

Anke Jürgensen

Pflegesprache

Eine empirische Untersuchung der Sprache Pflegender in der intraprofessionellen Kommunikation am Beispiel Übergabegespräche



Anke Jürgensen

Pflegesprache

Eine empirische Untersuchung der Sprache Pflegender in der
intraprofessionellen Kommunikation am Beispiel Übergabegespräche

Impressum

Zitiervorschlag:

Jürgensen, Anke: Pflegesprache. Eine empirische Untersuchung der Sprache Pflegenden in der intraprofessionellen Kommunikation am Beispiel Übergabegespräche. Bonn 2026.
URL: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/20516>

Die vorliegende Publikation ist aus einer Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Pflegewissenschaft (Dr. rer. cur.) hervorgegangen, die im September 2023 im Rahmen eines Promotionsverfahrens im Fach Pflegewissenschaft an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Vinzenz Pallotti University (ehem. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar) eingereicht und angenommen worden ist. Die Disputation fand am 17.07.2024 statt.

1. Auflage 2026

Herausgeber:

Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114 – 116
53113 Bonn
Internet: www.bibb.de

Publikationsmanagement:

Stabsstelle „Publikationen und wissenschaftliche Informationsdienste“
E-Mail: publikationsmanagement@bibb.de
www.bibb.de/veroeffentlichungen

Herstellung und Vertrieb:

Verlag Barbara Budrich
Stauffenbergstraße 7
51379 Leverkusen
Internet: www.budrich.de
E-Mail: info@budrich.de

Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernimmt das BIBB keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

Lizenzierung:

Der Inhalt dieses Werkes steht unter einer Creative-Commons-Lizenz (Lizenztyp: Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen – 4.0 International).

Weitere Informationen zu Creative Commons und Open Access finden Sie unter www.bibb.de/oa.



ISBN 978-3-8474-2808-4 (Print)

ISBN 978-3-96208-548-3 (Open Access)

urn:nbn:de:0035-1201-0

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Gedruckt auf umweltfreundlichem Papier

Vorwort

Im Bereich der Pflegeberufe ist eine adressatengerechte Kommunikation von entscheidender Bedeutung. Dies betrifft nicht nur die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen, sondern auch zwischen den beruflich Pflegenden selbst. Die professionelle Berufssprache erhöht die Patientensicherheit sowie die Qualität der Pflege, zudem stiftet sie berufliche Identität.

Die vorliegende Untersuchung analysiert vor diesem Hintergrund die Sprache Pflegender anhand des Beispiels von Übergabegesprächen. Dabei wird weitreichendes empirisches Material detaillierten Diskurs-, Wortschatz- und Inhaltsanalysen unterzogen. Die Ergebnisse lassen Aussagen über patienten-, pflegeprozess- und arbeitsorganisationsbezogene Aspekte mündlicher Kommunikation Pflegender zu. Die gewonnenen Erkenntnisse bieten vielfältige Impulse für die Reflexion der Sprache Pflegender im Rahmen von Aus- und Weiterbildung.

Gerade im Bereich der Pflege sind empirisch belastbare, für die Aus- und Weiterbildung nutzbare Forschungsergebnisse von großer Bedeutung, weil sich die Pflegebildung in den vergangenen Jahren tiefgreifenden strukturellen Veränderungen gegenüber sah. Mit dem Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes im Jahr 2020 wurden die bisher separaten Berufe „Altenpfleger/-in“, „Gesundheits- und Krankenpfleger/-in“ und „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“ in ein gemeinsames Berufsbild „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“ überführt. Durch diese neue generalistische Ausbildung sollen die angehenden Pflegefachpersonen befähigt werden, Menschen aller Altersstufen zu pflegen. Ergänzend zur beruflichen Ausbildung wurde ein akademischer Ausbildungsweg etabliert, der mit einem generalistischen Berufsabschluss und einem Bachelorgrad abschließt. Im Oktober 2025 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Pflegefachassistentengesetz, durch das 27 unterschiedliche Landesregelungen ersetzt werden. Ab 2027 sollen neu geregelte, generalistisch angelegte Bildungsgänge von 18 Monaten (in Vollzeit) starten und den Weg zur (vollqualifizierenden) Ausbildung zur Pflegefachperson ebnen.

In diesem dynamischen Umfeld erfüllt der Arbeitsbereich 2.6 am Bundesinstitut für Berufsbildung seit 2020 wesentliche Aufgaben in der Ordnung, der Forschung, des Monitorings sowie der zielgruppenspezifischen Informationsaufbereitung und der Öffentlichkeitsarbeit zu den Pflegeberufen. Die vorliegende Arbeit von Anke Jürgensen leistet in diesem Kontext einen bedeutenden Beitrag!

Prof. Dr. Hubert Ertl

Forschungsdirektor und Ständiger Vertreter des Präsidenten des BIBB

Danksagung

Pflegesprache – was ist das eigentlich? Diese Frage habe ich mir immer dann gestellt, wenn von der „Fachsprache“ der Pflege gesprochen wurde, aber medizinisches Vokabular gemeint war oder auf die Sprache der Pflege mehr drauf- als hineingeschaut wurde. Daher war es mir schon länger ein Anliegen, mich intensiv mit Pflegesprache zu befassen: nicht in erster Linie sprach-, sondern pflegewissenschaftlich und unter der Fragestellung: Wie wird Pflegesprache „gelebt“? Inspirierend war für mich der interdisziplinäre Ansatz, der in den 2005 und 2006 veröffentlichten Sammelbänden „Die Sprachen der Pflege“ und „Sprache und Pflege“ von Abt-Zegelin und Schnell verfolgt wird. Aber die Initialzündung kam mit den neueren Veröffentlichungen „Zu den Spezifika der Pflegesprache“ und „Zur Kommunikation im Gesundheitswesen“ von Frau Prof. Dr. Maria Marchwacka, die sich zudem bereit erklärt hat, mein Promotionsvorhaben an der Vinzenz Pallotti University (VPU) in Vallendar zu betreuen. Mein Dank gilt ihr und meinem Zweitgutachter Herrn Prof. Dr. Benjamin Kühme von der Hochschule Osnabrück für die inspirierenden Diskussionen in den Colloquien.

Was als müßige Beschäftigung 2020 neben einer Vollzeitstelle begann, entwickelte sich durch die COVID-19-Pandemie und die unvermittelte Schließung der pflegewissenschaftlichen Fakultät an der VPU zu einem Hürdenlauf unter Zeitdruck. Daher sei auch meinem Arbeitgeber, dem Bundesinstitut für Berufsbildung mit dem Graduiertenförderprogramm, von dem ich profitieren durfte, gedankt. Ohne das wäre es nicht möglich gewesen, noch rechtzeitig fertig zu werden. Namentlich danke ich Dr. Judith Offerhaus für die Begleitung und ihr offenes Ohr in allen promotionsbezogenen Belangen. Zu meiner Unterstützung trug auch mein wohlwollendes Kollegium bei, das Rücksicht auf mein neues Projekt genommen und die lange Schreibphase am Ende kompensiert hat. Für ihre mentale und fachliche Unterstützung danke ich besonders meiner Chefin Dr. Lena Dorin sowie Dr. Bettina Dauer und Bettina Klein.

Das Ganze wäre nicht entstanden, wenn mir nicht auch die Verantwortlichen in den Kliniken, in denen ich die Untersuchung durchgeführt habe, die Türen geöffnet und die Pflegeteams mir das Vertrauen entgegengebracht hätten, das es braucht, um die tiefen Einblicke zu gewinnen, die ich für die Untersuchung brauchte. Ich möchte mich hier ganz herzlich bei allen Krankenschwestern und Krankenpflegern, allen Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern, Altenpflegerinnen und Altenpflegern, Pflegeassistentinnen und -assistenten, Stationshilfen, Praktikantinnen und Praktikanten sowie den Auszubildenden bedanken. Ohne sie hätte es keine Daten zum Auswerten und damit auch keine Dissertation gegeben.

Jede und jeder, die oder der sich jahrelang phasenweise aus der Familie und dem Freundeskreis zurückziehen musste, kann sich vorstellen, wie ein Promotionsvorhaben die sozialen Kontakte strapaziert. Ich möchte mich daher bei allen für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihren Zuspruch bedanken. Insbesondere bei meinen „Schwiegereltern“ Hiltrud und Eddi, meinen Eltern Heinz (†) und Anne-Dore, meinen Söhnen Hannes und Anton und ganz besonders bei meinem Lebenspartner und besten Freund Dirk, der immer wieder gelesen, Vieles mit mir durchgesprochen und mich am Ende auch täglich bekocht hat.

*„Wenn die Sprache nicht stimmt, dann ist das,
was gesagt wird, nicht das, was gemeint ist.
So kommen keine guten Werke zustande.“*

Konfuzius (551–479 v. Chr.), chinesischer Philosoph

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Danksagung	5
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	13
Abkürzungsverzeichnis	15
1 Einleitung	17
1.1 Vorbemerkungen	17
1.2 Begründung der Arbeit	18
1.3 Theoretischer Bezugsrahmen	20
1.4 Problemstellung und Erkenntnisinteresse	23
1.5 Wissenschaftliche und praktische Relevanz	25
1.6 Annahmen und Forschungsfragen	26
1.7 Aufbau der Arbeit	27
Theoretischer Teil	31
2 Professionstheoretische Grundlagen	33
2.1 Profession und Beruf	33
2.2 Diskurslinien zur Pflege als Profession	35
2.2.1 Die Pflege als umstrittene Profession	37
2.2.2 Professionsmerkmale	39
2.2.3 Akademisierung der Pflege	41
2.2.4 Pflege in der Selbst- und Fremdwahrnehmung	42
2.2.5 Die Pflege zwischen Selbst- und Fremdbestimmung	44
2.2.6 Medizinische Wissensbestände als Determinanten beruflicher Pflege	46
2.2.7 Die staatliche Legitimierung der Profession Pflege	50
2.3 Zusammenfassung der professionstheoretischen Grundlagen	52
3 Logik und Struktur professionellen klientenbezogenen Handelns	55
3.1 Wissensformen in klientenbezogenen Berufen	56
3.2 Beziehungsstruktur in klientenbezogenen Berufen	57
3.3 Erscheinungsform professionellen Pflegehandelns	58
3.4 Pflegeprozess als Kernelement professionellen Handelns	60
3.5 Intraprofessionalität der Pflege	66

3.5.1	Intraprofessionelle Pflgeteams	66
3.5.2	Intraprofessionelle Zusammenarbeit	67
3.6	Zusammenfassung zur Professionalität der Pflege auf der Handlungsebene	70
4	Sprache im Beruf	73
4.1	Sprache der klassischen Professionen	74
4.2	Sprache in beruflichen Handlungsfeldern	76
4.3	Fachsprachliche Register	77
4.4	Fachsprache und Berufssprache	79
4.5	Die Sprache im Pflegeberuf.	84
4.5.1	Pflegesprache und Profession	86
4.5.2	Pflegesprache und Ethik	87
4.5.3	Begriffsbildung und -prägung in der Pflege	89
4.5.4	Standardisierte Pflegesprache	91
4.5.5	Sprache als Thema der Pflegeforschung	99
4.6	Zusammenfassung und Implikationen für das weitere Vorgehen	100
5	Pflegeübergabe	103
5.1	Zweck von Übergabegesprächen	105
5.2	Übergabe als risikoführendes Handlungsfeld	106
5.3	Übergaben im Fokus der Forschung in Deutschland	108
5.4	Aktuelle Forschungstrends und -ergebnisse	109
5.5	Die Übergabe als Forschungsgegenstand – eine Zusammenfassung.	123
	Empirischer Teil.	125
6	Methodik der empirischen Untersuchung	127
6.1	Analysemethoden zur Untersuchung der Übergabegespräche	127
6.1.1	Diskursanalyse von Übergabegesprächen.	128
6.1.2	Qualitative Inhaltsanalyse von Übergabegesprächen.	129
6.1.3	Wortschatzanalyse von Übergabegesprächen	130
6.2	Die Erhebungsmethoden: Beobachtung und Tonaufzeichnung	130
6.3	Samplebildung	131
6.4	Datenaufbereitung: Transkription.	133
6.5	Kategorisierung und Codierung	133
7	Vorgehensweise.	135
7.1	Ethisches Clearing und Datenschutz.	135
7.2	Feldzugang	136

7.3	Ablauf der Datenerhebung	137
7.3.1	Beschreibung der Stichprobe	138
7.3.2	Vorgehen bei der Beobachtung	141
7.4	Vorgehen bei der Datenaufbereitung/Transkription.	144
7.5	Vorgehen bei der Diskursanalyse	146
7.5.1	Organisationsstruktur und Muster von Übergaben	146
7.5.2	Analyse der Gesprächsphasen und -teilphasen.	147
7.6	Vorgehen bei der Inhaltsanalyse	147
7.7	Vorgehen bei der Wortschatzanalyse	153
8	Ergebnisse	155
8.1	Institutionelle Rahmenbedingungen	155
8.1.1	Beschreibung der Übergabesituationen	156
8.1.2	Beteiligte	158
8.1.3	Zeitlicher Umfang	161
8.1.4	Der Wortschatz in den Übergaben.	162
8.2	Gestaltung der Phasen und Teilphasen von Übergaben	165
8.2.1	Eröffnung und Abschluss der Übergabe	167
8.2.2	Kommunikative Bearbeitung von Störungen	168
8.2.3	Kommunikation im Rahmen von Arbeitsorganisation	169
8.2.4	Gesprächssequenzen mit Bezug zu Patientinnen/Patienten	177
8.3	Darstellung professioneller Pflegepraxis in den Übergaben.	180
8.3.1	Der Pflegeprozess in Übergaben	180
8.3.2	Selbstreferenzielle Informationen.	196
8.3.3	Klientenzentrierung	199
8.4	Zusammenfassung der Ergebnisse unter Einbezug der Beobachtungen	200
8.4.1	Rahmenbedingungen und Konventionen	201
8.4.2	Interaktion in den intraprofessionellen Teams	202
8.4.3	Sprachliche Register	203
8.4.4	Pflegeprozess.	204
9	Diskussion	205
9.1	Die Darstellung professionalisierter Pflegepraxis in den Übergaben.	205
9.1.1	Die Sprache in den Übergaben.	205
9.1.2	Intraprofessionelle Kommunikation und Interaktion.	209
9.1.3	Wissensbasis und doppelte Handlungslogik.	213
9.1.4	Der Pflegeprozess als Thema der Übergaben	214
9.1.5	Die Sicht auf die Patientinnen/Patienten.	217
9.2	Methodendiskussion.	219

