



[Holger Beuse](#)

Pflegefachsprache

Eine Analyse der Entwicklung

erschienen in der '[intensiv](#)' - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie, Georg Thieme Verlag ([intensiv](#);9: 151-158)

Inhalt

[Zusammenfassung](#)

[Einleitung](#)

[Methode](#)

[Die Entwicklung der Pflegefachsprache](#)

[Gebrauch der Pflegefachsprache](#)

[Wie wird Pflegefachsprache vermittelt?](#)

[zukunftsorientierte Forderungen](#)

[Literatur](#)

[Über den Autor](#)

Die sprachlichen Anforderungen an Krankenpflegepersonal sind in den vergangenen Jahren sicherlich gestiegen, wenn man bedenkt, dass die Clemensschwestern 1808 von ihren Bewerberinnen lediglich erwarteten, ärztliche Handschriften entziffern und selber leserlich schreiben zu können [1].

Zusammenfassung

Die Pflege verfügt durchaus über eine eigene Fachsprache. Sie fußt zu einem großen Teil auf der medizinischen **Fachlexik**, hat sich aber auch Termini anderer Wissenschaften zu Eigen gemacht. Der Tradition eines zunächst praktischen Berufs zufolge sind pflegespezifische Ausdrücke zumeist der Allgemeinsprache entnommen. Modernere Begriffe sind oft Zusammensetzungen mit dem Wort „Pflege“.

Ein Manko der Pflegefachsprache ist die häufig fehlende **eindeutige und einheitliche Definition von Fachtermini**.

Die fachliche Umgangssprache, der **Fachjargon**, beherrscht den Alltag der Pflegenden auf den Stationen. Der Fachjargon wirkt auf Außenstehende, auch auf Ärzte, leider oft nicht sehr professionell. Dies liegt zum einen am hohen Anteil allgemeinsprachlicher Ausdrücke und verkürzter Floskeln. Andererseits lässt der Gebrauch der Fachsprache durch Pflegenden auch häufig zu wünschen übrig.

Ursächlich ist hier vor allem die **sprachliche Ausbildung**. Selbst Pflegenden mit der Muttersprache Deutsch fällt es oft nicht leicht, ihre durchaus gute Arbeit adäquat zu verbalisieren. Die Autoren, die sich mit Pflegefachsprache befasst haben, sind sich mit dem Gros der Pflegepädagogen einig, dass die Pflegeausbildung hier zu verbessern ist.

Der derzeitige fächerintegrative Ansatz zum Erwerb von fachsprachlicher Kompetenz - sofern dies ein bewusster Ansatz ist - reicht de facto nicht aus. Doch der Rahmen der gesetzlichen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen lässt den Krankenpflegeschulen und Weiterbildungsstätten nur begrenzten Raum, Fachsprache zu vermitteln.

Da sich die **Krankenpflege-Lehrbücher** an den gesetzlichen Vorgaben orientieren, bleiben sie ebenfalls zum Thema sehr vage. Spezielle Literatur muss vom Einzelnen gesucht und bearbeitet werden.

So genannte **sprachhygienische Forderungen**, überkommene Begriffe und Unworte zu verlassen, sind ein Anfang und haben den Pflegealltag vielfach schon erreicht.

Doch eine weitergehende Korrektur des derzeitigen Umgangs mit der Pflegefachsprache ist auch aus berufspolitischen Überlegungen unabdingbar. Ansonsten wird alles Streben nach Professionalisierung von Außenstehenden nur als Steckenpferd mit ihrem Status hadernder Schwestern und Pfleger missverstanden werden.

Der eingeforderten Selbstbestimmung ist die Pflege nur gewachsen, wenn sich nicht nur eine theoretisch-wissenschaftlich arbeitende Minderheit der Berufsangehörigen fundiert nach innen und außen darzustellen weiß.

Pflegeklassifikationssysteme wie das der NANDA und andere sind ein geeigneter Ansatz, eine definierte Nomenklatur zu schaffen. Diese muss auch für die elektronische Datenverarbeitung erfassbar sein. Die Pflegewissenschaft kann nur auf der Basis einheitlicher und vergleichbarer Daten erfolgreich arbeiten. Nicht nur Forschungen zu pflegerischen Maßnahmen und zur Qualitätssicherung können so effektiver betrieben werden. Auch können so gesundheitsbezogene Daten in politische Entscheidungen eingebracht werden, die sich nicht ausschließlich an medizinischen Kriterien orientieren.

Diese Anstrengungen muss die Pflege aus eigenem Antrieb und eigener Kraft vollbringen. Dabei muss nicht nur mit Gleichgültigkeit oder Widerstand seitens der Ärzteschaft und Administration gerechnet werden. Innerhalb der Berufsgruppe müssen Vorbehalte vor veränderten Anforderungen abgebaut und ein möglichst breiter Konsens geschaffen werden.

Dies wird einige Zeit in Anspruch nehmen. Man bedenke nur, wie viele Jahrzehnte es brauchte, bis das Instrument des Pflegeprozesses von der pflegetheoretischen Idee zur täglichen, selbstverständlichen Praxis wurde.

Einleitung

Kommunikation ist in der Pflege ein großes Thema. Die drei in Deutschland wohl meist angewandten Pflegemodelle von Roper, Juchli und Krohwinkel nennen jeweils das Kommunizieren als eine der 12 beziehungsweise 13 wesentlichen Lebensaktivitäten (Aktivitäten des täglichen Lebens, Aktivitäten und essenzielle Erfahrungen des Lebens) [2]. Etwa in den 70er Jahren fanden psychotherapeutische Kommunikationsmodelle (Rogers, Schulz von Thun) Eingang in die Pflege. Unzählige Bücher, Unterrichtsmaterialien und Seminare werden angeboten. Allerdings bezieht sich all dies zumeist auf die Interaktion Pflegenden mit Patienten.

Erst in den 90er Jahren erschienen zögerlich die ersten Veröffentlichungen speziell zur interpersonellen Kommunikation. Grundlegendes Werkzeug einer professionellen Kommunikation ist der souveräne Gebrauch einer Fachsprache. Diese Arbeit soll nun den derzeitigen Stand der Diskussion über Pflegefachsprache in der Literatur aufzeigen. Vier Aspekte sollen hervorgehoben werden, um Herkunft, Status quo und mögliche Zukunft pflegerischer Fachkommunikation darzustellen:

- Gibt es eine pflegeeigene Fachsprache?
- Gebrauch der Pflegefachsprache
- Wie wird Pflegefachsprache vermittelt?
- Zukunftsorientierte Forderungen

Methode

Die fachöffentliche Diskussion findet zumeist auf dem Papier statt, so dass diese Analyse hauptsächlich auf

Recherche in der vorhandenen Literatur basiert. Aber auch Ergebnisse aus Vorträgen und Gesprächen auf Kongressen finden Einfluss.

