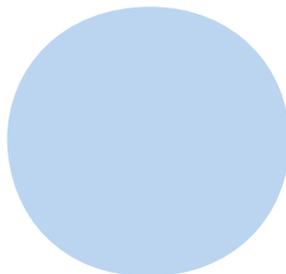


Heft 12/2015

Germanistik in der Schweiz

Zeitschrift der
Schweizerischen Akademischen
Gesellschaft für Germanistik

Herausgegeben von Michael Stolz und Robert Schöller



germanistik.ch
Verlag für Literatur- und Kulturwissenschaft

Mehrsprachigkeit in der Spitex

Einblick in die Forschung am Departement
Angewandte Linguistik der ZHAW

von ULLA KLEINBERGER

Welchen Einfluss haben Sprachbarrieren auf die Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten in der Spitex? Dieser Frage ging ein interdisziplinäres Team der ZHAW (Departemente Gesundheit & Angewandte Linguistik) in einem vom Schweizerischen Nationalfonds, der Ebnet-Stiftung und der Spitex unterstützten Projekt nach. Die qualitative Studie verbindet verschiedene Datenquellen (Beobachtungen von Pflegeeinsätzen, Interviews mit Pflegefachpersonen und Fokusgruppen), um das Vorkommen und den Einfluss von Sprachbarrieren sowie erfolgreiche Strategien der Pflegefachpersonen zur Überwindung von Sprachbarrieren zu untersuchen.

Die mehr- beziehungsweise vielsprachige Schweiz hat in der professionellen häuslichen Krankenpflege, wie sie in der Schweiz von der «Spitex», dem grössten Verein in diesem Pflegesegment, und von weiteren Institutionen gewährleistet werden, neben den herkömmlichen Pflegeleistungen eine besondere, zusätzliche Herausforderung zu meistern, die nur selten im Zentrum der Diskussionen ist: Ein Teil der PatientInnen sind nicht Erstsprachen-SprecherInnen der entsprechenden Gegend. Manche PatientInnen sind mündlich und schriftlich kompetent mehrsprachig, beherrschen Standarddeutsch und/oder Dialekt, manche hingegen verstehen und lesen nur wenig oder kein Deutsch. Zwischen diesen beiden Polen findet sich ein grosser Fächer an Abstufungen und Sprachvarianten und -kombinationen. So zeigen die analysierten Gespräche sprachliche Verständigungsmöglichkeiten, die zwischen einem reibungslos funktionierenden Austausch bis hin zur harzigen Verständigung alle Schattierungen aufweisen. Aufgrund der sich abzeichnenden demographischen Entwicklung in den kommenden Dekaden wird sich diese Situation bei gegenwärtig mehr als acht Millionen EinwohnerInnen in der Schweiz noch weiter akzentuieren. Wohl wissend, dass Sprachkompetenz nicht mit Pass und Nationalität korreliert, wird mit nachfolgender Statistik eine Tendenz visualisiert, anhand derer ersichtlich ist, dass ein Teil der in der Schweiz wohnenden AusländerInnen der gegenwärtig 30 bis 50-jährigen bis in ca. zwanzig Jahren einen erhöhten Bedarf an Pflegeleistung durch die Spitextorganisationen benötigen wird. Ein Teil dieser Gruppe wie auch ein Teil aus der Gruppe der SchweizerInnen wird wahrscheinlich auch langfris-

tig nur über beschränkte Deutschkenntnisse verfügen. Professionelle häusliche Pflege ist ein ausgesprochen wichtiger Player in der gesundheitlichen Grundversorgung in der Schweiz. Erhöhte sprachliche Herausforderungen und Sprachbarrieren müssen daher zeitnah erkannt werden, damit sie im Rahmen eines beschränkten finanziellen Rahmens bewältigbar bleiben. Erstaunlich ist deshalb, dass die Gesprächsanforderungen und -konstellationen weder in der Schweiz noch allgemein im deutschsprachigen Raum eingehend wissenschaftlich aus linguistischer Sicht untersucht worden sind.

