



Masterproef aangeboden tot
het verkrijgen van het
diploma Master of Arts in het
tolken

„Gib mir mal die Trousse“

**Zweisprachigkeit in den ostbelgischen Notaufnahmen:
eine soziolinguistische Studie**

Door: Paulien Jenard
Promotor: dr. Antoon Cox
Copromotor: Jeroen Segers
ACADEMIEJAAR 2019-2020



Code of conduct voor geloofwaardig auteurschap

Correct verwijzen naar bronnen houdt in:

- dat ik als auteur transparant ben over mijn bronnen, zodat de lezer op elk moment correct kan inschatten welke de bron is van wat beweerd wordt;
- dat ik als auteur geen relevante informatie waarover ik beschik en die een ander licht zou kunnen werpen op de geboden interpretatie of ontwikkelde redenering bewust weglaat;
- dat ik als auteur duidelijk aangeef welke relevante interpretaties ik niet in rekening heb gebracht en waarom dat is gebeurd;
- dat ik als auteur waarheidsgetrouw weergeef wat ik heb geobserveerd;
- dat ik als auteur op de hoogte blijf van evoluties in manieren van verwijzen en het weergeven van referenties en een bibliografie.

Ik bevestig dat ik deze code of conduct heb nageleefd bij het schrijven van deze masterproef.

Naam: *Paulien Jenaard*

Datum: *25/05/2020*

Handtekening: *P.J.*

Mögliche Einschränkungen bei der Durchführung der Untersuchung aufgrund der COVID-19-Krise seit März 2020

Der Leser sollte bedenken, dass diese Masterarbeit teilweise in einer Zeit geschrieben wurde, die durch restriktive Maßnahmen des Nationalen Sicherheitsrates gekennzeichnet war. Möglicherweise wäre es in einem anderen Zeitraum gelungen, eine Analyse der drei Krankenhäuser durchzuführen, einschließlich des St. Nikolaus-Krankenhaus in Eupen. Die Autorin dieser Masterarbeit ist jedoch der Meinung, dass die oben genannten restriktiven Maßnahmen keine wesentlichen negativen Auswirkungen auf die in dieser Masterarbeit ausgearbeitete Forschung gehabt haben.

Geleitwort

In diesem Geleitwort folgt, wie es zu diesem Forschungsthema gekommen ist, sowie ein Dankeswort an alle, die zur vorliegenden Masterarbeit beigetragen haben.

Dieses Thema wurde mir von Herrn Dr. Antoon Cox, dem Betreuer der vorliegenden Masterarbeit, angeboten. Die Zusammenarbeit zwischen Herrn Dr. Antoon Cox und mir war nicht selbstverständlich, da Herr Cox andere Sprachen unterrichtet als die Sprachen, die ich studiere. Genau das macht diese Zusammenarbeit so interessant, denn Herr Dr. Antoon Cox ist spezialisiert auf die Kommunikation in Notaufnahmen und ich wusste vor Beginn dieser Untersuchung nur wenig über das Thema. Ich verfügte dann jedenfalls über umfassende Deutschkenntnisse, die ich in das Fachgebiet einbringen konnte, da ich den dreijährigen Bachelorstudiengang Angewandte Sprachwissenschaft belegt habe und schließlich noch durch meinen einjährigen Master im Dolmetschen, den ich mit Hilfe dieser Masterarbeit absolvieren werde. Im Bachelorstudium Angewandte Sprachwissenschaft studierte ich nicht nur Deutsch, sondern auch Flämische Gebärdensprache. So hat mein Interesse für Sprachminderheiten – in diesem Fall die flämische Gehörlosengemeinschaft – begonnen. Diese Masterarbeit ermöglichte mir unter anderem eine weitere Sprachminderheit in Belgien kennenzulernen, nämlich die Deutschsprachige in Belgien. Diese Masterarbeit war für mich eine sehr interessante Reise, und zwar wortwörtlich, weil ich die Städte Sankt Vith, Malmedy und Eupen besucht habe, wo ich das Personal der Notaufnahme und die Region kennengelernt habe. Beim Schreiben dieser Masterarbeit ist mir aufgefallen, dass Ostbelgien in Flandern nicht so bekannt ist. Ich habe auch festgestellt, dass Deutsch - trotz der Schönheit dieser Sprache - eine untervertretene Sprache ist in Belgien. Hoffentlich wird die Region Ostbelgien und die deutsche Sprache in Belgien mit Hilfe dieser Masterarbeit vermehrt in die Aufmerksamkeit treten.

Daneben möchte ich an dieser Stelle all jenen danken, die durch ihre Unterstützung zu dieser Masterarbeit beigetragen haben. Zuerst gebührt mein Dank Herrn Dr. Antoon Cox und Herrn Segers für die ausgezeichnete Betreuung dieser Masterarbeit. Ich möchte mich gerne bei Herrn Dr. Antoon Cox bedanken, weil er mir dieses interessante Thema angeboten hat und mich mit Expertise so hilfreich betreut hat. Zudem bin ich Herrn Jeroen Segers dankbar, weil er mir sehr geholfen hat, diese Masterarbeit zu perfektionieren und er immer da war, die richtigen Tipps und Feedbacks zu geben.

Auch Frau Dr. Sarah Brommer, Expertin für wissenschaftliches Schreiben, möchte ich danken, weil sie sehr behilflich war, Feedback zur wissenschaftlichen und deutschen Sprache in dieser Masterarbeit zu geben. Daneben möchte ich meinen Dank an Gerd Küpper, Ostbelgier, aussprechen, mich an den richtigen Personen weiterzuleiten und diese Arbeit nachzulesen. Außerdem gebührt mein Dank Wissenschaft für Ostbelgien (Wifo) für die Ratschläge und Weiterleitungen.

Danach muss sicherlich auch mein Kommilitone, Pablo Kossmann, erwähnt werden, weil er diese ganze Masterarbeit nachgelesen hat. Auch meine Kommilitonen, die Französisch studieren, insbesondere

Fien Andries und Flore Vande Velde, haben für die französischsprachigen Seiten dieser Masterarbeit gut geholfen. Vielen Dank für eure Hilfe.

Auch einen Dank an die Notaufnahme von dem Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy (CHRAM) und der Klinik St. Josef, weil sie mich herzlich empfangen haben. Mein besonderer Dank gilt den Befragten, die freiwillig an den Interviews teilgenommen haben. Es war sehr interessant, mich mit Ihren Antworten auf meine Fragen auseinanderzusetzen. Ohne ihre Teilnahme gäbe es keine Masterarbeit. Ich möchte auch gerne der Direktion des St. Nikolaus Hospitals danken, weil sie sich die Zeit genommen haben mich zu empfangen und mir zuzuhören.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinem Freund Ewout Vanbesien und meiner Freundin Tina Sioen bedanken, die mir mit viel Geduld, Interesse und Hilfsbereitschaft zur Seite standen.

Die Liste wird immer länger und es gibt immer noch viele Menschen, denen ich zu danken habe. Vielen Dank an alle, die mich beim Schreiben dieser Masterarbeit unterstützt hat. Sie waren eine hervorragende Hilfe.

Ich danke Ihnen von ganzem Herzen,

Paulien

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	4
Abbildungsverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	8
Abstract	9
Résumé	9
Abstract	10
1. Einleitung	12
2. Literaturübersicht	14
2.1. Belgien und die Deutschsprachige Gemeinschaft	14
2.1.1. Sprachsituation in der DG	15
2.1.2. Medizinische und pflegerische Ausbildung in Ostbelgien	17
2.2. Merkmale der Notaufnahme	18
2.2.1. Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Pflegern	19
2.2.2. Umgebung	19
2.2.3. Umfang von Kommunikation	20
2.2.4. Mögliche Probleme	21
2.2.5. Sprachbarriere und Missverständnisse	22
2.2.6. Dolmetscher, interkulturelle Mediatoren und Patientenbegleiter	23
2.3. Soziolinguistik und mehrsprachige Kommunikation	26
2.3.1. Sprachliches Repertoire	26
2.3.2. Code switching	27
3. Methodik	29
3.1. Arbeitsmethode	29
3.2. Krankenhäuser ansprechen	30
3.3. Verarbeitung der Daten	31
4. Ergebnisse & Diskussion	32
4.1. Eigenschaften der Befragten	32
4.1.2. Sprachliches Repertoire der Befragten	32
4.2. Besprechung der Kommunikation in der Notaufnahme pro Thema	39
4.2.1. Kommunikation mit Kollegen	39
4.2.2. Kommunikation mit Patienten	43
4.2.3. Wahrnehmbare Häufigkeit von anderssprachigen Patienten	46
4.2.4. Entscheidung der Sprache	48
4.2.5. Verständnis prüfen	51
4.2.6. Hilfe zur Kommunikation	53
4.2.7. Wahrnehmung Unterschied Konsultation in Muttersprache und Fremdsprache ...	56
4.2.8. Small Talk mit Patienten	58

4.2.9. Sprache der Krankenakte	62
5. Fazit	65
5.1. Beschränkungen	66
5.2. Empfehlungen für weiterführende Forschung.....	67
5.3. Handlungsempfehlungen	68
Literaturverzeichnis	69
Anlagen	72
1. Interviewleitfaden	72
2. E-Mail:	74
3. Informierte Zustimmung	76

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Sprachgebiete	15
Abbildung 2: The referential and affective function scales	27
Abbildung 3: Anmeldung Notaufnahme eigenes Bild	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: wo fühlt man sich zu Hause?	16
Tabelle 2: Eigenschaften der Befragten.....	32
Tabelle 3: Deutschsprachige Sankt Vith Ausbildung.....	35
Tabelle 4: Französischsprachige Sankt Vith Ausbildung.....	35
Tabelle 5: Deutschsprachige Malmedy Ausbildung	35
Tabelle 6: Französischsprachige Malmedy Ausbildung	35
Tabelle 7: Muttersprache Sankt Vith & Malmedy	37
Tabelle 8: Deutschsprachige Sankt Vith Arbeit	42
Tabelle 9: Französischsprachige Sankt Vith Arbeit	42
Tabelle 10: Deutschsprachige Malmedy Arbeit.....	42
Tabelle 11: Französischsprachige Malmedy Arbeit.....	43

Abkürzungsverzeichnis

AHS	Autonome Hochschule
CHRAM	Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy
DG	Deutschsprachige Gemeinschaft
HSR	Health Services Research
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé (eigene Übersetzung: föderales Expertisezentrum für das Gesundheitswesen)
WifO	Wissenschaft für Ostbelgien

Abstract

De manier waarop België is ingedeeld, zorgt ervoor dat er in Oost-België zowel Frans als Duits wordt gesproken. Die tweetaligheid is erg interessant om te onderzoeken binnen een spoedafdeling van een ziekenhuis. Daar komt vaak alles en iedereen ongewild samen. De spoeddienst wordt hier als het ware gebruikt als venster op de Oost-Belgische maatschappij.

Hoe verloopt de communicatie op de tweetalige spoedafdelingen van de ziekenhuizen in Malmedy en Sankt Vith? Dat is de vraag die in dit onderzoek met behulp van de sociolinguïstiek wordt beantwoord. Malmedy en Sankt Vith liggen dan wel allebei in Oost-België, ze liggen respectievelijk in de Franse en de Duitstalige Gemeenschap. Bovendien zijn het ook faciliteitengemeentes.

Aan de hand van kwalitatieve semigestructureerde interviews met het personeel van de spoedafdeling van enerzijds het Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy (CHRAM) en anderzijds Klinik St. Josef in Sankt Vith wordt een eerste beeld van de tweetaligheid in beide spoedafdelingen geschetst. In de interviews worden vragen gesteld over de communicatie van het personeel met de patiënten, maar ook over interprofessionele communicatie, tussen het personeel onderling. De communicatie wordt hier in de breedste zin van het woord besproken. Hoe controleert het personeel bijvoorbeeld of voor de patiënt alles duidelijk is, hoe wordt er aan smalltalk gedaan en in welke taal wordt het medisch dossier opgesteld?

De resultaten tonen dat er in het algemeen op de spoedafdeling in Malmedy veeleer in het Frans wordt gecommuniceerd. De tweetaligheid bestaat daartegenover eerder wel op de spoedafdeling in Sankt Vith, waar de klok rond in het Frans en het Duits wordt gecommuniceerd. De titel van deze masterproef: 'Gib mir mal die Trousse' is een voorbeeld van die tweetaligheid binnen de spoedgevallendienst in Sankt Vith.

Sleutelwoorden: tweetaligheid, Oost-België, Duitstalige Gemeenschap, Franse Gemeenschap, faciliteitengemeentes, spoedafdeling, communicatie, sociolinguïstiek

Résumé

Dans les Cantons de l'Est de la Belgique, le français ainsi que l'allemand sont parlés à cause de l'organisation territoriale de la Belgique. Il est très intéressant d'examiner ce bilinguisme aux urgences d'un hôpital. C'est souvent là que tout et tous se rejoignent involontairement. La situation des urgences reflète ici la société des Cantons de l'Est.

Comment se passe la communication aux urgences bilingues des hôpitaux de Malmedy et de Saint-Vith? C'est la question à laquelle cette étude-ci répond à l'aide de la sociolinguistique. Bien que les villes de Malmedy et Saint-Vith soient toutes les deux situées dans les Cantons de l'Est, elles appartiennent

respectivement à la Communauté française et germanophone. En outre, ce sont des communes à facilités.

Sur la base d'entretiens qualitatifs semi-structurés avec le personnel des urgences du Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy d'une part et de la Klinik St. Josef in Saint-Vith d'autre part, on brosse un premier tableau du bilinguisme à ces deux urgences. Dans ces entretiens, on pose des questions sur la communication du personnel avec les patients, mais aussi sur la communication interprofessionnelle, c'est-à-dire du personnel entre eux. La communication est considérée ici au sens le plus large du terme. Comment, par exemple, le personnel vérifie-t-il si tout est clair pour le patient, comment se déroule le *smalltalk* et dans quelle langue est établi le dossier médical?

Les résultats montrent que la communication aux urgences de Malmedy est essentiellement en français. En revanche, aux urgences de Saint-Vith, il existe une situation bilingue, comme la communication est assurée 24 heures sur 24 en français ainsi qu'en allemand. Le titre de cette thèse: 'Gib mir mal die Trousse', est un exemple du multilinguisme au sein des urgences de Saint Vith.

Mots-clés: bilinguisme, Cantons de l'Est de la Belgique, Communauté germanophone, Communauté française, commune à facilités, urgences, communication, sociolinguistique

Abstract

Die Art und Weise, in der Belgien aufgeteilt ist, führt dazu, dass in Ostbelgien sowohl Französisch als auch Deutsch gesprochen wird. Diese Zweisprachigkeit ist ein sehr interessantes Forschungsthema, insbesondere in der Notaufnahme eines Krankenhauses, wo alles und jeder ungewollt zusammenfällt. Die Notaufnahme fungiert hier wie ein Spiegelbild der ostbelgischen Gesellschaft.

Wie verläuft die Kommunikation in den zweisprachigen Notaufnahmen der Krankenhäuser in Sankt Vith und Malmedy? Das ist die Forschungsfrage, die in dieser Studie mit Hilfe der Soziolinguistik beantwortet wird. Obwohl Malmedy und Sankt Vith beide zu Ostbelgien gehören, sind beide Gemeinden in der Französischen Gemeinschaft beziehungsweise der Deutschsprachigen Gemeinschaft angesiedelt. Darüber hinaus sind sie auch Gemeinden mit sprachlichen Sonderregelungen.

Anhand von einerseits qualitativen, persönlichen, teilstrukturierten Interviews mit dem Personal der Notaufnahme im Krankenhaus Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy (CHRAM) und andererseits der Klinik St. Josef in St. Vith wird ein erstes Bild der Zweisprachigkeit der beiden Notaufnahmen skizziert. In den Interviews werden Fragen zur Kommunikation des Personals mit den Patienten, aber auch zur interprofessionellen Kommunikation, zwischen den einzelnen Mitgliedern des Personals, gestellt. Der Begriff Kommunikation wird hier im weitesten Sinne des Wortes verwendet. Wie überprüft das Personal beispielsweise, ob dem Patienten alles klar ist, wie wird Small Talk verwendet und in welcher Sprache wird die medizinische Akte erstellt?

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kommunikation in der Notaufnahme im Allgemeinen in Malmedy vorwiegend auf Französisch erfolgt. In der Notaufnahme von Sankt Vith hingegen besteht eine ausgeprägte Zweisprachigkeit, da dort rund um die Uhr sowohl Französisch als auch Deutsch gesprochen wird. Der Titel dieser Masterarbeit: 'Gib mir mal die Trousse' ist ein Beispiel für diese Zweisprachigkeit innerhalb der Notaufnahme Sankt Viths.

Schlüsselwörter: Zweisprachigkeit, Ostbelgien, Deutschsprachige Gemeinschaft, Französische Gemeinschaft, Gemeinde mit sprachlichen Sonderregelungen, Notaufnahme, Kommunikation, Soziolinguistik

1. Einleitung

Die Notaufnahme gilt als ‚le laboratoire de la société‘, weil sich hier jeden Tag Medizin und Gesellschaft treffen. Medizin ist sehr persönlich. Für jede Person braucht man spezifische Anwendungen und die hängen auch mit sozialen Faktoren, wie Kultur und Sprache, zusammen (Anderson et al., 2016: 23). Die Notaufnahme ist das schlagende Herz der Pflege. Sie ist 24 Stunden am Tag erreichbar für jeden, der sie braucht (What Is Social Emergency Medicine?, o. J.). Das macht die Kommunikation innerhalb der Notaufnahme interessant, weil sie aufgrund der sich ständig ändernden Personenkonstellationen immer anders abläuft. Kommunikation ist immer wichtig, weil Menschen ohne Kommunikation keine Beziehungen knüpfen können. Auch in schlechten Beziehungen spielt Kommunikation immer noch die wichtigste Rolle (Angelelli, 2004: 15). Es sollte daher nicht überraschen, dass Kommunikation insbesondere in zweisprachigen Regionen wichtig ist.

In dieser Masterarbeit wird die Kommunikation in zwei Notaufnahmen in einer zweisprachigen Region, nämlich Ostbelgien, näher betrachtet. Die Region hat eine außergewöhnliche Sprachpolitik, weil Ostbelgien sich über zwei verschiedene Gemeinschaften erstreckt, wo man offiziell Französisch bzw. Deutsch spricht. In der Praxis werden die beiden Sprachen aber in beiden Gemeinschaften gesprochen. Außerdem gibt es in beiden Gemeinschaften, also in der Französischen Gemeinschaft und der Deutschsprachigen Gemeinschaft (DG), auch Sonderregelungen für Sprachminderheiten. Das bedeutet beispielsweise, dass Deutschsprachige in der Französischen Gemeinschaft deutschsprachige Dokumente bei den Behörden beantragen können. Das gilt genauso für Französischsprachige in der DG („Die Sprachgebiete“ o. J.).

Die Notaufnahme erlaubt Einblicke in dieses besondere Gebiet. Diese Masterarbeit soll erforschen, wie die Kommunikation, mit besonderem Fokus auf die Zweisprachigkeit, in der Notaufnahme abläuft. Für Zweisprachigkeit wird in dieser Studie folgenden Definition verwendet:

“A bilingual individual, generally, is someone who speaks two languages. An ideal or balanced bilingual speaks each language as proficiently as an educated native speaker. This is often referred to as an ideal type since few people are regarded as being able to reach this standard. Otherwise, a bilingual may be anywhere on a continuum of skills [...] Bilingualism is a specific case of multilingualism, which has no ceiling on the number of languages a speaker may dominate.” (*Bilingualism and Multilingualism | Encyclopedia.com, 2020*)

In dieser Studie wird das Personal der Notaufnahmen von zwei Krankenhäusern in Ostbelgien befragt, zum einen im Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy¹ (CHRAM) und zum anderen in der Klinik St. Josef in Sankt Vith. Die meisten Studien bezüglich des Sprachgebrauchs in den Notaufnahmen sind auf Migranten bezogen. Über Zweisprachigkeit in den Notaufnahmen liegen hingegen nur wenige Studien

¹ Die Interviews haben stattgefunden, als das Krankenhaus noch ‚Clinique Reine Astrid‘ hieß. Seit 28. Januar 2020 heißt das Krankenhaus ‚Centre Hospitalier Reine Astrid de Malmedy‘ (CHRAM).

vor. Deshalb dient diese Masterarbeit als explorative Studie zur Zweisprachigkeit in Notaufnahmen in Ostbelgien. Wie sich die Zweisprachigkeit auf die Kommunikation innerhalb der Notaufnahmen von Malmedy und Sankt Vith auswirkt, wird in dieser Masterarbeit näher untersucht. Dabei wird nicht nur die Kommunikation zwischen dem Personal der Notaufnahme und den Patientinnen und Patienten² betrachtet, sondern auch die interprofessionelle Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegeern wird untersucht. Ziel dieser Masterarbeit ist es, die kommunikative Situation in beiden Notaufnahmen zu skizzieren. In dieser Arbeit liegt folgende Frage zugrunde:

Wie verläuft die Kommunikation in den zweisprachigen Notaufnahmen der Krankenhäuser in Sankt Vith und Malmedy?

Zunächst werden in der Literaturübersicht die für die Arbeit relevanten Aspekte unter Bezug auf die vorhandene Forschungsliteratur beleuchtet. Zu Beginn wird in 2.1. die politische Gliederung von Belgien vorgestellt. Dann wird das Leben und die Sprachsituation (2.1.1.) in der Deutschsprachigen Gemeinschaft und Ostbelgien vorgestellt. Daneben wird kurz auf die medizinische und pflegerische Ausbildung in Ostbelgien eingegangen (2.1.2.). Anschließend wird das Thema Notaufnahme näher betrachtet, indem die typischen Merkmale der Notaufnahme in 2.2. erklärt werden. Die Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Pfleger (2.2.1.) wird dabei angeschaut, sowie die Umgebung der Notaufnahme (2.2.2.). Die Literaturübersicht beschreibt auch wie viel in der Notaufnahme kommuniziert wird (2.2.3.). Die möglichen Probleme kommen dabei zur Sprache (2.2.4. & 2.2.5.) und die Hilfsmittel bei der Kommunikation werden thematisiert (2.2.6.), wie zum Beispiel Dolmetscher in der Notaufnahme. In 2.3. wird diese Masterarbeit in Verbindung gebracht mit der Soziolinguistik und wird sich mit den Konzepten ‚sprachliches Repertoire‘ und ‚code switching‘ (2.3.1. & 2.3.2.) auseinandergesetzt. Danach werden Einblicke in den Verlauf der vorliegenden Studie gegeben, indem die Arbeitsmethode in 3. mit teilstrukturierten, persönlichen, Tiefeninterviews erläutert wird. In den Ergebnissen und Diskussion in 4. folgt nach einer Darstellung der Eigenschaften der Befragten (4.1.), indem das Alter, Beruf, Arbeitsdauer und sprachliches Repertoire beschrieben werden, eine Übersicht in 4.2. der Ergebnisse pro Thema. Es wird näher auf die interprofessionelle Kommunikation (4.2.1.) eingegangen, die Kommunikation mit Patienten (4.2.2.), eine Wahrnehmung von wie oft anderssprachige Patienten in der Notaufnahme eingeliefert werden (4.2.3.), sowie auf der Wahrnehmung der Entscheidung der Sprache während der Konsultation (4.2.4.), als die Weise worauf man prüft, ob für den Patienten alles deutlich ist (4.2.5.). Auch mögliche Hilfsmittel, die eingesetzt werden können, kommen in 4.2.6. zur Sprache, daneben wird von den Befragten ein Vergleich zwischen einer Konsultation in der Muttersprache und in der Fremdsprache gemacht (4.2.7.). Zudem wird eine Übersicht über Small Talk mit Patienten gegeben (4.2.8.). Das Kapitel 4.2. wird abgeschlossen, indem die Sprache der Erstellung der Krankenakte in 4.2.9. angeschaut wird. Mit einem Fazit, den Beschränkungen dieser Studie und einigen Empfehlungen für weiterführende Forschung wird die Masterarbeit abgeschlossen.

² Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen wird im Folgenden zwar nur die männliche Form genannt, stets aber die weiblichen und anderen Formen gleichermaßen mitgemeint.

2. Literaturübersicht

Zu Beginn wird in dieser Literaturübersicht unter 2.1. *Belgien und die Deutschsprachige Gemeinschaft* (DG) beschrieben, weil diese Region das Forschungsobjekt der vorliegenden Masterarbeit darstellt. In diesem Teil wird die Gliederung Belgiens sowie die Sprachsituation erklärt. Dann wird näher auf die Sprachsituation und auf das Leben in der DG eingegangen. Schließlich wird die medizinische und pflegerische Ausbildung in Ostbelgien kurz behandelt.

Danach werden unter 2.2. die wichtigsten Merkmale der Notaufnahme dargestellt. Die Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Pflegern, sowie die Umgebung der Notaufnahme wird beschrieben. Daneben wird angeschaut wie viel dort kommuniziert wird und was die möglichen Herausforderungen sind. Dann wird auf Sprachbarrieren und Missverständnisse, die die Kommunikation in den Notaufnahmen prägen, eingegangen. Schließlich werden Hilfspersonen bei der Kommunikation thematisiert.

In 2.3. werden schließlich Soziolinguistik und mehrsprachige Kommunikation anhand von sprachlichen Repertoires und *code switching* thematisiert.

Diese Übersicht hat zum Ziel, die Analyse der Kommunikation in den Notaufnahmen in Sankt Vith und Malmedy vollständig zu verstehen.

