



# Praxisguide Deutsch im Krankenhaus

Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung IQ“

## Die sprachliche Integration internationaler Ärztinnen und Ärzte

Eine Handreichung für Klinikleitungen, Deutschlehrkräfte und Bildungsfachleute

# Impressum

## Herausgeber

passage gGmbH  
Migration und Internationale Zusammenarbeit  
Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im Förderprogramm IQ  
Nagelsweg 10  
20097 Hamburg  
www.deutsch-am-arbeitsplatz.de  
www.netzwerk-iq.de



## Autoren und Autorinnen:

Danny Bever  
Damaris Borowski  
Jörg Deppe  
Margarete Kohlenbach  
Pia Kranz  
Sibylle Plassmann  
Andrea Snippe

## Konzeption:

Jörg Deppe

## Redaktion:

Iris Beckmann-Schulz  
Jörg Deppe  
Susan Kaufmann  
Andrea Snippe

## Layout:

Thurner Design, München

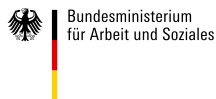
## Fotos:

Förderprogramm IQ / Anita Schiffer-Fuchs (S. 30, 34, 41, 48),  
medisim GmbH & Co. KG (S. 50),  
fotolia (S. 1, 8, 12, 14, 25, 26, 33, 38, 39, 41, 42, 44, 46, 48, 49, 52, 55),  
IQ Landesnetzwerk Bremen / Linda Hoff (S. 20, 21),  
Jan Voth (S. 6), shutterstock (S. 49)

## Stand:

1. Auflage November 2015

Das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.



In Kooperation mit:



# PRAXISGUIDE Deutsch im Krankenhaus

## Die sprachliche Integration internationaler Ärztinnen und Ärzte

<b>Vorwort:</b> Iris Beckmann-Schulz, IQ Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch	5
<b>Geleitwort I:</b> Rita Süßmuth, Migrations- und Bildungspolitikerin	6
<b>Geleitwort II:</b> Rudolf Henke, 1. Vorsitzender des Marburger Bundes	7

### Einwanderung & Integration

<b>Der Bezugsrahmen:</b> Ärztemangel und Ärztewanderung	8
<b>Willkommenskultur:</b> Interview mit Ruth Wichmann, Marburger Bund	14
<b>Internationale Ärztinnen und Ärzte:</b> Kampf um kluge Köpfe	16
<b>Zweiter Berufsstart:</b> Interview mit zwei Assistenzärzten	20

### Anerkennung & Berufszulassung

<b>Berufliche Anerkennung:</b> Der lange Weg in den Beruf	22
<b>Die Kenntnisprüfung:</b> Die letzte und höchste Hürde	25
<b>Fachsprachprüfung:</b> Verwirrende Prüfungsanforderungen	26
<b>Sprachanforderungen:</b> Die Definition der Gesundheitsministerkonferenz	28
<b>Prüferschulungen:</b> Linguistik für die Fachsprachprüfung	29
<b>Sprache im Klinikalltag:</b> Was Migranten alles können soll	30
<b>Prüfungsqualität:</b> Gefragt sind Fairness, Gültigkeit, Zuverlässigkeit	34
<b>Diskussionsbeitrag:</b> Sprachtests ohne Sprachexperten?	37

### Kommunikation im Krankenhaus

<b>Deutsch auf der Station:</b> Der Dativ am Krankenhausbett	38
<b>Sprachbedarfsermittlung:</b> Diagnosen für Doktoren	40
<b>Arbeitsplatzbeobachtung:</b> Über die Schulter geschaut	42
<b>Dokumentation:</b> Ein Aufklärungsgespräch im Detail	44

### Lernen & Lehren

<b>Die Lernformate:</b> Lehrgänge, Kurse, Coaching	46
<b>Die Kursinhalte:</b> Sprachfertigkeit für den Arbeitsplatz	48
<b>Anforderungen an Lehrkräfte:</b> Auf Tuchfühlung zum Klinikalltag	50
<b>Fortbildungen für Lehrkräfte:</b> Medizinerunterricht will gelernt sein	54

### Material

<b>Lehrwerke für Medizinerkurse:</b> Übung macht den Doktor	56
<b>Virtuelles Lernen:</b> Die Klinik in den Kursraum holen	59
<b>Link- und Literaturhinweise:</b> Zum Nachschlagen und Weiterlesen	60

<b>Die Autorinnen und Autoren</b>	63
-----------------------------------	----



# Interdisziplinarität kann funktionieren

Das Förderprogramm Integration durch Qualifizierung (IQ) arbeitet seit 2005 an der Zielsetzung, den Arbeitsmarktzugang und die Beschäftigungsfähigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Dies gilt sowohl für Zugewanderte, die schon seit längerer Zeit hier leben als auch für neu eingereiste Fachkräfte, z.B. auch im Gesundheitssektor. Hier ist die berufliche und vor allem sprachliche Integration von zugewanderten Ärztinnen und Ärzten in deutschen Krankenhäusern momentan sicherlich eine der wichtigsten Aufgaben. Aber auch auf dem Weg zur Berufszulassung müssen Medizinerinnen und Mediziner Hürden überwinden: Auf der Grundlage der GMK-Empfehlungen vom Juni 2014 sind in den meisten Bundesländern inzwischen zusätzlich zum allgemeinsprachlichen Zertifikat B2 für akademische Heilberufe Fachsprachprüfungen auf Niveau C1 eingeführt worden. Berufsbezogenes Deutsch für zugewanderte Medizinerinnen bezieht sich demzufolge nicht nur darauf, Sprachbildungsangebote zu konzipieren und umzusetzen, die sich an den komplexen und vielschichtigen kommunikativen Anforderungen des medizinischen Berufsalltags orientieren. Es geht zudem auch darum, Anerkennungssuchende durch gezielte Vorbereitung auf die Prüfungsanforderungen im beruflichen Anerkennungsverfahren zu unterstützen.

Seit Beginn der neuen IQ-Förderperiode wurden in den Landesnetzwerken vielfältige Angebote zur sprachlichen Qualifizierung von zugewanderten Medizinerinnen entwickelt. Aufgabe der Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch ist es hier, den fachlichen Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren aus Sprachförderung und Gesundheitswesen zu koordinieren mit dem Ziel, die Qualität der Sprachbildungsangebote zu verbessern.

Der vorliegende Praxisguide „Deutsch im Krankenhaus“ bietet nützliche Praxistipps zu Sprachtrainings, Materialien und Fortbildungen. Er gibt Empfehlungen zur Ausgestaltung von Angeboten zur Sprachqualifizierung von zugewanderten Mediznern und lässt dazu sowohl Expertinnen und Experten aus Kliniken und Ärztekammern als auch aus Sprachinstituten zu Wort kommen. Diese Interdisziplinarität als Grundprinzip berufsbezogener Sprachbildung zieht sich wie ein roter Faden durch die Broschüre.

Dass dieses interdisziplinäre Vorgehen im Bereich der akademischen Heilberufe funktionieren kann, zeigt aktuell die Kooperation der Fachstelle mit der Apothekerkammer Hamburg: In einer gemeinsamen Schulung wurden die Anforderungen und Bewertungskriterien der Fachsprachprüfung vorgestellt und diskutiert sowie darüber hinaus vereinbart, dass die Prüfungen für zugewanderte Apotheker in Hamburg zukünftig unter Mitwirkung der Fachstelle abgenommen werden.

Wir danken allen Autorinnen und Autoren für ihre wertvollen Beiträge. Über weiterführende Hinweise und Anregungen freuen wir uns.

*Iris Beckmann-Schulz*

Leiterin der Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im Netzwerk Integration durch Qualifizierung (IQ)

# Integration braucht unser Engagement



**Rita Süßmuth**, deutsche Politikerin und Wissenschaftlerin, war von 1988 bis 1998 Präsidentin des Deutschen Bundestags und von 1985 bis 1988 Bundesministerin für Familie, Frauen, Jugend und Gesundheit. Zuvor war sie Professorin für Erziehungswissenschaften an den Universitäten Bochum und Dortmund und Direktorin des Forschungsinstituts „Frau und Gesellschaft“ in Hannover. Als Expertin für Migration wurde Rita Süßmuth unter anderem 2000 vom damaligen Bundesinnenminister Otto Schily zur Vorsitzenden der unabhängigen Kommission „Zuwanderung“ berufen. Sie ist heute Präsidentin des Konsortiums, das den deutschen Beitrag zum Aufbau der Türkisch-Deutschen Universität (TDU) in Istanbul koordiniert.

**M**igration ist aus unserer Gegenwart nicht mehr wegzudenken. Menschen verlassen ihre Heimat, oft voll Zuversicht und Lebensdrang, oft aus schierer Not und Verzweiflung, ziehen in ein anderes Land, bauen sich ein neues Leben auf. Über 30.000 zugewanderte Ärztinnen und Ärzte arbeiten heute bereits in deutschen Krankenhäusern. Wären sie nicht da, wäre der hohe Standard der medizinischen Versorgung in Deutschland gefährdet.

Der Mangel an Fachkräften in unserem Land steht auf der einen, der Wunsch junger Menschen nach einem sicheren Leben mit Zukunftschancen auf der anderen Seite. Ausländische Medizinerinnen und Mediziner entscheiden sich in immer größerer Zahl, ihre Qualifikation und Erfahrungen in einem deutschen Krankenhaus einzubringen und bereichern so unser Gesundheitswesen. Manche kommen für einige Jahre, um bei uns ihre Weiterbildung in einer Facharztausbildung zu absolvieren, viele mehr bleiben dauerhaft und streben hochqualifizierte Leitungs- und Chefarztpositionen an.

Integration geschieht niemals von selbst. Sie kostet die Zugewanderten viel Willen und Lernbereitschaft, und sie braucht Umdenken und Unterstützung im Aufnahmeland. Die berufliche Eingliederung zugewanderter Ärztinnen und Ärzte in das deutsche Gesundheitswesen ist eine der großen, durch die neuen sozialen Realitäten entstandenen Herausforderungen. Sie lässt sich nur bewältigen, wenn sich alle Beteiligten in den Kliniken, Kammern, Behörden und Sprachinstituten diese Aufgabe entschieden zu ihrer Sache machen und bereit sind, über die Grenzen ihrer Professionen hinweg zusammenzuarbeiten.

Die deutsche Sprache ist ein unerlässliches Handwerkszeug für das medizinische Handeln im neuen Land. Im Umgang mit diesem noch ungewohnten Instrument sollen die zugewanderten Medizinerinnen und Mediziner so vertraut und sicher werden wie beim tagtäglichen Einsatz ihres Stethoskops. Dafür braucht es gute Konzepte, Lern- und Testmethoden – und eine intensive Kooperation zwischen Personalverantwortlichen, Sprachexperten und Aufsichtsbehörden.

Ich freue mich, dass mit dem nun vorliegenden „Praxisguide Deutsch im Krankenhaus“ viele nützliche Anregungen für eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit gegeben werden. Die Integration des ausländischen Fachpersonals in unseren Kliniken kann nur gelingen, wenn sich alle Beteiligten gemeinsam, gründlich und nachhaltig für die Förderung der dafür nötigen Sprachkenntnisse einsetzen.

In diesem Sinne wünsche ich allen Fach- und Sprachexperten eine erfolgreiche Arbeit mit den Materialien des „Praxisguides“. Beides, die Sicherung des Fachpersonals in unserem Gesundheitswesen wie die Unterstützung junger Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland, sollte unser nachdrückliches, gemeinsames Engagement wert sein.

*Rita Süßmuth*

# Gute Deutschkenntnisse sind unverzichtbar

**W**er heute in ein deutsches Krankenhaus geht, trifft dort nicht nur auf Patienten verschiedener Nationalität. Auch die Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte steigt von Jahr zu Jahr. Ende 2015 werden voraussichtlich rund 30.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte in deutschen Krankenhäusern tätig sein. Der weitaus größte Anteil kommt aus Ländern der Europäischen Union. Darin drückt sich die in den EU-Mitgliedstaaten geltende Arbeitnehmerfreizügigkeit aus. Davon hat Deutschland zuletzt stärker profitiert als andere EU-Mitgliedsländer. Ohne die Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte gäbe es in manchen Regionen sehr viel größere Probleme, die stationäre Versorgung in dem erforderlichen Umfang sicherzustellen.

Auch Ärzte aus Drittstaaten haben es inzwischen leichter, hier in Deutschland tätig zu werden. Mit Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes am 1. April 2012 ist u.a. die deutsche bzw. die Staatsangehörigkeit eines Landes des Europäischen Wirtschaftsraumes für die Erteilung der Approbation keine zwingende Voraussetzung mehr. Davon unberührt bleibt der notwendige Nachweis der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes mit der bundesdeutschen Ausbildung.

Zu den Grundvoraussetzungen, die ausländische Ärzte mitbringen müssen, wenn sie hierzulande in einem Krankenhaus tätig werden möchten, gehören gute allgemeine und fachbezogene Deutschkenntnisse. Fachsprachentests von Ärztekammern haben gezeigt, dass bei einem Teil der ausländischen Ärzte die vorhandenen Deutschkenntnisse nicht ausreichen, um im Klinikalltag bestehen zu können. Dabei sind gute Deutschkenntnisse ein Qualitätsmerkmal zur Sicherstellung einer qualifizierten und vertrauensvollen Patientenversorgung. Verständigungsprobleme können zu fatalen Folgen für den Patienten führen. Sprachliche Defizite belasten zudem die kollegialen Beziehungen und erschweren die qualifizierte ärztliche Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland.

Der Ärztemangel in manchen Regionen darf nicht dazu verleiten, die Anforderungen an die Deutschkenntnisse zugewanderter Ärzte abzusenken. Es ist nicht zuletzt ein Gebot der Patientensicherheit, an die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus höhere Ansprüche zu stellen als in anderen, weniger gefahrgeneigten Berufen. Ausländische Ärzte müssen nicht nur mit Patienten und ärztlichen Kollegen problemlos kommunizieren können, sie müssen auch in der Lage sein, Arztbriefe, Codierungen und Gesundheitsbescheinigungen richtig zu formulieren.

Der vorliegende Praxisguide bietet in dieser Hinsicht eine wertvolle Handreichung für Klinikleitungen, Lehrkräfte und all jene, die ausländische Ärztinnen und Ärzte in ihrer neuen Umgebung unterstützen.

*Rudolf Henke*

1. Vorsitzender des Marburger Bundes



**Rudolf Henke** ist Facharzt für Innere Medizin. Er ist 1. Vorsitzender des Marburger Bundes, der gewerkschaftlichen und berufspolitischen Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (seit November 2007). Daneben ist er Präsident der Ärztekammer Nordrhein (seit November 2011). 2009 und 2013 wurde er jeweils als Aachener Direktkandidat der CDU in den Deutschen Bundestag gewählt.



Zugewanderte Assistenzärzte: Bis zu 80 Wochenstunden



# Willkommen, Lückenbüsser

Bilanzen im Keller, Dienstpläne am Limit: Viele Kliniken kämpfen mit roten Zahlen und chronischen Personallücken – und lassen bei der Integration ausländischer Ärztinnen und Ärzte oft Fünfe gerade sein.

**D**ie Situation scheint paradox. Noch nie gab es so viele Ärztinnen und Ärzte in Deutschland – und noch nie drohten so viele Lücken in der ärztlichen Versorgung.

Fakt ist: Zum Jahresende 2014 ist die Zahl der berufstätigen Mediziner auf ein neues Rekordhoch geklettert. Mehr als 365.000 Ärztinnen und Ärzte sind bei den Landesärztekammern gemeldet. Rein rechnerisch kommen damit nur noch 221 Deutsche auf einen Arzt – 1980 waren es noch doppelt so viele.<sup>1</sup> Warum Kammern und Krankenhäuser dennoch beharrlich von einem „Ärztmangel“ sprechen, erschließt sich erst auf den zweiten Blick: Vom statistischen Medizinerboom kommt in den OP-Sälen und Arztpraxen so gut wie gar nichts an.

Vor allem Veränderungen der ärztlichen Berufsrolle sind es, die den vermeintlichen „Versorgungsfortschritt“ untergraben. Fast jeder zehnte ausgebildete Arzt arbeitet heute nicht mehr in einer Praxis oder Klinik, sondern in der Pharmaindustrie oder im Krankenhausmanagement, bei Krankenkassen, Berufsverbänden oder Beratungsunternehmen.<sup>2</sup> Und, schwerwiegender noch: Auch diejenigen, die weiter im weißen Kittel schaffen, pflegen immer seltener Patienten – und immer öfter Dokumente und Datenbanken. Die Bürokratiebelastung ist enorm gewachsen, wie sich 2013 auch in einer Mitgliederbefragung der Ärztegewerkschaft Marburger Bund zeigte: 54 Prozent der Krankenhausärztinnen und -ärzte gaben an, dass sie täglich mehr als zwei Stunden mit Verwaltungsarbeit zubringen.<sup>3</sup>

Mehr Ärzte bedeuten also noch lange nicht mehr ärztliche Arbeitskraft – zumal sich im ambulanten Sektor immer öfter auch zwei Ärzte eine Stelle teilen: Im Jahr 2001 arbeiteten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes 31.000 Medizinerinnen und Mediziner in Teilzeit, zehn Jahre später waren es bereits 54.000 – Tendenz weiter steigend.<sup>4</sup>

***Vom statistischen  
Medizinerboom  
kommt in den OP-Sälen  
nichts an.***

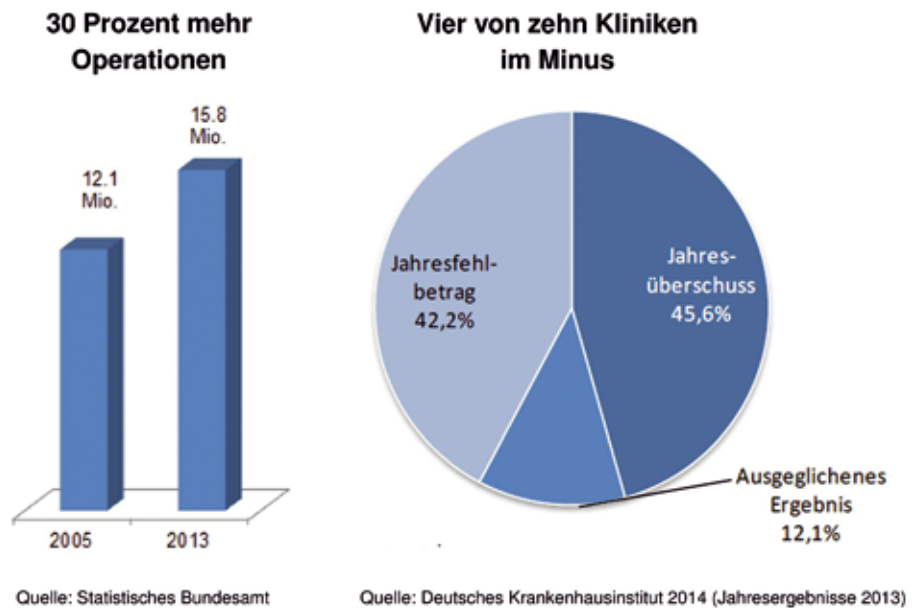
1 Bundesärztekammer, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2014, Seite 10, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/) (Abruf 05.05.2015)

2 Ebd.

3 Marburger Bund, Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung, MB-Monitor 2013, S. 15, [www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mb-monitor-2013/3.gesamtauswertung-mb-monitor-2013-1-08032013-pk.pdf](http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mb-monitor-2013/3.gesamtauswertung-mb-monitor-2013-1-08032013-pk.pdf) (Abruf 05.05.2015)

4 Bundesärztekammer, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2013, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2013/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-der-vorjahre/aerztestatistik-2013/) (Abruf 05.05.2015)

## Krankenhäuser in Deutschland



### Mehr Operationen, mehr Personalnot

*Immer häufiger wird operiert, immer mehr Ärzte werden gebraucht.*

Im Schatten des neuen Stellenrekords entwickelt sich so, schleichend, aber unausweichlich, eine handfeste Personalnot. Spätestens beim Blick auf die Nachfrageseite des Themas offenbart sich die Klemme: Die Behandlungen in den Krankenhäusern werden immer komplexer, immer häufiger wird operiert, immer mehr Ärzte werden gebraucht. Die Zahl der chirurgischen Eingriffe in deutschen Kliniken kletterte zwischen 2005 und 2013 um 30 Prozent auf 15,8 Millionen<sup>5</sup>, die ambulant durchgeführten Operationen verdreifachten sich gar binnen zehn Jahren (2012: knapp 1,9 Millionen)<sup>6</sup>: Werte, mit denen Deutschland zur Weltspitze gehört.

Die Gründe für diese Entwicklung – und damit für den personellen Mehrbedarf – sind vielfältig. Unstrittig ist, dass neben dem medizinischen Fortschritt auch das Finanzierungssystem eine Rolle spielt: Die 2004 eingeführten Fallpauschalen setzen nicht Grenzen, sondern finanzielle Anreize für möglichst viele Operationen. Die deutschen Kliniken stehen wirtschaftlich mit dem Rücken zur Wand; über 42 Prozent von ihnen schreiben rote Zahlen<sup>7</sup>, übrig geblieben sind mittlerweile weniger als 2000 Häuser. Um zu überleben, treiben die Kliniken die Zahl ihrer Behandlungsfälle fortwährend weiter nach oben – und befeuern damit aus eigenem Antrieb selbst die Nachfrage nach ärztlicher Arbeitskraft.

Ob die kommende Krankenhausreform diesen Trend zu unnötigen Eingriffen tatsächlich stoppen kann, ist umstritten; nicht aber, dass ohnehin zusätzliche Personalnachfrage durch die fortschreitende Alterung der Gesellschaft entsteht: Deutschland hat schon jetzt nach Japan die weltweit zweitälteste Bevölkerung, jeder vierte Deutsche ist älter als 60 Jahre. In 15 Jahren werden zwei von drei Krankenhausbet-

5 Statistisches Bundesamt, Operationen in Krankenhäusern: Plus von 30 % zwischen 2005 und 2013, [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/OperationenDeutschlandEntwicklung.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/OperationenDeutschlandEntwicklung.html) (Abruf 05.05.2015)

6 Statistisches Bundesamt, Ambulante Operationen seit 2003 verdreifacht, [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/AmbulanteOperationen.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/ImFokus/Gesundheit/AmbulanteOperationen.html) (Abruf 05.05.2015)

7 Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Krankenhaus Barometer 2014, Seite 107 ff., Düsseldorf 2014, [www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus\\_barometer\\_2014.pdf](http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2014.pdf)

ten mit Patienten über 60 belegt sein<sup>8</sup> – die Folge wird ein noch größerer und zugleich noch komplexerer Behandlungsbedarf sein.

Und die demographische Entwicklung betrifft nicht nur die medizinische Nachfrage, sondern auch das Angebot: Auch die Ärzteschaft selbst ist überaltert. Das Durchschnittsalter der Vertragsmediziner liegt bei 53 Jahren, fast jeder vierte niedergelassene Arzt plant, in den nächsten fünf Jahren die Praxis aufzugeben<sup>9</sup>. Entlastung von unten in der Alterspyramide steht nicht zu erwarten, denn die Zahl der Medizinstudenten stagniert; in Zeiten des staatlichen Spardrucks und Numerus Clausus nehmen jährlich nur rund 10.000 Studentinnen und Studenten ein Studium der Medizin auf. Und als wäre das alles nicht schon prekär genug: Nach ihrem Studium kehren jedes Jahr über 2.800 junge Ärztinnen und Ärzte Deutschland den Rücken und suchen ihr berufliches Glück im Ausland<sup>10</sup>.

So führt der Weg zwischen wachsendem Personalbedarf und schwindendem -angebot geradewegs in einen bedrohlichen Engpass. Zwar verläuft diese Entwicklung keineswegs gleichmäßig, sondern in Wellen – 2014 blieben offene Arztstellen durchschnittlich 151 Tage unbesetzt, 2012 waren es sogar schon 176 Tage<sup>11</sup> –, und sie trifft auch nicht alle Kliniken gleichermaßen: Vor allem Häuser auf dem Land und in kleineren bis mittleren Großstädten sind betroffen, während große Lehrkrankenhäuser in den Metropolen noch immer aus vollen Bewerberpools schöpfen. Doch am grundsätzlichen Dilemma ändern solche punktuellen Erleichterungen nichts: Genau dort, wo immer mehr Ärzte gebraucht werden, an den Krankbetten und Operationstischen, stehen immer weniger zur Verfügung.

Die langfristigen Prognosen sind entsprechend düster: Das Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR erwartet für das Jahr 2030 deutschlandweit eine Lücke von 76.100 Ärzten<sup>12</sup>, die Unternehmensberatung Roland Berger gar ein Minus von 111.000 Ärzten<sup>13</sup>.

### So schnell, so günstig wie möglich

Das ist die Ausgangslage, die Chefärzte und Klinikmanager in Scharen zu Personalagenturen und Headhuntern treibt. Gesucht sind medizinische Fachkräfte, jung, passgenau qualifiziert, kurzfristig einsatzbereit – und gefunden werden sie im Ausland, in den Armut- und Krisenregionen Europas und der Welt. Die fünf Spitzenplätze im Ranking der Herkunftsländer 2014: Rumänien, Syrien, Ägypten, Serbien und Griechenland<sup>14</sup> – Länder, in denen der Ärztemangel um ein Vielfaches dramatischer als in Deutschland ist (siehe Seite 16ff.).

Noch zur Jahrtausendwende beschäftigten deutsche Kliniken weniger als 6.600 Krankenhausärzte aus dem Ausland – fünfzehn Jahre später sind es schon mehr als 28.000 (siehe Grafik). Jeder sechste Klinikarzt hat inzwischen ausländische Wurzeln, bei den Assistenzärzten liegt die Quote oft zwischen 50 und 90 Prozent.

Dass deutsche Provinzkrankenhäuser auf der einen und Nachwuchsmediziner aus Asien, Afrika, Süd- und Osteuropa auf der anderen Seite überhaupt zueinander



Quelle: Bundesärztekammer, Ärztestatistik

**Wirtschaftsforscher erwarten für das Jahr 2030 in Deutschland eine Lücke von 76.100 Ärzten.**

8 Deloitte Health Care Indikator 2014, Krankenhausmarkt im Wandel, [www2.deloitte.com/de/de/pages/presse/contents/Krankenhaus-im-Wandel.html](http://www2.deloitte.com/de/de/pages/presse/contents/Krankenhaus-im-Wandel.html) (Abruf 06.05.2015)

9 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Ärztemonitor 2014, [www.kbv.de/media/sp/infas\\_Praesentation\\_Aerztemonitor\\_5213\\_20140701.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor_5213_20140701.pdf) (Abruf 06.05.2015)

10 Vgl. Bundesärztekammer, Ärztestatistiken 2010-2014, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/) (Abruf 05.05.2015)

11 Bundesagentur für Arbeit, Fachkräfteengpassanalyse, <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Footer/Top-Produkte/Fachkraefteengpassanalyse-Nav.html> (Abruf 05.05.2015)

12 Pricewaterhouse/Coopers AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.): Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR, 112 – und niemand hilft. Frankfurt 2012.

