflegebedürftigen, die mich in ihrem Zuhause empfangen haben.

1. Einleitung

Sprache gilt als Schlüssel zu vielen Toren: zu zwischenmenschlichen Beziehungen, zu Gruppen und Gesellschaften, auch zur Integration in einen Beruf. Schon am Klang einer Sprache, auch wenn man noch kein Wort versteht, bekommt man einen Geschmack davon, was eine bestimmte Kultur ausmacht, eine Region, einen ganzen Kulturkreis bis hin zur betrieblichen Kultur und auch der spezifischen, individuellen Kultur, die sich im Laufe der Zeit zwischen zwei Menschen entwickelt. Besonders die kommunikativen Berufe in der Pflege, in der das Gespräch ohne festgelegten Inhalt bereits als Pflegehandlung, also als heilend angesehen wird, kommt der Sprache als Teil von Kommunikation eine hohe Bedeutung zu. Will man einen alten und/oder kranken Menschen pflegen, brauchen Pflegende die Sprache als Schlüssel zum Erfolg. Es handelt sich dabei um eine berufliche Sprache, die erlernt werden muss, vor allem von denjenigen, die diese Sprache nicht als ihre Muttersprache sprechen. Und sie ist auch ein wesentlicher Schlüssel dazu, um transkulturell pflegen zu können, d. h. über die kulturellen Grenzen der Beteiligten hinweg.

Meine persönliche Motivation, mich diesem Thema zu widmen, stammt aus meiner Erfahrung als Lehrerin berufsbezogener Deutschkurse für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Unternehmen: in ausländischen Zweigstellen deutscher Unternehmen oder in internationalen Unternehmen zur Verbesserung der Kommunikation mit ihrem deutschsprachigen Kundenkreis. Bei der Vorbereitung der Kurse wurde mir schnell klar, dass die (damals) vorhandenen Lehr- und Lernmaterialien eher berufsübergreifende Inhalte vermittelten und keineswegs auf einen konkreten Beruf oder einen speziellen Arbeitsplatz zugeschnitten waren, was den Zielen der Kurse aber nur zum Teil entsprach. Als ich dann mit authentischen Texten aus dem Berufsalltag der Kursteilnehmenden arbeiten, berufliche Telefongespräche aufzeichnen und für den Unterricht vorbereiten wollte, stieß ich wie viele andere (freiberufliche) Lehrende schnell an die Grenzen des Machbaren, sowohl aus Gründen begrenzter Ressourcen als auch aufgrund der offen gebliebenen Frage nach der Methodik der Erhebung und Auswertung dieser Daten.

Außerdem wurde in Gespräch mit den Kursteilnehmenden über deren Sprachlernbedürfnisse klar, dass inter- bzw. transkulturelle Kompetenz bei diesen Kommunikationsanlässen immer ein wichtiges Thema darstellt: Wie formuliert man Texte, die an Angehörige eines bestimmten Kulturkreises adressiert sind? Wie interpretiere ich eine Aussage? Wie nähere ich mich meinem Gegenüber an und wie gehe ich mit offensichtlichen Missverständnissen um? Diese und viele weitere Fragen sind fester Bestandteil von Fremdsprachenunterricht, da sie unmittelbar die sprachliche Kommunikation betreffen.

Mit all diesen Überlegungen und offenen Fragen begann ich diese Arbeit und habe mich dafür entschieden, mich der Pflege zuzuwenden, um für diesen Berufsbereich Antworten zu finden. In der Pflege arbeiten in Deutschland im Vergleich zur Gesamtbevölkerung und zu anderen Berufen überdurchschnittlich viele Menschen mit Migrationshintergrund, allerdings in niedrig qualifizierten pflegerischen Berufen, die meist Hauswirtschafts- und Hilfstätigkeiten erfüllen.

Dem steht ein eklatanter Mangel an qualifizierten Fachkräften gegenüber. Im Ausland, wie beispielsweise in der Ukraine und in Indien, bereiten sich Menschen sprachlich und fachlich auf eine Tätigkeit in der Pflege in Deutschland vor. Sie lernen dort allerdings nicht die Berufssprache der Pflege, sondern die Allgemeinsprache und sie werden auch kulturell nicht auf eine Arbeit in Deutschland vorbereitet.¹ Doch sie arbeiten zukünftig gemeinsam mit Pflegekräften, die Muttersprachler sein können oder Deutsch als Zweitsprache sprechen, die selbst einen Migrationshintergrund haben können oder eben keinen. Diese Teams pflegen eine ständig zunehmende Anzahl an Pflegebedürftigen. Zu diesem Kreis gehören nicht nur kranke und alte, pflegebedürftig gewordene Menschen der deutschen Kultur mit ihrer Geschichte, ihren Gepflogenheiten und Normen, sondern auch jene, die zum Zwecke der Arbeit in den 60er und 70er Jahren des letzten Jahrhunderts vor allem aus der Türkei, Italien, Marokko etc. nach Deutschland gekommen sind, des Weiteren zurückgekehrte Russlanddeutsche und viele weitere Immigrierte aus unterschiedlichen Kulturkreisen. Dabei darf man nicht außer Acht lassen, dass Kulturen in sich selbst dynamisch sind und keineswegs als homogen betrachtet werden können, dass zunehmend mehr Menschen sich nicht mehr nur einer oder zwei Kulturen zugehörig fühlen, sondern aufgrund der gestiegenen Migrationsbewegungen und der erhöhten Mobilität hybride kulturelle Identitäten artikulieren, denen es nun zu begegnen gilt.

Pflegeunternehmen suchen händeringend nach Fachkräften für die ständig ansteigende Anzahl an Pflegebedürftigen. Eine Pflegehilfskraft mit Deutsch als Zweitsprache beispielsweise, die sich gern beruflich weiterqualifizieren möchte und die dreijährige Ausbildung zur Fachkraft absolvieren will, braucht dabei (fach-)sprachliche Begleitung. Die zunehmende Spannbreite der Kulturen bei den Pflegebedürftigen und Teammitgliedern, auch dank der interkulturellen Öffnung der Pflegedienstunternehmen, die Anwendung von transkulturellen Pflegemodellen, die die Pflegewissenschaft entwickelt hat, machen inter- bzw. transkulturelle (Weiter-)Bildung aller in der Pflege Tätigen, auch der Fachkräfte, notwendig.

Durch die Etablierung der Forschungsrichtung der Pflegewissenschaft und der damit einhergehenden Professionalisierung der Pflege entwickelt sich ihre Fachsprache immer weiter. Pflegefachkräfte müssen in der Lage sein, diese Fachsprache zu beherrschen.

Wie man als Pflegefachperson vor diesem Hintergrund inter- bzw. transkulturell kompetent funktionierende Pflegebeziehungen aufbauen und effizient im Team arbeiten kann, ist eine Herausforderung. Sprache stellt zur Bewältigung dieser Aufgabe einen wichtigen Schlüssel dar. Dazu muss die sprachliche Kommunikation des Pflegeberufes zunächst untersucht werden, um die Anforderungen zu beschreiben, die Pflegende in ihrer täglichen Arbeit erfüllen müssen. Das bedeutet, dass die berufliche Realität, die sich in konkreten Kommunikationsanlässen manifestiert, also ihren Texten und Gesprächen und den damit verbundenen Aufgaben, zuallererst erfasst und abgebildet werden muss.

1 Diese Informationen stammen aus einem Vortrag von Liliana Hrytsystyn über das Programm „Weiterbildung und Modellprojekt des medizinischen Personals (Krankenschwester) aus der Westukraine“ auf dem Kongress Pflege im Januar 2016 in Berlin sowie aus Leitfadeninterviews, die ich im Rahmen meiner Masterarbeit „Deutsch als Fremdsprache in Indien – eine Bedarfsanalyse“ mit Lehrern und Kursteilnehmenden verschiedener Goethe-Institut in Indien führte.

Weissenberg (2012) hat einen Leitfaden für die Praxis herausgegeben, um die Ermittlung von sprachlichen-kommunikativen Bedarfen für die Planung und Gestaltung berufsbezogener DaZ-Kurse handhabbar und damit praktikabel zu machen, denn sie sind ein zentrales Handlungsfeld nachhaltiger Arbeitsmarktintegration für Menschen mit Migrationshintergrund. Dabei macht er eine Reihe von Vorschlägen, wie Lehrende die Ermittlung dieses Bedarfs in den Unterricht integrieren können. Ein Großteil der subjektiven Sprachbedarfe der Lernenden lässt sich so feststellen und berücksichtigen. Doch wenn es darum geht, die sprachlich-kommunikativen Anforderungen an (zukünftige) Berufstätige an einem spezifischen Arbeitsplatz oder in einem bestimmten Berufsfeld zu erheben, zu analysieren, zu beschreiben und in einen Lehrplan münden zu lassen, kommen viele Lehrende an ihre Grenzen. An dieser Stelle ist es Aufgabe der Forschung, die umfangreiche und detaillierte, empirisch und methodisch belastbare Untersuchungsarbeit zu leisten und der Praxis zu liefern.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, einen wesentlichen Ausschnitt aus der beruflichen Realität von Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege unter sprachlich-kommunikativer und inter- bzw. transkultureller Hinsicht zu untersuchen und zu beschreiben und damit eine Grundlage zu schaffen für die Entwicklung verschiedener Curricula, um Lehrenden berufsbezogener, interkultureller, handlungsorientierter Deutschkurse für die Pflege Materialien an die Hand zu geben.

Zunächst verorte ich in Kapitel II die berufliche Sprache allgemein auf einem Kontinuum zwischen Allgemein- und Fachsprache und gehe detaillierter auf das von Efing (2014) vorgestellte Register der Berufssprache ein. Dann wende ich mich der aktuellen Entwicklung der Fachsprache der Pflege zu und schlage in Kapitel III eine Brücke zu den inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen, die eine Pflegefachkraft zur Ausübung ihres Berufes entwickeln muss. Nach der Vorstellung der derzeitig konsensfähigen Konzepte vertiefe ich die Thematik, indem ich die Überlegungen von Auernheimer (2002), Mecheril (2013) und dem Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002) hinsichtlich der (Teil-)Kompetenzen des Konzepts bezogen auf soziale Berufsfelder ausführlicher darstelle, da sie für die Zielgruppe der Pflegefachkräfte von besonderer Relevanz sind. Diese ergänze ich durch die Einführung in das Konzept der transkulturellen Kompetenzen und beschreibe die drei tragenden Säulen nach Domenig (2007). Ich stelle außerdem verschiedene transkulturelle Pflegemodelle dar, anhand derer Pflegekräfte (besser) transkulturell kompetent pflegen können. Nach der Vorstellung dieser theoretischen Überlegungen ziehe ich daraus Schlussfolgerungen für diese Arbeit.

In Kapitel IV betrete ich das Feld der Pflege. Zunächst betrachte ich die beiden großen gesellschaftlichen Herausforderungen des demografischen Wandels und des Fachkräftemangels, die für die Pflege besonders eklatant sind, in Zahlen. Dann lade ich ein zu einem Exkurs in die geschichtliche Entwicklung der Pflege, die stark von der Religion beeinflusst wurde, bevor ich die aktuelle Situation dieses Berufsfeldes beleuchte. Dazu gehört auch ein Überblick über die verschiedenen Qualifikationsmöglichkeiten und die damit verbundenen Aufgaben von Pflegekräften.

An der Weggabelung der groben Zweiteilung des Berufsfeldes Pflege in stationäre und ambulante Pflege habe ich mich für letztere entschieden, zum einen aufgrund der zunehmenden Bedeutung der ambulanten Pflege aus politischen, ökonomischen, pragmatischen und nicht zuletzt menschlichen Gründen. Zum anderen aber liegen für diesen Bereich kaum Studien vor, die die sprachlich-kommunikative Realität untersuchen. Ich betrete also Neuland. Diese Arbeit ist explorativ zu verstehen. Der Großteil der Daten, die ich mittels unterschiedlicher Methoden der empirischen Sozialforschung erhoben und ausgewertet habe, stammen aus authentischer Kommunikation, die ich im Berufsfeld gesammelt habe. Dabei konzentrierte ich mich auf zwei hochfrequente und besonders relevante Kommunikate im beruflichen Alltag von Pflegefachkräften eines ambulanten Pflegedienstes: das *ambulante Pflegegespräch* zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen, die in den privaten Wohnungen letzterer stattfanden, und einige Texte aus den Büroräumen eines Pflegedienstleistungsunternehmens.

Um die sprachlichen Mittel der ausgewählten Gespräche und Texte beschreiben zu können, unterzog ich sie einer lexikalisch-semantischen, morphologischen und syntaktischen (Frequenz-)Analyse in der Tradition der Funktionalen Pragmatik. Die Ergebnisse sind in Kapitel VII detailliert und zusammenfassend dargestellt, um damit direkt Curricula ableiten zu können. Hier sind auch die Antworten zu der Frage nach den wichtigen inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen einer Pflegefachkraft zu finden, die ich verschiedenen Akteuren in der Pflege in Leitfadeninterviews stellte.

Nach dieser detaillierten Datenanalyse und der Darstellung der Ergebnisse formuliere ich im achten Kapitel die aus den zuvor gewonnen Erkenntnissen abgeleiteten Implikationen für ein Curriculum für einen handlungsorientierten, auf das Berufsfeld einer Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege bezogenen und inter- bzw. transkulturellen Unterricht für Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Diese sind auf die Methode der Szenariotechnik zugeschnitten und beinhalten explizit auch die sprachliche Realisierung der als relevant erachteten inter- bzw. transkulturellen (Teil-)Kompetenzen. Zielgruppe dieser zukünftig zu entwickelnden Kurse sind sowohl angehende als auch examinierte und berufserfahrene Pflegefachkräfte mit Deutsch als Zweitsprache, die bereits in Deutschland leben, sowie Menschen, die sich in anderen Ländern auf eine Tätigkeit in Deutschland vorbereiten wollen.

Diese Arbeit versteht sich als Ermittlung und Analyse der vorwiegend objektiven Sprachbedarfe von examinierten Pflegefachkräften in der ambulanten Pflege. Damit ordnet sie sich ein in den gesamten Prozess der Kursplanung berufsbezogener Sprachkurse: von der Finanzierung über die Sprachbedarfsermittlung bzw. -analyse, die Erstellung von Konzept und Curriculum, über das Sammeln und Erstellen von Lehr- und Lernmaterialien hin zur Durchführung der Kurse bis zur Evaluation, die dann wieder zum erneuten Durchlaufen des Prozesses bzw. Teilen davon führen kann.²

2 siehe <http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de>

2. Berufsbezogenes Deutsch

2.1. Allgemeinsprache und Fachsprache

Um den Bedarf an Deutsch als Fremdsprache für Deutschlernende zu bestimmen, kann man zunächst grob zwischen dem Deutschen als Allgemeinsprache und dem Deutschen als Fachsprache unterscheiden. Als Allgemeinsprache in der älteren Diskussion um ihre Abgrenzung von der Fachsprache bezeichnete Hoffmann (1978: 48) „jenes Instrumentarium an sprachlichen Mitteln, über das alle Angehörigen einer Sprachgemeinschaft verfügen und das deshalb die sprachliche Verständigung zwischen ihnen möglich macht.“ Synonyme waren „Nationalsprache“, ‚Landessprache‘, ‚Umgangssprache‘, ‚Volkssprache‘, ‚Alltagssprache‘, später auch ‚Standardsprache‘, oder (...) allgemeingültige[r] Sprachgebrauch.“ (Hoffmann 2001: 157). Darüber scheint kein großer Zweifel zu herrschen, eine gültige Definition gibt es allerdings nicht (vgl. Buhlmann/Fearns 2000: 11).

Der Begriff der Fachsprache dagegen kann eine Vielzahl von Autorinnen und Autoren aufweisen, die versucht haben ihn abzustecken. Buhlmann beispielsweise (vgl. 1988: 83ff) listet dreizehn der bekanntesten Definitionen von Fachsprache auf, Fluck (vgl. 1997: 14f) noch vier weitere. Bolten (1992: 59) weist darauf hin, dass „mit zunehmenden Randunschärfen des Begriffs der Konsens hinsichtlich seines Referenzspektrums immer geringer geworden ist.“ Große Beachtung findet aber immer wieder die Definition und das Schichtenmodell von Hoffmann (1976: 170):

Fachsprache - das ist die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um die Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten.

Buhlmann & Fearns (vgl. 2000: 11) stellen dazu fest, dass sich diese Definition von Hoffmann ausdrücklich nicht an der terminologischen Hypothese anlehnt, Fachsprache also nicht durch ihre Fachausdrücke gekennzeichnet ist, wie es lange in der Fachsprachenforschung angenommen wurde, und auch nicht als Stilvariante der Allgemeinsprache angesehen werden kann, sondern dass Fachsprachen als Teilsprachen der Allgemeinsprache existieren.

Das Modell von Hoffmann sieht sowohl eine vertikale als auch eine horizontale Schichtung vor. Da es eine Vielzahl an Fachsprachen gibt, die potentiell unendlich ist, weil ständig neue Forschungsgebiete entstehen, sind diese im Modell nebeneinander positioniert, z. B. die Fachsprache der Physik, der Philosophie, der Medizin, der Chemie, der Elektrotechnik, außerdem die sich aktuell entwickelnde Fachsprache der Pflege (vgl. Hofmann 1976: 166, Abt-Zegelin/Schnell 2005: 22). Momentan wird die Anzahl der existierenden Fachsprachen auf etwa 300 geschätzt (vgl. Fluck 1996: 16).

Wichtig bei der Verwendung von Fachsprachen ist der Personenkreis, der die Fachsprache benutzt: Fachleute. Diese sind durch bestimmte Denkstrukturen gekennzeichnet (vgl. Strevens 1973: 226, Hoffmann 1976: 31). Buhlmann & Fearns (2000: 13) fassen dies so zusammen:

Fachsprache ist also gebunden an (...) die Denkelemente des Faches, die in den Fachtermini bestehen, (...) die Denkstrukturen des Faches, (...) die Mitteilungsstrukturen, die im Fach üblich sind. Sie ist gebunden an die Art und den Grad der Sozialisation ihres Sprechers bzw. Schreibers im Fach.

Dieser Stand der Sozialisation ist unterschiedlich und deshalb werden „unterschiedliche Textsorten mit unterschiedlichem Sprachbestand“ hervorgebracht. Aus dieser Überlegung entstand die vertikale Schichtung der Fachsprachen nach Hoffmann (vgl. ebd. 13). Er (vgl. Hoffmann 1976: 162-170, 173) entwickelte folgende fünf hierarchisch angeordnete Ebenen:

A: die Sprache der theoretischen Grundlagenwissenschaften

B: die Sprache der experimentellen Wissenschaften

C: die Sprache der angewandten Wissenschaft und Technik

D: die Sprache der materiellen Produktion

E: die Sprache der Konsumtion

Diese Ebenen sind hinsichtlich ihres Abstraktionsgrades, ihrer theoretisch-wissenschaftlichen Fundierung, ihres Gebrauchs spezifischer Zeichen und Symbole sowie ihres Verwendungszusammenhangs verschieden. Die oberste Ebene A betrifft zum Beispiel den wissenschaftlichen Diskurs in fachlichen Publikationen zu bestimmten Spezialfragen, die unterste Ebene E ist dagegen durch ein niedriges Abstraktionsniveau gekennzeichnet. Der fachliche Bezug ist hier auf einem allgemein verständlichen, eher populärwissenschaftlichen Niveau angesiedelt und die Sprachverwendung durch Fachtermini und einige syntaktische Besonderheiten auf sonst allgemeinsprachlicher Basis gekennzeichnet (vgl. Hoffmann 1976: 186f).

Hoffmann (1976: 187ff) selbst kritisiert an dieser Gliederung, dass keine Schicht in ihrer reinen Form existiert und dass keine Fachsprache alle Schichten umfassen muss. Die Zuordnung von Texten und Schichten wird damit schwierig. Buhlmann & Fearn (2000: 13) haben aufgrund dieser Problematik und im Hinblick auf die Didaktisierung fachlicher Inhalte für den Fachsprachenunterricht Folgendes definiert:

Unter vertikaler Schichtung einer Fachsprache verstehen wir die Schichtung (...) nach dem Grad ihrer inhaltlichen Spezialisierung. (...) So ist z. B. ein Text aus einem Chemie-Schulbuch niedriger spezialisiert als ein Aufsatz in einer (...) Fachzeitschrift (...). Kriterium (...) ist also der Grad der fachlichen Vereinfachung von Sachverhalten.

Dieser Spezialisierungsgrad hat Auswirkungen auf die Häufigkeit von Fachwörtern im Text und auf das „Auftreten bestimmter Textsorten und Texttypen“ sowie deren „morphologisch-syntaktischen Bestand“ (ebd. 14).

Ein Teil der sprachlichen Mittel, die für diese Arbeit von Relevanz sind, finden sich wieder in der in die Zeit gekommenen, aber noch immer zutreffenden Definition von Fachsprache von Schmidt (1969: 17) als

das Mittel einer optimalen Verständigung über ein Fachgebiet unter Fachleuten. Sie ist gekennzeichnet durch einen spezifischen Fachwortschatz und spezielle Normen für die Auswahl, Verwendung und Frequenz gemeinsprachlicher und grammatischer Mittel. Sie existiert nicht als selbständige Erscheinungsform der Sprache, sondern wird in Fachtexten aktualisiert, die außer der fachlichen Schicht immer gemeinsprachliche Elemente enthalten.

Steinmüller (1990: 20) ordnet diese Bestimmung von Fachsprache als sehr hilfreich ein, da die wesentlichen Elemente dessen enthalten sind, die auch für die Zwecke des Deutschen als Fremdsprache relevant sind,

nämlich ein Kommunikationsmedium zu sein, dessen Verwendung und damit seine Erscheinungsform thematisch und durch die beteiligten Gesprächspartner bestimmt sind und das sich neben einem besonderen Wortschatz einer besonderen Häufigkeit bestimmter gemeinsprachlicher Mittel bedient.

Möhn & Pelka (1984: 26) führen dazu noch die öffentliche und überregionale sowie fachinterne und interfachliche Verwendung an. Darauf hinzuweisen ist außerdem, dass in der Fachliteratur verschiedene Konzepte (wie 'Gruppensprache', 'Wissenschaftssprache', 'Berufssprache', 'Techniksprache', 'Funktionalstil' oder 'Register') benutzt werden (vgl. Liu 2006: 55, Hess-Lüttich 2003: 77). Bolten (1992: 58) zweifelt den Sinn des Terminus der Fachsprache an und plädiert dafür, den Begriff „allenfalls heuristisch zu verwenden, sicherlich aber nicht als 'Terminus' im Sinne der Fachsprachenforschung“.

2.1.1. Exkurs: Fachsprachenforschung – Geschichte und aktueller Forschungsstand

In den letzten Jahrzehnten hat „das Interesse an der Fachsprachenforschung zunehmend an Bedeutung gewonnen.“ Ursachen dafür liegen vor allem in der Internationalisierung und der „Spezialisierung von Wissenschaft, Wirtschaft, Industrie etc. sowie in dem aus dieser Entwicklung hervorgehenden Bedarf an fachbezogenen Sprachkenntnissen“ (Liu 2006: 21).

Die Fachsprachenforschung kann in zwei Kategorien unterteilt werden: die traditionelle und die moderne Fachsprachenforschung (vgl. Gnutzmann 1998: 117). Die moderne Fachsprachenforschung gehört zur Angewandten Linguistik. Ihre Forschungsergebnisse sind relevant unter anderem für die Terminologienormung, Fachübersetzungen und den fachbezogenen Fremdsprachenunterricht (vgl. ebd. 117, Liu 2006: 22, Ohnacker 1992: 26). Schröder (1987: 63) teilt die Fachsprachenforschung in drei Phasen ein: Die erste war die Lexik-Phase in der traditionellen Fachsprachenforschung, welche sich vorwiegend den Fachwortschätzen widmete und Fachwortschatz mit Fachsprache gleichsetzte.³ Als zweite folgte die Syntax-Phase in den 1920er und 1930er Jahren unter dem Einfluss der Wirtschaftslinguistik und der funktionalen Sprach-

3 siehe auch Ohnacker (1992: 14) und Gnutzmann (1998: 117)

betrachtung der Prager Schule. Größere Sinneinheiten wurden ins Blickfeld genommen und der Untersuchungsgegenstand damit erweitert (vgl. Schröder 1987: 63, Ohnacker 1992: 15). Die dritte stellte die Text-Phase in den 1960er Jahren unter dem Einfluss der Kommunikationsforschung und der Funktionalstilistik dar, die aus der sogenannten kommunikativ-pragmatischen Wende resultierte (vgl. Liu 2006: 23). Sie läutete die moderne Fachsprachenforschung ein, die nun den Fachtext zum Ausgangspunkt aller Überlegungen machte und den Akzent auf Textlinguistik, kommunikativ-funktionale Sprachbetrachtung und/oder Pragmalinguistik setzte und auch sprachexterne Elemente einbezog wie die soziale Situation, die Handlungssituation, Rollen etc. (vgl. Liu 2006: 25, Ohnacker 1992: 16f, Schröder 1987: 65f). Wichtige Beiträge hat in allen drei Phasen die Leipziger Schule geleistet (vgl. Gnutzmann 1998: 118).

Liu (2006: 24f) charakterisiert die aktuelle Fachsprachenforschung insofern, als dass sie sich an den Bedürfnissen der Gesellschaft orientiert. In der betrieblichen Kommunikation von heute spielen Normen der Textgestaltung, Textsortenwahl und Darstellungsformen nach wie vor eine wichtige Rolle und es herrscht ein Konsens darüber, „dass sich die Fachkommunikation in den Fachtexten manifestiert und die Fachkommunikation im Ganzen berücksichtigt werden soll.“ Die Autorin spricht in diesem Zusammenhang von einem ‘integrativen Ansatz’, nach dem „zusammen mit den Fachtextsorten sowie dem Fachdiskurs (...) der Fachtext (...) nach wie vor im Zentrum des Forschungsinteresses“ steht (ebd.)

Innerhalb der Fachsprachenforschung diskutierte man über die Abgrenzung zwischen Fachsprache und Allgemeinsprache in den 1960er und während des Publikationshöhepunktes in den 1970er Jahren. „Der Eindruck einer ausgeprägten Polarisierung von Fachsprachen und Gemeinsprache ist vor allem durch lexikozentrische Beobachtungen entstanden“ (Hoffmann 2001: 159). In den 1970er Jahren wurden wie bereits erwähnt dann „handlungstheoretische und textlinguistische Aspekte“ sowie pragmatisch-kommunikative Faktoren stärker berücksichtigt. Dies führte zu einer immer deutlicheren Entpolarisierung der beiden Begriffe (vgl. ebd. 161). Fluck (1976/1996: 12) beschreibt in diesem Stadium die Übergänge zwischen Fachsprache und Allgemeinsprache bereits als fließend und charakterisiert die Spezifika der Fachsprache durch „auf die Bedürfnisse des jeweiligen Faches abgestimmten Wortschatz“ und die „Gebrauchsfrequenz bestimmter (gemeinsprachlicher) grammatischer (morphologischer, syntaktischer) Mittel.“

In der jüngeren Fachsprachenforschung entstand dann eine gleitende Skala, die von „(extrem) ‘merkmalreich’ bis (extrem) ‘merkmalarm’“ reicht, auf der sich alle Texte einordnen lassen, obwohl auch hier eine Polarisierung nicht ausgeschlossen wird (vgl. Hoffmann 2001: 163, vgl. auch Kalverkämper 1990: 124). Hoffmann (2001: 166) zeigt damit, „wie sich Fachkommunikation und Alltagskommunikation auf allen sprachlichen Ebenen und darüber hinaus im gesamten sprachlichen (und nichtsprachlichen) Handeln (...) durchdringen.“ Auch Bolten (1992: 58) ist der Ansicht, dass „eine eindeutige Grenzziehung (...) nicht möglich ist.“

2.1.2. Sprachliche Merkmale von Fachsprachen

Fachsprachen zeichnen sich nach Roelcke (2005: 78, vgl. auch Fluck 1996: 12) im Unterschied zur Allgemeinsprache hinsichtlich ihrer Grammatik weniger qualitativ als eher quantitativ aus. Dies betrifft die „Selektion grammatischer Muster, die entweder zu einer höheren bzw. geringeren Vorkommenshäufigkeit oder zu einer ausschließlichen Nutzung bzw. vollständigen Aufgabe führen.“

Besonderheiten finden sich neben den Charakteristika des Fachwortschatzes sowohl bei der Morphologie als auch bei der Syntax. Sie besitzen für die fachliche Kommunikation verschiedene Funktionen. Dazu gehören der „adäquate Bezug zur Wirklichkeit und die logische Folgerichtigkeit der Äußerungen (Deutlichkeit), der möglichst adäquate Bezug zum Rezipienten (Verständlichkeit), die Effizienz der Darstellung (Ökonomie) sowie die Objektivierung (Anonymität).“ (vgl. Roelcke 2005: 79, Steinmüller 1990: 21). Sie können allerdings Schwierigkeiten im Hinblick auf Verständnis und Verwendung verursachen (vgl. Steinmüller 1990: 21).

Was die Wortbildungsmorphologie betrifft, so werden bestimmte Wortbildungsmöglichkeiten mehr ausgeschöpft als andere, um dem erhöhten Benennungsbedarf entgegenzukommen (vgl. Roelcke 2005: 79).

Die Analyse von Fachtexten unterschiedlichster Herkunft (Gebrauchsanweisungen, Betriebsanleitungen, Sachbücher, wissenschaftliche Fachbücher, Schulbücher usw.) haben gezeigt, dass „in diesen Texten zwar Fachbegriffe in unterschiedlicher Häufigkeit vorkommen, sie zeigen aber auch, dass sie keine morphologischen und/oder syntaktischen Strukturen verwenden, die in der Gemeinsprache nicht vorkommen“ (vgl. Steinmüller 1990: 21). Als morphologische Besonderheiten nennt Steinmüller:

- substantivierte Infinitive
- Substantive auf *-er*: *nomina agentis* und *nomina instrumenti*
- Adjektive auf *-bar*, *-los*, *-reich*, *-arm*, *-frei*, *-fest* usw.
- Adjektive mit Präfix *nicht-*
- mehrgliedrige Komposita
- Zusammensetzungen mit Ziffern, Buchstaben, Sonderzeichen
- Mehrwortkomplexe
- Bildungen aus und mit Eigennamen
- fachspezifische Abkürzungen

(vgl. ebd. 21).

Roelcke (2005: 80) ergänzt hier hinsichtlich der Wortzusammensetzung folgende Muster, die funktional betrachtet einer möglichst hohen Deutlichkeit geschuldet sind:

- Zusammensetzungen aus zwei oder mehreren Nomen
- Komposita aus zwei Verben, sog. Zwillingsverben

- Komposita aus Nomen und Verbstamm
- Komposita aus Nomen oder Adjektiv und Verb als Infinitiv oder Partizipialkonstruktion
- Nomen und Adjektiv oder Adverb mit Antonymen
- Kompositionen aus Übersetzungen fremdsprachlicher Bildungen.

Die Komposition gilt als eine der produktivsten Felder und wird in den Fachsprachen öfter gebraucht als in der Allgemeinsprache. Neben den Besonderheiten von Komposition und Derivation verzeichnen deutsche Fachsprachen auch zahlreiche Wortkürzungen, die der Ausdrucksökonomie dient und erhöhte Anforderungen an die Sprachkompetenz stellt:

- am Wortende, Wortanfang, in der Wortmitte
- Buchstabierkürzungen
- Lesekürzungen
(vgl. ebd. 81)

Zudem ist im Bereich der Wortarten eine besondere Verteilung erkennbar:

- viele Nomen, aber auch Adjektive
- zahlreiche Internationalismen mit griechischen und lateinischen Wurzeln, in jüngster Zeit auch französischen und englischen
- Zurückdrängung von Vollverben zugunsten von Nominalisierungen und Funktionsverbgefügen
- Vermeidung von Modalpartikeln
- Pronomina überwiegend in anaphorischer Verwendung
(vgl. ebd. 82).

Was die Syntax betrifft, stellt Steinmüller (1990: 21f) folgende grundlegende Merkmale für Fachsprachen heraus:

- Funktionsverbgefüge
- Nominalisierungsgruppen
- erweiterte Nominalphrasen
- Satzglieder anstelle von Gliedsätzen
- komplexe Attribute anstelle von Attributsätzen
- bevorzugte Nebensatztypen: Konditionalsätze, Finalsätze, Relativsätze
- bevorzugte Verbkonstruktionen: 3. Person Sing./Plur. Indikativ Präsens, Passiv-Formen (Vorgangs- und Zustandspassiv), Imperative, unpersönliche Ausdrucksweise
- Ellipsen mit Infinitiv
(nach Möhn/Pelka 1984).

2.2. Berufsbezogenes Deutsch und sein Verhältnis zu Allgemein- und Fachsprache

Einen Konsens über die Definition und einen einheitlichen Begriff gibt es in der Forschungsliteratur nicht: Die „Bezeichnungen ‘Berufsbezogenes Deutsch’, ‘berufsorientiertes Deutsch’ oder ‘(Berufs-)Fachsprache Deutsch’“ (Grünhage-Monetti 2010: 7) tauchen ebenso auf wie „berufliche Alltagskommunikation“ (Kuhn 2007: 50) oder „Berufssprache“ (Haider 2010: 28f). Letzteres ist laut Haider weder durch eine feste Definition, noch durch einen „klar umgrenzbaren Wortschatz“ gekennzeichnet, sondern kann als „dynamischer Begriff“ verstanden werden, „der sich auf einem Kontinuum zwischen der Allgemeinsprache und hochspezialisierten Fachsprache bewegt“. „Berufliche Alltagskommunikation“ umfasst nach Funk (2003: 171) Sprachhandlungen, die vor allem eben nicht berufs- oder berufssprachenspezifisch sind, beispielsweise die Informationssicherung und -weitergabe oder der Aufbau sozialer Kontakte, wobei *Small Talk* eine besondere Rolle spielt.

Kuhn (2007: 50ff) führt in diesem Zusammenhang eine Reihe von berufsbezogenen fremdsprachlichen und nichtsprachlichen Kompetenzen auf, z. B. werden für Verhandlungssituationen eine überzeugende Argumentation, eine am Verhandlungspartner orientierte Kommunikation, Techniken der Diskussionseröffnung, Verhandlungsstrategien, Fokussierungs- und Abschlusstechniken benötigt.

Überlegungen zur Abgrenzung zwischen Allgemeinsprache, Fachsprache und Berufssprache werden dann interessant, wenn es um die Vermittlung dieser im Unterricht geht. Haider (2010: 22, 31) betrachtet Berufssprache als „Schnittmenge“ aus Allgemeinsprache und Fachsprache. Auch Funk (1992: 6) sieht in seinem Modell vor, dass die berufliche Sprachkompetenz Schnittmengen sowohl mit der allgemeinsprachlichen als auch mit der fachsprachlichen, zusätzlich auch noch mit der fachlichen Kompetenz hat. Er plädiert überzeugend dafür, die Abgrenzung für den Unterricht durch den Faktor Pragmatik vorzunehmen.

Im angelsächsischen Raum drückt sich diese Denkweise für den berufsbezogenen Sprachunterricht durch den Begriff „English for Special Purposes (ESP) bzw. English for Professional Purposes“ aus, „wobei der Begriff nicht als integriertes berufsfeldübergreifendes curriculares Konzept, sondern als Oberbegriff für die einzelnen Anwendungsbereiche gemeint ist: Business English, English for Engineers etc.“ (ebd. 175) und die „Zweckorientierung des Sprachunterrichts betont, zugleich aber völlig offen in Bezug auf den konkreten Zweck ist, der von Fall zu Fall pragmatisch definiert werden muss.“ (Funk 2001: 962)

Dem deutschen Begriff berufsbezogener Deutschunterricht entspricht am ehesten der VOLL-Ansatz (Vocationally-oriented language learning) des Europarats, der ähnlich wie der deutsche Begriff einen eigenständigen, thematisch und pragmatisch zweckorientierten und nicht per definitionem berufs- oder fachspezifischen Sprachunterricht impliziert, in dem Lernende mit berufsbezogener Motivation und teilweise auch mit beruflicher Erfahrung eine Sprache lernen, mit dem Ziel, sie auch vorwiegend in beruflichen Handlungszusammenhängen zu verwenden. (Funk 2007: 175)

Dieses Verständnis von berufsbezogenem Deutschunterricht soll dieser Arbeit zugrunde liegen, denn auch die vorliegenden Untersuchungen dienen dem pragmatischen Zweck der Sprachanwendung in konkreten beruflichen Situationen.⁴

Auch Beckmann-Schulz & Kleiner (2011: 12) grenzen berufssprachliche, fachsprachliche und allgemeinsprachliche Sprachkurse nach pragmatischen Aspekten voneinander ab:

allgemeinsprachliche Deutschkurse [richten sich] vor allem auf Kommunikationssituationen zur Bewältigung des Lebensalltags (...), während fachsprachliche Kurse auf die Aneignung und Weitergabe fachlichen Wissens und Vokabulars zielen. Im Mittelpunkt berufssprachlicher Kurse stehen sprachliche (und außersprachliche) Mittel zur Bewältigung von mündlichen oder schriftlichen Kommunikationssituationen in der Arbeitswelt oder im Berufsleben.

Grünhage-Monetti (2010: 56) räumt völlig zutreffend ein, dass fachsprachliche Kompetenzen am Arbeitsplatz überbewertet werden und eher bei der beruflichen Weiterbildung und Ausbildung eine größere Rolle spielen, „denn fehlende fachsprachliche Kompetenzen können im Allgemeinen durch kommunikative Kompetenzen ausgeglichen werden“:

Sprache am Arbeitsplatz lässt sich vielleicht am ehesten mit einem Flickenteppich vergleichen, dessen allgemein-, fach-, berufs- und umgangssprachliche Elemente in jedem Beruf und in jedem Unternehmen anders geknüpft werden. Es kann also weniger darum gehen, mit dem Mitarbeiter zusammen einen möglichst großen ‘fachsprachlichen Flicker’ zu produzieren, als vielmehr darum, dem Mitarbeiter die Knüpftchniken zu vermitteln, mit denen er seine fachlichen Arbeitsaufgaben auch in schwierigen Situationen sprachlich bewältigen kann. Im Klartext heißt dies: Methodenkompetenz, Lernkompetenz, Arbeitstechniken u. ä. (ebd. 57).

Dem steht zum Teil das Ergebnis aus einer Studie der AWO (2014) entgegen, in der festgestellt wurde, dass das Beherrschen von Fachsprache in der Altenpflege sehr wichtig sei.⁵

Haider (2010: 23) gibt zu Bedenken, dass lange Zeit berufsbezogener Deutschunterricht und Fachsprachenunterricht gleichgesetzt wurden, was aber mittlerweile überwunden wurde. Sie erklärt, dass der Begriff „aus neuen Anforderungen sowie verstärkter Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt entstanden ist und damit als ein ‘Kind der Praxis’ bezeichnet werden kann.“ Auch sie macht eine „starke pragmatische Ausrichtung als Antwort auf die Bedürfnisse der Lernenden“ aus. Ziel des berufsbezogenen Sprachunterrichts ist „die ‘Erweiterung der Handlungsfähigkeit’ der Lernenden und nicht nur ihre möglichst schnelle Anpassung an einen Job“ (ebd. 25). Diese „berufliche Sprachkompetenz“ wird entwickelt auf Grundlage der erlernten Allgemeinsprache, „die in einem bestimmten beruflichen Feld oder an einem bestimmten Arbeitsplatz eine spezifische Prägung und Verwendungsweise erfährt.“ (ebd. 26). Sie plädiert für einen berufsfeldübergreifenden Wortschatz im berufsbezogenen Deutschunterricht, besonders für Berufseinsteiger, da diese flexibel sein müssen, sich weiterbilden und den Arbeitsplatz häufiger wechseln. Deshalb müssen sie Strategien lernen, um auf die neuen Situationen und

4 siehe Kap. 6.1: Sprachbedarfsanalysen

5 siehe Kapitel 5: Forschungsstand

sprachlichen Herausforderungen reagieren zu können. Fachwortschatz wäre dabei nicht hilfreich (vgl. ebd. 27).

Da viele Lernende in berufsbezogenen Sprachkursen noch nicht genau wissen, welche kommunikativen Situationen sie meistern müssen, ist laut Funk (2001: 963) „jeder allgemeinsprachliche Fremdsprachenunterricht potentiell auch berufsvorbereitend“. Die reine Abgrenzung der drei Bereiche erscheint ihm daher wenig sinnvoll.

Funk (1999: 344) klassifiziert den berufsbezogenen Fremdsprachenunterricht folgendermaßen: berufsvorbereitend, berufsbegleitend und berufsqualifizierend. Ersteres umfasst berufsbezogene Inhalte im allgemeinen Fremdsprachenunterricht mit dem Ziel der sprachlichen Vorbereitung auf berufliche Anforderungen. Unter berufsbegleitend versteht er unter anderem ausbildungsbegleitenden Unterricht für Berufseinsteiger, lehrgangsbegleitenden Unterricht in abschlussbezogenen Bildungsmaßnahmen sowie fremdsprachliche Instruktion zur Bewältigung konkreter beruflicher Aufgaben mit dem Ziel, die sprachlichen Anforderungen des Berufes besser zu bewerkstelligen. Berufsqualifizierend bedeutet für ihn die sprachliche Vorbereitung auf einen konkreten beruflichen Qualifikationsabschluss oder ein Studienziel und Sprachprüfungen, die Voraussetzungen dafür sind. Ziel ist es, die rechtliche Voraussetzung für einen Berufsabschluss zu schaffen.

2.3. Berufssprache als Register

Sollen Fremdsprachenlernende im Deutschunterricht auf eine Berufstätigkeit in Deutschland vorbereitet werden, muss man sich die Frage stellen, was ihnen vermittelt werden soll, d. h. welche sprachlichen Inhalte bzw. welcher Wortschatz und welche morphologischen, syntaktischen und textgrammatischen Merkmalen im Unterricht behandelt werden sollen. Dazu müssen sich Lehrende für eine Zielvarietät des berufsbezogenen DaF-Unterrichts entscheiden, denn dies bedingt die weitere Auswahl sprachsystematischer Phänomene (vgl. Efing 2014: 415f).

Ein Problem dabei besteht darin, dass alle aufgekomenen Registerbezeichnungen wenig oder gar nicht theoretisch fundiert und terminologisiert sind (vgl. ebd. 416). Wie oben bereits ausgeführt, erscheint eine abgrenzende Differenzierung nach Fach-, Berufs- und Alltagssprache obsolet (vgl. u. a. Kuhn 2007: 125). Doch gerade bei der Experten-Laien-Kommunikation und der Mehrfachadressierung in Diskursen und Texten, so wie es in der vorliegenden Untersuchung der Fall ist, scheint die Registerwahl und das Verfügen über ein breites Repertoire an Registern essentiell für die kommunikative Kompetenz im Beruf (vgl. Efing 2014: 417).

Unter Register versteht man in der Sprachwissenschaft eine

regelmäßige sprachliche Variation in der diaphasischen (situativen, funktional-kontextuellen) Dimension; Register sind demnach gebunden an rekurrente Kommunikationssituationen, deren Rahmenbedingungen (Ort, Zeit, Umstände, Kommunikationspartner, institutionelle Zwecke, Medium) - spezifische (eigene) oder nur typische (hochfrequente) erwartbare, konventionalisierte Formen des Sprachhandelns bedingen. (Efing 2014: 417)

Dies trifft besonders auf berufssprachliches Handeln zu, da hier „immer unter institutionellen Bedingungen und zu institutionellen Zwecken in immer wiederkehrenden typischen Kommunikationssituationen und -konstellationen (der Interaktionspartner und -rollen)“ gehandelt wird und deshalb damit gerechnet werden kann, „dass sich für die funktionale Bewältigung dieser berufssprachlichen Aufgaben feste, ebenfalls wiederkehrende kommunikative Muster herausgebildet haben, die man der hier vorgenommenen Charakterisierung nach als Register bezeichnen kann“ (Efing 2014: 418). Diese wiederkehrenden Muster spiegeln sich in Grammatik und Wortschatz sowie in der Interaktionsorganisation wieder. Diese werden durch Rollen, Situation und Redegegenstand bestimmt (vgl. Dittmar 2004: 223).

Um Fremdsprachenlernenden die Kommunikation in bestimmten Rollen- und Hierarchiekonstellationen (z. B. mit dem Vorgesetzten, mit Kollegen etc.) nahezubringen, bietet sich die in der romanischen Sprachwissenschaft vorgenommene Differenzierung nach beispielsweise intimm/familiärem, informell-öffentlichem oder formellem Register als unterschiedliche, überindividuelle Stillagen an. Fachsprachen gelten dann als abstraktestes, komplexestes Register (vgl. Efing 2014: 418).

Die Registerbezeichnung der Berufssprache entstand durch die Einsicht, dass große Teil von beruflicher Kommunikation nicht mithilfe des Registers der Fachsprachen realisiert werden. Jedoch sind der Terminus 'Berufssprache' als Register sowie sein Verhältnis zur Fachsprache ungeklärt. Zum Vergleich und zur Abgrenzung dient die Allgemeinsprache, doch auch dieser Begriff ist nicht klar konturiert und steht mal nahe der mündlichen Umgangssprache, mal nahe der schriftlichen Standardsprache (vgl. ebd. 419).

Unter Allgemeinsprache versteht man eine Varietät, „die in der alltäglichen zwischenmenschlichen Kommunikation, also konzeptualisiert, Verwendung findet und die sehr konkret und fehlertolerant ist“ (Efing 2014: 421). Sie kann für das Mündliche als lexikalische und grammatische Grundlage aller anderen Varietäten und Register gelten und ist demnach Grundgerüst für alle fach- und berufssprachlichen Texte (vgl. ebd.). Braunert (2000: 161) verortet in seinem Modell Berufssprache zwischen der Allgemein- und der Fachsprache.

Fachsprache als das am längsten und besten erforschte und damit auch am besten fassbare Register könnte als Sammelbegriff für mehrere unterschiedlich komplexe Register aufgrund der vertikalen Schichtung betrachtet werden. Die Vermittlung von Fachsprache und Fachwortschatz im DaF-Unterricht macht in größeren Lerngruppen keinen Sinn, da die Lernenden selten beruflich-fachlich homogen sind und das Lehrpersonal wenig fachspezifisch eingearbeitet (vgl. Efing 2014: 423). Außerdem stellte schon Funk fest, dass Fachwortschatz schnell

veraltet und in der mündlichen Kommunikation wenig Relevanz hat (vgl. Funk 2010: 1148) und zudem am Arbeitsplatz schnell erworben werden könne, wobei zumindest in der alltäglichen mündlichen beruflichen Kommunikation ohnehin weniger Fachbegriffe, sondern meist ein betriebsinterner Jargon verwendet wird. Fachsprachliche Besonderheiten in den Bereichen Morphologie und Syntax dagegen müssen im berufsbezogenen DaF-Unterricht vermittelt werden (vgl. Efing 2014: 423).

Braunert (2014) definiert Berufssprache als „die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel zur persönlichen und sachlichen Integration in den Betrieb und ins betriebliche Umfeld, zur sprachlichen Sicherung der betrieblichen Funktionsübernahme.“ Dazu gehören die fach- und berufsübergreifenden, überbetrieblich konventionalisierten und funktional motivierten sprachlichen Parallelen in Lexik, Wortbildung und Syntax, vergleichbare formelle Wendungen mit hoher Produktivität, gemeinsame bzw. vergleichbare sprachliche Handlungsmuster wie: erklären, anleiten, definieren, benennen, klassifizieren, unterscheiden, begründen, argumentieren, beschreiben, vergleichen, verallgemeinern, Bilanz ziehen, Texte zusammenfassen und bewerten sowie vergleichbare Textsorten und Darstellungsformen wie Berichte, Dokumentationen, Tabellen, Formulare usw. (vgl. Efing 2014: 427, Braunert 2000: 156). Diese sind in vielen Berufen relevant und frequent und können fachunspezifisch vermittelt werden (vgl. Efing 2014: 427). Funk (2010: 1148) stellt fest, dass „ein Großteil des Wortschatzes berufsübergreifend relevant und frequent“ ist. Für den berufsvorbereitenden Unterricht sind diese Wörter deshalb von Interesse, noch mehr aber die Verben, die berufliche Handlungen beschreiben (vgl. ebd. 1148).

Efing (2014: 429) beschreibt das Register Berufssprache folgendermaßen:

- Berufssprache kommt als Medium sowohl mündlich als auch schriftlich vor
- Es ist ein eigenständiges Register und berufs(feld)übergreifend auf einem Kontinuum zwischen Allgemein- und Fachsprache angesiedelt
- Es besitzt hinsichtlich der Sprachhandlungsmuster große Schnittmengen mit der Bildungssprache⁶
- Es ist arbeits- und berufs(welt)bezogener als die Allgemeinsprache und konkreter praxis- bzw. handlungsbezogen als die Fachsprachen
- Es gehören keine fach-, berufs- oder betriebsspezifischen Ausdrücke dazu
- Es ist gekennzeichnet durch ein Set an typischen berufsbezogenen Sprachhandlungen, Textsorten und Darstellungsformen (s. o.)
- Es basiert auf den Redemitteln der Allgemeinsprache, ist fachunspezifisch
- Es kann als sprachliches Umfeld für die Verwendung verschiedener Register oder Varietäten gesehen werden, z. B. für fachsprachliche und berufsspezifische Anteile, insbesondere Fachterminologie und Berufsjargonismen

6 Das Register der Bildungssprache ist bei Efing (2014: 430-433) detailliert beschrieben.

Ziel der Verwendung der Berufssprache ist eine effektive, angemessene Kommunikation in beruflichen Kontexten und begründet mit dieser Funktion den Status als eigenständiges Register (vgl. Efing 2014: 429). Für diese Angemessenheit und den Erfolg in der Kommunikation brauchen die Lernenden soziopragmatisches und kulturelles Wissen (vgl. Kuhn 2007: 118).

In Angrenzung zu den Fachsprachen, die in beruflichen Situationen für präzise Verständigung und Wissensvermittlung eingesetzt werden, dient das Register Berufssprache der Bewältigung generell wiederkehrender Abläufe und Handlungen. Fachsprachen sind an Fachleute gebunden, Berufssprache dagegen sprechen alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer miteinander, auch wenn sie unterschiedlichen Fächern angehören (vgl. Efing 2014: 430).

Was die Vermittlung des Registers Berufssprache im berufsorientierten DaF-Unterricht angeht, so empfiehlt Efing (2014: 437) Registerübertragungsübungen, bei denen die Deutschlernenden sprachliche Äußerungen der „Allgemein- oder Bildungssprache in Berufssprache übersetzen müssten und damit gleichzeitig auf Formen der Experten-Laien-Kommunikation vorbereitet werden.“ Mithilfe von Szenarien ließen sich laut Kuhn (2007: 132) so unterschiedliche alltägliche Kommunikationssituationen in berufliche umformen. Dabei sollten die Registerunterschiede deutlich gemacht und neben der Lexika auch andere sprachliche Ebenen verändert werden (vgl. Roelcke 2005: 160, 170). Durch den Aufbau eines Registerrepertoires werden die Lernenden zu einem „eigenständigen, angemessenen, begründeten, routinierten, aber auch gleichzeitig flexiblen Umgang“ mit diesen in der alltäglichen beruflichen Kommunikation befähigt (vgl. Efing 2014: 438). Auch der Zusammenhang zwischen der Auswahl sprachlicher Mittel und ihrer konventionellen Wirkung muss Gegenstand des Unterrichts sein (vgl. ebd. 438).

Die Fachsprache „sollte nicht im Zentrum des berufsbezogenen DaF-Unterrichts stehen, da ihre Relevanz gegenüber anderem kulturellen, beruflichen und sozialen Sprachhandlungswissen“ eher untergeordnet ist (vgl. Efing 2014: 436). Stattdessen sollte die Autonomie der Lernenden durch das Aneignen verschiedener Strategien für einen autonomen Umgang damit vermittelt werden, z. B. zur Erschließung auf Wort-, Satz-, Textebene, zur Wortschatzverarbeitung und zur selbständigen Erweiterung von Wortfamilien/ -feldern sowie zum Gebrauch von Nachschlagewerken (vgl. Funk 2010: 1148, Roca/ Bosch 2005: 81), was als Erweiterung und Konkretisierung der von Grünhage-Monetti (2010) genannten wichtigen Methoden- und Lernkompetenzen sowie Arbeitstechniken betrachtet werden kann (s. o.).

2.4. Die Fachsprache der Pflege

Die Pflege befindet sich in einem Paradigmenwechsel hin zur Professionalisierung. Dazu gehört auch die Sprache, die sich generell von der Sprachlosigkeit des Berufszweiges hin zu sprachlicher Beschreibung und Analyse verschiebt (vgl. Abt-Zegelin/Schnell 2005: 22). Mit diesem Wandel ändern sich zentrale Werte und Normen der Disziplin Pflege. Dieser Paradigmenwechsel ist nur möglich „mit einer systematischen Analyse und inhaltlichen Weiterentwicklung, also mit der Entwicklung von Pflegewissenschaft und -forschung.“ (Bartholomeyczik

2005: 22).

Die derzeitige Entwicklung der Pflegeberufe führt beispielsweise zu Änderungen in manchen Bereichen des beruflichen Sprachgebrauchs, so z. B. in der Bezeichnung derjenigen Menschen, die professionell pflegen. Hier trifft man auf eine Reihe von Sammelbezeichnungen wie z. B. Schwestern und Pfleger, Pflegekräfte, Pflegepersonen, Pflegefachpersonen, Pflegende, Gesundheitspfleger und Pflegetherapeuten. Diese Begriffe sollen zusätzlich noch zwischen professioneller und Laienpflege differenzieren (vgl. Bartholomeyczik 2005: 19).

Bartholomeyczik (2005: 23) fordert eine Sprache,

die die Inhalte der Pflege klar und eindeutig bezeichnet, die etwas kommunizierbar und damit sichtbar macht. Damit wird der so bezeichnete Gegenstand erst diskursfähig und kann eingefordert werden. Weiterführende Ansprüche müssen an eine Sprache gestellt werden, die eine Wissenschaft entwickeln soll und für Forschungszwecke nutzbar ist. Darüber hinaus muss es eine Sprache im Außenverhältnis, im öffentlichen Raum geben, die für die Disziplin politisch nutzbar ist.

In Interviews im Rahmen eines Forschungsprojektes zeigte sich, wie schwer es vielen Pflegenden fällt, ihre eigene pflegerische Arbeit in Worte zu fassen. Schnell und konkret werden pflegfremde Aufgaben benannt, wie z. B. putzen oder ärztliche Dokumente führen, aber für pflegerische Arbeiten müssen Synonyme herhalten wie z. B. betreuen, versorgen u. ä., wobei aber nicht klar ist, was das genau bedeutet. Dies macht die pflegerische Arbeit für die Pflegenden selbst als auch für Außenstehende in verbalen Begriffen unsichtbar. Bevor der Beruf weiterentwickelt werden kann, müssen Pflegeinhalte bezeichnet und beschrieben werden. Der Zwang zur Pflegedokumentation hat hier weitergeholfen, auch wenn gerade an dieser Stelle die Schwachstellen offensichtlich werden, indem eher ärztliche Anordnungen und Befunde eingetragen als beobachtbare Entwicklungen von Patientinnen und Patienten oder deren Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen beschrieben werden. Dieselben Ergebnisse zeigten Untersuchungen zu mündlichen Übergabeberichten. Diese Schwierigkeiten im Nennen zeigen die inhaltlichen Schwierigkeiten mit dem Gegenstand und dies ist ein Zeichen für mangelhafte Bedeutung oder fehlendes Wahrnehmungsvermögen, also einen fachlichen Mangel. Handlungen können sehr unterschiedlich benannt werden und die gewählte Sprache drückt damit Wirklichkeit und ihre Bedeutung für den Alltag aus: Wenn beispielsweise eine Pflegehandlung einmal als „Patienten waschen“ oder „Patienten bei der Körperpflege unterstützen“ benannt wird, dann wird zum einen auf unterschiedliche Art und Weise beschrieben, was eine Pflegeperson tut, zum anderen wird aber auch die Rolle der Patienten und Patientinnen als Objekte bzw. als Subjekte gekennzeichnet (vgl. ebd. 23f).

Bartholomeyczik (2005: 26ff) stellt in Frage, ob pflegfachliche Gespräche die Kriterien einer kontextunabhängig verständlichen und einheitlichen Fachsprache derzeit erfüllen können und führt als Beispiel die pflegerische Maßnahme der ‘Mobilisation’ an: Wenn in Pflegedokumentationen der Eintrag „Pat. mobilisiert“ zu finden ist, dann ist nicht eindeutig und nicht klar, was diese Handlung umfasst, denn weder ein zeitlicher Rahmen, noch ein Bezug auf die Dekubitusgefahr (Wundliegeneschwür) etc. werden angegeben. Ebenso schwierig sieht es mit dem

Fachbegriff der 'Ganzheitlichkeit' aus. Dagegen ist der Begriff 'Pflegeprozess' mittlerweile relativ klar. Mit der Einführung der Pflegeversicherung und damit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) war der späteste Zeitpunkt für die Anwendung einer Fachsprache gekommen. Allerdings gründet sich die Begutachtung auf medizinischen Diagnosen, da die pflegerische Fachsprache zu wenig entwickelt ist. Es braucht daher dringend pflegerische Diagnosen, die in Fachkreisen beschrieben, erforscht und diskutiert werden können. Der immer häufiger vorkommende Einsatz von EDV zwingt die Pflegenden zum Gebrauch einer präzisen Fachsprache. Hier besteht jedoch die Gefahr, dass eine Sprache durch Fachfremde vorgegeben und eben nicht durch Pflegefachleute definiert wird. Die Autorin warnt jedoch vor zu viel Fachsprache in der Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen, denn oberstes Ziel sei hier das Verstehen auf Seiten der Pflegebedürftigen und deshalb müsse hier die Alltagssprache vorherrschen.

Es gibt unzählig viele Textsorten und Gesprächstypen in der Pflege. Einige relevante sind beispielsweise: Pflegedokumentation, Berichtblatt, Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten, Pflegebedürftigen, Angehörigen, Kolleginnen und Kollegen, Vorgesetzten, Therapeutinnen und Therapeuten, Lieferanten etc., Biografiebogen, Checkliste Hygienevisite, Ereignismeldung, Pflegeleitbild, Protokolle zur Dienstübergabe, Fallbesprechung, Teambesprechung u. v. m. (vgl. Anschütz et al 2013a: 19f). Pflegedokumentationen beinhalten die Benennung und Beschreibung von Pflegeproblemen bzw. -diagnosen, -ressourcen, -zielen und -maßnahmen im Rahmen der Pflegeprozessplanung (vgl. Haider 2010: 269). Textsorten, die sich mit der Fachsprache der Medizin überschneiden, sind: Krankengeschichten, dazu gehören u. a.: Anamnese, Aufnahmebefund, Krankheitsverlauf etc., da auch das Pflegepersonal mit diesen Texten arbeitet. Diese Textsorten sind durch eine ausgeprägte Makrostruktur gezeichnet und geben den Rezipienten eine zuverlässige Orientierung (vgl. Roelcke 2005: 194). Das Aufnahmegespräch als typische Gesprächssorte in der Pflege wurde von Backs & Lenz (1998) untersucht.⁷

Der Einsatz von IT hat der Weiterentwicklung der pflegerischen Fachsprachen Vorschub geleistet, von denen es eine Vielzahl gibt und die sich in Gegenstand, Detailgrad ihres Ausdrucksvermögens und Einsatzgebiet unterscheiden. Sie werden in diesem Rahmen auch Klassifikationen genannt und sind für Qualitätssicherung, Pflegeforschung und Managemententscheidungen von großer Bedeutung. Im deutschsprachigen Raum wird zum Beispiel das von der Universität St. Gallen entwickelte Klassifikationssystem LEP zur Leistungserfassung genutzt, das eine detaillierte und kompakte Formulierung von Tätigkeiten in Kombination mit Pflegeminuten zur Darstellung des Pflegeaufwands erlaubt (Hübner 2012: 9ff).

7 siehe Kapitel 5: Forschungsstand

2.5. Sprachlich-kommunikative Anforderungen im Beruf

Sprachlich-kommunikative Kompetenzen werden als elementare Voraussetzung für den Erwerb und die Ausübung beruflicher Handlungskompetenz angesehen (vgl. Settlemeyer 2013: 2). Sie gelten als Schlüsselkompetenzen in unterschiedlichen Situationen im Beruf. In Anlehnung an den Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen (vgl. Europarat 2001: 109) kann man kommunikative Fähigkeiten derart definieren, dass Menschen sprachliche Fähigkeiten in einem konkreten Handlungskontext situativ, sozial und funktional angemessen aktivieren können. Text- und Gesprächssorten, nicht Sätze oder Einzeläußerungen, sind dabei die zentralen Grundgrößen kommunikativen Handelns (vgl. Eging 2012: 7).

Einzelne Angebote an berufsbezogenem Deutschunterricht versuchen gezielt auf einen Fachkräftemangel zu reagieren, auch im Bereich der pflegerischen Berufe. Seit Mitte der 1990er Jahre hat sich in Deutschland erstmals eine Forschungsrichtung entwickelt, die nicht mehr die Zielgruppe, sondern die tatsächliche Arbeits- und Kommunikationsrealität und die daraus entstehenden Sprachbedarfe fokussierte. Die Ergebnisse zahlreicher Projekte fließen heute in die Arbeit des Facharbeitskreises Berufsbezogenes Deutsch/Kompetenzzentrum NOBI⁸ (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 7f).

Bei der Vielfalt an Projekten und Angeboten in der Zweitsprachenförderung können drei wesentliche Ansätze identifiziert werden: qualifizierungsorientiert, arbeitsmarkt- bzw. branchenorientiert sowie unternehmens- bzw. arbeitsplatzorientiert. Im Zentrum der qualifizierungsorientierten Zweitsprachenförderung stehen Methodenkompetenzen (z. B. im Erschließen von Fachtexten und zum Verständnis komplexer grammatikalischer Strukturen), während sich die arbeitsmarkt- bzw. branchenorientierte Zweitsprachenförderung an spezifische Berufsgruppen richtet, „um auf einen konkreten Fachkräftemangel in einem bestimmten Segment des Arbeitsmarktes zu reagieren, oder an auf dem Arbeitsmarkt benachteiligte Zielgruppen wie An- und Ungelernte, Frauen, Flüchtlinge, Analphabeten.“ Alle drei Ansätze decken nur Teilbereiche ab und sollten konzeptionell verknüpft werden, um die Entwicklung nachhaltiger Konzepte ermöglichen zu können (vgl. Weissenberg 2010: 14). Die Beschreibung von sprachlichen Anforderungen kann auf Grundlage des von Weissenberg (2010) weiterentwickelten und von Grünhage-Monetti (2010) adaptierten REFA Modells mit elf Handlungsfeldern erfolgen.

Bisher sind einige Modellprojekte und Untersuchungen für Deutsch am Arbeitsplatz, auch im Pflegebereich durchgeführt worden, meist durch das Institut für Erwachsenenbildung (DIE). In einer Expertise zum sprachlichen Bedarf von Personen mit Deutsch als Zweitsprache in Betrieben beschreibt Grünhage-Monetti (2010) sprachlich-kommunikative Anforderungen am Arbeitsplatz und plädiert sehr überzeugend für ein Verständnis von „Sprache als soziale Praxis“ am Arbeitsplatz, was von der Linguistik mittlerweile unbestritten ist. Darunter versteht sie jeweils Handlungsgemeinschaften mit eigener Kultur. Sprache ist dabei eingebettet in soziale, kulturelle und politische Beziehungen. Dieses Verständnis ist der Schlüssel zur Er-

8 siehe <http://www.netzwerk-iq.de/fachstelle-berufsbezogenes-deutsch.html>

schließung der sprachlichen Anforderungen in beruflichen Kontexten. „Kommunikative Praktiken am Arbeitsplatz sind konstitutive Bestandteile beruflichen Handelns.“ (vgl. ebd. 9)⁹. Termine absprechen, Arbeitsanweisungen verstehen oder erteilen, einen Vorschlag bei einer Teambesprechung bewerten, Anteilnahme für Kolleginnen und Kollegen ausdrücken, mit Provokationen oder Diskriminierung umgehen, all das „sind berufliche Handlungen, die durch Sprache realisiert werden.“ Grünhage-Monetti identifiziert hier den Arbeitsplatz als sozialen „Ort unfreiwilliger und nicht gleichberechtigter Beziehungen“ und gesellschaftlichen Ort der interkulturellen Kommunikation, an dem sich Beschäftigte mit und ohne Migrationshintergrund verständigen (müssen).“ (vgl. ebd. 9).

Sprache kann dabei als dreidimensionales Phänomen betrachtet werden, die eine funktionale, eine kulturelle und eine kritische Dimension umfasst. Die funktionale Dimension bezieht sich auf linguistische Aspekte der Sprache wie Strukturen, Grammatik einschließlich Aussprache und Orthografie, sowie (Fach-)Wortschatz. Hier ist im beruflichen Kontext relevant, ob ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin imstande ist, Arbeitsanweisungen inhaltlich richtig zu verstehen. Die kulturelle Dimension fragt nach der (betriebs-)kulturellen Angemessenheit der Kommunikation und berücksichtigt interkulturelle, schicht-, geschlechts- und altersspezifische sowie arbeitsplatz- und hierarchiespezifische Aspekte und identifiziert Textsorten und Gesprächstypen. Hierunter fallen verschiedene Register, Körpersprache, Proxemik, Intonation etc. Es geht darum, dass beispielsweise Arbeitsanweisungen als solche erkannt und je nach Kommunikationspartner diese angemessen angenommen und darauf reagiert werden kann. Bei der kritischen Dimension geht es um das Verstehen der soziokulturellen Umgebung und der (un-)ausgesprochenen Regeln innerhalb einer bestimmten Handlungsgemeinschaft. Wichtige Themen in diesem Zusammenhang sind, wie die Relevanz und Bedeutung bestimmter kommunikativer Situationen am Arbeitsplatz erkannt und eingeschätzt werden können, ob über adäquate sprachlich-kommunikative Mittel zur Intervention, zur Teilhabe und zur Veränderung bestimmter Praktiken verfügt werden. Hier sollen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beispielsweise in der Lage sein, auf eine Arbeitsanweisung hin den Vorgesetzten mitteilen zu können, dass sie diese in der vorgegebenen Zeit nicht erfüllen und Alternativvorschläge unterbreiten können. Dabei müssen sie einschätzen können, ob ihr Verhalten in der Handlungsgemeinschaft (Unternehmen, Team) akzeptiert bzw. erwünscht ist und welche Alternativen sie dazu haben (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 10f).

Alle drei Dimensionen von Sprache müssen zusammen im berufsorientierten Sprachunterricht vermittelt werden, um berufliche Handlungsfähigkeit und sprachlich-kommunikative Kompetenzen zu erwerben. Aus diesem Grunde ist es empfehlenswert, authentische Situationen in praxis- und teilnehmerorientierte Handlungsszenarien einzubetten (vgl. ebd. 10f, siehe dazu auch Kuhn 2007).

9 siehe auch Grünhage-Monetti et al. (2003a + b)

2.6. Das Verhältnis von sprachlich-kommunikativer und interkultureller Kompetenz

Kuhn (2007: 66f) merkt an, dass man auch beim berufsbezogenen Fremdsprachenunterricht immer wieder auf die Komponente der interkulturellen Kompetenz stößt. „Handlungsfähig in interkulturellen Kontexten ist also nicht unbedingt derjenige, der die Fremdsprache spricht, sondern nur jemand, der – in Bezug auf die Sprache zusätzlich – über interkulturelle Kompetenzen verfügt und somit effektiv mit Menschen anderer Kulturen interagieren kann. [...] Sie stellt eine fach- und sprachübergreifende Schlüsselqualifikation dar.“

Auch Camerer (2007: 4) und Müller-Jacquier (2000) betonen die Notwendigkeit, beide Kompetenzen, die sprachlich-kommunikativen und interkulturellen, nicht getrennt voneinander zu betrachten und zu vermitteln, denn weite Teile der Sprachwissenschaft wissen ziemlich genau, wie wichtig die Beherrschung kulturell geprägter „Scripts“ für den Erfolg interkultureller Kommunikation ist. „Interkulturelle Kompetenz kann von der Plattform der Sprachkompetenz aus beschrieben werden, denn in der kommunikativen Praxis erweist sie sich.“ (Camerer 2007: 6). „Normale“ Kommunikationsstrategien existieren nicht. Registerunterschiede, Höflichkeitskonventionen und Konventionen nonverbaler Kommunikation¹⁰ sind kulturell oft unterschiedlich geregelt und daher typische Fallstricke zwischenkulturellen Kommunizierens. Kulturelle Konventionen sind außerdem dynamisch und oft widersprüchlich. Trotzdem werden sie als identitätsstiftend und emotional bindend angesehen. Die kulturell dominanten Kommunikationsstrategien zu vermitteln sollte daher zu jedem zeitgemäßen Fremdsprachentraining gehören, da in zwischenkulturellen Begegnungen Verstöße gegen Kommunikationskonventionen allemal gravierender sind als linguistische Fehler (vgl. ebd. 6-12).

„Entscheidend für Akzeptanz und Erfolg ist die Vorbereitung auf eine kulturell angemessene Verwendung sprachlicher und nichtsprachlicher Mittel.“ (Camerer 2007: 4). Er fordert eine Präzisierung der Lernziele interkulturell ausgerichteter Fremdsprachenausbildung mittels einer „interkulturellen Diskursgrammatik“. Grundsätzlich ginge es um den Zusammenhang von Themen, Szenarien, Sprachintentionen und Notionen einschließlich ihrer Komponenten mit sprachpragmatischen, textgrammatischen und satzgrammatischen Bereichen bis hin zum Rückweg in den Bereich der Semantik und damit wieder zu den Themen und Szenarien mit maßgeblicher Berücksichtigung interkultureller Kommunikationssituationen (vgl. ebd. 11). Dabei stellt er die Bedeutung metasprachlicher Kompetenzen heraus, die in der interkulturellen Kommunikation unverzichtbar sind:

Meine Sprech- und Handlungsintentionen erläutern zu können, die Sprech- und Handlungsintentionen meines Gesprächspartners zum Thema zu machen – dies alles, ohne befremdlich, überheblich oder sonst wie irritierend zu wirken, ist bislang noch nirgendwo Gegenstand unserer Fremdsprachen-Ausbildung. Hier liegt künftig eine Kernkompetenz im breiten Spektrum interkulturell kommunikativer Kompetenzen (...) Auf die Handlungskompetenz also, die stets auch eine sprachliche Handlungskompetenz ist, kommt es an. (ebd. 10, 12)

10 siehe dazu z. B. Rose-Neiger/Thiele (1998)

Knapp (2013: 89ff) beschreibt verschiedene Problemdimensionen interkultureller Kompetenz; davon hier ein Auszug, der für den Fremdsprachenunterricht von besonderer Bedeutung ist:

- „Interkulturelle Kommunikation ist häufig lernersprachliche Kommunikation und unterliegt damit spezifischen Beschränkungen“; mindestens ein Kommunikationspartner oder eine Kommunikationspartnerin spricht dabei nicht die Muttersprache bzw. beide nutzen eine *Lingua franca*; damit sind die Chancen in der Interaktion ungleich verteilt, denn in der Lernersprache kann man sich weniger präzise und differenziert ausdrücken und die Aspekte der sozialen Beziehung oft nicht wie beabsichtigt und adäquat kommunizieren (z. B. Höflichkeit, Wertschätzung, Nähe, Distanz, Selbstdarstellung etc.), da die sprachlichen Mittel fehlen (vgl. ebd. 89f).
- Die Deutung von nicht explizit Gesagtem ist schwierig; z. B. ob eine Äußerung als Bitte oder Vorwurf gemeint ist, ob sie ironisch oder ernst zu verstehen ist (vgl. ebd. 90).
- Die Kommunikationspartner bzw. -partnerinnen verfügen über unterschiedliche Konventionen des Kommunizierens, die sich unbewusst auch bei der Verwendung eines anderen Sprachsystem übertragen; z. B. betrifft dies die Vorkommensbedingungen und die bevorzugten Realisierungsformen von Sprechakten (z. B. werden Aufforderungen im Deutschen direkter als im Englischen ausgedrückt - dies spiegelt den Fakt wieder, dass es „kulturspezifisch unterschiedliche Normalitätserwartungen hinsichtlich der Direktheit und des Grades der damit verbundenen Gesichtsbedrohung“ existieren; z. B. auch die kulturspezifischen Unterschiede, ob das sofortige Annehmen eines Angebots erlaubt ist oder das Durchlaufen mehrerer rekursiver Angebots-Ablehnungs-Sequenzen notwendig ist) (vgl. ebd. 91).
- Es gibt zahlreiche paraverbale kulturspezifische Unterschiede (z. B. Prosodie in verschiedenen Varietäten einer Sprache) (vgl. ebd. 91).
- Es existieren kulturspezifische „Unterschiede in der temporalen Gliederung der Kommunikation“ (z. B. die Bedeutung der Länge von Pausen für den Sprecherwechsel und den damit entstehenden Eindruck beim Gegenüber sowie für die Dominanz in der Themenwahl) (vgl. ebd. 92).
- Wichtig sind auch kulturspezifische Unterschiede der nonverbalen Kommunikation (z. B. die kulturellen Konventionen der Maskierung von Emotionen in der Mimik, Formen der Gestik) (vgl. ebd. 92).

2.7. Schlussfolgerungen

In Anlehnung an die zuvor ausgeführten theoretischen Grundlagen lege ich dieser Arbeit zum einen die Überlegungen Efings (2014) zugrunde, dass die Allgemeinsprache das Grundgerüst sowohl für Fach- als auch Berufssprache(n) darstellt. Dies untermauern die Ergebnisse von Steinmüller (1990), Roelcke (2005) und Fluck (1996). Zudem verwende ich den Begriff der 'Berufssprache' im Sinne Efings für die zu untersuchenden Anforderungen an die berufsbezogenen Deutschkenntnisse von Pflegefachkräften. Dabei scheint mir seine Sicht auf das Konzept der Berufssprache für den Untersuchungsgegenstand am geeignetsten, da wie von ihm herausgearbeitet wiederkehrende, situativ und funktional-kontextuelle Kommunikationssituationen sowie die sprachlichen Mittel zur Realisierung der Sprachhandlungen charakterisiert und beschrieben werden sollen. Dabei sollte meiner Ansicht nach das Verständnis von Grünhage-Monetti (2010) von Sprache als soziale Praxis am Arbeitsplatz und die damit einhergehenden verschiedenartigen Beziehungen der Kommunikationspartner und Kommunikationspartnerinnen untereinander berücksichtigt werden. Des Weiteren teile ich die Forderung von Kuhn (2007), Camerer (2007) und Grünhage-Monetti (2010), die (berufs- und meta-) sprachlichen, kommunikativen, strategischen (u. a. Methoden- und Lernkompetenzen) sowie interkulturellen Kompetenzen anhand von authentischen Situationen in Form von Szenarien zu vermitteln, woraufhin ich in dieser Untersuchung hinarbeite. Außerdem stimme ich den genannten Autoren (Kuhn 2007, Camerer 2007 und Knapp 2013) zu, dass prinzipiell das Erlernen der (berufsbezogenen) Fremdsprachen und das Entwickeln interkultureller Kompetenzen eng miteinander verbunden sind und auch gemeinsam vermittelt werden sollten, was auch Ziel dieser Arbeit ist. Für die Vorbereitung der zu entwickelnden Curricula folge ich dem angelsächsischen Konzept des berufsorientierten Sprachunterrichts sowie Funk (1992), wonach die Unterrichtsinhalte und Anteile an Fach-, Berufs- und Allgemeinsprache nach pragmatischen Gesichtspunkten des Anwendungsgebietes flexibel und teilnehmerbezogen ausgewählt werden sollten. Deshalb bereite ich für die zu entwickelnden Szenarien ein Grundgerüst an sprachlichen Mitteln und wichtigen inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen vor, mit denen flexibel nach den jeweiligen pragmatischen Kriterien gearbeitet werden kann.

3. Inter- bzw. transkulturelle Kompetenz in der Pflege

3.1. Kultur

Der Kulturbegriff erfreut sich einer unendlichen Fülle an Definitionsversuchen, die man in die eher traditionellen Ansätze, die Kultur als etwas Einigendes ansehen (Kohärenzorientierung), zu denen auch die oft zitierte Definition von Thomas (2003: 138) gehört und in die eher differenzorientierten Anschauungen unterteilen kann, welche die Binnendifferenzen und den Prozesscharakter von Kultur hervorheben (vgl. Rathje 2006: 1ff).

Beim traditionellen Kulturbegriff ging man von einer Art Programmierung des mentalen Systems in den Köpfen der Menschen aus, die von Moosmüller (1997: 19) als „Kulturgrammatik“ bezeichnet wurde und von Angehörigen anderer Kulturen erlernt werden könne. Dabei wird Kultur als ein starres, geschlossenes System betrachtet, das Individualität, kulturellen Wandel und Widersprüchlichkeiten nicht berücksichtigt und unterstellt, dass verschiedene Denk- und Handlungsmuster einer bestimmten Kultur zugeordnet werden können (vgl. ebd. 19, Dreißig 2003: 17f).

Das interpretative Paradigma des Ethnologen Geertz (1973) leitete mit dem Aufsatz „Dichte Beschreibungen“ eine Wende in den Sozialwissenschaften ein, da Kultur hier nicht mehr als objektiv zu bestimmende Variable, sondern als von den Betrachtenden abhängiger Terminus beschrieben wird. Kultur enthält demnach einen symbolischen Charakter, wird vom Menschen selbst hergestellt und gilt damit als wandelndes Konstrukt (ebd. 18).

Die Vertreterinnen und Vertreter der Postmoderne betonten daraufhin die Vielfalt und Widersprüchlichkeit von Kultur in der globalisierten Welt. Sie gehen von einer radikalen Relativität und Subjektivität des Kulturbegriffs durch das Individuum aus. Damit sind auch die Forschenden, die Kultur und damit Zusammenhängendes grundsätzlich der jeweiligen Deutung des Begriffs ausgesetzt (vgl. Dreißig 2003: 18).

Schweizer (1996: 57) weist auf die entscheidende Rolle des „soziale(n) Gefüge(s), in dem Überzeugungen entstehen“, hin, das bei Untersuchungen mitberücksichtigt werden muss und aus ökonomischen, sozialen, politischen und anderen Rahmenbedingungen besteht, welche wiederum von den Akteuren selbst beständig generiert und reproduziert werden.

Die Vertreter der *Cultural Studies* betrachten Kultur als stark vom Kontext abhängige Variable, da jede Wahrnehmung und Erfahrung kontextgebunden ist und in einem komplexen Netz aus gesellschaftlichen, sozialen, institutionellen, politischen Bedingungen entsteht. Kulturelle Phänomene können demnach nur vor dem Hintergrund dieses Kontexts eingeordnet werden. Außerdem geht man bei den *Cultural Studies* davon aus, dass der strukturelle Kontext von den Akteuren selbst hergestellt wird. Kultur wird des Weiteren als holistisches Konzept angesehen, das nicht an Nationalkulturen gebunden ist. Das beinhaltet auch, dass Kultur von den Menschen alltäglich gelebt und immer wieder aufs Neue reproduziert und hergestellt wird. Dabei können eine Vielzahl möglicher Lebensweisen entstehen und sich Widersprüche

zwischen, aber auch innerhalb von Kulturen ergeben. Die *Cultural Studies* haben einen politischen Anspruch und eines ihrer wichtigsten Ziele ist es, Machtverhältnisse bzw. Beziehungen zwischen Kultur und Macht offenzulegen (vgl. Dreißig 2003: 19).

Welsch (2010: 39) dagegen rät dazu, mindestens zwei Dimensionen von Kultur zu unterscheiden: Zum einen die inhaltliche Bedeutung, bei dem „Kultur als Sammelbegriff für diejenigen Praktiken steht, durch welche die Menschen ein menschentypisches Leben herstellen.“ Dies umfasst „Alltagsroutinen, Kompetenzen, Überzeugungen, Umgangsformen, Sozialregulationen, Weltbilder“ u. a. Zum anderen gibt es meist auch einen extentionalen Aspekt von Kultur in Sinne von geografischer, nationaler oder ethnischer Ausdehnung dieser Praktiken. Die extentionale Bedeutung dominiert meist die inhaltliche. Welsch (ebd. 40) kritisiert die bisherige Betrachtungsweise von Kultur, welche diese vor allem extentional bestimmt, als überkommen, denn sie entspricht der maßgeblich durch Herder (1774) gegen Ende des 18. Jahrhunderts geprägten Vorstellung von Kulturen als Kugeln oder Inseln, denen ein internes Homogenitäts- sowie ein externes Abgrenzungsgebot unterliegt. Welsch (ebd. 41) schlägt eine neue Sichtweise auf Kulturen vor, die bereits seit jeher, aber ganz besonders intensiv in der heutigen Zeit voneinander durchdrungen und miteinander vermischt sind: mit dem Konzept der Transkulturalität.¹¹

3.2. Kompetenz

Kompetenzen können als theoretische Konstrukte, also als Annahmen über Eigenschaften und ihre Ausprägungen verstanden werden. Sie sind nicht direkt beobachtbar. Über Indikatoren kann man auf sie schließen (vgl. Herrmann et al. 1991). Grabowski (2014: 19) bezeichnet Kompetenzen als „*latente* Eigenschaften“ und geht davon aus, dass die Ausprägungen als „überdauernd“ angenommen werden, selbst wenn sie in bestimmten Situationen nicht auftreten. Deshalb seien sie „Verhaltensdispositionen“, was deren Messung erschwert: „Man muss anhand manifester, beobachtbarer Verhaltensweisen (zum Beispiel der Bearbeitungsgüte bestimmter Aufgaben) mit einer gewissen Zuverlässigkeit auf die dahinter liegende Eigenschaftsausprägung schließen (können).“ (ebd. 19). Die Bereiche, auf die sich Kompetenzen beziehen, können „durch Lernen und Erfahrung aufgebaut und beeinflusst werden“. Damit sind Kompetenzen „bereichs- oder domänenspezifisch“ (ebd. 21). Weinert (2001: 27f) definiert Kompetenzen als:

die bei Individuen verfügbaren oder durch sie erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, um bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, um die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.

11 siehe Kapitel 3.4: Transkulturelle Kompetenz

Die Differenzierung und Steigerung der semantischen Komplexität des Terminus 'Kompetenz' ist zurückzuführen auf eine sukzessive „Ausweitung seiner Verwendung in immer mehr Handlungsfeldern.“ Dies betrifft die Bedeutung: Befugnis, Zuständigkeit, Vermögen, Fähigkeit, Fertigkeit. Die Spannbreite reicht von einem

„Handlungspotential, das in wissenschaftlicher Expertise, in spezialistischem Sachverstand oder einer in vielfältigen Erfahrung (...) begründeten praktischen Klugheit (...) verwurzelt ist, bis hin zu allen möglichen einzelnen Vermögen, Fähigkeiten und Fertigkeiten aller möglichen Subjekte, die in allen möglichen Handlungsbereichen dazu befähigt sein können, in der gegebenen Situation das jeweils Gebotene oder Erforderliche wahrzunehmen, zu denken, zu empfinden, zu fühlen, zu wollen, zu entscheiden und zu tun. (Grabowski 2014: 37)

3.3. Interkulturelle Kompetenz

3.3.1. Konzepte interkultureller Kompetenz

Konzeptionalisierungen interkultureller Kompetenz haben sich lange Zeit an der Beschreibung von Persönlichkeitsmerkmalen von erfolgreichen *Expatriates* ausgerichtet (vgl. Bolton 2007a: 22). Dabei wurde voranging mit den bekannten Kulturstandards, unter anderem von Thomas (1993), gearbeitet.¹² Bezugsdisziplinen sind die Psychologie, Ethnologie und Linguistik (vgl. Hinz-Rommel 1994: 66)

3.3.1.1. Modelle interkultureller Kompetenz

Heute gibt es eine unüberschaubare Fülle an Materialien und Modellen aus unterschiedlichen Fachrichtungen zur interkulturellen Kompetenz. Grundsätzlich gliedern sich diese in individuenbezogene Listen- und Strukturmodelle, wobei erstere Teilkompetenzen wie z. B. Stressresistenz, Empathie, Fremdsprachenkenntnisse, Aufgeschlossenheit, Flexibilität, Anpassungsfähigkeit, Optimismus, Ambiguitätstoleranz, Kontaktfähigkeit und Rollendistanz aufzählen, während letztere das Konzept systemisch-prozessual betrachten, was in Übereinstimmung mit neueren lerntheoretischen Diskussionen zum Begriff der Handlungskompetenz steht. Hierzu gehört auch das häufig zitierte Modell der affektiven, kognitiven und verhaltensbezogenen Aspekte interkultureller Kompetenz (nach Gertsen 1990: 341ff):

12 Einen Überblick über sowie eine Diskussion der Kulturstandards gibt u. a. Kamhuber (1998).

| Dimensionen interkultureller Kompetenz | | |
|--|---|---|
| Kognitive Dimension: Wissen | Verhaltensbezogene Dimension: Fähigkeiten | Affektive Dimension: Motivation |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fremdsprachenkenntnisse • Kenntnisse der eigenen und fremden Kultur • Wissen über Spezifika interkultureller Kommunikation • Selbstbewusstsein • Wissen über das Land • Realistische Wissensschätzung | <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationsfähigkeit • Konfliktlösung/Stressmanagement • Fähigkeit zum Beziehungsaufbau • Fähigkeit zum Perspektivenwechsel • Umgang mit Komplexität | <ul style="list-style-type: none"> • Ambiguitätstoleranz • Flexibilität • Empathie • Unvoreingenommenheit • Selbstwertgefühl • Lernbereitschaft |

Tab. 1: Dimensionen interkultureller Kompetenz

Es gibt keinen Definitionskonsens über den Begriff der interkulturellen Kompetenz, aber einen Streit über die grundlegenden Fragen hinsichtlich Ziel, Generik/Spezifik und ihren Anwendungsgebieten. Außerdem steht einem allgemeingültigen Modell der Fakt entgegen, dass das Konzept der interkulturellen Kompetenz selbst in hohem Maße kulturspezifisch ist (vgl. Bolten 2007b: 24ff, Rathje 2006: 1f, Knapp-Potthoff 1997: 186).

Dabei stehen sich als Ziele (wirtschaftliche) Effizienz versus menschliche Weiterentwicklung gegenüber. Mögliche Anwendungsgebiete sind zum einen internationale Interaktionen mit Beschränkung auf Länder. Eher neuere Modelle favorisieren interkollektive Interaktionen, die die internationale Interaktion eher als Spezialfall ansehen (vgl. Rathje 2006: 7f). Dazu gehört auch Knapp-Potthoff (1997: 185-202), die zutreffend feststellt, dass u. a. aufgrund von Multikulturalität und Mehrfachzugehörigkeit, die beispielsweise durch Migration entstehen können, gar keine diachrone Kommunikation zwischen Menschen zweier Herkunftskulturen stattfindet. Sie schlägt daher folgerichtig vor, interkulturelle Kommunikation als Kommunikation zwischen Menschen verschiedener Kommunikationsgemeinschaften zu verstehen, die auch den Faktoren Alter, Geschlecht, Region, soziale Klasse u. a. als determinierend Rechnung trägt. Sie betrachtet als wichtige Komponenten interkultureller Kompetenz spezifisches Wissen über die eigene und über andere Kommunikationsgemeinschaften. Da dieses Wissen nie vollständig sein kann und schnell veraltet, hilft allgemeines Wissen über Sprache, Kommunikation und Kultur, das Bewusstsein über die Kulturabhängigkeit menschlichen Denkens, Deutens und Handelns. Als zentral betrachtet sie aber das Entwickeln „von Strategien in konkreten interkulturellen Kommunikationen“, weil interkulturelle Interaktion eine Eigendynamik zwischen

den Interaktionspartnern und -partnerinnen entwickelt, da Menschen in diesen Situationen nicht so kommunizieren, wie sie dies mit Angehörigen der eigenen Kultur bzw. Kommunikationsgemeinschaft tun.

Bolten (2007b: 24ff) baut seinen Vorschlag für ein Konzept interkultureller Kompetenz auf dem Begriff der Handlungskompetenz auf, welche als Zusammenwirken von a) Personal- oder Selbst-, (z. B. Flexibilität), b) Sozial-, (z. B. Kommunikationsfähigkeit), c) Fach- (z. B. Berufserfahrung) und d) Methodenkompetenz (z. B. Entscheidungsfähigkeit) verstanden wird. Interkulturelle Kompetenz ist in allen vier Teilkompetenzen enthalten und wird als Variante allgemeiner Handlungskompetenz aufgefasst, nicht als fünfte Teilkompetenz, was in Untersuchungen bestätigt wurde. Sie fungiert als Transferfähigkeit der allgemeinen Handlungskompetenzen auf bestimmte interkulturelle Kontexte. Für diesen Transfer braucht man Fremdsprachenkenntnisse und Erklärungsfähigkeit bezüglich eigen-, ziel- und interkultureller Interaktionszusammenhänge. Dazu muss man ein Bewusstsein dafür haben, dass die vier Kompetenzbereiche kulturell geprägt sind. Als Prozessmodell versteht dieses Konzept interkulturelle Kompetenz als erfolgreiches ganzheitliches Zusammenspiel dieser Komponenten, wobei die Gewichtung der einzelnen Teilkompetenzen je nach Situation und Kultur unterschiedlich ausfallen kann. Kulturspezifisches Wissen ist dabei Bestandteil interkultureller Kompetenz.

In den unterschiedlichen Modellen hängt das Begriffsverständnis davon ab, wie genau im Einzelnen die Komponenten und ihre Beziehungen geklärt sind. Für die Begriffe müssen manchmal psychologische Fachwörterbücher herangezogen werden, manchmal gibt es keine allgemein akzeptierten und gebräuchlichen Begriffsbestimmungen. Die Modelle sind trotzdem für eine erste Annäherung an das Konzept hilfreich, denn sie vermitteln eine nachvollziehbare Vorstellung davon, was es für eine tätige Person heißt, interkulturell kompetent zu sein bzw. handeln zu können (vgl. Straub et al. 2010: 19f).

3.3.1.2. Die Situationsabhängigkeit interkultureller Kompetenz

Das Konstrukt interkultureller Kompetenz setzt sich notwendigerweise aus einer variablen Anzahl von Komponenten und Konstituenten zusammen, die jeweils ziemlich komplexe Dispositionen (Merkmale, Eigenschaften, Wissensbestände oder Fähigkeiten und Fertigkeiten) einer Person bezeichnen, die in situationsangepasster Weise zum Tragen kommen und das Handeln leiten können, was aber nicht immer der Fall ist, wie die sozialpsychologische Einsicht in die handlungsbestimmende Relevanz situativer Faktoren zeigt (vgl. Straub et al. 2010: 16f). Interkulturelle Kompetenz als personales Handlungspotential sowie konkretes Handeln einer Person sind situationsabhängig. Situationen und speziell in ihnen anwesende Kommunikations- und Interaktionspartner und haben Einfluss auf das Handeln Einzelner. Personale interkulturelle Kompetenz kommt stets in einer durch Kontext- und Situationsinterpretation der Akteure vermittelten Weise zum Tragen und ist in ihrem Wirkungspotential vom Kontext und der Situation selbst, also von mehr oder weniger förderlichen, aber auch von restriktiven Rahmenbedingungen und vom Handeln anderer abhängig (vgl. Straub 2007: 39).

3.3.1.3. Der Begriff der interkulturellen Kompetenz

Nach Straub (2007: 35f) wird der Begriff der Kompetenz meist in Zusammenhängen gebraucht, in denen es um die Beschreibung von Berufsprofilen oder speziellen Anforderungen in professionellen Handlungsfeldern geht. Dabei nimmt die interkulturelle Kompetenz unter den vielfach erwünschten Qualifikationen eine Spitzenposition ein. Synonyme oder verwandte Ausdrücke sind: 'interkulturelle Handlungskompetenz', 'interkulturelle Kommunikationsfähigkeit', 'internationale (Handlungs-/Kommunikations-)Kompetenz'. Sie gehört zu den allgemeinen Schlüsselqualifikationen und *Soft Skills*, die in einem bestimmten Beruf benötigtes Fachwissen und fachliches Können ergänzt. Sie gilt als unverzichtbare Voraussetzung für beruflichen Erfolg. Daher gibt es ein stetig wachsendes Angebot an Zusatzausbildungen und berufsbegleitenden Fort- und Weiterbildungen. Trotz der großen Bedeutung besteht bisher keine Klarheit darüber, was genau darunter verstanden werden soll. Es gibt viele wissenschaftliche Bestimmungen des Begriffs, aber kein allgemein tragfähiger Konsens.

Viele Autoren und Autorinnen schließen sich der Bestimmung 'interpersonaler kommunikativer Kompetenz' oder 'Interaktionskompetenz' im besonderen Kontext der interkulturellen Kommunikation an. Wichtig an den Definitionen sind zwei zentrale Kriterien: Effektivität und Angemessenheit der Kommunikation (vgl. Straub et al. 2010: 17). Darunter kann man in diesem Zusammenhang folgendes verstehen: Angemessenheit bedeutet: „(T) action of the communicators fit the expectations and demands of the situation. Appropriate communication means that people use the symbols that are expected to use in the given context“ (Lustig/Koester 2003: 64). Effektivität bedeutet, ob/inwieweit „desired personal outcomes“ tatsächlich erreicht werden: „Satisfaction in a relationship or the accomplishment of a specific task-related goal is an example of an outcome people might want to achieve through their communication with others“ (ebd. 64, siehe dazu auch Kollak 2002: 11).

Thomas' (2003: § 39) Definition von interkultureller Kompetenz sehe ich als Bestandteil meiner theoretischen Annahmen:

Interkulturelle Kompetenz zeigt sich in der Fähigkeit, kulturelle Bedingungen und Einflussfaktoren im Wahrnehmen, Urteilen, Empfinden und Handeln bei sich selbst und bei anderen Personen zu erfassen, zu respektieren, zu würdigen und produktiv zu nutzen im Sinne einer wechselseitigen Anpassung, von Toleranz gegenüber Inkompatibilitäten und einer Entwicklung hin zu synergeträchtigen Formen der Zusammenarbeit, des Zusammenlebens und handlungswirksamer Orientierungsmuster in Bezug auf Weltinterpretation und Weltgestaltung.

3.3.1.4. Die Rolle der (Selbst-)Reflexion

Straub (2010: 32) betont die hohe Relevanz der Teilkompetenz (Selbst-)Reflexion: Als Voraussetzungen zum Erwerb interkultureller Kompetenz setzt das Konstrukt die „Sprachbegabtheit, Reflexions- und Handlungsfähigkeit des Menschen voraus“ und „gründet im Vermögen des Menschen, auf *Distanz* zu sich selbst und zum Eigenen zu gehen.“ Interkulturelle Kompetenz „bedarf eines Bewusstseins, dass sich seiner selbst bewusst sein kann“ und gilt als „*mögliche*

Errungenschaft sozio-kultureller Praxis. Individuen *können* sich dieses kulturelle Gut im Zuge ihrer Enkulturation und Sozialisation aneignen“ und „es in ihr persönliches *Handlungspotential* integrieren“ (ebd. 32f). Zudem sind Offenheit für „Erfahrungen und Erwartungen, Denkformen, Erlebnis- und Handlungsweisen, Gewohnheiten und Wünsche *Anderer*“ wichtig. Dazu ist „eine bestimmte affektive Haltung und emotional-motivationale Bereitschaft des eigenen Selbst sowie Fähigkeiten zu Selbstreflexion, Selbstkritik und Selbst-Veränderung“ notwendig (ebd. 20).

Dabei ist zu beachten, dass die bloßen Äußerungen, bewussten Absichten oder Intentionen nicht unbedingt mit den unbewussten Motiven und dem faktischen Können eines Menschen übereinstimmen müssen. „Häufig sind unbewusste Motive maßgeblich und bestimmen viel stärker als erklärte Vorhaben, was jemand tatsächlich tut oder unterlässt.“ (vgl. ebd. 20).

Der Begriff umfasst zwar auch den kognitiven Bereich: Wissen und Verstehen, Reflexion und Urteilskraft, kritische Auseinandersetzung mit anderen, mitunter fremden Weltbildern, Lebensformen und Sprachspiele, argumentative Praxis gegenseitiger Kritik, Denk- und Handlungsweisen auf der Grundlage der Vernunft. Doch er berührt auch „tiefere Schichten einer Person“ und „bezieht sich auf deren dem Bewusstsein entzogenen ‘Gefühlshaushalt’, ihre Ängste und Befürchtungen sowie Wünsche und Sehnsüchte.“ Diese Perspektive kommt in allen ernstzunehmenden Modellen zum Ausdruck. „Viele in der affektiven, emotionalen und konativen/praxischen Dimension angesiedelte Lernprozesse berühren Tiefenschichten der kulturellen und psychosozialen Identität des Menschen.“ Dies macht interkulturelles Lernen „so kompliziert“, „anstrengend“ und oft „langwierig“. Die Lernbereitschaft hängt auch von bereits gemachten Erfahrungen ab, ob sich interkulturelles Lernen lohnt. Im Prozess dieses Lernens ist es notwendig, das eigene Selbst zu erweitern und die eigene Identität zu verwandeln. Man muss bereit und fähig sein, „sich selbst *und* die Anderen“ - im „Denken und Fühlen, Tun und Lassen in Frage zu stellen und sich über die praktische und argumentative Basis ihrer Bedenken und Bemühungen auseinanderzusetzen.“ Interkulturelle Kompetenz bedeutet nicht alles „gut zu heißen“, sondern: „sich und die Anderen *ernst zu nehmen*“; sich und andere „kognitiv, emotional und praktisch“ „hinterfragen und in Frage stellen zu können“ (vgl. ebd. 2010: 21).

3.3.1.5. Interkulturelle Kommunikationsfähigkeit

Knapp (2013: 85) merkt zum Konzept der interkulturellen Kommunikationsfähigkeit an, dass Verständigung nicht nur eine gemeinsame Sprache, sondern „auch einen gewissen Grad an Gemeinsamkeit von Standards des Kommunizierens (...), des Wahrnehmens, Glaubens, Denkens, Handelns allgemein sowie eine gewisse Menge an geteiltem Wissen, also einen common ground“ voraussetzt.

Interkulturelle Kommunikationsfähigkeit besteht zunächst aus der Fähigkeit, sich erfolgreich auch mit Menschen anderer Kulturen verständigen zu können und „dabei kulturbedingte Missverständnisse zu vermeiden“ (vgl. ebd. 86). Als Komponenten einer solchen interkulturellen Kommunikationsfähigkeit nennt sie u. a. die Beherrschung von Strategien, die einen er-

folgreichen Verlauf der interkulturellen Interaktion sichern und die der Erweiterung, Aktualisierung und Differenzierung von fremdkulturellem Wissen dienen. Sie betont auch die ethische Dimension, nämlich wie man sein Wissen und seine Fertigkeiten in der Kommunikation einsetzt (vgl. ebd. 95-100). Dabei nennt sie als einzige explizit diese Kommunikationsstrategien.

Bei der interkulturellen Kompetenz handelt es sich also um einen vagen Lerngegenstand, bei dem es um sensible und aktive Wahrnehmung von sowie einem bestimmten (kognitiven, emotionalen, praktischen) Umgang mit kultureller Differenz, Andersheit und Fremdheit geht (Straub 2010: 34).

3.3.2. Interkulturelle Kompetenz in Sozialberufen

Bolten (2007b: 21) operationalisiert interkulturelle Kompetenz für die Pflege mit folgenden Maßnahmen: a) Personal- bzw. Selbstkompetenz sollen Pflegekräfte z. B. durch die „Festigung der Selbststeuerungsfähigkeit in kulturell fremden Kontaktsituationen (mit Familienangehörigen)“ und den „Erwerb von Grundkenntnissen in den Sprachen der am häufigsten vertretenen Zielgruppen“ erweitern; b) Sozialkompetenz kann beispielsweise durch die „Reflexion der Bedeutung familiärer Strukturen bei unterschiedlichen Zielgruppen einschließlich möglicher Konsequenzen für die Pflegeorganisation“ und durch den „Erwerb von Strategien zur Realisierung interkultureller ‚Aushandlungsprozesse‘ und Konfliktlösungsstrategien“ verbessert werden; c) Interkulturelle Fachkompetenz soll z. B. durch die „Verdeutlichung der Auswirkungen eines kulturspezifisch unterschiedlichen Pflegeverständnisses auf den Pflegeprozess“ geschult werden; d) Methodenkompetenz kann demnach durch eine „Verbesserung der Fähigkeit, Patienten Besonderheiten und Erfordernisse der Ablaufplanung plausibel erklären zu können“ oder die „Reflexion von Strategien zur Vereinbarung von Pflegerhythmus und sozialen Ansprüchen der Patienten“ u. a. trainiert werden. Diese Operationalisierung führt Bolten für die Ärzte und Ärztinnen sowie die Pflegeinstitutionen fort. Damit betont er die wichtige Rolle der gesamten Institutionen für eine „Interkulturelle Öffnung“.

Auernheimer (2005: 15ff) bezieht sich in seinen Überlegungen zum Konzept der interkulturellen Kompetenz auf das konkrete berufliche Umfeld der Sozialberufe und identifiziert das jeweilige Praxisfeld als relevant. Damit ist seine Herangehensweise besonders interessant für diese Arbeit, da die Pflegeberufe, vor allem die Altenpflege, die auch Teil der ambulanten Pflege ist, durchaus zu diesem Bereich gezählt werden können. Dabei versucht er, ein kulturalistisches Verständnis von interkultureller Kompetenz zu überwinden und sich dem Konzept mit der Frage zu nähern, welche besonderen Anforderungen interkulturelle Kommunikation an Menschen stellt. Das instrumentelle Verständnis, wie es manchen Trainingskonzepten zugrunde liegt, hält er für sein untersuchtes Berufsfeld für ungeeignet. Er stellt fünf Thesen hinsichtlich der Kommunikationsstörungen in interkultureller Kommunikation auf:

- These 1: Kommunikationsstörungen entstehen allgemein durch divergente Erwartungen, die zu Erwartungsenttäuschungen führen. Erwartungen werden durch den Kontext oder den Rahmen bestimmt. Damit eröffnet sich die Frage nach Möglichkeiten der Beeinflussung dieses Rahmens und damit der Veränderung des Machtgefälles zwischen den Kommunikationsteilnehmenden.
- These 2: Erwartungen, Deutungen und Wahl der kommunikativen Mittel werden nicht nur durch die jeweiligen Bedeutungshorizonte, sondern auch von den jeweiligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflusst (durch die jeweilige Organisation, aber auch durch die gesamtgesellschaftliche Situation; Über- und Unterordnung, *In-Group*-, *Out-Group* etc.).
- These 3: In der interkulturellen Kommunikation nehmen sich die Kommunikationsteilnehmenden als *Out-Group*-Mitglieder wahr. Damit kommen Stereotype oder mit Vorurteilen behaftet Fremdbilder ins Spiel. Kultur kann dann zur Differenzmarkierung benutzt werden.
- These 4: Die entscheidende Störungsquelle bei interkulturellen Kommunikationssituationen liegt auf der Beziehungsebene. Damit ist die Kommunikationspsychologie für die interkulturelle Kommunikation interessant, indem zwischen Inhalts- und Beziehungsaspekt unterschieden wird (nach Watzlawick (2013), Schulz von Thun (1881) etc.). Probleme bei der Sachklärung entstehen nur dann, wenn das sprachliche Repertoire mindestens einer der Kommunikationspartner oder -partnerinnen unzureichend ist oder wenn Beziehungsprobleme als Sachfragen getarnt ausgetragen werden; auch rein kulturelle Missverständnisse (z. B. wegen Unkenntnis von Höflichkeitsformen) betreffen meist die Beziehungsebene.
- These 5: Als gravierender gestalten sich Fremdbilder, die dem Selbstbild des Anderen widersprechen. Dies gilt besonders für Einwanderungsgesellschaften. Unter diesen Punkt gehört das Infragestellen der Zugehörigkeit von Zugewanderten zur Mehrheitsgesellschaft.

Außerdem erinnert er an die Rolle der nonverbalen Kommunikation. Die Kulturspezifik dieser Ausdrucksweise ist den Kommunikationspartnern und -partnerinnen ihm zufolge meist unbewusst. Hier kommt es eher zu Störungen, da diese nicht in den Erwartungshorizont eingeht. Sie wird über Mimik, Gestik, körperliche Nähe und Distanz sowie sprachliche Intonation ausgetauscht (vgl. Auernheimer 2005: 6f).

Auernheimer (2002: 184ff, 2005: 16ff) unterscheidet vier Dimensionen, die die Erwartungen der Teilnehmenden in der interkulturellen Kommunikation bestimmen können:

- Machtasymmetrien
- Kollektiverfahrungen
- Fremdbilder
- die Differenz der Kulturmuster

Daraus leitet er Besonderheiten von interkultureller Kompetenz in Sozialberufen ab, die für diese Arbeit von besonderer Relevanz sind, da sie einerseits das Berufsfeld Pflege betreffen, andererseits die Situation sowohl von Migranten und Migrantinnen auf der Seite der Pflegepersonen sowie auf der Seite der Pflegeempfänger integrieren:

- die Berücksichtigung der Beziehungsseite, der Asymmetrie in der Kommunikation, welche z. B. die unterschiedliche Sprachmächtigkeit der Interaktanten betrifft
- Empathie für kollektive, gruppenspezifische Situationen und (negative) Erfahrungen
- besondere Sensibilität (zur Gesichtswahrung)
- besonders wichtig: Beziehungen systemisch, also in ihrer Komplementarität zu sehen
- Berücksichtigung gesellschaftlicher Kontextbedingungen, z. B. rechtliche Beschränkungen bei Ausländern, Asylbewerbern etc.
- Umgang mit Unsicherheit in Fremdbegegnungen
- Reflexion eigener Ängste bei Konfrontation mit fremdem Verhalten
- Selbstreflexion bezieht sich auf sich selbst und eigene Kulturmuster einschließlich der eigenen Gesellschaft
- Wissen um die Lebenslagen von Migranten und Migrantinnen und über die gesellschaftliche Situation der Herkunftsländer (Asymmetrie erkennen, besondere Sensibilität dafür entwickeln)
- Erwartungen an Migranten und Migrantinnen im Sozialdienst reflektieren: nicht von vornherein interkulturelle Kompetenz unterstellen
(vgl. ebd.)

In seinem Aufsatz beschreibt Auernheimer (2002) die besonderen interkulturellen Kompetenzen in Sozialberufen differenzierter als viele andere Autoren und Autorinnen, vor allem die Komponente der (Selbst-)Reflexivität: Es bedeutet, ein Bewusstsein für affektive und speziell projektive Anteile der Interaktion zu erkennen. Dabei „geht es um Befürchtungen und Ängste oder auch die Faszination durch das Fremde“ in interkulturellen Begegnungen. Das „Eingeständnis des Befremdens“ ist „Voraussetzung für die Bearbeitung von hinderlichen, teilweise widersprüchlichen Reaktionen wie Verleugnung, Abwehr, Verkleinerung oder Überzeichnung von tatsächlichen Differenzen“ (ebd. 65). Hinsichtlich der Fremdbilder hilft seiner Ansicht nach die Reflexion eigener stereotyper Vorstellungen und Vorurteile sowie Kenntnisse über die Psychologie des Vorurteils (vgl. ebd. 63).

Des Weiteren nennt Auernheimer die „Fähigkeit zu förderlichem Framing“, d. h. „zur Herstellung eines guten Gesprächsklimas (...), das trotz objektiver Asymmetrie ein Gespräch auf gleicher Augenhöhe ermöglicht“, also „das ernsthafte Bemühen um eine kooperative Lösung“. Auch das „Co-Membershiping“, also „das Aufgreifen von Gemeinsamkeiten“ trägt dazu bei (vgl. ebd. 63). Diese Kompetenz ist wichtig für die von Asymmetrie gekennzeichnete Experten-Laien-Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen.

Im Lernprozess sollte nach Auernheimer auch ein Bewusstsein darüber entwickelt werden, dass in Einwanderungsgesellschaften interkulturell kompetentes Handeln bedeutet, „stets in Rechnung zu stellen, dass die Identitätskonstrukte sich nicht auf einen einzigen kulturellen Kontext beschränken, sondern meist auf mehrere kulturelle Praxen und symbolische Formen Bezug nehmen“ (vgl. ebd. 65). Für Fachkräfte mit Migrationshintergrund besteht die Aufgabe darin, sich der Gefahr der „Überidentifizierung mit migrantischen Klienten bewusst zu machen“ und dass „gesellschaftliche Konflikte aus dem Herkunftsland das Verhältnis zu manchen „Landsleuten“ beeinträchtigen und einen professionellen Umgang mit ihnen erschweren“ kann (vgl. ebd. 65f).

Auch Hinz-Rommel (1994) widmet sich der Anwendung des Konzepts der interkulturellen Kompetenz für soziale Berufsfelder: Er stellt dabei zutreffend fest, dass beide Kompetenzbereiche, die kognitiven (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensanteile) wie die persönlichkeitskonstituierenden Aspekte (Einstellungen, Vorurteile, Persönlichkeitsmerkmale) zum Anforderungsprofil für erfolgreiche interkulturelle Kommunikation gehören und daher bei Qualifizierungsmaßnahmen berücksichtigt werden müssen (vgl. ebd. 67f). Ein Curriculum muss „eine Form von Selbstreflexivität, die kritische Kontrolle bzgl. euro- bzw. ethnozentrischer Denkmuster, also auch die kritische Hinterfragung von Vorurteilen und Einstellungen“ durchziehen (ebd. 68). Die Vermittlung ist nur über einen länger andauernden, selbstreflexiv konzipierten, umfassenden, bewussten, komplexen Prozess von Wissensaneignung und Persönlichkeitsentwicklung möglich. „Umfassend meint dabei Interdisziplinarität (...) und die Berücksichtigung von kognitiven und emotionalen Aspekten (...) Der Lernprozess muß am Leben und den Erfahrungen der Teilnehmer orientiert sein und muß die umgebenden Strukturen und Rahmenbedingungen mit einbeziehen“ (ebd. 73).