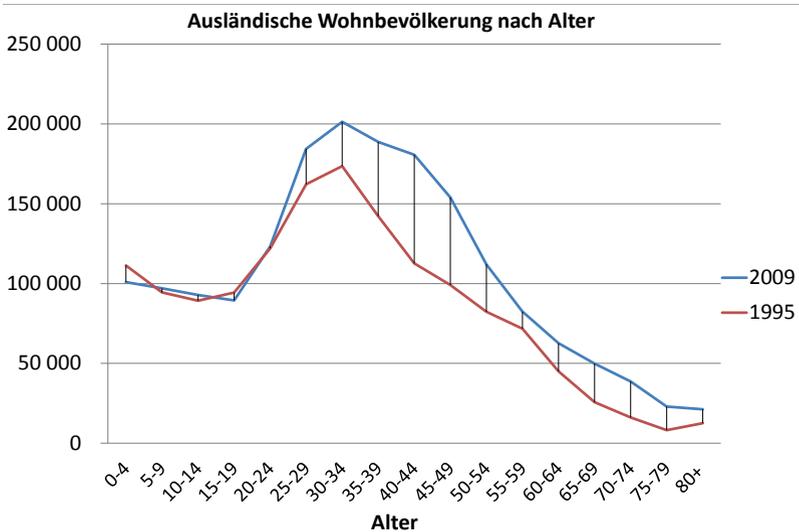


Abb. 1: AusländerInnen in der Schweiz in Bezug auf die Altersgruppen
 (Quelle: BFS; Data: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/01.html>)

Ca. 17 % der Schweizer Bevölkerung bezeichnete sich 2009 als mehrsprachig. Neben den Landessprachen wird von der ausländischen Bevölkerung eine grosse Anzahl weiterer Sprachen gesprochen, wobei in der nachfolgenden Abbildung nur eine Auswahl der häufigsten Sprachen hervorgehoben ist. Die Gruppe der <anderen Sprachen> umfasst noch weit mehr als die hier genannten.

Ausländische Wohnbevölkerung nach Hauptsprache

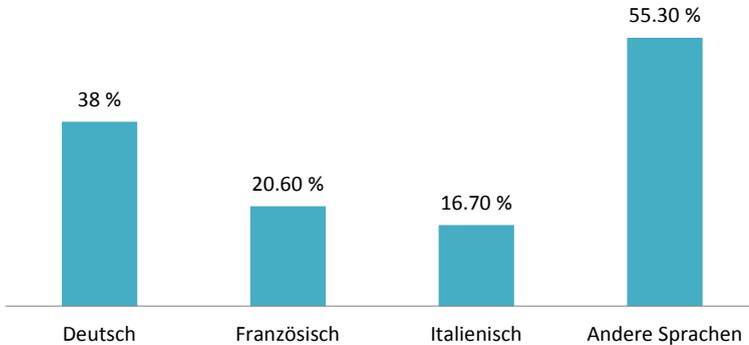


Abb. 2: AusländerInnen in der Schweiz in Bezug auf ihre Hauptsprachen

Die Schnittstelle «institutionelle Pflege» und «mehrsprachige Kommunikation» ist so beispielsweise in Spitälern oder in SeniorInnenwohnheimen vielfach und vielfältig untersucht worden (siehe z. B. Arbeiten von BISCHOFF; SACHWEH 1999). Aufgrund dieser Daten lässt sich schliessen, dass «[f]remdsprachige Patienten [...] tendenziell aufgrund fehlenden bzw. ungenügenden Informationsflusses eine der Situation unangemessene Behandlung [erhalten].» (BISCHOFF/STEINAUER 2007: 345)

Mehrsprachigkeit in der professionellen häuslichen Pflege

Sprache spielt eine zentrale Rolle, um die Leistungen der häuslichen Pflege effizient und effektiv gewährleisten zu können. «Gespräche zwischen Pflegefachpersonen und PatientInnen stellen hohe kommunikative Anforderungen an beide Seiten, da institutionelle Handlungsziele mit subjektiven (Pflege-)bedürfnissen abgeglichen werden müssen. Diese Anforderungen können in einem mehrsprachigen Kontext zusätzlich erhöht werden.» (MATIC/HANSELMANN/KLEINBERGER 2015) Falls sprachliche Barrieren aufgrund mehrsprachiger Faktoren bei der Pflege eine Rolle spielen, kann unter Umständen die erfolgreiche Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflegenden erschwert bzw. eingeschränkt sein. Daraus können Konsequenzen entstehen, welche die Gesundheit der PatientInnen, den Pflegeprozess und die Qualität der Pflege (negativ) beeinflussen. Das Nicht-Ausschöpfen-Können der Pfl-

gemöglichkeiten impliziert meist auch einen gewissen Grad an Frustration bei den Pflegefachpersonen ebenso, wie es höhere finanzielle Folgekosten mit sich bringt.