13 Unternehmensberatung Roland Berger, Fachkräftemangel im Gesundheitswesen, Berlin, Oktober 2013, S. 7, [www.rolandberger.de/media/pdf/Roland\\_Berger\\_Fachkraefteemangel\\_im\\_Gesundheitswesen\\_20131028.pdf](http://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland_Berger_Fachkraefteemangel_im_Gesundheitswesen_20131028.pdf) (Abruf 05.05.2015)

14 Vgl. Ärztestatistik der Bundesärztekammer 2013, 2014, s.o.



Ausländischer Assistenzarzt: Am Rande der Erschöpfung

***Gesucht sind  
medizinische Fachkräfte,  
jung, passgenau qualifiziert,  
kurzfristig einsatzbereit.***

finden, verdankt sich dabei in erster Linie der Eigeninitiative der jungen Ärztinnen und Ärzte. Mit Willen, Zielstrebigkeit und viel Deutschbüffeln versuchen sie, sich eine neue Lebensperspektive aufzubauen; und manchmal finden sie gar per Mail und Initiativbewerbung auf direktem Weg zu interessierten Kliniken. Ohnehin ist das Internet mit seiner brückenschlagenden Bedeutung in diesem grenzüberschreitenden Arbeitsmarkt nicht wegzudenken, wie auch Personaldienstleister, die es immer besser zu nutzen wissen: Private Jobvermittler – und teils auch die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Bundesagentur für Arbeit (ZAV) – betreiben ihre internationale Ärztesuche nicht mehr nur über Zeitungsanzeigen, Jobmessen und herkömmliche Online-Börsen, sondern mit wachsendem Erfolg auch über soziale Netzwerke wie LinkedIn, Xing, facebook und Google Plus.<sup>15</sup>

Der große Erfolg dieser Personalrekrutierung im Ausland offenbart vor allem eins: den Problemdruck im Inland. Im Zangengriff zwischen roten Zahlen und Personalnotstand suchen die Klinikbetreiber händeringend nach kurzfristigen, aber kostenverträglichen Lösungen; und vor allem kleinere Häuser finden den Ausweg oft nur in der Arbeitskraftreserve jenseits der Grenzen – die dann so schnell, so günstig wie möglich einsetzbar sein soll.

Keine guten Voraussetzungen für die berufliche und sprachliche Integration der Angeworbenen. Die meisten von ihnen wissen vor ihrer Einreise wenig über das deutsche Gesundheitswesen, die Abläufe auf den Stationen, die Arztrolle hierzulande, und fast alle verfügen bei ihrer Ankunft allenfalls über Deutschkenntnisse auf der Stufe B2 – und damit nicht einmal annähernd über die nötige Kommunikationsfähigkeit für den Alltag im Krankenhaus, für korrekte, aussagekräftige Arztbriefe, für einfühlsame und zugleich präzise Patientengespräche.

### **Ins kalte Wasser geworfen**

Welchen enormen Lernbedarf die Neankömmlinge tatsächlich haben und auf welche spezifischen Sprachfertigkeiten es überhaupt im Stationsalltag ankommt, ist vielen Klinikchefs eher unklar (siehe Seite 30ff, 38 ff.). Und die staatlichen Auf-

<sup>15</sup> Rolf Glazinski, Anwerbung und Integration ausländischer Ärzte, Seite 25 ff., Books on Demand, Norderstedt 2014

sichtsbehörden tragen wenig zur Klärung bei: Zwar haben die Gesundheitsminister der Bundesländer im Juni 2014 beschlossen, dass ausländische Ärzte über das B2-Sprachniveau hinaus auch „Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1“ nachweisen müssen<sup>16</sup>. Doch die Landesregierungen übertragen diese Prüfung teils Sprachinstituten, teils Ärztekammern, teils verzichten sie sogar komplett darauf – so dass zugewanderte Ärzte noch immer vor einem Prüfungswirrwarr stehen, mit je nach Region wechselnden Anforderungen, je nach Prüfungskomitee schwankenden Kriterien und mit Sprachprüfungen, die ohne Sprachexperten konzipiert und durchgeführt werden (siehe Seite 26 - 37).

Ein stärkeres Engagement der Krankenhäuser in Sachen Sprachförderung wird damit sicher nicht befördert. Unverändert bieten Klinikverantwortliche, wo immer möglich, Zuwanderern auch ohne ausreichende Fachsprachenkenntnisse Arbeitsstellen an, und gern auch unbezahlte Praktika, Hospitationen oder Gastarztverträge, bei denen die Gehälter und Lohnnebenkosten von Stipendiaten aus dem (meist arabischen) Ausland bezahlt werden.

Hauptsache schnell, Hauptsache günstig, heißt das Stellenbesetzungsgebot der Stunde. Nur wenige, meist größere Häuser suchen die Zusammenarbeit mit Bildungsinstituten und ermöglichen ausländischen Kandidaten einen Berufszugang mit einem vorangestellten, systematischen Fach- und Sprachunterricht. Solche berufsvorbereitenden Kursangebote umfassen wöchentlich meist zwischen 25 und 40 Unterrichtsstunden, können mehrere Monate bis zu einem ganzen Jahr dauern, schließen bisweilen sogar einen C1-Grundlagenkurs ein – und führen die meisten Teilnehmer zu einer sicheren, reibungslosen Kommunikation mit Patienten, Kollegen und Pflegekräften (siehe Seite 48 f.).

Die meisten Kliniken allerdings werfen die neuen Arbeitskräfte ins kalte Wasser: Einarbeitung, Stationsarbeit, Deutschlernen, alles soll sofort und gleichzeitig klappen – und das, obwohl Assistenzärztinnen und -ärzte ohnehin am Rande der Erschöpfung arbeiten. Nach einer Umfrage des Marburger Bundes sind drei Viertel aller Krankenhausmediziner mehr als 48 Stunden pro Woche im Einsatz, ein Viertel sogar zwischen 60 und 80 Stunden.<sup>17</sup> Besonders hart trifft es die Assistenzärzte, und am härtesten die zugewanderten unter ihnen, die aufgrund ihrer Sprachschwierigkeiten noch länger, noch später nach Dienstschluss mit Arztbriefen und Dokumentationen kämpfen, natürlich ohne Zeiterfassung, geschweige denn Vergütung.

Kein Wunder, dass unter solchem Arbeitsdruck das Deutschlernen oft hintenansteht. Berufsbegleitende Medizinerkurse, berichten Sprachdozentinnen und -dozenten aus vielen Kliniken, leiden unter enormer Fluktuation und häufigen Fehlzeiten, unter den ständigen Überstunden, Rufbereitschaften, Nacht- und 24-Stunden-Diensten der Teilnehmer (siehe Seite 48 f.). Ein kontinuierlicher Unterricht ist neben dem Klinikjob kaum möglich; ohne verlässliche Freistellungen vom Dienst – und das heißt auch: ohne eine Änderung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Kliniken – können angestellte Assistenzärzte ihre Deutschkenntnisse nicht entscheidend verbessern.

Zu einer nachhaltigen beruflichen und sprachlichen Eingliederung ausländischer Mediziner, so scheint es, ist es noch ein langer Weg. Die Integration zugewanderter Ärztinnen und Ärzte braucht mehr Aufmerksamkeit, mehr Freiräume, mehr finanzielle Unterstützung – mehr als in deutschen Krankenhäusern bisher verwirklicht ist.

*Jörg Deppe*

***Einarbeitung,  
Stationsarbeit,  
Deutschlernen, alles  
soll sofort und  
gleichzeitig klappen.***

16 Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK), Eckpunkte zur Überprüfung der für die Überprüfung der Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen, [www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP\\_Oeffentl\\_Bereich.pdf](http://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf) (Abruf: 05.05.2015)

17 Marburger Bund, Ergebnisse der Mitgliederbefragung, MB-Monitor 2013, Arbeitszeiten, [www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mb-monitor-2013/3.gesamtauswertung-mb-monitor-2013-1-08032013-pk.pdf](http://www.marburger-bund.de/sites/default/files/dateien/seiten/mb-monitor-2013/3.gesamtauswertung-mb-monitor-2013-1-08032013-pk.pdf) (Abruf 12.05.2015)



Internationale Ärzte: „Viel wertvolle Zeit vergangen“

Willkommenskultur

## „Weitere zehn Jahre Warten hilft nicht“

Ruth Wichmann, Marburger Bund, fordert mehr Integrationshilfen für ausländische Ärztinnen und Ärzte – und eine bessere Zusammenarbeit von Medizinern und Sprachexperten.

**Eigentlich könnten Sie doch zufrieden sein. Über 40.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte haben schon den Weg nach Deutschland gefunden, und fast 90 Prozent von ihnen auch eine Beschäftigung.**

Ausländische Ärzte leisten enorm viel für die Gesundheitsversorgung unseres Landes. Schon deshalb sollten für sie die gleichen Arbeitsbedingungen gelten wie für ihre einheimischen Kollegen. Das gehört zu den zentralen Anliegen des Marburger Bundes. Wir brauchen in Deutschland auf allen Ebenen eine Willkommenskultur, die diesen Namen auch verdient.

**Die Wirklichkeit sieht anders aus. Ausländische Mediziner stöhnen über das Dickicht bürokratischer Regelungen zur beruflichen Integration.**

Zu Recht! Zu einer guten Willkommenskultur würde gehören, dass Regelungen angemessen, transparent und nachvollziehbar sind. Gerade bei den Sprachanforderungen aber gibt es auch gut ein Jahr nach dem Eckpunkte-Beschluss der Gesundheitsminister der Länder

noch immer große Unterschiede. Alle argumentieren mit dem Schutz der Patienten – und es ist schwer nachzuvollziehen, warum dafür beispielsweise in Bayern ein allgemeinsprachliches Zertifikat auf dem Niveau B2 reicht, während in Brandenburg zusätzlich ein Fachsprachentest gefordert wird, der sich am höheren Niveau C1 orientiert.

**Zumindest bei den fachlichen Anforderungen sollte das Anerkennungsgesetz von 2012 doch eigentlich mehr Klarheit schaffen.**

Derzeit überprüfen 22 regionale Behörden die Gleichwertigkeit von Drittstaatsdiplomen. Seit Jahren wirbt der Marburger Bund dafür, dass die Länder die Möglichkeit nutzen, eine zentrale Gutachterstelle einzurichten, die die Behörden unterstützt. Dies würde den ausländischen Ärzten mehr Rechtssicherheit geben und die Transparenz fördern.

**Meistens kommen die ausländischen Ärzte mit Deutschkenntnissen auf der Stufe B2, stellen dann aber fest, dass sie von den**

**„Mediziner und Sprachexperten sollten gemeinsam prüfen.“**

Sprachanforderungen im Krankenhaus völlig überfordert werden. Allerdings schaffen sie es fast nie, in ihrer extrem knappen Freizeit zusätzliche Deutschkurse zu besuchen. Müssen die Kliniken ihre Erwartungen nach unten schrauben?

Nein. Aus Gründen der Patientensicherheit ist es notwendig, dass ausländische Ärzte erst dann ihre Tätigkeit in Deutschland aufnehmen, wenn sie über genügend Deutschkenntnisse verfügen, um den Klinikalltag erfolgreich zu meistern. Die Arbeitgeber sollten ausländische Ärzte bereits vor der Arbeitsaufnahme beim Erwerb der Deutschkenntnisse unterstützen. So ist es zum Beispiel in Schweden üblich, dass der Arbeitgeber nicht nur die Kosten für einen viermonatigen Intensivsprachkurs trägt, sondern dem Arzt während dieser Zeit auch das Tarifgehalt zahlt. Warum geht dies nicht auch in Deutschland?

Deutsche Kliniken versuchen eher, zugewanderte Mediziner möglichst schnell in den Betrieb zu integrieren, auch wenn die Sprachkenntnisse noch lückenhaft sind – das Deutschlernen soll nebenher laufen. Die Ärzte beklagen aber den hohen Arbeitsdruck, ständige Bereitschaftsdienste und Überstunden...

Eine repräsentative Umfrage unter Klinikärzten, die der Marburger Bund 2013 durchgeführt hat, belegt, dass überlange Arbeitszeiten, hohe Arbeitsverdichtung und viele unbezahlte Überstunden die Realität an deutschen Kliniken sind. Für ausländische Ärzte ist es deswegen in der Tat schwierig, in der Freizeit Deutschkurse zu besuchen.

Ihre Konsequenz daraus?

Es muss möglich sein, die Kenntnisse der deutschen Sprache auch während der Berufstätigkeit weiter auszubauen. Das liegt auch im Interesse des Arbeitgebers. Die Krankenhäuser sollten den Besuch von Deutschkursen während der Arbeitszeit ermöglichen. Noch wichtiger wäre es aber, wie gesagt, dass sie sich auch für vorbereitende Sprachkurse schon vor dem Berufseintritt verantwortlich fühlen.

Und die Sprachkurse selbst? Was können

Kliniken und Chefarzte auf der einen, Sprachinstitute und -lehrkräfte auf der anderen Seite tun?

Wir brauchen in der Tat eine noch bessere Zusammenarbeit. Der Fachsprachunterricht sollte von Medizinern und darauf spezialisierten Sprachexperten gemeinsam konzipiert werden. Dann kann er besser auf die jeweiligen Bedürfnisse der Zielgruppe zugeschnitten werden.

Das gilt auch für die Fachsprachprüfungen?

Auch die sollten interdisziplinär entwickelt und durchgeführt werden. Der Marburger Bund plädiert seit langem für standardisierte, bundesweit einheitliche Tests, die den einschlägigen Qualitätskriterien für Sprachtests genügen und zudem praxisnah sind.

Mal grundsätzlich gefragt: Je besser wir dies alles bei uns im Land organisieren, desto mehr Probleme für die medizinische Versorgung entstehen doch in den Herkunftsländern. Sollten deutsche Krankenhäuser wirklich hemmungslos Fachkräfte aus armen Ländern abwerben?

Prinzipiell sollte ein reiches Land wie Deutschland sicherstellen, dass es genügend Ärzte für den eigenen Bedarf ausbildet. Der Marburger Bund beteiligt sich an keinen Aktionen zur Abwerbung von Ärzten aus Ländern, in denen diese zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der eigenen Bevölkerung gebraucht werden.

Wie sieht Ihre ganz persönliche Vision aus? Wie stellen Sie sich die Integration internationaler Ärzte in zehn Jahren vor?

Da denke ich pragmatisch. Alle angesprochenen Maßnahmen können kurzfristig umgesetzt werden, wenn die Verantwortlichen dies wirklich wollen. Seit dem Inkrafttreten des Anerkennungsgesetzes im Jahr 2012 ist viel wertvolle Zeit vergangen. Weitere zehn Jahre Warten hilft den Ärzten, die aktuell hier sind oder bald kommen wollen, nicht – und ist im Hinblick auf den Ärztemangel in Deutschland auch völlig unangebracht.

Interview: Jörg Deppe

**„Die Krankenhäuser müssen das Deutschlernen unterstützen.“**



Ruth Wichmann ist Leiterin des Auslandsreferates des Marburger Bundes. Sie ist seit rund 13 Jahren für den Marburger Bund tätig und berät ausländische Ärzte, die in Deutschland arbeiten möchten. Der Marburger Bund ist die gewerkschaftliche und berufspolitische Interessenvertretung der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland. Im Mittelpunkt stehen u.a. der Kampf für bessere Arbeitsbedingungen und eine leistungsgerechte Vergütung in den Krankenhäusern.



Medizinischer Nachwuchs: Weltweit gefragt

Internationale Ärztinnen und Ärzte

# Kampf um kluge Köpfe

Mobil, motiviert, hoch qualifiziert: Junge medizinische Fachkräfte sind international gesucht. Über Grenzen hinweg liefern sich Kliniken ein Tauziehen um Talente – und immer öfter gewinnen die deutschen.

**D**er Putz blätterte von den Wänden, mal fehlten Antibiotika, mal Narkosemittel. Und immer fehlte Personal. Die Anästhesistin Daciana Niculescu<sup>1</sup>, 31, hat keine guten Erinnerungen an ihre Zeit in einem rumänischen Provinzkrankenhaus. Drei Jahre arbeitete sie dort als Assistenzärztin, für 290 Euro im Monat – bis sie 2013 ihre Heimat verließ. Wie 14.000 andere rumänische Ärztinnen und Ärzte, die nach Angaben des Ärzteverbandes zwischen 2007 und 2014 ausgewandert sind<sup>2</sup>.

Besonders viele von ihnen zog es nach Deutschland. Fast 4.000 Mediziner hierzulande stammen inzwischen aus Rumänien, mehr als aus jedem anderen Land<sup>3</sup>. In keinem anderen EU-Staat wird so wenig Geld für Gesundheit ausgegeben, ist die

1 Alle Namen redaktionell verändert.

2 Süddeutsche.de, Rumänien verlor ein Drittel seiner Ärzte, 15.1.2015, [www.sueddeutsche.de/gesundheitsmedizin/medizinermangel-europaeische-aerztewanderung-1.2292244-2](http://www.sueddeutsche.de/gesundheitsmedizin/medizinermangel-europaeische-aerztewanderung-1.2292244-2)

3 Bundesärztekammer, Ärztestatistik 2014, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/auslaendische-aerztinnen-und-aerzte/)



Medizinerzahl pro 1000 Einwohner so niedrig, werden Ärzte so schlecht bezahlt<sup>4</sup>. In Rumänien verdienen Assistenzärzte monatlich zwischen 270 und 400 Euro – in Deutschland liegt ihr tarifliches Einstiegsgehalt an kommunalen Krankenhäusern bei 4.112 Euro.

### 32-Stunden-Schichten im Bürgerkrieg

Das Beispiel Rumänien ist drastisch, aber es ist eines von vielen. Die Liste der wichtigsten Herkunftsländer der 2014 nach Deutschland eingewanderten Ärzte (siehe Grafik) spricht eine deutliche Sprache: Die grenzüberschreitende Ärztwanderung hat mit Armut, mit Krisen, oft auch mit Kriegen zu tun. Der Chirurg Tarek Massoud, 41, versorgte in einem Krankenhaus im Zentrum von Damaskus Opfer des syrischen Bürgerkrieges. Operierte, amputierte, begleitete Sterbende. In 32-Stunden-Schichten, denen eine achtstündige Pause folgte; bis zur nächsten Schicht. Zwei Jahre lang ertrug er das, dann wechselte er Land und Fachrichtung – jetzt ist er Kardiologe in einem Kreiskrankenhaus in Nordrhein-Westfalen.

Doch nicht Not allein treibt die jungen Ärzte fort. Die meisten möchten beruflich vorankommen, erhoffen sich von einer Weiterbildung im Ausland fachlich einen Sprung nach vorn. Oft sind es die Motiviertesten eines Jahrgangs, die sich auf den Weg machen – der *Brain Drain* hat für die Herkunftsländer mehr als nur numerische Bedeutung.

Denn eben die Besten sind es, nach denen deutsche Kliniken im hiesigen Wettbewerb um maximale Behandlungsleistungen suchen (siehe Seite 8ff.). In Südosteuropa und arabischen Ländern fahnden sie nach medizinischen Talenten, auf Jobmessen, mit Anzeigenkampagnen, mit mehrsprachigen Videos und Webseiten, Online-Börsen, privaten Personalagenturen oder über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung der Arbeitsagentur (ZAV)<sup>5</sup> – und häufig auch über spezialisierte Headhunter: Für Erfolgsprämien, die selten 10.000 Euro unterschreiten, suchen Scouts das direkte Gespräch mit den jungen Medizinern, und das oft auch mit unorthodoxen Methoden und verdeckten Kontaktaufnahmen<sup>6</sup>.

### Die Heimat immer im Blick

In Deutschland, so die Weltgesundheitsorganisation, stehen für 10.000 Einwohner 38 Ärzte zur Verfügung. In Rumänien sind es 24, im Durchschnitt aller asiatischen Länder 17, in Afrika nur 3<sup>7</sup>.

„Ärztmangel“ ist eine relative Kategorie. Die umworbenen Ärztinnen und Ärzte wissen das ebenso wie deutsche Klinikmanager und Personalvermittler. Die jungen Mediziner folgen den Lockrufen aus Deutschland, doch sie gehen aus eigenem Entschluss. Die einen werben ab, die anderen bewerben sich fort; die einen stehen vor einer ethischen Frage, die anderen oft vor einem persönlichen Gewissenskonflikt.

Die Entscheidung, Familie, Freunde, Kollegen und Patienten zu verlassen, reift

***In Rumänien verdienen Assistenzärzte zwischen 270 und 400 Euro, in Deutschland liegt ihr tarifliches Einstiegsgehalt bei 4.112 Euro.***

4 Eurostat, Indikatoren zur Gesundheitsversorgung 2010, [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_statistics/de](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_statistics/de)

5 Rolf Glazinski, Anwerbung und Integration ausländischer Ärzte, Seite 25 ff., Books on Demand, Norderstedt 2014

6 So berichtete ein Personalvermittler in einer Reportage des Mitteldeutschen Rundfunks (MDR): „Man geht natürlich nicht an die Rezeption und sagt, ich möchte Ärzte abwerben, wen können Sie mir denn empfehlen? Nein, man telefoniert entsprechend in die Abteilung rein und fragt, wer macht denn was? ... Was zum Beispiel auch gemacht wird: Man geht dahin, wo die Notfallstation ist, wo die Krankenwagenfahrer stehen und spricht da zum Beispiel mit Anästhesisten.“ Zitiert nach Katrin Materna, Michael Maak, Die Ärztescouts – Auf Medizinersuche in Europa, Mitteldeutscher Rundfunk (MDR), 11.10.2014, [www.mdr.de/heute-im-osten/gesundheit-traumjob-arzt100.html](http://www.mdr.de/heute-im-osten/gesundheit-traumjob-arzt100.html)

7 Statistisches Bundesamt, Ärztedichte im Ländervergleich, Datenquelle: Global Health Observatory, Weltgesundheitsorganisation (WHO), [www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Internationales/Thema/ErlaeuterungenGlossar/Aerztgedichte.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Internationales/Thema/ErlaeuterungenGlossar/Aerztgedichte.html) (Abruf 10.9.2015)

*Oft sind es die Motiviertesten eines Jahrgangs, die sich auf den Weg machen – der „Brain Drain“ hat für die Herkunftsländer mehr als nur numerische Bedeutung.*

meist über Jahre. Der enorme Einkommensgewinn spielt dabei eine große Rolle, doch das nicht nur aus Eigennutz: Einen Großteil ihres deutschen Tarifgehalts überweisen ausländische Assistenzärztinnen und -ärzte zurück in ihre Heimat und steuern damit im Übrigen einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Diskussion um die Fachkräftemigration bei: Nach einer Studie der Weltbank vom April 2015 übertreffen Rücküberweisungen von Migranten die Ausgaben der staatlichen Entwicklungshilfe weltweit um das Dreifache<sup>8</sup>.

Die Heimat bleibt immer im Blick, und natürlich auch die Rückkehrperspektive. Insgesamt 14.321 Mediziner verließen Deutschland in den letzten fünf Jahren, die meisten davon zwar Deutsche (die in der Schweiz oder Österreich, in den USA, England oder Skandinavien bessere Arbeitsbedingungen suchten) – doch immerhin ein gutes Drittel waren ausländische Ärztinnen und Ärzte: Fast 5.000 zuvor eingewanderte Mediziner kehrten zwischen 2010 und 2014 Deutschland wieder den Rücken, viele mit dem ausdrücklichen Wunsch, die neu erworbenen Kenntnisse in die Gesundheitsversorgung des Heimatlandes einzubringen<sup>9</sup>.

### Ärzte zum Nulltarif

Im Fall der sogenannten „Gastärzte“ ist dies ohnehin das erklärte Ziel. Für ein, zwei oder mehr Jahre arbeiten diese akademisch voll ausgebildeten Mediziner an deutschen Kliniken, inklusive Lohnnebenkosten komplett durch ein Stipendium aus der Heimat finanziert. Ein gutes Geschäft für die deutschen Krankenhäuser, ein zweifelhaftes Beschäftigungsmodell für die ausländischen Ärzte: Sie werden auf den Stationen gewöhnlich als vollwertige Arbeitskräfte eingesetzt, beziehen jedoch ebenso gewöhnlich nur einen Bruchteil des Tarifgehaltes ihrer Kollegen. Wie viele dieser ausländischen Gastärzte es in Deutschland gibt, weiß nicht einmal die Bundesärztekammer, sicher ist nur: es sind viele.

8 World Bank, Migration and Remittances: Recent Developments and Outlook, S. 5, <http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1288990760745/MigrationandDevelopmentBrief24.pdf>

9 Vgl. Bundesärztekammer, Arztstatistiken 2010 – 2014, [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/)

## INTEGRATION

### DREI HÜRDEN AUF DER ZIELGERADEN

Nach ihrer Einwanderung stoßen ausländische Ärztinnen und Ärzte oft auf unerwartete Schwierigkeiten. Die Vorbereitungen in der Heimat erweisen sich meist als unzureichend, bei der Anerkennung von Zeugnissen tun sich Probleme auf, es entwickelt sich ein komplizierter Kampf mit der Einwanderungsbürokratie. Am schwierigsten jedoch, sagen die Neuankömmlinge, sind drei weitere, noch höhere Hürden:

#### Fachsprachprüfung:

Einem Beschluss der 16 Landesgesundheitsminister folgend, bestehen immer mehr Bundesländer auf einer Prüfung der berufsbezogenen Sprachkenntnisse. Überwiegend wird diese Fachsprachprüfung inzwischen

durch Ärztekammern durchgeführt, die diesbezüglich auf ihrem berufsständischen Auftrag bestehen. Viele Deutschdozenten und auch die Ärztegewerkschaft Marburger Bund kritisieren dagegen, dass hier Sprachprüfungen ohne Sprachexperten konzipiert und durchgeführt werden - siehe Seite 26ff..

#### Eignungs- und Kenntnisprüfung:

Bei allen zugewanderten Ärzten begutachten die Landesbehörden, ob größere Unterschiede in den Ausbildungsinhalten bestehen. Wird dies bejaht, müssen die Ärzte eine mündliche Prüfung ablegen. Bei Kandidaten aus EU-Ländern und der Schweiz geschieht dies selten, und die Prüfung bezieht sich nur auf die festgestellten Unterschiede („Eignungsprüfung“). Bei Ärzten aus

Nicht-EU-Ländern dagegen werden breit gefächerte Kenntnisse aus Kerngebieten des deutschen Medizinstudiums abgefragt („Kenntnisprüfung“) – siehe Seite 25.

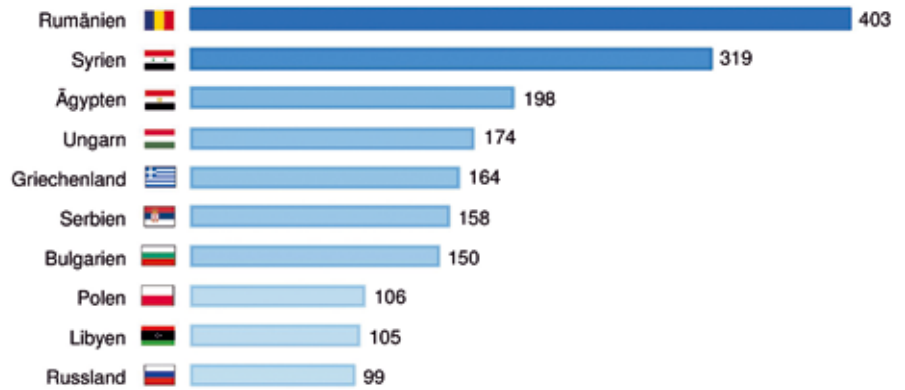
#### Ärztliche Kommunikation:

Meist erst nach ihrer Arbeitsaufnahme stellen zugewanderte Ärzte fest, dass die aus der Heimat mitgebrachten Sprachkenntnisse bei weitem nicht genügen. Eingereist mit einem B2-Sprachnachweis – nur das Land Hessen verlangt ein C1-Zertifikat – erleben sie in der Krankenhausrealität, dass ihre Sprachkompetenz weder für Anamnesen noch Arztbriefe noch Patientenvorstellungen ausreicht: Nötig ist ein zusätzliches, regelmäßiges Deutschtraining, vom Wortschatz über die Grammatik bis hin zur Aussprache – siehe Seite 38ff..



### Ärzteflucht aus Krieg und Krise

Die Top Ten der Herkunftsländer der 2014 zugewanderten Ärztinnen und Ärzte\*



\*Quelle: Bundesärztekammer. Die Zahlen beziehen sich auf den Zuwachs aus dem jeweiligen Land (Zuwanderung abzüglich Abwanderung), da die Landesärztekammern derzeit keine Angaben zur Brutto-Zuwanderung zur Verfügung stellen.