2.1. Belgien und die Deutschsprachige Gemeinschaft

Das Königreich Belgien umfasst drei Regionen: die Wallonische Region, die Flämische Region und die Region Brüssel-Hauptstadt. Daneben gliedert sich das Land in drei Gemeinschaften und vier Sprachgebiete. Die drei Gemeinschaften sind die Flämische Gemeinschaft, die Französische Gemeinschaft und die Deutschsprachige Gemeinschaft (DG). In Belgien gibt es drei offizielle Landessprachen: Niederländisch, Französisch und Deutsch. In Flandern wird Niederländisch gesprochen, in Wallonien Französisch, in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Deutsch und in Brüssel wird sowohl Niederländisch als Französisch gesprochen („Die Deutschsprachige Gemeinschaft in Belgien“ o. J. und „Staat“ 2012). Die Deutschsprachige Gemeinschaft ist nur für gesellschaftliche Angelegenheiten (Sprache und Kultur) zuständig. Die DG ist nicht völlig unabhängig, weil sie der Wallonischen Region angehört. Obwohl Deutsch eine offizielle Landessprache innerhalb Belgiens ist, ist die DG in den anderen Teilen Belgiens vielmehr unbekannt (Davidson, 2019). Auf Abbildung 1 sieht man die Karte Belgiens mit den vier Sprachgebieten:



Abbildung 1: Die Sprachgebiete

Die Sprachgebiete (o. J.). [Karte]. Abgerufen von http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-1059/1544_read-45675/

Die Deutschsprachige Gemeinschaft hat ungefähr 76000 Einwohner. Die DG liegt in der Provinz Lüttich und hat eine Fläche von 854 km², deshalb gilt die DG als die kleinste Gemeinschaft Belgiens. Die DG liegt an der Grenze zu Deutschland, den Niederlanden und Luxemburg und umfasst neun Gemeinden: Amel, Büllingen, Burg-Reuland, Bütgenbach, Eupen, Kelmis, Lontzen, Raeren und Sankt Vith. („DG.be—Die Deutschsprachige Gemeinschaft“, o. J.)

2.1.1. Sprachsituation in der DG

Die Einwohner der DG verwenden im Alltag oft Dialekt. Im Kanton Eupen wird Niederfränkisch und Ripuarisch als Mundart gesprochen. Im Kanton Sankt Vith wird Moselfränkisch sowie Ripuarisch gesprochen. Im Bildungswesen, in den Verwaltungen, im Kirchenleben, aber auch in den Sozialbeziehungen wird Hochdeutsch gesprochen. Daneben sprechen einige Französisch, das ist vor allem der Fall im Norden, in den Gemeinden Kelmis, Lontzen und Eupen („DG.be—Die Menschen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft“ o. J.). Französischsprachige genießen in der ganzen DG sprachliche Sonderregelungen für Sprachminderheiten. Deutschsprachige bekommen als Sprachminderheit in der Französischen Gemeinschaft in Malmedy und Weismes auch sprachliche Sonderregelungen. („Die Sprachgebiete“ o. J.) Die DG, Malmedy und Weismes, bezeichnen zusammen Ostbelgien (Die Deutschsprachige Gemeinschaft in Belgien, o. J.). Ostbelgien als Ganzes darf daher nicht mit dem Gebiet der Deutschsprachigen Gemeinschaft verwechselt werden. In den Gemeinden, wo sich die zu untersuchenden Notaufnahmen befinden, Malmedy und Sankt Vith, gibt es also Sonderregelungen für Sprachminderheiten und können jeweils Deutschsprachige und Französischsprachige Sonderregelungen in beiden Gemeinden bekommen.

Die Bürger der DG nennen als Muttersprache Deutsch (93 %), Französisch (7 %), Niederländisch (1 %), Platt(deutsch) (1 %) und Sonstiges (1 %). Es ergibt sich, dass in der DG 63 % der Bürger andeuten, dass sie den Dialekt verstehen und auch sprechen. Die Bürger, die das andeuteten, kommen vor allem aus den südlichen Gemeinden der DG, sind über 60 Jahre alt, oder wohnen in einer Gemeinde mit unter 1000 Einwohnern. Dahingegen verstehen 30 % der Personen ‚Platt‘, sie sind aber nicht in der Lage es zu sprechen. Die übrigen 7 % beherrschen ‚Platt‘ nicht. (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2018: 12-13)

Obwohl in der DG nur 7 % der Befragten Französisch als Muttersprache angeben, spielt Französisch trotzdem eine wichtige Rolle (Davidson, 2019). Wenn man sich die Schilder (beispielsweise in den Geschäftsstraßen: ‚Bäckerei‘) in der DG anschaut, merkt man, dass diese oft auch (neben Deutsch) (oder nur) die französische Sprache tragen (Davidson, 2019). Deutsch ist wie Französisch und Niederländisch in Belgien eine offizielle Sprache, das ist aber jedoch nicht auf gleicher Ebene der Fall (Davidson, 2019). Das sieht man, beispielsweise schon, am Mangel an deutschen Übersetzungen, im belgischen Gesetzblatt, in dem alles auf Französisch und Niederländisch aufgenommen ist und nur teilweise deutsche Abschnitte zu finden sind. Das gilt genauso für viele belgische Behördenwebseiten, die nur teilweise ins Deutsche übersetzt worden sind.

Die Bürger der DG wurden in der Studie von forsa (2018: 5) gebeten, Probleme, innerhalb der DG anzugeben. Die Bürger sind mit ihrem Leben in der Region zufrieden, da 31 % der Befragten keine Probleme angeben, jedoch haben 6 % im Jahre 2018 Sprachprobleme erwähnt in Bezug auf ‚die Stärkung und Förderung der deutschen Sprache in der Deutschsprachigen Gemeinschaft‘. 5 % der Befragten möchten, dass die ‚Mehr- oder Zweisprachigkeit geändert wird‘ (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2018: 5-6). 71 % möchten, dass die Region mehr als mehrsprachige Region angepriesen wird (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2018: 48).

	insgesamt:		Region:	
	2014	2018	Norden	Süden
	%	%	%	%
Ostbelgien	31	38	36	39
Deutschsprachige Gemeinschaft	18	20	22	17
Eifel, Süden der DG	20	19	2	36
Eupener Land, Norden der DG	17	11	22	1
Belgien	9	7	11	3
Europa	2	2	2	2
Wallonie	1	0	1	0
Sonstiges	2	3	4	2

Tabelle 1: wo fühlt man sich zu Hause?

(Wo fühlt man sich zu Hause? forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2018: 14)

Aus dieser Studie ergibt sich daneben, dass sich die große Mehrheit der Bürger aus der DG als Belgier fühlt (97 %); daneben fühlen sich auch 95 % mit der DG verbunden. Außerdem bezeichnen sich 94 % sowohl als Teil von der DG als Teil von Belgien (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2018:15).

Der Hausarzt wird von den meisten Befragten am Wohnsitz konsultiert (73 %). Der Facharzt wird aber weniger am eigenen Wohnort aufgesucht (41 %). 46 % suchen einen Facharzt in einer anderen Gemeinde der DG auf. Krankenhausaufenthalte werden von 50 Prozent der Befragten außerhalb der eigenen Gemeinde und 36 Prozent am eigenen Wohnort gemacht (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, 2018: 31).

2.1.2. Medizinische und pflegerische Ausbildung in Ostbelgien

Ostbelgien, das heißt die DG sowie Malmedy und Weismes, hat eine beschränkte Auswahl an Hochschulstudien. Als einzige Hochschule gibt es die Autonome Hochschule (AHS) in Eupen, wo man einen Bachelor in Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften absolvieren kann (*Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften*, 2018). Daneben gibt es an der AHS noch eine Zusatzausbildung ‚Intensiv- und Notfallpflege‘, die es ermöglicht, in der Notaufnahme zu arbeiten (*Intensiv- und Notfallpflege*, 2018).

Für weitere Hochschulstudien, im medizinischen oder pflegerischen Bereich, müssen Studierende also ins Ausland, zum Beispiel nach Deutschland oder auch in andere Teile Belgiens, wie Wallonien ziehen (*Schulsystem*, o.J.). Das heißt, dass Pfleger und Ärzte aus Ostbelgien nicht unbedingt ein Studium in ihrer Muttersprache belegen, sondern in einer anderen Sprache medizinisch oder pflegerisch ausgebildet und sozialisiert werden können.

Dabei darf hier auch erwähnt werden, dass einige Politiker sich über die zukünftigen deutschsprachigen Ärzte in Ostbelgien Sorgen machen. Das wird hier erwähnt, damit man sich ein vollständiges Bild der Lage machen kann. Laut einigen Politikern mangelt es Ostbelgien an deutschsprachigen Ärzten. Der Grund dafür sei, dass deutschsprachige Studenten zusätzliche Schwierigkeiten bei der Aufnahmeprüfung in Wallonien auf Französisch erfahren (Deutschsprachige Ärzte in ostbelgischen Krankenhäusern?, 2017; DG-Minister Antoniadis (SP) schlägt Studienförderung für mehr (deutschsprachige) Hausärzte vor, 2019).

2.2. Merkmale der Notaufnahme

Im Folgenden werden die wichtigsten Merkmale der Notaufnahme im Allgemeinen beschrieben. Die erwähnten Studien beziehen sich auf Australien sowie auf Kanada und Belgien (Brüssel). In dieser Masterarbeit ist es wichtig, die Verknüpfung mit der Kommunikation festzuhalten. Deshalb werden hier vor allem die linguistischen Studien zitiert, die sich mit Kommunikation in der Notaufnahme auseinandersetzen. Die Studien zu diesem Thema sind aber beschränkt, deshalb basiert dieser Teil sich hauptsächlich auf der Studie von Slade et al.

“Emergency departments are set up to provide short-term, episodic, urgent and life-saving care.” (Slade et al., 2015: 32)

Ein Besuch in der Notaufnahme ist klinisch im Großen und Ganzen mit einem Besuch beim Hausarzt zu vergleichen, aber einer der größten Unterschiede ist, dass die Sprechstunde beim Hausarzt strukturierter verläuft (Slade et al., 2015: 66). Das Erlebnis ist dahingegen auch anders für das Personal einerseits, aber auch für die Patienten andererseits, weil ein Besuch in der Notaufnahme eine Stresssituation ist, die nicht vorhersehbar ist.

In der Notaufnahme werden Fragen oft wiederholt sowie von unterschiedlichen Personen gestellt. Das bedeutet, dass die verschiedenen Handlungen nicht immer chronologisch durchgeführt werden, aber eher durcheinanderlaufen (Slade et al., 2015: 66). In der Notaufnahme arbeiten Ärzte und Pfleger, aber sie haben unterschiedliche Aufgaben (siehe auch 2.2.1.). Ein Besuch in der Notaufnahme verläuft in verschiedenen Phasen. Wenn man in der Notaufnahme ankommt, wird zuerst beurteilt, wie ernsthaft und dringend die vorliegende Erkrankung ist. Das ist die sogenannte Triage. Die Krankenpfleger stellen dafür eine festgelegte Reihe von Fragen, mit denen sie Entscheidungen treffen können (Slade et al., 2015: 60). Während dieses Prozesses gibt es oft keine Zeit, bereits eine menschliche Beziehung aufzubauen. Laut Slade et al. (2015: 61) schaffen die Pfleger es aber, mit einer positiven und freundlichen Ausstrahlung, irgendwie eine erste Beziehung mit dem Patienten aufzubauen. Anschließend folgt die pflegerische Aufnahme, bei der die Pfleger den Patienten in die Notaufnahme mitnehmen. Dort warten sie auf den Arzt, während sie von den Pflegern betreut werden. Wenn der Arzt ankommt, fängt die medizinische Erstberatung an. Das ist der erste Kontakt mit dem Arzt. Er wird die vorliegende Erkrankung untersuchen. Darauf folgen die Anamnese und die körperliche Untersuchung. Der Arzt kann noch weitere Tests durchführen (Slade et al., 2015: 56). In der Anamnese stellt der Arzt Fragen und beantwortet auch Fragen des Patienten (Slade et al., 2015: 71). Die letzte Phase beginnt, wenn die Testergebnisse vorliegen. Der Arzt macht die Diagnose bekannt und erklärt dem Patienten, wie ein Behandlungsplan aussehen könnte und bespricht ihn ausführlich (Slade et al., 2015: 56).

Die Beziehung zwischen einem Notarzt und seinem Patienten beginnt und endet in der Notaufnahme. Die Notärzte verfügen über keine Vorinformationen. Sie wissen lediglich, was sich zu diesem Zeitpunkt in der Notaufnahme abspielt.

“...the ED consultation can to some extent be considered as a piece of high-stake improvisational theatre. While the setting of the interaction determines that the patient has a medical complaint and that it is the doctor’s responsibility to identify the problem and propose a solution, the way to accomplish this is unplanned and unscripted.” (Cox, 2017: 165)

Es ist manchmal herausfordernd, Entscheidungen zu treffen, ob ein Patient anschließend ins Krankenhaus aufgenommen werden muss oder in der Notaufnahme behandelt und schließlich entlassen werden kann. Außerdem ist es sehr wichtig, dass die Patienten ihre Diagnose und ihre empfohlene Behandlung gut verstanden haben, weil es wahrscheinlich ist, dass sich der Patient und sein Notarzt nicht mehr sehen werden. (Slade et al., 2015: 32)

2.2.1. Arbeitsaufteilung zwischen Ärzten und Pflegern

Ärzte und Pfleger betreuen Patienten laut Slade et al. (2015) nicht zusammen. Sie arbeiten eher getrennt und erledigen separate Aufgaben. Die Pfleger kommen normalerweise zuerst zu den Patienten, um sie zu betreuen und sich während des ganzen Aufenthalts um sie zu kümmern, indem sie z.B. die Schmerzen des Patienten lindern oder die Stabilität des Patienten überwachen. Im Gegensatz dazu, treffen die Ärzte Entscheidungen über die Diagnose, den Behandlungsplan und die Entlassung oder eine weitere Aufnahme ins Krankenhaus. Slade et al. (2015) stellen fest, dass Ärzte und Pfleger selten zusammenarbeiten und die beiden Berufe quasi nebeneinander existieren. Das bedeutet, dass Patienten oft mehrmals befragt werden, weil Ärzte und Pfleger die Informationen gerne aus erster Hand bekommen (Slade et al., 2015: 46). Es ist unter anderem diese Aufgabenteilung, die die Kommunikation in der Notaufnahme prägt.

Aus Slade et al. (2015: 71) ist ersichtlich, dass Pfleger öfter persönliche Kontakte mit Patienten haben, während Ärzte eher auf professioneller Ebene mit Patienten umgehen. Das ist vor allem an der unterschiedlichen Kommunikation von Ärzten und Pflegern zu erkennen. Die Ärzte stellen vor allem Fragen, um die Krankengeschichte zu erfahren, während die Pfleger den Patienten über den aktuellen Stand und die folgenden Schritte auf dem Laufenden halten (Slade et al., 2015: 72). Für Ärzte scheint die interpersönliche Kommunikation weniger Priorität zu haben. Daraus folgt, dass Patienten, wenn sie Fragen haben, sich eher an die Pfleger wenden als an die Ärzte. Vielleicht liegt das an der unterschiedlichen sozialen Hierarchie zwischen einerseits Patient und Arzt und andererseits Patient und Pfleger, weil die soziale Distanz zwischen Patienten und Ärzten größer ist als die zwischen Pflegern und Patienten (Slade et al., 2015: 71).

2.2.2. Umgebung

In der Notaufnahme gibt es keine abgeschlossenen Zimmer. Deshalb ist es eine sehr laute Umgebung. Man hört die Gespräche zwischen Ärzten/Pflegern und Patienten, man hört die Patienten, man hört auch Telefongespräche, Pieptöne von medizinischen Geräten usw. (Slade et al., 2015: 32). Slade et al. (2015) haben erkannt, dass die Patienten und das medizinische Personal einander oft wegen der

Lautstärke nicht gut hören können und daher regelmäßig wiederholen oder um Wiederholung bitten müssen (Slade et al., 2015: 33).

Daneben verstehen Patienten oft nicht, was gemeint wird, denn sie haben Angst, weil sie krank sind. Außerdem ist diese Umgebung normalerweise sehr neu für sie. Des Weiteren werden die Informationen nicht immer von den Ärzten und Pflegeern verständlich übermittelt. Ärzte und Pfleger reden oft in medizinischem Fachjargon, der für die Patienten nicht immer verständlich ist (Slade et al., 2015: 48).

Manche Ärzte und Pfleger reden nicht nur über medizinische, sondern auch über alltägliche Themen. Das Ziel dieser Strategie besteht darin, die Patienten zu beruhigen. Wenn es gut gemacht wird, kann es zu einer positiven Beziehung zwischen Arzt/Pflege und Patient führen (Slade et al., 2015: 141). Humor und Lachen kann Verzweiflung oder Angst bei den Patienten lindern. Man muss es aber vorsichtig einsetzen, weil es manchmal als unpassend aufgefasst werden kann (Slade et al., 2015: 142). Man muss ebenso über ausreichende Kenntnisse über unterschiedliche Kulturen verfügen, mit denen man in der Notaufnahme in Kontakt kommt (Slade et al., 2015: 143).

2.2.3. Umfang von Kommunikation

Die Kommunikation während einer Konsultation beeinflusst die medizinischen Ergebnisse (Cox & Li, 2019). In der Notaufnahme gibt es eine starke mündliche Tradition. Ärzte und Pfleger reden konstant mit Patienten, miteinander und mit dem Krankenhaus- und Gesundheitspersonal (Slade et al., 2015: 36). Das führt dazu, dass ein hohes Maß an Kommunikation in der Notaufnahme besteht. Daneben besuchen sehr unterschiedliche Menschen die Notaufnahme. Das heißt, dass Ärzte und Pfleger mit verschiedenen Kulturen und Sprachen in Kontakt kommen. Dies ist ein weiterer Faktor, der sich nachteilig auf die Kommunikation auswirken könnte. (Slade et al., 2015: 37). Beide Aspekte – die Dichte an Kommunikation sowie unterschiedliche kommunikative Konventionen – machen es wahrscheinlich, dass bei der Kommunikation Informationen verlorengehen können. (Slade et al., 2015: 41).

In Australien ist mittels einer Befragung von 12 Mitgliedern des medizinischen Personals untersucht worden, wie sehr das Personal durch die Kommunikation belastet wurde. Coiera et al. (2002) stellten bei ihrer Untersuchung fest, dass das medizinische Personal in der Notaufnahme durchschnittlich 36,5 Mal pro Stunde an unterschiedlichen kommunikativen Ereignissen teilnimmt. Während die Pfleger 39,8 kommunikative Ereignisse pro Stunde ausüben, kommunizieren die Ärzte mit 33,6 kommunikativen Ereignissen pro Stunde, etwas weniger. Während ihrer Tätigkeit sind die Ärzte und Pfleger 80 % der Zeit am Kommunizieren, 10 % dieser Zeit haben sie zwei oder mehrere Gespräche zum selben Zeitpunkt. Außerdem beschäftigten sie sich noch mit anderen Aktivitäten (Coiera et al., 2002).

Aus einigen Praxisfällen, die Slade et al. (2015) beschreiben, ist ersichtlich, dass die Notaufnahme sehr ausgelastet ist. Es sind nicht immer dieselben Ärzte und Pfleger, die sich um einen Patienten kümmern, weil sie in Schichten arbeiten. Deshalb können sie mit falschen Informationen weiterarbeiten oder gehen andere Informationen bei der Übertragung verloren. Daneben verschwinden manchmal Notizen, die

möglicherweise erst später gefunden werden. Daneben leisten Ärzte und Pfleger viele Arbeitsstunden. Manchmal arbeiten sie rund um die Uhr (Slade et al., 2015: 45). Ermüdung kann daher sicherlich entstehen.

2.2.4. Mögliche Probleme

Es liegt in der Natur der Notaufnahme, dass sie für Fehler anfällig ist (Croskerry & Sinclair, 2001). Die Notaufnahme ist oftmals überfüllt und das medizinische Personal muss daher viele Entscheidungen zu demselben Zeitpunkt treffen. Das führt dazu, dass das Personal bei der Arbeit kognitiv überbelastet ist, weil es eine Menge an Aufgaben gleichzeitig erledigen muss (Croskerry & Sinclair, 2001). Wie unter 2.2. erwähnt, hat das medizinische Personal mit den Patienten keinen vorherigen Kontakt und ist es schwieriger, diagnostische Entscheidungen zu treffen. Außerdem sind die Symptome, mit denen Patienten zur Notaufnahme eingeliefert werden, oft doppeldeutig. Wenn das medizinische Personal unter Zeitdruck mehrere Beschlüsse fassen muss, ist es denkbar, dass Fehler auftreten (Croskerry & Sinclair, 2001).

In den verschiedenen Phasen (siehe 2.2.) gibt es laut Slade et al. (2015: 81) drei, die risikoreicher sein können als andere:

1. Am Anfang bei der Untersuchung des Zustands;
2. am Ende bei der Diagnose und
3. bei der vorgeschlagenen Behandlung

Wenn am Anfang ein Missverständnis vorkommt oder Informationen verlorengehen, kann es eine ganz andere Diagnose geben. Beispielsweise wurden manchmal wichtigen Aussagen des Patienten nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt, weil sie unwichtig scheinen, aber doch elementar sind für die Diagnose. Slade et al. (2015: 82-83) nennen ein Beispiel, wobei eine Frau, die nicht perfekt Englisch spricht, zusammen mit ihrer Tochter, die über gute Englischkenntnisse verfügt, zur Notaufnahme kommt. Ihre Tochter übersetzt manchmal die Fragen und ist deshalb eine wichtige Gesprächsteilnehmerin. Wenn die Tochter für ihre Mutter antwortet, anstatt die Frage ihrer Mutter zu stellen, gehen wichtige Informationen verloren. Die Patientin kann selbst nicht erklären, warum sie zur Notaufnahme gekommen ist. Zudem müssen Patienten Informationen über das weitere Vorgehen bekommen. Manchmal gibt es dabei Risiken, wenn die Patienten nicht gut informiert worden sind (Slade et al. 2015: 87). Die letzten Phasen sind heikel, weil jetzt Informationen über die Diagnose und die Behandlung übermittelt werden. Diese Informationen müssen natürlich sehr gut von den Patienten verstanden werden (Slade et al., 2015: 81).

Ärzte und Pfleger verwenden bei der Arbeit medizinischen Fachjargon. Patienten sind damit aber nicht vertraut. Ärzte und Pfleger müssen daher versuchen, diesen Fachjargon in verständliche Sprache umzusetzen (Slade et al., 2015: 111). Slade et al. (2015: 116) haben in ihren Daten gefunden, dass Arzt und Pfleger, wenn der Patient nicht seine Muttersprache spricht, aufmerksamer mit Informationen umgehen und öfter prüfen, ob die Patienten alles verstanden haben. Um das zu erreichen, lassen sie oft die Patienten das vorher Gesagte wiederholen (Slade et al., 2015: 117). Auch wenn Patienten keine

andere Sprache sprechen, aber verzweifelt oder ängstlich sind, ist es eine gute Idee das Gesagte vom Patienten wiederholen zu lassen. Patienten erfahren es manchmal als herausfordernd, zu entscheiden welche Informationen wichtig sind und welche Informationen nur nebenbei erwähnt werden. Deshalb wiederholen Ärzte selbst die wichtigsten Informationen am besten mehrfach (Slade et al., 2015: 122). Es hilft, für den Patienten vertraute Wörter zu benutzen. Auf diese Weise fühlt es sich nicht mehr an, als wären sie in einer unbekanntem Situation (Slade et al., 2015: 134). Daneben kann medizinisches Personal einige Phrasen benutzen, die milder sind, etwa wenn sie Befehle geben oder Worte benutzen, die das Gesagte unsicherer klingen lassen. Das sind die Modalitäten, wie zum Beispiel ‚wahrscheinlich‘, ‚vielleicht‘, ‚vermutlich‘, ‚möglicherweise‘ und so weiter, die man hinzufügen kann (Slade et al., 2015: 135). Auf Deutsch ist das auch mit dem Konjunktiv möglich. Man kann mit der Aussage oder Empfehlung höflich zeigen, dass die Lage noch nicht ganz sicher ist, wie zum Beispiel: ‚Es wäre möglich, dass Sie krank sind wegen X‘ oder ‚Sie sollten Medikament X nehmen.‘.

2.2.5. Sprachbarriere und Missverständnisse

Cox (2017) hat eine Studie durchgeführt, die sich mit Sprachbarrieren und Missverständnissen in der Notaufnahme beschäftigt. Bei den mehrsprachigen, untersuchten Konsultationen waren immer mehrere Personen anwesend. Das heißt, dass der Patient immer von einem Patientenbegleiter begleitet wurde. In Cox (2017) werden drei Fallstudien besprochen, in denen das medizinische Personal und die Patienten unterschiedliche Muttersprachen haben. Vor allem die potenziellen kommunikativen Missverständnisse stehen im Mittelpunkt dieser Untersuchung.

