

Приведённые примеры показывают, что предлоги являются полноправными единицами языка с собственным лексическим значением.

Обстоятельства места, времени и образа действия, выраженные в немецком языке существительным в дативе с предлогом «nach», могут передаваться на русский язык обстоятельствами места, времени и образа действия, выраженными существительными и наречиями.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Список публицистических статей

- 1.«Der Spiegel» – 38/2010.
- 2.«Focus» – Dezember 2012.
- 3.«ND» – 13.12.2007.
- 4.«Spiegel spezial» – April 2007.

Источники

5.Абрамов Б.А. Теоретическая грамматика немецкого языка: учеб. пособие / Б.А. Абрамов. – М.: Владос, 2004, - 286 с.

6.Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов / О.С. Ахманова. – 3-е изд. – М.: УРСС; Калуга: ГУП Облиздат, 2005. – 576 с.

7.Москальская О. И. Грамматика немецкого языка: учебник для студ. высш. учеб. заведений / О.И. Москальская. – М.: Изд-во лит. на иностран яз., 1966. – 354 с.

8.Юнг В. Грамматика немецкого языка: монография / В. Юнг. – СПб.: Лань, 1996. – 517 с.

9.Engel U. Deutsche Grammatik / U. Engel. – Heidelberg: Julius Groos Verlag, 1996. – 888 S.

## **BLENDEN LEARNING FÜR DEN INTERKULTURELLEN FACHSPRACHLICHEN DISKURS IN DER GESCHÄFTLICHEN UND MEDIZINISCHEN PRAXIS**

Gerhard Wazel  
HK Ansbach

В статье рассматривается проблема blended learning в межкультурном дискурсе деловой и медицинской практики. Технологическое развитие и европейская интеграция оказывают влияние как на содержание, так и на структуру языкового обучения. Уже сейчас можно с уверенностью сказать, что данное направление языкового обучения становится ведущим, о чем свидетельствует материал, представленный в данной статье.

**Ключевые слова:** *Blended learning, формы обучения, развитие языкового материала, структура и организация работы в проекте, онлайн-офлайн-курсы, инновационные технологии, межкультурная деловая коммуникация, проекты, координаторы, языковая подготовка.*

The article deals with the problem of blended learning in intercultural discourse of the business and medical practices. Technological development and European integration affect both the content and the structure of language learning. Already now it is possible to tell for sure that this aspect of language learning becomes the leading one, as shown by the material presented in this article.

*Keywords: Blended learning, forms of training, development of language material, structure and organization of work in the project, online-offline courses, innovative technologies, intercultural business communication, projects, coordinators, language training.*

## **Aktuelle Erfordernisse**

Die fortschreitende europäische Integration einerseits und die sich immer schneller vollziehende technologische Entwicklung andererseits beeinflussen – wie nicht anders zu erwarten – neben dem Inhalt auch die Struktur des Sprachenlernens generell, besonders jedoch im außerschulischen Bereich bzw. in dem der betrieblichen Fortbildung.

In welche Richtung diese Entwicklung geht, zeigt beispielhaft eine Umfrage des Sprachen-Softwarespezialisten dp (digital publishing, München) zur Weiterbildung in Unternehmen:

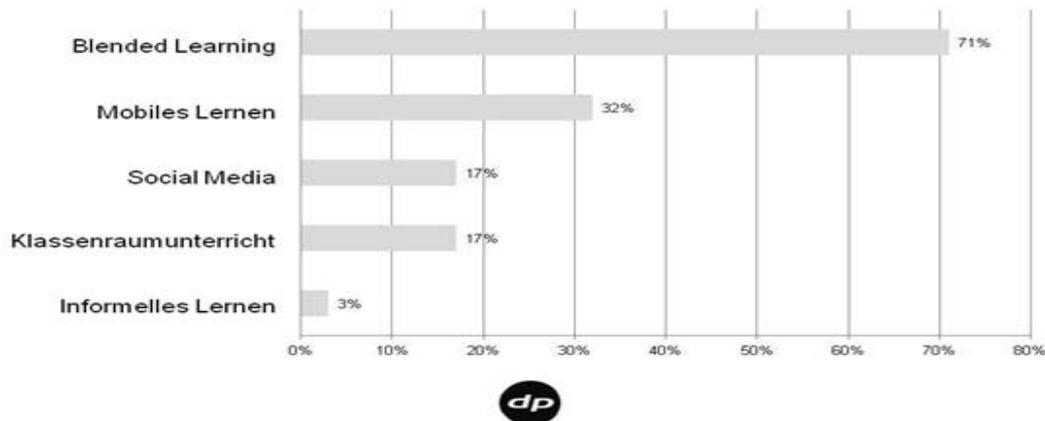
„Unterricht im Klassenraum verliert in der betrieblichen Weiterbildung immer mehr an Bedeutung... Demnach setzen bereits heute 50 Prozent der Unternehmen auf einen Mix aus verschiedenen Lernformen. Sogar 71 Prozent der Befragten gehen davon aus, dass Blended Learning – die Verknüpfung von E-learning, Präsenzveranstaltungen, Coaching und mobilen Lernformen – in drei Jahren führend sein wird.... Herkömmlicher Präsenzunterricht wird heute immerhin noch von 44 Prozent der Befragten als bedeutend eingestuft – für das Jahr 2014 sinkt diese Zahl jedoch deutlich auf nur noch 17 Prozent. Unterdessen wird erwartet, dass die Relevanz von Mobile Learning signifikant zunimmt: Während heute lediglich 9 Prozent davon ausgehen, dass der Einsatz von Smartphones oder Tablets in der betrieblichen Weiterbildung sinnvoll ist, sind es in drei Jahren bereits 32 Prozent...“

(Quelle:

[http://www.speexx.com/de/downloads/PI\\_Umfrage%20Lernkan%C3%A4le\\_DE.pdf](http://www.speexx.com/de/downloads/PI_Umfrage%20Lernkan%C3%A4le_DE.pdf) )

## WEITERBILDUNG IM JAHR 2014

Welche Lernkanäle werden 2014 für die Weiterbildung in Unternehmen relevant sein?