Dabei betont auch er die Relevanz der (Selbst-)Reflexion und bezieht sich dabei vor allem auf die Reflexion des eigenen Verhaltens, eigener Einstellungen, Denkweisen, und (Vor-)Urteile, was notwendig für die bewusste Verhaltensänderung ist; dies umfasst „auch den Versuch, die Wahrnehmung des eigenen Verhaltens durch den fremdkulturellen Kommunikationspartner zu antizipieren, also eine reflexive Form des ‘persepective taking’“ (vgl. ebd. 73). Da ein „Nicht-Verstehen“ oft ein „Nicht-Verstehen-Wollen“ ist, „muss dieser Prozess *bewusst* angegangen werden“ (ebd. 73). Dass es sich um einen komplexen Lernprozess handelt, ist der Tatsache geschuldet, dass immer wieder „Widersprüchlichkeiten, (...) miteinander unvereinbar gegenüberstehende Sichtweisen“ auftreten und man zumindest zeitweise „die Unauflösbarkeit von Konflikten - in Ermangelung eines allgemeingültigen Wertmaßstabs“ - akzeptieren muss (vgl. ebd. 73). Da nicht alle Fragen abschließbar beantwortbar sind und sich Kultur in stetigem Wandel befindet, handelt es sich bei dem Erlernen interkultureller Handlungskompetenz um einen andauernden, lebenslangen Prozess (vgl. ebd. 73).

Mecheril (2013) stellt in seinem Aufsatz zur ‘Kompetenzlosigkeitskompetenz’ eine andere Perspektive zur Annäherung an das Konzept der interkulturellen Kompetenz für professionell Handelnde vor. Zunächst kritisiert er (vgl. ebd. 15ff) zu recht, dass innerhalb der derzeit bestehenden Bildungsangebote ein Ansatz von interkultureller Kompetenz entwickelt wird, der einen Handlungsansatz intensiviert, der Handlungsfähigkeit problematisiert. Dies betrifft:

- a) die kulturell-ethnisch Anderen als Adressatinnen und Adressaten von interkultureller Kompetenz, denn sie kommen nicht vor. Nahezu alle Konzepte interkultureller Kompetenz wenden sich an Mehrheitsangehörige.
- b) den theoretischen Blickwinkel, denn Angebote neigen durch verkürztes und einseitiges Kulturverständnis zu Kulturalisierungen; Bildungsangebote konzentrieren sich vor allem auf kulturelle Differenz. Damit wird die Komplexität des gesellschaftlichen Raumes simplifiziert und der Eindruck entsteht, „Kultur“ könne alle Unterschiede erklären. Besser wäre es, Kultur als soziale Praxis zu verstehen, denn die interkulturelle Begegnung ist ein Ort, der auch auf der Ebene von Ressourcen der Akteure unterschieden werden kann. Der Kontext interkultureller Situationen ist ein Schnittfeld gesellschaftlicher, institutioneller, interaktiver und kultureller Praktiken.¹³
- c) das Professionalitätsverständnis von Konzepten interkultureller Kompetenz, da diese Angebote das Handlungsvermögen als professionelle Technologie betrachten; Mecherils Ansatz der „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ soll hier den Unterschied zwischen Performanz und Kompetenz unterstreichen, was bedeutet, „dass es sich bei Handlungskompetenzen eher um Handlungsdispositionen, spezifische Handlungsweisen nahelegende allgemeine Handlungsbereitschaften, als um spezifische Fertigkeiten handelt“ (ebd. 25).

Damit thematisiert er einen Ansatz, der für dieser Arbeit bedeutsam ist, denn die Zielgruppe der zu entwickelnden Curricula stellen Angehörige von Minderheiten dar. Außerdem argumentiert Mecheril analog zu Grünhage-Monetti (2010) hinsichtlich Sprache bzw. Kultur als soziale Praxis und stellt wie Straub und Nothnagel (2010) fest, dass die Kompetenzen nicht unbedingt in jeder Situation zum Tragen kommen. Zudem geht auch er mit allen anderen Autoren und Autorinnen d'accord, wenn es um die Relevanz der Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion geht: Er plädiert dafür, „ein grundlegend reflexives Verhältnis zu dem eigenen professionellen Handeln, seinen Bedingungen und Konsequenzen treten zu können“ (Mecheril 2013: 25). Dazu ist die

„Schaffung von Strukturen professionellen Handelns, in denen Reflexion nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll sowie attraktiv ist und systematisch unterstützt wird, nötig. Die Reflexion bezieht sich (...) auf die Grenzen professionellen Handelns, seine Einflusslosigkeit und seine paradoxen und problematischen Neben- und Hauptfolgen.“ (ebd. 25).

Als Konsequenz schlägt Mecheril (2013: 26ff) zwei sehr interessante Anregungen vor: die Beobachtung des Gebrauchs von „Kultur“ und die Verschränkung von Wissen und Nicht-Wissen. Dabei betrachtet er die (Selbst-)Beobachtungskompetenz als professionelles Vermögen. Die entscheidende Frage ist dann nicht: „Gibt es kulturelle Unterschiede?“ sondern: „Unter welchen Bedingungen benutzt wer mit welchen Wirkungen ‘Kultur’?“ (ebd. 26). Diese „Vorgehensweisen können zwar nicht dominante Differenzschemata abschaffen, aber sie tragen über Inhalte, vor allem über Interaktionsformen zur Pluralisierung und Diversifizierung

13 Mecheril verweist hier auf Knapp-Potthoffs (1997: 190) „interkulturelles Interaktionsparadox“.

von Selbst- und Fremdverständnissen bei“ (ebd. 27).

Des Weiteren stellt Mecheril (2013: 28ff) die Überzeugung in Frage, dass ein Mehr an Wissen über die Anderen zu einem besseren, kooperativerem und produktiverem Umgang mit Differenz führt. Stattdessen mündet diese Überzeugung seiner Ansicht nach in Kulturalismus. Wichtig wäre es zu begreifen, dass abstraktes Wissen nicht einfach auf lebensweltliche Situationen übertragen werden kann und zu akzeptieren, dass immer ein Rest an Nicht-Wissen bleibt, dessen Verhältnis zum Wissen unklar ist. Erst diese Akzeptanz ermöglicht es, sich wirklich auf die Anderen zu beziehen, anstatt sie in die Kategorien derjenige zu stellen, die den Bezug herstellen. Der Anspruch, die Anderen zu verstehen, muss fallengelassen werden und die Erkenntnis verinnerlicht werden, dass sie in bestimmten Aspekten anders und nicht verstehbar sind. Wichtig ist hierbei, ein Wissen zu erwerben, das bedeutsam für die interkulturelle Praxis ist, nämlich die Annäherung an die Alltagswelt der Klientel. Dies bedeutet die

„differenzierte und komplexe Einbettung der Betroffenen in unterschiedliche symbolische, soziale, politische und materielle Erfahrungs- und Zugehörigkeitskontexte. (...) Interkulturelle Professionalität stellt sich als Versuch dar, Wissen zu erarbeiten, das sich in der Annäherung an die Perspektive des Gegenübers konstituiert“ (ebd. 30).

Dies kann ganz konkret bei der Arbeit dialogisch durch „biografische Selbstbeschreibungen, Bildungsgeschichten“ u. a. geschehen, bei denen das Gegenüber als Subjekt behandelt wird (vgl. ebd. 30).

Der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002: 85ff) nennt neben kommunikativer Kompetenz, der Fähigkeit zu Selbst- und Fremdwahrnehmung, Aufgeschlossenheit, Interesse und Wertschätzung, Selbstreflexion, Kooperations- und Delegationsfähigkeit sowie Kreativität zwei weitere Komponenten interkultureller Kompetenz, die einer näheren Betrachtung Wert sind: die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und der Umgang mit Grenzen und Konflikten. Erstere bedeutet, in der Begegnung und Zusammenarbeit mit Menschen verschiedener Herkunft, mit all ihren unterschiedlichen Wertvorstellungen, Verhaltensnormen, Erfahrungen und Bedürfnissen einen Kompass zu besitzen, da man gewissermaßen „kommunikatives Neuland“ betritt. Dieser besteht daraus, „sich immer wieder neu in die Lage des anderen Menschen hineinzusetzen, d. h. einen Wechsel in der Perspektive vornehmen zu können.“ Die eigene kulturelle Identität soll dabei nicht aufgegeben werden, sondern man soll sich emotional und gedanklich auf Wanderschaft begeben und dabei offen sein für neue Denk-, Empfindungs- und Verhaltensmöglichkeiten. Hier soll nicht bewertet und analysiert werden, sondern „mit neuen Erfahrungen im Gepäck in die eigene Kultur“ zurückgekehrt werden (vgl. ebd. 86).

Die andere interkulturelle Teilkompetenz sagt aus, dass man einen Umgang für sich selbst finden muss mit Situationen, die zunächst inakzeptabel erscheinen und auf Widerstand und Grenzen sowohl bei sich selbst als auch beim Gegenüber stoßen. Diese müssen wahrgenommen und akzeptiert werden. Ein möglicher Umgang damit kann darin liegen, die Grenzen

„als solche stehen zu lassen“, „einen gemeinsamen Kompromiss zu finden“ oder aber die Grenzen in Frage zu stellen und für alle Beteiligten neue Handlungsmöglichkeiten zu entdecken. Es sollte nicht vergessen werden, dass auch die Pflegebedürftigen Verantwortung tragen für eine gelingende Pflegebeziehung, doch die Pflegeperson muss reflektieren und Empathie einbringen können. In diesem Prozess spielen die bereits oben genannten Teilkompetenzen Frustrationstoleranz, Ambiguitätstoleranz sowie Mut, Ausdauer und „das Bewusstsein, dass Verständigung ein Suchprozess ist“ eine wichtige Rolle (vgl. ebd. 87).

Nispel & Szablewski-Çavus (1995) und Mecheril (2013) betonen die wichtige Verantwortung der Institutionen bei der Verankerung und Unterstützung bei der Entwicklung und Realisierung interkultureller Kompetenz bei der täglichen Arbeit von Fachkräften. Hinz-Rommel (1995: 13)¹⁴ merkt zum Konzept der „Interkulturellen Öffnung“ an, dass die interkulturelle Handlungskompetenz zwar in erster Linie von der individuellen Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen abhängt, dass aber die Institution ihren Teil der Verantwortung durch das Ermöglichen zur Umsetzung, das Schaffen von Rahmenbedingung und die Förderung der Verankerung des Interkulturellen in den Köpfen und Strukturen beitragen müssen.¹⁵ Es ist zu berücksichtigen, dass die Rekrutierung ausländischen Personals nicht automatisch zu interkultureller Kompetenz im Team führt. Es kommt zwar zu Umdenkprozessen, aber es besteht auch die Gefahr, dass Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund in Nationalitäten aufgeteilt werden und die jeweiligen Pflegepersonen von Seiten der Pflegebedürftigen dann „in die Rolle des Anwalts „ihrer Landsleute“ gezwungen werden, „die sie nicht ausfüllen wollen und die auch einer interkulturellen Arbeit im Wege steht“ (ebd. 13).

3.3.3. Die Messung interkultureller Kompetenz

Die Möglichkeiten zur Messung von interkultureller Kompetenz wurden in wenigen grundlagenwissenschaftlichen und anwendungsorientierten empirischen Untersuchungen getestet, letztere in Form der Selbst-Beurteilung von Teilkompetenzen, „Cultur-Assimilator“ bzw. „Intercultural Sensitizer“ oder durch mehrtägige Assessment Center, die sich meist an Fach- und Führungskräfte von Unternehmen richten, die im Ausland eingesetzt werden sollen (vgl. Bolton 2007b: 29, Grabowski 2014: 158ff). Eine zuverlässige Messbarkeit im Sinne einer quantitativen Erfassung ist nicht möglich (vgl. Bolton 2007b: 29f). Die interkulturellen Kompetenzen können bislang nur „theoretisch konturiert werden.“ (vgl. Habermann 2003: 14f)

Interkulturelle Kompetenz ist nicht direkt beobachtbar. Sie ist ein Interpretationskonstrukt. Wir schließen auf diese Kompetenz durch Deutung oder Interpretation von „protokollierten“ Handlungen, die wir, an bestimmten Kriterien und Indikatoren orientiert, als mehr oder weniger „gelingen“ qualifizieren (vgl. Straub 2007: 39).

14 siehe hierzu auch Lenthe (2010: 174f) hinsichtlich der transkulturellen Kompetenz sowie den Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Pflege (2002: Kap III, IV)

15 siehe hierzu auch Guitanides (2004) und Friebe (2003: 155)

3.4. Transkulturelle Kompetenzen und transkulturelle Pflegemodelle

3.4.1. Transkulturalität

Domenig (2007) stellt ein Konzept der Transkulturalität und der transkulturellen Kompetenz sowie deren Bezug zur Pflege vor. Dabei gibt es in der Pflege generell noch keine einheitliche Begrifflichkeit: Es ist von 'interkultureller', 'multikultureller' und 'transkultureller' Pflege die Rede. Der Begriff der Multikulturalität geht von der Multikulturalismusdebatte aus, die ein friedliches Nebeneinander verschiedener Kulturen favorisiert. Dagegen bezieht sich die Interkulturalität auf die Begegnung zwischen zwei Kulturen und betont hier die Reibungsflächen (vgl. Domenig 2007: 172). Die interkulturelle Kommunikation zielt auf eine „Analyse der Bedingungen von Fremdverstehen und die Herstellung und Entwicklung gelingender Verständigung zwischen den Mitgliedern unterschiedlicher Kulturen mit ihren normativen (...) Deutungsmustern, Sprachwelten, historischen Gesellschaftsformen und Lebensweisen“ (Kardorff 1998: 77). Beide Begriffe verstehen Kultur als voneinander abgrenzbare Einheiten (vgl. Domenig 2007: 172). Die Vertreter des Multikulturalismus betrachten dabei die Verhältnisse innerhalb von Gesellschaften, die des Interkulturalismus zwischen ihnen (vgl. Welsch 2010: 46).

Im Unterschied dazu fokussiert die Transkulturalität das über die Kultur Hinausgehende, das Grenzüberschreitende und damit Verbindende und Gemeinsame (vgl. Domenig 2007: 172). Welsch (1999: 51) bezeichnet diesen Begriff als Kennzeichen einer Übergangsphase der Kulturbegriffsdebatte, denn die Kulturen sind, wie er treffend feststellt, weder homogen noch separiert, sondern weitgehend vermischt und durchdrungen. Deshalb gehen sie auch über den traditionellen Kulturbegriff hinaus. Dabei ist der Begriff der Transkulturalität wiederum widersprüchlich, da er sich sowohl auf die Existenz von Kulturen bezieht und diese voraussetzt, gleichzeitig aber das Konzept der Einzelkulturen kritisiert. Er (2010: 41ff) schlägt Transkulturalität als das Kulturkonzept für die Verhältnisse des 21. Jahrhunderts vor, das durch Verflechtung gekennzeichnet ist. Auf der gesellschaftlichen Makroebene ist zu beobachten, dass zeitgenössische Kulturen stark miteinander verbunden sind, denn die Lebensformen von täglichen Routinen bis hin zur Hochkultur überschreiten die Grenzen der Einzelkulturen und finden sich auch in anderen Kulturen wieder. Diese sind dadurch intern durch Hybridisierung gekennzeichnet, da auf der Ebene der Bevölkerung, der Waren und der Informationen für jedes Land bzw. jeden Kulturkreis die kulturellen Gehalte anderer verfügbar sind. Dies ist eine Folge der weltweiten Verkehrs- und Kommunikationssysteme und des globalen Kapitalismus. Diese kulturelle Durchdringung wirkt sich auch auf „Grundfragen des individuellen und gesellschaftlichen Selbstverständnisses aus“, indem „identische Problem- und Bewusstseinslagen“ in verschiedenen Kulturen auftreten. Auf der Mikroebene zeigt sich Transkulturalität darin, dass viele Menschen heute durch mehrere kulturelle Herkunft und Verbindungen geprägt und gekennzeichnet sind, quasi mit unterschiedlichen kulturellen Elementen gemischt, „in sich transkulturell“. Diese innere Transkulturalität der Individuen befähigt sie, besser mit der äußeren Transkulturalität zurechtzukommen, denn die Anschlusschancen an die Vielzahl kultureller Praktiken und Manifestationen in der gesellschaftlichen Umwelt vergrößern sich dadurch deutlich, als wenn die eigene Identität durch lediglich ein Muster be-

stimmt wäre. Dies betrifft natürlich auch die Kommunikation, da transkulturelle Individuen mehr Schnittmengen mit anderen finden und so eher in Austausch und Kommunikation mit ihnen treten können. Statt einer Abwehrhaltung sind sie so besser in der Lage, in den Begegnungen mit Fremden Praktiken der Kommunikation zu entwickeln.

Das Konzept der Transkulturalität erleichtert also ein Aufeinanderzugehen, Verstehen und das Verhindern von Aus- und Abgrenzungen (vgl. Domenig 2007: 173). Es birgt in sich den Aspekt der Interaktionsdynamik zwischen Menschen, den schon Knapp-Pothoff (1997) einführte. Untersuchungsgegenstand sind „Individuen als soziokulturelle und historische Knotenpunkte“ (Domenig 2007: 173). Domenig (2001: 315) bestimmt Transkulturalität als vergänglich, denn sie ist auf den „Zeitabschnitt der Kontaktsituation“ beschränkt, in dem „Transkulturalität gemeinsam“ gestaltet wird.

3.4.2. Transkulturelle Pflegekompetenz

Domenig (2001, 2007) bezieht sich mit ihren Überlegungen und ihrem Konzept auf Pflegefachkräfte der Mehrheitsgesellschaft, die transkulturell kompetent mit pflegebedürftigen Migranten und Migrantinnen umgehen sollen. Diese einseitige Sichtweise wird von Mecheril (2013) zu Recht kritisiert. Trotzdem ist sie übertragbar auf Pflegefachpersonen mit Migrationshintergrund, die auf verschiedene Pflegebedürftige, mit und ohne Migrationshintergrund, die in Deutschland leben, treffen. Folgende Definition zeigt dies:

Transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten. Transkulturell kompetente Fachpersonen reflektieren eigene lebensweltliche Prägungen und Vorurteile, haben die Fähigkeit die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von bestimmten Zielgruppen. (Domenig 2007: 174).

Dabei ermöglicht laut Domenig (2001: 2015) eine Haltung, die die Schnittmengen der verschiedenen Lebenswelten fokussiert und damit Verständigung möglich macht, eine transkulturelle Begegnung. Es bedeutet, seine Vorstellungen von der eigenen und fremden Kultur in den Hintergrund zu schieben und eine Art kulturfreien Dialograum herzustellen, in dem dann kommuniziert wird.

„Die soziokulturellen Eigenarten, lebensweltlichen Prägungen und Bewertungsmuster der Beteiligten fließen in eine gemeinsame Betrachtung eines bestimmten Themas bzw. Kontextes ein. Somit ist Transkulturalität die Umkehrung einer gewohnten Haltung (...) hin zur ständigen, gemeinsamen Neubewertung von Kontexten.“ (ebd. 215).

Außerdem besagt das Konzept, auf der Grundlage der Sicherheit des Bewusstseins über die eigene soziokulturelle Prägung, „gemeinsam Neues“ zulassen zu können. Zudem wird das persönliche Wachstum gefördert, indem Menschen sensibel für und neugierig auf „die Ausgestaltung von immer neuen Gemeinsamkeiten für bestimmte Kontexte“ werden und damit die

Fähigkeit gefördert wird, „in unsicheren, undurchschaubaren und (...) fremden Situationen zu-rechtzukommen“ (ebd. 215).

3.4.2.1. Die drei Säulen der transkulturellen Pflegekompetenz

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz in der Pflege stellt nach Domenig (2001: 147f) nicht die Kultur, sondern die Interaktion zwischen Pflegenden und Gepflegten in den Mittelpunkt. Dafür identifiziert sie drei Teilkompetenzen als zentral, wobei die Nähe zu den oben beschriebenen interkulturellen Teilkompetenzen klar wird: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Erfahrungen sowie die narrative Empathie.

a) Hintergrundwissen und Erfahrungen

Hintergrundwissen ist hier im Unterschied zu den Konzepten interkultureller Kompetenz nicht kulturspezifisch, sondern von genereller Art; es umfasst u. a:

- Kultur, Migration, Grundrechte und Menschenrechte
- unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitskonzepte
- das Konzept der familien- und individuumzentrierten Gesellschaft
- soziokulturell geprägte Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit sowie unterschiedliche Gesundheits- und Medizinsysteme (z. B. das medizinethnologische Konzept von Kleinmann [1980], welches Erkrankungen in Kranksein aus Sicht von Patienten und Patientinnen einerseits und aus Sicht von Medizinern und Medizinerinnen andererseits unterteilt und somit eine andere Perspektive ermöglicht)
- Kenntnisse über migrationsspezifische Hintergründe und Lebenswelten, Lebensbedingungen und -realitäten in der Migration (z. B. integrationshindernde und integrationsfördernde Faktoren; Traumatisierungen bei Geflüchteten mit Folter- und Kriegserfahrungen, Frauenbeschneidung oder weibliche Genitalverstümmelung und die daraus folgenden psychischen Erkrankungen; der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Migration sowie migrationsspezifische Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung etc.)
- religiöse Hintergründe und soziale Praktiken
- unterschiedliche Wahrnehmung von Schmerz, Tabus und Schamempfinden
- verschiedene Vorstellungen von Pflege
- Altenpflege im Migrationskontext
- Rassismus, rassistische Diskriminierung und Gewalt
- Instrumente und Richtlinien, die bei der Umsetzung in die Praxis helfen

(vgl. Domenig 2007: 176ff, Domenig 2001: 148ff, Lenthe 2010).

Dieses Wissen wird nicht nur über die kognitive Ebene erlangt, sondern auch über konkrete Erfahrungen. Dabei sollten Fachpersonen diese Fragen, die zu jenem Wissen führen, auch den Menschen direkt stellen, anstatt damit nur in Weiterbildungskurse zu kommen (vgl. Domenig 2007: 177f).

b) narrative Empathie

Mit dieser Forderung spricht Domenig (2007: 178) die Teilkompetenz der narrativen Empathie an. Empathie als elementare Voraussetzung für transkulturelle Kompetenz bedeutet hier, sich „dem Anderen und Fremden aufgeschlossen und interessiert zuzuwenden“, „nicht mit Zurückweisung oder vorschnellen Korrekturversuchen“ und Abgrenzung zu reagieren, wenn etwas Befremdliches geschieht; es bedeutet zu versuchen, „die Gedanken und Gefühle des anderen“ möglichst zu erkennen und zu verstehen sowie „aus dessen Sichtweise heraus zu interpretieren“ und zu akzeptieren, dass man nicht alles verstehen kann und „dass andere anders sind.“ Es ist Engagement und auch Neugierde sowie Aufgeschlossenheit auch für Andersartiges, Fremdes, das nicht sofort verständlich und einfühlbar ist. Man braucht dazu Interesse, Geduld, Bemühen und die Bereitschaft, das Fremde bis zu einem gewissen Grad auch fremd sein zu lassen und sich das Nicht-Verstehen, wie schon von Mecheril (2013) beschrieben, einzugestehen (vgl. Domenig 2001, Domenig 2007: 178, Lenthe 2010, Leyer 1994: 43). Viele Autoren und Autorinnen, die sich mit Empathie beschäftigen, sehen die Rolle von Pflege in der Schaffung einer Atmosphäre, in der Heilung stattfinden kann. Empathische Kommunikation hat demnach einen therapeutischen Einfluss auf die Pflege. Pflegenden müssen die Perspektive der Pflegebedürftigen verstehen und einfühlbar darauf reagieren, um auf diese Weise deren Individualität zu respektieren, ihre Bedürfnisse zu erfüllen, ihr Wohlbefinden zu fördern und ihre Selbstkompetenz zu steigern (vgl. Bischoff-Wanner 2002: 184).

Wesentlich dabei ist, dass das Verstehen dem Gegenüber auch kommuniziert wird. Narrative Empathie bedeutet hier weniger das Mitfühlen, sondern das sich Zuwenden mittels narrativer Techniken. Die Pflegeperson kann einfühlbar Fragen stellen und zuhören sowie Aufmerksamkeit durch Mimik, Gestik und kurze emotionale Reaktionen signalisieren und damit die Gesprächspartner und -partnerinnen darin unterstützen, ihre biografischen, sozialen und/oder situativen Erlebnisse und Erfahrungen, also ihre Wahrheit, erzählend mitzuteilen. Das ist für die Behandlung und Pflege zentral, da auf diese Weise sowohl die Berücksichtigung als auch die objektive und subjektive Interpretation der Perspektive der Pflegebedürftigen integriert, deren kulturelle Einflussfaktoren erfahren und ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden (vgl. Domenig 2007: 178).

c) Selbstreflexivität

Selbstreflexivität bedeutet hier, dass sich die Pflegeperson ihrer eigenen Lebenswelt bewusst wird, sie hinterfragt, indem Unbewusstes und Selbstverständliches bewusst gemacht wird. Darauf aufbauend kann sie sich dann die Lebenswelt der Pflegebedürftigen bewusst machen und sich damit deren Perspektive annähern, indem sie die Fähigkeit trainiert, aus der eigenen Lebenswelt „auszusteigen“. Diese Lebenswelt soll sie möglichst wertneutral erfassen (vgl. ebd. 176).

Dabei beschreibt Domenig (ebd. 174f) die Verbindungen der drei Teilkomponenten transkultureller Kompetenz untereinander und mit anderen Kompetenzen folgendermaßen: Hintergrundwissen und das Sammeln von transkulturellen Erfahrungen unterstützen neben der Selbstreflexion das Verstehen. Narrative Empathie betont eine wertschätzende, respektvolle Haltung. Dabei werden eigene Vorurteile, Rassismen und diskriminierende Handlungen bewusst gemacht. Alle drei Säulen tragen dazu bei, dass sich Fachkräfte für transkulturelle Fragen sensibilisieren und sich ihre Selbst-Bewusstheit stärker ausgeprägt. Außerdem fördern sie die Offenheit und erweitern den Spielraum für unterschiedliche Krankheitsvorstellungen und die daraus entstehenden Aushandlungsprozesse hinsichtlich Diagnosen, Bezeichnungen, Ursachen und Behandlungen von Krankheiten.

Dabei soll eine transkulturell kompetente Pflegekraft nicht nur die richtigen Fragen stellen, sondern auch die Antworten kontext- und situationsbezogen interpretieren können. Dazu gehören auch Kenntnisse über unterschiedliche Kommunikationsformen und Ausdrucksweisen, also das Bewusstsein über die Rolle des Nonverbalen und der Bedeutung der Kommunikation in der Pflege. Dies führt dann zur Erhöhung einer weiteren, zentralen Komponente inter- und transkultureller Kompetenz: der Ambiguitätstoleranz, der Fähigkeit, „ungewohnte Bedürfnisse zu respektieren, Widersprüchlichkeiten zu verkraften und nicht zuletzt in angespannten Situationen die Übersicht zu behalten und professionell agieren zu können“ (Lenthe 2010: 170, siehe auch Domenig 2001: Kap. 2).

3.4.2.2. Weitere transkulturelle Teilkompetenzen in der Pflege

Lenthe (2010: 170) zählt zu den Teilkompetenzen auch die interkulturelle Sensibilität, für die Aufgeschlossenheit, Empathie und Toleranz von Bedeutung sind. Zu nennen wäre an dieser Stelle auch die fünfte Komponente „cultural desire“ im Modell von Campinha-Bacote, die den Prozess des „ich will“ in Gang setzen soll, um bezüglich Kulturellem aufgeschlossen, gut informiert, erfahren und an entsprechenden Begegnungen interessiert zu sein (vgl. Lenthe 2010: 164ff, Schnepf/Walter 2010: 23f).

Eine besonders wichtige Komponente für transkulturelle Kompetenz in der Pflege ist für Zielke-Nadkarni (1997: 102) eine offene Einstellung gegenüber anderen Praktiken, Erwartungen und Konzepten von Pflege. Kollak (2002: 11) betont die Wichtigkeit der Fähigkeit zu einer angemessenen Kommunikation und bezeichnet Empathie, Konfliktfähigkeit und Problemanalytik als zentrale Kompetenzen für die Pflege. Erfolgreiche inter- bzw. transkulturelle Kommunikation zeigt sich in der beidseitigen Zufriedenheit in und mit der Interaktion (vgl. ebd. 11, Friebe 2003: 154) und bietet damit einen Ansatzpunkt, nach dem inter- bzw. transkulturelle Kompetenz beobachtbar wird, wenn dabei auch andere Faktoren nicht ausgeschlossen werden können.

Die Entwicklung transkultureller Kompetenz, die einen Prozess lebenslangen Lernens darstellt, ist ein „offenes Konzept, das sich mit jeder neuen interkulturellen Begegnung weiterentwickelt“ (Lenthe 2010: 169). Dabei sind Kenntnisse über eine Kultur nicht ausreichend, sie können sogar, wie Auernheimer schon anmerkte (2005), zu Vorurteilen und Stereotypen füh-

ren. Nur kulturelles Wissen stellt eine gesicherte Grundlage über fremde Kulturen dar. „Um von Kenntnissen kultureller Unterschiede, die man aus Interaktionssituationen gewonnen hat, zum kulturellen Wissen zu gelangen, ist zunächst die Fähigkeit zur Selbstreflexion erforderlich“ (ebd. 169f, siehe dazu auch Nadkarni 1997: 102)¹⁶. Im Zuge der Entwicklung der Selbstreflexion wird meist der Wunsch entfacht, sich Wissen über die eigene und fremde Kulturen anzueignen (ebd.). Dazu gehören auch die oben genannten kulturunspezifischen Konzepte.

3.4.2.3. Pflege-Assessment

Um eine transkulturelle Pflegebeziehung aufzubauen, gibt es als Orientierungshilfe ein kultursensibles *Pflege-Assessment*, um die Gegebenheiten und die Biografie der Pflegebedürftigen mit den individuellen Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen richtig einschätzen zu können und den professionellen pflegerischen Handlungsbedarf zu erheben. Dazu ist auch Fachwissen über transkulturelle Pflege-theorien notwendig (vgl. Lenthe 2010: 170ff). Hierfür werden im Laufe der Pflege eine Reihe soziokultureller, religions-spezifischer und migrationsbestimmter Faktoren berücksichtigt:

- Kommunikation; dazu gehören Muttersprache(n), Umgangssprache(n), Schriftsprache(n), nonverbale Ausdrucksweisen, Grenzen der Privatsphäre etc.
- kulturelle Zugehörigkeit, d. h. wo sind die Pflegebedürftigen geboren, aufgewachsen, wo die Eltern, welcher kulturellen Gruppe fühlen sie sich zugehörig
- ggf. Migrationsgeschichte; dazu gehören Migrationsgründe, Aufenthaltsstatus, Bestehen von Traumatisierungen als Folge von Flucht und/oder Vertreibung etc.
- religiöse Bedürfnisse hinsichtlich Glaubensausübung, Ernährung, Körperpflege, Sterben, Tod etc.
- Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis; dies umfasst z. B., wie Krankheitsursachen erklärt werden, wie Beschwerden ausgedrückt werden, wie mit psychischen Erkrankungen umgegangen wird, ob gleichgeschlechtliche Pflegepersonen bevorzugt werden, ob passive Pflege bzw. die Pflege durch Angehörige erwartet wird
- soziale Organisation; dazu zählen das familiäre Rollenverhalten, das Frauen-/Männerbild, Vorstellungen von Autonomie, Bezugspersonen, unterstützende Netzwerke, Einkommenssituation, Arbeitssituation, Lebensstil etc.

(vgl. ebd. 172).

Bolten (2007: 17) kritisiert an dem Modell der transkulturellen Kompetenz, dass es bei der Anzahl an zu versorgenden Patienten pragmatisch nicht handhabbar wäre, jede individuelle Erfahrung und Einstellung gegenüber Pflege und Krankheit während der Sozialisierung (und Migration) zu berücksichtigen, auch wenn Stereotypisierungen auf diese Weise vermieden

16 Mecheril verweist hier auf Knapp-Potthoffs (1997: 190) „interkulturelles Interaktionsparadox“

würden. Diese Anmerkung mag für die Pflege im Krankenhaus eher zutreffen als für die ambulante Bezugspflege.

3.4.3. Transkulturelle Pflegemodelle

Sie geben Rahmenkonzepte dafür vor, normative kulturelle Gegebenheiten von Klienten zu erkennen, zu verstehen und in die Pflege zu integrieren. Zum ersten Mal wurde dies von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin Leininger (1998) mit dem von ihr entwickelten *Sunrise Modell* zur kulturspezifischen Fürsorge thematisiert, was aber laut Kritiker durch ein statisches Kulturverständnis zu Stereotypenbildung führen kann, da es die Individualität zu wenig berücksichtigt und damit nicht direkt in die Praxis umsetzbar ist (vgl. Lenthe 2010: 143f, Schnepf/Walter 2010: 22).

Das *Transcultural Assessment Model* wurde von Tiger und Davidhizar (2002) für in Ausbildung stehende Pflegepersonen entwickelt, um diesen ein geeignetes Instrument an die Hand zu geben, die kulturell unterschiedlichen Bedürfnisse ihrer Klientel sowie die Auswirkungen dieser auf Gesundheit und Krankheit zu erfassen und diese Erkenntnisse in die Pflegeplanung zu integrieren. Das Modell in Form von drei konzentrischen Kreisen betont in dessen Kern den Menschen als kulturell einzigartig, geprägt von bisherigen Erfahrungen, kulturellen Überzeugungen und Normen. Als individuelle Merkmale eines Menschen werden die Konzepte von Kultur, Religion und Ethnizität identifiziert. Sechs kulturelle Phänomene der menschlichen Vielfalt sind auf der äußeren Ebene zu erkennen. Sie sind in allen Kulturen vorhanden, die Erscheinungsformen werden zwischen den Kulturen aber unterschiedlich wahrgenommen: Kommunikation, Raum, Zeit, biologische Unterschiede, Umweltkontrolle und soziale Organisation (vgl. Schnepf/Walter 2010: 23, Lenthe 2010: 148ff).

Purnell & Paulanka (2002) haben ein breit angelegtes Modell kultureller Kompetenz ebenfalls für die Ausbildung von Pflegepersonen in den USA entworfen. Dabei beschreiben sie die Entwicklung kultureller Kompetenz als einen stufenartigen Prozess. Er führt von der Ebene Inkompetenz zu bewusster Inkompetenz, dann zu bewusster Kompetenz und schließlich zu unbewusster Kompetenz.¹⁷ Das Modell besteht aus fünf konzentrischen Kreisen. Der äußerste Kreis stellt die globale Gesellschaft dar, die darauffolgende die Gemeinschaft eines Menschen, als nächstes folgt die Familie. Der vierte Kreis repräsentiert eine Person als bio-psycho-sozio-kulturelles Wesen, das sich an seine Umwelt anpasst. Der weitere Kreisring unterteilt sich in zwölf miteinander verbundene und sich gegenseitig beeinflussende Teilbereiche, über die alle Kulturen, Subkulturen und ethnischen Gruppen verfügen und die Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Sie sind für die Beurteilung der zentralen kulturellen Eigenschaften eines Individuums, einer Familie oder Gruppe wichtig und umfassen: Ernährung, Hochrisiko-Verhaltensweisen (z. B. Genuss von Alkohol und Drogen u. a.), biokulturelle Umweltbezüge (z. B. Hautfarbe, genetische, vererbte, endemische, topografische Erkrankungen u. a.), Ernährung, Schwangerschaft und Geburtsverhalten, Sterberituale, Spiritualität, Gesundheitsmaßnahmen,

¹⁷ Diese Begriffe werden auch im Vulkan-Modell von Campinha-Bacote verwendet.

Gesundheitsdienste (z. B. traditionelle, magisch-religiöse und schulmedizinische Gesundheits- und Krankheitskonzepte u. a.), situative Übersicht und Heimat (z. B. Stellenwert von Bildung und Beruf), Kommunikation, familiäres Rollenverhalten und Familienorganisation (z. B. Geschlechterrollen, Ansichten über alternative Lebensweisen u. a.), Arbeitswelt (z. B. Vorstellungen über Autonomie, Assimilation u. a.). Die im Kreiszentrum dargestellte leere Fläche repräsentiert Unbekanntes, was sich je nach kulturellem Bewusstsein und Wissen, das der Gesundheitsanbieter einbringt, kleiner oder größer werden kann (vgl. Lenthe 2010: 154ff, siehe auch Schnepf/Walter 2010: 23).

Domenig (2001: 147) nennt für transkulturelle Pflege drei wichtige Voraussetzungen des Pflegepersonals, nämlich eine „situationsgerechte, verständliche und differenzierte Ausdrucksweise“, zweitens den Einsatz eines breiten Repertoires an Methoden und Techniken“ zur Pflege und drittens die „Entwicklung ethischer Grundhaltungen“.

Habermann 2003: 14f) merkt ergänzend im Hinblick auf die vielfältigen Anforderungen an, dass bei der Annahme, „dass bestimmte Merkmale günstig für interkulturell kompetentes Handeln sind“, man feststellen kann, dass bis auf das „kulturspezifische Wissen generell gut ausgebildete Professionelle in der Pflege über die meisten der genannten Merkmale verfügen müssten. (...) Der interkulturelle Diskurs sollte in einem professionsbezogenem aufgehoben sein.“

3.5. Schlussfolgerungen

Die beiden Konzepte der interkulturellen und transkulturellen Kompetenz werden zwar in unterschiedlichen Kapiteln und von verschiedenen Autoren und Autorinnen bearbeitet, trotzdem verwende ich beide in der Untersuchung. Folgende Beobachtung hat mich dazu erwogen:

Bei den meisten der genannten Autoren und Autorinnen werden die Begriffe nicht klar voneinander getrennt, sondern bei genauerer Betrachtung bestimmter Aspekte und Teilkompetenzen ist ein Übergang von Interkulturalität zu der von Domenig (2001, 2007) und Welsch (1999) beschriebenen Transkulturalität beobachtbar. So spricht beispielsweise Auernheimer (2002) von Kooperation und dem Aufgreifen von Gemeinsamkeiten in der interkulturellen Kommunikation. Mecheril (2013) betont das Aneignen kulturellen Wissens durch die Annäherung an die Alltagswelt der Klientel in Form von Dialogen, was einen Teil der kommunikativen Praxis der narrativen Empathie als eine der drei Säulen transkultureller Kompetenz nach Domenig (2001, 2007) darstellt. Der Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002) favorisiert den Perspektivenwechsel in der interkulturellen Kommunikation ausgehend von einer stabilen eigenen Identität, wobei man sich auf Wanderschaft begibt und einen Umgang mit Grenzen und Konflikten im Miteinander findet, was als gemeinsamer Weg aller Kommunikationspartner bzw. -partnerinnen betrachtet wird. Bei diesen beiden Teilkompetenzen entwickelt sich die transkulturelle Kompetenz wie von Welsch (1999) beschrieben. Selbst die Definition interkultureller Kompetenz von Thomas (2003) verweist auf transkulturelle Elemente, denn es kommt ihm darauf an, trotz Unterschieden einen gemeinsamen Weg zu finden. Und schon bei den Vertretern der *Cultural Studies* wird anerkannt, dass Kultur

immer wieder neu reproduziert werden kann und dadurch eine Vielzahl möglicher Lebensweisen entstehen können. Auch Auernheimer (2002) weist darauf hin, dass es wichtig ist, sich in Einwanderungsgesellschaften darüber bewusst zu werden, dass sich Identitätskonstrukte nicht mehr nur auf einen kulturellen Kontext beschränken.

Es gibt zudem eine wesentliche Überschneidung: Die wohl als Schlüsselteilkompetenz, da von allen Autoren und Autorinnen, wenn auch mit unterschiedlicher Operationalisierung und Fokussierung genannte, zu bezeichnende Fähigkeit der (Selbst-)Reflexion, des Weiteren die Empathie sowie kulturelle Erfahrung und Hintergrundwissen kommen in beiden Konzepten vor. Dieses Hintergrundwissen umfasst bei der interkulturellen Kompetenz eher das kulturspezifische Wissen, bei der transkulturellen Kompetenz dagegen kulturübergreifendes Wissen, das durch Erfahrungen und das Praktizieren der dritten Hauptkomponente transkultureller Kompetenz, der narrativen Empathie, gewonnenen und integriert wird.

Da innerhalb einer Pflegebeziehung, speziell bei der Bezugspflege¹⁸, wie sie in der ambulanten Pflege den Standard darstellt, eine langfristige, vertrauensvolle Beziehung über Jahre hinweg aufgebaut wird, so kann meines Erachtens nach davon ausgegangen werden, dass sich die Kommunikation zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund hier sowohl durch interkulturelle als auch durch transkulturelle Momente auszeichnet und dass sich diese Ausprägungen tendenziell im Laufe der Zeit von mehr interkulturell hin zu mehr transkulturell verschieben können. Dabei kann die Interaktion von einem oder beiden Kommunikationspartnern bzw. -partnerinnen als verbindend angesehen werden, wobei zusammen auf der Grundlage von Gemeinsamkeiten gehandelt wird oder bei dem Gefühl von Fremdheit durch beidseitige Bereitschaft und durch (Selbst-)Reflexion, Perspektivenwechsel, Akzeptanz von Nicht-Wissen und Grenzen etc. gemeinsam ein neuer Weg hin zur Handlungsfähigkeit gesucht und definiert wird, also tendenziell transkulturell. Sie kann im nächsten Moment, im nächsten Gespräch aber als abgegrenzt empfunden werden, bei dem sich zwei Welten bzw. Kulturen gegenüberstehen und versuchen müssen bzw. einer oder eine versuchen muss, Brücken zu schlagen, also tendenziell interkulturell. Dies kann bewusst von den Interaktanten als solches wahrgenommen werden oder auch nicht, beobachtbar wird es kaum sein.

Während sich interkulturelle Kompetenz in Kommunikationssituationen nach den Definitionen eher dadurch kennzeichnet, Erwartungen zu erfüllen (Angemessenheit) und Ziele zu erreichen (Effizienz), geht es bei der transkulturellen Kompetenz vor allem um Austausch, um Aufeinanderzugehen und -einlassen, auf die Artikulation neuer kultureller Identitätselemente, dem Finden eines gemeinsamen Weges, um das gemeinsame Ziel einer zufriedenstellenden, patientenorientierten Pflege zu erreichen. Der Faktor Zeit spielt hier sicher eine große Rolle. Auch wenn Bolten (2007) darauf hinweist, dass transkulturelle Pflege im gegenwärtig bestehenden Gesundheits- und Pflegesystem zeitlich nicht realisierbar ist, so sichert sie doch eine menschliche Pflege und sollte das Ideal darstellen und deshalb in der Aus- und Fortbildung auch so vermittelt werden.

18 siehe Kapitel 3.5: Ambulante Pflege

Für die Untersuchung bedeutet die gleichzeitige Verwendung der Termini ‘interkulturell’ und ‘transkulturell’, dass ich davon ausgehe, dass das Konzept der interkulturellen Kompetenz im Allgemeinen bekannter und geläufiger ist als das der transkulturellen Kompetenz. Da in einer Befragungssituation diese wissenschaftlichen Konzepte inhaltlich und in ihren Unterschieden nicht ausführlich erklärt werden können, habe ich mich dazu entschieden, explizit nur nach den interkulturellen Kompetenzen zu fragen bzw. diese durch einen umschreibenden Wortlaut zu ersetzen, bei der Analyse der Antworten aber offen zu bleiben für beide Ansätze.

Wesentlich für diese Untersuchung ist außerdem die Erkenntnis von Straub (2007, et al. 2010), dass inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen situationsabhängig zum Tragen kommen oder weiter gefasst, wie Auernheimer (2005) sagt, dass das jeweilige Praxisfeld von Relevanz ist. Dies bedeutet, dass zum einen die Situationsfaktoren der Pflege und zum anderen die der besonderen Situation der ambulanten Pflege mit ihrem Handlungsort des privaten Wohnraums zusammen mit der jeweiligen Verfassung der Pflegebedürftigen hinsichtlich Krankheiten, Atmosphäre, Anwesenheit von Angehörigen etc. mit berücksichtigt werden müssen. Dazu gehört auch die von Auernheimer (2005) und Mecheril (2013) geforderte Berücksichtigung der asymmetrischen Beziehung zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen, die auch durch unterschiedliche Ressourcen- und Machtverteilung gekennzeichnet ist.

Zentral für diese Arbeit ist die Feststellung Mecherils (2013), dass Menschen mit Migrationshintergrund ebenso Zielgruppe von Trainingsmaßnahmen hinsichtlich der Entwicklung interkultureller Kompetenzen sein können und sollen wie diejenigen, die der Mehrheitsgesellschaft angehören. Für ein zu entwickelndes Curriculum fordert Hinz-Rommel (1994) umfassende, d. h. emotional und kognitive Elemente der Selbstreflexivität. Außerdem unterstreicht er wie Straub et al. (2010), dass es sich beim Entwickeln von interkultureller Kompetenz um einen langfristigen, lebenslangen Lernprozess handelt, was für die Vermittlung dieser Kompetenzen wichtig ist. Das zu entwickelnde Curriculum darf sich demnach nicht in kurzen Modulen erschöpfen und muss sich potentiell an alle (zukünftig) in der Pflege Tätigen richten: von den Auszubildenden über die Berufsanfänger bis zu den Erfahrenen, für Pflegenden mit und ohne Migrationserfahrungen. Es sollte zudem an den Bedürfnissen und Erfahrungen der Lernenden angepasst sein.¹⁹

Nicht zuletzt muss auch die von mehreren Autoren genannte wichtige Rolle der Institutionen bei der Entwicklung und Anwendung der genannten Kompetenzen bei der Erhebung und Interpretation der Daten miteinbezogen werden, da ohne den durch sie geschaffenen Rahmen inter- bzw. transkulturelle Pflege kaum möglich ist.

Da sich die derzeitige Forschung darüber einig ist, dass interkulturelle Kompetenz nicht direkt beobachtbar sowie schwer zu messen ist, entscheide ich mich in dieser Studie für die Methode der Befragung von Pflegepersonen und Führungskräften hinsichtlich der wesentlichen inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund.

¹⁹ Dazu mehr im Kapitel 8: Resumé und Implikationen für Curricula.

Ein Indikator für gelungene Kommunikation sehe ich wie Kollak (2002) und Straub et al. (2010) in der beiderseitigen Zufriedenheit von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen, denn sie zeigt an, dass das Ziel der Pflegehandlung erreicht wurde. Deshalb macht es Sinn, diese zu beobachten und in die Datenanalyse aufzunehmen.

4. Das Forschungsfeld Pflege

4.1. Demografiewandel und Fachkräftemangel in der Pflege

Die zunehmende Alterung der deutschen Bevölkerung ist ein wichtiger Faktor für die Zunahme der Anzahl an Pflegebedürftigen. Sie steigt von Jahr zu Jahr. Berlin wird eines der Bundesländer mit dem höchsten Anstieg an Pflegebedürftigen sein.²⁰

Die Engpassanalyse des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie für das Jahr 2013 ergab für den Beruf des Altenpflegers und der Altenpflegerin ohne Spezialisierung die größte Nachfrage unter allen Gesundheitsberufen mit nur 33 Arbeitslosen auf 100 offene Stellen. Knapp waren spezialisierte Fachkrankenpflegekräfte z. B. Dialysefachkräfte. Zudem waren unter den akademisch geprägten Berufsgattungen vor allem Führungskräfte in der Krankenpflege gesucht.²¹ Der Personalmangel betrifft dabei in der Altenpflege weniger die Hilfskräfte, bei denen ein Angebotsüberschuss vorhanden ist.²² Hinzu kommt, dass in den nächsten zehn Jahren bei dem hohen Altersdurchschnitt viele Pflegefachkräfte in den Ruhestand gehen werden (vgl. AWO 2014: 14).

Auch eine vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2012)²³ in Auftrag gegebene Studie zur Potentialanalyse zur Gewinnung von Pflegefachkräften im In- und Ausland, die mehrere verschiedene Prognosen analysierte, „kommt zu dem Ergebnis, dass sich in den kommenden Jahrzehnten ein deutlicher Anstieg des Bedarfs an Pflegekräften entwickeln wird.“ Bis zum Jahr 2025 werden im Vergleich zu 2010 zwischen 150.000 und 370.000 zusätzliche Pflegekräfte gebraucht (vgl. ebd. 10). Unter Berücksichtigung verschiedener Simulationsrechnungen ist davon auszugehen, dass bis zum Jahr 2030 der Bedarf an Altenpflegepersonen nicht mittels der Mobilisierung inländischer Ressourcen (z. B. Umschulung, Verbesserung von Arbeitsbedingungen und Löhnen, Integration von mehr erwerbslosen und teilzeitbeschäftigten Frauen in den Beruf etc.) zu decken ist und Deutschland deshalb die Zuwanderung qualifizierter Arbeitskräfte aus dem Ausland stärker fördern muss, um das Problem zu lösen (vgl. ebd. 19). Weiter zu bedenken ist auch, dass sich Deutschland im Wettbewerb um Pflegefachkräfte mit anderen Ländern innerhalb der Europäischen Union, z. B. Großbritannien und Frankreich, befindet (vgl. ebd. 4). Zudem ist zu erwarten, dass die Anzahl der älteren Menschen mit Migrationshintergrund steigt: 2030 werden mehr als 2,7 Mio. von ihnen über 60 Jahre alt sein, davon vor allem ehemalige türkische Gastarbeiter und Russlanddeutsche (Kuckert 2003: 3). Auch die Pflegeteams werden immer multikultureller. Der Anteil der Pflegekräfte mit

20 siehe http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbaudlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?_blob=publictaionFile

21 siehe <http://www.jobadu.de/pdfs/01117.pdf>

22 siehe <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/E/europa-zwischen-jugendarbeitslosigkeit-und-fachkraeftemangel,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf>

23 siehe http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektbericht/PB_fachkraefte_pflgewirtschaft_K.pdf

Migrationshintergrund liegt derzeit bundesweit bei durchschnittlich 24 %.²⁴ Zum einen bringen diese Pflegekräfte wichtige Potentiale mit wie Mehrsprachigkeit und Migrationserfahrung und diese Kompetenzen werden von den Pflegeeinrichtungen auch genutzt. Andererseits werden oft sprachliche und fachsprachliche Probleme angesprochen und diesbezüglich besteht ein hoher Fortbildungsbedarf (vgl. Nispel 1995: 4ff, Hinz-Rommel 1995: 10, Friebe 2006: 11, 53ff, Kuckert 2003: 13, AWO 2014: 8, 15f, Lenthe 2010: 174).

4.2. Exkurs: Geschichte der Pflege

In der Vergangenheit waren Heilung und Glaube eng miteinander verbunden, genannt seien an dieser Stelle die christlichen Wunderheilungen, Elisabeth von Thüringen und die Entstehung der Diakonie als ehrenamtlicher Dienst in Form von Hilfe für Alte, Arme, Kranke und Witwen (vgl. Rüller 2007: 15ff), worauf an dieser Stelle aber nicht tiefer eingegangen werden soll. Im Mittelalter waren viele sogenannte „Weise Frauen“ tätig, die sich darauf verstanden, Wunden, Stauchungen und Brüche zu behandeln, Kräuter und Drogen anzuwenden und Geburtshilfe zu leisten. Sie wurden auch „Kräuterweiber“ genannt und hatten das Vertrauen der Bevölkerung, während Ärzte in Deutschland bis weit in die Neuzeit etwa im 15. Jahrhundert über keinen Ärztestand und nur wenige Kenntnisse verfügten. Bis ins 18. Jahrhundert hinein wandten sich die Menschen auch aus Kostengründen eher an Heiler und Heilerinnen, die die traditionelle Volksmedizin praktizierten. Dies änderte sich mit den Verbrennungen der weisen Frauen und Hebammen durch die christliche Kirche und dadurch, dass die Ärzte ihren Einfluss auf die kirchlichen Entscheidungsträger erhöhten und sogenannte Hebammenverordnungen im 16. Jahrhundert erlassen wurden, die den Wirkungs- und Tätigkeitsbereich so stark einschränkten, dass diese Frauen praktisch nur noch einfache Geburtshilfe leisten und nicht mehr behandeln durften (vgl. Rüller 2007: 21f).

Als Folge der christlichen Lehre entstanden außerdem verschiedene Klostersgemeinschaften wie die Augustiner, Benediktiner, Franziskaner, Zisterzienser und andere. Ein wichtiger Teil des Klosterlebens war die Pflege Kranker und Gebrechlicher. Die Mönchsmedizin entstand durch das Ergänzen des Wissens über Heilkräuter mit dem Wissen aus überlieferten Schriften verschiedenster Art, die aufbewahrt und abgeschrieben wurden. Ende des 12. Jahrhunderts wurde die medizinische Betätigung der Klöster mittels eines kirchlichen Erlasses beendet (vgl. ebd. 23ff).

Bei den Johannitern beispielsweise handelte es sich um einen Ritterorden aus dem 11. Jahrhundert, die bei den blutigen Kreuzzügen und der Eroberung Jerusalems die Pflege der Verwundeten übernahmen. Bei der Rückeroberung durch die Anhänger Mohammeds flohen sie und ließen sich schließlich im 16. Jahrhundert auf Malta nieder, daher der Name Malteser, der bis heute vom katholischen Ursprung des Ordens verwendet wird, während die protestantischen Ordensmitglieder sich ihres Ursprungs besannen und sich Johanniter nannten. Im 11.

24 siehe <http://www.bundesgesundheitsministerium.de>

und 12. Jahrhundert wurden auch Frauenklöster gegründet und erfuhren immer mehr Zuwachs. Zwischen dem 12. und 17. Jahrhundert entstanden dann in den städtischen Hospizen der Bischöfe oder Bürger eigens dazu gegründete Pflegeorden wie z. B. die Elisabethinerinnen, die Alexianer, die Hospitalschwestern der Heiligen Martha oder die Katherinenschwestern. Im Mittelalter gab es zudem in fast jeder Zeit Beginen, die die Pflege in Hospitälern und ambulant in den Häusern der Menschen durchführten. Tätig waren sowohl geistliche als auch weltliche Pflegende. Für die Beschreibung der alltäglichen Arbeit der Pflegenden gab es auch die ersten Pflegeordnungen. In der Neuzeit kümmerten sich die Barmherzigen Schwestern, organisiert von sogenannten Mutterhäusern um Pflegebedürftige an verschiedenen Einsatzorten. Die Mädchen und Frauen wurden vom katholischen Priester aus allen gesellschaftlichen Schichten zur Arbeit herangeholt. Als dann mehr Krankenhäuser gebaut wurden, benötigten die Ärzte qualifizierte Pflegekräfte. Theodor Fliedner gründete 1836 eine Pflegerinnenanstalt nach dem Vorbild der Mutterhäuser. Diese Diakonissen wurden zur Krankenpflege ausgebildet und dann in der Pflege im Krankenhaus oder ambulant eingesetzt und wie bei den Mutterhäusern materiell versorgt. Die Schwesternschaft des Roten Kreuzes entstand im 19. Jahrhundert aus dem ungelösten Problem der im Krieg Verwundeten. Dabei wurde die Notwendigkeit der Ausbildung der Frauen zur Krankenpflege erkannt und später in den nationalen Rotkreuzgesellschaften weiterverfolgt (vgl. Rüller 2007: 26ff).

Im 19. Jahrhundert dann etablierte sich die Ärzteschaft mit ansehnlichen Krankenhäusern, in denen sich statt zuhause immer mehr wohlhabende Kranke behandeln ließen.

„In dem Maße, wie sich die ärztliche Kunst verfeinerte und ausdehnte, suchte die Ärzteschaft nach tüchtigen Hilfskräften. (...) Die durch den zunächst rein männlich ausgerichteten Ärztestand bestimmte Heilkunst und die fast ausschließlich weiblich dominierte Pflege gingen damit endgültig unterschiedliche Wege. Die Hierarchien waren gleichzeitig auch festgelegt worden.“ (ebd. 38).

Die Führungsposition der Ärzte wurden von den Pflegerinnen akzeptiert. Die Pflege orientierte sich nunmehr an den von der Medizin bestimmten Messwerten und körperlichen Symptomen und beeinflusste damit die Einstellung der Pflegenden gegenüber den Menschen. An der Wende zum 20. Jahrhundert entstand der Pflegeberuf, der zum Broterwerb diente und nicht mehr nur im religiösen Rahmen verübt wurde. Folgende Faktoren führten zu dieser Entwicklung: Neben dem medizinischen Fortschritt, der mehr qualifizierte Pflegekräfte erforderte, nahm auch die Bevölkerung infolge der Industrialisierung rasch zu. Zudem drängten immer mehr Frauen aus der Rolle der Ehefrau und Mutter ins Berufsleben. Es wurde die Berufsorganisation gegründet. Gewerkschaften vollendeten die Wandlung zum Beruf und setzten Tarifverträge durch (vgl. Rüller 2007: 26-47).

1906 verabschiedete der Bundesrat eine Empfehlung zur Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung, 1907 außerdem staatliche Prüfungsvorschriften. 2003 wurde das Gesetz zu den Berufen in der Krankenpflege überarbeitet. Es regelt die Berufsbezeichnungen und Ausbildungsziele (vgl. Rüller 2007: 137, Beimdiek et al. 1992: 131). Es wurde unterschieden zwischen Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. -pflegerin sowie Altenpfleger bzw. -pflegerin, wobei erstere zu den Gesundheitsberufen und letztere zu den sozialen Berufen zählen. Zur ersten Kate-

gorie kommen noch die Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Helfer in der Krankenpflege hinzu. Gesundheits- und Krankenpflegepersonen wurden früher Kranken-schwester(n) und Krankenpfleger genannt (vgl. Rüller 2007: 8f).

4.3. Die Pflege in der Gegenwart

Dazu ein paar Zahlen: Im Jahre 2005 waren in Deutschland 699.000 Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen und -pfleger tätig, mehr als 70 % davon Frauen und fast die Hälfte von ihnen arbeitete in Teilzeit oder in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis. In der Altenpflege waren im selben Jahr 310.000 Menschen angestellt.²⁵ Zehn Jahre später zählte man insgesamt 1,1 Millionen Krankenpflegekräfte, was einem Zuwachs von 57 % entspricht, im Vergleich zum Jahre 1999 sogar um 74 %. Dagegen blieb es bei 310.539 Altenpflegern und -pflegerinnen und Altenpflegehelfern und -helferinnen.²⁶

In den ambulanten Pflegediensten gab es 2015 bundesweit 355.000 Beschäftigte, die im Rahmen des SGB XI²⁷ tätig waren, die Mehrheit davon war teilzeitbeschäftigt (70 %) und weiblich (87 %). Gegenüber 2013 stieg bundesweit die Personalzahl um 11,1 % bzw. 36.000 Beschäftigte. Zwei Drittel (67 %) von ihnen hatte den Arbeitsschwerpunkt in der Grundpflege. Mehr als jeder Dritte (38 %) war 50 Jahre und älter, knapp die Hälfte (46 %) 30 bis 49 Jahre alt. Von den insgesamt 13.300 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in privater Trägerschaft. Die Zahl der ambulanten Dienste stieg im Vergleich zu 2013 um 4,5 % bzw. 600 Einrichtungen.²⁸

Im Vergleich dazu gab es bundesweit im Jahre 2015 rund 13.600 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime, in denen 730.000 Beschäftigte arbeiteten: Knapp zwei Drittel (63 %) waren Teilzeitkräfte, 84 % weiblich, 40 % waren 50 Jahre und älter.²⁹

In den allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland gab es 2015 knapp 291.000 Vollzeitstellen für Pflegekräfte, dazu knapp 30.000 in Spezialkliniken für psychiatrische, psychotherapeutische, neurologische oder geriatrische Patienten.³⁰ Die Anzahl der Pflegekräfte im Krankenhaus ist von 1991 bis 2013 von 326.100 auf 316.300 Vollzeitkräfte (3,01%) gesunken.³¹

25 siehe Pflegestatistik 2005, veröffentlicht 2017: <http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutabl1.php>

26 siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html>

27 Soziale Pflegeversicherung

28 siehe Pflegestatistik 2015, veröffentlicht 2017: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegete5224101159004.pdf?__blob=publicationFile

29 siehe Pflegestatistik 2015, veröffentlicht 2017: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegete5224101159004.pdf?__blob=publicationFile

30 siehe http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Pflegepersonal-KH_dt_final.pdf

31 https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/Statistik_Aerzte_Pflegende_Klinik_1991_2013_patientenschutz.pdf

2015 waren in Deutschland 2,86 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) weiter mitteilt, hat die Zahl der Pflegebedürftigen im Vergleich zu 2013 um 8,9 % bzw. 234.000 zugenommen. 83 % der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, mehr als ein Drittel (37 %) war mindestens 85 Jahre alt, 64 % weiblich. Annähernd drei Viertel (73 % bzw. 2,08 Millionen) aller Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt, davon 1,38 Millionen Pflegebedürftige in der Regel allein durch Angehörige. Weitere 692.000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten, sie wurden jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste gepflegt. Gut ein Viertel (27 % bzw. 783.000 Pflegebedürftige) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut. Im Vergleich zu 2013 ist die Zahl der in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen um 2,5 % bzw. 19.000 gestiegen. Bei der Pflege zu Hause ist die Zunahme mit 11,6 % bzw. 215.000 Pflegebedürftige deutlich höher, was auch auf die Reformen der Pflegeversicherung zurückzuführen ist.³² Der Anstieg findet insbesondere bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I statt.³³

Die dreijährige Ausbildung zur examinierten Pflegefachkraft wurde bisher sowohl in der Theorie als auch in der Praxis von den Krankenhäusern durchgeführt und unterliegt damit nicht dem in Deutschland üblichen dualen System und auch nicht dessen gesetzlichen Regelungen (vgl. Beimdiek et al. 1992: 130f).

Die Altenpflege hat sich in den 1960er Jahren zu einem eigenständigen Beruf mit gesetzlicher Regelung entwickelt. Die Ausbildungsdauer schwankt derzeit zwischen zwei und drei Jahren. Bei zweijähriger Ausbildung schließt sich ein einjähriges Berufspraktikum an. Die Altenpflegekräfte sind zum Teil bei den Krankenpflegeverbänden mitorganisiert, z. B. im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) oder in der Caritas-Schwesternschaft, dem katholischen Berufsverband für Pflegeberufe. In Deutschland existieren zudem zwei eigene Altenpflegeberufsverbände, dem Deutschen Berufsverband staatlich anerkannter Altenpflegerinnen sowie ein Regionalverband. Die Ausbildung zum Altenpfleger bzw. zur Altenpflegerin unterscheidet sich inhaltlich von der Krankenpflege dadurch, dass mehr Wert auf Fragestellungen der Sozialarbeit und der Geriatrie/Gerontologie gelegt wird. Die Ausbildung wird in Fachkreisen und in der Fachliteratur als unzureichend kritisiert ebenso wie die staatlichen Kontrollen der ausbildenden Schulen hinsichtlich der Inhalte und der Qualifikation der Lehrkräfte (vgl. Beimdiek et al. 1992: 133f).

Neben den Pflegefachkräften gibt es noch Pflegehelfer und Pflegehelferinnen, für die es aber auch noch andere Bezeichnungen gibt wie (Gesundheits-) und (Kranken-)Pflegeassistenz, Fachkraft für Pflegeassistenz, Krankenpflegehelfer bzw. Krankenpflegehelferin, Gesundheits- und Krankenpflege(hilfe), Kranken- und Altenpflegehelfer bzw. Kranken- und Altenpflegehelferin. Ausbildungszeit und Berufsbezeichnung variieren je nach Bundesland.³⁴

32 https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html

33 Pflegestatistik 2015, veröffentlicht 2017: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101159004.pdf?__blob=publicationFile

34 siehe <http://www.thieme.de>

„Im langfristigen Zeitvergleich zeigt sich ein Trend hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste“ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010: 22). Die Einführung von Studiengängen zur Pflege ist Teil der Entwicklung der Pflegeberufe hin zu ihrer Professionalisierung, deren Ziele eine

„Leistungserbringung aufgrund fundierten Wissens, (...) die Entwicklung qualitativer Maßstäbe auch für den Nachweis der erbrachten Leistung und eine entsprechende Entlohnung (...) vor allem auch die Gleichberechtigung gegenüber der Ärzteschaft und wirtschaftlichen Leistung, insgesamt ein höheres soziales Prestige“ darstellen (ebd. 150).

Folgende Studiengänge, die auf Führungsaufgaben in der Pflege vorbereiten, werden in Berlin angeboten:

- Gesundheits- und Pflegemanagement (BA) sowie Management
- Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen (MA) an der Alice Salomon Hochschule
- Bachelor of Nursing und Pflegemanagement (BA) an der Evangelischen Hochschule.

Forschung ist Teil von Professionalisierung. Die Pflegeforschung in Deutschland ist noch recht jung. Dabei werden Pflege-theorien entwickelt (vgl. Rüller 2007: 156).

„Ein Hauptgewicht liegt dabei auf der Analyse der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient, zu der Gestaltungsvorschläge entwickelt werden. Dabei wird Pflege als Integrationsprozess begriffen, der das Verhältnis Patient/Pflegekraft und die resultierenden Pflegemaßnahmen erfasst.“ (Beimdiek et al. 1992: 152).

Auch die Wirkung von Interventionen wird in der heutigen Pflegeforschung untersucht. Man spricht von „Evidenzbasierter Pflege“ (vgl. Rüller 2007: 156). Aktuelle Forschungsprojekte der Alice Salomon Hochschule in Berlin beschäftigen sich beispielsweise mit dem immer wichtiger werdenden Thema der Pflege Demenzkranker und deren Wohn- und Pflegeformen sowie Autonomieförderung mehrfach Erkrankter.³⁵ Die Evangelische Hochschule forscht zu Themen wie „Führungskultur und betriebliches Gesundheitsmanagement im Krankenhaus“, „Lebenswelten von demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten türkischer Herkunft und ihren Familien“ sowie „Dokumentation, Pflegevisite und Fallbesprechung“.³⁶

„Der Begriff ‘Pflegeprozess’ ist Ausdruck für das Bestreben, individuelle Pflege zu leisten, nicht nach Routine oder Instinkt, sondern mit dem und nicht über den Patienten hinweg geplante Pflege unter Einbeziehung physischer, psychischer und sozialer Probleme.“ (Mischo-Kelling 1989: 18f). Ein Modell beschreibt dabei die organisatorischen Abläufe insofern, dass eine patientenorientierte Pflege durchgeführt werden kann. Dabei soll die Pflegekraft:

- (1) die Pflegebedarfe durch das Sammeln von Informationen und Anamnese erheben; Pflegekräfte, Pflegebedürftige, Angehörige und andere Beteiligte eines therapeutischen Teams dienen als Informationsquellen

35 siehe <http://www.ash-berlin.eu>

36 siehe <http://www.eh-berlin.de>

- (2) die Probleme erfassen
- (3) die Pflegeziele in Abstimmung mit therapeutischen Zielen festlegen
- (4) über die erforderlichen Pflegemaßnahmen entscheiden
- (5) die Maßnahmen planen
- (6) die Maßnahmen durchführen
- (7) die Pflegewirkungen beurteilen.

Gegebenenfalls müssen die Pflegebedarfe erneut erhoben und das Modell nochmalig durchlaufen werden (vgl. Beimdiek et al. 1992: 166f).

4.4. Aufgaben von professionell Pflegenden

| Pflegeassistentz/ Pflegehilfskräfte | Pflegefachkräfte | Akademisch ausgebildetes Pflegepersonal |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Gespräche mit Pflegebedürftigen führen • sie betten • Patienten und Materialien für Operationen vorbereiten • bei der Körperpflege behilflich sein oder dies ganz selbst ausführen • Zahnprothesen und Hörgeräte entfernen und pflegen • beim Anziehen des Nachthemdes etc. helfen • Essen und Getränke bringen • bei der Nahrungsaufnahme unterstützen • Pflegebedürftige im Bett lagern, d. h. hochheben, seitlich schieben oder heranziehen • beim Aufstehen und Sich-Hinsetzen helfen • den Patientenheber/ | <ul style="list-style-type: none"> • postoperative Überwachungen • Wunden versorgen • bestimmte Medikamente verabreichen • Katheter für die Urinausscheidung legen • Darmreinigung • bei der Vorbereitung für Operationen die Pflegebedürftigen rasieren und desinfizieren etc. • Aufnahmegespräche führen • Dokumentationen von Pflegehandlungen verfassen • Pflegevisiten durchführen • Pflegebedarfe feststellen, die geeigneten Maßnahmen auswählen und eine Pflegeplanung erstellen • Zeit- und Personalpläne erstellen • Absprachen mit den | <ul style="list-style-type: none"> • Managementaufgaben • Konzepte der Versorgung entwerfen und anwenden • in Leitungsfunktion: Verhandlungsführung, Karriereplanung, Projektmanagement und Unternehmensführung • ihre Arbeit mit verschiedenen Gruppen professionell unter ethischen Gesichtspunkten planen, ausführen und evaluieren • Qualitätsmanagement • für Versorgungs- und/oder Organisationsprobleme neuartige, praxisbezogene Lösungsstrategien entwickeln, implementieren und evaluieren etc. <p>(vgl. Alice Salomon Hochschule Berlin)³⁷</p> |

| Pflegeassistentz/ Pflegehilfskräfte | Pflegefachkräfte | Akademisch ausgebildetes Pflegepersonal |
|--|---|--|
| <p>Badelift bedienen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeempfänger über Vorgänge und zu gebrauchende Gegenstände informieren • wiegen • bei der Ausscheidung unterstützen und verschiedene Gegenstände hierfür vorbereiten • Urin für Untersuchungen „sammeln“ und zum Labor bringen • Körpertemperatur messen, ggf. Waschungen und Wadenwickel bei Fieber anwenden, dafür vorgesehene Materialien und Gegenstände vorbereiten • Atmung beobachten • Puls und Blutdruck messen • alle Materialien und Gegenstände pflegen, reinigen, sterilisieren bzw. desinfizieren • Schmutzwäsche entfernen • Medikamente verabreichen • Hörgeräte bedienen <p>(vgl. Blunier 2001)</p> | <p>Ärzten und Ärztinnen sowie Therapeutinnen und Therapeuten über Behandlungen führen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tourenpläne erstellen • Gespräche mit den Angehörigen führen bzw. sie informieren und sich mit ihnen über Grundsätzliches abstimmen • Begleitung alter Menschen bei Behörden-gängen • Musikstunden mit Alzheimbewohnern gestalten etc. <p>(vgl. Henze/Piechotta 2004, Ford/Walsh 2000, Grandjean/Selle 2005)</p> | |

Tab. 2: Aufgaben professionell Pflegender

Die Aufgaben, die die Pflegeassistentzkräfte ausführen müssen, gehören meist auch zu denen der Pflegekräfte mit einer fachlichen Ausbildung. Diese haben aber natürlich noch weitrei-

37 siehe <https://www.ash-berlin.eu>

chendere Aufgaben und auch Verantwortung, z. B. dürfen bestimmte Medikamente nur von ihnen verabreicht werden etc. (vgl. Henze/Piechotta 2004, Ford/Walsh 2000, Grandjean/Selle 2005). Die Tabelle zeigt eine Übersicht über einen Großteil an Aufgaben von auf unterschiedlichem Niveau ausgebildeten Pflegepersonen. Während Blunier (2001) eher die Aufgaben von Pflegehilfskräften im Krankenhaus aufzählt, beziehen sich die Autoren bei den Tätigkeiten von examinierten Pflegefachkräften sowohl auf die stationäre als auch die ambulante Pflege.

4.5. Ambulante Pflege

Die professionelle Pflege wird u. a. in zwei große Bereiche unterteilt: Die ambulante und die stationäre Pflege. Die ambulante Pflege findet im häuslichen Bereich statt und kann Grundpflege, Hauswirtschaft, Kranken- oder Kinderkrankenpflege, aber auch psychiatrische Pflege und die Anleitung von pflegenden Laien umfassen. Die Pflege wird meist über einen Krankenpflegedienst organisiert. Mit stationärer Pflege ist diejenige gemeint, die im Krankenhaus ("auf Station") oder in einem Pflegeheim stattfindet, wenn ambulante Pflege keine ausreichende Betreuung (mehr) gewährleisten kann.³⁸

Drei Arten von Trägerschaft engagieren sich heute im stationären und ambulanten Pflegemarkt: öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige (z. B. Caritas, Diakonie, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband etc.) und private Einrichtungen, wobei letztere privates Kapital einsetzen und gewinnorientiert arbeiten.³⁹

Traditionell lag die ambulante Pflege in der Hand der Kirchengemeinden und Wohlfahrtsverbände. Die Einführung der Pflegeversicherung 1995 hat tiefgreifende Folgen für die Pflege nach sich gezogen. Der Pflegemarkt wurde liberalisiert. Das Gesetz favorisiert die häusliche Pflege als Art Ergänzung der Pflege durch Angehörige und Nachbarn und damit geht ambulant vor teilstationär und stationär. Dadurch veränderte sich die Struktur der ambulanten Pflege. Ziele des Gesetzes sind laut Gesetzestext (SGB XI) u. a. neue Qualitätsanforderungen an die ambulante sozial-pflegerische Versorgung. Durch das Inkrafttreten des 1. Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) zum 1. 1. 2015 soll die ambulante Pflege langfristig gestärkt werden⁴⁰:

„Die mit dem Pflegestärkungsgesetz eingeführten Maßnahmen helfen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen und unterstützen die Pflegekräfte bei ihrer Arbeit. Leistungen können nun individueller in Anspruch genommen werden, die Höhe der Leistungsbeträge ist gestiegen.“ (ebd.)

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II), das am 1. 1. 2016 in Kraft trat, wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff reformiert: Statt der drei Pflegestufen gibt es jetzt fünf Pflegegrade.

38 siehe <http://flexikon.doccheck.com/de/Pflege>

39 siehe http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_Fachkraefte-Pflegewirtschaft_K.pdf

40 siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/die-pflegestaerkungsgesetze.html> (Stand: 2017), siehe auch: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf

Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen werden davon erfasst, was auch die Krankheit Demenz abdeckt. Dies ist auch mit neuen organisatorischen Herausforderungen für die Pflegedienste verbunden. Durch das dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III) zum 1. 1. 2017 soll die Pflegeberatung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen hinsichtlich der Leistungen der Pflegeversicherung verbessert werden.⁴¹

Mittlerweile ist aber klar geworden, dass die aktivierende, rehabilitierende Pflege von den dienstleistenden Unternehmen Zeit, qualifiziertes Personal und ein integriertes Angebotsspektrum erfordert, welches jedoch mit den Versicherungsleistungen nicht erbracht werden kann. Die Pflegebedürftigen zahlen den Preis. Die Pflegeversicherung und das Gesundheitsstrukturgesetz zielen im Grunde lediglich auf eine gesundheitliche und pflegerische Grundsicherung ab. Der Pflegemarkt hat viele neue Pflegedienstleister hervorgebracht, aber er ist unüberschaubar geworden und gerade für das pflegebedürftig gewordene Klientel fehlt es an Orientierung, Beratung, Ansprechpartnern und Verbraucherschutz. Die Qualität der Unternehmen ist im Voraus nicht zu beurteilen. Die Pflegedienstleistungsunternehmen stehen vor der Herausforderung, bei immer schärfer werdender Konkurrenz, wachsendem Wettbewerb sowie knapper werdenden Einnahmen steigende Qualitätsanforderungen meistern zu müssen. Meist wird dann bei den Personalkosten gespart, Leistungen müssen dann mit geringerem Aufwand erbracht werden. Dies hat zur Folge, dass weniger (qualifiziertes) Personal eingesetzt wird und die Pflegequalität darunter leidet. Für die Pflegekräfte bedeutet dies: neue Formen der Arbeitsorganisation, Veränderung des Aufgabenprofils, Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, Verdichtung der Arbeit, also Pflege im Akkord. Die Beschäftigten, die sich den Interessen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen verpflichtet fühlen, erleben, wie ihr Arbeitsanspruch nicht mehr mit der Realität in Einklang zu bringen ist. Sie kämpfen mit Frustration, Demotivation, Fluktuation, Burnout-Symptomen, aber auch ein hohes, zusätzliches Engagement und Veränderungsbereitschaft folgen daraus (vgl. Damkowski et al. 1997: 24ff).

Die meisten Menschen wünschen sich im Falle von Pflegebedürftigkeit, so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben zu können. Die ambulante Pflege ermöglicht dies. Durch den demographischen Wandel und die sozialpolitische Steuerung, konkret durch die Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes 1995 und seine Forcierung auf ambulante statt stationäre Versorgung sowie die Markt- und Wettbewerbsorientierung des Sektors, hat die Betreuung von Pflegebedürftigen in Privathaushalten an Bedeutung gewonnen (vgl. Damkowski et al 1997: 13ff, Kasseler/Meyer 2004: 7). Der ambulante Pflegemarkt hat daraufhin in den letzten Jahren eine rasante Entwicklung durchgemacht und gewinnt vermehrt an Marktanteilen (vgl. Damkowski et al 1997: 7ff). Von 2011 bis 2013 hat die Nachfrage nach ambulanten Pflegedienstleistungen um 6,9 % zugenommen (im Vergleich dazu 2,9 % stationär). Auch Krankenhäuser, Arztpraxen sowie Alten- und Pflegeheime bieten aufgrund der gestiegenen Nachfrage ambulante Pflegedienstleistungen an (vgl. ebd. 17). Damit folgt Deutschland der internationalen „Ambulantisierung“ im Gesundheitswesen (vgl. Hasseler/Meyer 2004: 7).

41 siehe <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/die-pflegestaerkungsgesetze.html>. (Stand 2017)

Es hat sich ein breites Dienstleistungsspektrum entwickelt. Wohnortnahe ambulante Pflegeeinrichtungen mit einem umfassenden Angebot an Alten-, Kranken- und Familienpflege sowie zusätzliche hauswirtschaftliche, beratende und ergänzende Serviceleistungen sind aus dem erhöhten Bedarf entstanden (vgl. Damkowski et al. 1997: 11ff). Zu den Kernangeboten der häuslichen Pflege gehören zum einen die ärztlich verordnete Behandlungspflege für den medizinischen Pflegebedarf und zum anderen die Grundpflege für den Bedarf an Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Erstere wird von der Krankenkasse übernommen, letzteres ggf. von der Pflegeversicherung. Ambulante Pflegedienste bieten immer mehr spezielle fachpflegerische Angebote für besondere Zielgruppen an, z. B. Familien- und Kinderkrankenpflege, psychiatrische bzw. gerontopsychiatrische Pflege, spezielle rehabilitative, aktivierende Pflege, Aidspflege, des Weiteren Intensivpflege und pflegerische Spezialangebote (Sterbebegleitung, Suchtbetreuung, ambulante Insulineinstellung etc.) und nicht zuletzt die individuelle Schwerstbehindertenbetreuung. Zu den hauswirtschaftlichen Ergänzungsangeboten zählen z. B. das Zubereiten von Mahlzeiten, Einkäufe und Besorgungen, Reinigungsarbeiten etc. sowie die mobilen sozialen Hilfsdienste, z. B. Fahrdienste. Zu den Zusatzangeboten gehören u. a. der Verleih von Hilfs- und Pflegemitteln, Beratung und Kurse für pflegende Angehörige und zu präventiven und gesundheitsfördernden Dienstleistungen, psychosoziale Betreuung, die Betreuung von Pflegebedürftigen im Bereich des „Betreuten Wohnens“ etc. (vgl. Damkowski et al. 1997: 37ff).

Bei der Grund- und Behandlungspflege wird in der Praxis kaum zwischen Alten- und Krankenpflege unterschieden (vgl. Beimdiek et al. 1992: 48). Die bisherige Unterteilung in Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege wurde nun auch im Januar 2016 durch das Pflegeberufsgesetz reformiert und in einen einzigen Pflegeberuf zusammengeführt, dessen erstes Ausbildungsjahr 2020 beginnen wird. Alle Auszubildenden erhalten danach zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistisch ausgerichtete Ausbildung. In der praktischen Ausbildungsphase haben sie dann die Möglichkeit, einen Vertiefungsbereich zu wählen. Wer die generalistische Ausbildung im dritten Jahr fortsetzt, erwirbt den Abschluss zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. Wer den Schwerpunkt auf die Pflege alter Menschen oder auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen legt, kann nach dem dritten Ausbildungsjahr statt des generalistischen Berufsabschlusses einen gesonderten Abschluss in der Alten- oder Kinderkrankenpflege erwerben.⁴²

Der ambulante Pflegebereich wird immer wichtiger und ist in besonderer Weise auf breit qualifizierte und flexibel einsetzbare Pflegekräfte angewiesen.⁴³

42 siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeberufegesetz.html> (Stand 2017)

43 siehe <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeberufegesetz.html> (Stand 2016)

4.5.1. Tätigkeiten und Anforderungen in der ambulanten Pflege

Die Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche sowie Verantwortlichkeiten in der ambulanten Pflege haben sich im Zuge der oben geschilderten Entwicklungen erweitert. In der internationalen Literatur wird die Zukunft der ambulant Pflegenden immer mehr in der Rolle als *Case Manager* und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in multidisziplinären Teams gesehen. Schon jetzt hat die ambulante Pflege eine Schnittstellenfunktion inne und unterstützt als diese die hausärztliche Betreuung, begleitet bei der Angehörigenpflege und koordiniert unterschiedliche Hilfsangebote.

„Viele medizinisch-pflegerische Tätigkeiten wie Verbandswechsel, Applikationen von Injektionen und Infusionen sowie anleitende und beratende Tätigkeiten, die bis jetzt noch im stationären Bereich von den vielen Berufsgruppen durchgeführt werden, müssen auf den häuslichen Bereich verlagert werden.“ (Hasseler/Meyer 2004: 8).

Pflege ist

...mit allen Herausforderungen und Schwankungen des Alltagslebens konfrontiert, denn sie beeinflussen normalerweise die pflegerische Leistungserbringung in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Darüber hinaus muss bedacht werden, dass bei möglicherweise noch so unbedeutend erscheinenden pflegerischen, hauswirtschaftlichen oder auch psychosozialen Handlungen häufig die Personen des gesamten privaten Umfeldes der Klienten mit betroffen sind. (Besselmann et al. 2004: 67).

Die Pflegeperson muss ein hohes Maß an Flexibilität und Anpassungsfähigkeit mitbringen, denn ein Gleichgewicht muss immer wieder neu in Kooperation mit den Klienten, deren privaten Helferinnen und Helfern (z. B. Angehörigen) und anderen Beteiligten (z. B. aus der Physiotherapie, von „Essen auf Rädern“ etc.) hergestellt werden. Besonders wichtig ist die Berücksichtigung und die Integration der Kompetenzen der privaten Bezugspersonen, die über Wissen um die Persönlichkeit und Eigenschaften der Pflegebedürftigen verfügen. Eine enge und konstruktive Zusammenarbeit mit ihnen ist eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene Pflegebeziehung mit dem Klienten oder der Klientin. Darüber hinaus bietet eine qualitativ hochwertige Pflege Unterstützung auch für pflegende Angehörige an, achtet die Privatsphäre der Pflegebedürftigen und stärkt deren Regiefunktion innerhalb ihres Pflegenetzwerks (vgl. ebd. 70f).

4.5.2. Was unterscheidet die ambulante von der stationären Pflege?

Die Bedingungen der ambulanten Pflege, die Ziele, die sie zu erfüllen hat, die Arbeitsweise der Pflegekräfte sowie die Beziehung zwischen den Pflegeempfängern und den Pflegekräften unterscheiden sich erheblich von denen in stationären Einrichtungen, sowohl des Akut- als auch des Langzeitsektors. Zu den offensichtlichsten Differenzen gehören der deutlich koproduktive Charakter ambulanter Pflege, die Überschneidung der Aufgaben von pflegerisch qualifizierten Kräften mit Aufgaben pflegerischer Laien und die daraus resultierende Schwierigkeit bei der Zielbestimmung für die professionelle Pflege in diesem Versorgungssektor. (Garms-Homolová: 2004: 51).

Die qualifizierten Pflegekräfte arbeiten immer mit pflegerischen Laien zusammen, in diesem Falle: pflegende Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn und andere informelle Helferinnen und Helfer. Pflegende in der ambulanten Pflege stellen eine inhomogene Gruppe dar, insbesondere hinsichtlich ihrer Qualifikation und somit auch ihrer Professionalisierungschancen. Da die Dienstleistungserbringung in der Wohnung der Pflegebedürftigen stattfindet, ist es zuweilen erforderlich, dass die Pflegekräfte hauswirtschaftliche Aufgaben übernehmen, um die eigentliche Pflege erst durchführbar zu machen. Pflegekräfte in der ambulanten Pflege „müssen immer viel improvisieren, ‘situativ’ handeln und ‘sich durchwursteln’.“ (ebd. 53ff). Den Takt bei der täglichen Arbeit gibt ein mobiles Datenerfassungsgerät vor, auf dem die gesamte Tour des Tages gespeichert ist (vgl. Paritätischer Wohlfahrtsverband 2007).

Oehmen (1999: 103) beschreibt die Rahmenbedingungen für ambulante Pflege insofern, dass die Bedeutung der Interaktion für Pflegebedürftige mit dem Grad ihrer sozialen Isolation zunimmt und Pflegende in diesen Fällen zu persönlichen Bezugspersonen und ins Familiensystem integriert werden. Sie übernehmen dann teilweise neben ihren fachlichen Aufgaben auch solche, die normalerweise von Familienangehörigen, Freunden und Nachbarinnen und Nachbarn ausgeführt werden. Professionell Pflegende müssen Pflegebedürftige dann komplementär oder sogar ersetzend unterstützen.

4.5.3. Kommunikation in der ambulanten Pflege

Hersina (1996: 87) fand heraus, dass professionell Pflegende in der ambulanten Pflege versuchen, im Erstgespräch eine vertrauensvolle und von Sicherheit geprägte Beziehung aufzubauen, dass aber die pflegebedürftigen Menschen mit zunehmenden physisch-funktionalen Einschränkungen mit ihren Bedürfnissen, Problemen und Fähigkeiten in den Hintergrund treten und vielmehr die persönlichen Bezugspersonen in das Zentrum dieses Gesprächs rücken.

In einer Studie zur Ausstattung und Nutzung von digitalen Diensten wurde festgestellt, dass Computer heute in fast allen ambulanten Diensten eingesetzt werden, dagegen mobile Anwendungen noch sehr neu und bisher von ca. 30 % der Befragten verwendet werden und zwar meist als Routenplaner oder zur mobilen Leistungserfassung (vgl. Eckardt 2012: 16). Durch den Einsatz von IT können biografische, pflegeplanerische und medizinische Daten, z. B. die Pflegedokumentation, bereitgestellt und genutzt werden (vgl. Hößl 2012: 4).

5. Forschungsstand, Forschungsfragen und Forschungsziel

5.1. Sprachlich-kommunikative Anforderungen im Beruf

Kuhn (2007: 70) und der Facharbeitskreis Berufsbezogenes Deutsch im Netzwerk Integration durch Qualifizierung (2008)⁴⁴ stellen fest, dass die Schriftlichkeit eine immer größere Rolle spielt, gerade hinsichtlich der Verwendung von Computern. Das Beschreiben und Protokollieren von Arbeitsprozessen hat einen neuen Stellenwert und ist für Nicht-Muttersprachler besonders relevant. Textsorten im Arbeitsalltag sind meist sehr präzisen beruflichen Handlungen zugeordnet.

Die Studiengruppe „Deutsch am Arbeitsplatz“ (2010), die von Juni 2009 bis Juni 2010 von der Volkswagenstiftung gefördert wurde, befasste sich mit den sprachlich-kommunikativen Anforderungen an Arbeitsplätzen mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit Deutsch als Zweitsprache. Besonders in niederschwelligen Sektoren, zu denen auch die Altenpflege zählt, zeigen sich die größten Diskrepanzen zwischen sprachlich-kommunikativen Anforderungen und den entsprechenden Kompetenzen.

Die intensivere Forschung in jüngerer Zeit hinsichtlich eines speziellen berufsbezogenen Deutschunterrichts ist nicht zuletzt der Entwicklung geschuldet, dass die sprachlich-kommunikativen Anforderungen am Arbeitsplatz im Zuge des sog. *Lean Management* generell für alle, von Hilfsarbeiterinnen und Hilfsarbeitern bis zum Management, in den letzten Jahren deutlich angestiegen sind (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 27f, Janich 2007: 1, Kuhn 2007: 9, Brünner 2000: 15f). Besonders nicht-muttersprachliche Beschäftigte haben die größten Schwierigkeiten, den gestiegenen Anforderungen zu entsprechen (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 29). Pflegekräfte sollten mindestens über das Sprachniveau B1, besser B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen (Europarat 2001) verfügen (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 58).

5.2. „Kommunikation als professionelle Pflegehandlung“⁴⁵

„Pflege ist ein kommunikativer Beruf, Sprache stellt eines ihrer wesentlichen Elemente dar“ (Abt-Zegelin/Schnell 2005: 11) und zwar in dem Sinne, dass pflegerisches Handeln zu einem überwiegenden Teil sprachliches Handeln ist und beides nicht voneinander zu trennen ist, worüber heute fachintern weitgehend Einigkeit herrscht (vgl. Walther 2003: 11, AWO 2014: 21, Backs/Lenz 1998: 120, Friebe 2006: 18, Haider 2010: 192). Dies trifft vor allem auf die zahlreichen neuen pflegerischen Tätigkeiten zu, die sich in den letzten Jahren entwickelt haben, wie z. B. die Pflegevisite, die Übergabe mit den Patientinnen und Patienten, das Aufnahmegespräch oder Beratungsgespräch und die Dokumentation (vgl. Walther 2003: 12, 2001: 317). Haider (2010: 275) stellt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen kommunikativer

44 siehe http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/doku_iq_fachtagung_NOBI.pdf

45 Haider (2010: 267)

Kompetenz und Pflegequalität her, denn mit steigender Pflegequalität steigen auch die kommunikativen Anforderungen im jeweiligen Arbeitsfeld.

5.2.1. Sprachbedarf von Pflegekräften

Die AWO (2014: 6ff) kam nach einer mehrperspektivischen Sprachbedarfsanalyse⁴⁶ in ihren Altenpflegeeinrichtungen zu dem Ergebnis, dass die Anforderungen an das Altenpflegepersonal in Bezug auf fachsprachlich-kommunikative Fähigkeiten gestiegen und komplexer geworden sind. Dies betrifft vor allem Tätigkeiten wie die Qualitätssicherung, die Dokumentation, die Nutzung von computergestützten Dokumentationsprogrammen, die Kommunikation mit Pflegebedürftigen, Angehörigen und dem pflegerischen Umfeld. Dabei müssen die Pflegekräfte flexibel zwischen den unterschiedlichen Kommunikationspartnern und -partnerinnen in unterschiedlichen Sprachniveaus und Sprachcodes wechseln können. Fachsprache spielt hier eine größere Rolle als in vielen anderen Berufen und ihre Beherrschung ist wichtig für die Qualität der Pflege. Die Forschergruppe betont dabei, dass es weniger um den „korrekten Gebrauch von Vokabeln und Grammatik“ geht, sondern um sprachliches Handeln im Beruf bzw. im Arbeitsalltag (ebd. 20). Erhoben wurde zur Konzeption eines berufsbezogenen Sprachkurses deshalb „die authentische Sprachverwendung“ (ebd. 24).

Was die Fachsprache der Pflege betrifft, so ist diese vor allem bei der interprofessionellen Kommunikation mit anderen Berufsgruppen sowie bei der Pflegedokumentation wichtig, da sich der Pflegeberuf derzeit intensiv weiterentwickelt und professionalisiert (vgl. Haider 2010: 269, Bartholomeyczik 2005: 22f).

Haider (2010: 268f) untersuchte den Bedarf an allgemeinsprachlicher Kompetenz von aus dem Ausland rekrutierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in Österreich mit Hilfe einer multiperspektivischen, kritischen Sprachbedarfsanalyse und kam zu folgenden Ergebnissen: Da die Pflegepersonen mit Menschen aller Altersstufen und Bildungsschichten konfrontiert sind, müssen sie mit dem gesamten Repertoire der deutschen Sprache, was Standardvarietäten, Umgangssprache(n), Dialekte, Soziolekte bis hin zu Idiolekten umfasst, rezeptiv umgehen können und Strategien erlernen, wenn eine Person nicht verstanden wird. Dies trifft vor allem auf die Altenpflege zu, da hier zum Aufbau einer tragfähigen Beziehung auf unzählige tagesaktuelle und lebensweltliche Themen eingegangen wird.

Die Untersuchungsergebnisse Haiders (2010: 255, 266f) fördern außerdem zutage, dass es innerhalb der Sprachbedarfe im Beruf deutliche Unterschiede zwischen theoretischen Vorgaben und tatsächlichen Anforderungen im beruflichen Alltag gibt. Des Weiteren stehen die Anforderungen, „objektiven Sprachbedarfe“⁴⁷ genannt, zum Teil in Opposition zu den „subjektiven Sprachbedürfnissen der Betroffenen“ (ebd. 255). Personal- und Zeitmangel zwingen die Beschäftigten zu einem zügigen Durchführen der notwendigen Pflegehandlungen und lassen

46 Das Programm „rückenwind - Für die Beschäftigten in der Sozialwirtschaft“ (2011-2014) wurde gefördert durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie dem Europäischen Sozialfonds; siehe www.bagfw-esf.de

47 siehe dazu mehr in Kapitel 6: Methodik

über tätigkeitsbegleitende Kommunikation hinaus keinen Raum für weitere Gespräche (z. B. biografische Gespräche). Diese Widersprüche zwischen Theorie und Praxis müssen laut Haider (2010) bei Sprachbedarfserhebungen und Beschreibungen von Szenarien am Arbeitsplatz unbedingt berücksichtigt werden.

Lüfte & Reimann (2012) berichten von den, aus dem bundesweiten ESF-BAMF Programm von 2007 bis 2013 geförderten, berufsbezogenen Deutschkursen für Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Deutsch als Zweitsprache: Diese Kurse behandelten neben berufs(feld-) und arbeitsplatzbezogenen Inhalten auch die Vermittlung von Kenntnissen über kommunikative Regeln am Arbeitsplatz sowie die vier sprachlichen Fertigkeiten. Lernziele und inhaltliche Schwerpunkte lagen bei arbeitsplatzbezogener Kommunikation und Erweiterung des Fachwortschatzes. „Um die Teilnehmenden optimal für ihren Berufsalltag fit zu machen, ist es daher unabdingbar, dass das Unterrichtskonzept möglichst genau an die jeweilige Arbeitsrealität und die sich daraus ergebenden Bedarfe angepasst wird.“ (ebd. 26). In der Studie wird die Wichtigkeit der professionellen Patientenansprache betont, sich mündlich auf fachlicher und alltagssprachlicher Ebene sicher bewegen zu können. Als Unterrichtsmethode wurde ein kommunikativ-handlungsorientierter Sprachunterricht angewandt, der an den konkreten Erfahrungen der Teilnehmenden anknüpft. Es wurde u. a. mit Szenarien aus dem Pflegebereich gearbeitet und authentisches Material eingesetzt. „Gerade wenn die Teilnehmenden bereits am Arbeitsmarkt integriert sind und lediglich für einen ganz bestimmten Arbeitsbereich noch sprachlichen Nachholebedarf haben, bieten sich Übungen an, die sich am Berufsalltag (...) orientieren.“, z. B. Sicherheits- und Hygienevorschriften (ebd. 26).

5.2.2. Gesprächsanalysen pflegerischer Kommunikation

Das Aufnahmegespräch im Krankenhaus als typische Gesprächsorte in der Pflege wurde von Backs & Lenz (1998) anhand von authentischen, aufgezeichneten Gesprächen untersucht. Diese wiesen einige Informationsdefizite auf und machen damit eine individuelle Pflegeplanung nur unzureichend möglich. Die Autoren entwickelten daraufhin einen Standard an Soll-Kommunikation zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Pflege, die sich durch Orientierung an den Patienten und Patientinnen auszeichnet, d. h. an der Individualität des Gegenübers. Diese müsse erlernt werden (vgl. ebd. 142f). Auch Walther (2001: 322, 326f) unterstrich in einer ähnlich angelegten Studie den Zusammenhang zwischen Professionalisierung und Patientenorientierung, die sich durch verständnissichernde Zwischenfragen, Rückmeldungen und Kommentare zeigt. Außerdem betont die Autorin die Bedeutung der Reflexion für das sprachlich-kommunikative Verhalten in der Auseinandersetzung mit Praxis und Theorie.

Darmann (2000: 82-115) widmete ihre Untersuchung den kommunikativen Handlungsmustern von Pflegekräften im Krankenhaus und stellte heraus, dass diese die Pflegebedürfnisse der Patienten und Patientinnen antizipieren bzw. diagnostizieren und deren Verbalisierung initiieren, indem sie sie daraufhin befragen oder ihnen Pflegehandlungen anbieten. Damit ermöglichen sie eine freie Patientenentscheidung durch Beteiligung an der Pflegehandlung. Ausgedrückt werden Pflegeangebote z. B. in Form von explizit und implizit geäußerten Ankündigungen und

Aufforderungen. Mittels Ankündigungen informieren Pflegekräfte die Patientinnen und Patienten über geplante Pflegehandlungen. Diese sind insbesondere dann von Bedeutung, wenn Pflegehandlungen voraussichtlich mit körperlichen Missempfindungen oder Schamgefühlen verbunden sind und mit Widerstand gerechnet werden kann.

Weinhold (1997: 143ff, 195ff) bezog sich in ihrer Analyse der Kommunikation von Patienten bzw. Patientinnen und Pflegenden im Krankenhaus als einzige explizit auch auf sprachliche Aspekte der Pflege und zwar bei der tätigkeitsbegleitenden Kommunikation. Hier werden von den Pflegepersonen verstärkt Modalpartikeln wie „mal“, „eben“, „nur“ etc. beim Körperkontakt und bei der Hilfestellung bei der Ausscheidung herausgearbeitet, um Scham-, Peinlichkeits- und Ekelgefühle sprachlich zu bewältigen und die Überschreitung der Intimgrenzen zu bagatellisieren und zu neutralisieren.

Fiehler & Thimm (2003: 77ff) betonen die besonderen Anforderungen, die an Pflegekräfte von älteren Pflegebedürftigen gestellt werden. Diese zeigen nämlich ein problematisches kommunikatives Verhalten durch deren Hang zum Erzählen, zu präferierten Themenspektren zusammen mit einer ausgeprägten Vergangenheitsperspektive und mit starker Tendenz zu Ausführlichkeit und Wiederholung sowie einen mangelnden Bezug auf den Kommunikationspartner oder die Kommunikationspartnerin, indem sie nicht zuhören und nicht auf das Gegenüber eingehen. Dies ist für die Pflegeperson besonders im Hinblick auf den Zeitdruck sprachlich schwierig zu bewältigen. Auch Demenz und andere Erkrankungen beeinträchtigen das kommunikative Verhalten und stellen daher besondere Anforderungen an die Pflegekräfte.

Sachweh (2003) zeigte mittels detaillierter gesprächsanalytischer Untersuchungen, dass das Gesprächsverhalten von Pflegebedürftigen in Altenheimen eher passiv ist, während die Kommunikation des Pflegepersonals „durch gesichtsschonende und verständnissichernde Ausgleichsstrategien geprägt“ ist und mögliche Verständnisschwierigkeiten und Kommunikationsstörungen oft antizipiert und entsprechend präventiv darauf reagiert wird. Funktion dieser Strategien ist eine effiziente Durchführung der Pflegeaktivitäten. Neben der Handlungs- und Kommunikationssteuerung (vgl. Fiehler 1993) dient die Pflegekommunikation auch der Image- und Beziehungsarbeit.

Die Pflegekräfte bemühen sich einerseits, den Pflegebedürftigen „höflich und respektvoll zu begegnen“, behandeln sie aber andererseits, wenn auch mit guter Absicht, durch *Baby Talk* wie Kinder und untergraben damit deren Selbstwertgefühl (ebd. 158f). Als Funktionen dieses Registers identifiziert die Autorin Verständnissicherung und „Übermitteln einer positiven emotionalen Botschaft“ (ebd. 154). Gekennzeichnet ist *Baby Talk* u. a. durch eine geringe Komplexität und hohe Redundanz bestimmter Äußerungen sowie durch die Verwendung von Diminutiven und Kosenamen. Gesichtsschonende Strategien von Seiten der Pflegepersonen werden sprachlich durch das Siezen und das Ansprechen mit Nachnamen realisiert. Aufforderungen formulieren sie mithilfe von Infinitiv- und Modalverbkonstruktionen sowie Ellipsen und durch die Verwendung von „bitte“ und „danke“; durch Konjunktiv und Modalpartikeln wird abgeschwächt. Pflegepersonen übernehmen beide Gesprächsrollen, wenn Pflegebedürftige nicht mehr sprechen können. Sie „reparieren gewissermaßen die mangelnde Dialogizität

des Gesprächs“ (ebd. 150). Dabei wenden sie aufgrund der vielfältigen Beschränkungen der Pflegebedürftigen, sowohl produktiv als auch rezeptiv, verständnissichernde Strategien an: Aufgrund der primär empraktischen und direktiven Funktion der Gespräche werden auf lexikalischer Ebene immer die gleichen Handlungsverben und Richtungsanzeiger verwendet, z. B. „umdrehen“, „drauf“ etc. Auf syntaktischer Ebene sind die Äußerungen des Pflegepersonals kurz und einfach strukturiert. Auf der Ebene der Gesprächssteuerung fand Sachweh rituelle Gesprächsanfänge und -beendigungen, die Verwendung von Gliederungssignalen, z. B. „so“, die sowohl Gespräche als auch Pflegeaktivitäten strukturieren, des Weiteren Partikel wie „ne“ und „gell“. Die namentliche Anrede soll dem Erhalt der Aufmerksamkeit der Pflegebedürftigen dienen. Auffällig ist auch, dass Pflegepersonen ihre Aussagen häufig bestätigend wiederholen sowie fragend an die Bewohnerinnen und Bewohner richten.

In Paarsequenzen werden meist geschlossene Fragen gestellt und sind damit für die Pflegebedürftigen leichter verständlich und verarbeitbar. In Konfliktsituationen ist das Gesprächsverhalten der Pflegepersonen eher gesichtsbedrohend. Sprachlich manifestiert sich dies z. B. durch das Senden ambivalenter Botschaften, indem zwischen höflicher Anrede mit „Sie“ und Nachnamen zu „Du“ und Vornamen gewechselt wird. Damit wird die Asymmetrie in der Kommunikationsbeziehung verdeutlicht.

Aus linguistischer Sicht schlägt Brünner (2005: 61ff) für die Analyse von Gesprächen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen als Ausgangspunkt die Gesprächssituation vor, die gekennzeichnet ist durch eine Agent-Klient-Beziehung, „eine professionelle Dienstleistungsbeziehung innerhalb einer Institution des Gesundheitswesens“ (ebd. 62), die in der Regel eine Experten-Laien-Beziehung ist. Als kommunikative Zwecke nennt sie: die Verbesserung von Wissen, Handeln und Fühlen bezüglich der Krankheit bei Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen sowie die Beförderung von Heilung. Zentrale Gesprächsformen und sprachliche Handlungen sind dabei: informieren (z. B. über Medikamente und Untersuchungen), erklären (z. B. den Sinn einer Maßnahme), aufklären (z. B. über Warnsignale einer Krankheit), des Weiteren instruieren/anleiten (z. B. zur Einnahme von Medikamenten), beraten (z. B. zur Ernährung), motivieren (z. B. zur selbständigen Körperpflege) sowie Gefühle und Einstellungen bearbeiten (z. B. Angst abbauen) und emotionale Unterstützung geben (z. B. trösten). Charakteristische Gesprächsformen und sprachliche Handlungen dafür sind sachbezogene Fragen (z. B. nach Beschwerden in der Pflegeanamnese) und die Initiierung von Erzählungen (z. B. nach krankheitsbezogenen Ereignissen).

5.2.3. Lehrwerke und -materialien DaF/DaZ für die Pflege

Es existiert eine ganze Reihe von Lehrwerken, die sich an deutschlernende Pflegekräfte richten. Doch schaut man sich die bekanntesten und aktuellsten an:

- *Deutsch für Pflegekräfte. Kommunikationstraining für den Pflegealltag* (Schrimpf et al. 2016)
- *Deutsch für Pflegeberufe* (Peikert 2012)
- *Kommunikation im Krankenhaus. 1000 nützliche Redewendung für Ärzte und Pflegekräfte* (Böck/Rohrer 2015b)
- *Deutsch im Krankenhaus* (Firnhaber-Sensen/Rodi 2017)
- *Erfolgreich in der Pflege (B1)* (Rebitzki 2011)
- *Menschen im Beruf – Pflege B2* (Hagner 2016/2017) u. a.

wird schnell klar, dass diese als Zielgruppe vor allem (zukünftige) Pflegekräfte in der stationären Pflege im Visier haben. Die ambulante Pflege kommt höchstens als Sonderfall vor oder als einzelnes Kapitel (vgl. Peikert 2012). Manche unterscheiden auch nicht zwischen den Anforderungen der verschiedenen Pflegeberufe, z. B. zwischen Fach- und Hilfskräften (vgl. Rebitzki 2011) bzw. setzen die sprachlich-kommunikativen Anforderungen von Pflegekräften zum Teil mit denen von Ärzten und Ärztinnen gleich (vgl. Böck/Rohrer 2015a; Firnhaber-Sensen/Rodi 2017). Ein Lehrwerk, das speziell die ambulante Pflege handelt, ist bisher noch nicht publiziert worden.

Auch online gibt es Möglichkeiten zur Weiterbildung in diesem Bereich:

- *Meet the need* bietet Lehrmaterial für Deutschlernende in der Pflege an, diese sind als Unterrichtsergänzung gedacht.⁴⁸
- IMED-KOMM-EU verfügt über *blended learning* Angebote, deren Audiomaterial allerdings keine Kommunikation, sondern eher dichten Fachwortschatz vermittelt, sehr medizinisch und an stationärer Pflege orientiert ist.⁴⁹
- *telc* führt Sprachprüfungen für die Niveaustufen B1 und B2 nach dem Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen GER (Europarat 2001) für die Arbeit in der Pflege durch. Dafür bieten sie auch eigene Übungsmaterialien an, die sich aber ebenso vorrangig auf die stationäre Pflege in Krankenhaus und Pflegeheim konzentrieren.⁵⁰

48 siehe <https://www.meet-the-need-project.eu/deutsch/unterrichtsmaterial/pflege/>

49 siehe http://www.imed-komm.eu/kurs_pflegekraefte

50 siehe <https://www.telc.net>

5.3. Inter- bzw. transkulturelle Kommunikation in der Pflege

Dreißig (2005) berücksichtigte in ihrer Untersuchung der interkulturellen Kommunikation im Krankenhaus, die sich theoretisch auf die Annahmen von Auernheimer stützt, den institutionellen Kontext der Interaktion zwischen Klinikpersonal und zugewanderten Patienten und Patientinnen. Sie kam zu dem Ergebnis, dass kulturellen Differenzen zwischen den Interaktanten nicht so große Bedeutung zukommt wie ursprünglich angenommen. Des Weiteren stellte sie heraus, dass die Beschäftigung mit kulturellen Hintergründen und anderen Krankheitsvorstellungen Zugewanderter die Verständigung nicht verbessert, da die Institution Krankenhaus kaum Rücksicht darauf nimmt. In diesem Klinikkontext spielen vielmehr ungleiche Machtverhältnisse zwischen Mehrheits- und Minderheitsangehörigen (Deutsche - Einwanderer) sowie zwischen Personal und Patienten und Patientinnen eine große Rolle. Auf das Gelingen interkultureller Kommunikation haben laut ihrer Studie folgende Faktoren entscheidenden Einfluss: die Schwierigkeiten (fremd-)sprachlicher Verständigung an erster Stelle, des Weiteren kulturelle Selbst- und Fremdbilder, Neigung zu Stereotypisierung bzw. Kulturalisierung, die Arbeitsbedingungen des Personals sowie soziale Probleme und Ressourcen von Patienten und Patientinnen. Dreißig arbeitete dabei den Machtaspekt der Sprache und die Breite des Handlungsspielraumes heraus, denn laut ihrer Studie reagiert das Klinikpersonal sehr unterschiedlich auf des Deutschen nicht Mächtige: vom geduldigen Einsatz von Zeichensprache bis hin zum Abbruch des Gesprächs. Von den Beschäftigten des Krankenhauses werden kulturelle Differenzen vor allem in den Bereichen Familienbindung und Besuchsverhalten, soziale Nähe, Umgang mit Tod, Trauer und negativen Diagnosen, religiösen Bräuchen und Gebeten sowie Essgewohnheiten und Diäten angegeben, wobei mit letzteren beiden Aspekten von Seiten des Personals recht pragmatisch umgegangen wird. Die Autorin stellt abschließend fest, dass besonders bikulturelle und deutsche Pflegekräfte mit besonders langer Berufserfahrung in einem multikulturellen Krankenhaus eine vergleichsweise positive und vorurteilsfreie Perspektive einnehmen.