Zwei Aspekte der gegenwärtigen Entwicklung müssen berücksichtigt werden: Aufgrund der globalisierten Mobilität lassen sich vermehrt Personen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen in der deutschsprachigen Schweiz nieder. Diese jetzt noch jüngere Gruppe wird natürlich älter und wird in absehbarer Zeit Spitexleistungen intensiver nutzen (müssen). Auf der anderen Seite wurde 2012 in den Spitälern eine Fallpauschale für die Abrechnungen eingeführt, die einen zeitnahen Austritt aus den Spitälern fördern und damit die Nachfrage an Pflegeleistungen in den nachfolgenden Pflege-Institutionen erhöhen werden. In anderen Ländern, so beispielsweise in Deutschland, hat die Einführung dieser Fallpauschalen einen namhaften Einfluss auf die Anforderungen und Ausgestaltung der professionellen häuslichen Pflege gehabt.

Aufgrund dieser Ausgangslage und der Fragestellung, welchen Einfluss denn Mehrsprachigkeit in der professionellen häuslichen Pflege hat, wurde ein vom Schweizer Nationalfonds und der Ebnet-Stiftung gefördertes Projekt (2012–2014 mit einer Laufzeit von 18 Monaten) durchgeführt.¹ Dieses interdisziplinär angelegte Projekt mit je einer ForscherInnengruppe der Pflegewissenschaft und einem Team der Angewandten Linguistik haben sich folgende zentrale Untersuchungsfragen vorgenommen:

1. In welchen Situationen zeigen sich «Sprachbarrieren» und welche auslösenden Phänomene lassen sich festmachen?
2. Wie beschreiben Pflegefachpersonen Sprachbarrieren und deren Einfluss auf die Pflegeintervention?
3. Wie gestalten sich Situationen aus, in denen es zu sprachlich herausfordernden Begebenheiten kommt? Wie gehen Pflegefachpersonen damit um? Welche «good practices» lassen sich festmachen?

1 Die interdisziplinäre Studie wird von den Departementen Gesundheit und Angewandte Linguistik der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt und ist auf 18 Monate angelegt. Das Projektteam setzt sich aus den PflegewissenschaftlerInnen Daniela Händler-Schuster, Lorenz Imhof, Heidi Petry, Sebastian Probst und Miriam Roser sowie den SprachwissenschaftlerInnen Maureen Ehrensberger-Dow, Sandra Hanselmann, Ulla Kleinberger und Igor Matic zusammen.

Gesprächsdaten / Korpus / Vorgehen

Zehn Spitexzentren aus drei Schweizer Kantonen beteiligten sich an der Untersuchung. Die notwendigen Studienunterlagen, die den PatientInnen das Untersuchungssetting erläuterte, wurden in dreizehn Sprachen übersetzt: Italienisch, Spanisch, Portugiesisch, Französisch, Englisch, Türkisch, Serbisch, Kroatisch, Albanisch, Mazedonisch, Griechisch, Ungarisch, Persisch. Ca. dreissig Interventionen, Pflegeleistungen bei den PatientInnen zu Hause, konnten so erfasst werden. Ergänzt werden die Daten von ca. 15 Fokusgruppengesprächen. Der Forschungsantrag durchlief – parallel zum Bewilligungsverfahren – die Ethikkommissionen der drei Kantone, in denen die Aufnahmen gemacht wurden.

