

Relevanz authentischer Arzt-Patienten-Interaktionen für Mediziner-Deutschkurse. Am Beispiel von dokumentierten Aufklärungsgesprächen mit L2-Anästhesist:innen

Damaris Borowski (Tübingen)

1 Einleitung

Angemessene Anforderungen an Deutschkenntnisse von Ärzt:innen dienen nicht zuletzt der Patientensicherheit. Gleichwohl sind von Seiten der Forschung bisher sprachliche Kompetenzen von Ärzt:innen in der Berufspraxis kaum betrachtet worden. In diesem Beitrag werden Daten und didaktische Schlüsse aus der ersten Studie präsentiert, die authentische Arzt-Patienten-Interaktionen mit Ärzt:innen in den Blick nimmt, die Deutsch als Zweitsprache sprechen (Borowski 2018a).¹ Das Forschungsinteresse für diese Studie hat sich in der Unterrichtspraxis – Deutschkurse für Mediziner:innen – entwickelt. Die Studie hat gezeigt, dass die eingeschränkte Sprachkompetenz von Ärzt:innen, die bereits verschiedene Sprachkurse besucht haben und seit drei bis fünf Jahren in Deutschland arbeiten, ihre Fähigkeit zur angemessenen Interaktion mit Patient:innen stark beeinträchtigt.

Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse werden in diesem Beitrag Vorschläge für die Sprachvermittlung für Ärzt:innen mit Deutsch als Zweitsprache präsentiert. Anhand von konkreten Beispielen wird gezeigt, dass Transkripte von authentischen anästhesiologischen Aufklärungsgesprächen im Sprachunterricht eingesetzt werden können. Zunächst wird ein Überblick über die Studie gegeben

¹ Diese Studie wurde in enger Zusammenarbeit mit Niels Rahe-Meyer (Chefarzt) an der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Franziskus Hospitals in Bielefeld durchgeführt.

und der Aufbau anästhesiologischer Aufklärungsgespräche kurz umrissen. Im Anschluss werden die zentralen Ergebnisse präsentiert. Anschließend werden anhand von drei Beispieltranskripten Gesprächsausschnitte abgebildet und betrachtet sowie darauf aufbauend Vorschläge für den Unterricht entwickelt.

2 Die Studie

2.1 Überblick

Das Ziel der Studie ist es, den Einfluss mangelnder Deutschkenntnisse von Ärzt*innen mit Deutsch als Zweitsprache auf ihre Patientengespräche zu untersuchen. In der Studie treffen damit zwei Forschungsfelder aufeinander: die gesprächsanalytische Forschung zu Arzt-Patienten-Interaktion und die Zweitspracherwerbsforschung. Es handelt sich um eine qualitative Studie mit ethnomethodologischer Rahmung, die sich an *workplace studies* (s. Bergmann 2006) anlehnt.

An der Studie haben drei Anästhesist*innen mit Deutsch als Zweitsprache und 12 Patient*innen teilgenommen.² Die Anästhesist*innen haben ihr Medizinstudium nicht in Deutschland absolviert und hatten zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits drei bis fünf Jahre an deutschen Krankenhäusern gearbeitet.³

Es wurden insgesamt 12 ambulante anästhesiologische Aufklärungsgespräche (vier Gespräche pro Ärzt*in) gefilmt. Es handelt sich um authentische Gespräche – d.h. um reguläre Gespräche, die auch stattgefunden hätten, wenn diese Studie nicht durchgeführt worden wäre. Bei der Datenerhebung wurde besonders darauf geachtet, die Abläufe an der Klinik so wenig wie möglich zu beeinflussen (s. Borowski 2018a: 88ff.). Die Gespräche wurden mit dem Transkriptionsprogramm EXMARALDA⁴ nach der GAT2-Konvention (Selting; Auer; Barth-Weingarten; Bergmann, J.; Bergmann, P.; Birkner; Couper-Kuhlen; Deppermann; Gilles; Günthner; Hartung; Kern; Mertzluft; Meyer; Morek; Oberzaucher; Peters; Quasthoff; Schütte; Stukenbrock; Uhmman 2009) transkribiert.

Um zu analysieren, welche sprachlichen Fehler in den Äußerungen der Anästhesist*innen auftauchen und welchen Einfluss diese auf die Gespräche mit den Patient*innen haben, wurde eine Kombination von Fehleranalyse (s. Borowski 2018a: 115ff.) und Konversationsanalyse (s. ebd.: 119ff.) durchgeführt:

² Alle Teilnehmenden wurden umfassend über die Studie informiert. Sie haben freiwillig teilgenommen und ihr schriftliches Einverständnis gegeben (s. Borowski 2018a: 84ff.).

³ Um eine Arbeitserlaubnis in Deutschland zu bekommen, mussten sie ein B2-Zertifikat vorlegen und die sogenannte Fachsprachenprüfung bei der Ärztekammer ablegen (s. Borowski 2018a: 72ff.).

⁴ <https://exmaralda.org/de/partitur-editor-de/>.

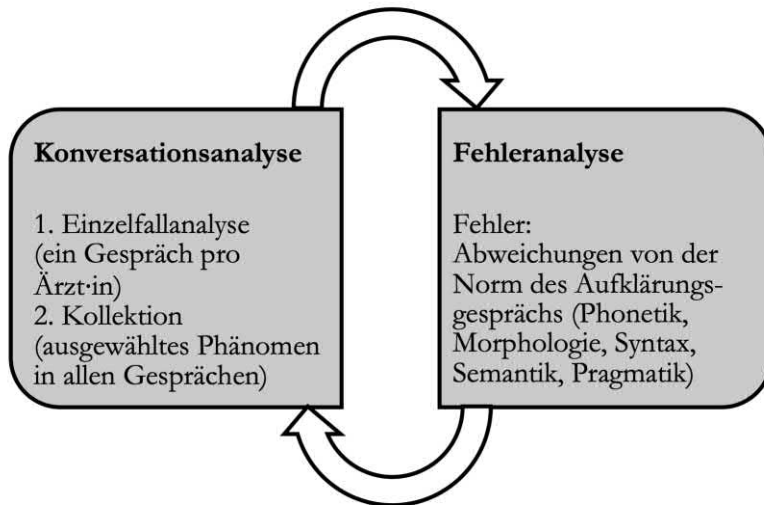


Abb. 1: Kombination von Konversations- und Fehleranalyse

Bei der Fehleranalyse wird alles als Fehler verstanden, was in Bezug auf die Phonetik, Morphologie, Syntax, Semantik oder Pragmatik von der Norm eines anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs abweicht. Die Norm definiert sich über den gegebenen Kontext: Es handelt sich um institutionalisierte, asymmetrische Gespräche, in denen bestimmte festgelegte Handlungsziele verfolgt werden. Dementsprechend werden beispielsweise elliptische Äußerungen (wie „fragen dazu“) nicht als Fehler verstanden, weil sie in diesem Gesprächstyp üblich sind. Es soll an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass Fehler im Rahmen der Studie nicht defizitär, sondern als Indikatoren eines Kompetenzniveaus verstanden wurden.

Die Konversationsanalyse wurde in zwei Schritten vorgenommen. Zunächst wurde je ein Gespräch pro Ärzt:in in seiner Gesamtheit analysiert (Einzelfallanalyse). Im zweiten Schritt wurden Verfahren der Verstehenssicherung in allen Gesprächen gesammelt und analysiert (Kollektion). Anders als bei Barkhuizen und Ellis (2005) wurden die Konversationsanalyse und Fehleranalyse (wie in der Abb. 1 veranschaulicht) getrennt voneinander eingesetzt und erst im Anschluss wurden die Ergebnisse miteinander in Beziehung gesetzt.