Kollak & Küpper (1997: 4f) untersuchten im multikulturellen Neuköllner Krankenhaus in Berlin, wie Pflegekräfte dort die Beziehungsarbeit mit den Patienten und Patientinnen immer wieder aufs Neue meistern. Dabei gingen sie davon aus, dass mit einer erklärenden Theorie bzw. einem hilfreichen Modell keine transkulturelle Pflege zu leisten möglich ist, da diese „von einem historischen, sozialen und kulturellen Verständnis geprägt“ und gleichzeitig „auf der mikrosoziologischen Ebene immer mit der Komplexität von Beziehungen konfrontiert wird.“ (ebd. 4). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die bestehenden Sprachprobleme meist praktisch gelöst werden, kulturelle Unterschiede aber weit mehr Bedeutung haben. Damit widerspricht die Studie zum Teil den Ergebnissen von Dreißig (2003). Als wichtigste interkulturelle Teilkompetenzen nennen Kollak & Küpper Empathiefähigkeit, nämlich die Fähigkeit, „die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten erkennen und sinnvolle pflegerische Interventionen durchführen“ zu können (ebd. 4), die Fähigkeit der Problemanalyse, indem die Pflegeperson reflektiert, wie bestimmte Situationen zustande kommen, was sie selbst dazu beitragen bzw. was sie vermeiden kann. Außerdem nennen sie die Konfliktfähigkeit, bei der mit unterschiedlichen

Rollenerwartungen umgegangen werden muss. Als wichtige Anforderung an Pflegekräfte wird die Fähigkeit genannt, Distanz zu anderskulturellen Patienten und Patientinnen abzubauen, aber gleichzeitig genügend Distanz wahren zu können für eine gelungene Kommunikation, um der Gefahr einer zu großen Vereinnahmung zu entgehen.

Menschen mit Migrationshintergrund und interkulturelle Bildung in der Altenpflege

Friebe (2006) stellte in seiner Studie zur Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung von Pflegekräften mit Migrationshintergrund in Nordrheinwestfalen bei Befragungen in 97 stationären Altenhilfeeinrichtungen und 16 ambulanten Pflegediensten fest, dass im Altenpflegebereich, im Vergleich zur Verteilung in der Bevölkerung, Angestellte mit Migrationshintergrund überrepräsentiert sind. Von Seiten der Einrichtungsleitung wurden Sprachbedarfe in Allgemein- und Fachsprache sowie für die schriftliche Dokumentation für Beschäftigte mit Deutsch als Zweitsprache geäußert, von Dozenten der Qualifizierungsmaßnahmen die präzise sprachliche Bezeichnung von Beobachtungen und Informationssammlungen.

Ploch (2002) erhob in ihrer Pilotstudie⁵¹ quantitative lokalspezifische Daten u. a. zum Anteil von Klienten und Klientinnen und Beschäftigten mit Migrationshintergrund und kam zu ähnlichen Ergebnissen: Ein Viertel aller Beschäftigten in der ambulanten Pflege haben hier einen Migrationshintergrund, in der stationären sind es dagegen sogar 49 %. Beschäftigte mit Migrationshintergrund in Leitungspositionen sind im gesamten Pflegebereich unterrepräsentiert (in Heimen: 26 %, ambulant: 22,2 %).

Jana (2004) stellte in ihrer Studie zur interkulturellen Bildung in der Altenpflege heraus, dass, obwohl „Multikulturalität unter den Pflegekräften seit Jahrzehnten zum Alltag der meisten Institutionen gehört und ein Großteil der Pflegeteams multikulturell arbeitet“, nur wenige von ihnen an angebotenen Fortbildungen teilnehmen. Dies bestätigten auch die Ergebnisse des Projekts „[iku:]“⁵².

Über konkrete Erfahrungen hinsichtlich Bedarfen und Herausforderungen in Fortbildungen für Pflegende berichtet Friebe (2003): Im Projekt „[iku:]“ wurden Maßnahmen zur Förderung interkultureller Kompetenz von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der interkulturellen Öffnung in Einrichtungen erarbeitet und umgesetzt. Dabei stellte man fest, dass die objektiven Bildungsbedarfe nicht mit den konkreten Erwartungen der Pflegenden übereinstimmten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildungen wünschten sich Hilfestellungen für den Umgang mit Pflegebedürftigen mit fremdkulturellen Hintergründen durch das Erlernen „bestimmter (kulturspezifischer) Handlungsanweisungen“, während sie sich von den Pflegebedürftigen Mitarbeit und Anpassung versprachen (ebd. 150). Als zentrales Thema stellten sich „die vielfältige Zusammensetzung des Teams (...), Sprach- und Kommunikationsprobleme, un-

51 im Rahmens des Projektes „Interkulturelle Fortbildung für das Personal in der Altenpflege“ „[iku:]“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) (<https://www.die-bonn.de/id/32359/about/html/>), am Beispiel Frankfurt am Main,

52 Projektes „Interkulturelle Fortbildung für das Personal in der Altenpflege“ „[iku:]“ des Deutschen Instituts für Erwachsenenbildung (DIE) (<https://www.die-bonn.de/id/32359/about/html/>)

terschiedliches Pflegeverständnis und abweichende Arbeitshaltungen“ heraus.

Selbst die Pflegeausbildung in vielen Ländern Afrikas und Asiens ist häufig an den ehemaligen Kolonialmächten Großbritannien, Niederlande und Frankreich orientiert und damit im Niveau (Akademisierung) und in den Inhalten der deutschen überlegen (ebd. 151).

Ausländische Beschäftigte berichten von versteckter und offener Diskriminierung. Als besonders wichtige Maßnahme erweist sich die Fallbesprechung, da die prozessuale Sicht eine starre Kategorisierung der Situation und kulturorientiertes Schubladendenken für menschliches Verhalten von Pflegebedürftigen auf Seiten der Pflegenden vermeidet. Die Reflexionsfähigkeit wird gefördert. Die Diskussion um eine angemessene Fortbildungsdidaktik konzentriert sich dabei auf die Fallkonstruktion – authentisch oder vorstrukturiert.⁵³ Friebe fordert, dass interkulturelle Fortbildungen zu bestimmten Inhalten Hintergrundinformationen vermitteln und zur gleichen Zeit neugierig auf deren Interpretation machen müssen.

5.4. Desiderata

Pflegeeinrichtungen haben Probleme bei der Personalrekrutierung unter anderem wegen fehlender Deutschkenntnisse⁵⁴ Es fehlen arbeitsplatz- und berufsbezogene Unterrichtsmaterialien (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 60). Weiterer Forschungsbedarf besteht unter anderem in der

„Entwicklung und Evaluation geeigneter Curricula zur fachlichen, sprachlichen und kulturellen Vorbereitung ausländischer Pflegekräfte für den Einsatz in deutschsprachigen Altenpflegeeinrichtungen (und der) Erarbeitung von Migrationskonzepten für temporär in Deutschland weilende Pflegekräfte einschl. kultureller und sprachlicher Begleitung“ (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie 2012: 44).

Träger von Pflegeeinrichtungen seien bereit, sich an der Suche nach Lösungen für den Fachkräftemangel zu beteiligen und haben großes Interesse an Modellprojekten (vgl. ebd. 44). Die Arbeit an einem Konzept berufsbezogenen Deutschunterrichts steckt in Deutschland noch in den Anfängen.

„Eine vordringliche Forschungsaufgabe ist zunächst auch in der empirischen Erhebung und in der Analyse des Sprachgebrauchs am Arbeitsplatz zu sehen. Einzubeziehen dabei ist die Qualität und der Umfang des Sprachkontakts an den verschiedenen Arbeitsplätzen, die analytische Erhebung und Auswertung von Textsorten und Gesprächsthemen sowie die Beschreibung der Kommunikationsbelegten und der äußeren Rahmenbedingungen von kommunikativen Abläufen“ (Szablewski-Çavus 2008: 7).

Eines der grundlegenden Probleme besteht darin, dass Ergebnisse von Sprachbedarfsanalysen kaum publiziert werden, sondern eher die Ergebnisse in Form von Unterrichtsmaterialien und -sequenzen sowie die Erfahrungen damit. Gerade in Deutschland kann kaum auf Sprachbe-

53 Eine Sammlung relevanter Falldokumentationen veröffentlichte u. a. Kümpel (2003).

54 siehe <http://www.bildungsakademie-mettmann.de/LandesberichterstattungGesundheitsberufe2010.pdf>, S. 2.

darfsanalysen oder fundierte Analysen zurückgegriffen werden. Eine empirisch gesicherte Beschreibung der Sprache und Kommunikation am Arbeitsplatz erfolgte bisher nur ansatzweise. Durchgeführte Projekte arbeiten meist nur punktuell, der Austausch und die Vernetzung mit anderen Forschungsbereichen ist zeitlich begrenzt und ein nachhaltiger Transfer in die Praxis ist mangels institutionalisierter Schnittstellen nur sehr eingeschränkt möglich. Meist werden Ergebnisse einzelner Erhebungen von Lehrkräften nicht verlässlich dokumentiert, systematisiert und anderen Weiterbildungsträgern auch nicht zur Verfügung gestellt (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 61, Nispel/Szablewski-Çavus 1997: 99, 105f).

Hinsichtlich der konkreten Vorgehensweise der Erforschung beruflicher bzw. pflegerischer Kommunikation fordert Janich (2007: 2):

Was bislang jedoch fehlt, ist ein ganzheitlicher Zugang zu einzelnen Tätigkeitsfeldern oder Berufen, der sowohl die mündlichen und schriftlichen Kommunikate als auch sämtliche damit verbundenen Tätigkeiten in den Blick nimmt und aus einer sprecherbezogenen Perspektive unter dem Aspekt der kommunikativen Anforderungen und der daraus abzuleitenden notwendigen kommunikativen Kompetenzen betrachtet.

Brünner (2005: 65) ergänzt hierzu: Um professionelle Gesprächskompetenz

„wirksam fördern zu können, benötigen wir ein konkretes und detailliertes Bild der kommunikativen Alltagspraxis und ihrer Anforderungen, Einsicht sowohl in die spezifischen kommunikativen Schwierigkeiten und ihre Ursachen als auch ihre Lösungsstrategien, die erfahrene Pflegende (...) dafür ausgebildet haben, und schließlich präzise, theoretisch verallgemeinerte Erkenntnisse über die benötigten Teilkompetenzen“ (Brünner 2005: 65).

Walther (2003) konstatiert in ihrer Übersichtsarbeit zu Forschungsarbeiten und Publikationen zur Kommunikation in der Pflege, dass zwar die „Auseinandersetzung mit sprachlichen und kommunikativen Aspekten innerhalb der Pflege(wissenschaft)“ (ebd. 11) deutlich gestiegen ist, dass die Publikationen sich aber meist gerade nicht auf diese Aspekte fokussieren, „sprachliches Handeln bislang noch zu selten behandelt wird“ (ebd. 15) und auch „mit Blick auf die Anforderungen“ bzw. Erfüllung dieser „wenig differenziert beschrieben“ sind. „Unter sämtlichen Arbeiten, die sich mit sprachlichen Aspekten (in) der Pflege beschäftigen, finden sich wiederum nur sehr wenige, deren Erkenntnisse auf empirischen Untersuchungen gründen“ (ebd. 39), was für die Vermittlung und Förderung verbaler Kompetenzen problematisch ist. Dies trifft vor allem auf die schriftliche Kommunikation als pflegerisches Handeln zu.

Studien, die sich auf die Kommunikation in der ambulanten Pflege beziehen, gibt es sehr wenige, empirische Daten noch weniger. Erstellte Korpora aus Forschungsarbeiten werden oft nicht veröffentlicht bzw. nicht systematisch gesammelt und archiviert. Zudem konzentrieren sich nur wenige Untersuchungen auf authentische Kommunikation, sondern vor allem auf eigene Erfahrungen sowie die Auswertung von Interviews mit Pflegenden, Patienten und Patientinnen oder Angehörigen. Auch die Gesprächseinflüsse und Kontextbedingungen sprachlichen Handelns und authentische institutionelle, organisatorisch-strukturelle Kommunikationsbedingungen finden so gut wie keine Berücksichtigung (vgl. ebd. 15-46).

Was die Fachsprache der Pflege angeht, so ist diese laut Bartholomeyczik (2005: 27) bekanntermaßen nicht entwickelt. Meist werden beispielsweise medizinische Diagnosen gestellt. Sie hält es für absolut notwendig, pflegebegründete Diagnosen aufführen zu können, die in Fachkreisen beschrieben, erforscht und diskutiert werden können.

Neben dem hohen Fortbildungsbedarf an (fach-)sprachlichen Kompetenzen besteht dieser auch bezüglich interkultureller Kompetenzen unter den Pflegekräften, sowohl mit als auch ohne Migrationshintergrund (vgl. Nispel 1995: 4ff, Friebe 2006: 11, 53ff, Kuckert 2003: 13, AWO 2014: 8, 15f, Lenthe 2010: 174, Multikulturelles Forum Lünen 2006: 28). „Projekte der interkulturellen Öffnung, spezifische Schulungen und Standardisierungen scheinen (...) geboten“ (Habermann 2003: 14).

Es gibt es aber nur wenig Forschung zur Praxis der transkulturellen Kompetenz (vgl. Lenthe 2010: 170ff):

„Interkulturelle Themen haben nur in den wenigsten Fällen Eingang in die Curricula der entsprechenden Ausbildungsgänge (der Pflege) gefunden. Es gilt vor allem, das Anforderungsprofil für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in sozialen Diensten, die sich bewusst an Migrantinnen und Migranten richten wollen, detailliert zu beschreiben und zu operationalisieren, das heißt in vermittelbare Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse zu gliedern.“ (Hinz-Rommel 1995: 12).

5.5. Forschungsfragen

Ausgehend von den theoretischen Grundlagen, dem aktuellen Forschungsstand und den Desiderata sollen in dieser Arbeit folgende Fragen beantwortet werden:

1. Welche sprachlich-kommunikativen Anforderungen werden an Pflegefachkräfte mit Deutsch als Fremd- und Zweitsprache im beruflichen Alltag in der ambulanten Pflege gestellt?
2. Welche inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen benötigen sie für ihre Arbeit?

Dabei beschreibe ich den Kontext sowie die verwendeten sprachlichen Mittel und deren Funktionen in der Kommunikationssituation des *ambulanten Pflegegesprächs* zwischen Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen sowie von frequenten und/oder relevanten Texten, mit denen die Pflegefachkräfte eines ambulanten Pflegedienstes umgehen müssen.⁵⁵

Neben der Beschreibung von wichtigen inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen in der ambulanten Pflege erhebe ich auch sog. *Critical Incidents* im beruflichen Alltag sowie Lösungsmöglichkeiten, die in Szenarien zum berufsbezogenen Deutschunterricht integriert werden können. Dabei gehe ich auf darauf ein, wie inter- bzw. transkulturelles Lernen mit dem Erlernen der fremd- bzw. Zweitsprache verbunden werden kann.

Um diese Fragen zu beantworten, führte ich eine empirische Studie von authentischen Kommunikationssituationen durch. Diese hat aufgrund der Datenlage explorativen Charakter, d. h. sie ist nicht hypothesengeleitet. Ausgehend von der Feststellung, dass der Kontext und die jeweilige Situation einen wichtigen Einfluss auf sprachlich-kommunikatives und inter- bzw. transkulturelles Handeln besitzen (vgl. Straub 2007, Auernheimer 2002, Brünner 2005, Janich 2007 u. a.), gehe ich dennoch davon aus, dass sich Gespräche im privaten Wohnraum von Pflegebedürftigen mit Pflegefachkräften anders gestalten als jene in Krankenhäusern, Pflege- und Altenheimen. Des Weiteren erfordern die organisatorischen Besonderheiten ambulanter Pflegedienstleister andere Kommunikationsanlässe als ihre stationären Äquivalente. Diese Rahmenbedingungen sind auch für die inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen von Relevanz. Dabei wird in dieser Studie kein kontrastierender Vergleich vorgenommen.

55 Die bedeutende *Pflegedokumentation* untersuche ich dabei nicht, da sie bereits umfassend analysiert und für den fremd- und muttersprachlichen Unterricht didaktisiert wurde; siehe Weinhold (1997) etc.

5.6. Ziele und Relevanz der Arbeit

Ziel dieser Studie ist es in erster Linie, empirisch belastbare und an der Realität orientierte Grundlagen zur Entwicklung der dringend benötigten berufsbezogenen, handlungsorientierten, interkulturellen Sprachkurse bzw. Weiterbildungsangebote zu schaffen. Denn weiterführendes Ziel dieser Arbeit ist es, die gewonnenen Untersuchungsergebnisse und herausgearbeiteten Implikationen für ein zu entwickelndes Curriculum in einem nächsten Schritt in konkrete Lehrpläne zu überführen sowie Lehr- und Lernmaterialien dafür zu entwickeln. Deshalb orientiere ich mich in der Studie an realen beruflichen Situationen, die als Basis für die Erstellung von authentischen Szenarien als erfolgversprechende, effiziente und interaktive Form modernen Erlernens von Fremdsprachen inklusive inter- bzw. transkultureller Kompetenzen für konkrete Berufssituationen dienen.⁵⁶ Damit sollen Pflegefachkräfte sprachlich-kommunikativ und inter- bzw. transkulturell für den beruflichen Alltag in der ambulanten Pflege in Deutschland aus- und weitergebildet werden.

Dafür beschreibe ich die sprachlichen Mittel, deren Funktionen und die jeweiligen Kontexte des *ambulanten Pflegegesprächs* als zentrale pflegerische Kommunikationshandlung im Berufsalltag einer Pflegefachkraft sowie der Texte, die täglich verwendet werden und/oder von besonderer Relevanz sind. Dies umfasst die Lexik/Semantik, die Morphologie und Syntax der sprachlichen Handlungen. Diese dienen der sprachlichen Vorbereitung der Durchführung der Szenarien.⁵⁷

Ein wichtiger Aspekt von Lexik/Semantik dabei ist auch die Charakterisierung der Kommunikate hinsichtlich ihres Anteils an Allgemein-, Berufs- und Fachsprache. Damit hat diese Arbeit auch das Ziel, einen linguistischen Beitrag zur Berufs- und Fachsprachenforschung sowie zur Weiterentwicklung der Fachsprache der Pflege zu leisten, indem sie einen Teil der verwendeten Sprache sichtbar und damit erforschbar macht.

Außerdem verstehe ich diese Dissertation als eine unter zahlreichen anderen Beiträgen aus verschiedenen wissenschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Bereichen, die beabsichtigen, dem zunehmenden Fachkräftemangel entgegenzuwirken, der u. a. in besonderem Maße die Pflege betrifft. Denn übergeordnetes Ziel meiner Bemühungen ist es, zur beruflichen und gesellschaftlichen Integration von Menschen mit Deutsch als Fremd- und Zweitsprache beizutragen und nicht zuletzt damit indirekt zu einer qualitativ hochwertigen und an den menschlichen Bedürfnissen orientierten Versorgung der immer mehr werdenden Pflegebedürftigen in unserem Land.

⁵⁶ siehe Kapitel 8: Implikationen für ein Curriculum und Ausblick

⁵⁷ siehe Eilert-Ebke/Sass (2014)

6. Methodik

6.1. Sprachbedarfsanalysen

Die Ausgangsfragestellung von berufsbezogenen DaZ-Kursen lautet: „Welche spezifischen Sprachfertigkeiten braucht der Teilnehmende X, um seine individuellen beruflichen Aufgaben besser zu bewältigen und Ziele zu erreichen?“ (Weissenberg 2012: 7) Um diese Frage beantworten zu können, sind die tatsächlichen Anforderungen sowie die individuelle Situation der Teilnehmenden in ihrem beruflichen Umfeld zu betrachten. Hier setzt die Ermittlung der sprachlichen und kommunikativen Bedarfe an (vgl. ebd. 7).

Die Termini ‘Sprachbedarfsermittlung’ (vgl. Weissenberg 2012), ‘Sprachbedarfserhebung’ (vgl. Haider 2008), ‘Kommunikationsanforderungs-Analyse’ bzw. -ermittlung’ (vgl. E fing 2013) werden weitgehend als Synonyme von ‘Sprachbedarfsanalyse’ verwendet.

Haider (2010: 41ff) zeigt drei Verwendungsweisen von Sprachbedarfsanalysen auf:

- (1) traditionell als Ermittlung des Bedarfs an Fremdsprachen für Sprachkurse in einem bestimmten Betrieb oder Arbeitsfeld, wobei die Analyse von der Frage geleitet wird, ob und welche Fremdsprache(n) benötigt wird/werden
- (2) als mögliche Übersetzung des englischen Terminus *Needs Analysis*, der aus dem Bereich *English for Specific Purposes* kommt und unzählige Richtungen, Verfahrensweisen und Unterrichtsansätze vereint, z. B. *English for Occupational Purposes*, *English for Academic Purposes*, *English for Technical Purposes* etc. *Needs Analysis* fungiert hier als zentrales Erhebungs- und Planungsinstrument für das Kursdesign, aus dem mittlerweile ein komplexer Vorgang von Datenerhebung und Evaluation geworden ist, der sich über den Kurs hinaus erstrecken kann und einzelne Phasen enthält, die ineinander übergreifen und sich gegenseitig beeinflussen.
- (3) als Grundlage für die Entwicklung von berufsbezogenen Kursen und Materialien im Kontext von europäischen Projekten zum Thema Zweitsprache am Arbeitsplatz, z. B. im Projekt „Odysseus“ (vgl. Grünhage-Monetti et al. 2003) oder „TRIM“ (vgl. Grünhage-Monetti et al. 2005), wobei der Begriff der *Communication Needs Analysis* verwendet wurde.

6.1.1. Sprachbedarfe und Sprachbedarfsanalyse

Die unter (3) genannten Projekte fokussieren die tatsächliche Arbeits- und Sprachwirklichkeit und die daraus entstehenden Sprachbedarfe und Sprachbedürfnisse, denn sie unterscheiden zwischen objektivem und subjektivem Bedarf, wobei ersterer sowohl die tatsächlichen Anforderungen im Job als auch die Erwartungen von Unternehmensseite umfasst. Dazu können auch die theoretischen Anforderungen, d. h. die Inhalte der Ausbildung bzw. das Berufsbild oder auch das Leitbild eines Betriebs, kommen. Diese drei Aspekte können sich durchaus wi-

dersprechen. Dem Puzzle hinzuzufügen sind die subjektiven Bedarfe der Lernenden, d. h. persönliche (Sprach-)Lernerfahrungen, berufliche Erfahrungen, persönliche Einstellungen zu und Vorstellungen von einem Beruf, die Lernmotivation etc. Grünhage-Monetti (2010: 14) unterstreicht, dass dabei die Beschäftigten als ganzheitliche Persönlichkeit gesehen und alle ihre vier Lebensbereiche berücksichtigt werden sollen: der private, der öffentliche, der berufliche und der Bildungsbereich.

Van Hest & Oud de Glas (1991: 11f) operationalisieren Fremdsprachenbedarf zunächst als Bedarfssubjekt und als Bedarfsobjekt. Bedarfssubjekte lassen sich danach auf zwei Ebenen unterscheiden: auf der Ebene einer Person, die Fremdsprachenkompetenz benötigt und auf der des Unternehmens, in dem sie gebraucht wird, wobei erstere als 'Benutzer-Bedarf' bezeichnet werden kann und letztere als 'Forderer' in Form von Institutionen, Unternehmen oder Personen auftreten können, die geforderte Fremdsprachenkenntnisse beispielsweise in Stellenanzeigen zum Ausdruck bringen.

Efing (2013: 19) erklärt, dass die Zielgruppen von Sprachbedarfsanalysen, deren Bedarf ermittelt wird, je nach Studie und Fragestellung variieren: Dies reicht von Gesamtwirtschaften eines oder mehrerer Länder und zu spezifischen Branchen bis hin zu konkreten Unternehmen, Arbeitsplätzen und zu speziellen Personengruppen, wie z. B. Beschäftigten eines Berufsfeldes mit Deutsch als Zweitsprache.

Das Bedarfsobjekt, also die Frage danach, was gebraucht wird, zielt auf die Beschreibungsebene von Fremdsprachenbedarf. Dies kann:

- (a) im einfachsten Falle einfach die Nennung einer Sprache,
- (b) die Beschreibung der vier Fertigkeiten,
- (c) die Beschreibung von Situationen oder Funktionen des Sprachgebrauchs, wobei Situationsmerkmale skizziert werden, die den sprachlichen Inhalt beeinflussen, und meist aus Listen von Situationen und Tätigkeiten erstellt werden und/oder
- (d) die linguistische Beschreibung sein, was die Voraussetzung für die Entwicklung von Kursmaterialien darstellt (vgl. Van Hest/Oud de Glas 1991: 12f).

In der vorliegenden Arbeit beziehe ich mich vor allem auf die letzten beiden Beschreibungsebenen.

Efing (2013: 24f) nennt an dieser Stelle außerdem Text- und Diskursarten und ihre Vernetzung, fach-, berufs- und umgangssprachliche Register mit ihren spezifischen (grammatischen) Konstruktionen und Stilen, prototypische Sprechakte und kommunikative Muster sowie das notwendige soziokulturelle Wissen in seiner Verbindung zu sprachlichem und fachlichem Wissen.

Auf die Frage zum Zeitpunkt, wann Sprachbedarfsanalysen durchgeführt werden, empfiehlt West (1994: 5) drei Möglichkeiten: vor, unmittelbar zu Beginn und während eines Kurses. Früher hat man so viele Informationen wie möglich vor dem Kurs gesammelt, aber mittlerweile hat sich die Praxis durchgesetzt, diese Prozedur während des Kurses zu wiederholen, sodass Sprachbedarfsanalyse zu einem laufenden Prozess geworden ist. Die sogenannte 'Off-line Ana-

lyse' vor dem eigentlichen Kursbeginn, zu der diese Arbeit gehört, ermöglicht es denjenigen, die den Kurs gestalten, genügend Zeit zur Vorbereitung eines Curriculums und zur Auswahl und/oder Erstellung von passendem Unterrichtsmaterial investieren zu können. Dabei wird ein Bild der Zielsituation gezeichnet, indem Beschäftigte befragt werden, die bereits in dieser Situation beruflich tätig sind. Alternative Ansätze befragen auch die Lernenden zu ihren Bedarfen.

Die zweite Möglichkeit ist die der 'Online- oder 'First Day-Sprachbedarfsanalyse', wobei diese das Gegenstück zum ersten Ansatz in ihren Vor- und Nachteilen darstellt: Es steht wenig Zeit zur Verfügung, um eine detaillierte Kursplanung zu erarbeiten, aber die erhaltenen Informationen sind meist vollständig, relevant und richtig, wenn auch kurzlebig (vgl. ebd. 5).

Der dritte Ansatz, die Analyse während des Kurses, ist eine Antwort auf die Beschränkungen des zweiten und besonders auf die Erkenntnis, dass die Bedarfe der Lernenden bzw. deren Wahrnehmung dessen sich mit der Zeit ändern. Damit werden sowohl die Zielsituation als auch die Defizite noch mehr in den Blick genommen. Außerdem können sich die Wahrnehmungen der Kursleitung hinsichtlich der Lernerbedarfe verschärfen und mögliche Lösungen während des Kurses abzeichnen. Daher ist eine laufende Bedarfs-Re-Analyse nötig, um die sich ändernden Wahrnehmungen zu berücksichtigen, sodass sowohl Lehrende als auch Lernende neue kurzfristige Ziele setzen können. Zudem hat es auch einen positiven Einfluss auf die Motivation der Kursteilnehmenden, wenn diese ihre Ziele regelmäßig neu formulieren. Für Lernende ist es außerdem oft schwierig, zu Beginn eines Kurses ihre Sprachbedarfe zu benennen (vgl. ebd. 5f).

Sprachbedarfsanalysen können von verschiedenen Akteuren erhoben werden. Oft werden sie von Bildungseinrichtungen wie Universitäten, Technischen Hochschulen, Institutionen für Sprachunterricht, Bildungsinstitutionen (Deutsches Institut für Erwachsenenbildung, dem Bundesinstitut für Berufliche Bildung, Volkshochschulen), Handelskammern, kulturellen Institutionen wie dem Goethe-Institut, Sprachausbildungsabteilungen in Betrieben/Industrieorganisationen und auch von Kursleitungen von Weiterbildungsangeboten etc. durchgeführt (vgl. Van Hest/Oud de Glas: 7, E fing 2013: 16).

Doch wer sollte entscheiden, welche Sprachbedarfe existieren? West (1994: 6) führt hierzu das *Needs Analysis Triangle* an, das die von den Lehrenden, von den Lernenden und von den Unternehmen wahrgenommenen Bedarfe vereint, die sich idealerweise decken sollten. Haider (2010) hat zu dieser Fragestellung eine kritische Sprachbedarfsanalyse entwickelt, die sich mit dem Umgang von widersprüchlichen Untersuchungsergebnissen beschäftigt.

Mögliche Informanten sind Arbeitgeber (direkte Vorgesetzte, Personalmanagement etc.), Ausbildungsleitung, ehemalige Lernende, diejenigen, die bereits in der Zielsituation tätig sind oder diese erforschen, Kollegen und Kolleginnen, Spezialisten und Muttersprachler, Klienten und Klientinnen, Sponsoren und Sponsorinnen und nicht zuletzt die Lernenden selbst (Beschäftigte, Förderkursteilnehmende etc.), was eine Reihe von Vorteilen bietet, da diese eine realistischere Sicht darauf haben, was in einem Kurs erreicht werden kann. Sie verstehen das Lernen als schrittweise Zunahme erreichbarer Ziele, weil sie eine höhere Sensibilität dafür entwi-

ckeln, welche Rolle sie als Lernende spielen, da zum einen ihre Selbsteinschätzung geschärft wird, und zum anderen Unterrichtsaktivitäten in ihrer direkten Relation zu den realen Bedarfen des Lebens gesehen werden können und des Weiteren die Herausbildung von Fertigkeiten als ein schrittweiser und nicht als alles-oder-nichts Prozess erkannt wird. Dafür braucht es eine gemeinsame Sprache oder Begriffe zwischen Lernenden und Lehrenden, um Ziele beschreiben zu können. Weitere Informationsquellen sind schriftliches Material aus dem betreffenden Feld und bereits vorhandene Untersuchungen darüber (vgl. West 1994: 6, Efing 2013: 19f, Haider 2010: 48).

West (1994: 8ff) klassifiziert Sprachbedarfsanalysen folgendermaßen:

- *Target-situation Analysis*: Sie ist die meistverwendete Form und sammelt die Anforderungen der beruflichen oder akademischen Situation, für die die Lernenden vorbereitet werden sollen. Hier werden die objektiven Bedarfe erhoben. Zu dieser Kategorie zählt die vorliegende Arbeit.
- *Deficiency Analysis*: Sie berücksichtigt aktuelle Bedarfe und Bedürfnisse der Lernenden sowie die Anforderungen der Zielsituation und könnte auch als die Analyse der Defizite oder der Mängel bezeichnet werden. Sie enthält zwei Komponenten: a) ein Inventar an potentiellen Zielbedarfen, ausgedrückt durch Aktivitäten und b) eine Skala zur Festlegung von Prioritäten für jede Aktivität.
- *Strategy Analysis*: Diese behandelte die Frage, wie der Lerninhalt vermittelt werden soll und umfasst damit die bevorzugten Lernstile und Erwartungen an den Lerngegenstand, wobei der Fokus auf Methodologie liegt, aber auch Faktoren wie Gruppengröße, Umfang von Hausaufgaben, lernen innerhalb/außerhalb des Unterrichts, Lernstile, Fehlerkorrektur, Nutzung von Audio- und Bildmaterial sowie Bewertungen einbezieht.
- *Means Analysis*: Dabei werden die Anwendbarkeit und mögliche Beschränkungen in der Durchführung bedarfsorientierter Sprachkurse analysiert. Es geht um die Frage, wie die Pläne in der hiesigen Situation erfolgreich durchgeführt werden können. Er wird auch der ökologische Ansatz genannt. Relevante Merkmale der Situation werden identifiziert und es wird darüber nachgedacht, wie man sie positiven nutzen kann (anstatt sie als Beschränkungen zu sehen). Es gibt dabei auch einen Ansatz, der die spezifische Kultur von Lernergruppen im Unterricht in diese Analyse einbezieht.
- *Language Audit*: Dies sind groß angelegte Studien, die die Basis für strategische Entscheidungen hinsichtlich Sprachbedarfe und Erfordernisse von Unterricht bilden und zwar für einzelne Unternehmen oder Institutionen, berufliche Bereiche, Länder oder Regionen. Sie liefern Daten über den gegenwärtigen Stand des Sprachbedarfs im betreffenden Bereich und führen zur Entwicklung von ganzheitlichen Strategien, die langfristig umgesetzt werden. Sie beschäftigen sich zuerst mit der Effizienz des bestehenden Systems und dann mit möglichen Veränderungen für die Zukunft.

Auch Weissenberg (2012: 9ff) geht zur Ergänzung der objektiven und subjektiven Bedarfe ebenfalls auf den Aspekt des 'Wie' ein, entsprechend der *Strategy Analysis*, wenn er die prozessorientierten Bedarfe oder Lernbedarfe als Sprachbedarfe beschreibt, die die Kursleitung

auf der Basis der methodischen Fertigkeiten der Teilnehmenden sowie unter Berücksichtigung der vorhandenen räumlichen und materiellen Rahmenbedingungen des Kurses feststellt. Lernbedarfe geben einen Hinweis auf noch zu vermittelnde methodische Kompetenzen und mögliche Lernstrategien (ebd. 11).

6.1.2. Ziele von Sprachbedarfsanalysen

Gegenwärtig ist es das Hauptziel von Sprachbedarfsanalysen, einen Einblick in die tatsächliche Arbeits- und Kommunikationsrealität bestimmter Bereiche zu erhalten und auch versteckte sprachlich-kommunikative Bedarfe, Anforderungen und Bedürfnisse zu erheben (vgl. Grünhage-Monetti 2010: 17, Weissenberg 2012: 8). Dabei kann ein „aussagekräftiges Korpus authentischer Sprachhandlungen unter authentischen Bedingungen an authentischen Schauplätzen“ (Braunert 2000: 156) erarbeitet und zu unterschiedlichen Fragestellungen ausgewertet werden. Damit leisten Sprachbedarfsanalysen einen Beitrag zu der oft fehlenden empirischen Basis für berufliche Anforderungskataloge, für Curricula und Unterrichtsmaterialien für einen berufsbezogenen Fremdsprachenunterricht, aber auch für die wissenschaftliche Entwicklung von Definitionen, Modellen und Differenzierung bestimmter berufsrelevanter Varietäten. Unternehmen haben ein Interesse an realistischen Arbeitsplatzprofilen z. B. für Stellenausschreibungen und gezielte Personalakquise (vgl. Efing 2013: 16f).

Aus didaktischer Sicht besteht das wichtigste Ziel in der Verbesserung der Unterrichts- und Förderplanung und der Sicherstellung realitätsnaher Unterrichtsplanung (vgl. Efing 2013: 17). Berufsbezogener Deutschunterricht kann erst auf Basis der empirischen Erhebung und Analyse der realitätsnahen Sprachbedarfe teilnehmer-, bedarfs- und handlungsorientiert durchgeführt werden (Weissenberg 2012: 11, Efing 2013: 17). Dieser wird oft in Form von Szenarien, Fallstudien, Simulationen etc. mithilfe der aus dem während der Sprachbedarfserhebung entstandenen Korpus entnommenen authentischen Materialien vorbereitet und durchgeführt. Nicht zuletzt dient all dies dem arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Ziel der beruflichen und sozialen Integration von Migrantinnen und Migranten durch eine an der Berufsrealität orientierte Sprachförderung und der Erstellung von Zertifikaten für berufsbezogenen Fremdsprachenunterricht (vgl. Efing 2013: 18f). Diese genannten Ziele entsprechen den Zielen dieser Arbeit.

6.1.3. Methoden der Sprachbedarfsanalyse

Es gibt ein breites Spektrum an möglichen Methoden, mit denen Sprachbedarfsanalysen arbeiten. Dabei sind die qualitativ-empirischen aussagekräftiger als die quantitativen, statistischen (Grünhage-Monetti 2010: 8). Die Auswahl hängt von der Fragestellung und vom Ziel der Sprachbedarfsanalyse ab. Beispielsweise sind qualitative Methoden eher für eine konkrete

Kursplanung für bekannte Teilnehmerinnen und Teilnehmer geeignet, während der gesamtwirtschaftliche Fremdsprachenbedarf zugunsten einer bedeutend höheren Repräsentativität besser mit quantitativen Methoden erhoben wird. Ein Mix verschiedener Methoden je nach Ziel bietet sich an (Efing 2013: 21). Haider (2010: 47f) listet eine Sammlung von Methoden verschiedener Autoren auf, mit denen Sprachbedarfe erhoben werden:

- Fragebögen
- Interviews
- Diskussionen
- informelle Gespräche mit Sponsorinnen und Sponsoren, Lernenden etc.
- Datensammlungen, z. B. die Aufnahme von Gesprächen, Listen von Sprachgebrauchssituationen
- Analyse authentischer (Fach-)Texte und Gespräche
- Erstellung von Checklisten zur Beschreibung sprachlicher Situationen, dazu gehören auch Kommunikationsbeteiligte und -absichten, Verwendungshintergründe u. a.
- Beobachtungen, Shadowing
- Fallstudien
- (Self-)Assessments und Tests vor, während und am Ende des Kurses
- Lernertagebücher
- Evaluationen und Feedback
- Follow-up Untersuchungen sowie
- Inhaltsanalysen und Literaturrecherchen (Efing 2013: 23)

Um ein ganzheitliches Bild einer Institution, eines beruflichen Bereiches etc. zu erhalten, eignet sich am besten ein ethnografischer Ansatz, mit dem eine genaue Beschreibung des Ist-Zustandes erreicht werden kann. Ein multiperspektivischer Zugang zum Forschungsfeld ermöglicht dies, indem möglichst viele Informationsquellen genutzt werden. Dabei werden die Methoden nicht im Vorhinein festgelegt, sondern sie ergeben sich „gegenstands begründet“, d. h. aus dem Forschungsprozess heraus. Diese Triangulation von Methoden und Daten erlaubt eine holistische, vielschichtige Darstellung der Problematik, indem die verschiedenen Blickwinkel integriert und zueinander in Beziehung gesetzt werden (Haider 2010: 67).

Auf einige Methoden der Sprachbedarfsanalyse soll hier kurz eingegangen werden, und zwar jene, die in dieser Arbeit zum Einsatz gekommen sind: Der ethnografische Zugang durch die teilnehmende Beobachtung als Methode der qualitativen empirischen Sozialwissenschaft bietet eine besonders vielversprechende Ergebnis- und Detailfülle. Dazu sollten vorher aber sorgfältig aufgestellte Check-/Fragelisten und Mitschriften zum Einsatz kommen. Gleichzeitig sollte eine Sammlung und Dokumentation von Exemplaren aller authentischen Textsorten sowie Audio- oder Videoaufnahmen prototypischer Diskursarten angefertigt werden. Diese Vorgehensweise ermöglicht detaillierte Einblicke in zusammenhängende reale Kommunikationsprozesse sowie ein umfassendes Bild. Allerdings ist der Korpus in seinem Umfang kaum aus-

wertbar und schwer einzuschätzen in seiner Repräsentativität, so dass ein gangbarer Kompromiss eingegangen werden muss, indem nur die Text- und Diskursarten, nur die Kommunikationsformen und -muster mit jeweils einigen repräsentativen Exemplaren detaillierter ausgewertet werden, die der Forscher bzw. die Forscherin im Laufe des Forschungsprozesses als die prototypischen, wichtigsten und am häufigsten vorkommenden identifiziert hat (Efing 2013: 22f).

Das qualitative Interview bzw. die persönliche Befragung kann telefonisch, *Face-to-Face*, frei oder durch einen Leitfaden strukturiert durchgeführt werden und bietet die Chance zu Nachfragen und zur Klärung von Missverständnissen und Unklarheiten (Grünhage-Monetti 2010, Efing 2013: 22)⁵⁸.

Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse von Ordnungsmitteln wie Lehrplänen, Berufsprofilen, von Anforderungskatalogen, Stellenanzeigen etc. sowie mit Literaturrecherchen zu entsprechenden Text- und Diskursarten und Untersuchungen können die eigenen empirischen Erhebungen ergänzt und die Ergebnisse in Aussagekraft, Repräsentativität und Verallgemeinerbarkeit eingeschätzt werden (Efing 2013: 23, Becker/Weber 1998: 167).

Die erhobenen Daten werden je nach Untersuchungsziel unterschiedlich ausgewertet und aufbereitet. Weissenberg (2010) schlägt vor, die Ergebnisse von qualitativen Inhaltsanalysen von Ordnungsmitteln nach berufsübergreifenden Handlungsfeldern zu kategorisieren, jedoch wird dieser Ansatz aufgrund von Schwierigkeiten in Systematisierungs- und Generalisierungsversuchen kritisiert (Efing 2013: 26). Auf spezifischerer Ebene werden die Ergebnisse z. B. in arbeitsplatzbezogenen Kommunikationsprofilen nach Janich (2007) aufbereitet. Unterhalb dieser Ebene befinden sich dann Textsorten-Spektren und Listen kommunikativer Handlungsmuster (Weber et al. 2000, Efing 2010), die eine mittlere Abstraktionsebene einnehmen. Darunter findet man feingliedrige, hauptsächlich additive Kompetenz- und Fähigkeitslisten. Die mittlere Ebene muss für eine didaktischen Nutzbarkeit und zur Ableitung von Förder- und Lernzielen noch weiter analysiert werden: die Analyse der Vernetzung von Diskursen und Texten im Handlungszusammenhang sowie die auf einzelne Sprachhandlungen abzielende (funktional-)pragmatische (textlinguistische, diskurslinguistische), grammatische und lexikalisch-semantische (Frequenz-)Analyse. Außerdem lassen sich die Text- und Diskursarten nach Schwierigkeitsniveau und Komplexität, beispielsweise in Anlehnung an die Niveaustufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen/Profile Deutsch (Glaboniat et al. 2005) einordnen (Weber et al. 2000: 46, 63, 66, 73).

6.2. Funktionale Pragmatik

Der sprachlich-kommunikative Teil der vorliegenden Arbeit gehört zur Tradition der Funktionalen Pragmatik als Teildisziplin der Linguistik. Dabei handelt es sich um eine „spezifische Analyseweise, der eine handlungstheoretische Auffassung von Sprache zugrunde liegt.“ (Brünner/Graefen 1994: 9). Sie geht davon aus, dass kommunikative Formen und sprachliche Mittel

58 vgl. auch Lamnek (2010), Atteslander (1993), Gläser/Laudel (2006), Kromrey (2009)

für spezifische und gesellschaftlich bestimmte Zwecke entwickelt wurden und sich fortwährend weiterentwickeln. Dieser Zweck ist für die Funktionale Pragmatik das „zentrale strukturierende Element sprachlicher Handlungsprozesse“ (ebd. 10). Sie prägen besonders die komplexeren Formen sprachlichen Handelns und die lexikalischen, phonologischen, morphologischen und syntaktischen Mittel (vgl. ebd. 10).

Sprachliches Handeln besteht aus einzelnen Sprachhandlungen, welche als Verkettung oder Sprachhandlungssequenzen miteinander verknüpft sein können. Eine Sprechhandlung setzt sich aus drei Akten zusammen, die eine Einheit bilden: dem Äußerungsakt, dem präpositionalen Akt und dem illokutiven Akt (vgl. ebd. 11f).

Unter sprachlichen Handlungsmustern versteht man gesellschaftlich „entwickelte, standardisierte Ablaufformen, die zur Verwirklichung bestimmter sprachexterner Zwecke dienen“ (ebd. 12), z. B. das „Frage-Antwort-Muster“. Die sprachlichen Mittel zur Realisierung des Musters hängen von den regelmäßig zu verwirklichenden Zwecken einer Gesellschaft, der Kultur oder einem Teilbereich, z. B. einer Institution, ab. Die Zweckbestimmtheit dieser Muster wird in der Binnenstruktur repräsentiert, also in den im Muster vorgesehenen Handlungen, den Handlungsalternativen, deren sequentiellen Abfolge und in der Verteilung auf die Kommunikationspartner (vgl. Ehlich/Rehbein 1986: Kap. 6).

Bei der Analyse der Muster sollten verbale, nonverbale und praktische Handlungen sowie die Rahmenbedingungen des Handelns in die Untersuchung einbezogen werden. Die Arbeit mit authentischen sprachlichen Daten in Form von Diskursen und Texten sind dabei ein zentrales Merkmal der funktionalpragmatischen Methodik (ebd. 12f). ‘Text’ und ‘Diskurs’ gelten als zwei grundlegende Begriffe der Funktionalen Pragmatik (ebd. 7). Die für diese Arbeit relevante Definition von Diskurs ist folgende:

Unter Diskurs sind Einheiten und Formen der Rede, der Interaktion, zu verstehen, die Teil des alltäglichen sprachlichen Handelns sein können, die aber ebenso in einem institutionellen Bereich auftreten können. Mündlichkeit ist zwar keine alle Formen diskursiven Handelns kennzeichnende Eigenschaft (...), ist aber sehr wohl der charakteristische Fall. Systematisch gesehen gehört zum Diskurs die Kopräsenz von Sprecher und Hörer. (Brünner/Graefen 1994: 8f)

Brinker (2010: 12) definiert ‘Gespräch’ als „eine begrenzte Folge von sprachlichen Äußerungen, die dialogisch ausgerichtet ist und eine thematische Orientierung aufweist.“ Zur Definition des Begriffs ‘Gesprächstyp’ führt er das *Freiburger Redekonstellationsmodell* zur Bestimmung der zentralen Merkmale eines Gesprächstyps an, welche Sprecherzahl, Zeitreferenz, Verschränkung von Text und sozialer Situation, Rang, Grad der Vorbereitetheit, Zahl der Sprecherwechsel, Thematisierung, Modalität der Themenbehandlung und Öffentlichkeitsgrad umfassen. Die Merkmalskombination eines Kommunikationsaktes, nennt er ‘Redekonstellation’. Sie entspricht dem ‘Textexemplar’. ‘Redekonstellationen’ mit (annähernd) gleichen Merkmalsausprägungen ordnet man einem ‘Redekonstellationstyp’ zu, welcher dem Begriff der ‘Textsorte’ entspricht. In dieser Arbeit soll aber der Begriff ‘Gesprächstyp’ verwendet werden, der dem des ‘Redekonstellationstyps’ gleichzusetzen ist (ebd. 105).

Es gibt zahllose Begriffsbestimmungen für den Terminus 'Text', denen kontroverse Kriterien zugrunde liegen. Einen klaren, einheitlichen Gebrauch gibt es in der (Text-)Linguistik nicht (vgl. Adamzik 2004: 47). Für die Definition von Text möchte ich gerne drei Stimmen heranziehen, die zum einen die strukturelle, zum anderen auch die funktional-pragmatische Perspektive abdecken:

- *A text ... differs in two respects from an arbitrary collection of utterances: A. It obeys certain global constraints which primarily result from the fact that the utterances in their entirety serve to express, for a given audience and to a given end, a complex set of information, a Gesamtvorstellung... The nature of the Gesamtvorstellung, on the one hand, and the specific purpose the spreader basin expressing it, on the other, impose special constraints on the overall organization of the text. B. The way in which the text proceeds from the utterance to the next obeys local constraints, depending on which information is introduced, maintained or elaborated on. ... Each utterance selects a segment from the Gesamtvorstellung and puts it into words.* (Klein/von Stutterheim 1991: 1f, zitiert nach Vater 1992: 24).
- *„Die kommunikationsorientierte Textlinguistik fragt (...) nach den Zwecken, zu denen Texte in Kommunikationssituationen eingesetzt werden können und auch tatsächlich eingesetzt werden; kurz: sie untersucht die kommunikative Funktion von Texten. Die kommunikative Funktion legt den Handlungscharakter eines Textes fest; sie bezeichnet (...) die Art des kommunikativen Kontakts, die der Emittent (d. h. der Sprecher oder Schreiber) mit dem Text dem Rezipienten gegenüber zum Ausdruck bringt (z. B. informierend oder appellierend); erst sie verleiht dem Text also einen bestimmten kommunikativen ‚Sinn‘.“* (Brinker 1988: 14ff, zitiert nach Vater 1992: 22).
- *„jeder geäußerte sprachliche Bestandteil eines Kommunikationsaktes in einem kommunikativen Handlungsspiel, der thematisch orientiert ist und eine erkennbare kommunikative Funktion erfüllt, d. h. ein erkennbares Illokutionspotential realisiert.“* (Schmidt 1973: 150, zitiert nach Vater 1992: 22)

'Textsorten' werden als Klassen von Texten verstanden, die bestimmten sprachlichen Handlungen zugeordnet werden können und konventionell geltende Muster darstellen. Sie vereinen bestimmte situative Faktoren, funktionale und strukturelle Eigenschaften (vgl. Brinker 2000: 144). Die Textmuster haben sich in den unterschiedlichen Sprachgemeinschaften im Laufe der Zeit entwickelt, „um spezifische kommunikative Aufgaben in der sozialen Handlungspraxis zu bewältigen.“ (Fandrych/Thurmair (2011: 16). Die Kenntnis von Textsorten bzw. der Muster ist wichtig für das kompetente sprachliche Handeln für Mutter- und Fremdsprachler (Schmidt 2010: 175ff). Für Textsorten gibt es textsortenkonstitutive, d. h. obligatorische, und textsortenspezifische, d. h. häufig auftretende, aber nicht notwendige Merkmale. Sie sind in der Regel prototypisch. Einzelne Texte einer Textsorte können sich daher beträchtlich voneinander hinsichtlich Textstruktur und sprachlicher Ausgestaltung unterscheiden (vgl. Fandrych/Thurmair 2011: 16). Die Einheit 'Text' ist laut Brinker (2010) pragmatisch betrachtet „durch das Konzept der kommunikativen Funktion (Textfunktion) charakterisiert“ und orientiert sich „am Begriff des illokutiven Akts in der Sprechakttheorie“.

6.3. Datenerhebung

6.3.1. Feldzugang

Den Großteil der Daten (Interviews, Aufzeichnung der Gespräche, Sammeln der Texte) erhob ich im Zeitraum von Anfang Juni bis Ende Oktober 2016, hauptsächlich in Berlin. Den Zugang zu den Pflegedienstleistungsunternehmen und Pflegepersonen stellte ich über verschiedene Wege her: Den ersten Anlass bot meine Teilnahme am Kongress Pflege in Berlin⁵⁹ im Januar 2016 und am Deutschen Pfl egetag⁶⁰, ebenfalls in Berlin, im März 2016. Nach einem Gespräch mit einem Mitglied des Präsidiums des Deutschen Pflegerats (DPR), dem ich mein Forschungsprojekt vorstellte, verwies mich dieser an ein ihm bekanntes Pflegeunternehmen. Dort führte ich ein weiteres Gespräch mit dem Gründer und Geschäftsführer des Unternehmensstandortes Berlin, der daraufhin grünes Licht für die Datenerhebung in seinem Unternehmen gab.

Beim Deutschen Pfl egetag im März 2016 lernte ich den Leiter einer Berufsfachschule in Berlin kennen, die u. a. Sozialassistenten für Pflege fachlich, sprachlich und inter- bzw. transkulturell ausbildet. Er war selbst in der ambulanten und stationären Pflege als Pflegefachkraft tätig. In dem mit ihm durchgeführten Interview empfahl er mir einen kultursensiblen Pflegedienst in Berlin zur weiteren Datenerhebung. Nach einer Anfrage erhielt ich dort eine Zusage für ein Interview mit der Gründerin und dem Leiter der Zentralen Verwaltung. Sie gaben mir die Erlaubnis, Pfl egetouren in ihrem Unternehmen zu begleiten und dabei Daten zu erheben.

Der Zugang zu einem dritten Pflegedienstleister erfolgte über eine Kollegin, zu deren Bekanntenkreis eine Pflegehilfskraft gehört. Ich bat sie um ein Interview, wozu sie gerne bereit war. Die Befragte stellte dann den Kontakt zu ihrem Vorgesetzten her, dem Geschäftsführer eines Pflegedienstleistungsunternehmens in Berlin, der ebenfalls Interesse an einem Interview zeigte und selbst seit vielen Jahren als examinierte Pflegefachkraft tätig ist.

Die Zusage für die Aufzeichnung eines weiteren Pflegegesprächs kam aus der Nachbarschaft meines Bekanntenkreises in Zwickau.

6.3.2. Die ambulanten Pflegedienstleistungsunternehmen

Bei drei Pflegedienstunternehmen in Berlin habe ich Daten erhoben. Ein Pflegeunternehmen ist deutschlandweit sowie im gesamten Gebiet der Hauptstadt tätig und beschäftigt insgesamt etwa 500 Mitarbeiter aus 30 verschiedenen Nationen. Es werden u. a. Pflegekräfte aus Bosnien akquiriert. Bei dem zweiten Unternehmen handelt es sich um einen kultursensiblen Pflegedienst mit Spezialisierung auf Palliativpflege. Pflegebedürftige und Pfl egeteam haben hier einen überwiegend türkischen Hintergrund. Der dritte Pflegedienst ist vor allem in Berlin Kreuzberg und Neukölln tätig. Team und Klientel sind zum großen Teil türkischer Herkunft.

59 siehe <http://www.gesundheitskongresse.de>

60 siehe <https://deutscher-pflegetag.de/ueberuns/rueckblick/2016>

6.3.3. Methoden der Datenerhebung

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wendete ich verschiedene Erhebungsmethoden an und bezog Daten aus unterschiedlichen Quellen. Ich wählte drei qualitative Methoden der empirischen Sozialforschung, die auch zu den Methoden von Sprachbedarfsanalysen gehören (s. o.): Leitfadeninterviews, Kurzbefragungen und teilnehmende Beobachtung.

Um einerseits den Befragungsprozess und die Behandlung der Thematik steuern zu können, andererseits jedoch offen bleiben zu können für die Deutungen der Interviewpartner, wählte ich für die Interviews eine Mischung aus forsch- und subjektstrukturiertem Zugang in Form von Leitfadeninterviews (Flick 1995: 157f)⁶¹. In bestimmten Fällen dagegen genügten bzw. waren Kurzbefragungen angemessener.

Um nicht nur die Sicht der im Berufsfeld Tätigen zu untersuchen, was den subjektiven Bedürfnissen in der Sprachbedarfsanalyse entspricht, sondern auch die Perspektive derjenigen zu integrieren, die die (Personal-)Entscheidungen für die Unternehmen treffen und daher einen Überblick hinsichtlich der Anforderungen haben, was dem objektiven Bedarf entspricht, wählte ich Führungskräfte für Interviews aus. Zum Teil verfügen diese selbst über Erfahrungen als Pflegende und waren so in der Lage beide Perspektiven einzunehmen.

Zur Erhebung eines Teils der Daten entschied ich mich für einen ethnografischen Zugang, d. h. ich nahm beobachtend sowie teilweise teilnehmend am Feld teil, indem ich Pflegefachkräfte bei ihren Pflgetouren begleitete. Teilnehmende Beobachtung bezieht sich auf Alltagssituationen. Sie ist wegen ihrer Realitäts- und Lebensnähe oft unsystematisch (Spiller 2001: 6f). Es handelte sich um eine halbstrukturierte, offene Beobachtung einer natürlichen Situation (vgl. Mayring 1993). Den Pflegebedürftigen wurde ich zu Beginn der Pflegebesuche von den Fachkräften als jemand vorgestellt, der in Ausbildung und nur zum Zuschauen dabei ist. So konnte ich mich ganz im Hintergrund halten und die Interaktionen möglichst wenig stören, sodass die Kommunikation so authentisch wie ablaufen konnte, was die Daten valider macht.

Außerdem zeichnete ich Gespräche zwischen Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen während dieser Pflegebesuche auf und sammelte verschiedene Texte aus dem Berufsalltag in einem der Pflegedienste. Die daraus gewonnenen Daten entsprechen den objektiven Sprachbedarfen einer *Target Situation Analysis* (s. o.). Diese Triangulation der Daten (vgl. Flick 2011)⁶² wendete ich für die gesamte Datenerhebung an:

- Die Daten zur Charakterisierung der sprachlich-kommunikativen Anforderungen kommen vor allem aus der Analyse der authentischen Gespräche und Texte, des Weiteren aus Leitfadeninterviews und Kurzbefragungen sowie aus teilnehmenden Beobachtungen. Ich erhob sowohl subjektive als auch objektive Sprachbedarfe.
- Die Daten zur Beschreibung der zentralen inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen gewann ich aus Leitfadeninterviews, Kurzbefragungen und Beobachtungen.

61 siehe auch Haider (2010), Atteslander (1993), Kromrey (2000) u.a.

62 siehe hierzu auch Brown (2009: 283) nach Long (2005: 28)

Im Sinne der *Grounded Theory* (Glaser/Strauss 2005) modifizierte ich im Laufe dieses Erhebungsprozesses meine Erhebungsinstrumente, meinen Blickwinkel, meinen Beobachtungsfokus und auch die Auswahl meiner Daten.⁶³

6.3.3.1. Leitfadeninterviews

Insgesamt führte ich 7 Leitfadeninterviews, davon mit:

- zwei Pflegehilfskräften aus zwei verschiedenen Pflegedienstunternehmen
- einer Qualitätsmanagementbeauftragten
- einem Leiter einer Berufsfachschule
- einem Geschäftsführer eines Pflegedienstleistungsunternehmens
- einem Einsatzleiter
- einer Gründerin zusammen mit dem Leiter der Zentralen Verwaltung eines Pflegedienstunternehmens

Alle Interviews zeichnete ich mit einem Diktiergerät auf und transkribierte sie anschließend.⁶⁴

6.3.3.2. Kurzbefragungen

Außerdem befragte ich insgesamt fünf Pflegefachkräfte aus zwei verschiedenen Unternehmen während der Tourenbegleitung jeweils zwischen den einzelnen Pflegeeinsätzen. Grundlage für diese Befragungen stellten die Leitfäden der Interviews dar. Das Themenspektrum der Kurzbefragungen stellte sich dann aber als umfangreicher heraus. Diese Form der Datenerhebung war stark situativ geprägt, erstreckte sich über einen längeren Zeitraum und wurde auch mittels unterschiedlicher Medien durchgeführt (*Face-to-Face*, telefonisch und per *WhatsApp*).⁶⁵ Zudem befragte ich den Geschäftsführer eines Pflegedienstleistungsunternehmens. Die Ergebnisse dieser Kurzbefragungen notierte ich in einem Feldprotokoll.

6.3.3.3. Beobachtungen

Auf den fünf Touren, bei denen ich die Pflegefachkräfte begleitete, beobachtete ich insgesamt 31 Einsätze und notierte meine Beobachtungen auf den Beobachtungsbögen sowie in einem Feldprotokoll. Die Beobachtungen, Kurzbefragungen und Leitfadeninterviews betrachte ich als einander ergänzend.

63 siehe Kapitel 6.3.3.4.3: Modifikation der Erhebungsinstrumente während der Datenerhebung und Kapitel 6.3.4: Auswahl der Pflegedienstleistungsunternehmen, der Befragten und der Daten und Prozess der Datenerhebung

64 Die Transkripte sind im Anhang einzusehen.

65 siehe Kapitel 6.3.3.4.3: Modifikation der Erhebungsinstrumente während der Datenerhebung

6.3.3.4. Erhebungsinstrumente

6.3.3.4.1. Der Leitfaden

Der Basisleitfaden setzt sich aus zwei Teilen zusammen: Der erste Teil beschäftigt sich mit den erforderlichen Deutschkenntnissen für den Berufsalltag einer Pflegekraft. Der zweite Teil fragt nach den inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen in der ambulanten Pflege sowie nach häufig auftretenden Konflikten und Schwierigkeiten, sog. *Critical Incidents*, sowie nach Lösungsmöglichkeiten. Es gibt drei verschiedene Leitfäden: einen für Pflegepersonen, einen für Führungskräfte und einen für den Leiter der Berufsfachschule.⁶⁶ Dabei erhob ich bei den Pflegekräften deren subjektiven Sprachbedarf. Alle anderen Interviewpartner befragte ich zum objektiven Sprachbedarf einer Pflegefachkraft.

6.3.3.4.2. Beobachtungsbögen und Feldprotokolle

Die verwendeten Beobachtungsbögen enthielten folgende Kategorien:

- geplante bzw. (nicht) ausgeführte Pflegehandlungen
- Krankheiten bzw. Pflegebedarf
- Atmosphäre
- Anwesende
- Zufriedenheit mit dem Pflegebesuch
- Besonderheiten, Auffälligkeiten (hinsichtlich der Sprache, der Kommunikation allgemein, Störungen, gesundheitlicher Zustand der Pflegebedürftigen etc.)

Im Feldprotokoll notierte ich zudem alle Antworten zu den Kurzbefragungen und sonstige Beobachtungen, die nicht vom Beobachtungsbogen erfasst wurden. Es gab dafür keine vorgegebenen Kategorien.

6.3.3.4.3. Modifikation der Erhebungsinstrumente während der Datenerhebung

Nach einem *Pre-Test* des Leitfadeninterviews entschloss ich mich für eine andere Herangehensweise an die Thematik der inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen für Interviews mit Pflegepersonen als ursprünglich vorgesehen. Ich formulierte die Fragen konkreter und mehr am beruflichen Alltag orientiert. Zunächst fragte ich danach, ob Pflegebedürftige mit anderen kulturellen Hintergründen versorgt werden, welche Erfahrungen sie damit machen, was gut läuft, in welchen Fällen es (immer wieder) Schwierigkeiten gibt. Ich gab den Befragten Zeit darüber nachzudenken und bat sie, Beispiele zu nennen. Ich fragte auch nach den Erfahrungen von Kollegen. Auf die (Teil-)Kompetenzen inter- bzw. transkultureller Kompetenz kam ich erst zum Schluss zu sprechen, indem ich danach fragte, was eine Pflegeperson können muss, um mit diesen Situationen bzw. mit Pflegebedürftigen mit anderem kulturellen Hintergrund umzugehen. Ich bat die Befragten außerdem zu beschreiben, was neue Mitarbeiter in Bezug auf

⁶⁶ Die Leitfäden befinden sich im Anhang.

die genannte Thematik mitbringen müssten. Bei den Interviews mit den Führungskräften dagegen konnte ich mit dieser abstrakteren Ebene der Fragen beginnen. Diese berichteten meist selbständig von erforderlichen Kompetenzen und nannten Beispiele dafür.

Die Fragen nach den Anforderungen an die Deutschkenntnisse von Pflegepersonen behielt ich den Interviews mit den Führungskräften und dem Berufsschulleiter vor. Die Pflegekräfte fragte ich, welches sprachliche Niveau sie haben und ob es ihrer Ansicht nach für ihre tägliche Arbeit ausreicht. Einige weitere vorgesehene Fragen nach den sprachlich-kommunikativen Anforderungen ließ ich zum Teil aus, um das Interview nicht zu überbordend zu gestalten und behielt diese den Führungskräften vor, die direkt mit der Einstellung neuer Mitarbeiter vertraut waren und einen guten Überblick über die Sprachkenntnisse der Beschäftigten durch direkten regelmäßigen Kontakt haben, z. B. die Qualitätsmanagementbeauftragte.

Vor Beginn der Datenerhebung erstellte ich einen Beobachtungsbogen mit einer ganzen Reihe von Variablen. Ein großer Teil dieser Variablen hat sich dann in der realen Situation der Datenerhebung und im Zuge der Erforschung des Feldes als irrelevant und redundant herausgestellt. Beispielsweise hat sich die ursprünglich vorhandene Kategorie *Vertrautheit der Kommunikationspartner* als überflüssig erwiesen, da die Vertrautheit durch die sogenannte Bezugspflege bei jedem Pflegebesuch gewährleistet ist. Außerdem wurde mir schnell klar, dass es unmöglich war, während der Datenaufzeichnung im Forschungsfeld einen zweiseitigen Bogen auszufüllen. Dagegen erschien es mir wesentlich wichtiger, während der Pflegegespräche möglichst neutral und unauffällig zu bleiben, damit die Pflegesituation so natürlich und authentisch wie möglich ablaufen kann. Auch war es durch den Zeitdruck nicht möglich, im Auto zwischen den Besuchen diesen umfangreichen Bogen auszufüllen, auch deshalb, weil die begleiteten Pflegekräfte mich dann jeweils auf den nächsten Besuch vorbereiteten. Also entschied ich, diese Zeit für die Kommunikation mit ihnen zu nutzen und führte Kurzbefragungen durch.

Meine Beobachtungen beschränkte ich infolgedessen auf die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit dem Pflegebesuch und der Durchführung der Pflegemaßnahmen, auf die Atmosphäre während der Besuche und auf die Besonderheiten in Bezug auf sprachliche Kommunikation und inter-/ transkulturelle Aspekte, was ich dann jeweils nach den Besuchen während der Fahrt zum nächsten Einsatz notierte. Nach Beendigung der jeweiligen Tagestour schrieb ich außerdem noch weitere Beobachtungen, Besonderheiten und Gedanken, auch im Hinblick auf die darauffolgende Datenerhebung, ins Feldprotokoll.

Ursprünglich hatte ich Leitfadeninterviews mit den Pflegefachkräften geplant, doch dann entschied ich mich dafür, die Fragen bereits während der Tour zu stellen. Die Kurzbefragungen waren sehr situationsbezogen, explorativ und thematisch sehr breit gefasst: Gespräche und Texte in der ambulanten Pflege, sprachliche Schwierigkeiten von Pflegekräften mit Migrationshintergrund, Fachsprache der Pflege, Vergleich von ambulanter und stationärer Pflege, interkulturelle Kompetenzen, kulturbedingte Konflikte, kulturelle Herkunft von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen, Vorabinformationen für den nächsten Pflegebesuch (geplante Pflegemaßnahmen, Krankheiten der Pflegebedürftigen und Besonderheiten, krankheitsbezo-

gene Vorgeschichten, persönliches und familiäres Umfeld, Ablauf von Pflegehandlungen), aber auch organisatorische Hintergründe, Gründe für die Berufswahl, Berufserfahrungen, Zugehörigkeit zum Pflegedienstleistungsunternehmen, Arbeitsbedingungen, Team etc. Außerdem fragte ich nach Erklärungen zu beobachteten Sachverhalten während der Pflegebesuche und nach Hintergrundinformationen zum Berufsfeld Pflege allgemein. Darüber hinaus wollten die Pflegefachkräfte frei über ihre Sicht auf ihren Beruf und über ihr jeweiliges Verhältnis zu den Pflegebedürftigen, die sie regelmäßig versorgen, sprechen. Ich schrieb die Informationen stichpunktartig auf den Beobachtungsbogen und in das Feldprotokoll. Später entschied ich dann, welche Daten relevant für die Beantwortung der Forschungsfragen sind. Während der Phase der Aufbereitung und Auswertung der Daten befragte ich drei der fünf begleiteten Pflegefachkräfte noch zu vorher nicht absehbaren, offen gebliebenen Fragen, z. B. zu Details hinsichtlich der einzelnen Pflegehandlungen, zu organisatorischen Hintergründen, zu den Kommunikationssituationen der Texte etc. per Telefon und *WhatsApp*.

Diese Vorgehensweise unterstreicht den explorativen Charakter und die induktive Herangehensweise dieser Arbeit, bei der vieles unvorhersehbar und nicht planbar war. Daher entschied ich mich rasch dafür, offen an das Feld zu gehen und die relevanten Daten im Laufe des Forschungsprozesses zu strukturieren, zu selektieren und anschließend daraus Kategorien zu entwickeln. Dies gilt auch für die Gespräche und Texte, die ich vorab nicht bestimmten Gesprächstypen und Textsorten zuordnete, sondern diese aus der Analyse heraus bestimmte.

6.3.3.5. Die Probanden

6.3.3.5.1. Die Pflegehilfskräfte

Eine der Pflegehilfskräfte war in einer Pflegewohngemeinschaft, eine andere bei den täglichen Pflegetouren tätig. Beide arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung erst seit kurzem in der Pflege (2 bzw. 3 Jahre lang) und verfügen über unterschiedliche kulturelle Hintergründe. Bei einer der Befragten wusste ich zu Beginn der Befragung noch nicht, ob sie Fach- oder Hilfskraft ist. Das Interview mit ihr diente als *Pre-Test* des Leitfadens als Erhebungsinstrument.

6.3.3.5.2. Die Pflegefachkräfte

Ich begleitete insgesamt fünf Pflegefachkräfte bei ihren ambulanten Touren. Zwei von ihnen sind Deutsche, zwei haben einen polnischen Hintergrund, wobei eine von ihnen in Deutschland geboren ist. Beide sprechen Deutsch auf muttersprachlichem Niveau. Eine weitere hat einen türkischen Hintergrund, ist ebenfalls in Deutschland geboren und zweisprachig (Türkisch und Deutsch). Eine der fünf Pflegefachkräfte ist männlich. Vier der Pflegepersonen sind zwischen 30 und 40 Jahre alt, eine weitere zwischen 50 und 60 Jahren. Zum Zeitpunkt der Befragung arbeitete eine Fachkraft seit 5 Jahren bei dem jeweiligen Pflegedienstleister, zwei seit 10 Jahren und eine weitere seit 17 Jahren, davon 8 Jahre als examinierte Fachkraft.

6.3.3.5.3. Die Pflegebedürftigen

Die Gespräche wurden bei den Pflegebedürftigen zuhause aufgezeichnet. Alle waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung über 50 Jahre alt. Fast alle Pflegebedürftigen leben in Berlin, eine in Zwickau. Viele der deutschen Klienten wohnen allein, während jene mit türkischen Hintergrund meist mit Angehörigen zusammenleben. Ältere türkische Männer beherrschen meist sowohl die deutsche als auch die türkische Sprache, manche ihrer Frauen sprechen ausschließlich Türkisch.⁶⁷

6.3.3.5.4. Die Führungskräfte

Ich befragte insgesamt sieben Personen in Führungspositionen, die in den drei genannten ambulanten Pflegedienstleistungsunternehmen in Berlin arbeiten: einen Gründer und eine Gründerin, einen Geschäftsführer, einen Leiter der Zentralen Verwaltung, einen weiteren Geschäftsführer und gleichzeitig Einsatzleiter, eine Qualitätsmanagementbeauftragte und außerdem den Leiter einer Berufsfachschule. Die meisten der befragten Führungskräfte haben eine Ausbildung in der Pflege absolviert: die Qualitätsmanagementbeauftragte und der Geschäftsführer sind gleichzeitig examinierte Pflegefachkräfte; der Einsatzleiter hat sowohl eine Ausbildung als Fachpfleger für Psychiatrie als auch ein Studium in Pflegewirtschaft abgeschlossen; der Berufsschulleiter ist sowohl examinierte Pflegefachkraft als auch Medizinpädagoge; der Gründer und die Gründerin haben ein Studium im Fachgebiet Pflege absolviert.

6.3.3.6. Die Sammlung der Texte

Im Juli 2016 ermöglichte mir eines der Pflegeunternehmen, in ihren Büroräumen Texte zu kopieren. Während der Textanalyse händigte mir das Büro dann noch einige weitere Unterlagen sowie Pflegerichtlinien für einzelne Pflegehandlungen zur Vervollständigung und zum Verständnis sowie für die lexikalisch-semantische Analyse der Daten aus.

6.3.3.7. Das Aufzeichnen der Gespräche

Während der Begleitung der Pflegefachkräfte auf ihren Touren in der Mittelschicht (später Vormittag bis Nachmittag) bzw. beim Besuch einer pflegebedürftigen Nachbarin meiner Bekanntschaft zeichnete ich zwischen Juli und Oktober 2016 insgesamt 31 Gespräche mit einem Diktiergerät auf. Auch während der Hospitation in den Pflegewohngemeinschaften zeichnete ich Teile der Kommunikation auf.

67 (Kurzbefragung mit Pflegefachkräften)

6.3.4. Auswahl der Unternehmen, der Befragten und der Daten und Prozess der Datenerhebung

Das deutschland- und berlinweit operierende Pflegedienstunternehmen stellte für meine Arbeit den ersten Zugang zum Feld dar. Durch die Bereitschaft des Unternehmens, mir seine Tore zu öffnen, konnte ich dort den größten Teil meiner Daten erheben. Da bei den aufgezeichneten Gesprächen vor allem Kommunikation zwischen Muttersprachlern bzw. auf muttersprachlichem Niveau stattfand und die gesammelten Texte von Muttersprachlern verfasst wurden, stellen diese Daten die wichtigste Quelle zur Beantwortung der Forschungsfrage nach den notwendigen berufsbezogenen Deutschkenntnissen dar. Ergänzen konnte ich diese durch Interviews, Befragungen und Beobachtungen. Zunächst begleitete ich diejenigen Pflegefachkräfte, die mir durch den Einsatzleiter zugewiesen wurden. Später bat ich explizit darum, auch jene mit einem Migrationshintergrund begleiten zu dürfen, was auch realisiert werden konnte.

Das Interview mit dem Leiter der Berufsfachschule führte ich, da ich mir nach seiner Teilnahme an einer Podiumsdiskussion auf dem Kongress Pflege im März 2016 aufschlussreiche und detaillierte Antworten auf meine Fragen erhoffte. Außerdem konnte ich davon ausgehen, dass er aufgrund seiner Position als Ausbilder und durch seine Nicht-Involviertheit in ein Pflegeunternehmen eine unabhängige Perspektive einnimmt. Des Weiteren verfügt er als examinierte Pflegefachkraft selbst über praktische Erfahrung sowohl in der ambulanten als auch stationären Pflege und hat damit auch einen Blick für die Besonderheiten der Kommunikation im ambulanten Bereich.

Da ich noch mehr Daten für meine zweite Teilforschungsfrage nach den inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen erheben wollte, folgte ich dem Rat des Leiters der Berufsfachschule und kontaktierte ein kultursensibles Pflegedienstleistungsunternehmen in Berlin. Aufgezeichnete Pflegegespräche konnte ich dort nicht in meinen Datenpool aufnehmen, da zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen fast ausschließlich auf Türkisch gesprochen wird. Außerdem bekam ich dort nicht die Erlaubnis Texte zu kopieren. Doch ich konnte wertvolle Informationen aus dem Interview, der Kurzbefragung und den Beobachtungen zur Beantwortung der Forschungsfrage nach den inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen entnehmen.

Mit derselben Motivation wand ich mich nach dem *Pre-Test*-Interview an die Geschäftsleitung eines weiteren Pflegedienstleistungsunternehmens. Dort führte ein ein Interview mit dem selbst als Pflegefachkraft tätigen Geschäftsführer, bekam aber keine Einwilligung zur weiteren Datenerhebung.

Auch wenn während der Recherchen und Datenerhebung klar wurde, dass Pflegehilfskräfte über einen größeren Kommunikationsanteil in ihrem beruflichen Alltag mit den Pflegebedürftigen verfügen als Pflegefachkräfte, entschied ich mich im Laufe des Forschungsprozesses dafür, den Kreis enger zu ziehen und mich nur noch auf Pflegefachkräfte zu konzentrieren. Der Grund dafür ist die Tatsache, dass kein Mangel an Pflegehilfskräften herrscht, sondern viele examinierte Fachkräfte gesucht und gebraucht werden und die Ausbildung dieser von

großer Wichtigkeit ist. Dies geht zum einen aus der Literatur hervor⁶⁸, wird zum anderen auch in einem Leitfadeninterview betont.⁶⁹

Von den zwanzig gesammelten Texten habe ich nach den Kriterien Relevanz und Frequenz zwölf zur Analyse ausgesucht. Dazu habe ich drei der Pflegefachkräfte, die ich begleitete, gebeten anzugeben, welche der Texte im beruflichen Alltag frequent und relevant sind. Die Texte, die eher für Sonderfälle genutzt werden oder sich (vorrangig) an andere Beschäftigungsgruppen richten, habe ich von der Datenanalyse ausgenommen. Ein Pflegehandbuch und weitere Unterlagen aus dem Büro habe ich zur lexikalisch-semantischen Analyse herangezogen.

Auch wenn die *Pflegedokumentation* eine der zentralen Textsorten in der Pflege darstellt, habe ich mich dagegen entschieden, sie in die Analyse einzubeziehen: Zum einen existieren bereits mehrere linguistische Arbeiten zu diesem Thema (vgl. Walther 2003 u. a.). Des Weiteren gibt es auf dem Markt bereits sehr aktuelle, umfangreiche und detaillierte Lehrwerke, anhand derer das Verfassen und Verstehen von Pflegedokumentationen für Pflegefachkräfte mit umfangreichen Redemittelsammlungen etc. geübt werden kann (vgl. Schwerdt 2016, Rösen 2015, Hellmann/Rößlein 2017 u. a.).

Von den 31 aufgezeichneten Gesprächen mit einer Gesamtdauer von ca. 4 Stunden habe ich 27 ausgewählt. Den Rest musste ich aus Gründen technischen Versagens des Aufnahmeegeräts leider aussortieren. Außerdem habe ich die aufgezeichnete Kommunikation in den Pflegegemeinschaften nicht mit in die Auswahl der zu analysierenden Gespräche aufgenommen. Dies hatte zwei Gründe: Zum einen beteiligten sich so viele Anwesende an der Kommunikation, dass man diese beim Anhören nicht mehr auseinander halten konnte und eine Videoaufnahme für eine derartige Analyse geeigneter erscheint, was aber gerade bei der Pflege kaum auf Zustimmung von Seiten der Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern stoßen wird. Ein weiterer Grund war der Widerruf der bereits erteilten Erlaubnis der Betreuerin einer der Pflegebedürftigen für das Aufzeichnen der Kommunikation, woraufhin ich mich entscheiden musste, die gesamte Aufnahme nicht mehr zu verwenden. Ein weiterer Grund war die Tatsache, dass gerade die Pflegefachkräfte im Kontext des Pflegewohnheims den mit Abstand geringsten Kommunikationsanteil hatten. Er machte schätzungsweise 5 % der Gesamtkommunikation aus.

Eine weitere Auswahl habe ich auch hinsichtlich der Inhalte der zu transkribierenden Gespräche vorgenommen. Dabei wählte ich alle Passagen aus, die Pflegehandlungen sprachlich begleiten, Gespräche eröffnen und beenden. Ausgeschlossen habe ich beispielsweise längere Passagen, in denen ausführlicher *Small Talk*⁷⁰ geführt wurde, ein Problem mit der Türklingel langwierig erörtert wurde oder Pflegebedürftige sehr persönliche Geschichten bzw. Fantasien in langen Monologen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen mitgeteilt haben. Die Themen

68 siehe Kapitel 4: Forschungsfeld Pflege

69 siehe Kapitel 7.4: Sprachlich-kommunikative Anforderungen: Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews

70 Die Themen des *Small Talks* habe ich notiert, siehe Kapitel 7.1: Ergebnisse der funktional-pragmatischen, linguistischen Diskursanalyse

der einzelnen Gespräche habe ich notiert.

| Probanden bzw. Datenquellen / Methoden | Leitfaden-interviews | Kurzbefragungen | Aufzeichnung von Gesprächen | Sammlung von Texten | Beobachtungen |
|---|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Pflegehilfskräfte | 2 | | | | |
| Pflegefachkräfte | | (5) ⁷¹ | 27 | | (5) bzw. (31) ⁷² |
| Führungskräfte | 5 | 1 | | | |
| Leiter Berufsfachschule | 1 | | | | |
| Büro | | | | 12 | |

Tab: 3: Übersicht zu Probanden/Datenquellen und Erhebungsmethoden

71 Es wurden 5 Pflegefachkräfte befragt, aber insgesamt mehrere (ungezählte) Kurzbefragungen mit ihnen durchgeführt, auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten und mittels verschiedener Medien.

72 Es wurden 5 Pflegefachkräfte bei ihrer Tour beobachtet und insgesamt 31 *ambulante Pflegegespräche*.

6.4. Methoden und Vorgehensweise der Datenanalyse

6.4.1. Datenaufbereitung

Alle Gespräche habe ich nach den Konventionen der Minimaltranskription des Transkriptionssystems GAT 2 (Selting et al. 2009) transkribiert. Dabei habe ich einige kleine Änderungen vorgenommen:

- (1) Die Länge der Pausen habe ich in Sekundeneinheiten angegeben, nicht mit Strichen.
- (2) Überlappungen und Simultansprechen habe ich nicht gekennzeichnet, da es für den Analysezweck nicht von Relevanz ist, ebenso hörbares Ein- und Ausatmen.
- (3) Aus den Konventionen des Basistranskripts habe ich die interpretierenden Kommentare übernommen wie <<weinerlich>....>, da es mir an manchen Stellen sinnvoll erschien, emotionale Informationen wiederzugeben, um wichtige Informationen zur Atmosphäre der Kommunikation zu integrieren. Auch den Gebrauch von *Baby Talk* habe ich notiert.

Die Transkripte wurden mit dem Programm *f4transkript* angefertigt.⁷³ Für die Transkription der Leitfadeninterviews wählte ich eine einfache, literarische Transkriptionsweise, da es hier vorrangig auf den Inhalt des Gesagten ankommt.⁷⁴ Den Großteil der Leitfadentranskripte erstellte mit *Word*, den Rest mit *f4transkript*.

6.4.2. Analyse der Gespräche

Die aufgezeichneten Gespräche wertete ich mittels der Angewandten Diskursforschung nach Becker-Mrotzek & Meier (2002) aus, da sich dieser linguistische Forschungsansatz mit der anwendungsbezogenen Erforschung sprachlicher Kommunikation beschäftigt und zwar mit „der konkreten gesellschaftlichen Kommunikationspraxis“. Die Ergebnisse werden der Praxis auch „unmittelbar zur Verfügung“ gestellt. Damit steht linguistische Forschung im „Dienst der sprachlich Handelnden“ (ebd. 18), was ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist.

Beim ersten Abhören der einzelnen Gespräche erstellte ich zunächst einen Transkriptkopf nach Deppermann (2008), der Angaben zu geplanten Pflegehandlungen, Register, sprachlichen und sonstigen Auffälligkeiten und Zufriedenheit der Kommunikationsteilnehmenden enthält.⁷⁵ Außerdem teilte ich währenddessen die Gespräche auf der Makroebene grob in drei Gesprächsphasen nach Brinker & Sager (2010) ein, so denn alle vorhanden waren: Gesprächseröffnung, Kernphasen und Gesprächsbeendigungen. Innerhalb der Kernphasen nahm ich anschließend erste Einteilungen hinsichtlich größerer thematischer Einheiten vor und bewertete

⁷³ siehe hierzu auch <http://www.audiotranskription.de>

⁷⁴ Die Regeln dazu im Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse sind unter <http://www.audiotranskription.de> einzusehen bzw. Dresing/Pehl (2015)

⁷⁵ siehe Anhang

diese nach deren potentieller Relevanz für den Forschungsgegenstand.

Im Anschluss daran transkribierte ich die Gespräche. Die Transkripte unterzog ich einer Angewandten Diskursanalyse, indem ich zunächst die Gesprächshandlungssequenzen auf der mittleren Ebene in Kategorien eingeordnete, die sich an den durchgeführten Pflegehandlungen orientierten. Ausgangspunkt dieser Zuordnung von Analysekatoren war das Ziel der Untersuchung: Die Beschreibung sprachlicher Handlungen für den Zweck des Unterrichts von Deutsch als Fremd- und Zweitsprache in Form von Szenarien, denn die einzelnen Pflegehandlungen stellen einen möglichen Ausgangspunkt dieser zu entwickelnden Szenarien dar.

Für jede Pflegehandlung untersuchte ich nun das zugrunde liegende Muster und charakterisierte bei ausreichend vorliegendem Material die möglichen Alternativen der Musterrealisierung. Danach analysierte ich die Gesprächssequenzen. Dabei orientiert ich mich auch an der Vorgehensweise von Walther (2001) und Dreißig (2005), die in ihren Studien im Krankenhaus explorativ vorgegangen sind, d. h. weniger stark theorie- bzw. hypothesengeleitet, da die jeweiligen Untersuchungsgegenstände in dieser Form vorher noch nicht untersucht wurden. Anschließend untersuchte ich die als musterrealisierend gekennzeichneten Sequenzen der einzelnen Gespräche je nach (Teil-)Pflegehandlung hinsichtlich der realisierten Sprechakte sowie lexikalisch-semantischer, morphologischer und syntaktischer Charakteristika. Diese beschriebenen sprachlichen Mittel unterzog ich neben der Zuordnung von Sprechakten auch einer funktionalen Analyse.

6.4.3. Analyse der Texte

Die zur Analyse ausgewählten Texte wertete ich nach Fandrych & Thurmair (2011) aus. Dabei berücksichtigte ich folgende Punkte, die, den Autoren folgend, zur Beschreibung von Textsorten verwendet werden sollten: a) Kommunikationssituation, b) Textfunktion und c) Thema, Textstruktur und sprachliche Gestaltung. Dabei legte ich, dem Untersuchungsziel dieser Arbeit geschuldet, den Fokus auf den dritten Aspekt, die lexikalisch-semantische, morphologische und syntaktische Analyse. Anschließend identifizierte ich neben dem Aspekt b) der Textfunktion des gesamten Textes auch hier noch die Funktionen der sprachlichen Mittel im Hinblick auf die Einordnung der Texte als berufliche Sprache. Alle analysierten Texte ordnete ich Textsorten zu.

Diese empirisch-induktive Vorgehensweise der Autoren wählte ich, da sie weitgehend dem Untersuchungsgegenstand und den Zielen dieser Arbeit sowie ihrem explorativen Charakter entspricht. Fandrych & Thurmair (2011) argumentieren überzeugend, dass „Arbeiten, die empirisch fundiert verschiedene Textsorten genauer analysieren“ eine „Basis für eine stärker am ‚Sprachrealismus‘ orientierte Didaktisierung von sprachlichen Phänomenen darstellen“. Fandrych & Thurmair verfolgen in Anwendung dieser Methodik in ihren eigenen Untersuchungen verschiedener Textsorten das Ziel, „Einblicke in sprachliches Handeln“ zu geben, „typische sprachliche Mittel in Funktion genauer zu beschreiben“ und „aus einer stärker didaktischen Perspektive - Möglichkeiten aufzuzeigen für eine intensivere Einbeziehung von Textsorten in den Sprachunterricht“ (ebd. 15).

6.4.4. Inhaltsanalyse

Die Transkripte der Leitfadeninterviews, die Beobachtungen und die Feldnotizen analysierte ich anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

6.4.5. Ethische Gesichtspunkte

Als Forschungsethische Grundsätze des Ethik-Kodex der Soziologinnen und Soziologen nennen der BDS & DGS⁷⁶ (1993):

- Objektivität und Integrität der Forschenden
- Risikoabwägung und Schadensvermeidung
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Informiertes Einverständnis
- Vertraulichkeit und Anonymisierung.

In der empirischen Sozialforschung stellen sich grundsätzlich forschungsethische Fragen. Art und Inhalte unterscheiden sich je nach gewähltem Zugang (vgl. Unger 2014: 20f). Auf einige dieser Fragen möchte ich im Zusammenhang mit der Datenerhebung und -analyse in dieser Arbeit eingehen:

- (1) Wie wird der Zugang zum Forschungsfeld hergestellt?
- (2) Wie definieren, kommunizieren und verhandeln die Forschenden ihr Anliegen und ihre Rolle im Forschungsfeld?
- (3) Wie wird das informierte Einverständnis der Teilnehmenden eingeholt? Welche Informationen werden dazu kommuniziert, welche nicht?
- (4) Wie werden Daten erhoben und ausgewertet? Wo und wie werden sie gespeichert?
- (5) Wie wägen die Forschenden den möglichen Schaden ab, der den teilnehmenden Personen, Einrichtungen und *Communities* durch die Forschung entstehen könnte?
- (6) Welche Maßnahmen ergreifen sie, um Risiken zu reduzieren?
- (7) Wie wird in diesem Zusammenhang Vertraulichkeit gewährleistet und inwiefern werden Daten anonymisiert? Wie lassen sich Rückschlüsse auf Personen, Orte und Einrichtungen verhindern, die auch ohne namentliche (...) Nennung gezogen werden können?

Den Zugang zum Feld stellte ich wie oben beschrieben zwei Mal über die Managementebene der Pflegedienstleistungsunternehmen her, wobei ich alle Akteure offen über mein Projekt und

⁷⁶ Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) und Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS)

meine Forschungsfragen und -ziele informierte. Von ihnen bekam ich die Erlaubnis, Daten im Unternehmen erheben zu können, wobei die Art der Daten vorher genau definiert wurde.

Alle Pflegepersonen, die ich begleitet, befragt und beobachtet habe, klärte ich im Vorfeld über meine Forschungsarbeit und -methoden auf. Sie wussten auch darüber Bescheid, dass die Unternehmensleitung einverstanden war und ein Interesse daran hat, dass die Analysen vorgenommen werden. Ich sicherte allen Anonymität zu, d. h. dass ich keine Namen nennen und die Ergebnisse auch nur zusammengefasst wiedergeben würde. Da es sich allerdings um eine sehr geringe Anzahl an Pflegepersonen handelte und diese wie auch ein Teil der Führungskräfte wussten, welche ihrer Kollegen oder Kolleginnen ich begleitete, kann ich natürlich nicht ausschließen, dass man innerhalb des Unternehmens Rückschlüsse ziehen könnte. Diese Tatsache schien aber bei einer Nachfrage meinerseits bei den Pflegekräften kein Problem darzustellen.

Dies gestaltete sich mit den Pflegebedürftigen anders. Für die Hospitation in den Pflegegemeinschaften holte die Unternehmensleitung bei den jeweiligen Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern zunächst die Erlaubnis zur Aufzeichnung von Pflegegesprächen für mich ein, woraufhin eine Betreuerin nachträglich schriftlich widerrief und mich aufforderte, die Aufzeichnungen zu löschen und nicht zu analysieren. Dem Wunsch habe ich entsprochen, auch aus anderen, oben geschilderten Gründen. Die Kommunikation in Pflegeheimen ist am Ende nicht in die Untersuchung eingegangen.

Der Forschende soll in einer Reflexion der forschungsethischen Fragen die Risiken abwägen, die den untersuchten Personen entstehen können, und Maßnahmen ergreifen, um diese Risiken zu reduzieren und Schaden zu vermeiden. In der sozialwissenschaftlichen Forschung bedeutet dies in erster Linie Schaden, der durch Missbrauch erhobener Informationen durch Dritte entstehen könnte, was in diesem Fall bedeutet: Verlust ihrer Privatsphäre. Vertraulichkeit und Anonymisierung sind nach dem Kodex von BDS und DGS die Maßnahmen zum Schutz davor (vgl. Unger 2014: 24). Konflikte entstehen hier mit zwei forschungsethischen Grundsätzen: mit dem des 'Informierten Einverständnisses' und dem der 'Selbstbestimmung von untersuchten Personen' (vgl. ebd. 25).

Während die Pflegebedürftige, die ich persönlich kannte, geistig vollkommen gesund war, mich im Vorfeld bereits mehrere Male gesehen und mit mir gesprochen hatte und aufgrund ihres Berufes Verständnis für und Interesse an Forschung hat und mir sehr bereitwillig die Aufzeichnung eines Pflegebesuches gestattete, konnte ich bei den anderen Pflegebedürftigen nicht auf diese Basis bauen. Mit den Pflegefachkräften, die ich begleitete, stellten wir im Vorfeld fest, dass es aufgrund der demenziellen und anderer psychischer Erkrankungen keinen Sinn machen und die Menschen überfordern würde, diese über meine Forschungsarbeit und -ziele aufzuklären. Die Präsenz eines Aufnahmegerätes würde zudem von manchen als bedrohlich empfunden werden. Auch ist die Lage nicht klar, was Bevollmächtigte und eventuelle Betreuer und Betreuerinnen betrifft, da Art und Umgang ihrer Aufgabenbereiche vom Gericht unterschiedlich bestimmt sein können. Ich rechnete mit hoher Ablehnung bzw. dem nachträglichen Widerruf von Zusagen. Außerdem war es das Hauptziel, möglichst authentische Kommunikation aufzuzeichnen und zu beobachten. Ein Erklären meiner Forschungsabsichten und

die offene Aufzeichnung der Situation hätte meiner Einschätzung nach die Validität der Daten enorm gefährdet.

Vor besondere Herausforderungen stellt das Informierte Einverständnis die Forschenden in der Teilnehmenden Beobachtung. (...) Hier zeigt sich, dass das Konzept des Informierten Einverständnisses in einem Forschungskontext entwickelt wurde, bei dem Untersuchungspersonen nicht kollektiv und in ihren alltäglichen Lebenswelten, sondern individuell und in einem besonderen Untersuchungsumfeld (z. B. in einem Labor, in einem ärztlichen Untersuchungszimmer, in einer Forschungseinrichtung etc.) an Forschung teilnehmen (Unger 2014: 26).

Davon zu unterscheiden ist die bewusst verdeckte Beobachtung und die gezielte, temporäre Fehlinformation, die in der Methoden-Literatur kontrovers diskutiert werden (vgl. Hopf 1991, 2004). Es gibt zahlreiche Beispiele aus der sozialwissenschaftlichen Forschung, bei denen der Grundsatz des 'Informierten Einverständnisses' bewusst nicht eingehalten wurde: In diesen Studien haben die Forschenden einen verdeckten Zugang gewählt, d. h. sie haben sich nicht als Forschende zu erkennen gegeben oder falsche Angaben zu ihrem Forschungsanliegen gemacht. Sie befürchteten, eine umfassende Information könne die Forschung gefährden und/oder die Ergebnisse verfälschen (weil die Personen freiwillig nicht teilnehmen oder sozial erwünschte Antworten und Verhaltensweisen an den Tag legen würden). Auch wenn dieses Argument nicht von der Hand zu weisen ist, stellt sich die Frage, ob eine Ungleichbehandlung von Personen und Situationen nicht doch forschungsethisch vertretbar ist (vgl. ebd. 26ff).

So entschied ich mich für eine teilweise verdeckte Erhebung der Daten im Hinblick auf die Pflegebedürftigen. Die Pflegepersonen stellten mich als jemanden vor, der ihnen „über die Schulter schaut“, „etwas lernen möchte“, was in vereinfachter Weise den Tatsachen entspricht. Da sie öfter von Auszubildenden und Praktikanten begleitet werden, stellte dies auch kein Problem und keine Besonderheit für die Pflegebedürftigen und für die Pflegepersonen dar. Ich hielt mich, so weit es ging, im Hintergrund mit dem Ziel, die Situation so natürlich wie möglich ablaufen zu lassen. Wurde ich angesprochen, was bei manchen Besuchen der Fall war, antwortete ich nur kurz und zog mich dann wieder aus dem Gespräch zurück. Dabei zeichnete ich verdeckt die Kommunikation auf. Um die Pflegebedürftigen vor Schaden, d. h. Verlust ihrer Privatsphäre zu schützen, ergreife ich besondere Maßnahmen bei der Anonymisierung: Die aufgezeichneten Gespräche und Transkripte werden nicht veröffentlicht, sondern nur den Gutachtern der Arbeit zur Verfügung gestellt, um meine Datenanalyse objektiv nachvollziehbar zu machen. In den bereinigten Transkripten habe ich alle Namen, Orte und persönlichen Informationen herausgelassen, die eine Zurückverfolgung durch Dritte ermöglichen könnten. Damit kommt gewissermaßen ein Ausgleich zustande, bei dem der Objektivität der Daten durch Nicht-Veröffentlichung der Audiomitschnitte und die Verletzung der Grundsätze des 'Informierten Einverständnisses' sowie der 'Selbstbestimmung' auf Seiten der Pflegebedürftigen durch eine hohe Authentizität der Daten entgegengesetzt wird.

6.5. Reflexion zu meiner Rolle als Forscherin im Feld

Meine Entscheidung zur verdeckten Teilnahme und Aufzeichnung der sprachlichen Kommunikation bei den Pflegebesuchen wird dazu beigetragen haben, dass die Pflegebedürftigen sich weitgehend so verhielten und kommunizierten, wie unter normalen Umständen auch. Einen relativ geringen Einfluss meiner Anwesenheit unterstelle ich auch für das kommunikative Verhalten der Pflegefachkräfte. Erstens sind sie es gewohnt, dass sie bei der Arbeit begleitet werden, zweitens klärte ich sie sehr offen über meine Arbeit auf, sicherte ihnen Anonymität zu und stellte klar heraus, dass es nicht darum ginge, ihre Arbeit zu kontrollieren oder zu bewerten, sondern ihre sprachliche Kommunikation als Grundlage für Deutschunterricht zu verwenden. Außerdem entwickelte sich mit allen Pflegefachkräften schnell eine sehr offene, entspannte und vertrauensvolle Atmosphäre. Allerdings möchte ich nicht ausschließen, dass meine Anwesenheit Beobachtereffekte hervorgerufen haben könnte. So ist mir aufgefallen, dass wenige Male das Besprechen von sehr persönlichen Themen (z. B. Depressivität) auf einen anderen Pflegebesuch verschoben wurden, dass kleine Verwechslungen bezüglich der geplanten Pflegemaßnahmen bei der Pflegefachkraft zu einer Reaktion von Peinlichkeit führte und dass meine Anwesenheit bei manchen Pflegebedürftigen zu großer Neugierde und Kommunikationsbereitschaft (viele der Pflegebedürftigen leben sehr einsam, der Pflegebesuch stellt für manche die einzige Gelegenheit zur Kommunikation dar), sehr selten auch zu großem Misstrauen (besonders bei dementen Patienten) geführt hat. Damit musste die Pflegefachkraft umgehen, wobei der „normale“ Kommunikationsablauf dadurch gestört wurde. In den allermeisten Fällen hatte ich aber das Gefühl, dass nach dem kurz gehaltenen anfänglichen Vorstellen meiner Person schnell Routine einkehrte, meine Anwesenheit in den Hintergrund trat und die berufliche Alltagskommunikation zwischen Pflegepersonen und Pflegebedürftigen authentisch ablief.

7. Ergebnisse

7.1. Ergebnisse der funktional-pragmatischen, linguistischen Diskursanalyse

7.1.1. Der Kontext der Gespräche

Wie sieht der Berufsalltag für eine Pflegefachkraft in der ambulanten Pflege aus? Sie fährt zuerst ins Büro, bekommt dort den Tourenplan für den Tag und bereitet alles dafür vor: Sie muss Medikamente einpacken, ggf. Schlüssel mitnehmen, sie liest die Pflegeberichte der Kollegen und Kolleginnen, die die betreffenden Pflegebedürftigen vorher versorgt haben, führt Gespräche mit dem Team und bekommt auf diesem Wege noch wichtige Informationen rund um die Arbeit. Dann fährt sie los und führt bei allen im Tourenplan eingetragenen Pflegebedürftigen die vorgesehenen Pflegehandlungen durch. Hin und wieder erhält sie während der Tour Anrufe aus dem Büro oder von anderen Kollegen oder Kolleginnen, weil etwas geklärt werden muss. Sie schreibt die Pflegeberichte während der Pflegebesuche vor Ort und nach der Tour im Büro des Pflegedienstes. Notiert werden immer die Blutzucker- und Insulinwerte, aber z. B. nicht die eine einfache Medikamentengabe. Außerdem hinterlässt die Pflegefachkraft die Schlüssel und Medikamente beim Pflegedienst. Dort stellt sie noch Medikamente für die nächste Tour, telefoniert noch mit Angehörigen und Ärzten bzw. Ärztinnen.

Ambulante Pflegegespräche zwischen Pflegefachkräften und Pflegebedürftigen finden in der privaten Wohnung letzterer statt. Meist sind sie dabei allein, manchmal sind Angehörige, selten auch Pflegehilfskräfte anwesend. Die meisten Pflegebesuche dauern, je nach geplanten Maßnahmen, zwischen 5 und 10 Minuten. Hauptgesprächsthemen sind die durchzuführenden Pflegehandlungen.

Zu berücksichtigen haben die Pflegekräfte u. a. die Besonderheiten der Kommunikation mit alten Menschen⁷⁷, insbesondere mit Demenzkranken und psychisch Kranken. Diese können sehr unterschiedlich ausfallen: von der bloßen Wiederholung von Hörersignalen („hm“) bis hin zu langen Monologen zu nicht pflegerelevanten Themen von Seiten der Pflegebedürftigen. Außerdem müssen die Pflegekräfte mit diversen Kommunikationsstörungen (Gehörverlust, Schwierigkeiten beim Sprechen etc.) rechnen.

7.1.2. Das Gesprächsziel

Das *ambulante Pflegegespräch* lässt sich in den institutionellen Rahmen der ambulanten Pflege einordnen. Damit verfolgt es das Handlungsziel, die auf die individuellen Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zugeschnittenen Pflegehandlungen an Pflegebedürftigen zu deren Zufriedenheit durch die Pflegefachkräfte eines privaten Pflegedienstleisters sprachlich-kommunikativ zu

77 siehe Kapitel 5.2.2: Gesprächsanalysen pflegerischer Kommunikation sowie Fiehler/Thimm (1998)

begleiten, damit zu unterstützen und eine Pflegebeziehung aufzubauen, die der Heilung dient.

Da es sich um ein institutionell eingebettetes Gespräch handelt, ist ein bestimmter Handlungsplan vorgesehen und die Rollen sind klar verteilt. Es findet Kommunikation zwischen Laien, in der Regel den Pflegebedürftigen, zuweilen auch den Angehörigen, und Experten, den Pflegepersonen, statt (vgl. Brünner 2005). Hinsichtlich der sprecherspezifischen Ziele sind diese zum größten Teil komplementär: Die Pflegepersonen möchten die Pflegeziele erreichen und die dafür genannten Pflegemaßnahmen umsetzen. Außerdem haben Sie ein Interesse an einer harmonischen Beziehung zu den Pflegebedürftigen, die zum großen Teil aufgrund von Bezugspflege gewährleistet ist.⁷⁸ Weitere Ziele sind die Motivation der Pflegebedürftigen zur Zusammenarbeit, da die Pflegehandlungen eben nur in Kooperation miteinander ausgeführt werden können und nicht gegen den Willen der Pflegebedürftigen. Die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Pflege und das erfolgreiche Durchführen der Pflegemaßnahmen ist für ihre Berufsausübung und Integration in das Pflegedienstleistungsunternehmen von Bedeutung.

Allerdings gibt es zuweilen auch kontradiktorische Ziele, da die Pflegepersonen oft unter Zeitdruck stehen und ihren vom Unternehmen vorgegebenen Tourenplan einhalten müssen. Die Kranken- und Pflegekassen haben genaue und sehr knappe Zeitfenster für jede Pflegehandlung vorgegeben, jede weitere Minute kann nicht mehr vom Pflegedienstunternehmen abgerechnet werden. Deshalb ist es notwendig, die Pflegehandlungen effizient und zeitökonomisch durchzuführen. Dies läuft zuweilen den realistischen pflegerischen Anforderungen und den Wünschen mancher Pflegebedürftigen nach Kommunikation zuwider und kann zu Konflikten führen. Außerdem kann es vorkommen, dass bestimmte geplante Pflegehandlungen (zum gegebenen Zeitpunkt) unerwünscht sind und daher abgewehrt werden. Die Pflegebedürftigen haben im täglichen *ambulanten Pflegegespräch* das Ziel, bevorstehende Pflegehandlungen angekündigt und erklärt zu bekommen (tätigkeitsbegleitende Kommunikation) und durch die positive Zuwendung, die empathische Kommunikation mit sich bringt, Heilung zu erfahren.

7.1.3. Die Gesprächsphasen

7.1.3.1. Gesprächseröffnungen

Der Verständigungsprozess (Henne/Rehbock 2001) und die wechselseitige Gesprächsbereitschaft (Brinker/Sager 2010: 98) müssen zunächst für die Eröffnung des Gesprächs hergestellt werden. Dafür müssen die Umstände berücksichtigt werden (Walter 2001). In der ambulanten Pflege besteht durch die Bezugspflege im Normalfall nicht die Notwendigkeit Gesprächsbereitschaft herzustellen, da die kommunikative Basis bereits vorhanden ist. Die Phase der Gesprächseröffnung im *ambulanten Pflegegespräch* fällt daher sehr kurz und informell (*hallo*) aus. In der Regel wird ziemlich schnell zum Gesprächskern übergeleitet. Das bedeutet, dass die Gesprächseröffnung musterhaft aus der Sprechhandlung BEGRÜSSEN besteht.

⁷⁸ Bezugspflege bedeutet, dass immer die gleichen Pflegepersonen die gleichen Pflegebedürftigen versorgen und damit eine langfristige vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann.

7.1.3.2. Gesprächsbeendigungen

Die Beendigungsphase wird eingeleitet, wenn zwischen den Interaktanten ein Einverständnis darüber erzielt worden ist, dass das eigentliche Gespräch mit der Abhandlung der Gesprächsthemen abgeschlossen ist (Brinker/Sager 2010: 98). Dabei zeigt sich eine wichtige Charakteristik der institutionellen asymmetrischen Kommunikationsform, indem der Zeitpunkt des Gesprächsendes meist einseitig vom Gesprächsführenden, der Pflegeperson, festgelegt wird. Sie leitet die Gesprächsbeendigung sprachlich explizit oder durch die *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche ein*.⁷⁹

Sie tun dies auch dann, wenn die Pflegebedürftigen signalisieren, dass sie noch nicht mit der Beendigung einverstanden sind und noch Bedarf an Kommunikation besteht. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Pflegebedürftige aufgrund von psychischen Erkrankungen, z. B. Depressionen, und/oder sozialer Isolation der Wunsch nach (mehr) menschlichem Kontakt und nach Kommunikation haben. Zu erklären ist das Verhalten der Pflegekräfte durch den oben beschriebenen Zielkonflikt, einerseits patientenorientierte Pflege durchführen zu wollen, die zuweilen zeitaufwändig sein kann, andererseits die zeitlichen Vorgaben einhalten zu müssen. Deshalb sehen sich Pflegenden in diesen Situationen gezwungen, die Beendigungsphase einzuleiten und das Gespräch und den Besuch zu beenden. Wie die Gesprächseröffnung ist die Beendigung informell (*tschüss*).

7.1.3.3. Die Kernphasen

Die Kernphasen (Brinker/Sager 2010: 98ff) des *ambulanten Pflegegesprächs* zeichnen sich dadurch aus, dass der Sprecherwechsel relativ häufig stattfindet. Es gibt also selten lange Ausführungen oder Monologe, sondern die Kommunikation ist zumeist sehr interaktiv und wird zumindest durch Bestätigungs- und Hörersignale vorangetrieben. Prototypisch wird ein Spektrum genutzt, das von einer Ellipse bis zu einem kurzen Aussagesatz reicht, bevor der Sprechwechsel erfolgt. Nur ein paar wenige Verknüpfungen von maximal drei kurzen Haupt- und/oder Nebensätzen waren in den Gesprächen zu finden. Mit dieser Kommunikationsform ist eine direkte Bezugnahme aufeinander, besonders von Seiten der Pflegekräfte auf die Pflegebedürftigen, gewährleistet. Die Pflegekräfte passen sich damit den Kommunikationsbedürfnissen ihres Gegenübers an.

Innerhalb dieser Kernphasen werden folgend aufgeführte Pflegehandlungen durchgeführt und sprachlich begleitet:

7.1.4. Die Pflegehandlungen

Die aufgezeichneten Gespräche lassen sich nach der induktiven Analyse der Kernphasen sowie nach einer erneuten Rücksprache mit begleiteten Pflegepersonen in folgende relevante Pflegehandlungen einteilen:

⁷⁹ siehe Kapitel 7.1.4.7: Die Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*

- *Medikamentengabe* (Insulin, Tabletten)
- *Wundversorgung*
- *nach dem Befinden schauen*
- *Kompressionsstrümpfe ausziehen*
- *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*

Die Pflegehandlung *Medikamentengabe* umfasst zwei prototypische Handlungen, nämlich *Tabletten geben/stellen* sowie *Insulinbehandlung*. Diese beiden Prototypen müssen aber noch weiter differenziert und definiert werden. Es werden natürlich auch noch andere Medikamente verabreicht. In den Gesprächen waren davon aber nur sehr vereinzelte Beispiele mit sehr wenig sprachlicher Kommunikation auszumachen. In dieser Studie konzentriere ich mich auf die beiden genannten Pflegehandlungen, da sie den Löwenanteil ausmachen. Beide Teilhandlungen von *Medikamentengabe* werden im Folgenden als eigenständige Pflegehandlungen betrachtet: *Tabletten geben/stellen* und *Insulinbehandlung*.

Die Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* kam in insgesamt 15 *ambulanten Pflegegesprächen* vor (in Gespräch 3, 4, 6, 7, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24 und 26). Sie unterteilt sich in folgende Teil-Pflegehandlungen:

- *Tabletten geben bzw. die Einnahme überwachen* (G 3, 4, 6, 14, 18, 19, 20, 22, 24, 26)
- *die Einnahme der Tabletten initiieren* (G 7, 11)
- *den Bestand an Tabletten besprechen* (G 6, 17, 18, 21)
- *die Tablettendosis besprechen* (G 6, 19)
- *die Stellung der Tabletten besprechen* (G 6, 16, 21)
- *Änderungen besprechen* (G 6, 24)

Die Pflegehandlung *Insulinbehandlung* fand ich in insgesamt 6 *ambulanten Pflegegesprächen* (G 2, 4, 7, 15, 23, 25). Sie kann folgendermaßen weiter untergliedert werden:

- *Blutzucker messen* (G 2, 23, 25)
- *über Werte sprechen* (G 2, 4, 15, 23, 25)
- *sich nach dem Essen erkundigen* (G 2, 23, 25)
- *Insulin spritzen* (G 2, 7, 23)
- *die Selbstmedikation initiieren/überwachen* (G 4, 15)

Die Pflegehandlung *Wundversorgung* betrifft in den aufgezeichneten Gesprächen Wunden von Operationen, die durch die Pflegefachkräfte zuhause überwacht und versorgt werden. Sie trat in insgesamt 3 Gesprächen auf (G 7, 8, 10).

Die Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen* kann sich auf unterschiedliche Formen des Befindens beziehen, z. B. Lebendkontrolle, allgemeiner psychischer und physischer Zustand etc. In 3 Gesprächen kam sie vor (G 1, 9, 13).