Jahrelang liefen Ärztekammern und die Ärztegewerkschaft Marburger Bund Sturm gegen die „Schwarzarbeit im Krankenhaus“<sup>10</sup> – mit dem Erfolg, dass manche Kliniken inzwischen mehr und mehr dazu übergehen, sich die Stipendien direkt überweisen zu lassen. Einige Häuser immerhin stocken diesen Betrag nun vollständig auf das Niveau der anderen Assistenzärzte auf (und tragen damit nicht nur im Kleinen zu mehr sozialer Fairness bei); viele allerdings orientieren sich schon in ihrer Bewerberauswahl an der Höhe der Stipendien und vergeben Assistenzarztstellen gezielt an Kandidaten aus finanzstarken – meist arabischen – Ländern. Ein „Verkauf von Weiterbildungsstellen“ sei das, kritisierte der Deutsche Ärztetag in einer EntschlieÙung im Mai 2015, eine „klare Wettbewerbsverzerrung zuungunsten aller anderen in- und ausländischen Kollegen“.<sup>11</sup>

### Wandernde Weltbürger

Hoch gefragt, halbherzig integriert – ärztliche Stipendiaten werden in Deutschland wie Gastarbeiter in Weiß eingesetzt. Und bilden doch nur den besonders auffälligen Extremfall einer verquerten Personalstrategie: Der Aufwand, mit dem deutsche Krankenhäuser ausländische Mediziner akquirieren, steht im krassen Missverhältnis zur Nachlässigkeit, mit der sie diese bei ihrer sprachlichen und beruflichen Integration begleiten.

Denn auch wer – bestimmt oder vielleicht – nach einigen Jahren in die Heimat zurückkehrt, benötigt im deutschen Klinikalltag eine fundierte, systematische Unterstützung. Auch Krankenhäuser müssen sich in einer globalisierten Arbeitswelt auf die grenzüberschreitende Arbeitskräftewanderung einstellen. Als genügsame LückenbüÙer sind akademische Nachwuchskräfte aus dem Ausland jedenfalls kaum geeignet: Sie sind wandernde Weltbürger, die lernen und vorankommen möchten – und über Bleiben und Zurückkehren souveräne Entscheidungen treffen.

Jörg Deppe

*Headhunter suchen das direkte Gespräch mit den jungen Medizinerinnen, oft auch mit unorthodoxen Methoden und verdeckten Kontaktaufnahmen.*

10 Gastarzt-„Unwesen“, EntschlieÙung des 101. Deutschen Ärztetages 1998, Antrag Dr. Fabian, [www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/101-daet-1998/zu-punkt-iv-der-tagesordnung-gastarzt-im-krankenhaus-standortbestimmung-und-zielorientierung/22-gastarzt-unwesen/](http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/101-daet-1998/zu-punkt-iv-der-tagesordnung-gastarzt-im-krankenhaus-standortbestimmung-und-zielorientierung/22-gastarzt-unwesen/)

11 Künftige Ausgestaltung der Beschäftigung von Gastärzten, EntschlieÙung des 118. Deutschen Ärztetages 2015, Antrag Dr. Andreas Botzlar u.a., [www.aerzteblatt.de/download/files/2015/05/2015top6n.pdf](http://www.aerzteblatt.de/download/files/2015/05/2015top6n.pdf)

„Es muss mehr sein als B2“:  
Pooneh Karimi, geb. 1981  
im Iran, brachte aus ihrer  
Heimat vier Jahr Berufserfahrung als Allgemeinärztin mit.

Foto: IQ-Netzwerk Bremen / Linda Hoff



Zweiter Berufsstart

## „Am Anfang verstand ich null“

„Das hatte ich nicht erwartet“: Zwei Assistenzärzte des Klinikums Seepark Debstedt (Geestland) im Kreis Cuxhaven über verblüffende Erfahrungen beim beruflichen Neueinstieg.

**Was war Ihre Motivation, nach Deutschland zu kommen?**

**Pooneh Karimi:** Die Fortbildungsmöglichkeiten zur Fachärztin hier sind besser für mich, besonders als Frau. Außerdem habe ich Freunde in Deutschland.

**Oleksandr Rudenko:** Die deutsche Medizin ist weltweit anerkannt. Ich kann hier neue Erfahrungen machen, habe Entwicklungsmöglichkeiten.

**Wie haben Sie Ihren Plan praktisch umgesetzt?**

**Pooneh Karimi:** Ich habe Bewerbungen verschickt und viele Krankenhäuser hatten Interesse. Dann habe ich verschiedene Vorstellungstermine in Deutschland wahrgenommen, auch hier in Debstedt. Die meisten Krankenhäuser wollten die Approbation, aber hier war es leichter, sie wollten nur die B2-Bescheinigung. Da ich B1 hatte, habe ich im Iran eine Prüfung für das B2-Level gemacht und die Bescheinigung hierher geschickt.

**Oleksandr Rudenko:** Es gab eine Internetseite mit Stellenangeboten für Ärzte.

Ich habe mich in Bremerhaven beworben und wurde sofort zum Vorstellungsgespräch bei Chefarzt Dr. Rümelin eingeladen.

**Wie fühlten sich Ihre ersten Tage am neuen Arbeitsplatz an?**

**Pooneh Karimi:** Am Anfang verstand ich null. Ich hatte das Gefühl, ich muss etwas machen, aber konnte nichts verstehen, nicht sprechen. Ich hatte im Iran zwar Deutsch gelernt, aber alle Lehrer waren Iraner, alle hatten einen Akzent und sprachen langsam. Außerdem hatte ich heftiges Heimweh. Nach den ersten zwei Monaten fühlte ich mich total kaputt und wollte sofort nach Hause zurück.

**Oleksandr Rudenko:** Ich kam hierher und hatte das Gefühl, ich kann gar nichts, fühlte mich wie auf einem anderen Planeten! Trotz achtjähriger Berufserfahrung war es wie am ersten Tag als Arzt. Es war alle neu! Andere Methoden, andere Geräte, neue Namen der Medikamente und die sprachlichen Probleme. Das hatte ich nicht erwartet. Ich

*„Ich hatte im Iran zwar Deutsch gelernt, aber alle Lehrer waren Iraner, alle hatten einen Akzent und sprachen langsam.“*



„Wie auf einem anderen Planeten“:  
Oleksandr Rudenko, geb. 1981 in der  
Ukraine, war dort bereits acht Jahre  
lang als Anästhesist tätig.

Foto: IQ-Netzwerk Bremen / Linda Hoff

dachte, was kann da schon Neues für mich kommen, und dann war ich völlig irritiert.

#### Wie sieht Ihr Sozialleben aus?

Pooneh Karimi: Es bleibt nicht viel Zeit für andere Dinge, aber ich habe eine eigene Wohnung in Bremerhaven, ein schöne Wohnung, und treffe mich manchmal mit einer Freundin, sie ist auch Iranerin und studiert hier. Jeden Abend spreche ich mit meiner Familie im Iran, über Skype.

Oleksandr Rudenko: Ich habe keine Zeit. Erst die Arbeit, dann der Sprachkurs. Ich kann sonst nichts machen, nur schlafen! Ich lebe im Wohnheim. Da gibt es nicht so viele Leute, nur vier, und die sprechen alle Russisch. Das ist nicht gut für meine Sprache, aber gut für mein Sozialleben.

#### Wie gefällt Ihnen der berufsbezogene Deutschkurs?

Pooneh Karimi: Der Kurs war zu Beginn eine Hilfestellung, aber ich erwarte mehr vom Lernprozess, von mir. In den letzten Monaten habe ich mich nicht sehr verbessert, das stört mich.

Oleksandr Rudenko: Der Deutschkurs hilft. Ich hatte vorher einen Deutschkurs in der Hafen Language Schule Bremerhaven gemacht, der das alleinige Ziel hatte, die B2-Prüfung zu bestehen, aber der berufliche Sprachkurs hier passt besser. Hier lernen wir alles, was wir täglich brauchen.

#### Wie geht es weiter?

Pooneh Karimi: Oh je, ich habe viel nachzudenken im Moment. Meine Anästhesie-Weiterbildung dauert fünf Jahre, dafür muss ich aber noch in eine andere Stadt gehen, hier gibt es nur zwei Bereiche, Orthopädie und Urologie, aber wir müssen alle Bereiche erfahren.

Oleksandr Rudenko: Ich möchte gerne hier bleiben, mich weiterbilden, die Anerkennung für mein ukrainisches Diplom bekommen und in 16 Monaten Arzt mit anerkanntem Diplom und Approbation sein.

#### Herr Rudenko, wovon hängt es Ihrer Ansicht nach ab, ob Sie anerkannter Arzt in Deutschland werden?

Die Realisierung meines Wunsches hängt nur von mir selbst ab, ich muss die Sprache gut sprechen.

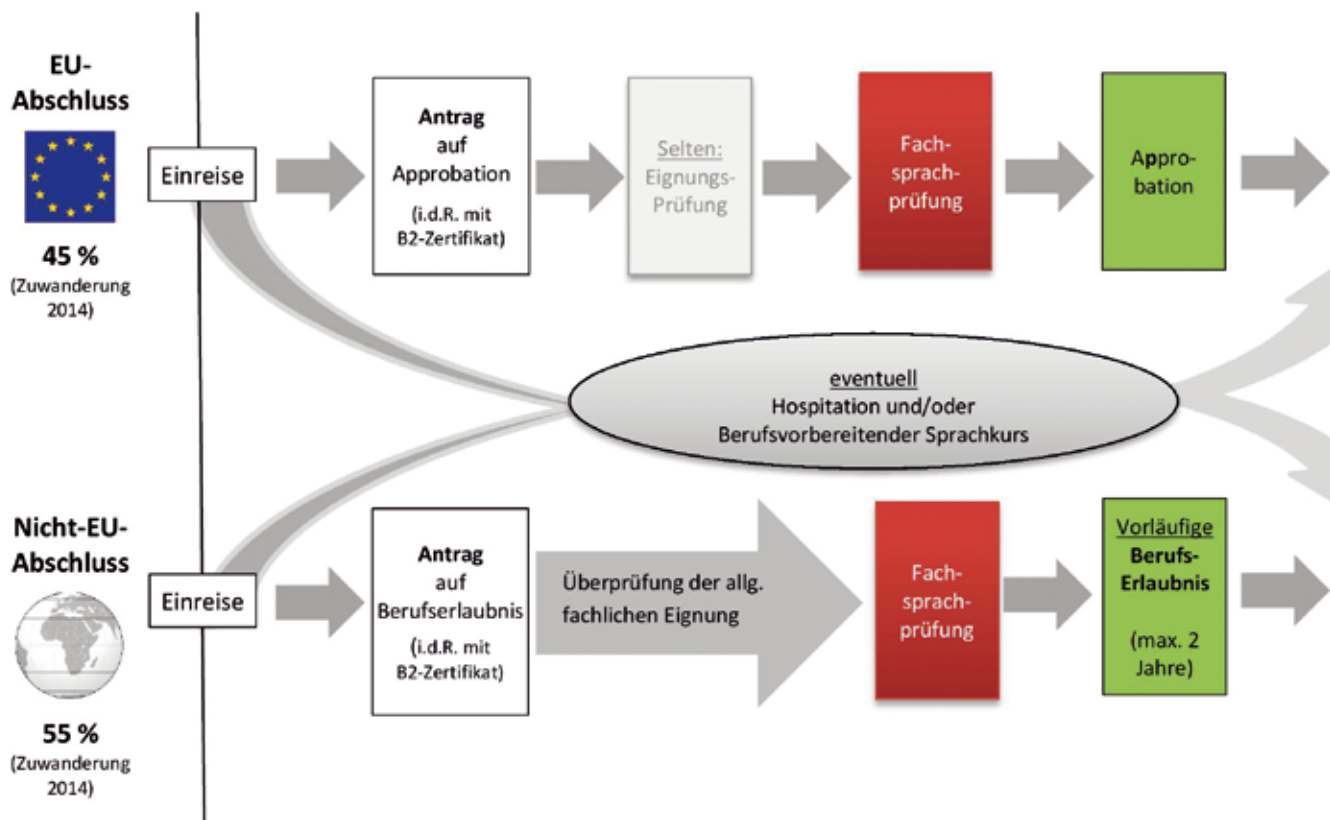
#### Frau Karimi, was würden Sie Ihren Freunden im Iran raten, wenn die nach Deutschland auswandern wollen?

Sie müssen die Sprache gut beherrschen, es muss mehr sein als B2. Und ich würde ihnen sagen, dass sich die Bestimmungen laufend ändern, die deutsche Botschaft will immer andere Papiere haben, darauf müssen sie sich einstellen.

*Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus:  
IQ-Projekt „Berufsdeutsch für Ärzte“,  
Pädagogisches Zentrum e.V. Bremerhaven,  
Teilprojekt im IQ-Landesnetzwerk Bremen*

**„Ich hatte das Gefühl, ich muss etwas machen, aber ich konnte nichts verstehen, nicht sprechen.“**

## Der Regelfall... gilt nicht in jedem Einzelfall.



Anerkennung und Berufszulassung

# Der lange Weg in den Beruf

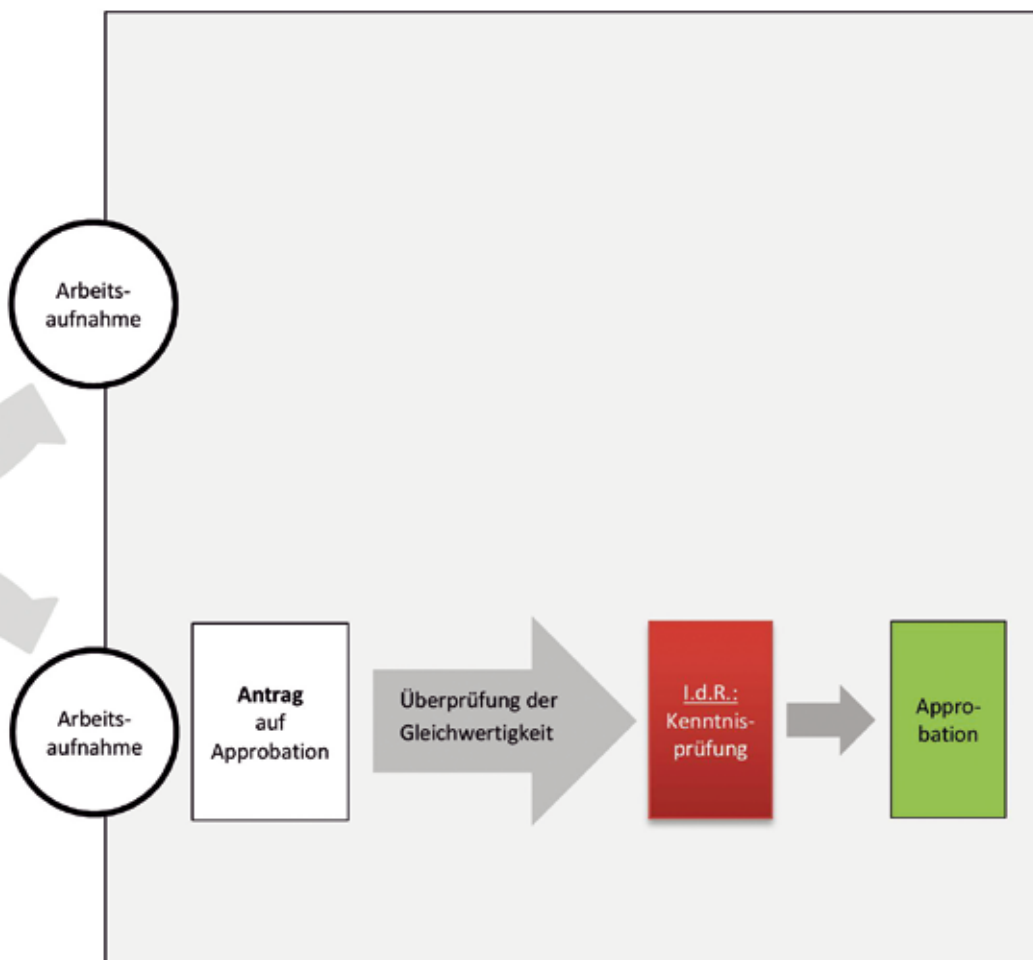
Ohne Disziplin und Durchhaltewillen geht gar nichts: Zugewanderte Ärzte müssen ein langwieriges Anerkennungsverfahren durchlaufen – und hohe Prüfungshürden überwinden.

Nach der Einreise, denken die meisten Neuankömmlinge, ist das Schwierigste überstanden. Hinter ihnen liegt ein anspruchsvolles Studium, eine manchmal schon mehrjährige ärztliche Tätigkeit, tägliches Deutschbüffeln, der Kampf ums Visum.... Doch was nun in Deutschland folgt, sind ungeahnte bürokratische und auch sprachliche Hürden, die am Ende oft sogar den kompletten neuen Berufsplan wieder ins Wanken bringen können.<sup>1</sup>

Dabei sollte die Berufszulassung ausländischer Ärzte eigentlich längst deutlich vereinfacht worden sein. Vor allem das Anerkennungsgesetz des Bundes (2012) und die Neuregelungen zum Anerkennungsverfahren in den Heilberufen (2014) sollten

<sup>1</sup> Die folgenden Ausführungen stützen sich, neben eigenen Recherchen, vor allem auf:

- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015): Bericht zum Anerkennungsgesetz 2015, [https://www.bmbf.de/pub/bericht\\_zum\\_erkennungsgesetz\\_2015.pdf](https://www.bmbf.de/pub/bericht_zum_erkennungsgesetz_2015.pdf)
- Köhler, M.; Schröter, H.; Weiszäcker, E. (2015): Darstellung rechtlicher Regelungen zur Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse bei Ärztinnen und Ärzten der Humanmedizin. Informationsgrundlage für Beraterinnen und Berater. Nürnberg: IQ Fachstelle Beratung und Qualifizierung.



den Weg von der Einreise bis zur Assistenzarztstelle kürzer und übersichtlicher machen. Im Modell immerhin sieht das Procedere inzwischen einigermaßen geordnet aus:

*Was nun in Deutschland folgt, sind ungeahnte bürokratische und auch sprachliche Hürden.*

#### **EU-Abschluss: In der Regel automatische Anerkennung**

Ärztinnen und Ärzte, die mit einem Abschluss aus einem **EU-Staat** einreisen, können nach ihrem Approbationsantrag eine schnelle, automatische Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikationen erwarten. Nur äußerst selten stellen die Behörden wesentliche Unterschiede in der Ausbildung fest, die auch nicht durch Berufserfahrungen ausgeglichen werden können; in diesen Fällen müssen die Betroffenen eine sogenannte „Eignungsprüfung“ absolvieren, in der die festgestellten Ausbildungsdefizite (und nur die) geprüft werden. Obligatorisch für alle Zugewanderten allerdings ist der Nachweis allgemeinsprachlicher Kenntnisse auf B2-Niveau und – in den meisten Bundesländern – die Teilnahme an einer berufssprachlichen Prüfung (siehe unten).

#### **Nicht-EU-Staaten: Umfangreiche „Gleichwertigkeitsprüfung“**

Ärzte mit Abschlüssen aus **Nicht-EU-Staaten** müssen dagegen in Rechnung stellen, dass die Behörden ihre Ausbildung einer sehr umfangreichen „Gleichwertigkeitsprüfung“ unterziehen. Zwar können sie zunächst eine zeitlich und räumlich beschränkte „Berufserlaubnis“ beantragen (wie es fast alle Betroffenen tun); dann prüfen die Behörden im Wesentlichen erst einmal nur die allgemeine fachliche und persönliche Eignung, und die Antragstellenden können – bei einem positiven Bescheid sowie bestandener „Fachsprachenprüfung“ – eine eingeschränkte ärztliche Tätigkeit aufnehmen (i. d. R. auf max. 2 Jahre befristet und auf bestimmte Tätigkei-

ten begrenzt). Doch die höchste Hürde folgt erst noch, und das heißt dann meist auch: parallel zum neuen Klinikjob. Denn wenn die Behörden – wie es die Regel ist – im Ergebnis langwieriger Überprüfungen eine „Gleichwertigkeit“ der Ausbildungen verneinen, müssen die betroffenen Ärzte eine mündlich-praktische „Kenntnisprüfung“ absolvieren, die sich auf nicht weniger als den Inhalt des gesamten deutschen Medizinstudiums bezieht (und max. zweimal wiederholt werden kann).

### Marathon mit Hindernissen

Soweit der offizielle Verfahrensweg – der vor allem für Ärzte, die nicht aus der EU kommen, zum Marathon mit Hindernissen werden kann. Die meisten Betroffenen ahnen vor der Einreise nicht, welche Schwierigkeiten ihnen bevorstehen:

- **Bürokratischer Aufwand:** Um eine Gleichwertigkeitsprüfung veranlassen zu können, müssen die Zugewanderten viele Unterlagen aus der Heimat oder dem Ausbildungsland beschaffen: übersetzte und beglaubigte Auflistungen der Ausbildungsgänge, Studiums- und Befähigungsnachweise, Eignungs- und Unbedenklichkeitsbescheinigungen, Dokumente zur Berufszulassung und vieles mehr. Das kostet viele Wochen, meist Monate; zumal in der Regel mehrfach zusätzliche Unterlagen nachgereicht werden müssen. Nach Vorlage aller geforderten Dokumente haben die zuständigen Behörden prinzipiell für ihren Bescheid weitere drei Monate Zeit – es sei denn, weitere Bestätigungen aus dem Herkunftsstaat sollen eingeholt werden, dann verlängert sich die Entscheidungsfrist um den Zeitraum der Beantwortung.
- **Verfahrensunsicherheiten:** Die Verwaltungspraxis der beteiligten Behörden ist höchst uneinheitlich und führt bei den Zugewanderten zu großer Rechtsunsicherheit. Es gibt erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern; die Verfahrensregeln sind kaum zu überblicken, sie verteilen sich auf unterschiedliche Verordnungen und zahlreiche Sondervorschriften; es fehlen Konkretisierungen und Vorgaben zum Verwaltungsvollzug.
- **Bewertungsunklarheiten:** Die Maßstäbe, mit denen die Behörden die Gleichwertigkeit der Ausbildungen überprüfen, sind weitgehend unklar. Allgemein ist definiert, dass „wesentliche Unterschiede“ dann vorliegen, wenn die Dauer einer Ausbildung mehr als ein Jahr unter dem hiesigen Pendant liegt oder sich auf Fächer bezieht, die sich „wesentlich“ von den deutschen unterscheiden. Doch weder die Bundesärzteordnung noch die Approbationsordnung der Ärzte definieren diese Kriterien genauer, und eine bereits 2013 von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschlossene „Gutachtenstelle“, die Klarheit schaffen sollte, gibt es bis heute nicht.
- **Lernaufwand:** Im Vertrauen auf ihr Fachwissen und ihre B2-Sprachzertifikate unterschätzen die meisten Neankömmlinge den Lernaufwand nach der Einreise. Allein die Vorbereitung auf die Fachsprachprüfung benötigt – vor allem wegen des komplizierten deutschen Fachwortschatzes – viele Wochen intensiven Trainings. Und noch mehr Zeit muss zum Lernen für die sogenannte „Kenntnisprüfung“ eingeplant werden: Neben den Kernfächern Innere Medizin und Chirurgie wird hier das Wissen zu vielen weiteren Querschnittsthemen abgefragt (s. Infotext zur Kenntnisprüfung); zudem kann ein weiteres Fach, in dem Ausbildungsdefizite festgestellt wurden, geprüft werden – und selbst die bereits nachgewiesenen Berufsqualifikationen können noch einmal Gegenstand der Prüfung sein.
- **Doppelbelastung:** Offiziell soll die vorläufige Berufserlaubnis – durch die Möglichkeit praktischer ärztlicher Erfahrungen – den Betroffenen die Vorbereitung auf

**Ärzte mit Abschlüssen aus Nicht-EU-Staaten müssen in Rechnung stellen, dass die Behörden ihre Ausbildung einer sehr umfangreichen „Gleichwertigkeitsprüfung“ unterziehen.**



die Kenntnisprüfung erleichtern. Tatsächlich aber ist meist genau das Gegenteil der Fall: Die enorme Arbeitsbelastung auf den Stationen, mit oft bis zu 80 Wochenstunden, verhindert gerade eine intensive Vorbereitung; zudem werden viele Antragstellende in einem für die Kenntnisprüfung nicht relevanten Arbeitsbereich eingesetzt.

**Die enorme Arbeitsbelastung auf den Stationen, mit oft bis zu 80 Wochenstunden, verhindert eine intensive Vorbereitung.**

- **Prüfungsvalidität:** Beide Tests, Fachsprach- wie Kenntnisprüfung, sind nicht unumstritten. Viele Prüflinge bemängeln, dass es an klaren Prüfungsstandards und transparenten, berechenbaren Bewertungskriterien fehle; dies verhindere eine gezielte Vorbereitung (siehe auch die folgenden Beiträge zur Fachsprachprüfung).
- **Aufenthaltsprobleme:** Das Nicht-Bestehen beider Prüfungen kann für zugewanderte Ärzte einschneidende Konsequenzen haben. Wer aufgrund einer nicht erteilten oder abgelaufenen Berufserlaubnis nicht berufstätig sein darf, kann unter Umständen seine Aufenthaltserlaubnis nicht verlängern und muss Deutschland verlassen.

Jörg Deppe



## KENNTNISPRÜFUNG

### „Die wichtigsten Krankheitsbilder“

Die komplette medizinische Bandbreite, in fließendem Deutsch: Die sogenannte „Kenntnisprüfung“ ist die höchste Hürde für Ärzte, die nicht aus der EU kommen. Aus der Approbationsordnung für Ärzte, § 37:

**(1)** Die Prüfung bezieht sich auf die Fächer Innere Medizin und Chirurgie. Die Fragestellungen sollen ergänzend folgende Aspekte berücksichtigen: Notfallmedizin, Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie, Bildgebende Verfahren, Strahlenschutz, Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung. Zusätzlich kann die zuständige Behörde in dem Bescheid nach § 3 Absatz 2 Satz 8 der Bundesärzteordnung ein Fach oder einen Querschnittsbereich als prüfungsrelevant festlegen, in dem sie wesentliche Unterschiede festgestellt hat und das oder der von den in Satz 1 und 2 aufgeführten Prüfungsthemen nicht umfasst ist. Die Prüfung erstreckt sich dann zusätzlich auch auf dieses Fach oder diesen Querschnittsbereich. Die Fragestellungen sind zunächst auf die Patientenvorstellung zu beziehen.

Dann sind dem Antragsteller fächerübergreifend weitere praktische Aufgaben mit Schwerpunkt auf den für den ärztlichen Beruf wichtigsten Krankheitsbildern und Gesundheitsstörungen zu stellen. In der Prüfung hat der Antragsteller fallbezogen zu zeigen, dass er über die Kenntnisse und Fähigkeiten, auch in der ärztlichen Gesprächsführung, verfügt, die zur Ausübung des Berufs des Arztes erforderlich sind.

**(2)** Die Kenntnisprüfung nach § 3 Absatz 3 Satz 3 der Bundesärzteordnung ist eine mündlich-praktische Prüfung mit Patientenvorstellung, die an einem Tag stattfindet. Sie dauert bei maximal vier Antragstellern für jeden Antragsteller mindestens 60, höchstens 90 Minuten. (...)

**(5)** Die Prüfungskommission hat dem Antragsteller vor dem Prüfungstermin einen oder mehrere Patienten mit Bezug zu den in Absatz 1 genannten Fächern und Querschnittsbereichen sowie versorgungsrelevanten Erkrankungen zur Anamneseerhebung und Untersuchung unter Aufsicht eines Mitglieds der Prüfungskommission zuzuweisen. Der Antragsteller hat über den Patienten einen Bericht zu fertigen, der Anamnese, Diagnose, Prognose, Be-

handlungsplan sowie eine Epikrise des Falles enthält. Der Bericht ist unverzüglich nach Fertigstellung von einem Mitglied der Prüfungskommission gegenzuzeichnen und beim Prüfungstermin vorzulegen. Er ist Gegenstand der Prüfung und in die Bewertung einzubeziehen.