9.3	Limitationen	221
9.3.1	Reichweite der Ergebnisse	221
9.3.2	Reflexion der Rolle als Forschende	222
9.4	Ausblick	222
Literaturverzeichnis		225
Anhang		241
	Wortschatz auf den Achsen der ICNP	241
	Fachbegriffe im Zusammenhang mit pflegerelevanten Themen (Focus).	241
	Fachbegriffe im Zusammenhang mit Beurteilung, Ausprägung (Judgment)	243
	Fachbegriffe im Zusammenhang mit Handeln (Action)	244
	Fachbegriffe im Zusammenhang mit Mitteln und Methoden (Means)	245
	Fachbegriffe im Zusammenhang mit Lokalisation (Location)	247
	Fachbegriffe im Zusammenhang mit Pflegeorganisation	248
	Umgangssprache im Zusammenhang mit Beurteilung, Ausprägung (Judgement)	249
	Umgangssprache im Zusammenhang mit Handeln (Action)	250
	Umgangssprache im Zusammenhang mit Lokalisation (Location)	250
	Umgangssprache im Zusammenhang mit Mitteln und Methoden (Means).	251
	Umgangssprache im Zusammenhang mit Pflegeorganisation	251
	Alle Abkürzungen	252
Abstract		253

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Ergebnisdarstellung der Recherche	36
Abbildung 2: Hoffmanns Systematik der Sprachen	81
Abbildung 3: Efings Systematik der sprachlichen Register	82
Abbildung 4: Modell beruflicher Kommunikation.	84
Abbildung 5: Modell der Übergabekommunikation	104
Abbildung 6: PRISMA-Flow-Diagramm	113
Abbildung 7: Transformation eines mündlichen Berichts	123
Abbildung 8: Ablaufschema der Untersuchung	135
Abbildung 9: Berufsabschlussjahre der teilnehmenden Pflegefachpersonen, farblich markiert nach in der Zeit geltendem Berufsgesetz	140
Abbildung 10: Durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit aller Teilnehmenden in Jahren nach Berufsgruppe	141
Abbildung 11: Analyseeinheiten der Übergabegespräche.	148
Abbildung 12: Anzahl der Wortbeiträge in Relation zur aktiven Teilnahme nach Berufsgruppe	159
Abbildung 13: Aktive Teilnahme nach Klinik und Berufsgruppe.	160
Abbildung 14: Phasenverlauf von Übergabegesprächen.	167
Abbildung 15: Häufigkeit der Nennungen von Pflegediagnosen bezogen auf Klassen der ENP	183
Abbildung 16: Häufigkeit der Nennungen von Pflegemaßnahmen bezogen auf Klassen der ENP	184

Tabellen

Tabelle 1: Merkmale und Struktur von Sprachvarietäten	83
Tabelle 2: Domänen, Ein- und Ausschlusskriterien	111
Tabelle 3: Suchkomponenten nach PICO-Schema	112
Tabelle 4: Suchbegriffe und Kombinationen	112
Tabelle 5: Eingeschlossene Publikationen	114
Tabelle 6: Übersicht zur Datenerhebung in fünf Kliniken	138
Tabelle 7: Fachbereiche und Beschäftigte in der Stichprobe	139
Tabelle 8: Übersicht aller protokollierten und aufgezeichneten Übergaben	143
Tabelle 9: In MaxQDA importierte Dokumente und Nummerierung der Wortbeiträge (Absätze)	146
Tabelle 10: Codierleitfaden für Pflegeprozess und Personenzentrierung	150
Tabelle 11: Aktiv/passiv Beteiligte nach Berufsgruppen	159
Tabelle 12: Prozentualer Anteil der Wortbeiträge zwischen Früh- und Spätdienst	161
Tabelle 13: Zeitaufwand in den Übergaben pro Patient/-in	162
Tabelle 14: Zuordnung der Übergabethemen in ENP-Klassen der Domäne „Funktionaler/physiologischer Bereich“	182
Tabelle 15: Zuordnung der Übergabethemen in ENP-Klassen der Domäne „Emotionaler/psychosozialer Bereich“	182

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AltPflG	Altenpflegegesetz
ANP	Advanced Nursing Practice
APF	Altenpfleger/-in
Azubi	Auszubildende/-r (umfasst in dieser Arbeit Personen in der dreijährigen Pflegeausbildung nach KrPflG oder PflBG)
B.O.K.D.	Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands
CCC	Clinical Care Classification
CHN	Community Health Nursing
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft
DPR	Deutscher Pflegerat
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
e. V.	eingetragener Verein
ebd.	ebenda
ENP	European Nursing Pathways
GKP	Gesundheits- und Krankenpfleger/-in
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICN	International Council of Nursing
ICNP	International Classification of Nursing Practice
KAP	Konzertierte Aktion Pflege
KI	Künstliche Intelligenz
KoWeP	Kompetenzkommunikation und Wertschätzung in der Pflege
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflG	Krankenpflegegesetz
KS	Krankenschwester (umfasst in dieser Arbeit auch Krankenpfleger)
NANDA	North American Nursing Diagnoses Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NLP	Natural language processing
NOC	Nursing Outcome Classification
PA	Pflegeassistent/-in (umfasst in dieser Arbeit alle Personen mit einer mindestens einjährigen Ausbildung in der Pflegehilfe/Pflegeassistentenz)

PflBG	Pflegeberufegesetz
PflStudStG	Pflegestudiumstärkungsgesetz
POP	Praxisorientierte Pflegediagnostik
PTHV	Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
SBAR	Situation-Background-Assessment-Recommendation
Sek.	Sekunde
SH	Stationshilfe (umfasst in dieser Arbeit Stationshilfen, Praktikantinnen bzw. Praktikanten und studentische Hilfspersonen)
VdPB	Vereinigung der Pflegenden in Bayern
vgl.	vergleiche
VPU	Vincenz-Pallotti-University
WB	Wortbeitrag
zit. n.	zitiert nach

1 Einleitung

1.1 Vorbemerkungen

Zum Gendern in dieser Arbeit

Wer sich mit Sprache befasst, muss sich an seiner eigenen Sprache messen lassen, daher vorab ein paar Worte zum Gendern. Stets wurde in dieser Arbeit versucht, geschlechtsneutral und damit in alternativen Wörtern und Wendungen zu schreiben, wobei unterstützend die Vorschläge vom Online-Duden oder einschlägigen Internetseiten herangezogen wurden. Wenn es nicht zu vermeiden war, wurde die Doppelnennung mit oder ohne die Abkürzung per Schrägstrich plus Ergänzungsstrich konform dem amtlichen Regelwerk Duden vorgenommen, auch wenn diese Schreibweise nur das binäre Geschlechtsmodell berücksichtigt und nicht die Geschlechtervielfalt. Die vorliegende Arbeit soll aber auch als barrierefreies Dokument veröffentlicht werden, womit diese Entscheidung verbunden ist. Mit der Barrierefreiheit lassen sich aktuell nur die Doppelnennung oder alternative geschlechtsneutrale Formulierungen vereinbaren, nur bedingt aber der Genderstern (Asterisk), das Binnen-I oder das Gender-Gap (Unterstrich oder Doppelpunkt). Berücksichtigt wurde, dass die in der gängigen Software installierte Vorlesefunktion das Wort erkennt und damit Menschen mit Sehbehinderung oder Leseschwäche den Zugang zu allen Textinhalten dieser Arbeit erlaubt. Zusammengesetzte Wörter, deren Erstglied wie ein generisches Maskulinum daherkommt, wie z. B. „klientenbezogen“, werden so belassen, wenn sie alternativlos erscheinen, als geklärte Konzepte der Primärliteratur entstammen, allgemein geläufig sind, keine Personen bzw. Personengruppen an sich gemeint sind und der vorrangig gemeinte Sinn im zweiten Wortteil steckt und darauf die Wahrnehmung des Begriffs gelenkt werden soll. Selbstverständlich sind alle Geschlechter gemeint.

Zum Begriff der Intraprofessionalität

Wie der Untertitel dieser Arbeit verrät, wird die intraprofessionelle Kommunikation Pflegenden in den Blick genommen. Damit steht zunächst nicht infrage, ob und inwiefern es sich bei der Pflege tatsächlich um eine Profession handelt (dazu mehr in Kapitel 2.2), sondern wie der Begriff *intraprofessionell* in dieser Arbeit verstanden wird. Im Vergleich zur interdisziplinären Kommunikation, die von Personen aus verschiedenen Fachrichtungen im beruflichen Kontext geführt wird, beispielsweise in Fallbesprechungen, sind mit der intraprofessionellen Kommunikation in der Pflege Gespräche gemeint, die innerhalb der Berufsgruppe geführt werden. Die Verwendung der Begriffe bzw. Wortteile *-disziplinär* und *-professionell* sowie *intra-* und *inter-* in Bezug auf Formen der Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen ist vielgestaltig, wird aber offenbar uneinheitlich verwendet (MAHLER u. a. 2014) und bedarf daher in dieser Arbeit einer Klärung. *Interdisziplinär* und *interprofessionell* fungieren meist wie Synonyme, dabei bezieht sich *-disziplin-* aber im eigentlichen Sinne auf eine Wissenschaftsdisziplin (siehe

hierzu auch REMMERS 2011). Arbeiten verschiedene Berufsgruppen zusammen, z. B. Pflegende und Mediziner/-innen so spricht man von *interprofessioneller* Zusammenarbeit (vgl. MAHLER u. a. 2014, S. 3). Intraprofessionell bezeichnet demnach mit dem Präfix *intra-*, was zu Deutsch *innerhalb* bedeutet, etwas, was sich innerhalb einer Berufsgruppe abspielt; es soll hier auch so verstanden werden. In der internationalen Literatur wird die Zusammenarbeit beruflich Pflegender auch als „Nurse-Nurse-Collaboration“ bezeichnet, was als zusätzlicher Suchbegriff bei der Literatursuche in Datenbanken (siehe hierzu Kapitel 5.4) von Bedeutung ist, um den aktuellen Forschungsstand zur Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden zu ermitteln. Näheres zur Intraprofessionalität und intraprofessionellen Zusammenarbeit aus der Perspektive der Pflege ist in Kapitel 3.5 ausführlich dargelegt.

1.2 Begründung der Arbeit

Was wären wir ohne Sprache? Was wäre Pflege ohne Worte? „Pflegerwissenschaft, die der am weitesten reichende Beweis für das Zur-Sprache-Kommen der Pflege ist“ (SCHNELL 2005, S. 33), ist ohne Sprache nicht denkbar. Kommunikation und Interaktion sind Kernelemente der Pflege (vgl. FRIESACHER 2008, S. 239), die ohne Sprache nicht auskommen, und dennoch scheint die Pflege traditionell eher sprachlos zu sein (SCHNELL 2005). Berufsangehörige der Pflege wären ohne Sprache kaum handlungsfähig. „Das Sprechen Pflegender im Kontext beruflichen Handelns begleitet nicht einfach nur das pflegerische Handeln, sondern ist selbst pflegerisches Handeln“ (WALTHER 2005, S. 51). Mit Worten wird getröstet, ermutigt und beruhigt. Über Sprache findet das Kennenlernen beim ersten Kontakt zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen statt, Sprache wird genutzt für Absprachen, zur Feststellung des Pflegebedarfs, zum Ermitteln von Bedürfnissen, zur Diagnostik.

„If you don't name nursing you can't practice it, you can't teach, you can't pay for it, you can't put it into public policy, and you can't teach it“ (LANG 2008). So begründete die Pionierin der Pflegeinformatik, Norma LANG, in dem 2008 veröffentlichten Interview ihr seit Jahrzehnten fortgesetztes Engagement für eine einheitliche Pflegesprache. Sie nahm für ihr Engagement die schriftliche Pflegedokumentation zum Anlass, denn die meisten der mündlich berichteten pflegerischen Interventionen fanden seinerzeit nicht den Weg in eine schriftliche Dokumentation – somit fehlte der Nachweis geleisteter Pflegearbeit. Was von LANG als Argument für eine aussagekräftige (computergestützte) schriftliche Dokumentation des Pflegeprozesses unter Verwendung von Klassifikationssystemen und insbesondere für eine einheitliche Terminologie herangezogen wurde, liefert, wenngleich mit bewusst in Kauf genommenen Einschränkungen, eine Begründung für die Untersuchung der verbal-mündlichen intraprofessionellen Kommunikation. Die schriftliche Kommunikation steht einer mündlichen Vermittlung pflegebezogener Sachverhalte gegenüber. Erstere ist von der Gleichzeitigkeit des Senders und Empfängers entbunden, und es stehen ggf. aufbereitete sprachliche Mittel zur Verfügung (z. B. Terminologien oder Textbausteine). In Letzterer sind die sprachlichen Mittel von Spontaneität, vom Thema, von der aktuellen Situation und den beteiligten Akteuren bestimmt. In der intraprofessionellen beruflichen Kommunikation geht es inhaltlich um das, was die Berufsangehörigen tun, wie sie berufliche Situationen deuten, welches

Verständnis sie von ihrem Beruf und ihrer Arbeit haben, es geht um Arbeitsabläufe und um Absprachen, es geht um den Gegenstand der Disziplin Pflege.