Die Pflegehandlung *Kompressionsstrümpfe ausziehen* ist ein Klassiker der Pflege. Dazu konnte

ich allerdings nur ein Gespräch (G 27) aufzeichnen.

Die *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche* ist meist zweigeteilt: Zum einen wird die Pflegeperson, die laut Dienstplan⁸⁰ den nächsten Besuch bei der betreffenden pflegebedürftigen Person durchführen wird, angekündigt und des Weiteren wird das Wiedersehen der beiden Kommunikationspartner geklärt. Erwartungsgemäß kam es in fast allen Gesprächen vor (insgesamt 19-mal: G 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 25, 27).

7.1.4.1. Musteranalyse der einzelnen Pflegehandlungen

a) Die Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen*

Die Analyse der Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* brachte folgendes Handlungsmuster hervor: Tabletten können gestellt werden, das bedeutet, dass die Pflegefachkraft anhand der Verordnungen durch den Arzt eine Dosette mit der vorgeschriebenen Dosierung auffüllt.⁸¹ Diese Handlung läuft meist ohne Kommunikation ab, hin und wieder wird diese jedoch besprochen. Die Einnahme der Tabletten wird entweder nur initiiert oder aber überwacht, indem die Pflegeperson zuschaut, wie die Tabletten eingenommen werden und/oder diese selbst aus der Dosette nimmt und sie der/m Pflegebedürftigen gibt.⁸² Bei der Initiierung kann die Einnahme durch die/den Pflegebedürftigen sofort, noch während des Besuchs oder aber auch danach selbständig erfolgen.

Optional:

Der Bestand an Tabletten oder auch Änderungen von Medikamenten und Dosierungen müssen hin und wieder besprochen werden. Der Arzt bzw. die Ärztin ist hier die taktgebende Person. Entweder klärt der Pflegedienst die Verschreibung und Dosierung neuer/anderer Tabletten direkt mit dem Arzt bzw. der Ärztin oder die Pflegebedürftigen tun dies bei den Arztbesuchen. Die Ergebnisse dieser Besprechungen werden dann im *ambulanten Pflegegespräch* zwischen Pflegebedürftigen und Pflegepersonen besprochen.⁸³

b) Die Pflegehandlung *Insulinbehandlung*

Die Analyse der Pflegehandlung *Insulinbehandlung* brachte folgendes Handlungsmuster hervor: Es bestehen zwei Möglichkeiten: Entweder gibt es festes Insulin und es wird immer der gleiche Wert gespritzt oder aber die Handlung besteht aus drei Phasen: Es wird zuerst der Blutzuckerwert gemessen, danach anhand einer Tabelle der zu gebende Wert abgelesen und dann gespritzt. Dazu wird meist eine Zusatzinformation eingeholt: Es wird nach dem Essen gefragt, da dies Auskunft über den gegenwärtigen oder noch zu erwartenden Blutzuckerspie-

80 Im Dienstplan ist notiert, wer welche Tour an welchem Tag fährt. Pflegebedürftigen sind festen Touren zugeordnet.

81 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

82 Grundsätzlich entscheidet die Pflegeperson selbst darüber, ob sie überwacht oder initiiert, da sie die Pflegebedürftigen durch die Vertrautheit der Pflegebeziehung gut kennt und die Verlässlichkeit hinsichtlich der Einnahme gut einschätzen kann. (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

83 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

gel gibt. Außerdem kann man noch unterscheiden, ob die Pflegekraft das Insulin spritzt, also die Pflegehandlung selbst durchführt oder ob sie die/den Pflegebedürftigen dazu anleitet bzw. die Selbstbehandlung initiiert und ggf. überwacht.

Optional:

Die Pflegehandlung kann angekündigt werden. Außerdem können Änderungen in der Dosierung oder bezüglich der Werte besprochen werden. Zudem wird manchmal die unangenehme Empfindung des Spritzens angekündigt und gleich danach nach dem Befinden gefragt. In einigen Fällen wird der gemessene Blutzuckerwert auch bewertet oder es wird nach dem Aufbewahrungsort des Insulin in der Wohnung gefragt (siehe Tabelle 3).

c) Die Pflegehandlung *Wundversorgung*

Das Handlungsmuster bei der *Wundversorgung* ist zum einen das Anschauen der Wunde, das Beurteilen des Zustandes und das Pflegen mit entsprechenden Pflegemitteln sowie das erneute Verbinden. Optional ist das Ankündigen der Pflegehandlung.

d) Die Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen*

Das Handlungsmuster ist hier, sich von dem psychischen und physischen Zustand der Pflegebedürftigen zu überzeugen, dies durch Nachfragen abzusichern und ggf. Hilfsangebote zu unterbreiten. Da die Pflegebedürftigen in einem relativ unterschiedlichen Zustand sind, konnte ich hier kein eindeutiges, detaillierteres Muster herausarbeiten.

e) Die Pflegehandlung *Kompressionsstrümpfe ausziehen*

Bei dieser Pflegehandlung werden die Kompressionsstrümpfe abends ausgezogen. Dabei müssen ggf. verschiedene Bekleidungsstücke aus- und wieder angezogen werden. Optional ist das Ankündigen der Pflegehandlung.

f) Die Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*

Der Name der Bezugspflegeperson und der Tag des nächsten Pflegebesuchs zum einen sowie der Tag des Wiedersehens der jeweiligen Kommunikationspartner zum anderen werden hier genannt.

Im Folgenden zeige ich die Analyseergebnisse zu den einzelnen Pflegehandlungen zunächst hinsichtlich der realisierten Sprechhandlungen auf, dann folgt die lexikalisch-semantische, morphologische und syntaktische sowie die Funktionsanalyse.

| Sprachhandlungsmuster der Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> | | | |
|---|--|--|--|
| festes Insulin | | Blutzucker messen + Werte ermitteln + Insulin spritzen | |
| Behandlung durch Pflegefachkraft | Anleitung/ Initiierung zur Selbstbehandlung | Behandlung durch Pflegefachkraft | Anleitung/ Initiierung zur Selbstbehandlung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Pflegehandlung ankündigen • sich erkundigen, wo sich Insulin in der Wohnung befindet • sprachliche Vorbereitung und Begleitung des Spritzens • unangenehme Empfindungen beim Spritzen ankündigen | <ul style="list-style-type: none"> • Pflegehandlung auffordern/nachfragen • sich erkundigen, wo sich Insulin in der Wohnung befindet | <ul style="list-style-type: none"> • Blutzucker messen • Werte nennen/besprechen • sich nach dem Essen erkundigen • sich erkundigen, wo sich Insulin in der Wohnung befindet • sprachliche Vorbereitung und Begleitung des Spritzens • unangenehme Empfindungen beim Spritzen ankündigen | <ul style="list-style-type: none"> • auffordern zur Pflegehandlung/nachfragen • Blutzucker messen • sich nach dem Essen erkundigen • Werte nennen/besprechen • sich erkundigen, wo sich Insulin in der Wohnung befindet |

Tab. 3: Übersicht Sprachhandlungsmuster der Pflegehandlung *Insulinbehandlung*

7.1.4.2. Die Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen*

7.1.4.2.1. Sprechhandlungen

Da die Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* im empirischen Material am häufigsten vorkommt, habe ich an dieser Stelle eine vergleichsweise detaillierte Analyse der Sprechhandlungen vorgenommen. Dafür habe ich 15 Gespräche mit vier verschiedenen Pflegepersonen untersucht. Um diese Art von Pflegehandlungen durchzuführen, greifen die Pflegepersonen vorrangig auf die Sprechhandlungen Repräsentativa und Direktiva, zum Teil auch auf Kommissiva und vereinzelt Expressiva (nach Searle 1976) zurück.

Insgesamt verwendeten die Pflegefachkräfte 40 Sprechhandlungen der Direktiva, darunter vor allem FRAGEN (24) und AUFFORDERN (10), gefolgt von den Repräsentativa MITTEILEN (21), FESTSTELLEN (5) und ERKLÄREN (4). Hier finden sich auch zahlreiche Sprechhandlungen des ANKÜNDIGENS (14) aus der Kategorien der Kommissiva. Dem gegenüber stehen vorrangig repräsentative Sprechhandlungen wie MITTEILEN (13) und FESTSTELLEN (11) sowie die Direktiva FRAGEN (9) und AUFFORDERN (5), welche die Pflegebedürftigen einsetzten.

a) Die Pflegehandlung *Tabletten geben bzw. die Einnahme überwachen* als Teil der übergeordneten Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* zeigt auf Seiten der Pflegepersonen bei 10 untersuchten Gesprächen am häufigsten die Sprechhandlungen FRAGEN (9), ANKÜNDIGEN (5) und AUFFORDERN (5), BESTÄTIGUNG ERFRAGEN (4), also hauptsächlich Direktiva und Kommissiva. Auf Seiten der Pflegebedürftigen gibt es 3 Sprechhandlungen des BEHAUPTENS, 2 des FESTSTELLENS und MITTEILENS, also alles Repräsentativa.

Analysiert man die Sequenzen genauer, ergeben sich im empirischen Material folgende Kommunikationsmuster, ausgedrückt in Sprechhandlungen:

- Bei der Kontrolle der Tabletteneinnahme BEHAUPTET der/die Pflegebedürftige einen Sachverhalt über die Tabletten, die Pflegeperson FRAGT nach, das Spiel wiederholt sich, bis die Pflegeperson am Ende zur Einnahme AUFFORDERT.
- Die Pflegeperson FORDERT zur Einnahme auf, KÜNDIGT ihre Hilfestellung AN, der/die Pflegebedürftige TEILT MIT, dass die Hilfestellung nicht nötig sei; daraufhin FORDERT die Pflegeperson erneut zur Einnahme AUF und ERFRAGT nach jeder Aufforderung und Ankündigung die BESTÄTIGUNG.

Bei sehr einseitiger Kommunikation gibt es folgende Konstellationen:

- Die Pflegeperson BIETET die Tablette an, FORDERT zur Einnahme AUF und KÜNDIGT ihre Hilfestellung AN.
- Die Pflegeperson FRAGT nach den Einnahmemodalitäten.
- Die Pflegeperson FRAGT nach der (vollzogenen) Einnahme und FORDERT dazu auf, FRAGT noch mehrmals nach den Einnahmemodalitäten.

b) Bei der Pflegehandlung *Einnahme der Tabletten initiieren* dominieren die beiden Sprechhandlungen MITTEILEN (Repräsentativa) und AUFFORDERN (Direktiva) durch die Pflegekräfte. Dabei fällt auf, dass die Aufforderungen in den zwei untersuchten Gesprächen von zwei unterschiedlichen Pflegekräften nicht direkt geäußert wurden, sondern indirekt durch eine MITTEILUNG, nämlich darüber, dass die Tabletten zur Einnahme bereitliegen. In beiden Fällen verließ die Pflegekraft nach dieser Äußerung die Wohnung und überließ die Einnahme den Pflegebedürftigen, signalisierte damit also auch Vertrauen.

c) Um den *Bestand an Tabletten zu besprechen*, werden von den Pflegepersonen vor allem FRAGEN (6) gestellt, MITTEILUNGEN (5) und ANKÜNDIGUNGEN (6) ausgesprochen, also etwa gleich viele Repräsentativa, Direktiva und Kommissiva. Die Pflegepersonen beteiligen sich an diesen Bestandsgesprächen durch MITTEILUNGEN (7), FESTSTELLUNGEN (5) sowie AUFFORDERUNGEN (3) und FRAGEN (2), also vor allem repräsentative Sprechhandlungen. Auch aufgrund der geringen Anzahl der Gespräche konnte ich hier kein eindeutiges Muster herausarbeiten. Vier Gespräche mit drei verschiedenen Pflegekräften habe ich zu dieser Pflegehandlung analysiert.

- In Gespräch 1 FRAGT die Pflegefachkraft, ob noch genügend Tabletten vorhanden sind, daraufhin TEILT die/der Pflegebedürftige MIT, dass dem so sei. Die Pflegefachkraft TEILT MIT, dass sie das verordnete Medikament in die Dosette gelegt hat. Der/die Pflegebedürftige FRAGT nach, ob dies denn auch genügt und die Pflegeperson STELLT daraufhin FEST, dass dem nicht so ist und mehr davon benötigt wird. Außerdem ERKLÄRT sie dem/der Pflegebedürftigen, für welche Krankheit dieses Medikament verschrieben wurde. Die/der Pflegebedürftige FRAGT noch einmal nach, um welches Medikament es sich handelt.
- Gespräch 2 beginnt auf die gleiche Weise, doch hier KÜNDIGT die Pflegefachkraft trotz positiver Antwort AN, die Tabletten in den kommenden Tagen mit- bzw. vorbeizubringen. Hier liegt die Verantwortung der Bestellung beim Pflegedienst.
- Im dritten analysierten Gespräch dieses Pflegehandlungstyps geht es um die Variante der *Besprechung des Bestands an Tabletten*, bei der die/der Pflegebedürftige die Medikamente beim Arzt selbst bestellt und die einzelnen Positionen mit der Pflegefachkraft bespricht. Dabei ERKLÄRT die/der Pflegebedürftige die Tatsache, dass er/sie gern alles auf einmal besprechen möchte, FORDERT die Pflegeperson indirekt dazu AUF, dies mit ihm/ihr zu besprechen und bis zum genannten Zeitpunkt eine Information zu erhalten, die nicht genannt wird (es geht um die Aufstellung der benötigten Medikamente durch den Pflegedienst, damit der Arzt diese erneut verschreibt); er/sie BEGRÜNDET die AUFFORDERUNG damit, dann gleich alles mit einmal bestellen zu können. Die Pflegeperson KÜNDIGT AN, am nächsten Tag Bescheid zu geben und sich alles zu notieren und TEILT dies dem/der Pflegebedürftigen MIT. Dann FRAGT die Pflegekraft NACH, um welche Medikamente es sich handelt und der/die Pflegebedürftige TEILT die Informationen MIT und FORDERT gleichzeitig indirekt dazu AUF, diese zu notieren. Anschließend ERKLÄRT er/sie nochmals den Sachverhalt mit der Bestellung und dem Arzttermin. Die Pflegeperson ERKLÄRT, dass sie die Positionen notiert hat und KÜNDIGT nochmals AN, am kommenden Tag die gewünschte Info zu geben.
- Beim vierten Gespräch FRAGT die Pflegeperson allgemein nach dem Bestand der Tabletten, der/die Pflegebedürftige STELLT FEST und TEILT MIT, dass alles vorhanden sei. Daraufhin KÜNDIGT die Pflegeperson AN, an einem der folgenden Tage die Tabletten zu stellen und ERFRAGT DIE BESTÄTIGUNG dafür.

d) In zwei Gesprächen mit zwei unterschiedlichen Pflegefachkräften wurde *die Tablettdosis besprochen*. Dabei FRAGTEN (6) vor allem die Pflegepersonen und TEILTEN etwas MIT (2), führten also vorrangig direktive Sprechhandlungen aus, gefolgt von repräsentativen. Bei den Pflegebedürftigen dagegen dominierten die Repräsentativa durch MITTEILUNGEN (2) und FESTSTELLUNGEN (2). Die Gespräche verliefen so:

- Die/der Pflegebedürftige FRAGT nach der Dosis. Die Pflegeperson TEILT die Modalitäten wie Menge und Einnahmezeiten mit. Die Pflegeperson FRAGT nach, wann der/die Pflegebedürftige ein bestimmtes Medikament normalerweise einnimmt, welche Dosierung normalerweise angewendet wird. Dann FRAGT der/die Pflegebedürftige wieder nach, wann ein anderes bestimmtes Medikament eingenommen werden soll und die Pflegeperson TEILT ihm/ihr die vorgeschriebene Dosis MIT.
- Im zweiten Gespräch TEILT der/die Pflegebedürftige die Einnahmemodalitäten mit und beide STELLEN weitere Informationen zur Dosierung FEST.

e) Die beiden Gespräche der Teilpflegehandlung *Änderungen besprechen* zeigen hier auf Seiten der Pflegefachkräfte, meist Repräsentativa in Form von MITTEILUNGEN (10) und ERKLÄRUNGEN (3). Die Pflegebedürftigen FRAGEN (4) vor allem.

- Die Pflegefachkraft TEILT dem/der Pflegebedürftigen MIT, in welcher Dosis die Tabletten in Zukunft eingenommen werden sollen. Der/die Pflegebedürftige FRAGT nach, wie die Dosis im Moment geregelt ist und die Pflegeperson TEILT ihm/ihr die Antwort MIT und ERKLÄRT die Veränderungen. Der/die Pflegebedürftige FRAGT nochmals nach und die Pflegekraft BESTÄTIGT und TEILT nochmals die zukünftige Dosis MIT.
- Das zweite Gespräch ist geprägt von mehreren Unklarheiten und der Vermutung, dass sich die Pflegeperson vor dem Gespräch noch nicht über die Änderungen in der Medikation durch den Arzt informiert zu haben scheint. Deshalb kommt es zu mehreren NACHFRAGEN, MITTEILUNGEN UND ERKLÄRUNGEN, bei denen der Sachverhalt geklärt wird. Es scheint auch Missverständnisse zu geben zwischen der Verordnung und den tatsächlich vorhandenen Medikamenten. Die Pflegeperson FORDERT den/die Pflegebedürftige am Ende dazu AUF, die vorhandenen Tabletten zu behalten und sich die neu verschriebenen zu besorgen.

f) In drei Gesprächen mit zwei verschiedenen Pflegefachkräften wird beim *Besprechen der Stellung der Tabletten* von Pflegepersonen drei Mal ANGEKÜNDIGT (Kommissiva), einmal GEFRAGT (Direktiva), von Pflegebedürftigen zwei Mal AUFGEFORDERT (Direktiva).

Zweimal KÜNDIGT die Pflegeperson die Stellung der Tabletten einfach nur an. Einmal FRAGT der/die Pflegebedürftige danach. Die Pflegefachkraft TEILT mit, dass die Stellung bereits erfolgt ist, daraufhin FRAGT der/die Pflegebedürftige noch einmal nach, wann die Tabletten wieder aufgefüllt werden, woraufhin die Pflegekraft dann ihr Vorgehen ERKLÄRT.

7.1.4.2.2. Lexikalisch-semantische Analyse

Hier wird nun beschrieben, wie sich diese Sprechhandlungen konkret sprachlich manifestieren. Für eine semantische und morphologische Analyse bieten sich folgende Lexeme bzw. Worte oder semantische Einheiten an, da sie entweder relativ häufig vorkommen oder prototypisch für die Kommunikation in dieser Situation sind:

Nomen:

Tabletten (10x genannt), *Medikamente*, *Zucker*, *Doktor*, *Tagesdosette*, *Steigerung*, *Änderung*, *Notiz*, *Schritt* (*für Schritt*), *Kollegin*, *Frühstück*, *Morgen*, *Mittag*, *Abend*, *Essen*

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--------------------------------|---|
| Tablette | „besonderes Arzneimittel von der Form eines kleinen runden, mehr oder weniger flachen Scheibchens (zum Einnehmen)“ (Duden) |
| Medikament | Mittel, das in bestimmter Dosierung der Heilung von Krankheiten, der Vorbeugung oder der Diagnose dient; Arzneimittel (vgl. Duden) |
| Tagesdosette | Tablettenbox, zum Richten von Medikamenten in der für erforderlich gehaltenen bzw. verordneten Menge; enthält meist vier Fächer für die Einnahmezeitpunkte morgens, mittags, abends, nachts pro Tag (vgl. Wilfried 2011, IKK Bundesverband 2007, Duden, ⁸⁴) |
| Dosis | entsprechende, zugemessene Arzneimittelmenge (vgl. Duden) |
| Zucker | umgangssprachlich für „Zuckerkrankheit“, Fachausdruck: Diabetes mellitus (vgl. Duden) |
| Doktor | umgangssprachlich für Arzt (vgl. Duden) |
| Steigerung | i. S. v.: Anhebung, Anstieg, Erhöhung, Zunahme etc. (vgl. Duden) |
| Änderung | i. S. v.: Wechsel, Modifikation (vgl. Duden) |
| Schritt für Schritt | i. S. v.: ganz langsam, allmählich (vgl. Duden) |
| Kollegin | weibliche Form zu Kollege: jemand, der mit einem anderen im gleichen Beruf, Betrieb der der gleichen Institution/Organisation tätig ist (vgl. Duden) |

Tab. 4: Lexik/Semantik der Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen*

Außerdem wurden 10-mal verschiedene Wochentage genannt.

Verben:

kriegen (12x), *nehmen* (9x) und *wissen* (8x)

84 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

Zeitadverbien:

noch (9x), *gleich* (9x), *abends* (9x), *morgens* (9x), *jetzt* (9x) und *morgen* (6x)

Mengenangaben: *mal*

Wortfelder:

- Medikament (Hyperonym):

Medizin, Tabletten

außerdem als Erweiterung möglich: Tropfen, Salben, Saft, Antibiotika, Psychopharmaka, Arzneimittel, Heilmittel (Hyponyme)

Wortreihen:

| | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|---------|------|--------|
| früher | vorher | gerade | <i>jetzt</i> | sofort | gleich | nachher | bald | später |
|--------|--------|--------|--------------|--------|--------|---------|------|--------|

| | | | |
|----------------|----------------|---------------|---------------|
| <i>morgens</i> | <i>mittags</i> | <i>abends</i> | <i>nachts</i> |
|----------------|----------------|---------------|---------------|

| | | | | | | |
|---------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>Montag</i> | <i>Dienstag</i> | <i>Mittwoch</i> | <i>Donnerstag</i> | <i>Freitag</i> | <i>Samstag</i> | <i>Sonntag</i> |
|---------------|-----------------|-----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------|

Hier erscheint es sinnvoll, darüber hinaus noch umfangreiche Wortfelder und Kategorisierungen der Temporaladverbien zu bilden, z. B.:

- Temporaladverbien, die zur Bezeichnung eines Zeitpunkte oder eines Zeitabschnittes verwendet werden und mit „Wann“? erfragt werden, z. B.: anfangs, bald, dann, eben, endlich, eher, inzwischen, jetzt, mittlerweile, neulich, nun, schließlich, seither, seitdem, vorerst, vorhin, zuletzt, heute, morgen, gestern, übermorgen, früh, spät etc.
- Temporaladverbien, die eine Zeitdauer bezeichnen und mit „Wie lange“? erfragt werden, z. B.: immer, stets, lange, noch, zeitlebens etc.
- Temporaladverbien, die eine Wiederkehr bzw. eine Wiederholung ausdrücken und mit „Wie oft“? erfragt werden, z. B.: bisweilen, häufig, manchmal, mehrmals, oft, selten, abends, nachts, vormittags, montags, dienstags, einmal, zweimal, dreimal etc.

Wortfamilien:

- Wortstamm: *dosier-*
dosieren, Dosierung, Dosis, Dosette, Tagesdosette
- Wortstamm: *steig-*
steigern, Steigerung

Typische Wendungen:⁸⁵

- x Gestern haben Sie zwei Tabletten von mir gekriegt? (G 3)
- x Nehmen Sie die immer vor dem Essen? (G 6)
- x Sie kriegen noch gleich Ihre Medikamente. (G 14)
- x Wollen Sie die Tabletten gleich mittags nehmen oder soll ich sie in die Dosette tun? (G 18)
- x am nächsten Tag zum Frühstück (G 18)
- x Frau ..., Ihre Tablette. (G 20)
- x Warten Sie, ich hole Ihnen ein Glas Wasser. (G 20)
- x So, bitte schön. (G 20)
- x Haben Sie die Tablette schon genommen? (G 22)
- x Die Tabletten für abends haben Sie dahin gelegt? (G 24)
- x Ich habe Ihnen die Medikamente hingelegt für nachher, ja? Sie liegen auf dem Tisch und da steht das Glas Wasser. (G 7)
- x Haben Sie noch (Tabletten)? (G 6)
- x Das ist für Ihren Zucker. (G 6)
- x Ich glaube, Sie brauchen eine neue Packung. Das reicht nicht mehr. (G 6)
- x pro Tag drei Tabletten (G 6)
- x Es geht auch um die(Tabletten), das müsste ich wissen, dann kann ich die gleich mitbestellen. (G 18)
- x Und dann fehlen mir noch die(Ibuprofen) (G 18)
- x Am Donnerstag wird gestellt. (G 21)
- x morgens und abends zwei mal (G 6)
- x Zum ersten Achten kriegen Sie 125 mg, also morgens und abends kriegen Sie 50 mg und mittags 25 mg. Dann am zweiten Achten kriegen Sie dann morgens und abends 75 mg. (G 6)
- x Und jetzt kriegen Sie (G 6)
- x Das ist eine langsame Steigerung. (G 6)
- x Das wird gesteigert. (G 24)
- x Frau ..., waren Sie beim Doktor? (G 24)
- x Beim nächsten Mal stelle ich noch das (G 6)

85 Diese sind aus den Transkripten der Gespräche übernommen, aber sprachlich bereinigt.

7.1.4.2.3. Morphologische Analyse

Determinativkompositum:

Tag + FE⁸⁶ -es + Dosette

Kompositum:

früh + Stück → *Frühstück* (Adjektiv + Nomen)

Derivationen:

- durch Suffigierung: (Verb zu Nomen)
 - steig(ern) + Suffix *-ung* → *Steigerung*
 - änd(ern) + Suffix *-ung* → *Änderung*
- durch Präfigierung:
 - Präfix *rein-* + machen → *reinmachen*
 - Präfix *rein-* + tun → *reintun*
 - Präfix *voll-* + machen → *vollmachen*
 - Präfix *um-* + stellen → *umstellen*
 - Präfix *fertig-* + stellen → *fertigstellen*

Movierung:

Kollege → *Kollegin*

Entlehnungen:

- *Tablette* (französisch); Derivation aus dem Verb „dosieren“ mit dem franz. Suffix „ette“ (vgl. Kluge 1995)
- *Medikament* (lateinisch, abgeleitet von „heilen“) (vgl. Duden, Kluge 1995)

Kurzwortbildung:

Zucker: umgangssprachliche Kurzwortbildung (Kopfform) für „Zuckerkrankheit“

Flexion:

Die verschiedenen Verben treten in den Gesprächen vor allem im Präsens (101x) sowie im Indikativ (93x) auf, meist in Kombination beider Flexionsformen. Es finden sich vergleichsweise nur wenige Formen im Perfekt (13x), Präteritum (6x), Imperativ (8x) und Passiv (2x). In 17 Äußerungen kommen Modalverben vor.

86 FE = Fugenelement

Sprachliche Realisierung der Sprechhandlungen:

Im Folgenden werde ich für die Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* beispielhaft anführen, wie durch verschiedene Äußerungen unter Verwendung der am häufigsten vorkommenden Verben die wesentlichen Sprechhandlung realisiert werden. Dabei konzentriere ich mich auf die Äußerungen der Pflegefachkräfte mit dem Ziel der Beschreibung der produktiven Fertigkeiten. Ich gehe an dieser Stelle nicht detailliert auf die Äußerungen der Pflegebedürftigen ein, da diese rezeptiv erfasst werden müssen und es auch keine bedeutsamen Übereinstimmungen im empirischen Material gab.

Sprechhandlungen des ANKÜNDIGENS werden meist durch den Indikativ Präsens + einem Temporaladverb bzw. einer Zeitangabe gebildet. Hier die wichtigsten musterrealisierenden Beispiele:⁸⁷

- ◆ „Pp⁸⁸... jetzt gebe ich ihnen noch eine über den abend“ (G 3)
- ◆ „Pp ... medikamente kriegen sie noch gleich #00:09:48-3#“ (G6)
- ◆ „Pp warten sie ich hol ihnen ein glas wasser #00:00:54-0# (G 20)
- ◆ „Pp ich bring ihnen ein glas mit wasser ja? #00:03:21-7#“ (G 26)
- ◆ „Pp das kann ich ihnen morgen sagen #00:02:39-7#“ (G 18)
- ◆ „Pp dann mach ich mir gleich eine notiz #00:02:43-4#“ (G 18)
- ◆ „Pp beim nächsten mal stell ich noch das (endodoron?) #00:02:57-2#“ (G 6)

Sprechhandlungen des FRAGENS werden ebenfalls in den meisten Fällen durch den Präsens Indikativ ausgedrückt. Hier einige Beispiele aus den Gesprächen:

- ◆ „Pp nehmen sie das eigentlich immer vor dem essen oder gleich als erstes (0.3) das (retroxin?)? #00:05:47-1#“ (G 6)
- ◆ „Pp die haben sie noch frau n? #00:03:24-3#“ (Tabletten) (G 6)
- ◆ „Pp tabletten alle da noch? #00:00:24-7#“ G 21)
- ◆ „Pb ab montag oder diensttag sind denn da/ sind denn abends schon tabletten dabei? #00:01:23-8#“ (G 24)
- ◆ „Pp ... haben sie nochmal gepustet oder einfach in mund gesteckt?“
- ◆ „Pp haben sie schon genommen? #00:02:11-1#“ (G 22)
- ◆ „Pp sind schon fertiggestellt ne? #00:00:44-0#“ (G 16)

Beispiele für Präteritum und Perfekt sowie die Verwendung von Modalverben:

⁸⁷ Die Äußerungen habe ich sprachlich geglättet.

⁸⁸ Pp: Pflegeperson, Pb: Pflegebedürftige/r

- ◆ „Pp wie viel waren es denn? #00:00:10-2#“ (G 4)
- ◆ „Pp frau s haben sie waren sie beim doktor? #00:00:25-2#“ (G 24)
- ◆ „Pp frau k wolln sie die gleich mittags nehmen oder soll ich hier rein machen #00:00:22-8#“ (G 18)
- ◆ „Pp und die mittags wollen sie gleich haben? #00:00:41-0#“ (G 19)

Das AUFFORDERN wird folgendermaßen realisiert: relativ gleich verteilt durch Präsens Indikativ, Imperativ und Modalverben:

- ◆ „Pp frau v (0.5) ich hab ihnen die medikamente hingelegt für nachher ja die liegen auf dem tisch und da steht das glas wasser“ (G 6) (Präsens Indikativ)
- ◆ „Pp tabletten liegen aufm tisch herr b #00:00:34-8#“ (G 11) (Präsens Indikativ)
- ◆ „Pp so (0.3) wollen sie die gleich nehmen oder? #00:02:16-1#“ (G 22) (Modalverb)
- ◆ „Pp so machen sie mal zu wir müssen tabletten nehmen ne? #00:01:29-1# (G 26)
- ◆ „Pp machen sie wie sie wollen (0.2) hauptsache sie nehmen sie jetzt #00:03:37-7#“ (G 26)
- ◆ „Pp okay naja da müssen sie glaube ich erstmal besorgen oder? #00:01:41-8#“ (G 24)

MITTEILUNGEN werden vor allem durch den Präsens Indikativ wiedergegeben, manchmal auch durch das Perfekt und in einem Fall auch durch das Passiv:

- ◆ „Pp dann lass ich das kurz aus und (unv.) erstmal weiter #00:05:34-7# (G 6)
- ◆ Pp also morgens uns abends kriegen sie 50 und mittags 25 #00:13:54-9# (G 6)
- ◆ Pp dann am zweiten achten kriegen sie dann morgens und abends 75 #00:14:07-4# (G 6)
- ◆ „Pp ich hab ja gesehen sie haben diese (2) das wird gesteigert #00:00:50-3#“ (G 24)
- ◆ „Pp die (galopetin?) (0.7) die hab ich wieder rein (getan?) #00:03:47-6#“ (G 6)

◆ „Pp hab ich mir notiert für donnerstag #00:03:20-3# » (G 18)

Die Sprechhandlung FESTSTELLEN:

- ◆ „Pp die seh ich aber nicht“ (G 4)
- ◆ „Pp ich glaub da muss ne neue her (0.5) das reicht noch nicht #00:03:56-4#“ (G 6)

Die Sprechhandlung ERKLÄREN:

- ◆ „Pp das ist für ihren zucker #00:04:01-6#“ (G 6)
- ◆ „Pp jetzt kriegen sie 50 morgens 20 50 (...) so dass sie auf 100 äh 125 jetzt wieder kommen und dann kriegen sie ab zweiten achten dann insgesamt 150 #00:14:23-8#“ (G 6)
- ◆ „Pp ja dass es so ne langsame steigerung #00:14:27-9#“ (G 6)

7.1.4.2.4. Syntaktische Analyse

Die Kommunikation bei der Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* zeichnet sich von Seiten der Pflegepersonen durch folgende Charakteristika aus:

Satzformen:

Pflegepersonen formulieren vor allem Aussagesätze (30x), aber auch sowohl Entscheidungs- (13x) als auch ein paar Ergänzungsfragen (3x). Neben Ellipsen (13x) (G 6, 16, 18, 21, 24) werden meist einfache vollständige Sätze in Umgangssprache gebildet. Satzverknüpfungen mit den Konjunktionen *wenn*, *dann*, *und* sowie *dass* kommen 6-mal vor (G 6, 17), z. B.:

- ◆ „tabletten alle da noch? #00:00:24-7#“ (G 21)
- ◆ „das kann ich ihnen morgen sagen #00:02:39-7#“ (G 18)
- ◆ „jetzt kriegen sie 50 morgens 20 50 #00:14:11-4# (G6)
- ◆ „so dass sie auf 100 äh 125 jetzt wieder kommen und dann kriegen sie ab zweiten achten dann insgesamt 150 #00:14:23-8#„ (G 6)

Verbformen:

Verben kommen fast ausschließlich in der 1. (30x) und 3. Person Singular (12x) sowie in der 3. Person Plural (8x) und in der 3. Person Plural als Höflichkeitsform (26x) vor, meist im Präsens (45x), z. B.:

◆ „die haben sie noch frau n? #00:03:24-3#“ (G 6)

Zum Teil werden Verben auch im Perfekt (10x) (G 3, 4, 6, 7, 18, 22, 24) und im Präteritum (4x) gebraucht; des Weiteren treten mehrere Imperative (7x) (G 7, 20, 24, 26), die Modalverben *können* (3x), *sollen* (1x), *wollen* (3x) und *müssen* (2x) (G 14, 18, 22, 24, 26) sowie das Passiv (3x) auf.

Persönliche Ansprache:

Es kommt 5-mal vor, dass die Pflegebedürftigen direkt mit Ihrem Nachnamen angesprochen werden (G 6, 7, 17, 18, 24), z. B.:

◆ „die haben sie noch frau n? #00:03:24-3#“ (G 6)

◆ „frau s haben sie waren sie beim doktor? #00:00:25-2#“ (G 24)

Bestätigung(ssignale):

9-mal wird Bestätigung erfragt durch *ne* (6x), *ja* (2x) und *oder* (1x) (G3, 6, G16, G21, G22, G24, G26), z. B.:

◆ „so machen sie mal zu wir müssen tabletten nehmen ne?“
#00:01:29-1#

◆ „ich bring ihnen ein glas mit wasser ja?“ #00:03:21-7# (G 26)

Bestätigung für das, was die Pflegebedürftigen gesagt haben, werden durch *ja*, *genau*, *ok* (G 6, 16, 17, 18, 24,) ausgedrückt. Das Hörsignal *hm* kommt 4-mal vor (G 6, 16, 22, 24).

Deixis:

Deixis wird vor allem durch die Pronomen *das* (13x) und *die* (7x), außerdem durch *da* (6x), *hier* und *jetzt* (je 3x) hergestellt (G 4, 14, 18, 19, 20, 22, 26), z. B.:

◆ „das ist für ihren zucker #00:04:01-6#“ (G 6)

◆ „frau v (0.5) ich hab ihnen die medikamente hingelegt für

nachher ja die liegen auf dem tisch und da steht das glas
wasser (0.5) alles klar (0.4) ja dann schlafen sie ein bisschen
#00:04:18-5#“ (G 7)

◆ „Pp und die mittags wollen sie gleich haben? #00:00:41-0#“ (G 18)

Besonders häufig und auffällig ist die Verwendung von *so* (6x) in Situationen, in denen aufgrund des psychischen und physischen Zustands der Pflegebedürftigen sowie des klaren und immer wiederkehrenden Kontexts nur wenig Kommunikation stattfindet und auf die ganze Handlung sowie auf das Objekt (Medikament etc.) verwiesen werden soll, z. B.:

◆ „Pp <<flüsternd> so bitte schön> #00:00:53-2# (G 19)“

◆ „Pp <<flüsternd> so> #00:01:17-8# (G 19)“

Weiteres:

Adjektive und (Abtönungs-)Partikeln spielen kaum eine Rolle.

7.1.4.3. Die Pflegehandlung *Insulinbehandlung*

7.1.4.3.1. Sprechhandlungen

In den beiden Gesprächen, bei denen der Blutzucker gemessen wurde, finden sich die beiden Sprechhandlungen ANKÜNDIGEN und UM ERLAUBNIS BITTEN von den Pflegepersonen, aber keine darauf bezogene sprachliche Äußerung durch die Pflegebedürftigen:

• ANKÜNDIGEN (G 23):

◆ „Pp dann messen wir (2) jetzt #00:01:34-0#“

• UM ERLAUBNIS BITTEN (G 25):

◆ „Pp so darf ich in/ ein finger? #00:01:38-0#

((blutzuckermessgerät piept, zwei mal))“

Wenn über gemessene Blutzuckerwerte und die daraus abgeleiteten Insulinmengen gesprochen wurde, kamen folgende Sprechhandlungen von Seiten der Pflegefachkräfte vor:

- FESTSTELLEN (4x) (G 2, 23, 25), z. B.:
 - ◆ „Pp (unv.) sechsendreissig #00:04:45-7#
((gemessener Wert))“ (G 2)
- BEGRÜNDEN (3x) (G 2, 25), z. B.:
 - ◆ „Pp wir brauchen heute nicht zu spritzen (1) ihr wert ist ja da drunter (3) ja? #00:03:02-8#“ (G 25)
- MITTEILEN (3x) (G 2, 25), z. B.:
 - ◆ „Pp ich hab noch eines über zehn gegeben #00:06:47-7#“ (G2)
- BEWERTEN (2x) (G 2, 4), z. B.:
 - ◆ „Pp das geht ja #00:03:50-2#“
- FRAGEN (1x) (G 23):
 - ◆ „Pp fünfzehn einheiten wo haben sie die? #00:02:36-9#“

Die Pflegebedürftigen sprechen hier bedeutend weniger. Sie BESTÄTIGEN kurz (2x) (G 2, 25), TEILEN MIT (1x) (G 4) und BEWERTEN (1x) (G 25), z. B.:

- BESTÄTIGEN (G 2):
 - ◆ „Pb ja #00:05:57-3#“
- MITTEILEN (G 4):
 - ◆ „Pb ja zweiunddreissig (unv.) einen hab ich gespritzt und dreihundertzwanzig (unv.) #00:03:49-1#“
- BEWERTEN (G 25):
 - ◆ „Pb na ist doch schön #00:03:04-0#“

Wenn sich Pflegefachkräfte nach dem zur Bestimmung und Bewertung von Blutzuckerwert und Insulinmenge wichtigen Essen erkundigten, wendeten sie die Sprechhandlung des FRAGENS an (4x) (G 2, 23, 25), worauf die Pflegebedürftigen mit BESTÄTIGUNGEN (2x) und MITTEILUNGEN (2x) (G 2, 23, 25) antworteten, z. B.:

- ◆ „Pp haben sie schon mittag gegessen? #00:05:14-5#“
- ◆ „Pb ja #00:05:15-5#“ (G 25)

Bei der Pflegehandlung *Insulin spritzen* traten folgende Sprechhandlungen durch die Pflegefachkräfte auf: ANKÜNDIGEN (4x) (G 7, 23), AUFFORDERN (3x) (G2, 7), FRAGEN (2x) (G 7, 23), UM ERLAUBNIS BITTEN (1x) (G 7), WARNEN (1x) (G 7), FESTSTELLEN (1x) (G 23), welche von den Pflegebedürftigen zum Teil sprachlich beantwortet wurden und zwar durch BESTÄTIGEN (3x) (G 2, 7), z. B.:

- ANKÜNDIGEN (G 7):
 - ◆ „Pp ich mach ihnen mal den gürtel ab ja? #00:00:34-8#“
- AUFFORDERN (G 2):
 - ◆ „Pp oh jetzt können sie mir aber ihren Oberschenkel geben #00:06:06-5#“
- AUFFORDERN + FRAGEN (G 7):
 - ◆ „Pp machen sie mal frei (2.5) oder soll ich machen? #00:00:29-8#“

Bei der Initiierung bzw. Überwachung der Selbstmedikation mit Insulin lief die Kommunikation in Sprechhandlungen folgendermaßen ab:

- Überwachung der Medikamenteneinnahme (G4):
 - Pflegeperson: FRAGEN
 - Pflegebedürftige/r: BESTÄTIGEN / MITTEILEN
 - Pflegeperson: BEWERTEN
- Initiierung der Medikamenteneinnahme (G15):
 - Pflegeperson: FESTSTELLEN
 - Pflegebedürftige/r: BESTÄTIGEN
 - Pflegeperson: ANKÜNDIGEN
 - Pflegebedürftige/r: BESTÄTIGEN
 - Pflegebedürftige/r: FESTSTELLEN
 - Pflegeperson: ANLEITEN

Hier kommt auch die Sprechhandlung des ANLEITENS vor:

- ◆ „Pp hundertvierundachzig (3) da spitzen sie sich jetzt bitte acht einheiten #00:01:31-4#“ (G 15)

7.1.4.3.2. Lexikalisch-semantische Analyse

Nomen: Nicht häufig von den Pflegepersonen verwendete, aber durchaus für den Kommunikationsanlass relevante Nomen sind:

Pikser/Piks, Insulin, Mittag, Seite (2x), Oberschenkel, Abendbrot, Blutdruck, Bauch, Gürtel, Spritze, Muskel, Finger, Woche, Einheit, Kollege und Pflaster;

Kühlschrank (von Pflegebedürftigen)

| Lexeme/Worte | Semantik |
|--------------|--|
| Pikser/Piks | „Einstich“ (Duden) |
| Insulin | i. S. v.: „Insulin enthaltendes Arzneimittel für Zuckerkrank“ (Duden), d. h. für an Diabetes mellitus leidende Personen (vgl. Duden) |
| Blutdruck | „Druck des Blutes auf das Gefäßsystem“ (Duden) |
| Spritze | „medizinisches Gerät, mit dem ein Medikament o. Ä. in flüssiger Form injiziert wird“ (Duden) |
| Einheit | „einem Maß-, Zählsystem zugrunde liegende Größe“ (Duden) |
| Pflaster | „Heftpflaster“ (Duden) |

Tab. 5: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung *Insulinbehandlung* (Nomen)

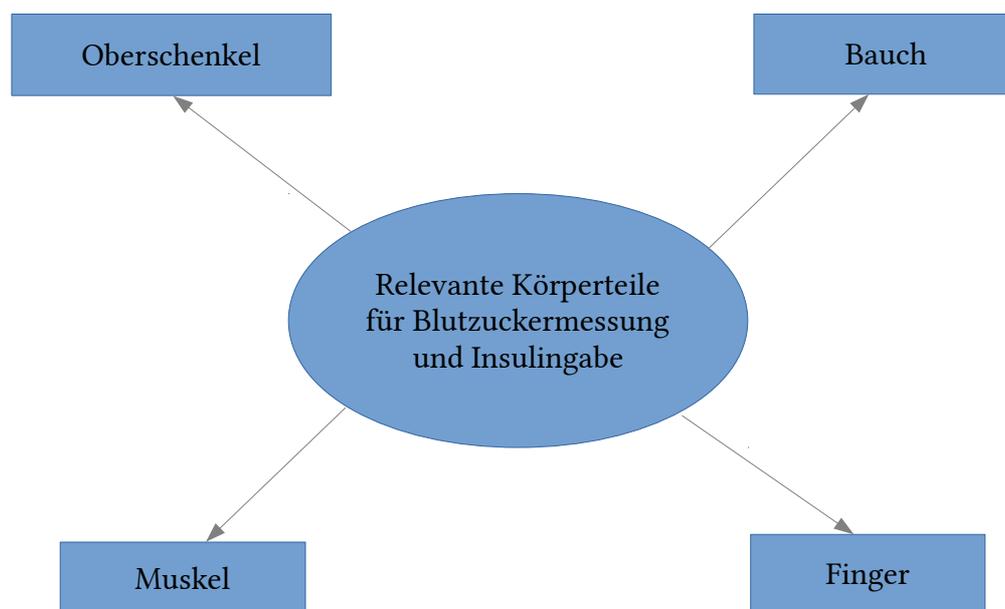
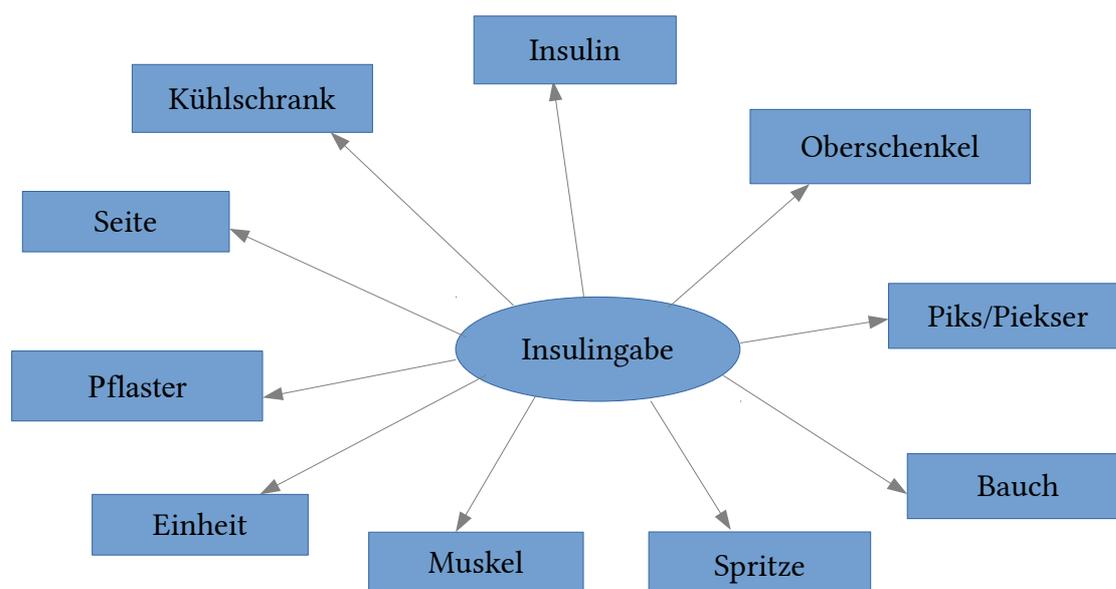
Wortfelder:

Abb. 1: Wortfeld zu Pflegehandlung *Insulinbehandlung*

Abb. 2: Wortfeld zu Pflegehandlung *Insulingabe*

- sich nach dem Essen erkundigen (Hyperonym):

Abendbrot, Mittag(essen) (Hyponyme)

Verben:

essen (7x), geben (6x), spritzen (4x), nehmen, glauben, fragen, wissen, aufziehen, schlafen, kommen (2x), reingehen, zurechtkommen, freimachen, abmachen, herzeigen, erschrecken, anspannen, bekommen, eintragen, kriegen, draufmachen, bluten, bewegen, messen, gucken, wegtun, einstellen, hinlegen

| Lexeme/Worte | Semantik |
|---------------|--|
| reingehen | i. S. v.: „ins Innere gehen“ (Duden) |
| zurechtkommen | „für etwas ohne große Schwierigkeiten einen möglichen Weg, die richtige Lösung finden, es bewältigen; mit jemandem/etwas fertigwerden“ (Duden) |
| freimachen | i. S. v.: einen Körperteil von Kleidung entblößen, um Insulin spritzen zu können |
| abmachen | i. S. v.: „(umgangssprachlich) von etwas loslösen und entfernen“ (Duden) |
| herzeigen | i. S. v.: „jemanden sehen lassen, jemandem vorzeigen“ (Duden) |
| anspannen | i. S. v.: straffer spannen (Duden), hier: den Muskel anspannen zum Spritzen |
| eintragen | hier: in den Pflegebericht eintragen, reinschreiben |
| draufmachen | hier: ein Verbandsmaterial auf eine Wunde, Einstichstelle etc. aufbringen/ draufkleben |

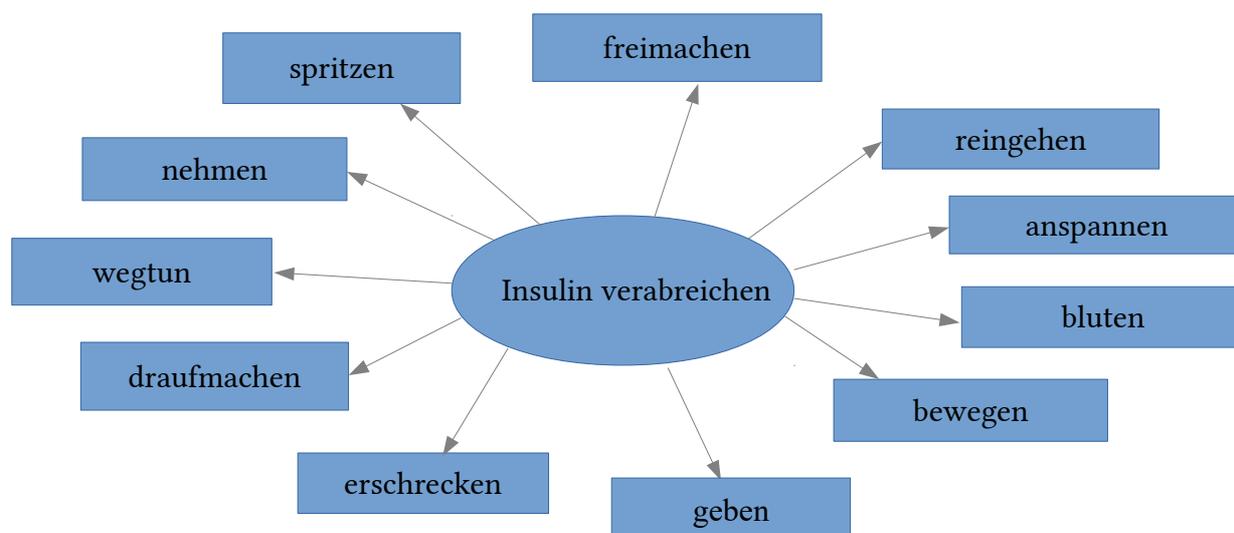
| | |
|------------|--|
| messen: | „durch Anlegen, Zugrundelegen eines Maßes ermitteln“ (Duden) |
| wegtun | i. S. v.: „wegwerfen“ (Duden) |
| einstellen | i. S. v.: „in bestimmter Weise stellen, regulieren“ (Duden), hier: Medikamente wie Insulin, Tabletten etc. |

Tab. 6: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung *Insulinbehandlung* (Verben)**Adverbien:**

Temporaladverbien *jetzt* (6x), *gleich* (3x), *heute* (2x) sowie *nachher* und *morgen*
 Lokaladverb *hier* (5x)

Weitere:

Zahlwörter kommen relativ häufig vor, um Insulineinheiten, Blutzuckerwerte und die Uhrzeit zu bestimmen. Adjektive spielen keine große Rolle, verwendet werden: *leer*, *oft* (2x), *gut* (2x), *klein* (2x), *nächste* (2x), *weich* (1x); (3x) *ein bisschen* als Pronomen.

Wortfelder:Abb. 3: Wortfeld zu Pflegehandlung *Insulinbehandlung*

- Blutzucker messen (Hyperonym):

freimachen, messen (Hyponyme)

- Essen (Hyperonym):

essen, geben, fragen (Hyponyme)

- Blutzucker messen (Hyperonym):

messen, Finger, geben, herzeigen, Blutdruck (Hyponyme)

- Insulin spritzen (Hyperonym):

Spritze, spritzen, erschrecken, Pikser/Piks, anspannen, bewegen, reingehen, Muskel, Oberschenkel, Bauch, freimachen, wegtun, hinlegen (Hyponyme)

- Einspritzstelle versorgen (Hyperonym):

bluten, Pflaster, draufmachen (Hyponyme)

- Essen (Hyperonym):

Mittag, Abendbrot, essen, bekommen (Hyponyme)

Einige der Nomen und Zeitadverbien finden sich auch in den Wortfeldern und Wortreihen unter der Pflegehandlung *Medikamentengabe* wieder (siehe oben).

Wortfamilie:

- Wortstamm: *spritz-*

Spritze, spritzen

Typische Wendungen:⁸⁹

- ✗ Ich gebe/spritze Ihnen jetzt zwölf Einheiten. (G 2)
- ✗ Geben Sie mir bitte den Oberschenkel/Finger? (G 2)
- ✗ Was gibt es zu Mittag/zum Abendbrot/zu essen? (G 2)
- ✗ Der Blutdruck ist jetzt besser eingestellt. (G 2)
- ✗ in den Bauch/Oberschenkel spritzen (G 2, G7)
- ✗ Nicht erschrecken, gleich gibt es einen Pikser/Piks. (G 7)
- ✗ Insulin spritzen (G 15)
- ✗ die Spritze aufziehen (G 15)
- ✗ Das nächste Mal nehmen wir die andere Seite. (G 15)
- ✗ Die Spritze geht schwer in den Muskel rein. (G 15)
- ✗ Soll ich ein Pflaster draufmachen? (G 15)
- ✗ Es blutet ein bisschen. (G 15)
- ✗ Können Sie die Beine bewegen? (G 15)
- ✗ den Blutdruck messen (G 23)
- ✗ Haben Sie schon zu Mittag gegessen? (G 23)
- ✗ Ich trage den Wert in den Pflegebericht ein. (G 23)
- ✗ Ich esse immer um zwölf Uhr. (G 25)

⁸⁹ Diese stammen aus den Transkripten der Gespräche, sind aber sprachlich bereinigt.

7.1.4.3.3. Morphologische Analyse

Determinativkomposita:

Abend + Brot, Blut + Druck

Komposita:

ober(e) + Schenkel → *Oberschenkel* (Adjektiv + Nomen)

kühl(en) + Schrank → *Kühlschrank* (Verb + Nomen)

Derivation:

- durch Suffigierungen:

Piks(en) + Suffix *-er* → *Pikser* (Verb zu Nomen)

spritz(en) + Suffix *-e* → *Spritze* (Verb zu Nomen)

ein + Suffix *-heit* → *Einheit* (Artikel zu Nomen)

- durch Präfigierungen:

Präfix *auf-* + ziehen → *aufziehen*

Präfix *(he)rein-* + gehen → *(he)reingehen*

Präfix *zurecht-* + kommen → *zurechtkommen*

Präfix *ab-* + machen → *abmachen*

Präfix *her-* + zeigen → *herzeigen*

Präfix *er-* + schrecken → *erschrecken*

Präfix *an-* + spannen → *anspannen*

Präfix *be-* + kommen → *bekommen*

Präfix *ein-* + tragen → *eintragen*

Präfix *d(a)rauf-* + machen → *draufmachen*

Präfix *ein-* + stellen → *einstellen*

Präfix *hin-* + legen → *hinlegen*

Flexion:

Die meisten Verben stehen im Präsens Indikativ.

7.1.4.3.4. Syntaktische Analyse

Satzarten:

Die meisten Sätze sind von einfacher Struktur. Es werden vor allem Aussagesätze (30x) sowie Entscheidungsfragen (16x) gebildet. Pflegepersonen erfragen 10-mal Bestätigung für vorher Gesagtes oder Angebote bzw. haken noch einmal nach durch die Partikel *ja* (G 15, 23, 25) und bestätigen selbst mit den Partikeln *ja* und *ok* (je 6x) (G 2, 7, 15, 23, 25). Die Partikel *mal* (6x) wird dann als Abtönungspartikel verwendet, wenn es um Pflegehandlungen geht, die als unangenehm oder gar schmerzvoll gelten bzw. wenn, wie in Gespräch 7, eine kritische Situation vorherrscht, in der die Pflegebedürftige zur Zusammenarbeit bei einer Pflegemaßnahme überzeugt werden soll, z. B.:

- ◆ „sie möchten schlafen ich weiss aber ich muss ein bisschen was machen (0.2) darf ich sie mal in den bauch spritzen? #00:00:23-3#“ (G 7)
- ◆ „mal anspannen #00:03:38-9#“ (G 15)

Verbformen:

Die Verben werden vor allem in der 1. Person Singular (22x) sowie der 3. Person Plural als Höflichkeitsform (15x) und in der 3. Person Singular (14x) verwendet. Präsens ist die vorherrschende Tempusform (50x), im Vergleich dazu kommt das Perfekt lediglich 4-mal vor. Der Imperativ wird 4-mal gebraucht, dagegen finden sich 10-mal Modalverben, davon je 3-mal *können* und *müssen*.

Persönliche Ansprache:

3-mal werden die Pflegebedürftigen direkt mit ihren Nachnamen angesprochen.

Deixis:

Deixis wird vor allem durch die Pronomen *das* (4x) und *die* (3x) sowie durch die Adverbien *jetzt* (7x), *hier* (7x) und die Partikel *so* (3x) hergestellt.⁹⁰

Es finden sich in den Äußerungen der Pflegepersonen aber auch Satzverknüpfungen zwischen zwei Hauptsätzen und zwischen Haupt- und Nebensätzen mit unterschiedlichen Konjunktionen (5x) (G 7, 15), z. B.:

- ◆ „sie möchten schlafen ich weiss aber ich muss ein bisschen was machen“ (G7)

90 vgl. Greafen/Liedke (2008: 128)

- ◆ „ja die müssen sie mir jetzt oder haben wir das hier? #00:03:14-0#“ (G 23)

7.1.4.4. Die Pflegehandlung *Wundversorgung*

7.1.4.4.1. Sprechhandlungen

Da sich die Gespräche zur Pflegehandlung *Wundversorgung* (G 7, 8 und 10) sehr voneinander unterscheiden, ist hier kein Muster erkennbar. Im ersten Gespräch (G 7), das relativ schwierig und nicht kooperativ erscheint, versuchte die Pflegeperson zunächst durch die Sprechhandlung des AUFFORDERNS und BEGRÜNDENS die Pflegebedürftige zur Zusammenarbeit zu bewegen, danach mittels ANBIETEN und UM ERLAUBNIS BITTEN, was aber beides durch deutliches ABLEHNEN zurückgewiesen wurde. Die Pflegeperson setzte die Strategie des ANBIETENS und UM ERLAUBNIS BITTENS fort, dies wurde durch aggressives AUFFORDERN und ABLEHNEN und schließlich durch Schweigen beantwortet:

- AUFFORDERN / BEGRÜNDEN:
 - ◆ „**Pp** frau ...? (1) drehen sie sich mal auf die andere seite damit ich mal ihre narbe angucken kann? #00:01:49-3#
- ABLEHNEN:
 - ◆ **Pb** <<schreiend, ablehnend> nein (unv.)> #00:03:12-0#
- UM ERLAUBNIS BITTEN:
 - ◆ **Pp** frau ... ich möchte mir nur mal die narbe anschauen #00:03:14-7#
- ABLEHNEN:
 - ◆ **Pb** nein #00:03:15-1#
- ANBIETEN / UM ERLAUBNIS BITTEN:
 - ◆ **Pp** darf ich das morgen machen? #00:03:17-4#
- ABLEHNEN / AUFFORDERN:
 - ◆ **Pb** wenn ich schlafe möchte ich nicht lass mich in ruhe #00:03:20-8#
- ANBIETEN / UM ERLAUBNIS BITTEN:
 - ◆ **Pp** können wie ne ab/ können wir eine vereinbarung treffen? (1) darf ich mir die morgen mal anschauen? (1.5) ok #00:03:29-1#

Beim zweiten Gespräch (G 8) FRAGT die Pflegeperson, der Pflegebedürftige LEHNT AB:

- ◆ **Pp** wollen wir das grüne nochmal drüber machen oder irgendwas fertiges?
- ◆ **Pb** nö #00:06:12-4#

Beim dritten, sehr kooperativen und langen Gespräch (G 10), bei dem die Pflegebedürftige die Pflegehandlungen initiierte, ergibt sich ein andere Abfolge von Sprechhandlungen: Die Pflegebedürftige WEIST hier AN, BESTÄTIGT, ERKLÄRT, FRAGT, TEILT MIT und BEWERTET, während die Pflegeperson FRAGT, FESTSTELLT, DIAGNOSTIZIERT, MITTEILT, ANKÜNDIGT, ERKLÄRT, BESTÄTIGT und ANBIETET, z. B.:

- ANWEISEN:
 - ◆ **Pb** was du mir mal machen kannst (1.5) ((laute geräusche)) ich hab doch da son ((rascheln)) (unv.) wirst de sehn dass de det och machst un ma nachguckst #00:00:33-2#"
 - ◆ „**Pb** nee aber det muss ma abmachen runtermachen #00:00:41-9#"
- BESTÄTIGEN:
 - ◆ „**Pb** is trocken ja #00:07:54-8#"
- DIAGNOSTIZIEREN, ANBIETEN:
 - ◆ „**Pp** is wahrscheinlich des aufgeplatzt und hat n bisschen geblutet ähm (1) soll ich des n bisschen einreiben drumherum damit des (unv.) (1.5) wieder #00:08:05-9#"
- FRAGEN:
 - ◆ „**Pp** (das hinbekommn?) mit eucerin? #00:08:07-8#"

7.1.4.4.2. Lexikalisch-semantische Analyse

Zu analysierende Lexeme bzw. Worte sind folgende, wenn sie auch nicht häufig vorkommen:

Nomen:

Seite, Narbe, Vereinbarung, Ruhe, Fuß, Tag, Gelenke, Pflaster, Tüll, Belastung, Packung, Stück, Hornhaut

| Lexeme/Worte | Semantik |
|---------------|---|
| Vereinbarung: | "Abmachung, Übereinkommen" (Duden) |
| Narbe | i. S. v.: „auf der Hautoberfläche sichtbare Spur einer verheilten Wunde“ (Duden) |
| Tüll | „Verbandsmaterial“ (Duden) |
| Belastung | von „belasten“ i. S. v.: „stark in Anspruch nehmen“ (Duden) |
| Packung | i. S. v.: Hülle, Umhüllung, worin ein Medikament in abgezahlter, abgemessener Menge fertig abgepackt ist (vgl. Duden) |

Tab. 7: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung *Wundversorgung* (Nomen)

Verben:

anschauen, angucken, drehen, treffen, lassen, schlafen, drübermachen, sehen, abmachen (2x), runtermachen, nachgucken, bluten, draufmachen, aufschreiben, polstern, einreiben

| Lexeme/Worte | Semantik |
|------------------|--|
| drübermachen | i. S. v.: die Wunde mit Verbandsmaterial bedecken |
| (he)runtermachen | i. S. v.: das Verbandsmaterial entfernen |
| nachgucken | nachschauen, nachsehen, überprüfen (vgl. Duden) |
| draufmachen | i. S. v.: die Wunde mit Verbandsmaterial bedecken |
| polstern | eine Wunde durch Verbandsmaterial mit Polsterung vor Einwirkungen von außen schützen |
| einreiben | eine Wunde mit Heilsalbe behandeln |

Tab. 8: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung *Wundversorgung* (Verben)

Adjektive, davon auch einige adjektivisch gebrauchte Partizipien:

frisch, trocken, groß, klein; gepolstert, aufgeplatzt, verhornt

Adverbien:

vielleicht, hinten, ein paar

Wortfelder:

- Körperteile (Hyperonym):

Fuß, Gelenke, Hornhaut (Hyponyme)

- Verbandsmaterial und -verpackung (Hyperonym):

Tüll, Pflaster, Packung, Stück (Hyponyme)

- Wunde (Hyperonym):

frisch, trocken, groß, klein; gepolstert, aufgeplatzt, verhornt (Hyponyme)

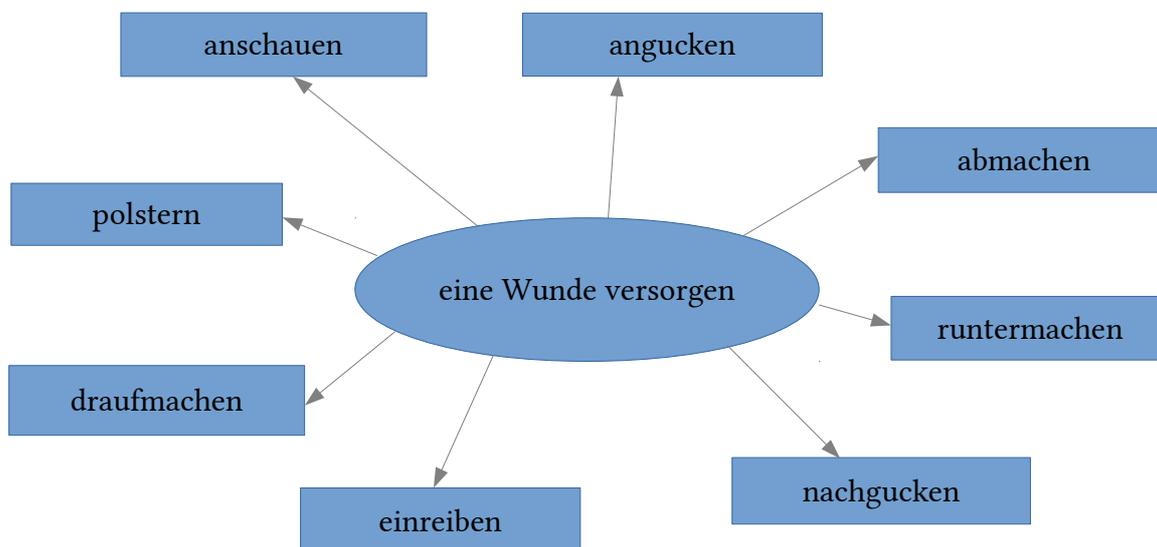


Abb. 4: Wortfeld zu Pflegehandlung *Wundversorgung*

Typische Wendungen:⁹¹

- x Drehen Sie sich mal auf die andere Seite! (G 7)
- x Ich möchte mir mal Ihre Narbe angucken. (G 7)
- x Können wir eine Vereinbarung treffen? (G 7)
- x Verbandsmaterial drübermachen (über eine Wunde) (G 8)
- x unten am Fuß (G 10)
- x einen Verband abmachen/runtermachen (G 10)
- x Den Verband mache ich Ihnen frisch. (G 10)
- x Die Wunde hat ein bisschen geblutet. (G 10)
- x Sie haben Tüll draufgemacht (auf die Wunde). (G 10)
- x Die Wunde ist aufgeplatzt. (G 10)
- x Soll ich das (die Wunde) ein bisschen einreiben? (G 10)
- x mit Eucerin/Octenisept einreiben (G 10)
- x eine große Packung (G 10)
- x Der Verband polstert ein bisschen. (G 10)

⁹¹ Die Wendungen stammen aus den Transkripten der Gespräche, sind aber sprachlich bereinigt.

7.1.4.4.3. Morphologische Analyse

Determinativkompositum:*Horn + Haut***Derivationen:**

- durch Suffigierungen mit *-ung*: (Verb zu Nomen)

belast(en) + Suffix *-ung* → *Belastung*pack(en) + Suffix *-ung* → *Packung*vereinbar(en) + Suffix *-ung* → *Vereinbarung*

- durch Präfigierungen:

Präfix *an-* + schauen → *anschauen*Präfix *an-* + gucken → *angucken*Präfix *ab-* + machen → *abmachen*Präfix *runter-* + machen → *runtermachen*Präfix *nach-* + gucken → *nachgucken*Präfix *d(a)rüber-* + machen → *darübermachen*Präfix *auf-* + schreiben → *aufschreiben*Präfix *ein-* + reiben → *einreiben*Präfix *d(a)rauf-* + machen → *draufmachen*

7.1.4.4.4. Syntaktische Analyse

Bei der Pflegehandlung *Wundversorgung* stehen sich im empirischen Material zwei relativ kontrastreiche Situationen gegenüber: In der ersten (G 7) handelt es sich um eine schwierige Pflegebeziehung, da die Pflegebedürftige generell sehr abweisend ist.⁹² In der aufgezeichneten Situation schließ sie gerade (nach einer OP) und wünschte sich Ruhe. Demgegenüber haben wir es bei Gespräch 10 mit einer sehr engen, vertrauten und ausgesprochen kooperativen Pflegebeziehung zu tun, bei der die Pflegebedürftige im Gespräch sogar den Anstoß zu Pflegehandlungen gab und den Großteil der Kommunikation selbst übernahm.

Die erste Situation (G 7) ist gekennzeichnet durch auffällig viele Abtönungspartikeln wie *mal*, *nur mal*, die die angespannte Situation und die anzunehmenden unangenehmen Befindlichkeiten einer Wundversorgung entschärfen und die die Pflegebedürftige dazu bewegen sollen, diese doch über sich ergehen zu lassen. Hier finden sich auch vor allem Entscheidungsfragen, die mit einem Modalverb eingeleitet werden und die eine klare Vorgehensweise der Pflegeper-

92 (Kurzbefragung mit einer Pflegeperson)

son ausdrücken und die Pflegebedürftige gleichzeitig entlasten, informieren, auffordern und um ihre Einwilligung bitten:

- ◆ „Pp frau v? (1) drehen sie sich mal auf die andere seite damit ich mal ihre narbe angucken kann #00:01:49-3#“
- ◆ „Pp darf ich das morgen machen #00:03:17-4#“
- ◆ „Pp können wie ne ab/ können wir eine vereinbarung treffen (1) darf ich mir die morgen mal anschauen (1.5) ok #00:03:29-1#“

Im zweiten Gespräch (G 10) dagegen ist keine Abtönung nötig, da die Pflegehandlungen von der Pflegebedürftigen selbst initiiert wurden. Hier erwiderte die Pflegeperson eher mit Aussagesätzen, mit denen sie auf die Wünsche einging bzw. die Pflegehandlungen erläuterte:

- ◆ „Pp ja det mach ihnen frisch #00:00:46-5#“
- ◆ „Pp also s is jetzt (0.5) verhornt hat n bisschen geblutet (unv.) ((schaut sich den operierten fuß an)) #00:07:40-3#
- ◆ „Pp aah (0.3) das polstert n bisschen [ja] ... Pp so ok is gut abgepolstert frau ... #00:10:09-9#“

Bei allen drei aufgezeichneten Gesprächen finden sich Entscheidungsfragen von Seiten der Pflegepersonen, die damit zwar die Pflegebedürftigen in die Handlungen und Entscheidungen einbeziehen, die Handlungsalternativen aber klar vorgeben, z. B.:

- ◆ „Pp wollen wir das grüne nochmal drüber machen oder irgendwas fertiges“ (G 8)

Die Verben werden in der 1. (7x), 2. (8x), 3. (5x) Person Singular und in der 1. Person (4x) und 3. Personal Plural (3x) sowie der 3. Person Plural als Höflichkeitsform verwendet, meist im Präsens (19x). Dagegen kommen nur 2 Imperative und 2 Perfektformen vor (G 7, 10). In einem Gespräch wird die Pflegebedürftige von der Pflegeperson direkt mit dem Nachnamen angesprochen (G 7). 6-mal werden Modalverben gebraucht, vor allem *können* (5x) (G 7, 8, 10). Als deiktische Elemente finden sich vorrangig das Pronomen *das* (3x) sowie die Adverbien *da* (3x), *so* (3x) und *morgen* (2x) (G 7, G10).

7.1.4.5. Die Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen*

7.1.4.5.1. Sprechhandlungen

Die Kommunikation bei der Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen* (G 1, 9 und 13) zeichnet sich durch einen Wechsel der Sprechhandlungen FRAGEN durch die Pflegepersonen und darauf bezogenes MITTEILEN durch die Pflegebedürftigen aus. MITTEILUNGEN werden auch BEWERTET. In einem Gespräch mit einer depressiven Pflegebedürftigen macht die die Pflegeperson auch VORSCHLÄGE und ANKÜNDIGUNGEN zur Verbesserung der Situation, z. B.:

- FRAGEN:
 - ◆ „Pp was machen sie jetzt? verabredet? #00:01:55-3#“ (G 1)
 - ◆ „Pp alles gut (1) ooh haben sie ein bisschen geschlafen he? #00:00:22-9#“ (G 9)
- MITTEILEN:
 - ◆ „Pb ja ich fahr in die wilmersdorfer ein bisschen shoppen #00:01:57-8#“ (G 1)
- VORSCHLAGEN:
 - ◆ „Pp frau b (1) was halten sie davon wenn wir mal einen termin beim neurologen oder psychologen mal machen? “ (G 13)
- ANKÜNDIGEN / VORSCHLAGEN:
 - ◆ „Pp wenn sie wollen könnte ich sie auch begleiten wenn sie möchten da kann ich das mit der s...“ (G 13)

7.1.4.5.2. Lexikalisch-semantische Analyse

Nomen:

Wochenende, Sorgen, Nacht (2x), Termin (2x), Arzt (2x), Donnerstag (2x), Mittwoch (2x), Neurologe, Psychologe, Bekannte, Essen

| Lexeme/Worte | Semantik |
|--------------|--|
| Sorgen | „(durch eine unangenehme, schwierige, gefährvolle Situation hervorgerufene) quälende Gedanken; bedrückendes Gefühl der Unruhe und Angst“ (Duden) |
| Termin | i. S. v.: Zeitpunkt für einen Arztbesuch |
| Neurologe | Facharzt für Nervenheilkunde (vgl. Duden) |

Tab. 9: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen*

Verben:

wissen (3x), anrufen (2x), nehmen, schlafen, helfen, hinsetzen, begleiten, essen, kommen, bestellen, liegen, quatschen

Adverbien:

heute (7x), gestern (2x), jetzt, da, ein bisschen

Adjektive:

gut (2x)

Wortfelder:**- Zeitangaben (Hyperonym):**

Wochenende, Nacht, Wochentage (Mittwoch, Donnerstag etc.) (Hyponyme)

- Tätigkeiten/Zustände/Vorgänge von bzw. bei Pflegebedürftigen (Hyperonym):

schlafen, hinsetzen, essen, bestellen, liegen (Hyponyme)

Typische Wendungen:

- ✗ Was machen Sie jetzt? (G 1)
- ✗ Haben Sie ein bisschen/gut geschlafen? (G 9, 13)
- ✗ Geht's Ihnen gut? (G 9)
- ✗ Soll ich Ihnen helfen? (G 9)
- ✗ Was halten Sie davon, wenn....(G 13)
- ✗ Haben Sie etwas gegessen? (G 13)
- ✗ Haben Sie schon etwas zu Essen bestellt? (G 13)
- ✗ einen Termin beim Arzt/Neurologen/Psychologen haben/machen (G 1, 13)

Wortfamilie:

- Wortstamm: *ess-*

Essen, essen

Einige der Nomen und Zeitadverbien finden sich auch in den Wortfeldern und Wortreihen unter der Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* wieder (siehe oben).

7.1.4.5.3. Morphologische Analyse

Determinativkompositum:

Woche + FE -n + Ende

Derivationen:

- durch Suffigierungen:
 - bekannt + Suffix *-e* → *Bekannte* (Adjektiv zu Nomen)
- durch Präfigierungen:
 - Präfix *an-* + rufen → *anrufen*
 - Präfix *hin-* + setzen → *hinsetzen*
 - Präfix *be-* + gleiten → *begleiten*
 - Präfix *be-* + stellen → *bestellen*

Entlehnungen:

- Neurologe (griechisch)

7.1.4.5.4. Syntaktische Analyse

Satzarten:

Die Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen* weist vor allem die Verwendung von Entscheidungsfragen auf, mit der die Pflegeperson die Aufgabe realisiert:

Bei einer relativ jungen Pflegebedürftigen, die depressiv ist, gegen ihre psychische Erkrankung Medikamente in Form von Tabletten bekommt und aufgrund der erfolgreichen Behandlung sehr aktiv ist und daher am Leben teilnehmen kann, wird die Pflegehandlung nicht jeden Tag, sondern nur nach Absprachen durchgeführt. Das Erkundigen nach dem Befinden wird durch Fragen (Entscheidungs- und Ergänzungsfragen) realisiert (G 1):

◆ „Pp was machen sie jetzt verabredet? #00:01:55-3#“

Bei einer relativ alten Pflegebedürftigen dagegen, bei der täglich eine Lebendkontrolle durchgeführt werden muss, finden sich im Laufes des Gesprächs mehrere Nachfragen und auch noch mal ein Nachhaken, um wirklich sicher zu gehen (G 9):

- ◆ „Pp alles gut (1) ooh haben sie ein bisschen geschlafen he? #00:00:22-9#“
- ◆ „Pp gehts ihnen gut frau s? #00:00:35-5#“
- ◆ „Pp soll ich ihnen helfen mit hoch oder? #00:00:48-5#“
- ◆ „Pp gehts ihnen gut ganz vorsichtig frau s wolln sie sich lieber hinsetzen?“
- ◆ „Pp gehtes geht gehts oder isses sehr drieselich jetzt?“

Bei einer sehr depressiven Pflegebedürftigen (G 13), die keine psychologische Behandlung ihrer Erkrankung erhält, gingen die Entscheidungsfragen der Pflegefachkraft dann konkret auf das Problem ein und lenkten die Aufmerksamkeit auch auf stabilisierende Faktoren (Tagesstruktur und Wohlbefinden durch Mittagessen, soziale Kontakte, Fürsorge):

- ◆ Pp hm alles gut und haben sie gut geschlafen #00:00:32-7#
- ◆ Pp frau b (1) was halten sie davon wenn wir mal einen termin beim neurologen oder psychologen mal machen
- ◆ Pp haben sie was gegessen gestern und heute #00:01:31-2#
- ◆ Pp kommt heute noch jemand #00:01:44-3#
- ◆ Pp und ham_se ihre bekannte mal angerufen wegen den (dosen?) ob sie die bei sich hat in der tasche
- ◆ Pp och ham_se schon was zu essen bestellt noch gar nicht #00:03:27-8#

Verbformen:

Die Verben werden vor allem in der 1. Person Singular (15x) und in der 3. Person Plural in der Höflichkeitsform (11x) gebraucht. Die 3. Person Singular tritt 5-mal auf, die 1. Person Plural 4-mal. Meist werden sie im Präsens (26x insgesamt) und 7-mal im Perfekt (G 9, 13) verwendet. 5-mal kommen Modalverben vor (G 9, 13). In vier Fällen werden die Pflegebedürftigen direkt mit ihrem Nachnamen angesprochen (G 9, 13). Das am häufigsten gebrauchte deiktische Element sind die Adverbien *heute*, *jetzt* und *da* (je 2x) (G 1, 9, 13). Es gibt 4 Verknüpfungen von Haupt- und Nebensätzen, die meist mit der Konjunktion *wenn* verbunden sind (G 1, 13).

7.1.4.6. Die Pflegehandlung *Kompressionsstrümpfe ausziehen*

7.1.4.6.1. Sprechhandlungen

Die Pflegefachkraft KÜNDIGT hier dreimal die bevorstehenden Schritte AN und TEILT die Ergebnisse MIT (G 27):

- ANKÜNDIGEN:
 - ◆ „Pp machmer strumpf nummer eins #00:00:36-6#“
 - ◆ „Pp <<leise>so (2) gut> (Pflegehandlung wird durchgeführt) (1) strümpfe alles Pb (zieh isch wieder an) #00:01:08-7#“
- MITTEILEN:
 - ◆ „Pp so (1) bitte schön (2) so (3) die hose is wieder an (4) so #00:01:30-7#“

- MITTEILEN, ANKÜNDIGEN:
 - ◆ „**Pp** so (1,5) den hamwer unten (1,5) und strumpf nummer zwei #00:00:50-9#“

7.1.4.6.2. Lexikalisch-semantische und morphologische Analyse

Nomen:

Nummer, Strumpf, Hose

| Lexeme | Semantik |
|---------|--|
| Strumpf | „gewirkter oder gestrickter Teil der Kleidung, der den Fuß und das [ganze] Bein bedeckt“ (Duden) |
| Hose | i. S. v.: „Kleidungsstück, das den Körper von der Taille an abwärts und jedes der Beine ganz oder teilweise bedeckt“ (Duden) |

Tab. 10: Lexik/Semantik der Pflegehandlung *Kompressionsstrümpfe ausziehen*

Zahlwort: *eins*

Adverb: *unten*

Derivation: durch Präfigierung:

Präfix *aus-* + ziehen → *ausziehen*

Präfix *an-* + ziehen → *anziehen*

Typische Wendungen:⁹³

✗ den Strumpf/ die Strümpfe ausziehen (G 27)

✗ die Hose wieder anziehen (G 27)

7.1.4.6.3. Syntaktische Analyse

Hier werden insgesamt 6 Aussagesätze in knapper Form formuliert. Die Pflegeperson verwendet sowohl die 1. Person Singular als auch die 1. Person Plural im Präsens, um die einzelnen Handlungsschritte anzukündigen. Die Partikel *so* kommt hier als deiktisches Element 3-mal in einem Gespräch vor und verweist auf die Pflegehandlung.

⁹³ Die Wendungen stammen aus den Transkripten der Gespräche, sind aber sprachlich bereinigt.

7.1.4.7. Die Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*

7.1.4.7.1. Sprechhandlungen

Das Muster bei der Kommunikation besteht aus der Sprechhandlung ANKÜNDIGEN von Seiten der Pflegeperson, daraufhin FRAGEN oder BESTÄTIGEN durch die Pflegebedürftigen, z. B.:

◆ ANKÜNDIGEN:

◆ „Pp aber ich bin am samstag und sonntag da #00:04:52-4#“

◆ „Pp gut na denn (2) morgen früh kommt u #00:05:56-7#“

◆ FRAGEN:

◆ „Pb dann bist du da ja? #00:04:53-6#“ (G 4)

◆ BESTÄTIGEN:

◆ „Pb ja #00:05:56-9#“² (G 15)

7.1.4.7.2. Lexikalisch-semantische Analyse

Nomen:

Wochenende (2x), Kollegin, Samstag, Sonntag, Montag, Dienstag, Mittwoch (10x Wochentage), Dienstagabend, Pflegerinnen, Tour

| Lexem | Semantik |
|-------|--|
| Tour | Tagestour, zentraler Teil der Tätigkeit von Pflegekräften in der ambulanten Pflege, wobei sie mit dem Auto und allen nötigen Pflegeutensilien wie Verbandsmaterial, Medikamente etc. nach einem vorher festgelegten Tagestourenplan alle Pflegebedürftigen zu Hause aufsuchen und dort pflegen ⁹⁴ |

Tab. 11: Lexik/Semantik der Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*

Verben:

kommen (18x), wiedersehen (4x), wissen (5x), gucken (2x), schauen (2x), glauben, bringen, sich sehen

Adverbien:

morgen (21x), übermorgen, jetzt (3x), früh (2x), hier, da (7x)

Adjektive:

gut (1x), klein (2x)

⁹⁴ (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

Wortfelder:

- Zeitangaben (Hyperonym):

Wochenende, Wochentage (Montag, Dienstag etc.), Dienstagabend (Hyponyme)

- angekündigte Personen (Hyperonym):

Kollege/in, Pfleger/in/innen (Hyponyme)

Typische Wendungen:⁹⁵

✗ morgen kommt (G 2, 4, 5, 9, 10; 11, 12, 15, 15, 19, 20)

✗ bis morgen (G 12, 19, 23, 25)

✗ Wir sehen uns am Montag/Dienstag etc. /Wochenende/Dienstagabend ... wieder. (G 27)

✗ Ich bin am Montag/Dienstag etc. /Wochenende/Dienstagabend ... wieder da. (G 4)

Einige der Nomen und Zeitadverbien finden sich auch in den Wortfeldern und Wortreihen unter der Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen* wieder (siehe oben).

7.1.4.7.3. Morphologische Analyse

Determinativkomposita:

Woche + FE *-n* + *Ende*, *Dienstag* + *Abend*

Derivationen: durch Präfigierungen:

Präfix *wieder-* + *sehen* → *wiedersehen*

Präfix *über-* + *morgen* → *übermorgen*

Movierung:

Pfleger → *Pflegerin* (Plural: *Pflegerinnen*)

7.1.4.7.4. Syntaktische Analyse

Die Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche* weist eine relativ einheitliche und einfache syntaktische Struktur der musterrealisierenden sprachlichen Äußerungen auf:

- Morgen kommt (die) Sabine. = Zeitangabe + Prädikat + Nominativ-Ergänzung.

⁹⁵ Die Wendungen stammen aus den Transkripten der Gespräche, sind aber z.T. sprachlich bereinigt.

Satzarten:

Hier geht es um die Ankündigung derjenigen Pflegeperson, die am direkt darauffolgenden Tag bzw. zum vereinbarten Besuchstermin die Pflege übernimmt. Die Spitzenstellung im Aussagesatz kennzeichnet die Priorität der Zeitangabe in der mitgeteilten Information:

- Wir sehen uns am Samstag/Wochenende ... wieder
- Morgen kommt...

Bei der Ankündigung des Wiedersehens der beiden Kommunikationspartner liegt ein einfacher Aussagesatz mit folgender Struktur vor:

- Nominativ-Ergänzung + Prädikat + Temporalangabe + Prädikat Teil II vor.

Erfolgt der nächste Besuch am kommenden Tag, folgt meist eine Ellipse, die sich so zusammensetzt: Konnektivpartikel + Präposition + Temporaladverb

- (dann/und) bis morgen (G 11, 19, 23, 25)

Vorfeld:

Gelegentlich wird eine Vor- Vorfeldbesetzung (Auer 1997: 55ff) durch Partikeln und Anredeformen, aber auch durch Adjektive verwendet. Erstere, wie „ja“, „so“, „ok“, „also“ (Partikeln) und „Frau/Herr...“ (Anredeformen) dienen vor allem der Aufmerksamkeitsfokussierung, letztere haben eher ähnlich den Adverbien in dieser syntaktischen Position eine metapragmatische Funktion, nämlich um in diesem Falle ein Resümee der abgeschlossenen Pflegehandlungen zu ziehen und gleichzeitig zur nächsten Gesprächssequenz überzuleiten.

Die *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche* nimmt in der Gesprächssequenzierung eine Überleitungsfunktion zwischen Pflegehandlung und Verabschiedung ein. Die Vor-Vorfeldbesetzung durch Adjektive wie *gut*, *prima* schließen die vorhergehende ab und leiten die neue ein, z. B.:

- *So/gut/und* + direkte Anrede „Frau/Herr ...“ + Zeitangabe + Prädikat + Nominativ-Ergänzung

Diese Vor-Voranstellung dient der Einleitung bzw. Überleitung von einem Thema bzw. einer Gesprächssequenz zur nächsten. Die direkte Ansprache in der formellen Form sichert die Aufmerksamkeit in der Kommunikation und lenkt diese auf eine wichtige Gesprächssequenz, signalisiert also, dass jetzt eine für die Pflegebedürftigen wichtige Information mitgeteilt wird: Wann kommt wer, d. h. wann werden von wem die Pflegebedürfnisse erfüllt.

Satzverknüpfungen:

Es treten 3 Satzverknüpfungen von Haupt- und Nebensätzen auf (G 1, 17).

Verbformen:

Verben stehen hier vor allem in der 1. (22x) und 3. Person Singular (19x), einige Male auch in der 1. Person Plural (6x). Es wird fast ausschließlich in der Präsensform gesprochen (42x).

Persönliche Ansprache:

In drei Fällen werden die Pflegebedürftigen mit dem Nachnamen angesprochen (G9, 10, 12).

Deixis:

Die deiktischen Adverbien *morgen* (14x) und *da* (8x) spielen hier eine besonders große Rolle, da sie auf den Tag des nächsten Pflegebesuchs und auf den Ort der Pflege verweisen. Sie kommen in nahezu allen Gesprächen vor (G 1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 25).

7.1.5. Die sprachlichen Handlungen der Pflegebedürftigen

a) Die Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen*

Die sprachlichen Äußerungen von Seiten der Pflegebedürftigen bei dieser Pflegehandlung beinhalten vor allem umgangssprachliche Worte und Wendungen und besitzen eine große Schnittmenge mit den Äußerungen der Pflegefachkräfte. Dies betrifft die folgenden lexikalisch-semanticen und morphologischen Merkmale:

Lexeme:

- Temporaladverbien, nominal wie adverbial, die dem Benennen der Zeitabgabe der Medikamentenabgabe dienen (hier vor allem *morgens, mittags, abends, heute, morgen, gleich, Morgen, Mittag, Abend, Nacht* sowie in Kombination miteinander, z. B. *heute Mittag*; außerdem alle Wochentage) (G 6, 18, 21, 24).
- Mengenangaben vor allem in Form von Zahlwörtern, ohne dazugehörige Einheiten (G 4, 6, 18)
- Nomen, z. B. *Tabletten, Ibuprofen, Medikamente* (G 4, 22, 18, 24, 26)
- zum Teil präfigierte Verben in direkter Verbindung als Verbalphrase mit dem Nomen *Tabletten*: *kriegen* (4x), *nehmen* (2x), *(hin)legen* (2x), *(mit)bestellen* (2x); relevant hierzu sind auch folgende, zum Teil präfigierte Verben: *reichen* (1x), *fehlen* (1x), *trinken* (1x), *vollmachen* (1x), *umstellen* (1x), *anfangen* (1x); zur Äußerung der eigenen Ansicht im Zusammenhang mit der gleichen Thematik: *wissen* (4x), *denken* (1x), *glauben* (1x) (G 4, 6, 16, 17, 18, 24, 26).

Satzarten:

Es werden vor allem Ellipsen und einfache Aussagesätze von den Pflegebedürftigen gesprochen. Danach erfolgt meist ein Sprecherwechsel. Nur wenige Pflegebedürftige formulieren kompliziertere Sätze oder Satzverbindungen mit Haupt und Relativsätzen bzw. zwei Hauptsätzen. Es werden die Konjunktionen *dass, weil, wenn aber* sowie *und* zur Satzverknüpfung verwendet (G 4, 6, 18, 24). Bei Fragehandlungen werden meist Entscheidungsfragen gestellt.

Verbformen:

Die Verben werden fast ausschließlich in der 1. und 3. Person Singular, zum Teil auch in der Höflichkeitsform gebraucht, wenn die Pflegebedürftigen die Pflegepersonen direkt ansprechen. Besonders häufig kommt die Partikel *ja* vor, wobei sie entweder als positive Antwort auf eine vorher gestellte Frage der Pflegeperson (9x) oder auf ein Angebot (16x) und als Bestätigung für etwas vorher Gesagtes (G 6, 11, 16, 17, 18, 20, 21, 24, 26) verwendet wird und dabei insgesamt 13-mal allein für sich steht.

Deixis:

Deiktische Elemente finden sich in Form von Adverbien: *jetzt, heute, morgen, hier, dort, da* (G 17, 18, 21, 22, 24, 26). Sie beziehen sich meist auf die Medikamenteneinnahme in temporaler Hinsicht und auf die Wohnung bei lokaler Deixis. Außerdem werden die Pronomen *das* und *die* (G 4, 6, 18, 24) deiktisch verwendet, welche auf Tabletten oder die Medikation referieren.

Weiteres:

Das Hörsignal *hm* kommt insgesamt 18-mal vor (G 6, 21, 24). Es treten kaum Adjektive auf, wenn, dann solche, die eine Bewertung ausdrücken sowie deren Steigerungsformen (z. B. *wichtig, furchtbar, viel*).

b) Die Pflegehandlung *Insulinbehandlung*

Die Durchführung dieser Pflegehandlung zeichnet sich generell durch relativ wenig Kommunikation aus. Vor allem die Pflegebedürftigen haben hier kaum Redebedarf. Dies liegt sicher daran, dass es eine hochroutinierte Handlung ist, die nur wenig Abstimmung benötigt.

Lexeme:

Lexikalisch relevant sind Mengenangaben in Zahlwörtern ohne die dazugehörige Einheit und Temporalangaben als Uhrzeit, beide in direktem Bezug zum Medikament Insulin (G 4, 15, 25).

Verbformen:

Verben werden vor allem in der 1. und 3. Person Singular verwendet. Relevant sind hier: *spritzen, hinlegen, essen, kommen*, wenn auch nur einmal genannt (G 4, 15, 25). Die Pflegepersonen werden von den Pflegebedürftigen nicht direkt angesprochen.

Satzarten:

Es werden sehr einfach strukturierte Aussagesätze, sehr oft Ellipsen gebraucht und keine Fragen gestellt.

Partikeln:

Die Partikel *ja* zur Bestätigung von Angeboten und Gesagtem sowie zur positiven Beantwortung

tung von Fragen wird insgesamt 22-mal genannt und steht davon 20-mal allein (G 2, 7, 15, 23, 25).

c) Die Pflegehandlung *Wundversorgung*

Lexeme:

Lexikalisch interessant sind hier die präfigierten Verben, die die Pflegehandlung der Wundversorgung betreffen: *nachgucken*, *abmachen*, *aufschreiben* sowie *gepolstert* als Partizip. Außerdem ist das Nomen *Fuß* als zu pflegendes Körperteil von Belang, *trocken* als wundbeschreibendes Adjektiv sowie *Octenisept* als Fachbezeichnung für Pflegemittel zur Wundbehandlung.

Satzarten:

Hier werden auch kompliziertere Sätze (Hauptsätze und Nebensätze) gebildet, die mit den Konjunktionen *wenn* und *dass* verbunden sind (G 7, 10).

Partikeln:

Diese Pflegehandlung fällt dadurch auf, dass hier anstatt der sonst aufzufindenden Partikel *ja* ganz deutliche Ablehnungsbekundungen geäußert werden durch *nein* und *nö* (G 7, 8).

Persönliche Ansprachen:

In zwei der drei analysierten Gespräche reden die Pflegebedürftigen die Pflegepersonen entgegen der Norm mit *Du* an. Generell betrachtet sprechen sie diese aber kaum direkt an.

Verbformen:

Verben werden hier im Vergleich zu anderen Gesprächen sowohl in der 1. und 3. als auch in der 2. Person Singular gebraucht. Es sind hier auch deutlich mehr Modalverben im Präsens zu finden und zwar in Verbindung mit den Abtönungspartikeln *mal*, *bloß*, *nur* sowie *vielleicht*, wenn eine Pflegebedürftige die Pflegeperson um bestimmte Pflegehandlungen bittet bzw. dazu auffordert (G 10).

Deixis:

Bezüglich der Deixis werden das Pronomen *das* als Verweis auf Pflegehandlung und Verband, *da* auf den Körper und auf ein Medikament verwendet (G 10).

d) Die Pflegehandlung *nach dem Befinden schauen*

Die sprachlichen Äußerungen der Pflegebedürftigen bei dieser Pflegehandlung sind sehr unterschiedlich, da deren psychische Zustände sehr verschieden sind.

Lexeme:

Lexikalisch relevant sind die nominalen und adverbialen Temporalangaben *heute, morgen* sowie die Wochentage und Uhrzeitangaben, außerdem die Nomen *Termin* und *Arzt*.

Satzarten:

Sie sprechen meist in einfachen Aussagesätzen oder in Ellipsen. Bei einer depressiven Pflegebedürftigen kommt es beispielsweise zu häufigem Nachfragen (G 13).

Bestätigungssignale:

Auch hier ist die 9-mal vorkommende Partikel *ja* als Antwort auf eine Frage oder als Bestätigung eines Angebots oder des vorher Gesagten (G 1, 9, 13) zu verstehen. Aber auch Ablehnungen sind zu finden: *nee* (G 9, 13).

Verbformen:

Verben werden in der 1. und 3. Person Singular und vor allem im Präsens Indikativ verwendet.

Persönliche Ansprache:

Es findet sich keine direkte Ansprache der Pflegepersonen durch die Pflegebedürftigen.

Deixis:

Als deiktische Elemente werden die Temporaladverbien *morgen* und *gestern* (G 1, 13) sowie die Pronomen *das* und *die* (G 9, 13) verwendet.

e) Die Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*

Hier finden sich mehrmals Ergänzungsfragen mit den Fragepronomen *wer* und *was*, die sich alle auf die Pflegeperson beziehen, die am nächsten Tag kommen wird, sowie sehr viele Ellipsen. Wichtige Verben und Verbalphrasen sind dabei: *da sein, kommen, dran sein, Bescheid sagen* (G 1, 4, 9, 10, 16). Zur Kommunikation über die *nächsten Pflegebesuche* werden nominale und adverbiale Temporalangaben gebraucht: *morgen* und die Wochentage. Verben werden in der 1., 2. und 3. Person Singular konjugiert; manche Pflegebedürftige sprechen die Pflegeperson hier in der vertrauten 2. Person Singular an. Es kommt 14-mal die Partikel *ja* ausschließlich zur Bestätigung des vorher Gesagten vor, welches die *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche* betrifft. Als deiktische Elemente finden sich *morgen* (Bezug auf den Zeitpunkt), *da* (Bezug auf das Zuhause der Pflegebedürftigen), *das* (Bezug auf den Besuch) und *die* (Bezug auf die angekündigte Pflegeperson) (G 4, 9, 10).

Zusammenfassung:

Folgende lexikalisch-semantische, morphologische und syntaktische Eigenschaften weisen die sprachlichen Äußerung der Pflegebedürftigen in den ambulanten Pflegegesprächen auf:

- besonders häufig werden nominale und adverbiale Temporalangaben gebraucht, hier vor allem *heute, morgen*, die Wochentage, Uhrzeitangaben
- es kommen mehrfach Mengenangaben in Zahlwörtern ohne Einheiten vor, die sich auf die Dosierung von Medikamenten beziehen
- die relevante bzw. häufig vorkommende Lexik umfasst vor allem pflegerelevante Nomen wie *Tabletten, Fuß, Arzt* etc. sowie die Namen einiger bei der Pflegehandlung verwendeter Medikamente, z. B: *Octenisept*
- die zum Teil präfigierten Verben umfassen semantisch direkt die Felder der zugehörigen Pflegehandlung, am häufigsten kommen die Verben *kriegen, kommen, hinlegen, wissen* vor
- Verben werden vorrangig in der 1. und 3. Person Singular im Präsens Indikativ verwendet und beziehen sich meist auf die Pflegebedürftigen selbst, eine direkte Ansprache der Pflegepersonen findet nur sehr selten statt
- die Partikel *ja* zur Bestätigung von Angeboten und Gesagtem sowie zur positiven Beantwortung von Fragen kommt sehr oft vor und steht häufig allein
- es werden vor allem Aussagesätze in meist einfacher Form verwendet, sehr häufig Ellipsen
- Fragen finden sich seltener, etwa bei den Pflegehandlungen *Medikamentengabe* (bezüglich der Dosis und der Änderungen) und *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche*
- bei Satzverknüpfungen kommen vor allem die Konjunktionen *dass, weil* und *wenn* vor
- der Sprecherwechsel erfolgt meist nach einem einzigen Satz bzw. einer Äußerung
- als deiktische Elemente fungieren die Temporaladverbien *heute* und *morgen*, das Lokaladverb *da* und die Pronomen *das* und *die*

7.1.6. Situationsübergreifende Analyse der ambulanten Pflegegespräche

7.1.6.1. Sprechhandlungen

Die relevantesten Sprechhandlungen in allen analysierten Gesprächen von Seiten der Pflegepersonen sind:

- ANKÜNDIGEN (49x), FRAGEN (47x), MITTEILEN (33x), AUFFORDERN (16x), FESTSTELLEN (15x),

von Seiten der Pflegebedürftigen:

- MITTEILEN (25x), FRAGEN (19x), BESTÄTIGEN (16x), FESTSTELLEN (13x).

7.1.6.2. Lexikalisch-semanticische Analyse

Hinsichtlich der Lexik lässt sich feststellen, dass die Zeitangaben in Form von Nomen und Temporaladverbien eine zentrale Rolle spielen, sowohl in ihrer Verteilung auf die einzelnen Pflegehandlungen des Gesprächstyps *ambulantes Pflegegespräch* als auch hinsichtlich der Häufigkeit ihres Vorkommens. Folgende Übersicht zeigt relevante Nomen für alle analysierten Pflegehandlungen in der Übersicht:⁹⁶

Für die verschiedenen aufgeführten Kommunikationsanlässe bzw. Pflegehandlungen können insgesamt folgende zentrale Wortfelder gebildet werden:

- die Nomen zur Zeitangabe:
 - Wochenende, alle Wochentage, alle Wochentage in Verbindung mit den Tageszeiten (z .B. Montagmorgen, Dienstagabend etc.), Woche, Morgen, Mittag, Abend, Nacht
- an der Pflege beteiligte Personen:
 - Pfleger, Pflegerin (und Pluralformen sowie andere Bezeichnungen wie Pflegefachkraft etc.), Arzt, Neurologe, Psychologe
- Medikamente (als Hyperonym):
 - Tabletten, Insulin (als Hyponyme)
- Pflegemittel (als Hyperonym):
 - Octenisept, Eucerin (als Hyponyme)
- Körperteile (als Hyperonym):
 - Oberschenkel, Bauch, Gelenke, Hornhaut, Finger, Fuß, Muskel
- Kleidungsstücke (als Hyperonym):
 - Strumpf, Hose (als Hyponyme)
- pflegerisches Arbeits- und Hilfsmaterial (als Hyperonym):
 - Tagesdosette, Spritze, Pflaster, Tüll, Packung (als Hyponyme)
- Essenszeiten (als Hyperonym):
 - Frühstück, Mittag, Abendbrot bzw. Abendessen (als Hyponyme)

⁹⁶ Nomen , die in mehreren Pflegehandlungen auftretenden, werden kursiv dargestellt. Dies gilt auch für Übersichten zu den Verben und Adverbien (s. u.).

| Nomen | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|---|--|
| <i>Tabletten geben/stellen</i> | <i>Insulin- behandlung</i> | <i>Wund- versorgung</i> | <i>nach dem Befinden schauen</i> | <i>Kompressions- strümpfe ausziehen</i> | <i>Ankündigun- g nächste Pflegebesuche</i> |
| Tabletten (10) | Piekser/Pieks (2) | Narbe | <i>Wochenende</i> | Strumpf | <i>Wochenende</i> (2) |
| Wochentage (10) | Insulin (2) | Fuß | <i>Wochentage</i> ⁹⁷ (4) | Hose | <i>Wochentage</i> (10) |
| Medikamente | <i>Seite</i> (2) | <i>Seite</i> | Nacht (2) | Nummer | <i>Kollegin</i> |
| Zucker | Oberschenkel | Ruhe | Termin (2) | | Pflegerinnen |
| Doktor | Abendbrot | Verein- barung | Arzt (2) | | Dienstagabend |
| Tagesdosette | Blutdruck | Gelenke | Neurologe | | Tour |
| Steigerung | Bauch | <i>Pflaster</i> | Bekannte | | |
| Änderung | Spritze | Tüll | Sorgen | | |
| Notiz | Muskel | Belastung | <i>Essen</i> | | |
| Schritt (für Schritt) | Finger | Packung | | | |
| <i>Kollegin</i> | Woche | Tag | | | |
| Frühstück | Einheit | Stück | | | |
| Morgen | Kollege | Hornhaut | | | |
| Mittag | <i>Pflaster</i> | | | | |
| <i>Essen</i> | Gürtel | | | | |
| Abend | Kühlschrank | | | | |

Tab. 12: Situationsübergreifende Übersicht der verwendeten Nomen

97 Nicht das Kompositum *Wochentage* wird hier verwendet, sondern die einzelnen Wochentage von Montag bis Sonntag.

Die Tabelle zeigt relevante Verben aller untersuchten Pflegehandlungen sowie deren Vorkommenshäufigkeiten:

| Verben | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|---|---|
| <i>Tabletten geben/stellen</i> | <i>Insulin- behand- lung</i> | <i>Wund- versorgung</i> | <i>nach dem Befinden schauen</i> | <i>Kompressions- strümpfe ausziehen</i> | <i>Ankündi- gung nächste Pflegebesuch e</i> |
| Tätigkeitsverben: | | | | | |
| <i>nehmen</i> (9) | <i>essen</i> (7) | anschauen | <i>nehmen</i> | ausziehen | kommen (18) |
| stellen | <i>geben</i> (6) | angucken | helfen | anziehen | <i>bringen</i> |
| <i>essen</i> | spritzen (4) | drehen | anrufen (2) | | |
| <i>geben</i> | <i>nehmen</i> | treffen | sich hinsetzen | | |
| reinmachen | fragen | drübermachen | begleiten | | |
| vollmachen | aufziehen | abmachen (2) | <i>essen</i> | | |
| reintun | <i>kommen</i> (3) | runtermachen | <i>kommen</i> | | |
| <i>bringen</i> | reingehen | nachgucken | <i>bestellen</i> | | |
| legen | frei- machen | <i>draufmachen</i> | quatschen | | |
| <i>bestellen</i> | abmachen | aufschreiben | | | |
| sagen | herzeigen | polstern | | | |
| notieren | an- spannen | einreiben | | | |
| umstellen | eintragen | | | | |
| steigern | <i>drauf- machen</i> | | | | |
| fertigstellen | bewegen | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|----------------------------------|-----------------|-------------------|--|--------------------|
| | messen | | | | |
| | wegtun | | | | |
| | einstellen | | | | |
| | hinlegen | | | | |
| Vorgangsverben: | | | | | |
| <i>kriegen</i> (12) | <i>kriegen</i> | lassen | <i>schlafen</i> | | <i>gucken</i> (2) |
| <i>bekommen</i> | <i>be-</i> <i>kommen</i> | <i>sehen</i> | <i>liegen</i> | | <i>schauen</i> (2) |
| <i>liegen</i> | <i>gucken</i> | <i>schlafen</i> | | | sich <i>sehen</i> |
| <i>stehen</i> | <i>bluten</i> | | | | |
| <i>sehen</i> | <i>er-</i> <i>schrecken</i> | | | | |
| | <i>schlafen</i> | | | | |
| Zustandsverben: | | | | | |
| <i>wissen</i> (8) | <i>wissen</i> | | <i>wissen</i> (3) | | <i>wissen</i> (5) |
| <i>glauben</i> | <i>glauben</i> | | | | <i>glauben</i> |
| <i>reichen</i> | <i>zurecht-</i> <i>kommen</i> | | | | |
| <i>fehlen</i> | | | | | |

Tab. 13: Situationsübergreifende Übersicht der Verben

Es werden also vor allem Tätigkeitsverben verwendet. Es können folgende Wortfelder situationsübergreifend erstellt werden:

- Tätigkeiten von Pflegefachkräften:
geben, reinmachen, vollmachen, reintun, bringen, legen, sagen, notieren, umstellen, fertigstellen, spritzen, aufziehen, fragen, abmachen, eintragen, draufmachen, messen, wegtun, einstellen, anschauen, angucken, drübermachen, abmachen, heruntermachen, nachgucken, daranmachen, aufschreiben, einreiben, helfen, anrufen, begleiten, kommen, quatschen, ausziehen, anziehen
- Tätigkeiten, Vorgänge und Zustände von Pflegebedürftigen:

bestellen, herzeigen, bewegen, hinlegen, sich hinsetzen, anspannen, kriegen, bekommen, schlafen, fehlen, zurechtkommen

- für beide Kommunikationspartner:
 - wissen, glauben, treffen, sich wiedersehen
- Bewegungen:
 - sich hinsetzen, legen, bewegen, hinlegen, drehen

Das Zustandsverb *sehen* kommt präfigiert vor oder man findet Synonyme: *(an)schauen*, *(an)gucken*, auch reflexiv: *sich sehen*. Die am meisten gebrauchten Verben sind: *wissen*, *kriegen*, *essen*, *nehmen*, *geben*, *kommen*.

Die am häufigsten verwendeten Adverbien *jetzt*, *heute*, *gestern*, *morgen* (temporal) und *hier* und *da* (lokal) weisen darauf hin, wie gegenwarts- und ortsbezogen die sprachlichen Handlungen sind. Das Geschehen ist hauptsächlich auf einen begrenzten zeitlichen und örtlichen Rahmen (die Wohnung der Pflegebedürftigen) beschränkt. Relevant sind hier auch die Temporaladverbien zur Medikamentengabe: *morgens*, *abends* etc. (siehe Tabelle 14). Die Zeitadverbien in der Übersicht sind im Kapitel zur Pflegehandlung *Medikamentengabe* in Wortfeldern und Wortreihen detailliert systematisiert (s. o.).

Zahlwörter kommen in fast allen Gesprächen vor und bezeichnen Daten und Uhrzeiten sowie Mengenangaben zur Dosierung. Diese stehen meist allein, selten in Verbindung mit den jeweiligen Einheiten.

Es gibt eine gesprächsübergreifende relevante Wortfamilie mit dem Wortstamm *ess-* (das Essen, essen)

7.1.6.3. Morphologische Analyse

Morphologisch betrachtet finden sich im Vergleich zu anderen Wortbildungsformen vor allem suffigierte Nomen und präfigierte Verben, wobei die Hälfte (5) aller Suffigierungen mit dem Suffix *-ung* gebildet wurden. Relativ häufig vorkommende Präfixe sind *an-* (4x), *rein-*, *ein-*, *be-* (je 3x). Das Verb *machen* wird unterschiedlich präfigiert, um Tätigkeiten bei Pflegehandlungen zu benennen: *ab-*, *frei-*, *drauf-*, *(he)runter-*, *drüber-* *machen*.