Eine Sprachbarriere ist während einer Sprechstunde nicht immer gleich, sie ist eher dynamisch. Das nennt Cox (2017: 161) *the communicative swing*. In manchen Situationen wäre es möglich, dass wegen der Sprachbarriere ein *misalignment of frames* nicht bemerkt wird. Ein *misalignment of frames* kann auftreten, wenn ein Patient zum Beispiel gerne Medikation verschrieben bekommt und daher zur Notaufnahme gekommen ist, während der Arzt annimmt, dass der Patient wegen seiner Beschwerden gekommen ist. Daher würde der Arzt also nicht sofort Medikation verschreiben. Das könnte den Patienten ärgern. (Cox, 2017: 169)

Eine Sprachbarriere hängt von einer Menge an Faktoren ab und steht nicht fest (Cox, 2017: 163). Eine Sprachbarriere kann je nach Sprachniveau der beiden Parteien sehr unterschiedlich sein, wie auch worum es sich im Gespräch handelt und wie gut die Parteien sich mit dem Thema auskennen. Daneben muss man die Umgebung berücksichtigen. Faktoren wie zum Beispiel Angst, Verzweiflung, Zeitdruck sind dem Gespräch nicht förderlich. Dazu kommt noch das Paraverbale und das Nonverbale. Man kann also nicht von ‚der Sprachbarriere‘ reden (Cox, 2017: 163). Während des Gesprächs ändern sich diese Umstände, die also weniger oder mehr herausfordernd wirken.

Wenn eine Sprachbarriere teilweise vorliegt können eine Menge Probleme auftauchen, wie ungrammatische Äußerungen, Schwierigkeiten bei der Wortwahl, falsch ausgesprochene Wörter usw. Manchmal führen diese Probleme zu einer anspruchsvollen Kommunikation und manchmal eben nicht

(Cox, 2017: 164). Patient und Arzt/Pfleger droht, dass sie meinen, einander verstanden zu haben, aber dass etwas anderes gemeint wurde. Das wird hier *false fluency* genannt. Nur wenn das Verstehen ausführlich kontrolliert wird, kann man *false fluency* vermeiden (Cox, 2017: 172).

Wenn eine nicht zu starke Sprachbarriere vorlag, hat Cox (2017: 166) herausgefunden, dass einige Strategien angewandt wurden, Missverständnisse zu vermeiden oder sie zu beheben. Wie unter 2.2.4 schon erwähnt, ist eine häufig verwendete Vorgehensweise, Patienten die Informationen wiederholen zu lassen. Auf diese Weise ist man sich sicher, dass alles gut verstanden wurde. Daneben kann man Fragen auf eine spezifische Weise stellen, sodass es einfacher ist, sie zu beantworten. Geschlossene Fragen werden dabei bevorzugt, weil es schwieriger ist, offene Fragen zu beantworten (Cox, 2017: 166). Andererseits können Patienten in ihrer Antwort auf eine geschlossene Frage, auch nur die Wörter der Frage wiederholen und scheint es nur, als ob sie verstehen, aber ist es nicht so. Eine weitere Technik ist das Gesagte nochmal neu formulieren. Es ist außerdem für Patienten sehr wichtig sich zu äußern, wenn sie etwas nicht verstehen. Das drücken Patienten oft nonverbal aus (Cox, 2017: 166). Daneben ist nonverbale Kommunikation sehr wichtig, weil man beispielsweise den schmerzhaften Körperteil anweisen kann. Es sorgt dafür, dass verbale Schwierigkeiten sinken (Cox, 2017: 167).

Missverständnisse können laut Cox (2017: 168) durch eine Sprachbarriere verursacht werden, aber es ist nicht immer lediglich wegen der Sprachbarriere. Andere Herausforderungen können auch auftreten, die werden dann aber durch die Sprachbarriere gestärkt. Missverständnisse können auch entstehen, wenn die beiden Parteien dieselbe Sprache sprechen. Ein *Misalignment of frames* kommt oft vor und bedeutet, dass Ärzte/Pfleger und Patienten unterschiedliche Gedanken über die Konsultation haben. Die Ärzte/Pfleger und Patienten leben sozusagen in zwei unterschiedlichen Welten, einerseits in der medizinischen Welt, die die vorliegende Erkrankung lösen möchte und andererseits in der Welt von Schmerzen und Gefühlen über das, was passieren wird. Ein *Misalignment of frames* ist laut der Studie von Cox (2017: 169) auch oft mit unterschiedlichen Erwartungen und divergierenden Zielen kombiniert. Aus Cox (2017: 169) ist ersichtlich, dass sich die Gesprächsteilnehmer aufgrund eines unterschiedlichen Zwecks öfter unterbrechen und einander nicht zuhören. Die beiden Parteien möchten dabei die Richtung des Gesprächs ändern. Das *turn-taking* ist dadurch durcheinander und verliert das Gleichgewicht.

Es ist wichtig festzuhalten, dass sich die meisten Studien im Allgemeinen zur sprachlichen Vielfalt im Gesundheitswesen auf Migranten konzentrieren. Daher kann vielleicht nicht alles auf den vorliegenden Kontext angewandt werden.

2.2.6. Dolmetscher, interkulturelle Mediatoren und Patientenbegleiter

Die Definition von Dolmetschen lautet: ‚Was gesagt wird, wird mündlich von einer Sprache in eine andere übertragen.‘ (Salaets, Segers & Bloemen, 2008: 141, [eigene Übersetzung]) In der Praxis werden Dolmetscher oft nicht in der Notaufnahme eingesetzt, obwohl sie grundsätzlich wichtig sind, Sprachbarrieren zu überwinden. Dolmetscher sind ausgebildet, die Übersetzung in Bezug auf das

spezifische, medizinische Umfeld zu leisten (Cox, 2017: 165). Die Notaufnahme ist sehr unvorhersehbar. Es ist unmöglich, immer die richtigen Dolmetscher für jeden Patienten zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung zu haben, weil niemand wissen kann, wer zu welchem Zeitpunkt eingeliefert wird. Auch wenn man einen Dolmetscher im Haus hat, spricht er nicht alle Sprachen der Welt. Daneben wird die Interaktion zwischen Patienten und Arzt/Pfleger sowieso etwa komplexer, wenn ein Dolmetscher eingesetzt wird, weil die Teilnehmerrollen weniger deutlich sind (Angelelli, 2004: 18).

Interkulturelle Mediatoren arbeiten im Allgemeinen oft innerhalb von Krankenhäusern. Interkulturelle Mediatoren lassen sich aber anders als Dolmetscher definieren. Interkulturelle Mediatoren werden definiert als Personen, die eine Menge an Aktivitäten ausführen, damit reibungslose Kommunikation aufgrund Sprache, Kultur und Gesellschaft stattfindet. Der interkulturelle Mediator kümmert sich auch um eventuelle Spannungen, die zwischen zwei Parteien von ethnisch unterschiedlichen Gruppen vorliegen können (Verrept & Coune, 2016: 10). Der interkulturelle Mediator hat also mehr Aufgaben als der Dolmetscher, vor allem bezüglich der Kultur. Die interkulturellen Mediatoren arbeiten innerhalb des Krankenhauses und haben demnach noch andere deontologische Pflichten als Dolmetscher (Verrept & Coune, 2016: 10). Man findet fast nie interkulturelle Mediatoren außerhalb des Krankenhauses. Die sind also spezialisiert mit medizinischem Fachjargon zu arbeiten. In den Ergebnissen ist in 4.2.6. zu lesen, dass in Sankt Vith eine interkulturelle Mediatorin innerhalb des Krankenhauses arbeitet, angeblich gibt es keine Dolmetscher, die innerhalb des Krankenhauses tätig sind.

Auch wenn Dolmetscher oder interkulturelle Mediatoren im Haus anwesend sind, bevorzugen es Ärzte/Pfleger, Kollegen übersetzen zu lassen. In den von Cox (2017: 165) beobachteten Krankenhäusern waren Listen mit Sprachkenntnissen des medizinischen Personals vorhanden. Das wird bevorzugt, weil Ärzte und Pfleger meinen, dass der Einsatz eines Dolmetschers, mehr Zeit kostet. Das Personal ist dazu aber nicht ausgebildet und hat außerdem andere Aufgaben in der Notaufnahme (Cox, 2017: 165).

In der Praxis wird also um Hilfe von Kollegen gebeten. Auch Patientenbegleiter mit entsprechenden sprachlichen Kompetenzen übersetzen oft in der Notaufnahme. Patienten kommen oft mit einem Patientenbegleiter zur Notaufnahme. Wenn eine Sprachbarriere vorliegt, kommt es vor, dass der Arzt oder Pfleger erwartet – ohne es explizit zu sagen -, dass der Patientenbegleiter übersetzt (Cox, 2017: 170). Übersetzungen von Patientenbegleitern sind aber anfällig für Änderungen, Hinzufügungen oder Weglassungen. Die Mitteilung wird also nicht (völlig) oder anders übermittelt. Auch wird der Patient oft vergessen und findet die Kommunikation nur zwischen dem Patientenbegleiter und dem Arzt/Pfleger statt. Cox hat in einer weiteren Studie im Jahre 2019 festgestellt, dass nur in 20 % der Fälle richtig vom Patientenbegleiter gedolmetscht wurde (Cox et al., 2019: 1441). In 62 % der Fälle waren die Fehler von medizinischem Belang. In 33 % der Fälle waren sie medizinisch sehr wichtig.

In den Fallstudien beschrieben von Cox (2017: 162) waren die Ärzte, hinterher überrascht, dass viele Informationen nicht übergekommen waren, wenn ein Patientenbegleiter bei der Kommunikation

geholfen hat. Cox et al. (2019: 143) zeigen, dass Ärzte meistens denken, dass die Hilfe des Patientenbegleiters qualitativ ist und die Risiken niedrig sind. Um sicherzustellen, dass man denkt, einander verstanden zu haben, ohne dass das der Fall ist (*false fluency*), kann man prüfen, ob die Patienten alles verstanden haben (Cox, 2017: 162). Eine oft benutzte Taktik, um das Verstehen zu überprüfen, ist Patienten wiederholen zu lassen, was soeben gesagt worden ist. Sie müssen zum Beispiel die Diagnose und den Behandlungsplan in ihren eigenen Worten wiederholen (Slade et al., 2015: 117).

Oben erwähnte Ergebnisse gelten allerdings für die meisten Studien, bei denen Dolmetschen oder Sprachbarrieren behandelt werden. Über Zweisprachigkeit in der Notaufnahme liegen noch wenige Studien vor.

Es ist wichtig, Sprachbarrieren beseitigen zu können, obwohl die Merkmale der Notaufnahmen das erschweren. Wenn die Kommunikation nicht gut ist, wird die Gesundheit des Patienten möglicherweise gefährdet. Eine Lösung könnte Videodolmetschen sein. Videodolmetscher können unmittelbar in der Notaufnahme eingesetzt werden. Es ist eine innovative und schnelle Lösung, die die Behandlungsqualität und auch die Haftungsrisiken gewährleisten, weil medizinische Fehler, juristisch gesehen, mit großen Kosten verbunden sein können. (Kletečka-Pulker, 2016: 213). Es ist aber unklar, ob man überhaupt zwischen Französisch und Deutsch in den ostbelgischen Notaufnahmen dolmetschen darf. In Brüssel ist Dolmetschen zwischen Niederländisch und Französisch aufgrund der Einteilung Belgiens gesetzlich nicht erlaubt. Die Frage wurde bei den Behörden ausführlich nachgeschlagen und nachgefragt. Ob man in den ostbelgischen Notaufnahmen zwischen Französisch und Deutsch dolmetschen darf, ist bisher unklar.

2.3. Soziolinguistik und mehrsprachige Kommunikation

Diese Studie hat Bezug auf die Sprachsituation innerhalb Ostbelgiens, aus soziolinguistischer Sicht. Diese Studie stellt sich die Frage wie die Kommunikation in den zweisprachigen Notaufnahmen der Krankenhäuser in Sankt Vith und Malmedy verläuft. Die Notaufnahme fungiert hier wie ein Spiegelbild der ostbelgischen Gesellschaft. Die Umgebung ist ein entscheidender Faktor in der menschlichen Kommunikation. Wie Menschen sprechen, hängt also immer vom sozialen Kontext, in dem man sich befindet, ab. Menschen ändern ihre Sprechweise, je nachdem, wer zuhört und wie unser Gemütszustand während des Tages ist. (Holmes, 2013:1). Wie Soziolinguisten das analysieren, wird von Holmes (2013) sehr deutlich umschrieben:

“Sociolinguists study the relationship between language and society. They are interested in explaining why we speak differently in different social contexts, and they are concerned with identifying the social functions of language and the ways it is used to convey social meaning. Examining the way people use language in different social contexts provides a wealth of information about the way language works, as well as about the social relationships in a community, and the way people convey and construct aspects of their social identity through their language.” (Holmes, 2013:1).

Die meisten Studien über Sprachbarrieren oder linguistische Vielfalt bezüglich der Notaufnahme gehen aber auf Migranten ein. Dabei wird die linguistische Integration thematisiert. In dieser Studie besteht das Forschungsobjekt hingegen aus Personen, die innerhalb einer zweisprachigen Region leben und arbeiten. Die Ergebnisse dieser Studie werden also teilweise anders aussehen. Die Zweisprachigkeit innerhalb der Notaufnahme wird im Folgenden anhand von einigen Prinzipien aus der Soziolinguistik analysiert. Die Konzepte der Soziolinguistik sind sprachliches Repertoire und *code switching*, diese werden im Folgenden weiterverwendet und erläutert.

2.3.1. Sprachliches Repertoire

Jede Person hat ihr individuelles sprachliches Repertoire in Bezug auf die Weise wie sowie wo man eine Sprache gelernt hat. Sprachen werden auf unterschiedliche Weisen erworben. Man kann beispielsweise eine Sprache zu Hause, in der frühen Kindheit, später in der Schule oder noch danach, wenn man reist usw. erlernen (*Language Repertoire*, 2020). Das Sprachniveau ist unterschiedlich, je nachdem wie man die Sprache gelernt hat. Die Kompetenzen wie Sprechen, Lesen, alltägliche Gespräche führen usw. hängen davon ab, wo und wie intensiv man eine Sprache gelernt hat. In Regionen wie der DG, die durch zweisprachige Kommunikation in Französisch und Deutsch gekennzeichnet werden, können die Sprachen auf individueller Ebene unterschiedliche Zwecke haben. Man kann zum Beispiel eine andere Sprache bei der Arbeit als zu Hause verwenden. In den Ergebnissen kommt das auch vor, dass Französisch- und Deutschsprachige am Arbeitsplatz andere Sprache als Zuhause sprechen. Die Funktion einer Sprache klammert die Verwendung einer anderen Sprache für dieselbe Funktion aber nicht aus, weil man in zweisprachigen Gegenden oftmals die beiden

Sprachen verwendet. Wie man die gesprochenen Sprachen in verschiedenen Situationen verwendet, kann sich im Laufe des Lebens ändern. Wenn man zum Beispiel deutschsprachig ist und später an einer französischsprachigen Hochschule studiert, wird man in der Arbeit vielleicht zuerst eher Französisch benutzen, weil man den Beruf in dieser Sprache gelernt hat. Das bedeutet aber nicht, dass sich das später nicht ändern kann und, dass man also die Muttersprache vermehrt verwenden wird. Es kommt auch vor, dass man zwei Sprachen in einem Austausch gleichzeitig benutzt. Dies wird hier *code switching* genannt und wird im Folgenden weiter besprochen (*Language Repertoire, 2020*).

2.3.2. Code switching

Das Phänomen, bei dem die Sprachen oder Mundarten, die man innerhalb eines Gesprächs spricht, wechseln, nennt man *code switching*. Wann, wie und ob man das macht, hängt vom Kontext, in dem man sich befindet, ab (Holmes, 2013: 9). Erstens hängt es davon ab, zwischen welchen beiden Parteien das Gespräch stattfindet und wie die Beziehung zwischen den beiden ist. Sind es zum Beispiel gute Freunde oder eher Bekannte (Holmes, 2013: 9). Zweitens sind die sozialen Umstände wichtig bezüglich des Ortes, wo das Gespräch stattfindet. Das Gespräch kann demnach formell oder informell sein (Holmes, 2013: 10). Auch Status hat einen Einfluss (Holmes, 2013: 10). Arzt und Patient haben beispielsweise eine größere soziale Distanz, aufgrund von Status als zwei gute Arztkollegen (Holmes, 2013: 36). Drittens muss man die Funktion noch betrachten, also was der Grund für das Gespräch ist (Holmes, 2013: 9). Viertens und schließlich hat das Thema einen Einfluss, also worüber geredet wird. Welchen Einfluss das hat, kann man anhand folgenden Maßstabs sehen:

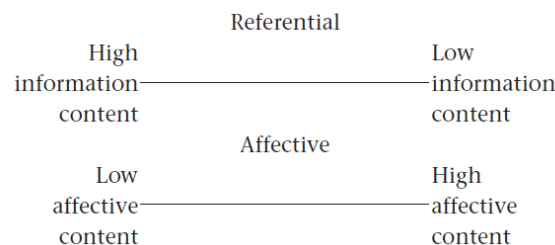


Abbildung 2: The referential and affective function scales

(Holmes, 2013: 10).

Wie in Abbildung 2 ersichtlich ist, kann der Inhalt eines Gesprächs viele bzw. wenige Informationen enthalten. Unter 2.2.3. *Umfang von Kommunikation* wurde schon besprochen, dass in der Notaufnahme viele Informationen übermittelt werden. Außerdem ist der Gefühlswert von Kommunikation auch in Abbildung 2 angegeben: der Gefühlswert kann niedrig oder hoch sein. Unter 2.2. *Merkmale der Notaufnahme* wurde nachgewiesen, dass Notaufnahmen sehr stressig sein können. Die Patienten werden unerwartet in die Notaufnahme eingeliefert und können nicht voraussagen was passieren wird. Die Patienten sind daher oft emotional, deshalb könnte die Notaufnahme als *high affective content* betrachtet werden.

Innerhalb mehrsprachiger Gebiete kommt *code switching* oft vor. Manchmal sind mehrere Sprachen oder Mundarten für manche Austausche, zwar abhängig von den oben erwähnten Faktoren, geeignet. Wenn man in einem mehrsprachigen Gebiet aufwächst, weiß man genau unter welchen Umständen

man welchen ‚Code‘ verwenden muss (Holmes, 2013: 7) und hat man wie in 2.3.1. erwähnt sein individuelles sprachliches Repertoire (*Language Repertoire*, 2020). Die Menschen, die innerhalb einer mehrsprachigen Gesellschaft leben, können aus ihrem Repertoire die meist geeigneten Wörter, den richtigen Sprachstil und die angemessene Sprache wählen (Holmes, 2013: 8). In einer einsprachigen Gegend passiert das genauso, aber nur mit verschiedenen Sprachstilen und Mundarten.

Warum man verschiedene ‚Codes‘ verwendet, ist schwieriger in einsprachigen Regionen als in mehrsprachigen Regionen herauszufinden (Holmes, 2013: 10). Wenn sich die sozialen Umstände innerhalb des Gesprächs ändern, ist es denkbar, dass der ‚Code‘ und also die Sprache gewechselt wird. Wenn zum Beispiel eine andere Person dem Gespräch beitrifft, ist es möglich, dass man eine andere Sprache verwenden wird (Holmes, 2013: 35). Diese Situation wird genauso in den Ergebnissen in 4.2.2. erwähnt. Wenn man sich beispielsweise mit Deutschsprachigen unterhält und ein Französischsprachiger tritt dem Gespräch bei, wird unmittelbar Französisch gesprochen. Auf der Arbeit kann man *code switching* auch einsetzen, um tiefere soziale Beziehungen, über die Kulturen hinaus, zu knüpfen (Holmes & Stubbe, 2004)

“A speaker may similarly switch to another language as a signal of group membership and shared ethnicity with an addressee. Even speakers who are not very proficient in a second language may use brief phrases and words for this purpose.” (Holmes, 2013: 35)

Die Sprache und Kultur des Gesprächspartners werden positiv anerkannt, während auch empathische Kommunikation ermöglicht wird (Holmes & Stubbe, 2004: 148).

Es kommt manchmal vor, dass Sprecher kurz die Sprache wechseln, wenn sie nicht in ihrer Muttersprache sprechen, weil sie das richtige Wort in der Fremdsprache nicht kennen. Das bedeutet, dass sie den Wortschatz auf der Fremdsprache noch nicht völlig beherrschen (Holmes, 2013: 43). Es wäre auch möglich, dass es nicht an Kenntnissen liegt, sondern, dass man eine andere Sprache benutzt, weil ein Konzept nur in dieser Sprache existiert oder es besser umschreibt. Das ist ein Lehnwort. Dieses *code switching* ist demnach kürzer, weil es sich beispielsweise nur um ein Wort handelt (Holmes, 2013:43). Diese Art von *code switching* wird benutzt, um Doppeldeutigkeiten zu vermeiden (Holmes & Stubbe, 2004: 135). Aus dem Abschnitt über sprachliches Repertoire ergibt sich, dass manche Themen für zweisprachige Menschen einfacher sind in der einen Sprache und umgekehrt. Abhängig vom Thema spricht man vielleicht eben besser in der Fremdsprache als in der Muttersprache. Der Faktor Thema ist wie oben im ersten Absatz erwähnt, auch sehr wichtig für *code switching* (Holmes, 2013: 37).

3. Methodik

3.1. Arbeitsmethode

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde eine soziolinguistische Studie über die mehrsprachige Kommunikation in den Notaufnahmen von zwei Krankenhäusern in Ostbelgien durchgeführt. Die Methode ist qualitativ und besteht aus persönlichen teilstrukturierten Tiefeninterviews mit den Belegschaften der Notaufnahme. Diese Methode wurde gewählt, weil dieses Thema im Rahmen einer zeitlich beschränkten Masterarbeit explorativ untersucht wird.

Die persönlichen teilstrukturierten Interviews fanden in der Notaufnahme der Klinik St. Josef in Sankt Vith und dem Centre Hospitalier Reine Astrid in Malmedy (CHRAM) statt. Diese Krankenhäuser sind ausgewählt worden, weil sie in Gemeinden mit sprachlichen Sonderregelungen liegen (siehe 2.1.1.). Ein soziolinguistischer Vergleich zwischen der Deutschsprachigen Gemeinschaft und der Französischen Gemeinschaft kann anhand der Analyse der Kommunikation in beiden Notaufnahmen durchgeführt werden. Die Studie hat orientierenden Charakter, weil noch keine anderen Studien auf diesem Gebiet vorliegen. Die Hauptforschungsfrage lautet:

Wie verläuft die Kommunikation in den zweisprachigen Notaufnahmen der Krankenhäuser in Sankt Vith und Malmedy?

Dabei werden noch weitere Subfragen gestellt, wie z.B.

- In welchen Sprachen wird in der Notaufnahme kommuniziert? Welche Auswirkungen hat das?
- Wie findet die interprofessionelle Kommunikation statt?
- Welchen Einfluss haben verschiedene Muttersprachen auf die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern der Notaufnahme und den Patienten?
- In welcher Sprache werden die Krankenakten der Patienten erstellt? Welche Auswirkungen hat das?
- Welchen Einfluss hat eine unterschiedliche Muttersprache auf den Small Talk?

Die Fragenliste für die Interviews ist im Anhang zu finden, aber weil es ein teilstrukturiertes Interview ist, können noch weitere Fragen gestellt werden.

Die Befragten, die freiwillig an den Interviews teilnahmen, wurden um eine sogenannte *informierte Zustimmung* gebeten. Alle Teilnehmer haben ein Formular unterschrieben, das auch als Anlage beigefügt wurde. Außerdem wurden die Befragten gefragt, ob sie einer Audioaufnahme zustimmen. Auf diese Weise konnten die Interviews transkribiert werden. Alles wurde auf vertrauliche und anonyme Art und Weise mithilfe von Archivnummern verarbeitet. Die Audioaufnahmen sowie die Transkriptionen wurden mit einer Nummer in der Reihenfolge der Befragung archiviert, gefolgt von einem Code für die

Sprache, in der das Interview stattfand, entweder „DE“ für Deutsch oder „FR“ für Französisch, gefolgt von dem Ort, an dem das Interview stattfand. Ein Beispiel ist: ‚1FR_Malmedy‘, das war also das erste durchgeführte Interview in Malmedy und es wurde auf Französisch durchgeführt. Die Interviews in Malmedy und Sankt Vith wurden getrennt nummeriert. Die unterschriebenen informierten Zustimmungen sowie die Transkriptionen werden in dieser Masterarbeit nicht veröffentlicht. Die Befragten könnten, weil sie Kollegen sind, trotz der Anonymisierung in der Lage sein, sich gegenseitig zu erkennen.

Die Interviews wurden mithilfe von AmberScript transkribiert. Diese Software ermöglicht es, Audioaufnahmen automatisch zu transkribieren. Nach der automatischen Transkription wurden die Transkriptionen manuell kontrolliert. Die Transkriptionen beinhalten für Pausen Auslassungspunkte. Was die Interviewerin sagt, ist immer fett gedruckt, und was der Interviewte sagt, ist nicht fett gedruckt. Daneben wurden französische oder deutsche Wörter in der anderen Sprache, nur im Fall von *code switching* (siehe 2.3.2), mit Anführungszeichen angedeutet. Die Lesbarkeit wurde erhöht, indem manche Wiederholungen, Reprise oder schwer lesbare Satzkonstruktionen geändert wurden, wobei die ursprüngliche Art und Weise, wie etwas gesagt wurde immer respektiert wurde, weil es wichtig ist zu wissen, wie eine Aussage gemacht wird, denn das hat Auswirkungen auf das Gesagte. Auch Sprachfehler wurden also beibehalten, weil es so aufgeschrieben ist, wie der Sprecher es gesagt hat. Hier wird spontangesprochene mündliche Sprache behandelt, es ist also logisch, dass nicht alles immer korrekt gesagt wurde.