Das Angebot an Literatur, die sich mit der mündlichen Kommunikation in der Pflege befasst, ist sehr groß, wodurch der Eindruck entsteht, dass es keiner weiteren Untersuchung bedarf. Bei genauerer Betrachtung wird allerdings deutlich, dass bestimmte Handlungsfelder der Pflege in dieser Hinsicht noch unerforscht sind oder dass Untersuchungen derselben bereits viele Jahre zurückliegen. So stellt SCHÖNEFELD (2021) fest, dass zwar die Datenerhebung von Gesprächen mittels Ton- oder Videoaufnahme in der Pflegewissenschaft gegenüber anderen Verfahren noch recht selten erfolgt sei, gesprächsanalytisch ermittelte Forschungsergebnisse in der Pflege in den letzten Jahrzehnten aber dennoch in nicht geringer Anzahl vorlägen (vgl. SCHÖNEFELD 2021, S. 119). Diese pflegewissenschaftlichen Untersuchungen beschäftigen sich überwiegend mit der Kommunikation zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen (vgl. ebd.), ihre Beziehungsstruktur, ihre Verständigung, gelingende Gesprächsführung usw.; die Beispiele waren schon vor 20 Jahren zahlreich (WALTHER 2003). Fokussiert wurde das Kommunikationsverhalten eher als die sprachlichen Aspekte (WALTHER 2003; 2005), die als Instrumentarium dem Ziel und Zweck eines Gespräches dienen.

Während also die Kommunikation zwischen zu pflegenden Menschen und beruflich Pflegenden vielfach seit Jahren Gegenstand der (Forschungs-)Literatur ist, fällt demgegenüber der Anteil, der sich mit den sprachlichen Mitteln beschäftigt, mit denen Kommunikation überhaupt erst möglich wird, eher gering aus. Noch weniger gibt es Untersuchungen zur Pflegefachsprache (MARCHWACKA 2018), die vor allem in der inter- und intraprofessionellen Kommunikation angewandt wird.

Nach HAIDER sind „Berufe im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege [...] *Sprachberufe* par excellence, da sie neben einer umfassenden Fachkompetenz auch ein hohes Maß an kommunikativer Kompetenz im Umgang mit PatientInnen, KlientInnen, aber auch KollegInnen im intra- und interdisziplinären Diskurs fordern“ (HAIDER 2010, S. 8, Hervorhebung im Original). Dieser Diskurs stellt sich in Form mündlicher (z. B. Übergabegespräche) und schriftlicher (z. B. Pflegedokumentation) Kommunikation unter beruflich Pflegenden, im Modell der beruflichen Kommunikation nach ROELCKE (2020a) als „Experten“ bezeichnet, dar. In solchen Konstellationen tauschen sich die Akteure über beruflich relevante Sachverhalte aus, thematisieren also z. B. Arbeitsprozesse, Handlungsanlässe und -ziele.

Pflegewissenschaftliche Untersuchungen zum Thema Sprache lassen sich grob in normative Auseinandersetzungen und empirische Arbeiten unterscheiden (vgl. HÜLSKEN-GIESLER 2008, S. 49ff.). Normative Auseinandersetzungen fokussieren die Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Pflegenden, Kommunikation wird als verbal und nonverbal verstanden (ebd.). Empirische Arbeiten nehmen die Sprache in bestimmten Handlungsfeldern (Aufnahmegespräche, Übergabegespräche) oder Versorgungsbereichen (Intensivstation, Altenpflege) in den Fokus, dabei würde „[n]ahezu einhellig [...] ein Defizit im Bereich der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden konstatiert und entsprechend die Forderung nach der Entwicklung sprachlich-kommunikativer Kompetenzen als Grundqualifikation professioneller pflegerischer Arbeit formuliert [...], die besondere Bedeutung der Sprache [bleibt aber] bislang unterbelichtet“ (HÜLSKEN-GIESLER 2008, S. 50f.).

Sprache dient der Analyse, der Beziehungsgestaltung, der Beratung, Schulung und Information. So vielgestaltig ist auch das Instrumentarium, mit dem der inter- und intraprofessionelle Dialog gestaltet wird, so dass die Gesundheitsversorgung von Menschen abgesprochen, gewährleistet, diskutiert und dokumentiert werden kann. Das Gelingen des intraprofessionellen Dialogs ist abhängig von einer allen verständlichen und fachlich eindeutigen Sprache, um Qualität und Kontinuität der Versorgung abzusichern.

Wer sich mit Pflegesprache beschäftigt, fragt eher nach der für die Berufsausübung erforderlichen Sprachkompetenz, und das meist mit Blick auf migrierte beruflich Pflegende, die Deutsch als Zweitsprache erwerben. Wer Pflegesprache aus rein sprachwissenschaftlicher Perspektive betrachtet, fragt nach den sprachlichen Mitteln, nicht aber unbedingt nach deren Einbindung in berufliche Handlungsfelder oder auch nicht danach, welche Bedeutung das für die Professionalität der Pflege hat. Damit steht das Thema Pflegesprache aus pflegewissenschaftlicher Sicht deutlich hinter der Befassung mit Kommunikation zurück und stellt ein Forschungsdesiderat dar (MARCHWACKA 2018; 2019). Nach einem Vortrag von FRIESACHER (2017) ist die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Sprache der Pflege ein Auftrag an die Pflegewissenschaft:

„Die Erarbeitung einer ‚Sprache des Pflegerischen‘ inklusive der Integration des ‚stummen Wissens‘ auf einem höheren Reflexionsniveau und die Verknüpfung des wissenschaftlichen Wissens mit dem fallspezifischen Erfahrungswissen wäre dann Aufgabe der Disziplin Pflegewissenschaft“ (FRIESACHER 2017, Folie 15).

Die vorliegende Arbeit zielt auf angewandte Sprache in pflegeberuflichen Handlungsfeldern, in denen die Berufsangehörigen miteinander kommunizieren, wofür die Schichtübergabe ein geeignetes Untersuchungsfeld darstellt. Die letzten umfassenden Studien hierzulande wurden von WALTHER (1997), LAUTERBACH (2008) und OBERZAUCHER (2014) vorgelegt, d. h., diese Untersuchungen liegen bereits zehn bis über 25 Jahre zurück. Es ist anzunehmen, dass eine erneute Untersuchung weitere bzw. neue Ergebnisse hervorbringen wird. Insbesondere sollen diese vor dem Hintergrund der weiterentwickelten Professionalisierung der Pflege und mithilfe eines interdisziplinären theoretischen Zugangs eingeordnet werden.

1.3 Theoretischer Bezugsrahmen

Bezugnehmend auf das Statement von LANG fasst BARTHOLOMEYCZIK (2005) die Rolle, welche die Sprache im Zusammenhang mit der Professionalisierung der Pflege spielt, folgendermaßen zusammen:

„Es muss eine Sprache geben, die die Inhalte der Pflege klar und eindeutig bezeichnet, die etwas kommunizierbar und damit sichtbar macht. Damit erst wird der so bezeichnete Gegenstand diskursfähig und kann auch eingefordert werden. Weiterführende Ansprüche müssen an eine Sprache gestellt werden, die eine Wissenschaft entwickeln soll und für Forschungszwecke nutzbar ist. Darüber hinaus muss es eine Sprache im Außenverhältnis, im öffentlichen Raum geben, die für die Disziplin politisch nutzbar ist“ (BARTHOLOMEYCZIK 2005, S. 23).

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage danach, welcher Sprache sich Pflegende untereinander bedienen und wie diese vor dem Hintergrund der Pflege als Profession zu bewerten ist. Der Annäherung an den Forschungsgegenstand Berufssprache und der Beantwortung der Forschungsfragen wird der folgende theoretische Rahmen gesetzt: Aus der Professionssoziologie stammen die Professionstheorien, mit deren Hilfe die Merkmale von Professionen und das Spezifische professionellen Handelns in der Pflege bestimmt werden können. Zweige der Linguistik – Varietätenlinguistik und pragmatische Linguistik als handlungsorientierter sprachwissenschaftlicher Zweig – helfen zu bestimmen, was unter semantischen und syntaktischen Gesichtspunkten Berufs- bzw. Fachsprache ist und welche Bedeutung sie in ihrem kontextuellen Rahmen, also in bestimmten Kommunikationssituationen, hat. Nicht zuletzt münden beide theoretischen Bezüge in der Pflegewissenschaft, die die fachtheoretische Grundlage für professionelles Pflegehandeln liefert und die auch eine theoretisch fundierte Pflegesprache (Terminologie) zur Verfügung stellt, auf deren Grundlage die Ergebnisse der Untersuchung interpretiert und diskutiert werden.

Bei der Frage danach, was das Professionelle im Pflegeberuf sei, wurde seit den 1980er-Jahren das Charakteristische des klientenbezogenen beruflichen Handelns in die Professions- und Professionalisierungsdebatten einbezogen, nachdem zuvor, orientiert an den frühen Professionstheorien, der Fokus eher auf äußeren Merkmalen, wie u. a. Selbstverwaltung oder auch akademische Ausbildung, bzw. auf dem (Macht-)Verhältnis zwischen Professionsangehörigen und der Gesellschaft lag (WEIDNER 1995). Demnach „wird der Professionelle trotz aller Strukturzwänge immer auch als Handelnder gesehen, dessen Handlungskompetenz in einem fortlaufenden Sozialisationsprozeß entwickelt werden muß“ (WEIDNER 1995, S. 48). Nach seiner Auffassung – und das ist nach wie vor aktuell – basiert professionelles Pflegehandeln „auf Begründungskompetenzen, die auf (pflege)wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen und die einem erhöhten Begründungszwang [...] gegenüberstehen“ (WEIDNER 1995, S. 124). OEVERMANN (1996) konstatiert, dass professionalisiertes Handeln in seinen klientenbezogenen Praxisformen einem Handlungs- und einem Begründungsdruck unterliege (vgl. OEVERMANN 1996, S. 82ff.). Handlungsdruck herrsche in der akuten Krisenbewältigung, während im Nachhinein, also zeitlich nachgelagert, die Notwendigkeit bestehe, das Handeln zu begründen. Demnach ist professionelles Handeln erst dann vollzogen, wenn in der unmittelbaren Versorgung von Klientinnen/Klienten Krisenintervention erfolgt, die später, auf gesicherten Erkenntnissen beruhend, begründet werden muss.

Nach REMMERS (2011) unterliegt der Pflegeberuf einer doppelten Handlungslogik: Es ist das Begründungswissen im professionellen Pflegehandeln „auf der einen Seite charakterisiert durch Inanspruchnahme eines theoretisch allgemeingültigen, wissenschaftlichen Erklärungswissens“ (REMMERS 2011, S. 16) und auf der anderen Seite „im strikten Personenbezug“ (ebd., S. 17) zu sehen, also individualisiertem Fallverstehen, was „hermeneutische Kompetenzen der Beurteilung eines Einzelfalls in der *Sprache des Falls*“ (ebd., S. 17, Hervorhebung im Original) verlange. Bislang wurde in Professionalisierungsdiskursen das Pflegehandeln nicht an der Schnittstelle zwischen den Arbeitsschichten betrachtet. Der Blick richtete sich immer nur auf die agierenden Personen in der Situation, aber nicht auf die Übergänge: Patientinnen/Patienten mit gleicher Problemlage, nun aber im Versorgungsprozess und Arbeitsbündnis mit einer anderen Pflegeperson. Informiert zu sein, stellt hierfür eine

wesentliche Voraussetzung dar und kann nur über den intraprofessionellen Informationsaustausch gewährleistet werden.

Professionelle Pflege zeichnet sich durch einen „Sonderwissensbestand“ (WEIDNER 1995) und einen eigenen Handlungsbereich aus, der in seiner Logik den Schritten des Pflegeprozesses folgt. Letzterer wurde erstmals von WALSH/PETRO-YURA 1967 als ein Modell in vier Phasen – *assessing, planning, implementing, evaluating* – beschrieben und von FIECHTER/MEIER 1998 als ein in sechs Schritten unterteilter Prozess erweitert und im deutschsprachigen Raum verbreitet. Mit dem Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2017 werden erstmals die Erhebung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und die Evaluation sowie die Sicherung der Qualität der Pflege als allein Pflegefachpersonen¹ vorbehaltenen Tätigkeiten festgelegt (§ 4 Absatz 2 PflBG). Der Gesetzgeber führt dazu in seiner Begründung aus, dass es sich bei diesen Vorbehaltsaufgaben um solche handele, „die für die Pflegequalität und den Patientenschutz von besonderer Bedeutung“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 2016, S. 66) sind. Der Pflegeprozess ist demnach als eine „professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode“ (ebd.) anzusehen, als eine „charakteristische Kernaufgabe“ (ebd.), die durch entsprechend ausgebildetes Personal mit den erforderlichen Kompetenzen wahrgenommen wird (vgl. ebd.). Wie dieses professionelle Pflegehandeln innerhalb der Berufsgruppe, also intraprofessionell, zur Sprache gebracht wird, steht im Zentrum des Erkenntnisinteresses.

