

**Zum Einsatz und Nutzen suggestopädischer
Unterrichtselemente in Integrationskursen am Beispiel
des Handlungsfeldes medizinische Versorgung**

by

Daniel Kulesza



Thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts (German) in the Faculty of Arts and Social Sciences at Stellenbosch University and for the degree of Master of Arts (Deutsch als Fremdsprache im deutsch-afrikanischen Kontext) in the Faculty of Philology at Leipzig University in terms of a double degree agreement.

Supervisor: Dr. Siegfried Steinmann (Leipzig University)

Co-supervisor: Dr. Isabel dos Santos (Stellenbosch University)

Cr tkl'2014

English Abstract

The application and use of suggestopaedic teaching elements in integration courses using the example of health care provision

The following study focuses on communication problems which arise during medical consultation in Germany between immigrants with an inadequate language proficiency level and physicians, and on the negative effects of such miscommunication on the quality of health care. The study proposes the application of alternative teaching methods in integration courses – in particular suggestopaedia – to resolve these problems. As immigrants often suffer from acculturative stress suggestopaedic methods seem particularly appropriate because they help reducing negative mental attitudes (negative “suggestions”) by a multi-sensory preparation of learning materials. A didactised concept aiming to improve the overall ability of immigrants lacking language proficiency to interact in “Physician-Patient-Communication” is put forward in this study for the use in integration courses. It is assumed that enhancing the ability to express oneself in the field of healthcare provision will reduce communication hindrances by reducing the fear of speaking during medical consultation and thus will lead to a better overall state of health among immigrants with an inadequate language proficiency level. The suggestopaedic methods implemented in the didactisation range from a suggestopaedic language text to a wide variety of exercises, which take into account the different channels of learning. A critical examination of the “can do” statements developed by the German “Goethe-Institut”, within the Framework “Curriculum for Integration Courses – German as a Second Language”, forms an important background for the didactisation presented in this study. The section on “Physician-Patient-Conversation” and its practical application in the textbook “Menschen” published by Hueber Verlag and used in integration courses are also closely considered.

Afrikaanse opsomming

Die toepassing en gebruik van onderrig-elemente uit die suggestopedagogiek in integrasieprogramme met die tema gesondheidsorg as voorbeeld

Die studie fokus op kommunikasieprobleme wat tydens mediese konsultasies in Duitsland ontstaan tussen immigrante met ontoereikende taalvaardigheid in Duits en doktors, en op die negatiewe gevolge van sulke wankommunikasie op die kwaliteit van gesondheidsorg. Die studie stel voor dat alternatiew onderrigmetodes in integrasiekursusse ingespan word, veral suggestopedagogiek, om dié probleem die hoof te bied. Aang sien immigrante dikwels aan akkulturasiestres lei, word metodes wat op die suggestopedagogiek baseer as uiters toepaslik gesien deurd at negatiewe ingesteldhede met `n multisensoriese toepassing van leermateriaal bekamp kan word. `n Gedidaktiseerde konsep wat daarop gemik is om immigrante se algemene taalvaardighede te verbeter met betrekking tot dokter-pasient-kommunikasie word voorgestel vir gebruik in integrasiekursusse. Dit word veronderstel dat as die uitdrukvermoë op die gebied van gesondheidsorg verbeter word, sal kommunikasiestruikelblokke verminder terwyl die die vrees om tydens `n mediese ondersoek te praat tot `n algemene verbetering in die ge-

sondheidstoestand van immigrante met onvoldoende taalvaardighede sal lei. Die metodes uit die suggestopedagogiek wat geïmplementeer word, strek van `n suggestopediese teks tot `n wye verskeidenheid oefeninge wat met verskillende leerstyle rekening hou. `n Kritiese ondersoek van die „kan“ beskrywings wat vir die „Kurrikulum vir Integrasiekursusse – Duits as Tweede Taal“ deur die Goethe Instituut ontwikkel is, maak deel uit van die belangrike agtergrond vir die didaktiese implementeringsvoorstelle van hierdie studie. Die afdeling „Dokter-Pasient-Gesprek“ en die praktiese toepassing daarvan in die teksboek „Menschen“ wat deur die Hueber Verlag uitgegee is en in integrasiekursusse gebruik word, is ook onder die loep geneem.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Akkulturation	3
2.1 Begriffsbestimmung	3
2.2 Kommunikationsbedingte Hindernisse und deren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der MigrantInnen	7
3. Sprachfördermaßnahmen für ZuwanderInnen am Beispiel des Integrationskurses	12
3.1 Bedeutung der Integrationskurse im Integrationsprozess	12
3.2 Defizite des Rahmencurriculums für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache im Handlungsfeld Gesundheit	14
4. Lehrwerkkritik zur thematisch-lexikalischen Ausgestaltung des Handlungsfeldes medizinische Versorgung im Lehrwerk „Menschen“/„Menschen hier“	33
4.1 Theoretische Grundlagen	33
4.2 Aufstellung der Analyse Kriterien	36
4.3 Auswertung	39
5. Möglichkeiten zur Optimierung der Mitteilungsfähigkeit über die eigene Gesundheit mittels suggestopädischer Unterrichtselemente.....	43
5.1 Geschichtlicher Abriss und Grundprinzipien der Suggestopädie.....	44
5.2 Nutzen der Suggestopädie in Integrationskursen	51
5.3 Didaktische Überlegungen zum Einsatz suggestopädischer Unterrichtselemente in Integrationskursen am Beispiel des Themenfeldes medizinische Versorgung.....	53
5.3.1 Themenabhängiges Element: Suggestopädischer Lernkonzerttext – Erstellungshinweise und Einsatz in Integrationskursen	53
5.3.2 Aktivierungsübungen zum Lernkonzerttext.....	64
5.3.3 Themenunabhängige Elemente: Raumgestaltung, Musikeinsatz und Entspannungsübungen	72
6. Ausblick und Fazit.....	76
7. Quellenverzeichnis.....	78
Anhang	I

Abkürzungsverzeichnis

AB – Arbeitsbuch

APG – Arzt-Patienten-Gespräch(e)

APK – Arzt-Patienten-Kommunikation

DTZ – Deutsch-Test für Zuwanderer

GER – Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen

IK – Integrationskurs(e)

IKT – IntegrationskursteilnehmerInnen

KB – Kursbuch

LW – Lehrwerk(e)

Ü – Übung(en)

1. Einleitung

Die in Deutschland herrschende allgemeine Krankenversicherungspflicht gibt den Menschen Sicherheit, dass sie im Falle einer Erkrankung einen Arzt/eine Ärztin aufsuchen und sich behandeln lassen können. Wie hoch ist aber die Wahrscheinlichkeit, dass während eines ärztlichen Gesprächs ihr Leiden korrekt verstanden wird, wenn sie es beschreiben, so wie sie es empfinden? Wie sicher können sie sich der Angemessenheit von verordneten Therapiemaßnahmen sein? Diese Fragen spiegeln die allgemeine Erfahrung über die Komplexität der Arzt-Patienten-Kommunikation (APK). Damit aber PatientInnen überhaupt erfolgreich in das Gespräch mit ÄrztInnen eintreten können, müssen sie bereits im Vorfeld in der Lage sein, eine Reihe von Handlungsschritten zu bewältigen: Sie benötigen Wissensressourcen darüber, wo sich Arztpraxen befinden, wie ein Termin zu vereinbaren ist, aus welchen Etappen ein Arztgespräch besteht und nicht zuletzt, wie die körperlichen Beschwerden zu beschreiben sind, damit ÄrztInnen die richtige Diagnose stellen und gesundheitsfördernde Therapiemaßnahmen verordnen können. Darüber hinaus setzt die APK aufseiten der PatientInnen ein strategisches Wissen zur Beseitigung von Wissenslücken und zur Verständnissicherung in Form gezielter Fragen voraus.

Da ein vielschichtiges Wissen vorausgesetzt ist, um erfolgreich am deutschen Gesundheitssystem partizipieren zu können, erweist sich ein Besuch beim Arzt oder im Krankenhaus für viele ZuwanderInnen¹ als sehr schwierig, unabhängig davon, ob sie erst seit wenigen Monaten in Deutschland wohnen oder trotz eines langen Aufenthaltes vielleicht noch keinen Anschluss an das hiesige Gesundheitssystem gefunden haben. Für sie wurde ein Dolmetscherdienst ins Leben gerufen; er ist jedoch in Deutschland nicht flächendeckend verbreitet. Lediglich in München und Hannover befinden sich sog. Zentren für Ethnomedizin², die den ZuwanderInnen ein breites Netzwerk an DolmetscherInnen mit Kenntnissen in vielen Sprachen zur Verfügung stellen. Die Inanspruchnahme eines solchen Dienstes stellt eine hilfreiche Lösung dar, damit MigrantInnen ihre Beschwerden ohne schwerwiegende kommunikative Hindernisse mitteilen und die Diagnose samt der verordneten Therapie verstehen können. Dennoch ist es nur eine unterstützende Hilfsmaßnahme, welche die bestehende Entmündigung der ZuwanderInnen von selbstständiger Interaktion im Handlungsfeld medizinische Versorgung nicht überwindet.

¹ Die Bezeichnungen 'ZuwanderInnen' und 'Zuwandernde' werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

² Vgl. <http://www.engagiert-in-deutschland.de/toro/resource/html?locale=de#!entity.1344>

Um die Selbstständigkeit und Integration der ZuwanderInnen zu fördern, können konkrete Bildungsmaßnahmen helfen, ihre Handlungsfähigkeit, die ihnen infolge der Migration nach Deutschland oft abhandenkommt, wiederherzustellen. Die seit 2008 existierenden sog. Integrationskurse (IK) bieten eine gute Möglichkeit für MigrantInnen, die eine Aufenthaltserlaubnis anstreben bzw. trotz mehrjähriger Aufenthaltes in Deutschland die deutsche Sprache nur unzureichend beherrschen. Die Aufgabe dieser Kurse besteht in der Förderung der Mitteilungsfähigkeit im Deutschen mit dem Ziel, sich im Alltag mit all seinen Herausforderungen zurechtfinden zu können. Die IntegrationskursteilnehmerInnen (IKT) werden mit den wichtigsten alltäglichen Handlungsfeldern vertraut gemacht, darunter auch mit dem Handlungsfeld Gesundheit, zu dem auch die Befähigung zum ärztlichen Gespräch zählt.

Die vorliegende Arbeit setzt an dieser Stelle an. Sie untersucht, inwieweit die vorhandenen Lehrwerke (LW) für die IK tatsächlich die Komplexität der APK berücksichtigen, und unterbreitet Vorschläge, wie die thematischen Mängel didaktisch optimiert werden können.

In einem ersten Schritt wird ein theoretischer Rahmen erstellt, der die Grundlage für meine Untersuchung bildet: Schwerpunktmäßig geht es um die Frage, was Akkulturation ist und wie sie sich auf die sprachliche Handlungsfähigkeit im Kontext des Arzt-Patienten-Gesprächs (APG) auswirkt (**Kapitel 2**). Danach wird die curriculare Basis für die Erstellung von LW für die IK – das sog. „Rahmencurriculum für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache“ (BUHLMANN [et al.] 2007) – kurz vorgestellt (**Kapitel 3**). Der Fokus dieses Kapitels richtet sich auf die kritische Analyse von den Kann-Beschreibungen für das Handlungsfeld Gesundheit. Geleitet von Erkenntnissen über kommunikative Hindernisse von ZuwanderInnen in ärztlichen Gesprächen, welche der Forschungsliteratur entnommen sind sowie einer unter medizinischem Personal durchgeführten Umfrage entspringen, wird überprüft, inwieweit die Kann-Beschreibungen den ermittelten Bedarfen entsprechen. Für defizitäre Bereiche werden neue Kann-Beschreibungen erstellt. Aufbauend auf den Ergänzungen zum Rahmencurriculum wird eine Lehrwerkkritik zum LW „Menschen“/„Menschen hier“ für die IK durchgeführt (**Kapitel 4**). Im Vordergrund steht hierbei dessen thematisch-lexikalische Ausgestaltung verbunden mit der Frage, inwieweit dieses zur Förderung der Mitteilungsfähigkeit im APG beiträgt.

Im letzten Kapitel (**Kapitel 5**) wird ein bislang wenig beachteter didaktischer Zugang zum Deutschlernen – die sog. Suggestopädie – vorgestellt. Sie ermöglicht, die vorgeschlagenen thematischen Ergänzungen im Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung³

³ Die Handlungsfelder ‘Gesundheit’ und ‘medizinische Versorgung’ werden in der vorliegenden Arbeit synonym

praktisch umzusetzen, da sie die in Kapitel 1 ermittelten, spezifischen emotional-kognitiven Bedürfnisse der ZuwanderInnen berücksichtigt. Nach einer theoretischen Einleitung zu Geschichte und Grundprinzipien dieser Methode erfolgt die Erläuterung ihres besonderen Nutzens für die IK. Zuletzt werden die für die IK wichtigsten suggestopädischen Unterrichtselemente praktisch vorgestellt – in Form eines Ratgebers für Lehrkräfte – mit einem speziellen Fokus auf das Herzstück der Suggestopädie, den sog. Lernkonzerttext.

2. Akkulturation

2.1 Begriffsbestimmung

Politische Unruhen sowie ökonomische Instabilität der Länder gehören in der heutigen Welt zu den wichtigsten Ursachen für die zunehmende Migration. Aber auch andere Determinanten „kultureller, [...] religiöser, demographischer, ökologischer, ethnischer und sozialer Art“ (HAN 2010: 7) prägen oft in verschiedenen Konstellationen die Entscheidung der Menschen, ihre Heimat zu verlassen. Migration ist ein Prozess, der nicht zwangsläufig mit dem Verlassen des gewohnten Raumes abgeschlossen ist. Wie Han konstatiert, „[ist] der vollzogene Wohnortwechsel zwar ein sichtbares Zeichen, aber keineswegs der Endpunkt der Migration“ (ebd.). Denn die Verlagerung des Lebensmittelpunktes in ein anderes Land bedeutet für MigrantInnen gleichzeitig, dass sie „[...] den umfassenden Sinnzusammenhang ihrer sozialen Handlungen im Herkunftskontext, der ihnen bisher bei ihrer Selektion, Interaktion und Erlebnisverarbeitung Orientierung gegeben hat“ (ebd., 208) aufgeben und sich in einer neuen Realität neu orientieren und ihr Ich neu definieren müssen. Vieles, was ihnen in ihrer Heimat normal vorkam, wird neu gedeutet, wobei durch einen eingeschränkten Kontakt zur aufnehmenden Umgebung eine aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Migrationssituation und der damit verbundenen Suche nach einem sinnhaften Lebensentwurf deutlich erschwert werden. Die Anfangsphase des Migrationsprozesses in der neuen Heimat wird deswegen zu einer Phase, in welcher „die Verhaltenssicherheit und –stabilität“ [...] grundlegend erschüttert [werden]“ (ebd., 208). Dieser Vorgang einer fortschreitenden, innerlichen Auseinandersetzung der einwandernden MigrantInnen mit dem neuen, soziokulturellen Umfeld in Form eines ungeplanten und oft unbewusst ablaufenden Lern- und Anpassungsprozesses wird als Akkulturation bezeichnet (vgl. GRÖSCHKE 2013: 475). Sie findet vor dem Hintergrund der eigenkulturellen Prägung statt, welche je nach Grad des Reflexionsvermögens mit einer unterschiedlichen Intensität hinterfragt wird. Der unbewusst verlaufende Abgleich des Eigenen und des

Neuen führt zur Herausbildung eines spezifischen Identifikationsmodus, in dem das Verhältnis zwischen den Komponenten der Ausgangs- und Zielkultur von Zuwandernden⁴ ausgehandelt wird. Hierbei lassen sich vier verschiedene Akkulturationsmodi unterscheiden, welche im Folgenden kurz definiert werden (vgl. HAN 2010: 223f.).

Assimilation

Der erste Akkulturationsmodus – die Assimilation – besteht in der Aufgabe all dessen, was die kulturelle Identität von ZuwanderInnen in ihrer Heimat prägte, zugunsten einer vorbehaltlosen Identifizierung mit der dominierenden Kultur des Aufnahmelandes. Es ist eine Abwehrreaktion gegen einen potenziellen Identitätskonflikt, welcher sich aufgrund von (teil-) disparaten Wertesystemen, abweichenden soziokulturellen Konventionen und zwischenmenschlichen Umgangsformen anbahnen kann. Gehen Zuwandernde mit ihrer Migrationssituation auf diese Art und Weise um, entfremden sie sich von ihrem Ursprung und verlieren einen konstitutiven Teil ihrer Identität. Dieser Akkulturationsmodus wird auch auf die folgenden Generationen übertragen, die oft außer einem nicht genuin deutschen Namen keinerlei Bezug zum Heimatland der Eltern und Großeltern haben.

Integration

Die zweite Erscheinungsform der Akkulturation ist die Integration und betrifft diejenigen ZuwanderInnen, die sich sowohl mit den identitätsstiftenden Komponenten aus dem Herkunftskontext als auch aus dem Kontext des Ziellandes⁵ auseinandersetzen. Es ist ein intensiver Prozess der Ausbalancierung von „[i]hrer kulturelle[n] Integrität“ (ebd., 224) und dem Bedürfnis nach Partizipation an der Mehrheitsgesellschaft. Durch diese aktive Reflexions- und Aushandlungsarbeit „[...] entstehen innerhalb der [Aufnahme]gesellschaft ethnische Gruppen, die miteinander kooperieren und koexistieren müssen. Die Pluralisierung der Gesellschaft ist dann die Folge“ (ebd.).

⁴ In der vorliegenden Arbeit werden unter den Begriffen „Zuwandernde“, „ZuwanderInnen“ und „MigrantInnen“ v. a. all jene Menschen gefasst, welche in Deutschland in der ersten Generation leben und sich hier erst seit einigen Monaten aufhalten. Sie sind meistens aus ökonomischen Gründen bzw. im Zuge des Ehegattennachzugs eingewandert und streben einen permanenten Aufenthaltsstatus an. Unberücksichtigt bleiben hierbei Flüchtlinge, deren Migrationsgründe sowie Akkulturationsprozesse anders ablaufen und somit eines anderen Fokus bedürften.

⁵ Im Folgenden werden die Begriffe Zielland und Aufnahmeland synonym verwendet.

Segregation und Separation

Im Gegensatz zur Assimilation und Integration, die eine unterschiedlich ausgeprägte, aber dennoch ständig vorhandene Verbindung zum Aufnahmeland kennzeichnet, sieht das Verhältnis zwischen dem Ausgangs- und Zielland bei den Akkulturationsmodi Segregation und Separation umgekehrt aus: Trotz einer räumlichen Präsenz der ZuwanderInnen im Aufnahmeland entsteht zwischen ihnen und der Mehrheitsgesellschaft keine Verbindung, sondern sie „[...] bleiben in ihrer ethnischen Kultur und traditionellen Lebensform von der Mehrheitsgesellschaft getrennt und isoliert“ (ebd., 224). Hierbei wird jedoch unterschieden zwischen einer bewussten Ausgrenzung der Minderheiten durch die aufnehmende Gesellschaft (Segregation) und einer entschiedenen Isolation der Minderheit selbst (Separation).

Marginalisierung

Verlieren die ZuwanderInnen den kulturellen sowie psychologischen Kontakt sowohl zu ihren Landsleuten als auch zu der sie umgebenden Gesellschaft, so liegt eine Marginalisierung vor (ebd., 224). Die hiervon betroffenen Menschen finden in ihrem Umfeld keine Bezugspersonen mehr und leben isoliert, entfremdet und ohne eine feste Identität „am Rande [...] der Gesellschaft“ (ebd., 224).

Wie kommt es aber dazu, dass ZuwanderInnen trotz einer ähnlichen Ausgangssituation solch differente Zugänge zum Aufnahmeland herausbilden? Ruddat (1994) begründet seine Antwort auf diese Frage mit der Existenz von erfahrungsbasierten Persönlichkeitsstrukturen und kognitiven Alltagsbewältigungsstrategien, welche die Realität der MigrantInnen individuell konstruieren und die neue Umwelt verstehen lassen (ebd., 37).

Eine erfolgreiche psychische Akkulturation d. h. die Herausbildung einer ausgeglichenen Persönlichkeit, die auf der kognitiven Ebene die soziokulturellen Differenzen auszubalancieren vermag und einen steten Wirklichkeitsdeutungsprozess akzeptiert, stellt ein Individuum vor immense Herausforderungen. Neben der Überwindung persönlichkeitsbezogener Hürden gilt auch der Umgang mit Schmerz aufgrund der verlassenen, vertrauten Umgebung und seine Milderung als eine enorm wichtige Herausforderung. Diese umfasst die Bewältigung von einigen ‘Akkulturationsaufgaben’. Eine davon wird von Han mit einer Pflanzenmetapher beschrieben: Seiner Ansicht nach gleicht die Zuwanderung in ein anderes Land einer Pflanze, welcher der Nährboden entzogen wird. Sie erlangt ihren Ursprungszustand erst dann, wenn für sie ein vergleichbar guter Boden gefunden wird, wo sie ihre Wurzeln schlagen kann (vgl.

HAN 2010: 198). Durch eine solche Beschreibung verdeutlicht er den Fakt, dass mit dem Verlassen ihres sozialen Umfeldes – dem sog. Bezugssystem – MigrantInnen in einen Zustand der Entwurzelung geraten. In ihm spiegelt sich die existenzielle Instabilität sowie ein Entfremdungsprozess wider (vgl. ebd., 206), weil das bisher Bekannte – gesellschaftliche Normen, zwischenmenschliche Umgangsformen, kulturspezifische Konventionen etc. – auf einmal fremd erscheint. Für die neuen Erkenntnisse, Überzeugungen und Beobachtungen müssen deswegen neue ‘Verstehensraster’ entwickelt werden. Es ist ein Prozess, der sich je nach Adaptationsvermögen und -willen der Zuwandernden unterschiedlich intensiv vollzieht. Die innerlich verlaufende Auseinandersetzung mit der neuen Umgebung in Form von Sinnzuschreibungen und Aushandlung von Bedeutungen in der ungewohnten Realität kann auch mit der sog. Desozialisierung (ebd., 206) beschrieben werden. Es ist ein Begriff für den emotionalen Zustand der MigrantInnen, welcher sich v. a. zu Beginn des Aufenthaltes im Aufnahmeland⁶ entwickelt. Neben der bereits erwähnten existenziellen Instabilität und dem Entfremdungsprozess umfasst er zudem die Orientierungslosigkeit, in der

die mitgebrachten Wertvorstellungen, Verhaltensnormen und Rollenmuster weitgehend ihre gesellschaftliche und soziokulturelle Gültigkeit [verlieren]. Dadurch werden die Immigranten gerade in der Anfangsphase ihres Einlebens weitgehend orientierungslos bzw. in ihrer Orientierung grundlegend gestört [...] (ebd., 206).

Welche Verhaltensweisen gelten im Aufnahmeland als zulässig und allgemein akzeptiert? Welche Werte prägen Lebensweise bei der Mehrheit der Menschen? Wie ist es möglich, die in der Heimat einst gelebten, sozialen Rollen hier aufleben zu lassen? Worin liegen die Unterschiede zwischen diesen Rollen und welche Schritte müssen unternommen werden, damit sie wieder erlebbar werden? Dies ist ein möglicher Ausschnitt aus dem Fragenfundus der Zuwandernden, wenn sie zu Beginn ihres Aufenthaltes im Aufnahmeland sehr intensiv mit sich selbst beschäftigt sind. Der Verlust sozialer Rollen wird umso schmerzhafter, je weiter die soziokulturellen Differenzen zwischen Ausgangs- und Zielland auseinanderliegen, wodurch eine stärkere Neuorientierung auf der Ebene der Werte, der zwischenmenschlichen Beziehungen, der sozialen Vorgänge etc. erforderlich wird. Ob eine Reflexion über diese Unterschiede vorgenommen wird, hängt genauso stark vom Willen der Zuwandernden ab, sich auf die neue Umgebung einzulassen, wie von einer akzeptierenden und toleranten Einstellung seitens der Mehrheitsgesellschaft ihnen gegenüber.

⁶ Der Schwerpunkt in der vorliegenden Arbeit liegt auf der Migrationsform der Zuwanderung i. S. eines Wunsches nach dem permanenten Aufenthalt in einem neuen Land – wie hier in Deutschland.

2.2 Kommunikationsbedingte Hindernisse und deren Einfluss auf die gesundheitliche Situation der MigrantInnen

Die Behauptung, dass der Migrationshintergrund⁷ sich negativ auf die Gesundheit von Zuwandernden in Form eines erhöhten Krankheitsrisikos auswirkt, begleitete und begleitet stellenweise noch immer die wissenschaftlichen Studien zum Zusammenhang zwischen Zuwanderung und Gesundheit (vgl. RAZUM [et al.] 2004; WEISS 2005). Der Versuch, eine direkte Verbindung zwischen den beiden Komponenten herzustellen, gestaltet sich insofern schwierig, als die Bezeichnung Migrationshintergrund einen sehr verallgemeinernden Charakter besitzt und somit der soziokulturellen Heterogenität der ZuwanderInnen nicht gerecht wird (vgl. KNIPPER, BILGIN 2009: 36ff.). Die vorliegende Arbeit erhebt nicht den Anspruch, stereotypisierende Aussagen über einen direkten Zusammenhang zwischen dem Akkulturationsprozess der ZuwanderInnen und einem erhöhten Krankheitsrisiko zu treffen. Dies ist nämlich aufgrund einer Vielzahl von Faktoren nicht möglich, welche beim Versuch, die obige These zu überprüfen, berücksichtigt werden müssten. Anstatt eine fragwürdige Relation zwischen den oben genannten Phänomenen herzustellen, ist es m. E. gerechtfertigt und zugleich notwendig, eine vorsichtigeren Annahme dahingehend zu formulieren, dass die akkulturationsspezifischen Herausforderungen während der ersten Monate bzw. Jahre nach der Einwanderung die gesundheitlichen Belastungen von MigrantInnen potenziell steigern lassen. Hierbei stütze ich mich auf die Aussage von Bermejo/Wolff (2009), die ein in der Gesundheitswissenschaft oft vertretenes Argument entkräften, laut dem ein direkter Zusammenhang zwischen Migration und psychischen Erkrankungen bestehe. Dennoch stellen sie fest, gebe es „Belastungsfaktoren [...], die mit Migration in Zusammenhang stehen und die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen beeinflussen“ (ebd.). Dies wird ebenfalls von Zeiler und Zarifoglu (vgl. 1997: 305) betont, wenn sie auf die „Hoch-Risiko-Perioden“ hinweisen und dabei eine Reihe von potenziellen Auslösern wie mangelnde Sprachkenntnisse, unzureichende Beschäftigung, fehlende Sozialbeziehung und Verlust vertrauter Wertorientierungen auflisten (ebd.). Den potenziell belastenden Faktoren ist eine unterschiedlich hohe Geschwindigkeit gemeinsam, mit der die Zuwandernden ihnen entgegenwirken. Hierbei übt ein gesteigertes Stressempfinden einen immensen Einfluss auf die (nicht) erfolgreiche Bewältigung der aufgeführten Faktoren aus. In der Migrationsforschung wird diese Stressart, welche die sog. „kritische[n] Lebensereignisse“ – d. h. Einschnitte im bisherigen Leben der Menschen – evoziert,

⁷ Der Begriff Migrationshintergrund bezieht sich hierbei ausschließlich auf die ZuwanderInnen der ersten Generation unabhängig von ihrer Nationalität.

als „akkulturativer Stress“⁸ bezeichnet. Laut Berry, dem Urheber dieses Begriffs, ist er „[...] a stress reaction in response to life events that are rooted in the experience of acculturation“ (BERRY [et al.] 2007: 315) und zeichnet sich durch einen Spannungszustand aus, welchen „[...] Zugewanderte häufig im Umgang mit den Herausforderungen der neuen Zielkultur“ erfahren (EGGERTH, FLYNN 2013: 344). Im Sinne der vorliegenden Arbeit schließe ich mich diesem Verständnis von akkulturativem Stress an und lehne damit zugleich dessen radikale Interpretation ab, der zufolge er ein Stressempfinden sei, „[...] welches durch herkunftsbezogene Ablehnung (Rassismus, Vorurteile, Diskriminierung) durch die Mehrheitsgesellschaft ausgelöst wird“ (MADUBUKO 2011: 75). Ich unterstütze hingegen die von Uslucan (2013: 382f.) aufgestellte These, dass

[...] pluralistisch verfasste Gesellschaften wie die Bundesrepublik, die zugleich eine hohe Toleranzschwelle für andersartige Lebensweisen haben, also andere Norm- und Moralvorstellungen wenig sanktionieren, einen Teil des Stresses auch ‚abpuffern‘, so dass trotz großer Differenzen Menschen unterschiedlicher Herkunftskontexte ihren Alltag relativ gut meistern können.

Zu vermeiden ist auch ein pauschalisierendes Urteil über die Untrennbarkeit zwischen Akkulturation und Stresserleben. Alle ZuwanderInnen sind Individuen, welche die Herausforderungen hinsichtlich der Adaptation an das Aufnahmeland subjektiv einschätzen und diese als irrelevant, positiv oder negativ bewerten (vgl. GRÖSCHKE 2013: 476). Dennoch ist anzunehmen, dass der Akkulturationsprozess als Vorgang einer allmählichen Verständnisenwicklung für die soziokulturellen Spezifika des Aufnahmelandes auch eine Hinterfragung und im Endeffekt eine (Teil-)Ergänzung der eigenen Identität um neue, bisher nicht bekannte bzw. periphere Aspekte des Ichs beinhaltet. Wird der Abstand identitätsstiftender Elemente des Ichs als zu weit entfernt von denen des Ziellandes wahrgenommen oder bewertet der/die Zuwandernde die Adaptationsleistungen als anspruchsvolle Herausforderungen, dann erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass er oder sie Episoden akkulturativen Stresses erlebt. Gröschke konstatiert, eine derartige Entwicklung sei in interkulturellen Situationen eine zu erwartende Folge, zumal die eigenen Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen einem ständigen Abgleich mit denen des Einwanderungslandes unterzogen würden (vgl. ebd.). Eine dauerhafte Belastung birgt aufgrund der Inkonsistenz zwischen den eigenen und den im Umfeld gelebten Überzeugungen die Gefahr, einen Identitätskonflikt oder gar eine Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Krankheitserscheinungen herbeizuführen (vgl. ZEILER, ZARIF- OGLU 1997: 302). Diese negativen Folgen des Akkulturationsstresses stehen in einem engen

⁸ Die Begriffe akkulturativer Stress und Akkulturationsstress werden in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

Zusammenhang mit einer unausweichlichen Lernanforderung der Zielsprachebeherrschung zusammen, welche für eine gleichberechtigte Partizipation am gesellschaftlichen Leben im neuen Umfeld unabdingbar ist. Für eine Mehrheit von ZuwanderInnen ist es die größte Stressquelle (vgl. HAN 2010: 228); für einige Migrationsforscher stellt sie hingegen die wichtigste Messgröße für Akkulturation dar, wenn es heißt:

Bei der Adaptation an eine neue Heimat stellt die Sprache des Ziellandes die vielleicht größte und offensichtlichste kulturelle Barriere dar, mit der Einwanderer konfrontiert sind. In der Tat spielt die Sprache eine so wichtige Rolle, dass sie von Forschern oftmals als Messgröße für Akkulturation verwendet wird (EGGERTH, FLYNN 2013: 345).

Der Verlust vertrauter Umgebung bedeutet für ZuwanderInnen nicht nur die Notwendigkeit zur Rekonstruktion des fehlenden Bezugssystems sowie zur Redefinition sozialer Rollen. Vielmehr ist es ein schmerzhafter Verlust der eigenen Sprachgemeinschaft mit der eigenen Herkunftssprache, die eines der bedeutendsten Mittel zum kommunikativen Austausch über „Erfahrungen, Erlebnisse, Erkenntnisse und Wissensbestände“ ist (HAN 2010: 209). Das Fehlen von KommunikationspartnerInnen aus dem Herkunftskontext hat zur Folge, dass ZuwanderInnen im Aufnahmeland ihr von Kindheit an aufgebautes Zugehörigkeitsgefühl und das Gefühl der sozialen Sicherheit verlieren und ihr kommunikatives Netzwerk von Grund auf umstellen müssen (ebd.). Zu dieser Sicherheit, die verloren geht, zählt auch das Wissen um gesellschaftliche Abläufe, welche im neuen Sprachraum zum Alltag gehören, wie z. B. der Arztbesuch. Durch das Verlassen dieses sicheren Raumes werden ZuwanderInnen in einen Zustand der „zweiten Sozialisation“ versetzt (RAHRAKSHAN 2007: 24). Wie Kinder müssen sie das ‘Funktionieren’ in einer neuen Umgebung erlernen. Im Gegensatz zu Kindern, welche oft handeln, ohne viel zu überlegen, verhalten sich Erwachsene jedoch ängstlicher, weil von einer korrekten ‘Entschlüsselung’ der grundlegenden neuen Funktionsregeln der neuen Umgebung die Lebensgrundlage und Zufriedenheit ihrer Familien abhängt:

Kommunikative Kompetenzen in der Sprache des Gastgeberlandes stellen für die Einwanderer eines der wichtigsten Instrumente zur Existenzsicherung, zur Erweiterung ihres Einflusses und ihrer Kontrolle über ihr eigenes Leben dar (RUDDAT 1994: 41ff.).

Die fehlende Fähigkeit zu einer adäquaten Kommunikation in alltäglichen Situationen, stellt für ZuwanderInnen eine enorme Belastung dar. Der Zustand der rudimentären Sprachbeherrschung zu Anfang des Aufenthaltes im Aufnahmeland führt zu einer unterschiedlich langen Phase der Machtverschiebung, denn wer die Sprache gut beherrscht, der ist besser informiert und wird mit einer höheren Wahrscheinlichkeit schneller in der neuen Gesellschaft zurechtkommen (vgl. EGGERTH, FLYNN 2013: 345). Die Erfahrungen einer unbefriedigenden Kom-

munikation oder gar deren Verweigerung aus Angst vor dem Scheitern während der kritischen Periode – d. h. zu Anfang des Aufenthaltes in Deutschland – spiegeln sich, wie es in diesem Kapitel bereits erwähnt wurde, in einer erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen psychischer und psychosomatischer Natur wider. Es ist eine Reaktion auf das Gefühl des Kontrollverlusts über das eigene Leben und auf die sprachliche Entmündigung, da nur in einem unzureichenden Maße Erwartungen, Bedürfnisse und Wünsche zur Sprache gebracht werden. In einer Studie zum psychischen Befinden iranischer MigrantInnen in Deutschland bestätigt Rahrakhshan (2007: 187), dass die gesundheitliche Lage der Zuwandernden maßgeblich von ihren Deutschkenntnissen abhängt:

Die Befragten, die ihre Deutschkenntnisse als schwach einstufen, leiden im Vergleich zu den Befragten mit mittelmäßigen Deutschkenntnissen signifikant stärker unter psychischen Symptombelastungen. Hingegen zeigten die Befunde über Befragte mit guten Deutschkenntnissen, dass sie signifikant deutlich weniger psychisch belastet sind.

Es liegt auf der Hand, dass unzureichendes Wissen über die deutsche Sprache oder – besser gesagt – die Unfähigkeit zu deren aktiven Nutzung in rezeptiven und produktiven Domänen die Wahrnehmung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Existenz von ZuwanderInnen erschwert. Dies betrifft neben vielen anderen Lebensbereichen auch das Feld der medizinischen Versorgung.

Um diesen zusätzlichen Stress zu bewältigen, müssen bestimmte, stark miteinander verwobene Wissens- und Kommunikationsmuster internalisiert werden. Demnach sollten potenzielle PatientInnen über spezifisches Wissen und kommunikative Mittel sowohl zur Schmerzbeschreibung als auch zum deutschen Gesundheitssystem verfügen. Zum anderen benötigen sie Wissensressourcen über den herkömmlichen Ablauf von APG. Ferner erfordert die Kommunikation über den Gesundheitszustand seitens des Patienten/der Patientin die Fähigkeit zur Reflexion über das möglicherweise aus dem Herkunftskontext transferierte Verständnis über die Deutung und Beschreibung des Körpers, der Symptomatik sowie der Krankheit. Als Beispiel sei hier die Tendenz von PatientInnen aus dem türkischsprachigen Raum zu einer eher ganzheitlichen Schmerzdeutung genannt („Mein Kind ist alles krank“ vgl. YILDIRIM-FAHLBUSCH 2003). Verfügen PatientInnen nicht über dieses Wissen und diese Fähigkeiten, so können sie ihre Gesundheit durch auftretende Verständigungsprobleme ernsthaft gefährden. Medizinischen Berichten zufolge ist die Tendenz zu Fehldiagnosen ausgerechnet bei PatientInnen mit Migrationshintergrund erhöht (vgl. KNIPPER, BILGIN 2009: 67). In dieser Gruppe treten auch Phänomene wie „Polypragmasie“ oder „Endlosdiagnostik“ häufiger auf, die als Ausdruck kommunikationsbedingter Hilflosigkeit der ÄrztInnen betrachtet werden

können und sich in der Verschreibung falscher Medikamente oder in „der Anwendung einer Vielzahl unangemessener diagnostischer und therapeutischer Handlungen“ (ebd.) manifestieren. Auch Verzögerungen in der Diagnose von Krebserkrankungen werden in der Forschungsliteratur auf sprachliche Probleme zurückgeführt (ebd., 68).

Sprachliche Defizite und kulturelle Unkenntnis führen nicht nur während der APG zu Problemen, sie zeitigen auch Schwierigkeiten im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem, was eine schlechtere allgemeine gesundheitliche Versorgung bewirkt. Wie Berichte zur Gesundheitsversorgung von MigrantInnen zeigen, beansprucht diese Gruppe wegen unzureichender Gesundheitsaufklärung viel seltener die allen Versicherten zustehenden Präventionsmaßnahmen (vgl. KNIPPER, BILGIN 2009: 65; RAZUM [et al.] 2004). Ebenso beunruhigend ist eine überdurchschnittlich häufige Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, ein Umstand, der von Knipper und Bilgin als Indiz für einen „[...] mangelhaften Zugang zu den regulären Angeboten des Gesundheitssystems“ und „[...] ein mangelndes (bzw. dem komplexen System nicht entsprechendes) Verständnis des Gesundheitssystems in Deutschland“ (KNIPPER, BILGIN 2009: 65f.) interpretiert wird.

Vor dem Hintergrund der Studienergebnisse von Rahrakhshan zur gegenseitigen Bedingtheit vom Beherrschungsgrad des Deutschen und der Gesundheit der ZuwanderInnen, sowie anderer Studienergebnisse zu sprachbedingten, gesundheitlichen Versorgungsmängeln von ZuwanderInnen lässt sich eine für die vorliegende Arbeit zentrale These entwickeln: **Ein verstärkter Fokus auf die Erweiterung der Mitteilungsfähigkeit im Handlungsfeld medizinische Versorgung in den speziell für MigrantInnen konzipierten IK kann zur Reduzierung von kommunikativen Hindernissen während des Arztbesuchs führen und dadurch die Sprechangst der MigrantInnen senken.**

Eine verstärkte unterrichtliche Konzentration auf den Abbau von Sprechangst erfordert neue didaktische Zugänge zum Sprachenlernen, welche den besonderen Lernvoraussetzungen der ZuwanderInnen Rechnung tragen. Dabei wird in der vorliegenden Arbeit insbesondere für die Einbindung suggestopädischer Unterrichtselemente plädiert, die – wie dies in den skandinavischen Ländern⁹ bereits der Fall ist –, die spezifischen Bedürfnisse von ZuwanderInnen berücksichtigen und den oft durch akkulturativen Stress aufgebauten inneren Blockaden entgegenzuwirken versuchen.

Bevor jedoch die These diskutiert wird, soll zunächst ein kurzer Einblick in die Entstehung der IK gegeben und deren Ziele verdeutlicht werden. Auf diesem Hintergrund kommt es

⁹ Vgl. die Webseite des norwegischen Verbandes für suggestopädisches Lehren: <http://www.suggestopedi.no/2013/05/18/opplaering/>

zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Kern der IK, und zwar mit dem 2008 vom Goethe-Institut im Auftrag des BAMF entwickelten Rahmencurriculum (vgl. BUHLMANN [et al.] 2007). Hierbei wird jedoch ausschließlich das für die vorliegende Arbeit relevante Handlungsfeld Gesundheit fokussiert.