3.2. Krankenhäuser ansprechen

Um Kontakt mit den Krankenhäusern aufzunehmen, wurden zweisprachige E-Mails auf Deutsch und auf Französisch verfasst. In diesen E-Mails wurde erläutert, wie die Studie aussehen würde. Die E-Mails sind im Anhang unter 2. *E-Mail* zu finden. Zuerst wurde aber telefonisch Kontakt hergestellt, um die richtige Kontaktperson über E-Mail erreichen zu können. Daneben ist die Institution Wissenschaft für Ostbelgien (WifO) kontaktiert worden, die behilflich war, um die Notaufnahme von Malmedy zu erreichen. Am 9. Januar fand der erste Besuch zum CHRAM statt. Dort wurde das Ziel der Masterarbeit der Leitung der Notaufnahme vorgestellt und wurde verabredet, dass die Interviews am 21., 22. und 24. Januar stattfinden würden. Das ist dann genauso passiert und es sind in Malmedy 12 Personen interviewt worden. In Sankt Vith fanden die Interviews nach vorherigem telefonischem Kontakt am 20. und 23. Januar statt. Dort wurden 11 Personen interviewt. Am 27. Januar ergab sich zudem die Gelegenheit, im St. Nikolaus Hospital in Eupen, die Masterarbeit der Direktion des Krankenhauses vorzustellen. Das St. Nikolaus Hospital in Eupen zögerte aber, teilzunehmen. Der Grund dafür ist, dass das föderale Expertisenzentrum für das Gesundheitswesen (KCE) Ende Januar eine Schließung aufgrund Kosteneffizienz und Zugänglichkeit für die Entbindungsstation von Eupen empfohlen hat. Die laufende Studie ‚2018-17 (HSR) Organisation und Zugänglichkeit von Notfalldiensten in der belgischen Krankenhauslandschaft‘ von KCE soll auch über die Notaufnahme von Eupen entscheiden. Das St. Nikolaus-Hospital Eupen wollte daher keine Risiken nehmen, um diese laufende Studie zu beeinflussen. Noch nichts war am 27. Januar entschieden worden, aber dann hat die COVID-19-Krise in Belgien

begonnen, und war es selbstverständlich klar, dass diese Masterarbeit sich nur mit den Krankenhäusern Malmedys und Sankt Viths auseinandersetzen könnte.

3.3. Verarbeitung der Daten

Die Daten werden unten *4. Ergebnisse* besprochen. Es wurde beschlossen, mit absoluten Zahlen und nicht mit Prozentzahlen zu arbeiten. Prozentzahlen könnten ein verzerrtes Bild ergeben, da diese Masterarbeit nur eine begrenzte Anzahl von Befragten, nämlich 23 insgesamt, betrifft. Außerdem handelt es sich hier um eine qualitative Studie. Die absoluten Zahlen sollten ein klares Bild vermitteln. Bei einzelnen Auswertungen werden zum Beispiel die Sekretärinnen nicht mitgezählt, weil es für das Thema nicht relevant ist. Das wird immer deutlich erwähnt. Daneben sind in die Ausführungen, Zitate aus den Interviews integriert, weil die exakten Formulierungen doch noch einige Nuancen zeigen. Auf diese Weise wird deutlicher, worum es sich genau handelt.

4. Ergebnisse & Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews besprochen und analysiert. Zuerst werden die Eigenschaften der Befragten verdeutlicht. So bekommt man einen Überblick der Befragten anhand von Geschlecht, Alter, Beruf und Arbeitsdauer innerhalb der untersuchten Notaufnahmen. Dann wird auf das sprachliche Repertoire von den Befragten eingegangen, indem die Sprache während der Ausbildung betrachtet wird und die Muttersprachen und Fremdsprachen der Befragten angeschaut werden. Abschließend wird die Kommunikation in der Notaufnahme anhand von verschiedenen Themen besprochen, wie z. B. interprofessionelle Kommunikation und Small Talk.

4.1. Eigenschaften der Befragten

In den Notaufnahmen von Malmedy und Sankt Vith sind insgesamt 23 Mitarbeiter interviewt worden. In Sankt Vith wurden elf und in Malmedy zwölf Befragte interviewt. In Tabelle 2 werden die Daten der Befragten vorgestellt. Auf diese Weise wird eine Darstellung der Befragten des Notaufnahmepersonals gegeben. Die Verteilung der Befragten ist ungefähr gleich. Das ist nützlich, die beiden Krankenhäuser miteinander vergleichen zu können. Die Geschlechterverteilung ist bei Frauen gleich und in Malmedy gibt es einen Mann mehr. Die befragte Belegschaft ist in Sankt Vith circa 40 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt der Befragten in Malmedy beträgt fast 37. In den beiden Krankenhäusern wurde eine Sekretärin interviewt, daneben acht Pfleger und in Sankt Vith und Malmedy zwei bzw. drei Ärzte. Wie in der folgenden Tabelle zu sehen ist, arbeitet das Personal in Sankt Vith im Durchschnitt ungefähr drei Jahre länger in der Notaufnahme vom Krankenhaus als in Malmedy. In Sankt Vith arbeitet das Personal ungefähr 11,27 und in Malmedy etwa 8,14 Jahre lang in der Notaufnahme.

	Sankt Vith		Malmedy	
Geschlechterverteilung	Männer	4	Männer	5
	Frauen	7	Frauen	7
Durchschnittsalter	40,45		36,92	
Beruf	Pfleger	8	Pfleger	8
	Ärzte	2	Ärzte	3
	Sekretärin	1	Sekretärin	1
Arbeitsdauer	11,27		8,14	

Tabelle 2: Eigenschaften der Befragten

4.1.2. Sprachliches Repertoire der Befragten

Wie in der Literaturübersicht in 2.3.1. *Sprachliches Repertoire* besprochen, werden die individuellen sprachlichen Repertoires der Befragten, bezüglich pflegerischer oder medizinischer Ausbildung, Muttersprache und Fremdsprache im Folgenden angeschaut.

Ausbildung

Sechs der Pfleger in Sankt Vith haben in Lüttich studiert, einer davon hat teilweise auch drei Jahre in Verviers studiert. Daneben gibt es zwei Pfleger, die in Eupen studiert haben. Die beiden Ärzte kommen aus Rumänien und haben dort ihr Studium gemacht, eine Ärztin der beiden hat auch kurz in Brüssel studiert. Fast jeder hat also in seiner Muttersprache studiert. Es gibt dahingegen drei deutschsprachige Pfleger, die in Lüttich auf Französisch studiert haben. Sie wurden gefragt wie sie das in Bezug auf Fachjargon erfahren haben.

Aus 2DE_STVITH:

„Also dadurch, dass ich die medizinischen Fachbegriffe und alles auf Französisch lernen müsste und ich mir natürlich immer die Übersetzung auch suchen musste: 'Was heißt das auf Deutsch? Okay.' Habe ich trotzdem integriert auf Französisch und kam dann hier in Sankt Vith an und musste oft lachen. 'Okay ah, das nennt man so auf Deutsch', also den medizinischen Fachausdruck, aber ich habe trotzdem gemerkt, dass das Urwort oft dieselbe Bedeutung hat. Es gibt zum Beispiel auf Französisch, in der medizinischen Sprache, den lateinischen Urbegriff, den versteht ein Deutschsprachiger genauso wie ein Französischsprachiger, es wird nur anders ausgesprochen. Also war der Unterschied für mich nicht so gravierend. Es hat mich am Anfang ein bisschen amüsiert. Ich hatte Angst, davor, dass ich dann nicht alles richtig verstehen würde. Das ist komisch, ich habe als Deutschsprachige ein französisches Studium gemacht und kam dann wieder zurück im Deutschsprachigen Raum und ich hatte Angst ich würde nicht alles verstehen, aber das war eigentlich kein Problem.“

Aus 6DE_STVITH:

„Da kommen schon manchmal französischsprachige Brocken mit raus. Die Fachwörter, damit habe ich es doch am Anfang sehr schwierig gehabt, die auf Deutsch zu finden. Wenn man sie dann einmal in Deutsch hört, dann denkt man: 'Ahja, stimmt das ist das Wort auf Deutsch'. Es war für mich doch... nicht schockierend, aber komisch, dann auf einmal nur das französische Wort zu kennen und nicht mehr das Deutsche.“

Aus 7DE_STVITH:

„Hier nicht sehr, weil die Ärzte meistens Frankophonen sind und unter Arzt und Pfleger oft Französisch gesprochen wird. Aber ich habe zum Beispiel auch Unterricht in Eupen an der Schule gegeben und da ist mir schon aufgefallen, dass ich gewisse Wortschatz nicht habe auf Deutsch. Ein blödes Beispiel ist jetzt 'Infusionsbesteck', wusste ich zum Beispiel nicht, also 'trousse'. Wir brauchen französische Wörter in der umgangssprachlichen Sprache hier. Also wenn ich zum Beispiel sage: "Gib mir mal die 'trousse'", dann weiß jeder, was ich meine. Obwohl ich es auf Deutsch sage und es ist ein französisches Wort.“

In den oben angeführten Zitaten kann man lesen, dass die Pfleger es nicht als problematisch erfahren, aber dass es doch auffallend und vielleicht manchmal komisch ist, einige Wörter nicht auf der

Muttersprache, sondern nur in der Fremdsprache zu kennen. Hier sieht man, dass das sprachliche Repertoire für diese Befragten auf der Arbeit teilweise auf Französisch verläuft, während die eigentlich deutschsprachig sind. Das kommt dadurch, dass sie ihre Ausbildung auf Französisch gemacht haben. Was hier beschrieben wird, ist *code switching* verursacht durch Mangel an Wortschatz. Das kann sich aber während des Lebens ändern. Desto länger man in der Notaufnahme arbeitet je mehr Fachjargon man in der Muttersprache lernt.

Wie in 2.1.2. *Medizinische und pflegerische Ausbildung in Ostbelgien* erwähnt, gibt es nur eine Hochschule in der DG, nämlich in Eupen, wo man einen Bachelor in Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften absolvieren kann (*Gesundheits- und Krankenpflegewissenschaften*, 2018). Die Wahl ist also beschränkt, und es könnte also sein, dass das einen Grund dafür ist, dass Deutschsprachige auf Französisch studieren. Es wäre möglich, dass Lüttich eine attraktivere Studentenstadt ist oder, dass man die Sprachkenntnisse auf Französisch bessern möchte. Das sind aber nur Hypothesen.

In Malmedy haben neun der elf Befragten in Lüttich studiert. Die drei Ärzte haben an der ‚Université de Liège‘ studiert. Daneben haben noch zwei Pfleger in Verviers studiert. Dabei haben alle in ihrer Muttersprache studiert, außer der deutschsprachigen Pflegerin, die in Lüttich auf Französisch studiert hat. Dadurch, dass sie nicht in ihrer Muttersprache studiert hat, gab es am Anfang Probleme mit medizinischem Fachjargon auf Deutsch. Im folgenden Zitat kann man ihre Erfahrungen nachlesen:

Aus 3DE_STVITH:

“Deswegen arbeite ich in Malmedy, weil als ich nach Lüttich gegangen bin, konnte ich kein Wort Französisch. Als ich von da zurückkam kannte ich nur meinen Beruf auf Französisch und nicht auf Deutsch, deswegen arbeite ich in Malmedy und nicht in Sankt Vith.
Haben Sie das jetzt schon ein wenig gelernt?

Nee nicht komplett, die Krankheiten nicht. Meinen Beruf kenne ich wirklich am besten auf Französisch. Deutsch wird vielleicht auch zu wenig gebraucht, sonst würde ich es vielleicht besser auf Deutsch können.”

Diese Befragte hat auch unterschiedliche sprachliche Repertoires, weil sie auf Französisch studiert hat und deutschsprachig ist. Genauso wie hier oben für Sankt Vith besprochen, könnte es sein, dass diese Befragte in Lüttich studiert hat, weil es in der DG nur beschränkte Möglichkeiten gibt, eine Ausbildung zu wählen. 3DE_STVITH meldet auch, dass ihr sprachliches Repertoire der Grund dafür ist in Malmedy zu arbeiten und nicht in Sankt Vith. Das sprachliche Repertoire hat hier weniger Chancen sich während des Lebens zu ändern, weil Deutsch in Malmedy weniger verwendet wird als in Sankt Vith.

Fazit: Sprache in Ausbildung

Als Fazit dieses Teils wurde versucht, eine Übersicht nach sprachlichem Repertoire (2.3.1.) von der Sprache in der Ausbildung zu erstellen. Es ist schwer zu verallgemeinern, weil es sicherlich Ausnahmen gibt. Im Allgemeinen sieht es folgendermaßen aus.

Deutschsprachige Sankt Vith:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Ausbildung	Dozenten	Unterricht in Lüttich	Unterrichtsthema	Französisch
Ausbildung	Dozenten	Unterricht in Eupen	Unterrichtsthema	Deutsch

Tabelle 3: Deutschsprachige Sankt Vith Ausbildung

Französischsprachige Sankt Vith:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Ausbildung	Dozenten	Unterricht in Lüttich	Unterrichtsthema	Französisch

Tabelle 4: Französischsprachige Sankt Vith Ausbildung

Deutschsprachige Malmedy:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Ausbildung	Dozenten	Unterricht in Lüttich	Unterrichtsthema	Französisch

Tabelle 5: Deutschsprachige Malmedy Ausbildung

Französischsprachige Malmedy:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Ausbildung	Dozenten /Professoren	Unterricht in Lüttich/Verviers	Unterrichtsthema	Französisch

Tabelle 6: Französischsprachige Malmedy Ausbildung

Informationen über anderssprachige Patienten in der Ausbildung

Die Antwort auf die Frage, ob man Informationen bekommen hat über die Kommunikation mit anderssprachigen Patienten, ist in Sankt Vith bei allen gleich: nein. Zwei Befragte sagen dazu, dass sie kurz über die verschiedenen Religionen unterrichtet worden sind. Daneben melden drei Befragte noch Englischkurse innerhalb ihrer Ausbildung belegt zu haben. Eine bemerkt, dass es schon zwanzig Jahre her ist, dass sie studiert hat und dass damals darüber noch nicht geredet wurde. Die Sekretärin wurde hier nicht mitgerechnet, es gab also zehn Befragte die ‚nein‘ geantwortet haben.

Aus 6DE_STVITH:

„Haben Sie in Ihrer Ausbildung vielleicht Informationen darüber erhalten, wie Sie mit anderssprachigen Patienten kommunizieren müssen?“

Nein, eigentlich nicht wirklich. Ich kann mich nur erinnern: Wir haben einmal über Rituale an Patienten, im Todesfall. Das 'Musulmane' halt lieber diese Informationen brauchen und die Christen, die. Wirklich kleine Ansätze, aber wirklich die Kommunikation an sich, nicht.“

Auch in Malmedy hat jeder auf diese Frage mit ‚nein‘ geantwortet. Vier geben an, dass sie kurz Englischunterricht bekommen haben. Zwei bemerken, dass sie alles während der Arbeit gelernt haben. Eine Pflegerin erklärt, dass es zu lange her ist und dass man sich damals damit nicht beschäftigte. Die Sekretärin wird hier nicht dazu gezählt und ein Pfleger hat nicht auf diese Frage antworten können. Die Befragten die ‚nein‘ geantwortet haben, sind also zu zehnt.

Aus 1FR_Malmedy :

„Au cours de votre formation, avez-vous reçu des informations sur la communication en d'autres langues?“

Non. Donc j'ai fait mes études à Liège mais on n'a pas eu. On a eu des cours avec les patients, savoir donner des informations claires etc., mais jamais avec quelqu'un qui parle une autre langue. C'est vrai qu'à ce niveau-là, ça pourrait être intéressant. Je pense que ça serait une bonne chose. Maintenant ça s'apprend sur le terrain. Normalement on apprend en faisant des erreurs et on voit un petit peu ce qui fonctionne ce qui ne fonctionne pas. On peut de toute façon tout le temps mieux faire avec les moyens du bord. Voilà mais c'est vrai que c'est parfois un peu compliqué. Sincèrement, généralement ça n'empêche pas la bonne prise en charge des gens ici mais je n'ai jamais eu de cours sur cela. On a eu des cours d'anglais à l'unif, mais c'était en 2e et 3e c'est tout. Et après... „

Aus 5FR_Malmedy :

„Au cours de votre formation, avez-vous reçu de l'information sur comment communiquer avec les patients qui ne parle pas le français?“

J'ai eu dix heures de cours d'anglais scientifique, pour faire une anamnèse en anglais. C'est tout.

C'était comment?

Léger, très léger. Ça donne une idée. Ça aide pour certaines choses. Mais, concrètement, c'est trop peu. Ce n'est pas avec dix heures qu'on fait, ce qu'on apprend. Poser des questions, par exemple, ce n'est pas parce qu'on sait poser la question dans une langue qu'on va comprendre la réponse. Donc voilà. Je sais demander en allemand qu'est-ce que les gens prennent comme médicament, même s'ils me répondent des noms en allemand, je peux pas le comprendre. „

In der Ausbildung hat keiner der Befragten in beiden Notaufnahmen Informationen darüber erhalten, auf welche Art und Weise sie umgehen sollten mit anderssprachigen Patienten.

Muttersprachen und Fremdsprachen

In Sankt Vith sind, wie im folgenden Tabelle 7 gezeigt wird, drei Befragte französische Muttersprachler, sechs deutsche Muttersprachler und zwei rumänische Muttersprachler. Auch zu Hause sprechen acht der Befragten ihre Muttersprache. Zwei Deutschsprachige geben an, zu Hause Dialekt, Plattdeutsch, zu sprechen. Ein rumänischsprachiger Arzt wohnt allein und spricht zu Hause meistens Französisch, wenn Freunde vorbeikommen, aber manchmal auch Rumänisch. Ein französischsprachiger Pfleger gibt an, dass er allein wohnt und dass er sowohl viele französischsprachige als deutschsprachige Freunde hat. Sonst haben alle während ihres Lebens zu Hause immer dieselbe Sprache gesprochen.

In Malmedy sind alle bis auf einen der Befragten französische Muttersprachler. Es gab nur eine Befragte, die deutsche Muttersprachlerin ist, wie im folgenden Tabelle 7 dargestellt ist. Angeblich ist das ein realitätsnahes Bild der Notaufnahme Malmedys. In Malmedy sprechen acht Befragte auch zu Hause ihre Muttersprache. Die deutschsprachige Pflegerin spricht zu Hause den plattdeutschen Dialekt. Bis auf drei Personen haben alle immer dieselbe Sprache zu Hause gesprochen: Eine französischsprachige Pflegerin sagt, dass sie früher mit ihren Großeltern Deutsch gesprochen hat. Daneben hat ein Arzt früher in Kamerun, zu Hause einen lokalen Dialekt gesprochen, und eine französischsprachige Pflegerin hat, bis sie drei Jahre alt war, mit ihrer deutschsprachigen Mutter immer Deutsch gesprochen und mit ihrem Vater Französisch, danach hat die ganze Familie weiter Französisch gesprochen.

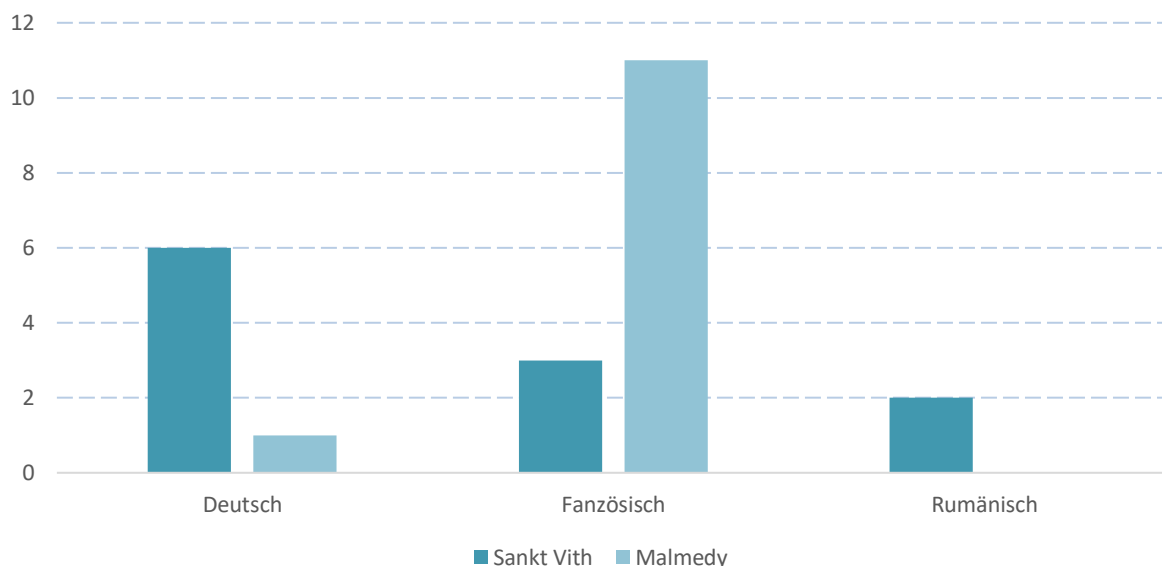


Tabelle 7: Muttersprache Sankt Vith & Malmedy

Betrachtet man die Muttersprachen in den beiden Notaufnahmen, so wird gleich deutlich, dass Malmedy in der Praxis eine französischsprachige Notaufnahme ist, während der Notaufnahme Sankt Viths vielmehr zweisprachig (Französisch-Deutsch) ist. Das war vor dem Anfang der Interviews schon deutlich, weil man auf den ersten Blick in der Notaufnahme von Malmedy nur Französisch sprach und

in der Notaufnahme Sankt Viths beide Sprachen verwendete. Am Anfang des Besuchs schien es, als ob jeder fließend Deutsch und Französisch sprach. Es stellte sich aber heraus, dass nicht jeder Befragte die beiden Sprachen fließend beherrscht. In Malmedy hingegen gaben sechs Befragten an, Deutsch zu sprechen, fünf davon zwar nur ‚ein wenig‘.

In Sankt Vith sprechen alle Befragten, deren Muttersprache nicht Französisch ist, neben ihrer Muttersprache auch Französisch. Dies ist formell keine Bedingung, um in Klinik St. Josef eingestellt zu werden, aber man soll bereit sein die andere Sprache zu lernen. Es handelt sich dabei um sechs Personen mit Deutsch als Muttersprache und zwei Rumänischsprachige. Die drei mit Französisch als Muttersprache reden alle Deutsch, wovon einer angeblich zweisprachig auf Deutsch und Französisch erzogen wurde und ein anderer, nur ein bisschen Deutsch spricht. Die rumänischsprachige Ärztin und der rumänischsprachige Arzt sprechen auch beide Deutsch, wobei die Ärztin angab, dass sie es nur ein bisschen spricht.

Zehn Befragte sprechen Englisch in Sankt Vith. Es gibt aber einen Niveauunterschied, weil zwei Personen angeben, es nur ‚gebrochen‘ zu sprechen, zwei sagen, dass sie es ‚ein bisschen‘ sprechen und eine fügt hinzu, dass es ihre vierte Sprache ist und es weniger gut ist als Sprachen, die sie ‚sehr gut‘ spricht.

Niederländisch wird von sechs Befragten gesprochen, von denen fünf angeben es nur ein wenig zu sprechen, während eine sagt, dass sie es sehr gut spricht. Fast alle Deutschsprachigen sprechen also ein bisschen (oder sehr gut) Niederländisch, nur einer der Deutschsprachigen spricht es nicht, hingegen spricht ein französischsprachiger Pfleger ein bisschen Niederländisch. Drei Personen geben bei dieser Frage explizit an, dass sie das Plattdeutsch, einen regionalen Dialekt, als Sprache beherrschen. Ein rumänischsprachiger Arzt, spricht neben Deutsch, Französisch und Englisch auch noch ein bisschen Ungarisch und Italienisch und ist damit derjenige, der die meisten Sprachen kennt. Durchschnittlich spricht das befragte Personal in Sankt Vith also neben der Muttersprache, ungefähr drei Fremdsprachen.³

Sechs der elf französischsprachigen Befragten in Malmedy geben an, neben der Muttersprache auch Deutsch zu sprechen. Fünf dieser sechs geben dabei an, dass sie nur ein (kleines) bisschen Deutsch sprechen oder dass es wirklich Basisniveau ist. Eine Pflegerin sagt, dass sie auf Deutsch fast alles versteht, es aber nur mit Fehlern sprechen kann. Die einzige Deutschsprachige, spricht fließend Französisch. Sie arbeitet schon 22 Jahre in der Notaufnahme von Malmedy.

Die meistgesprochene Sprache ist Englisch. Zehn der zwölf Befragten sprechen es. Dabei sagten fünf Personen, dass sie es nur ein (kleines) bisschen sprechen können. In Malmedy spricht ein französischsprachiger Arzt ein bisschen Niederländisch. Eine Pflegerin spricht auch noch Spanisch.

³ Das ist immer noch der Fall, auch wenn der rumänische Arzt, der fünf Fremdsprachen spricht, als Ausreißer betrachtet wird.

Schließlich gibt es eine französischsprachige Pflegerin, die keine Fremdsprachen spricht, weil sie Schwierigkeiten beim Spracherwerb hat. Durchschnittlich spricht das befragte Personal in Malmedy also neben der Muttersprache ungefähr zwei Fremdsprachen.