In Pflegeberufen besteht das Kerngeschäft in Interaktionen zwischen Menschen, wovon wesentlich der Erfolg von gesundheitsbezogenen Maßnahmen abhängt. In der Pflege wird hierfür mit verschiedenen Beteiligten mit unterschiedlichen sprachlichen Registern kommuniziert. Es wird davon ausgegangen und ist von linguistischer Seite belegt, dass innerhalb von Berufsgruppen eigene Sprachregister verwendet werden, um berufsbezogene Sachverhalte in der intraprofessionellen Kommunikation zu verbalisieren. Hinzu kommen Register, die in der Kommunikation zwischen Berufsangehörigen und anderen Beteiligten, z. B. Kunden/Kundinnen, verwendet werden. Bezogen auf die Pflege ist somit davon auszugehen, dass Berufsangehörige untereinander ein anderes Vokabular verwenden als in der Kommunikation mit zu pflegenden Menschen, ihren Angehörigen oder auch mit Angehörigen anderer Berufsgruppen.

Das Gespräch im beruflichen Kontext wird bestimmt durch die „beteiligten Personen mit ihren Identitäten, ihren Affekten, ihrer sozialen Beziehung und ihren Kognitionen (Wissen und Können)“ (BECKER-MROTZEK/BRÜNNER 2004, S. 30) einerseits und „die kommunikativen Zwecke des jeweiligen Gesprächstyps (z. B. einen Dissens beseitigen, eine Entscheidung herbeiführen)“ (ebd.) andererseits. Institutionelle Bedingungen beschränken oder ermöglichen die kommunikativen Erfordernisse (vgl. ebd.).

Es stecken also in jedem Handlungsfeld des Pflegeberufes auch kommunikative Prozesse. Ganz offensichtlich stellen Aufnahme und Entlassungsgespräche sowie Aufklärung und Beratung kommunikative Handlungssituationen dar. Aber auch jeder Schritt im Pflegeprozess, dem Kerngeschäft der Pflege, enthält kommunikative Anteile: die Erfassung der Pflegesitu-

1 Mit Pflegefachpersonen sind in dieser Arbeit alle Personen gemeint, die eine Berufsbezeichnung nach einem der Gesetze für Pflegeberufe auf Bundesebene führen.

ation von zu pflegenden Menschen durch Befragung, die Verständigung über Pflegebedarf und -bedürfnis, das Vereinbaren von Zielen, das Gespräch vor, während und nach der Durchführung von Pflegemaßnahmen bzw. das Gespräch an sich als Pflegemaßnahme etc. Es kann demnach der Pflegeberuf als ein Interaktionsberuf mit dem Kernelement Kommunikation bezeichnet werden. Interaktion basiert darauf, sich auf einen anderen Menschen einzulassen und sich im Rahmen des Pflegeprozesses mit ihm auf den Weg zu einem gemeinsam vereinbarten Ziel zu machen. Es ist demgemäß davon auszugehen, dass Pflegefachpersonen sich – je nach Kommunikationsbereich – angemessener sprachlicher Mittel bedienen müssen, um in den verschiedenartigen beruflichen Situationen professionell kommunizieren zu können.

Im Rahmen der institutionalisierten Gesundheitsversorgung erfolgt das in der Regel in Form von Dokumentation oder von intra- oder interprofessionellen Besprechungsphasen (Fallbesprechung, Übergabe). Im Sinne der „Typologie beruflicher Kommunikation“ (ROELCKE 2020a, S. 11) stellt die Konstellation einer intraprofessionellen Besprechung eine „Kommunikation unter Experten ein- und desselben Berufsbereichs“ (ebd., Hervorhebung im Original) dar. Hier ist auf Grundlage professionssoziologischer sowie linguistischer Theorie und Erkenntnis anzunehmen, dass das oben beschriebene Begründungswissen unter Verwendung eines vergleichsweise hohen Anteils von Fachsprache zum Ausdruck kommt.

1.4 Problemstellung und Erkenntnisinteresse

Sprache als Ausdrucksmittel ist ein Aspekt der Professionalität, der bislang nur vereinzelt aus pflegewissenschaftlicher Perspektive untersucht wurde. Eine eigene Fachsprache – diese Arbeit folgt der Annahme, dass Fachsprache eine Teilmenge von Berufssprache bildet, was in Kapitel 4 noch näher ausgeführt wird – bringt den Wissensbestand, aber auch Werthaltungen und Einstellungen einer Berufsgruppe zum Ausdruck. Fachsprache verbalisiert und begründet berufliches Handeln und ermöglicht die fachliche intraprofessionelle Kommunikation. Damit kommunizieren und diskutieren die „Professionellen“ eines Berufes intern über berufs- und arbeitsbezogene Sachverhalte. Bereits während der Ausbildung spielt Fachsprache eine wesentliche Rolle der (beruflichen) Identitätsbildung (vgl. KÜHME 2020, S. 58). Zur Expertise gelangt, wer die „fachspezifischen Gegenstände und Sachverhalte mit fachspezifischem Erkenntnisziel mit fachspezifischen Methoden in den Blick nimmt – und dies tut man ganz wesentlich mithilfe von Sprache“ (JANICH 2012, S. 10f.). Wer den Fachjargon beherrscht, gilt als eingeweiht und hebt sich von der Allgemeinheit ab. In Sozialisationsprozessen erworben wird Sprache zum Ausdruck von Persönlichkeit, mit ihr wird Zugehörigkeit, aber auch Abgrenzung vollzogen (BUCHOLTZ/HALL 2006; WOLF 1989). Berufsbildung und Berufsausübung können insofern als Sozialisationsprozesse verstanden werden, in denen Berufssprache erworben und angewandt wird. Diese bewährt sich im Laufe der Zeit in der Berufspraxis. Der Wandel eines Berufes und seiner Handlungsfelder, damit verbunden das professionelle Selbstverständnis, geht mit einer Veränderung der Sprache einher, so dass diese als dynamisches Gebilde das Berufsbild auch nach außen transportiert.

Beispiele von KÜHME (2020) zeigen, dass Pflegeauszubildende komplexe Sachverhalte sehr vereinfacht darlegen (KÜHME 2020, S. 146). ZEGELIN/QUERNHEIM (2022) bemängeln die unzureichend entwickelte Pflegesprache, mit der Berufsangehörige ihre Arbeitsinhalte

nur unzureichend darstellen könnten. Sie stellen fest, dass sich die Pflege dann nicht über ihre öffentliche „grandiose Fehlwahrnehmung“ (ZEGELIN/QUERNHEIM 2022, S. 65) wundern dürfe. Im Rahmen des bis 2022 durchgeführten Projekts Kompetenzkommunikation und Wertschätzung in der Pflege (KoWeP) sollte dem Umstand abgeholfen werden, dass Pflegenden ihre pflegerischen Kompetenzen sprachlich nicht sichtbar machen könnten.

„Einerseits zeigt sich, dass die Pflegenden in der Gesellschaft auf vereinfachte, banalisierende Vorstellungen über den Pflegeberuf treffen, andererseits fehlt es den Pflegenden an ‚Worten‘, die zentralen Konzepte ihrer beruflichen Tätigkeit so auszudrücken, dass die hinter den Handlungen liegenden Ziele und Absichten sichtbar und verständlich werden“ (ISFORT u. a. 2022, S. 39).

Es wurde dort festgestellt, dass die Berufsangehörigen ein Bedürfnis danach hätten, ihre pflegerische Kompetenz angemessen zu versprachlichen. Es entstünde sonst der Eindruck, dass die banalisierende Art, über Pflege zu sprechen, den Eindruck erzeuge, dass auch für pflegerische Handlungen selbst keine besondere Kompetenz erforderlich sei. So setzte sich das Projekt zum Ziel, die Kompetenzkommunikation Pflegenden zu fördern, um auch öffentlich die ihnen gebührende Anerkennung zu erhalten und Pflege als Profession sichtbar zu machen (ISFORT u. a. 2022, S. 24).

Seit den 1990er-Jahren – zeitgleich mit Entstehung der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum – erfolgt die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Sprache der Pflege sowohl aus pflegewissenschaftlicher als auch aus linguistischer Perspektive (MARCHWACKA 2018, S. 179). Die eher als vereinzelt anzusehenden Arbeiten aus den 1990er- und frühen 2000er-Jahren verfolgten u. a. Fragen nach der Sprache in der Kommunikation zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachpersonen, zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen/Patienten oder auch in Übergabegesprächen (ebd., S. 179). Hervorzuheben sind im letzteren Fall die Arbeiten von WALTHER (1997), LAUTERBACH (2008) und OBERZAUCHER (2014). WALTHER widmete sich Fragen nach dem Aufbau von Übergabegesprächen, wie das Pflegepersonal miteinander spricht und inwieweit die Übergabegespräche den „theoretischen Vorstellungen von Pflegelehrbüchern“ (WALTHER 1997, S. 4) entsprechen. LAUTERBACH fragte danach, wann, wie und womit Übergabegespräche durchgeführt werden und welche Funktionen sie haben. Darüber hinaus ging es ihm um die „Effekte der Informationsweitergabe“ (LAUTERBACH 2008, S. 39): Wie wird mit Problemen und Widersprüchen umgegangen? Wie werden Zusammenhänge hergestellt und Sachverhalte dargestellt und gedeutet? (vgl. ebd., S. 38f.). Explizit der Sprache Pflegenden widmet er sich zwar nicht, interpretiert aber deren Deutungsmuster auf Grundlage von Übergabegesprächen und Fokusgruppeninterviews. OBERZAUCHER schließlich unterzog Übergabegespräche einer Interaktionsanalyse, um deren „konstitutive Ablaufstruktur“ herauszuarbeiten (OBERZAUCHER 2014, S. 34). Ihm ging es um die Organisation der Konversation, die Beteiligung und die Rollen der Akteure. Dabei fokussierte er deren Art und Weise zu sprechen, ihre Sitzpositionen, Gestik usw. Darüber hinaus ging es ihm um die „Prozesse der Wissensgenerierung“, und er legte dar, „auf welche Praktiken die Beteiligten zurückgreifen, um die für Übergaben typische Asymmetrie der unterschiedlichen Erfahrungsinhalte kommunikativ zu bearbeiten“ (ebd., S. 35). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Autorin und die Autoren auf Grundlage beobachteter und auf-

gezeichneter Übergabegespräche auf professionelles bzw. unprofessionelles Handeln schließen, insbesondere auf das Vorhandensein oder Fehlen von mehrperspektivischem Deuten, fachlichem Diskurs oder Wissensgenerierung.

1.5 Wissenschaftliche und praktische Relevanz

Professionsmerkmale eines Berufes sind neben der Autonomie auch die Exklusivität gegenüber anderen Berufen. Diese Exklusivität wird von einem eigenen, berufsbezogenen theoretisch spezifizierten Wissen gestützt. WEIDNER spricht von einem „Sonderwissensbestand“, das ‚dem Mann auf der Straße‘ nicht verfügbar sei (vgl. WEIDNER 1995, S. 126). Fachsprache dient dem fachlichen Austausch innerhalb einer Profession. Somit gilt das Forschungsinteresse der Pflege(fach)sprache, mit der das Professionsmerkmal eines eigenen Wissenskorpus‘ zum Ausdruck gebracht wird. Mit der Offenlegung der Pflegesprache soll ein Beitrag geleistet werden, der die Professionalisierung der Pflege weiter voranbringt.

Zudem ist die Steuerung des Pflegeprozesses mit Inkrafttreten des Pflegeberufegesetzes Vorbehaltstätigkeit der Pflegefachpersonen und auch damit als Zeichen der Exklusivität der Berufsgruppe zu verstehen. Insofern richtet sich das Forschungsinteresse auf den Wortschatz, der sich auf den Pflegeprozess bezieht. Dieser gilt als Kernstück professionellen pflegeberuflichen Handelns, umfasst aber nicht allein das lineare Handeln in einer eindeutigen Situation, sondern auch das Handeln mit Blick auf die Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen unter Einbezug von wissenschaftlichem Wissen und Fallverstehen, basiert also auf einer doppelten Handlungslogik (vgl. REMMERS 2011, S. 17). Im Übergabegespräch werden Pflegeanlässe, Pflegehandlungen und Pflegeergebnisse thematisiert, um die Versorgungskontinuität, -qualität und Patientensicherheit zu gewährleisten. Es werden aber auch entscheidungsoffene Situationen geschildert, und es wird intraprofessionell über optimales pflegerisches Handeln diskutiert. Auch diese Indikatoren für Professionalität können durch die Analyse von intraprofessionellen Gesprächen offenbar werden.

Des Weiteren können durch die Analyse der Übergabegespräche sprachlich-kommunikative Einflüsse auf die Versorgungskontinuität aufgedeckt werden (vgl. SMEULERS/LUCAS/VERMEULEN 2014). Damit kann das Forschungsprojekt einen Beitrag zur Verbesserung der Patientenversorgung und -sicherheit leisten. Ein weiterer Nutzen des Projekts ist darin zu sehen, eine Methode an die Hand zu geben, um Pflegesprache auch in anderen beruflichen Settings, beispielsweise in interdisziplinären Fallbesprechungen, ermitteln zu können, so dass ein anwachsender Wortschatz der Pflegesprache entsteht, der für die (Fach-)Sprachenvermittlung in Bildungsgängen genutzt werden kann.