3. Sprachfördermaßnahmen für ZuwanderInnen am Beispiel des Integrationskurses

3.1 Bedeutung der Integrationskurse im Integrationsprozess

Lange Zeit leugneten PolitikerInnen, dass Deutschland aufgrund Jahrzehnte andauernder Migrationsprozesse, „[...] ein[en] Wandel von der Arbeitswanderung über Daueraufenthalte mit offenem Zeithorizont zu einer echten Einwanderungssituation [...]“ vollzogen hatte und somit ein Einwanderungsland geworden war.¹⁰ Die Weigerung, Migrationspolitik langfristiger zu planen, korrelierte mit der Tatsache, dass „Zuwanderung [...] immer seltener als Hilfe von außen und immer häufiger als soziale Belastung im Innern verstanden wurde“ (BADE 2007: 51). Engagierte MigrationsexpertInnen wie u. a. Klaus Bade forderten ein rasches Umdenken in der Wahrnehmung der zugewanderten Menschen und ein Ablegen der politischen Passivität. Diese Mahnungen wurden jedoch missachtet. Nach wie vor entkräftet er ein oft von PolitikerInnen und anderen am Migrationsdiskurs beteiligten AkteurInnen angeführtes Argument über die mangelnden Möglichkeiten der früheren Politik zur Veränderung der Situation von MigrantInnen, wenn er sagt:

Politikberater und publizistische Politikbegleiter tun deshalb gut daran, bestenfalls in Abschiedsvorlesungen einmal allgemein hin auf politische Verspätungen um glatt ein Vierteljahrhundert hinzuweisen, ansonsten aber schweigend zuzusehen, wenn Politik die Realität entdeckt und verkündet, dass das, was zwar vielleicht schon Anfang der 1980er Jahre gefordert worden sein möge, doch eben erst heute ernsthaft in Erwägung gezogen werden könne – weil eben die Bedingungen und Möglichkeiten dazu erst heute gegeben seien. **Dabei wird mitunter verdrängt, dass es schon früher nicht an Bedingungen und Möglichkeiten fehlte, sondern an der Bereitschaft, sie zu erkennen und zu nutzen; denn was man verdrängt, das kann man nicht gestalten** (ebd., 53; eigene Hervorhebung).

Ein fördernder Umgang mit ZuwanderInnen ist in der Bundesrepublik Deutschland erst seit den 90er Jahren zu verzeichnen. Seitdem scheint das Wort Integration in aller Munde zu sein und entwickelt sich, wie in vielen modernen Staaten, zu einer klassischen, politisch-sozialen Zielsetzung (vgl. HARTKOPF 2010: 19f.). Ein anerkanntes Verständnis von Integration

¹⁰ Leugnung der Tatsache, dass Deutschland sich zu einem Einwanderungsland entwickelte, war unter deutschen Spitzenpolitikern wie bspw. Helmut Kohl oder Wolfgang Schäuble ein weit verbreitetes Phänomen – vgl. KOHL (1991); DERNBACH (2006).

auf der politischen Ebene konnte sich hierzulande insbesondere im Zuge des Engagements der Unabhängigen Kommission Zuwanderung etablieren (vgl. SÜSSMUTH 2001). Diesem Verständnis nach ist sie eine „[...] gleichgewichtige Beziehung zwischen den Handelnden bzw. ein Einbezogensein aller Handelnden in die Gesellschaft [...]“ (HARTKOPF 2010: 19f.) im Sinne „[...] eine[r] gleichberechtigte[n] Teilhabe am gesellschaftlichen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Leben unter Respektierung kultureller Vielfalt [...]“ (SÜSSMUTH 2001: 200). Es sind in erster Linie Anforderungen an die Aufnahmegesellschaft zu einem toleranteren Umgang mit Zuwandernden und zur Förderung der Chancengleichheit aller BürgerInnen, die hier genannt werden. Gleichzeitig hebt die bereits erwähnte Kommission in ihrem Bericht: „Zuwanderung gestalten, Integration fördern“ eine wichtige Prämisse für eine bewusst verlaufende Integration vonseiten der MigrantInnen hervor, und zwar die Beherrschung der deutschen Sprache. Ihr wird eine beachtliche Rolle eingeräumt, wenn es heißt: „Der Spracherwerb ist die Eintrittskarte in das gesellschaftliche, wirtschaftliche und politische Leben in Deutschland [...]“ (ebd., 201). Diese Eintrittskarte können sowohl die NeuzuwanderInnen als auch die seit längerer Zeit in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund, deren deutsche Sprachkenntnisse für die Bewältigung ihres Alltages unzureichend sind, in den sog. Integrationskursen erwerben.

Mit dem 01.01.2005 änderte sich in Deutschland die bis dato disparate Sprachförderlandschaft, deren größte Schwäche zum einen in getrennten Kursformaten für ZuwanderInnen mit unterschiedlichem Rechtsstatus (AusländerInnen vs. SpätaussiedlerInnen), und zum anderen in einer fehlenden Koordinierungsstelle bestand, welche die dezentralisierten Fördereinrichtungen – v. a. hinsichtlich des Umfangs und der Zielsetzung von Deutschkursen – bündeln und die bestehenden Bedürfnisse IKT berücksichtigen konnte (vgl. BAMF 2008: 20f.). Durch das Inkrafttreten des neuen Zuwanderungsgesetzes ging die Zuständigkeit etlicher Ministerien für Sprachfördermaßnahmen an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) über (vgl. DEMMIG, KAUFMANN 2010: 325). Als Folge können heutzutage sowohl Neu- als auch AltzuwanderInnen gemeinsam IK besuchen (vgl. BAMF 2008: 21). Das Ziel dieser Kurse ist es, durch Vermittlung spezifischen Sprachwissens, die bereits erwähnten Chancen zu erhöhen und die gesellschaftliche Teilhabe zu erleichtern. Was dies im Leben potenzieller KursabsolventInnen bedeutet, ist in der juristischen Grundlage der Kurse – in der sog. „Verordnung über die Durchführung von Integrationskursen für Ausländer und Spätaussiedler“ – festgehalten (vgl. BMJ 2004). Laut Gesetz dienen sie:

[...] der erfolgreichen Vermittlung von ausreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache nach § 43 Abs. 3 des Aufenthaltsgesetzes und § 9 Abs. 1 Satz 1 des Bundesvertriebenengesetzes [...] (ebd.).

An gleicher Stelle wird auch näher erläutert, wie „ausreichende Kenntnisse“ zu interpretieren sind:

Über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache nach Absatz 1 Nr. 1 verfügt, wer sich im täglichen Leben in seiner Umgebung selbständig sprachlich zurechtfinden und entsprechend seinem Alter und Bildungsstand ein Gespräch führen und sich schriftlich ausdrücken kann (B1-Niveau des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen) (ebd.).

Die IK finden in einem festgelegten Rahmen statt, welcher für alle vom BAMF zugelassenen Träger verbindlich ist. Dies soll der bereits erwähnten Uneinheitlichkeit der Sprachförderlandschaft entgegenwirken. Der klassische IK besteht aus einem Sprachkurs, welcher 600 Unterrichtseinheiten (à 45 Minuten) umfasst und einem Orientierungskurs mit nur 60 Unterrichtseinheiten, in deren Verlauf die IKT ein Grundverständnis für „[...] [die] deutsche Rechtsordnung, d[ie] Kultur und d[ie] Geschichte Deutschlands, insbesondere auch d[ie] Werte des demokratischen Staatswesens der Bundesrepublik Deutschland und d[ie] Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit, Gleichberechtigung, Toleranz und Religionsfreiheit“ entwickeln sollten (ebd.).¹¹ Der Sprachkurs setzt sich aus einem Basis- und einem Aufbausprachkurs zusammen, die wiederum jeweils in drei Module unterteilt sind – mit einer je unterschiedlichen sprachlichen Progression. Dadurch ist es möglich, den IKT je nach Stand ihrer Sprachbeherrschung, das für sie passende Modul auszuwählen (vgl. HAUSSCHILD, HOFFMANN 2009: 36).

Nachdem der gesetzliche Rahmen für die IK in aller Kürze vorgestellt wurde, werden im Folgenden die thematischen Grundlagen dieser Kurse zur Diskussion gestellt. Vor diesem Hintergrund komme ich zu einer Einschätzung der in der Integrationskursverordnung geforderten Befähigung der MigrantInnen zur Bewältigung alltäglicher Herausforderungen. Hierbei wird das Augenmerk besonders auf die Basis aller unterrichtlichen Maßnahmen in IK – das Rahmencurriculum – gerichtet.

3.2 Defizite des Rahmencurriculums für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache im Handlungsfeld Gesundheit

Die Hauptaufgabe der IK ist es, die ZuwanderInnen von kommunikationsbedingten Abhängigkeiten – im Sinne einer Versorgung mit notwendigen sprachlichen Mitteln sowie soziokulturellem Wissen – zu befreien. Es ist ein ermutigender Impuls, sich von der ein-

¹¹ Der Integrationskurs gilt als bestanden, wenn eine Abschlussprüfung, bestehend aus einer Sprachprüfung auf dem B1-Niveau des GER sowie einem Test zum Orientierungskurs, mit einem positiven Ergebnis beendet wird (HAUSSCHILD, HOFFMANN 2009: 36).

schränkenden, gesellschaftlichen Vormundschaft zu emanzipieren und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Solche Erwartungen hängen gleichzeitig mit einer intensiven Beschäftigung mit spezifischen Themen zusammen, die einen Beitrag zur Herstellung von Chancengleichheit leisten. Diese bilden die Basis für das Grundgerüst der IK, das sog. „Rahmencurriculum für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache“ (BUHLMANN [et al.] 2007). Es entstand im Zuge der Bemühungen des BAMF um eine klare Regelung der Sprachfördermaßnahmen für ZuwanderInnen, v. a. in der Zeit, als die Frage nach einer für alle IKT verbindlichen Abschlussprüfung immer dringlicher wurde (vgl. DEMMIG, KAUFMANN 2010: 325). Denn diese konnte nur dann entwickelt werden, wenn ihre Inhalte von allen Kursträgern in gleicher Form im Unterricht zur Anwendung kämen. Mit der Erstellung des Rahmencurriculums und zugleich der Abschlussprüfung wurde 2007 letztlich das Goethe-Institut¹² beauftragt (vgl. ebd.). Laut AutorInnen bestehe die Aufgabe des von ihnen erstellten Rahmencurriculums, wie die Bezeichnung schon andeutet, darin, „[...] einen Rahmen für Ziele und Inhalte des Integrationskurses“ zu schaffen, indem es zeigt „[...] in welchen gesellschaftlichen Kontexten Migrantinnen und Migranten sprachlich in der Zielsprache handeln wollen bzw. müssen“ (BUHLMANN [et al.] 2007: 2). Zugleich betonen sie, dass dieses v. a. für PrüfungsentwicklerInnen, LehrbuchautorInnen und KursplanerInnen entworfen wurde, damit sie daraus relevante Informationen für ihre Zielgruppen entnehmen können (ebd.). Das Dokument setzt sich aus zwei Bausteinen zusammen: Zum einen enthält es die sog. Kann-Beschreibungen im Bereich der „Handlungsfelder übergreifende[n] Kommunikation“ (vgl. ebd.), wobei unter Handlungsfeldern diejenigen Themenfelder zu verstehen sind, welche sich im Zuge der von Ehlich und seinem Team durchgeführten Bedarfsanalyse herauskristallisiert haben (vgl. EHLICH 2007). Hierzu gehören sprachliche Kompetenzen, die sich nicht ausschließlich auf ein spezifisches Thema konzentrieren, sondern – wie ihre Bezeichnung treffend zeigt – themenübergreifend zur Anwendung kommen z.B. „Realisierung von Gefühlen, Haltungen und Meinungen“ oder „Gestaltung sozialer Kontakte“ (BUHLMANN [et al.] 2007: 11). Themenspezifisch ist hingegen der zweite Bestandteil des Rahmencurriculums – die „Kommunikation in Handlungsfeldern“. Die unten stehende Grafik verdeutlicht die wechselseitige Bedingtheit der beiden Komponenten:

¹² Der vom BAMF erteilte Auftrag lautete folgendermaßen: 1) „Entwicklung einer skalierten Sprachprüfung für Zuwanderer zur Feststellung von fertigkeitbezogenen Sprachkompetenzen auf den Stufen A2-B1 des GER“ sowie 2) „Entwicklung eines Rahmencurriculums, das maximal mögliche Lernziele und –inhalte für die Integrationskurse vorgibt und als Grundlage zur Erstellung von Kursmodellen und Stoffverteilungsplänen dient (DEMMIG, KAUFMANN 2010: 325f.).



Sie weisen auch Ähnlichkeiten in ihrer tabellarischen Darstellung auf, denn sie werden in kleine Handlungsschritte unterteilt mit Angabe des jeweiligen Lernziels (= Kann-Beschreibung), der Aktivität (d. h. der für das angeführte Lernziel relevanten Fertigkeit) und des GER-Sprachniveaus, auf dem diese Handlung realisiert werden kann (vgl. ebd., 13ff.). Der Aufbau der Themenfelder im Bereich der handlungsübergreifenden Kommunikation sieht in der Praxis folgendermaßen aus:

A 1. ÜBER MIGRATIONSERFAHRUNG BERICHTEN

A 1.1. Auskunft geben

Lernziele	Aktivitäten	Niveau	Handlungsziele
Kann einfach und kurz über seine/ihre Gründe für die Migration sprechen, z.B. über die familiäre oder politische Situation, den Wunsch nach einer Arbeitsstelle.	am Gespräch teilnehmen	A2	Möchte sich über die Gründe und Ziele der Migration austauschen.
Kann mit ganz einfachen Mitteln über sich und seine/ihre Situation im Herkunftsland sprechen, z.B. über die Familie, den erlernten Beruf.	sprechen	A1	Möchte über seine/ihre Herkunft sprechen.
Kann einfach und kurz von seinen/ihren Erfahrungen berichten, z.B. über Unterstützung durch Familienangehörige in Deutschland.	sprechen	A2	Möchte über seine/ihre Migrationserfahrung berichten.
Kann das Leben in seinem/ihrer Herkunftsland in einfacher Form beschreiben, z.B. das Land, die Familie, den erlernten Beruf, Alltagsgewohnheiten, und einzelne konkrete Aspekte mit der Situation in Deutschland vergleichen.	sprechen	A2	

vorrangige Aktivität

Niveau nach GER

Handlungsziel

(BUHLMANN [et al.] 2007: 13)

Der Bereich der Kommunikation in spezifischen Handlungsfeldern enthält darüber hinaus Informationen über Zielgruppen, für welche die jeweilige Handlung von besonderer Relevanz ist (vgl. ebd., 10) sowie das Gebiet „Fokus Landeskunde“ mit wichtigen Informationen zur Alltagsbewältigung im deutschen Kulturraum:

1.1. SICH EINEN ÜBERBLICK ÜBER ZUSTÄNDIGKEITEN UND SERVICELEISTUNGEN VON ÄMTERN UND BEHÖRDEN VERSCHAFFEN

Teilbereich eines Handlungsfeldes

1.1.1. Sich informieren

Sprachliche Handlung

Lernziele	Aktivitäten	Niveau	A*	B*	C*	Fokus Landeskunde
Kann dem Telefonbuch oder Internet spezifische Informationen über Behörden entnehmen, z.B. Standorte, Adressen, Öffnungszeiten.	lesen	A1	■	■	■	
Kann sich allgemein bei Bekannten oder Beratungsstellen über Behörden informieren, z.B. über Zuständigkeiten, Serviceleistungen, Ansprüche.	am Gespräch teilnehmen	A2	■	■	■	Weiß, dass Regelungen in Ämtern verbindlich sind, z.B. Öffnungszeiten.
Kann schriftlichem Informationsmaterial, auch im Internet, für ihr/sie wichtige Informationen entnehmen, z.B. Zuständigkeiten, Ansprechpartner.	lesen	A2	■	■	■	

Lernziele

vorrangige Aktivitäten

Niveau nach GER

Zielgruppe(n), die für ein Lernziel relevant sind

erforderliches landeskundliches Wissen

(BUHLMANN [et al.] 2007: 16)

Eine erste Beschäftigung mit dem Rahmencurriculum zeigt die Plausibilität seiner Struktur und der Inhalte. Auch die Art und Weise, wie die jeweiligen Handlungsfelder erschlossen wurden, lässt sich nachvollziehen. Die Grundlage für seine Erstellung bildeten nämlich zwei verhältnismäßig breit angelegte Bedarfsanalysen: An der ersten, durchgeführt im Rahmen des Projektes InDaZ¹³, nahmen insgesamt 329 Lehrende, VertreterInnen von Trägern und IKT teil, von denen 113 für eine mündliche (darunter nur 37 IKT) und 216 für eine schriftliche Befragung (ohne IKT) gewonnen wurden (vgl. EHLICH 2007). Die zweite Erhebung umfasste zudem eine schriftliche Befragung durch das Projektteam des Goethe-Instituts von ca. 250 IKT (vgl. BUHLMANN [et al.] 2007: 9). Bei einer genaueren Betrachtung der Befragten fällt auf, dass es ausschließlich diejenigen Personen sind, welche in einer direkten Verbindung zu den IK stehen. Daraus speist sich ein nicht zu unterschätzendes Defizit des Rahmencurriculums, und zwar der fehlende Rückgriff seiner UrheberInnen auf die Meinungen von Fachleuten und Ergebnisse wissenschaftlicher Studien v. a. in denjenigen Handlungsfeldern, die sich

¹³ Vollständige Bezeichnung des Projektes, welches an der Ludwig-Maximilians-Universität München realisiert wurde, lautet: „Recherche und Dokumentation hinsichtlich der Sprachbedarfe von Teilnehmenden an Integrationskursen durch Befragung von Institutionen, Kursträgern und KursteilnehmerInnen.“

durch eine komplexe, asymmetrische Kommunikation auszeichnen. Dies manifestiert sich bspw. in dem für die vorliegende Arbeit zentralen Bereich der APK, wie es Menz/Sator (2011: 415) konstatieren:

Eine zentrale Konsequenz aus der institutionellen Konstituiertheit ärztlicher Gespräche ist, dass die Beteiligten in ärztlichen Gesprächen *verschiedene Rollen* [Hervorhebung im Original] einnehmen [...] und damit in einer asymmetrischen Beziehung zueinander stehen [...]: Die Ärztin/der Arzt handelt als AgentIn der Institution, die Patientin/der Patient als KlientIn [...].

Durch eine Anknüpfung an den Wissens- und Erfahrungsschatz beteiligter Akteure (z. B. ÄrztInnen sowie Pflegepersonal) – v. a. bezüglich sprachbedingter Kommunikationsschwierigkeiten und deren Ursachen – wäre es möglich, die Lernziele im Rahmencurriculum noch konkreter zu fassen und dadurch insbesondere den LehrwerkentwicklerInnen einen Impuls zu einer alltagsrelevanteren Ausgestaltung betroffener Handlungsfelder zu geben. Die Forderung nach Berücksichtigung von asymmetrischen Gesprächsanlässen befindet sich zwar in den theoretischen Ausführungen der AutorInnen vom Rahmencurriculum, wenn es heißt:

[...] für diese Zielgruppe [ZuwanderInnen] [ist es] wichtig, Sensibilität für Registerdifferenzierungen zu entwickeln. Die Beherrschung förmlicher, sprachlich verdichteter und elaborierter Register ist besonders in asymmetrischen mündlichen Kommunikationssituationen (z. B. bei Behörden, beim Arzt) und in der schriftlichen Interaktion wichtig (BUHLMANN [et al.] 2007: 8).

Wie ist es aber tatsächlich im Rahmencurriculum um die Förderung der Mitteilungsfähigkeit in den asymmetrisch konstruierten und stark institutionalisierten Gesprächssituationen bestellt? Lassen sich dort explizite Hinweise zu deren Bewältigung finden, genauer gesagt – zu den jeweiligen Handlungen und Handlungsschritten, welche für diese Felder konstitutiv sind? Am Beispiel des Themenbereichs Gesundheit soll nun gezeigt werden, wie bedarfsgerecht die von den EntwicklerInnen des Rahmencurriculums geäußerte Notwendigkeit einer Befähigung der IKT zur aktiven Partizipation am genannten Handlungsfeld umgesetzt wurde.

Laut Demmig/Kaufmann wurde das Rahmencurriculum von einer ExpertInnengruppe entwickelt unter Berücksichtigung der besonderen Voraussetzungen von ZweitsprachlerInnen wie z. B.: [D]ie vitalen Orientierungs- und Handlungsbedürfnisse der Migrantinnen und Migranten im Land der Zielsprache“ (DEMMIG, KAUFMANN 2010: 326). Diese Voraussetzung fußt auf den Ergebnissen der bereits erwähnten Bedarfsanalysen von Ehlich (2007) und des Projektteams des Goethe-Instituts (vgl. BUHLMANN [et al.] 2007). Eine genaue Ableitung von Bedürfnissen der IKT im Handlungsfeld medizinische Versorgung ist bei einer genaueren Betrachtung jedoch aus zweierlei Gründen nicht möglich: Zum einen gibt die Bedarfsanalyse von Ehlich lediglich grobe Tendenzen vor, in welchen Domänen bei ZuwanderInnen kommu-

nikative Bedarfe bestehen können. Sie liefert aber keineswegs detaillierte Informationen bzw. konkrete Hinweise darüber, welche Bestandteile dieses Handlungsfeldes am problematischsten sind. In einer knapp zweiseitigen Zusammenfassung des thematischen Feldes Gesundheit/medizinische Versorgung lassen sich kaum Informationen zu einer Herausarbeitung expliziter Lernziele für die IKT finden. Man beschränkt sich letztendlich auf die Benennung von Nomina, welche im schriftlichen Teil der Umfrage am häufigsten genannt wurden. Hierzu gehören: „Arzt, Ärztin, Arztbesuche, Arzttermin, Krankenhaus, medizinische Leistungen, ärztliche Einrichtungen, Krankenhaussituationen, Apotheke“ (EHLICH 2007: 36). Solch unpräzise Antworten stellen m. E. keine fundierte Grundlage für die Erstellung des Rahmencurriculums dar und hätten auch ohne eine Bedarfsanalyse festgelegt werden können. Noch komplizierter gestaltet sich die Einschätzung vom Nutzen der zweiten, ausschließlich die Bedürfnisse von den IKT fokussierenden Befragung. Der Grund hierfür liegt in der Tatsache, dass ihre Ergebnisse nicht veröffentlicht wurden, weswegen eine Bewertung ihrer Umsetzung im Rahmencurriculum nicht hinterfragt werden kann.

Im nächsten Schritt wird die Struktur des Handlungsfelds Gesundheit vorgestellt. Danach erfolgt eine kritische Analyse von denjenigen Lernzielen im Rahmencurriculum, welche vordergründig der APK gewidmet sind. Ein starker Fokus auf dieses Feld fußt auf den bereits im Kapitel 2. erwähnten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gesundheitlichen Gefahren aufgrund kommunikationsbedingter Schwierigkeiten.

Das gesamte Handlungsfeld Gesundheit wird im Rahmencurriculum in vier Handlungsbereiche unterteilt. Zu ihnen gehören (vgl. BUHLMANN [et al.] 2007: 92ff.):

1. Sich einen Überblick über Möglichkeiten der medizinischen Versorgung verschaffen:

- ♦ Sich informieren über das Gesundheitssystem in Deutschland sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen

2. Kommunikation mit Ärzten, Krankenhauspersonal, Apothekern etc.:

- ♦ Sich informieren und Auskünfte geben: Informationen zur Person bei der Anmeldung beim Arzt oder im Krankenhaus
- ♦ Mitteilung von Informationen zu empfundenen Schmerzen, zur Krankheitsgeschichte und erhaltenen Medikamenten
- ♦ Verstehen von Informationen über die Höhe der zu zahlenden Gebühr sowie über die Behandlungsdauer und Nebenwirkungen von Medikamenten; Rückfragen an den be-

handelnden Arzt

- ♦ Äußern der Wünsche zur Art der Behandlung, Medikation oder Verpflegung im Krankenhaus im Gespräch mit u. a. Ärzten und Pflegepersonal
- ♦ Verstehen der wichtigsten Anweisungen auf den Beipackzetteln sowie der Anweisungen von behandelnden ÄrztInnen oder ApothekerInnen
- ♦ Ausfüllen von Formularen
- ♦ Absetzen eines Notrufs

3. Kommunikation mit Bekannten, Kollegen oder Nachbarn:

- ♦ Fragen nach dem Befinden stellen und sie beantworten
- ♦ Erteilung von gesundheitsbezogenen Ratschlägen

4. Kommunikation mit der Krankenkasse:

- ♦ Einholen von Informationen u. a. über die Kostenübernahme von Behandlungen
- ♦ Wissen um Ausfüllen von Formularen sowie Verständnis typischer Textsorten

Die Zusammenstellung der anzueignenden Fähigkeiten von Zuwandernden verdeutlicht zwar die Komplexität des Handlungsfeldes Gesundheit. Bei einer genaueren Betrachtung fällt jedoch auf, dass der APK, also dem Schlüsselbereich, der für eine professionelle Behandlung eine signifikante Rolle spielt, keine besondere Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Dies ist spätestens dann sichtbar, wenn man sich die Zahl der Lernziele vor Augen führt, welche dieser Kommunikationsdomäne zuteilwurden: Unter den insgesamt 31 Lernzielen finden sich lediglich 4, die explizit die Kommunikation mit dem handelnden Arzt/der handelnden Ärztin thematisieren. Diese befinden sich im Rahmencurriculum unter dem Absatz 8.2.2: „Sich informieren und Auskünfte geben“ (→ 3 Lernziele) und wurden im Folgenden grün markiert:

Lernziele	Aktivitäten	Niveau	A	B	C	Fokus Landeskunde
Kann Auskünfte zur Person bei der Anmeldung beim Arzt oder im Krankenhaus geben, z.B. Name, Adresse, Telefonnummer, Versicherung, Grund des Arztbesuchs.	am Gespräch teilnehmen	A1	■	■	■	
Kann mitteilen, wie es ihm/ihr geht und, auch mithilfe von Gesten, beschreiben, was ihm/ihr wehtut.	am Gespräch teilnehmen	A1	■	■	■	Weiß, dass es eine ärztliche Schweigepflicht gibt.
Kann im Gespräch mit Ärzten oder Apothekern relevante Informationen verstehen, z.B. Höhe der zu zahlenden Gebühr, Abholung eines Medikaments.	hören	A1	■	■	■	
Kann relevante Informationen über unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten verstehen, z.B. zu Dauer der Behandlung, Nebenwirkungen von Medikamenten, Kosten, und darauf reagieren.	hören	A2	■	■	■	Weiß, dass Patienten zu keiner Behandlung verpflichtet sind und ihre Zustimmung oder Ablehnung äußern dürfen.
Kann im Gespräch mit Ärzten einfache Informationen zur Person, zum Gesundheitszustand und ggf. zur bisherigen Therapie im Herkunftsland geben, z.B. zu Vorerkrankungen, Beschwerden, Medikation.	am Gespräch teilnehmen	A2	■	■	■	

Das vierte Lernziel betrifft den Absatz 8.2.4: „Anweisungen verstehen und darauf reagieren“:

Lernziele	Aktivitäten	Niveau	A	B	C	Fokus Landeskunde
Kann die wichtigsten Informationen auf Beipackzetteln verstehen, z.B. Einnahmezeiten und -mengen.	lesen	A1	■	■	■	Weiß, welche Informationen Beipackzettel enthalten.
Kann in Gesprächen mit Ärzten oder Apothekern einfache Anweisungen verstehen, z.B. bzgl. Medikamenteneinnahme.	hören	A1	■	■	■	
Kann in Gesprächen mit Ärzten oder Hebammen einfache Verhaltenshinweise verstehen, z.B. bei einer Schwangerschaft, und darauf reagieren.	am Gespräch teilnehmen	A2	■	■	■	

Bei der Betrachtung von kommunikationsbezogenen Lernzielen kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die ZuwanderInnen innerhalb der Arztgespräche eher als passive Subjekte und weniger als aktive Gesprächsteilnehmende angesehen werden. Dies fällt bei der Formulierung von Kann-Beschreibungen auf, innerhalb derer v. a. Verstehen der Anweisungen des Arztes bezüglich der notwendigen Medikation/Behandlung sowie damit verbundene Kosten im Vordergrund stehen. Die Rolle des Patienten/der Patientin beschränkt sich lediglich auf die Mitteilung von Beschwerden und Krankheitsvorgeschichte. Eine derartige Behandlung dieses Themenbereichs ist insofern problematisch, als sie keinesfalls der Komplexität und den potenziellen Hürden innerhalb der APK gerecht wird. Der Fokus richtet sich m. E. mehr auf Bedürfnisse der einheimischen KlientInnen, die mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut sind.¹⁴ Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Rahmencurriculum gewiss eine nützliche erste Hilfe für die EntwicklerInnen von Lernmaterialien darstellt. Damit es aber als eine

¹⁴ In den Medien gewinnt man oft den Eindruck, als seien in Deutschland MigrantInnen die einzige Gruppe, welche aufgrund der Komplexität kommunikativer Anforderungen und des nicht immer transparenten Gesundheitssystems von Hindernissen betroffen ist. Neuere Studien zeigen jedoch deutlich, dass ebenfalls viele einheimische PatientInnen auf Schwierigkeiten im Bereich der medizinischen Versorgung stoßen (vgl. MENZ 2013).

Sammlung von bedarfsgerechten Richtlinien für die IK betrachtet werden kann, muss es einige essenzielle Ergänzungen erfahren. Eine große Herausforderung bei deren Erschließung besteht v. a. in der Überbrückung einer Forschungslücke im Bereich der APK, in der PatientInnen L2–SprecherInnen sind. Dies betont ebenfalls Schön (2012: 59):

Während Literatur zur API [Arzt-Patienten-Interaktion] umfangreich vorhanden ist, gibt es bisher nur wenige Arbeiten, die sich mit der Kommunikation von L1- und L2-Sprechern im medizinischen Bereich beschäftigen.

Vor diesem Hintergrund werden anschließend drei Themenbereiche vorgestellt, die in der vorhandenen Forschung zur APK bzw. in der Literatur zur Gesundheit der ZuwanderInnen als signifikant für potenzielle kommunikative Hindernisse erachtet werden. In die Aufstellung dieser Themen sind ebenfalls Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von medizinischem Personal eingeflossen (3 ÄrztInnen aus Duisburg, Speyer und Dresden sowie eine Krankenschwester aus München), die im Rahmen vorliegender Arbeit durchgeführt wurde.¹⁵ Sie umfasst 4 Fragen zu den in der Forschungsliteratur betonten Ursachen für die Kommunikationsschwierigkeiten (vgl. Anhang – Teil A):

- 1) Sind Sie in Ihrem beruflichen Alltag oft mit sprachlichen Verständigungsproblemen der PatientInnen mit Migrationshintergrund konfrontiert?
- 2) Sind es Kommunikationsprobleme aufgrund defizitärer Deutschkenntnisse oder eher aufgrund eines abweichenden Schmerzausdrucks, der von unserer Schmerzdeutung u. U. abweicht (laut Studien sollte dieser oft kulturspezifisch geprägt sein)?
- 3) Welche sprachlichen Handlungen fallen den oben erwähnten PatientInnen am schwersten?
- 4) Verfügen diese PatientInnen über ein ausreichendes Maß an Wissen über die medizinische Versorgung?¹⁶

Die Umfrageergebnisse erheben zwar keinen Anspruch auf Repräsentativität, sie lassen jedoch die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die kommunikationsbeeinträchtigenden Fakto-

¹⁵ Die Befragten wurden zum einen über die Mailingliste des Begabtenförderwerks „Cusanuswerk“ gefunden, dessen Stipendiat auch der Verfasser der vorliegenden Arbeit ist. Hierbei hat er eine Rundmail mit den oben aufgeführten Fragen an die geförderten StipendiatInnen aus dem medizinischen Bereich gesendet und erhielt neben zahlreichen Hinweisen zur medizinischen Versorgung der MigrantInnen in Deutschland auch zwei ausführliche Antworten auf die gestellten Fragen (Anna-Marie Seitz; Dr. Barbara Schaub). Die zwei weiteren Befragten (Dr. Andreas Jenke sowie Dr. Yoshimi Teresa Sugano) stammen aus dem Bekanntenkreis des Verfassers und wurden ebenfalls per E-Mail um Auskunft hinsichtlich der oben genannten Fragen gebeten.

¹⁶ Aus Kapazitätsgründen wurde in der vorliegenden Arbeit darauf verzichtet, den Themenbereich Wissen über das deutsche Gesundheitssystem mit in die Durchführung der Lehrwerkkritik einzubeziehen. Dennoch flossen die Umfrageergebnisse in die Erstellung des suggestopädischen Lernkonzerttextes ein (vgl. Kapitel 5.3.1).

ren sowohl sprachlicher als auch wissensbezogener Art bestätigen. Eine Beschäftigung mit ihnen und ein gleichzeitiger Abgleich derselben mit den Inhalten des Rahmencurriculums lässt zugleich beobachten, inwieweit sich das Rahmencurriculum bei der Formulierung der Kann-Beschreibungen auf sie gestützt hat, um ein möglichst realitätsnahes Lernarrangement zu schaffen. Im Falle einer ausbleibenden Einbindung vorgefundener Erkenntnisse werden Vorschläge für neue Kann-Beschreibungen im Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung erarbeitet, welche jeweils mit einigen theoretischen Überlegungen eingeleitet werden. Mit wenigen Ausnahmen gehören die neuen Kann-Beschreibungen keiner konkreten Fertigkeit an (Hören, Lesen, Schreiben, Sprechen, am Gespräch teilnehmen). Sie beziehen sich vielmehr auf die im Rahmencurriculum wenig beachteten Bereiche wie Schmerzbeschreibung, Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem sowie eigenkulturelle Reflexion zur Bewältigung kommunikativer Handlungen.

Die erste große Hürde stellt für PatientInnen der Gesprächsverlauf bei niedergelassenen ÄrztInnen (z. B. HausärztInnen) dar, dessen Kenntnis bei den einheimischen bzw. auch anderen, seit Jahren in Deutschland lebenden PatientInnen, meistens als bekannt vorausgesetzt werden kann (vgl. MENZ, SATOR 2011: 415). Obwohl zurzeit keine kulturkontrastiv angelegten Studien hinsichtlich der Unterschiede im Gesprächsverlauf der APG vorliegen, ist anzunehmen, dass der hiesige Verlauf und seine lexikalische Ausgestaltung von den Arztgesprächen im Herkunftsland der ZuwanderInnen differieren kann. Zu den möglichen Ursachen gehören die Prägung durch andere medizinische Traditionen bzw. Konzepte (z. B. ein hoher gesellschaftlicher Stellenwert traditioneller Medizin in China oder die Ursachen- und nicht Symptomorientiertheit der türkischen Medizin¹⁷) oder geringer ausgeprägte Inanspruchnahme medizinischer Vorsorge im Herkunftsland aufgrund finanziell-personeller Engpässe (vgl. BÜNDNIS ENTWICKLUNG HILFT 2013). Die Widersprüche in der gewohnten Kommunikation können sowohl bei dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin als auch bei dem Patienten/der Patientin Irritationen und Missverständnisse veranlassen. Menz (2013: 23) fasst es folgendermaßen zusammen:

Vor allem [...] der Stil, in dem PatientInnen mit einer anderen Muttersprache als der des Arztes oder der Ärztin ihre Beschwerden und Symptome präsentieren, zeigt folgenschwere Unterschiede zu jenen von PatientInnen mit derselben Muttersprache. Der Präsentationsstil hat ei-

¹⁷ „Für türkische Patienten sind mithin nicht die objektiven Kriterien der westlichen Schulmedizin über Art, Umfang und Schweregrad der Krankheit entscheidend. Wichtiger ist für sie, wie und warum sie von der Krankheit betroffen sind, denn nur die Kenntnis der Krankheitskausalität lässt nach ihrem laienmedizinischen Verständnis einen Rückschluss auf die Art der Erkrankung und somit auf Therapie und Prognose zu“ (YILDIRIM-FAHLBUSCH 2003: 1179).

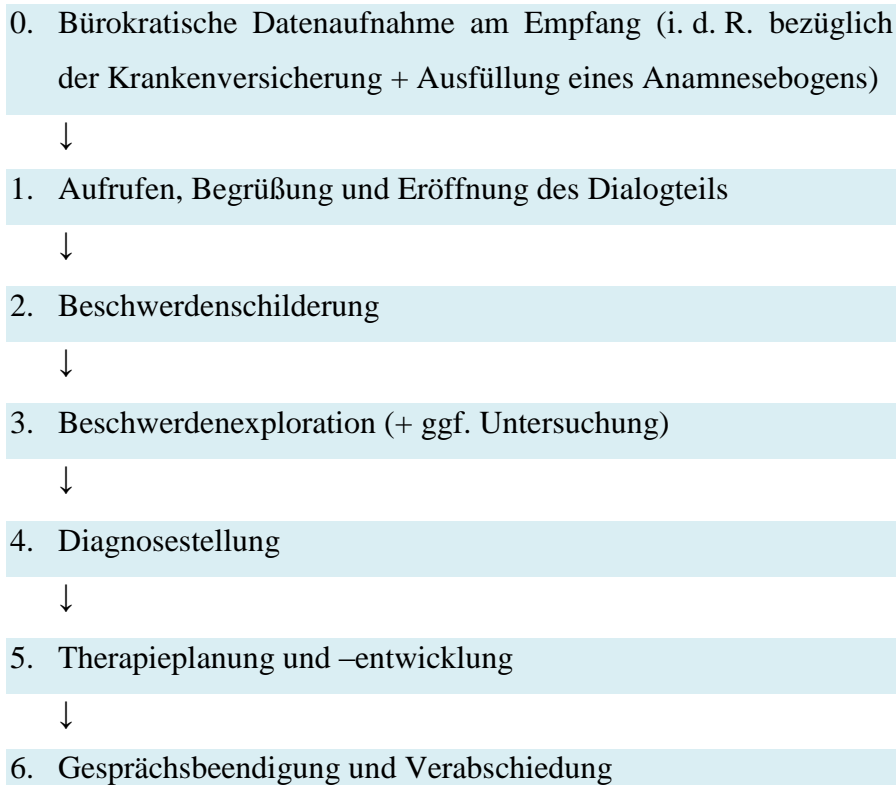
nen entscheidenden Einfluss auf Missverständnisse, da er die Erwartungshaltung der Ärzte unterlaufen und dadurch Verständnisschwierigkeiten verursachen kann [...]. So sind viele PatientInnen, die mit den westlichen Gesundheitssystemen nicht vertraut sind, von deren Symptomorientiertheit überrascht, die den von ihnen erlernten Mustern der Kontaktherstellung und Beziehungsgestaltung durch Formen des >>small talk<< zu Beginn eines Gesprächs zuwiderläuft.

Eine ähnliche Meinung vertreten Meeuwesen et al. (2010: 199):

Immigrant patients may show a low self-display by not saying much during the interaction, or may structure the information in another way than doctors do (e. g. by first explaining the context and at the end of the consultation indicating the main reason for the visit).

Daraus lässt sich ableiten, dass kaum vorhandene Erfahrungen mit der Gesprächsstruktur der APK bzw. eine andere Erwartungshaltung seitens der PatientInnen zu erheblichen Verzögerungen in der Beschwerdeexploration seitens des Arztes/der Ärztin führen kann. Mögliche Folgen eines defizitären Informationsaustausches sind die voreilige Diagnose und damit zusammenhängend gesundheitliche Schäden. Diese kann bei dem/der Behandelten das Gefühl erwecken, nicht ernst genommen zu werden, und führt möglicherweise zu einer langfristigen Distanzierung von medizinischen Versorgungsleistungen. Damit dieser Zustand nicht eintritt, bedürfen IKT einer bewussten Beschäftigung mit dem Aufbau eines als klassisch geltenden Gesprächs bei niedergelassenen ÄrztInnen, allen voran der HausärztInnen, welche ganz am Anfang der ‘Versorgungskette’ im deutschen Gesundheitssystem stehen. Eine Reihe von Gesprächsanalysen mit dem Fokus auf die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in Arztpraxen lassen einen sequenziellen Verlauf des verbalen Austausches feststellen. Obwohl verschiedene Analysen über denselben strukturellen Kern verfügen, unterscheiden sie sich geringfügig voneinander. Im Folgenden wird ein Verlaufsmodell dargestellt, welches all diese Konzepte zusammenführt und dem gesamtem kommunikativen Gefüge – beginnend mit der Vorsprache bei der Sprechstundenhilfe und endend mit dem Abschied von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin¹⁸ – Rechnung trägt (vgl. SPRANZ-FOGASY 2008: 51; MENZ, SATOR 2011: 418; HERITAGE, MAYNARD 2006: 14; FANDRYCH, THURMAIR 2011: 211; REDDER 1994: 175).