Diese einfachen Wortbildungsformen kommen dem Bedürfnis der Pflegebedürftigen nach verständlicher und ihrem gesundheitlichen Zustand angepasster Kommunikation entgegen. Dies zeigt aber auch die Verwendung von allgemeinsprachlichen Verben zum Ausdruck für pflegerische Tätigkeiten, für die es entweder keine fachsprachlichen Termini gibt, die nicht bekannt oder in der Kommunikation mit Pflegebedürftigen nicht eingesetzt werden.⁹⁸

⁹⁸ Siehe die Ausführungen zur Entwicklung der Fachsprache der Pflege von Bartolomeyczik (2005) in Kapitel 2.4: Die Fachsprache der Pflege

| Adverbien | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|---|--|-------------|
| <i>Tabletten geben/stellen</i> | <i>Insulin- behandlung</i> | <i>Wund- versorgung</i> | <i>nach dem Befinden schauen</i> | <i>Kompressions- strümpfe ausziehen</i> | <i>Ankündigung g nächste Pflegetermine</i> | |
| Temporaladverbien: | | | | | | |
| noch (9) | <i>heute</i> (2) | | <i>heute</i> (7) | | <i>früh</i> (2) | |
| <i>gleich</i> (9) | <i>gleich</i> (3) | | <i>jetzt</i> | | <i>jetzt</i> (3) | |
| abends (9) | <i>nachher</i> | | <i>gestern</i> (2) | | <i>morgen</i> (21) | |
| morgens (9) | <i>morgen</i> | | <i>da</i> | | übermorgen | |
| <i>jetzt</i> (9) | <i>jetzt</i> (6) | | | | <i>da</i> | |
| <i>morgen</i> (6) | | | | | | |
| mittags | | | | | | |
| <i>gestern</i> | | | | | | |
| <i>nachher</i> | | | | | | |
| erstmal | | | | | | |
| dann | | | | | | |
| schon | | | | | | |
| Lokaladverbien: | | | | | | |
| | | <i>hier</i> (5) | hinten | <i>da</i> | unten | <i>hier</i> |
| | | | | | <i>da</i> | |
| andere Adverbien | | | | | | |
| | | <i>ein bisschen</i> | <i>ein bisschen</i> | | | |
| | | vielleicht | | | | |
| | | ein paar | | | | |

Tab 14: Situationsübergreifende Übersicht der Adverbien

7.1.6.4. Syntaktische Analyse

Die Syntax der sprachlichen Äußerungen der Pflegepersonen haben folgende Charakteristika und Funktionen:

Satzarten:

Es werden vor allem Aussagesätze gebildet (93x) und Entscheidungsfragen (52x) gestellt.

Satzverknüpfungen:

Sätze sind meist einfach strukturiert, oft ellipsenhaft, nur 2-mal werden Hauptsätze mit Hauptsätzen oder Nebensätzen verknüpft, meist mit den Konjunktionen *wenn, dass, aber, dann, und* sowie *oder*.

Diese syntaktischen Besonderheiten haben folgende Funktionen: Einfach strukturierte Aussagesätze kommen den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen nach leichter Verständlichkeit entgegen, denn sie leiden oft unter Demenz, psychischen Krankheiten und anderen gesundheitlichen Schwierigkeiten, die ihr mentales Leistungsvermögen einschränken. Entscheidungsfragen spiegeln das Verhältnis zwischen den Kommunikationspartnern als Experten und Laien wieder: Pflegepersonen leiten und strukturieren das Gespräch, geben mit den Entscheidungsfragen Alternativen vor, anstatt die Beantwortung offen zu lassen und entlasten damit genau wie die einfach strukturierten Aussagesätze die Pflegebedürftigen. Vor allem die zahlreichen Ellipsen spiegeln die hohe Redundanz, die Klarheit des Kontextes der sprachlichen Handlungen für beide Seiten sowie die erfolgreiche und effiziente Durchführung der Bezugspflege wieder.

Verbformen:

Die bei der Konjugation am häufigsten verwendete Form ist die 1. Person Singular (97x), gefolgt von der 3. Person Plural als Höflichkeitsform (55x), der 3. Person Singular (38x) und der 3. Person Plural (30x). Die 1. Person Plural *wir* kommt 16-mal vor, eine direkte Ansprache mit dem Nachnamen ebenfalls.

Beim Gebrauch der 1. Person Singular werden von beiden Seiten eigene Ansichten, Ankündigungen und Handlungen ausgedrückt, die Gegenstand des Kommunikationsanlasses sind. Parallel dazu wird das Gegenüber durch die 3. Person Plural in der Höflichkeitsform oder durch die direkte Ansprache mit dem Nachnamen angesprochen, wobei letzteres der Sicherung der Aufmerksamkeit in der Kommunikation dient. Die Kommunikation konzentriert sich auf beide anwesende Personen.

Mittelpunkt der Kommunikation sind also die Pflegehandlungen und die beiden beteiligten Kommunikationspartner. Andere Personen und Sachverhalte bzw. Situationen werden nur dann und zwar in der 3. Person Singular und Plural erwähnt, wenn sie in direktem Bezug zur Pflegehandlung stehen. Dies dient nicht nur der durch Zeitdruck erzwungenen Ökonomie der Kommunikation, sondern vor allem einer gebotenen und auch von der Pflegetheorie ge-

forderten patientenorientierten Pflege, die die Bedürfnisse des Individuums in den Mittelpunkt stellt.

Modalverben kommen 30-mal vor, am häufigsten *können*. Partikeln spielen keine große Rolle, die am häufigsten verwendete ist *mal* (9x) und dient der Abtönung. Der Gebrauch der Modalverben hat hier vor allem die Funktion, Möglichkeiten aufzuzeigen und auszuloten sowie nach der Erlaubnis für eine Pflegehandlung zu fragen, insbesondere in schwierigen Situationen auch mit Abtönungspartikeln.

Das vorherrschende Tempus ist Präsens (187x), mit großem Abstand gefolgt vom Perfekt (23x). Der wichtigste Modus ist der Indikativ, 13-mal wird der Imperativ gebraucht.

Die Konzentration auf das Präsens Indikativ zeigt, dass sich die Kommunikation auf die Gegenwart bezieht und damit die Aufmerksamkeit auf die notwendigen Handlungen und die Beziehungspflege gerichtet wird. Das Perfekt bezeichnet in den Gesprächen vor allem Sachverhalte und Handlungen, die direkt mit dem gegenwärtigen Kommunikationsanlass verbunden sind bzw. die notwendigen Voraussetzungen dafür kommunikativ klären. Der Imperativ wird speziell von einer Pflegeperson gebraucht, um Pflegebedürftige zur Kooperation bzw. bestimmten Handlungen, alternativ zu Modalverben bzw. zur Kombination von Modalverben und Abtönungspartikeln, zu bringen, was mir aber irritierend und zeitweise auch unangemessen erschien.

Bestätigungssignale:

Pflegepersonen erfragen 19-mal Bestätigung mit *ne* (6x) und *ja* (12x). Sie selbst geben fast genauso viele Bestätigungssignale (17x).

Neben dem sehr häufigen Sprecherwechsel zeugt das Erfragen von Bestätigung und das Geben von Bestätigungssignalen vom starken Bezug der Kommunikationspartner aufeinander und unterstützt die Realisierung der Bezugspflege und den Aufbau und die Sicherung der Pflegebeziehung. Dieses Kommunikationsverhalten dient ebenso der Verständnissicherung und der Sicherstellung des Einverständnisses hinsichtlich vorher Gesagtem und der Ankündigung von Handlungen, dies vor dem Hintergrund der besonderen gesundheitlichen Situation der Pflegebedürftigen.

Deixis:

Deixis wird vor allem durch die Pronomen *das* (20x), *die* (10x), durch *so* (15x) und die Adverbien *da* (19x), *hier* (10x), *jetzt* (12x), *heute* (2x) und *morgen* (16x) hergestellt.

Die deiktischen Elemente beziehen sich fast ausschließlich auf die vorgenommenen Pflegehandlungen, auf die Wohnung bzw. die lokale Nähe der Pflegebedürftigen sowie auf den Zeitrahmen der Pflegehandlungen. Dies zeigt die hohe Frequenz der Kommunikation und dient dem starken Fokus auf die Pflegehandlungen im Hier und Jetzt. Speziell das deiktische *so* ersetzt in sehr wortarmen Situationen andere sprachliche Äußerungen.

7.1.6.5. Register

Der Gesprächstyp *ambulantes Pflegegespräch* gehört zum Register der Berufssprache (vgl. Efing 2014). Es ist gekennzeichnet durch einen sehr hohen Anteil an Allgemeinsprache mit einem geringen fachsprachlichen Anteil. Außerdem beinhaltet er zahlreiche Wiederholungen und passt sich damit an die besondere Situation der Kommunikation mit psychisch und physisch beeinträchtigten Menschen an. Des Weiteren finden sich viele Fragen nach Bestätigung des bereits Gesagtem, z. T. durch Partikeln, womit das Gegenüber in die Kommunikation einbezogen und die Einwilligung zu den Vorschlägen bzw. Entscheidungen und Aufforderungen eingeholt werden soll.

Es handelt sich beim *ambulanten Pflegegespräch* um institutionalisierte Experten-Laien-Kommunikation. Trotzdem laufen die Gespräche oft in vertrauter und vorrangig in Umgangssprache ab (z. B. *abmachen* statt *entfernen*, *Zucker* statt *Diabetes*, *Doktor* statt *Arzt*). Dies bildet die Tatsache ab, dass sich die Kommunikationspartner und -partnerinnen meist über Jahre hinweg kennen, sich mehrmals in der Woche sehen, dabei im privaten Raum der Pflegebedürftigen kommunizieren und handeln und zwar in körperlich engem Kontakt bis hin zur Überschreitung der Intimsphäre der zu Pflegenden.⁹⁹ Außerdem zeigt dieser umgangssprachliche Gebrauch, dass sich die Pflegefachkräfte auf die Sprache der Pflegebedürftigen einstellen und dabei eine relativ hohe Flexibilität zeigen. Der vertraute Sprachgebrauch, der sich beispielsweise durch die durchgehend informelle Begrüßung und Verabschiedung mit „hallo“ bzw. „tschüß“ oder „bis morgen dann“ ausdrückt, findet sein Korrektiv in der formalen Anrede mit „Herr/Frau“ bzw. „Sie“, welche bedeutend öfter in der Kommunikation vorkommt als in einem Alltagsgespräch. Damit wird die nötige Distanz wieder hergestellt, damit die Kommunikation immer wieder in einen beruflichen, institutionellen Kontext gerückt wird. Eine weitere Begründung für diese Anredeform könnte man auch in der wiederholten Bezugnahme zum Kommunikationspartner bzw. zur -partnerin sehen, um immer wieder Verbindung auch zu abwesenden, psychisch kranken Menschen aufrecht zu erhalten, um diese in ihrer Identität zu bestärken, um ihnen klar zu machen, dass man sie direkt anspricht und meint. Das *ambulante Pflegegespräch* gehört damit grundsätzlich dem informell-öffentlichen Register an, tendiert aber je nach Kommunikationssituation und Beteiligten auch zum intimen/familialen Register.

Die Experten-Laien-Kommunikation spiegelt sich auch in der Verwendung der wenigen Fachtermini vor allem von Seiten der Pflegefachkräfte wieder, während die Pflegebedürftigen diese meist nur beim Nennen der Medikamente und Pflegemittel gebrauchen. Nur wenige Verben beispielsweise lassen auf explizit pflegerische Tätigkeiten schließen, z. B. *einreiben*, *stellen*. Außerdem wird die Kommunikation vorrangig von den Pflegepersonen strukturiert, sie initiieren zum größten Teil die Themen und Handlungen und geben durch Entscheidungsfragen die Handlungsalternativen vor. Mittels Fragen beziehen sie den Kommunikationspartner bzw. die -partnerin zwar aktiv mit ein, behalten aber durch ihre Position und ihre Fachkenntnisse die Entscheidungsgewalt.

⁹⁹ Letzteres trifft zwar auch auf die stationäre Pflege zu, hier sind sich die Kommunikationspartner aber fremd und die Pflegebeziehung findet meist nur über einen kurzen Zeitraum hinweg statt.

7.2. Ergebnisse der linguistischen Textanalyse

7.2.1. Die Texte in der ambulanten Pflege

7.2.1.1. Kommunikationssituation

Die nachfolgend beschriebenen Texte wurden von mir in den Büroräumen einer der ambulanten Pflegedienste kopiert. Sie befinden sich dort in einem Ablagesystem bzw. am schwarzen Brett (*Dienstplan*) und sind von allen Mitarbeitern einsehbar und auch für alle zugänglich (außer die *Ergebnisliste Tourenplan*). Ich wählte folgende Texte unter den verfügbaren aus, weil sie von den von mir begleiteten Pflegefachkräften im Rahmen von mehreren Kurzbefragungen als „häufig vorkommend“ und/oder „relevant“ eingeschätzt wurden: *Dienstplan*, *Ergebnisliste Tourenplan*, *Kontrollliste Arbeitsmittel*, *Überleitungsbogen*, *Autoübergabe*, *Marcumar-Dosierung*, *Beschwerdeaufnahmebogen*, *Beratungsprotokoll*, *Schlüsselprotokoll*, *Schadensmeldung*, *Notfalleinsatz Klient* und *Verbesserung*.

Der Großteil der Texte wurde von der Qualitätsmanagementbeauftragten erstellt. Meist liegt Mehrfachadressierung vor. Die Daten zu Thema, Inhalt, Adressat und Verfasser gehen zum Teil aus den Texten selbst hervor, wurden aber auch aus einer der Kurzbefragungen gewonnen.

7.2.1.2. Die Textfunktion

Bei den meisten der analysierten Texten handelt es sich um die Textsorte *Formular*. Dieses ist dadurch gekennzeichnet, dass es einen „halbierten Dialog“ darstellt. Der oder die Autoren der Formulare treten nicht konkret in Erscheinung, fordern vom Adressaten Informationen zu vorgegebenen Aspekten, das bedeutet, sie vollziehen eine Fragehandlung (vgl. Fandrych/Thurmair 2011: 210). Sind die Formulare ausgefüllt, ergibt sich ein neuer Text, der schriftliche „Dialog“ ist dann vollständig (vgl. Becker-Mrotzek 1999: 1397). Im Allgemeinen wird nur aus dem Kontext und der Gestaltung des Formulars ersichtlich, was vom Adressaten erwartet wird. Die Textsorte Formular ist von ihrem Handlungsbereich her situativ und inhaltlich-thematisch eindeutig spezifiziert (vgl. Fandrych/Thurmair 2011: 211) und dies trifft auch auf die in der ambulanten Pflege verwendeten, hier untersuchten Dokumente zu.

Das Formular ist im Allgemeinen durch verschiedene Kennzeichen als begrenzter und damit abgeschlossener Text erkennbar. Er hat eine eigenständige Textfunktion, nämlich eine appellative: Der Adressat soll die Lücken ausfüllen bzw. Fragen beantworten. Hinzu kommt eine reglementierend-kontrollierende Textfunktion, da der Adressat gewissermaßen der Kontrolle der Institution unterliegt. Andererseits ist das Formular erst ausgefüllt wirklich vollständig und wird dann zu einem Element in einer Handlungskette weiter einsetzbar. Der neu entstandene Text hat dann eine konstatierend-assertierende, wissensbereitstellende Funktion. Das Kriterium der Abgeschlossenheit muss demnach bei der Textsorte Formular auf verschiedenen Ebenen untersucht werden (ebd. 212).

Des Weiteren finden sich die Textsorten *Liste* und *Dienstplan* unter den untersuchten Texten. Diese haben in erster Linie eine konstatierend-assertierende, wissensbereitstellende Funktion, aber durch den institutionellen Kontext auch eine reglementierend-kontrollierende.

Alle untersuchten Texte erfüllen außerdem durch ihre effiziente Darstellung die Funktion der Ökonomie und durch die Mehrfachadressierung die der Anonymität. Zudem ist eine erhöhte Deutlichkeit und Verständlichkeit durch die Wahl der sprachlichen Mittel erkennbar (vgl. hierzu Roelcke 2010) Die nachfolgend untersuchten Texte können außerdem dem formellen Register bzw. dem Register Berufssprache (nach Efing 2014)¹⁰⁰ zugeordnet werden.

7.2.2. Die Analyse der einzelnen Texte

7.2.2.1. Der *Dienstplan*

7.2.2.1.1. Kommunikationssituation

Der *Dienstplan* wird von der Einsatzleitung wenige Wochen vor dem tatsächlichen Einsatz der Pflegekräfte geschrieben. Dazu können die Pflegekräfte eine Wunschliste schreiben, damit deren Interessen berücksichtigt werden können. Der *Dienstplan* hängt dann im Büro des Pflegedienstes aus und hat für einen ganzen Monat Gültigkeit. Es liegt Mehrfachadressierung vor.

7.2.2.1.2. Textfunktion

Die Textsorte *Dienstplan* hat voranging eine handlungsvorbereitende Funktion. Sie strukturiert die Handlungen aller, an die er sich richtet, im Voraus. Relevant ist dieser Zweck beispielsweise für das *ambulante Pflegegespräch* insofern, als dass hieraus die Informationen für die Teilpflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche* entnommen werden können. Die Pflegefachkräfte können aus dem *Dienstplan* außerdem andere berufliche Kommunikationsanlässe ableiten, wie z.B. mit wem sie Übergabegespräche führen werden. Außerdem besteht eine reglementierend-kontrollierende Funktion, da der Pflegedienst damit die Arbeitszeiten seiner Beschäftigten überwachen kann.

7.2.2.1.3. Textstruktur

Thema des *Dienstplanes* sind die Arbeits- bzw. Abwesenheitszeiten für einen ganzen Monat für alle Mitarbeiter. Es kann abgelesen werden, wer wann Dienst hat und welche Pflgetour fährt sowie wer aus welchem Grund keinen Dienst hat.

Der *Dienstplan* ist wie eine Tabelle aufgebaut und gliedert sich zum einen in Informationen über die einzelnen Mitarbeiter sowie deren Position und Funktion im Unternehmen und zum anderen in Angaben über die (geplanten) Arbeits- und Abwesenheitszeiten. In die Tabelle werden eine Reihe von Abkürzungen eingetragen, deren Bedeutung z. T. in einer Legende erläutert werden. Sie bezeichnen Modalitäten der An- oder Abwesenheit eines Mitarbeiters. Außerdem werden hier die SOLL- und die IST-Werte der Arbeitszeiten eingetragen sowie

100 siehe Kapitel 2.3: Berufssprache als Register

mögliche Abweichungen vom vorgesehenen SOLL-Wert. Vermerkt sind auch die per Arbeitsvertrag geltenden Wochenarbeitsstunden für jeden einzelnen Mitarbeiter.

7.2.2.1.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse

Auf dem *Dienstplan* erscheinen verschiedene Berufsbezeichnungen in der ambulanten Pflege sowie Bezeichnungen für Büromitarbeiter und für hierarchische Positionen. Einige bekannte Bezeichnungen fehlen wie z. B. Pflegehilfskräfte. Es werden zum Teil männliche und zum Teil weibliche Formen verwendet, teils aber auch generalisierte Formen durch Verwendung des Suffixes *-ung*), z. B. *Einsatzleitung*. Der *Dienstplan* enthält folgende Lexeme, Worte bzw. semantische Einheiten, die ich lexikalisch-semantisch, syntaktisch und morphologisch analysierte:

| Lexeme/Worte/ sem. Einheiten | Semantik |
|---------------------------------|--|
| Dienstplan | „Plan, der den zeitlichen Ablauf des Dienstes regelt“ (Duden) |
| Plan | i. S. v.: „Entwurf in Form einer Zeichnung oder grafischen Darstellung, in dem festgelegt ist, wie etwas, was geschaffen oder getan werden soll, aussehen, durchgeführt werden soll“ (Duden) |
| Soll | geforderte Arbeitsleistung (Duden) |
| Sollstunden | geforderte Arbeitsstunden |
| Wochenstunden | Arbeitsstunden in einer Woche insgesamt |
| Soll-Änderung | Änderungen an den geforderten Arbeitsstunden |
| Ist | i. S. v.: Ist-Wert: „unter vorgegebenen Bedingungen tatsächlich auftretender Wert einer (...) Größe im Unterschied zum Sollwert“ (Duden) |
| Teamsitzung | Zusammenkunft einer Gruppe von Leuten (eines Teams), die zu einem bestimmten Zweck regelmäßig zusammenkommen (vgl. Duden); Ziel ist die Sicherung des Informations- und Kommunikationsaustausches im Team; mögliche Themen: Aktuelles, Dienstplanänderungen, laufende Pflegeplanung, Fallbesprechungen, zukünftige Dienstpläne (vgl. Damkowski et al. 1997: 158) |
| Schicht | i. S. v.: „Abschnitt eines Arbeitstages in durchgehend arbeitenden Betrieben, in denen die Arbeitsplätze in einem bestimmten Turnus mehrmals am Tag besetzt werden“ (Duden) |
| Frühschicht | i. S. v.: „am frühen Morgen beginnende Schichtarbeit“ (Duden) |
| Mittelschicht | Schichten, die am Vormittag/Mittag beginnen und bis zum späten Nachmittag/frühen Abend dauern |

| | |
|-----------------------|--|
| Spätschicht | i. S. v.: „Schichten am (späten) Abend (Duden) |
| Nachtschicht | i. S. v.: „Schichtarbeit während der Nacht“ (Duden) |
| Fremdeinsatz | wenn ein Mitarbeiter in einem Pflegewohnheim angestellt ist, aber im ambulanten Bereich aushilft, dann ist es im <i>Dienstplan</i> zu vermerken als Fremdeinsatz ¹⁰¹ |
| Handydienst | bedeutet, dass es täglich einen examinierten Mitarbeiter gibt, der 24 h für wichtige Fragen, Klientenprobleme, Angehörige, Mitarbeiter etc. erreichbar ist ¹⁰² |
| Dienst | i. S. v. „berufliche Arbeit, Tätigkeit, Erfüllung von [beruflichen] Pflichten“ (Duden) |
| frei mit Teamsitzung | wird in den <i>Dienstplan</i> eingetragen, wenn der Mitarbeiter in seiner Freizeit an der Teamsitzung teilgenommen hat ¹⁰³ |
| Bereitschaft | i. S. v.: Bereitschaftsdienst - „Dienst auf Abruf für den Notfall“ (Duden) |
| Mutterschutz | nicht (mehr) im Dienst aufgrund der „Gesetze und Vorschriften zum Schutz erwerbstätiger werdender Mütter und Wöchnerinnen“ (Duden) |
| Beschäftigungsverbot | nicht (mehr) im Dienst bei schwangeren Frauen aufgrund eines ärztlichen Attests zum Schutze von Mutter und Kind (vgl. Duden) |
| Betreuungstour | Tour, die keine pflegerischen Maßnahmen enthält, sondern Entlastungsleistungen im Rahmen des Pflegegrades wie Gespräche, spazieren gehen, Biografiearbeit etc. ¹⁰⁴ |
| Pflegedienstleiter/in | jemand, der/die einen Pflegedienst leitet, an der Spitze des Unternehmens bzw. einer Zweigstelle steht; zu den Aufgaben gehören u.a. Personalplanung, -führung und Entwicklung, pflegerische Verantwortung und Qualitätssicherung, Planung und Beschaffung des Finanzhaushaltes, Öffentlichkeitsarbeit, Marketing, Werbung, konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtung, Zusammenarbeit mit dem Träger der Einrichtung, externe Kooperation und Vernetzung (Damkowski et al. 1997: 138-141) |
| stellvertretend | an jemandes Stelle handeln (vgl. Duden) |
| Einsatzleiter/in | jemand, der/die für die Pflegeeinsätze auf den Pflgetouren die Verantwortung übernimmt (vgl. Duden) |
| Teamleiter/in | jemand, der/die ein Team leitet; die Verantwortung für das Team übernimmt (vgl. Duden) |
| Teamsprecher/in | jemand, der/die vom Team gewählt wurde und beauftragt ist, die Interessen eines Teams zu vertreten (vgl. Duden) |

101 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

102 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

103 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

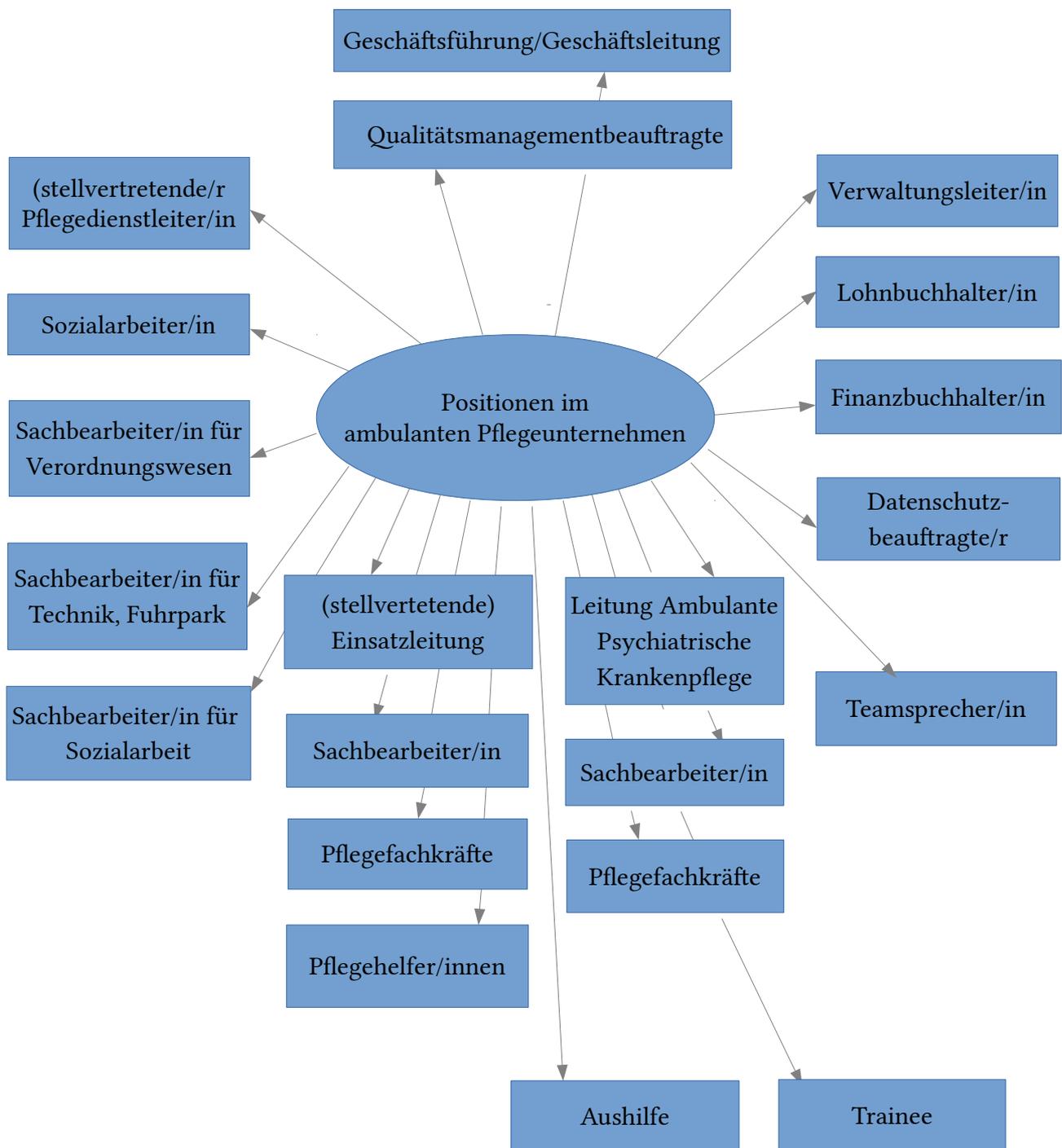
104 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

| | |
|-----------------------|---|
| Hygiene-beauftragte/r | jemand, der/die den Auftrag hat, sich um die Hygiene („Gesamtheit der Maßnahmen in den verschiedensten Bereichen zur Erhaltung und Hebung des Gesundheitsstandes und zur Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten; Gesundheitspflege“, (Duden) zu kümmern |
| Trainee | „jemand (besonders Hochschulabsolvent[in]), der innerhalb eines Unternehmens eine praktische Ausbildung in allen Abteilungen erhält und dadurch für seine spätere Tätigkeit vorbereitet wird“ (Duden) |
| Aushilfe | jemand, der/die Aushilfsarbeiten macht; Aushilfskraft (Duden); aushelfen = vorübergehend helfen |
| Sachbearbeiter | Jemand, der/die Verwaltungs- und Büroarbeiten ausführt |

Tab. 15: Lexik/Semantik des Textes *Dienstplan*

Ergänzt man diese Liste um einige fehlenden Angaben und differenziert zwischen Positionen im ambulanten Pflegeunternehmen auf der einen Seite und Berufsbezeichnungen auf der anderen, entstehen folgende zwei Wortfelder (in Abbildung 5 und 7). Dabei ist die für diese Arbeit relevante Berufsbezeichnung der *Pflegefachkraft* sowohl als Position als auch als allgemeine Berufsbezeichnung zu finden.¹⁰⁵ Auch die Modalitäten der An- und Abwesenheit einer Pflegefachkraft ergeben ein Wortfeld (Abbildung 6):

¹⁰⁵ Zu bedenken ist auch, dass es auch veraltete, noch immer gebräuchliche Berufsbezeichnungen gibt (z. B. Krankenschwester) und ganz neue durch die gesetzliche Zusammenführung der drei Bereiche Altenpflege, Krankenpflege und Kinderkrankenpflege zu Gesundheits- und Krankenpflege.

Abb. 5: Wortfeld zum Text *Dienstplan*¹⁰⁶

¹⁰⁶ Das Wortfeld wurde erweitert anhand des unveröffentlichten Pflegehandbuchs der Pflegestation M&K (2013)

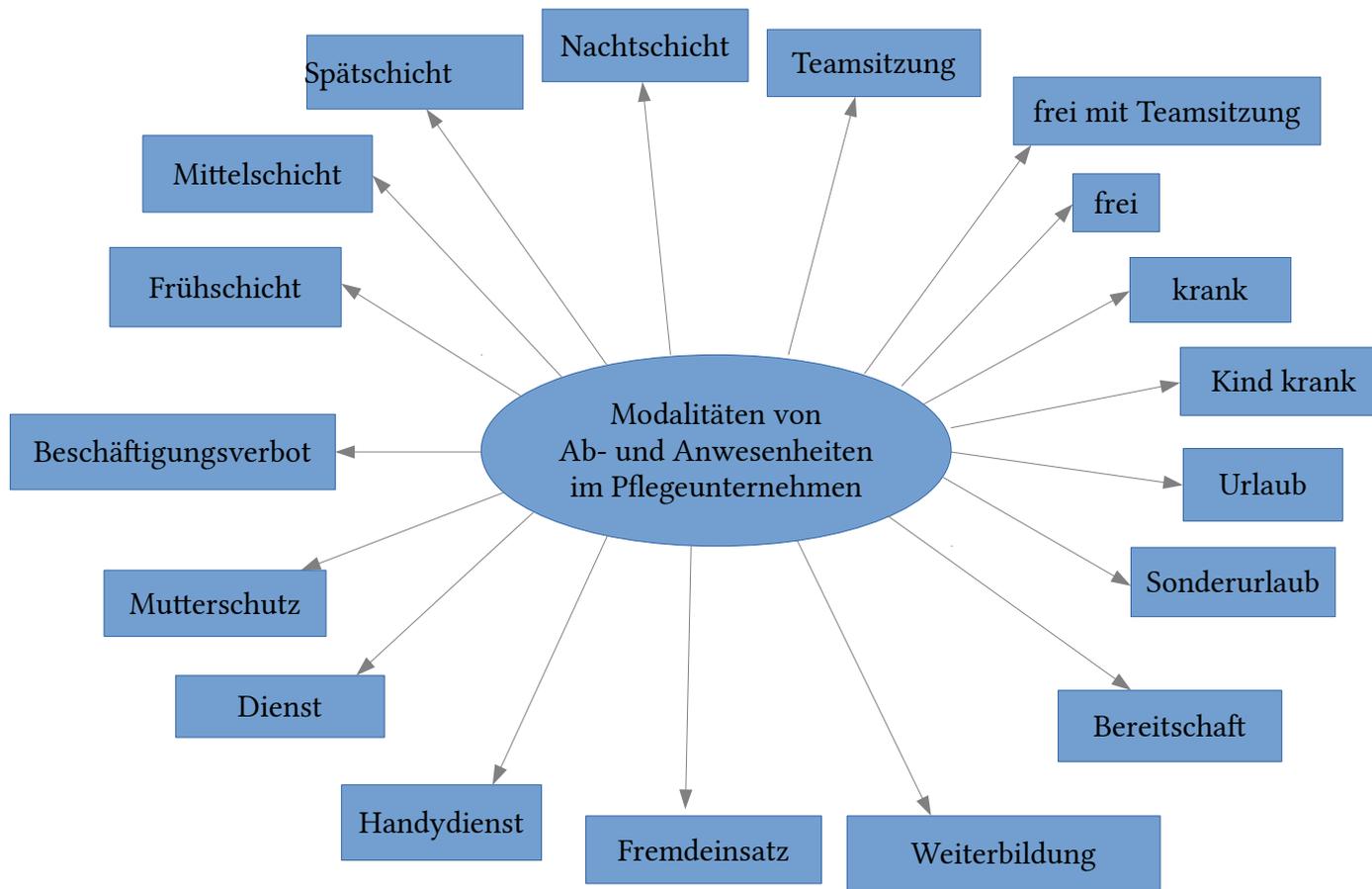


Abb. 6: Wortfeld zum Text *Dienstplan*¹⁰⁷

107 vgl. dazu auch <http://www.gesundheitsberufe.de>

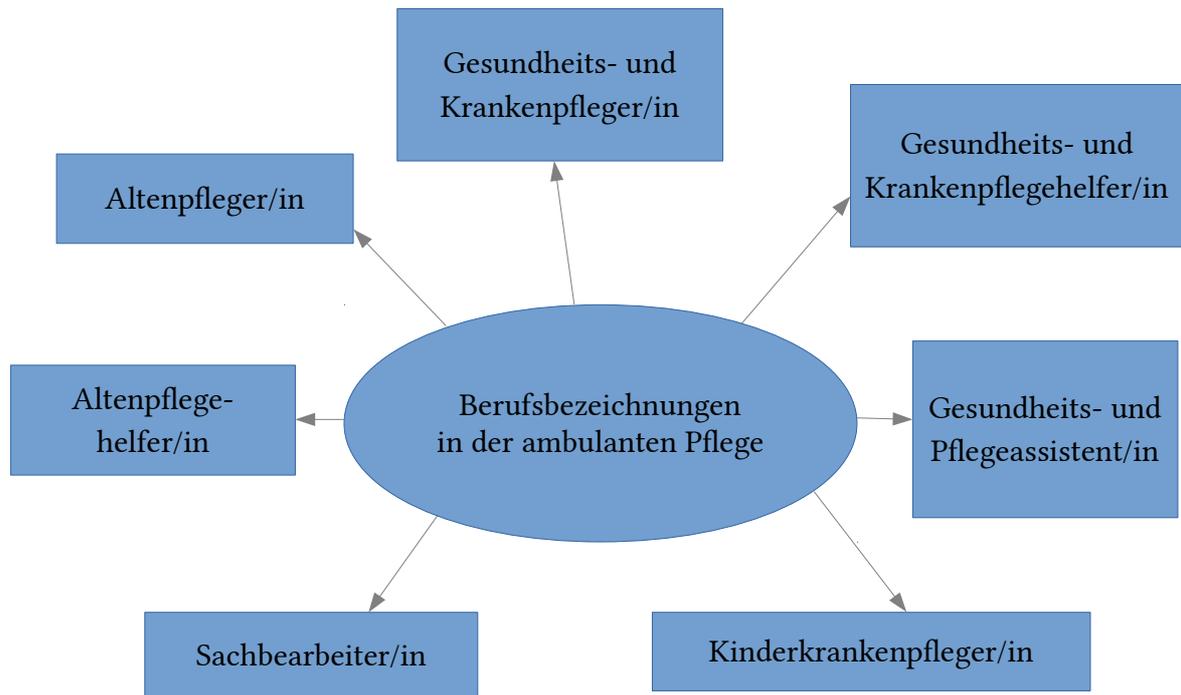


Abb. 7: Wortfeld zum Text *Dienstplan*¹⁰⁸

Auf dem *Dienstplan* werden eine ganze Reihe von betriebsinternen Abkürzungen gebraucht:

Soll-Änd = Soll- Änderung, *Teams* = Teamsitzung, *Früh* = Frühschicht, *Spät* = Spätschicht, *Mittel* = Mittelschicht, *Nacht* = Nachtschicht, *Sonderurl.* = Sonderurlaub, *W* = *Weiterbil.*: Weiterbildung, *FE* = *Fremde* = Fremdeinsatz, *H* = *Handyd.* = Handydienst, *b* = *Bereitsch.* = Bereitschaft, *FmT* = *frei m. Teams.* = frei mit Teamsitzung, *ME* = *Muttersch.:* Mutterschutz, *BV* = *Besch.verb.* = Beschäftigungsverbot

Entlehnungen:

- *Hygiene* (griechisch)
- *Trainee* (englisch)

Register:

Der Text enthält vor allem berufsübergreifende Lexik und einige wenige Fachtermini aus der Pflegefachsprache: *Betreuungstour* und *Pflegedienstleiter* bzw. *Pflegedienstleiterin*.

¹⁰⁸ Das Wortfeld wurde erweitert anhand des unveröffentlichten Pflegehandbuchs der Pflegestation M&K (2013)

b) Morphologische Analyse

Im *Dienstplan* werden vor allem folgende sprachliche Mittel verwendet:

Determinativkomposita:

Dienst + Plan, Woche + FE -n + Stunde(n), Pflege + Dienst + Leitung, Einsatz + Leitung, Alte + FE -n + Pfleger/in, Team + Leiter, Hygiene + Beauftragte/r, Kranke + FE -n + Pfleger, Team + Sprecher, Sach(e) + bearbeiter, Arbeitszeit + Woche + FE -n + Stunde(n), Team + Sitzung, Mittel + Schicht, Nacht + Schicht, Handy + Dienst, Mutter + Schutz, Beschäftigung + FE -s + Verbot

weitere Komposita:

Soll + Stunde(n) → *Sollstunden* (Verb + Nomen)
 Soll + Änd(erung) → *Soll-Änd* (Verb + Nomen)
 früh + Schicht → *Frühschicht* (Adjektiv + Nomen)
 spät + Schicht → *Spätschicht* (Adjektiv + Nomen)
 fremd + Einsatz → *Fremdeinsatz* (Adjektiv + Nomen)

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*:
 - leit(en) + Suffix *-ung* → *Leitung* (s. Determinativkompositum *Einsatzleitung*)
 - beschäftig(en) + Suffix *-ung* → *Beschäftigung* (Verb zu Nomen)
(s. Determinativkompositum *Beschäftigungsverbot*)
- durch verschiedene Suffigierungen:
 - leit(en) + Suffix *-er* → *Leiter* (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Teamleiter*)
 - sprech(en) + Suffix *-er* → *Sprecher* (Verb zu Nomen)
 - bereit + Suffix *-schaft* → *Bereitschaft* (Adjektiv zu Nomen)
- durch Präfigierung und Suffigierung:
 - helf(en) + Suffix *aus-* → *aushelfen* + Suffix *-e* → *Aushilfe*
- durch Präfigierungen: (Nomen zu Nomen)
 - Präfix *sonder-* + *Urlaub* → *Sonderurlaub*
 - Präfix *weiter-* + *Bildung* → *Weiterbildung*

Implizite Ableitung:

einsetz(en) → *Einsatz* (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Einsatzleitung*)

Konversionen:

die alte (Frau) / der alte (Mann) → der/die Alte (Adjektiv zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Altenpfleger/in*)

arbeit(en) → Arbeit (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Arbeitszeitwochenstunden*)

Movierungen:

Krankenpfleger → Krankenpflegerin

Sachbearbeiter → Sachbearbeiterin

Kurzwörter:

Soll (Soll-Wert)

Ist (Ist-Wert)

AZW (*Arbeitszeitwochenstunden*)

WoST (*Wochenstunden*)

SU (*Sonderurlaub*)

FE (*Fremdeinsatz*)

FmT (*frei mit Teamsitzung*)

ME (*Mutterschutz*)

BV (*Beschäftigungsverbot*)

PE=§45 (*Betreuungstour*)

Flexion:

stellvertretende (adjektivisch gebrauchtes Partizip I von *stellvertreten*)

Wortarten:

Der *Dienstplan* ist geprägt durch Nomen (45x), davon 21 Komposita, 19 einfache Nomen und 5 Nominalisierungen. Er enthält weiterhin 5 Adjektive (*früh, spät, mittel, frei, krank*) und eine Präposition (*mit*).

c) Syntaktische Analyse

Der *Dienstplan* ist gekennzeichnet durch die Verwendung einzelner Worte. Es gibt Buchstaben, die als Abkürzungen sowie als deiktische Elemente fungieren, die auf Erklärungen in der Legende verweisen. Der *Dienstplan* besteht vor allem aus für sich allein stehenden Nomen. Es kommen keine Verben, Artikel etc. vor.

7.2.2.2. Die Ergebnisliste des Tourenplans

7.2.2.2.1. Kommunikationssituation

Die App¹⁰⁹ für die Tourenplanung heißt *BoS&S* und beinhaltet eine ganze Pflegeakte. Hier sind alle wichtigen Informationsdaten einsehbar wie: Einsatzinfos (z. B. „vom Krankenhaus zurück verlegt“), Klientendaten (Name, Adresse, Grunderkrankungen, Pflegemaßnahmen, Ärzte, Angehörige, Krankenkasse, Pflegeberichte, Vitalwerte, Medikamente etc.). Der *Tourenplan* wird von den Sachbearbeitern und Sachbearbeiterinnen im Büro zusammen mit den Pflegekräften erstellt und dabei ins System eingegeben. Er wird sowohl für Pflegefach- als auch Hilfskräfte erarbeitet. Während der Tour klickt die Pflegekraft die jeweiligen Kästchen an: Vor dem Pflegebesuch beim Klienten und danach sowie nach Beendigung der Tour werden die Daten synchronisiert und es gibt eine ausdrückbare Ergebnisliste.¹¹⁰ Diese wird hier ausgewertet.

Die Pflegekräfte überprüfen am Ende der Tour diese *Ergebnisliste des Tourenplans* und unterschreiben sie. Dieses Dokument geht dann zurück ans Büro, wird dort am Ende des Monats bearbeitet, überprüft und an die Krankenkasse gesendet. Die gesammelte *Ergebnislisten* werden an die Zentrale des Pflegeunternehmens geschickt und dort archiviert. Auch der MDK hat Einsicht. Es liegt also Mehrfachadressierung vor. Die in der *Liste* angegebenen Zeiten für Pflegeleistungen und Fahrten werden nach Vorgaben und Erfahrungswerten kalkuliert und nach Tourende auch von einer dritten Pflegefachkraft überprüft.¹¹¹

7.2.2.2.2. Textfunktion

Die *Ergebnisliste des Tourenplans* gehört zu den Textsorten *Liste*. Sie hat für die Pflegefachkräfte eine reglementierend-kontrollierende Textfunktion und zwar in erster Linie für sich selbst. Da sie eine Grundlage für ihre Arbeitszeitabrechnung und den Nachweis für die Erfüllung ihrer beruflichen Hauptaufgabe darstellt, kontrollieren Sie diesen Text auf inhaltliche Korrektheit und sichern sich damit arbeitsrechtlich ab.

7.2.2.2.3. Textstruktur

Thema der *Ergebnisliste des Tourenplans* sind die geplanten, vorgegebenen einzelnen Stationen der Tagestour einer Pflegekraft, die dort zu erbringenden Leistungen sowie die Zeitdauer von Fahrt und Pflegebesuchen.

Der Text enthält im oberen Abschnitt Angaben zur Tour (Nummer), zur Pflegefachkraft (Namen), das Datum und die Überschrift. In der *Liste* selbst, die als Tabelle mit drei Spalten gestaltet ist, wiederholen sich zunächst die gleichen Angaben wie im ersten Abschnitt. Hier finden sich auch Informationen über den zur Fahrt genutzten Pkw. Darunter stehen in der ersten Spalte die registrierten Uhrzeiten von Fahrt und Pflegebesuchen, in der mittleren Spalte werden die zu erbringenden Pflegehandlungen sowie die anzuwendende Wegepauschale notiert. In der rechten Spalte ist Platz für Notizen. Erfasst werden am Ende auch Pausen sowie die Zei-

¹⁰⁹ Anwendungssoftware

¹¹⁰ (Kurzbefragung mit demem Geschäftsleiter eine Pflegedienstes sowie mit einer Pflegefachkraft)

¹¹¹ (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

ten für die Tourvor- und nachbereitung. Im unteren Abschnitt der Liste werden dann die differenzierten Zeiten noch einmal einzeln erfasst sowie die Anzahl der Einsätze und die Länge der Fahrtstrecke. Darunter stehen noch Anweisungen zum rechtlich korrekten Ausfüllen der Liste sowie die zu unterschreibende Erklärung zur Richtigkeit der erbrachten Angaben. Eine *Ergebnisliste eines Tourenplans* für eine Pflegefachkraft ist etwa drei Seiten lang.

7.2.2.2.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse

Die *Ergebnisliste des Tourenplans* enthält folgende semantische Einheiten in Form von Wörtern, Wortgruppen und Abkürzungen:

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--|--|
| Tourvorbereitung | dazu gehören folgende Tätigkeiten: Lesen des Übergabebuches, um einen Überblick darüber zu bekommen, was im Allgemein passiert ist (z. B. besondere Vorkommnisse im Spätdienst vom Vortag etc.), Diensthandy einschalten und „Startzeit“ drücken, im persönlichen Tourfach alles von den Sachbearbeitern des Büros Hinterlegte ansehen (Aufträge, Unterschriften), die Schlüssel der Pflegebedürftigen entnehmen, die Vollständigkeit der Medikamente prüfen, alles Notwendige für die Tour einpacken, zum Auto gehen und losfahren ¹¹² |
| Tournachbereitung | dazu gehören folgende Tätigkeiten: alles, was passiert ist, ins Übergabebuch schreiben, die Schlüssel der Pflegebedürftigen und die Autoschlüssel zurückhängen, ggf. Formulare ausfüllen, die Pflegedokumentationen in die Pflegeakten schreiben, die Medikamente für den nächsten Tag prüfen, Telefonate mit Ärzten und Angehörigen führen ¹¹³ |
| Fahrtenbuch | „Kontrollbuch, in das ein Fahrzeugführer Einzelheiten über Fahrten, Reparaturen o. Ä. einträgt“ (Duden) |
| Fahrtzeiten/ Wegezeiten | „für das Zurücklegen einer bestimmten Strecke während einer Fahrt benötigte Zeit“ (Duden) |
| tägliche Arbeitszeit | i. S. v.: „für die Arbeit vorgesehene oder festgelegte Zeitspanne“ (Duden); „Arbeitszeit ist die Zeit, die der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber zur Verfügung stehen muss.“ ¹¹⁴ |

112 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

113 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

114 siehe <http://wirtschaftslexikon.gabler.de>

| | |
|--|---|
| Einsätze | i. S. v.: „das Verwenden, Einsetzen einer Person oder einer Sache zur Erfüllung einer bestimmten Aufgabe“ (Duden) |
| Stundenübersicht | i. S. v.: „bestimmte Zusammenhänge wiedergebende, knappe [tabellenartige] Darstellung“ (Duden) der geleisteten Arbeitsstunden |
| Medikamentengabe | „Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, (z. B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für vom Arzt bestimmte Zeiträume (...) außer Injektionen, Infusionen, Installationen, Inhalationen (...) über den Magen-Darmtrakt (auch über Magensonde), über die Atemwege, über die Haut und Schleimhaut als Einreibungen (...) als Bad zur Behandlung von Hautkrankheiten (...), zur Behandlung des Mundes (...), zur Behandlung des Auges“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1); „Der (...) Mensch führt sich die ärztlich verordneten Medikamente zur richtigen Zeit zu.“ (Völker/Ehmann 2011: 331) |
| Blutzuckermessung | „Ermittlung und Bewertung des Blutzuckergehaltes kapillaren Blutes mittels Testgerät (z. B. Glucometer) bei Erst- und Neueinstellung einer Diabetes (insulin- oder tablettenpflichtig), bei Fortsetzung der sogenannten Intensivierten Insulintherapie“ (Doni/Gresch 2001 Kap. 14.1.); Ablauf: Händedesinfektion, Blutdruckmessgerät und Teststreifen verwenden, Einstich mit Stechautomat am Finger oder Ohrläppchen, Blutropfen auf Testfeld des Teststreifens auftragen, Messergebnis abwarten und dokumentieren, Pflaster auf Einstichstelle kleben, gebrauchtes Material entsorgen, Pflegebedürftige/n beobachten (vgl. Völker/Ehmann 2011: 293) |
| Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit | umfasst Kochen, Aufwärmen des Tiefkühlmittagstisches, Spülen des bei den Mahlzeiten verwendeten Geschirrs, Reinigen des Arbeitsbereiches; wird in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen erbracht (u. a. auch bei Essen auf Rädern) (vgl. Pflegestation M&K 2013) |
| Kompressionsstrümpfe ausziehen | ist Teil der Pflegemaßnahme Thromboseprophylaxe (vgl. Völkel/Ehmann 2011: 267f); „bei mobilen Patienten zur Abheilung von Ulzera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses und Lymphflusses“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1.) |
| Thrombose-Prophylaxe nach Pflegerichtlinie | „bedeutet die Anwendung von Maßnahmen zur Verhütung einer Thrombose. Eine Thrombose ist das Entstehen oder Bestehen eines Blutgerinnsels in einem Blutgefäß.“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 12.2.2); zur Durchführung gehören u. a. Mobilisation und Bewegung, Kompression der Venen (vgl. ebd.); „Besonderes Risiko besteht (...) bei Bettruhe, starker Bewegungseinschränkung, Herz-Kreislaufinsuffizienz, Krampfadern sowie bei starker Dehydration.“ (Pflegestation M&K 2010: Modul Thromboseprophylaxe) |
| Darm- und Blasenentleerung | umfasst An-/Auskleiden, Hilfen/Unterstützung bei der Blasen- und/oder Darmentleerung, z. B. Inkontinenzversorgung, zur Toilette bringen, Entsorgung von Ausscheidungen, Intimpflege (vgl. Pflegestation M&K 2013) |
| Kontraktur- | „Dauerhafte Verkürzung von Muskeln, Sehnen und Bändern mit der Folge |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Prophylaxe nach Pflegerichtlinie | einer irreversiblen Bewegungseinschränkung und Versteifung eines Gelenks. Kontrakturgefährdet sind alle Klienten, mit chronischen Schmerzen, welche immobil, inaktiv in der Bewegung sind und neurologische Erkrankungen haben (MS), die über längere Zeit (Tage) ein oder mehrere Gelenke in einer konstant unphysiologischen Stellung halten bzw. halten müssen.“ (Pflegestation M&K 2010: Modul Kontrakturprophylaxe); „bedeutet die Anwendung von Maßnahmen zur Verhütung einer Verkürzung der Muskeln und Sehnen, zur Vorbeugung von Versteifungen, Fehlhaltungen und Verknöcherungen der Gelenke“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 12.2.4.) |
| Prüfen/ggf. Ergänzen der Medikamente | Prüfen, ob die Pflegebedürftigen die Medikamente eingenommen haben und ggf. Auffüllen der Dosetten ¹¹⁵ |
| Injektion s. c. (subcutane Injektion) | „Aufziehen, Dosieren und Einbringen von ärztlich verordneten Medikamenten“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1.); „In das Unterhautfettgewebe werden Medikamente verabreicht, deren Wirkung verzögert eintreten soll, z. B. Heparin, Insulin.“ (Völker/Ehmann 2011: 332; siehe auch Doni/Gresch 2001: Kap. 14.6); „Es handelt sich zumeist um Medikamente, die auf enteralem Verabreichungsweg nicht oder unzureichend zum Zielort gelangen können“ (Pflegestation M&K 2010: Modul Injektion s. c.) |
| Injektion Insulin | „Bei allen Diabetikern, bei denen die Diättherapie und die oralen Antidiabetika nicht mehr ausreichen sowie bei Typ I - Diabetikern, ist die gezielte Substitution von Insulin lebensnotwendig. Damit die Blutzuckerwerte möglichst konstant im Normbereich (nüchtern 50- 110 mg/dl) bleiben, muss der tägliche Insulinbedarf für jeden Diabetiker individuell ermittelt werden (Zuckereinstellung).“ (Pflegestation M&K 2010: Modul Diabetes mellitus/ Insulinbehandlung, siehe auch „Injektion s. c.“) |
| Einreibungen nach Standard | „Von Einreibung spricht man, wenn eine bestimmte Salbe, Öl u. ä. auf einem bestimmten Hautareal gleichmäßig verrieben wird. Zumeist handelt es sich dabei um größere Hautareale oder Körperpartien. Die Wirkung von Einreibungen beruht auf den Faktoren: Berührung, Reibung und den Wirkstoffen im Einreibemittel (lokale Effekte über die Haut, systemische Effekte über die Atmung, z. B. Einatmung ätherischer Aromastoffe). Indikationen für Einreibungen sind: Psychische und psychosomatische Störungen, Muskelbeschwerden, Erkältungskrankheiten, Verdauungsstörungen etc.“ (Pflegestation M&K 2013: Modul Einreibung) |
| Vitalzeichenkontrolle | „Kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut, über mind. 24h - in begründeten Fällen auch weniger - mit dem Ziel festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallenden pflegerischen Maßnahmen.“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1.) |

115 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

| | |
|-----------------------------|---|
| Ernährungs- und Hautzustand | ...kontrollieren ... „zielt darauf ab, eine bedürfnisorientierte und bedarfsgerechte orale Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen zu sichern und zu fördern (...). In der Pflegeplanung wird ein Ziel hinsichtlich Gewicht und Einfuhr definiert (mit Zeitfenster). Der Verlauf des Gewichtes wird wöchentlich kontrolliert sowie Ermittlung des BMI. Ist keine Ermittlung des Gewichtes möglich so wird die Gewichtszunahme bzw. Abnahme anhand der Kleidung bzw. Hautzustand dokumentiert. Die Essgewohnheiten werden nochmals explizit ermittelt (Biographie/Klientenbesprechung/Änderung der Pflegeplanung)“ (Pflegestation M&K 2010: Modul Expertenstand Ernährung) |
| Kleine Körperpflege | umfasst An-/Auskleiden, Teilwaschen, Mundpflege und Zahnpflege, Kämmen (Pflegestation M&K 2010: Modul Körperpflege) |
| Aufräumen der Wohnung | gehört zur hauswirtschaftlichen Versorgung (vgl. Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1.), nicht reguläre Aufgabe von Pflegefachkräften |
| Verbände an- und ablegen | „Anlegen und Wechseln von Wundverbänden, Wundheilungskontrolle, Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), Spülen von Wundfisteln, Versorgung von Wunden unter aseptischen Bedingungen“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1) |
| Lohnabrechnung | (geführt unter dem Synonym Lohnbuchführung): „Lohnbuchführung bezeichnet die Erfassung, Abrechnung und Buchung der Arbeitsentgelte (Löhne und Gehälter in jeder Form) sowie der gesetzlichen und freiwilligen Abzüge hiervon.“ ¹¹⁶ |

Tab. 16: Lexik/Semantik des Textes *Ergebnisliste des Tourenplans***Wortfelder:**

Folgende Wortfelder ergeben sich: von Pflegefachkräften zu erbringende Pflegeleistungen (siehe Abbildung 8) und Zeitangaben einer Tagestour (siehe Abbildung 9).

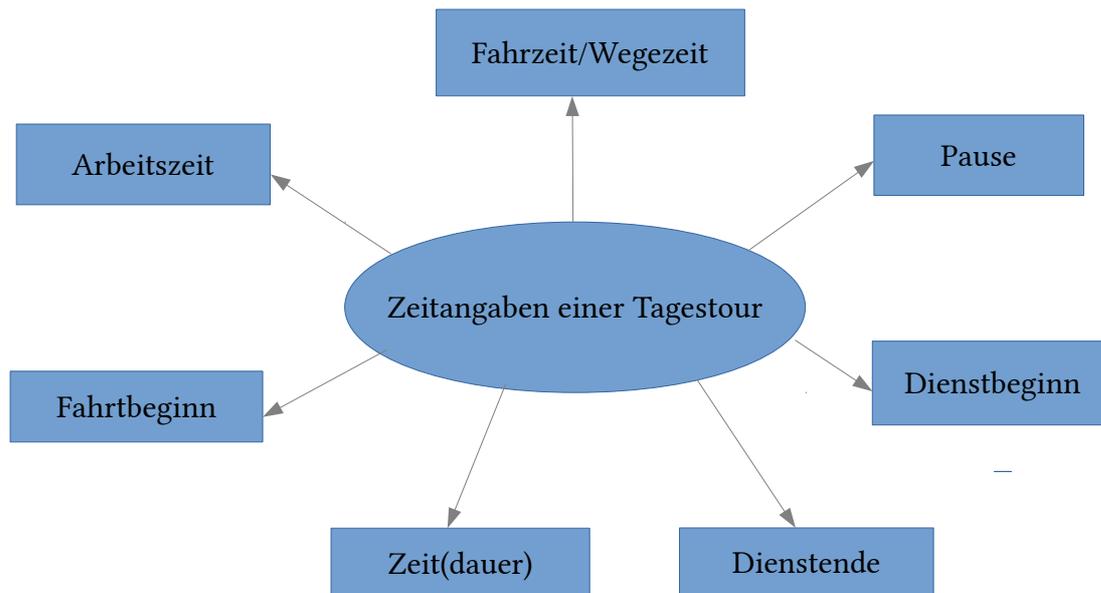
Wortfamilie:

- Wortstamm: *geb-*
geben, Gabe, Medikamentengabe

Register:

Man findet vor allem fachsprachliche Lexik aus dem Fachbereich Medizin und Pflege, da hier viele Pflegehandlungen aufgezählt werden.

¹¹⁶ siehe <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/lohnbuchfuehrung.html?referenceKeywordName=Lohnabrechnung>

Abb. 8: Wortfeld zum Text *Ergebnisliste des Tourenplans*Abb. 9: Wortfeld zum Text *Ergebnisliste des Tourenplans*

Entlehnungen:

- *Tour* (englisch)
- *Medikament* (lateinisch)
- *Injektion* (lateinisch)
- *Insulin* (lateinisch)
- *Service* (altfranzösisch, lateinisch)
- *Thrombose* (griechisch)
- *Prophylaxe* (griechisch)
- *Kontraktur* (lateinisch)
- *individuell* (französisch, lateinisch)
- *Patient* (lateinisch)

b) Morphologische Analyse:

Determinativkomposita:

Tag + FE -es Tour + FE -en + Plan, Ergebnis + Liste, Fahrt + Beginn, Dienst + Beginn, Tour + Vorbereitung, Fahrt + FE -en + Buch, Tour + Nachbereitung, Dienst + Ende, Fahrt + Zeiten, Weg + FE -e + Zeit(en), Arbeit + FE -s Zeit(en), Zeit + Dauer, Pflege + Leistung(en), Bestand + Teil, Arbeit + FE -s Vertrag, Stunde + FE -n + Übersicht, Lohn + Abrechnung, Medikament + FE -en + Gabe, Blut + Zucker + Messung, Augen + Tropfen, Medikament + FE -en + Box, Mahl + Zeit, Kompression + FE -s + Strumpf, Darm + Entleerung, Blase + FE -n + Entleerung, Blut + Zucker + Bestimmung, Sturz + Prophylaxe, Vital+ Zeichen + Kontrolle, Ernährung + FE -s + Zustand, Haut + Zustand, Tag + FE -es + Dosette, Schmerz + Pflaster, Körper + Pflege, Weg + FE -e + Pauschale, Kranken + Haus

weitere Komposita: (Verb zu Nomen)

fahr(en) + Zeit → *Fahrzeit*
 kenn(en) + Zeichen → *Kennzeichen*

Derivationen:

- Suffigierung mit *-lich*: (Nomen zu Adjektiv)
 - Zusatz + Suffix *-lich* → *zusätzlich*
 - Haus + Suffix *-lich* → *häuslich*
 - Tag + Suffix *-lich* → *täglich*
- Suffigierung mit *-ung*: (Verb zu Nomen)
 - leist(en) + Suffix *-ung* → *Leistung*

mess(en) + Suffix *-ung* → *Messung* (s. Determinativkompositum *Blutzuckermessung*)

betreu(en) + Suffix *-ung* → *Betreuung*

wohn(en) + Suffix *-ung* → *Wohnung*

bestimm(en) + Suffix *-ung* → *Bestimmung* (s. Determinativkompositum *Blutzuckerbestimmung*)

- Suffigierung mit *-e*:

geb(en) + Suffix *-e* → *Gabe* (Verb zu Nomen)

kontroll(ieren) + Suffix *-e* → *Kontrolle* (Verb zu Nomen)
(s. Determinativkompositum *Vitalzeichenkontrolle*)

krank + Suffix *-e* → *der/die Kranke* (Adjektiv zu Nomen), *Kranke* + FE *-n* + *Haus* + *Krankenhaus* (s. auch Determinativkompositum)

- Präfigierung und Suffigierung mit *-ung*: (Verb zu Nomen)

Präfix *vor-* + bereit(en) → *vorbereite(n)* + Suffix *-ung* → *Vorbereitung*
(s. Determinativkompositum *Tourvorbereitung*)

Präfix *nach-* + bereit(en) → *nachbereit(en)* + Suffix *-ung* → *Nachbereitung*
(s. Determinativkompositum *Tournachbereitung*)

Präfix *ab-* + rechn(en) → *abrechn(en)* + Suffix *-ung* → *Abrechnung*

Präfix *zu-* + bereit(en) → *zubereit(en)* + Suffix *-ung* → *Zubereitung*

Präfix *ent-* + leer(en) → *entleer(en)* + Suffix *-ung* → *Entleerung*

Präfix *ein-* + reib(en) → *einreib(en)* + Suffix *-ung* → *Einreibung*

Präfix *er-* + nähr(en) + → *ernähr(en)* + Suffix *-ung* → *Ernährung*

- Präfigierungen: (Verb zu Verb)

Präfix *aus-* + zieh(en) → *ausziehen*

Präfix *an-* + leg(en) → *anlegen*

Präfix *an-* + treffen → *antreffen*

Präfix *ab-* + nehm(en) → *abnehmen*

Präfix *ab-* + sagen → *absagen*

Präfix *ein-* füg(en) → *einfügen*

Präfix *ein-* + reichen → *einreichen*

Präfix *durch* + führen → *durchführen* (s. adjektivisch gebrauchtes Partizip)

Präfix *er-* + mäßigen → *ermäßigen* (s. adjektivisch gebrauchtes Partizip)

sonstige Derivationen:

fahr(en) + Suffix *-zeug* → *Fahrzeug* (Verb zu Nomen)

Kontrakt + Suffix *-ur* → *Kontraktur* (entlehnt aus dem Lateinischen „*contrahere*“, „*contractum*“ (Bedeutung von ‘zusammenziehen’), (Nomen zu Nomen) (vgl. Kluge 1995)

Implizite Ableitung:

besteh(en) → *Bestand*

Konversionen:

beginn(en) → *Beginn* (Verb zu Nomen)

arbeit(en) → *Arbeit* (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Arbeitszeit*, *Arbeitsvertrag*)

aufräum(en) → (das) *Aufräumen* (Verb zu Nomen)

Kurzwörter:

Pkw: Personenkraftwagen

km: Kilometer

Flexion:

Partizipien bzw. Adjektive aus Partizipien:

ermäßigt (Partizip II von *ermäßigen*)

durchgeführt (Partizip II von *durchführen*)

geöffnet (Partizip II von *öffnen*)

Wortarten:

Die *Ergebnisliste des Tourenplans* enthält insgesamt:

- 58 Nomen, davon 35 Komposita, 16 einfache Nomen und 7 Nominalisierungen; es kommen auch dreigliedrige Determinativkomposita vor (*Blutzuckerbestimmung*, *Blutzuckermessung*, *Vitalzeichenkontrolle*)
- 11 Verben (*einfügen*, *ausziehen*, *anlegen*, *abnehmen*, *geben*, *dokumentieren*, *streichen*, *einreichen*, *sein*, *erklären*, *stellen*)
- 10 Adjektive (*zusätzlich*, *unbekannt*, *voll*, *täglich*, *sonstig*, *ermäßigt*, *halb*, *rein*, *letzte*, *sichtbar*)
- 9 Adverbien (*nicht*, *deutlich*, *gegebenenfalls*, *zusammen*, *abzüglich*, *insgesamt*, *hiermit*, *bitte*)
- 6 Präpositionen (*an*, *in*, *mit*, *von*, *bis*, *nach*)

- 4 Partizipien (*erhalten, geöffnet, erbracht, abgesagt, angetroffen*)
- 2 adjektivisch gebrauchte Partizipien (*durchgeführte, ermäßigte*)
- 3 Konjunktionen (*und, oder, dass*)
- 1 Personalpronomen (*ich*)
- 1 Pronomen (*alle*)

c) Syntaktische Analyse:

Der Text ist gekennzeichnet durch Einzelworte, viele Nomen und Nominalisierungen (z. B. *Medikamentengabe, Darm- und Blasenentleerung*), des Weiteren durch Nominalphrasen (z. B. *tägliche Arbeitszeit insgesamt, Einreibung nach Standard*), die teilweise Kombination von Nomen mit impliziter Verbindung (z. B. *Injektion Insulin* statt *Injektion von Insulin*). Außerdem gibt es eine Reihe von einfachen Attribuierungen durch Adjektive (*tägliche Blutzuckermessung, einfache Wegepauschale*) sowie einfache Wortgruppen (z. B. *Kompressionsstrümpfe ausziehen*). Bei den Anweisungen am Ende des Textes werden drei Infinitivphrasen mit dem Infinitiv mit *zu* verwendet:

- *Aufträge sind zu dokumentieren*
- *Einsätze sind deutlich sichtbar zu streichen*
- *...sind zusammen mit der Stundenübersicht zur Lohnabrechnung einzureichen*

Deixis wird durch die Anordnung der Aufzählungen in Form einer Tabelle hergestellt.

7.2.2.3. Die Kontrollliste Arbeitsmittel

7.2.2.3.1. Kommunikationssituation

Der Text *Kontrollliste Arbeitsmittel* muss einmal pro Woche von allen Pflegefachkräften ausgefüllt werden und dient der Qualitätssicherung. Anschließend geht er zuerst an die Qualitätsmanagementbeauftragte und dann an die Verwaltung zwecks Dokumentation. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) schreibt das Führen dieses Dokuments vor und führt Kontrollen dazu durch. Es liegt also Mehrfachadressierung vor.

7.2.2.3.2. Textfunktion

Bei dem Text handelt es sich um die Textsorte Formular. Es sind eine Reihe von Dingen aufgelistet, die von den Pflegepersonen auf ihr Vorhandensein während einer Tour überprüft werden müssen. Demnach hat der Text von Seiten der Autoren, dem Qualitätsmanagement, der Verwaltung und dem MDK eine appellierende und reglementierend-kontrollierende Funktion, da sie die Pflegekräfte zum Ausfüllen auffordern und verpflichten. Für die Pflegekräfte selbst ist dieses Formular auch reglementierend-kontrollierend, da sie dadurch für ihre tägliche Arbeit überprüfen können, ob sie alle erforderlichen Unterlagen und Arbeitsmittel in ausreichender Menge bei sich haben, um eine qualitativ hochwertige Arbeit durchführen zu können.

7.2.2.3.3. Textstruktur

Thema der *Kontrollliste Arbeitsmittel* sind die Arbeitsmittel für Pflegefach und -hilfskräfte. Gegliedert ist sie in zwei Teile, beide in Tabellenform: zum einen die Unterlagen in der Konferenzmappe, zum anderen die Pflegeutensilien, die sich in der Tourentasche befinden. In der danebenliegenden Spalte soll das Vorhandensein der einzelnen Positionen in der Tabelle durch die Angabe des jeweiligen Datums und des Handzeichens angezeigt werden. Im zweiten Teil unterteilt sich die Tabelle noch in eine extra Spalte, in der notiert ist, welche Arbeitsmittel nur von den examinierten Pflegefachkräften mitgeführt werden müssen.

7.2.2.3.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse

1. Teil: Überprüfung der Konferenzmappe:

| Lexeme/Worte/ sem. Einheiten | Semantik |
|---|---|
| Kontrollliste | „Liste, anhand derer etwas kontrolliert wird“ (Duden) |
| Arbeitsmittel | „etwas, was zur Ausführung einer Arbeit benötigt wird“ (Duden) |
| Überprüfung | Begutachtung, Durchsicht (vgl. Duden) |
| Konferenzmappe | hier: Mappe, die mit auf Tour genommen wird und alle eventuell benötigten Formulare enthält ¹¹⁷ |
| Formular | „Vordruck zur Beantwortung bestimmter Fragen oder für bestimmte Angaben“ (Duden) |
| Ausfallzettel | Formular für nicht ausgeführte Pflegeeinsätze ¹¹⁸ |
| Beschwerde- aufnahmebogen | (siehe analysiertes Formular) |
| Überleitungsbogen | (siehe analysiertes Formular) |
| Biografie- Ergänzungsbogen | Formular für ergänzende Angaben zusätzlich zum Biografiebogen |
| Risikoskalen | Pflegepersonen schätzen damit bestimmte Risiken und Potentiale ein, z. B. hinsichtlich Dekubitus, Lungenentzündung, Kontrakturen-Prophylaxe etc., muss immer wieder neu evaluiert werden ¹¹⁹ |

117 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

118 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

119 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

| | |
|--------------------------------------|--|
| Wundmanagementbogen | nur für examinierte Pflegefachkräfte, betrifft die Versorgung von Wunden ¹²⁰ |
| Bewegungsprotokoll | zur Dokumentation der Lagerung bei bettlägerigen Klienten, die mehrmals täglich bewegt werden müssen ¹²¹ |
| Bestätigung Begleitung | für Pflegehilfskräfte zur Bestätigung, wenn sie Pflegebedürftige zum Arzt begleiten ¹²² |
| Sturzprotokoll | zur Dokumentation im Falle eines Sturz eines Pflegebedürftigen ¹²³ |
| Beratungsprotokoll | (siehe analysiertes Formular) |
| Quittung Taschengeld | „Empfangsbescheinigung, -bestätigung“ (Duden), Pflegebedürftige quittieren den Pflegepersonen damit den Empfang des ihnen von Betreuern zugeteilten Taschengeldes ¹²⁴ |
| Formular Einfuhrkontrolle | Dokumentation der eingenommenen Trinkmenge ¹²⁵ |
| Formular Ernährungsprotokoll | Dokumentation für eingenommene Nahrung ¹²⁶ |
| Formular Kontrollliste Arbeitsmittel | (siehe analysiertes Formular) |
| Formular Schlüsselprotokoll | (siehe analysiertes Formular) |
| Rufnummernliste / Telefonliste MA | enthält die Telefonnummern der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes |

Tab. 17: Lexik/Semantik des Textes *Kontrollliste Arbeitsmittel***Wortfelder:**

Alle im 1. Teil aufgeführten Begriffe stellen Hyponyme für das Hyperonym *Formular* im Sinne des Handlungsfeldes der ambulanten Pflege dar.

120 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

121 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

122 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

123 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

124 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

125 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

126 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

2. Teil: Überprüfung der Tourentasche:

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--------------------------------|--|
| Tourentasche | hier: eine Tasche, in der alle notwendigen Arbeitsmittel aufbewahrt und mit auf die Pflgetour genommen wird ¹²⁷ |
| RR-Gerät | Blutdruckmessgerät |
| Stethoskop | „Gerät zum Abhören von akustischen Phänomenen des Körpers“ (Duden) |
| BZ-Gerät | Blutzuckermessgerät, nur für examinierte Pflegefachkräfte |
| Teststreifen | „mit chemischen Reagenzien präparierter Papier- oder Kunststoffstreifen zum Nachweis bestimmter Stoffe in Lösungen“ (Duden); bei ambulanter Pflege zur Ermittlung des Blutzuckers mit den Blutzuckermessgeräten ¹²⁸ |
| Lanzette | kleine Einwegnadeln zum Gewinnen von Blut für das Ermitteln des Blutzuckerwertes ¹²⁹ |
| Pinzette | „kleines Instrument mit federnden, an einem Ende zusammenlaufenden Schenkeln zum Fassen von kleinen Gegenständen“ (Duden) |
| Insulin Spritze | medizinisches Gerät zum Injizieren von Insulin bei Pflegebedürftigen mit Diabetes ¹³⁰ |
| Kompresse | „zusammgelegtes Mullstück zur Wundabdeckung“ (Duden) |
| Verbandsschere | Schere zum Schneiden von Verbandsmaterial |
| Mullbinde | „Binde aus Mull“ (Duden) |
| Leucoplast/ Hansaplast | Pflaster zum Abdecken von Wunden, Markennamen |
| Händedesinfektion | „keimtötendes Mittel“ (Duden), Flüssigkeit zum Abtöten von Keimen an den Händen |
| Flächendesinfektion | „keimtötendes Mittel“ (Duden) für Flächen in der Wohnung der Pflegebedürftigen |
| Einmal-Handschuhe | Gummihandschuhe, die nur einmal benutzt werden; sie dienen der Hygiene und schützen vor Infektionen |
| Fieberthermometer | „Thermometer zum Messen der Körpertemperatur“ |

127 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

128 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

129 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

130 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

| | |
|------------------|---|
| Hüllen | i. S. v.: „etwas, worin etwas (zum Schutz o. Ä.) verpackt, womit etwas bedeckt, verhüllt ist“ (Duden); wird zusammen mit den Fieberthermometern verwendet, damit diese immer wieder benutzt werden können, die Hülle dient der Hygiene ¹³¹ |
| Überziehschuhe | Plastikhülle, die während des Pflegebesuchs über die Schuhe gezogen werden, damit die Wohnung der Pflegebedürftigen nicht schmutzig wird |
| überprüft | i. S. v.: „nochmals prüfen, ob etwas in Ordnung ist, seine Richtigkeit hat, funktioniert“ (Duden) |
| ausgefüllt | i. S. v.: „(ein Formular, einen Vordruck o. Ä.) mit den erforderlichen Eintragungen versehen“ (Duden) |
| HZ = Handzeichen | jeder Mitarbeiter legt selbst ein Handzeichen fest, mit dem dann konsequent auf den Formularen etwas bestätigt wird, es fungiert als Art Unterschrift ¹³² |

Tab. 18: Lexik/Semantik des Textes *Kontrollliste Arbeitsmittel*, Teil 2

Der Text enthält zwei Abkürzungen: *MA* (Mitarbeiter) und *HZ* (Handzeichen).

Wortfelder:

Folgende Wortfelder können daraus gebildet werden (siehe auch Abbildung 10):

- Verbandsmaterial (Hyperonym):

Kompressen, Verbandsschere, Mullbinde, Leucoplast/Hansaplast (Hyponyme)

- Desinfektionsmittel (Hyperonym):

Händedesinfektion, Flächendesinfektion (Hyponyme)

Entlehnungen:

- *Lanzette* (französischer Diminutiv lance + ette)(vgl. Kluge 1995: 503)
- *Pinzette* (französischer Diminutiv pince - Zange - + -ette)(vgl. Kluge 1995: 633)
- Stethos + -skop (Neoklassische Bildung zum griechischen *-stethos + skopein*, Nomen + Verb) → *Stethoskop* (vgl. Kluge 1995: 794)

Register:

Hier finden sich viele Fachtermini aus Medizin und Pflege, aber auch einige aus dem berufsübergreifenden Sprachbereich. Der allgemeinsprachliche Anteil ist eher gering.

131 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

132 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

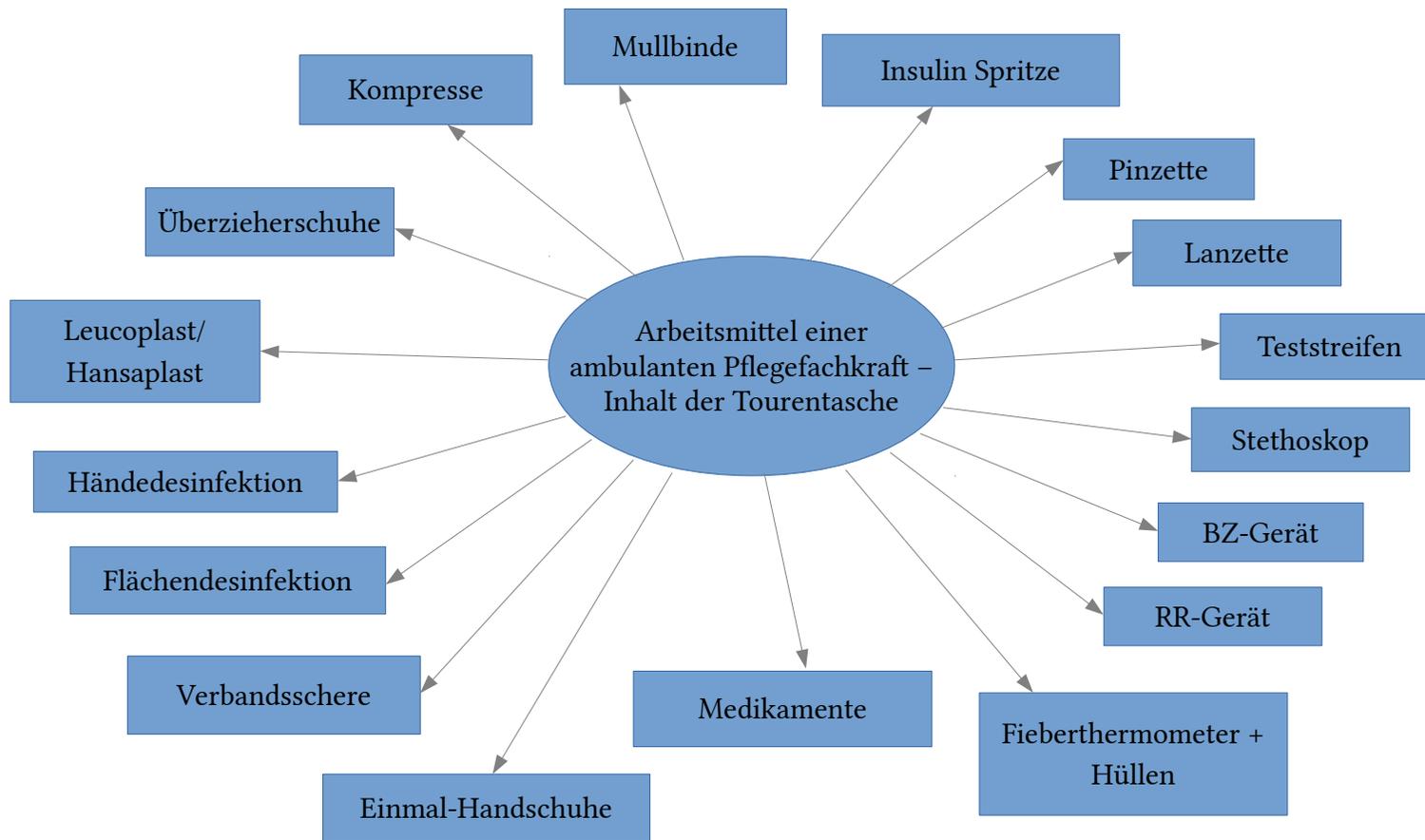


Abb. 10: Wortfeld des Textes *Kontrollliste Arbeitsmittel*

b) Morphologische Analyse:

Das Formular enthält fast ausschließlich Nomen, die meisten davon sind:

Determinativkomposita:

aus zwei oder zum Teil auch aus drei Nomen (insgesamt 3):

Kontroll(e) + Liste, Arbeit + FE -s + Mittel, Konferenz + Mappe, Ausfall + Zettel, Beschwerde + Aufnahme + Bogen, Überleitung + FE -s + Bogen, Ergänzung + FE -s + Bogen, Risiko + Skalen, Wund(e) + Management + Bogen, Bewegung + FE -s + Protokoll, Sturz + Protokoll, Beratung - FE -s + Protokoll, Taschen + Geld, Einfuhr + Kontrolle, Ernährung + FE-s + Protokoll, Schlüssel + Protokoll, Ruf + Nummer + FE -n + Liste, Telefon + Liste, Tour + FE -en + Tasche, Test + Streifen, Verband + FE -s + Schere, Mull + Binde, Händ + FE -e + Desinfektion, Fläche + FE -n + Desinfektion, Hand + Schuhe, Fieber + Thermo + Meter, Überzieher + Schuhe, Hand + Zeichen

Komposita:

aus dem Adverb *einmal* + Nomen, wobei diese inkonsequenterweise einmal mit und zweimal ohne Bindestrich kombiniert wurden: (Adverb + Nomen)

einmal + Hand + Schuhe → *Einmal-Handschuhe*

einmal + Rasierer → *Einmalrasierer*

einmal + Schürze → *Einmalschürze*

andere Komposita:

wasch(en) + Lotion → *Waschlotion* (Verb + Nomen)

ruf(en) + Nummer → *Rufnummer* (Verb + Nomen) (s. Determinativkompositum *Rufnummernliste*)

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*: (Verben zu Nomen, die zum Teil auch Bestandteil von Determinativkomposita sind):

überprüf(en) + Suffix *-ung* → *Überprüfung*

ergänz(en) + Suffix *-ung* → *Ergänzung*

beweg(en) + Suffix *-ung* → *Bewegung*

bestätig(en) + Suffix *-ung* → *Bestätigung*

begleit(en) + Suffix *-ung* → *Begleitung*

ernähr(en) + Suffix *-ung* → *Ernährung*

quitt(ier)(en) + Suffix *-ung* → *Quittung* (Entlehnung aus dem frz. Verb *quittieren*) (vgl. Kluge 1995: 661)

- weitere Nomenbildungen durch Derivation mit Suffigierung mit *-er*: (Verb zu Nomen agentis):

überziehen + Suffix *-er* → *Überzieher* (s. Kompositum *Überzieherschuhe*)

rasier(en) + Suffix *-er* → *Rasierer* (s. Kompositum *Einmalrasierer*)

Kurzwortbildungen:

BZ-Gerät (Blutzuckermessgerät) (Kombination aus Kurzwort und Nomen mit Auslassung der Mitte)

RR-Gerät (RR-Blutdruckmessgerät) (RR als Kürzel für den Eigennamen des Arztes *Riva-Rocci*)

Flexion:

Dort, wo die Pflegekräfte die Leerstellen auf dem Formular ausfüllen sollen, stehen zwei Partizipien: *überprüft* und *aufgefüllt*. Die hier temporal gebrauchte Präposition *am* zeigt an, dass das entsprechende Datum eingetragen werden soll:

überprüft: Partizip II vom Verb überprüfen

aufgefüllt: Partizip II des Verbs ausfüllen

Wortarten:

Die *Kontrollliste Arbeitsmittel* enthält insgesamt:

- 47 Nomen, davon 33 Komposita, 7 einfache Nomen und 7 Nominalisierungen; es kommen auch dreigliedrige Determinativkomposita vor (*Beschwerdeaufnahmebogen*, *Wundmanagementbogen*, *Rufnummernliste*, *Fieberthermometer*)
- 2 Präpositionen (*an*, *für*)
- 2 Adverbien (*nicht*, *nur*)
- 2 Partizipien (*überprüft*, *aufgefüllt*)
- 1 adjektivisch gebrauchtes Partizip (*durchgeführt*)
- 1 Konjunktion (*und*)

c) Syntaktische Analyse:

Der Text besteht voranging aus Einzelwörtern (Nomen), Nominalphrasen, wobei meist zwei Nomen ohne Verknüpfung nebeneinander stehen (z. B. *Insulin Spritze*), sowie einer Verbalphrase mit Partizipien (*überprüft und aufgefüllt am*). Durch den Kontext und die Textsorte Formular wird das erwartete Ausfüllen der Lücken klar.

Durch die Anordnung der Worte und Wortgruppen in Tabellenform sowie das Verwenden von Interpunktion mit Doppelpunkten werden die sprachlichen Elemente miteinander verbunden. Außerdem bieten die leerstehenden Tabellenzeilen Orientierung, an welchen Stellen die Pflegekraft aufgefordert ist, Angaben zu machen.

Produktive sprachliche Anforderungen:

Ausgefüllt wird der Bogen durch das Eintragen der Tour, des Datums sowie des Handzeichens. Es werden hier also vor allem rezeptive Fertigkeit verlangt.

7.2.2.4. Der *Überleitungsbogen*

7.2.2.4.1. Kommunikationssituation

Er wird nur in bestimmten Fällen eingesetzt, ist aber äußerst relevant, wenn ein Klient in ein Krankenhaus oder auch in ein Pflegeheim eingeliefert werden muss und dient den Pflegekräften und Ärzten bzw. Ärztinnen dort zur Information.¹³³ Die Pflegekräfte füllen ihn mit allen wichtigen Angaben zu Maßnahmen, Medikation etc. aus. Es liegt Mehrfachadresssierung vor.

7.2.2.4.2. Textfunktion

Liegt der *Überleitungsbogen* als unausgefülltes Formular vor, dann hat er appellativen Charakter und fordert in der entsprechenden Situation die Pflegefachkräfte dazu auf ihn auszufüllen. Ist er ausgefüllt, besitzt er auf der nächsten Ebene eine wesentliche wissensbereitstellende, konstatierend-assertierende Funktion für die verschiedenen Adressaten in den stationären Einrichtungen.

7.2.2.4.3. Textstruktur

Dieses Formular ist drei Seiten lang und beinhaltet eine Reihe von wichtigen pflegerelevanten Informationen über die jeweiligen Pflegebedürftigen: demographische Angaben, Wohnsituation, Angehörige und Bezugspersonen sowie Betreuer bzw. -betreuerinnen und Bevollmächtigte, Krankenkasse und behandelnde Ärzte und Ärztinnen, Diagnose der Einweisung bzw. Überweisung, Medikation, Besonderheiten, Körper- und Hautpflege, Zahn- und Mundpflege, Wundbeschreibung und -pflege, geschlechtsspezifische Versorgung, Mobilität, Selbständigkeit des An- und Auskleidens, vorhandene Hilfsmittel, Essen und Trinken, Kommunikation, Orientierung, Bewusstseinslage, psychische Auffälligkeiten, Krankheitseinsicht, Beschäftigung, Ruhe und Schlafen, Ausscheidung sowie Leistungen bzw. Anträge für Sozialleistungen.

Das Formular enthält eine ganze Reihe von Auswahlmöglichkeiten zum Ankreuzen sowie leere Zeilen zum freien Ausfüllen mit eigenem Text. Einige Abschnitte sind in Tabellenform angelegt. Das Blatt ist sehr ökonomisch gestaltet, viele Texteinheiten sind nebeneinander angeordnet und die Schriftgröße relativ klein gehalten.

133 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

7.2.2.4.4. sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantiche Analyse:

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--|---|
| Stammdaten | „gespeicherte Daten, die für einen relativ langen Zeitraum gültig bleiben und mehrmals verarbeitet werden“ (Duden); betrifft in der Pflege neben den demographischen Daten auch Informationen über Patientenverfügung, Wohnsituation, Angehörige bzw. Bezugspersonen, Betreuer, Bevollmächtigte, Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse, Haus- und Fachärzte u. a. ¹³⁴ |
| Patientenverfügung | „schriftliche Verfügung über gegebenenfalls zu ergreifende bzw. zu unterlassende medizinische Maßnahmen, die eine erwachsene Person für den Fall niederlegt, dass sie durch Krankheit oder Unfall in eine Lage gerät, in der es ihr nicht [mehr] möglich ist, entsprechende Entscheidungen zu treffen“ (Duden) |
| Betreuer/in | „Betreuer mit dem Aufgabenkreis Gesundheitsorge haben für Betreute Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung zu stellen und die ambulante oder stationäre Pflege zu organisieren, also entsprechende Versorgungs- oder Heimverträge zu schließen und die Pflege zu überwachen.“ ¹³⁵ |
| Betreuung | „Eine Schutzmaßnahme für psychisch Kranke, geistig Behinderte und anderweitig eingeschränkte Menschen. Sie wird vom Betreuungsgericht angeordnet und überwacht. Sie ist der Nachfolger von Vormundschaft und Gebrechlichkeitspflegschaft. (...) Betreuung ist eine Form gesetzlicher Vertretung.“ ¹³⁶ |
| bevollmächtigte Person, Bevollmächtigte/r | Person, die für Pflegebedürftige eine Vollmacht in folgendem Sinne besitzt: „Eine Vorsorgevollmacht liegt vor, wenn eine Person (Vollmachtsgeber) für den Fall, dass sie auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ganz oder teilweise ihre Angelegenheit nicht mehr selbst besorgen kann, einem anderen (Vertreter) die Macht erteilt, sie in ihrem Namen zu vertreten“ (§ 662 ff. BGB). ¹³⁷ |
| Krankenkasse | „Institution, die jemanden gegen die Kosten, die durch eine Krankheit entstehen, versichert“ (Duden); sie sind auch als Pflegekassen für die Übernahme der Pflegekosten zuständig |
| Fachärztin, -arzt | „Arzt mit einer zusätzlichen anerkannten Ausbildung auf einem medizinischen Spezialgebiet“, z. B.: Internist, Chirurg, Neurologe etc. (Duden) |
| Einweisungs-/ Überweisungs- | „(Medizin, Psychologie) Feststellung, Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit (durch den Arzt)“, die zur Einweisung bzw. Überweisung in |

134 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

135 siehe Online-Lexikon: <http://bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Pflegeversicherung>136 siehe Online-Lexikon: http://www.bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Hauptseite#Die_Betreuung.3F137 siehe Pflegewiki <http://www.pflegewiki.de/wiki/Vorsorgevollmacht>

| | |
|-------------------------------|--|
| diagnose | eine bestimmte pflegende Einrichtung geführt hat (vgl. Duden) |
| Diabetiker/in | „jemand, der an Diabetes erkrankt ist“ (Duden), Diabetes mellitus: (Zuckerkrankheit) „ist eine chronische Stoffwechselerkrankung mit dauerhafter Erhöhung des Blutzuckerspiegels.“ (Völker/Ehmann 2011: 112). |
| insulinpflichtig | Diabetiker/in, der/die aufgrund der Erkrankung Insulin benötigt |
| Insulin | „Hormon der Bauchspeicheldrüse, das den Blutzuckerspiegel reguliert“, welches in einem Arzneimittel enthalten ist, das Diabetiker/innen einnehmen müssen (vgl. Duden) |
| Dosierung | „abgemessene, dosierte Menge“ eines Medikaments“ (Duden) |
| Medikation | „Verordnung, Verabreichung, Anwendung eines Medikaments (einschließlich Auswahl und Dosierung)“ (Duden) |
| Medikamenteneinnahme | „Der (...) Mensch führt sich die ärztlich verordneten Medikamente zur richtigen Zeit zu.“ (Völker/Ehmann 2011: 331) |
| Allergien | „krankhafte Reaktion des Organismus auf bestimmte körperfremde Stoffe (Allergene); Überempfindlichkeit“ (Duden) |
| Medikamentenunverträglichkeit | Empfindlichkeit/Intoleranz gegenüber einem Medikament (vgl. Duden) |
| Abusus | „Missbrauch, übermäßiger Gebrauch (z. B. von bestimmten Arznei- oder Genussmitteln)“ (Duden, Strack 2011: 10) |
| Herzschrittmacher | „[in den Körper implantierbares] Gerät, das bei schweren Störungen der Herz-tätigkeit die elektrischen Impulse zur periodischen Reizung der Herzmuskulatur liefert“ (Duden) |
| Magensonde | „Legen und Wechseln einer Verweilsonde durch die Nase/den Mund zur Ableitung des Magensaftes oder zur Sicherstellung der enteralen Ernährung, wenn die normale Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist.“ (Doni/Gresch 2001: Kap. 14.1) |
| Ressourcen | „Kraftquellen von Pflegebedürftigen (...) sind Möglichkeiten, die ein Mensch hat, um sein selbstbestimmtes Handeln in allen Lebensbereichen zu erhalten und zu fördern.“ (Völker/Ehmann 2011: 30). Sie gehen aus der Informationssammlung, d. h. der Sammlung aller für die Pflege relevanten Daten hervor (vgl. ebd. 20). |
| Hautauffälligkeiten | hierzu gehört das Erkennen von Hauterkrankungen wie z. B. trockene Haut, Ekzeme, Pilzkrankungen, Gürtelrose, Ulcus cruris (geschwüriger Gewebedefekt an der Unterschenkelinnenseite), Dekubitus (vgl. Völker/ Ehmann 2011: 150ff) |
| Wund- | zur Wunddokumentation gehören: die medizinische Wunddiagnose, die Loka- |

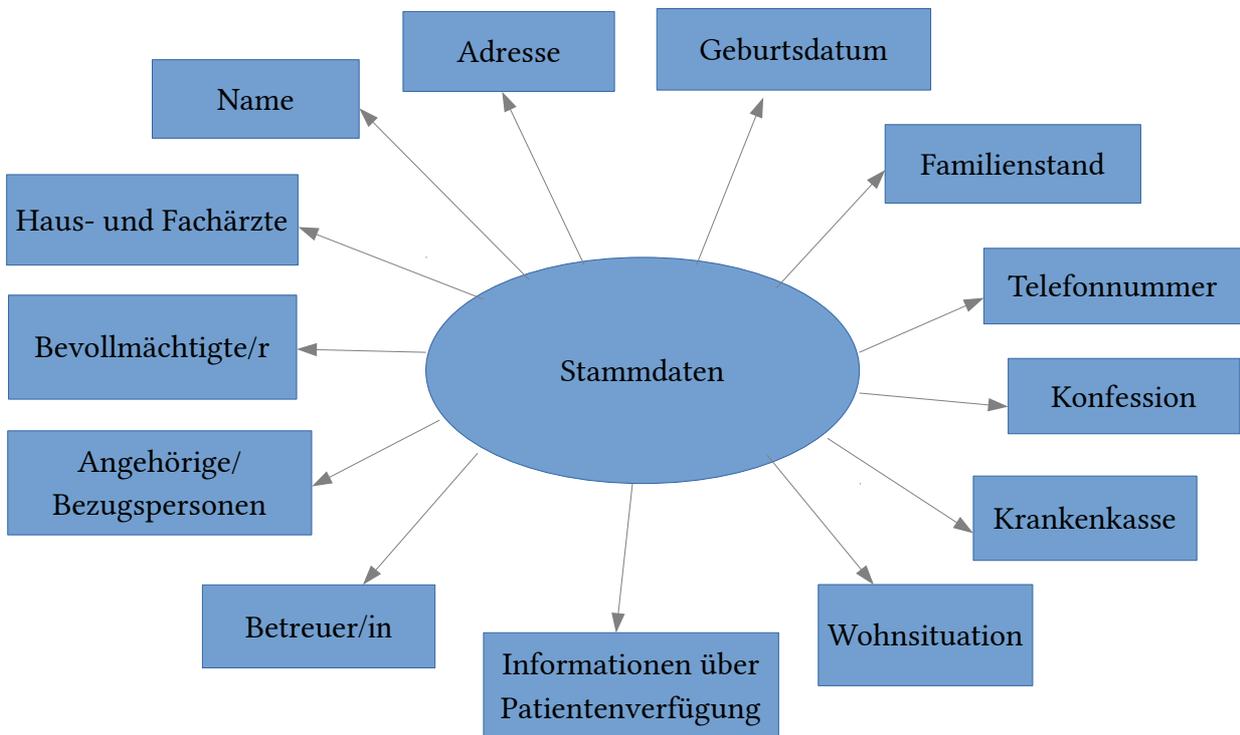
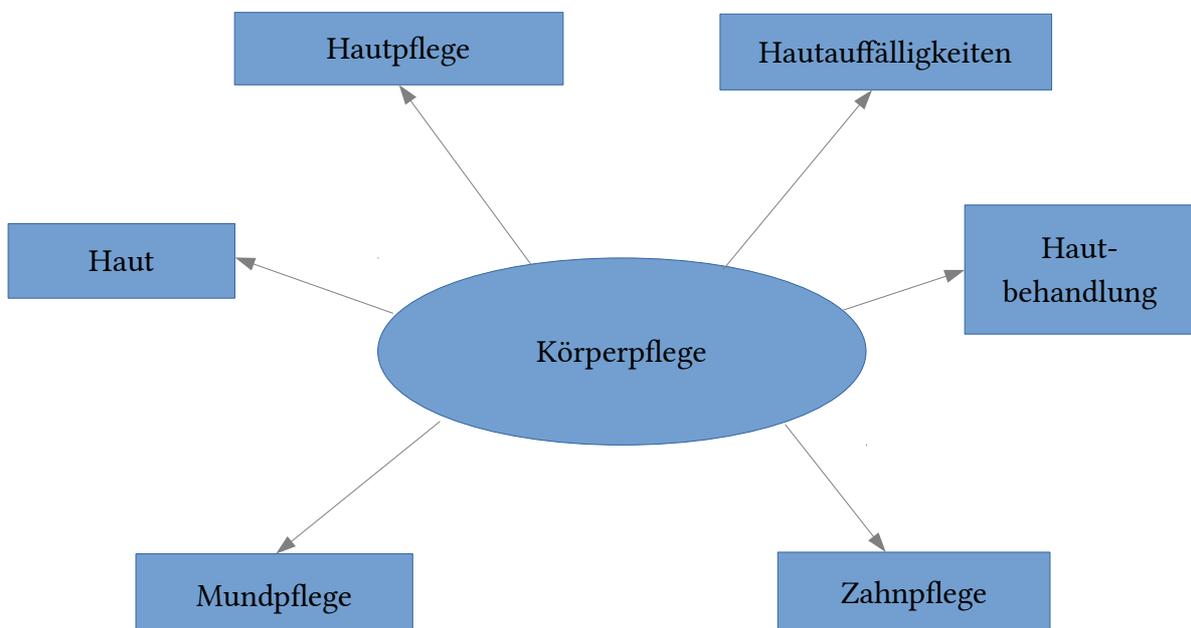
| | |
|-----------------------------|--|
| beschreibung | lisation, der Zeitpunkt der Wundentstehung und der bisherige Verlauf der Wundheilung, die Größe, der Wundgrund, die Wundränder und die Wundumgebung, Exsudat/Transsudat, der Wundgeruch sowie Infektionszeichen (vgl. Völker/-Ehmann 2011: 343) |
| Dekubitus | Druckgeschwür, Wundliegen, sich durchliegen; Hauptursache sind Druckeinwirkungen über längere Zeit (mehr als 2 Stunden); gefährdet sind vor allem Stellen, an denen die Haut direkt über einem Knochen liegt (Blunier 2001: 79) |
| Wundart | z. B. septische und aseptische Wunden, chronische Wunden etc. (vgl. Völker/Ehmann 2011: 340ff) |
| Wundbehandlung | zu den Maßnahmen der Wundbehandlung gehören: den Verbandsintervall festlegen, die Wunde auf Veränderungen und Entzündungszeichen inspizieren, die Wundheilung dokumentieren, die Wunde reinigen, die Wundaufgabe festlegen (Kompressen) und der Einsatz granulationsfördernder Präparate (vgl. Wieteck/-Velleuer 2000: 303) |
| Lokalisierung (von Wunden) | Wunden benennen und in einem Körperschema darstellen (vgl. Völker/Ehmann 2011: 342) |
| Mobilität/ Beweglichkeit | Einschätzung darüber, ob die Pflegebedürftigen z. B. das Aufstehen, Zubettgehen, Hinsetzen, An- und Auskleiden, Stehen, Gehen, Treppensteigen, den Gang zur Toilette bewältigen, ob Gehhilfen oder ein Rollstuhl vorhanden oder erwünscht sind und welche Möglichkeiten zur Verbesserung vorhanden sind (vgl. Völker/-Ehmann 2011: 26) |
| Prothese | i. S. v.: künstlicher Ersatz eines fehlenden, amputierten oder unvollständig ausgebildeten Körperteils, besonders der Gliedmaßen oder der Zähne (Duden) |
| Orientierung | umfasst das zeitliche, örtliche und situative Orientieren von Pflegebedürftigen (vgl. Völker/Ehmann 2011: 25) |
| Bewusstseinslage | Es gibt verschiedene Stufen: von aufmerksam/klar, benommen, somnolent bis zu komatös (vgl. Völker/Ehmann 2011: 254). |
| Weglauftendenz | „Ein desorientierter Klient verlässt seinen Lebensraum/Wohnbereich zufällig oder gezielt, ohne Absprache mit Angehörigen/Pflegekräften. Das kann – in Verbindung mit Orientierungsstörungen, Gedächtnisstörungen oder mangelnder Fähigkeit, Handlungsimpulse angemessen zu steuern – zu Weglauftendenzen/Hinlauftendenzen führen, die eine Gefährdung für den Klienten sein könnten.“ (Pflegestation M&K 2010: Modul Weglauftendenz/ Hinlauftendenz) |
| Harninkontinenz | Unvermögen, den Harn willkürlich zurückzuhalten; es gibt verschiedene Formen: Stress-, Drang-, Reflex-, Überlauf- und Harninkontinenz aufgrund psychosozialer Faktoren (vgl. Völker/Ehmann 2011: 119) |
| Stuhlinkontinenz | „Bei einer Stuhlinkontinenz kommt es zu unkontrolliertem Stuhlabgang, da der Stuhlgang nicht willkürlich zurückgehalten werden kann. Eine Stuhlinkontinenz |

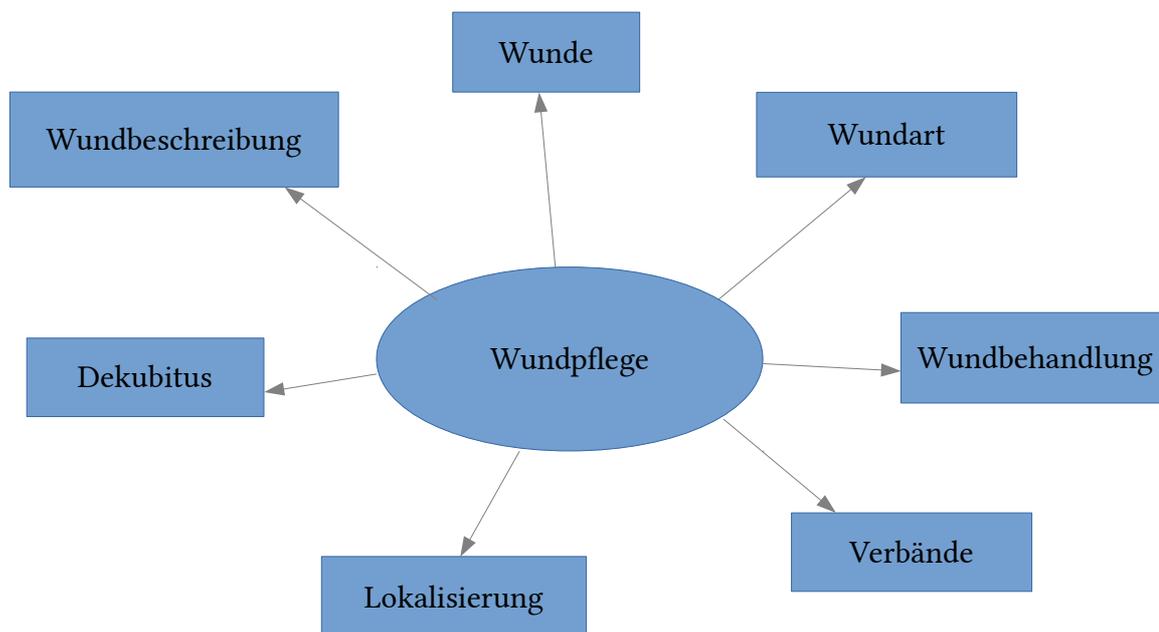
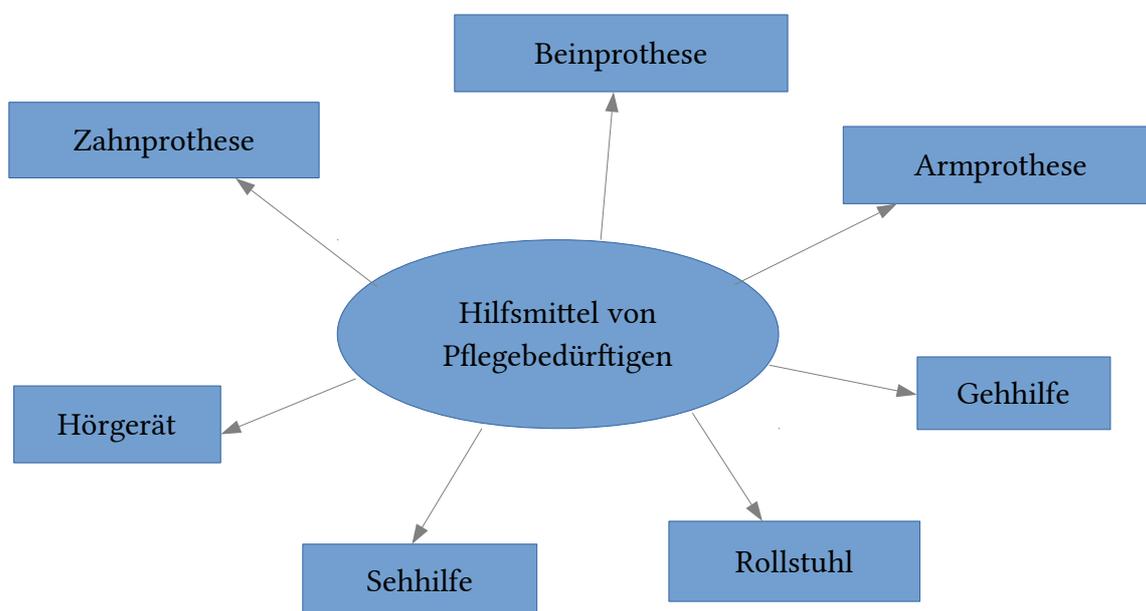
| | |
|-------------------|---|
| | kann viele Ursachen haben.“, z. B. mechanische Ursachen, neurologische Erkrankungen und psychische Belastungen (Völker/Ehmann 2011: 91) |
| Anus praeter | „Enterostoma“ (veraltet Anus praeter naturalis): ist ein künstlich angelegter Darmausgang zur Ableitung des Darminhaltes durch die Bauchdecke in einen Kunststoffbeutel. Es kann bei Darmtumoren, entzündlichen Darmerkrankungen, Darmverletzungen und einem Darmverschluss erforderlich werden (vgl. Völker/Ehmann 2011: 94). |
| Toilettentraining | „Die Blase wird an bestimmte Entleerungszeiten gewöhnt. Am Anfang geht der Pflegeempfänger alle 2 Stunden zur Toilette (oder wird geführt). Wenn die Vorlage trocken bleibt, kann man den Zeitabstand nach und nach verlängern.“ (Blunier 2001: 124) |
| Wohnungsanpassung | Schaffung eines förderlichen und sicheren Wohnraums und Wohnumfelds; Ziel ist es, das Wohnumfeld an die Bedürfnisse und Behinderungen des Pflegebedürftigen anzupassen, die Sicherheit und Selbstversorgung zu gewährleisten, z. B. das Anbringen von Griffen und Geländern in Bad und WC, standsichere Möbel (vgl. Völker/Ehmann 2011: 344) |
| Pflegestufe | bisher Pflegestufen 0-3, seit dem 1. 1. 2017 fünf Pflegegrade je nach Pflegebedürftigkeit, von Pflegegrad 1: „Geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten“ bis Pflegegrad 5: „Schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit bes. Anforderungen an die pflegerische Versorgung“ ¹³⁸ |

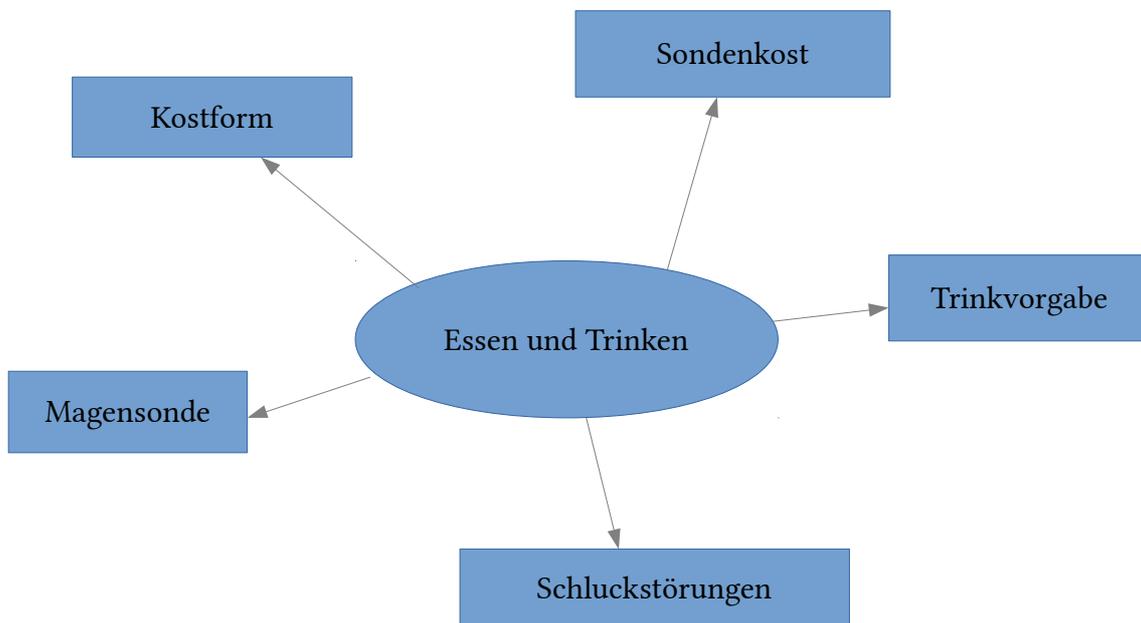
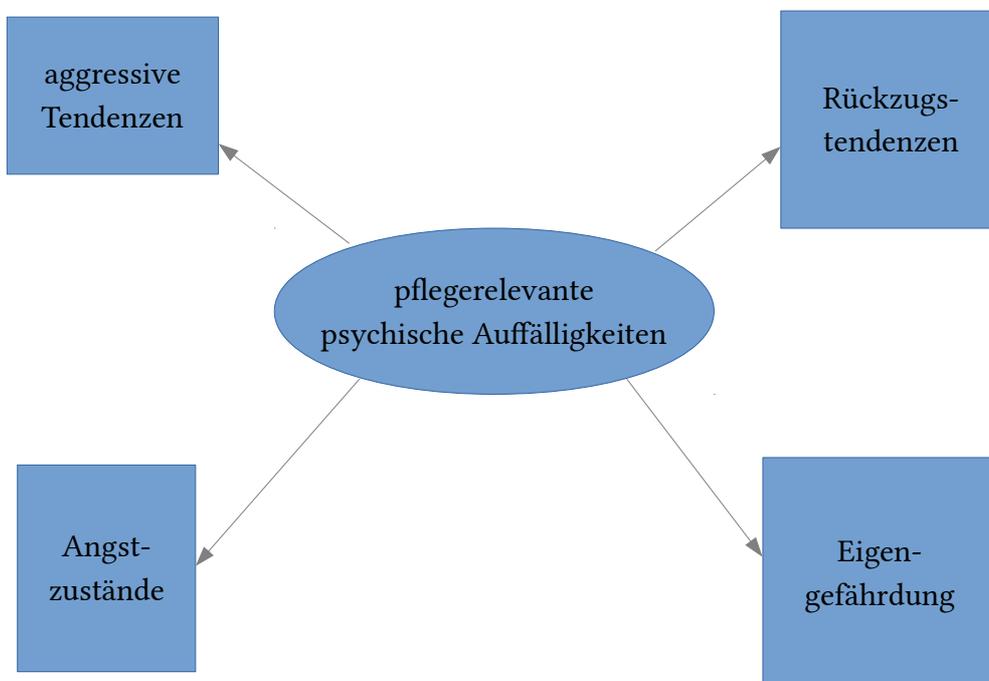
Tab 19: Lexik/Semantik des Textes *Überleitungsbogen*