Das Korpus setzt sich aus zwei Subkorpora zusammen:

- a. Pflegefachpersonen der Spitex wurden mit einem Mikrophon ausgestattet, damit alle Gespräche, die sie in den konkreten Pflegesituationen führten, aufgenommen werden konnten. Ca. dreissig Interventionen à 25 Minuten wurden so erfasst. Begleitet wurde die Pflegefachperson der Spitex von einer ausgebildeten Pflegefachperson des Forscherteams. Diese Person hat parallel zu allen Aufnahmen Feldnotizen erstellt. Die Tonaufnahmen wurden nach GAT 2 transkribiert und mit den Feldnotizen nachträglich ergänzt.
- b. Anschliessend an die Aufnahmen in den konkreten Pflegesituationen wurden halbgeleitete Interviews mit den Pflegefachkräften der Spitex geführt, aufgenommen und ebenfalls transkribiert. Im Fokus standen die weiter oben ausgeführten Fragestellungen der Untersuchung: Situationen, in denen sich Sprachbarrieren zeigen, Beschreibungen davon, Einfluss auf die Pflegeintervention, typische und atypische Beispiele, Erläutern der «good practices».

Das Korpus ermöglicht neben der Analyse der Gespräche bei Pflegeinterventionen, wie sie aufgenommen worden sind, auch die Interpretation von Attitudes, von Einstellungen und Einschätzungen der Pflegefachkräfte in Bezug auf Fragen der Mehrsprachigkeit und deren Einfluss auf die Pflegesituation. Diese Daten wurden separat analysiert, in Bezug gesetzt und interdisziplinär ausgewertet. Aufgrund ethischer Überlegungen konnten nur Tonaufnahmen und keine Videoaufnahmen gemacht werden. Das erschwert die Dateninterpretation in unterschiedlicher Art und Weise. Da aber Pflegefachkräfte aus dem Projektteam bei den Interventionen anwesend waren und Feldnotizen erstellten, konnten fehlende und unpräzise Eindrücke teilweise rekonstruiert bzw. differenziert werden. Dieses Korpus wurde qualitativ analysiert.

«Um die Komplexität und Vielfältigkeit der mehrsprachigen Situationen aufzuzeigen, die unserem Korpus zugrunde liegen, werden die Gespräche – in Anlehnung an TEN THIJES Konzept der <diskursiven Interkulturen> (2003: 116 f.) – als emergente Strukturen angesehen. Der Fokus liegt dabei weniger auf Missverständnissen in Erstbegegnungen, sondern stärker auf Verständigungsprozessen, die durch Kooperation über längere Zeit zustande kommen. Mehrsprachigkeit wird also nicht per se als störungsanfällig und defizitär betrachtet, sondern als eine potenzielle Ressource verstanden.» (MATIC / HANSELMANN / KLEINBERGER 2015, S. 66)

Durch die interdisziplinäre Anlage des Forschungsprojektes wurden zwei methodische Zugangsweisen gewählt: Einerseits der Zugang über die Konversationsanalyse (AUER 2010; DEPPERMAN 2008) für die Gesprächsdaten aus den Pflegeinterventionen und über einen Ansatz der Inhaltsanalyse für die Fokusgruppengespräche mit den Pflegefachpersonen. Die Interpretation der Daten war im interdisziplinären Team eine zentrale – und mit den unterschiedlichen Perspektiven eine herausfordernde und ausgesprochen interessante Aufgabe.

Die Daten wurden codiert und ausgewertet. Unerwartet ist, dass in keinem der Gespräche professionelle Dolmetschdienste oder LaiendolmetscherInnen angefordert worden sind, wie es in Spitälern und Seniorenresidenzen beobachtet werden kann. Einzig anwesende Familienangehörige unterstützen punktuell Gespräche, wenn es ihnen notwendig erschien, was in der Literatur ebenfalls schon breit diskutiert wurde.

Die Sprachkonstellationen in den Dialogen können in drei Gruppen unterteilt werden, die jedoch nicht abgrenzend zu verstehen sind, sondern sich in einem Kontinuum präsentieren:

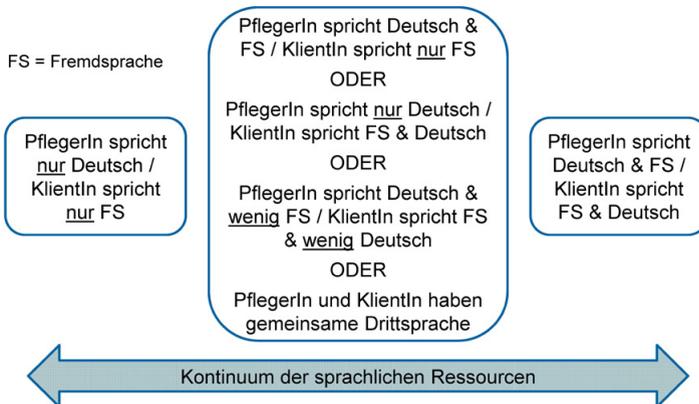


Abb. 3: Kontinuum der sprachlichen Ressourcen

Eine aus anderen Gesprächssituationen bekannte Praxis, um Aspekte zu verdeutlichen oder Relevanz zu markieren, ist der Sprachwechsel (*Code switching*). In nachfolgendem Beispiel wird die zentrale Frage, ob das Bein schmerze, auf Italienisch reformuliert. Durch die Wiederholung dieses Aspektes wird die Aussage für die beiden des Italienisch mächtigen Sprecherinnen in den Fokus des Gesprächs gestellt. Dies ist eine stilistische Variante der Markierung im Gespräch, die nur in einem mehrsprachigen Kontext über Sprachenwechsel realisiert und funktionalisiert werden kann. In einem monolingualen Kontext fehlt diese Möglichkeit der Markierung.

Ausschnitt 1 (Hof = Pflegerin Fer = Patientin)

- 01 Hof °h isch druckempfindlech,
ist es druckempfindlich
- 02 Hof [(.) jetzt,]
- 03 Fer [(ganz)]
- 04 Hof °h isch es druck,
ist es druck
- 05 Hof **fa male quando toco**
tut es weh wenn ich
- 06 Hof **[la gamba,]**
das Bein berühre
- 07 Fer **[fa male-]**
es tut weh
- 08 Hof **[(.) ah jo?]**
ach ja
- 09 Fer **[male;]**
weh

Reformulierungen haben unterschiedliche Funktionen in den Gesprächen. Als *Practice* werden sie verwendet, um Missverständnisse zu minimieren und Unklarheiten aus dem Weg zu räumen. Aufgrund der Daten lässt sich vermuten, dass diese Formen der Reformulierungen und Absicherungen des Verständnisses teilweise Grund für die reduzierte Pflegeleistung sein könnten. Bei Interventionen, die nur 25 Minuten dauern dürfen, sind die Absicherungen und Bestätigungen (Quittieren) des Verständnisses proportional gesehen zeitintensiv.

Ausschnitt 2 (Lin = Pflegerin Mon = Patientin)

- 30 Lin °h [aber dä] dä chunt s am nomitTAG nid druf aa-
aber dann spielt es am nachmittag keine rolle
- 31 Mon [()]
- 32 Lin wenn mir verBI chöme, eifacht irgend EInisch,

- 33 Mon *wann wir vorbei kommen, einfach irgendwann*
am beschte ZWÖI uhr;
am besten zwei uhr
- 34 Lin **abem ZWÖI,**
nach zwei
- 35 Mon **jo**
ja
- 36 Lin **ALso (-) zwüschet ZWÖI und VIeri (.) isch das guET,**
also zwischen zwei und vier ist das gut
- 37 Mon **zwöi i scho do;**
zwei ich schon hier

Oben stehendes Beispiel verdeutlicht eine typische Situation: die Schwierigkeit bei der Terminfindung, einen Zeitpunkt für die nächste Pflegeintervention festzumachen. Nur schon der Ausdruck der Pflegefachperson «abem ZWÖI» (von 14 Uhr an) wird offenbar nicht verstanden oder von der Pflegefachperson wenigstens als nicht gesichert eingeschätzt. Sie präzisiert ihre Frage in Zeile 36 und die Patientin bestätigt ihre Anwesenheit. Selbstverständlich können solche Zeitabsprachen auch in monolingualen Kontexten zeitintensiv sein. Man denke nur an die dialektale Varianten und Missinterpretationen bei Zeitangaben wie z. B. diese Woche/nächste Woche.