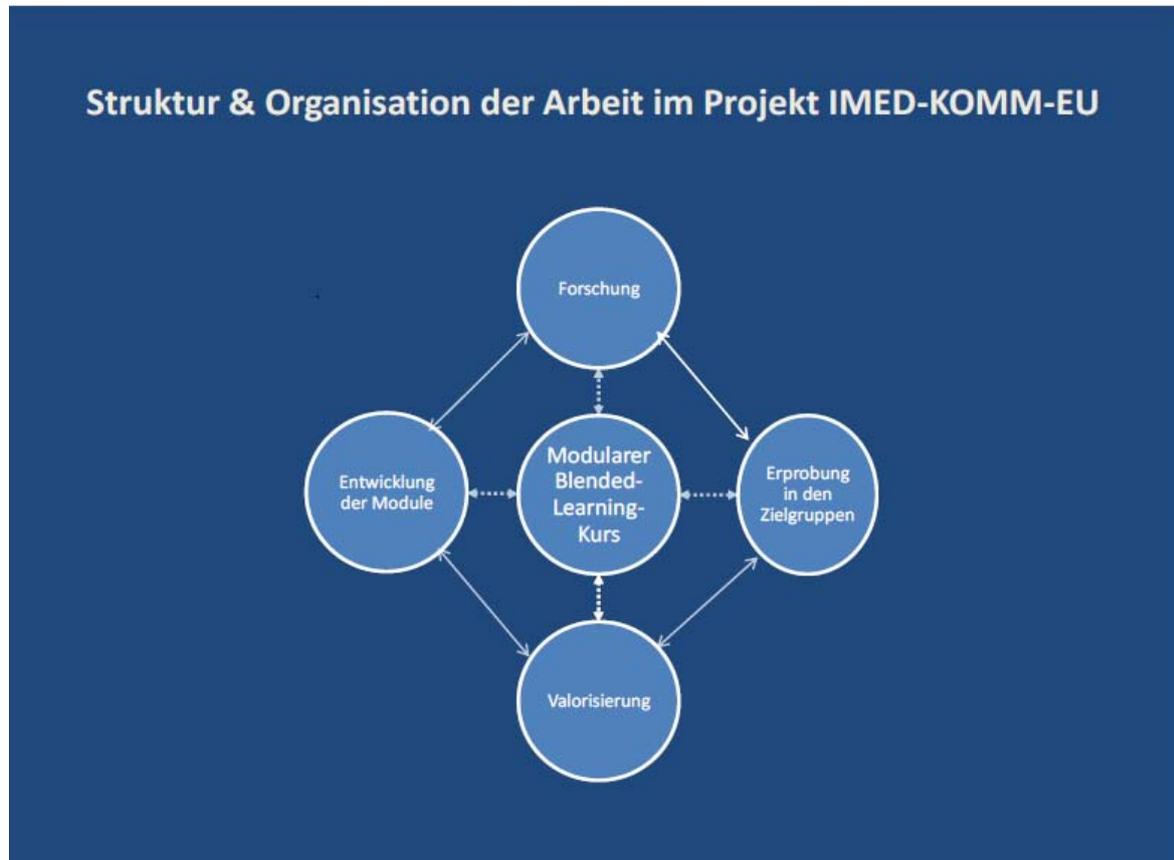


Unsere eigenen Untersuchungen und Erfahrungen bei der Produktion und Verbreitung von mittlerweile unsererseits standardisierter Sprachlernsoftware bestätigen die Richtigkeit dieser Prognose. Unsere im Rahmen des LEONARDO-Projekts „**MIG-KOMM-EU - Mehrsprachige interkulturelle Geschäftskommunikation für Europa**“ in den Sprachen Deutsch, Estnisch, Lettisch, Litauisch, Rumänisch, Slowakisch, Slowenisch, Tschechisch und Ungarisch entwickelten, auf einer gemeinsamen Konzeption fußenden **Online-Offline-Kurse** wurden sozusagen aus dem Stand heraus gut angenommen und wiesen bereits in der zweijährigen Entwicklungsphase einen nicht erwarteten Traffic aus: mehr als 4 Millionen Hits aus mehr als 90 Ländern. Dieser Trend setzt sich nach Abschluss des Projekts unvermindert fort: monatlich 2.500 bis 3.200 Besuche aus aller Welt und 80.000 bis 90.000 Hits (vgl. die Statistik auf der Startseite von [www.mig-komm.eu](http://www.mig-komm.eu)). Der Erfolg dieses Konzepts veranlasste uns, gemeinsam mit unserem russischen Kooperationspartner, der Staatlichen Universität Twer, das Innovationstransferprojekt „**FITKOMM-DRU = Förderung internationaler Integrationsprozesse durch Nutzung innovativer Technologien in der interkulturellen Geschäftskommunikation zwischen der Russischen Föderation und der Bundesrepublik Deutschland**“ zu realisieren, dessen Kernstück: die Blended-Learning-Plattform „**Geschäftskommunikation Russische Föderation - Bundesrepublik Deutschland**“ (Межкультурная деловая коммуникация Россия-Германия) mittlerweile intensiv genutzt wird (s. Blended-Learning-Plattform <http://gk-dru.tversu.ru/de/default.html>).

Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bereits bei einem weiteren Projekt: „**IMED-KOMM - Interkulturelle medizinische Kommunikation in Europa**“, in dem Blended-Learning-Kurse für Deutsch, Bulgarisch, Slowakisch, Tschechisch und Ungarisch entstehen (s. Statistik auf der Startseite von [www.imed-komm.eu](http://www.imed-komm.eu)).

## Entwicklung der Blended-Learning-Trainingsmaterialien

Die Entwicklung des im weiteren Verlauf als Beispiel dienenden Projekts **IMED-KOMM-EU** folgte der nachstehend grafisch dargestellten Methodologie.



## Struktur & Organisation der Arbeit im Projekt IMED-KOMM-EU

- 4 Phasen:
  - Phase 1: Oktober 2012 - Januar 2013
  - Phase 2: Februar 2013- September 2013
  - Phase 3: Oktober 2013 – Februar 2014
  - Phase 4: März 2014 – September 2014
  
- 5 Projektmeetings:
  - Erfurt: Oktober 2012
  - České Budějovice: März 2013
  - Pécs: Oktober 2013
  - Nitra : März 2014
  - Varna: September 2014

## Zeitplan IMED-KOMM-EU

**10/2012: Start Projektwebseite**  
**10/2012: Gründung Beirat; Wahl IPR-Verantwortlicher**  
**10/2012 Vorschlag/Evaluation Valorisierungsplan**  
**10/2012: Erstinfo Partnernetzwerke**  
**11/2012: Projektinfo: Internet, Newsletters**  
**11/2012: Detailinfo Partnernetzwerke**  
**03/2013: 2. Treffen Beirat**  
**10/2013: 3. Treffen Beirat; Int. Valorisierungsworkshop**  
**03/2014: 4. Treffen Beirat; Unterzeichnung Lizenzvereinbarungen**  
**09/2014: Int. Valorisierungskonferenz**  
**09/2014: Publikation Ergebnisse**

Die Erarbeitung des Blended-Learning-Lernarrangements realisiert eine Reihe von Maßnahmen, die einerseits sukzessive erfolgen, andererseits durchgehend umgesetzt werden.

