

Masterarbeit

im Masterstudiengang Deutsch als Fremdsprache: Kulturvermittlung
an der Freien Universität Berlin

Gemäß § 9 der Studien- und Prüfungsordnung des Fachbereichs Philosophie und
Geisteswissenschaften vom 19.04.2017

Fachbereich: Philosophie und Geisteswissenschaften

Passivvermittlung in spezialisierten Kursen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge

eingereicht von:

Ena Teskeredžić

Abgabetermin: 28.03.2022

Prüferin (Betreuerin): Dr. Ulrike Sayatz

Prüferin: Prof. Dr. Almut Hille

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Das Passiv im Deutschen.....	5
2.1 Passivfähigkeit und das agentive Subjekt.....	6
2.2 Alternativformen	11
2.3 Literarisierungskontext.....	13
3. Passiverwerb und -vermittlung im berufsbezogenen Deutsch.....	16
3.1 Zum Passiverwerb im berufsbezogenen Deutsch.....	16
3.2 Implikationen im Berufsalltag.....	26
3.3 Exkurs: Passiv-Vermittlung in berufsbezogenen Lehrwerken	30
4. Empirische Untersuchungen.....	34
4.1 Exkurs.....	34
4.1.1 <i>werden</i> -Passiv im Bosnischen als L1	34
4.1.2 <i>werden</i> -Passiv im Englischen.....	37
4.2 Häufigkeit und Verwendung in schriftlichen Handlungsfeldern.....	40
4.3 Beschreibung der Studie.....	43
4.3.1 Aufbau	43
4.3.2 Hypothesen.....	46
5. Auswertung der Untersuchungsergebnisse.....	48
5.1 Erschwerende Faktoren	48
5.2 Ergebnisse und Auffälligkeiten	49
5.3 Interpretation	56
6. Didaktische Implikationen für die Passiv-Vermittlung.....	58
6.1 Erkenntnisse aus der Forschung und Studie.....	58
6.2. Unterrichtsentwurf.....	59
6.3 Unterrichtsskizze 1	61
6.3 Unterrichtsentwurf 2.....	63
7. Zusammenfassung und Ausblick.....	65

1. Einleitung

Das Passiv ist sowohl Bestandteil synchroner Grammatikbeschreibungen als auch ein wichtiger Baustein des Unterrichts Deutsch als Fremdsprache (DaF). Zum ersten Mal werden Passivkonstruktionen auf der Stufe A2 des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens (GER) in einschlägigen Lehrwerken des Hueber- und Klettverlags eingeführt (vgl. Menschen A2). In einer selbständigen Sprachanwendung wird das Passiv erst in der Stufe B2 im GER implizit eingeführt. Jedoch wird das Passiv selten in der Alltagssprache benutzt und ist demzufolge auch kein Maßstab für eine Kommunikation im Alltag. Die kommunikative Notwendigkeit des Passivs taucht erst bei Lernenden auf, die in Fach- und/oder Wissenschaftssprache kommunizieren müssen, die wiederum Anwendung in bestimmten Berufen finden: „Passivsätze lassen das Geschilderte somit häufig objektiver erscheinen, weshalb sie gerade in Fach- und Wissenschaftssprachen sehr verbreitet sind“ (Duden online 2021). Im Berufsalltag sollen die DaF-Lernenden verschiedene Möglichkeiten nutzen, sich sprachlich weiterzubilden. Denn aktuell ist das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) damit beschäftigt, allen berufstätigen Personen, die seit kurzem in Deutschland wohnhaft sind, eine berufsbezogene Deutschförderung in spezialisierten Kursen anzubieten, u.a. um die Integration in den Berufen im Gesundheitswesen zu erleichtern (Spezialkurs „Gesundheitsfachberufe“¹). Dadurch, dass in diesen Berufen standardisierte Dokumentationspflicht besteht, ist es üblich, Passiv und alternative Konstruktionen dabei anzuwenden und somit ist dieser Berufskontext für diese Arbeit geeignet. Ziel dieser Masterarbeit ist es, diesen Passiverwerb und die Passivvermittlung im Kontext der Gesundheitsfachberufe zu untersuchen. Es wird berücksichtigt, dass bosnische, kroatische und serbische DaF-Lernende mit unterschiedlichem Passiv-Vorwissen und mit verschiedenen L1 in einen deutschen Spezialkurs kommen. Hierbei ist es wichtig zu erforschen, ob die Lernenden potenzielle Passiverwerbsprobleme auf einer syntaktischen, pragmatischen und/oder einer Realisationsebene haben und welchen möglichen Einfluss speziell die L1 der bosnischen, kroatischen und/oder serbischen Lernenden darauf hat. Letztendlich stellt sich die Frage, ob das Passiv gerade im Rahmencurriculum zum Spezialkurs berücksichtigt wird und ob es hierzu überhaupt didaktisierte Herangehensweisen in berufsbezogenen Lehrwerken für Medizin und Pflege gibt.

¹ https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Integration/Berufsbezsprachf-ESF-BAMF/BSK-Konzepte/konzept-nichtakademische-gesundheitsberufe.pdf?__blob=publicationFile&v=9

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Zuerst wird ein Einblick in die Passivformen, Funktionen sowie die syntaktischen, semantischen und pragmatischen Aspekte des Passivs gegeben. Vor allem ist es wichtig zu sehen, in welchen Fällen Aktivsätze nicht passivfähig sind, um potenzielle Unklarheiten bei der berufsbezogenen Literarisierung der DaF-Lernenden zu entnehmen: Wir möchten lösungsorientiert sehen, welche Ersatzmöglichkeiten sich in der Literatur hierzu anbieten. Danach wird der berufsbezogene Literarisierungskontext behandelt, indem schriftliche und mündliche Kontexte identifiziert werden, in denen das Passiv konstitutiv ist. Schließlich sollen in diesem Kapitel auch Deutsch für Spezialkurse von Bildungssprache abgegrenzt werden. In Kapitel 3 wird zunächst die Frage nach dem Passiverwerb in den Forschungsrahmen der L2 und der deutschen Sprache in Spezialkursen eingeordnet. Zuerst wird aufgeführt, in welchen berufsbezogenen Kommunikationsbereichen das Passiv konstitutiv ist, d.h. in welchen rezeptiven und produktiven Handlungsfeldern DaF-Lernende das Passiv benutzen. Im Anschluss wird als Exkurs erörtert, wie das Passiv in Hinsicht auf die Grammatik und Textsorte in berufsbezogenen Lehrwerken für Medizin und Pflege vermittelt wird und welche Möglichkeiten es zur Vermittlung in der neusten DaF-Forschung gibt. Im empirischen Teil 1 dieser Arbeit (Kapitel 4) werden Interviews mit Ärzt:innen und Pflegekräften durchgeführt. Es wird auf die Frage eingegangen, inwieweit das Bosnische als L1 und das Englische als Tertiärsprache eine Rolle beim Erwerb des Passivs im Deutschen spielen. Es wird der Gebrauch des Passivs in konkreten Kommunikationssituationen untersucht. Im empirischen Teil 2 dieser Arbeit werden Ärztebriefe² und Pflegeprotokolle in Hinsicht auf die Häufigkeit und Verwendung des Passivs analysiert. Im Kapitel 5 werden die erhobenen Daten aus Kapitel 4 ausgewertet und in Bezug auf den Passiverwerb und die Passivnotwendigkeit für die Literarisierung interpretiert. Es wird anhand der Theorien (Kapitel 3) und der Daten (Kapitel 4) gezeigt, welche Aspekte des Passivs im spezialisierten Deutschunterricht vermittelt werden sollen. Es wird sowohl eine Skizze zur Vermittlung des Passivs als grammatische Einheit erstellt, als auch eine zur Vermittlung der Textsorten Ärztebrief und Pflegeprotokoll. In Kapitel 7 wird es einen Ausblick geben, inwiefern die vorliegende Masterarbeit in einen Kontext der weiteren Forschungstendenz gesetzt werden kann.

² Bei den Eigenbezeichnungen aus dem medizinischen Bereich wird das generische Maskulinum verwendet, da diese überall so angeführt und gelehrt werden.

2. Das Passiv im Deutschen

Um die potenziellen Erwerbsschwierigkeiten zu ermitteln, müsste zunächst kurz die Passivbildung und die Passivfähigkeit erläutert werden. Das letztere ist dann eine Einleitung in die potenziellen Schwierigkeiten.

Das Passiv im Deutschen ist die Genus Verbi Form und kann auf verschiedene Art ausgedrückt werden: typischerweise durch das *werden*-Passiv; daneben gibt es das *bekommen*-Passiv und das *sein*-Passiv. Neben diesen Passivkategorien gibt es auch andere Ersatzkonstruktionen, die Passivität ausdrücken können. Diese werden im Kapitel 2.2 erläutert.

In dieser Arbeit stehen das werden-Passiv und seine Ersatzkonstruktionen im Fokus. Zum einen ist die *werden*-Form *das Passiv schlechthin* (vgl. SCHÄFER 2018, 436), *die zentrale Passivkategorie* und *gewöhnlichste Form der Passivbildung* (vgl. DUDEN 2016, 556). Zum anderen ist das *werden*-Passiv die erste Passivkategorie, mit der sich die DaF-Lernenden im Deutschen auseinandersetzen und somit ebnet diese Form den Weg zum Verständnis der anderen Passivformen. Sich mit allen Passivformen zu befassen, würde den Umfang dieser Masterarbeit überschreiten.

Das werden-Passiv wird im Deutschen mit dem konjugierten Hilfsverb *werden* zusammen mit dem Partizip 2 des Vollverbs gebildet.

- Der Rachen **wird** örtlich **betäubt**.
- Der Rachen **muss** örtlich **betäubt werden**.

Bei den passivistischen Formen im Perfekt, Plusquamperfekt und Futur 2 geht bei *werden* im Partizip 2 das *ge* verloren.

- Die Untersuchung **ist durchgeführt worden**. (kein *geworden*)
- Die Untersuchung **hat durchgeführt werden können**.

Futur 1 wird jedoch meistens durch Präsens ersetzt, Futur 2 durch das Perfekt.

- Der Untersuchungstisch **wird** in die CT-Röhre **geschoben**.
- Der Untersuchungstisch **wird** in die CT-Röhre **geschoben werden müssen**.

Was die Aktiv-Passiv Diathese anbelangt, ist für diese Arbeit auf syntaktischer Ebene nennenswert, dass eine Subjektinversion stattfindet: Das Subjekt wird zur präpositionalen Ergänzung (von+Dat) heruntergestuft, wenn überhaupt realisiert. Dadurch, dass die von-Phrase also fakultativ ist, kommt in ca. 90% der *werden*-Passivkonstruktion die von-Phrase nicht vor, bei der nicht-Realisierung verändert sich die syntaktisch-semantische Valenz des Verbs und es

kommt zu einer Valenzminderung im Passivsatz (vgl. DUDEN 2016, 561; EISENBERG 2020, 133 ff.). Somit wäre also geklärt, welche Funktion der Passivsatz hat, nämlich das Blockieren oder das Loswerden (vgl. EISENBERG 2020:133 ff.; PRIMUS 2015:97) des Argumentes aus dem Aktivsatz. Warum dem so ist, wird in Kapitel 2.3 behandelt. An dieser Stelle muss auch gesagt werden: Ob die *von*-Phrase im Passivsatz realisiert wird oder nicht -sie ist von der Bedeutungsseite her trotzdem aktiv und wird *logisches Subjekt* genannt (vgl. EISENBERG 2020; DUDEN 2016, 560; PRIMUS 2015, 97).

WEGENER (1998) weist im Anfangsteil ihrer Studie auf bestimmte Konstruktionen hin, die auf einer semantischen, syntaktischen und pragmatischen Ebene den Passiverwerb potenziell verzögern können. WEGENER spricht vorerst über den Lerngegenstand und äußert seine Komplexität, indem sie sich dem Passiv auf den Ebenen der Morphologie, dann der lexikalischen Semantik und schließlich der Pragmatik nähert: Auf der morphologischen Ebene müssen die Lernenden bereits die Partizipformen und die Formen des unregelmäßigen Hilfsverbs *werden* kennen. Wenn diese Voraussetzungen geschaffen sind, müssen die Lernenden die lexikalischen Bedeutungen der Partizipien und des Hilfsverbs *werden* verstehen. Zudem sollen die Lernenden sehen, dass nicht alle Verben passivierbar sind. Zum Schluss wird auf der lexikalischen Basis gelernt, dass im Passiv das Objekt zum Subjekt transformiert wird und dass das Subjekt, also das Agens³, nicht realisiert werden muss. Nichtsdestotrotz bleibt das Passiv eine semantisch zweistellige Konstruktion (vgl. WEGENER 1998). Eine Beschreibung des detaillierten Passiverwerbs wird in Kapitel 3 gegeben.

Ältere Grammatiken gehen davon aus, dass der Mittelpunkt der Passivforschung transitive Verben und das Objekt des Aktivsatzes sind (vgl. Helbig/Buscha und Duden): Nur transitive Verben seien passivierbar – also solche Verben, die neben dem Nominativ noch eine Akkusativergänzung verlangen (siehe Kapitel 2.1). Es ist also beim Passiverwerb nicht damit getan, dass die DaF-Lernenden die Aktiv-Passiv Diathese kennen, sondern sie müssen auch erkennen können, wann ein Verb überhaupt passivfähig ist. Was die DaF-Lernenden jedoch nicht verstehen, ist, wann das Verb passivfähig ist. Dies hängt wiederum davon ab, ob ein Verb ein agentives Subjekt vergibt.

2.1 Passivfähigkeit und das agentive Subjekt

Die Passivfähigkeit der Verben benötigt eine komplexe Analyse auf der syntaktischen und semantischen Ebene. Auf der semantischen vor allem, da diese Analyse bei der Bestimmung

³ In der Literatur wird *das Agens* und *der Agens* benutzt. In der Arbeit wird *das Agens* benutzt.

des agentiven Subjekts hilft, welcher die Voraussetzung für die Bildung eines Passivsatzes ist. Die semantische Seite hat ihren eigenen Begriff für die von-Phrase, nämlich die Agensphrase, was auf das Agens (Subjekt) zurückzuführen ist. Durch die Definition des Agens und der Agentivität kommen wir dem agentiven Subjekt näher.

Das Agens wird als *willentlicher Verursacher* definiert. SCHÄFER (2018, 439) kommt zu dem Ergebnis, dass eine Agens-Definition, nämlich eine *willentlich handelnde Person*, bei der Bestimmung eines agentiven Subjekts ungenügend ist. Das zeigt er am folgenden Beispiel (ebd.):

- A. Eine Wolke überholt den Pteranodon.
- B. Der Pteranodon wird von einer Wolke überholt.

Hier kommt schnell der Verdacht auf, dass der Passivsatz keine vollkommene Gültigkeit hat. Jedoch ist der Passivsatz grammatisch gesehen korrekt. Die Wolke im Aktivsatz ist kein *willentlicher Verursacher* – SCHÄFER führt aus, dass eben deswegen kein Agens anhand nur einer Eigenschaft kategorisiert werden sollte (ebd.). Um das Agens zu definieren, werden andere Komplemente gebraucht, durch die wir das Agens anhand mehrerer Agensmerkmale definieren. Man kann beispielsweise durch Basisrollen Agens und Rezipient relativ zueinander erforschen: EISENBERG (2020, 78 ff.) führt aus, dass ein Rezipient weniger Agensmerkmale und somit eine niedrigere Agentivität als ein echtes Agens hat. Zur Bestimmung der Agensmerkmale brauchen wir Basisrollen.

Basisrollen werden von Verben vergeben, die Basisprädikate heißen. EISENBERG (ebd.) weist darauf hin, dass die englischen Bezeichnungen üblich in der Sprachwissenschaft sind⁴. Es gibt fünf Basisprädikate, die Basisrollen verteilen. Ein Verb kann mehrere Rollen vergeben, die gleichermaßen in Aktiv- und Passivsätzen verteilt werden können. Ein Verb kann aber nicht mehrere Rollen an ein Komplement vergeben. Semantisch gesehen kann aber ein Komplement mehrere logische Argumente haben (maximal zwei). Wenn ein Agens mehr logische Argumente vertritt, erhöhen sich die Agensmerkmale und machen das Agens agenshafter. Das prototypische Agens wird in einem Aktivsatz mit Nominativ (Subjekt) kodiert; das nicht-prototypische Agens wird im Dativ kodiert (ebd.). Ohne Einschränkung überzeugend ist, dass die Möglichkeit eines Passivs von der Rollenverteilung, genauer der prototypischen Agens-Rolle bzw. dem agentiven Subjekt, abhängt (SCHÄFER 2018, 436 f.).

⁴ Eisenberg hat die Basisrollen von Beatrice Primus (2012) übernommen. Sie wiederum hat diese Rollen in Anlehnung an Dowty (1991) herausgearbeitet. Für diesen Forschungskontext ist Filmore (1968) zu erwähnen.

Abbildung 2 zeigt Basisrollen, ihre Agentivität und einen Beispielsatz. Mithilfe dieser Basisrollen- Abbildung kann man die Agensmerkmale eines Komplementes bestimmen und damit zeigen, inwiefern ein Subjekt agentiv ist. Eine Agentivitätsabstufung wird wie folgt dargestellt, wobei die Abbildung etwas überarbeitet und von EISENBERG (2020, 78 ff.) übernommen wurde:

Abbildung 1: Agentivitätsabstufung EISENBERG (2020, 78 ff.)

	Basisrolle	Agentivität	Beispiel
1.	a. Control als Kontrolleur	Prädikat mit Höchster Agentivität = Control; ausgeprägte Intentionalität.	Die Ärztin behandelt den Patienten ambulant. → Der Patient wird ambulant behandelt.
2.	b. Cause als Verursacher	Cause = die Agentivität ist niedriger; die Intentionalität fehlt.	Die gelungene Operation beruhigt die Familie. → Die Familie wird beruhigt.
3.	c. Move als physisch aktiv/ Bewegungsträger	Move = jemand bewegt und verursacht damit etwas; nicht umgekehrt.	Die Pflegekraft gibt dem Patienten einen Rollator. → Ein Rollator wird dem Patienten gegeben.
4.	d. Exper als der Wahrnehmende	Experte = jemand, der Kontrolle über etwas hat, nimmt es auch wahr.	Die Punktierung der Leiste misslingt ihm. → *Dem wird die Punktierung der Leiste misslungen.
5.	e. Possess als der Verfügur/ Bestitzer	Possess = allgemeine Zugehörigkeitsbeziehung; Verfügung ist ein schwaches Agensmerkmal.	Dem Personal fehlen drei Packungen Nitrilhandschuhe. → *Drei Packungen Nitrilhandschuhe werden gefehlt.

Des Weiteren soll Erwähnung finden, dass nach PRIMUS (2015, 80) semantische Rollen, die für die Basisrollen konstitutiv sind, nur in Bezug auf den Passiv erwähnt werden. Sie folgert, dass die so späte Auseinandersetzung mit semantischen Rollen zu einer ungenügenden Darstellung neben dem Passiv aller anderen Grammatikeinheiten führt. Es stellt sich also die Frage, wie Passiv ohne semantische Rollen im DaF-Unterricht erklärt werden und inwiefern semantische Rollen zum besseren Verständnis beitragen würden.

Um Schäfers oben genanntes Beispiel mithilfe Eisenbergs Basisrollen aufzulösen und so auch ein Beispiel einer Erklärung anhand von Basisrollen zu bieten, werden logische Argumente (x,y,z) benutzt. Logische Argumente stellen den zu identifizierenden Sachverhalt der jeweiligen Komplemente dar. Es können immer nur zwei Stellen an ein Komplement vergeben werden:

- Eine Wolke (y) überholt den Pteranodon (y,x).

überholen: Cause (y), Exper (y,x)

Die Wolke ist also der Verursacher, aber nicht der Kontroller, da eine willentliche Intentionalität dabei fehlt: Seine Agensmerkmale sind geringer als beim Kontroller. Währenddessen ist der Pteranodon ein Wahrnehmender, der es wahrnimmt und damit Kontrolle über seine Wahrnehmung hat (y,x).

Die Basisrollen aus der obigen Abbildung werden auch bei der Dekodierung der Beispiele 4 und 5 aus der Abbildung behilflich sein. Mithilfe dieser werden in der folgenden Abbildung die Verhältnisse in einem Aktivsatz und/oder Passivsatz beschrieben: Es werden nicht-agentive Subjekte und damit auch nicht-passivfähige Verben erfasst. Daraus folgt also, dass *Exper* und *Possess* eine sehr schwache Agentivität haben. Vom Basisprädikat bekommen sie demnach kein Komplement verteilt, das ein prototypischer Agens ist. Es kann festgehalten werden, dass diese Basisprädikate nicht passivfähig sind. Jedoch wird zum Diskurs eine weitere mögliche Unterteilung der passivfähigen Verben betrachtet: die transitiven und intransitiven Verben. Vor allem wird in der Fachliteratur die Definition stark diskutiert, dass (nur) alle transitiven Verben einen Passivsatz bilden können.

SCHÄFER (2018, 436 f.) beschreibt also zutreffend, dass es eine eingeschränkte Sichtweise ist, wenn behauptet wird, dass nur transitive Verben passivfähig und reflexive⁵ und intransitive es nicht sind. Einerseits gibt es auch transitive Verben, wie in der obigen Abbildung an Beispiel 4 und 5 dargestellt, die nicht passivfähig sind. Andererseits gibt es auch intransitive Verben (die, die kein direktes Objekt reagieren), die durchaus passivfähig sind und die Unergative genannt werden. Zur Probe dient das intransitive Verb *helfen* und den Satz *Der Arzt hilft dem Patienten*. Der Passivsatz lautet: *Dem Patienten wird geholfen*. Daneben können sie ein unpersönliches Passiv bilden: *Die Pflegekraft rauchte*. → *(Hier) wurde geraucht*. An diesem letzten Beispiel ist zu erkennen, dass der Passivsatz nicht vom direkten Objekt abhängt – eine weitere Sicht älterer Grammatiken (vgl. Helbig/Buscha und Duden) - sondern vom agentiven Subjekt. Was für die DaF-Lernenden schwer verständlich ist, ist, wann das Verb das agentive Subjekt vergibt und was die Voraussetzung für die Passivfähigkeit ist.

Dass einige Transitive nicht passivfähig sind und wann Intransitive kein Passiv bilden können, wird durch Basisrollen in der Abbildung unten anhand eines prototypischen Beispiels beschrieben Die Ergative (in der Literatur auch unakkusative) können kein Passiv bilden, da sie kein agentives Subjekt haben.

⁵ Reflexive Verben gehören auch in diese Beschreibung, jedoch würde noch eine Analyse dieser die Arbeit übersteigen. Infos: Eisenberg 2020a, 136.

Abbildung 2: Erwerbserschwerender Faktor: nicht-passivfähige Verben.

	Einheit	Verben	Beispiele
1.	Transitive I	haben, besitzen, erhalten, kriegen, bekommen, <i>enthalten, umfassen, wissen</i> und <i>kennen</i> (vgl. DUDEN 2016, 559).	<i>Das Pflegepersonal besitzt mehrere Pflegetische.</i> → *Mehrere Eingänge werden besessen .
	Kommentar nach der Syntax	Allgemein gilt, dass Transitive nicht nur einen Akkusativ verlangen, sondern auch, dass sie ein Partizip II besitzen, das in der Funktion eines Attributs benutzt werden kann. Folglich sind die oben angeführten Verben gar keine prototypischen Transitive. <i>Das Pflegepersonal</i> ist ein Subjekt im Nominativ, <i>mehrere Pflegetische</i> ist ein Akkusativkomplement im Plural. Besitzen regiert also den Nominativ und Akkusativ.	
	Kommentar nach der Semantik	<i>Das Pflegepersonal</i> ist ein Agens und <i>mehrere Pflegetische</i> Patiens. In diesem Fall würde erfahrungsgemäß kein Passiv gebildet werden. Schlussfolgernd würde eine Ersatzkonstruktion als Alternative benutzt werden, wie: Ihnen gehören mehrere Pflegetische.	
	Erklärung nach Basisrollen	<i>Besitzen</i> zählt zum Basisprädikat <i>Possess</i> . Als ein Verb der Verfügung hat es die Eigenschaft, Basisrollen der niedrigsten Agentivität zu vergeben. Verben des Gebens, Nehmens und der Verfügung haben ein sehr schwaches Agens (vgl. EISENBERG 2020a, 81). Semantisch gesehen bilden sie einen ungültigen Passivsatz.	
2.	Intransitive: Ergative (unakkusative)	auffallen, entfallen, entstehen, gelingen, passieren, schwerfallen, unterlaufen, unterliegen (IDS GRAMMIS)	<i>Dem Arzt unterläuft ein Behandlungsfehler.</i> → *Dem Arzt wird (von dem Behandlungsfehler) unterlaufen .
	Kommentar nach der Syntax	<i>Ein Behandlungsfehler</i> – Subjekt im Nominativ; <i>dem Arzt</i> ist ein Dativkomplement.	
	Kommentar nach der Semantik	In einem Passivsatz steht im Subjekt niemals etwas Agentives. Dieser Passivsatz würde nicht so interpretiert werden.* <i>Dem Arzt wird (von dem Behandlungsfehler) unterlaufen</i> . Außerdem hat hier das Subjekt im Nominativ (ein Behandlungsfehler) alle syntaktisch-semantischen Merkmale des Akkusativobjekts.	
	Erklärung nach Basisrollen	Ergative können keinen Passiv bilden, weil diese Verben nicht die Rolle des agentiven Subjekts verteilen (vgl. SCHÄFER 2018, 438). Damit wir ein Akkusativ im Aktivsatz haben, brauchen wir immer einen Nominativ bzw. prototypisches Agens; die beiden setzen wir in Relation und haben dann ein Akkusativ = mit einem Akkusativ jedoch wäre <i>unterlaufen</i> ein transitives Verb – es ist aber ein unakkusatives Verb. Da es nur ein Dativobjekt (dem Arzt) besitzt, muss gesagt werden, dass das andere Komplement (ein Behandlungsfehler) zwingend im Nominativ kodiert wird, denn Deutsch ist eine Nominativsprache bzw. Agenssprache (vgl. EISENBERG 2020). ⁶	

Die bisher genannten Aspekte erklären also, dass das Passiv eine agensabgewandte Form ist und dass niemals etwas Agentives in einem Passivsatz stehen kann. Als erste Lernschwierigkeit zählt die Agentivität bzw. die Passivfähigkeit der Verben. Basisrollen können zum Verständnis dieser Verben beitragen. Die Kritik in der Forschungsliteratur hierbei ist, dass Basisrollen schwer einzuordnen sind; wie es gewöhnlich bei der syntaktischen Systematisierung ist (vgl.

⁶ Es gibt jedoch Sprachen, die diese Subjekte im Akkusativ kodieren und solche Subjekte *quirky subjects* nennen.

PRIMUS). Passivfähig sind die Verben, die ein agentives Subjekt regieren. Das prototypische agentive Subjekt wählt den Nominativ: Je mehr es sich vom prototypischen Agens entfernt, desto eher wird das Agens im Dativ kodiert.

Von dem Aktivsatz *Ich besitze einen Kugelschreiber* würde nie ein Passivsatz *Ein Kugelschreiber wird von mir besessen* gebildet werden. Alternativ würde eher *Mir gehört ein Kugelschreiber* genutzt werden. *Ich* wird im Dativ kodiert, weil er ein weniger prototypisches Agens ist: „Wenn ein einstelliges Verb jedoch mit einem anderen Kasus als dem Nominativ vorkommt, dann nur, wenn die einzige semantische Rolle nicht ein prototypisches Agens ist.“ (vgl. EISENBERG 2020, 84). Das *Ich* aus dem Aktivsatz bekommt nur sehr wenige Agensmerkmale vom Verb zugeteilt; das Verb selbst vergibt diese agentive Rolle nicht. Im nächsten Kapitel wird dargestellt, welche Alternativen sich den DaF-Lernenden anbieten, bevor die pragmatische Seite des Passivs betrachtet wird.

Es wurde bisher dargestellt, dass der Passivsatz den gleichen Sachverhalt oder das gleiche Geschehen wie im Aktivsatz bezeichnet. Der semantische Unterschied ist hier, dass der Aktivsatz agenszugewandt ist, wenn es ein Agens hat, während der Passivsatz immer agensabgewandt ist. Aus einer kommunikativ-pragmatischen Sicht kann geschlossen werden, dass das Passiv dann benutzt wird, wenn der:die Sprecher:in den:die Handelnde:n nicht nennen will oder kann. EISENBERG (2020, 140 f.) weist darauf hin, dass Agens aus der pragmatischen Sicht ein Thema ist und dass die Agensabgewandtheit eine Entthematizierung ist. Fraglos hat die Erkenntnis von HELBIG/BUSCHA (2013:146) Geltung, dass die von-Phrase, wenn sie genannt wird, jedoch dann als eine sehr bedeutende Informationsträgerin in einer Kommunikationssituation gesehen wird. Das Passiv hat eine frequente Verwendung in Textsorten, deren Geschehen objektiv dargestellt werden soll (HELBIG/BUSCHA 2013, 147), worauf in Kapitel 3 näher eingegangen wird.

2.2 Alternativformen

Die bisher angeführte Forschungsliteratur ist sich in zweierlei Sachen einig. Zum einen sind Basisrollen schwer zuzuordnen. Zum anderen ist die Passivfähigkeit der Verben eben durch diese Basisrollen erklärbar, weswegen wir bei dieser Systematisierung bleiben. Wir gehen davon aus, dass bestimmte Basisprädikate nur schwer oder gar keine klassische *werden*-Passivkonstruktion bilden können, syntaktisch gesehen. Das sind die Verben aus der Abbildung 3. Daneben gibt es weitere Verben, wobei die repräsentativsten ausgewählt wurden.

Wie im vorherigen Kapitel erwähnt, gibt es neben der Passivkonstruktion auch Alternativen, auch Ersatzformen oder Passivumschreibungen genannt. Diese erwähnt EISENBERG (2020, 137)

im Kapitel „Weitere Formen der Passivdiathese“. Er nennt verschiedene Konstruktionen, die die gleiche Bedeutung haben, bzw. eine agensabgewandte Perspektive realisieren. Als Beispiel: *Diese Entscheidung ist schwer zu akzeptieren* (vgl. EISENBERG 2020, 137). Interessant hierbei ist es, dass das Passiv nicht formal bzw. morphologisch entnommen wird, sondern semantisch, ohne dass dabei im engeren Sinne eine Passivdiathese entsteht.

Abbildung 3: Alternativen für die Realisierung der Passivität nach DUDEN (2016).

Verb-Name	Alternative	Beispiel
Transitiv	Funktionsverbgefüge	Der Vorschlag wird anerkannt. → Der Vorschlag findet Anerkennung.
Reflexive -Vollverben		Eine Lösung wird sich schon finden .
Modalverb <i>können & dürfen</i> (Möglichkeit/Erlaubnis)	Sich lassen + Infinitiv	Natürlich kann die Physik nicht betrogen werden. → Natürlich lässt sich die Physik nicht betrügen.
Modalverb <i>können & müssen</i>	sein, bleiben, stehen + zu-Infinitiv	Das Ergebnis muss abgewartet werden. → Das Ergebnis bleibt abzuwarten.
Modalverb <i>sollen & müssen</i> (Notwendigkeit/Zwang)	Gehören + Partizip 2	Nicht nur wer über dreißig ist, muss/sollte respektiert werden. → Nicht nur wer über dreißig ist, gehört respektiert.
	Unpersönlich:	Dir gehört geholfen.
Modalverb <i>können & dürfen</i> (Möglichkeit/Erlaubnis)	Sein + Adjektiv auf -bar, -lich, -sam, -fähig	Die Schmerzen können kaum ertragen werden. → Die Schmerzen sind unerträglich. Der Kranke darf/sollte noch nicht transportiert werden. → Der Kranke ist noch nicht transportfähig.

Passiversatzformen dienen der Sprachökonomie, wie es anhand der Abbildung und anderer einschlägiger Grammatiken einsehbar ist. Die Grammatiken bieten verschiedene Sparmöglichkeiten, sodass die Lernenden in diesem Fall einen niedrigeren Aufwand als bei der ursprünglichen Passivkonstruktion betreiben müssen. Der Gesichtspunkt der Alternativformen bei nicht-passivfähigen Verben bleibt jedoch unterrepräsentiert. Hier stellen sich also zwei Fragen, die für diese Arbeit relevant sind: Inwiefern wenden die Lernenden diese Sparmöglichkeiten an? Was sind die Ersatzmöglichkeiten bei nicht-passivfähigen Verben?

Ein Vorschlag zu den Alternativen, die Passivfähigkeit bei nicht-passivfähigen Verben realisieren (vgl. SAYATZ 2011):

Abbildung 4: Alternative bei nicht-passivfähigen Verben.

Verb-Name	Alternative	Beispiel
Ergative (unakkusative) <i>gelingen</i>	Sein + dem Subjekt attribuiertes Partizip 2	Dem Arzt gelingt die Operation. → Es ist eine gelungene Operation.
	Indefinitpronomen	Jemandem/Niemandem aus der Abteilung gelingt die Operation.

Bei diesen Alternativen entsteht ein Effekt, bei dem sich der:die Sprecher:in an einer Handlung orientiert, den:die Handlungsträger:in jedoch im Satz zurücknimmt. Der gleiche Effekt wird erzielt: die Agensabgewandtheit. Diese Alternativen werden jedoch in dieser Arbeit nicht vertieft, weil die Alternativen bei nicht-passivfähigen Verben bislang nicht erforscht wurden.

Wie oben im Kapitel kurz erwähnt, ist die Passivfähigkeit und die damit verbundene Alternativsuche ein erschwerender Faktor, der beim Erwerb auftaucht. Vor allem sind in bestimmten Berufen Ersatzformen mit Agensabgewandtheit für Textsorten konstitutiv.

2.3 Literarisierungskontext

Unter spezialisierten Kursen ist ein berufsbezogener Unterricht mit berufsbezogenem Deutsch zu verstehen. Je öfter ein Handlungsfeld wie das Schreiben einer bestimmten Textsorte in einem Beruf vorkommt, desto deutlicher wird die Notwendigkeit bestimmter sprachlicher Mittel. Damit sich in Spezialkursen die Häufigkeit, aber vor allem die Verwendung von Passiv ermitteln lässt, muss noch einmal klar gestellt werden, welche Handlungsfelder für spezialisierten berufsbezogenen Deutschunterricht einschlägig sind und somit auch, an welchen Stellen das Passiv in spezialisierten Kursen vonnöten ist. Um sprachliche Lernziele und somit das Curriculum für den Unterricht in spezialisierten Kursen des BAMFs zu erstellen, ist eine Kommunikationsbedarfsermittlung vonnöten. Im Gegensatz zu anderen DaF-Kursen, in denen sich das Curriculum an den Zielen des jeweiligen Sprachniveaus und des GER orientiert, ist jedes sprachliche Ziel in den spezialisierten Kursen auf die jeweiligen arbeitsplatzbezogenen Tätigkeiten der L2-Lerner:innen bezogen. Das Passiv wird insofern thematisiert, sobald die Bedarfsermittlung produktive und rezeptive Handlungsfelder der schriftlichen Dokumentation im Gesundheitswesen ermittelt. Die Tätigkeiten des Berufsfeldes, die dann als potenzielle Lernsituationen identifiziert werden, sollten dementsprechend aufgelistet werden, damit sie zur Erstellung der sprachlichen Kann-Formulierungen dienen können. Die Lernsituationen wurden als Handlungsfelder ausgearbeitet (vgl. Abbildung 9), die nach dem Prinzip der Lerner:innenorientierung aussortiert und angepasst werden.

Um die Ziele und die Orientierung des berufsbezogenen Deutsch besser zu definieren, werden diese mit den Sprachmitteln der Bildungssprache Deutsch verglichen. Bildungssprache meint solche Sprachmittel, die in der Sprachgeschichte verankert sind: Es meint zwar Sprachsysteme wie das Passiv, jedoch nicht im didaktisierten Sinne (vgl. FEILKE 2012, 6). Hier fällt sofort auf, dass berufsbezogenes Deutsch nicht nur didaktisiert, sondern auch eine Lerner:innenorientierung aufweist, die sich nicht nur auf die Sprache, sondern auch auf den beruflichen Alltag der Lernenden konzentriert (vgl. WEISSENBERG 2010, 15).

Auch wenn der Unterschied nicht sofort auffällt, dann spätestens, wenn die Basis und die Form der Bildungssprache und des berufsbezogenen Deutsch verglichen wird. Bildungssprache ist stark auf das Explizieren der Sachverhalte und die sinngemäße Verdichtung von Informationen fokussiert (FEILKE 2012, 10). Es sind also die Analysefähigkeiten gemeint, wie *Beschreiben, Vergleichen, Erklären, Analysieren, Erörtern* (ebd., 5), die wir u.a. in der Schule und Universität benutzen, aber nicht nur: BETSCHEIDER (2011, 9) schreibt, dass die Bildungssprache konstitutiv für berufsbezogenes Deutsch ist; dass es als Mittel benutzt wird, welches aus den komplexen Förderungen der Arbeitswelt heraus entsteht, jedoch nicht als zu erlernendes Ziel.

„Nach einer Definition und Abgrenzung der einschlägigen berufsrelevanten Register wurde dafür plädiert, die mündlich wie schriftlich realisierte Berufssprache als eigenständiges Register im Schnittpunkt von Allgemein-, Bildungs- und Fachsprache zu modellieren und ihr den zentralen Platz als Zielregister im berufsbezogenen DaF-Unterricht einzuräumen.“ (EFING 2014, 438)

Es besteht eine Problematik bei den Begriffen *berufsrelevantes Register* und *Berufssprache*. Diese wird in dem gleichen Aufsatz ausgeführt (ebd.). Für diese Arbeit ist es erwähnenswert, aber nicht zu analysieren.⁷ Wenn über Spezifika des berufsbezogenen Deutsch gesprochen wird, wird dabei immer über einen *Schnittpunkt* der drei Sprachen, Allgemein-, Bildungs- und Fachsprache im beruflichen Kontext gesprochen: Hauptsächlich von deren Textsorten, da Passiv dort konstitutiv ist.

„Zentraler Bestandteil von weiterbildungsbegleitenden Hilfen ist daher die Vermittlung von beruflich relevanten bildungssprachlichen Mitteln in Verbindung mit berufsbezogenen Textsortenkenntnissen und berufsbezogenem Sprachhandlungswissen (z.B.: etwas präzise benennen können; Prozesse und Handlungsabläufe beschreiben können; einen Sachverhalt, der z.B. einer Rechnung zugrunde liegt, erklären können). Für das fachliche Lernen in der Weiterbildung - aber auch für das spätere selbstständige Weiterlernen - benötigen die Lernenden zudem Kenntnisse über Textverstehens-, Lese- und Lernstrategien.“ (BETSCHIEDER u.a. 2011, 10)

WEISSENBERG (2010) hat in seiner Publikation berufsbezogenes Deutsch definiert. Er listet in einem Raster 18 verschiedene Handlungsfelder auf, die im Sinne von frequent zu bewältigten

⁷ Das Gleiche gilt auch für die Abgrenzung von berufsbezogenem Deutsch und Fachsprache, während wir die Abgrenzung zu Wirtschaftsdeutsch in Weissenbergs Aufsatz (vgl. WEISSENBERG 2010) finden.

Tätigkeiten zu verstehen sind. Er führt zu jedem Handlungsfeld sprachlich-kommunikative Handlungssituationen am Arbeitsplatz an und rahmt somit berufsbezogenes Deutsch ein. Nach WIESSENBERG (2010, 15) hat berufsbezogenes Deutsch das Ziel, die Lernenden in ihren Berufstätigkeiten sprachorientiert zu stärken, indem es Richtlinien des bestimmten Berufs didaktisch thematisiert, wie beispielsweise Textsorten, ohne die ein Beruf nicht ausgeübt werden kann.

Bei berufsbezogenem Deutsch handelt es sich also um Sprachsysteme samt beruflichem Kontext, in denen sie auftauchen, wie beispielsweise Ärztebriefe und Pflegeprotokolle. Die Spezifika in der berufsbezogenen Fachsprache sind in Anlehnung an OHM (2007) und KARENBERG (2015) folgende:

Abbildung 5: Spezifika der berufsbezogenen Sprache.

Auf der Wortebene	Wortzusammensetzungen	<i>Tauchtauglichkeitsuntersuchungen</i>
	Adjektive: einfache, abgeleitete, zusammengesetzte	<i>parasitäre Infektion</i>
	Verb-Nomen-Zusammensetzungen	<i>...In die Einlage setzen.</i>
	Affixe	<i>kardial</i>
Auf der Satzebene	Attribute	<i>Der Lauf der Operation...</i>
	Konjunktiv I	<i>Der Patient berichte, dass ihm abends der Magen weh tue.</i>
	Passiv	<i>Der Patient wurde untersucht.</i>
	Imperative	<i>Es ist noch zu prüfen...</i>
Auf der Textebene	Textverknüpfungen	<i>mittels</i>

In dieser Arbeit wird das Passiv untersucht, weil diese konstitutiv für Ärztebriefe und Pflegedokumentationen sind.

„Die Sprache, die in deutschen Arztbriefen verwendet wird, ist für internationale Ärztinnen und Ärzte oft schwer zu verstehen. Dabei ist der Arztbrief nur in bestimmten Teilen sprachlich anspruchsvoll, nämlich dort, wo in ganzen Sätzen formuliert wird.“ (LECHNER/ SCHRIMPF 2019, 76)

Schriftlicher Ausdruck (Ärztebriefe und Pflegedokumentation) ist ein Prüfungsteil, den Lernende belegen müssen, wenn sie in Deutschland als medizinisches Personal arbeiten wollen. Auch nach den Prüfungen fällt es einigen DaF-Lernenden schwer, diese zu schreiben und dann werden Kolleg:innen um Hilfe oder gar ums Schreiben gebeten, weswegen einige Kliniken intern Schreibbüros haben, die die L2-Angestellten nach der Verschriftlichung der Dokumentation korrigieren. Schließlich gibt es nicht nur standardisierte Formen des schriftlichen Ausdrucks, sondern auch solche, die auch mit anderen Institutionen wie der Polizei verbunden sind. In diesem Falle lassen die Abteilungsleiter die Dokumentation auf Richtigkeit

überprüfen. Diese Arbeit setzt sich jedoch mit den standardisierten Formen des schriftlichen Ausdrucks auseinander.

Ein Arztbrief enthält drei charakteristische Paragrafen der Eröffnung, Therapie und Epikrise (RAHMENCURRICULUM MEDIZIN 2015, 62). In Anlehnung an das RAHMENCURRICULUM sind folgende sprachliche Merkmale des Briefes entnommen: Die Angaben im Brief sollen eine Struktur durch Überschriften beinhalten; der Brief soll kurz wie möglich sein; es werden übliche Abkürzungen benutzt; Patient:innenenaussagen durch Konjunktiv I kennzeichnen; der Brief soll sachlich sein. Die zu belegende Pflegedokumentation beinhaltet einen Aufgabe- oder Biographiebericht (RAHMENCURRICULUM PFLEGE 2015, 89). Dieser soll objektiv und wertfrei verfasst sein. Es ist also anhand der curricularen Angaben offensichtlich, dass das Passiv gefragt wird. Herauszufinden ist, inwiefern Passiv in den obigen Textsorten frequent ist und ob das Potential des Passiverwerbs genutzt wurde.

3. Passiverwerb und -vermittlung im berufsbezogenen Deutsch

3.1 Zum Passiverwerb im berufsbezogenen Deutsch

*In contrast to what has been claimed in the literature
I propose that children do not acquire the passive construction(s)
of their target language in an all or nothing fashion,
but rather develop them over time...
(FRITZENSCHAFT 1994, 156)*

Als satzgrammatisches Merkmal taucht das Passiv im Kontext des berufsbezogenen Deutsch vor allem in der geschriebenen Form auf, weswegen wir auch einen Blick auf den Passiverwerb durch Textverständnis und Textsorte nehmen. Folglich wird in diesem Kapitel ein linguistischer und sprachdidaktischer Überblick der zentralen Befunde gegeben. Zudem werden Passivtextfunktionen anhand KING (2021), EISENBERG (2020) und PAPE-MÜLLER (1980) angeführt.

KÖLLER (1997) stellt in seinem Beitrag zum vertieften Grammatikunterricht die Frage, inwieweit die grammatische Form den Aussageeffekt beeinflusst und stellt dieses besonders bei Inhalten zum Passiv dar. Anfangs spricht er von dem Unterschied zwischen einer *sprachlichen Objektivation* und der *sprachlichen Wiedergabe eines nackten Faktums* (ebd., 108). Er erklärt, dass es sich bei den sprachlichen Beschreibungsformen der Realität durchaus um verschiedene Wahrnehmungen handelt, die jede für sich ihr eigenes Interesse zeigt; gleichzeitig ist diese Art und Weise der Beschreibung ein Indiz dafür, welche Absichten der Beschreibende bei der Wahrnehmung zeigen möchte. Insofern hebt er hervor, dass die Darstellungsabsichten bewusst im Passiverwerbsprozess eingesetzt und gelernt werden können. Des Weiteren betont er die

Wichtigkeit des gleichzeitigen Passiv- und Textsortenerwerbs und wie in diesem Sinne ein bewusster Umgang mit dem Effekt des Perspektivenwechsels vonnöten ist (ebd., 109).

WEGENER (1998) recherchiert in einer Langzeitstudie den Passiverwerb bei Kindern. Sie vergleicht den Passiverwerb in der L1 mit dem Erwerb in der L2. Hauptsächlich spricht sie von dem *werden*-Passiv, aber auch von *sein*+Partizip, der sich erheblich in der Argumentationsstruktur vom *werden*-Passiv unterscheidet. Die Studie wurde mit Kindern zwischen 6 und 11 Jahren mit verschiedenen L1 durchgeführt. Sie spricht im Anfangsteil ihrer Studie über den Lerngegenstand und äußert seine Komplexität, indem sie sich dem Passiv auf den Ebenen der Morphologie, dann der lexikalischen Semantik und schließlich der Pragmatik nähert (vgl. WEGENER 1998; FRITZENSCHAFT 1994, 168). Auf der morphologischen Ebene müssen die Lernenden bereits die Partizipformen und die Formen des unregelmäßigen Hilfsverbs *werden* kennen. Wenn diese Voraussetzungen erst einmal geschaffen sind, dann müssen die Lernenden die lexikalischen Bedeutungen der Partizipien und des Hilfsverbs *werden* verstehen. Zudem sollen die Lernenden sehen, dass nicht alle Verben passivierbar sind. Zum Schluss wird auf der lexikalischen Basis gelernt, dass im Passiv das Objekt zum Subjekt transformiert wird und dass das Subjekt, also das Agens, nicht realisiert werden muss. Nichtsdestotrotz bleibt das Passiv eine semantisch zweistellige Konstruktion. Für die pragmatische Ebene sieht Wegener zwei grundsätzliche Richtungen, die die Lernenden einschlagen, wenn sie den Passiv benutzen möchten, nämlich das Erkennen der pragmatischen Möglichkeiten einerseits und der Notwendigkeit des Passivs andererseits. Beim Passiv wird vom Agens abgesehen und alles aus einer Objektperspektive erschlossen. In einem weiteren Beitrag erweitert Wegener ihre Forschung um einen weiteren, konzeptuellen Aspekt. Dieser Aspekt meint den Perspektivenwechsel:

„Es geht beim Passiv also nicht nur um Objekttopikalisierung. Dafür stünde dem Sprecher die in syntaktischer Hinsicht einfachere aktive OVS-Konstruktion zur Verfügung. Es geht auch nicht nur um die Zentrierung durch Subjektivierung einer nicht-agentischen Entität. Dafür stehen andere, ebenfalls einfachere Konstruktion zur Verfügung, die Valenzreduktionen ohne Agensargument. Es geht darum, eine Handlung zu beschreiben, also eine zweistellige Relation auszudrücken, dies aber in markierter Weise zu tun, indem die Perspektive auf das Objekt der Handlung, nicht auf ihren Ausgangspunkt oder Urheber gerichtet ist, aber trotzdem innerhalb der Handlungslesart zu bleiben.“ (WEGENER 2013, 212)

Die Passivkonstruktion ist also keine Vorgangslesart sondern eine Handlungslesart, dessen konzeptuelle Struktur unabhängig von der Agens-Realisierung zweistellig ist. Bei dem Passiverwerb gibt es verschiedene Stufen der Zurücknahme des Agens und mehrere einstellige Konstruktionen, die vor der eigentlichen Passivanwendung benutzt und sehr oft auch mit einer Passivkonstruktion verwechselt werden (vgl. WEGENER 2001, 127; 2013, 214).

Abbildung 6: Ausweichstrategien nach Wegener (2013) mit Belegen aus der Langzeitstudie.

- OVS-Konstruktionen (Die Haare?) Schnitt äh schneidt der Frisör.
- Konstruktionen mit Pronomen *man* (Man – muss man ziehen)
- mit ergativen Verben (Jetzt gerade geht der Baum Erde rein. (‘wird gepflanzt’),
- mit Kopulaverben, also Prädikativkonstruktionen (Die Haare werden kurzer. (geschnitten),
- mit aktiven Verbformen, die sie detransitivieren bzw. reflexivieren (Der Bleistift rollt sich. (‘wird gerollt’) und wie ergative einsetzen (Die Haare äh die Haare schnittet).

Diese Ausweichstrategien erschweren den Passiverwerbsprozess erheblich. Zusammengefasst ist einer der drei wichtigsten Schritte im Erwerbsprozess bei Kindern die Perfektanwendung des Hilfsverbs *sein* bei ergativen Verben, wobei Kinder semantisch gesehen eine Verbindung zwischen Subjekt und Patiens erstellen. Der zweite Schritt wäre, wenn die Kinder das Hilfsverb *sein* im gleichen Kontext bei transitiven Verben benutzen. Des Weiteren ist aus der Langzeitstudie zu erwähnen, dass die meisten Fehler in der dritten und letzten Erwerbsphase, nämlich der Übergeneralisierung von *sein*+Partizip entstanden sind, die die Lernenden entweder als Kopulasätze (einstellige Konstruktionen) benutzen oder einfach aus dem falsch gewählten Hilfsverb weiterhin eine Passivkonstruktion bilden - nur grammatikalisch falsch. Das falsch gewählte Hilfsverb stellt insofern eine Erwerbsschwierigkeit dar, als dass die Lernenden die dynamische Lesart des *werdens* nicht erkennen und dass *sein* kein passivisches Merkmal für Vorgangsbeschreibungen ist.

HABERZETTL (1998) legt die Beiträge ihrer Studie vor, in der sie Prinzipien untersucht, nach denen L2-Kinder ihre Sätze strukturieren. Es wurden Daten von jeweils 3 Kindern mit türkischer und russischer L1 erhoben. Die Ergebnisse wurden aus freien und gelenkten Gesprächen entnommen: Unabhängig von ihrer L1 wenden die Kinder eine Satzstruktur nach dem Modell Subjekt-Verb-Objekt an (ebd., 129). HABERZETTL hat neben den L2-Kindern auch einen Korpus mit L1-Kindern gesammelt und diesen mit den Ergebnissen der L2 verglichen. Dabei ist ein signifikantes Vermeiden von Passivkonstruktionen aufgetreten. Sie führt aus, dass die L1-Kinder bei den Strategien zur Wortstellung und Kodierung einer Logik der *Agens-zuerst* folgen. Dabei sei es nicht wichtig, was das Subjekt ist, sondern die Kinder fokussieren die Einheit, über die etwas gesagt wurde (Topik oder Thema-Rhema-Gliederung; vgl. dazu weiter unten) immer an erster Stelle. Sie geben der Einheit die Kontrolle über die Situation und somit steigern sie unbewusst die Agentivität; obwohl die Kinder durch die Frage stimuliert wurden, aus dem Topic eine Patiensrolle zu machen bzw. einen Passivsatz: *Der Schneider fliegt mit zwei Enten weg. / Der ist mit die Enten losgeflogen* (vgl. ebd., 137; vgl. Abbildung 7). Als Endresultat

der Studie wurde festgehalten, dass die agentivische Eigenschaft bei L1 und L2 Kindern ein wichtiges Voranstellungselement ist.

Während HABERZETTL behauptet, dass die L1 Kinder der „Agens-zuerst-Strategie“ folgen, beurteilt SCHNEITZ (2014, 228) die Erklärung als nicht gültig. SCHNEITZ (2014) Position ist jedoch nicht nachvollziehbar, da zum ersten komplett auf die Erklärung ihrer Beurteilung in ihrem Aufsatz verzichtet wurde. Andererseits hat SCHNEITZ zwar zutreffend einen Vergleich zwischen ihrer Untersuchung von 6 und 9 Jahre alten L2-Kindern mit Haberzettls Untersuchung von L1-Kindern gemacht, da vor allem die biologische aber auch die meisten anderen Faktoren wie die kognitiven und sozialen Faktoren identisch sind. Allerdings sollten diese Unterschiede, die beim Vergleich entstanden sind (siehe Abbildung 6), nicht ausschlaggebend sein, die „Agens-zuerst-Strategie“ vollkommen zu negieren. Bei dieser Studie zeigt sich nämlich die folgende Schwäche: L2-Kinder sind an explizite Anleitungen gewöhnt, da sie meist auch erforderlich sind; während sich L1-Kinder auf ungewohntem Terrain befinden und zuerst an Anleitungen und Stimulationen gewöhnt sein müssen, um sich auf dieselben einlassen zu können. Dadurch ist es durchaus möglich, dass die L1-Kinder, bedingt durch das vorläufige Weigern, das Passiv bei Handlungsbeschreibungen zu benutzen, tatsächlich eine stärkere Neigung zur Agens-zuerst-Strategie als die L2-Kinder besitzen⁸.

Abbildung 7: Passivbereitschaft SCHNEITZ gegenüber HABERZETTL (1998), übernommen von SCHNEITZ (2014, 229).

	HABERZETTL (1998) 15 L1-Kinder zwischen 6 und 7		SCHNEITZ (2014) 22 L2-Kinder zwischen 6;8 und 9;8
Kontext	Bildstimuli aus <i>Max & Moritz</i>	Kontext	Urlaubsfotos von Mimi
Frage	Was passiert hier mit dem Topf/ den Hühnern/dem Schneider?	Frage	Was passiert hier mit Mimi?
8 von 45 (18 %)	Produzierte Zieläußerungen	76 von 132 (58 %)	Produzierte Zieläußerungen
0 (0 %)	1. Einem Schneemann wird ein Topf als Hut aufgesetzt	16 (73 %) 13 (59 %)	1. Mimi wird gefüttert 2. Mimi wird gebadet
5 (33 %)	2. Die toten Hühner werden von Witwe Bolte abgehängt	10 (45 %) 13 (59 %)	3. Mimi wird abgetrocknet 4. Mimi wird gekämmt
3 (20 %)	3. Schneider Böck wird von zwei Gänsen an Land geflogen	13 (59 %) 11 (50 %)	5. Mimi wird gestreichelt 6. Mimi wird getragen

Eine Forschung zur Online-Zweitsprachenerwerbsforschung (CRISTANTE; SCHIMKE 2018) bestätigt anhand der Blicke der Probanden, dass sich die Zuweisung der semantischen Rollen nach einer Agens-First-Prinzip entwickelt und untermauert somit HABERZETTL'S Hypothesen.

⁸ Einige theoretisch fundierte Untersuchungen und Erläuterung zum L1 Passiverwerb finden sich in MILLS (1986) und TOMASELLO (2005).

Patiens bekommt dann die zweite Rolle zugewiesen. Die Strategie dahinter ist, dass die Lernenden davon ausgehen, dass die erste Nominalphrase das Agens bzw. Subjekt ist. Entscheidend ist dabei, dass diese Strategie beim Passiv sehr schnell verlassen wird. Die zwei morphosyntaktischen Hinweisreize, das Hilfsverb *werden* und die *von-Phrase*, sind salient und die Lernenden verlassen die Agens-First-Strategie schneller bei Passivsätzen als bei anderen Sätzen. Dadurch werden Fehlinterpretationen bei Passivsätzen häufiger vermieden (ebd., 186 ff.). Was das sprachliche Wissen angeht, zeigt die Studie, dass die L2-Kinder das Verständnis von Passivsätzen zwischen 6 und 10 Jahren vollständig erwerben: Also lange nach der Produktion erster Passivsätze.

Die Ergebnisse von SCHNEITZ (2014) wurden aus einem Korpus der L2-Kinder im KiTa-Alter erstellt und haben nicht nur im Vergleich mit HABERZETTL sondern auch mit WEGENER erhebliche Unterschiede. Jedoch werden die von WEGENER abweichenden Ergebnisse in der Studie so kommentiert und interpretiert, als das Alter des Erwerbsbeginn viel jünger war als bei WEGENER. Das erste Ergebnis hat gezeigt, dass das Bevorzugen von Aktivsätzen anstelle von Passivsätzen keine Erwerbsstrategie an sich ist: Nur ein Viertel der Kinder haben eine Aktivkonstruktion in Passivkontexten benutzt. Ein weiteres Ergebnis zeigt, dass der Fehler bei der Auswahl der Hilfsverben nicht der häufigste ist, da diese Ausweichkonstruktion in der gesamten Studie nur einmal auftaucht: *Sie ist abgetrocknet* (SCHNEITZ 2014, 227). Das, was bei WEGENER wenig frequent vorkam, nämlich, dass die Lernenden den Passivwechsel nur teilweise vollziehen (2001, 131), ist in dieser Untersuchung der zweithäufigste Weg, den die Lernenden einschlagen: *Einer kämmt sie; Der streichelt Mimi* (ebd., 228). Im Gegensatz dazu untermauert eine weitere Korpusstudie vom Herder-Institut die von WEGENER aufgestellten Hypothesen. Die Korpusstudie (BORDAG; SIERADZ 2014) findet nämlich heraus, welche die üblichsten Formfehler bei der Passivanwendung in insgesamt 439 Fällen sind: bei Hilfsverben in 45 (10%) Fällen sind es die falschen Tempora; in 4 Fällen (0.9%) werden Hilfsverben gar nicht produziert. Dass das sein-Hilfsverb übergeneralisiert wird, wurde in 66 Fällen (15%) bestätigt. Weitere Formfehler zeigten sich in der Wahl des Numerus, des Konditionalstammes anstatt Präteritumstammes und weitere. Diese Formfehler werden aus der Perspektive dieser Korpusstudie als Übergeneralisierungen von unmarkierten Formen interpretiert, weil Singular- und Präsensform des Hilfsverbs, genauso wie die Aktivform übergeneralisiert wird – jedoch gibt es keinen Fall, in dem es umgekehrt passiert (ebd.). Als Korpus wurde das Online-Lerner-Korpus *Falko* der Humboldt-Universität zu Berlin benutzt. Die Lernenden waren alle Erwachsene mit unterschiedlicher L1. Am Anfang des Erwerbsprozesses ist es schwierig, das Passiv zu benutzen; nicht nur wegen seiner Komplexität sondern auch wegen der

konkurrierenden Konstruktionen und beispielsweise der Kopulasätze, die zwar nicht in einen Aktivsatz umkehrbar sind, dennoch aber die gleiche Form eines Passivsatzes haben. Ob alle diese Konstruktionen eine Schwierigkeit oder eine Einstiegshilfe sind, weil beispielsweise die Konstruktionen leichter zu lernen sind und häufiger auftreten, weswegen sie viel früher erworben werden als Passiv selbst (vgl. FRITZENSCHAFT 1994), bleibt in der Forschung immer noch unklar.

Eine weitere Studie, die im Kontext zur Forschung des Passivserwerbs wichtig ist, beschäftigt sich mit dem Thema der Verstehensschwierigkeiten bei erwachsenen Lernenden beim Passiv (u.a. KAISER; PEYER 2011). Vorab muss geklärt werden, dass beim Satzverstehen auch die Lesefertigkeit dazu analysiert wird und dass eben aus den Lesestrategien die möglichen Schwierigkeiten bei Erwachsenen beim Satzverstehen entstehen. Die L2-Erwachsenen haben bereits verschiedene Lesestrategien aus ihren L1 entwickelt, welche das Satzverstehen in der L2 beeinflussen, bevor die L2 überhaupt erworben wurde. Dabei benutzen sie also ein strategisches Wissen, das ihnen bei der Analyse der Passivkonstruktionen entweder helfen oder sie behindern kann. Denn erwachsene Lernende lesen einen Satz in der L2 inkrementell, also Satz für Satz, und stellen bestimmte Vermutungen an, wie dass das Subjekt nach dem vermittelten Modell S-V-O vorne stehen muss und, dass nebeneinanderliegende Konstituenten direkten Bezug zueinander haben bzw. die adjazente Strategie. Beim letzteren ist es klar, dass Adjazenz beim Passiv nicht vorliegt, da das Passiv die Verbklammer bildet und somit das Hilfsverb und das Partizip 2 voneinander entfernt liegen, was eine Verstehensschwierigkeit darstellen kann.⁹ In Anlehnung an viele Autor:innen hebt die Studie (ebd.) einen speziell für diese Arbeit interessanten Sachverhalt hervor. Erstens stellt sie die These auf, dass ausgeprägtes Wissen über die deutsche Satzstruktur beim Verstehen von Passiv ausschlaggebend ist. Das Gesamtergebnis der Studie hat dies auch bewiesen. Die Studie vergleicht das Verständnis kontrastiver Strukturen und zeigt, dass Lernende Passiv nicht schlechter als Aktiv verstehen. Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse zeigen, dass ein Passivsatz dann schwierig zu verstehen ist, wenn die Lernenden die semantischen Rollen im Satz sogar auf C1-Niveau des GER verwechseln können. Diese Verwechslung kommt zustande, wenn die Komplemente eine ungewöhnliche Satzsemantik aufweisen und mehrere semantische Informationen der Belebtheit folgen bzw. wenn es in einem Satz mehrere Nominalphrasen gibt, die die Rollen von Agens übernehmen können; das Gleiche gilt auch für Patiens (ebd., 340 f.). Als Beispiel wird u.a. folgender Satz angeführt: *Die Aufgabe des Brütens wird von den Männchen nach 2 Monaten*

⁹ Einen guten Überblick über die möglichen Schwierigkeiten beim Satzverstehen findet sich in KAISER, I./ PEYER, E./ BERTELE R. (2010) sowie ein guter Einblick in den Erwerb der Lesekompetenzen in WEIS (2000).

den Weibchen übergeben (ebd., 297). Die Proband:innen haben in diesem Satz das Dativobjekt *den Weibchen* als eine Nominalphrase interpretiert, welche das Subjekt sein soll. Sie haben die Tatsachen ignoriert, dass die von-Phrase mit *den Männchen* steht und dass die Flexion *den Weibchen* mit Dativ markiert ist. Die Proband:innen sind hier dem Interpretationsprinzip der Plausibilität gefolgt (ebd., 344). Als weitere Grundlagen der Studie dienen mündliche Übersetzungsprotokolle, die ergeben haben, dass das Passiv oft entweder als Infinitiv oder als Verb 3. Pers. Pl. interpretiert wird. Dadurch, dass das Hilfsverb *werden* auch beim Futur benutzt wird, hat dies zu einer Verwechslung beigetragen, weswegen es als Infinitiv übersetzt wird. Im letzten Ergebnis wird der Numerus des Hilfsverbs einfach ignoriert. In der folgenden Abbildung werden Fehlerquoten bei Passivstrukturen und bei Alternativstrukturen dargestellt – je höher das Niveau der Deutschkompetenz ist, desto kleiner ist die Fehlerquote und das Leseverständnis umso besser (ebd., 351 f.). Im Gegensatz zu A1 werden die Passivkonstruktionen auf B2 und C1 deutlich besser verstanden. Signifikante Unterschiede beim Satzverstehen gibt es in B2 gegenüber B1, und C1 gegenüber B2 jedoch nicht.

Abbildung 8 Fehlerquote bei Ziel- und Alternativstruktur aus der Kayser/Peyer Studie.

	A1	A2	B1	B2	C1
Passivkonstruktion	35,3 %	21,1 %	19,9 %	12,6 %	8,8 %
Alternativstruktur	18,6 %	26,8 %	16,0 %	9,3 %	4,3 %

Der Passiverwerb im Erwachsenenalter findet jedoch meist anhand fachdidaktischer bzw. gesteuerter Vermittlung statt. Dieser Passiverwerb wird sowohl zusätzlich zu erworbenen Themen als auch textsortenorientiert vermittelt. Laut FANDRYCH; THURMAIR (2011) lässt sich eine Textsorte anhand der Ansammlung bestimmen, die sie in ihrer korpusbasierten Studie zu Papier bringen. Sie untersuchen verschiedene Textorten wie *Leserbrief*, *Lexikonartikel* und *Arztfragebogen*, allerdings wurde ein Arztbrief kein Teil der umfangreichen Untersuchung. Dadurch aber, dass dieses Werk so umfangreich ist, wurden in einigen Textsorten das grammatische Merkmal des Passivs und seine Funktion untersucht. Zunächst wird das Passiv als textgrammatische Struktur im Lexikonartikel untersucht. Ein wichtiges Resultat ist, dass das Passiv hier benutzt wird, nicht nur aus der Tatsache, dass es hier meist um Fach- bzw. Wissenschaftssprache geht, sondern auch um den ganzen Artikel um ein Geschehen bzw. Sachverhalt zu orientieren. Dadurch wird der Lexikonartikel auf einen bestimmten Wissensbereich reduziert, der textuell gesehen im Vordergrund steht. Dazu ist das Agens nicht obligatorisch, weswegen Passiv für eine *ökonomisch-sachorientierte Beschreibung* genutzt wird (vgl. FANDRYCH; THURMAIR 2011; SAYATZ 2011): **Halluzination** [...] eine

Sinnestäuschung, bei der z.B. Farben, Stimmen oder Personen wahrgenommen werden, die gar nicht vorhanden sind (FANDRYCH; THURMAIR 2011, 112 f.). Des Weiteren wird in der Studie das Passiv im Rahmen der Textsorte Leserbrief analysiert. Dabei kam heraus, dass, immer dann, wenn das Passiv oder Passiversatzformen benutzt werden, die Verfasser:innen ihre Position strategisch glaubhafter machen möchte. Die Aussage, die durch das Passiv kodiert wird, hat also ein so hohes Maß an Geltung, dass es nicht nachgewiesen werden müsse (ebd., 131 f.). Die Verfasser:innen eines Lesebriefs benutzen das Passiv demnach als Verstärkung ihres Argumentationsmusters, indem sie mithilfe des Passivs ihre eigenen Eindrücke und Meinungen generalisieren: *Teilweise wurden hier Daten von Erhebungen aus anderen Staaten auf deutsche Verhältnisse „umgerechnet“* (ebd., 132). Die Studie beschreibt zutreffend, dass der linguistischen Textsortenperspektive im Unterricht für Deutsch als Fremd- und Zweitsprache zu wenig Beachtung geschenkt wird (ebd., 351 ff.). Dies führt dazu, dass im Unterricht eine Grammatik, die nicht in Beziehung zu ihrer textsortenspezifischen Funktion sondern als ein statisches System einzeln vermittelt wird. Zu unterstreichen ist, dass die Autor:innen der Studie hervorheben, dass die Textsorten für Lernendengruppen vor allem in der Ausbildung und im Beruf nicht nur für L1 sondern auch für L2-Lernende wichtig ist. Darauf aufbauend bringt eine weitere Monographie von FANDRYCH und THURMAIR (2018) überzeugend Grammatikthemen auf den Punkt, indem sie kommunikative Situationen miteinbeziehen. Beim Thema Passiv haben sie besonders die DaF Vermittlungsperspektive behandelt. Sie machen deutlich, dass der Passiveffekt und seine Merkmale erst im Bereich des textuellen Kontextes ausgeführt werden müssen, um ganz erworben werden zu können (vgl. ebd., 62 ff.; KÖLLER 1990). Bei ihren Beispielen heben sie besonders den Rollenwert der text- und textsortenorientierten Passivbeschreibung im Kontext des Fremdspracherwerbs vor. Dabei beachten sie vor allem den Passiveffekt des Perspektivenwechsels (siehe oben). Dieser Effekt und sein vollständiges Ausmaß ist eine grundlegende Textaufgabe und wird weitgehend durch eine Textsorte geformt und von den Lernenden in verschiedenen Textsortenkontexten verlangt.

„Der Wechsel der verbalen Perspektive ist ein grundlegendes sprachliches Instrument der Textgestaltung. Mit dem bewussten Gebrauch von Aktiv- und Passivformen des Verbs kann man bestimmte Informationen hervorheben, andere im Dunkeln lassen und so Texte in besonderer Weise strukturieren.“ (SAYATZ 2011, 40).

Daneben spricht die signifikante Anwendung von passivistischen Strukturen in bestimmten Textsorten dafür, dass der Passiverwerb sehr gut anhand von Texten vollzogen werden kann. Sie deuten den wesentlichen Einsatz von Aktiv und Passiv durch ein Thema und die Struktur eines Textes und machen den Einsatz durch ein Musterbeispiel und die Aufforderung, eine

Überlegung zu den jeweiligen Einsätzen zu machen und herauszufinden, was sich angemessener für einen Zeitungsbericht anbietet, verständlich (FANDRYCH; THURMAIR 2018, 62):

- Der neue Roman von Eva Thaler ist da. Er wird zusammen mit einer CD der Autorin verkauft. Der Roman ist klug geschrieben, er ...
- Der neue Roman von Eva Thaler ist da. Der Verlag verkauft ihn zusammen mit einer CD der Autorin. Die Autorin hat den Roman klug geschrieben, er ...

Sie plädieren dafür, dass sich der Stil des ersten Beispiels besser eignet: Das Passiv lässt zu, dass *der Roman* ein fortlaufendes Thema ist, trotz der Tatsache, dass es kein Agens ist, indem es im Vorfeld steht und somit die Struktur des Textes bestimmt. Der zu erwerbende Effekt des Perspektivenwechsels wird wieder aufgegriffen. Es wird anhand wissenschaftlicher Texte und Lexikoneinträge, bei denen es wichtig ist, ein ungenanntes Agens zu haben, gezeigt, dass sich die schriftliche Zentrierung der Forschung oder eines Sachverhalt besonders frequent mit charakteristischen Passivkonstruktionen mit Modalverben realisieren lässt. Daneben wird wieder aufgegriffen, dass das Passiv wegen seines Allgemeingültigkeitseffekts in Lesebriefen, Ordnungstexten und solchen Textsorten, welche eine Bewertung als Textachse beinhalten (vgl. FANDRYCH; THURMAIR 2011; 2018, 63) einsetzbar ist:

- Die bereits formulierte Arbeitsdefinition wird nun in einer Untersuchung ihrer funktionalen Charakteristika zu einem abstrakten Modell entfaltet. Dabei wird zunächst zwischen einer Anweisungs- und einer Präsentationsebene unterschieden. (Wissenschaftstext)
- *Aus dem Leben einer Zeitung*: Gestern wurde sie gedruckt, dann wurde sie verkauft, heute wird sie gelesen, dann wird sie zum Einwickeln verwendet, morgen wird sie zum Altpapier gebracht und vielleicht wird sie irgendwann zu neuem Zeitungspapier verarbeitet.
- Die Halle darf mit Straßenschuhen nicht betreten werden. Die Sportgeräte müssen pfleglich behandelt werden. Die Matten müssen nach Gebrauch wieder verräumt werden und der Lagerraum muss abgesperrt werden. (Ordnungstext)
- Die Zimmer werden täglich gereinigt, die Betten werden gemacht und das Essen wird pünktlich serviert. (Hotelkritik)

Im Folgenden wird exemplarisch die bestimmte Textsorte Arztbrief beschrieben. Im Kapitel 3.2 und 3.3 werden Passivimplikationen im Beruf bzw. der medizinische und pflegerische Kontext des Passiverwerbs dargestellt und in Kapitel 4 nach seiner Frequenz untersucht.

Dass das Passiv eine durchaus wichtige Funktion und somit auch Erwerbspotential innerhalb der Textsorte Arztbrief hat, fasst auch der Aufsatz von Martina KING (2021) zusammen. Dieser interpretiert die Form und den Inhalt einer standardisierten erzählerischen Fachtextsorte: des Arztbriefes. Die Autorin betrachtet seine geschichtliche Entwicklung, seine sprachliche Darstellung des Wissens und seine ästhetischen Merkmale. Unter sprachlichen Merkmalen führt sie den Passivsatz, des Weiteren eine verkürzte bzw. elliptische Syntax, Nomen, die aus Verben entstanden sind und Abkürzungen auf: *Das CT wurde durchgeführt, es zeigte einen Darmverschluss, die Pneumonie wurde diagnostiziert, ihre Behandlung wurde angefangen, es*

zeigte sich eine Erhöhung der Entzündungswerte im Blut, das Entfernen der Magensonde (KING 2021, 82). KINGS (2021, 88) Interesse fokussiert sich nur vage auf den Passiveffekt, in welchem sich ein durchaus dynamisches Geschehen und ein persönliches Erlebnis durch den Perspektivenwechsel zu einer statischen und faktischen Textsorte kodiert. Dieser Gesichtspunkt bleibt im überwiegend literaturwissenschaftlichem Aufsatz nicht ausreichend beleuchtet, da eine detaillierte satzgrammatische Analyse und somit auch das Verständnis der Informationsstruktur fehlen.

Erwähnenswert ist ein Überblick über die medizinische Sprache als europäische Bildungssprache von YLÖNEN (2010). Sie führt aus, dass dazu auch medizinische Fachgebiete gehören, aus denen der Fachwortschatz, entnommen wurde. Zur schriftlichen Medizinkommunikation und damit anknüpfend an KING systematisiert YLÖNEN (2010, 2 ff.) theoretische Textsorten aus der Wissenschaft wie Fachzeitschriftenartikel und Fachbücher, belehrende Textsorten wie Lehrbücher und Handbücher, und Texte aus dem Bereich der Arzt-Patienten-Kommunikation: Patienteninformationsblätter, aber auch die rückblickende Dokumentation zu Patientenangelegenheiten wie Überweisung, Entlassungsbrief und Arztbrief. Im Aufsatz beschäftigt sie sich umrisshaft mit sprachlichen Mitteln, die dazu beitragen, dass der Beobachtungsgegenstand die Krankheit ist, und nicht der Patient selbst. Dazu ermittelt sie den Passiv als Redemittel, welches den Effekt der Verallgemeinerung auslöst und damit auch den Grad der Gültigkeit erhöht: *Formulierungen im Passiv (wird beurteilt), Passivumschreibungen (ist zu bevorzugen), Subjektschübe mit Agensschwund (Studien ergaben) und Zustandsverben (besteht)* (ebd., 3). Am Ende ihres Aufsatzes diskutiert sie die Lehrwerke, die im medizinischen DaF-Unterricht benutzt werden und bezieht die Position, dass es nicht genügend solcher Lehrwerke gibt (ebd., 5).

In einer umfassenden Untersuchung führt PAPE-MÜLLER (1980) unterschiedliche Textfunktionen des Passivs aus. Für den obigen Ausschnitt aus einem Arztbrief sind die folgenden Funktionen des Passiv zu erwähnen. Die Auslassung jeglicher Präpositivergänzungen ist dadurch möglich, dass es sich einerseits um einen bereits bekannten Referenten handelt, nämlich den:die Mediziner:in oder den:die Patient:in selbst und andererseits dadurch, dass es sich bei einem Arztbrief um die fachliche Korrespondenz zwischen Mediziner:innen handelt, dementsprechend also um einen beruflich gleichen Wissensbestand. PAPE-MÜLLER lehnt sich mit ihrer Terminologie an DRESSLER an und nennt die Auslassung *anaphorische Ellipse* (vgl. ebd., 104). Das Agens ist durchgehend entweder der:die Mediziner:in oder der:die Patient:in selbst, was die Mediziner:innen genau einordnen können. Mit der anaphorischen Ellipse wurde nicht nur eine Argumentationsredundanz sondern

auch eine Thematisierung hauptsächlich des:der Mediziner:in vermieden. Wiederholt zu erwähnen ist, dass es sich bei dieser Strategie nach FANDRYCH; THURMAIR (2011) um eine Verallgemeinerung handelt, die an der Richtigkeit der unternommenen Schritte nicht zweifeln lässt.

Für die passivistische Textfunktion sind die Begriffe Thema-Rhema der pragmatischen Ebene relevant. Je nach dem, ob es eine im weitesten Sinne bekannte Information (Thema) oder eine eher unbekannt ist (Rhema), haben verschiedene Satzteile verschiedene Mitteilungsfunktionen sowie Reihenfolgen. Das Subjekt ist in der Regel das Thema und wird im Satz vorangesetzt. Das Verb ist in der Regel Teil des Rhemas und je weniger Argumente und Ergänzungen vorhanden sind, desto wahrscheinlicher wird es, dass das Verb selbst das zentrale bzw. im obigen Beispiel von KING das einzige Rhema ist (vgl. PAPE-MÜLLER 1980, 139; EISENBERG 2020, 140). Wichtig zu erwähnen und im Kontext der pragmatischen Ebene zu interpretieren, ist, dass ein Agens durch seine Erwähnung im Passivsatz einen stärkeren Satzakzent haben kann, als im Aktivsatz: *Vom Vogelgezwitscher wird sie frühmorgens geweckt, und mit dem Zirpen der Grillen geht sie schlafen* (vgl. PAPE-MÜLLER 1980, 137; EISENBERG 2020, 140).

3.2 Implikationen im Berufsalltag

Sprache kommt nur in Texten vor. - Jeder Text folgt einer Textsorte. - Das Textsortenwissen leitet die Rezeption und Produktion von Texten. Textsorten sind kulturspezifisch geprägt. Abweichungen auf der Textebene können zu gravierenden kommunikativen Störungen führen. (ADAMZIK 2009, 211)

In diesem Kapitel wird untersucht, auf welchen Ebenen des Berufsalltags sich berufsbezogenes Deutsch im Gesundheitswesen realisieren lässt. Genauer wird untersucht, in welchen beruflichen Handlungsfeldern berufsbezogenes Deutsch unterrichtet werden kann. Die Curricula werden in diesem Kapitel zuerst kurz vorgestellt und dann im Hinblick auf die arbeitsrelevanten Kann-Beschreibungen im Gesundheitswesen analysiert. Ziel ist es herauszufinden, in welchen Tätigkeiten am Arbeitsplatz es Potenzial für den Passiverwerb gibt. Ergänzend ist das Unterkapitel 3.3 geschrieben worden und ist deshalb für eine Klarheit der beruflichen Implikationen vonnöten. Berufsbezogenes Deutsch als Register, welches neuerdings vermittelt wird, hat im Jahr 2007 mit dem ESF-BAMF-Programm (vgl. dazu 3.3) begonnen. Das Programm selbst ist wiederum aus der Analyse der Integrationskurse, des Fachkräftebedarfs und den damit verbundenen Engpässen entstanden. In einer Zusammenarbeit

mit dem Förderprogramm *Integration durch Qualifizierung* (im Folgenden IQ) wurden zu Zwecken des Curriculas Konzepte entwickelt, auf denen die heutigen Rahmencurricula, Lehrwerke und berufsbezogene Deutschprüfungen basieren.

Das *Rahmencurriculum Deutsch Pflege* (2015; im Folgenden RDP) und *Rahmencurriculum Deutsch Medizin* (2015; im Folgenden RDM) sind eine Systematisierung der Ziele, zunächst des ESF-BAMF-Programms, dann speziell für RDP der Bedarfserhebung aus der Erfahrung von qualifizierten erstsprachlichen Pflegewirt:innen und, speziell für RDM, der Charité International Academy (ChIA). Die Curricula wurden in Anlehnung an den GER bzw. Profile Deutsch verschriftlicht. Ein weiteres gemeinsames Merkmal haben RDP und RDM in ihrer Orientierung, zu einem Abschluss zu führen. Denn beide Zielgruppen lernen Deutsch nicht von sich aus, sondern weil sie für die Berufsanerkennung einen fachlichen Nachweis brauchen. Beide Curricula heben hervor, dass es ihr Ziel ist, auf die bessere Integration in der Arbeitswelt vorzubereiten. Schließlich ist ein weiteres großes Merkmal die Vermittlung der Deutschkenntnisse selbst, die auf eine integrierte Sprachvermittlung hinauszielt: Es geht also nicht darum, Fachwortschatz auswendig zu lernen oder grammatische Strukturen der Fachsprache zu üben, sondern darum, sprachlich kompetent in allen Handlungsfeldern und Szenarien der jeweiligen Arbeitswelt zu agieren. Neben dem Inhalt ist die entscheidende Frage in beiden Rahmencurricula wie folgt: Wie kann der fachsprachliche Fremdsprachenunterricht zu einer schnellstmöglich und nachhaltigen berufssprachlichen Integration der Person führen? (RDP 2015, 11)

Das RDM hat als Ziel die GER-Niveaustufe C1 und den sprachlich kompetenten Umgang in folgenden Berufen: Humanmediziner:innen, Zahnmediziner:innen sowie Pharmazeut:innen. Ihre Handlungsfelder werden in drei Bereiche geordnet (RDM 2015, 39). Erstens besteht eine Arzt-Patient/Angehörige-Kommunikation, die dadurch, dass sie zwischen Laien und Fachfrau/Fachmann entsteht, nicht standardisiert und deswegen für diese Arbeit nicht von Bedeutung ist. Hinzu gibt es die Arzt-Pflegepersonal Kommunikation, die laut dem Curriculum ähnlich wie die Arzt-Arzt-Kommunikation ist. Für den Passiverwerb ist die standardisierte und formelhafte Kommunikationsart, die Arzt-Arzt-Kommunikation, von Interesse, in der sich die Lernenden kurz und klar durch die Fachsprache sowohl mündlich als auch schriftlich ausdrücken sollen:

„Exzellente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügen über Deutschkompetenzen in Wort und Schrift. Sie können sich mündlich am Arbeitsplatz sachkompetent einbringen, an Gesprächen teilnehmen und Berichten detailliert folgen, spezifische Erläuterungen und Darstellungen geben, medizinische Fälle vor Kolleginnen und Kollegen oder Fachpublikum präsentieren, und sie

können notwendige medizinische Dokumentationen schriftlich verfassen bzw. Konsile, Arztbriefe oder Berichte schreiben.“ (RDM 2015, 9)

Das RDP zielt auf das Sprachniveau der GER-Stufe B2 und auf die Herausforderungen der Tätigkeiten einer Pflegekraft ab. Die Fertigkeit Schreiben ist ein wichtiger Teil des Unterrichtes, welcher mit seinen theoretischen und praktischen Grundlagen die Pflegekräfte auf die Pflegedokumentation einstellt. Die Formen der Dokumentation sind standardisiert und sollen durch eine systematische Vermittlung gefördert werden (RDP 2015, 16). Dazu hat die Dokumentation eine Textsorten-Spezifizierung, weswegen dieser Teil als ein weiteres Potenzial für den Passiverwerb angesehen werden kann. Das Passiv wird in beiden Curricula nur an einer Stelle explizit genannt:

„Die Förderung des Leseverstehens gehört im Rahmen der berufsbezogenen Kurse angesichts der Fachsprache und der daraus resultierenden Besonderheiten (beispielsweise Nominalisierungen, **Passiv**verdichtungen, Verallgemeinerungen), die in Fachtexten besonders oft vorkommen, zu den besonders anspruchsvollen Aufgaben.“ (RDP 2015, 16)

Bei allen anderen Kann-Beschreibungen¹⁰ ist das Passiverwerb potenziell als Teil der Handlungsfelder zu sehen und Bedarf der Einschätzung und des Gespürs der Lehrperson selbst. Das Fehlen eines expliziten Grammatikhinweises in den Kann-Beschreibungen bei thematischen Textsorteneinheiten *Arztbrief* und *Bericht* (vgl. dazu 3.3) ist wohl auf den GER bzw. die deutsche Ausarbeitung *Profile Deutsch* zurückzuführen: Einen Kritikpunkt äußert ADAMZIK (2009, 222) indem sie schreibt, dass der GER kaum von textlinguistischer Forschungsliteratur beeinflusst wurde. Die von ihr kurz kommentierte Passivanmerkung im offiziellen Brief in *Profile Deutsch* beurteilt sie auch als willkürlich festgelegt, ohne bewussten Zusammenhang zwischen sprachlichen Mitteln und dem Inhalt selbst (ebd., 239 f.).

Die meisten sprachlichen Tätigkeiten haben ein großes Erwerbspotenzial für das Passiv. Die ausgesuchten Kann-Beschreibungen aus den Konzepten des IQ (vgl. KONZEPT 2017, 27; KONZEPT 2019, 25) heben die potenziellen Erwerbsmöglichkeiten hervor. Diese Beschreibungen wurden von dem *Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin* und aus der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in der Krankenpflege*¹¹ abgeleitet und wie folgt verschriftlicht:

¹⁰ Ein Überblick über die Kann-Beschreibungen findet sich in der Broschüre *Arbeitsplatz Europa* (2014), jedoch alle weiteren detaillierten Anpassungen zur Pflege und Medizin finden sich in den Konzepten und Rahmencurricula selbst.

¹¹ Beide Links wurden in den Konzepten als Verweis zur Verfügung gestellt: Lernzielkatalog Medizin http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf und Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Krankenpflege <https://www.buzer.de/gesetz/4330/index.htm>. Die Internetseite Lernzielkatalog Medizin ist nicht abrufbar; die Verordnungen aus der Krankenpflege wurden 2019 geändert und angepasst.

Abbildung 9: Eine Zusammenfassung der möglichen Inhalte für einen Passiverwerb, in Anlehnung an KONZEPT für den Spezialkurs (2019, 25-28) und KONZEPTE für das Spezialmodul (2017, 27-34) erstellt.

Themenbereiche in der Pflege	Themenbereiche in der Medizin
Patient:innen/Bewohner:innen/Angehörige/Auszubildende beraten und anleiten, den eigenen Standpunkt zur Behandlung und Betreuung mündlich darlegen, argumentieren, diskutieren, Gesprächstechniken (z.B. nicht direktive Beratung) gezielt einsetzen, Patientenüberleitung schriftlich formulieren/lesen, Telefongespräche führen	Berufliche Rollen, hiesiges Standesverständnis als freier Beruf, eigene und fremde Erwartungen, Aufgabenspektrum, Berufs- und Karriereplanung, Ziele und Wünsche
Pflegefachtexte/Texte aus Pflegelehrbüchern lesen/verstehen, Pflegestandards lesen, verstehen und umsetzen, eigene Vorschläge zur Optimierung der Pflege machen, sich dem eigenen Lernbedarf entsprechend in Fachbüchern informieren, aktiv an Bildungsveranstaltungen teilnehmen	Fachtexte knacken, wissenschaftliche Recherche, fachliche Fort- und Weiterbildung
Pflege schriftlich planen, Pflege (vorstrukturiert) dokumentieren, nicht-vorstrukturierte Pflegedokumentationen verfassen, Pflegehandeln begründet schriftlich und mündlich darlegen, ein formales Gespräch (z.B. Erhebung der Stammdaten, Pflegeanamnese) mit Patient:innen führen, eine Pflegeplanung lesen und verstehen	Anamnesegespräche, (das juristische) Aufklärungsgespräch vor diagnostischen und therapeutischen Eingriffen, Behandlungsplan, Überbringen schwieriger Nachrichten, Gespräche mit Angehörigen, Arztbriefe, Konsilanforderung (Anforderung von Leistungen anderer Fachärzt:innen)
fallbezogen (im Übergabegespräch oder in einer Fallbesprechung) diskutieren und argumentieren, der Situation angemessene Fragetechniken beherrschen, zügige und vollständige Weitergabe der für die Notfallversorgung wichtigen Daten, ggf. telefonisch	Visite und Patientenvorstellung, Kommunikation mit dem Personal, Patientenberichte, Zahnschemata, Heil- und Behandlungsplan, medizinische Gutachten, die eigenen Grenzen einschätzen und sich bei Bedarf rechtzeitig Rat einer anderen geeigneten Person holen: innerhalb des Teams; anderer Fachdisziplinen; komplementärer Dienste; im Umgang mit seltenen Erkrankungen den methodischen Zugang zu spezifischen Informationsquellen und -techniken beherrschen
die für die Pflege relevanten Gesetzestexte verstehen	das deutsche (föderale) Gesundheitssystem, Klinikorganisation, Hierarchien, Abrechnungs- und Dokumentationssysteme
Pflegehandeln verbalisieren, schriftliche und mündliche Anweisungen verstehen, Beobachtungen und Patientenvorstellung mündlich/schriftlich (vorstrukturiert), das eigene Pflegehandeln begründen, Ergebnisse der Pflege verbalisieren	Rechtliche Rahmenbedingungen, Versicherung, Ethische Regeln

3.3 Exkurs: Passiv-Vermittlung in berufsbezogenen Lehrwerken

Und: Wir Sprachwissenschaftler haben schon verloren, wenn unsere Grammatik sich nicht unmittelbar als das relevante Wissen über die Sprache erweisen läßt.
(EISENBERG: 2004, 5)

Die Vermittlung der Grammatik im Unterricht basiert in erster Linie auf didaktisch-pädagogischen Prinzipien, die unter bestimmten Merkmalen wie Unterrichtseinheit (im folgenden UE), Lehrwerk (im folgenden LW), Methode und Unterrichtsziel stattfindet. In der Forschung gibt es immer wieder Untersuchungen zum Thema Grammatikvermittlung. In dieser Arbeit wurde die Forschung dazu bereits mit FANDRYCH/ THURMAIR (2011) erwähnt. Jedoch wurde Grammatik dort anhand von Wort- und Satzlehre im Unterricht der traditionellen Art vermittelt. Der Fremdsprachenunterricht wurde in Anlehnung an den Latein- und Griechischunterricht konzipiert und so galt das Prinzip, dass ein Grammatikwissensbestand gleichzeitig ein Fremdsprachen-Wissensbestand sei. Dies war auch ein Kritikpunkt, an dem die Direkte Methode ansetzte, die die Grammatik komplett außen vor ließ (vgl. STEINHOFF 2011, 41 ff.). Der Autorin STEINHOFF (ebd., 43) ist in dem Punkt beizupflichten, dass eine explizite Grammatikvermittlung von großer Bedeutung ist, wenn es darum geht, die Grammatikfunktion als Mittel zu einem großen Ganzen zu nutzen (vgl. STEINMÜLLER 1990, S. 20). Dies wird in der funktional-pragmatisch angesetzten Grammatik berücksichtigt und mit der Realität der Lernenden bzw. mit authentischen Texten verbunden (vgl. STEINHOFF 2011, 50 f.). Als abgerundetes Ziel dieser Grammatik sollen die Lernenden zu einer autonomen und bewussten Einsetzung ihres Wissens hingeführt werden. Der bewusste Umgang mit grammatisch-syntaktischen Textsortencharakteristika sollte nach STEINHOFF also ein Kernziel der Vermittlung sein. KISPÁL (2019, 457 f.) hat in seiner Studie die Grammatikvermittlung in kleinen Texten in mehreren LW analysiert. Er stellt u.a. fest, dass es sich bei den meisten LW um eine aufbauende bzw. induktive Grammatikvermittlung handelt. Bei der Untersuchung der 36 Kleintexte stellte sich heraus, dass das Passiv und/oder Passiversatzformen von insgesamt 16 Grammatikthemen in 7 Texten mit Alltagskontexten vorkam und somit das zweithäufigste Thema ist, das textsortenspezifisch erworben wird.

Berufsbezogenes Deutsch wird jedoch im Kontext des ESF-BAMF-Programmes durchgeführt. Das Programm hat als Voraussetzung für das Erlangen der berufsbezogenen Deutschkenntnisse ein Pensum von bis zu 730 UE vorgegeben. Innerhalb dieser wird das berufsbezogene Sprachwissen in drei Phasen mit jeweils verschiedenen LW vermittelt: Die erste Phase ist eine Stabilisierungsphase mit einem LW, das sogenannte Brückenelemente aufweist bzw. LW, die an den vorhandenen Wissensbestand anknüpfen, ihn hauptsächlich nur wiederholen und somit

festigen. In der zweiten Phase soll eine Vertiefung des Wissen vor allem mit Methoden zur Wortschatzerweiterung erreicht werden. In der Abschlussphase werden die Lernenden darauf vorbereitet, konkrete operationalisierte sprachliche Prüfungsstrategien zu üben, die ihnen bei der berufsbezogenen Prüfung und damit eine Erlangung des erforderlichen Sprachnachweises ermöglichen. Aufgrund eines offensichtlichen Mangels an LW, vor allem im Bereich Medizin, wurden die LW nach den Phasen nicht einheitlich organisiert. Die knappe Lehrwerkanalyse wird in diesem Exkurs anhand der Qualitätsmerkmale aus einem fachdidaktischen Aufsatz von Hermann FUNK (2004, 44 ff.) durchgeführt. Es wird ein Überblick über isolierte und textgebundene Passivvermittlung im standardisierten Arztbrief und schriftlichen Pflegeberichten präsentiert. Die Merkmale haben eine Skala von Q1 bis Q12. Da nicht die Lehrwerkanalyse selbst, sondern das Vermitteln von Passiv aufgegriffen wird, um später in Kapitel 6 eine passende Unterrichtsskizze vorzuschlagen, wurden für diese Arbeit nur einige Kriterien ausgewählt: *Q2-Curricularen Kalibrierung*, *Q3-Passung in Beziehung auf die eigene Institution*, *Q7-Die Fertigkeit Schreiben*, *Q9-Grammatik & Phonetik* und *Q12-Evaluation/Selbstevaluation*. Aus FUNKS Aufsatz ist nennenswert, dass die erwünschten Eigenschaften des LW und somit auch sein Wert aus fachdidaktischer Sicht darin besteht, dass die LW selbst ein *soziales Drehbuch* (ebd., 43) darstellen sollten. Dieses Drehbuch soll ein interaktives Lernen durch verschiedene soziale Rollen und einen Einsatz der kommunikativ-orientierten Methode ermöglichen. So könnten die Lernenden Grammatikregeln in mündlichen bzw. schriftlichen Übungen und Aufgaben selbst bzw. intuitiv erkennen. Beide LW, die analysiert werden, sind einschlägige Fremdsprachenlehrwerke im Gesundheitswesen, wobei das LW für Medizin in der Stabilisierungsphase und das für Pflege in der Vertiefungsphase benutzt wird: *Menschen im Beruf Medizin B2/C1* (im Folgenden LW Medizin, s. Anhang 1) und *Menschen im Beruf Pflege B1* (im Folgenden LW Pflege, s. Anhang 2). Durch die Untersuchung der 5 Qualitätsmerkmale (2004) stellt sich heraus, dass beide LW nur bedingt die Vorgaben des Merkmals der *Q2-Curricularen Kalibrierung* enthalten. Das Merkmal *Q3-Passung in Beziehung auf die eigene Institution* lässt bemerken, dass die LW mit den Lernzielen und Inhalten an die Kann-Beschreibungen des GER bzw. der *Deutsch Portfolios* angepasst sind, folglich ist auch ein klares Niveau zuzuordnen. Es soll darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dem LW für Medizin um eine skalierte Zuordnung handelt, da einige Aufgabenstellungen eher in B2-Stufe und einige in C1-Stufe vorzufinden sind. Es fehlen sowohl in den LW selbst als auch im Lehrerhandbuch (im Folgenden LHB) Angaben oder Beispiele zur Portfolioarbeit, Evaluation und Selbstevaluation. Somit wäre auch das Merkmal Q12 geschildert. Es gibt grammatische Vorgaben im LW und/oder im LHB, jedoch nur sehr wenige. Hierzu wird

ergänzend unten auf beide LW getrennt eingegangen, mit einem näheren Fokus auf die Qualitätsmerkmale *Q9-Grammatik & Phonetik* sowie *Q7-Die Fertigkeit Schreiben*.

Abbildung 10: Berufsbezogenes Deutsch (BBD): ein Phasen- und Lehrwerksüberblick aus der Praxis.

BBD	Stabilisierung	Vertiefung	Abschlussphase
Medizin	Menschen im Beruf Medizin B2/C1	Deutsch für Ärztinnen und Ärzte	Trainingseinheiten Deutsch Medizin B2/C1
Pflege	Deutsch im Krankenhaus – Intensivtrainer.	Menschen im Beruf Pflege B1	Deutsch B1/B2 in der Pflege, Trainingseinheiten Deutsch Pflege B1/B2.

Ferner fördern beide LW das autonome Lernen und knüpfen an die reale Welt der Lernenden an. Das Merkmal Q3 lässt bemerken, dass die Lektionsdauer nicht mit der Kursdauer von 600 UE übereinstimmt, wie sie üblicherweise in Sprachschulen anzutreffen sind, jedoch sind die Dauer der Einheiten durchaus an die einzelnen Phasen angepasst, in denen die LW auch benutzt werden sollen. Die LW haben keine Arbeitsbücher, also ist der Vorbereitungsaufwand der Lehrperson als hoch einzuschätzen. Des Weiteren und sehr wichtig für diese Arbeit sind Q7, was das Fokus auf das Schreiben bzw. mehr noch auf die Arztbriefe in den Vordergrund rückte, sowie Q9, wobei das Passiv näher untersucht wurde.

Zum Thema Arztbrief werden gleich 2 Lektionen gewidmet (13, 19). Alle Lektionen basieren auf dem didaktisch-methodischen Prinzip *Szenario*: Kommunikative Situationen, die medizinische Tätigkeiten im Berufsalltag in einem großen Ausmaß widerspiegeln. Die Voraussetzungen für eine Progression, zumindest im Bereich des Fachwortschatzes, ist die, dass die Lernenden bereits ein gutes B2-Niveau haben. Von den Lernenden wird erwartet, dass sie die grammatisch-syntaktischen Einheiten bereits beherrschen und von der Lehrperson, dass sie eine Übungsgrammatik aus der Hueber-Reihe zur Systematisierung und Festigung benutzt, falls nötig (LHB 2016, 1 f.; s. Anhang 3). Während die Anleitungen im LHB (ebd., 42 ff.) den Fachwortschatz und die Nominalisierungen deutlich fördern, wird im LHB nur kurz angedeutet, dass Arztbriefe ein textsortenspezifisches Merkmal des Passiv Präteritums haben. Daneben gäbe es noch Präteritum und Präsens, jedoch nur in den Therapievorschlügen (vgl. dazu 4). Daneben wird auch darauf hingewiesen, dass man als Lehrperson „zu viele“ Passivübungen unterlassen soll, da es sehr oft dazu kommt, dass ein Übungstransfer vorkommt, denn schließlich ist ein Arztbrief *die Visitenkarte einer Abteilung* (ebd., 43), weswegen besonders Acht gegeben werden sollte. Überdies stellt sich heraus, dass es im LW für Medizin keine explizite Grammatikvermittlung gibt. Wegen der fehlenden Grammatikvermittlung wird zuzüglich das LW *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte* (LECHNER; SCHRIMPF 2019) analysiert, das

für die Vertiefungsphase benutzt wird. Der Akzent liegt laut dem Vorwort auf der *sprachlichen Feinarbeit* und der Verbesserung der Kommunikation (ebd., 5). Es ist ein Arbeitsbuch zum gleichnamigen Trainingsbuch im Bereich Deutsch als Fremdsprache und ist an der ChIA zur Vertiefung und Wiederholung geschrieben worden. Das sechste Kapitel des LW wurde dem Arztbrief und der Epikrise gewidmet. Dadurch, dass es ein Arbeitsbuch ist, gibt es keine Vermittlungsstrategien, dafür aber Übungen zu Wahl der Modalverben in passivistischen Konstruktionen: *Der Patient konnte/kann nicht länger ambulant behandelt werden; Die Therapie sollte/muss/musste für mindestens drei Monate fortgesetzt werden* (ebd., 144; s. Anhang 4).

Das LW Pflege baut auf das LW *Menschen B1* auf und kann laut des LHB (s. Anhang 5) ergänzend dazu benutzt werden. Das Interesse dieser Arbeit ist bei Q7 auf die Textsorte Unfallbericht gerichtet, jedoch gibt es in einer Musterlösung (LHB 104) selbst kaum Passiv. Es gibt viele Aufgaben zum schriftlichen und mündlichen Berichten verschiedener Tätigkeiten: über eine Person mit Alzheimer, über berufliche Erfahrungen, über kritische Vorfälle usw. Im Vergleich zum LW für Medizin, das auch textsortenspezifische Grammatik in Lesetexten und Hörtexten enthält, kommt im LW für Pflege noch zusätzlich eine explizite Behandlung des Passivs vor, was im Vergleich zum LW-Medizin-B2 wohl daran liegt, dass das LW Pflege für ein niedrigeres B1-Niveau gedacht ist. Die Lernenden haben einige Übungen zum Passiv zu ergänzen, ein induktives Suchen und Finden der Passiveffekte gibt es jedoch tatsächlich nicht. Außerdem fehlt eine sehr typische Methode zur Grammatikvermittlung in den neueren LW zur Fremdsprachendidaktik. Das Passiv wird gleich in 3 Lektionen 21-23 (Pflege 2021, 100-113) aufgegriffen. Die Begründung im LHB selbst lautet: *Da dieses grammatische Thema im pflegerischen Kontext eine wichtige Rolle spielt, wird es hier aufgegriffen und noch einmal geübt* (LHB 62). Das Passiv Präteritum wird im Kontext eines Übergabegesprächs vermittelt. Das Passiv Perfekt wird explizit in Kontext von Pflege von Patient:innen mit Krebs und sich darüber informieren vermittelt. Hier wird im LHB (69) vorgeschlagen, die Standardmethode Aktiv ins Passiv zu transformieren: *Schwester Anna hat die Wunde verbunden; Die Wunde ist von Schwester Anna verbunden worden; Ist die Wunde verbunden worden?* Neben dem LW *Menschen im Beruf – Pflege* gibt es drei weitere Standard-LW (siehe Abbildung 10).

4. Empirische Untersuchungen

In 4.1.1 wird die L1 der Teilnehmenden betrachtet. Während für die Beschreibung des Passivs im Deutschen im Kapitel 2 hauptsächlich Grammatiken aus dem akademischen Kontext benutzt wurden, die verschiedenen Grammatiken in sich vereinen und den aktuellen Wissensbestand so weit es geht darstellen, wird für die Beschreibung des Passivs im Bosnischen in diesem Kapitel eine für den bosnischen Kontext einschlägige traditionelle Grammatik mit Regelsammlung benutzt. Wichtig ist zu erwähnen, dass die meisten Teilnehmenden Englisch als erste L2 gelernt haben. Deutsch haben also die Teilnehmenden bereits nach Englisch gelernt und somit ist Deutsch ihre dritte Sprache bzw. ihre zweite Fremdsprache. Das bedeutet einen Tertiärspracherwerb bzw. ein L3-Lernen und dass die Möglichkeit besteht, dass Englischkenntnisse benutzt wurden, um das Passiv im Deutschen anzuwenden (Interkomprehension). Deswegen wird in 4.1.2 ein knapper Überblick über die L3-Erwerbsforschung und über das Passiv in der englischen Sprache erstellt. Für die Beschreibung des Passivs im Englischen wird eine generative Grammatik die Achse sein, da sie Interpretationsmöglichkeiten bietet.

In 4.2. wird ein Überblick über die Notwendigkeit des Passivs in schriftlichen Handlungsfeldern der Gesundheitsbranche dargestellt. Dabei spielt die Entwicklung des Arztbriefes eine große Rolle. Daneben ist auch interessant, welche Arten von Passivkonstruktionen am häufigsten vorkommen, die auch in 4.2 untersucht werden. Diese kleine Studie soll die erste Studie in 4.1 ergänzen. Sie soll auch die Notwendigkeit des Passivs anhand seiner Anwendung in produzierten L1-Berichten aufzeigen.

4.1 Exkurs

4.1.1 *werden*-Passiv im Bosnischen als L1

Wegen des Einflusses der L1 auf den Passiverwerbsprozess wird in diesem Unterkapitel das Passiv in der L1 Bosnisch bzw. Serbisch dargestellt. Kroatisch wird nicht miteinbezogen, da es in dieser kleinen Studie keine Proband:innen mit der L1-Kroatisch gab.

Für das Bosnische, Kroatische und Serbische gab es vor den 1990er Jahren terminologisch nur einen Begriff *Serbokroatisch* oder *Kroatoserbisch*. Spätestens mit dem Bosnienkrieg 1992 hatten Jugoslawiens Nachfolgestaaten jeder Sprachvariante einen Standardnamen gegeben (MEŠANOVIĆ-MEŠA 2011). Im Verlauf der letzten Jahre kam auch Montenegrinisch dazu. Der erste deutliche Unterschied zwischen all den Sprachen sind die beiden Schriften, die benutzt werden. Während in Serbien und in Montenegro die amtlichen Schriftzeichen Kyrillisch sind,

ist es Lateinisch für Kroatien. In Bosnien und Herzegowina sind beide Alphabete Kyrillisch und Lateinisch Amtsschriftzeichen, die in Schulen im L1-Unterricht gelehrt und die im Unterricht abwechselnd benutzt werden, daneben auch bei Gebäudebeschriftungen, Sterbeanzeigen und offiziellen Dokumenten wie Personalausweisen. Die weiteren Unterschiede betreffen die Phonetik, Lexik und Grammatik; es ist jedoch sehr wichtig zu erwähnen, dass das Verständnis zwischen den L1 dieser Sprachen durch die Unterschiede nicht beeinträchtigt wird. In den früheren Forschungen wurden die Sprachen als *Varianten eines Sprachsystems* bezeichnet (KUNZMANN-MÜLLER 1999, 8), heutzutage weist jede Sprache nicht nur eine linguistische, sondern auch eine politisch motivierte Sprachwandlungstendenz auf (vgl. KORDIĆ 2011).

Bosnisch und Serbisch (im Folgenden zusammen erwähnt als BS) sind synthetische Sprachen und somit hat ein Lexem morphologisch gesehen eine starke Mitteilungsgrammatik. Sie haben eine freie Wortstellung, mit 7 Kasus und 9 Tempora, in allen kann auch das Passiv vorkommen. Das Verb bildet keine Satzklammer und folgt den Regeln der Adjazenz. Die beliebte syntaktische Struktur ist Subjekt-Verb-Objekt. In der BS-Sprache wird das Passiv neben dem Passivbegriff auch mit *Leidezustand* bezeichnet. Das Passiv sollen nur transitive Verben bilden können. Passiv sei eine Konstruktion, in welcher das Subjekt nicht der Handlungstragende ist bzw. das grammatische Subjekt sei die Handlung selbst, die als Objekt dargestellt wird (JAHIĆ; HALILOVIĆ 2000, 286)¹². Die Passivkonstruktionen im BS werden durch zwei verschiedene Formen gebildet:

1. Mit dem Reflexivpronomen *sich (se)* und dem transitiven Verb im Aktiv:

- Ta knjiga čita se sa zanimanjem. (ebd.)
(Das Buch wird mit Interesse gelesen.)

Zu betonen ist, dass es sich hierbei um Transitive handelt. Nur diese Variante wird als Passiv akzeptiert (ebd., 406).

- Ovdje se rano ustaje. (ebd.)
(Es wird hier früh morgens aufgestanden.)

Wichtig hervorzuheben ist, dass diese Konstruktion eine Verallgemeinerung ausdrückt. Syntaktisch gesehen ist zu bemerken, dass es sich hier um Intransitive handelt. Diese

¹² Das letzte Symposium zur bosnischen Sprache fand 2015 in Sarajevo statt. Die Ziele des Symposiums konnte man raushören: das Standardisieren des Bosnischen, neue Rechtschreibung, Grammatik sowie neue Wörterbücher. Die Sprache ist noch im Ausbau und hat in der Forschungsliteratur einen Bedarf an einer ausführlichen deskriptiven Grammatik.

Konstruktion wird unter dem Begriff *Entpersönlichung (obezličenje)* eingeführt und ist laut der einschlägigen Grammatik kein Passiv (ebd.).

2. Mit dem Verb *sein/iterative Sein-Variante* im entsprechenden Tempus und Adjektiven, die aus Verben entstanden sind (vgl. JAHIC 2000, 286; KLAJN 2005, 136 f.). Als Beispiel wurde in der bosnischen Grammatik nur das Adjektiv *biti hvaljen* (sein+Partizip Passiv) gegeben.

- Passiv mit Modalverb: Ona_{Sie} mora_{kann} biti_{sein} hvaljena_{gelobt}. (m. B.)
- Passiv Präsens: Ona_{Sie} biva_{sein} hvaljena_{gelobt}. (Sie wird gelobt – m. B.)
- Passiv Präteritum: Ona_{Sie} bijaše_{wurde} hvaljena_{gelobt}. (Diese Tempus wird im Bosnischen nicht mehr benutzt.)
- Passiv Futur: Posao_{Arbeit} će_{wird} biti_{sein} urađen_{erledigt} na_{auf} vrijeme_{Zeit}. (Die Arbeit wird rechtzeitig erledigt werden.) (KLAJN 2005, 136)

KLAJN (2005) führt weiter aus, dass das Passiv im Präsens zwei Werte hat. Ein echtes Präsens ist es nur dann, wenn es ein Zustand oder eine Eigenschaft beschreibt:

- Vrata_{Tür} su_{ist} otvorena_{geöffnet}.
- Staklo_{Glas} je_{ist} premazano_{überstrichen} zaštitnim_{schützende} slojem_{Schicht}.

Wenn das Passiv Präsens jedoch eine Handlung beschreibt, dann handelt es sich um die Vergangenheit: Škola_{Schule} je_{ist} otvorena_{geöffnet} 1932. godine_{Jahr}; (Die Schule ist im Jahr 1932 geöffnet worden). Um Passiv Präsens auszudrücken, wird dann die Form mit dem Reflexivpronomen *sich (se)* und dem Verb im Aktiv genutzt. Falls eine Handlung beschrieben wird, die oft vorkommt, dann gelte die Variante das Passiv mit dem iterativen Verb *bivati* (wiederholtes *sein*) im Präsens zu bilden: Svako_{Jeder} biva_{wiederholt:sein} nagrađen_{belohnt} prema_{nach} zaslugama_{Verdiensten}. Im Passiv des BS wird hauptsächlich kein Agens genannt. Passiv wird dann benutzt, wenn das Agens unbekannt oder unwichtig ist. Wenn jedoch das Passiv im Satz realisiert wird, dann mit der Präposition *od (von)* und dem Nomen kodiert in Genitiv: Presuda_{Urteil} je_{ist} potvrđena_{bestätigt} od_{von} (strane_{seitens}) Vrhovnog_{obersten} suda_{Gericht}. (Das Urteil wurde vom Obersten Gericht bestätigt). Für ein nicht belebtes Agens wird der Instrumental benutzt: Grad_{Stadt} je_{ist} pogoden_{getroffen} zemljotresom_{Erdbeben+mit}. (Die Stadt wurde von einem Erdbeben getroffen) (ebd., 137). In der serbischen Grammatik wird die semantisch-pragmatische Ebene hinzugezogen, jedoch im Vergleich zu 2.1 wird festgestellt, dass weitere Untersuchungen des Passivs im BS vonnöten sind. KLAJN (2005) stellt einen Vergleich mit Sprachen mit fester Wortstellung her. Kontrastiv erklärt er, dass das Passiv sehr oft für die Betonung des Agens benutzt wird, indem es in das Rhema gerückt wird. Im Bosnischen und

Serbischen wird in solchen Fällen eher das Aktiv benutzt und eine Passivkonstruktion wäre zwar grammatisch korrekt, sie wird jedoch nicht benutzt. Es bestehen also erhebliche Unterschiede zwischen dem Passiv im Deutschen und dem im Bosnischen und Serbischen. Diese Sprachen haben zwei umschreibende Formen, die das Passiv ausdrücken. Das Reflexivpronomen bildet im BS das Passiv nur dann, wenn es ein transitives Verb ist. Anders als im Deutschen, das in diesem Fall ein Reflexivpassiv bildet. Im Falle jedoch, dass eine Konstruktion mit einem Reflexivpronomen und einem intransitiven Verb gebildet wird, ist es im BS kein Passiv mehr, sondern eine Entpersonalisierung, dessen semantische Interpretation in erster Linie eine Verallgemeinerung ausdrückt, die im BS nicht zur Passivkonstruktion zugeordnet wird. Es impliziert aber weiterhin ein logisches Subjekt. Im Deutschen wird im Falle der intransitiven Verben (bzw. alle Unergative) ein *unpersönliches Passiv* mit *sich* gebildet und gilt als Passivkonstruktion.

Oder aber es zählt hier, KLAJNS Aspekt: Bei der Verwendung des Passiv Präsens spielt auch die Bedeutung des Verbs eine wichtige Rolle. Die BS-Grammatiken sind sich uneinig.

In den Grammatiken konnte man keine Angaben zu unterschiedlichen Passivformen (Vorgangs- und Zustandspassiv) finden, da dieser vom Verbalaspekt (Imperfekt und Perfekt), abhängt. Es ist also möglich, dass die L1-BS beim Verwenden vom deutschen Passiv die Ersatzmöglichkeiten nicht anwenden. Zum Passiv im BS in bestimmten Textsorten gibt es keine Forschungsliteratur. Erfahrungsgemäß ist hervorzuheben, dass das Passiv schriftlich hauptsächlich in juristischen Texten (mit Agens Angabe) und mündlich in politischen Sprachen (ohne Agens Angabe) verwendet wird.

4.1.2 werden-Passiv im Englischen

Nach KÄRCHNER-OBBER (2009, 73 ff.) hat sich der Erwerbsbereich des Deutschen als L3 nach Englisch als L2 dadurch verdeutlicht, dass Deutsch fast durchgehend als L3 erworben wird und die Wichtigkeit von Englisch in Bezug zu Erwerbsprozessen beim Deutschlernen an Gehör bekommen hat. Sie führt weiter aus, dass Metadaten, wie die Eigenschaften der Lerner:innen, aber auch die Wortstellungstypologie, morphologische und stilistische Typologie der L1 im Vergleich zu Deutsch als L3 die Lernenden zum Erwerb befähigt¹³. Spracherwerbshypothesen sind auf Basis von zwei Sprachen reduziert, weswegen der Forschungsstand in Kapitel 3 hauptsächlich auf einschlägigen Erwerbsstudien zu Deutsch als L2 beruht (HUFEISEN 2003, 14).

¹³ Dabei werden die L1 und die Kompetenzniveaus in L2 und L3 beachtet und gewertet, was die Untersuchungen erheblich erschweren. Überblick über Modelle zur Mehrsprachigkeit und zum multiplen Sprachlernen finden sich im gleichnamigen Kapitel in KÄRCHNER-OBBER (2009, 88 ff.).

In diesem Teil der Arbeit wird Deutsch als Tertiärsprache oder L3 betrachtet, da die Proband:innen fremdsprachenspezifische Vorkenntnisse in Englisch besitzen und somit nicht nur aus der L2-Erwerbsforschung betrachtet werden können (ebd., 11).

Das Passiv (*the passive voice*) wird auch Fokuskonstruktion (*focus construction*) genannt und von dem Verb *be* in entsprechendem Tempus + *past participle* (-ed Form) gebildet: *The fauna of the Galapagos Islands was studied by Darwin* (CELCE-MURCIA 2016, 351). Im Englischen ist es möglich das *be+past participle* Passiv mit Modalverben und in allen Tempora zu benutzen (ebd., 353):

- Mit Modalverben: *Copper will be mined* in Chile for some time to come.
- Präsens: *Copper is mined* in Chile.
- Präteritum: *Copper was mined* in Chile
- Futur mit *going to*: *Diamonds are going to be mined* in Botswana. (CELCE-MURCIA 1999, 345).

Das Passiv können nur transitive Verben bilden, wobei transitive Verben in bestimmten Fällen nicht passivfähig sind; und zwar dann, wenn sie nicht dynamisch benutzt werden (CELCE-MURCIA 2016, 356): Verben des Enthaltens, Maßes, Besitzes, der Passung und Reflexivverben. Neben dem Aktiv und Passiv hat das Verb im Englischen auch eine weitere Möglichkeit semantische Rollen zu vergeben, was *middle voice* genannt wird. Diese ermöglicht es dem Subjekt, nicht-agentivisch zu sein. Gleichzeitig bleibt das Verb jedoch im Aktiv (ebd., 359):

1. Her high C shattered the glass. (active voice)
2. The glass was shattered by her high C. (passive voice)
3. The glass shattered. (middle voice)

Neben dem Ergativ *shattered* gibt es auch weitere Verben, die eine Zustandsänderung beschreiben und die *middle voice* bilden: *age, begin, bend, break, burst, change, close, cool, condense, decrease, develop, drop, dry, empty, end, evaporate, finish, grow, increase, melt, open, sink, slow, spread, start, stop, tear* und andere (ebd.). Neben der Form des *be*-Passives, gibt es weitere Passivkonstruktionen: *get-passive, have-passive* und *prepositional passiv* (vgl. CELCE-MURCIA 2016; PETERS 2013). CELCE-MURCIA (2016, 357) hebt desweiteren die semantischen Unterschiede zwischen Passiv und Aktiv hervor:

- *Tunnels are dug by moles.* (= stimmt nicht. Nicht alle Tunnels sind von Maulwürfen ausgegraben worden)
- *Moles dig tunnels.* (=wahrheitsgemäße Verallgemeinerung)

Die Funktion des englischen Passivs ist es, das Agens hervorzuheben, indem es direkt hinter das Verb in einer *by*-Präpositionalergänzung kodiert und positioniert wird oder um das Agens wegzulassen. Das Agens bezeichnet nicht nur eine handelnde Person, da das Verb ihm auch eine nicht aktive Rolle verleihen kann und trotzdem passivierbar bleibt (vgl. LEECH 2006): *I'm known as Wild Willimina from Waco.*

Strategien, die bei der Wahl von Passiv, Aktiv oder *middle voice* zu benutzen sind, werden in einer pragmatischen Diskursanalyse von THOMSON (2011) vorgestellt. Die markierte Passivkodierung wird immer dann benutzt, wenn das Agens nicht erwähnt werden soll; das Passiv kann auch dann unter zwei bestimmten diskursmotivierten Voraussetzungen verwendet werden; nämlich wenn das Agens doch erwähnt werden soll. Dies geschieht dann, wenn das nicht-Agens stärker mit dem Thema des Absatzes als das Agens oder thematisch stärker an den Teilnehmenden des nächsten Satzes gebunden ist (ebd.). BIBER (2021, 934) hebt in seiner Grammatik hervor, dass die Passivform ohne *by*-Präpositionalergänzung eher benutzt wird. Er ermittelt, dass das Passiv am meisten im akademischen Kontext und in den Nachrichten benutzt wird, gefolgt von Belletristik und mündlichem Ausdruck (ebd., 929). Das Englische benutzt Aktiv oder *middle voice* frequenter. Wenn man im Englischen das Passiv benutzt, dann nur unter bestimmten Regeln, wie oben beschrieben. Im Vergleich zu den Studien aus Kapitel 3 wird das deutsche Passiv frequenter als das englische Passiv angewendet. Ergative Verben können im Gegensatz zum Englischen keinen Passiv bilden, da diese Verben keine Agensrolle im Englischen vergeben. Schließlich gibt es verschiedene Unterschiede in den passivistischen Konstruktionen, als Beispiel wird Präpositional-Passive genommen *Climate change was not believed in then* (PETERS 2013), welches im deutschen Passiv mit einer *man*-Alternativkonstruktion bilden würde: *An den Klimawandel glaubte man damals nicht.*

Die Frequenz des englischen Passivs ist erheblich geringer als im Deutschen, was unter anderem der *middle voice* zuzurechnen ist. Bei der Auswahl des englischen Passivs helfen Strategien, die im Gegensatz zum deutschen textsortenspezifischen Passiv eher diskursmotiviert sind. Folglich wird davon ausgegangen, dass die Teilnehmenden keine Wahlstrategien aus dem Englischen benutzen werden. Den englischen Grammatiken ist zu billigen, dass das Passiv im Englischen weitaus mehr Erwerbsannäherungen benötigt als nur die Passiv-Aktiv Transformation, weil in einigen Fällen ausschließlich das Passiv benutzt werden kann.

„For this reason, we think that is misleading to students to present the passive as if it were derived from the active voice. Learning when to use a passive is a challenge to ESL/EFL students, who

will tend to over- or under-use it depending on its frequency of occurrence and its function in their native languages. Therefore, it is better from the start to introduce the passive as a grammatical structure with a particular use of its own.“ (CELCE-MURCIA 1999, 355)¹⁴

4.2 Häufigkeit und Verwendung in schriftlichen Handlungsfeldern

Eine der bereits ermittelten und in den Curricula (RDM und RDP) festgehaltenen Handlungsfeldern ist das der schriftlichen Kommunikation. Dieses Handlungsfeld ist für die sprachliche Handlungsfähigkeit ein entscheidender Faktor. Die Lernziele in RDM (2015, S. 62) und RDP (2015, S. 89) sagen deutlich, dass die Textlogik verstanden und dass angemessene kommunikative Mittel angewendet werden sollen. Zu Textlogik zählt u.a. die Textsorte des Berichts und unter kommunikativen Mitteln versteht man Passivkonstruktionen, die in Berichten jeglicher Art vorkommen.

Dass Passivkonstruktionen im Deutschen nicht schon immer, sondern erst mit dem Sprachwandel, als sprachlich markiertes Mittel des Berichtes benutzt werden, zeigt auch die Studie zu Arztbriefen von KING (2021, 77 ff.), die die geschichtliche Veränderung des Arztbriefes verdeutlicht und den Weg zum heutigen standardisierten Arztbrief aufzeigt. Hervorzuheben ist, dass es mit dem Lernen der grammatischen Passivregelungen nicht getan ist; schließlich müssen auch alle kommunikativen Anwendungsmöglichkeiten vermittelt und gelernt werden. Zu guter Letzt ist es für die Lehrkraft wichtig einzusehen, dass das Passiv selbst in ihrer L1 mit der Zeit durch Schübe zum Einsatz gekommen ist und dass die L2-Lerner:innen, die in ihrer L1 kaum Passiv benutzen, den Schubprozess jetzt erst lernen und dass es viel Zeit und Bewusstseinsarbeit braucht.

Nach entsprechenden Archivuntersuchungen stellt KING fest, dass ärztliche Briefe erst in den 1940er Jahren eine Ähnlichkeit zu den heutigen Arztbriefen zeigen. Berichte aus dem 19. und frühen 20. Jahrhundert zeigen jedoch einen erheblichen Unterschied zu den heutigen, da diese damaligen Berichte erzählende Texte mit einem kausalen roten Faden sind, in welchem manchmal die Stimme des Wir-Erzählers zu Wort kommt. Der Unterschied liegt also u.a. in dem Narrativ „Wir“, welches der Erzählinstanz erlaubt, wiederholte Inversionen und Handlungsverben zu benutzen (ebd., 81.). Diese Erzählinstanz wird in den heutigen Arztbriefen nicht gebraucht und der Eindruck aller Ereignisse rund um die Patient:innen werden nicht mehr dynamisch präsentiert. Die Perspektivierung rutscht vom Agens auf das Objekt,

¹⁴ In der aktuellen Editions Ausgabe 2016 wurde der erste Satz ausgelassen, weswegen die ältere aus 1999 zitiert wurde.

behält trotzdem die Handlungsleart. Der Bericht wurde rückblickend erzählt und beinhaltet kaum oder gar keine Passivkonstruktionen (ebd., S 73.). Sie führt das folgende Beispiel an:

Abbildung 11: „Ausschnitte aus einem pädiatrischen Arztbrief des Jahres 1962.“ Übernommen von King (2021, 80), die es wiederum aus dem Staatsarchiv Bern, Archiv des Inselspitals II erhalten hat.

Sehr geehrter Herr Doktor,
Wir danken Ihnen für die Zuweisung des Kindes [REDACTED] geb. am 3.10.61, das vom 15.1. - 21.2.62 in unserer Behandlung stand.
Diagnose : Hypertrophische Pylorusstenose,
hämorrhagische Gastritis,
Dystrophie.

Therapie und Verlauf : Bei uns erbrach der Knabe weiterhin blutig und unter starkem Druck. Die Anamnese in Verbindung mit unseren Befunden liess kaum einen Zweifel an der Diagnose einer Pylorusstenose offen.
Subcutane Infusionen erwiesen sich bei der schweren Exsiccose als völlig ungenügend. Als Ersatz für die versiegte erste Dauertropfinfusion mussten wir unsererseits eine Vene freilegen und dem Kind so die benötigte Flüssigkeit und Nahrung zuführen. Zur Bekämpfung der hämorrhagischen Begleitgastritis machten wir Spülungen mit Topostasinlösung.
Am 17.2. war der Zustand des Kindes soweit gebessert, dass die Operation gewagt werden konnte. Herr Dr. [REDACTED], Kinderchirurg, führte im Lindenhofspital ambulant die Operation nach Ramstedt

Im weiteren Verlauf beschreibt sie, dass der *grammatikalische Wandel* (ebd., 83), dazu geführt hat, dass in zeitgenössischen standardisierten Berichten nicht nur im Gesundheitswesen sondern auch in der Wissenschaft allgemein, die Unterscheidung zwischen dem, was der:die Ärzt:in und dem, was der:die Patient:in gemacht und erlebt haben, mittels u.a. der Passivkonstruktion verschwindet. Dieser Schwund der Unterscheidung zwischen den handelnden Personen hat einerseits eine Notwendigkeit der Passivkonstruktionen für die Literarisierung der L2-Lerner:innen in akademischen, aber auch nicht-akademischen Heilberufen des 21. Jahrhunderts zur Folge, andererseits kann es als Indikator dafür stehen, dass sich Pflegeberichte demselben sprachlichen Wandel unterworfen haben. Dass die komplette Pflichtdokumentation eine Herausforderung für die L2-Lerner:innen darstellt, ist auch im folgenden Zitat ersichtlich:

„Ein großes Problem der erfolgreichen Integration von internationalen Ärztinnen und Ärzten in den deutschen Krankenhausalltag besteht nach Überzeugung vieler Experten auf diesem Gebiet darin, dass viele Ärztinnen und Ärzte keine professionellen Arztbriefe schreiben können. Das Thema des Verfassens von Arztbriefen sowie die schriftliche Dokumentation insgesamt ist ein leidiges Problem für alle Ärztinnen und Ärzte, die damit zu tun haben, sowie für ihre Vorgesetzten und für die Pflegekräfte.“ (RDM 2015, 44)

Welche Experten es sind, lässt sich nur vermuten: Das RDM ist aus der engen Zusammenarbeit mit verschiedenen Ärzt:innen und der Charité entstanden, genauso wie die Lehrbücher und die

Prüfungen für Ärzt:innen. Mangelhafte Einblicke sind des Weiteren bei der wagen Bezeichnung *professionelle Arztbriefe* bemerkbar, die zudem keine konkreten Charakteristiken hervorheben. Arztbriefe sind Teil der Dokumentationspflicht im Medizinerberuf. Der:die Ärzt:in hinterlegt im Brief die Patientendiagnose bzw. die Informationen aus der Patientenanamnese, Befunde bei der Aufnahme und die weiteren Untersuchungsbefunde. Dazu werden eine Patienteneinschätzung und die Medikation angeführt. Der Arztbrief dient in erster Linie zur Kommunikation zwischen den Ärzt:innen untereinander und soll somit von L2-Lernenden nicht nur geschrieben (produktive Fertigkeit) sondern auch beim Lesen (rezeptive Fertigkeit) verstanden werden. Da allen Akteur:innen, die mit dem Brief zu tun hatten, juristische Sanktionen bei fehlerhafter Dokumentation drohen, legen die Krankenhäuser nicht nur im Hinblick auf die Gesundheitsförderung sondern auch im Hinblick auf das Gesetz wert darauf, dass die Arztbriefe keine Fehler bzw. jegliche Verständnisprobleme aufweisen (RDM 2015, 44) – was L2-Lernende zusätzlich unter Druck setzt und zur mangelhaften Aufnahme in den Berufsalltag führen kann.

Die ausgeführten Leistungen sind auch von den Pflegekräften zu verschriftlichen. In Pflegeberichten werden Beobachtungen, Auffälligkeiten, Maßnahmen und Veränderungen der zu behandelnden Person dokumentiert. Demnach sind die Pflegeberichte meist regelmäßige Antworten auf die Durchsetzung bestimmter Maßnahmen, neben anderen Kurzberichten über die Routinen oder speziellen Aktivitäten, die organisiert wurden. Das RDP betont dabei zwei sprachliche Merkmale, nämlich das Beherrschen des Fachwortschatzes und die vage Bezeichnung *die Sicherheit im Umgang mit diesen Instrumenten* (RDP, 12).

Arztbriefe und Pflegeberichte sind nicht nur eine Visitenkarte des Krankenhauses, sondern auch Teil der Pflichtdokumentation. Sobald Arztbriefe und Berichte im DaF-Unterricht vermittelt werden, wird nach standardisierten Formen gesucht, um den Erwerbsprozess der Textsorte zu erleichtern. Dabei wird vor allem die sinnige Anforderungen wie beispielsweise eine Reihenfolge bzw. eine logische Chronologie gemeint. Dr. med. Markus UNNEWEHR gibt auf der einschlägigen Fachwebseite *aerzteblatt.de* einen Überblick über den Inhalt und die Reihenfolge eines Arztbriefes. Am Anfang des Arztbriefes sind der Name und persönliche Informationen über den Patienten zu schreiben. Danach führt man die Diagnose samt Haupt- und Nebendiagnosen auf. Inhaltlich werden hier sämtliche Operationen und Eingriffe erwähnt (Vorgeschichte), wie auch Untersuchungsergebnisse und Symptome für die aktuelle Behandlung. Der dritte Teil des Briefes nämlich der Epikrise, ist laut UNNEWEHR (2013) der zeitintensivste Teil. Hier sollen frühere Befunde und Diagnosen mit der aktuellen in Zusammenhang gebracht werden, es sollen Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen als

Verdachtsdiagnose einkalkuliert werden, die durchgeführten Therapieverfahren samt medikamentösen Therapien in Betracht gezogen werden, Behandlungsergebnisse sollen dargelegt werden u.a. zur Messung und Qualitätshebung, nicht zuletzt der Aufklärungsgrad des:der Patient:in und die Zustimmung zum Verfahren:

„Die richtungweisenden Befunde, die zur Diagnose führten, werden nun logisch nachvollziehbar abstrahiert zusammengefasst und gegebenenfalls abwägend bewertet. Spezielle Therapieentscheidungen und Unklarheiten müssen diskutiert werden. Eine Aneinanderreihung aller nicht relevanten auffälligen und unauffälligen Befunde sowie Verlaufsdetails sind entbehrlich. Dem Leser bekannte übliche Standardtherapien müssen meistens nicht en detail [sic!] beschrieben werden. Wichtig ist eine Stellungnahme, inwieweit die erhobenen Befunde die Beschwerden oder den Grund der Behandlung erklären. Denn dies ist der Arbeitsauftrag, den der Patient oder der zuweisende Arzt stellen. Es ist ärgerlich und nicht selten patientengefährdend, wenn Fachärzte sich einer Beurteilung schwieriger und unklarer Symptome durch eine fehlende Erklärung entziehen.“ (UNNEWEHR 2013)

Die Therapieempfehlung ist der vierte und letzte Teil, in dem eine Verschriftlichung vonnöten ist. Dieser Teil des Arztbriefes wird als Empfehlung formuliert. Schließlich ist ein Anhang mit allen Befunden und eine Liste der aktuellen Medikation zu erstellen.

4.3 Beschreibung der Studie

4.3.1 Aufbau

Die Corona-Pandemie hat Veränderungen in der Gesellschaft erzwungen, in der sich die Kommunikation hauptsächlich auf digitale Kommunikationskanäle verlagert hat. Die nötigen Ressourcen für diese Arbeit wurden erheblich eingeschränkt. Deswegen wurde entschieden, dass im ersten Block ein Online-Fragebogen zu Zwecken der Analyse erstellt wird (s. Anhang 6). Hervorzuheben ist, dass es schwierig war, quantitativ mehrere Proband:innen zuzuziehen, da kein direkter Kontakt zu den Proband:innen aufgebaut werden konnte. Um diese kleine Studie abzurunden und dem herausfordernden Akquirieren der Proband:innen vorzubeugen, wird im zweiten Block eine Frequenzanalyse der Passivanwendung in Arztbriefen und Pflegeberichten gemacht, die bereits während der Jahre der DaF-Vermittlung im Gesundheitswesen gesammelt wurden.

Es wurde entschieden, den Fragebogen nur an Deutschlernende zu schicken, die einen akademischen Heilberuf ausüben, da für die nicht-akademischen Deutschlernenden der Fragebogen hinsichtlich des Deutschniveaus und der Handlungsfelder der pflegerischen Dokumentation nochmals auf sie angepasst werden müsste und diese Schritte den Umfang dieser Arbeit sprengen würde. Die Proband:innengruppe besteht also aus Mediziner:innen mit Bosnisch oder Serbisch als L1 und Englisch als L2. Alle Proband:innen sind in Deutschland berufstätige Mediziner:innen aus verschiedenen Fachbereichen. Vier Proband:innen wurden aus vorherigen gemeinsamen Kursen, *Deutsch für Ärzte und Ärztinnen*, akquiriert, die dann

weitere 7 herangezogen haben. Vor dem Ausfüllen des Fragebogens gab es keine bestimmte Stimulierung. Der Fragebogen wurde online über Google-Formulare erstellt und als Link weitergeleitet. Er besteht aus 7 Teilen.

Im ersten Teil (Fragen 1-8) wurden Metadaten erhoben, um zu sehen, ob die Proband:innengruppe im Kontext des berufsbezogenen Deutsch die Sprache anwenden kann und ob sie auch den besonderen Anforderungen des Gesundheitswesens ausgesetzt ist (Frage 6). Alle aus der Proband:innengruppe sollten die gleichen Voraussetzungen bezüglich der L1 und L2 aufweisen, nämlich eine slawische Sprache als L1 und als L2 Englisch. Dies soll bei der Unterscheidung zwischen Proband:innen mit Deutsch als Zweitsprache und Deutsch als L3 dienen. Für den zweiten Teil (9-25) wurden Impulse aus der Theorie zum Passiverwerb in L1-L3 genommen. Es wurden Übersetzungen aus dem Bosnischen bzw. Serbischen ins Deutsche und umgekehrt angefordert und Fragen zum Agens und den passivischen Alternativkonstruktionen im Deutschen gestellt. Für die Übersetzungen (9-12) und die Fragen nach Umformulierung (18-20) wurden prototypische Sätze aus Arbeitsmaterialien vom IQ-Netzwerk¹⁵ benutzt (s. Anhang 7), die in so einer Passivformulierung durchaus häufig vorkommen. Bei den Übersetzungen aus der L1 in die L3 wurden Fachpersonen befragt, ob die Formulierungen in L1 eine Standardformulierung in allen drei Sprachen ist. Ziel dieser Fragen ist es zu sehen, ob es saliente Übertragungen aus der L1 gibt. In beiden Sätzen handelt es sich um ein transitives Verb, die im BS das Passiv mit einem Reflexivpronomen bilden. Ob die Proband:innen das vorausgesetzte Wissen zu passivfähigen Verben haben, wurde in den Fragen 13-17 implizit getestet, d.h. wie gut sie die semantische Basisrolle bzw. das agentive Subjekt erkennen können. In 2 davon (15 und 16) gab es kein agentives Subjekt und somit auch keine Möglichkeit, die Sätze ins Passiv zu transformieren. In den nächsten Fragen wurden die Proband:innen in ihrer Fähigkeit der Anwendung von Passivalternativen getestet (18-20): *Umschreiben Sie die Sätze ohne dabei Passiv zu benutzen; Sie dürfen Passiversatzformen benutzen.* Zur Sicherstellung, dass der Begriff *Ersatzformen* verstanden wurde, wurde die Variante *Passivalternative* geschrieben, da *Alternative* in der L1 und L2 ähnlich klingt und somit verständlich ist. Die zu umschreibenden Aufgaben 18 und 20 drücken eine Möglichkeit aus, während die Aufgabe 19 eine Notwendigkeit ausdrückt. Die Beobachtung, welche Alternativen eingesetzt werden und ob es trotz struktureller Differenzen einen negativen Transfer gibt, ist das Ziel. In den darauffolgenden Fragen (21-25) geht es um weiteres strategisches Wissen. Die Proband:innen wurden gefragt, welches strategische Wissen, bzw. welche Fähigkeit sie benutzen, um eine passende Strategie zur Lösung des Problems

¹⁵ IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte.

auszuwählen und anzuwenden: Übersetzung in die L1 oder L2, Passivalternativen oder Vermeidung der Konstruktion. Fakultativ wurde noch angeboten, eine eigene Strategie zu beschreiben. Die Angaben konnten auf einer Likert Skala von (1) trifft völlig zu und (5) trifft gar nicht zu gemacht werden. Die Ermittlung zum Ranking der Strategien wurde durch einen Mittelwert ausgerechnet, genauso wie bei den Aufgaben 38-59.

In der nächsten Aufgabe (Teil 3, 26-31) finden sich Fragen nach der Häufigkeit der Passivanwendung in Arztbriefen, wobei die Proband:innengruppe nach ihrer rezeptiven Passivkompetenz befragt wurden (26-31) und dann im 4. Teil (32-37) nach ihrer produktiven Kompetenz. Bei den Fragen zur rezeptiven Kompetenz (26-31) ist nach der Häufigkeit des Passiv in Handlungsfeldern zur Ärzt:in-Patient:in, Ärzt:in-Ärzt:in und Ärzt:in-Pflegepersonal-Kommunikation gefragt worden. Um sicherzustellen, dass es sich bei den kommunikativen Handlungsfeldern um hoch frequente Situationen handelt, wurde ein Abgleich mit dem RDM (2015, 40) gemacht. Bei der Befragung der produktiven Kompetenz (32-37) wurde zusätzlich getestet, ob die Proband:innen die sprachliche Realisierung des Passivs in bestimmten Handlungsfeldern wahrnehmen. Die Fragen zielten auf die Beobachtung ab, in welchen Situationen die Proband:innen das Passiv trotz der Notwendigkeit nicht realisieren. Im nächsten didaktischen Teil 5 des Fragebogens (38-41) gibt es Fragen zum Strategie- und Vermittlungsaspekt des Passivs. Hier werden Fragen zur didaktischen Herangehensweise im Passiverwerb in den *Deutschkurs für Ärzte und Ärztinnen* gestellt. Die Methoden, die zur Auswahl standen waren: Aktiv-Passiv Transformation, die Bildung von Vorgangspassiv, Zustandspassiv, der Passivalternativen und die Bewusstmachung über nicht-passivfähige Verben. Hier haben die Proband:innen die Möglichkeit, auf einer Skala von 1 bis 5 die Häufigkeiten von *sehr oft* bis *nie* anzugeben. In der gleichen Skala wird im nächsten 6. Teil gefragt (42-59), innerhalb welcher schriftlichen oder mündlichen Mediensorten der Passiverwerb im Kurs stattgefunden hat. Versucht wird herauszufinden, ob das Passiv in entsprechenden schriftlichen Texten mehr oder weniger als in mündlicher Produktion benutzt wird. Hierbei ist zusätzlich interessant zu beobachten, in welchen Mediensorten das Passiv nie eingesetzt wurde. Zuletzt wird der Fragebogen im 7. Teil (60-62) durch Fragen zum sicheren Passivumgang und den Folgen von Verständnisschwierigkeiten abgerundet. Es wurde geprüft, ob die Proband:innen das Passiv eher in einer schriftlichen oder einer mündlichen Produktion bearbeiten möchten.

Im zweiten Block dieser kleinen Studie werden die schriftlichen Äußerungen von L2-Lerner:innen untersucht. Bei der Analyse von Lernsprache interessieren besonders, welche Passivkonstruktionen und Ersatzformen benutzt wurden und wie frequent Passivformen in

produzierten schriftlichen Arztbriefen und Pflegeberichten vorkommen. Dabei wird auch ein kleines Referenzkorpus benutzt (s. Anhang 8), der einen Vergleich zwischen der Lernsprache und der Passivrealisierung in L1-Berichten der sprachlichen Berufswelt ermöglicht. Das Hauptkorpus beinhaltet 27 Arztbriefe und 33 Pflegeberichte. Beide Textsorten werden bezüglich der passivistischen Konstruktionen untersucht, indem nach Konstruktionen gesucht wird, die im Kapitel 2 bearbeitet wurden. Die Arztbriefe sind Übungsmaterialien von Beate Papst. Die Pflegeberichte sind in Kursen zu Deutsch im Gesundheitswesen, während der Weiterreichungen der Pflegekräfte entstanden. Eine Quellenangabe ist somit nicht möglich. Zu mir kamen sie vor einigen Jahren als Portfolio mit verschiedenen Fotos von Pflegeberichten, das ich dann für diese Arbeit transkribiert habe. Die erhobenen Daten werden in einer Stichprobendeskription im Kapitel 5 beschrieben.

4.3.2 Hypothesen

In den Kapiteln 3., 4.1 und 4.2 wurden die Erwerbsmöglichkeiten nicht nur zum Passiv, sondern auch unter bestimmten Voraussetzungen der L1 und L2 ausgeführt. Ebendaher stammen einige Vermutungen, die ich in diesem Kapitel anstelle. Zur Prüfung des Strategiewissens und der Vorkenntnisse über nicht-passivfähige Verben bediene ich mich der Ergebnisse des Fragebogens (Block 1); zur Prüfung der Passivfrequenz benutze ich die quantitative Analyse (Block 2).

Als Indiz für die Übertragung aus L1 und L2 benutzte ich die Übersetzungen (9-12) aus dem Fragebogen. Im Falle, dass eine Übertragung aus der L1 besteht, erwarte ich, dass beide Sätze mit einer morphologisch äquivalenten Form ins Deutsche übersetzt werden: Der Satz wird ein *sich* enthalten; entweder in einem unpersönlichen Passiv mit *sich* oder in der Konstruktion Reflexivpassiv. Bei einer potenziellen Übertragung aus dem Englischen könnte durchaus möglich sein, dass die Proband:innen das Verb *be* benutzen und im Deutschen ein Zustandpassiv gebildet wird. In den Fragen 13-17 sind Vorkenntnisse in semantischen Rollen bzw. nicht-passivfähigen Verben vonnöten. Hier vermute ich, dass den Proband:innen keine klare Abgrenzung zwischen agentivem und nicht-agentivem Subjekt bekannt ist, genauso wie es die Lücke in den Grammatiken zur L1 aufzeigt. Es wäre denkbar, dass sie nach aktiv handelnden Personen suchen und diese dann als agentives Subjekt identifizieren. In diesem Fall würden sie *ihn* (den Mediziner) in der Aufgabe 16 als Agens bezeichnen, da die Person der Handelnde bei der Punktierung ist. In den Aufgaben 18-20 wurden Fragen zum impliziten Strategiewissen gestellt, indem die Proband:innen aufgefordert wurden, Passivkonstruktionen mit u.a. Alternativkonstruktionen zu umschreiben. Die zu umschreibenden Aufgaben 18 und

20 drücken eine Möglichkeit aus und sind daher mit *sich lassen + Infinitiv; sein/bleiben/stehen + zu + Infinitiv* oder *Sein + Adjektiv auf -bar, -lich, -sam, -fähig* umschreibbar. Die Aufgabe 19 drückt eine Notwendigkeit aus: *gehören + Partizip 2*. Hier ist es möglich, dass die beliebteste Umschreibung bei den Proband:innen eigentlich keine Alternative sondern eine Passiv-Aktiv Transformierung ist (siehe hierzu auch Aufgaben 22, 38 und 39). Auf die Fragen 13-17 anknüpfend werden die Proband:innen nach bewussten Strategien zum unsicheren Passivumgang in Aufgaben 21-25 befragt. Die Fragen 21, 24 und 25 könnten entweder die Hypothese, dass es keine Übertragungsstrategien aus der L1 oder L2 gibt, untermauern oder sie begraben, indem die Proband:innen mit einer hohen Frequenz bzw. *trifft völlig zu* bei den Nutzung vom L1 oder L2 antworten. Während bei der Befragung (26-31) getestet wird, wie die Proband:innen das Passiv in der rezeptiven Kommunikation wahrnehmen, testen die Fragen (32-37) wie die Proband:innen die Passivnotwendigkeit bei produktiven Tätigkeiten einschätzen. In jeder Frage gibt es eine Passivnotwendigkeit, es stellt sich nur die Frage, ob dies die Proband:innen erkennen. Es kann aber durchaus sein, dass die Proband:innen sich dessen bewusst sind. Ein Indiz für eine pauschalisierte Antwort kann jedoch sein, dass nicht alle fünf Fragen mit einem positiven Skalenwert zwischen 2-5 beantwortet werden, da die Proband:innen die Wahrscheinlichkeit, dass in allen fünf Situationen eine Passivnotwendigkeit besteht, für zu niedrig erachten. In den nächsten zur Didaktik gestellten Vermittlungsfragen im Unterricht (38-42) vermute ich, dass die Möglichkeit der nicht-passivfähigen Verben in den meisten Fällen mit *nie* angekreuzt wurde. Solch eine Antwort würde auch die Hypothese zur Aufgabe 16 unterstützen. Im 6. Teil wird auf die Befragung zur produktiven Passivrealisierung angeknüpft. Hier kann angenommen werden, dass am häufigsten die Passivrealisierung im Präteritum stattgefunden hat. Fragen zu: *Wie sicher kann ich mit dem Passiv umgehen; welche Folgen könnte ein Missverstehen des Passivs haben und ob der Wunsch besteht, Passiv in bestimmten Handlungsfeldern mehr zu bearbeiten* helfen zur Beschreibung des grammatischen Phänomens.

Bei der Häufigkeit der Passivverwendung (Block 2) werden die Passivformen und Passiversatzkonstruktionen ermittelt. Dabei kann angenommen werden, dass Passivkonstruktionen mit Modalverben, Passiv im Präsens und Präteritum am häufigsten vorkommen. Ein starkes Indiz dafür, dass neben diesen Passivkonstruktionen weitere nicht vorkommen werden, können die Lehrwerke dienen, die zur Vermittlung von Passivkonstruktionen einen Schwerpunkt auf Modalverben legen (Kapitel 3). Als Ausweichkonstruktionen bei ungewohnten Passivformulierungen können auch Ersatzformen vorkommen. Schließlich kann angenommen werden, dass das Referenzkorpus der L1 deutlich mehr Passivkonstruktionen verwenden, als es das Zielkorpus (s. Anhang 9) der L2 macht. In

dem Pflegezielkorpus (s. Anhang 10) wird es viele Passiv-Präteritum-Konstruktionen geben. Ersatzformen sind eher unwahrscheinlich.

KING (2021, 81 ff.) bezeichnet den Arztbrief als *vollkommen neutrales, objektives Protokoll*, dessen Ereignisse auf eine unmarkierte Weise dokumentiert werden. Während die Geschehnisse aus der erzählerischen Perspektive unmarkiert bleiben, wird auf syntaktischer Ebene das durchaus markierte Passiv benutzt. Wenn diese Handlungsleseart in der L1 der DaF-Lernenden kaum verwendet wird, dann stehen die DaF-Lernenden vor einer großen Herausforderung, sowohl auf rezeptiver als auch produktiver Ebene. Die Grundannahme, dass man sich dem Passiverwerb durch Textsortenvermittlung nicht angenähert hat und dass daraus dann eine Lücke im Wissensbestand entsteht, gehört erwähnt: Die Passivfrequenz wird bei den Proband:innen geringer sein, als es die deutschen Textsorten Arztbrief und Pflegebericht verlangen.

5. Auswertung der Untersuchungsergebnisse

5.1 Erschwerende Faktoren

Alle Details hierzu sowie zu anderen Fragen finden sich im Anhang, inklusive dem kompletten Fragebogen. Viele Fragen sind der Einschätzung der Proband:innen überlassen und haben damit keine absolute Gültigkeit, sondern eine basierend auf ihren Einschätzungen. Dadurch, dass ich bei der Durchführung des Fragebogens keinen Kontakt zu den Proband:innen hatte, haben auch einige die Fragen zur Umschreibung (18-20) falsch verstanden und die Sätze fälschlicherweise übersetzt. Einige haben auch die Antworten verweigert, indem sie einfach das Lexem *ja* (BS: *da*) geschrieben haben. Bei diesen Aufgaben konnte dann keine Auswertung stattfinden.

Die ersten Aufgaben zu den Metadaten (1-8) werden nicht alle in der Auswertung erscheinen, da sie eher in diesem Kapitel Einsatz gefunden haben. Bei Frage 2 ist zu erwähnen, dass drei Proband:innen Deutsch als Zweitsprache gelernt haben. Dies ist jedoch in Ordnung, da nach dem Wissen aus Kapitel 4.2 nach dem historischen Wandel der Fachsprache eine große Wahrscheinlichkeit besteht, dass die L2-Lerner eigentlich Englisch als L3 gelernt haben und insofern bei der Einschätzung des Transfers bei den Übersetzungsfragen mitgezählt werden kann. Bei der fünften Frage gab es 5 Proband:innen, die keinen berufsbezogenen Deutschkurs besucht haben. Folglich wurden sie aus den automatisch erstellten Ergebnissen zu den Fragen 38-59 aussortiert und es musste alles manuell berechnet werden. Es wurden im Anhang Anmerkungen zu diesen Proband:innen gemacht. Unter anderen Umständen hätte man die Proband:innen fragen können, ob sie vielleicht einen berufsbezogenen Privatsprachunterricht

gemacht haben. Alle Proband:innen mit einer positiven Antwort hätten in die Auswertung aufgenommen werden können. Die Fragen 6 und 7 dienen nur dazu, um herauszufinden, ob alle Proband:innen im Medizinerberuf tätig sind. Diese Fragen haben jedoch ferner keinen Einfluss auf den Passiverwerb oder die Strategieeinschätzungen.

Bei den Aufgaben 11-12 gibt es zu viele strukturelle Ähnlichkeiten zur Zielsprache, als dass man dabei einen Transfer beobachten kann. Hier hätte ich besser ein nicht-passivfähiges Verb genommen und eine Struktur des unpersönlichen Passivs, weil ich dann bei der Auswertung Auffälligkeiten hätte beobachten können.

Bei den Aufgaben 21-24 und den 38-59 wurde eine Auswahlmöglichkeit auf einer Skala von *(1)-trifft völlig zu* bis *(5)-trifft gar nicht zu* gegeben. Die (3) als Neutralwert wurde zwar nicht so oft benutzt, trotzdem hat sie die Auswertung etwas erschwert. Nichtsdestotrotz hatte jeder Wert ein Gewicht, wodurch ein gewichteter Durchschnitt zur Berechnung der Zutrefflichkeit bzw. des Rankings erstellt werden konnte.

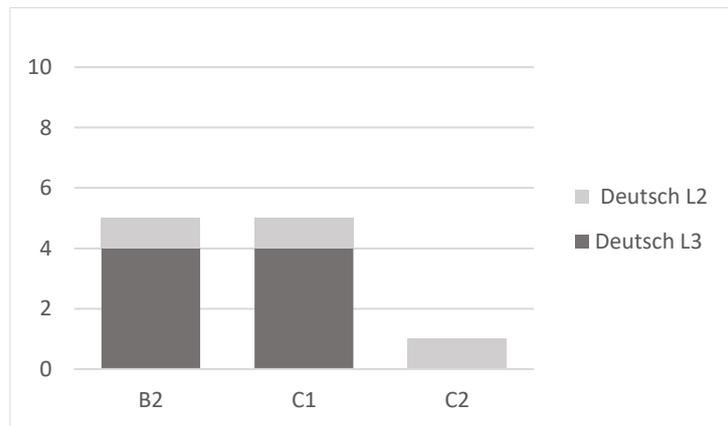
Weitere erschwerende Faktoren traten bei der Korpusanalyse auf. Beim Referenzkorpus sowie beim Zielkorpus stimmte das pdf-Format nicht mit den zugelassenen txt-Formaten des Programms AntConc überein, weswegen die Analyse manuell erfolgen musste. Zudem scheint es so, dass das Zielkorpus von einer Person verfasst wurde, da nur wenig Variation bei den sprachlichen Mitteln benutzt wurden. Es wäre sinnvoll gewesen, wenn das Zielkorpus von verschiedenen L2-Lerner:innen erstellt worden wäre, um die sprachlichen Variationen im Hinblick auf die Passivkonstruktionen zu analysieren.

Bei der Erstellung vom Pflegereferenzkorpus wurde festgestellt, dass Pflegeberichte keine standardisierte Form haben, zumindest die, die im Internet gefunden wurden, weswegen davon abgesehen wurde. Nach Anfragen in verschiedenen Kliniken für das Material zu Forschungszwecken wurde jegliche Art von Kooperation abgelehnt. Es besteht ein Zielkorpus aus L2-Kurzberichten, die hinsichtlich der Passivfrequenz und ihrer Anwendung analysiert wird.

5.2 Ergebnisse und Auffälligkeiten

Das gestapelte Säulendiagramm gibt Auskunft über Teil 1 des Fragebogens, genauer darüber, wie viele P mit jeweils Deutsch als L2 und L3 sich auf welchem Niveau eingeschätzt haben. Aus der Ergebnisauswertung stellte sich heraus, dass die P am wenigsten 2 Monate und am meisten 14 Jahre ihre Tätigkeiten als Ärzt:in in Deutschland ausgeübt haben.

Abbildung 12: GER-Stufe der Proband:innen (P) (Selbsteinschätzung).



Die Angaben in der Datentabelle wurden dem zweiten Teil des Fragebogens entnommen (9-12). Ein Passiv wurde als richtig gewertet, wenn ein Satz entweder eine Passivkonstruktion hat oder nur semantisch den Effekt des Passivs ausdrückt. Eines davon war ein Passiv mit Modalverben und 10,52 % Passivalternativen. Ein Beispiel eines Aktivsatz, der dabei benutzt wurde, ist der folgende: *Zuerst erfolgt eine Lokalbetäubung der Einstichstelle*. Bei den Aufgaben 9-12 sind keine syntaktischen Übertragungen aus L1 oder L2 festzustellen, außer der semantischen bzw. pragmatischen: Bei dem Versuch wurden einige Übersetzungen auch ins Aktive übersetzt bzw. gleichzeitig transformiert. Außer dieser Übersetzung gab es keine weiteren Auffälligkeiten im Hinblick auf das Deutsche. Jedoch im Hinblick auf das BS: Auf der pragmatischen Ebene ist es interessant zu beobachten, dass jeder P den deutschen Satz mit einem Passiv im SB übersetzt hat – wahrscheinlich, weil sie kein Subjekt hatten. Hier ist auch zu erwähnen, dass 20 % der P die deutsche Wortstellung hatte. (mit Satzklammer negativer Transfer.)

Abbildung 13: Trefferquoten bei den Übersetzungen ins Deutsche und SB.

L1 ins Deutsche		Deutsch ins L1	
Werden-Passiv	84,2 %	Reflexivpronomen <i>sich</i> + transitives Verb im Aktiv	90 %
Aktivsatz	15,8 %	Iterative <i>sein</i> - Variante + adjektiviertes Verb	10%

Bei der Nennung vom Agens bzw. dem agenslosen Subjekt wurde folgendes abgefragt: Als Agens haben wir *Control*, *Cause* und *Move*. Hier können auch Passivsätze gebildet werden. Bei *Exper* und *Possess* nicht, da diese kein Agens haben. Bei allen Aufgaben war die höchste Fehlerquote (30,31%), als die P nicht den Agens in *Die gelungene Operation beruhigt die*

Familie erkennen konnten. Die nächsthöchste Fehlerquote (27,3%) war, als die P nicht das agenslosen Subjekt in *Die Punktierung der Leiste misslingt ihm* erkennen konnten.

Abbildung 14: Trefferquoten als Voraussetzung für passivfähige Verben.

Richtige Antworten	
Agens	69,7 %
Agensloses Subjekt	72,72 %

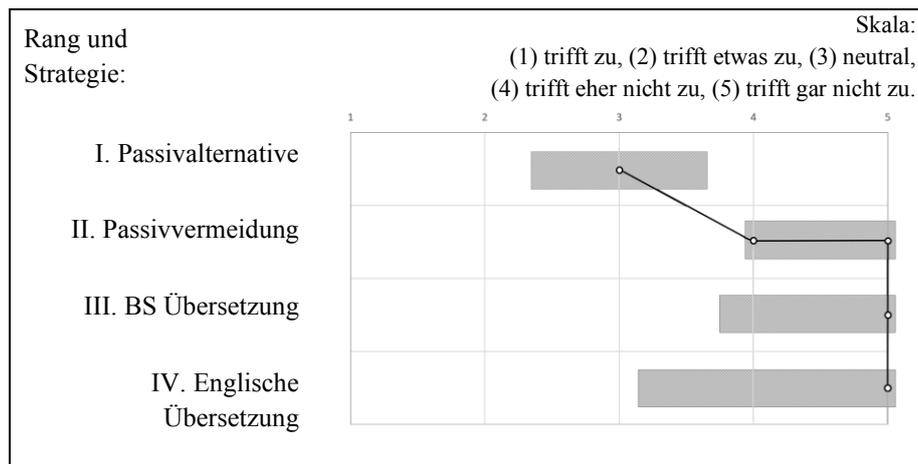
Bei den Fragen 18 bis 20 wurden unterschiedliche Antwortvarianten verwendet. Die Antwortkombinationen sind unten in der Tabelle aufgelistet. Die Fehler sind meistens auf einer Basis von semantischen Abweichungen, von syntaktisch identischen Sätzen mit einer anderen Wortstellung oder einer Auslassung und von einer Passiv-Aktiv Transformation entstanden. Es wurde kein negativer Transfer beobachtet. Interessanterweise haben die P in 30% der Antworten eine Umschreibung mit dem Personalpronomen *wir* und einmal mit *uns* verwendet.

Abbildung 15: Trefferquote bei der Passivalternative zum Ausdruck von Möglichkeit und Notwendigkeit.

Möglichkeit	
Sich lassen + Inf.	55% richtig
Kann + man + Inf.	
Funktionsverbgefüge	
Bekommen-Passiv	
Werden-Passiv	45% falsch
Konjunktiv 2	
Passiv-Aktiv Transformation	
Notwendigkeit	
Konjunktiv 2 + man + Inf.	20% richtig
Werden-Passiv	80% falsch
Passiv-Aktivsatz Transformation	
Konjunktiv 2	

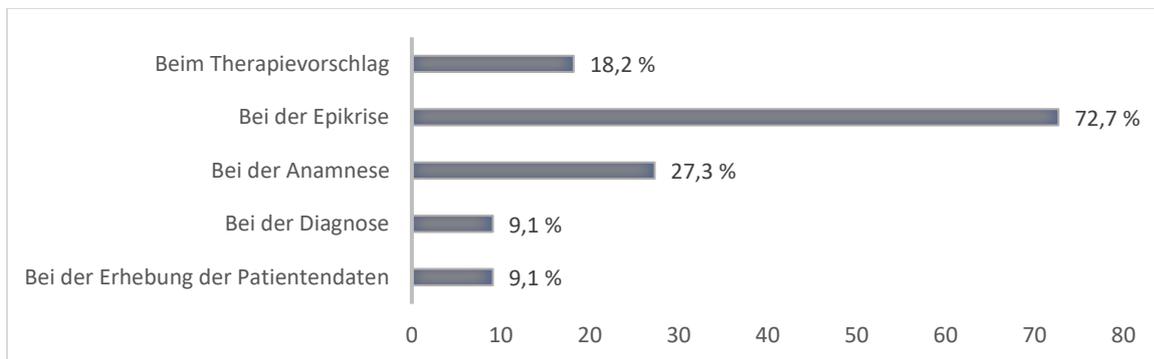
Die Rangordnung in Abbildung 16 wurde anhand der Proband:innen-Zahl und deren gewichteten Durchschnitts berechnet (I.-IV.). Die grauen Balken stellen die Menge der Antworten dar (durch Prozente ausgerechnet von insgesamt 6 P) und die Kreise visualisieren den Wert des Zutreffens, die die P gewählt haben (trifft zu-trifft gar nicht zu). Wenn man sich den Rang anschaut, welche Strategien die P bei Lösungen von Problemen beim Passiv benutzen, dann sieht man, dass die Passivalternative als Strategiewissen die beliebteste unter den 11 P ist. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass diese Antwort anhand der meisten (3)-neutralen Antworten entstanden ist, da die P weder von den angegebenen Strategien eine mit (1) *trifft völlig zu* oder mit (2) *trifft eher zu* gewählt haben noch gab es zu bewertende bzw. einheitliche individuelle Strategien bei 25. Einige von den individuellen Strategien waren: *Mimik und Gestik, Online-Übersetzer* (s. Anhang 11).

Abbildung 16: Angabe der P zur Strategie bei der Problemlösung zur Passiv.



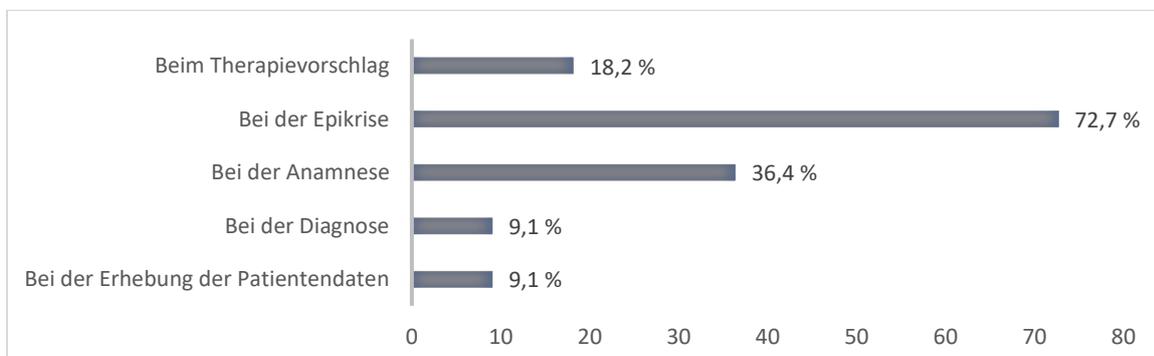
Bei der rezeptiven Kompetenz wurde die Häufigkeit der Passivwahrnehmung bei den P beobachtet. In einer Selbsteinschätzung äußerten die meisten P, dass sie besonders während des Lesens Passiv bei der Epikrise und Anamnese wahrnehmen. Bei der Analyse des Referenzkorpus ist herausgekommen, dass das Passiv tatsächlich teils durchgehend bei der Anamnese, Epikrise und bei der Erhebung von Patientendaten vorkommt.

Abbildung 17: Passivwahrnehmung in verschiedenen Teilen des Arztbriefes (rezeptiv).



Am meisten benutzten die P das Passiv bei der Epikrise. Es gibt kein Feld, in denen sie es nicht benutzen.

Abbildung 18: Passivanwendung in verschiedenen Teilen des Arztbriefes (produktiv).

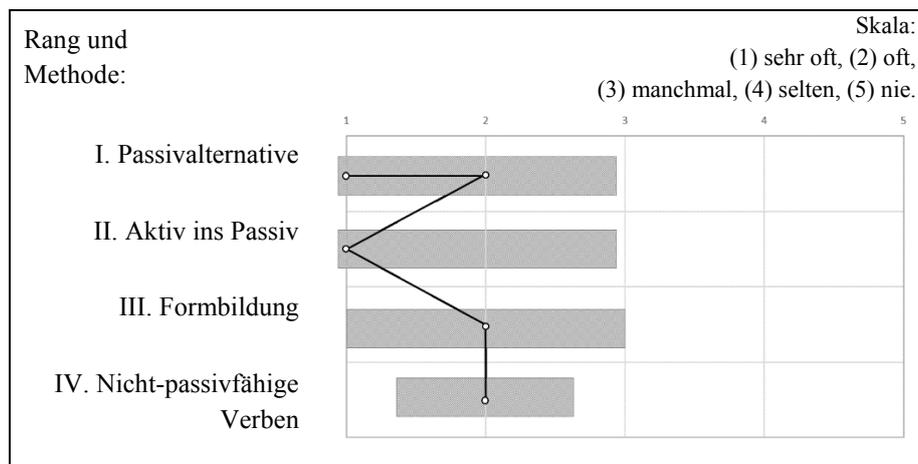


Im Vergleich zur Korpusanalyse stellte sich jedoch heraus, dass im Zielkorpus am meisten Passiv bei der Erhebung der Patientendaten Anwendung fand, und zwar bei Vorerkrankungen.

Diese wurden schriftlich in Konjunktiv I Passiv der Vergangenheitsform in 13 von 27 Arztbriefen produziert: *Sie sei mit 17 wegen eines freien Sprunggelenkkörpers rechts arthroskopisch operiert worden.* In einer verneinenden Konstruktion kam diese Passivkonstruktion in 5 von 27 Briefen vor: *Sie sei bisher noch nie operiert worden.* Mit dem Vollverb *unterziehen* ließen sich 6 Konstruktionen finden: *Er sei wegen Hidradenitis vor 1 Woche sowie wegen Achillessehnenruptur vor 25 Jahren operiert und die [sic!] Sterilisation vor 5 Jahren unterzogen worden.* Im Vergleich zum Referenzkorpus stellt sich heraus, dass das Zielkorpus die Passivkonstruktionen und/oder Alternativen vermeidet, in dem es Aufzählungen anstelle von Sätzen produziert.

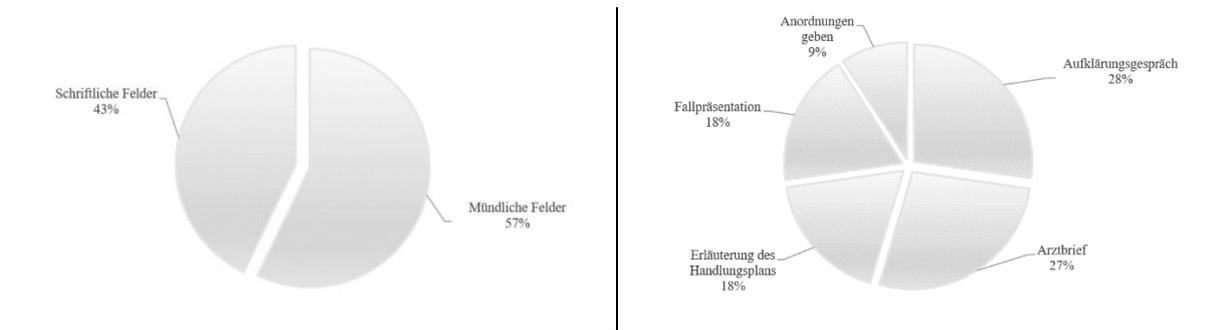
In diesen Abschnitt zur Herangehensweise an den Passiverwerb wurde das Üben von Passivalternativen als ein sehr beliebtes Thema und Methode des Unterrichts für Ärzt:innen gewählt. Dies verwundert, wenn man einen Blick auf die Umformungen und die falsche Trefferquote bei der Alternative zum ausdrückender der passivistischen Notwendigkeit wirft. Hier gab es keine weiteren Auffälligkeiten.

Abbildung 19: Rangordnung der häufigsten Vermittlungsmethoden.



Es wurde angekreuzt, dass man das Passiv am wenigsten in dem Handlungsfeld Visite und am meisten bei den Aufklärungsgesprächen und dem Arztbrief geübt hat. Hier muss hervorgehoben werden, dass es sich auch hierbei um die Schätzungen und das Vermögen des Erinnerungsgedächtnisses der P handelt. Die Tendenz zur Passivvermittlung in schriftlichen Handlungsfeldern ist weder hier (42-59) noch in der Aufgabe 62 erkennbar.

Abbildung 20: Angaben der P zur Wahl von Passiv in schriftlichen und mündlichen Handlungsfeldern.



Auf die Frage, was die P tun, wenn sie das Passiv nicht verstehen, antworteten die P unterschiedlich: Missverständnisse wären die Folge und ferner fehlerhafte Ausführungen (s. Anhang 12).

Bei der Analyse der Korpora wurden unterschiedliche Ergebnisse ermittelt. Während in der L1 verschiedene Passivkonstruktionen aufgetreten sind, ist im Zielkorpus der L2 nur das Passiv-Präteritum und auffällig häufig das Konjunktiv I Passiv der Vergangenheitsform vorhanden.

Abbildung 21: Passivanwendung bei L1 und L2 im Arztbrief.

Passivkonstruktion/ Alternative	L1 Referenzkorpus (3 Arztbriefe)	L2 – Zielkorpus (27 Arztbriefe)
Konjunktiv I Passiv der Vergangenheit	2	25
Passiv Präteritum	7	3
Passiv mit Modalverb	5	0
Passiv Präsens	4	0
Reflexive Vollverben	1	0
sein + Infinitiv mit zu	1	0
sein + Adjektiv	1 ¹⁶	0
Nicht-Passivfähige Verben als Alternative zu einem Passivsatz	1 wichtig wegen oben	0

Davon werden folgende Verben in einer Passivkonstruktion benutzt:

Abbildung 22: L2 Zielkorpus.

Vollverb	Frequenz	Vollverb	Frequenz
operieren	18	durchführen	1
unterziehen	7	verabreichen	1
bewerten	1		

¹⁶ Viele andere tauchen nur elliptisch bzw. ohne *sein* auf.

Abbildung 23: L1 Referenzkorpus.

Vollverb	Frequenz	Vollverb	Frequenz
aufnehmen	3	berühren	1
nachweisen	3	extubieren	1
beatmen	2	tolerieren	1
durchführen*	2	verlegen	1
intubieren	2	verneinen	1
prüfen*	2	versorgen	1
schleudern	2	vorstellen	1
bemerkn	1		

Abbildung 24: L1 Referenzkorpus – sein+Adjektiv.

Vollverb	Frequenz	Vollverb	Frequenz
tastbar	3	ansprechbar	1
auskultierbar	2	wegdrückbar	1
auslösbar	2		

Bei der Analyse der Pflegeberichte ist eine Verdichtung von Passivkonstruktionen auffällig. In insgesamt 33 Pflegeberichten wurden Passivkonstruktionen 59 Mal benutzt. Es wurden keine Ersatzformen angewendet.

Abbildung 25: 33 Pflegeberichte

	Standardisierte Berichte	Allgemeine Berichte	Kurzberichte: Morgenroutinen, Essensroutinen, Schlafrouinen, Auffälligkeiten	Insgesamt
Passiv Präteritum	1	10	16	27
Passiv Präsens	23	0	9	32
Passiv Perfekt	0	0	1	1

Davon werden folgende Verben in einer Passivkonstruktion benutzt:

Abbildung 26: 33 Pflegeberichte. Verben in Passivkonstruktionen.

Vollverb	Frequenz	Vollverb	Frequenz
durchführen	7	tupfen	1
bringen	6	lagern	1
anbieten	5	einlegen	1
informieren	4	mitsingen	1
positionieren	4	schaukeln	1
versorgen	4	klatschen	1
aushändigen	3	lachen	1
dokumentieren	2	lösen	1

eincremen	2	raten	1
messen	2	nennen	1
motivieren	2	führen	1
nehmen	2	sicherstellen	1
umpositionieren	2	aufsuchen	1
anziehen	1	transferieren	1
abholen	1	begrüßen	1
unterstützen	1	vermerken	1
unterpolstert	1	abholen	1
einhalten	1	bestellen	1
besprechen	1	mitnehmen	1
auswerten	1	weeterschicken	1
lüften	1	reinigen	1
erklären	1	eintragen	1
bestehlen	1		

5.3 Interpretation

Bei den Übersetzungen konnte kein negativer Transfer auf der morphologischen oder syntaktischen Ebene gefunden werden. Dies verwundert nicht, wenn man sich die Angaben zur Strategieauswahl bei Passivproblemlösung anschaut. Dabei waren nämlich die englische Übersetzung und die BS-Übersetzung die am wenigsten beliebten Strategien – somit würde man das deutsche Passiv nie in Verbindung zu der L1 oder dem Englischem bringen. Auffällig ist jedoch, dass einige Sätze statt ins Passiv in Aktiv-Sätze übersetzt wurden. Eine Erklärung hierbei wäre, dass weder in der L1 noch im Englischen an dieser Stelle das Passiv realisiert werden würde - dafür müsste man aber BS/englische Arztbriefe nach dem Passiv untersuchen. Wenn dies aber stimmen würde, dann hätten die Deutsch ins L1-BS-Übersetzungen mit Aktivsätzen stattgefunden. Dem ist nicht der Fall. Eine weitere wahrscheinlichere Erklärung wäre, dass die gedrillten Aktiv-Passiv-Vermittlungsstrategien hierbei Einfluss hatten. Dies bestätigen auch die Angaben zur Herangehensweise ans Passiv, in welchen, nach der Einschätzung der P, im Unterricht Passivalternativen und Aktiv-Passiv-Transformationen am beliebtesten waren. Genauso ist hier zu erwähnen, dass in den Aufgaben zu Passivalternativen in 30% der Fälle, anstatt einer Alternative eine Passiv- ins Aktivsatz-Transformierung durchgeführt wurde. Wahrscheinlich waren es immer dieselben P. Hier sind weitere Untersuchungen durchzuführen, um diese Auffälligkeit zu erklären.

In beiden Fällen wurde das Subjekt nicht als Agens identifiziert. Es wurde als agensloses Subjekt identifiziert. Denkbar wäre, dass die Reihenfolge der 5 Agens-Fragen die Meinung der P beeinflusst hat, da die ersten 2 Antworten die Person=Agens und die 3 letzteren die Person ist kein Agens mehrheitlich war. Es wäre auch denkbar, dass hier 4 von 5 Aufgaben aus dem Wissensbestand richtig beantwortet wurden, jedoch ist dann verwunderlich, dass laut

detaillierten Angaben (s. Anhang 12) nicht-passivfähige Verben 1 Mal als sehr oft, 2 Mal als oft und jeweils einmal als manchmal, selten und nie im Unterricht vermittelt worden wären. Um hierüber eine Aussage machen zu können, gibt es einen Bedarf an viel mehr P. Hier ist es wichtig hervorzuheben, dass während der Analyse des Referenzkorpuses bei Arztbriefen unpersönliche Formulierungen und reflexive Verben benutzt wurden (s. Anhang 8: *zusammenfassend ergab sich, stellt sich unauffällig dar, es fanden sich keine Blutung...*). Eine Ähnliche Tendenz konnte bei den Übersetzungs- und bei den Umformulierungsfragen (s. Anhang 7) beobachtet werden.

Die Annahme, dass im Zielkorpus Passivsätze mit Modalverben am häufigsten vorkommen, stimmt für diesen Zielkorpus nicht. Dadurch, dass berufsbezogene Lehrwerke zu Ärzt:innenkursen als Curriculum verwendet werden, liegt der Fokus auf dem Wortschatz. Daraus resultiert, dass sich jede Lehrkraft mit grammatischen Einheiten beliebig bzw. je nach Lerner:innen vermitteln und anwenden kann. Zu vermuten ist, dass Lehrkräfte dem Konjunktiv I viel mehr Bedeutung geben, da diese sogar lebenswichtig für den:die Patient:in ist: Wird ein Satz im Konjunktiv I verfasst, wissen die zuständigen Ärzt:innen, dass dieser Satz noch zu überprüfen ist, denn dieser stammt einzig und allein von dem:der Patient:in. Dass beim Auslassen von Passivsätzen der Lesefluss bei L1-Ärzt:innen gestört sein kann, wird nicht mitbedacht. Im Referenzkorpus gibt es deutlich mehr Variationen, die Passivität auszudrücken. Diese kommen jedoch in keiner Form im L2-Zielkorpus vor. Das Passiv ist also bei den L2-Lerner:innen in Bereichen der schriftlichen Kommunikation nicht ausgearbeitet. Dies hat auch zur Folge, dass die L2-Lerner:innen in ihrem beruflichen Alltag oft nicht handlungsfähig sind, da alle Anforderungen, Prozessabläufe und weitere Handlungstätigkeiten ohne das Passiv kaum zu bewältigen sind. Dies ist jedoch nur eine Stichprobe, die aus Lehrwerken und einem Zielkorpus erfasst wurde. Diese Studie ist ausbaufähig. Als Ausweichkonstruktionen sind im Zielkorpus keine Ersatzformen zu finden, dafür aber Aufzählungen und viele Teilsätze.

Bei Pflegeberichten ist eine deutlich höhere Frequenz der Passivkonstruktionen deutlich. Es ist wohl dem zu verdanken, dass diese Berichte am Computer in den Pausen geschrieben wurden, wo es keinen Stressfaktor und keinen Zeitdruck gab – ich vermute, dass die Pflegekräfte genug Zeit hatten, um alles zu verschriftlichen. Außerdem ist auffällig, dass sich viele Passivkonstruktionen wiederholen, was die Anwendung des Passivs automatisiert hat und dazu führte, dass die Pflegekräfte es leichter anwenden konnten. Da das Ausgangsniveau von Pflegekräften entweder B1 oder B2 des GER ist, verwundert es nicht, dass nur bestimmte Passivkonstruktionen benutzt wurden und Ersatzformen nicht angewendet worden sind.

6. Didaktische Implikationen für die Passiv-Vermittlung

6.1 Erkenntnisse aus der Forschung und Studie

In der Forschungsliteratur wurde der Passiverwerb in der L2 anfangs ausschließlich kontrastiv zum Passiverwerb im Englischen dargestellt. Erst Mitte der 1990er Jahre kamen Forscher:innen zu der Erkenntnis, dass es erhebliche Unterschiede in den Erwerbsebenen dieser zwei Sprachen gibt. Seit da an sind die Studien zum Passiverwerb in der L2 überschaubar. Im Vergleich dazu sind die Forschungen zur L1 umfangreicher und deutlich expliziter auf die Passivbereitschaft bei den L1-Kindern ausgerichtet. Am meisten beschäftigen sich die neueren Studien zur L2 mit den Schwierigkeiten und dem Verstehen von Passivkonstruktionen. Aus der Erkenntnis, dass das Passiv im Deutschen durchaus im Arbeitsalltag genutzt wird, ergibt sich hier ein weiterer Forschungsbedarf. Außer einem Online-Bericht vom Cornelsen-Verlag, das sich auf Axel Hackes Begriff *Partnerschaftspassiv* (HACKE 2010) bezieht, gibt es keine Literatur zum Passiverwerb im Kontext des berufsbezogenen Deutsch. Zu erwähnen ist, dass zum Thema Passiv in der wissenschaftlichen und Fachsprache kein einheitlicher Forschungsrahmen selbst zu erkennen ist. Jedoch haben wir im Kapitel 2 gesehen, dass berufsbezogenes Deutsch nur aus einem Teil aus der Fachsprache besteht und die Schnittpunkte Allgemein- und Bildungssprache bleiben im Dunkeln. Dies erschwert es erheblich, den Forschungsrahmen konkreter im Kontext der berufsspezifischen Sprachkurse zu gestalten.

Eine der interessantesten Beobachtungen, die sich aus der kleinen empirischen Studie zeigte, ist die, dass das Passiv kaum benutzt wird. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass ein bewusster Umgang mit dem Perspektivenwechsel in der L2 wichtig ist und dennoch fehlt. Der Perspektivwechsel lässt sich aus dem Kapitel 3 und 4 als der größte Unterschied zwischen den früheren und den jetzigen Schreibweisen der L1 in den Arztbriefen feststellen und kann zugleich die größte Herausforderung der Dokumentationsverschriftlichung für die L2 darstellen. Zuerst muss in einem Unterricht eine Bedarfsermittlung durchgeführt werden, wie der bewusste Umgang mit dem Perspektivenwechsel stattfinden soll. Beim Passiv kann man sich die Anwendung der L1 nicht so wie beim Kasus vorstellen. Während bei der Kasusanwendung die L1 dann hilft, wenn man selbst ein Kasussystem in der L1 hat, ist es beim Passiv anders. Beim Passiv ist eher wichtig zu sehen, in welchen Situationen bzw. wie oft das Passiv in der L1 angewendet wird. Wenn sich die Anwendung in der L1 erheblich vom Deutschen unterscheidet, dann muss man die Notwendigkeit des Passivs im Deutschen angehen. Die LK sollte zuerst das Bewusstsein über das Passiv im Deutschen schaffen und aufzeigen, inwiefern es nicht zu einer Literarisierung am Arbeitsplatz kommen kann, wenn das Passiv nicht benutzt wird. Danach sollte man Situationen schaffen, in dem man das Passiv

anwendet und diese dann automatisieren. Die Automatisierung dient dazu, den L2-Lerner:innen eine Möglichkeit zu bieten, das Passiv autonom anwenden zu können. Sicherlich gibt es aber auch andere Möglichkeiten.

Aus der Literatur konnte des Weiteren festgestellt werden, dass das Passiv im BS, im Deutschen und im Englischen eine zusammengesetzte Form bildet bzw. ohne ein Hilfsverb nicht gebildet werden kann und dass sich das Passiv mit oder ohne eine von-Phrase bilden lässt. Alle drei Sprachen bilden das Passiv mit transitiven Verben, wobei im Deutschen die Möglichkeit der Passivbildung mit Intransitiven bzw. Unergativen (als Beispiel: helfen) erforscht wurde. Alle drei Sprachen haben verschiedene bzw. mehrere Möglichkeiten der Passivkonstruktion, die sich semantisch unterscheiden. Im BS und Deutschen gibt es eine Kasusmarkierung, im Englischen jedoch nicht. Das BS und das Englische haben keine Unterscheidung von Vorgangs- und Zustandpassiv. Während sich deutsche Grammatiken mit der Bildung von Passiv beschäftigen, hebt die englische Grammatik semantische Unterschiede zwischen Passiv und Aktiv hervor. Das deutsche und englische Passiv wurde viel mehr untersucht als das im BS. In diesem Sinne und für die Zusammenfassung der wesentlichsten Beobachtungen ist hervorzuheben, dass die deutsche Sprache das Passiv am häufigsten benutzt. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, in einer zukünftigen Studie zu untersuchen, ob die L2-Lerner:innen, die in ihrer L1 häufiger Passiv benutzen, das Passiv im Deutschen öfter anwenden.

6.2. Unterrichtsentwurf

Nach der Analyse, der wohl einschlägigsten Lehrwerke zum spezialisierten Deutsch, lässt sich zunächst festhalten, dass die Grammatik des Passivs sowie das Vermitteln vom Passiv durch eine Textsorte ausfällt. Die Lehrperson muss sich an dieser Stelle etwas ausdenken, um das gelernte Wissen über das Passiv bei den Lernenden abzurufen. Es liegt auch an der Lehrperson, was und wie das neue Wissen genau präsentiert und eingeübt wird. Bei einem vollen Lehrstundenplan ist dies nicht nur eine Herausforderung für die Lehrperson, sondern es bleibt oft nicht die Zeit, um die Materialien zusätzlich an kommunikativen Situationen an die Arbeitswelt inhaltlich anzupassen.

Die fiktiven Lernenden nehmen an einem spezialisierten Kurs des BAMF teil. Alle Lernenden sind schon auf einem B2 Niveau des GER und sind bereits als Ärzt:innen in ihren Heimatländern tätig gewesen. Die Lernenden sind schon in Deutschland wohnhaft und brauchen diesen Kurs, um die Fachsprachprüfung zu bestehen und anschließend eine ärztliche Zulassung in Deutschland zu erhalten. Die Unterrichtseinheit wird auf dem Niveau C1 des GER durchgeführt. Die für diese Arbeit ausgearbeiteten Unterrichtsentwürfe schließen an die Lektion 13 aus dem Lehrwerk *Menschen im Beruf. Medizin* (2016, 90) an. Das Passiv wurde

bereits in den vorherigen Niveaustufen durchgenommen: In den Lehrwerken *Menschen A2* (2022), *Menschen B1* und *Sicher B2* (2021). Erworben wurden die Partizipformen der Vollverben und die unregelmäßigen *werden*-Formen. Die Lernenden wissen aus ihrem Transferwissen, dass einige Verben nicht passivierbar sind und können bereits Passivsätze bilden. Sie kennen auch die Ersatzkonstruktionen, mit denen sie auch den Passiveffekt erzeugen können. Es sollen noch die Passivierbarkeit der Verben aus dem medizinischen Fachregister und die Passivvermittlung der Textsorte Arztbericht folgen. Das Ziel der ersten Unterrichtseinheit ist es, nicht passivfähige Verben zu nennen, die sinnvollerweise mit einer Ersatzkonstruktion gebildet werden können. Von den Begriffen des Agens und Patiens hören viele vermutlich auch zum ersten Mal, der Wortschatz ist jedoch bereits aus früheren Lektionen des Lehrwerks *Menschen im Beruf. Medizin* (B2/C1) bekannt. Die Lernenden werden dazu angehalten, bei bestimmten Verben das Agens zu erkennen und trotz des fehlenden Agens, sollen die Lernenden eine Möglichkeit bekommen, einen Passivsatz zu bilden. Diese Unterrichtseinheit sollte als Zusatzmaterial zu der letzten Frage im Lehrwerk dienen: Was müssen Sie lernen, um Arztbriefe schreiben zu können? Erarbeiten Sie gemeinsam eine Liste (S. 90). Ziel der zweiten Unterrichtseinheit ist es, geeignete Passivkonstruktionen ohne grammatische Analysen zum Lernen von Berichtschreiben zu fördern. Das globale Verständnis der Textsorte Arztbericht haben die Lernenden in vorheriger Stunde erworben. Die Lernenden sollen jetzt am Ende dieser Unterrichtseinheit in der Lage sein, Passiv-Chunks (hilfreiche Wendungen und Routinen) schriftlich zu produzieren. Folglich wird bei den Lernenden die Frequenz der Passivanwendung gesteigert. Bei beiden Unterrichtseinheiten handelt es sich um 45-minütige Einheiten. Die Unterrichtsstunden bauen aufeinander auf und können auch direkt aufeinander folgen. Arbeitsblätter werden für beide Unterrichtsentwürfe entwickelt (s. Anhang 13 u. 14).

6.3 Unterrichtsskizze 1

Phase/Zeit	Lerninhalte ¹⁷	Aktivitäten	Medien
Einstieg (7 Min.)	In der vorherigen Stunde wurden wichtige grammatische Einheiten für das Verfassen eines Arztbriefes erwähnt. In dieser Einstiegsphase wird eine Wiederholungsphase eingeleitet, die das Wissen der Lernenden (L) über das Passiv aktivieren soll und so die L vorentlasten soll.		
	Es stehen einige Sätze im Aktiv und Passiv auf der Präsentation, (PA, Auswertung in PL)	Die L sollen die Artikel in der entsprechenden Form ergänzen.	Tafel, Präsentation, Arbeitsblatt
Präsentation (13 Min)	In der Präsentationsphase sollen die L sich der Passivfrequenz im Deutschen und in einem Arztbrief bewusstwerden: Es soll verankert werden, dass Passiv und Passiversatzformen notwendig für das Schreiben und somit die Ausübung dieses Berufs sind. Nach dieser Phase sollen die L autonomer mit Passivsätzen in Arztbriefen umgehen können.		
	Die Lehrperson teilt den Text „Passiv im berufssprachlichen Unterricht“ aus und bittet die L, den Text zu lesen und anschließend Fragen zu beantworten. Nach der Auswertung schreibt die Lehrperson folgende Fragen an die Tafel: <i>Was glauben Sie, in welchen Teilen des Arztbriefs kann man alles das Passiv verwenden? Wie oft?</i> (LV, EA und PL)	Die L lesen den kurzen Text und berichten von ihren Notizen: L erzählen, was sie verstanden haben (im besten Fall, verstehen die L die Wichtigkeit des Passivs im beruflichen Alltag). L stellen Vermutungen an, wo das Passiv im Arztbrief überall vorkommen kann: <i>Bei der Epikrise, bei der Anamnese, beim Therapievorschlag...</i>	Tafel, Arbeitsblatt

¹⁷ Fertigkeiten werden hier in Klammern angeführt: LV = Leseverstehen, HV = Hörverstehen, SA = schriftlicher Ausdruck, MA = mündlicher Ausdruck. Sowie Sozialformen: PL = Plenum, EA = Einzelarbeit, PA = Partnerarbeit, GA = Gruppenarbeit.

Semantisierung (15 Min)	<p>In der Semantisierungsphase sollen die L die einschlägigen Verben nennen, die in einem Arztbrief ihrer Meinung nach vorkommen.</p> <p>Die wohl wichtigste Aufgabe ist hier zu erkennen, dass nicht alle Verben passivierbar sind.</p>		
	<p>Die Lehrperson teilt zuerst die Übungen zum Passiv und dem Agens aus. Nach der Übungseinheit wird den L die Lösungen präsentiert und nach möglichen Unverständlichkeiten gefragt: <i>Gibt es Unklarheiten? Wie würden Sie die Sätze, die keinen aktiven Täter haben, in den Arztbrief einfügen?</i> Mit der letzten Frage hat die Lehrperson die nächste Übung eingeleitet. (SA, EA, PL)</p>	<p>Die L arbeiten individuell und arbeiten die 3. Übung durch. Die L nennen die wichtigen Verben und machen sich Notizen ins Heft.</p>	<p>Arbeitsblatt, Lösungsfolien, Tafel</p>
Übung (10 Min)	<p>In dieser Phase sollen die L in einer interaktiven Strukturübung das grammatische Wissen des vorherigen Wissens und das aus diesem Unterricht bündeln und anwenden. Sie erhalten zwei Tabellen und sollen dazu Formulierungen mündlich ausdrücken. Fehler werden nicht korrigiert, aber dafür als Hausaufgabe zur Korrektur den L gegeben.</p>		
	<p>Die Lehrperson fragt: <i>Also, wie betten wir nun ihre Verben in ein Arztbrief ein?</i> Sie schreibt alle genannten Verben an die Tafel. (MA, PL)</p>	<p><i>L: transportieren - Der Kranke darf/sollte noch nicht transportiert werden. → Der Kranke ist noch nicht transportfähig.</i></p>	<p>Tafel, Kärtchen</p>

6.3 Unterrichtsentwurf 2

Phase/Zeit	Lerninhalte	Aktivitäten	Medien
Einstieg (3 Min.)	In der vorherigen Stunde wurden wichtige grammatische Einheiten für das Verfassen eines Arztbriefes erwähnt. In dieser Einstiegsphase wird eine Wiederholungsphase eingeleitet.		
	Die Lehrperson fragt: <i>Welche Teile des Arztbriefes können wir für die Anwendung von Passiv besonders gut nutzen?</i> Die Lehrperson hält alles an der Tafel fest. Bei verschiedenen Meinungen kann sie die Stimmen der Teilnehmenden zählen und aufschreiben.	Die L antworten: <i>Bei der Epikrise, bei der Anamnese, bei dem Therapievorschlag...</i>	Tafel
Präsentation (6 Min)	In der Präsentationsphase sollen die L für das Lernen in Chunks sensibilisiert werden.		
	Die Lehrperson stellt einige Chunks in einer Präsentation vor. Sie macht deutlich, dass es sich hierbei um Schreibsituationen handelt, die automatisiert werden können.	Die L lesen einen Teil des Arztbriefes und identifizieren mögliche merkbare Einheiten. Die L arbeiten im Plenum. L nennen Einheiten, die sie in dem Arztbrief entdeckt haben und erkennen sie ggf. als Chunks.	Präsentation, Arbeitsblatt 2
Semantisierung (8 Min)	In der Semantisierungsphase sollen die L die richtigen Passivformen in Chunks erkennen können.		
	Die Lehrperson teilt Arbeitsblätter mit Chunks aus. Anschließend fragt die Lehrperson: <i>Gibt es weitere</i>	Die L sollen die Chunks ergänzen. Sie machen sich Notizen in ihr Heft mit Chunks.	Arbeitsblatt 2, Aufgabe 1 Heft

	<i>Möglichkeiten, wie diese Chunks ergänzt werden können? Haben Sie eine Idee?</i>		
Übung (28 Min)	In dieser Phase erhalten die L Probleme und Aufgaben zu den Chunks. Sie teilen sich in Expert:innengruppen auf und informieren sich nach den jeweiligen Möglichkeiten. Danach erklären die Expert:innen in ihren Stammgruppen das Wissen, das sie erworben haben.		
	Die Lehrperson teilt die L in Stammgruppen auf. Die Lehrperson zeigt zur Veranschaulichung auf einer Präsentation, was die nächsten 3 Phasen/ Aufgaben sind und wie lange sie dauern sollen. Sie teilt die Arbeitsblätter mit dem Gesamtthema in verschiedenen Farben aus (8 Min, GA)	Die L lesen sich das Arbeitsblatt durch und diskutieren darüber, welche Chunks im Arztbrief verwendet werden können und offene Fragen.	Präsentation, Arbeitsblatt 2
	Die Lehrperson bittet die L mit den gleichen Farben der Arbeitsblätter jeweils eine Expert:innengruppe zu bilden. Sie teilt weitere Aufgaben für jede Gruppe aus. Zur Differenzierung kann die Lehrperson auch Informationsblätter, die bei der Aufgabenlösung helfen sollen, auf den Tisch stellen: <i>Falls Sie Hilfe benötigen, gibt es umgedrehte Blätter</i>	Die L treffen sich in den neuen Gruppen und lesen das Arbeitsblatt und ggf. den zur Verfügung gestellten Lernstoff. Sie finden Lösungen für die Aufgaben und schreiben sich auf, wie sie in ihren Stammgruppen die Lösungen vermitteln wollen.	Arbeitsblatt 2 Heft

	<i>mit Lernstoff, der helfen kann. (10 Min)</i>		
	Die Lehrperson bittet jetzt alle, in ihre Stammgruppen zurückzukehren und das Wissen zu vermitteln. Zum Schluss gibt die Lehrperson eine Aufgabe: Mit diesem Wissen sollen Sie als Hausaufgabe ein Arztbrief aus den vorherigen Stunden neu schreiben. (10 Min)	Die L hören zu, während sie sich gegenseitig das Wissen vermitteln und stellen Fragen bei Unklarheiten.	

7. Zusammenfassung und Ausblick

In der Forschungsliteratur ging es darum, welche Phasen es beim Passiverwerb gibt. Es wurde durchgehend über Schwierigkeiten bei dem Unterschied von Passiv mit werden und sein geschrieben, jedoch nicht darüber, welche Alternativformen bestehen, wenn kein Agens zur Verfügung steht. Entscheidend ist jedoch der Perspektivenwechsel, der beim Passivgebrauch entsteht. Dass diesen nicht jeder DaF-Lernende problemlos bei der Verschriftlichung der medizinischen Dokumentation schafft, wird im Kapitel 4 ersichtlich.

Die Frage, ob die L1 und L2 Einfluss auf den Passiverwerb in der L3 hat, lässt sich folgendermaßen beantworten. Bei den Lernenden mit Bosnisch und Serbisch als L1 gab es in der kleinen Studie im Kapitel 4 keine Anzeichen vom negativen Transfer. Es wurde auch ersichtlich, dass die Eigenschaften der L1 im Blick auf die stilistische Typologie einen hohen Einfluss hat, dass wiederum weder in Rahmencurricula noch in den Lehrwerken berücksichtigt wurde. Hier entsteht der Eindruck, dass die niedrige Frequenz der Passivanwendung in L1-Bosnisch/Serbisch und L2-Englisch einen großen Einfluss darauf hat, wie oft Passiv im Deutschen benutzt wird, und das seine Notwendigkeit in den deutschen Pflichtdokumentationen

im Gesundheitswesen kaum berücksichtigt wird. In Zukunft müssten quantitative Studien zur Passivfrequenz im Bosnischen, Serbischen und Englischen im Bereich des Gesundheitswesens mit quantitativen Studien im Deutschen verglichen werden. Bei der Analyse des empirischen Teils der Studie wurden Pflegekräfte nicht befragt, da die Corona-Pandemie nur eine eingeschränkte Befragung zugelassen hat. In dieser Hinsicht sollte diese kleine Studie nicht als statisch und repräsentativ angesehen werden. Nichtsdestotrotz gibt diese Studie eine gute Grundlage für die Erstellung der Unterrichtsentwürfe in Kapitel 6. Quantitative Analyse wurde in 4.2 vollzogen. Sinn würde auch eine qualitative Analyse mit einem hermeneutischen bzw. interpretativen Ansatz ergeben, um die Passivanwendung bzw. im Sinne der Grammatik Passivfunktionen nochmals textsortenspezifisch aufzuzeigen. Durch E-Mail- und telefonische Nachfrage konnte an keine weiteren Dokumentation herangezogen werden, weswegen das Vergleichskorpus bis zum Ende der Studie nicht ergänzt werden konnte.

Eine weitere wichtige Frage in der Arbeit wurde in Kapitel 3 untersucht, und zwar inwiefern der Passiv bei der Planung der Rahmencurricula hinzugezogen wurde. Passiv wird in der Forschung zunehmend aus der textsortenspezifischen Passivvermittlung beobachtet, was während der Untersuchung beobachtet werden konnte. In den Rahmencurricula wurde jedoch nur angedeutet, dass Passiv unter kognitionslinguistischer Sicht und somit textsortenspezifisch dargestellt werden muss.

Die Lehrwerke an sich dienen als authentisch-didaktisches Material mit einem Akzent auf die Fachsprache. Bei der Analyse der Lehrwerke in Kapitel 3 schien es, dass vor allem Akzent auf verschiedene authentische Materialien gelegt wurde. Dabei wurde aber die Grammatikvermittlung ganz und gar der Lehrperson überlassen – mit ihrem Vorwissen soll sie selbst einschätzen, welche Grammatik und wie man sie bearbeiten soll. Das führt wohl dazu, dass die Materialien im Unterricht gar nichts mit dem zu bearbeitenden Themenbereich zu tun haben. Dass die Grammatikvermittlung aus dem Kontext gerissen wurde, konnte auch anhand der quantitativen Passivanalyse in Arztbriefe der L2-Lernenden, die eine niedrige Passivfrequenz haben, beobachtet werden. Hervorzuheben ist jedoch, dass die Analyse der Lehrwerke eine sehr starke Tendenz zum kooperativen Lernen bei Erwachsenen gezeigt hat, was den Erwerbsprozess sicherlich stimuliert hat.

In Kapitel 4 und 5 wurde ersichtlich, in welchen medizinischen Kontexten Passiv und Passivalternativen gebraucht werden. Es konnte in Kapitel 4 beobachtet werden, dass Passiv konstitutiv für alle Teile des Arztbriefes ist. Wichtig hervorzuheben ist, dass die deutsche Sprache Teil des Krankenhauses und somit für Patient:innen überlebensnotwendig ist. Die Engpässe haben keine Kapazitäten, was bedeutet, dass Deutsch auch bei und vor allem bei L2-

Lernenden effektiv benutzt werden muss. Teil dessen ist auch der Passiv mit seiner Notwendigkeit sowohl rezeptiv als auch produktiv. In Kapitel 5 wurde bemerkt, dass Aktivsätze, die nicht-passivfähig sind, ganz gängig bei der L1-Deutschen durch unpersönliche Formulierungen und ein Reflexiv ersetzt wurden. Dies wird jedoch bei der Vermittlung nicht angesprochen und die Lernenden sollen wohl selbst herausfinden, wie sie den Passiveffekt ausdrücken können ohne dabei einen Passivsatz oder eine alternative Konstruktion zu benutzen. Die Studie in Kapitel 4 hat daneben gezeigt, dass die L2-Lernenden keine Schwierigkeiten beim Erkennen des Agens haben. Dies ist wohl nicht der bewussten Agens-Unterscheidung im Deutschen zuzuschreiben. Von den Lernenden wird bereits ab dem A2 Niveau erwartet, Verben nicht direkt in die L1 zu übersetzen, sondern deren Bedeutung deskriptiv und durch Synonyme zu erfassen. Dadurch, dass diese deskriptive Lernweise bereits ab dem Niveau A2 geübt wird, kann davon ausgegangen werden, dass die Lernenden bereits ein intuitives Wissen über die semantischen Rollen im Deutschen als ihrer L2 haben. Um jedoch das Passiv in notwendigen Kontexten der schriftlichen deutschen Sprache anzuwenden, müsste dieses Wissen über den Agens ausgearbeitet werden. Aus dieser Beobachtung kamen auch die Implikationen für die Unterrichtskizze 1 und 2 im Kapitel 6, in denen versucht wird, den bewussten Agens-Umgang zu stimulieren. Vermittlungsmöglichkeiten sind dementsprechend wie bisher auf der Basis der Textsorte zu verstehen. Daneben wurde sinnvollerweise der neue Vermittlungs-Trend der Chunks hinzugezogen.

Aus den Beobachtungen des Kapitel 4 ist deutlich geworden, dass die Vermittlung des Passivs nicht nur den Lehrpersonen selbst überlassen werden kann, weil das Thema durchaus auf verschiedenen linguistischen Ebenen aufgegriffen werden muss. Die erstellten Arbeitsblätter sollen dazu dienen, den autonomen Lernprozess zu fördern, indem die Lernenden verschiedene grammatische Aufgaben lösen und somit dafür sensibilisiert werden, den Passiv in Arztbriefen zu erkennen und auch zu reproduzieren. Es wäre durchaus Sinnvoll, Textfunktionen des Arztbriefs als Bündel von Merkmalen zu analysieren, wie bei FANDRYCH; THURMAIR dargestellt im Kapitel 3 – und dabei sich gewiss auch auf Thema-Rhema zu konzentrieren.

Diese Arbeit hat nur einen kleinen Beitrag zur Passiverwerbsforschung im medizinischen L2-Deutsch geleistet: Die Berücksichtigung der Textsorte Arztbrief bringt ein großes Erwerbspotenzial mit sich.

8. Literaturverzeichnis

ADAMZIK, Kerstin (2009): *Textsorten in Fremdsprachenunterricht – Theorie und Praxis*. In: Adamzik, Kerstin; W.D. Krause (Hg.): *Textarbeiten*. Tübingen, Narr., 211 - 246.

BIBER, D.; LEECH, G.; JOHANSSON, S.; CONRAD, S.; FINEGAN, E. (2012): *Longman Grammar of Spoken and Written English*. 10. impr. ed. Harlow: Longman in Pearson Education, 935-943.

BORDAG, Denisa; SIERADZ, Magdalena (2014): *Ausgewählte Aspekte des Perfekt- und Passiververbs in DAF anhand einer Korpusuntersuchung*. In: MACKUS, Nicole; MÖHRING, Jupp (2011): *Wege für Bildung, Beruf und Gesellschaft mit Deutsch als Fremd- und Zweitsprache*. 38. Jahrestagung des Fachverbandes Deutsch als Fremdsprache an der Universität Leipzig. Göttingen: Universitätsverlag.

BUSCHA, Joachim; HELBIG, Gerhard (2013): *Deutsche Grammatik. Ein Handbuch für den Ausländerunterricht*. Gebundene Ausgabe. 4. Aufl. Stuttgart: Klett.

CELCE-MURCIA, Marianne; LARSEN-FREEMAN, Diane (2016): *The Grammar Book. Form, Meaning, and Use for English Language Teachers*. Third Edition. Boston: Heinle, Cengage Learning. USA: National Geographic Learning.

CRISTANTE, Valentina; SCHIMKE, Sarah (2018): *Die Verarbeitung von Passivsätzen und OVS-Sätzen im kindlichen L2-Erwerb*. In: Schimke, Sarah; Hopp, Holger (Hg.): *Sprachverarbeitung im Zweitspracherwerb*. Bd. 13. Berlin: De Gruyter Mouton, 169 – 194.

DECKE-CORNILL, Helene; KÜSTER, Lutz (2015): *Fremdsprachendidaktik. Eine Einführung*. 3., voll. Überarb. u. erw. Aufl. Tübingen: Narr, 23-42.

DUDEN. Band 4. *Die Grammatik: Unentbehrlich für richtiges Deutsch (2016)*. 9. Aufl. Berlin/ Stuttgart: Bibliographisches Institut.

EFING, Christian (2014): *Berufssprache & Co.: Berufsrelevante Register in der Fremdsprache*. Ein varietätenlinguistischer Zugang zum berufsbezogenen DaF-Unterricht. In: *Informationen Deutsch als Fremdsprache*, H. 41/4, 415-441.

EISENBERG, Peter (2020): *Grundriss der deutschen Grammatik. Der Satz*. 5. Auflage unter Mitarbeit von Nanna Fuhrhop. Stuttgart: Metzler.

FANDRYCH, Christian; THURMAIR, Maria (2011): *Textsorten im Deutschen. Linguistische Analysen aus sprachdidaktischer Sicht*. Tübingen: Stauffenburg.

FANDRYCH, Christian; THURMAIR, Maria (2018): *Grammatik im Fach Deutsch als Fremd- und Zweitsprache: Grundlagen und Vermittlung*. In: *Grundlagen Deutsch als Fremd- und Zweitsprache*, Bd. 2. Berlin: Erich Schmidt, 54 – 64.

FRITZENSCHAFT, Agnes (1994): *Activating passives in child grammar*. In: Tracy, Rosemarie and Lattey, Elsa: *How tolerant is universal grammar?: Essays on language learnability and language variation*, Berlin, New York: Max Niemeyer Verlag, Nachdr. 2011, 155 – 184, (<https://doi.org/10.1515/9783111634777>, letzter Zugriff am 07.01.2022).

HABERZETTL, Stefanie (1998): *FHG in der Lernersprache, oder: gibt es ein diskursfunktionales Strukturierungsprinzip im kindlichen L2-Syntaxerwerb?* In: WEGENER, Heide (1998): *Eine zweite Sprache lernen. Empirische Untersuchungen zum Zweitspracherwerb*. Tübingen: Narr., 117 – 142.

HUFEISEN, Britta (2003): *Mehrsprachigkeitskonzept und Tertiärsprachenlernen. Forschungsfelder und -methoden*. In: Neuner, Gerhard; Koithan, Ute (Hg.): *Tagungsdokumentation 2003 "Internationales Qualitätsnetz Deutsch als Fremdsprache" : Tagungsbeiträge und Arbeitsberichte zum Thema: "Mehrsprachigkeit im Bereich Deutsch als Fremdsprache"*. Kassel: Univ. Press.

JAHIĆ, Dževad; HALILOVIĆ, Senahid; PALIĆ, Ismail (2000): *Gramatika bosanskog jezika*. Zenica: Dorr, 286-294.

KAISER, Irmtraud; PEYER, Elisabeth (2010): *Das Verständnis grammatischer Strukturen beim Lesen in Deutsch als Fremdsprache*. ZGL 38, 171 - 202.

KAISER, Irmtraud; PEYER, Elisabeth (2011): *Grammatikalische Schwierigkeiten beim Lesen in Deutsch als Fremdsprache. Eine empirische Untersuchung*. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

KÄRCHNER-OBER, Renate (2009): *The German Language is Completely Different from the English Language. Besonderheiten des Erwerbs von Deutsch als Tertiärsprache nach Englisch und einer Nicht-Indogermanischen Erstsprache*. Tübingen: Stauffenburg.

KISPÁL, Tamás (2019): *Textsortenorientierte Grammatikvermittlung. Kleine Texte in DaF-Lehrwerken*. In: Drewnowska-Vargáné, Ewa; Kappel, Péter; Modrián-Horváth, Bernadett; Rauzs, Orsolya (Hg.): "Vnd der gieng treulich, weislich vnd mendlich mit den sachen vmb." Festschrift für Peter Bassola zum 75. Geburtstag. Szeged: Institut für Germanistik, 453 – 471. (https://www.academia.edu/40401121/Textsortenorientierte_Grammatikvermittlung_Kleine_Texte_in_DaF_Lehrwerken, letzter Zugriff am 12.01.2022).

KLAJN, Ivan (2005): *Gramatika srpskog jezika*. 1. izd. Beograd: Reprograf, 136-137.

KÖLLER, Wilhelm (1997): *Funktionaler Grammatikunterricht. Tempus, Genus, Modus: wozu wurde das erfunden?* 4. Neu bearb. und ergän. Aufl. Baltmannsweiler: Schneider, 108-110.

KUNZMANN-MÜLLER, Barbara (1999): *Grammatikhandbuch des Kroatischen unter Einschluß des Serbischen*. Neubearb., 2. Aufl. Heidelberger Publikationen zur Slavistik. A 7, Linguistische Reihe. Frankfurt a.M.: Lang.

MEŠANOVIĆ-MEŠA, Emira (2011): *Kontrastivna analiza bosanskog, hrvatskog i srpskog jezika u zakonima Federacije Bosne i Hercegovine*. Sarajevo: Slavistički komitet.

OHM, Udo; KUHN, Christina; FUNK, Hermann (2007): *Sprachtraining für Fachunterricht und Beruf. Fachtexte knacken - mit Fachsprache arbeiten*. Münster: Waxmann.

PAPE-MÜLLER, Sabine (1980): *Textfunktionen des Passivs. Untersuchungen zur Verwendung von grammatisch-lexikalischen Passivformen*. Tübingen: Niemeyer.

PRIMUS, Beatrice (2012): *Semantische Rollen*. Heidelberg.

PRIMUS, Beatrice (2015): *Semantische Rollen und Satzgliedanalyse im Grammatikunterricht*. In: Was tun mit dem Verb?, 2015, Vol.302, S.79-106. Berlin, München, Boston: DE GRUYTER.

SCHÄFER, Roland (2018): *Einführung in die grammatische Beschreibung des Deutschen*. 3. Aufl. Berlin: Language Science Press.

SCHNEITZ, Sarah (2014): *Passiv im kindlichen Zweitspracherwerb – Diagnostik und Förderimplikationen*. In: Linguistisch fundierte Sprachförderung und Sprachdidaktik Grundlagen, Konzepte, Desiderate. Berlin: de Gruyter Mouton, 215-237.

STEINHOFF, Anette (2011): *Lernmedien Deutsch als Fremdsprache und die Vermittlung des Passivs*. München: Iudicium.

STEINMÜLLER, Ulrich (1990): *Deutsch als Fremdsprache. Didaktische Überlegungen zum Fachsprachenunterricht*. In: Zielsprache Deutsch , H. 21/2, 16 –23.

THOMSON, S. (2011): *The Passive in English. A Discourse Perspective*. In: Channon, Robert; Shockey, Linda (Hg.): In honor of Ilse Lehiste : Ilse Lehiste Pühendusteos. Berlin: De Gruyter Mouton, first published 1987, 497 – 511.

WEGENER, Heide (Hg.) (1998): Das Passiv im DaZ-Erwerb von Grundschulkindern. In: Eine zweite Sprache lernen. Empirische Untersuchungen zum Zweitspracherwerb. Narr, Tübingen, 143-173.

WEGENER, Heide (2001): Pragmatisch motivierter Perspektivenwechsel im Spracherwerb. In: Liedtke, Frank W.; Hundsnurscher, Franz (Hg.): Pragmatische Syntax. Berlin: Max Niemeyer, Nachdruck 2015, 115-139.

WEGENER, Heide (2013): *Zur konzeptuellen Struktur kindlicher Passivsätze*. In: Haberzettl, Stefanie (Hg.): Spracherwerb und Konzeptualisierung. Frankfurt a.M.: Peter Lang, 209-227.

YLÖNEN, Sabine (2010): *Deutsch im medizinischen Kontext*. In: Burkhardt, Armin; Steger, Hugo; Wiegand, Herbert Ernst (Hg.): Deutsch als Fremdsprache. Ein internationales Handbuch. Berlin: de Gruyter, 467 – 476.

(Fach)zeitschrift:

Eisenberg, Peter (2004): *Wieviel Grammatik braucht die Schule?* Didaktik Deutsch 17/2004, 4–25, (www.didaktik-deutsch.de/wp-content/uploads/2015/11/Eisenberg_17.pdf, letzter Zugriff am 14.01.2022).

FEILKE, Helmuth (2012): *Bildungssprachliche Kompetenzen fördern und entwickeln*. Basisartikel. In: Praxis Deutsch. H. 233, 4–13.

FUNK, Hermann (2004): *Qualitätsmerkmale von Lehrwerken prüfen – ein Verfahrensvorschlag*. In: Babylonia 3/04, S. 41 – 47, (http://babylonia.ch/fileadmin/user_upload/documents/2004-3/funk.pdf, letzter Zugriff am 12.01.2022)

KING, Martina (2021): »*Es liegt eine aktive Blutung vor*«. *Erzählen in der Textsorte ›Arztbrief‹*. In: Kulturpoetik 2021/1, 70-93.

SAYATZ, Ulrike (2011): *Aus zwei Richtungen sprechen. Aktiv- und Passivformen des Verbs*. In: Praxis Deutsch, Bd. 38/H 226, 40-45.

WEISSENBERG, Jens (2010): *Sprachlich-kommunikative Handlungsfelder am Arbeitsplatz*. Konzeptioneller Ansatz zur Entwicklung, Durchführung und Evaluation berufsbezogener Zweitsprachförderangebote. In: Deutsch als Zweitsprache, H. 2, 13-24.

Curricula:

KONZEPT für das Spezialmodul (2017): *„Nichtakademische Gesundheitsberufe“ zur berufssprachlichen Vorbereitung (B2) im Kontext der Anerkennung von beruflichen Abschlüssen*. Im Rahmen der bundesweiten berufsbezogenen Deutschsprachförderung nach § 45a Aufenthaltsgesetz.

KONZEPT für den Spezialkurs (2019): *„Akademische Heilberufe“ zur berufssprachlichen Vorbereitung (C1 GER) im Kontext der Anerkennung von beruflichen Abschlüssen*. Im Rahmen der bundesweiten berufsbezogenen Deutschsprachförderung nach § 45a Aufenthaltsgesetz.

RAHMENCURRICULUM und Handbuch (2015): *Deutsch Medizin B2/C1*. 2. Aufl. Frankfurt a.M.: telc.

RAHMENCURRICULUM und Handbuch (2015): *Deutsch Pflege B1/B2*. 4. Aufl. Frankfurt a.M.: telc.

Lehrwerke:

HAGNER, Valeska (2021): *Menschen im Beruf – Pflege. Deutsch als Fremdsprache (B1)*. München: Hueber.

HAGNER, Valeska o.J.: *Menschen im Beruf – Pflege B1. Unterrichtspläne*. München: Hueber. (www.hueber.de/media/36/501190_PflegeB1_Unterrichtspläne.pdf, letzter Zugriff am 12.01.2022).

KARENBERG, Axel (2015): *Fachsprache Medizin im Schnellkurs*. Für Studium und Berufspraxis; mit 190 Übungen und zahlreichen Tabellen. 4., überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

LECHNER, Martin; SCHRIMPF, Ulrike (2019): *Deutsch für Ärztinnen und Ärzte – Arbeitsbuch*. Wien: Springer.

THOMMES, Dorothee (2016): *Menschen im Beruf – Medizin. Praktische Tipps für den Unterricht*. München: Hueber. (www.hueber.de/media/36/701190_unterrichtsplan.pdf, letzter Zugriff am 12.01.2022)

THOMMES, Dorothee; SCHMIDT, Alfred (2020): *Menschen im Beruf – Medizin. Deutsch als Fremdsprache (B2/C1)*. München: Hueber.

Internetquellen:

BETHSCHEIDER, Monika; DIMPL, Ulrike; OHM, Udo; VOGT, Wolfgang (2011): *Positionspapier: Weiterbildungsbegleitende Hilfen als zentraler Bestandteil adressatenorientierter beruflicher Weiterbildung*. Zur Relevanz von Deutsch als Zweitsprache und Bildungssprache in der beruflichen Weiterbildung. 3. Aufl. Frankfurt am Main: Amt für multikulturelle Angelegenheiten (https://frankfurt.de/-/media/frankfurtde/service-und-rathaus/verwaltung/aemter-und-institutionen/amt-fuer-multikulturelle-angelegenheiten/pdf/zur_relevanz-_von_deutsch-_als_zweitsprache_und_bildungssprache_in_der_beruflichen_weiterbildung.ashx, letzter Zugriff am 21.11.2021).

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.)(2013): *Berufsbezogene Deutschförderung. Das ESF-BAMF-Programm.* Paderborn: Bonifatius, (www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Integration/Berufsbezsprachf-ESF-BAMF/ESF-BAMF-Grundlagen/broschuere-esf-bamf-programm.pdf?__blob=publicationFile&v=13, zuletzt 09.01.2022).

ERGATIVES VERB. In: Leibniz-Institut für Deutsche Sprache: *"Wissenschaftliche Terminologie"*. Grammatisches Informationssystem grammis. DOI: 10.14618/terminologie (<https://grammis.ids-mannheim.de/terminologie/986>, letzter Zugriff am 13.11.2021).

IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte (<https://www.iq-mv.de/>, letzter Zugriff am 20.01.2022).

KORDIĆ, Snježana (2011): *Sprach(en)politik. Aufklären oder verschleiern?* In: Gavrić, Saša (Hg.): *Sprach(en)politik in Bosnien und Herzegowina und im deutschsprachigen Raum.* Sarajevo, (<http://bib.irb.hr/datoteka/565633.SPRACHENPOLITIK.PDF>, letzter Zugriff am 17.01.2022).

LEECH, Geoffrey N. (2006): *A glossary of English grammar.* Edinburgh: University Press, (https://web.p.ebscohost.com/ehost/ebookviewer/ebook/ZTAwMHh3d19fMTY5NjE1X19BTg2?sid=89692738-510a-4cd0-8f56-1db3ef5ba884@redis&vid=0&format=EB&lpid=lp_v&rid=0

PETERS, Pam (2013): *The Cambridge dictionary of English grammar.* Cambridge: University Press, (<https://www.cambridge.org/core/books/cambridge-dictionary-of-english-grammar/dictionary/A740D246F34DBC064257096228F679FD#c86319-P-de559>, letzter Zugriff am 18.01.2022).

UNNEWEHR, Dr. med. Markus (2013): *Arztbrief. Die Kommunikation optimieren.* In: *Dtsch Arztebl* 2013; 110(37): A 1672–6, (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/145890/Arztbrief-Die-Kommunikation-optimieren?msclid=b8c3e95ea75611ec802504547ca87185>, letzter Zugriff am 19.03.2022).

Verweise:

ARBEITSPLATZ EUROPA (2014): *Sprachkompetenz wird messbar. A Common European Framework of Reference for Language Learning and Teaching (CEF)*. 4. akt. Aufl., (www.telc.net/fileadmin/user_upload/Informationsmaterial/broschuere_arbeitsplatz_europa.pdf, letzter Zugriff am 14.01.2022).

BÖCK, Melanie (2015): *Deutsch B1/B2 in der Pflege. Für Fachkräfte im Anerkennungsverfahren*. Amsterdam: Elsevier.

BRAUN-PODESCHWA, Julia; HABERSACK, Charlotte; PUDE, Angela (2022): *Menschen B1. Deutsch als Fremdsprache. Kursbuch*. München: Hueber.

DOWTY, David R. (1991): Thematic proto-roles and argument selection. *Language* 67, 547–619.

FALKO. Online-Lerner-Korpus, (<https://www.linguistik.hu-berlin.de/de/institut/professuren/korpuslinguistik/forschung/falko>, letzter Zugriff am 14.01.2022).

FILLMORE, Charles J. (1968): The case for case. In: Bach, Emmon / Harms, Robert (eds.) *Universals in linguistic theory*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1–90.

Förderprogramm *Integration durch Qualifizierung* : <https://www.netzwerk-iq.de/>

GROSSER, Regine (2020): *Deutsch im Krankenhaus – Intensivtrainer. Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte*. Stuttgart: Klett.

HABERSACK, Charlotte; PUDE, Angela; SPECHT, Franz (2022): *Menschen A2. Deutsch als Fremdsprache. Kursbuch*. München: Hueber.

HACKE, Axel (2010): *Das beste aus meinem Leben*. In: DaF-Journal, Cornelsen, (<https://www.cornelsen.de/empfehlungen/deutsch-als-fremdsprache/erwachsene/journal-beruf/passiv-berufssprachlicher-unterricht>, letzter Zugriff am 14.01.2022).

KALDEMORGEN, Sabine; WITTMANN, Cosima; THOMMES, Jacqueline; WOLF: *Trainingseinheiten telc Deutsch B2-C1 Medizin*. Frankfurt a.M.: telc.

MENSCHEN B1. *Deutsch als Fremdsprache. Digitales Unterrichtspaket*. München: Hueber, (<https://shop.hueber.de/de/menschen-b1-digup.html>, letzter Zugriff am 14.01.2022).

MILLS, Anne E. (1986): *Acquisition of the natural-gender rule in English and German*. In: *Linguistics. An interdisciplinary journal of the language sciences*. Bd. 24, 31 – 45.

PERLMANN-BALME, Michaela; SCHWALB, Susanne; MATUSSEK, Magdalena (2021): *Sicher! aktuell B2. Kursbuch*. München: Hueber.

TOMASELLO, Michael; WITTEK, Angelika (2005): *German-speaking children's productivity with syntactic constructions and case morphology: Local cues act locally*. In: *First Language*, Bd. 25. London: SAGE, 103 – 125.

TRAININGSEINHEITEN Deutsch Pflege B1/B2. Ebook. Telc.
(https://shop.telc.net/de_DE/beruf/digitale-produkte/trainingseinheiten-deutsch-pflege-e-book-einzellizenz.html, letzter Zugriff 12.01.2022).

WEIS, Ute (2000): *Lesen in der Fremdsprache Deutsch. Eine empirische Studie zum Lesen linearer Texte im Vergleich zu Hypertexten*. Hamburg: Lingenbrinck, 19 - 38.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Agentivitätsabstufung Eisenberg (2020a, 78 ff.).	S. 8
Abbildung 2:	Erwerbserschwerender Faktor: nicht-passivfähige Verben.	S. 10
Abbildung 3:	Alternativen für die Realisierung der Passivität nach Duden (2016).	S. 12
Abbildung 4:	Alternative bei nicht-passivfähigen Verben.	S. 13
Abbildung 5:	Spezifika der berufsbezogenen Sprache.	S. 15
Abbildung 6:	Ausweichstrategien nach Wegener (2013) mit Belegen aus der Langzeitstudie.	S. 18
Abbildung 7:	<i>Passivbereitschaft SCHNEITZ gegenüber HABERZETTL (1998), übernommen von SCHNEITZ (2014, 229).</i>	S. 19
Abbildung 8:	Fehlerquote bei Ziel- und Alternativstruktur aus der Kayser/Peyer Studie.	S. 22
Abbildung 9:	Eine Zusammenfassung der möglichen Inhalte für einen Passiverwerb, in Anlehnung an Konzept für den Spezialkurs (2019, 25-28) und Konzepte für das Spezialmodul (2017, 27-34) erstellt	S. 29
Abbildung 10:	Berufsbezogenes Deutsch (BBD): ein Phasen- und Lehrwerksüberblick aus der Praxis.	S. 32
Abbildung 11:	„Ausschnitte aus einem pädiatrischen Arztbrief des Jahres 1962.“ Übernommen von King (2021, 80), die es wiederum aus dem Staatsarchiv Bern, Archiv des Inselspitals II erhalten hat.	S. 41
Abbildung 22:	GER-Stufe der Proband:innen (P) (Selbsteinschätzung).	S. 50

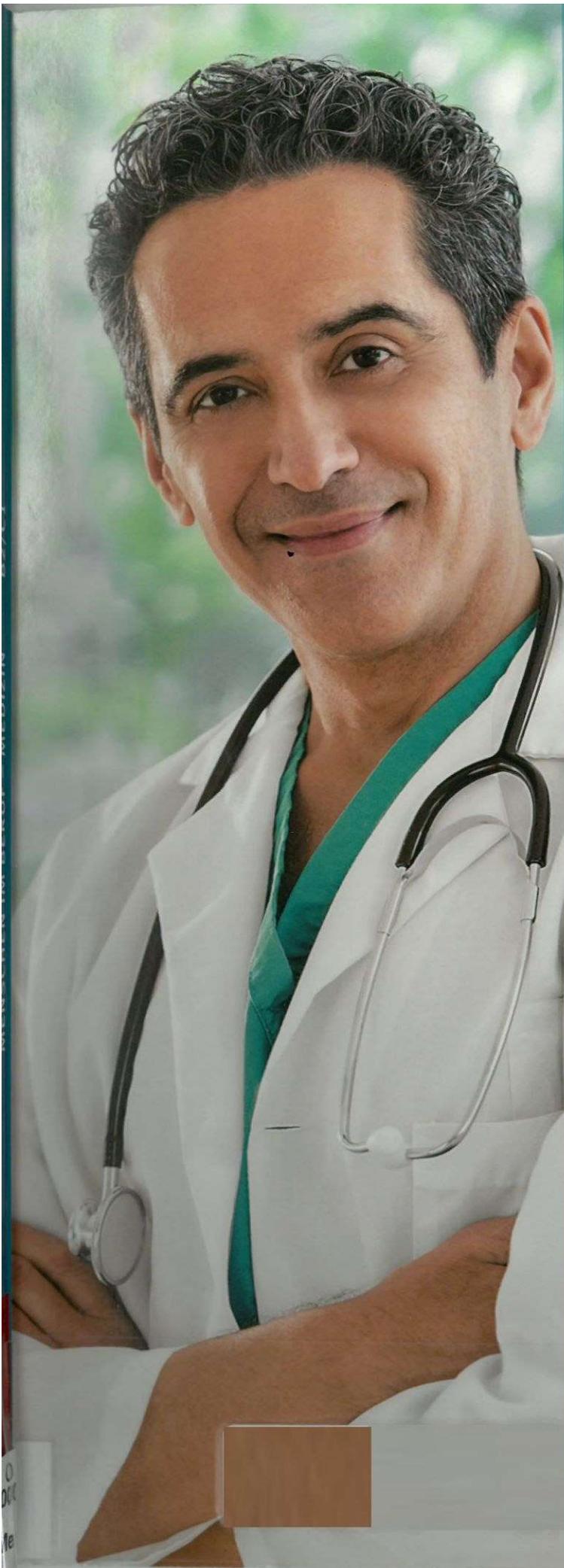
Abbildung 13:	Trefferquoten bei den Übersetzungen ins Deutsche und SB.	S. 50
Abbildung 14:	Trefferquoten als Voraussetzung für passivfähige Verben.	S. 51
Abbildung 15:	Trefferquote bei der Passivalternative zum Ausdruck von Möglichkeit und Notwendigkeit.	S. 51
Abbildung 16:	Angabe der P zur Strategie bei der Problemlösung zur Passiv.	S. 52
Abbildung 17:	Passivwahrnehmung in verschiedenen Teilen des Arztbriefes (rezeptiv).	S. 52
Abbildung 18:	Passivanwendung in verschiedenen Teilen des Arztbriefes (produktiv).	S. 52
Abbildung 19:	Rangordnung der häufigsten Vermittlungsmethoden.	S. 53
Abbildung 20:	Angaben der P zur Wahl von Passiv in schriftlichen und mündlichen Handlungsfeldern.	S. 54
Abbildung 21:	Passivanwendung bei L1 und L2 im Arztbrief.	S. 54
Abbildung 22:	L2 Zielkorpus.	S. 54
Abbildung 23:	L1 Referenzkorpus.	S. 55
Abbildung 24:	L1 Referenzkorpus – sein+Adjektiv.	S. 55
Abbildung 25:	33 Pflegeberichte.	S. 55
Abbildung 26:	33 Pflegeberichte. Verben in Passivkonstruktionen.	S. 55

Abkürzungsverzeichnis

BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
ChIA	Charité International Academy
CT	Computertomographie
DaF	Deutsch als Fremdsprache
ESF	Europäischer Sozialfonds
GER	Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen
IDS.....	Das Leibniz-Institut für Deutsche Sprache
IQ	Integration durch Qualifizierung
LHB.....	Lehrerhandbuch
LW.....	Lehrwerk
Q.....	Qualitätsmerkmal
RDM.....	Rahmencurriculum Deutsch Medizin
RDP.....	Rahmencurriculum Deutsch Pflege
UE.....	Unterrichtseinheit

Anhang

Anhang 1	<i>Menschen im Beruf Medizin B2/C1</i>	S. 81
Anhang 2	<i>Menschen im Beruf Pflege B1</i>	S. 93
Anhang 3	Menschen im Beruf – Medizin. Praktische Tipps für den Unterricht	S. 111
Anhang 4	<i>Deutsch für Ärztinnen und Ärzte. Arbeitsbuch</i>	S. 117
Anhang 5	Menschen im Beruf – Pflege B1. Unterrichtspläne	S. 121
Anhang 6	Online-Fragebogen	S. 132
Anhang 7	IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte	S. 148
Anhang 8	Referenzkorpus Arztbriefe	S. 149
Anhang 9	Zielkorpus Arztbriefe	S. 157
Anhang 10	Pflegezielkorpus	S. 228
Anhang 11	Zusammenfassung des Fragebogens	S. 234
Anhang 12	Fragebogen mit Antworten der Proband:innen	S. 267
Anhang 13	Arbeitsblatt 1	S. 432
Anhang 14	Arbeitsblatt 2	S. 435



MENSCHEN IM BERUF MEDIZIN

Deutsch als Fremdsprache



Hueber

B1

MENSCHEN IM BERUF PFLEGE

Deutsch als Fremdsprache



Hueber

Menschen im Beruf – Medizin

Praktische Tipps für den Unterricht

Methodischer Ansatz

Die zwei tragenden Säulen des Lehrwerks kann man mit den Begriffen 1. Teilnehmerorientierung und 2. Handlungsorientierung umreißen. Unter Teilnehmerorientierung ist hier zu verstehen, dass die Lernenden als ExpertInnen für ihr Fach (Medizin) anzusehen sind. Sie werden in den unterschiedlichsten Aufgabenstellungen in die Unterrichtsgestaltung miteinbezogen. So gibt es nicht nur am Anfang fast jeder Lektion Aufgaben, die das Vorwissen der TN aktivieren sollen. Da es hier um Vermittlung von berufsspezifischer Sprache geht, wird es bei dem zu aktivierenden Vorwissen zwangsläufig oft um medizinisches oder klinikrelevantes Wissen gehen. Das können Begriffe sein, aber auch Fragen zu Abläufen im Klinikalltag. Außerdem fördern vielfältige Lerntipps die Lernerautonomie, die gerade bei dieser Klientel bereits gut ausgeprägt ist und auf fruchtbaren Boden fällt.

Die Handlungsorientierung realisiert sich in einer Vielzahl von Szenarien, realitätsnahen Rollenspielen, Projekt- und Rechercheaufgaben. Damit werden die TN im Kurs ganz konkret auf sprachlich zu bewältigende Aufgaben in ihrem beruflichen Alltag vorbereitet.

Wir verstehen dieses Lehrwerk als „soziales Drehbuch“ (Funk, Hermann, 3/2004, Babylonia), das ein soziales Miteinander im Kurs anregen soll und kommunikatives gemeinsames Lernen für den spezifischen Bedarf von internationalen MedizinerInnen ermöglicht.

Das Lehrwerk ist modular einsetzbar. Das heißt, Sie müssen nicht zwingend Lektion für Lektion vorgehen, sondern können, je nach Bedürfnis und Leistungsstand Ihrer Lernergruppe auch einzelne Lektionen vorziehen. Wenn wir uns auch bemüht haben, in den ersten Lektionen nicht ganz so komplexe Texte einzuarbeiten, so lässt sich nicht sagen, dass die ersten 10 Lektionen eine B2-Progression aufweisen und die letzten 10 Lektionen ganz und gar dem Niveau C1 entsprechen. Es ist vielmehr

wie bei einer skalierten Prüfung. Manche Aufgabenstellungen liegen im B2-, andere im C1-Bereich.

Kooperatives Lernen

Der Ansatz des Think-Pair-Share-Konzepts (z. B. Lektion 1 A2a) des Kooperativen Lernens wird in diesem Lehrwerk konsequent realisiert. Es finden sich immer wieder Aktivitäten, bei denen sich die TN zunächst allein, dann zu zweit und später in einer Gruppe zu bestimmten Fragestellungen schriftlich oder mündlich austauschen müssen. Da derartige Arbeitsanweisungen bereits im Lehrwerk explizit formuliert sind, erleichtert das Ihnen als KL die Arbeit.

Großer Wert wurde bei der Konzeption auf Aufgabentypen mit vielen Sozialformenwechseln gelegt, um den TN möglichst oft Gelegenheit zu geben, ihre produktiven Kompetenzen für den Einsatz im klinischen Alltag intensiv zu trainieren.

Auch die Technik der in der Fachliteratur als Gruppenpuzzle oder Jig-Saw bekannten Erarbeitung komplexer Themen oder Texte ist im Lehrwerk verwirklicht (z. B. Lektion 14 D2a, Lektion 20 A4c).

Die Zeitangaben sind Ungefähr-Angaben, sie variieren, je nachdem, ob Sie Erweiterungsaufgaben anschließen oder eine Gruppe unterrichten, die ein langsames Lerntempo hat.

Grammatik

Das Lehrwerk ist im Grundsatz so konzipiert, dass die TN mit einem guten Niveau B2 in den Kurs einsteigen. In dieser Phase sind alle relevanten grammatischen Strukturen und Themen bereits behandelt. Wenn grammatische Phänomene in den Fokus rücken (Lektion 13, Lektion 19 D) so werden diese im Stile der Language-Awareness-Methode betrachtet (Lektion 19 D2a, Lektion 17 A2).

Falls aber dennoch, was durchaus erwartbar ist, Lücken oder Unsicherheiten in der Anwendung der grammatischen Strukturen bestehen, stehen im Verlagsportfolio genügend Grammatikpublikatio-



Martin Lechner · Ulrike Schrimpf

Deutsch für Ärztinnen und Ärzte Arbeitsbuch

EXTRAS ONLINE

 Springer

Anonymer Fragebogen zu Deutsch als Fremdsprache

In meiner Arbeit analysiere ich Deutsch im Gesundheitswesen

***Obavezno**

1. Was ist Ihre Erstsprache? *

Odaberite sve točne odgovore.

- Bosnisch
- Kroatisch
- Serbisch

2. Was ist Ihre Zweitsprache? *

Odaberite sve točne odgovore.

- Englisch
- Deutsch

3. Welches Niveau haben Ihre Deutschkenntnisse? *

Odaberite sve točne odgovore.

- B2
- C1
- C2

4. Seit wann lernen Sie Deutsch? *

5. Welchen Deutschkurs für Ärzt:innen haben Sie besucht? *

6. In welcher Abteilung sind Sie zurzeit tätig? *

7. Wie lautet ihre Position im Krankenhaus? *

8. Wie viel Arbeitserfahrung haben Sie in ihrer aktuellen Position insgesamt? *

Übersetzen Sie aus Ihrer Erstsprache ins Deutsche.

9. Prvo se anestezira mjesto uboda. *

10. Onda se uvodi tanki kateter u arteriju na primjer u području prepone. *

Übersetzen Sie aus dem Deutschen in Ihre Erstsprache.

11. Danach wird der Katheter unter Röntgenkontrolle bis in die linke Herzkammer vorgeschoben. *

12. Über den Katheter werden die Druckverhältnisse in der Hauptschlagader und in der linken Herzkammer gemessen. *

Ist die Person im Satz ein Täter (vršilac radnje) oder nicht: Was ist richtig? Kreuzen Sie an.

13. Die Ärztin behandelt den Patienten ambulant. *

Označite samo jedan oval.

- Die Ärztin = Täter
- Die Ärztin ≠ Täter
- den Patienten = Täter
- den Patienten ≠ Täter

14. Die Pflegekraft gibt dem Patienten einen Rollator. *

Označite samo jedan oval.

- Die Pflegekraft = Täter
- Die Pflegekraft ≠ Täter
- dem Patienten = Täter
- dem Patienten ≠ Täter

15. Dem Personal fehlen drei Packungen Handschuhe. *

Označite samo jedan oval.

- dem Personal = Täter
- dem Personal ≠ Täter

16. Die Punktierung der Leiste misslingt ihm. *

Označite samo jedan oval.

- ihm = Täter
- ihm ≠ Täter

17. Die gelungene Operation beruhigt die Familie.

Označite samo jedan oval.

- die Familie = Täter
- die Familie ≠ Täter

Umschreiben Sie die Sätze ohne dabei Passiv zu benutzen! Sie dürfen Passivalternativen/ Passiversatzformen benutzen.

18. Wahrscheinlich kann bei Ihr eine Osteosynthese durchgeführt werden. *

19. Beim Nachweis von Erregern sollten Antibiotika eingesetzt werden. *

20. Wie kann TVT nachgewiesen werden? *

Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, ...

21. Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann orientiere ich mich an der englischen Übersetzung. *

Označite samo jedan oval.

1 2 3 4 5

trifft völlig zu trifft gar nicht zu

22. Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann benutze ich eine Umschreibung (Passivalternativen/ Passiversatz).

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
trifft völlig zu	<input type="radio"/>	trifft gar nicht zu				

23. Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann benutze ich das Passiv gar nicht. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
trifft völlig zu	<input type="radio"/>	trifft gar nicht zu				

24. Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann orientiere ich mich an der Übersetzung in meine Erstsprache. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
trifft völlig zu	<input type="radio"/>	trifft gar nicht zu				

25. Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann habe ich meine eigene Strategie:

Beim Lesen von standardisierten Arztbriefen fällt mir auf, dass das Passiv oft vorkommt.

26. Bei der Erhebung der Patientendaten kommt das Passiv oft vor. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
immer	<input type="radio"/>	nie				

27. Bei der Diagnose kommt das Passiv oft vor. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
immer	<input type="radio"/>	nie				

28. Bei der Anamnese kommt Passiv oft vor, *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
immer	<input type="radio"/>	nie				

29. Bei der Epikrise kommt das Passiv oft vor. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
immer	<input type="radio"/>	nie				

30. Bei dem Therapievorschlagn kommt Passiv oft vor. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
immer	<input type="radio"/>	nie				

31. Wo kommt Ihrer Meinung nach das Passiv am meisten vor? *

Odaberite sve točne odgovore.

- Bei der Erhebung der Patientendaten
- Bei der Diagnose
- Bei der Anamnese
- Bei der Epikrise
- Bei dem Therapievorschlagn

Beim Schreiben von Ärztebriefen fällt mir auf, dass ich das Passiv oft benutze.

32. Bei der Erhebung der Patientendaten benutze ich das Passiv sehr oft. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	immer				

33. Bei der Diagnose benutze ich das Passiv sehr oft. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	immer				

34. Bei der Anamnese benutze ich das Passiv sehr oft. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	immer				

35. Bei der Epikrise benutze ich das Passiv sehr oft. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	immer				

36. Bei dem Therapievorschlag benutze ich das Passiv sehr oft. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	immer				

37. Am häufigsten benutze ich das Passiv in: *

Odaberite sve točne odgovore.

- Bei der Erhebung der Patientendaten
- Bei der Diagnose
- Bei der Anamnese
- Bei der Epikrise
- Bei dem Therapievorschlag

In meinem bisherigen Deutschkurs für Ärzte wurde zum Thema "Passiv" folgendes gemacht:

38. Aktivsätze in Passivsätze umgewandelt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
sehr oft	<input type="radio"/>	nie				

39. Die Passivalternativen geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
sehr oft	<input type="radio"/>	nie				

40. Die Bildung von Vorgangspassiv und Zustandspassiv. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
sehr oft	<input type="radio"/>	nie				

41. Verben erwähnt, die keinen Passiv bilden können. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
sehr oft	<input type="radio"/>	nie				

In meinem bisherigen Deutschkurs für Ärzte wurde zum Thema "Passiv" innerhalb der folgenden Handlungsfelder geübt:

42. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei der "Anamnese" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

43. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "der Erläuterung der Diagnose" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

44. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "der Erläuterung des Handlungsplans" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

45. Das Passiv haben wir im Kurs oft beim "Schweren Gesprächen" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

46. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Aufklärungsgesprächen" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

47. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Entlassungsgesprächen" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

48. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Fallpräsentationen" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

49. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Visite" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

50. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Patientenübergabe" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

51. Das Passiv haben wir im Kurs oft beim "Konsil" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

52. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Arztbrief" geübt.

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

53. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Dokumentation" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

54. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Fachdiskussion" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

55. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Fachbeiträge" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

56. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Anordnungen geben" (mündlich) geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

57. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Anordnungen geben" schriftlich geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

58. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Informationen erfragen" schriftlich und mündlich geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

59. Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Kommunikation im OP" geübt. *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
nie	<input type="radio"/>	sehr oft				

Fast geschafft!

Die letzten drei Fragen. Vielen Dank für Ihre wertvolle Zeit.

60. Mit Passiv kann ich sicher umgehen: *

Označite samo jedan oval.

	1	2	3	4	5	
sehr sicher	<input type="radio"/>	gar nicht				

61. Welche Folgen hat es für Sie, wenn Sie hin- und wiederum Passivkonstruktionen nicht verstehen? *

62. Würden Sie innerhalb bestimmter Handlungsfelder wünschen, dass man das Passiv intensiver behandelt? In welchen? *

Označite samo jedan oval.

- Anamnese
- Erläuterung der Diagnose
- Erläuterung des Handlungsplans
- Aufklärungsgespräh
- Entlassungsgespräch
- Fallpräsentation
- Visite
- Patientenübergabe
- Konsil
- Arztbrief
- Dokumentation
- Fachdiskussion
- Fachbeiträge
- Anordnungen geben
- Inrofmatationen erfragen
- Kommunikation im OP
- keine

Google nije izradio niti podržava ovaj sadržaj.

Google Obrasci

IQmed MV – Kompetenztraining für internationale Ärztinnen und Ärzte

Patientenaufklärung – Erläuterung von Abläufen

Aufgabe: Beschreiben Sie bitte den Ablauf einer Linksherzkatheter-Untersuchung beziehungsweise einer Koronarangiographie. Benutzen Sie bitte die Passivform (Passiv Präsens).

- a) Zunächst wird die Einstichstelle örtlich betäubt.
- b) Dann wird ein dünner Katheter in eine Schlagader (Arterie) beispielsweise unterhalb der Leistenbeuge eingeführt.
- c) Danach wird er unter Röntgenkontrolle bis in die linke Herzkammer vorgeschoben.
- d) Über den Katheter werden die Druckverhältnisse in der Hauptschlagader und in der linken Herzkammer gemessen.
- e) Anschließend wird über den Katheter Kontrastmittel eingespritzt, um die linke Herzkammer im Röntgenbild sichtbar zu machen.
- f) Im Anschluss daran wird durch weitere spezielle Katheter Kontrastmittel direkt in die Herzkranzgefäße eingespritzt, um eventuelle Engstellen genau erkennen und bewerten zu können.

Frau
Dr. Maria Huth
Kolonnenstr. 36
10961 Berlin

Klinikum St. Martin
Friedrichstr. 10
13156 Berlin

Klinik für Innere Medizin
Prof. Dr. Gustav Meier
Chefarzt

15.08.2008

Nachrichtlich: der Patientin

Entlassungsbrief Eva Schneider

Sehr geehrte Frau Dr. Huth,

wir berichten nachfolgend über unsere gemeinsame Patientin, Frau Eva Schneider, geb. am 23.05.1980, wohnhaft Zossener Str. 5, 10977 Berlin, die sich vom 11.08.2008 bis zum 15.08.2008 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen:

- Phlebothrombose der V. poplitea rechts
- Adipositas
- Nikotinabusus
- Z. n. Appendektomie (April 1998)

Anamnese:

Frau Schneider berichtet über seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie über eine Schwellung und Rötung der betroffenen unteren Extremität. Die Patientin gibt an, dass die Schmerzen langsam aufgetreten seien. Im Verlauf der Nacht sei trotz kühlender Wadenwickel eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten. Die Patientin wurde unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie stationär aufgenommen.

Vorerkrankungen: Saisonale, allergische Rhinorrhö (Gräserpollen).

Vegetative Anamnese:

Kein Fieber, kein Nachtschweiß. Gewichtsverhalten konstant. Schlaf und Appetit gut. Miktion und Defäkation unauffällig. Ungestörte Sexualfunktion. Regelmäßige, normal starke Menses. Gravidität unwahrscheinlich bei regelmäßiger Einnahme des oralen Kontrazeptivums Valette. Nikotinabusus: ca. 0,5 Schachteln/Tag, ca. 5 „pack years“. Alkoholkonsum oder Drogenkonsum wird verneint.

Familienanamnese:

Vater: Hypertonie.
Mutter: DM Typ 2, multiple Thrombosen der unteren Extremität.

Sozialanamnese:

Verkäuferin (stehende Tätigkeit), unverheiratet, keine Kinder, lebt allein.

Handgelenksfraktur + Rippenfraktur

Patient/in

Vorname, Name:

Allergien, Unverträglichkeiten

KM Kontrastmittel

Genussmittel/ Drogen (py oder g/d etc.)

- Nikotinkonsum: 0,8 PY seit 4 Jahren. Davor – 20 PY.
- Alkoholkonsum: 1 Bier täglich.
- Drogenkonsum wurde verneint.

Sozialanamnese

Er sei Tierpfleger beim Tierpark in München => leide unter viel Stress, weil sein Lieblingstier im Sterben (ein Tiger) liegt, verheiratet, 3 Kinder, eines von denen leidet an Dyslexie, wohne mit der Familie zusammen.

Familienanamnese

- Vater: verstorben an MI Herzanfall vor 10 Jahren
- Mutter: operativ behandeltes Basaliom weißer Hautkrebs im Schläfenbereich
- Schwester: Bulimie nervosa Ess-Brechsucht

Anamnese (z. B. Subjektiv, objektiv, Procedere (Bitte benutzen Sie Fachwörter, wo möglich))

mäßig wegen seit 2 Stunden bestehender, starker (7-8 auf einer Schmerzskala) Handgelenksschmerzen rechts beim Z. n. Sturz vom Motorrad auf die rechte Seite vorstellte.

Dem Patienten zufolge habe er sich am Handgelenk und Thorax rechts verletzt.

Er sei auf dem Weg zur Bäckerei gewesen, auf nassem Laub ausgerutscht und vom Motorrad hingefallen.

Die folgenden Begleitsymptome seien dem Patienten aufgefallen: Thoraxschmerzen rechts bei Inspiration Einatmen, Exkorationen Hautabschürfungen / Schürfwunden und Hämatome Blutergüsse / blaue Flecke der betroffenen Körperseite, Ödeme Schwellungen und Bewegungseinschränkung am rechten Handgelenk.

Die vegetative Anamnese sei unauffällig bis auf Diarrhöe Durchfall.

An Vorerkrankungen seien die Folgenden bekannt:

1. HWS-Diskusprolaps Bandscheibenvorfall seit 5 Jahren mit Schmerzen im rechten Schulterbereich
2. arterielle Hypotonie niedriger Blutdruck seit 10 Jahren

	Maßnahmen - Standardisiert
1.	<p>Sturzprophylaxe: Dem BW wird festes Schuhwerk angezogen.</p> <p>Rollstuhl und Rollator: Der BW wird bei den Transfers abgeholt und unterstützt.</p> <p>PK überprüft die Funktionstüchtigkeit der eingesetzten Hilfsmittel. BW schläft meist durch in der Nacht. Er lässt häufig seine Nachttischlampe brennen, umgibt sich im Bett mit Dingen, die ihm wichtig erscheinen. BW wird motiviert, regelmäßig die Toilette aufzusuchen. Ihm wird Begleitung angeboten. BW wird Unterstützung bei der Intimpflege und der IKM-Versorgung angeboten.</p>
2.	<p>Dekubitusprophylaxe: Es wird im Sitzen ca. alle 2 Std. eine Druckverteilung auf die rechte/linke Seite mit (kleines Kissen, gefaltetes Handtuch) durchgeführt. Es erfolgt ein Reibe- und scherkräftearmer Transfer. Eine Hautinspektion erfolgt täglich bei der pflegerischen Versorgung. Bei Hautrötungen wird ein Fingertest mit Ergebnisdokumentation durchgeführt, ist dieser positiv erfolgt eine sofortige Druckentlastung des betroffenen Bereiches und eine Anpassung der Maßnahmen zur Druckentlastung. Bleibt die Hautrötung 24 Std. bestehen wird der Arzt informiert.</p> <p>Extrinsische Faktoren: Ab-/zuleitendes Schlauchsystem wird frei positioniert/umpositioniert, ggf. unterpolstert.</p>
3.	<p>Zystitisprophylaxe: Es erfolgt eine Katheterpflege im Rahmen der Grundpflege sowie bei Bedarf. Beobachtung des Urins bezüglich Auffälligkeiten, wie Farbe (Blutbeimengungen, stark konzentriert), Beimengungen (Ausflockungen, Trübungen), Geruch, Schmerzen bei der Ausscheidung, auffällige Veränderungen im Miktionsrhythmus. Bei Auffälligkeiten erfolgt ein Eintrag in der I Pflegedokumentation und eine Arztinformation. Der Katheterbeutel wird unter Blasenniveau positioniert und der Katheterschlauch wird frei positioniert, um einen ungestörten Urinabfluß zu gewährleisten. Die hygienischen Bedingungen im Umgang mit dem urinableitenden System werden eingehalten, Desinfektion des Ablaufventils und der Verbindungsteile beim Wechseln des I Systems unter Einhaltung der Einwirkzeit. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme erfolgt gemäß Tagesablaufplan, bei konzentrierten und geringen Ausscheidungsmengen sowie (nach ärztlicher Anordnung erfolgt eine Bilanzierung der Ausscheidung mit Dokumentation und Auswertung.</p>

4.	<p>Schmerzmanagement: Die PFK ermittelt monatlich und bei Bedarf mit Hilfe der INRS/ BESD1 Skala die Schmerzintensität und wertet diese aus. Sie halt bei Veränderungen des Schmerzempfindens (Zunahme von Schmerzen, Schmerzempfinden) Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt, um Sofortmaßnahmen zur Schmerzlinderung einzuleiten, wie z.B BVO, Alternativen zur Schmerzlinderung werden mit dem Bewohner besprochen. Schmerzprophylaxe. Die Pflegekräfte achten bei der täglichen Versorgung auf wahrnehmbare Schmerzindikatoren und überprüfen bei Auftreten von Schmerzen die Intensität anhand der (NRS/BESD) Skala. Das Ergebnis wird ausgewertet und dokumentiert und ggf., der Arzt informiert.</p>
5.	<p>Sturzprophylaxe: PK erinnert an die Benutzung des Rollators. PK überprüft die Funktionstüchtigkeit der eingesetzten Hilfsmittel. PK fährt das Niedrigbett zu den Ruhezeiten auf die unterste Stufe. BW wird motiviert, regelmäßig die Toilette aufzusuchen. Ihm wird Begleitung angeboten. BW wird Unterstützung bei der Intimpflege und der IKM-Versorgung angeboten.</p>
6.	<p>Pneumonienprophylaxe: Das Zimmer wird mehrmals täglich gelüftet. Nach der GP und nach jeder Lagerung kurzes öffnen des Fensters. PK achten auf Pneumonieanzeichen wie Husten, brodelnde Atmung, BZ Entgleisung und Fieberentwicklung. Oberkörperhochlagerung durchführen. Atemstimulierende/Erleichternde Lagerungen 4-V-T. Atemstimulierende Einreibung nach der GP mit Bodylotion nach Verträglichkeit. Bei Auffälligkeiten erfolgt sofortige Arztinfo.</p>
7.	<p>Dekubitusprophylaxe: Ein Antidekubituskissen für den Rollstuhl ist vorhanden. Es erfolgt ein Reibe- und scherkräftearmer Transfer. - Eine Hautinspektion erfolgt täglich bei der pflegerischen Versorgung. Bei Hautrötungen wird ein Fingertest mit Ergebnisdokumentation durchgeführt, ist dieser positiv erfolgt eine sofortige Druckentlastung des betroffenen Bereiches und eine Anpassung der Maßnahmen zur Druckentlastung. Bleibt die Hautrötung 24 Std. bestehen wird der Brat informiert. Eine Weichlagerungsmatratze ist im Bett vorhanden. Informationsmaterial wurde ausgehändigt.</p>
8.	<p>Kontrakturprophylaxe: Es erfolgen Bewegungsaktivierungen im Rahmen der Mobilisation auf die Bettkante/Rollstuhl, bei den Toilettengängen und bei der Grundpflege (Waschlappen in die Hand geben, Gesicht/Oberkörper waschen lassen), beim An-/Auskleiden (Arme anheben lassen, Ellenbogen beugen/strecken, Beine anheben lassen, Kniegelenke beugen und strecken lassen). Die</p>

	<p>Bewegungsaktivierung erfolgt beginnend von den kleinen zu den großen Gelenken (bei neurologischen Krankheitsbildern von den großen zu den kleinen Gelenken). Die Gelenke werden immer Gelenknah umfassen. Die Gelenke sollten in einer physiologischen Mittelstellung unterstützend gelagert werden (Lagerung in Neutralstellung = LIN). Lagerungen können in Rücken-, Seiten- oder Bauchlage unter Berücksichtigung der Neutral-Null Stellung erfolgen. Lagerungen sollten auf eine möglichst harter Matratze erfolgen, Verzicht auf (super-) Weichlagerung.</p>
9.	<p>Dehydratationsprophylaxe: Die Pflegekraft überprüft das Erreichen einer Mindestflüssigkeitseinfuhr von ca. 1500 ml/24Std., dokumentiert die Einfuhr in der Pflegedokumentation (Bilanz) und viertet diese aus. Die Pflegekraft stellt (zu allen Mahlzeiten / Beschäftigungsangeboten/ Gruppenaktivitäten / Zwischendurch) den Becher mit Getränken nach Vorliebe bereit und animiert mehrmals pro Schicht, die Getränke zu sich zu nehmen BW benötigt kontinuierliche Impulsgebung/Motivation zur Flüssigkeitsaufnahme. Bei Veränderungen des Trinkverhaltens und nicht Erreichen der Mindesttrinkmenge informiert die PFK den behandelnden Hausarzt.</p>
10.	<p>Intertrigoprophyllaxe: Bei der Grundpflege erfolgt eine Hautinspektion, bei Auffälligkeiten (Rötungen, Wunde) erfolgt ein Eintrag Im der Pflegedokumentation und eine Arztinformation. Die gefährdeten Hautareale werden nach der Grundpflege trocken getupft und es werden Leinen/Käppchen eingelegt (Hautkontakt wird vermieden)</p>

Ausflüge – Allgemeine Berichte	
1.	<p>Am heutigen Nachmittag luden die PK die BW zu einem kleinen Spaziergang ein. Die BW konnten sich im Park frei bewegen (Sichtfeld). Zwischendurch wurden auch Sportübungen durchgeführt, wobei jeder BW aktiv teilgenommen hat.</p>
2.	<p>Die PK begleiteten und betreuten die BW beim heutigen Start in den Tag mit Musik. Es wurde mitgesungen, geschaukelt und geklatscht. Die BW schienen sich über die Musik zu freuen. Es wurden Deutsche, Englische und Italienische Schlager und Evergreens gespielt.</p>
3.	<p>PK haben heute zum Quiz eingeladen. Die BW schienen sich über das Angebot zu freuen. Es wurde geraten und auch viel gelacht. Das Problem mit den Bienen wurde von den PK gelöst.</p>

4.	PK luden heute zum „Lesezirkel“ im Salon ein. Es fand eine Befindlichkeitsrunde statt, wobei jeder BW sein Befinden, Schmerzen, Sorgen oder Wünsche äußern konnte. Die BW wirkten zufrieden. Nach der Runde folgte das scheinbar von den BW geliebte Buchstaben-Kreuzworträtsel. Von den BW wurden Vokale und Konsonanten genannt, um davon Wörter zu bilden.
5.	PK luden heute zum Spaziergang im nahegelegenen Park ein, um das schöne Wetter zu genießen. Der BW lief im Park selbständig, es wurden kleinere Bewegungen dem BW motivierend gezeigt. Die BW schienen sich zu freuen. Es wurde darauf geachtet, dass die BW nicht zu lange in der Sonne saßen. Es wurden Gespräche über das Wetter geführt. Es wurden viele Erholungspausen für die BW sichergestellt.
6.	Am heutigen Vormittag besuchte uns der Therapiehund mit seinem Frauchen. Der BW wurde im Zimmer, Flur oder Salon aufgesucht und konnte dann nach Herzenslust den Hund streicheln, liebkosen, Leckerlis reichen oder sich das Pfötchen reichen lassen. Der Hund zauberte dem BW ein Lächeln ins Gesicht.
	Am heutigen Tag Vormittag wurden BW in den geschlossenen Außenbereich gebracht, um dort eine Befindlichkeitsrunde und anschließendem Quiz vom Handy an zu bieten. Der BW schien sich über das Angebot zu freuen und nahm aktiv am Angebot teil. Zwischendurch konnte der BW, wer wollte eine Zigarette rauchen und die frische Luft genießen. Die BW wirkten freundlich und zugewandt während der Zeit.

	Kurzberichte: Morgenroutinen, Essensroutinen, Schlafrountinen, Auffälligkeiten
1	PK zieht BW festes Schuhwerk an. - BW wird mit Hilfe der PK in den Rollstuhl transferiert. K überprüft die Funktionstüchtigkeit (insbesondere die Bremsen) des Rollators/Rollstuhls. PK fährt das Niedrigbett zu den Ruhezeiten auf die unterste Stufe. PK legt BW die Notrufklingel im Zimmer bereit, Flüssigkeiten auf dem Fußboden (Urin, Wasser usw.) entfernen. PK stellt Lichtquellen in der Nacht zur Verfügung › Nachttischlampe anschalten, Nachtlicht für die Steckdose Informationsmaterial wurde ausgehändigt. Es erfolgt eine Anleitung beim Gehen die Füße anzuheben. Es werden Maßnahmen zum Kraft- und Balancetraining durchgeführt (konkret nennen)

2	Ich bin mit BW zu Lidl einkaufen gegangen. BW konnte selbständig einkaufen, ich verblieb an den Kassen und beobachtete. BW fiel es danach augenscheinlich sehr schwer die Treppe abwärts zu laufen. Dabei brauchte er meine Unterstützung.
3.	BW scheint ihre Medikamente abzulehnen. Sie hat sehr lange diskutiert und gezögert ehe sie alle genommen hat. Bitte auf Med-Einnahme achten. Dekubitus am Gesäß war verbunden. BW kann mit Unterstützung kurzzeitig stehen.
4.	BW wurde begrüßt, sie wurde mit zur betreuten Essgruppe genommen. PK unterhielt sich mit ihr und stellte viele Fragen, wie etwa was sie gerne isst oder trinkt. Sie saß nachmittags im Salon und unterhielt sich mit anderen Bewohnern. BW hatte nach dem Kaffee einen Besuch von Ihrer Tochter. Die Tochter bringt nächste Woche Kleidung und Fernseher her. Sie ist gegen 20:00 Uhr zu Bett gebracht worden.
5.	BW war heute im Kontakt bedingt kommunikativ. Auf Ansprache beim Frühstück keine Reaktion. Ihr Verhalten wurde mit der Zeit leicht aggressiver, da ein anderer BW sie die ganze Zeit bedrängte.
6.	BW wurde im Rollstuhl mobilisiert und im Bad versorgt. BW hat sich selbst mit Zahnpasta das linke Bein eingecremt. BW äußerte Schmerzen in diesem Bein zu haben und wollte sich mit Voltaren eincremen und hat ausversehen zur Zahnpasta gegriffen.
7.	Wellnessangebot im Salon: Heute war es mal wieder soweit, bei Kaffee und netten Gesprächen wurde dem BW die Fingernägel geschnitten und anschließend gefeilt. Es wurde anschließend eine basale Simulation durchgeführt.
8.	Unterkörper wurde heute morgen im Bett versorgt, Oberkörper am Waschbecken. BW hatte viel Angst beim aufstehen. BW lässt die Medikamente blitzschnell in ihrer Hand oder ihrer Jacke verschwinden. Vor Ort wurde die Temperatur gemessen und anschließend vermerkt. Befindlichkeitsgespräche fanden statt.
9.	Betreute Essgruppe: Die BW aus den Zimmern wurden abgeholt und zum Mittagessen in den Speisesaal gebracht. Alle BW essen zusammen am Tisch.
10.	BW den ganzen Tag unruhig und angespannt. Er kriegt Schmerzen bei Bewegung des Oberkörpers nach unten. Deswegen Erhalt von IBU 400 mg. Gegen Schmerzen. Ein Krankenwagen wurde bestellt.
11.	BW erhielt eine Untersuchung von der Zahnärztin und wurde in die Praxis zum Röntgen mitgenommen. Anruf von der Betreuerin erfolgte. Diese bat darum, dass 30€ zu BW gebracht werden. Dies wird per Überweisung dann weitergeschickt.
12.	BW war heute Morgen nicht auf der Station, konnte also nicht versorgt werden. BW hat heute die Körperpflege abgelehnt. Diese wurden selbständig durchgeführt.

13.	BW war heute Morgen bei der GP unruhig gewesen, hat starke Rötungen an der Leiste. Es wurde mit Pflegesalbe eingecremt. Ihre Schrankschlüssel wurden nicht gefunden, deshalb liegt die Wäsche auf dem Tisch. Intimbereich ist stark gerötet. Es erfolgte eine Reinigung mit klarem Wasser und die Versorgung mit Schutzcreme.
14.	BW kam zum Frühstück und anderen Mahlzeiten. Der Transfer wurde von der Küche zum EG durchgeführt. BW schien heute etwas angespannt. Er schrieb einen Brief an die Verwaltung, da er hier jahrelang festgehalten wird Um 21 Uhr wurde er zu Bett gebracht.
15.	BW wurde heute Morgen unter Anleitung im Bad versorgt; Zimmer wurden heute komplett gereinigt. Der Frühstück musste ihr gebracht werden, da sie nicht zum Frühstück gekommen ist. Vitalwerte wurden gemessen.
16.	BW ließ sich Grundpflegerisch versorgen und ging dann zum Frühstück. Aufsicht während der Abendmalzeit im Speiseraum. Der BW schien sich über das restlich gedeckte Büffet zu freuen. Dem BW schien es gut zu gehen. BW nahm aktiv an einer Quizrunde teil. Es wurde über eine Handyapp gespielt.
17.	BW beleidigte und beschimpfte andere BW. BW äußerte, die anderen BW haben ihr Senioren-Mobiltelefon gestohlen und dass sie regelmäßig bestohlen wird. Dem BW wurde erklärt, dass alles im Pflegebericht eingetragen wird.

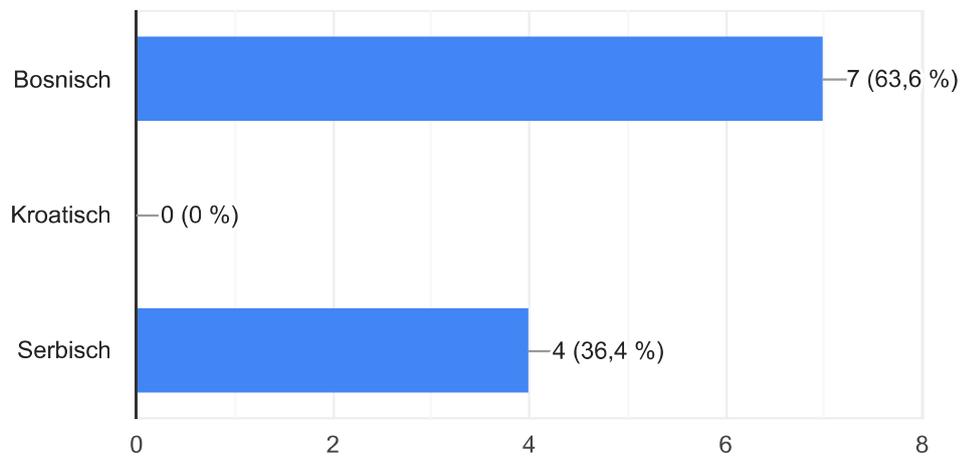
Anonymer Fragebogen zu Deutsch als Fremdsprache

11 odgovora

[Objavlivanje analize](#)

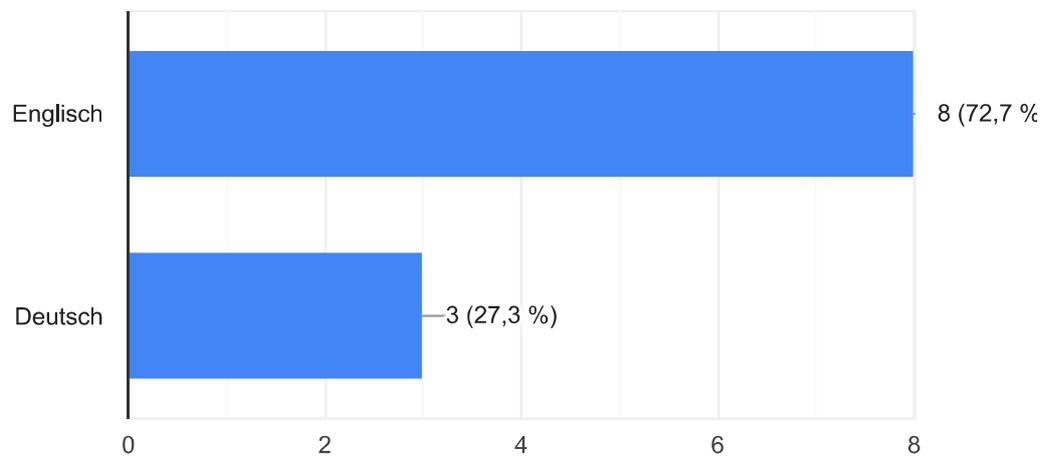
Was ist Ihre Erstsprache?

11 odgovora



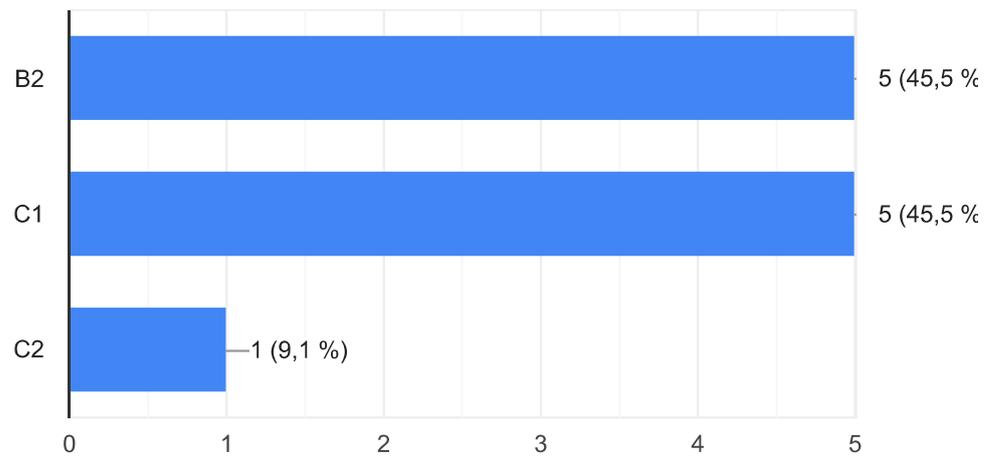
Was ist Ihre Zweitsprache?

11 odgovora



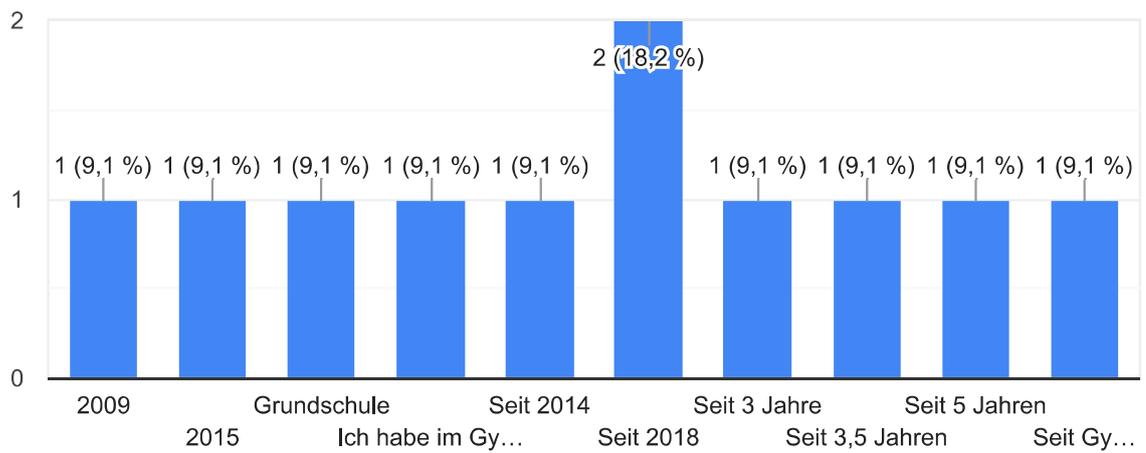
Welches Niveau haben Ihre Deutschkenntnisse?

11 odgovora



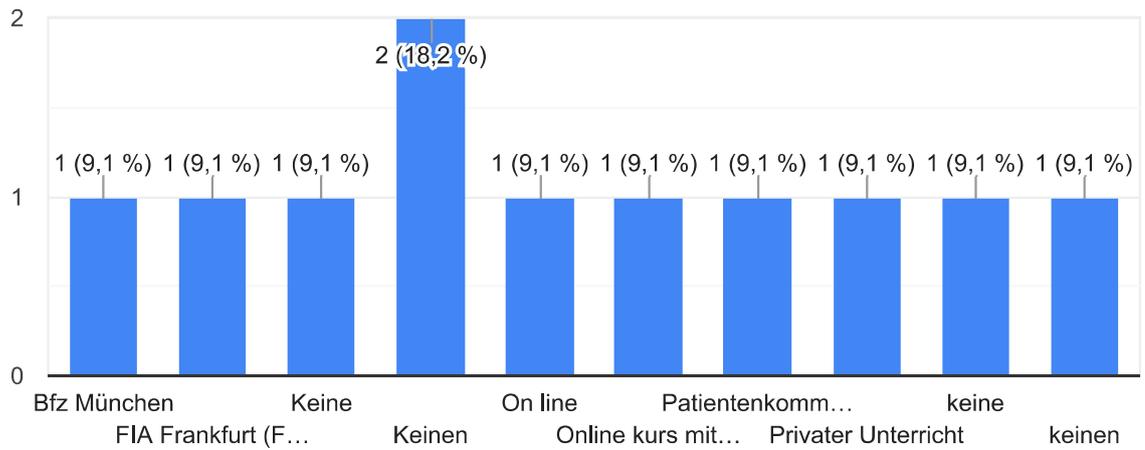
Seit wann lernen Sie Deutsch?

11 odgovora



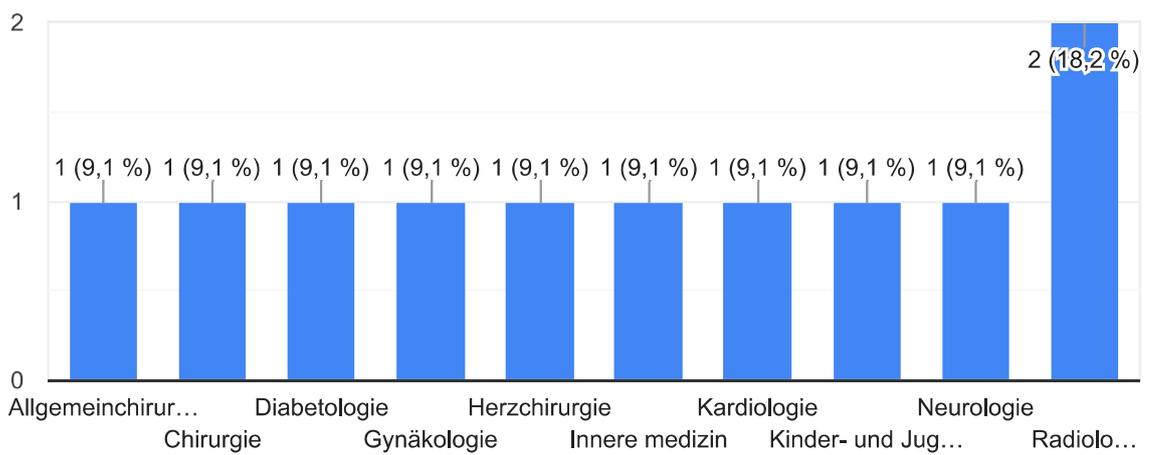
Welchen Deutschkurs für Ärzt:innen haben Sie besucht?

11 odgovora



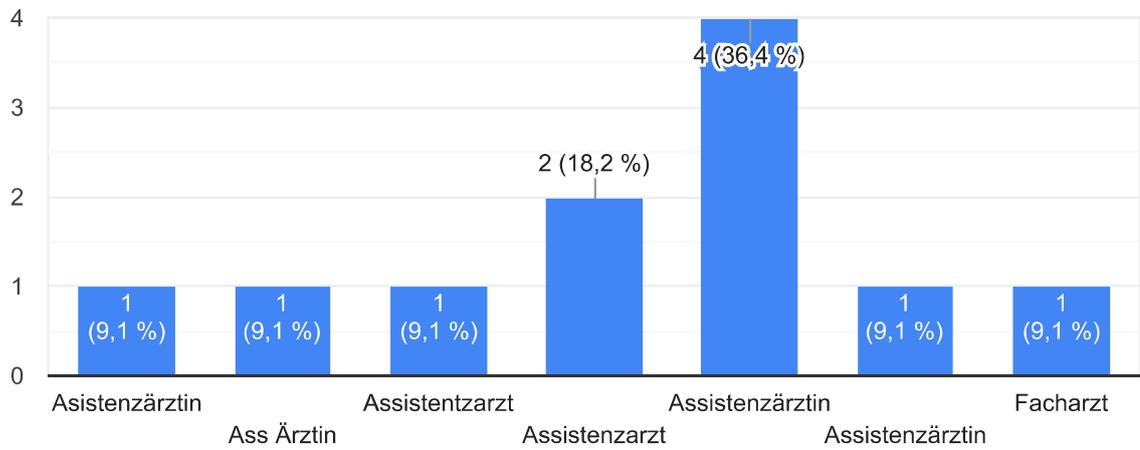
In welcher Abteilung sind Sie zurzeit tätig?

11 odgovora



Wie lautet ihre Position im Krankenhaus?

11 odgovora



Wie viel Arbeitserfahrung haben Sie in ihrer aktuellen Position insgesamt?

11 odgovora

14 Jahre

4 Jahre

1 Jahr

5 Jahren

2 Monaten

21 Monate

7 Jahre

2

3 Jahre

Übersetzen Sie aus Ihrer Erstsprache ins Deutsche.



Prvo se anestezira mjesto uboda.

11 odgovora

Die Stichstelle wird zuerst betäubt.

Da

Zuerst wird die Punktionsstelle betäubt.

Zuerst sollte es die Punktionsstelle betäubt werden

Zuerst wird die Anstichstelle anästhesiert.

Zuerst wird die Einstichstelle betäubt.

Zuerst betäubt man die Stelle des Eintritts

Zuerst wird die Punktionsstelle betäubt.

Erstmal muss es betäuben



Onda se uvodi tanki kateter u arteriju na primjer u području prepone.

11 odgovora

Dannach wird ein dünner Katheter in eine Arterie eingeführt, beispielsweise in der Leiste.

Da

Danach wird einen dünnen Katheter in die Arterie, z.B. im Leistenbereich, eingeleitet.

Danach wird ein dünner Katheter in die Arterie in die Leiste implantiert

Dann wird einen dünnen Katheter in die Arterie z.B. im Leistenbereich reingeführt.

Dann wird ein dünner Katheter in eine Arterie beispielsweise in dem Leistenbereich eingeführt.

Dann wird ein dünner Katheterdraht in die Arterie eingeführt, beispielsweise in der Leistenregion.

Dann führt man ein dünnes Katheter in einer Arterie zum Beispiel in Leistenbereich.

Übersetzen Sie aus dem Deutschen in Ihre Erstsprache.



Danach wird der Katheter unter Röntgenkontrolle bis in die linke Herzkammer vorgeschoben.

11 odgovora

Potom se kateter uvodi pod retgenskom kontrolom do leve komore.

Ja

Onda se kateter uz pomoć rentgenske kontrole plasira do leve srčane komore.

Onda ce kateter uz kontrolu rentgena biti do lijeve srcane komore ubacen

Onda se uz kontrolu rengena kateter dogura do lijeve komore.

Potom će se kateter pod kontrolom rentgena pomeriti/pomaknuti do leve komore srca.

Zatim se kateter pod kontrolom rentgena uvodi do lijeve komore.

Onda se pod kontrolom rentgena kateter ubacuje sce do lijeve srcane komore.

Onda se Kateter vodi do liieve srcane komore pod kontrolom rentæena.



Über den Katheter werden die Druckverhältnisse in der Hauptschlagader und in der linken Herzkammer gemessen.

11 odgovora

Preko katetera(uz pomoc katetera) se mere pritisci u glavnoj arteriji i levoj srčanoj komori.

Ja

Pomoću katetera se mere pritisci u aorti i levoj komori.

Putem katetera mjerice se pritisci u aorti i u lijevoj srčanoj komori

Uz pomoc katetera se mjere odnosi pritisaka u aorti i lijevoj komori

Preko katetera će biti izmereni odnosi pritisaka u Aorti o levoj komori.

Preko katetera se odnosi pritisaka izmedju aorte i lijeve komore mjere

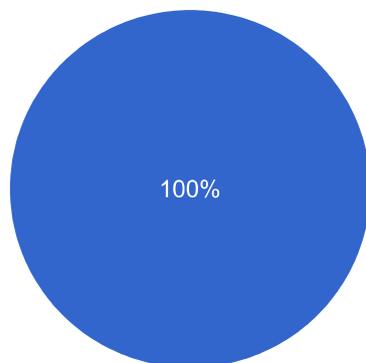
Uz pomoc katetera se mjeri odnos pritiska izmedju aorte i lijeve srcane komore.

Preko katetera se mieri odnos pritiska u glavnoj arteriji i lijevoj komori.

Ist die Person im Satz ein Täter (vršilac radnje) oder nicht: Was ist richtig? Kreuzen Sie an.

Die Ärztin behandelt den Patienten ambulant.

11 odgovora

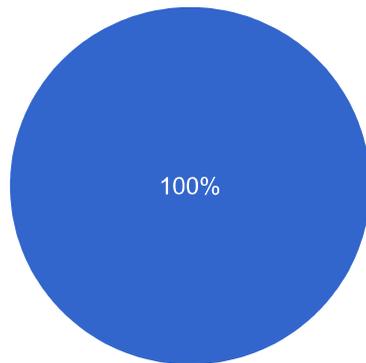


- Die Ärztin = Täter
- Die Ärztin ≠ Täter
- den Patienten = Täter
- den Patienten ≠ Täter



Die Pflegekraft gibt dem Patienten einen Rollator.

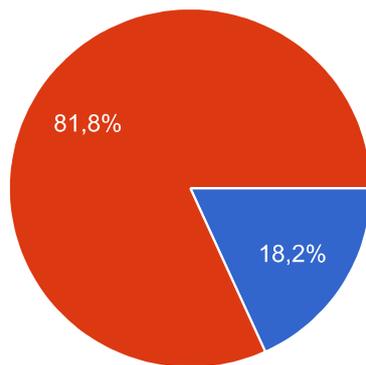
11 odgovora



- Die Pflegekraft = Täter
- Die Pflegekraft ≠ Täter
- dem Patienten = Täter
- dem Patienten ≠ Täter

Dem Personal fehlen drei Packungen Handschuhe.

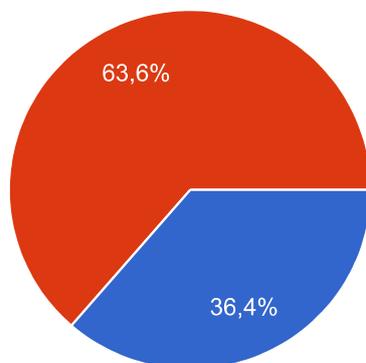
11 odgovora



- dem Personal = Täter
- dem Personal ≠ Täter

Die Punktierung der Leiste misslingt ihm.

11 odgovora

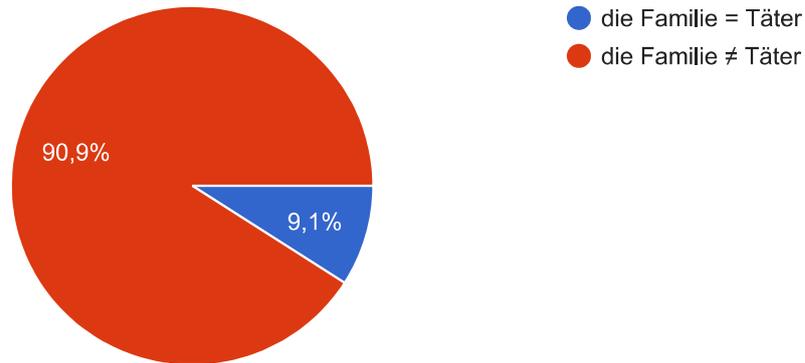


- ihm = Täter
- ihm ≠ Täter



Die gelungene Operation beruhigt die Familie.

11 odgovora



Umschreiben Sie die Sätze ohne dabei Passiv zu benutzen! Sie dürfen Passivalternativen/ Passiversatzformen benutzen.

Wahrscheinlich kann bei Ihr eine Osteosynthese durchgeführt werden.

11 odgovora

Wahrscheinlich lässt sich bei ihr eine Osteosynthese durchführen

Die Patientin können bei uns Osteosynthese machen.

Wahrscheinlich kann man bei Ihr eine Osteosynthese durchführen.

Eine Osteosynthese konnte bei ihr in Betracht kommen

Eine Osteosynthese wird wahrscheinlich bei ihr durchgeführt

Sie kann eine Osteosynthese als Alternativeingriff bekommen.

Eine Osteosynthese kann bei ihr durchgeführt werden

Bei ihr können wir wahrscheinlich eine Osteosynthese durchführen.

Vjerovatno se kod Vas mozz sprovesti osteosinteza.



Beim Nachweis von Erregern sollten Antibiotika eingesetzt werden.

11 odgovora

Beim Nachweis von Erregern sollte man Antibiotika einsetzen.

Wenn Erregern ist bekannt, dann geben wir Antibiotika.

Die Antibiotika sollte beim Nachweis von Erregern eingeleitet werden

Antibiotika werden beim Nachweis von Erregern eingesetzt.

Sobald wir Nachweis von Erregern haben, können wir mit Antibiotika anfangen.

AB sollten beim Nachweis eingesetzt werden

Wir sollten die Antibiotika beim Nachweis von Erregern einsetzen.

Kod dokazanog Uzročnika treba se ukljuciti antibiotik.

Wir setzen Antibiotika ein.



Wie kann TVT nachgewiesen werden?

11 odgovora

Wie kann man TVT nachweisen?

Wie lässt sich TVT nachweisen?

Wie können wir TVT finden?

Gibt es ausreichende Diagnostik um die TVT nachgewiesen zu können?

Wie lässt sich TVT nachweisen

Wie erfolgt der Nachweis einer TVT

Wie könnte man TVT nachweisen?

Kako se moze dokazati TVT?

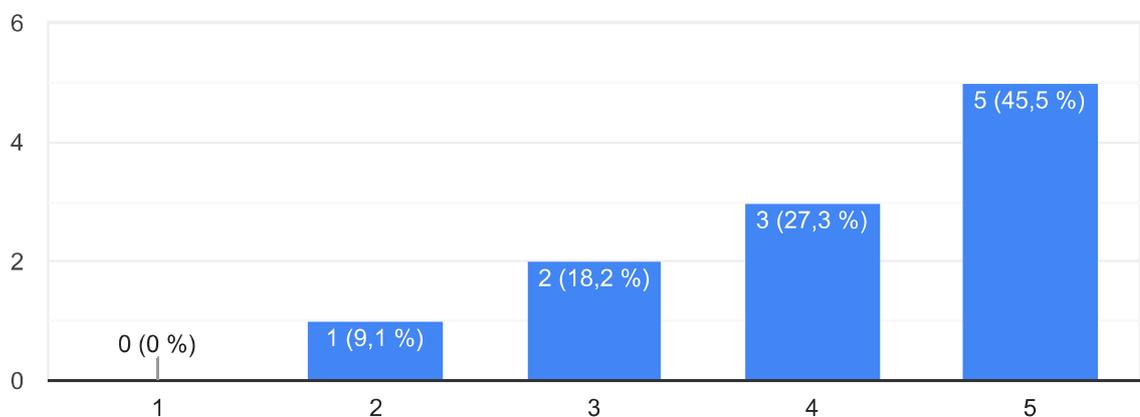
Kann mann TVT nachweisen

Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, ...

*Proband:innen, die keinen berufsbezogenen Deutschkurs besucht haben wurden bei dem Ergebnis in Kapitel 5.2 ausgenommen.

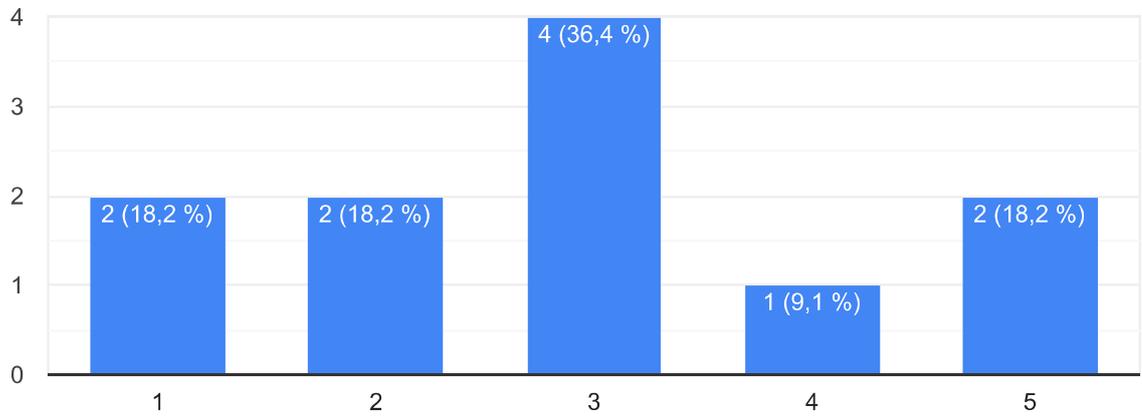
Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann orientiere ich mich an der englischen Übersetzung.

11 odgovora



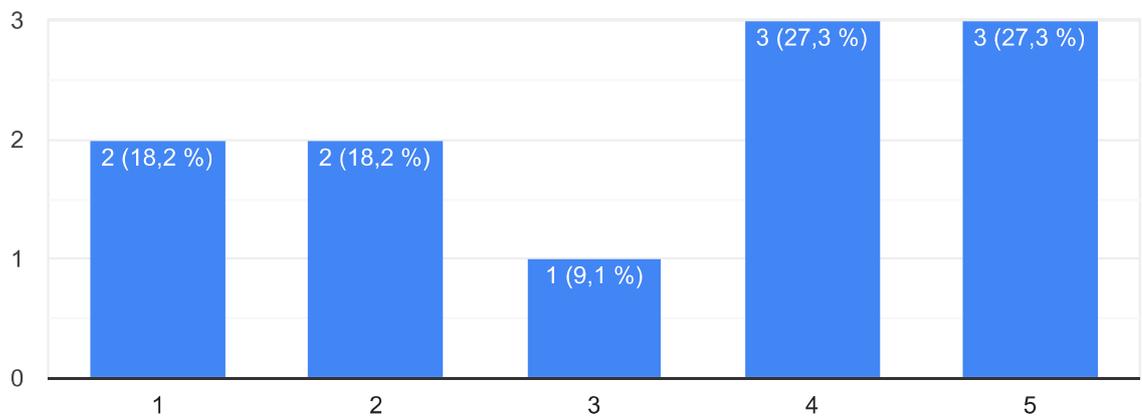
Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann benutze ich eine Umschreibung (Passivalternativen/ Passiversatz).

11 odgovora



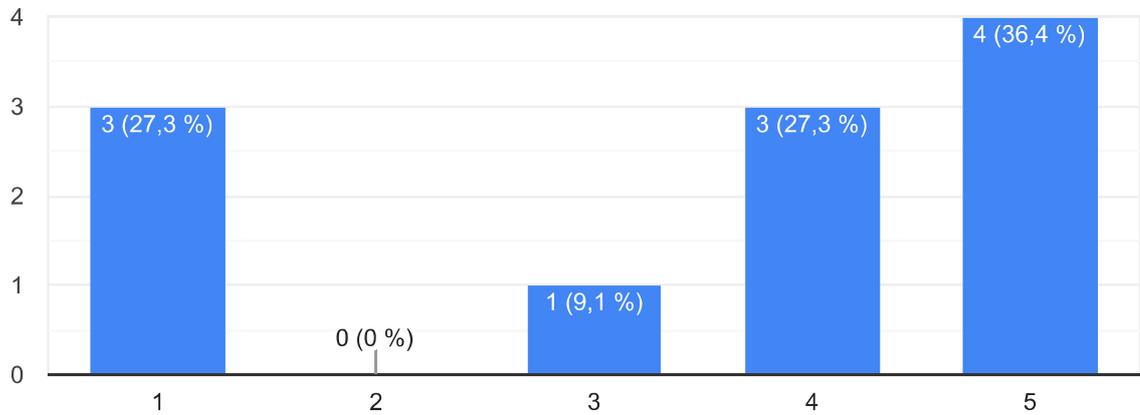
Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann benutze ich das Passiv gar nicht.

11 odgovora



Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann orientiere ich mich an der Übersetzung in meine Erstsprache.

11 odgovora



Wenn ich mir beim Passiv unsicher bin, dann habe ich meine eigene Strategie:

6 odgovora

Keine

Ich google es :)

Hab keine, ich rede ohne nachzudenken ob das korrekt oder inkorrekt ist

Ich benutze dann Passivalternative.

Meine Sätze

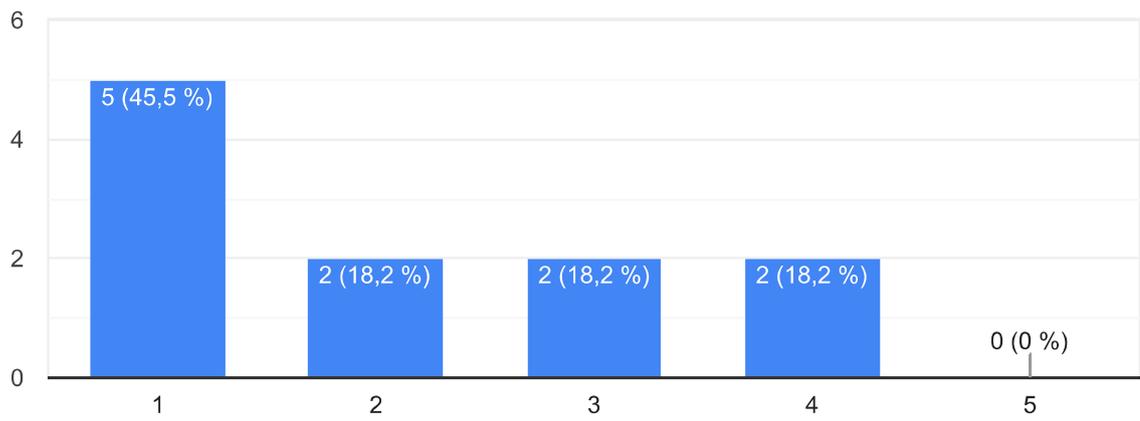
Mimik und Gestikulation

Beim Lesen von standardisierten Arztbriefen fällt mir auf, dass das Passiv oft vorkommt.



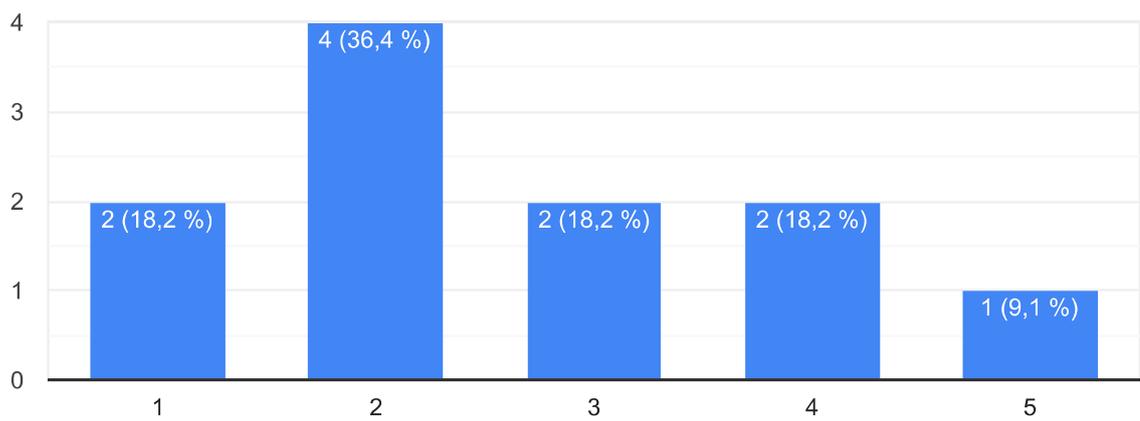
Bei der Erhebung der Patientendaten kommt das Passiv oft vor.

11 odgovora



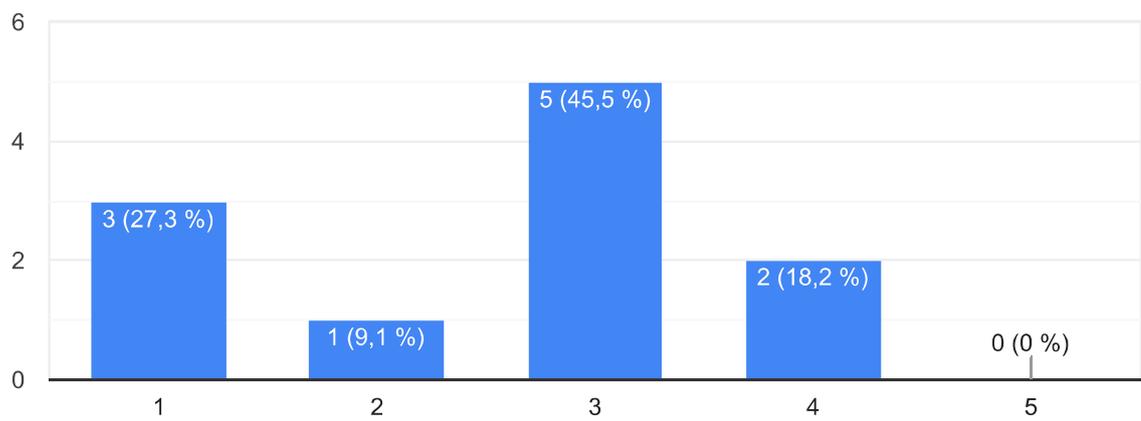
Bei der Diagnose kommt das Passiv oft vor.

11 odgovora



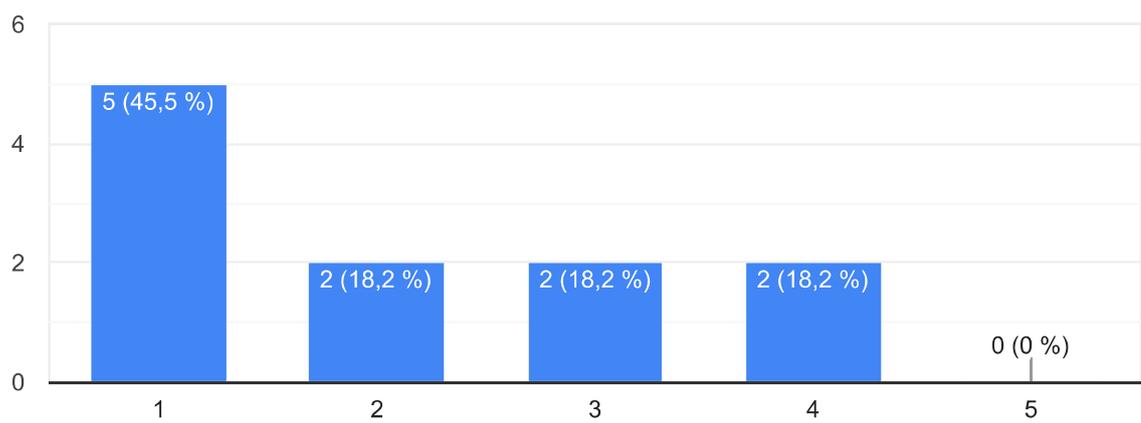
Bei der Anamnese kommt Passiv oft vor,

11 odgovora



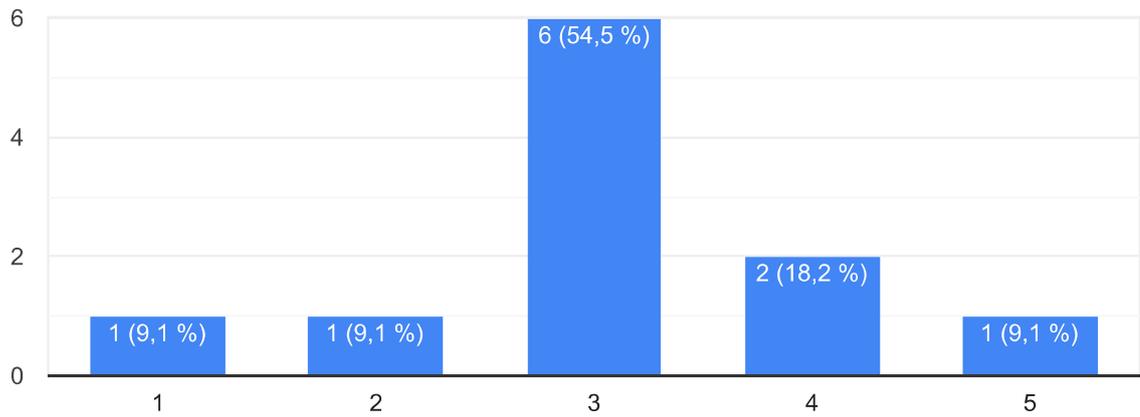
Bei der Epikrise kommt das Passiv oft vor.

11 odgovora



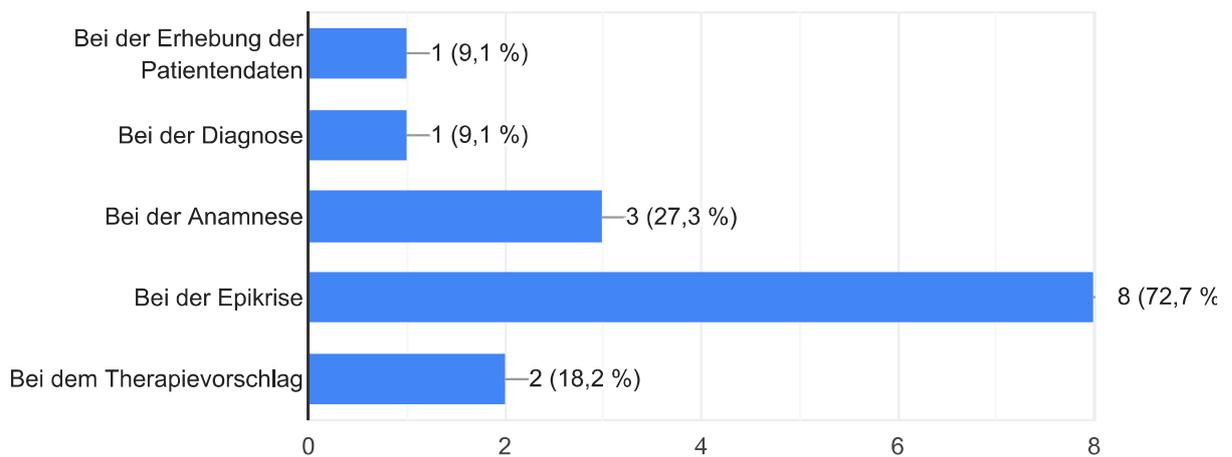
Bei dem Therapievorschlag kommt Passiv oft vor.

11 odgovora



Wo kommt Ihrer Meinung nach das Passiv am meisten vor?

11 odgovora

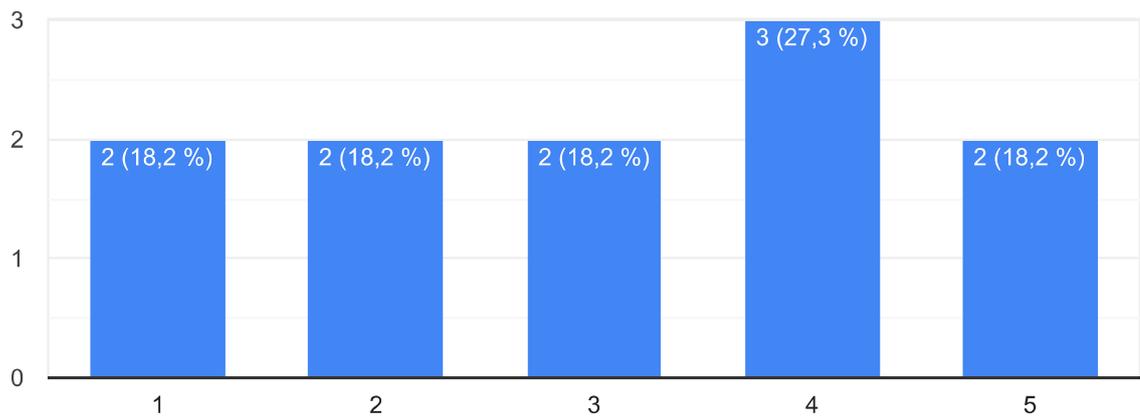


Beim Schreiben von Arztbriefen fällt mir auf, dass ich das Passiv oft benutze.



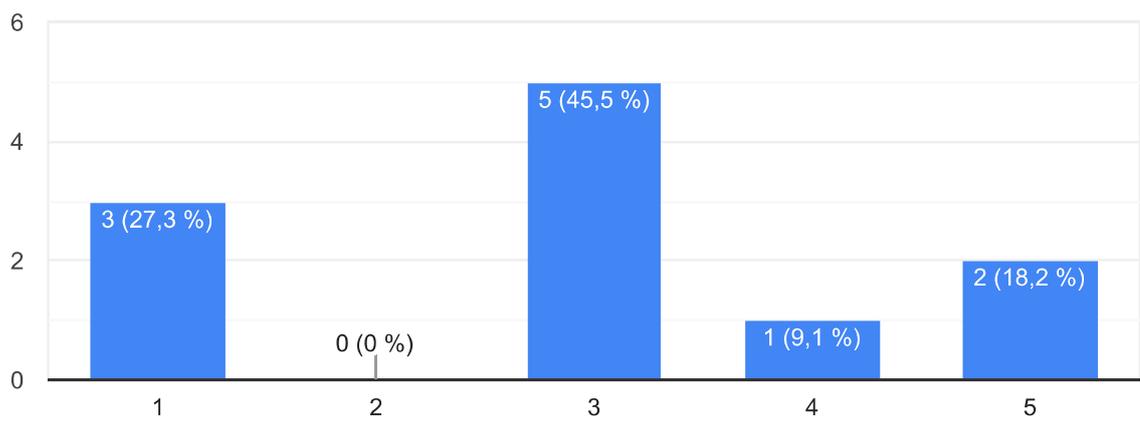
Bei der Erhebung der Patientendaten benutze ich das Passiv sehr oft.

11 odgovora



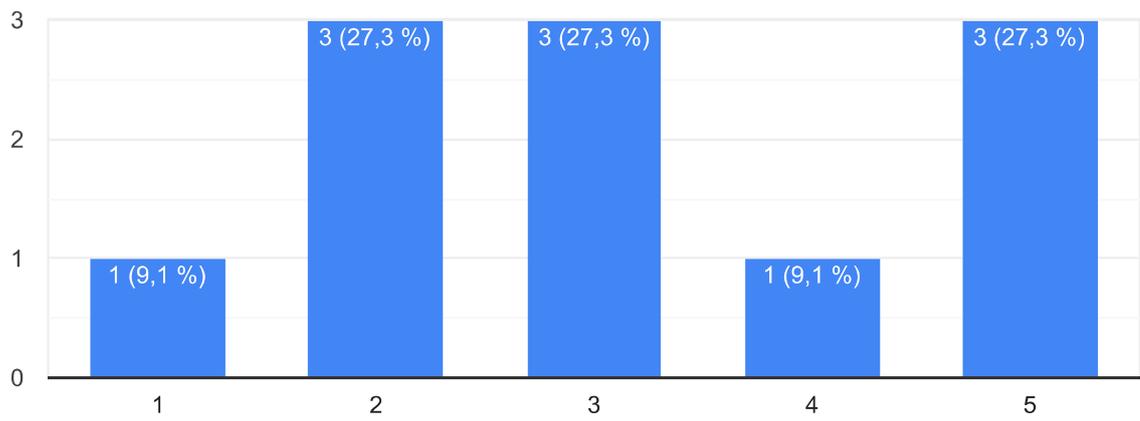
Bei der Diagnose benutze ich das Passiv sehr oft.

11 odgovora



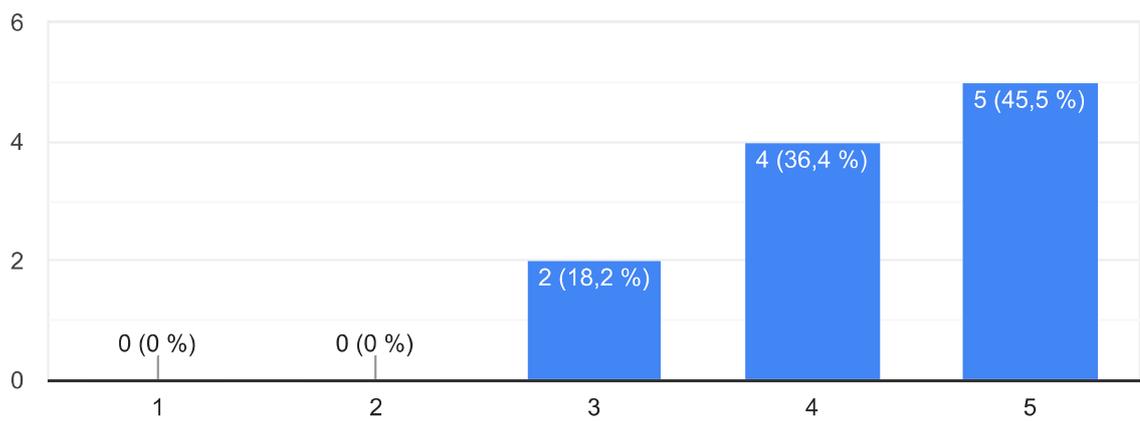
Bei der Anamnese benutze ich das Passiv sehr oft.

11 odgovora



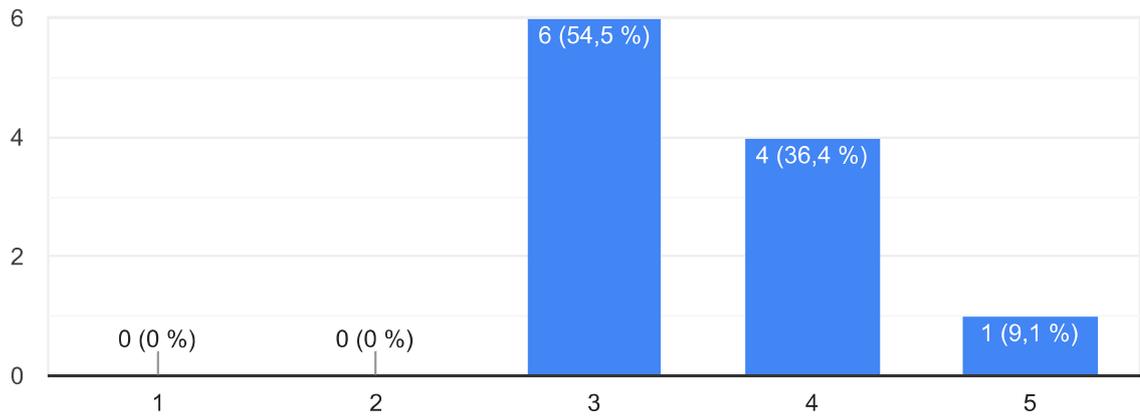
Bei der Epikrise benutze ich das Passiv sehr oft.

11 odgovora



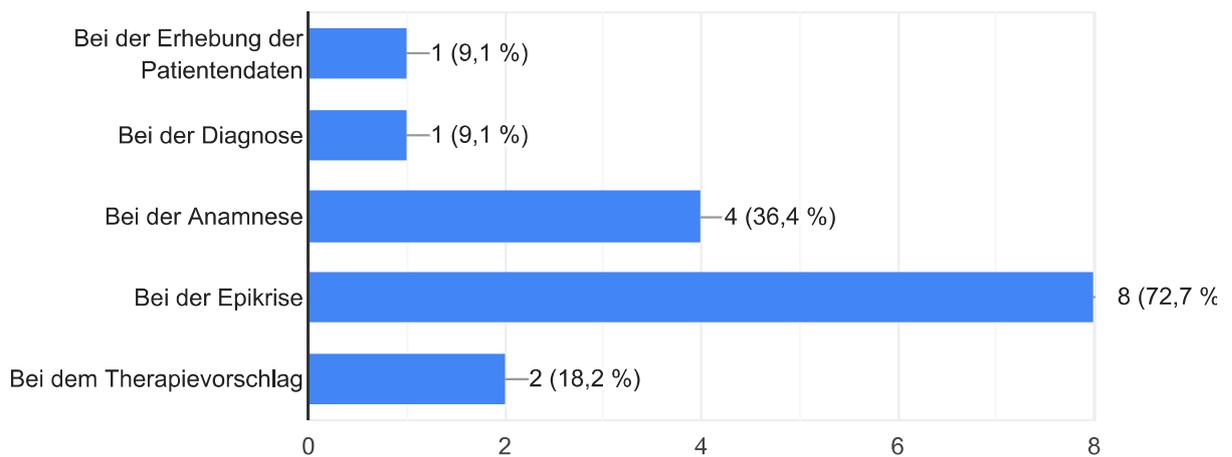
Bei dem Therapievorschlagn benutze ich das Passiv sehr oft.

11 odgovora



Am h4ufigsten benutze ich das Passiv in:

11 odgovora



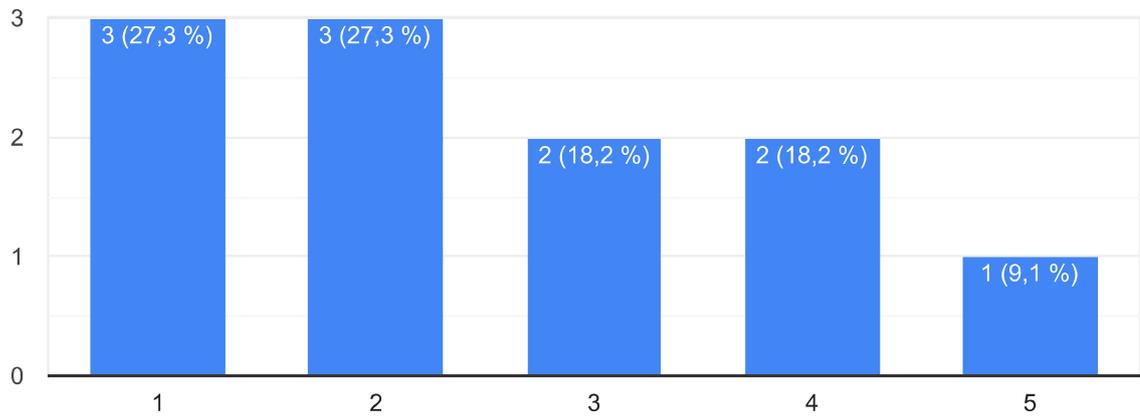
In meinem bisherigen Deutschkurs f4ur 4rztel wurde zum Thema "Passiv" folgendes gemacht:

*Proband:innen, die keinen berufsbezogenen Deutschkurs besucht haben wurden bei dem Ergebnis in Kapitel 5.2 ausgenommen.



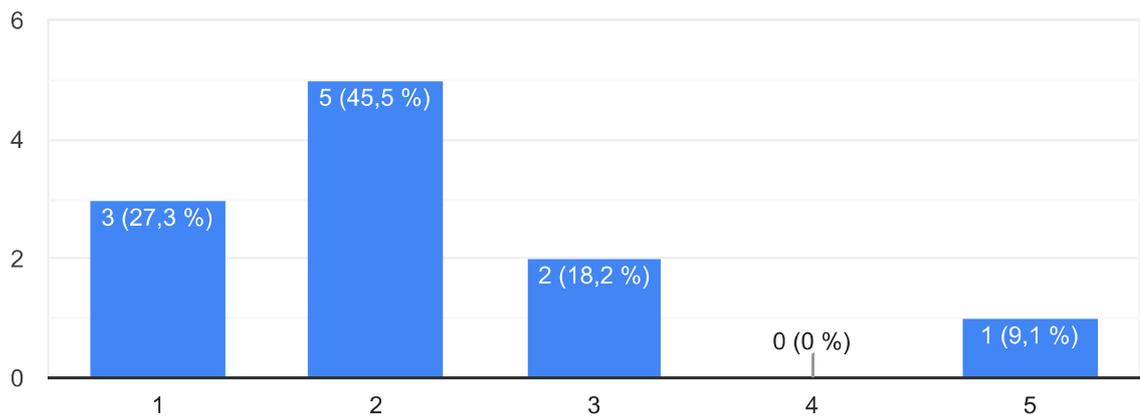
Aktivsätze in Passivsätze umgewandelt.

11 odgovora



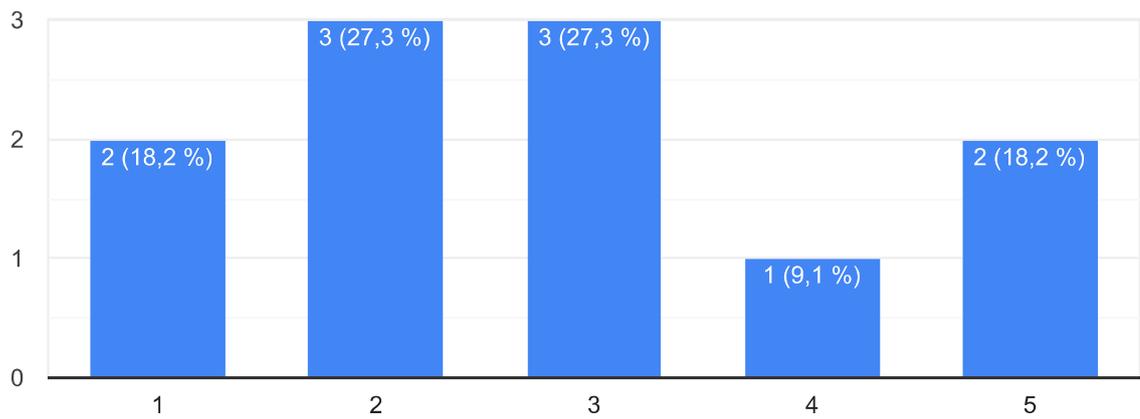
Die Passivalternativen geübt.

11 odgovora



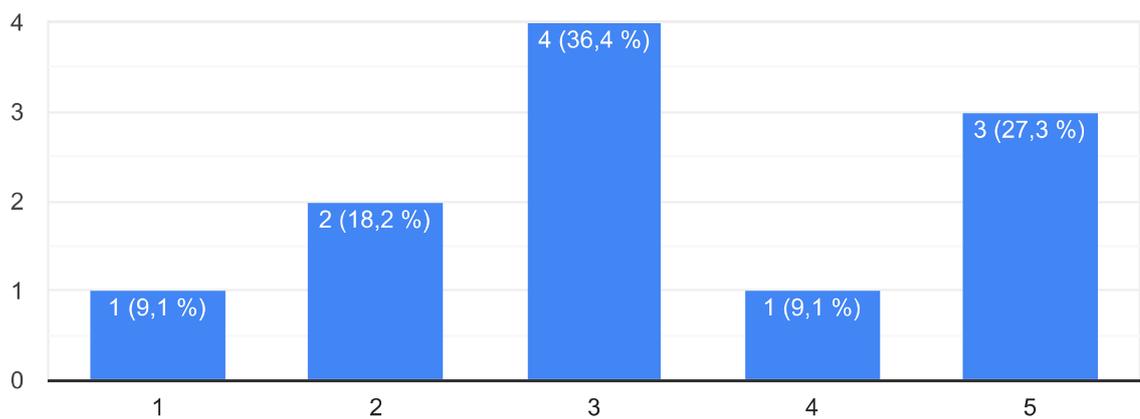
Die Bildung von Vorgangspassiv und Zustandspassiv.

11 odgovora



Verben erwähnt, die keinen Passiv bilden können.

11 odgovora



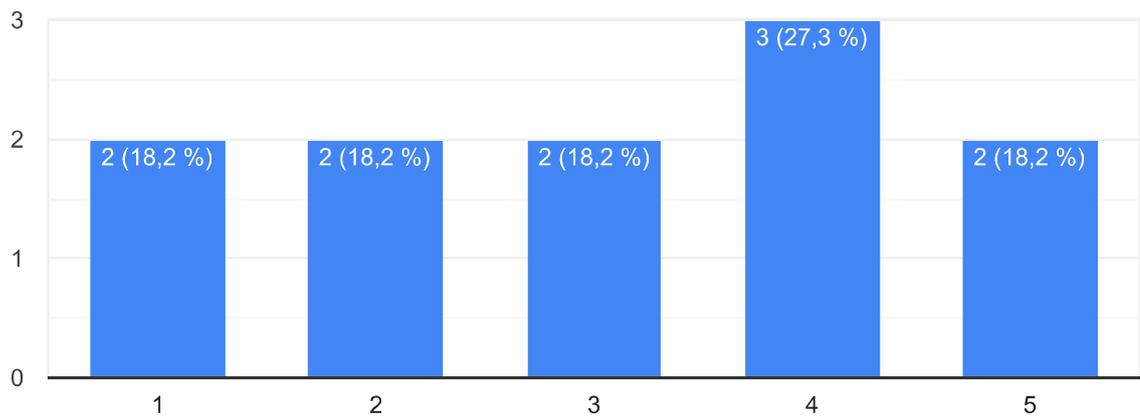
In meinem bisherigen Deutschkurs für Ärzte wurde zum Thema "Passiv" innerhalb der folgenden Handlungsfelder geübt:

*Proband:innen, die keinen berufsbezogenen Deutschkurs besucht haben wurden bei dem Ergebnis in Kapitel 5.2 ausgenommen.



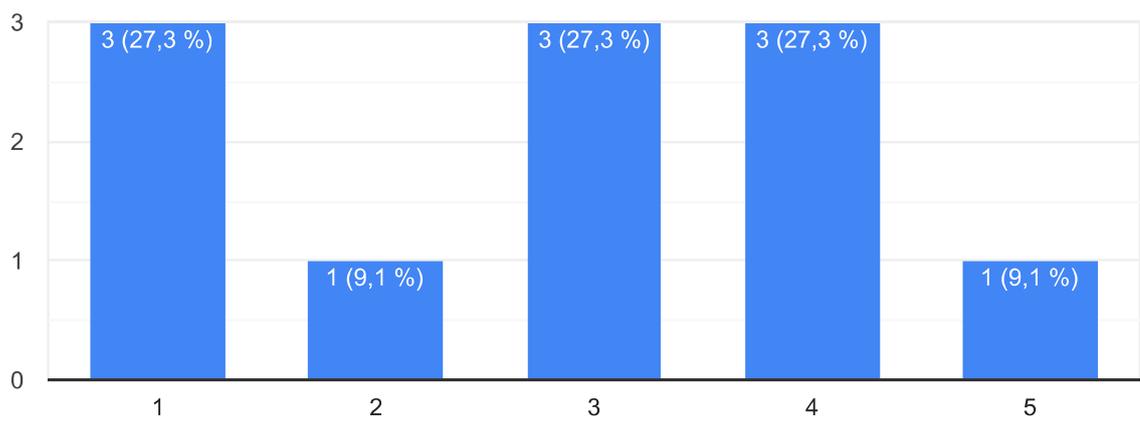
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei der "Anamnese" geübt.

11 odgovora



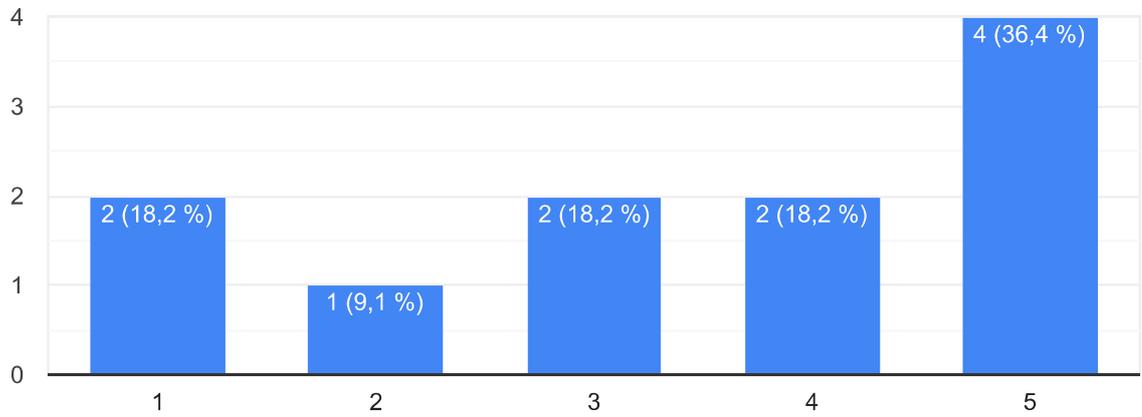
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "der Erläuterung der Diagnose" geübt.

11 odgovora



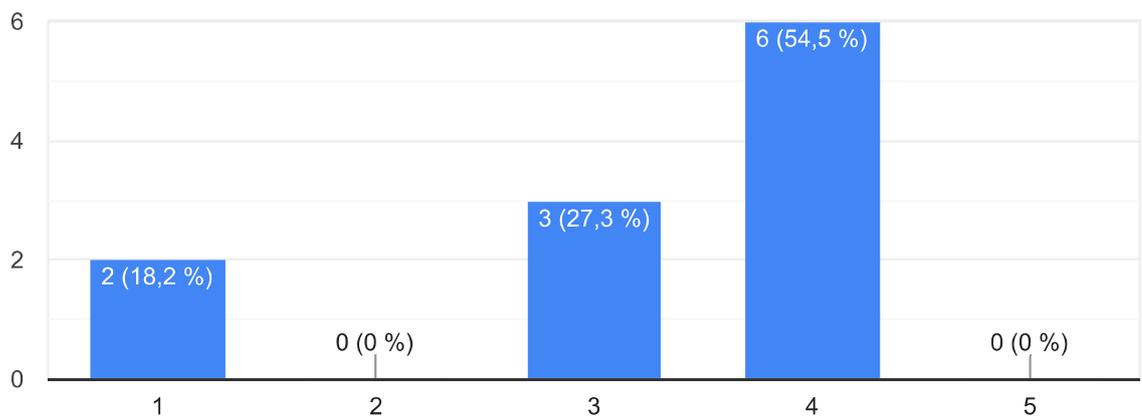
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "der Erläuterung des Handlungsplans" geübt.

11 odgovora



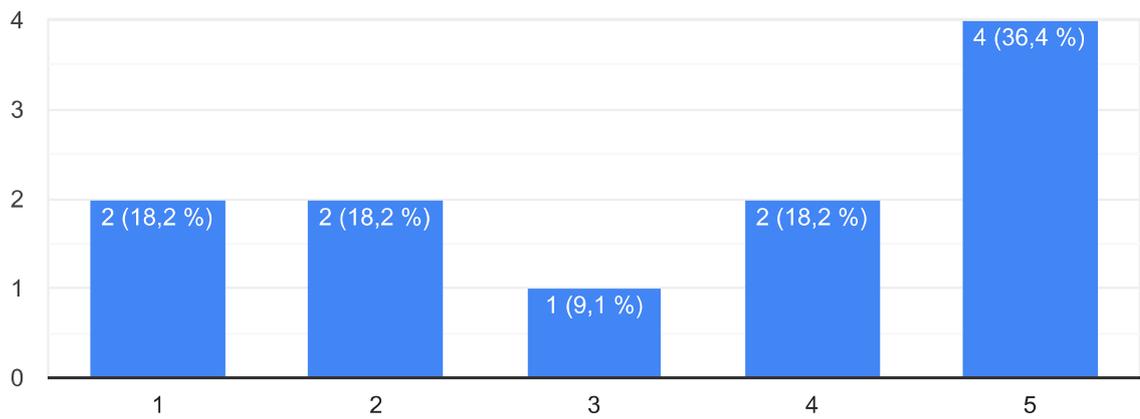
Das Passiv haben wir im Kurs oft beim "Schweren Gesprächen" geübt.

11 odgovora



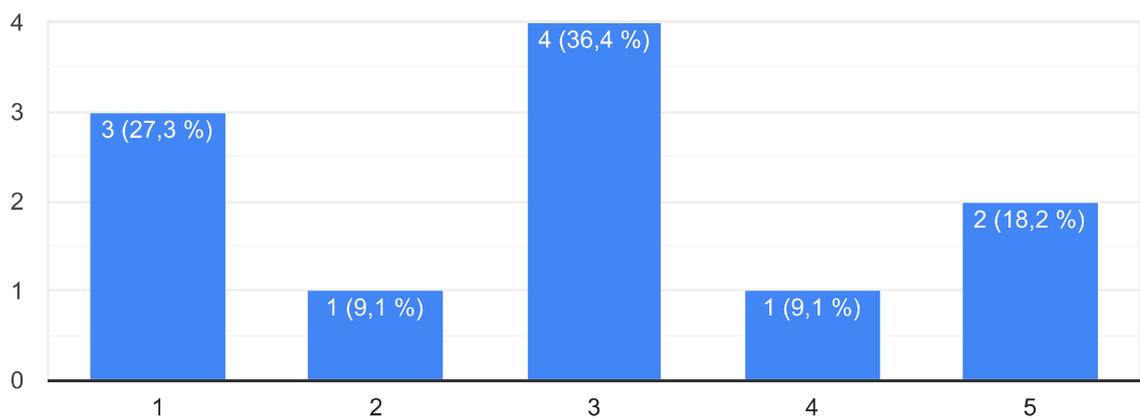
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Aufklärungsgesprächen" geübt.

11 odgovora



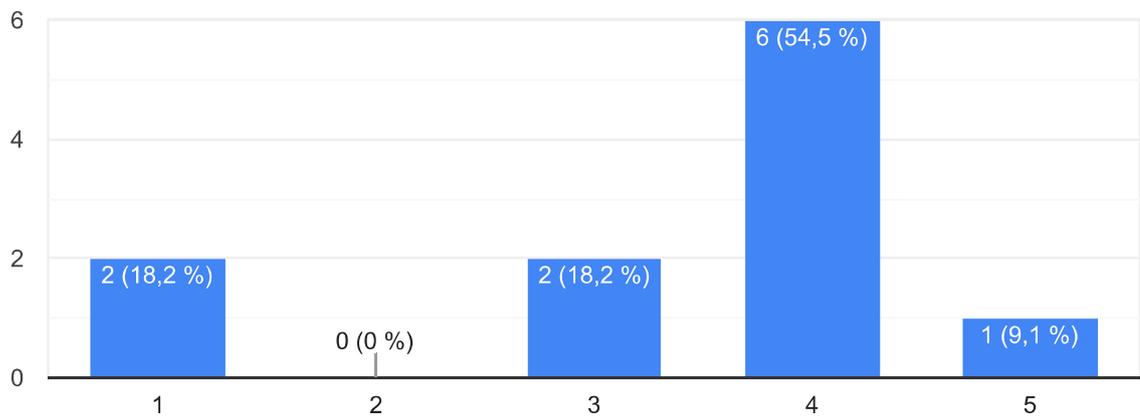
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Entlassungsgesprächen" geübt.

11 odgovora



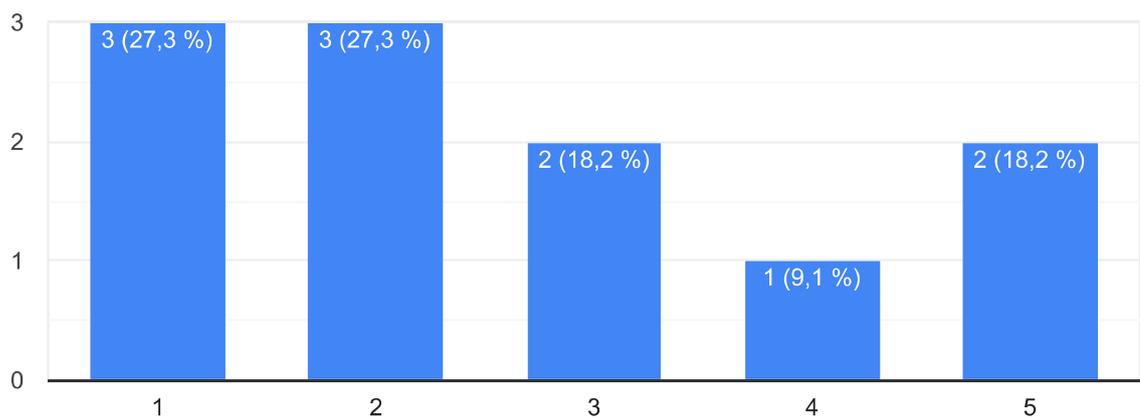
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Fallpräsentationen" geübt.

11 odgovora



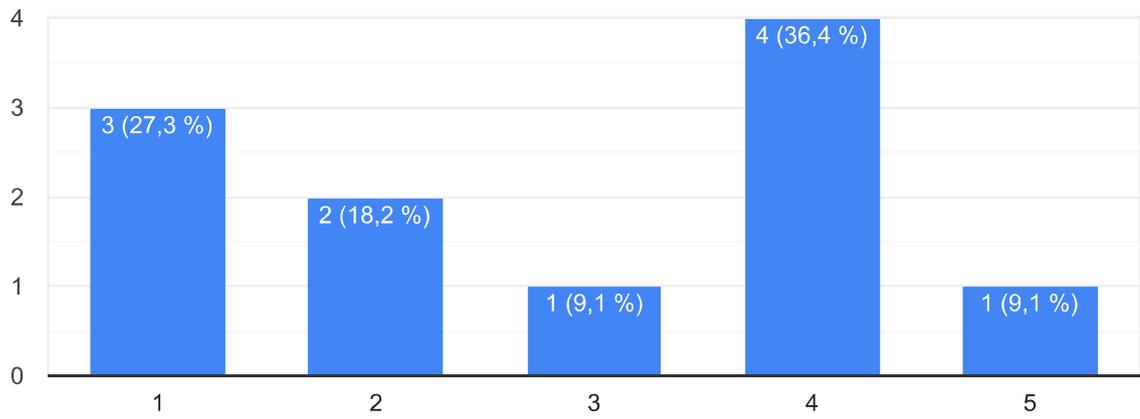
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Visite" geübt.

11 odgovora



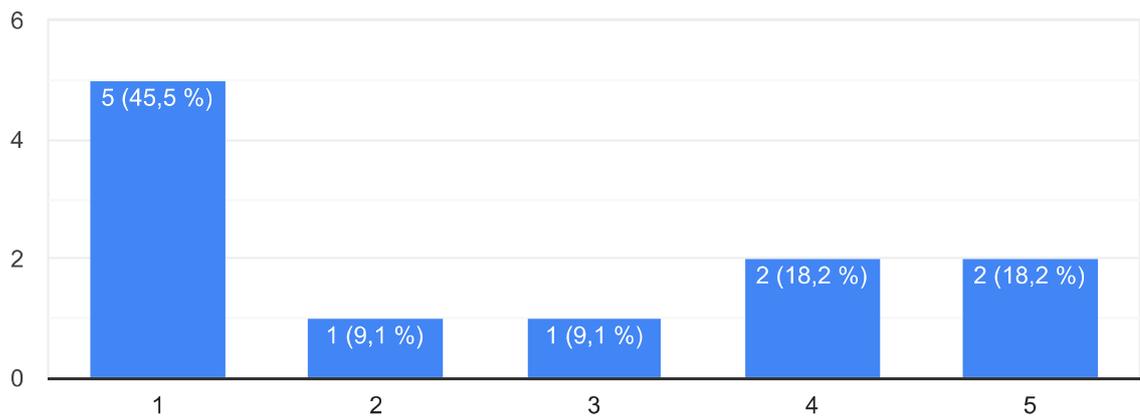
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Patientenübergabe" geübt.

11 odgovora



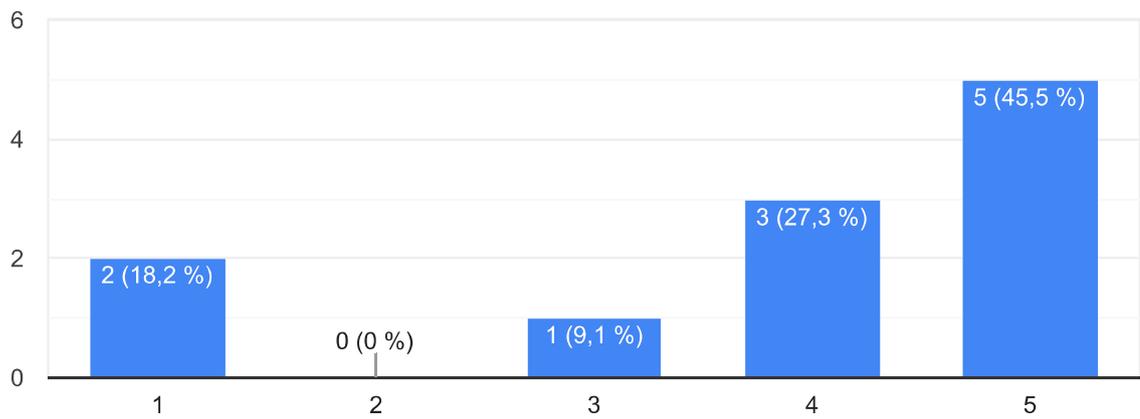
Das Passiv haben wir im Kurs oft beim "Konsil" geübt.

11 odgovora



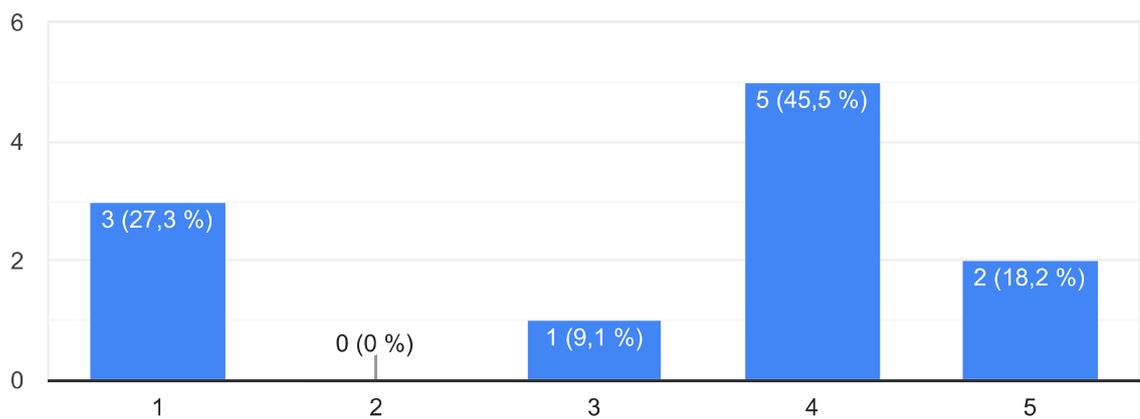
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Arztbrief" geübt.

11 odgovora



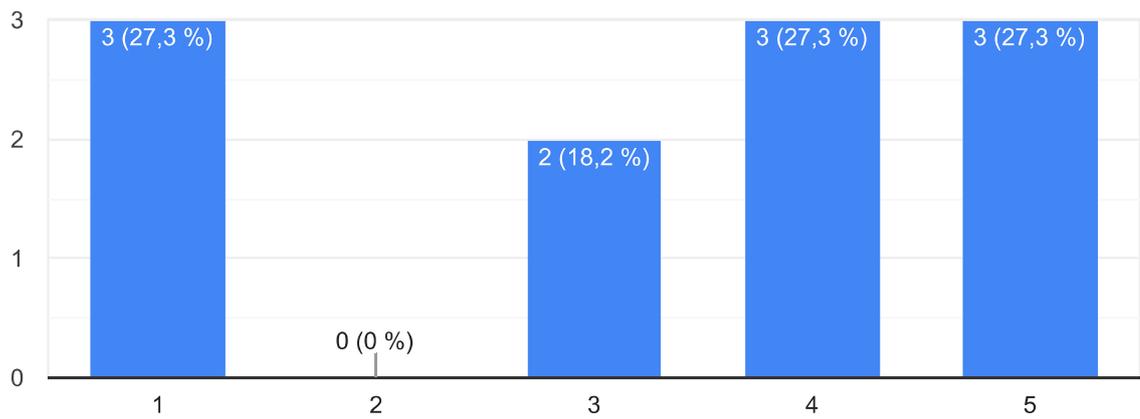
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Dokumentation" geübt.

11 odgovora



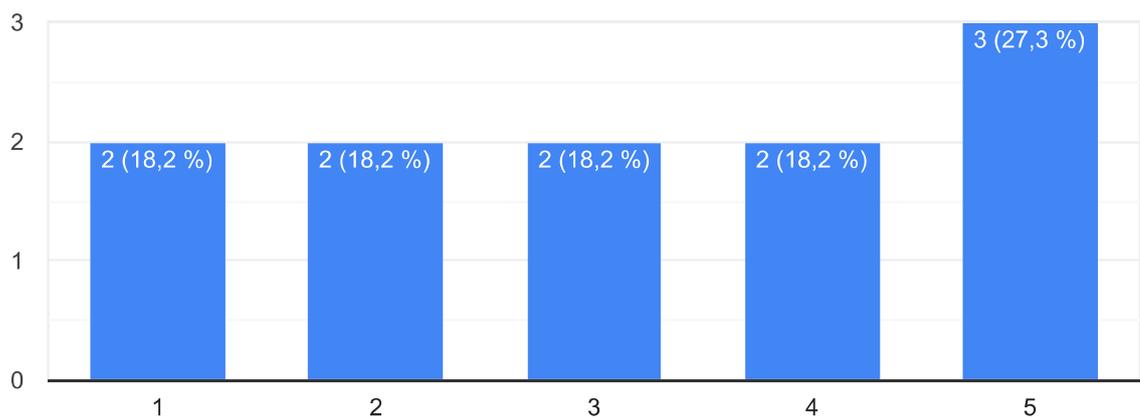
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Fachdiskussion" geübt.

11 odgovora



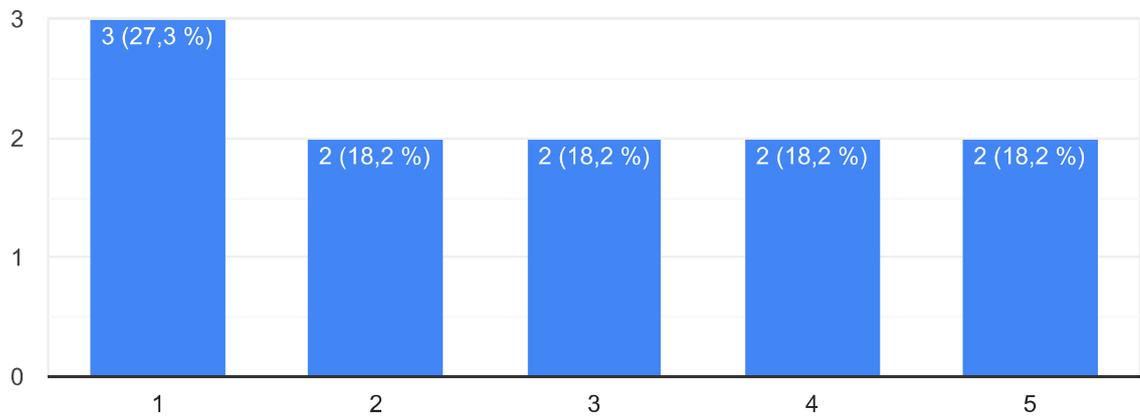
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Fachbeiträge" geübt.

11 odgovora



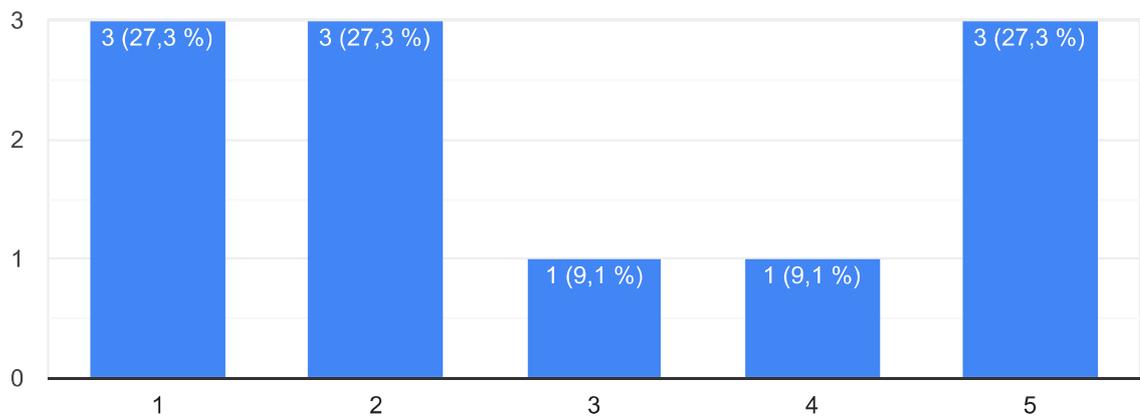
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Anordnungen geben" (mündlich) geübt.

11 odgovora



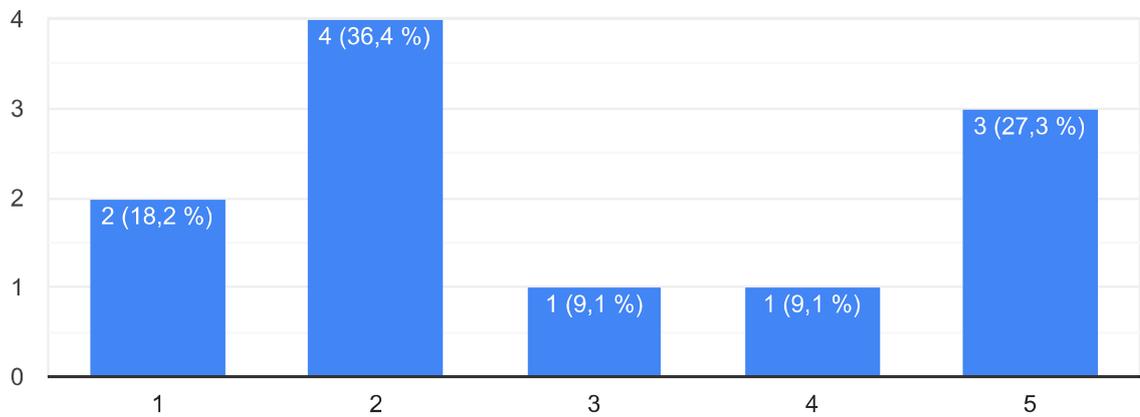
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Anordnungen geben" schriftlich geübt.

11 odgovora



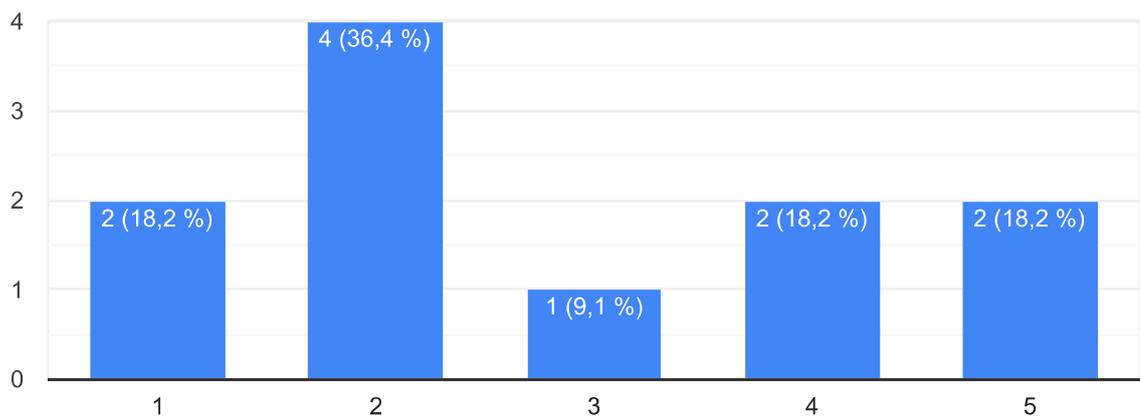
Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Informationen erfragen" schriftlich und mündlich geübt.

11 odgovora



Das Passiv haben wir im Kurs oft bei "Kommunikation im OP" geübt.

11 odgovora

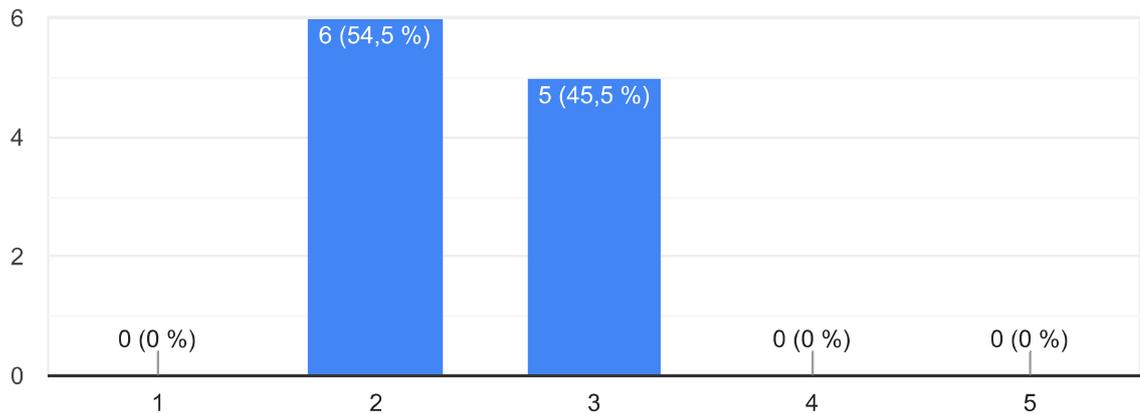


Fast geschafft!



Mit Passiv kann ich sicher umgehen:

11 odgovora



Welche Folgen hat es für Sie, wenn Sie hin- und wiederum Passivkonstruktionen nicht verstehen?

11 odgovora

Keine

Missverständnisse sowie fehlende r Ausdruck

Anfangs habe ich Fehler gemacht, jetzt verstehe ich fast alles.

Ich frage immer meine Deutschekollegen

Könnte ich was Falsches machen

Dann begrenzt es meine tägliche Arbeit.

ich verstehe alles

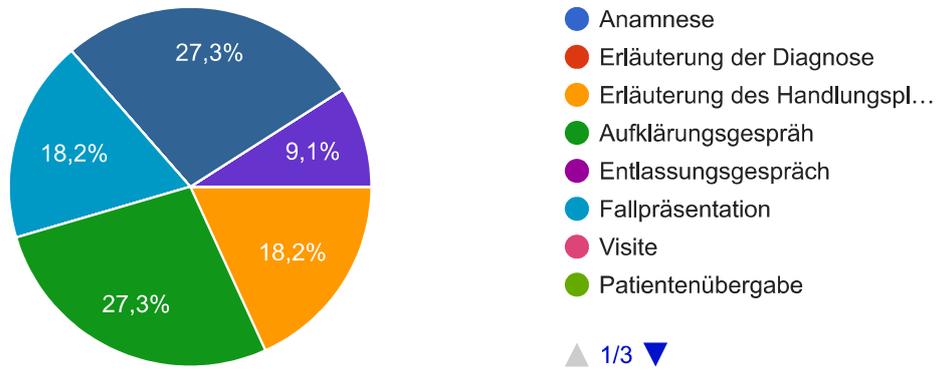
Zustandpassiv

keine. ich schaue Bilder an



Würden Sie innerhalb bestimmter Handlungsfelder wünschen, dass man das Passiv intensiver behandelt? In welchen?

11 odgovora



Google nije izradio niti podržava ovaj sadržaj. [Prijava zloupotrebe](#) - [Uvjeti pružanja usluge](#) - [Pravila o privatnosti](#)

Google Obrasci



Arbeitsblatt 1

1. Formen Sie die Aktivsätze in Passivsätze um und umgekehrt.

Aktiv	Passiv
Die Ärztin führte den Schlauch mit einer kurzen Bewegung ein.	
	Die Untersuchung hat durchgeführt werden können.
Der Arzt führte die Untersuchung durch.	
	Der Untersuchungstisch wird in die CT-Röhre geschoben werden müssen.
Die Ärztin musste die Frau sofort operieren.	
	Der Mann wurde beim Unfall verletzt.
	Der Vorschlag wird vom Konsilium anerkannt.
Der Patient kann kaum die Schmerzen ertragen.	

2. Lesen Sie den Text und machen Sie Notizen zu den folgenden Schlüsselwörtern:

- Passiv
- Abteilung/ Firma
- Passiv im Beruf
- Arbeitsalltag

	„Die Rechnung muss bezahlt werden“
5	Schön wäre es, wenn das ein anderer übernimmt. Überhaupt gibt es Aufgaben, die gern auch von anderen erledigt werden könnten. Der Müll muss mal runtergebracht werden. Die Spülmaschine sollte endlich ausgeräumt werden. Die Fenster könnten mal wieder geputzt werden. Für Dinge, die in der Familie unbedingt erledigt werden müssen, die man aber auf keinen Fall selbst machen möchte, hat der Schriftsteller Axel Hacke einmal den originellen Begriff des „Partnerschafts-Passiv“ geprägt.
10	Leider gibt es diese Kategorie offiziell nicht in der deutschen Sprache. Den Unterschied zwischen Aktiv und Passiv kennen die Lernenden aber (hoffentlich) schon, in ihrem aktiven Sprachgebrauch spielt das Passiv jedoch kaum eine Rolle. Das ändert sich, wenn berufssprachliche Elemente an Bedeutung gewinnen.
15	Wo wird der Bestand kontrolliert? Wo werden Bestellungen entgegengenommen und Rechnungen geprüft? Und wo werden Löhne und Gehälter gebucht und Mahnungen geschrieben? In welcher Abteilung werden meine Fragen beantwortet? V.a. in größeren Betrieben sind für diese Aufgaben nicht einzelne MitarbeiterInnen verantwortlich. Ob sich Frau Müller oder Herr Meyer darum kümmert, ist für mich nicht wichtig. Dafür müssen die Lernenden aber auch die Struktur der Betriebe verstehen. Dazu gehören das Organigramm der Firma und die Beschreibung der Verantwortungsbereiche bzw. der Aufgaben.
20	Was wird in der Buchhaltung gemacht? Wo werden Rohstoffe gelagert? Eine Graphik zeigt die Struktur des Betriebes, die spezifischen Tätigkeiten müssen von den Kursteilnehmern aus einer Sammlung von Kollokationen zugeordnet werden. In einem zweiten Schritt beschreiben die Teilnehmer dann die Aufgaben der einzelnen Abteilungen mit Hilfe des Passivs: Im Marketing werden Werbekampagnen entwickelt.
25	

30	<p>Im konkreten Arbeitsalltag wartet aber noch eine neue Herausforderung. Da wird oft unterschieden, was erledigt werden muss und was schon erledigt ist. Werden die Waren zum Versand verpackt oder sind sie schon verpackt? Muss der Kunde informiert werden oder ist er schon informiert?</p>
35	<p>Für die Lernenden ist es leicht nachvollziehbar, dass zwischen den beiden Aussagen ein wichtiger Unterschied besteht. Natürlich sind die Ausdrücke „Vorgangspassiv“ und „Zustandspassiv“ auch für deutsche Lerner sehr sperrig. Aber ob es erledigt ist oder gemacht wird/werden muss, sollen sie unterscheiden können. Dann ist es auch egal, wer das Geld überwiesen hat. Hauptsache, die Rechnung ist bezahlt.</p> <p>Quelle: https://www.cornelsen.de/empfehlungen/deutsch-als-fremdsprache/erwachsene/journal-beruf/passiv-berufssprachlicher-unterricht</p>

3. Lösen Sie die Aufgaben!

a) Welche Verben würden Sie typischerweise in einem Arztbrief benutzen? Nennen Sie mindestens 8 und maximal 12 Verben.

b) Lesen Sie die Sätze und entscheiden Sie, ob die Personen aktive Täter sind:

	Person = aktiver Täter	Person ≠ aktiver Täter
<u>Die Ärztin</u> (1) behandelt <u>den Patienten</u> (2) ambulant.	(1) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Die Pflegekraft</u> (1) gibt <u>dem Patienten</u> (2) einen Rollator.	(1) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(2) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Dem Personal</u> fehlen drei Packungen Handschuhe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der erweiterten Gerinnungsdiagnostik ergab sich <u>beim Patienten</u> kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorische Faktoren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Punktierung der Leiste misslingt <u>ihm</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Siphon, ACM, ACA und ACP</u> stellen sich beidseits mit unauffälligen Strömungsprofilen dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die gelungene Operation beruhigt <u>die Familie</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Präsentation

1. Ergänzen Sie die fehlenden Chunks.

a. Frau Hoffmann _____ am 1.1.2023 in unsere Klinik _____.

b. Laut der Patientin sei sie von einem PKW _____ und zu Boden _____.

c. Wegen Mehrfachverletzung _____ die Patientin _____ und _____.

Arbeitsblatt 2

1. Überfliegen Sie den Text und diskutieren Sie, welche Ergänzungen wohl die richtigen sind.

Gruppe A

Entlassungsbrief Eva Schneider

Sehr geehrte Frau Dr. Huth,

wir berichten nachfolgend über unsere gemeinsame Patientin, Frau Eva Schneider, geb. am 23.05.1980, wohnhaft Zossener Str. 5, 10977 Berlin, die sich vom 11.08.2008 bis zum 15.08.2008 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: – Phlebothrombose der V. poplitea rechts

– Adipositas

– Nikotinabusus

– Z. n. Appendektomie (April 1998)

Anamnese:

Frau Schneider berichtet über seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie

über eine Schwellung und Rötung der betroffenen unteren Extremität. Die Patientin gibt an, dass die Schmerzen langsam aufgetreten seien. Im Verlauf der Nacht sei trotz kühlender Wadenwickel eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten. Die Patientin _____ unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie _____.

Vorerkrankungen: Saisonale, allergische Rhinorrhö (Gräserpollen).

Vegetative Anamnese:

Kein Fieber, kein Nachtschweiß. Gewichtsverhalten konstant. Schlaf und Appetit gut. Miktion und Defäkation unauffällig. Ungestörte Sexualfunktion. Regelmäßige, normal starke Menses. Gravidität unwahrscheinlich bei regelmäßiger Einnahme des oralen Kontrazeptivums Valette. Nikotinabusus: ca. 0,5 Schachteln/Tag, ca. 5 „pack years“. Alkoholkonsum oder Drogenkonsum _____.

Familienanamnese:

Vater: Hypertonie.

Mutter: DM Typ 2, mehrfache Thrombosen der unteren Extremität.

Sozialanamnese:

Verkäuferin (stehende Tätigkeit), unverheiratet, keine Kinder, lebt allein.

Internistischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme:

Patientin in gutem AZ und adipösem EZ (Größe: 165 cm, Gewicht: 78,9 kg). Haut warm und trocken, guter Turgor.

Keine vergrößerten Lymphknoten nuchal, zervikal, axillär, inguinal palpabel. Schilddrüse nicht vergrößert palpabel, schluckverschieblich. Mund und Rachen frei, nicht gerötet.

Abdomen: Bauchdecke weich, zwei kleine Operationsnarben im RUQ und LUQ, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen palpabel. Leber und Milz nicht _____, Nierenlager ohne Klopfeschmerz, regelrechte Darmgeräusche über allen Quadranten _____.

Cor: Regelmäßige Herzaktion, Töne mittellaut und rein, keine pathologischen Geräusche _____.

Pulmo: Sonorer Klopfeschall, bds. gute Atemverschieblichkeit, vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche _____.

Extremität: Deutliche Schwellung des rechten Unterschenkels (nicht _____) mit Rötung, leichtgradiger livider Verfärbung und Überwärmung. Meyer- und Homans-Zeichen rechts pos., Payr-Zeichen neg.

Weiterführende Untersuchungsbefunde:

Farbkodierte Duplexsonographie vom 11.08.2008: Zusammenfassend _____ bei erweitertem Lumen der re. V. poplitea, fehlender Komprimierbarkeit und fehlendem farbkodiertem Binnenecho der Befund einer Phlebothrombose der re. V. poplitea.

Laborwerte vom 11.08.2008 (Zusammenfassung): INR 1,1, PTT 22 s, TZ 16 s, β -HCG neg., D-Dimere 1,2

mg/dl, Screening nach prokoagulatorischen Faktoren (Faktor-II-Mutation, APC-Resistenz, AT III, Phospholipid-Ak, Protein C/S, Homocystein) neg.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die stationäre Aufnahme von Frau Schneider _____ von seit dem 10.08.2008 aufgetretenen und zunehmenden Schmerzen im rechten Unterschenkel und zusätzlich bestehender Schwellung, Rötung. Klinisch _____ der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Phlebothrombose der rechten unteren Beinvene(n).

Es _____ keine Hinweise für die differenzialdiagnostisch in Betracht kommende Thrombophlebitis, für ein Erysipel oder ein Lymphödem.

Bei erhöhten D-Dimeren und in der farbkodierten Duplexsonographie nachgewiesenem erweitertem Lumen der rechten V. poplitea bei gleichzeitig fehlender Komprimierbarkeit sowie fehlendem Binnenecho konnte eine Phlebothrombose der rechten V. poplitea _____.

In der erweiterten Gerinnungsdiagnostik _____ kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorischer Faktoren.

Nach Abschluss einer Gravidität begannen wir mit einer Antikoagulationstherapie mit dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin und Marcumar. Nach Erreichen der Ziel-INR von 2,5 sistierten wir die Heparin-Gabe. Wir empfehlen die Fortführung der Marcumar-Therapie für mindestens 6 Monate. Wir besprachen mit der Patientin die Durchführung präventiver Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung, Absetzen des Kontrazeptivums).

Medikation bei Entlassung:

Marcumar n. Wert

Wir danken für die ambulante Weiterbetreuung der Patientin, stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

...

Quelle: Lechner, Martin; Schrimpf, Ulrike (2019): Deutsch für Ärztinnen und Ärzte – Arbeitsbuch. Wien: Springer.

1. Überfliegen Sie den Text und diskutieren Sie, welche Ergänzungen wohl die richtigen sind.

Gruppe B

Entlassungsbrief Eva Schneider

Sehr geehrte Frau Dr. Huth,

wir berichten nachfolgend über unsere gemeinsame Patientin, Frau Eva Schneider, geb. am 23.05.1980, wohnhaft Zossener Str. 5, 10977 Berlin, die sich vom 11.08.2008 bis zum 15.08.2008 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: – Phlebothrombose der V. poplitea rechts

– Adipositas

– Nikotinabusus

– Z. n. Appendektomie (April 1998)

Anamnese:

Frau Schneider berichtet über seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie

über eine Schwellung und Rötung der betroffenen unteren Extremität. Die Patientin gibt an, dass die Schmerzen langsam aufgetreten seien. Im Verlauf der Nacht sei trotz kühlender Wadenwickel eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten. Die Patientin _____ unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie _____.

Vorerkrankungen: Saisonale, allergische Rhinorrhö (Gräserpollen).

Vegetative Anamnese:

Kein Fieber, kein Nachtschweiß. Gewichtsverhalten konstant. Schlaf und Appetit gut. Miktion und Defäkation unauffällig. Ungestörte Sexualfunktion. Regelmäßige, normal starke Menses. Gravidität unwahrscheinlich bei regelmäßiger Einnahme des oralen Kontrazeptivums Valette. Nikotinabusus: ca. 0,5 Schachteln/Tag, ca. 5 „pack years“. Alkoholkonsum oder Drogenkonsum _____.

Familienanamnese:

Vater: Hypertonie.

Mutter: DM Typ 2, multiple Thrombosen der unteren Extremität.

Sozialanamnese:

Verkäuferin (stehende Tätigkeit), unverheiratet, keine Kinder, lebt allein.

Internistischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme:

Patientin in gutem AZ und adipösem EZ (Größe: 165 cm, Gewicht: 78,9 kg). Haut warm und trocken, guter Turgor.

Keine vergrößerten Lymphknoten nuchal, zervikal, axillär, inguinal palpabel. Schilddrüse nicht vergrößert palpabel, schluckverschieblich. Mund und Rachen frei, nicht gerötet.

Abdomen: Bauchdecke weich, zwei kleine Operationsnarben im RUQ und LUQ, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen palpabel. Leber und Milz nicht _____, Nierenlager ohne Klopfeschmerz, regelrechte Darmgeräusche über allen Quadranten _____.

Cor: Regelmäßige Herzaktion, Töne mittellaut und rein, keine pathologischen Geräusche _____.

Pulmo: Sonorer Klopfeschall, bds. gute Atemverschieblichkeit, vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche _____.

Extremität: Deutliche Schwellung des rechten Unterschenkels (nicht _____) mit Rötung, leichtgradiger livider Verfärbung und Überwärmung. Meyer- und Homans-Zeichen rechts pos., Payr-Zeichen neg.

Weiterführende Untersuchungsbefunde:

Farbkodierte Duplexsonographie vom 11.08.2008: Zusammenfassend _____ bei erweitertem Lumen der re. V. poplitea, fehlender Komprimierbarkeit und fehlendem farbkodiertem Binnenecho der Befund einer Phlebothrombose der re. V. poplitea.

Laborwerte vom 11.08.2008 (Zusammenfassung): INR 1,1, PTT 22 s, TZ 16 s, β -HCG neg., D-Dimere 1,2

mg/dl, Screening nach prokoagulatorischen Faktoren (Faktor-II-Mutation, APC-Resistenz, AT III, Phospholipid-Ak, Protein C/S, Homocystein) neg.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die stationäre Aufnahme von Frau Schneider _____ von seit dem 10.08.2008 aufgetretenen und zunehmenden Schmerzen im rechten Unterschenkel und zusätzlich bestehender Schwellung, Rötung. Klinisch _____ der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Phlebothrombose der rechten unteren Beinvene(n).

Es _____ keine Hinweise für die differenzialdiagnostisch in Betracht kommende Thrombophlebitis, für ein Erysipel oder ein Lymphödem.

Bei erhöhten D-Dimeren und in der farbkodierten Duplexsonographie nachgewiesenem erweitertem Lumen der rechten V. poplitea bei gleichzeitig fehlender Komprimierbarkeit sowie fehlendem Binnenecho konnte eine Phlebothrombose der rechten V. poplitea _____.

In der erweiterten Gerinnungsdiagnostik _____ kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorischer Faktoren.

Nach Abschluss einer Gravidität begannen wir mit einer Antikoagulationstherapie mit dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin und Marcumar. Nach Erreichen der Ziel-INR von 2,5 sistierten wir die Heparin-Gabe. Wir empfehlen die Fortführung der Marcumar-Therapie für mindestens 6 Monate. Wir besprachen mit der Patientin die Durchführung präventiver Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung, Absetzen des Kontrazeptivums).

Medikation bei Entlassung:

Marcumar n. Wert

Wir danken für die ambulante Weiterbetreuung der Patientin, stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

...

Quelle: Lechner, Martin; Schrimpf, Ulrike (2019): Deutsch für Ärztinnen und Ärzte – Arbeitsbuch. Wien: Springer.

1. Überfliegen Sie den Text und diskutieren Sie, welche Ergänzungen wohl die richtigen sind.

Gruppe C

Entlassungsbrief Eva Schneider

Sehr geehrte Frau Dr. Huth,

wir berichten nachfolgend über unsere gemeinsame Patientin, Frau Eva Schneider, geb. am 23.05.1980, wohnhaft Zossener Str. 5, 10977 Berlin, die sich vom 11.08.2008 bis zum 15.08.2008 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnosen: – Phlebothrombose der V. poplitea rechts

– Adipositas

– Nikotinabusus

– Z. n. Appendektomie (April 1998)

Anamnese:

Frau Schneider berichtet über seit dem Vorabend bestehende starke Schmerzen im rechten Unterschenkel sowie

über eine Schwellung und Rötung der betroffenen unteren Extremität. Die Patientin gibt an, dass die Schmerzen langsam aufgetreten seien. Im Verlauf der Nacht sei trotz kühlender Wadenwickel eine Verschlechterung der Beschwerden eingetreten. Die Patientin _____ unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie _____.

Vorerkrankungen: Saisonale, allergische Rhinorrhö (Gräserpollen).

Vegetative Anamnese:

Kein Fieber, kein Nachtschweiß. Gewichtsverhalten konstant. Schlaf und Appetit gut. Miktion und Defäkation unauffällig. Ungestörte Sexualfunktion. Regelmäßige, normal starke Menses. Gravidität unwahrscheinlich bei regelmäßiger Einnahme des oralen Kontrazeptivums Valette. Nikotinabusus: ca. 0,5 Schachteln/Tag, ca. 5 „pack years“. Alkoholkonsum oder Drogenkonsum _____.

Familienanamnese:

Vater: Hypertonie.

Mutter: DM Typ 2, multiple Thrombosen der unteren Extremität.

Sozialanamnese:

Verkäuferin (stehende Tätigkeit), unverheiratet, keine Kinder, lebt allein.

Internistischer Untersuchungsbefund bei Aufnahme:

Patientin in gutem AZ und adipösem EZ (Größe: 165 cm, Gewicht: 78,9 kg). Haut warm und trocken, guter Turgor.

Keine vergrößerten Lymphknoten nuchal, zervikal, axillär, inguinal palpabel. Schilddrüse nicht vergrößert palpabel, schluckverschieblich. Mund und Rachen frei, nicht gerötet.

Abdomen: Bauchdecke weich, zwei kleine Operationsnarben im RUQ und LUQ, kein Druckschmerz, keine pathologischen Resistenzen palpabel. Leber und Milz nicht _____, Nierenlager ohne Klopfeschmerz, regelrechte Darmgeräusche über allen Quadranten _____.

Cor: Regelmäßige Herzaktion, Töne mittellaut und rein, keine pathologischen Geräusche _____.

Pulmo: Sonorer Klopfeschall, bds. gute Atemverschieblichkeit, vesikuläres Atemgeräusch, keine Nebengeräusche _____.

Extremität: Deutliche Schwellung des rechten Unterschenkels (nicht _____) mit Rötung, leichtgradiger livider Verfärbung und Überwärmung. Meyer- und Homans-Zeichen rechts pos., Payr-Zeichen neg.

Weiterführende Untersuchungsbefunde:

Farbkodierte Duplexsonographie vom 11.08.2008: Zusammenfassend _____ bei erweitertem Lumen der re. V. poplitea, fehlender Komprimierbarkeit und fehlendem farbkodiertem Binnenecho der Befund einer Phlebothrombose der re. V. poplitea.

Laborwerte vom 11.08.2008 (Zusammenfassung): INR 1,1, PTT 22 s, TZ 16 s, β -HCG neg., D-Dimere 1,2

mg/dl, Screening nach prokoagulatorischen Faktoren (Faktor-II-Mutation, APC-Resistenz, AT III, Phospholipid-Ak, Protein C/S, Homocystein) neg.

Zusammenfassende Beurteilung:

Die stationäre Aufnahme von Frau Schneider _____ von seit dem 10.08.2008 aufgetretenen und zunehmenden Schmerzen im rechten Unterschenkel und zusätzlich bestehender Schwellung, Rötung. Klinisch _____ der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Phlebothrombose der rechten unteren Beinvene(n).

Es _____ keine Hinweise für die differenzialdiagnostisch in Betracht kommende Thrombophlebitis, für ein Erysipel oder ein Lymphödem.

Bei erhöhten D-Dimeren und in der farbkodierten Duplexsonographie nachgewiesenem erweitertem Lumen der rechten V. poplitea bei gleichzeitig fehlender Komprimierbarkeit sowie fehlendem Binnenecho konnte eine Phlebothrombose der rechten V. poplitea _____.

In der erweiterten Gerinnungsdiagnostik _____ kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorischer Faktoren.

Nach Abschluss einer Gravidität begannen wir mit einer Antikoagulationstherapie mit dem niedermolekularen Heparin Enoxaparin und Marcumar. Nach Erreichen der Ziel-INR von 2,5 sistierten wir die Heparin-Gabe. Wir empfehlen die Fortführung der Marcumar-Therapie für mindestens 6 Monate. Wir besprachen mit der Patientin die Durchführung präventiver Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnung, Absetzen des Kontrazeptivums).

Medikation bei Entlassung:

Marcumar n. Wert

Wir danken für die ambulante Weiterbetreuung der Patientin, stehen für Rückfragen jederzeit gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen kollegialen Grüßen

...

Quelle: Lechner, Martin; Schrimpf, Ulrike (2019): Deutsch für Ärztinnen und Ärzte – Arbeitsbuch. Wien: Springer.

2. Teilen Sie sich in drei Gruppen auf. Erledigen Sie die Gruppenaufgaben und kommen Sie dann in Ihre gewohnte Gruppe zurück.

Gruppe A

1. Lesen Sie den Informationstext und entnehmen Sie die für die Aufgabe b relevanten Informationen.



2. Ergänzen Sie die fehlenden Chunks.

- a. Die Patientin _____ unter dem Verdacht auf eine akute Phlebothrombose des rechten Unterschenkels zur weiteren Diagnostik und Therapie _____.
- b. Alkoholkonsum oder Drogenkonsum _____.
- c. Bei erhöhten D-Dimeren und in der farbkodierten Duplexsonographie nachgewiesenem erweitertem Lumen der rechten V. poplitea bei gleichzeitig fehlender Komprimierbarkeit sowie fehlendem Binnenecho konnte eine Phlebothrombose der rechten V. poplitea _____.
- d. Muskulatur normoton und eutroph, Absinken im AHV und im BHV (jeweils ohne dass die Unterlage _____), manifeste Parese des linken Armes und Beines mit einem allgemein herabgesetzten Kraftgrad von 4/5, Muskeleigenreflexe seitengleich lebhaft, keine Pyramidenbahnzeichen.
- e. Herr Weber _____ durch den Rettungsdienst mit einem Verdacht auf einen zerebralen Infarkt in unserer Rettungsstelle _____.

Gruppe B

1. Lesen Sie den Informationstext und entnehmen Sie die für die Aufgabe b relevanten Informationen.



2. Ergänzen Sie die fehlenden Chunks.

- a. Leber und Milz nicht _____, Nierenlager ohne Klopfeschmerz, regelrechte Darmgeräusche über allen Quadranten _____.
- b. Extremität: Deutliche Schwellung des rechten Unterschenkels (nicht _____) mit

Rötung, leichtgradiger livider Verfärbung und Überwärmung. Meyer- und Homans-Zeichen rechts pos., Payr-Zeichen neg.

c. Abdomen: weich, mittellebhaft DG, kein DS, keine Resistenzen palpabel, Milz und Leber nicht vergrößert _____.

d. Pupillen rund, isokor, direkte und indirekte Lichtreaktion prompt, keine manifesten Augenmuskelparesen, Willkürsakkaden metrisch, Blickfolge glatt, kein Nystagmus, Mundastschwäche des N. facialis links, herabgesetztes Berührungsempfinden im Bereich des N. trigeminus links (Äste I bis III), Cornealreflex und Würgregreflex bds. _____, keine relevante Dysarthrie oder Schluckstörung, übriger Hirnnervenbefund unauffällig.

Gruppe C

1. Lesen Sie den Informationstext und entnehmen Sie die für die Aufgabe b relevanten Informationen.



2. Ergänzen Sie die fehlenden Chunks.

a. Zusammenfassend _____ bei erweitertem Lumen der re. V. poplitea, fehlender Komprimierbarkeit und fehlendem farbkodiertem Binnenecho der Befund einer Phlebothrombose der re. V. politea.

b. In der erweiterten Gerinnungsdiagnostik _____ kein Hinweis auf das Vorliegen hyperkoagulatorischer Faktoren.

c. Klinisch _____ der dringende Verdacht auf das Vorliegen einer Phlebothrombose der rechten unteren Beinvene(n).

d. Es _____ keine Hinweise für die differenzialdiagnostisch in Betracht kommende Thrombophlebitis, für ein Erysipel oder ein Lymphödem.

e. CTA vom 20.07.2016: ohne Nachweis von Stenosen, besonders die A. cerebri media rechts _____ unauffällig _____.

f. Siphon, ACM, ACA und ACP _____ beidseits mit unauffälligen Strömungsprofilen _____.

g. In der initialen cCT Bildgebung _____ keine Blutung und keine Infarktdemarkierung.

Hilfestellungen zur Differenzierung

Gruppe A

aufnehmen, verneinen, nachweisen, berühren, vorstellen.

Gruppe B

tasten, auskultuieren, wegdrücken, auslösen.

Gruppe C

Hinweis: Diese Verben sind reflexiv und unpersönlich.

ergeben, finden, darstellen.

3. Diskutieren Sie jetzt in Ihrer Gruppe, vermitteln Sie was sie gelernt haben und ergänzen Sie den Arztbrief vollständig.