**(6)** Die Kenntnisprüfung ist erfolgreich abgeschlossen, wenn die Prüfungskommission in einer Gesamtbetrachtung die Patientenvorstellung nach Absatz 5 und die Leistungen in den in Absatz 1 genannten Fächern und Querschnittsbereichen als bestanden bewertet. Das Bestehen der Prüfung setzt mindestens voraus, dass die Leistung trotz ihrer Mängel noch den Anforderungen genügt. (...)

**(7)** Die Kenntnisprüfung soll mindestens zweimal jährlich angeboten werden. Sie kann zweimal wiederholt werden. Über den Verlauf der Prüfung jedes Antragstellers ist eine von allen Mitgliedern der Prüfungskommission zu unterzeichnende Niederschrift (...) anzufertigen, aus der der Gegenstand der Prüfung, das Bestehen oder Nichtbestehen der Prüfung, die hierfür tragenden Gründe sowie etwa vorkommende schwere Unregelmäßigkeiten ersichtlich sind. (...)

# Berufssprache auf dem Prüfstand

Immer mehr Bundesländer haben in den letzten Jahren verbindliche Deuschtests für Ärzte eingeführt. Doch für die Kandidaten ist oft schwer zu durchschauen, was in der Prüfung tatsächlich verlangt wird.



***Alle Testanbieter gehen von der impliziten Annahme aus, dass generelle Sprachkenntnisse auf C1-Niveau für die Kommunikation im Krankenhaus nicht notwendig seien.***

**E**s klang nach einem Befreiungsschlag: „Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich auf ein einheitliches Überprüfungsverfahren der Sprachkenntnisse verständigt“, verkündeten die zuständigen Minister aus 16 Bundesländern Ende Juni 2014 in einer gemeinsamen Pressemitteilung.

Knapp anderthalb Jahre später ist das Gefüge der Sprachanforderungen an zugewanderte Ärzte in Deutschland noch immer so unübersichtlich wie eh und je. Welche allgemeinsprachlichen Kenntnisse nachgewiesen und welche fachsprachlichen Prüfungen absolviert werden müssen, schwankt weiterhin von Bundesland zu Bundesland – ein bunter föderaler Flickenteppich, der eher für Prüfungstourismus als für Klarheit sorgt. Der Beschluss der Gesundheitsminister (siehe Seite 28) hat wenig verändert, zumal er die Länder ohnehin rechtlich nicht binden konnte: Die Minister forderten allgemein eine einheitliche Prüfung für „Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1“, doch blieben sie in der Konkretion der Sprachanforderungen vage und stellten sich mit einer abschließenden Öffnungsklausel gar selbst infrage („Andere ... Nachweise werden von den für die Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis zuständigen Behörden anerkannt, wenn sie geeignet sind, die ... beschriebenen Deutschkenntnisse zu belegen“).

Immerhin, nachdem sich Landesärztekammern und Testinstitute einige Jahre lang einen engen Kampf um die Prüfungshoheit im Lande lieferten, zeichnet sich inzwischen eine deutliche Dominanz der sogenannten „Fachsprachprüfung“ der

Kammern ab, die im Aufbau und in der Dauer (60 Minuten) den Empfehlungen der Gesundheitsminister entspricht. Dagegen konnte sich der Test „Deutsch B2-C1 Medizin“ der Volkshochschul-Tochter telc gGmbH – eine fast vierstündige Fachsprachenprüfung zu allen vier Sprachfertigkeiten – bisher nur in wenigen Bundesländern durchsetzen, und der „Patientenkommunikationstest“ der Freiburg International Academy wird derzeit nur in Thüringen und Hessen akzeptiert. Andere, kleinere Testanbieter versuchten sich von vornherein nur regional und vorübergehend.

Von den höheren Anforderungen in Hessen einmal abgesehen, gehen alle Testanbieter in allen Bundesländern dabei von der impliziten Annahme aus, dass generelle Sprachkenntnisse auf C1-Niveau für die Kommunikation im Krankenhaus nicht notwendig seien. Auch *ohne* allgemeinsprachliches Oberstufen-Niveau, so die stillschweigende Ausgangshypothese, sei es ausländischen Ärzten möglich, eine berufliche Kommunikation auf dem C1-Level zu führen („*Ich beherrsche Deutsch zwar nur bis zum Schwierigkeitsgrad B2, aber im Kontakt mit Patienten, Vorgesetzten, Kollegen und Pflegekräften meistere ich C1*“). Diese heikle, wenn auch kaum diskutierte Grundannahme nützt zwar dem raschen Arbeitsantritt zugewanderter Mediziner in deutschen Krankenhäusern und kommt dem Hilferuf der Kliniken nach schnellen Lösungen gegen die Personalnot entgegen – doch mit der tatsächlichen sprachlichen Integration im Beruf hat sie wenig zu tun und wird in aller Regel im Stationsalltag auch rasch ad absurdum geführt.

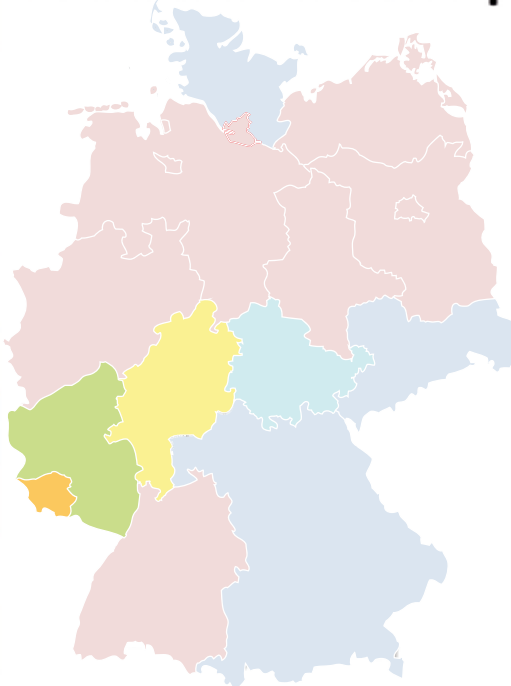
Die Verdrängung dieser grundsätzlichen Frage spiegelt dabei zugleich den noch bescheidenen Stand der Fachdiskussion. Im Hinblick auf die Konzeption und Durchführung der berufsbezogenen Deutschprüfungen kommt die auch von der Ärztekammer Marburger Bund geforderte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Sprachexperten bisher nur zäh voran. Während an den Sprachtests der telc gGmbH immerhin beide Berufsgruppen beteiligt sind, werden die „Fachsprachprüfungen“ der Ärztekammern bisher fast ausschließlich von Medizinerinnen entwickelt und abgenommen.

*Die Grenzen zwischen „fachlichen“ und „fachsprachlichen“ Prüfungsfragen sind naturgemäß fließend.*

	Allgemeinsprache (Nachweis)	Fachsprache (Prüfung)
Schleswig-Holstein	B2	–
Hamburg	B2	Ärzt-kammer
Bremen	B2	Ärzt-kammer
Niedersachsen	B2	Ärzt-kammer
Nordrhein-Westfalen	B2	Ärzt-kammer
Hessen	C1	(Berufsbez. Sprach-zertifikat) <sup>1</sup>
Rheinland-Pfalz	–	„Deutsch-kenntnisse“ <sup>2</sup>
Saarland	B2	(Berufsbez. Sprach-zertifikat) <sup>3</sup>
Baden-Württemberg	B2	Ärzt-kammer
Bayern	B2	–

### Sprachanforderungen der Bundesländer

## Föderaler Flickenteppich



	Allgemeinsprache (Nachweis)	Fachsprache (Prüfung)
Mecklenburg-Vorpommern	B2	Ärzt-kammer
Brandenburg	B2	Ärzt-kammer
Berlin	B2	Ärzt-kammer
Sachsen-Anhalt	B2	Ärzt-kammer
Thüringen	B2	(Berufsbez. Sprach-zertifikat) <sup>4</sup>
Sachsen	B2	–

<sup>1</sup> telc Deutsch-Medizin oder Patientenkommunikationstest Freiburg oder Reinfried Pohl-Zentrum Marburg  
<sup>2</sup> Bezirksärztekammer Rheinhessen  
<sup>3</sup> nicht spezifiziert  
<sup>4</sup> telc Deutsch-Medizin oder Patientenkommunikationstest Freiburg

Stand: November 2015

**Die auch von der  
Ärztgewerkschaft  
Marburger Bund geforderte  
interdisziplinäre  
Zusammenarbeit von  
Medizinerinnen und  
Sprachexperten kommt  
bisher nur zäh voran.**

Ob dabei die sprachbezogenen Bewertungskriterien immer ausreichend zur Geltung kommen, wird nicht nur von gescheiterten Prüfungskandidaten gelegentlich bezweifelt. Zwar proklamieren fast alle beteiligten Ärztekammern (im Einklang mit der Gesundheitsministerkonferenz), dass in der Prüfung nur sprachliche Fähigkeiten getestet werden und „das Fachwissen der Antragstellenden *nicht* überprüft“ werde. Doch sind die Grenzen zwischen „fachlichen“ und „fachsprachlichen“ Prüfungsfragen naturgemäß fließend: Angesichts der Detailtiefe mancher Befragungen kritisieren viele Kandidaten, dass sich wie nebenbei eben doch viele medizinisch-fachliche Kriterien in die Fragen und die Bewertung mischen („Das hätte auch mein deutscher Oberarzt nicht gewusst“).

Zufrieden, andererseits, äußern sich auch viele Ärztekammern nicht, wenn es um die Zusammenarbeit mit Sprachexperten geht. Die Vorbereitung der ausländischen Ärzte in den berufsbezogenen Deutschkursen gehe zu oft an den tatsächlichen Anforderungen vorbei: zu viel Grammatik, zu viel Syntax, zu viel Phonetik – und zu wenig handfester Wortschatz aus dem Alltag eines Krankenhausarztes.

Eine wirkungsvolle, interdisziplinäre Sprachförderung für Mediziner aus dem Ausland, so scheint es, steht noch ganz am Anfang. Fest steht nur eins: Das, was viele zugewanderte Ärztinnen und Ärzte mit Nachdruck einfordern – ein berechenbares, transparentes Prüfungsgeschehen –, können Mediziner und Sprachexperten nur gemeinsam verwirklichen.

Jörg Deppe

ÜBERPRÜFUNG DER  
DEUTSCHKENNTNISSE

**„Spontan und fließend“**

Auszüge aus einem Beschluss der Gesundheitsminister der Bundesländer vom Juni 2014: „Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen“.

**(Aus I.1:)** Ärzte und Zahnärzte müssen auf der nachgewiesenen Grundlage eines GER B2 über Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1 verfügen. Die Antragstellenden müssen über die Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen, die für eine umfassende ärztliche oder zahnärztliche Tätigkeit erforderlich sind. Sie müssen ihre Patientinnen und Patienten inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen verstehen und sich insbesondere so spontan und so fließend verständigen können, dass sie in der Lage sind, sorgfältig die Anamnese zu erheben, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige über erhobene Befunde sowie eine festgestellte Erkrankung zu informieren, die verschiedenen Aspekte des weiteren Verlaufs darzustellen und Vor- und Nachteile einer geplanten Maßnahme sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten erklären zu können, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen. In der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen sowie Angehörigen anderer Berufe müssen sie sich so klar und detailliert ausdrücken



**Gesundheitsministerkonferenz 2014:**  
„Fachwissen darf nicht überprüft werden“

können, dass bei Patientenvorstellungen sowie ärztlichen oder zahnärztlichen Anordnungen und Weisungen Missverständnisse sowie hierauf beruhende Fehldiagnosen, falsche Therapieentscheidungen und Therapiefehler ausgeschlossen sind. Darüber hinaus müssen sie die deutsche Sprache auch schriftlich angemessen beherrschen, um Krankenunterlagen ordnungsgemäß führen und ärztliche oder zahnärztliche Bescheinigungen ausstellen zu können.

**(Aus II.2:)** Der Sprachtest umfasst

- ein simuliertes Berufsangehöriger-Patienten-Gespräch, in dem die unter I.1 in Bezug auf die Kommunikation zwischen Berufsangehörigen und Patienten beschriebenen Anforderungen unter Beweis gestellt werden (20 Minuten),

- das Anfertigen eines in der ärztlichen, zahnärztlichen, pharmazeutischen oder psychotherapeutischen Berufsausübung üblicherweise vorkommenden Schriftstückes (z.B. Kurz-Arztbrief) zum Nachweis der unter I.1 beschriebenen schriftlichen Sprachanforderungen (20 Minuten),
  - ein Gespräch mit einem Angehörigen derselben Berufsgruppe, bei Apothekern auch mit einer zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Person zum Nachweis der unter I.1. beschriebenen Anforderungen in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen oder im Team (20 Minuten),
- und dient vor allem der Überprüfung des Hörverstehens sowie der mündlichen und schriftlichen Ausdrucksfähigkeit. Das Fachwissen der Antragstellenden darf in diesem Zusammenhang nicht überprüft werden.

Der Sprachtest findet in Form einer Einzelprüfung statt. Die Bewertung des Sprachtests erfolgt durch mindestens zwei Prüferinnen oder Prüfer, von denen mindestens die Hälfte Angehörige der Berufsgruppe sind, der auch der oder die Antragstellende angehört.

**(Aus II.3:)** Andere als die nach II.1 und II.2 vorgesehenen Nachweise werden von den für die Erteilung der Approbation oder Berufserlaubnis zuständigen Behörden anerkannt, wenn sie geeignet sind, die unter I.1 beschriebenen Deutschkenntnisse zu belegen.

# Linguistik für die Fachsprachprüfung

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat einen Anfang gemacht: Fachleute aus der Linguistik schulen jetzt Ärztinnen und Ärzte für die Bewertungen in den Fachsprachenprüfungen.

Eine der Voraussetzungen für die Erteilung einer Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs (Berufserlaubnis) ist gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 der Bundesärzteordnung der Nachweis der für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache. Nach dem Beschluss der 87. Gesundheitsministerkonferenz vom 26./27. Juni 2014 in Hamburg wurden Mindestanforderungen für einen Sprachtest zur Überprüfung der für die ärztliche Berufsausübung notwendigen Deutschkenntnisse festgelegt. Seither werden von internationalen ÄrztInnen Fachsprachenkenntnisse orientiert am C1-Niveau verlangt.

Im Rahmen einer Masterarbeit an der Hochschule Neubrandenburg – University of Applied Sciences wurden in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern einheitliche Bewertungskriterien in Anlehnung an den Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen zur Überprüfung der erforderlichen Deutschkenntnisse erarbeitet. In Abstimmung mit SprachwissenschaftlerInnen des Sprachenzentrums der Universität Rostock wurde der Bewertungsbogen an die Besonderheiten der Fachsprachenprüfung angepasst, der außerdem den Standards anerkannter Sprachprüfungen entspricht.

Seit Dezember 2014 führt die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern regelmäßig Fachsprachenprüfungen durch. Die Durchfallquote liegt derzeit bei etwa 40 Prozent. Nicht zuletzt deshalb findet seit diesem Jahr außerdem eine vom IQ Landesnetzwerk Mecklenburg-Vorpommern geförderte sprachliche Qualifizierung für internationale ÄrztInnen in der Kammer statt.

Das Prüfererteam der Fachsprachenprüfung setzt sich jeweils aus drei ÄrztInnen zusammen, die von LinguistInnen im Umgang mit den Kann-Deskriptoren des Bewertungsbogens geschult und für die Bewertung des Sprachstandes sensibilisiert wurden und werden. Die in der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern regelmäßig stattfindenden Prüferschulungen werden von SprachexpertInnen geleitet, die sowohl einschlägige Erfahrung in der DaF-Lehre, als auch in der Tätigkeit als PrüferInnen vorweisen können. Für das simulierte Arzt-Patienten-Gespräch werden ebenfalls trainierte SimulationspatientInnen eingesetzt. Über den genauen Prüfungsablauf können sich die TeilnehmerInnen auf der Homepage der Ärztekammer informieren. Sowohl der Erfahrungsaustausch unter den Landesärztekammern als auch die Begleitung durch SprachexpertInnen hat sich als sinnvolle und qualitätssichernde Maßnahme erwiesen und wird auch künftig Bestandteil der Fachsprachenprüfung in der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern sein.



**Danny Bever, M.A.**, Dozent und zertifizierter Prüfer, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

**Pia Kranz, M.A.**, Projektkoordinatorin, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

<http://www.aek-mv.de/>

# Was Migran alles können soll

Im Juni 2016 wollen die Gesundheitsminister der Bundesländer definieren, welche Sprachanforderungen ein Arzt im deutschen Krankenhaus denn nun amtlich erfüllen muss. Ein Kommentar aus der Praxis von Dr. Margarete Kohlenbach, Charité International Academy, Berlin.



**Berufsvorbereitung:** „Migran kennt einen Großteil der aus dem Lateinischen, Griechischen oder Englischen stammenden Nomenklatur – aber nicht die verworrenen Konventionen ihrer Eindeutschungen.“

**M**igran“ ist ein erfundener Name. Er benennt hier insgesamt alle Ärzte, die Deutsch nicht als erste Sprache erlernt haben, keinen deutschsprachig erworbenen Schul-, Hochschul- oder Ausbildungsabschluss besitzen und in einem deutschen Krankenhaus arbeiten möchten. Bis vor kurzem genügte dafür oft der Nachweis gemeinsprachlicher Deutschkenntnisse auf der Niveaustufe B2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER). Diese Regelung erlaubte eine dichtere medizinische Versorgung, beeinträchtigte aber die Patientensicherheit. Der Beschluss der 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK), die Einstellungsvoraussetzungen zu erhöhen, war deshalb überfällig und richtig. Seit dem 1.7.2015 muss Migran zusätzlich in einer Fachsprachenprüfung *Fachsprachenkenntnisse im berufsspezifischen Kontext orientiert am Sprachniveau C1* nachweisen.

Diese Formel wird jetzt oft zitiert. Sie sagt uns aber nicht schon, was Migran denn nun (mehr) können soll. Einerseits verlangt der GER für das Niveau C1 Fachsprachenkenntnisse, sogar für mehrere Fächer. Andererseits kann er, gegeben die Breite seiner Anlage, auf die Besonderheiten einzelner Fachsprachen nicht eingehen. Neben allgemeinsprachlichen Erfordernissen, die für eine ärztliche Tätigkeit nützlich sind, stehen solche, die es nicht sind, z. B. das Verständnis langer und komplexer literarischer Texte. Deshalb bedeutet das „orientiert am Sprachniveau C1“ der GMK-Formel allenfalls, dass aus den GER-C1-Erfordernissen nach berufsspezifischen Kriterien auszuwählen ist. Diese Kriterien aber definiert weder der GER noch die GMK-Formel. Weitere berufsspezifische Erfordernisse wären hinzuzufügen.

In der Anlage zu ihrem Beschluss bemüht sich die GMK um eine „nähere Konkretisierung“ der zu prüfenden Leistungen. Die drei behandelten Bereiche – Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, mündliche Fachkommunikation mit Kollegen und Pflegekräften, schriftliche Dokumentation der Behandlung – erfassen wichtige Teile ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus. Sie kommen aber nicht für den Berufsalltag aller dort arbeitenden Ärzte gleichermaßen in Betracht. Pathologen und Radiologen z. B. haben nur wenig oder keinen Patientenkontakt. Dafür erfordert die ordnungsgemäße Dokumentation ihrer Untersuchungen die aktive Beherrschung der jeweiligen medizinischen Subfachsprache. Die sprachlichen Erfordernisse einer psychiatrischen Anamnese sind anderer Art als die bei einer akuten Appendizitis. Usw.

Die GMK lässt die Erteilung einer auf spezielle Tätigkeiten beschränkten Berufserlaubnis zu. Für diese muss Migran nicht die (allgemeine) Fachsprachenprüfung absolvieren, aber andere, nicht weiter spezifizierte „Auflagen“ zur Gewährleistung der Patientensicherheit erfüllen. Die Durchführung subfachsprachlicher Spezialprüfungen – denn diese verlangt die GMK hier implizit – ist jedoch so aufwendig, dass es wohl nicht viele dieser Prüfungen geben wird. In der Regel muss Migran damit – jedenfalls dem GMK-Buchstaben nach – die sprachlichen Voraussetzungen einer „umfassenden“ ärztlichen Tätigkeit erfüllen. Nicht viele Ärzte in Deutschland dürften das von sich behaupten. Dazu nahmen und nehmen medizinische Arbeitsteilung, Spezialisierung und Terminologie zu rasch zu.

Auch unabhängig von Arbeitsteilung und Spezialisierung ist die medizinische Fachsprache komplex. Ihre Komplexität hat den letztlich einfachen Grund, dass Gesundheit und Krankheit im Leben jedes Menschen sehr wichtig sind. Diese existentielle und allgemeine Bedeutung der Gegenstände ärztlicher Tätigkeit animierte die Suche nach medizinischem Wissen über Jahrtausende und das gewonnene Wissen lagerte sich in den Sprachen vieler Kulturen ein. In Deutschland beherrschte die medizinische Fachsprache v. a. Griechisch, Latein und Englisch und verband sich mit den Fachsprachen anderer Wissenszweige. Mit der Herausbildung eines gesellschaftsumfassenden Gesundheitssystems trat sie in Austausch mit immer mehr deutschen Soziolekten, besonders in ihren patienten- und institutionenspezifischen Anwendungen.

Linguistisch lassen sich viele der medizinsprachlichen Erfordernisse auf drei Weisen erfassen: semantisch (Wortschatz), systematisch (Grammatik) und pragmatisch (Situationen).

#### **Wortschatz**

Der menschliche Körper, seine Erkrankungen und seine Heilung gehören zu den am genauesten erforschten komplexen Gegenständen überhaupt. Entsprechend groß ist der medizinische Wortschatz, der ja ein Mittel medizinischer Erkenntnis und ein Archiv medizinischen Wissens darstellt. Sein Umfang lässt sich nicht exakt bestimmen, Schätzungen reichen bis zu 500 000 Termini. Manche Termini haben poetische Qualitäten, *Mondbein* z. B. oder *Eupnoe*, andere sind wahre Wortmonster oder nur hässlich: *Minimal-Change-Glomerulonephritis*, *befunden*. Jeder Terminus kann

***Intern können grammatische Fehler, die das Verständnis nicht verhindern, vielleicht bis zu einem (welchem?) Grad toleriert werden; extern kann sich das ein Krankenhaus, das auf sich hält, nicht leisten.***

***Auch unabhängig von Arbeitsteilung und Spezialisierung ist die medizinische Fachsprache komplex. Ihre Komplexität hat den letztlich einfachen Grund, dass Gesundheit und Krankheit im Leben jedes Menschen sehr wichtig sind.***

**Die sprachlichen Anforderungen an Migran sind sehr hoch. Wir schulden es ihm und uns, an die Festlegung dessen, was er sprachlich können soll, ebenfalls sehr hohe Anforderungen zu stellen.**

bei der Anamnese auftauchen (auch mit Bezug auf vergangene, außersprachlich nicht mehr erfassbare Ereignisse) oder, falsch angewandt, Missverständnisse bei Kollegen und Pflegern erzeugen. Welche und wieviele Termini muss Migran, wie es die GMK mit den Worten des GER vorschreibt, „spontan und fließend“ anwenden können, und zwar „ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen“? 200 000 oder nur 3000? Das ist nirgends festgelegt: Migrans Prüfungserfolg hängt an den variierenden Intuitionen seiner Prüfer.

Migran kennt bereits einen Großteil der aus dem Lateinischen, Griechischen oder Englischen stammenden Nomenklatur. Er kennt aber meist nicht die verworrenen Konventionen ihrer Eindeutschungen. Auch reichen selbst C1-Sprachtrainings oft nicht für die deutsche Aussprache der „internationalen“ Termini aus. Je vertrauter Migran etwa das englische *hyperparathyroidism* ist, desto schwerer fällt es ihm lange, und besonders unter Stress, das deutsche *Hyperparathyreoidismus* auch so auszusprechen, dass ihn ein Pfleger ohne Englischkenntnisse versteht.

### **Grammatik**

Grammatische Fehler treten vor allem in Geschriebenem hervor. Ein Arztbrief teilt mit seinen Idealen präzisen und ökonomischen Schreibens viele grammatische Charakteristika deutscher Wissenschaftssprachen. Häufig sind u. a. Passivkonstruktionen, Konjunktiv der Redewiedergabe, Nominalstil und komplexe Partizipialkonstruktionen, die ihrerseits die Beherrschung der komplizierten deutschen Adjektivdeklinationen erfordern. Arztbriefe sind nach Funktion, Kopf und Abschlussformeln Briefe, im Hauptteil aber eher wissenschaftssprachlich verfasste Dokumente. Der GER nennt für C2 das Verfassen anspruchsvoller Briefe und die Zusammenfassung, nicht aber das Erstellen von Fachtexten. Die Fähigkeit, Arztbriefe zu schreiben, steht ohne Frage auf dem Niveau C2 oder darüber.

Laut GMK-Beschluss soll Migran Krankenunterlagen „ordnungsgemäß“ führen können und bei der Fachsprachprüfung ein berufsspezifisches Schriftstück anfertigen: „z. B. [einen] Kurz-Arztbrief“. Mit dieser Doppelvorgabe wird die Grenze zwischen interner und externer Behandlungsdokumentation verwischt. Das Ausfüllen eines internen Anamnese- oder Untersuchungsformulars ist fast immer leichter als einen selbst kurzen Arztbrief zu verfassen. Intern können grammatische Fehler, die das Verständnis nicht verhindern, vielleicht bis zu einem (welchem?) Grad toleriert werden; extern kann sich das ein Krankenhaus, das auf sich hält, nicht leisten. Ferner bleiben für den sog. Kurzarztbrief inhaltlicher Umfang und grammatische Beurteilungsstandards ungeklärt. Medizinisches Schreiben ist eine große Herausforderung für Migran. Er steht hier vor der vielleicht größten Hürde und, was die Prüfungsanforderungen betrifft, bis auf Weiteres im Dunkeln.

### **Pragmatik**

Beschränken wir uns auf die Anamneseerhebung und Migrans Aufgabe, Patienten zu verstehen. Die Anamnese mag eine berufstypische Kommunikationssituation sein, aber typische Patienten kommen nicht ins Krankenhaus. Es kommen ängstliche, aggressive, dumme oder charmante Patienten, Bayern und Anatolierinnen, Mediävistikprofessoren und Matrosen, Kinder, Greise, Jehovas Zeugen und ... . Jeder einzelne Patient (oder sein Vertreter) wird anamnestisch befragt. Migran kann dafür viele nützliche Fragen im Voraus trainieren. Jeder einzelne Patient spricht aber auch anders und manchen (wievielen?) ist ein Sprechen innerhalb der Abstraktionen „deutsche Umgangssprache“ oder „Gemeinsprache Deutsch“ versagt oder ungewohnt. Simulationsanamnesen können Migran helfen, einzelne der daraus erwachsenden Verständnisschwierigkeiten zu meistern. Auf alle aber kann er sich nicht eigens vorbereiten. Und sehr viele kann er nur durch das Leben und Arbeiten in der deutschen Sprache hinter sich lassen. Dasselbe gilt freilich für diejenigen seiner Kollegen, die Deutsch von Kindesbeinen an erlernen.

**Welche und wieviele Termini muss Migran, wie es die GMK mit den Worten des GER vorschreibt, „spontan und fließend“ anwenden können, und zwar „ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen“? 200.000 oder nur 3000?**





**Kommunikation am Krankenbett:** „Wann aber versteht Migran genug, um seine Anstellung vertretbar zu machen?“

Wann aber versteht Migran genug, um seine Anstellung vertretbar zu machen? Laut GMK dann, wenn er Patienten „inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen“ versteht. Die Einschränkung „inhaltlich“ meint wohl, dass Migran nicht alle formalen Sprach-elemente kennen muss. Diese bestimmen aber den Inhalt oder präzisieren ihn zu-mindest. Mit ihrer Einschränkung erlaubt die GMK Migran so implizit und unge-wollt Interpretationen, die, weil sie nicht durchgängig sprachlich gestützt sind, auch Missdeutungen einschließen können.