Zusätzlich wurde eine Systematisierung der Gesprächsabläufe mithilfe der Systematik von Nowak (2010: 231) vorgenommen, um die dokumentierten Gespräche miteinander und mit Gesprächen aus bereits vorliegenden Studien vergleichen zu können (s. Borowski 2018a: 122ff.).

Die dokumentierten anästhesiologischen Aufklärungsgespräche sind die Primärdaten dieser Studie. Aufgrund der Komplexität dieses Gesprächstyps wurden ergänzend weitere Daten als Sekundärdaten erhoben. Dabei wurde auch die Per-

spektive der Gesprächsteilnehmenden einbezogen. Dies wird in der Abb. 2 veranschaulicht:

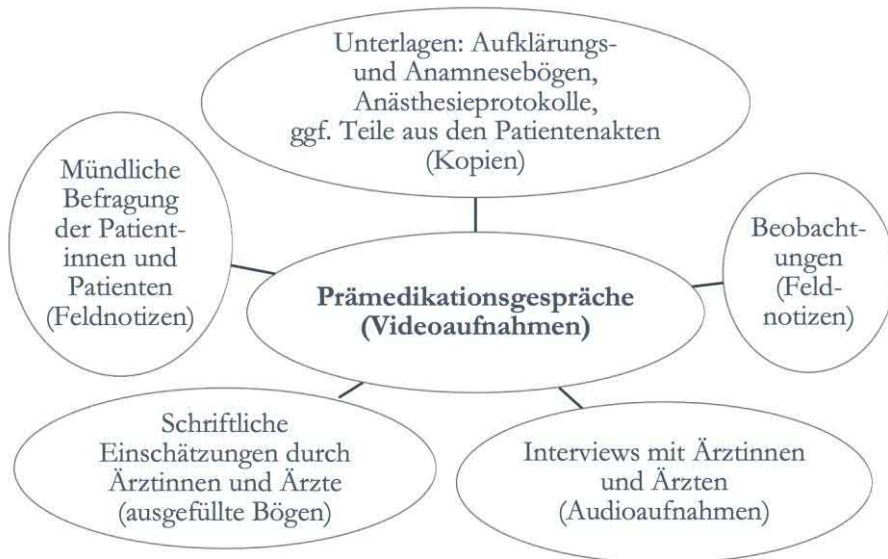


Abb. 2: Primär- und Sekundärdaten der Studie

Die Sekundärdaten wurden bei der Analyse der Primärdaten ergänzend herangezogen, um ein umfassenderes Verständnis der anästhesiologischen Aufklärungsgespräche zu erlangen.

2.2 Anästhesiologische Aufklärungsgespräche

Anästhesiologische Aufklärungsgespräche sind Arzt-Patienten-Gespräche zur Vorbereitung operativer Eingriffe. Sie weisen – aufgrund der rechtlichen und medizinischen Anforderungen – ein hohes Maß an Standardisierung auf und müssen individualisiert und dokumentiert werden. In den Gesprächen spielen schriftliche Unterlagen (Aufklärungs- und Anamnesebögen sowie Patientenakten) eine zentrale Rolle.

Auf der Grundlage der Systematik von Nowak (2010) konnten sechs Standardkomponenten anästhesiologischer Aufklärungsgespräche identifiziert werden. Die übliche Reihenfolge dieser Komponenten im Gesprächsverlauf wird in der Abb. 3 veranschaulicht. Ebenfalls wird deutlich, dass die Gespräche in der Regel mehrfach durch krankenhausinterne Anrufe von Kolleg:innen gestört werden.

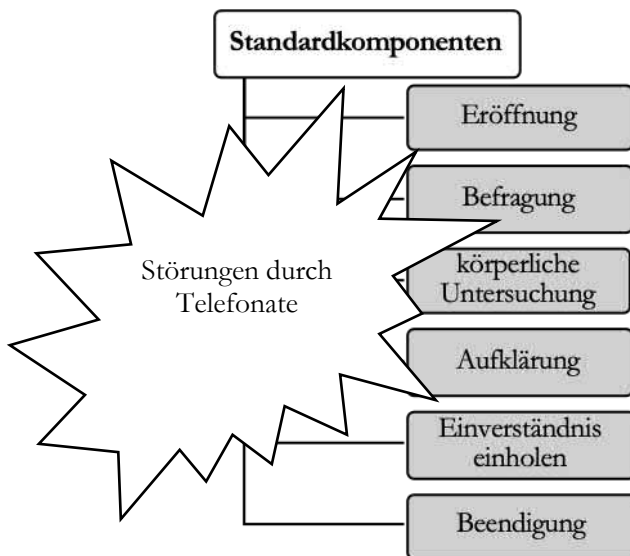


Abb. 3: Standardelemente anästhesiologischer Aufklärungsgespräche

Die *Eröffnung* der Gespräche beinhaltet interaktive Handlungen wie Begrüßung, Vorstellung und Orientierung über das Gespräch (etwa „ich möchte mit ihnen über die Narkose bei ihrer bevorstehenden Operation sprechen“). Bei der anschließenden *Befragung* bzw. Anamnese ermitteln die Ärzt:innen anästhesierelevante Informationen über den Gesundheitszustand der Patient:innen. Dazu kann eine *körperliche Untersuchung* (beispielsweise eine Blutabnahme) erforderlich sein. Die Anästhesist:innen sind dazu verpflichtet, ihre Patient:innen angemessen über das geplante und alternative Verfahren *aufzuklären* und gegenseitiges Verstehen zu sichern. Letztlich ist das Ziel dieser Gespräche das Einholen des rechtlich wirksamen *Einverständnisses* der Patient:innen (informed consent). Nun kann die *Beendigung* folgen.

2.3 Zentrale Ergebnisse der Studie

Eine ausführliche Darstellung der Studienergebnisse ist bei Borowski (2018a: 356f.) zu finden. An dieser Stelle werden lediglich zentrale Ergebnisse knapp umrissen. Statt dessen werden unten drei ausgewählte Gesprächsausschnitte genauer betrachtet und didaktische Schlüsse gezogen.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass in allen Gesprächen eine erhebliche Anzahl sprachlich-kommunikativer Fehlleistungen in den Äußerungen der Ärzt:innen auftreten. Diese sprachlich-kommunikativen Fehlleistungen führen zu Störungen, Beeinträchtigungen und vielfach sogar zum partiellen Scheitern der

Interaktion. So ist auch das Kernziel der Gespräche – *informed consent* – erheblich beeinträchtigt (s. dazu auch Borowski; Koreik; Ohm; Rahe-Meyer; Riemer 2019).

Dennoch konnten in den Gesprächen keine sprachproblembezogenen Aushandlungen beobachtet werden. Nach dem Einstieg in die Praxis stagniert der Spracherwerb oder wird gar rückläufig. Sprachliche Fehler werden immer weniger wahrgenommen, reflektiert oder bearbeitet. Stattdessen schleifen sich die sprachlichen Fehler immer weiter ein. Diese Entwicklung ist der Situation geschuldet: Die festgelegten Rollen (Ärzt·in und Patient·in) und ihr hierarchisches Verhältnis zueinander, das Skript (Ablauf und Inhalte der Gespräche) und der Zeitdruck lassen keinen Raum für sprachproblembezogene Aushandlungen oder gar sprachbezogenes Feedback. In der Folge gewinnen die Ärzt·innen den Eindruck, dass keine sprachlich bedingten Verständnisschwierigkeiten vorliegen.