4.2. Besprechung der Kommunikation in der Notaufnahme pro Thema

Im Folgenden wird eine Analyse der Kommunikation in den beiden Notaufnahmen anhand der verschiedenen Themen des Interviews durchgeführt. Neben der Analyse werden auch oft Ausschnitte aus den Interviews wiedergegeben. Dies erfolgt, um eine bessere Darstellung des Gesagten zu ermöglichen. Man kann sich also die exakt ausgesprochenen Wörter hernehmen und sich die Auskünfte einfacher vorstellen. Zunächst wird die interprofessionelle Kommunikation betrachtet. Dabei wird eingegangen auf die Sprachen, die die Kollegen der beiden Notaufnahmen untereinander sprechen. Dann wird die Kommunikation zwischen Ärzten/Pflegern und Patienten betrachtet. Anschließend bekommt man einen Überblick über wie oft die Befragten denken, dass anderssprachigen Patienten eingeliefert werden. Danach wird nachgegangen wie die Sprache des Patientengesprächs entschieden wird. Weiter wird darauf eingegangen was unternommen wird, wenn die Kommunikation nicht reibungslos verläuft. Nach einem Vergleich zwischen einer Konsultation in der Muttersprache und der Fremdsprache, wird Small Talk mit Patienten in der Fremdsprache analysiert. Abschließend wird die Erstellung der Krankenakte beschrieben.

4.2.1. Kommunikation mit Kollegen

In Sankt Vith, einer Gemeinde mit sprachlichen Sonderregelungen für Französischsprachige innerhalb der DG, wird mit Kollegen sowohl Deutsch als Französisch gesprochen. Jeder spricht beide Sprachen mit den Kollegen, aber in unterschiedlichem Maße. Die deutschsprachigen Kollegen sagen alle, dass sie sich an die Sprache ihres Gesprächspartners anpassen. Sie sprechen also Französisch mit den Französischsprachigen und Deutsch mit den Deutschsprachigen.

Aus 6DE_STVITH:

„Nein. Mit denen, wo ich weiß, das sind Frankophone, mit denen spreche ich auf Französisch und mit denen wo ich weiß, dass sind Deutschsprachige, spreche ich auf Deutsch. Das ist so einen Klick einfach. Obwohl eigentlich hier vom Haus erwartet wird, dass wir in Deutsch sprechen sollen, damit die Französischsprachigen auch mehr trainiert werden auf die deutsche Sprache. Damit tun wir eigentlich den französischsprachigen Kollegen keinen Gefallen, wenn wir sie auch auf Französisch ansprechen. Aber das ist, glaube ich, so in der Natur der Deutschsprachigen, sich immer anpassen zu wollen, weil wir die Minderheit sind und immer es gelernt haben, uns anzupassen.“

Aus 7DE_STVITH:

„Ja, wenn man zu fünf Deutschsprachigen in einem Raum ist, und es kommt ein Frankophoner rein, wird französisch gesprochen. Wir passen uns immer den anderen an. Es ist selten, fast

nie, dass es umgekehrt ist. Also wenn fünf Wallonen in einem Raum wären und ich käme als Deutschsprachige dazu, würde nie Deutsch gesprochen.“

Es ist faszinierend zu sehen, dass *7DE_STVITH*, sich distanziert von den Wallonen, denn sie ist selbst auch eine Wallonin, zwar eine deutschsprachige Wallonin.

Aus *2DE_STVITH*:

„Hin und wieder kommt das vor, dass wenn ich ein Wort auf Französisch nicht kenne, dass ich dann ein deutsches Wort reinsetze, weil unsere frankophonen Mitarbeiter auch gut Deutsch verstehen und die verstehen mein deutsches Wort oder das geht so aus dem Sinn oder aus dem Kontext vom Gespräch raus, dass man sich versteht. Ich habe auch Mitarbeiter, die sind von der Muttersprache her rumänischsprachig, mit denen verständige ich mich auch auf Französisch. Das ist dann die Sprache, in der wir fungieren. „

Zwei Deutschsprachige sagen, dass sie manchmal ein deutsches Wort benutzen in der französischen Sprache, wenn sie es nicht kennen und dass man sich so verständigt. Daraus ergibt sich, dass man den Code worauf man redet kurz ändert, wenn man ein Wort nicht kennt. Die Deutschsprachigen wechseln hier zur Muttersprache. Der rumänischsprachige Arzt meldet auch, dass er, wenn er Deutsch spricht, manchmal französische Wörter benutzt, wenn er das deutsche Wort nicht kennt. Wie in 2.3.2. *Code switching* beschrieben, kann das vorkommen, dass man auf eine andere Sprache zurückgreift, wenn man nicht über ausreichende Sprachgewandtheit verfügt. Der rumänischsprachige Arzt gab auch an, dass er weniger gut Deutsch spricht als Französisch. Für ihn hat es keinen Sinn zur Muttersprache zu wechseln, also wechselt er zu seiner besten Sprache in diesem Kontext.

Die Sekretärin sagt, dass es für sie während der Pause anders ist, weil sie dort nur deutschsprachige Kollegen hat und da also immer Deutsch redet. Für diese Sekretärin ist ihr sprachliches Repertoire während der Pause unterschiedlich als während der Arbeit, denn während der Pause hat sie nur Deutschsprachige Kollegen und redet sie also Deutsch. Während der Arbeit wechselt sie die beiden Sprachen, weil sie dann französisch- und deutschsprachigen Kollegen hat. Wie in 2.3.1. besprochen, wird hier auch deutlich, dass sprachliches Repertoire, unter anderem davon abhängt mit wem man redet und wo das Gespräch stattfindet.

Der französischsprachige Pfleger, der zweisprachig Deutsch und Französisch ist, sagt er kommuniziere meistens auf Deutsch, aber mit französischsprachigen Kollegen kommuniziert er auf Französisch. Er sagt, dass er mit den Kollegen vor allem die Sprache behält, die sie beim ersten Treffen gesprochen haben. Eine weitere Person gibt, dass auch an. Das könnte man auch als sprachliches Repertoire betrachten. In 2.3.2. wird thematisiert, dass die Person, mit der wir kommunizieren einen Einfluss hat auf *code switching*. Wenn das sprachliche Repertoire am Anfang festgelegt wird, indem man eine Sprache spricht, ist es möglich, dass man daran festhält und also immer diese Sprache miteinander sprechen wird.

Zwei der drei Französischsprachigen sagen, dass die Deutschsprachigen oft mit ihnen auf Französisch sprechen. Ein Französischsprachiger sagt, dass er nur Deutsch spricht mit denen die nur Deutsch können.

Aus 3FR_STVITH:

„Pouvez-vous me donner un aperçu des langues dans lesquelles vous communiquez ici avec vos collègues?

Alors, les collègues sont très gentils. Souvent, ils me parlent en français. Maintenant, je fais l'effort parfois de parler en allemand. Mais c'est vrai que c'est facile pour moi s'ils parlent en français et moi je parle en français, mais bon. En règle générale, c'est le français.

Est-ce qu'il y a une différence au travail et pendant la pause?

Oui, pendant la pause. Souvent, le personnel parle en allemand, voir du Plat, Plattdeutsch. Donc, là j'ai difficile de comprendre le Plattdeutsch. Parfois, ils font un mélange. Mais quand ils veulent me parler, ils me parlent en français. Mais c'est à moi de faire l'effort aussi d'écouter et de comprendre. „

Aus diesem Beispiel wird deutlich, dass die Faktoren: Gesprächspartner, soziale Umstände, Thema und Funktion besprochen in 2.3.2. hier auch eine Rolle spielen. Während der Pause werden die deutschsprachigen Kollegen, laut diesem Zitat, untereinander eine lokale Mundart sprechen. Wenn die Kollegen dann mit den französischsprachigen Kollegen reden möchten, wechseln sie auf Französisch. Die Umstände, unter denen man spricht und die Personen, mit denen man spricht, sind hier wichtige Faktoren. Auch das Thema könnte während der Pause unterschiedlich sein. Wenn es sich um alltägliche Gespräche handelte, ist es denkbar, dass eher Plattdeutsch geredet wird.

In Malmedy, einer Gemeinde mit sprachlichen Sonderregelungen für Deutschsprachige innerhalb der Französischen Gemeinschaft, ist es sehr deutlich, dass unter Kollegen nur Französisch gesprochen wird. Es gibt auch nur eine Person, die deutschsprachig ist. Die Möglichkeiten für *code switching* zwischen den beiden Sprachen sind hier eher beschränkt.

Aus 3DE_Malmedy:

„Können Sie einen Überblick über die Sprachen geben, in denen Sie mit Ihren Kolleginnen in der Notaufnahme kommunizieren? Während der Arbeit und während der Pause.

Ja, das ist alles auf Französisch. Es gibt kein Unterschied ob das während der Pause oder während der Arbeit ist, weil kein anderer Deutschsprachiger da ist.“

In Sankt Vith ist es klar, dass die beiden Sprachen, was die Kommunikation mit Kollegen angeht, gemischt genutzt werden. Die werden nicht nur beide getrennt gesprochen, sondern manchmal auch innerhalb eines Gesprächs gemischt. Daneben sagen sowohl die Deutschsprachigen, dass sie mit Französischsprachigen öfter Französisch sprechen, als auch die zwei Französischsprachige, die das

selbst angeben. Die pflegerische Leitung gab aber im Interview an, dass die Kommunikation normalerweise auf Deutsch verlaufen sollte. Sie gab an, dass es eigentlich nicht optimal ist, dass es den Französischsprachigen bequem gemacht wird, indem die Deutschsprachigen Französisch reden. Manche Deutschsprachigen meinen, sie sind flexibler, weil sie es gewohnt sind, sich immer anpassen zu müssen. Das könnte der Grund dafür sein. In Malmedy wird immer Französisch geredet und nie Deutsch, obwohl eine deutschsprachige Pflegerin dort arbeitet.

Fazit: Kommunikation mit Kollegen

Als Fazit dieses Teils wurde versucht, eine Übersicht⁴ nach sprachlichem Repertoire (2.3.1.) zu erstellen von den verschiedenen Sprachen, die zwischen Kollegen gesprochen werden. Dabei hängt es von den verschiedenen Faktoren ab, welche Sprache man spricht. Es ist wichtig Bereich, Gesprächspartner, Umgebung und Thema zu betrachten, weil diese Faktoren die gesprochene Sprache je nachdem ändern können. Es ist schwer zu verallgemeinern. Natürlich gibt es Ausnahmen, denn wie oben erwähnt ist sprachliches Repertoire sehr individuell.

Deutschsprachige Sankt Vith:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Arbeit (Pause)	deutschsprachigem Kollegen	Notaufnahme	Alltagsthema	(Platt)deutsch
Arbeit (Pause)	französischsprachigem Kollegen	Notaufnahme	Alltagsthema	Französisch

Tabelle 8: Deutschsprachige Sankt Vith Arbeit

Französischsprachige Sankt Vith:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Arbeit (Pause)	deutschsprachigem Kollegen	Notaufnahme	Alltagsthema	Französisch
Arbeit (Pause)	französischsprachigem Kollegen	Notaufnahme	Alltagsthema	Französisch

Tabelle 9: Französischsprachige Sankt Vith Arbeit

Deutschsprachige Malmedy:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
Arbeit (Pause)	französischsprachigem Kollegen	Notaufnahme	Alltagsthema	Französisch

Tabelle 10: Deutschsprachige Malmedy Arbeit

Französischsprachige Malmedy:

Bereich	Gegenüber	Umgebung	Thema	Sprache
---------	-----------	----------	-------	---------

⁴ Die rumänischen Ärzte werden hier kurz nicht berücksichtigt, da ihre Sprachsituation außergewöhnlicher ist und nicht im Rahmen der Zweisprachigkeit passt.

Arbeit (Pause)	französischsprachigem Kollegen	Notaufnahme	Alltagsthema	Französisch
Arbeit (Pause)	deutschsprachiger Kollegin	Notaufnahme	Alltagsthema	Französisch

Tabelle 11: Französischsprachige Malmedy Arbeit

4.2.2. Kommunikation mit Patienten

Die Befragten in Sankt Vith sagen alle, dass sie es den Patienten angenehm machen möchten und daher versuchen, in der Muttersprache des Patienten zu kommunizieren. Ein Französischsprachiger teilt mit, dass er immer in zwei Sprachen, zuerst auf Deutsch und dann auf Französisch, beginnen wird. Danach sieht er wie der Patient darauf antwortet. Er passt sich den Patienten an. Der Pfleger wechselt also die Sprache (*code switching*) abhängig vom Gesprächspartner.

In diesen Zitaten unten kann man sehen, dass manche Befragten in Sankt Vith auch manchmal versuchen Niederländisch zu sprechen. Drei Personen sagen, dass sie, wenn möglich manchmal mit Niederländischsprachigen auch Niederländisch sprechen. Alle melden aber, dass sie sowohl auf Deutsch, sowie auf Französisch mit den Patienten reden. Es wird versucht, den Patienten so weit wie möglich in seiner Muttersprache anzusprechen. Wenn die Befragten die Muttersprache vom Patienten nicht (ausreichend) sprechen können, wechseln sie oft ins Englische. Sechs Personen geben an, dass sie mit solchen Patienten auf Englisch kommunizieren. Mit Niederländischsprachigen wird auch oft Englisch geredet.

Aus 1DE_STVITH:

„Wir fragen meistens was der Patient spricht, also Deutsch oder Französisch. Dann sprechen wir entweder Deutsch oder Französisch. Ich versuche auch ein bisschen Niederländisch zu sprechen bei Touristen oder so, aber sonst Deutsch oder Französisch.“

Aus 7DE_STVITH:

„Ja, da probiert man die Muttersprache zu sprechen, weil wenn zum Beispiel Holländer oder Niederländer kommen, probiere ich dann auch Niederländisch mit denen zu reden, obwohl die oft zum Englischen wechseln, weil verschiedene Kollegen hier können kein Niederländisch. Ich kann das auch nicht perfekt, aber ich kann mich unterhalten mit ihnen.“

Aus 10FR_STVITH:

„Principalement en l'allemand et puis le français, second lieu. Quand c'est des patients, néerlandophones et d'autres... il y a plus de néerlandophones que d'autres langues étrangères. Je communique plutôt en anglais.“

Auch wird zweimal von der Französischsprachigen angegeben, dass deutschsprachige Patienten oftmals selbst Französisch sprechen.

Aus 4FR_STVITH:

„Avec les patients, ça dépend de leur langue maternelle. S'ils sont francophones, je parle français, s'ils sont germanophones, allemand. Aussi eux préfèrent que je parle français avec mon accent (rit). Je m'adapte aux patients en général, s'ils sont les néerlandophones, je parle en anglais. Je m'adapte. „

Aus 5FR_STVITH:

„Les deux langues. Avec certains germanophones, je parle en allemand, parfois il y a des germanophones, qui veulent eux-mêmes qu'on parle français et alors on parle le français. Avec les francophones, normalement français. Il y a encore la catégorie de gens qui ne parlent ni l'allemand, ni le français, alors c'est comme les néerlandophones, avec lesquels je m'entends l'anglais, pour la plupart des situations. Si ce sont de gens des Pays-Bas, c'est en anglais. Mais il y a des gens qui parlent l'allemand, de là-bas. Mais qui n'en parle pas, qui sont ici, en vacances, avec eux, je parle l'anglais.„

In Malmedy sprechen alle auf Französisch mit den Patienten. Sieben Personen sagen, dass sie manchmal versuchen auf Deutsch zu reden, aber nur die Grundlagen können und es deshalb schwierig ist. Es wird eher zuerst auf Französisch versucht, und Deutsch ist dann die Lösung, wenn die Patienten kein Französisch sprechen.

Aus 2FR_Malmedy:

„J'essaye toujours d'abord en français, juste que c'est le mieux pour comprendre. Et après, ça dépend un peu d'eux, s'ils sont germanophones et qu'ils parlent que l'allemand, alors j'essaye en allemand. Si ce sont des patients étrangers néerlandophones, je parle en anglais. On a quand même quelques étrangers avec le circuit, alors là, c'est en anglais. Mais la plupart du temps, j'essaye d'abord en français.„

Aus 4FR_Malmedy:

„Ça dépend du type: le français, s'ils sont francophones. S'ils sont germanophones, je connais, les bases en allemand, mais c'est trop compliqué. Je demande souvent l'aide d'un infirmier ou de quelqu'un qui parle mieux l'allemand que moi. Sinon, pour les patients néerlandophones ou les touristes, un petit peu d'anglais.„

Aus 9FR_Malmedy:

„La plupart des patients en français. Parce que la bonne majorité des patients parlent français. Sinon en allemand, avec qui est germanophone, qui ne parle pas ou pas beaucoup de français. Là, je me débrouille en allemand et si ce sont des Hollandais ou des Flamands, je parle plus, vite en anglais. Plus ou moins, je ne maîtrise pas... Mais voilà, on arrive à se comprendre.„

Aus 12FR_Malmedy :

„Quand il faut, en allemand. Mais souvent, les germanophones parlent français, quand ils voient, quand on parle l'allemand, mais quand on se comprend pas bien, ils parlent mieux que nous. Mais parfois, oui, l'allemand. Néerlandais, pas du tout..“

Sonst sagen neun Befragte noch, dass sie auf Englisch kommunizieren mit den Patienten.

Das Personal der beiden Krankenhäuser wurde gefragt, welche Sprache sie mit ihren Patienten sprechen. Auf diese Frage antworteten die Befragten nur mit folgenden Sprachen: Französisch, Englisch, Deutsch und Niederländisch, obwohl bei der Frage nach den Fremdsprachen noch andere genannt wurden. In Sankt Vith sprach einer beispielsweise noch ein bisschen Ungarisch und Italienisch und in Malmedy sprach ein Befragter gut Spanisch. Es fällt auf, dass bei Englisch und Niederländisch die Anzahl von genannten Fremdsprachen nicht übereinstimmt mit der Anzahl von Sprachen, die genannt wurden für die Patientenkommunikation. Es ist hier nicht die Absicht, eine quantitative Analyse durchzuführen. Die Zahlen werden aber genannt, um ein klares Bild zu schaffen.

In Sankt Vith haben zum Beispiel zehn Befragten Englisch als Fremdsprache angegeben und nur sechs Personen sagten, dass sie auch mit ihren Patienten in dieser Sprache kommunizieren. Daneben haben sechs Personen angegeben Niederländisch zu sprechen und nur drei Personen haben das als eine Sprache angegeben, in der sie mit ihren Patienten kommunizieren. Auch in Sankt Vith sprechen zehn Befragte Englisch, wobei aber zwei Personen angeben es nur ‚gebrochen‘ zu sprechen, zwei sagen, dass sie es ‚ein bisschen‘ sprechen und eine fügte hinzu, dass es ihre vierte Sprache ist und damit weniger gut ist als Sprachen, die sie ‚sehr gut‘ spricht. Von den fünf Personen, die in Sankt Vith Deutsch als Fremdsprache sprechen sagten zwei, dass sie es nur ein bisschen sprechen.

In Malmedy haben zehn Befragte Englisch als Fremdsprache angegeben wohingegen neun Befragte sagten, dass sie diese Sprache mit ihren Patienten sprechen. Eine Person hat in Malmedy angegeben, ein kleines bisschen Niederländisch zu sprechen und hat dies nicht mehr erwähnt.

Für Deutsch und Französisch stimmen die Zahlen in beiden Krankenhäusern jedoch überein. Das könnte darauf hinweisen, dass Französisch und Deutsch die meistgenutzte Arbeitssprachen sind. Daneben fällt es auf, dass neun Befragten in Malmedy sagen, dass sie Englisch sprechen mit den Patienten, obwohl auch fünf Personen sagten, dass sie nur ein (kleines) bisschen Englisch sprechen können. Das ist genauso mit Deutsch in Malmedy, wo fünf der sechs Leute, die Deutsch sprechen dazu sagten, dass sie es nur ein klein bisschen sprechen. Diese Sprachen wurden jedoch in beiden Notaufnahmen erwähnt als Sprachen, die sie mit den Patienten sprechen. Es stellt sich die Frage, auf welchem Niveau diese Kommunikation mit den Patienten dann stattfindet.

Fazit: Kommunikation mit Patienten

In Sankt Vith wird versucht die Patienten so weit wie möglich in ihrer Muttersprache zu betreuen. Das ist vor Allem auf Deutsch und auf Französisch und manchmal auf Niederländisch möglich. Die Deutschsprachigen können die Patienten eher in ihrer Muttersprache betreuen als die Französischsprachigen. Wenn es nicht möglich ist in der Muttersprache zu kommunizieren wird oft Englisch benutzt. Es stellt sich dabei nur die Frage auf welchem Niveau diese Englischkommunikation mit den Patienten stattfindet. In Malmedy wird mit den Patienten überwiegend auf Französisch kommuniziert. Deutsch wird manchmal versucht, aber dann eher, wenn Französisch unmöglich ist. Es wird auch mit den Patienten manchmal auf Englisch gesprochen. Dabei ist zu beachten, dass die Befragten ihre Englischkenntnisse nicht als sehr gut angegeben haben.

4.2.3. Wahrnehmbare Häufigkeit von anderssprachigen Patienten

In Sankt Vith werden viele unterschiedliche Antworten gegeben auf die Frage, wie oft sie anderssprachige Patienten empfangen. Manche Personen antworten mit Prozenten, andere nur mit ‚fast täglich‘, es ist also schwer einzuschätzen, wie viele anderssprachige Patienten es in den Krankenhäusern gibt. Es ist nicht immer deutlich, ob es sich bezieht auf deutsch- oder französischsprachige Patienten (weil das nach der Muttersprache eine andere Sprache ist), oder ob es sich um ganz andere Sprachen handelt. Es ist jedoch deutlich, dass es jeden Tag sowohl französischsprachige als deutschsprachige Patienten gibt und dass vor allem an Wochenenden oder im Sommer auch noch viele andere Sprachen vertreten sind.

Aus 2DE_STVITH:

“Wie oft, also pro Woche, haben Sie hier PatientInnen, die eine andere Sprache sprechen?

Beinah täglich

Geht es dann auch um Französisch?

Französisch eigentlich immer, immer wenn ich arbeite habe ich sowohl Deutschsprachige als auch Französischsprachige, weil wir direkt hier am Grenzgebiet zur Französischsprachigen Seite liegen. Das ist nichts außergewöhnliches, man hat immer französischsprachige Patienten. **und auch immer Deutschsprachige?**

Ja

und gibt es auch noch andere Sprachen, die hier jeden Tag vorbeikommen?

Jeden Tag vielleicht nicht aber, ich sage mal in den großen Sommerferien, müssen wir vermehrt Flämisch sprechen, weil wir viele Jugendclubs haben, die hier Ferien machen kommen. Dann muss man vermehrt Flämisch sprechen. Ansonsten haben wir auch ein paar... Wie sagt man das eigentlich auf Deutsch? So diese ‘centre de réfugiés’...Asylantenheim, haben wir auch unmittelbar in der Nähe hier bei uns. Wenn die Leute medizinische Hilfe brauchen, werden die

auch hierhin gebracht von ihrem Fahrer, der für sie fährt. Das ist dann wieder sprachlich sehr multikulturell.”

Aus 3FR_STVITH:

“Oui, il y en a quand même... quand on travaille sur la journée. Je dirais que au moins... je dirais trois-quatre patients qui parlent une autre langue. Quand je dis une autre langue, ça veut dire pas le français et pas l'allemand. Ça peut être roumain, polonais, anglais. Oui, aujourd'hui, on a encore eu un Roumain et je pense un Polonais. Trois, c'est peut-être beaucoup. Je dirais deux pour la moyenne. ”

In Malmedy wird vor allem oft über die Rennstrecke von Spa-Francorchamps gesprochen, die nur sechs Kilometer vom Krankenhaus CHRAM entfernt ist. Das wird sechs Mal von den Befragten erwähnt, weil deshalb viele Touristen vorbeikommen, die sehr unterschiedliche Sprachen sprechen. Aber es hängt von den Veranstaltungen im „Circuit“ ab, wie viele anderssprachige Patienten sie betreuen müssen. Drei Personen sagen, dass es im Sommer oder am Wochenende immer mehr anderssprachige Patienten gibt.

Aus 5FR_Malmedy:

“C'est quand même régulièrement. Je ne saurais pas donner un chiffre, mais régulièrement. Ça dépend des périodes de l'année. Il y a des journées comme pour le moment [Januar 2020] où on en a très peu. Par exemple, pendant les grandes vacances avec Francorchamps. Là, on a tous les jours et parfois, on a déjà eu des journées où plus de la moitié de la journée, on a fait 5, 6, 7, 10 patients. Et il n'y en a pas un seul qui parlait français. Donc, ça dépend vraiment d'une période de l'année à l'autre. Là, je ne saurais pas dire un chiffre comme ça. C'est vraiment variable.“

Aus 6FR_Malmedy:

“Donc nous avons le Francorchamps ici
[er schaut mich an, um zu sehen, ob ich das weiß]

Hmm

Et là en été, si c'est ouvert il y a beaucoup des patients étrangers ici. Ils peuvent être d'Australie, où de ... vraiment de tous les pays d'Europe, et avec eux on parle l'anglais. Mais il y a toujours quelqu'un ici des infirmiers qui peut parler leur langue et ils font la transmission, la traduction en français.“

Aus 2FR_Malmedy:

“Le week-end, il y a quand même pas mal de touristes. Le nombre de patients, si on compte qu'on fait 30 admissions, pour moi, il doit y en avoir... 5-6 sur 30. Mais qui parfois savent parler le français. Vraiment moyenne, quoi. Ça dépend. Le week-end avec Formule 1, par exemple:

Là, on parle autant français qu'une autre langue, je trouve, mais ça dépend. Je dirais 5-6 pour avoir une grosse moyenne, je pense.“

Hier ist klar, dass es nicht nur um Deutsch geht, sondern auch um andere Sprachen. Es ist schwer zu sehen, wie oft deutschsprachige Patienten eingeliefert werden, weil davon oft zusammen mit anderen Sprachen geredet wird. Unten wird von den lokalen Deutschsprachigen, die in der Gegend leben geredet.