Um den tatsächlichen Gebrauch von Fachsprache durch Pflegende zu beleuchten, wären auch eigene Untersuchungen möglich gewesen. Ich habe allerdings darauf verzichtet.

Fragebögen an die Mitarbeiter ausgewählter Stationen wären denkbar gewesen. Hätten diese jedoch nicht den Charakter eines Vokabeltests haben sollen, so hätten Fragen zum persönlichen Sprachgebrauch einschließlich der Fehler und Mängel gestellt werden müssen. Verwertbare Antworten wären aber sicherlich nicht in ausreichendem Maße zu erwarten gewesen. Hierbei soll den Kollegen weniger Unehrlichkeit als vielmehr mangelnde Fähigkeit zur objektiven Selbstreflexion unterstellt werden.

Als Alternativmethode stand die Tonbandaufzeichnung von Übergabegesprächen im Raum. Hätte man diese ohne Wissen der Mitarbeiter angefertigt, so stellte so ein Lauschangriff neben einem technischen Problem einen Eingriff in das Persönlichkeitsrecht der Kollegen dar. Ein offenes Mitschneiden hingegen hätte ein verstelltes Verhalten der Sprecher provoziert. Zudem hätte der Arbeitsaufwand des minutiösen Transkribierens in keinem Verhältnis zu den zu erwartenden Ergebnissen gestanden, denn solche Mitschriften stehen bereits zur Auswertung zur Verfügung. Nebenbei bemerkt ist auch das Lesen einer solchen Fleißarbeit recht ermüdend (siehe [3]).

Die Entwicklung der Pflegefachsprache

Gibt es eine pflegeeigene Fachsprache?

Merkmale einer Fachsprache

Nach einer allgemein anerkannten Definition ist eine Fachsprache „die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel, die in einem fachlich begrenzten Kommunikationsbereich verwendet werden, um die Verständigung zwischen den in diesem Bereich tätigen Menschen zu gewährleisten“ [4]. Die Entstehung einer solchen Fachsprache ist mit der Entstehung von Berufen verknüpft. Arbeitsteilung und Ausdifferenzierung von Berufen wirken sich unmittelbar auf die verwendete Sprache aus.

Ab dem Mittelalter entwickelten sich so eigene, zumeist der Allgemeinsprache entnommene Fachwortschätze praktischer Berufe wie zum Beispiel Bauern und Handwerker [1]. Wissenschaftliche Fachsprache hingegen benutzt einen hohen Anteil an Fremdwörtern (bis zu 25 % in gedruckten Texten). Diese sind zumeist dem Griechischen und dem Lateinischen entnommen. Medizinische Dissertationen wurden gar bis Mitte des 19. Jahrhunderts komplett in lateinischer Sprache abgefasst [5].

Der wachsenden wissenschaftlichen (und wirtschaftlichen) Bedeutung der USA Tribut zollend, hat sich seit dem 2. Weltkrieg das Englische immer mehr zur internationalen Wissenschaftssprache entwickelt [1], so dass das altherwürdige klinische Wörterbuch Pschyrembel seit der 258. Auflage (1998) von 14 000 Stichwörtern der insgesamt 35 000 Einträge gleich die englische Übersetzung nennt [6].

Auch die internationale Verständlichkeit von Fachtermini über sprachliche Grenzen hinweg ist ein wichtiger Vorteil von Fachsprachen.

Zudem ist Fachsprache auf ihren Kontext beschränkt und nicht emotional konnotiert. Das deutsche Wort „Herz“ transportiert neben dem Organnamen allerlei Vorstellungen und Gefühle. Der nüchterne und wertfreie Terminus „Cor“ hingegen dürfte dem Laien unbekannt sein [5].

Wesentliches Element einer Fachsprache ist ihr spezieller Fachwortschatz, die Fachlexik.

Während die Allgemeinsprache oft mehrdeutig und ungenau bleibt, ist ein Fachterminus präzise. So kennt etwa der allgemeinsprachliche Wortschatz circa 500 Wörter für medizinische Sachverhalte. Der medizinische Fachwortschatz mit allen Randgebieten wird dagegen auf 500 000 Wörter geschätzt. Ein Mediziner sollte nach Porep und Steudel 6000-8000 Fachwörter aktiv beherrschen [7].

Die praktische Bedeutung zeigt sich, wenn der Laie beispielsweise vom „Brustkorb“ spricht. Der Begriff ist nicht klar abgegrenzt, wohingegen der „Thorax“ durch die anatomische Nomenklatur eindeutig definiert ist und vom Mediziner noch nach einzelnen Organen und deren Strukturen differenziert wird. Dadurch können

Missverständnisse und Unklarheiten vermieden werden. Fachbegriffe sind eindeutig festgelegt. Seit 1885 gilt die verbindliche Nomenklatur der *Nomina Anatomica*, die seither regelmäßig ergänzt und korrigiert wird [8]. Im Bereich der klinischen Medizin gilt die *International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD)* der WHO, die 1968 vom Statistischen Bundesamt für Deutschland als verbindlich anerkannt wurde [1].

Vor allem in der schriftlichen Form ist Fachsprache nicht nur durch die Fachlexik, sondern auch durch Besonderheiten im Satzbau, der Syntax, geprägt. Zur Komprimierung der Ausdrucksweise werden Verben und Adjektive oft nominalisiert (*Instandsetzung, Senkung*). Satzglieder werden anstelle von Gliedsätzen und Attribute anstelle von Attributsätzen verwendet (*des an Arteriosklerose leidenden Patienten*). So genannte Funktionsverbgefüge (*zur Durchführung bringen*) und die häufige Verwendung von Passivformen (*werden wahrgenommen* anstatt *wahrnehmen*) charakterisieren einen unpersönlichen, Neutralität suggerierenden Stil. Das persönliche Subjekt (*ich, wir*) wird durch Bindungen mit *es* (*es ist zu erkennen*) oder indirekte Formen (*demnach ist erkennbar*) ersetzt.

Eine strenge äußere Gliederung und der Gebrauch fester sprachlicher Formeln kennzeichnen ebenfalls Fachtexte. [1]

Fachtexte sind aber nicht nur durch das jeweilige Wissensgebiet bestimmt. So ist zum Beispiel ein Medikamenten-Beipackzettel nicht nur an medizinisch-pharmazeutischem Wissen orientiert, sondern muss auch rechtlichen Kriterien entsprechen. In der Institution Krankenhaus unterliegen viele ärztliche und pflegerische Maßnahmen einer Berichtspflicht. Diese Berichte dienen weniger dem Heilungsprozess des Patienten als vielmehr der juristischen Absicherung des Personals und der administrativen Kostenabrechnung. [9]

Herkunft der Pflegefachsprache

Diese Beispiele beziehen sich alle auf die medizinische Fachsprache. Es wäre aber falsch, die Fachsprache der Pflege als eine lediglich weniger komplexe Form der ärztlichen anzusehen.