## **Bedarfsanalysen**

Am Beginn der Projekte standen wie üblich Bedarfsanalysen des Koordinators, die auch zur Auswahl der potenziellen Partnerländer und Partner für das Projekt führten; Letztere hatten bereits eigene Recherchen angestellt bzw. wurden nach Vorgabe durch den Koordinator diesbezüglich aktiv. Die Recherchen bezogen sich vor allem auf die Zielgruppen und die Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten und die für sie betreffs eines Sprachtrainings optimal sein könnten. Das konkrete Projekt reagiert auf die nachstehende Situation:

In nahezu allen europäischen Ländern ist seit einigen Jahren die Tendenz einer starken Fluktuation des medizinischen Personals von Ost nach West sowie von Süd nach Nord bzw. West zu verzeichnen. Das Ausmaß dieser Fluktuation ist mittlerweile so groß, dass von einer Ärztemigration bzw. einer Migration des medizinischen Fachpersonals gesprochen wird.

Um beispielsweise in Deutschland eine Zulassung zu bekommen, müssen diese Ärzte sprachliche Kompetenzen auf dem B2-Niveau nachweisen, die sie teilweise in Sprachkursen in ihrem Heimatland, teilweise quasi in europäischen Übergangsländern, aber auch im Zielsprachenland erwerben. Die entsprechenden Prüfungen sind allgemeinsprachlicher Art und berücksichtigen in der Regel nicht oder nur peripher die kommunikativen berufssprachlichen und die nahezu ebenso wichtigen interkulturellen Bedürfnisse in wichtigen Praxisbereichen der Ärzte. Nach Protesten in den Medien und von Patienten wurde in einigen Bundesländern am 1.1.2013 zumindest ein für die Erlangung der Approbation obligatorischer „Patientenkommunikationstest“ eingeführt, bei dem die Arzt-Patienten- und Arzt-Arztkommunikation in drei Fachkompetenzen geprüft wird: Anamneseerhebung, Patientenvorstellung und Patientenaufklärung. (Details siehe

[http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/550/gesundheitswesen/me rkblatt\\_sprachtest\\_jena\\_2 .pdf](http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tlvwa2/550/gesundheitswesen/me rkblatt_sprachtest_jena_2 .pdf).)

Sobald sie ihre Tätigkeit beginnen, können die Ärzte aus Zeitmangel in der Regel nicht an eigentlich dringlichen interkulturell fundierten berufssprachlichen Kursen teilnehmen. Dies führt zu den mittlerweile bekannten, z.T. gravierenden Problemen insbesondere in der Arzt-Patienten- bzw. Arzt-Angehörigen-Kommunikation, aber auch bei der Wahrnehmung anderer wichtiger ärztlicher bzw. Pflegeaufgaben wie der Erstellung von Dokumentationen, dem Verfassen von Krankenberichten, dem Führen von Patientenakten, dem Verfassen von Ärztebriefen, dem Ausfüllen von Anamnese- und Aufklärungsbögen, der Einführung in das DRG usw.

Die Zielgruppen des Projekts bestehen folglich aus migrierenden Ärzten und migrierendem medizinischen Fachpersonal in Deutschland und in den Partnerländern Bulgarien, der Slowakei, der Tschechischen Republik und Ungarn, ferner aus Personal in der Ausbildung, Arbeitnehmern in den Einrichtungen unserer unmittelbar angeschlossenen Projekt-Praxispartner sowie Teilnehmern in

den Sprachkursen der fünf Projektpartner. Zu den kurzfristigen, für die Valorierung aus inhaltlich-organisatorischen Gründen günstigen Zielgruppen gehören auch die ein ärztliches Praktikum absolvierenden Mediziner in den höheren Semestern, die ebenfalls dringend eine fachsprachliche Fortbildung benötigen, um mit den Patienten, deren Angehörigen und dem jeweiligen medizinischen Personal adäquat in der Fremdsprache kommunizieren zu können. Zu den langfristigen Zielgruppen gehören vornehmlich ausländische medizinische Fachkräfte sowie Ärzte, die sich in ihren Heimatländern, Transferländern oder/und den Zielsprachenländern meistens neben ihrer Arbeit auf eine Tätigkeit vor allem in Kliniken und als niedergelassene Ärzte/Fachpersonal in Praxisgemeinschaften u.ä. vorbereiten. Sie werden sowohl direkt durch die Partnerschaft, deren Praxispartner und Netzwerke als auch durch die Disseminations- und Valorierungsmaßnahmen des Konsortiums (Sprachunterricht, andere Direktveranstaltungen, Newsletters, Mailings usw., vor allem aber durch die sofort nach Projektbeginn gestarteten Projektwebseiten sowie die der Institutionen) angesprochen.

Die Bedarfsanalysen bestehen in diesem Projekt vornehmlich in der Auswertung offizieller Quellen und Verlautbarungen u.a. der Gesundheitsministerien, Ärztekammern bzw. der statistischen Jahrbücher, einschlägiger Zeitschriften und Zeitungen, Internetpublikationen, aber auch der zielgerichteten Offline- und Onlineumfragen bei den Zielgruppen, den medizinischen Praxispartnern (vorrangig Kliniken), Multiplikatoren und den Vermittlungsorganisationen für ausländisches medizinisches Fachpersonal.

### Beispiele

Onlineumfrage für ausländische Ärzte s.: <http://www.imed-komm.eu/node/380>

Onlineumfrage für ausländisches Pflegepersonal s.: <http://www.imed-komm.eu/node/398>

Tabellen der Ärztekammer Deutschland

**Tabelle 10: Ausländische Ärztinnen und Ärzte in Deutschland am 31.12.2011**

Herkunftsland	Ausländer insgesamt		Darf. ohne ärztl. Tätigk. 3	Berufstätig		Krankenhaus		Davon:	
	Anzahl 1	Veränd. z.Vj.i.% 2		Anzahl 4	Veränd. z.Vj.i.% 5	Anzahl 6	Veränd. z.Vj.i.% 7	nieder-gelassen 8	sonstige ärztlich tätig 9
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<b>Europäische Union</b>	<b>15.674</b>	<b>15,9</b>	<b>1.957</b>	<b>13.717</b>	<b>17,1</b>	<b>10.726</b>	<b>20,1</b>	<b>2.005</b>	<b>986</b>
Davon:									
Belgien	274	7,5	24	250	5,9	140	7,7	93	17
Bulgarien	927	20,4	84	843	22,4	747	23,9	56	40
Dänemark	63	8,6	14	49	11,4	23	21,1	21	5
Estland	33	6,5	3	30	11,1	25	19,0	2	3
Finnland	107	-0,9	33	74	-5,1	35	-5,4	21	18
Frankreich	433	1,9	86	347	2,7	153	-2,5	145	49
Griechenland	2.224	10,3	307	1.917	11,4	1.500	12,3	297	120
Irland	40	8,1	11	29	3,6	19	11,8	6	4
Italien	964	11,6	176	788	13,2	553	14,5	169	66
Lettland	109	47,3	7	102	45,7	84	52,7	13	5
Litauen	170	49,1	7	163	48,2	143	57,1	15	5
Luxemburg	223	9,3	38	185	10,8	149	13,7	30	6
Malta	7	16,7	2	5	25,0	4	0,0	0	1
Niederlande	658	6,8	100	558	6,5	298	10,4	209	51
Osterreich	2.363	8,7	338	2.025	8,2	1.638	8,1	227	160
Polen	1.636	5,5	161	1.475	5,2	1.135	5,0	227	113
Portugal	99	0,0	15	84	1,2	59	3,5	18	7
Rumänien	2.105	40,8	170	1.935	43,3	1.698	50,1	142	95
Schweden	96	-1,0	22	74	-1,3	44	2,3	27	3
Slowakei	759	20,1	53	706	20,5	645	18,6	23	38
Slowenien	35	6,1	6	29	0,0	23	0,0	1	5
Spanien	399	4,2	77	322	3,9	200	3,6	70	52
Tschechische Republik	659	39,9	53	606	43,6	522	47,9	36	48
Ungarn	927	34,7	97	830	39,5	685	49,2	100	45
Vereinigtes Königreich	237	7,2	58	179	7,2	114	8,6	41	24
Zypern	127	21,0	15	112	23,1	90	26,8	16	6
<b>Übriges Europa</b>	<b>5.181</b>	<b>4,8</b>	<b>615</b>	<b>4.566</b>	<b>6,7</b>	<b>3.605</b>	<b>7,9</b>	<b>569</b>	<b>392</b>
Darunter:									
Kroatien	187	8,7	19	168	13,5	145	16,0	13	10
Norwegen	90	3,4	28	62	-1,6	31	-11,4	23	8
Russland/ehem. Sowjetunion	1.735	1,4	149	1.586	3,1	1.267	2,8	173	146
Schweiz	230	11,7	37	193	10,9	143	20,2	34	16
Serbien/ehem. Jugoslawien	390	9,6	80	310	16,5	238	24,0	54	18
Türkei	900	-0,3	179	721	0,1	497	-1,4	172	52
Ukraine	872	1,9	51	821	4,3	678	4,3	45	98
<b>Europa gesamt</b>	<b>20.855</b>	<b>12,9</b>	<b>2.572</b>	<b>18.283</b>	<b>14,3</b>	<b>14.331</b>	<b>16,8</b>	<b>2.574</b>	<b>1.378</b>

Tabelle 10: Fortsetzung

Herkunftsland	Ausländer insgesamt		Dar.: ohne ärztl. Tätigk.	Berufstätig		Davon:			
	Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%		Anzahl	Veränd. z.Vj.i.%	Krankenhaus		nieder- gelas- sen	sonstig ärztlich tätig
			6			7	8		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
<b>Afrika gesamt</b>	<b>1.369</b>	<b>17,6</b>	<b>171</b>	<b>1.198</b>	<b>18,4</b>	<b>1.041</b>	<b>21,5</b>	<b>101</b>	<b>56</b>
Darunter:									
Ägypten	289	26,8	14	275	30,3	242	33,7	18	15
Äthiopien	34	-10,5	1	33	-8,3	26	-10,3	4	3
Ghana	78	-12,4	30	48	-18,6	25	-16,7	18	5
Kamerun	137	3,8	9	128	3,2	119	1,7	7	2
Libyen	492	38,2	53	439	36,3	422	35,7	7	10
Nigeria	52	8,3	13	39	8,3	30	15,4	9	0
Sudan	59	0,0	12	47	-4,1	38	-9,5	7	2
<b>Amerika gesamt</b>	<b>853</b>	<b>7,2</b>	<b>146</b>	<b>707</b>	<b>9,6</b>	<b>513</b>	<b>12,5</b>	<b>120</b>	<b>74</b>
Davon:									
Nordamerika	314	4,0	63	251	8,2	157	9,0	63	31
Mittelamerika	125	14,7	20	105	12,9	84	16,7	7	14
Südamerika	414	7,5	63	351	9,7	272	13,3	50	29
Darunter:									
Brasilien	113	4,6	18	95	4,4	78	6,8	12	5
<b>Asien gesamt</b>	<b>5.043</b>	<b>8,7</b>	<b>832</b>	<b>4.211</b>	<b>10,6</b>	<b>3.315</b>	<b>15,2</b>	<b>655</b>	<b>241</b>
Darunter:									
Afghanistan	216	3,3	45	171	4,3	112	4,7	45	14
China	175	-2,2	15	160	-5,9	127	-0,8	21	12
Indien	150	13,6	22	128	13,3	109	19,8	9	10
Indonesien	200	1,0	37	163	0,0	123	1,7	36	4
Irak	171	-1,2	25	146	0,0	112	0,0	26	8
Iran	1.081	0,9	416	665	2,9	366	11,6	236	63
Israel	188	11,2	21	167	9,2	133	10,8	29	5
Japan	57	5,6	11	46	4,5	39	8,3	5	2
Jemen	116	12,6	8	108	20,0	101	23,2	4	3
Jordanien	336	36,6	33	303	40,3	249	52,8	48	6
Kasachstan	182	-8,1	14	168	-4,0	144	-4,0	11	13
Libanon	92	2,2	7	85	4,9	57	3,6	22	6
Syrien	997	15,0	69	928	17,5	785	22,7	110	33
Vietnam	63	-8,7	8	55	-11,3	36	-10,0	13	6
<b>Australien/Ozeanien</b>	<b>23</b>	<b>21,1</b>	<b>4</b>	<b>19</b>	<b>46,2</b>	<b>11</b>	<b>120,0</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Sonstige insgesamt</b>	<b>212</b>	<b>-5,4</b>	<b>35</b>	<b>177</b>	<b>-1,7</b>	<b>120</b>	<b>3,4</b>	<b>44</b>	<b>13</b>
<b>Ausland gesamt</b>	<b>28.355</b>	<b>12,0</b>	<b>3.760</b>	<b>24.595</b>	<b>13,6</b>	<b>19.331</b>	<b>16,6</b>	<b>3.498</b>	<b>1.766</b>

## Ungarn: Behördliche Genehmigungen zur Arbeit im Ausland

	2008	2009	2010	2011	1.Halbjahr 2012
Ärzte	803	887	1111	1200	542
Zahnärzte	142	158	202	219	120
Apotheker	59	37	48	44	20
Pfleger	179	419	301	314	244
Hebammen	12	7	6	8	6
Sonstige	162	106	109	116	52
Insgesamt	1357	1614	1777	1901	984

Die meisten ungarischen Ärzte und auch das medizinische Hilfspersonal nehmen vorwiegend in Großbritannien, der Bundesrepublik Deutschland und in Österreich Arbeit auf.

Zielländer * 1. Halbjahr 2012	
Anzahl	Zielland
13	Arab emirségek
3	Ausztrália
150	Ausztria (AT)
14	Belgium
1	Ciprus
8	Dánia
250	Egyesült Királyság (UK)
4	Finnország
31	Franciaország
3	Görögország
21	Hollandia
1	Irán
62	Írország
2	Izland
5	Kanada
2	Katar
1	Lengyelország
2	Luxemburg
1	Málta
276	Németország (DE)
21	Norvégia
3	Olaszország (IT)

15	Románia
7	Spanyolország
27	Svájc
59	Svédország
1	Uj-zéland
1	USA
984	Insgesamt

Quelle:

Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal

(*Genehmigungs- und Verwaltungsamt für Gesundheitswesen in Ungarn*)

[http://www.eekh.hu/index.php?option=com\\_content&task=view&id=10&Itemid=2](http://www.eekh.hu/index.php?option=com_content&task=view&id=10&Itemid=2)

Zur Bedarfsanalyse gehören auch Überlegungen zur Auswirkung des Projekts auf das Ausbildungssystem des jeweiligen Landes.

Das Projekt reagiert auf eine Bedarfslücke: Um in Deutschland eine Zulassung zu bekommen, müssen z.B. die Ärzte sprachliche Kompetenzen zumindest auf dem B2-Niveau nachweisen, die sie teilweise in Sprachkursen in ihrem Heimatland, z.T. quasi in europäischen Übergangsländern, aber auch im Zielsprachenland erwerben. Die entsprechenden Prüfungen sind allgemeinsprachlicher Art und berücksichtigen in der Regel nicht oder nur peripher die kommunikativen berufssprachlichen und die nahezu ebenso wichtigen interkulturellen Bedürfnisse in wichtigen medizinischen Praxisbereichen.

Sobald sie ihre Tätigkeit beginnen, können sie aus Zeitmangel nicht an dringlichen interkulturell fundierten berufssprachlichen Kursen teilnehmen.

Zwar gibt es mittlerweile Lehrbücher, die diesem Mangel abhelfen sollen, doch das verfolgte Ziel wird in der Regel nicht erreicht, da das vorwiegend in den Kliniken voll eingesetzte ausländische medizinische Personal (in manchen Kliniken beträgt der Ausländeranteil 75% des ärztlichen Personals), aber auch die niedergelassenen Ärzte keine Zeit haben, an Sprachkursen teilzunehmen, die zudem oft nicht am Tätigkeitsort selbst stattfinden.

Die Lösung dieses Dilemmas ist nur dadurch möglich, dass den spezifischen Bedürfnissen beider Zielgruppen (ausländisches medizinisches Fachpersonal, ausländische Ärzte) durch ein auf sie zugeschnittenes, interkulturell fundiertes berufssprachliches Lernarrangement Rechnung getragen wird, das aber aus den oben genannten Gründen nur selten im Rahmen des derzeitigen Berufs- bzw. Weiterbildungssystem realisiert werden kann. Daher dürften entsprechende Angebote wohl auch in der näheren Zukunft in erster Linie von privaten Anbietern, ärztlichen Organisationen oder großen medizinischen Einrichtungen kommen, wie dies beispielsweise die Charité in Berlin praktiziert. Eine wichtige Aufgabe für das Berufsbildungssystem könnte indessen die Einführung überregional anerkannter Zertifizierungsverfahren für diesen Bereich sein, zu deren Entwicklung die im Rahmen unseres Projekts erarbeiteten ECL-Tests einen Beitrag leisten können.

In den Partnerländern ist die Situation ähnlich: die Ärzte müssen sprachliche Kompetenzen zumindest auf dem B2-Niveau nachweisen, die sie teilweise in Sprachkursen in ihrem Heimatland, aber auch im Zielsprachenland erwerben. Die entsprechenden Prüfungen sind auch hier allgemeinsprachlicher Art und berücksichtigen in der Regel nicht oder nur peripher die kommunikativen berufssprachlichen und die nahezu ebenso notwendigen interkulturellen Bedürfnisse in wichtigen medizinischen Praxisbereichen. Sobald sie ihre Tätigkeit beginnen, können auch sie aus Zeitmangel nicht an dringlichen interkulturell fundierten berufssprachlichen Kursen teilnehmen. Dies führt auch hier zu den mittlerweile allgemein bekannten, z.T. gravierenden Problemen insbesondere in der Kommunikation mit den Patienten und deren Angehörigen.

In den Partnerländern stellt sich die Situation z.T. jedoch, abgesehen von den oben beschriebenen Tendenzen, noch etwas komplizierter dar, als dies in der Bundesrepublik Deutschland der Fall ist, denn ein Teil der Zielgruppen nutzt die Partnerländer auch mitunter als Zwischenstationen, um dort in der EU bzw. besonders in den westlichen Ländern erforderliche Grundqualifikationen zu erwerben.

ben, die sie in ihren Heimatländern nicht erwerben konnten oder erworben haben. Beispielsweise kommen medizinische Fachkräfte und Ärzte aus der Ukraine und Russland, aber auch aus anderen Ländern (vor allem Griechenland, Türkei, Iran) mit z.T. abweichenden Qualifikationen in die Partnerländer, um später in anderen Ländern Westeuropas, vor allem in deutsch-, skandinavisch- oder englischsprachigen Ländern, zu arbeiten. Sie sind dann gezwungen, einerseits die entsprechende Berufssprache des jeweiligen Partnerlandes zu erlernen, sich aber andererseits bereits sprachlich auf ihre Tätigkeit in dem endgültigen Zielsprachenland vorzubereiten. Auch dieser spezifische Bedarf kann nur selten im Rahmen des derzeitigen Berufs- bzw. Weiterbildungssystems befriedigt werden. Daher dürften entsprechende Angebote wohl auch in den Partnerländern in der näheren Zukunft vornehmlich von privaten Anbietern, ärztlichen Organisationen und großen medizinischen Einrichtungen kommen. Eine wichtige Aufgabe für das Berufsbildungssystem könnte auch hier die Einführung überregional anerkannter Zertifizierungsverfahren für diesen Bereich sein, daher werden ECL-Tests nicht nur in Deutsch, sondern auch in den anderen Partnersprachen erstellt.

## Literatur

1. Berth, H. & Esser, U. (1997): „*Miteinander reden*“: *Kommunikationsprobleme von Ausländern und deutschen Behörden*. Forschungsbericht des Instituts für Pädagogische Psychologie und Entwicklungspsychologie der TU Dresden. Nr. 21. Dresden: Technische Universität.
2. Berth, H. & Esser, U. (1999): Deutsche Behörden und ausländische Klienten - typische Probleme interkultureller Kommunikation. In: H. Sandig (Hrsg.): *Wer ist denn mein Nächster? 6. Jahresbericht des Sächsischen Ausländerbeauftragten*. S. 33-38. Dresden.
3. Hahn, M. & Wazel, G. (Hrsg. 2011): *Theorie und Praxis des DaF- und DaZ-Unterrichts heute*. Peter Lang, Frankfurt am Main

4. Wazel, G. (2001): Digitales interkulturelles Marketing für kleine und mittlere Unternehmen. Hahn, M./Ylönen, S.: Werbekommunikation im Wandel. Peter Lang, Frankfurt/Main, 19 – 40.
5. Wazel, G. (Hrsg. und Beiträger 2001): Interkulturelle Kommunikation in Wirtschaft und Fremdsprachenunterricht. Peter Lang, Frankfurt/Main.
6. Wazel, G.(2005): Interkulturelles Lernen mit interaktiven Medien. *informatologia*, 38, Zagreb, 222 – 230.
7. Wazel, G. (2007): Effektive Methoden und Verfahren zum Erwerb interkultureller Kompetenz. Lenk, H., Walter, M.: Wahlverwandtschaften. Valenzen - Verben – Varietäten, Georg Olms Verlag, Hildesheim, 383 – 398.