Das Risiko von Missdeutungen wird durch das Verbot „wesentliche[r] Rückfragen“ verschärft. Rückfragen – zumal „wesentliche“ – sind oft Merkmal gelingender Kom-munikation, auch bei der Anamnese. Vater der 7-jährigen Patientin: „Und gestern isse dann zusammengeklappt.“ Ein Arzt, der hier nicht zurückfragt, was mit „zusam-mengeklappt“ gemeint ist, handelt fahrlässig; dies ganz unabhängig davon, ob ihm die Redewendung geläufig ist oder nicht. Und weil Migran Deutsch weniger be-herrscht als andere, sollte er etwas häufiger nachfragen dürfen. Im Interesse der Patienten, in unserem Interesse.

### **Fazit**

Die sprachlichen Anforderungen an Migran sind sehr hoch. Wir schulden es ihm und uns, an die Festlegung dessen, was er sprachlich können soll, ebenfalls sehr hohe Anforderungen zu stellen. Diesen Anforderungen könnte – praxisnah, gerecht und linguistisch adäquat – nur eine hochqualifizierte interdisziplinäre Experten-kommission mit bundesweitem Auftrag genügen.

*Margarete Kohlenbach, Charité International Academy, Berlin*

# Ärztliche Kommunikation braucht gültige, faire, zuverlässige Sprachprüfungen

In der Diskussion um die Fachsprachenprüfungen der Ärztekammern fehlen oft klare, konsensfähige Bewertungsmaßstäbe. Was überhaupt macht Qualität in Sprachprüfungen aus? Andrea Snippe beschreibt für die Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch Merkmale guter Testformate.

**H**eilkunst braucht auch Sprachkunst“, betonte der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. Theodor Windhorst, nachdem das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium zum 1. Januar 2014 die Durchführung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärztinnen und Ärzte auf die beiden Ärztekammern in Nordrhein-Westfalen übertragen hatte. Seitdem wurde das neue dreiteilige Prüfungsformat (simuliertes Arzt-Patienten-Gespräch, schriftliche Dokumentation, Arzt-Arzt-Gespräch), das sich an den Vorgaben aus dem Eckpunktepapier der 87. Gesundheitsministerkonferenz orientiert, in acht weiteren Bundesländern eingeführt.

Nachdem nun schon einige Erfahrungswerte vorliegen – allein an der Ärztekammer Westfalen-Lippe wurden bisher rund 1500 Fachsprachenprüfungen durchgeführt – scheint ein guter Zeitpunkt gekommen, nach den Kriterien zu fragen, nach denen sich eine so umfassende und komplexe Kommunikationskompetenz wie die ärztliche „Sprachkunst“ messen lässt. Aus welchen Komponenten besteht die spezifische sprachliche Handlungsfähigkeit im Berufsfeld Medizin? Und mit welchen Verfahren können diese adäquat - nicht nur im Hinblick auf das Setzen von Standards - überprüft werden, sowohl im Sinne der Patientensicherheit als auch vor dem Gebot der Fairness den ausländischen Ärztinnen und Ärzten gegenüber?

**Sprachprüfung:** Mit welchen Verfahren können berufsbezogene Deutschkenntnisse zuverlässig überprüft werden?



In den Diskursen der Testtheorie und angewandten Linguistik werden Qualitätskriterien zu Sprachtests im Allgemeinen wie auch zu berufsbezogenen Sprachprüfungen im Besonderen diskutiert. Unter den allgemeinen Qualitätskriterien werden Objektivität<sup>1</sup>, Reliabilität<sup>2</sup> und Validität<sup>3</sup> aufgeführt. Weitere Kriterien für die

- 1 Die Prüfungsergebnisse bleiben gleich, auch wenn sie von unterschiedlichen Personen stammen und von unterschiedlichen Prüfern bewertet werden.
- 2 Auch mehrmalige Messungen kommen zum selben Prüfungsergebnis.
- 3 Grad der Genauigkeit, zu dem ein Test wirklich der Messintention entspricht bzw. das misst, was er zu messen vorgibt.

Nützlichkeit eines Sprachtests sind nach Bachmann und Palmer Authentizität, d. h. das Ausmaß, in dem der Test Sprachbenutzung außerhalb einer Testsituation widerspiegelt, sowie Interaktivität, d.h. das Ausmaß, in dem die Sprachfähigkeit der Kandidaten, sein Wissen über das Thema und sein Interesse an der Erfüllung der Aufgabe einbezogen werden (vgl. Dlaska, Krekeler, 2009).

„Für den Bereich des berufsbezogenen Deutsch wäre eine sinnvolle Forderung, ein Verfahren zu entwickeln, das tatsächlich misst, wie gut eine Person in der Lage ist, die mit ihrer beruflichen Situation verbundenen sprachlichen Anforderungen zu bewältigen.“ An diese von Marion Döll im Rahmen des Fachtags „Berufsbezogene Sprachkompetenz feststellen, fördern & zertifizieren“ formulierte Präzisierung für das Gütekriterium Validität schließt sich die Frage nach dem sogenannten Testkonstrukt und der Modellierung von berufsfeldspezifischer Sprachkompetenz an.

Die Sprachkompetenz von Ärztinnen und Ärzten lässt sich genauer fassen, wenn man sich fragt:

- welche syntaktischen und grammatischen Strukturen werden für die Sprachrezeption wie auch für die Sprachproduktion gebraucht,
- welches Vokabular wird benötigt,
- in welchen Normen und Registern müssen sich Arzt und Ärztin mit Deutsch als Zweitsprache soziolinguistisch versiert bewegen können,
- und über welche sprachlogischen und strategischen Kompetenzen sollten sie verfügen (vgl. Nodari, 2002).

Für die Konturierung des Testkonstrukts gehen die Empfehlungen zur Erstellung berufsfeldspezifischer Tests nun noch einen Schritt weiter: Aus der Analyse der authentischen Situationen, in denen die Zielsprache verwendet wird, sollen nicht allein der Inhalt und die Methoden für berufsbezogene Sprachtests abgeleitet werden, sondern auch die Bewertungskriterien für die Einschätzung der Kandidatenleistung. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Sprache in ihrer konkreten Ausführung variiert. Die angewandte Linguistik kennt dafür den Terminus „Language for specific purpose (LSP)“. Dieser Ausdruck ist präziser als der deutsche Begriff Fachsprache. Sprache für einen bestimmten Zweck, ein genaues Ziel, eine besondere Aufgabe: Die wörtliche Paraphrasierung in Synonymen zeigt, dass hier immer der konkrete Kontext der Sprachverwendung mitgedacht ist. Für die Definition des zu messenden (Test-) Konstrukts heißt das, dass es notwendig ist, nichtlinguistische Elemente einzuschließen.

Es führt hier nicht weiter, die berühmte „Henne oder Ei“- Frage nach dem Verhältnis zwischen Inhalt und Sprache zu stellen. Es gilt vielmehr nach Douglas (2001, 2005), den situativen Zielsprachengebrauch empirisch zu analysieren. Aus dessen Beurteilung von Seiten erfahrener Fachleute aus dem Berufsfeld sind dann implizite, auf der jeweiligen komplexen Aufgabenstellung beruhende Kriterien zu gewinnen, die über rein linguistische und testtheoretische Kriterien hinausgehen. Wünschenswert wäre also, bei der Testerstellung nicht nur authentische Quellen einzubeziehen sowie trainierte Gesprächspartner in Rollenspielen einzusetzen. Vielmehr sind die Beurteilungen der kommunikativen Leistungen zugrunde zu legen, die Praktiker und Praktikerinnen vorgenommen haben und von Sprachexperten diskursanalytisch untersucht worden sind. Ein Beispiel für eine vergleichbare Vorgehensweise ist das in Niedersachsen entwickelte Testformat für Pflegeberufe nach der Szena-

## **Die Kursplanung sowie Kursdurchführung wie auch letztlich die Evaluation müssen sich an übereinstimmenden Kriterien orientieren.**

### LITERATURANGABEN:

**Dlaska, Andrea; Krekeler, Christian (2009):** Sprachtests. Leistungsbeurteilungen im Fremdsprachenunterricht evaluieren und verbessern. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

**Döll, Marion (2014):** „Herausforderungen der Modellierung berufsbezogener Sprachkompetenz“ – Ein Überblick zu Verfahrenstypen, Gütekriterien und Kontroversen – in „Berufsbezogene Sprachkompetenz feststellen, fördern & zertifizieren“ – Dokumentation des Fachtags am 28. November 2013 in Hamburg. Hrsg.: Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im Förderprogramm Integration durch Qualifizierung (IQ). S. 17- 22.

**Douglas, D. (2005):** Testing Languages for Specific Purposes. In E. Hinkel (Ed.), Handbook of Research in Second Language Teaching and Learning (pp. 857-868). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

**Douglas, D. (2001):** Language for Specific Purposes assessment criteria: Where do they come from? Language Testing 18.2: 171-186.

**Eilert Ebke, Gabriele (2015):** Berufsbereich Pflege/ Gesundheit : Lernfortschrittsmessung auf Grundlage von Szenarien. Veröffentlichung geplant bis Ende 2015. Herausgegeben von der Volkshochschule Braunschweig GmbH , Teilprojekt „Berufsbezogenes Deutsch“ des IQ Landesnetzwerk Niedersachsen, Wilhelmine Berg.

**Nodari, Claudio (2002):** Was heißt eigentlich Sprachkompetenz? In: Barriere Sprachkompetenz. Dokumentation zur Impulstagung vom 2. Nov. 01 im Volkshaus Zürich. (SIBP Schriftenreihe Nummer 18), S. 9-14. [http://www.iik.ch/cms/wp-content/uploads/theorie/div/Was\\_heisst\\_Sprkkompetenz.pdf](http://www.iik.ch/cms/wp-content/uploads/theorie/div/Was_heisst_Sprkkompetenz.pdf) (LetzterZugriff: 05.11.2015)

**„Ein Verfahren,  
das tatsächlich misst,  
wie gut eine Person die mit  
ihrer beruflichen Situation  
verbundenen sprachlichen  
Anforderungen  
bewältigen kann“**

riomethode. Kennzeichnend für dieses Testformat ist, dass aufgrund der Bedarfserhebung (die darin besteht, die relevanten Kommunikationssituationen in Abstimmung mit Pflegefachleuten zu analysieren und in Szenarien zu beschreiben) die Kursplanung sowie Kursdurchführung wie auch letztlich die Evaluation sich an übereinstimmenden Kriterien orientieren (vgl. Eilert-Ebke, 2015).

Aus dem vorangegangenen Ausführungen lässt sich zusammenfassend schließen, dass gültige, faire und zuverlässige Sprachprüfungen interdisziplinäre Zusammenarbeit, umfassende und sorgfältig analysierte empirische Grundlagen und nicht zuletzt eine kontinuierliche Qualitätskontrolle brauchen, schon allein um dem ultimativen Mangel an pragmatischer Realität, der jeder Testsituation oder Simulation innewohnt, zu begegnen. Daran zu arbeiten, dass sich die zugewanderten Ärztinnen und Ärzte ihrer Professionalität auch hinsichtlich der komplexen sprachlichen Fähigkeiten sicher sein können, die erforderlich sind, um in ihrem Beruf mit der erforderlichen Präzision, Klarheit, Breite und Flexibilität handeln zu können, ist alle Mühe und gemeinsame Anstrengung wert.

*Andrea Snippe*

Dokumentation: Die „Fachsprachenprüfung“

## Dreimal 20 Minuten

Die Prüfung findet als Einzelprüfung statt. Die Bewertung erfolgt durch mindestens zwei Prüfer, von denen mindestens einer selber Arzt ist. Die Prüfung läuft wie folgt ab:

### 1. Simuliertes Arzt-Patienten-Gespräch

Dabei muss der Prüfling zeigen, dass er einen Patienten inhaltlich ohne wesentliche Rückfragen versteht. Er muss sich insbesondere so spontan und so fließend verständigen können, dass er in der Lage ist, sorgfältig die Anamnese zu erheben, Patienten und deren Angehörige über erhobene Befunde sowie festgestellte Erkrankungen zu informieren, die verschiedenen Aspekte des weiteren Verlaufs darzustellen und Vor- und Nachteile einer geplanten Maßnahme sowie alternativer Behandlungsmöglichkeiten erklären zu können, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen.

Dauer: 20 Minuten

### 2. Dokumentation (z.B. Kurz-Arztbrief)

In diesem Teil fasst der Prüfling die im Arzt-Patienten-Gespräch gewonnenen, medizinischen-relevanten Informationen in einem Arztbericht zusammen. Dabei muss er nachweisen, dass er die deutsche Sprache auch schriftlich angemessen beherrscht, um Krankenunterlagen ordnungsgemäß führen und ärztliche Bescheinigungen ausstellen zu können.

Dauer: 20 Minuten

### 3. Arzt-Arzt-Gespräch

In diesem letzten Teil der Prüfung gibt der Prüfling die im Arzt-Patienten-Gespräch gewonnenen Informationen an das ärztliche Mitglied des Prüfungsausschusses weiter. Anschließend werden dem Prüfling Fragen gestellt. Hier muss er zeigen, dass er sich klar und detailliert ausdrücken kann, dass bei Patientenvorstellungen sowie ärztlichen Anordnungen und Weisungen Missverständnisse sowie hierauf berufende Fehldiagnosen, falsche Therapieentscheidungen und Therapiefehler ausgeschlossen sind.

Dauer: 20 Minuten

Das ärztliche Fachwissen wird in der Fachsprachenprüfung nicht überprüft.

Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin, Informationsblatt zum Fachsprachentest <https://www.berlin.de/lageso/gesundheits/berufe-im-gesundheitswesen/akademisch/aerztin-arzt/artikel.115960.php>

## Sprachtests ohne Sprachexperten?

Kein Berufseinstieg ohne Fachsprachenprüfung:

So soll es künftig überall sein. Wer aber prüft?

Eine Kritik von Dr. Sibylle Plassmann, telc gGmbH, an den Fachsprachenprüfungen der Ärztekammern.

**I**m Bereich der Berufszulassung und Approbation internationaler Ärztinnen und Ärzte ist das Sprachzertifikat ein wesentliches Element innerhalb eines formalen Verfahrens. Daher ist Rechtssicherheit ein hohes Gut. Diese wird durch eine Ärztekammer ebenso gewährleistet wie durch eine externe Prüfungsinstitution.

Nach wie vor diskutiert wird jedoch, wer inhaltlich die beste Validität erreicht: Soll der Sprachnachweis in der Kommunikation mit Fachkollegen erfolgen oder ist Expertise in Deutsch als Zweitsprache das entscheidende Element? Anders gefragt: Handelt es sich um eine Fachprüfung, deren Medium – die Sprache – bewertet wird? Oder haben wir es mit einer Sprachprüfung zu tun, deren – nicht bewertete – Inhalte fachlich sind? Hier gibt es kein Schwarz oder Weiß, denn selbstverständlich lassen sich Fach und Sprache nie vollkommen trennen. Die Expertise der telc gGmbH geht dahin, die sprachliche Kompetenz in den Mittelpunkt zu stellen und unter Fachsprache auch patientenorientierte Sprache zu verstehen.<sup>1</sup> Diesen Bereich decken Sprachexperten problemlos ab.

In welchen Bereichen ist aber Fachsprache im engeren Sinne der Arzt-Arzt-Kommunikation notwendig im Berufsalltag und somit auch in der Prüfung, die somit vielleicht doch die Kompetenz der Sprachenfachleute übersteigt? Hier geht es zunächst um rezeptive Kompetenzen, also etwa die Lektüre eines Fachartikels oder das Verstehen einer mündlichen Anfrage unter Kollegen. Derartige Aufgabenstellungen bereitet man ohne Probleme in einem Team von linguistischen und medizinischen Experten auf. Weiterhin sehr fachlich ist zum Beispiel der Arztbrief als stark formalisiertes Dokumentationsinstrument oder die mündliche Patientenvorstellung. Sollten angesichts der Komplexität hier ebenfalls beide Fachrichtungen herangezogen werden, in diesem Fall zur gemeinsamen Bewertung? Vielleicht – es besteht jedoch die Gefahr, dass ein Arzt oder eine Ärztin in der Bewertung vom Sprachlichen abkommt und eher die medizinischen Aussagen als solche begutachtet. Auf den Punkt gebracht: Wenn die vorgeschlagene Behandlung dem Patienten nicht hilft, ist dies kein Fall für die Sprachprüfung, sondern für die fachliche Anerkennung. Diese Bereiche dürfen aus Gründen der Fairness nicht vermischt werden. Wenn ich eine Sprachprüfung anbiete, muss im Sinne der Validität des Verfahrens auch eine Überprüfung von Sprache stattfinden.

Entscheidend ist zudem, dass Sprachkompetenz auf dem GER-Niveau B2 oder C1 verlangt wird. Dieses sicher festzustellen, vor allem in Grenzfällen, ist Sache von ausgebildeten Sprachprüferinnen und -prüfern. Mediziner haben nicht die angemessenen Diagnoseinstrumente, um hier eine fundierte Bewertung abzugeben. Mein Fazit daher: Ausgebildete Deutschprüferinnen und -prüfer gehören in die Fachsprachenprüfung!

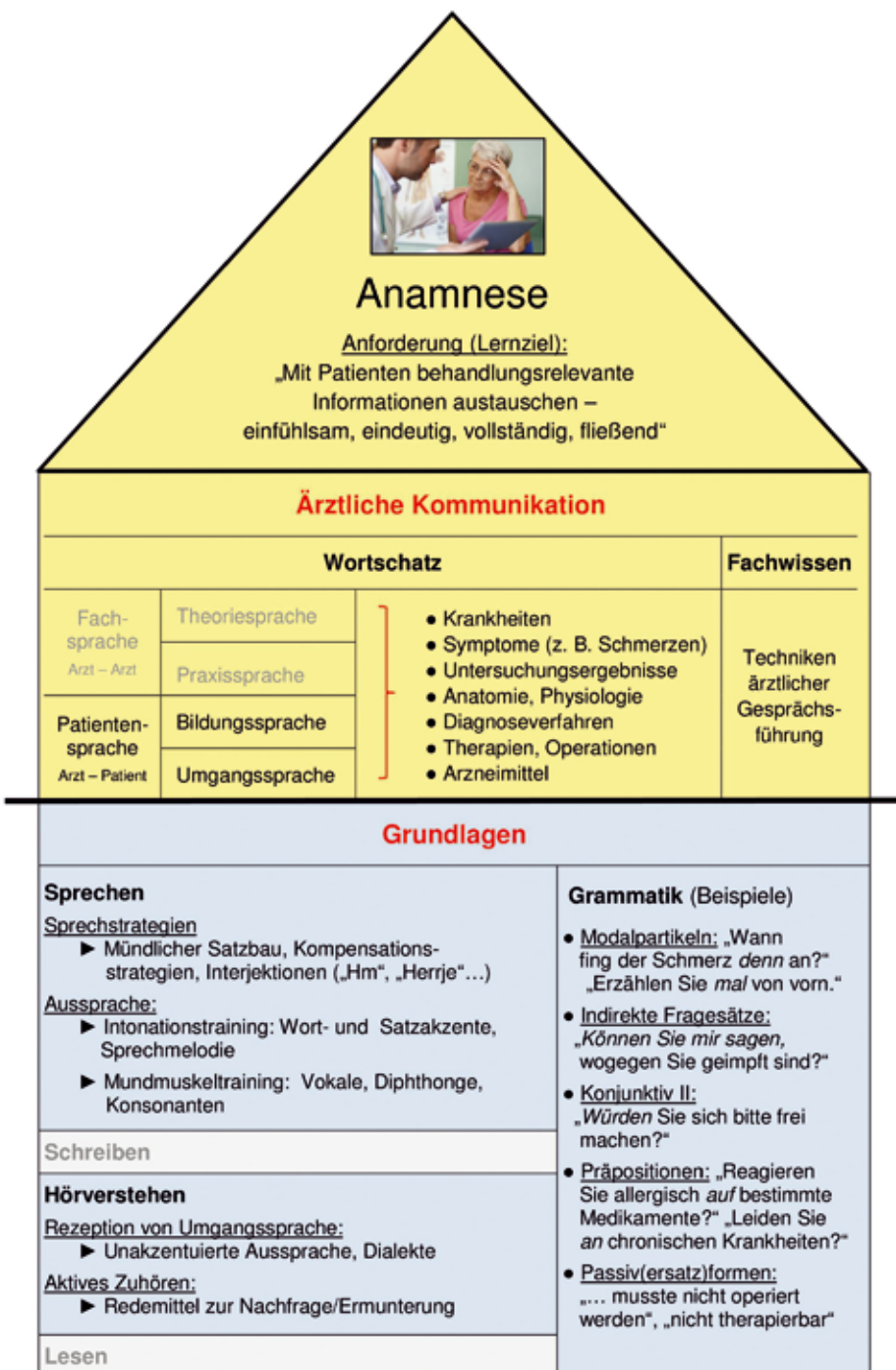


**Dr. Sibylle Plassmann** leitet seit 2008 die Testentwicklung der telc gGmbH. Sie hat zahlreiche Prüfungsformate mitentwickelt, insbesondere für Deutsch als Zweitsprache und für den Hochschulzugang.

<sup>1</sup> telc – language tests stehen für die Professionalität einer wissenschaftlich fundierten Kompetenzmessung im Bereich Sprachen. Die telc Prüfungen sind standardisiert bis ins Detail, unterliegen einem sorgfältig kalibrierten Prozess der Ergebnisermittlung und bieten somit ein Höchstmaß an Validität, Reliabilität und Objektivität.

# Der Dativ am Krankenbett

Das wichtigste Instrument des Arztes, heißt es, ist die Sprache. Was aber, wenn genau dieses Instrument klemmt? Dann braucht es vor allem eins: eine klare Diagnose, was die Sprache denn hier leisten soll.



Falsch informiert seien sie gewesen, sagen viele zugewanderte Ärztinnen und Ärzte. In der Heimat haben sie Deutsch gebüffelt, das geforderte Zertifikat der Niveaustufe B2 erworben – und in Deutschland erfahren, dass ihre Sprachkenntnisse bei weitem nicht ausreichen.

Denn ob es um Patientengespräche (Abb. links) oder Arztbriefe (Abb. rechts) geht: **Die ärztliche Kommunikation** im deutschen Krankenhaus ist voll von komplexen, anspruchsvollen Sprachanforderungen. Für Anamnesen brauchen Mediziner feine, nuancenreiche Fragetechniken, für Dienstbesprechungen ein präzises Fachvokabular, für Arztbriefe grammatisch, syntaktisch, orthographisch einwandfreie Schreibfähigkeiten.

Die erste Überraschung für viele Neuankömmlinge ist oft schon, dass auch die *Fachsprache* im deutschen Klinikalltag neben Latein enorm viel kompliziertes Deutsch enthält. Für den täglichen Austausch mit Kollegen, Chef- und Oberärzten reicht die internationale *Theoriesprache* von der Uni nicht: Die ärztliche *Praxissprache* stützt sich, vom „Bauchspeicheldrüsensekret“ bis zur „Magenschleimhautentzündung“, auf viele komplexe deutschsprachige Fachwörter.

Meist müssen sich zugewanderte Mediziner diesen vielteiligen Wortschatz erst einmal von Grund auf aneignen – und dann lernen, von diesem Sprachregister aus jederzeit zur *Patientensprache* wechseln zu können. Und

das heißt erstens: im Austausch mit wissbegierigen, meist auch internetkundigen Gegenübern auch die deutsche *Bildungssprache* verstehen und anwenden zu können – als das präzise, ökonomische Sprachregister, das dem eindeutigen Informationstransfer zwischen Arzt und Patient dient – und zweitens: Auch mit der *Umgangssprache* vertraut zu sein, etwa wenn es im Anamnesegespräch um körperliche Symptome geht („Frau Doktor, mir geht dauernd die Puste aus“).

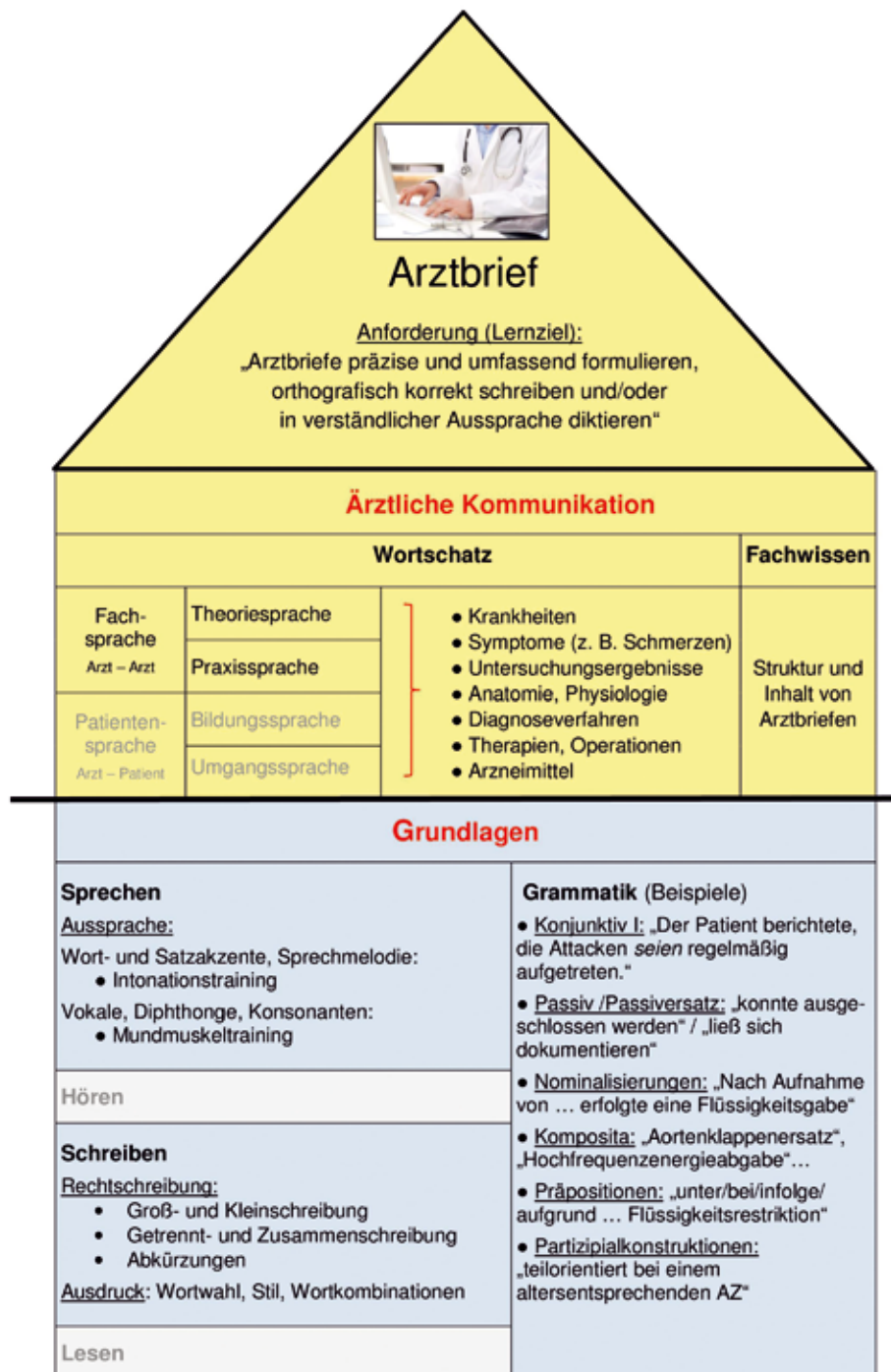
Wortschatzarbeit bildet denn auch fast zwangsläufig den Schwerpunkt der meisten Sprachkurse, in denen – oft durch Fach- und Sprachdozenten gemeinsam – Redemittel für die Arztstätigkeit geschult werden. Doch die Kommunikation im Krankenhaus braucht mehr: Ohne eine stabile Grundlage in den **Hör-, Lese-, Schreib- und Sprechfertigkeiten**, ohne fundierte Kenntnisse der **Grammatik** ist es nicht möglich, einen korrekten, aussagekräftigen Arztbrief zu schreiben oder ein einfühlsames, zugleich präzises Anamnesegespräch zu führen.