Es ergeben sich folgende Wortfelder (siehe Abbildungen 11 – 17):

138 siehe https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2017.pdf

Wortfelder:Abb. 11: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*Abb. 12: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*

Abb. 13: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*Abb. 14: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*

Abb. 15: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*Abb. 16: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*

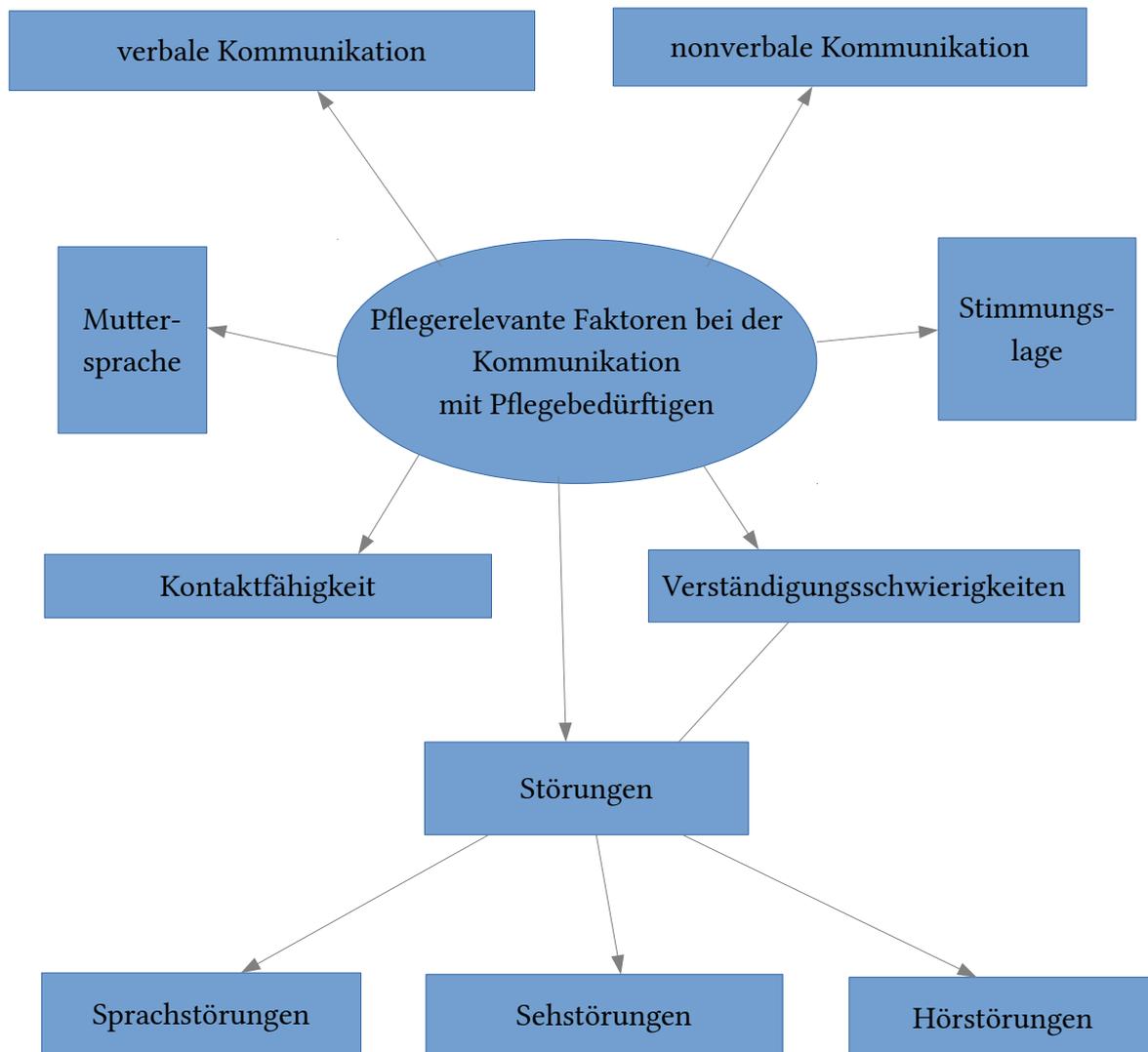


Abb. 17: Wortfeld zum Text *Überleitungsbogen*

Es geben sich weitere Wortfelder:

- Personen, die sich außerhalb des Pflegedienstes um die Belange, Interessen und Angelegenheiten von Pflegebedürftigen kümmern und Verantwortung übernehmen:
Bezugsperson, Betreuer/in, Angehörige/r, Bevollmächtigte/r
- Einrichtungen/Institutionen/Akteure, die außerhalb des Pflegedienstes in wirksame Entscheidungen zur Pflege von Menschen involviert sind:
Hausärztin, -arzt, Fachärztin, -arzt, Krankenkasse, Gericht, Betreuer/in, Bevollmächtigte
- pflegerrelevante Risiken für die Mobilität:
Sturzgefahr, Kontrakturen

- relevante Kategorien, in denen sich Pflegebedürftige orientieren können:
zeitlich, örtlich, situativ, zur Person
- pflegerelevante Störungen des Schlafens (Hyperonym):
Durchschlafstörungen, Einschlafstörungen, Tag-/Nachtumkehr (Hyponyme)
- pflegerelevante Störungen der Ausscheidung (Hyperonym):
Harninkontinenz, Stuhlinkontinenz (Hyponyme)
- Pflegemaßnahmen bei Ausscheidungsstörungen (Hyperonym):
Blasenkatheter, Urostoma, Anus parater, Toilettentraining (Hyponyme)
- Therapien (Hyperonym):
Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie (Hyponyme)
- Wohnsituation von Pflegebedürftigen (Hyperonym):
allein leben, in der Familie leben, mit Bezugsperson leben, in einer sozialen
Einrichtung leben (Hyponyme)

Wortreihen:

- Fähigkeit der Pflegebedürftigen zur Durchführung pflegerischer Tätigkeiten bei sich selbst:

| | | |
|--------------------|----------------------|------------------|
| <i>selbständig</i> | <i>eingeschränkt</i> | <i>Übernahme</i> |
|--------------------|----------------------|------------------|

- Zeitpunkte der Medikation:¹³⁹

| | | | |
|----------------|----------------|---------------|---------------|
| <i>morgens</i> | <i>mittags</i> | <i>abends</i> | <i>nachts</i> |
|----------------|----------------|---------------|---------------|

Wortfamilien:

- Wortstamm: *medi(ka)-*
Medikation, Kompositionen: Medikamenteneinnahme,
Medikamentenunverträglichkeit
- Wortstamm: *leit-*
Überleitung; leiten; überleitend (Partizip I von überleiten), Überleitungsbogen
- Wortstamm: *macht-*
Macht, sich bemächtigen, die Vollmacht, bevollmächtigen, bevollmächtigt,
Bevollmächtigte/r

139 siehe auch Kap. 7.1: Ergebnisse der linguistischen Diskursanalyse

- Wortstamm: *steh-*
verstehen, Verstand, Verständigung, verständlich

Entlehnungen aus anderen Sprachen:

- *Diabetes* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 176)
- *Allergien* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 28)
- *Dekubitus* (lateinisch) (Duden)
- *Abusus* (lateinisch) (Duden)
- *Medikament* (lateinisch) (Duden)
- *Mobilität* (lateinisch) (Duden)
- *Kontraktur* (lateinisch) (vgl. Kluge 1995: 474)
- *Prophylaxen* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 650)
- *Prothese* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 651)
- *verbal, nonverbal* (lateinisch) (Duden)
- *Psyche* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 653)
- *Tendenz* (französisch) (vgl. Kluge 1995: 821)
- *Therapie* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 823)
- *Anus praeter* (neulateinisch) (Duden)
- *Urostoma* (griechisch) (Duden)
- *Logopädie* (griechisch) (vgl. Kluge 1995: 524, Duden)
- *Ergotherapie* (griechisch) (Duden)
- *Physiotherapie* (griechisch) (Duden)

Typische Wendungen:

- ✗ Überleitung in nachfolgende Einrichtung(en)
- ✗ über die Überleitung wurde informiert
- ✗ lebt allein
- ✗ lebt in der Familie
- ✗ lebt mit Bezugsperson
- ✗ lebt in einer sozialen Einrichtung
- ✗ nimmt Rolle als Frau Mann an
- ✗ Einschränkungen bei der Verständigung
- ✗ kann sich verständlich machen
- ✗ benötigt Hilfe bei, benötigt Versorgung mit
- ✗ Blasenkatheter gelegt/gewechselt am

Register:

Der *Überleitungsbogen* besteht vor allem aus fachsprachlicher Lexik. Der Anteil an berufs- und allgemeinsprachlichen Begriffen ist vergleichsweise gering.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkomposita:

Überleitung + FE -s + *Bogen*, *Stamm* + *Daten*, *Bezug* + FE -s + *Person*, *Ofen* + *Heizung*, *Wert* + *Gegenstände*, *Aufenthalt* + FE -s + *Bestimmung*, *Kranken* + *Kasse*, *Fach* + *Ärztin*, *Fach* + *Arzt*, *Fach* + *Richtung*, *Einweisung* + FE -s + *Diagnose*, *Überweisung* + FE -s + *Diagnose*, *Medikament* + FE -en + *Einnahme*, *Medikament* + FE -en + *Unverträglichkeit*, *Herz* + *Schrittmacher*, *Körper* + *Pflege*, *Haut* + *Pflege*, *Haut* + *Auffälligkeiten*, *Haut* + *Behandlung*, *Zahn* + *Pflege*, *Mund* + *Pflege*, *Wund(e)* + *Beschreibung*, *Wund(e)* + *Pflege*, *Wund(e)* + *Art*, *Wund(e)* + *Behandlung*, *Sturz* + *Gefahr*, *Hilf(e)* + FE -s + *Mittel*, *Zahn* + *Prothese*, *Bein* + *Prothese*, *Arm* + *Prothese*, *Kontakt* + *Linse*, *Kost* + *Form*, *Sonde* + FE -n + *Kost*, *Magen* + *Sonde*, *Sprach(e)* + *Störung*, *Kontakt* + *Fähigkeit*, *Stimmung* + FE -s *Lage*, *Bewusstsein* + FE -s *Lage*, *Rückzug* + FE -s + *Tendenz*, *Angst* + *Zustand*, *Krankheit* + FE -s + *Einsicht*, *Tag* + *Umkehr*, *Nacht* + *Umkehr*, *Harn* + *Inkontinenz*, *Stuhl* + *Inkontinenz*, *Blase* + FE -n + *Katheter*, *Stuhl* + *Gang*, *Toilette* + FE -n + *Training*, *Hilfsmittel* + *Versorgung*, *Wohnung* + FE -s *Anpassung*, *Sozial* + *Dienst*, *Koordinierung* + FE -s *Stelle*, *Pflege* + *Stufe*

weitere Komposita: (Verb + Nomen):

wohn(en) + Situation → *Wohnsituation*
 geh(en) + Hilfe → *Gehhilfen*
 roll(en) + Stuhl → *Rollstuhl*
 seh(en) + Hilfe → *Sehhilfen*
 les(en) + FE -e + Brille → *Lesebrille*
 hör(en) + Gerät → *Hörgerät*
 seh(en) + Störung → *Sehstörung*
 hör(en) + Störung → *Hörstörungen*
 weglauf(en) + Tendenz → *Weglauftendenz*
 durchschlaf(en) + Störung → *Durchschlafstörung*
 einschlaf(en) + Störung → *Einschlafstörungen*
 eigen + Gefährdung → *Eigengefährdung* (Adjektiv + Nomen)
 sozial + Leistung → *Sozialleistung* (Adjektiv + Nomen)
 Tag + FE -es strukturierend → *tagesstrukturierend* (Nomen + Adjektiv)
 herum + irr(en) → *herumirren* (Adverb + Verb)

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*: (Verb zu Nomen)
 - a) einricht(en) + Suffix *-ung* → *Einrichtung*
 - b) überleit(en) + Suffix *-ung* → *Überleitung*
 - c) heiz(en) + Suffix *-ung* → *Heizung* (s. Determinativkompositum *Ofenheizung*)
 - d) bestimm(en) + Suffix *-ung* → *Bestimmung* (s. Determinativkompositum *Aufenthaltsbestimmung*)
 - e) dosier(en) + Suffix *-ung* → *Dosierung*
 - f) richt(en) + Suffix *-ung* → *Richtung* (s. Determinativkompositum *Fachrichtung*)
 - g) behand(eln) + Suffix *-ung* → *Behandlung* (s. Determinativkompositum *Hautbehandlung*)
 - h) beschreib(en) + Suffix *-ung* → *Beschreibung* (s. Determinativkompositum *Wundbeschreibung*)
 - i) einschränk(en) + Suffix *-ung* → *Einschränkung*
 - j) stör(en) + Suffix *-ung* → *Störung* (s. Kompositionen *Sprach-, Hör-, Sehstörungen*)
 - k) stimm(en) + Suffix *-ung* → *Stimmung* (s. Determinativkompositum *Stimmungslage*)
 - l) versorg(en) + Suffix *-ung* → *Versorgung* (s. Determinativkompositum *Hilfsmittelversorgung*)
 - m) anpass(en) + Suffix *-ung* → *Anpassung*
 - n) koordinier(en) + Suffix *-ung* → *Koordinierung* (s. Determinativkompositum *Koordinierungsstelle*)
 - o) mitteil(en) + Suffix *-ung* → *Mitteilung*
 - p) leist(en) + Suffix *-ung* → *Leistung*
 - q) entlass(en) + Suffix *-ung* → *Entlassung*
 - r) (sich) orientier(en) + Suffix *-ung* → *Orientierung*
 - s) änder(n) + Suffix *-ung* → *Änderung* (Verb zu Nomen)
 - t) versteh(en) → Verstand + Suffix *-ig* + en → verständig(en) + Suffix *-ung* → *Verständigung*
 - u) Gefahr + d + Flexionsendung *-en* → gefährden + Suffix *-ung* → *Gefährdung* (Nomen zu Verb zu Nomen) (s. Kompositum *Eigengefährdung*)

- durch Suffigierung mit *-lich*: (Nomen zu Adjektiv)
 - Gericht + Suffix *-lich* → *gerichtlich*
 - versteh(en) → Verstand + Suffix *-lich* → *verständlich* (Verb zu Nomen zu Adjektiv)
 - Zeit + Suffix *-lich* → *zeitlich*
 - Ort + Suffix *-lich* → *örtlich*
 - Körper + Suffix *-lich* → *körperlich*
- durch Suffigierung mit *-e*: (Verb zu Nomen)
 - pfleg(en) + Suffix *-e* → *Pflege*
 - aufnehm(en) + Suffix *-e* → *Aufnahme*
 - helf(en) + Suffix *-e* → *Hilfe*
- durch Suffigierung mit *-heit*:
 - Anliegen, veraltetes Partizip von *angelegen* + Suffix *-heit* → *Angelegenheit(en)* (Nomen zu Nomen) (vgl. Kluge 1995: 41)
 - besonder(e) + Suffix *-heit* → *Besonderheit(en)* (Adjektiv zu Nomen)
 - krank + Suffix *-heit* → *Krankheit* (Adjektiv zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Krankheitseinsicht*)
- weitere Derivationen mit verschiedenen Suffigierungen:
 - a) Diabetes → „es“ fällt weg, stattdessen + Suffix *+ik* + Suffix *-er* *Diabetiker* (Nomen zu Nomen agentis)
 - b) Schritt + Suffix *-macher* → *Schrittmacher* (Nomen zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Herzschrittmacher*)
 - c) betreu(en) + Suffix *-er* → *Betreuer* (Verb zu Nomen agentis)
 - d) Insulin + Suffix *-pflichtig* → *insulinpflichtig* (Nomen zu Adjektiv)
 - e) fähig + Suffix *-keit* → *Fähigkeit* (Adjektiv zu Nomen) (s. Determinativkomposition *Kontaktfähigkeit*)
 - f) auffall(en) + Suffix *-ig* → *auffällig* + Suffix *-keit* → *Auffälligkeit(en)* (Verb zu Adjektiv zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Hautauffälligkeiten*)
 - g) lokal + FE *-i* + Suffix *-sier* + en → *lokalisieren* + Suffix *-ung* → *Lokalisierung* (Adjektiv zu Verb zu Nomen)
 - h) mobil + FE *-i* + Suffix *-tät* → *Mobilität* (Adjektiv zu Nomen)
 - i) beweg(en) + Suffix *-lich* → *beweglich* + Suffix *-keit* → *Beweglichkeit* (Verb zu Adjektiv zu Nomen)
 - j) Kontrakt + Suffix *-ur* → *Kontraktur* (entlehnt aus dem Lateinischen)

„contrahere“), (Nomen zu Nomen)

- k) Situa(tion) + *t* + Suffix *-iv* → *situativ* (Nomen zu Adjektiv)
 - l) Aggress(ion) + Suffix *-iv* → *aggressiv* (Nomen zu Adjektiv)
 - m) Psych(e) + Suffix *-isch* → *psychisch* (Nomen zu Adjektiv)
 - n) Therapie → Therapeut (nomen agentis) + Suffix *-isch* → *therapeutisch* (Nomen zu Adjektiv)
 - o) Struktur + Suffix *-ier* + *en* → strukturieren, Partizip I bzw. Adjektiv: strukturierend (Nomen zu Verb zu Adjektiv) (s. Kompositum *tagesstrukturierend*)
 - p) einverstand(en) (Adjektiv bzw. Partizip II von veraltet sich einverstehen) + Suffix- *nis* → *Einverständnis* (Verb zu Nomen)
 - q) informier(en) + *a* + Suffix *-tion* → *Informationen* (Verb zu Nomen)
 - r) Medikament (Suffix *-ment* fällt weg) + Suffix *-tion* → *Medikation* (Nomen zu Nomen)
- durch Präfigierung:
 - teilen + Präfix *er-* → *erteilen* (Verb zu Verb)
 - verbal + Präfix *-non* → *nonverbal* (Adjektiv zu Adjektiv)
 - biet(en) + Partikel *an-* → anbieten → *Angebot* (Verb zu Nomen)
 - Ruhe + Präfix *un-* → *Unruhe* (Nomen zu Nomen)
 - durch Präfigierung und Suffigierung:
 - a) Präfix *ein-* + weis(en) → einweisen + Suffix *-ung* → *Einweisung* (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Einweisungsdiagnose*)
 - b) Präfix *über-* + nehm(en) → übernehm(en) + Suffix *-e* → *Übernahme* (Verb zu Nomen)
 - c) Präfix *ein-* + nehm(en) → einnehm(en) + Suffix *-e* → *Einnahme* (Verb zu Nomen)
 - d) Präfix *un-* + verträglich → unverträglich + Suffix *-keit* → *Unverträglichkeit* (Adjektiv zu Nomen) (s. Determinativkomp. *Medikamentenunverträglichkeit*)
 - e) Präfix *aus-* + scheid(en) → ausscheid(en) + Suffix *-ung* → *Ausscheidung* (Verb zu Nomen)
 - f) Präfix *über-* + leit(en) → überleit(en) + Suffix *-ung* → *Überleitung* (Verb zu Nomen)
 - g) Präfix *über-* + weis(en) → überweisen + Suffix *-ung* → *Überweisung* (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Überweisungsdiagnose*)

Rückbildung:

umfang(en) → *Umfang* (Verb zu Nomen)

weitere Wortbildungsformen: Komposition und Derivation von Verben zu Nomen

trink(en) + vorgeb(en) + Suffix *-e* → Vorgabe → *Trinkvorgabe*

schluck(en) + stören + Suffix *-ung* → Störung → *Schluckstörung*

Implizite Ableitungen: (Verb zu Nomen)

bezieh(en) → Bezug (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Bezugsperson*)

verbind(en) → Verband, Pl. *Verbände* (Verb zu Nomen)

gehen → *Gang* (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Stuhlgang*)

Konversionen:

krank, die kranken (Menschen) → Kranken (Adjektiv zu Nomen)
(s. Determinativkompositum *Krankenkasse*)

umkehr(en) → *Umkehr* (Verb zu Nomen)

bericht(en) → *Bericht* (Verb zu Nomen)

Mischformen aus Präfigierungen, Derivationen und Konversionen:

- a) angehör(en) + Suffix *-ig* → angehörig (Derivation von Verb zu Adjektiv), die angehörige (Person) → *Angehörige* (Konversion von Adjektiv zu Nomen)
- b) Präfix *be-* + Vollmacht + Suffix *-ig* → bevollmächtigt(en) (Derivation von Nomen zu Verb), bevollmächtigt als Partizip II bzw. Adjektiv, die bevollmächtigte Person → bevollmächtigt → *Bevollmächtigte* (Konversion von Adjektiv zu Nomen)
- c) Präfix *an-* + kleid(en) → ankleiden, durch Konversion → das *Ankleiden* (Verb zu Nomen)
- d) Präfix *aus-* + kleid(en) → auskleiden, durch Konversion → das *Auskleiden* (Verb zu Nomen)

Movierungen:

Diabetiker → *Diabetikerin*

Betreuer → *Betreuerin*

Arzt → *Ärztin*

Bevollmächtigte → *Bevollmächtigter*

Kurzwortbildungen:

PEG: Perkutane Endoskopische Gastrostomie (Initialwort)

SGB: Sozialgesetzbuch

BSHG: Bundessozialhilfegesetz

Flexion:

Es kommen viele Plurale und teilweise adjektivisch gebrauchte Partizipien I und II vor:

eingeschränkt (Partizip II von einschränken)

eingeschaltet (Partizip II von einschalten)

empfohlen (Partizip II von empfehlen)

beantragt (Partizip II von beantragen)

bewilligt (Partizip II von bewilligen)

gestellt (Partizip II von stellen)

aktualisiert (Partizip II von aktualisieren)

überleitend (Partizip I von überleiten)

nachfolgend (Partizip I von nachfolgen)

Wortarten:

Der *Überleitungsbogen* enthält insgesamt 162 Nomen, davon 85 Komposita, 44 einfache Nomen und 33 Nominalisierungen. Durch die verschiedenen morphologischen Formen werden vor allem Nomen gebildet. Des Weiteren kommen vor:

- 20 Adjektive (*insulinpflichtig, sonstig, selbständig, sozial, persönlich, gerichtlich, weiblich, männlich, verständlich, verbal, nonverbal, zeitlich, örtlich, situativ, psychisch, aggressiv, therapeutisch, körperlich, letzte, möglich*)
- 11 Adverbien (*morgens, mittags, abends, nachts, allein, nur, oben, unten, links, rechts, nicht*)
- 6 Verben (*erteilen, annehmen, können, sich beschäftigen, suchen, benötigen*)
- 9 Partizipien (*beantragt, bestanden, gelegt, gewechselt, eingeschaltet, empfohlen, bewilligt, gestellt, aktualisiert*)
- 10 Präpositionen (*an, in, zu, über, mit, bei, durch, ab, von, nach*)
- 6 adjektivisch gebrauchte Partizipien (*nachfolgend, bevollmächtigt, bestellt, eingeschränkt, tagesstrukturierend, vorhanden*)
- 2 Pronomen (*alle, keine*)
- 2 Partikeln (*ja, nein*)
- 2 Konjunktionen (*als, und*)

c) Syntaktische Analyse:

Der Text ist gekennzeichnet durch meist allein stehende Nomen (z. B. *Dekubitus*) oder Nominalisierungen (z. B. *Kommunizieren*), enthält aber auch Adjektive, Partizipien, Temporaladverbien und Partikeln. Außerdem kommen Nominalphrasen (z. B. *Schlüssel bei*) und Wortgruppen (z. B. *lebt mit Bezugsperson*) vor. Nomen sind dabei teilweise attribuiert (z. B. *persönliche Wertgegenstände*), auch durch nachgestellte Attribute (z. B. *Betreuer/in, gerichtlich bestellte/r*).

Worte sind durch Überschriften und grafische Elemente meist in Tabellenform und/oder durch ankreuzbare Kästchen sowie durch Unterstreichungen und Doppelpunkte miteinander verbunden und hierarchisiert. Leere Stellen zeigen den Pflegepersonen an, dass an dieser Stelle Text eingetragen, also Antworten auf Fragehandlungen gegeben werden sollen.

7.2.2.5. Die *Autoübergabe*

7.2.2.5.1. Kommunikationssituation

Der Text *Autoübergabe* regelt die Übergabe von Fahrzeugen von einem Nutzer zum anderen. Es liegt Mehrfachadressierung vor: Es wird von allen ausgefüllt, die Autos benutzen, die vom Pflegedienst für den Zweck zur Verfügung gestellt werden, um die ambulanten Pflegetouren durchführen zu können. Dazu gehören neben Pflegehilfskräften und Fahrern auch die Pflegefachkräfte. Wichtig ist hier vor allem die Angabe, wo das Auto geparkt wurde, um nicht unnötig Arbeitszeit zu verlieren. Am Ende geht der Text zur Protokollierung an die Verwaltung.¹⁴⁰

7.2.2.5.2. Textfunktion

Das unausgefüllte Formular hat für die Benutzer der Autos eine appellative Funktion, denn sie werden zum Eintragen der relevanten Daten aufgefordert. 2-mal 14 leere Zeilen zeigen an, dass es von mehreren Personen nacheinander verwendet werden kann. Ausgefüllte Zeilen sowie das vollständig ausgefüllte Formular besitzen eine konstatierend-assertierende, wissensbereitstellende Funktion für diejenigen, die die Eintragungen lesen sowie für die Verwaltung. Auch eine handlungsvorbereitende Funktion liegt hier vor, denn ein Teil der Angaben hat Auswirkungen auf den Arbeitsablauf des jeweils nachfolgenden Nutzers des Fahrzeugs: So kann es notwendig sein, vor Beginn der Pflegetour das Fahrzeug noch aufzutanken und es wird klar, wo es zum Einsatz abgeholt werden muss.

7.2.2.5.3. Textstruktur

Es ist eine Gliederung in Überschrift und Tabelle zu erkennen, die sich im unteren Teil des Formulars wiederholt, es liegt also eine Dopplung desselben Textes auf einer Seite vor. In der Tabelle werden Angaben zu Zeit, Fahrer und Fahrzeuge erfragt, die für den nachfolgenden Nutzer von Relevanz sind. Die Tabelle ist sehr ökonomisch gestaltet; sie besteht ausschließlich aus Einzelwörtern und Abkürzungen. Es sind nur sehr kurze Eintragungen möglich.

140 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

7.2.2.5.1. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse:

| Lexeme/ Worte | Semantik |
|---------------|--|
| Autoübergabe | <i>Übergabe</i> abgeleitet vom Verb <i>übergeben</i> : i. S. v.: „dem zuständigen Empfänger etwas aushändigen und ihn damit in den Besitz von etwas bringen“ (Duden), in diesem Falle Personenfahrzeuge |
| Kennzeichen | i. S. v.: „an einem Land- oder Wasserfahrzeug angebrachtes, amtlich zugeteiltes Zeichen (aus Buchstaben, Ziffern), das seine Identifizierung ermöglicht und seine Herkunft erkennen lässt (Duden) |
| Tank | betrifft hier den Stand der Tankfüllung mit Treibstoff (Benzin, Diesel etc.); die Tankanzeige im Fahrzeug ist in gleichgroße Abschnitte unterteilt, deswegen wird hier je nach Tankanstand eine Zahl entsprechend diesem Abschnitt eingetragen. ¹⁴¹ |

Tab. 20: Lexik/Semantik des Textes *Autoübergabe*

Folgende Abkürzungen werden verwendet, die in einer Legende erklärt werden:

T = Tanken, *W* = Waschen, *S* = Saugen

Register:

Die Lexik dieses Formulars gehört vor allem zur Allgemeinsprache.

b) Morphologische Analyse:

zwei Determinativkomposita:

Auto + Übergabe, Uhr + Zeit

zwei Kompositionen aus Verb + Nomen:

kenn(en) + Zeichen → *Kennzeichen*

park(en) + Platz → *Parkplatz*

Wortarten:

Das Formular *Autoübergabe* enthält insgesamt 8 Nomen, davon 4 Komposita, 3 einfache Nomen und eine Nominalisierung, des Weiteren 3 Verben (*tanken, waschen, saugen*), eine Präposition (*um*) und ein Adverb (*zurück*).

141 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

c) Syntaktische Analyse:

Der Text besteht fast ausschließlich aus Einzelworten, meist Nomen, die durch ihre Anordnung in der Tabelle miteinander verknüpft sind.

Produktive sprachliche Anforderungen:

Beim Ausfüllen des Formulars werden von den Pflegefachkräften folgende sprachliche Mittel benötigt: Name, Datums- und Uhrzeiten, das Kennzeichen von Pkws, den Stand einer Tankanzeige sowie Ortsangaben zum Parkplatz und das Formulieren von Besonderheiten.

7.2.2.6. *Marcumar-Dosierung*

7.2.2.6.1. Kommunikationssituation

Dieses Formular gilt als besonders relevant für die tägliche Arbeit. Die Grundlage stellen die Verordnungen von Ärzten und Ärztinnen dar, die Angaben über die Blutsenkung enthalten, damit der Blutverdünner (Marcumar) in der richtigen Dosis gegeben werden kann. Die Pflegefachkräfte übertragen die in den Verordnungen übermittelten Werte und Dosierungen einmal wöchentlich in das Formular. Sie sind die Adressaten des Textes, der ausgefüllt in der Pflegedokumentation aufbewahrt wird.¹⁴²

7.2.2.6.2. Textfunktion

Dieser Text hat zunächst eine appellative Funktion für die Pflegekräfte, denn sie werden dazu aufgefordert, das Formular auszufüllen. Ist der Text nach dem Ausfüllen vollständig, hat er für alle Pflegekräfte, die es auf Tour zur Stellung bzw. Verabreichung der Medikamente nutzen, eine wissensbereitstellende, konstatierend-assertierende sowie eine kontrollierend-handlungsvorbereitende Funktion, da er wichtige Informationen liefert und Auswirkungen auf die Pflegehandlungen *Medikamentengabe* bzw. *Tabletten geben/stellen* hat.

7.2.2.6.3. Textstruktur

Der Text gliedert sich in zwei Teile: Im oberen Teil werden Name, einzunehmendes Medikament, Tageszeiten der Einnahme sowie die gemessenen Blutwerte, Daten zur Gültigkeit der Dosierungsplanung und zur nächsten Wertekontrolle erfragt. Im unteren Teil werden in eine Tabelle die Daten zur Dosierung für die einzelnen Tage der Woche eingetragen. Die Einheit dafür sind Tabletten.

142 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

7.2.2.6.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse:

| Lexeme / sem. Einheiten | Semantik |
|--------------------------------|---|
| Marcumar | Blutverdünnendes, gerinnungshemmendes Mittel in Tablettenform zur Vorbeugung und Auflösung von (bestehenden) Blutgerinnseln; Anwendungsgebiete sind Thrombose, Embolie und die „Langzeitbehandlung des Herzinfarktes bei Patienten, die ein erhöhtes Risiko für die Bildung von Blutgerinnseln haben“ ¹⁴³ |
| Dosierung | „abgemessene, dosierte Menge“ eines Medikaments “ (Duden) |
| Quickwert | „Ergebnis eines Quicktests (Duden), hier: „Der Quick-Wert (...) gibt an, ob der so genannte exogene Teil des Gerinnungssystems funktioniert. Der Test dient zur Diagnose von Störungen der Blutgerinnung. Er wird beispielsweise vor Operationen oder zur Kontrolle von gerinnungshemmenden Medikamenten durchgeführt. Je nach Testmethode kann der Quick-Wert variieren. Deshalb wird heute häufiger der INR-Wert (International normalized ratio) anstatt des Quick-Wertes verwendet.“ ¹⁴⁴ |
| INR-Wert | „Beim INR-Wert (International Normalized Ratio) handelt es sich um einen Laborparameter, der die Blutgerinnung beschreibt. Um den INR-Wert zu bestimmen, wird bei der Blutuntersuchung die Zeit gemessen, die das Blut braucht, um zu gerinnen (...). Hierbei handelt es sich im Gegensatz zum Quick-Wert um einen normierten Wert (d. h. der Wert ist methoden- und laborunabhängig). Er ist somit sicherer im Gebrauch und international vergleichbar.“ ¹⁴⁵ |
| Plan gültig ab | Da die Werte und Dosierungen wöchentlich neu gemessen bzw. erstellt werden, muss auf dem Formular notiert werden, ab wann die neuen Werte gelten und angewendet werden müssen und wann die nächste Kontrolle stattfinden muss. ¹⁴⁶ |

Tab. 21: Lexik/Semantik des Textes *Marcumar-Dosierung*

143 siehe Beipackzettel Marcumar <https://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Beipackzettel/Marcumar-1300649.html>

144 siehe <https://www.internisten-im-netz.de/mediathek/blutbild-erklaerung/quick-wert/>

145 siehe <http://www.gesundheits-lexikon.com/Labormedizin-Labordiagnostik/Blutgerinnung/INR-International-Normalized-.html>

146 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

Wortfelder:

Sie ergeben sich hier zum einen aus den einzelnen Wochentagen und aus den Adverbien *morgens*, *mittags* und *abends* als Tageszeiten¹⁴⁷:

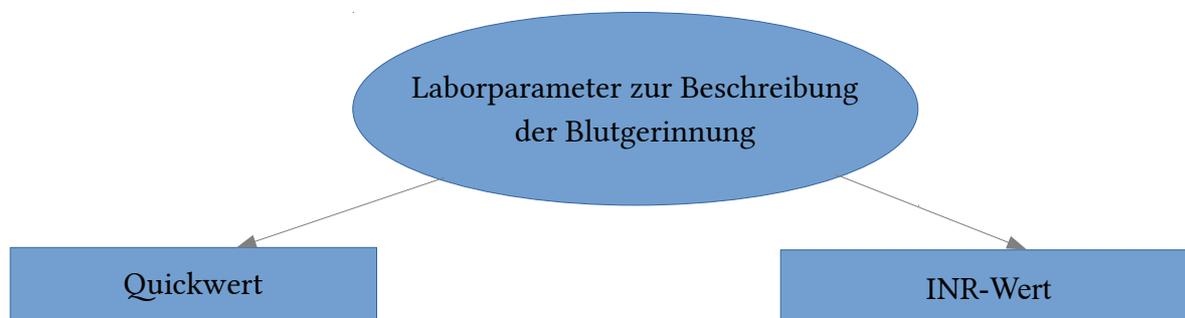


Abb. 18: Wortfeld zum Text *Marcumar-Dosierung*

Es werden folgende Abkürzungen verwendet:

Tbl.: Abkürzung für Tabletten, *morg.*: morgens, *mitt.*: mittags, *abds.*: abends

Register:

Der Text enthält vor allem fachsprachliche Lexik aus der Medizin.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkompositum:

Blatt + Nummer

Derivation durch Suffixbildung:

dosier(en) + Suffix -ung → *Dosierung* (Verb zu Nomen)

gelt(en) + Suffix -ig → *gültig* (Verb zu Adjektiv) (vgl. Kluge 1995: 342)

Kurzwortbildungen:

INR-Wert (International Normalized Ratio) (Kombination aus Kurzwort und Nomen)

Quickwert (Kombination aus englischem Eigennamen eines Arztes *Quick* + Nomen)

weitere morphologische Formen:

nächste als Superlativ zum Adjektiv *nahe*

¹⁴⁷ siehe Kapitel 7.1: Ergebnisse der linguistischen Diskursanalyse

Wortarten:

Das Formular *Marcumar-Dosierung* enthält 19 Nomen, davon 4 Komposita, 13 einfache Nomen und 2 Nominalisierungen, des Weiteren 3 Adverbien (*morgens, mittags, abends*), 2 Adjektive (*gültig, nächste*) und eine Präposition (*ab*).

c) Syntaktische Analyse:

Der Text besteht fast ausschließlich aus Einzelworten, meist Nomen. Es gibt drei Nominalphrasen (*Name Klient, Plan gültig ab, nächste Kontrolle*). Die Angaben, die von den Pflegefachkräften in die Leerstellen einzutragen sind, sind noch einmal näher spezifiziert und stellen damit eine Verbindung zwischen Leerstellen und Fragehandlung dar. Die Tabelle im unteren Teil verknüpft die verschiedenen Nomen miteinander.

Produktive sprachliche Anforderungen:

In das Formular einzutragen sind nur wenige Angaben: Namen von Klienten, Bezeichnungen von Medikamenten, gemessene Werte, Datumsangaben, Zahlen (auch mit Brüchen).

7.2.2.7. Der *Beschwerdeaufnahmebogen*

7.2.2.7.1. Kommunikationssituation

Mithilfe dieses Textes können sowohl Mitarbeiter als auch Klienten und andere in die Dienstleistung der ambulanten Pflege Involvierte Beschwerden zu verschiedenen Bereichen formulieren, die dann an die Einsatzleitung gehen, die ggf. Maßnahmen einleitet. In besonderen Fällen geht dieses Formular auch an die Geschäftsleitung.¹⁴⁸ Es liegt also auf beiden Ebenen, dem unvollständigen Dialog als auch dem ausgefüllten Formular Mehrfachadressierung vor.

7.2.2.7.2. Textfunktion

Auf beiden Ebenen der sprachlichen Handlungskette, sowohl in unausgefüllter als auch ausgefüllter Form hat dieser Text vor allem eine appellative Funktion inne. Zum einen werden alle Adressaten dazu aufgefordert, ggf. Dinge zu beanstanden, die nicht deren Vorstellungen entsprechen. Zum anderen richtet sich das ausgefüllte Formular mit einem Appell an die Einsatz- und ggf. Geschäftsleitung etwas zu verändern.

7.2.2.7.3. Textstruktur

Thema des Formulars sind Beschwerden und daraus abgeleitete Konsequenzen zur zukünftigen Unterbindung dieses Zustandes. Es gliedert sich in vier Bereiche und umfasst zwei Seiten. Die vier Bereiche sind durchnummeriert und durch Linien graphisch voneinander abgetrennt. Der erste Bereich betrifft die Beschwerde selbst und erfasst den Beschwerdeführer, den Beschwerdegrund sowie den Unternehmensbereich, in dem es Anlass zu einer Beschwer-

148 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

de gibt, sowie die Unterschrift und den Zeitpunkt des/derjenigen, der/die die Beschwerde aufgenommen hat. Der zweite Teil protokolliert in Form von Abkürzungen zu Positionen und Unternehmensbereichen sowie einen Bereich für Unterschriften und Zeitangaben, an wen die Beschwerde weitergeleitet wird und wer die Verantwortung dafür übernimmt. Auch das Qualitätsmanagement ist hier involviert. Im dritten Teil geht es um Maßnahmen, die getroffen wurden als Reaktion auf die Beschwerde, und im letzten Teil wird die interne Auswertung protokolliert. Leere Zeilen, Kästchen zum Ankreuzen und im ersten Teil ein größerer freier Bereich fordern zum Beantworten der Fragehandlungen auf.

7.2.2.7.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse:

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--|--|
| Beschwerde | i. S. v.: „Klage, mit der man sich [an höherer Stelle] über jemanden, etwas beschwert“ (Duden) |
| Aufnahme | i. S. v.: „das Registrieren, Verzeichnen in etwas“ (Duden) |
| Beschwerde- aufnahmebogen | Formular zur Aufnahme/Registrierung einer Beschwerde/Klage |
| Bereich | „[Sach]gebiet, Sektor, Sphäre“ (Duden) |
| Krankenkasse | „Institution, die jemanden gegen die Kosten, die durch eine Krankheit entstehen, versichert“ (Duden) |
| Beschwerdeführer | „jemand, der eine Beschwerde führt“ (Duden), jemand, der die Beschwerde vorbringt |
| Angehörige/r | „dem engsten Familienkreis angehörende Verwandte“ (Duden) |
| Kostenträger | jemand/Institution, der/die die Kosten/den finanziellen Aufwand übernimmt |
| Kooperations- partner | Unternehmenspartner des ambulanten Pflegedienstes |
| Erstbeschwerde | Beschwerde, die zum ersten Mal eingeht |
| Folgebeschwerde | Beschwerde, die zum wiederholten Mal eingeht |
| Beschwerdegrund | i. S. v.: „Umstand, Tatbestand o. Ä., durch den sich jemand bewogen fühlt, etwas Bestimmtes zu tun, oder der ein Ereignis oder einen anderen Tatbestand erklärt; Motiv, Beweggrund“ (Duden) für die Beschwerde |
| Themenbereich | hier: Sektor, Gebiet des Pflegedienstes, den die Beschwerde betrifft |

| | |
|----------------------------------|--|
| Pflegequalität | Güte/Eigenschaft der Pflegedienstleistung (vgl. Duden) |
| Mitarbeiterverhalten | Art und Weise, wie sich ein/e Mitarbeiter/in verhält bzw. agiert |
| Einsatz nicht erbracht | eine ursprünglich geplante ambulante Pflegedienstleistung wurde nicht durchgeführt |
| häufiger Personalwechsel | Situation, in der häufig unterschiedliche Pflegekräfte die Pflegebesuche und -handlungen durchführen, obwohl Bezugspflege die Norm ist |
| Pflegezeiten nicht eingehalten | die Pflegekraft ist nicht zur vereinbarten Uhrzeit zur Durchführung der vereinbarten Pflegedienstleistung erschienen |
| sonstige Organisation | weitere Bereiche hinsichtlich „der Funktionstüchtigkeit einer Institution o. Ä. dienende [planmäßige] Zusammensetzung, Struktur, Beschaffenheit“ (Duden) |
| Rechnungslegung | „Ablegung finanzieller Rechenschaft, besonders durch Nachweis des Empfangs und der Verwendung von Geldbeträgen“ (Duden) |
| Vorgesetztenverhalten | Art und Weise, wie sich ein/e Vorgesetzter gegenüber seinen/ihren untergebenen Mitarbeitern verhält bzw. agiert |
| aufgenommen | registriert, erfasst (vgl. Duden), Partizip II von aufnehmen |
| Bearbeitung | Synonyme: Behandlung, Erledigung (vgl. Duden) |
| weitergeleitet | von Infinitiv weiterleiten: „etwas, was man erhalten hat, einer anderen Person, Stelle zuleiten“ (Duden) |
| Fallverantwortung | i. S. v.: „[mit einer bestimmten Aufgabe, einer bestimmten Stellung verbundene] Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass (innerhalb eines bestimmten Rahmens) alles einen möglichst guten Verlauf nimmt, das jeweils Notwendige und Richtige getan wird und möglichst kein Schaden entsteht“ (Duden); hier: für diese Beschwerde und die daraus entstehenden Folgen und entsprechenden Maßnahmen |
| Bearbeiter | „jemand der etwas bearbeitet“, bearbeiten: i. S. v.: „sich mit einem Gesuch, einem Fall als entsprechende Instanz prüfend oder erforschend beschäftigen [und darüber befinden]“ (Duden) |
| Ergebnis | Resultat |
| Rückmeldung | Feedback |
| vorgemerakter Rückmeldezeitpunkt | Tag/Uhrzeit, an dem/zu der die Rückmeldung/das Feedback geplant ist |
| Maßnahmen durchgeführt | „Handlung, Regelung o. Ä., die etwas Bestimmtes bewirken soll“ (Duden) wurde realisiert |

| | |
|------------------------------|--|
| Sofortmaßnahmen | Maßnahmen (s. o.), die unverzüglich vorgenommen werden, um einen größeren Schaden zu vermeiden (vgl. Duden) |
| Gespräch | i. S. v.: „mündlicher Gedankenaustausch in Rede und Gegenrede über ein bestimmtes Thema“ (Duden); in diesem Falle über die Beschwerde und eine mögliche Lösung |
| Fallkonferenz | i. S. v.: „Besprechung mehrerer Personen über“ (Duden) die Angelegenheit der Beschwerde |
| Anwesende | Synonyme: Beteiligte, hier: der Fallkonferenz |
| Vereinbarungen | i. S. v.: „Abmachung, Übereinkommen“ (Duden) |
| Ergebniskontrolle | Überprüfung der Resultate (vgl. Duden) |
| Ergebnisbericht | sachliche Wiedergabe der Resultate (vgl. Duden) |
| interne Auswertung | Prüfung der Beschwerde im inneren, engsten Kreis einer Gruppe des Pflegedienstes (vgl. Duden) |
| Ursache | „etwas (Sachverhalt, Vorgang, Geschehen), was eine Erscheinung, eine Handlung oder einen Zustand bewirkt, veranlasst; eigentlicher Anlass, Grund“ (Duden) |
| Mitarbeitergespräch | mündlicher Gedankenaustausch in Rede und Gegenrede über die Beschwerde/ Maßnahmen etc.; zwischen Vorgesetzten (Einsatzleitung etc.) und Mitarbeitern |
| Personalentscheidung | „Entscheidung über die Besetzung von Stellen“; entscheiden: „[endgültig] klären und darüber ein Urteil fällen“ (Duden) |
| Schulung | i. S. v.: „Lehrgang, Kurs, in dem jemand geschult wird“ (Duden) |
| Berücksichtigung | das Beachten |
| Klärung | „Beseitigung einer Unsicherheit, einer Ungewissheit“ (Duden) |
| Entschuldigung | i. S. v.: „Begründung, Rechtfertigung für einen Fehler, ein Versäumnis o. Ä.“ (Duden) |
| Ersatzanspruch | Forderung nach Entschädigung (vgl. Duden) |
| Zur Archivierung freigegeben | zur Aufbewahrung/Protokollierung übergeben/zur Verfügung gestellt (vgl. Duden) |
| statistisch erfasst | zur schriftlich fixierten Zusammenstellung, Aufstellung von Ergebnissen; hier von Beschwerden, einbezogen/registriert (vgl. Duden) |

Tab. 22: Lexik/Semantik des Textes *Beschwerdeaufnahmebogen*

Wortfamilie:

- Wortstamm: *schwer-*

sich beschweren, Beschwerde, Beschwerdeführer, Beschwerdegrund, Erstbeschwerde, Folgebeschwerde, Beschwerdeaufnahme(bogen)

Register:

Dieses Formular besteht zum größten Teil aus berufsübergreifender Lexik.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkomposita:

Beschwerde + Führer, Beschwerde + Grund, Folge + Beschwerde, Beschwerde + Aufnahme + (Bogen), Kranken + Haus, Kosten + Träger, Kooperation + FE - s + Partner, Themen + Bereich, Pflege + Qualität, Mitarbeiter + Verhalten, Personal + Wechsel, Pflege + Zeiten, Haus + Wirtschaft, Rechnung + FE -s + Legung, Vorgesetzte + FE -n + Verhalten, Fall + Verantwortung, Fall + Konferenz, Ergebnis + Kontrolle, Ergebnis + Bericht, Mitarbeiter + Gespräch, Personal + Entscheidung, Ersatz + Anspruch

weitere Komposita:

erst + Beschwerde → *Erstbeschwerde* (Adverb + Nomen)

(zu)rück + meld(en) + Suffix *-ung* → Meldung → *Rückmeldung* (Adverb + Nomen)

(zu)rückmelden + Zeitpunkt → *Rückmeldezeitpunkt* (Verb + Nomen)

sofort + Maßnahmen → *Sofortmaßnahmen* (Adverb + Nomen)

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*: (fast alle Verb zu Nomen)

leg(en) + Suffix *-ung* → *Legung*

verantwort(en) + Suffix *-ung* → *Verantwortung*

vereinbar(en) + Suffix *-ung* → *Vereinbarung*

auswert(en) + Suffix *-ung* → *Auswertung*

entscheid(en) + Suffix *-ung* → *Entscheidung*

berücksichtig(en) + Suffix *-ung* → *Berücksichtigung*

klär(en) + Suffix *-ung* → *Klärung*

(sich) entschuldig(en) + Suffix *-ung* → *Entschuldigung*

archivier(en) + + Suffix *-ung* → *Archivierung*

Schule + Suffix *-ung* → *Schulung* (Nomen zu Nomen)

- durch Suffigierung mit *-e*:
 - a) (sich) beschwer(en) + d + Suffix *-e* → *Beschwerde* (Verb zu Nomen)
 - b) krank + Suffix *-e* → der/die Kranke (Adjektiv zu Nomen)
(s. Determinativkompositum *Krankenhaus*)
 - c) anwesend + Suffix *-e* → *Anwesende* (Adjektiv zu Nomen)
 - d) kontroll(ieren) + Suffix *-e* → *Kontrolle* (Verb zu Nomen)
- durch Präfigierung:
 - a) Präfix *weiter-* + leit(en) → weiterleiten, *weitergeleitet* als Partizip II bzw. Adjektiv (Verb zu Adjektiv)
 - b) Präfix *vor-* + merk(en) → vormerken, vorgemerkt als Partizip II bzw. Adjektiv *vorgemerkte(r)* (Verb zu Adjektiv)
 - c) Präfix *Ge-* + sprech(en) → *Gespräch* (Verb zu Nomen)
 - d) Präfix *ur-* + Sache → *Ursache*
 - e) Präfix *frei-* + geben → freigeben, *freigegeben* als Partizip II bzw. Adjektiv (Verb zu Adjektiv)
- durch Präfigierung und Suffigierung:
 - a) Präfix *vor-* + setz(en) → vorsetzen, vorgesetzt als Partizip, vorgesetzte als Adjektiv + Suffix *-e* → *Vorgesetzte* (Verb zu Adjektiv zu Nomen)
 - b) Präfix *be-* + arbeit(en) → bearbeit(en) + Suffix *-ung* → Bearbeitung bzw. + Suffix *-er* → *Bearbeiter* (Verb zu Nomen bzw. Nomen agentis)
 - c) Präfix *er-* + geb(en) → ergeb(en) + Suffix *-nis* → *Ergebnis* (Verb zu Nomen)
 - d) Präfix *mit-* + arbeit(en) → mitarbeit(en) + Suffix *-er* → *Mitarbeiter* (Verb zu Nomen agentis)
- durch verschiedene Suffigierungen:

Wirt + Suffix *-schaft* → *Wirtschaft* (Nomen zu Nomen)

organis(ieren) + FE *-a* + Suffix *-tion* → *Organisation* (Verb zu Nomen)

Statist(ik) + Suffix *-isch* → *statistisch* (Nomen zu Adjektiv)

betreu(en) + Suffix *-er* → *Betreuer* (Verb zu Nomen agentis)

Implizite Ableitung:

einsetz(en) → *Einsatz* (Verb zu Nomen)

Konversionen: (Verb zu Nomen)

pfl g (en) → *Pflege*
 (sich) verhalt(en) → *Verhalten*
 bericht(en) → *Bericht*

weitere morphologische Formen:

angehör(en) + Suffix *-ig* → *angehörig* (Derivation von Verb zu Adjektiv), die angehörige (Person) → *Angehörige* (Konversion von Adjektiv zu Nomen)

Flexion:

Partizipien bzw. Adjektive: *erfasst* als Partizip II von erfassen

Wortarten:

Das Formular *Beschwerdeaufnahmebogen* enthält:

- 68 Nomen, davon 36 Komposita, davon 1 dreigliedrig (*Beschwerdeaufnahmebogen*), 13 einfache Nomen und 19 Nominalisierungen
- 7 Adjektive (*telefonisch, persönlich, schriftlich, sonstige, intern, statistisch, häufig*)
- 5 Präpositionen (*an, durch, für, in, zu*)
- 9 Partizipien (*weitergeleitet, eingehalten, erbracht, aufgenommen, durchgeführt, kommuniziert, vorgemerkt, freigegeben, erfasst*)
- 1 Adverb (*nicht*)
- 1 adjektivisch gebrauchtes Partizip (*vorgemerkt*)
- 1 Konjunktion (*und*)

c) Syntaktische Analyse:

Es finden sich vor allem allein vorkommende Nomen, vereinzelt auch Nominalphrasen (z. B. *Aufnahme der Beschwerde, Bearbeitung der Beschwerde*), mehrere Nominalisierungen (z. B. *Aufnahme, Bearbeitung, Berücksichtigung*) sowie Präpositionalobjekte (z. B. *zur Archivierung freigegeben*). Die einzelnen Worte bzw. semantischen Einheiten sind durch ihre graphische Anordnung, die Interpunktion (Doppelpunkte) sowie durch Linien miteinander verknüpft.

Produktive sprachliche Anforderungen:

Es ist zu erwarten, dass in das freie Feld in Teil 1 des Bogens mit dem Titel *Beschwerdegrund* die Schilderung von Ereignissen mit eindeutig appellativem Charakter eingetragen werden.

7.2.2.8. Das *Beratungsprotokoll*

7.2.2.8.1. Kommunikationssituation

Die Krankenkassen fordern, dass Pflegefachkräfte mit den Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen Beratungsgespräche durchführen. Je höher der Pflegegrad, desto öfter müssen diese Gespräche durchgeführt werden. Bei (der ehemaligen) Pflegestufe 1 beispielsweise wird ein Beratungsgespräch jährlich erwartet. Inhalt der Gespräche sind der gesundheitliche und pflegerische Ist-Zustand der Klienten bzw. Klientinnen sowie die von den Pflegekräften wahrgenommenen Risiken und entsprechende Maßnahmen. Ziel ist es, der Krankenkasse eine Prognose hinsichtlich der künftigen Pflegebedürftigkeit ihrer Mitglieder zu ermöglichen. Ein umfangreicheres Gespräch dauert bis zu einer Stunde. Grundlage der Beratungsgespräche ist die fachliche Kompetenz der Pflegefachkräfte, es finden keine gesonderten Vorbereitungen oder Richtlinien für diese Gespräche statt.¹⁴⁹

7.2.2.8.2. Textfunktion

Unausgefüllt hat der halbierte Dialog eine appellative Funktion an die Pflegefachkräfte, die zum Ausfüllen des Formulars verpflichtet sind. In vollständiger Form hingegen erfüllt er zum einen eine wissensbereitstellende, konstatierend-assertierende als auch argumentative sowie bewertende Funktion für die Krankenkassen. Zum einen stellt der Text wichtige Informationen für den Rezipienten zur Verfügung, zum anderen finden sich darin wesentliche Argumentationen und Bewertungen zur Entscheidungsfindung hinsichtlich der Pflegesituation der Pflegebedürftigen. Damit kann auch eine appellative Funktion einhergehen, wenn die Informationen und Bewertungen beispielsweise zur Erhöhung der Pflegegrade und zur Bereitstellung der Kostenübernahme für bestimmte Maßnahmen führen können/sollen.

7.2.2.8.3. Textstruktur

Thema des Formulars sind die obligatorisch durchzuführenden Beratungsgespräche zwischen den Pflegekräften und den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen und/oder Betreuern und Betreuerinnen sowie die Ergebnisse dieser Gespräche in Form von Prognosen zur Pflegebedürftigkeit der Klienten. Das Formular gliedert sich in zwei Teile, die durch eine durchgezogene Linie graphisch voneinander abgetrennt sind. Im oberen Teil werden allgemeine verwaltungsbezogene Daten abgefragt und betreffen die Gesprächsteilnehmer, die Kommunikationsform und den Anlass des Gesprächs. Im unteren Teil geht es zuerst um die Risikopotentiale und die Pflegekosten. Hier ist gesondert aufgeführt, dass nur Pflegekräfte zu Risikopotentialen beraten dürfen. Darunter können dann jeweils in einem freien Feld Notizen sowie das Gesprächsergebnis und Angaben zu weiterführenden Maßnahmen eingetragen werden. Ganz am Ende werden noch Informationen darüber eingeholt, ob die Klienten und Klientinnen an weiterführenden Informationen interessiert sind und ob weitere Informationen zu Praxistipps an die/den Gesprächsteilnehmer ausgehändigt wurden. Anzukreuzende Kästchen und leere Zeilen fordern die Pflegefachkräfte zum Antworten auf die Fragehandlung auf.

149 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

7.2.2.8.4. Sprachliche Gestaltung

a) Semantisch-lexikalische Analyse:

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--|---|
| Beratung | „Erteilung eines Rates oder von Ratschlägen“; „Besprechung, Unterredung“ (Duden) |
| Protokoll | „wortgetreue oder auf die wesentlichen Punkte beschränkte Niederschrift über eine Sitzung, Verhandlung, ein Verhör o. Ä.“ (Duden) |
| betrifft | i. S. v.: „für jemanden, etwas gelten, von Bedeutung sein, sich auf jemanden beziehen; angehen“ (Duden) |
| Beratungsform | i. S. v.: „Art und Weise, in der etwas vorhanden ist, erscheint, sich darstellt; Erscheinungsweise, einzelne Erscheinungsform“ (Duden) hier: der Beratung |
| persönlich | i. S. v. persönliches Gespräch, <i>Face-to-Face</i> |
| Interessant | i. S. v.: „jemand, der an einer Sache interessiert ist, sein Interesse bekundet, an etwas teilnehmen, teilhaben möchte“ (Duden) |
| Risiko | „möglicher negativer Ausgang bei einer Unternehmung, mit dem Nachteile, Verlust, Schäden verbunden sind“; „Wagnis“ (Duden) |
| Potential | „(bildungssprachlich) Gesamtheit aller vorhandenen, verfügbaren Mittel, Möglichkeiten, Fähigkeiten, Energien“ (Duden) |
| Risikopotentiale | hier: Möglichkeiten von negativen gesundheitlichen Entwicklungen in bestimmten Bereichen: z. B. das Risikopotential Dekubitus: „das Wundliegen als Folge langen Liegens bei bettlägerigen Kranken“ (Duden) |
| Ernährung | „Nahrungszufuhr“ (Duden) |
| Sturzgefährdung | Möglichkeit, aus aufrechter Haltung hinzustürzen bzw. zu fallen und sich dabei zu verletzen (vgl. Duden); aufgrund von abnehmender Reaktionsfähigkeit im Alter und bei körperlichen/geistigen Erkrankungen oder Behinderungen (Pflegerstation M&K 2010: Modul Sturzprophylaxe) |
| Schmerzen | „durch Krankheit, Verletzung o. Ä. ausgelöste, sehr unangenehme körperliche Empfindung“ (Duden) |
| Demenz | „Abbau geistiger Fähigkeiten mit Beeinträchtigung des Denkens, des Gedächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit, der Auffassungsgabe, der Orientierung, der Affektivität, der Motorik, der Koordination, des Urteilsvermögens. Außerdem führt eine fortschreitende Demenz zu Störungen im Sozial- und Motivationsverhalten. Die Emotionalität und die Wahrnehmungsfähigkeit bleiben erhalten. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.“ (Pflegerstation M&K 2010: Modul Demenz) |

| | |
|--|---|
| Inkontinenz | „ist das Unvermögen, Harn oder Stuhl zu halten und kontrolliert abzugeben. Die Ursachen können sehr vielfältig sein. Meist funktioniert das fein abgestimmte System aus Blasenmuskulatur, Schließmuskeln und Beckenbodenmuskulatur nicht mehr richtig.“ (Pflegerstation M&K 2010: Modul Inkontinenz) |
| Freiheitsentziehende Maßnahmen | damit werden Menschen in ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit durch Vorrichtungen, Materialien, Gegenständen oder auch Medikamenten eingeschränkt; in der professionellen Pflege können sie in Ausnahmesituationen zum Einsatz kommen, um krankheitsbedingte Lebensgefahr oder erhebliche Gesundheitsschädigung abzuwenden oder um eine lebensnotwendige Untersuchung oder Behandlung durchzuführen, deren Zweck die Person infolge von Krankheit oder Behinderung nicht versteht oder einsieht; diese Maßnahmen dürfen nur nach schriftlicher Zustimmung durch den einwilligungsfähigen Betroffenen selbst durchgeführt werden, andernfalls muss ein Betreuungsgericht der Anwendung zustimmen. ¹⁵⁰ |
| Flüssigkeitsmangel | Fehlen von Flüssigkeit im Körper |
| Pflegekosten | finanzielle Ausgaben, die für die Pflege aufgewendet werden (vgl. Duden) |
| Bedarfsfeststellung | Ermittlung/Wahrnehmung von etwas, das in einer bestimmten Lage benötigt/-gewünscht wird (vgl. Duden) |
| Kostenangebot | Vorschlag zu finanziellen Aufwendungen |
| Assessment Alltagskompetenz ¹⁵¹ | Bewertung/Einschätzung der Fähigkeit von Pflegebedürftigen zur Bewältigung des Alltags (vgl. Duden) |
| Gesprächsergebnis | Resultat des Gesprächs, Gespräch als „mündlicher Gedankenaustausch in Rede und Gegenrede über ein bestimmtes Thema“ (Duden) |
| weiterführende Maßnahmen | über die bisherigen Maßnahmen hinausgehend, fortsetzend (vgl. Duden) |
| weiterführende Informationen | über die bisherigen Informationen hinausgehend, fortsetzend (vgl. Duden) |
| Praxistipp | nützlicher Hinweis, guter Rat, der jemandem bei etwas/bei der Anwendung hilft (vgl. Duden) |

Tab. 23: Lexik/Semantik des Textes *Beratungsprotokoll*

150 siehe http://www.pflege-gewalt.de/professionell_Pflegende_Artikel/freiheitsentziehende-massnahmen-und-alternativen.html

151 siehe https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegerberatung_und_pflegerbeduerftigkeit/Anpassung_Richtlinie_PEA-Verfahren_2010.pdf

Wortfelder:

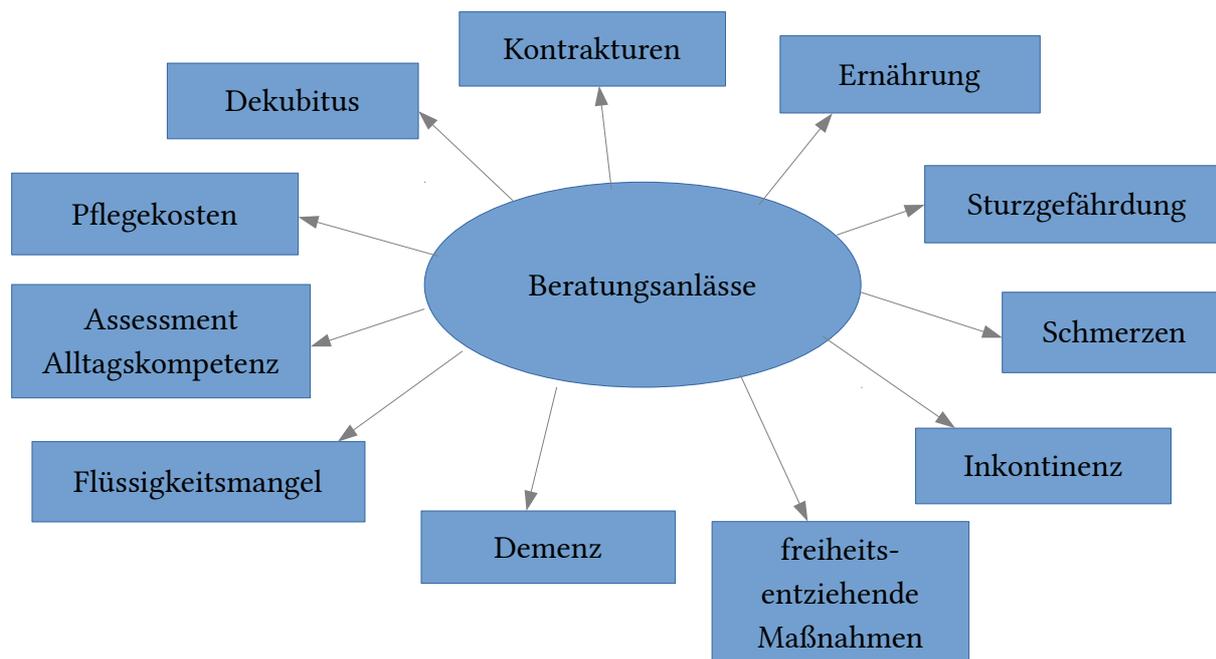
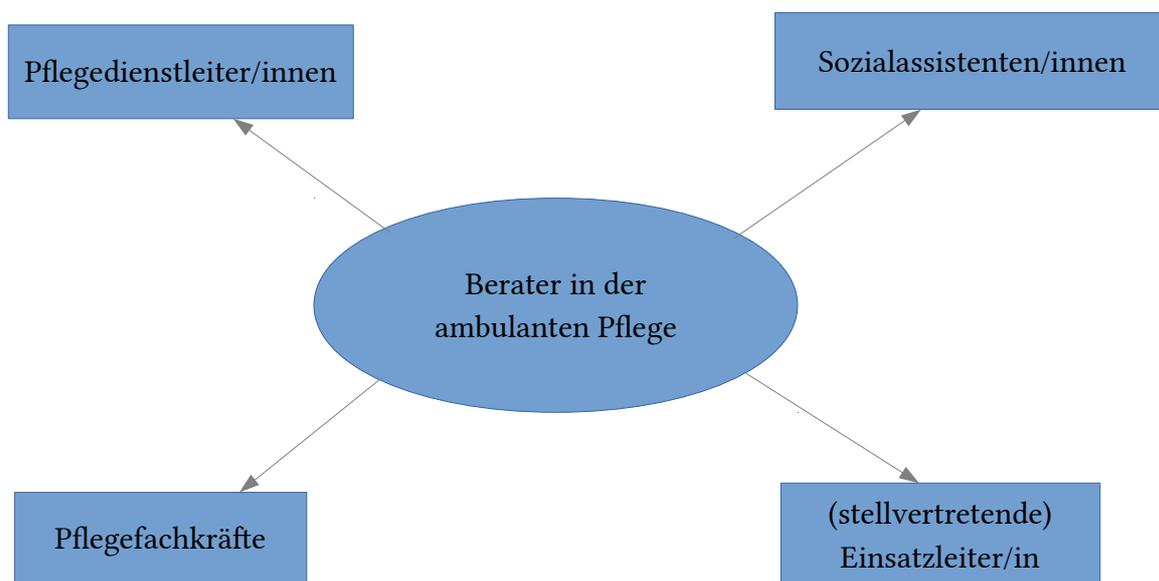
Abb. 19: Wortfeld zum Text *Beratungsprotokoll*Abb. 20: Wortfeld zum Text *Beratungsprotokoll*



Abb. 21: Wortfeld zum Text *Beratungsprotokoll*

weitere Wortfelder:

- Von diesen Beratungsanlässen stellen folgende sog. Risikopotentiale dar:

Dekubitus, Kontrakturen, Ernährung, Sturzgefährdung, Schmerzen, Demenz, Inkontinenz, freiheitsentziehende Maßnahmen, Flüssigkeitsmangel u. a.

- Wie kann beraten, kommuniziert werden: Beratungsform, Kommunikationsform:

persönlich, telefonisch, schriftlich, Fax

Wortfamilie:

- Wortstamm: *rat-*

raten, es berät, Rat, beraten, Beratung, Berater, Ratsuchender, Ratgeber

Entlehnungen:

- *Dekubitus* (lateinisch)
- *Kontraktur* (lateinisch)
- *Inkontinenz* (lateinisch)
- *Demenz* (lateinisch)

Register:

Der Text *Beratungsprotokoll* enthält eine ganze Reihe an fachsprachlicher Lexik aus Medizin und Pflege sowie aus dem berufsübergreifenden Bereich.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkomposita:

Beratung + FE -s + *Protokoll*, *Beratung* + FE -s + *Form*, *Beratung* + FE -s + *Anlass*, *Risiko* + *Potentiale*, *Pflege* + *Kräfte*, *Sturz* + *Gefährdung*, *Flüssigkeit* + FE -s + *Mangel*, *Pflege* + *Kosten*, *Bedarf* + FE -s + *Feststellung*, *Kosten* + *Angebot*, *Alltag* + FE -s + *Kompetenz*, *Gesprächs* + FE -s + *Ergebnis*, *Praxis* + *Tipp(s)*

weiteres Kompositum:

Freiheit + FE -s + entziehend (Partizip I von *entziehen*) → *freiheitsentziehend(e)* (Nomen + Partizip I/Adjektiv)

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*: (Verben zu Nomen)
 - berat(en) + Suffix *-ung* → *Beratung*
 - ernähr(en) + Suffix *-ung* → *Ernährung*
 - feststell(en) + Suffix *-ung* → *Feststellung* (s. Determinativkompositum *Bedarfsfeststellung*)
- durch unterschiedliche Suffigierungen:
 - a) *Telefon* + -Suffix *-isch* → *telefonisch* (Nomen zu Adjektiv)
 - b) *interess(ieren)* + *-e* → *Interesse*, *Interess(e)* + Suffix *-ent* → *Interessent* (Verb zu Nomen zu Nomen agentis)
 - c) *sonst* + Suffix *-ig* → *sonstig*, *sonstig* + Suffix *-e* → *Sonstige* (Adverb zu Adjektiv zu Nomen) (vgl. Duden)
 - d) *Dekubitus*: „zu lateinisch *decubitus*, 2. Partizip von: *decumbere* = krank daniederliegen“, *-itus* als Suffix des Perfektpartizips (Duden)
 - e) *Kontrakt* + Suffix *-ur* → *Kontraktur* (entlehnt aus dem Lateinischen „*contrahere*“, „*contractum*“ mit der Bedeutung von *zusammenziehen*) (vgl. Kluge 1995: 474), (Nomen zu Nomen)
 - f) *Gefahr* + (d)en → *gefährden* (Nomen zu Verb) (vgl. Kluge 1995: 305), *gefährd(en)* + *-ung* → *Gefährdung* (s. Kompositum *Sturzgefährdung*)
 - g) *Fluss* + Suffix *-ig* → *flüssig*, *flüssig* + Suffix *-keit* → *Flüssigkeit* (Nomen zu Adjektiv zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Flüssigkeitsmangel*)
 - h) *Person* + Suffix *-lich* → *persönlich* (Nomen zu Adjektiv)
 - i) *Schrift* + Suffix *-lich* → *schriftlich* (Nomen zu Adjektiv)

j) betreu(en) + -er → *Betreuer* (Verb zu Nomen)

weitere Ableitungen:

dürf(en) + Präfix be- → bedürf(en) → *Bedarf* (Verb zu Nomen) (vgl. Kluge 1995: 89)

Konversion:

mangel(n) → der Mangel (Verb zu Nomen) (s. Determinativkompositum *Flüssigkeitsmangel*) (vgl. Kluge 1995: 537)

Kurzwortbildungen:

PDL (Pflegedienstleiter bzw. -leiterin)

SozA (Sozialassistent bzw.- in)

PfLF (Pflegefachkraft)

EL/ELstv: (Einsatzleiter / stellvertretende/r Einsatzleiter/in)

Flexion:

Partizipien bzw. Adjektive:

entziehend (Partizip I von entziehen)

Wortarten:

Das Formular *Beratungsprotokoll* enthält:

- 42 Nomen, davon 21 Komposita, 13 einfache Nomen und 8 Nominalisierungen
- 4 Adjektive (*persönlich, telefonisch, schriftlich, vorhanden*)
- 3 Verben (*betreffen, beraten, sehen*)
- 2 Partizipien (*ausgehändigt, gewünscht*)
- 2 adjektivisch gebrauchte Partizipien (*weiterführend, freiheitsentziehend*)
- 2 Präpositionen (*durch, zu*)
- 1 Adverb (*nur*)
- 1 Pronomen (*keine*)

c) Syntaktische Analyse:

Der Text besteht zum größten Teil aus Einzelwörtern, vorrangig Nomen (z. B. *Beratungsanlass, Sturzgefährdung, Flüssigkeitsmangel*) und wenigen Nominalphrasen (*Beratung zu Pflegekosten, Beratung zu Risikopotentialen nur durch Pflegekräfte*). Diese sind durch die Anordnung in Über-

schrift, grafische Aufteilung und durch Interpunktion (Doppelpunkte) hierarchisch und inhaltlich miteinander verbunden. Leere Stellen kennzeichnen, wo Angaben gemacht werden sollen.

Verbformen:

Verben stehen in unpersönlicher Form, meist dem Passiv:

Beraten wird(Passiv)

weiterführende Informationen werden gewünscht (Passiv)

Praxistipps ausgehändigt (Zustandspassiv)

Es berät....(unpersönliches Subjekt-es)

Diese syntaktischen Besonderheiten erfüllen die Funktion der Ökonomie und der Anonymisierung.

Produktive sprachliche Anforderungen:

In das freie Feld, in dem Platz für Notizen ist, tragen die Pflegekräfte eigene Einschätzungen zum gesundheitlichen und pflegerischen Ist-Zustand ein, eigene Auswertungen und ob noch weitere Beratungen zu bestimmten Bereichen durchgeführt wurden.

7.2.2.9. Das *Schlüsselprotokoll*

7.2.2.9.1. Kommunikationssituation

Das *Schlüsselprotokoll* wird jeden Tag verwendet. Hier werden von der Pflegefachkraft alle Schlüsselübergaben protokolliert, vor allem jene, die die Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen betreffen. In den Büroräumen des Pflegedienstes befindet sich ein Schlüsselschrank, aus dem während der Tourvorbereitung die entsprechenden Schlüssel herausgenommen und bei der Tournachbereitung wieder hineingehängt werden. Beide Vorgänge werden mithilfe dieses Formulars protokolliert. Es liegt Mehrfachadressierung vor, denn es ist für alle relevant, die Schlüssel benutzen, um Pflegehandlungen in den Wohnräumen von Pflegebedürftigen auszuführen, also vor allem für Pflegefach- und -hilfskräfte. Das ausgefüllte Formular dient dann als Protokoll und wird zum Nachweis im Büro abgeheftet, richtet sich also auch an die Verwaltung.¹⁵²

7.2.2.9.2. Textfunktion

Auf der Handlungsebene der Pflegefachkräfte ist das *Schlüsselprotokoll* ein Formular, das sie im beruflichen Alltag ausfüllen müssen. Damit hat der Text eine appellative Funktion. In ausgefüllter Form handelt es sich um ein Protokoll mit wissensbereitstellender, konstatierend-asserrierender sowie kontrollierender Funktion.

152 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

7.2.2.9.3. Textstruktur

Thema des Textes ist die Dokumentation bzw. Protokollierung der Übergabe von Schlüsseln zu privaten Wohnungen und Hauseingängen der Klienten und Klientinnen. Das Formular ist in drei verschiedene Teile untergliedert, die durch Linien graphisch voneinander abgetrennt sind. Der erste Teil thematisiert die Übernahme, der zweite die Übergabe weiterer und der dritte die Rückgabe der Schlüssel. Die leeren Zeilen stellen Fragehandlungen dar und fordern damit den Rezipienten auf verschiedene Daten einzutragen.

7.2.2.9.4. Sprachliche Gestaltung

Pro Gliederungseinheit handelt es sich um einen einzigen, vollständigen Satz mit mehreren Leerstellen, in die Datum, Namen, Adressen, die Anzahl von Schlüsseln und Unterschriften eingetragen werden sollen.

a) Semantisch-lexikalische Analyse:

| Lexeme/Worte | Semantik |
|-------------------|---|
| übergeben | i. S. v.: „dem zuständigen Empfänger etwas aushändigen und ihn damit in den Besitz von etwas bringen“ (Duden), in diesem Falle den Schlüssel an die nächste zuständige Pflegeperson |
| übernehmen | i. S. v.: „etwas, was jemandem übergeben wird, entgegennehmen“ und „als Nachfolger in Besitz, Verwaltung nehmen, weiterführen“ (Duden) |
| Rückgabe | „das Zurückgeben von etwas“ (Duden); in diesem Falle der Schlüssel |
| zurückgeben | i. S. v.: „wieder dem [ursprünglichen] Besitzer o. Ä. übergeben“ bzw. „etwas, was einem zuerkannt, verliehen, übertragen wurde, wieder an die verleihende, beauftragende o. ä. Stelle abgeben und es nicht länger beanspruchen“ (Duden) |
| Übergebender | der/diejenige, der/die den Schlüssel übergibt |
| Übernehmender | der/diejenige, der/die den Schlüssel übernimmt, entgegennimmt |
| Haustürschlüssel | „Schlüssel, mit dem die Haustür zu verschließen oder aufzuschließen ist“ (Duden) |
| Haustür | „Tür am Eingang eines Hauses“ (Duden) |
| Wohnungsschlüssel | Schlüssel zur Wohnung (Unterkunft) des/r Klienten/in (relevant bei Wohnungen in Mietshäusern, da die Pflegeperson dann sowohl den Haustür- als auch den Wohnungsschlüssel benötigt) |

Tab. 24: Lexik/Semantik des Textes *Schlüsselübergabe*

Wortfeld:

- Schlüssel (Hyperonym):

Haustürschlüssel, Wohnungsschlüssel (Hyponyme)

Wortreihe:

| | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| <i>Übernahme der Schlüssel</i> | <i>Schlüsselübergabe</i> | <i>Rückgabe der Schlüssel</i> |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|

Wortfamilien:

- Wortstamm: *schließ-*
schließen, Schlüssel, Schloss
- Wortstamm: *geb-*
geben, übergeben, Übergabe, Übergebender
- Wortstamm: *nehm-*
nehmen, übernehmen, übernommen, Übernahme, Übernehmender

Register:

Die Lexik dieses Textes stammt vor allem aus der Allgemeinsprache.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkomposita:

Schlüssel + Protokoll, Haus + Tür + Schlüssel, Wohnung + FE -s + Schlüssel, Schlüssel + Übergabe

Derivationen:

- durch Suffigierung und Präfigierung:
 - a) Präfix über- + nehm(en) → übernehm(en) + Suffix -e → *Übernahme*
(Modifikation) (Verb zu Nomen)
 - b) geben + Präfix über- → übergeb(en) + Suffix -e → *Übergabe* (Modifikation)
(Verb zu Nomen)

Implizite Ableitung:

zurückgeben → *Rückgabe*

Konversion:

der übergebende (Pfleger) → *der Übergebende* (adjektivisch gebrauchtes Partizip I zu Nomen)

Flexion:

übernommen (Partizip II des Verbs übernehmen)

Übergebenden: (Unterschrift des Übergebenden): Flexion (Genitiv) von *der Übergebende*

Wortarten:

Das Formular *Schlüsselprotokoll* enthält:

- 14 Nomen, davon 6 Komposita, 5 einfache Nomen und 3 Nominalisierungen, ein dreigliedriges Kompositum (*Haustürschlüssel*)
- 3 Adjektive (*wohnhaft, weitere, andere*)
- 3 Präpositionen (*an, für, von*)
- 1 Verb (*erfolgen*)
- 1 Partizip (*übernommen*)

c) Syntaktische Analyse:

Auf dem Formular finden sich drei Aussagesätze in Form von Hauptsätzen, die im Präteritum und zwei Mal im Passiv und einmal im unpersönlichem Aktiv verfasst sind. Die Leerstellen innerhalb dieser Sätze sind auszufüllen und verbinden damit einzelne Worte (vor allem Nomen) und Wortgruppen miteinander. Nomen sind hier zum Teil durch Adjektive (z. B. *andere Schlüssel*) oder Genitive (z. B. *Unterschrift des Übernehmenden*) attribuiert.

7.2.2.10. Die *Schadensmeldung*

7.2.2.10.1. Kommunikationssituation

Dieses Formular wird vor allem im Fall eines Schadens an Fahrzeugen des Pflegedienstes verwendet. Es wird entweder von der Person ausgefüllt, die den Schaden verursacht hat oder die ihn entdeckt hat. Die Schadensmeldung ist ein häufig gebrauchter Text. Auch andere Schäden können damit protokolliert werden. Das ausgefüllte Formular geht an diejenige Person, die im Team für die Fahrzeuge verantwortlich ist und wird dann an die Einsatzleitung und die Verwaltung in der Zentrale weitergegeben. Es liegt Mehrfachadressierung vor. Das Formular ist für Versicherungsfragen von Relevanz. Der ambulante Pflegedienst verfügt über einen geleasten Fuhrpark eines Autohauses. Wenn ein Schaden vorliegt, muss das Autohaus informiert

werden. Das Formular *Schadensmeldung* dient u. a. als Grundlage dafür.¹⁵³

7.2.2.10.2. Textfunktion

Zunächst hat das noch nicht ausgefüllte Formular eine appellative Funktion. In ausgefüllter Form nimmt es eine wissensbereitstellende, konstatierend-assertierende sowie eine kontrollierend-reglementierende Funktion für den/die Autobeauftragte/n des Teams, die Einsatzleitung und Verwaltung ein. Für die Versicherungen kann es zusätzlich eine appellative Funktion besitzen, da mit diesem Formular u. U. zur Übernahme von Kosten aufgefordert wird.

7.2.2.10.3. Textstruktur

Thema des Textes sind Schäden an Gegenständen, vor allem an den geleasteten Fahrzeugen des Fuhrparks des Pflegedienstleistungsunternehmens. Es wird erhoben, was in welchem Ausmaß wo und wie beschädigt wurde. Außerdem werden die finanziellen Ansprüche und Maßnahmen zur Prophylaxe zukünftiger Schäden thematisiert.

Das Formular unterteilt sich in einen oberen Teil, der aus einem Satz mit auszufüllenden Lücken besteht. Darunter wird der Schaden und der Schadenhergang in Form von ausformulierten Fragen auf der linken Seite und Leerstellen zur Beantwortung auf der rechten erfragt. Unter dieser Art Fragebogen ist eine ausformulierte Anweisung gedruckt, wie mit dem Formular nach dem Ausfüllen verfahren werden soll. Daran anschließend sind Datum und Unterschrift einzutragen. Am Ende sollen auf zwei leeren Zeilen Maßnahmen zur Vermeidung von Schäden eingetragen werden. An wen sich diese Fragehandlung konkret richtet, ist unklar.

7.2.2.10.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse:

| Lexeme/Worte | Semantik |
|-----------------|---|
| Schadensmeldung | Meldung - i. S. v.: "formelle [dienstliche] Mitteilung" eines Schadens i. S. v.: „teilweise Zerstörung; Beschädigung; Defekt“ (Duden) |
| versehentlich | „aus Versehen“, Synonyme: absichtslos, irrtümlich, unabsichtlich, unbeabsichtigt, ungewollt etc. (Duden) |
| verursacht | Partizip II von verursachen: „die Ursache, der Urheber von etwas (Unerwünschtem o. Ä.) sein; hervorrufen, bewirken“ (Duden) |
| festgestellt | Partizip II von feststellen: i. S. v.: „bemerken, erkennen, wahrnehmen“ (Duden) |
| Beschreibung | Inhalt, Ergebnis des Beschreibens (vgl. Duden), beschreiben: i. S. v. „ausführlich, im Einzelnen mit Worten wiedergeben, schildern, darstellen, erklären“ (Duden) |
| Schadenhergang | „Verlauf eines Geschehens (im Hinblick auf seine Wiedergabe, Schilderung, Re- |

153 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

| | |
|-------------------|---|
| | konstruktion)“ (Duden) dessen, was den Schaden verursachte |
| beschädigt | Partizip II von beschädigen: „Schaden an etwas verursachen; schadhaft machen“ (Duden) |
| kaputt | i. S. v.: „entzwei; defekt; nicht mehr funktionierend“ (Duden) |
| Ansprüche | i. S. v.: „Forderung“ (Duden) |
| Kostenvoranschlag | „Berechnung, Veranschlagung von Kosten im Voraus“ (Duden) |
| Rechnung | i. S. v.: „Berechnung, Ausrechnung“ (Duden) dessen, was zu zahlen ist |
| vorkommen | i. S. v.: „[überraschend] geschehen, sich ereignen, passieren“ (Duden) |
| unverzüglich | „umgehend und ohne Zeitverzug“ (Duden) |
| ausfüllen | i. S. v.: „(ein Formular, einen Vordruck o. Ä.) mit den erforderlichen Eintragungen versehen“ (Duden) |
| abgeben | i. S. v.: „etwas dem zuständigen Empfänger [oder jemandem, der es an den Empfänger weiterleitet] geben, übergeben, aushändigen“ (Duden) |
| umgesetzt | Partizip II des Verbs umsetzen: i. S. v.: „umwandeln, umgestalten [und dadurch verdeutlichen, verwirklichen]“ (Duden) |
| vermeiden | „es nicht zu etwas kommen lassen“ (Duden) |

Tab. 25: Lexik/Semantik des Textes *Schadensmeldung***Wortfamilie:**- Wortstamm: *schad-*

Schaden, beschädigt, Schadensmeldung, Schadenhergang

Wendungen:

- ✗ Ansprüche gegenüber jemandem stellen: Forderungen geltend machen, fordern
- ✗ einen Schaden (selber/selbst) verursachen: den Schaden selbst hervorrufen, etwas selbst beschädigen
- ✗ einen Schaden feststellen
- ✗ Schäden vermeiden

Register:

Der Text enthält zum größten Teil berufsübergreifende, aber auch allgemeinsprachliche Lexik.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkomposita:

Schaden + FE -s + Meldung, Schaden + Hergang, Kosten + Voranschlag, Einsatz + Leitung

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*: (Verb zu Nomen)
 - meld(en) + Suffix *-ung* → *Meldung*
 - beschreib(en) + Suffix *-ung* → *Beschreibung*
 - rechnen + Suffix *-ung* → *Rechnung*
 - kenn(en) + (t) + Suffix *-nis* → *Kenntnis*

Konversion:

feststellen → das *Feststellen*

Flexion:

habe verursacht, habe festgestellt, genommen (im Perfekt)
wurde beschädigt, werden gestellt, wurde getan, werden umgesetzt (im Passiv)
ist auszufüllen, anzugeben, ist zu faxen, um zu vermeiden (als Infinitiv mit (um) zu)

Wortarten:

Das Formular *Schadensmeldung* enthält:

- 20 Nomen, davon 8 Komposita, 7 einfache Nomen und 5 Nominalisierungen
- 6 Verben (*haben, stellen, vorkommen, ausfüllen, abgeben, vermeiden*)
- 7 Partizipien (*verursacht, festgestellt, beschädigt, gestellt, getan, genommen, umgesetzt*)
- 6 Adjektive (*versehentlich, kaputt, teuer, unverzüglich, folgend, ähnlich*)
- 6 Adverbien (*selber, nicht, wieder, unverzüglich, dort, heute*)
- 1 adjektivisch gebrauchtes Partizip (*stellvertretend*)
- 6 Präpositionen (*gegenüber, für, nach, von, in, um*)
- 4 Fragepronomen (*was, wie, wo, wer*)
- 3 Pronomen (*es, etwas, sie*)
- 3 Konjunktionen (*damit, oder, und*)
- 1 Partikel (*so*)

c) Syntaktische Analyse:

Das Formular enthält mehrere Nominalisierungen (z. B. *Beschreibung, Feststellen*). Es beginnt mit einem Aussagesatz im Aktiv Perfekt, dessen Leerstellen ausgefüllt werden sollen. Nach der Nominalphrase *Beschreibung des Schadens und Schadenhergangs*, die den zweiten Teil einleitet, befinden sich acht Ergänzungsfragen, die alle W-Fragen sind. Der Doppelpunkt zwischen Fragen und Leerzeilen statt dem Fragezeichen signalisiert hier, dass eine Antwort erwartet wird und etwas vervollständigt werden soll. Diese Fragen sind vor allem im Passiv formuliert.

Im unteren Teil des Formulars sind zwei Sätze in Form von unpersönlichen Anweisungen in der Form *ist + Infinitiv* und einer erweiterten Nominalphrase formuliert. Unterhalb der Unterschriften steht eine weitere unpersönliche Aufforderung in Form eines Zustands- und Vorgangspassivs und eines Finalsatzes, der durch Doppelpunkt am Ende und zwei Leerzeilen zum Ausfüllen auffordert. Deixis wird durch die Pronomen *es* und *sie* hergestellt.

Produktive sprachliche Anforderungen:

In die Leerstellen einzutragen sind Namen, Datums- und Uhrzeitangaben, das Nennen von Autoteilen, Ortsbezeichnungen in der Stadt, Adjektive zur Beschreibung eines Schadens, das Nennen von Personen und Institutionen, Zahlenangaben (Rechnungsbeträge) sowie das Berichten über Prophylaxe-Maßnahmen im Perfekt/Präteritum, ggf. im Passiv. Da der zur Verfügung stehende Platz sehr knapp gehalten ist, werden kurze Antworten erwartet.

7.2.2.11. *Notfalleinsatz Klient*

7.2.2.11.1. Kommunikationssituation

Bei einem regulären Pflegebesuch kann es zu einem Notfall kommen. Die Pflegeperson muss dann dokumentieren, was passiert ist, was die Ursache hierfür war und welcher anderen Institution sie die/den Pflegebedürftige/n überlassen hat. Das Formular ist in diesem Fall sehr wichtig für die nachfolgenden verwaltungsrechtlichen Schritte. Es wird von den Pflegekräften sowohl für die Krankenkasse als auch für die Verwaltung in der Zentrale ausgefüllt und dient der Abrechnung dieser Einsätze bei der Krankenkasse.¹⁵⁴ Es liegt Mehrfachadressierung vor.

7.2.2.11.2. Textfunktion

Zunächst hat das noch nicht ausgefüllte Formular eine appellative Funktion. Ausgefüllt hat es eine wissensbereitstellende, konstatierend-assertierende Funktion für die Verwaltung der Zentrale als auch für die Krankenkassen inne. Auch ein kontrollierend-reglementierender Zweck von Seiten der Institutionen ist erkennbar, da die wichtigsten Eckdaten und eine Beschreibungen der Situation protokollartig erfasst werden müssen. Für die Versicherungen kann es zusätzlich eine appellative Funktion besitzen, da mit diesem Text zur Übernahme von Kosten aufgefordert werden kann.

154 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

7.2.2.11.3. Textstruktur

Thema des Textes sind mögliche Notfalleinsätze für Pflegebedürftige, die aus verschiedenen Gründen auftreten können. Das Formular gliedert sich in fünf Teile. Im oberen Teil müssen Angaben zu Namen und Zeiten gemacht werden. Im zweiten Teil muss die Ursache für den Notfalleinsatz angekreuzt werden. Der dritte Teil besteht aus einer Überschrift und vier leeren Zeilen, in denen die Pflegekräfte die Situation kurz beschreiben sollen. Im vierten Teil soll angekreuzt werden, welche der vorgegebenen Institution hinzugerufen wurde. Am Ende des Formulars werden die Unterschriften der Pflegekraft und der gerufenen Institution erbeten. Leere Zeilen, Kästchen zum Ankreuzen und Interpunktion in Form von Doppelpunkten sowie der Einsatz von Überschriften strukturieren und hierarchisieren den Text.

7.2.2.11.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse:

| Lexeme/Worte sem. Einheiten | Semantik |
|--|--|
| Krankenhouseinweisung | „Einweisung eines Patienten in ein Krankenhaus“ (Duden) |
| einweisen | i. S. v.: „(in amtlicher Funktion) veranlassen, dass jemand an einem bestimmten Ort aufgenommen, untergebracht wird“ (Duden) |
| Sturz | i. S. v.: „das Hinstürzen aus aufrechter Haltung“ (Duden) |
| Krisensituation | „krisenhafte Situation“ (Duden) |
| Krise | „1. schwierige Lage, Situation, Zeit [die den Höhe- und Wendepunkt einer gefährlichen Entwicklung darstellt]; Schwierigkeit, kritische Situation; Zeit der Gefährdung, des Gefährdetseins; 2. (Medizin) kritischer Wendepunkt bei einem Krankheitsverlauf“ (Duden) |
| Todesfall | „Tod eines Menschen in einer Gemeinschaft, besonders innerhalb der Familie“ (Duden) |
| Kurzbeschreibung | „kurz gefasste Beschreibung“ (Duden) |
| Bereitschaftsarzt | „Arzt, der Bereitschaftsdienst hat“ (Duden); Bereitschaft: einsatzbereit sein |
| Feuerwehr | „Einrichtung zur Abwehr von Schäden durch Brand und zur Hilfeleistung in Katastrophenfällen“ (Duden) |
| Bestattungsunternehmen | „Beerdigungsinstitut“ (Duden) |
| gerufene Institution | i. S. v.: „einem bestimmten Bereich zugeordnete gesellschaftliche, staatliche, kirchliche Einrichtung, die dem Wohl oder Nutzen des Einzelnen oder der Allgemeinheit dient“ (Duden) |

Tab. 26: Lexik/Semantik des Textes *Notfalleinsatz Klient*

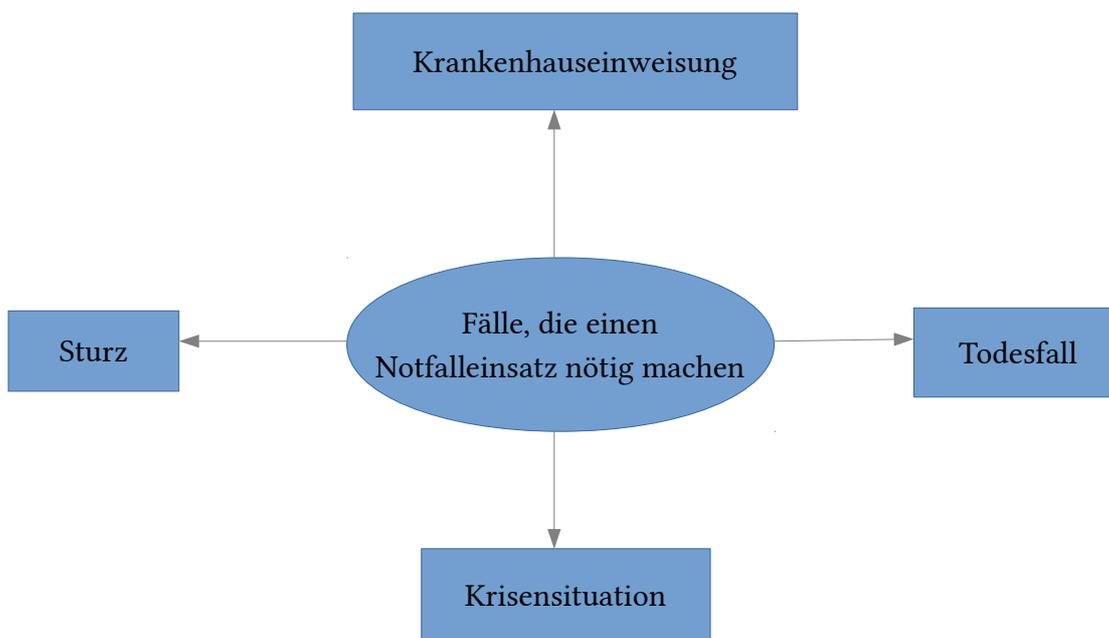


Abb. 22: Wortfeld des Textes *Notfalleinsatz Klient*

Register:

Die Lexik dieses Textes lässt sich verschiedenen Registern zuordnen. Sie enthält allgemeinsprachliche, berufsübergreifende und fachsprachliche (medizinische und pflegerische) Termini.

b) Morphologie:

Determinativkomposita:

Not + Fall + Einsatz, Kranke + FE -n + Haus + Einweisung, Krise + FE -n + Situation, Tod + FE -es + Fall, Bereitschaft + FE -s + Arzt, Feuer + Wehr, Bestattung + FE -s + Unternehmen

weitere Komposita:

kurz + Beschreibung → *Kurzbeschreibung* (Adjektiv + Nomen)

Derivationen:

- durch Suffigierung mit *-ung*: (Verb zu Nomen)
 - a) einweis(en) + Suffix *-ung* → *Einweisung*
 - b) beschreib(en) + Suffix *-ung* → *Beschreibung* (s. Kompositum *Kurzbeschreibung*)
 - c) bestatt(en) + Suffix *-ung* → *Bestattung* (s. Determinativkompositum *Bestattungsunternehmen*)

- durch verschiedene Suffigierungen:
 - a) krank + Suffix *-e* → *der/die Kranke* (Adjektiv zu Nomen),
(s. Determinativkompositum *Krankenhaus*)
 - b) Institut + Suffix *-ion* → *Institution* (Nomen zu Nomen abstraktum) (Kluge 1995: 403)
 - c) bereit + Suffix *-schaft* → *Bereitschaft* (Adjektiv zu Nomen)

Konversion:

unternehm(en) → *Unternehmen* (Verb zu Nomen)

Flexion:

Partizipalattribut: *gerufene* Institution

Genitivattribut: *Kurzbeschreibung der Situation*

Wortarten:

Das Formular Notfalleinsatz Klient enthält:

- 20 Nomen, davon 13 Komposita und 7 einfache Nomen, 1 dreigliedriges Kompositum (*Krankenhauseinweisung*)
- 1 Partizip (*gerufen*)
- 1 adjektivisch gebrauchte Partizipien (*gerufen*)
- 2 Präpositionen (*von, bis*)

c) Syntaktische Analyse

Das Formular besteht zum größten Teil aus Einzelnomen. Diese sind in wenigen Fällen mit Präpositionen, Genitivattribut und Partizip II verknüpft. Inhaltliche Einheiten sind graphisch durch Interpunktion, Aufzählungssymbole und Überschriften gruppiert und verknüpft.

Produktive sprachliche Anforderungen:

Es müssen von den Pflegekräften Datums- und Uhrzeitangaben, Namen und eine kurze Situationsbeschreibung in das Formular eingetragen werden.

7.2.2.12. *Verbesserung*

7.2.2.12.1. Kommunikationssituation

Dieses häufig genutzte Formular kann potentiell von allen ausgefüllt werden, die Vorschläge zur Verbesserungen im Unternehmen machen wollen. Adressat ist die Einsatzleitung.¹⁵⁵

7.2.2.12.2. Textfunktion

Das Formular *Verbesserung* hat sowohl unausgefüllt als auch ausgefüllt eine appellative Funktion, denn es fordert bei Verbesserungswünschen zum Ausfüllen auf und auf der nächsten Handlungsebene zur Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung verschiedener Bereiche von Seiten der Einsatzleitung oder ggf. der Unternehmensleitung.

7.2.2.12.3. Textstruktur

Thema des Textes sind Verbesserungen, die die drei großen Bereiche eines ambulanten Pflegedienstes betreffen: Pflege, Büro, Fuhrpark. Das Formular unterteilt sich in drei Teile: Im oberen Teil werden Name sowie der zu verbessernde Bereich erfasst. Diese sind vorgegeben und müssen angekreuzt werden. Im zweiten Teil sollen die Vorschläge und Wünsche ausführlicher dargestellt werden. Dazu sind für drei Themen freie Felder angeordnet: die Wirtschaftlichkeit wie Zeit und Finanzen, die praktische Umsetzung und die Erhöhung der Qualität.

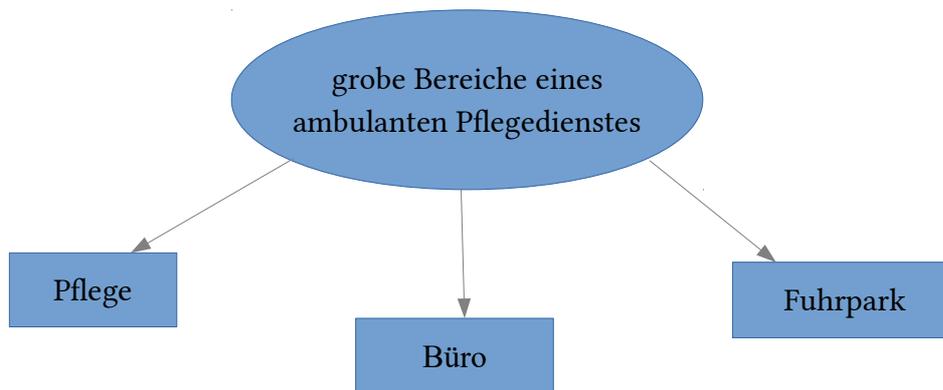
7.2.2.12.4. Sprachliche Gestaltung

a) Lexikalisch-semantische Analyse:

| Lexeme/Worte | Semantik |
|--------------------|--|
| Verbesserung | „Änderung, durch die etwas verbessert wurde“ (Duden), verbessern: „durch Änderungen besser machen, auf einen besseren Stand bringen“ sowie „von Fehlern, Mängeln befreien und dadurch vollkommener machen“ (Duden) |
| Fuhrpark | „Gesamtheit der Gebrauchsfahrzeuge eines Unternehmens“ (Duden) |
| Wirtschaftlichkeit | „Übereinstimmung mit dem Prinzip, mit den gegebenen Mitteln den größtmöglichen Ertrag zu erwirtschaften oder für einen bestimmten Ertrag die geringstmöglichen Mittel einzusetzen“ (Duden) |
| Umsetzung | Synonym: Verwirklichung; umsetzen: „umwandeln, umgestalten [und dadurch verdeutlichen, verwirklichen]“ (Duden) |
| Qualität | i. S. v.: Eigenschaft, Güte (vgl. Duden) |
| Dienstleistung | i. S. v.: „(Wirtschaft) Leistung, Arbeit in der Wirtschaft, die nicht unmittelbar der Produktion von Gütern dient“ (Duden) |

Tab. 27: Lexik/Semantik des Textes *Verbesserung*

155 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

Wortfeld:Abb. 23: Wortfeld zum Text *Verbesserung***Register:**

Die Lexik des Formulars *Verbesserung* ist eindeutig berufsübergreifend.

b) Morphologische Analyse:

Determinativkompositum:

Dienst + Leistung

weitere Komposita:

fahr(en) + Werk → Fuhrwerk + Park → Fuhrwerkpark (Verb + Nomen + Nomen),
dann Kurzwortbildung in Klammerform → *Fuhr(werk)park* (vgl. Kluge 1995: 245f)

Derivationen:

- durch Suffixierung mit *-ung*: (Verb zu Nomen)
 - verbess(ern) + *-ung* → *Verbesserung*
 - umsetz(en) + *-ung* → *Umsetzung*
 - leist(en) + *-ung* → *Leistung* (s. Determinativkompositum *Dienstleistung*)
- durch verschiedene Suffigierungen:
 - Wirt + Suffix *-schaft* → *Wirtschaft* (Nomen zu Nomen), + Suffix *-lich* → *wirtschaftlich* (Nomen zu Adjektiv), + Suffix *-keit* → *Wirtschaftlichkeit* (Adjektiv zu Nomen) (vgl. Kluge 1995: 895)

Wortarten:

Das Formular *Verbesserung* enthält 17 Nomen, davon 6 Komposita, 7 einfache Nomen und 4 Nominalisierungen, 1 Adjektiv (*praktisch*), 1 Partizip (*erhöht*), 1 Präposition (*für*) sowie 1 Fragepronomen (*wo*). Der Text umfasst auf der ersten Ebene des halbierten Dialogs nur wenige Worte und Wendungen und ist damit als Formular sehr ökonomisch und anonym gestaltet.

c) Syntaktische Analyse:

Der Text ist geprägt durch Nomen (z. B. *Pflege*) und Nominalisierungen (z. B. *Wirtschaftlichkeit*), die entweder allein für sich stehen oder attribuiert sind durch den Genitiv (z. B. *Name des Mitarbeiters*) oder ein Adjektiv (z. B. *Praktische Umsetzung*). Im vorletzten Teil steht eine Ergänzungsfrage im Passiv.

Produktive sprachliche Anforderungen:

An Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die dieses Formular ausfüllen, werden relativ hohe sprachliche und fachliche Anforderungen gestellt, wenn auf die drei Leerstellen mit ihren Fragehandlungen reagiert werden soll. Der Adressat oder die Adressatin des Formulars kann hier frei schreiben. Aber er bzw. sie sollte über Kenntnisse hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Pflege, des Büros und des Fuhrparks verfügen, bereits konkrete Vorstellungen über die praktische Umsetzung seiner bzw. ihrer Verbesserungsvorschläge machen und diese mit der Qualität der Pflegedienstleistung in Verbindung bringen können. Es sind sprachliche Äußerungen zu erwarten, die neben den pflegerischen auch betriebswirtschaftliche Fachbegriffe, das Beherrschen von Futur, Konjunktiv II, Passiv, der Steigerungsformen von Adjektiven, Temporal- und Modaladverbien etc. notwendig machen.

7.2.3. Textübergreifende Analyse

7.2.3.1. Lexikalisch-semanticische Analyse

Wortfelder und -familien:

Bei der textübergreifenden Analyse fällt auf, dass folgende Wortfelder oder -familien mehrmals in gleicher oder ähnlicher Form in verschiedenen Texten vorkommen bzw. besonders relevant sind:

- Zeitangaben
- Pflegeleistungen
- Berufsbezeichnungen und Positionen im Pflegedienst
- organisatorische Bereiche eines Pflegedienstes
- Arbeitsmittel einer Pflegefachkraft für die verschiedenen Pflegeleistungen
- Ursachen von Pflegebedarf/Krankheitsbildern
- (extern) beteiligte Personen/Akteure/Institutionen an der Pflege
- Dienstmodalitäten einer Pflegefachkraft
- Fahren

Register: allgemein-, berufs- und fachsprachliche Lexik

Die untersuchten Texte ordne ich dem Register Berufssprache (nach Efing 2014) zu. Dabei verorten sich diese unterschiedlich auf dem Kontinuum zwischen Allgemein- und Fachsprache:

- Manche Texte lassen sich bezüglich der Lexik vor allem dem Register der Fachsprache zuordnen (zum Teil der Fachsprache der Medizin und auch der Pflege), da viele der verwendeten Fachbegriffe aufgrund der interdisziplinären Verflechtung beiden Fachbereichen zugeordnet werden können. Zu dieser Kategorie der überwiegend *fachsprachlichen Texte* gehören die *Ergebnisliste des Tourenplans*, der *Überleitungsbogen* und die *Marcumar-Dosierung*.
- Dagegen weisen die Texte *Dienstplan*, *Beschwerdeaufnahmebogen* und *Verbesserung* vorrangig berufsübergreifende Lexik und gehören damit zur Kategorie der überwiegend *berufssprachlichen Texte*.
- Ein etwa gleich hoher Anteil an berufsübergreifender und fachsprachlicher Lexik findet sich bei der *Kontrollliste Arbeitsmittel* und beim *Beratungsprotokoll*.
- In das Register der Allgemeinsprache lassen sich die Texte *Autoübergabe* und *Schlüsselübergabe* einordnen. Sie gehören damit zur Kategorie der überwiegend *allgemeinsprachlichen Texte*.
- Ein etwa gleicher Anteil an allgemeinsprachlicher und berufsübergreifender Lexik ist bei der *Schadensmeldung* zu finden.

7.2.3.2. Morphologische Analyse

Die wichtigsten und häufigsten verwendeten Morpheme sind:

geb-, leit-, macht-, medi-, steh-, schwer-, rat-, schließ-, nehm-, schad-

Wortarten:

Betrachtet man die Texte nach Wortarten, so dominieren hier die Nomen. Rein quantitativ betrachtet kommen in den analysierten Texten insgesamt 520 Nomen vor, davon gibt es 272 Komposita, 154 einfache Nomen und 95 Nominalisierungen. 57-mal werden Adjektive verwendet, 41-mal Präpositionen, 33 Verben, unterschiedlich in Modus, Tempus, Person und Zahl, aber demgegenüber 35 Partizipien. 12 Partizipien werden adjektivisch gebraucht. Von 26 Adverbien sind die meisten Temporaladverbien. Dagegen spielen Konjunktionen, Pronomen, Partikeln etc. kaum eine Rolle.

Bezüglich der Verteilung der Wortarten auf die Texte lässt sich feststellen, dass in allen Texten Nomen und Präpositionen vorkommen. Im oberen Mittelfeld der Gebrauchsfrequenz befinden sich Adjektive, Adverbien, Partizipien und Verben sowie adjektivisch gebrauchte Partizipien und Konjunktionen. Dabei ist auffällig, dass Partizipien sowohl in der absoluten Häufigkeit als auch in der Verteilung auf die Texte höhere Werte aufweisen als konjugierte Verben und Infinitive. In den Texten *Ergebnisliste des Tourenplans*, *Überleitungsbogen* und *Schadensmeldung* werden fast alle untersuchten Wortarten verwendet. Dagegen kommen *Dienstplan*, *Autoübergabe*, *Marcumar-Dosierung* und *Notfalleinsatz Klient* mit nur 3 bzw. 4 Wortarten aus. *Dienstplan* und *Notfalleinsatz Klient* bestehen fast ausschließlich aus der Verknüpfung von Nomen mit Präpositionen.

Erwartungsgemäß werden zahlreiche Entlehnungen aus anderen Sprachen in den Texten gebraucht (36x), hier vor allem aus dem Lateinischen und Griechischen, zum Teil aus dem Fachwortschatz der Medizin.