Patientenbeteiligung als modernes Paradigma der Gesundheitsversorgung

Moderne Ansätze in der Gesundheitsversorgung setzt die aktive Patientenbeteiligung voraus. Die Autonomie der PatientInnen soll erhöht werden (*empowerment*), Entscheidungen werden im Gespräch gemeinsam entwickelt (*shared decision making*), um das Ziel der «informierten PatientInnen» (*informed patient*) (siehe LALOUSCHEK 2013). Damit einhergehend ändern sich die Rollen der GesundheitsversorgerInnen und der PatientInnen: Ein Wechsel von einer paternalistischen Haltung hin zu einer patientInnenorientierten Haltung, zur Kooperation und zum Aushandeln von Standpunkten und Entscheidungen (siehe dazu KOERFER/OBLIERS/KÖHLE 2005) lässt sich vielfach nachzeichnen. Jedoch setzt diese «patient-oriented»-Haltung voraus, dass für die Gesprächsteilnehmenden gemeinsame Ressourcen vorhanden sind, allem voran elaborierte sprachliche Kompetenzen, um derart komplexe Vorgänge und Anforderungen sprachlich bewältigen zu können. Mit nur basalen Sprachkenntnissen ist die Aussicht auf Erfolg in einem Setting der «patient-oriented»-Prozesse stark eingeschränkt, wenn nicht sogar unmöglich.

Abschliessend können Schwierigkeiten in diesen Prozessen mit einem Zitat einer Pflegefachperson verdeutlicht werden, die in den Fokusgruppen die Situation folgendermassen reflektiert und erläutert:

«sie sagen immer *ja* und man ist nicht so recht sicher, ob sie einen wirklich verstanden haben. [...] dann stell ich kurze fragen [...] und dann wiederhol ich was er gesagt hat. wenn sie mir was erzählen, wiederhole ich das in meinen worten und dann sagen sie auch oft *ja*. und manchmal bin ich aber immer noch nicht sicher, ob sie wirklich verstanden haben, was ich gemeint habe. [...] und dann muss ich einfach nochmals wiederholen bis ich einfach irgendwie das gefühl habe, doch, jetzt ist es gut. [...] also wiederholen ist ganz wichtig.» [Aussage einer Pflegefachperson, FGG 9]

Exemplarisch lässt sich das zeigen, wie PatientInnen Anliegen deponieren. Einerseits können sie es schon vor der Pflegeintervention telefonisch ankündigen, was in dem vorliegenden Korpus aber niemand gemacht hat. Andererseits formulieren die PatientInnen ihr Anliegen, sobald die Pflegefachperson zu ihnen nach Hause kommt. Für das Standarddeutsche haben BECKER-MROTZEK/BRÜNNER (2007: 668) ein «standardisiertes» Vorgehen aus Daten extrapoliert, das mit folgenden Stationen skizziert werden kann:

1. Gesprächskontakt herstellen: Begrüssung / Identifikation;
2. Anliegen vorbereiten / Voraussetzungen absichern: Adressat / Situation / Sprecher / Thema;
3. Anliegen formulieren: Sachverhalt nennen / Appell formulieren / Relevanz verdeutlichen;
4. Anliegen explorieren: aktives Zuhören / Verständnissicherung;
5. Anliegen ratifizieren / bearbeiten: aktives Zuhören / Verständnissicherung.

Aufgrund der Daten in unserem Korpus ist dies in mehrsprachigen Gesprächssituationen und Interventionen nicht so eindeutig strukturiert. PatientInnen platzieren ihre Anliegen an ganz anderen Stellen des Gesprächs, als es allgemein hin erwartet wird: vor der Begrüssung, kurz vor Abschluss der Intervention, an scheinbar willkürlichen Punkten im Gesprächsverlauf etc. Anliegen werden so «unerwartet» ins Gespräch gebracht, dass Pflegefachpersonen durchaus aus dem Konzept gebracht werden und irritieren sein können. Dies wiederum wirkt auf das Gespräch und die Effizienz des Bearbeitens der notwendigen Gesprächsaufgaben zurück. Übliche Gesprächsabläufe, Relevanzmarkierungen, Platzieren der Anliegen, Nähe-, Distanz-

regulierungen etc. werden vielfältiger in mehrsprachigen Konstellationen realisiert als in monolingualen Situationen, in denen intrakulturelle Normen stärker berücksichtigt werden.