Sicher ist die Medizin ein wesentliches Grundlagenfach, das einen Großteil zum Fachwortschatz der Pflege beisteuert. Begriffe aus Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie bestimmen ebenso die Pflegefachsprache wie Bezeichnungen diagnostischer und therapeutischer Konzepte. Daneben gehören aber auch Elemente der Soziologie, Psychologie, Pädagogik, Ethik und Philosophie zur modernen Krankenpflege und Teile von deren Fachsprachen werden von Pflegenden übernommen (z. B. Konflikt, Führungsstil, Pflegemanagement, Pflegeleitbild).

Des Weiteren gibt es eine Reihe pflegespezifischer Termini. Dies sind häufig Zusammensetzungen mit dem Wort „Pflege“ - *Pflege-maßnahme, Pflegeprozess, Pflegestandard, Pflegefähigkeit*, - oder Mehrwortbenennungen, bei denen dem Substantiv *Pflege* ein Adjektiv zugefügt wird - *individuelle Pflege, aktivierende Pflege, ganzheitliche Pflege, integrative Pflege*. Die Liste der Beispiele ließe sich noch um Dutzende erweitern. Diese Begriffe sind zwar recht häufig anzutreffen, aber viele von ihnen sind nirgends eindeutig definiert. Einige können synonym verwendet werden (Pflegetätigkeit, Pflegehandlung und pflegerische Maßnahme), andere weisen eine Polysemie auf, haben also kontextabhängig mehrere Bedeutungen oder sind nicht klar abgegrenzt (z. B. Pflegeauffassung, reaktivierende Pflege, ganzheitliche Pflege) [10].

Ein Grund für den inflationären Gebrauchs des Wortes „Pflege“ mag die ungenaue Übernahme fremdsprachiger, zumeist angloamerikanischer Fachliteratur sein. Viele Übersetzungen leiden unter den unterschiedlichen Bedeutungen der Worte „caring“ und „nursing“, die beide leider sehr oft einfach mit dem deutschen „pflegen“ gleichgesetzt werden: „... inaccurate translations which include mis-representing the systems of nursing in another country or misinterpret the thought of the author“ [11] führen oft zu Missverständnissen.

Man kann sich denken, wie verhängnisvoll es wäre, würde sich die deutschsprachige Pflegewissenschaft in Unkenntnis der Originaltexte nur auf Übersetzungen englischsprachiger AutorInnen beziehen. So hat Orem etwa den Begriff „selfcare“ eingebracht. Das deutsche „Selbstpflege“ ist nicht nur ungenau, sondern trifft nur einen Teil des Orem'schen Konzeptes. Die Variante „Selbstfürsorge“ kommt ihrem Gedanken weitaus näher [10].

Andere Begriffe sind für Nichtfachleute oft kaum als Fachwörter erkennbar. Als praktischer Beruf hat auch die Pflege zunächst weniger eine wissenschaftliche Sprache entwickelt, sondern vielmehr allgemeinsprachliche

Ausdrücke übernommen. Begriffe wie Selbstständigkeit, waschen, Mobilisation, Umlagern, nüchtern, Übergabe oder aber auch Aktivitäten des täglichen Lebens meint ein jeder zu verstehen.

Dass dahinter eine hochspezialisierte Fachkommunikation steht ist kaum ersichtlich. Dies mag teilweise ein Problem sein, denn das Prestige eines Berufstandes wird zum Teil auch durch den Gebrauch „fachchinesischer“ Fremdwörter bestimmt.

Manche vermeintlich pflegeeigene Begriffe wurden auch von außen eingebracht. Die unkritische Übernahme durch Pflegenden hat zum Teil weitreichende Konsequenzen. Drastisches Beispiel ist das Begriffspaar „Grund- und Behandlungspflege“. Erstmals verwendete es der Krankenhausökonom Eichhorn 1967 in seinem Buch „Krankenhausbetriebslehre“.

Demnach sei die Behandlungspflege, also de facto das Zu- und Nacharbeiten für das ärztliche Personal, als höherwertig anzusehen als die Grundpflege. Diese sei für die Genesung des Patienten nicht wesentlich und könne unter Umständen an wenig Ausgebildete delegiert oder bei Personalknappheit auch eingeschränkt werden. Diese aus heutiger Sicht der Pflege fachlich und berufspolitisch katastrophale Einteilung wurde übernommen und hat mittlerweile selbst Eingang in die Sozialgesetzgebung (§ 37 SGB V) gefunden [12].

Pflege hat also sehr wohl eine eigene Sprache, die die Merkmale einer Fachsprache aufweist. Die Terminologie ist allerdings zum Großteil von anderen Professionen übernommen oder entstammt der Allgemeinsprache. Analog zur erst jungen Entwicklung der Professionalisierung sind originäre Begriffe noch relativ rar und nicht immer eindeutig definiert. Hier sei angemerkt, dass ein eigenes Wörterbuch (Pflege-Lexikon) [13] erst seit 1999 auf dem deutschsprachigen Markt ist.

Ebenen der Pflegefachsprache

Wie andere Fachsprachen auch lässt sich die Sprache der Pflegenden in verschiedene Ebenen einteilen:

- Theoriesprache/Wissenschaftssprache
- Fachliche Umgangssprache/Jargon
- Verteilersprache/Patientensprache [14]

Die oberste Ebene - die Theoriesprache - ist die Reinform der Fachsprache und dient in erster Linie dem fachinternen Austausch. Mit einem hohen Anteil an Fremdwörtern und Fachtermini, einer speziellen Syntax und einer klaren Struktur weist sie die typischen Merkmale einer Fachsprache auf. Dieser hohe Grad an Abstraktion wird zumeist in schriftlicher Form verwendet, etwa in Fachbüchern oder Artikeln für Fachzeitschriften.

Die Verteilersprache benutzen Pflegenden vor allem im Gespräch mit Patienten. Hier wird die Fachlexik auf ein für Laien verständliches Maß heruntergebrochen, indem Fachtermini vermieden oder nur zusammen mit der allgemeinsprachlichen Entsprechung genannt werden. Oft kommt Schwestern und Pflegern ja eine „Übersetzerfunktion“ zu, da Patienten sich bei Verständnisschwierigkeiten häufig nicht trauen, das ärztliche Personal selbst zu fragen. Aber auch im eigentlichen Pflegegespräch sollten Pflegenden nicht durch Fachtermini imponieren wollen, sondern gezielt die Verteilersprache benutzen.