¹⁸ Hierbei gilt es festzustellen, dass oftmals auch deutsche ÄrztInnen sich nicht an die klassische Gesprächsstruktur in der westlichen Medizin halten und dadurch Gefahr laufen, Missverständnisse bzw. kommunikative Unzufriedenheit bei PatientInnen zu evozieren.



Gestützt auf das dargestellte Verlaufsmodell von herkömmlichen Arzt-PatientInnen-Gesprächen sollte in den IK mehr Platz für dessen gemeinsame Erschließung mithilfe geeigneter methodisch-didaktischer Mittel eingeräumt werden. Worauf es hier besonders ankommt, ist die Wahrnehmung vom Sequenzcharakter dieser Gespräche und ferner die Einleitung eines Reflexionsprozesses über die ggf. vorhandenen Unterschiede zum Herkunftsland und deren Hinterfragung. Aus diesen Forderungen heraus lassen sich für das Rahmencurriculum zwei neue Kann-Beschreibungen ableiten, wobei sich die erste auf das A2-Niveau und die zweite auf das B1-Niveau des GER richtet:

- ♦ Ist sich der festen Verlaufsstruktur ärztlicher Gespräche bewusst und kann sein/ihr Anliegen in einfachen Worten dem Arzt/der Ärztin mitteilen.
- ♦ Kann dem Verlauf des Arztgesprächs folgen und sich auf die einzelnen Handlungsschritte einstellen, sodass er/sie an ihnen auch aktiv teilnimmt.

Die in der Forschungsliteratur am häufigsten aufgeführte Ursache für die kommunikativen Hindernisse bei der APK ist der Schmerzausdruck, dem oft eine kulturelle Dimension zugeschrieben wird. Es sind viel weniger vorsichtige Mutmaßungen über eine vermutete kulturelle Bedingtheit vom anders ausgedrückten psychisch-körperlichen Leiden der ZuwanderInnen,

sondern eher die Unterschiede verallgemeinernde und stereotypisierende Aussagen. Selbst wenn sie sich auf empirische Befunde stützen, sollten sie m. E. jedoch keinen universalistischen Anspruch erheben und vielmehr einen Raum für Relativierung freilassen. Das Paradebeispiel für eine Stereotype verfestigende Sichtweise führt Han an:

Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen sowie die Erfahrungsberichte aus den psychiatrischen Kliniken, in denen Migranten behandelt werden, weisen übereinstimmend darauf hin, dass **Krankheitserleben** (z.B. Krankheit als Strafe für die Nichteinhaltung religiöser Vorschriften), **Krankheitswahrnehmung** (z.B. Vorstellung der magischen Verursachung der Krankheit), **Krankheitsausdruck** (z.B. Dramatisierung bzw. Verleugnung von Schmerzen) [...] ethnokulturell unterschiedlich sind [...] (HAN 2010: 231; eigene Hervorhebung).

Mit einer solchen Aussage schreibt Han ausnahmslos allen ZuwanderInnen einen abweichenden Schmerzausdruck bzw. eine von westlichen Standards abweichende Schmerzwahrnehmung zu. Nicht besser wird es, wenn die wissenschaftlichen Befunde auf eine konkrete Nation oder einen geografischen Raum beschränkt werden, wie es Bunge mit dem sog. „Mittelmeer-Syndrom“ verdeutlicht:

Mit dem ‚Mittelmeer-Syndrom‘ wird eine Symptomatik bezeichnet, die sich in erster Linie auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten der PatientInnen bezieht. Neben einem als **expressiv** und **aggraviert** wahrgenommenen Schmerzausdruck und demonstrativen Krankheitsäußerungen, einer stärkeren Klagsamkeit steht vor allem die Schmerzausbreitung über den gesamten Körper bzw. eine diffuse Symptompräsentation im Blickpunkt der Symptomatik [...] (BUNGE 2004: 69; eigene Hervorhebung).

Wie ist es nun um den Schmerzausdruck der ZuwanderInnen bestellt? Bringen sie alle bei dem Arzt/der Ärztin ihre Schmerzen auf eine unterschiedliche Art und Weise zum Ausdruck und lassen sich diese auf einen bestimmten geografischen Raum beschränken? Falls die Mitteilung der eigenen Schmerzen kulturell bedingt ist – ist es für das medizinische Personal tatsächlich ein ernst zu nehmendes Problem? Hierzu finden sich in der durchgeführten Umfrage als Antwort auf die Frage – ob die Kommunikationsschwierigkeiten in der APK auf den u. U. kulturell bedingten Schmerzausdruck zurückzuführen seien – zwei Aussagen:

Der Schmerzausdruck bei südländischen Patienten ist anders. Sie wollen gerne ihre Schmerzen zeigen, im Gegensatz zu den Deutschen – bloß nicht zu viel Schmerzmittel, lieber mehr Schmerzen aushalten. Wer Schmerzen äußert, wird behandelt. [...] Ich hatte schon Situationen, in denen ich genau wusste, dass ich einem Patienten nicht ausreichend geholfen habe, aber es lag nicht am Zeitmangel oder Willen oder einer falschen Einschätzung, sondern nur daran, dass ich mir einfach nicht mehr zu helfen wusste, weil ich nicht verstanden habe, was das eigentliche Problem war (vgl. Anna-Marie Seitz; Anhang – Teil A).

oder:

Ich denke, die unterschiedliche Schmerzdeutung bzw. Interpretation spielt auch eine Rolle, [...] allerdings denke ich, dass ich diesen Unterschied bei ausführlicherer Anamnese feststel-

len könnte, sodass die Probleme meiner Meinung nach eher auf Kommunikationsebene liegen. So haben auch Deutsche je nach Erfahrungshintergrund unterschiedliche Schmerzdeutungen und i. d. R. schaffe ich es, diese anhand eines Gesprächs aufzuspüren (vgl. Barbara Schaub ebd.).

Beide Aussagen veranschaulichen, dass ein unterschiedlicher Schmerzausdruck zu einem Hindernis während der Kommunikation mit dem medizinischen Personal werden kann. Ein bedeutender Unterschied zwischen ihnen betrifft jedoch eine abweichende Deutung derselben. Das erste Beispiel zeigt eine kulturelle Zuschreibung untypischer Schmerzausdrucksformen, welche mit der Phrase „südländische Patienten“ zur Sprache gebracht wird. Die Andersartigkeit ihrer Mitteilungen über das körperliche Leiden wird von der hier befragten Krankenschwester als ein Grund für die unzureichende bzw. inadäquate Hilfsleistung verantwortlich gemacht. In der zweiten Antwort betont eine befragte Ärztin aus Speyer, in ihrem Berufsalltag mit Differenzen in der divergenten Mitteilung von Schmerzen konfrontiert worden zu sein, mit der sie aber schnell – i. S. einer erfolgreichen Behandlung – zurechtkommt. Zudem äußert sie eine sehr interessante Beobachtung, nämlich, dass auch Deutsche manchmal eine unklare Schmerzdeutung an den Tag legen: „So haben auch Deutsche **je nach Erfahrungshintergrund** unterschiedliche Schmerzdeutungen“. Obwohl diese Aussage unter allen Befragten nur einmal vorkam, wirft sie ein neues Licht auf die Praxis kulturalistischer Zuschreibungen, indem sie eine Parallelexistenz von unterschiedlichen Deutungsmustern hinsichtlich der Art und Weise, wie die Schmerzen innerhalb einer Gesellschaft geäußert werden, suggeriert. Für die ärztliche Praxis lässt sich daraus den folgenden Schluss ziehen: Es ist notwendig, sich stärker auf den Menschen als Individuum zu konzentrieren und ihn nicht in erster Linie als Angehörigen eines bestimmten Kulturkreises mit fixen, auf alle Beteiligten gleichermaßen zutreffenden Attributen wahrzunehmen. Vielmehr sollte „[...] kultursensitive[n] Interventionen, die auch subkulturelle Aspekte wie regionale/familiäre Gewohnheiten und Bräuche, sowie unterschiedliche Migrations- und Integrationsprozesse berücksichtigen“ mehr Beachtung geschenkt werden (ZOUCHA, HUSTED 2000). Daraus unterrichtspraktische Inhalte zu entnehmen, kann nur dann erfolgen, wenn man die übergeneralisierenden Aussagen über die kulturelle Bedingtheit des Schmerzausdrucks einer kritischen Betrachtung unterzieht und als Lehrkraft eine differenzierende Perspektive einnimmt. Zu erreichen ist dies mithilfe der Einleitung eines Reflexionsprozesses bei den IKT durch Versprachlichung von prägnanten Beispielen und Diskussion über deren Wahrheitsgehalt. Dadurch könnten die Klischees entweder aufgeräumt oder tatsächlich gegebene Unterschiede hinterfragt und produktiv im Sinne einer besseren Kommunikation über den eigenen Schmerz mit dem Arzt genutzt werden. Im Fall eines schwer zu definierenden Schmerzausdrucks sollten die IKT bereit sein, sich mit den her-

kömmlichen Schmerzbeschreibungskategorien auseinanderzusetzen und diese auf längere Sicht so gut wie möglich zu internalisieren. Daraus lässt sich eine neue Kann-Beschreibung für das im Rahmencurriculum enthaltene Handlungsfeld Gesundheit entwickeln, welche aufgrund ihrer Komplexität auf dem B1-Niveau des GER anzusiedeln ist:

- ♦ Kann über die kulturelle Bedingtheit seines/ihres Schmerzausdrucks reflektieren und dieses Wissen beim Arztgespräch aktiv einsetzen.

Keinen Eingang ins Rahmencurriculum fand das für die ZuwanderInnen größte sprachbedingte Hindernis: Dabei handelt es sich um eine rudimentäre bzw. gänzlich ausbleibende Beherrschung des speziellen Wortschatzes sowie der Satzstrukturen zum Zwecke einer präziseren Beschreibung des gesundheitlichen Zustandes und der Verständnissicherung, wenn die Mitteilungen seitens des medizinischen Personals unverständlich bleiben bzw. Fragen aufwerfen. Durch Defizite in diesem Bereich wird es ÄrztInnen – ähnlich wie weiteren an der Behandlung und Betreuung von MigrantInnen beteiligten AkteurInnen im medizinischen Umfeld – deutlich erschwert, die Bedürfnisse ihrer KlientInnen zu identifizieren und diesen gerecht zu werden. Folglich werden PatientInnen mit Migrationshintergrund unzureichend bzw. bedarfsungerecht behandelt, indem sie „Endlosdiagnostik, Doctor Hopping“ u. v. m. über sich ergehen lassen müssen und sich unbewusst einem erhöhten Risiko der Fehlbehandlung aussetzen (vgl. RAZUM [et al.] 2004: 2886). Eine weitere Konsequenz der unbefriedigend empfundenen medizinischen Versorgung ist vermutlich ein Vertrauensverlust gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem und eine geringere Inanspruchnahme von oft lebenswichtigen medizinischen Leistungen. Angemerkt werden muss die Tatsache, dass die Kommunikation über Gesundheit und Schmerz nicht nur denjenigen Menschen Schwierigkeiten bereitet, welche mit den kommunikativen Anforderungen eines APG-Settings nicht vertraut sind. Denn der Zweck eines solchen Austausches ist eine „[...] Veranschaulichung von schwer zugänglichen Empfindungen, [...] Verständigung über manchmal unsagbare Bereiche und Themen wie Schmerzerfahrungen [...]“ die für alle Menschen, unabhängig von ihrer ethnischen Zugehörigkeit, der Privatsphäre angehören (MENZ, SATOR 2011: 419). Sprechen über die eigene Gesundheit kann bei ZuwanderInnen zudem durch andere herkunftssprachliche Gewohnheiten¹⁹ erschwert werden, die zuerst hinterfragt und im zweiten Schritt um neues Vokabular und

¹⁹ „Die meisten chinesischen Diagnosen der Inneren Medizin bestehen nicht aus kurzen, prägnanten Begrifflichkeiten, die sich auf ein bestimmtes Organ beziehen oder die eine bestimmte organische Pathologie kennzeichnen, sondern sie bestehen aus ein bis mehreren beschreibenden Sätzen, die – aus unserer Sicht – einer emotionalen Zuordnung unterliegen“ (Ots 1994: 32).

Satzstrukturen ergänzt werden müssen.

Für ZuwanderInnen gehört eine exakte Beschreibung von Schmerzen zu den mit Abstand am schwierigsten sprachlichen Handlungen in der APK (vgl. ebd.). Noch gefährlicher wird es bei der Behandlung von kleinen Kindern der ZuwanderInnen, wenn die Eltern durch eine unpräzise Beschreibung deren Beschwerden ihre Gesundheit aufs Spiel setzen und ausschließlich auf die Erfahrungen der behandelnden Person angewiesen sind.²⁰ Über die Beschwerden zu kommunizieren, erfordert, aufgrund der Komplexität dieser sprachlichen Handlung, die Kenntnisse über Körperteile und – noch wichtiger – über die Qualität, Lokalität sowie Dauer der Schmerzen. Der Wortschatz rund um die Körperteile stellt in nahezu allen LW für die IK einen zentralen Teil der Beschäftigung mit dem Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung dar, wobei die Einübung von Sprachmitteln zur Spezifizierung des körperlichen Zustandes auf der Strecke bleibt. Eine aussagekräftige Diagnose kann jedoch zunächst mittels Adjektive spezifiziert werden, welche sich auf die **Qualität des Schmerzes** (ebd., 54) beziehen (eine Auswahl):

- ♦ stechend, drückend
- ♦ brennend, pochend/klopfend
- ♦ einschließend
- ♦ krampfartig/kolikartig
- ♦ ziehend
- ♦ beklemmend

Zugegeben, es ist kein Wortschatz, der als einfach und sofort einprägsam eingestuft werden kann. Die Sinnerschließung ist jedoch möglich durch spezifische Übungen, in denen bspw. jedem Adjektiv konkretes Bildmaterial zugeordnet wird (vgl. Kapitel 5.3.2). Sollten beim Arztbesuch Schwierigkeiten mit dem Abrufen dieses Fachvokabulars auftreten, müssen die IKT mit spezifischen Lernstrategien zur Überbrückung der Kommunikation vertraut gemacht werden. Hierzu gehört v. a. die Verwendung von Vergleichen (vgl. OVERLACH 2008: 298ff.),

²⁰ Vgl. die Antwort von Assistenzärztin Barbara Schaub vom Diakonissen Stiftungs-Krankenhaus in Speyer auf die Frage: Welche sprachlichen Handlungen fallen den oben erwähnten PatientInnen am schwersten?:

„Oft ist es die genaue, detaillierte Schmerzbeschreibung oder auch Problembeschreibung mit Verlauf der Symptome, Lokalisation, Zusammenhang etc. Sie [PatientInnen mit Kindern] kommen meistens sehr ‘dankbar’ ins Zimmer und zeigen einem das Kind und wollen die Diagnose - allenfalls sagen sie noch: ‘Schreit immer’ oder: ‘Isst nicht mehr’, aber detaillierter wird es selten und Nachfragen wird nicht immer verstanden“ (Anhang – Teil A).

auf die ausführlicher im Kapitel 5.3.2 eingegangen wird. Bei der Kommunikation über Schmerzen spielt auch deren **Lokalisation** im Körper des/der Behandelten eine signifikante Rolle. Dafür bedürfen die IKT der Kenntnisse über die Lokaladverbien wie z. B.: links/rechts (linke Schulter; rechtes Bein), oben/unten (oben im Bauch) oder aufwärts/abwärts (vom Knie aufwärts) sowie der am häufigsten gebrauchten Wechselpräpositionen wie z. B.: an, in, unter, über, neben, zwischen (Ich habe seit gestern Schmerzen im Fuß; Ich habe Schmerzen hier, an der Ferse) (vgl. FIRNHABER-SENSEN, RODI 2009: 37ff.). Neben der Qualität und Lokalisation von Schmerzen ist beim Arztgespräch auch die **temporale Dimension** der Schmerzzempfindung von Relevanz (vgl. KRÖNER-HERWIG [et al.] 2011: 270); v. a. sollte der Patient/die Patientin imstande sein, dem Arzt/der Ärztin mitzuteilen, seit wann seine/ihre Schmerzen auftreten (Schmerzbeginn). Dafür benötigen sie das Wissen um die Temporaladverbien wie z. B. tagsüber, nachts, morgens, abends oder auch die temporalen Präpositionen wie z. B. seit (seit heute Morgen), nach (nach dem Aufstehen) etc. Die notwendigen sprachlichen Anforderungen im Wortfeld Schmerzbeschreibung lassen sich mit drei W-Fragen zusammenfassen, welche bei der Ausgestaltung des Handlungsbereiches Gesundheit sowohl von LehrwerkentwicklerInnen als auch von Lehrkräften in den IK stets mitbeachtet werden sollten:

- ♦ **WIE?** → Qualität des Schmerzes (Wie tut es weh?)
- ♦ **WO?** → lokale Dimension des Schmerzes (Wo haben Sie Schmerzen?)
- ♦ **WANN?** → temporale Dimension des Schmerzes (Seit wann haben Sie diese Beschwerden?)

Durch eine solche Präzisierung der empfundenen Schmerzen erhält der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin wichtige Hinweise zur Erkennung von Schmerzauslösern, womit er/sie den PatientInnen eine bedarfsgerechte Therapie verordnen kann und dadurch die Gefahr einer Fehlbehandlung bzw. ständigen Überweisung des Patienten/der Patientin zu einem neuen Arzt minimiert. Für die Ergänzung des Rahmencurriculums lassen sich daraus folgende neue Kann-Beschreibungen ableiten:

- ♦ Kann mit einfachen Worten ausdrücken, was ihm/ihr wehtut und seine/ihre Schmerzen mittels einfacher sprachlicher Mittel lokal und zeitlich verorten (A2-Niveau).
- ♦ Kann mithilfe entsprechender Adjektive bei dem Arzt/der Ärztin seine/ihre Schmerzen beschreiben und wendet hierfür strategische Fragen zur Verständnissicherung (Bitte um Erklärung und Wiederholung) an (B1-Niveau).

- ♦ Kann mithilfe speziellen Wortschatzes seine Schmerzen sprachlich lokalisieren (z. B. mittels Lokaladverbien) und sie zeitlich verorten (z. B. mittels Temporaladverbien) (B1-Niveau).

Damit eine reibungslose bzw. möglichst effiziente APK zustande kommt, ist es von Relevanz, neben dem spezifischen Vokabular aus dem Wortfeld Gesundheit/medizinische Versorgung auch die **Fragekonstruktion** sicher zu beherrschen, denn sie gilt in der APK als die zentrale Satzkonstruktion. Zu ihrer Hauptaufgabe gehört laut Spranz-Fogasy (2008: 54) die Möglichkeit „[...] zum Abgleich der unterschiedlichen Wissensvoraussetzungen und Einschätzungen[...]“²¹. Interessanterweise schreibt der Autor lediglich dem behandelnden medizinischen Personal²¹ das Monopol auf Fragenstellen zu, wobei die PatientInnen – unabhängig davon, ob sie einen Migrationshintergrund haben –, außer Acht gelassen werden. Sie sind aber diejenigen GesprächsteilnehmerInnen, die von der Asymmetrie auf Wissensebene betroffen sind und sich deshalb stets des Sinnes über das von dem Arzt/der Ärztin Gesagten vergewissern müssen. Dass ZuwanderInnen diese Chance zur Verständnissicherung selten in Anspruch nehmen, verdeutlicht die Aussage von einer Umfrageteilnehmerin, wenn sie schreibt:

Fragen von Seiten des Patienten gehen völlig unter: z.B. Ist mein Zustand normal? Was passiert genau bei meiner Untersuchung? Warum ist eine Untersuchung notwendig? (Anna-Marie Seitz; Anhang – Teil A).

Auch auf der rezeptiven Ebene sind bei den PatientInnen Verständnisschwierigkeiten zu verzeichnen:

"Haben Sie Schmerzen bei der Atmung?" "Bemerken Sie ein Brennen beim Wasserlassen?" sind zum Beispiel Fragen, die manchmal nicht verstanden werden (Andreas Jenke; Anhang – Teil A).

Obwohl dieser Satztyp in den IK mit am intensivsten eingeübt wird, findet er in der APK zu wenig Verwendung und wird auch nicht immer verstanden. Dies kann m. E. nur eingeschränkt mit einem grammatischen Wissensdefizit zusammenhängen. Viel wahrscheinlicher ist hingegen die Vermutung, dass dieses Phänomen bei PatientInnen mit Migrationshintergrund eher durch Angst – verbunden mit unzureichend vorhandenem Vokabular über die eigene Gesund-

²¹ Präzisierungs- und Komplettierungsfragen des/Arztes/der Ärztin:

„Präzisierungsfragen sind an den Äußerungen der Patienten orientiert (patientenangeleitet), Komplettierungsfragen dagegen am Wissen der Arztes (wissensgeleitet). Präzisierungsfragen sind transparent, wenig interventiv und wenig dominant, Komplettierungsfragen dagegen sind oft undurchschaubar, stark interventiv und stark dominant. Präzisierungsfragen sind aufgrund ihres vorhin beschriebenen Zusammenhangs mit den Äußerungen des Patienten von vornherein verständlicher als Komplettierungsfragen, die dem (für den Patienten unbekanntem) Wissen entspringen“ (Spranz-Fogasy 2008: 55).

heit – ausgelöst wird.²² Dazu kommt noch, dass die Sprechhandlung ‘Fragen stellen‘ nicht nur der Informationsgewinnung dient (Was passiert bei dieser Untersuchung?), sondern auch verständnissichernd eingesetzt wird. Hierzu gehören v. a. zwei Strategien wie: **Bitte um Erklärung** (Was verstehen Sie unter Diabetes? Was meinen Sie mit ‘brennende Schmerzen‘?) oder **Bitte um Wiederholung** (Können Sie das bitte nochmals wiederholen? Ich habe Sie leider nicht verstanden – wie war das noch einmal?) (vgl. SCHÖN 2012: 47). Die Befähigung der PatientInnen zum Stellen von Präzisierungsfragen kann ihnen helfen, sich aus der passiven Zuhörerrolle zu befreien und in Richtung der aktiv am Gespräch beteiligten KlientInnen zu entwickeln, welche sich von der ‘Allmacht‘ des medizinischen Personals emanzipieren und durch mehr Selbstbewusstsein, ihre Ängste vorm Arztbesuch mildern oder gar abbauen können. Aus den genannten Gründen heraus werden für das Rahmencurriculum folgende zwei Kann-Beschreibungen vorgeschlagen:

- ♦ Kann dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin einfache Fragen zu seinem/ihrer gesundheitlichen Zustand stellen und Wiederholung bzw. Umformulierung komplexer Sachverhalte erbitten (A2-Niveau).
- ♦ Kann dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin Fragen sowohl zur Gewinnung von neuen Informationen über Diagnose/Therapie als auch zur Verständnissicherung stellen (B1-Niveau).

Die hier genannten thematischen Erweiterungsvorschläge für das Rahmencurriculum machen deutlich, dass sich der Bereich Gesundheit/medizinische Versorgung kaum auf die in der Forschung herausgearbeiteten, wenn auch manchmal hypothetischen, Erkenntnisse stützt. Deshalb könnte man die dort aufgestellten Kann-Beschreibungen als teilweise bedarfsfremd bezeichnen. Es ist ein ernüchternder Beweis dafür, dass das Rahmencurriculum – zumindest in diesem thematischen Bereich – mit einer gewissen Vorsicht als Grundlage für die Entwicklung von Lernmaterialien verwendet werden sollte. Es ist weniger ein ‘Spiegel‘, in dem die realen Bedürfnisse der IKT sichtbar werden, sondern eher eine unvollständige Sammlung von potenziellen Lernzielen, welche die LehrwerkentwicklerInnen jedoch einer steten, kritischen Auseinandersetzung unterziehen sollten. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit diese Bedarfsfremdheit der Kann-Beschreibungen sich tatsächlich in den LW manifestiert. Welche thematischen Schwerpunkte lassen sich in den aktuellen LW für die IK im Bereich Gesundheit/medizinische Versorgung finden? Orientieren sich die DaZ-LehrwerkentwicklerInnen

²² Auch deutsche Patienten haben Probleme mit dem Verstehen von medizinischen Sachverhalten. Bei ausländischen Patienten ist es sehr viel ausgeprägter, da sie nicht so gut nachfragen können oder sich das nicht trauen (Anna-Marie Seitz, Anhang; Anhang – Teil A).

dabei an den alltagsfernen Richtlinien des Rahmencurriculums oder entwickeln sie LW, welche den von mir aufgeführten Ergänzungsvorschlägen folgen und dadurch den wissenschaftlich belegten kommunikativen Hindernissen entgegenzuwirken versuchen? Ist ihre höchste Priorität, die Befähigung der IKT

[zu einer] allmählich[en] Erlangung der sprachlichen Kompetenzen in der Migration[,] [was] bedeutet, dass man allmählich auch die verlorene Kontrolle über das eigene Leben zurückgewinnen kann, was auch eine Erhöhung des Selbstwert- und Selbstwirksamkeitsgefühls ermöglicht und mit einer Verminderung der Unsicherheit und Angst einher geht (sic!) (RAHRAKHS-HAN 2007: 187)?

Oder bieten die von ihnen entwickelten LW im Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung eher, um mit Ehlich zu sprechen, lediglich „die Benennung von Körperteilen“ oder „die Thematisierung grippaler Infekte“ (EHLICH 2007: 34), wodurch sie ihre Hauptaufgabe als Basiswerkzeuge zur Erweiterung der Sprachkompetenz – i. S. einer Befähigung zur Alltagsbewältigung – verfehlen? Es sind Fragen, welche im Zentrum des folgenden Kapitels stehen werden. In diesem erfolgt eine exemplarische Analyse von einem LW für die IK mit besonderem Fokus auf seine Eignung für eine bedarfsgerechte Behandlung der Themen Gesundheit und medizinische Versorgung.

4. Lehrwerkkritik zur thematisch-lexikalischen Ausgestaltung des Handlungsfeldes medizinische Versorgung im Lehrwerk „Menschen“/„Menschen hier“

4.1 Theoretische Grundlagen

Lehrwerke – seit mehreren Jahren sagt man ihnen in der immer moderner werdenden Welt von Lehr- und Lernmaterialien den ‘Untergang’ voraus und stellt, wie der Didaktiker Hermann Funk, folgende Fragen: „Ist das Lehrwerk angesichts [...] der Attraktivität neuer Medien ein Auslaufmodell? Folgt es dem Sprachlabor in die Rumpelkammer der Didaktik?“ (FUNK 2004: 42). Wenn man sich jedoch auf dem Büchermarkt kurz umschaute, stellt man schnell fest, dass die Lage der LW zum Lernen des Deutschen als Zweitsprache keinesfalls auf Anzeichen eines in Kürze drohenden ‘Todes’ hindeutet. Im Gegenteil, die Liste der vom BAMF zugelassenen LW für die IK wird immer länger und umfasst zurzeit 20 Titel.²³ Dies zeigt deutlich, dass LW nach wie vor als „[...] das zentrale Instrument der Unterrichtssteuerung, das nachhaltig das Verhalten von Lehrenden und Lernenden beeinflusst“ (NEUNER

²³ Die regelmäßig aktualisierte Liste von Lehrwerken, welche zurzeit für den Unterricht in Integrationskursen zugelassen sind, ist abrufbar beim BAMF (2013).

2007: 400), gesehen werden und dass sich ihre EntwicklerInnen keine Sorgen um ihre berufliche Existenz machen müssen. In Zeiten dieser regelrechten Marktüberflutung von neuen Unterrichtsmaterialien ist es eine wichtige Aufgabe der Didaktik, sich mit ihnen kritisch auseinanderzusetzen. Dieses Desiderat wird umso nachvollziehbarer, wenn die LW chamäleonartig einander zu gleichen scheinen, was Funk (2004: 41) treffend auf den Punkt bringt:

Die meisten Lehrwerke der deutschen Verlage haben sich auf den ersten Blick auf eine nie gekannte Weise angeglichen. So gut wie alle haben inzwischen die Bedeutung der Phonetik entdeckt und den Wert von grammatischen Übersichten im Lehrwerk. Fast alle kleben inzwischen CDs ins Buch und bieten Internetseiten an. Alle beziehen sich explizit auf die Niveaustufen des Europarats. Fast alle verwenden bevorzugt die gleichen Übungsformen und bestellen ihre Bilder bei den gleichen Agenturen. Die Designer der Agenturen folgen den gleichen Farb-, Foto-, und Titeltrends: Junge, dynamische, fröhliche Menschen unterschiedlicher Herkunft [...].

Daraus lässt sich ableiten, dass neben der Entwicklung von Unterrichtsmaterialien auch deren Kritik unerlässlich ist. Denn dies ermöglicht, die den LW zugrunde liegenden Konzepte des Fremdsprachenlehrens und -lernens, welche auf den ersten Blick unterschiedslos erscheinen, offenzulegen. Für die Bewertung von DaZ-LW spielt hierbei auch die Umsetzung von den im Rahmencurriculum vorgegebenen inhaltlichen Richtlinien – i. S. einer Orientierung an den Bedürfnissen der IKT – eine bedeutsame Rolle. Das Aufzeigen der Vorzüge und Schwächen von LW führt im Ergebnis zur Steigerung deren Qualität und wird somit zur zentralen Aufgabe der Fremdsprachendidaktik (vgl. BREDELLA 1999: 35f.). Der Begriff Lehrwerkkritik ist kein subjektives Urteil seitens der unterrichtenden Lehrkräfte. Es ist vielmehr ein in der Fremdsprachendidaktik etablierter Terminus für ein hermeneutisches Verfahren (vgl. KRUMM 2010a: 1218), in dem „[...] nach der Eignung eines Lehrwerks für eine bestimmte Lerngruppe, die bestimmte Zielsetzungen verfolgt und unter bestimmten Lernbedingungen unterrichtet wird“, gefragt wird (NEUNER 1994: 17). Es umfasst zum einen die theoriegeleitete Entwicklung von einem Raster mit Beurteilungskriterien, welche als Basis für die Bewertung eines LWs verwendet werden, und zum anderen die Erarbeitung von Empfehlungen zum Einsatz des Lehrwerks unter Berücksichtigung zielgruppenspezifischer Bedingungen (vgl. ebd.).

Die Lehrwerkkritik im fremdsprachlichen Kontext ist ein relativ junges Forschungsfeld, da sie sich in Deutschland erst in den 70er Jahren etablierte (vgl. KRUMM 1994b: 23). In dieser Zeit wurden erste Kriterienraster zur Bewertung von den LW entwickelt, die im heutigen Diskurs über die Lehrwerkkritik einen festen Platz einnehmen. Die Koryphäenrolle spielte das sog. „Mannheimer Gutachten“ zur allgemeinen Lehrwerkbeurteilung, welches nicht nur didaktische, sondern auch linguistische und landeskundlich-thematische Aspekte umfasste. Obwohl seine Urheber eine „Erstellung von Hilfen für den Lehrer zur Beurteilung der Eig-

nung eines Lehrwerks für seinen Unterricht“ anvisierten (NEUNER 1994: 21), erschwerte sein Fachjargon und der allgemeine Charakter der verfassten Kriterien eine zielgruppenspezifische Beurteilung von LW (ebd.). Viel mehr Zielgruppenspezifität und Verständlichkeit weist das 1980 herausgegebene „Gutachten des Sprachverbands“ von Sprachkursträgern für ausländische ArbeitnehmerInnen auf. Dies lässt sich anhand daraus ausgewählter Kriterien verdeutlichen (ebd., 22):

- ♦ Kann der ausländische Arbeitnehmer mit dem, was er lernt, seinen eigenen Alltag bewältigen?
- ♦ Geht das Lehrwerk auf die spezifischen Bedürfnisse der ausländischen Arbeitnehmer ein?

Einen viel umfassenderen Fokus auf die LW richtet der sog. „Stockholmer Kriterienkatalog“ aus den 90er Jahren, in dem eine detaillierte Kriterienliste zu finden ist. Diese betrifft folgende Bereiche (vgl. KRUMM 1994a: 100ff.):

- ♦ Aufbau des Lehrwerks
- ♦ Layout
- ♦ Übereinstimmung mit dem Lehrplan
- ♦ Inhalte – Landeskunde
- ♦ Sprache
- ♦ Grammatik
- ♦ Übungen
- ♦ Die Perspektive der Schüler

Eine gängige Herangehensweise ist es zurzeit, die LW nicht als Ganzes, sondern eher partiell zu analysieren. Bei solchen Analysen liegt der Schwerpunkt auf einem bestimmten Aspekt des LWs wie z. B. in den letzten Jahren verstärkt auf der Landeskunde und der Grammatik, der Funktion von Bildern sowie der Rolle von Männern und Frauen (vgl. KRUMM 2010b: 1219). Auch die Authentizität der LW wurde dieser Analyseart unterzogen. Keim erarbeitete hierfür folgende Kriterien (vgl. KEIM 1994: 167):

Übergreifende Kriterien (Auswahl):

- ♦ Wird die Erfahrungswelt der potenziellen Lernenden aufgenommen, und wie wird sie aufgenommen?
- ♦ Wie ist die Angemessenheit der sprachlichen Handlungen und des Informationsmaterials an die Alltagswirklichkeit der potenziellen Adressaten zu beurteilen?

Trotz der großen Palette von Kriterienlisten zur Durchführung von Lehrwerkkritik soll ein-

gewendet werden, dass ihnen nicht die DaZ-, sondern ausschließlich DaF-LW als Basis zugrunde liegen. Zugegeben, es gibt zwischen den beiden Bereichen eine gewisse Schnittmenge; die Wirklichkeiten, in denen die jeweiligen Zielgruppen jedoch Deutsch lernen, unterscheiden sich gravierend voneinander und sollten in Praxis differenziert behandelt werden. Bis jetzt findet man lediglich eine Publikation mit Vorschlägen zur Bewertung von DaZ-LW für Erwachsene von Katharina Kuhs (2007: 156 ff.). Aus diesem Grund ist es ein großes Anliegen, neue Kriterienkataloge für die DaZ-LW zu erarbeiten, denn nur dadurch wird es möglich sein, die Qualität der Lernmaterialien für ZuwanderInnen zu verbessern. Im Folgenden werden zum einen unter Rückgriff auf die Anregungen von Katharina Kuhs und auf meine eigenen Überlegungen die Bewertungskriterien zur thematisch-lexikalischen Umsetzung des Handlungsfeldes Gesundheit/medizinische Versorgung präsentiert. Auf der Grundlage dargestellter und kommentierter Kriterien erfolgt zum anderen die Lehrwerk Kritik, welche den Ausgangspunkt des fünften Kapitels bildet.

4.2 Aufstellung der Analyse Kriterien

Alle oben erwähnten Kriterienkataloge gehen von einem erweiterten Verständnis des LWs, welches

[...] aus mehreren Lehrwerkteilen mit unterschiedlicher didaktischer Funktion wie Schülerbuch, Arbeitsheft, Glossar, Grammatisches Beiheft, Zusatzlesetexte, auditive Medien [...], visuelle Medien, deren Einsatz in Lehrerhandreichungen dargestellt wird [,besteht] (NEUNER 2007: 399).

In der vorliegenden Arbeit werden aus dem gesamten Lehrwerkverbund jedoch ausschließlich drei Komponenten der Analyse unterzogen: Zum einen beschäftige ich mich mit dem Kursbuch (KB) und dem Arbeitsbuch (AB), da sie m. E. den Kern einer unterrichtlichen Beschäftigung mit der neuen Sprache bilden. Zum anderen werden ebenfalls die KB und die AB begleitenden Hörtexte von einer Audio-CD mit in die Auswertung einbezogen. Diese Entscheidung entspringt der Erkenntnis, dass die Höraufgaben einen festen Bestandteil der KB und der AB bilden, wodurch die Relevanz der auditiven Sprachrezeption beim Erlernen einer neuen Sprache verdeutlicht wird. Das ausgewählte LW i. w. S. heißt „Menschen“, „Menschen hier“; es erschien 2013/2014²⁴ beim Hueber-Verlag und wurde für Erwachsene und junge Erwachsene entwickelt (HABERSACK, PUDE, SPECHT 2013; BREITSAMETER [et al.] 2014). Es ist offiziell vom BAMF für den Unterricht in den IK zugelassen worden und befindet sich erst seit

²⁴ Das AB „Menschen hier“ befindet sich im Handel seit 01.10.2013, dennoch wird 2014 als Erscheinungsjahr aufgeführt.

wenigen Monaten auf der Liste kurstragender LW. Das KB (HABERSACK, PUDE, SPECHT 2013) orientiert sich thematisch an den groben Richtlinien des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER) und nicht an den Kann-Beschreibungen des Rahmencurriculums für die IK, daher darf dieses nur in Verbindung mit dem speziell für den DaZ-Bereich entwickelten AB „Menschen hier“ (BREITSAMETER [et al.] 2014) verwendet werden.

Bezüglich des Untersuchungsumfangs handelt es sich bei vorliegender Analyse um eine Partialanalyse, in der ein bestimmter Aspekt näher betrachtet wird (vgl. LEHMANN 2010: 28). Da im Mittelpunkt dieser Arbeit das Handlungsfeld Gesundheit – insbesondere das Arzt-Patienten Gespräch – steht, wird sich die anzustrebende Analyse ausschließlich dem genannten Themenbereich widmen. Er kommt zwar bereits im KB (EVANS, PUDE, SPECHT 2012) und AB (KOCH [et al.] 2013) für die Lernenden auf dem A1-Niveau des GER vor, der Schwerpunkt liegt hier aber lediglich auf der Erteilung von gesundheitlichen Ratschlägen sowie Benennung von Körperteilen. Einen deutlich engeren Themenbezug lässt sich im KB und AB für das A2-Niveau des GER beobachten. Aus diesem Grund wird sich die nachfolgende Lehrwerkkritik ausschließlich auf die genannten Lernmaterialien konzentrieren.²⁵

Warum ist es notwendig, dass die Erkenntnisse über die kommunikativen Hindernisse von Zuwandernden bei Gesprächen mit HausärztInnen in die Bewertung der thematisch-lexikalischen Umsetzung des Themenfeldes Gesundheit/medizinische Versorgung in LW eingehen? Die Antwort ist naheliegend: Wir leben in einer Zeit des rasanten medizinischen Fortschritts und zugleich in einer Zeit, in der den ÄrztInnen knappe Zeitressourcen für Gespräche mit PatientInnen zur Verfügung stehen.²⁶ Aus dieser Entwicklung heraus erwachsen auch neue sprachliche Anforderungen für alle behandelten Menschen, die ihr Anliegen so konkret wie möglich äußern müssen, damit ÄrztInnen ihren PatientInnen eine treffende Diagnose stellen und damit zusammenhängend geeignete Therapiemaßnahmen verordnen können. Wie im Kapitel 2.2 bereits ausgeführt, laufen ZuwanderInnen als PatientInnen oft die Gefahr, aufgrund unzureichender Deutschkenntnisse unter der zeitlichen Begrenztheit am meisten zu leiden. Eine sehr gute Gelegenheit zur Steigerung ihrer sprachlichen Kompetenz im Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung stellt die Teilnahme an den IK dar, welche

²⁵ Die ausgewerteten Passagen des Lehrwerks „Menschen“/„Menschen hier“ befinden sich im Anhang (Teil B).