Erste Ergebnisse

Die eingangs erwähnten drei Fragekomplexe konnten nicht in allen Facetten beantwortet werden, jedoch lassen sich interessante und teilweise überraschende Ergebnisse festhalten:

Von «Sprachbarrieren» kann in den uns vorliegenden Daten nicht gesprochen werden. Die Pflegefachpersonen und die PatientInnen, in allen Fällen (bis auf einen) eingespielte Teams, wissen sich zu helfen. «Barrieren» sind eine nicht adäquate Bezeichnung für sprachliche Herausforderungen. Trennend wirken sie nicht, eher sind pragmatische Herangehensweise gefordert, die mit Toleranz und Wohlwollen Situationen so gut es geht optimieren. Auslösende Phänomene sind ausgesprochen individuell und nur schwer zu fassen.

«Good practice» im mehrsprachigen Kontext zeigt sich beim Vergleichen der erhobenen Daten. Zu erwarten wäre allenfalls gewesen, dass erfahrene – selbst mehrsprachige und interkulturell interessierte – Pflegefachpersonen über «good» oder «best practice» verfügen. Das können wir anhand der Daten jedoch so nicht bestätigen. Selbst junge, noch weitgehend unerfahrene Pflegefachpersonen können sprachlich und kommunikativ komplexe Situationen erfolgreich und zur Zufriedenheit der PatientInnen bewältigen. Der Stilwechsel hin zu einem paternalistischen Stil mag kurzfristig in schwierigen Kommunikationssituationen lösungsorientiert erscheinen, verhindert aber ein Aushandeln der Pflegeleistung ebenso wie ein selbstverantwortliches Handeln. Als Empfehlung für «good practice» kann eine mögliche Entlastung darin bestehen, den PatientInnen gleich zu Beginn der Intervention Raum zur Verfügung zu stellen, um ihr Anliegen zu platzieren; allenfalls, wenn notwendig, vor der Begrüssung. Reformulierungen sollten als regelmässige «Strategie» genutzt werden. Zentral im mehrsprachigen Kontext sind Strukturen, die eine «ja»/«nein»-Antwort fordern. Dies minimiert Verständnisunsicherheiten und Unklarheiten, sofern die Fragen nicht mit einer Negation versehen sind, wodurch ein bijektives Beantworten erschwert würde.

Falls die Gesprächssituation es erfordert, können Interpretationen angeboten werden, die ebenfalls mit einer «ja»/«nein»-Antwort quittiert werden sollen, ergänzt mit einem beinahe «investigativen» Behandeln der Anliegen und dem aufmerksamen Zuhören, ohne dass gleich die nächsten Handlungs-

schritte im Rahmen der Pflegeintervention vorgenommen werden. Sprachwechsel werden dabei als bereichernde Strategie gesehen: Einerseits um konkret Verständnis zu sichern, andererseits ermöglicht Mehrsprachigkeit auch «Sprachspiele» (z. B. «Was heisst xy in Ihrer Sprache?»). Unter anderem können solche «Sprachspiele» die Rollenverteilung etwas abmildern: PatientInnen werden kurzfristig zu ExpertInnen – wenigstens für kurze Momente.

Sprachliche Herausforderungen beeinflussen die Wahrnehmung der Pflegesituation und beschränken die Integration der PatientInnen in einer «patient-oriented»-Pflegesituation. In nur einer unserer Aufnahmen gab es keine gemeinsame sprachliche Basis zwischen der Pflegefachperson und der Patientin. Erstaunlicherweise wurde auch in diesem Fall keine externen Hilfsangebote, wie Sprachdienste oder TelefondolmetscherInnen, von der Pflegefachperson in Anspruch genommen, sondern Rücksprache mit der Praxis des behandelnden Arztes genommen. Die Pflegefachpersonen meisterten «alle» Sprachsituationen allein. Sind sie nicht erfolgreich, holen sie Hilfe bei KollegInnen, bei der Spitex-Organisation, bei den behandelnden ÄrztInnen, im zuletzt behandelnden Krankenhäusern etc. Die Pflegefachpersonen bewältigen aufwändige kommunikative Situationen mit Geduld und Kompetenz. Das komplexe Material wird auf weitere Facetten analysiert. Ziel ist es längerfristig, Daten auch aus dem europäischen Kontext mit denjenigen aus der Schweiz abzugleichen, weitere «good practice»-Strategien festzumachen, um so diese Vorgehen in der Ausbildung und der Lehre integrieren zu können, in der Hoffnung einen Beitrag zu den auf uns zukommenden komplexen sprachlichen Herausforderungen in der häuslichen Pflege leisten zu können.