Hier stehen viele der Zugewanderten vor dem nächsten Problem. In ihrer Heimat haben sie für die Bewerbung nach Deutschland die Sprache oft in kurzen Intensivkursen erlernt, häufig ohne Kontakt zu deutschen Muttersprachlern. Am Ende hat es für das B2-Zertifikat gereicht, doch im alltäglichen Sprachgebrauch – zum Beispiel bei der Aussprache – rächen sich jetzt die vielen Lücken im Lernstoff, so dass eine spontane und flüssige Kommunikation am Krankenbett kaum möglich ist.

Und, schlimmer noch: Das Niveau B2 genügt ohnehin nicht, wie sich meistens sehr schnell herausstellt. Das selbstständige Verfassen von Arztbriefen etwa und auch viele Techniken der ärztlichen Gesprächsführung – wie etwa das Paraphrasieren, das spontane Umschreiben einer Patientenaussage durch einen anderen sprachlichen Ausdruck – sind ohne eine umfassende „kompetente Sprachverwendung“ auf dem Niveau C1 (GER-Definition) völlig ausgeschlossen (siehe auch S. 30ff., 42 ff.).

Im Stationsalltag offenbart sich so, was viele Verantwortliche in den Kammern und Krankenhäusern bereits ahnen (noch aber beim Konzept einer reinen „Fachsprach“-Prüfung übergehen): dass Fach- und Allgemeinsprache eng verflochten sind – und zugewanderte Ärzte auf dem Weg in den Beruf mehr Zeit, mehr Sprachgrundlagen, mehr Unterstützung brauchen. *Jörg Deppe*

**Berufssprache braucht ein gutes Fundament.**



# Diagnosen für Doktoren

„Verbessern Sie mal Ihr Deutsch“ – ein schöner Rat, der wenig hilft.

Was genau sollten ausländische Ärztinnen und Ärzte für ihren Dienst lernen?

Damaris Borowski beschreibt, wie man Sprachbedarf ermitteln kann.

**D**ie sprachlichen Anforderungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen und Krankenhäusern unterscheiden sich stark. Am Anfang und im Laufe jedes berufsbegleitenden Sprachkurses für ausländische Mediziner müssen Informationen darüber gesammelt werden, was die Kursteilnehmenden in ihrer beruflichen Praxis hören, sprechen, lesen und schreiben sollen – und wie es im Hinblick darauf um ihre sprachlichen Fertigkeiten bestellt ist.

## Wer führt die Sprachbedarfsermittlung durch?

Kursleiter und Kursleiterinnen müssen und sollten die Sprachbedarfsermittlung nicht allein durchführen: Vor allem die Kursteilnehmenden selbst können eingebunden werden. Sie können wichtige Informationen über die Anforderungen am Arbeitsplatz und die Erwartungen des Krankenhauses (objektiver Bedarf) sowie über ihre empfundenen Bedürfnisse (subjektiver Bedarf) geben. Darüber hinaus kann ihr uneingeschränkter Zugang zur Station für die Sammlung von Informationen und Materialien genutzt werden.

An zweiter Stelle sollte der Kontakt zu dem Chefarzt / der Chefärztin oder einem Oberarzt / einer Oberärztin der jeweiligen Abteilung stehen. Hier können grundlegende Auskünfte zur Arbeitsorganisation und den Aufgaben auf der Station eingeholt, der Zugang zum Arbeitsplatz organisiert und Kontakte zu weiteren Personen ermöglicht werden.

Kursleitende sollten in jedem Fall auch Arbeitsplatzbeobachtungen bei den Kursteilnehmenden durchführen. Einerseits bekommen sie damit einen unmittelbaren Einblick in die ihnen unbekanntere Arbeitspraxis und die sprachlichen Bedarfe einzelner Teilnehmender. Andererseits werden die Teilnehmenden in ihrer speziellen Situation wahrgenommen und können auf konkrete gemeinsame Erfahrungen Bezug nehmen.

## Was soll untersucht werden?

Eine Sprachbedarfsermittlung soll einerseits klären, welche kommunikativen Fertigkeiten die Kursteilnehmenden in der Arbeitspraxis brauchen und andererseits, welchen individuellen Sprachstand sie im Hinblick darauf haben. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die folgenden Fragen beantwortet werden:

- a. Welchen Tätigkeiten gehen die Ärztinnen und Ärzte am Arbeitsplatz nach?
- b. Welche Kommunikationssituationen spielen dabei eine Rolle?
- c. Mit wem und wie kommunizieren die Ärztinnen und Ärzte?
- d. Welche Textsorten sollten sie lesen, welche verfassen können?

*Was sollen die Kursteilnehmenden in ihrer beruflichen Praxis hören, sprechen, lesen und schreiben?*





**Ärztliche Kommunikation:** Lehrkräfte sollten wissen, was ihre Teilnehmer am Arbeitsplatz sprechen, hören, schreiben, lesen sollen

### Welche Methoden können genutzt werden?

Vier grundlegende Methoden der Bedarfsermittlung lassen sich unterscheiden (vgl. u. a. den Leitfaden zur Sprachbedarfsermittlung, Weissenberg 2012):

**Beobachtung:** Auf alle oben genannten Fragen a. bis d. kann durch Beobachtung am Arbeitsplatz Antwort gegeben werden. Darüber hinaus können Sprachlernstand und -prozesse der Kursteilnehmenden im Kurs (z. B. in Form einer Sprachstandsmessung) und am Arbeitsplatz (z. B. mit Beobachtungsbögen) beobachtet und eingeschätzt werden.

**Befragung:** Die verschiedenen Akteure und Akteurinnen (die Kursteilnehmenden, der Chefarzt / die Chefarztin, die Kollegen und Kolleginnen) können mündlich oder schriftlich zu den Fragen a. bis d. Auskunft geben. Eine Befragung einzelner oder Gruppen von Kursteilnehmenden kann auch im Kurs durchgeführt werden.

**Erkundung:** Der Arbeitsplatz kann sowohl durch die Kursteilnehmenden als auch die Kursleitenden erkundet werden. Dabei können beispielsweise in der Arbeit verwendete Dokumente (z. B. die Aufklärungsbögen) und Medien (z. B. das interne Computerprogramm) analysiert und die Arbeitsabläufe dokumentiert werden.

**Recherche:** Nicht zuletzt sollten Kursleitende vorhandene Informationsquellen recherchieren und deren Nutzen für den konkreten Kurs analysieren.

Die genannten Methoden können je nach Situation kombiniert und unterschiedlich gewichtet werden. Eine umfassende Analyse der Sprachlernbedarfe aller Kursteilnehmenden eines Kurses ist in der Praxis kaum umsetzbar. Für jeden Sprachkurs müssen die Rahmenbedingungen (wie zum Beispiel zeitliche und finanzielle Kapazitäten) reflektiert werden und es muss entschieden werden, in welchem Umfang und welcher Form eine Bedarfsermittlung stattfinden kann und soll.

*Damaris Borowski*

***Welche kommunikativen Fertigkeiten brauchen die Kursteilnehmenden? Welchen individuellen Sprachstand im Hinblick darauf haben sie?***

#### LITERATURANGABEN

**Weissenberg, Jens (2012):** Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg: IQ-Netzwerk.

**Beckmann-Schulz, Iris; Kleiner, Bettina (2011):** Qualitätskriterien Interaktiv. Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg: Koordinierungsstelle Berufsbezogenes Deutsch.

**DIE (Deutsches Institut für Erwachsenenbildung):** Sprachlicher Bedarf von Personen mit Deutsch als Zweitsprache in Betrieben.

# Über die Schulter geschaut

Deutschlehrkräfte sollten kennen, was sie unterrichten. Am Beispiel der Aufklärungsgespräche beschreibt Damaris Borowski, wie wichtig Arbeitsplatzbeobachtungen für gute medizinische Deutschkurse sind.



**W**alid Abdallah (*Name redaktionell verändert*) ist Anästhesist in einer Klinik in NRW. Seine Hauptaufgaben sind Patientengespräche und die Durchführung verschiedener Narkosen. Für ein Aufklärungsgespräch muss Herr Abdallah eine Reihe von Tätigkeiten durchführen.

## Welchen Tätigkeiten geht Herr Abdallah nach?

1. Herr Abdallah stellt im internen Computerprogramm fest, welche Patienten und Patientinnen in seiner aktuellen Schicht aufgeklärt werden sollen und wo sich diese befinden.
2. Er bittet beim Pflegepersonal um die Patientenakten und verschafft sich kurz einen Überblick über die Inhalte.
3. Er sucht die Patienten und Patientinnen auf. (Ambulante Patienten bittet Herr Abdallah in den für Aufklärungsgespräche vorgesehenen Raum. Stationäre Patienten sucht er in ihrem Krankenzimmer auf.)
4. Er führt ca. 15minütige Aufklärungsgespräche mit all ihren Komponenten durch. Dabei können sieben Gesprächskomponenten unterschieden werden: Gesprächseröffnung, Information erfragen, Zuhören, Orientierung geben, Information geben, Planung und Entscheidung, Gesprächsabschluss (Nowak 2010).
5. Er dokumentiert die Gespräche in den dafür vorgesehenen Bogen, bringt die Akten zurück und macht Eintragungen im internen Computerprogramm.

***Angepasst an seine Gesprächspartner muss Herr Abdallah das passende alltagssprachliche Register wählen.***

### Welche Kommunikationssituationen spielen eine Rolle?

Bei Aufklärungsgesprächen ist Herr Abdallah (wie alle Anästhesisten) in einer herausfordernden Situation: Er hat die Verpflichtung, die Patienten und Patientinnen umfassend aufzuklären und ihre schriftliche Einwilligung einzuholen. Einige Patienten sind allerdings mit den Informationen und der Entscheidung überfordert, sei es infolge ihrer Angst vor Narkosen und Operationen, sei es aufgrund der vorangegangenen Diagnose einer schweren Krankheit. Eine weitere Herausforderung für Herrn Abdallah ist es, wenn Patienten ihre Angehörigen mitbringen und diese sich ebenfalls am Gespräch beteiligen. Darüber hinaus wird von Herrn Abdallah erwartet, dass er auch im Laufe von Gesprächen kurze Telefongespräche auf seinem dienstlichen Telefon entgegennimmt.

### Mit wem und wie kommuniziert Herr Abdallah?

Herr Abdallah führt sowohl mit Patienten und Patientinnen Gespräche, die einfache Eingriffe vor sich haben, als auch mit Schwerkranken sowie Angehörigen. Angepasst an die jeweiligen Gesprächspartner muss er das passende alltagssprachliche Register wählen. Einige, hauptsächlich chronisch kranke Patienten haben sich punktuell Expertenwissen über ihre Krankheit angeeignet und verwenden Fachtermini. Im Zusammenhang mit den Aufklärungsgesprächen kommuniziert Herr Abdallah ggf. mit Kollegen und Kolleginnen sowohl im Krankenhaus also auch außerhalb des Krankenhauses. Das Sprachregister zeichnet sich hier durch Fachtermini und knappe Äußerungen aus, die der Arbeitsroutine angepasst sind.

### Welche Textsorten sollte Herr Abdallah lesen, welche verfassen können?

Für die Aufklärungsgespräche muss Herr Abdallah zunächst mit den in der Klinik verwendeten Aufklärungsbögen gut vertraut sein. Einige für die Narkose relevante Informationen muss er den Patientenakten und anderen Unterlagen entnehmen. Dabei kann es sich beispielsweise um Überweisungsbriefe handeln, um Untersuchungsergebnisse oder um Medikamentenlisten (zum Teil auch handschriftliche Auflistungen). Hierfür muss Herr Abdallah unterschiedliche medizinische Texte selektiv lesen können. Zusätzlich muss er Einträge im internen Computerprogramm lesen und verfassen können. Darüber hinaus muss er nach den Gesprächen Dokumentationen der Aufklärung schreiben.

### Welche Strategien nutzt Herr Abdallah bei seinen Aufgaben?

Vor seinem ersten Aufklärungsgespräch hat Herr Abdallah sich ausführlich mit den Aufklärungsbögen des Krankenhauses auseinandergesetzt und bei mehreren Kollegen und Kolleginnen hospitiert. Ein Kollege hat mit ihm einige Aufklärungsgespräche simuliert und ihn bei seinen ersten eigenen Gesprächen begleitet.

Zu Beginn seiner Aufklärungsgespräche erwähnt Herr Abdallah mit einem Schmunzeln, dass er zwar Medizin, aber nicht die deutsche Sprache studiert habe. Er bittet die Patienten um ihre Unterstützung, z. B. durch langsames und deutliches Sprechen. Ggf. bittet er die Patienten im Laufe des Gesprächs um Wiederholungen oder Reformulierungen. Es kommt vor, dass Herr Abdallah Patienten dennoch nicht versteht. Beispielsweise konnte er einer älteren Dame nicht folgen, die ihm erklärte, wie häufig sie die Tabletten auf der mitgebrachten Liste einnahm. Im Anschluss an das Gespräch rief er den Hausarzt der Dame an und ließ sich von ihm die Informationen geben. Ein anderes Mal erklärte ein Patient, dass er Speed konsumiere. Herr Abdallah kannte diese Bezeichnung für Amphetamin nicht, konnte sie aber im Anschluss an das Gespräch ohne Schwierigkeiten im Internet recherchieren. Wenn er befürchtet, dass diese Strategien nicht funktionieren, ruft er einen Kollegen zur Hilfe.

Inzwischen hat Herr Abdallah schon viele Aufklärungsgespräche erfolgreich durchgeführt. Gelegentlich kommt es noch vor, dass er spezielle Gespräche mit Kollegen im Vorfeld bespricht. Beispielsweise hat er das Aufklärungsgespräch mit einem Zeugen Jehovas im Vorfeld mit einem Kollegen durchgesprochen, weil spezielle medizinische Zusammenhänge zu Bluttransfusionen mit dem Patienten thematisiert werden mussten.

*Damaris Borowski*

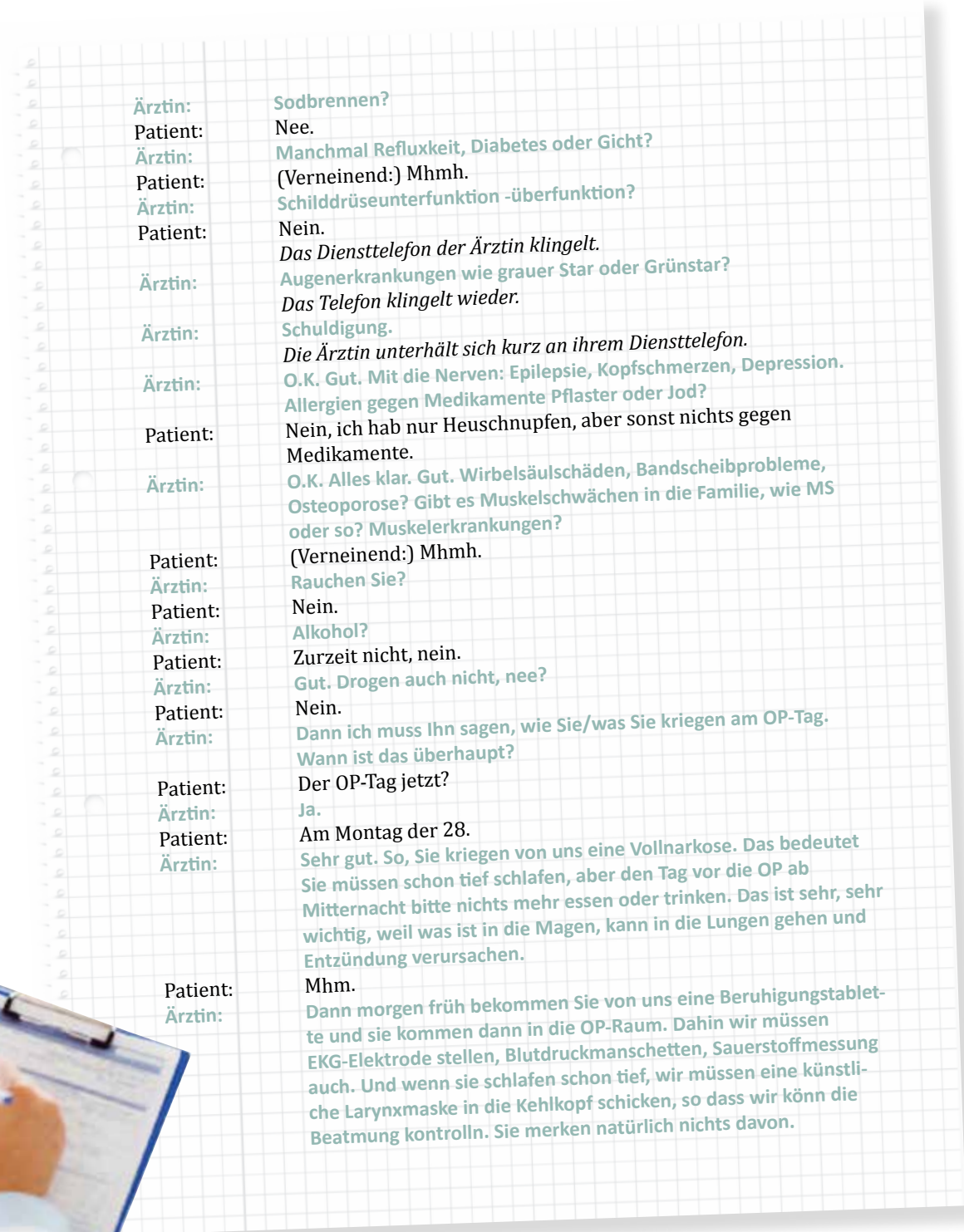
*Zu Beginn seiner Aufklärungsgespräche erwähnt Herr Abdallah mit einem Schmunzeln, dass er zwar Medizin, aber nicht die deutsche Sprache studiert habe.*

#### LITERATURANGABEN:

- Beckmann-Schulz, Iris; Kleiner, Bettina (2011):** Qualitätskriterien Interaktiv. Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg: Koordinierungsstelle Berufsbezogenes Deutsch.
- Nowak, Peter (2010):** Eine Systematik der Arzt-Patienten-Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt a.M. u.a.: Peter Lang Verlag.

## „Und wenn Sie schlafen schon tief ...“

Beispiel Aufklärungsgespräch: Für ausländische Ärzte eine sprachliche Herausforderung. Damaris Borowski hat analysiert, welcher Lernbedarf in solchen Gesprächen offenbar werden kann.



Ärztin: **Sodbrennen?**  
Patient: Nee.  
Ärztin: **Manchmal Refluxkeit, Diabetes oder Gicht?**  
Patient: (Verneinend:) Mhmh.  
Ärztin: **Schilddrüseunterfunktion -überfunktion?**  
Patient: Nein.  
*Das Diensttelefon der Ärztin klingelt.*  
Ärztin: **Augenerkrankungen wie grauer Star oder Grünstar?**  
*Das Telefon klingelt wieder.*  
Ärztin: **Schuldigung.**  
*Die Ärztin unterhält sich kurz an ihrem Diensttelefon.*  
Ärztin: **O.K. Gut. Mit die Nerven: Epilepsie, Kopfschmerzen, Depression. Allergien gegen Medikamente Pflaster oder Jod?**  
Patient: Nein, ich hab nur Heuschnupfen, aber sonst nichts gegen Medikamente.  
Ärztin: **O.K. Alles klar. Gut. Wirbelsäulschäden, Bandscheibprobleme, Osteoporose? Gibt es Muskelschwächen in die Familie, wie MS oder so? Muskelerkrankungen?**  
Patient: (Verneinend:) Mhmh.  
Ärztin: **Rauchen Sie?**  
Patient: Nein.  
Ärztin: **Alkohol?**  
Patient: Zurzeit nicht, nein.  
Ärztin: **Gut. Drogen auch nicht, nee?**  
Patient: Nein.  
Ärztin: **Dann ich muss Ihnen sagen, wie Sie/was Sie kriegen am OP-Tag. Wann ist das überhaupt?**  
Patient: Der OP-Tag jetzt?  
Ärztin: Ja.  
Patient: Am Montag der 28.  
Ärztin: **Sehr gut. So, Sie kriegen von uns eine Vollnarkose. Das bedeutet Sie müssen schon tief schlafen, aber den Tag vor die OP ab Mitternacht bitte nichts mehr essen oder trinken. Das ist sehr, sehr wichtig, weil was ist in die Magen, kann in die Lungen gehen und Entzündung verursachen.**  
Patient: Mhm.  
Ärztin: **Dann morgen früh bekommen Sie von uns eine Beruhigungstablette und sie kommen dann in die OP-Raum. Dahin wir müssen EKG-Elektrode stellen, Blutdruckmanschetten, Sauerstoffmessung auch. Und wenn sie schlafen schon tief, wir müssen eine künstliche Larynxmaske in die Kehlkopf schicken, so dass wir können die Beatmung kontrolln. Sie merken natürlich nichts davon.**

In dem (insgesamt sechsminütigen) Gespräch klärt eine ausländische Anästhesistin einen Patienten über die bevorstehende Vollnarkose auf. In dem hier abgedruckten eineinhalbminütigen Ausschnitt erledigt die Ärztin verschiedene kommunikative Aufgaben: Sie fragt den Patienten nach möglichen Krankheiten, Allergien, Genussmitteln sowie dem Operationstermin. Sie informiert den Patienten über die Bedeutung und den Ablauf der Narkose. Darüber hinaus gibt sie ihm Anweisungen zum Verhalten am Operationstag. Zwischendurch führt die Ärztin ein kurzes dienstliches Telefongespräch, bei dem sie das Kommunikationsmedium und das Sprachregister (Patientensprache vs. Sprache unter Kollegen) wechselt.

### Patientensprache

Der Wortschatz der Ärztin in der Patientensprache erweist sich mehrfach als lückenhaft. Für Patienten unverständlich ist besonders das lateinische Fachwort „Reflux“, zumal wenn es wie hier irrtümlich mit der deutschen Nomen-Endung „-keit“ verbunden wird. Angesichts des durchgängig hohen Sprechtempos der Ärztin ist für den Zuhörer die Häufung von Wortschatzfehlern besonders schwierig – manche von der Ärztin gebildeten Komposita gibt es gar nicht (Grünstar), andere werden systematisch falsch gebildet (bei Schilddrüseunterfunktion / Wirbelsäulschäden / Bandscheibprobleme fehlt jeweils das Fugenelement „en“.)

### Lücken auf A1- bis B2-Niveau

Fast alle Grammatik-, Syntax- und Aussprachefehler in diesem Gespräch sind für sich genommen kein großes Problem. Doch in der Dichte, in der sie hier auftreten, behindern sie das Verständnis des Patienten:

- a) **Nebensätze:** weil was ist in die Magen, kann in die Lungen gehen / Und wenn sie schlafen schon tief ... Die Ärztin hat (auch für gesprochene Sprache) hier auffällige Schwierigkeiten mit der Verbstellung.
- b) **Artikel:** in die Familie/ in die Magen / in die OP-Raum / in die Kehlkopf / vor die OP. In allen Fällen verwendet die Ärztin den falschen Artikel.
- c) **Aussprache:** Das bedeutet: Sie müssen schon tief schlafen. Zunächst könnte man annehmen, dass die Ärztin das Adverb „schon“ im falschen Kontext verwendet. Wenn man allerdings die Gesamtaufnahme beachtet, zeigt sich eher ein Aussprachedefizit („schön“) – gerade bei der Aussprache von Umlauten tauchen immer wieder Schwierigkeiten auf.

### Keine „kompetente Sprachverwendung“ auf C1-Niveau

Im Ganzen fehlt es an der fortgeschrittenen Sprachkompetenz, „sich klar, strukturiert und ausführlich zu komplexen Sachverhalten äußern“ zu können (aus der Definition des C1-Niveaus im „Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen“). Dies deutet sich hier nicht nur in Gestalt einiger Fehler bei nicht alltäglichen Nomen-Verb-Verbindungen an (EKG-Elektrode stellen / Larynxmaske in die Kehlkopf schicken). Mehr noch zeigt es sich in dem, was die Ärztin eben *nicht* sagt: Sie unternimmt gar nicht erst den – ärztlich eigentlich unerlässlichen – Versuch, die angesprochenen Medizinprodukte (EKG-Elektrode / Larynxmaske) in verständliche Patientensprache zu übersetzen – offensichtlich, weil sie sich der dafür nötigen, komplexen Redemittel nicht sicher ist. Vermeidungsstrategien dieser und ähnlicher Art lassen sich bei verschiedenen ausländischen Ärztinnen und Ärzten in der Praxis beobachten. Diese Beobachtungen werden in meiner in Kürze erscheinenden Dissertation zu lesen sein.

Damaris Borowski

*Der Lernbedarf zeigt sich vor allem in dem, was die Ärztin nicht sagt.*

# Lehrgänge, Kurse, Coaching ...

Mehr als 3.000 ausländische Ärztinnen und Ärzte wandern jedes Jahr nach Deutschland ein. Langsam, aber stetig entwickelt sich nun das Feld berufsbezogener Sprachlernangebote für diese Zielgruppe.



**I**n drei Monaten zur sicheren ärztlichen Kommunikation: Meist soll es schnell gehen. Viele zugewanderte Ärzte, ebenso wie viele Kliniken, suchen angesichts der vielen Verständigungsprobleme nach möglichst umgehender Abhilfe. Doch nicht alles, was auf dem Markt berufsbezogener Deutschkurse angeboten wird, entspricht den Maßstäben gründlichen, nachhaltigen Lernens. Ein Überblick über die wichtigsten Lernformate der medizinbezogenen Sprachförderung.

## Berufsvorbereitende Angebote

Warm-Up für den Klinikjob: Berufsvorbereitende Kurse richten sich an zugewanderte Ärzte, die noch nicht in einem Angestelltenverhältnis stehen. Meist werden zwischen 25 bis 30 Unterrichtsstunden pro Woche angeboten; die Gesamtlänge der Kurse liegt bei mindestens sechs, überwiegend jedoch zwölf Monaten.

Fast alle dieser berufsvorbereitenden Angebote werden in Kooperation mit einer oder mehreren

Kliniken organisiert. Ein Praktikum bzw. eine Hospitation von drei bis sechs Monaten ist Teil der Maßnahme – für viele Teilnehmende das Sprungbrett zum ersten Klinikjob.

Häufig haben die Kurse Lehrgangscharakter, und die Kursmodule bauen aufeinander auf; vielerorts gibt es aber auch Angebote mit Lernmodulen, die nach Bedarf einzeln gebucht werden können. Der größere Teil des Unterrichts dient in beiden Fällen dem Erlernen grundlegender Sprach- und Kommunikationsfähigkeiten für den ärztlichen Beruf, ein anderer der unmittelbaren Vorbereitung auf die Fachsprachen- und/oder Kenntnisprüfung.

Die Lernmodule in berufsvorbereitenden Angeboten sind von ganz unterschiedlicher Dauer, die beim Sprach- und Theorieunterricht gewöhnlich von zwei bis acht Wochen reicht. In einem typischen Lehrgang über zwölf Monate können die Module beispielsweise so aufgeteilt sein: Medizinische Fachsprache (8 Wochen) – Patientenkommunikation (8 Wochen) – Vorbereitung auf die Fachsprachprüfung (4 Wochen) – Hospitation im Krankenhaus (6 Monate) – Vorbereitung auf die Kenntnisprüfung (4 Wochen).

