

**Analyse der von den polnischen Betreuerinnen
für die häusliche Altenpflege in Deutschland
benötigten kommunikativen Kompetenzen**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde
des Fachbereichs
Germanistik und Kunstwissenschaften
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von Justyna Maria Lacanna
Częstochowa

Marburg, 2017

Vom Fachbereich Germanistik und Kunstwissenschaften der
Philipps-Universität Marburg als Dissertation angenommen
am: 21.07.2017

Tag der Disputation am: 22.08.2017

Erstgutachter: Prof. Dr. Ruth Albert

Zweitgutachter: Prof. Dr. Kathrin Siebold

für Veronica und Egidio

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Prof. Dr. Ruth Albert für die Möglichkeit der Anfertigung dieser Dissertation in ihrer Arbeitsgruppe sowie für ihre konstruktiven Vorschläge und Anregungen. Für die Übernahme des Zweitgutachtens bin ich Prof. Dr. Kathrin Siebold herzlich dankbar. Weiterhin bedanke ich mich bei Prof. Dr. Sylwia Adamczak-Krysztofowicz für ihre hilfreichen Hinweise und Unterstützung bei der Auswertung der Daten.

Außerdem danke ich Dr. Krystyna Sztuka, Dr. Chiara Cerri sowie Dr. Susanne Duxa für ihren fachlichen Rat und ihr Interesse an meiner Arbeit.

Mein herzlicher Dank gilt auch Veronika Wiegandt, Anne-Katrin Henkel und Dorothea Muhle-Karbe, die mir während der Arbeit auf unterschiedliche Weise behilflich waren. Ich danke auch den Umfrageteilnehmerinnen und allen, die mir die Durchführung der Befragung ermöglicht haben.

Dziękuję bardzo serdecznie moim Rodzicom oraz mojemu bratu Bartoszowi, bez których pomocy i ogromnego wsparcia ta praca by nie powstała. Voglio ringraziare mio marito Egidio per il suo continuo incoraggiamento e la sua fiducia in me. Sono particolarmente grata a mia figlia Veronica, che mi regala ogni giorno i suoi sorrisi, motivandomi durante la preparazione di questa tesi. Dziękuję.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	8
1. Einleitung	10
2. Kommunikation	15
2.1 Der Kommunikationsprozess	15
2.2 Ausgewählte Kommunikationstheorien und ihre Bedeutung für die Altenpflege	17
2.2.1 Fünf Axiome der Kommunikation von Paul Watzlawick	18
2.2.2 Die Anatomie einer Nachricht nach Friedemann Schulz von Thun	20
2.3 Die kommunikative Kompetenz	23
3. Kommunikation im Alter	26
3.1 Umriss der Lebensphase Alter	27
3.2 Auswirkungen des Alterungsprozesses auf die kommunikative Fähigkeit der älteren Menschen	29
3.3 Einfluss altersbedingter Erkrankungen auf die kommunikative Fähigkeit der älteren Menschen	31
4. Kommunikation in der Altenpflege	34
4.1 Kommunikation im Altenheim	34
4.1.1 Der situative Kontext der Kommunikation im Altenheim	35
4.1.2 Merkmale der Kommunikation im Altenheim	36
4.2 Kommunikation im häuslichen Pflegemodell	39
4.2.1 Haushaltspflegehilfen in der Fachliteratur	40
4.2.1.1 Das Bild der polnischen Betreuerin im kollektiven Bewusstsein	43
4.2.2 Rahmenbedingungen der Live-in-Betreuung	46
4.2.3 Kommunikative Kompetenz im häuslichen Pflegemodell	49
4.2.3.1 Die Rolle der kommunikativen Kompetenz aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen	50
4.2.3.2 Die Bedeutung der kommunikativen Kompetenz aus der Sicht der polnischen Betreuerinnen	54
4.2.4 Kommunikative Anforderungen an Haushaltspflegehilfen	56

5.	Vorbereitung der empirischen Studie	64
5.1	Annäherung an die Forschungsthematik	64
5.2	Konkretisierung der empirischen Vorgehensweise	65
5.3	Zugang zum Forschungsfeld	68
5.4	Aufgetretene Probleme und ihre möglichen Ursachen	71
6.	Empirische Untersuchung	74
6.1	Wesentliche Fragestellungen und Ziele der Untersuchung	74
6.2	Vorüberlegungen zur Wahl der empirischen Methoden und der Stichprobe	75
6.3	Instrumente der Untersuchung in der Anfangsphase	78
6.4	Verlauf der empirischen Studie und daraus resultierende Konsequenzen	80
6.5	Inhaltliche Struktur des Fragebogens	84
6.6	Auswertung der Daten	89
7.	Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der Befragung	92
7.1	Zusammensetzung der Befragten	92
7.1.1	Die sozialstatistischen Daten der Umfrageteilnehmerinnen	92
7.1.2	Lernbiografie der Probandinnen	100
7.1.3	Lernbedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf ein Lehrangebot	105
7.2	Hilfestellungen für eine bessere kommunikative Bewältigung des Arbeitsalltages	111
7.3	Strategien der Verständnissicherung	117
7.4	Kommunikationsthemen	122
7.5	Wortschatzbeherrschung	124
7.6	Bewältigung der kommunikativen Situationen	128
8.	Schlussfolgerungen	151
	Literaturverzeichnis	153
	Anhang	168
Anhang I:	Fragebogen – polnische Fassung	169
	Fragebogen – deutsche Fassung	176
Anhang II:	Sichtung der vorhandenen Materialien	183
Anhang III:	Tabellen	188

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vier Seiten einer Nachricht von Schulz von Thun, abgebildet nach Schulz von Thun (2016:33)	21
Abb. 2: Teilkompetenzen der Gesamtqualifikation „Betreuung und Pflege“ (Riegler 1995:15), abgebildet nach Haider (2010:190)	56
Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Studienteilnehmerinnen nach Altersgruppen	93
Abb. 4: Prozentuale Verteilung der Selbsteinschätzung nach Alter	93
Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Probandinnen nach dem Faktor: Erfahrung als Haushaltspflegehilfe	97
Abb. 6: Zusammenhang zwischen der Erfahrung als Haushaltspflegehilfe und der Selbsteinschätzung	98
Abb. 7: Dauer der Tätigkeit bei demselben Pflegebedürftigen	99
Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Antworten zu Weiterbildungswünschen	106
Abb. 9: Prozentuale Verteilung der Wünsche zur sprachlichen Weiterbildung	108
Abb. 10: Strategien der Verständnissicherung I	117
Abb. 11: Verfahren der Verständnissicherung II	120
Abb. 12: Gesprächspartner neben den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen	123
Abb. 13: Bedarf an Vokabular für die Berufsausübung	126
Abb. 14: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der Bewältigung der Anforderungen an die Schriftsprache I im häuslichen Pflegealltag	130
Abb. 15: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der Bewältigung der Anforderungen an die Schriftsprache II im häuslichen Pflegealltag	131
Abb. 16: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung des verstehenden Hörens im häuslichen Pflegealltag	133
Abb. 17: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>haushaltsnahe Dienstleistungen</i>	134
Abb. 18: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>Besprechen der alltäglichen Angelegenheiten</i>	135
Abb. 19: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>Alltagskommunikation</i>	136

Abb. 20: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>sprachliche Begleitung von pflegenahen Handlungen und hygienischen Tätigkeiten</i>	138
Abb. 21: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>Auskünfte über das Befinden erteilen</i>	139
Abb. 22: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>Umgang mit belastenden Situationen in der Pflege</i>	140
Abb. 23: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>Ansprechen eigener Probleme</i>	141
Abb. 24: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich <i>Gesprächsführung in Konfliktsituationen</i>	142

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Aufgabenspektrum der Haushaltshilfe nach Deutscher Caritasverband e.V.	60
Tab. 2: Tätigkeiten der Haushaltshilfen nach „Was dürfen Personenbetreuerinnen tun? Information für PersonenbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung“ sowie „24-Stunden-Betreuung zu Hause“ (2010:9–11)	61
Tab. 3: Zusammenstellung der vorgenommenen Stichprobe	83
Tab. 4: Antwortkategorien und entsprechende Erläuterungen bei den Fragen 2–4	89
Tab. 5: Durchschnittswerte bei der Beantwortung der Fragen 2–4 zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse	90
Tab. 6: Verteilung der Antworten zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse sowie Wortschatzbeherrschung auf die Fragen 2–4, Nr. 1–33 sind die Befragten aus Agenturen und 34–75 sind die durch private soziale Netzwerke der Betreuerinnen kontaktierten Befragten	91
Tab. 7: Beruflicher Hintergrund der Studienteilnehmerinnen	94
Tab. 8: Verteilung der Möglichkeiten des Sprachenlernens	101
Tab. 9: Schulischer Deutschunterricht	102
Tab. 10: Sprachkursbesuche	103
Tab. 11: Spezieller Sprachkurs	103
Tab. 12: Ergänzungen der Befragten zur Art des Deutschlernens	104
Tab. 13: Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung und der Art des Deutschlernens	105
Tab. 14: Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und Motivation für Weiterbildung	107
Tab. 15: Weitere Aussagen zum Deutschlernen	109
Tab. 16: Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und sprachlicher Weiterbildung	110
Tab. 17: Frei formulierte Antworten zum Deutschlernen	111
Tab. 18: Fortbildungswünsche in Bezug auf Pflege	114
Tab. 19: Wünsche in Bezug auf die zwischenmenschliche Situation	115
Tab. 20: Weitere Nennungen	116
Tab. 21: Verfahren der Verständnissicherung I in Relation zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse	118

Tab. 22: Verfahren der Verständnissicherung II in Relation zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse	121
Tab. 23: Rangfolge der als schwierig empfundenen kommunikativen Situationen	143
Tab. 24: Ergänzung der Frage 15, Abb. 5	188
Tab. 25: Ergänzung der Kategorie <i>Sonstiges</i> in der Frage 14, Abb. 7	188
Tab. 26: Ergänzung der Kategorie <i>Sonstiges</i> in der Frage 1, Abb. 12	189

1. Einleitung

Die steigende Lebenserwartung und daraus resultierende demografische Veränderungen wie die Alterung der Gesellschaft führen zu einem wachsenden Bedarf an Pflegekräften in der Altenpflege. Laut der im Jahr 2012 veröffentlichten Studie „Pflegerlandschaft 2030“ wird die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich von 2,4 Millionen im Jahr 2012 auf 2,9 Millionen im Jahr 2020 und 3,4 Millionen im Jahr 2030 ansteigen (vgl. Pflegerlandschaft 2030). Als weitere Gründe für diese wachsende Nachfrage nach Pflegepersonal sind u. a. die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen, die früher die Betreuung ihrer Eltern übernahmen, und die heutige durch Mobilität gekennzeichnete Arbeitswelt zu nennen. Den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen stehen u. a. zwei Hauptbetreuungsmodelle zur Verfügung, und zwar der Einzug in eine Alteneinrichtung oder aber das Engagieren einer Betreuungskraft für zu Hause. Die häusliche Pflege wird vor allem von ausländischen weiblichen Betreuungskräften verrichtet, die weder sprachlich noch fachlich ausreichend vorbereitet sind. Da eine gelungene Kommunikation in der Pflege aber eine tragende Rolle spielt, stellt sich die Frage, wie die Betreuerinnen ihren beruflichen Alltag kommunikativ bewältigen können¹.

Diese Arbeit wird unterschiedliche Aspekte der Kommunikation zwischen den polnischen Betreuerinnen und ihren deutschen Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen darstellen. Außerdem wird sie der Frage nachgehen, wie die polnischen Haushaltspflegehilfen auf angemessene Weise auf ihre Tätigkeit kommunikativ vorbereitet werden können. Der Blick richtet sich dabei besonders auf die kommunikative Kompetenz der Betreuungskräfte. Diese Fokussierung auf die polnischen Haushaltspflegehilfen ist einerseits auf die Tatsache zurückzuführen, dass diese als Gruppe stark vertreten sind, andererseits beruht sie auf den vielseitigen Beobachtungen der Problematik, ihrer Präsenz im gesellschaftlichen Diskurs in beiden Ländern sowie der Art und Weise, wie die polnischen häuslichen Pflegerinnen und ihre deutschen Pflegebedürftigen und deren Familien einander wahrnehmen.

Die Migrantinnen werden offiziell als Haushaltshilfen eingestellt, verrichten jedoch vor allem Haus-, Versorgungs- und Sorgearbeit, die sogenannte „care work“ (vgl. Neuhaus et al. 2009:34; vgl. dazu Metz-Göckel 2010:28), „Care-Arbeit“ (vgl. Lutz/Palenga-

¹ Für die Bezeichnung dieser Berufsgruppe werden unterschiedliche Termini verwendet, mehr dazu vgl. Kapitel 4.2.1.

Möllenbeck 2010a:143), „Fürsorgearbeit“ (vgl. Lutz 2007:59), und arbeiten in einem Rotationssystem. Die Pendelmigration der Care-Arbeiterinnen, auch „Shuttle-Migration“ (vgl. Schilliger/Greuter 2009:157) bzw. „Wanderarbeit“ (vgl. Wagner 2015:375) genannt, ist auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt und wird in regel- bzw. unregelmäßigen Abständen wiederholt. Die Beschäftigung mittel- und osteuropäischer Frauen in deutschen Haushalten gilt aufgrund ihres besonderen, nicht selten illegalen Charakters als „öffentliches Geheimnis in Deutschland“ (Metz-Göckel et al. 2010:11, vgl. dazu Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010b:426) und wurde zu einem sozialen Phänomen in der heutigen Gesellschaft, das den Prognosen gemäß in nächster Zeit zunehmen wird (vgl. Metz-Göckel 2010:47).

Die Problematik der ausländischen Care-Migrantinnen stellt u. a. hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Relevanz ein wichtiges Forschungsgebiet dar. Im wissenschaftlichen Diskurs wird sie vorwiegend aus der soziologischen Sicht und aus den Perspektiven der Geschlechterforschung und Migrationsforschung beleuchtet, beispielhaft können folgende Publikationen genannt werden: Metz-Göckel et al. (2006), Nowicka (2007), Lutz/Palenga-Möllenbeck (2010a, b), Apitzsch/Schmidbaur (2010, 2011). Motive für die Migration, Porträts von Haushaltshilfen und ihre psychischen Belastungen, die auf die prekären Arbeitsbedingungen in der häuslichen Altenpflege zurückzuführen sind, werden u. a. in den folgenden Publikationen dargestellt: Lutz (2007), Kałwa (2007), Krawietz (2009, 2010), Satola (2010, 2015a, b) und Kniejska (2016). Surdej (2012) untersucht die Folgen, die die Migration der Haushaltshilfen in ihren Herkunftsländern zeigt (am Beispiel Polens). Schilliger (2012b, 2013) sowie Schilliger/Medici (2012) gehen in ihren Beiträgen auf die Pendelmigration in der Schweiz ein und stellen die gesellschaftlichen und politischen Hintergründe der steigenden Nachfrage nach den Care-Migrantinnen dar. Die „Ethnisierung“ und „Vergeschlechtlichung“ dieses Berufes wird in einem Beitrag von Schilliger (2009) diskutiert und am Beispiel der polnischen Haushaltsmigrantinnen dargestellt und von Schilliger/Greuter (2009) und Schilliger (2012a) noch konkretisiert.

Anhand der oben genannten ausgewählten Publikationen konnten lediglich einige Schwerpunkte in der sozialwissenschaftlichen Forschung dargelegt werden. Gleichzeitig soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass es noch an Publikationen und Studien mangelt, die sich der Kommunikation zwischen den ausländischen Care-Arbeiterinnen und den von ihnen betreuten Deutschen und deren Angehörigen widmen. Auf die Problematik, die sich bei deren gegenseitiger Kommunikation ergibt, wird zwar in einigen der bereits

erwähnten Beiträge, u. a. von Metz-Göckel et al. (2010) sowie Satola (2015a), eingegangen. Diese Thematik stellt jedoch bisher ein weitgehend unerforschtes Feld dar.

In der wissenschaftlichen Literatur findet man zwar Publikationen, die sich mit der Kommunikation in der Altenpflege auseinandersetzen, jedoch wird dabei vor allem die Interaktion des deutschsprachigen Fachpflegepersonals mit deutschen bzw. ausländischen Patienten in einem institutionellen Rahmen behandelt. Fricke (2006) stellt z. B. ein Konzept für ein Kommunikationstraining vor, das sie für die Pflegekräfte entwickelt hat. Sachweh (2000) untersucht u. a. charakteristische Merkmale der Kommunikation in der Pflege wie z. B. *Secondary Baby-Talk* in der Altenpflege. Sie beschäftigt sich dabei mit tätigkeitsbegleitender Kommunikation, die während der Durchführung von Pflegehandlungen stattfindet. Weinhold (2005) analysiert die sprachliche Begleitung der pflegerischen Handlungen, und zwar auf der gerontologischen Station während der morgendlichen Pflege vor dem Frühstück sowie abends vor dem Schichtwechsel. Die Autorin beschreibt z. B. Rituale, Anreden sowie Fragen nach dem Befinden in verschiedenen Phasen des Diskurses wie Eröffnung sowie Beendigung des Gesprächs. Mit der Frage nach einer optimalen Ausbildungsform für die Kommunikation beschäftigt sich Herzig-Walch (2009) und schlägt ein Konzept der kommunikativen Kompetenz für diese Berufsgruppe vor. Meixner/Schüßler (2011) analysieren, wie die kommunikative Kompetenz in der Pflegeausbildung in der verwendeten Literatur dargestellt wird.

Die oben genannten Publikationen präsentieren einen kleinen Ausschnitt der wissenschaftlichen Beiträge, die die Kommunikation in der Altenpflege thematisieren. Wie bereits angemerkt, werden die internationalen Pflegekräfte, obwohl sie im deutschen Gesundheitswesen immer stärker präsent sind, wenig von der Forschung beachtet. In Bezug auf Österreich weist Haider (2010:8) darauf hin, dass „kein (institutionalisiertes) Sprachförderungsprogramm für Pflegekräfte mit einer anderen Muttersprache als Deutsch“ vorliegt, und setzt sich mit den Anforderungen an die ausländischen fachlich ausgebildeten Pflegekräfte auseinander, zudem präsentiert sie Konzepte für ein an diese gerichtetes Sprachkursangebot. Des Weiteren unternimmt sie eine Sprachbedarfserhebung im Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege.

Noch weniger Beachtung findet in der Forschung die Kommunikation der ausländischen häuslichen Betreuerinnen mit den von ihnen Betreuten sowie deren Angehörigen. Eine empirische Untersuchung zur Interaktion zwischen diesen beiden Seiten ist bisher kaum vorgenommen worden. Auch wenn die häusliche Pflege ein sehr verbreitetes Betreuungsmodell darstellt und sie in der Regel von ausländischen Frauen verrichtet wird,

„gelten weder in Österreich noch in Deutschland verbindlich formulierte (Mindest-)Anforderungen an die Deutschkenntnisse, obwohl die Fähigkeit, sprachlich angemessen zu kommunizieren, gerade im Pflegebereich besonders wichtig ist“ (Middeke/Urbanik 2014:98). Als ich die Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit vornahm, fehlten wissenschaftliche Publikationen, die sich mit dieser Problematik auseinandersetzen, ebenso wie Beiträge, die aus didaktischer Sicht auf diese Thematik eingehen. Im November 2014 wurden die Ergebnisse des Projektes „BID – BetreuerInnenqualifizierung in Deutsch“ veröffentlicht. Dessen Ziel war die Erstellung eines Portfolios von Online-Lernmaterialien sowie nützlichen Informationen für ausländische, vor allem bulgarische, polnische, rumänische, slowakische, tschechische und ungarische Haushaltspflegehilfen. Die Lehr- und Infomaterialien sollen nicht nur die Sprachkenntnisse der Betreuerinnen fördern, sondern auch die Haushaltspflegehilfen befähigen die interkulturellen Begegnungen zu reflektieren. Der Beitrag von Middeke/Urbanik (2014) geht u. a. auf die besonderen Lernbedürfnisse der häuslichen Betreuerinnen und Weiterqualifizierungsmöglichkeiten ein und basiert auf den Erkenntnissen des BID-Lernportfolios. Auf die Schwierigkeiten, die bei der berufsbezogenen Sprachförderung bei den ausländischen Haushaltspflegehilfen entstehen, weist Middeke (2016) hin und erklärt, wie wichtig die Vermittlung berufsrelevanter Sprechhandlungskompetenzen sei.

Die Kommunikation zwischen den ausländischen Haushaltspflegehilfen, den deutschen Betreuten und deren Angehörigen stellt ein Desiderat in der Forschungsliteratur dar. Diese Arbeit hat das Ziel, diese Lücke zu schließen und sich am Beispiel der polnischen häuslichen Betreuerinnen mit dieser Problematik auseinanderzusetzen.

Im Rahmen dieser Dissertation werden die kommunikativen Situationen in der häuslichen Pflege untersucht. Das Hauptaugenmerk der empirischen Studie liegt darauf, die kommunikativen Handlungen, die von den polnischen Haushaltspflegehilfen als schwierig empfunden werden, zu ermitteln und zu beschreiben. Darüber hinaus soll den möglichen Gründen dafür nachgegangen werden. Die Beherrschung des Pflegevokabulars, der speziellen Kommunikationsformen im pflegerischen Diskurs sowie die Kenntnis der krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen stellen unbestritten eine Grundlage für die Kommunikation zwischen den polnischen Haushaltspflegehilfen, den von ihnen Betreuten sowie deren Familien dar. Wenn man aber den besonderen Charakter dieser Tätigkeit im Auge behält, d. h., dass es sich um die sogenannte *Live-in-Betreuung* handelt und dass die Pflege von Betreuungskräften mit einem anderen sprachlichen sowie kulturellen

Hintergrund übernommen wird, kommen weitere Faktoren zum Tragen, wie z. B. die nonverbale Kommunikation und soziolinguistische Aspekte.

Es muss an dieser Stelle ausdrücklich betont werden, dass die vorliegende Arbeit keinen Anspruch auf Generalisierbarkeit sowie Vollständigkeit erhebt. Sie verfolgt das Ziel, Tendenzen aufzuzeigen sowie eine Grundlage für die weitere Forschung zu bilden.

Die Dissertation gliedert sich wie folgt: Im nächsten Kapitel werden einige Aspekte und ausgewählte Modelle der Kommunikation dargestellt und es wird auf das Konzept der kommunikativen Kompetenz eingegangen. Das dritte Kapitel befasst sich mit den häufigsten Auswirkungen, die der Alterungsprozess sowie altersbedingte Erkrankungen auf die kommunikative Kompetenz der älteren Menschen haben. Das vierte Kapitel geht auf die Kommunikation im Altenheim und in der häuslichen Pflege ein. Dabei werden die Rahmenbedingungen sowie Merkmale der Kommunikation in beiden Pflegemodellen skizziert. Darüber hinaus werden die Situation von polnischen Haushaltspflegehilfen und kommunikative Anforderungen in der häuslichen Pflege dargestellt. Anschließend wird auf die kommunikative Kompetenz der Betreuerinnen und ihre Rolle in der Pflege aus der Perspektive der häuslichen Pflegekräfte und der deutschen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen eingegangen. Das fünfte Kapitel eröffnet den empirischen Teil der vorliegenden Dissertation. Es thematisiert die Phasen der Planung und der Durchführung der Studie sowie Probleme, die dabei aufgetreten sind, und daraus resultierende Konsequenzen. Im sechsten Kapitel werden die Fragestellungen, Ziele der Arbeit und der Verlauf der Untersuchung dargelegt. Die Ergebnisse der Befragung werden im siebten Kapitel präsentiert und diskutiert. Im letzten Kapitel der Arbeit werden auf der Basis der empirischen Befunde Schlussfolgerungen für die Entwicklung der Lehr- und Lernmaterialien im Bereich Deutsch als Fremdsprache gezogen.

2. Kommunikation

Kommunikation ist eine der wichtigsten menschlichen Aktivitäten und bildet die Grundlage aller zwischenmenschlichen Interaktionen und sozialen Handlungen. Ihre Rolle und ihre Mechanismen wurden von unzähligen Forschern untersucht. Aufgrund dieser Bemühungen sind die Prozesse der Kommunikation klarer, obwohl dieses Forschungsfeld, bei dem zahlreiche Erscheinungen zu beachten sind, noch nicht vollständig beschrieben wurde. Die vorliegende Arbeit betrachtet die Kommunikation mit älteren Menschen in der häuslichen Altenpflege. Im Folgenden werden Kommunikationsprozesse sowie ausgewählte Kommunikationstheorien skizziert. Anschließend wird kurz auf das Konzept der kommunikativen Kompetenz eingegangen.

2.1 Der Kommunikationsprozess

In der Alltagssprache wird Kommunikation als Verständigung, zwischenmenschlicher Verkehr bzw. Austausch mithilfe von Sprache und Zeichen oder als Übermittlung von Gedanken und Informationen definiert. Sie ist Gegenstand interdisziplinärer wissenschaftlicher Auseinandersetzungen, was sich in unterschiedlichen Begriffsauffassungen sowie in der inhaltlichen Schwerpunktlegung niederschlägt. Während z. B. die Soziologie die Kommunikation als einen sozialen Prozess ansieht, in dem verschiedene Zeichensysteme interpretiert werden, fokussiert die Sprachwissenschaft auf die Sprache als Mittel der Kommunikation. Obwohl viele verschiedene Kommunikationsbegriffe vorliegen, lassen sich dennoch gemeinsame Bestandteile wie *Kommunikator*, *Botschaft* und *Rezipient* nennen, die die Grundlage für alle Kommunikationskonzepte bilden (vgl. Six et al. 2007:21).

Eine gute Übersicht über die Merkmale des Kommunikationsprozesses wurde von Six et al. (2007:21) erstellt und umfasst folgende Punkte:

- Menschliche Kommunikation ist ein Prozess zwischen mindestens zwei Teilnehmenden (Sender/Kommunikator und Empfänger/Rezipient), die mithilfe von Zeichen und Symbolen verschiedener Modalitäten direkt oder indirekt in Beziehung treten. Die Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation ist ein „Mindestmaß an Gemeinsamkeit des Zeichen- und Symbolvorrats und -

verständnis sowie des Wissens- und Erfahrungshintergrunds“ (Six et al. 2007:21).

- Der Kommunikationsinhalt, die „Botschaft“, besteht aus Zeichen und Symbolen, die von dem Sender enkodiert und von dem Empfänger dekodiert werden, wobei die gesendete und die empfangene Nachricht differieren können (vgl. Six et al. 2007:21).
- Beim Senden und Empfangen einer Botschaft werden entsprechende Mittel vorausgesetzt. Bei der direkten „Face-to-Face“-Kommunikation sind das z. B. die an der Kommunikation beteiligten Personen mit ihren Ausdrucksmöglichkeiten (auf der verbalen, nonverbalen sowie paraverbalen Ebene) und Rezeptionsmodalitäten, d. h. Sinneskanälen (vgl. Six et al. 2007:21).
- Kommunikation ist in einen bestimmten Kontext eingebettet. Für Kommunikationsprozesse und deren Resultate sind sowohl die Rahmenbedingungen, die aus diesem Kontext resultieren, wie Kommunikationsstrukturen, Kommunikationsregeln und das Kommunikationsklima, als auch jene, die bei den Beteiligten vorliegen, wie personale Bedingungen, relevant (vgl. Röhner/Schütz 2016:5–6).
- Kommunikation umfasst diverse Aktivitäten der Handelnden. Diese lassen sich nicht immer direkt beobachten, ein Beispiel wäre die Interpretation einer Nachricht.
- Kommunikation ist ein interaktiver Prozess, in dem ein Austausch zwischen dem Kommunikator und dem Rezipienten stattfindet. Die Kommunikationsform bestimmt die Intensität dieser Interaktion, die bei der interpersonalen und der medialen Kommunikation unterschiedlich ist.
- Obwohl Kommunikation ein Ziel anstrebt, erfolgt sie nicht immer vollständig bewusst, so kann z. B. unwillkürliche Mimik in einer Kommunikationssituation interpretiert werden (vgl. Six et al. 2007:21–22, vgl. dazu Röhner/Schütz 2016:5–6).

Die oben genannten Punkte bieten eine allgemeine Charakteristik der Kommunikation und werden im Rahmen dieser Arbeit in verschiedenen Kontexten diskutiert. Der Kommunikationsprozess ist Gegenstand zahlreicher Kommunikationstheorien. Eine umfassende Beschreibung der verschiedenen Kommunikationsmodelle stellt jedoch kein Ziel der vorliegenden Arbeit dar, die eine spezielle Kommunikationspraxis im Fokus hat. Aus diesem Grund skizziere ich im

Folgenden zwei ausgewählte Kommunikationstheorien, die mir für die Pflege relevant erscheinen und in verschiedenen Ausbildungsrahmenplänen für diese eingesetzt werden.

2.2 Ausgewählte Kommunikationstheorien und ihre Bedeutung für die Altenpflege

Kommunikation und Gesprächsführung sind essenzielle Bestandteile der Pflege. Aus diesem Grund werden in der Pflegeausbildung die Grundlagen der Theorien und Modelle der Kommunikation vermittelt, um die kommunikativen Interaktionen zwischen den Pflegenden und Gepflegten zu reflektieren und zu optimieren.

Zu den Kommunikationsmodellen, die sehr häufig ihre Anwendung in der Pflegeausbildung finden, gehören das Modell von Friedemann Schulz von Thun, auch *Kommunikationsquadrat* oder *Vier-Ohren-Modell* genannt, sowie die *Fünf Axiome der Kommunikation* von Paul Watzlawick, worauf u. a. Sachweh (2006:21–32), Elzer (2007:103–121), Matolycz (2009:10–52), Meixner/Schüßler (2011:27) sowie Rogall-Adam et al. (2011:23) hinweisen. Andere Modelle, auf die in der Pflegepraxis eingegangen wird, sind z. B. das *Modell der Transaktionsanalyse* nach Eric Berne, *personenzentrierte Gesprächsführung* nach Carl Roger und *Neurolinguistisches Programmieren (NLP)* von Richard Bandler und John Grinder (vgl. Sachweh 2006:23–24). Diese wurden jedoch alle nicht speziell für die Pflege entwickelt, weisen keinen pflegespezifischen Charakter auf, was u. a. Sachweh (2006:23–24) zu Recht bemängelt, und finden ihren Einsatz in sehr breiten Kontexten sowie in Fortbildungen für unterschiedliche Berufsgruppen.

Die vorliegende Arbeit geht auf die Theorie der Kommunikation von Watzlawick und das darauf basierende Modell von Schulz von Thun ein. Beide Modelle ermöglichen es, die kommunikativen Prozesse im pflegerischen Alltag wahrzunehmen bzw. bewusst zu machen, und eignen sich dazu, das eigene Kommunikationsverhalten zu reflektieren. Die Auswahl dieser beiden Theorien beruht jedoch vor allem auf der Annahme, dass sie einige wichtige Aspekte der Kommunikation im *Live-in-Pflegemodell* wiedergeben. Denn sie fokussieren beide auf die Interpretation der verbalen und nonverbalen Signale sowie die Tatsache, dass die Nachricht nicht nur aus dem Inhalt, sondern auch aus versteckten bzw. unbewussten Aspekten besteht.

Das Modell von Schulz von Thun wird u. a. von Sachweh (2006:32) als nicht ausreichend, um die Kommunikation in der Pflege zu beschreiben, kritisiert. Die Autorin bemängelt, dass diese Theorie „kaum alltagspraktische Verhaltensempfehlungen“ liefert, u. a. wegen der „zahlreichen unbewussten und schwer steuerbaren Anteile“. Sachweh (2006:31) führt außerdem an, dass „die von Schulz von Thun vorrangig fokussierten individuellen psychologischen Faktoren“ nicht genügen, um die Pflegekommunikation zu optimieren, dazu müssten auch „die institutionentypischen Gesprächs- und Verhaltensmuster“ berücksichtigt werden. Schließlich bemerkt sie, dass dieses Modell die altersbedingten Sprachstörungen nicht einbezieht, was für die typischen Situationen in der Altenpflege ein Risiko von Missinterpretationen mit sich bringt.

Obwohl die oben genannten Kritikpunkte ohne Zweifel sehr relevante Aspekte ansprechen, kann dieses Modell eine Hilfestellung leisten, um die Kommunikation zwischen den häuslichen Betreuerinnen und den Pflegebedürftigen zu verstehen. Die Kommunikation in der Altenpflege im Altenheim und im Live-in-Betreuungsmodell unterscheidet sich in diversen Aspekten, wie u. a. der fachlichen Vorbereitung der Pflegekräfte sowie der Einbettung in einen institutionellen Rahmen. Im *24-Stunden-Pflegemodell* interagieren, wie bereits angeführt, ausländische Haushaltspflegehilfen, die in der Regel keine pflegerische Ausbildung absolviert haben und über mangelnde Sprachkenntnisse verfügen, mit den von ihnen Betreuten sowie deren Angehörigen. Die Spezifik dieses Pflegemodells stellen u. a. die Vielzahl der möglichen kommunikativen Situationen (bzw. Konflikte) sowie nicht klar definierte Rollen in der Beziehung zwischen den beiden Seiten dar. Unter diesen Bedingungen kann es die Kenntnis der Theorien von Watzlawick und Schulz von Thun zumindest teilweise ermöglichen, dass die Kommunikation reflektiert werden kann.

2.2.1 Fünf Axiome der Kommunikation von Paul Watzlawick

Der österreichische Kommunikationswissenschaftler, Psychoanalytiker und Soziologe Paul Watzlawick hat zusammen mit seinen Kollegen Janet H. Beavin und Don D. Jackson fünf Grundsätze, die den Prozess der zwischenmenschlichen Kommunikation beschreiben, formuliert. Die Autoren nennen diese Grundeigenschaften Axiome, bemerken jedoch zugleich, dass diese keinen vollständigen und endgültigen Charakter haben (vgl. Watzlawick et al. 2011:57). Im Folgenden werden diese Grundsätze kurz vorgestellt.

Das erste Axiom „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick et al. 2011:60) basiert auf der Annahme, dass alle menschlichen Verhaltensweisen einen Mitteilungscharakter haben und als Kommunikation betrachtet werden können. Sowohl Worte als auch Schweigen beeinflussen die Reaktionen anderer. Als ein Beispiel beschreiben die Autoren eine Situation, in der ein Mann mit geschlossenen Augen in einem überfüllten Warteraum sitzt bzw. auf den Boden starrt. Dadurch kommuniziert er den anderen Wartenden seinen Widerwillen gegen ein Gespräch. Diese wiederum verstehen seine Nachricht richtig und sprechen ihn nicht an. Ein wichtiger Punkt bei diesem Axiom ist es, dass Kommunikation nicht nur dann stattfindet, wenn sie beabsichtigt, bewusst oder mit gegenseitigem Verständnis geschieht. Das bedeutet, selbst wenn der Mann gar nicht kommunizieren wollte, dass er kein Gespräch wünscht, sondern einfach müde ist, wird sein Verhalten interpretiert und damit wird es zu einer Kommunikation.

Das zweite Axiom „Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, derart, dass letzterer den ersteren bestimmt und daher eine Metakommunikation ist“ (Watzlawick et al. 2011:64) betont, dass jede Mitteilung nicht nur aus dem Informationsinhalt besteht, sondern auch die Beziehung des Senders zum Empfänger umfasst. Der Beziehungsaspekt weist einen metakommunikativen Charakter auf und kommt auch durch die non- und paraverbale Kommunikation zum Ausdruck. Er kann einen entscheidenden Faktor darstellen in Situationen, in denen derselbe Inhalt verschiedene Bedeutungen annehmen kann. Zum Beispiel kann „Goethe war ein bedeutender deutscher Dichter“ einfach Lernstoffvermittlung in einem Sprachkurs sein, in dem die Lerner Kenntnisse über Deutschland erwerben sollen, und auf der Beziehungsebene nur die Situation Lehrperson – Lerner darstellen; gegenüber einem Deutschen geäußert, kann es auf der Beziehungsebene bedeuten „Ich halte dich für völlig ungebildet“.

„Die Natur einer Beziehung ist durch die Interpunktion der Kommunikationsabläufe seitens der Partner bedingt“ (Watzlawick et al. 2011:69–70) lautet das dritte Axiom. Eine Interaktion kann einem Beobachter als ein ununterbrochener Austausch von Mitteilungen erscheinen. Anhand dieses Axioms weisen die Autoren aber darauf hin, dass die Gespräche nicht „ununterbrochen“ sind, sondern jeder Teilnehmer seine eigene Interpunktion anwendet, d. h. der Interaktion eine Struktur zugrunde legt. Das Verhalten eines Gesprächspartners kann je nach Interpunktion als primäre Aktion oder als darauf folgende Reaktion aufgefasst werden. Solche unterschiedlichen Interpunktionen können zu Konflikten führen. Viele Beziehungskonflikte entstehen dadurch, dass jeder Partner sein Verhalten als Reaktion erklärt.

Im vierten Axiom setzen sich die Autoren mit der digitalen und der analogen Kommunikation auseinander. Die digitale Kommunikation benutzt Wörter, um ein Objekt zu definieren. In der analogen Kommunikation dagegen werden die Objekte durch eine Analogie (z. B. eine Zeichnung) ausgedrückt. Diese Kommunikationsweisen ergänzen sich in jeder Mitteilung gegenseitig, was folgendermaßen zusammengefasst werden kann:

Menschliche Kommunikation bedient sich digitaler und analoger Modalitäten. Digitale Kommunikationen haben eine komplexe und vielseitige logische Syntax, aber eine auf dem Gebiet der Beziehungen unzulängliche Semantik. Analoge Kommunikationen dagegen besitzen dieses semantische Potenzial, ermangeln aber der für eindeutige Kommunikationen erforderlichen logischen Syntax. (Watzlawick et al. 2011:78)

Die Autoren führen aus, dass der Inhaltsaspekt digital und der Beziehungsaspekt analog anhand non- und paraverbalen Kommunikation übermittelt werden kann.

Das fünfte Axiom nimmt an, dass „[z]wischenmenschliche Kommunikationsabläufe [...] entweder symmetrisch oder komplementär [sind], je nachdem, ob die Beziehung zwischen den Partnern auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit beruht“ (Watzlawick et al. 2011:81). Während in den symmetrischen Interaktionen danach gestrebt wird, Gleichheit zwischen den Partnern herzustellen und Differenzen zu reduzieren, sind die komplementären Beziehungen auf sich gegenseitig ergänzende Unterschiedlichkeiten aufgebaut. Die komplementären Beziehungen sind in einen gesellschaftlichen und kulturellen Rahmen eingeordnet, wie z. B. Arzt und Patient oder Mutter und Kind. Die Partner können unterschiedliche Stellungen, z. B. die sogenannte *superiore*, *primäre* bzw. *inferiore*, *sekundäre*, einnehmen. Diese Rollen können ihnen nicht aufgezwungen werden, sondern sind durch ihr Verhalten etabliert (vgl. Watzlawick et al. 2011:61–81; vgl. dazu Watzlawick et al. 2007:275–288).

2.2.2 Die Anatomie einer Nachricht nach Friedemann Schulz von Thun

Aufbauend auf dem zweiten Axiom von Watzlawick sowie dem Organon-Modell von Karl Bühler hat der Psychologe und Kommunikationswissenschaftler Friedemann Schulz von Thun sein *Kommunikationsquadrat* entwickelt. Dieses Modell verbindet Bühlers drei Aspekte der Sprache (Darstellung, Ausdruck und Appell) und den Inhalts- und

Beziehungsaspekt jeder Mitteilung von Watzlawick (vgl. Schulz von Thun 2016:33). Schulz von Thun hat sein Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation anhand eines Quadrats dargestellt (Abb. 1):

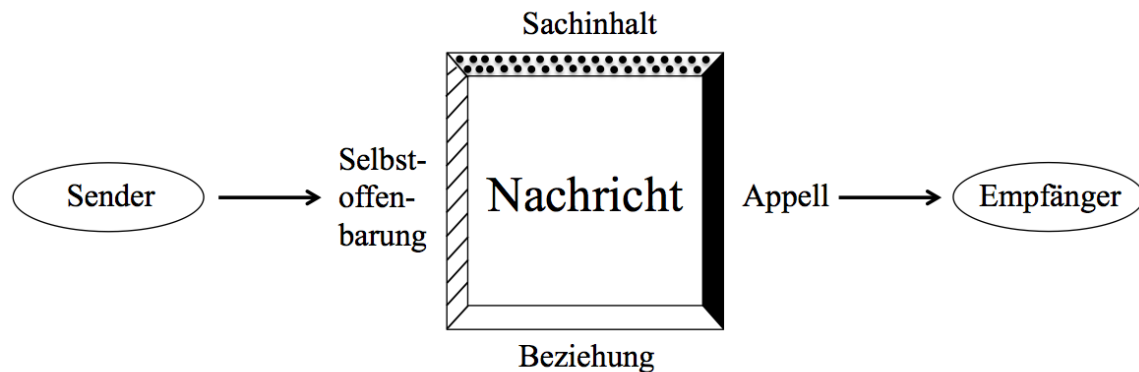


Abb. 1: Vier Seiten einer Nachricht von Schulz von Thun, abgebildet nach Schulz von Thun (2016:33)

Dieses Quadrat, auch *Nachrichtenquadrat* genannt, bildet die vier Seiten einer Nachricht, und zwar Sachinhalt, Selbstoffenbarung, Beziehung und Appell, ab. Drei von diesen Aspekten, nämlich Sachinhalt, Selbstoffenbarung und Appell, wurden bereits im Organon-Modell thematisiert als Darstellung, Ausdruck und Appell. Schulz von Thun fügt außerdem den Beziehungsaspekt hinzu. An dieser Stelle ist anzumerken, dass er diesen enger definiert als Watzlawick. Während nach Watzlawick der Beziehungsaspekt Selbstoffenbarung, Beziehung (im engeren Sinne) und Appell umfasst, stellen diese Aspekte bei Schulz von Thun drei getrennte Ebenen einer Nachricht dar (vgl. Schulz von Thun 2016:33). Aus didaktischen Gründen kann es für die Ausbildung von Altenpflegekräften durchaus sinnvoll sein, alle Ebenen der Nachricht getrennt zu betrachten.

Im Folgenden werden die erwähnten vier Dimensionen einer Mitteilung laut Schulz von Thun näher betrachtet.

Der Sachinhalt, d. h., „worüber ich informiere“, bietet den informativen Baustein einer Nachricht. Hier werden die Daten und Fakten übermittelt. Diese Seite der Nachricht steht in bestimmten Kontexten, z. B. bei der Übermittlung von Informationen, im Vordergrund (vgl. Schulz von Thun 2016:28).

Die Selbstoffenbarung, d. h., „was ich von mir selbst kundgebe“, liefert Informationen über den Sender einer Nachricht. Nach Schulz von Thun enthält jede Mitteilung „ein Stück Selbstoffenbarung des Senders“, wobei Selbstoffenbarung „sowohl

die gewollte Selbstdarstellung als auch die unfreiwillige Selbstenthüllung“ einschließt (Schulz von Thun 2016:29). Das Bewusstsein für diese Ebene einer Nachricht kann einen Einfluss auf den Sender und sein Verhalten ausüben. Der Sender kann dieses Wissen nutzen, um sich den anderen gegenüber besser zu präsentieren, indem er auf die Techniken der Selbsterhöhung und Selbstverbergung zurückgreift (vgl. Schulz von Thun 2016:29–30, vgl. dazu Schulz von Thun 2016:118–130).

Der Appell, d. h., „wozu ich dich veranlassen möchte“, übt einen Einfluss auf den Empfänger aus. Mithilfe dieser Ebene der Nachricht, die offen oder versteckt sein kann, versucht der Sender bei dem Empfänger etwas zu erreichen und ihn zu einer bestimmten Verhaltens- oder Denkweise zu bewegen.

Die Ebene der Beziehung, d. h., „was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen“, gewährt einen Einblick in das Verhältnis zwischen dem Sender und dem Empfänger. Die Beziehungsseite der Nachricht umfasst zwei Arten von Botschaften: Einerseits übermittelt sie, wie der Sender über den Empfänger urteilt, andererseits, wie er die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht (vgl. Schulz von Thun 2016:30–31).

Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun wird auch *Vier-Ohren-Modell* genannt. Diese Charakterisierung lenkt das Augenmerk auf die Rolle des Empfängers im Kommunikationsprozess. In diesem Zusammenhang spricht Schulz von Thun von *vier Ohren* des Empfängers und unterscheidet das *Sach-Ohr*, *Beziehungs-Ohr*, *Selbstoffenbarungs-Ohr* und schließlich das *Appell-Ohr* (vgl. Schulz von Thun 2016:51–67). Dem Adressaten einer Nachricht ist es überlassen, auf welche ihrer Ebenen er reagiert. Abhängig davon, auf welchem Ohr er hört, betrachtet er die Äußerung auf eine bestimmte Art und Weise, und das Gespräch nimmt einen bestimmten Verlauf. Somit kann dieselbe Äußerung von verschiedenen Empfängern unterschiedlich interpretiert werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass laut Schulz von Thun jede Nachricht einen vierdimensionalen Charakter hat und auf vier Ebenen gesendet und gedeutet werden kann. Dieses Modell, vor allem der Aspekt der Interpretation der Botschaft, ist im Rahmen von Kommunikationsschulungen von Bedeutung, da es zu einer besseren Analyse der Kommunikation beitragen kann. Im Folgenden wird ein weiterer wichtiger Faktor eingeführt, der einen relevanten Einfluss auf die Kommunikation ausübt, und zwar die kommunikative Kompetenz.

2.3 Die kommunikative Kompetenz

Im alltäglichen Wortgebrauch versteht man unter *Kompetenz* u. a. Fähigkeit, Befähigung sowie Zuständigkeit. Der Begriff *Kompetenz* wurde von Noam Chomsky in den linguistischen Diskurs eingeführt. Er unterscheidet zwischen *Kompetenz* („the speaker-hearer's knowledge of his language“) und *Performanz* („the actual use of language in concrete situations“) (Chomsky 1965:4). Der Autor beruft sich auf die Sprachbetrachtung von de Saussure und seine Differenzierung zwischen *langue*, d. h. einem abstrakten Regelsystem einer Sprache, und *parole*, d. h. konkreter Rede, wobei das statische Konzept von *langue* („systematic inventory of items“) durch das dynamische Konzept von *Kompetenz* („system of generative processes“) ersetzt wird (Chomsky 1965:4). In seinen Ausführungen bezieht er sich auf eine homogene Sprachgemeinschaft, in der der ideale Sprecher/Hörer die Sprache einwandfrei beherrscht und von Störfaktoren wie Fehlern, Gedächtnisdefiziten oder aber Ablenkungen nicht beeinflusst wird (vgl. Chomsky 1965:3).

Unter anderem kritisierten Habermas (1971) und Hymes (1972), dass Chomskys Konzept der linguistischen Kompetenz nicht geeignet sei, die für den Kommunikationsprozess notwendigen Kompetenzen zu beschreiben. Diese Kritik hat zur Entwicklung des Begriffes *kommunikative Kompetenz* beigetragen.

Unter kommunikativer Kompetenz versteht Habermas (1970:369) nicht nur die Sprachbeherrschung, sondern auch das Wissen über dialogkonstitutive pragmatische Universalien. Dieses Wissen soll dem Sprecher erlauben, eine ideale Sprechsituation zu bewältigen.

Eine andere frühe Definition der kommunikativen Kompetenz führte Hymes (1972:282) in den soziolinguistischen Diskurs ein. Diese schließt sowohl „(tacit) knowledge“ als auch „ability for use“ ein. Das Einbeziehen der Fähigkeit zum Gebrauch („ability for use“) in den Begriff der kommunikativen Kompetenz impliziert die Tatsache, dass auch nicht kognitive Faktoren wie z. B. Motivation im Kommunikationsprozess eine Rolle spielen (vgl. Hymes 1972:283). Die kommunikative Kompetenz soll demnach nach Hymes' Auffassung neben den kognitiven auch affektive sowie volitive Faktoren umfassen (vgl. Hymes 1972:283). Er betrachtet sie als eine Interaktion der grammatischen („Whether [and to what degree] something is formally *possible*“), psycholinguistischen („Whether [and to what degree] something is *feasible* in virtue of the means of implementation available“), soziokulturellen („Whether [and to what degree] something is *appropriate* [adequate, happy,

successful] in relation to a context in which it is used and evaluated“) und sprachstatistischen („Whether [and to what degree] something is in fact done, actually *performed*, and what its doing entails“) Kompetenzen (Hymes 1972:281; vgl. dazu Canale/Swain 1980:16). Seine „Auffassungen verknüpfen Fähigkeiten zur formalen Korrektheit von Äußerungen mit den Fähigkeiten zur sozialen und kulturellen Angemessenheit“ (Legutke 2010:75). Während der Konzeptbegriff, den Chomsky (1965) sowie Habermas (1971) postulieren, auf eine idealisierte Situation beschränkt ist, eignet sich Hymes' Konzept besser, um die reale Kommunikation zu beschreiben, da es soziolinguistische Aspekte einführt.

Eine Definition der kommunikativen Kompetenz im Kontext der Fremd- und Zweitsprachendidaktik formulierten Canale/Swain (1980) sowie Canale (1983). Nach ihrer Auffassung besteht die kommunikative Kompetenz aus grammatischer, soziolinguistischer und strategischer Kompetenz sowie Diskurskompetenz² (vgl. Canale/Swain 1980:21; vgl. Canale 1983:6–14).

Die grammatische Kompetenz schließt Bereiche wie Lexik, Morphologie, Syntax, Semantik und Phonologie ein. Die soziolinguistische Kompetenz umfasst die sozialen Regeln für die Verwendung der Sprache und setzt einen angemessenen Umgang mit diversen kommunikativen Situationen voraus. Dabei ist die Frage wichtig, ob die Bedeutung bzw. der Inhalt sowie die Form (die Art und Weise, wie etwas verbal oder nicht verbal vermittelt wird) angemessen sind (vgl. Canale/Swain 1980:30). Die Diskurskompetenz beschreibt die Fähigkeit, grammatische Formen und Bedeutungen zusammenzustellen, um kohärente Texte zu produzieren (vgl. Canale 1983:9). Die strategische Kompetenz ist mit der grammatischen sowie soziolinguistischen Kompetenz verbunden und besteht aus verbalen und nonverbalen Strategien, die in suboptimalen kommunikativen Situationen eingesetzt werden, um einen eventuellen Zusammenbruch der Kommunikation zu verhindern sowie deren Effektivität zu verbessern (vgl. Canale/Swain 1980:30; vgl. dazu Canale 1983:10–11). In Bezug auf die verbale Kommunikation kann u. a. Paraphrasieren als Strategie eingesetzt werden, im Hinblick auf die nonverbale Kommunikation z. B. Verhaltensmuster, die dem Kommunikationspartner vermitteln, dass er verstanden worden ist. Als Beispiel kann man verschiedene Formen des physischen Kontakts anführen sowie auch Blickkontakt, Gestik und Mimik. Das ist natürlich besonders mit den außersprachlichen Formen der Kommunikation verbunden und hat viel mit der Empathie der Nachrichtensender zu tun. Da die Definition der kommunikativen Kompetenz von Canale/Swain (1980) wichtige Aspekte

² Im Modell von Canale/Swain (1980) wird die Diskurskompetenz als Teil der soziolinguistischen Kompetenz angesehen.

einbezieht, die bei der Analyse der Kommunikation zwischen den häuslichen Betreuerinnen und den Pflegebedürftigen hilfreich sein können, wird sie in dieser Arbeit übernommen.

3. Kommunikation im Alter

Der Alterungsprozess führt für den Einzelnen dazu, dass sich sein soziales Umfeld und seine zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich ändern. Einige Funktionen und Rollen in der Gesellschaft wie beispielsweise in beruflichen Kontexten werden nicht mehr erfüllt bzw. lassen allmählich nach, andere dagegen nehmen an Bedeutung zu (vgl. Yorkston et al. 2010:3; vgl. dazu Fiehler 2003:56; Fiehler 1997:83). Die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit nimmt einen wesentlichen Anteil im intellektuellen und sozialen Leben jedes Menschen in jedem Alter ein. Die Kommunikation im Alter hat jedoch einen besonderen Stellenwert:

communication serves several critical roles in the lives of older adults, including maintaining a sense of identity, and relieving loneliness, depression, or anxiety. Communication also allows older adults to exert influence and to help others by listening, reflecting, and offering advice. If communication is compromised, social life is affected (Lubinski 1995:147 zit. nach Yorkston et al. 2010:3–4).

Die Lebensphase Alter ist mit einer Zunahme an physischen, mentalen und psychischen Beeinträchtigungen und Krankheiten verbunden (vgl. Fiehler 2003:56). Ältere Menschen sind daher stärker auf Gesundheitsfürsorge und Pflege angewiesen, und eine der Funktionen der Kommunikation ist es auch, den Zugang zu solchen Dienstleistungen zu erleichtern. So bemerken Yorkston et al. (2011:3–4): „The ability to communicate successfully, including speaking, listening, reading, and writing, is a critical factor in obtaining health care.“

Im Folgenden wird der Alterungsprozess kurz aus gerontologischer, psychologischer sowie soziologischer Sicht dargestellt. Diese Ausführungen berücksichtigen dabei vor allem die spezifischen Schwierigkeiten dieser Lebensphase und ihre Auswirkungen auf die kommunikative Kompetenz der älteren Menschen. Darüber hinaus wird die Problematik der kommunikativen Interaktion mit älteren Menschen erörtert.

3.1 Umriss der Lebensphase Alter

„Alter“ lässt sich nicht als ein absoluter Begriff bezeichnen und wird zum Gegenstand der gerontologischen Forschung, die sich auf Erkenntnisse unterschiedlicher Disziplinen, wie u. a. Medizin, d. h. Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Pflegewissenschaft, Biologie bzw. Alternsbiologie, Soziologie, Kulturanthropologie, Psychologie sowie Sprachwissenschaft, bezieht.

Diese verschiedenen Blickwinkel führen dazu, dass der Begriff unter zahlreichen Aspekten betrachtet und ausgelegt wird. Man unterscheidet u. a. folgende Konzepte: Alter als zeitlich-numerische Größe, als biologisches und als soziales Phänomen (vgl. Fiehler 1997:78). Während der chronologische Aspekt die Kalenderjahre berücksichtigt, beschäftigt sich der biologische Aspekt mit den physiologischen Prozessen, mit körperlichem Abbau und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Der soziologische Aspekt dagegen setzt sich u. a. mit der Frage auseinander, welchen Status, welche Rolle sowie Position die älteren Menschen in der Gesellschaft einnehmen (vgl. Tesch-Römer/Wurm 2009:8–9; vgl. dazu Fiehler 1997:78).

Die Lebensphase Alter umfasst heutzutage aufgrund der steigenden Lebenserwartung mehrere Jahrzehnte (vgl. Tesch-Römer/Wurm 2009:10) und lässt sich wegen des demografischen Wandels nicht eindeutig definieren, was sich in einer Vielzahl von Klassifikationen widerspiegelt. In vielen Studien wird für den Beginn des Alters nicht selten die Altersgrenze 60 bis 65 Jahre festgelegt (vgl. Forman et al. 1992:19; vgl. dazu Zizza et al. 2009:481), da diese in der Regel mit dem Austritt aus dem Berufsleben verbunden ist. Auch die Gerontologie folgt dieser Zuschreibung (vgl. Tesch-Römer/Wurm 2009:10). Diese Altersgrenze verschiebt sich jedoch kontinuierlich aufgrund gesellschaftlicher Transformationsprozesse und ist zudem von der Spezifik des Berufs abhängig, den der Betroffene ausübt.

Hinsichtlich des kalendarischen Alters differenziert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) u. a. zwischen älteren Menschen (61–75 Jahre), alten Menschen (76–90 Jahre), sehr alten Menschen (91–100 Jahre) und schließlich langlebigen Menschen (über 100 Jahre) (vgl. Neuhäuser-Berthold et al. 1996:6). Diese Unterteilung, die das chronologische Alter berücksichtigt, ist jedoch u. a. angesichts gravierender Diskrepanzen in den individuell fortschreitenden Alterungsprozessen mit Vorsicht zu betrachten und wird in der Gerontologie kritisiert, worauf mehrere Autoren, u. a. Kniejska

(2016:26) und Tesch-Römer/Wurm (2009:10), hinweisen. Sie dient im Rahmen dieser Arbeit lediglich als Orientierung, viel wichtiger ist für diese dagegen die Frage nach der Selbstständigkeit sowie Hilfs- bzw. Pflegebedürftigkeit der Menschen in der Lebensphase Alter. Diesen Ansprüchen kann u. a. folgende Aufteilung der Lebensstadien gerecht werden: „Auszug der Kinder, Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, sog. *junges* Alter, Hilfe bei der Erziehung der Enkelkinder, beginnender Unterstützungsbedarf (*Activities of Daily Living*), gesundheitliche Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, Tod der Partnerin/des Partners und Einzug in besondere Wohnformen“ (Naegle 2012 zit. nach Kniejska 2016:26). Des Weiteren ist für diese Arbeit jene Klassifikation interessant, die die verschiedenen Phasen des Alters nach ihrer Aktivität einteilt und „aktives Alter, rüstiges Alter und von-der-Hilfe-Anderer abhängiges Alter“ nennt (Weigl 2007:381 zit. nach Kniejska 2016:25–26). Auf die letztgenannte Gruppe bezieht sich dieser Beitrag.

Es ist individuell verschieden, bei welchem Kalenderalter die Pflegebedürftigkeit einsetzt. In den entwickelten Gesellschaften steigt jedoch die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen deutlich an, ebenso erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheitsprobleme wie Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz im Alter von über 80 bis 85 Jahren eintreten (vgl. Tesch-Römer/Wurm 2009:10; vgl. dazu Kniejska 2016:26; Elzer 2007:218). Laut der BMFSFJ (2002) wächst das Risiko der Pflegebedürftigkeit nach dem Erreichen des 80. Lebensjahrs und beträgt dann 32 %.

Da diese Arbeit sich mit der Kommunikation zwischen den Pflegebedürftigen und ihren Haushaltspflegehilfen auseinandersetzt, geht sie im Folgenden auf die häufigsten Auswirkungen ein, die der Alterungsprozess auf die kommunikative Kompetenz der älteren Menschen hat. Es würde jedoch ihren Rahmen sprengen, die Differenzen bei der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit, die zwischen den oben genannten Subgruppen vorliegen und die das kalendarische Alter berücksichtigen, zu beschreiben. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Begriffe *ältere* und *alte* Menschen hier synonym verwendet werden.

3.2 Auswirkungen des Alterungsprozesses auf die kommunikative Fähigkeit der älteren Menschen

Die Fähigkeit der älteren Menschen zu kommunizieren kann entscheidend beeinflussen, wie sie ihr höheres Lebensalter erleben. Vor diesem Hintergrund ist die Frage interessant, inwieweit diese durch den Alterungsprozess beeinträchtigt werden kann.

Obwohl es als allgemein bekannt gilt, dass sich ältere Menschen in Sprache und Kommunikationsverhalten von jüngeren Menschen unterscheiden, fällt es schwer, diese Differenzen zu konkretisieren, worauf mehrere Autoren, u. a. Fiehler (2003:39) und Clark-Cotton et al. (2007:2), hinweisen.

Im Allgemeinen bleibt die kommunikative Kompetenz bei gesunden älteren Menschen gut erhalten. Es können aber Aspekte genannt werden, z. B. sensorische, kognitive und neurobiologische Veränderungen, die einen negativen Einfluss auf die sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten im Alter ausüben können (vgl. Clark-Cotton et al. 2007:4).

Bei den sensorischen Fähigkeiten lässt sich beobachten, dass die Hör- und Sehschärfe im Alter zurückgehen, was üblicherweise als eine Ursache dafür gilt, dass in der verbalen und nonverbalen Kommunikation Schwierigkeiten entstehen. Des Weiteren soll erwähnt werden, dass der Alterungsprozess einige kognitive Prozesse besonders beeinflusst. Ältere Menschen können demzufolge Informationen langsamer verarbeiten oder aber einem Gespräch nicht konzentriert folgen. Während das Langzeitgedächtnis in der Regel bis ins hohe Alter intakt bleibt, nimmt das Kurzzeitgedächtnis ab. Infolgedessen kann es den Senioren schwerfallen, sich an Namen und Termine zu erinnern. Von den neurologischen Veränderungen sollen an dieser Stelle u. a. der Volumenverlust des Gehirns sowie Änderungen im Dopaminspiegel erwähnt werden, die Auswirkungen auf die kognitiven Funktionen ausüben können (vgl. Clark-Cotton et al. 2007:4–6).

In Anlehnung an Clark-Cotton et al. (2007:2–4) werden im Folgenden die häufigsten Unterschiede beschrieben, die sich zwischen älteren und jüngeren Menschen bei den kommunikativen Fähigkeiten zeigen. Dabei sollen phonologische, lexikalische, semantische, syntaktische sowie pragmatische Aspekte berücksichtigt werden.

Auf der phonologischen Ebene betreffen diese Differenzen hauptsächlich formale Merkmale der mündlichen Äußerung wie beispielsweise eine zitternde Stimme, die Stimmlage, ein langsames Sprechtempo und Schwierigkeiten in der Artikulation (vgl.