Aus 8FR_Malmedy:

“Tous les jours, tous les jours. On a beaucoup de touristes, donc on parle plus des langues étrangères, le week-end et pendant les vacances. Mais en règle générale, on parle tous les jours, avec le circuit de Francorchamps, avec les expatriés hollandais qui viennent vivre ici. Il y a aussi beaucoup de Flamands qui viennent vivre ici. Et puis, les locaux germanophones. On parle tous les jours une autre langue que le français.“

Fazit: Wahrnehmbare Häufigkeit von anderssprachigen Patienten

Obwohl es nicht deutlich ist, wie viele anderssprachige Patienten es in den beiden Notaufnahmen gibt und welche Sprache diese sprechen, ist es ohnehin klar, dass Ostbelgien eine zweisprachige Region ist, wo am Wochenende und im Sommer noch viele anderssprachige Touristen zu Besuch kommen. Ohne dass hier deutliche Prozente oder Zahlen präsentiert werden können, soll es deutlich sein, dass eine Menge an unterschiedlichen Patienten mit unterschiedlichen sprachlichen Voraussetzungen zur Notaufnahme kommt.

4.2.4. Entscheidung der Sprache

Wenn man den Patienten zum ersten Mal sieht, muss man in einer Sprache anfangen zu reden. Die Befragten beantworteten, wie sie diese Entscheidung treffen. Es gibt mehrere Techniken. Wie in 2.3.2. besprochen gibt es auch verschiedenen Faktoren, die für *code switching* entscheidend sind. Die Faktoren sind:

“1. The participants:

(a) who is speaking and

(b) who are they speaking to?

2. The setting or social context of the interaction: where are they speaking?

3. The topic: what is being talked about?

4. The function: why are they speaking?”

(Holmes, 2013: 9)

In den Notaufnahmen ändern sich die Gesprächsteilnehmer ständig. Die Umgebung ist immer gleich, denn man bleibt in der Notaufnahme. Das Thema ist meistens medizinisch, aber man kann hier auch alltägliche Gespräche führen. Die Funktion ist in der Regel den Patienten heilen. Die Entscheidung der Sprache wird also vor allem von den Gesprächsteilnehmern abhängen.

In Sankt Vith fragen die Pfleger und Ärzte meistens einfach den Patienten, welche Sprache sie sprechen.

Aus 2DE_STVITH:

„Ich frage immer ‘Vous parlez Français?’ oder ‘Sprechen Sie Deutsch?’, aber ich frage immer nur die zwei. Dann sehe ich ja, ‘pas de Français’ wenn sie so ein wenig gebrochen sprechen. Dann frage ich oft: ‘Spreekt u Vlaams?’, das kommt schon mal vor. Oder es ist noch etwas ganz anderes, oder sie geben ein Zettel ab und der Arzt hat da irgendwas geschrieben. Aber mein typischer Satz ist immer: ‘Sprechen Sie Deutsch?’ oder ‘Vous parlez Français?’ und dann weiß ich es ja.“

Manchmal werden die Patienten schon von den Pflegern oder Ärzten eingeschrieben und dann können die Pfleger oder Ärzte schon die Nationalität, wo sie wohnen usw. sehen. Drei der Befragten sagen, dass sie auf diese Weise entscheiden welche Sprache sie sprechen sollen. Daneben gibt es noch die Aufkleber, die nach der Einschreibung auf dem Dossier hängen und auf denen sie diese Information sehen können. Drei Personen sagen, dass sie darauf schauen, um die Entscheidung zu treffen. Auch sagt einer, dass die Patienten selbst manchmal fragen: ‚Sprechen Sie ...?‘.

Aus 4FR_STVITH:

„Alors, lorsque c'est moi qui fais l'inscription du patient, je regarde en fonction de sa carte d'identité. Si c'est belge ou pas. Parfois, quand il y n'as pas de secrétaire, c'est au téléphone [Festnetztelefon am Empfang, siehe Abbildung 3], qu'on sait il y a qu'à quelqu'un et là, les personnes tout de suite demandent: 'Est ce que vous parlez...?' dans leur langue. Donc je sais déjà savoir vers où je me situe. Souvent, les néerlandophones vont tout de suite demander: 'Est-ce que vous parlez anglais?' Sinon, les germanophones, vous demandez, si je parle allemand et les francophones, français. Donc, c'est souvent comme ça. „



Abbildung 3: Anmeldung Notaufnahme eigenes Bild

Et si vous commencez à parler, dans quelle langue vous commencez?

Ça dépend, mais ils entendent très vite que je parle français, avec mon accent. Très vite, il se doute que je parle français quand ils sont des germanophones. Après, je regarde sur les

étiquettes aussi, les adresses, si ce n'est pas moi qui est inscrit. Et en général, j'appelle par rapport à la commune. Là, parfois, ça peut induire en erreur. Comme parfois, on a des personnages qui vivent dans une commune germanophone et qui ne parle que le français. En général, les gens tout de suite disent: 'Ah non, c'est en français, ou non c'est en allemand'. Donc voilà, en général, on arrivera même toujours à se comprendre. „

Zwei Befragte sagen, dass die Sekretärin manchmal schon erwähnt, welche Sprache der Patient spricht. Zwei Französischsprachige melden, dass sie sich auf Deutsch vorstellen und dann fragen, ob die Patienten Französisch sprechen. Eine Person sagt, sie begrüßt die Leute in beiden Sprachen.

Aus 8FR_STVITH:

„Vue comme on est dans la région germanophone. Je me présent en allemand et je leur demande s'ils parlent français ou pas. S'ils ne parlent pas français. Je vais faire l'interrogatoire en allemand. La difficulté, c'est qu'ils répondent souvent en patois. Donc, je dois leur préciser qu'ils doivent répondre en allemand. „

Zwei Befragte erwähnen, dass sie dafür sorgen, dass die Patienten Ärzte oder Pfleger bekommen zur Betreuung, die ihre Sprache sprechen. Die Sekretärin selbst sagt, dass sie, wenn die Patienten reinkommen schon hört welche Sprache sie sprechen.

In Malmedy fangen vier der Befragten nur an auf Französisch und sehen dann weiter, ob die Patienten das verstehen.

Aus 11FR_Malmedy:

„Je commence à parler en français et si je vois que sa tête est bizarre, je leur demande en plusieurs langues. Je demande en anglais, je demande quelle langue ils parlent et en fonction de ça, je m'arrange..„

Vier andere sagen, sie hören unmittelbar welche Sprache die Patienten sprechen und entscheiden anhand davon, welche Sprache sie verwenden werden. Laut zweier Personen meldet die Sekretärin die Sprache. Manchmal machen sie selbst die Einschreibung und erkennen sie es so, sagen zwei Personen. Zwei Ärzte sagen, dass sie schon wissen welche Sprache der Patient spricht, weil die Pfleger das melden.

Aus 1FR_Malmedy [Arzt]:

„Soit c'est la secrétaire en les inscrivant, à l'entrée. Soit ce sont les infirmières qui vont faire la première anamnèse. Nous, on arrive toujours en troisième. Généralement on sait un petit peu et c'est le médecin qui gère mieux la langue qui ira voir le patient. Si ma collègue parle allemand et que c'est un patient Germanophone, il va le voir, plutôt que moi. Ce sera compliqué de discuter quoi..„

Hier oben sieht man, dass sie sich so organisieren, dass die Sprachen vom Personal mit den Sprachen der Patienten übereinstimmen. Das erwähnt aber nur einer.

Fazit: Entscheidung der Sprache

Wie die Sprache entschieden wird, ist sowohl im St. Josef Hospital, sowie in CHRAM ungefähr gleich. Die Patienten werden einfach gefragt, die Sekretärin meldet es oder sie sehen es auf der Aufkleber oder bei der Anmeldung. Anders ist jedoch, dass in Malmedy vier Befragte mitteilen, dass sie nur auf Französisch anfangen zu reden und dann weiter betrachten wie der Patient darauf reagiert. Dieses Phänomen kommt anscheinend in Sankt Vith nicht vor. Der wichtigste Faktor aus 2.3.2. für die Entscheidung der Sprache, ist hier anscheinend zwischen welchen beiden Personen die Kommunikation stattfindet.

4.2.5. Verständnis prüfen

Im Folgenden wird beantwortet wie die Ärzte und Pfleger prüfen, ob für die Patienten alles deutlich war.

In Sankt Vith antworten zehn Personen auf die Frage, wie sie sicherstellen, ob der Patient verstanden hat, dass sie nachfragen. Zwei Personen geben beispielsweise an, dass sie immer fragen, ob alles deutlich ist, wobei die eine Person, das nur macht, wenn die Konsultation nicht in ihrer Muttersprache stattfindet, spezifisch wenn es Französisch-Deutsch ist. Die andere Person fragt es immer nach, sowohl in der Muttersprache als in der Fremdsprache. Eine Person sagt, dass sie nur für die wichtigsten Informationen nachfragt, eine weitere Person gibt an, nur nachzufragen, wenn das Verstehen des Patienten zweifelhaft ist. Zwei Befragte teilen mit, dass sie meistens nachfragen.

Eine andere Technik das Verständnis zu sichern, ist den Patienten bitten zu wiederholen, was ihm von den Ärzten und Pflegern gesagt worden ist. Das wurde auch in 2.2.4. besprochen. Es wird aber nicht so oft gemacht, weil die fünf Personen, die diese Technik anwenden, sagen dass sie es machen, wenn zweifeln ob der Patient verstanden hat. Es wird also nicht standardmäßig gemacht.

Aus 2DE_STVITH:

„Manchmal frage ich den Patienten, dass er wiederholt, was ich gerade erklärt habe. Das macht sich so automatisch. Aber ich mache das nicht unbedingt bei jedem Patienten zwangsläufig. Nur wenn ich so persönlich, den Verdacht habe, dass er vielleicht nicht alles richtig verstanden haben könnte und ansonsten frage ich halt mit einer geschlossenen Frage: ‘Haben Sie das gut verstanden?’ und dann höre ich ja oder nein. Aber es gibt auch Patienten, die sagen: ‘Ich habe das nicht verstanden’.“

Aus 5FR_STVITH:

“Comment assurez-vous que les patients vous comprennent pendant la consultation?”

J'essaie d'avoir un feedback, donc de reproduire ce que j'ai dit. Par exemple: 'Vous allez prendre du paracétamol, quatre fois par jour, donc qu'est-ce que vous allez prendre?' Il va dire: 'Je vais prendre quatre fois par jour'. Je peux dire que je me rends compte tout de suite quand un patient, me ne comprends pas. S'il dit 'oui, oui, oui', les patients qui parlent très peu de français. Alors je me rends compte que la personne ne me comprend pas. Alors on a un souci. “

Zwei Personen würden das Gesagte nochmal neu formulieren in einer anderen Sprache, wenn es möglich ist.

Aus 4FR_STVITH:

“Comment assurez-vous que les patients ont tout compris ?

Parfois, je leur demande s'ils ont bien compris, ce que j'ai dit ou s'ils ont encore des questions, parfois dans le doute, mais c'est moins fréquent. Je l'ai fait reformuler ce que je dis, ou alors je le dis dans les deux langues. Parfois.“

Alle Mitarbeiter halten fest, dass sie es schnell bemerken können, wenn der Patient nicht verstanden hat.

Aus 11FR_STVITH:

„Wir fragen nach, ob er alles verstanden hat. Oder man merkt auch schon mal am Verhalten von Patienten, der versteht nichts. Dann fragen wir nochmal nach, oder erklären nochmal. Oft sind die Patienten aber auch..., wenn der Arzt weg ist, dann fragen sie noch mal verschiedene Sachen an den Pflegern. Das hat man auch sehr oft. Das hat man aber auch, wenn der Arzt die gleiche Sprache spricht. Dann fragen die auch oft einiges noch nach.“

Zweimal wird gesagt, wie im oben zitierten Beispiel, dass man das Nicht-Verstehen auch manchmal bemerkt, wenn die Patienten selbst nochmal bei einer anderen Person nachfragen.

In Malmedy erwähnen fünf Personen, dass sie Nachfragen als eine Technik verwenden. Die Patienten werden gefragt, ob alles deutlich ist. Ein Befragter sagt, er macht es immer und auch mehrmals während einer Konsultation. Dann wird noch von einer Person angegeben, dass es oft gemacht wird und von einer weiteren, dass sie nur bei Zweifel nachfragt.

Aus 10FR_Malmedy :

“On demande s'ils comprennent, on demande si tout est clair, que ce soit en anglais ou en allemand, pour moi part.

Vous faites cela quand?

Régulièrement, à chaque étape de soins ou de la consultation. Donc lors d'un soin, ou bien s'ils doivent avoir un radio. Maintenant, c'est vrai que parfois, c'est plus facile de les conduire, que de leur expliquer.“

Vier Befragte sagen, dass sie die Patienten wiederholen lassen was gesagt wurde. Zwei machen das, wenn sie zweifeln, ob der Patient wirklich verstanden hat. Eine Person sagt, dass sie es systematisch macht, wenn die Konsultation auf Deutsch stattfand.

Wenn die Patienten es nicht verstanden haben, wird es nochmal neu formuliert. Das geben drei Personen an, wobei eine Ärztin sagt, dass sie andere Pfleger holt, um es nochmal zu erklären.

Aus 4FR_Malmedy:

“Comment assurez-vous que le patient a tout compris?”

Je lui pose la question: 'Verstehen Sie?'. Et sinon, s'il y a encore des doutes, qu'ils n'ont pas tout compris, des infirmiers, réexplique après en allemand ou en néerlandais, quand c'est possible. “

Noch zwei Personen sagen, dass sie Kollegen um Hilfe bitten, um sicherzustellen, dass die Patienten es gut verstanden haben. Eine Person gibt an, hier Patientenbegleiter einzusetzen. Eine Pflegerin führt an, dass sie manchmal ein Dokument aufstellt mit allen Informationen, um mitzugeben, wenn es nicht gut klappt es dem Patienten zu erklären.

Aus 6FR_Malmedy:

“Je demandes de répéter les choses et je leur demande s'ils ont compris. S'ils n'ont pas compris on recommence. A la fin, je leur donne souvent un document avec toutes les informations dont ils ont besoin. “

Fazit: Verständnis prüfen

Verständnis wird in Malmedy und Sankt Vith auf ähnliche Weise überprüft. Obwohl in Sankt Vith 10 von 11 Befragten aussagten, dass sie nachfragen, ob alles deutlich ist, sagen in Malmedy nur 5 von 12 Befragten das zu machen. Man könnte also feststellen, dass in Malmedy weniger nachgefragt wird ob alles verstanden wird als in Sankt Vith.

In Sankt Vith werden die Patienten von 5/11 Befragten gebeten, bei Zweifeln zu wiederholen was gesagt wurde und in Malmedy waren es 4/12. 2 von 11 Befragten in Sankt Vith wiederholen es selbst nochmal in einer anderen Sprache, wenn es nicht klar ist, während in Malmedy 3 von 12 Befragten das machen. In Malmedy wird von zwei Befragten noch eine weitere Technik verwendet, namentlich dass sie bei ihren Kollegen um Hilfe bitten.

4.2.6. Hilfe zur Kommunikation

Wenn die Kommunikation nicht reibungslos verläuft, gibt es verschiedene Möglichkeiten, die eingesetzt werden können, die Kommunikation zu fördern. Die meisten Hilfsmittel, die genannt wurden, sind aber

eher anwendbar für Sprachen außer Deutsch und Französisch. Im Folgenden wird immer deutlich angegeben, ob es wirklich um Deutsch und Französisch geht oder nicht.

In Sankt Vith werden sehr oft Kollegen um Hilfe gebeten. 9 von 11 Befragten geben an, oft einen Kollegen zu holen, der die Sprache besser kennt und vielleicht übersetzen kann. Das passiert unter anderem oft für die Sprachkombination Französisch-Deutsch.

Daneben sagte *6DE_STVITH*: „Tablet ist immer noch der Favorit.“ Das stimmt mit den Antworten überein. 8 von 11 Befragten sagen, dass sie oft „das Tablet benutzen“. Es handelt sich dabei um ein Gerät, das die Pflegeleitung ihnen zur Verfügung gestellt hat, um darauf ‚Google Translate‘ zu benutzen. Andere Übersetzungsmaschinen werden von den Befragten nicht benutzt. Es ist nicht deutlich, ob viele Personen das Tablet auch für Kommunikation zwischen Deutsch und Französisch benutzen. Das Tablet wird sicherlich für weitere Sprachen verwendet.

Wenn Patientenbegleiter da sind, das heißt wenn der Patient jemanden dabei hat wie Familie oder Freunde, werden diese oft eingesetzt, bei der Kommunikation zu helfen. Wie unter 2.2.6. besprochen, kommen Patienten oft nicht allein zur Notaufnahme. 6 von 11 Befragten geben selbst Patientenbegleiter an. Patientenbegleiter werden in Sankt Vith eher für Sprachen außer Französisch und Deutsch eingesetzt. Danach wird die interkulturelle Mediatorin in fünf Antworten genannt. In Sankt Vith gibt es eine interkulturelle Mediatorin, die angeblich in slawische Sprachen dolmetscht. Sie dolmetscht also nicht zwischen Deutsch und Französisch. Dreimal wurde angegeben, dass das Reinigungspersonal schon mal zum Übersetzen eingesetzt würde, das passiert aber nur für Sprachen außer Französisch oder Deutsch. Auf Patientenbegleiter, interkulturelle Mediatoren und Reinigungspersonal wird im Folgenden nicht weiter eingegangen, weil es sich in dieser Studie vor allem über die Kommunikation in Französisch und Deutsch handelt.

In Malmedy bitten 11 von 12 Befragten Kollegen um Hilfe bei der Kommunikation, auch mit Französisch und Deutsch. Daneben werden am meisten Übersetzungsmaschinen benutzt. 9 von 12 Befragten geben an, dass sie ‚Google Translate‘ benutzen. Nur eine Pflegerin gibt an, manchmal auch ‚Reverso‘ zu verwenden. Die Befragten verwenden die Übersetzungsmaschinen auf ihrem eigenen Handy, und verwenden es meistens nicht für Französisch-Deutsch. Drei Personen sagen selbst, dass sie Patientenbegleiter bei der Kommunikation helfen lassen. Fünf Befragte erwähnen, dass sie manchmal Körpersprache benutzen.

Aus 7FR_Malmedy:

„Mais si ça ne marche pas, alors moi, ce que je fais, c'est que je fais de la gestuelle. Je fais beaucoup des mimiques et en général, ça va, je me débrouille. [...] Pour la douleur, je trouve que c'est facile avec les grimaces de mimer la douleur.,,

Zwei Befragte melden, dass Patienten manchmal Familie oder Bekannte anrufen, die die Sprache besser beherrschen und, dass dann aus der Ferne ‚gedolmetscht‘ wird.

Aus 1FR_Malmedy:

„Ça m'est déjà arrivé que la personne téléphone à quelqu'un, que j'explique en français à la personne et que la personne lui fasse la traduction alors après en allemand. Par téléphone ce n'est pas l'idéal.

Comment ça se passe?

Je fais des petits examens etc. J'aimerais bien interroger les gens, savoir ce qui les amène, si on ne sait pas communiquer. Ben là, je demande à la personne de communiquer.

Généralement ça se fait spontanément, la personne téléphone parce qu'il a quelqu'un dans son entourage qui parle français. Donc je vais lui téléphoner après la traduction et on se comprend bien. Une fois que j'ai la personne au téléphone je lui demande un petit peu de m'expliquer comment ça se passe. „

Aus 9FR_Malmedy:

„Ce qui est déjà arrivé aussi, c'est qu'ils téléphonent. Ils ne comprennent pas bien et ils téléphonent à quelqu'un de leur famille qui parle bien de langues. Et puis ils expliquent par téléphone, c'est déjà arrivé aussi, mais c'est pas souvent.

Comment ça se passe avec le téléphone?

C'est plus ou moins comme il y avait quelqu'un à côté, on lui dit: 'Voilà, il y a ça, il y a ça, il y a ça.' Puis, dans le téléphone et elle explique. S'il y a une question, d'eux, elle rend les questions de nouveau à leur. Puis on fait comme ça. Ce n'est pas souvent.,,

Manchmal wird auch das Reinigungspersonal eingesetzt, laut zwei Befragten, aber das passiert nur mit anderen Fremdsprachen. Ein Arzt sagte noch, dass er manchmal den Patienten Bilder zeigt, zum Beispiel wenn sie sich einer Radiographie unterziehen müssen, zeigt er das mit einem Bild auf seinem Handy.

Fazit: Hilfe zur Kommunikation

In Sankt Vith und in Malmedy ist kollegiale Unterstützung sehr wichtig. In Sankt Vith wurde von 9/11 angegeben, dass sie Kollegen um Hilfe bitten, wenn die Kommunikation mit Patienten nicht reibungslos verläuft. In Malmedy ist es noch etwas mehr mit 11/12. Das könnte dadurch kommen, dass in Sankt Vith mehr Sprachen gesprochen werden als in Malmedy, wodurch diese kollegiale Hilfe etwas mehr gebraucht wird. Die Kollegen werden vor allem in Malmedy zur Hilfe geholt für die Sprachkombination Französisch-Deutsch.

In Malmedy sagten zwei Personen, dass manchmal Bekannte des Patienten angerufen wurden, um bei der Kommunikation zu helfen. In beiden Fällen ging es um Französisch-Deutsch. Es scheint so zu sein, dass in Malmedy mehr Hilfe gebraucht wird bei der Kombination Französisch-Deutsch als es in Sankt Vith der Fall ist.

In den beiden Krankenhäusern werden fast gleich häufig Übersetzungsmaschinen verwendet, in den beiden Fällen kommt hauptsächlich Google Translate zur Sprache. Nur eine Person benutzt auch manchmal Reverso in Malmedy, sonst geben alle Google Translate als verwendete Übersetzungsmaschine an. Der einzige Unterschied besteht darin, dass in Sankt Vith ein Tablet benutzt wird und in Malmedy Handys benutzt werden. Das sollte aber keine Auswirkungen haben. Bei der Verwendung von Übersetzungsmaschinen ist es nicht deutlich ob es sich auch um Französisch und Deutsch oder nur um andere Sprachen handelt.

4.2.7. Wahrnehmung Unterschied Konsultation in Muttersprache und Fremdsprache

Die Befragten haben die Konsultationen in der Muttersprache und die in der Fremdsprache miteinander verglichen. Das haben sie auf verschiedenen Ebenen gemacht.

Nur eine Person in Sankt Vith gab an, dass es für sie gleich war, ob die Konsultation auf Deutsch oder auf Französisch war. Das sprachliche Repertoire von *1DE_STVITH* hat sich im Laufe der Jahre geändert. Sie hat Französisch völlig in ihr sprachliches Repertoire auf der Arbeit integriert.

Aus *1DE_STVITH*:

„Auf Deutsch ist es für mich ja schon viel einfacher einen zu beraten, weil okay vor 20 Jahren habe ich hier angefangen. Mein Krankenpflegestudium war ja auf Deutsch und dann konnte ich noch nicht die ganzen, also die Sachen, die ich eigentlich können musste. Mittlerweile kann ich die alle auf Deutsch oder auf Französisch, das ist gleich für mich. Die Beratung ob die auf Deutsch oder auf Französisch ist, das ist gleich. Aber in den anderen Sprachen natürlich nicht. Ich kann ein bisschen Englisch und ein bisschen ... nicht so gut wie Deutsch und Französisch. Aber Deutsch und Französisch kann ich beides.“

Für die anderen ist es aus unterschiedlichen Gründen schwieriger. Eine Befragte sagt zum Beispiel, dass es ihr schwerfällt, wenn sie etwas, was nicht oft vorkommt, erklären muss. Das kommt in der Tat vor, wenn man Wortschatzmangel erfährt, dass man nicht in einem *Code* weiterreden kann, aber der *Code* wechseln muss (zur Muttersprache) (siehe 2.3.2.). Sonst kann sie alles in der Fremdsprache sagen, weil es feste Redemittel sind. Zwei sagen, dass sie noch viele Fehler machen in der Fremdsprache. Zwei Befragte erklären, dass die Konsultation trockener verläuft und dass nur die Basis überkommt, dahingegen kann man in der Muttersprache mehr Details erwähnen. Das kann an der Weise liegen worauf man die Fremdsprache gelernt hat, und auf welchem Niveau man die Sprache erworben hat (siehe 2.3.1.).

Aus 4FR_STVITH:

„Ah oui, mes collègues me disent souvent que je parle plus sèchement en allemand qu'en français. Voilà, c'est ma façon de parler allemand. Je ne sais pas que je parle sèchement. Oui, au niveau du temps... Il y a certainement un petit peu... ehm des mots utilisés aussi. J'ai une meilleure maîtrise du français. Donc je sais utiliser des mots plus subtils qu'en allemand, ça peut être plus basique. Et puis les fautes dans la langue. Parce qu'avec tous les verbes qui vont à la fin et...le français et l'allemand ne ressemble pas ou ça peut coïncider au niveau de la grammaticalement. Sinon en générale... j'essaye de me débrouiller.,,

Eine Befragte sagt, dass für sie in einer Konsultation, wo sie eine Fremdsprache spricht, nicht das Medizinische schwierig ist, sondern was drumherum passiert. Das hängt wieder vom sprachlichen Repertoire ab. Wahrscheinlich hat diese Befragte ein breiteres Repertoire für medizinische Sprache, weil sie den Teil der Fremdsprache auch auf der Arbeit gelernt hat.