Wortbildung:

Unter den Nomen befinden sich vor allem Determinativkomposita (190 insgesamt), davon sind 14 drei- oder mehrgliedrig, also lediglich 7,4 %. Weitere Kompositionen gibt es vor allem zwischen Verben und Nomen (22x). Dabei gehören viele Verben, die sich in den Kompositionen wiederfinden, zur Wortfamilie mit dem Morphem *fahr-* sowie zu den vor allem für die Pflege relevanten Tätigkeiten wie: *waschen*, *gehen*, *rollen*, *lesen*, *laufen*, *trinken*, *schlucken* und zu Vorgängen bei Pflegebedürftigen wie *schlafen*, *hören*, *sehen*.

Hinsichtlich der Verteilung der Komposita auf alle Texte fällt auf, dass sich besonders viele davon in den Texten *Ergebnisliste Tourenplan*, *Dienstplan*, *Kontrollliste Arbeitsmittel*, *Überleitungsbogen*, *Beschwerdeaufnahmebogen* und *Beratungsprotokoll* häufen, während der *Überleitungsbogen* mit Abstand die meisten Nominalisierungen aufweist. Es ist außerdem der umfangreichste Text mit den meisten Worten.

In den Texten kommen zahlreiche Derivationen vor. Mit Abstand am häufigsten gibt es Suffigierungen mit dem Suffix *-ung* (60x), wobei fast ausschließlich Nomen aus Verben gebildet werden. Mit großen Abstand dazu spielen auch die Suffixe *e* (11x) zur Nomen- sowie *-lich* (8x) zur Adjektivbildung eine Rolle.

Dagegen kommen Präfigierungen deutlich seltener vor (13x). Es sind keine besonders häufig vorkommende Präfixe auszumachen. 22-mal finden sich in einem Wort sowohl Prä- also auch Suffigierungen, wobei auch hier das meistverwendete Suffix *-ung* ist.

In 5 Texten treten insgesamt 21 Kurzwortbildungen auf. Diese umfassen berufsübergreifende Kurzwörter (z. B. *Ist, Soll*), berufsfeldspezifische (z. B. *PDL*), aber auch fachsprachliche Kurzwörter aus der Medizin, die dann meist noch mit einem Nomen kombiniert sind (z. B. *RR-Gerät, INR-Wert*) sowie unternehmensinterne Kurzwörter (z. B. *FE*).

7.2.3.3. Syntaktische Analyse

Der größte Teil der Texte zeichnet sich durch folgende syntaktische Merkmale aus:

- sehr viele allein stehende Nomen, z. B. *Pinzette, Kontrakturen, Betreuer*
- viele Nominalisierungen, z. B. *Dosierung, Messung, Betreuung*
- Genitivattribuierung zur Nomenverknüpfung, z. B. *Beschreibung der Situation, Summe der Fahrt- und Wegezeiten, Name des Klienten/der Klientin*
- zahlreiche Nominalphrasen, z. B. *Einreibungen nach Standard, Einschränkungen bei der Verständigung, Beratung zu Pflegekosten*
- mehrere einfache Wortgruppen, z. B. *lebt mit Bezugsperson, Kompressionsstrümpfe ausziehen, keine Risikopotenziale vorhanden*
- mehrere einfache Adjektivattribuierungen, z. B. *volle Wegepauschale, tägliche Medikamentengabe, bevollmächtigte Person*
- vor allem unpersönliche Verbformen, davon meist das Passiv; dabei werden häufig Anweisungen ausgedrückt, z. B. *weitergeleitet an, Aufträge sind zu dokumentieren, Einsätze sind deutlich zu streichen*
- als deiktische Elemente und zur Verknüpfung von Nomen, Wortgruppen und Nominalphrasen dienen Überschriften sowie grafische Elemente wie Tabellen, Linien Kästchen zum Ankreuzen; Doppelpunkte zeigen die Verbindung zwischen Textelementen und Leerstellen als Fragehandlungen an

7.3. Übergreifende linguistische Analyse der Gesprächen und Texte

7.3.1. Lexikalisch-semantische Analyse

Wortfelder:

Folgende Wortfelder können gebildet werden, die ihre Lexeme bzw. semantischen Einheiten sowohl aus den Gesprächen als auch aus den Texten beziehen (siehe Abbildungen 24-31).

Wortfamilien:

Es gibt einige wichtige Wortfamilien, deren Morpheme sowohl in Texten als auch in Gesprächen vorkommen:

- Wortstamm: *spritz-*
spritzen, Spritze
- Wortstamm: *medik(a)-*
Medikamentengabe, Medikation, Medikamenteneinnahme,
Medikamentenunverträglichkeit
- Wortstamm: *geb-*
geben, Gabe, übergeben, Übergabe, Übergabender, Medikamentengabe
- Wortstamm: *ess-*
essen, Essen
- Wortstamm: *dosier-*
dosieren, Dosierung, Dosis, Dosette, Tagesdosette
- Wortstamm: *nehm-*
nehmen, übernehmen, übernommen, Übernahme, Übernehmender

Lexeme und Register: Die Fachsprache der Pflege

Während sich die untersuchten Texte auf einem Kontinuum zwischen Allgemeinsprache und Fachsprache unterschiedlich einordnen lassen, befindet sich das *ambulante Pflegegespräch* eher im Bereich der Allgemeinsprache. Bei der lexikalischen Analyse aller Texte können bei Mehrfachzuordnung 72 Lexeme bzw. sprachliche Einheiten der Allgemeinsprache, 63 der Fachsprache der Medizin, 32 der Fachsprache der Pflege und 149 dem berufsübergreifenden Register zugeordnet werden. Bei den Gesprächen sehen die Häufigkeiten und Verteilungen so aus: Fachsprache der Medizin (24), Fachsprache der Pflege (1), berufsübergreifende Lexik (9), alle anderen gehören der Allgemeinsprache an.

Ein Grund dafür ist die Tatsache, dass es sich bei den Texten zum Teil um Fachkommunikation (z. B. der *Überleitungsbogen*, der von ambulanten Pflegefachkräften an stationäre Pflegefachkräfte geht), zum Teil um berufsübergreifende Themen (*Schadensmeldung* und *Autoübergabe*) handelt, beim *ambulanten Pflegegespräch* dagegen um Experten-Laien-Kommunikation. Hier sind zum Teil berufs- und fachsprachliche Begriffe in Allgemeinsprache übersetzt, z. B. Diabetes – Zucker(krankheit).

In den *ambulanten Pflegegesprächen* kommen deutlich mehr Verben vor als in den Texten, die zum großen Teil zu den Textsorten *Formulare*, *Dienstplan* und *Liste* gehören, die sich durch eine ökonomische und anonymisierte sprachliche Gestaltung auszeichnen und vor allem aus Nomen bestehen. Des Weiteren ist erwartungsgemäß der Anteil an Lexik, die (ursprünglich) der Medizin zuzuordnen ist, relativ hoch. Dabei erweist es sich als schwierig, eine Vielzahl der Lexeme eindeutig der Pflege oder der Medizin zuzuordnen, zum einen deshalb, weil die beiden Bereiche naturgemäß zusammenarbeiten, bestimmte Handlungen sowohl von Ärzten und Ärztinnen als auch von Pflegepersonen durchgeführt werden (können), z. B. Blutdruck messen, Insulin injizieren, Wunden versorgen. Einige kommen nur in der ambulanten, nicht aber in der stationären Pflege vor, z. B. *Tourvorbereitung*, *Quittung Taschengeld*, *Assessment Alltagskompetenz*. Zum anderen gibt es, wie von Bartolomeyczik (2005) und Abt-Zeglin (2005) dargestellt, eine fortschreitende Weiterentwicklung eines eigenständigen Fachbereichs der Pflege und damit auch der Fachsprache der Pflege. Diese zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass allgemeinsprachliche Begriffe eine semantische Erweiterung (vgl. Bartholomeyczik (2005: 22ff) erhalten, die dann nur im betreffenden Fachgebiet diese Bedeutung tragen. Ein Beispiel aus dem vorliegenden empirischen Material hierfür ist das Verb *stellen*, das im *ambulanten Pflegegespräch* vergleichsweise häufig vorkommt. In der Allgemeinsprache hat es laut Duden insgesamt 16 verschiedene mögliche Bedeutungen. Davon kommen ein paar wenige dem semantischen Gehalt nahe, den es im Fachbereich Pflege hat, in dem es in Verbindung mit den Nomen *Medikamente* und *Tabletten* auftritt: „die vom Arzt verordneten Tabletten/Medikamente werden je nach vorgeschriebener Dosis von den Pflegefachkräften mit dem Ziel in die Dosetten eingefüllt, den Pflegebedürftigen die Einnahme zu erleichtern und diese ggf. auch zu kontrollieren.“¹⁵⁶ Das Verb kommt der allgemeinsprachlichen Bedeutung von „bereitstellen“, „aufgrund bestimmter (Daten) (...) erstellen“ am nächsten. Es reiht sich ein in eine verblasste Bedeutung in Verbindung mit bestimmten Nomen wie z. B. bei „Bedingungen stellen“ und ist oft Teil von Präpositionsverbgefügen wie z. B. „etwas zur Verfügung stellen“ (Duden).

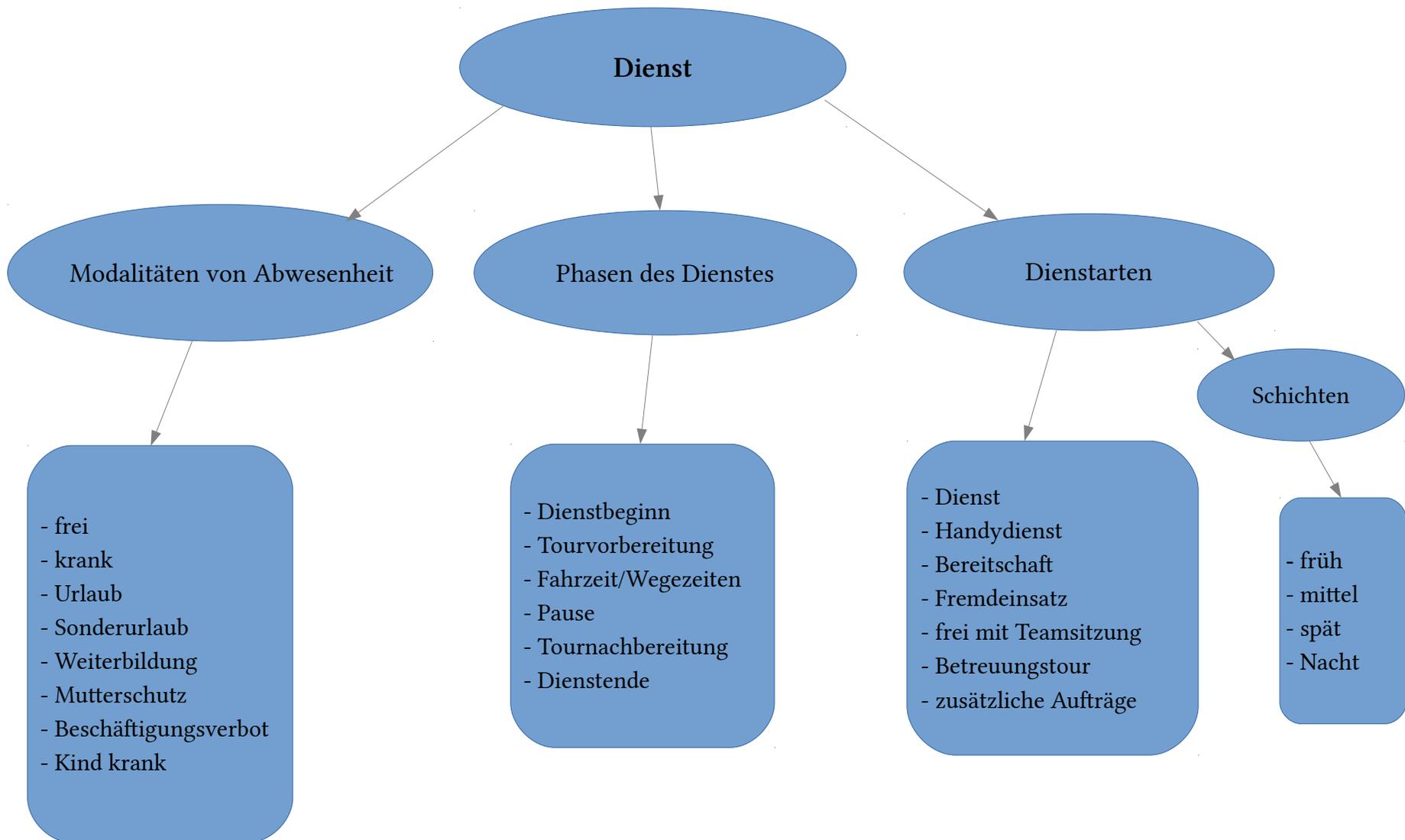
Um diese Entwicklung weiter zu verdeutlichen, möchte ich kurz auf die Unterschiede zwischen den verschiedenen Registern eingehen, indem ich anhand von zwei Beispielen die gefundenen Lexeme bzw. sprachlichen Einheiten aus dem *ambulanten Pflegegespräch* denen aus den entsprechenden Texten sowie aus einer fachlichen Handlungsbeschreibung nach Pflegestandard eines Pflegedienstes gegenüberstelle. Es finden sich mehrere Überschneidungen hinsichtlich der (Fach-)Lexik, die unterschiedlichen Ebenen treten aber klar hervor und zeigen die Entwicklung der Professionalisierung der Pflegesprache auf:

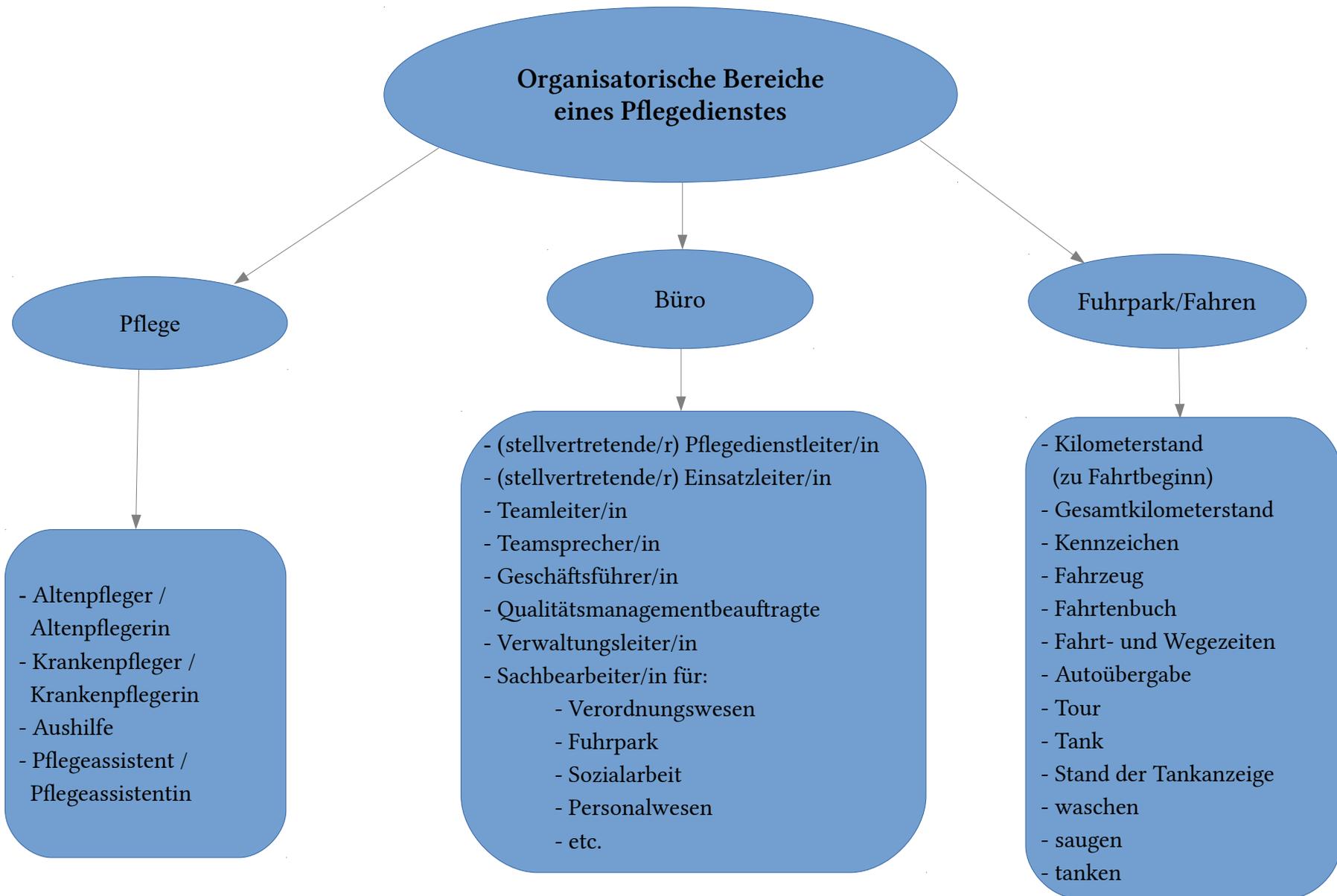
156 (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft)

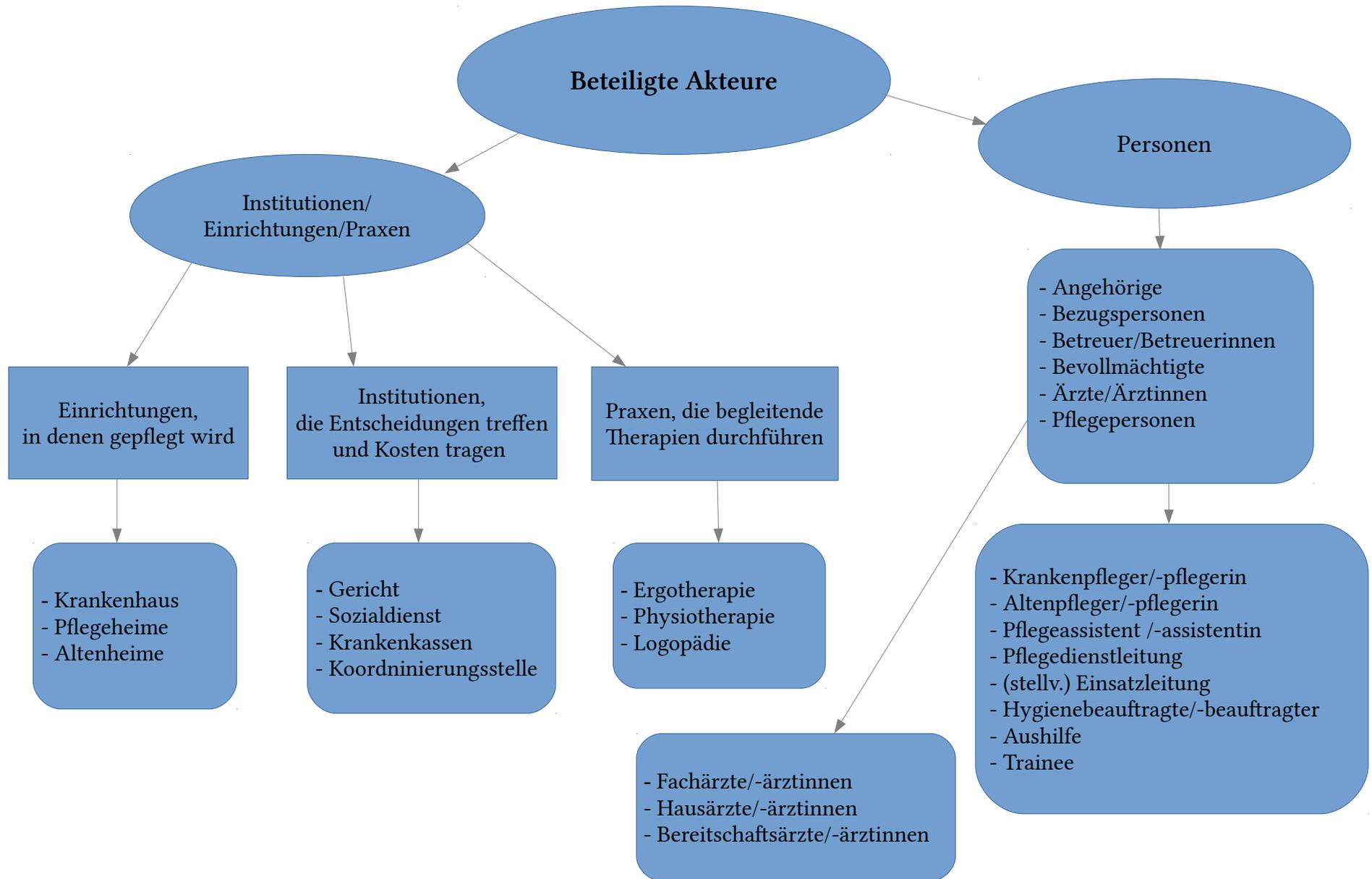
Bei der Pflegehandlung *Wundversorgung* im Rahmen des *ambulanten Pflegegesprächs* beispielsweise kommen beim Verbandswechsel in den Gesprächen präfigierte allgemeinsprachliche Verben wie z. B.: *drübermachen, draufmachen runtermachen, nachgucken* vor. Die verwendeten Gegenstände werden als *Verband, Tüll* und *Pflaster* bezeichnet. In den Texten, die sich u. a. auf diese Pflegehandlung beziehen (*Kontrollliste Arbeitsmittel* und *Überleitungsbogen*) finden sich hierzu Lexeme bzw. sprachliche Einheiten wie *Wundmanagementbogen, Kompresse, Verbandsschere, Mullbinde, Leucoplast/Hansaplast, Händedesinfektion* und *Einmal-Handschuhe, Hautauffälligkeiten, Wundbeschreibung, Wundpflege, Wundart, Wundbehandlung* sowie *Lokalisierung von Wunden*. Im Beschreibungsmodul nach Pflegestandard für diese Pflegehandlung treten dann neben einigen bereits genannten auch noch diese fachsprachlichen Lexeme auf: *Wundverhältnisse, Neuanlage, Entzündungszeichen (Blutungen, Rötungen, Schwellungen, Verhärtungen, Sekretion)* etc. auf; außerdem mehrere Adjektive wie: *intakt* (Haut), *steril* und *unsteril* (Arbeitsmittel), *aseptisch, zentral* und *peripher*. Interessant ist hier die Fülle an verwendeten Verben: *durchführen, entfernen, desinfizieren, waschen, anziehen, öffnen, lösen, einsprühen, wechseln, reinigen, einwirken* und *trocknen lassen, drehen, legen, bringen, schließen, abdecken, fixieren, entsorgen, notieren*, die allgemein- und bildungssprachlich sind.

Bei der Pflegehandlung *Insulingabe* finden sich in den Gesprächen Lexeme bzw. sprachliche Einheiten wie *Pikser/Piks, Insulin, Blutdruck, Spritze, Einheit, Pflaster* sowie die Verben *messen, reingehen, freimachen, abmachen, herzeigen, anspannen, eintragen, wegtun* und *einstellen*. In den zur Pflegehandlung zugehörigen Texten *Kontrollliste Arbeitsmittel* und *Überleitungsbogen* werden diese verwendet: *RR-Gerät, Teststreifen, Lanzette, Insulin-Spritze, Händedesinfektion, Einmal-Handschuhe, Diabetiker/in, insulinpflichtig, Insulin*. Im Beschreibungsmodul nach Pflegestandard „Diabetes mellitus: Insulinbehandlung/BZ“ erweitert sich die (fachsprachliche) Lexik enorm: *Substitution, Normbereich, Insulinbedarf, Blutzucker, Blutzuckerschwankungen, Kanülen, Insulinart, Blutzuckermessung, Unterzuckerung, Hyperglykämie, Diabetisches Koma, „Nierenschwelle“, Glukose, Testgerät, Zellstofftupfer, Lanzettenspitze, Tropfen Blut, Einstichstelle, Testergebnis* etc. als Nomen; *ermitteln, injizieren, spritzen, einstechen, abwischen, verwenden, komprimieren* als Verben und *konstant, nüchtern, täglich, individuell, steril* als Adjektive.

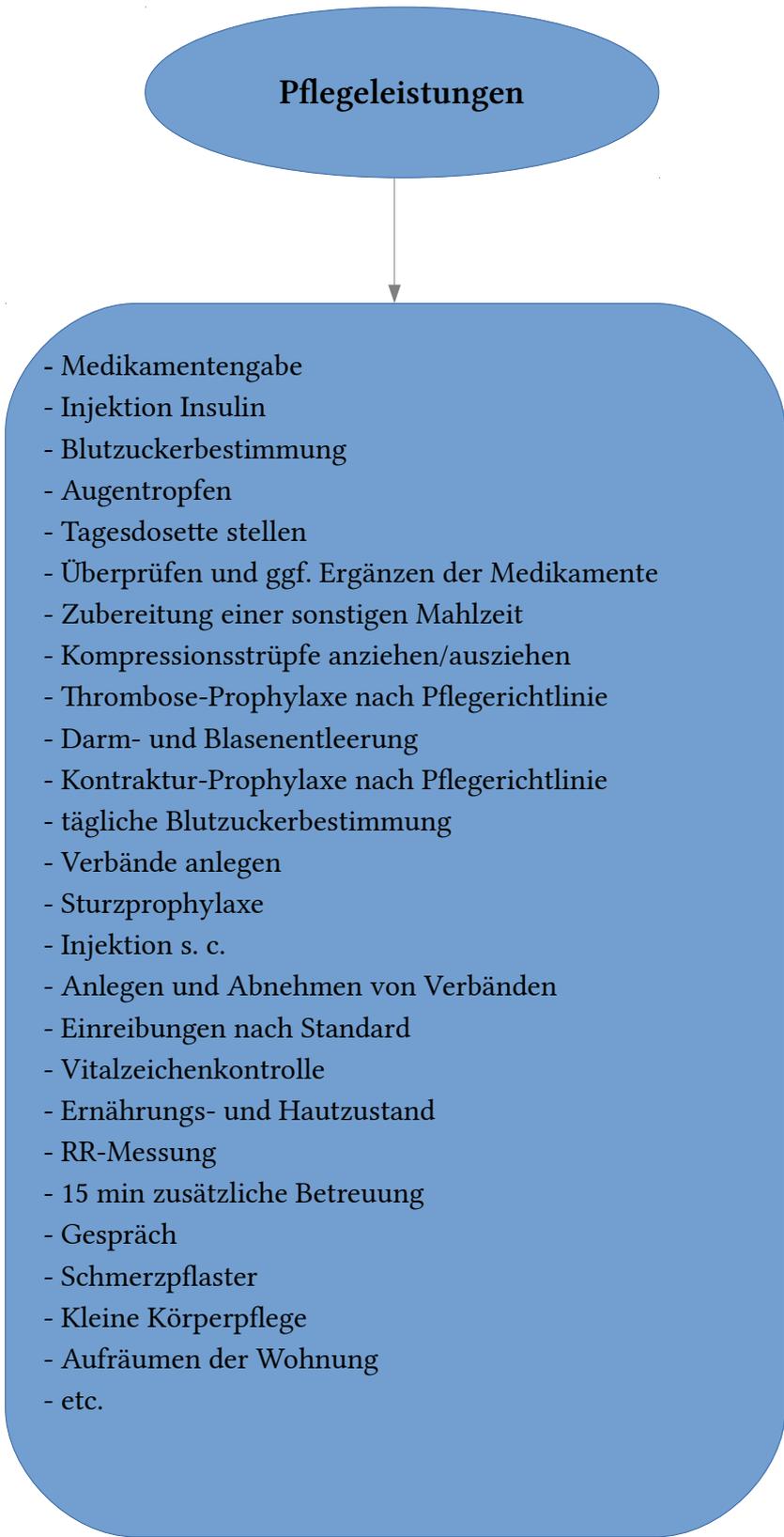
Man kann also gut erkennen, dass verschiedene Register für gleiche oder ähnliche pflegerische Handlungen existieren, die erlernt werden müssen und zwischen denen die Pflegefachkraft übersetzen können muss. Außerdem können damit die Wortfelder und Wortfamilien für den Fremdsprachenunterricht noch erweitert werden. Es ist anzunehmen, dass diese unterschiedlichen Komplexitätsebenen auch die Morphologie und Syntax betreffen, denn in Gesprächen mit Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Angehörigen, Betreuern und Betreuerinnen sowie Kollegen und Kolleginnen wird sich diese sicher unterscheiden.



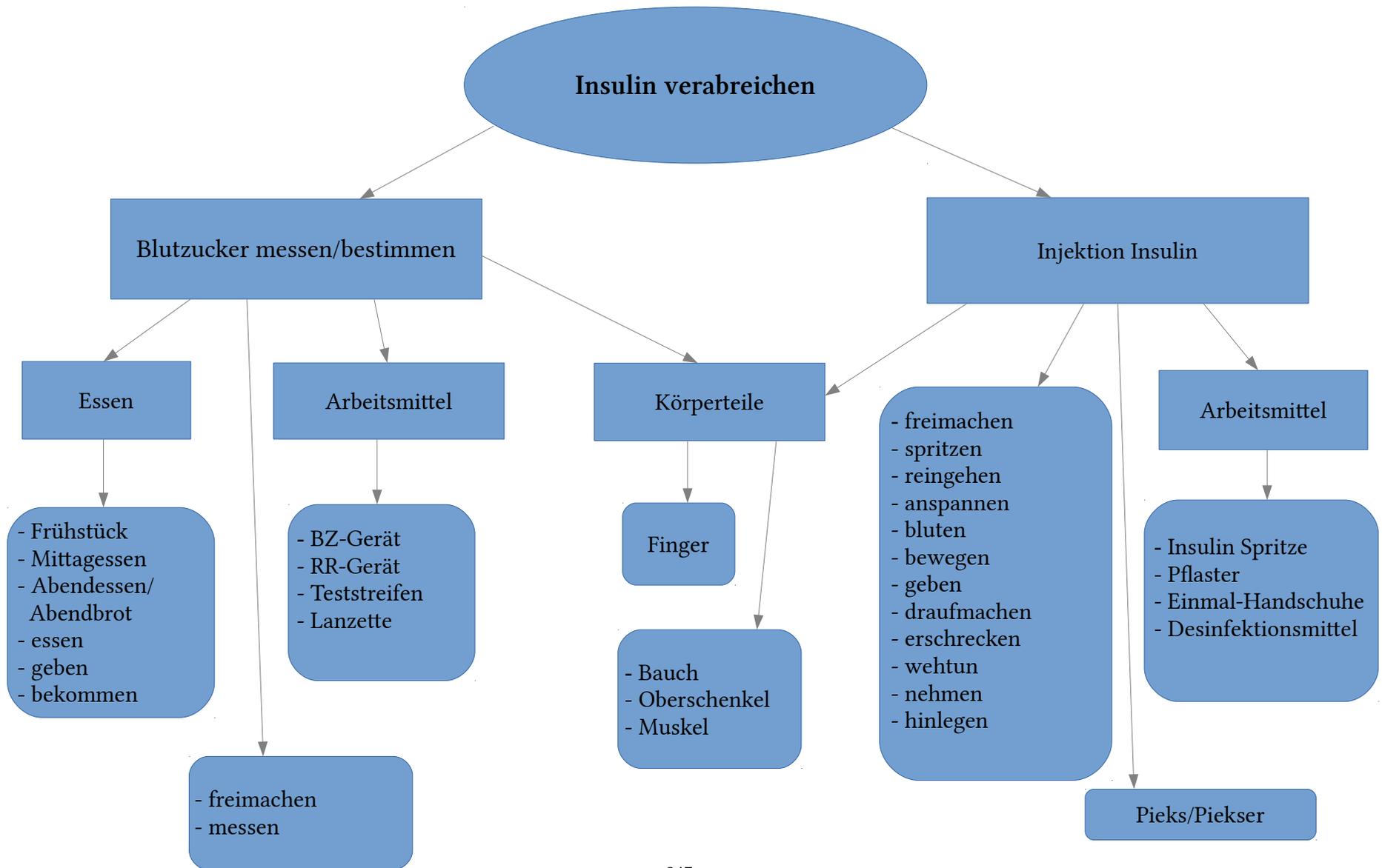


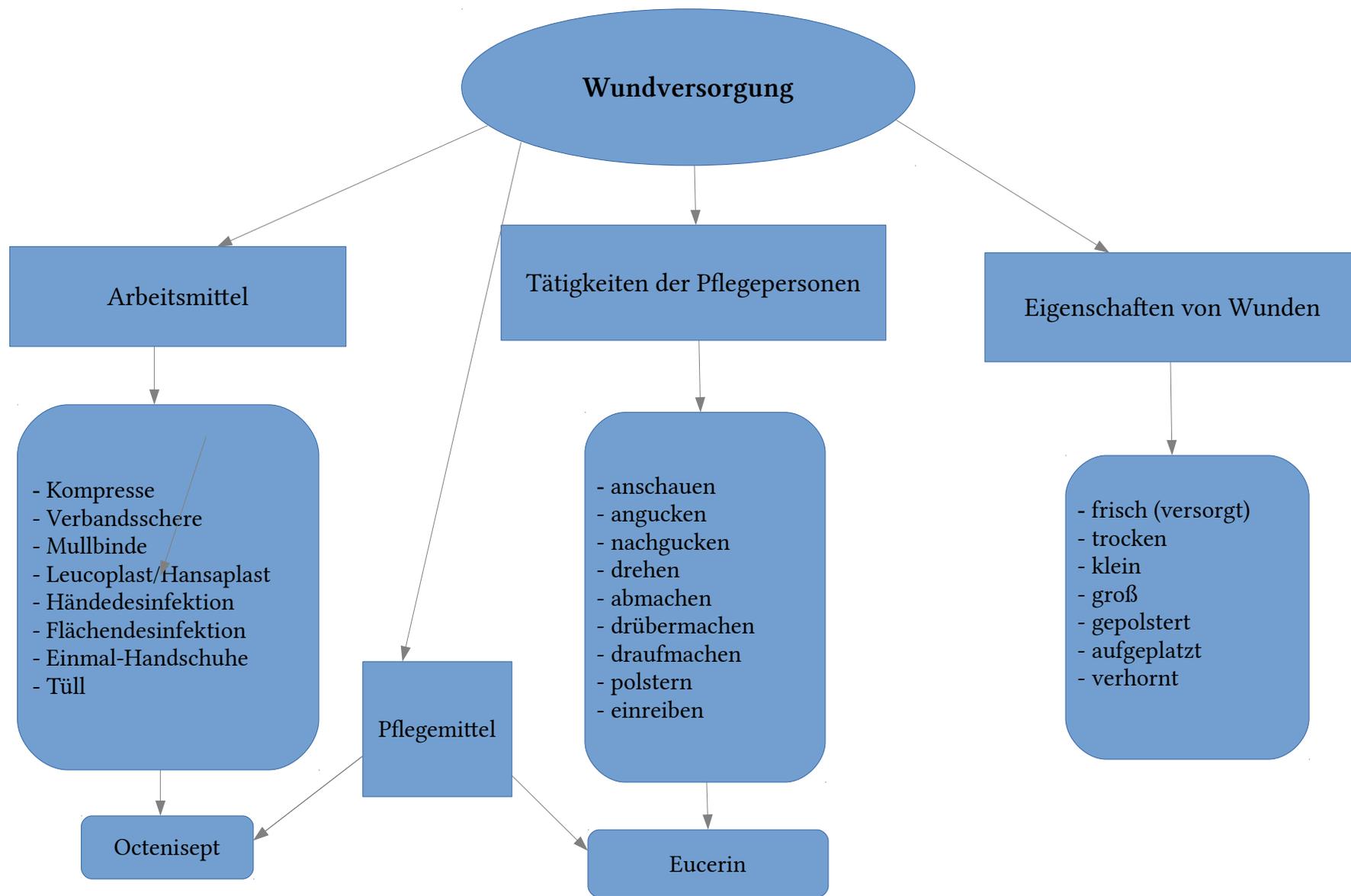


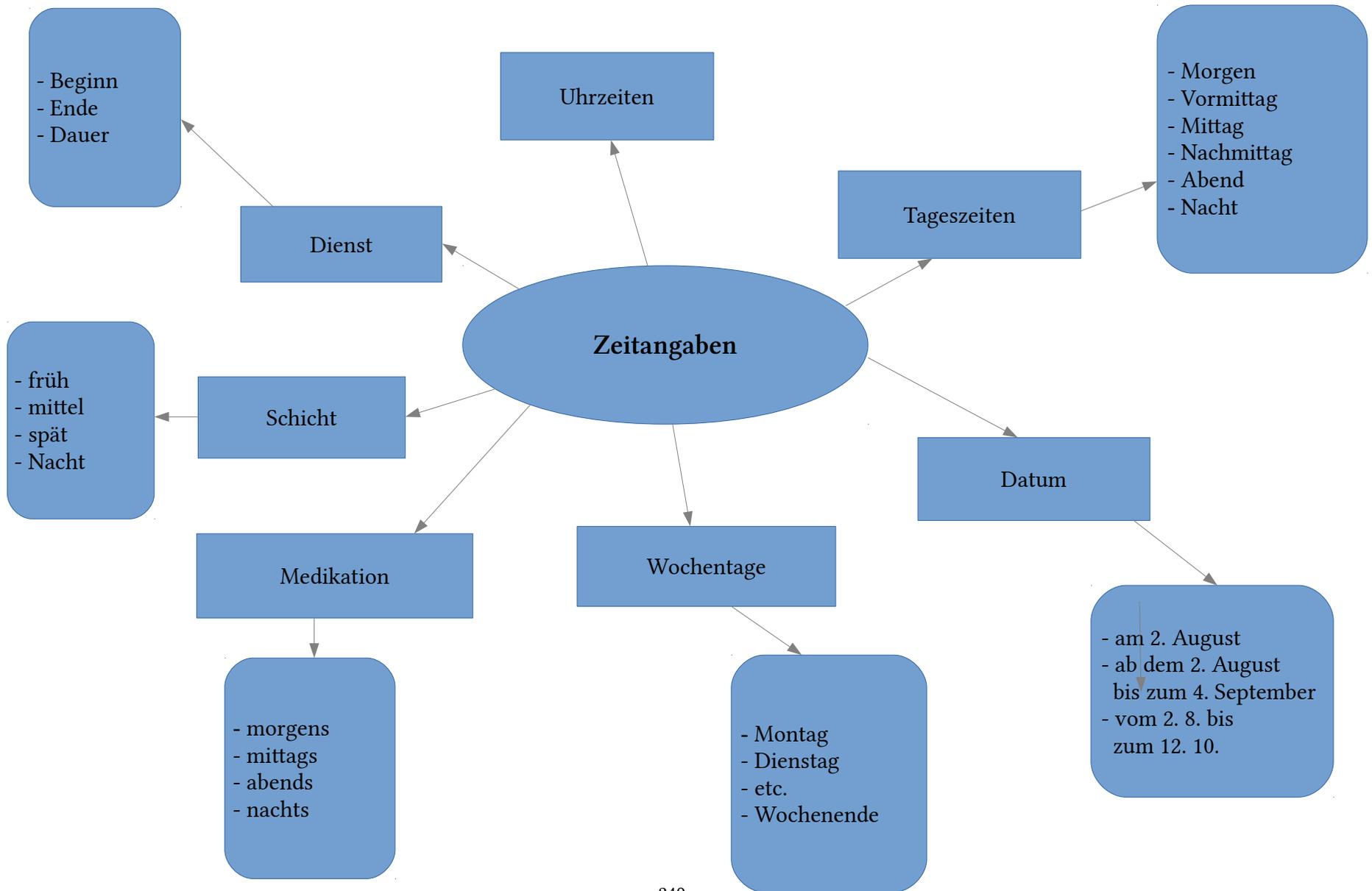
Pflegeleistungen



- Medikamentengabe
- Injektion Insulin
- Blutzuckerbestimmung
- Augentropfen
- Tagesdosette stellen
- Überprüfen und ggf. Ergänzen der Medikamente
- Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit
- Kompressionsstrümpfe anziehen/ausziehen
- Thrombose-Prophylaxe nach Pflegerichtlinie
- Darm- und Blasenentleerung
- Kontraktur-Prophylaxe nach Pflegerichtlinie
- tägliche Blutzuckerbestimmung
- Verbände anlegen
- Sturzprophylaxe
- Injektion s. c.
- Anlegen und Abnehmen von Verbänden
- Einreibungen nach Standard
- Vitalzeichenkontrolle
- Ernährungs- und Hautzustand
- RR-Messung
- 15 min zusätzliche Betreuung
- Gespräch
- Schmerzpflaster
- Kleine Körperpflege
- Aufräumen der Wohnung
- etc.







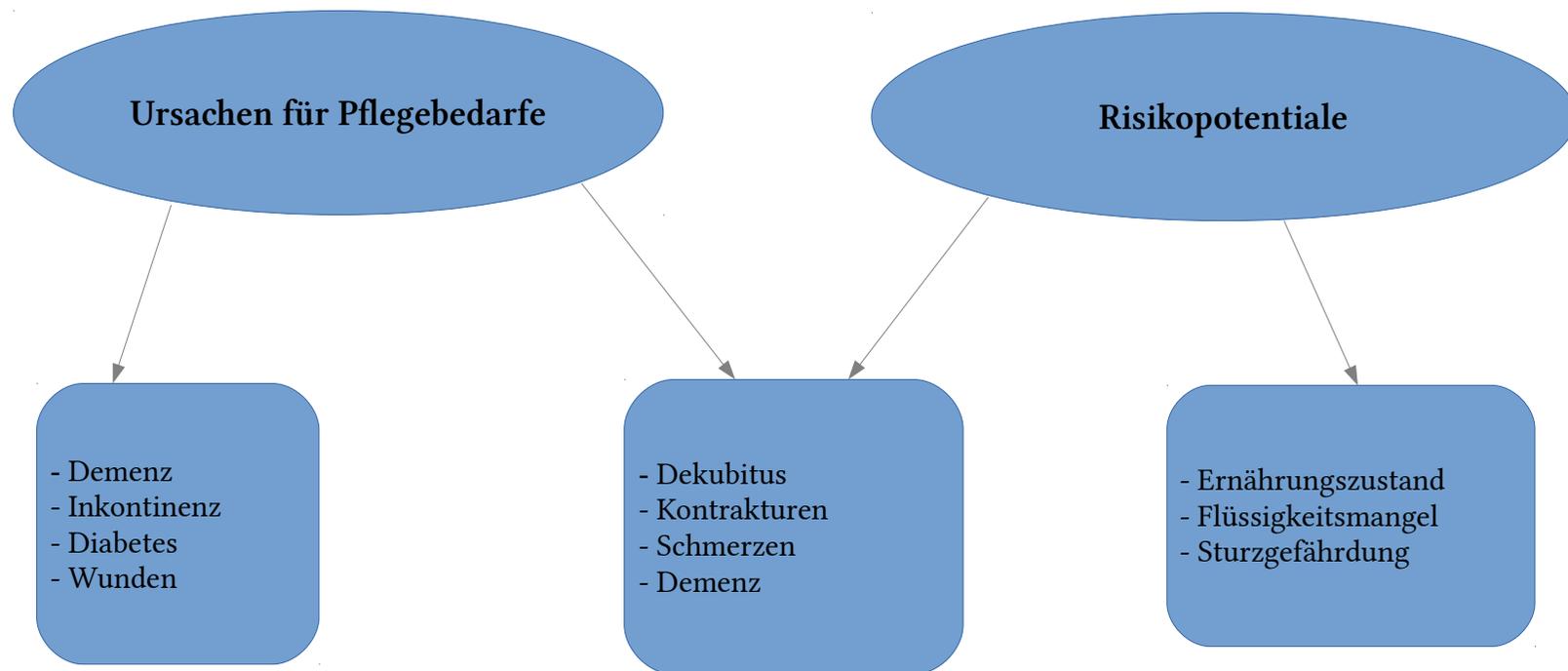


Abb. 24-31: Gesprächs- und textübergreifende Wortfelder

Lexeme und semantische Einheiten, die ich der Fachsprache der Pflege zuordnen würde, sind folgende:

- aus den Texten:

Betreuungstour, Pflegedienstleiter, Tourvorbereitung, Tournachbereitung, Kleine Körperpflege, Wundpflege, Pflegerichtlinie, Überleitungsbogen, Biografie-Ergänzungsbogen, Wundmanagementbogen, Bewegungsprotokoll, Begleitung, Sturzprotokoll, Risikoskalen, Quittung Taschengeld, Einfuhrkontrolle, Ernährungsprotokoll, Mobilität/Beweglichkeit, Wohnungsanpassung, Betreuer/Betreuerin, Betreuung, Pflegequalität, Pflegezeiten, Ernährung, Pflegekosten, Assessment Alltagskompetenz, Sturzgefährdung

- aus dem *ambulanten Pflegegespräch*:

Tagesdosette stellen

Der hohe Anteil an berufsübergreifender Lexik in den Texten liegt vermutlich auch an der Tatsache, dass ambulante Pflegekräfte sehr selbständig arbeiten, einen großen Teil ihrer Arbeitszeit auf sich allein gestellt sind und daher viel organisieren und für andere im Unternehmen protokollieren und dokumentieren müssen. Nicht nur Informationen über Pflegebedürftige müssen an die Kollegen und Kolleginnen weitergegeben werden, sondern auch Haustürschlüssel und Fahrzeuge. Diese Lexik ist für das *ambulante Pflegegespräch* meist irrelevant. Viele dieser Themen, werden im Voraus und/oder mit Angehörigen und Betreuerinnen und Betreuern geregelt. Ist aber beispielsweise abgesprochen, dass die Pflegebedürftigen bestimmte Medikamente oder Pflegemittel bei Arztterminen oder in den Apotheken selbst besorgen, dann erfolgt die Absprache direkt mit den Pflegepersonen und in diesem Falle treten berufsübergreifende Begriffe wie das Verb *bestellen* und Einheiten wie *Packung* auf.

7.3.2. Morphologische Analyse

Texten und Gesprächen ist in morphologischer Hinsicht gemeinsam, dass die Nomenbildung aus Verben vor allem durch die Suffigierung mit *-ung* eine große Rolle spielt. Dabei haben die Nomen in den Texten eine weitaus größere Bedeutung als in den Gesprächen.

7.3.3. Syntaktische Analyse

Die Syntax der Texte und Gespräche unterscheidet sich grundlegend. Als verbindendes Element kristallisiert sich hier die Einfachheit der Wortverknüpfungen heraus, wenn auch aus unterschiedlichen funktional-pragmatischen Gründen. Die Gespräche sind durch einfache, ellipsenhafte Aussagesätze und Entscheidungsfragen gekennzeichnet, die Texte durch einfache Wortgruppen, (Nominal-)Phrasen oder gar allein stehende Nomen.

7.4. Sprachlich-kommunikative Anforderungen: Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews

7.4.1. Leitfadeninterviews mit den Führungskräften

a) allgemeine Anforderungen

Die befragten Führungskräfte formulierten folgende Anforderungen an die sprachlichen Kompetenzen der Pflegefachkräfte. Sie betonten die mündliche Kommunikation mit den Pflegebedürftigen als besonders wichtig:

- *...Verständigung, (...) ein fließendes Gespräch...*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)
- *Das ist auf jeden Fall wünschenswert, dass die Menschen sich mit unseren Klienten unterhalten können, dass sie verstehen, worum es da geht.*
(Geschäftsführer/Einsatzleiter)
- *Ansonsten die direkte Kommunikation mit dem Patienten ist wahnsinnig wichtig (...) Es ist auch eine wichtige Pflegemaßnahme mit dem Patienten zu kommunizieren.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)
- *Small Talk; sich auch trauen zu sprechen*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)
- *Generell wird ein Niveau von B2 bzw. C1 gefordert*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft; Berufsschulleiter/Pflegefachkraft).

Ein Geschäftsführer/Einsatzleiter stellt diesen sprachlich-kommunikativen Anforderungen die Realität des Fachkräftemangels gegenüber:

Die Bewerber, die wir für Pflegefachkräfte haben, sind so wenige, dass wir keine Einschränkungen machen (...) Wenn jemand nicht so gut sprechen kann, aber trotzdem sehr offen auf die Menschen zugeht und eine Art hat, mit der die Menschen umgehen können, ist das okay.

b) die mündliche Kommunikation mit allen Beteiligten:

- *Und die Pflegefachkraft, die muss sich auch gut ausdrücken können, weil da geht es auch um die Kommunikation mit den Ärzten, mit den Betreuern.*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)
- *Was wichtig ist, ist bei den dreijährig Examinieren, dass sie Informationen an Ärzte weitergeben müssen und auch mit anderen Fachkräften kommunizieren müssen, sei es Physiotherapeuten oder Sozialarbeiter, Psychologen oder Psychiater.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

- *Also die Informationsweitergabe und die Kommunikation muss immer stimmen. Sowohl mit Angehörigen, mit Patienten, mit anderen Pflegediensten oder anderen Einrichtungen, die soziale Unterstützung leisten für die Patienten.*

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Einen besonderen Fall stellt die Pflege demenzkranker Menschen dar, die eine besondere Kommunikationsfähigkeit erfordert:

Aber der Bereich Demenz, der wird auch oft unterschätzt, dass man sagt, da kann eigentlich jede Pflegekraft arbeiten, ob sie spricht oder nicht spricht. Das ist aber nicht so. Und gerade in der Demenz, wenn die im Anfangsstadium sich befinden die Menschen, die werden dann aggressiv, weil sie nicht verstanden werden, oder sich auch nicht verstanden fühlen. (...) Also es ist schon für uns als Fachkräfte schwierig: Worum geht es jetzt. Er redet von was ganz anderem. Aber sein Thema liegt eigentlich ganz wo anders. Und das dann auch so zu erfassen und darauf einzugehen.

(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

Die sprachlich-kommunikativen Besonderheiten in der ambulanten Bezugspflege, bei der Pflegepersonen und Pflegebedürftige über einen langen Zeitraum hinweg eine vertrauensvolle Pflegebeziehung aufbauen, beschreibt der Geschäftsführer/Einsatzleiter so:

Also man denkt immer so, wenn man das einmal gesehen hat, dass das immer sehr kurz ist, aber auf der anderen Seite versorgen die ja unsere Klienten jeden Tag, das ganze Jahr über. Man kennt sich ja dann eigentlich auch. Wenn ich irgendwo reinkomme, und den Klienten kenne, kann ich schon wissen, ob es dem gut geht oder nicht. Und wenn es notwendig ist, kann man auch länger auf ihn eingehen.

c) die schriftliche Kommunikation:

- *...dass die Fachkraft die schriftliche Ausführung beherrscht. Das muss nicht grammatikalisch richtig sein. (...) Wenn schon eine Krankenbeobachtung in Schlagworten dokumentiert werden kann, sind wir schon damit zufrieden, dass das nicht untergeht.*

(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

- *Dokumentation ist total wichtig in der Pflege (...) Die Weitergaben von Informationen muss gesichert sein. (...) Daher muss man sicherstellen, dass eine lückenlose Dokumentation stattfindet und auch, dass z. B. auch der Spätdienst weiß, was da geschrieben wurde.*

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

d) das Beherrschen der Fachsprache:

- *Also Fachsprache ist total wichtig. Weil es ist eigentlich eine neue Sprache, die man lernt.*

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Konkret im beruflichen Alltag bedeutet dies:

- *Und auch mit anderen Fachkräften kommunizieren müssen (...) Da muss natürlich die Fachsprache sitzen. (...) Es ist wichtig, dass die Fachkräfte einen Arztbericht verstehen können.*

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Der Unterschied zwischen wissenschaftlicher Fachsprache in der Ausbildung und der beruflichen Praxis wird so herausgestellt:

- *Anatomie ist jetzt mehr für die Ausbildung ganz wichtig, für die Tätigkeit ist es relativ Wurst. Also viele Sachen lernt man dann da. Das dient dann vielleicht dazu, dass man einen Arztbericht bei einer Fraktur versteht usw.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)
- *Für Fachkräfte wird es dann schon schwieriger, wenn es dann wirklich um medizinische Fachsprache geht. Wenn diese Basis schon mal stimmt, der Rest kommt eigentlich von alleine.*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

Der Aspekt des Registerwechsels in der Berufssprache (vgl. E fing 2014: 437)¹⁵⁷ und der damit verbundenen „Übersetzungsarbeit“ innerhalb der Sprache wird an dieser Stelle erklärt:

Dann sagt man das halt, im Fachjargon ist es Hypertonus, in der Umgangssprache ist es der Bluthochdruck (...) Also wenn ich jetzt hier mit meiner Kollegin äh spreche, dann benutze ich natürlich Fachbegriffe, weil das für uns normal ist, weil wir das (...) so gewohnt sind (...) und da muss man sich halt immer (...) anpassen (...) Also man muss sehr sehr anpassungsfähig sein.

(Geschäftsführer/Pflegefachkraft)

e) (fach-) sprachliche Defizite und Lösungswege

Bei einem Pflegeunternehmen treten dann sprachliche Probleme bei Pflegekräften auf, „wenn im Familienleben hauptsächlich die andere Sprache gesprochen wird.“ Das Unternehmen reagiert folgendermaßen darauf:

- Aufforderung an die Pflegefachkräfte: „darauf achten langsam zu sprechen“
- „Eine offene Kommunikation in der Firma, die auch gelebt wird.“, das bedeutet:
- dem Team das Problem kommunizieren und um Verständnis werben
- im Team „freundlich darauf aufmerksam machen“ und darauf achten, „dass viel gesprochen wird, dass sie auch keine Angst haben zu sprechen“
- für ausgeglichene Teams sorgen, sodass „einer, maximal zwei mit Sprachschwierigkeiten und der Rest aber gut Deutsch spricht.“

(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

Wie wichtig sprachlich ausgeglichene Teams sind, stellt sie an folgendem Beispiel aus der Praxis dar:

Sonst gibt es innerhalb der Teams ganz schreckliche Missverständnisse, vor allem wenn ganz verschiedene Nationalitäten zusammen arbeiten.

Bei Bedarf an Weiterbildung in der schriftlichen Kommunikation, z. B. bei Neueinstellungen, werden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des einen Pflegedienstes durch Fortbildungsfirmen und die Teilnahme an Kursen der Volkshochschulen, auch während der Arbeitszeit, unterstützt (vgl. Interviews mit Qualitätsmanagementbeauftragten/Pflegefachkraft, Geschäfts-

¹⁵⁷ siehe Kapitel 2.3: Berufssprache als Register

führer/Einsatzleiter). In einem anderen Unternehmen wird hier vom Personal erwartet, selbst für ihre Deutschkenntnisse und Aktualisierung der Fachsprachenkenntnisse zu sorgen (vgl. Interview mit Geschäftsführer/Pflegefachkraft im Anhang).

7.4.2. Leitfadeninterviews und Kurzbefragungen mit den Pflegepersonen

Auch die Pflegekräfte stellen die Wichtigkeit der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und die dafür notwendigen Sprachkenntnisse heraus:

...erstmal richtig die sprache (2) muss erstmal die sprache lernen ein bisschen weil (1.5) muss mit den anderen reden ja mit den bewohnern auch sie muss die ein bisschen verstehen was du sagst ja...

(Pflegehilfskraft B)

Die beiden interviewten Pflegehilfskräfte formulierten beide einen subjektiven Bedarf an verbesserten Schreibkompetenzen (vgl. Interviews mit den Pflegehilfskräften).

Eine Pflegefachkraft verrät ihre Strategie hinsichtlich der Wahl des richtigen Registers und des Gelingens der Kommunikation: Sie konzentriert sich auf die Sprache der Pflegebedürftigen und versucht, darauf so gut wie möglich einzugehen und ihre eigene Sprache an der des Gegenübers anzupassen (Kurzbefragung mit einer Pflegefachkraft).

Die tätigkeitsbegleitende Kommunikation beschreibt und begründet eine Pflegehilfskraft folgendermaßen:

Da erzähle ich, was ich mache, damit sie auch vorbereitet sind, damit sie nicht ins Leere fallen. (...) Und dadurch entwickeln sich auch die Gespräche. (...) Genau, das ist sehr, sehr wichtig. Wir haben ja auch Patienten, denen muss ich sagen, was ich mache, damit sie mitmachen. Die sollen sich ja, wenn ich ein Bein anhebe, nicht erschrecken, oder wenn ich mal einen Arm hebe und die dann drehe, sollen sie sich ja nicht erschrecken. Die müssen schon wissen, was ich tue.

(Pflegehilfskraft A)

Im Nachgespräch sagte diese Pflegehelferin, dass sie die Pflegehandlungen sprachlich vorbereitet.

Sprachlichen Wendungen, die immer wieder vorkommen, sind bei ihr diese:

An sich ist es ja immer das gleiche: Ich komme an, sage: Guten Morgen, wir wollen heute mal wieder die Körperpflege machen.

(Pflegehilfskraft A)

Damit bestätigt sie die vergleichsweise ausgeprägte Routine der Kommunikation in der ambulanten Bezugspflege.

Weitere Kommunikationsthemen sind: Familie, das eigene Leben, Vergangenheit (z. B. Zweiter Weltkrieg), aktuelle Themen (z. B. Fußballeuropameisterschaft), Migration und Leben im Heimatland, Krankheiten und ihr Zustandekommen etc. (vgl. Interview mit Pflegehilfskraft A; Kurzbefragungen mit Pflegefachkräften). Als Informationsquelle nennt eine Pflegehilfskraft die Pflegeakte:

Dann frage ich, ob man Kinder hat. Das steht ja auch alles in der Akte drin und durch die Akte können wir dann verknüpfen. (...) Ich versuche viel zu verknüpfen, Hobbys anzusprechen, Kinder, Enkelkinder, Ehepartner, Berufe.

(Pflegehilfskraft A)

Eine Pflegefachkraft benennt ihre Strategie bei der Suche nach Gesprächsthemen: Sie sieht sich in der Wohnung der Pflegebedürftigen um und sucht dort nach Anhaltspunkten (Kurzbe-fragung mit einer Pflegefachkraft).

7.4.3. Zusammenfassung

Sowohl von den Führungs- als auch von den Pflegekräften wird die mündliche Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und mit anderen Fachkräften als wichtigste sprachlich-kommunikative Anforderung genannt. Dabei ist es, wie E fing (2014), Roelcke (2005) und die AWO (2014) betonten, notwendig, sich an die Kommunikationspartner und -partnerinnen anzupassen und damit zwischen den unterschiedlichen Ebenen bzw. Registern zu übersetzen. Die berufliche Alltagskommunikation von Pflegefachkräften umfasst also ein breites Spektrum an Allgemein- und Fachsprache.

Besonderheiten stellen der schwierige Umgang mit dementen Klienten und Klientinnen sowie die Kommunikationsroutine der ambulanten Pflege dar, in der durch die Bezugspflege und die damit einhergehende hohe Vertrautheit vieles nicht ausgesprochen werden muss und sich viele Wendungen wiederholen. Als wichtig wird hier auch die tätigkeitsbegleitende Kommunikation genannt. Außerdem sollten Pflegefachkräfte sprachlich die wesentlichen Kommunikationsthemen wie aktuelles Geschehen, Familie, Geschichte, Migration, Krankheiten etc. rezeptiv und produktiv beherrschen und sich Quellen für Kommunikation kreativ erschließen (z. B. Pflegeakte, Wohnung etc.).

Zwei Führungskräfte gehen davon aus, dass ein Teil des Fachwortschatzes während des Berufsalltages erlernt werden kann. Eine von ihnen erkennt auch die wichtige Rolle des Teams und der Institution an, die Pflegefachkräfte beim Erlernen der Berufssprache zu unterstützen.

7.5. Inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen: Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews

7.5.1. Leitfadeninterviews mit den Führungskräften

7.5.1.1. Anforderungen

Von mehreren Befragten werden als wichtigste inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen Kommunikationsfähigkeit, kulturelles Hintergrundwissen, eine kulturübergreifende Herangehensweise sowie eigene Migrationserfahrungen bzw. ein Migrationshintergrund genannt:

- Kommunikation ist ganz wichtig (Nachgespräch mit Geschäftsführer/Pflegefachkraft)
- *...das Sprechen und der persönliche Kontakt...*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)
- *Also das Hintergrundwissen ist unbedingte Voraussetzung. Ohne das, geht das gar nicht...*
(Gründerin)
- *...kulturelles Hintergrundwissen, z. B. gerade auch zu Sterbeprozessen...*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)
- *Es ist wichtig, dass man einfache Gepflogenheiten (...) gewisse Grundsätze (...) von den verschiedenen Kulturen einfach mal kennt. Man muss sie nicht alle gut finden, aber ich glaube, es gibt auch etwas Kulturübergreifendes, was Transkulturelles, das finde ich total wichtig.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)
- *Ich glaube, das kann kulturübergreifend sein. Da sind wir da so an der Nahtstelle von Sensibilität zur Spezifität. Also jemand, der eine Sensibilität für kulturelle Unterschiede hat, hat es sicherlich leichter, als jemand, der (das wäre jetzt eine These, die ich aufstelle) der sehr kulturspezifisch agiert. Für den gilt dann eben auch nur die eine Welt.*
(Leiter Zentrale Verwaltung)
- *Ich glaube auch, dass eigene Migrationserfahrung eine wichtige Ressource ist.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)
- *Das ist eine Frage von Fingerspitzengefühl. Und das würde ich Pflegekräften, die selbst einen Migrationshintergrund haben, erheblich eher zutrauen, damit klarzukommen, als einem, der aus einem anderen kulturellen Kontext kommt.*
(Leiter Zentrale Verwaltung)

Als weitere Komponenten werden genannt: Toleranz, Respekt, Selbstbewusstsein, eine eigene Identität und einen eigenen Standpunkt haben, Fingerspitzengefühl, Verständnis haben und gleichzeitig Grenzen setzen, Einfühlungsvermögen, Berufserfahrung, Authentizität, Offenheit, Interesse und Bereitschaft zur Bildung (vgl. Interviews mit den Führungskräften und dem Leiter der Berufsfachschule)

Als Beispiel für die Teilkompetenzen Hintergrundwissen, Respekt, Toleranz, Offenheit und Verständnis führt die Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft folgendes Beispiele an: die Ernährungsgewohnheiten von Menschen mit anderem kulturellen Hintergrund, besonders bei Demenz, und der Umgang mit Alkohol bei psychiatrischen Pflegebedürftigen mit Suchthintergrund im Besonderen. Hier fordert sie, dass man auf deren Wünsche achten, tolerant sein und sich darauf einlassen können muss:

- *Ja, Umgang mit Ernährung. Andere Kulturen wertschätzen. Wenn jetzt jemand mit jüdischem Hintergrund sein Essen kosher haben möchte, dass man darauf achtet. Das sie sich damit beschäftigen, was bedeutet das. Was ist für den okay, was ist für den nicht okay?*
- *Wie ist der Umgang mit Alkohol? Wir haben ja viele psychiatrische Klienten, aber auch welche mit Suchthintergrund - ob sie überhaupt die Menschen betreuen können. (...) in der WG, wenn die Dame abends ein Glas Wein trinken möchte, dann bekommt die ihr Glas Wein. (...) Sie {Die Pflegefachkraft} muss, wenn sie in diesem Bereich arbeiten möchte, sich darauf einlassen können. Sonst funktioniert das nicht.*

(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

Ein weiteres Beispiel dafür ist das Hintergrundwissen hinsichtlich Ernährungsgewohnheiten:

...beim Kochen geht's ja auch um (2) diese sogenannte „Kein-Schweinefleisch“ oder Einkaufen, wie es gelagert wird, wie es geschnitten wird, wie es gekocht wird ...

(Geschäftsführer und Pflegefachkraft, siehe auch Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Die narrative Empathie, mit der kulturübergreifende, transkulturelle Themen, in diesem Falle unterschiedliche Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, in Erfahrung gebracht werden können, beschreibt die Gründerin des kultursensiblen Pflegedienstes so:

Also so werden auch Krankheiten gesehen. (...) Ich sage immer meinen Mitarbeitern: Wenn jemand krank ist, dann fragt einfach, warum haben sie die Krankheit bekommen. (...) Warum ist ihre Mutter dement geworden? (...) Ja gewisse Blicke, ich wurde vom bösen Blick getroffen, infolgedessen habe ich diese Erkrankung. (...) Unsere Aufgabe ist, Verständnis dafür zu haben. Um Verständnis für den Patienten, für seine Situation zu bekommen, müssen wir den Patienten und die Angehörigen fragen. Warum ist der krank und was bedeutet diese Krankheit? Was bringt die Krankheit?

7.5.1.2. Critical Incidents

Als Bereiche, bei denen es häufig zu Missverständnissen und Konflikten kommt, also sogenannte *Critical Incidents*, werden folgende genannt: Ernährung, gegengeschlechtliche Pflege, Vorurteile bezüglich der Herkunft, Umgang mit Palliativpflege und Vereinnahmungstendenzen. Ein Beispiel hierfür ist:

Wir haben z. B. einen Klienten, der ist Inder (...). Der ist natürlich Vegetarier, oder Veganer sogar (...) Und das ist auch eine Sache, die auch bei Mitarbeitern manchmal Schwierigkeiten macht, weil dazu die nötige Toleranz fehlt für andere Kulturen, für andere Lebensentwürfe.

(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

oder ein Beispiel für Vorurteile:

...ist, dass muslimische Patienten immer eine Extrawurst haben wollen. Dass vielleicht einige deutsche Pflegekräfte nicht damit klarkommen, dass sie gewisse Ernährungsgewohnheiten haben...

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Ein anderes konflikträchtiges Thema ist die Bevorzugung einer gleichgeschlechtlichen Pflegeperson, was bis zur strikten Ablehnung von Pflegekräften des anderen Geschlechts selbst bei einfachen, nicht-intimen Pflegehandlungen geht:

- *Schwierig ist es, wenn Klienten darauf bestehen, ausschließlich von einer Frau versorgt zu werden und dann Personalengpässe entstehen (...) Gerade auch bei muslimischem Hintergrund.*
(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)
- *...inwieweit lässt sich eine Patientin von einer männlichen Pflegekraft versorgen. Da fängt das ja schon an, das kann eine Verletzung am Fuß sein (...) da sind für manche dann schon die Grenzen erreicht dessen, was man tun kann. Komisch ist aber (...) wenn die Patienten im Krankenhaus sind und die ärztliche Autorität da ist, da spielt das plötzlich keine Rolle mehr.*
(Leiter Zentrale Verwaltung)
- *...bei den Älteren spielt noch die Geschlechterrolle ne ganze Menge (unv.): Die Frau möchte nur von einer Frau (0.5) gepflegt werden oder der Mann nur von einem Mann, teilweise ist es auch so, bei (0.5) Nicht-so-Körperkontakt-(1) Sachen wird auch keine männliche Kraft bei einer Frau (unv.)...*
(Geschäftsführer/Pflegefachkraft)

Dies kann auch im Team zu Konflikten führen, wenn unter Pflegekräften unterschiedliche Vorstellungen hinsichtlich gegengeschlechtlicher Pflege bestehen, wie folgendes Beispiel zeigt:

Letztens gab es eine Auseinandersetzung mit einer neuen Mitarbeiterin mit syrischem Hintergrund. Da ist ein Missverständnis entstanden mit einem Kollegen. Sie hat eine Klientin versorgt in der WC, eine Frau auf der Toilette im Bad und der Kollege hat angeklopft und ist reingekommen. Das war für sie ein absolutes „No Go“. Und da entstand ein Riesenkonflikt. Er wusste gar nicht, wie ihm passiert war. Der versorgt ja die Frau auch, er hat ja angeklopft. Für ihn war das okay, für sie ging das gar nicht. Das war ein Eingriff in die Intimsphäre.

(Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft)

Schwierig gestalten sich auch Fälle, bei denen die Herkunft der Pflegepersonen bei den Pflegebedürftigen zu Vorurteilen und auch zu Ablehnung führt:

- *Also mit unseren Klienten ist oftmals ein Problem die Hautfarbe. Also wenn jemand weiß ist und kaukasisch und nicht gut deutsch spricht, ist das weniger ein Problem als wenn jemand schwarz ist und nicht gut Deutsch spricht. Also es gibt tatsächlich Klienten, die diese Menschen ablehnen, die sagen, die kommen bei mir nicht rein.*
(Geschäftsführer/Einsatzleiter)
- *Das ist ja für manche nicht ganz einfach, wenn jetzt plötzlich ein Pfleger aus Afrika kommt und in ihre gewohnte Umgebung reinplatzt oder die Patienten womöglich auch noch in der Zeit des Dritten Reiches groß worden sind und da vielleicht gewisse Vorurteile haben. Also das sind typische Konfliktfelder.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

- *...muslimische Patienten: Das fängt für Pflegekräfte an der Tür an, ziehen sie die Schuhe aus oder behalten sie sie an. Das kann schon eine gewisse Sprengkraft haben.*
(Leiter Zentrale Verwaltung)
- *Eigentlich noch typischer ist die Frage mit dem Kopftuch. Das ist so eine ganz typische Sache (...) erfüllt es die Hygienenorm usw., fühlen sich da Patienten eingeschränkt. Stichwort Demenzpatienten und Veränderungen.*
(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Die Palliativpflege birgt Konfliktpotential, wenn es um unterschiedliche kulturelle Vorstellungen davon geht, wie man mit dem Thema Tod und Sterben umgeht, was Pflegepersonen oft in schwierige Situationen bringt. Der Leiter der Zentralen Verwaltung eines Pflegedienstes formuliert das so:

„Das ist auch eine Sache, die im muslimischen Kulturkreis, um es mal vorsichtig zu sagen, unterrepräsentiert ist. Das ist mehr oder weniger ein Tabu nach wie vor. Trotzdem ist der Bedarf natürlich da. Die Schwierigkeiten, die dann auftreten, sind immens.“

Er vertieft die Problematik, indem er das Dilemma der Pflegefachkräfte folgendermaßen beschreibt:

Ist es beispielsweise erlaubt, im Rahmen einer palliativen Pflegesituation, ist es da der Pflegekraft erlaubt, die Schwere der Krankheit anzusprechen, zu benennen oder ist es das nicht? Da geht es jetzt nicht mal so um die Form des Ganzen, eine angemessene Sprechweise darüber, sondern einfach das Thema als solches. (...) Im Moment hängt das wirklich, die Art und Weise, wie so eine Situation gemanagt wird, wirklich vom Geschick und der Erfahrung der Pflegekräfte am Ort ab, die im Übrigen in einer ganz üblen Situation sind, in einer Mehrfach-Sandwichposition. Sie haben natürlich auf der einen Seite die Verpflichtung, pflegerische Leistungen (...) zu bringen. Das ist der erste Punkt. Der zweite Punkt, sie haben zu berücksichtigen, was an religiösen und kulturellen Erwartungen da ist von Seiten der Angehörigen. Sie haben zu funktionieren innerhalb eines gesundheitlich-pflegerischen Systems, was z. B. für den Fall der Einweisung eines im Sterben Liegenden ins Krankenhaus dazu führt, dass es einen Konflikt gibt mit dem Palliativarzt und möglicherweise mit der Klinik auch. (...) Und die Pflegekraft steht da und weiß nicht, was sie tun soll, um die Wogen glatt zu halten. (...) dann eben auch den entsprechenden, manchmal sogar angedrohten physischen Druck durch Zugehörige.

Pflegepersonen benötigen in diesen Fällen „Verhandlungsgeschick“ (Leiter Zentrale Verwaltung).

Ein weiteres Beispiel ist die Schilderung, wie ein Angehöriger aus religiösen Gründen die Behandlung seines Vaters mit Morphium verhindern wollte und die Pflegefachkraft sich selbst schützen musste:

In der Palliativpflege z. B. – also ich habe die Situation selber erlebt – Der Sohn wollte auf keinen Fall, dass wir dem Vater das Morphium geben. Und auch als ich vor Ort war, habe ich keine Macht gehabt. Dann haben wir dem Vater das Morphium nicht gegeben, weil hätten wir das gemacht, dann hätte er uns gegenüber Gewalt angewendet. Und der Patient hat selber so laut geschrien vor Schmerzen (...), dann hab ich die Polizei angerufen (...) Also da muss man wirklich sehr einfühlsam sein, flexibel sein. Man darf sich selber nicht gefährden, auch wenn der Patient vor Schmerzen schreit

und sich quält, soll man auf gar keinen Fall es provozieren und sich mit den Angehörigen anlegen.

(Gründerin)

Sie schildert auch die Gefahr von Vereinnahmung der Pflegepersonen durch die Pflegebedürftigen, die neben den pflegerischen Aufgaben auch noch andere, vor allem hauswirtschaftliche, übernehmen sollen:

...wenn du schon mal da bist, kannst du mal eben noch das Fenster putzen oder den Geschirrspüler ausräumen oder gleich spülen. Also das wird immer mehr.

(Gründerin)

Sie erwähnt hier auch die Delegation von Verantwortung von Angehörigen an Pflegepersonen, die mit bestimmten Aufgaben überfordert sind bzw. diese aus verschiedenen Gründen nicht wahrnehmen wollen, die aber nicht zu den Aufgaben einer Pflegeperson gehören:

...da werden dann auch Pflegekräfte als Türsteher benutzt. Da kommt die Familie, die sagt, meinem Angehörigen, dem geht es schlecht, das wird alles zu viel. Schick die anderen mal weg.

(Gründerin)

7.5.1.3. Lösungsstrategien

Zentrales Instrument bei Konflikten im Team und mit Pflegebedürftigen in allen ambulanten Pflegediensten sowie in der Berufsfachschule sind Teamsitzungen und Fallbesprechungen bzw. Klientenbesprechungen sowie Schulungen bzw. Fortbildungen. Auch das persönliche Gespräch mit den Pflegebedürftigen wird bei Schwierigkeiten gesucht. Ein interessantes Beispiel für eine Fallbesprechung, in der kulturspezifisches Wissen vermittelt wird, bringt die befragte Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft an:

Da haben wir auch Leitfäden, wenn wir die Situation haben, dass wir uns da auch zusammensetzen. Dass wir sagen: Was ist kosher, was ist nicht kosher? Was darf der, was darf der nicht? Worauf muss ich achten? Was gehört in den einen Kühlschrank, was kommt in den anderen? Was bedeutet sabbat? Wenn der sagt, am Tag sabbat möchte ich nicht versorgt werden, dann wir gucken, wie wir damit umgehen. Da müssen auch alle den gleichen Wissensstand haben.

Bei einem anderen Pflegedienstleister beispielsweise wird das Personal im Rahmen von Fallbesprechungen von der Gründerin des Unternehmens über kulturelle Hintergründe, z. B. über Gründe bestimmter Verhaltensweisen von Seiten der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, aufgeklärt, da sie sich wissenschaftlich damit beschäftigt hat und selbst den kulturellen Hintergrund des größten Teils ihrer Klienten und Klientinnen teilt.

Die Relativität von Hintergrundwissen, die Bedeutung von Fallbesprechungen aufgrund der Einzigartigkeit jeder Situation sowie die Notwendigkeit der Fähigkeit zur interkulturellen Bildung der Pflegekräfte streicht der Leiter der Zentralen Verwaltung heraus:

...dass es diese Verallgemeinerbarkeit nur indirekt geben kann. Das muss man wirklich am konkreten Fall angucken. (...) Wissen und Kompetenz, das ist eines, was im Lehrbuch steht und wenn ich in der Zeit hier eins gelernt habe, dann ist es: Du musst dir die Einzelfälle angucken....Du musst wirklich auf das Situative gucken. Alles andere sind mehr oder weniger so Kategorien, die erfindet man oder bildet man am Schreibtisch, weil man die Systematik braucht. Was wirklich relevant wird, sind eigentlich nicht grundlegende kulturelle Unterschiede, die vielleicht eher sogar minimal sind, sondern wirklich die Frage: Wie begegnet dir dieser kulturelle Unterschied in der jeweiligen Situation mit den jeweiligen Menschen, sprich Persönlichkeiten, Subjekten, die da agieren. Und da einen allgemeinen Leitfaden zu geben, ist sehr schwierig. Einer der gemeinsamen Nenner ist da Verzicht auf Bildungsresistenz. (...) Nicht nur die Bereitschaft, auch die Fähigkeit, aus solchen Situationen das herauszuziehen und dann mitnehmen können und vielleicht bei der Bewältigung der nächsten kritischen Situation nutzen kann. Aber das ist eine eher eine kognitive, allgemein kognitive Fähigkeit und intellektuelle Fähigkeit. Nicht etwas, was man in der Kulturation erlebt hat...

Auch in der Berufsfachschule wird mit Einzelfällen gearbeitet. Diese entnehmen die Lehrer u. a. aus der Praxis-Reflexion nach den Praktikumsblöcken der Auszubildenden. Vorbereitend wird hier auch mit Szenarien zu den Themen Diskriminierung und Ernährung gearbeitet:

..typische Konfliktfelder...die bearbeiten wir mit unseren Schülern, wie sie halt am besten darauf reagieren, dass es nicht zu Abbrüchen führt, weil sie völlig schockiert sind darüber, dass sie diskriminiert werden. (...) Ich finde es nicht gut, einen guten Rat zu geben, sondern die Sachen durchzuspielen und unsere Schüler zu stärken. Ich gebe sehr ungern einen guten Rat, weil die Situation ist immer anders (...) Wir arbeiten an Fallbeispielen, z. B. szenisches Spiel. Man hat einen Patienten, der hat rassistische Vorurteile. Und da spielen wir das durch. Dann sehen wir im Plenum, wie kann ich damit umgehen. Ich bin dann genauso Mitspieler wie die Schüler auch.

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Im Falle von Diskriminierung von Seiten der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen gegenüber Pflegepersonen mit Migrationshintergrund rät er zu folgender Reaktion:

Das ganz offen und direkt anzusprechen. Zu sagen: Das ist hier meine Arbeit, ich komme vielleicht aus einem anderen Land, aber ich bin genauso ein Mensch wie Sie. (...) Das Beste ist mit Rassismus extrem konfrontativ umzugehen. Sowohl mit rassistischen Vorurteilen als auch mit Rassisten selber. Da bin ich sehr klar. Da muss man direkt konfrontativ vorgehen und das auch thematisieren. Das bringt nichts, wenn man das runter schluckt. Ich denke, das lässt sich auch klären.

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

Zur Stärkung der Auszubildenden gehört neben kulturübergreifenden Themen auch die Selbstreflexion zum Umgang mit Belastung und zur Selbstpflege:

Es gibt verschiedene Themen, in denen wir Praxis-Reflexion machen, z. B. ethische Fragestellung. Das ist natürlich auch kulturübergreifend. Wie gehe ich mit Sterbenden um? (...) Da machen wir Reflexion natürlich auch mit Belastung. (...) Die Frage von Selbstpflege auch. Der Beruf ist ja so, dass wir sehr viel geben müssen, aber auch manchmal vergessen, uns selber zu pflegen. Da ist natürlich das Thema (...) Prophylaxe. Bei der Praxis-Reflexion machen wir eine Runde: Wie geht's dir und dann kriegen wir mit, welche Probleme sind da.

(Berufsschulleiter/Pflegefachkraft)

In den Schulungen bzw. Fortbildungen einer der Pflegedienste nannten alle Interviewten kulturelles Hintergrundwissen als eines der Hauptinhalte. Sie finden „regelmäßig“ und „verpflichtend für alle statt“. (Qualitätsmanagementbeauftragte/Pflegefachkraft). Das Unternehmen arbeitet dafür auch „mit einem Weiterbildungsinstitut zusammen“ (Geschäftsführer/Einsatzleiter). Gleichzeitig weist er auf die Grenzen dieser Schulungen hin:

Trotzdem ändert so eine eintägige oder auch eine einwöchige Schulung nicht den Kern des Menschen. Also wenn der Vorurteile hat, wird man ihn an so einer Schulung nicht ändern.

Eine weitere Möglichkeit ist die Mediation, die in einem Unternehmen durchgeführt wird.

Bei Grenzüberschreitungen von Seiten der Pflegebedürftigen empfehlen zwei Interviewte das Setzen von Grenzen. Letzterer betont dabei auch das Klären der Angelegenheit durch das persönliche Gespräch:

Wir handhaben es so: (...) Einfach sagen: Stopp. Bis hierhin. Ich rufe jetzt im Büro an und dann werden wir das klären. Und das ist auch so....ja, und dann werden dann halt auch die Gespräche geführt, gegebenenfalls müssen dann auch Familienangehörige kommen. Aber das muss halt aus der Welt geschaffen werden.

(Geschäftsführer/Pflegefachkraft)

7.5.2. Leitfadeninterviews und Kurzbefragungen mit den Pflegepersonen

Die Pflegepersonen, die ich befragt habe, konkretisierten und ergänzten einige der sowohl in der Literatur als auch von den Führungskräften beschriebenen notwendigen Teilkompetenzen: kulturelles Hintergrundwissen, Perspektivenwechsel, Offenheit, Interesse, Empathie, (Selbst-)Reflexion, Grenzen setzen und Ambiguitätstoleranz kamen hier zur Sprache.

So beschreibt eine Pflegehilfskraft mit Migrationshintergrund in einer Pflege-Wohngemeinschaft, dass sie viele „deutsche Gerichte“ zu kochen gelernt hat und „deutsche Lieder“. Wenn sie Hintergrundwissen braucht, wendet sie sich an ihre deutschen Kollegen. Sie sagt, sie hat Bedarf an Informationen über deutsche Kultur, Geschichte und Lebensweise für ihre Arbeit mit deutschen Pflegebedürftigen (vgl. Interview mit Pflegehilfskraft B)

Sie macht jeden Tag Erfahrungen mit Diskriminierung, auch in Form von physischen Angriffen von Seiten einer Pflegebedürftigen:

Gestern auch, ein hat mir Saft so geschubst. Die kann auch was schlimm sagen zu dir... (...)Ja (unv.), ja, die haben mir gesagt: Du bist hier, ich mach dich arbeitslos. Du kommst von Afrika, du wohnst in Baum und du kannst kein (0.2), ja die sagt so. (unv.) die verhungern da in Afrika (0.2), deswegen du bist hier in Deutschland. Ich schick dich zurück.

Sie berichtet von Ängsten vor Übergriffen:

Aber passiert immer, muss immer aufpassen, kann auch Messer nehmen (unv.) und was machen, deswegen muss immer jemand da (0.2) sein...

Was ihr in diesen Situationen hilft, sind zwei Strategien: Zum einen zieht sie sich zurück und vergegenwärtigt sich, dass sie es mit kranken Menschen zu tun hat. Sie versucht, die Angriffe

nicht persönlich zu nehmen und sich damit zu schützen. Da sie von „wir“ spricht, kann man davon ausgehen, dass sie dabei auch Unterstützung vom Team erhält. Andererseits, wenn es zu viel wird, geht sie in die Offensive und spricht die Diskriminierung direkt an. Sie zieht also eine Grenze und zeigt ihre Wut, was wohl auch funktioniert:

Ja, wenn sowas passiert (0.5), ja (0.3), ja, ich kann nichts machen. Ich gehe hinsetzen, allein, erstmal so alleine (...) Und dann, ja, (2) muss weitergehen, ja. (...) wir nehmen das so, weil (0.5) die sind krank, ja, wir nehmen so, aber manchmal auch (0.3) tut weh, ja, wenn du willst jemand helfen und dann...(...) ja und manchmal wir sind sauer...(...) Ja, manchmal wenn ist zu viel, ich sag auch was, (0.5) ja, und dann sie sagen nichts mehr. Sie gehen Zimmer, wenn ist zu viel hier, ich sag auch was, ja, dass sie auch sehen, dass ich kann auch was sagen, ja.(...) Ja, (0.5) weißt du, die Leute sind verschieden (1.5). Zum Beispiel bei mir (1.5), ich nehme nichts an so, manchmal tut weh, aber bleibt nichts bei mir, (0.2) bei mir geht alles schnell weg...(...) Ja, ich, sie sagt mir so manchmal, ich, wenn ich sauer bin, ich sage auch sie und dann bin ich vorbei (...) Ich rede auch manchmal und dann fällt dieses sauer, ich bin sauer und dann geht die in ihr Zimmer, ich bleib. Wenn sie zurückkommt, sie reden noch normal und dann, ja (...) aber manchmal muss so sagen, dass die weiß, dass wir sind auch Menschen, ja...

Zudem berichtet sie auch noch über Diskriminierung von Seiten anderer Pflegepersonen aus dem Team an, was sie auf ihre Hautfarbe und ihre mangelnden Deutschkenntnissen zurückführt:

andere Kollegen auch, die, weisst du, die denken, dass wir sind schwarz, wir sind dumm, die weiss gar nichts, und das manchmal auch, (2) ist nicht gut, ja. (...) Für uns (1) auch Mitarbeiter wie ich, (1) du kommst (unv.), ah du bist dumm, du weisst gar nichts, und so und manchmal du nicht dumm, aber nur vielleicht die Sprache ist schwer für dich.

Eine andere Pflegehelferin in einem anderen ambulanten Pflegedienst antwortet im Nachgespräch auf die Frage nach Konflikten, die auf die Kultur zurückgeführt werden können, dass es kaum dazu kommt, da sehr patientenorientiert gearbeitet wird.

Als wichtige Aspekte inter- bzw. transkultureller Kompetenz veranschaulicht sie in ihren Ausführungen die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, zu Offenheit, Empathie und (Selbst-)Reflexion an mehreren Beispielen. Sie sagt, sie sei in der Lage, sich kulturell auf das Gegenüber einzustellen und sich in die Situation des anderen hineinversetzen zu können:

Es ist egal, welche Sprache man spricht oder welche Kultur, welche Religion. Man ist ja in dem Moment, wenn man zu Patienten geht, ganz anders. Wenn ich zu einem deutschen Patienten gehe, dann verhalte ich mich dann auch eher deutsch.

Während des Interviews erzählt sie von folgendem Konflikt, der der oben geschilderten Vereinnahmung zugeordnet werden kann:

Aber andere Patienten, die nicht die deutsche Kultur haben, fühle ich mich manchmal ausgenutzt: Kannst du nicht mal noch das machen oder kochen oder aufräumen, die Küche putzen oder das Bad nochmal schnell putzen. Da wird so ein bisschen ausgenutzt.

Im Nachgespräch fügt sie dann hinzu, dass sie in diesen Situationen zu sich selbst sagt, dass in manchen Kulturkreisen (arabisch, türkisch, italienisch) Frauen ihr Leben lang unterdrückt

wurden und nun ihrerseits versuchen andere zu unterdrücken und auszunutzen - als Erklärung für die Undankbarkeit und Vereinnahmungstendenzen - und vollzieht damit ihre Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, zeigt Empathie und reflektiert das Verhalten des Gegenübers.

In einem weiteren Beispiel, von dem die Befragte im Nachgespräch berichtet, geht es ebenfalls darum, das befremdende Verhalten einer Pflegebedürftigen verstehen zu wollen. Hier helfen ihr verschiedene Strategien und Kompetenzen weiter: das Konsultieren von Hintergrundwissen und ihre Offenheit, ihre Empathiefähigkeit und die Reflexion ihrer eigenen Reaktion auf das Verhalten der Frau:

Sie hatte eine jüdische Patientin und war sehr verwundert darüber, dass diese in ihrem Verhalten so den Klischees entsprach und extrem sparsam war - es hat Verwunderung in ihr hervorgerufen. Die Befragte hat insofern darauf reagiert, dass sie in die Biografie der Patientin geschaut hat und sich Wissen über Juden angeeignet hat. Dann hat sie versucht, sich in die Perspektive der Patientin zu versetzen. Sie hat zu sich selbst gesagt, dass die Frau ihre Gründe gehabt haben wird, warum sie sich so verhält. Sie hat versucht, kein Urteil zu bilden und offen zu bleiben. Erst nachdem Sie die Informationen aus der Biografie entnommen und sich Allgemeinwissen über das Thema angeeignet hatte, wollte sie das Thema bei der Patientin ansprechen, diese ist aber allein darauf zu sprechen gekommen. Nach der Klärung konnten beide eine Beziehung zueinander aufbauen und die Pflege lief problemlos.

Sehr interessant ist auch die Beschreibung dessen, wie sie ihre eigenen Grenzen überschritten hat, durch Selbstreflexion, Einfühlungsvermögen, Empathie und das Vollziehen des Perspektivenwechsels, aber auch durch das Aushalten der eigenen Unsicherheit und der eigenen widersprüchlichen Gefühle (Ambiguitätstoleranz):

Ich z. B. wollte ganz am Anfang nicht zu männlichen Patienten, weil mir das unangenehm ist. Da wurde das auch akzeptiert. Jetzt momentan ist es mir egal, jetzt kann ich auch zu männlichen (...) Da ist ein Mitarbeiter ausgefallen und da musste ganz dringend ein Abendeinsatz durchgeführt werden. Das war ein männlicher Patient. Da mussten die Windeln gewechselt werden. (...) In dem Moment denkt man nicht daran: Schäme ich mich jetzt oder nicht. Wenn dich die Person braucht, braucht sie dich. Also gut, dann gehe ich hin. Klar war das am Anfang unangenehm. Und ich musste für mich selber eine Grenze überschreiten. Okay, war ja doch nicht so schlimm. Und wenn man danach den Menschen gesehen hat, wie glücklich der war und wie dankbar der war, dachte ich gut, kann man dann doch öfter machen. Dann war es okay. Wahrscheinlich war es nur die eigene Angst, die eigene Unsicherheit.

Während ihrer Arbeit hat sie Erfahrungen mit Diskriminierung gemacht:

„Ich habe z. B. eine deutsche Patientin, die kommt aus dem Osten und das erste was sie gesagt hat, als sie bei uns in der Pflegestation kam, ich möchte bitte keine Pflegekräfte, die Kopftuch tragen. Die hat Angst davor.“

In solchen Fällen hat sie eine ähnliche Strategie wie die andere interviewte Pflegehelferin:

Das ist das, wo ich dann abschalte. (...) Ja. Ich muss in dem Moment abschalten. Es ist einfach so. Ich muss es akzeptieren auch wenn ich nicht verstehe, ich muss es akzeptieren. (...) Man darf die

Angst der anderen nicht persönlich sehen. (...) Man darf das nicht persönlich nehmen.

Auch hier beweist sie ihre Fähigkeit zur Offenheit, zur Empathie, zum Perspektivenwechsel, zur (Selbst-)Reflexion und zur Ambiguitätstoleranz:

Man darf nicht alles an sich heran lassen. Wie gesagt, wie bei der deutschen Patientin, die niemand mit Kopftuch möchte, dann darf man das alles nicht so ernst nehmen. Man weiß ja nicht, was im Hintergrund steckt. Vielleicht hat sie ein schlechtes Erlebnis gehabt und möchte vielleicht nicht darüber reden. Man darf auch vieles nicht an sich heranlassen. (...) Aber es ist schon verständlich. Das ist ja so, wie wenn wir jetzt (...) Gemeinschaften auf der Straße treffen, wo wir auch Angst bekommen. Andersherum ist es ja auch so. Ich verstehe das. Natürlich fühlt man sich im ersten Moment vor den Kopf geschlagen, weil man denkt, ja na toll, so geht das schon los. Aber in nächsten Moment denkt man: Gut. Man weiß ja nicht, was dahinter steckt. Vielleicht hatte man ein ganz schlechtes Erlebnis oder vielleicht doch Angst, weil man in den Nachrichten gelesen hat.

Im Nachgespräch geht sie noch einmal auf das Thema ein und betont, sie hätte ja auch Angst vor Nazis.

Neben den genannten Teilkompetenzen inter- bzw. transkultureller Kompetenz geht es hier auch um Handlungsstrategien in emotional schwierig zu bewältigenden Situationen wie Diskriminierung etc. Beide Pflegehilfskräfte stellen hier Distanz her, grenzen sich ab und reflektieren die Situation, um handlungsfähig zu bleiben.

Bei der Begleitung einer Pflegefachkraft bei ihrer Pflegetour bei mehrheitlich türkischen Pflegebedürftigen betonte diese während der Kurzbefragung zwischen den Einsätzen, dass nur türkischsprachige Pflegepersonen geeignet seien, diese Menschen zu versorgen, da viele von ihnen gar kein oder nur gebrochen Deutsch sprechen, vor allem jene aus der ersten Generation und hier vor allem die Frauen. Sie sagte, das Geschlecht der Pflegeperson sei in ihrem Klientenkreis ein großes Thema und die Erwartungshaltung der Pflegebedürftigen und vor allem ihrer Angehörigen gegenüber den Pflegenden sei sehr hoch. Die Pflegebeziehung zu den Pflegebedürftigen und Angehörigen beschrieb sie als sehr familiär. Sie telefoniert oft mit den Angehörigen. Hier kommt es wieder zu den bereits beschriebenen Vereinnahmungstendenzen, denn die Pflegepersonen werden mit Aufgaben betraut, die nicht zu ihrem Beruf gehören. Es fällt auch ihr schwer, sich davon abzugrenzen. Wichtig sei es ihrer Meinung nach, den Beruf mit Herz zu machen und ein ehrliches Interesse an den Menschen zu zeigen. Toleranz, Respekt und Wertschätzung gegenüber der Kultur in der täglichen Arbeit zeigen sich ihren Angaben zufolge beispielsweise darin, dass immer die Schuhe an der Haustür auszuziehen sind und dass bestimmte Pflegehandlungen wie Blutzucker messen und Insulin spritzen immer vor oder nach dem Gebet durchzuführen bzw. zur Selbstmedikation vorzubereiten sind, da ansonsten alle Vorbereitungsrituale wie Waschung etc. von vorne durchgeführt werden müssen. Außerdem soll die Pflegekraft kritisch sein in Bezug auf Aussagen der Pflegebedürftigen und deren Angehörige und sich besser auf die ihrer Kollegen und Kolleginnen verlassen, womit sie auch die Notwendigkeit der kritischen Distanz hervorhebt.

7.5.3. Zusammenfassung

Sowohl von den interviewten Pflegehilfskräften als auch von den Führungskräften und dem Leiter der Berufsfachschule wird am häufigsten die Teilkompetenz des kulturellen Hintergrundwissens genannt. Die Führungskräfte nennen als Anforderungen an Pflegefachkräfte außerdem Kommunikationsfähigkeit, eine kulturübergreifende Herangehensweise, also eine explizit transkulturelle Kompetenz, sowie eigene Migrationserfahrungen oder einen Migrationshintergrund im Umgang mit fremdkulturellen Pflegebedürftigen. Als notwendiges Hintergrundwissen werden von den Führungskräften die Themenbereiche Ernährung, allgemeine Gepflogenheiten und Sterbeprozesse genannt, eine Pflegehilfskraft spricht über ihren subjektiven Bedarf an Wissen über deutsche Geschichte und Lebensweise für die Pflege deutscher Pflegebedürftiger. Übereinstimmungen gibt es auch bei weiteren genannten Teilkompetenzen: Offenheit, Verständnis, Empathie, Reflexion und Grenzen setzen.

Kritische Situationen entstehen häufig beim Thema Ernährung, gegengeschlechtliche Pflege, bei Vorurteilen gegenüber Pflegepersonen aus einem fremden Kulturkreis und Vereinnahmungstendenzen. Die Führungskräfte sehen in Fallbesprechungen bzw. Teamsitzungen den wichtigsten Weg zur Lösung von Konflikten, da diese aus der Praxis eingebracht, konkreten Fälle immer situationsabhängig betrachtet werden müssen. Dabei wird auch notwendiges Hintergrundwissen vermittelt.

Die Pflegehilfskräfte, die beide über einen Migrationshintergrund und Migrationserfahrungen verfügen, werden mit Vorurteilen und Diskriminierung aufgrund ihrer Herkunft bei der Arbeit konfrontiert. Sie verfolgen dabei eine ähnliche Strategien: Sie stellen zunächst Distanz für sich her und reflektieren dabei das Verhalten des Gegenübers, bevor sie weiter agieren.

7.6. Ergebnisse aus den Beobachtungen und Feldprotokollen

Ein Großteil meiner Beobachtungen zu sprachlich-kommunikativen Besonderheiten sind bereits implizit und explizit in die obigen Ausführungen zu den Gesprächen und Texten geflossen. Die am meisten ausgeführte Pflegehandlung bei den beobachteten Pflegebesuchen war das *Geben bzw. Stellen von Tabletten*. Einige Male wurde *Insulin gegeben*, zum Teil wurde vorher der Blutzuckerspiegel gemessen und der zu spritzende Insulinwert daraus abgeleitet, zum Teil wurde auch ein fester Wert gegeben. Wenige Male wurden *Wunden versorgt*. Zweimal beobachtete ich das *Ausziehen von Kompressionsstrümpfen*, was aber nur einmal sprachlich begleitet wurde. Das *Ankündigen der nächsten Pflegebesuche* fand fast bei jedem Besuch statt. Es kam nur sehr wenige Male vor, dass eine im Tourenplan vorgesehene Pflegemaßnahme nicht durchgeführt werden konnte.

Der größte Teil der Pflegebedürftigen war aktiv und bewegte sich im Raum, nur wenige lagen im Bett oder auf einer Couch. Da zur Zielgruppe des Pflegedienstes, bei dem ich vier von fünf Tourbegleitungen durchführte, vor allem Menschen mit psychischen Krankheiten gehören, stellte dies auch den häufigsten Grund für die benötigten Pflegeleistungen dar. Dabei konnte ich einen Zusammenhang zwischen der Schwere und Art der Erkrankung und der Zufriedenheit mit den Pflegebesuchen feststellen: Schwer depressive Pflegebedürftige zeigten sich vergleichsweise weniger zufrieden als jene ohne diese Erkrankung. Die Kommunikation verlief in diesen Fällen meist in angespannter Atmosphäre und die Pflegepersonen übernahmen hier sprachlich den größten Anteil. Zu beobachten war außerdem der offensichtliche und erwartbare Zusammenhang, dass bei Pflegebesuchen, bei denen die Pflegekräfte, die auf eine zugewandte, offene und authentische Art „ihre“ Pflegebedürftigen versorgten, auch die größte Zufriedenheit auf beiden Seiten zu sehen war. Zufriedenheit zeigte sich dabei durch ein Lächeln, eine herzliche Verabschiedung, ein freundlicher Tonfall, Zugewandtheit, die sich auch in körperlicher Nähe und Berührungen ausdrückte. Diese Art von Kommunikation wurde besonders dadurch deutlich, dass trotz der routinierten Bezugspflege sehr viel kommuniziert wurde und alle Pflegehandlungen angekündigt und erklärt wurden. Zudem waren viele Gespräche auch sehr privat und zeugten von großer Vertrautheit und von Vertrauen.

Small Talk umfasste eine ganze Palette an Themen: Wetter, aktuelle Geschehnisse (z. B. Fußballeuropameisterschaft), Familie, Urlaub, Aktivitäten, Gegenstände in der Wohnung, die kaputte Türklingel.

Auf den vier Pflgetouren bei Pflegebedürftigen mit zum größten Teil deutscher Herkunft waren fünf Mal Angehörige anwesend, von denen sich zwei an dem Pflegegespräch beteiligten. Bei der Pflgetour mit mehrheitlich türkischen Pflegebedürftigen waren etwa zur Hälfte der Besuche mehrere Angehörige anwesend.

Eine Pflegeperson stieß zwei Mal auf Ablehnung der vorgesehenen Pflegemaßnahmen und wandte die Strategie der freundlichen, aber bestimmten Überzeugung mit mehrmaligem Nachhaken an. Eine andere Pflegefachkraft war mit einer Bandbreite an Registern konfrontiert: starker Dialekt bis eher formell und bildungssprachlich. Durch sprachliche Anpassung konnte

sie sehr gut zwischen diesen Registern *switchen*. Bei einer weiteren fanden sehr kurze Besuche statt, die sich zum großen Teil durch vergleichsweise wenig Kommunikation und eine geringere Zufriedenheit und auch Irritationen von Seiten der Pflegebedürftigen auszeichneten. Hier fanden sich nicht angemessene sprachliche Äußerungen für Anweisungen, z. B. Imperative, zum Teil Befehlstön und Tendenzen zum *Baby Talk*. Trotzdem war bei manchen ihrer Besuche auch eine sehr lockere Atmosphäre und eine große Vertrautheit zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen zu spüren. Die Bezugspflege scheint also die zeitweise auftretende Unangemessenheit in der Sprache zum Teil auszugleichen, denn die Pflegeperson war in ihrer Arbeit sehr korrekt und verhielt sich zuweilen auch sehr fürsorglich den Pflegebedürftigen gegenüber.

Mehrere Situationen haben einen besonderen Eindruck bei mir hinterlassen, die ich an dieser Stelle noch einmal im Detail schildern möchte: Da war zum einen eine besonders einfühlsame Pflegefachkraft, die bei einer Pflegebedürftigen eine Invertigoprophyllaxe durchführte und eine Wunde versorgte. Während des gesamten Pflegebesuchs wurde die sehr vertraute Beziehung zwischen Pflegeperson und Pflegebedürftigen deutlich. Die Kommunikation war durch sehr viel Interaktion in Form von sehr häufigem und einvernehmlichem Sprecherwechsel gekennzeichnet und außerdem dadurch, dass die Pflegefachkraft die Gesprächsstrukturierung und auch z. T. die Themenwahl ihrer Kommunikationspartnerin überließ, die einen starken Rededrang hatte und die Dominanz in der Pflegesituation übernahm. Trotz der sehr klaren Überschreitung der Intimgrenze während der Pflegehandlungen schienen hier keinerlei unangenehme Gefühle wie Peinlichkeit etc. sprachlich reguliert werden zu müssen. Die Pflegefachkraft schaffte es, sich so an ihr gegenüber anzupassen, dass sie zum einen ihre Arbeit sehr effizient durchführen und zum anderen eine sehr entspannte Atmosphäre bei beidseitiger Zufriedenheit herzustellen konnte.

Einen Kontrast hierzu stellte eine Situation der gleichen Pflegefachkraft mit einer anderen Pflegebedürftigen dar. Diese Situation war dadurch gekennzeichnet, dass die schwere Depression der Pflegebedürftigen aus verschiedenen Gründen unbehandelt blieb, der Pflegedienst in diesem Fall aber nur eine Behandlung initiieren, nicht aber selbst durchführen kann. Bei der vorgesehenen Pflegebehandlung *nach dem Befinden schauen* erlebte ich die Pflegefachfrau, die sich bei allen anderen ihrer von mir beobachteten Pflegebesuchen sehr engagiert, kompetent und besonders einfühlsam zeigte, sichtlich überfordert. Dies zeigte sich unter anderem in der angespannten Atmosphäre. Die alte Frau weinte während des gesamten Zeitraumes. Sprachlich versuchte die Pflegeperson, viele Fragen zu stellen. Sie suchte nach stabilisierenden Themen wie Bekannte, tägliche Routinen wie das Mittagessen etc. Sie bot Hilfe an, doch schließlich merkte sie, dass all dies nicht zu einer Verbesserung der Befindlichkeit beitragen konnte. Dass sie in dieser Situation gehen und die verzweifelte und isolierte Frau allein lassen musste, war ihr sichtlich unangenehm. Sie versuchte, durch aufheiternde Phrasen wie: *Halten Sie die Ohren steif!* die Situation aufzulockern, was aber misslang. Hier wurde klar, dass Pflege, wenn auch mit Empathie, Einfühlsamkeit und angepasster Kommunikation durchgeführt, an ihre Grenzen stößt, wenn ihre eigenen Kompetenzen begrenzt sind, z. B. durch Zeitmangel und Grenzen der Behandlungskompetenz.

Eine weitere kritische Situation erlebte ich auf einer anderen Tour. Die Situation war eine ganz andere: Die Pflegebedürftige war medizinisch und pflegerisch gut versorgt, nur war sie sehr abweisend. Nach einer Operation wollte sie schlafen und nicht gestört werden. Die Pflegeperson versicherte mir, dass es immer schwierig war, diese Pflegebedürftige zu pflegen und dass sie manchmal auch aggressiv werden konnte. Mir fiel auf, mit welcher Vorsicht, die sich auch sprachlich niederschlug in Form von vielen Fragen, eingeleitet von Modalverben, z. B. *Darf ich mal, können wir eine Vereinbarung treffen*, die Pflegeperson vorging und wie sicher sie dabei im Umgang mit der Pflegebedürftigen war. Sie bewegte sich schrittweise auf das Gegenüber zu und sprach dabei nicht mehr als unbedingt nötig war, um die ruhebedürftige, sichtlich ärgerliche Frau nicht noch mehr zu reizen. Allerdings war sie bei dem, was sie sagte, gleichzeitig sehr bestimmt, zeigte viel Fingerspitzengefühl und bemerkte auch, wann die Grenze des Möglichen erreicht war.

Die gleiche Pflegeperson zeigte auch ein Gespür dafür, wenn das Gegenüber keine Kommunikation wünschte. So erlebte ich einen Pflegebesuch, bei der eine Pflegebedürftige kaum mehr als *hm* von sich gab und sich dabei auf den Fernseher konzentrierte. Es handelte sich dabei um eine schwer depressive Frau, die mit starken Medikamenten behandelt wird. Die Pflegeperson schaffte es hier, die tägliche Pflegeroutine durchzuführen, dabei noch eine Änderung in der Stellung der Tabletten zu besprechen, die sich sprachlich durch eine Vielzahl an Wiederholungen auszeichnete, bis sichergestellt war, dass die Pflegebedürftige in Zukunft die richtige Medikamentendosis zu sich nehmen würde. Sie respektierte den Wunsch ihres Gegenübers nach Abgrenzung und fragte und erklärte nur das Notwendige.

Eine weitere Pflegeperson begleitete ich, die mit dem Großteil ihrer Klienten und Klientinnen sowie deren Angehörigen ausschließlich auf Türkisch sprach. Diese Besuche waren durch eine große Vertrautheit und Herzlichkeit gekennzeichnet, als gehöre die Pflegeperson zum Familien- oder zum engen Freundeskreis. Die Kommunikation erschien mir dementsprechend sehr routiniert. Die Beteiligten zeigten viel körperliche Nähe. Alle anwesenden Angehörigen wurden in die Kommunikation eingebunden bzw. beteiligten sich rege daran. Aber das Verhalten einzelner Angehöriger erschien mir in manchen Momenten auch zudringlich. Auf Nachfrage in der Kurzbefragung berichtete mir die Pflegefachkraft, dass die Beziehung einerseits sehr eng sei, dass es andererseits aber auch zu Vereinnahmungstendenzen käme und dass es sehr schwierig sei, sich abzugrenzen. Mir fiel auf, dass sie vor jeder Haustür die Schuhe auszog, was sie im Gespräch als sehr wichtig und als Zeichen von Respekt bezeichnete. Ich beobachtete bei all ihren Pflegebesuchen beidseitige Zufriedenheit.

8. Resumé und Implikationen für Curricula

Die Ergebnisse zeigen, über welche umfangreiche sprachlich-kommunikativen Kenntnisse und inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen Pflegefachkräfte in der ambulanten Pflege verfügen müssen. In den Interviews wurde klar, wie wichtig das mündliche Gespräch für eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte und gleichzeitig effiziente Durchführung der Pflege ist. Das *ambulante Pflegegespräch*, das ich in dieser Arbeit untersucht habe, siedelt sich lexikalisch im Bereich der Allgemeinsprache an, enthält aber auch fachsprachliche Lexik aus Medizin und Pflege. Vereinzelt werden auch berufsübergreifende Termini verwendet. Damit ordnen sich die Ergebnisse ein in die Überlegungen von Funk (1992) und Braunert (2000). Die fachsprachlichen Anteile dieser Berufssprache siedeln sich auf Ebene E nach Hoffmann (1976) an bzw. weisen eine starke fachliche Vereinfachung der Sachverhalte nach Buhlmann & Fearn (2000) auf.¹⁵⁸ Die genaue Auswahl der Anteile von Allgemein-, Berufs- und Fachsprache im Unterricht sollte wie von Funk (1992), Grünhage-Monetti (2010), Haider (2010) und Steinmüller (1990) durch den Faktor Pragmatik vorgenommen werden, d. h. nach den Teilnehmenden, deren Vorkenntnisse, Berufserfahrungen, Sprachniveau, subjektiven Bedarfen, den Pflegeunternehmen, in denen sie arbeiten (werden), dem genauen Aufgabengebiet wie z. B. dem spezifischen pflegerischen Schwerpunkt (Demenz, Palliativpflege, Intensivpflege etc.) u. a.

Das *ambulante Pflegegespräch* erscheint zunächst sehr routiniert. Die verwendete Allgemeinsprache befindet sich auf einem einfachen Niveau. Wesentlich für die Realisierung dieses Gesprächstyps ist die Fähigkeit, alle durchzuführenden Pflegehandlungen sowie die damit verbundenen Begriffe, z. B. Krankheitsbezeichnungen und pflegerische Tätigkeiten, allgemeinverständlich kommunizieren zu können, um die tätigkeitbegleitende Kommunikation zu gewährleisten. Pflegefachkräfte müssen die Pflegehandlungen ankündigen, Informationen mitteilen, das Verständnis sichern und notwendige Fragen dazu stellen können. Dies entspricht den Aussagen von Abt-Zegelin & Schnell (2005) sowie Haider (2010), die Kommunikation als Pflegehandlung betrachten.¹⁵⁹

Hinter der vermeintlichen Einfachheit verstecken sich vielfältige sprachlich-kommunikative Kompetenzen. Dazu gehört zum einen der langfristige Aufbau einer tragfähigen, vertrauensvollen Pflegebeziehung. Dies ist nur durch Kommunikation möglich (vgl. Abt-Zegelin/Schnell 2005). Auf diesem Fundament kann das alltägliche Gespräch dann auch in knapper Form ablaufen. Pflegefachkräfte müssen neben den herausgearbeiteten lexikalischen, morphologischen und syntaktischen Besonderheiten auch auf jede/n ihrer Gesprächspartner sprachlich-kommunikativ eingehen können. Die Kommunikation der Pflegebedürftigen zeichnet sich in den untersuchten Gesprächen unter anderem durch den Gebrauch einfacher Allgemeinsprache aus. Der häufige Sprecherwechsel zwingt die Pflegekräfte dazu, immer aktiv in der Kommunikation zu bleiben, „den Ball schnell anzunehmen und wieder abzugeben“. Pflegebedürftige stellen bedeutend seltener Fragen, sie antworten viel häufiger auf ihnen gestellte Fragen und

¹⁵⁸ siehe Kapitel 2: Berufsbezogenes Deutsch

¹⁵⁹ siehe Kapitel 5.2: „Kommunikation als professionelle Pflegehandlung“

zwar oft nur kurz bestätigend, sie sprechen die Pflegefachkräfte kaum direkt oder mit deren Namen an, spielen also eine eher passive Rolle in der Kommunikation. Außerdem sprechen sie in vielen Ellipsen, deren Sinn aus der Beziehung, der Erfahrung und dem Kontext heraus erschlossen werden muss. Die Verantwortung für den Fortgang des Gesprächs, für den Aufbau der Beziehung, für die Themenwahl, für die Verständnissicherung, für das Einholen von wesentlichen Informationen liegt wie Auernheimer (2002, 2005) es als asymmetrische Kommunikation in Sozialberufen und Brünner (2005) als institutionell eingebettete Experten-Laien-Kommunikation, benennen, immer bei den Pflegefachkräften, die sich dessen bewusst sein müssen.