Seit geraumer Zeit praktizieren einige Stationen auch die Dienstübergabe am Patientenbett [15], bei der die Patienten in das Gespräch der Pflegenden aktiv einbezogen werden. Dies erfordert besonderes Geschick, da Patienten durch Nichtverstehen von Fachtermini nicht gehemmt werden sollen, die Mitarbeiter sich untereinander mittels Fachbegriffen aber eindeutiger verständigen können. Hier ist eine ständige Verknüpfung von Verteilersprache und Jargon gefragt.

Der Fachjargon - die mittlere Ebene - ist das, was tagtäglich auf den Stationen gesprochen wird. Es ist eine auf Kürzel und Floskeln reduzierte, handlungsorientierte Sprache. „*In die Kurve schauen*“, „*Abklatschen*“ oder aber auch die berühmte „*Lunge von Zimmer 256*“ sind Beispiele dafür. Für den Außenstehenden wirkt sie teilweise unverständlich, für die Anwender ist sie aber eindeutig und effektiv.

Geißner nennt als Beispiel die Information der Stationsschwester ans Team: „(Die Visite wird verschoben, d. Verf.), der Chef hat noch einen Unfall!“ Nun muss man sich nicht um den vermeintlich verunfallten Chef sorgen. Vielmehr meint sie mit diesem kurzen Satz, dass der Stationsablauf kurzfristig umorganisiert werden muss, da der - ärztliche(!) - Chef(-arzt) zurzeit einen traumatisierten Patienten im Operationssaal behandelt und ohne ihn das zentrale Ereignis der Visite nicht stattfinden kann [16].

Gebrauch der Pflegefachsprache

Pflege ist unbestritten ein sehr kommunikationsintensiver Beruf. Schwestern und Pfleger sehen sich recht differenzierten Anforderungen gegenüber. Der Umgang mit Patienten aller Altersgruppen (teils mit krankheitsbedingten Kommunikationsstörungen), Angehörigen, Kollegen, Ärzten der verschiedenen Hierarchiestufen und anderen an der Therapie Beteiligten (z. B. Physiotherapeuten) erfordert mit dem Wechsel der jeweiligen Kommunikationspartner auch einen anderen Diskursstil. Im Folgenden gehe ich auf die Interaktion von Pflegenden untereinander und mit ärztlichen Mitarbeitern ein.

Interaktion Pflegende - Pflegende

Innerhalb des therapeutischen Teams sprechen Pflegende an erster Stelle mit Kollegen. Nach einer Untersuchung von Trill und Wagner [17] auf einer Regelpflegestation kommunizieren sie etwa zu 50 % innerhalb des Pflgeteams. Dazu bedienen sie sich fast ausschließlich des Fachjargons. Walther hat mehrere Übergabegespräche transkribiert [3]. In diesen Protokollen lässt sich beispielhaft diese Verquickung von Alltagssprache mit Kürzeln, (stationsspezifischen) Abkürzungen und Fachtermini nachlesen.

Ein weiterer Marker für den tatsächlichen Gebrauch ihrer Fachsprache durch Pflegende ist die Pflegedokumentation. Interessanterweise waren es nicht Pflegende mit dem Bedürfnis - soweit vorhanden - nach adäquater Darstellung ihrer Arbeit, sondern Juristen, die der Pflegedokumentation in Deutschland den Weg ebneten.

Die Notwendigkeit juristischer Absicherung führte Ende der 80er Jahre zur Einführung einer Pflegedokumentation, wie wir sie heute kennen. Der Bundesgerichtshof bestimmte in seiner als „Dekubitusurteil“ bekannt gewordenen Entscheidung vom März 1986 die Dokumentationspflicht [18].

Derart von außen eingebracht, wird die Dokumentation auch heute noch von vielen Kollegen als lästig empfunden. Als eigentlich unwichtig betrachtet, wird sie oft bis zum Schichtende hinausgeschoben und dann unter Zeitdruck entsprechend ungenau und teilweise sogar unvollständig ausgeführt.

Oder aber es werden nach dem Motto „viel hilft viel“ alle Einzelheiten („jeder Pickel des Patienten“) detailliert beschrieben und Wesentliches geht unter oder wird ausgelassen.

Eingeengt durch industriell vorgefertigte Listen und Formulare (z. B. Optiplan©, Hinz© etc.) und mangelnde Unterstützung bei der Einführung der Dokumentationssysteme hatten Pflegende auf den Stationen aber auch kaum die Möglichkeit einer eigenen sprachlichen Entwicklung. So gelangen wenig professionelle Begriffe wie „Rundumschlag-Pflege“ oder „große Wasch- und Putzaktion“ in Pflegeberichte [19].

Pflegende haben immense Schwierigkeiten, ihre Arbeit in Worte zu fassen. Pflegerische Handlungen sind zumeist recht komplex und lassen sich nicht so leicht ausdrücken wie zum Beispiel ein medizinischer Wert. So ist es auch nicht verwunderlich, dass in Pflegedokumentationen und Übergabegesprächen medizinische Befunde und ärztliche Anordnungen breiten Raum einnehmen [20], während Beobachtungen am Patienten oder dessen Reaktionen und Entwicklung nur lückenhaft benannt werden.

Ob dies auch an einem fehlenden Wahrnehmungsvermögen Pflegenden für diese Prozesse liegt [21] oder nur an einem sprachlichen Unvermögen, einer Spracharmut, sei dahingestellt.

Nichtsdestotrotz zeichnet eine defizitäre Pflegedokumentation ein undifferenziertes Bild eines Patienten. Unzureichende Informationssammlung und Pflegeplanung verhindern eine optimale Pflege. Ungenaue Pflegeberichte erschweren die Evaluation. So ist der gesamte Pflegeprozess in Gefahr, er wird dem Patienten als Individuum nicht gerecht.

Allerdings darf man aus diesen Sachverhalten nicht schließen, eine weniger gute Dokumentation sei mit schlechter Pflege gleichzusetzen. Aus der täglichen Erfahrung lässt sich konstatieren, dass die Pflegepraxis besser ist als ihre Dokumentation. Umgekehrt führt eine gute Dokumentation nicht unbedingt zu guter Pflege [19].

Interaktion mit ärztlichen Mitarbeitern

Innerhalb des therapeutischen Teams berichten Pflegende immer wieder insbesondere von Kommunikationsschwierigkeiten mit Ärzten. Einige Autoren sehen die Ursache dafür nicht zuletzt

geschlechterbezogen. Die Pflege ist ein traditioneller Frauenberuf und somit von weiblichen Kommunikationsmustern geprägt, während der klassischerweise von Männern dominierte Arztberuf männliche Kommunikationsmuster benutzt [16].

Die Linguistik hält für die Unterschiede von weiblicher und männlicher Kommunikation zwei Erklärungsmodelle bereit:

Die „sex-dialect hypotheses“ (Geschlechtstypik-Hypothese) geht von faktischen Sprachunterschieden aus. Demnach ist typisch weibliches Gesprächsverhalten durch angehängte Fragen (nicht wahr?, oder?), Abschwächungen (eigentlich, irgendwie), Heckenausdrücke (im Prinzip), Konjunktivverwendungen (man könnte doch sagen) sowie deutliche Zuhörersignale wie Nicken und Lächeln gekennzeichnet.

Männer machen hingegen mehr Gebrauch von Komparativen und Positionsausdrücken (sehr, besonders), Verben wie behaupten oder feststellen und zeigen ihre Beteiligung zurückhaltender.

Demgegenüber geht die „sex stereotype hypotheses“ (Geschlechterstereotypen-Hypothese) nicht davon aus, dass nachweisbare Sprachunterschiede sozialen Erfolg bestimmen. Vielmehr wird postuliert, dass reale Geschlechtsunterschiede beim Rezipienten geschlechtsstereotype Vorstellungen aktivieren [22].

Linguisten sind sich noch nicht einig, welcher Ansatz der richtige ist. Unzweifelhaft sind aber geschlechterspezifische Einflüsse bei der Kommunikation vorhanden.[1]

Ein anderer Erklärungsansatz für die kommunikativen Schwierigkeiten zwischen Ärzten und Pflegenden mag der narrative Mitteilungsstil vieler Pflegenden sein. Informationen geben sie ausführlich, stimmungsvoll und detailreich. Mediziner - naturwissenschaftlich geprägt - werden bei solchen „epischen“ Erzählungen schnell ungeduldig. Auf ein „Diagnose - Handlung“-Schema fixiert, auf der Suche nach logischer Struktur und der eigentlichen Essenz unterbrechen die ärztlichen schließlich die pflegerischen Mitarbeiter.

Dabei gehört das Erzählen-Können durchaus zum kommunikativen Repertoire von Pflegenden und soll nicht abgewertet werden. Allerdings kann es halt Missverständnisse und Reibereien mit dem ärztlichen Personal bedingen.

Dritter Aspekt der Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Pflege und Medizin ist die Hierarchie in den (deutschen) Krankenhäusern. Im Status Höherstehende (also Ärzte/Ärztinnen) haben die Macht, Situationen zu bestimmen. Sie markieren Anfang und Ende von Gesprächen, wer zu Wort kommt, wie weit Eskalationen gehen, auf wessen Kosten Witze gemacht werden dürfen etc. [16].

Dies gilt teilweise selbst für den nichtdienstlichen Bereich. Bei der Beobachtung der Kommunikation in Pausenräumen verschiedener Stationen fällt häufig auf, dass Pflegenden verstummen oder das Gespräch von Ärzten dominiert wird, sobald diese anwesend sind.

So nehmen nicht zuletzt Mediziner Pflegenden oft auch nicht als gleichwertige Kommunikationspartner wahr. Dies mag zum Teil am ärztlichen Selbstverständnis liegen, allein für Patienten und Abläufe im Krankenhaus verantwortlich zu sein. Demnach wird Pflege nicht als eigenständige und differenzierte Arbeit gesehen, sondern vielmehr als eine Art „Hintergrunddienst“ [16], dessen reibungsloses Funktionieren die „eigentliche“ Tätigkeit am Patienten ermöglicht.

Zum anderen wirkt der Pflegejargon oft umgangssprachlich alltäglich und verstümmelt (auf Station). In Kombination mit oben beschriebenen Pflegedokumentationen machen Schwestern und Pfleger häufig einen unsouveränen Eindruck. Dieser komplettiert sich, wenn sie - vor allem medizinische - Fachtermini falsch aussprechen oder anwenden. Klassisch ist hier das wahllose Mixen von Singular und Plural - das Antibiotika statt das Antibiotikum. Dies ist weniger ein Problem vermeintlicher Dummheit als der Ausbildung. Der Effekt ist aber ähnlich.

Wie wird Pflegefachsprache vermittelt?

Ausbildung

Nach dem in der Bundesrepublik heute gültigen Krankenpflegegesetz vom 4. Juni 1985 ist eine der Ausbildungsvoraussetzungen der Realschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung. In Kombination mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung von mindestens zwei Jahren (z. B. KrankenpflegehelferIn) oder

einem ebenso langen Besuch einer Pflegevorschule ist auch ein Hauptschul- oder gleichwertiger Abschluss ausreichend. [23]

Für das Medizinstudium ist hingegen die Allgemeine Hochschulreife, das Abitur, Grundbedingung. Dieser Vergleich soll Pflegende mit Fachoberschulreife oder Hauptschulabschluss nicht herabsetzen. Vielmehr wird deutlich, dass das sprachliche Rüstzeug des Arztes aufgrund besserer institutioneller Voraussetzungen (längere Schulzeit, gegebenenfalls altsprachlicher Unterricht) von vornherein in einem Ungleichgewicht zu dem vieler Pflegenden steht. Auch ist die ausbildungsimmanente Sozialisation mit Fachterminologie intensiver.

Die „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege“ vom 16.10.1985 sieht bei einer Gesamtstundenzahl für die theoretische Ausbildung von 1600 20 Stunden (1,25 %) für das Fach „Sprache und Schrifttum“ vor. Davon ist etwa ein Viertel für die „Einführung in die fachbezogene Terminologien“ gedacht.

Des Weiteren entfallen auf die Themen „Kommunikation - Interaktion“ und „Gesprächsführung“ jeweils etwa zehn der 100 Stunden für „Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik“. Hier liegt das Augenmerk aber deutlich auf den anfangs genannten Kommunikationskonzepten und der Interaktion mit Patienten. Fachsprachliche Aspekte können noch im Fach Krankenpflege („Aufstellen von Pflegeplänen“, „Berichterstattung und Pflegedokumentation“) und eventuell in der „Einführung in die Organisation und Dokumentation im Krankenhaus“ („Schriftverkehr ...“) vermittelt werden. Im Rahmen der praktischen Prüfung ist eine Pflegeplanung zu erstellen.

Den gesetzlichen Vorgaben entsprechend, kann in der Unterrichtspraxis das Thema also nur fachübergreifend angegangen werden. So findet sich die oben dargestellte Einteilung auch im Wesentlichen im Curriculum von Oelke [24] und in pflegepädagogischen Arbeitsmaterialien wie der Hefreihe Pflegedidaktik [25].

Gesprächsführung, Gruppendynamik, Kooperation, Konfliktarbeit und Teamarbeit sind die Schlüsselqualifikationen, die laut „Weiterbildungs- und Prüfungsverordnung zu Fachkrankenschwestern, -pflegern, Fachkinderkrankenschwestern und -pflegern in der Intensivpflege und Anästhesie“ des Landes Nordrhein-Westfalen vom 11. April 1995 [26] unter dem Oberbegriff Kommunikation angehenden Fachpflegekräften vermittelt werden sollen. Die Fachterminologie spielt auch hier keine explizite Rolle.

Allerdings werden von den Weiterbildungsteilnehmern schriftliche Berichte zu den einzelnen Abschnitten der praktischen Weiterbildung erwartet. Diese können nicht nur nach den fachlichen Inhalten, sondern auch nach Strukturierung, Formulierung und Fachterminologie bewertet werden und so das (fach-)sprachliche Ausdrucksvermögen schulen. Dies gilt auch für die von einigen Weiterbildungsstätten geforderte Hausarbeit.

Ansonsten obliegt es dem Einzelnen, in der praktischen Arbeit auf den Stationen oder aber im privaten Selbststudium mit der Fachsprache des Berufs vertraut zu werden.

Lehrbücher

Doch auch die großen Lehrbücher bieten in dieser Hinsicht wenig.



Pflege heute - Urban & Fischer

Pflege heute [27], laut Klappentext „der ‚Mercedes‘ unter den momentanen Pflegelehrbüchern“, behandelt zwar recht modern und umfassend verschiedene Facetten der Kommunikation und Störungen, nennt Kommunikationsmodelle und Gesprächstechniken. Doch das Thema Fachsprache selbst bleibt auf ein kurzes Glossar medizinischer Termini beschränkt.

Thiemes Pflege [28], Nachfolger der altherwürdigen Juchli [29] (und „BMW“ der Pflegelehrbücher?), befasst sich recht ausführlich mit Kommunikation und (auch EDV-gestützter) Dokumentation. Die Sprachebenen Alltagssprache, Fachjargon und



Thiemes Pflege

Fachsprache werden kurz erklärt. Die Fachterminologie wird aber auch nicht gesondert abgehandelt.

Lehrbuch
Professionelle Pflege

Das Lehrbuch Professionelle Pflege [30] nennt im Kapitel über Pflegedokumentationssysteme immerhin Anforderungen an korrekte Pflegeberichte. Anhand von Beispiel-Pflegeberichten werden Inhalt, Gestaltung und korrekter Sprachgebrauch demonstriert. Des Weiteren wird auf die Bedeutung von Grammatik und Orthographie hingewiesen.

Pflegehandbuch
Herdecke

Das anthroposophisch geprägte Pflegehandbuch Herdecke [31] enthält seit der dritten Auflage von 1998 die komprimierte Version eines mehrfach veröffentlichten und vorgetragenen Beitrags zur Sprachkultur von Herausgeber Sitzmann (siehe auch unten).

Den Status einer Juchli hat für den speziellen Bereich der Intensivpflege das Lehrbuch von Larsen [32] inne. Er streift kurz einige Kommunikationsregeln und stellt dann den aus der Sicht des Intensivmediziners optimalen strukturellen Ablauf einer pflegerischen Dienstübergabe dar. Fachsprachliche Aspekte sucht man auch hier vergebens.

Im recht umfangreichen Handbuch der Intensivpflege [33] bleibt die Suche per Inhaltsverzeichnis ebenso erfolglos wie im Lehrbuch Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege [34].

Erwerb und souveräner Umgang mit der Fachsprache werden in der Ausbildung also kaum problematisiert. Es scheint, als ob man allgemein davon ausgeht, dass die Fachterminologie im Zusammenhang mit anderen Lehrinhalten und im Stationsalltag sozusagen nebenher ausreichend vermittelt und gelernt wird.

Sprachbarrieren

Dies ist für den deutschen Muttersprachler schon nicht einfach. Um so schwieriger ist die Situation für Migranten. Bedingt vor allem durch die Pflegenotstände der 60er und 90er Jahre und die Aufnahme vieler Aussiedler aus Osteuropa arbeiten viele Pflegekräfte ausländischer Herkunft in deutschen Krankenhäusern. Laut Ford sind beispielsweise circa 25 % der Pflegenden im Frankfurter Raum nicht in Deutschland geboren. Diese Kollegen haben in ihren Heimatländern oftmals eine sehr gute Ausbildung genossen, doch verfügen sie teilweise nur über defizitäre Deutschkenntnisse. Da die angebotenen Sprachkurse zumeist von Dozenten ohne Pflegekenntnisse abgehalten werden, kommt auch hier die Fachlexik zu kurz [11].

zukunftsorientierte Forderungen

Sprachhygiene

Der von Sitzmann in die Diskussion gebrachte Begriff der Sprachhygiene [35] selbst ist etwas unglücklich gewählt. Hat doch das griechische Wort Hygiene für Sauberkeit oder Reinlichkeit im Deutschen durch das

gleichnamige medizinische Fachgebiet den Beigeschmack von Desinfektions- und Putzmitteln. Auf menschliches Denken und Handeln angewandt erinnert es manche gar an den nationalsozialistischen Terminus Rassenhygiene.



Franz Sitzmann - Foto: Georg Thieme Verlag

Inhaltlich gibt Sitzmann in seinem so ähnlich auch als Vortrag gehaltenen (auf dem Tag der Intensivpflege der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege am 5.3.1999 in Münster) Artikel aber interessante Denkanstöße.

So haben in die Sprache von Medizinern und Pflegenden Worte der zutiefst lebensfeindlichen Professionen des Militärs oder des Geheimdienstes Eingang gefunden: Operation, Mobilisation, Intervention, Invasion (von Bakterien), Kohortisolierung, Observation.

Aber auch ursprünglich diskriminierende und rassistisch motivierte Begriffe wie Sammeltransport oder Mongolismus werden oft noch so gedankenlos wie selbstverständlich benutzt.

Euphemismen wie präfinale Pflege, Entsorgung oder Gesundheitskasse erinnern an Orwells Neusprech und sind selten ironisch gemeint. Öffentliches Aufsehen und Missfallen erregte Ende 1998 der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, als er im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform vom „sozialverträglichen Frühableben“ sprach.

Die Diskussion, ob Begriffe wie Füttern oder Windeln erwachsene Patienten diskriminieren, hat die meisten deutschen Stationen erreicht. Doch ein Sprachwandel muss sich im Alltag sukzessive entwickeln und kann nicht „von oben“ verordnet werden.

Dies zeigt sich am Beispiel der University of Wisconsin/USA. Eine verbindliche Sprachregelung sollte Minderheiten vor diskriminierender Sprache schützen. Doch dieser Akt der political correctness sorgte nicht für Offenheit, sondern machte die Mitglieder der Fakultät eher paranoid. Nicht zuletzt Angehörige von Minderheiten sorgten dafür, dass der Senat den speech code 1999 nach 18 Jahren wieder aufhob. [36]

Berufsbezogener Deutschunterricht

Wie oben beschrieben, geschieht nach den gültigen Ausbildungsvorschriften die Vermittlung von Fachsprache und Ausdrucksvermögen hauptsächlich fächerintegrativ. Der Grad, in dem dieses Ausbildungsziel erreicht wird, hängt sehr stark von der jeweiligen Ausbildungsstätte und den individuellen Auszubildenden oder Weiterbildungsteilnehmern ab.

In einem Werkstattgespräch zum Thema „Professionell kommunizieren lernen in der Pflegeausbildung“ (im Rahmen der „7. Werkstatt für die Pflege“ am 10.5.1999 in Münster) war der Tenor der teilnehmenden Lehrer für Pflegeberufe, dass die derzeitigen gesetzlichen Möglichkeiten unzureichend seien, um Krankenpflegeschüler auf die tatsächlichen sprachlichen Anforderungen im Beruf vorzubereiten. Einige schlugen die Einführung eines berufsbezogenen Deutschunterrichts vor. Dieser wird auch vom Bundesausschuss der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe im Bildungsplan „Pflege mit System“ gefordert [1].

In der Krankenpflegeausbildung der DDR gab es von 1951 bis 1989 das Fach Deutsch [1]. Allerdings ist mir keine vergleichende Untersuchung über den Sprachgebrauch Pflegenden der beiden deutschen Staaten bekannt.

Professionalisierung und Selbstbestimmung

Solche Forderungen rufen sicherlich auch Misstrauen und Ablehnung in Teilen der eigenen Berufsgruppe hervor. Hier werden zunächst die vermeintliche Mehrbelastung und die erhöhten Anforderungen gefürchtet, zumal der Benefit für die eigene tägliche Pflegearbeit nicht unbedingt auf Anhieb erkannt wird.

Doch der souveräne Gebrauch einer eigenen Fachsprache ist für Pflegenden im Zuge einer selbstbestimmten Professionalisierung äußerst wichtig.

Sprache ist ganz klar auch ein Machtinstrument. Wer Begriffe besetzt oder Definitionen vorgibt, kann somit die Wirklichkeit gestalten. Hier sei auf das bereits erwähnte Beispiel der Grund- und Behandlungspflege

verwiesen oder auch auf die Bedeutung von Handelsnamen im medizinisch-industriellen Komplex. Während z. B. die Generika-Bezeichnungen Nifedipin und Furosemid nur wenigen Pflegenden geläufig sind, kennt beinahe jeder die Medikamentennamen Adalat® und Lasix®. Alternativpräparate können sich so nur schwer durchsetzen.

„If we cannot name it, we cannot control it, finance it, research it, or put it into public policy” [37]. („Wenn wir es nicht benennen können, können wir es nicht beherrschen, finanzieren, lehren, erforschen oder es in politische Entscheidungen einbringen“ [38].)

Innerhalb der Berufsgruppe kann Fachsprache ein gemeinsames Selbstverständnis ausdrücken und somit die berufliche Identität von Schwestern und Pflegern stärken. Als Mittel der Außendarstellung beeinflusst Fachsprache Prestige und gesellschaftliche Anerkennung des Berufstandes [9].

Aber auch für die tägliche Pflegepraxis ist eine adäquate Pflegefachsprache unabdingbar; das Instrument des Pflegeprozesses kann nur so optimal genutzt werden. Doch solange Pflegenden Schwierigkeiten haben, pflegerische Probleme und Tätigkeiten in Worte zu fassen, bleibt ihre Arbeit weitgehend unsichtbar und ihr Beitrag zur Gesunderhaltung oder Genesung von Patienten wird nicht deutlich. Der Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen und gesetzgebende Verfahren sowie auf die Verteilung finanzieller Mittel bleibt entsprechend gering.

Die Entwicklung von EDV-tauglichen pflegebezogenen Klassifikationssystemen ist Voraussetzung zur Schaffung kompatibler Datenbanken, die der Pflegeforschung, der Lehre und dem Qualitätsmanagement als Wissensbasis dienen. Ansonsten bleiben pflegerische Informationen unerfasst und die Bedeutung des Berufstandes wird nicht repräsentiert [38].

Eine internationale Pflegeterminologie ist derzeit im Aufbau. In Zusammenarbeit mit der Europäischen Union erarbeitet der International Council of Nurses (ICN, Weltbund der Krankenschwestern und -pfleger) seit 1989 ein System von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen (International Classification for Nursing Practice, ICNP) [1]. Ein ähnliches Projekt verfolgt die 1995 gegründete Association for Common European Nursing Diagnoses Interventions (ACENDIO, Europäische Gesellschaft zur Entwicklung von Pflegediagnosen und -maßnahmen) [12].

Am weitesten verbreitet dürfte das Klassifikationssystem der Nordamerikanischen Pflegediagnosenorganisation (NANDA) von 1996 sein [38].

Alle diese Klassifikationssysteme definieren sozusagen nebenbei auch eine einheitliche Fachterminologie.

Anforderung von außen

Die Professionalisierung und damit auch die Weiterentwicklung der vorhandenen Fachsprache muss von den Pflegenden selbst vorangetrieben werden. Weder Ärzteschaft noch Administration haben ein besonderes Interesse daran; der Status quo scheint doch zu funktionieren, zumindest scheinen die Probleme des Gesundheitssystems nicht mit der Situation der Pflege zusammenzuhängen.

Der ärztliche Stand fürchtet sicherlich den Verlust von Einfluss und Macht und sieht aus seinem Selbstverständnis heraus gar keinen Bedarf für eine eigenständige Pflege. Eher finden es viele Ärzte absurd, dass „ihre Schwestern“ plötzlich Entscheidungskompetenz einfordern und ihre Arbeit als therapeutischen Faktor bewerten [12].

Die Krankenhausverwaltungen ihrerseits sehen aus betriebswirtschaftlicher Sicht zunächst die Kosten, die eine qualifiziertere Aus-, Fort- und Weiterbildung verursachen. Doch besteht sicher eine Korrelation zwischen Pflegequalität und Effizienz, also Wirtschaftlichkeit. Nur bedarf es einer oben erwähnten Datenerfassung, um dies auch verlässlich nachzuweisen.

Im Zusammenhang mit Fachkommunikation gibt es hierzu eine Arbeit von Weindel und Trampert [20]. Sie haben 1995 eine Untersuchung an den fünf Krankenhäusern des Landkreises Biberach durchgeführt und stellten fest, dass die Übergabequalität die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses beeinflusst.

Literatur

1 Mahler R. Auf den Punkt gebracht: Professionell kommunizieren. Thieme Stuttgart 1999

- 2 Schmidt H. Heft 6: Eine vergleichende analytische Betrachtung bedürfnisorientierter Pflegemodelle. W. Kohlhammer Stuttgart Pflege 1997
- 3 Walther S. Im Mittelpunkt der Patient?. Thieme Stuttgart Übergabegespräche im Krankenhaus 1997
- 4 Hoffmann L. Zegelin A, Eds.; Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung. Tübingen (Forum für Fachsprachen-Forschung; 1). (1985), zitiert nach Oertle Bürki C. Pflegesprache - gibt es sie?. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 5 Ruff PW. 3. Auflage: Einführung in den Gebrauch der medizinischen Fachsprache. Reinbek Lau 1993
- 6 258. Auflage: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. De Gruyter Berlin 1998
- 7 Porep R, Steudel Wl. Medizinische Terminologie. Ein programmierter Kurs mit Kompendium zur Einführung in die medizinische Fachsprache, 2. Auflage. Thieme, Stuttgart (1983), zitiert nach Mahler R. Thieme Stuttgart Auf den Punkt gebracht: Professionell kommunizieren 1999
- 8 Lippert H. Anatomie: Text und Atlas. Urban & Schwarzenberg München 1989
- 9 Brünner G. Zegelin A, Eds.; Fachsprache, berufliche Kommunikation und Professionalisierung der Pflege. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 10 Oertle CBürki. Zegelin A, Eds.; Pflegesprache - gibt es sie?. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 11 Ford Y. Zegelin A, Eds.; „Transfer in der Pflegesprache, English - Deutsch“ -Zusammenfassung eines Workshops. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 12 Bartholomeyczik S. Zegelin A, Eds.; Nachdenken über Sprache - Professionalisierung der Pflege?. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 13 Georg J, Frowein M. Pflege - Lexikon. Ullstein Medical Wiesbaden 1999
- 14 Fluck HR. Zegelin A, Eds.; Fachsprachen. Urban & Schwarzenberg, Tübingen (1985), zitiert nach Oertle Bürki C. Pflegesprache - gibt es sie?. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997 15 Schlenker-Ferth C. Pflegeethema: Übergabe mit dem Patienten. Thieme Stuttgart 1998
- 16 Geißner U. Zegelin A, Eds.; So ist das nicht gemeint! - Fachjargon der Pflegenden. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 17 Trill R, Wagner R. Kommunikation auf der Krankenhausstation. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5 (1986) 343 - 348, zitiert nach Mahler R. Thieme Stuttgart Auf den Punkt gebracht: Professionell kommunizieren 1999
- 18 Röhlig HW. Bienstein C, Schröder G et al, Eds.; Haftungsrechtliche Aspekte bei Dekubitusprophylaxe und -therapie. Verlag Krankenpflege Frankfurt am Main Dekubitus - Prophylaxe und Therapie 1991
- 19 Grün K. Heft 4: Die Bedeutung der Sprache im Pflegeprozess. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Eschborn Pflege aktuell 1996 , p. 262-264
- 20 Weindel J, Trampert S. Heft 10: Beeinflusst die Übergabequalität die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses?. W. Kohlhammer Stuttgart Pflegezeitschrift 1995 , p. 608-613
- 21 Zegelin-Abt A. Zegelin A, Eds.; Pflegedokumentation und Sprache. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 22 Thimm C. Zegelin A, Eds.; Sprache und Pflege - Überlegungen aus der Sicht der linguistischen Frauenforschung. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997
- 23 Kunz W. 4. Auflage: Gesetzessammlung für die Krankenpflegeausbildung. Brigitte Kunz Verlag Hagen

1991

24 Oelke U. Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung. Recom-Verlag Basel/Baunatal Ein offenes, fächerintegratives Curriculum für die theoretische Ausbildung 1991

25 Walther S, Weinhold C. Pflegedidaktik: Die Übergabe - ein Fachgespräch unter Pflegenden. Thieme Stuttgart 1997

26 Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen. 49. Jahrgang, Nummer 33, ausgegeben zu Düsseldorf am 28. April 1995.

27 Schäffler A, Eds.; Pflege heute, Lehrbuch und Atlas für die Pflegeberufe. Gustav Fischer Stuttgart 1997

28 9., völlig neu bearb. Auflage: Kellnhäuser E et al, Eds.; Thiemes Pflege, entdecken - erleben - verstehen - professionell handeln. Thieme Stuttgart/New York 2000

29 Juchli L. 8. Auflage: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Thieme Stuttgart 1997

30 Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F. Band 1: Professionelle Pflege. Eicanos Verlag Bocholt Theoretische und praktische Grundlagen 1996

31 3. Auflage: Sitzmann F, Eds.; Pflegehandbuch Herdecke. Springer Berlin/Heidelberg 1998

32 Larsen R. 5. Auflage: Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger. Springer Berlin/Heidelberg 1999

33 Neander, Meyer, Friesacher, Eds.; Handbuch der Intensivpflege. Ecomed Verlagsgesellschaft Landsberg a. Lech Pflegerische Praxis und medizinische Grundlagen; Ein Lehr- und Arbeitsbuch für Mitarbeiter auf Intensivstationen Grundwerk 1993

34 Latasch L, Ruck K, Seiz W. 3. Auflage: Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege. Urban & Fischer München/Stuttgart 1999

35 Sitzmann F, Zegelin A, Eds.; Mit wachen Sinnen auf Sprachhygiene achten - Elemente einer Sprachkultur in Pflege, Medizin und Gesellschaft. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997

36 [taz, die tageszeitung](#), Berlin 15.4.1999

37 Clark J, Lang N, Zegelin A, Eds.; Nursing's next advance: An international classification for nursing practice. International nursing review, 39 4: 109-112, zitiert nach Georg J. Klassifikationssysteme in der Pflege. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997

38 Georg J, Zegelin A, Eds.; Klassifikationssysteme in der Pflege. Ullstein Mosby Berlin/Wiesbaden Sprache und Pflege 1997

1 Interessanterweise zeigt die Analyse von Karrieremustern, dass leitende Funktionen auch im Pflegebereich häufig von Männern besetzt sind. Können

1 Männer sich hier besser durchsetzen oder lehnen Frauen Leitungspositionen gar aufgrund von Kommunikationsproblemen vermehrt ab [22]?

erschienen in der '[intensiv](#)' - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie, Georg Thieme Verlag ([intensiv](#); 9: 151-158)

 Über den Autor

[Holger Beuse](#)



- Jahrgang 1969
- Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie
- stellvertretender Stationsleiter einer interdisziplinären Intensivstation am Universitätsklinikum Münster
- Mitherausgeber von zwai - Portal und Online-Journal für die Anästhesie- & Intensivpflege

Mit der vorliegenden Arbeit belegte er den 3. Platz des Intensiv-Pflegepreises 2001 der Zeitschrift intensiv.

Anschrift

Redaktion zwai
Grevener Straße 70
48149 Münster