Bei fast allen Kursanbietern spielt neben der Fach- auch die Alltagsprache eine gewichtige Rolle. In der Regel setzen die Angebote auf der Sprachstufe B2 an und führen auf das C1-Niveau; einige Anbieter integrieren sogar explizit eine Vorbereitung auch auf die alltagsprachliche C1-Prüfung.

***Sprachtraining im Klinikjob ist Lernen am Limit: Die Anwesenheitsquote im Unterricht liegt oft unter 50 Prozent, die Fluktuation ist enorm.***

Die Finanzierung der Maßnahmen erfolgt häufig (bei zertifizierten Angeboten) über Bildungsgutscheine der Agentur für Arbeit. Viele Kurse werden aber auch komplett von den Teilnehmenden selbst finanziert, wobei die Kosten für eine zwölfmonatige Maßnahme insgesamt meist 10.000 Euro deutlich übersteigen.

***Nicht alles, was auf dem Markt berufsbezogener Deutschkurse angeboten wird, entspricht den Maßstäben gründlichen, nachhaltigen Lernens.***

### **Berufsbegleitende Kurse**

Ins kalte Wasser geworfen: Die Personalnot der Kliniken bringt mit sich, dass viele zugewanderte Ärztinnen und Ärzte schon nach wenigen Monaten – nach kurzer Hospitation und glücklich bestandener Fachsprachprüfung – als Assistenzarzt im Angestelltenverhältnis arbeiten. Schnell allerdings offenbart sich dann auch, dass weder die mitgebrachten B2-Sprachfertigkeiten noch die bis dahin gelernten Fachsprachenkenntnisse im Klinikalltag ausreichen.

Arbeitsplatzbegleitende Sprachkurse sollen diese Lücke schließen, meist mit nur zwei bis sechs Unterrichtsstunden pro Woche und einer Kursdauer von drei bis sechs Monaten. Die Kosten – rund 60 bis 80 Euro pro Unterrichtsstunde – werden überwiegend von den Krankenhäusern übernommen, teils auch zwischen Klinik und Teilnehmenden geteilt und gelegentlich durch die Assistenzärzte allein getragen.

In der Regel zeichnen sich berufsbegleitende Kurse durch eine besondere Nähe zum Klinikalltag aus. Aus organisatorischen Gründen finden sie meist auf dem Krankenhausgelände statt, oft sind vorgesetzte Chef- oder Oberärzte in die Feststellung des Sprachlernbedarfs eingebunden, und bisweilen wirken sie sogar beim ärztlichen Kommunikationstraining im Unterricht mit.

Die Schattenseite der Arbeitsplatznähe aber sind oft geradezu katastrophale Unterrichtsbedingungen: Berufsbegleitender Medizinerunterricht leidet unter den extrem langen, kaum planbaren Arbeitszeiten der ausländischen Assistenzärzte. Bei bis zu 80 Wochenstunden und ständigen Rufbereitschaften, Not- und Nachtdiensten hat systematisches, kontinuierliches Lernen kaum eine Chance. Sprachtraining im Klinikjob ist Lernen am Limit: Die Anwesenheitsquote im Unterricht liegt oft unter 50 Prozent, die Fluktuation ist enorm. Selbst dort, wo Chefärzte eine verlässliche Freistellung der Ärzte für den Kurs zusagen, holt die reale Personalnot auf den Stationen den Unterricht bald ein: Im Zweifelsfall zählen der Stationsbetrieb und die Versorgung der Patienten mehr als jede Wortschatz- oder Grammatikübung.

Ein planmäßiges Erlernen ärztlicher Sprachfertigkeit ist auf diese Weise, anders als bei berufsvorbereitenden Kursen, kaum möglich. Was bleibt – und keineswegs vergebliche Liebesmüh ist! – sind kleinteilige Lernmodule, kompakt genug zum Üben zwischen zwei Stationseinsätzen: kurze, eigenständige Trainingseinheiten zum berufsbezogenen Wortschatz, hier und dort flankiert von etwas Lernberatung und gelegentlichen Tipps zum Aussprache- oder Grammatiküben.

### **Individuelle Sprachförderung**

Den extremen Arbeitszeiten von Assistenzärzten ist es auch geschuldet, dass individuelle Lernangebote für das Erlernen ärztlicher Sprachfertigkeiten eine besonders wichtige Rolle spielen. Meist von den Ärztinnen und Ärzten selbst finanziert (bei Kosten zwischen 40 und 80 Euro pro Unterrichtsstunde), lassen sich Einzeltrainings gut mit den wechselnden Arbeitszeiten der Zielgruppe vereinbaren und können zudem exakt auf den jeweiligen individuellen Lernbedarf abgestimmt werden.

Je nach mehr oder weniger Nähe zum Arbeitsumfeld der Teilnehmenden sprechen die Anbieter – teils Sprachinstitute, teils selbstständige Lehrkräfte – dabei in der Regel entweder vom *Sprachcoaching* (als einer engen Begleitung der Ärzte in ihrem Berufsalltag) oder vom klassischen *Einzelunterricht* (als einem vergleichsweise eher unabhängigen, arbeitsplatzferneren Übungsangebot). Jörg Deppe

# Lektionen für den Klinikjob

Neuer Kurstyp, neue Lernziele: Lehrkräfte wie Teilnehmer müssen in Ärztekursen umdenken. Jetzt zielt jede Unterrichtsstunde, anders als beim gewohnten Sprachlernen, direkt auf eins – auf beruflichen Bedarf.

**K**eine Fachsprache ohne Fachwissen: Deutschlehrkräfte müssen sich darauf einstellen, dass in jedem guten Medizinerkurs der Berufsalltag von Krankenhausärzten im Mittelpunkt steht. Was sie jetzt für einen wirkungsvollen Unterricht brauchen, das ist

- eine enge Zusammenarbeit mit medizinischen Fachleuten, mit Chef- oder Oberärzten, um die Wirklichkeit klinischer Kommunikationsanforderungen in den Kurs zu holen;
- die aktive Mitwirkung ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer, um deren fachliches Wissen für ein eigenverantwortliches Erlernen der Berufssprache mobilisieren zu können;
- die Bereitschaft, sich auch selbst mit medizinischen Themen und Vokabeln vertraut zu machen, um aktiv berufsbezogene Ideen und Übungen entwickeln zu können.

Der Dreh- und Angelpunkt in Medizinerkursen ist immer die Wortschatzarbeit rund um den ärztlichen Beruf. Doch Lehrkräfte sollten dabei im Auge behalten, dass die Kommunikation eines Krankenhausarztes echte Sprachkunst erfordert: Ohne einen sicheren Umgang mit Grammatik, Satzbildung und Aussprache werden sich die zugewanderten Ärzte allzu oft nur unzureichend und oberflächlich mit Patienten und Personal verständigen können – weshalb auch gilt: Ohne eine beständige Verknüpfung von Berufs- und Allgemeinsprache im Unterricht wird das Lernziel einer sicheren ärztlichen Kommunikation nicht erreichbar sein.

Gleichwohl bilden die Kommunikationssituationen im Stationsalltag den roten Faden in Medizinerkursen; sie sind die Themenräume, in denen sich die Übungsszenarien eines guten berufsbezogenen Sprachunterrichts entwickeln können. Einige Beispiele:



## Deutsches Gesundheitswesen

Für ihre berufliche Integration, aber auch in Beratungsgesprächen mit Patienten müssen Assistenzärzte die Strukturen eines Krankenhauses und des deutschen Gesundheitswesens kennen und in eigenen Worten beschreiben können – ein häufiges Thema zudem in der „Kenntnisprüfung“.



## Anamnesegespräche

Eine gründliche Befragung der Patienten ist das Fundament jeder guten Diagnose. Dafür müssen Klinikärzte mit ihren Patienten möglichst viele für die Krankheit und ihre Behandlung relevanten Informationen austauschen – einfühlsam, eindeutig, fließend und in leicht verständlicher Aussprache.





### **Körperliche Untersuchung**

Für die körperliche Untersuchung von Patienten müssen Ärzte in verständlicher Umgangssprache klare und freundliche Anweisungen geben können, das Vokabular für Körperteile und Symptome kennen und die Befunde in korrekter Fachsprache in Untersuchungsbögen eintragen können..



### **Kommunikation mit Personal**

Zur präzisen Verständigung mit Kollegen und Pflegekräften brauchen Klinikärzte eine knappe, aber eindeutige Wortwahl, eine gute Aussprache und einen sicheren Gebrauch sowohl der internationalen als auch der deutschen Fachsprache.



### **Visite und Patientenvorstellung**

Bei der Patientenvorstellung müssen Ärzte ihren Vorgesetzten und Kollegen kurz und präzise einen Fall vorstellen. Eine anstrengende Situation, weil es dabei immer auch um berufliche Kompetenz geht – und weil die Fachsprache, aber auch eine patientengerechte Wortwahl gebraucht wird.



### **Aufklärungsgespräch**

Vor jeder Operation und jeder invasiven Untersuchung müssen Patienten– auch zur rechtlichen Absicherung – über den Grund, die Tragweite und die Risiken des Eingriffs aufgeklärt werden. Dafür brauchen Ärzte Präzision, Empathie und einen sicheren Umgang mit der deutschen Bildungs- und Umgangssprache.



### **Gespräche mit Angehörigen**

Angehörige von Patienten zu informieren, besonders schlechte Nachrichten zu überbringen, gehört zu den schwierigsten kommunikativen Aufgaben von Klinikärzten. Neben sehr guten allgemeinen sprachlichen Fähigkeiten kommt es hier auf Klarheit, aber auch eine feinsinnige Ausdrucksweise an.



### **Arztbrief**

Das Verfassen eines Entlassungs- oder Verlegungsbriefes ist eine hoch komplexe Schreibaufgabe. Der Arzt soll darin weiterbehandelnde Kollegen detailliert über die Behandlung und Diagnose informieren; für die Klinik ist dieser Brief wie eine Visitenkarte. Daher kommt es hier darauf an, präzise und umfassend zu formulieren, grammatisch, syntaktisch und orthografisch korrekt zu schreiben und – da viele Kliniken mit Schreibdiensten arbeiten – in leicht verständlicher Aussprache zu diktieren.

*Jörg Deppe*

# Auf Tuchfühlung zum Klinikalltag

Vieles in Ärztekursen ist für Sprachlehrkräfte anfangs ungewohnt. Auch wer seit Jahren Deutsch unterrichtet, muss hinzulernen: Berufsdeutsch im Krankenhaus stellt DaZ-Dozenten vor ganz neue Herausforderungen.



Fach- und Sprachlernen verbinden: Simulationstraining im Institut medisim, Köln

Was wird von Lehrkräften in Ärztekursen erwartet? Was macht die Qualität guten Medizinerunterrichts aus? Welche Lehrmethoden sind geeignet? Neueinsteiger in medizinischen Sprachkursen suchen nach methodischen Hilfen für ihre neue Aufgabe – und stellen meist fest, dass das Angebot an Handreichungen für Lehrkräfte bisher noch bescheiden ist.

Eine erste allgemeine Orientierung, immerhin, liefert auch hier das viel zitierte „Qualitätsdreieck“ aus Teilnehmer-, Bedarfs- und Handlungsorientierung, das für den berufsbezogenen Deutschunterricht schon oft beschrieben worden ist<sup>1</sup>: Guter Sprachunterricht, auch für den ärztlichen Beruf, soll demnach

1 Beckmann-Schulz, Iris; Kleiner, Bettina (2011): Qualitätskriterien Interaktiv. Leitfaden zum Umsetzungen von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg, Koordinierungsstelle Berufsbezogenes Deutsch.

- die Teilnehmenden und ihre Erfahrungen, Interessen und Fähigkeiten in den Mittelpunkt rücken und zu verantwortlichen Akteuren des Unterrichtsgeschehens machen;
- den Bedarf der Teilnehmenden zur Bewältigung der Sprachanforderungen an ihrem Arbeitsplatz ermitteln und in den Unterricht integrieren;
- die Handlungsmöglichkeiten und -anforderungen der Teilnehmenden in ihrem Beruf aufgreifen und so realitätsnah wie möglich zum Unterrichtsgegenstand machen.

*Was wird von Lehrkräften in Ärztekursen erwartet? Was macht die Qualität guten Medizinerunterrichts aus? Welche Lehrmethoden sind geeignet?*

Wie aber können diese Prinzipien in Medizinerkursen mit Leben gefüllt werden? Im Folgenden ein Versuch, das Qualitätsdreieck des berufsbezogenen Sprachunterrichts in einige methodische Anregungen für den Ärzteunterricht zu übersetzen.

### **Teilnehmerorientierung im Ärztekurs**

Andere Lernende, anderer Unterricht: Die Zielgruppe ausländischer Ärztinnen und Ärzte verlangt – und erlaubt – andere Lehrmethoden als DaZ-Dozenten sie aus Integrations-, Jugend- oder berufsorientierenden Kursen kennen.

**Eigenverantwortliches Lernen:** Internationale Ärztinnen und Ärzte sind meist hoch gebildet, zielbewusst und sehr lernerfahren. Für Lehrkräfte ist es wichtig, die damit einhergehenden methodischen Chancen für den Unterricht zu entdecken. Die Eigenverantwortung der Lernenden für den Kurserfolg muss hier kein Schlagwort bleiben: Ärztinnen und Ärzte sind im Lernprozess oft ergebnisorientierter als zum Beispiel Teilnehmer eines Integrationskurses, bringen sich stärker in die Unterrichtsgestaltung ein und tragen aktiv dazu bei, ihr medizinisches Fachwissen mit der Sprachlehrkompetenz der Dozentinnen und Dozenten zu verknüpfen.

Eine gute Kursleitung im Medizinerkurs nutzt diese Chance und ermöglicht den Teilnehmenden, ärztliche Kenntnisse gezielt in den Unterricht einzubringen: In vielen Kursen entwickeln die Ärztinnen und Ärzte, im Zusammenspiel mit der Lehrkraft, eigene Situationsbeschreibungen für das Training von Anamnesegesprächen, konzipieren Lückentexte für Arztbriefe oder entwickeln Fallbeispiele für die medizinische Aufklärung – und übernehmen damit ein gutes Stück Selbstverantwortung für ihren gemeinsamen Lernprozess.

**Sprachliches Oberstufenniveau:** Das vorherrschende Spektrum der DaZ-Lernangebote in Deutschland bringt es mit sich, dass viele der jetzt in den Ärzteunterricht einsteigenden Dozentinnen und Dozenten zuvor fast nur in Sprach- und Integrationskursen auf den Stufen A1 bis B1 unterrichtet haben. Die Lernniveaus C1 und C2 bedeuten für sie weitgehend Neuland. Ohnehin haben sie jetzt den schwierigen methodischen Anspruch aller berufsbezogenen Sprachkurse zu meistern, laufend zwischen berufsbezogenem Wortschatz und den dafür geforderten allgemeinsprachlichen Grundlagen hin und her wechseln zu müssen. Jetzt aber müssen sie diesen Balanceakt in noch luftigeren Höhen bewältigen – rund um so anspruchsvolle Sprachanforderungen wie Paraphrasierungen im Anamnesegespräch oder die korrekte Verwendung von Zeichensetzung, Partizipgruppen, Genitivattributen und Nominalkonstruktionen im Arztbrief: eine Herausforderung an die Methodenkompetenz, die nicht von heute auf morgen bewältigt werden kann.

**Binnendifferenzierung:** Sei es aufgrund der dienstbedingten Fluktuation der Lernenden, sei es aufgrund ihrer heterogenen Sprachbedarfe: Vor allem in berufsbegleitenden Medizinerkursen hilft ein starres Unterrichtskorsett wenig. Lehrkräfte müssen sich auf ungewöhnliche Umstände einstellen; ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer bewältigen aufgrund ihrer massiven Arbeitsbelastung von bis zu 80 Wo-

*Eine gute Kursleitung  
im Medizinerkurs  
ermöglicht den  
Teilnehmenden,  
ärztliche Kenntnisse  
gezielt in den Unterricht  
einzubringen.*



**Gebildet, zielbewusst, lernerfahren:** Teilnehmende im Medizinerkurs

chenstunden selten mehr als fünf Stunden Sprachtraining in der Woche – und müssen dennoch infolge von Überstunden, Nachtdiensten und Notfalleinsätzen häufig den Unterricht ganz oder teilweise absagen. Die Fluktuation in den Kursen ist enorm, die Anwesenheitsquote liegt oft unter 50 Prozent. Das stellt die Kursleitenden vor erhebliche methodische Herausforderungen: Sie müssen mit vielfältigen Methoden der Binnendifferenzierung arbeiten, von Lernstationen über selbstgesteuerte Team- und Partnerarbeit bis hin zu Techniken der eigenständigen und partnerschaftlichen Fehlerkorrektur.

Binnendifferenzierung ist aber auch deshalb gefragt, weil die individuellen Lernbedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte oft noch heterogener als in anderen DaZ-Kursen sind. Viele Teilnehmer in Medizinerschulungen, anders als etwa in Integrations- oder berufsbezogenen ESF-BAMF-Kursen, haben ihre deutschen Sprachkenntnisse bereits im Ausland erworben, nicht selten ohne Kontakt zu deutschen Muttersprachlern. Trotz B2-Zertifikat sind ihre Sprachfertigkeiten oft auch auf den niedrigeren Niveaustufen noch lückenhaft: Im mündlichen Sprachgebrauch – und leider auch im Patientengespräch – zeigt sich dies beispielsweise oft an einer nur schwer verständlichen Aussprache oder am völligen Wegfall von Modalpartikeln zum Ausdruck von Freundlichkeit („mal“, „denn“, „vielleicht“...). Wo dies der Fall ist, hilft allein eines: die Fähigkeit der Lehrkraft, differenzierende Unterrichtsmethoden einzusetzen, um individuellen Lernbedürfnissen auf ganz unterschiedlichen Sprachniveaus gerecht zu werden.

### **Bedarfsorientierung im Medizinerkurs**

Raus aus dem Seminarraum, rein in die Klinik: Für Lehrkräfte in berufsbegleitenden Ärztekursen eine ungewohnte Situation, und sie bedeutet mehr als nur einen Ortswechsel. Der Sprachlernort Krankenhaus impliziert eine enge Einbindung des Unterrichts in das Klinikgeschehen, eine direkte Orientierung an den alltäglichen ärztlichen Kommunikationsanforderungen.

Diese starke Bedarfsorientierung, die direkte Tuchfühlung zum Stationsalltag erleichtert es Dozentinnen und Dozenten, einen praxistauglichen Unterricht zu geben – und verlangt ihnen zugleich allerhand methodische Kompetenzen ab. Sprachbedarfserhebungen, Hospitationen, Arbeitsplatzbeobachtungen, Interviews mit Chef- und Oberärzten, Team-Teaching mit medizinischen Fachleuten: Das alles zählt nicht eben zur Normalität des Unterrichtens in DaZ- und DaF-Kursen. Der Qualitätsmaßstab „Bedarfsorientierung“ fordert von Lehrkräften in berufsbegleitenden Kursen von Anfang an die entschiedene Bereitschaft, hinzuzulernen und sich in neue, bedarfsgerechte Lernmethoden einzuarbeiten.

Doch auch in berufsvorbereitenden Ärztekursen geht es sehr direkt um einen Bedarf der Teilnehmer – nämlich den, Prüfungen zu bestehen. Erfolg oder Nicht-Erfolg entscheiden hier womöglich über die weitere berufliche Laufbahn, ein Scheitern in der „Fachsprach-“ oder „Kenntnisprüfung“ kann unter Umständen den Aufenthalt in Deutschland gefährden. Lehrkräfte in Vorbereitungskursen müssen sich auf diese Anforderung einlassen und sich den Auftrag „Prüfungsvorbereitung“ entschieden zur eigenen Sache machen. Die gelegentlich eher zurückhaltende Haltung zu diesem Thema in manchen alltagspraktischen Kursen („Fürs Leben, nicht für Prüfungen lernen wir“) ist hier fehl am Platz.

### **Handlungsorientierung im Ärztekurs**

Kursleitende in berufsbegleitenden Medizinerkursen spüren es schnell: Sprachkurse für Assistenzärztinnen und -ärzte im Krankenhaus stehen unter höherem Erfolgsdruck als andere DaZ- und DaF-Kurse. Die beteiligten Personalverantwortlichen der Kliniken, Chef- und Oberärzte erwarten oft schnelle, sichtbare Resultate, möchten bei Visiten und in Arztbriefen Fortschritte sehen, fragen nach Lernentwicklungen, machen oft sogar Übungsvorschläge; und die – meist hoch ambitionierten – Assistenzärztinnen und -ärzte ihrerseits fordern die Lehrkräfte nicht minder: Wo ist der Schlüssel, die Lernmethode, um möglichst schnell mit Patienten flüssiger sprechen, Arztbriefe korrekter schreiben zu können?

„Handlungsorientierung“ ist für Kursleitende in Medizinerkursen nicht nur eine schöne Verheißung. Von allzu kurzfristigem Erfolgsdruck müssen sie sich freimachen, und oft genug auch ihre fachliche Unabhängigkeit als Lehrkraft gegen äußere Erwartungshaltungen verteidigen. Gelingt ihnen dies jedoch, spricht alles dafür, dass sie sich dieses didaktische Prinzip beherzt zur eigenen Maxime machen: Handlungsorientierung heißt vor allem, einen praxisnahen Unterricht durchzuführen, in dem die Teilnehmenden alltägliche Sprachhandlungen aus ihrer eigenen beruflichen Tätigkeit einstudieren und erproben können.

Die methodische Kompetenz von Lehrkräften erweist sich so auch am Handlungsbezug ihres Unterrichts, besonders in der Nutzung der sogenannten „Szenario“-Methode: Ärztinnen und Ärzte trainieren gängige Kommunikationssituationen aus ihren Stationsabläufen, üben mit verteilten Rollen wichtige, täglich geforderte Sprachhandlungen ein und stärken so ihre Kommunikationsfähigkeit für vielfältige Situationen in der Klinik (Stichworte: Fragestrategien im Patientengespräch, Techniken des aktiven Zuhörens in der Anamnese, Fallpräsentationen, Anweisungen an Pflegekräfte etc.).<sup>2</sup>

Und zu einem solchen handlungsorientierten Unterricht gehören zwangsläufig realitätsnahe Lernmaterialien. Engagierte Dozentinnen und Dozenten in Ärztekursen zählen es zu ihren Aufgaben, vor Ort, in der Klinik, authentische Dokumente zu sichten und zu sammeln – möglichst auch dies gemeinsam mit den Teilnehmenden – und im Unterricht als Lernstoff einzusetzen: von Anamnese- und Untersuchungsbögen über Aufklärungsdokumente bis zu (anonymisierten) Entlassungsbriefen.

Dieses Material didaktisch aufzubereiten und in Eigenregie geeignete Übungsvorlagen daraus zu entwickeln, gehört zum zeitintensivsten Teil der Unterrichtsvorbereitung von Sprachlehrkräften im Krankenhaus. Die Ärztinnen und Ärzte jedoch wissen es ihnen mit hoher Motivation zu danken: Statt aus Lehrwerken zu büffeln, trainieren sie exakt das, was sie im eigenen Stationsalltag brauchen.

*Jörg Deppe*

***Raus aus dem Seminarraum, rein in die Klinik:  
Für Lehrkräfte in  
berufsbegleitenden  
Ärztekursen anfangs eine  
ungewohnte Situation***

<sup>2</sup> Vgl. Eilert-Ebke, Gabriele; Sass, Anne (2014): Szenarien im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg: IQ Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch

# Medizinerunterricht will gelernt sein

Ständig aufs Neue bieten die größeren Fortbildungsanbieter im DaZ-Bereich Schulungen für den Unterricht in Medizinerkursen an. Anhand einiger Beispiele: Wo es sich lohnt, nachzuschlagen.

## IQ Förderprogramm

Die Fachstelle „Berufsbezogenes Deutsch“ im Förderprogramm IQ organisiert Fortbildungsreihen und wechselnde themenbezogenen Fortbildungen für Kursleiterinnen und Kursleiter. Für den Unterricht in Medizinerkursen interessant sind

- die modulare Fortbildungsreihe Deutsch am Arbeitsplatz
- die modulare Kursleiterqualifizierung Berufsbezogenes Deutsch
- Workshops zu unterschiedlichen didaktisch-methodischen Aspekten des berufsbezogenen Deutschunterrichts

Informationen über diese **kostenlosen** Angebote sind auf der folgenden Internetseite zu finden: <http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fortbildungen.html>

## telc gGmbH

In der folgenden Tabelle wird ein Überblick über die regelmäßig stattfindenden Fortbildungen der telc gGmbH gegeben. Weitere Informationen (beispielsweise zu Terminen, Orten und Anmeldung) sind dem jeweils aktuellen Weiterbildungsprogramm zu entnehmen: <https://www.telc.net/lehrkraefte/telc-training.html>

### „Lehrgang: Zertifizierter Dozent (m/w): Deutsch für medizinische Fachkräfte“

<b>Umfang:</b> 2 Tage	▪ Fachsprache und Sprachniveau
<b>Gebühren:</b> 265,-€ für Teilnahme, zzgl. 60,- € fak.	▪ Zielgruppendefinition
Lehrgangsgebühr im Rahmen der Zertifizierung	▪ arbeitsplatzbezogene Lernszenarien erstellen und durchführen
	▪ wirkungsvolle Unterrichtsmethoden aus der Praxis
	▪ rezeptive und produktive Fertigkeiten in medizinischen Berufen
	▪ interkulturelle Kommunikation
	▪ interkulturelle Kompetenz
	▪ effektive Prüfungsvorbereitung

### „Material im Fachsprachenunterricht Medizin und Pflege. Vom Aufnahmebogen bis zur Patientenübergabe“

<b>Umfang:</b> 2 Tage	▪ die Bedeutung von authentischem Material im Fachsprachenunterricht
<b>Gebühren:</b> 265,- €	▪ authentisches Material aus dem Arbeitsalltag
	▪ Materialienbörse: Wie und wo Sie (kostenloses) Material finden
	▪ Vorstellung aktueller Lehrwerke und Materialien
	▪ die gelernten Methoden im Unterricht anwenden



**Schulung für Medizinerkurse:**  
„Vom Aufnahmebogen bis zur Patientenübergabe“

**„Szenario Krankenhaus: Deutsch für Ärztinnen und Ärzte.  
Handlungsorientierter Fachsprachenunterricht“**

- Umfang:** 1 Tag
- Gebühren:** 109,- €
- handlungsorientierter Unterricht
  - Szenariomethode
  - Mediziner/innen
  - aufgabenbezogenes Lernen an konkreten Patientenbeispielen
  - Vorstellung einer Moodle-Plattform für medizinisches Personal

**„Aussprachetraining für medizinische Fachkräfte.  
Der richtige Ton beim Verabreichen bitterer Pillen“**

- Umfang:** 1 Tag
- Gebühren:** 109,- €
- die Wichtigkeit von Tonhöhe im Deutschen
  - Besonderheiten bei der Wortbetonung medizinischer Fachwörter
  - die Rolle von Emotionen
  - Analyse von Videomaterial aus dem Bereich Pflege/Medizin

**„Kursplanung Deutsch Medizin und Pflege von A – Z.  
Fachsprachenkurse erfolgreich konzipieren und durchführen“**

- Umfang:** 1 Tag
- Gebühren:** 109,-€
- Berufsanerkennung von Medizinerinnen und Pflegekräften: sprachliche Voraussetzungen
  - Strategien zur Akquise und zum Aufbau von Kooperationen
  - Ausstattung und Infrastruktur
  - Ausschreibungen und AZAV-Zulassung
  - Vorstellung eines Modellkurses
  - Best Practice: Fachsprachenkurse an der VHS Dortmund

**Volkshochschulen**

Die verschiedenen VHS Landesverbände bieten unterschiedliche Fortbildungen für Kursleitende an. Die Fortbildung „Handlungsfelder in der Pflege und Medizin“ wird beispielsweise von dem Landesverband Baden-Württemberg angeboten:

**„Handlungsfelder in der Pflege und Medizin“**

- Umfang:** 1 Tag
- Kosten:** 70,-€
- Handlungsfelder die von Medizinerinnen/innen und Pflegekräften sprachlich bewältigt werden müssen
  - Relevante mündliche (z. B. Gespräche mit Patienten/innen und Kollegen/innen) und schriftliche (z.B. Dokumentation) Sprachregister
  - didaktische und methodische Tipps zur Materialerstellung und zum Unterrichtsaufbau

Über das aktuelle Fortbildungsprogramm des Verbandes können Sie sich hier informieren: <http://www.vhs-bw.de/fortbildung/kurse>.