Der empirische Ansatz zur Ermittlung der Pflegesprache fokussiert die aktiv verwendete Sprache in der mündlichen Kommunikation. Die Ergebnisse werden keine bestehende Terminologie ersetzen, aber sie können bereits vorhandene Wortschatzsammlungen, wie sie in Wörterbüchern zur Pflege(fach)sprache, beispielsweise im Pflegepsychembel (WIED 2012), oder auch in Lehrwerken, die sich zumeist an Personen richten, die Deutsch nicht als Muttersprache sprechen, zu finden sind, ergänzen. Mit dem Forschungsprojekt zur Ermittlung der Pflegesprache aus einer typischen pflegeberuflichen Handlungssituation können Lexika und

Lehrbüchern, aber auch Curricula für die Aus- und Weiterbildung in der Pflege, eine empirische Basis zur Verfügung gestellt werden.

1.6 Annahmen und Forschungsfragen

Die Übergabe stellt für die Untersuchung der „Pflegesprache“ insofern ein interessantes Untersuchungssetting dar, als hier ein hoher Anteil an spontaner, aktiver Verwendung von Pflegefachsprache angenommen werden kann. Zugleich ist die Übergabe ein festgelegter Bestandteil der stationären Pflege, in der beruflich Pflegenden in konzentrierter Form Informationen in einem für sie typischen Fachjargon austauschen (WOLF 1989). Im Vergleich dazu stellt die schriftliche Dokumentation unter Zuhilfenahme von Textbausteinen oder digital zur Verfügung stehender Terminologie eine passive bzw. nicht spontane Sprachproduktion dar. Es soll im Setting der Übergabesituation ermittelt werden, welche sprachlichen Register von beruflich Pflegenden angewandt werden, wenn sie intraprofessionell ein formales Gespräch führen.

Es wird angenommen, dass innerhalb von Berufsgruppen eigene, typische Register verwendet werden, um berufsbezogene Sachverhalte zu verbalisieren (SANDER 2019; ROELCKE 2020a). Unter Registern wird eine Sprech- oder Schreibweise verstanden, die „für einen bestimmten Kommunikationsbereich angemessen ist“ (LANG-GROTH 2019, o. S.). Es geht um sprachliche Variationen des Sprechhandelns, die funktional an die Kommunikationssituation und deren Rahmenbedingungen gebunden und damit konventionalisiert und in diesem Kontext erwartbar sind (vgl. EFING 2014, S. 417).

In Anlehnung an ROELCKE (2020) wird davon ausgegangen, dass es nicht das *eine* Berufssprachenregister der Pflege gibt, sondern dass in verschiedenen beruflichen Kommunikationsbereichen jeweils der Situation angemessene Register verwendet werden. Auf welche Register im Rahmen pflegeberuflicher Kommunikation zurückgegriffen wird, hängt davon ab, in welchem beruflichen Handlungsfeld und in welcher beruflichen Situation kommuniziert wird, wie die Konstellation der Kommunikationspartner und das Kommunikationsmedium beschaffen sind, sowie davon, welcher Gesprächsanlass besteht, in welchem Format kommuniziert wird und auch wie die räumlichen Gegebenheiten sind. Daher müssen bei der Untersuchung der Berufssprache stets die Kontextbedingungen mit erfasst werden. Normative Vorgaben zur Qualitätssicherung, z. B. Standards für Arbeitsprozesse oder deren Dokumentationsstruktur, sowie institutionelle Rahmenbedingungen, z. B. die Raumsituation oder die Arbeitszeit, können zudem Einfluss darauf haben, was, wann, von wem und wie kommuniziert wird.

Bei der Kommunikation unter Berufsangehörigen erfolgt die Kommunikation innerhalb eines abgrenzbaren Arbeitsbereichs und überschreitet weder horizontale noch vertikale Grenzen (vgl. ROELCKE 2020a, S. 11) – es handelt sich im sprachwissenschaftlichen Verständnis um intraprofessionelle Kommunikation unter Ausschluss von Laien, wie sie z. B. in einem Übergabegespräch nicht „am Bett“, sondern in einem separaten Raum erfolgt. Es wird angenommen, dass unter professionell Pflegenden, die über einen gemeinsamen „Sonderwissensbestand“ (WEIDNER 1995, S. 126) verfügen, eher auf ein (pflege)fachsprachliches Register zurückgegriffen wird als in anderen Kommunikationssituationen.

Insofern, als sich eine Profession dadurch auszeichnet, dass sie ihren Wissenskorpus mithilfe einer für sie typischen Sprache (Berufssprache) zum Ausdruck bringt, ist auch in der professionellen Pflege ein entsprechender sprachlicher Ausdruck zu erwarten. „Nurses’ skill with the language of shift report reflects their clinical ability“ (WOLF 1989, S. 79). Mithilfe eines eigenen Fachjargons, so WOLF weiter, können professionell Pflegende bewusst oder unbewusst Uneingeweihte ausschließen (ebd.) und bleiben damit in ihrem intraprofessionellen Rahmen. Die oben beschriebene doppelte Logik pflegeprofessionellen Handelns wird mutmaßlich auch sprachlich hervortreten: einerseits mit fachsprachlichen Begriffen, mit denen Pflegesituationen und Arbeitsprozesse bezeichnet werden, z. B. Terminologien für Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen oder Pflegeergebnisse, andererseits mit einer Sprache, die beruflichen Konventionen folgt und, je nach Gesprächsbeteiligten und -anlass, im eigentlichen Sinne als eine Art berufliche Umgangssprache bezeichnet werden kann.

Erwartet wird sprachlicher Ausdruck, der sich auf Versorgungsprozesse, institutionelle Abläufe, die Organisation der Pflege, auf die Arbeitssituation der Pflegenden oder auch auf ihr berufliches Selbstverständnis bezieht. Es wird davon ausgegangen, dass sich zur Bewältigung berufssprachlicher Anforderungen „unter institutionellen Bedingungen und zu institutionellen Zwecken in immer wiederkehrenden typischen Kommunikationssituationen“ (EFING 2014, S. 417) für Berufsangehörige typische Sprachmuster herausgebildet haben, was Wortschatz, Grammatik und eine pragmatische Interaktionsorganisation (vgl. ebd.) umfasst.

Hierzu stellen sich die folgenden Forschungsfragen:

- ▶ Wie stellt sich die Sprache beruflich Pflegender vor dem Hintergrund der Charakteristika professioneller Pflegepraxis dar?
- ▶ Mit welchen Registern werden beruflich relevante Sachverhalte in intraprofessionellen Gesprächen übermittelt?
- ▶ Welche Kontextbedingungen und Konventionen herrschen in Übergabesituationen, die die Themen und die Art und Weise, wie in der Übergabe miteinander kommuniziert wird, beeinflussen?
- ▶ Welche Besonderheiten weist die verwendete Sprache in Übergabegesprächen auf?
- ▶ Lassen sich Schlüsse aus der Untersuchung von Übergabegesprächen auf die Professionalisierung der Pflege und die Versorgungsqualität ziehen?

1.7 Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung (Kapitel 1) geht es im folgenden Theorieteil um professionstheoretische und sprachwissenschaftliche Bezüge zum Forschungsgegenstand. Im ersten Block des Theorieteils (Kapitel 2) werden die professionstheoretischen Grundlagen skizziert und in die Professionsdiskurse zur Einordnung des Pflegeberufes als Profession nachgezeichnet. Insbesondere wird geklärt, inwieweit sich professionstheoretische Aussagen auf klientenbezogene Berufe, darunter zählen neben sozialen und pädagogischen auch die Pflegeberufe, beziehen lassen oder ob gerade diese Berufsgruppen ein eigenes Verständnis von Professionalität haben. Der Prozess der Professionalisierung der Pflege wird in einen historischen Kontext ge-

stellt unter der Fragestellung, welche externen und internen Wirkfaktoren diesen Prozess vorangetrieben oder behindert haben.

Pflege, so wird dargelegt, hat sich historisch unter verschiedenen Einflüssen und Widerständen zu einer Profession mit entsprechenden Merkmalen entwickelt, gleichzeitig aber wird eine handlungsbezogene Professionsauffassung vertreten, die ursprünglich von OEVERMANN dargelegt wurde. OEVERMANN bezieht diese neue Perspektive in seiner vielzitierten „Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns“ von 1996 auf Soziale Arbeit und das professionelle Handeln von Mediziner:innen. Aus diesem Professionsverständnis heraus haben das u. a. WEIDNER und REMMERS für die professionelle Pflegepraxis konkretisiert, indem sie das dem Handeln zugrunde liegende Begründungswissen nicht nur aus Evidenz und Empirie, sondern auch aus der individuellen Situation des zu pflegenden Menschen generiert sehen. Diese Mehrperspektivität wird auch als „doppelte Handlungslogik“ (REMMERS 2011, S. 17) begriffen. Das Charakteristische und die Logik pflegeberuflichen Handelns und Wissens wird ab Kapitel 3 dargelegt, und es werden professionelles und intraprofessionelles Pflegehandeln vor diesem Hintergrund eingeordnet. Den Abschluss dieses Blocks bildet eine Zusammenfassung unter der Frage, wie die Ausführungen zu Professionalität auf den verschiedenen sozialstrukturellen Ebenen mit Sprache zusammenhängen können.

Der zweite Block des Theorieteils widmet sich der Berufssprache. Es geht hier unter sprachwissenschaftlichen Gesichtspunkten darum, was eigentlich eine professionelle Sprache sein könnte, ob und inwieweit theoretisch fundierte Aspekte der Professionalität ihren Niederschlag in einer Fach- bzw. Berufssprache haben könnten. Nach der Klärung der hier vertretenen Definition von Fach- und Berufssprache geht es darum, wie aus pflegewissenschaftlicher Sicht professionelle Sprache in Erscheinung tritt und wie Pflege-theorien, ethische Überlegungen und Ansprüche der Qualitätssicherung die Begriffsbildung in der Pflege prägen. Eine besondere Beachtung finden verschiedene Klassifikationssysteme der Pflege, die die gesamte Terminologie abbilden (wollen).

Kapitel 5 widmet sich speziell der Gesprächsform Pflegeübergabe und zunächst deren Erforschung im deutschsprachigen Raum. Hier wird dann auch der internationale aktuelle Forschungsstand zum Thema intraprofessionelle Kommunikation in der Pflege wiedergegeben. Es wird dargelegt, dass es um die Erforschung der Pflegeübergabe in Deutschland in letzter Zeit recht still geworden ist. Internationale Forschungstätigkeiten zur Übergabe sind demgegenüber zahlreicher und aktueller, diese wurden vor allem deshalb ins Leben gerufen, weil die Übergabe als ein risikobehaftetes Handlungsfeld in der Gesundheitsversorgung erkannt wurde (u. a. ABDELLATIF u. a. 2007; EGGINS/SLADE/GEDDES 2016), dessen Qualität zu verbessern sei.

Zur Methodik in diesem Forschungsprojekt wird in Kapitel 6 dargelegt, dass die Diskursanalyse als Methode für die Untersuchung von Gesprächen geeignet ist, um die Strukturen und Muster der Übergabegespräche herauszuarbeiten, um dann einzelne Sprechhandlungssequenzen einer tieferen inhaltlichen Analyse zu unterziehen. Die Vorgehensweise wird in Anlehnung an die Ausführungen von BECKER-MROTZEK/MEIER (2002) geschildert. Das Verfahren der inhaltlichen Kategorisierung und Codierung geht aus der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse hervor (KUCKARTZ/RÄDIKER 2022). Hiermit werden die Sequenzen aus den transkribierten Übergabegesprächen herausgearbeitet und analysiert, die

sich auf Grundlage der Ausführungen in Kapitel 3 auf professionelles Pflegehandeln beziehen. Schließlich werden mithilfe der Wortschatzanalyse nach ELSÉN (2013) alle in den Übergaben verwendeten bedeutungstragenden Wörter erfasst und eingeordnet.

Im empirischen Teil ab Kapitel 7 wird der gesamte Forschungsprozess beschrieben. Es beginnt beim „Startschuss“ durch das ethische Clearing, das durch die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) erteilt wurde, setzt sich fort mit der Darlegung des Feldzugangs, der Beschreibung der Stichprobe und der Beobachtungssituation sowie dem Vorgehen bei der Datenerhebung, der Datenaufbereitung und der Datenauswertung. Kapitel 8 bildet die Ergebnisdarstellung. Zur Beantwortung der Forschungsfrage nach den Kontextbedingungen und Konventionen in Übergaben werden die Rahmenbedingungen, die Stichprobe und die Muster und Strukturen von Übergaben dargestellt. Die Pflegesprache wird in Bezug auf die Logik und Struktur professionellen Handelns dargelegt, insbesondere wird gezeigt, wie Pflegenden den Pflegeprozess, die Patientenorientierung und ihr berufliches Selbstverständnis in Worte fassen. Mit der Betrachtung des Gesamtwortschatzes in den Übergaben schließt dieser Teil ab. Im letzten Teil werden die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt und vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen zu Profession und Sprache diskutiert. Außerdem werden die Limitationen der Untersuchung aufgezeigt. Im Ausblick werden Überlegungen dazu angestellt, wie die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit für die Bildung und die Qualitätssicherung in der Pflege nutzbar gemacht werden können.

Theoretischer Teil

2 Professionstheoretische Grundlagen

Mit den folgenden Ausführungen wird dargelegt, welche Richtungen professionstheoretische Ansätze mit Beginn ihrer konzeptionellen Fundierung in Deutschland genommen haben und inwieweit sich diese Konzepte in der Beantwortung der Frage nach der Professionalität klientenbezogener Berufe, und insbesondere der Pflegeberufe, niedergeschlagen haben. Nach einem kurzen Überblick über die Diskursschwerpunkte zur Pflege als Profession wird in einem Exkurs zur Begriffsbestimmung und professionstheoretischen Fundierung eine kurze Übersicht darüber gegeben, welche Aussagen maßgeblicher Professionstheorien die Debatte zur Professionalität von Pflege- und Sozialberufen bestimmt haben und bis heute bestimmen. Des Weiteren soll es darum gehen, wie sich soziale und Gesundheitsberufe – und insbesondere der Pflegeberuf – in die verschiedenen Ansätze einordnen lassen, auf welchen Paradigmen der Professionssoziologie die Argumentation für den Pflegeberuf als Profession fußt und wie schließlich die Pflege ihre Professionalität sowohl aus herkömmlichen Merkmalen klassischer Professionen als auch aus der für sie spezifischen Handlungslogik heraus zu begründen sucht.

Mit Blick auf das Forschungsthema und die methodische Herangehensweise sollen die professionstheoretischen Ansätze mit Bezug zum Pflegeberuf dargestellt und damit verbunden die Frage geklärt werden, welche Kriterien sich daraus für die Untersuchung der Sprache Pflegenden ergeben.

2.1 Profession und Beruf

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts begann die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Professionen und Professionalisierungsprozessen. Die Professionssoziologie, aber auch vereinzelt die Psychologie, befassen sich mit Professionsforschung, und das Professionsverständnis ist, je nach zugrunde liegendem theoretischen Modell und fachlicher Disziplin, uneinheitlich (u. a. KÄLBLE 2005; PFADENHAUER/SANDER 2010; PUNDT 2006; VEIT 2002). Aufgrund der Vielzahl von theoretischen Ansätzen gab und gibt es weder eine eindeutige Definition dessen, was eine Profession ist bzw. ob und wo genau die Trennlinie zwischen Professionen und herkömmlichen Berufen verläuft, noch eine Erklärung, wer oder was auf welche Art einen Professionalisierungsprozess durchläuft und wann bzw. ob dieser jemals als abgeschlossen gelten könnte.

Die Professionalisierungsforschung fand ihren Weg nach Deutschland Ende der 1960er-Jahre. Zeitgleich wurde das Berufsbildungsgesetz (BBiG) verabschiedet, mit dem vonseiten des Staates an die Ausbildung Mindeststandards gelegt wurden und die Berufsbildung zudem nicht mehr allein von wirtschaftlichen Interessen geleitet wurde (HERKNER 2018). Maßgeblich hierdurch schlug die historische Entwicklung von Berufen in Deutschland einen anderen Weg ein als in Staaten ohne eine derartige Regulierung. Darauf folgte der Versuch, Professionen als etwas zu definieren, was sich gegenüber den Ausbildungsberufen abgrenzen konnte.

Während einige Vertreter (z. B. MIEG 2005, S. 346) in Professionen „Freie Berufe“ sahen (mit Blick auf die „sieben freien Künste“, deren Studium im Mittelalter die Voraussetzung für

den Zugang zu den drei Fächern Medizin, Theologie und Jurisprudenz ermöglichte), stellen andere fest, dass „der Terminus freier Beruf [...] unklar und vieldeutig“ (KAIRAT 1969, S. 13) sei. Darüber hinaus seien „die meisten professionalisierten Berufe heute keine ‚freien Berufe‘ im Sinne materieller Unabhängigkeit, sondern in Organisationen eingebunden“ (RABE-KLEBERG 1996, S. 291). Andere Vertreter definierten Professionen als „akademische Berufe“, was eine gleichermaßen verengte Sicht auf Professionen darstelle (DAHEIM 1967 zit. n. VEIT 2002, S. 13f.). Professionen seien demnach Berufe, deren Angehörige ihre „durch Erziehung, Bildung und Wissenschaft begründete Persönlichkeit entfalten“ (RABE-KLEBERG 1996, S. 288) können und die ihnen „individuelle Leistung, Erfolg, Anerkennung und Einfluss“ (ebd.) garantieren. Schließlich gab es noch solche Vertreter, die von Professionen alle Schichten von Berufen, Handwerken und akademischen Qualifikationen umfasst sahen (vgl. VEIT 2002, S. 14).

Sowohl „freie Berufe“ als auch „akademische Berufe“ bleiben als Übersetzung des Begriffs *profession* aus dem Englischen sowohl widersprüchlich als auch unzulänglich (vgl. PFADENHAUER/SANDER 2010, S. 361f.); ebenso wenig kann „Profession“ synonym für „Beruf“ gebraucht werden. Dennoch verweisen diese Diskussionen bereits darauf, dass allen ein gemeinsames Verständnis zugrunde liegt, nämlich dass es sich bei Professionen um eine besondere Gruppe von Berufen handeln muss: „Sie sind oftmals nichts anderes als ein autonomer, akademischer Beruf, der [...] für die gesellschaftliche Reproduktion ein zentrales Problem bearbeitet und das dafür erforderliche spezielle Wissen systematisch anwendet“ (PUNDT 2006, S. 9). Ähnlich KÄLBLE: „Mit dem Begriff Profession werden zumeist relativ autonome und wissenschaftlich begründete Expertenberufe bezeichnet, die in einem gesellschaftlich relevanten Problembereich besondere Leistungen für die Gesellschaft und ihre jeweilige Klientel erbringen“ (KÄLBLE 2005, S. 220).

PUNDT und KÄLBLE benennen damit sowohl formale Merkmale von Professionen – Autonomie, akademische Bildung – als auch deren gesellschaftliche Relevanz und beides zusammen als Fundament für theoretisch fundiertes professionelles Handeln, also die systematische Anwendung von Spezialwissen zur Lösung gesellschaftlicher und individueller Probleme. Damit bringen sie mehrere professionstheoretische Ansätze zusammen: Die an Merkmalen orientierten klassischen Theorien, professionstheoretische Ansätze, die vor allem auf den Strukturfunktionalismus Talcott PARSONS' zurückgehen, sowie die Theorien, die sich auf Basis von system- und strukturtheoretischen Modellen und dem symbolischen Interaktionismus Meads und Blumers (ABELS 2010) mit dem befassen, was sich zwischenmenschlich in einem bestimmten systemischen Kontext zwischen Professionellen und ihren Adressatinnen/Adressaten abspielt.

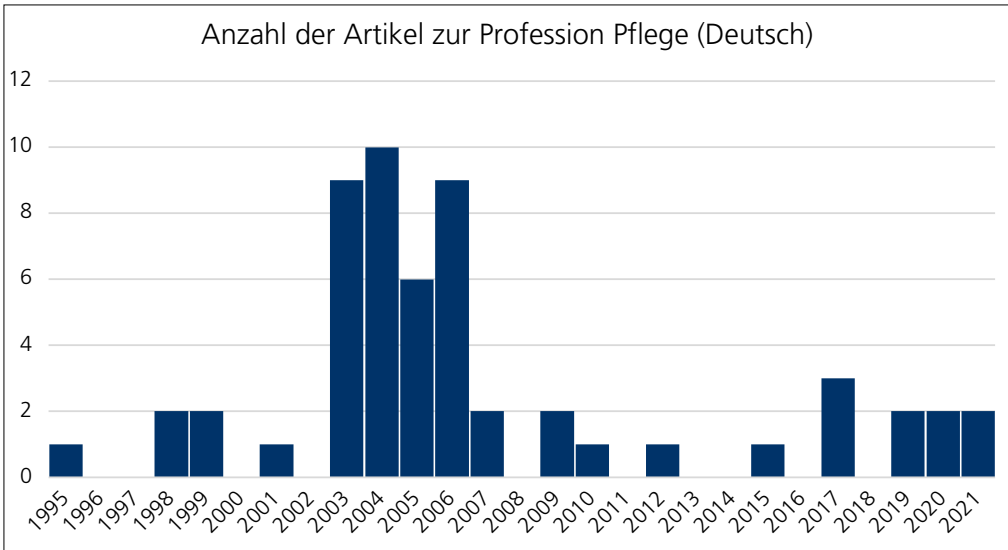
Es „zeigen sich vor allem in systemtheoretischen, symbolisch-interaktionistischen und strukturtheoretischen Zugängen wesentliche Präzisierungen der Logik professionellen Handelns“ (HELSPER/KRÜGER/RABE-KLEBERG 2000, S. 6). Das gilt insbesondere für klientennahe Berufe, in denen Aushandlungsprozesse zwischen Professionellen und Klientinnen/Klienten zu führen sind, abgewogen werden muss zwischen Bedarf und Bedürfnis, kooperiert werden muss zwischen Leistungserbringenden und Leistungsempfangenden, Intervention und Wirkung nicht linear ableitbar und der Handlungserfolg somit nicht berechenbar ist. Gälte der Anspruch eines vorhersehbaren Handlungserfolgs, unterläge professionelle Hilfe als Dienst-

leistung einer spezifischen und im Wesentlichen technischen Rationalität (vgl. DEWE/STÜWE 2016, S. 37), was den Anspruch einer an Menschen und deren Lebenswelt ausgerichteten Disziplin konterkariert.

2.2 Diskurslinien zur Pflege als Profession

Mit der Frage nach der Pflege als Profession und dem Prozess der Professionalisierung beschäftigt sich die Disziplin seit gut einem Vierteljahrhundert. Zur Gewinnung eines Überblicks über Trends und Schwerpunktthemen wurde im Oktober 2022 eine Recherche in der Datenbank CINAHL mit den Suchbegriffen *profession* AND [*nurse* OR *nurses* OR *nursing*] in den Schlagwörtern und ohne Eingrenzung des Erscheinungszeitraums vorgenommen. Diese ergab 56 brauchbare Treffer nach Sichtung der Titel und verfügbaren Abstracts in deutschsprachigen Zeitschriftenartikeln (einschließlich Editorials und „Pictorials“). Die ersten Artikel stammen aus den 1990er-Jahren, und mit 34 erschienen die meisten in den Jahren 2003 bis 2006 (Abbildung 1), was zeitlich mit der vorletzten Pflegeberufereform zusammenfällt.

Die frühen Artikel widmeten sich der Frage, ob die berufliche Pflege als Profession gelten könne und wie sie sich gegenüber anderen Gesundheitsberufen abgrenze (RAVEN 1995; DÄTWYLER/SCHAUFELBERGER 1998); eng damit verbunden ging es etwas später um die erforderlichen Kompetenzen und die (akademische) Ausbildung zum Erwerb derselben (GRAMS 1998; SPIRIG u. a. 2001). Mit der Pflegewissenschaft als solcher, der Theoriebildung und dem Gegenstand der Disziplin Pflege beschäftigten sich einige Artikel ab 1999 (KEAN 1999; KÄPPELI 1999; RAVEN 2007; MÜLLER 2017). Im Zuge der Novellierung des Kranken- bzw. Altenpflegegesetzes verlagerte sich ab 2003 der Schwerpunkt auf den Prozess der Professionalisierung und der beruflichen Identität (MÜLLER 2003; WAGNER 2003; MÖLLER 2003; VOSSELER u. a. 2006) sowie auf das (klientenbezogene) professionelle Handeln (u. a. WISSMANN 2004; HEUEL 2006; BERGGÖTZ 2009). Aktuelle Beiträge beschäftigen sich mit den Konzepten verschiedener Pflegestudiengänge, der interprofessionellen Zusammenarbeit und dem Transfer pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse in die Pflegepraxis (SCHWANENFLÜGEL 2019; FRANZ u. a. 2020; TSCHUPKE 2020). Dies geschieht im Zuge der letzten Pflegeberufereform und der damit verbundenen regelhaften akademischen Grundausbildung, den Pflegefachpersonen vorbehaltenen Tätigkeiten bzw. der Möglichkeit, im Rahmen von Modellprojekten heilkundliche Tätigkeiten substituiert übernehmen zu dürfen.

Abbildung 1: Ergebnisdarstellung der Recherche

Quelle: eigene Darstellung

Diese Entwicklung zeigt, an welchen professionstheoretischen Paradigmen sich die Auseinandersetzung orientierte. Während die Frage nach der Legitimation und Abgrenzung sowie der Akademisierung der Pflege mithilfe von klassischen Professionsmerkmalen bearbeitet wurde, wenden sich die späteren Abhandlungen dem Gegenstand der Disziplin Pflege zu. Letztere fragen nach der gesellschaftlichen Bedeutung der Pflege. Damit folgen sie einem strukturfunktionalistischen Ansatz, dessen Grundidee darin besteht, dass von Professionsangehörigen gesellschaftlich relevante Probleme auf Grundlage systematischen Fachwissens bearbeitet werden, die von anderen Personen, und insbesondere den Betroffenen selbst, nicht zu lösen sind. Aktuellere Artikel greifen die Frage auf, was klientenbezogenes Handeln zu professionellem Handeln macht. Hier geht es darum, dass Handelnde und Adressatinnen/Adressaten über Wissen und Erfahrung verfügen, auf deren Grundlage Entscheidungen getroffen werden. Professionelles Handeln ist hier von „personalem Handlungs- und allgemeinem Wissenschaftsbezug gekennzeichnet“ (REMMERS 2011, S. 16).