Clark-Cotton et al. 2007:2; vgl. dazu Ryan 1996 zit. nach Yorkston et al. 2010:2). Diese Beeinträchtigungen können u. a. durch die begrenzte Beweglichkeit der in die Sprachproduktion einbezogenen Muskeln verursacht werden. Die Merkmale, die sich beim Sprechfluss beobachten lassen, betreffen u. a. die Intensität der Pausen, Füllwörter und Wiederholungen (vgl. Clark-Cotton et al. 2007:2). Als weitere Aspekte auf der phonologischen Ebene erwähnen die Autoren zudem Schwierigkeiten bei der Verarbeitung des sprachlichen Inputs, die aber nicht immer durch einen Verlust der Hörschärfe bedingt sind (vgl. Clark-Cotton et al. 2007:2).

Auf der lexikalischen Ebene lassen sich, besonders bei Menschen, die älter als 70 Jahre sind, Wortfindungsstörungen beobachten. Als Beispiel führen die Autoren Studien an, bei denen die Probanden etwa Wörter aus einer Kategorie (z. B. Tiere) aufzählen sowie auf einem Bild dargestellte Objekte nennen sollten und bei denen Senioren in einem begrenzten Zeitraum schlechtere Resultate erzielten als jüngere Menschen. Diese Schwierigkeiten sind nicht auf eine geringe Kenntnis von Wörtern zurückzuführen, weil die älteren Menschen, sofern sie keine Aphasie haben, durchaus in der Lage sind, die gesuchten Wörter zu produzieren, wenn ihnen Hinweise gegeben werden (vgl. Cotton et al. 2007:2; vgl. dazu Crossley et al. 1997:56; Kemper 1992 zit. nach Orange 2009:87). Daraus folgt, dass die semantischen Kompetenzen der älteren Menschen überwiegend intakt bleiben. Dagegen lassen die syntaktischen Fähigkeiten nach, was sich u. a. in einfachen bzw. vereinfachten Satzkonstruktionen sowie in der Häufigkeit, mit der Fehler begangen werden, widerspiegelt. Auch das Verständnis komplexer Satzstrukturen ist eingeschränkt. Bei einigen älteren Menschen wird zudem beobachtet, dass es ihnen schwerfällt, eigene Erlebnisse und Erfahrungen zu verbalisieren sowie konkrete Anweisungen für durchzuführende Tätigkeiten oder Aufgaben zu formulieren. Menschen im fortgeschrittenen Alter weisen zudem eine Tendenz auf, wichtige Informationen und Details wegzulassen (vgl. Cotton et al. 2007:4; vgl. dazu Orange 2009:88).

Hierbei soll betont werden, dass die oben beschriebenen Schwierigkeiten bei gesunden älteren Menschen beobachtet wurden. Clark-Cotton et al. (2007:2) merken zudem an, dass die thematisierten Auswirkungen der Alterungsprozesse schwer zu erkennen sind, sich nur unter experimentellen Bedingungen beobachten lassen und in der Regel keine negative Belastung für die alltägliche Kommunikation im Leben älterer Menschen darstellen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass „vocabulary, grammatical judgment, and repetition ability are relatively stable with age; comprehension of complex utterances and naming may decline. Although changes in communication skills such as voice may be

subtle and gradual, they have clear life consequences such as avoidance of social situations“ (Yorkston et al. 2010:2). Neben der verbalen kann auch die nonverbale Kommunikation durch Alterungsprozesse beeinflusst werden. Die Möglichkeit, sich durch Bewegung, Gestik und Mimik auszudrücken, kann im Vergleich zu jüngeren bei älteren Menschen deutlich begrenzt sein.

3.3 Einfluss altersbedingter Erkrankungen auf die kommunikative Fähigkeit der älteren Menschen

Auf die kommunikative Kompetenz der älteren Menschen können neben den gerade beschriebenen normal verlaufenden Alterungsprozessen auch diverse (altersbedingte) Krankheiten Einfluss nehmen. Als geläufige Erkrankungen, die sich auf die Kommunikationsfähigkeit auswirken können, gelten u. a. die Parkinson-Krankheit, Demenz sowie Aphasie.

Morbus Parkinson zählt zu den häufigsten Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Als allgemein bekannte Symptome gelten u. a. Händezittern und Bewegungsprobleme sowie Sprechstörungen, an denen 60 bis 80 % der Patienten leiden (vgl. Baasch et al. 2016:1; vgl. dazu Sachweh 2006:213). Die Letztgenannten resultieren aus der Beeinträchtigung der Sprechmuskulatur. Dies wiederum führt zu Problemen mit der Artikulation, dem Sprechtempo sowie der Lautstärke, zur sogenannten hypokinetischen Dysarthrie (vgl. Baasch et al. 2016:1; vgl. dazu Sachweh 2006:215). Obwohl die Denkfähigkeit in der Regel intakt bleibt, beobachtet man bei Parkinson-Patienten eine verlangsamte Reaktionszeit. Infolgedessen können sie nicht gleichzeitig mehreren Kommunikationskanälen folgen bzw. sie verarbeiten. Die normale Alltagskommunikation stellt somit für viele an Morbus Parkinson leidende Menschen eine Herausforderung dar. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium kann es zudem zu Wortfindungsschwierigkeiten kommen. Vom Parkinson-Syndrom ist des Weiteren die nonverbale Kommunikation betroffen. Bei dieser Krankheit tritt die sogenannte Hypomimie, d. h. ein Mangel an Gestik und Mimik, auf, von dem Gesichtsausdruck der Erkrankten können also keine Gefühle mehr abgelesen werden („Maskengesicht“) (vgl. Sachweh 2006:215–218).

Demenz ist eine chronische oder progressive Krankheit des Gehirns, die mit der Verschlechterung mehrerer kognitiver Fähigkeiten einhergeht (vgl. WHO 2012). Man

unterscheidet zwei Haupttypen dieser Erkrankung, und zwar: Alzheimer-Demenz, die durch allmählichen Abbau von Nervenzellen und -aktivität charakterisiert wird, sowie vaskuläre oder Multiinfarktdemenz. Der zweite Typus wird von mehreren kaum bemerkbaren Schlaganfällen verursacht und führt zum Absterben der dadurch unterversorgten Bereiche im Gehirn. An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch andere sowie Mischformen dieser Erkrankungen auftreten können (vgl. Sachweh 2006:262; vgl. dazu Orange 2009:94; Schecker 2003:281). Zu den auffälligsten Symptomen der demenziellen Erkrankungen gehören u. a. Gedächtnisprobleme und Orientierungsschwierigkeiten, wobei die Gedächtnisschwäche vor allem den Abbau des Kurzzeitgedächtnisses betrifft. Die Erkrankten vergessen gerade verrichtete Tätigkeiten, können Informationen nicht bearbeiten bzw. abrufen sowie sich nicht an Namen erinnern (vgl. Sachweh 2006:262–267; vgl. dazu Schecker 2003:282). In Bezug auf die Sprachverarbeitung und das Kommunikationsverhalten werden ähnlich wie bei Parkinson bei den Betroffenen Wortfindungsstörungen beobachtet. Jedoch kommen im Gegensatz zu Parkinson-Patienten sowie gesunden älteren Menschen die an Alzheimer-Demenz leidenden Patienten in den schon erwähnten Benennexperimenten und beim Assoziationstest nicht auf das gewünschte Wort, auch wenn ihnen semantische Hilfestellungen gegeben werden, worauf mehrere Autoren hinwiesen, u. a. Schecker (2003:284) und Clark-Cotton et al. (2007:2). Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium nimmt zudem das Fehlerbewusstsein ab. Bei den Patienten wird ein Abbau der grundlegenden Aspekte der Grammatik und Syntax beobachtet (vgl. Orange 2009:95). Die Betroffenen sind nicht mehr imstande, Verben korrekt zu bilden, wählen falsche Verbformen oder verwenden Adjektive statt Substantiven (vgl. Sachweh 2006:264–267). Infolgedessen lässt bei den Erkrankten in fortgeschrittenen Krankheitsstadien die Fähigkeit nach, verbal zu kommunizieren. Die Betroffenen fangen zudem an, Wörter sowie ganze Äußerungen von anderen zu wiederholen, oder sie erzeugen bedeutungslose Wortketten (vgl. Sachweh 2006:264–267). Auch das Verständnis der gesprochenen Sprache lässt allmählich nach, so dass die Erkrankten mit fortgeschrittenem Krankheitsbild nicht mehr imstande sind, auch einfache Sätze zu verstehen. In dieser Phase reagieren die an Demenz leidenden Menschen zudem nicht mehr auf den semantischen Inhalt der Nachricht, sondern auf die prosodischen Merkmale wie z. B. Sprechgeschwindigkeit und Lautstärke (vgl. Kemper 1991 zit. nach Orange 2009:95). In der Kommunikation mit Demenzkranken nehmen aber neben paraverbalen auch nonverbale Aspekte an Bedeutung zu. Die an Demenz leidenden Pflegebedürftigen können nonverbale Signale sehr gut deuten, sind aber nicht imstande, solche selber zu senden und durch Mimik

ihre Gefühle auszudrücken, was es erheblich erschwert, ihre Emotionen zu erkennen (vgl. Sachweh 2006:262–267).

Auch Aphasien gehören zu den Erkrankungen, die auf die Kommunikationsfähigkeit der älteren Menschen einen Einfluss ausüben können. Ähnlich wie an Demenz leidende Menschen haben aphasische Patienten Schwierigkeiten, Sprache richtig zu erzeugen und wahrzunehmen, allerdings bei normaler nonverbaler Intelligenz im Unterschied zu den oben angeführten Krankheitsbildern. Diese Störungen entstehen durch eine Schädigung der sprachdominanten Hemisphäre des Gehirns und können durch Schlaganfälle, Tumore, Unfälle sowie Operationen verursacht werden. Man unterscheidet verschiedene Formen und Klassifikationen der Aphasie, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen wird. Im Allgemeinen lässt sich festhalten, dass diese Erkrankung im ungünstigsten Fall den gesamten Bereich der Sprache betrifft. Die Aphasien können, je nach Ausmaß der Gehirnläsion und ihrer Lokalisation, alle Fähigkeiten der sprachlichen Realisierung, d. h. z. B. bei der globalen Aphasie Sprechen, Verstehen, Lesen und Schreiben, stark beeinträchtigen oder aber einige Sprachmodalitäten mehr als die anderen betreffen (vgl. Lutz, L. 2010:34; vgl. dazu Sachweh 2006:229–230; Orange 2009:89).

4. Kommunikation in der Altenpflege

Die Tatsache, dass die Kommunikation einen zentralen Bestandteil der Pflege darstellt, wird in vielen Beiträgen betont und diskutiert, u. a. von Caris-Verhallen et al. (1997), Abt-Zegelin (1997), Abt-Zegelin/Schnell (2005), Abt-Zegelin/Schnell (2006), Bartholomeyczik (2005), Fiehler/Thimm (2003), Elzer/Sciborski (2007), Haider (2010). Dementsprechend wird Pflege als *Sprachberuf* bezeichnet, der „neben einer umfassenden Fachkompetenz auch ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz im Umgang mit PatientInnen, KlientInnen, aber auch KollegInnen im intra-und interdisziplinären Diskurs forder[t]“ (Haider 2010:8; vgl. dazu Meixner/Schüßler 2011:26; Herzig-Walch 2009:79). Heutzutage wird unter Pflege „weit mehr als die Arbeit mit medizinischen oder pflegerischen Gegenständen und menschlichen Körpern [verstanden]: Einen wesentlichen Anteil der Arbeit macht die Kommunikation mit den Pflegebedürftigen aus.“ (Sachweh 2006:36; vgl. dazu Seger 1997:57).

Das Spektrum der Interaktionen in der Pflege ist sehr vielfältig und umfasst alle Bereiche der Pflegehandlung (vgl. Abt-Zegelin 2009:1) wie Ankündigung und sprachliche Begleitung der pflegerischen bzw. hygienischen Tätigkeiten, Anleitung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen sowie den Austausch mit medizinischem und pflegerischem Personal. Herzig-Walch (2009:154) fasst zusammen, dass „[a]lle pflegerische Arbeit, auch dann, wenn pflegetechnische Verrichtungen im Vordergrund stehen, [...] an eine bestimmte Person gerichtet [ist] und [...] somit auch eine Art von Kommunikation dar[stellt]“. Neben der verbalen ist auch die nonverbale Kommunikation essenziell für das pflegerische Handeln (vgl. Sciborski 2007:19). Wie bereits erwähnt, gehören zu den zentralen Pflegemodellen Alteneinrichtungen und häusliche Betreuung. Diese beiden Modelle sowie die Eigenschaften der Kommunikation in der Altenpflege werden im Folgenden vorgestellt.

4.1 Kommunikation im Altenheim

Die Altenpflege in einer Alteneinrichtung wird von vielen Menschen als ein mit vielen negativen Emotionen beladenes und sehr schwieriges Thema empfunden. Die zahlreichen Berichte aus der Medienlandschaft zu dieser Problematik weisen darauf hin, wie

stark diese im Bewusstsein der Menschen verankert ist. Um die Kommunikation zwischen den Pflegebedürftigen und ihren Pflegekräften nachvollziehen zu können, werden im Folgenden die Rahmenbedingungen kurz vorgestellt. Anschließend wird auf die wichtigsten Merkmale der Kommunikation im Altenheim eingegangen.

4.1.1 Der situative Kontext der Kommunikation im Altenheim

Der Umzug in ein Altenheim bringt für ältere Menschen eine deutliche Veränderung ihrer bisherigen Lebensumstände mit sich und ist nicht selten mit negativen Emotionen sowie seelischer Belastung, Ohnmachtsgefühlen sowie Frustration verbunden (vgl. Sachweh 2000:18–21; vgl. dazu Fricke 2006:61).

Die Bewohner einer Alteneinrichtung werden mit dem Verlust ihrer sozialen Rollen sowie ihrer Autonomie konfrontiert, was sich u. a. in der Unmöglichkeit der Bestimmung über eigenes Leben im Rahmen gesetzlicher und sozialer Regeln artikuliert. Die starke Anpassung an die in einem Heim geltenden Regeln, wie z. B. an einen festen Tagesplan, zwingt die älteren Menschen, ihre persönlichen Gewohnheiten aufzugeben. Des Weiteren führt die Übersiedlung in eine Alteneinrichtung dazu, dass die Privatsphäre deutlich eingeschränkt, das bisherige eigenständige Leben aufgegeben und damit auf soziale Kontakte,³ das vertraute Umfeld sowie persönliche Gegenstände verzichtet wird (vgl. Fricke 2006:61–64; vgl. dazu Sachweh 2000:18–21; Elzer/Sciborski 2007:221). Die Heimbewohner leben mit Menschen, die sie nicht kennen und möglicherweise nicht leiden können, was ein Potenzial für Konflikte darstellt (vgl. Fricke 2006:64). Hinzu kommt noch die Tatsache, dass ein Altenheim von den Menschen oft als *letzte Station im Leben* empfunden wird, was die psychische Verfassung beeinträchtigen sowie den Gesundheitszustand der älteren Menschen verschlechtern kann. Diese negativen Folgen wie z. B. psychosozialer Stress oder akute Verwirrtheitsstörungen (vgl. Wirsing 1987; vgl. dazu Krebs-Roubicek 1990 zit. nach Fricke 2006:63) können besonders bei einer unerwarteten Übersiedlung in eine Alteneinrichtung sichtbar werden.

Der institutionelle Charakter des Altenheims und der Personalmangel lassen die Förderung des Menschen als Individuum sowie seiner Selbstständigkeit nicht zu bzw. verhindern sie (vgl. Sachweh 2000:20), was u. a. dazu führen kann, dass die Heimbewohner

³ Vgl. dazu Gesprächskonstellationen im Alter (Fiehler 1997:80).

zunehmend passiv werden sowie ihre intellektuellen Fähigkeiten stagnieren oder abgebaut werden. Der Mensch wird nicht selten zu „einem passivierten Dienstleistungsobjekt“ (Sachweh 2000:18), „auf seine Pflegebedürftigkeit reduziert und auf die Rolle des hilflosen Kranken festgelegt“, wie Sachweh (2000:19) anführt.

Dieses Verhalten der Pflegenden kann aber auch darauf zurückgeführt werden, dass Altersstereotype wirksam sind (vgl. Fiehler 1997:85). Diese klischeehaften Vorstellungen können sich darin widerspiegeln, dass alte Menschen infantilisiert werden, ihren Fähigkeiten nicht getraut wird, ihre Selbstständigkeit nicht ausreichend gefördert wird und man in „patronizing communication“ verfällt (Ryan et al. 1995:145–147; vgl. dazu Thimm et al. 1998:68–69), d. h. zu vereinfachten Äußerungen, *Baby Talk (BT)* sowie lautem Reden neigt (vgl. Sachweh 1997:95–96; vgl. dazu Sachweh 2000:19–20; Sachweh 2003:143–161). Das Stereotyp vom Alter als der *zweiten Kindheit* kann aber auch von den Pflegebedürftigen selber verstärkt werden (vgl. Fricke 2006:64). Die soziale Isolation der Heimbewohner führt dazu, dass sie auf der emotionalen Ebene immer stärker vom Pflegepersonal abhängig sind sowie ein Bedürfnis nach einer Bezugsperson zeigen. In vielen Fällen ersetzt das Gespräch mit der Pflegekraft die Kontakte aus dem familiären Kreis sowie dem sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen. Aus diesem Grund suchen die Patienten in ihren Pflegekräften nicht selten nach einem Familienersatz. Sie streben nach Aufmerksamkeit und Zuwendung vom Pflegepersonal und können selbst kindliches Verhalten reproduzieren (vgl. Sachweh 2000:21; vgl. dazu Fricke 2006:65). Dieses kann aber auf der anderen Seite durch die Verwendung von *Baby Talk* verursacht werden (vgl. Ryan et al. 1995:146; vgl. dazu Elzer/Sciborski 2007:227). Die oben genannten Rahmenbedingungen prägen die Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Pflegebedürftigen.

4.1.2 Merkmale der Kommunikation im Altenheim

Neben den bereits beschriebenen Hindernissen in der Kommunikation, die aus dem normal verlaufenden Alterungsprozess (z. B. Hörproblemen) sowie altersbedingten Erkrankungen resultieren, sind die Heimbewohner mit sozialer Isolation konfrontiert. Ein weiteres Hindernis stellt die Tatsache dar, dass die Kommunikation in einer Alteneinrichtung in einem institutionellen Rahmen stattfindet (vgl. Sachweh 2000:47–48). Fiehler (1997:77) führt an, dass die Interaktionen im Altenheim durch einen institutionellen, professionellen

sowie intergenerationellen Charakter determiniert sind. Infolgedessen sind nicht nur die täglichen Aktivitäten, sondern auch die Kommunikation durch bestimmte Regeln, Konventionen sowie eine übliche Thematik geprägt (vgl. dazu Sachweh 2000:49). Die beiden Seiten unterliegen somit zumindest partiell bestimmten Schemata der Interaktion, die institutionenspezifisch sind. Aufgrund der festen Arbeitsroutinen im Altenheim sind auch die Kommunikationsabläufe z. T. repetitiv und festgelegt. Obwohl keine vorgeschriebenen Normen bzw. kodifizierten Sprechhandlungen vorhanden sind (vgl. Sachweh 2000:42), lässt sich ein bestimmtes Kommunikationsverhalten, z. B. Höflichkeitskonventionen oder Begrüßungsrituale, wahrnehmen (vgl. Weinhold 2005:57–60). Aus den Beobachtungen von Weinhold (2005:58) geht beispielsweise hervor, dass die allgemeingültigen Höflichkeitskonventionen nicht immer vom Pflegepersonal respektiert werden, z. B. wenn die Patienten während des fachinternen Gesprächs ignoriert und von ihm ausgeschlossen werden.

Zu den wichtigsten Merkmalen der institutionellen Kommunikation gehört die komplementäre Rollenverteilung (vgl. Sachweh 2000:18). Wie Watzlawick et al. (2011:89) anmerken, basieren die komplementären Interaktionen auf einander ergänzenden Differenzen. Die Asymmetrie in der Altenpflege kommt auf vielen Ebenen zum Ausdruck: auf der physischen und psychischen Ebene, auf der Ebene des Lebensalters, auf der Sachebene sowie der institutionellen Ebene (vgl. Sachweh 2003:145; vgl. dazu Sachweh 2000:72).

Auf der physischen Ebene drücken sich die Unterschiede zwischen den Pflegekräften und ihren Patienten u. a. in den eingeschränkten Handlungs- und Sprachfähigkeiten (vgl. Sachweh 2003:145), einer Ungleichheit bezüglich der Intimität der betroffenen Seiten (vgl. Meißner 2005:48) sowie des sich verschlechternden Gesundheitszustands der Gepflegten aus. Die Diskrepanzen hinsichtlich der psychischen Ebene sind vor allem auf die aus dem Lebensalter resultierenden sehr unterschiedlichen Lebensperspektiven zurückzuführen. Die Asymmetrie wird darüber hinaus u. a. durch das Fachwissen und die Lebenserfahrung auf der Sachebene ersichtlich sowie durch das Machtgefälle auf der intentionellen Ebene verursacht (vgl. Sachweh 2000:72; vgl. dazu Sachweh 2003:145; Sachweh 2006:45).

Die Ungleichheit in der Interaktion kommt in verschiedenen Aspekten zum Ausdruck, z. B. in der Gesprächsbeteiligung. Die Art und Weise der Kommunikation zwischen den beiden Seiten ist durch die geistige Wachheit der Gepflegten determiniert (vgl. Sachweh 2000:42). Die älteren Menschen, vor allem wenn sie gesundheitlich beeinträchtigt

sind, übernehmen seltener im Gespräch die Eigeninitiative und sind eher reaktiv (vgl. Sachweh 2003:145). Die Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten der Pflegebedürftigen erfordert es, dass die Pflegekräfte die Gesprächsführung übernehmen. Die Kommunikation kann darüber hinaus einen monologischen Charakter (vgl. Sachweh 2003:148) annehmen, z. B. während der sprachlichen Begleitung der pflegerischen Tätigkeiten.

Ein weiterer asymmetrischer Aspekt in der Beziehung zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen sowie ein charakteristisches Merkmal der Kommunikation im Altenheim ist das bereits erwähnte *patronisierende Sprechen*, das als „overaccommodation in communication with older adults based on stereotyped expectations of incompetence and dependence“ definiert wird und von einer übermäßig vereinfachten Redeweise, Ignorieren sowie *Secondary Baby Talk (SBT)* gekennzeichnet ist (Ryan et al. 1995:145). Dieser Kommunikationsstil ähnelt dem Sprachregister, das Mütter in der Kommunikation mit ihren Kleinkindern verwenden, dem sogenannten *Baby Talk (BT)* (vgl. Sachweh 2000:53–54; vgl. dazu Sachweh 2003:154; Fricke 2006:55). Bestimmte Elemente des *BT* werden in der Kommunikation mit Ausländern⁴, Kranken sowie älteren Menschen eingesetzt (vgl. Sachweh 2000:145; vgl. dazu Sachweh 2003:154). Der Einsatz von *SBT* in der Altenpflege hat u. a. die Verständnissicherung, Vereinfachung der Kommunikation sowie Übermittlung einer positiven Botschaft zum Ziel (vgl. Sachweh 2003:154). Zu den prosodischen Merkmalen des *SBT* gehören u. a. die wahrnehmbare Modellierung der Stimme (wie eine deutlich höhere Tonlage bzw. schrille Stimme, eine Übertreibung des Tonhöhenverlaufs) sowie oft eine langsamere Sprechgeschwindigkeit. Die Äußerungen der Pflegekräfte zeichnen sich darüber hinaus durch geringe Komplexität, reduziertes und spezifisches Vokabular, häufige Wiederholungen, Verwendung von Diminutiva sowie der Anredeformen auf der *Du-* und *Sie-*Ebene und den sogenannten Krankenschwesternplural aus (vgl. Sachweh 2000:145; vgl. dazu Sachweh 1998:56; Sachweh 2000:53–56; Ryan et al. 1995:149–151; Meißner 2005:48; Fricke 2006:55–56).

Das *patronisierende Sprechen* sowie *SBT* resultieren in gewissem Maße aus den allgemeinen gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber den Alten und dem sogenannten *Ageism*,⁵ d. h. aus der negativen Wahrnehmung sowie sozialen Diskriminierung der älteren Menschen und des Alters (vgl. Kramer 2003:258). In diesem Zusammenhang merkt Ryan

⁴ Sachweh (2006:58) führt an: „wenn migrantische Pflegebedürftige mit mangelnden Deutschkenntnissen versorgt werden, wird nicht nur in äußerst kurzen und einfachen, sondern zuweilen auch in etwas babyhaften Äußerungen mit ihnen gesprochen.“

⁵ partiell eingedeutschte Fassung „Ageismus“ (Kramer 2003:259).

(1995:148) an, dass „[a]lthough patronizing communication often derives from well-intentioned efforts to adapt communication style to the needs of older individual (i.e., to convey caring and nurturance), it inevitably conveys a lack of respect“. Jedoch können *patronisierendes Sprechen* sowie *SBT* auch positiv von den Pflegebedürftigen wahrgenommen werden (vgl. Ezer/Sciborski 2007:227).

Obwohl die Betreuung in einem Altenheim als eine etablierte Form der Altenpflege gilt, ist dieses Pflegemodell neben der bereits beschriebenen Problematik auch mit hohen Kosten verbunden. Zusätzlich, wie Lutz/Palenga-Möllenbeck (2010b:421) anführen, ist in Deutschland „[p]lacement of elders in nursing homes [...] socially rejected by a majority of the population“. Vor diesem Hintergrund entscheiden sich viele ältere Menschen und ihre Angehörigen immer häufiger gegen den Einzug in ein Altenheim. In diesem Fall wird der Einsatz einer Betreuungskraft zu Hause in Erwägung gezogen. Die sogenannte *Rund-um-die-Uhr-Betreuung* durch eine bzw. mehrere ausgebildete heimische Pflegekräfte kommt für die Mehrheit der (deutschen) Familien aus finanziellen Gründen nicht in Frage. Aus diesem Grund greifen die meisten Haushalte auf eine Betreuungskraft aus dem Ausland zurück. Um die Bedeutung der Kommunikation zwischen polnischen Pflegehaushaltshilfen und deutschen Pflegebedürftigen sowie Angehörigen nachvollziehen zu können, wird zunächst das Modell der sogenannten *24-Stunden-Pflege* vorgestellt.

4.2 Kommunikation im häuslichen Pflegemodell

Die häusliche Pflege kommt dem Wunsch vieler betagter Menschen entgegen, möglichst lange in der vertrauten Umgebung zu bleiben und dank der Unterstützung einer Betreuungskraft ihr bisheriges Leben so weit wie möglich weiterzuführen. Auch deshalb ist die Pflege zu Hause immer mehr verbreitet. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes vom Dezember 2014 lag die Zahl der Pflegebedürftigen, die Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes erhielten, bei 2,63 Millionen. 71 % der Pflegebedürftigen, d. h. 1,86 Millionen Menschen, wurden zu Hause versorgt (vgl. Destatis 2015b; vgl. dazu Deutscher Caritasverband e.V. 2016). Dieses Betreuungsmodell ist aber auch aus Kostengründen sehr gefragt. Die Entlohnung der irregulär bzw. illegal tätigen Haushaltshilfen beträgt beispielsweise zwischen 1.000 und 2.000 Euro monatlich. Die Vergütung einer regulär beschäftigten ausländischen Betreuungskraft beläuft sich auf 1.400

bis 2.000 Euro im Monat (vgl. Neuhaus et al. 2009:19). Im Vergleich dazu kosten entsprechende Leistungen der ambulanten Pflegedienste ca. 5.000 Euro monatlich. Obwohl die Anzahl der Pflegebedürftigen ansteigt, wie Satola (2015a:12–13) bemerkt, korrespondiert dies nicht mit den sozialstaatlichen Entwicklungen im Bereich der Altenpflege (vgl. dazu Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010b:419). Die Pflegekosten können durch die Pflegeversicherung und die niedrigen Renten in der Regel nicht gedeckt werden (vgl. Satola 2015a:12). Zusätzlich hat der Pflegeberuf in Deutschland einen niedrigen sozialen Status und ist für junge Menschen nicht attraktiv. Aus diesen Gründen wird der wachsende Bedarf an Pflege- und Betreuungspersonal in Deutschland immer häufiger durch Personenbetreuerinnen, Haushaltshilfen und sogenannte 24-Stunden-BetreuerInnen aus dem Ausland gedeckt. Trotz ihrer Verbreitung bringt diese Form der Betreuung eine ganz bestimmte Problematik mit sich. Erstens sind das die Rahmen- und Arbeitsbedingungen, wie z. B. spezifische Arbeitsbelastungen der Betreuungskräfte und die enge Beziehung zwischen beiden Seiten. Zweitens sind das die Kommunikationsschwierigkeiten, die sowohl sprachlichen als auch außersprachlichen Charakter aufweisen. Im Folgenden werden die Tätigkeit der häuslichen Betreuungskräfte sowie das Live-in-Pflegemodell geschildert.

4.2.1 Haushaltspflegehilfen in der Fachliteratur

Wie bereits erwähnt, stammen die Betreuungskräfte aus dem Ausland, vor allem aus Ost- und Mitteleuropa. Die häuslichen Betreuerinnen werden vor allem aus Polen, Bulgarien, Rumänien, der Slowakei, Ungarn, Bosnien und Herzegowina sowie Kasachstan angeworben. Die Anzahl der Migrantinnen in der häuslichen Pflege wird in der Literatur auf 50.000 bis 100.000 (vgl. Neuhaus et al. 2009:9) geschätzt. Nach der im Jahr 2008 von dem Deutschen Institut für Pflegeforschung durchgeführten Studie kann man von 100.000 mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen ausgehen, deren Beschäftigung stellt also „kein Rand-Nischenphänomen“ (Neuhaus et al. 2009:9) dar. Laut dem im Jahre 2014 veröffentlichten Bericht „Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten“ wird die Zahl der Haushaltshilfen vorsichtig auf 115.000 bis 300.000 geschätzt, was „gut ein Drittel der Gesamtbeschäftigung der ambulanten Pflegekräfte“ ausmacht (Böning/Steffen 2014:6). In diesem Zusammenhang spricht Satola (2015a:3) von 150.000 bis 500.000 in Deutschland arbeitenden Care-Migrantinnen.

Einen großen Anteil davon stellen die polnischstämmigen Pflegekräfte dar. Das Statistische Bundesamt berichtete auf Grundlage des Mikrozensus von 373.000 im Jahr 2013 zugewanderten Personen mit Migrationshintergrund in Pflegeberufen (u. a. Gesundheits- und Krankenpflege sowie Altenpflege), davon 76.000 mit polnischen Wurzeln. Somit war Polen mit einem Anteil von 20 % das häufigste Herkunftsland von zugewanderten Pflegekräften (vgl. Destatis 2015a). Genauere Zahlen zu den in Deutschland arbeitenden häuslichen Betreuungskräften lassen sich jedoch nicht ermitteln, da die Arbeitsverhältnisse teilweise illegal sind.

In den Studien wird darauf aufmerksam gemacht, dass das durchschnittliche Alter der Haushaltspflegehilfen zwischen 45/50 und 60 Jahre beträgt (vgl. Schilliger 2013:150; vgl. dazu Schilliger/Medici 2012:18; Schilliger 2012a:68; Böning/Steffen 2014:10). Metz-Göckel et al. (2006:51) weisen darauf hin, dass diese Tätigkeit aber auch von jüngeren Frauen in den beginnenden Zwanzigern ausgeübt wird. In diesem Kontext deutet Satola (2015a:9–10) auf die soziokulturellen Stereotype hin, die mit dem Alter und dem Geschlecht verbunden sind und Frauen zwischen 40 und 50 Jahren betreffen. Diesen klischeehaften Vorstellungen zufolge wird den Frauen die Haus- und Pflegearbeit zugeschrieben sowie der Verzicht auf berufliche Tätigkeit zugunsten der Pflege von Familienmitgliedern impliziert. Des Weiteren wird mit den älteren polnischen Betreuerinnen die *multifunktionale Rolle* konnotiert, die sie in ihren Großfamilien in Polen übernommen haben sollen (vgl. Satola 2010:181; vgl. dazu Metz-Göckel et al. 2010:21). Satola (2010:181) bemerkt zudem, dass die langjährige Erfahrung der Frauen, die dieser Arbeitsgruppe angehören, „Grund für die große Nachfrage deutscher Haushalte nach weiblichen Arbeitskräften gerade dieser Alters-Erfahrungsgruppe“ ist. Schilliger (2012a:69–70) fasst zusammen, dass „nicht die Berufsqualifikation der Frauen gefragt [ist], sondern eine Kapazität, die ihnen «von Natur aus» qua Geschlecht zugeschrieben wird: bedürftige Menschen zu pflegen und Haushaltstätigkeiten wie Kochen, Putzen und Waschen zu verrichten“.

In der Mehrzahl verfügen die Haushaltspflegehilfen über eine in ihrer Heimat abgeschlossene Berufsausbildung. Diese Tätigkeit wird auch von Akademikerinnen aufgenommen. Zur fachlichen Vorbereitung der Betreuungskräfte muss jedoch angemerkt werden, dass eine pflegerische Fachausbildung selten vorhanden ist (vgl. Kniejska 2015:2). Anders als bei qualifizierten Pflegekräften ist die fachliche sowie sprachliche Ausbildung keine gesetzliche Voraussetzung, um eine Tätigkeit als Haushaltspflegehilfe auszuüben. Infolgedessen übernehmen die ausländischen Frauen ohne entsprechende berufliche Qualifikation die Betreuung der älteren Menschen. Vor diesem Hintergrund führt Satola

(2010:181) außerdem an, dass die Arbeitsmigrantinnen in der Regel nicht über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, um in Deutschland einer anderen Beschäftigung als der häuslichen Betreuung nachgehen zu können.

Die Haushaltspflegehilfen nehmen ihre berufliche Tätigkeit mit unterschiedlicher Motivation auf. Einige betrachten sie als eine Strategie, die es ihnen ermöglicht, das Familienbudget in der Rente aufzubessern (vgl. Müntz 2007:168) und/oder ihre Kinder sowie Eltern finanziell zu unterstützen. In diesem Fall lässt es sich bei den Migrantinnen beobachten, dass sie wenig Initiative zeigen, ihre sprachliche und berufliche Qualifikation durch Weiterbildung zu verbessern (vgl. Sobiesiak-Penszko/Segeš Frelak 2015:79). Andere Pendelmigrantinnen, die davon ausgehen, in absehbarer Zeit wieder in ihrem Herkunftsland eine berufliche Tätigkeit aufzunehmen, nehmen die Weiterbildungsmöglichkeiten gerne in Anspruch und erhoffen sich mit guten Deutschkenntnissen bessere berufliche Zukunftschancen in Polen (vgl. Metz-Göckel et al. 2006:61).

Für die Bezeichnung dieser Berufsgruppe werden unterschiedliche Termini in der wissenschaftlichen Literatur verwendet, die das umfangreiche Aufgabenspektrum, das mit dieser Tätigkeit einhergeht, widerspiegeln. Während Benennungen wie *Haushalts-Migrantinnen* bzw. *Haushaltsmigrantinnen* (vgl. Metz-Göckel et al. 2010) oder *Haushaltshilfe* (vgl. Neuhaus et al. 2009) die Aufmerksamkeit auf die haushaltsnahen Dienstleistungen, die die Frauen verrichten, lenken, stehen bei den folgenden Charakterisierungen eher personenbezogene und soziale Leistungen wie Pflege und Betreuung im Vordergrund: *Care-Migrantinnen*, *Care-Arbeiterinnen*, *Home-Care-Arbeiterinnen*, *Personenbetreuerinnen*⁶ (vgl. Middeke/Urbanik 2014), *Betreuerinnen*, *Pflegekräfte* (vgl. Satola 2015a). Diese beiden Anforderungen werden in der Beschreibung *Pflegehaushaltshilfen* (vgl. Middeke/Urbanik 2014) bzw. *Heim- bzw. Haushaltshilfen*, *Haushaltspflegehilfen* (BID:2014) genannt. Die besonderen Merkmale des häuslichen Pflegemodells kommen dagegen bei Begriffen wie *24h-Betreuerinnen* bzw. *24-Stunden-Betreuerinnen*, *live-ins* (vgl. Metz-Göckel et al. 2010; vgl. Schilliger 2013; Satola 2015a) sowie *Pendelmigrantinnen* (vgl. Schilliger/Greuter 2009; Apitzsch/Schmidbaur 2010; Schilliger 2013) zum Ausdruck.

Im medialen Diskurs sowie im kollektiven Bewusstsein werden mit den häuslichen Betreuerinnen die polnischen Frauen in Verbindung gebracht und u. a. als (*unsere*) *Polin*, *Pflege-Polin*, *polnische Perle* sowie *24-Stunden-Polin* bezeichnet. Eine nähere Beobachtung

⁶ Middeke/Urbanik (2014:97) weisen darauf hin, dass dieser Terminus vor allem in Österreich verwendet wird.

der häuslichen Pflege lässt eine „Feminisierung von Haushaltsdienstleitungen“ (Kałwa 2007:207), starke „Vergeschlechtlichung“ und „Ethnisierung“ (Schilliger/Greuter 2009:152–153; vgl. dazu Neuhaus et al. 2009:34; Neuhaus et al. 2009:62; Satola 2015a:21) erkennen. Im Folgenden wird auf die Präsenz der polnischen Betreuerinnen im medialen sowie gesellschaftlichen Diskurs näher eingegangen.

4.2.1.1 Das Bild der polnischen Betreuerin im kollektiven Bewusstsein

Die Pendelmigration⁷ der polnischen Frauen in deutsche Privathaushalte ist ein Phänomen, das sich schon in der sozialen Wirklichkeit fest etabliert hat (vgl. Metz-Göckel et al. 2010:11). Die gesellschaftliche Relevanz dieser Thematik und ihre Präsenz im Bewusstsein der Polen und Deutschen erfährt eine starke Resonanz in der Medienlandschaft.

Die in den Jahren 2009 und 2012 von dem polnischen Institut für Öffentliche Angelegenheiten durchgeführten Studien über die Darstellung der polnischen Arbeitsmigranten in der deutschen Presse führten zu dem Ergebnis, dass die polnischen Frauen vor allem mit Reinigung und Pflege in Verbindung gebracht werden (vgl. Łada 2009:187; vgl. dazu Kirszan/Szaniawska-Schwabe 2012:70). Satola (2015a:22) weist in diesem Zusammenhang auf „die Konnotation der polnischen Nationalität mit den unterbezahlten unterqualifizierten Frauenberufen“ sowie auf die kulturellen Stereotype „Polin gleich Putzfrau“ oder „Polin gleich Pflegekraft“ hin. Der Satz *Dann holen wir halt eine Polin!* wurde in Deutschland schon zu einer Floskel, setzt aber nicht unbedingt voraus, dass die Pflegekraft in der Tat aus Polen kommt. Die Bezeichnung *unsere Polin* steht oft als Synonym für die ganze Gruppe der osteuropäischen Betreuerinnen. In diesem Kontext ist es wohl nicht übertrieben zu sagen, dass die *Polinnen* die häusliche Pflege in Deutschland dominiert haben, mindestens was das Bewusstsein angeht.

Die Polinnen werden, wie oben erwähnt, vorwiegend mit illegaler Beschäftigung und mit „nicht dokumentierte[n] Beschäftigungsverhältnisse[n] von Frauen in privaten Haushalten“ (Segeš Frelak 2012:31; vgl. dazu Łada 2012:172) konnotiert. Łada (2009:173) merkt an, dass die Arbeit der polnischen häuslichen Pflegerinnen in den untersuchten

⁷ Die Arbeitsmigration der polnischen Frauen nach Deutschland hat eine lange, ca. 150-jährige Tradition und hat unterschiedliche Spuren im kollektiven Gedächtnis beider Nationen hinterlassen (vgl. Gierlak 2012:101). Die Bezeichnung „polnische Putzfrau“ z. B. gehört seit den 1980er Jahren zu „einer festen Wendung [...] und taucht in vielen Kontexten auf“ (Gierlak 2012:101).

Presseberichten oft als unentbehrlich dargestellt wird. Aus diesem Grund wird für die illegale Beschäftigung der polnischen Betreuerinnen im medialen sowie gesellschaftlichen Diskurs ein wohlwollender Bewertungsmaßstab angelegt (vgl. Łada 2009:173; vgl. dazu Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010 b:426; Satola 2015a:20) sowie für die Änderung der rechtlichen Lage plädiert (vgl. Łada 2009:181). Des Weiteren werden die psychischen Belastungen der polnischen Betreuerinnen wahrgenommen. Im Zusammenhang mit den illegal arbeitenden Polinnen wird außerdem die Angst vor Aufdeckung erwähnt. Als weitere Probleme werden die Trennung von der Familie sowie die Sehnsucht nach den Angehörigen aufgeführt (vgl. Łada 2009:190).

In der medialen Debatte wird des Weiteren darauf hingewiesen, dass die polnischen Care-Migrantinnen nicht nur wegen der niedrigen Löhne sowie ihrer *Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit*, sondern auch für ihre Art der Pflege, für „ihr Engagement und ihre menschliche Wärme“ geschätzt werden (Łada 2009:187–188; vgl. dazu Schmidt 2006:16 zit. nach Kniejska 2016:84). Loew (2006:116) merkt an, dass Werte wie „Wärme, Offenheit und Natürlichkeit“ die polnischen Pflegekräfte bei den deutschen Senioren immer beliebter machen. Polnischen Frauen werden Eigenschaften wie „tüchtig, liebevoll, billig und belastbar“ (Kniejska 2015:2) zugeschrieben und diese entsprechen den Erwartungen der deutschen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Metz-Göckel (2010:36) fasst dies folgendermaßen zusammen: „Ihre kulturelle Übereinstimmung mit den deutschen Frauen im Verständnis von Hausarbeit (Reinigen, Pflegen, Kochen, soziale Beziehungsfähigkeit) machen [sic!] die Polinnen als Arbeitnehmerinnen im Haushalt [...] attraktiv und privilegieren [sic!] sie im Vergleich zu den polnischen Männern“ (vgl. dazu Kniejska 2015:2; Kniejska 2016:18; Kałwa 2007:207–208), die vor allem mit schwerer körperlicher Arbeit bei „Baustellen- und Landwirtschaftsarbeiten, auch Aushilfe bei Gebäuderenovierungen“ (Łada 2009:186) assoziiert werden.

Auf die kulturellen Stereotype greifen auch die Betreuungsvermittlungsagenturen zurück. Die Haushaltspflegehilfen werden als *Engel aus Polen* (vgl. Schilliger/Greuter 2009:155) charakterisiert. Polnische Haushaltspflegehilfen werden nicht als „«Arbeiterin» (mit sozialen Rechten und einem gesellschaftlichen Status) dargestellt, sondern als «Haushaltshilfe» als «gutes Wesen» oder als die «Perle der Familie» bezeichnet“ (Schilliger 2012a:69; Schilliger 2013:155). Schilliger (2012a:69–70) führt an, dass

[...] nicht bloss weibliche Betreuerinnen, sondern Frauen mit einer gewissen Herkunft [gefragt sind]. Dabei bedienen sich die Agenturen ethnischer Stereotypen [sic!]: Polinnen

werden als besonders fürsorglich und warmherzig, als anspruchslos, willig und dankbar dargestellt. Es wird auch positiv erwähnt, dass Polinnen häufig praktizierende Katholikinnen seien – ein Verweis, der wohl auf Nächstenliebe und Sittlichkeit hindeuten soll (Schilliger 2012a:69–70; vgl. dazu Satola 2015a:23).

Laut Satola (2015a:3) gilt „die Bezeichnung polnische Perle [...] als Synonym für Betreuerinnen von älteren Menschen“. Im kollektiven Bewusstsein haben sich, wie schon angeführt, u. a. folgende Bezeichnungen für eine ausländische Haushaltspflegehilfe etabliert: *(unsere) Polin, polnische Betreuerin, 24-Stunden-Polin*. Aus diesen Charakterisierungen können ganz widersprüchliche Einstellungen abgelesen werden. Während der Begriff *Perle* vorwiegend anerkennende Assoziationen weckt und in der deutschen Sprache nicht selten als Äquivalent für Haushaltshilfe verwendet wird, gibt die Definition *24-Stunden-Polin* den speziellen Charakter der Tätigkeit als Betreuerin und der damit verbundenen Problematik wieder und schreibt dieser Beschäftigung eher abwertende Eigenschaften zu. Neben dem positiven Bild der polnischen Betreuerinnen weist Satola (2010:177) auf eine andere Vorstellung hin und bemerkt, dass die polnischen Haushaltspflegehilfen in Deutschland als „,nicht ausgebildete‘, billige Hilfskräfte angesehen [werden], die ihre sozusagen ‚natürlich‘ erworbenen Frauenkompetenzen in einem illegalem Arbeitsverhältnis anwenden können“. Aus ihrer Studie geht hervor, dass „,[d]ie polnischen Frauen [...] entweder als ein überprüftes Produkt dargestellt [werden] oder als eine homogene Gruppe, die keine individuellen Bedürfnisse oder Handlungsoptionen hat“ (Satola 2015a:21).

Die große Präsenz der polnischen Betreuerinnen im medialen Diskurs in Deutschland begünstigt es, dass sich diese ambivalenten Vorstellungen über häusliche Pflege und Haushaltspflegehilfen im kollektiven Bewusstsein einprägen (vgl. Satola 2015a:20). Infolgedessen kann angenommen werden, dass die Begegnung zwischen den polnischen Betreuerinnen und den deutschen Pflegebedürftigen von bestimmten Vorstellungen und Erwartungen beeinflusst wird, die auf die Kommunikation einen Einfluss ausüben können. Da auch die Rahmenbedingungen dieser Tätigkeit auf diese einwirken können, werden diese im Folgenden kurz dargestellt.

4.2.2 Rahmenbedingungen der Live-in-Betreuung

Im Rahmen des häuslichen Pflegemodells befinden sich die Care-Migrantinnen teils in legalen und teils auch in illegalen Arbeitsverhältnissen. Im Fall der undokumentierten Beschäftigung sind die Haushaltspflegehilfen nicht in die soziale und gesundheitliche Versorgung und das Steuersystem aufgenommen (vgl. Münt 2007:162; vgl. dazu Satola 2015a:18). Dieser rechtlose Status kann zu ihrer Ausbeutung beitragen (vgl. Satola 2010:181). In diesem Kontext weisen Lutz/Palenga-Möllenbeck (2010b:420) jedoch auch auf den mangelnden Schutz der deutschen Familien hin.

Die Frauen werden durch die Betreuungsvermittlungsagenturen oder private soziale Netzwerke mit anderen polnischen Pendelmigrantinnen (vgl. Münt 2007:170; vgl. dazu Satola 2015b:53) sowie über soziale Kontakte ihrer deutschen Auftraggeber vermittelt (vgl. Münt 2007:170). Die Pendelmigration der ausländischen Care-Arbeiterinnen ist auf einen bestimmten Zeitraum begrenzt und wird in regel- bzw. unregelmäßigen Abständen wiederholt. Die Haushaltsmigrantinnen arbeiten somit in einem Rotationssystem und üben ihre Tätigkeit periodisch aus, d. h., sie teilen sich die Arbeitsstellen und werden alle paar Monate von einer anderen Haushaltspflegehilfe abgelöst (vgl. Satola 2010:177; vgl. dazu Satola 2015a:19; Satola 2015b:53; Metz-Göckel 2010:27). Sie wohnen und arbeiten somit in zwei und unter Umständen sogar drei Ländern. Ihre Arbeitssituation wird aus diesem Grund als „Leben auf der Schaukel“ (vgl. Jaźwińska, Okólski zit. nach Kałwa 2010:64; vgl. dazu Sobiesiak-Penszko/Segeš Frelak 2015:79) bezeichnet. Sie leben zwischen bzw. in zwei Welten. Während sie sich allmählich immer weniger ihrem Heimatland zugehörig fühlen, bleibt der Zugang zu dem anderen Land erschwert (Sobiesiak-Penszko/Segeš Frelak 2015:79; vgl. dazu Kałwa 2010:167). Die Care-Arbeiterinnen können darüber hinaus aufgrund der Spezifika ihrer Beschäftigung weder Kontakte knüpfen noch ihr soziales Netzwerk erweitern (vgl. Münt 2007:170). In Bezug auf die Lebenssituation der häuslichen Pflegekräfte spricht man auch von der „Lebenspraxis der zwei Standbeine“ (Hess 2005 zit. nach Schilliger 2013:150). Die zyklisch ausgeführte Tätigkeit als Betreuerin im Ausland erlaubt es den Frauen, ihr Leben im Heimatland fortzuführen, auch wenn ihre finanzielle Situation schwer ist.

Die ausländischen Betreuungskräfte befinden sich im sogenannten „Live-in-Arrangement“ (vgl. Satola 2015a, b; vgl. dazu Schilliger 2013), d. h., sie leben und wohnen im Haushalt der Pflegebedürftigen, und die deutschen Klienten haben ihnen freie Kost und

Logis zu gewähren. Die Rund-um-die-Uhr-Beschäftigung in der Altenbetreuung erfordert von den Pflegehaushaltshilfen 24 Stunden pro Tag und sieben Tage pro Woche Einsatzbereitschaft (vgl. Metz-Göckel 2010:40), eine sogenannte „Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit“ (vgl. Metz-Göckel 2010:43) oder „24-Stunden-Abrufbereitschaft“ (vgl. Schilliger 2013:151). In dieser fehlenden klaren Trennung zwischen Arbeit und Freizeit liegt u. a. ein großer Nachteil des Live-in-Pflegemodells (vgl. Satola 2015b:52; vgl. dazu Satola 2015a:18), ebenso in der „Grenzenlosigkeit“ der Arbeit“ und im „Mangel an selbstbestimmter Freizeit“ (Metz-Göckel 2010:43). Die Freizeit ist dementsprechend eingeschränkt und wird nicht immer respektiert. Die sogenannten „Stand-by-Stunden“, d. h. die Zeit, in der die Betreuerin im Hause des Pflegebedürftigen anwesend ist, aber nicht arbeitet, werden normalerweise nicht vergütet (vgl. Schilliger 2013:152). Des Weiteren fehlt den Care-Migrantinnen ein geschütztes Privatraum. Trotz der (in der Regel zur Verfügung stehenden) eigenen Räumlichkeiten gelingt es den Haushaltspflegehilfen kaum, sich zu entziehen (vgl. Neuhaus et al. 2009:35), bzw. unter Umständen müssen sie verhandeln, um Freizeit und einen persönlichen Raum zugestanden zu bekommen (vgl. Metz-Göckel 2010:41).

Als „live-ins“ (Satola 2010:177) sind die Betreuerinnen diversen Belastungen ausgesetzt. Gemeint sind an dieser Stelle u. a. psychische Belastungen sowie ein gewisser Rollenkonflikt, in dem sie sich befinden. Dieser kann teilweise auf die Beziehung zwischen den polnischen Care-Migrantinnen und den betreuten Personen sowie auf die Rahmenbedingungen des Live-in-Arrangements zurückgeführt werden. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang von „quasi-familiäre[m] Arbeitsverhältnis“ (Satola 2010:189), „Quasi-Familie“ (vgl. Kałwa 2007:219) sowie „familiäre[r] Ordnung“ (vgl. Kałwa 2010:51) gesprochen, da durch den ständigen Kontakt eine gewisse Nähe und emotionale Bindung zwischen den beiden Seiten entstehen kann. Laut der im Jahr 2008 vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung durchgeführten Studie sehen 68,8 % der befragten Haushalte die Haushaltspflegekraft als Teil der Familie an und sind der Meinung, dass sie in die Familie integriert sei (vgl. Neuhaus et al. 2009:61). Je nachdem, wie intensiv die Familie im Leben des Betreuten präsent ist, übernehmen die Betreuerinnen „die soziale Rolle einer Hausfrau oder Haushälterin, vor allem wenn keine andere Frau ständig im Hause ist“ (Metz-Göckel et al. 2010:21), bzw. die Rolle von Ersatzfamilienmitgliedern (vgl. Krawietz

2010:47; vgl. dazu Neuhaus et al. 2009:83) bzw. Ersatzkindern oder Ersatzenkelkindern.⁸ Metz-Göckel (2010:51) merkt an, dass für die Haushaltspflegehilfen „[d]ie Deutung ihrer Arbeitsverhältnisse in den Kategorien von Familienmitgliedern (z. B. Oma, Opa) [...] ihre Entfremdung [neutralisiert] und [...] den Schein von Gleichheit und Selbstbestimmung [vermittelt]“. Kniejska (2016:84) stellt fest, dass solche Verbindungen auf der einen Seite aus dem Wunsch der älteren Menschen, von ihren Angehörigen betreut zu werden, resultieren. Auf der anderen Seite entwickeln sie sich auch aus dem Bedürfnis der Pflegekraft, dass ihre Arbeit anerkannt und aufgewertet wird. Kałwa (2007:219) bringt vor, dass die „Gewohnheit, die älteren Menschen Oma oder Opa zu nennen, [...] nicht nur eine Form der Identifikation dem Alter entsprechend [ist], verweist aber auch auf ein weiteres Muster, in dem der Schützling, der nicht alleine leben kann, kontrolliert wird und den Entscheidungen der um eine oder zwei Generationen jüngeren Pflegerin untergeordnet ist, die ihre Bestimmungen direkt mit ihrem Arbeitgeber bespricht“ (Kałwa 2007:219). Die beiden Charakterisierungen *Oma/Opa* können aber auch als eine pejorative Anrede verstanden werden, die Mangel an Respekt gegenüber der betreuten Person aufzeigt.

Diese pseudofamiliären Strukturen können die Arbeit einerseits erleichtern, sich jedoch auch schnell in ein „Aufzwingen“ verwandeln. Denn nicht selten fühlen sich die Pflegekräfte aus Angst um ihren Arbeitsplatz verpflichtet, „in dieser aufgezwungenen quasi-familiären Interaktionsstruktur mitzuspielen“ (Satola 2015a:191), auch wenn das Spektrum ihrer Aufgaben von dem deutschen Auftraggeber erweitert wird. Die Betreuerinnen werden sich der fehlenden Authentizität und „des illusorischen und konventionellen Charakters der ‚familiären‘ - Ordnung am Arbeitsplatz“ erst dann bewusst, wenn gegen festgelegte Regeln, die beispielsweise die Freizeit betreffen, verstoßen wird (Metz-Göckel 2010:51).

Nach dieser kurzen Darstellung der Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege und diese Berufsgruppe soll jetzt auf den Aspekt der Kommunikation zwischen den betroffenen Seiten eingegangen werden.

⁸ Mehr zu den Verhältnissen zwischen den deutschen Auftraggebern und den ausländischen Betreuerinnen vgl. Neuhaus et al. (2009:82–83) sowie Metz-Göckel et al. (2006:60).

4.2.3 Kommunikative Kompetenz im häuslichen Pflegemodell

Die kommunikative Kompetenz in der Pflege ist notwendig, um in verschiedenen Situationen Kommunikation zu ermöglichen, und setzt u. a. „den Umgang mit Distanz und Nähe, Grenz- und Krisensituationen sowie Konflikten, Umgang mit anderen Berufsgruppen“ voraus (Kerres/Falk 1996:15 zit. nach Herzig-Walch 2009:154). Im Kontext der häuslichen Altenbetreuung, die einen sehr engen und intensiven Kontakt zwischen den Pflegenden und Gepflegten sowie ihrer Familie voraussetzt (vgl. dazu Middeke/Urbanik 2014:100), gewinnt die kommunikative Kompetenz aber noch mehr an Bedeutung. Das 24-Stunden-Betreuungsmodell ist ohne gelungene Kommunikation, und zwar auf verschiedenen Ebenen, schwer vorstellbar. Die Live-in-Betreuung verlangt von den Haushaltspflegehilfen vielseitige Qualifikationen. Die Betreuungskräfte „müssen über hohe kommunikative, soziale, emotionale und interkulturelle Kompetenzen verfügen und in der komplexen Rollenkonstellation zwischen betreuter Person und ihren Angehörigen auf der einen Seite und den verschiedenen Behörden und Institutionen, die im Alltag – im eigenen wie in dem der betreuten Person – relevant sind, sich behaupten können“ (Middeke/Urbanik 2014:98).

Viele dieser Aspekte bezieht das Modell der kommunikativen Kompetenz nach Canale/Swain (1980), Canale (1983) ein. Dieses besteht, wie oben beschrieben, aus grammatischer, soziolinguistischer und strategischer Kompetenz sowie aus Diskurskompetenz. Die grammatische Kompetenz (Lexik, Morphologie, Syntax, Semantik und Phonologie) und Diskurskompetenz ermöglichen es den Betreuerinnen, die Äußerungen der Interaktionspartner wortwörtlich zu verstehen sowie selber bestimmte Inhalte zu produzieren. Die soziolinguistische Kompetenz erlaubt es ihnen, in verschiedenen kommunikativen Situationen in unterschiedlichen Gesprächskonstellationen adäquat zu kommunizieren. Diese Kompetenz setzt ein bestimmtes Bewusstsein für sprachliche Konventionen voraus. Eine besondere Dimension in der kommunikativen Kompetenz nach Canale/Swain (1980) und Canale (1983) stellt die strategische Kompetenz dar. Mit ihrer Hilfe können Unzulänglichkeiten bei den sprachlichen Mitteln sowie das mangelnde Wissen über soziokulturelle Konventionen kompensiert werden (vgl. Canale/Swain 1980:39; vgl. dazu Seretny 2011:27). Diese Mängel können sowohl durch sprachliche auch durch außersprachliche Ausdrucksformen aufgehoben werden. Das ganze Verhalten der Betreuerinnen übt einen Einfluss auf die Kommunikation aus. Die nonverbale

Kommunikation, die beim Aufbau der emotionalen Beziehung besonders behilflich ist, spielt hier immer eine wichtige Rolle. In bestimmten Situationen aber, z. B. wenn die betreute Person nicht mehr imstande ist zu sprechen oder die Sprache zu verstehen, ist die nonverbale Dimension der Kommunikation die einzige Möglichkeit, Kontakt mit dem Pflegebedürftigen aufzunehmen und sich zu verständigen. Dokumentarfilme, die diese Problematik schildern, zeigen, dass die Pflegehaushaltshilfen nonverbale Zeichen sprachbegleitend einsetzen oder versuchen ihre sprachlichen Mängel auf diese Art und Weise auszubalancieren. So unterstützen sie ihre Äußerungen durch Mimik und Gestik wie durch Körperkontakt. Sie halten den Pflegebedürftigen die Hände, umarmen sie, streichen ihnen übers Gesicht und übers Haar. Das richtige Ablesen der Bedürfnisse der Schützlinge sowie das angemessene Kommunizieren eigener Erwartungen spielt vor allem dann eine Rolle, wenn Hindernisse im Kommunikationsprozess bei beiden Interaktionsseiten auftreten. Der Sender und der Empfänger einer Nachricht können dabei verschiedene Schwierigkeiten haben. Solche Störungen können, wie bereits angeführt, auf altersbedingte Einschränkungen zurückgeführt werden, die für die Betreuten in der Kommunikation eine Rolle spielen, auf den mangelnden Sprachkenntnissen der Betreuerinnen basieren sowie einen interkulturellen Hintergrund haben und sich in klischeehaften Erwartungen bzw. einer falschen Interpretation von Äußerungen der betroffenen Seiten ausdrücken. Schulz von Thuns (2016) Beschreibungen können die qualitative Seite dieser Kommunikationshindernisse teilweise erklären.

Es lässt sich annehmen, dass in der Rund-um-die-Uhr-Betreuung den verschiedenen Komponenten der kommunikativen Kompetenz unterschiedliches Gewicht in verschiedenen Situationen zugeschrieben werden kann. Eines der Ziele dieser Arbeit ist es, die kommunikativen Situationen herauszufinden, in denen die Kommunikation Schwierigkeiten bereitet, und zu analysieren, welche Komponenten der kommunikativen Kompetenz bei den entsprechenden kommunikativen Anforderungen von Bedeutung sind.

4.2.3.1 Die Rolle der kommunikativen Kompetenz aus der Perspektive der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen

Wenn man die Sicht der alten Menschen und ihrer Familien in Betracht ziehen will, muss man die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeit der Helfenden lenken, sich verständlich zu machen, um die verbalen und nonverbalen Signale der Pflegebedürftigen zu verstehen. Aus

den Untersuchungen von Metz-Göckel et al. (2006:61) geht hervor, dass die „gelingende Kommunikation mit den Auftraggeberinnen ein zentrales Moment für gute Beziehungen ist“. Gute Sprachkenntnisse können Kontakte und Kommunikation ermöglichen sowie Wohlbefinden auslösen (vgl. Metz-Göckel et al. 2006:61). Wenn die Pflegekräfte die deutsche Sprache beherrschen, kann dies das Risiko von Missverständnissen verringern und somit möglicherweise dazu führen, dass seltener Konfliktsituationen entstehen sowie bereits entstandene Auseinandersetzungen leichter behoben werden können, worauf Sachweh (2006:56–57) im Kontext der Kommunikation im Altenheim hinweist.

Neuhaus et al. (2009:59) führen an, dass aufgrund des engen Kontakts zwischen den ausländischen Betreuerinnen und den von ihnen gepflegten Personen und Angehörigen der Sprache eine entscheidende Rolle zugeschrieben wird. Die besonderen Merkmale des 24-Stunden-Pflegemodells, wie z. B. die Arbeitsbedingungen, mögliche Kommunikationssituationen sowie Interaktionspartner, führen dazu, dass die kommunikativen Anforderungen an Haushaltspflegehilfen sehr hoch sind (vgl. Metz-Göckel 2010:51; vgl. dazu Neuhaus et al. 2009:63). Die Frage, inwiefern die Betreuerinnen die deutsche Sprache beherrschen sollten, um diesen gerecht zu werden, lässt sich jedoch nicht eindeutig beantworten. Es lassen sich unterschiedliche Einstellungen zu der fachlichen und sprachlichen Vorbereitung der Haushaltspflegehilfen beobachten.

Laut der durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung durchgeführten Studie⁹ haben die befragten Haushalte die Sprachkenntnisse von jeder zweiten Haushaltspflegehilfe als *gut bis fließend* eingestuft. Die Befragten erklären, dass jede elfte Haushaltshilfe über nicht ausreichende Kenntnisse des Deutschen verfügt. Dementsprechend merken die Autoren an, dass „nicht zwingend von Kommunikationsschwierigkeiten ausgegangen werden“ kann (Neuhaus et al. 2009:63). In anderen Quellen werden die Sprachkenntnisse der ausländischen Haushaltspflegehilfen „zwar als schwach bezeichnet, Probleme mit der Kommunikation stören aber die ArbeitgeberInnen nicht grundsätzlich. Wichtiger sind für sie Charakterzüge wie Wirtschaftlichkeit, Reinlichkeit, Verantwortung und Sorgsamkeit“ (Mollenkopf et al. 2010:40, Kondratowitz 2005:419 zit. nach Kniejska 2016:84). Es ist zu vermuten, dass die subjektiven Einstellungen sowie Erwartungen der deutschen Pflegebedürftigen und ihrer

⁹ In der Studie wurde eine standardisierte schriftliche Umfrage unter 154 deutschen Familien durchgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass 19 Haushalte zwei Angaben zu der Einstufung der Sprachkenntnisse der Haushaltshilfen machten. Dies ist in der Tatsache begründet, dass die häuslichen Betreuerinnen in einem Rotationssystem arbeiten (vgl. Neuhaus et al. 2009:63).

Familien, u. a. der Wille zur Kommunikation und gemeinsamen Verständigung, einen Einfluss darauf haben, wie die Sprachkenntnisse der ausländischen Betreuungskräfte eingeschätzt werden.¹⁰

Aus einigen Untersuchungen geht hervor, dass andere Faktoren für wichtiger als die Beherrschung der Sprache gehalten werden. So antworteten in der Studie von Neuhaus et al. (2009:62) 37 % der Befragten mit *voll zutreffend*, als sie gefragt wurden, ob die Haushaltshilfe über fachliche Kenntnisse aus dem pflegerischen Bereich verfügen solle, und bei weiteren 24,7 %, die sich für die Antwortmodalität *eher zutreffend* entschieden, spielte dieser Faktor ebenfalls bei der Einstellung eine Rolle. Aus der Studie geht jedoch hervor, dass ähnlich viele befragte Haushalte (38,3 %) der Meinung sind, dass das Einfühlungsvermögen der Haushaltspflegekraft wichtiger als ihre Qualifikation sei (vgl. Neuhaus et al. 2009:61).

Die Studie von Neuhaus et al. (2009) zeigt außerdem, dass die vermittelnden Agenturen unterschiedliche Positionen zu der Pflegeübernahme sowie der Kommunikation der ausländischen Betreuerinnen mit den Demenzzkranken einnehmen. So vertreten einige Anbieter den Standpunkt, dass die Betreuung einer dementen Person für die ausländischen Haushaltshilfen zu belastend ist, da diese sich womöglich aggressiv verhält, zu viel Verantwortung übernommen werden muss und es Verständigungsprobleme geben kann. Andere sind dagegen der Meinung, dass der Einsatz der ausländischen Care-Arbeiterinnen auch „ohne perfekte sprachliche Verständigung“ möglich ist. Dies wird damit untermauert, dass nonverbale Kommunikation sowie Empathie hierbei eine wichtige Rolle spielen (vgl. Neuhaus et al. 2009:84). Aus der Untersuchung lässt sich dementsprechend schließen, dass

[...] das Sprachvermögen der Arbeitskraft nicht bei allen potenziellen Arbeitgebern im Vordergrund [steht]. Vielmehr scheint die Erfahrung dahingehend zu sein, dass, solange die „*Chemie*“ zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer stimmt, die sprachlichen Hürden (gemeinsam) überwunden werden können. Im Einzelfall sind Arbeitgeber auch bereit, mögliche Kosten für einen Deutschkurs nach Aufnahme der Tätigkeit zu übernehmen (Neuhaus et al. 2009:88).

¹⁰ Zur Kommunikation zwischen deutschen Patienten und ihren ausländischen Pflegekräften im Altenheim bemerkt Sachweh (2006: 54–59), dass kleinere grammatische wie z. B. „Die *andere* Leute warten auf Sie“ bzw. „Ham Sie immer so früh aufgestanden?“ sowie lexikalische Unzulänglichkeiten, z. B. „*Haben Sie Beinenschmerzen?*“ oder *gefleckt* statt *befleckt* oder *fleckig*, und schließlich Wortstellungsfehler von den Heimbewohnern oft übersehen werden. Es kommt aber vor, dass „die Tücken der deutschen Sprache gar einen für beide Seiten willkommenen Gesprächsanlass dar[stellen]“.

Dies deutet darauf hin, dass die Rolle, die Sprachkenntnisse in der häuslichen Pflege spielen, anerkannt wird, auch wenn sie von einem Teil der Auftraggeber nicht als der wichtigste Faktor betrachtet werden. Neuhaus et al. (2009:59) bemerken, dass ausgebildete und gut Deutsch sprechende Haushaltshilfen im Vergleich zu Betreuerinnen ohne berufliche und sprachliche Vorbereitung teurer sind. Die Sprachkenntnisse stellen demzufolge bei der Einstellung der Haushaltshilfen ein Kriterium dar, was wiederum zur Zufriedenheit der deutschen Kunden führen soll: „Die Sprachfähigkeit scheint ein Qualifikationsindikator zu sein, der schon bei den Agenturen zu einer ‚Filterung‘ geeigneter Personen führt und in den Nutzerhaushalten nicht mehr zu ernsthaften Problemen führt.“ (vgl. Neuhaus et al. 2009:63). Dies könnte man u. a. darauf zurückführen, dass die deutschen Kunden bei den polnischen Betreuungskräften gute Deutschkenntnisse erwarten, sowie auf die Entwicklung des Betreuungsvermittlungsmarktes. Als einer der Gründe, warum polnische Haushaltspflegehilfen bei den deutschen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen beliebt sind, werden in der Literatur die guten Deutschkenntnisse der Betreuerinnen angegeben (vgl. Neuhaus et al. 2009:84). Die Vermittlungsagenturen kommen den Wünschen der deutschen Klienten entgegen und betrachten es als eine Vermarktungsstrategie, mit den *ausgezeichneten Deutschkenntnissen* der vermittelten Pflegehaushaltshilfen zu werben. Infolgedessen werden immer mehr kostenlose Deutschkurse angeboten sowie (online) Lehrmaterialien zur Verfügung gestellt. Erwähnenswert ist darüber hinaus die Tatsache, dass des Öfteren die Preise je nach Deutschkenntnissen und Erfahrungen der vermittelten Betreuungskraft abgestuft werden (vgl. Schilliger 2013:155; vgl. dazu Neuhaus et al. 2009:59; Neuhaus et al. 2009:84). Die Sprachkenntnisse wirken sich demzufolge direkt auf das Gehalt der polnischen Betreuerinnen aus.

Aus meiner Beobachtung geht hervor, dass die unterschiedlichen sprachlichen Anforderungen an die polnischen Betreuerinnen mit den individuellen Bedürfnissen der Betreuten und deren allgemeinem Gesundheitszustand verbunden sein können. Alte Menschen, die in guter psychischer Verfassung sind, legen mehr Gewicht auf die kommunikative Kompetenz der Haushaltspflegehilfe. In diesem Zusammenhang führen Neuhaus et al. (2009:84) an, dass die Haushaltspflegehilfen nicht selten die einzigen Ansprechpartner für die Pflegebedürftigen sowie ihre Familie darstellen und „[...] dementsprechend gut bis fließend Deutsch sprechen können [sollen]. In Fällen, in denen die unterstützungsbedürftige Person noch sehr mobil ist, wird auch explizit nach Begleitung zu kulturellen oder anderen Veranstaltungen (Reisen etc.) gefragt.“ So kann abschließend

festgehalten werden, dass die deutschen Klienten der kommunikativen Kompetenz der ausländischen Betreuerinnen unterschiedliche Bedeutung beimessen. Im Folgenden wird auf die Perspektive der polnischen Haushaltspflegehilfen eingegangen.

4.2.3.2 Die Bedeutung der kommunikativen Kompetenz aus der Sicht der polnischen Betreuerinnen

Die kommunikativen Kompetenzen der Haushaltspflegehilfen sind in vielen Kontexten im pflegerischen Alltag nicht zu unterschätzen, und zwar aus der Perspektive der Pflegebedürftigen wie auch ihrer eigenen. Metz-Göckel (2010:51) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Vielzahl der Anforderungen in der häuslichen Pflege sowie die Schwierigkeiten, diese ohne Sprachbeherrschung zu bewältigen. Aus meinen Beobachtungen resultiert, dass die polnischen Betreuerinnen ihre Sprachkenntnisse oft zu hoch einschätzen. Erst an der Arbeitsstelle werden sie mit ihren sprachlichen Mängeln konfrontiert.

Die kommunikative Kompetenz der Betreuerinnen ist nicht nur für den Umgang mit den Pflegebedürftigen, d. h. für die Qualität der Betreuung, ausschlaggebend, sondern auch für die psychische Ausgeglichenheit und das Wohlbefinden der Betreuerinnen. Aus dem Beitrag von Krawietz (2009) geht hervor, dass diese es als belastend empfinden, alleine die Verantwortung für die Pflegebedürftigen zu übernehmen. Nicht selten haben sie niemanden, mit dem sie sich austauschen können, was wiederum auf ihre mangelnden Sprachkenntnisse zurückgeführt werden kann. Die kommunikativen Kompetenzen der Betreuerinnen bzw. die Bewältigung des beruflichen Alltags können sich somit auf ihren Gemütszustand sowie möglicherweise auf die Qualität der Pflege auswirken. Laut der Studie von Satola (2015a:189) führen die Betreuerinnen beispielsweise das „Gefühl der Enge, Einsamkeit und Wut“ auf den „eingeschränkte[n] Interaktionsrahmen, Isolation und Kommunikationslosigkeit in der Live-in-Situation“ zurück. Die Autorin weist des Weiteren darauf hin, dass „[d]ie dominierenden Leidensprozesse des ‚dirty work‘ [...] durch mehrfach handlungseinschränkende Interaktionsstrukturen [entstehen], so dass die Protagonistinnen ihr Handlungsschema der Pflegebeziehung nicht eigenständig umsetzen können“ (Satola 2015a:198; vgl. dazu Krawietz 2009), was u. a. auf ihre nicht ausreichende kommunikative Kompetenz zurückgeführt werden könnte. Denn diese kann ihre Mitteilungsfähigkeit deutlich einschränken bzw. die Situation zusätzlich erschweren, wenn sie mit dem familiären

Umfeld der Betreuten in Kontakt treten (vgl. Satola 2015a:199). Satola (2015a:198) deutet an, dass solche Situationen „auf die Identität der Pflegekräfte vernichtend [wirken]. Die daraus folgenden Erfahrungen wirken verletzend und werden als Fremdbestimmung, fehlende Anerkennung, Erniedrigung, Degradierung, Desavouierung erlebt“. Des Weiteren geht aus der Studie von Satola (2015a:185) hervor, dass der fremdkulturelle und fremdsprachige Kontext die biografische Verletzlichkeit noch verstärken kann. In diesem Zusammenhang spricht die Autorin von der „Kommunikationslosigkeit“ (Satola 2010:191) der Betreuerinnen:

Die unzureichenden Deutschkenntnisse verstärken die biographische Verwundbarkeit und somit die Erfahrung der Desorientierung: Die alltägliche Kommunikation ist eingeschränkt, z. B. beim Einkaufen, aber auch in der Auseinandersetzung mit den KlientInnen. Die Schwierigkeit der verbalen Ausdrucksfähigkeit intensiviert das Gefühl der Ohnmacht und erschwert spontane Reaktionen, Aushandlungsprozesse und das Formulieren eigener Anliegen. Eine gleichberechtigte Partizipation ist schon allein aufgrund mangelnder Sprachkenntnisse nicht möglich. Im Pflegekontext umfasst dies weiterhin das Fremdverstehen einer Person mit ihren Bedürfnissen, deren Sprache zumeist nicht ausreichend beherrscht wird. Die Kommunikationsbarriere besteht dabei auf beiden Seiten. (Satola 2015a:187; vgl. dazu Satola 2015b:55)

In der Literatur wird darüber hinaus darauf hingewiesen, dass das Empfinden der Deprivation sich bei den Haushaltspflegehilfen noch mehr verstärken kann, wenn sie eine gute Ausbildung abgeschlossen haben und eine höhere berufliche Stellung im Heimatland hatten (vgl. Neuhaus et al. 2009:35). Die kommunikativen Situationen in diesem Berufsfeld sind wie bereits erwähnt vielfältig und erfordern hohe fachliche und kommunikative Kompetenz. Im Folgenden werden die kommunikativen Anforderungen an die häuslichen Haushaltspflegehilfen dargestellt.

4.2.4 Kommunikative Anforderungen an Haushaltspflegehilfen

Alles, was zwischen den Pflegekräften und den Pflegebedürftigen sowohl verbal als auch nonverbal passiert, kann als eine Form der Kommunikation bezeichnet werden (vgl. Herzig-Walch 2009:154). Die Bandbreite der kommunikativen Anforderungen in pflegerischen Kontexten ist sehr groß und umfasst u. a. sprachliche Handlungen in Bezug auf das Wissen, das Handeln sowie das Fühlen (d. h. Befindlichkeit und Einstellungen) des Pflegebedürftigen und von deren Angehörigen (vgl. Brünner 2005:63). Hinsichtlich des Wissens müssen die Pflegekräfte ihre Patienten sowie deren Angehörige u. a. über den Gesundheitszustand informieren, bestimmte Verfahren sowie Maßnahmen erklären und schließlich über Risiken bzw. Belastungen aufklären. Was das Handeln der Patienten und Angehörigen anbelangt, sollen sie u. a. angeleitet und beraten werden, z. B. zur Medikamenteneinnahme sowie bei Diätempfehlungen, oder aber motiviert werden, mehr Selbständigkeit zu übernehmen. Der letzte Bereich umfasst die emotionale Unterstützung der Pflegebedürftigen sowie die Bearbeitung der Gefühle, wie z. B. Trösten oder Ermuntern (vgl. Brünner 2005:63; vgl. dazu Sachweh 2006:36).

In Anlehnung an Riegel (1995) nennt Haider (2010:190) folgende pflegerischen Obliegenheiten, die kommunikative Kompetenz voraussetzen (Abb. 2):

- Annehmen können
- Animieren können
- Jemandem beistehen können
- Jemanden beobachten können
- Beraten können
- Empathisch sein können
- Erhalten können
- Evaluieren können
- Fein- und grobmotorische Handgeschicklichkeit
- Fördern (erziehen können)
- Kooperieren können
- Körperlich belastbar sein
- Planen können
- Psychisch belastbar sein können

Abb. 2: Teilkompetenzen der Gesamtqualifikation „Betreuung und Pflege“ (Riegler 1995:15), abgebildet nach Haider (2010:190)

Die Bewältigung der Anforderungen wie das *Annehmen* der Patienten und *emphatisch sein* benötigt „einen adressaten- und situationsadäquaten Sprachgebrauch, um ein funktionierendes und stabiles Vertrauensverhältnis aufzubauen“ (Haider 2010:190). Diese Forderungen sowie die Fähigkeit, den Pflegebedürftigen *beizustehen*, sind in der häuslichen Pflege noch gravierender, weil dieses Betreuungsmodell einen ständigen Kontakt zwischen den Pflegebedürftigen und ihren Pflegekräften voraussetzt. In bestimmten Fällen kann die mündliche Kommunikation mit den Pflegebedürftigen eine therapeutische Funktion einnehmen, weil die Pflegekräfte diese auch auf der emotionalen Ebene unterstützen, ihnen z. B. Trost schenken und sie beruhigen (vgl. Sachweh 2006:37). Solche Interaktionen nehmen einen relevanten Platz im Leben der Pflegebedürftigen ein und „dien[en] der Gefühlsarbeit, der Stabilisierung und der Identitätserhaltung, der Wiedergutmachung“ (Abt-Zegelin 2009:3). Bei diesen Forderungen kann sich neben der verbalen auch die nonverbale Kommunikation, vor allem die Gestik, Mimik und die Körperhaltung, positiv auswirken.

Die weiteren Aufgaben, und zwar *animieren*, *beraten*, *erhalten* sowie *fördern*, erfüllen verschiedene Funktionen in der Pflege, wie die pflegenahen bzw. hygienischen Tätigkeiten sprachlich zu begleiten sowie die Pflegebedürftigen in ihrer Selbstständigkeit zu unterstützen. Sie verlangen von den Pflegekräften, dass sie kommunikative Strategien einsetzen, um außerdem die Patienten zu motivieren, zu ermuntern, zu etwas zu veranlassen sowie z. B. durch Biografiearbeit geistig zu stimulieren (vgl. Haider 2010:190). Wenn das Gespräch z. B. frühere Erfolgserlebnisse der Patienten thematisiert, kann das Selbstbewusstsein der Pflegebedürftigen gestärkt werden. Der Pflegebedürftige fühlt sich überdies respektiert und wertgeschätzt (vgl. Sachweh 2006:37–38). Durch das intensive und sehr enge Verhältnis zwischen den beiden Seiten bieten sich zudem Alltagsgespräche zu diversen Themen mit den Betreuten an. Diese ersetzen möglicherweise die schwindenden sozialen Kontakte der Pflegebedürftigen und nehmen aus diesem Grund eine wichtige Rolle in der häuslichen Pflege ein. Die Gespräche, die über die Beschreibung der ausgeführten hygienischen Tätigkeiten hinausgehen, brechen die alltägliche Monotonie auf und können sich positiv auf die Beziehung zwischen den Pflegekräften und ihren Patienten auswirken sowie für beide Seiten das Wohlbefinden fördern. Jedoch wird auch durch die effektive Anleitung und sprachliche Begleitung der hygienischen und pflegerischen Tätigkeiten Freiraum für Begegnungen auf der zwischenmenschlichen Ebene, Beziehungspflege, geschaffen. Die Patienten können außerdem von ihren Angstzuständen und Schmerzen abgelenkt werden (vgl. Sachweh 2006:37–38). Diese Anforderungen ermöglichen es den

Pflegekräften, bei den Pflegebedürftigen die körperliche, seelische sowie soziale Ebene mit einzubeziehen sowie ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen (vgl. Sachweh 2006:27–38).

Die Sprache in der Altenpflege dient auch dazu, die alltäglichen Forderungen der Pflegeprozessplanung zu bewältigen, wie u. a. *planen*, *beobachten* und *evaluieren* sowie *kooperieren*. Diese Tätigkeiten setzen mündliche und schriftliche kommunikative Kompetenzen voraus und schließen neben der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und ihrer Familie auch die Interaktion und Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen mit ein, wie z. B. das Koordinieren sowie Vorbereiten von erforderlichen Handlungen (vgl. Haider 2010:191; vgl. dazu Sachweh 2006:47–48). In Bezug auf die Anforderung *Kooperieren* bietet die Kommunikation mit Ärzten, dem Pflegedienst oder Rehabilitanden ein gutes Beispiel für die Anwendung der verbalen und nonverbalen Kommunikation im 24-Stunden-Pflegemodell. Die beiden Aspekte lassen sich beurteilen als Fähigkeit, sich verständlich zu machen und sich auf die Unterstützung der anderen einzulassen. Obwohl die schriftliche Kommunikation in der häuslichen Pflege keine Voraussetzung darstellt, sind bestimmte schriftliche Kompetenzen für diese Anforderungen von Vorteil. Das Verbalisieren des Wohlbefindens sowie Gesundheitszustandes erfolgt in den meisten Fällen mündlich, z. B. während des Gesprächs mit dem Arzt bzw. dem Fachpflegepersonal. Die ausländischen Pflegerinnen müssen keinen Pflegebericht vorbereiten und die Übergabe des Pflegebedürftigen verläuft in den meisten Fällen mündlich und in der Muttersprache der Betreuerinnen.

Die kommunikative Kompetenz ist darüber hinaus notwendig, um mit *physischen* sowie *psychischen Belastungen* umzugehen (vgl. Haider 2010:191). So lenkt auch Sachweh (2006:37–38) die Aufmerksamkeit auf die positive Wirkung der erfolgreichen Kommunikation und den angemessenen Einsatz von Kommunikationsstrategien, um für die Pflegekräfte die Arbeitsbelastungen zu reduzieren. Der Umgang mit psychischen sowie körperlichen Belastungen nimmt im Live-in-Pflegemodell einen zentralen Platz ein, weil nicht nur die betreuten Personen, sondern auch die Helferinnen in gewisser Weise davon betroffen sind. Eine Möglichkeit, sich besser zu fühlen, ist es, potentielle Schwierigkeiten, die bei der Betreuung der Pflegebedürftigen auftreten können, zum Ausdruck zu bringen. Man kann sagen, dass dies für diese fern von ihren Familien und der Heimat lebenden Frauen die einfachste Quelle des Trostes im alltäglichen Leben darstellt. Die Haushaltspflegehilfen nutzen oft die Gelegenheit, im Gespräch mit den Betreuten auch eigene Emotionen auszudrücken. Ihre Einsamkeit kann somit gemildert werden. Der Kontakt mit der

pflegebedürftigen Person wird dadurch vertieft. Die dabei entstehenden Gefühle haben auch einen positiven Einfluss auf die Kommunikation und können diese verbessern. Der oft mehr auf sich selbst konzentrierte alte Mensch bekommt eine Chance, Empathie und Mitleid zu entwickeln, was sich auch positiv auf seinen psychischen Zustand auswirkt.

Dieses Betreuungsmodell bringt aber auch Situationen mit sich, in denen die Haushaltspflegehilfen einzelne – außerhalb ihres Aufgabenspektrums liegende – Anforderungen ablehnen wollen. Wenn die kommunikative Kompetenz aber nicht ausreicht, um dies in angemessener und Erfolg versprechender Form mitzuteilen, entstehen Frustrationen, weil man die eigenen Grenzen nicht hinreichend wahren kann. Wenn die deprimierende Situation zu lange andauert, besteht die Gefahr, dass die eine oder die andere Seite ihre Emotionen nicht zurückhalten kann und ein offener Konflikt entsteht.

Die Palette der sprachlichen Handlungen in der häuslichen Pflege ist aufgrund des Live-in-Arrangements und der damit einhergehenden Verpflichtungen um einige Aspekte erweitert. Im Folgenden wird versucht das Aufgabenspektrum der häuslichen Betreuerinnen und die daraus resultierenden kommunikativen Anforderungen zu skizzieren.

Laut der „Information des Deutschen Caritasverbandes für die Beraterinnen und Berater der Caritas zu den Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Haushaltshilfen in Haushalten von Pflegebedürftigen“ (Deutscher Caritasverband e.V. 2016) kann das Tätigkeitsfeld der Haushaltspflegehilfen in drei Hauptbereiche unterteilt werden, und zwar:

- die hauswirtschaftlichen Aufgaben/Hilfen bei der Haushaltsführung
- die soziale Betreuung/pflegerische Betreuungsmaßnahmen
- die pflegerische Aushilfe/körperbezogene Pflegemaßnahmen (vgl. Deutscher Caritasverband e.V. (2016:7)

Die hauswirtschaftlichen Verpflichtungen umfassen u. a. Einkaufen, das Zubereiten von Mahlzeiten sowie Aufräumen. Die soziale Betreuung beabsichtigt es vor allem, die gesellschaftlichen Kontakte der Pflegebedürftigen aufrechtzuerhalten, da diese den älteren Menschen helfen können, nicht nur ihre Selbstachtung zu erhalten bzw. zu stärken, sondern auch die emotionalen Beziehungen zu anderen zu vertiefen. Die körperbezogenen Aufgaben bestehen vor allem in der Unterstützung bei hygienischen Tätigkeiten. Eine genaue Übersicht über diese speziellen Anforderungen liefert die unten stehende Tabelle (Tab. 1):

hauswirtschaftliche Aufgaben/Hilfen bei der Haushaltsführung	<ul style="list-style-type: none"> - Aufräumen und Reinigungsarbeiten in der Wohnung - Zubereitung von Mahlzeiten - Waschen und Bügeln der Kleidung - Pflegen von Pflanzen und Tieren - Einkaufen - Gartenarbeiten - Verwaltungsarbeiten wie das Führen eines Haushaltsbuchs
soziale Betreuung/ pflegerische Betreuungsmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Spazierengehen - Unterstützung bei Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, wie Ermöglichung von Besuchen von Verwandten und Bekannten - Vorlesen - Begleitung bei Behördengängen oder Arztbesuchen - Begleitung zum Friedhof
pflegerische Alltagshilfe/ körperbezogene Pflegetmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei An-/Auskleiden - Aufsuchen und Verlassen des Betts - Essen; Trinken - Körperpflege (Baden, Waschen, Duschen, Haut-, Haar- und Nagelpflege, Mund- und Zahnpflege, Kämmen) [...]

Tab. 1: Aufgabenspektrum der Haushaltshilfe nach Deutscher Caritasverband e.V. (2016:7)

Andere Quellen¹¹ unterscheiden zwischen den sogenannten *einfachen Betreuungstätigkeiten* sowie *pflegenahen bzw. hygienischen Tätigkeiten*. Zu den erstgenannten wird in dieser Klassifikation auch die *soziale Betreuung* gezählt und als die sogenannte *Gesellschaftsfunktion bzw. Gesellschaftlerfunktion* bezeichnet. Die detaillierten Forderungen sind der folgenden Tabelle (Tab. 2) zu entnehmen:

¹¹ Die Übersicht über die Aufgabenbereiche der Haushaltspflegehilfen basiert auf den folgenden Quellen: „Merkblatt Was dürfen Personenbetreuerinnen tun? Information für PersonenbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung“ sowie „24-Stunden-Betreuung zu Hause“.

einfache Betreuungstätigkeiten	haushaltsnahe Dienstleitungen	<ul style="list-style-type: none"> - Einkaufen - Kochen - Reinigungstätigkeiten - Durchführung von Hausarbeiten und Botengängen - Sorgen für ein gesundes Raumklima (Lüften) - Betreuung von Pflanzen und Tieren - Wäscheversorgung (Waschen, Bügeln, Ausbessern etc. ...)
	Unterstützung bei der Lebensführung	<ul style="list-style-type: none"> - Gestaltung des Tagesablaufs - Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen
	Gesellschaftsfunktion bzw. Gesellschaftlerfunktion	<ul style="list-style-type: none"> - Gesellschaft leisten - Führen von Konversation - Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Kontakte - Begleitung bei diversen Aktivitäten
	Führung des Haushaltsbuches mit Aufzeichnungen über die getätigten Ausgaben für die betreute Person	
	praktische Vorbereitung der betreuungsbedürftigen Person auf einen Ortswechsel, beispielsweise einen Urlaub oder einen vorübergehenden Krankenhausaufenthalt	<ul style="list-style-type: none"> - z. B. Kofferpacken und Ähnliches
	Organisation von Personenbetreuung	<ul style="list-style-type: none"> - z. B. Termine vereinbaren
pflegenahe bzw. hygienische Tätigkeiten¹²	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme 	

¹² Die Unterstützung bei folgenden Tätigkeiten ist erlaubt, sofern keine medizinischen bzw. pflegerischen Gegenanzeigen bestehen.

	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützung bei der Körperpflege - Unterstützung u. a. beim An- und Auskleiden [...] - Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen, Transfer¹³ 	
--	---	--

Tab. 2: Tätigkeiten der Haushaltshilfen nach „Was dürfen Personenbetreuerinnen tun? Information für PersonenbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung“ sowie „24-Stunden-Betreuung zu Hause“ (2010:9–11)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Anforderungen an die häuslichen Betreuerinnen mehr den hauswirtschaftlichen und betreuerischen Tätigkeiten bzw. sozialen Betreuungstätigkeiten (social care) als den pflegerischen Tätigkeiten (nursing) zugeordnet werden können (vgl. Schilliger 2013:151; vgl. dazu Schilliger 2013:146; Neuhaus et al. 2009:90–91).

Ein Überblick über das Aufgabenspektrum in der häuslichen Pflege veranschaulicht, dass der Anteil der kommunikativen Situationen, Kommunikationsthemen sowie der beteiligten Kommunikationspartner sehr umfangreich ist. Die kommunikativen Forderungen an die Haushaltsmigrantinnen und ihr beruflicher Alltag lassen sich jedoch nicht in einen klar definierbaren Rahmen fassen und variieren je nach Bedürfnissen der deutschen Auftraggeber. Auch die möglichen Gesprächskonstellationen der polnischen Betreuerinnen differenzieren je nach der Arbeitsstelle und können von Ärzten, Fachpflegepersonal (ambulanter Pflegedienst), Physiotherapeuten bis hin zu Personen aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen sowie aus dem Dienstleistungsbereich reichen. Infolgedessen sind die Haushaltspflegehilfen verpflichtet, sich ständig den neuen Bedingungen anzupassen, aus unterschiedlichsten Kompetenzen zu schöpfen. Die Live-in-Betreuung erfordert einen emotionalen Einsatz, „emotionale Arbeit“ – Geduld, Empathie, Zuneigung“ (Lutz 2007:61) von der Pflegerin sowie ein hohes Maß an kommunikativer

¹³ Die Haushaltshilfen in Österreich dürfen auch einige ärztliche Tätigkeiten wie z. B. Verabreichung von Arzneimitteln, Anlegen von Verbänden und Bandagen übernehmen, sofern diese von den Ärzten bzw. diplomierten Pflegefachkräften an Personenbetreuerinnen delegiert werden können (vgl. dazu 24-Stunden-Betreuung zu Hause. 2010:12 sowie Was dürfen die Personenbetreuerinnen tun? Information für PersonenbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung).

Kompetenz. Wie die kommunikativen Aufgaben im Alltag der Betreuerinnen genau aussehen und was sie selbst als schwierig daran empfinden, soll in meiner empirischen Studie erhoben werden.

5. Vorbereitung der empirischen Studie

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die verschiedenen Aspekte der Kommunikation zwischen den polnischen häuslichen Betreuerinnen und den deutschen Betreuten sowie deren Angehörigen zu untersuchen. Aufgrund der Komplexität des Forschungsgegenstandes sowie unter Berücksichtigung der in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Schwierigkeiten mit dem Zugang zum Forschungsfeld, so z. B. bei Kałwa (2007:211), Metz-Göckel et al. (2010:13–15) und Satola (2015a:33), habe ich mich entschieden, die empirische Studie in zwei Phasen zu unterteilen. Eine umfangreiche Pilotphase, in der eine explorative Vorgehensweise geplant war, schien notwendig, um den Forschungsgegenstand zu konkretisieren, die Fragestellungen zu formulieren sowie die entsprechenden Erhebungsinstrumente zu erproben. Die Vorbereitung der Untersuchung kann in folgende Etappen unterteilt werden und verfolgte die unten aufgelisteten Ziele:

- Annäherung an die Problematik
- Konkretisierung des Forschungsgegenstandes und der empirischen Vorgehensweise
- Kontaktaufnahme mit dem Forschungsfeld
- Planung des weiteren Verlaufs der empirischen Studie.

5.1 Annäherung an die Forschungsthematik

Die erste Untersuchungsphase fing im März 2014 an. Die qualitative Dokumentenanalyse zielte auf das Herausarbeiten der Handlungsfelder der kommunikativen Anforderungen in der häuslichen Pflege anhand einer Literatur- und Internetrecherche, der Sichtung von Dokumentarfilmen bzw. Fernsehsendungen sowie der auf dem Markt vorhandenen Lehrmaterialien ab, was im Anhang III zusammengefasst ist. Weitere Informationen habe ich durch Zeitungsartikel und einschlägige Internetforen für die polnischen Betreuerinnen sowie deutsche Familien bekommen.

Die Sichtung der journalistischen Reportagen, Berichte der Leiter der Betreuungsagenturen bzw. Pflegeheime sowie Erfahrungen der polnischen Haushaltspflegehilfen und der deutschen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen erlaubte es mir, mich der Problematik unter Beachtung der verschiedenen Blickwinkel anzunähern. Besonders interessierte mich, auf welche Probleme hingewiesen wird, worüber sich die

polnischen Betreuerinnen sowie ihre deutschen Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen beschweren und worin die Verständigungsschwierigkeiten begründet sein können.

Die Dokumentarfilme, die die Problematik um verschiedene Aspekte erweitern, gewähren einen Einblick in die Beziehung zwischen den Haushaltspflegehilfen, den Betreuten und Angehörigen. Des Weiteren liefern die Sendungen exemplarische Beispiele für die Kommunikation zwischen den beiden Seiten (auf der verbalen und nonverbalen Ebene sowie auf der Paralebene). Es muss jedoch ausdrücklich betont werden, dass einige der Reportagen u. a. in Kooperation mit Vermittlungsagenturen erstellt wurden, demzufolge kann das Bild, das diese vermitteln, einen Werbecharakter haben.

Auch anhand der Info- sowie Lehr- und Lernmaterialien sowohl für deutsche qualifizierte Pflegekräfte als auch für ausländische Haushaltspflegehilfen wurden die Aufgabenfelder, die die polnischen Betreuerinnen sprachlich begleiten müssen, untersucht. Außerdem habe ich zu präzisieren versucht, welche Schwerpunkte (Themen, Vokabular, sprachliche Strukturen, Fertigkeitstraining) die Lehrmaterialien enthalten.

5.2 Konkretisierung der empirischen Vorgehensweise

Um den Forschungsgegenstand zu präzisieren sowie die Antwortkategorien für ein strukturiertes Interview zu formulieren, habe ich mich für ein exploratives Interview entschieden. Solche Interviews werden auch empfohlen, um ein stark gelenktes standardisiertes Interview optimal vorzubereiten (vgl. Albert/Marx 2014:62). Damit das Experteninterview den Forschenden ähnlich wie ein exploratives Interview unterstützt, sich an das Forschungsfeld anzunähern, können währenddessen zudem Gruppendiskussionen angeregt werden (vgl. Albert/Marx 2014:62). Aus diesem Grund habe ich die Durchführung der Experteninterviews für diese Phase der Untersuchung geplant. Zu diesem Zweck wurde ein Leitfaden erstellt, der folgende Aspekte in offenen Fragen berücksichtigte:

1. mögliche Kommunikationsthemen sowie Gesprächspartner
 - Mit wem (außer den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen) sprechen die polnischen Haushaltspflegehilfen auf Deutsch am meisten?

2. allgemeine kommunikative Situationen

- In welchen Situationen kommunizieren die Betreuerinnen oft?
- In welchen Situationen können sie sich ohne Probleme auf Deutsch verständigen?
- In welchen Situationen haben sie noch Schwierigkeiten?
- Wie kommen die Haushaltspflegehilfen zu ihrer Selbsteinschätzung? (Gibt es Rückmeldungen der Gesprächspartner?)

3. Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen

- Wie würden die Betreuerinnen ihre Beziehung zu den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen beschreiben?
- Was beeinflusst diese Beziehung?
- Was könnte ihr Verhältnis zu den Pflegebedürftigen verbessern?
- Was bereitet den Pflegerinnen am meisten Schwierigkeiten bei der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen/ihren Angehörigen und was kann der Grund dafür sein?
- Was zeichnet ihrer Meinung nach ein gutes Gespräch/eine gute Kommunikation mit den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen aus?

4. Vokabular

- Vokabular aus welchen Bereichen brauchen die häuslichen Betreuerinnen für ihre Arbeit? (medizinische Fachsprache, sprachliche Begleitung der Pflege, Haushaltsführung)
- Wie gut beherrschen sie das Vokabular, das sie in ihrem Arbeitsalltag brauchen?

5. Anforderungen an die Schriftsprache

- Müssen die Betreuerinnen bei der Arbeit viel auf Deutsch lesen bzw. laut vorlesen?
- Müssen sie viel bei der Arbeit schreiben?
- Welche Textsorten bereiten ihnen dabei am meisten Schwierigkeiten?

6. Selbsteinschätzung bei den Deutschkenntnissen

- Wie schätzen die Betreuerinnen ihre Deutschkenntnisse ein?

7. Deutschlernen/Lernbiografie

- Wie haben die Haushaltspflegehilfen Deutsch gelernt? In der Schule? Erst nach der Ankunft in Deutschland?

- Wie lange haben sie Deutsch gelernt?
- Welche Lehrmaterialien haben sie benutzt? Lehrbücher? Internet?

8. Erwartungen an die Lehrmaterialien/Sprachkurs

- Mit welchen Lehrmaterialien würden die Pflegerinnen gerne lernen? (Bücher, Internetmaterialien?)
- Was würden sie gerne in einem Deutschkurs lernen?

Darüber hinaus wurde ein Leitfaden mit offenen Fragen für die Interviews mit den deutschen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen entwickelt. Um Vergleichsmöglichkeiten zu haben, decken die Fragen ähnliche Bereiche ab, wie sie in den Experteninterviews mit den polnischen häuslichen Pflegekräften angesprochen wurden:

1. Mögliche Kommunikationsbereiche bzw. lexikalische Themen und Anforderungen an die kommunikativen Handlungen
 - In welchen Situationen kommuniziert die polnische Betreuerin oft auf Deutsch?
 - Was gehört zu ihrem Aufgabenspektrum? Muss sie beispielsweise den Pflegebedürftigen zum Arzt begleiten oder das Haushaltsbuch führen?
2. Kommunikation mit der häuslichen Pflegekraft
 - Wie beschreiben die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige die Beziehung zu der Pflegekraft?
 - Was könnte die Kommunikation verbessern?
3. Einschätzung der Deutschkenntnisse
 - Sind die Pflegebedürftigen zufrieden mit den Sprachkenntnissen der polnischen Betreuerin?
 - Wie kommen sie zu dieser Einschätzung?
4. Erwartungen an die Lehrmaterialien/Sprachkurs
 - Welche Bereiche sollen Lehrmaterialien und ein Sprachkurs für die polnischen Betreuerinnen unbedingt enthalten, damit sie ihre Arbeit auf Deutsch besser bewältigen können?

Anschließend habe ich geplant, die ersten Kontakte mit dem Forschungsfeld aufzunehmen, was der folgende Teil der Arbeit thematisiert.

5.3 Zugang zum Forschungsfeld

Da das Phänomen der Haushalts- und Pflegearbeit der polnischen Pendelmigrantinnen sehr aktuell ist, bin ich davon ausgegangen, dass ich durch persönliche soziale Netzwerke Kontakte mit polnischen Betreuerinnen sowohl in Polen als auch in Deutschland knüpfen kann. In der wissenschaftlichen Literatur, die sich mit dieser Problematik auseinandersetzt, wurde betont, dass die (erste) Kontaktaufnahme mit polnischen Betreuerinnen des Öfteren auf diese Art und Weise stattgefunden hat (vgl. Metz-Göckel et al. 2010:14; vgl. dazu Kniejska 2016:107). Der gemeinsame sprachliche Hintergrund der Forschenden und der polnischen Betreuerinnen wurde als ein weiterer Faktor erwogen, der den Zugang zu der Zielgruppe erleichtern kann (vgl. Metz-Göckel et al. 2010:14). Vor diesem Hintergrund habe ich in der Planungs- und Vorbereitungszeit dieser Studie versucht, durch mein eigenes soziales Umfeld erste Verbindungen mit polnischen Betreuerinnen herzustellen. Die Anfragen stießen jedoch auf enormes Misstrauen bei den Haushaltspflegehilfen und im Endeffekt lehnten es die meisten ab, an der Studie teilzunehmen. Dank der Unterstützung einer polnischen Betreuerin, die Interesse an der Studie geäußert hatte, war es möglich, ein Treffen mit einer weiteren Frau zu organisieren. Dieses fand am 04.06.2014 statt und dabei wurde das erste Gruppeninterview/die erste Gruppendiskussion durchgeführt.

Da bei der Kontaktaufnahme mit den polnischen häuslichen Pflegekräften Schwierigkeiten aufgetreten waren und aufgrund der Auswahl der Stichprobe, habe ich weitere Möglichkeiten, die im wissenschaftlichen Diskurs besprochen werden, ausprobiert. Satola (2015a:33) deutet darauf hin, dass als „einer der wenigen öffentlichen Begegnungsorte [für die polnischen Betreuerinnen] die Kirche bzw. das Café bei der Kirche“ gelten (vgl. dazu Kniejska 2016:106–107). Die Gottesdienste in polnischer Sprache und das anschließende Treffen in einem Café sind für die Frauen nicht selten die einzige Chance, mit anderen polnischen häuslichen Pflegerinnen ins Gespräch zu kommen. Der wöchentliche Kirchenbesuch stellt überdies für viele Altenbetreuerinnen eine Möglichkeit dar, mit der Einsamkeit in Deutschland, der sprachlichen Isolation sowie der arbeitsbedingten

psychischen Belastung umzugehen. Das letzte Argument bringt die folgende Aussage einer Betreuerin zum Ausdruck: „Chodzę do kościoła, żeby wyrwać się chociaż na trochę od babci“¹⁴, was folgendermaßen übersetzt werden kann: *Ich gehe in die Kirche, um mich wenigstens für eine Weile der ‚Oma‘ zu entziehen*. Eine weitere Betreuerin hat ihre Kirchenbesuche und den dazugehörigen Spaziergang als verbindlichen Termin in den Wochenablauf eingebunden, um dies als ihre feste Freizeit zu sichern.

Aus oben angeführten Gründen wurde versucht, die polnischen Betreuerinnen durch die katholischen Gemeinden in Marburg, Kassel und Gießen, in denen wöchentlich ein Gottesdienst auf Polnisch stattfindet, zu kontaktieren. Dies war ein Versuch, mit einer größeren Anzahl von Polinnen, die als Haushaltspflegehilfen arbeiten, Kontakte zu knüpfen und sie für die Studie zu gewinnen¹⁵. Die Frauen wurden im Juni 2014 durch einen in der Kirche ausgelegten Brief sowie persönliche Einladungen über ein geplantes informelles Treffen informiert und dazu eingeladen. Um eine größere Zahl von Betreuerinnen von diesem Treffen zu benachrichtigen, erfolgten das Auslegen der Briefe sowie die persönliche Einladung an drei aufeinander folgenden Samstagen, d. h. am 07.06.2014, 14.06.2014, 21.06.2014. Durch die mehrmalige Ankündigung des Treffens durch den polnischen Pfarrer und die Möglichkeit, einen zu der Gemeinde gehörenden Raum zu nutzen, sollte Vertrauen bei den polnischen Betreuerinnen geweckt werden und ein geschützter Rahmen für das Treffen sowie, in späteren Phasen, für geplante Interviews geschaffen werden. Je nach Interesse der Frauen war eine Reihe von Treffen geplant, die einen informellen Charakter haben sollten. Dies hatte zum Ziel, die eventuellen Ängste der illegal arbeitenden polnischen Haushaltspflegehilfen abzubauen. Da die häuslichen Pflegerinnen wenig Freizeit haben, durften sie selbst den zeitlichen Rahmen bestimmen. Es war geplant, anhand der aus der Literaturrecherche stammenden oder aber von den Betreuerinnen vorgeschlagenen Themen eine Reihe von thematischen Treffen durchzuführen. Sprachliche Unterstützung bei der Bewältigung des Arbeitsalltages mithilfe von Lehrmaterialien wurde außerdem angeboten. Mit diesem Impuls wurde darüber hinaus versucht, eine Art Austauschmöglichkeit für die Betreuerinnen zu schaffen und gleichzeitig Daten für diese Studie zu gewinnen. Das geplante Treffen stieß allerdings auf Ablehnung bei den polnischen Haushaltspflegehilfen. Es war

¹⁴ Diese Aussage stammt aus einem informellen Gespräch, das im Rahmen der Pilotstudie durchgeführt worden ist. Die folgenden Übersetzungen ins Deutsche stammen von der Autorin der vorliegenden Arbeit.

¹⁵ Ich möchte an dieser Stelle auf meine Bedenken bezüglich der Durchführung der Befragungen in diesem Rahmen hinweisen, die einerseits auf die sensible Thematik und andererseits auf die distanzierte Einstellung der polnischen Altenbetreuerinnen zurückzuführen sind. Solche Hemmungen werden auch in der wissenschaftlichen Literatur thematisiert (vgl. Satola 2015a:33).

lediglich möglich, mit drei Betreuerinnen ein informelles Gespräch durchzuführen, das am 28.06.2014 stattfand. An dieser Stelle muss ausdrücklich betont werden, dass die Betreuerinnen einer digitalen Aufnahme des Gesprächs nicht zustimmten. Im Rahmen dieser Gespräche war es jedoch möglich, eine Expertendiskussion durchzuführen und die erste Fassung eines Fragebogens, den ich auf der Grundlage der ersten informellen Gespräche und der ausgewerteten Literatur entworfen habe, durch die Betreuerinnen testen zu lassen.

Parallel zur Kontaktaufnahme mit den häuslichen Pflegerinnen versuchte ich, mich mit den deutschen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in Verbindung zu setzen. Die auf diese Weise erhobenen Daten sollten das Bild der Kommunikation zwischen den beiden Seiten optimal ergänzen und um die Sicht der deutschen Familien erweitern. Aufgrund u. a. des betagten Alters sowie des gesundheitlichen Zustandes der Pflegebedürftigen wurden die Anfragen an ihre Angehörigen direkt gestellt. Auch in diesem Fall reagierten die Betroffenen mit Misstrauen und Widerwillen gegenüber der Studie, obwohl gleichzeitig die Bedeutung der Thematik und die Notwendigkeit, die kommunikative Kompetenz der polnischen Pflegerinnen zu verbessern, betont wurden. Die Idee, Lehr- und Lernmaterialien für die Betreuerinnen zu erstellen, wurde ebenfalls begrüßt. Im Rahmen der Pilotstudie war es lediglich möglich, vier (in Frankfurt, Gießen und Marburg) informelle Gespräche im Zeitraum von Juni bis September 2014 durchzuführen. Die Interviews fanden unter unterschiedlichen situativen Bedingungen¹⁶ statt, die von den deutschen Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen so verlangt wurden. Da sie eine digitale Tonaufnahme verweigerten,¹⁷ hatten die Gespräche meist einen informellen Charakter. Ich konnte dabei das Gesagte nur anhand von Notizen festhalten. Anschließend fertigte ich jeweils auf der Basis meiner Erinnerungen und der Notizen ein Protokoll der Gespräche an.

Im Folgenden wird auf die Faktoren eingegangen, die die Durchführung der Pilotstudie wesentlich erschwerten und einen Einfluss auf die Wahl des Forschungsinstrumentes ausübten.

¹⁶ Die zwei ersten Gespräche fanden mit den Pflegebedürftigen in Anwesenheit der Betreuerinnen statt. Bei dem dritten Gespräch konnte ich mit der Tochter der Pflegebedürftigen und beim vierten mit der Ehefrau der betreuten Person sprechen.

¹⁷ Vgl. dazu Kalwa (2007:211).

5.4 Aufgetretene Probleme und ihre möglichen Ursachen

Die Möglichkeiten, Kontakt zu den polnischen Betreuerinnen herzustellen, sind u. a. „aufgrund der häuslichen Tätigkeit und eines sehr eingeschränkten sozialen Umfeldes“ (Satola 2015a:33) deutlich eingeschränkt. Als weiterer Faktor, der den Zugang zu den polnischen Care-Migrantinnen erschweren kann, soll außerdem die große Fluktuation der Untersuchungsgruppe genannt werden, die mit dem Rotationssystem, in dem die ausländischen Haushaltspflegehilfen arbeiten, einhergeht. Die Ablehnung der Teilnahme an der Studie kann zudem auf die häufig illegalen Arbeitsverhältnisse, in der sich die Betreuerinnen möglicherweise befinden, und daraus resultierende Ängste zurückgeführt werden (vgl. Kałwa 2007:211).

Die vorliegende Studie kann diese Schwierigkeiten bestätigen. Ihre Absage, an der empirischen Untersuchung teilzunehmen, haben die polnischen Betreuerinnen ganz unterschiedlich motiviert. Aus ihren Aussagen könnte sich eine gewisse Abhängigkeit vom Klienten ablesen lassen, wie z. B.: „Mój podopieczny nie zgadza się na to“ (*Mein Pflegebedürftiger ist damit nicht einverstanden*) oder „Nie chcę mieć kłopotów“ (*Ich möchte nicht in Probleme geraten*), wobei die zweite Bemerkung außerdem darauf zurückgeführt werden könnte, dass wegen eines möglicherweise illegalen Arbeitsverhältnisses Ängste bestehen. Des Weiteren wurde Zeitmangel angeführt, was die folgenden Aussagen bezeugen: „Nie mam na to czasu“ (*Ich habe keine Zeit dafür*), „Moja podopieczna czeka na mnie, muszę zrobić jej kolację“ (*Meine Pflegebedürftige wartet auf mich, ich muss das Abendessen für sie vorbereiten*). Erwähnenswert ist überdies die Tatsache, dass als Argument fehlendes Interesse am Deutschlernen genannt wurde: „Tyle co umiem, mi wystarczy“ (*Das, was ich auf Deutsch kann, genügt mir*). Die Betreuerinnen rechtfertigten ihre ablehnende Haltung auch mit ihrer schweren persönlichen Situation: „Przyjeżdżam tu, żeby zarobić trochę pieniędzy. Wie Pani jak mi ciężko?“ (*Ich komme hierher, um ein bisschen Geld zu verdienen. Wissen Sie, wie schwer das für mich ist?*). Diese Aussage könnte darüber hinaus auf negative Haltungen und Emotionen, die diese Thematik weckt, hindeuten.

Einige Frauen erschienen sogar gekränkt, als ich sie um Teilnahme an der Studie bat. Unter Umständen wurde auch das Angebot, Hilfestellungen bei eventuellen sprachlichen Schwierigkeiten zu leisten, als Unterstellung mangelnder Professionalität

angesehen¹⁸. Diese Beobachtung bezieht sich auf die sehr kategorische Ablehnung der Teilnahme an dem Experteninterview und an der schriftlichen Befragung. Hinzu kommt der Versuch einiger Frauen, sich von der Tätigkeit als Betreuerin zu distanzieren, um nicht als Haushaltspflegehilfe wahrgenommen zu werden. In diesem Kontext führt Kałwa (2007:211) an: U. a. aufgrund des „Gefühl[s] der Illegalität und, in manchen Fällen, weil sie gleichzeitig Sozialhilfe beziehen oder in Polen arbeitslos gemeldet sind – entscheiden sich die MigrantInnen und ihre Familien, die eigene Migration nicht zuzugeben“.

Ich bin davon ausgegangen, dass die gemeinsame Muttersprache einen zusätzlichen Vorteil darstellen könnte, der eventuell Vertrauen bei den polnischen Pflegekräften wecken kann. Satola (2015a:35) weist darauf hin, dass in ihrer Untersuchung „der gemeinsame sprachliche Hintergrund eine erhebliche Rolle bei der Kontaktherstellung und der Durchführung der Interviews spielte bzw. diese überhaupt erst ermöglichte, da die Mehrheit der Frauen nur über Grundkenntnisse der deutschen Sprache verfügt“. Im Rahmen dieser Studie kann dies jedoch bedauerlicherweise nur bedingt bestätigt werden. Dank der gemeinsamen Muttersprache konnte in der Tat die Kontaktaufnahme mit den Frauen initiiert werden. Der gemeinsame sprachliche und kulturelle Hintergrund könnte aber in manchen Fällen als Störfaktor empfunden worden sein bzw. eine ablehnende Einstellung der Betreuerinnen gegenüber der Studie ausgelöst haben. Damit ist die Tatsache gemeint, dass die beiden Seiten, trotz des gemeinsamen kulturellen Hintergrunds, einen ganz unterschiedlichen (möglicherweise von den polnischen Haushaltspflegerinnen als ungerecht empfundenen¹⁹) Status haben. Satola (2015a:35) betont in diesem Zusammenhang, dass „der reguläre, rechtmäßig abgesicherte Status“ auf der einen Seite dem irregulären Status der Betreuerinnen gegenübergestellt werden muss. Auch die „institutionelle Einbettung in den universitären Rahmen“ sollte an dieser Stelle genannt werden, weil dies möglicherweise aus der Sicht der Betreuerinnen auf eine „privilegierte Position in der deutschen Gesellschaft“ hinweisen könnte (Satola 2015a:35). Diese Annahme ist in Polen, aber auch in Deutschland unter den Betreuerinnen gängig. Viele Polinnen schämen sich aus diversen Gründen für ihre Tätigkeit als Haushaltspflegehilfe in Deutschland, u. a. „weil die Arbeit als Reinigungskraft und/oder Altenpflegerin, auch im Ausland, oft als demütigend empfunden und lange Zeit mehr oder weniger tabuisiert wurde“ (Gierlak 2012:101–102; vgl. dazu Kałwa 2010:91).

¹⁸ Eine Befragte, mit der eine Kommunikation auf Deutsch keineswegs ohne Schwierigkeiten möglich ist, weigerte sich den Fragebogen auszufüllen mit der Begründung, dass sie ja nicht zu den Pflegepersonen gehört, die irgendwelche sprachlichen oder kommunikativen Schwierigkeiten haben.

¹⁹ Dieses Argument wurde in den informellen Gesprächen von einer Haushaltspflegehilfe genannt.

Der Begriff *polnische Putzfrau*, der als feste Wendung in Deutschland fungiert, ist in Polen eher pejorativ konnotiert. Viele in Deutschland arbeitende polnische Reinigungs- und Pflegekräfte empfinden ihre Tätigkeit oft „als soziale Degradierung und Marginalisierung in der Aufnahmegesellschaft“ (Kałwa 2007:211; vgl. dazu Metz-Göckel et al. 2010:16).

Die deutsche Seite begegnete meiner Initiative, mich wissenschaftlich mit der Problematik der Kommunikation zwischen den polnischen Sorgearbeiterinnen und den Pflegebedürftigen und Angehörigen auseinanderzusetzen, zwar mit Interesse, jedoch waren die Gesprächspartner in der Praxis verschlossen und wollten während der Interviews nicht viel preisgeben. Die Aussagen waren sehr widersprüchlich, einerseits wurden die Deutschkenntnisse der polnischen Betreuerinnen bemängelt, wenn die Gesprächspartner aber gebeten wurden, konkrete Schwierigkeiten bei den kommunikativen Situationen zu benennen, wurde andererseits erklärt, dass die Haushaltshilfe ihren Arbeitsalltag ohne Schwierigkeiten bewältigt. Als Faktoren, die die Kommunikation beeinflussen könnten, wurden die altersbedingten Krankheiten der Pflegebedürftigen oder der kulturelle Hintergrund sowie Sympathie/Antipathie zwischen der Pflegehaushaltshilfe und dem Betreuten genannt.

Da also während der Pilotstudie Störfaktoren und Schwierigkeiten aufgetreten waren, musste die Wahl der empirischen Forschungsinstrumente im Rahmen dieser Studie erheblich modifiziert werden. Die aus der Studie resultierenden Konsequenzen können wie folgt zusammengefasst werden.

In Bezug auf das Forschungsfeld wurde für die weitere Studie eine Datenerhebung bei polnischen und deutschen Betreuungsagenturen geplant. Dadurch konnten drei Gruppen von Informanten, d. h. die polnischen Betreuerinnen, die Pflegebedürftigen und die Angehörigen der Pflegebedürftigen sowie die Mitarbeiterinnen der Vermittlungsagenturen, einbezogen und eine größere Rücklaufquote erreicht werden. Die abgesicherte rechtliche Lage der Vermittlungsagenturen ließ eine größere Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie der polnischen häuslichen Betreuerinnen sowie der deutschen Auftraggeber erwarten und annehmen, dass einige bereits beschriebene Störfaktoren zum Teil ausgeschlossen werden könnten. In Hinsicht auf die empirischen Untersuchungen wurde geplant, im weiteren Verlauf der Studie eine Triangulation der Forschungsmethoden vorzunehmen, um verschiedene Perspektiven auf den Forschungsgegenstand adäquat zu erfassen.

6. Empirische Untersuchung

Im Folgenden werden die Hauptzielsetzung und die Fragestellungen der Studie formuliert sowie die Forschungsmethodologie beschrieben. Dabei werden die Einschränkungen bei der Wahl des Forschungsinstrumentes und die im Verlauf der Untersuchung aufgetretenen Schwierigkeiten dargelegt. Die daraus resultierenden Konsequenzen für die weitere Planung und Durchführung der empirischen Untersuchung werden aufgezeigt und reflektiert.

6.1 Wesentliche Fragestellungen und Ziele der Untersuchung

Das Hauptziel der Studie stellt die Analyse der Kommunikation in der häuslichen Pflege dar. Besonders interessiert mich, welche kommunikativen Anforderungen die polnischen Betreuerinnen als schwierig empfinden, welche kommunikativen Kompetenzen sie in Bezug auf die Anforderungen in ihrer Arbeit brauchen und was außer der Sprache die Kommunikation unterstützen kann.

In Anbetracht des breiten Interaktionsspektrums sowie der vielen möglichen Gesprächsthemen im Live-in-Pflegemodell kann behauptet werden, dass die Bewältigung der Anforderungen in der häuslichen Pflege ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz erfordert. Ich habe angenommen, dass den einzelnen Komponenten der kommunikativen Kompetenz (grammatische, soziolinguistische, strategische Kompetenz sowie Diskurskompetenz) unterschiedliches Gewicht in verschiedenen Situationen im Kontext der häuslichen Pflege zugeschrieben werden kann. Im Rahmen dieser Arbeit wird versucht zu analysieren, welche von diesen Komponenten bei der Bewältigung der als schwierig wahrgenommenen kommunikativen Handlungen relevant sind. Andere Teilziele, denen im Rahmen dieser Arbeit nachgegangen wird, sind u. a. die Bestandsaufnahme zu den Lernbedürfnissen der polnischen Haushaltspflegehilfen sowie die Analyse der Erwartungen der Befragten in Bezug auf speziell für diese Berufsgruppe konzipierte Lehr- und Lernmaterialien und Sprachkurse.

In dieser Arbeit wird darüber hinaus folgenden Fragen nachgegangen: In welchen kommunikativen Situationen würden sich die polnischen Haushaltspflegehilfen sprachliche Unterstützung wünschen, welchen Wortschatz brauchen sie, um ihren Arbeitsalltag zu

bewältigen, haben sie Interesse an einer sprachlichen Weiterbildung, welche Lernmaterialien würden sie am meisten zufriedenstellen, welche Inhalte sollen in den für diese Berufsgruppe konzipierten Lehrwerken vermittelt werden? Im Folgenden wird auf die empirischen Methoden eingegangen und das Untersuchungsdesign dargestellt.

6.2 Vorüberlegungen zur Wahl der empirischen Methoden und der Stichprobe

Wenn man das Phänomen der häuslichen (irregulären) Pflegearbeit bedenkt, bietet die Wahl des geeigneten Forschungsinstruments eine Herausforderung. Eine solche empirische Studie muss sich einigen Schwierigkeiten stellen. Metz-Göckel et al. (2010:14) veranschaulichen diese anhand der folgenden Fragen:

Wie erforscht man etwas, was es nicht geben soll, und wozu kaum eine Betroffene Auskunft geben will, schon gar nicht gern? Wie erreicht man Personen, die ‚illegal‘ oder wider die Sitten und Regeln leben, dazu noch, wenn deren Auskünfte riskant sowohl für die Arbeitgebenden-Haushalte als auch für die polnischen Haushaltsarbeiterinnen sein können?

In der Planungs- und Vorbereitungsphase dieses Dissertationsvorhabens rechnete ich jedoch nicht mit all diesen Schwierigkeiten. Dies beruhte auf der irrtümlichen Annahme, dass aufgrund der in dieser Studie behandelten Thematik die Studienteilnehmerinnen ohne größere Bedenken Auskünfte erteilen würden. Die vorliegende Arbeit verfolgte nicht das Ziel, sich mit den prekären Arbeitsbedingungen sowie dem illegalen Charakter der Beschäftigung als Haushaltspflegehilfe auseinanderzusetzen, sondern wollte auf die Bewältigung der pflegerischen kommunikativen Situationen durch die polnischen Haushaltspflegehilfen fokussieren sowie ihre speziellen Lernbedürfnisse erforschen. Basierend auf der Annahme, dass vor allem die sich in legalen Arbeitsverhältnissen befindenden polnischen Betreuerinnen an der Untersuchung teilnehmen würden, ging ich von einer größeren Bereitschaft zur Partizipation an der empirischen Studie und von einer höheren Offenheit der polnischen häuslichen Pflegerinnen und ihrer Auftraggeber aus.

In der Vorbereitungsphase der Studie wurden anhand der Literaturrecherche die methodologischen Ansätze erwogen, die für dieses Forschungsdesign geeignet sind. In der Forschungsliteratur werden unterschiedliche empirische Methoden, u. a. mündliche und

schriftliche Befragung oder Beobachtung, in Erwägung gezogen sowie deren Vor- und Nachteile diskutiert (vgl. Fricke 2006; vgl. dazu Sachweh 2000; Haider 2010).

Um die Kommunikation zwischen den Pflegekräften und ihren Patienten zu erforschen, kann beispielsweise die Beobachtung eingesetzt werden. Auf diese Methode greift etwa Sachweh (2000) bei ihrer Datenerhebung zurück. Die Beobachtung und die Tonaufnahmen wurden in diesem Fall durch eine Phase eingeleitet, in der die Autorin in fünf Stationen an dem Heimalltag „beobachtend“ teilgenommen hat. Auf diese Weise sollten u. a. das Pflegepersonal und die Patienten an die Anwesenheit einer fremden Person gewöhnt werden. Anschließend fanden während der Morgenpflege die Tonbandaufnahmen statt (Sachweh 2000). In der Forschungsmethodologie spricht man in diesem Zusammenhang von einer teilnehmenden Beobachtung, bei der „die Forscher direkt in das zu untersuchende soziale System gehen und dort in der natürlichen Umgebung Daten sammeln“ (Atteslander 2010:95). Die Rolle, die die beobachtende Person übernimmt, ist der Gruppe jedoch nicht immer bewusst. Man unterscheidet hierbei die verdeckte (die Personen, die den Gegenstand der Beobachtung darstellen, sind sich dessen nicht bewusst) und offene Beobachtung, bei der die Rolle, die „Intention“ der Forschenden den beobachtenden Personen bekannt ist (vgl. Albert/Marx 2014:45; vgl. dazu Atteslander 2010:95; Pilch 1998:78; Wilczyńska/Michońska-Stadnik 2010:149). Die teilnehmende Beobachtung bietet somit eine Möglichkeit, tiefere Einblicke in die untersuchte Problematik zu gewinnen. Bei der offenen teilnehmenden Beobachtung besteht jedoch ein größeres Risiko, dass der Beobachter von der Gruppe beeinflusst wird, d. h. ihre Denkweise und Meinungen übernimmt, seine Objektivität verliert und sich mit der Gruppe identifiziert (vgl. Atteslander 2010:95; vgl. dazu Pilch 1998:79). Atteslander (2010:95) lenkt zudem die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, dass die Beobachter sich „zwischen der nötigen Empathie und der nötigen Distanz entscheiden, d. h. zwischen sozialer Teilnehmerrolle und Forscherrolle“ bewegen. Obwohl die Beobachtung in einer realen Situation stattfindet und u. a. aus diesem Grund diese Art der Datenerhebung in der Konversationsanalyse gerne eingesetzt wird, kommt es vor, dass sich die Untersuchten nicht natürlich verhalten, weil sie sich beobachtet wissen. In solchen Fällen kann eine solche Beobachtung keine echte Kommunikation zwischen den beiden Seiten erforschen.

In der wissenschaftlichen Literatur wird zudem ein anderer, sehr wichtiger Punkt hervorgehoben, die ethischen und gesetzlichen Aspekte der Durchführung der verdeckten Beobachtung (vgl. Albert/Marx 2014:45; vgl. dazu Fricke 2006:109). Auch wenn die digitalen Ton- bzw. Videoaufnahmen sowie die Beobachtung in einer institutionellen

Einrichtung stattfinden, kann die Privatsphäre der Pflegebedürftigen verletzt werden. In Anbetracht der Rahmenbedingungen der häuslichen Pflege und bei der Berücksichtigung der besonderen Zielgruppe müsste zudem das offene Beobachtungsverfahren in vielen speziellen Fällen ethisch in Frage gestellt werden. Gemeint sind beispielsweise die Pflegebedürftigen mit dementieller Erkrankung, die nicht mehr imstande sind, für sich selbst zu entscheiden. Ich vertrete den Standpunkt, dass der besondere Charakter der Tätigkeit als Haushaltspflegehilfe die Anwendung dieser empirischen Forschungsmethode deutlich erschwert. Des Weiteren bin ich der Meinung, dass in diesem Fall auch auf eine von den Angehörigen ausgesprochene Erlaubnis, die Beobachtung durchzuführen, nicht zurückgegriffen werden sollte bzw. darf. Als Gründe dafür können u. a. der geschützte Rahmen der häuslichen Pflege oder aber der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen genannt werden. Darüber hinaus muss bei jeder Beobachtung bekanntermaßen mit den Störfaktoren, die auftreten können, gerechnet werden. In diesem speziellen Fall ist die Vermutung berechtigt, dass Störvariablen mit größerer Intensität erscheinen können. Der Hawthorne-Effekt, der beschreibt, dass die untersuchten Personen ein größeres Engagement bei der Aufgabenbewältigung zeigen, sobald sie erfahren haben, dass sie an der empirischen Studie teilnehmen (vgl. Albert/Marx 2014:40), lässt sich in diesem Zusammenhang z. B. nicht mildern. Die forschende Person kann, unter den gegebenen Umständen, nicht unbemerkt ihre Beobachtung durchführen und beispielsweise von den Betreuten als Pflegepersonal wahrgenommen werden, zumal sie als eine fremde Person in vertrauter Umgebung erscheint.

Eine weitere mögliche Forschungsmethode, die dazu dienen kann, die Aspekte der Kommunikation zwischen den Pflegekräften und ihren Patienten herauszuarbeiten, stellt die Befragung dar. In der Literatur wird betont, dass diese Methode eine zeitökonomische und relativ unkomplizierte Datenerhebung erlaubt und in vielerlei Situationen angewandt werden kann (vgl. Albert/Koster 2002:24; vgl. dazu Albert/Marx 2014:61; Atteslander 2010:109). Die Antworten der Befragten gewähren dem Forschenden einen Einblick in Erinnerungen an bestimmte Ereignisse, die die Studienteilnehmer erlebt haben, und „spiegeln ihre Meinungen und Bewertungen wider“ (Albert/Marx 2014:62; vgl. dazu Atteslander 2010:109).

Abhängig von der Größe der untersuchten Gruppe sowie dem Forschungsgegenstand werden die Befragungen in *qualitative* und *quantitative* Interviews unterteilt. In der Forschungsliteratur differenziert man weiter zwischen *standardisierten* und *nichtstandardisierten* Interviews. Die Unterschiede liegen in der Art und Weise der

Konzeption, d. h. an der Kategorisierung der Antwortmöglichkeiten (vgl. Albert/Marx 2014:70; vgl. dazu Pilch 1998:85). Pilch (1998:85) weist zudem auf Diskrepanzen bei der Durchführung der beiden Interviewmöglichkeiten hin. Das nichtstandardisierte Interview lässt einen Freiraum bei der Formulierung und der Reihenfolge der Fragen und dadurch eröffnet sich die Möglichkeit, Inhalte zu vertiefen bzw. zusätzliche Fragen zu stellen. Das standardisierte Interview ist einfacher zu analysieren und bietet eine größere Vergleichbarkeit der Daten. Damit die sogenannten „Interviewer-Effekte“ (vgl. Albert/Marx 2014:63) reduziert werden und um eine größere Rücklaufquote zu erreichen, wird die schriftliche Befragung anhand eines Fragebogens öfters durchgeführt. Dieses Verfahren lässt jedoch dem Forschenden keine Kontrolle über den Befragungsverlauf. Die Antworten der Befragten können von weiteren Personen geprägt werden oder sogar von Personen, die nicht zur Stichprobe gehören, erteilt werden (vgl. Albert/Marx 2014:63). Zudem können eventuelle Missverständnisse in Bezug auf die Fragen nicht geklärt werden (vgl. Fricke 2006:109–110; vgl. dazu Albert/Marx 2014:63).

In Anbetracht der Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren habe ich mich für die schriftliche quantitative sowie die mündliche qualitative, standardisierte Befragung entschieden.

6.3 Instrumente der Untersuchung in der Anfangsphase

Bei der Planung der vorliegenden Studie musste berücksichtigt werden, dass die untersuchte Problematik ein facettenreiches Thema darstellt. Aus diesem Grund habe ich mich entschieden quantitativ und qualitativ vorzugehen. In der Forschung wird in diesem Zusammenhang von Triangulation²⁰ gesprochen (vgl. Flick 2013:309). Triangulation wird u. a. als „die systematische und begründete Kombination verschiedener Perspektiven, wobei die jeweils methodisch-methodologischen Verfahren zur Erfassung des jeweiligen Gegenstands inhaltlich und/oder zeitlich in unterschiedlichen Beziehungen zueinander stehen können“, (Aguado 2014:47) definiert. Obwohl auf die Triangulation vor allem in der qualitativen Forschung zurückgegriffen wird, eignet sich diese Methode auch dazu,

²⁰ In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene Auslegungen von Triangulation dargestellt und Diskurse geführt, wann die Anwendung dieses Begriffes zur Beschreibung des Forschungsdesigns berechtigt ist, auf die im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden kann. Mehr dazu vgl. Aguado 2014:47-53, Mey/ Mruck 2014:227–232, Flick 2013:310–311.

qualitative und quantitative Methoden zu verbinden. Die Forscher betonen das Potenzial dieses Ansatzes, der „als Validierungsstrategie, als Ansatz der Generalisierung der gefundenen Erkenntnisse und als Weg zu zusätzlicher Erkenntnis“ (Flick 2013:318) zusammengefasst werden kann. Laut Flick (2008:112) liegt „[d]er Gewinn der Triangulation [...] weniger in der wechselseitigen Überprüfung von Ergebnissen (...) sondern in Erweiterung der Erkenntnismöglichkeiten durch die Erweiterung von Perspektiven auf den untersuchten Gegenstand“. In der Anfangsphase der Arbeit wurden folgende empirische Methoden geplant:

- schriftliche Befragung der polnischen Haushaltspflegehilfen anhand eines Fragebogens,
- mündliche Befragung der deutschen Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen anhand eines Leitfadeninterviews
- sowie schriftliche Befragung der Mitarbeiterinnen der Vermittlungsagenturen anhand eines Fragebogens.

Um den bereits erwähnten Einschränkungen bei der Durchführung der Studie zu begegnen, entschied ich mich für eine schriftliche Befragung der polnischen Haushaltshilfen. Denn ich vermutete, dass mit einem Fragebogen in einem relativ kurzen Zeitraum eine angemessene Rücklaufquote erzielt werden könnte. Angesichts der in der Pilotphase der Studie aufgetretenen Probleme ist dieser Aspekt von großer Bedeutung. Die Begrenzungen, die dieses Instrument mit sich bringt, wie z. B. die von Fricke (2006:109) zu Recht bemängelte Tatsache, dass bei der schriftlichen Befragung viele relevante Aspekte nicht berücksichtigt werden können und die Antworten aus Platzgründen eingeschränkt werden müssen, habe ich berücksichtigt. Die Entwicklung eines Fragebogens schien jedoch unter den gegebenen Umständen als ein optimales Forschungsinstrument für diese Studie. Der Fragebogen, der verwendet wurde, basiert auf den Ergebnissen der Interviews und der Pilotstudie.

Was die mündliche Befragung der deutschen Pflegebedürftigen bzw. Angehörigen anbelangt, erschien als die optimale Form der Datenerhebung das durch die Mitarbeiterinnen der Vermittlungsagenturen durchgeführte Interview per Telefon. Die Möglichkeit, die deutschen Betreuten und ihre Angehörigen zu befragen, war aussichstvoll, weil sie versprach, beide Perspektiven einzubeziehen. Um die Befragung zu strukturieren sowie vergleichbare Daten zu erheben, sollte das Interview anhand eines Leitfadens durchgeführt werden. Um vielseitige Einblicke in die Problematik zu gewähren und die Antworten der

Studienteilnehmer nicht einschränken zu müssen, war eine offene Befragung geplant. Dabei wurden die Antwortkategorien und die Reihenfolge der Fragen nicht vorab festgelegt (vgl. Atteslander 2010:146). Diese beiden Aspekte schienen in Anbetracht der Rahmenbedingungen der Befragung von Vorteil zu sein. Ein auf diese Art und Weise durchgeführtes Interview ähnelt einer normalen Gesprächssituation und weckt das Interesse der Befragten (vgl. Albert/Marx 2014:73).

Die schriftliche Befragung der Mitarbeiterinnen der Vermittlungsagenturen sollte anhand eines Fragebogens mit vorwiegend offenen Fragen erfolgen. Die Angestellten der Agentur sind u. a. für die Personalbeschaffung verantwortlich. Darüber hinaus sind sie die ersten Ansprechpartner sowohl der polnischen Haushaltspflegehilfen als auch der deutschen Klienten, sie klären sprachliche Missverständnisse bzw. vermitteln bei eventuellen Konflikten zwischen den beiden Seiten. Vor diesem Hintergrund sind sie optimal in die Problematik eingeweiht und kennen sie aus beiden Perspektiven.

Auf die Etappen der durchgeführten empirischen Studie wird im folgenden Unterkapitel eingegangen. Ich möchte dabei auf die aufgetretenen Schwierigkeiten eingehen, sie reflektieren und Konsequenzen für den weiteren Verlauf der Studie aufzeigen.

6.4 Verlauf der empirischen Studie und daraus resultierende Konsequenzen

Nach einer Internetrecherche legte ich eine Liste mit Vermittlungsagenturen in Polen und in Deutschland fest und richtete telefonische Anfragen²¹ an die Leitenden von jeweils fünf Vermittlungsagenturen in Polen und Deutschland, die diese abschlägig beantworteten. Obwohl ich Anonymität zusicherte, wurden die Absagen meistens mit der Sorge begründet, die Agentur könne in ein schlechtes Licht gerückt werden. Zwei der Agenturleiter begründeten ihren negativen Bescheid mit der Teilnahme der Agentur an einer anderen empirischen Studie. Ausschließlich durch private soziale Netzwerke war es möglich, die Daten in je einer Agentur in Polen und Deutschland zu erheben, was im Folgenden ausführlich geschildert wird.

²¹ Zusätzlich habe ich E-Mails sowie offizielle, von meiner Doktormutter unterschriebene Schreiben an die Agenturleitungen verschickt. Die Ziele des Forschungsprojekts wurden dabei genannt. Den Leitungen wurde zudem zugesichert, dass die in der Studie gewonnenen Daten ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden.

Durch den Einsatz einer Mitarbeiterin einer deutsch-polnischen Agentur²² mit Sitz in Polen konnte die empirische Studie dort stattfinden. Sie verpflichtete sich, die Erhebung persönlich durchzuführen.²³ Die Durchführung der schriftlichen Befragung, die sich an die polnischen Haushaltspflegehilfen richtete, wurde im Juni 2014 von der Leitung unter den gerade erwähnten Bedingungen bewilligt. Als Zeitraum hatte die Geschäftsführung der Betreuungsagentur August bis September 2014 festgesetzt. Die Agenturleitung hatte die Befragung im Rahmen von Schulungen über Erste Hilfe und Arbeitsschutz sowie Arbeitshygiene, die von dem Polnischen Roten Kreuz organisiert wurden, gestattet. Die Haushaltspflegehilfen wurden vor dem Fortbildungskurs gebeten, den Fragebogen auszufüllen. Ich hatte insgesamt 60 Fragebögen²⁴ samt einem frankierten Rückumschlag per Post an die gerade erwähnte Mitarbeiterin der Agentur gesandt.

An der ersten schriftlichen Befragung, die am 08.08.2014 in Wrocław stattfand, nahmen 16 polnische häusliche Pflegerinnen teil. Beim zweiten Termin für die Schulung, der am 11.08.2014 in Opole erfolgte, war es möglich, weitere acht Haushaltspflegehilfen schriftlich zu befragen, d. h., insgesamt nahmen 24 Frauen an der Studie teil. An weiteren vereinbarten Terminen konnte der Fragebogen nicht eingesetzt werden, da die Mitarbeiterin der Agentur, die die Befragung organisieren sollte, krankheitsbedingt ausfiel. Ersatztermine wurden von der Geschäftsleitung nicht bewilligt.

In weiteren Etappen sollten eine telefonische Befragung der deutschen Klienten mittels Leitfadeninterviews sowie eine schriftliche Befragung der Angestellten der Vermittlungsagenturen durchgeführt werden. Die Befragung wurde für den Zeitraum von September bis November 2014 geplant. Die Zusage zur Durchführung der Befragungen wurde jedoch kurzfristig im September verweigert.

Da bei der Durchführung der Studie Schwierigkeiten aufgetreten waren, musste ich das Forschungsdesign der vorliegenden Arbeit erneut überdenken. Die schriftliche Befragung erschien zu diesem Zeitpunkt und unter den gegebenen Umständen als einzige praktikable Möglichkeit der Datenerhebung. Somit wurde die empirische Studie auf die schriftliche Befragung der polnischen Haushaltspflegehilfen anhand des Fragebogens eingeschränkt.

²² Diese Agentur vermittelt polnische und bulgarische Betreuungskräfte in private Haushalte in Deutschland, Österreich und in der Schweiz.

²³ Das stellte eine Bedingung seitens der Agenturleitung dar. Meine Anwesenheit während der Befragung wurde nicht erlaubt.

²⁴ Die Anzahl der zugeschickten Fragebögen wurde von der Leitung der Agentur festgelegt.

Der Rücklauf war bei der an der Vermittlungsagentur durchgeführten schriftlichen Befragung so gering (lediglich 24 Fragebögen), dass die Auswertung der Daten nicht als aussagekräftig gelten konnte. Aus diesem Grund entschied ich, den Zeitraum der empirischen Studie auszudehnen. Die Anfragen an die deutschen Betreuungsagenturen, die parallel zu den Anfragen an die polnischen Agenturen gerichtet wurden, stießen, wie bereits angeführt, ebenso auf Ablehnung. Eine Agenturleitung mit Sitz in Deutschland, die im Juli 2014 abgesagt hatte, konnte jedoch durch Bemühungen einer polnischstämmigen Angestellten im August 2015 zur Teilnahme bewegt werden. Auch in diesem Fall führte die Mitarbeiterin die Befragung durch. Meine Anwesenheit während der Befragung war von der Geschäftsführung nicht erwünscht. Im Zeitraum von Juli bis September 2015 konnten so weitere neun Haushaltspflegehilfen befragt werden. Der schriftliche Fragebogen wurde von der bereits erwähnten polnischen Mitarbeiterin der Firma, die u. a. für die Personalbeschaffung zuständig ist, an die polnischen Haushaltspflegehilfen verteilt. Die Befragung fand in diesem Fall nicht im Rahmen eines Weiterbildungsangebots statt. Die Frauen wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen, während sie auf ihren neuen Einsatz bzw. auf den Transport nach Polen warteten.²⁵ An den gerade beschriebenen Befragungen in Polen und Deutschland nahmen insgesamt 33 Studienteilnehmerinnen teil.

Als Reaktion darauf, dass die Leitungen der Agenturen die Teilnahme an der Studie verweigert hatten, entschied ich, erneut zu versuchen, mich dem Feld über private Netzwerke anzunähern. Dabei zog ich Konsequenzen aus der Pilotphase, die die spezifische Zielgruppe betrafen. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, beschloss ich auf die sozialen Netzwerke der drei Betreuerinnen, die ich in Marburg kennengelernt hatte, sowie Kontakte aus meinem Familien- bzw. Bekanntenkreis in Polen zurückzugreifen und dort um die Verteilung des Fragebogens zu bitten. Im Vergleich zur Pilotstudie konnte ich deutliche Unterschiede beim Verlauf sowie den Einstellungen der Betreuerinnen gegenüber der Studie wahrnehmen. Das Verfahren der Datenerhebung wurde im Dezember 2015 abgeschlossen. An dieser Stelle soll die Zusammenstellung der vorgenommenen Stichprobe in allen Etappen der Datenerhebung tabellarisch dargestellt werden (Tab. 3):

²⁵ Diese Agentur bietet den vermittelten Betreuerinnen Übernachtungsmöglichkeiten. Die Mitarbeiterin der Firma hat die einzelnen Betreuerinnen um das Ausfüllen des Fragebogens gebeten. Die Befragung fand somit in einem inoffiziellen Rahmen bzw. beim Kaffeetrinken statt.

	Zeitraum der Studie	Ort der Durchführung	Anzahl
1. Etappe	August – September 2014	deutsch-polnische Betreuungsagentur mit Sitz in Polen	24
2. Etappe	Juli – September 2015	deutsche Betreuungsagentur mit Sitz in Deutschland	9
3. Etappe	September – Dezember 2015	private soziale Netzwerke in Polen und in Deutschland	42
Insgesamt			75

Tab. 3: Zusammenstellung der vorgenommenen Stichprobe

Betrachtet man die Verteilung der Studienteilnehmerinnen, so ist festzustellen, dass die Rücklaufquote bei den durch private Netzwerke verteilten Fragebögen am größten ist (42 Fragebögen). An der zweiten Stelle steht die Befragung in einer deutsch-polnischen Betreuungsagentur mit Sitz in Polen (24 Fragebögen) und an der dritten (neun Fragebögen) die deutsche Betreuungsagentur mit Sitz in Deutschland. Wie bereits beschrieben, musste ich, angesichts der Schwierigkeiten, meine Studie auf die schriftliche Befragung beschränken und darauf verzichten, die Untersuchung um die Blickwinkel der deutschen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sowie der Mitarbeiter der Betreuungsagenturen zu erweitern.

Zusammenfassend soll angemerkt werden, dass im Rahmen dieser Studie deutliche Einschränkungen bezüglich der Auswahl der Stichprobe wahrnehmbar sind. Das Quotenverfahren, d. h. die Wahl der Stichprobe nach Kriterien der Grundgesamtheit, konnte aus diversen Gründen nicht gewährleistet werden. Als Kriterien sollten einerseits u. a. die Berufserfahrung der Teilnehmerinnen der Studie, ihr Sprachniveau sowie ihre Lernerfahrungen, andererseits von den Studienteilnehmerinnen unabhängige Faktoren wie beispielsweise der Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen, die an die Betreuerinnen gestellten Ansprüche der deutschen Auftraggeber und letztendlich die Beziehung zwischen den beiden Seiten erwähnt werden. Die Befragung richtete sich zudem sowohl an die Umfrageteilnehmerinnen, die durch Betreuungsagenturen vermittelt werden, als auch an solche, die sich ihre Stellen durch private Netzwerke verschaffen, d. h. der Charakter des Arbeitsverhältnisses, in dem sich die Teilnehmerinnen zur Zeit der Studie befanden, kann an dieser Stelle nicht als gemeinsamer Nenner erwähnt werden. Bei der Untersuchung handelt es sich deswegen um eine Fallstudie. Ein umfangreiches Forschungsdesign, das bei einer repräsentativen Studie vorausgesetzt wird, hat sich im Rahmen dieser Arbeit als nicht

praktikabel erwiesen. Im Folgenden wird auf die Struktur des eingesetzten Fragebogens näher eingegangen.

6.5 Inhaltliche Struktur des Fragebogens

Eine der wichtigsten Zielsetzungen der Studie war wie bereits erwähnt die Durchführung einer Bestandsaufnahme zur Bewältigung der kommunikativen Situationen in der Pflege durch die polnischen Pflegehaushaltshilfen. Es wurde versucht herauszuarbeiten, welche kommunikativen Situationen den polnischen Betreuerinnen am meisten Schwierigkeiten bereiten und wo sie sich Unterstützung wünschen würden. Des Weiteren beabsichtigte die Befragung, eine Bedarfsanalyse für die möglichen Kommunikationsthemen mit den deutschen Gesprächspartnern durchzuführen sowie die Selbsteinschätzung der Studienteilnehmerinnen bezüglich der Wortschatzbeherrschung zu eruieren. Somit betrafen die Fragestellungen unterschiedliche Aspekte der Kommunikation der häuslichen Pflegerinnen mit den Pflegebedürftigen und deren Familienmitgliedern. Die Studie sollte überdies ein Bild zu der bisherigen Lernerfahrung sowie Lernwünschen und Bedürfnissen der untersuchten Gruppe ermitteln.

Die Auseinandersetzung mit der Fachliteratur sowie die Konkretisierung der Inhalte, Arten von Fragen und der Stichprobe erfolgten wie angeführt in der Pilotstudie. Der Entwicklung der Themenbereiche lag eine ausführliche Analyse der auf dem Markt vorhandenen Lehrmaterialien sowohl für ausländische Haushaltspflegehilfen als auch ausgebildete Pflegekräfte zugrunde. Um die potenziellen Themenbereiche im (alten)pflegerischen Kontext zu erweitern, wurden dazu auch Materialien für die muttersprachlichen Altenpflegekräfte gesichtet. In dieser Phase der Untersuchung sowie anhand der Literaturrecherche wurden darüber hinaus die Antwortkategorien entfaltet und vorstrukturiert.

Um Verständnisprobleme als Störfaktor auszuschließen, wurde der eingesetzte Fragebogen in polnischer Sprache formuliert. Während der informellen Gespräche sowie eines organisierten Treffens konnte der Fragebogen mit den Probandinnen ausprobiert und das Verständnis der Fragestellungen überprüft werden. Anschließend wurden die Anmerkungen der Studienteilnehmerinnen der Pilotstudie mit einbezogen. Der Fragebogen

richtete sich ausschließlich an die weiblichen Pflegehaushaltshilfen, die Fragestellungen wurden dementsprechend formuliert.

In der Literatur wird auf den Aufbau des Fragebogens und die Reihenfolge der Fragen, die eine relevante Rolle spielen und eine Wirkung auf das Verhalten der Befragten ausüben können, aufmerksam gemacht (vgl. Albert/Koster 2002:36; vgl. dazu Albert/Marx 2014:68; Atteslander 2010:139–140; Wilczyńska/Michońska-Stadnik 2010:168–172). Bestimmte Auskünfte, wie beispielsweise zum Einkommen, werden in der Regel nicht gerne von den Befragten gegeben. In den linguistischen Befragungen, bei denen solche Informationen nicht thematisiert werden, stehen die Fragen zur Person normalerweise am Anfang des Fragebogens (vgl. Albert/Marx 2014:68). Da die Zielgruppe jedoch, wie bereits erwähnt, vorwiegend der Teilnahme an der Studie abgeneigt war, nahm ich an, dass auch beschränkte Angaben zur Person wie z. B. das Alter (Frage 12) oder der erlernte Beruf (Frage 13) und die Erfahrung bei der Ausübung der Tätigkeit als Betreuerin von den Befragten (Frage 15) verweigert würden. Aus diesem Grund wurden die Personenangaben am Ende des Fragebogens eingebettet. Dies war ein Versuch, die Haushaltspflegehilfen dazu zu bewegen, die Partizipation an der Befragung nicht zu verweigern bzw. diese nicht abzubrechen sowie ihre eventuellen Ängste abzubauen. Die Ehrlichkeit der Studienteilnehmerinnen wurde darüber hinaus vorausgesetzt.

Bezüglich der Reihenfolge der Fragen wird es überdies, aus zeitökonomischen Gründen, nicht empfohlen die Themen, auf die sich die Fragestellungen beziehen, allzu oft zu wechseln. Denn in diesem Fall müssen sich die Studienteilnehmenden auf die neuen Themen einstellen sowie Einzelheiten ins Gedächtnis rufen (vgl. Albert/Marx 2014:68). Aus diesem Grund und hinsichtlich der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes lässt sich der entwickelte Fragebogen in miteinander verbundene Komplexe unterteilen. Neben den Fragen, die sich direkt auf den Untersuchungsgegenstand beziehen, enthält er auch Fragestellungen zur Lernbiografie (Frage 10) sowie zu den Lernbedürfnissen der Studienteilnehmerinnen (Frage 8 und 9). Unter Lernbiografie werden individuelle Lernerfahrungen wie z. B. schulische bzw. berufliche Aus- und Weiterbildung verstanden. Folgende thematische Komplexe wurden im Fragebogen hervorgehoben:

1. Themenkomplex: Charakteristik der Probandinnen
 - sozialstatistische Daten der Probandinnen
 - Lernbiografie bzw. Lernerfahrungen
 - Lernpräferenzen

- Motivation zur Weiterqualifizierung
 - Strategien zur Verständnissicherung
 - Bedürfnisse bezüglich der Verbesserung der Arbeitsqualität und der sprachlichen Bewältigung des beruflichen Alltags
2. Themenkomplex: Selbsteinschätzung der Umfrageteilnehmerinnen in Bezug auf:
- die Bewältigung der einzelnen kommunikativen Handlungen,
 - die Wortschatzbeherrschung in Kontexten der häuslichen Pflege
 - sowie die Bestandsaufnahme zur Nachfrage nach den möglichen Kommunikationspartnern und -themen.

Eine ausführliche Charakteristik der Probandinnen gehört zum Gegenstand des ersten Themenkomplexes. In diesem Teil der Umfrage wurden u. a. sozialstatistische Daten der Befragten ermittelt (Fragen 12–15²⁶). Darüber hinaus wurde versucht, in der achten Frage die Motivation der untersuchten Gruppe für eine sprachliche sowie fachliche Weiterbildung zu sondieren. Diese Problematik wurde in Frage 9²⁷ vertieft, indem konkrete Bedürfnisse und Erwartungen zu Lernpräferenzen (sowohl Lehrmaterialien als auch Lehrangebot) sowie Lerngewohnheiten der untersuchten Gruppe erfragt wurden.

Die konkreten Strategien, die die Probandinnen zur Verständnissicherung anwenden (Fragen 5–6²⁸), konnten relevante Informationen zu den Lehrmaterialien liefern. Darüber hinaus wurde versucht, die Lernbiografie der Studienteilnehmerinnen in Erfahrung zu bringen (Frage 10²⁹). Mit dieser Fragestellung sollte erforscht werden, wie lange und unter welchen Umständen der Lernprozess verlaufen war. Frage 11³⁰, die einen offenen Charakter hatte, versuchte, einen Rahmen für die Ermittlung der Bedürfnisse der untersuchten Gruppe zu schaffen, was die Verbesserung der Arbeitsqualität und die optimale Bewältigung des beruflichen Alltages anbelangt. Die Auskünfte, die die

²⁶ Frage 12: Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

Frage 13: Was ist Ihr Beruf?

Frage 14: Für wie lange kommen Sie in der Regel nach Deutschland?

Frage 15: Wie lange arbeiten Sie schon als Betreuerin in Deutschland?

²⁷ Frage 9: Welche Form des Deutschlernens würde Sie am meisten zufriedenstellen?

²⁸ Frage 5: Was machen Sie, wenn Sie den Pflegebedürftigen/seine Angehörigen/den Pflegedienst usw. nicht verstanden haben? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

Frage 6: Was machen Sie, wenn Sie nicht sicher sind, ob man Sie verstanden hat?

²⁹ Frage 10: Wie und wo haben Sie Deutsch gelernt?

³⁰ Frage 11: Beenden Sie bitte den Satz: *Damit ich meine Arbeit besser bewältigen kann, brauche ich ...*

Studienteilnehmerinnen gegeben hatten, boten zudem die Möglichkeit, weitere Aspekte bezüglich ihrer Wünsche, die der Fragebogen nicht angesprochen hatte, zu vervollständigen.

Im zweiten Themenkomplex wurden die Studienteilnehmerinnen gebeten, eine Selbsteinschätzung zur Bewältigung der kommunikativen Anforderungen in pflegerischen Kontexten vorzunehmen. Die möglichen kommunikativen Situationen im beruflichen Arbeitsalltag sowie die relevanten Kommunikationspartner sollten in Frage 1³¹ ermittelt werden. Es galt zunächst zu erforschen, in welcher Intensität und in welchen Kontexten die polnischen Haushaltspflegehilfen mit potentiellen Gesprächspartnern in Kontakt treten. Diese Frage ist thematisch mit der Frage nach dem Wortschatzlernen (Frage 4³²) verbunden, in der die Probandinnen ihre Kenntnisse der lexikalischen Themenbereiche beurteilen, denen sie sich in ihrem Arbeitsalltag stellen müssen. Die Fragen 2 und 3³³ thematisierten, wie bereits erwähnt, die Bewältigung der kommunikativen Situationen in der häuslichen Pflege. Dabei stand die mündliche Kommunikation im Vordergrund. Der Schwerpunkt der Frage 3 lag darin, eventuelle Schwierigkeiten bzw. mögliche Konflikte in der Kommunikation mit den Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen zu untersuchen.

Bei der Entwicklung eines Fragebogens soll überdies seine Länge sorgfältig bedacht werden. Sie spielt beispielsweise für die Rücklaufquote eine bedeutsame Rolle. Ein Fragebogen, der mehr als vier Seiten umfasst, wird aus diesem Grund nicht empfohlen (vgl. Albert/Coster 2002:27; vgl. dazu Albert/Marx 2014:64). Diese Ansprüche ließen sich allerdings schwer mit der Komplexität der Thematik in Einklang bringen. Ich entschied mich deswegen für einen ausführlichen Fragebogen, der 15 Fragen und sieben Seiten umfasste, sich aber aus hauptsächlich gelenkten Items (13 Fragen), in Form von geschlossenen und halboffenen Fragen, zusammensetzte. Nur zwei Fragen zeichnete ein offener Charakter aus.³⁴ Die Auskünfte über die offenen Fragen wurden ins Deutsche übersetzt und in Kategorien eingeteilt sowie geordnet und in Tabellenform dargestellt.

Bei den geschlossenen und halboffenen Fragentypen wie z. B. Frage 5 und 6, die die Verständnissicherung thematisieren, sowie 8 bis 10, die u. a. den Lernweg und Lernpräferenzen untersuchen, sollten die Probandinnen eine der vorgegebenen Antworten ankreuzen. Die Antworten berücksichtigten des Weiteren eine offene Kategorie für sonstige

³¹ Frage 1: In Ihrer Arbeit sprechen Sie am häufigsten mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen. Mit wem müssen Sie auf Deutsch noch kommunizieren?

³² Frage 4: Kennen Sie Wörter aus folgenden Bereichen?

³³ Frage 2: Wie bewältigen Sie folgende Situationen auf Deutsch?

Frage 3: Bei Ihrer Arbeit kann es zu sehr schwierigen Situationen oder zu Konflikten kommen. Beurteilen Sie bitte, wie Sie solche Situationen auf Deutsch bewältigen.

³⁴ Die Antwort auf eine der Fragen beruhte auf der Nennung des in Polen ausgeübten bzw. erlernten Berufes.

Ausführungen der Studienteilnehmerinnen. Dies hatte zum Ziel, ihnen die Möglichkeit zu bieten, im Fragebogen nicht angesprochene, jedoch relevante Aspekte zu nennen und somit die weiteren Dimensionen zu explorieren. Diese Kategorie wurde jedoch sehr selten von den Studienteilnehmerinnen genutzt, um etwas zu ergänzen. Diese Tatsache kann möglicherweise auch auf die Ausschöpfung der in der Pilotphase der Untersuchung herausgearbeiteten Antwortkategorien zurückgeführt werden. Darüber hinaus kann dies eventuell aber auch damit erklärt werden, dass die untersuchte Gruppe ein geringes Interesse an der Studie hatte. Den Studienteilnehmerinnen stand bei einigen Fragen zudem eine zusätzliche Rubrik zur Verfügung, und zwar „*keine der oben genannten*“ (mit der Möglichkeit, zusätzliche Begründungen zu nennen). Dies hatte das Ziel, den Probandinnen keine festgelegten Antworten aufzudrängen, die ungewollt Einfluss auf die Ergebnisse der Studie ausüben könnten.

Die Antwortmodalitäten bezüglich der Sondierung der möglichen Kommunikationspartner sowie Gesprächsthemen (Frage 1) wurden folgendermaßen festgelegt: *nie, sehr selten, selten, manchmal, oft, sehr oft*. Bei Knapp (2011:107–171) wird zu Recht darauf hingewiesen, dass solche Kategorien schwer messbar sind. Wie oft müssten beispielsweise die häuslichen Probandinnen mit dem Arzt sprechen, um die Antwortmöglichkeit *oft* auszuwählen? Aus diesem Grund sollten die ausgewerteten Ergebnisse nicht quantitativ analysiert werden, sondern sie können nur Tendenzen in der Wahrnehmung der Befragten aufzeigen.

Die Fragen, die die Einschätzung der kommunikativen Situationen thematisierten (Fragen 2 und 3), leitete die Äußerung „*Ich kann ...*“ ein. Dies war ein Versuch, es den Studienteilnehmerinnen zu ermöglichen, sich in erfragte kommunikative Situationen hineinzufühlen (vgl. dazu Wilczyńska/Michońska-Stadnik 2010:169). Auf diese Art und Weise wurden die Probandinnen gebeten, ihre sprachliche Bewältigung kommunikativer Handlungen selbst einzuschätzen sowie ihre Vertrautheit mit dem Vokabular (Frage 4) zu beurteilen. Die Antwort beruhte auf dem Ankreuzen entsprechender Kategorien der vierstufigen Skalierung. Die Skala bietet ein Gleichgewicht zwischen den positiven und negativen Kategorien (vgl. dazu Albert/Koster 2002:32) und wurde wie folgt kategorisiert (Tab. 4) und mit einer kurzen Beschreibung³⁵ zur Verständnissicherung versehen:

³⁵ Angesichts der Schwierigkeiten, die beispielsweise bestimmte Begrifflichkeiten sowie abstrakte Konzepte wie z. B. „Missverständnisse“ mit sich bringen, lassen sich gewisse Ungenauigkeiten bei den Antworten nicht ausschließen. Die Sicherstellung des Fragenverständnisses sowie der vorgeschlagenen Beschreibungen, die Knapp 2011:108 empfiehlt, konnte im Rahmen der Studie aus bereits erwähnten Gründen nicht gewährleistet werden.

1. eindeutig nicht	Ich kann es nicht auf Deutsch bewältigen. Ich brauche Hilfe, z. B. ein Wörterbuch.
2. eher nicht	Ich habe große Schwierigkeiten. Ich kenne nur einzelne Wörter. Es kommt zu Missverständnissen.
3. eher ja	Es gelingt mir, Sätze zu bilden. Es kommt aber zu Missverständnissen.
4. eindeutig ja	Ich bewältige es gut. Ich kann ganze Sätze bilden. Es kommt nicht zu Missverständnissen.
0	Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit. ³⁶

Tab. 4: Antwortkategorien und entsprechende Erläuterungen bei den Fragen 2–4

6.6 Auswertung der Daten

Die Auswertung der erhobenen Daten dauerte von September 2014 bis März 2016 und wurde aufgrund der bereits beschriebenen Schwierigkeiten etappenweise durchgeführt. Für die Analyse standen insgesamt 75 Fragebögen zu Verfügung (vgl. Tabelle 3, Kapitel 6.4.). Alle Daten wurden mit dem Programm Excel erfasst. Die relevanten Ergebnisse werden im folgenden Kapitel und im Anhang dargestellt.

Zunächst wurde jeder Fragebogen nummeriert. Des Weiteren wurden die einzelnen Items mit Nummern und Buchstaben versehen.³⁷ Die Daten wurden in die Tabellen eingegeben und in Form von Diagrammen präsentiert. Die Berechnung der erhobenen Daten erfolgte in der ersten Etappe mithilfe von beschreibenden statistischen Auswertungsarten wie Häufigkeitstabellen. Um tiefere Einsichten in die Problematik zu gewinnen, wurden in der zweiten Etappe der Auswertung die Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen untersucht. Es wurde angenommen, dass die Relation zwischen der Selbsteinschätzung zur Bewältigung der kommunikativen Situationen im Arbeitsalltag und Faktoren wie Erfahrung in der häuslichen Pflege sowie z. B. Lernbiografie aussagekräftig sein kann und relevante Informationen für diese Studie liefert.

Um die Probandinnen bezüglich der eigenen Beurteilung der Deutschkenntnisse zu gruppieren, wurden die Antwortmodalitäten *eindeutig nicht*, *eher nicht*, *eher ja*, *eindeutig*

³⁶ Diese Ausweichkategorie wurde eingesetzt, um die Studienteilnehmerinnen nicht zu einer Antwort zu nötigen (vgl. Albert/Koster 2002: 33; vgl. dazu Albert/Marx 2014:71).

³⁷ Dies hatte zum Ziel, die thematischen Bereiche voneinander zu trennen, z. B. wird der Bereich *Fragen an den Pflegebedürftigen*, der in der Frage 2 thematisiert wird und zwei Aspekte anspricht, unterteilt in 2a1 und 2a2.

ja, *keine Angaben* sowie *kein Bedarf* bei jeder Befragten für die Fragen 2 bis 4 zusammengezählt. Diese Fragen betreffen die Selbsteinschätzung der Umfrageteilnehmerinnen zu ihrer Bewältigung der kommunikativen Situationen sowie zum Wortschatz.

Bei der Analyse der Daten fiel auf, dass die Betreuerinnen ihre Deutschkenntnisse sehr hoch eingeschätzt hatten, was man der folgenden Tabelle (Tab. 5) entnehmen kann. Die Berechnung basiert auf den Angaben zu den Fragestellungen 2 bis 4. Auf die Kategorie *eindeutig ja* fällt fast die Hälfte (48,77 %) der Antworten. Ein Drittel (33,66 %) der Zuweisungen der Studienteilnehmerinnen kann der Antwortmodalität *eher ja* zugeordnet werden. Wenn diese beiden Kategorien zusammengezählt werden, entspricht dies 82,43 % der Antworten. Die Kategorien *eher nicht* und *eindeutig nicht* repräsentieren nur 9,53 % und 2,87 % der Antworten.

%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
	2,87	9,53	33,66	48,77	3,12	2,05

Tab. 5: Durchschnittswerte bei der Beantwortung der Fragen 2–4 zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse

An dieser Stelle muss aber ausdrücklich betont werden, dass man es hier nicht mit objektiv festgestellten Deutschkenntnissen der Befragten zu tun hat, sondern mit ihrer Selbsteinschätzung, die wiederum auf der errechneten Gesamtbeantwortung basiert. Die Beurteilung der Deutschkenntnisse bzw. der Bewältigung des Arbeitsalltags in der deutschen Sprache, die die Probandinnen vorgenommen haben, ist daher subjektiv und durch mehrere Faktoren beeinflusst. Zu erwähnen ist darüber hinaus, dass nicht alle Fragebögen von den Umfrageteilnehmerinnen vollständig ausgefüllt wurden, sodass bei einigen ein Teil der Fragen unbeantwortet blieb. Wegen der geringen Rücklaufquote habe ich mich aber entschieden, auch diese in die Auswertung aufzunehmen. Fehlende Antworten wurden unter der Kategorie *keine Angaben* erfasst bei den Fragen zur Selbsteinschätzung zur Bewältigung der kommunikativen Handlungen, Vertrautheit mit dem Vokabular sowie zum potentiellen Gesprächspartner (Fragen 1 bis 4). Die Fragen 5 und 6 sowie 8 bis 10, u. a. zu Strategien der Verständnissicherung, zur Lernbiografie sowie Vorlieben bei Lehrmaterialien, erlaubten Mehrfachnennungen. Die Antworten zu jedem Item wurden den Kategorien *ja* (wenn angekreuzt) und *nein* (wenn nicht angekreuzt) zugeordnet.

Die hohe Selbsteinschätzung bei der Bewältigung der kommunikativen Situationen sowie der Wortschatzbeherrschung steht teilweise in Widerspruch zu den gängigen

Meinungen der polnischen Betreuerinnen und von ihren deutschen Klienten, die man beispielsweise der Presse oder privaten Gesprächen entnehmen kann. Diese Ergebnisse könnten durch verschiedene Faktoren hervorgerufen worden sein. In Bezug auf die Fragebögen, die bei den Vermittlungsagenturen ausgefüllt worden sind, könnte als Grund die Angst um den Arbeitsplatz vermutet werden. Die Frauen wollten möglicherweise nicht zugeben, dass sie Schwierigkeiten haben, bestimmte kommunikative Situationen auf Deutsch zu bewältigen. Die Befragungen waren zwar anonym, fanden aber partiell im Rahmen einer durch die Vermittlungsagentur organisierten Schulung statt, oder es wurden von den Mitarbeitern der Agentur Fragebögen verteilt und eingesammelt. Diese Hypothese kann durch die Ergebnisse (vgl. Tab. 6) bestätigt werden. Auf die Kategorie *eindeutig ja* fallen 65,13 % der Zuweisungen der Umfrageteilnehmerinnen, die von der Vermittlungsagentur befragt wurden. Bei den durch private soziale Netzwerke kontaktierten Betreuerinnen wurde diese Kategorie nur in 36,12 % der Fälle gewählt.

%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
1–33	1,28	3,70	25,78	65,13	2,62	1,49
34–75	4,12	14,04	39,87	36,12	3,47	2,38

Tab. 6: Verteilung der Antworten zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse sowie Wortschatzbeherrschung auf die Fragen 2–4, Nr. 1–33 sind die Befragten aus Agenturen und 34–75 sind die durch private soziale Netzwerke der Betreuerinnen kontaktierten Befragten

Da die Einschätzung der Probandinnen (Fragen 2 bis 4) hoch ausgefallen war und die Antwortmodalitäten *eindeutig nicht* und *eher nicht* selten von diesen genutzt worden waren, fasste ich diese beiden Kategorien bei der Datenauswertung und Präsentation zusammen. Anzumerken ist allerdings an dieser Stelle, dass die Antwort *eher ja* auch darauf hindeuten kann, dass den Befragten bestimmte Defizite bei der Bewältigung der sprachlichen Handlungen bewusst sind. So wird sie in dieser Arbeit auch interpretiert. Dies basiert auf der großen Diskrepanz zwischen den empirischen Befunden und den gängigen Meinungen der Haushaltspflegehilfen und der Pflegebedürftigen, die der Pilotstudie zu entnehmen sind sowie der Sichtung der Internetforen und Literaturrecherche.

7. Präsentation und Diskussion der Ergebnisse der Befragung

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit zusammengetragen. Diesen Teil der Arbeit leitet die Darstellung der untersuchten Gruppe ein. In weiteren Unterkapiteln werden die möglichen Gesprächsthemen sowie -partner, die Beherrschung des Wortschatzes und schließlich die Selbsteinschätzung zur Bewältigung der kommunikativen Handlungen präsentiert und diskutiert.

7.1 Zusammensetzung der Befragten

Dieses Unterkapitel hat zum Ziel, die Umfrageteilnehmerinnen zu beschreiben. An dieser Stelle ist anzumerken, dass diese Studie aufgrund der bereits beschriebenen Schwierigkeiten keinen Anspruch erhebt, eine repräsentative Gruppe zusammenzustellen. Neben den sozialstatistischen Daten, wie u. a. Angaben zum Alter oder zum erlernten bzw. in Polen ausgeübten Beruf, wird zudem auf die Lernerfahrungen der Studienteilnehmerinnen sowie auf ihre Motivation zu einer sprachlichen und beruflichen Weiterbildung eingegangen. Es soll ein komplexes Bild der befragten Gruppe präsentiert werden.

7.1.1. Die sozialstatistischen Daten der Umfrageteilnehmerinnen

Den sozialstatistischen Teil der Umfrage leitete die Frage nach dem Alter ein (Frage 12). Aus den Angaben wird ersichtlich, dass das Altersspektrum der befragten Studienteilnehmerinnen relativ breit und ungleichmäßig verteilt ist, was man untenstehender Grafik (Abb. 3) entnehmen kann. Lediglich sechs Befragte (8 %) gehören der ersten Altersgruppe, d. h. bis 30 Jahre, an. An der Umfrage nahmen 27 Frauen (36 %) teil, die zwischen 30 und 50 Jahre alt sind. Die eindeutige Mehrheit, d. h. 39 Personen (52 %), war über 50 Jahre alt. In der Untersuchung haben drei Studienteilnehmerinnen (4 %) ihr Alter nicht genannt.

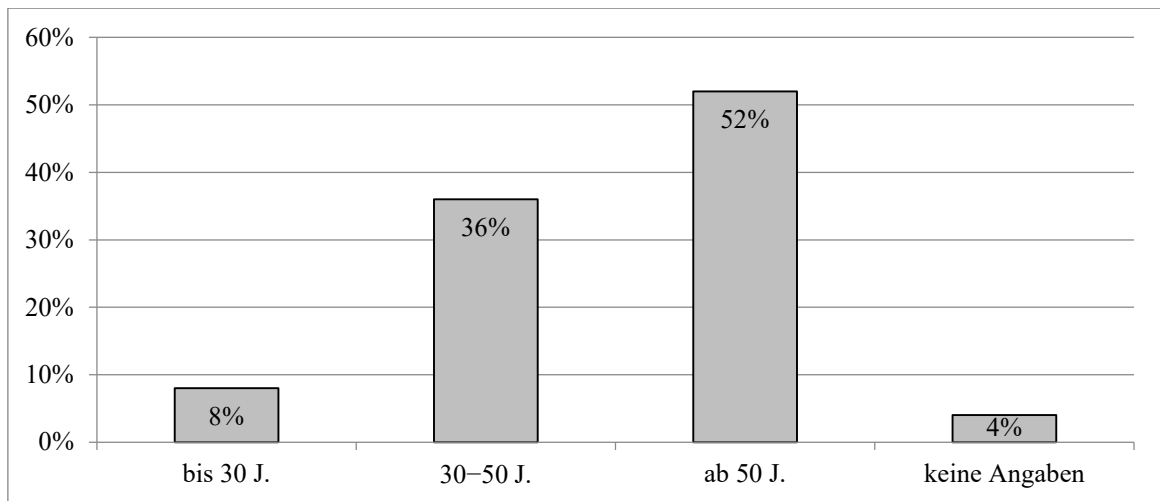


Abb. 3: Prozentuale Verteilung der Studienteilnehmerinnen nach Altersgruppen

Im Folgenden gehe ich der Frage nach, ob das Alter der Probandinnen in einem Zusammenhang mit der Bewältigung der kommunikativen Handlungen sowie Wortschatzbeherrschung steht (Abb. 4). Wie man der Abbildung entnehmen kann, schätzen die Befragten, die der Altersgruppe bis 30 Jahre angehören, ihre Deutschkenntnisse viel höher ein als die älteren Befragten. Auf die Kategorie *eindeutig ja* entfallen 73,73 % der Antworten der Studienteilnehmerinnen, die jünger als 30 Jahre sind, und 38,55 % der Zuweisungen der Betreuerinnen in der Gruppe mit dem Alter ab 50 Jahren. Der Prozentsatz dieser Modalität in der Gruppe der 30- bis 50-Jährigen liegt bei 57,19 %.

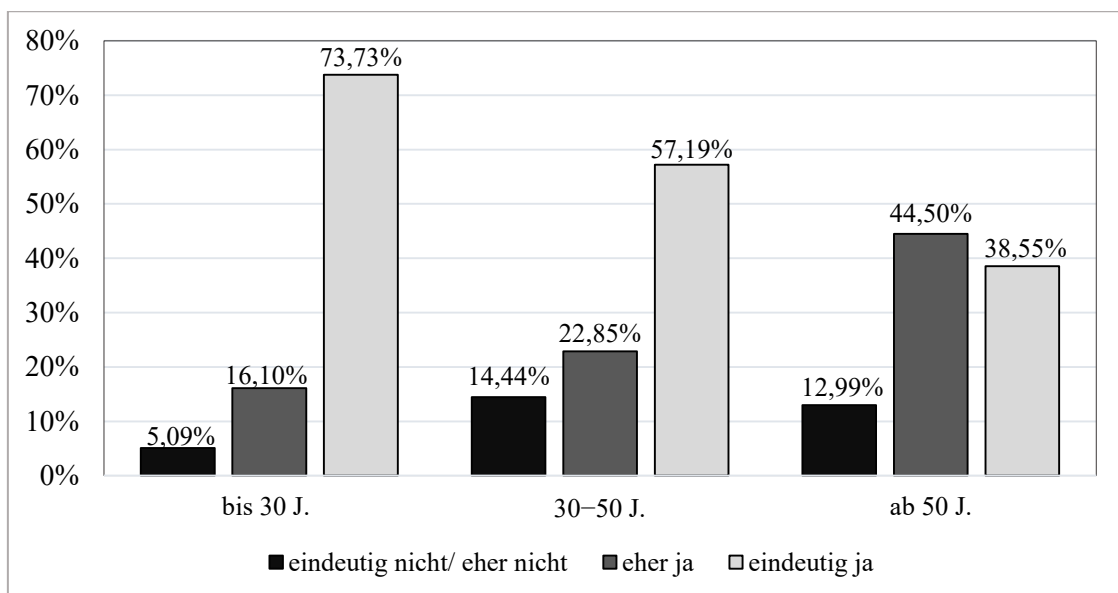


Abb. 4: Prozentuale Verteilung der Selbsteinschätzung nach Alter

Aus den ermittelten Daten kann man ableiten, dass die Befragten, die älter als 50 Jahre sind, größere sprachliche Schwierigkeiten in ihrem beruflichen Arbeitsalltag erleben.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen könnten u. a. durch soziopsychologische Faktoren bedingt sein (vgl. Edmondson/House 2011:189). Hierbei können beispielsweise die mit dem Lernprozess verbundenen bzw. von diesem ausgelösten Gefühle sowie Einstellungen zu der Kultur der Zielsprache, Persönlichkeitsmerkmale und die Motivation eine Rolle spielen (vgl. Edmondson/House 2011:189). Die jüngere Gruppe könnte mehr Erfahrung mit dem Lernen von Fremdsprachen und eine positivere Einstellung dazu haben.

Die Informationen über den beruflichen Hintergrund sowie die Ausbildung der Studienteilnehmerinnen erlauben relevante Einblicke in die Zusammensetzung der Befragten sowie ihren Qualifikationen. Der Beruf, den sie in Polen erlernt bzw. praktiziert haben, kann es möglicherweise beeinflussen, wie sie ihre Tätigkeit als Haushaltspflegehilfe ausüben. Bei bestimmten Arbeitsfeldern wie beispielsweise im gesundheitlichen Dienst kann eine gewisse fachliche sowie sprachliche Vorbereitung vorausgesetzt werden. Die Auskünfte, die die Umfrageteilnehmerinnen zu ihrem beruflichen Hintergrund gaben, wurden übersetzt und in der folgenden Tabelle (Tab. 7) zusammengefasst. Die Berufe wurden nach der Anzahl der Nennungen gruppiert und dargestellt. Es sollte an dieser Stelle vorweggenommen werden, dass fast ein Drittel der Studienteilnehmerinnen (24 = 32 %) ihren Beruf nicht preisgeben wollten.

FB³⁸	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	deutsche Übersetzung	Zahl der Nennungen
49, 58, 59, 68, 72	„sprzedawca“	[Verkäufer]	7
69	„sprzedawca, średnie, technik“	[Verkäufer, mittlere Reife, Techniker]	
28	„handlowiec“	[Kaufmann/Verkäufer]	
34, 67 63	„nauczyciel“ „nauczycielka“	[Lehrer/in]	6
1	„nauczycielka przedszkola“	[Kindergärtnerin]	
19, 43	„nauczycielka jęz. niemieckiego“ „nauczyciel języka niemieckiego“	[Deutschlehrer/in]	

³⁸ Fragebogen

20, 64, 71, 60	„technik ekonomista“ „technik ekonomik“	[Wirtschaftstechniker]	6
17, 61	„ekonomista“	[Wirtschaftswissenschaftler bzw. Wirtschaftstechniker]	
37, 66 13	„laboratorant chemiczny“ „laborant – chemik“ „chemik“	[Chemielaborant] [Chemiker]	3
56, 73	„krawcowa“	[Schneiderin]	3
9	„krawiec damski lekki“	[Damenschneider]	
10, 3, 24	„technik budowlany“	[Bautechniker]	3
55, 75	„technik rolnik“	[Techniker für Landwirtschaft]	2
41	„administracja publiczna“	[öffentliche Verwaltung] ³⁹	1
2	„B.Z.“	[ohne Beruf]	1
62	„cukiernik“	[Konditor]	1
54	„dyplomowana pielęgniarka (uznanie dyplomu w Niemczech)”	[Diplomkrankenschwester (Anerkennung des Diploms in Deutschland)]	1
30	„dziennikarz“	[Journalist]	1
35	„dziewiarka“	[Wirkerin]	1
74	„elektromonter“	[Elektromonteur]	1
53	„emeryt“	[Rentner]	1
57	„gospodyni“ ⁴⁰	[Hausfrau]	1
7	„inżynier maszyn rolniczych“	[Landmaschineningenieur]	1
70	„kucharz“	[Koch]	1
42	„politolog“	[Politologe]	1
36	„pracownik socjalny“	[Sozialarbeiter]	1
31	„ratownik medyczny“	[Rettungssanitäter]	1
47	„rolnik“	[Landwirt]	1
12	„technik elektronik“	[Elektrotechniker]	1
14	„technik geodeta“	[Vermessungstechniker]	1

³⁹ Die Auskünfte der Studienteilnehmerinnen in polnischer Sprache mit jeweils einer Nennung wurden alphabetisch sortiert.

⁴⁰ Kalwa (2010: 97) bemerkt, dass die in ihrer Studie Interviewten sich nicht selbst als Arbeitslose beschreiben, was dem Familienmuster und der patriarchalischen Genderforschung entspricht. In diesem Zusammenhang wird eher auf die Bezeichnung „Hausfrau“ zurückgegriffen. In der für diese Studie durchgeführten Befragung gab nur eine Person an, keine Berufsausbildung zu besitzen.

44	„student“	[Student]	1
23	„uczę się“	[Ich bin in der Ausbildung.]	1
32	„ukończone liceum“	[allgemeinbildende Oberschule abgeschlossen]/Gymnasium abgeschlossen	1
6	„zecer“	[Setzer]	1

Tab. 7: Beruflicher Hintergrund der Studienteilnehmerinnen

Aus Tabelle 7 geht hervor, dass die zwei am häufigsten vertretenen Berufsgruppen *Verkäuferinnen/Kauffrauen* mit sieben und *Lehrerinnen* mit sechs Nennungen (darunter zwei *Deutschlehrerinnen*) sind. Eine wirtschaftliche Ausbildung haben sechs Personen absolviert. Zu den weiteren Berufen gehören *Chemikerin/Chemielaborantin*, *Schneiderin* sowie *Bautechnikerin* jeweils mit drei und *Technikerin für Landwirtschaft* mit zwei Nennungen. Die Berufe mit nur einer Nennung sind der obigen Tabelle zu entnehmen. Die große Spannweite der ausgeübten Berufe wird auch in der Studie von Neuhaus et al. (2009:35) beschrieben.

An dieser Stelle soll erwähnt werden, dass es unter den Befragten nur zwei Personen gab, die entweder eine medizinische oder eine pflegerische Ausbildung (*Rettungssanitäter* und *diplomierte Krankenschwester*) absolviert haben. Das Diplom einer Studienteilnehmerin wurde darüber hinaus in Deutschland anerkannt. Zu den Sprachkenntnissen der Studienteilnehmerinnen ist dagegen anzumerken, dass zwei Befragte als *Deutschlehrerinnen* gearbeitet haben bzw. diesen Beruf in Polen immer noch ausüben. Beide Probandinnen haben erwartungsgemäß bei ihrer Selbsteinschätzung der Sprachkenntnisse immer die Kategorie *eindeutig ja* ausgewählt.

Bei der sprachlichen Bewältigung des beruflichen Alltags kann auch die Erfahrung als häusliche Betreuerin eine Rolle spielen. Wer schon länger diese Tätigkeit ausübt, kann vermutlich die kommunikativen Routinen in pflegerischen Kontexten sicher anwenden und ist im sprachlichen Umgang mit den Pflegebedürftigen geübt. Aus diesem Grund schien es wichtig zu sein, die Frage nach der Praxis bei der häuslichen Altenbetreuung (Frage 15) in den Fragebogen einzubeziehen. Dabei wurden drei in der Pilotstudie ermittelte Zeitspannen unterschieden. Die Ergebnisse lassen sich prozentual wie folgt (Abb. 5) darstellen:

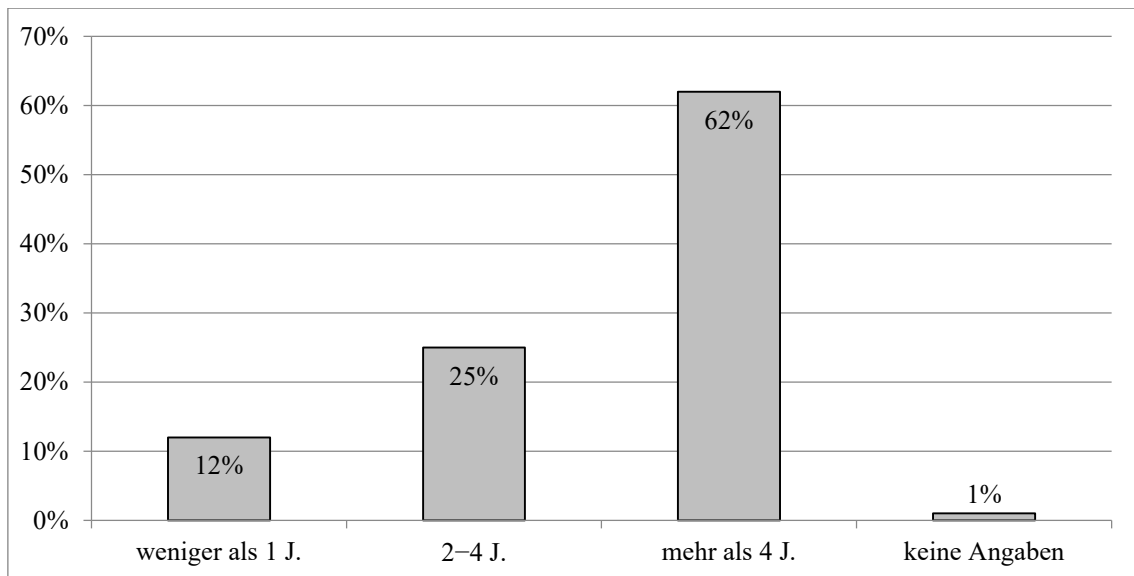


Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Probandinnen nach dem Faktor: Erfahrung als Haushaltspflegehilfe

Die überwiegende Mehrheit der Befragten (46 = 62 %) übt die Tätigkeit als häusliche Pflegekraft länger als vier Jahre aus. Die Antwortmöglichkeiten in dieser Kategorie wurden zudem von sechs Befragten mit zusätzlichen Angaben zur Dauer ihrer Tätigkeit ergänzt. Laut Auskünften haben einige Studienteilnehmerinnen 8 bis 16 Jahre Erfahrung als Haushaltspflegehilfe (vgl. Anhang III Tab. 24). Ein Viertel der Studienteilnehmerinnen (19 = 25 %) gab an, zwischen zwei und vier Jahre als Haushaltspflegehilfe zu arbeiten, neun Personen, d. h. 12 %, arbeiteten weniger als ein Jahr als häusliche Betreuerin. Eine verweigerte die Antwort auf diese Frage.

Wie bereits erwähnt wurde, kann man annehmen, dass eine lange Erfahrung sich darauf auswirkt, wie sicher eine häusliche Betreuerin sprachliche Routinen und Rituale beherrscht und wie vertraut sie mit der Lexik ist. Die Analyse der ausgewerteten Daten bestätigt diese Annahme (Abb. 6). Tatsächlich scheinen die Befragten, die weniger als ein Jahr als Haushaltspflegehilfe arbeiten, ihren Arbeitsalltag in der deutschen Sprache mit größeren Schwierigkeiten zu bewältigen. Die Antwortkategorie *eindeutig ja* wird entsprechend häufiger gewählt, ihr Anteil vergrößert sich von 26,55 % über 44,51 % auf 54,50 % in der Gruppe der Betreuerinnen, die mehr als vier Jahre in der Pflege arbeiten. Die Gegenteilstendenz lässt sich beim Prozentsatz der Antworten *eindeutig nicht* und *eher nicht* beobachten, der sinkt, wenn die Erfahrung in der Pflege größer ist.

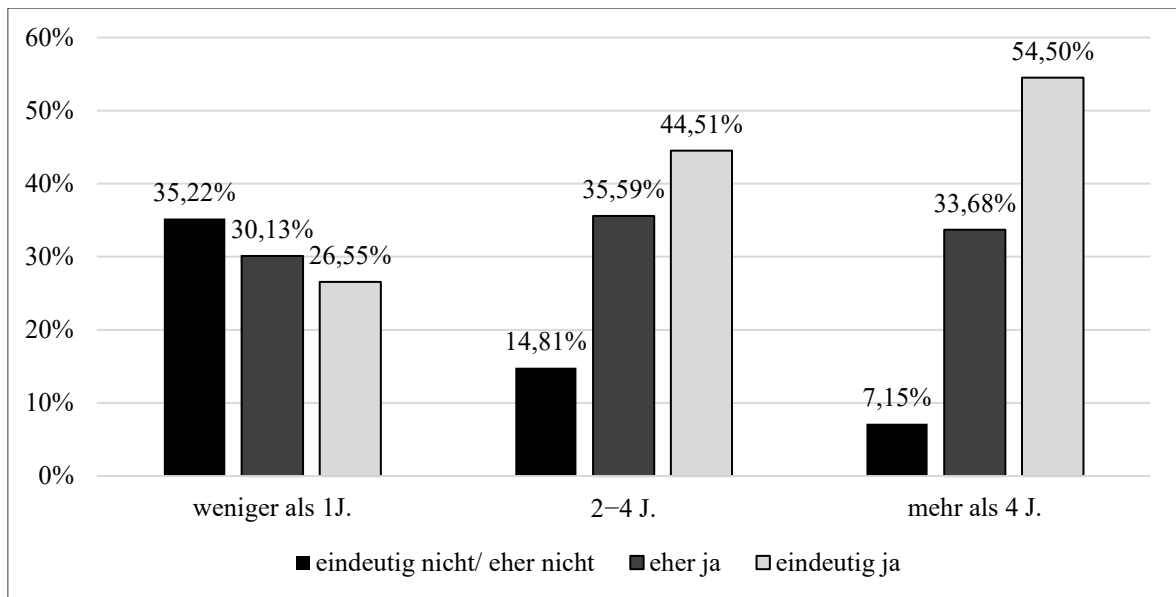


Abb. 6: Zusammenhang zwischen der Erfahrung als Haushaltspflegehilfe und der Selbsteinschätzung

Die ausländischen Haushaltspflegehilfen verrichten ihre Beschäftigung im sogenannten Rotationssystem, d. h., sie teilen sich zu zweit oder mit mehreren ihre Arbeitsstellen. Die Zeit, in der ihr Pflegebedürftiger von einer anderen Haushaltspflegekraft betreut wird, nutzen sie, um zu ihrer Familie nach Polen zu fahren, oder sie werden bei einem anderen Betreuten eingesetzt und bleiben länger in Deutschland. Vor diesem Hintergrund fasste ich den Entschluss, in die Untersuchung die Frage nach der Dauer des Einsatzes bei den Pflegebedürftigen (Frage 14) einzubetten. Diese Antworten gewähren einen weiteren Einblick in die Arbeitssituation der Probandinnengruppe. Auf der Grundlage meiner Recherche habe ich zwei Zeitspannen, d. h. *weniger als drei Monate* und *mehr als drei Monate*, festgelegt. Den Studienteilnehmerinnen stand auch die weitere Kategorie *Sonstiges* zur Verfügung. Die Beantwortung dieser Frage ergab folgendes Bild (Abb. 7):

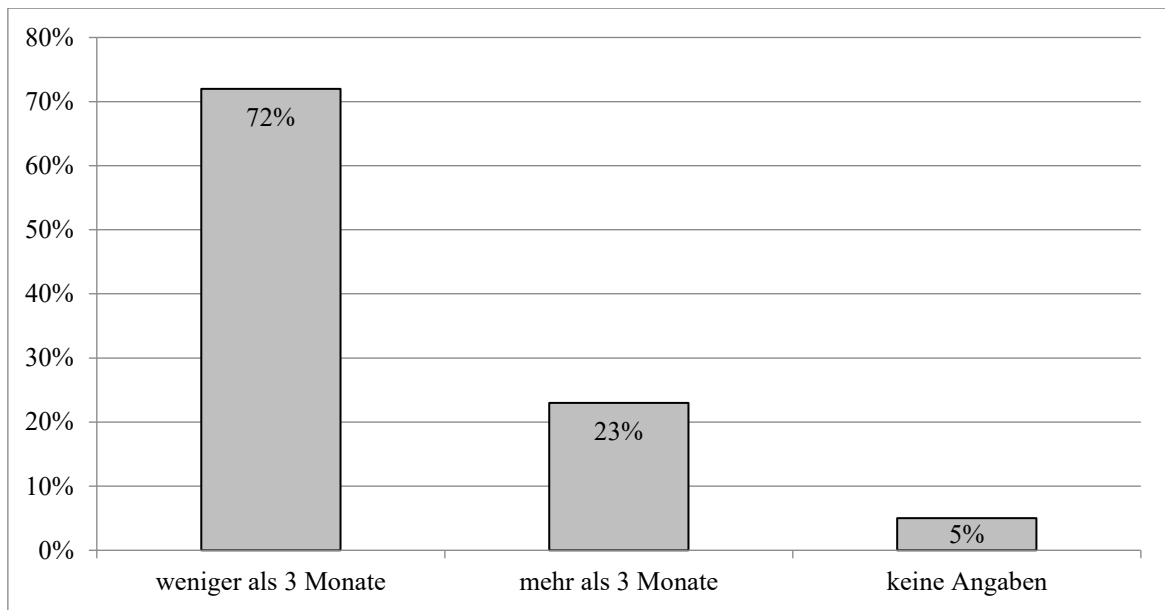


Abb. 7: Dauer der Tätigkeit bei demselben Pflegebedürftigen

Laut den oben graphisch dargestellten Befunden (Abb. 7) bleibt die eindeutige Mehrheit der Befragten, d. h. 72 % (54 Befragte), in Deutschland *weniger als drei Monate* bzw. *drei Monate* ununterbrochen bei den Pflegebedürftigen. 23 % der Studienteilnehmerinnen (17 Befragte) kommen für *mehr als drei Monate* nach Deutschland, bis sie von einer anderen Betreuerin abgelöst werden. Zu erwähnen ist, dass sich in dieser Gruppe eine Studienteilnehmerin befindet, die das ganze Jahr über einen Pflegebedürftigen betreut. Nach Polen fährt sie lediglich monatlich für ein paar Tage. Die Antwort einer Probandin „aktualnie nie jeżdżę“ [momentan fahre ich nicht] ließ sich den vorgegebenen Kategorien nicht zuordnen und wurde aus diesem Grund unter die Kategorie *keine Angaben* gefasst. Die Auskunft einer weiteren Befragten, die „15 lat“ [15 Jahre] lautete, lässt vermuten, dass sie die Frage höchstwahrscheinlich missverstanden hat. Aus diesem Grund wurde diese Antwort ebenfalls der Kategorie *keine Angaben* zugerechnet. Detaillierte Antworten sind der Tabelle 25 im Anhang III zu entnehmen. Außerdem ist an dieser Stelle anzumerken, dass zwei Probandinnen keine Auskünfte zu dieser Frage erteilten. Diese Ergebnisse stimmen mit der Studie von Neuhaus et al. (2009:60) überein. Aus der Untersuchung geht hervor, dass 87,9 % der häuslichen Betreuerinnen in der Regel bis zu zwölf Wochen in den Haushalten bleiben. 6,6 % der Befragten bleiben länger bei den Pflegebedürftigen, zwei Jahre oder mehr (vgl. Neuhaus et al. 2009:60).

7.1.2 Lernbiografie der Probandinnen

Anhand der Fragestellungen, die in diesem Unterkapitel präsentiert werden, wird ein Einblick in die Lernbiografie der Probandinnen gewährt. Mit Frage Nr. 10 sollte ermittelt werden, wie und wie lange die Befragten die deutsche Sprache gelernt haben. Aus der Pilotstudie sowie der Literaturrecherche geht hervor, dass der Lernweg der polnischen Betreuerinnen sehr unterschiedlich verläuft und mit vielen Faktoren wie beispielsweise dem Alter, der Motivation sowie der Dauer der Tätigkeit als häusliche Betreuungskraft verbunden sein kann. Eine solche Sprachvermittlung ist aus diversen Gründen sehr anspruchsvoll und muss auf die speziellen Bedürfnisse der Zielgruppe abgestimmt werden bzw. diese berücksichtigen. Zum einen sollen an dieser Stelle die speziellen Lernbedingungen, die Lernmotivation sowie die Lernziele dieser beruflichen Gruppe, zum anderen die Arbeitsbedingungen genannt werden. Middeke/Urbanik (2014:98) charakterisieren diese Gruppe folgendermaßen: „Personenbetreuer_innen, die nach Österreich und Deutschland kommen, verstehen sich nicht zwingend als Sprachlerner_innen; zum Teil verfügen sie über exzellente Deutschkenntnisse, zum Teil haben sie wenig Vorkenntnisse und auch wenig Sprach(lern)bewusstheit.“ Aufgrund des Live-in-Arrangements sind in der Regel jegliche Formen des berufsbegleitenden Deutschunterrichts ausgeschlossen. Ein Sprachkurs kann von Haushaltspflegehilfen u. a. aus Zeitmangel sowie oft aus infrastrukturellen Gründen üblicherweise nicht wahrgenommen werden (vgl. Middeke 2016:116, vgl. dazu Middeke/Urbanik 2014:98). Aus diesem Grund ist die sprachliche Weiterqualifizierung, wie Middeke (2016:116) bemerkt, zumindest teilweise in die ausgeübte Tätigkeit integriert (vgl. dazu Middeke/Urbanik 2014:100; Metz-Göckel et al. 2006:61). Vor diesem Hintergrund wurden die Antwortkategorien entwickelt, mit denen ich möglichst viele Aspekte anzusprechen versuchte, wie z. B., ob die Studienteilnehmerinnen in einer Institution Deutsch lernten oder in Form von Selbststudium sowie welche Lehrmaterialien sie nutzten. Die Ergebnisse der Auswertung sind Tabelle 8 zu entnehmen und werden in den Tabellen 9 und 10 ausführlich ergänzt.

	%	Zahl der Nennungen
10c. Ich habe erst nach meiner Ankunft in Deutschland angefangen, Deutsch zu lernen (mit CDs, Büchern, durch Gespräche usw.).	61,33	46
10b. Ich habe alleine mit Büchern, CDs, im Internet usw. gelernt.	50,67	38
10a. Ich habe Deutsch in der Schule gelernt.	26,67	20
10d. Ich habe einen Sprachkurs in Polen und/oder in Deutschland besucht.	18,67	14
10f. Sonstiges	12,00	9
10e. Ich habe einen speziellen Sprachkurs für Betreuerinnen in Polen und/oder in Deutschland besucht.	6,66	5

Tab. 8: Verteilung der Möglichkeiten des Sprachenlernens

Aus der vorliegenden Übersicht geht hervor, dass die eindeutige Mehrheit der Probandinnen (46 = 61,33 %) erst in Deutschland anfang, Deutsch zu lernen (10c). Der Erwerb der deutschen Sprache fand dementsprechend am Arbeitsplatz statt und war höchstwahrscheinlich auf das Selbststudium beschränkt. Haider (2009:27) weist darauf hin, dass „sich die Pflegekräfte direkt in der Berufspraxis selbst – durch learning by doing – die für den Beruf notwendigen Sprachkenntnisse aneignen, ohne dabei auf ein entsprechendes Kursangebot zurückgreifen zu können“. Diese Bemerkung spiegelt sich in den Antworten der Studienteilnehmerinnen wider, da 50,67 % von ihnen angaben, alleine mithilfe von Lehrwerken, CDs, Internet usw. Deutsch zu lernen (10b). Ein Viertel (20 = 26,67 %) hat Deutsch in Polen in der Schule gelernt (10a). Die Befragten hatten durchschnittlich 6,3 Jahre Deutschunterricht. Die Zeitspanne ist relativ breit, d. h., sie liegt zwischen zwei und zwölf Jahren (vgl. Tab. 9). Fünf der Befragten haben acht Jahre lang Deutsch gelernt und vier Probandinnen vier Jahre lang Kurse besucht.

FB	Anzahl der Jahre (Anzahl der Nennungen)
44	12 Jahre (1)
10, 43	10 Jahre (2)
14	9 Jahre (1)
33,41, 42, 45, 69	8 Jahre (5)
31,32,50	6 Jahre (3)
27, 39,57,58	4 Jahre (4)
13, 23, 38	3 Jahre (3)
6	2 Jahre (1)

Tab. 9: Schulischer Deutschunterricht

Des Weiteren zeigen die in der Tabelle 8 präsentierten Ergebnisse, dass 14 Studienteilnehmerinnen (18,67 %) einen Sprachkurs besucht haben (10d). Detaillierte Auskünfte sind der Tabelle 10 zu entnehmen. An einem Sprachkurs in Polen haben sechs Teilnehmerinnen teilgenommen, drei von ihnen an einem vierwöchigen und eine an einem dreiwöchigen Kurs. Ein sprachliches Weiterbildungsangebot in Deutschland haben fünf Befragte in Anspruch genommen. Auffallend ist die Dauer des Kurses von fast vier Monaten bis zu ca. einem Jahr. An dieser Stelle kann man anmerken, dass die Befragte, die angab, ca. ein Jahr (50 Wochen) lang einen Sprachkurs in Deutschland zu besuchen, von Beruf Deutschlehrerin ist. Es ist anzunehmen, dass sie dieses Weiterbildungsprogramm im Kontext ihres Studiums absolvierte, weil sie keinen speziellen Deutschkurs für Betreuerinnen besuchte. Die Probandinnen, die einen halbjährigen bzw. einen fünfmonatigen Kurs besuchten, betreuen durchgehend einen Pflegebedürftigen.⁴¹ Die im Fragebogen enthaltenen sozialstatistischen Daten erlauben keine weiteren Auskünfte über die Befragten, die einen Sprachkurs zwischen 12 und 15 Wochen besucht haben. Zwei der Probandinnen gaben an, sowohl in Deutschland als auch in Polen einen Sprachkurs zu besuchen. In einem Fall fehlen die Ortsangaben.

⁴¹ Diese Informationen wurden im Fragebogen nicht berücksichtigt, sondern wurden von ihr in einem informellen Gespräch zum Fragebogen ergänzt.

Ortsangabe	Zeitangabe (Anzahl der Nennungen)
in Polen	4 Wochen (3) 3 Wochen (1) keine Zeitangaben (2)
in Deutschland	50 Wochen (1) 24 Wochen/6 Monate (1) 20 Wochen (1) 15 Wochen (1) 12 Wochen (1)
in Polen und in Deutschland	12 Wochen (1) 8 Wochen (1)
keine Ortsangabe	8 Wochen (1)

Tab. 10: Sprachkursbesuche

Die Auskünfte der Probandinnen über einen speziellen Sprachkurs für Haushaltspflegehilfen verdeutlicht die Tabelle 11. Vier der Befragten besuchten einen speziellen Sprachkurs für Betreuerinnen in Polen (drei) oder in Deutschland (eine). Die Zeitspanne liegt in diesem Fall zwischen 6 und 16 Wochen.

Ortsangabe	Zeitangabe (Anzahl der Nennungen)
in Polen	6 Wochen (1) keine Zeitangaben (2)
in Deutschland	16 Wochen (1)
keine Ortsangabe	keine Zeitangaben (1)

Tab. 11: Spezieller Sprachkurs

Die Kategorie *Sonstiges* haben neun Umfrageteilnehmerinnen (12 %) ergänzt. Die Auskünfte sind in zwei Kategorien zu unterteilen. Die erste Gruppe bilden die Sprachkurse z. B. am Goethe-Institut, am Lehrerkolleg für Fremdsprachen, Fernsprachkurse und Privatunterricht. Zu der zweiten Gruppe können das Selbststudium wie Audiokurse, das Lernen nach der Arbeit und das Benutzen von Wörterbüchern gerechnet werden. Zwei Befragte lernten Deutsch am Arbeitsplatz. Eine teilte mit, von Kindheit an Deutsch zu sprechen. Die genaueren Antworten der Probandinnen sind der folgenden Übersicht (Tab. 12) zu entnehmen:

FB	Antwort der Studienteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung
12	„korespondencyjny kurs językowy dla początkujących”	[Fernsprachkurs für Anfänger]
19	„kursy z Goethe Instytutem, Collegium Języków Obcych w Opolu”	[Kurse am Goethe-Institut, Fremdsprachenkolleg in Opole]
28	„prywatne zajęcia”	[Privatunterricht]
38	„kurs na CD”	[ein Kurs auf CD]
54	„przede wszystkim sama się uczyłam w wolnym czasie – a więc nocami”	[ich habe vor allem alleine in meiner Freizeit gelernt – also in den Nächten]
67	„uczyłam się ze słowników”	[ich habe aus Wörterbüchern gelernt]
68	„w pracy“	[auf der Arbeit]
74	„uczyłam się u rodzin niemieckich”	[ich habe bei den deutschen Familien gelernt]
24	„rozmawiam po niemiecku od dziecka”	[ich spreche Deutsch von Kindheit an]

Tab. 12: Ergänzungen der Befragten zur Art des Deutschlernens

Interessant für diese Studie ist es zu untersuchen, ob die Lernbiografie der Umfrageteilnehmerinnen ihre Selbsteinschätzung beeinflusst. Diese Informationen könnten einen Einblick in die Frage gewähren, welche Lernwege bei der untersuchten Gruppe erfolgreicher waren.

Wie der folgenden Tabelle⁴² (Tab. 13) zu entnehmen ist, lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Sprachkenntnisse und dem Deutschlernen in der Schule (10a) beobachten. Der Prozentsatz der Antworten der Kategorie *eindeutig ja* beträgt 72,37 %, bei Befragten, die in der Schule Deutsch gelernt haben (10a), und 40,22 % bei denen, die keinen Deutschunterricht in der Schule hatten. Eine ähnliche Tendenz kann bei den Studienteilnehmerinnen festgestellt werden, die einen Sprachkurs (10d) besucht haben. Ein Gegentrend lässt sich bei der Aussage: Ich habe erst nach meiner Ankunft in Deutschland angefangen, Deutsch zu lernen (mit CDs, Büchern, durch Gespräche) (10c) beobachten. Was den speziellen Sprachkurs für Haushaltspflegehilfen (10e) betrifft, können keine Schlussfolgerungen gezogen werden, weil nur 5 % der Befragten ein solches Angebot in Anspruch genommen haben.

⁴² Die Ergebnisse stellen den prozentualen Durchschnitt der Antworten auf die Frage 2, 3 sowie 4 (d. h. die Selbsteinschätzung zur Bewältigung der kommunikativen Situationen sowie Wortschatzbeherrschung) für jede Gruppe dar.

	%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
10a. Ich habe Deutsch in der Schule gelernt.	ja	0,42	4,24	20,42	72,37	1,53	1,02
	nein	3,76	11,40	38,49	40,22	3,67	2,47
10b. Ich habe alleine mit Büchern, CDs, im Internet usw. gelernt.	ja	0,27	4,46	37,38	52,50	2,99	2,41
	nein	5,54	14,75	29,87	45,08	3,21	1,56
10c. Ich habe erst nach meiner Ankunft in Deutschland angefangen, Deutsch zu lernen (mit CDs, Büchern, durch Gespräche usw.).	ja	4,42	13,82	37,36	38,98	3,06	2,36
	nein	0,41	2,63	27,82	64,47	3,16	1,52
10d. Ich habe einen Sprachkurs in Polen und/oder in Deutschland besucht.	ja	0,24	2,54	19,98	68,52	4,24	4,48
	nein	3,47	11,09	36,82	44,26	2,83	1,53
10e. Ich habe einen speziellen Sprachkurs für Betreuerinnen in Polen und/oder in Deutschland besucht.	ja	0,00	1,27	18,22	77,12	0,42	2,97
	nein	3,08	10,00	34,60	47,05	3,29	1,99

Tab. 13: Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung und der Art des Deutschlernens

7.1.3 Lernbedürfnisse und Erwartungen in Bezug auf ein Lehrangebot

Das Interesse, das die untersuchte Gruppe an Weiterbildung zeigt, und ihre Motivation dafür thematisiert die Frage 8. Die Probandinnen wurden gefragt, ob sie es anstreben, an einer sprachlichen Weiterbildung teilzunehmen, u. a. ihre Deutschkenntnisse verbessern (8a) und ein Sprachzertifikat ablegen (8c) möchten. Der weitere Punkt sprach Wünsche für die pflegerische Ausbildung (8b) an. Diese Fragestellungen sollten Einblicke in die Beweggründe für Entscheidungen und die Handlungsweise der Betreuerinnen sowie

Auskünfte über ihre Motivation für das Deutschlernen ermöglichen und werden in der folgenden Abbildung zusammengefasst (Abb. 8):

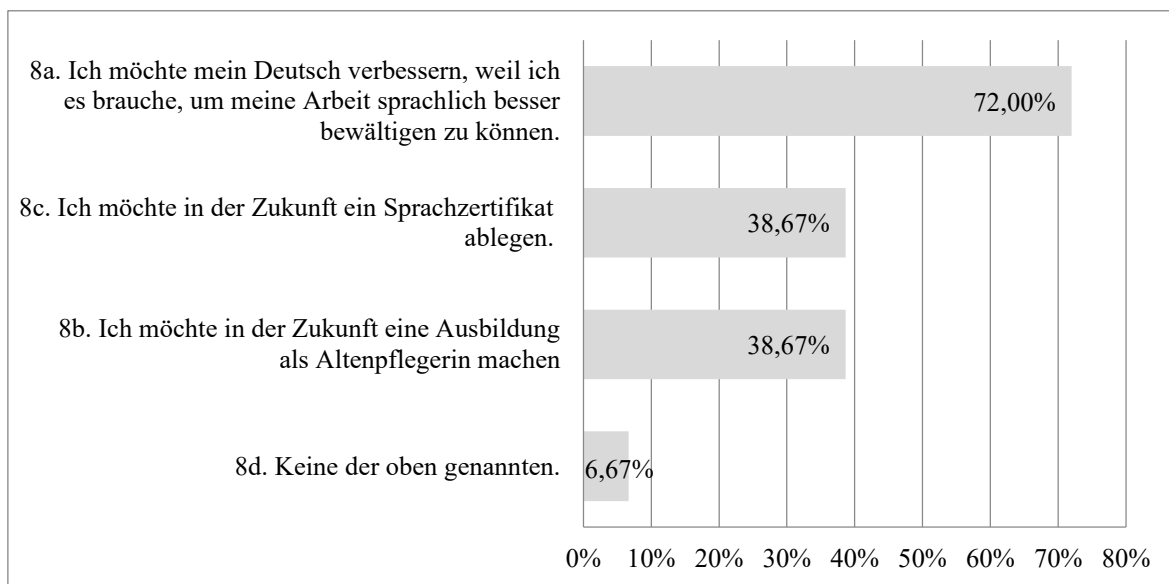


Abb. 8: Prozentuale Verteilung der Antworten zu Weiterbildungswünschen

Die eindeutige Mehrheit der Probandinnen gab an, die für eine Tätigkeit als Haushaltspflegehilfe erforderlichen Deutschkenntnisse erlangen zu wollen. 72 % wollen ihr Deutsch verbessern, um ihren Arbeitsalltag besser bewältigen zu können (8a). Interesse an einem Sprachzertifikat (8c) und einer Ausbildung als Altenpflegerin (8b) äußerten jeweils 38,67 % der Probandinnen. 6,67 % wollen dagegen keine der genannten Weiterbildungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen.

Die Zusammenhänge zwischen der Motivation der Umfrageteilnehmerinnen und ihrer Selbsteinschätzung zu ihren Deutschkenntnissen werden in der folgenden Tabelle (Tab. 14) präsentiert.

	%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
8a. Ich möchte mein Deutsch verbessern, weil ich es brauche, um meine Arbeit sprachlich besser bewältigen zu können.	ja	3,86	12,43	40,90	37,10	3,61	2,10
	nein	0,32	1,94	15,09	78,85	1,78	2,02
8b. Ich möchte in der Zukunft eine Ausbildung als Altenpflegerin machen.	ja	1,23	5,84	33,14	54,18	3,39	2,22
	nein	2,91	11,86	34,08	45,39	2,91	2,84
8c. Ich möchte in der Zukunft ein Sprachzertifikat ablegen.	ja	0,23	2,57	24,61	68,97	1,87	1,75
	nein	4,53	13,85	39,46	36,07	3,87	2,21

Tab. 14: Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und Motivation für Weiterbildung

Ein Blick auf die obige Tabelle genügt, um festzustellen, dass die Umfrageteilnehmerinnen, die Interesse an sprachlicher Weiterbildung äußern (8a), ihre Deutschkenntnisse schlechter einschätzten (37,10 %). Dagegen beurteilten Personen, die kein Interesse an sprachlicher Weiterbildung mitteilen, ihre Sprachkenntnisse als sehr hoch (78,85 %). Ob die Befragten ein Sprachzertifikat ablegen wollen, thematisierte die Frage 8c. Erwähnenswert ist die Tatsache, dass das Interesse daran mit der prozentualen Verteilung der Kategorie *eindeutig ja* wächst, d. h. 36,07 % bei der Gruppe, die sich nicht für die Ablegung des Sprachzertifikats interessiert, und 68,97 % bei den Probandinnen, die Interesse an dieser Möglichkeit äußern. Bei der Nachfrage nach fachlicher Weiterbildung (8b) lassen sich keine deutlichen Unterschiede beobachten.

Die Pflegehaushaltshilfen wurden außerdem gefragt, welche Lehrmaterialien sowie welches Lehrangebot sie präferieren würden (Frage 9). Wie sich die Wünsche zu einer sprachlichen Weiterqualifizierung verteilen, zeigt die folgende Abbildung (Abb. 9):

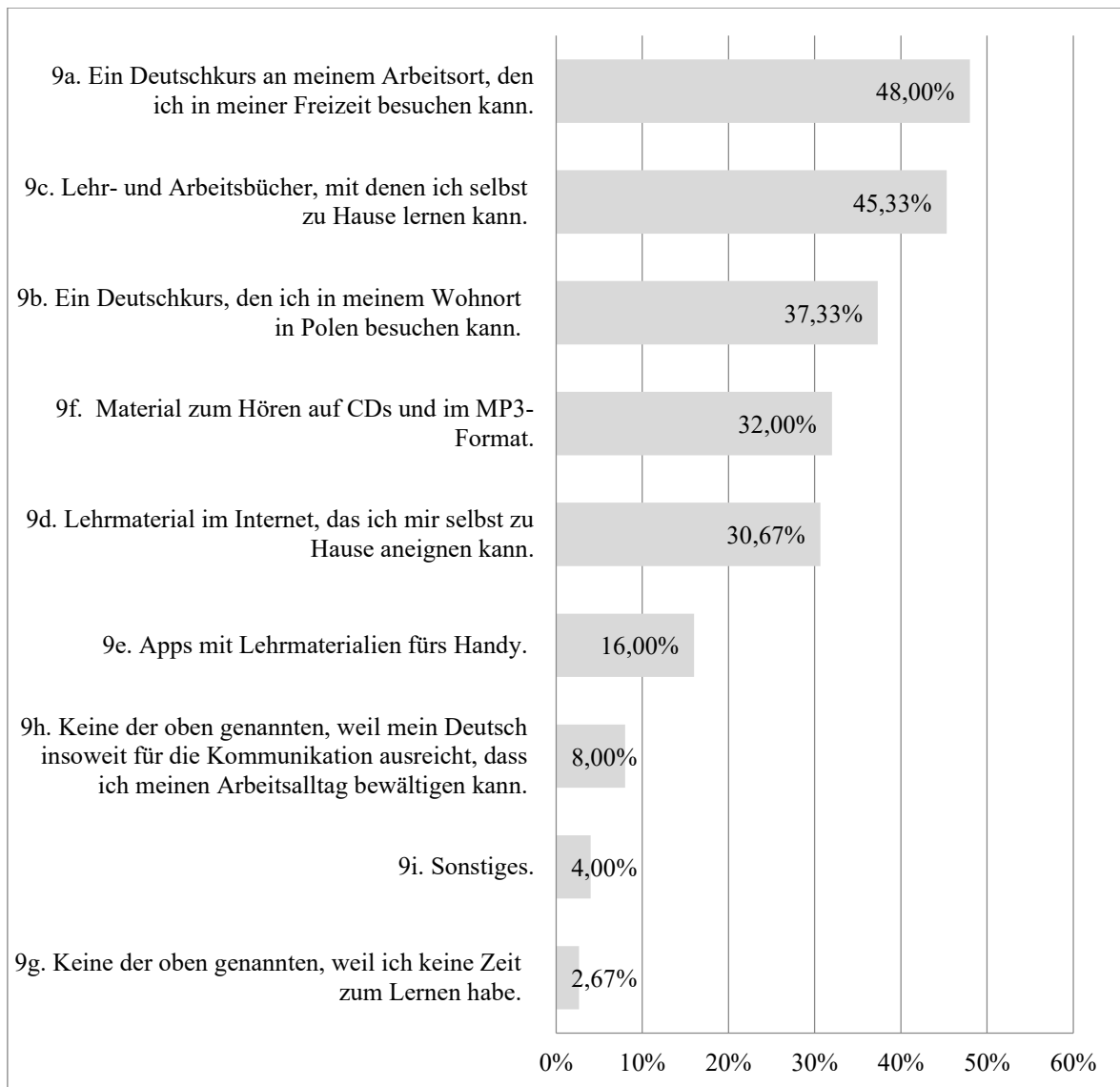


Abb. 9: Prozentuale Verteilung der Wünsche zur sprachlichen Weiterbildung

Fast die Hälfte der Umfrageteilnehmerinnen (48 %) würde gerne an einem Sprachkurs in Deutschland (9a) teilnehmen. Für einen Deutschkurs in Polen (9b) dagegen hat sich mehr als ein Drittel (37,33 %) entschieden. Berücksichtigt man die Arbeitsbedingungen in der häuslichen Pflege, mögen diese Angaben erst einmal überraschend erscheinen. 45,33 % der Befragten bekunden Interesse an Lehrmaterialien, die zum Selbststudium zu Hause geeignet sind (9c). Audio-Sprachkurse erfreuen sich großer Beliebtheit bei 32 % der Probandinnen (9f). Online-Lehrmaterial dagegen würden 30,67 % der Studienteilnehmerinnen gerne als Lernmöglichkeit in Anspruch nehmen (9d). 16 % der Studienteilnehmerinnen bevorzugen Apps mit Lehrmaterialien fürs Handy als optimales Lernangebot (9e). Kein Interesse an Lehrmaterialien haben lediglich 8 % der Befragten geäußert und ihre Entscheidung mit ausreichenden Deutschkenntnissen begründet (9h). Zu

dieser Kategorie könnte auch die Aussage [Ich spreche auf Niveau C2, ich brauche nicht zu lernen] gerechnet werden (vgl. Tab. 15). Dagegen erklären 2,67 % der Umfrageteilnehmerinnen ihr Desinteresse an sprachlicher Weiterbildung mit Zeitmangel (9g). Für die Kategorie *Sonstiges* (9i) haben sich 4 % der Studienteilnehmerinnen entschieden. Die Antworten sind in der folgenden Tabelle (vgl. Tab. 15) zusammengefasst:

FB	Antwort der Studienteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung
28	„prywatne zajęcia"	[Privatunterricht]
43	„Rozmawiam na poziomie C2, nie potrzebuję nauki."	[Ich spreche auf Niveau C2, ich brauche nicht zu lernen.]
54	„osoba przychodząca do konwersacji-wyłącznie, generalny brak czasu"	[eine Person, die mit mir ausschließlich Konversation führt – genereller Zeitmangel]

Tab. 15: Weitere Aussagen zum Deutschlernen

Zwei Befragte würden gerne Privatunterricht besuchen, wobei eine ein besonderes Interesse an Konversation erwähnt hat. Die folgende Tabelle (Tab. 16) befasst sich mit der Relation zwischen der Selbsteinschätzung der Probandinnen und ihren Wünschen im Hinblick auf ihre Lernpräferenzen.

	%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
9a. Ein Deutschkurs an meinem Arbeitsort, den ich in meiner Freizeit besuchen kann.	ja	3,63	10,22	37,48	45,24	1,46	1,98
	nein	2,17	8,82	30,16	52,06	4,61	2,17
9b. Ein Deutschkurs, den ich in meinem Wohnort in Polen besuchen kann.	ja	4,96	12,41	30,45	47,03	3,57	1,57
	nein	1,62	7,75	35,59	49,84	2,81	2,38
9c. Lehr- und Arbeitsbücher, mit denen ich selbst zu Hause lernen kann.	ja	2,39	8,97	35,49	47,81	3,19	2,14
	nein	3,27	9,92	32,24	49,61	3,02	1,94
9d. Lehrmaterial im Internet, das ich mir selbst zu Hause aneignen kann.	ja	1,40	4,35	21,59	65,14	3,76	3,76
	nein	3,52	11,77	39,02	41,56	2,80	1,34
9e. Apps mit Lehrmaterialien fürs Handy.	ja	5,23	10,31	26,69	51,41	4,66	1,69
	nein	2,42	9,34	35,00	48,29	2,80	2,15
9f. Material zum Hören auf CDs und im MP3-Format.	ja	3,32	8,33	31,64	47,18	6,50	3,04
	nein	2,66	10,10	34,63	49,55	1,50	1,56

Tab. 16: Zusammenhang zwischen Selbsteinschätzung und sprachlicher Weiterbildung

Aus der Übersicht kann man ableiten, dass die Probandinnen, die Interesse an einem Deutschkurs am Arbeitsort (9a) äußern, ihre Deutschkenntnisse schlechter einschätzten (45,24 % der Zuweisungen der Kategorie *eindeutig ja*) als die Umfrageteilnehmerinnen, die kein Interesse an einem solchen Angebot äußern (52,06 %).

In Bezug auf den Deutschkurs am Wohnort (9b) lassen sich keine aussagekräftigen Tendenzen bei den Gruppen feststellen. Die Präferenzen bei den zum Selbststudium gedachten Lehr- und Arbeitsbüchern, bei Hörmaterial und Apps mit Lehrmaterialien für Handys sind auch relativ gleichmäßig verteilt (9c, 9e, 9f). Eine Tendenz wird bei den Online-Lehrmaterialien (9d) sichtbar. 65,14 % der Antworten der Umfrageteilnehmerinnen, die Interesse an einem solchen Lehrangebot äußern, und 41,56 % derer, die ein solches Angebot nicht gerne in Anspruch nehmen würden, entfallen auf die Kategorie *eindeutig ja*, d. h.,

dieses Angebot bevorzugen die Umfrageteilnehmerinnen, die ihre Bewältigung des Arbeitsalltages als besser einschätzen.

7.2 Hilfestellungen für eine bessere kommunikative Bewältigung des Arbeitsalltages

Mit der Frage Nr. 11 sollte sondiert werden, welche Hilfestellungen sich die Probandinnen wünschen würden, um ihren Arbeitsalltag besser bewältigen zu können. Die Möglichkeit, ihre Antwort frei zu formulieren, nahm ein sehr großer Anteil der Studienteilnehmerinnen (54 = 72 %) in Anspruch. Nur 28 % der Befragten (21 Personen) machten keine Angaben. Die Beantwortung der Frage ergab ein aufschlussreiches Bild. In den folgenden Tabellen (17, 18, 19, 20) werden die Aussagen der Studienteilnehmerinnen thematisch dargestellt. Diese lassen sich in drei Kategorien einteilen:

- Auskünfte zu Deutschkenntnissen
- Angaben zur fachlichen Qualifikation, zu Schulungen sowie zur Weiterbildung
- Anmerkungen zur Beziehung zu dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen

Ein Teil der Angaben ließ sich weder einer der oben genannten Kategorien noch einer weiteren zuordnen und ist in der Tabelle 20 zusammengefasst.

FB	Abym radziła sobie lepiej w pracy potrzebuję ...	Damit ich meine Arbeit besser bewältigen kann, brauche ich .../muss ich ...
	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung
53	„nauczyć się języka“	[die Sprache erlernen]/Sprachkenntnisse
44	„lepszej znajomości języka“	[bessere Sprachkenntnisse]
2, 61	„nauki j.niemieckiego“ „nauki języka niemieckiego“	[Deutsch lernen]/Deutschunterricht
59	„doskonalić naukę języka niemieckiego“	[meine Deutschkenntnisse verbessern]/die Vertiefung meiner Deutschkenntnisse]
15 65	„lepszą znajomość języka niemieckiego“ „lepszej znajomości języka niemieckiego“	[bessere Deutschkenntnisse]

67	„lepszej znajomości języka niemieckiego gdyż to stwarzałoby mi lepszy komfort w pracy”	[bessere Deutschkenntnisse, weil mir das bessere Arbeitsbedingungen verschaffen würde]
17	„podszkolić język niemiecki“	[mein Deutsch verbessern]
20	1. (vgl. Tab. 18) 2. „dalszego szkolenia w zakresie j. niemieckiego”	1. (vgl. Tab. 18) 2. [weitere Schulung im Bereich der deutschen Sprache]
26	„lepiej nauczyć się języka niemieckiego”	[besser Deutsch lernen]
9	„doksztalić jeszcze bardziej mój język, ponieważ zawsze warto się więcej szkolić”	[noch mehr meine Sprache verbessern, weil es sich immer lohnt, sich fortzubilden]
10	„chętnie skorzystam z możliwości doskonalenia umiejętności językowych”	[Ich würde gerne die Gelegenheit nutzen, meine Sprachkenntnisse zu verbessern.]
25	„nauczyć się poprawnie mówić po niemiecku i dobrze go rozumieć”	[lernen, fehlerfrei Deutsch zu sprechen und es zu verstehen]
28	„kontakt w rozmowie w j.n. i ćwiczeń w poprawnej gramatyce”	[Gesprächskontakte in der deutschen Sprache und Übungen zur Verbesserung der Grammatik]
34	„wsparcie językowe, kontaktu z j. niemieckim poza pracą”	[sprachliche Unterstützung, Kontakt mit der deutschen Sprache außerhalb des Arbeitsplatzes]
35	„wsparcia językowego, poprawienia gramatyki, wiedzy o Niemcach, ćwiczeń pisemnych”	[sprachliche Unterstützung, Verbesserung der Grammatik, Wissen über die Deutschen, schriftliche Übungen]
36	„wsparcia językowego, ćwiczenia sprawności pisemnej, więcej czasu wolnego”	[sprachliche Unterstützung, Üben der Schreibfertigkeit, mehr Freizeit]
37	„utrwalania nowych słówek, wyrazów, oraz budowania poprawnie zdań”	[Festigung der neuen Vokabeln, Wörter sowie korrekter Satzbau]
41	„poprawić znajomość języka (gramatyka)“	[Deutschkenntnisse verbessern (Grammatik)]
47	„dużo rozmowy po niemiecku“	[viele Gespräche auf Deutsch]
48	„rozmowy po niemiecku“	[Gespräche auf Deutsch]
49	„płyty CD z języka niemieckiego, różnego rodzaju szkolenia, kursy i podręczniki”	[CDs auf Deutsch, verschiedene Schulungen, Kurse und Lehrbücher]

50	„lepiej porozumiewać się w języku niemieckim i być bardziej kontaktowym”	[sich besser auf Deutsch verständigen und kontaktfreudiger sein]
51	„poznać lepiej j. niemiecki poprzez kursy organizowane w Niemczech dla cudzoziemców”	[deutsche Sprache besser erlernen durch Kurse für Ausländer in Deutschland]
52	„czytanie ze słownika polsko-niemieckiego dużo rozmów po niemiecku”	[Lesen im polnisch-deutschen Wörterbuch, viele Gespräche auf Deutsch]
62	„więcej kontaktu z językiem niemieckim”	[mehr Kontakt zu der deutschen Sprache]
63	„kontakty z językiem“	[Kontakt zur Sprache]
64	„dodatkowych podręczników typu, opiekuńcy w Niemczech”	[zusätzliche Lehrbücher für Betreuerinnen in Deutschland]
69	„dodatkowych szkoleń w zakresie j. niemieckiego”	[zusätzliche Schulungen im Bereich der deutschen Sprache]
70	„mieć więcej kontaktu z językiem niemieckim ponieważ babcia ma demencję”	[mehr Kontakt zur deutschen Sprache haben, weil Oma an Demenz leidet]
71	1. „lepszemu znajomości języka niemieckiego 2. kontakt z ludźmi (Niemcy)” 3. vgl. Tab. 19	1. [bessere Deutschkenntnisse 2. Kontakt mit Einheimischen] 3. vgl. Tab. 19
72	„systematycznej nauki codziennej j. niemieckiego i stały kontakt z tym językiem”	[systematisches und tägliches Deutschlernen und ein ständiger Kontakt zu dieser Sprache]
73	1. „czasu w Polsce – kurs j. niemieckiego 2. und 3. vgl. Tab. 20 4. vgl. Tab. 19	1. [Zeit in Polen – Deutschkurs] 2. und 3. vgl. Tab. 20 4. vgl. Tab. 19

Tab. 17: Frei formulierte Antworten zum Deutschlernen

Aus dieser Tabelle geht eindeutig hervor, dass die Studienteilnehmerinnen der Verbesserung der Deutschkenntnisse mit 34 Nennungen eine große Bedeutung zuschreiben. Die eindeutige Mehrheit der Befragten, d. h. 72 %, räumt ein, dass sie die Optimierung ihrer Sprachkenntnisse zur besseren Bewältigung ihres Arbeitsalltags braucht (Frage 8a). Neben den ganz allgemeinen Aussagen, die bessere Sprachkenntnisse erwähnten, lenkten die

Studienteilnehmerinnen die Aufmerksamkeit auf die Grammatik, den Wortschatz sowie auf mehr Möglichkeiten, in deutscher Sprache zu kommunizieren.

Die zweite Gruppe (Tab. 18) bildet Aussagen, die sich auf die Verbesserung der pflegerischen Qualifikationen beziehen. Zwei Aussagen, und zwar [Zeit und Lernen] sowie [noch viel lernen], kann nicht eindeutig entnommen werden, ob hier die Sprach- oder Fachkenntnisse gemeint sind. In weiteren vier Aussagen werden Schulungen für Pflegepersonal erwähnt. Die Probandinnen äußern ein besonderes Interesse an Fortbildungen zu den ersten Anzeichen von Schlaganfällen und Herzinfarkten sowie zum Diäthalten bei an Diabetes erkrankten Pflegebedürftigen. Drei Studienteilnehmerinnen würden gerne an einem Weiterbildungsprogramm über die Psyche der älteren Menschen und altersbedingte Krankheiten wie Demenz teilnehmen. Eine Nennung entfällt auf eine Schulung, wie man den Pflegebedürftigen vom Bett in den Rollstuhl umsetzen kann.

FB	Abym radziła sobie lepiej w pracy potrzebuję ...	Damit ich meine Arbeit besser bewältigen kann, brauche ich .../muss ich ...
	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung
1, 5, 14	„podniesienie kwalifikacji“ „Podniesienie kwalifikacji“ „podniesienia kwalifikacji“	[Verbesserung der Qualifikationen]
57	„czasu i nauki“	[Zeit und Lernen]
58	1. „jeszcze dużo nauki“ 2. vgl. Tab 19	1. [noch viel lernen] 2. vgl. Tab. 19
27	„szkolenia w sprawach medycznych i psychiki starszej osoby”	[Schulung(en) in medizinischen Angelegenheiten und über die Psyche der älteren Menschen]
12	„większej znajomości psychiki osób starszych”	[bessere Kenntnisse der Psyche der älteren Menschen]
20	„1. (vgl. Tab. 17) 2) szkoleń pielęgniarских, a zwłaszcza objawów różnego rodzaju chorób, początki wylewów zawałów itp. 3) stosowania diet w/z poszczególnymi chorobami np. cukrzyca, otyłość”	[1. (vgl. Tab. 17) 2) Schulungen für Pflegepersonal, insbesondere über verschiedene Arten von Krankheiten, die ersten Anzeichen von Schlaganfällen, Herzinfarkten usw.

		3) Diät halten im Zusammenhang mit verschiedenen Krankheiten, wie z. B. Diabetes oder Übergewicht]
31	2. kursu jak robić transfer podopiecznego np. z łóżka-rolstuhl wiedzy nt chorób np. demencja”	2. [einen Kurs, wie man einen Transfer des Pflegebedürftigen durchführen kann, z. B. vom Bett in den Rollstuhl, Wissen über Krankheiten, z. B. Demenz]

Tab. 18: Fortbildungswünsche in Bezug auf Pflege

Weitere neun Aussagen thematisieren die besondere Beziehung zwischen der Haushaltspflegehilfe und dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen und wurden in der folgenden Tabelle (Tab. 19) zusammengefasst. Ein gutes Verhältnis zu den Familienangehörigen der betreuten Person haben zwei Studienteilnehmerinnen genannt. Darüber hinaus werden Verständnis sowie Unterstützung, Geduld und Zusammenarbeit seitens der deutschen Familien erwähnt.

FB	Abym radziła sobie lepiej w pracy potrzebuję ...	Damit ich meine Arbeit besser bewältigen kann, brauche ich .../muss ich ...
	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung
30	„nawiązania dobrej relacji z podopieczną”	[Knüpfen einer guten Beziehung zu dem Pflegebedürftigen]
42	„lepszego kontaktu z bliskimi osoby, którą się opiekuję”	[bessere Beziehung zu den Familienangehörigen der betreuten Person]
31	„lepszego zrozumienia rodziny podopiecznego często opiekunowie prawni nie współpracują dobrze z opiekunkami“ 2. (vgl. Tab. 18)	[besseres Verständnis seitens der Familie des Pflegebedürftigen, oft arbeiten die rechtlichen Betreuer nicht gut mit den Betreuern zusammen] 2. (vgl. Tab. 18)
43	„wsparcia rodziny“	[Unterstützung seitens der Familie]
55	„dużo czasu i zrozumienia rodziny”	[viel Zeit und Verständnis von Seiten der Familie]
56	„dużo cierpliwości i akceptacji rodziny”	[viel Geduld und Akzeptanz seitens der Familie]
58	1. vgl. Tab. 18 2. „zrozumienia od rodziny”	1. vgl. Tab. 18 2. [Verständnis von Seiten der Familie]

71	„1 und 2. (vgl. Tab. 17) 3. większej współpracy z rodziną”	1 und 2 (vgl. Tab. 17) 3. [größere Zusammenarbeit mit der Familie]
73	1. vgl. Tab. 17 2. und 3. vgl. Tab. 20 4. dobrych ludzi u których pracuję”	1. vgl. Tab. 17 2. und 3. vgl. Tab. 20 4. [gute Menschen, bei denen ich arbeite]

Tab. 19: Wünsche in Bezug auf die zwischenmenschliche Situation

Wie bereits erwähnt, lassen sich einige Auskünfte der Probandinnen keinen der oben genannten Kategorien zuordnen und sind der folgenden Tabelle (Tab. 20) zu entnehmen.

FB	Abym radziła sobie lepiej w pracy potrzebuję ...	Damit ich meine Arbeit besser bewältigen kann, brauche ich .../muss ich ...
	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung
73	1. vgl. Tab. 17 2 „prawojazdy”[sic!] 3 „uczciwą firmę” 4. vgl. Tab. 19	1. vgl. Tab. 17 2. [einen Führerschein] 3. [eine ehrliche Firma] 4. vgl. Tab. 19
68	„pacjenta [sic!], który mówi wyraźnie“	[einen Pflegebedürftigen, der deutlich spricht]
46	„nic nie potrzebuję“	[ich brauche gar nichts]
45	„zawsze kontaktu z rodziną w PL jak i internetu”	[immer einen Kontakt mit der Familie in Polen sowie Internet]
66	„telewizję polską, komputer + internet, radio”	[polnisches Fernsehen, Computer + Internet, Radio]
54	„Spokoju“	[Ruhe]
13	„tylko spokoju“	[nur Ruhe]

Tab. 20: Weitere Nennungen

7.3 Strategien der Verständnissicherung

Als eines der zentralen Anliegen der Pflegekräfte nennt Sachweh (2003:151) die Strategien zur Verständnissicherung. Anhand einiger Diskursmarker wie Partikeln sowie prosodischer Merkmale werden beispielsweise die pflegerischen Handlungen strukturiert. Als Strategien zur Verständnissicherung setzen die Pflegerinnen z. B. bestätigende und fragende Wiederholung sowie vergewisserndes Nachfragen ein (vgl. Sachweh 2006:152–153). Die Fragen 5 und 6 betrafen die Strategien, die die polnischen Haushaltspflegehilfen zur Verständnissicherung anwenden. Bei der ersten Frage sollten die Probandinnen angeben, wie sie vorgehen, wenn sie ihren Gesprächspartner nicht verstanden haben. Die Beantwortung der Fragen ergab folgendes Bild (Abb. 10):

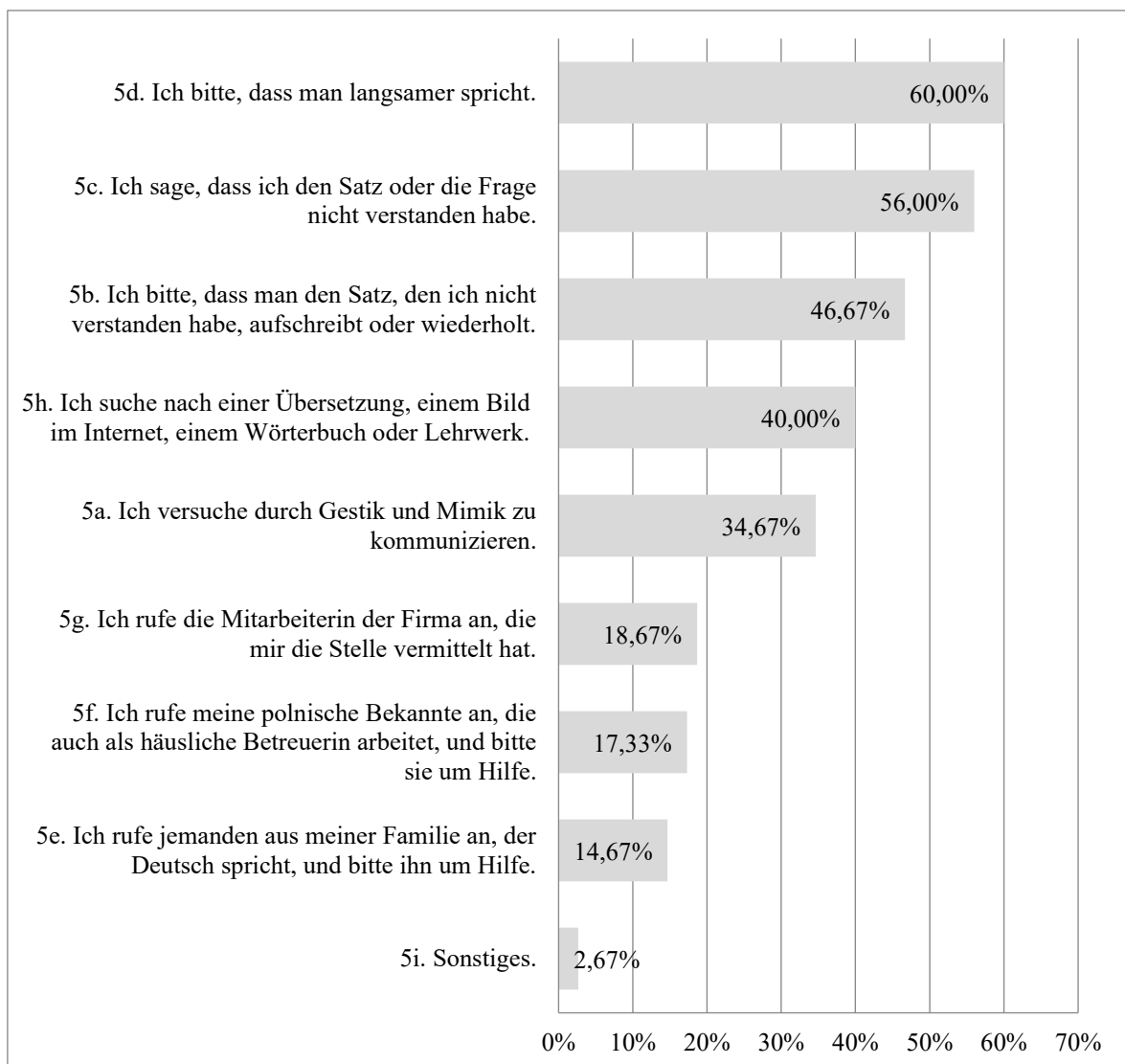


Abb. 10: Strategien der Verständnissicherung I

Aus der vorliegenden Verteilung wird ersichtlich, dass 60 % der befragten Haushaltspflegehilfen sich an ihren Gesprächspartner mit der Bitte wenden, dass er langsamer spricht (5d). 4 % weniger, d. h. 56 %, räumen ein, dass sie die Äußerung nicht verstanden haben (5c). Zahlreiche Studienteilnehmerinnen (46,67 %) fordern den Gesprächspartner auf, den Satz aufzuschreiben oder zu wiederholen (5b). Auf eine Übersetzung bzw. ein Bild im Internet, Wörter- bzw. Lehrbuch greifen 40 % der Probandinnen zurück, um das Verständnis zu sichern (5h). Der Einsatz von Körpersprache als eine Strategie der Verständnissicherung ist bei mehr als einem Drittel beliebt (5a). Der Service der Betreuungsagenturen wird in diesem Fall von 18,67 % der Befragten genutzt (5g). 17,33 % der Umfrageteilnehmerinnen wenden sich in einer solchen Situation an ihre Bekannten, die auch als Betreuungskräfte arbeiten (5f), und 14,67 % an ihre Familienmitglieder⁴³, die der deutschen Sprache mächtig sind (5e). Die Kategorie *Sonstiges* ist lediglich mit zwei Nennungen, und zwar: „Proszę o inne sformułowanie zdania“ [Ich bitte um eine andere Formulierung des Satzes] und „korzystam ze słownika“ [Ich benutze das Wörterbuch], repräsentiert.

Die Verteilung auf die Antwortkategorien zeigt einen Zusammenhang zwischen dem Einsatz der unterschiedlichen Strategien und der Selbsteinschätzung der Befragten (Tab. 21):

	%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
5a. Ich versuche durch Gestik und Mimik zu kommunizieren.	ja	6,65	18,45	36,96	33,05	3,39	1,50
	nein	0,86	4,74	31,93	57,14	2,94	2,39
5b. Ich bitte, dass man den Satz, den ich nicht verstanden habe, aufschreibt oder wiederholt.	ja	1,16	4,50	33,80	55,59	3,00	1,94
	nein	4,36	13,86	33,56	42,84	3,18	2,20
5c. Ich sage, dass ich den Satz oder die Frage nicht verstanden habe.	ja	1,17	6,66	28,21	59,16	3,23	1,57
	nein	5,03	13,10	40,63	35,59	2,93	2,72

⁴³ In der Pilotstudie haben zwei Betreuerinnen erwähnt, dass sie sich in solchen Situationen an ihre Töchter, die Germanistik in Polen studiert haben bzw. noch studieren, wenden.

5d. Ich bitte, dass man langsamer spricht.	ja	2,94	11,07	38,49	44,11	1,54	1,85
	nein	2,77	7,12	26,44	55,93	5,42	2,32
5e. Ich rufe jemanden aus meiner Familie an, der Deutsch spricht, und bitte ihn um Hilfe.	ja	10,02	22,19	29,28	28,97	6,93	2,62
	nein	1,69	7,31	34,48	52,20	2,44	1,88
5f. Ich rufe meine polnische Bekannte an, die auch als häusliche Betreuerin arbeitet, und bitte sie um Hilfe.	ja	3,00	20,08	45,11	27,90	1,30	2,61
	nein	2,84	7,27	31,27	53,17	3,47	1,97
5g. Ich rufe die Mitarbeiterin der Firma an, die mir die Stelle vermittelt hat.	ja	7,63	11,38	39,59	31,84	6,66	2,91
	nein	1,78	9,06	32,31	52,68	2,28	1,89
5h. Ich suche nach einer Übersetzung, einem Bild im Internet, einem Wörterbuch oder Lehrwerk.	ja	1,75	13,39	39,21	40,34	3,50	1,81
	nein	3,62	6,89	29,98	54,43	2,82	2,26

Tab. 21: Verfahren der Verständnissicherung I in Relation zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse

In den Strategien wie Rückgriff auf Gestik und Mimik (5a), Bitte um langsames Sprechen (5d), ein Telefonat mit einer deutschsprechenden Person aus der Familie (5e), oder dem Bekanntenkreis (5f) sowie der Mitarbeiterin der Vermittlungsagentur (5g) und schließlich Suche nach einer Übersetzung, einer Zeichnung im Internet, im Wörterbuch oder in einem Lehrwerk (5h) lässt sich ein Trend beobachten. Der Prozentsatz der Antwortmodalität *eindeutig ja* ist in den Gruppen, die die genannten Strategien einsetzen, niedriger als in den Gruppen, die nicht auf diese Vorgehensweise zurückgreifen. Diese Beobachtung deutet darauf hin, dass diese Strategien von Haushaltspflegehilfen angewandt werden, deren Selbsteinschätzung schlechter ausgefallen ist. Ein Gegenteil kann bei Vorgehensweisen wie Bitte um Wiederholung bzw. Aufschreiben eines Satzes (5b) sowie Information, dass man den Satz nicht verstanden hat (5c), erkannt werden.

Die Antworten auf die Frage Nr. 6 geben Auskunft über die Strategien der befragten Betreuerinnen, mit denen sie sicherstellen wollen, dass sie von ihrem Gesprächspartner verstanden wurden, und sind in der folgenden Abbildung (Abb. 11) zusammengefasst:

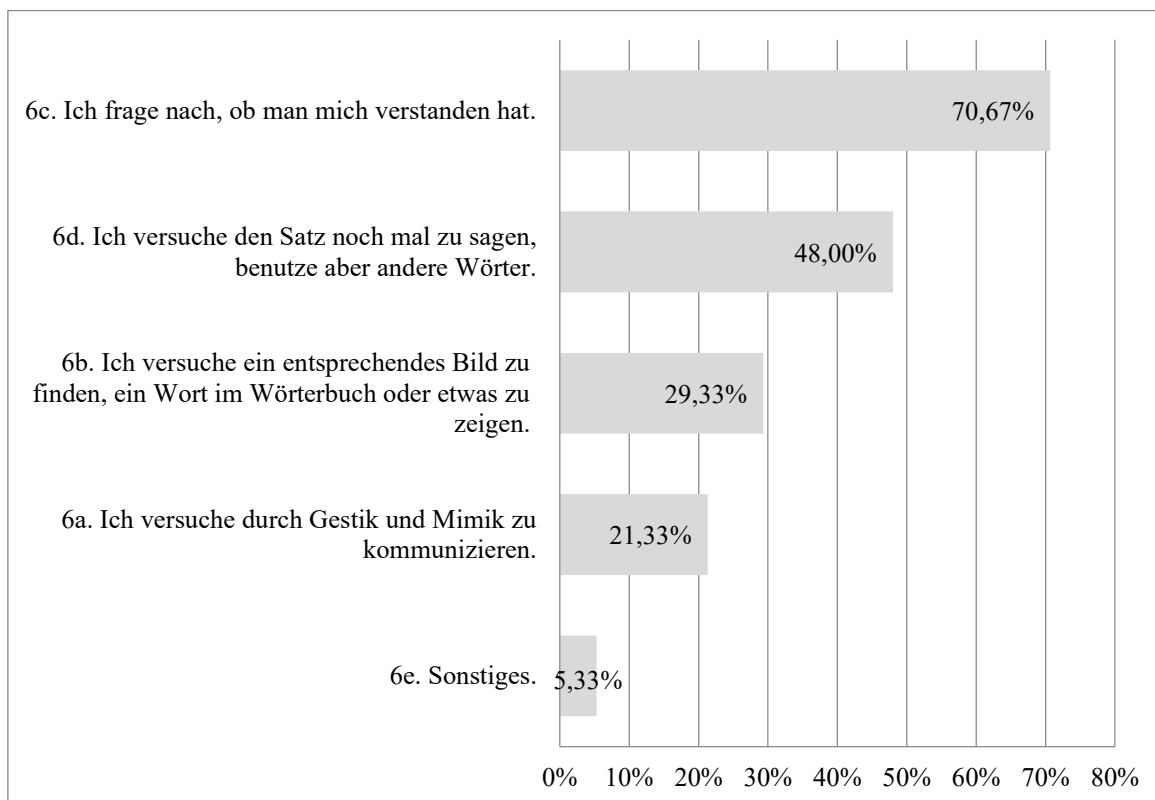


Abb. 11: Verfahren der Verständnissicherung II

Aus den oben graphisch dargestellten Befunden (Abb. 11) kann man ableiten, dass die eindeutige Mehrheit der Probandinnen (70,67 %) das Nachfragen als beliebteste Form der Verständnissicherung anwendet (6c). Das Umschreiben des Satzes mit anderen Wörtern (6d) setzt fast die Hälfte der Befragten (48 %) ein, um sich zu vergewissern, ob sie verstanden wurden. Auf ein Wörterbuch bzw. das Zeigen des entsprechenden Bildes (6b) greifen 29,33 % der Befragten als Hilfestellung zurück. Der Einsatz von Körpersprache (6a) ist bei 21,33 % beliebt. Für die Kategorie *Sonstiges* haben sich vier Personen entschieden. Eine Lieblingsstrategie scheint hier die Anwendung der Wörterbücher und Lexika zu sein: „słownik“ [Wörterbuch], „leksykon, pomoce“ [Lexikon, (Lehr-)Hilfsmittel], „słownik niemiecko-polski“ [deutsch-polnisches Wörterbuch], „posługuję się słownikiem – rozmówki“ [Ich benutze das Wörterbuch – Konversationsübungen]. Ähnlich wie bei der Frage 5 kann auch hier ein Zusammenhang zwischen den angewendeten Strategien und der Selbsteinschätzung bemerkt werden (Tab. 22).

	%	eindeutig nicht	eher nicht	eher ja	eindeutig ja	kein Bedarf	keine Angaben
6a. Ich versuche durch Gestik und Mimik zu kommunizieren.	ja	5,83	21,50	50,00	18,43	2,33	1,91
	nein	2,07	6,23	29,24	57,02	3,30	2,13
6b. Ich versuche ein entsprechendes Bild zu finden, ein Wort im Wörterbuch oder etwas zu zeigen.	ja	9,01	21,65	37,29	22,73	6,55	2,77
	nein	0,32	4,45	32,17	59,61	1,66	1,79
6c. Ich frage nach, ob man mich verstanden hat.	ja	0,96	5,85	29,52	59,55	2,30	1,82
	nein	7,47	18,26	43,68	22,88	5,01	2,70
6d. Ich versuche den Satz noch mal zu sagen, benutze aber andere Wörter.	ja	0,38	6,07	35,92	53,63	2,68	1,32
	nein	5,17	12,65	31,59	44,42	3,56	2,61

Tab. 22: Verfahren der Verständnissicherung II in Relation zur Selbsteinschätzung der Deutschkenntnisse

Analog zu Frage 5 werden Körpersprache (6a) und Suche nach einer entsprechenden Zeichnung im Wörterbuch sowie das Deuten auf einen bestimmten Gegenstand (6b) von den Umfrageteilnehmerinnen eingesetzt, deren Deutschkenntnisse laut Selbsteinschätzung schlechter ausfallen. Bei den Strategien wie Nachfrage, ob man verstanden wurde (6c), und Umschreiben des Satzes (6d) kann eine umgekehrte Tendenz festgestellt werden.

In den vorliegenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse der Befragung zu möglichen Kommunikationsthemen, zum Wortschatzspektrum sowie zu kommunikativen Situationen in der Pflege präsentiert und diskutiert.

7.4 Kommunikationsthemen

Wie bereits erwähnt, treten die polnischen Betreuerinnen mit verschiedenen Personen aus dem Umfeld des Pflegebedürftigen in Kontakt. Die häusliche Pflege setzt aber auch den Umgang mit unterschiedlichen Berufsgruppen und Gespräche in verschiedenen Kontexten voraus. Mithilfe der ersten Frage auf dem Fragebogen sollten mögliche Kommunikationsthemen herausgefunden werden. Die Probandinnen wurden gebeten zu beurteilen, wie oft bzw. mit welcher Intensität sie auf Deutsch in folgenden drei Zusammenhängen ins Gespräch kommen:

- Alltagsgespräche mit Personen aus dem sozialen Umfeld des Betreuten. Hier sind vor allem Nachbarn und der Bekanntenkreis des Pflegebedürftigen gemeint.
- Austausch mit dem medizinischen bzw. pflegerischen Personal, wie Ärzte, Pflegedienst sowie Apotheker.
- Austausch in Kontexten der haushaltsnahen Dienstleistungen sowie Behörden, beispielsweise Verkäufer, Briefträger, Beamte, Mitarbeiter bzw. Angestellte, z. B. in einer Bank, sowie Personal in einem Café.

Die Auswertung dieser Frage führt zu folgenden Ergebnissen (Abb. 12):

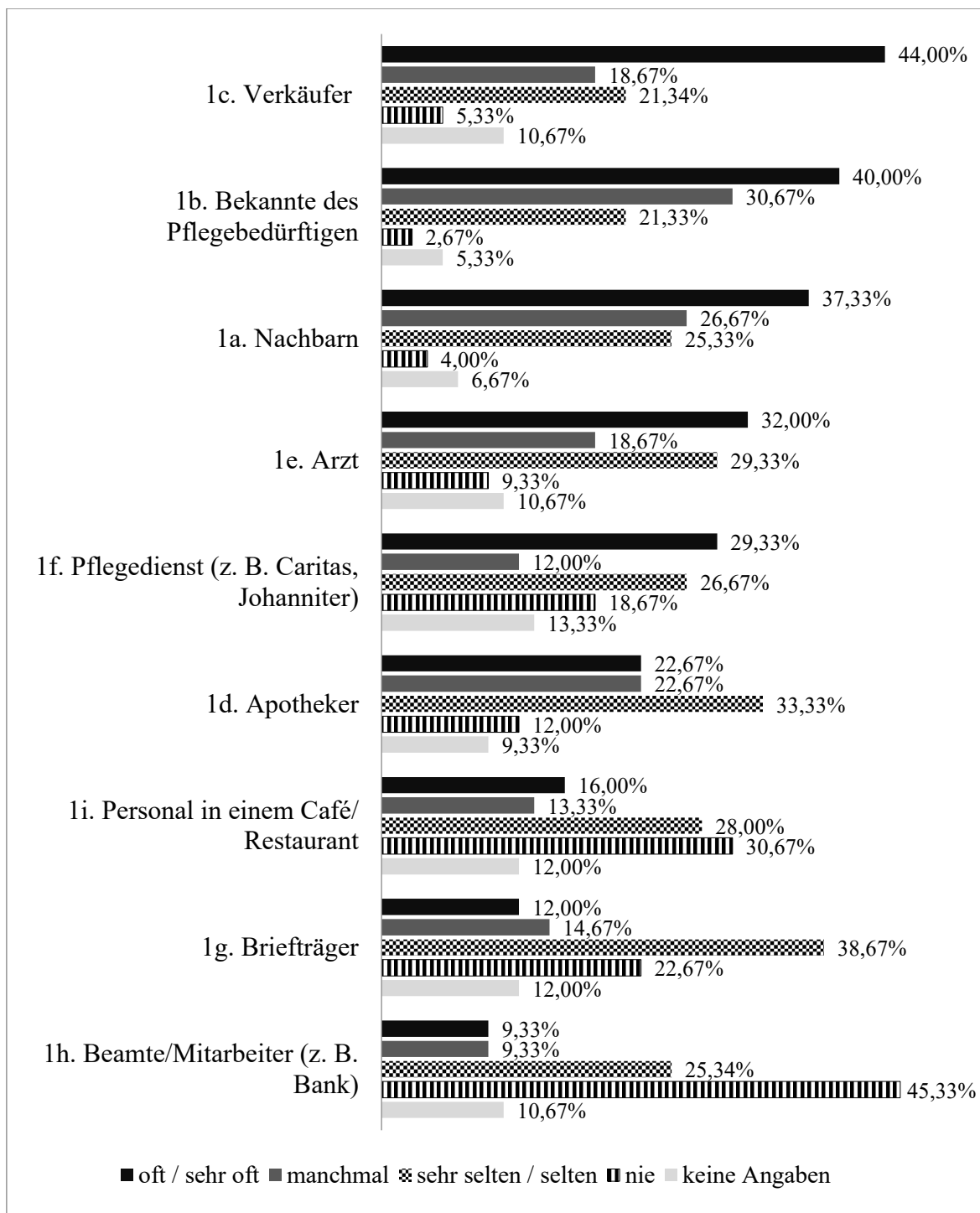


Abb. 12: Gesprächspartner neben den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen

Die Probandinnen haben angegeben, mit der Berufsgruppe *Verkäufer* (33 = 44 %) am häufigsten in Kontakt zu treten (1c).⁴⁴ Die zwei nächsten Positionen werden Personen aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen zugewiesen, und zwar *Bekanntes* (1b) mit 30 Nennungen (40 %) sowie *Nachbarn* (1a) des Pflegebedürftigen (28 = 37,33 %). Fast ein

⁴⁴ Diese Frage wurde anhand einer Skala mit sechs Möglichkeiten untersucht. Zur besseren Übersicht wurden allerdings die Kategorien *sehr häufig* und *häufig* sowie *sehr selten* und *selten* zusammen dargestellt.

Drittel der Zuweisungen (32 %) an die Kategorien *sehr oft* und *oft* entfällt auf die Berufsgruppe *Ärzte* (1e). Einen sehr häufigen bzw. häufigen Kontakt mit dem *Pflegedienst* (1f) und *Apotheker* (1d) haben 29,33 % und 22,67 % der Befragten angegeben. Ferner werden *Personal in einem Café bzw. Restaurant* (1i) zwölfmal (16 %) sowie *Briefträger* (1g) neunmal (12 %) genannt. Lediglich sieben Nennungen (9,33 %) können der Interaktion in *amtlichen Kontexten* (1h) zugeordnet werden.

Die in der Grafik präsentierten Ergebnisse können von diversen Faktoren beeinflusst werden, wie z. B. dem Aufgabenspektrum der Betreuerinnen, der Präsenz des sozialen und familiären Umfelds der Pflegebedürftigen in ihrem Leben sowie ihren Deutschkenntnissen. Die Betreuerinnen haben vermutlich viel Kontakt zu *Verkäufern* (1c), weil der tägliche Einkauf zu ihren Aufgaben gehört. Sie unterhalten sich häufig bzw. sehr häufig mit den *Bekanntem* (1b) und *Nachbarn* (1a) der Pflegebedürftigen, weil die beiden Gruppen zu deren sozialem Umfeld gehören. Der Kontakt mit dem *medizinischen bzw. pflegerischen Personal* (1f) ist dagegen durch den Gesundheitszustand determiniert. Eine mögliche Erklärung für die Tatsache, dass 45,33 % der Zuweisungen an die Kategorie *nie auf Beamte bzw. Mitarbeiter in einer Bank* (1h) entfallen, kann darauf zurückgeführt werden, dass amtliche Angelegenheiten z. B. von Betreuungsagenturen bzw. den deutschen Familien selbst übernommen werden können. Möglicherweise befanden sich aber auch einige Befragte in irregulären Arbeitsverhältnissen.

Die Befragten hatten nun die Möglichkeit, eine weitere Kategorie frei zu ergänzen, die allerdings nur acht Personen in Anspruch nahmen. Diese wiesen u. a. auf einen sehr häufigen und häufigen Kontakt mit den *Angehörigen* und *Bekanntem des Pflegebedürftigen* hin. Die detaillierten Aussagen der Betreuerinnen sind dem Anhang III Tab. 26 zu entnehmen.

7.5 Wortschatzbeherrschung

Um den diversen Anforderungen des Arbeitsalltags gerecht zu werden, müssen die Haushaltspflegehilfen über ein reiches Vokabular verfügen. Anhand der Pilotstudie und der Analyse der Lehrmaterialien wurden 15 lexikalische Bereiche herausgearbeitet, für die ein differenzierter Wortschatz nötig ist, und nach Themenfeldern wie folgt gruppiert:

haushaltsnahe Dienstleistungen

- Einkaufen
- Lebensmittel
- Reinigungsprodukte
- Haushalt
- Wohnumfeld
- Pflanzenpflege und Gartenarbeit

soziale Betreuung

- Familienbeziehungen
- Zeitplanung und Zeitgestaltung

pflegenahе und hygienische Tätigkeiten

- pflegebegleitende Tätigkeiten
- Körperpflege und Hygiene
- Arzneimittel und Produkte aus der Apotheke
- medizinische Geräte und Pflegeausstattung
- Körperteile und Organe
- körperliche Beschwerden
- altersbedingte Krankheiten und Erkrankungen

Die Beantwortung dieser Frage ergab folgendes Bild (Abb. 13):⁴⁵

⁴⁵ Die Auskünfte der Studienteilnehmerinnen zu ihrer Einschätzung der Wortschatzbeherrschung wurden mit einer 5er-Skala (*eindeutig nicht, eher nicht, eher ja, eindeutig ja, kein Bedarf*) erhoben. Zur besseren Übersicht habe ich mich entschieden, bei der Auswertung die Kategorien *eindeutig nicht* und *eher nicht* zusammenzufassen.

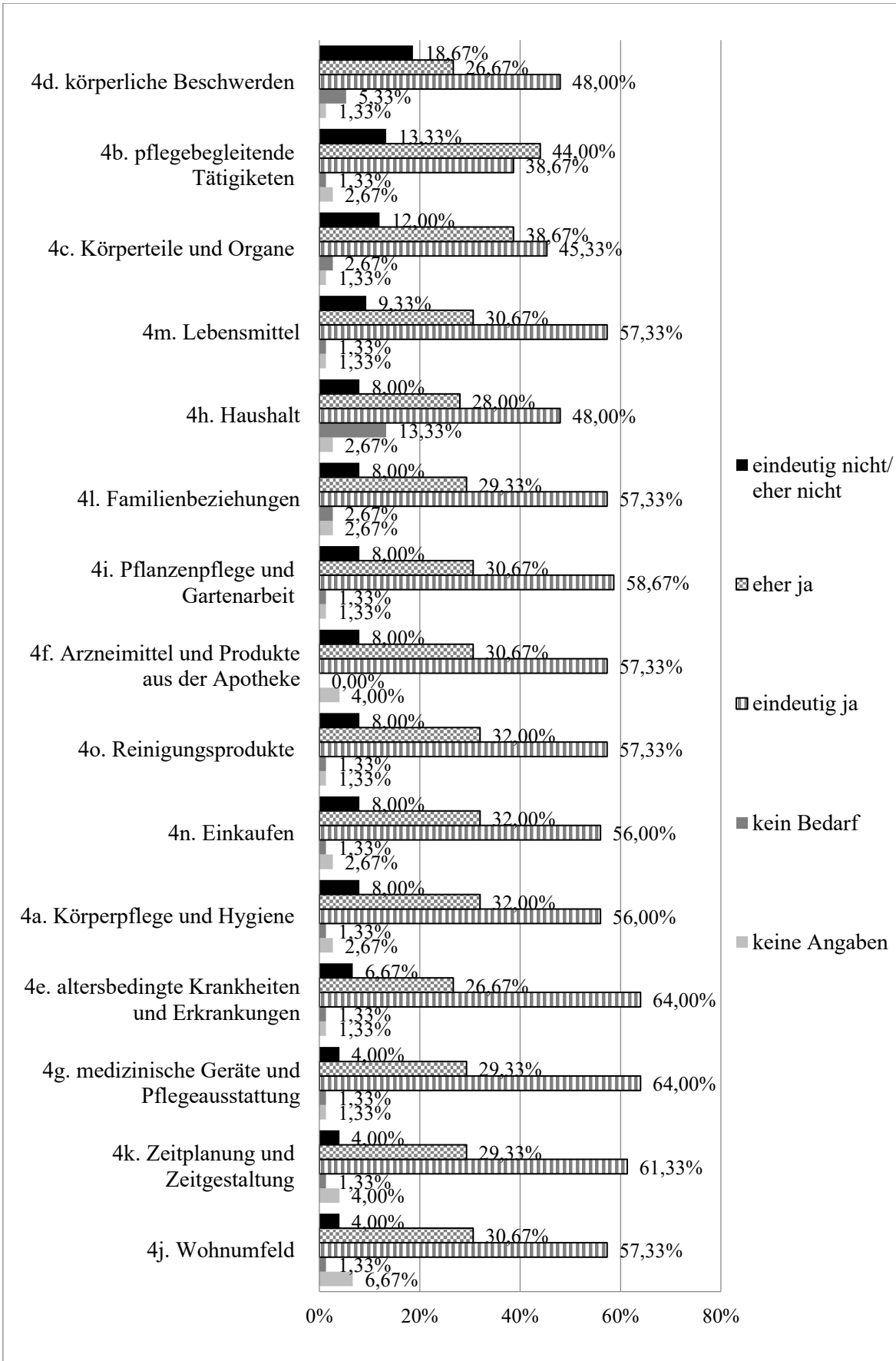


Abb. 13: Bedarf an Vokabular für die Berufsausübung

Die Grafik zeigt, dass der untersuchten Gruppe Vokabeln aus dem Themenfeld *körperliche Beschwerden* (4d) die meisten Schwierigkeiten bereiten. Dabei entfallen 18,67 % der Antworten auf die Kategorie *eindeutig nicht* bzw. *eher nicht*. An zweiter Stelle platziert sich das Themenfeld *sprachliche Begleitung der pflegerischen und pflegenahen Tätigkeiten* (4b) mit 13,33 %. Unter dieser Rubrik sind u. a. Aufforderungen und Bitten an den Pflegebedürftigen während der hygienischen Tätigkeiten sowie beispielsweise während der Mahlzeiten zusammengefasst. 12 % der Betreuerinnen räumten Schwierigkeiten mit den Vokabeln zu *Körperteilen* und *Organen* (4c) ein. An der vierten Stelle rangieren mit 9,33 % überraschenderweise Bezeichnungen für *Lebensmittel* (4m). Lediglich 8 % der Studienteilnehmerinnen nennen Schwierigkeiten mit Vokabeln aus folgenden Feldern: *Haushalt* (4h), *Familienbeziehungen* (4l), *Pflanzenpflege und Gartenarbeit* (4i), *Reinigungsprodukte* (4o) sowie *Einkaufen* (4n). Auf die Vokabeln zu den *Arzneimitteln und Produkten aus der Apotheke* (4f) und *zur Körperpflege und Hygiene* (4a) entfallen auch jeweils 8 % der Antworten, die der Kategorie *eindeutig nicht* und *eher nicht* zugehörig sind. Der Wortschatz, der u. a. *geriatrische Krankheiten und Erkrankungen* (4e) umfasst, scheint weniger schwierig zu sein (6,66 % der Zuweisungen). Nur 4 % entfallen auf diese Kategorie bei thematischen Feldern wie *Gegenstände und Geräte, die der Pflegebedürftige zu Hause braucht* (4g) sowie das *Wohnumfeld* (4j). Für die Kategorie *eindeutig nicht* und *eher nicht* haben sich ebenfalls 4 % der Befragten bei den Vokabeln zur *Zeitplanung und Zeitgestaltung* (4k) entschieden.

Wie man der obigen Grafik entnehmen kann, fällt die Selbsteinschätzung zur Wortschatzbeherrschung im Kontext der Live-in-Betreuung hoch aus. Eine ähnliche Tendenz lässt sich auch bei der Selbsteinschätzung zur Bewältigung der kommunikativen Situationen, die im nächsten Kapitel beschrieben werden, beobachten. Dies kann neben den schon im Kapitel 6.6. angeführten Gründen vermutlich am Charakter der Befragung sowie an ihrem Gegenstand liegen. In diesem Zusammenhang möchte ich anhand von den neun Thesen zur Erforschung interkultureller Kommunikation durch Befragungen von Knapp (2011:103–117) auf die möglichen Ursachen eingehen und sie diskutieren. Die Fragen nach der Beherrschung des Vokabulars sowie den Sprachkenntnissen hatten möglicherweise einen „gesichtsbedrohenden Charakter“ (Knapp: 2011:108). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass dadurch bestimmte Abwehrmechanismen bei den Betreuerinnen aktiviert worden sind. Knapp (2011:108) weist darauf hin, dass „soziale Erwünschtheit der Antworten und das Bestreben nach Konformität mit dem eigenen Selbstbild bei der Beantwortung der

Fragen eine nicht unbedeutende Rolle spielen“. Daraus folgt, dass eventuelle Schwierigkeiten bzw. Probleme verleugnet werden können (vgl. Knapp 2011:109).

Darüber hinaus benötigen die Studienteilnehmerinnen eine gewisse Selbstreflexion, um ihre Wortschatzbeherrschung sowie ihre Fähigkeit zur Bewältigung kommunikativer Situationen in der häuslichen Pflege beurteilen zu können. Von den Befragten wird eine Reflexion über „komplexe vergangene Kommunikationsereignisse und die retrospektive Einschätzung dieser Ereignisse wie z. B. erlebte Problemsituationen und deren Bewältigung“ (Knapp 2011:107) verlangt. Die Items wurden so formuliert, dass sie bestimmte kommunikative Handlungen in den pflegerischen Kontexten widerspiegeln. Die Beispielsätze dienen lediglich der besseren Veranschaulichung der konkreten Situation und können keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Auf die Selbsteinschätzung kann außerdem die Tatsache einen Einfluss nehmen, dass „die kommunikativen Ereignisse selbst, auf die sich die Befragung bezieht, [...] den Befragten oft nicht mehr präsent [sind], sondern nur die daraus entstandenen Konsequenzen bzw. Einschätzungen“ (Knapp 2011:109).

Es lässt sich auch annehmen, dass die Beziehung zwischen den Probandinnen und den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ihre Einschätzung prägt. Gemeint ist beispielsweise die Offenheit der beiden Seiten für die Kommunikation, der Umgang mit eventuellen sprachlichen Missverständnissen. Des Weiteren kann hierbei der Gesundheitszustand der Betreuten eine Rolle spielen. Die individuelle Persönlichkeit der Betreuerinnen wie der Betreuten darf auch in diesem Fall nicht vergessen werden. Zudem spielen die Erwartungen, die beide Seiten an die Kommunikation richten, eine Rolle.

7.6 Bewältigung der kommunikativen Situationen

In den Fragen 2 und 3 sollte erfasst werden, inwieweit die Probandinnen den angesprochenen Aussagen zu ihrer Bewältigung der kommunikativen Situationen zustimmen. Wie bereits erwähnt, leitete die Feststellung „*Ich kann ...*“ jede kommunikative Handlung ein, die in diesen Fragen berücksichtigt wurde. Den Studienteilnehmerinnen standen insgesamt 44 Items zur Verfügung, die nach thematischen Bereichen gruppiert waren. Vorab muss angemerkt werden, dass die Grenzen zwischen den einzelnen kommunikativen Situationen verschwammen. Daraus resultiert die Tatsache, dass sich einige Items mehr als einer Gruppe zuordnen lassen. Die gebildeten Gruppen sind

dementsprechend unterschiedlich groß und dienen lediglich einer besseren Veranschaulichung.

Bei jeder Aussage sollten die Umfrageteilnehmerinnen sich für eine der fünf angegebenen Antwortmodalitäten (*1 – eindeutig nicht, 2 – eher nicht, 3 – eher ja, eindeutig ja, 0 – Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit.*) entscheiden. Die letztgenannte Möglichkeit wurde bei der Datenauswertung unter *kein Bedarf* und die fehlenden Auskünfte in der Rubrik *keine Angaben* zusammengefasst.

Der Schwerpunkt der Befragung lag in der mündlichen Kommunikation, weil fast alle Aufgaben in der Pflege diese erfordern (vgl. Haider 2010:190–191). Die Anforderungen an die Schriftsprache werden ausschließlich im Kontext der häuslichen Pflege exemplarisch dargelegt und wurden im Fragebogen (Frage 2) anhand der folgenden Themenbereiche angesprochen:

- kurze Notizen verfassen (für den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen)
- kurze Informationen aufschreiben (z. B. Termine beim Arzt)
- Einkaufszettel vorbereiten
- Notizen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen
- schriftliche Anordnungen des Pflegedienstes
- Beipackzettel einschließlich Einnahmeverordnungen von Medikamenten
- lautes Vorlesen für den Pflegebedürftigen, z. B. des Fernsehprogramms

Während die schriftsprachlichen Anforderungen in der Pflege im Altenheim eine relevante Rolle spielen und u. a. beim Führen der Pflegedokumentation Ausdruck finden (vgl. Haider 2010:191), ist der Rückgriff auf die Schriftsprache in der häuslichen Altenpflege eher sporadisch und wird nicht immer vorausgesetzt. Die Schreibfertigkeit in dem *24-Stunden-Betreuungsmodell* wird dem Aufgabenbereich *einfache Betreuungstätigkeiten* zugeordnet. Die polnischen häuslichen Betreuerinnen sind u. U. verpflichtet ein Haushaltsbuch zu führen. In der Pilotstudie sowie anhand der Literaturrecherche wurden weitere Aspekte deutlich wie z. B. das Anfertigen kurzer Notizen sowie von Einkaufszetteln.

Das Vorbereiten kurzer schriftlicher Nachrichten wurde mit dem Item: Ich kann kurze Notizen verfassen, z. B. wichtige Termine für die Krankengymnastik (201) thematisiert. Der Anteil von Personen, die bei dieser Aussage *eher nicht* bzw. *eindeutig nicht* wählen, beträgt 28 %. Nur um 1,33 % (d. h. 29,33 %) größer ist der Anteil der Befragten, die meinen, dieser Anforderung gerecht zu werden, aber mit der Wahl der Kategorie *eher ja* gleichzeitig gewisse Schwierigkeiten zum Ausdruck bringen. Ein Drittel der

Studienteilnehmerinnen bewältigt laut eigener Angaben diese Aufgabe ohne Schwierigkeiten.

Dass Angehörige ihnen telefonisch ärztliche Termine bzw. andere wichtige Informationen mitteilen, gehört zum beruflichen Alltag der Haushaltspflegerinnen. Dieses Item wurde folgendermaßen formuliert: Ich kann eine Information, z. B. einen Arzttermin, während des Telefongesprächs notieren (2o2). In Anbetracht des Schwierigkeitsgrades dieser Aufgabe haben sich überraschend wenige Umfrageteilnehmerinnen (18,66 %) für die Antwortmöglichkeit *eindeutig nicht* und *eher nicht* entschieden. Aus der Pilotstudie ging hervor, dass das gemeinsame Vorbereiten der Einkaufsliste eine wichtige Rolle bei der Tages- und Mahlzeitenplanung (2o3) spielt und zur Verbesserung der Beziehungen zwischen der Pflegekraft und dem Pflegebedürftigen führen kann. Aus diesem Grund wurde diese Aufgabe in den Fragebogen miteinbezogen. Aus der Grafik geht hervor, dass 13,44 % der Befragten diese Aufgabe ihrer Einschätzung nach nicht genügend bewältigen können. Weitere Auskünfte sind der folgenden Abbildung (Abb. 14) zu entnehmen.

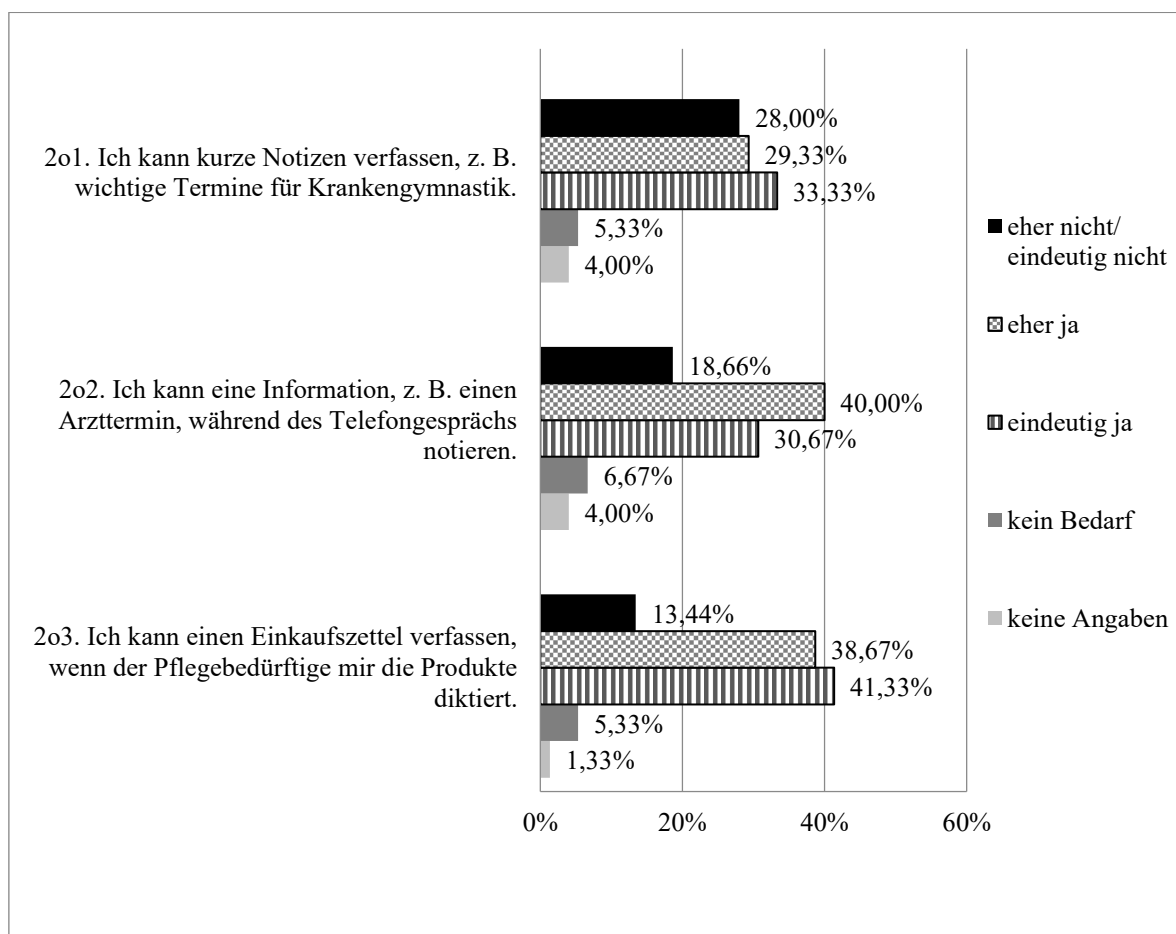


Abb. 14: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der Bewältigung der Anforderungen an die Schriftsprache I im häuslichen Pflegealltag

Ob die Fertigkeit Lesen von den 24-Stunden-Betreuerinnen vorausgesetzt wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, wie z. B. von dem Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen oder aber der Intensität, mit der dessen Angehörige in sein Leben involviert sind. In der Pilotstudie lenkte eine Haushaltspflegehilfe meine Aufmerksamkeit auf die Rolle, die das laute Vorlesen verschiedener Textsorten wie z. B. des Fernsehprogramms, von Kochrezepten oder Zeitungsartikeln usw. spielen kann. Laut ihren Schilderungen profitierte davon ihre Beziehung mit ihrer Pflegebedürftigen. Das Vorlesen des Fernsehprogramms wurde darüber hinaus zu einem festen Punkt im Tagesablauf. Eine Betreuerin wies gleichzeitig auf ihre Schwierigkeiten mit dem lauten Vorlesen hin, betonte jedoch, dass die Korrekturen der Pflegebedürftigen ihr geholfen haben, ihre Aussprache zu verbessern. Im Folgenden wird die prozentuale Verteilung der Antworten, die sich auf die Anforderungen an die Schriftsprache beziehen, dargestellt (Abb. 15).

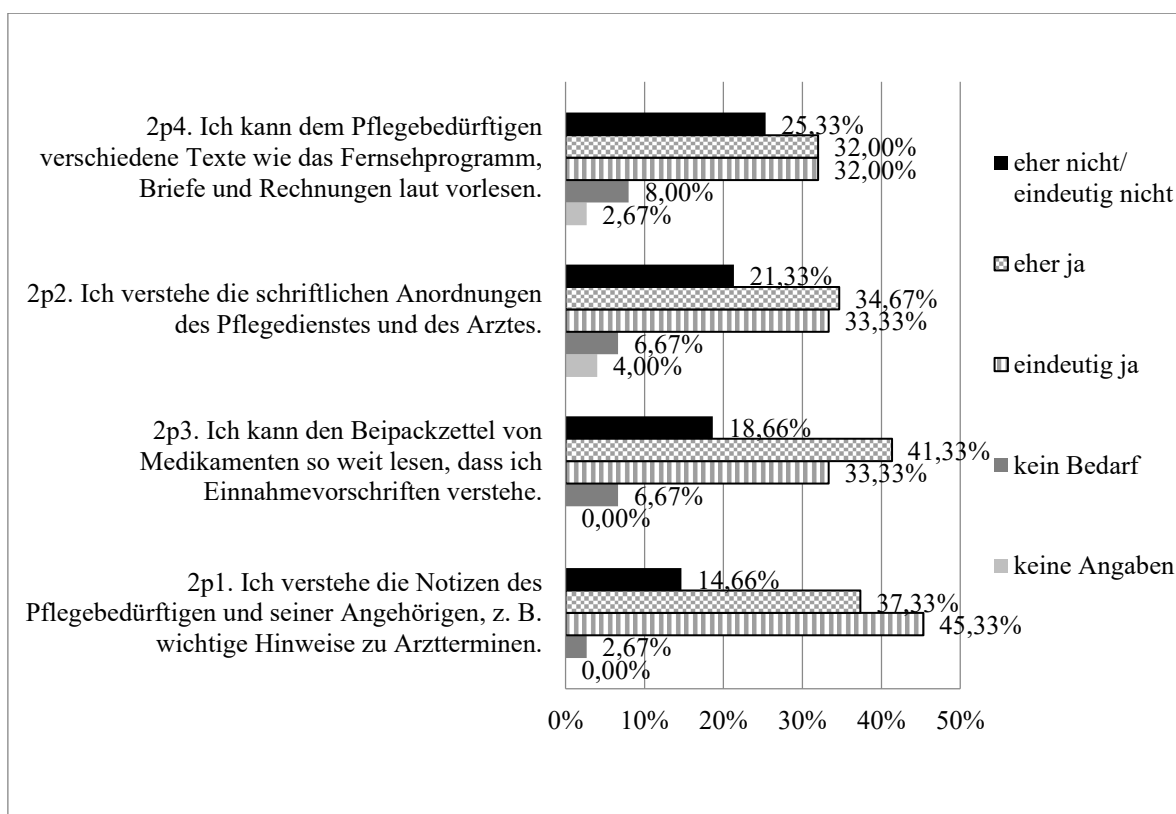


Abb. 15: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der Bewältigung der Anforderungen an die Schriftsprache II im häuslichen Pflegealltag

Die Grafik (Abb. 15) zeigt, dass das laute Vorlesen verschiedener Texte wie z. B. des Fernsehprogramms, von Briefen bzw. Rechnungen (2p4) der untersuchten Gruppe die meisten Probleme bereitet. Jede vierte Befragte (25,33 %) sagt aus, diese Aufgabe nicht bzw.

nicht ohne weiteres zu bewältigen. Interessanterweise liegt der Anteil der Probandinnen, die dabei gewisse Schwierigkeiten erkennen und sich für die Kategorie *eher ja* entschieden haben, ebenso wie derjenigen, die dieser Aufgabe gewachsen sind, bei fast einem Drittel (32 %). Schriftliche Anforderungen vom medizinischen Personal zu verstehen (2p2) bereitet 21,33 % der Studienteilnehmerinnen Probleme. Mehr als ein Drittel (34,67 %) nennen gewisse Schwierigkeiten mit dieser Aufgabe. Man kann annehmen, dass diese Befunde auf die Vertrautheit der Befragten mit der pflegerischen Thematik zurückzuführen sind. Mit einer weiteren Aufgabe, und zwar dem Verstehen des Beipackzettels und der Einnahmевorschriften der Medikamente (2p3), fühlen sich 18,66 % der Probandinnen stark überfordert, wobei 41,33 % auch auf bestimmte Hindernisse hinweisen. Bei den exemplarisch dargestellten Anforderungen, die die Fertigkeit Lesen betreffen, scheint es der befragten Gruppe die wenigsten Schwierigkeiten zu bereiten, Notizen des Pflegebedürftigen bzw. seiner Angehörigen zu verstehen, die u. a. ärztliche Termine betreffen (2p1). Die Zahl der Befragten, die diese Anforderung *eindeutig nicht* bzw. *eher nicht* bewältigen können, liegt nur bei 14,66 %. Im Vergleich zu anderen in dieser Grafik besprochenen Anforderungen ist der Anteil der Umfrageteilnehmerinnen, die diese Aufgabe ohne Schwierigkeiten bewältigen können, deutlich höher und liegt bei 45,33 %.

Im Fragebogen wurde das verstehende Hören durch folgende Bereiche repräsentiert:

- ein Telefongespräch mit den Angehörigen des Pflegebedürftigen
- ein Anruf beim ärztlichen Notdienst
- Verstehen der mündlichen Verordnungen des Pflegedienstes und des Arztes
- Verstehen der Beschwerden des Pflegebedürftigen
- undeutliche Aussprache des Pflegebedürftigen bzw. dialektale Varianten der Sprache

Die Antworten der Probandinnen werden in der folgenden Abbildung (Abb. 16) dargestellt:

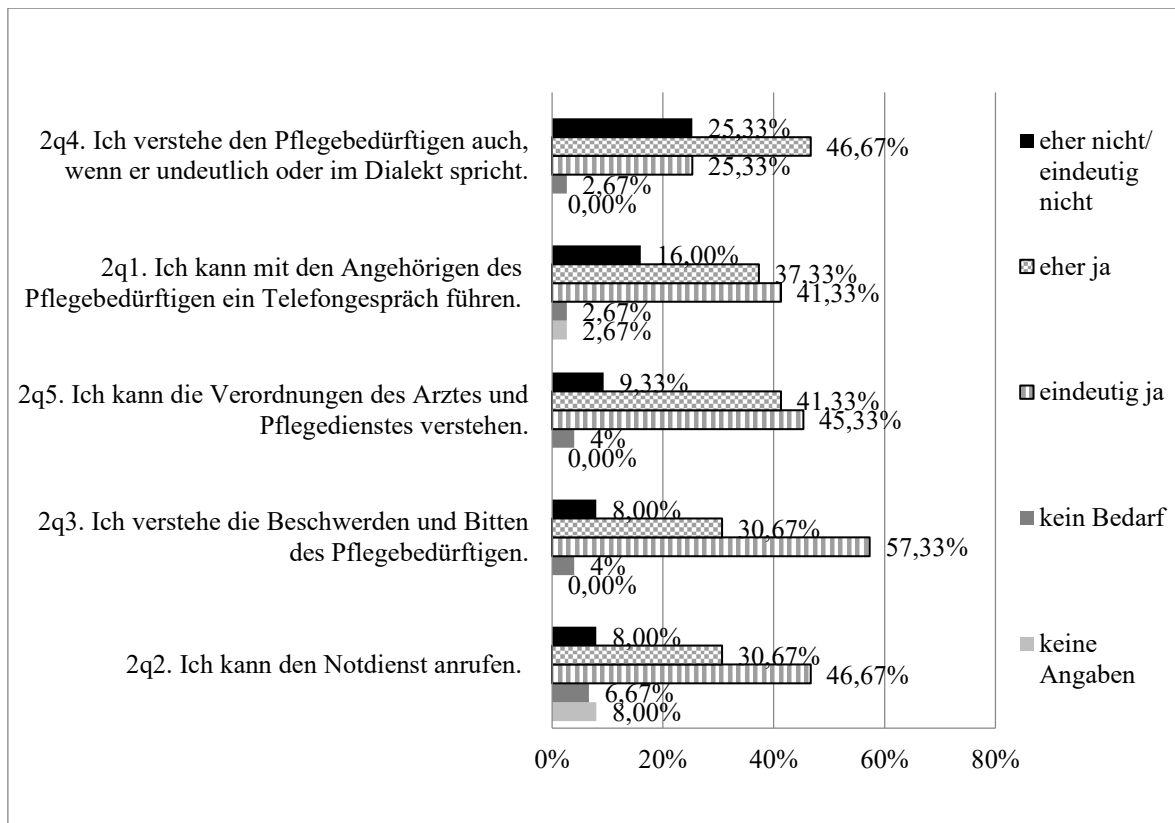


Abb. 16: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung des verstehenden Hörens im häuslichen Pflegealltag.

Ein Viertel der Befragten (25,33 %) räumt Schwierigkeiten ein, wenn der Pflegebedürftige undeutlich oder im Dialekt spricht (2q4). Die Durchführung eines Telefongesprächs mit den Angehörigen (2q1) ist für 16 % der Studienteilnehmerinnen problematisch. An der dritten Stelle rangiert mit 9,33 % das Verständnis der mündlichen Verordnungen des medizinischen Personals (2q5). 8% der Befragten bereitet das Verstehen der Beschwerden und Bitten der Pflegebedürftigen (2q3) Schwierigkeiten. Überraschenderweise sehen nur 8 % der Befragten Schwierigkeiten, wenn sie den Notdienst anrufen müssen (2q2). Ich nahm vorher an, dass diese Aufgabe von ihnen aufgrund des zusätzlichen Stressfaktors als besonders schwer empfunden wird.

Wie schon erwähnt, liegt der Schwerpunkt der Umfrage darin, die benötigten kommunikativen Handlungen in Bezug auf die mündliche Kommunikation zu untersuchen. Eine der wichtigsten Aufgaben der Haushaltspflegehilfen besteht darin, den Pflegebedürftigen mit sogenannten *einfachen Betreuungstätigkeiten* zu unterstützen. Dazu gehören als Erstes die *haushaltsnahen Dienstleistungen*, die im Fragebogen anhand folgender kommunikativer Situationen thematisiert wurden:

- Einkaufen im Lebensmittelladen

- Einkaufen in der Apotheke
- Orientierung, Fragen nach dem Weg, z. B. während des Spaziergangs mit dem Pflegebedürftigen

Die Auswertung der Bewältigung dieser kommunikativen Handlungen führt zu folgenden Ergebnissen (Abb. 17):

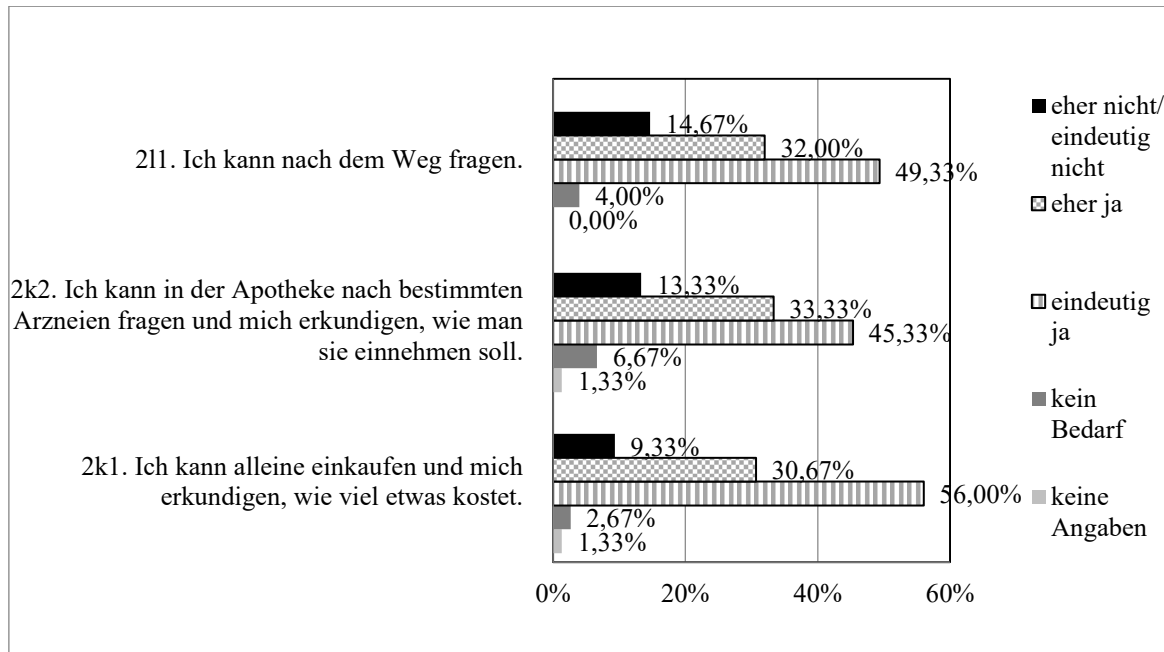


Abb. 17: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich *haushaltsnahe Dienstleistungen*

Unter den Items, die die obige Grafik thematisiert, scheinen mit 14,67 % Zustimmung (elf Personen) bei den Antwortmodalitäten *eindeutig nicht* und *eher nicht* die Fragen nach dem Weg (211) die problematischste kommunikative Situation auszumachen. Mit dem Einholen von Auskünften in der Apotheke (2k2) scheinen 13,33 %, d. h. zehn Befragte, Schwierigkeiten zu haben. Lediglich sieben Befragten (9,33 %) bereitet das Nachfragen während der Einkäufe (2k1) Probleme.

Unter dem weiteren Aufgabenkomplex, der alltägliche Betreuungsangelegenheiten anspricht, versteht man Unterstützung bei der Lebensführung: Gestaltung des Tagesablaufs, Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen. Im Fragebogen wurde dieser Aufgabenbereich durch folgende Themenblöcke abgedeckt:

- Beschreiben der alltäglichen Angelegenheiten, z. B. des Tagesplanes, sowie Besprechung der Mahlzeiten

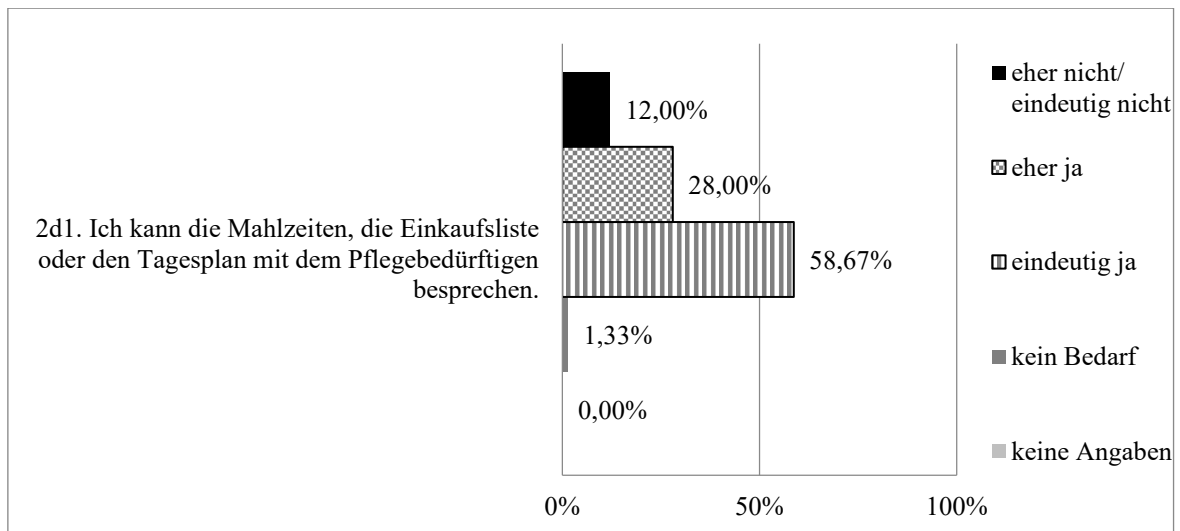


Abb. 18: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich *Besprechen der alltäglichen Angelegenheiten*

Aus der Abbildung (Abb. 18) wird ersichtlich, dass 12 % der Studienteilnehmerinnen (neun Personen) ihre Fähigkeiten bei dieser Anforderung als nicht ausreichend beurteilen. Und mehr als ein Viertel (28 %) weist auf gewisse Mängel hin. Die Bewältigung dieser Aufgabe bereitet allerdings fast 60 % der Befragten keine Schwierigkeiten.

Um die *soziale Betreuung* in die Befragung miteinzubeziehen, wurden Fragen zu folgenden Handlungen formuliert:

- Aufrechterhaltung der Konversation
- Anteilnahme am familiären Leben des Pflegebedürftigen, z. B. während der Familienfeste
- Small Talk (mit Personen aus dem Bekanntenkreis des Pflegebedürftigen)
- Angaben zur eigenen Person

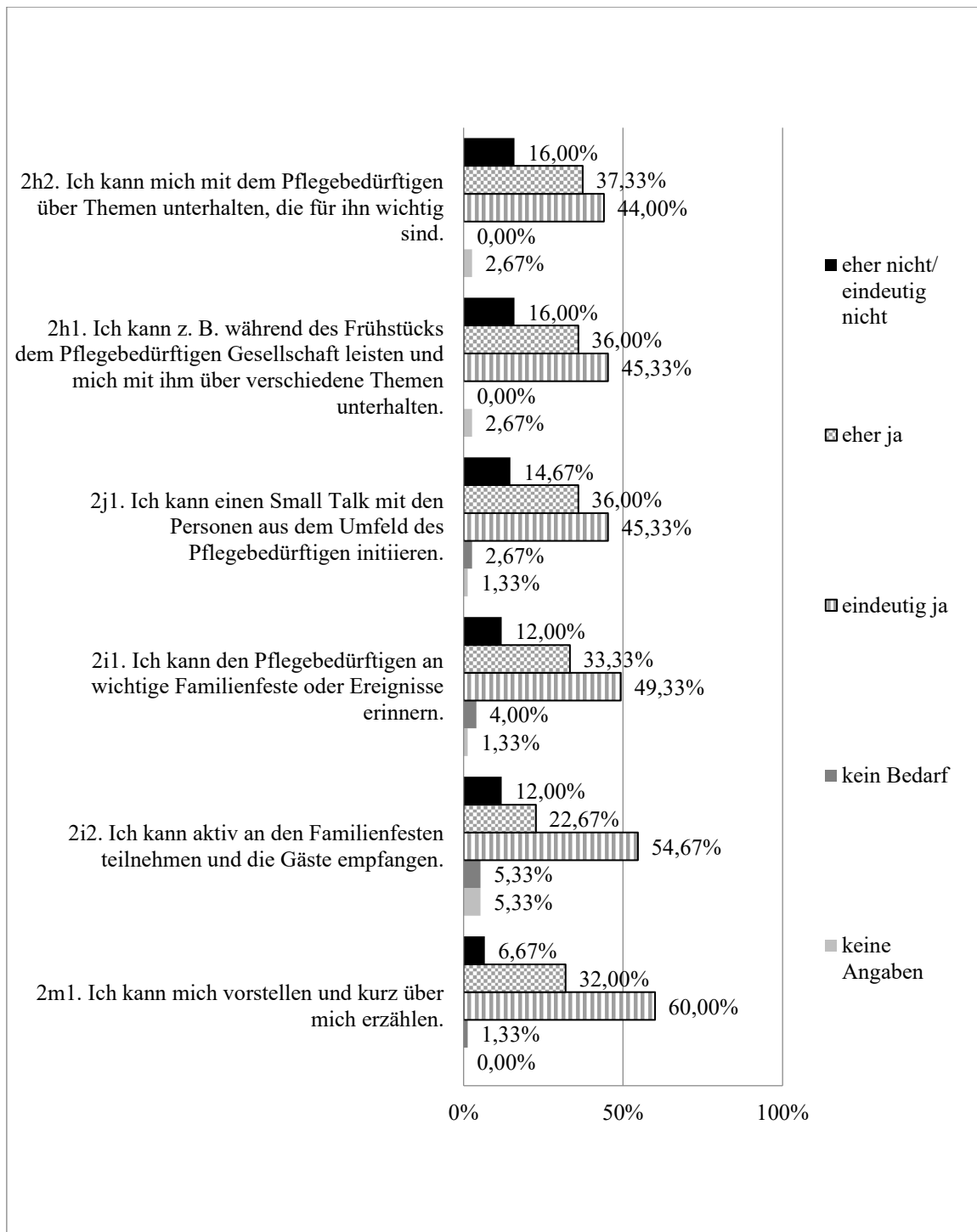


Abb. 19: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich *Alltagskommunikation*

Aus der vorliegenden Verteilung (Abb. 19) geht hervor, dass 16 % der Teilnehmerinnen die Konversation mit dem Pflegebedürftigen über Themen, die für ihn wichtig sein können (2h2), als schwer einschätzen. Die Beispiele, die dieser Anforderung zugeordnet wurden, wurden während der informellen Gespräche herausgearbeitet. Dieselbe Anzahl der Befragten (16 %) ist der Meinung, der Konversation über verschiedene Themen

während der Mahlzeiten (2h1) *eindeutig nicht* bzw. *eher nicht* gerecht zu werden. Die gleichmäßige Verteilung der Antworten kann möglicherweise auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass beide Situationen von den Betreuungskräften einen umfangreichen Wortschatz verlangen. Dieser sollte unterschiedliche Bereiche und grammatische Strukturen, die sich beispielsweise auf die Vergangenheit beziehen, abdecken.

Das Initiieren des Small Talks (2j1) mit den Personen aus dem Umfeld des Pflegebedürftigen bereitet 14,67 % Schwierigkeiten. Zwei weitere Anforderungen betrafen die Gespräche über Familienfeste sowie Erinnerungen an Familienfeste, z. B. Geburtstage und Einladungen und das Empfangen der Gäste (2i1 und 2i2). Dies schätzten jeweils 12 % der Befragten als problematisch ein. Beide Fragen thematisierten die Aufrechterhaltung der familiären Beziehungen, die die Pflegebedürftigen je nach Gesundheitszustand oft nicht selbst pflegen können. Am wenigsten Schwierigkeiten (6,67 %) bereitet es den Umfrageteilnehmerinnen, wenn sie sich vorstellen bzw. etwas über sich selbst erzählen müssen (2m1).

Die Unterstützung bei den *pflegenahen Tätigkeiten*, wie den hygienischen Tätigkeiten, wurde anhand folgender Handlungen in die Befragung miteinbezogen:

- Fragen an den Pflegebedürftigen, z. B. nach seinem Wohlbefinden bzw. seinen Bedürfnissen
- Beschreiben einer Tätigkeit während der Körperhygiene
- Bitten und Aufforderungen an den Pflegebedürftigen, z. B. während der Körperpflege

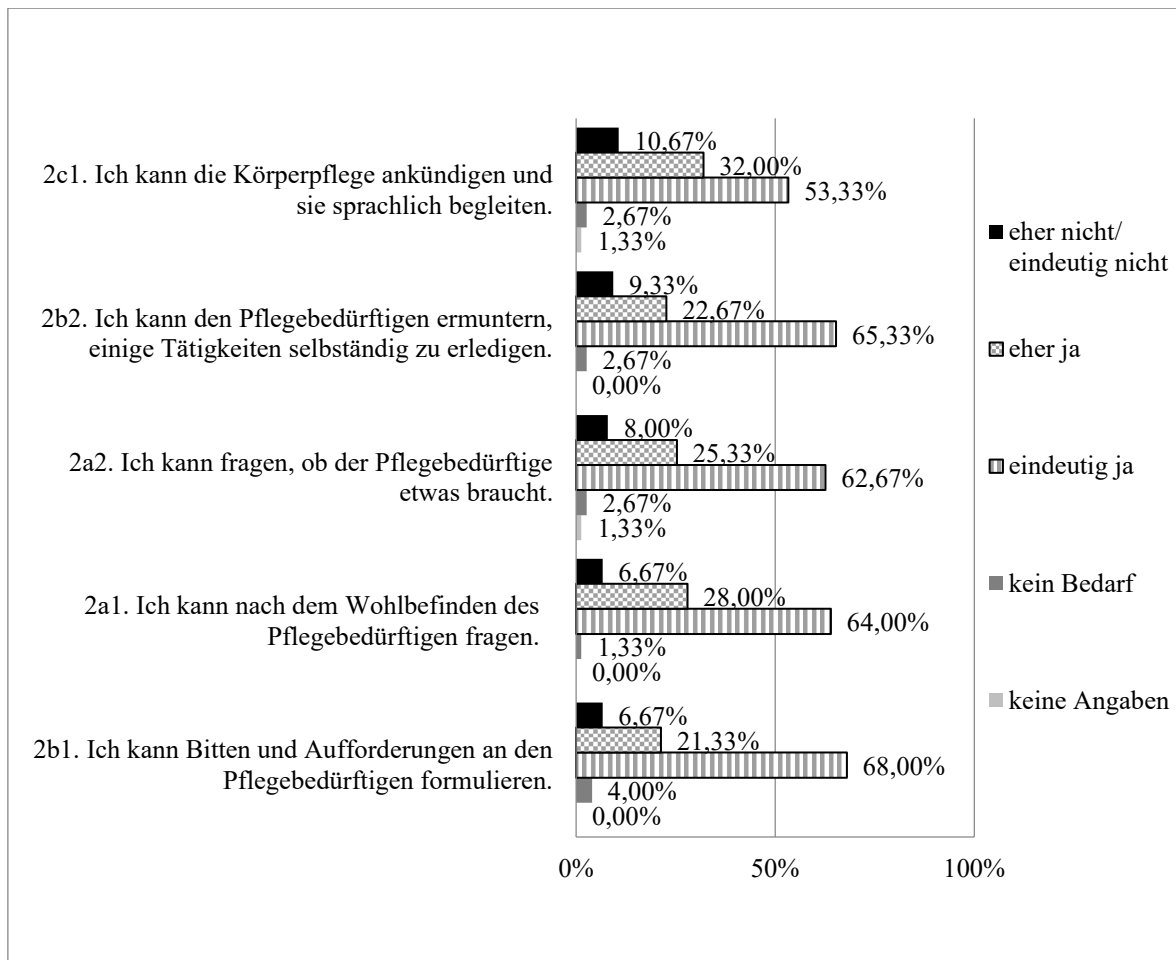


Abb. 20: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich sprachliche Begleitung von pflegenahen Handlungen und hygienischen Tätigkeiten

Betrachtet man die Ergebnisse der obigen Darstellung (Abb. 20), so kann man schlussfolgern, dass die Ankündigung der Körperpflege und ihre sprachliche Begleitung (2c1) 10,67 % der Probandinnen Schwierigkeiten bereiten. Bei der Ermunterung des Pflegebedürftigen zu größerer Selbständigkeit bei hygienischen Tätigkeiten (2b2) haben sich 9,33 % der Befragten für die Kategorie *eindeutig nicht* und *eher nicht* entschieden. An der dritten Stelle rangieren mit 8 % Fragen bezüglich der Bedürfnisse der Betreuten wie z. B., ob er etwas braucht (2a2). 6,67 % der Antworten *eindeutig nicht* und *eher nicht* entfielen auf die Fragen nach dem Wohlbefinden des Patienten (2a1) und den Bitten und Aufforderungen an den Pflegebedürftigen (2b1).

In dem Arbeitsalltag der Care-Migrantinnen kommt es vor, dass sie den Arzt bzw. das Pflegepersonal und die Angehörigen des Pflegebedürftigen über seinen

Gesundheitszustand bzw. seine Beschwerden informieren sollen. Dieser Aufgabenbereich wurde mit folgenden Themenkomplexen abgedeckt:

- den Angehörigen Auskunft über das Befinden des Pflegebedürftigen geben
- die Angehörigen über die Probleme mit dem Pflegebedürftigen informieren
- dem Arzt oder dem Pflegedienst Auskunft über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen geben

Die Antworten der Probandinnen ergaben folgendes Bild (Abb. 21):

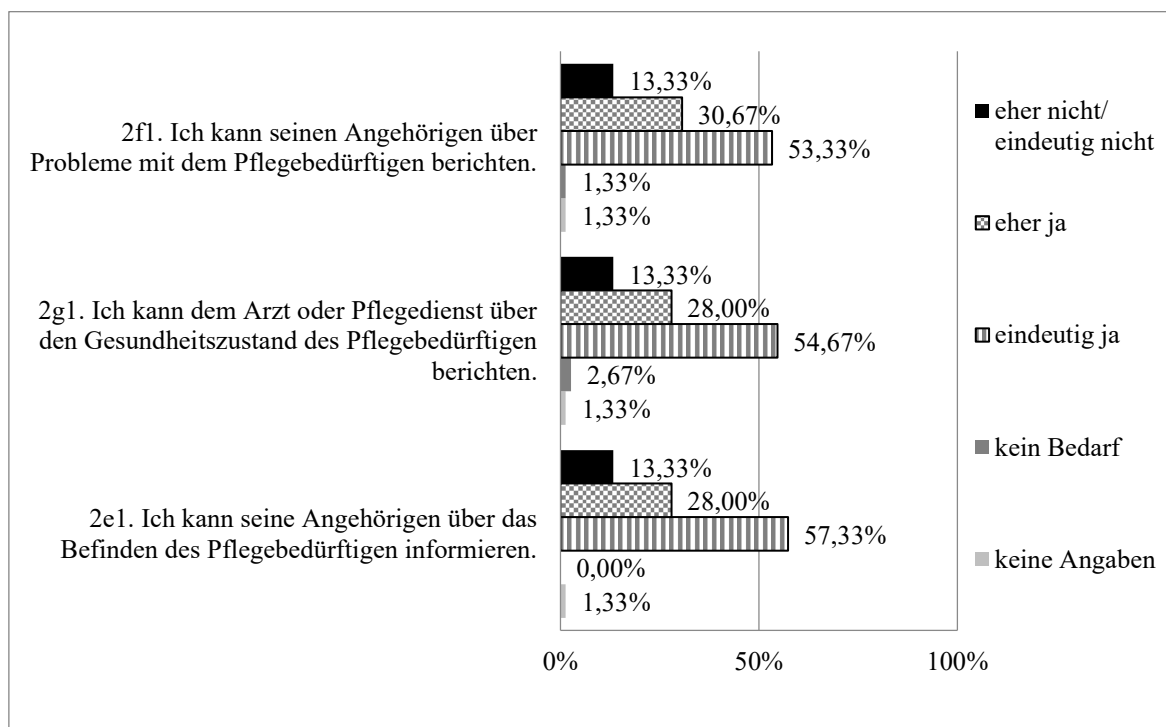


Abb. 21: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich *Auskünfte über das Befinden erteilen*

Aus der Grafik (Abb. 21) wird ersichtlich, dass die Antworten der Probandinnen zu den gerade genannten sprachlichen Forderungen gleichmäßig verteilt sind. Für die Kategorie *eindeutig nicht* und *eher nicht* haben sich bei allen drei Aussagen 13,33 % der Befragten entschieden. Auch auf die Rubrik *eher ja* entfällt jeweils ein ähnlich hoher Anteil. 30,67 % räumen eine gewisse Unsicherheit ein, wenn sie Angehörigen Auskunft über Probleme mit dem Pflegebedürftigen (2f1) erteilen sollen. Und 28 % der Probandinnen weisen darauf hin, dass sie Hemmungen haben, wenn sie dem Arzt oder Pflegedienst über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen berichten (2g1) sowie seine Angehörigen über sein Befinden informieren (2e1).

Der Umgang mit emotional labilen Pflegebedürftigen gehört nicht selten zum Arbeitsalltag der polnischen Betreuungskräfte. Im Fragebogen wurde das sprachliche Handeln z. B. bei Traurigkeit oder Unruhezuständen, die der Pflegebedürftige zeigt, folgendermaßen thematisiert:

- den Pflegebedürftigen trösten und beruhigen
- der Pflegebedürftige verweigert die Mitarbeit

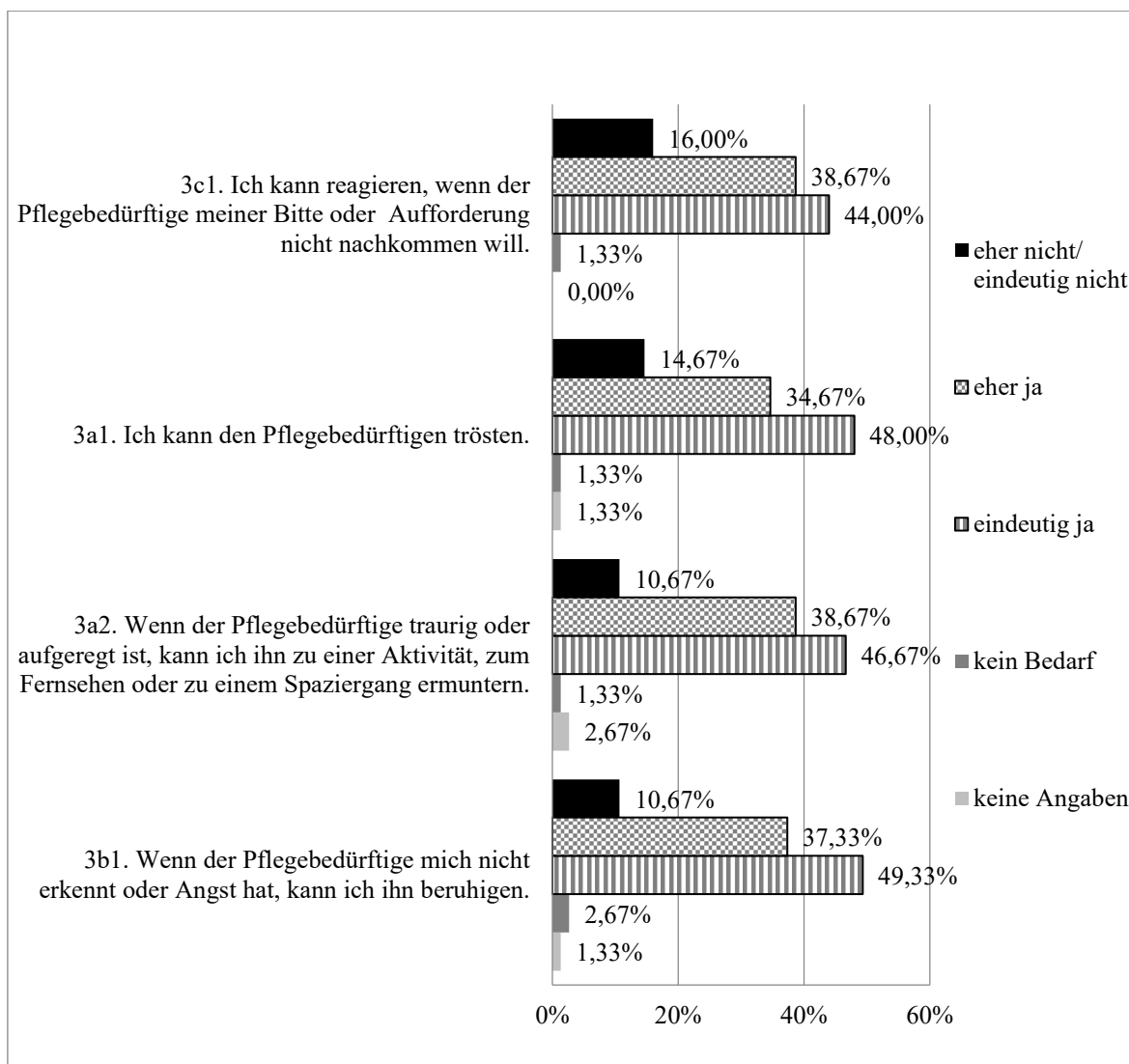


Abb. 22: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich Umgang mit belastenden Situationen in der Pflege

Das erste Item, das diese Grafik (Abb. 22) präsentiert, befasst sich mit der Frage, wie die Betreuerinnen damit umgehen, wenn die Pflegebedürftigen ihnen beispielsweise bei den hygienischen Tätigkeiten die Mitarbeit bzw. Kooperation verweigern (3c1). Dies scheint 16 % der Befragten Schwierigkeiten zu bereiten. Hinsichtlich des Tröstens des

Pflegebedürftigen (3a1) haben sich zehn Befragte (14,67 %) für die Bewertung *eindeutig nicht* und *eher nicht* entschieden. Bei der Notwendigkeit, auf Traurigkeit, Angstzustände sowie Nervosität zu reagieren, (3a2, 3b1) räumen 10,67 % Defizite ein.

Das 24-Stunden-Pflegemodell bringt für die Betreuungskraft eine große körperliche und psychische Belastung mit sich. Im Fragebogen wurden die Betreuerinnen gebeten, einzuschätzen, wie sie in folgenden Situationen handeln:

- über private Probleme gegebenenfalls informieren
- über eigene Gesundheitsprobleme sprechen

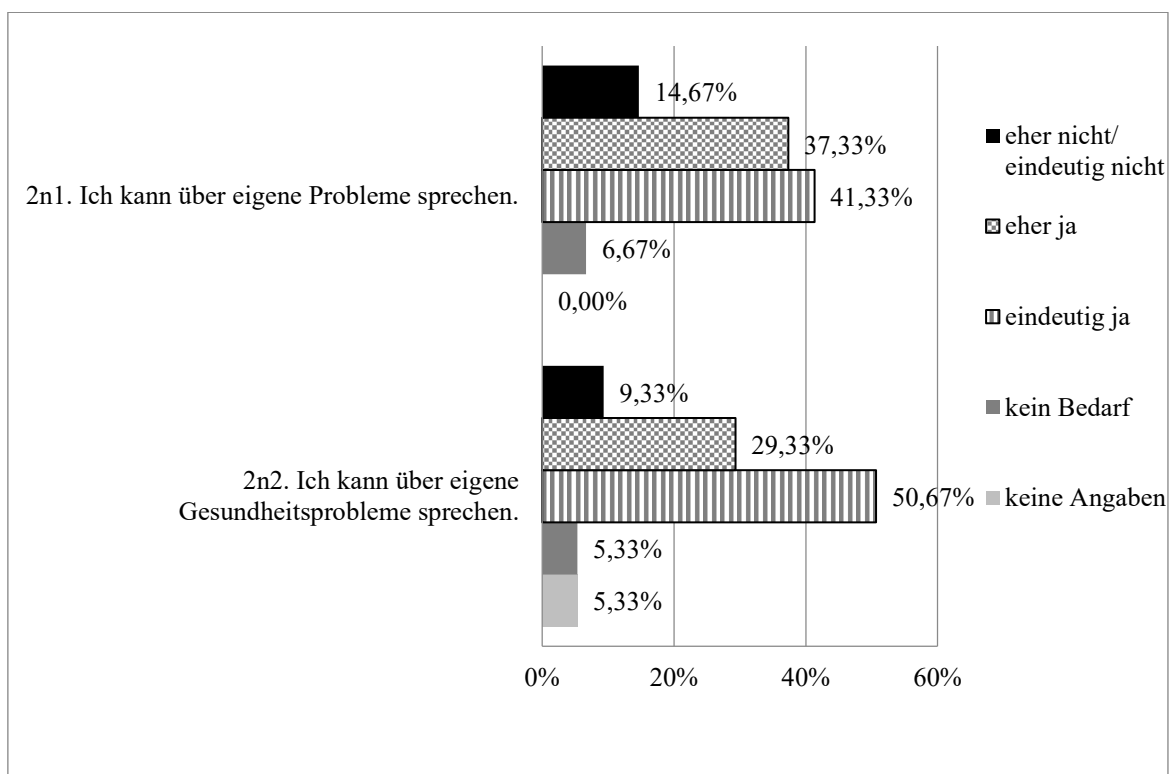


Abb. 23: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich *Ansprechen eigener Probleme*

Die Grafik (Abb. 23) zeigt, dass 14,67 % der Befragten aussagen, in der deutschen Sprache *eigene Probleme* (2n1) *eindeutig nicht* bzw. *eher nicht* mitteilen zu können, und 9,33 % wählten diese Antwortmodalität bei dem Thema *eigene Gesundheitsprobleme* mit dem Pflegebedürftigen oder seinen Angehörigen besprechen (2n2).

Im Fragebogen nimmt das kommunikative Handeln bei eventuellen Konfliktsituationen sowie Missverständnissen einen wichtigen Platz ein und wird durch folgende Bereiche abgedeckt:

- Verbesserungsvorschläge und Kompromisse (z. B. in der Konversation mit den Angehörigen)
- auf Beschwerden des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen reagieren
- eigene Wünsche, die die Arbeit betreffen, mitteilen
- Unzufriedenheit ausdrücken
- etwas höflich ablehnen
- sich entschuldigen und eine Entschuldigung annehmen

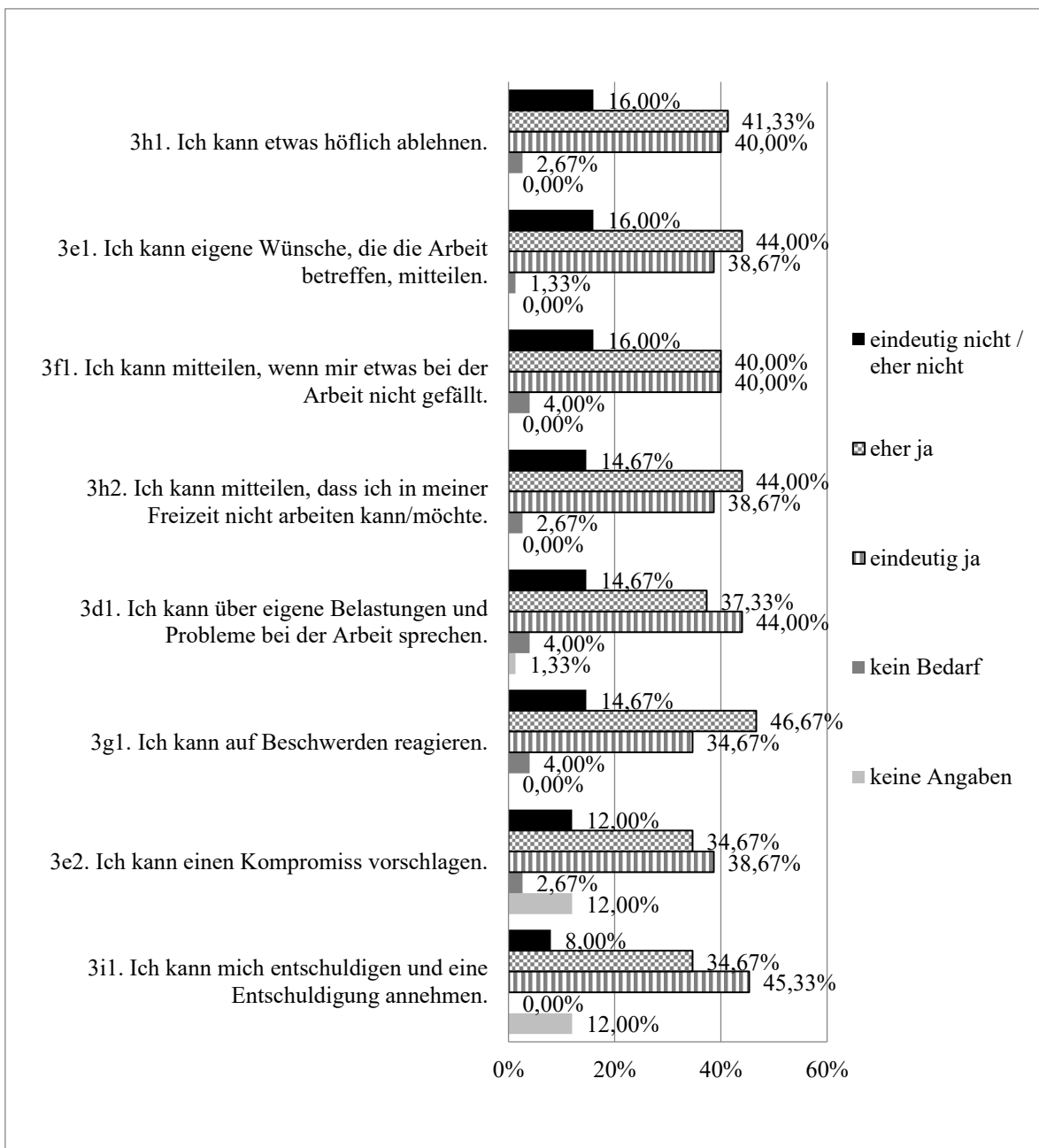


Abb. 24: Bestandsaufnahme zur Selbsteinschätzung der kommunikativen Kompetenz im Bereich *Gesprächsführung in Konfliktsituationen*

Die in der Abbildung 24 dargestellten Befunde zeigen, dass die höfliche Ablehnung (3h1) sowie das Formulieren von Verbesserungsvorschlägen, wie z. B. eigene Wünsche in Bezug auf die Arbeit mitzuteilen (3e1), sowie das Ausdrücken der Unzufriedenheit wegen der Arbeitsbedingungen (3f1) 16 % der Befragten (zwölf Probandinnen) Schwierigkeiten bereiten. Elf Studienteilnehmerinnen (14,67 %) kreuzten die Antwort *eindeutig nicht* bzw. *eher nicht* bei Handlungen wie Verweigerung der Arbeit in der Freizeit (3h2) sowie über eigene Belastung und Probleme (3d1) bei der Arbeit sprechen sowie auf Beschwerden reagieren (3g1) an. Mit dem Vorschlagen eines Kompromisses (3e2) sowie dem Formulieren einer Entschuldigung (3i1) melden entsprechend 19 = 12 % und 6 = 8 % der Befragten Schwierigkeiten an.

Man kann annehmen, dass die Antworten der Probandinnen bezüglich der sprachlichen Bewältigung bei den in dieser Gruppe zusammengefassten Items auf den kulturellen Hintergrund zurückzuführen sind. Handlungen wie eine höfliche Ablehnung (3h1) sowie eine Entschuldigung (3i1) werden in verschiedenen Kulturkreisen unterschiedlich realisiert. Hier geht es also mit größter Wahrscheinlichkeit nicht nur um sprachliche Schwierigkeiten. Diese Fragen sprachen auch die Probleme bzw. Schwierigkeiten bei dem Umgang mit den Pflegebedürftigen sowie ihren Angehörigen an. Weitere Aspekte werden im Folgenden noch diskutiert.

Folgende Rangliste der als schwierig empfundenen kommunikativen Situationen habe ich erstellt (Tab. 23), um einen vollständigen Überblick über diese zu bekommen und die Gründe für die Schwierigkeiten zu analysieren.

Nr.	Kommunikative Situation	%
2o1	Ich kann kurze Notizen verfassen, z. B. wichtige Termine für Krankengymnastik.	28
2p4	Ich kann dem Pflegebedürftigen verschiedene Texte wie das Fernsehprogramm, Briefe und Rechnungen laut vorlesen.	25,33
2q4	Ich verstehe den Pflegebedürftigen auch, wenn er undeutlich oder im Dialekt spricht.	25,33
2p2	Ich verstehe die schriftlichen Anordnungen des Pflegedienstes und des Arztes.	21,33
2o2	Ich kann eine Information, z. B. einen Arzttermin, während eines Telefongesprächs notieren.	18,66

2p3	Ich kann den Beipackzettel von Medikamenten so weit lesen, dass ich Einnahmевorschriften verstehe.	18,66
2h1	Ich kann, z. B. während des Frühstücks, dem Pflegebedürftigen Gesellschaft leisten und mich mit ihm über verschiedene Themen unterhalten.	16
2h2	Ich kann mich mit dem Pflegebedürftigen über Themen unterhalten, die für ihn wichtig sind.	
2q1	Ich kann mit den Angehörigen des Pflegebedürftigen ein Telefongespräch führen.	
3c1	Ich kann reagieren, wenn der Pflegebedürftige meiner Bitte oder Aufforderung nicht nachkommen will.	
3e1	Ich kann eigene Wünsche, die die Arbeit betreffen, mitteilen.	
3f1	Ich kann mitteilen, wenn mir etwas bei der Arbeit nicht gefällt.	
3h1	Ich kann etwas höflich ablehnen.	
2j1	Ich kann einen Small Talk mit den Personen aus dem Umfeld des Pflegebedürftigen initiieren.	
2l1	Ich kann nach dem Weg fragen.	
2n1	Ich kann über eigene Probleme sprechen.	
2p1	Ich verstehe die Notizen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen, z. B. wichtige Hinweise zu Arztterminen.	
3a1	Ich kann den Pflegebedürftigen trösten.	
3d1	Ich kann über eigene Belastungen und Probleme bei der Arbeit sprechen.	
3g1	Ich kann auf Beschwerden reagieren.	
3h2	Ich kann mitteilen, dass ich in meiner Freizeit nicht arbeiten kann/möchte.	
2e1	Ich kann seine Angehörigen über das Befinden des Pflegebedürftigen informieren.	13,33
2f1	Ich kann seinen Angehörigen über Probleme mit dem Pflegebedürftigen berichten.	
2g1	Ich kann dem Arzt oder Pflegedienst über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen berichten.	

2k2	Ich kann in der Apotheke nach bestimmten Arzneien fragen und mich erkundigen, wie man sie einnehmen soll.	13,33
2o3	Ich kann einen Einkaufszettel verfassen, wenn der Pflegebedürftige mir die Produkte diktiert.	
2d1	Ich kann die Mahlzeiten, die Einkaufsliste oder den Tagesplan mit dem Pflegebedürftigen besprechen.	12
2i1	Ich kann den Pflegebedürftigen an wichtige Familienfeste oder Ereignisse erinnern.	
2i2	Ich kann aktiv an den Familienfesten teilnehmen und die Gäste empfangen.	
3e 2	Ich kann einen Kompromiss vorschlagen.	
2c1	Ich kann die Körperpflege ankündigen und sie sprachlich begleiten.	10,66
3a2	Wenn der Pflegebedürftige traurig oder aufgeregt ist, kann ich ihn zu einer Aktivität, zum Fernsehen oder zu einem Spaziergang ermuntern.	
3b1	Wenn der Pflegebedürftige mich nicht erkennt oder Angst hat, kann ich ihn beruhigen.	
2b2	Ich kann den Pflegebedürftigen ermuntern, einige Tätigkeiten selbständig zu erledigen.	9,33
2k1	Ich kann alleine einkaufen und mich erkundigen, wie viel etwas kostet.	
2n2	Ich kann über eigene Gesundheitsprobleme sprechen.	
2q5	Ich kann die Verordnungen des Arztes und Pflegedienstes verstehen.	
2a2	Ich kann fragen, ob der Pflegebedürftige etwas braucht.	8
2q2	Ich kann den Notdienst anrufen.	
2q3	Ich verstehe die Beschwerden und Bitten des Pflegebedürftigen.	
3i1	Ich kann mich entschuldigen und eine Entschuldigung annehmen.	6,66
2a1	Ich kann nach dem Wohlbefinden des Pflegebedürftigen fragen.	
2b1	Ich kann Bitten und Aufforderungen an den Pflegebedürftigen formulieren.	
2m1	Ich kann mich vorstellen und kurz über mich erzählen.	

Tab. 23: Rangfolge der als schwierig empfundenen kommunikativen Situationen

Die größten Schwierigkeiten (28 % der Zuweisungen an die Kategorie *eindeutig nicht* und *eher nicht*) scheint es den Probandinnen zu bereiten, kurze Notizen zu verfassen (2o1). Auf das laute Vorlesen unterschiedlicher Texte für den Pflegebedürftigen (2p4) entfallen 25,33 % der Zuweisungen an die beiden genannten Kategorien. Das Verstehen der schriftlichen Anordnungen des Pflegedienstes bzw. des Arztes (2p2) stellt auch gewisse Hürden (21,33 %) dar. Darüber hinaus scheint das Notieren bestimmter Informationen während eines Telefongesprächs (2o2) mit 18,66 % problematisch zu sein.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass der Schwierigkeitsgrad der Anforderungen an die Schriftsprache sowie an das verstehende Hören, z. B. während eines Telefonats, je nach Kontext von den Umfrageteilnehmerinnen unterschiedlich eingeschätzt wird. Vermutlich können die Vertrautheit mit dem Wortschatz sowie mögliche Kommunikationspartner dabei eine Rolle spielen. Bei dem Verfassen eines Einkaufszettels (2o3) entfielen nur 13,33 % der Antworten auf die Kategorie *eindeutig nicht* und *eher nicht*, dies wurde z. B. als viel leichter empfunden als die Anfertigung von Notizen, wie Terminen für die Krankengymnastik (2o1) (28 %). In der letzten Anforderung müssen die Probandinnen mit jemandem interagieren und die Informationen möglicherweise durch Fragen in Erfahrung bringen. Das Vorbereiten einer Einkaufsliste gehört zur täglichen Arbeitsroutine, das Vokabular zu dieser Thematik sollte aus diesem Grund keine großen Schwierigkeiten darstellen. Es ist auch denkbar, dass Umfrageteilnehmerinnen diese Liste auf Polnisch schreiben. Auch das Vorlesen kurzer Notizen ist im Vergleich zu Rechnungen, Briefen oder Fernsehprogrammen nicht sehr anspruchsvoll.

Die Anforderungen an die Schriftsprache oder das verstehende Hören, z. B. bei Telefongesprächen mit der Familie, variieren je nach Arbeitsstelle und gehören nicht immer zum Aufgabenspektrum der häuslichen Pflegekräfte. Aus diesem Grund wird darauf bei der weiteren Analyse nicht explizit eingegangen.

Bei den Handlungen, die die mündliche Kommunikation betreffen und die laut der Selbsteinschätzung der Umfrageteilnehmerinnen schwieriger zu bewältigen sind (16 %), können unterschiedliche Aspekte beobachtet werden. Einige Situationen, in denen die Haushaltspflegehilfen Wünsche und Unzufriedenheit mit der Arbeit (3e1, 3f1) ausdrücken oder aber die höfliche Ablehnung (3h1) sowie mit der Verweigerung der Kooperation während der pflegenahen Handlungen seitens des Pflegebedürftigen umgehen (3c1), verlangen hohe soziolinguistische Kompetenzen, die es dem Sprecher erlauben, in bestimmten Kulturen sowie Situationen angemessen zu reagieren. Man kann vermuten, dass Defizite bei soziolinguistischen Kompetenzen sowie dem kulturellen Kontext die

Selbsteinschätzung der Probandinnen beeinflussen. Die Bewältigung dieser Situationen verlangt auch höhere grammatische Kompetenzen, ein reiches Vokabular sowie besser ausgebaute Strukturen und schließlich Diskurskompetenz, um die grammatischen Formen und Bedeutungen zusammenzustellen. Außerdem kommen solche Gesprächsanlässe höchstwahrscheinlich seltener vor und sind aus diesem Grund unvorhersehbar sowie immer von den Rahmenbedingungen (wie fehlende Arbeitsbestimmungen) oder vom Verhältnis zwischen den Betreuerinnen und den Betreuten und Familien abhängig.

Weitere kommunikative Situationen, die als schwieriger empfunden wurden (16 %), betreffen die Unterhaltung über Themen, die für den Pflegebedürftigen wichtig sind (2h2), z. B. über seine Familie, sowie Konversationen über unterschiedliche Themen, beispielsweise bei gemeinsamen Mahlzeiten (2h1). Diese kommunikativen Handlungen setzen ähnlich wie die erstgenannten Situationen ein komplexes Vokabular, das die Haushaltspflegehilfen vorher nicht vorbereiten können, und schwierigere grammatische Strukturen, z. B. den Gebrauch passender Tempora, voraus.

Ein wenig einfacher (14,66 %) scheinen Konversationen mit Menschen aus dem sozialen Umfeld des Pflegebedürftigen (2j1) zu sein. Auch hier sind grammatische sowie Diskurskompetenz stärker gefragt. Der gleiche Schwierigkeitsgrad wird kommunikativen Situationen wie der Versprachlichung privater Probleme (2n1) und den mit der Arbeit verbundenen Belastungen (3d1) sowie dem Reagieren auf die Beschwerden seitens der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen (3g1), dem Mitteilen der Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (3h2) beigemessen. Bei diesen Anforderungen können vor allem die soziolinguistischen Kompetenzen sowie die Diskurskompetenz als Faktoren genannt werden. Auf den ersten Blick überrascht, dass das Fragen nach dem Weg (2i1) als relativ schwierig (14,66 %) eingeschätzt wurde. Man könnte davon ausgehen, dass der Wortschatz sowie sprachliche Wendungen in diesem Kontext den Umfrageteilnehmerinnen bekannt sein sollten. Das Sprachniveau muss jedoch entsprechend hoch sein, um die Erklärungsmuster und das Sprechtempo sowie die Intonation der einzelnen Menschen zu verstehen.

Laut der Selbsteinschätzung bereiten den Befragten Situationen wie u. a. sich entschuldigen und eine Entschuldigung annehmen (3i1), sich vorstellen (2m1), Fragen nach dem Wohlbefinden (2a1) sowie Erfragen der Bedürfnisse des Pflegebedürftigen (2a2) und schließlich Bitten und Aufforderungen an den Betreuten (2b1) am wenigsten Schwierigkeiten (6,66 %–8 %). Bezüglich der Fragen nach dem Wohlbefinden sowie des Erfragens der Bedürfnisse des Pflegebedürftigen sowie der Bitten und Aufforderungen lässt sich sagen, dass die polnischen Haushaltspflegehilfen diesen Anforderungen jeden Tag

ausgesetzt sind, und daraus folgt, dass sie darin besser geübt und stärker damit vertraut sind. Was den sprachlichen Schwierigkeitsgrad anbelangt, kann angemerkt werden, dass diese kommunikativen Tätigkeitsanteile weniger anspruchsvoll sind. Diese Situationen sind nicht sehr komplex in Bezug auf die grammatischen Strukturen sowie das Vokabular und setzen keine hohen Sprachkenntnisse voraus. Den dafür erforderlichen Wortschatz beherrschen die Betreuerinnen außerdem recht früh, vermutlich erwerben sie ihn bereits, wenn sie sich auf die Reise nach Deutschland vorbereiten. In den Situationen wie sich vorstellen bzw. nach dem Wohlbefinden fragen, sich entschuldigen oder eine Entschuldigung annehmen können zudem auswendig gelernte Wendungen eingesetzt werden. Eine weitere wichtige Beobachtung stellt die Tatsache dar, dass die Bewältigung einiger dieser kommunikativen Handlungen wie das Formulieren von Bitten und Aufforderungen darüber hinaus durch non- und paraverbale Kommunikation unterstützt werden kann. Außerdem kann auf einzelne Gegenstände gedeutet werden und durchzuführende Handlungen können vorgeführt werden.

In der vorletzten Gruppe (9,33 %–10,67 %) befinden sich Situationen wie den Pflegebedürftigen beruhigen (3b1), zu einer Aktivität animieren bzw. ablenken (3a2), sprachliche Begleitung der pflegenahen Tätigkeiten (2c1) sowie Ermunterung des Pflegebedürftigen zu mehr Selbständigkeit (2b2). Bei diesen Handlungen können die Haushaltspflegehilfen auf die strategische Kompetenz, vor allem auf die non- sowie paraverbalen Kommunikationskanäle, zurückgreifen. In diesen Situationen können außerdem die entsprechende Körperhaltung sowie Gesten und das Vorführen einzelner Handlungen unterstützend wirken.

Einige Aspekte der Ergebnisse können anhand der Kommunikationstheorien von Schulz von Thun und Watzlawick nachvollzogen werden. Wie bereits beschrieben, umfasst eine Nachricht in der Kommunikationstheorie von Schulz von Thun neben einer inhaltlichen Ebene auch weitere Dimensionen wie Beziehungsebene, Selbstoffenbarung sowie Appell, die je nach Botschaft unterschiedliche Bedeutung haben können.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass bei den als schwierig empfundenen kommunikativen Situationen neben dem Sachinhalt weitere Dimensionen einer Nachricht in größerem Maße anfallen. Der sachliche Aspekt einer Botschaft steht eher bei Handlungen, die nach Einschätzung der Pflegekräfte einfach zu bewältigen sind, wie sich vorstellen (2m1) und den Notdienst anrufen (2q2), im Vordergrund.

Auf der Ebene der Selbstoffenbarung lässt sich festhalten, dass einige als schwierig empfundene kommunikative Tätigkeitsfelder wie z. B. höfliche Ablehnung (3h1, 3h2), Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen (3f1) voraussetzen, dass die

Haushaltspflegehilfen ihre Gefühle bzw. Befürchtungen, Widerstand oder Verweigerung in einer Fremdsprache angemessen ausdrücken können. In diesem Zusammenhang soll u. a. auf kulturelle Aspekte hingewiesen werden, wie die Tatsache, dass es in Polen als Verpflichtung angesehen wird, die eigenen Eltern zu pflegen, und dass dies auf eine lange Tradition, Respekt und Erziehung zurückzuführen ist. Infolgedessen stehen die Frauen unter gesellschaftlichem Druck und sind bereit ihre eigenen Pläne sowie Ambitionen den Bedürfnissen ihrer Eltern unterzuordnen. Dieses Haltungsmuster projizieren sie möglicherweise auf die Betreuten, was u. a. nicht klar definierbare Rollen sowie die vorhandene finanzielle Abhängigkeit zusätzlich begünstigen könnte. Schließlich ist diese Neigung unter Umständen mit dem Alter der Frauen verbunden. Ausgehend von Gesprächen mit Probandinnen sowie meinen eigenen Beobachtungen kann ich festhalten, dass die ältere Generation stärker auf Konfliktvermeidung eingestellt ist. Die jüngere Generation kann dagegen ihre Rechte in diesem Verhältnis besser aushandeln.

Die Beziehungsebene drückt sich u. a. in dem vielseitigen und nicht symmetrischen Charakter des Verhältnisses zwischen den Kommunikationspartnern aus (vgl. Kapitel 4.1.2). Anhand kommunikativer Handlungen wie z. B. höfliche Ablehnung (3h1, 3h2) sowie Verbesserungsvorschläge (3e1) werden die eigenen Interessen der Interagierenden sehr deutlich. Da es ein integraler Bestandteil dieser kommunikativen Handlungen ist, die eigene Meinung zu äußern, geben die Befragten in einem gewissen Grade preis, was sie von ihren Pflegebedürftigen und ihrer Familie halten. Aus diesem Grund und „unterschiedlichen Interessenslagen“ können diese Handlungen ein Potential für Konflikte darstellen (Rogall-Adam et al. 2011:20). Diese Auseinandersetzungen können u. a. auf der unklaren Rollenverteilung in dieser Konstellation basieren. Der komplementäre Charakter der Beziehung zwischen den beiden Seiten kann möglicherweise dazu führen, dass die Kommunikationspartner sich nicht sicher sind, welche Stellungen, z. B. primäre oder sekundäre, sie in welchen Situationen einnehmen sollen, was negative Auswirkungen auf die Kommunikation haben kann.

Einen Anlass für Missverständnisse in der Kommunikation kann auch unterschiedliche Interpunktion von Ereignisfolgen bieten (vgl. Watzlawick et al. 2011:66–67). Dies kann dazu führen, dass dieselbe Situation von den Gesprächspartnern unterschiedlich interpretiert wird, was die Kommunikation auf der Beziehungsebene und Sachebene behindern kann.

Die Interpunktionsweisen einer Botschaft sind auch mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Kulturkreisen verbunden (vgl. Watzlawick et al. 2011:66), was in Anbetracht

der Tatsache, dass die Kommunikationspartner in der häuslichen Pflege in der Regel aus verschiedenen Ländern kommen, nicht außer Acht gelassen werden darf. Schließlich soll angemerkt werden, dass für die Interpretation der Beziehungsebene nicht nur der Sachinhalt, sondern auch die Art und Weise, wie die Nachricht übermittelt wird, z. B. anhand von außersprachlichen Ausdrucksmitteln, von Relevanz ist (vgl. Schulz von Thun 2016:180–181).

8. Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Arbeit wurden unterschiedliche Aspekte der Kommunikation zwischen den polnischen Haushaltspflegehilfen und ihren Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen untersucht. Ziel war es, einen Plan für die sprachliche und kommunikative Vorbereitung der Haushaltspflegehilfen zu entwickeln. Dieser sollte empirisch fundiert sein, die besondere Situation der Haushaltspflegehilfen, ihre Vorlieben und ihre Möglichkeiten, Sprachen zu lernen, berücksichtigen und sich daran orientieren, für welche Situationen sie sich selbst eine bessere Vorbereitung wünschen.

Anhand der ausgewerteten Daten wurde eine Rangliste (vgl. Tab. 23) der als schwierig empfundenen Situationen erstellt. Diese sollte als Basis für den Umfang dienen, in dem Lehrmaterialien zur Verfügung gestellt werden. Wie bereits erwähnt, führt die Analyse der erhobenen Daten zu dem Ergebnis, dass die Umfrageteilnehmerinnen u. a. folgende Handlungen, die vor allem die mündliche Kommunikation betreffen, als schwieriger einschätzten: Unterhaltung über Themen, die für die Pflegebedürftigen wichtig sind (2h2), Konversationen über unterschiedliche Problematik während gemeinsamer Mahlzeiten (2h1), Telefongespräch mit der Familie des Pflegebedürftigen führen (2q1), Reagieren, wenn die betreute Person einer Bitte oder Aufforderung nicht nachkommen will (3c1), Wünsche und Unzufriedenheit mit der Arbeit ausdrücken (3e1, 3f1) oder aber die höfliche Ablehnung (3h1). Diese kommunikativen Situationen sind in ihrer Thematik sehr breit und betreffen unterschiedliche Anforderungen an die Haushaltspflegehilfen. Obwohl man bestimmte Tendenzen hinsichtlich der kommunikativen Kompetenzen, die nötig sind, um diese Handlungen zu bewältigen, beobachten kann (vgl. Kapitel 7.6), lässt sich keine generelle Aussage formulieren. Auch wenn man alle Gruppen analysiert, kann nicht eindeutig festgestellt werden, welche kommunikativen Kompetenzen in als einfach oder als schwierig wahrgenommenen Situationen stärker benötigt werden. Diese Tatsache ist vor allem auf die sehr kleinen prozentualen Unterschiede zwischen den Gruppen (vgl. Tab 23) zurückzuführen sowie die Diversität der Handlungen in einzelnen Gruppen.

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Frage, welches Lehrangebot diese spezielle Berufsgruppe zufriedenstellen würde, zu beantworten. Bezüglich der Lernpräferenzen der Befragten lässt sich feststellen, dass ein Deutschkurs als eine optimale Weiterbildungsmöglichkeit erscheint. 48 % der Umfrageteilnehmerinnen würden gerne einen Deutschkurs in Deutschland und 37,33 % einen in Polen besuchen. Ein Interesse an

Materialien zum Selbststudium haben 45,33 % der Befragten artikuliert. In Bezug auf die Form dieser Materialien stellte sich heraus, dass 32 % der Probandinnen gerne Audio-Sprachkurse und 30,67 % Online-Lehrmaterial in Anspruch nehmen würden. Bei der Planung des passenden Lehrangebots soll beachtet werden, dass alle diese Möglichkeiten, d. h. sowohl ein Sprachkurs als auch Materialien zum Selbststudium, von mindestens 30 % der Befragten bevorzugt werden.

Wenn man die Analyse der Ergebnisse berücksichtigt sowie die Besonderheiten dieses Betreuungsmodells wie z. B. fehlende Freizeit, scheinen die Selbstlernmaterialien mit Präsenzphasen, in denen eine Form der Lernberatung stattfindet, traditionell und/oder online ein optimales Angebot zu sein. Unter Lernberatung verstehe ich eine Art (Online-)Tutorium mit einer trainierten Lehrkraft. Auch aus der Untersuchung der frei formulierten Aussagen der Probandinnen geht hervor, dass diese sich eine Beratung mit einer Lehrkraft wünschen (vgl. Tab. 15 und Tab. 17). Dieses (Online-)Tutorium könnte als ein Feedback-Gespräch zu den Lernfortschritten sowie als eine Möglichkeit der Einführung, Übung sowie Festigung des Lernstoffes genutzt werden. Im Kontakt mit dem (Online-)Tutor könnten die Pflegehaushaltshilfen außerdem auf schwierig zu bewältigende Situationen eingehen, sie reflektieren und üben. Wichtig dabei wäre es, nicht nur sprachliche Mittel zu konkreten Handlungen bereitzustellen, sondern auch Mechanismen und Aspekte der Kommunikation bewusst zu machen. Die Sensibilisierung für die Kommunikationstheorien von Paul Watzlawick und Friedman Schulz von Thun könnte als eine Hilfestellung in den Situationen dienen, in denen nicht der Sachinhalt, sondern die Ebene der Beziehung und Selbstoffenbarung mehr in den Vordergrund rücken. Die Kenntnis aller Ebenen der Nachricht könnte bei der Analyse der kommunikativen Handlungen behilflich sein.

Die Forschung zur Kommunikation zwischen ausländischen Haushaltspflegehilfen und Pflegebedürftigen ist u. a. wegen der Alterung der Gesellschaft ein sehr aktuelles Thema. Laut der vorliegenden Studie äußern die befragten häuslichen Betreuerinnen Interesse an sprachlicher Weiterbildung, obwohl sie selbst ihre Deutschkenntnisse vorwiegend als gut einschätzen. Diese Arbeit bietet einen Vorschlag für das Lehrangebot für diese Berufsgruppe, dessen Wirksamkeit empirisch untersucht werden soll. Darüber hinaus sind weitere praxisorientierte Studien zur Entwicklung passender Lehrmaterialien sowie zur Förderung der kommunikativen Kompetenz der ausländischen Betreuerinnen zu empfehlen.

Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.), 1997. *Sprache und Pflege*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Abt-Zegelin, Angelika, 2009. Gespräche sind Pflegehandlungen. In: *Die Schwester, Der Pfleger* 48, 1–4.
http://patientenedukation.de/sites/default/files/downloads/Zegelin_Kommunikation.pdf (letzter Zugriff: 03.02.2016).
- Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W., 2005. Sprache und Pflege als Thema der Pflegewissenschaft. In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.). *Sprache und Pflege*. Bern: Huber, 11–17.
- Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.), 2006. *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie*. Hannover: Schönlagersche.
- Aguado, Karin, 2014. Triangulation. In: Settinieri, Julia et al. (Hrsg.). *Empirische Forschungsmethoden für Deutsch als Fremd - und Zweitsprache*. Paderborn: Schöningh, 47–54.
- Albert, Ruth/Koster, Cor. J., 2002. *Empirie in Linguistik und Sprachlehrforschung. Ein methodologisches Arbeitsbuch*. Tübingen: Narr.
- Albert, Ruth/Marx, Nicole, 2014. *Empirisches Arbeiten in Linguistik und Sprachlehrforschung. Anleitung zu quantitativen Studien von der Planungsphase bis zum Forschungsbericht*. Tübingen: Narr.
- Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hrsg.), 2010. *Care und Migration. Die Entsorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*. Opladen-Farmington Hills: Barbara Budrich.

- Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne, 2011. Care, Migration und Geschlechtergerechtigkeit. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 61:37/38, 43–49.
<http://www.bpb.de/apuz/33149/care-migration-und-geschlechtergerechtigkeit> (letzter Zugriff: 06.05.2017).
- Atteslander, Peter, ¹³2010. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Baasch, Christin et al., 2016. *Stimmtherapie für Parkinsonsprache: Akustische Analyse der Wirksamkeit*, Leipzig: ESSV.
https://www.dss.tf.uni-kiel.de/en/publications/papers/2016-2/essv16_dss_110216
 (letzter Zugriff: 05.05.2017).
- Bartholomeyczik, Sabine, ²2005. Nachdenken über Sprache-Professionalisierung der Pflege? In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.). *Sprache und Pflege*. Bern: Huber, 19–29.
- BID (BetreuerInnenqualifizierung in Deutsch), 2014. <https://www.bid-projekt.eu/index.php/de/> (letzter Zugriff: 06.04.2017).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.), 2002. *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Bonn: BMFSFJ.
<https://www.bmfsfj.de/blob/94658/4a99f36664eba951dd911974f883b956/prm-21786-4--altenbericht-teil-i-data.pdf> (letzter Zugriff: 03.04.2017).
- Böning, Marta/Steffen, Margret, 2014. *Migrantinnen aus Osteuropa in Privathaushalten. Problemstellungen und politische Herausforderungen*. Berlin: ver.di.
<http://gesundheit-soziales.verdi.de/++file++535fb14baa698e28660007a6/download/2014-05-Migrantinnen-in-Privathaushalten.pdf> (letzter Zugriff: 07.05.2017).

- Canale, Michael, 1983. From communicative competence to communicative language pedagogy. In: Richards, Jack C./Schmidt, Richard W. (Hrsg.). *Language and Communication*. New York: Longmann 1:1, 1–47.
- Canale, Michael/Swain, Merrill, 1980. Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing. In: *Applied Linguistics* 1, 1–47.
- Caris-Verhallen, Wilma M./Kerkstra, Ada/Bensing, Jozien M., 1997. The role of communication in nursing care for elderly people: A review of the literature. In: *Journal of Advanced Nursing* 25:5, 915–933.
- Chomsky, Noam, 1965. *Aspects of the theory of syntax*. Cambridge, Massachusetts: M.I.T Press.
- Clark-Cotton, Manuela R. et al., 2007. Language and communication in aging. In: Birren, James E. (Hrsg.). *Encyclopedia of gerontology: Age, aging, and the aged*, 1–8.
- Crossley, Margaret/D'arcy, Carl/Rawson, Nigel S. B., 1997. Letter and category fluency in community-dwelling canadian seniors: A comparison of normal participants to those with dementia of the Alzheimer or vascular type. In: *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 19:1, 52–62.
- Destatis, 2015a. *20% der zugewanderten Pflegekräfte stammen aus Polen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2015/PD15_030_p002.html (letzter Zugriff: 14.05.2017).
- Destatis, 2015b. *71% der Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/03/PD15_094_224.html (letzter Zugriff: 14.05.2017).
- Deutscher Caritasverband e.V., 2016. *Information des Deutschen Caritasverbandes für die Beraterinnen und Berater der Caritas zu den Rahmenbedingungen der Beschäftigung*

von Haushaltshilfen in Haushalten von Pflegebedürftigen.

<https://www.caritas.de/hilfeundberatung/ratgeber/alter/pflegeundbetreuung/haushalts-hilfen-legal-beschaeftigen> (letzter Zugriff: 02.06.2016).

Edmondson, Willis J./House, Juliane, ⁴2011. *Einführung in die Sprachlehrforschung.* Tübingen/Basel: Francke.

Elzer, Matthias, 2007. Vier wissenschaftliche Konzepte der therapeutischen Gesprächsführung. In: Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia, 2007. *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion.* Bern: Huber, 67–121.

Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia, 2007. *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion.* Bern: Huber.

Fiehler, Reinhard. 1997. Sprache und Kommunikation im Alter. In: Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.). *Sprache und Pflege.* Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby, 77–92.

Fiehler, Reinhard, 2003. Modelle zur Beschreibung und Erklärung altersspezifischer Sprache und Kommunikation. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter.* Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 38–56. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf> (letzter Zugriff: 02.05.2017).

Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.), 2003. *Sprache und Kommunikation im Alter.* Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf> (letzter Zugriff: 02.05.2017).

Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja, 2003. Das Alter als Gegenstand linguistischer Forschung – eine Einführung in die Thematik. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter.* Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 7–16. <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf> (letzter Zugriff: 02.05.2017).

- Flick, Uwe, ²2008. *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe, ¹⁰2013. Triangulation in der qualitativen Forschung. In: Flick, Uwe/Kardorff von, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rowohlt, 309–318.
- Forman, Daniel E. et al., 1992. PTCA in the elderly: the "young-old" versus the "old-old". In: *Journal of the American Geriatrics Society* 40:1, 19–22.
- Fricke, Susanne, 2006. *Kommunikation in der Altenpflege: eine Fallstudie und ein Kommunikationstraining*. Bielefeld: Bielefeld University.
- Gierlak, Maria, 2012. Das Motiv der polnischen Haushaltshilfen in deutschsprachiger und polnischer Literatur. In: *Gender: Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft* 4:2, 101–115. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoar-396144> (letzter Zugriff: 12.01.2016).
- Habermas, Jürgen, 1970. Towards a theory of communicative competence. In: *Inquiry* 13:1–4, 360–375.
- Habermas, Jürgen, 1971. Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz. In: Habermas, Jürgen/Luhmann, Niklas (Hrsg.). *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung?* Frankfurt/M: Suhrkamp, 101–141.
- Haider, Barbara, 2009. „Später dann, wo ich Stärke und Sprache [hatte], dann hab ich nachg´fragt...“ Eine kritische Erhebung sprachlicher Bedürfnisse von nostrifizierten Gesundheits- und Krankenschwestern/-pflegern in Österreich. In: Peuschel, Kristina/Pietzuch, Jan P. *Kaleidoskop der jungen DaF-/DaZ-Forschung: Dokumentation zur zweiten Nachwuchstagung des Fachverbandes Deutsch als Fremdsprache*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen, 27–48.

- Haider, Barbara, 2010. *Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine kritische Sprachbedarfserhebung vor dem Hintergrund der Nostrifikation*. Wien: Facultas. wuv/maudrich.
- Herzig-Walch, Gabriele, 2009. *Kommunikation in der Pflege. Ein Ansatz zur Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegepersonal*. Kassel: University Press.
- Hymes, Dell, 1972. On Communicative Competence. In: Pride, John B./Holmes, Janet (Hrsg.). *Sociolinguistics. Selected Readings*. Harmondsworth: Penguin, 269–293.
- Kałwa, Dobrochna, 2007. „So wie zuhause“. Die private Sphäre als Arbeitsplatz polnischer Migrantinnen. In: Nowicka, Magdalena (Hrsg.). *Von Polen nach Deutschland und zurück. Die Arbeitsmigration und ihre Herausforderungen für Europa*. Bielefeld: transcript, 205–226.
- Kałwa, Dobrochna, 2010. Migration polnischer Frauen in Privathaushalte der BRD. In: Metz-Göckel, Sigrid/Kałwa, Dobrochna/Münst, Senganata, A., *Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik*. Opladen: Budrich, 61–176.
- Knapp, Annelie, 2011. Fragebögen und Interviews zur Erforschung interkultureller Kommunikation– einige Fallen und Stolpersteine. In: Bosse, Elke/ Kreß, Beatrix/ Schlickau, Stephan (Hrsg.). *Methodische Vielfalt in der Erforschung interkultureller Kommunikation an deutschen Hochschulen*. Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang, 103–117.
- Kniejska, Patrycja, 2015. *All-inclusive-Pflege aus Polen in der Schattenzone. Ergebnisse von Interviews mit polnischen Pflegekräften, die in deutschen Privathaushalten beschäftigt sind*. Bonn: Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich Ebert Stiftung, 1–4. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/11341.pdf> (letzter Zugriff: 18.05.2016).
- Kniejska, Patrycja, 2016. *Migrant Care Workers aus Polen in der häuslichen Pflege. Zwischen familiärer Nähe und beruflicher Distanz*. Berlin [u. a.]: Springer-Verlag.

- Kramer, Undine, 2003. Ageismus – zur sprachlichen Diskriminierung des Alters. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 257–277.
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf> (letzter Zugriff: 03.05.2017).
- Krawietz, Johanna, 2009. Verantwortung und Heimweh. Perspektive einer polnischen Betreuerin. In: *Alzheimer Info* 2. <https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/perspektive-einer-polnischen-betreuerin.html> (letzter Zugriff: 01.07.2017).
- Krawietz, Johanna, 2010. Alte Prekaritäten in neuem Gewand? Die Folgen der EU-Erweiterung für den transnationalen Dienstleistungssektor der Altenpflege. In: *Sozial Extra* 34:1, 47–49.
- Kriszan, Agnes/Szaniawska-Schwabe, Magdalena, 2012. Die neue polnische Migration nach Deutschland in grenznahen lokalen Gemeinschaften aus deutscher Perspektive. In: Łada, Agnieszka/Segeš Frelak, Justyna (Hrsg.). *Eine Grenze verschwindet. Die neue polnische Migration nach Deutschland aus lokaler Perspektive*. Warschau: Stiftung Institut für Öffentliche Angelegenheiten, 59–98.
<http://www.isp.org.pl/uploads/filemanager/pliki/1165731304.pdf> (letzter Zugriff: 02.07.2017).
- Legutke, Michael K., 2010. Kommunikative Kompetenz und Diskursfähigkeit. In: Hallet, Wolfgang/Königs, Frank G. (Hrsg.). *Handbuch Fremdsprachendidaktik*. Seelze-Velber: Klett/Kallmeyer, 70–75.
- Loew, Peter Oliver, 2006. O du meine Weichselaphrodite... Der deutsche Mann beschaut sich die polnische Frau. In: *Jahrbuch Polen* 17, 109–117.
- Lutz, Helma, 2007. Sprich (nicht) drüber - Fürsorgearbeit von Migrantinnen in deutschen Privathaushalten. In: Jansen, Mechthild M. (Hrsg.). *Pflegende und sorgende Frauen und Männer. Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und*

Professionalität. Serie: Polis 49 Analysen-Meinungen-Debatten. Wiesbaden: Hessische Zentrale für Politische Bildung, 59–74.

<http://www.hlz.hessen.de/fileadmin/pdf/polis/polis49web.pdf> (letzter Zugriff: 06.05.2017).

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa, 2010a. Care-Arbeit, Gender und Migration. Überlegungen zu einer Theorie der transnationalen Migration im Haushaltssektor in Europa. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hrsg.). *Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen.* Opladen-Farmington Hills: Barbara Budrich, 143–161.

Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa, 2010b. Care work migration in Germany: Semi-compliance and complicity. In: *Social Policy and Society* 9:3, 419–430.

Lutz, Luise, 2010. *Das Schweigen verstehen. Über Aphasie.* Berlin: Springer-Verlag.

Łada, Agnieszka, 2009. Das Bild der polnischen Arbeitsmigranten in der deutschen Presse. In: Frelak, Justyna et al. *Polska migracja zarobkowa do Niemiec-fakty i mity/Polnsche Arbeitsmigration nach Deutschland-Fakten und Mythen.* Warschau: Stiftung Institut für Öffentliche Angelegenheiten, 159–201.

Łada, Agnieszka, 2012. Die Öffnung des Arbeitsmarktes in Deutschland, polnische Arbeitsmigranten und ihre regionale Integration im Spiegel der vor Ort rezipierten Presse. In: Łada, Agnieszka/Segeš Frelak, Justyna (Hrsg.). *Eine Grenze verschwindet. Die neue polnische Migration nach Deutschland aus lokaler Perspektive.* Warschau: Stiftung Institut für Öffentliche Angelegenheiten, 169–224. <http://www.isp.org.pl/uploads/filemanager/pliki/1165731304.pdf> (letzter Zugriff: 02.07.2017).

Matolycz, Esther, 2009. *Kommunikation in der Pflege.* Wien (u. a.): Springer.

Meißner, Anne, 2005. Das Problem der Anredeform in der Pflege: Du oder Sie? In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. *Sprache und Pflege.* Bern: Huber, 45–49.

- Meixner, Karin/Schüßler, Marion, 2011. Wandel der Kommunikation in der Pflegeausbildung. In: *HeilberufeScience* 2:1, 26–30.
<http://link.springer.com/book/10.1007%2F978-3-531-92864-7> (letzter Zugriff: 05.05.2017).
- Metz-Göckel, Sigrid, 2010. *Arbeitspendeln und Lebensarbeit*. In: Metz-Göckel, Sigrid/Katwa, Dobrochna/Münst, Senganata A., *Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik*. Opladen: Budrich, 27–55.
- Metz-Göckel, Sigrid/Katwa, Dobrochna/Münst, Senganata A., 2010. *Migration als Ressource. Zur Pendelmigration polnischer Frauen in Privathaushalte der Bundesrepublik*. Opladen: Budrich.
- Metz-Göckel, Sigrid/Koch Angela/Münst Senganata A., 2006. Leben in zwei Welten: Zur Pendelmigration polnischer Frauen. In: *Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien* 24:1, 51–68.
- Mey, Günter/Mruck, Katja (Hrsg.), 2014. *Qualitative Forschung. Analysen und Diskussionen- 10 Jahre Berliner Methodentreffen*. Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Middeke, Annegret, 2016. Zum Authentizitätspostulat in der DaF-/DaZ-Didaktik am Beispiel von berufsbegleitenden Lehr-/Lernmaterialien. In: Chudak, Sebastian/Drumbl, Hans/Nardi, Antonella/Zanin, Renata (Hrsg.). *Medien in Kommunikation und Unterricht*. Bozen/Bolzano: BuPress, 107–125.
- Middeke, Annegret/Urbanik Monika, 2014. Gesteuert ungesteuerter Spracherwerb. Ressourcenorientierung und Lernökonomie in berufsbegleitenden DaF-DaZ-Materialien am Beispiel eines Lernportfolios für Personenbetreuer_innen. In: *ÖDaF-Mitteilungen* 30:2, 93–104.
- Münst, Senganata A., 2007. Persönliche und ethnische Netzwerke im Migrationsprozess polnischer Haushaltsarbeiterinnen. In: Nowicka, Magdalena (Hrsg.). *Von Polen nach*

Deutschland und zurück. Die Arbeitsmigration und ihre Herausforderungen für Europa, Bielefeld: transcript, 161–177.

Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank, 2009. *Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/bericht_haushaltshilfen.pdf (letzter Zugriff: 05.05.2017).

Neuhäuser-Berthold et al., 1996. GISELA-Gießener Senioren Langzeitstudie eine Studie zum Ernährungs- und Gesundheitsstatus im Verlauf des Alterns mit kooperativer Beteiligung von Gießener Senioren. In: *Spiegel der Forschung* 13:6, 6–7. http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2008/5904/pdf/SdF_1996-2_beilage_06-07.pdf (letzter Zugriff: 05.04.2017).

Nowicka, Magdalena (Hrsg.), 2007. *Von Polen nach Deutschland und zurück. Die Arbeitsmigration und ihre Herausforderungen für Europa*, Bielefeld: transcript.

Orange, J.B., 2009. Language and Communication Disorders in Older Adults: Selected Considerations for Clinical Audiology. In: *Hearing Care for Adults - The Challenge of Aging. Proceedings of the Second International Adult Conference*, 87–102.

Pflegelandschaft 2030. Eine Studie der Prognos AG im Auftrag der vbw- Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V., 2012. http://www.vbw-bayern.de/Redaktion-%28importiert-aus-CS%29/04_Downloads/Downloads_2012/04_Sozialpolitik/4.1-Arbeit/20121015_Pflegelandschaft2030-vbw_final-Oktober_ohne-Rand.pdf (letzter Zugriff: 04.05.2014).

Pilch, Tadeusz, ²1998. *Zasady badań pedagogicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.

Rogall-Adam, Renate et al., ²2011. *Professionelle Kommunikation in Pflege und Management: Ein praxisnaher Leitfaden*. Hannover: Schlütersche.

- Röhner, Jessica/Schütz, Astrid, ²2016. *Psychologie der Kommunikation*. Wiesbaden: Springer.
- Sachweh, Svenja, 1997. „Schätzle hinsetzen“ – Babysprache in der Altenpflege. In: Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.), 1997. *Sprache und Pflege*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby, 95–103.
- Sachweh, Svenja, 1998. Granny darling's nappies: Secondary babytalk in German nursing homes for the aged. In: *Journal of Applied Communication Research* 26:1, 52–65.
- Sachweh, Svenja, ²2000. „Schätzle hinsetzte!“: *Kommunikation in der Altenpflege*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Sachweh, Svenja, 2003. 'so frau adams↓guck mal↓ein feines bac-spray↓gut↑' Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, <http://www.verlag-gespraechsforschung.de/2004/alter/alter.pdf> (letzter Zugriff: 03.05.2017). 143–160.
- Sachweh, Svenja, ²2006. „Noch ein Löffelchen?“ *Effektive Kommunikation in der Altenpflege*. Bern (u. a.): Huber.
- Satola, Agnieszka, 2010. Ausbeutungsverhältnisse und Aushandlungsprozesse in der Pflege- und Haushaltsarbeit von polnischen Frauen in deutschen Haushalten. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbaur, Marianne (Hrsg.). *Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*. Opladen-Farmington Hills: Barbara Budrich, 177–194.
- Satola, Agnieszka, 2015a. *Migration und irreguläre Pflegearbeit in Deutschland*. Ibidem-Verlag: Stuttgart.
- Satola, Agnieszka, 2015b. Unterbezahlte Polinnen in Deutschland. In: *Betriebskrankenkassen Magazin*, 50–55.

http://www.bkkdachverband.de/fileadmin/publikationen/magazin/bkk_02_2015_Wissenschaft.pdf (letzter Zugriff: 24.05.2015).

Schecker, Michael, 2003. Sprache und Demenz. In: Fiehler, Reinhard/Thimm, Caja (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 278–292.

Schilliger, Sarah, 2009. Who cares? Care-Arbeit im neoliberalen Geschlechterregime. In: *Widerspruch* 56, 93–106.

Schilliger, Sarah, 2012a. „Polinnen sind günstig und fürsorglich“ - Ethnische und geschlechtliche Segregation des Arbeitsmarktes für 24h-Betreuung. In: *Tangram* 29, 68–71.

Schilliger, Sarah, 2012b. Die Situation in der Schweiz: Globalisierung des Arbeitsmarktes im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In: Hitzemann, Andrea/Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna (Hrsg.). *Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis*. Lambertus, 119–128.

Schilliger, Sarah, 2013. Transnationale Care-Arbeit: Osteuropäische Pendelmigrantinnen in Privathaushalten von Pflegebedürftigen. In: Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.). *Who cares? Pflege und Solidarität in der alternden Gesellschaft*. Zürich, 142-161.
http://respekt-vpod.ch/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/Schilliger_2013-Transnationale-Care-Arbeit.pdf (letzter Zugriff: 08.05.2017).

Schilliger, Sarah/Greuter, Susy, 2009. „Ein Engel aus Polen“ - Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. In: *Denknetz Jahrbuch*, 151–163.
<http://www.denknetz-online.ch/IMG/pdf/Inhalt-JahrbuchDenkneu09-1.pdf> (letzter Zugriff: 15.03.2015).

Schilliger, Sarah/Medici, Gabriela, 2012. Arbeitsmarkt Privathaushalt - Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen. In: *Soziale Sicherheit CHSS* 1, 17–20.

- Schulz von Thun, Friedemann, ⁵³2016. *Miteinander reden I. Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Sciborski, Claudia, 2007. Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. In: Elzer, Matthias/Sciborski, Claudia. *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*. Bern: Huber, 19–28.
- Seger, Wolfgang, 1997. Probleme bei den Feststellungen von Pflegebedürftigkeit (SGBXI) aus medizinischer Sicht. In: *Der medizinische Sachverständige* 93:2, 57–60.
- Segeš Frelak, Justyna, 2012. Die polnische Arbeitsmigration nach Deutschland seit 2004. In: Łada, Agnieszka/Segeš Frelak, Justyna (Hrsg.). *Eine Grenze verschwindet. Die neue polnische Migration nach Deutschland aus lokaler Perspektive*. Warschau: Stiftung Institut für Öffentliche Angelegenheiten, 19–37.
<http://www.isp.org.pl/uploads/filemanager/pliki/1165731304.pdf> (letzter Zugriff: 02.07.2017).
- Seretny, Anna, 2011. *Kompetencja leksykalna uczących się języka polskiego jako obcego w świetle badań ilościowych*. Kraków: Wydawnictwo UJ
http://www.ls.uw.edu.pl/documents/7276721/11201131/LS5_2012_art_SIEK-PISKOZUB.pdf (letzter Zugriff: 04.05.2017).
- Six, Ulrike/Gleich, Uli/Gimmler, Roland, 2007. *Kommunikationspsychologie und Medienpsychologie*. Weinheim: BeltzPVU.
- Sobiesiak-Penszko, Paulina/Segeš Frelak, Justyna, 2015. Opiekunka, towarzysząca, służąca – o doświadczeniach migrantek zatrudnionych w usługach opiekuńczych nad osobami starszymi. In: Sobiesiak-Penszko, Paulina (Hrsg.). *Niewidzialna siła robocza Migranci w usługach opiekuńczych nad osobami starszym*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych, 79–113. <http://www.isp.org.pl/uploads/pdf/71482711.pdf> (letzter Zugriff: 05.05.2017).

- Surdej, Aleksander, 2012. Social consequences of migration in Polen. In: Hitzemann, Andrea/Schirilla, Nausikaa/Waldhausen, Anna (Hrsg.), *Pflege und Migration in Europa. Transnationale Perspektiven aus der Praxis*. Freiburg: Lambertus, 66–72.
- Tesch-Römer, Clemens/Wurm, Susanne, 2009. Wer sind die Alten? Theoretische Positionen zum Alter und Altern. In: Böhm, Karin/Tesch-Römer, Clemens/Ziese, Thomas (Hrsg.). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut, 7–21.
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter_gesundheit.pdf?blob=publicationFile (letzter Zugriff: 20.12.2016).
- Thimm, Caja/Rademacher, Ute/Kruse, Lenelis, 1998. Age stereotypes and patronizing messages: Features of age-adapted speech in technical instructions to the elderly. In: *Journal of Applied Communication Research* 26:1, 66–82.
- Wagner, Matthias, 2015. Wanderarbeitende am Rand der Gesellschaft. In: Geisen, Thomas/Ottersbach, Markus (Hrsg.). *Arbeit, Migration und Soziale Arbeit*. Wiesbaden: Springer, 375–394.
- Was dürfen Personenbetreuerinnen tun? Information für PersonenbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung, Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/3/0/CH3434/CMS1451985090179/24_stunden_betreuung_merkblatt_personenbetreuerinnen.pdf (letzter Zugriff: 02.07.2017).
- Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson Don D., 2007. *Some tentative axioms of communication. Theorizing Communication: Readings Across Traditions*. Los Angeles (u. a.): Sage Publications, 275–288.
- Watzlawick, Paul/Beavin, Janet H./Jackson, Don D., ¹²2011. *Menschliche Kommunikation. Formen Störungen Paradoxien*. Bern: Huber.

- Weinhold, Christine, 2005. *Die pflegerische Kommunikation mit den Patienten*. In: Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin W. (Hrsg.). *Sprache und Pflege*. Bern: Huber, 57–60.
- WHO, 2012. Dementia: a public health priority. World Health Organization: United Kingdom/ Switzerland.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1
 (letzter Zugriff: 23.03.2017).
- Wilczyńska, Weronika/Michońska-Stadnik, Anna, 2010. *Metodologia badań w glottodydaktyce. Wprowadzenie*. Kraków: Avalon.
- Wirsing, Kurt, 1987. *Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch*. München/Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Yorkston, Kathryn M./Bourgeois, Michelle S./Baylor, Carolyn R., 2010. Communication and Aging. In: *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 21:2, 1–10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074568/> (letzter Zugriff: 05.05.2017).
- Zizza, Claire A./Ellison, Kathy Jo/Wernette, Catherine M., 2009. Total water intakes of community-living middle-old and oldest-old adults. In: *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 64:4, 481–486.
<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article-lookup/doi/10.1093/gerona/gln045> (letzter Zugriff : 02.04.2017).
- 24-Stunden-Betreuung zu Hause. 2010. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
<http://www.behinderung-vorarlberg.at/SiteCollectionDocuments/2009/BM%2024-Stunden-Betreuung%20zu%20Hause%202016.pdf> (letzter Zugriff: 15.03.2017).

Anhang

Anhang I

Fragebogen – polnische Fassung

Fragebogen – deutsche Fassung

Anhang II

Sichtung der vorhandenen Materialien

Anhang III

Tabellen:


Tab. 24: Ergänzung der Frage 15, Abb. 5

Tab. 25: Ergänzung der Kategorie *Sonstiges* in der Frage 14, Abb. 7

Tab. 26: Ergänzung der Kategorie *Sonstiges* in der Frage 1, Abb. 12

Anhang I

Fragebogen-polnische Fassung

Fachbereich 09 „Germanistik und Kunstwissenschaften“ Institut für Germanistische Sprachwissenschaft Abteilung für Deutsch als Fremdsprache	
--	---

ANKIETA

Szanowna Pani,

w ramach mojej pracy doktorskiej prowadzę badania dotyczące trudności językowych opiekunek osób starszych pracujących w Niemczech. Planuję przygotować materiały do nauki języka niemieckiego. Proszę uprzejmie o szczerą odpowiedź. Badania są anonimowe i będą wykorzystane wyłącznie w celach naukowych. Wypełnienie ankiety zajmie Pani ok. 20 minut.

1. W Pani pracy rozmawia Pani najczęściej z podopiecznym i jego rodziną. Z kim i jak często musi Pani jeszcze porozumiewać się po niemiecku? Przy każdej grupie osób proszę wybrać jedną kategorię.

	nigdy	bardzo rzadko	rzadko	czasami	często	bardzo często
1a. sąsiedzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. znajomi podopiecznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. sprzedawcy w sklepie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. farmaceuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. lekarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. służby medyczne (np. Caritas, Joannici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g. listonosz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h. urzędnicy (np. w banku)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i. personel w kawiarni/ w restauracji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1j. inne: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Proszę ocenić, w jakim stopniu radzi sobie Pani w następujących sytuacjach w języku niemieckim. W każdej linijce proszę zaznaczyć poprzez zakreślenie właściwą odpowiedź.

1 <u>zdecydowanie nie</u> Nie potrafię. Potrzebuję pomocy np. tłumaczenia, słownika	2 <u>raczej nie</u> Mam duże trudności. Znam tylko pojedyncze wyrazy. Dochodzi do nieporozumień.	3 <u>raczej tak</u> Udaje mi się zbudować zdania, ale dochodzi do nieporozumień.	4 <u>zdecydowanie tak</u> Buduję poprawne zdania. Nie dochodzi do nieporozumień.	0 <u>Nie</u> <u>potrzebuję w</u> <u>mojej pracy.</u>
---	--	--	--	---

pytania do podopiecznego

2a1. Potrafię zapytać podopiecznego o samopoczucie, np. <i>Jak się Pan dzisiaj czuje? Czy coś Pana boli?</i>	1	2	3	4	0
2a2. Potrafię zapytać czy podopieczny czegoś potrzebuje, np. <i>Czy jest Pani zimo? Może przynieść koc?</i>	1	2	3	4	0

prośby i polecenia do podopiecznego

2b1. Potrafię skierować prośbę lub polecenie do podopiecznego, np. <i>Proszę usiąść na krześle! Proszę wstać! Proszę podnieść rękę!</i>	1	2	3	4	0
2b2. Potrafię zachęcić podopiecznego, by niektóre czynności wykonał sam, np. <i>Teraz może Pani umyć twarz. Pomogę Pani dojsć do umywalki.</i>	1	2	3	4	0

1 <u>zdecydowanie nie</u>	2 <u>raczej nie</u>	3 <u>raczej tak</u>	4 <u>zdecydowanie tak</u>	0 <u>Nie potrzebuje w mojej pracy.</u>	
------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------------	---	--

opisywanie czynności podczas pielęgnacji i higieny ciała

2c1. Potrafię opisać podopiecznemu czynności podczas pielęgnacji ciała i higieny, np. <i>Położę Panią na boku i umyję plecy.</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

omawianie codziennych spraw

2d1. Potrafię omówić z podopiecznym posiłki, listę zakupów oraz plan dnia, np. <i>Co dzisiaj przygotować na obiad?/Skoro dobrze się dzisiaj Pani czuje, może pójdziemy po obiedzie na spacer?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

udzielanie informacji o samopoczuciu podopiecznego

2e1. Potrafię opowiedzieć o samopoczuciu podopiecznego jego rodzinie, np. <i>Pana mama czuje się dobrze. Wróciliśmy właśnie ze spaceru.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

udzielanie informacji o problemach z podopiecznym

2f1. Potrafię opowiedzieć o problemach z podopiecznym jego rodzinie, np. <i>Pani mama bardzo mnie martwi, od wczoraj nie chce przyjmować żadnych lekarstw.</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

udzielanie informacji o stanie zdrowia podopiecznego lekarzowi i służbom medycznym

2g1. Potrafię poinformować lekarza oraz personel medyczny o stanie zdrowia podopiecznego, np. <i>Pan... ma od wczoraj silne bóle żołądka.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

dotrzymanie towarzystwa

2h1. Potrafię np. podczas śniadania porozmawiać z podopiecznym na różne tematy.	1	2	3	4	0
2h2. Potrafię rozmawiać z podopiecznym o tym, co jest dla niego ważne, np. <i>Bardzo się cieszę, że Pani wnuczka zdała na studia./Ten młody mężczyzna na zdjęciu, to pewnie Pani syn?</i>	1	2	3	4	0

uczestniczenie w życiu rodzinnym podopiecznego

2i1. Potrafię przypomnieć o ważnych uroczystościach rodzinnych, np. <i>Pani córka ma dzisiaj urodziny. Chciałaby Pani do niej zadzwonić czy zaprosić na ciasto?</i>	1	2	3	4	0
2i2. Potrafię aktywnie uczestniczyć w uroczystościach rodzinnych podopiecznego oraz przyjmować gości, np. <i>Proszę się częstować./Może mają Państwo ochotę na kawę?</i>	1	2	3	4	0

rozmowy towarzyskie

2j1. Potrafię rozpocząć rozmowę towarzyską z podopiecznym i osobami z jego otoczenia, np. <i>Ale mamy dzisiaj ładną pogodę. Prawda?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

zakupy w sklepie spożywczym oraz w aptece

2k1. Potrafię samodzielnie zrobić zakupy, dowiedzieć się ile dany produkt kosztuje, np. <i>Poproszę.../Ile kosztuje...?</i>	1	2	3	4	0
2k2. Potrafię w aptece zapytać o poszczególne lekarstwa i dowiedzieć się jak należy je zażywać, np. <i>Czy mogłaby mi Pani polecić jakąś maść na .../Jak powinno się zażywać te tabletki?</i>	1	2	3	4	0

1 <u>zdecydowanie nie</u>	2 <u>raczej nie</u>	3 <u>raczej tak</u>	4 <u>zdecydowanie tak</u>	0 <u>Nie potrzebuje w mojej pracy.</u>	
------------------------------	------------------------	------------------------	------------------------------	---	--

orientacja, pytanie o drogę

211. Potrafię zapytać o drogę, np. <i>Przepraszam, zgubiliśmy się, czy może mi Pan powiedzieć, gdzie jest ulica.../Przepraszam, czy może mi Pan powiedzieć, gdzie jest najbliższa apteka?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

przedstawianie siebie

2m1. Potrafię opowiedzieć coś o sobie czy krótko się przedstawić, np. <i>Nazywam się.../Pochodzę z Polski...</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

informowanie, gdy to konieczne, o swoich problemach czy stanie zdrowia

2n1. Potrafię powiedzieć, gdy to konieczne, o własnych problemach, np. <i>Moja córka ma dzisiaj operację. Martwię się o nią. Proszę wybaczyć, że jestem trochę rozkojarzona.</i>	1	2	3	4	0
2n2. Potrafię rozmawiać o własnym stanie zdrowia, np. <i>Wczoraj bardzo mocno się przeziębiam...</i>	1	2	3	4	0

pisanie

2o1. Potrafię sporządzić krótkie notatki, np. terminy gimnastyki zdrowotnej.	1	2	3	4	0
2o2. Podczas rozmowy telefonicznej potrafię zapisać jakąś informację, np. termin wizyty lekarza.	1	2	3	4	0
2o3. Potrafię przygotować listę zakupów, np. kiedy podopieczny dyktuje mi listę produktów.	1	2	3	4	0

czytanie

2p1. Rozumiem notatki podopiecznego lub jego rodziny dotyczące, np. terminów wizyt lekarza.	1	2	3	4	0
2p2. Rozumiem pisemne zalecenia personelu medycznego lub lekarza.	1	2	3	4	0
2p3. Potrafię na tyle przeczytać ulotkę informacyjną, że rozumiem zalecenia dotyczące stosowania leków.	1	2	3	4	0
2p4. Potrafię przeczytać na głos różne teksty dla podopiecznego, np. program telewizyjny, listy czy rachunki.	1	2	3	4	0

rozumienie ze słuchu

2q1. Potrafię rozmawiać z rodziną podopiecznego przez telefon.	1	2	3	4	0
2q2. Potrafię wezwać pogotowie.	1	2	3	4	0
2q3. Rozumiem kiedy podopieczny skarży się na jakieś dolegliwości, np. <i>Kręci mi się w głowie./Chciałbym się położyć.</i>	1	2	3	4	0
2q4. Rozumiem wszystkie odpowiedzi, również kiedy podopieczny mówi niewyraźnie lub w dialekcie.	1	2	3	4	0
2q5. Rozumiem zalecenia lekarza, czy personelu medycznego, np. <i>Pan ma nadwagę. Musimy zmienić jego dietę.</i>	1	2	3	4	0

3. W Pani pracy może dochodzić do bardzo trudnych sytuacji czy konfliktów, w których musi Pani porozumiewać się w języku niemieckim. Proszę ocenić jak radzi sobie Pani w następujących sytuacjach?

1 <u>zdecydowanie nie</u> Nie potrafię. Potrzebuję pomocy np. tłumaczenia, słownika	2 <u>raczej nie</u> Mam duże trudności. Znam tylko pojedyncze wyrazy. Dochodzi do nieporozumień.	3 <u>raczej tak</u> Udaje mi się zbudować zdania, ale dochodzi do nieporozumień.	4 <u>zdecydowanie tak</u> Buduję poprawne zdania. Nie dochodzi do nieporozumień.	0 <u>Nie potrzebuje w mojej pracy.</u>
---	--	--	--	---

pocieszanie podopiecznego

3a1. Potrafię pocieszyć podopiecznego, np. <i>Proszę się nie martwić. Wszystko będzie dobrze, znajdziemy rozwiązanie.</i>	1	2	3	4	0
3a2. Potrafię zachęcić podopiecznego, kiedy jest smutny lub zdenerwowany do wykonania razem jakiejś czynności, obejrzenia telewizji czy spaceru, np. <i>Ale mamy ładną pogodę. Może wybierzemy się na spacer?/Znalazłam przepis na bardzo dobre ciasto z jabłkami. Może razem je upieczemy?</i>	1	2	3	4	0

uspokajanie podopiecznego

3b1. Jeżeli podopieczny mnie nie rozpoznaje lub boi się, potrafię go uspokoić np. <i>Wszystko jest w porządku. Mam na imię... Jestem Pani opiekunką.</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

podopieczny nie chce wykonać tego o co go proszę

3c1. Potrafię zareagować, kiedy podopieczny nie chce wykonać mojej prośby czy polecenia, np. <i>Bardzo dobrze Panią rozumiem, ale ważne jest żebyśmy teraz.../Wiem, że ma Pan bóle, spróbujemy więc.../Jak mogę Panu pomóc?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

obawy związane z pracą

3d1. Potrafię powiedzieć o swoich obawach i problemach związanych z pracą, np. <i>Nie wiem jak.../Nie daję sobie rady z.../Nie wiem co mam zrobić gdy...</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

proponując zmiany w pracy i wyrażanie kompromisu

3e1. Potrafię zakomunikować własne życzenia dotyczące pracy, np. <i>Bardzo chciałabym, żebyśmy.../Najlepiej by mi odpowiadało...</i>	1	2	3	4	0
3e2. Potrafię zaproponować kompromis, np. <i>Abyśmy rozwiązali ten problem, proponuję...</i>	1	2	3	4	0

wyrażanie niezadowolenia

3f1. Potrafię powiedzieć, że coś mi nie odpowiada w pracy, np. <i>Nie jestem zadowolona z.../Chciałabym z Panem porozmawiać o...</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

reagowanie na skargi ze strony podopiecznego i jego rodziny

3g1. Potrafię zareagować na skargi np. <i>Rozumiem Pani złość.../Rozumiem, że mogło to Pana zdenerwować...</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

uprzejma odmowa

3h1. Potrafię uprzejmie odmówić, np. <i>Przykro mi ale.../Bardzo chętnie bym pomogła, ale...</i>	1	2	3	4	0
3h2. Potrafię zakomunikować, że w czasie wolnym nie mogę wykonać jakiejś pracy, np. <i>Teraz mam przerwę, w przeciwnym razie chętnie bym...</i>	1	2	3	4	0

przepraszenie i przyjmowanie przeprosin

3i1. Potrafię przeprosić oraz przyjąć przeprosiny, np. <i>Proszę wybaczyć mi te nieprzyjemności. Bardzo mi przykro, że... /Dziękuję za Pani słowa. Uznajmy sprawę za zamkniętą.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

4. Czy zna Pani słówka i zwroty z następujących dziedzin? W każdej linijce proszę zaznaczyć poprzez zakreślenie właściwą odpowiedź.

1 zdecydowanie nie	2 raczej nie	3 raczej tak	4 zdecydowanie tak	0 Nie potrzebuje w mojej pracy.
-----------------------	-----------------	-----------------	-----------------------	------------------------------------

4a. pielęgnacja ciała i higiena, np. <i>przybory toaletowe</i>	1	2	3	4	0
4b. czynności jak np. <i>siadać, przelykać, podnosić rękę</i>	1	2	3	4	0
4c. podstawowe nazwy części ciała, np. <i>plecy, głowa, kręgosłup</i> i organów, np. <i>serce, żołądek, nerki</i>	1	2	3	4	0
4d. dolegliwości, np. <i>wysokie ciśnienie, zawroty głowy</i>	1	2	3	4	0
4e. podstawowe schorzenia i choroby typowe dla starszego wieku, np. <i>zawał, wylew, demencja starcza</i>	1	2	3	4	0
4f. leki oraz produkty z apteki, np. <i>tabletki przeciwbólowe, plaster, aparat do mierzenia ciśnienia, rajstopy przeciwzakrzepowe</i>	1	2	3	4	0
4g. przedmioty i urządzenia potrzebne w domu podopiecznego, np. <i>podnośnik wannowy, materac przeciwodleżynowy, balkonik</i>	1	2	3	4	0
4h. gospodarstwo domowe, np. <i>czajnik, odkurzacz, pralka, ścielenie łóżka, prasowanie</i>	1	2	3	4	0
4i. pielęgnacja roślin i ogrodu, np. <i>podlewanie kwiatów, koszenie trawnika</i>	1	2	3	4	0
4j. mieszkanie, np. <i>kuchnia, łazienka, przedpokój, schody</i>	1	2	3	4	0
4k. organizacja czasu podopiecznego, np. <i>dni tygodnia, miesiące, pory dnia, określanie godzin</i>	1	2	3	4	0
4l. relacje rodzinne np. <i>szwagierka, córka, wnuk, zięć</i>	1	2	3	4	0
4m. podstawowe produkty spożywcze, np. <i>masło, dżem, herbata, szynka, ser</i>	1	2	3	4	0
4n. zakupy, np. <i>paragon, reszta, bilet parkingowy</i>	1	2	3	4	0
4o. podstawowe produkty do utrzymania czystości, np. <i>płyn do mycia naczyń, proszek do prania</i>	1	2	3	4	0

5. Co Pani robi, jeżeli nie zrozumiała Pani podopiecznego, jego rodziny czy np. personelu medycznego? Może Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

- Próbuję porozumieć się przez gesty i mimikę. (5a)
- Proszę o powtórzenie lub zapisanie zdania, którego nie zrozumiałam. (5b)
- Informuję o tym, że nie zrozumiałam zdania, pytania. (5c)
- Proszę by mówiono wolniej. (5d)
- Dzwonię do kogoś z mojej rodziny, kto zna niemiecki i proszę o pomoc. (5e)
- Dzwonię do mojej znajomej, która również pracuje jako opiekunka i proszę o pomoc. (5f)
- Dzwonię do firmy, przez którą znalazłam pracę. (5g)
- Szukam tłumaczenia albo obrazka w Internecie, słowniku lub w podręczniku. (5h)
- inne: _____ (5i)

6. Co Pani robi, jeżeli chce się Pani upewnić, czy podopieczny, jego rodzina Panią zrozumieli? Może Pani zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

- Próbuję porozumieć się przez gesty i mimikę. (6a)
- Próbuję znaleźć odpowiedni obrazek, słowo w słowniku lub pokazać jakiś przedmiot. (6b)
- Pytam czy mnie zrozumiano. (6c)
- Próbuję powtórzyć zdanie, ale używam innego słownictwa. (6d)
- inne: _____ (6e)

7. Jak oceniłaby Pani swoją znajomość języka niemieckiego. W każdej linii proszę zaznaczyć poprzez zakreślenie właściwą odpowiedź.

1 <u>zdecydowanie nie</u>	2 <u>raczej nie</u>	3 <u>raczej tak</u>	4 <u>zdecydowanie tak</u>	
7a. Nie mówię dobrze po niemiecku, ale dość dużo rozumiem. Znam pojedyncze wyrazy, ale nie potrafię budować zdań.	1	2	3	4
7b. Mówię i rozumiem w stopniu na tyle wystarczającym, że potrafię porozumieć się z podopiecznym i jego rodziną.	1	2	3	4
7c. Rozumiem i mówię po niemiecku bardzo dobrze. Potrafię również bez problemu porozmawiać z lekarzem czy personelem medycznym.	1	2	3	4
7d. Potrafię porozumiewać się na tematy wykraczające poza obszar mojej pracy, np. opowiedzieć o swoich zainteresowaniach.	1	2	3	4
7e. Rozumiem kiedy podopieczny opowiada o przeszłości, potrafię brać czynny udział w takiej rozmowie.	1	2	3	4

8. Proszę zakreślić stwierdzenia, z którymi się Pani zgadza. Możliwe jest zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi.

- Chciałabym doskonalić język niemiecki, ponieważ jest mi to potrzebne bym lepiej radziła sobie w mojej pracy. (8a)
- Chciałabym w przyszłości podnieść swoje kwalifikacje i ukończyć szkolenie dla opiekunek osób starszych w Niemczech. (8b)
- W przyszłości chciałabym zdać certyfikat z języka niemieckiego. (8c)
- Żadna z odpowiedzi. (8d)

9. Jaka forma nauki najbardziej by Panią satysfakcjonowała? Możliwe jest zakreślenie więcej niż jednej odpowiedzi.

- kurs języka niemieckiego w moim miejscu pracy, na który uczęszczałabym w czasie wolnym (9a)
- kurs języka niemieckiego w moim miejscu zamieszkania w Polsce (9b)
- materiały do nauki języka np. podręczniki z których mogę uczyć się sama w domu (9c)
- materiały do nauki w Internecie, z których mogę uczyć się sama w domu (9d)
- aplikacje i programy do nauki z których mogłabym uczyć się np. na moim telefonie komórkowym (9e)
- płyty CD do nauki języka niemieckiego (9f)
- żadna, ponieważ nie mam czasu na naukę (9g)
- żadna, ponieważ porozumiewam się po niemiecku w stopniu komunikatywnym i to mi wystarcza w pracy (9h)
- inne: _____ (9i)

10. Jak i gdzie uczyła się Pani języka niemieckiego? Możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi

- Uczyłam się niemieckiego w szkole (jak długo? _____ lat/a). (10a)
- Uczyłam się sama z podręcznika, płyt oraz Internetu. (10b)
- Uczyłam się dopiero po przyjeździe do Niemiec (z książek, poprzez rozmowy). (10c)
- Uczęszczałam na kurs językowy w Polsce i/lub w Niemczech (jak długo? _____ tygodnie). (10d)
- Uczęszczałam na specjalny kurs językowy dla opiekunek osób starszych w Polsce i/lub w Niemczech (jak długo? _____ tygodnie). (10e)
- inne: _____ (10f)

11. Proszę dokończyć zdanie: *Abym lepiej radziła sobie lepiej w pracy potrzebuję* _____

12. Wiek

- poniżej 30 lat 30–50 lat powyżej 50 lat

13. Jaki jest Pani zawód?

14. Na jak długo przyjeżdża Pani zazwyczaj do pracy w Niemczech?


- poniżej 3 miesięcy powyżej 3 miesięcy inne: _____

15. Od jak dawna pracuje Pani już w Niemczech jako opiekunka osób starszych?

- poniżej roku 2–4 lata powyżej 4 lat

Bardzo serdecznie dziękuję!

Fragebogen – deutsche Fassung

Fachbereich 09 „Germanistik und Kunstwissenschaften“ Institut für Germanistische Sprachwissenschaft Abteilung für Deutsch als Fremdsprache	 Philipps Universität Marburg
--	--

FRAGEBOGEN

Sehr geehrte Umfrageteilnehmerin,
 im Rahmen meiner Doktorarbeit beschäftige ich mich mit den kommunikativen Schwierigkeiten der Polinnen, die in Deutschland ältere Menschen betreuen. Dieser Fragebogen ist anonym und dient der Entwicklung von passendem Lehrmaterial. Ich bitte Sie um ehrliche und ausführliche Antworten. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 20 Min.

1. In Ihrer Arbeit sprechen Sie am häufigsten mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen. Mit wem müssen Sie auf Deutsch noch kommunizieren? Wählen Sie bitte bei jeder Personengruppe eine Kategorie aus.

	nie	sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
1a. Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b. Bekannte des Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1c. Verkäufer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1d. Apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1e. Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1f. Pflegedienst (z. B. Caritas, Johanniter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1g. Briefträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1h. Beamte/Mitarbeiter (z. B. in einer Bank)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1i. Personal in einem Café/Restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1j. Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie bewältigen Sie folgende Situationen auf Deutsch? Wählen Sie bitte bei jeder Situation eine Kategorie.

1 <u>eindeutig nicht</u> Ich kann es nicht auf Deutsch bewältigen. Ich brauche Hilfe, z. B. ein Wörterbuch.	2 <u>eher nicht</u> Ich habe große Schwierigkeiten. Ich kenne nur einzelne Wörter. Es kommt zu Missverständnissen.	3 <u>eher ja</u> Es gelingt mir, Sätze zu bilden. Es kommt aber zu Missverständnissen.	4 <u>eindeutig ja</u> Ich bewältige es gut. Ich kann ganze Sätze bilden. Es kommt nicht zu Missverständnissen.	0 <u>Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit.</u>
---	--	--	--	--

Fragen an den Pflegebedürftigen

2a1. Ich kann nach dem Wohlbefinden des Pflegebedürftigen fragen, z. B. <i>Wie geht es Ihnen heute? Haben Sie Schmerzen?</i>	1	2	3	4	0
2a2. Ich kann fragen, ob der Pflegebedürftige etwas braucht, z. B. <i>Ist es Ihnen kalt? Soll ich eine Decke holen?</i>	1	2	3	4	0

Bitten und Aufforderungen an den Pflegebedürftigen

2b1. Ich kann Bitten und Aufforderungen an den Pflegebedürftigen formulieren, z. B. <i>Setzen Sie sich bitte auf den Stuhl! Stehen Sie jetzt bitte auf! Heben Sie bitte Ihren Arm!</i>	1	2	3	4	0
2b2. Ich kann den Pflegebedürftigen ermuntern, einige Tätigkeiten selbständig zu erledigen, z. B. <i>Jetzt können Sie das Gesicht waschen. Ich helfe Ihnen ans Waschbecken.</i>	1	2	3	4	0

1 <u>eindeutig nicht</u>	2 <u>eher nicht</u>	3 <u>eher ja</u>	4 <u>eindeutig ja</u>	0 <u>Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit.</u>
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------------------------	--

Beschreiben der Tätigkeiten während der Körperpflege

2c1. Ich kann die Körperpflege ankündigen und sie sprachlich begleiten, z. B. <i>Ich lege Sie jetzt auf die Seite und wasche Ihnen den Rücken.</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

Besprechen der alltäglichen Angelegenheiten

2d1. Ich kann die Mahlzeiten, die Einkaufsliste oder den Tagesplan mit dem Pflegebedürftigen besprechen, z. B. <i>Was soll ich heute zum Mittagessen vorbereiten? Dann gehen wir nach dem Mittagessen spazieren, wenn es Ihnen heute so gut geht.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Auskunft über das Befinden des Pflegebedürftigen geben

2e1. Ich kann seine Angehörigen über das Befinden des Pflegebedürftigen informieren, z. B. <i>Ihrer Mutter geht es heute gut. Wir sind gerade von einem Spaziergang zurückgekommen.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Auskunft über die Probleme mit dem Pflegebedürftigen geben

2f1. Ich kann seinen Angehörigen über Probleme mit dem Pflegebedürftigen berichten, z. B. <i>Ihre Mutter macht mir Sorgen. Sie will seit gestern keine Arzneimittel einnehmen.</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

dem Arzt oder Pflegedienst Auskunft über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen geben

2g1. Ich kann dem Arzt oder Pflegedienst über den Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen berichten, z. B. <i>Herr... klagt seit gestern über starke Magenschmerzen.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Gesellschaft leisten

2h1. Ich kann, z. B. während des Frühstücks, dem Pflegebedürftigen Gesellschaft leisten und mich mit ihm über verschiedene Themen unterhalten.	1	2	3	4	0
2h2. Ich kann mich mit dem Pflegebedürftigen über Themen unterhalten, die für ihn wichtig sind, z. B. <i>Ich freue mich, dass Ihre Enkelin einen Studienplatz bekommen hat./ Dieser junge Mann auf dem Foto, das ist bestimmt Ihr Sohn?</i>	1	2	3	4	0

Anteilnahme am familiären Leben des Pflegebedürftigen

2i1. Ich kann den Pflegebedürftigen an wichtige Familienfeste oder Ereignisse erinnern, z. B. <i>Ihre Tochter hat heute Geburtstag. Möchten Sie sie anrufen oder zum Kuchen einladen?</i>	1	2	3	4	0
2i2. Ich kann aktiv an den Familienfesten teilnehmen und die Gäste empfangen, z. B. <i>Bitte greifen Sie zu!/Hätten Sie Lust auf einen Kaffee?</i>	1	2	3	4	0

Small Talk

2j1. Ich kann einen Small Talk mit den Personen aus dem Umfeld des Pflegebedürftigen initiieren, z. B. <i>Wir haben heute schönes Wetter! Nicht wahr?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Einkaufen im Lebensmittelladen und in der Apotheke

2k1. Ich kann alleine einkaufen und mich erkundigen, wie viel etwas kostet, z. B. <i>Ich hätte gerne .../Wie viel kostet das ...?</i>	1	2	3	4	0
2k2. Ich kann in der Apotheke nach bestimmten Arzneien fragen und mich erkundigen, wie man sie einnehmen soll, z. B. <i>Könnten Sie mir eine Salbe gegen ... empfehlen? Wie soll man diese Tabletten einnehmen?</i>	1	2	3	4	0

1 <u>eindeutig nicht</u>	2 <u>eher nicht</u>	3 <u>eher ja</u>	4 <u>eindeutig ja</u>	0 <u>Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit.</u>
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------------------------	--

Orientierung, nach dem Weg fragen

211. Ich kann nach dem Weg fragen, z. B. <i>Entschuldigung, wir haben uns verlaufen, könnten Sie uns bitte sagen, wo ... ist?/Entschuldigen Sie bitte, wo ist die nächste Apotheke?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

sich vorstellen

2m1. Ich kann mich vorstellen und kurz über mich erzählen, z. B. <i>Ich heiße ... Ich komme aus Polen ...</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

über private Probleme oder den Gesundheitszustand gegebenenfalls informieren

2n1. Ich kann über eigene Probleme sprechen, z. B. <i>Ich mache mir Sorgen um meine Tochter. Sie wird heute operiert. Entschuldigen Sie bitte, dass ich heute etwas abgelenkt bin.</i>	1	2	3	4	0
2n2. Ich kann über eigene Gesundheitsprobleme sprechen, z. B. <i>Ich habe mich gestern sehr stark erkältet ...</i>	1	2	3	4	0

Schreiben

2o1. Ich kann kurze Notizen verfassen, z. B. wichtige Termine für die Krankengymnastik.	1	2	3	4	0
2o2. Ich kann eine Information, z. B. einen Arzttermin, während eines Telefongesprächs notieren.	1	2	3	4	0
2o3. Ich kann einen Einkaufszettel verfassen, wenn der Pflegebedürftige mir die Produkte diktiert.	1	2	3	4	0

Lesen

2p1. Ich verstehe die Notizen des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen, z. B. wichtige Hinweise zu Arztterminen.	1	2	3	4	0
2p2. Ich verstehe die schriftlichen Anordnungen des Pflegedienstes und des Arztes.	1	2	3	4	0
2p3. Ich kann den Beipackzettel von Medikamenten so weit lesen, dass ich Einnahmeverordnungen verstehe.	1	2	3	4	0
2p4. Ich kann dem Pflegebedürftigen verschiedene Texte wie das Fernsehprogramm, Briefe und Rechnungen laut vorlesen.	1	2	3	4	0

Hörverstehen

2q1. Ich kann mit den Angehörigen des Pflegebedürftigen ein Telefongespräch führen.	1	2	3	4	0
2q2. Ich kann den Notdienst anrufen.	1	2	3	4	0
2q3. Ich verstehe die Beschwerden und Bitten des Pflegebedürftigen, z. B. <i>Mir ist sehr schwindelig./Ich möchte mich hinlegen.</i>	1	2	3	4	0
2q4. Ich verstehe den Pflegebedürftigen auch, wenn er undeutlich oder im Dialekt spricht.	1	2	3	4	0
2q5. Ich kann die Verordnungen des Arztes und Pflegedienstes verstehen, z. B. <i>Herr ... hat Übergewicht. Wir müssen seine Diät ändern.</i>	1	2	3	4	0

3. Bei Ihrer Arbeit kann es zu sehr schwierigen Situationen oder zu Konflikten kommen. Beurteilen Sie bitte, wie Sie solche Situationen auf Deutsch bewältigen. Wählen Sie bitte zu jedem Beispiel eine Kategorie aus.

1 <u>eindeutig nicht</u> Ich kann es nicht auf Deutsch bewältigen. Ich brauche Hilfe, z. B. ein Wörterbuch.	2 <u>eher nicht</u> Ich habe große Schwierigkeiten. Ich kenne nur einzelne Wörter. Es kommt zu Missverständnissen	3 <u>eher ja</u> Es gelingt mir, Sätze zu bilden. Es kommt aber zu Missverständnissen.	4 <u>eindeutig ja</u> Ich bewältige es gut. Ich kann ganze Sätze bilden. Es kommt nicht zu Missverständnissen.	0 <u>Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit.</u>
---	---	--	--	--

den Pflegebedürftigen trösten

3a1. Ich kann den Pflegebedürftigen trösten, z. B. <i>Machen Sie sich keine Sorgen! Alles wird gut, wir finden eine Lösung!</i>	1	2	3	4	0
3a2. Wenn der Pflegebedürftige traurig oder aufgeregt ist, kann ich ihn zu einer Aktivität, zum Fernsehen oder zu einem Spaziergang ermuntern, z. B. <i>Wollen wir spazieren gehen? Das Wetter ist sehr schön heute./Wollen wir das neue Rezept für den Apfelkuchen ausprobieren?</i>	1	2	3	4	0

den Pflegebedürftigen beruhigen

3b1. Wenn der Pflegebedürftige mich nicht erkennt oder Angst hat, kann ich ihn beruhigen, z. B. <i>Alles ist in Ordnung. Ich heiße ... Ich bin Ihre Betreuerin.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

der Pflegebedürftige will meiner Bitte nicht nachkommen

3c1. Ich kann reagieren, wenn der Pflegebedürftige meiner Bitte oder Aufforderung nicht nachkommen will, z. B. <i>Ich verstehe Sie sehr gut, es ist aber wichtig, dass wir jetzt ... /Ich weiß, dass Sie Schmerzen haben, versuchen wir also .../Wie kann ich Ihnen helfen?</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Unsicherheiten und Ängste, die mit der Arbeit verbunden sind

3d1. Ich kann über eigene Belastungen und Probleme bei der Arbeit sprechen, z. B. <i>Mein Problem ist folgendes .../Ich komme mit ... nicht klar./Ich weiß nicht, was ich machen soll, wenn ...</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Verbesserungsvorschläge und Kompromisse

3e1. Ich kann eigene Wünsche, die die Arbeit betreffen, mitteilen, z. B. <i>Ich würde mich sehr freuen, wenn wir .../ Am besten würde mir passen, wenn wir ...</i>	1	2	3	4	0
3e2. Ich kann einen Kompromiss vorschlagen, z. B. <i>Um das Problem zu lösen, schlage ich vor ...</i>	1	2	3	4	0

Unzufriedenheit ausdrücken

3f1. Ich kann mitteilen, wenn mir etwas bei der Arbeit nicht gefällt, z. B. <i>Ich bin nicht zufrieden mit .../ Ich möchte mit Ihnen über ... sprechen.</i>	1	2	3	4	0
---	---	---	---	---	---

Auf Beschwerden des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen reagieren

3g1. Ich kann auf Beschwerden reagieren, z. B. <i>Ich verstehe Ihren Ärger ... /Ich kann verstehen, dass das ärgerlich für Sie ist ...</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

Etwas höflich ablehnen

3h1. Ich kann etwas höflich ablehnen, z. B. <i>Tut mir leid, aber .../Ich würde Ihnen gern helfen, aber ...</i>	1	2	3	4	0
3h2. Ich kann mitteilen, dass ich in meiner Freizeit nicht arbeiten kann/möchte, z. B. <i>Ich habe jetzt eine Pause. Sonst wäre das kein Problem, aber ...</i>	1	2	3	4	0

Sich entschuldigen und eine Entschuldigung annehmen

3i1. Ich kann mich entschuldigen und eine Entschuldigung annehmen, z. B. <i>Bitte entschuldigen Sie die Unannehmlichkeiten./Das tut mir sehr leid./Danke für Ihre Worte. Betrachten wir diese Angelegenheit als abgeschlossen.</i>	1	2	3	4	0
--	---	---	---	---	---

4. Kennen Sie Wörter aus folgenden Bereichen? Wählen Sie bitte bei jeder Gruppe eine Kategorie aus.

1 eindeutig nicht	2 eher nicht	3 eher ja	4 eindeutig ja	0 Ich brauche das nicht bei meiner Arbeit.
----------------------	-----------------	--------------	-------------------	---

4a. Körperpflege und Hygiene (<i>die Waschutensilien</i>)	1	2	3	4	0
4b. Tätigkeiten wie <i>sich setzen, schlucken, den Arm hochheben</i>	1	2	3	4	0
4c. die Körperteile (<i>der Rücken, der Kopf, die Wirbelsäule</i>) und Organe (<i>das Herz, der Magen, die Niere</i>)	1	2	3	4	0
4d. körperliche Beschwerden (<i>hoher Blutdruck, Schwindelgefühle</i>)	1	2	3	4	0
4e. Krankheiten und Erkrankungen, die mit dem Alter verbunden sind (<i>der Herzinfarkt, der Schlaganfall, die Altersdemenz</i>)	1	2	3	4	0
4f. Arzneimittel und Produkte aus der Apotheke (<i>die Schmerztablette, das Pflaster, das Blutdruckmessgerät, die Antithrombosestrümpfe</i>)	1	2	3	4	0
4g. Gegenstände und Geräte, die der Pflegebedürftige zu Hause braucht (<i>der Badewannenlift, der Rollator, die Antidekubitusmatratze</i>)	1	2	3	4	0
4h. Haushalt (<i>der Wasserkocher, der Staubsauger, die Waschmaschine, das Bett machen, aufräumen, bügeln</i>)	1	2	3	4	0
4i. Pflanzenpflege und Gartenarbeit (<i>Blumen gießen, Rasen mähen</i>)	1	2	3	4	0
4j. Wohnumfeld (<i>die Küche, das Bad, der Flur, die Treppe</i>)	1	2	3	4	0
4k. Zeitplanung und Zeitgestaltung (<i>Wochentage, Monate, Geburtsdaten, Tageszeiten, Uhrzeiten</i>)	1	2	3	4	0
4l. Familienbeziehungen (<i>die Tochter, der Enkel, der Schwiegersohn</i>)	1	2	3	4	0
4m. Lebensmittel (<i>die Butter, die Marmelade, der Tee, der Schinken, der Käse</i>)	1	2	3	4	0
4n. Einkaufen (<i>der Kassenzettel, der Rest, der Parkschein</i>)	1	2	3	4	0
4o. Reinigungsprodukte (<i>das Spülmittel, das Waschmittel</i>)	1	2	3	4	0

5. Was machen Sie, wenn Sie den Pflegebedürftigen/seine Angehörigen/den Pflegedienst usw. nicht verstanden haben? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich versuche durch Gestik und Mimik zu kommunizieren. (5a)
- Ich bitte, dass man den Satz, den ich nicht verstanden habe, aufschreibt oder wiederholt. (5b)
- Ich sage, dass ich den Satz oder die Frage nicht verstanden habe. (5c)
- Ich bitte, dass man langsamer spricht. (5d)
- Ich rufe jemanden aus meiner Familie an, der Deutsch spricht, und bitte ihn um Hilfe. (5e)
- Ich rufe meine polnische Bekannte an, die auch als häusliche Betreuerin arbeitet, und bitte sie um Hilfe. (5f)
- Ich rufe die Mitarbeiterin der Firma an, die mir die Stelle vermittelt hat. (5g)
- Ich suche nach einer Übersetzung, einem Bild im Internet, einem Wörterbuch oder Lehrwerk. (5h)
- Sonstiges: _____ (5i)

6. Was machen Sie, wenn Sie nicht sicher sind, ob man Sie verstanden hat? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich versuche durch Gestik und Mimik zu kommunizieren. (6a)
- Ich versuche ein entsprechendes Bild zu finden, ein Wort im Wörterbuch oder etwas zu zeigen. (6b)
- Ich frage nach, ob man mich verstanden hat. (6c)
- Ich versuche den Satz noch mal zu sagen, benutze aber andere Wörter. (6d)
- Sonstiges: _____ (6e)

7. Wie würden Sie Ihre Deutschkenntnisse einschätzen? In jeder Zeile wählen Sie bitte eine Kategorie aus.

1 <u>eindeutig nicht</u>	2 <u>eher nicht</u>	3 <u>eher ja</u>	4 <u>eindeutig ja</u>
-----------------------------	------------------------	---------------------	--------------------------

7a. Ich kann Deutsch nicht gut sprechen, aber ich verstehe ziemlich viel. Ich kenne einzelne Wörter, kann aber keine Sätze bilden.	1	2	3	4
7b. Ich verstehe und spreche Deutsch sofern kommunikativ, dass ich mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen kommunizieren kann.	1	2	3	4
7c. Ich verstehe und spreche Deutsch sehr gut. Ich kommuniziere ohne Probleme auch mit dem Arzt und Pflegedienst.	1	2	3	4
7d. Ich kann auch über Themen, die über meine Arbeit hinausgehen, sprechen, z. B. über meine Interessen berichten.	1	2	3	4
7e. Ich kann es verstehen, wenn der Pflegebedürftige über Vergangenes spricht. Ich kann mich am Gespräch beteiligen.	1	2	3	4

8. Kreuzen Sie bitte die Sätze an, mit denen Sie einverstanden sind. Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ich möchte mein Deutsch verbessern, weil ich es brauche, um meine Arbeit sprachlich besser bewältigen zu können. (8a)
- Ich möchte in der Zukunft eine Ausbildung als Altenpflegerin machen. (8b)
- Ich möchte in der Zukunft ein Sprachzertifikat ablegen. (8c)
- Keine der oben genannten. (8d)

9. Welche Form des Deutschlernens würde Sie am meisten zufrieden stellen? Sie können mehrere Antworten ankreuzen.

- Ein Deutschkurs an meinem Arbeitsplatz, den ich in meiner Freizeit besuchen kann. (9a)
- Ein Deutschkurs, den ich in meinem Wohnort in Polen besuchen kann. (9b)
- Lehr- und Arbeitsbücher, mit denen ich selbst zu Hause lernen kann. (9c)
- Lehrmaterial im Internet, das ich mir selbst zu Hause aneignen kann. (9d)
- Apps mit Lehrmaterialien fürs Handy. (9e)
- Material zum Hören auf CDs und im MP3-Format. (9f)
- Keine der oben genannten, weil ich keine Zeit zum Lernen habe. (9g)
- Keine der oben genannten, weil mein Deutsch insoweit für die Kommunikation ausreicht, dass ich meinen Arbeitsalltag bewältigen kann. (9h)
- Sonstiges: _____ (9i)

10. Wo und wie haben Sie Deutsch gelernt?

- Ich habe Deutsch in der Schule gelernt. (wie lange? __) (10a)
- Ich habe alleine mit Büchern, CDs, im Internet usw. gelernt. (10b)
- Ich habe erst nach meiner Ankunft in Deutschland angefangen, Deutsch zu lernen (mit CDs, Büchern, durch Gespräche usw.) (10c)
- Ich habe einen Sprachkurs in Polen und/oder in Deutschland besucht. (wie lange? __ Wochen) (10d)
- Ich habe einen speziellen Sprachkurs für Betreuerinnen in Polen und/oder in Deutschland besucht. (wie lange __ Monate?) (10e)
- Sonstiges: _____ (10f)

11. Beenden Sie bitte den Satz. *Damit ich meine Arbeit besser bewältigen kann, brauche ich* __

12. Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

- unter 30 Jahre
- 30–50 Jahre
- über 50 Jahre

13. Was ist Ihr Beruf?

14. Für wie lange kommen Sie in der Regel nach Deutschland?

- weniger als 3 Monate
- mehr als 3 Monate
- Sonstiges: _____

15. Wie lange arbeiten Sie schon als Betreuerin in Deutschland?

- weniger als 1 Jahr
- 2–4 Jahre
- mehr als 4 Jahre

Herzlichen Dank!

Anhang II

Sichtung der vorhandenen Materialien

1. Literatur-und Internetrecherche

Haffert, Ingeborg, 2014. *Eine Polin für Oma: Der Pflege-Notstand in unseren Familien*. Berlin: Econ.

Kubach, Teresa/Tkaczuk, Antonina, 2016. *Jak opiekować się seniorami w Niemczech i nie zwariować*. Brzezia Łąka: Poligraf.

Neumann, Georg, 2010. *Rettung aus Polen: Wie Pflege zu Hause tatsächlich gelingt*. Freiburg: Kreuz Verlag.

Tigges, Werner et al., 2010. *Pflege wohin? Gangbare Wege aus der Sackgasse Altenbetreuung*. Norderstedt: Books on Demand.

Tigges, Werner/Gomola, Michael/Gmeiner, Alois (Hrsg.), 2013. *Schamhaft verschwiegene Wahrheiten in der Altenpflege. Was man über das Altern wissen sollte - und meist gar nicht wissen will*. Norderstedt: Books on Demand.

Wenger, Susanne, 2010. Warum die Frau aus Polen im Schweizer Privathaushalt den betagten Vater pflegt «Care-Arbeit wird inzwischen auf dem globalisierten Markt gehandelt». https://www.curaviva.ch/files/2NVD1RZ/10_05-Pflege-als-Ware.pdf (letzter Zugriff: 04.03.2014).

2. Dokumentarfilme und Reportagen

Batthyany, Béla, 2013. *Hilfe aus dem Osten - Pflegemigrantinnen in der Schweiz*. <http://www.srf.ch/sendungen/dok/hilfe-aus-dem-osten-pflegemigrantinnen-in-der-schweiz-2> (letzter Zugriff: 04.03.2014).

Büchner, Christiane, 2011. *Family Business*. (Trailer zum Film).

<http://www.weti.de/presse/film-und-tv/472-dokumentarfilm-family-business.html>

(letzter Zugriff: 05.03.2014).

Gaßner, Mechthild, 2007. *Ein Engel für Opa*. [http://www.weti.de/presse/film-und-tv/323-](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/323-zdf-37-grad-ein-engel-fuer-opa.html)

[zdf-37-grad-ein-engel-fuer-opa.html](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/323-zdf-37-grad-ein-engel-fuer-opa.html) (letzter Zugriff: 06.03.2014).

Jurkovic, Ute, 2009. *ARD-Exklusiv: Pflegerin mit Herz*. [http://www.weti.de/presse/film-](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/321-ard-exklusiv-pflegerin-mit-herz.html)

[und-tv/321-ard-exklusiv-pflegerin-mit-herz.html](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/321-ard-exklusiv-pflegerin-mit-herz.html) (letzter Zugriff: 04.03.2014).

Kiecol, Katharina, 2008. *Altenhilfe auf Polnisch*. [http://www.weti.de/presse/film-und-](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/322-reportage-wdr-hier-und-heute.html)

[tv/322-reportage-wdr-hier-und-heute.html](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/322-reportage-wdr-hier-und-heute.html) (letzter Zugriff: 06.03.2014).

Polnische Betreuerinnen diskutieren über ihre Situation.

[http://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/pflege-migrantinnen-aus-dem-osten-](http://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/pflege-migrantinnen-aus-dem-osten-extreme-bestimmen-das-bild)

[extreme-bestimmen-das-bild](http://www.srf.ch/kultur/gesellschaft-religion/pflege-migrantinnen-aus-dem-osten-extreme-bestimmen-das-bild) (letzter Zugriff: 04.07.2014).

Polskie opiekunki w Niemczech: Ciche bohaterki.

[http://www.funkhauseuropa.de/sendungen/polskimagazynradiowy/zycie_w_niemczech/opi-](http://www.funkhauseuropa.de/sendungen/polskimagazynradiowy/zycie_w_niemczech/opiekunki_starszych100.html)

[ekunki_starszych100.html](http://www.funkhauseuropa.de/sendungen/polskimagazynradiowy/zycie_w_niemczech/opiekunki_starszych100.html) (letzter Zugriff: 04.04.2014).

24 Stunden Pflege und Betreuung. [http://www.weti.de/presse/film-und-tv/305-film-24-](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/305-film-24-stunden-pflege-und-betreuung.html)

[stunden-pflege-und-betreuung.html](http://www.weti.de/presse/film-und-tv/305-film-24-stunden-pflege-und-betreuung.html) (letzter Zugriff: 18.03.2014).

37 Grad Plus. <http://www.weti.de/presse/film-und-tv/210-37-grad-plus-am-18062008.html>

(letzter Zugriff: 18.03.2014).

3. Lehr-und Lernmaterialien für die polnischen Haushaltspflegehilfen

Depritz, Magdalena, 2013. *Pomoc domowa w Niemczech. Rozmówki polsko-niemieckie.*

Warszawa: Kram.

Gut, Dawid/Lemanska, Aleksandra/Koprowska, Katarzyna. 2014. *Opiekun osób chorych i starszych. Słownik tematyczny polsko-niemiecki, niemiecko-polski wraz z rozmówkami*. Level Trading.

Konopinski-Klein, Nina. 2014. *Polnisch-Deutsch für die Pflege zu Hause. Polski i niemiecki dla domowej opieki starszych*. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.

4. Lehr-und Lernmaterialien für das ausländische qualifizierte Pflegepersonal

Becker, Joachim/Merkelbach, Matthias, 2013. *Pluspunkte Beruf. Deutsch am Arbeitsplatz*. Würzburg: Cornelsen.

Dahmen, Kristine, 2008. *Schritte im Beruf. Deutsch für Altenpflegerinnen und Altenpfleger*. Hueber Verlag. <http://www.hueber.de/pdfprod051125/SchritteimBeruf/Modul2/schrimB2-altenpfleger-02.pdf> (letzter Zugriff 12.04.2014).

Depritz, Magdalena, 2006. *Pomoc medyczna w Niemczech. Rozmówki polsko-niemieckie*. Warszawa: Kram.

Deutsch für ausländische Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger IMED-KOMM-EU Interkulturelle medizinische Kommunikation in Europa. http://www.imed-komm.eu/kurs_pflegekraefte (letzter Zugriff: 22.04.2014).

Firnhaber-Sensen, Ulrike/Rodi, Margarete, 2013a. *Deutsch im Krankenhaus. Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte. Lehr-und Arbeitsbuch*. München: Klett- Langenscheidt.

Firnhaber-Sensen, Ulrike/Rodi, Margarete, 2013b. *Deutsch im Krankenhaus. Berufssprache für Ärzte und Pflegekräfte. Lehrerhandreichungen*. München: Klett- Langenscheidt.

Langfeldt-Nagel, Maria, ²2011. *Gesprächsführung in der Altenpflege*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Peikert, Ingrid, 2006. *Deutsch für die Altenpflege. Arbeitsbuch für MigrantInnen*. München: Urban&Fischer.

telc. *Deutsch B1-B2 Pflege*.

<https://www.telc.net/pruefungsteilnehmende/sprachpruefungen/pruefungen/detail/telc-deutsch-b1-b2-pflege.html> (letzter Zugriff: 02.07.2017).

telc. *Gemeinsamer europäischer Referenzrahmen für Sprachen: Was können Pflegekräfte auf den Kompetenzstufen B1 und B2?*

https://www.telc.net/fileadmin/user_upload/Broschueren/ger_poster_pflegekraefte.pdf (letzter Zugriff: 22.04.2014).

5. Infomaterialien für die ausländischen und polnischen Haushaltspflegehilfen/ Personenbetreuer

Deutscher Caritasverband e.V., 2016. *Information des Deutschen Caritasverbandes für die Beraterinnen und Berater der Caritas zu den Rahmenbedingungen der Beschäftigung von Haushaltshilfen in Haushalten von Pflegebedürftigen*.

<https://www.caritas.de/hilfeundberatung/ratgeber/alter/pflegeundbetreuung/haushaltshilfen-legal-beschaeftigen> (letzter Zugriff: 02.06.2016).

Verbraucherinformation: Polnische Haushaltshilfen und Arbeitskräfte in der häuslichen Pflege, 2009. Deutsch-Polnisches Verbraucherinformationszentrum.

<http://www.konsument-info.eu/de/images/stories/Flyers/verbarucherinfoauslpflegekrfte.pdf> (letzter Zugriff: 06.04.2014).

Was dürfen Personenbetreuerinnen tun? Information für PersonenbetreuerInnen in der 24-Stunden-Betreuung.

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/3/0/CH3434/CMS1451985090179/24_stunden_betreuung_merkblatt_personenbetreuerinnen.pdf (letzter Zugriff: 01.07.2017).

24-Stunden-Betreuung zu Hause. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

<http://www.behinderung-vorarlberg.at/SiteCollectionDocuments/2009/BM%2024-Stunden-Betreuung%20zu%20Hause%202016.pdf> (letzter Zugriff: 01.05.2014).

Anhang III

Tabellen:

FB	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung	Zahl der Nennungen
7	„16 lat“	[16 Jahre]	1
34	„powyżej 15 lat“	[über 15 Jahre]	1
68	„12 lat“	[12 Jahre]	1
9, 62	„10 lat“	[10 Jahre]	2
54	„8 lat“	[8 Jahre]	1

Tab. 24: Ergänzung der Frage 15, Abb. 5

FB	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung	Zahl der Nennungen
32	„6 tygodni“	[6 Wochen]	11
34	„15 lat“	[15 Jahre]	
38	"4, 5, 6 tyg."	[4, 5, 6 Wochen]	
43	„aktualnie nie jeżdżę“	[aktuell fahre ich nicht]	
48	„powyżej 2 miesięcy“	[über 2 Monate]	
53	„2 miesiące“	[2 Monate]	
54	"jestem u chorego właściwie cały czas tylko zjeżdżam na kilka dni co miesiąc do kraju"	[Ich bin eigentlich die ganze Zeit beim Kranken. Ich fahre nur jeden Monat für einige Tagen in die Heimat.]	
62	„6 tygodni i zmiana“	[6 Wochen und Wechsel]	
64	"9 tygodni"	[9 Wochen]	
67	"2 miesiące i przerwa"	[2 Monate und eine Pause]	
70	„6 tygodni“	[6 Wochen]	

Tab. 25: Ergänzung der Kategorie *Sonstiges* in der Frage 14, Abb. 7

FB	Antwort der Umfrageteilnehmerinnen	Deutsche Übersetzung	Antwortmodalität	Zahl der Nennungen
35	„rodzina podopiecznego, znajomi podopiecznego“	Familie und Bekannte des Pflegebedürftigen	sehr oft	1
54	„dzieci podopiecznego“	Kinder des Pflegebedürftigen	sehr oft	1
34	„rodzina – brat, siostra, syn, córka”	Familie – Bruder, Schwester, Sohn, Tochter	oft	1
36	„rodzina podopiecznego“	Familie des Pflegebedürftigen	oft	1
9	„osoby postronne“	Unbeteiligte	sehr oft	1
28	„przechodni [sic!] pytają o drogę“	Passanten- fragen nach dem Weg	manchmal	1
38	„firmy usługowe, np. ogrodnik“	Diensleistungsfirmen, z. B. Gärtner	oft	1
27	„fachowcy, np. elektryk“	Fachleute z. B. Elektriker	sehr selten	1

Tab. 26: Ergänzung der Kategorie *Sonstiges* in der Frage 1, Abb. 12