3 Transkriptbeispiele

Die 12 im Rahmen der Studie dokumentierten Gespräche haben eine durchschnittliche Länge von 11 Minuten und 25 Sekunden. Das längste Gespräch dauerte 27 Minuten und 53 Sekunden, das kürzeste lediglich fünf Minuten und drei Sekunden.

Die Transkripte aller Gespräche stehen (in anonymisierter Form) als PDF online zur Verfügung (s. Borowski 2018b).⁵ Diese Transkripte bieten authentisches Material, das im Sprachunterricht für die Ärzt·innen mit Deutsch als Zweitsprache verwendet werden kann. Die Transkription wurde, orientiert an dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem GAT2, vorgenommen. Eine ausführliche Darstellung und Beschreibung aller hier verwendeten Transkriptionszeichen ist bei Selting et al. (2009) zu finden. Im Folgenden werden die drei ausgewählten Beispiele authentischer Arzt-Patienten-Interaktion analysiert und auf dieser Grundlage sprachdidaktische Vorschläge gemacht.

3.1 Erstes Beispiel

Das erste Beispiel zeigt einen kurzen Ausschnitt (ca. 30 Sekunden) aus der Komponente *Befragung* eines anästhesiologischen Aufklärungsgespräches. Der Patient (P112) hat bereits unmittelbar vor dem Gespräch im Wartebereich den Anamnesebogen ausgefüllt. Dabei hat er 5 Angaben zur Person gemacht, 36 Ja/Nein- und 27 W-Fragen beantwortet. Im Gespräch geht die Ärztin (A103) chronologisch nahezu alle Fragen mit dem Patienten noch einmal durch. In dem hier abgebildeten Ausschnitt fragt die Ärztin nach Muskelerkrankungen bei Blutsverwandten. Hierbei kommt es zu einem Missverständnis, das nicht geklärt wird.⁶

⁵ Da es sich um besonders sensible Daten handelt, wurden und werden keine Ton- und Bildpräsentationen (auch nicht in anonymisierter Form) veröffentlicht.

⁶ Borowski (2018a: 346ff.) gibt einen Überblick über alle Stellen in den für ihre Studie dokumentierten Gesprächen, in denen Missverständnisse zutage treten, aber nicht geklärt werden können.

Quelle: Borowski (2018b: 142ff.)

Dokumentation: Bielefeld, den 17.12.2015

Gesamtdauer der Aufnahme: 05:53 Minuten

[40]	126 [04:42.4]		
A103 [v]	gut ehm: (schau) gibt es eine muskelschwäche in die familie wie emes oder so		
[pnv]	<i>A103 blättert den Anamnesebogen um und schaut dann P112 an.</i>		
[41]	--	127 [04:47.4]	128 [04:49.2]
A103 [v]	muskelerkrankungen		
P112 [v]	meine schwester hatte		
[pnv]	<i>P112 schließt die Augen und bläst die Backen auf. (- -)</i>		
[42]	--	129 [04:50.4]	130 [04:52.4]
A103 [v]	mhm::		
P112 [v]	ne neurale muskelatrophie		
[pnv]	<i>A103 nickt. und schaut P112 an.</i>	<i>A103 nickt einmal langsam und wendet sich dann</i>	
[43]	--	131 [04:53.3]	132 [04:54.6] 133 [04:55.6]
A103 [v]	schwester aber von ihre mutter		
P112 [v]	ich weiß nicht ob das da hin gehört ja		
[pnv]	<i>dem Anamnesebogen zu. P112 deutet kurz in Richtung Anamnesebogen.</i>	<i>A103</i>	
[44]	--	135 [04:57.2]136 [04:57.6]	137 [04:58.7] 138 [05:00.1]
A103 [v]	oder vater↑	ja dann nicht	
P112 [v]	ne: meine schwester <<pp> hehe>		
[pnv]	<i>schaut P112 an. (-)</i>	<i>P112 hebt kurz die linke Hand. A103 schaut auf den Bogen. (-) A103 dreht den Kuli zwischen</i>	
[45]	--	139 [05:01.1] 140 [05:02.1]	141 [05:11.5]142 [05:12.4]143 [05:13.2]
A103 [v]	dann nicht	o:kei	allergien haben wir gesagt
[pnv]	<i>den Fingern.</i>	<i>(9.427) A103 schreibt.</i>	<i>(-)</i>

Die Ärztin fragt: „gibt es eine muskelschwäche in die familie wie emes oder so muskelerkrankungen“ (Seg. 126). Der Patient informiert daraufhin, dass bei seiner Schwester eine neurale Muskelatrophie diagnostiziert wurde. Die Ärztin signalisiert Verstehen durch „mhm::“ und ein Nicken.

Für die Familienanamnese sind in erster Linie Erkrankungen der Eltern relevant. Daher ist es höchst wahrscheinlich, dass die Ärztin im nächsten Schritt über eine mögliche Erkrankung der Eltern informiert werden möchte. Dem entsprechend fragt sie nach „mutter oder vater“ (Seg. 135). Die sprachliche Umsetzung der Frage ist allerdings so ungünstig, dass der Patient sie nur missverstehen kann.

Die Ärztin sagt: „schwester aber von ihre mutter oder vater↑“ (Seg. 132, 133). Die Ärztin scheint zunächst noch einmal die Information des Patienten zu bestätigen: „schwester“. Es kann in diesem Kontext (Familienanamnese) davon ausgegangen werden, dass die Ärztin nun nach möglichen Erkrankungen der Eltern fragen möchte. Durch die elliptische Form und die hohe Sprechgeschwindigkeit verschmilzt die Bestätigung „schwester“ mit der Frage „aber von ihre mutter oder

vater↑“. Durch die Verwendung der Präposition *von* wird darüber hinaus ungewollt der Bezug zwischen Schwester und Mutter (also Tante mütterlicherseits) sowie Schwester und Vater (also Tante väterlicherseits) hergestellt. Es sind unterschiedliche Erklärungen denkbar, wie es dazu kommt, dass die Ärztin hier die Präposition *von* verwendet. Möglicherweise wollte sie fragen, ob bei *einem von* den Elternteilen eine Erkrankung vorliegt.

In Folge der sprachlichen Schwierigkeiten missversteht der Patient die Ärztin. Er nimmt an, dass die Ärztin wissen möchte, ob die neurale Muskelatrophie bei einer Tante mütterlicherseits oder einer Tante väterlicherseits diagnostiziert wurde. Nun widerspricht er mit „ne: meine schwester“ (Seg. 127). Die Antwort zeigt, dass der Patient von einem Missverständnis ausgeht. Er nimmt an, dass die Ärztin nicht verstanden hat, dass er in Segment 127 von seiner Schwester gesprochen hat – nicht von einer Schwester seiner Mutter oder seines Vaters. Das folgende kurze Lachen könnte ein Hinweis darauf sein, dass der Patient von diesem Missverständnis irritiert ist. Ein solches Missverständnis ist tatsächlich höchst unwahrscheinlich. Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die Ärztin nicht verstanden hat, dass der Patient zuvor von der Erkrankung seiner Schwester gesprochen hat. Offensichtlich hat sie das Wort „schwester“ wahrgenommen, da sie Verstehen signalisiert (Seg. 130) und das Wort wiederholt (Seg. 132). Darüber hinaus unterstellt die Annahme, dass sie statt des Wortes „Tante“ die Bezeichnung „schwester von mutter oder vater“ verwendet, dass sie auch die Bedeutung des Wortes „Schwester“ kennt. Stattdessen gibt es (wie oben beschrieben) Grund anzunehmen, dass die Ärztin nach möglichen Erkrankungen der Eltern fragen möchte. Die sprachlichen Schwierigkeiten bei der Formulierung dieser Frage führen allerdings dazu, dass der Patient die Frage falsch versteht.