*Alle Angaben: Stand Oktober 2015*

# Übung macht den Doktor

Kärtchen, Puzzles, Lückentexte: Die Lehrbuchverlage und Testanbieter haben den Markt für medizinisches Deutsch entdeckt. Und bieten inzwischen allerhand nützliche Lehrwerke und Übungsmaterialien an.



## Deutsch für Ärztinnen und Ärzte

Kommunikationstraining für Klinik und Praxis  
Ulrike Schimpf, Markus Bahnemann

Das Lehrbuch behandelt die wichtigsten Kommunikationssituationen von Ärzten im Krankenhaus und bietet Einführungen, Wortschatzlisten, Abkürzungsverzeichnisse, Beispieldialoge, Formulierungshilfen und Übungsaufgaben. Die Anforderungen orientieren sich überwiegend am Sprachniveau B2 bis C1. Eine Audio-CD liegt bei.  
*Springer Verlag, 3. Auflage 2015, 162 Seiten, 34,99 Euro*



## Kommunikation für ausländische Ärzte

Vorbereitung auf den Patientenkommunikationstest in Deutschland  
Nabel Farhan, Michael Wirsching (Hrsg.)

Das Buch breitet auf den „Patientenkommunikationstest“ vor, der zurzeit allerdings nur in wenigen Bundesländern anerkannt wird. Gleichwohl decken sich die meisten Inhalte des Lehrwerks mit dem Prüfungsstoff anderer Länder und entsprechen ohnehin den Anforderungen des Klinikalltags – mit Vokabeln, Informationen und Beispieldokumenten zu allen wichtigen Kommunikationssituationen.  
*Urban & Fischer Verlag, 2015, 152 Seiten, 34,99 Euro*



## Trainingseinheiten Deutsch B2-C1 Medizin 1–24

B2 – C1, Einheiten 1 – 24 in 8 Heften

Auf jeweils acht DIN A4-Seiten werden 24 Themen des ärztlichen Arbeitsalltags behandelt, von Gesprächen mit dem Pflegepersonal über Visiten und Aufklärungsgespräche bis zur Notaufnahme. Zu jedem Thema werden vielfältige Übungen, insbesondere zur Wortschatzarbeit, angeboten. Drei Übungsthemen bilden jeweils ein Heft, dem eine Audio-CD sowie Handreichungen für die Lehrkraft beiliegen.  
*telc gGmbH, 2014, 8 Hefte à 30 Seiten, 6,00 Euro ein Heft*



## Deutsch für Mediziner

Eine praktische Hilfe für Ärzte, Zahnärzte, Medizinstudenten, Krankenschwestern:  
Maria Györfy, Betty und Renate Bagossy

Dieses Lehrbuch bietet Wortschatzarbeit speziell für Gespräche mit Patienten über medizinische Symptome und enthält viele Übungen zur deutschen Umgangssprache. Wichtigen Themen der Patientenkommunikation – wie etwa „Husten“, „Brechreiz“ oder „Schwindelgefühl“ – sind jeweils eigene Kapitel gewidmet. Eine Audio-CD und Transkriptionen der Hörtexte sind enthalten.  
*Schenk Verlag, 2007, 250 Seiten, 44,90 Euro*



### Schreiben für Ärztinnen/Ärzte

Prüfungsvorbereitung Deutsch Medizin

Die in diesem Heft enthaltenen zehn Schreibaufgaben dienen der Vorbereitung auf die Prüfung telc Deutsch B2-C1 Medizin, besonders die Übungen zum Verfassen von Arztbriefen sind aber auch als Übungsmaterial für eine Fachsprachprüfung vor einer Ärztekammer nützlich: Hier geht es jeweils darum, drei fehlende Passagen (Einkleitung, Therapie, Epikrise) zu vervollständigen.

telc gGmbH, 2014, 56 Seiten, 15,00 Euro



### Deutsch im Krankenhaus

Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte, Lehr- und Arbeitsbuch

Ulrike Firnhaber-Sensen, Margarete Rodi

Das Lehrwerk, das bereits ab Sprachniveau A2 genutzt werden kann, gliedert sich entlang der beruflichen Tätigkeiten sowohl von Ärzten als auch Pflegekräften und enthält neben Wortschatzaufgaben auch grammatische Übungen. Es wird ergänzt durch zwei Audio-CDs (22,99 Euro) sowie ein Lehrerhandbuch (11,99 Euro) und korrespondiert mit dem gleichnamigen Online-Kurs (siehe Internet-Material).

Klett-Langenscheidt Verlag, 2013, 130 Seiten, 24,99 Euro



### Deutsch im Krankenhaus – Intensivtrainer

Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte

Regine Grosser

Als ergänzendes Übungsbuch zum Lehrwerk „Deutsch im Krankenhaus“ bietet der Intensivtrainer zu jedem Kapitel zusätzliche Aufgaben zum individuellen Lernen, vor allem zum Wortschatz, zur Grammatik und Aussprache (ebenfalls schon ab Sprachniveau A2 nutzbar). Alle Hördateien zum Buch sind kostenfrei im Internet auf der Webseite des Verlages verfügbar.

Klett-Langenscheidt Verlag, 2015, 96 Seiten, 11,99 Euro



### Lernbox Deutsch für Mediziner B2 – C1

Lernkarten zur Vorbereitung auf die mündliche Prüfung

Vokabeln, Satzbausteine und Redewendungen aus dem medizinischen Alltag, geeignet zum individuellen Training und für den Unterricht.

telc gGmbH, 2014, 6,00 Euro



### Menschen im Beruf – Medizin

Kursbuch Deutsch als Fremdsprache

Dorothee Thommes, Alfred Schmidt

Dieses Kursbuch aus der Reihe „Menschen im Beruf“ soll im Dezember 2015 erscheinen und wird nach Verlagsangaben Übungen zum Wortschatz und zu Redemitteln in medizinischen Berufen anbieten, unter anderem zu Gesprächen unter Kollegen, mit dem Pflegepersonal und mit Patienten und Angehörigen. Auch eine MP3-CD soll enthalten sein.

Hueber Verlag, 18,99 Euro. Erscheint im Dezember 2015





### **Kommunikation im Krankenhaus B1/B2**

1000 nützliche Redewendungen für Ärzte und Pflegekräfte  
Melanie Böck, Hans-Heinrich Rohrer

Dieses Taschenbuch wendet sich sowohl an Pflegekräfte als auch Ärztinnen und Ärzte, die Deutsch mindestens auf Niveau A2 und mehr beherrschen. Es versteht sich als ständiger Begleiter im Berufsalltag und enthält Redemittel für die medizinische Praxis, aufgeteilt in einen Abschnitt zu beruflichen Situationen, einen alphabetischen Teil und ein Glossar zu Körperteilen, Organen, Krankheiten und mehr.  
*Klett-Langenscheidt Verlag, 2015, 216 Seiten, 14,99 Euro*



### **Lernkarten Grundwortschatz Medizin**

324 Karteikarten zum Einstieg in die medizinische Fachsprache  
Marc Deschka

Zwar sollen diese beidseitig bedruckten Lernkarten eigentlich deutschen Medizinstudenten beim Einüben der lateinisch-griechisch geprägten Theoriesprache helfen, doch sie nützen auch umgekehrt: als Übungsmaterial für ausländische, wissenschaftlich ausgebildete Ärzte, um die Praxissprache deutscher Mediziner zu üben.  
*Bibliomed, Medizinische Verlagsgesellschaft, 324 Karteikarten DIN A8; 9,90 Euro*



### **Übungstest Deutsch Medizin 1/2**

Prüfungsvorbereitung telc B2 – C1

Diese beiden Hefte dienen der Vorbereitung auf die Prüfung „Deutsch Medizin“ der telc gmbH. Sie bestehen aus den Abschnitten Hörverstehen, Leseverstehen, Sprachbausteine, schriftlicher Ausdruck, mündliche Prüfung, und können in Teilen auch zur Vorbereitung auf die „Fachsprachprüfung“ der Ärztekammern verwendet werden.  
*telc gmbH, 2013/2014, 2 Hefte à 64 Seiten, je 12,50 Euro*



### **50 Rollenspiele als Kommunikationstraining**

für das Arzt-Patienten-Gespräch  
Peter Helmich, Kerstin Richter

Nützliches Material aus der Praxis der Patientenkommunikation, im Unterricht gut einsetzbar für Szenarien zur Arzt-Patienten-Kommunikation. Zu jedem Rollenspiel gibt es eine Einführung in die Situation, einen Vorschlag für die Lernziele und szenische Vorgaben für die Patientenrollen. Der vielfältige Themenfundus gibt Lehrkräften zugleich gute Anregungen zur Entwicklung eigener Szenarien.  
*VAS-Verlag, 114 Seiten, 15,00 Euro*



### **Kommunikation in sozialen und medizinischen Berufen**

Kursbuch  
Dorothea Lévy-Hillerich

Eigentlich konzipiert für Berufsfachschüler und Fachhochschulstudenten, eignet sich das Buch gut für ausländische Mediziner ab dem Niveau B1 zur Einführung in einige Grundlagen des deutschen Gesundheits- und Krankenhauswesens. Eine DVD mit Glossar liegt bei, außerdem erhältlich: Hörtexte auf CD (19,95 Euro), ein Lehrhandbuch (10,00 Euro).  
*Cornelsen Verlag, 136 Seiten, 14,95 Euro*

# Virtuelle Visiten

Ob individuell per Smartphone oder im Sprachkurs per Beamer: Beim Sprachlernen ausländischer Ärzte ist das Internet kaum noch wegzudenken.

## Einige Empfehlungen:

Das Spektrum der Online-Angebote, mit denen die Wortschatzarbeit der Ärzte unterstützt werden kann, ist groß, und für Lehrkräfte ist es nicht leicht, in der Vielfalt der Webseiten den Überblick zu behalten. Kaum überschaubar ist beispielsweise das Angebot an Portalen, die eigentlich zur medizinischen Information deutscher Patienten gedacht sind – und ausländischen Ärzten beim Einüben umgangssprachlicher Bezeichnungen für Fachinformationen sehr gute Dienste tun können.



Der interaktive „Körperatlas“ der Apotheken-Umschau kann ausländischen Ärztinnen und Ärzten beim Erlernen nichtwissenschaftlicher Begriffe zur menschlichen Anatomie bzw. der dafür nötigen Transfer-sprache eine gute Hilfestellung sein.

<http://www.apotheken-umschau.de/Koerperatlas>



Einem ähnlichen Zweck dient das Gesundheitsportal „NetDoktor“, besonders dessen „Symptom-Checker“: Hier finden sich für die meisten Krankheiten präzise standardsprachliche Frageformulierungen, auf die fremdsprachige Ärztinnen und Ärzte in der Anamnese getrost zurückgreifen können.

<http://www.netdoktor.de/service/symptomchecker/>

Die Plattform „IMED-KOMM“ bietet einen umfassenden Online-Kurs „Deutsch für ausländische Ärzte und Ärztinnen“



sowie einen speziellen Übungsbereich zur Patientenkommunikation. Mit vielen Audios, Videos, Texten und interaktiven Aufgaben (meist Zuordnungsübungen) können fremdsprachige Ärztinnen und Ärzte ihren Wortschatz und ihr Hör- und Leseverstehen in der Krankenhauskommunikation verbessern.

<http://www.imed-komm.eu/>



Der Online-Kurs „Deutsch im Krankenhaus“ des Klett-Langenscheidt-Verlages ergänzt das gleichnamige Lehrbuch und bietet viele Übungen mit direktem Feedback. Überwiegend auf dem Sprachniveau A2 und B1, werden Redemittel zu Krankheiten, Symptomen und zur Kommunikation im Stationsalltag trainiert (Preis: 99,00 Euro).

<http://www.klett-sprachen.de/deutsch-im-krankenhaus/t-388/9783126070010>

Das Online-Training „Deutsch B2-C1 Medizin“ der telc gGmbH bietet rund 1000 interaktive Übungen zum Wortschatz, zum



Hören und Lesen und zur Grammatik rund um die ärztliche Kommunikation. Empfohlen ab dem Sprachniveau B2 kann dieses Angebot für 3 Monate (120,00 Euro) oder für (200,00 Euro) gebucht werden.

<https://campus.telc.net/course/view.php?id=142>

Auch durch Doku-Serien können ausländische Ärzte durchaus nützliche Einblicke in den Alltag und die Sprachhandlungen



im Krankenhaus gewinnen. Auf YouTube finden sich viele ältere Folgen der Dokumentationen „Junior Docs“ (Deutschland, ZDF neo), „Die jungen Ärzte“ (Deutschland, Vox) und „Die Schule der Ärzte“ (Frankreich, arte): In kurzen Auszügen, gut vorbereitet und didaktisch aufbereitet, bilden diese Dokufilme im Unterricht geeignete Redeanlässe und Einstiege in Wortschatzübungen.

<https://www.youtube.com/>

Berufsbezogenes und allgemeinsprachliches Deutschlernen sind ineinander verwoben, und gute Lehrkräfte nutzen das Netz daher auch zur Sprachlernberatung: Der Zugriff auf das Internet im Kursraum erlaubt es, mit wenigen Klicks und in kürzester Zeit zum jeweils passenden Deutschlernetipp springen zu können. Hilfreich dabei sind sprachbezogene Portale, die als „Drehkreuz“ dienen und mit systematischer Sortierung und kommentierten Linksammlungen schnell zu den passenden Übungsaufgaben führen. So etwa die Ressourcen-Datenbank im „Forum Deutsch als Fremdsprache“ des Instituts für Internationale Kommunikation (IIK): Sie bietet über 650 Einträge von Übungsmaterialien, die unter anderem nach Fertigkeiten, Übungstyp und Lernniveau sortiert werden können.

<http://www.deutsch-als-fremdsprache.de/daf-uebungen/index.html>

Jörg Deppe

# Zum Nachschlagen und Weiterlesen

## Gesundheitsversorgung und Ärztwanderung

**Blum, Karl; Löffert, Sabine (2010):** Ärztemangel im Krankenhaus – Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen. Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

**Blum, Karl; Löffert, Sabine; Offermanns, Matthias; Steffen, Petra (2014):** Krankenhaus-Barometer. Umfrage 2014. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V., [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus\\_barometer\\_2014.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus_barometer_2014.pdf)

**Bundesagentur für Arbeit (2015):** Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräfteengpassanalyse. Nürnberg. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Fachkraeftebedarf-Stellen/Fachkraefte/BA-FK-Engpassanalyse-2015-06.pdf>

**Burkhardt, Michael; Ehrhard, Tobias; Ostwald, Dennis A. (2012):** 112 – und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen. Frankfurt am Main: PricewaterhouseCoopers AG in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR.

**Glazinski, Rolf (2014):** Anwerbung und Integration ausländischer Ärzte. Strategien zur Rekrutierung und Einbindung ausländischer Mediziner in das deutsche Gesundheitssystem. Leitfaden für Kliniken und Personalberatungen. Norderstedt: Books on Demand.

**Roland Berger Strategy Consultants, Hrsg. (2013):** Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. München: Roland Berger Holding GmbH. [http://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland\\_Berger\\_Fachkraeftemangel\\_im\\_Gesundheitswesen\\_20131028.pdf](http://www.rolandberger.de/media/pdf/Roland_Berger_Fachkraeftemangel_im_Gesundheitswesen_20131028.pdf)

## Anerkennung und Berufszulassung

**Bundesministerium für Bildung und Forschung (2015):** Bericht zum Anerkennungsgesetz 2015, [https://www.bmbf.de/pub/bericht\\_zum\\_anerkennungsgesetz\\_2015.pdf](https://www.bmbf.de/pub/bericht_zum_anerkennungsgesetz_2015.pdf)

**Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2013):** Eckpunkte zur Überprüfung der für die Berufsausübung erforderlichen Deutschkenntnisse in den akademischen Heilberufen. Beschluss am 27./28. Juni 2014. [https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP\\_Oeffentl\\_Bereich.pdf](https://www.gmkonline.de/documents/TOP73BerichtP_Oeffentl_Bereich.pdf)

**Köhler, M.; Schröter, H.; Weizsäcker, E. (2015):** Darstellung rechtlicher Regelungen zur Anerkennung im Ausland erworbener Berufsabschlüsse bei Ärztinnen und Ärzten der Humanmedizin. Informationsgrundlage für Beraterinnen und Berater. Nürnberg: IQ Fachstelle Beratung und Qualifizierung.

## Ärztliche Kommunikation

**Bergner, Thomas M.H. (2007):** Wie geht's uns denn? Ärztliche Kommunikation optimieren. Stuttgart: Schattauer Verlag.

**Busch, Albert; Spranz-Fogasy, Thomas, Hrsg. (2015):** Handbuch Sprache in der Medizin. Vor allem die Beiträge von Teil II Interaktive Konstruktion von Medizinkommunikation: Ärztliche Gespräche; S. 75-365. Berlin, Boston: De Gruyter.

**Fritzsche, Kurt; Schweickhardt, Axel (2009):** Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

**Glazinski, Rolf (2014):** Arztbriefe optimal gestalten. Leitfaden zur Erstellung 43 qualifizierter ärztlicher Berichte in Klinik und Praxis. Norderstedt: Books on Demand.

**Groger, Uta (2014):** Fachwörter in der Arztpraxis. Nachschlagen – verstehen – behalten. Berlin: Cornelsen Verlag.

**Karenberg, Axel (2011):** Fachsprache Medizin im Schnellkurs. Für Studium und Berufspraxis ; mit 190 Übungen und zahlreichen Tabellen. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

**Lippert, Herbert (1979):** Sprachliche Mittel in der Kommunikation im Bereich der Medizin. Düsseldorf: Institut für deutsche Sprache, Fachsprachen und Gemeinsprache, Jahrbuch 1978 des Instituts für deutsche Sprache, Seite 84 bis 99, <http://ids-pub.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/1637>

**Nowak, Peter (2010):** Eine Systematik der Arzt-Patienten-Kommunikation. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesemethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten. Frankfurt a.M.: Peter-Lang-Verlag.

**Nuding Helmut; Wagner, Margit (2012):** Prüfungsbuch für Medizinische Fachangestellte. 15. Aufl. Stuttgart: Holland + Josenhans Verlag.

**Oskar; Hladschik-Kermer, Birgit (Hg.) (2013):** Gesprächsführung in der Medizin. Lernen, lehren, prüfen, Wien: Facultas Verlag.

**Tewes, Renate (2010):** „Wie bitte?“. Kommunikation in Gesundheitsberufen, Heidelberg: Springer.

## Sprachanforderungen für ausländische Ärzte

**Roche, Jörg (2014):** Sprache und Beruf. Zur Frage der Deutschkenntnisse in medizinischen Berufen. München: Bayerische Landesärztekammer, Bayerisches Ärzteblatt 6/2014, [http://www.deutsch-uni.com/gast/duo/info/com-mon/doks/BLAEK\\_Professor\\_Roche\\_Sprache\\_und\\_Beruf.pdf](http://www.deutsch-uni.com/gast/duo/info/com-mon/doks/BLAEK_Professor_Roche_Sprache_und_Beruf.pdf)

**Schön, Almut (2012):** Arzt-Patienten-Gespräche als L2-L1-Kommunikation. Eine Diskursanalyse zu Deutsch als Fremd- und Zweitsprache im Beruf. Frankfurt a.M.: Peter Lang - Internationaler Verlag der Wissenschaften.

**Schön, Almut (2014):** „weil wir machen Sachen“. Zur beruflichen Kommunikation ausländischer Ärzte in Deutschland. In: Kiefer, Karl-Hubert u.a. (Hrsg.): Berufsfeld Kommunikation: Deutsch. Frankfurt a. M. u.a.: Peter Lang Verlag.

**Weissenberg, Jens (2012):** Sprachbedarfsermittlung im berufsbezogenen Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Ein Leitfaden für die Praxis. Hamburg: IQ-Netzwerk. [http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/BD\\_Fachstelle\\_Brosch%C3%BCre\\_2012\\_A4\\_web.pdf](http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/BD_Fachstelle_Brosch%C3%BCre_2012_A4_web.pdf)  
Sprachprüfungen

## Sprachprüfungen

**Dlaska, Andrea; Krekeler, Christian (2009):** Sprachtests.

Leistungsbeurteilungen im Fremdsprachenunterricht evaluieren und verbessern. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

**Döll, Marion (2014):** „Herausforderungen der Modellierung berufsbezogener Sprachkompetenz“ – Ein Überblick zu Verfahrenstypen, Gütekriterien und Kontroversen - in „Berufsbezogene Sprachkompetenz feststellen, fördern & zertifizieren“ - Dokumentation des Fachtags am 28. November 2013 in Hamburg. Hrsg.: Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch im Förderprogramm Integration durch Qualifizierung (IQ). S. 17- 22.

**Douglas, D. (2005):** Testing Languages for Specific Purposes. In E. Hinkel (Ed.), Handbook of Research in Second Language Teaching and Learning (pp. 857-868). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

**Douglas, D. (2001):** Language for Specific Purposes assessment criteria: Where do they come from? Language Testing 18.2: 171-186.

**Eilert Ebke, Gabriele (2015):** Berufsbereich Pflege/ Gesundheit : Lernfortschrittsmessung auf Grundlage von Szenarien. Veröffentlichung geplant bis Ende 2015. Herausgegeben von der Volkshochschule Braunschweig GmbH , Teilprojekt „Berufsbezogenes Deutsch“ des IQ Landesnetzwerk Niedersachsen, Wilhelmine Berg.

**Nodari, Claudio (2002):** Was heißt eigentlich Sprachkompetenz? In: Barriere Sprachkompetenz. Dokumentation zur Impulstagung vom 2. Nov. 01 im Volkshaus Zürich. (SIBP Schriftenreihe Nummer 18), S. 9-14. [http://www.iik.ch/cms/wp-content/uploads/theorie/div/Was\\_heisst\\_Sprkompetenz.pdf](http://www.iik.ch/cms/wp-content/uploads/theorie/div/Was_heisst_Sprkompetenz.pdf) (LetzterZugriff: 05.11.2015)

## Medizinerkurse

**Beckmann-Schulz, Iris; Kleiner, Bettina (2011):** Qualitätskriterien Interaktiv. Leitfaden zur Umsetzung von berufsbezogenem Unterricht Deutsch als Zweitsprache. Hamburg: Koordinierungsstelle Berufsbezogenes Deutsch. [http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/BD\\_Fachstelle\\_Brosch%C3%BCre\\_2012\\_A4\\_web.pdf](http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/fileadmin/user_upload/PDF/BD_Fachstelle_Brosch%C3%BCre_2012_A4_web.pdf)

**Borowski, Damaris (2014):** Dokumentation und kritische Reflexion des berufsbegleitenden Kurses „Deutsch für Ärzte/innen im Krankenhaus“. IQ-Landesnetzwerk NRW. [http://www.komma-nrw.de/wp-content/uploads/2014/12/Deutsch-f%C3%BCr-Mediziner\\_.pdf](http://www.komma-nrw.de/wp-content/uploads/2014/12/Deutsch-f%C3%BCr-Mediziner_.pdf)

**Faßbach, Gabriele; Kaufmann, Susan (4/2013):** Kompetent kommunizieren im Krankenhaus – Berufsbezogene Sprachkurse für Ärztinnen und Ärzte. <http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de/kompetentkommunizieren>

**Pädagogisches Zentrum e.V. (2014):** Berufsdeutsch für ausländische Ärzte im Krankenhaus. Praxisleitfaden. Bremerhaven: IQ Netzwerk Bremen.

**Schön, Almut; Schrimpf, Ute (2010):** Fachkommunikation in der Medizin – Konzeption und Durchführung von Kommunikationskursen und E-Learning im Bereich "Fachsprache Medizin" mit internationalem Fokus. German as a foreign Language (GFL), gfl-Journal 1/2010, Seite 49-70.

**telc (Hrsg.) (2014):** Rahmencurriculum Deutsch Medizin B2 - C1. Frankfurt am Main: telc gGmbH.

**telc (Hrsg.) (2014):** Unterrichtsentwürfe Deutsch Medizin B2 - C1, Frankfurt am main: telc gGmbH

**Lehrwerke:** siehe Seite 56.

**Internetangebote:** siehe Seite 59.

# Die Autorinnen und Autoren

**Danny Bever** ist Dozent und zertifizierter Prüfer bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern.

**Damaris Borowski** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Deutsch als Zweitsprache für SchülerInnen mit Zuwanderungsgeschichte“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Derzeit führt sie im Rahmen ihrer Dissertation eine linguistische Analyse von Aufklärungsgesprächen mit ÄrztInnen durch, die Deutsch als Zweitsprache sprechen.

**Jörg Deppe** ist Soziologe, Journalist und Dozent für berufsbezogenes Deutsch. Im Themenbereich Deutsch für Mediziner unterrichtet er berufsbegleitend in Krankenhäusern und führt Fortbildungen für Lehrkräfte durch.

**Dr. Margarete Kohlenbach** ist Literaturwissenschaftlerin und Dozentin für Deutsch als Fremdsprache und Deutsch als Zweitsprache. Seit 2011 spezialisiert sie sich auf Deutsch für Mediziner und unterrichtet gegenwärtig an der Charité International Academy in Berlin.

**Pia Kranz** ist bei der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Projektkoordinatorin für das IQ Teilprojekt „Sprachliche Qualifizierung für ausländische Ärztinnen und Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern“.

**Dr. Sibylle Plassmann** leitet seit 2008 die Testentwicklung der telc gGmbH. Sie hat zahlreiche Prüfungsformate mitentwickelt, insbesondere für Deutsch als Zweitsprache und für den Hochschulzugang.

**Andrea Snippe** ist Dozentin für Deutsch als Zweitsprache und wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch in Hamburg. Sie betreut dort u.a. das Thema der berufsbezogenen Sprachkompetenzfeststellung.



## Herausgeber

Die **Fachstelle Berufsbezogenes Deutsch** im Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ arbeitet an Instrumenten und Angeboten zur Qualitätssicherung berufsbezogener DaZ-Angebote. Sie koordiniert und steuert die Fachdiskussion im Themenfeld sowie den Dialog zwischen Wissenschaft, Praxis und Verwaltung.  
**[www.deutsch-am-arbeitsplatz.de](http://www.deutsch-am-arbeitsplatz.de)**



Das Förderprogramm „**Integration durch Qualifizierung (IQ)**“ verfolgt das Ziel, die Arbeitsmarktchancen für Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern. Die regionale Umsetzung des Förderprogramms ist zentrale Aufgabe der 16 Landesnetzwerke. Sie bieten eine flächendeckende Anerkennungs- und Qualifizierungsberatung für Ratsuchende mit ausländischen Qualifikationen an, entwickeln bedarfsorientiert Anpassungsqualifizierungen und setzen diese um. Neben den Landesnetzwerken gibt es fünf IQ Fachstellen, die bundesweit Qualifizierungsmaßnahmen, Instrumente und Handlungsempfehlungen zur beruflichen Integration von Migrantinnen und Migranten entwickeln.

Darüber hinaus tragen sie die Verantwortung für eine fachlich fundierte Beratung von Entscheidungsträgern in Politik, Wirtschaft und Verwaltung.

**[www.netzwerk-iq.de](http://www.netzwerk-iq.de)**.

Das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.

Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung IQ“

Das Förderprogramm „Integration durch Qualifizierung (IQ)“ wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales und den Europäischen Sozialfonds gefördert.



In Kooperation mit:

