

Zur Beziehung von Sprache und der Attraktivität von Pflegeberufen

Die Sprache prägt unser Bewusstsein und damit auch unsere Handlungen. Warum ist es so wichtig, ist eine „eigene“ Pflegesprache zu sprechen?

Bevor ich drei thematische Schwerpunkte aufgreife möchte ich kurz drei grundsätzliche Gedanken zur Sprache ausführen. Diese Theorien zeigen wie Sprache unser Bewusstsein und damit auch unser Handeln prägt und warum es wichtig ist überhaupt über Sprache zu sprechen.

Jeder Beruf ist auch geschlechtlich geprägt. Deshalb ist es gerade in der Pflege unabdingbar den Genderaspekt näher zu betrachten und zu verdeutlichen warum eine bewusste Sprache für die Entwicklung des Pflegeberufes wichtig ist. Das Bündnis zwischen Pflege und Medizin und die sprachliche Anpassung der Pflege hat inhaltliche Konsequenzen sowohl in der direkten Patientenbeziehung als auch auf der sozialpolitischen Ebene. Durch Zwar befindet sich die Pflege mehr und mehr auf dem Weg dieses Bündnis zu lösen, wird schon die nächste Beziehung eingegangen. Mit der Übernahme (siehe Grafik 4) der Sprache der Ökonomen begibt sich Pflege in ein ähnliches Abhängigkeitsverhältnis, wie das zwischen Medizin und Pflege, wenn unreflektiert Begrifflichkeiten für den pflegerischen Kontext übernommen werden. Zunächst einige Begriffe, die die Absurdität unsrer Sprache demonstrieren:

Lagern: Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe: Wer bzw. was wird gelagert, Kartoffeln werden lange nicht mehr gelagert, auch nicht das Einweckobst.

Abführen: Wer führt wen wohin ab?

„Ich habe die Patientin in den Sessel mobilisiert.“ Bitte stellen sie sich das bildlich vor. Da stellt sich die Frage wer ist nun mobilisiert die Pflegenden oder die Patientin.

Patientengut wird selektiert.

Anatolischer Bauch: Bezeichnung für eine Person mit unklaren abdominellen Beschwerden, deren Sprache nicht verstanden wird.

Altersrationierung, Altersschwemme, Casemixindex UND so weiter UND so weiter (vgl. auch Zegelin & Sitzmann 2006). Begriffe, die sich eines Kommentars erübrigen, zum Schmunzeln anregen, aber auch betroffen machen. Sie können in Unendlichkeit fortgeführt werden. Aber „...meinen wir immer was wir sagen und sagen wir was wir meinen?“ (Grice 1967). Unsere Sprache kann aktivieren, deaktivieren und degradieren.

1. Warum über Sprache sprechen?

Die sprachliche Bezeichnung hat eine Bedeutung, die über das reine Sichtbar- und Mitteilbarmachen hinausgeht. Die Benennung eines Gegenstandes ist erst der Akt der geistigen Bewältigung. (Bollnow 1966) Etwas sprachlich nicht ausdrücken zu können, weist immer auch darauf hin, dass Inhaltlichkeit, in diesem Fall der Pflege, nicht benannt werden kann.

Wenn der Zustand einer Patientin bzw. eines Patienten und die daraus folgenden pflegerischen Handlungen nicht beschrieben werden können, so ist das ein Indiz für entweder die Unwichtigkeiten einer Handlung oder für eine fehlende Wahrnehmungsfähigkeit (vgl. Bartholomeyczik 2005).

Sprache strukturiert Pflegebeziehungen. Pflegedokumentationen halten Ereignisse fest, an die sich später niemand mehr erinnert. Z.B. Patient kann nicht einschlafen, Medikament verabreicht versus Patient schläft immer schlecht ein. Zu Hause hilft Tee. Damit wird die Wirklichkeit der Patientin bzw. des Patienten so oder so gestaltet (eben mit oder ohne Medikamente). In dem man etwas sagt tut man etwas und erschafft dadurch Wirklichkeiten. (Austin 1997)



Aussagen sind nicht ausschließlich als Repräsentation eines Sachverhaltes zu verstehen, sondern als Mitteilung zwischen Menschen, die auf eine ablehnende oder zustimmende Stellungnahme abzielen. Hiermit ist z.B. die Anwendung von Sprache in Argumentationen gemeint. Wenn ich mich beispielsweise dem Sprachgebrauch der Ökonomen anpasse, wird vermutlich die Akzeptanz bei diesen steigen. Der Preis ist aber der Verlust der eigenen Professionalität. (Rorty 1992) sieht in diesem Zusammenhang Sprache als Folge von Zeichen und Lauten, die Menschen verwenden um ihre gesellschaftlichen Ziele zu verfolgen.

2. Sprache, Pflege und Geschlecht

Die Auseinandersetzung mit der „Geschlechterfrage“ hat im pflegewissenschaftlichen Diskurs eher eine junge Tradition. Obwohl inzwischen hinlänglich bekannt ist, dass durch die Unterscheidung zwischen Mann und Frau gesellschaftliche Plätze vergeben werden. Das gilt auch für die Unterscheidung von Frauen- und Männerberufen. Die Einen eine Profession, ausgestattet mit Macht Prestige und einer guten Bezahlung. Die Anderen ...? darum bemüht!

Im pflegerischen Alltag und erst recht in der Auseinandersetzung mit einer geschlechtergerechten Sprache und deren Folgen, bzw. Nicht-Folgen wird die Bedeutung des Genderaspektes negiert oder/und oft mit rollenden Augen kommentiert. Die Unterscheidung in Mann und Frau galt lange Zeit als selbstverständlich und als biologisch, „natürlich“ angeboren. In den frühen 70 er Jahren fand zunächst eine Abgrenzung durch die Unterscheidung zwischen sex (dem biologischen Geschlecht) und gender (dem sozial oder kulturell erworbenen Status) statt (Engler 1999). Neuere Theorien der 90er Jahren betrachten das Geschlechterverhältnis nun als eine soziale und kulturelle Konstruktion. Daraus resultiert, dass nicht mehr das Geschlecht als Kategorie ausschlaggebend für die Verteilung von Rollen und Positionen ist, sondern das vorherrschende Geschlechterverhältnis, welches durch das Individuum selbst und durch gesellschaftlich festgelegte Leit- und Regelsysteme ständig neu hergestellt wird (Butler 1991, Wetterer 1992, Hagemann – White 1993). Dieses Konzept des „Doing Gender“ zielt darauf ab, Geschlecht nicht als Eigenschaft bzw. Merkmal eines Individuums zu betrachten, sondern soziale Prozesse in das Blickfeld zu rücken, die Geschlecht als folgenreiche Unterscheidung hervorbringt und reproduziert. Ich zitiere (West & Zimmermann 1987 in: Gidemeister & Wetterer 1992):

„Das Herstellen von Geschlecht (doing gender) umfasst eine gebündelte Vielfalt sozial gesteuerter Tätigkeiten auf der Ebene der Wahrnehmung, der Interaktion und der Alltagspolitik, welche bestimmte Handlungen mit der Bedeutung versehen, Ausdruck weiblicher oder männlicher Natur zu sein. Wenn wir das Geschlecht (gender) als eine Leistung ansehen, als ein erworbenes Merkmal des Handelns in sozialen Situationen, wendet sich unsere Aufmerksamkeit von Faktoren ab, die im Individuum verankert...“ sind.

Was hat das alles mit dem Pflegeberuf zu tun? „So gibt es, laut Wetterer, wie ein Blick in die Geschichte der Vergeschlechtlichung von Berufsarbeit zeigt, so gut wie keinen Arbeitsinhalt, der nicht entweder als „weiblich“ oder als „männlich“ ausgewiesen werden könnte (...).“ (Wetterer 1995: 22) Nicht nur Arbeitende selbst haben ein Geschlecht, auch die Arbeit als solches ist geschlechtlich geprägt (Cockburn 1988 in: Gottschall: 63). Wie Frauen und Männer sind, was die einen eher können als die anderen, und was jeweils als männlich oder weiblich gilt, ist mitentscheidend für das was Frauen und Männer arbeiten bzw. was ihnen an Arbeit zugewiesen wird (Wetterer 2001: 201). Als eine Begründung für die Vergeschlechtlichung der Arbeits- und Berufswelt gilt die soziale Konstruktion von Analogien, die Ähnlichkeiten der Fähigkeiten und Neigungen der Geschlechter und den Arbeitsinhalten herstellen (Gidemeister & Wetterer 1992).

Interessant sind dabei auch Befunde, die belegen, dass, wenn ein Frauenberuf zu einem Männerberuf wird (z.B. bei den Druckern) sich dieses im Ansehen des Berufes, wie auch in der Bezahlung positiv auswirkt.

Indem wir eine Leistung in Verbindung mit dem Geschlecht kommunizieren, diskriminieren wir die subjektive Leistung der einzelnen Person. Im geschlechtergerechten Sprechen geht es um die Auflösung der oben benannten zugeschriebenen Bewertungen, wo Männer und Frauen ihre besonderen Fähigkeiten haben sollen.

Ein Alltagsbeispiel:

Sie kennen die Sätze „Gar nicht so schlecht für ein Mädchen“ oder „Dass der das als Mann wohl macht“.

Die Ressourcen hervorzuheben und das Können der beiden Personen losgelöst von Geschlechterstereotypen zu sehen hieße:

„Jutta ist in technischen Zusammenhängen die Beste. Sie verfügt über großes Potential und kann sich hier weiter qualifizieren. Thomas kann sehr gezielt eine gute Atmosphäre schaffen und wirkt integrierend. Er besitzt ein großes Potential an sozialer Kompetenz und kann sich hier weiter qualifizieren.“

Frauen und Männer dürfen dann ihre besonderen Stärken als Kompetenzen darstellen, die erlernbar sind, als individuelle Ressourcen weiter ausbaubar sind und losgelöst vom Geschlecht angewandt werden können.

Als eine besondere Merkwürdigkeit möchte ich in diesem Zusammenhang, die Anrede der Schwester, erwähnen, die es mit sich bringt, dass sich erwachsene berufstätige Frauen mit dem Vornamen anreden lassen müssen: eine Anrede und da folge ich wie auch im Weiteren der Auffassung Bartolomeycziks (Sprache und Pflege: 2005, 19), die sich nicht mit der Vorstellung einer Profession in Einklang bringen lässt. Schwester bezeichnet eine verwandtschaftliche Beziehung, mit der Assoziation eines schwesterlichen, freundlichen Verhältnisses, das aus dem Bauch oder dem Herzen kommt. Für „männliche“ Schwestern gibt es keine entsprechende Bezeichnung, was der Anrede Schwester zu dem einen geschlechterspezifisch diskriminierenden Unterton verleiht und dem Berufsbild schadet.

Mit dem Einsatz einer bewussten Sprache erhält der Pflegeberuf eine größere Chance das deren inhaltliche Ausformulierung nicht mehr in Abhängigkeit vom weiblichen Geschlecht, als hausarbeitsnahe und in den Genen verankerte Tätigkeit gesehen wird, sondern als Zentralwertbezogene Leistung, die damit professionell, erlernbar, studierbar, gut bezahlt, die Möglichkeit zum Aufstieg bietet und anerkannt ist. Im geschlechtergerechten Sprechen geht es darum, die weibliche, wie die männliche Form zu gebrauchen. Geschlechtergerechtes Sprechen in diesem Zusammenhang bedeutet Frauen und Männer in ihrer Identität, in ihrem So sein als Individuum anzusprechen. So sind Frauen nicht mehr nur mitgemeint, sondern werden in ihren Taten, Kompetenzen und Werken wahrgenommen. Wussten Sie z.B., dass Mileva Einstein und Albert Einstein in Zusammenarbeit die Relativitätstheorie entwickelt haben? Er erhielt den Nobelpreis, sie das Preisgeld. (Pusch 2002)

Zum Beispiel in Stellenausschreibungen oder Anzeigen, die die weibliche Anredeform nicht benutzen, sondern Frauen immer mitgemeint sind. Dies in einem Beruf, in dem 80 % Frauen arbeiten. Beide Geschlechter in der Sprache zu berücksichtigen wird in Zukunft für die Praxis von besonderer Bedeutung z.B. in der Ausgestaltung der Personalgewinnung und -entwicklung sein.