Aus 11DE_STVITH:

„Die medizinische Sprache, ist manchmal einfacher, weil da schon die Fachwörter sind. Man hat sich da rein gearbeitet. Die Alltagssprache, da hat man schon manchmal... Wenn die Patienten jetzt genau erklären: das und das ist passiert, mit speziellen Maschinen oder was, dann weiß ich nicht immer welche Maschine das ist. Dann muss ich das nachfragen oder nachschauen oder... Das macht jetzt, an sich, für die Behandlung keinen Unterschied. Meine Behandlung ist die gleiche und meistens, bespreche ich das mit dem Arzt. Aber der hat dann verstanden, welche Maschine das ist. Letztendlich für den Patienten ist es dann kein Problem. Das beeinflusst nicht die Behandlung.“

In Malmedy sagt die deutschsprachige Pflegerin, dass es für sie gleich ist, ob die Konsultation auf Französisch oder auf Deutsch stattfindet. Diese Pflegerin arbeitet schon 22 Jahre in der Notaufnahme in Malmedy und verfügt deshalb über umfangreiches französisches Repertoire. Sonst ist es schwieriger für jeden. 8FR_Malmedy erklärt warum es schwieriger ist. Je besser man eine Sprache beherrscht, desto besser die Konsultation verläuft.

Aus 8FR_Malmedy:

“Evidemment, c'est toujours plus simple dans sa langue maternelle. De plus on maîtrise une langue, plus c'est simple. En anglais, ça va aller aussi. Même si je me sens moins à l'aise, qu'en français et puis en allemand, je vais pouvoir y arriver. Je trouve ça amusant de parler une autre langue avec les gens, mais à un moment donné, on touche à ses limites et ça, c'est difficile. On doit quand même transmettre une information qui est importante pour les gens. Quand on touche à sa limite, c'est plus difficile. Il y a plus de risques d'erreur, pour les gens et pour nous.“

Eine gibt an, dass es der Fall ist, weil sie noch Fehler macht in der Fremdsprache. Eine Befragte sagt, dass es schwieriger ist, wenn man sich im Unbekannten austauschen muss. Das ist leicht zu erklären, da es sich auch um ein unbekanntes Repertoire handelt (siehe 2.3.1.). Vier Personen finden, es kostet mehr Zeit die Konsultation in der Fremdsprache zu führen. Eine Person fügt hinzu, dass es mehr Energie kostet.

Aus 2FR_Malmedy:

„Je crois que celle où je parle dans ma langue maternelle, c'est un peu plus rapide, je pense. Parce que, je cherche un peu moins mes mots. Je fais probablement moins de fautes de langage, mais on essaie toujours de comprendre en français ou dans une langue étrangère..“

Aus 10FR_Malmedy:

„Au niveau du temps, ça prend plus de temps. Au niveau de l'énergie, ça prend plus d'énergie. Quand j'ai travaillé à St. Vith, ce qui me prenait beaucoup d'énergie c'était de ne pas utiliser ma langue maternelle, la plupart du temps. Il faut bien dire que pour ce qui est du dialogue, une consultation risque, quand même d'être moins performante, moins efficace, dans une autre langue. Suivant le niveau de complexité du dialogue. Voilà, quelqu'un qui a mal au ventre ou quelqu'un qui s'est coupé le doigt, c'est plus facile de lui expliquer en allemand ce qu'il a au doigt, que ce qu'il a dans le ventre..“

Fazit: Wahrnehmung Unterschied Konsultation in Muttersprache und Fremdsprache

Es ergibt sich, dass die meisten Befragten in beiden Notaufnahmen eine Konsultation in der Fremdsprache als schwieriger erfahren. Dafür werden jedoch andere Gründe gegeben.

4.2.8. Small Talk mit Patienten

Wie man Small Talk mit den Patienten in der Fremdsprache führt, wird im Folgenden beantwortet. Small Talk kann als Technik verwendet werden, den Patienten in der stressigen Notaufnahme zu beruhigen.

Acht von elf Befragten in Sankt Vith sagen, dass sie Small Talk mit den Patienten schwierig finden, wenn sie es nicht in der Muttersprache machen können. Dreimal wird gesagt, dass obwohl sie es

können, wenn es nicht in der Muttersprache ist, sie es angenehmer finden, wenn sie Small Talk in der Muttersprache machen können. Hier ergibt sich, dass das Thema auch einen Einfluss hat. Small Talk könnte vielleicht schwieriger sein, weil es sich um weniger zu eigen gemachten Themen handelt, als wenn man sich nur über medizinische Themen unterhält (siehe 2.3.2). Das hängt wieder davon ab, wo man eine Sprache gelernt hat. Den deutschsprachigen Pflegern, die auf Französisch studiert haben, fällt es möglicherweise leichter sich über medizinische Themen auf Französisch zu unterhalten, als alltägliche Gespräche auf Französisch zu führen.

Aus 1DE_STVITH [Muttersprache Deutsch]:

„Ich denke, das ist schon schwieriger. Ich spreche Deutsch lieber als Französisch, weil das mir einfacher fällt. Gerade solche Sachen habe ich lieber auf Deutsch wie auf Französisch. Ich kann mich unterhalten mit den Patienten, aber auf Deutsch habe ich es lieber, natürlich.“

Aus 8FR_STVITH [Muttersprache Rumänisch]:

„Oui, quand tu sors d'un dossier médical, tu sors des questions classiques. Là, j'ai plus difficile, ça fait que j'ai un peu plus difficile de rassurer le patient, par exemple. „

Aus 11DE_STVITH [Muttersprache Deutsch]:

„Das ist jetzt nicht unbedingt, dass das nicht möglich ist, aber das ist eher, ich merke schon an mir, dass ich einfacher einen Zugang zu den Patienten habe, die deutschsprachig sind wie jetzt Patienten, die französischsprachig sind. „

Drei Personen sagen, dass es nicht (nur) sprachbezogen ist, sondern auch kulturell bestimmt ist. Sie haben es manchmal schwer, einzuschätzen, was man sagen kann. Die soziale Distanz ist größer, und deshalb führt das zu einem formelleren Gespräch (siehe 2.3.2).

Aus 2DE_STVITH [Muttersprache Deutsch]:

„Es ist distanzierter, weil man mit der Muttersprache speziell hier aus dem Bereich des Südens der DG kennt man auch den kulturellen Hintergrund der Leute. Man weiß auch ein bisschen, wie „die drauf sind“, wie man so schön sagt. Da macht man zum Beispiel einen kleinen Witz, wo man weiß: jemand stammt aus demselben kulturellen Background wie du, der weißt wie es gemeint ist. Ich weiß zum Beispiel nicht, wenn ich diesen Witz mit einem deutschen Patienten machen würde, wie das geht. Wir sprechen beiden Deutsch, aber der kommt aus einem anderen Bundesland aus Deutschland und kann vielleicht nicht darüber lachen. Das ist schon ein Unterschied.“

Im Zitat unten wird klar, dass Ostbelgien manchmal nicht nur als eine zweisprachige Region, sondern auch als eine Region mit zwei unterschiedlichen Kulturen erfahren wird.

Aus 3FR_STVITH:

„Pour moi, ce n'est pas facile. J'ai pas facile. Quand je parle avec quelqu'un qui est francophone, qui parle français, j'arrive à bien mettre à l'aise. J'ai plus facile, je trouve les mots, je blague. L'humour francophone n'est pas le même que l'humour germanophone. Donc, ce n'est pas toujours facile de trouver quelque chose pour les faire rire et les mettre à l'aise. Mais en règle générale, j'arrive quand même à le faire. C'est les bon mots qu'il faut choisir, s'ils ne sont pas le bons mots, ça ne marche pas (rit).„

Zwei Personen melden, dass es weniger mit Sprachen zu tun hat, als mit der zwischenmenschlichen Beziehung, ob man eher Small Talk macht oder nicht. Es hängt also für manche Personen nicht immer vom Thema ab, sondern auch vom Gesprächspartner.

Aus 4FR_STVITH (Muttersprache Französisch):

„Ça dépend, parce que si les personnes parlent français ou allemand, ça dépend. Il y a certaines personnes, j'ai plus facile de parler, qu'importe leur langue, ils vont être plus ouverts. On est plus dans le même état d'esprit, donc on peut papoter et rigoler un peu. Mais ça n'a pas d'influence par rapport à la langue, pour moi. Parce que parfois, je rigole tout autant avec des patients germanophones ou d'une autre nationalité, que francophone. C'est vraiment, je pense que ça dépend un peu du tout de l'humour du patient, comment il se sent, comment je me sens, de la langue, si on se comprend bien. En général, ça, c'est variable. C'est plus facile avec ceux qui parlent français, mais je le fais aussi avec ceux qui parlent allemand, parfois même avec ceux qui parlent anglais aussi. J'essaye un petit peu mais.... „

Der Pfleger, der völlig zweisprachig ist, sagt dass es für ihn keinen Unterschied macht, Small Talk mit Deutschsprachigen oder mit Französischsprachigen zu machen. Sonst sagen alle anderen, dass es auf die eine oder andere Weise doch schwieriger ist. Sei es, Witze zu machen, einzuschätzen wie die Person reagieren wird oder sei es die richtigen Wörter in der Fremdsprache zu finden.

In Malmedy sagen alle bis auf einen, dass es schwierig ist, Small Talk zu machen mit Patienten, die eine andere Muttersprache haben. Sie geben dabei an, dass die Kommunikation oft viel kürzer ist und dass es herausfordernder ist, eine Beziehung zu knüpfen. Das ergibt sich wahrscheinlich daraus, weil die Sprachkompetenz auf Deutsch etwas weniger gut ist.

Aus 5FR_Malmedy:

„C'est plus dur, parce que les blagues qui ont un sens dans une langue peuvent perdre complètement leur sens dans une autre, parce que le sens des mots n'est pas le même. Donc, c'est beaucoup plus dur de mettre à l'aise un patient dans une langue étrangère. Pour moi, qui n'a pas un bon niveau en langue, encore plus, c'est beaucoup plus dur de mettre à l'aise les patients à cette petite touche d'humour. La relation de confiance est plus difficile à mettre en place que quand on est dans une langue maternelle. Quand c'est l'anglais, ce sont des patients qui maîtrise de l'anglais de la même manière que nous. Je trouve qu'il à ce moment-là, ils sont plus ouverts et il y a moyen d'en rire. En fait, c'était un peu non-maîtrise de langue et il reste

ouvert quand même, malgré tout. Maintenant, concrètement, c'est beaucoup plus difficile d'arriver à établir ce lien. Ça dépend aussi de l'ouverture du patient. Ça dépend aussi de nous. C'est plus dur, clairement. „

Außer des medizinischen Repertoires, ist es herausfordernd, weil man sich mit Small Talk weniger gut auskennt (siehe 2.3.1). Das medizinische Repertoire ist am einfachsten, weil man damit vertrauter ist, denn man kommt meistens mit den medizinischen Themen in Kontakt.

Aus 9FR_Malmedy:

„C'est sûrement plus difficile. Il y a clairement moins de contacts. Les discussions sont moins profondes, plus courtes, c'est plus le minimum. Parfois, on essaye plus avec le non-verbal avec le toucher ou comme ça. Mais c'est vrai qu'au niveau de contacts, il y a moins où les informations sont peut-être parfois un peu moins précises. On peut dire: 'Vous avez ça'. Il y a une infection ou il y a un bras cassé. Il faudra opérer. Voilà, parfois, on va dire...ça explique un peu. Ce n'est pas toujours évident d'expliquer vraiment dans les détails...„

Aus 4FR_Malmedy:

„En général je papote moins, il y a moins de discussion. Parce qu'en général, pour répondre aux questions, ça prend déjà un peu plus de temps, on passe moins de temps à parler d'autre chose.

Oui, mais ou bien l'humour?

Ça, je ne sais pas faire l'humour en allemand. J'ai pas les compétences.

Quelle est l'influence de ça sur les connexion avec les patients?

En général ce n'est pas très grave, puisque les patients germanophones sont souvent un peu moins marrants, un peu plus réservés que d'autres patients. Je pense que l'humour est un petit peu moins important..„

Daraus zeigt sich, dass der kulturelle Aspekt auch wieder eine Rolle spielt und größere soziale Distanz verursacht.

Eine Person findet den Small Talk einfacher, weil es Alltagssprache ist und keine komplizierte medizinische Sprache. Das ist immer persönlich, bezüglich sprachlichen Repertoires (siehe 2.3.1.). Diese Person hat vielleicht die Sprache eher auf Basisniveau gelernt und kennt sich damit besser aus. In der Regel ist die Sprache, in der man studiert hat, auch die einfachste, um über medizinische Themen zu reden.

Aus 8FR_Malmedy

„Oui, c'est plus simple. Le papotage autour des choses simples, le repas, les déplacements, les salutations. Ça, ça va. 'Comment ça va?', etc. Des petites choses simples, ça va. Mais dès qu'on rentre dans des discussions compliquées, ça ne va pas. Au téléphone, parfois ça va aussi

quand on nous demande des renseignements. Mais ce n'est pas parfait. Il faudrait que je prenne des cours pour que ça aille mieux. On va dire si je dois me donner une cote. Je suis à trois-quatre sur dix., [Sie spricht über die deutsche Sprache]

Zwei Personen melden, dass wenn sie Small Talk machen, um die Patienten zu beruhigen und es nicht klappt sie manchmal Körpersprache benutzen.

Aus 1FR_Malmedy:

„C'est clair que le papotage c'est moins évident. C'est sûr qu'on ne peut pas entre guillemets détendre l'atmosphère comme on le fait avec les patients qui parlent français. Donc s'ils sont un peu plus stressés on utilise des gestes, on fait ça comme ça: Le pouce en l'air le pouce en bas. On voit un petit peu, mais on essaye plutôt avec le langage corporel à ce moment-là, plutôt que le langage verbal. On utilisant ce qui est possible. On lui tape sur l'épaule, on dit que ça va aller bien. Mais voilà il faut trouver un moyen pour les apaiser. Ce n'est pas parce on n'arrive pas à communiquer verbalement qu'il n'y a pas d'autre moyen de communiquer. „

Fazit: Small Talk mit Patienten

Es ist klar, dass im Allgemeinen in den beiden Krankenhäusern fast jeder lieber in der Muttersprache mit den Patienten spricht, weil sie sich in dieser Sprache sicherer fühlen und es einfacher ist. Das wirkt sich auch auf den Small Talk aus. In den beiden Krankenhäusern wird es als schwierig erfahren Small Talk zu betreiben, wenn sie nicht in der Muttersprache kommunizieren können (8/11 in St. Vith und 11/12 in Malmedy). Auch bei denjenigen, die sagen es zu schaffen, offenbart sich, dass es noch immer angenehmer ist in der Muttersprache.

4.2.9. Sprache der Krankenakte

In diesem Teil wird analysiert in welcher Sprache die Erstellung der Krankenakte geschieht.

In Sankt Vith schreiben nur zwei Befragte die Krankenakte auf Deutsch und eine davon sogar manchmal mit französischen Wörtern dazu. Zwei deutschsprachige Befragte schreiben sie sowohl auf Deutsch als auf Französisch.

Aus 6FR_STVITH:

„(Lacht laut) Das ist eine gute Frage! Ein Mischmasch! Ja, am Anfang, als ich hier angefangen habe zu arbeiten, habe ich nur in Französisch geschrieben, weil ich das vom Studium so kannte. Mittlerweile schwanke ich schon mal auf Deutsch um. Aber es kann auch sein, dass ich in Deutsch schreibe, aber trotzdem französischsprachige Wörter mit reinmische.

Innerhalb einer Akte kann es auch eine Mischung geben?

Ja, also in der pflegerischen Akte, ja. In der pflegerischen Akte kommt es häufiger vor. Jetzt wenn wir wissen: Okay, der Patient wird verlegt in ein anderes Krankenhaus, dann bemühen wir uns schon, dass wir nur in Französisch oder nur in Deutsch schreiben. Aber die Kollegen untereinander, wir verstehen es gut. Die Ärzte schreiben dann wohl eher auf ihrer Muttersprache alles. Dann ist es so: deutscher Text, und wenn wir dann das deutsche Wort wieder nicht wissen, dann mit Anführungszeichen das französische Wort und dann geht es weiter. Mittlerweile kriege ich es besser getrennt, vor allem den deutschen Fachwortwortschatz. Am Anfang habe ich sehr viel auf Französisch geschrieben.

Aber es ist nicht so, dass Sie zum Beispiel, wenn die Konsultation auf Deutsch war, dass Sie dann eher auf Deutsch schreiben?

Ja, doch auch, doch es beeinflusst auch. Ich glaube schon, dass ich das unbewusst mache, einem französischsprachigen Patienten, der mir auch die Anamnese auf Französisch erzählt, dass ich das auch auf Französisch dann in die Akte schreibe. Doch das ist eine berechtigte Frage, habe ich jetzt nicht daran gedacht. Aber unbewusst mache ich das schon auch.“

Aus 2DE_STVITH:

„Das ist ein Mix. Wenn so Tage sind, wo ich vielleicht müde bin oder es einfacher habe auf Deutsch zu schreiben, dann schreibe ich auf Deutsch. Je länger ich hier bin, es sind jetzt 10 Jahre, desto öfter schreibe ich auch schon mal auf Deutsch eine Akte. Anfangs habe ich immer nur auf Französisch geschrieben, weil ich auch auf Französisch mein Studium abgeschlossen habe und das war auch wirklich die Gewohnheit, aber mittlerweile ist es auch entweder Deutsch oder Französisch. Das ist nicht unbedingt in Bezug darauf, ob der Patient jetzt ein Frankophone ist oder ein Deutschsprachiger. Es sei denn, er hat mir z.B. in seiner Geschichte auf Französisch erzählt, die Umstände warum er zum Krankenhaus gekommen ist und dann erzählen die immer so eine ganze Geschichte die Leute, und daran vielleicht so zwei Wörter, die ich nicht so gut verstanden habe. Ich kenne die direkte Übersetzung nicht, ich habe das Wort aber mir gemerkt, dann schreibe ich das auch genauso in der Anamnese wieder und guck dann Nachhinein auch: ‘Was heißt das Wort?’“

Daraus ergibt sich, dass für die beiden Befragten das Studium als entscheidenden Faktor wirkt, in welcher Sprache sie am Anfang die Krankenakte erstellten. Das ist wiederum mit der Theorie des sprachlichen Repertoires verbunden (2.3.1.), denn so haben sie es gelernt. Die Erstellung der Krankenakte kannte man vom Studium auf diese Weise und dann wird das weiter durchgeführt. Aber im Laufe der Zeit hat sich das geändert und wird auch manchmal auf der Muttersprache geschrieben, weil man sich vermehrt daran gewöhnt hat.

Die übrigen Befragten schreiben auf Französisch. Alle Französischsprachigen schreiben die Krankenakte auf Französisch, davon hat auch niemand auf Deutsch studiert, so lässt sich dieselbe Theorie erweitern.

Aus 3FR_STVITH:

„Oui, je le mets en français. Pour être sûr de bien mettre ce qu'il faut. Pour les bons termes et les bonnes observations, que ce soit sûr, ce que je veux exprimer. Si je le mets en allemand, j'ai peur que ce ne soit pas les bons mots. Et alors on ne comprend pas bien ce que je veux dire.,,

Es gibt noch eine Deutschsprachige, die es als Übung auch auf Französisch schreibt.

Aus 1DE_STVITH:

„Ich versuche meistens auf Französisch zu schreiben. Das ist aber, damit ich drinbleibe, in den Wörter die ich so schreibe, dass es im Kopf behalten wird. Einfacher ist es auf Deutsch, aber ich habe mir gedacht, da kann ich es nochmal schreiben und nochmal denken, wie schreibe ich das. Es ist eine Übung für mich. Ich versuche auf Französisch zu schreiben.“

In Malmedy schreiben alle Befragten die Krankenakte auf Französisch, weil es ihnen leichter fällt, in der Muttersprache zu schreiben. Auch die deutschsprachige Pflegerin kennt das aus dem Studium so. Die Krankenakte wird nach sprachlichem Repertoire geschrieben. Das ist davon abhängig, auf welche Sprache man studiert hat.

Aus 5FR_Malmedy:

„Français. Même si le patient ne parle que l'anglais ou que l'allemand je le tape en français. Parce que, autant le parler, ça va encore, mais si je dois l'écrire... Plus rien ne va.,,

Aus 6FR_Malmedy:

“Non je le fait jamais en Anglais. Parfois je donne le rapport aussi aux patients. Alors vous cherchez quelqu'un qui peut mieux formuler les conclusions dans cette langue, afin de pouvoir vraiment les montrer.”

Fazit: Sprache der Krankenakte

Beim Schreiben der Krankenakte gibt es keinen Unterschied in Malmedy. Alle schreiben einfach auf Französisch. In Sankt Vith verläuft es gemischerter. Es fällt auf, dass keine Französischsprachigen auf Deutsch schreiben, aber dass das Umgekehrte schon der Fall ist. Die Deutschsprachigen schreiben entweder auf Deutsch mit französischen Wörtern oder ganz auf Französisch oder manchmal auf Deutsch und manchmal auf Französisch. Es gibt nur einen Deutschsprachigen, der nur auf Deutsch schreibt. Das ist oftmals der Fall, weil es auch mehr deutschsprachige Befragte gibt, die auf Französisch studiert haben. Nämlich drei in Sankt Vith und einen in Malmedy. Wenn man es im Studium in einer Sprache gelernt hat, führt man das anscheinend eine Weile lang so weiter bei der Arbeit.

5. Fazit

Die Forschungsfrage war: *„Wie verläuft die Kommunikation in den zweisprachigen Notaufnahmen der Krankenhäuser in Sankt Vith und Malmedy?“*

Die Sprachsituation der Notaufnahmen der beiden Krankenhäuser haben Einblicke in der ostbelgischen Gesellschaft erlaubt.

Wenn wir die Sprachen, in denen kommuniziert wird in der Notaufnahme von Sankt Vith mit der Notaufnahme von Malmedy vergleichen, wird deutlich, dass die Notaufnahme von der Klinik St. Josef viel zweisprachiger eingerichtet ist als die Notaufnahme vom CHRAM. Die zwei Gemeinden Sankt Vith und Malmedy liegen beide in Ostbelgien und haben sprachliche Sonderregelungen für Sprachminderheiten. Das heißt, dass man jeweils französische Sonderregelungen oder deutsche Sonderregelungen bekommt. Jedoch ist die Situation in den beiden Krankenhäusern unterschiedlich. Der Grund dafür besteht darin, dass das Personal in Sankt Vith sowohl mehrere Deutschsprachige, die auch Französisch beherrschen, sowie mehrere Französischsprachige, die Deutsch beherrschen, umfasst. Das führt dazu, dass die Notaufnahme in Sankt Vith in der Praxis eine zweisprachige Umgebung ist. Das Personal in Sankt Vith verfügt über ein vielfältiges sprachliches Repertoire. Das ist vor allem beim deutschsprachigen Personal der Fall. Die Deutschsprachigen belegen oft ihre Ausbildung auf Französisch, wodurch sie ihren Beruf in dieser Sprache lernen. In Malmedy hingegen ist das Personal, mit einer Ausnahme, vollständig französischsprachig. Von diesen Französischsprachigen können nicht alle auch Deutsch. Nur sechs von elf französischsprachigen Befragten gaben an Deutsch zu sprechen, wobei fünf davon noch hinzufügten, es nur ein wenig zu sprechen. Dahingegen spricht in Sankt Vith jeder Deutschsprachige Französisch und jeder Französischsprachige auch Deutsch, wobei einer angab es ein bisschen zu sprechen. Auch die zwei rumänischsprachigen Ärzte sprechen fließend Französisch und gut oder ein bisschen Deutsch. Sankt Vith hat in der Praxis also eher eine zweisprachige Notaufnahme als Malmedy. Wie viele jeweils anderssprachige Patienten es in beiden Notaufnahmen gibt, ist bisher noch nicht deutlich.

Auch was den Arbeitsalltag in der Notaufnahme betrifft, zeigt sich diese unterschiedlich ausgeprägte Zweisprachigkeit. In Malmedy wird unter Kollegen nur Französisch gesprochen. In Sankt Vith verläuft die interprofessionelle Kommunikation vielmehr in beiden Sprachen. Es scheint so zu sein, als ob die Deutschsprachigen in Sankt Vith sich jedoch eher den Französischsprachigen anpassen, als umgekehrt.

Grundsätzlich ist ersichtlich, dass die Kollegen sehr wichtig bei der Unterstützung der Kommunikation sind. Wenn die Kommunikation mit den Patienten nicht reibungslos verläuft, werden oft andere Kollegen angefordert, die die Sprache gut oder besser beherrschen. Hier zeigt die Befragung einen Unterschied zwischen den beiden Krankenhäusern, der sich mit der unterschiedlich starken Zweisprachigkeit begründen lässt: 9 von 12 Befragten in Sankt Vith bitten um kollegiale Hilfe. Daneben sind es 11 von 12 Befragten, die in Malmedy um kollegiale Hilfe bitten. Außerdem gibt es andere Hilfsmittel wie

Übersetzungsmaschinen, auch Begleitpersonen von Patienten oder das Reinigungspersonal und die interkulturelle Mediatorin (nur in Sankt Vith) helfen beim Übersetzen, aber das geschieht eher für Fremdsprachen außer Französisch und Deutsch.

In beiden Krankenhäusern ist zu sehen, dass das Personal es angenehmer findet mit den Patienten in der Muttersprache zu kommunizieren. Manchmal verläuft die Konsultation daher kürzer und trockener in der Fremdsprache als in der Muttersprache. Es wird auch als schwierig angegeben, wenn man sich mit den Patienten in der Fremdsprache über etwas Unbekanntes austauschen muss. Das lässt sich mit dem sprachlichen Repertoire und Wortschatzmangel erklären. Sogar wenn man die andere Sprache perfekt spricht, ist es angenehmer mit Patienten in der Muttersprache *smalltalken* zu können. Drei Befragte in Sankt Vith betonen dies im Interview. In beiden Notaufnahmen stellt sich heraus, dass Small Talk in der Fremdsprache schwieriger ist. In Malmedy finden etwas mehr Befragte es schwieriger als in Sankt Vith, aber das liegt vielleicht daran, dass das Sprachniveau unter dem Personal unterschiedlich ist. In den Interviews in Malmedy wird artikuliert, dass es herausfordernder ist, in der Fremdsprache eine Beziehung herzustellen.