Pflegefachkräfte müssen auch mit den kommunikativen Besonderheiten und eventuell auftretenden Einschränkungen bei Pflegebedürftigen rechnen. In den aufgezeichneten Gesprächen nehmen manche psychisch kranken bzw. alten Menschen kaum an der Kommunikation teil, andere ergeben sich dem eigenen Drang nach endlosen Monologen, ohne den Gesprächspartner einzubeziehen. Dies entspricht den Untersuchungen von Fiehler & Thimm (2003) zur Kommunikation im Alter. Pflegefachkräfte müssen mit beidem kommunikativ umgehen können, das Verständnis auch in diesen Situation sichern bzw. den Fokus auf die Durchführung der Pflege lenken können. Und sie müssen auf die Erfahrung der aufgebauten Pflegebeziehung zu jedem einzelnen Pflegebedürftigen bauen können, um einschätzen zu können, ob das Verständnis tatsächlich gesichert ist und die betreffende Person beispielsweise die Medikamente in der abgesprochenen Dosis und zum richtigen Zeitpunkt auch wirklich einnimmt. Eine hilfreiche Strategie einer der befragten und beobachteten Pflegefachkräfte stellt dabei sicher die Fähigkeit dar, die sprachlich-kommunikativen Besonderheiten des Gegenübers bewusst erfassen und sich daran anpassen zu können. Die beobachtete Zufriedenheit dieser Pflegeperson und ihrer Klienten und Klientinnen scheint ihr dabei recht zu geben. Dazu gehört auch der Umgang mit verschiedenen Dia- und Soziolekten und das Verfügen über kommunikative Strategien, um im Falle von auftretenden Schwierigkeiten das Verständnis zu sichern bzw. Missverständnisse auszuräumen.

Neben dem starken Fokus auf das Hier und Jetzt, dass sich thematisch und lexikalisch durch die klare Konzentration auf die Pflegehandlungen, durch die begrenzten und hochfrequenten Zeitangaben, syntaktisch durch die Wahl von Numerus und Genus der Verben, sprich dem Präsens und der anwesenden Personen, durch die verwendete Deixis, die die Äußerungen meist auf den Ort des Geschehens und die Gegenwart bzw. die nahe Zukunft bezieht, müssen Pflegefachkräfte auch das weite Feld des *Small Talk* mit einer ganzen Reihe von möglichen Themen rezeptiv und produktiv beherrschen, denn dieser ist nach Funk (2003) wesentlich für den Aufbau sozialer Beziehungen. Die in den analysierten Gesprächen identifizierten Themenbereiche können noch erweitert werden. Dies betrifft auch die morphologischen und syntaktischen Mittel. Ein Gespräch über eine Reise beispielsweise weicht von den relevanten Flexionsformen des routinierten *ambulanten Pflegegesprächs* insofern ab, dass nicht vorrangig der Präsens Indikativ in der 1. und 3. Person Singular und der Höflichkeitsform verwendet wird, sondern vor allem die 1. Person Plural Perfekt zusammen mit Ortsangaben, zeitlichen Aufzählungen, vielen Adjektiven etc. erwartbar sind. Damit erweitert sich der zeitliche und örtli-

che Rahmen des *ambulanten Pflegegesprächs* und dies schlägt sich auch sprachlich nieder.

Die Tatsache, dass das Personalpronomen *wir* eher selten vorkommt, trägt der Forderung Rechnung, den noch vor Jahren praktizierten *Baby Talk* in der Altenpflege (vgl. Sachweh 1998) zugunsten einer respektvollen und mit der nötigen Distanz versehenen Kommunikation den kranken und alten Menschen gegenüber abzulösen. Lediglich eine ältere Pflegefachkraft im empirischen Material zeigt noch Tendenzen zum *Baby Talk*, alle anderen sprechen die Pflegebedürftigen mit dem höflichen „Sie“ bzw. dem Nachnamen an. Damit wird der Machtaspekt in einer asymmetrisch gekennzeichneten Experten-Laien-Beziehung angesprochen und nach den Vorstellungen von Auernheimer (2002, 2005) ein gewisser Ausgleich geschaffen, indem Pflegebedürftige durch die Sprache mehr auf Augenhöhe gerückt werden und ihnen der angemessene Respekt zukommt. Gleichzeitig entsprechen die hier gefundenen sprachlich-kommunikativen Merkmale in weiten Teilen den Ergebnissen von Sachweh (1998) hinsichtlich der gesichtsschonenden und verständnissichernden Ausgleichsstrategien wie dem Siezen und dem Ansprechen mit Nachnamen, dem Formulieren von Aufforderungen durch Modalkonstruktionen und Ellipsen, der Abschwächung mittels Abtönungspartikeln, den kurzen, einfach strukturierten Sätzen, dem Stellen geschlossener Fragen, um es den Pflegebedürftigen leichter zu machen, sowie den rituellen Gesprächsanfängen und -beendigungen.¹⁶⁰

Über das Beherrschen des *ambulanten Pflegegesprächs* hinaus, das zwischen Pflegefachkraft und Pflegebedürftigen geführt wird, ist die Registerübertragungsfähigkeit (siehe hierzu E fing 2014 und Roelcke 2010)¹⁶¹ gefragt. Über durchzuführende Pflegehandlungen, Medikamente, Pflegemittel und weitere pflegerische Informationen müssen Pflegefachkräfte auch mit Kollegen und Kolleginnen, ggf. auch Betreuern und Betreuerinnen, Angehörigen, Ärzten und Ärztinnen, Therapeuten und Therapeutinnen, Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen von anderen sozialen Diensten u. a. kommunizieren, wie in den Interviews, Kurzbefragungen und in den Gesprächen selbst deutlich wurde. Dabei müssen die Pflegefachkräfte die Sachverhalte auf unterschiedlichem fachlichen Niveau besprechen können. Dies betrifft nicht nur die (Fach-)Lexik, auch unterschiedliche morphologische und syntaktische Komplexitätsgrade sind zu erwarten.

Für die in dieser Arbeit untersuchten Texte benötigen Pflegefachkräfte Textsortenkenntnisse, die vor allem ökonomisch gestaltete und anonym gehaltene Formulare und Listen betreffen. Dabei ist es zunächst wichtig, die in den Texten verwendete allgemeinsprachliche, berufsübergreifende und fachsprachliche Lexik zu verstehen bzw. sich selbst erschließen zu können. Vom allgemeinsprachlich gehaltenen Formular *Schlüsselübergabe*, über den berufsübergreifenden *Beschwerdeaufnahmebogen* bis zum *Überleitungsbogen* mit umfangreicher fachsprachlicher Lexik aus Medizin und Pflege ist das Spektrum relativ breit.

Zudem müssen die Pflegefachkräfte die meist impliziten Fragehandlungen in den Texten erkennen und auch mit knappen bzw. fehlenden syntaktischen Mitteln sowie grafischen deiktischen Elementen die Verbindung zwischen Lexemen bzw. semantischen Einheiten erkennen können, z. B. allein stehende Nomen oder der Textsorte geschuldete, typische, aus platzökono-

¹⁶⁰ siehe Kapitel 5: Forschungsstand

¹⁶¹ siehe Kapitel 2: Berufsbezogenes Deutsch

mischen Gründen verwendete Nomen, die ohne Genitivmarkierung nebeneinander stehen, Nominalphrasen etc. Die für Formulare charakteristischen unpersönlichen bzw. passiven Verbformen sowie die damit verbundenen imperativen Sprechhandlungen müssen rezeptiv erfasst werden können. Außerdem sollten die Pflegefachkräfte eine Reihe von häufig auftretenden morphologischen Formen identifizieren können, z. B. Substantivierungen durch Suffigierung, Determinativkomposita, sowie deren semantischen Gehalt in den verschiedenen Wortarten innerhalb der Wortfamilien und -reihen. Die in den Texten ermittelten vorherrschenden morphologischen Besonderheiten entsprechen in Teilen den Ergebnissen von Steinmüller (1990) und Roelcke (2010) hinsichtlich der Fachsprachen, syntaktisch gibt es ein paar wenige Übereinstimmungen mit den von Steinmüller (1990) gefundenen Nominalisierungsgruppen, den bevorzugten Verbkonstruktionen im Indikativ Präsens, Passiv-Formen und der unpersönlichen Ausdrucksweise. Während die meisten der Texte vorrangig rezeptiv verstanden werden müssen, verlangen manche auch unterschiedliche produktive schriftliche Kompetenzen.

Weiterhin müssen sich die Pflegekräfte im Klaren darüber sein, dass das Ausfüllen dieser Formulare bzw. das Ergänzen und Unterschreiben von Listen (*Ergebnisliste des Tourenplans*) nach Fandrych & Thurmair (2011) in den meisten Fällen ein Teil einer längeren Handlungskette darstellt, dass diese Texte zum größten Teil vom Qualitätsmanagement sowie der Unternehmens- und Einsatzleitung erstellt werden und sich an mehrere Adressaten richten: neben der zentralen Verwaltung, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, den Krankenkassen, dem Autohaus, Versicherungen sowie anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Pflegedienstes wie Sachbearbeitern und -bearbeiterinnen, Pflegefach- und -hilfkräften, der Teamleitung auch die Textverfasser selbst. Das bedeutet, dass die Pflegefachkräfte sich darüber bewusst sein müssen, dass die Fragehandlungen einen bestimmten institutionellen Zweck erfüllen, oft appellative und kontrollierend-reglementierende Funktionen innehaben und dass sie selbst mit ihren Antworten zum großen Teil Informationen bereitstellen, auf deren Grundlage dann in den nächsten Schritten der Handlungskette Entscheidungen getroffen werden hinsichtlich der Behandlung von Pflegebedürftigen (z. B. beim *Überleitungsbogen*, *Marcumar-Dosierung*), aber auch bezüglich unternehmerischer und ökonomischer Belange (z. B. bei der *Schadensmeldung*, *Verbesserung*, *Ergebnisliste des Tourenplans*).

Pflegefachkräfte haben es an jedem Tag ihrer Berufsausübung mit einer Vielzahl an unterschiedlichen Gesprächen mit unterschiedlichen Gesprächspartnern und Texten zu tun, in verschiedenen Kontexten und jeweils auf unterschiedlichen berufsfachsprachlichen Niveaustufen, zwischen denen sie *switchen* müssen. Dies entspricht den Ergebnissen der Untersuchungen der AWO (2014). Ihr beruflicher Alltag beginnt mit der Tourvorbereitung, in der sie Fachkommunikation mit Kolleginnen und Kollegen (z. B. bei den Übergabegesprächen) und mit Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern im Büro führen und eine Reihe von Texten verstehen und zum Teil ausfüllen müssen (z. B. *Schlüsselübergabeprotokoll*, *Kontrollliste Arbeitsmittel*, *Autoübergabe*, *Dienstplan*, *Marcumar-Dosierung* etc.). Während der Pflegebesuche führen sie eine Reihe von *ambulanten Pflegegesprächen* mit unterschiedlichen Menschen, sprechen außerdem mit Angehörigen, lesen den vorrangig fachsprachlichen Tourenplan auf dem Mobiltelefon,

telefonieren mit Kolleginnen und Kollegen sowie den Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern im Büro und füllen Pflegeberichte aus. Bei der Tournachbereitung begegnen ihnen weitere Texte wie die Pflegedokumentation und weitere Gespräche (z. B. am Telefon mit Ärztinnen und Ärzten, Betreuerinnen und Betreuern, Therapeutinnen und Therapeuten u. a.). Sie müssen demnach die Fähigkeit haben, in allen vier Fertigkeiten zwischen den unterschiedlichen fach- und berufssprachlichen Ebenen mehrfach wechseln zu können.

Dabei beinhaltet das Beherrschen der analysierten Texte und der dazugehörigen Textsorten sowie des Gesprächstyps *ambulantes Pflegegespräch* auch (sozio-)kulturelles Wissen, das im Unterricht thematisiert und ggf. durch eine vergleichende Analyse mit Textsorten und Gesprächstypen aus der Herkunftskultur oder aus verschiedenen anderen Kulturkreisen kontrastiert werden kann. Dies entspricht auch dem Konzept von Knapp-Potthoff (1997) zu den Kommunikationsgemeinschaften, deren Codes erlernt werden müssen. Zudem ist zu bedenken, dass die zahlreichen Kommunikationspartner und -partnerinnen häufig auch unterschiedliche kulturelle Hintergründe haben.

Was in dieser Hinsicht die Kommunikation mit den Pflegebedürftigen betrifft, werden in der Literatur die drei Säulen transkultureller Pflege von Domenig (2001, 2007) genannt: Hintergrundwissen und Erfahrungen, die Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion sowie die narrative Empathie. Die Aussagen der Interviewten zu den benötigten interkulturellen Kompetenzen bestätigen dieses Konzept, fügen aber noch folgende Kompetenzen hinzu: Offenheit, Verständnis, Empathie, Grenzen setzen, Kommunikationsfähigkeit, eine kulturübergreifende Herangehensweise, eigene Migrationserfahrungen oder einen Migrationshintergrund sowie Lernbereitschaft. Außerdem werden von den Pflegepersonen indirekt auch die Wichtigkeit von Ambiguitätstoleranz, Flexibilität und die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel beschrieben. Damit umfassen die als relevant erachteten Teilkompetenzen sowohl die kognitive, die verhaltensbezogene und als auch die affektive Dimension, die in mehreren Modellen vorhanden sind (z. B. nach von Gertsen 1990). Alle diese verschiedenen Dimensionen müssen, wie Hinz-Rommel (1994) anmerkte, vom Curriculum abgedeckt sein.

Ich möchte an dieser Stelle neben all den in der Literatur und den Interviews genannten Kompetenzen näher auf diese drei Säulen transkultureller Pflegekompetenz eingehen, da sie erstens als besonders relevant bezeichnet und zweitens im Rahmen eines interkulturellen, handlungsorientierten und teilnehmerbezogenen Unterrichts für Deutsch als Fremd- und Zweitsprache vermittelt werden können, indem sie gleichzeitig mit dem sprachlichen Lernprozess verbunden werden können. Nicht explizit genannt, aber von großer Wichtigkeit ist in diesem Zusammenhang die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, die mit allen drei Teilkomponenten verbunden ist.

Die Fähigkeit zur Reflexion über sich selbst, das Gegenüber und die Situation ist sicher die zentrale Komponente für interkulturelle bzw. transkulturelle Kompetenz. Der Unterricht kann hier eine wesentliche Rolle spielen, indem diese Denkprozesse angestoßen und versprachlicht werden. Als prototypisch möchte ich hier eine meiner Interviewpartnerinnen, eine Pflegehilfskraft bezeichnen, die sehr anschaulich und offen erklärt hat, wie sie diese Kompetenz konkret

in verschiedenen Situationen angewendet hat und zu einem positiven Fortgang einer konfliktbedrohten Pflegebeziehung einsetzen konnte.¹⁶² Im Zuge dessen war sie in der Lage, auch andere Teilkomponenten wie Perspektivenwechsel, Offenheit, Toleranz, Ambiguitätstoleranz und Empathie durch eine ehrliche und ausführliche Selbstreflexion weiterentwickeln. Auch die Reflexion über das Gegenüber und die Situation waren Bestandteil dieses Prozesses. Inhaltlich und sprachlich können diese Lernprozesse im Unterricht insofern vorbereitet und begleitet werden, indem sowohl Einzelcoachings bzw. Supervisionen als auch Team- und Fallbesprechungen eingesetzt werden zur Behandlung einzelner Fälle, wie sie von allen Pflegediensten regelmäßig praktiziert werden. Einen Teil der Selbstreflexion können dabei natürlich alle Kursteilnehmenden für sich selbst in ihrer bevorzugten Sprache vollziehen. Der Austausch mit anderen über die eigenen Gedanken und Gefühle, das Erzählen des Geschehenen, das Mitteilen eigener Erfahrungen, das Fragen und Antworten darauf finden dann aber auf Deutsch statt. Dazu ist eine umfassende sprachliche Vorbereitung nötig, um all das ausdrücken, verstehen und besprechen zu können. Neben der Schilderung der konkreten Fälle aus dem beruflichen Alltag der Lernenden können auch die in der Literatur und in den Interviews herausgearbeiteten relevanten Themen und *Critical Incidents* (Ernährung, gegengeschlechtliche Pflege, Vorurteile bezüglich der Herkunft der Pflegeperson, Umgang mit Palliativpflege und Vereinnahmungstendenzen) besprochen werden, die die Lehrkraft sprachlich mit den Kursteilnehmenden vorbereitet und indem sie sie bei diesem reflexiven kommunikativen Austausch begleitet. Dabei spielt der Umgang mit Grenzen eine große Rolle. Es können Möglichkeiten gefunden werden, wie man sprachlich die Grenzen der anderen anerkennt und eigene Grenzen setzt.

Je nach Fokus, Fall und Situation können dann folgende Inhalte behandelt werden:

- Muster des eigenen Verhaltens Einstellungen, Denkweisen, Vorurteile und die der eigenen Kultur und Gesellschaft erkennen (Auernheimer 2005, Hinz-Rommel 1994,) benennen und zur Diskussion stellen
- Projektionen erkennen, sich eigene Emotionen wie Ängste, Faszination, Befremden eingestehen (Auernheimer 2005), benennen und zur Diskussion stellen
- dabei immer den Kontext mit einbeziehen (Mecheril 2013), indem er thematisiert und beschrieben wird
- sich der eigenen Lebenswelt bewusst werden, sie hinterfragen, indem Unbewusstes und Selbstverständliches bewusst gemacht (Domenig 2007), darüber gesprochen und sich ausgetauscht wird
- darauf aufbauend sich die Lebenswelten der Pflegebedürftigen bewusst machen und sich deren Perspektive möglichst wertneutral annähern (Domenig 2007), indem diese beschrieben werden und sich die Kursteilnehmenden darüber austauschen, unterschiedliche Sichtweisen zum Ausdruck kommen und mögliche Bewertungen neutralisiert werden.

¹⁶² siehe Interview mit Hilfskraft A in Kapitel 7.5.2. und im Anhang

Dabei kann der für den Lern- und Kommunikationsprozess wesentliche Perspektivenwechsel vorgenommen werden. Dieser ist aber nicht nur innerhalb der Fall- und Teambesprechungen wichtig, sondern auch im *ambulanten Pflegegespräch*. Eine der wesentlichen inter- bzw. transkulturellen Teilkomponenten, die eng mit der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel verbunden ist, stellt meiner Ansicht nach die narrative Empathie dar. Sie kann zum einen als kommunikative Technik betrachtet werden, um sich einer anderen Perspektive zu nähern, andererseits kann sie nicht ohne die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel angewendet werden, denn sie würde schon nach kurzer Zeit an ihre Grenzen stoßen. Beide sind also eng miteinander verknüpft.

Bei der narrativen Empathie kommt es darauf an, zunächst eine Atmosphäre zu schaffen, in der Heilung stattfinden kann, von Auernheimer (2002) als *Framing* bezeichnet, das bedeutet, sich den Pflegebedürftigen aufgeschlossen und interessiert zuzuwenden, nicht mit Zurückweisung oder vorschnellen Korrekturversuchen und Abgrenzung zu reagieren, wenn etwas Befremdliches geschieht, versuchen, die Gedanken und Gefühle des anderen möglichst zu erkennen und zu verstehen sowie aus dessen Sichtweise heraus zu interpretieren und zu akzeptieren, dass man nicht alles an den anderen verstehen kann (Domenig 2007, Mecheril 2013). Sprachlich betrachtet muss sich die Pflegefachkraft dazu die notwendigen narrativen Techniken aneignen: Zum einen ist dies das einfühlsame Stellen von Fragen. Dazu gehört auch, dass diese Fragen kultursensibel gestellt werden, also nicht kulturalisieren. Die Gründerin betont im Interview, wie wichtig es ist, Fragen zu Krankheiten sowie die Deutung des Gegenübers hinsichtlich dieser Krankheiten zu ermitteln und Verständnis dafür zu haben, auch wenn die Antworten den eigenen Vorstellungen widersprechen. Nonverbale Kommunikationstechniken wie Zuhören und Zugewandtheit, Interesse und Aufmerksamkeit, ausgedrückt durch Mimik, Gestik und kurze emotionale Reaktionen ergänzen die Fragen und sorgen dafür, dass sich die Gesprächspartner und -partnerinnen darin unterstützt fühlen, ihre biografischen, sozialen und/oder situativen Erlebnisse und Erfahrungen zu erzählen. Wesentlich ist dabei auch, das Verstehen den Pflegebedürftigen zu kommunizieren und auch eigene Ansichten und Erfahrungen zu offenbaren (Domenig 2007). Die Pflegeperson ist hier in der ambulanten Pflege auf sich allein gestellt und muss über ein breites Repertoire an Kommunikationsstrategien und -techniken in der konkreten Situation verfügen, die eine Eigendynamik entwickelt, z. B. zur Reparatur bei Missverständnissen (Knapp-Potthoff 1997) und in einem Suchprozess der Verständigung einen Kompromiss mit dem Gegenüber aushandeln können, indem gemeinsam ein Kontext geschaffen wird (Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege 2002, Domenig 2001, Mecheril 2013). Eine Technik hierfür nennt Auernheimer (2002): das *Co-membership*, das Aufgreifen von Gemeinsamkeiten. Zu berücksichtigen ist dabei immer die jeweilige Situation, die eine zentrale Rolle spielt und der Pflegeperson viel Fingerspitzengefühl, Erfahrung und Sensibilität abverlangt (Straub 2007, 2010, Interview mit dem Leiter der Zentralen Verwaltung). Sprachlich und kommunikativ kann diese Kompetenz durch Rollenspiele innerhalb von Szenarien vorbereitet und geübt werden, entweder anhand von *Critical Incidents* oder mit realen Pflegebeziehungskonstellationen der Kursteilnehmenden. Dabei sol-

len die Pflegefachkräfte wie im Konzept der transkulturellen Pflegekompetenz¹⁶³ beschrieben, üben, über das Kulturelle hinaus zu gehen und das Gegenüber individuell und situativ zu erfassen und dies auch sprachlich auszudrücken, dabei eine Sprache zu finden, die die Beziehung des *Ich* und des *Du* fokussiert, weniger das *Er* oder *Sie* als Teil von Kultur X. Es bedarf demnach einer kultursensiblen bzw. transkulturellen Sprache oder wie Domenig es ausdrückt, eines kulturfreien Dialograums (Domenig 2001), der im Unterricht erlernt werden kann.

Durch die narrative Empathie innerhalb der biografischen Selbstbeschreibungen der Pflegebedürftigen können sowohl wesentliches kulturelles Hintergrundwissen erworben als auch Erfahrungen gemacht werden, die bedeutsam für die interkulturelle Praxis sind, indem sich die Pflegeperson an die Alltags- und Lebenswelt der Pflegebedürftigen, die sie über eine lange Zeit versorgt, annähert und diese zu begreifen beginnt (Domenig 2001, 2007, Mecheril 2013). Einen Teil der Lexik zur Iniziiierung und Fortführung dieser empathischen Pflegegespräche, mit denen dieses Wissen gewonnen wird, können die transkulturellen Pflegemodelle¹⁶⁴ und das Pflege-Assessment liefern¹⁶⁵. Die Pflegekräfte können dabei je nach Situation Gespräche zu Themen wie kulturelle Zugehörigkeit, Migrationsgeschichte, religiöse Bedürfnisse hinsichtlich Glaubensausübung, Ernährung, Körperpflege, Sterben, Tod, Gesundheits-, Krankheits- und Pflegeverständnis, soziale Organisation in der Gesellschaft etc. mit den Pflegebedürftigen führen bzw. diese Gespräche innerhalb der Szenarien im Unterricht vor- und nachbereiten.

Außerdem kann weiteres kulturübergreifendes und/oder kulturspezifisches Wissen in Modulen immer dann vermittelt bzw. sich angeeignet werden, wenn es zum jeweiligen Thema oder zur Situation und zum Fall passt bzw. wenn bei den Lernenden ein subjektiver Bedarf danach vorhanden ist. Dabei ist es sicher auch von Vorteil, wenn die Kursteilnehmenden lernen, verschiedene Informationsquellen für sich zu erschließen, die sie auch hinsichtlich Qualität, Aktualität und Realitätsnähe einschätzen lernen und das Wissen mündlich und/oder schriftlich wiedergeben. Domenig (2001) schlägt allgemeines Wissen hinsichtlich unterschiedlicher Gesundheits- und Krankheitskonzepte, dem Konzept der familien- und individuumzentrierten Gesellschaft, der unterschiedlichen Wahrnehmung von Schmerz, Tabus und Schamempfinden, der verschiedenen Vorstellungen von Pflege, des Weiteren zu Rassismus, rassistischer Diskriminierung und Gewalt u. a.¹⁶⁶ vor. Auernheimer (2005) empfiehlt außerdem kulturübergreifendes Wissen über kollektive gruppenspezifische Situationen und negative Erfahrungen, gesellschaftliche Kontextbedingungen, z. B. rechtliche Beschränkungen bei Ausländern, Asylbewerbern etc., Lebenslagen von Migrantenfamilien. Knapp-Potthoff (1997) ergänzt diese Bereiche um eine allgemeine kulturelle Sensibilisierung durch das Aneignen allgemeinen Wissens über Kultur und das Entwickeln eines Bewusstsein darüber, dass menschlichen Denken, Deuten und Handeln kulturabhängig ist. Da die Kursteilnehmenden selbst über einen Migrationshintergrund bzw. eigene Migrationserfahrungen verfügen, werden sie sich das Wissen nicht nur rezeptiv aneignen, sondern innerhalb des Kurses selbst über eigene Erfahrungen und

163 siehe Kapitel 3.4.2: Transkulturelle Pflegekompetenz

164 siehe Kapitel 3.4.3: Transkulturelle Pflegemodelle

165 siehe Kapitel 3.4.2.3: Pflege Assessment

166 siehe Kapitel 3.4.2.1: Die drei Säulen der transkulturellen Pflegekompetenz

eigenes Wissen in der Gruppe referieren können. Dabei können auch Diskussionen darüber angeregt werden, was neu erlernt werden muss(te), wie das Interkulturelle und das Transkulturelle erlebt wird, wo die eigenen Grenzen derzeit liegen, was helfen kann etc. Das beinhaltet auch, wie es Mecheril (2013) betont, dass sich die Lernenden als Zielgruppe dieser kulturellen Sensibilierungs- und Wissensmodule auch kulturspezifisches Wissen über deutsche Kultur und Geschichte erarbeiten sollen, wie der geschilderte Bedarf und die Themen des *Small Talk* im *ambulanten Pflegegespräch* zeigen.

Zudem wäre es sinnvoll, die aus- bzw. weiterzubildenden (zukünftigen) Pflegefachkräfte im Hinblick auf die Professionalisierung und fachsprachliche Entwicklung in der Pflege zu sensibilisieren. Dazu könnten beispielsweise im Unterricht unterschiedliche aktuelle Lehr- und Lernmaterialien aus den sich etablierenden Studiengängen herangezogen werden und damit Übungen zur Konkretisierung von Begriffen mit vager Semantik (wie z. B. *betreuen*, *machen* in Verbindung mit verschiedenen Präfixen) sowie Übersetzungen in andere Register vorgenommen werden.

Die Szenario-Technik

Die Untersuchung ist darauf ausgerichtet, die Ergebnisse für einen berufsorientierten, interkulturellen, handlungsorientierten (Fremdsprachen-)Unterricht in Form von Szenarien zu verwenden. Bei dieser Technik handelt es sich nach Eilert-Ebke/Sass (2014) um...

eine Kette von fiktiven, handlungsbezogenen Aufgaben mit einem realistischen Hintergrund. Die Rollen und die einzelnen in dem jeweiligen Szenario vorkommenden mündlichen oder schriftlichen Kommunikationssituationen sind zuvor festgelegt und knüpfen stets an die Arbeits- und Lebenswelt der Kursteilnehmenden an. Ziel ist es, in eine realitätsnahe Situation einzutauchen, um ganz konkrete, auf den eigenen Arbeitsplatz bezogene Sprachhandlungen zu simulieren.

Das Szenario unterscheidet sich vom Rollenspiel dadurch, dass es aus mehreren aufeinander aufbauenden Kommunikationssituationen besteht. Ein bestimmtes Ereignis oder ein Kommunikationsanlass stellen den Ausgangspunkt dar. Alle weiteren Aufgabenstellungen leiten sich aus diesem Kontext ab. Dabei kann man auf unterschiedliche Weise vorgehen. Zunächst wird immer eine Sprachhandlung durchgespielt und der Schwerpunkt liegt dabei auf dem gewöhnlichen Verlauf von der Begrüßung bis zur Beendigung. Unterschiedliche Akteure übernehmen die verschiedenen Verlaufsschritte. Dann werden eine Reihe von Sprachhandlungen sukzessive aneinandergereiht. Dabei kann man sich an den Kann-Beschreibungen von Profile Deutsch (2005) orientieren und diese je nach Erfordernissen am Arbeitsplatz konkretisieren (vgl. ebd.)

Im berufsbezogenen Sprachtraining geht es neben der Vermittlung von Sprache auch um Kommunikationsstrategien, wie z. B. *Small Talk* oder Deeskalation in schwierigen Gesprächssituationen. Folgende Inhalte mit unterschiedlichen Zugängen können im Unterricht behandelt werden: Beschreiben der Aufgaben und Tätigkeiten, Texte/Hörtexte zum Thema, Analyse von mitgebrachten Materialien, Hintergrundinformationen zum Thema, Vermittlung von Redemitteln, Training von Aussprache, Intonation und Prosodie, verschiedene Register, Tipps

zum Umgang mit schwierigen Situationen, z. B. durch das 4-Ohren-Modell von Thun und Schulz sowie das Sammeln von typischen Fallbeispielen als Grundlage für das Szenario (vgl. ebd.)

Am Ende einer solchen Unterrichtssequenz steht dann das Szenario, in dem die zuvor geübten Strukturen und Redemittel in verschiedenen Kommunikationssituationen trainiert werden und zwar in verschiedenen Rollenkonstellationen, so dass die Teilnehmer die neuen Redemittel mehrfach hören und Unterschiede je nach Einsatz von Intonation/Stimme und Körpersprache beobachten können. Schon an dieser Stelle können dann metasprachliche Elemente vermittelt werden (wie z. B. „Was meinen Sie damit?“, „Könnten Sie das bitte genauer erklären?“), damit die Lernenden ermächtigt werden, auch mit noch geringen Sprachkenntnissen den Dialog aufrecht zu erhalten. Am Ende können die für die entsprechende Kommunikationssituation relevanten Strukturen vertieft werden. Diese Art der Grammatikvermittlung ist konkret und anwendungsbezogen. Sie unterstützt autonome Lernprozesse. Der Gewinn einer solchen Unterrichtseinheit liegt darin, dass die Teilnehmenden genau das üben, was sie bei der Kommunikation am Arbeitsplatz brauchen (vgl. ebd.)

Mögliche Szenarien

Aus den Analyseergebnissen, dem Résumé und der Forschungsliteratur leite ich nun folgende Vorschläge ab, aus denen jeweils nach pragmatischen Kriterien konkrete Szenarien für den berufsbezogenen inter- bzw. transkulturellen, handlungsorientierten Fremdsprachenunterricht für die (ambulante) Pflege entwickelt werden können. Die Kursteilnehmenden könnten sich auf folgende prototypische Situation vorbereiten und sie durchspielen:

Auf einer ambulanten Pflorgetour sollen bei einer/m Pflegebedürftigen Tabletten gestellt werden. Ein/e Kursteilnehmer/in spielt dabei die Pflegefachkraft, ein/e andere/r die/den Pflegebedürftige/n. Im ersten Schritt soll nun die genannte Pflegehandlung angekündigt sowie durchgeführt und sprachlich-kommunikativ begleitet werden. In einem zweiten Schritt soll dann das komplette *ambulante Pflegegespräch* geführt werden, d. h. Pflegebedürftige/n begrüßen, die Pflegehandlung ankündigen, sie sprachlich begleiten, den nächsten Pflegebesuch ankündigen und sich verabschieden.

Dazu bereiten sich die Kursteilnehmenden zunächst sprachlich auf die einzelnen Elemente vor. Hierzu dienen als Grundlage die Untersuchungsergebnisse zur Pflegehandlung *Tabletten geben/stellen*, für den zweiten Schritt auch die Ergebnisse der Pflegehandlung *Ankündigung der nächsten Pflegebesuche* sowie die informelle Begrüßung und Verabschiedung. Auf dieser Basis kann die Kursleitung vorbereitend und/oder zusammen mit den Teilnehmenden je nach Bedarf Erweiterungen vornehmen wie z. B. der Wortfelder, der Wortfamilien, der Wortreihen, der typischen Wendungen und der Ausdrücke für die vorherrschenden Sprechhandlungen. Es können Synonyme gesammelt und verschiedene Alternativen für die benötigten sprachlichen Wendungen erarbeitet werden. Des Weiteren bereiten sich die Teilnehmenden auf die entsprechenden morphologischen und syntaktischen Formen vor, die je nach Sprachniveau unterschiedlich komplex ausfallen können. All diese sprachlichen Mittel können dann zunächst

in verschiedenen Zusammenhängen geübt werden. Die Kursleitung kann zur Vorbereitung des Rollenspiels den Kontext verdeutlichen, so dass sich beispielsweise der/diejenige in der Rolle der/der Pflegebedürftigen darüber klar wird, dass er/sie sich in seinem/ihrer eigenen privaten Wohnraum befindet, die Pflegeperson sehr gut kennt und regelmäßig von ihr gepflegt wird etc. Die Lehrkraft kann außerdem zusammen mit den Kursteilnehmenden eine *Means Analysis*¹⁶⁷ durchführen, d. h. feststellen, welche Mittel in der jeweiligen Bildungsinstitution zur Verfügung stehen, um den Kontext der ambulanten Pflege nachzustellen (relevante Faktoren können hier z. B. vorhandene Räume, Möbel etc. sein)

Darauf aufbauend kann diese idealtypische Situation verändert und erweitert werden, z. B.:

- andere (untersuchte) Pflegehandlungen werden einzeln als Szenarien durchgespielt; dabei dienen die herausgearbeiteten Sprechhandlungen und grammatischen Merkmale als Grundlage für die Ergänzung und Erweiterung der sprachlichen Mittel; nachdem diese erarbeitet wurden, werden die einzelnen Pflegehandlungen dann als prototypische Muster zusätzlich und mit den beschriebenen möglichen optionalen Verläufen bzw. mit noch weiteren Alternativen, die die Teilnehmenden bzw. (zukünftigen) Pflegefachkräfte aus ihrem beruflichen Alltag einbringen, durchgespielt, z. B.:
- Angehörige sind anwesend und werden in die Gespräche involviert, ihnen werden Informationen zu den Pflegehandlungen gegeben, sie werden angeleitet und/oder erhalten Aufträge etc.
- Pflegehandlungen müssen detailliert erklärt werden, z. B. müssen Änderungen in der Dosis von Medikamenten wie Tabletten, Insulin etc., die Heilung von Wunden, die Wirkung von Pflegemaßnahmen besprochen werden etc.
- Pflegebedürftige und/oder Angehörige äußern Wünsche zu zusätzlichen Pflegehandlungen, auf die die Pflegefachkraft reagieren muss (mit Ablehnung, mit Zusage, mit dem Aufnehmen der Bitte und der Zusage, dies prüfen zu lassen bzw. zu beantragen etc.)
- Registerübertragungsübung: die Pflegeperson wird von einem Kollegen oder einer Kollegin angerufen und zu einer/m gemeinsamen Klienten/in befragt. Die Pflegefachkraft erklärt daraufhin auf fachlicher Kommunikationsebene, welche Pflegehandlungen sie auf einem ihrer Besuche bei der/dem betreffenden Pflegebedürftigen durchgeführt hat, gibt dabei noch weitere pflegerische Informationen und benennt die dabei verwendeten Pflegemittel
- Registerübertragungsübung: das Besprechen von Befunden und Rezepten von Arztbesuchen mit Pflegebedürftigen; dabei müssen diese allgemeinverständlich erklärt werden
- Registerübertragungsübung: durchgeführte oder durchzuführende Pflegehandlungen mit einem Arzt am Telefon in der Tournachbereitung / mit den Angehörigen / mit den Kollegen/innen / mit einem/r Betreuer/in besprechen

¹⁶⁷ siehe Kapitel 6: Methodik

- der/dem Pflegebedürftigen mitteilen, was sie/er beim nächsten Arztbesuch verordnet bekommen soll, was zur Pflege benötigt wird; beim nächsten Pflegebesuch überprüfen, ob alle notwendigen Verordnungen/Pflegemittel vorhanden sind
- mit der/m Pflegebedürftigen besprechen, was sie/er oder ihre/seine Angehörigen in der Apotheke mitbringen/bestellen soll(en) und dies beim nächsten Pflegebesuch überprüfen und ggf. erneut in Auftrag geben
- Modul zu soziokulturellem Wissen: der Unterschied zwischen illukotivem und perlokutivem Akt, beispielsweise bei der Sprechhandlung MITTEILEN bei der Teil-Pflegehandlung *Einnahme der Tabletten initiieren*, die sowohl eine AUFFORDERUNG als auch Vertrauen ausdrückt
- Die Pflegefachkraft will im Büro auf dem ausgehängten Dienstplan ablesen, wann sie im kommenden Monat arbeiten muss und welche Touren sie dabei fahren soll
- bei der Tourvor- und nachbereitung müssen verschiedene Formulare ausgefüllt werden (*Autoübergabe, Schlüsselübergabe, Ergebnisliste des Tourenplans, Marcumar-Dosierung, Kontrollliste Arbeitsmittel*); dazu kann die Kursleitung konkrete Vorgaben machen, die produktiv umgesetzt werden sollen
- Die Kursleitung bespricht mit den Teilnehmenden konkrete Fälle aus dem beruflichen Alltag, relevante pflegerische Informationen werden gemeinsam festgehalten; bei einem Fall kam es beispielsweise in der Vergangenheit zu einer Notsituation, woraufhin von den Kursteilnehmenden die Formulare *Notfalleinsatz Klient* und *Überleitungsbogen* mithilfe der Informationssammlung ausgefüllt werden; das gleiche gilt für die Formulare *Schadensmeldung, Beschwerdeaufnahmebogen* und *Beratungsprotokoll*
- die Pflegefachkraft stellt fest, dass man im täglichen Ablauf der Pflegetour an einer bestimmten Stelle Zeit sparen könnte, die man dann bei den Pflegebedürftigen länger mit Gesprächen verbringen könnte; sie will dem Pflegedienst einen Vorschlag machen und füllt dazu das *Formular Verbesserung* aus
- die Pflegefachkraft wird mit Texten konfrontiert, die einige Begriffe und Wendungen enthalten, die sie nicht (auf Anhieb) versteht; es werden Strategien erlernt um sich diese zu erschließen (das Konsultieren von Wörter- und (Pflege-)Hand- und Lehrbüchern, Internetquellen, morphologische und syntaktische Strukturen wie z. B. die semantische Bedeutung von Präfixen und Suffixen, Determinativkomposita, Nominalphrasen etc.; die Quellen werden anschließend in der Gruppe hinsichtlich Aktualität, Qualität, Relevanz etc. bewertet
- Sensibilisierung für die Pflegefachsprache: die Kursteilnehmenden üben mithilfe von verschiedenen Quellen wie idealtypischen Texten (auch Transkripten), aktuellen Lehr- und Lernmaterialien zur Pflege, Internetquellen etc. Sachverhalte mit pflegerischen Begriffen schriftlich und mündlich auszudrücken, wo bisher Schwierigkeiten, Unsicherheiten und Unklarheiten auftraten

- die Sprache von Pflegebedürftigen weicht relativ stark von der Standardsprache ab (starker Dialekt, ausgeprägte Bildungs- oder Umgangssprache etc.), die Pflegefachkraft hat Schwierigkeiten sie zu verstehen; sie versucht durch freundliches Nachfragen sicherzustellen, dass sie alles verstanden hat und bittet ihr Gegenüber darum, nach Möglichkeit langsamer zu sprechen und das Gesagte ggf. zu wiederholen
- die Pflegefachkraft wird aufgrund ihrer Lerner Sprache von der/m Pflegebedürftigen nicht richtig verstanden und versucht dafür zu sorgen, dass sie verstanden wird (durch Wiederholungen, durch Nachfragen, ob sie verstanden wurde, durch Umschreibungen, durch langsames Sprechen etc.)
- ein/e Pflegebedürftige/r lehnt eine Pflegehandlung ab; die Pflegefachkraft muss nun versuchen, den/die Pflegebedürftige dennoch zur Behandlung zu überzeugen oder in Kommunikation mit der/dem Pflegebedürftigen eine andere geeignete Lösungen finden
- eine Pflegebedürftige scheint (aufgrund einer psychischen Erkrankung, starker Müdigkeit, der Wirkung von Medikamenten) sehr abwesend zu sein; die Pflegefachkraft muss das Verständnis sicherstellen (durch Nachfragen, durch Wiederholungen, durch gezielte Ansprache etc.)
- eine längere Pflegehandlung ist durchzuführen (z. B. Ganzkörperpflege), die sehr routiniert stattfindet; die Kommunikation soll also nicht nur tätigkeitsbegleitend sein, sondern auch andere Themen umfassen; die Pflegefachkraft soll diese Themen finden, ansprechen, ein längeres Gespräch darüber führen (z. B. *Small Talk* zu aktuellen (politischen) Geschehnissen, zum Wetter, zur Familie, zur Herkunft, zu früheren Erlebnissen, zu Ansichten hinsichtlich bestimmter Aspekte des Lebens etc.); hier können auch Themen eine Rolle spielen, die Befremden hervorrufen und vorher von der Kursleitung dem/derjenigen in der Rolle der/des Pflegebedürftigen definiert wurden (z. B. Kriegserfahrungen, andere Familienkonzepte, fremd erscheinende Krankheitsvorstellungen etc.); die/der Kursteilnehmende soll die Kommunikation trotz der eigenen widersprüchlichen Gefühle und Bewertungen aufrecht erhalten, Fragen zum Verständnis des anderen stellen und nach dem Gespräch allein und zusammen mit der Gruppe darüber und über kulturelle Prägung im Allgemeinen, über die eigenen Gedanken und Gefühle zum betreffenden Fall reflektieren; dazu kann sich die Kursgruppe in einem das Szenario ergänzenden Modul kulturelles Hintergrundwissen erarbeiten bzw. eine/r der Kursteilnehmenden kann ggf. darüber selbst referieren; anschließend soll die Pflegefachkraft versuchen, bei einem weiteren Pflegebesuch erneut das Gespräch mit der/m entsprechenden Pflegebedürftigen fortzusetzen
- *Critical Incident*: die (zukünftige) Pflegefachkraft ist aus Versehen in ein (kulturelles) "Fettnäpfchen getreten" (z. B. hat vergessen die Schuhe an der Haustür auszuziehen, wo dies erwartet wird; hat bei der Zubereitung von Essen nicht auf die kulturell gebotenen Vorschriften geachtet; hat ein Tabu gebrochen und ein Gespräch über einen nahen Verwandten begonnen, der/die vor kurzem verstorben ist oder mit dem die/der Pflegebedürftige ein sehr konfliktbeladenes Verhältnis hat; hat unbedarft ein Thema

angesprochen bzw. eine Pflegehandlung vorgenommen, wobei bei der/dem Pflegebedürftige/n ein wunder Punkt getroffen wurde (z. B. Kriegstraumata, sexueller Missbrauch in der Vergangenheit, Beschneidung etc.); der/die Pflegebedürftige reagiert darauf sehr emotional (aggressiv, verstört, depressiv etc.); die/der Kursteilnehmende soll darauf nun reagieren, die schwierige Situation klären und versuchen, sich kommunikativ und durch selbständige Recherche der Hintergründe der Reaktion von Seiten der/s Pflegebedürftigen zu nähern, um sie/ihn (besser) zu verstehen; anschließende Reflexion der Thematik in der Gruppe, ggf. Präsentation der Thematik als eingebautes Modul zu kulturellem Wissen

- *Critical Incident:* ein/e Angehörige/r verweigert die notwendige Behandlung eines/r Pflegebedürftigen und erklärt dies mit religiösen Vorschriften (z. B. darf ein bestimmtes Medikament seiner/ihrer Ansicht nach nicht verabreicht werden); die Pflegefachkraft soll darauf angemessen reagieren, Verständnis zeigen, aber gleichzeitig versuchen, den/die Angehörige/n von der Notwendigkeit der Pflegemaßnahme zu überzeugen; anschließend soll die Gruppe über den Fall reflektieren, sich außerdem über die genannten Vorschriften (eingebautes Modul) informieren und sich weiteres Hintergrundwissen darüber aneignen
- *Critical Incident:* eine männliche Pflegefachkraft erscheint bei einer weiblichen Pflegebedürftigen, die sie noch nicht kennt; diese lehnt die Behandlung (unterschiedliche Pflegehandlungen möglich) strikt ab und begründet dies damit, dass sie als Frau nicht von einem Mann behandelt werden will und darf aufgrund ihrer religiösen Zugehörigkeit; die/der Kursteilnehmende soll zunächst unter Einbezug der anwesenden Familienangehörigen versuchen, die Pflegemaßnahme doch durchzuführen bzw. bei Aussichtslosigkeit eine Lösung mit dem Pflegedienst zu finden (z. B. Telefongespräch); anschließend sollen die Kursteilnehmenden über die Situation für sich selbst und zusammen reflektieren
- *Critical Incident:* ein/e Pflegebedürftige/r lehnt die Behandlung durch eine dunkelhäutige Pflegeperson ab und gibt beleidigende Aussagen von sich, die viele Vorurteile erkennen lassen; die Pflegefachkraft soll sprachlich darauf reagieren, eine Grenze zur Wahrung ihrer Würde ziehen und diese sprachlich ausdrücken, anschließend für sich selbst und in der Gruppe darüber reflektieren (eigene Gefühle, Gedanken dazu, eigene Vorstellungen von Fremden und Fremdheit, eigene Werte, eigene Vorurteile und jeweils die von anderen, mögliche Hintergründe, Möglichkeiten des Umgangs damit etc.) und gemeinsam mit dem Pflegedienst eine Lösung finden bzw. versuchen sich erneut kommunikativ mit der/dem betreffenden Pflegebedürftigen auseinanderzusetzen
- die Pflegefachkraft soll in mehreren Gesprächen die Biografie einer/eines Pflegebedürftigen mit den individuellen Problemen, Bedürfnissen und Ressourcen nach den Themen des Pflege-Assessments erheben; dabei soll sie verschiedene Fragetechniken im Sinne der narrativen Empathie anwenden und versuchen, einen „kulturfreien“ Dialog zu führen; die anderen Kursteilnehmer beobachten das Gespräch und geben anschließend

Feedback

Die jeweiligen Szenarien können natürlich je nach Bedarf bzw. in Bezug auf das hier und an anderen Stellen vorhandene (empirische) Material und nicht zuletzt durch das Integrieren der Erfahrungen aus dem beruflichen Alltag und den Interessen der Kursteilnehmenden erweitert und auch miteinander kombiniert werden. Es ist davon auszugehen, dass über je mehr Berufserfahrung die Kursteilnehmer bereits verfügen, desto aktiver werden sie die Unterrichtsinhalte mitbestimmen, eigene Fälle einbringen, ihre subjektiven Bedarfe hinsichtlich Sprachkenntnisse und inter- bzw. transkulturellen Kompetenzen formulieren und ihre Lernziele bestimmen können. Die Kursleitung bereitet die Szenarien sprachlich vor und nach, begleitet die Lernenden während der Aufgaben und baut passende Module flexibel oder eingeplant an geeigneter Stelle ein (z. B. zum kulturellen Hintergrundwissen, eine Fallbesprechung bzw. Teamsitzung zur Reflexion, Übungen zur allgemeinen kulturellen Sensibilisierung¹⁶⁸, Fragetechniken für die narrative Empathie, grammatische Übungen etc.). Als Übungen zur Förderung des Perspektivenwechsels durch Annäherung an die Welt der anderen können die Teilnehmenden innerhalb der Szenarien die Rollen wechseln und spielerisch während der Diskussionen auch eine Position verteidigen, die ihrer bisherigen widerspricht.

Ausblick

Um bereits beschäftigte und zukünftige Pflegefachkräfte mit Deutsch als Fremd- und Zweitsprache sprachlich-kommunikativ und inter- bzw. transkulturell für die Arbeit in der ambulanten Pflege aus- und weiterzubilden, müssen die Untersuchungsergebnisse und Implikationen für Curricula weiterentwickelt werden. Sie können nach pragmatischen Kriterien von verschiedenen Bildungsinstituten ausgewählt, erweitert, modifiziert und in konkrete Unterrichtskonzepte überführt werden. Die unterbreiteten Vorschläge für Szenarien können auch als Grundlage für das Erarbeiten von Richtlinien für berufsbezogene Sprachprüfungen in der Pflege genutzt werden. Interessant sind sie auch für weitere linguistische Analysen hinsichtlich der Fachsprache der Pflege und ihrer Entwicklung.

Derzeit laufen viele Projekte zur Pflegefachsprache. Doch noch längst sind nicht alle Bereiche erforscht und erst recht nicht in Curricula umgesetzt und gelehrt. Diese Arbeit ist explorativ. Sie kann als Ausgangspunkt genutzt werden, um weiteres empirisches Material zu erheben und auszuwerten. Dazu gehört, weitere ambulante Pflegegespräche aufzuzeichnen und linguistisch zu analysieren, die alle wichtigen Pflegehandlungen umfassen wie die Körperpflege, das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen etc.; dies gilt auch für die in dieser Arbeit erhobenen Pflegehandlungen wie die Wundversorgung, um genügend Daten zur Verfügung zu stellen, damit die sprachlichen Muster herausgearbeitet werden können. Natürlich müssen dabei verschiedene Pflegedienstleistungsunternehmen bundesweit und mit unterschiedlichem Fokus integriert werden, um valide Daten zu gewinnen und damit eine höhere Repräsentativität zu erreichen. Untersuchungsgegenstand können außerdem weitere Gesprächstypen wie Übergabe- und Beratungsgespräche, Fall- und Teambesprechungen sowie Gespräche mit den verschiedenen Kommunika-

168 Hier können auch gängige Spiele und Übungen aus Kultursensibilisierungstrainings verwendet werden.

tionspartnerinnen und -partnern wie andere Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Sachbearbeiter und -bearbeiterinnen im Büro und in der Verwaltung, Angehörige, Betreuerinnen und Betreuer, Ärzte und Ärztinnen, Therapeutinnen und Therapeuten etc. sein sowie weitere Texte und der auf dem Mobiltelefon genutzte Tourenplan, um ein umfassendes Anforderungsprofil erstellen zu können.

Während die meisten der Texte vorrangig rezeptiv verstanden werden müssen, verlangen manche auch produktive schriftliche Kompetenzen. Um diese Anforderungen genau bestimmen zu können, müssten in weiteren Projekten in der Verwaltung der Pflegedienste archivierte, ausgefüllte Texte linguistisch untersucht werden.

Interessant wäre es außerdem, die sprachlich-kommunikativen Techniken der narrativen Empathie als wichtige Teilkomponente transkultureller Kompetenz weiter zu untersuchen und für den Unterricht in der Ausbildung von Pflegekräften, auch jener mit Deutsch als Muttersprache, nutzbar zu machen. Dazu müssten Pflegegespräche aufgezeichnet werden, die dies zum Inhalt haben. Außerdem könnten Fallbesprechungen zu kulturellen Themen unter verschiedenen Aspekten analysiert werden. Der an der Datenerhebung für diese Arbeit beteiligte kultursensible Pflegedienst zeigte sich dafür offen und hat bereits Aufzeichnungen hierzu der Öffentlichkeit über Fernsehsendungen zugänglich gemacht.

Die Träger ambulanter Pflegedienste tun angesichts der beschriebenen notwendigen Kompetenzen für eine zufriedenstellende, patientenorientierte und effiziente ambulante Pflege gut daran, hohe Anforderungen an ihr Fachpersonal zu stellen. Leider verfügen sie nicht über genügend Auswahl an qualifizierten Bewerbern. Zum Mangel an Fachkräften kommt der Mangel an berufssprachlich ausgebildeten Fachkräften mit Deutsch als Fremd- und Zweitsprache hinzu. Außerdem ist die Bereitschaft zur Unterstützung der Lernprozesse hinsichtlich Sprache und Kultursensibilität der Pflegekräfte in den Pflegeunternehmen unterschiedlich stark ausgeprägt. Diese Voraussetzungen machen es allen Beteiligten schwer, die jeweiligen Ziele zu erreichen. Viele Kompromisse werden nötig, die meisten davon gehen zu Lasten der Pflegebedürftigen und der Pflegepersonen. Neben politischen Weichen, die gestellt werden müssen, wäre unter anderem eine intensive Förderung von eingewanderten auszubildenden sowie berufserfahrenen Pflegefachkräften durch einen von den Unternehmen und den zuständigen staatlichen Stellen für Migration und Integration getragenen und geförderten beruflichen Sprachunterricht, der auf empirischen Untersuchungen basiert und sich damit nahe an der beruflichen Realität bewegt, der inter- bzw. transkulturelle Kompetenzen integriert, der handlungsorientiert ist und die Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmer einbezieht, nötig, um genügend Pflegefachkräfte zu qualifizieren, damit die Herausforderungen dieses gesellschaftlichen Bereiches angegangen werden können. Die Literatur und diese Untersuchung zeigen, über welche hohen Anforderungen hinsichtlich Sprache und Kultursensibilität eine Pflegefachkraft verfügen muss. Diese bringt sie nicht *per se* durch die Erfahrung von Migration und durch einen vorbereitenden Sprachkurs mit. Es ist ein langer Bildungsprozess.

9. Bibliographie

- Abt-Zegelin, Angelika / Schnell, Martin W. (2005): „Sprache und Pflege als Thema der Pflegewissenschaft“. In: Abt-Zegelin, Angelika / Schnell, Martin W. (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. 2. Auflage. Bern: Huber, S. 11-18.
- Adamzik, Kirsten (2004): *Textlinguistik. Eine einführende Darstellung*. Tübingen: Niemeyer.
- Anschütz, Oliver / Damm, Lisa / Voitke, Rhoda / Höhne, Susamme (2013): *Deutsch als Fremdsprache im Pflegebereich*. Projektbericht aus dem Projektseminar. Universität Leipzig. URL: http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user-upload/pdf/deutsch_für_das_berufsfeld_pflege_anschützu.a.pdf (zuletzt gesichtet am 19. 12. 2017).
- Arbeitskreis Charta für eine kultursensible Altenpflege (2002): *Für eine kultursensible Altenpflege. Eine Handreichung*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Atteslander, Peter (1993): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: de Gruyter.
- Auer, Peter (1997): „Formen und Funktionen von Vor-Vorfeldbesetzungen im gesprochenen Deutsch“. In: Schoblinski, Peter (Hrsg.): *Syntax des gesprochenen Deutsch*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 55-92.
- Auernheimer, Georg (2005): „Interkulturelle Kommunikation und Kompetenz“. In: *Migration und Soziale Arbeit*, Heft 1, S. 15-22.
- Auernheimer, Georg (2002): „Interkulturelle Kompetenz – ein neues Element pädagogischer Professionalität?“. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.): *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Band 13. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183-205.
- AWO Bundesverband e. V. (2014): *FaDA - Fachsprache Deutsch in der Altenpflege. Handbuch für eine berufsbezogene Sprachförderung*. Berlin.
- Backs, Stephan / Lenz, Reinhard (1998): *Kommunikation und Pflege. Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis*. Wiesbaden: Ullstein.
- Bartholomeyczik, Sabine (2005): „Nachdenken über Sprache - Professionalisierung der Pflege?“. In: Abt-Zegelin, Angelika / Schnell, Martin W. (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. 2. Auflage. Bern: Huber, S. 19-32.
- BDS & DGS (1993): *Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)*. URL: http://bds-soz.de/bds/fachgruppen/ethik-kodex_satzung_141003.pdf (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Becker-Mrotzek, Michael / Meier, Christoph (2002): „Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung“. In: Brünner, Gisela / Fiehler, Reinhard / Kindt, Walter (Hrsg.): *Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 18-45.
- Becker-Mrotzek, Michael (1999): „Die Sprache der Verwaltung als Institutionensprache“. In: Hoffmann, Lothar / Kalverkämper, Hartwig / Wiegand, Herbert Ernst (Hrsg.): *Fachsprachen. Ein internationales Handbuch zur Fachsprachenforschung und Terminologiewissenschaft*. (HSK 14.2.). Berlin: de Gruyter, S. 1391-1402.

- Beckmann-Schulz, Iris / Kleiner, Bettina (2011): *Qualitätskriterien interaktiv – Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache*. Koordinierungsstelle Berufsbezogenes Deutsch. URL: http://www.netzwerk-iq.de/fileadmin/redaktion/downloads/iq_publicationen/thema_sprachbildung/2011_qualitaetskriterien-interaktiv_berufsbezogener-deutschunterricht.pdf (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Beimdiek, Ursula / Hollenrieder, Jutta / Kayser, Pia (1992): *Der Pflege-Fall. Perspektiven des Alters und der Gesundheitsberufe*. Hamburg: Ergebnisse.
- Besselmann, Klaus / Fillibeck, Heiko / Sowinski, Christine (2004): „Qualifikations- und Anforderungsprofil für Pflegende in der ambulanten Pflege“. In: Kasseler, Martina / Meyer, Marta (Hrsg.): *Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft. Professionalität erhöhen - Wettbewerbsvorteile sichern*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft, S. 66-85.
- Bischoff-Wanner, Claudia (2002): *Empathie in der Pflege. Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells*. Robert Bosch Stiftung. Reihe Pflegewissenschaft. Bern: Huber.
- Blunier, Elisabeth (2001): *Lehrbuch Pflegeassistenz*. Bern: Huber.
- Böck, Melanie / Rohrer, Hans-Heinrich (2015a): *Deutsch B1/B2 in der Pflege. Für Fachkräfte im Anerkennungsverfahren*. München: Urban & Fischer.
- Böck, Melanie / Rohrer, Hans-Heinrich (2015b): *Kommunikation im Krankenhaus. 1000 nützliche Redewendung für Ärzte und Pflegekräfte*. Stuttgart: Langenscheidt.
- Bolten, Jürgen (2007): *Interkulturelle Wirtschaftskommunikation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bolten, Jürgen (2007a): „Was heißt „Interkulturelle Kompetenz?“ Perspektiven für die internationale Personalentwicklung“. In: Künzer, Vera / Berninghausen, Jutta (Hrsg.): *Wirtschaft als interkulturelle Herausforderung*. Berlin: Iko, S. 21-42.
- Bolten, Jürgen (2007b): „Internationalisierung und interkulturelle Kompetenz im Gesundheitssektor“. In: *Kosmetische Medizin* 1, S. 16-22.
- Bolten, Jürgen (1992): „Fachsprache oder Sprachbereich. Empirisch-pragmatische Grundlagen zur Beschreibung der deutschen Wirtschafts-, Medizin- und Rechtssprache“. In: Bungarten, Theo (Hrsg.): *Beiträge zur Fachsprachenforschung. Sprache in Wissenschaft und Technik, Wirtschaft und Rechtswesen*. Tostedt: Attikon, S. 57-72.
- Braunert, Jörg (2014): „Ermittlung des Sprachbedarfs: Fachsprache und Kommunikation am Arbeitsplatz“. In: Kiefer, Karl-Hubert / Efinger, Christian / Middeke, Annegret (Hrsg.): *Berufsfeld-Kommunikation: Deutsch*. Frankfurt / Main: Lang.
- Braunert, Jörg (2000): „Die Handlungsfelder der beruflichen Kommunikation: Bericht über die Erhebung des Sprachbedarfs am Arbeitsplatz“. In: *Fachsprache* 22, 3-4, S. 153-166.
- Brinker, Klaus / Sager, Sven F. (2010): *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung*. 5. neu bearbeitete Auflage. Berlin: Schmidt (=Grundlagen der Germanistik 30).
- Brinker, Klaus (2000): „Textstrukturenanalyse“. In: Brinker, Klaus / Antos, Gerd / Heinemann, Wolfgang / Sager Sven F. (Hrsg.): *Text und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 1. Halbband: Textlinguistik (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 16. 1.). Berlin: de Gruyter, S. 164-175.

- Brinker, Klaus (1988): *Linguistische Textanalyse*. Berlin: Schmidt (=Grundlagen der Germanistik 29).
- Brown, James Dean (2009): „Foreign and Second Language Needs Analysis“. In: Long, Michael H. / Doughty, Catherine J. (Ed.): *The Handbook of Language Teaching*. Blackwell. chapter 16, p. 269-293.
- Brünner, Gisela (2005): „Gespräche zwischen Pflegenden und PatientInnen aus linguistischer Sicht“. In: Abt-Zegelin, Angelika / Schnell, Martin W. (Hrsg.) (2005): *Sprache und Pflege*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Brünner, Gisela (2000): *Wirtschaftskommunikation. Linguistische Analyse ihrer mündlichen Formen*. Tübingen: Niemeyer (= Reihe Germanistische Linguistik 213; Kollegbuch).
- Brünner, Gisela / Graefe Gabriele (1994): „Einleitung: Zur Konzeption der Funktionalen Pragmatik“. In: Brünner, Gisela / Graefen, Gabriele (Hrsg.): *Texte und Diskurse. Methoden und Forschungsergebnisse der Funktionalen Pragmatik*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Buhlmann, Rosemarie / Fearn, Anneliese (2000): *Handbuch des Fachsprachenunterrichts*. Tübingen: Narr.
- Buhlmann, Rosemarie (1988): „Fachsprache Wirtschaft – Gibt es die?“ In: *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache* 14, S. 82-108.
- Camerer, Rudolf (2007): „Sprache - Quelle aller Missverständnisse. Zum Verhältnis von Interkultureller Kompetenz und Sprachkompetenz“. In: *Zeitschrift für Interkulturellen Fremdsprachenunterricht* 12: 3, S. 1-15.
- Damkowski, Wulf / Klie, Thomas / Kronseder, Elisabeth / Luckey, Karin / Stappenbeck, Jens (1997): *Ambulante Pflegedienste*. Hannover: Vincentz.
- Darmann, Ingrid (2000): *Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dittmar, Norbert (2004): „Register“. In: Ammon, Ulrich / Dittmar, Norbert / Mattheier, Klaus (Hrsg.): *Sociolinguistics. An International Handbook of the Science of Language and Society* 1. Volume / Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft 1. Halbband. 2. Auflage. New York / Berlin: de Gruyter, S. 216-226. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft. HSK 3.1).
- Domenig, Dagmar (2007): „Das Konzept der transkulturellen Kompetenz“. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): *Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber, S. 165-204.
- Domenig, Dagmar (Hrsg.) (2001): *Professionelle Transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Göttingen: Huber.
- Doni, Christine / Gresch, Ulrich (Hrsg.) (2001): *Pflegehandbuch. Ein Beitrag zum Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Altenpflege nach DIN EN ISO 9001*. 3. neu überarbeitete Auflage. Gustav Werner Stiftung zum Bruderhaus. Reutlingen: Diakonie.

- Dreißig, Verena (2005): *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: Transcript.
- Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg. URL: <http://www.audiotranskription.de/praxisbuch> (zuletzt aufgerufen am 18. 12. 2017).
- Efing, Christian (2014): „Berufssprache und & Co.: Berufsrelevante Register in der Fremdsprache. Ein varitätenlinguistischer Zugang zum berufsbezogenen DaF-Unterricht“. In: *InfoDaF 4*. Themenreihe: Vermittlung von Fachsprachen, S. 415-441.
- Efing, Christian (2013): „Theoretische und methodische Anmerkungen zur Erhebung und Analyse kommunikativer Anforderungen im Beruf“. In: Kiefer, Karl-Hubert / Efing, Christian / Jung, Matthias / Mitdenke, Annegret (Hrsg.): *Berufsfeld-Kommunikation: Deutsch*. Band 7. Wissen - Kompetenz - Text. Frankfurt/Main: Lang.
- Efing, Christian (2012): *Sprachliche oder kommunikative Fähigkeiten. Was ist der Unterschied und was wird in der Ausbildung verlangt?* Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.
- Ehlich, Konrad / Rehbein, Jochen (1986): *Muster und Institution*. Tübingen: Narr.
- Eilert-Ebke, Gabriele / Sass, Anne (2014): *Szenarien im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Grundlagen. Anwendungen. Praxisbeispiele*. Herausgegeben von Passage gGmbH. Migration und Internationale Zusammenarbeit. Fachstelle berufsbezogenes Deutsch im Förderprogramm IQ.
- Europarat (Hrsg.) (2001): *Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: lernen, lehren, beurteilen*. Berlin: Langenscheidt.
- Fandrych, Christian / Thurmair, Maria (2011): *Textsorten im Deutschen*. Tübingen: Stauffenburg.
- Fiehler, Reinhard / Thimm, Caja (Hrsg.) (2003): *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Fiehler, Reinhard (1993): „Spezifika der Kommunikation in Kooperation“. In: Schröder, Hartmut (Hrsg.): *Fachtextpragmatik*. Tübingen: Narr., S. 343-357.
- Firnhaber-Sensen, Ulrike / Rodi, Margret (2017): *Deutsch im Krankenhaus. Lehr- und Arbeitsbuch*. Stuttgart: Klett.
- Ford, Pauline / Walsh, Mike (2000): *Pflegerituale*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Flick, Uwe (2011): *Triangulation*. 3. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe (1995): *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz.
- Fluck, Hans-Rüdiger (1997): *Fachdeutsch in Naturwissenschaft und Technik. Einführung in die Fachsprachen und die Didaktik/Methodik des fachorientierten Fremdsprachenunterrichts (Deutsch als Fremdsprache)*. 2. neu bearbeitete Auflage. Heidelberg: Groos.
- Fluck, Hans-Rüdiger (1976/1996): *Fachsprachen. Einführung und Bibliografie*. München: Francke 1976 / 5. aktualisierte und erweiterte Auflage. Tübingen: Francke 1996 (UTB 483).

- Friebe, Jens (2006): *Migrantinnen und Miranten in der Altenpflege. Bestandsaufnahme, Personalgewinnung und Qualifizierung in NRW*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). URL: <http://www.die-bonn.de/id/3535> (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Friebe, Jens (2003): „Interkulturelle Bildung für Pflegende. Bedarfe und Herausforderungen in Deutschland“. In: Friebe, Jens / Zalucki, Michaela (Hrsg.): *Interkulturelle Bildung in der Pflege*. Bielefeld: Bertelsmann; Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). URL: <http://www.die-bonn.de/id/521> (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Funk, Hermann (2010): „Berufsorientierter Deutschunterricht“. In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hrsg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. Berlin: de Gruyter, S. 1145-1152 (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft, HSK 35.2).
- Funk, Hermann (2003): „Deutsch als Fremdsprache – berufsbezogen lernen und studieren“. In: Schneider, Günther / Clalüna, Monika (Hrsg.): *Mehr Sprache – mehrsprachig mit Deutsch. Didaktische und politische Perspektiven*. (Beiträge der XII. Internationalen Tagung der Deutschlehrerinnen und Deutschlehrer, 30. Juli bis 4. August 2001 in Luzern). München: Iudicum, S. 165-180.
- Funk, Hermann (2001): „Berufsbezogener Deutschunterricht – Deutsch als Fremd- und Zweitsprache für den Beruf“. In: Helbig, Gerhard / Götze, Lutz / Henrici, Lutz / Krumm, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Deutsch als Fremdsprache – ein internationales Handbuch*. Band 2. Berlin: de Gruyter, S. 962-973.
- Funk, Hermann (1999): „Curriculare Grundlagen des berufsbezogenen Fremdsprachenlernens“. In: *Deutsch Lernen* 4, S. 343-357.
- Funk, Hermann (1992): „Berufsbezogener Deutschunterricht. Grundlagen – Lernziele - Aufgaben“. In: *Fremdsprache Deutsch*. Sondernummer 1992: berufsbezogener Deutschunterricht mit Jugendlichen, S. 4-16.
- Gaitanides, Stefan (2004): „Interkulturelle Öffnung der sozialen Dienste – Visionen und Stolpersteine“. In: Rommelspacher, Birgit (Hrsg.) *Die offene Stadt. Interkulturalität und Pluralität in Verwaltungen und sozialen Diensten*. Dokumentation der Fachtagung vom 23. 09. 2003. Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin, S. 4-18.
- Eckardt, Nicoletta (2012): „Interview: Jeder zehnte Pflegedienst arbeitet noch ohne Computer!“. In: *Heilberufe - Das Pflegemagazin*. Beiheft PflegeDossier. Heft 10, S. 16.
- Garms-Homolová, Vjenka (2004): *Pflegekräfte ohne formale Qualifikation: Berufspolitische, versorgungspolitische und praktische Perspektiven für eine bedarfsgerechte Versorgung*. Juventa: Beltz.
- Geertz, Clifford (1999): *Dichte Beschreibung: Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt / Main: Suhrkamp.
- Gertsen, Martine Cardel (1990): „Intercultural competence and expatriates“. In: *The international Journal of Human Resource Management* Vol 1 (3), p. 341-362.
- Glaboniat, Manuela / Müller, Martin / Rusch, Paul / Schmitz, Helen / Wertenschlag, Lukas (2005): *Profile Deutsch. Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen*. Berlin: Langenscheidt.

- Glaser, Barney G. / Strauss, Anselm L. (2005): *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung. The discovery of grounded theory*. 2. korrigierte Auflage. Bern: Huber.
- Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2006): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gnutzmann, Claus (1998): „Fachsprachen und fachbezogener Fremdsprachenunterricht“. In: Jung, Udo O. H. (Hrsg.): *Praktische Handreichung für Fremdsprachenlehrer*. 2., erweiterte Auflage. Frankfurt / Main: Lang, S. 117-121.
- Graefen, Gabriele / Liedke, Martina (2008): *Germantistische Sprachwissenschaft. Deutsch als Erst-, Zweit- oder Fremdsprache*. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Grabowski, Joachim (2014): „Kompetenz. Ein bildungswissenschaftlicher Begriff“. In: Grabowski, Joachim (Hrsg.): *Sinn und Unsinn von Kompetenzen. Fähigkeitskonzepte im Bereich von Sprache, Medien und Kultur*. Berlin: Budrich.
- Grandjean, Josef / Selle, Esther (2005): *Pflegen können*. Band 2. Curriculum für die praktische Ausbildung in der Pflege. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grißhaber, Wilhelm (2000): „Verfahren und Tendenzen der funktional-pragmatischen Diskursanalyse“. In: Ivanyi, Z. (Hrsg.): *Gesprächsforschung. Tendenzen und Perspektiven*. Frankfurt / Main: Lang.
- Grünhage-Monetti, Mathilde (2010): *Expertise. Sprachlicher Bedarf von Personen mit Deutsch als Zweitsprache in Betrieben*. Bonn: Institut für Erwachsenenbildung (DIE) / Leibnitz-Zentrum für Lebenslanges Lernen.
- Grünhage-Monetti, Matilde / Halewijn, Elwine / Holland, Chris (2003a): *Odysseus - Second language at workplace. Language needs of migrant workers: organizing language learning for the vocational / workplace context*. European Centre of Modern Languages, Council of European Publishing.
- Grünhage-Monetti / Holland, Chris / Szablewski-Çavus, Petra (2003b): *TRIM. Training for the Integration of Migrant an Ethnic Workers into the Labour Market and the Local Community*. Hohengehren: Schneider.
- Habermann, Monika (2005) „Interkulturelle Kompetenz“ – Schlagwort oder handlungsleitende Zielvorstellung in der Altenpflege?“ In: *Pflege & Gesellschaft* H 1, S. 11-16.
- Hagner, Valeska (2017): *Menschen im Beruf – Pflege B1. Deutsch als Fremdsprache*. Kursbuch mit Audio-CD. Berlin: Hueber.
- Hagner, Valeska (2016): *Menschen im Beruf – Pflege B2. Deutsch als Fremdsprache*. Kursbuch mit Audio-CD. Berlin: Hueber.
- Haider, Barbara (2010): *Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Hartung, Nicole (2012): *Deutsch als Fremdsprache in Indien – eine Bedarfsanalyse*. Unveröffentlichte Masterarbeit am Fachgebiet Deutsch als Fremd- und Fachsprache. TU Berlin.
- Hellmann, Stefanie / Rößlein, Rosa (2017): *Praxisratgeber: Von der SIS zur Maßnahmenplanung: Formulierungshilfen zu den Themenfeldern - pflegfachliche Einschätzung & Maßnahmen*. Pflege Kolleg. Hannover: Schlütersche.
- Henne, Helmut / Rehbock, Helmut (2001): *Einführung in die Gesprächsanalyse*. 4. Auflage. Berlin: de

Gruyter.

- Henze, Karl-Heinz / Piechotta, Gudrun (Hrsg.) (2004): *Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analyse von Belastungen des pflegerischen Alltags*. Frankfurt / Main: Mabuse.
- Herder, Johann Gottfried (1774): *Auch eine Philosophie der Geschichte zur Bildung der Menschheit*. Reclam u. a.
- Herrmann, Ned / Spinola, Roland / Becker, Wolfgang (1991): *Kreativität und Kompetenz – Das einmalige Gehirn*. Paidia
- Hess-Lüttich, Ernest W. B. (2003): „Fachsprachen als Register“. In: Zhu, Jianhua / Zimmer, Thomas (Hrsg.): *Fachsprachenlinguistik, Fachsprachendidaktik und interkulturelle Kommunikation*. Frankfurt / Main: Lang, S. 77-96.
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1995): „Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der sozialen Arbeit“. In: Nispel, Andrea / Szablewski-Çavus, Petra (Hrsg.): *Beziehungswchsel. Dokumentation der BBM-Fortbildungsveranstaltungen. Qualifizierung mit Migranten in sozialpflegerischen Berufen im April und Juni 1995 in Mainz*. Frankfurt / Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE), S. 9-15.
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1994): *Interkulturelle Kompetenz. Ein neues Anforderungsprofil für die soziale Arbeit*. Münster: Waxmann.
- Hoffmann, Lothar (1976/1978): *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. 1. / 3. Auflage. Berlin: Akademie.
- Hopf, Christine (2004): „Forschungsethik und qualitative Forschung“. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Steinke, Ines (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 589-600.
- Hopf, Christine (1991): „Zwischen Betrug und Wahrhaftigkeit: Fragen der Forschungsethik in der Soziologie“. In: *Soziologie 2*, S. 174-191.
- Hößl, Irene (2012): „Wie viel IT braucht die Pflege“. In: *Heilberufe - Das Pflegemagazin*. Beiheft PflegeDossier Heft 10, S. 4-5.
- Hübner, Ursula (2012): „Pflegerische Fachsprachen richtig einsetzen“. In: *Heilberufe - Das Pflegemagazin*. Beiheft PflegeDossier Heft 10, S. 8-11.
- IKK Bundesverband (2007): *Bundeseinheitliches Positionsnummernverzeichnis für Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Haushaltshilfe*. URL: http://www.gkv-datenaustausch.de/media/dokumente/leistungserbringer_1/sonstige_leistungserbringer/positionsnummernverzeichnisse_archiv/Haeusliche-Krankenpflege-071201.pdf (zuletzt aufgerufen am 20. 2. 2018)
- Janich, Nina (2007): „Kommunikationsprofile in der Unternehmenskommunikation. Eine interdisziplinäre Forschungsaufgabe“. In: Reimann, Sandra / Kessel, Katja (Hrsg.): *Wissenschaften im Kontakt. Kooperationsfelder der Deutschen Sprachwissenschaft*. Tübingen: Narr, S. 317-330.
- Kalverkämper, Hartwig (1990): „Gemeinsprache und Fachsprachen – Plädoyer für eine integrierende Sichtweise“. In: Stickel, Gerhard (Hrsg.): *Deutsche Gegenwartssprache. Tendenzen und Perspektiven*. Jahrbuch 1989. Berlin: Institut für deutsche Sprache, S. 88-133.

- Kammhuber, Stefan (1998). „Kulturstandards in der interkulturellen Kommunikation - Grobe Klötze oder nützliche Denkgriffe?“ In: Jonach, Ingrid (Hrsg.): *Interkulturelle Kommunikation*. München: Reinhardt, S. 45-53.
- Kardorff, Ernst von (1998): „Experten und Laien - Ein Problem transkultureller Kommunikation am Beispiel von Therapie und Rehabilitation“. In: Jonach, Ingrid (Hrsg.): *Sprache und Sprechen*. München: Reinhardt, S. 77-89.
- Kasseler, Martina / Meyer, Marta (2004): *Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft: Professionalität erhöhen - Wettbewerbsvorteile sichern*. Pflegekolleg. Hannover: Schlütersche.
- Kessel, Katja / Reimann, Sandra (2005): *Basiswissen Deutsche Gegenwartssprache*. Tübingen: Francke.
- Klein, Wolfgang / Stutterheim, Christiane von (1991): „Text structure and referential movement“. In: *Sprache und Pragmatik* 22, S. 1-32.
- Kluge, Friedrich (1995): *Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache*. 23., erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter.
- Knapp, Annelie (2013): „Interkulturelle Kompetenz: eine sprachwissenschaftliche Perspektive“. In: Auernheimer, Georg (Hrsg.): *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: Springer, S. 85-101.
- Knapp-Potthoff, Annelie (1997): „Interkulturelle Kommunikationsfähigkeit als Lernziel“. In: Knapp-Potthoff, Annelie / Liedke, Martina (Hrsg.): *Aspekte interkultureller Kommunikationsfähigkeit*. München: Iudicium, S. 181-204.
- Kollak, Ingrid. (2002): *Schlechte Zeiten für eine kultursensible Pflegepädagogik? Normalisierungsprozesse in Politik, Pädagogik und Pflegepädagogik*. URL: http://www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2002/kollak01_02.htm (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Kollak, Ingrid / Küpper, Hans (1997): „Gelebte Multikulturalität. Forschungsbericht über eine pflegewissenschaftliche Studie an einem Großstadtkrankenhaus“. In: *PfleGe* 2. Jg. Heft 1, S. 2-6.
- Kromrey, Helmut (2000): *Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der standardisierten Datenerhebung und Datenauswertung*. 9., korrigierte Auflage. Opladen: Leske + Budrich.
- Kuckert, Andrea (2003): *Interkulturelle Altenpflege - ein Einblick in die Literatur*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE).
- Kümpel, Natalie (2003): *Falldokumentationen aus der stationären und ambulanten Altenpflege mit Fokus auf Leitungsinterventionen*. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE) URL: <http://www.die-bonn.de/id/1294> (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Kuhn, Christina (2007): *Fremdsprachen berufsorientiert lernen und lehren. Kommunikative Anforderungen an die Arbeitswelt und Konzepte für den Unterricht und die Lehrerbildung am Beispiel des Deutschen als Fremdsprache*. Dissertation. Jena: Digitale Bibliothek Thüringen. URL: <http://www.db.thueringen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-13903/Kuhn/Dissertation.pdf> (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Lamnek, Siegfried / Krell, Claudia (2010): *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Leininger, Madeleine M. (1998): *Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege*. Freiburg: Lambertus.

- Lenthe, Ulrike (2010): *Transkulturelle Pflege. Kulturspezifische Faktoren erkennen - verstehen - integrieren*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Leyer, E. M. (1994): „Familiendynamische Aspekte bei Migrantenfamilien“. In: Kiesel, D. / Kriechhammer-Yagmur, S. / Lüpke, H. von (Hrsg.): *Kränkung und Krankheit. Psychologische und psychosomatische Folgen der Migration*. Frankfurt / Main: Haag und Herchen, S. 39-53.
- Liu, Fang (2006): *Entwicklung synergetischer Handlungskompetenz – Ein didaktisches Modell zum Wirtschaftsdeutsch in China*. München: Iudicium.
- Long, M. H. (2005): „Methodological issues in learner needs analysis“. In: Long, M. H. (Hrsg.): *Second language needs analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 19-76.
- Lüffe, Anna / Reimann, Jens (2012): „Berufsbezogene Deutschkurse für Pflegefachkräfte. Sprachförderung im Rahmen des ESF-BAMF-Programms“. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Köln. In: *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*. BWP 2. Bundesinstitut für Berufsbildung BIBB.
- Lustig, Myron / Koester, Lolene (2003): *Intercultural Competence. Interpersonal communication across cultures*. Boston: Allyn and Bacon.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp (1993): *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mecheril, Paul (2013): „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen“. In: Auernheimer, Georg: *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. 4. Auflage. Interkulturelle Studien. Berlin: Springer, S. 15-35.
- Mischo-Kelling, Maria / Zeidler, Henning (1989): *Innere Medizin und Krankenpflege*. Nördlingen: Urban & Schwarzenberg.
- Möhn, Dieter / Pelka, Roland (1984): *Fachsprachen. Eine Einführung*. Tübingen: Niemeyer (Germanistische Arbeitshefte 30).
- Moosmüller, Alois (1997): *Kulturen in Interaktion. Deutsche und US-amerikanische Firmenentsandte in Japan*. Münster: Waxmann.
- Müller-Trapet, Jutta (2010): *Szenario-Technik im berufsorientierten Fremdsprachenunterricht*. In: *KWW-Infobrief* 3. URL: <http://www.wirtschaftsdeutsch.de/lehrmaterialien/fachbeitrag-mueller-trapet-szenario-pdf>. (zuletzt aufgerufen am 18 .5. 2016).
- Müller-Jacquier, Bernd (2000): „Linguistic Awareness of Cultures: Grundlagen eines Trainingsmoduls“. In: Bolten, Jürgen (Hrsg.): *Studien zur internationalen Unternehmenskommunikation*. Leipzig: Popp, S. 20-51.
- Nispel, Andrea / Szablewski-Çavus, Petra (1997): *Über Hürden, über Brücken: berufliche Weiterbildung mit Migrationen und Migranten*. Frankfurt / Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). URL: http://www.die-bonn.de/espid/dokumente/doc-1997/nispel97_01.pdf (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2107).

- Nispel, Andrea / Szablewski-Çavus, Petra (Hrsg.) (1995): *Beziehungswechsel*. Dokumentation der BBM-Fortbildungsveranstaltungen Qualifizierung mit MigrantInnen in sozialpflegerischen Berufen im April und Juni 1995 in Mainz. Frankfurt / Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE).
- Nispel, Andrea (1995): „Argumente zur Qualifizierung von MigrantInnen in sozialpflegerischen Berufen“. In: Nispel, Andrea / Szablewski-Çavus, Petra (Hrsg.): *Beziehungswechsel*. Dokumentation der BBM-Fortbildungsveranstaltungen. Qualifizierung mit Migranten in sozialpflegerischen Berufen im April und Juni 1995 in Mainz. Frankfurt / Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). Frankfurt / Main. S. 4-8.
- Oehmen, Stefan (1999): *Pflegebeziehungen gestalten. Über den Umgang mit Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen im häuslichen Umfeld*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ohnacker, Klaus (1992): *Die Syntax der Fachsprache Wirtschaft im Unterricht Deutsch als Fremdsprache*. Frankfurt / Main: Lang.
- Paritätischer Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (2007): *Gut gepflegt in der Gegenwart - Gut versorgt durch ambulante Pflege*. Berlin. URL: http://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user-upload/dokumente/broschueren/themenheft_gepflegt_in_der_gegenwart.pdf (zuletzt aufgerufen am 18. 12. 2017).
- Peikert, Ingrid (2012): *Deutsch für Pflegeberufe. Arbeitsbuch für MigrantInnen*. 2. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Pflegestation Meyer & Kratzsch (2013): *Pflegehandbuch. Auszug aus dem Qualitäts-Management-Handbuch (QMH)*. Berlin (unveröffentlicht).
- Pflegestation Meyer & Kratzsch (2010): *Module, Aufschlüsselung, Punkte, Preise*. Unveröffentlichtes Handbuch. Berlin.
- Ploch, Beatrice (2003): *Expertise. Beschäftigung von Migrant(inn)en in den Altenpflege – Frankfurt am Main als Beispiel*. Erweiterte, aktualisierte und überarbeitete Fassung. Im Rahmen des Projektes: Interkulturelle Fortbildungen für das Personal der Altenpflege [iku:]. Bonn: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). URL: <http://www.die-bonn.de/id/1293> (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Purnell, Larry D. / Paulanka, Betty J. (1998): *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Rathje, Stefanie (2006): „Interkulturelle Kompetenz - Zustand und Zukunft eines umstrittenen Konzepts“. In: *Zeitschrift für interkulturellen Fremdsprachenunterricht* 3. 11. Jg., S. 1-21.
- Roca, Francisca / Bosch, Gloria (2005): „Deutsch für den Tourismus im Spannungsfeld zwischen Gemein-, Berufs- und Fachsprache“. In: *Encuentro*. 15, S. 79-85.
- Rebitzki, Katrin (2011): *Erfolgreich in der Pflege (B1)*. Berlin: Cornelsen.
- Roelcke, Thorsten (2005): *Fachsprachen*. 2., durchgesehene Auflage. Schmidt: Berlin.
- Backs, Stephan / Lenz, Reinhard (1998): *Kommunikation und Pflege: Eine Untersuchung von Aufnahmegesprächen in der Pflegepraxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical.

- Rose-Neiger, Ingrid / Thiele, Michael (1998): „Blickwinkel in der Körpersprache, transnational betrachtet“. In: Jonach, Ingrid (Hrsg.): *Interkulturelle Kommunikation*. München: Reinhardt, S. 83-90.
- Rösen, Elke-Erika (2015): *Pflegedokumentation in der Altenpflege: Sachgerecht, sicher und professionell*. München: Urban & Fischer.
- Rüller, Horst (Hrsg.) (2007): *3000 Jahre Pflege. Pflege als Beruf*. Lehrbuch für Berufe im Gesundheitswesen. Brake: Prodos.
- Sachweh, Svenja (2003): „so Frau adams↓ guck mal↓ ein feines bac-spray↓ gut↑“. In: Fiehler, Reinhard / Thimm, Caja (Hrsg.): *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 143-160.
- Schmidt, C. (2010): „Textsortenwissen und Lesekompetenz“. In: Luthejarms, M. / Schmidt, C. (Hrsg.): *Lesekompetenz in Erst-, Zweit- und Fremdsprache*. Tübingen: Narr, S. 175-187.
- Schmidt, Siegfried J. (1972): „Ist ‚Fiktionalität‘ eine linguistische oder eine texttheoretische Kategorie?“ In: Gütlich, Elisabeth / Raible, Wolfgang (Hrsg.): *Textsorten. Differenzierungskriterien aus linguistischer Sicht*. Frankfurt / Main: Athenäum (=Athenäum-Skripten Linguistik 5), S. 59-71.
- Schnepp, Wilfried / Walter, Ilsemarie (Hrsg.) (2010): *Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft*. Zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl. Wien: Böhlau.
- Schröder, Hartmut (1987): *Aspekte sozialwissenschaftlicher Fachtexte. Ein Beitrag zur Fachtextlinguistik*. Hamburg: Buske.
- Schrimpf, Ulrike / Becherer, Sabine / Ott, Andrea (2016): *Deutsch für Pflegekräfte. Kommunikationstraining für den Pflegealltag*. 2. Auflage. Berlin: Springer.
- Schulz von Thun, Friedemann (1981): *Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Psychologie der zwischenmenschlichen Kommunikation*. Reinbek: Rowohlt.
- Schweizer, Thomas (1996): *Muster sozialer Ordnung – Netzwerkanalyse als Fundament der Sozialethnologie*. Berlin: Reimer.
- Schwerdt, Christine (2016): *Pflegedokumentation: Formulierungshilfen für den Pflegebericht*. Hamburg: Handwerk und Technik.
- Searle, J.R. (1976): „A classification of illocutionary acts“. In: *Language in Society* 5, p. 1-23.
- Selting, Margret / Auer, Peter / Barth-Weingarten, Dagmar / Bergmann, Jörg / Bergmann, Pia / Birkner, Karin / Couper-Kuhlen, Elizabeth / Deppermann, Arnulf / Gilles, Peter / Günther, Susanne / Hartung, Martin / Kern, Friederike / Mertzluft, Christine / Meyer, Christian / Morek, Miriam / Oberzaucher, Frank / Peter, Jörg / Quasthoff, Uta / Schütte, Wilfried / Stukenbrock, Anja / Uhmann, Susanne (2009): „Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2)“. In: *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. Ausgabe 10, S. 353-402. URL: <http://www.gespraechsforschung-ozs.de> (zuletzt aufgerufen am 6. 10. 2017).
- Settelmeier, Anke / Tschöpe, Tanja / Widera, Christina / Hörsch, Karola / Schmitz, Santana / Witz, Eva-Maria (2013): *Sprachlich-kommunikative Anforderungen in der beruflichen Ausbildung*. Projektbeschreibung. Bonn: Bundesinstitut für Berufsbildung.

- Spiller, Gerd (2001): „Teilnehmende Beobachtung als Dichte Teilnahme“. In: *Zeitschrift für Ethnologie* 126. Reimer, S. 1-25.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland*. Heft 2. Wiesbaden.
- Steinmüller, Ulrich (1990): „Deutsch als Fremdsprache - Didaktische Überlegungen zum Fachsprachenunterricht“. In: *Zielsprache Deutsch* Heft 2. 21. Jg., S. 16-23.
- Strack, Richard (2011): *Grundwortschatz für Pflegeberufe*. 9. aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Straub, Jürgen (2010): „Lerntheoretische Grundlagen“. In: Weidemann, Arne / Straub, Jürgen / Notnagel, Steffi (Hrsg.): *Wie lehrt man interkulturelle Kompetenz? Theorien, Methoden und Praxis in der Hochschulausbildung*. Ein Handbuch. Bielefeld: Transcript, S. 31-98.
- Straub, Jürgen (2007): „Kompetenz“. In: Straub, Jürgen / Weidemann, Arne / Weidemann, Doris (Hrsg.): *Handbuch interkulturelle Kommunikation und Kompetenz. Grundbegriffe - Theorien - Anwendungsfelder*. Stuttgart: Metzler, S. 35-46.
- Straub, Jürgen / Notnagel, Steffi / Weidemann, Arne (2010): „Interkulturelle Kompetenz lehren: Begriffe und theoretische Voraussetzungen“. In: Weidemann, Arne / Straub, Jürgen / Notnagel, Steffi (Hrsg.): *Wie lehrt man interkulturelle Kompetenz? Theorien, Methoden und Praxis in der Hochschulausbildung*. Ein Handbuch. Bielefeld: Transcript, S. 15-27.
- Studiengruppe „Deutsch am Arbeitsplatz (DaA) (2010): *Untersuchung zur Kommunikation im Betrieb als Grundlage einer organisationsbezogenen Zweitsprachenförderung*. Gefördert durch die Volkswagen Stiftung. Frankfurt / Main: Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (DIE). URL: <http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fachdiskussion/b/berufsbezogenes-deutsch/die-projekt.html#c3094> (zuletzt aufgerufen am 19. 12. 2017).
- Szablewski-Çavus, Petra (2008): „Deutsch als Zweitsprache: eine Schnittmenge der beruflichen Bildung“. In: *ÖDaF_Mitteilungen*. Heft 1, S. 37-48.
- Thimm, Caja (2003): „Kommunikative Konstruktion der sozialen Kategorie ‘Alter’ im Gespräch“. In: Fiehler, Reinhard / Thimm, Caja (Hrsg.): *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, S. 72-92.
- Thomas, Alexander (1993): „Psychologie interkulturellen Lernens und Handelns“. In: Thomas, Alexander (Hrsg.): *Kulturvergleichende Psychologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 377-424.
- Thomas, Alexander (2003): *Psychologie interkulturellen Handelns*. Göttingen: Hogreve.
- Thomas, Alexander / Kinast, Eva-Ulrike / Schroll-Machl, Sylvia (2003): *Handbuch Interkulturelle Kommunikation*. Band 1: Grundlagen und Praxisfelder. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tiger, Joyce N. / Davidhizar, Ruth (2002): „The Giger and Davidhizar Transcultural Assessment Model“. In: *Journal of Transcultural Nursing*. vol 13 (3), p. 185-188.
- Unger von, Hella / Narimani, Petra / M'Bayo, Rosaline (Hrsg.) (2014): *Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen*. Wiesbaden: Springer.

- Van Hest, Erna / Oud de Glas, Maria (1990): *Eine Untersuchung bei der Diagnose und Analyse von Fremdsprachenbedarf in Handel und Industrie verwendeten Techniken*. Brüssel: Kommission der Europäischen Gemeinschaften.
- Vater, Heinz (1992): *Einführung in die Textlinguistik. Struktur, Thema und Referenz in Texten*. München: Fink.
- Völkel, Ingrid / Ehmann, Marlies (2011): *Spezielle Pflegeplanung in der Altenpflege. In stationären und ambulanten Einrichtungen*. 4. Auflage. München: Urban & Fischer.
- Walther, Sabine (2003): *Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege. Eine kommentierte Bibliografie*. Duisburg: Gilles und Francke.
- Walther, Sabine (2001): *Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhaus. Eine linguistische Untersuchung von Erstgesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten*. Gefördert durch die Robert-Bosch-Stiftung. Bern: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Watzlawick, Paul / Beavin, Janet H. / Jackson, Don D. (2016): *Menschliche Kommunikation. Formen. Störungen, Paradoxien*. 13., unveränderte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Weber, Hartmut / Becker, Monica / Laue, Barbara (2000): *Diskursorientierte Bedarfsanalysen und ihre Didaktisierung*. Aachen: Shaker.
- Weinert, F. E. (2001): „Vergleichende Leistungsmessung in Schulen - eine umstrittene Selbstverständlichkeit“. In: Weinert, F. E. (Hrsg.): *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim: Beltz, S. 17-31.
- Weinhold, Christine (1997): *Kommunikation zwischen Patienten und Pflegepersonal. Eine gesprächsanalytische Untersuchung des sprachlichen Verhaltens in einem Krankenhaus*. Gefördert durch die Robert Bosch Stiftung. Göttingen: Huber (Reihe Pflegewissenschaft).
- Weissenberg, Jens (2012): *Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache*. Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg: Passage. Migration und Internationale Zusammenarbeit. Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im IQ-Netzwerk.
- Weissenberg, Jens (2010): „Sprachliche-kommunikative Handlungsfelder am Arbeitsplatz. Konzeptioneller Ansatz zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation berufsbezogener Zweitsprachenförderangebote“. In: *DAZ*. Heft 2, S. 13-24.
- Welsch, Wolfgang (2010): *Was ist eigentlich Transkulturalität?* Bielefeld: Transkript.
- Welsch, Wolfgang (1999): „Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung“. In: Cesana (Hrsg.): *Interkulturalität*, S. 45-72.
- West, Richard (1994): „Needs analysis in language teaching“. In: *Language Teaching* 27 (1), p. 1-19.
- Wilfried, Eiff (2011): *Patientenorientierte Arzneimittelversorgung*. Stuttgart: Thieme.
- Wieteck, Pia / Velleuer, Hans-Jürgen (2000): *Pflegeprobleme formulieren - Pflegemaßnahmen planen. Leitfaden zur Dokumentation pflegerischer Interventionen*. Bad Emstal: RECOM.
- Zielke-Nadkarni (1997): „Theoretische Grundlagen der interkulturellen Pflege“. In: Uzarewicz, Charlotte / Piechotta, G. (Hrsg.): *Transkulturelle Pflege*. Sonderband 10. Berlin: VWB, S. 99-114.

Internetquellen:

- http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Pflegepersonal-KH_dt_final.pdf (zuletzt aufgerufen am 15. 2. 2018)
- <https://www.apotheken-umschau.de/Medikamente/Beipackzettel/Marcumar-1300649.html> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.ash-berlin.eu> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.audiotranskription.de> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.bagfw-esf.de> (Programm „rückenwind – für die Beschäftigten und Unternehmen in der Sozialwirtschaft“) (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- http://www.bundesanzeigerverlag.de/betreuung/wiki/Hauptseite#Die_Betreuung.3F (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://bundesanzeiger-verlag.de/betreuung/wiki/Pflegeversicherung> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.bildungsakademie-mettmann.de/LandesberichterstattungGesundheitsberufe2010.pdf> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2016/160113-pflegeberufsgesetz.html>
Bundesministerium für Gesundheit: Pflegeberufsgesetz (2016) (zuletzt aufgerufen 5. 12. 2017)
- <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegfachkraeftemangel.html>
Bundesministerium für Gesundheit: Pflegefachkräftemangel (2016) (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegestaerkungsgesetze/pflegestaerkungsgesetz-i.html>
Bundesministerium für Gesundheit: Das Erste Pflegestärkungsgesetz (2016) (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.bmwi.de/BMWi/Redaktion/PDF/E/europa-zwischen-jugendarbeitslosigkeit-und-fachkraeftemangel,property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pd> (zuletzt aufgerufen am 3. 7. 2014)
- <http://www.bundesgesundheitsministerium.de> (zuletzt aufgerufen am 16. 2. 2018)
- http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Leistungen/Leistungsbetraege_2017.pdf (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/die-pflegestaerkungsgesetze.html>
(Stand: 2017) (zuletzt aufgerufen am 15. 10. 2017)
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html> (zuletzt aufgerufen am 15. 2. 2018)
- https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/PSG_Das_Wichtigste_im_Ueberblick.pdf (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeberufegesetz.html> (Stand 2016) (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeberufegesetz.html> (Stand 2017) (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.canoo.net/services/OnlineGrammar/Wort/Adverb/Klasse/Temporal.html> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutabl1.php (zuletzt aufgerufen am 1. 4. 2016)
- https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html (zuletzt aufgerufen am 14. 2. 2018)
- http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/KrankenhausbandlungPflegebeduerftige5871102109004.pdf?__blob=publicationFile
- https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile. (Pflegestatistik 2013) (zuletzt aufgerufen am 1. 4. 2016)
- https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101159004.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt aufgerufen am 14. 2. 2018)
- <http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de> (zuletzt aufgerufen am 5.12.2017)
- http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/doku_iq_fachtagung_NOBI.pdf (zuletzt aufgerufen am 15. 2. 2018)
- <https://deutscher-pflegetag.de/ueberuns/rueckblick/2016> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <https://www.die-bonn.de/id/32359/about/html/> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.duden.de>
- www.eh-berlin.de (zuletzt aufgerufen am 13. 2. 2018)
- <http://flexikon.doccheck.com/de/Pflege> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.gesundheitsberufe.de> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.gesundheitskongresse.de> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.gesundheits-lexikon.com/Labormedizin-Labordiagnostik/Blutgerinnung/INR-International-Normalized-.html> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- https://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegeberatung_und_pflegebeduerftigkeit/Anpassung_Richtlinie_PEA-Verfahren_2010.pdf (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- http://www.imed-komm.eu/kurs_pflegekraefte (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <https://www.internisten-im-netz.de/mediathek/blutbild-erklaerung/quick-wert/> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.jobadu.de/pdfs/01117.pdf> (zuletzt aufgerufen am 16. 2. 2018)
- <https://www.meet-the-need-project.eu/deutsch/unterrichtsmaterial/pflege/> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)
- <http://www.netzwerk-iq.de/fachstelle-berufsbezogenes-deutsch.html> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

http://www.nusz.de/fileadmin/redaktion/Dateien/pdf_ab_2014_05_29/Themenheft_Gepflegt_in_der_Gegenwart.pdf (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

http://www.pflege-gewalt.de/professionell_Pflegende_Artikel/freiheitsentziehende-massnahmen-und-alternativen.html (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

<http://www.pflegewiki.de/wiki/Vorsorgevollmacht> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/files/pdf/Statistik_Aerzte_Pflegende_Klinik_1991_2013_patientenschutz.pdf (zuletzt aufgerufen am 15. 2. 2018)

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/lohnbuchfuehrung.html?referenceKeywordName=Lohnabrechnung> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

<http://wirtschaftslexikon.gabler.de> (zuletzt gesichtet am 5. 12. 2017)

http://www.rwi-essen.de/media/content/pages/publikationen/rwi-projektberichte/PB_Fachkraefte-Pflegewirtschaft_K.pdf (zuletzt aufgerufen am 16. 2. 2018)

<https://www.telc.net> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

<http://www.thieme.de> (zuletzt aufgerufen am 5. 12. 2017)

Anhang A

Tabellenverzeichnis:

| | |
|---|-----|
| Tab. 1: Dimensionen interkultureller Kompetenz..... | 32 |
| Tab. 2: Aufgaben professionell Pflegender..... | 60 |
| Tab. 3: Übersicht Sprachhandlungsmuster der Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> | 111 |
| Tab. 4: Lexik/Semantik der Pflegehandlung <i>Tabletten geben/stellen</i> | 115 |
| Tab. 5: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> (Nomen)..... | 126 |
| Tab. 6: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> (Verben)..... | 127 |
| Tab. 7: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung <i>Wundversorgung</i> (Nomen)..... | 134 |
| Tab. 8: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung <i>Wundversorgung</i> (Verben)..... | 134 |
| Tab. 9: Lexik/Semantik zu Pflegehandlung <i>nach dem Befinden schauen</i> | 138 |
| Tab. 10: Lexik/Semantik der Pflegehandlung <i>Kompressionsstrümpfe ausziehen</i> | 142 |
| Tab. 11: Lexik/Semantik der Pflegehandlung <i>Ankündigung der nächsten Pflegebesuche</i> .. | 143 |
| Tab. 12: Situationsübergreifende Übersicht der verwendeten Nomen..... | 152 |
| Tab. 13: Situationsübergreifende Übersicht der Verben..... | 153 |
| Tab. 14: Situationsübergreifende Übersicht der Adverbien..... | 156 |
| Tab. 15: Lexik/Semantik des Textes <i>Dienstplan</i> | 162 |
| Tab. 16: Lexik/Semantik des Textes <i>Ergebnisliste des Tourenplans</i> | 171 |
| Tab. 17: Lexik/Semantik des Textes <i>Kontrollliste Arbeitsmittel, Teil 1</i> | 180 |
| Tab. 18: Lexik/Semantik des Textes <i>Kontrollliste Arbeitsmittel, Teil 2</i> | 182 |
| Tab. 19: Lexik/Semantik des Textes <i>Überleitungsbogen</i> | 188 |
| Tab. 20: Lexik/Semantik des Textes <i>Autoübergabe</i> | 205 |
| Tab. 21: Lexik/Semantik des Textes <i>Marcumar-Dosierung</i> | 207 |
| Tab. 22: Lexik/Semantik des Textes <i>Beschwerdeaufnahmebogen</i> | 210 |
| Tab. 23: Lexik/t des Textes <i>Beratungsprotokoll</i> | 217 |
| Tab. 24: Lexik/Semantik des Textes <i>Schlüsselübergabe</i> | 224 |
| Tab. 25: Lexik/Semantik des Textes <i>Schadensmeldung</i> | 227 |
| Tab. 26: Lexik/Semantik des Textes <i>Notfalleinsatz Klient</i> | 231 |
| Tab. 27: Lexik/Semantik des Textes <i>Verbesserung</i> | 234 |

Anhang B

Abbildungsverzeichnis:

| | |
|---|-----|
| Abb. 1: Wortfeld zu Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> | 126 |
| Abb. 2: Wortfeld zu Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> | 127 |
| Abb. 3: Wortfeld zu Pflegehandlung <i>Insulinbehandlung</i> | 128 |
| Abb. 4: Wortfeld zu Pflegehandlung <i>Wundversorgung</i> | 135 |
| Abb. 5: Wortfeld zum Text <i>Dienstplan</i> | 165 |
| Abb. 6: Wortfeld zum Text <i>Dienstplan</i> | 166 |
| Abb. 7: Wortfeld zum Text <i>Dienstplan</i> | 167 |
| Abb. 8: Wortfeld zum Text <i>Ergebnisliste des Tourenplans</i> | 175 |
| Abb. 9: Wortfeld zum Text <i>Ergebnisliste des Tourenplans</i> | 175 |
| Abb. 10: Wortfeld des Textes <i>Kontrollliste Arbeitsmittel</i> | 184 |
| Abb. 11: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 192 |
| Abb. 12: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 192 |
| Abb. 13: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 193 |
| Abb. 14: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 193 |
| Abb. 15: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 194 |
| Abb. 16: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 194 |
| Abb. 17: Wortfeld zum Text <i>Überleitungsbogen</i> | 195 |
| Abb. 18: Wortfeld zum Text <i>Marcumar-Dosierung</i> | 208 |
| Abb. 19: Wortfeld zum Text <i>Beratungsprotokoll</i> | 219 |
| Abb. 20: Wortfeld zum Text <i>Beratungsprotokoll</i> | 219 |
| Abb. 21: Wortfeld zum Text <i>Beratungsprotokoll</i> | 220 |
| Abb. 22: Wortfeld des Textes <i>Notfalleinsatz Klient</i> | 232 |
| Abb. 23: Wortfeld zum Text <i>Verbesserung</i> | 235 |
| Abb. 24-31: Gesprächs- und textübergreifende Wortfelder..... | 243 |

Anhang C

Leitfaden für Interviews mit den Führungskräften

- Welche sprachlichen Anforderungen stellen Sie an die Pflegefachkräfte? Was müssen Sie beherrschen und auf welchem Niveau?
- Wie wichtig ist Fachsprache? Wann wird sie gebraucht?
- Welche (fach-)sprachlichen Schwierigkeiten treten auf? Was gelingt gut?
- Gibt es Unterschiede hinsichtlich der Anforderungen zwischen Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften?
- Gibt es Möglichkeiten zur Weiterbildung? (intern, extern)
- Welche interkulturellen Kompetenzen sind im Umgang mit Pflegebedürftigen mit anderem kulturellen Hintergrund wichtig? (im Team)
- Stellen Sie sich vor, Sie stellen eine Pflegefachkraft ein, welche interkulturellen Kompetenzen sind da wichtig? Wie sieht das konkret im beruflichen Alltag aus?
- Welche Schwierigkeiten treten immer wieder auf?
- Welche Lösungsmöglichkeiten haben Sie?
- Gibt es Leitfäden dazu?

Leitfaden für Interview mit dem Leiter der Berufsfachschule

- Wie würden Sie die sprachlichen Anforderungen an die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege einschätzen? Was müssen Sie beherrschen und auf welchem Niveau?
- Welche sprachlichen Schwierigkeiten treten auf? Was gelingt gut?
- Rahmenlehrpläne
- Was sind die Anforderungen in der ambulanten Pflege? (im Vergleich zur stationären Pflege)
- Sie hatten am Telefon gesagt, interkulturelle Kompetenzen werden im Unterricht mitbehandelt. Inwiefern sind diese konkret auf die Pflege zugeschnitten?
- Welche Teilkompetenzen werden als besonders wichtig erachtet?
- Was glauben Sie, wie zeigen sich diese im konkreten beruflichen Alltag?
- Welchen Handlungsspielraum haben die Pflegenden?
- In welcher Form werden diese Kompetenzen unterrichtet?
- In welchem Verhältnis stehen sie zum sprachlichen Inhalt des Unterrichts bzw. wie werden die Inhalte miteinander verknüpft?
- Werden konkrete Fälle aus dem beruflichen Alltag in den Klassenraum gebracht? Können Sie ein Beispiel dafür nennen?
- Was sind typische Konflikte, *Critical Incidents*? (Beispiele, Lösungsmöglichkeiten)

Leitfaden für die Pflegekräfte

- Eisbrecherfragen: wie lange im Unternehmen / wie lange in der Pflege tätig, Gründe für die Berufswahl, Zufriedenheit, Arbeitszeit, Abschlüsse, Wünsche zur Weiterbildung etc.
- eigene Einschätzung des Sprachniveaus, Sprachprüfungen
- Welche Tätigkeiten führen Sie jeden Tag in Ihrem Beruf aus? (typische Pflegehandlungen im Alltag)
- Worin liegt der Unterschied bei den Tätigkeiten zwischen Pflegefachkraft und Pflegehilfskraft?
- Welche Gespräche führen Sie im Alltag? (häufige, wichtige)
- Was müssen Sie verstehen?
- Welche Texte lesen/schreiben Sie? (häufige, wichtige)
- Kommunikation während der Pflegehandlungen?
- Immer wiederkehrende Wendungen?
- Haben Sie / Hast du sprachliche Schwierigkeiten? (Wunsch nach Weiterbildung, Fachsprache)
- Haben Sie auch mit Pflegebedürftigen zu tun, die nicht Ihren kulturellen Hintergrund haben? Wie ist das? Was mussten Sie lernen? Was ist da wichtig im Umgang mit ihnen?
- Stellen Sie sich vor, Sie würden jemanden als Pflegefachkraft einstellen? Was müsste dieser neue Mitarbeiter im Hinblick auf dieses Thema können? (Was zeichnet eine interkulturell kompetente Pflegefachkraft aus? / Wie muss diese Person sein, damit der Umgang mit Pflegebedürftigen aus einem anderen Kulturkreis gut funktioniert?)
- Gibt es (immer wiederkehrende) Schwierigkeiten? Haben Ihren Kollegen Probleme? Nennen Sie bitte Beispiele!
- Wie werden diese Konflikte gelöst?
- Gibt es Unterstützung vom Unternehmen?