Warum das wichtig für die Pflege ist? Wir befinden uns in einem Spannungsfeld zwischen zwei „Männerdisziplinen“ (Medizin und Ökonomie) sprechen ihre Sprache und werden was das „eigene“, die eigene (pflegerische) Disziplin angeht stumm (und in diesem Falle meine ich konkret die Frauen) und immer weniger präsent.

Ein paar Beispiele aus dem wahren Leben:

Universitätsklinik in Deutschland: 1999: Fünf männliche von 33 Pflegedirektoren. 2009: 15 männliche von 33 Pflegedirektoren.

Fragen sie sich bitte an dieser Stelle:

- Sind sie in ihren Bewertungsmaßstäben „neutral“
- Wählen sie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter losgelöst vom Geschlecht aus
- Geben sie ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die ihnen gebührende Wertschätzung als Person

3. Sprache Pflege und Medizin

Dass der Pflegeberuf professionell und eigenständig ist und inzwischen auch eine wissenschaftliche Disziplin ist, kann als gegeben hingenommen werden. Dennoch ist die Symbiose zur Medizin nach wie vor unbestreitbar und in diesem Zusammenhang in erster Linie hörbar.

Hilde Steppe hat über die Beziehung zwischen Pflege und Medizin ironisch von „Szenen einer Ehe“ gesprochen.

Und damit man sich im Eheleben auch gut versteht, sollte man zumindest eine gemeinsame Sprache sprechen. Allzu leicht hat die Pflege sich der Sprache der Medizin angepasst und dabei vergessen die eigenen Geltungsansprüche sprachlich zu formulieren.

Einen geschichtlichen Rückblick zur Entstehung dieser Symbiose möchte ich ihnen an dieser Stelle ersparen, da ich voraussetzte, dass diese Mechanismen hinlänglich bekannt sind.

Noch im 18. Jahrhundert waren Mediziner darauf angewiesen das zu hören und anzunehmen, was der Patient bzw. die Patientin ihnen sagte.

Diese Krankheitsbeschreibungen wurden als Wahrheit über das Befinden der kranken Menschen angenommen. Symptome, wie das Erleben der Patientinnen und Patienten spiegelt sich in diesen Aussagen wieder: Die Ohren sausen, die Sinne schwinden, die Galle läuft über etc.

Mit Bildern wurde beschrieben und gehört was heute der Hypertonus, die Cholezystitis oder die vegetative Dystonie ist. Barbara Duden hat diesen Prozess als Verkümmern des kranken Menschen zum Körperbesitzer bezeichnet. Die Entwicklung einer „objektivierbaren Fachsprache“ führt laut Hilde Steppa zur Entfremdung und zur Entleiblichung der betroffenen Menschen. In einem Patientengespräch könnte das möglicherweise so aussehen, wie im Kasten auf dieser Seite oben aufgezeigt wird. Bartholomeyczik fand in einer qualitativen Studie heraus, dass es vielen Pflegenden noch immer schwer fällt die eigene pflegerische Arbeit in Worte zu fassen und konkret zu benennen. Leichter fällt es, wenn es darum geht ärztliche Befunde und Anordnungen zu dokumentieren oder über diese zu sprechen.

Sehr anschaulich zeigen Brünner und Oesterlen (siehe Kasten unten) diese Schwierigkeit in der Analyse von Pflegeberichten auf. Eine komplette Analyse würde hier den zeitlichen Rahmen sprengen und soll deshalb nur angedeutet werden. Das Beispiel ist ein typisches und weder ein besonders guter noch ein besonders schlechter Pflegebericht. Insgesamt kann die Frage gestellt werden, warum dieser Pflegebericht überhaupt Pflegebericht heißt und welche Informationen an wen und für wen weitergegeben werden sollten.

Joosten et al. 1995 kommen zu gleichen Ergebnisse bei der Analyse von mündlichen Dienstübergaben. Da aber wie Anfangs schon gesagt, Sprache unser Bewusstsein prägt und nach Bollnow die Benennung immer ein erster Akt der geistigen Bewältigung ist, führt das nicht benennen pflegerischer Inhalte zur Unsichtbarkeit der Pflege. Sozialpolitisch schlägt sich der Mangel der Beschreibung pflegerischer Inhalte insbesondere in der Bestimmung des Pflegebegriffes im Pflegeversicherungsgesetz nieder.

Oder um es mit Norma Lang zu formulieren:

„Wenn wir es nicht benennen können, können wir es nicht beherrschen, finanzieren, lehren, erforschen oder zu einem Bestandteil politischer Entscheidungen machen.“

4. Sprache Pflege und Ökonomie

Nun befindet sich Pflege, wie vielfach beschrieben, im Trennungsprozess von der Medizin. Aber wie im wirklichen Leben, wenn die erste Beziehung nicht richtig bearbeitet wurde, stolpert man schnell ins nächste Unheil hinein. Auszug aus einer Glosse von Yvonne Ford „Guten Morgen, allerseits. Bevor wir heute mit unserem Team-Handover beginnen, möchte ich mit Ihnen über ein Gespräch mit dem Management unseres Profit Center berichten. Es geht um einige Veränderungen, die für die kommenden Monate geplant sind. Sie werden später eine Gelegenheit zum Brainstorming zum Thema Changemanagement haben, so dass Ihr Input berücksichtigt werden kann. Ihre Partizipation ist sehr wichtig. Wir müssen alles tun um Fit for the Future zu sein und der Konkurrenz auf dem Gesundheitsmarkt begegnen. Zuerst dürfen alle von Ihnen an einer neuen Fortbildung teilnehmen: Das Patient-Friendly Hospital. Es ist wichtig, dass wir die Patienten freundlich behandeln und ihnen positives Feedback und Motivation geben. Es ist auch sehr wichtig, dass wir sie als unsere Kunde, als Gäste, sehen, und nicht länger als Patienten. (So werden sie dann vielleicht nicht so schnell merken, dass die Leistungen in unserem Health-Care-System gekürzt werden.)“

Auch Friesacher kommt zu dem Schluss, dass sich die Ökonomisierung des Pflegerischen an der Veränderung der Sprache zeigt. Moderne Managementkonzepte und Programme der Qualitätssicherung sind laut Friesacher Mittel der Menschenführung geworden.

„Vor dem Hintergrund ökonomischer Tendenzen sind die Managementstrategien in der Pflege zu sehen. Das äußert sich zunächst in der Sprache. Aus abhängigen Patienten werden kritische mündige Kunden, das Krankenhaus wird zum Gesundheitszentrum und die Pflegenden zu Erbringern von Service- und Dienstleistungen.“ (Friesacher 2008) Durch die Sprache wird der spezifische Rationalitätstyp zum Ausdruck gebracht. Eine solche Sprache schafft eine sterile, unpersönliche Atmosphäre. Renate Schernus (1997) spricht in diesem Zusammenhang von „Plastikwörtern“ (siehe Kasten auf dieser Seite unten), die die Sprache einer internationalen Diktatur darstellen. So geht laut Friesacher die vermeintliche Aufwertung des Patienten zum Kunden mit einer Ökonomisierung der Pflegenden-Patienten-Beziehung einher. Denn der Patient oder die Patientin ist eben nicht selbstbestimmt. Ein kranker Mensch ist vital und existenziell bedroht, die Pflegebeziehung ist durch Abhängigkeit und Asymmetrie geprägt (Wiese 1995 zitiert aus Hundenborn 2009).

Und noch einmal Friesacher:

„Die Mündigkeitsmetapher (Patient/Kunde Anmerk. B.H.) ist emanzipatorisch und euphemistisch zugleich: Sie verwandelt den SparZWANG in ein vermeidliches GesundheitsANGEBOT und Leistungskürzungen in Wahlfreiheit und Selbstbestimmung.“ Da scheinen die Aussagen der Pflegenden nicht ungewöhnlich: „wir sind doch keine Dienstboten, die Service- und Dienstleistungen erbringen.“ Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, wenn mehr und mehr Pflegende aus dem Berufsfeld fliehen. Denn, auch hier belegen vielfache Untersuchungen, dass Pflegende nach wie vor ihre Berufswahl aufgrund der Nähe zum Menschen und des Helfenwollens treffen, denn sonst wären sie wohl Flugbegleiterinnen oder Hotelfachkräfte geworden.

Sicher auch ehrenhafte Berufe, aber eben mit anderen Inhalten. Bourdieu führt hierzu aus, dass arbeitsteilige Organisationen nach spezifischen Kriterien funktionieren, deren Logik sich nicht auf ein einheitliches, universelles Grundprinzip reduzieren lässt. Das was im sozialen Handeln die Akteurinnen umtreiben lässt, ist nicht das gleiche, nicht identisch mit dem was im wirtschaftlichen Feld diktierend ist (Engler 2004). Immer wieder werde ich gebeten doch Schulungen durchzuführen, die den Pflegenden den Dienstleistungsgedanken näher bringen sollen, nach dem man freundlich, aufgeschlossen, kommunikativ, personengebunden, individuell und interaktionsorientiert sein soll.

Da stellt sich die Frage: wann und wodurch sind diese Eigenschaften in der Pflege abhanden gekommen? Grundvoraussetzungen die sich, wie ich meine, mit den Anforderungen an eine professionelle, personenbezogene, interaktive Dienstleistung decken.

Ausgeführt jedoch als Selbstverständlichkeit und persönliche Zugabe. Leistungen, die oft als Serviceleistung nur durch den persönlichen Mehreinsatz der Pflegenden erbracht werden können. In diesem Zusammenhang verweise ich insbesondere auf die ambulanten Pflegedienste.

Anders ausgedrückt bemerkt Schöniger:

„Pflegeleistungen, die unter rein ökonomischen Gesichtspunkten gesehen werden, müssen wie Produkte des sekundären Sektors definiert und auf dem Markt angeboten werden. Dann wird die Qualität der Pflege sich nach der Erfüllung der zeitlichen standardisierten Vorgaben unter rein wirtschaftlichen Aspekten richten müssen. Qualität ergibt sich damit nicht mehr aus der situationsbezogenen Sinnhaftigkeit der pflegerischen Entscheidungen und Handlungen, sondern aus einem vorgegebenen Angebotskatalog mit genehmigten Leistungen.

Unter diesen Bedingungen ist Pflege in der Erbringung pflegerischer Leistungen eingeschränkt und erinnert an rein produktionsbezogene Tätigkeiten. Ein reduziertes Verständnis von professioneller Pflege, die personengebunden, individuell und interaktionsorientiert ist, wird zwangsläufig zum Maßstab werden.“

Schon wieder, so scheint es geht die Pflege eine Beziehung ein und erlernt eine neue Sprache, für die sie einen hohen Preis bezahlen muss, den Verlust der Eigenständigkeit und der Reduzierung des Berufsbildes.

Nach Austin ist Sprache der Schlüssel zur Analyse der Reproduktion sozialer Beziehungen. Durch unsere Sprache reproduzieren wir soziale Beziehungen, in der Art und Weise was wir sagen und wie wir es sagen, erhalten wir Ungleichheiten aufrecht oder brechen sie auf. Indem man etwas sagt, tut man etwas und erschafft dadurch Wirklichkeiten.

Geben sie sich in ihren Einrichtungen die Möglichkeit über Sprache zu sprechen, bewusst, in Arbeitsgruppen und themenzentriert! Literatur bei der Verfasserin.

Birgit Hullermann (Dipl. Pflegewirtin (FH))