Beim Schreiben der Krankenakte gibt es in Malmedy keine Unterschiede: Alle schreiben einfach auf Französisch. In Sankt Vith ist es in dieser Sicht viel gemischter, dort schreiben manche Deutschsprachigen die Krankenakte sogar auf Französisch.

Letztendlich kam in den Interviews zum Ausdruck, dass das Thema Kommunikation mit anderssprachigen Personen während der medizinischen Ausbildung nicht behandelt wird.

In der Summe lässt sich feststellen: Die Notaufnahme des CHRAMs ist vielmehr französischsprachig und die Notaufnahme der Klinik St. Josef ist hingegen vielmehr zweisprachig.

5.1. Beschränkungen

Die Befragten sind, wenn es Deutsch oder Französisch war, in ihrer Muttersprache interviewt worden. Die zwei rumänischsprachigen Ärzte in Sankt Vith wurden – nach ihrem Wunsch – auf Französisch interviewt. Meine Muttersprache ist Niederländisch. Die Interviews auf Französisch waren für mich herausfordernder als die Interviews auf Deutsch, weil ich nur im Sekundarunterricht Französischunterricht hatte und es seitdem beschränkte Möglichkeiten für Übung gab. Dahingegen habe ich schon fast vier Jahre Deutschunterricht an der Universität. Somit ist diese Sprache für mich einfacher als Französisch. Die Interviews auf Französisch waren oft deutlich kürzer als die auf Deutsch. Das könnte daran liegen, dass es weniger Mittel gab, weiter zu fragen. Es könnte hingegen auch daran liegen, dass diese Befragten weniger zum Thema hinzuzufügen hatten. Vielleicht ist es eine Kombination aus beiden Gründen. Es wurde auch versucht einen Dolmetscherstudenten zu finden, der über gute Französischkenntnisse verfügte, um bei den Interviews Unterstützung zu leisten. Dies ist leider nicht gelungen, daher wäre es besser bei weiterführender Forschung dafür zu sorgen, dass es

keine Beschränkungen geben kann wegen des Sprachniveaus. Es war trotzdem positiv, dass fast alle Befragten die Fragen in ihrer Muttersprache beantworten konnten.

Eine vollständige Übersicht der drei Krankenhäuser Ostbelgiens konnte leider nicht gegeben werden, weil Eupen zögernd war teilzunehmen. Der Grund dafür ist, dass wie auch unter 3.2. erwähnt, das föderale Expertisezentrum für das Gesundheitswesen (KCE) Ende Januar eine Schließung auf Grund von Kosteneffizienz und Zugänglichkeit für die Entbindungsstation von Eupen empfohlen hat. Die laufende Studie ‚2018-17 (HSR) Organisation und Zugänglichkeit von Notfalldiensten in der belgischen Krankenhauslandschaft‘ von KCE soll auch über die Notaufnahme von Eupen entscheiden. Das St. Nikolaus-Hospital Eupen möchte daher keine Risiken eingehen. Ich war aber auch im Krankenhaus Eupens zu Besuch und habe im Januar mit der Direktion über diese Studie gesprochen. Noch nichts war damals entschieden worden, aber dann ist die COVID-19-Gesundheitskrise begonnen und war es selbstverständlich klar, dass diese Masterarbeit sich nur mit den Krankenhäusern Malmédys und Sankt Viths auseinandersetzen konnte.

Daneben muss die Ausgangslage der Untersucherin berücksichtigt werden. Ich komme aus Flandern und meine Muttersprache ist Niederländisch. Außerdem spreche ich besser Deutsch als Französisch. Diese Ausgangslage habe ich, ohne es zu wollen, sowieso zu den Interviews mitgenommen. Zum einen kann man diese Ausgangslage als „neutral“ betrachten, da ich weder französischsprachig noch deutschsprachig bin. Zum anderen kann man diese Ausgangsposition auch als hinderlich betrachten, weil ich Deutsch studiere und daneben aus Flandern komme, wo man vielleicht eine andere Kultur hat.

Weil diese Masterarbeit in nur einem akademischen Jahr geschrieben wurde, war auch die Zeit beschränkt. Wie man in den Anlagen sehen kann, wurden noch mehr Fragen gestellt als hier behandelt worden sind. Der Grund dafür besteht darin, dass eine Auswahl anhand der Forschungsfrage getroffen werden musste. Andernfalls hätten sonst in dieser beschränkten Zeit zu viele Daten verarbeitet werden müssen. Daher wurden die relevantesten Fragen für die Zweisprachigkeit der Notaufnahme verarbeitet. Daneben ging es oft noch über Kommunikation in andere Fremdsprachen außer Deutsch und Französisch. Das wird in dieser Masterarbeit jedoch nicht behandelt. Dennoch sind diese Daten wertvoll und können später eventuell noch in einer anderen Studie verwendet werden.

5.2. Empfehlungen für weiterführende Forschung

Hier wird eine explorative Untersuchung thematisiert, weil noch keine anderen Studien in diesem Bereich vorliegen. Deshalb ist zukünftige Forschung sicherlich erwünscht. Diese Methode von persönlichen teilstrukturierten Tiefeninterviews ist wissenschaftlich relevant, weil die von den Befragten wahrgenommenen Lage untersucht worden ist. Es handelt sich dabei um persönliche Erfahrungen, die manchmal schwer zu vergleichen sind. Es wäre also nützlich, die wirkliche Situation untersuchen zu können. Dabei wird ersichtlich wie die Kommunikation in der Realität vonstattengeht. Die Wahrnehmung der Befragten und die Realität könnten dann zu einem interessanten Vergleich führen. Das könnte durch Beobachtungen in den vorher genannten Notaufnahmen durchgeführt werden.

Es wäre interessant, einen vollständigen Überblick zu bekommen über die drei Krankenhäuser Ostbelgiens. Für zukünftige Forschung wäre es daher wünschenswert, auch das St. Nikolaushospital in Eupen zu untersuchen.

5.3. Handlungsempfehlungen

In der Ausbildung hat keiner der Befragten in beiden Notaufnahmen Informationen darüber erhalten, auf welche Art und Weise sie umgehen sollten mit anderssprachigen Patienten. Es kann sich jedoch lohnen, in den Ausbildungen auch jeweils Deutsch oder Französisch beizubringen, wie es jetzt manchmal schon der Fall mit Englisch ist. Auf diese Weise sollten Deutschsprachige, die auf Französisch studieren, später bei der Arbeit keine Herausforderungen mit dem Fachjargon in der Muttersprache begegnen. Daneben ist es sicherlich auch nützlich für Französischsprachige, die in einer zweisprachigen Region arbeiten werden, ihren Beruf auf Deutsch zu kennen. Es wäre womöglich empfehlenswert, die Praktika in der umgekehrten Sprache zu machen als in der Muttersprache. Das könnte Fortschritt für die gegenwärtige Situation bedeuten.

Es könnte wünschenswert sein, die Fremdsprache während der Pause unter Kollegen gelegentlich in beiden Notaufnahmen zu sprechen. Auf diese Weise wird die Fremdsprache auf einem Basisniveau (weiter) erlernt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit mit den Kollegen, die Muttersprachler sind, zu üben. Es wäre schön, wenn man deshalb gegenüber den Patienten vermehrt Small Talk in ihrer Muttersprache (Deutsch oder Französisch) verwenden könnte. Das braucht nicht das ganze Gespräch zu sein, aber es wirkt schon affektiv, wenn man versucht sich einige Redemittel in der Fremdsprache zu merken. Die Patienten werden es zu schätzen wissen, wenn man die Sprache ein wenig spricht. Wie Holmes (2013) feststellt, hat dies eine positive Wirkung auf die Beziehung:

“A speaker may similarly switch to another language as a signal of group membership and shared ethnicity with an addressee. Even speakers who are not very proficient in a second language may use brief phrases and words for this purpose.” (Holmes, 2013: 35)

Literaturverzeichnis

- Anderson, E. S., Hsieh, D., & Alter, H. J. (2016). Social Emergency Medicine: Embracing the Dual Role of the Emergency Department in Acute Care and Population Health. *Annals of Emergency Medicine*, 68(1), 21–25. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2016.01.005>
- Angelelli, C. (2004). *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511486616
- Bilingualism and Multilingualism. New Dictionary of the History of Ideas . . Retrieved May 23, 2020 from Encyclopedia.com: <https://www.encyclopedia.com/history/dictionaries-thesauruses-pictures-and-press-releases/bilingualism-and-multilingualism>
- Coiera, E. W., Jayasuriya, R. A., Hardy, J., Bannan, A., & Thorpe, M. E. C. (2002). Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Medical Journal of Australia*, 176(9), 415–418. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04482.x>
- Cox, A. (2017). The dynamics of (mis)communication in language discordant multi-party consultations in the emergency department. Unveröffentlichte Doktorarbeit, Vrije Universiteit Brussel, Faculty of Arts and Philosophy.
- Cox, A., Rosenberg, E., Thommeret-Carrière, A.-S., Huyghens, L., Humblé, P., & Leanza, Y. (2019). Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment. *Patient Education and Counseling*, 102(8), 1439–1445. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.03.004>
- Cox, A., & Li, S. (2019). The medical consultation through the lenses of language and social interaction theory. *Advances in Health Sciences Education*. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-09873-2>
- Croskerry, P., & Sinclair, D. (2001). Emergency medicine: A practice prone to error? *CJEM*, 3(04), 271–276. <https://doi.org/10.1017/S1481803500005765>
- Davidson, H. (2019). The role of French in the Linguistic Landscape of the German-speaking Community of Belgium. In Claus D. Pusch Rolf Kailuweit Mónica Castillo Lluch (Hrsg.) *Linguistic Landscape Studies: The French Connection* (Sammelband) (S. 95-116). Freiburg im Breisgau: rombach Verlag.
- Deutschsprachige Ärzte in ostbelgischen Krankenhäusern? - Das Wort den Parteien. (2017). csp-dg. <https://www.csp-dg.be/single-post/2017/11/08/Deutschsprachige-%C3%84rzte-in-ostbelgischen-Krankenh%C3%A4usern---Das-Wort-den-Parteien>
- DG.be—Die Deutschsprachige Gemeinschaft. (o. J.). Abgerufen 12. Dezember 2019, von http://www.dg.be/desktopdefault.aspx/tabid-2788/5431_read-34851/
- DG.be—Die Menschen in der Deutschsprachigen Gemeinschaft. (o. J.). Abgerufen 15. Dezember 2019, von http://www.dg.be/desktopdefault.aspx/tabid-2826/5408_read-45661/

DG-Minister Antoniadis (SP) schlägt Studienförderung für mehr (deutschsprachige) Hausärzte vor. (2019, Februar 2). Ostbelgien Direkt. <https://ostbelgiendirekt.be/dg-minister-antoniadis-sp-schlaegt-studienfoerderung-vor-201920>

Die Deutschsprachige Gemeinschaft in Belgien. (o. J.). Abgerufen 12. Dezember 2019, von http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-72/186_read-448/

Die Sprachgebiete. (o. J.). [Karte]. Abgerufen 12. Dezember 2019 von http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-1059/1544_read-45675/

Die Sprachgebiete. (o. J.). Abgerufen 15. Dezember 2019, von http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-1059/1544_read-45675/

forsa Politik- und Sozialforschung GmbH (2018). Die Deutschsprachige Gemeinschaft Belgiens in der Einschätzung ihrer Bürger. Abgerufen 10. Januar 2020, von https://www.ostbelgienstatistik.be/PortalData/22/Resources/downloads/themen/demoskopische_umfrage/Abschlussbericht_dritte_demoskopische_Befragung.pdf

Gesundheits- und Krankenpflgewissenschaften. (2018). Abgerufen 11. Januar 2020, von http://www.ahs-dg.be/desktopdefault.aspx/tabid-5429/9801_read-52450/

Holmes, J. & Stubbe, M. (2004). Strategic code-switching in New Zealand workplaces: Scaffolding, solidarity and identity construction. In House, J., Rehbein, J. (Hrsg.), *Multilingual communication*. (S. 133-154). Amsterdam/Philadelphia: J. Benjamins.

Holmes, J. (2013). *An introduction to sociolinguistics*. London/New York: Routledge.

Intensiv- und Notfallpflege. (2018). Abgerufen 11. Januar 2020, von http://www.ahs-dg.be/desktopdefault.aspx/tabid-5746/9831_read-52686/

Kletečka-Pulker, M. (2016). Sprachbarrieren im Gesundheitsbereich – Reduktion des Haftungsrisikos durch Videodolmetschen. *GesundheitsRecht*, 15(4). <https://doi.org/10.9785/gesr-2016-0404>

Language repertoire. (2020). Linguistic Integration of Adult Migrants (LIAM). <https://www.coe.int/en/web/lang-migrants/repertoire-language->

Salaets, H., Segers, W., & Bloemen, H. (2008). *Terminologie van het tolken*. Nijmegen: Vantilt.

Schulsystem. (o. J.). Abgerufen 11. Januar 2020, von https://www.ostbelgienbildung.be/desktopdefault.aspx/tabid-2186/4270_read-31601/

Slade, D., Manidis, M., McGregor, J., Scheeres, H., Chandler, E., Stein-Parbury, J., Dunston, R., Herke, M., & Matthiessen, C. M. I. M. (2015). *Communicating in Hospital Emergency Departments*. Berlin/Heidelberg: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-46021-4>

Staat. (2012, Januar 13). Abgerufen 12. Dezember 2019, von https://www.belgium.be/de/ueber_belgien/staat

Verrept, H. & Coune, I. (2016). Gids voor de interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg.
Abgerufen am 10. Mai 2020 von

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/gids_nl_-_def.pdf

What is Social Emergency Medicine? (o. J.). The Andrew Levitt Center for Social Emergency
Medicine. Abgerufen 10. Mai 2020, von [https://www.levittcenter.org/what-is-social-emergency-
medicine](https://www.levittcenter.org/what-is-social-emergency-medicine)

Anlagen

Die Anlagen enthalten den Interviewleitfaden auf Deutsch, mit dem die Interviews durchgeführt wurden. Darüber hinaus eine Kopie der E-Mail, die an die drei Krankenhäuser geschickt wurde. Schließlich findet man ein Beispiel für die von allen Befragten unterzeichnete informierte Zustimmung.

1. Interviewleitfaden

1. In welchem Jahr sind Sie geboren?
2. Wie lange arbeiten Sie schon hier in der Notaufnahme?
3. Haben Sie immer in der Notaufnahme in X gearbeitet?
4. Was sind Ihre Aufgaben hier in der Notaufnahme?
5. Was ist Ihre Muttersprache?
6. Welche anderen Sprachen sprechen Sie?
7. Welche Sprache sprechen Sie jetzt zu Hause?
 - a. Mit Partner?
 - b. Mit Kindern?
 - c. Mit Ihren Eltern?
 - d. Mit ...?
8. Wo haben Sie studiert?
9. Können Sie mir erzählen, wie die Sprachsituation während Ihrer Schullaufbahn, d.h. in der Grundschule, der weiterführenden Schule und der Hochschule, aussah?
 - a. Anders als jetzt? Wie beeinflusst die Tatsache, dass Sie auf X studiert haben, Ihren medizinischen Fachjargon auf X?
10. Können Sie einen Überblick über die Sprachen geben, in denen Sie mit Ihren Kolleginnen und Kollegen in der Notaufnahme kommunizieren?
 - a. Bei der Arbeit
 - b. Während der Pause
11. Können Sie einen Überblick über die Sprachen geben, in denen Sie mit Ihren Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme kommunizieren?
12. Wie oft, also pro Woche, haben Sie hier Patientinnen und Patienten, die eine andere Sprache sprechen?
13. Wie entscheiden Sie in welcher Sprache die Beratung stattfindet?
 - a. Manchmal andere Sprache als Gespräch mit Patientinnen und Patienten? Einflüsse?
14. Wie stellen Sie sicher, dass der Patient, die Patientin alles verstanden hat?
15. Können Sie zwischen einer Beratung in der Sie, Ihre Muttersprache sprechen und einer in der Sie eine Fremdsprache sprechen einen Vergleich machen?
16. Was sind die möglichen Schritte, die Sie unternehmen, wenn Sie das Gefühl haben, dass die Kommunikation nicht reibungslos verläuft (mit anderssprachigen Patienten)?
17. Wie sind Ihre Erfahrungen mit Patientenbegleitern, die bei der Kommunikation helfen?

(Eltern, Freunde, Brüder, ...)

18. Ist es zu manchen Zeiten der Beratung schwieriger, in einer Fremdsprache zu sprechen als zu anderen? Zum Beispiel in der Eröffnungsphase, der Phase der Problemdarstellung, der Anamnese und der körperlichen Untersuchung, der Abgabe der Diagnose, dem Vorschlag von möglichen Behandlungen und dem Abschluss?
19. Welchen Einfluss hat ein Unterschied in der Muttersprache auf Small Talk/(um die Patienten zu beruhigen)?
20. In welcher Sprache erstellen Sie die Krankenakte?
21. Haben Sie schon mit einem Dolmetscher/ einer Dolmetscherin zusammengearbeitet? Ja...
Können Sie mal beschreiben wie das war?
Nein... Warum nicht?
22. Angenommen, es befinden sich mehrere Patienten in den Kabinen und alle bis auf einen sprechen Ihre Muttersprache. Wie würde sich das auf die Zeit auswirken, die Sie mit den verschiedenen Patienten verbringen?
23. Haben Sie in Ihrer Ausbildung Informationen darüber erhalten, wie Sie mit anderssprachigen Patienten kommunizieren können?
24. Möchten Sie noch etwas hinzufügen oder haben Sie noch Fragen?

2. E-Mail:

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Paulien Jenard und ich mache gerade ein Dolmetschstudium an der KU Leuven (Campus Antwerpen). Ich studiere Niederländisch, Deutsch und Flämische Gebärdensprache. Die **Masterarbeit** bildet den Abschluss meines Studiums und dazu möchte ich Sie um Ihre Hilfe bitten.

Im Rahmen meines Forschungsprojekts werde ich **die soziolinguistische Lage der Notaufnahme in Ostbelgien** analysieren. Ostbelgien ist aus sprachpolitischer und soziolinguistischer Sicht eine einzigartige und sehr interessante Region. Außerdem gilt die Notaufnahme als ‚Laboratorium der Gesellschaft‘ und ist somit ein sehr spannendes Forschungsobjekt. Das Ziel der Arbeit besteht darin, **durch Interviews mit der medizinischen Belegschaft der Notaufnahme ein Bild der Lage zu vermitteln. PatientInnen werden dabei weder observiert noch befragt.** Die Interviews würden mit Ihrem Einverständnis selbstverständlich **anonym und vertraulich** durchgeführt werden. Die Betreuer meiner Masterarbeit sind Herr Dr. Antoon Cox und Herr Jeroen Segers, die schon viel Erfahrung in diesem Bereich haben.

Ich möchte gerne die Lage in den Krankenhäusern von **Malmedy, Eupen und Sankt Vith** untersuchen. Die Interviews sollten zwischen Januar und Februar stattfinden. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie an dieser Untersuchung teilnehmen möchten.

Für weitere Frage stehe ich Ihnen jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

Paulien Jenard

Antoon Cox

Jeroen Segers

Chère Madame, Cher Monsieur,

Je m'appelle Paulien Jenard et je suis étudiante du master en interprétation à la KU Leuven (campus d'Anvers). J'étudie le néerlandais, l'allemand et la langue des signes flamande. Mon **mémoire de master** me permettra de parfaire mes études et pour réaliser ce mémoire de master, je vous saurais gré de votre aide.

Dans mon mémoire, j'analyserai **les circonstances sociolinguistiques des urgences dans les Cantons de l'Est** en Belgique. Les Cantons de l'Est constituent une région très intéressante du point de vue sociolinguistique et politique linguistique. En plus, les urgences sont 'le laboratoire de la société', c'est la raison pour laquelle ce sujet de recherche est captivant. Le but de mon mémoire est **de brosser la situation des urgences en interviewant le personnel médical. Nous n'observerons ni n'enquêterons les patients.** Les interviews seront utilisées **confidentiellement et anonymement.** Mes directeurs de thèse, Antoon Cox et Jeroen Segers ont déjà beaucoup d'expérience sur ce terrain.

Je voudrais rechercher la situation aux hôpitaux de **Malmedy, Saint-Vith et Eupen.** Les interviews auraient lieu entre janvier et février. Votre volonté de participer à ma recherche me rendrait très heureuse.

Si vous avez encore des questions, n'hésitez pas à me contacter.

Veuillez agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

Paulien Jenard

Antoon Cox

Jeroen Segers

3. Informierte Zustimmung



FACULTEIT LETTEREN
SINT-ANDRIESSTRAAT 2
2000 ANTWERPEN
BELGIE



<i>Informierte Zustimmung</i>
<p><u>Titel der Untersuchung:</u> Zweisprachige Kommunikation in der Notaufnahme in Ostbelgien aus soziolinguistischen Blickwinkeln.</p> <p><u>Name und Kontaktdaten der Forscherin:</u> Paulien Jenard paulien.jenard@student.kuleuven.be</p> <p><u>Zweck und Methode der Untersuchung:</u> Das Ziel der Untersuchung besteht darin, ein Bild der soziolinguistischen Lage der Notaufnahme Ostbelgiens zu vermitteln. Die Methode ist qualitativ und besteht aus teilstrukturierten Tiefeninterviews mit der medizinischen Belegschaft. Mit Hilfe eines Interviewleitfadens werden Fragen gestellt, um die soziolinguistische Situation der Notaufnahme skizzieren zu können.</p> <p><u>Dauer des Tiefeninterviews:</u> Ungefähr eine halbe Stunde</p>

- Ich verstehe, was von mir während dieser Untersuchung erwartet wird.
- Ich weiß, dass mit meiner Teilnahme Risiken oder Unannehmlichkeiten verbunden sein können. Das heißt, ich muss Zeit investieren, um an dem Interview teilzunehmen.
- Ich oder andere können auf folgende Weise von dieser Forschung profitieren:
Weitere Einblicke in die Kommunikation in den Notaufnahmen von Malmedy und St. Vith.
- Ich verstehe, dass meine Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich habe das Recht, meine Teilnahme jederzeit zu beenden. Ich muss keinen Grund dafür nennen und ich weiß, dass es für mich kein Nachteil sein kann.
- Die Ergebnisse dieser Forschung können für wissenschaftliche Zwecke genutzt und veröffentlicht werden. Mein Name wird nicht veröffentlicht, die Anonymität und die Vertraulichkeit der Daten ist in jeder Phase der Untersuchung gewährleistet.
- Ich möchte gerne über die Ergebnisse dieser Forschung auf dem Laufenden gehalten werden. Die Forscherin kann mich unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
.....
- Bei Fragen weiß ich, dass ich mich nach meiner Teilnahme wenden kann an:
paulien.jenard@student.kuleuven.be

Ich habe die obigen Informationen gelesen und verstanden und habe Antworten auf alle meine Fragen zu dieser Studie erhalten. Ich bin mit der Teilnahme einverstanden.

Datum:

Name & Unterschrift des Teilnehmers/der Teilnehmerin:

Name & Unterschrift der Forscherin:

In doppelter Ausführung ausgegeben



Consentement éclairé

Titre de l'enquête:

Communication multilingue au service des urgences dans les Cantons de l'Est, d'un point de vue sociolinguistique

Nom et coordonnées du chercheur:

Paulien Jenard

paulien.jenard@student.kuleuven.be

Objectif et méthodologie de la recherche:

Le but de cette recherche est de brosser la situation sociolinguistique des urgences des Cantons de l'Est en Belgique. La méthodologie est qualitative. La recherche contient des entretiens individuels semi-structurés et approfondis avec le personnel médical des urgences. À l'aide d'un guide d'entrevue, des questions seront posées pour décrire la situation sociolinguistique dans le service des urgences.

Durée de l'interview:

Environ une demi-heure

- Je comprends ce que l'on attend de moi pendant cette interview en profondeur.
- Je sais qu'il peut y avoir des risques ou des inconvénients associés à ma participation: Investir le temps que prendra l'entrevue.
- Moi ou d'autres personnes pouvons bénéficier de cette recherche de la façon suivante: Plus de compréhension du fonctionnement de la communication dans les services d'urgence des hôpitaux de Malmédy, Eupen et Saint-Vith.
- Je comprends que ma participation à cette étude est volontaire. J'ai le droit de mettre fin à ma participation à tout moment. Je ne dois pas donner une raison pour cela et je sais que cela ne peut pas être un désavantage pour moi.
- Les résultats de cette recherche peuvent être utilisés à des fins scientifiques et peuvent être publiés. Mon nom ne sera pas publié, l'anonymat et la confidentialité des données sont garantis à chaque étape de l'enquête.
- Je souhaite être tenu informé des résultats de cette recherche. L'enquêteur peut me contacter à l'adresse e-mail:
.....
- Pour les questions je sais que je peux contacter après ma participation:
paulien.jenard@student.kuleuven.be

J'ai lu et compris les informations ci-dessus et j'ai reçu des réponses à toutes mes questions concernant cette étude. J'accepte de participer.

Date:

Nom du sujet et signature:

Nom du chercheur et signature:

Formaté en double exemplaire