²⁶ Diese Notwendigkeit bringt die folgende Aussage aus dem Gesundheitsreport 2009 zum Ausdruck:

„[...] auch Migranten mit guten deutschen Sprachkenntnissen [klagen] über Kommunikationsprobleme, etwa im Sinne einer ungeduldigen oder gar abweisenden Behandlung von Seiten des Personals, wenn es ihnen nicht gelingt, **kurz und prägnant** die aus der professionellen Sicht ‚wesentlichen‘ Informationen zu formulieren“ (KNIPPER, BILGIN 2009: 71; eigene Hervorhebung).

laut dem Rahmencurriculum auch einen Beitrag zur Steigerung der Mitteilungsfähigkeit in diesem Themenbereich leisten. Und wenn die LW als ein zentrales Instrument der Unterrichtssteuerung angesehen werden, sollte man überprüfen, inwieweit sich dieses Instrument tatsächlich an der Realität der ZuwanderInnen misst und wie das praktisch realisiert wird. Dies erfordert eine dreischrittige Herangehensweise: Zuerst sollte überprüft werden, inwieweit die thematische Umsetzung des behandelten Themenfeldes den tatsächlich bestehenden Anforderungen, welche in den neu entwickelten Kann-Beschreibungen für das Rahmencurriculum enthalten sind, entsprechen (vgl. Kapitel 3.2):

- ♦ Die Entstehung kommunikationsbedingter Hindernisse in Gesprächen zwischen HausärztInnen und Zuwandernden kommt häufiger vor als in Gesprächen mit den Einheimischen. Daher ist es notwendig,
 - ♦ das Patientenanliegen so verständlich und informativ wie möglich zu formulieren (= Schmerzbeschreibung: Schmerzqualität, -lokalität, temporale Dimension der Schmerzen) und
 - ♦ die Bewusstheit über den Verlauf von klassischen Arzt-Patienten Gesprächen in Arztpraxen zu fördern.

Diese Anforderungen lassen sich mit einem von Kuhs (2007) entwickelten Kriterium zur thematischen Ausgestaltung der DaZ-LW zusammenfassen:

Sind die im Rahmen des jeweiligen Gesamthemas angebotenen Teilaspekte von Relevanz für die Lebenssituation der Integrationskurs-TeilnehmerInnen?

Hierbei werden die von LehrwerkentwicklerInnen aufgestellten Übungen auf eine explizite Behandlung aufgeführter Themen (Schmerzbeschreibung & Gesprächsverlauf) hin untersucht. Aufbauend auf den Ergebnissen des ersten Auswertungsschrittes werden im Weiteren der in der Lektion angebotene Wortschatz sowie die sprachlichen Strukturen analysiert. Den Schwerpunkt bildet die Frage nach Qualität der lexikalischen Mittel, welche die Zuwandernden als PatientInnen zu einer aktiven Interaktion mit dem Arzt/der Ärztin befähigen sollen. Besondere Aufmerksamkeit gilt v. a. den Adjektiven zur Beschreibung der Schmerzqualität, den lokalen Präpositionen zur Spezifizierung der schmerzenden Körperstellen sowie den Temporaladverbien, mit denen sich sowohl Schmerzdauer als auch Schmerzbeginn ausdrücken lassen. Ferner soll überprüft werden, ob die Unterrichtseinheit auch Strategien zur Verständnissicherung (Bitte um Erklärung & Wiederholung) des vom Arzt/der Ärztin Gesagten und zur Umschreibung der empfundenen Schmerzen (Vergleiche) mit einbezieht. Daraus lässt

sich ein folgendes zweites Kriterium für die Bewertung des Lehrwerks „Menschen“/„Menschen hier“ ableiten:

Werden der angebotene Wortschatz sowie die sprachlichen Strukturen den kommunikativen Erfordernissen eines Arzt-Patienten Gesprächs gerecht?

Sind die genannten Strukturen und der Wortschatz in KB und AB vorhanden, wird analysiert, wie diese didaktisch in die Unterrichtseinheit eingebettet werden. Hierbei wird eine besondere Aufmerksamkeit der Entwicklung von Mitteilungsfähigkeit geschenkt d. h. es wird darauf geachtet, ob die vorgeschlagenen Übungssequenzen den Richtlinien eines kommunikativen Deutschunterrichts entsprechen, in denen kommunikationsfördernde Übungen mit einem re-produktiven und produktiven Charakter abwechselnd eingesetzt werden sollten (vgl. NEUNER, KRÜGER, GREWER 1994: 47ff.). Darüber hinaus wird darauf geachtet, ob die vorgeschlagene Übungssequenz mit wechselnden Sozialformen (Einzel-, Partner-, Gruppenarbeit bzw. Arbeit im Plenum)²⁷ ausgestaltet wird. Das dritte und letzte Bewertungskriterium lautet demnach:

Werden der spezielle Wortschatz sowie die sprachlichen Strukturen in einer Übungssequenz von reproductiven und produktiven Übungen angeboten? Schließt diese Übungssequenz gleichzeitig einen Wechsel von Sozialformen mit ein?

Weil alle drei aufgestellten Bewertungskriterien für das KB „Menschen“ und das AB „Menschen hier“ einander bedingen, werden sie im Folgenden gleichzeitig auf das behandelte Thema angewendet. Eine separate Auswertung kann jedoch dem Anhang (Teil C) entnommen werden, in dem in tabellarischer Form die zu untersuchenden Elemente und ihre Ausprägung im LW stichwortartig aufgelistet sind.

4.3 Auswertung

Obwohl das Einstiegsbild im KB (vgl. HABERSACK, PUDE, SPECHT 2013: 47) mit Arzt und Patientin explizit auf die Beschäftigung mit den sprachlichen Handlungen rund um ein klassisches Gespräch bei dem Hausarzt/der Hausärztin hindeutet, liegt der thematische Fokus hingegen auf dem Feld Sorge/Hoffnung/Mitleid mitteilen (vgl. Ü3/48; Ü6/49)²⁸ und ‘In der Notaufnahme‘ (sichtbar am sog. Bildlexikon in der Kopfzeile der Lektion). Ein Grund hierfür liegt vermutlich darin, dass das KB in erster Linie für DaF-Lernende im Ausland konzipiert

²⁷ Da sich die vorliegende Lehrwerkkritik der thematischen Ausgestaltung des Handlungsfeldes Gesundheit/medizinische Versorgung sowie dem Einsatz spezifischer lexikalischer Mittel widmet, bleibt die Grammatik und ihre Rolle in dem untersuchten Lehrwerk unberücksichtigt.

²⁸ Alle ausgewerteten Übungen aus dem Kurs- und Arbeitsbuch befinden sich im Anhang (Teil B).

wurde, welche keinen permanenten Aufenthalt in Deutschland anstreben und deswegen keiner speziellen Vorbereitung auf ein Hausarztgespräch bedürfen. Eine direkte Thematisierung der APK erfolgt im KB lediglich in einer Hörverstehensübung (Ü1/47), deren Grundlage ein Dialog zwischen den beiden, auf dem Einstiegsbild dargestellten Personen, bildet. Es ist jedoch kein Gespräch, an dem man seine typische Verlaufsstruktur deutlich ablesen (vgl. Kapitel 3.2), geschweige denn einen tieferen Einblick in die wichtigen Redemittel zur Schmerzbeschreibung sowie in die spezifischen Strategien zur Gesprächsführung gewinnen kann. Der inhaltliche Schwerpunkt des Textes und der zwei darauf bezogenen Übungen (Ü2 & Ü3/47f.) ist vielmehr die Frage danach, ob das Internet heutzutage als eine vertrauenswürdige Informationsquelle über unsere Gesundheit wahrzunehmen ist. Die für ein gelungenes Hausarztgespräch notwendigen lexikalischen Mittel wie Adjektive zur Schmerzbeschreibung (z. B. brennend, stechend etc.) sowie Lokaladverbien (+ Präpositionen mit lokaler Bedeutung) zur Schmerzlokalität sind kaum vorhanden und treten größtenteils vereinzelt in Übungen mit einem anderen thematischen Schwerpunkt als das APG auf. Zudem bleiben die Temporaladverbien zum Ausdruck des Schmerzbegins bzw. Schmerzintervalls gänzlich aus. An einigen Stellen stößt man lediglich auf den Wortschatz zu Körperteilen und inneren Organen, wobei er an keiner Stelle explizit thematisiert und eingeübt wird. Trotz einer aus didaktischer Sicht gelungenen Anordnung der Übungen mit einem reproduktiven und (teil-) produktiven Charakter (vgl. Tabelle 3 im Anhang – Teil C) sowie einer konsequenten Abwechslung von Sozialformen helfen diese Übungen den IKT aufgrund thematischer Lücken wenig, sich bei dem Hausarzt/der Hausärztin sprachlich zurechtzufinden. Überraschend ist hingegen eine ähnliche Annäherung an das Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung im AB „Menschen hier“ (BREITSAMETER [et al.] 2014), dessen Zielgruppe die sich in der Bundesrepublik aufhaltenden Zuwandernden darstellt. Obwohl seine AutorInnen im Vorwort eine „an der Lebenswirklichkeit von Zuwandernden“ (ebd., 3) orientierte Themenwahl konstatieren, widerspricht die praktische Umsetzung ihren tatsächlichen Bedarfen. Denn viele von ihnen legen „[...] einen mangelhaften Zugang zu den regulären Angeboten des Gesundheitssystems [...]“ an den Tag (KNIPPER, BILGIN 2009: 65), zu denen am häufigsten die ambulante, also die hausärztliche Versorgung gehört. Daher ist es unerlässlich, die Zuwandernden mit diesem Handlungsfeld vertraut zu machen, damit sie ein höheres Bewusstsein für diesen grundlegenden Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems schaffen können. Im Übungsteil des ABs werden die IKT hingegen v. a. mit der Einübung von Kausalsätzen konfrontiert (vgl. Ü3,4,5,6,7/64f.). Die verbliebenen Übungen beziehen sich mehrheitlich auf ein Training des Hörverstehens zum Thema Unfall/Gespräch in der Notaufnahme, für welches ein einfaches

Anamnesegespräch als Übungsgrundlage verwendet wird. Dieses wird in keiner weiteren Übung nochmals thematisiert, obwohl eine ärztliche Anamnese als sprachliche Handlung deutlich komplexer als ein herkömmliches Gespräch mit HausärztInnen aufgebaut ist (vgl. SCHRIMPF, BAHNEMANN 2012; NILGES, DIEZEMANN 2011). Den zweiten Schwerpunkt bildet die Wiederholung von Strukturen aus dem KB zum Lernziel Sorge/Hoffnung/Mitleid mitteilen (vgl. Ü8/66), welche im Handlungsfeld medizinische Versorgung – ähnlich wie Kausalsätze – keine ausschlaggebende Rolle spielen, daher verwundert ihre so dominante Präsenz. Die einzigen thematischen Bezüge befinden sich in einer Übung zur Benennung von Körperteilen (Kreuzworträtsel – Ü1/64) und in einer der drei auf die DTZ-Prüfung vorbereitenden Abschnitte²⁹ des ABs, und zwar Abschnitt: „Im Alltag“ (BREITSAMETER [et al.] 2014: 76ff.). In seinem Mittelpunkt steht ein Gespräch zwischen einer Hausärztin und einer Patientin über Nebenwirkungen von Medikamenten sowie unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten und deren Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Zweifellos ist es ein sehr bedeutendes Thema, welches sich aber nur dann als nützlich erweist, wenn die IKT zuerst ihre Beschwerden genau beschreiben können und somit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin eine Basis für die Diagnosestellung und Verordnung von Therapiemaßnahmen liefern. Im AB sucht man vergebens nach einem längeren Informationsaustausch zwischen der Ärztin und Patientin über die empfundenen Schmerzen – die Klientin teilt lediglich mit, dass sie unter „schlimmen Kopfschmerzen“³⁰ leide, woraus sich im realen Leben keine ernst zu nehmende Diagnose stellen lässt. Des Weiteren fehlt es in diesem für Lernzwecke konstruierten Dialog zum einen an Beispielen für Strategien zur Schmerzbeschreibung – wie Vergleiche – sowie zum anderen an sog. strategischen Fragen (Bitte um Erklärung & Wiederholung) bei der Behebung von Wissensdefiziten aufseiten der PatientInnen v. a. während der Diagnosestellung und der Therapieverordnung. Lobenswert ist dagegen die im Groben an ein prototypisches APG in der hausärztlichen Praxis angelehnte Dialogstruktur, die jedoch – ähnlich wie die bereits erwähnten Themen – alleinig zum Zwecke des Hörverstehenstrainings eingesetzt wurde. Auf der didaktischen Ebene lässt sich keine erkennbare Abfolge von reproduktiven und produktiven Übungen erkennen. Wie bereits festgestellt, liegt der Schwerpunkt hier vielmehr auf der Einübung von grammatischen Strukturen (Kausalsätze; Präteritum vgl. Ü 3,4,5,6,7,9/64ff.), welche bei einem Gespräch mit HausärztInnen nicht von zentraler Bedeu-

²⁹ Dazu gehören folgende Modulseiten: „Im Alltag“; „In der Familie“; „Im Beruf“

³⁰ Vgl. Transkription zum AB „Menschen hier“ (S. 6) – abrufbar unter: https://www.hueber.de/sixcms/media.php/36/meh_transkriptionen_a21.pdf

tung sind, und auf der Schulung des Hörverstehens am Beispiel des Themas: In der Notaufnahme. Aufeinander aufbauende Übungen befinden sich dagegen im Abschnitt: „Im Alltag“ (Vorbereitung auf die DTZ-Prüfung) (ebd.). Hierbei handelt sich um eine Abfolge von Übungen mit einem rezeptiven Charakter, in denen die IKT anhand eines Lesetextes (Textsorte: Anzeige über die angebotenen Leistungen einer Hausarztpraxis; Ü1/76) und Hörtextes über einen Hausarztbesuch (Ü2/76) richtige Antworten angeben sollten. Einen (teil-)produktiven Charakter weist Ü3/76 auf, in der die IKT angehalten werden, mit einem Partner/einer Partnerin sich jeweils in die Rolle eines Patienten/einer Patientin sowie eines Arztes/einer Ärztin hineinzusetzen und zwei verschiedene Szenarien (mithilfe von kurzen Beschreibungen und einigen Redemitteln) durchzuspielen³¹ z.B.:

A. Patientin/Patient:

Sie haben Magenschmerzen und bekommen Tabletten. Fragen Sie: Nebenwirkungen? Wie lange einnehmen?

B. Ärztin/Arzt:

Die Tabletten haben keine Nebenwirkungen. Die Patientin/der Patient soll die Tabletten mindestens einen Monat lang nehmen.

Obwohl sich das AB laut den LehrwerkentwicklerInnen im Gegensatz zum KB an den Richtlinien des Rahmencurriculums orientiert, bietet es kaum Übungen, in denen die Lernenden sich intensiver mit den Erfordernissen eines Gesprächs mit HausärztInnen beschäftigen könnten: Es mangelt hier v. a. an einer bedarfsorientierten Annäherung an das Thema in puncto Verlaufsstruktur des Dialogs mit HausärztInnen, Schmerzbeschreibung sowie Kenntnisse von strategischen Fragen. Obwohl das KB den IKT im Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung wenig hilfreiche Inhalte bietet, führt das AB, insbesondere im Abschnitt: „Im Alltag“ einige wesentliche Themen ein (z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten). Trotzdem werden diese mit einer Ausnahme (Ü3/76) nur auf der rezeptiven Ebene in Übungen zum Hörverstehen behandelt. Dies erschwert jedoch eine Entwicklung der Vorstellung, wie die Kommunikation mit einem Hausarzt/einer Hausärztin vonstattengeht und welche sprachlichen Ressourcen dabei von Relevanz sind. Daher ist es bei einem solchen LW unerlässlich, dass die Lehrkräfte das defizitäre Unterrichtsmaterial mit eigenen Materialien ergänzen. Diese sollten genauso vielfältig sein wie die Vielfalt der Biografien und Lernvor-

³¹ Diese Übung ist auch die einzige, in der eine andere Sozialform als die Einzelarbeit angeboten wird.

aussetzungen, welche die IKT auszeichnet. Es geht hier weniger um ein didaktisches Entertainment, sondern vielmehr um die Suche nach lerner- und bedarfsgerechten Unterrichtsmethoden, die den Methodenkoffer der Unterrichtenden erweitern und neue Zugänge zu einem handlungsorientierten Lernen der deutschen Sprache schaffen. Hierzu gehört die Einbindung der Suggestopädie, die weniger eine starre Unterrichtsmethode ist, sondern ein Unterrichtskonzept mit mannigfaltigen Einsatzmöglichkeiten in jeder Unterrichtsform. Woher sie stammt, warum sie sich besonders für IK eignet und wie man sie praktisch im Handlungsfeld Gesundheit/medizinische Versorgung anwenden kann, wird Gegenstand des folgenden Kapitels sein.

5. Möglichkeiten zur Optimierung der Mitteilungsfähigkeit über die eigene Gesundheit mittels suggestopädischer Unterrichtselemente

Nachdem erarbeitet wurde, welche Konsequenzen sprachbedingte Hindernisse im Akkulturationsprozess der ZuwanderInnen verursachen können (vgl. Kapitel 2.2) und worin die inhaltlich-didaktischen Defizite des LWs „Menschen“/„Menschen hier“ bestehen, soll nun aufgezeigt werden, wie diesen Herausforderungen in den IK begegnet werden kann. Dafür wird der Einsatz einer alternativen Sprachunterrichtsmethode – der Suggestopädie – vorgeschlagen, welche in den skandinavischen IK bereits seit Jahren mit Erfolg zur Anwendung kommt. Nach einem kurzen geschichtlichen Überblick über die Entstehung und die methodischen Grundprinzipien (Kapitel 5.1) wird erläutert, welche besonderen Merkmale die Suggestopädie für die Verwendung in den IK geeignet machen (Kapitel 5.2). Zuletzt werden suggestopädische Unterrichtselemente vorgestellt, deren Verwendung in den IK den ZuwanderInnen ein Gefühl der Zugehörigkeit und Entspannung vermittelt, sodass sie sich leichter für die Aufnahme der Lerninhalte öffnen können (Kapitel 5.3). Im ersten Unterkapitel (5.3.1) wird ein detaillierter Einblick in das wichtigste suggestopädische Unterrichtsmittel zur Wissensvermittlung – den Lernkonzerttext – gegeben. Anhand eines konkreten Textes – „Gesund wie ein Fisch im Wasser“ – wird erläutert, wie Lehrkräfte einen solchen Lernertext erstellen können und wann sich dieser im Unterricht einsetzen lässt. Im zweiten Unterkapitel (Kapitel 5.3.2) werden sog. „Aktivierungsübungen“ (RIEDEL 2006: 19) vorgestellt, welche die wichtigsten Inhalte des präsentierten Textes zum Handlungsfeld ‘Besuch beim Arzt‘ sowohl auf dem A2- als auch auf dem B1-Niveau des GER rezipieren. Der letzte Teil fokussiert (5.3.3) auf die unterrichtsunabhängigen suggestopädischen Elemente, deren Aufgabe v. a. das Schaffen einer lernfördernden Atmosphäre ist. Hierzu gehören Raumgestaltung, Musik und Ent-

spannungsübungen, wobei der Einsatz von Musik aufgrund seiner besonderen Bedeutung in der Suggestopädie im Mittelpunkt steht.

5.1 Geschichtlicher Abriss und Grundprinzipien der Suggestopädie³²

Der Ursprung der Suggestopädie geht auf die wissenschaftliche Tätigkeit des bulgarischen Psychiaters Georgi Lozanov zurück, der diese Methode in den frühen 1960er Jahren entwickelte (RIEDEL 2000: 229). Bereits in den 1940er Jahren hatte ihn das Phänomen fasziniert, dass sich unter körperlicher Entspannung eine gesteigerte Memorierungsfähigkeit des menschlichen Gehirns beobachten lässt. Diese Faszination führte ihn zu Untersuchungen der „Lern- und Merkfähigkeit von Fakiren, Yogis und Rechenkünstlern“ und „[...] zur Wirksamkeit von Hypnose und Entspannung“ (ebd.). Zunächst untersuchte er dieses Phänomen bei den von ihm psychotherapeutisch betreuten PatientInnen, die unter Hypnose standen. Im Verlauf seiner Forschung musste er feststellen, dass das Gehirn nicht nur unter Hypnose über eine erhöhte Aufnahmefähigkeit verfügt, sondern auch bei körperlicher Entspannung im Wachzustand. Unter dem Eindruck seiner Beobachtungen wendete sich Lozanov der Pädagogik zu und entwickelte unter Verwendung von Erkenntnissen aus der Hirnforschung seine Sprachlehr- und Lernmethode der Suggestopädie (ebd., 230). Zuerst erprobte er sie im Fremdsprachenunterricht für Erwachsene. Die Ergebnisse dieses Pilotprojekts waren äußerst zufriedenstellend und stießen auf reges Interesse besonders in den Ländern des damaligen sog. Ostblocks (ebd., 230). Seine Beschäftigung mit einer erhöhten Gedächtnisleistung im Entspannungszustand erweiterte Lozanov ab Mitte der 70er Jahre um das Projekt der „Entwicklung der gesamten Person“ (vgl. RIEDEL 2006: 18). Hier traten die von ihm so bezeichneten „erzieherischen Möglichkeiten der Suggestopädie“ (vgl. ebd.) in den Vordergrund seiner Forschung. Lozanov nahm nämlich an, dass eine entspannte und zum Lernen motivierende Atmosphäre den Menschen selbstbewusster und freier werden lasse, wodurch er das in ihm verborgene und bisher nicht genutzte Lernpotenzial entfalten könne. Dieses ‘verborgene’ Potenzial nannte Lozanov „Reservekapazitäten“ (RIEDEL 2000: 231). Sie umfassen seiner Meinung nach 90% unserer gesamten Gehirnkapazität.

³² Das Kapitel 5.1 wurde bereits in ähnlicher Form im Rahmen meiner Honours-Thesis zum Thema: „Ein imaginerter Deutscher. Zum Zusammenhang zwischen Sprachlernmotivation und der Annahme einer ‘fiktiven deutschen Identität’ im suggestopädischen Deutschunterricht an der Universität Stellenbosch“ veröffentlicht. Die vorgenommenen Änderungen betreffen insbesondere die Entfernung von Inhalten, die keinen direkten Bezug zum Thema der Masterarbeit aufweisen. Darüber hinaus wurden einige inhaltliche Ergänzungen vorgenommen, um den Bezug zwischen der Suggestopädie und dem Bereich der Integrationskurse zu verdeutlichen.

Wie lässt sich das verborgene Potenzial zur Geltung bringen?

Für die nur begrenzte Aktivierung des menschlichen Gehirns im Alltag macht Lozanov die sog. sozial-suggestiven Normen verantwortlich. Diese würden durch den Einfluss von uns umgebenden sozialen Gruppen sowie durch kulturelle Phänomene entstehen (vgl. ebd., 231): Jeder Mensch sei tagtäglich verschiedenen äußeren Einflüssen ausgesetzt, derentwegen in unseren Köpfen „[...] unbewusste Haltungen und Meinungen über uns selbst und die Welt entstehen, die uns beeinflussen und uns Grenzen auferlegen, die gar nicht vorhanden sind“ (ebd.). Das Interessante an diesen internalisierten Grenzen ist, dass sie nach Lozanov bereits in der Kindheit während der ersten Erfahrungen mit anderen Menschen errichtet werden. Für den Lernprozess seien zudem frühe schulische Erfahrungen prägend. Eine ausbleibende bzw. mangelnde Förderung unserer Fähigkeiten im Schulalltag, d. h. v. a. fehlender Ansporn sowie mangelnde konstruktive Ermutigung zum Lernen seitens der Umgebung (Lehrer, Eltern), festigten diese negativen Selbstzuschreibungen und hinderten uns daran, selbstbewusst, voller Freude und Neugier etwas Neues, wie z. B. eine neue Fremdsprache, zu erlernen, uns im Unterricht allgemein wohl zu fühlen und unsere ganze Persönlichkeit einzubringen (vgl. MESSER, MASEMANN 2012: 60).

Im Kontext der IK kann die Entstehung negativer Selbstzuschreibungen auch mit dem bereits im Kapitel 2.1 erläuterten sprachbedingten Akkulturationsstress in Zusammenhang gebracht werden (vgl. EGGERTH, FLYNN 2013: 344; BERRY [et al.] 2007: 315). Die Herausforderungen des Alltags und die Notwendigkeit zur Rekonstruktion des aufgegebenen Bezugssystems sowie zur Redefinition der sozialen Rollen lassen oftmals Zweifel über die eigenen Fähigkeiten zur Beherrschung einer neuen Sprache aufkommen. Das Problematische an solch entmutigenden Zuschreibungen ist laut Messer und Masemann die Wirkungsmacht, die sie entfalten. Denn sie werden nahezu immer zu „sich selbst erfüllenden Prophezeihungen“, die „ein wesentliches Potenzial des Lernenden nicht nutzbar machen“ (MESSER, MASEMANN 2012: 60). Die Suggestopädie sieht hier ihre Aufgabe. Indem sie die internen Barrieren sukzessive abbaut, gewinnen die Lernenden das verloren gegangene Vertrauen in ihre Fähigkeiten zurück, wodurch das ungenutzte Lernpotenzial freigesetzt werde, so die These (vgl. ebd.).

Wie lassen sich negative Glaubenssätze abbauen?

Der suggestopädische Unterricht möchte durch die Schaffung eines angenehmen und lernfördernden Unterrichtsklimas die Lernenden von ihren negativen und für den Lernprozess unproduktiven Einstellungen befreien. Diese Notwendigkeit, aktiv gegen einen mit Angst und

Stress assoziierten Unterrichtsalltag gegenzusteuern, äußerte zu Beginn der 90er Jahre auch Vester, wenn er sagt:

Ausgerechnet den Unterricht, die Einführung in ein neues Gebiet, die Vermittlung von Wissen, verknüpfen wir vielfach mit **Angst, Stress, Frustration und Prestigekämpfen** – alles typische **Lernkiller**, unter denen wir mit gewaltigem Einsatz und gegen die Funktionen unseres Organismus dann logischerweise nur ein lächerliches Lernergebnis erzielen können. Was herauskommt, ist ein wenig Auswendiggelerntes und Gemerktes, doch niemals ein begreifendes Erfassen von Zusammenhängen, das uns die einzig sinnvolle Aufgabe des Lernens erfüllen hilft: uns in der Wirklichkeit besser zurechtzufinden, sie zu meistern, ganz zu schweigen von der sinnlosen Quälerei, die viele Menschen zu permanent Lerngeschädigten macht (VESTER 1991: 25; eigene Hervorhebung).

Lozanov erkannte lange vor Vester die im Zitat eingeforderte Notwendigkeit eines Wandels, v. a. auch im Fremdsprachenunterricht. Er entwarf hierfür das Konzept des „de-suggestiven Prozess[es]“ (RIEDEL 2000: 231), mit dessen Hilfe „die negativen Überzeugungen und Selbstbilder auf der Ebene des Unterbewussten“ überwunden werden sollen (ebd.). Lozanov war der Ansicht, dass alle Lernblockaden im menschlichen Unterbewusstsein verortet seien. Diese wurden von ihm „Suggestionen“ genannt und als „ein konstanter kommunikativer Faktor“ betrachtet (ebd.), der sich mithilfe gezielter parabewusster Maßnahmen und „korrigierende[r] Erfahrungen, die auf der emotionalen Ebene liegen, schrittweise oder auch schlagartig“ verändern ließe (MESSER, MASEMANN 2012: 71). Dadurch kämen die bereits erwähnten „Reservekapazitäten“ zum Tragen. Mit dem Einsatz der sog. „Desuggestionsarbeit“ (BLÜMCKE 2006: 95ff.) würden Lernblockaden und Lernbarrieren abgebaut sowie „positive Lernerlebnisse wie Selbstvertrauen, Ressourcenwahrnehmung, Motivation und Freude am Lernen“ gefördert, wodurch sich die Lernenden für eine aktive und kreative Partizipation am Unterricht öffneten (MESSER, MASEMANN 2012: 74).

Von welchen Suggestionen macht die Desuggestionsarbeit Gebrauch?

„Jeder Lernprozess ist ein Tummelplatz er- und entmutigender Suggestionen: Sie müssen aufgespürt und lernförderlich umgestaltet werden“ sagt Spallek (2006: 100) und bringt damit den Grundsatz der suggestopädischen Unterrichtsmethode treffend auf den Punkt. Damit dieser suggestopädische Grundsatz von der Veränderbarkeit negativer Lerneinstellungen realisiert werden kann, bedarf es eines Zusammenspiels von drei Faktoren, die im Folgenden skizziert werden (vgl. RIEDEL 2000: 59ff.).

Der erste Faktor bezieht sich auf die **Autorität** des suggestopädisch Unterrichtenden. Hierunter sollte keinesfalls ein autoritäres Lehrer-Schüler Verhältnis verstanden werden, sondern vielmehr eine vertrauenerweckende und enthusiastische Ausstrahlung der Lehrkraft,

ausgestattet mit Kompetenz im eigenen Unterrichtsfach. Die Lehrenden sollten stets bemüht sein, die Lernenden als Individuen zu behandeln, sie zu respektieren, um das in ihnen verborgene Potenzial zutage zu fördern. Sie sollten über die Fähigkeit zum Aufbau einer lernfördernden Gruppendynamik verfügen, und es sollte ihnen daran gelegen sein, das Lernmaterial spielerisch und lerntypengerecht aufzubereiten (vgl. ebd., 64).

Besonders im Rahmen der IK sollte der Klassenraum für die Teilnehmenden zu einem Ort werden, wo sie sich öffnen können und eine Zuflucht von den Herausforderungen des Alltags finden. Gerade in diesem Kontext ist es von besonderer Bedeutung, dass die Lehrkräfte ihren Lernenden gegenüber viel Empathie entgegenbringen. Das gleichzeitige Ansprechen der kognitiven und emotionalen Lernkomponenten lässt die Lehrkraft zu einer „inspiring authority“ (vgl. ebd.) werden, welche ihren Lernenden hilft, in ihrer Unsicherheit und Angst ‘aufzutauen‘ und damit ihre Bereitschaft anregt, sich für Neues zu öffnen.

Mit dem Begriff der Lehrerautorität hängt auch der zweite, für die Desuggestionsarbeit notwendige Bestandteil des suggestopädischen Unterrichtskonzepts eng zusammen, und zwar die sog. **Infantilisierung** der Lernenden. Auch in diesem Fall bedient sich Lozanov eines durchaus missverständlich zu verstehenden Terminus, da mit „Infantilisierung“ meist Bevormundung bzw. geistige Unselbstständigkeit assoziiert wird. Die von Lozanov intendierte Bedeutung bezieht sich hingegen auf die Herausbildung einer besonderen geistigen Einstellung, „die hinsichtlich des Lernens [der] des neugierigen und wissensdurstigen Kindes gleichkommt“ (ebd., 69). Gleich Kindern, die noch ohne beeinträchtigende „negative Glaubenssätze“ durchs Leben gehen bzw. mit ihrer abgeschwächten Wirkung, würden die Lernenden im Unterricht offener und aufnahmefähiger. Sie zeichneten sich durch Eigenschaften wie „Unvoreingenommenheit, Vertrauen, EntdeckerInnengeist, Spielfreude und Sorglosigkeit gegenüber Fehlern“ (ebd.) aus, die im herkömmlichen Unterricht so oft verloren gehen. Dieser Zustand entwickelt sich nach Lozanov bei den Lernenden, die in ihrer Lehrkraft einen vertrauenswürdigen Menschen sehen, der durch die Entwicklung einer spürbar lernfördernden Atmosphäre ihre Anerkennung findet (vgl. ebd., 68). Um den Zustand der „Infantilisierung“ herbeizuführen, bedienen sich die suggestopädisch Unterrichtenden der dritten wichtigen Methode zur Nivellierung der Lernbarrieren. Diese wird als **Zweidimensionalität der LehrerInnenbotschaften** bezeichnet (vgl. ebd., 42ff.). Sie beruht auf einer Einflussnahme auf die von den Lernern nicht nur bewusst, sondern auch unbewusst wahrgenommene Ebene der Kommunikation. Diesem zweiten, parabewussten Bereich schreiben die SuggestopädInnen ein besonders großes Wirkungspotenzial für den Abbau von „negativen Glaubenssätzen“ zu. Von ausschlaggebender Bedeutung sind hierbei folgende Faktoren bei den Lehrenden: Mimik, Gestik,

Haltung, Art des Sprechens, Kleidung und Gestaltung der Umgebung (vgl. ebd., 232). Damit ihr Einsatz im Unterricht wirksam wird und die Lehrenden als glaubwürdig und vertrauensvoll wahrgenommen werden, müssen die unbewussten Signale mit den „bewusst gesendeten Botschaften des Lehrers“ kongruieren (ebd., 44), worunter die Übereinstimmung mit den pädagogischen Zielen der Lehrkräfte zu verstehen ist.

Das letzte Mittel mit desuggestiver Wirkung – das **Lernen im Entspannungszustand** – entsteht unter anderem infolge eines Zusammenspiels zwischen den drei bereits genannten Komponenten, der Autorität der Lehrkraft, der Infantilisierung sowie der Einflussnahme auf die unbewussten Ebenen der Kommunikation. Alle Komponenten wirken auf die Emotionen der Lernenden durch Förderung positiver Gefühle, welche für ein erfolgreiches Lernen unabdingbar sind. Diese Tatsache wird von den einzelnen Lernenden oft aufgrund entmutigender Fremdzuschreibungen aus dem Umfeld nicht ernst genommen. Suggestopädie widersetzt sich dieser Tendenz der Verdrängung, indem sie die Emotionen in den Mittelpunkt des Lernprozesses stellt, ohne jedoch die zweite wichtige Komponente – das Bedürfnis nach logischen Zusammenhängen innerhalb der Lerninhalte – zu vernachlässigen. Hiermit trägt sie im Gegensatz zum traditionellen Unterricht zu einem gehirngerechten Lernen bei. Dass dieses suggestopädische Verfahren nicht auf die Suggestopädie beschränkt ist, sondern eine grundlegende Erkenntnis der Hirnforschung zum Thema nachhaltiges Lernen darstellt, zeigt eine Passage aus dem Aufsatz von Hertlein, in dem sie schreibt:

Die Bereiche im Gehirn, in denen Emotionen verarbeitet werden, sind mit den Gehirnzellen vernetzt, die beim logischen Denken benötigt werden – und umgekehrt. [...] Angenehme Gefühle werden beim Lernen oft nur als ‘nette’ Zugabe zum Denkprozess gesehen. Ohne Gefühle können wir aber nicht denken. **Ohne Gefühle kein Verstand** (HERTLEIN 2006: 15; eigene Hervorhebung).

Aus dieser Erkenntnis heraus speist sich auch der im suggestopädischen Unterricht befolgte Grundsatz, laut dem „Lernen mit Spaß verbunden sein soll“ (GROH 2006: 27). Spaß und Entspannung beim Lernen sorgen im Gehirn für die Produktion des ‘Wohlfühlstoffs’ Dopamin, der zum Weiterlernen mobilisiert und ein breites Assoziationsnetz entstehen lässt. Das heißt, je mehr Spaß uns das Lernen bereitet, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass unser neues Wissen ins Langzeitgedächtnis überführt wird (vgl. GROH 2006; RIEDEL 2000: 38).

Aus welchen Phasen besteht der suggestopädische Fremdsprachenunterricht?

Der Fokus des „suggestopädischen Kreislaufs“ (RIEDEL 2000: 144) – d. h. des Ablaufs eines suggestopädisch aufbereiteten Lernzyklus – lag im Anfangsstadium der Forschung Lo-

zanovs auf der Auswirkung von Entspannungszuständen auf die Aktivierung von „Reservekapazitäten“ im Gehirn. Die Verlagerung des Forschungsschwerpunkts hin zu einer künstlerischen, die Bedeutung von Emotionen betonenden Variante des suggestopädischen Unterrichts erfolgte während der Bekanntschaft Lozanovs mit der Opernsängerin (sowie Italienisch- und Spanischstudentin) Evalina Gateva. Gemeinsam erarbeiteten sie einen vierphasigen Unterrichtsablauf, dessen Bestandteile im Folgenden kurz zusammengefasst werden (vgl. RIEDEL 2006: 19):

1. Introduction:³³

Die erste Phase des „suggestopädischen Kreislaufs“ nimmt eine didaktische Vorentlastung des in der zweiten Phase zu präsentierenden Materials ein. Sie soll Lernende zur Aufnahme von neuen Informationen anregen, indem sie „[e]motionale und verstandesmäßige Bedürfnisse“ befriedigt (RIEDEL 2006: 20; RIEDEL 2000: 144).

2. Aktive Konzertsitzung:

In der zweiten Phase (auch als analytische Phase bezeichnet) wird ein Text³⁴ langsam und in feierlichem Ton von dem/der Lehrenden zu kompletten Musikwerken der Wiener Klassiker (Haydn, Mozart, Beethoven) oder der Romantiker (Tschaikowsky, Brahms) vorgetragen (vgl. RIEDEL 2006: 19; QUAST 2006: 80). Währenddessen lesen die Lernenden den vorliegenden Text leise mit (vgl. RIEDEL 2006: 20). Beim Vortragen des Textes gelten folgende Regeln (vgl. LOZANOV 2005: 91f.):

- ♦ Die Lehrkraft passt ihre Stimme der Musik an und wird so zu einem „Instrument im Orchester“ (BAUER 2006: 45). D. h. sie versucht das Gelesene dem Rhythmus und dem emotionalen Gehalt des Musikstücks anzupassen.
- ♦ Die Aussprache ist deutlich und jedes Wort stimmlich klar betont.

³³ Die englische Bezeichnung für die erste Phase des suggestopädischen Kreislaufs stammt von Riedel (vgl. 2006: 19).

³⁴ Der suggestopädische Lerntext (oft Lernkonzerttext genannt) wird auf die Bedürfnisse der unterrichteten Zielgruppe hin ‘konstruiert’.

- ♦ Das Tempo ist langsam und rhythmisch. Die Atempausen treten an ihren üblichen Stellen auf.
- ♦ Bei besonders wichtigen Wörtern und grammatischen Strukturen wird abweichende Intonation angewandt.

3. Passive Konzertsitzung: Die Lehrkraft trägt den dialogisch verfassten Text mit einer normalen Intonation vor. Sie achtet ausschließlich darauf, dass die Lernenden an ihrer Stimme den Wechsel von einem zum anderen Protagonisten erkennen. In dieser Phase (bekannt als synthetische Phase) wird der Lernkonzerttext zu barocken Instrumentalwerken (RIEDEL 2006: 20) wiedergegeben. Die Aufgabe der Musik besteht dabei weniger in der Unterstreichung des Inhalts, sondern in der Förderung einer entspannten Lernatmosphäre. Die Lernenden sitzen mit geschlossenen Augen in entspannter Sitzposition und „[...] lassen Text und Musik vorbeiziehen, ohne ihre bewusste Aufmerksamkeit darauf zu richten“ (QUAST 2006: 80).

4. Aktivierung: Die letzte Phase des „suggestopädischen Kreislaufs“ (RIEDEL 2000: 144) – die Aktivierung – ist von großer Bedeutung für die Festigung der in beiden Lernkonzerten eingespeicherten Informationen.³⁵ Den Anfang dieser Phase bildet üblicherweise das chorische Lesen des Lernkonzerttextes, d. h. die Lernenden lesen den Text laut vor. Im Zentrum stehen jetzt auch kommunikative sowie interaktive Ziele des Fremdsprachenlernens, die abwechslungsreich in der Lernumgebung eingesetzt werden. So können sich beispielsweise mündliche mit schriftlichen Aktivitäten, Rollenspiele mit Puzzle- und Lesespielen, Gruppen-

³⁵ Es sollte hierbei allerdings betont werden, dass die Verantwortung für den Lernerfolg im suggestopädischen Kreislauf nicht nur bei den Lehrenden und ihrem Engagement liegt. Ein wichtiger Bestandteil dieses Kreislaufs besteht ebenso im selbstständigen Vorlesen des Lernkonzerttextes durch die Lernenden zu Hause, eine Aufgabe, die ihnen im Unterricht nahegelegt wird. Nur im Zusammenspiel zwischen Präsentation und Aktivierung des Lernmaterials seitens der Lehrenden und der Wiederholung von neuen Informationen durch die Lernenden kann der Lernprozess erfolgreich vorangetrieben werden.

spiele ohne Sieger mit Einzel- und Gruppenwettspielen abwechseln (vgl. RIEDEL 2006: 19).

5.2 Nutzen der Suggestopädie in Integrationskursen

Die IK sind für die Teilnehmenden viel mehr als ein normaler Deutschunterricht; sie sollen die hier Lernenden dazu befähigen, ihren Alltag in einem Land zu bewältigen, das für die meisten von ihnen neu und unbekannt ist. Das in den IK vermittelte Sprachwissen fokussiert diejenigen Handlungsfelder, in welchen die ZuwanderInnen am häufigsten agieren wie Ämter, Gesundheit, Einkäufe etc. (vgl. DEMMIG, KAUFMANN 2010: 11). Mit den spezifischen Anforderungen an solche Kurse hängt auch die Notwendigkeit einer speziellen didaktisch-methodischen Aufbereitung seitens der Lehrkräfte zusammen. Ein besonderer Schwerpunkt gilt der Förderung von Mitteilungsfähigkeit, denn nur so MigrantInnen können autonom handeln, ohne stets auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen zu sein. Dies stellt einen wichtigen Schritt auf dem Weg zur Wiederherstellung des im Rahmen des Akkulturationsprozesses oft geschädigten Selbstbewusstseins dar (vgl. RUDDAT 1994ff.). Die Angst vor dem Versagen in einer neuen Realität, Belastungen durch den Zustand einer „zweiten Sozialisation“ (RAHRAKSHAN 2007: 24) und anfängliche Schwierigkeiten eigener Kinder in Kindertagesstätten sowie Schulen erfordern von den LehrerInnen nicht nur ein hohes Maß an Empathiefähigkeit, sondern auch das Schaffen einer Lernumgebung, in der MigrantInnen sich von ihrem Stress entledigen können und so dem Deutschunterricht mit mehr Zuversicht folgen. Eine solche Möglichkeit bieten – unabhängig von den vermittelten Inhalten – die bereits erwähnten suggestopädischen Elemente wie bspw. Musikeinsatz oder Entspannungsübungen. Verbunden mit einer spezifischen Aufbereitung der stark alltagsbezogenen Lerninhalte in Form des Lernkonzerttextes und der nachfolgenden vielfältigen Aktivierungsübungen wird der Klassenraum zu einem Ort, in dem die Ganzheitlichkeit des Lernens zum Kern des Unterrichts wird. Das speziell gestaltete Lernmaterial weckt bei den IKT Neugier, was wiederum die Behaltensleistung des Gehirns und das Verstehen fördert (vgl. VESTER 1996: 197). Unterstützt durch Freude am Lernen und die Aktivierung von vielen Lernkanälen, wird das Gelernte vielseitig verankert (vgl. VESTER 1996: 199; SÜLEYMANOVA 2011: 14). Für die IKT bedeutet das einen schnellen Zugriff auf die erworbene Lexik und andere Wissensressourcen, womit sie ihren Alltag sprachlich erfolgreicher bewältigen können.

Dass die Verwendung suggestopädischer Elemente im Bereich der IK kein utopisches Konzept ist, verdeutlicht deren starke Präsenz im skandinavischen Bildungssektor für MigrantInnen. In allen Ländern Skandinaviens – mit Norwegen an der Spitze – herrscht das Bestre-

ben, die ZuwanderInnen in hohem Maße zu unterstützen, damit sie so schnell wie möglich am gesellschaftlichen Leben partizipieren können. Dies wird sichtbar im Ranking des europäischen Migrant Integration Policy Index (MIPEX),³⁶ der die Beschäftigungssituation der MigrantInnen sowie die europäische Familien- und Bildungspolitik vergleicht. Bezeichnend für die Bildungssysteme dieser Länder ist ihre Offenheit gegenüber alternativen didaktischen Konzepten wie die Suggestopädie, wodurch die Lernenden in der schulischen als auch in der Erwachsenenbildung mit unterschiedlichen Zugängen zum Erlernen von Fremdsprachen vertraut gemacht werden. Wie hoch die Erfolgsrate suggestopädisch aufbereiteter IK in Skandinavien ist, zeigt ein Pilotprojekt im norwegischen Stadtbezirk Alna von 2010 (vgl. HARTMARK 2010). Zu den Teilnehmenden gehörten 14 somalische Frauen, die trotz eines langen Aufenthaltes im Land über geringe bis keine Norwegischkenntnisse verfügten. Nach einem fünfwöchigen Intensivtraining (5h/Tag) konnten sie nicht nur ihre Aussprache deutlich verbessern; sie waren darüber hinaus in der Lage, sich über ein breites Themenspektrum zu unterhalten und sogar ein Telefongespräch mit einer Arztpraxis zwecks Terminvereinbarung zu führen. Wie ist das möglich? Eine Antwort gibt eine der Teilnehmerinnen, wenn sie sagt:

Before when I spoke to Norwegians they said yes and no randomly because they did not understand what I said. Nobody told me they didn't understand. Finally, I said nothing. Here the teachers correct us, we laugh and enjoy ourselves. I am learning how to pronounce difficult words and use grammar [...] (ebd.).

Eine andere Teilnehmerin ergänzt:

To speak the language improves self-esteem. Here I feel I can be myself while I learn. I am seen and am part of the group (ebd.).

Diese Äußerungen zeigen deutlich, dass sich die entspannte und auf gegenseitigem Vertrauen basierende Lernatmosphäre sowie der Einsatz vielfältiger didaktischer Mittel (wie Musik, Lern- und Rollenspiele etc.) positiv auf die ZuwanderInnen auswirkte. Ihr Selbstbewusstsein wurde gestärkt. Sie fühlten sich ermutigt, ihre Sprachkenntnisse aktiv im Kontakt mit anderen Menschen anzuwenden. Des Weiteren erweiterten sie durch den interaktiven Charakter des Unterrichts ihre sozialen Kompetenzen.

Die Entdeckung der Suggestopädie als Unterrichtskonzept für die IK und der Wunsch nach einer Steigerung der Qualität von angebotenen Bildungsmaßnahmen für ZuwanderInnen führte zu einer Kooperation zwischen norwegischen und schwedischen SuggestopädInnen. Eine hohe Nachfrage in Norwegen nach Lehrkräften mit suggestopädischer Zusatzqualifikation im Bildungssektor mündete in der Gründung eines suggestopädischen Ausbildungsganges

³⁶ Vgl. <http://www.mipex.eu/>

sowohl für die an Schulen tätigen Lehrkräfte als auch für die Lehrenden in der Erwachsenenbildung.³⁷ In Finnland konnte sich inzwischen auch ein suggestopädisch aufbereiteter Finnischsprachkurs für arbeitssuchende Migrantinnen etablieren, der mit mehreren Preisen – u. a. vom finnischen Bildungsministerium³⁸ – ausgezeichnet wurde. Hier zeigt sich, dass die Anwendung der Suggestopädie in den IK sich zu einer erfolgreichen gängigen Praxis in einigen europäischen Ländern entwickelt hat, die ähnlich wie Deutschland immer stärker durch Zuwanderung geprägt werden. Genauso wie in Skandinavien gehören auch in der Bundesrepublik Sprechangst und Angst vor sozialer Ausgrenzung zu den größten Hemmnissen hier lebender MigrantInnen. Aus diesem Grund betrachte ich die Suggestopädie als eine Unterrichtsmethode, welche auch für die IK in Deutschland geeignet ist. Der einzige Unterschied zu den angesprochenen Ländern besteht in der in Deutschland vorherrschenden Abneigung bzw. Angst vor dem Einsatz alternativer didaktischer Unterrichtskonzepte, v. a. wenn diese – wie die Suggestopädie – mit den suspekt erscheinenden Attributen wie Entspannung, klassische Musik oder Lernspaß assoziiert werden. Dass und wie diese Methode auch hierzulande ein- und umsetzbar ist, wird in den folgenden drei Kapiteln praktisch dargestellt.

5.3 Didaktische Überlegungen zum Einsatz suggestopädischer Unterrichtselemente in Integrationskursen am Beispiel des Themenfeldes medizinische Versorgung

5.3.1 Themenabhängiges Element: Suggestopädischer Lernkonzerttext – Erstellungshinweise und Einsatz in Integrationskursen

Durch einen konsequenten Einsatz allgemeiner suggestopädischer Elemente wie Entspannungsübungen, Musik oder spezifische Lernumgebung leiten Lehrkräfte bei den IKT einen Desuggestionprozess ein, wodurch ihre negativen Glaubenssätze (RIEDEL 2000: 231) und der Stress abgebaut bzw. reduziert werden. Dies führt wiederum dazu, dass die Lernenden sich innerlich für die Aufnahme neuer Inhalte öffnen. Um diesen Zustand nutzbar zu machen, ist es notwendig, Unterrichtsinhalte ‘MERKWÜRDIG‘ mittels einer besonderen didaktisch-methodischen Aufbereitung zu gestalten. Hierfür wurde von Lozanov der im Kapitel 5.1 bereits erwähnte suggestopädische Kreislauf (ebd., 141) konzipiert. Seine Einbindung in die IK bedeutet nicht, dass andere von den Lehrenden angewendeten Unterrichtskonzepte hinfäl-

³⁷ Vgl. die Webseite des norwegischen Verbandes für suggestopädisches Lehren: <http://www.suggestopedi.no/2013/05/18/opplaering/>

³⁸ Dieser Kurs wird angeboten an der Onnenkieli Language School: <http://www.onnenkieli.fi/en/about-onnenkieli/awards-and-commendations>

lig sind. Im Gegenteil: Die Suggestopädie ist eine Sprachunterrichtsmethode, welche auf denselben wissenschaftlichen Erkenntnissen fußt wie andere didaktisch-methodische Ansätze bspw. in Bezug auf die Bedeutung kommunikativer Kompetenz in einer multilingualen Welt oder hinsichtlich der Erkenntnisse aus der Gehirnforschung über die Ganzheitlichkeit des Lernens mithilfe der Aktivierung beider Gehirnhälften (Kognition und Emotion). Die besondere Leistung der Suggestopädie besteht hauptsächlich in der Komprimierung wichtiger Erkenntnisse sowie Hypothesen über erfolgreiches Lernen in einem Konzept. In den Anfängen der Suggestopädie wurde ihr Einsatz im Sprachunterricht stark reglementiert, indem man sich an die von Lozanov aufgestellten Regeln hielt, wie und mit welchem Zeitaufwand die einzelnen Phasen des suggestopädischen Kreislaufs (ebd., 231) umzusetzen sind. Die strenge Aufteilung in Etappen und die festen zeitlichen Vorgaben führen bei Lehrenden, die sich an einen straffen Kursverlauf zu halten haben, dazu, dass sie von Anwendbarkeit der Suggestopädie wenig überzeugt werden und in Folge eher zu bewährten Unterrichtsmethoden greifen. Vermutlich geht der Verzicht auf die Einbindung suggestopädischer Elemente in die IK mit der Überzeugung einher, dass ausschließlich gezielt ausgebildete Lehrende die nötige Kompetenz zur Anwendung der Suggestopädie haben. Der Exklusivitätscharakter der Methode ist jedoch ein Phänomen der Vergangenheit, als man auf dem Büchermarkt kaum Publikationen zur suggestopädischen Praxis finden konnte. Die Situation hat sich heutzutage gewandelt. Eine steigende Anzahl von Büchern zur Anwendung suggestopädischer Mittel in der Praxis ist auf dem Markt. Wie suggestopädische Methoden aussehen und welchen Nutzen ihr Einsatz bringt, lässt sich in einem Grundlagenwerk für angehende suggestopädisch unterrichtende Lehrkräfte finden. Es handelt sich um das Buch „Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis“ von Claudia Grötzebach (2006). Dort lassen sich auch Informationen dazu finden, welchen Prinzipien das Herzstück der Methode – der Lernkonzerttext – folgt, was Lehrkräfte dazu anregen soll, sich auch an die Erstellung eines eigenen solchen Textes zu wagen. Im Folgenden werden fünf Handlungsschritte zum Erstellen des Lernkonzerttextes am Beispiel eines eigens für die vorliegende Arbeit verfassten Lernkonzerttextes „Gesund wie ein Fisch im Wasser“³⁹ erläutert und durch die Erfahrungen des Verfassers ergänzt.

1) Für die Erstellung eines Lernkonzerttextes benötigen die Lehrenden zuerst **lexikalische Mittel**, mit deren Hilfe sie den thematischen Rahmen der Lektion abstecken. Der zeitliche

³⁹ Der vollständige Lernkonzerttext befindet sich im Anhang (Teil D).

Umfang dieser Phase hängt von der Komplexität des zu behandelnden Handlungsfeldes ab. Entscheidet die Lehrkraft, dass eine thematische Einheit im verwendeten LW den Bedürfnissen der IKT entspricht, ordnet sie am besten die wichtigsten Redemittel aus den Transkriptionen zu Hörtexten und anderen Dialogen, die im LW angeboten werden in einer Tabelle. Diese sollten zunächst nach inhaltlichen Schwerpunkten angeordnet werden. Herausfordernder wird es, wenn der Lernstoff einer Lektion – v. a. in sprachlich elaborierteren Handlungsfeldern wie Gesundheit/medizinische Versorgung, – in den LW defizitär aufbereitet ist. Gemeint ist v. a. der Mangel an typischen Sprechanlässen einschließlich spezifischer Redemittel sowie landeskundlicher Informationen. Hier kommt die besondere Rolle zum Tragen, die die unterrichtenden Lehrkräfte beim Akkulturationsprozess spielen. Denn sie sind viel mehr als nur Deutschlehrer. Sie haben die Rolle einer Art von ‘Lebenshilfe’ inne, die den IKT aufzeigt, worauf sie in alltäglichen Situationen achten müssen, damit sie handlungsfähig werden. Eine solche Ergänzung fehlender Inhalte ist im Falle des Handlungsfeldes Gesundheit/medizinische Versorgung im LW „Menschen“/„Menschen hier“ notwendig, aufgrund der im Unterkapitel 4.3 mittels einer exemplarischen Lehrwerkkritik herausgearbeiteten grundlegenden thematischen Defizite v. a. auf der lexikalischen Ebene. Hierunter zählen:

- ♦ Lexik zur Beschreibung von Schmerzen (Schmerzqualität, - lokalität, -dauer)
- ♦ Lexik zum Stellen von strategischen Fragen nach Erklärung und Wiederholung des Gesagten (PatientInnen)
- ♦ grundlegende Informationen über das deutsche Gesundheitssystem
- ♦ Verlauf eines APGs (samt den Vorphasen wie Terminvereinbarung und Gespräch mit dem Arzthelfer/der Arzthelferin am Empfang)

Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde für den Lernkonzerttext „Gesund wie ein Fisch im Wasser“ ein Wortschatzpool erstellt, der den sieben Phasen eines klassischen APGs zugeordnet wurde. Er besteht aus Redemitteln, die der Fachliteratur zum Thema Arzt-Patienten-Kommunikation⁴⁰ sowie den LW für ausländische ÄrztInnen⁴¹ und PflegerInnen, die in Deutschland angestellt werden, entnommen wurden. Vor allem die LW enthalten nützliche Informationen zu unterschiedlichen Bereichen der medizinischen Vorsorge und ermöglichen es den Lehrkräften, je nach Interesse sowie der unterrichteten Zielgruppe, eigene Schwer-

⁴⁰ SCHÖN (2012); SPRANZ-FOGASY (2008); NILGES, DIEZEMANN (2011)

⁴¹ SCHRIMPF, BAHNEMANN (2012); FIRNHABER-SENSEN, RODI (2009)

punkte zu setzen, wie z. B. Notfallhilfe oder operative Eingriffe. Eine weitere wichtige Informationsquelle sind Infobroschüren⁴² für PatientInnen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), mit denen sich auch andere Themen wie Grippe, Schwangerschaft (geeignet insbesondere für die speziellen Frauenintegrationskurse), Vorsorgeuntersuchungen usw. lexikalisch aufbereiten lassen. Aufgrund fehlender lexikalischer Mittel in einigen Etappen der APK musste der Wortschatzpool in der vorliegenden Arbeit an einigen Stellen durch Vorschläge des Autors ergänzt werden. So entstand eine dreispaltige Tabelle⁴³ mit den Oberbegriffen ‘Gesprächsetappen’, ‘Lexikalische Mittel’, ‘Zuordnung lexikalischer Mittel zu den Etappen des APGs’, die im Folgenden auszugsweise präsentiert wird:

Gesprächsetappen	Lexikalische Mittel	Zuordnung lexikalischer Mittel zu den Etappen des Arzt-Patienten-Gesprächs
<p>Einstieg (Vorphase 1):</p> <p>Anruf in der Praxis von Dr. Gesundheitsmann – Telefongespräch mit der Arzthelferin Frau Fröhlich</p>	<p>✓ Arzthelferin:</p> <p>Eigener Entwurf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Waren Sie schon mal bei uns? ♦ Dann kommen Sie bitte eine halbe Stunde früher./Wir müssen für Sie eine Patientenkartei anlegen. ♦ Ja, vergessen Sie bitte Ihre Gesundheitskarte nicht. ♦ Sie haben diese Karte bestimmt von Ihrer Krankenkasse bekommen. <p>✓ Patientin</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Ich habe Sie leider nicht verstanden./Wann genau soll ich kommen? ♦ Muss ich irgendwelche Dokumente mitbringen? ♦ Gesundheitskarte.... Entschuldigung, was ist das? 	<p>✓ Informationen über das deutsche Gesundheitssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Patientenkartei anlegen beim ersten Arztbesuch ♦ Krankenversicherungskarte/ Gesundheitskarte <p>→ Strategien zur Reduktion der Wissenslücken (Bitte um Wiederholung & Erklärung)</p>

2) In der zweiten Etappe der Verfassung eines Lernkonzerttextes sollte die **Rahmenhandlung** entworfen werden. Hierbei spielen die folgenden W-Fragen eine ausschlaggebende Rolle: **Wer? Was? Wann? Wo?** Für den vorliegenden Lernkonzerttext wurde eine spanische Frau namens Maria Sanchez (wer?) ausgewählt, die in Deutschland als Altenpflegerin arbeiten

⁴² <http://www.bzga.de/infomaterialien/>

⁴³ Die vollständige Tabelle befindet sich im Anhang (Teil E).

möchte, weswegen sie einen berufsvorbereitenden Deutschkurs besucht. Es ist ein Szenario, das eng mit dem aktuellen politisch-ökonomischen Geschehen in Europa zusammenhängt und so für die IKT durchaus realistisch ist. Es wäre denkbar, ein und denselben Protagonisten bzw. ein und dieselbe Protagonistin als die Hauptfigur in jedem neuen Lernkonzerttext zu verwenden, damit die Lernenden mit ihm/ihr in 'Kontakt' treten und eine emotionale Bindung zu seiner/ihrer Geschichte entwickeln können. In dem Teil des Lernkonzerttextes zum Thema 'Besuch beim Hausarzt' erfahren die Lernenden, dass Maria beim Aufstehen (wann?) einen lähmenden Schmerz (was?) in ihrem Rücken spürt, der – wie sie später erfährt – ein Hexenschuss ist. Sie ruft in einer Arztpraxis an, lässt sich von der Arzthelferin einen Termin geben und erfährt, welche Dokumente sie mitbringen muss. Kurz danach erscheint sie in der Praxis (wo?), unterhält sich mit der Arzthelferin und wird einige Zeit später in das Sprechzimmer gebeten. Dort schildert sie ihre Beschwerden, wird vom Arzt untersucht und erfährt nach der Diagnose einige Behandlungsmöglichkeiten. Dies ist eine alltägliche Geschichte, mit der sich viele IKT identifizieren könnten. „Werden reale Erlebnisse angesprochen [...]“ sagt Frederic Vester, Urheber des Begriffs „Vernetztes Denken“ „[...] so wird der Lerninhalt trotz zusätzlicher Informationen eingängiger [...]“ (VESTER 1996: 199). Diesen Grundsatz sollten die Deutschlehrenden bei der Verfassung aller Lernkonzerttexte stets beherzigen.

3) Wenn der Wortschatz ausgewählt und die Rahmenhandlung skizziert ist, kann die Verschriftlichung des Lernkonzerttextes mit dem obersten Ziel der **Stimulation positiver Emotionen** erfolgen (vgl. BAUER 2006: 44ff.). Dabei sind folgende Regeln zu beachten:

- a) Im Lernkonzerttext sollte den **positiven Formulierungen** ein breiter Raum gegeben werden. So z. B. ist die Kommunikation zwischen allen ProtagonistInnen des Lernkonzerttextes „Gesund wie ein Fisch im Wasser“⁴⁴ vom gegenseitigen Verständnis und Vertrauen geprägt, ohne dass er unauthentisch erscheint. Alle AkteurInnen nehmen Rücksicht aufeinander, beantworten Fragen und erklären schwierige Inhalte. Dies baut beim Rezipienten Ängste vor einer Interaktion im Handlungsfeld der APK ab. Das folgende Beispiel zeigt eine mögliche Umsetzung dieser Regel:

⁴⁴ Vgl. Anhang (Teil D)

Dr. Gesundmann:

Was machen Sie beruflich Frau Sanchez?

Maria:

Ich bin Altenpflegerin von Beruf.
Zurzeit besuche ich aber nur einen speziellen Deutschkurs.
Erst danach darf ich arbeiten.

Dr. Gesundmann:

Ist das sehr stressig für Sie?

Maria:

Ja, es ist schon stressig.
Davon hängt ja meine Zukunft ab.

Dr. Gesundmann:

Ja, das kann ich sehr gut verstehen.
Es ist aber wichtig, dass Sie etwas für Ihren Körper tun.
Machen Sie ein bisschen Sport?

- b) Ferner ist es von Bedeutung, jede ‘Szene‘ des Lernkonzerttextes – d. h. einen thematischen Schwerpunkt eines längeren Abschnitts (z. B. im vorliegenden Text: **Szene 1** – Terminvereinbarung; **Szene 2** – Gespräch mit der Arzthelferin Dorothea Fröhlich; **Szene 3** – Gespräch mit Dr. Gesundmann) – mit einer **einleitenden Textpassage** zu versehen, die den RezipientInnen hilft, sich in die Gefühlswelt der HauptprotagonistInnen hineinzusetzen, und zugleich – dank den die Fantasie und verschiedene Sinne anregenden Formulierungen – einen entspannten Zustand herbeiführt z. B.:

Endlich ist es soweit! Maria Sanchez kommt mir ihrem schmerzenden Rücken in der Praxis von Dr. Gesundmann an. Sie kann ihren Augen nicht glauben – alles sieht so gemütlich aus! Draußen regnet es in Strömen und hier ist es schön warm, an den Wänden hängen Bilder aus fernen Ländern, und aus kleinen Lautsprechern ertönt entspannende Musik. Die Arzthelferin bittet Maria zu sich...

- c) Nicht zufällig ist auch die **Wahl der Namen von ProtagonistInnen**, die positive Signale an das Unterbewusstsein der Lernenden senden: Dr. Andreas Gesundmann und Frau Dorothea Fröhlich regen zugleich die Vorstellungskraft an und lassen positive Einstellungen ihnen gegenüber entstehen, wodurch eine noch intensivere Rezeption des Lernkonzerttextes gefördert wird. Hier zeigt sich, wie jedem Detail im Text eine bestimmte Funktion zukommt, was von der Lehrkraft viel Fingerspitzengefühl erfordert. Denn nur durch ein Zusammenspiel von vielen suggestopädischen Elementen ist es möglich, dass der Lernkonzerttext seine volle Wirkung entfaltet.
- d) Darüber hinaus sollte der **ästhetische Aspekt** des Lernkonzerttextes berücksichtigt werden. Dem alltäglichen Grundsatz „das Auge isst mit“ folgend, muss darauf geach-

tet werden, dass die Aufmachung des Textes gut überlegt ist und nichts dem Zufall überlassen wird. Wichtig ist, die Dialogpassagen an der linken Blatthälfte zu platzieren, damit die rechte Hälfte für visuelles Material zur Verfügung steht. Hier können die Lehrkräfte ihrer Kreativität freien Lauf lassen, indem sie beispielsweise einige Schlüsselwörter bzw. Schlüsselausdrücke in farbig unterlegten ‘Wolken‘ hervorheben. Als besonders hilfreich haben sich Bilder erwiesen, welche helfen, schwierige Inhalte zu verstehen bzw. sich neue Situationen vorzustellen. Diese fügt man am besten neben den entsprechenden Passagen des Lernkonzerttextes ein, wodurch neben dem auditiven auch der visuelle Lernkanal angesprochen wird. So wird im vorliegenden Lernkonzerttext eine Krankenversicherungskarte/Gesundheitskarte dann abgebildet, wenn sich die Patientin mit der Arzthelferin Dorothea Fröhlich darüber unterhält. Auch können die Bilder die Vorstellungskraft der IKT stimulieren: Insbesondere in den einleitenden Textpassagen vor jeder einzelnen Szene haben sich Abbildungen als geeignet erwiesen. Hierbei ist es jedoch von Relevanz, ein **ausgewogenes Text-Bild Verhältnis** zu beachten; eine mit allzu viel bildlichem Material überladene rechte Seitenhälfte lenkt die Lernenden eher ab.

4) Wie bereits erwähnt, sollte der Lernkonzerttext **in Szenen** mit Angabe von inhaltsübergreifenden Oberbegriffen (z. B. ‘Terminvereinbarung‘) eingeteilt werden. Dadurch können die Lernenden erste inhaltliche Erwartungen entwickeln, womit der thematische Wechsel in jeder Szene nicht überfordernd wirkt. So helfen die Überschriften des vorliegenden Lernkonzerttextes, einen Überblick über die essenziellen Bestandteile des Handlungsfeldes ‘Besuch beim Hausarzt‘ zu gewinnen (vgl. BAUER 2006: 44) (Stichwort: **Überblickscharakter des Lernkonzerttextes**) und ermöglichen den IKT, unbewusst den Verlauf der APK (einschließlich der zwei ‘Vorphasen‘) aufzunehmen. Des Weiteren sollten beim Erstellen des Lernkonzerttextes folgende Regeln beachtet werden:

a) Verständlichkeit

Die Inhalte des Lernkonzerttextes können insbesondere dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn sie auf die Verständlichkeit der verwendeten lexikalischen Strukturen achten. Eine ausschlaggebende Rolle spielt dabei die Präsentation des Textes in **Dialogform**. Indem die Lernenden mit verschiedenen Charakteren konfrontiert werden und sich innerlich zu ihnen positionieren, fördert man bei ihnen ihre Aufmerksamkeit. Die Tatsache, dass die ProtagonistInnen im Text miteinander interagieren und viele

Fragen stellen, ruft bei den RezipientInnen des Lernkonzerttextes oft das Bedürfnis hervor, diese Fragen parallel selbst zu beantworten, „[...] wodurch sie bereits auf dieser Etappe aktiv in den Lernprozess eingebunden sind“ (BAUER 2006: 44ff.) und unbewusst ihre Behaltensleistung steigern. Wie dies umgesetzt werden kann, zeigt der Lernkonzerttext „Gesund wie ein Fisch im Wasser“, in dem außer den kurzen einleitenden Passagen zu jeder Szene alle sprachlichen Mittel in die drei Dialogsituationen eingebettet wurden:

- ♦ **Szene 1:** Terminvereinbarung → Dialog zwischen Maria Sanchez und der Arzthelferin Dorothea Fröhlich
- ♦ **Szene 2:** Datenaufnahme am Empfang → Dialog zwischen Maria Sanchez und der Arzthelferin Dorothea Fröhlich
- ♦ **Szene 3:** in Sprechzimmer → Dialog zwischen Maria Sanchez und Dr. Gesundmann

b) **Satzbau und Silbenzahl**

Um die Aufnahme des neuen sprachlichen Materials noch stärker zu begünstigen, ist es von großer Bedeutung – neben der Verwendung von Dialogform – den Lernkonzerttext mittels **parataktischer Sätze** zu konstruieren, welche einem **einfachen Satzbau** folgen. Eine möglichst feste Silbenzahl ist hierbei zu beachten. Als Richtlinie gilt, nicht mehr als ca. **12 Silben** in einer Zeile zu verwenden. Denn unser Gehirn verarbeitet diese Informationsmenge viel effizienter als eine Zeile mit bspw. der doppelten Silbenmenge (vgl. ebd., 45).

c) **Wiederholung**

Die wichtigsten Informationen des Lernkonzerttextes sollten sich im Laufe der Dialoge wiederholen. Um diesem Grundsatz gerecht zu werden, beinhaltet der vorliegende Text eine Reihe von Fragen, deren Inhalt in der Antwortform nochmals aufgegriffen und stellenweise noch genauer erklärt wird z. B.:

Dr. Gesundmann:

Frau Sanchez, **strahlen** Ihre Schmerzen
in eine bestimmte Richtung **aus**?

Maria:

Das habe ich jetzt leider nicht verstanden.

Was bedeutet **ausstrahlen**?

Dr. Gesundmann:

‘**Ausstrahlen**‘ bedeutet, dass die Schmerzen von einer Körperstelle zu einer anderen wandern.

5) Nachdem der Lernkonzerttext verfasst ist, muss die passende Musik gefunden werden (**Musikauswahl**). Dass der Musik in der Suggestopädie eine wichtige Funktion zukommt, wird genauer im Kapitel 5.3.3 erläutert. Vorab lässt sich jedoch festhalten: Als Pausenmusik lässt sie Lernende abschalten, während der Gruppenarbeit hilft sie, eine motivierende Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Die Titel müssen so gewählt sein, dass sie beim Lernen nicht stören, sondern die unterschiedlichen Lernziele unterstützen. Weitere Vorgaben gibt es nicht. Im Gegensatz dazu können sich Lehrende bei der Vorbereitung vom „aktiven“ und „passiven Lernkonzert“ auf feste Richtlinien zur Musikauswahl stützen, welche aus den suggestopädischen Erkenntnissen zur Wirkung der Musik in Lernprozessen erwachsen. Aus der Reihe von Komponisten der klassischen Musik (d. h. Wiener Musiker und Romantiker für das „aktive“ und barocker Komponisten für das „pseudopassive Lernkonzert“ vgl. RIEDEL 2006: 19; QUAST 2006: 80), welche hierfür besonders geeignet sind, wählen Lehrkräfte je ein Stück und überprüfen, ob ihre Dauer, ein konzentriertes und nicht gehetztes Vortragen des Lernkonzerttextes zulässt.

An welcher Stelle des Unterrichts und in welcher Funktion kann der Lernkonzerttext in Integrationskursen eingesetzt werden?

Obwohl die heutzutage verfügbare Literatur zur Suggestopädie viele praktische Hinweise zur Erstellung des Unterrichtsmaterials beinhaltet, enthält sie keine genaueren Hinweise zum Verwendungskontext im Fremdsprachenunterricht. Man kann den Eindruck gewinnen, als wollten die Suggestopäden an der Ursprungsvariante der Suggestopädie mit ihren starren Verwendungsregeln beharren – ein Umstand, der dem heutigen Grundsatz nach mehr Flexibilität im Unterricht widersprechen würde. In der vorliegenden Arbeit wird jedoch gezeigt, dass die Suggestopädie sich sehr gut in IK integrieren lässt. Im Folgenden werden drei mögliche Verwendungskontexte des suggestopädischen Kreislaufs in IK unter besonderer Berücksichtigung der Rolle vom Lernkonzerttext präsentiert. Dadurch soll aufgezeigt werden, dass die Einbindung des suggestopädischen Unterrichtskonzepts je nach Wunsch der Lehrkraft mit einer unterschiedlichen Intensität und Zielsetzung erfolgen kann.

1) Lernkonzerttext als kurstragendes Material

Eine optimale Verwendung des Lernkonzerttextes in den IK ist sein Einsatz als kurstragendes Material. Das bedeutet, dass Lehrkräfte für jede Lektion einen suggestopädischen Text erstellen und diesen nach einer Einstiegsphase zum Thema präsentieren. Diese Variante erfordert die Konstruktion einer Rahmenerzählung, wodurch sich die Lernenden an die wiederkehrenden ProtagonistInnen erinnern und sich dadurch automatisch auf dieses Unterrichtselement einlassen. Die Aktivierungsübungen zum Inhalt des Grundlagentextes könnten während verschiedener Unterrichtsetappen eingestreut und mit dem angebotenen Übungsmaterial aus dem LW kombiniert werden. Einmal erstelltes Material kann in Verbindung mit einem LW über einige Jahre hinweg genutzt werden und entlastet dadurch die Lehrenden vor einer ständigen Suche nach zielgruppengerechtem Stoff. Auch wenn eine solche Einbindung des Lernkonzerttextes die besonderen Lernvoraussetzungen der ZuwanderInnen gut unterstützen würde, behindern die aktuellen Rahmenbedingungen der IK eine solche Umsetzung. Denn die Entwicklung des Lernkonzerttextes und entsprechender Übungen ist eine zeitaufwendige Aufgabe. Wenn man bedenkt, dass die Lehrkräfte in den IK lediglich für die Unterrichts- und nicht die Vorbereitungszeit entlohnt werden, scheint eine suggestopädische Unterrichtsgestaltung mit Lernkonzerttexten als kurstragendem Material unzumutbar. Hier gilt es abzuwarten, ob die gesellschaftliche Rolle der Lehrenden im DaZ-Bereich er- und anerkannt wird und sie durch eine faire Entlohnung motiviert werden, neue didaktische Unterrichtskonzepte wie die Suggestopädie in ihren Unterricht zu implementieren.

2) Lernkonzerttext als Ergänzungsmaterial

Der Lernkonzerttext lässt sich sehr gut als Ergänzungsmaterial insbesondere für diejenigen Handlungsfelder im IK anwenden, welche im Alltag der ZuwanderInnen durch einen hohen Grad an kommunikativer Asymmetrie und Stressempfindung gekennzeichnet sind und welche daher einer besonderen didaktisch-methodischen Entlastung bedürfen. Hierbei handelt es sich v. a. um den Bereich der Ämter und der medizinischen Versorgung, die von MigrantenInnen sowohl Internalisierung komplexer Handlungsmuster als auch Beherrschung sprachlicher Ressourcen abverlangen. Diese Themen gehören auch zu den eher defizitär aufbereiteten thematischen Einheiten in den LW für die IK, was auch in der vorliegenden Lehrwerkkritik (Kapitel 4) bestätigt wurde. Wird der Lernkonzerttext ergänzend eingesetzt, können als thematische Einführung in die erste Phase des suggestopädischen Kreislaufs – die „Introduction“

– (vgl. RIEDEL 2006) die Einstiegsseiten des im Kurs verwendeten LWs verwendet werden. Danach folgen das aktive Lernkonzert (BAUER 2006) und pseudopassive Lernkonzert (RIEDEL 2006). Hierbei liegt es in den Händen der Unterrichtenden, ob sie einen Lernkonzerttext ausschließlich mittels der im LW vorhandenen sprachlichen Mittel – wie Versatzstücke der Dialoge – konstruieren oder ob sie ihn um einige Aspekte ergänzen bzw. erweitern wollen. Anschließend findet die „Aktivierungsphase“ (ebd.) mit einer Reihe kommunikativ ausgerichteter Übungen statt, in denen die Lernenden oft auf eine spielerisch - multisensorische Art und Weise die im Lernkonzerttext rezipierten Inhalte festigen können (vgl. Kapitel 5.3.2).

3) Lernkonzerttext als Wiederholungseinheit am Ende einer Lektion

Der Lernkonzerttext könnte in den IK auch ohne diese Einführungsphase zum Einsatz kommen. Dies ist denkbar bei seiner Verwendung als eine Wiederholungseinheit am Ende derjenigen Lektionen, welche – wie bereits unter Punkt 2. erwähnt –, auf der kommunikativen Ebene asymmetrisch geprägt sind. Das bereits Gelernte wird hierbei nochmals aufgegriffen und durch eine intensive Stimulierung des auditiven Lernkanals im aktiven und pseudopassiven Lernkonzert tiefer im Gedächtnis verankert. Zusätzlich können die Lehrkräfte eine Reihe von alltagsbezogenen Aktivierungsübungen anbieten, um den in Lernkonzerten wiederholten sprachlichen Mitteln in interaktiven Übungsformen wie z. B. Rollenspiele mehr Wirklichkeitsbezug zu verleihen.

Vor allem in den kommunikativ asymmetrischen Handlungsfeldern wie die bereits angesprochenen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung sowie der Ämter wäre es denkbar, ein und denselben Lernkonzerttext sowohl auf dem A2 als auch auf dem B1 Niveau des GER einzuführen. Diese Themenfelder spielen unter ZuwanderInnen schon zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland eine erhebliche Rolle und verlangen ihnen daher schon früh ein hohes Maß an Mitteilungsfähigkeit ab. In den LW werden sie aber meistens auf einem der Niveaus von A1 bis B1 behandelt, worin auch ein Grund für die unzulängliche sprachliche Beherrschung dieser Situationen im Alltag liegen kann. Wird derselbe Lernkonzerttext auf verschiedenen Sprachniveaus genutzt, müssen jedoch unterschiedliche Aktivierungsübungen entwickelt werden, welche je nach Einsatzform des Textes (1-3) entweder abwechselnd mit anderen Übungen im LW oder erst am Ende der Unterrichtseinheit erfolgen. Unabhängig von der Einsatzform muss der Lernkonzerttext eine inhaltliche Vielfalt und Verständlichkeit aufweisen, damit beide Lernergruppen einen niveaugemäßen Zugang erhalten. Im folgenden Ka-

titel wird gezeigt, mittels welcher **Aktivierungsübungen** sich die wichtigsten Inhalte des Lernkonzerttextes: „Gesund wie ein Fisch im Wasser“ vertiefen bzw. ergänzen lassen.

5.3.2 Aktivierungsübungen zum Lernkonzerttext

Dem Prinzip der Aktivierungsübungen folgend bietet die unten erstellte Tabelle eine Auswahl an diversen Übungstypen, die das handlungsbezogene Wissen zum Thema „Besuch beim Arzt“ aus dem Lernkonzerttext **ergänzen** (z. B. bei den Übungen zur Schmerzbeschreibung für das A2 und B1 Niveau des GER), dieses **erweitern** (z. B. Übung zum Stellen strategischer Fragen für das A2 Niveau oder Übung zur Reflexion über den Schmerzausdruck für das B1 Niveau des GER) oder dessen Struktur und Bedeutung **reflektieren** (z. B. Übungen zum Verlauf des APGs für das A2 und B1 Niveau des GER). Die Tabelle besteht aus 2 Spalten, von denen die erste die Übungen für das A2 Niveau und die zweite für das B1 Niveau des GER beinhaltet. Das übergeordnete Ziel für alle Übungen auf dem A2 Niveau ist die Grundlegung der Mitteilungsfähigkeit im Handlungsfeld: Besuch beim Hausarzt; auf dem B1 Niveau hingegen der Ausbau der Mitteilungsfähigkeit im Handlungsfeld: Besuch beim Hausarzt. Bei der Mehrheit der erstellten Übungen lässt sich auf der horizontalen Ebene erkennen, dass sie sich auf den beiden Niveaus demselben Phänomen mit einer jeweils anderen Zielsetzung widmen. Diese Anordnung sollte verdeutlichen, wie mithilfe desselben Lernkonzerttextes die thematische Progression erreichbar ist. Jede der eigens für die vorliegende Arbeit entworfenen Übungen besteht aus drei Hauptinformationen: das **Übungsziel**, die vorgeschlagene **Sozialform** sowie eine ausführliche **Vorgehensweise** mit praktischen Beispielen zur Umsetzung der Übungen im Unterricht.

Aktivierungsübungen zum Lernkonzerttext: „Gesund wie ein Fisch im Wasser“	
Lernende auf dem <u>A2 Niveau</u> des GER	Lernende auf dem <u>B1 Niveau</u> des GER
→ übergeordnetes Ziel: <u>Grundlegung der Mitteilungsfähigkeit</u> im Handlungsfeld: „Besuch beim Hausarzt“	→ übergeordnetes Ziel: <u>Ausbau der Mitteilungsfähigkeit</u> im Handlungsfeld: „Besuch beim Hausarzt“
✓ Wiederholungsübung zur Benennung von Körperteilen und inneren Organen: Bingo-Spiel	✓ Übung zur Reflexion über den eigenen Schmerzausdruck
→ Ziel: Festigung des Wortschatzes zu Körper-	→ Ziel: In einer Reflexionsphase sollen sich die

teilen

→**Sozialform:** Partnerarbeit

→**Vorgehensweise:** Die Lernenden suchen sich einen Partner/eine Partnerin (bzw. die Lehrkraft lässt eines der vielfältigen Losverfahren zum Einsatz kommen, um möglichst heterogene Gruppen entstehen zu lassen⁴⁵). Sie erhalten mehrere kleine rechteckige Karten, die sie, ohne darauf zu schauen, mit der Bildseite nach unten nebeneinander in einigen Reihen auf den Tisch legen sollen. Darauf abgebildet sind verschiedene Körperteile sowie innere Organe (z. B. Herz, Magen, Lungen) in doppelter Ausfertigung. Ihre Aufgabe besteht darin, abwechselnd zwei Karten aufzudecken, um ein Kartenpaar zu finden. Wenn der Spieler/die Spielerin zwei gleiche Karten auswählt, darf er/sie weitere zwei Karten aufdecken bis er/sie kein weiteres Paar findet. Wenn die SpielerInnen zwei unterschiedliche Karten auswählen, müssen sie diese mit der Bildseite nach unten wieder auf den Tisch ablegen. Unabhängig davon, ob ein Paar gefunden wurde, muss bei jedem Aufdecken der Karten der abgebildete Körperteil bzw. das Organ laut benannt werden (z. B.: 'Das ist ein Fuß' oder 'Das ist das Herz'). Es gewinnt diejenige Person, welche die meisten Kartenpaare gesammelt hat. Am Ende des Spiels erhalten die IKT ein Lösungsblatt, damit sie überprüfen können, ob sie für die abgebildeten Körperteile und Organe tatsächlich die richtigen Bezeichnungen verwendet haben.

Lernenden (nachdem sie im Lernkonzerttext mit einem als typisch zu bezeichnenden APG konfrontiert wurden) mit ihrem eigenen Schmerzempfinden sowie der Art und Weise, wie sie über ihr Leiden kommunizieren, auseinandersetzen. Dadurch können sie zweierlei feststellen: Im Falle einer Übereinstimmung mit den herkömmlichen Handlungsmustern, wird ihnen u. U. Angst vor einem Arztbesuch genommen. Unterscheidet sich jedoch ihre Schmerzwahrnehmung und -ausdruck von bekannten Artikulierungsmöglichkeiten, dann können sie bei sich selbst einen Revisionsprozess einleiten, in dem sie sich der bestehenden Unterschiede bewusst werden und diese zur Sprache bringen. So werden sie für die Artikulation ihrer Schmerzen beim Arztbesuch sensibilisiert.

→**Sozialform:** Gruppenarbeit und Plenum

→**Vorgehensweise:** Die Lernenden bilden Vierergruppen und diskutieren darüber, wie sie bei einem Hausarzt/einer Hausärztin in Deutschland über ihre Schmerzen sprechen würden. Sie erhalten von der Lehrkraft zwei große Papierblätter, auf denen steht: 1) Wie spricht man in Ihrem Heimatland bei dem Arzt/der Ärztin über Schmerzen? 2) Wie sprechen Sie in Deutschland bei dem Arzt/der Ärztin über Schmerzen? Die Lernenden schreiben ihre Ideen auf, diskutieren über die Antworten auf den beiden Postern v. a. hinsichtlich der Ähnlichkeiten und Abweichungen. Warum stimmen die Antworten nicht überein? Was sind die Gründe hierfür? Am Ende bilden alle IKT einen Stuhlkreis und tauschen sich untereinander über die Ergebnisse ihrer Diskussion aus. Die Lehrkraft moderiert das Gespräch und versucht nicht nur Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Kommunikation über die Beschwerden zu verdeutlichen, sondern stellt ebenfalls die Frage, wozu die Schwierigkeiten im Gespräch bei dem Arzt/der Ärztin aufgrund eines anderen Schmerzausdrucks u. U. führen können.

⁴⁵ Die Verwendung der Losverfahren bei der Gruppenarbeit wie Loskärtchen, Abzählen führt dazu, dass „[f]este Cliquen und Strukturen gesprengt [werden], ohne dass der Lehrer bestimmend eingreift. Die Schüler lernen, mit immer verschiedenen Partnern zu kooperieren, evtl. sogar Vorurteile gegenüber Mitschülern abzubauen (soziale Kompetenz!)“ (DRUMM 2007: 39).

	<p>→ Kommentar:</p> <p>Aufbauend auf dem Wissen über Schmerzqualität, -lokalität und -dauer auf dem A2 Niveau sollten die IKT reflektieren, wie sie selbst ihre Schmerzen zum Ausdruck bringen. Neigen sie dazu, ihre Schmerzen genau zu beschreiben? Oder empfinden sie ihre Schmerzen eher ganzheitlich und haben dadurch Probleme mit einer expliziten Kommunikation über ihre Gesundheit? Als Lehrkräfte ist es nahezu unmöglich jemandem, beizubringen, wie er/sie über seine/ihre Beschwerden sprechen sollte, damit er/sie von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin verstanden wird, womit auch eine unbedenkliche Diagnosestellung zusammenhängt. Es ist jedoch möglich, durch die kontextualisierte Vermittlung entsprechender lexikalischer Mittel und das Sprechen über die Art und Weise, wie jemand über seine Schmerzen kommuniziert, einen Reflexionsprozess einzuleiten und den IKT Anstöße zu vermitteln, eigene Denk- und Wahrnehmungsmuster schrittweise zu ergänzen.</p>
<p>✓ Übungen zum Erwerb der Lexik über die Schmerzqualität</p> <p>→Ziel: Festigung der Lexik zur Schmerzqualität durch Ansprechen zwei verschiedener Lernertypen:</p> <p>1) visueller Lerntyp: Domino-Spiel</p> <p>→Sozialform: Partnerarbeit</p> <p>→Vorgehensweise: In diesem wenig zeitintensiven Spiel für zwischendurch werden Lernende angehalten, Adjektiven zur Beschreibung der Schmerzqualität ein bildliches Äquivalent zuzuordnen. Hierfür suchen sie sich einen Partner/eine Partnerin (bzw. wählen einen Partner/eine Partnerin im Losverfahren) und erhalten von der Lehrkraft zwei Sätze Kärtchen: Im ersten Satz befinden sich 7 Adjektive, welche bei der Kommunikation über die Schmerzqualität mit dem Arzt/der Ärztin am häufigsten Verwendung finden (<u>brennend</u>, <u>beklemmend</u>, <u>einschießend</u>, <u>klopfend</u>, <u>krampfartig</u>, <u>stechend</u>, <u>ziehend</u>). Im</p>	<p>✓ Wiederholungsübung zur Lexik über die Schmerzqualität</p> <p>→Ziel: Festigung des Wissens über Adjektive zur Beschreibung der Schmerzqualität</p> <p>→Sozialform: Einzelarbeit und Plenum (nur in der Auswertungsphase)</p> <p>→Vorgehensweise: Die Lernenden erhalten Arbeitsblätter mit einer Liste der am häufigsten verwendeten Adjektive zur Schmerzbeschreibung auf der linken Seite (<u>brennend</u>, <u>beklemmend</u>, <u>einschießend</u>, <u>klopfend</u>, <u>krampfartig</u>, <u>stechend</u>, <u>ziehend</u>) und deren Definitionen auf der rechten Seite. Ihre Aufgabe besteht in der Zuordnung von Adjektiven zu den gegebenen Definitionen.</p> <p>Definitionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ (brennend): Dieser Schmerz fühlt sich vor allem auf der Haut wie Feuer an z. B. Hautabschürfung auf den Knien nach einem Fahrradabsturz.

zweiten Satz finden die Lernenden 7 Bilder, welche den Inhalt der gegebenen Adjektive zum Ausdruck bringen und diese in der Zukunft durch die Verbindung mit dem visuellen Lernkanal leichter memorieren lassen. Hierfür werden folgende Bilder genutzt: brennend → **Feuerflamme**, beklemmend → **enge Schlucht**, einschließend → **Blitz**, pochend/klopfend → **Herz/Klopfen an die Tür**, krampfartig/kolikartig → **Welle**, stechend → **Nadel**, ziehend → **Gummiband**. Die Lernenden mischen zuerst die Karten mit den Adjektiven und platzieren diese auf die linke Tischseite. Dasselbe tun sie mit den Bildkarten, wobei diese auf die rechte Tischseite gelegt werden. Die Aufgabe der Lernenden besteht in der Zuordnung des lexikalischen Materials zu den Bildkarten. Jeder/jede Spielende deckt eine Adjektivkarte und eine Bildkarte auf und überlegt mit dem Partner/der Partnerin, ob diese Karten zueinander passen. Sie unterhalten sich kurz darüber, welche Gemeinsamkeiten der genannte Begriff und das Bild aufweisen bzw. warum diese nicht zueinander passen. Der/die Spielende, welcher/welche zwei richtige Karten aufdeckt, darf so lange neue Kartenpaare suchen, bis er/sie kein Kartenpaar mehr findet. Die nicht zueinander passenden Karten werden wieder zugedeckt. Die Lernenden erhalten am Ende ein Lösungsblatt, mit dem sie überprüfen können, ob ihre Assoziationen mit denen der Lehrkraft übereinstimmen. Da die Kartenzahl ungerade ist, geht es in diesem Spiel ausschließlich um ein gemeinsames Aushandeln von Bedeutungen und die Festigung der Lexik mittels bildlichen Materials.

2) haptischer Lerntyp: Pantomime

→ **Sozialform:** Partnerarbeit; Plenum

→ **Vorgehensweise:** Eine sehr gute Ergänzung zur vorigen Übung bietet eine pantomimische Darstellung der Adjektive zur Beschreibung der Schmerzqualität. Hierfür finden sich am besten 7 Paare zusammen (falls die Anzahl der IKT mehr als 14 Personen umfasst, lässt sich dieses Spiel genauso gut mit 2-3 Personen pro Gruppe umsetzen). Jedes Paar bzw. jede Gruppe bekommt von

- ♦ (beklemmend): Wenn man atmet, gibt dieser Schmerz in der Brust das Gefühl der Enge z. B. Zustand kurz vor dem Herzinfarkt.
- ♦ (einschießend): Dieser Schmerz entsteht ganz schnell und tut sehr weh z. B. Hexenschuss.
- ♦ (klopfend/pochend): Es ist ein pulsierender Schmerz, den man in regelmäßigen zeitlichen Abständen spürt z. B. bei Kopfschmerzen.
- ♦ (krampfartig/kolikartig): Wie eine Welle überflutet einen dieser starke Schmerz und kommt immer wieder z. B. beim Nierenstein.
- ♦ (stechend): Dieser Schmerz ist kurz und spitz z. B. Zahnschmerz.
- ♦ (ziehend): Dieser Schmerz strahlt von einer in die andere Richtung aus und führt normalerweise zur Muskelanspannung z. B. beim Muskelkater

<p>der Lehrkraft ein buntes Papierblatt mit drei Angaben: einem Adjektiv, dem dazugehörigen Bild und einer Beschwerde, die für das Adjektiv typisch ist (z. B. brennender Schmerz – Feuer – Zahnschmerzen oder einschließender Schmerz – Blitz – Hexenschuss [bereits im Lernkonzerttext erwähnt]). Die PartnerInnen/Gruppen werden aufgefordert, gemeinsam eine kurze pantomimische Szene zu erarbeiten, in der sie das vorgegebene Adjektiv mithilfe der Gebärden darstellen. Nach einer Vorbereitungsphase stellt jede Gruppe ihre kleine Szene vor und die anderen raten, um welches der Adjektive (die an der Tafel aufgeschrieben sind) es gerade geht.</p> <p>→ Erweiterungsvorschlag: Genauso gut funktioniert dieses Spiel mit ganzen Sätzen zur Beschreibung der einfachen Beschwerden (vgl. BÖSCHEL, GIERSBERG, HÄGI 2010: 47).⁴⁶ Dabei erhalten die IKT jeweils einen Zettel mit Sätzen wie z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ ‘Ich habe Hals-/Kopf-/Rücken-/Ohren-/Bauch-/ Zahnschmerzen.’ ♦ ‘Mein Arm/Fuß tut weh./Meine Augen tun weh.’ ♦ ‘Ich habe Schnupfen/Husten/Fieber.’ ♦ ‘Ich habe eine Erkältung/Grippe.’ ♦ ‘Mein Bein ist gebrochen.’ <p>Aufgrund einer größeren Auswahl an möglichen Sätzen ermöglicht diese Spielvariante jedem/jeder Lernenden, dass er/sie sich eine kleine pantomimische Darstellung alleine ausdenken und diese im Plenum kurz präsentieren kann.</p>	
<p>✓ Übung zum Verlauf des APGs und zur Lexik über die Schmerzbeschreibung (Schmerzqualität; -lokalität; -dauer) (vgl. BÖSCHEL, GIERSBERG, HÄGI 2010: 52; abgewandelt durch D. K.)</p>	<p>✓ Übung zum Verlauf des APGs → Ziel: Festigung des Wissens über die Etappen und die lexikalischen Merkmale des APGs</p>

⁴⁶ Es wäre auch möglich, den Lernenden anstatt der Sätze Bilder von Menschen, die verschiedene Beschwerden mittels typischer Mimik und Gestik zum Ausdruck bringen, zur Verfügung zu stellen (vgl. FIRNHABER-SENSEN, RODI 2009: 39; s. Anhang - Teil F).

<p>→Ziel: Die Lernenden mit dem Verlauf eines APGs vertraut zu machen und die lexikalischen Mittel zur Schmerzbeschreibung zu festigen.</p> <p>→Sozialform: Partner und Gruppenarbeit</p> <p>→Vorgehensweise:</p> <p>1) Die IKT suchen sich einen Partner/eine Partnerin mit dem/der sie aufgeteilt in Rollen den Lernkonzerttext vorlesen. Diese rezeptive Phase lässt die Lernenden unbewusst die im Text vorhandene Lexik und die einzelnen Gesprächsschritte wiederholen und bereitet sie somit auf den darauffolgenden produktiv orientierten Übungsteil vor.</p> <p>2) Die Lernenden werden von der Lehrkraft in 4 Gruppen (A, B, C, D) eingeteilt (am besten durch Losverfahren). Die Gruppen erhalten ein Blatt Papier mit zwei Oberbegriffen: ‘Einen Termin beim Arzt/bei der Ärztin machen‘ sowie ‘Im Sprechzimmer‘, unter denen sich einige Schlüsselwörter für die typischen Sprechhandlungen in den beiden Bereichen befinden wie:</p> <p>‘Einen Termin machen‘:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Begrüßung, Name ♦ Termin ♦ Am..., um... ♦ Ja/nein; früher/später ♦ Welche Dokumente? ♦ Abschied <p>‘Im Sprechzimmer‘:</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Begrüßung ♦ Was/Wie/Wo/Seit wann tut es weh? ♦ Diagnose (Welche Krankheit?) ♦ Ratschlag⁴⁷/Rezept ♦ Abschied <p>Unter Zuhilfenahme des in der ersten Phase der Übung rezipierten Lernkonzerttextes und den</p>	<p>→Sozialform: Gruppenarbeit + Plenum</p> <p>→Vorgehensweise:</p> <p>1) Im Plenum: Die IKT erhalten von der Lehrkraft Information, dass sie einen Patienten/eine Patientin, einen Arzthelfer/eine Arzthelferin sowie einen Arzt/eine Ärztin erfinden sollten. Hierfür nennen sie zuerst deren Namen und dann ihre Eigenschaften (Geschlecht, Alter, Aussehen, Charaktermerkmale sowie die Beschwerden für den Patienten/die Patientin). Nachdem die drei Personen ‘konstruiert‘ wurden, gehen die IKT zum zweiten Übungsteil über.</p> <p>2) Die IKT bilden 3 Gruppen mit 4-5 Personen und erhalten von der Lehrkraft je nach Grad der Komplexität 2-3 Schlüsselphrasen, welche sich auf die Etappen des Handlungsfeldes ‘Gespräch mit dem Hausarzt/der Hausärztin‘ beziehen (insgesamt 6 Handlungsschritte):</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Am Telefon den Termin mit dem Arzthelfer/der Arzthelferin vereinbaren + Gespräch mit dem Arzthelfer/der Arzthelferin am Empfang ♦ Begrüßung bei dem Arzt/der Ärztin + der Patient/die Patientin spricht über die Beschwerden + Arzt/Ärztin stellt Fragen zu den Beschwerden und untersucht ♦ Arzt/Ärztin stellt Diagnose und verordnet Therapie + Arzt/Ärztin beendet das Gespräch <p>Die Aufgabe der IKT besteht darin, mithilfe des vorhandenen Lernkonzerttextes und eigener Ideen jeweils ein kurzes Rollenspiel zu einem dieser 3 Themenbereiche vorzubereiten. Sie spielen die kurzen Szenen nacheinander und erarbeiten mit Hilfe der Lehrkraft gemeinsam den Verlauf des APGs samt den wichtigen ‘Vorphasen‘ wie Terminvereinbarung am Telefon und Ge-</p>
--	---

⁴⁷ In den vorliegenden didaktischen Vorschlägen wurde bewusst auf die Entwicklung von Übungen zum Erteilen von Ratschlägen verzichtet, da diese Sprechhandlung in den meisten DaZ-Lehrwerken eingeübt wird.

<p>Ergebnissen von Übungen zur Schmerzbeschreibung sollen die Lernenden nun einen Dialog zu den vorgegebenen Bereichen mit den aufgelisteten Etappen verfassen. Sie schreiben diesen auf ein großes Blatt Papier auf und zerschneiden ihn (dabei müssen sie beachten, dass die Sinneinheiten nicht voneinander getrennt werden). Die vermischten Papierstreifen werden einer anderen Gruppe nach dem Prinzip: A→B; B→C; C→D; D→A weitergereicht und sollten nun in die richtige Reihenfolge gebracht werden. Danach lesen jeweils zwei Personen aus jeder Gruppe den neu zusammengesetzten Dialog vor und die ExpertInnengruppe, welche diesen Dialog verfasste, gibt Feedback, ob alle Teile korrekt zugeordnet wurden.</p>	<p>sprach am Empfang.</p>
<p>✓ Übung zum Stellen strategischer Fragen zur ‘Beseitigung’ der Wissenslücken von PatientInnen</p> <p>→Ziel: Durch die Rezeption ausgewählter Passagen des Lernkonzerttextes zu den Fragen der Patientin an den behandelnden Arzt sollen sich die IKT deren Funktion bewusst werden und sie im Gespräch aktiv nutzen können.</p> <p>→Sozialform: Einzel- und Partnerarbeit sowie Plenum</p> <p>→Vorgehensweise:</p> <p>1) Die Lernenden markieren zuerst im Lernkonzerttext diejenigen Stellen, welche sich auf die Fragen der behandelten Patientin beziehen. Nachdem sie markiert wurden, sollten die IKT kurz alleine überlegen, welchem Zweck diese in einem APG dienen. In einem anschließenden Plenumgespräch, welches in einem Stuhlkreis stattfinden sollte, tauschen sie ihre Ideen aus.</p> <p>2) Nachdem die Funktion der Fragen aus dem Lernkonzerttext geklärt wurde (d. h. die ‘Beseitigung’ der Wissenslücken der PatientInnen durch Bitte um Wiederholung oder Erklärung) arbeiten die IKT zu zweit. Jetzt sollen sie sich gegenseitig</p>	<p>✓ Übung zur Festigung der Abläufe und der Lexik beim APG: Rollenspiel</p> <p>→Ziel: Durch einen spielerischen Umgang mit dem Handlungsfeld APG wiederholen die Lernenden den Ablauf sowie die charakteristischen Redemittel eines Gesprächs mit dem Hausarzt/der Hausärztin.</p> <p>→Sozialform: Partnerarbeit und Plenum</p> <p>→Vorgehensweise:</p> <p>Aufbauend auf dem Wissen zum Verlauf eines ‘klassischen’ APG und den eingeübten Redemitteln sollten diese beiden Elemente in ein Ganzes gebracht und in Form eines Rollenspiels gefestigt werden. In dieser Übung müssen sich Lernende in die Rolle eines ‘schwierigen’ Arztes/einer ‘schwierigen’ Ärztin und in die Rolle eines ‘schwierigen’ Patienten/einer schwierigen Patientin hineinversetzen. Hierfür lösen die IKT jeweils eine Karte, die entweder blau oder lila ist. Alle ‘lila’ IKT spielen den Arzt/die Ärztin, alle ‘blauen’ IKT setzen sich mit der Patientenrolle auseinander. Auf einem Tisch im Raum befinden sich drei blaue Stapeln mit kleinen Zetteln für ‘PatientInnen’, unter denen Hinweise zu deren Inhalt stehen:⁴⁸ 1. Stapel→ Patient/Patientin; 2. Sta-</p>

⁴⁸ Beispiele hierfür befinden sich im Anhang (Teil F).

strategische Fragen stellen (z. B.: **Wiederholung:** Ich habe dich/Sie leider nicht verstanden. Könntest du/könnten Sie das bitte wiederholen? **Erklärung:** Was bedeutet das? Was meinst du/meinen Sie damit? usw.), welche sie in zwei kurze Dialoge zwischen einem Patienten/einer Patientin und einem Arzt/einer Ärztin einbetten (damit jeder/jede Lernende die Rolle des fragenden Patienten/der fragenden Patientin einnehmen kann).

pel→ Beschwerde; 3. Stapel→ Eigenschaften. Am Tisch nebenan ist ein Stapel ausschließlich für alle ‘ÄrztInnen‘ platziert, wo wiederum kleine Zettel mit dem Hinweis Eigenschaften liegen. Durch die Einführung der Kategorie Eigenschaften, welche mittels witziger Attribute die Verhaltensweise der Lernenden beeinflussen sollte, gewinnt dieses Rollenspiel einen unterhaltenden Charakter und lässt eine sonst ‘trockene‘ Übung interessanter werden. Die ‘PatientInnen‘ nehmen von jedem blauen Stapel einen Zettel, die ÄrztInnen nur einen lila Zettel. Es werden Paare gebildet und gebeten, ein kurzes APG vorzubereiten, welches nicht nur die formalen Kriterien⁴⁹ hinsichtlich der Verlaufsetappen aber auch die spezifischen ausgelosten Angaben erfüllen sollte. Nach einer Vorbereitungszeit werden die Ergebnisse im Plenum präsentiert.

→ **Erweiterungsvorschlag:**

Anschließend wäre es denkbar, in einem Stuhlkreis ein Gespräch zu dem ‘idealen‘ Arzt/der ‘idealen‘ Ärztin und dem ‘idealen‘ Patienten/der ‘idealen‘ Patientin einzuleiten. Aufbauend auf der Wahrnehmung der Lernenden mit einem ‘schwierigen‘ Gesprächspartner/einer ‘schwierigen‘ Gesprächspartnerin (mögliche Fragen: Wie fanden Sie das Gespräch? Hat Sie dabei etwas gestört?) sollte darüber diskutiert werden, welche Voraussetzungen für ein gelungenes APG notwendig sind (mögliche Fragen: Wie sollten sich Ihrer Meinung nach beide AkteurInnen [ÄrztInnen und PatientInnen] benehmen? Worauf müssen ÄrztInnen und PatientInnen in einem Arzt-Patienten-Gespräch achten, damit es gelingt?).

⁴⁹ Die erforderlichen Kriterien werden von der Lehrkraft an die Tafel geschrieben:

- ♦ Begrüßung
- ♦ Problem (Was/Wie/Wo/Seit wann tut es weh?)
- ♦ Diagnose (Welche Krankheit?)
- ♦ Ratschlag/Rezept
- ♦ Abschied

5.3.3 Themenunabhängige Elemente: Raumgestaltung, Musikeinsatz und Entspannungsübungen

Obwohl das suggestopädische Lernkonzert mit anschließender Aktivierungsphase als das ‘Herzstück‘ der Informationsvermittlung im IK betrachtet wird, kann dieses seine volle Wirkungskraft nur in Verbindung mit drei weiteren suggestopädischen Mitteln entfalten. Dazu gehört die **Gestaltung des Raumes**, in dem die Lernenden nicht nur neues Wissen erwerben, sondern sich auch während der Pausen auf- und unterhalten. Die Tatsache, dass ein regulärer IK ca. 660 Unterrichtsstunden zählt und i. d. R. täglich ca. 5 Stunden dauert verdeutlicht Folgendes: Die Teilnehmenden verbringen mehrere Monate in ein und demselben Raum. Klassische Sitzordnung in Reihen, eine lieblos aufgehängte Deutschlandkarte und Geräusche von einer nah gelegenen Straße sind kein Ambiente, welches bei den Lernenden die Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen, fördert und einen entspannten Lernzustand herbeiführt. Die Suggestopädie plädiert für einen bewussten Umgang der Lehrkraft mit dem Raum, in dem die Lernergruppe ihrem oft anstrengenden Alltag entkommt und essenzielle Kompetenzen erwirbt, um ihn erfolgreich zu bewältigen. Zu einem bewussten Umgang gehört auch die Anordnung der Bänke und Stühle. Dabei gilt das Prinzip ‘Es gibt keine feste Sitzordnung!’ Denn der Spracherwerb ist ein Prozess, den sich am besten in einer ‘aktiven‘ Umgebung stimulieren lässt. So können Tische bei der Gruppenarbeit im gesamten Raum verteilt werden, damit jede Gruppe einen separaten Lernbereich hat und von der Lehrkraft individuell angesprochen werden kann. Bei einem Plenumgespräch werden Bänke U-förmig geordnet, sodass jeder mit jedem Teilnehmenden mühelos in Kontakt treten kann. Wenn eine solche Umstellung im Raum nicht möglich ist, lässt sich eventuell die Stuhlordnung ändern: So kann man die Stühle in einer Reflexionsphase zu einem bestimmten Thema z. B. kreisförmig stellen. Dies, genauso wie die U-förmige Sitzordnung, vermittelt auf der unbewussten Ebene („Desuggestion“ SPALLEK 2006: 100): ‘Wir sind alle gleich wichtig‘ und fördert die Interaktion der IKT untereinander. Neben der Sitzordnung spielt die Wandgestaltung ebenfalls eine wichtige Rolle. Denn es ist eine Raumfläche, welche während des Unterrichts und der Pausen intensiv, wenn auch oft unbewusst, wahrgenommen wird. Das Angebrachte gilt als „peripher wahrgenommenes Material“ und kann z. B. „[...] graphische Illustrationen, Poster und Karten die eine verwobene Mischung aus Informationen und bildhaften Reizen enthalten“ umfassen (RIEDEL 2000: 232ff.; LOZANOV 2005: 91). Das ausschlaggebende Prinzip heißt hier: ‘Passe das Material den Bedürfnissen deiner Lernenden an!’. Das bedeutet eine regelmäßige Aktualisierung (vgl. LUESCHER o. J.). Das kürzlich im Unterricht behandelte grammatische Phänomen gehört genauso an die am meisten wahrgenommene Wand wie andere Poster und Bilder auch,

welche auf Wunsch der IKT hin ihren Platz finden. Es sollte jedoch darauf geachtet werden, dass der Raum nicht mit aufgehängten Lernhilfen ‘zugekleistert‘ wird:

The classroom should not be cluttered with too many posters and unnecessary objects, otherwise we don't see them" (ebd.).

Neben der wechselnden Sitzordnung und der spezifischen Wandgestaltung können zusätzliche Mittel zur Förderung eines positiven Lernklimas verwendet werden wie z. B. frische Blumen, welche einem Raum einen gewissen ‘Gemütlichkeitsfaktor‘ verleihen.

Eine besondere Rolle unter den unterrichtsunabhängigen suggestopädischen Mitteln spielt der **Musikeinsatz**. Dies hängt mit der wissenschaftlichen Fundierung der Suggestopädie im Bereich der Hirnforschung zusammen. Hier wurde bereits frühzeitig bestätigt, dass bei der Verarbeitung von Musik viele für das Lernen verantwortliche Gehirnregionen aktiviert werden. Bei den meisten Menschen aktiviert harmonische Musik besonders die rechte Hemisphäre, die auch als „emotional und kreativer Bereich“ bezeichnet wird (QUAST 2005: 19). Weiterhin werden das limbische System, welches mit den Hörnerven verbunden ist und folglich körperliche, emotionale sowie kognitive Prozesse beeinflusst, und der Hippocampus aktiviert, der die Aufgabe besitzt, die Gedächtnisspur zu formieren (vgl. ebd., 43). Die Stimulation einer solchen Vielzahl von Zentren erklärt, warum Musikhören immer Emotionen auslöst und unser Hormonhaushalt, das vegetative Nervensystem, der Puls und der Herzschlag beeinflusst werden (ebd., 43). Gleichzeitig unterstützt sie auf wissenschaftlicher Ebene die Erfahrung, dass sich Musik positiv auf den Gedächtnisprozess auswirkt. Man vermutet sogar, das limbische System sei eine Art Schaltzentrale. Dort, so eine These, würden Informationen, die von starken Emotionen begleitet sind (z. B. hervorgerufen durch Musik), in das Langzeitgedächtnis aufgenommen (vgl. ebd., 43).

Für eine erfolgreiche Informationsaneignung, -speicherung sowie den erfolgreichen Abruf von Gelerntem sollten sprachliche und musikalische Stimuli (v. a. harmonische Musik wie bei dem suggestopädischen Lernkonzert – vgl. Kapitel 5.3.2) im Unterricht gleichzeitig präsentiert werden, denn „[...] bei einem Großteil der Menschen [wird] die linke Hemisphäre durch die sprachlichen Stimuli und die rechte Hemisphäre durch die Musik aktiviert“ (ebd., 49). Ferner wirkt sich der Musikeinsatz auch positiv auf das non-verbale Lernen aus (vgl. ebd., 51):

- ♦ Musik regt als akustisches Medium die auditive Repräsentation des Gehörten an.
- ♦ Musik ruft bei ihren Rezipienten diverse Visualisierungen und bildhafte Assoziationen hervor und übt somit einen Einfluss auf die visuelle Repräsentation von Informationen aus.
- ♦ Mit ihrem Rhythmus zeichnet sich Musik durch eine motorische Komponente aus, die deswegen als strukturierender Hintergrund von motorischen (Lern-) Aktivitäten zur Verwendung kommen kann.

Auch die Motivation der Lernenden lässt sich mithilfe geeigneter Musik fördern, indem sie ästhetisches Empfinden und angenehme Gefühle anregt. Der gezielte Einsatz von Musik zeitigt auf drei Ebenen seine Wirkung, und zwar solche, die zugleich eine hohe Relevanz für die Zielgruppe der ZuwanderInnen besitzen (vgl. ebd., 50f.):

- ♦ Lernbarrieren in Form von Abwehr und Ängsten werden abgebaut.
- ♦ Eine anregende positive Lernatmosphäre wird geschaffen.
- ♦ Positive Erwartungshaltung und Lerneinstellung bei den Lernenden wird erzeugt.

In den IK kann Musik mit unterschiedlicher Funktion zur Anwendung kommen (ebd., 111f.). Am wichtigsten ist der Einsatz in der Lernkonzertphase, welche die Aufnahmefähigkeit des Gehirns im unbewussten Zustand der „entspannten Wachheit“ unterstützt⁵⁰ (ebd., 52). Musik motiviert die Lernenden durch ihre desuggerierende Wirkung, wenn sie diese bereits beim Betreten des Unterrichtsraumes wahrnehmen. Denn sie lässt die Suggestion entstehen: ‘Wo man Musik hören kann, da herrscht gute Stimmung und das Lernen fällt leichter‘ (vgl. MESSER, MASEMANN 2012: 80). Zudem eignet sie sich als entspannender Hintergrund in der Gruppen- und Einzelarbeit bei verschiedenen Übungen (ebd., 112). Mit ihrer Hilfe ist es während der Phase der Problembearbeitung in der Partner- bzw. Gruppenarbeit möglich, mehr Privatsphäre zu erzeugen, weil sie Nachbargespräche überlagert. Beim Brainstorming eignet sich die Hintergrundmusik zur Förderung des kreativen Denkens und der Ideenfindung. Im Verlauf von Rollen- und Lernspielen kann sie als aktivierende und auflockernde Untermalung benutzt werden (ebd.).

Der Abbau negativer Suggestionen kann in den IK auch durch den Einsatz von **Entspannungsübungen** unterstützt werden. Die Lernenden können ähnlich wie unter Musik abschalten und ihre Sorgen zumindest für eine kurze Zeit ausblenden (ebd., 119). Zu beachten ist dabei, dass die Teilnahme an solchen Übungen aufgrund des fehlenden Bezugs zur Stoffver-

⁵⁰ Welche Musik hierfür besonders geeignet ist, wird im Kapitel 5.3.1 erörtert.

mittlung bei manchen IKT auf Misstrauen stoßen kann. Hier ist es wichtig, zuerst Vertrauen zu den Lernenden herzustellen und mit ihnen offen über die positive Wirkung solcher Übungen zu sprechen. Ebenfalls notwendig ist es, den freiwilligen Angebotscharakter dieser Entspannungsübungen zu thematisieren, denn das Gefühl, gezwungen zu werden, wirkt sich negativ auf das Befinden und somit auf den gesamten Lernprozess der IKT aus.

Eine sehr gute Möglichkeit zur Entspannung bietet die sog. „Fantasiereise“ (ADAMS 2013; QUAST 2005: 141), welche bei entsprechender sprachlicher Vorbereitung der IKT sowohl für DeutschanfängerInnen als auch für Fortgeschrittene geeignet ist. Fantasiereise ist eine geleitete Entspannungsübung, dank der die IKT im Unterricht – v. a. zu Beginn – besser ankommen, Kraft schöpfen und sich konzentrieren können. Diese Übung ist in 3 Teile gegliedert, die im Folgenden kurz erläutert werden (QUAST 2005: 141f.):

1) **Einleitungs- und Entspannungsphase**

[Die Lehrkraft] spielt für einige Sekunden entspannende Musik und bittet die Teilnehmer sich bequem hinzusetzen oder zu legen. Die Augen können geschlossen bleiben. Dann trägt der Kursleiter entspannungsauslösende Suggestionen vor (z. B. ‘Sie spüren/Du spürst immer mehr, wie Ruhe durch Ihren/deinen Körper fließt’).

2) **Hauptteil (eigentliche Fantasiereise)**

[...] der Kursleiter [trägt] den Text der Fantasiereise vor. [...] Wichtig ist der langsame Vortrag entsprechend dem Rhythmus und der Dynamik der Hintergrundmusik.

3) **Phase des Zurücknehmens vom Entspannungszustand**

Der Kursleiter trägt in diesem Teil der Übung Instruktionen vor, die die Teilnehmer aus dem Entspannungszustand zurückholen sollen (‘Und ganz allmählich tauchen Sie/tauchst du wieder auf, kommen Sie/kommst du zurück in die Realität’ [...]).

Ein Auszug aus der Fantasiereise „Sommerwind“ gewährt einen Einblick in die spezifische Auswahl sprachlicher Mittel,⁵¹ welche durch das Ansprechen einer Vielzahl von Sinneskanälen eine entspannende und die Vorstellungskraft anregende Atmosphäre entstehen lassen (ADAMS 2013: 95f.):

Stelle dir in deiner Fantasiewelt einen wunderschönen Strand vor.

Du bist allein an diesem Strand und das Wetter ist traumhaft schön.

Das Meer, das in sanften und gleichmäßigen Wellen am Ufer ankommt, ist ruhig und fast glatt.

⁵¹ Hinweise zur sprachlichen Gestaltung von Fantasiereisen befinden sich bei Quast (2005: 142).

Fühle dich ganz in diese Szene ein.
Erinnere dich an das Gefühl, barfuß im Sand zu laufen,
und wie sich Sonne auf der Haut anfühlt.
Versuche dir vorzustellen, wie es am Meer riecht,
wie ein Hauch von Salz schmeckt.
Höre die Geräusche, die am Meer wahrzunehmen sind: das leise Rauschen
des Sommerwindes, das sanfte Plätschern der sanften Wellen.
Erinnere dich, wie es sich anfühlt, wenn dir ein leichter Wind
durch die Haare weht und über deine Haut streicht [...].

Aufgrund zeitlicher Einschränkungen in den IK sollten v. a. kurze Texte ausgewählt bzw. vorhandenen Texte – wie z. B. bei ADAMS (2013) – gekürzt werden, sodass das Vorlesen nicht länger als 10 Minuten dauert. Als weitere Entspannungsübungen mit wenig Zeitaufwand können bspw. Atemübungen, progressive Muskelrelaxation oder einfache Bewegungssequenzen zu aktivierender Musik verwendet werden (vgl. QUAST 2005: 121ff.).

6. Ausblick und Fazit

In der vorliegenden Arbeit konnte exemplarisch gezeigt werden, dass die bestehenden kommunikativen Bedürfnisse von ZuwanderInnen im Bereich der APG keinen Eingang in die Kann-Beschreibungen des Rahmencurriculums für die IK gefunden haben. Daraus ergeben sich Defizite in der lexikalisch-thematischen Ausgestaltung der DaZ-LW für Erwachsene, da weder der spezifische Verlauf eines APGs noch die sprachlichen Mittel zur Beschreibung eigener Schmerzen oder die Sprechhandlung ‘Bitten um Erklärung bzw. Wiederholung‘ thematisiert und gezielt eingeübt werden. Dieser Mangel an Handlungskompetenz in der Verständigung mit ÄrztInnen wirkt sich negativ auf die verordneten Therapiemaßnahmen aus, was in der Häufung von Phänomenen wie Polypragmasie, Doctor Hopping oder Fehldiagnose seinen Ausdruck finden. Um unter Berücksichtigung der spezifischen emotionalen Bedürfnisse der MigrantInnen die komplexen Interaktionen rund um den Hausarztbesuch einzuüben, wurde ein spezielles didaktisches Konzept – die Suggestopädie – vorgeschlagen. Wie die skandinavischen IK zeigen, lässt sie sich mit großem Erfolg in der Arbeit mit Zuwandernden einsetzen und sollte deswegen auch hierzulande im DaZ-Kontext mehr Anerkennung finden. Denn die Suggestopädie leistet einen bedeutenden Beitrag zur Förderung eines anregenden und entspannenden Unterrichtsklimas, wodurch sie eine den ‘Akkulturationsstress lindernde‘ Wirkung entfaltet. Durch den Einsatz des Lernkonzerts mit dem speziellen Lernkonzerttext vermag sie, sprachlich elaborierte Themengebiete wie medizinische Versorgung auf eine ein-

prägsame sowie nachhaltige Art und Weise zu behandeln und erfüllt somit das Ziel der IK nach Nachhaltigkeit des Gelernten. Indem die Lehrenden zu dieser neuen Methode in ihren ‘Methodenkoffer’ greifen, helfen sie bei ihren Lernenden, die Ressourcen zur Alltagsbewältigung zu stärken. Bei Anwendung suggestopädischer Methode kann die Angst der Lernenden vor kommunikativ elaborierten Handlungsfeldern – wie das ärztliche Gespräch – allmählich abgebaut werden. Durch eine ausdifferenzierte Auseinandersetzung mit dem Lernstoff wird das Gefühl gestärkt, handlungsfähig zu sein. Auf diesem Wege befreien sich die ZuwanderInnen allmählich aus dem Zustand der „zweiten Sozialisation“ (RAHRAKSHAN 2007: 24) und identifizieren sich zunehmend mit der deutschen Gesellschaft.

Die Förderung der Mitteilungsfähigkeit in den IK ist jedoch nicht die alleinige Lösung, um bestehende Mängel in der Gesundheitsversorgung der MigrantInnen zu beseitigen. Besonders in jenen Handlungsfeldern, die eine starke kommunikative Asymmetrie zwischen den beteiligten AkteurInnen aufweisen, wie bspw. in den hier fokussierten APG, müssen auch die über mehr Fachwissen verfügenden KommunikationspartnerInnen für die Situation sensibilisiert werden. Denn ohne eine zugewandte, patientennahe Kommunikation vonseiten der Ärztinnen und Ärzte lässt sich keine gemeinsame Verständigungsebene zwischen den PatientInnen und dem medizinischen Personal finden. Nur „[...] durch eine behutsame, respektvolle Gesprächseröffnung, ein kommunikationsförderndes Setting und einen dem sprachlichen Niveau des Patienten angepassten Sprachstil [...]“ können PatientInnen ermutigt werden, ihr Anliegen dem Arzt/der Ärztin gegenüber vorzubringen, ohne dass sie sich überfordert oder nicht ernst genommen fühlen (vgl. KNIPPER, BILGIN 2009: 73). Die immer kürzer werdende Zeit, die für ein ärztliches Gespräch zur Verfügung steht, erschwert einen solchen veränderten ärztlichen Zugang zu PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. Bezug nehmend auf die Meinung erfahrener PraktikerInnen im Gesundheitswesen wagt Menz sogar die These, dass „[...] nicht so sehr kulturelle [und sprachliche] Unterschiede als vielmehr mangelnde Zeit für Gespräche das größte Problem der MigrantInnen auf dem Weg der Partizipation [...]“ ist (vgl. MENZ 2013: 22). Die Aufhebung der Unmündigkeit von ZuwanderInnen in ihrer Rolle als Patient kann also nur im Zusammenspiel von zwei Bereichen erreicht werden. Zum einen ist es notwendig, die IK v. a. durch die Einbindung suggestopädischer Unterrichtsmittel bedarfsorientierter und in didaktisch verbesserter Form zu gestalten. Zum anderen ist es erforderlich, ein verändertes Verständnis von gesundheitlicher Betreuung zu entwickeln, in der nicht die Quantität der Untersuchten, sondern die Qualität der Untersuchung – unabhängig von Sprachkenntnissen der Behandelten – an erster Stelle steht.

7. Quellenverzeichnis

- ADAMS**, Stefan (2013): *Neue Fantasiereisen*. Entspannende Übungen für Jugendarbeit und Erwachsenenbildung. München: Don Bosco.
- BADE**, Klaus Jürgen (2007): *Levitiden lesen. Migration und Integration in Deutschland; Abschiedsvorlesung mit Grußworten und ausgewähltem Schriftenverzeichnis*, <http://www.imis.uni-osnabrueck.de/pdf/iles/imis31.pdf> (STAND: 16.11.2013).
- BAMF** (2008): *Sprachliche Bildung für Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Vorschläge zur Weiterentwicklung*. Ergebnisbericht der Arbeitsgruppen des Bundesweiten Integrationsprogramms nach § 45 Aufenthaltsgesetz im Handlungsfeld sprachliche Bildung, http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/ErgebnBericht_SprachBildung.pdf?__blob=publicationFile (STAND: 16.11.2013).
- BAMF** (2013): *Liste der zugelassenen Lehrwerke für den Integrationskurs*, <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationskurse/Lehrkraefte/liste-zugelassener-lehrwerke.html> (STAND: 16.11.2013).
- BAUER**, Edi (2006): „Das erste oder aktive Lernkonzert“. In: GRÖTZEBAH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis*. Offenbach: GABAL, 44–49.
- BERMEJO**, Isaac/WOLFF, Alessa von (2009): *Gesundheitliche Versorgung von MigrantInnen und transkulturelle Psychologie*, http://www.migration-boell.de/web/integration/47_2103.asp (STAND: 16.11.2013).
- BERRY**, John W./POORTINGA, Ype H./SEGALL, Marshall H./DASEN, Pierre R. (2007): *Cross-cultural psychology. Research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- BLÜMCKE**, Karen (2006): „Trainerpersönlichkeit und Lernatmosphäre“. In: GRÖTZEBAH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis*. Offenbach: GABAL, 95–97.
- BMJ** (2004): *Verordnung über die Durchführung von Integrationskursen für Ausländer und Spätaussiedler*, <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/intv/gesamt.pdf> (STAND: 16.11.2013).
- BÖSCHEL**, Claudia/GIERSBERG, Dagmar/HÄGI, Sara (2010): *Ja genau! Kurs- und Übungsbuch A1/2*. Berlin: Cornelsen.

- BREDELLA, LOTHAR** (1999): „Entwicklung von Lehr- und Lernmaterialien: Ein notwendiges Übel? In: BAUSCH, Karl-Richard/CHRIST, Herbert/KÖNIGS, Frank G./KRUMM, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Die Erforschung von Lehr- und Lernmaterialien im Kontext des Lehrens und Lernens fremder Sprachen. Arbeitspapiere der 19. Frühjahrskonferenz zur Erforschung des Fremdsprachenunterrichts*. Tübingen: Narr (Giessener Beiträge zur Fremdsprachendidaktik), 35–40.
- BREITSAMETER, Anna/GLAS-PETERS, Sabine/KOCH, Elke/PUDE, Angela** (¹2014): *Menschen hier A2.1*. Ismaning: Hueber.
- BUHLMANN, Rosemarie/ENDE, Karin/KAUFMANN, Susan/KILIMANN, Angela/SCHMITZ, Helen** (2007): *Rahmencurriculum für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache*, <http://www.goethe.de/lhr/prj/daz/inf/rcc/de2518932.htm> (STAND: 16.11.2013).
- BÜNDNIS ENTWICKLUNG HILFT** (2013): *Welt-Risiko-Bericht 2013 Schwerpunkt: Gesundheit und medizinische Versorgung*, http://www.welthungerhilfe.de/fileadmin/user_upload/Themen/Konflikte_Katastrophen/WeltRisikoBericht_2013.pdf (STAND: 16.11.2013).
- BUNGE, Christiane** (2004): *Zum Mythos des „Mittelmeer-Syndroms“ – zur Bedeutung von Kultur und Migration auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten*, http://www.agem-ethnomedizin.de/download/Christiane_Bunge_Mittelmeersyndrom.pdf (STAND: 16.11.2013).
- DEMMIG, Silvia/KAUFMANN, Susan** (2010): „Das Rahmencurriculum für die Integrationskurse“. In: CHLOSTA, Christoph/JUNG, Matthias (Hrsg.): *DaF integriert. Literatur - Medien - Ausbildung; 36. Jahrestagung des Fachverbandes Deutsch als Fremdsprache an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen (Materialien Deutsch als Fremdsprache), 325–334.
- DERNBACH, Andrea** (2006): „*Wir sind kein Einwanderungsland*“ - Politik - Tagesspiegel, <http://www.tagesspiegel.de/politik/wir-sind-kein-einwanderungsland/783936.html> (STAND: 16.11.2013).
- DRUMM, Julia** (Hrsg.) (2007): *Methodische Elemente des Unterrichts*. Sozialformen, Aktionsformen, Medien. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- EGGERTH, Donald. E./FLYNN, Michael A.** (2013): „Immigration: Implikationen für Stress und Gesundheit“. In: GENKOVA, Petia/RINGEISEN, Tobias/LEONG, Frederick (Hrsg.): *Handbuch*

Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven. Wiesbaden: Springer VS, 343–360.

- EHLICH**, Konrad (2007): *Recherche und Dokumentation hinsichtlich der Sprachbedarfe von Teilnehmenden an Integrationskursen DaZ im Rahmen des Projektes des Goethe-Instituts zur Erstellung eines Rahmencurriculums für Integrationskurse*, http://www.goethe.de/lhr/prj/daz/pro/InDaZ_Recherche.pdf (STAND: 16.11.2013).
- EVANS**, Sandra/PUDE, Angela/SPECHT, Franz (2012): *Menschen A1.* Deutsch als Fremdsprache. Ismaning: Hueber.
- FANDRYCH**, Christian/THURMAIR, Maria (2011): *Textsorten im Deutschen: Linguistische Analysen aus sprachdidaktischer Sicht.* Tübingen: Stauffenburg-Verlag (Stauffenburg-Linguistik).
- FIRNHABER-SENSEN** Ulrike/RODI, Margarete (2009): *Deutsch im Krankenhaus neu.* Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte. Berlin: Langenscheidt.
- FUNK**, Hermann (2004): „Qualitätsmerkmale von Lehrwerken prüfen – ein Verfahrensvorschlag“. In: *Babylonia* 3, 41–47.
- GROH**, Werner (2006): „Gehirnforschung und Suggestopädie“. In: GRÖTZEBACH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis.* Offenbach: GABAL, 26–30.
- GRÖSCHKE**, Daniela (2013): „Kompetenzen im Umgang mit Stress in interkulturellen Settings“. In: GENKOVA, Petia/RINGEISEN, Tobias/LEONG, Frederick (Hrsg.): *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven.* Wiesbaden: Springer VS, 473–488.
- GRÖTZEBACH**, Claudia (Hrsg.) (2006): *Trainieren mit Herz und Verstand.* Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis. Offenbach: GABAL.
- HABERSACK**, Charlotte/PUDE, Angela/SPECHT, Franz (¹2013): *Menschen A2.* Ismaning: Hueber.
- HAN**, Petrus (³2010): *Soziologie der Migration.* Erklärungsmodelle, Fakten, Politische Konsequenzen, Perspektiven. Stuttgart: Lucius & Lucius (UTB Soziologie).

- HARTKOPF**, Dorothea (2010): *Der Orientierungskurs als neues Handlungsfeld des Faches Deutsch als Zweitsprache*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann (Sprach-Vermittlungen; 6).
- HARTMARK**, Lisa (2010): *A Norwegian language course that works! – Customized programs produce results*, <http://www.resettlement.eu/news/norwegian-language-course-works-%E2%80%93-customized-programs-produce-results> (STAND: 16.11.2013).
- HAUSSCHILD**, Christoph/HOFFMANN, Erika (2009): „Die Integrationskurse des Bundes – Bilanz und Weiterentwicklung“. In: HUNSTIGER, Agnieszka/KOREIK, Uwe (Hrsg.): *Chance Deutsch. Schule - Studium - Arbeitswelt; 34. Jahrestagung des Fachverbandes Deutsch als Fremdsprache 2006 an der Leibniz Universität Hannover*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 35–40.
- HERITAGE**, John/MAYNARD, Douglas W. (Hrsg.) (2006): *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press (Studies in interactional sociolinguistics; 20).
- HERTLEIN**, Margit (2006): „Brauchen wir die Suggestopädie?“. In: GRÖTZEBAACH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis*. Offenbach: GABAL, 10–15.
- KEIM**, Lucrecia (1994): „Kriterien für die Beurteilung der Authentizität von Lehrwerktexten“. In: KAST, Bernd/NEUNER, Gerhard (Hrsg.): *Zur Analyse, Begutachtung und Entwicklung von Lehrwerken für den fremdsprachlichen Deutschunterricht*. Berlin: Langenscheidt (Fremdsprachenunterricht in Theorie und Praxis), 162–179.
- KNIPPER**, Michael/BILGIN, Yasar (2009): *Migration und Gesundheit*. Sankt Augustin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- KOCH**, Elke/REIMANN, Monika/PUDE, Angela/GLAS-PETERS, Sabine (¹2013): *Menschen hier A1. Deutsch als Zweitsprache*. Ismaning: Hueber.
- KOHL**, Helmut (1991): *Regierungserklärung zur 12. Wahlperiode des Deutschen Bundestages 30. Januar 1991*. Auszug betreffend Europa und die Europäische Integration, http://helmut-kohl.kas.de/index.php?menu_sel=17&menu_sel2=&menu_sel3=&menu_sel4=&msg=609 (STAND: 16.11.2013).

- KRÖNER-HERWIG**, Birgit/FRETTLÖH, Jule/KLINGER, Regine/NILGES, Paul (Hrsg.) (2011): *Schmerzpsychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- KRUMM**, Hans-Jürgen (1994a): „Stockholmer Kriterienkatalog“. In: KAST, Bernd/NEUNER, Gerhard (Hrsg.): *Zur Analyse, Begutachtung und Entwicklung von Lehrwerken für den fremdsprachlichen Deutschunterricht*. Berlin: Langenscheidt (Fremdsprachenunterricht in Theorie und Praxis), 100–105.
- KRUMM**, Hans-Jürgen (1994b): „Zur Situation der Lehrwerkkritik und Lehrwerkforschung Deutsch als Fremdsprache“. In: KAST, Bernd/NEUNER, Gerhard (Hrsg.): *Zur Analyse, Begutachtung und Entwicklung von Lehrwerken für den fremdsprachlichen Deutschunterricht*. Berlin: Langenscheidt (Fremdsprachenunterricht in Theorie und Praxis), 23–28.
- KRUMM**, Hans-Jürgen (Hrsg.) (2010a): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache 1*. Ein internationales Handbuch. Berlin u. a: de Gruyter (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft).
- KRUMM**, Hans-Jürgen (2010b): „Lehrwerke im Deutsch als Fremd- und Deutsch als Zweitsprache-Unterricht“. In: KRUMM, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache 1. Ein internationales Handbuch*. Berlin u. a: de Gruyter (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft), 1215–1227.
- KUHS**, Katharina (2007): „Analyse von Lehrwerken für Integrationskurse“. In: KAUFMANN, Susan/ZEHNDER, Erich/VANDERHEIDEN, Elisabeth/FRANK, Winfried (Hrsg.): *Fortbildung für Kursleitende Deutsch als Zweitsprache*. Ismaning: Hueber, 156–214.
- LEHMANN**, Christiane (2010): *Mediating London*. Die britische Hauptstadt als landeskundliche Themeneinheit in Lehrbüchern für den Englischunterricht in der Sekundarstufe I ; Ein methodisch-didaktischer Beitrag zur Lehrwerkkritik. Heidelberg: Winter (Anglistische Forschungen).
- LOZANOV**, Georgi (2005): *Suggestopaedia – desuggestive teaching communicative method on the level of the hidden reserves of the human mind*,
<http://www2.vobs.at/ludescher/pdf%20files/SUGGESTOPAEDIA%20-%20book.pdf>
(STAND: 16.11.2013).
- LUDESCHER**, Franz (o. J.): *Brainfriendly Accelerated Language Learning*,
http://www2.vobs.at/ball-online/main_menu.htm (STAND: 16.11.2013).

- MADUBUKO**, Nkechi (¹2011): *Akkulturationsstress von Migranten*. Berufsbiographische Akzeptanzerfahrungen und angewandte Bewältigungsstrategien. Wiesbaden, Marburg: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- MEEUWESEN**, Ludwien/TWILT, Sione/TEN THJE, JAN D./HARMSSEN, Hans (2010): „'Ne diyor?' (What does she say?): Informal interpreting in general practice“. In: *Communication in Healthcare* 81, 198–203.
- MENZ**, Florian (Hrsg.) (2013): *Migration und medizinische Kommunikation*. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Göttingen: V & R unipress.
- MENZ**, Florian/SATOR, Marlene (2011): „Kommunikationstypologien des Handlungsbereichs Medizin“. In: HABSCHIED, Stephan (Hrsg.): *Textsorten, Handlungsmuster, Oberflächen. Linguistische Typologien der Kommunikation*. Berlin, New York: de Gruyter, 414–436.
- MESSER**, Barbara/MASEMANN, Sandra (2012): *Touch it*. Teilnehmer emotional berühren - der Schlüssel zum Trainingserfolg. Bonn: Manager Seminare-Verlag (Edition Training aktuell).
- NEUNER**, Gerhard (1994): „Lehrwerkforschung - Lehrwerkkritik“. In: KAST, Bernd/NEUNER, Gerhard (Hrsg.): *Zur Analyse, Begutachtung und Entwicklung von Lehrwerken für den fremdsprachlichen Deutschunterricht*. Berlin: Langenscheidt (Fremdsprachenunterricht in Theorie und Praxis), 8–22.
- NEUNER**, Gerhard (2007): „Lehrwerke“. In: BAUSCH, Karl-Richard/CHRIST, Herbert/KRUMM, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. Tübingen: Francke, 399–401.
- NEUNER**, Gerhard/KRÜGER, Michael/GREWER, Ulrich (⁹1994): *Übungstypologie zum kommunikativen Deutschunterricht*. Berlin, Wien u. a: Langenscheidt (Fremdsprachenunterricht in Theorie und Praxis).
- NILGES**, Paul/DIEZEMANN, Anke (2011): „Schmerzanamnese“. In: KRÖNER-HERWIG, Birgit/FRETTLÖH, Jule/KLINGER, Regine/NILGES, Paul (Hrsg.): *Schmerzpsychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 261-293.
- OTS**, Thomas (1994): „Arzt-Patienten-Kommunikation und Krankheitsbegriff - Transkulturelle Erfahrungen“. In: REDDER, Angelika/WIESE, Ingrid (Hrsg.): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 30–42.

- OVERLACH, Fabian** (2008): *Sprache des Schmerzes - Sprechen über Schmerzen*. Eine grammatisch-semantische und gesprächsanalytische Untersuchung von Schmerzausdrücken im Deutschen. Berlin u. a.: de Gruyter (Linguistik - Impulse und Tendenzen).
- QUAST, Ulrike** (¹2005): *Leichter lernen mit Musik*. Theoretische Prämissen und Anwendungsbeispiele für Lehrende und Lernende. Bern u. a.: Hans Huber.
- QUAST, Ulrike** (2006): „Funktionen und Verwendung von Musik in der Suggestopädie“. In: GRÖTZEBAACH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis*. Offenbach: GABAL, 77–80.
- RAHRAKSHAN, Mohammad** (2007): *Das psychische Befinden von iranischen Migranten in Deutschland*, http://ediss.sub.uni-hamburg.de/frontdoor.php?source_opus=3314 (STAND: 16.11.2013).
- RAZUM, Oliver/GEIGER, Ingrid/ZEEB, Hajo; RONNELENFITSCH, Ulrich** (2004): „Gesundheitsversorgung von Migranten“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101, 2882–2887.
- REDDER, Angelika** (1994): „Eine alltägliche klinische Anamnese“. In: REDDER, Angelika/WIESE, Ingrid (Hrsg.): *Medizinische Kommunikation. Diskurspraxis, Diskursethik, Diskursanalyse*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 171–198.
- RIEDEL, Katja** (²2000): *Persönlichkeitsentfaltung durch Suggestopädie*. Suggestopädie im Kontext von Erziehungswissenschaft, Gehirnforschung und Praxis. Baltmannsweiler: Schneider-Verlag Hohengehren (Grundlagen der Schulpädagogik).
- RIEDEL, Katja** (2006): „Die Entstehungsgeschichte der Suggestopädie“. In: GRÖTZEBAACH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis*. Offenbach: GABAL, 16–21.
- RUDDAT, Hartmut** (1994): „Aspekte des Kontrollverlusts bei Migranten“. In: CROPLEY, Arthur J. (Hrsg.): *Probleme der Zuwanderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 33–52.
- SCHÖN, Almut** (2012): *Arzt-Patienten-Gespräche als L2-L1-Kommunikation*. Eine Diskursanalyse zu Deutsch als Fremd- und Zweitsprache im Beruf. Frankfurt am Main u.a.: Peter Lang (Werkstattreihe Deutsch als Fremdsprache; 86).
- SCHRIMPF, Ulrike/BAHNEMANN, Markus** (2012): *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte*. Kommunikationstraining für Klinik und Praxis. Heidelberg: Springer.

- SPALLEK**, Rainer Alexander (2006): „Die Kraft der Suggestionen“. In: GRÖTZEBACH, Claudia (Hrsg.): *Trainieren mit Herz und Verstand. Einführung in die suggestopädische Trainingspraxis*. Offenbach: GABAL, 98–102.
- SPRANZ-FOGASY**, Thomas (2008): „Zur Analyse der Handlungsstruktur ärztlicher Gespräche mit Patienten“. In: *Health Communication* 3, 48–59.
- SÜLEYMANOVA**, Ruslana (¹2011): *Abbau der Sprechanxiety im Unterricht Deutsch als Fremdsprache*. Eine empirische Untersuchung am Beispiel der Integrationskurse. Berlin: Köster.
- SÜSSMUTH**, Rita (2001): *Zuwanderung gestalten, Integration fördern*. Bericht der Unabhängigen Kommission "Zuwanderung": 4. Juli 2001, http://www.bmi.bund.de/cae/servlet/contentblob/123148/publicationFile/9076/Zuwanderungsbbericht_pdf.pdf (STAND: 16.11.2013).
- USLUCAN**, Haci-Halil (2013): „Belastungen und Unterstützungspotenziale von Migranten“. In: GENKOVA, Petia/RINGEISEN, Tobias/LEONG, Frederick (Hrsg.): *Handbuch Stress und Kultur. Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS, 381–396.
- VESTER**, Frederic (1991): *Leitmotiv vernetztes Denken*. Für einen besseren Umgang mit der Welt. München: Heyne.
- VESTER**, Frederic (1996): *Denken, Lernen, Vergessen. Was geht in unserem Kopf vor, wie lernt das Gehirn, und wann läßt es uns im Stich?* München: Deutsches Taschenbuch-Verlag.
- WEISS**, Regula (²2005): *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo (Sozialer Zusammenhalt und kultureller Pluralismus).
- YILDIRIM-FAHLBUSCH**, Yavuz (2003): „Türkische Migranten: Kulturelle Missverständnisse“. In: *Deutsches Ärzteblatt* 100, 1179–1181.
- ZEILER**, Joachim/ZARIFOGLU, Fuat (1997): „Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention“. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 43, 300–335.
- ZOUCH**, Rick/HUSTED, Gladys L. (2000): „The ethical dimensions of delivering culturally congruent nursing and health care“. In: *Issues in Mental Health Nursing* 21, 325–340.

Ergänzende Internetquellen:

- ♦ **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (Informationsmaterialien über die gesundheitliche Versorgung in Deutschland):
<http://www.bzga.de/infomaterialien/>
- ♦ **Ethnomedizinisches Zentrum in Hannover:**
<http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/>
- ♦ **Internetseite des norwegischen Verbandes für suggestopädisches Lehren:**
<http://www.suggestopedi.no/2013/05/18/opplaering/>
- ♦ **Internetseite der Onnenkeli Language School:**
<http://www.onnenkieli.fi/en/about-onnenkieli/awards-and-commendations>
- ♦ **Migrant Integration Policy Index:** <http://www.mipex.eu/>
- ♦ **Transkriptionen der Hörtexte zum Arbeitsbuch „Menschen hier“:**
https://www.hueber.de/sixcms/media.php/36/meh_transkriptionen_a21.pdf

Bildnachweise:

- ♦ Bild ‘**Goldfisch**’ – http://www.gfe-ev.de/papoo_easy_303_620/index.php?menuid=9&reporeid=1256
- ♦ Bild ‘**Krankenversicherungskarte**’ – http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Elektronische_Gesundheitskarte_Mustermann_V_S.svg
- ♦ Bild ‘**Gespräch am Empfang**’ – http://www.chirurgie-rhein-main.de/typo3temp/pics/Hanau_Empfang_klein_f02c47d8aa.jpg
- ♦ Bild ‘**Stellenbosch**’ – <http://blogs.sun.ac.za/vryematie/2010/09/11/pierneef-in-stellenbosch/>
- ♦ Bild ‘**Altenpflegerin**’ – <http://www.jungeseiten.de/index.php?id=671>
- ♦ Bild ‘**Tabletten**’ – http://www.jameda.de/_images/_uploads/artikelbilder/big/bild1264078764519.jpg
- ♦ Bild ‘**Gymnastik**’ – <http://www.fitnessfirst.de/kurssuche/fitness-classes/r%C3%BCckenfit/kurs-54354/>

Anhang

Teil A: Umfrageergebnisse

- ♦ **Anna-Marie Seitz** (Krankenschwester am Klinikum der Ludwig Maximilian Universität München)

1) Sind Sie in Ihrem beruflichen Alltag oft mit sprachlichen Verständigungsproblemen der PatientInnen mit Migrationshintergrund konfrontiert?

Viele Migranten sprechen gut Deutsch, dann ist es kein Problem. Haben sie aber Schwierigkeiten mit der Sprache, dann ist es in der Klinik noch deutlich schwieriger für sie. Auch Einheimische tun sich bereits schwer mit den Fachausdrücken oder können Informationen nicht so gut verstehen. Migranten können oft erst recht nicht Fragen stellen, wenn sie etwas nicht verstehen oder trauen sich kaum. Es ist dann schwierig, die Bedürfnisse herauszufinden aufgrund der Sprachbarriere z.B. Beschreibung der Art und Lokalität von Schmerzen, Fragen zum gesundheitlichen Verhalten, Erklärungen zur Hilfestellung beim Aufstehen, der Ablauf von Untersuchungen oder ganz banale Dinge wie z. B. das Verstehen von Blutdruck oder Temperaturwerten. Es ist viel schwieriger die ganzen Sachverhalte zu vermitteln, wenn die sprachliche Kompetenz eingeschränkt ist.

2) Sind es Kommunikationsprobleme aufgrund defizitärer Deutschkenntnisse oder eher aufgrund eines abweichenden Schmerzausdrucks, der von unserer Schmerzdeutung u. U. abweicht (laut Studien sollte dieser oft kulturspezifisch geprägt sein)?

Der Schmerzausdruck bei südländischen Patienten ist anders. Sie wollen gerne ihre Schmerzen zeigen, im Gegensatz zu den Deutschen – bloß nicht zu viel Schmerzmittel, lieber mehr Schmerzen aushalten. Wer Schmerzen äußert, wird behandelt. Problematisch wird es, wenn Bedürfnisse nicht richtig mitgeteilt bzw. verstanden werden können. Also im Grunde Kommunikationsprobleme als Ursache für unzureichende Behandlung. Ich hatte schon Situationen, in denen ich genau wusste, dass ich einem Patienten nicht ausreichend geholfen habe, aber es lag nicht am Zeitmangel oder Willen oder einer falschen Einschätzung, sondern nur daran, dass ich mir einfach nicht mehr zu helfen wusste, weil ich nicht verstanden habe, was das eigentliche Problem war. Manchmal haben wir auch über Telefon ein übersetzendes Familienmitglied zu Hilfe gezogen. Aber das funktioniert nicht immer.

3) Welche sprachlichen Handlungen fallen den oben erwähnten PatientInnen am schwersten?

- Konkrete, genaue Äußerung von Bedürfnissen: Schmerzen, Wunsch nach speziellem Essen oder Positionswechsel, Hilfe beim Aufstehen, Ängste

- Fragen von Seiten des Patienten gehen völlig unter: z. B. ist mein Zustand normal? Was passiert genau bei einer Untersuchung? Warum ist eine Untersuchung notwendig?

- Fragen von Seiten des medizinischen Personals: z. B. Ist dem Patienten schwindelig beim Aufstehen? Was kann er/sie schon selbst? Wovor hat er Angst? Was will er/sie essen? Wo und wie stark sind

die Schmerzen? Sind Schmerzen bekannt oder neu? Welche Art von Schmerzen – stechend, drückend, kolikartig, einschießend etc.?

4) Verfügen diese PatientInnen über ein ausreichendes Maß an Wissen über die medizinische Versorgung?

Eindeutig nein – auch deutsche Patienten haben Probleme mit dem Verstehen von medizinischen Sachverhalten. Bei ausländischen Patienten ist es sehr viel ausgeprägter, da sie nicht so gut nachfragen können oder sich das nicht trauen. Ich spreche im Vergleich zu Kolleginnen in der Pflege gut Englisch und mache immer wieder die Erfahrung, dass ich mit Erklärungen unglaubliche Erleichterung auslösen kann und das dann zu großem Vertrauen und Wohlbefinden beiträgt. Leider sprechen sehr wenige Migranten besser Englisch als Deutsch. Meistens gibt es dann keinen Mittelweg.

♦ **Dr. Barbara Schaub** (Assistenzärztin im Bereich Pädiatrie am Diakonissen Stiftungs-Krankenhaus in Speyer)

1) Sind Sie in Ihrem beruflichen Alltag oft mit sprachlichen Verständigungsproblemen der PatientInnen mit Migrationshintergrund konfrontiert?

Sprachprobleme sind schon oft vorgekommen und vor allem bei Eltern mit jungen Kindern, die sich selber noch nicht ausdrücken können (und die Kinder - wenn sie schon in die Schule gehen - sprechen meistens viel besser Deutsch als die Eltern). Dabei kommt es oft vor, dass ich aufgrund der Sprachbarriere nicht unterscheiden kann, ob das Problem, was die Eltern schildern, wirklich krankheitsbedingt oder durch "Handlings" bedingt ist, denn ein schreiendes Kind ist ja nicht gleich krank.

2) Sind es Kommunikationsprobleme aufgrund defizitärer Deutschkenntnisse oder eher aufgrund eines abweichenden Schmerzausdrucks, der von unserer Schmerzdeutung u. U. abweicht (laut Studien sollte dieser oft kulturspezifisch geprägt sein)?

Ich denke, die unterschiedliche Schmerzdeutung bzw. Interpretation spielt auch eine Rolle, wie z. B. oben erwähnt. Allerdings denke ich, dass ich diesen Unterschied bei ausführlicherer Anamnese feststellen könnte, sodass die Probleme meiner Meinung nach eher auf Kommunikationsebene liegen. So haben auch Deutsche je nach Erfahrungshintergrund unterschiedliche Schmerzdeutungen und i. d. R. schaffe ich es, diese anhand eines Gesprächs aufzuspüren.

3) Welche sprachlichen Handlungen fallen den oben erwähnten PatientInnen am schwersten?

Oft ist es die genaue, detaillierte Schmerzbeschreibung oder auch Problembeschreibung mit Verlauf der Symptome, Lokalisation, Zusammenhang etc. Sie kommen meistens sehr "dankbar" ins Zimmer und zeigen einem das Kind und wollen die Diagnose – allenfalls sagen sie noch "Schreit immer" oder "Isst nicht mehr", aber detaillierter wird es selten und Nachfragen wird nicht immer verstanden.

4) Verfügen diese PatientInnen über ein ausreichendes Maß an Wissen über die medizinische Versorgung?

Ich denke so generell ist es schwer zu sagen – zumal auch einige Deutsche nicht genug über die medi-

zinische Versorgung Bescheid wissen, aber generell kommt es öfters vor, dass Migranten gar keinen Kinderarzt haben und immer direkt ins Krankenhaus kommen, oder aufgrund der Sprachprobleme dann den Arzt fünfmal wechseln, weil sie sich nicht geholfen fühlen.

- ♦ **Dr. Yoshimi Teresa Sugano** (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Duisburg-Essen)

1) Sind Sie in Ihrem beruflichen Alltag oft mit sprachlichen Verständigungsproblemen der PatientInnen mit Migrationshintergrund konfrontiert?

Immer wieder. Allerdings muss man unterscheiden. Ich habe einige Jahre in der Kardiologie und der Neurologie gearbeitet, das sind Abteilungen, die primär körperliche Erkrankungen behandeln, hier fallen die Verständigungsprobleme bei der Diagnosestellung im Verhältnis etwas weniger ins Gewicht, da es verschiedene Untersuchungen gibt, welche die Beschwerden objektivieren können. Zwei Jahre arbeite ich nun in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Hierbei kommt der Sprache noch viel mehr Bedeutung. Das Gespräch mit den PatientInnen ist die Hauptuntersuchung, um zu einer Diagnose zu kommen. Hier erschweren Sprachprobleme die Diagnostik - und auch die Behandlung - erheblich. In beiden Bereichen ist es mitunter schwer, Behandlungsstrategien zu erklären, Medikamentenwirkung und Nebenwirkung etc. zu vermitteln. Der größere Teil der PatientInnen, bei denen ich mit einem sprachlichen Verständigungsproblem konfrontiert war, entspricht jedoch nicht der Gruppe, die Du im Blick hast; es sind oft schon länger, teilweise auch Jahrzehnte in Deutschland lebende türkische MitbürgerInnen. PatientInnen, die tatsächlich erst in letzter Zeit nach Deutschland gekommen sind, hatte ich in der Tat weniger, letztlich ist die Problematik aber, so denke ich, nicht grundsätzlich verschieden.

2) Sind es Kommunikationsprobleme aufgrund defizitärer Deutschkenntnisse oder eher aufgrund eines abweichenden Schmerzausdrucks, der von unserer Schmerzdeutung u. U. abweicht (laut Studien sollte dieser oft kulturspezifisch geprägt sein)?

Sowohl als auch. Insbesondere in der Psychiatrie und Psychotherapie ist es manchmal sehr schwer zu trennen, was durch fehlende Sprachkenntnisse, was kulturell und was krankheitsbedingt ist, denn es gibt z. B. die Schizophrenie, bei der auch deutschsprachige PatientInnen plötzlich seltsame Wörter benutzen, viel bildhafter reden, umständlich werden etc. Und die Psychosomatik hat dann sicher noch mal einen speziellen Stellenwert. Denn natürlich drücken einige der PatientInnen ihre "seelischen Schmerzen" kulturell bedingt häufiger in körperlichen Symptomen aus (Herz sticht, Kopfdruck, Bauchkrampf, etc.). Aber ich glaube, es sind keine reinen "Bilder", viele PatientInnen (auch deutschsprachige) erleben bei psychischen Beschwerden tatsächlich auch körperliche Symptome. In Deutschland werden jedoch bei einer sprachlich als auch körperlich gekennzeichneten Beschwerde erst mal alle körperlichen Untersuchungen empfohlen, die dann oft ergebnislos laufen. Wenn es gut läuft, denkt jemand schon daran, dass auch eine Depression oder eine posttraumatische Belastungsstörung oder ähnliches dahinter stecken könnte.

3) Welche sprachlichen Handlungen fallen den oben erwähnten PatientInnen am schwersten?

Vor dem oben genannten Hintergrund würde ich zunächst sagen: Die Differenzierung zwischen seelischen/psychischen Beschwerden und tatsächlich primär körperlichen Beschwerden. Dies wird im

Deutschen zwar in Redewendungen auch gern vermischt, letztlich ist es sprachlich jedoch meist klarer getrennt.

4) Verfügen diese PatientInnen über ein ausreichendes Maß an Wissen über die medizinische Versorgung?

Verbesserungen wären auf jeden Fall von Vorteil. Für eine gute Versorgung ist z. B. der Übergang von Krankenhausbehandlung und weiterer ambulanter Behandlung durch den niedergelassenen Arzt wichtig. Meinem Eindruck nach ist das - (übrigens auch bei einigen Deutschen) - eine mögliche Stolperfalle. Bei der ambulanten Versorgung muss man wissen, wie schnell man mit Terminen rechnen kann, ob man eine Einweisung braucht, dass man Medikamente nicht primär beim Arzt, sondern nur in der Apotheke erhält, wofür man aber dann wiederum ein Rezept vom Arzt braucht.

♦ **Dr. Andreas Jenke** (selbstständiger Facharzt für Innere Medizin aus Dresden)

1) Sind Sie in Ihrem beruflichen Alltag oft mit sprachlichen Verständigungsproblemen der PatientInnen mit Migrationshintergrund konfrontiert?

In meiner Praxis treffe ich im Durchschnitt einmal am Tag auf einen Patienten, der kein Deutsch spricht. Der Migrationshintergrund ist dabei sehr unterschiedlich. Viele Patienten sind temporär über den DAAD hier, einige andere arbeiten im wissenschaftlichen Bereich in diversen Instituten. Der überwiegende Teil spricht hervorragend Englisch, oftmals besser als ich. Die Verständigung ist in diesem Fall kein großes Problem.

2) Sind es Kommunikationsprobleme aufgrund defizitärer Deutschkenntnisse oder eher aufgrund eines abweichenden Schmerzausdrucks, der von unserer Schmerzdeutung u. U. abweicht (laut Studien sollte dieser oft kulturspezifisch geprägt sein)?

Patienten, die weder Englisch noch Deutsch sprechen, bringen meistens Familienangehörige oder Bekannte als Dolmetscher mit. Trotzdem sind die Kommunikationsprobleme hier nicht zu unterschätzen. In Kenntnis der kulturellen Unterschiede neige ich bei Unklarheiten eher zu einer umfangreicheren Diagnostik, als es sonst üblich ist.

3) Welche sprachlichen Handlungen fallen den oben erwähnten PatientInnen am schwersten?

Sprachliche Schwierigkeiten bestehen in erster Linie bei der Beschreibung der Beschwerden oder im Verständnis von Körperteilbezeichnungen oder Funktionsbeschreibungen. "Haben Sie Schmerzen bei der Atmung?" "Bemerken Sie ein Brennen beim Wasserlassen?" sind zum Beispiel Fragen, die manchmal nicht verstanden werden. Aber wie gesagt, generell ist es eigentlich kein großes Problem.

4) Verfügen diese PatientInnen über ein ausreichendes Maß an Wissen über die medizinische Versorgung?

Die medizinische Versorgung mit einem System aus Haus- und Fachärzten ist meistens nicht richtig bekannt, aber schnell erklär

Teil B: Grundlage der Lehrwerkkritik

Kursbuch: „Menschen“ A2 (HABERSACK, PUDE, SPECHT 2013)



Hoffentlich ist es nicht das Herz!

8

1 Es muss nicht der Magen sein.

- ▶ 1.22 a Sehen Sie das Foto an und hören Sie.
Wer denkt was? Ordnen Sie zu.



Dr. Watzek



Frau Brudler

Das ist ein schwerer Notfall.

Das ist sicher nicht so schlimm.

Das ist vielleicht ein Herzinfarkt.

- b Geht Frau Brudler oft zum Arzt? Ist sie wirklich krank? Was meinen Sie?

2 Und Sie? Erzählen Sie.

Wie oft gehen Sie zum Arzt? Suchen Sie Informationen zu Krankheiten im Internet?

Sprechen: Mitleid ausdrücken: *Oh, das tut mir echt leid.*; Sorge ausdrücken: *Ich habe Angst vor Herzkrankheiten.*; Hoffnung ausdrücken: *Ich hoffe, es ist alles in Ordnung.*

Lesen: Forumstext

Wortfelder: Krankheit, Unfall

Grammatik: Konjunktionen *weil, deshalb*



AB **3** Wer kann mir helfen?

a Wie heißen die Personen? Überfliegen Sie den Forumstext und notieren Sie die Namen.

- 1 Der Nickname von Frau Brudler ist _____ . Sie macht sich große Sorgen.
- 2 _____ glaubt: „Frau Brudler hat keine schlimme Krankheit.“
- 3 _____ kann Frau Brudler gut verstehen. Sie/Er vertraut Ärzten auch nicht.

Vorsicht! Es kann auch das Herz sein!

Haben Sie oft mal ein Druckgefühl oder sogar Schmerzen in der linken oberen Bauchgegend? Die meisten Menschen denken dabei zuerst an ein Problem mit dem Magen. Aber Achtung! Verschiedene Herzkrankheiten haben fast die gleichen Symptome, deshalb raten wir Ihnen: Gehen Sie sofort zum Arzt. Warten Sie nicht zu lange, weil gerade bei manchen Herzkrankungen jede Minute wichtig ist.



Wer kann mir helfen? Bei mir ist es genau so. Da ist immer wieder so ein komisches Druckgefühl. Ich habe total Angst vor Herzkrankheiten, weil man daran so schnell sterben kann. carlotta123

@ carlotta123 Oh, das tut mir echt leid. Hoffentlich hast du nichts Schlimmes! Warst du denn schon beim Arzt mit deinem Problem? SEELENPEIN

@ SEELENPEIN Ich war heute bei meinem Hausarzt in der Sprechstunde. Die Untersuchung hat nur fünf Minuten gedauert. Mein Herz ist völlig in Ordnung, hat er gesagt. Aber ich glaube ihm nicht. Er will mir nur nichts sagen, weil meine Krankheit so schlimm ist. carlotta123

@ carlotta123 Ich finde es total traurig, dass die Ärzte einem nie die Wahrheit sagen. Deshalb gehe ich auch gar nicht mehr hin. SEELENPEIN

@ carlotta123 Du hast Probleme, weil du zu viel auf deinen Körper hörst. Du musst deinem Hausarzt glauben. Und denk doch nicht dauernd an Krankheiten! Dann hört das mit deinem Bauch ganz von selbst wieder auf. billi-rubin

b Lesen Sie noch einmal und korrigieren Sie die Sätze.

- 1 carlotta123 glaubt, sie hat Probleme mit dem Magen.
- 2 Der Hausarzt hat Carlottas Herz lange untersucht.
- 3 Der Arzt meint, Carlottas Herz ist nicht gesund.
- 4 billi-rubin meint, carlotta123 sollte ihrem Körper glauben.

Herz _____

c Notieren Sie Wörter aus dem Text zu den Begriffen Krankheit/Gesundheit und Körper. Vergleichen Sie mit Ihrer Partnerin / Ihrem Partner. Haben Sie die gleichen Wörter gefunden?

Krankheit/Gesundheit: sterben, ... Körper:

AB **4** Du hast Probleme, weil du zu viel auf deinen Körper hörst.

a weil oder deshalb?
 Lesen Sie noch einmal und ergänzen Sie.

Er will mir nur nichts sagen, _____ meine Krankheit so schlimm ist.
 Ärzte sagen nicht die Wahrheit. _____ gehe ich nicht mehr hin.

GRAMMATIK

Wo steht das Verb?	Position 1	Position 2	Satzende
In deshalb-Sätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In weil-Sätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Spiel & Spaß

b Ergänzen Sie *weil* oder *deshalb*. Schreiben Sie dann zu zweit zwei eigene Sätze mit einer Lücke für *weil/deshalb*. Verwenden Sie dabei Wörter aus 3c und dem Bildlexikon. Tauschen Sie die Sätze mit einem anderen Paar.

- 1 Frau Winkler kommt morgen nicht zur Arbeit, _____ sie Magenschmerzen hat.
- 2 Mein Hausarzt hat am Mittwochnachmittag keine Sprechstunde, _____ muss ich bis morgen warten.

AB

5 Gründe angeben: Ich kann heute nicht zur Arbeit kommen, weil ich Fieber habe. Arbeiten Sie zu viert auf Seite 154.

Beruf

AB

6 Was ist los?

a Was passt? Ordnen Sie zu. Hilfe finden Sie auch im Forumstext in 3a.

Sorge/Hoffnung/Mitleid ausdrücken:

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| Was ist | es ist alles in Ordnung. |
| Ist alles | Herzkrankheiten. |
| Ich habe Angst vor | aber traurig. |
| Hoffentlich | los? |
| Ich hoffe, | in Ordnung? |
| Das finde ich | wirklich sehr/echt leid. |
| Oh, das tut mir | hast du nichts Schlimmes! |

b Lesen Sie das Gespräch zu zweit laut vor.

Partner A

- Was ist los? / Ist alles in Ordnung?
- Oh, das tut mir wirklich sehr leid! Warst du schon beim Arzt?
- Hoffentlich hast du nichts Schlimmes! / Ich hoffe, es ist alles in Ordnung!

Partner B

- ▲ Ich habe so schlimme Schmerzen im Knie / ...
- ←
- ▲ Nein, noch nicht. Hoffentlich muss ich nicht ins Krankenhaus / ...! Ich habe Angst vor Krankenhäusern / ...
- ←

Comic

c Spielen Sie das Gespräch jetzt mit neuen Situationen nach.

Situation 1

Sie haben Zahnschmerzen.
Sie müssen zum Zahnarzt.
Sie haben Angst vor dem Zahnarzt.

Situation 2

Sie haben Magenschmerzen.
Sie müssen ins Krankenhaus.
Sie haben Angst vor Operationen.

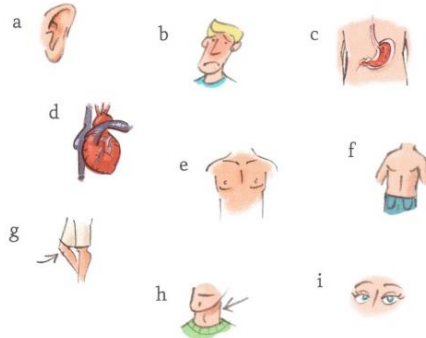
Arbeitsbuch: „Menschen hier“ A2.1 (BREITSAMETER [et al.] 2014)



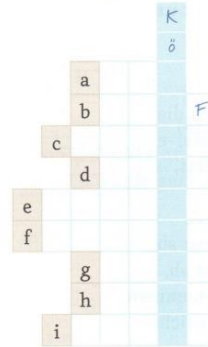
Hoffentlich ist es nicht das Herz!

KB 3 1 Ergänzen Sie das Rätsel.

WÖRTER



Lösungswort:



KB 3 2 Ordnen Sie zu.

WÖRTER

Sorgen | Untersuchung | Krankheiten | Sprechstunde | Notfall | Wahrheit | vertrauen | sterben

Test: Wie gut ist Ihr Arzt?

- JA NEIN Er nimmt sich Zeit für eine genaue Untersuchung (a) und Beratung.
- JA NEIN Er informiert Sie über Ihre _____ (b) und die Symptome.
- JA NEIN Sie können mit ihm über Ihre Probleme und _____ (c) sprechen. Denn Sie _____ (d) ihm.
- JA NEIN Sie müssen in der Praxis selten länger als 30 Minuten warten.
- JA NEIN Im _____ (e) können Sie auch ohne Termin in die _____ (f) kommen. ERGEBNIS ►

Noch mehr zum Thema Gesundheit: In vielen Ländern werden Frauen älter als Männer. MEHR ►
Warum _____ (g) Männer früher?

Das könnte Sie auch interessieren: Kann man wirklich in einer Woche 4 Kilo abnehmen? MEHR ►
Die _____ (h) über Super-Diäten

KB 4 3 Ergänzen Sie die Sätze.

STRUKTUREN

- a Klaus öffnet das Fenster, weil es im Zimmer zu heiß ist.
(Es ist im Zimmer zu heiß.)
- b Ich vertraue meinem Freund, weil _____
(Er sagt mir immer die Wahrheit.)
- c Meine Nachbarn sind traurig, weil _____
(Ihr Hund ist gestorben.)
- d Olga macht eine Diät, weil _____
(Sie möchte abnehmen.)

BASISTRAINING

KB 4

STRUKTUREN

4 Warum? Verbinden Sie die Sätze.

- | | |
|---|----------------------------------|
| a Die Eltern machen sich Sorgen, weil | er heute keine Sprechstunde hat. |
| b Sandra kann nicht zum Arzt gehen, weil | tut sein Magen weh. |
| c Frau Winter ist krank. Deshalb | kann sie nicht arbeiten. |
| d Frau Preuß liegt im Krankenhaus, denn | sie hatte einen Herzinfarkt. |
| e Herr Moll hat zu viel Kaffee getrunken. Deshalb | ihre Tochter krank ist. |

KB 4

STRUKTUREN
ENTDECKEN

5 Markieren Sie den Grund. Verbinden Sie dann die Sätze mit denn, weil und deshalb.

- a Jan muss zum Zahnarzt gehen. Er hat Angst.
- 1 Jan hat Angst, denn er muss zum Zahnarzt gehen.
- 2 _____, weil _____
- 3 _____. Deshalb _____
- b Carla vertraut ihrem Arzt. Er sagt ihr immer die Wahrheit.
- 1 _____, denn _____
- 2 _____, weil _____
- 3 Carlas Arzt _____. Deshalb _____

KB 5

ENTDECKEN

6 Schreiben Sie zwei Sätze wie in 5. Markieren Sie den Grund.

Ihre Partnerin / Ihr Partner verbindet die Sätze mit denn, weil und deshalb.

Ich bin müde. Ich bin gestern zu spät ins Bett gegangen.

KB 5

STRUKTUREN

7 Deshalb oder weil? Ergänzen Sie die Sätze.

- a Ich kann heute nicht am Fußballtraining teilnehmen, weil ich erkältet bin.
(ich – sein – erkältet)
- b Julian hat seit Tagen Bauchschmerzen, _____.
(der Arzt – ihn – genau untersuchen wollen)
- c Frau Krause geht es schlecht, _____.
(eine schwere Grippe – sie – haben)
- d Ich bin erkältet, _____.
(müssen husten – ich – so oft)
- e Elke ist eine Stunde gejoggt, _____.
(sie – jetzt müde sein)

BASISTRAINING

KB 6

8 Ordnen Sie zu.

KOMMUNIKATION

hoffe ich auch | habe total Angst | ich aber traurig | ~~ist denn los~~ | hast du nichts Schlimmes | tut mir leid | ist los | wieder alles in Ordnung

- a ■ Du siehst so traurig aus. Was ist denn los (1)?
- Ach, meine Katze ist seit zwei Tagen krank. Heute geht es ihr total schlecht.
 - Oh, das finde _____ (2).
- b ■ Was _____ (3) mit dir? Geht es dir nicht gut?
- Ach, ich habe seit Tagen Bauchschmerzen. Jetzt muss ich ins Krankenhaus.
 - Oh, das _____ (4). Hoffentlich _____ (5)!
 - Das _____ (6). Ich _____ (7) vor dem Krankenhaus und noch mehr vor einer Operation.
- c ■ Du hattest doch Grippe. Ist _____ (8)?
- Ja, es geht mir schon viel besser.

KB 7

9 Ein Unfall! Oh! Was ist denn hier passiert?

SCHREIBEN

- Sehen Sie die Bilder an und ordnen Sie dann die Bilder den Sätzen zu.



- A der Notarzt sagen: wir – Sie – mit dem Krankenwagen – ins Krankenhaus fahren müssen / weil das Bein – stark bluten
- B in der Notaufnahme – die Ärzte – mich – untersuchen – und das Knie verbinden
- C zuerst – ich – denken: die Verletzung – nicht so schlimm sein / aber ein Mann – den Notarzt rufen
- D gestern Abend – ich – einen Unfall haben / ich – mit dem Skateboard – hinfallen
- E jetzt – ich – einen dicken Verband um das Knie haben – und kaum laufen können

- b Schreiben Sie die Geschichte mit den Sätzen aus a.

Gestern Abend hatte ich einen Unfall. ...

IM ALLTAG Behandlungsmöglichkeiten

1 Lesen Sie das Infoblatt. Was ist richtig? Kreuzen Sie an.

Dr. Helene Rudolf
Ärztin für Allgemeinmedizin und Internistin

Wir bieten unseren Patienten ab sofort folgende Untersuchungen und Behandlungen:

- Großer Gesundheitscheck 170 €
- Sportcheck 150 €
- Reisemedizinische Beratung 20 €
- Akupunktur
 (bei Kopfschmerzen, Migräne, Allergie) 35 € / 30 Minuten

Bitte beachten Sie: Die meisten Krankenkassen übernehmen diese Kosten nicht. Fragen Sie uns oder informieren Sie sich direkt bei Ihrer Kasse.

- a Die Ärztin bietet Akupunktur bei
- Kopfschmerzen
 - allen Krankheiten
- an.
- b Diese Behandlungen bezahlen
- alle
 - nur manche
- Krankenkassen.

2 Bei der Hausärztin

a Hören Sie den Gesprächsanfang. Was ist richtig? Kreuzen Sie an.

- 1 Frau Jusic hat Kopfschmerzen. Kopf- und Magenschmerzen.
- 2 Frau Jusic hat zu viele nicht genug Tabletten eingenommen.

b Hören Sie das Gespräch weiter. Was ist richtig? Kreuzen Sie an.


- 1 Die Ärztin meint, Akupunktur kann gegen die Schmerzen helfen.
- 2 Frau Jusics Krankenkasse bezahlt die Behandlung.
- 3 Frau Jusic braucht zwei Behandlungstermine.
- 4 Frau Jusic könnte auch einen Entspannungskurs machen.



3 Rollenspiel: Fragen Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt um Rat.


A Patientin/Patient
 Sie haben Magenschmerzen und bekommen Tabletten.
 Fragen Sie: Nebenwirkungen? Wie lange einnehmen?

A Ärztin/Arzt
 Die Tabletten haben keine Nebenwirkungen.
 Die Patientin / Der Patient soll die Tabletten
 mindestens einen Monat lang nehmen.

B Patientin/Patient
 Sie haben starke Rückenschmerzen. Sie möchten
 keine Spritze. 
 Fragen Sie: andere Behandlungsmöglichkeiten?
 Kosten wer? Sie versuchen es mit Akupunktur.

KOMMUNIKATION

Hat das Medikament / Haben die
 Tabletten Nebenwirkungen?
 Wie lange / Wie oft muss ich das
 Medikament einnehmen?
 Wie viel kostet die Behandlung?
 Beahlt die Krankenkasse die
 Behandlung? / Übernimmt die
 Krankenkasse die Kosten für ...?
 Heißt das, ich muss das selbst bezahlen?
 Gibt es noch andere Behandlungs-
 möglichkeiten?

B Ärztin/Arzt
 Sie können eine Spritze geben. 
 Die Patientin / Der Patient kann es auch
 mit Akupunktur versuchen. Bei Rückenschmerzen
 bezahlen die Krankenkassen Akupunktur.

Teil C: Tabellarische Darstellung der thematisch-lexikalischen Auswertung des Handlungsfeldes Besuch beim Hausarzt im Lehrwerk „Menschen“/„Menschen hier“

Abkürzungen:

KB – Kursbuch „Menschen“

AB – Arbeitsbuch „Menschen hier“

Ü – Übung (nach dem Schrägstrich – Seitenangabe)

Tabelle 1: Thematische Ausgestaltung

Sind die im Rahmen des jeweiligen Gesamtthemas angebotenen Teilaspekte von Relevanz für die Lebenssituation der IntegrationskursteilnehmerInnen?				
Schmerzqualität	Schmerzlokalität	Temporale Dimension des Schmerzes	Wissen um Körperteile/Organe	Verlauf der APK beim Hausarztbesuch
KB: - Kaum Adjektive zur Schmerzbeschreibung	KB: - kaum Lokaladverbien und Präpositionen mit lokaler Bedeutung, obwohl diese bereits in der 2. Lektion thematisiert wurden (→ fehlender Wissenstransfer)	KB: - keine Redemittel	KB: - vereinzelte Körperteil- und Organzeichnungen - Beispiele: Herz, Magen, Bauch, Knie, Hand – Ü1/47; Ü3/48; Ü6/49; Ü7/50	KB: - teilweise sichtbar im Hörtext zur Übung 1/47; kein vollständiges Arzt-Patienten Gespräch
- Die lexikalischen Mittel treten vereinzelt in Übungen mit einem anderen thematischen Schwerpunkt auf; der einzige Hörtext zum Arzt-Patienten Gespräch enthält kaum notwendige Redemittel zur sprachlichen Bewältigung dieses Handlungsfeldes.				
AB: - vgl. KB	AB: - keine Lokaladverbien und Präpositionen mit lokaler Bedeutung	AB: - vgl. KB	AB: - vorhanden in Form eines Kreuzworträtsels – Ü1/64	AB: - Kernverlaufselemente eines Gesprächs bei dem Hausarzt/der Hausärztin enthält der Hörtext zur Übung 2/76
- Die fehlende Einbeziehung lexikalischer Mittel zur Schmerzbeschreibung ist auf einen anderen Fokus des Gesprächs zurückzuführen. Es geht hier v. a. um einen Dialog über alternative Behandlungsmöglichkeiten und Kostenübernahme durch die Krankenkasse.				

Tabelle 2: Wortschatz & Strategien

Entsprechen der angebotene Wortschatz sowie die sprachlichen Strukturen den kommunikativen Erfordernissen eines Arzt-Patienten Gesprächs?				
Schmerzqualität	Schmerzlokalität	Temporale Dimension des Schmerzes	Strategische Fragen zur Beseitigung der Wissenslücken (= Bitte um Erklärung & Wiederholung)	Strategien zur alternativen Schmerzbeschreibung (= Vergleiche)
KB: - Adjektive zur Beschreibung der Schmerzqualität: - einziges Beispiel: 'stark' ('starke Schmerzen') – Ü1/47	KB: - Lokaladverbien: - einziges Beispiel: 'linke obere Bauchgegend' - Ü3/48	KB: - nicht vorhanden	KB: - nicht vorhanden	KB: - nicht vorhanden
AB: - vgl. KB	AB: - nicht vorhanden	AB: - vgl. KB	AB: - vgl. KB	AB: - vgl. KB

Tabelle 3: Didaktische Umsetzung

Werden der spezielle Wortschatz sowie die sprachlichen Strukturen in einer Übungssequenz mit reproduktiven und produktiven Übungen angeboten? Schließt diese Übungssequenz gleichzeitig einen Wechsel von Sozialformen mit ein?	
Reproduktive & Produktive Übungen	Sozialformen
KB: - die Abwechslung von Übungen mit einem (teil-)produktiven und reproduktiven Charakter ist vorhanden z. B.: Ü6/49 (Ü6a + b – reproduktive Übungen zur Grundlegung der Mitteilungsfähigkeit sowie Ü6c – eine (teil-)produktive Übung zur Entwicklung von Mitteilungsfähigkeit) ↓ Keine der Übungen behandelt jedoch das Thema 'Arzt-Patienten Gespräch', sondern umfassen vielmehr die Einübung von Redemitteln zur Mitteilung von Sorge/Hoffnung/Mitleid sowie vom Wortschatz im Wortfeld 'Notfall'	KB: - Abwechslung von Sozialformen: ✓ Einzelarbeit z. B. Ü3/48 ✓ Partnerarbeit z. B. Ü6 b + c/49 ✓ Gruppenarbeit z. B. Ü7 b/50 ✓ Plenum z. B. Ü2/47
AB: - Keine erkennbare Abfolge von reproduktiven und produktiven Übungen; der Schwerpunkt liegt auf der Einübung grammatischer Strukturen, welche für ein Arzt-Patienten Gespräch beim Hausarzt nicht ausschlaggebend sind (Konjunktionen mit kausaler Bedeutung; Präteritum vgl. Ü4,5,6,7,9/64ff.), und auf der Schulung des Hörverstehens am Beispiel des Themas 'Hausarztbesuch'. - Aufeinander aufbauende Übungen befinden sich im Abschnitt 'Im Alltag' (Vorbereitung auf die DTZ-Prüfung). Hierbei handelt sich um eine Abfolge von Übungen mit einem rezeptiven (Lese- und Hörverstehen Ü1,2/76) und (teil-) produktiven Charakter (Ü3/76).	AB: ✓ Alle Übungen mit Ausnahme von der Übung 3/76 sind als Einzelarbeit konzipiert.

Teil D: Lernkonzerttext

Gesund wie ein Fisch im Wasser



Szene I: Terminvereinbarung

Maria Sanchez ist Mitte 30, kommt aus Spanien und möchte bald in Deutschland als Altenpflegerin arbeiten. Sie liebt ihre Arbeit. Denn sie bekommt von älteren Menschen viel Herzlichkeit und fühlt sich wertgeschätzt. In ihrer Heimatstadt Madrid hat sie bereits einen Deutschkurs besucht. Das hat ihr so viel Spaß gemacht! Seit drei Wochen lernt sie wieder Deutsch in einem berufsvorbereitenden Sprachkurs in Leipzig. Als sie heute Morgen nach einem schönen tiefen Schlaf endlich aufstehen wollte, hat sie urplötzlich einen Schmerz in ihrem Rücken gespürt. Wie gut, dass sie gestern von ihrer Freundin die Telefonnummer von Dr. Gesundmann bekommen hat! Sie ruft in seiner Praxis an...

Arzthelferin:

Praxis Dr. Gesundmann, Dorothea Fröhlich. Guten Morgen.

Was kann ich für Sie tun?

Maria:

Guten Morgen. Mein Name ist Maria Sanchez, ich hätte gern einen Termin bei Dr. Gesundmann.

Arzthelferin:

Waren Sie schon mal bei uns?

Maria:

Nein, das ist mein erstes Mal.

Arzthelferin:

Wann würden Sie gerne kommen?

Maria:

So schnell wie möglich.

Ich habe furchtbare Rückenschmerzen.

Dr. med. Andreas Gesundmann

Allgemeinarzt

Sprechzeiten: Mo&Mi&Fr 9-18 Uhr

Telefon: 0341-333-4444

Arzthelferin:

Das tut mir aber leid!

Wir haben um 10 Uhr noch einen freien Termin.

Maria:

Ich habe Sie leider nicht verstanden.

Wann genau soll ich kommen?

Arzthelferin:

Ich hätte für Sie um 10 Uhr noch einen freien Termin.

Kommen Sie am besten 30 Minuten früher –

das heißt um 9.30 Uhr.

Wir müssen für Sie eine Patientenkartei anlegen
und brauchen dafür einige Informationen.

Maria:

9.30 Uhr – das ist perfekt!

Ich habe noch eine Frage:

Muss ich irgendwelche Dokumente mitbringen?

Arzthelferin:

Ja, Sie brauchen Ihre Gesundheitskarte.

Maria:

Hmm... Gesundheitskarte...

Entschuldigung, was ist das?

Arzthelferin:

Sie haben diese Karte bestimmt von Ihrer Krankenkasse bekommen.

Sie sieht aus, wie eine Kreditkarte.

Maria:

Ah ja, jetzt verstehe ich es endlich!

Verzeihen Sie mir bitte, dass ich so oft nachfrage.

Ich wohne erst seit wenigen Wochen in Deutschland.

Alles ist total neu für mich.



Arzthelferin:

Das kann ich sehr gut verstehen.

Machen Sie sich keine Sorgen!

Maria:

Vielen Dank Frau Fröhlich für Ihre Hilfe.

Arzthelferin:

Gern geschehen.

Maria:

Bis gleich.

Arzthelferin:

Bis gleich.

Szene II. Gespräch mit der Arzthelferin Dorothea Fröhlich

Endlich ist es so weit! Maria Sanchez kommt mir ihrem schmerzenden Rücken in der Praxis von Dr. Gesundmann an.

Sie kann ihren Augen nicht glauben – alles sieht so gemütlich aus!
Draußen regnet es in Strömen und hier ist es schön warm, an den Wänden hängen Bilder aus fernen Ländern, und aus kleinen Lautsprechern ertönt entspannende Musik.
Die Arzthelferin bittet Maria zu sich...

Maria:

Guten Morgen!

Arzthelferin:

Guten Morgen!

Maria:

Ich bin Maria Sanchez. Wir haben vorhin telefoniert.

Arzthelferin:

Ah ja. Wie geht es Ihrem Rücken?

Maria:

Es tut leider immer noch sehr weh....



Arzthelferin:

Dr. Gesundmann findet bestimmt eine sehr gute Lösung für Sie!

Maria:

Das hoffe ich auch.

Arzthelferin:

Könnten Sie mir Ihre Gesundheitskarte geben?

Maria:

Ja, hier ist sie.

Arzthelferin:

Wunderbar. Sie bekommen von mir einen Patientenbogen zum Ausfüllen.

Wenn Sie etwas nicht verstehen,

kommen Sie einfach zu mir.

Maria:

Wozu gibt es einen Patientenbogen?

Arzthelferin:

Den Patientenbogen muss man dann ausfüllen,

wenn man zu einem neuen Arzt kommt.

Es geht hier vor allem um Ihre früheren Krankheiten

und um Allergien.

Maria:

Ach so! Alles klar.

Arzthelferin:

Sie können jetzt im Wartezimmer Platz nehmen.

Dr. Gesundmann ruft Sie dann zu sich.

Maria:

Ok. Vielen Dank.

Szene III. Gespräch mit Dr. Gesundmann

Maria füllt den Patientenbogen aus und kann sich dabei nicht gut konzentrieren. Ihr Rücken tut so sehr weh! Es brennt wie Feuer – hoffentlich, kommt sie gleich dran....

Die einzige Ablenkung ist das atemberaubende Gemälde:

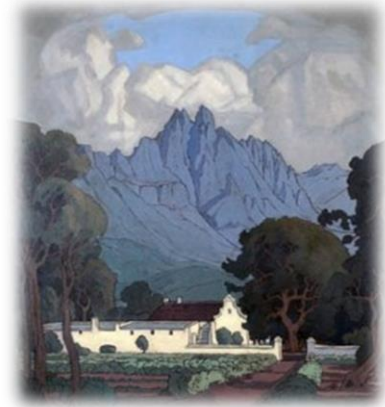
Ein imposanter Berg und ein weißes Gebäude.

Darunter steht in Großbuchstaben geschrieben: Stellenbosch.

Wo liegt das?

In Gedanken versunken macht Maria eine Reise durch die schönsten Länder dieser Welt...

Plötzlich wird sie aber von einer Stimme geweckt:



Dr. Gesundmann:

Frau Sanchez, kommen Sie bitte herein!

Maria:

Guten Morgen Dr. Gesundmann.

Dr. Gesundmann:

Einen schönen guten Morgen.

Nehmen Sie bitte Platz.

Maria:

Danke.

Dr. Gesundmann:

Was kann ich für Sie tun?

Maria:

Als ich heute Morgen aufstehen wollte,
habe ich plötzlich einen schrecklichen Schmerz
in meinem Rücken gespürt.

Dr. Gesundmann:

Der Schmerz ist also sehr schnell gekommen, ja?

Maria:

Ja, wie ein Blitz aus heiterem Himmel!

Dr. Gesundmann:

Ok, es ist also ein einschließender Schmerz...

Können Sie Ihre Schmerzen genauer beschreiben?

Sind sie eher brennend, stechend, ziehend?

Maria:

Es fühlt sich wie Feuer an.

Die zwei anderen Wörter kenne ich leider nicht.

Was bedeuten sie?

Dr. Gesundmann:

Ich kann Ihnen das erklären:

Ein stechender Schmerz ist wie eine Nadel,
mit der man sich in den Finger pikst.

Es tut kurz weh und geht für eine kurze Zeit vorbei.

Maria:

Nein, ich glaube, das ist kein solcher Schmerz.

Dr. Gesundmann:

Einen ziehenden Schmerz spürt man oft,
wenn man viel Sport gemacht hat.

Die Muskeln ziehen dann in jede Richtung.

Maria:

Hmmm... Wie ein Gummiband?

Dr. Gesundmann:

Genau, wie ein Gummiband,
das man anspannen kann.

Maria:

Ja, also es brennt und zieht sehr stark.

Dr. Gesundmann:

Ok. Frau Sanchez jetzt muss ich Sie untersuchen.

Könnten Sie sich zuerst gerade hinstellen?

Maria:

Ja, natürlich.

Dr. Gesundmann:

Bitte zeigen Sie mir,
wo die Schmerzen am stärksten sind?

Maria:

(Sie zeigt auf die untere Wirbelsäule)
Es tut weh vor allem hier unten.

Dr. Gesundmann:

Nun heben Sie die linke Schulter hoch.
Jetzt noch die andere, rechte Schulter.
Tut das weh?

Maria:

Nein, das tut nicht weh.

Dr. Gesundmann:

Können Sie sich mit Ihrem Oberkörper ein bisschen nach vorne beugen?
Tut das weh?

Maria:

Oh ja, hier unten tut es jetzt schrecklich weh!

Dr. Gesundmann:

Sie können sich wieder hinsetzen.

Maria:

Danke.

Dr. Gesundmann:

Frau Sanchez, strahlen Ihre Schmerzen
in eine bestimmte Richtung aus?

Maria:

Das habe ich jetzt leider nicht verstanden.
Was bedeutet 'ausstrahlen'?

Dr. Gesundmann:

‘Ausstrahlen‘ bedeutet, dass die Schmerzen von einer Körperstelle zu einer anderen wandern.

Maria:

Ja, die Schmerzen wandern von der Wirbelsäule bis in die Füße.

Dr. Gesundmann:

Wie oft haben Sie diese Schmerzen?

Maria:

Sie sind die ganze Zeit da.

Dr. Gesundmann:

Hatten Sie so etwas schon mal früher?

Maria:

Nein, das ist das erste Mal.

Dr. Gesundmann:

Was machen Sie beruflich Frau Sanchez?

Maria:

Ich bin Altenpflegerin von Beruf.

Zurzeit besuche ich aber nur einen speziellen Deutschkurs.

Erst danach darf ich arbeiten.

Dr. Gesundmann:

Ist das sehr stressig für Sie?

Maria:

Ja, es ist schon stressig.

Davon hängt ja meine Zukunft ab.

Dr. Gesundmann:

Ja, das kann ich sehr gut verstehen.

Es ist aber wichtig, dass Sie etwas für Ihren Körper tun.

Machen Sie ein bisschen Sport?



Maria:

Nein, überhaupt nicht.

Ich sitze die meiste Zeit zu Hause und lerne Deutsch.

Dr. Gesundmann:

Frau Sanchez, Sport ist aber sehr wichtig
für den Rücken und seine Muskeln.

Wenn man keinen Sport treibt,
bekommt man einen Hexenschuss wie Sie.

Maria:

Entschuldigung, aber ich habe das Wort noch nie gehört.

Was bedeutet 'Hexenschuss'?

Dr. Gesundmann:

So nennt man einen Schmerz,
der bei einer falschen Bewegung entsteht –
vor allem in der Lendenwirbelsäule.

Maria:

Es ist eine sehr lustige Bezeichnung.

Dr. Gesundmann:

(Lacht ein bisschen) Ja, das stimmt!

Maria:

Können Sie mir irgendwelche Schmerztabletten verschreiben?

Dr. Gesundmann:

Natürlich, ich verschreibe Ihnen Schmerztabletten.
Nehmen Sie bitte immer morgens und abends eine Tablette.

Maria:

Wie lange soll ich diese Medikamente einnehmen?

Dr. Gesundmann:

Sie dürfen die Tabletten nicht länger als vier Tage nehmen.

Maria:

Haben die Tabletten Nebenwirkungen?



Dr. Gesundmann:

Ja, aber nur, wenn Sie täglich mehr als fünf Tabletten schlucken.

Ich stelle Ihnen ein Rezept aus.

Dort stehen alle wichtigen Hinweise,

wie und wann Sie die Tabletten einnehmen sollten.

Maria:

Herr Doktor, wie kann ich in Zukunft diesen Schmerzen vorbeugen?

Dr. Gesundmann:

Es ist wichtig, dass Sie Ihre Rückenmuskeln stärken -

z. B. durch spezielle Rückengymnastik mit Dehnübungen.

Ich empfehle Ihnen den 'Rücken-fit' Kurs.

Er wird fast von allen Fitnesszentren angeboten.



Maria:

Bezahlt die Krankenkasse die Behandlung?

Dr. Gesundmann:

In den meisten Fällen ja.

Kontaktieren Sie aber am besten Ihre Krankenkasse
und fragen, ob sie tatsächlich alle Kosten übernimmt.

Maria:

Ich habe noch eine letzte Frage:

Wann geht der Schmerz vorbei?

Dr. Gesundmann:

In vier bis maximal fünf Tagen werden Sie gesund
wie ein Fisch im Wasser sein!

Maria:

(Lacht) Das hoffe ich auch!

Dr. Gesundmann:

Wenn Sie in vier Tagen keine Verbesserung spüren,
kommen Sie unbedingt noch mal.

Erstmals wünsche ich Ihnen aber gute Besserung!

Maria:

Vielen Dank Dr. Gesundmann.

Auf Wiedersehen!

Dr. Gesundmann:

Auf Wiedersehen Frau Sanchez!

Teil E: Thematisch-lexikalisches Gerüst des Lernkonzerttextes

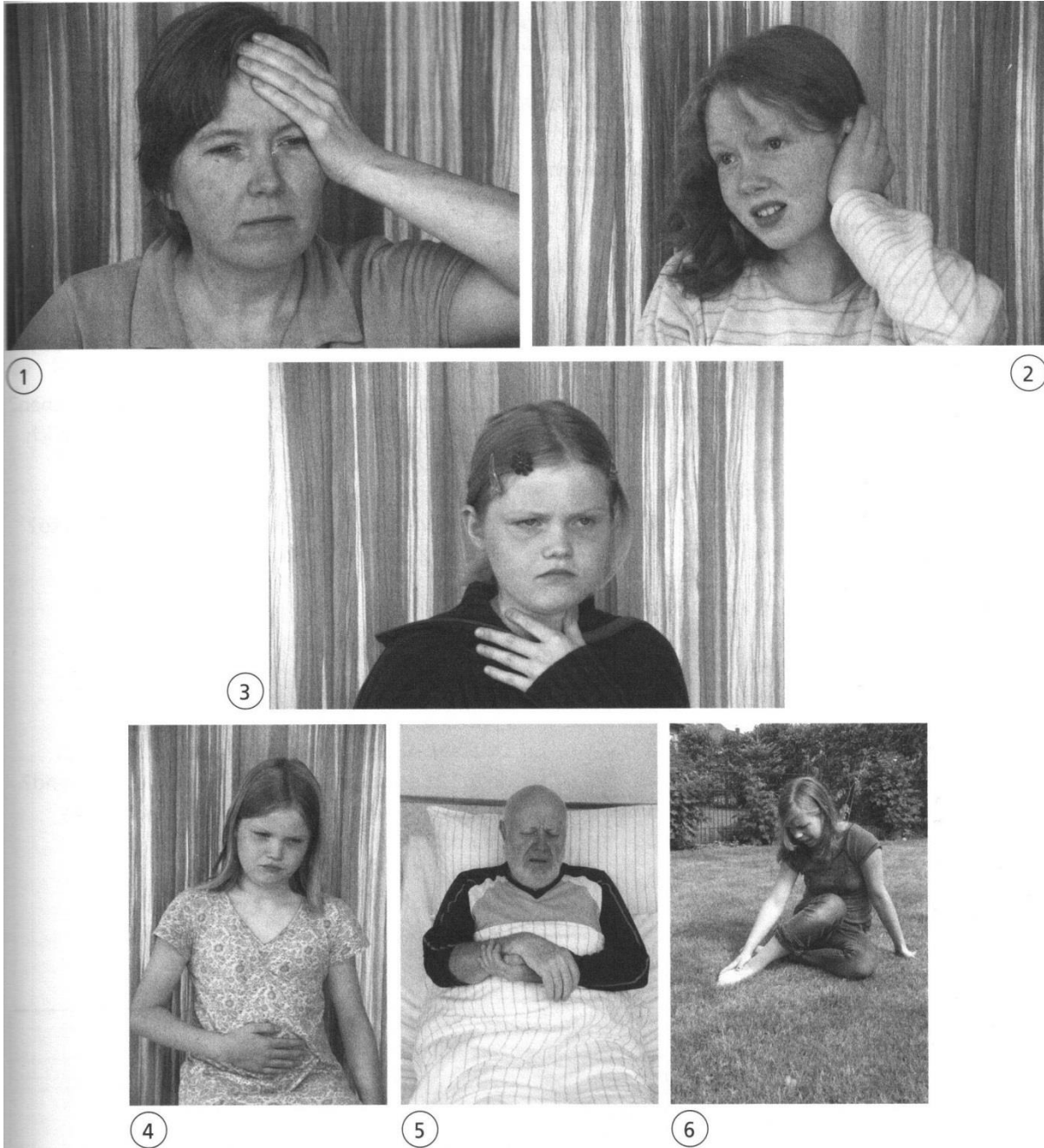
<u>Der thematische Rahmen:</u>		
<p>WER: Maria Sanchez – kommt aus Spanien; Mitte 30; möchte in Deutschland ein neues Leben aufbauen; sie will als Altenpflegerin arbeiten; sie muss aber zuerst einen Deutschkurs absolvieren.</p> <p>WAS: Beim Aufstehen spürt sie einen Schmerz im Rücken und kann sich nur mit Mühe bewegen.</p>		
Gesprächsetappen	Lexikalische Mittel	Zuordnung lexikalischer Mittel zu den Etappen des Arzt-Patienten-Gesprächs
<p>Vorphase 1:</p> <p>Anruf in der Praxis von Dr. Gesundmann – Telefongespräch mit der Arzthelferin Frau Fröhlich</p>	<p>✓ Arzthelferin: Eigener Entwurf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Waren Sie schon mal bei uns? - Dann kommen Sie bitte eine halbe Stunde früher./Wir müssen für Sie eine Patientenkartei anlegen. - Ja, vergessen Sie bitte Ihre Gesundheitskarte nicht. - Sie haben diese Karte bestimmt von Ihrer Krankenkasse bekommen. <p>✓ Patientin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich habe Sie leider nicht verstanden./Wann genau soll ich kommen? - Muss ich irgendwelche Dokumente mitbringen? - Gesundheitskarte.... Entschuldigung, was ist das? 	<p>→ Informationen über deutsches Gesundheitssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientenkartei anlegen beim ersten Arztbesuch - Krankenversicherungskarte/Gesundheitskarte <p>→ Strategien zur Reduktion der Wissenslücken (Bitte um Wiederholung & Erklärung)</p>
<p>Vorphase 2:</p> <p>Bürokratische Datenaufnahme am Empfang</p>	<p>✓ Arzthelferin: Eigener Entwurf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Könnten Sie mir Ihre Gesundheitskarte geben? 	<p>→ Informationen über deutsches Gesundheitssystem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Datenaufnahme - Patientenbogen

	<ul style="list-style-type: none"> - Sie bekommen von mir einen Patientenbogen zum Ausfüllen. Wenn Sie etwas nicht verstehen, kommen Sie einfach zu mir. ✓ Patientin: - Wozu gibt es einen Patientenbogen? 	<p>→ Strategien zur Reduktion der Wissenslücken (Bitte um Wiederholung & Erklärung)</p>
<p>1. Aufrufen, Begrüßung und Eröffnung des Dialogteils (Schön 2012: 173ff.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Arzt: (SPRANZ-FOGASY 2008: 52): - Nehmen Sie bitte den Platz. - Was kann ich für Sie tun? Was führt Sie zu mir? (offene Frage) 	
<p>2. Beschwerdenschilderung/ Beschwerdenexploration (ggf. Untersuchung)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mögliche Arztfragen zur Schmerzanamnese: (NILGES, DIEZEMANN 2011: 271f.): ♦ Wie tut es weh? - Können Sie mir Ihre Schmerzen schildern? Manche Patienten sagen z. B. „die sind stechend“. Wie ist das bei Ihnen? (SCHÖN 2012: 174): - Können Sie die Schmerzen genauer beschreiben? - Schildern Sie den Schmerz bitte einmal mit den Worten: ‚als ob‘. - Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben? - Es fühlt sich wie Feuer an (eigener Entwurf). (SCHRIMPF, BAHNEMANN 2012: 55): Arzt: Können Sie die Schmerzen beschreiben? Sind sie vergleichbar mit einem Brennen, einem Stechen oder eher mit einem Drücken? Patient: Ich würde sagen, es ist am ehesten ein Drücken. ♦ Wo? (Untersuchung) - Wo haben Sie die Schmerzen? (SCHÖN 2012: 174): - Bitte zeigen Sie mir, wo die Schmerzen am stärksten sind. 	<p>→ Schmerzqualität: Adjektive zur Schmerzbeschreibung</p> <p>→ Strategien zur Schmerzbeschreibung (Vergleiche)</p> <p>→ Schmerzlokalität</p>

	<p>Eigener Entwurf:</p> <p>Arzt: Ich muss Sie jetzt untersuchen. /Könnten Sie sich gerade hinstellen?/Nun heben Sie die linke Schulter hoch. Jetzt noch die andere, rechte Schulter. Tut das weh?</p> <p>Patient: Nein, das geht.</p> <p>A: Können Sie sich mit Ihrem Oberkörper ein bisschen nach vorne beugen? Tut das weh?</p> <p>P: Oh ja, das tut schrecklich weh!</p> <p>(ebd.):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strahlen die Schmerzen in eine bestimmte Richtung aus?/Ja, sie strahlen bis in den Fuß. - Sind die Schmerzen immer da, oder gehen sie auch wieder weg? (leicht verändert) - Haben Sie Fieber? War Ihnen schwindelig? <p>(SCHRIMPF, BAHNEMANN 2012):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Haben Sie den Eindruck, dass die Schmerzen von einem bestimmten Punkt ausgehen, oder dass sie in eine bestimmte Richtung ausstrahlen? <p>♦ Wann? (Fragen zur Häufigkeit und Dauer)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hatten Sie so etwas früher schon mal? <p>(SCHÖN 2012: 173):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie oft tritt der Schmerz auf? - Wie lange hält der Schmerz an? <p>♦ Sozialanamnese (ebd., 176 - leicht verändert):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbeiten Sie zurzeit?/Nein, ich lerne Deutsch, denn ich möchte bald als Altenpflegerin arbeiten. - Ist das sehr stressig für Sie? 	<p>→ Schmerzlokalität: Präpositionen mit lokaler Bedeutung</p> <p>→ Schmerzdauer: Temporaladverbien</p>
<p>3. Diagnosestellung</p>	<p>✓ Arzt:</p>	

	<p>Eigener Entwurf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Es ist Hexenschuss. Er entsteht bei einer falschen Bewegung der Lendenwirbelsäule. <p>✓ Patientin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entschuldigung, aber ich habe das Wort noch nie gehört. - Was bedeutet 'Hexenschuss'? 	<p>→ Strategien zur Reduktion der Wissenslücken (Bitte um Wiederholung & Erklärung)</p>
<p>4. Therapieplanung und -entwicklung</p>	<p>✓ Arzt:</p> <p>Eigener Entwurf (ergänzt durch die Redemittel aus BREITSAMETER [et al.] 2014: 76):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ich verschreibe Ihnen Schmerztabletten. - Nehmen Sie immer morgens und abends eine Tablette nach dem Essen. - Entspannungs- und Dehnübungen für den Rücken „Rücken fit“/Das stärkt Ihre Rückenmuskeln. <p>✓ Patientin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie lange soll ich diese Medikamente einnehmen? - Haben die Tabletten Nebenwirkungen? - Beahlt die Krankenkasse die Behandlung? 	<p>→ Informationen über Nebenwirkungen von Medikamenten</p> <p>→ Informationen über Behandlungsmöglichkeiten</p> <p>→ Informationen über Kostenübernahme für Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die Krankenkasse</p> <p>→ Strategien zur Reduktion der Wissenslücken (Bitte um Wiederholung & Erklärung)</p>
<p>5. Gesprächsbeendigung</p>	<p>Eigener Entwurf:</p> <p>✓ Arzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wenn Sie in vier Tagen keine Verbesserung spüren, kommen Sie unbedingt noch mal. Erstmals wünsche ich Ihnen aber gute Besserung! <p>✓ Patientin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vielen Dank Dr. Gesundmann. Auf Wiedersehen! 	

Anhang: Teil F – Ergänzungsmaterialien zu den Aktivierungsübungen



(FIRNHABER-SENSEN, RODI 2009: 39)

Patient/Patientin	Beschwerde	Eigenschaften	Eigenschaften des Arztes/der Ärztin
Oma	Kopfschmerzen	verstehet nur wenig Deutsch	kann nicht ruhig sitzen
Ausländer	Bauchschmerzen	kann nicht ruhig sitzen	hat großen Hunger
älterer Herr	Grippe	Hörprobleme	ist in Eile/macht alles sehr schnell
junge Mutter mit einem Säugling	Schlaflosigkeit	lacht sehr viel	Hörprobleme
ein bekannter Politiker/eine bekannte Politikerin	Rückenschmerzen	er/sie beeilt sich sehr	spricht sehr leise