Bibliographie

- AUER, PETER: Einführung in die Konversationsanalyse. Berlin: De Gruyter 2010.
- BECKER-MROTZEK, MICHAEL / BRÜNNER, GISELA: Anliegenklärungen. Anliegen formulieren und explorieren. In: REDDER, ANGELIKA (Hrsg.): Diskurse und Texte. Festschrift für Konrad Ehlich zum 65. Geburtstag. Tübingen: Stauffenburg 2007, S. 665–682.
- BISCHOFF, A. / STEINAUER, R.: Pflegende Dolmetschende? Dolmetschende Pflegende? In: Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 20/6 (2007), S. 343–351.
- BISCHOFF, A.: <https://nursing.unibas.ch/institut/mitarbeitende/publikationen/person/bischoff> [14. November 2015].
- DEPPERMANN, ARNULF: Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Aufl. Oppladen: Leske + Budrich 2008 (Qualitative Sozialforschung 4).

- KOERFER, A. / OBLIERS, R. / KÖHLE, K.: Der Entscheidungsdialog zwischen Arzt und Patient – Modelle der Beziehungsgestaltung in der Medizin. In: NEISES, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlags-Gesellschaft 2005, S. 137–157.
- LALOUSCHEK, JOHANNA: Anliegenklärung im ärztlichen Gespräch – Patientenbeteiligung und neue Formen medizinischer Kommunikation. In: MENZ, FLORIAN (Hrsg.): Migration und medizinische Kommunikation. Linguistische Verfahren der Patientenbeteiligung und Verständnissicherung in ärztlichen Gesprächen mit MigrantInnen. Wien 2013, S. 353–444.
- MATIC, IGOR / HANSELMANN, SANDRA / KLEINBERGER, ULLA: «SOME tablets they say that i don't get any MORE.» Wissensaushandlungen in der mehrsprachigen häuslichen Pflege. In: GROSS, ALEXANDRA / HARREN, INGA (Hrsg.): Wissen in der institutionellen Kommunikation. Frankfurt a. M.: Peter Lang Verlag 2015 (FAL Forum Angewandte Linguistik), S. 57–82.
- SACHWEH, SWENJA: Schätzle hinsitze! Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt a. M.: Lang 1999 (Europäische Hochschulschriften. Reihe 21, Linguistik 217).

Weitere Projektinformationen unter: ZHAW/OLBiHN: <https://www.zhaw.ch/de/forschung/departementsuebergreifende-kooperationen/olbihn/>

Heft 12/2015 – Aus dem Inhalt

PHILIPP THEISOHN

Ein «starker Nekromant». Kellers «Zürcher Novellen» (1876/77) als Exorzismus

ULLA KLEINBERGER

Mehrsprachigkeit in der Spätmittelalter. Einblick in die Forschung am Departement Angewandte Linguistik der ZHAW

NICOLE EICHENBERGER

Ein vernachlässigter – ein marginaler Texttyp? Zur deutschsprachigen religiösen Kleineliteratur des Mittelalters

SERENA PANTÈ

Angst und Verzweiflung im «Meier Helmbrecht». Eine Studie zum Wortschatz der Angst

SIMON ZUMSTEG

Alterierte Identität. Heinrich Federer und sein Tessin

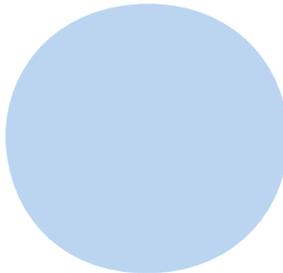
STÉPHANE MAFFLI

Literarische Vermittlung von Fremdheit. durch Mehrstimmigkeit und Sprachlosigkeit in Beat Sterchis Roman «Blösch»

REGULA GASS

Deutschschweizer Dialekte in der Öffentlichkeit. Beliebtheit, Stereotypen und Spracheinstellungen

Germanistik in der Schweiz



ISBN 978-3-9524581-0-5



9 783952 458105