Diese Verständigungsschwierigkeiten könnten als Anlass für eine Aushandlung zur Sicherstellung des gegenseitigen Verstehens oder sogar für eine sprachproblembezogene Aushandlung genutzt werden (vgl. Foster; Ohta 2005). Beides findet in dem Gespräch nicht statt. Die Ärztin bricht die Sequenz stattdessen mit „ja dann nicht dann nicht“ (Seg. 137) ab und fährt mit der nächsten Frage fort, ohne eine Antwort auf ihre Frage erhalten zu haben. Eine Erklärung für das Verhalten der Ärztin könnte sein, dass sie die Frage nicht für relevant genug hält, um die Zeit und den interaktiven Aufwand für einen Aushandlungsprozess einzuräumen.

Im Unterricht könnten gemeinsam mit den Lernenden anhand dieses Transkriptausschnitts die Verständigungsschwierigkeiten und die zugrunde liegenden sprachlichen Schwierigkeiten herausgearbeitet werden. Gemeinsam könnte überlegt werden, wie die Ärztin die Frage besser hätte formulieren können (zum Beispiel: „Ihre Schwester – ich verstehe. Aber wie sieht es mit ihren Eltern aus?“). Dabei könnte thematisiert werden, dass sprachliche Fehler dann besonders das Verstehen beeinträchtigen, wenn sie in stark elliptischen Äußerungen vorkommen. Auch bei Ärzt:innen, die in ihrer Erstsprache sprechen, konnte gezeigt werden, dass elliptische Äußerungen zur Verkomplizierung der Gespräche führen (Lalou-

schek 2004: 149). Vor diesem Hintergrund kann Zweitsprachlernenden dazu geraten werden, möglichst auf elliptische Äußerungen zu verzichten.

3.2 Zweites Beispiel

Das zweite Beispiel besteht aus vier Gesprächsausschnitten (insgesamt ca. eine Minute), die hier in chronologischer Folge abgebildet sind.⁷ In allen vier Gesprächsausschnitten wird die Medikamenteneinnahme am Operationstag thematisiert, wobei es sich um Ausschnitte aus unterschiedlichen Gesprächskomponenten (*Eröffnung, Befragung, Aufklärung, körperliche Untersuchung*) handelt. Bereits bei der *Eröffnung* des Gespräches thematisiert die Patientin (P102) ihre Medikamente:

Quelle: Borowski (2018b: 2ff.)
 Dokumentation: Bielefeld, den 16.11.2015
 Gesamtdauer der Aufnahme: 13:08 min

[4]		11 [04:18.2]	12 [04:19.1]	
A101 [v]	problem		kein problem	
P102 [v]	entschuldigung		und dann ha	zettel
[pnv]	<i>Bürostuhl. Ein Papier fällt fast vom Tisch, P102 hält es auf. A101 schiebt die Unterlagen zurecht und setzt sich. P102</i>			
[5]		14 [04:21.9]	15 [04:22.6]	16 [04:23.3] 17 [04:23.6]
A101 [v]		ja		ganz genau
P102 [v]	kriegen sie noch von tabletten	muss mehrere nehmen da		hab ich
[pnv]	<i>setzt sich dabei. (-) P102 holt</i>			
[6]				19 [04:26.9*]
P102 [v]	dann lieber einen zettel geschrieben als kriege ich ja alles gar nicht		da	
[pnv]	<i>eine Mappe aus ihrer Tasche. P102 deutet mit dem</i>			
[7]		20 [04:27.0] 21 [04:27.7]	22 [04:29.9]	
A101 [v]		o:ke:	darf isch zuerst misch	
P102 [v]		drauf		
[pnv]	<i>Kinn zu den Unterlagen auf dem Tisch. Beide sortieren Unterlagen. A101 schaut P102 an.</i>			
[8]		23 [04:31.6]		
A101 [v]	vorSTELlen↑ (.) A101 mein name isch bin die narkoseärztin			
[pnv]	<i>P102 hält inne und schaut A101 an. A101 beugt den Oberkörper leicht zu P102 hin und lächelt.</i>			

⁷ Eine ausführliche Analyse des gesamten Gespräches gibt Borowski (2018a: 148ff.).

[9]	24 [04:33.7]	25 [04:35.9]26 [04:36.1]27 [04:36.6]
A101 [v]	ich werde gerne mit ihnen über die narkose spreschen	ja↑ alles klar
P102 [v]		ja gerne entschuldigung
[pnv]	<i>P102 lächelt.</i>	
[10]	28 [04:37.3]	29 [04:39.7]30 [04:40.0] 31 [04:40.7]32 [04:41.2]
A101 [v]	kein problem eh°hehe	
P102 [v]	dass ich (nicht erst) gewartet habe	hehe so das
[pnv]	<i>P102 sucht weiter in der Mappe nach der Medikamentenliste. (-)</i>	<i>P102 holt die Liste heraus (-) P102 legt</i>
[11]	33 [04:42.6]	34 [04:43.8]
A101 [v]	suber	sie sind suber vorbereitet
P102 [v]	ist dann die liste	mit meinen medikamenten
[pnv]	<i>ein Blatt zu den Unterlagen auf dem Tisch. A101 legt das Blatt zurecht. A101 schlägt den Fragebogen um.</i>	

Direkt zu Beginn des Gespräches sucht die Patientin eine handschriftliche Medikamentenliste in ihrer Tasche und erklärt, dass der Platz auf dem Anamnesebogen nicht zum Eintragen ihrer Medikamente ausreicht (Seg. 12-19). Die Ärztin geht nicht darauf ein, sondern fragt: „o:ke: darf isch zuerst misch vorSTELlen↑“ (Seg. 22). Als die Patientin daraufhin innehält und die Ärztin anschaut, beginnt die Ärztin mit ihrer Standardäußerung zur Vorstellung „A101 mein name isch bin die narkoseärztin“ (Seg. 23) und Orientierung über das Gespräch „ich werde gerne mit ihnen über die narkose spreschen“ (Seg. 24). Bereits an dieser Stelle wird deutlich, dass die Ärztin sich bei der Gesprächsführung an einem bestimmten Ablauf orientiert.

Die Patientin entschuldigt sich nun bei der Ärztin dafür, dass sie „(nicht erst) gewartet“ hat (Seg. 26-28) und lacht. Wahrscheinlich fühlt die Patientin sich in gewisser Weise ertappt beim Übergehen von allgemeinen Höflichkeitsformen. Im Anschluss kommt sie direkt auf ihr Anliegen zurück und legt die Medikamentenliste auf den Tisch. Die Ärztin legt die Liste zurecht und kommentiert „suber sie sind suber vorbereitet“ (Seg. 33, 34). Damit ordnet die Ärztin das Erstellen und Hervorholen der Liste der Gesprächsvorbereitung zu. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den Medikamenten scheint an dieser Stelle von der Ärztin nicht vorgesehen. Erst im Rahmen der *Befragung* kommt sie wieder auf die Medikamentenliste zurück:

[17]	54 [05:15.9]	55 [05:16.9]	56 [05:18.7]	57 [05:19.6]
A101 [v]	und unten bitte vor d_operation muss rausge nommen werden <<p>o:ke:>			
P102 [v]	hmhm hmhm		hmhm ja_a	ja
[pnv]				(-)
[18]	59 [05:20.5]	60 [05:22.6]	61 [05:22.9]	62 [05:23.7]
A101 [v]	nehmen sie zurzeit regelmäßig medikamente↑=da sehe isch jetzt den plan→			
P102 [v]		ja		ja:
[pnv]				
[19]	63 [05:24.2]	64 [05:29.7]	65 [05:31.3]	
A101 [v]		sind sie schon mal oberiert worden		
P102 [v]				ja:
[pnv]	<i>A101 sich den Medikamentenplan an und macht Notizen.</i>			

Die Ärztin liest die Frage „nehmen sie zurzeit regelmäßig medikamente↑“ (Seg. 59) aus dem Anamnesebogen vor. Sie gibt der Patientin an dieser Stelle keinen Raum zur Antwort, sondern fährt direkt anschließend fort mit: „=da sehe isch jetzt den plan→“ (Seg. 60, 61). Durch „jetzt“ markiert sie, dass dies der vorgesehene Zeitpunkt für die Medikamentenliste ist. Die Ärztin liest die Liste und macht sich Notizen. Dann fährt sie unmittelbar mit der nächsten Frage fort. Im Rahmen der *Aufklärung* werden die Medikamente nun auf Initiative der Patientin wieder thematisiert:

[96]	303 [11:56.3]	304 [11:57.0]	305 [11:57.4]	306 [11:57.9]	307 [11:58.8]	308 [11:59.3]	309 [12:02.1]
A101 [v]	können sie ganz normal essen ab mitternacht nisch mehr essen (.)						
P102 [v]	vor kann ich	hmhm		hmhm		hmhmhm	
[pnv]		<i>P102 nickt.</i>					
[97]	~						
A101 [v]	danach vielleicht schluck wasser trinken dürfen sie °h bis vier uhr morgens						
P102 [v]							
[98]	310 [12:02.8]	311 [12:04.5]				312 [12:08.0]	
A101 [v]	und das wars					die tablette	
P102 [v]		°h ehm gucken sie m muss ich m medikame ein				oder zwei	
[pnv]	<i>A101 lächelt.</i>	<i>P102 deutet auf die Unterlagen.</i>				<i>P102 zählt mit den Fingern ab.</i>	
[99]	313 [12:08.8]	314 [12:10.4]	315 [12:11.0]	316 [12:11.6]			
A101 [v]		eigentlich		äh lassen sie bitte am			
P102 [v]	medikamente davon NEHmen oder		kann ich alles weglassen				

[100]	317 [12:14.2]		318 [12:17.6]	
A101 [v]	o:be: tag alles weg		das spray↑	
P102 [v]	aber äh mein asthmamittel (.) das tu ich ja ei so		sprü nehmen	
[pnv]	P102 deutet das Sprühen an. P102 zieht ihre Jacke aus.			
[101]	319 [12:18.7]	320 [12:20.2]	321 [12:20.8]322 [12:20.9]	323 [12:22.0]
A101 [v]	äh: (.) k kein problem da können sie		ganz normal einnehmen (es)	
P102 [v]	(das) nehmen ja		und augentropfen sicher auch nehme ich an (.)	
[102]	325 [12:23.5]326 [12:24.0]	327 [12:24.4]	328 [12:25.3]	329 [12:26.0]
A101 [v]	auch ja		hauptSACHe der magen leer ist das ist äh sehr wichtig	
P102 [v]	ja gut		dann weiß ich bescheid ja alles klar	

Die Ärztin gibt der Patientin die Anweisung, am Operationstag nüchtern zu erscheinen. Die Patientin nutzt diese Situation, um zu fragen, welche Medikamente von ihrer Liste sie am Operationstag einnehmen bzw. anwenden soll und welche nicht. Die Ärztin gibt zunächst die Anweisung „lassen sie bitte am o:be: tag alles weg“ (Seg. 316). Diese Anweisung hätte leicht dazu führen können, dass die Patientin ihr Asthmaspray, ihre Augentropfen und die Thrombosespritze, die im folgenden Ausschnitt thematisiert wird, am Operationstag nicht angewendet hätte. Da es sich um eine ambulante Operation handelte, ist die Patientin erst zur Operation in die Klinik gekommen. Dementsprechend musste die Patientin selbst dafür sorgen, alle nötigen Medikamente anzuwenden bzw. einnehmen. Glücklicherweise fragt die Patientin beharrlich weiter und erhält so die Information, dass sie ihr Asthmaspray und ihre Augentropfen anwenden soll.

In diesem Ausschnitt verfolgen die Ärztin und die Patientin unterschiedliche Anliegen. Die Patientin möchte wissen, welche ihrer Medikamente – unabhängig davon, ob es sich um Tabletten, ein Spray, Tropfen oder eine Spritze handelt – sie am Operationstag anwenden soll. Die Ärztin dagegen möchte sicherstellen, dass die Patientin am Operationstag mit leerem Magen erscheint und also keine Tabletten schluckt: „hautSACHe der magen leer ist das ist sehr wichtig“ (Seg. 327). Hier wird besonders deutlich, dass die Ärztin sich so stark an einem bestimmten Gesprächsablauf orientiert, dass sie Schwierigkeiten hat, angemessen auf die Frage der Patientin einzugehen.

Bei der *körperlichen Untersuchung*⁸ fällt der Patientin ein, dass sie noch eine weitere Frage zur Medikamentenanwendung am Operationstag hat:

⁸ Bei diesem Gespräch findet die körperliche Untersuchung erst nach der Aufklärung statt.

[109]	353 [12:56.1]	354 [12:58.2]	355 [12:59.0]
A101 [v]	hmhm gut es wird einmal kalt→		
P102 [v]	hmhm		
[pnv]	(8.77) A101 schüttelt das Desinfektionsmittel und sprüht es auf.		
[110]	356 [13:07.7]		
P102 [v]	ach diese thrombosespritze die ich ja jetzt für das andere nehme °h am abend vorher		
[pnv]	A101 reißt eine Verpackung auf.		
[111]	357 [13:13.1]	358 [13:15.5]	359 [13:27.4]
A101 [v]	ja auf jeden fall das ist sehr wichtig	gut läuf	
P102 [v]	nochmal od	ja ne† hmhm hmhm	
[pnv]	(11.98) A101 nimmt Blut ab.		

Die Ärztin nimmt der Patientin Blut ab. Dabei fragt die Patientin, ob sie auch ihre Thrombosespritze am Operationstag braucht. Die Ärztin antwortet „ja auf jeden fall das ist sehr wichtig“ (Seg. 357). Hier fällt besonders auf, dass die Ärztin die Anwendung der Thrombosespritze als „sehr wichtig“ wertet. Dennoch hätte die Patientin diese wichtige Information nicht erhalten, wenn sie nicht beharrlich nachgefragt und sich an alle wichtigen Fragen erinnert hätte.

Beharrliches Nachfragen ist für Patient*innen ein eher untypisches Verhalten (s. Klüber 2015: 221). Das Verhalten dieser speziellen Patientin kann darauf zurückgeführt werden, dass sie aufgrund ihres medizinischen Expertenwissens – sie war selbst Krankenschwester – um die Relevanz dieser Fragen wusste.

Die Gesprächsausschnitte zeigen, dass die Patientin das konkrete Anliegen hat zu erfahren, welche ihrer Medikamente sie am Operationstag anwenden bzw. einnehmen soll und welche nicht. Sie verfolgt ihr Anliegen anhand mehrerer Fragen während der *Aufklärung* und der *körperlichen Untersuchung*. Es muss festgestellt werden, dass die Patientin relevante Informationen zu der Medikamentenanwendung nicht erhalten hätte, wenn sie nicht so beharrlich nachgefragt hätte.

Die Ärztin orientiert sich stärker an ihrem üblichen Gesprächsskript als an dem Anliegen der Patientin. Die starke Orientierung an einem Skript und die Schwierigkeiten, auf die Anliegen der Patient*innen einzugehen, wurden bei mehreren Ärzt*innen mit Deutsch als Zweitsprache beobachtet (s. Borowski 2018: 302ff.). Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um Strategien handelt, mit sprachlicher Unsicherheit umzugehen.

Anhand dieses Beispiels kann im Unterricht die Relevanz der Berücksichtigung von Patientenanliegen veranschaulicht werden. Es kann gemeinsam überlegt werden, wie das Gespräch sich entwickelt hätte, wenn die Ärztin stärker auf das Anliegen der Patientin eingegangen wäre.

Ein mögliches Ergebnis könnte sein: Die Ärztin hätte direkt zu Gesprächsbeginn auf die Medikamentenliste eingehen und die Patientin fragen können, ob sie Fragen zu der Liste hat. So hätte die Patientin gleich zu Beginn alle Fragen zu der

Liste stellen können. In der Folge hätte die Ärztin im Verlauf des Gespräches nicht immer wieder auf die Fragen der Patientin eingehen müssen, es wären weniger Abweichungen vom Gesprächsablauf nötig gewesen und es wäre nicht zu dem Aneinander-Vorbeireden im dritten Ausschnitt gekommen.

So kann anhand dieses Beispiels im Unterricht gezeigt werden, dass das Zurückweisen von Patientenanliegen in der Regel zur Verkomplizierung von Gesprächen führt (vgl. auch Nowak 2010: 226ff.). Es kann dazu ermutigt werden, Patient*innen möglichst früh Raum für ihre Anliegen einzuräumen.

3.3 Drittes Beispiel

Wie in allen im Rahmen der Studie analysierten Gesprächen macht auch die Ärztin (A101) im folgenden Gespräch mit dem Patienten (P104) zahlreiche sprachliche Fehler. In diesem Gespräch fallen besonders die Probleme hinsichtlich der Wortwahl auf, die zur Beunruhigung des Patienten führen können. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass die Ärztin wiederholt nicht auf Fragen des Patienten reagiert. Immer wieder treten Missverständnisse allein durch die vom Patienten initiierten Aushandlungen zutage. Auch in diesem Gespräch orientiert die Ärztin sich stärker an ihrem Gesprächsplan und an ihren Standardformulierungen als an den Anliegen des Patienten. Der Patient betreibt dabei einen bemerkenswert hohen interaktiven Aufwand, um Verstehen zu sichern: Er setzt Fragen, Wiederholungen, Rephrasierungen, Zusammenfassungen und zunehmend unterstützende Gestik und Mimik ein. Es ist davon auszugehen, dass der Patient so auf die von ihm wahrgenommenen sprachlichen Einschränkungen der Ärztin reagiert. Als kompetenter Sprecher setzt er verschiedene Verfahren zur Sicherung des Verstehens ein, d.h. er modifiziert den Input, da er sprachliche Schwierigkeiten wahrnimmt (s. beispielsweise Aguado 2010: 818).⁹

Unmittelbar vor dem Ausschnitt (in den ersten Gesprächsminuten) informiert die Ärztin den Patienten darüber, dass zwei Anästhesieverfahren zur Auswahl stehen – entweder eine Vollnarkose oder eine Teilnarkose (Seg. 62-68). Der Patient sieht sich in der Verantwortung, sich für eines der beiden Verfahren zu entscheiden. Um diese Entscheidung treffen zu können, beginnt der Patient nun, entsprechende Fragen zu stellen.

Quelle: Borowski (2018b: 36ff.)

Dokumentation: Bielefeld, den 16.11.2015

Gesamtdauer der Aufnahme: 06:51 Minuten

⁹ Eine ausführliche Darstellung und Analyse des gesamten Gesprächs sind bei Borowski (2019) zu finden. In diesem Beitrag soll zur Veranschaulichung lediglich ein Auszug aus dem Gespräch betrachtet werden.

[23]	68 [01:49.1]	69 [01:50.0]	70 [01:51.0]71 [01:51.7]	72 [01:53.8]
A101 [v]	vollnarkose		h° die beiden sind gut he also wenn sie	
P104 [v]	was empfehlen sie			
[pnv]	(-)			A101 lacht beim Ausatmen.
[24]	...		73 [01:57.4]74 [01:57.9]75 [01:58.3]	
A101 [v]	kooperativ sind (.) dann machen wir gerne ein teilnarkose		weil	
P104 [v]			öh klar	
[pnv]		(-)		
[25]	76 [01:58.8]77 [01:59.3]			78 [02:03.2]
A101 [v]	eh das der arm wird eh nur betäubt aber sie sind wach ansprechbar.			hm
P104 [v]				
[pnv]	<i>P104 faltet mühevoll den Fragebogen, da er seine linke Hand nicht richtig bewegen kann.</i>			
[26]	...	79 [02:03.6]		
A101 [v]	aber jederzeit können sie natürlich was zum dämmen schlafen bekommen			
P104 [v]	hm			
[pnv]	<i>A101 macht mit der linken Hand eine Geste.</i>			
[27]	...	81 [02:07.2]82 [02:07.8]83 [02:08.0]		
A101 [v]			äh oder (.) vollnarkose das heißt dass sie tief und fest	
P104 [v]	ja:			
[pnv]	(-)		<i>P104 faltet den Fragebogen</i>	
[28]	...	84 [02:12.2]85 [02:12.8]		
A101 [v]	schlafen werden		ehm birgt denn eine vollnarkose irgendwie mehr	
P104 [v]		(-)	<i>P104 faltet den Fragebogen</i>	
[29]	...	86 [02:16.2]87 [02:16.5]	88 [02:17.6]	89 [02:18.7]
A101 [v]	nein		also jede narkose also jeder medizinische eingriff	
P104 [v]	mehr risiken mit sich als eine teilnarkose			
[pnv]				
[30]	...		90 [02:22.7]	91 [02:23.7]
A101 [v]	baar risiken hat hehe das ist genau so		°h also die risiken steht hier und auch also	
P104 [v]			ja klar	hm_hm
[pnv]	<i>P102 lässt den Blick durch den Raum wandern.</i>			
[31]	93 [02:25.2]		94 [02:27.2]95 [02:27.4]	
A101 [v]	in beiden anästhesieverfahren			
P104 [v]			o:ke: und gibt es ein verfahren mit mehr	
[pnv]	(-)			
[32]	...		96 [02:32.2]97 [02:32.8]	
A101 [v]			also ich finde mit der	
P104 [v]	risiken oder ist es ist es egal welches ich nehme. ()			

[33]	98 [02:36.8]99 [02:37.1]100 [02:37.5]		
A101 [v]	mit der eh vollnarkose ist eher mehr risiken		aber mit teilnarko se ist gut
P104 [v]			o:ke: gut
[pnv]	(.)		
[34]	102 [02:38.8] 103 [02:39.3]104 [02:39.7]		
A101 [v]	definitiv besser		
P104 [v]	ehm geht das so dass ich ein bisschen was kriege damit ich ein		
[pnv]	<i>P104 gestikuliert mit dem gesunden Arm und wippt</i>		
[35]	105 [02:42.9] 106 [02:43.5] 107 [02:44.5]108 [02:45.2]		
A101 [v]	sicher	sicher	
P104 [v]	bisschen:	duselig bin und dann erst öh die	
[pnv]	<i>den Kopf nach rechts und links. A101 nickt.</i>		<i>P104 deutet auf seine linke Achselhöhle.</i>
[36]	109 [02:45.7] 110 [02:46.5] 111 [02:47.1]112 [02:47.6]		
A101 [v]	das ist klar	ja	o:ke: also wie läuft das ab↑ ich erkläre es
P104 [v]	teilnarkose dann mache ich das so		
[pnv]	<i>A101 nickt.</i>		<i>A101 schlägt den Fragebogen auf und dreht ihn P104 hin. P104</i>

Zunächst bittet der Patient um eine Empfehlung: „was empFEHLen sie“ (Seg. 69). Es wäre zu erwarten, dass die Ärztin nun zunächst darüber informiert, dass eine Vollnarkose grundsätzlich mit einem höheren Risiko für den Patienten verbunden und daher in der Regel eine Teilnarkose vorzuziehen ist. Stattdessen stellt die Ärztin fest, dass beide zur Auswahl stehenden Verfahren gut sind: „die beiden sind gut“ (Seg. 71).

Sie fährt fort mit „also wenn sie kooperativ sind (.) dann machen wir gern eine teilnarkose“ (Seg. 72). Durch die Einschränkung „wenn sie kooperativ sind“ (Seg. 72) impliziert die Ärztin, dass sich der Patient unkooperativ verhalten könnte. Der Patient reagiert sichtlich irritiert: Er zuckt mit den Achseln, guckt erstaunt, zögert und sagt: „öh klar“ (Seg. 74-75). Die Irritation des Patienten ist aufgrund der beschriebenen Implikation nachvollziehbar. Mit „dann machen wir gern eine teilnarkose“ (Seg. 72) informiert die Ärztin den Patienten darüber, dass die Klinik eine Regionalanästhesie vorziehen würde. In den folgenden Segmenten (75-77) erklärt sie, welche Vorteile dieses Verfahren für das medizinische Personal hat: „weil eh das der arm wird eh nur betäubt und sie sind wach anschpreschbar“. Noch immer informiert sie nicht darüber, welche Vorteile eine Regionalanästhesie für den Patienten hat.

Die Ärztin klärt nun darüber auf, dass der Patient bei einer Regionalanästhesie zusätzlich ein Beruhigungsmittel bekommen kann: „aber jederzeit können sie natürlich was zum dämmma schlafen bekommen“ (Seg. 79). Die Information bleibt allerdings vage: „was zum dämmma schlafen“. Die Ärztin fährt fort mit: „äh oder (.) vollnarkose das heißt dass sie tief und fest schlafen werden“ (Seg. 83). Diese Gegenüberstellung ist nicht eindeutig – gemeint sein könnten folgende Optionen:

- a. Regionalanästhesie + ggf. Beruhigungsmittel *oder* Regionalanästhesie + ggf. nachträgliche Einleitung einer Allgemeinanästhesie *oder*
- b. Regionalanästhesie + ggf. Beruhigungsmittel *oder* Allgemeinanästhesie.

Im Folgenden konkretisiert der Patient seine Frage, indem er einen Aspekt herausgreift, der ihm für seine Entscheidung relevant erscheint. Er fragt, ob mit einem der beiden Verfahren mehr Risiken verbunden sind: „ehm bringt denn eine vollnarkose irgendwie mehr mehr risiken mit sich als eine teilnarkose“ (Seg. 85). Die Ärztin antwortet – noch während der Patient spricht – mit „nein“ (Seg. 86). Da außer Frage steht, dass eine Allgemeinanästhesie (im Normalfall) mit mehr Risiken verbunden ist als eine Regionalanästhesie, kann davon ausgegangen werden, dass die Ärztin die Frage nicht verstanden oder nicht wahrgenommen hat. Statt einer Antwort reproduziert die Ärztin ihre Standardformulierung zur Relativierung von Risiken: „also jede narkose also jede medizinische eingriff baar risiken hat hehe das ist genau so“ (Seg. 88-89). Der Patient scheint leicht frustriert: Er bläst die Backen auf, seine Augen wandern durch den Raum und er kommentiert „ja klar“ (Seg. 89-90). Möglicherweise ist das kurze Lachen der Ärztin eine Reaktion auf die Frustration des Patienten und bringt ihre Verlegenheit zum Ausdruck. Nun verweist die Ärztin auf den Aufklärungsbogen: „also die risiken steht hier und auch also in beiden anästhesieverfahren“ (Seg. 90-93). Damit geht sie noch immer nicht auf die Frage des Patienten ein.

Der Patient zögert kurz und reformuliert dann seine Frage: „o:ke: und gibt es ein verfahren mit mehr risiken oder ist es ist es egal welches ich nehme“ (Seg. 95). Scheinbar geht der Patient davon aus, dass die Ärztin seine Frage nicht verstanden hat und versucht durch die Reformulierung Verstehen herzustellen. Jetzt erst antwortet die Ärztin auf die Frage: „also ich finde mit der mit der vollnarkose ist eher mehr risiken aber mit teilnarkose ist definitiv besser“ (Seg. 96-103). Allerdings markiert sie ihre Antwort durch „ich finde“ als persönliche Meinung. Im Kontext eines anästhesiologischen Aufklärungsgesprächs ist das eher unangemessen. Angemessener wäre eine objektive Gegenüberstellung der Risiken beider Verfahren.

Die folgende Äußerung des Patienten zeigt, dass er noch Sorgen hat: „geht das so dass ich ein bisschen was kriege damit ich ein bisschen: duselig bin und dann erst öh die teilnarkose“ (Seg. 104-109). Möglicherweise versucht der Patient, die unklare Äußerung der Ärztin aus Segment 79 (wie oben ausgeführt) hier noch einmal aufzugreifen und zu klären. Bei seiner Äußerung verwendet der Patient auffällige Körpersprache: Er wippt den Kopf hin und her, um „duselig“ zu veranschaulichen (Seg. 104) und bei „teilnarkose“ deutet er auf seine linke Achselhöhle (Seg. 108-109). Nachdem die Ärztin ihm mehrfach versichert hat, dass er ein beruhigendes Medikament bekommen kann (Seg. 105-109), entscheidet der Patient sich für die Regionalanästhesie: „dann mache ich das so“ (Seg. 110-111). Im Folgenden informiert die Ärztin den Patienten über den Ablauf des entsprechenden Anästhesieverfahrens.

Anhand dieses Beispiels könnten im Unterricht die Irritation des Patienten (wie in Seg. 72) und seine Versuche herausgearbeitet werden, Verstehen zu sichern (Wiederholung, Reformulierung, veranschaulichende Gestik). Es können Stellen identifiziert werden, an denen die Ärztin sich unklar (wie „was zum dämma schlafen“ Seg. 79) oder unangemessen (wie „ich finde“ Seg. 97) ausdrückt und Stellen, an denen sie nicht auf die Fragen des Patienten eingeht (wie Seg. 86-93). In diesem Zusammenhang könnte thematisiert werden, dass ein zentrales Handlungsziel anästhesiologischer Aufklärungsgespräche die Verringerung der Ängste und Sorgen der Patient:innen ist (s. Borowski 2018a: 53).

Das Eingehen auf Patientenfragen und eine angemessene Ausdrucksweise sind dafür äußerst relevant. Im Anschluss könnten angemessenere Äußerungen erarbeitet werden – wie z.B. eine objektive Gegenüberstellung der Risiken verschiedener Anästhesieverfahren).

4 Schluss

Die Studie von Borowski (2018a) hat gezeigt, dass die sprachlichen Fehler von Ärzt:innen, die bereits verschiedene Sprachkurse besucht haben und seit drei bis fünf Jahren in Deutschland arbeiten, ihre Patientengespräche stark beeinträchtigen. Nach dem Einstieg in die Praxis werden sprachliche Fehler immer weniger wahrgenommen, reflektiert oder bearbeitet. Stattdessen schleifen sich die sprachlichen Fehler immer weiter ein und der Spracherwerb stagniert.

In der Praxis lassen die festgelegten Rollen, Skripte und der Zeitdruck keinen Raum für sprachproblembezogene Aushandlungen oder gar sprachbezogenes Feedback. Die Ärzt:innen gewinnen so den Eindruck, dass keine relevanten sprachlichen Schwierigkeiten vorliegen.

Aus sprachdidaktischer Perspektive können folgende Schlüsse aus den Ergebnissen der Studie gezogen werden:

- Ausländische Ärzt:innen benötigen sowohl berufsvorbereitende als auch berufsbegleitende Sprachkurse.
- Die Ärzt:innen benötigen einerseits reguläre Sprachkurse für das B2- und C1-Niveau. Darüber hinaus sind spezielle medizinische Sprachkurse nötig. Letztere sollten direkt an den entsprechenden Arbeitsplätzen angeboten werden und sich an den tatsächlichen sprachlichen Herausforderungen vor Ort orientieren. Im Rahmen der medizinischen Sprachkurse sollten auch Strategien zur Bewältigung sprachlicher Herausforderungen in der Praxis reflektiert werden.
- Zusätzlich zu Sprachkursen sollten die Ärzt:innen die Möglichkeit haben, individuelles Sprachcoaching in Anspruch zu nehmen. Ein solches Coaching sollte regelmäßige Arbeitsplatzbeobachtungen beinhalten

und individuelles Feedback zu sprachlichen Fehlern und Fortschritten geben.

Eine vielversprechende Möglichkeit der sprachlichen Unterstützung ist, an authentischem Material – Gesprächstranskripten – tatsächliche sprachliche Herausforderungen gemeinsam zu reflektieren. In diesem Beitrag wurden drei konkrete Beispiele betrachtet sowie deren Potential für den Einsatz im Sprachunterricht aufgezeigt.

Es wurde nachgewiesen, dass anhand von Transkriptausschnitten Missverständnisse und unklare oder unangemessene Ausdrucksweisen gemeinsam herausgearbeitet werden können. Zudem wurde aufgezeigt, dass das Verhalten von Patient:innen gemeinsam untersucht und die Relevanz von Anliegen von Patient:innen herausgearbeitet werden kann. Es wurde angeregt, gemeinsam angemessenere Formulierungen zu finden und Wege, besser auf Patientenanliegen einzugehen. Auf der Grundlage dieser Transkripte kann im Unterricht dazu ermutigt werden, elliptische Äußerungen zu meiden und den Patient:innen möglichst früh Raum für ihre Anliegen zu geben.

Literatur

- Aguado, Karin (2010): Sozial-interaktionistische Ansätze. In: Fandrych, Christian; Hufeisen, Britta; Krumm, Hans-Jürgen; Riemer, Claudia (Hrsg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch. Band. 1*. Berlin: de Gruyter, 817-826.
- Barkhuizen, Gray; Ellis, Rod (2005): *Analysing Learner Language*. Oxford: Oxford University Press.
- Bergmann, Jörg (2006): Studies of Work. In: Rauner, Felix (Hrsg.): *Handbuch der Berufsbildungsforschung*. Bielefeld: Bertelsmann Verlag, 2-9.
- Borowski, Damaris (2018a): *Sprachliche Herausforderungen ausländischer Anästhesisten/innen bei Aufklärungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Studie zu Deutsch als Zweitsprache im Beruf*. Berlin: Frank & Timme.
- Borowski, Damaris (2018b): *Sprachliche Herausforderungen ausländischer Anästhesisten/innen bei Aufklärungsgesprächen. Eine gesprächsanalytische Studie zu Deutsch als Zweitsprache im Beruf. Anhang*. Berlin: Frank & Timme. Online: https://www.frank-timme.de/fileadmin/docs/Borowski_Anhang.pdf.
- Borowski, Damaris (2019): Relevanz sprachlicher Kompetenzen im Anästhesistenberuf in Deutschland. In: Gehrman, Siegfried; Turković, Slađan (Hrsg.): *Anglophonisierung der Wissenschaftssprache*. Zagreber Germanistische Beiträge 28, 177-207.

- Borowski, Damaris; Koreik, Uwe; Ohm, Udo; Rahe-Meyer, Niels; Riemer, Claudia (2019): Informed consent at stake? Language barriers in medical interactions with immigrant anaesthetists: A conversation analytical study. *BMC Health Services Research*.
- Foster, Pauline; Ohta, Amy Snyder (2005): Negotiation for meaning and peer assistance in second language classrooms. In: *Applied Linguistics* 26, 402-430.
- Klüber, Maike (2015): Verstehenssicherung zwischen Anästhesist und Patient im Aufklärungsgespräch. In: Busch, Albert; Spranz Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin: de Gruyter, 208-224.
- Lalouschek, Johanna (2004): Kommunikatives Selbst-Coaching im beruflichen Alltag. Ein sprachwissenschaftliches Trainingskonzept am Beispiel der klinischen Gesprächsführung. In: Becker-Mrotzeck, Michael; Brünner, Gisela (Hrsg.): *Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz*. Frankfurt a.M.: Verlag für Gesprächsforschung, 137-158.
- Nowak, Peter (2010): *Eine Systematik der Arzt-Patient-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Selting, Margret; Auer, Peter; Barth-Weingarten, Dagmar; Bergmann, Jörg; Bergmann, Pia; Birkner, Karin; Couper-Kuhlen, Elizabeth; Deppermann, Arnulf; Gilles, Peter; Günthner, Susanne; Hartung, Martin; Kern, Friederike; Mertzluft, Christine; Meyer, Christian; Morek, Miriam; Oberzaucher, Frank; Peters, Jörg; Quasthoff, Uta; Schütte, Wilfried; Stukenbrock, Anja; Uhmann, Susanne (Hrsg.) (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 10, 353-402. Online: <https://exmaralda.org/de/partitur-editor-de/>.