In der Schrift „Pflege neu denken“ der ROBERT BOSCH STIFTUNG (2001) sind die Ergebnisse einer zehnköpfigen Expertengruppe einer „Zukunftswerkstatt zur Verbesserung der Pflegeausbildung“ (ROBERT BOSCH STIFTUNG 2001, S. 4) zusammengetragen. Mit der „Optimierung der Qualifikation“ (KÄLBLE 2005, S. 219) verband die Pflege die Hoffnung, den an die Gesundheitsversorgung gestellten Anforderungen gerecht werden zu können. In einer neu zu strukturierenden Ausbildung und eigenen Handlungsfeldern wurde das Potenzial zur Professionalisierung der Pflege erkannt. Hervorgehoben wird dabei die gesellschaftliche Bedeutung einer verantwortungsvollen Pflege. Prävention und Beratung seien „Bestandteile zukünftiger professioneller Pflegearbeit“ (ROBERT BOSCH STIFTUNG 2001, S. 38).

Bereits 1995 identifizierte WEIDNER die Gesundheitsförderung als eine „originäre pflegerische Aufgabe“ (WEIDNER 1995, S. 127) und damit als autonomes Handlungsfeld im Sinne

eines zentralen Professionsmerkmals. Professionalität stehe auch in einem engen Zusammenhang mit der Pflegequalität, so die Expertengruppe der Schrift „Pflege neu denken“, und sei die Voraussetzung dafür, mit eigenen beruflichen Kompetenzen die Versorgung von zu pflegenden Menschen in einem interdisziplinären Team sicherzustellen. Auch dort wird die Autonomie der Pflege hervorgehoben. Die berufliche Handlungsautonomie Pflegenden basiere auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen (vgl. ROBERT BOSCH STIFTUNG 2001, S. 45), was impliziert, dass Akademisierung nicht allein als Merkmal der Profession Pflege angesehen wird, sondern auch die notwendige Bedingung für Autonomie darstellt.

2.2.1 Die Pflege als umstrittene Profession

Die Idee, dass Professionen bestimmte Merkmale aufweisen, geht auf die Anfänge der Professionssoziologie zurück. Die Merkmalsorientierung hatte ihren Ursprung im angloamerikanischen Raum, wo Berufsorganisationen der Ärzte (USA) bzw. der Juristen (England) Anfang des 20. Jahrhunderts bedeutende Macht hatten (vgl. SCHMEISER 2006, S. 300). Die Kernthese merkmalsorientierter Professionstheorien lautet, dass bestimmte, aus den klassischen Professionen abgeleitete Merkmale Berufe gegeneinander abgrenzen. Die besondere Gruppe merkmalsinhabender Berufe werden als „Professionen“ benannt, und Berufe, die diese Merkmale nicht, noch nicht oder nicht vollständig aufweisen, erhalten dieses Prädikat nicht. Medizin, Jurisprudenz und Theologie galten aus klassischer professionstheoretischer Sicht als Ausgangspunkt sozialwissenschaftlicher Paradigmen zur Bestimmung von Merkmalen von Professionen (vgl. KAIRAT 1969, S. 16) und bildeten gewissermaßen Idealtypen von Professionen ab, an denen sich alle anderen zu messen hatten. Nach William J. GOODE decken diese die gesellschaftlich relevanten Bereiche von existenzieller Bedeutung ab: „Krankheit und Tod“, „Freiheit und Eigentum“ und das „Problem der Sünde“ (GOODE 1972, S. 159 zit. n. VEIT 2002, S. 17).

Schon in den 1950er-Jahren unterschied Alexander CARR-SAUNDERS zwischen den drei oben genannten „*Old established Professions*“, den „*New Professions*“, zu denen u. a. Ingenieure und Psychologen gerechnet werden, und den „*Semi-Professions*“ (CARR-SAUNDERS 1955 zit. n. WILKESMANN u. a. 2019, S. 69, Hervorhebungen im Original, ebenso in ABBOTT/MERABEAU 1998, S. 3), zu denen schließlich „Krankenschwestern und Sozialarbeiter“ (ebd.) gehören. Die Einordnung als *Semi-Profession* erfahren vor allem soziale, pädagogische und pflegerische Berufe, was insbesondere auf das 1969 erschienene Werk von Amitai ETZIONI mit dem Titel „*The Semi-professions and Their Organization: Teachers, Nurses, Social Workers*“ zurückgeht. Harold L. WILENSKY gelangte nach dem Nachzeichnen der Entwicklung von mehreren Berufen zu dem Schluss, es könne zwischen „etablierten“, „aufsteigenden und marginalen“, „neuen“ und „zweifelhaften Professionen“ (angegeben in WEIDNER 1995, S. 32) unterschieden werden. Neben dem Begriff *Semi-Profession* führt PUNDT unter Berufung auf Ewald TERHART weitere Bindestrich-Professionen an, darunter „Prä-, Para-, [...] Halb-, Pseudo-, Schein-“ oder auch „would-be-Professionen“ (PUNDT 2006, S. 9), deren Verwendung stets aufzeigt, dass es eine Art Ideal gebe, das nicht erreicht ist – möglicherweise auch gar nicht erreichbar ist –, solange die starren Merkmale klassischer Professionen alleinige Definitionskriterien darstellen (vgl. auch WEIDNER 1995, S. 36). Der Prozess der Professionalisierung eines Berufes kann zudem nie als abgeschlossen gelten, denn Dynamiken innerhalb der Berufsgruppe sowie ge-

sellschaftliche Veränderungen, und hier insbesondere solche der allgemeinen Gesundheits-situation, stellen die Frage nach der Professionalität des Pflegeberufs stets in einen neuen Kontext² (KÄLBLE 2005).

In der Pflege ging und geht es darum, mit unterschiedlichen Maßnahmen, z. B. mit der Gründung von Berufsorganisationen, mit der Legitimierung pflegerischer Tätigkeiten oder der Akademisierung, die Pflege als Profession zu etablieren. Argumentativ wird die Feststellung, dass die Pflege eine Profession sei, nach mehreren Seiten abgesichert. Das erfolgt unter Rückgriff auf verschiedene professionssoziologische Theorien und eine historische Sicht auf die Organisation der (Kranken-)Pflege (u. a. SCHMIDBAUR 2002). Diese Sichtweisen fragten vor allem nach professionseigenem (akademischem) Wissen, nach Kennzeichen von Autonomie und Exklusivität sowie nach der gesellschaftlichen Bedeutung einer Pflegeprofession.

Die im angloamerikanischen Raum in den 1950er- und 1960er-Jahren entwickelten Professionstheorien wurden in Deutschland seit den 1960er-Jahren adaptiert und erfuhren eine eigene Weiterentwicklung (SCHMEISER 2006, S. 301). In den 1970er-Jahren bereits begannen in der Bundesrepublik die ersten engagierten Bemühungen, den Pflegeberuf in Richtung einer Profession aufzuwerten (vgl. BOLLINGER/GREWE 2002, S. 44). Zudem wurde der Versuch unternommen, Strukturmerkmale des Pflegeberufs mit den etablierten Professionstheorien bzw. -auffassungen ins Verhältnis zu setzen.

SPRONDEL (1972) bemerkte damals, dass die Debatte vor dem Hintergrund tradierter Bedingungen des Berufes geführt wurde: die Art seiner Organisation (Mutterhäuser, Orden), die Ausbildung der Krankenschwestern (nicht akademisch), ihre Motivation (Ethik) und ihre Rolle im Gefüge eines Krankenhauses, insbesondere gegenüber den Ärzten³ (vgl. SPRONDEL 1972, S. 17). Im Differenzierungsprozess zwischen Ärzten, denen die Diagnostik und Therapie vorbehalten war, und Krankenschwestern nahmen letztere das Element „Menschlichkeit“ gegenüber einer positivistisch-naturwissenschaftlich orientierten Medizin“ (SPRONDEL 1972, S. 20) in Anspruch und bauten darauf ihre Berufsethik auf. Als eigenständiges Funktionsfeld, für dessen Inhalte der Autor auf traditionelle Aufgaben der Pflege (Krankenbeobachtung, Grundpflege) zurückgreift (vgl. ebd., S. 23), identifiziert er psychosoziale Betreuung von Menschen als Ergänzung bzw. Gegenpol zur naturwissenschaftlichen Betrachtung von Organsystemen. Mit diesem Wissenschaftsverständnis steht er einer akademischen Pflegeausbildung skeptisch gegenüber und konstatiert, diese stelle eher ein Hindernis auf dem Weg zur Professionalisierung dar, als dass sie sie befördere.

2 Die geschilderte Dynamik kann sich auch in Richtung der Deprofessionalisierung bewegen. Ein aktuelles Beispiel dafür stellt die Diskussion über die Substitution heilkundlicher Aufgaben an Pflegefachpersonen dar. Hier wird die Frage aufgeworfen, ob die Medizin dadurch eine Deprofessionalisierung erfahre bzw. ob sich die Pflege durch die Übernahme dieser Aufgaben weiter professionalisieren würde.

3 Sprondel spricht, wie auch zahlreiche seiner Zeitgenossen, von Ärzten ausschließlich in der männlichen Form und von Krankenschwestern, daher werden darauf Bezug nehmend die Begriffe übernommen, obwohl es auch schon in den 1970er-Jahren weibliche Ärztinnen und männliche Krankenpfleger gegeben hat. Durch das Zuschreiben des männlichen Geschlechts der vermeintlich dominierenden *naturwissenschaftlich* ausgerichteten Disziplin und des weiblichen der untergeordneten *menschlich* ausgerichteten wird die Zuweisung zu einer Profession zusätzlich an bestehenden hierarchischen Verhältnissen und am Geschlecht verankert. Der genderbezogene Professionsdiskurs soll hier trotzdem nicht weiterverfolgt werden. Ausführlich dazu aber u. a. SCHMIDBAUR (2002): „Vom ‚Lazaruskreuz‘ zu ‚Pflege aktuell‘“.

Mittlerweile wird wie selbstverständlich von der *Profession Pflege* gesprochen – erfüllt sie doch (zumindest im Ansatz) wesentliche Merkmale einer Profession oder befindet sich auf dem Weg dorthin. Ziel des Prozesses und wesentliches, unbestrittenes Merkmal von Professionen ist Autonomie, d. h., dass sich Professionen weitgehend selbst kontrollieren (vgl. MIEG 2005, S. 343). Es setzt allerdings Strukturen – u. a. gesetzliche Normierung, Verankerung der Ausbildung im Hochschulsystem, Forschungsinstitutionen, Interessenvertretungen, Berufsverbände, und -kammern – voraus, um einen Beruf gegenüber anderen Berufen abzugrenzen, ihm die Definitionsmacht über Anlass, Art und Qualität seiner Leistungen zu geben, die Berufsausübung auf eine ethisch und theoretisch begründete Basis zu stellen und einen damit verbundenen berufeigenen *Body of Knowledge* zu etablieren.

Die Unterscheidung zwischen Professionalisierungsbedürftigkeit und faktischer Professionalisiertheit einer Tätigkeit in ihrer sozialen Funktion ist nach OEVERMANN dazu geeignet, den „instabilen Unterschied zwischen den authentischen Professionen und den Pseudo- oder Semi-Professionen klarer zu fassen“ (OEVERMANN 1996, S. 136). Es sei der klassischen Professionstheorie aber nie gelungen, eine Profession außerhalb ihrer institutionellen Erscheinungsweise zu bestimmen. „Über die ‚Berechtigung‘ anderer Berufe, wie die des Lehrers und des Sozialarbeiters, des Ingenieurs und Architekten, des Wissenschaftlers und Künstlers, (auch) analytisch den Status einer Profession zu beanspruchen, wird unter Professionsforschern ebenso anhaltend wie kontrovers debattiert“ (PFADENHAUER/SANDER 2010, S. 361). Sogar aktuell erhält der Pflegeberuf noch wie selbstverständlich das Prädikat einer *Semi-Profession* (u. a. in WILKESMANN u. a. 2019), vor allem dann, wenn er als der Medizin subordinierter Beruf dargestellt und wahrgenommen wird (vgl. KÄLBLE 2005, S. 228). Nach klassischer Auffassung gelingt es gerade klientenbezogenen Berufen, dazu zählen insbesondere Gesundheits-, pädagogische und soziale Berufe, nicht, in den Status einer Profession zu gelangen. Diesen Berufsgruppen ist eigen, dass ihr Handeln an Personen ausgerichtet ist, deren Entwicklung Anlass und Ziel von Interventionen ist und wofür sich Professionelle auf die Weltsicht der Adressatinnen/Adressaten ihrer Tätigkeit einlassen müssen und mit ihnen ein Bündnis eingehen. Eine alleinige Konzentration auf bestimmte Merkmale, die nicht den Kern des beruflichen Handelns berücksichtigen, muss auf dem Weg der Professionalisierung, gerade bei personenbezogenen Berufen, in eine Sackgasse führen. So wundert es nicht, dass gerade soziale und pflegerische Berufe über Jahrzehnte so wahrgenommen wurden und auch noch werden, als wären sie auf dem Weg an die Spitze steckengeblieben.

2.2.2 Professionsmerkmale

PFADENHAUER/SANDER (2010) stellen fest, dass die Abgrenzung zwischen Berufen und Professionen über Merkmale noch der „unstrittigste gemeinsame Nenner“ (PFADENHAUER/SANDER 2010, S. 361) aller professionstheoretischen Ausführungen sei. Allerdings wird mit einer Definition über Merkmale, wie sie strukturbezogenen Attributmodellen eigen ist, mehr darüber ausgesagt, welche formalen Kriterien erfüllt sein müssen, damit ein Beruf den Namen Profession verdient, als darüber, welche gesellschaftliche Funktion und Macht der Beruf hat und was professionelles Handeln begründet.

Kennzeichnend für Professionen sei nach PFADENHAUER/SANDER die allen Theorien gemeinsame Schnittmenge, also ein theoretisches berufsbezogenes spezifiziertes Wissen, die

„formalrechtliche Definition des Tätigkeitsfeldes im Verbund mit einer Monopolisierung dieses Tätigkeitsfeldes“ (PFADENHAUER/SANDER 2010, S. 362), die Selbstverwaltung durch Berufsverbände sowie die Gemeinwohlorientierung (vgl. ebd.). Dabei stehen die einzelnen Merkmale nicht nebeneinander, sondern bedingen sich zum Teil.

MIEG (2016) benennt die vier bestimmenden Merkmalskategorien von Professionen folgendermaßen:

- ▶ die **Autonomie** als Kennzeichen selbstbestimmter Berufe,
- ▶ die **Abstraktheit** als Kennzeichen wissenschaftsbasierter Berufe,
- ▶ der **Altruismus** als Kennzeichen gemeinwohlorientierter Berufe und
- ▶ die **Autorität** als Kennzeichen von Berufen mit Verbandsmacht (vgl. MIEG 2016, S. 28).

Diesen vier Kategorien lassen sich weitere, an anderer Stelle angeführte Merkmale zuordnen, beispielsweise die „Unentbehrlichkeit“ (vgl. HESSE 1968 nach VEIT 2002, S. 12, ebenso WEIDNER 1995, S. 33f.), eine umfassende Ausbildung, „jahrhundertealte Weisheit und Erfahrung“ (ebd.), die Fähigkeit, abstraktes Wissen auf konkrete Fälle anwenden zu können, gestufte Qualifikationen und eine berufszulassende Prüfung, ein Werbeverbot und ein hohes Maß an Kollegialität unter Berufsangehörigen sowie die Erwartung an die Leistungsempfänger/-innen, den Berufsangehörigen „blindes Vertrauen“ (vgl. WEIDNER 1995, S. 33f. unter Berufung auf HESSE 1972) entgegenzubringen. GEISLER (2013) stellt den Handlungsbezug über die Praxisanteile in der Ausbildung sowie durch Anknüpfung an die berufliche Autonomie her. Autonomie steht bei ihr nicht im Zusammenhang mit wissenschaftlich fundiertem Sonderwissen und neben der kollegial-korporativen Selbstkontrolle (vgl. GEISLER 2013, S. 20).

Es herrscht die übereinstimmende Auffassung, dass professionelle Tätigkeit auf Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Ausbildung ausgeübt würde (vgl. SCHMEISER 2006, S. 301). Des Weiteren beanspruchten Professionen für sich, allein ein bestimmtes Angebot vorzuhalten bzw. eine bestimmte Funktion zu erfüllen. Gemäß merkmalsorientierter Professionsdefinitionen werde nach SCHMEISER in der Ausbildung zur Profession eine Berufsethik vermittelt und aufgezeigt, dass Professionelle „ihr Wissen uneigennützig im Dienste des Allgemeinwohls und ohne Ansehen der Person einsetzen“ (SCHMEISER 2006, S. 301). In der Autonomie erkennt er die „Freiheit von Fremdkontrollen durch die Laien oder den Staat“ (ebd.), gleichermaßen kontrolliere die Berufsgruppe selbst bzw. ihr Berufsverband den Zugang zum Beruf sowie die Qualität der Leistungen und auch Fehlverhalten (ebd.).

Autonomie bezeichnet MIEG (2016) als „ein Zuständigkeitsmonopol“ (MIEG 2016, S. 29) bestimmter Berufsgruppen „für einen Bereich, den sie in Selbstorganisation verwalten“ (ebd.). Das drücke sich darin aus, dass eine Berufsgruppe selbst ihre Arbeitsbedingungen kontrolliere und die Definitionsmacht über die Berufsausübung innehabe. Das heißt, sie hat die Macht über die Definition relevanter Konzepte sowie über die Organisation und Bewertung bestimmter Leistungen bei gleichzeitiger Unabhängigkeit der Bewertung der Leistungsqualität von deren Vergütung. Die Bewertungsstandards für ihre Leistungen würden von der Berufsgruppe selbst gesetzt (vgl. MIEG 2016, S. 31). MIEG führt weiter aus, dass die Berufsgruppe auch selbst ihre Arbeitsbedingungen und ihren Marktzutritt kontrolliere und die Definitionsmacht für die Berufsausbildung innehabe. Das bedeutet, dass die Berufsgruppe selbst

die Kompetenzen sowohl im Sinne von Disposition, Können und Wissen als auch im Sinne von Befugnis definiert. Demgegenüber könne aber auch vonseiten des Staates das Monopol auf Handlungs- und Wissensbereiche zugewiesen werden (vgl. KÄLBLE 2005, S. 220), ohne dass dies zu einem Widerspruch führe und was über Normen im Berufs- und im Versorgungsrecht bereits realisiert ist. So werden per Berufsgesetz Aufgaben festgelegt, die selbstständig oder vorbehaltlich nur von bestimmten Berufsangehörigen übernommen werden, und es wird beispielsweise in der Sozialgesetzgebung bestimmt, wer befugt ist, Versorgungsleistungen zu erbringen.

2.2.3 Akademisierung der Pflege

Die eigenständige Theoriebildung, „methodisches Vorgehen und Deutung der Komplexität von Pflegeanlässen verhelfen der Berufsgruppe zur Professionalisierung, da ein professionstypischer Wissenskorporus gebildet wird“ (KÜHME 2020, S. 211). In den 1980er-Jahren entstanden die ersten Studiengänge mit Bezug zur Pflege für Lehrende und Leitungspersonen (REMMERS 2011). Der erste als pflegewissenschaftlich zu bezeichnende Lehrstuhl in Deutschland, *Krankenpflege und Sozialwissenschaften*, wurde nach vielen vorausgehenden Versuchen im Jahr 1987 an der Fachhochschule Osnabrück besetzt (BARTHOLOMEYCZIK 2017; REMMERS 2011).

Im Rahmen von Modellprojekten war ab 2003 eine hochschulische Grundausbildung in der Pflege mit berufszulassendem Abschluss möglich. Bis zur Einrichtung erster hochschulischer Lehrstühle, so stellt KÄLBLE 2005 fest, scheiterte der Ruf nach Professionalisierung an der fehlenden wissenschaftlichen Reflexion der Pflegepraxis. Zudem habe die fehlende Akademisierung einen „Diskurs mit anderen Disziplinen, insbesondere der Medizin“ (KÄLBLE 2005, S. 219) verhindert. Pflege sei bis dahin „ohne Definitionsmacht“ (ebd.) gewesen. Der Wissensbestand der Pflege hatte sich bis zu Beginn der Akademisierung aus anderen Disziplinen formiert (BÖGEMANN-GROSSHEIM 2004).

Mit Einzug der Pflegewissenschaft an deutschen Hochschulen wurden zunächst Anleihen von Pflegeforschung und Pflgetheorie aus dem angloamerikanischen Raum genommen (BOLLINGER/GREWE 2002). Demnach wurden Theorie und Forschung in Pflegestudiengängen in der Qualifikation von Organisatorinnen und Organisatoren, *Pflegemanagement*, und später auch in der Lehrerbildung, *Pflegepädagogik*, vermittelt. Offensichtlich fokussierten diese Studiengänge nicht den Gegenstand Pflege, sondern vielmehr Ökonomie und Bildung (BOLLINGER/GREWE 2002; SCHAEFFER 2004). REMMERS merkt 2011 kritisch an, dass die Verortung der Pflegestudiengänge an Fachhochschulen darauf hinweise, dass es mehr um die Verwertbarkeit der Wissensbestände gehe als um die Schärfung des Profils einer eigenständigen und unabhängigen Disziplin (vgl. REMMERS 2011, S. 9).

Angesichts eines absehbar umfassenderen Versorgungsbedarfs und der Zunahme an komplexen Aufgabenbereichen der Pflege forderte bereits 2012 der Wissenschaftsrat, dass das primärqualifizierende Studium mindestens zehn Prozent aller Pflegeausbildungen umfassen sollte (vgl. WISSENSCHAFTSRAT 2012, S. 85). Erst mit der Grundausbildung auf akademischem Niveau kann davon gesprochen werden, dass sich Studiengänge auf den Gegenstand Pflege und damit auf klientenbezogenes Pflegehandeln richteten.

Im Krankenpflegegesetz von 2003 wurde erstmals die Pflegewissenschaft als Leitdisziplin erwähnt und festgelegt, dass die berufliche Ausbildung Kompetenzen „entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse“ vermitteln solle (§ 3 Absatz 1 KrPflG). Langsam, aber stetig wuchs am Ende des 20. Jahrhunderts die Zahl der Pflegestudiengänge an, 2016 gab es laut der Internetseite www.pflegestudium.de in Deutschland an 78 Standorten knapp 150 pflegebezogene Studiengänge, dazu gehören heute vor allem das primärqualifizierende Studium nach Teil 3 PflBG, außerdem Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft sowie auf bestimmte Versorgungsbereiche bezogene Studiengänge, wie z. B. Advanced Nursing Practice (ANP) oder Community Health Nursing (CHN).

Aktuell wird die hochschulische Erstausbildung primärqualifizierend, dual, integriert oder additiv an 56 Hochschulen in Deutschland angeboten (MENG/PETERS/DORIN 2022). Ein Blick in die aktuellen Entwicklungen zeigt aber, dass die akademische Erstausbildung mit einer Quote von deutlich unter zwei Prozent in Deutschland (vgl. MENG/PETERS/DORIN 2022, S. 13) eher die Ausnahme als die Regel darstellt und von den anvisierten mindestens zehn Prozent noch sehr weit entfernt ist. Mit der im Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStudStG) festgelegten Ausbildungsvergütung für das duale Pflegestudium soll aktuell die Attraktivität des primärqualifizierenden Pflegestudiums gesteigert werden. Außerdem wird im Rahmen der Ausbildungsinitiative Pflege (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2022) ein Tätigkeitsprofil für akademisch ausgebildete Pflegefachpersonen erarbeitet. Es bleibt abzuwarten, ob mit diesen Maßnahmen die vom Wissenschaftsrat geforderte Mindestmenge an akademisch primärqualifizierten Pflegefachpersonen erreicht wird.⁴

2.2.4 Pflege in der Selbst- und Fremdwahrnehmung

Bei der Debatte um die Professionalisierung geht es in der Regel darum, einen Beruf bzw. eine berufliche Dienstleistung gesellschaftlich aufzuwerten oder auf einem höheren Niveau zu etablieren, und insbesondere darum, wie solche Prozesse der Professionalisierung forciert und legitimiert werden können (vgl. SCHAEFFER 2004, S. 104). In der funktionalistischen Theorie werden die typischen Merkmale von Professionen mit ihrer Funktion für die Gesellschaft verknüpft (vgl. COMBE/HELSPER 1996, S. 9). Nach diesem auf den Strukturfunktionalismus Talcott Parsons' zurückgehenden Ansatz bedeutet dies für Professionen, dass eine Berufsgruppe durch die Übernahme gesellschaftlich relevanter Aufgaben, z. B. die Gesundheitsversorgung, Rechte und Pflichten erhält (vgl. MIEG 2005, S. 344). Professionen wirken damit stabilisierend auf das Gesellschaftssystem.

Diese „Kollektivitätsorientierung“ (KAIRAT 1969, S. 19) im engeren Sinne würde allerdings voraussetzen, die Profession würde in einem allein ihr vorbehaltenen Raum agieren, zugrunde liegende Rollennormen völlig verinnerlicht haben und „nicht selbstorientiert motiviert sein“ (ebd.) dürfen. Nach Dietrich RÜSCHEMEYER ist die Kollektivitätsorientierung keine „unabhängige Grundvariable“ (RÜSCHEMEYER 1964 zit. n. KAIRAT 1969, S. 20) einer

4 Angesichts der Schließung der einzigen pflegewissenschaftlichen Fakultät in Deutschland an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar – PTHV (jetzt: Vincenz Pallotti University – VPU) und der Subsumption pflegewissenschaftlicher Studiengänge unter medizinische Fakultäten kommt auch zum Ausdruck, welcher Stellenwert aktuell der Pflege beigemessen wird.

Professionstheorie, sondern abhängig von weiteren Merkmalen. Hier steht im Vordergrund, dass der einer Profession eigene systematische Wissensbereich und die Probleme, derer sich die Profession annimmt, von gesellschaftlich besonderer Bedeutung sind (vgl. KAIRAT 1969, S. 19). Die Professionen erhalten über die Zuweisung und Kompetenz zur Lösung gemeinwohlorientierter Aufgaben eine Sonderstellung im beruflichen System.

Über ein halbes Jahrhundert später wurde zur Zeit der Covid-19-Pandemie in besonderer Weise deutlich, dass es sich bei der Pflege um einen systemrelevanten Beruf handelt, ohne dessen Wirken in der Pandemie das Gesundheitssystem nicht hätte aufrechterhalten werden können. In ihrer „Stellungnahme zum internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen“ stellen DICHTER u. a. 2020 fest, dass die Berufsgruppe zwar in der Gesellschaft eine hohe Wertschätzung erfahre, das Rollenbild in Gesellschaft, Politik und Medien aber unverändert geblieben sei (vgl. DICHTER u. a. 2020, S. 2). Vielmehr scheine in der Gesellschaft immer noch eine „tradierte Vorstellung von Pflege als dienende, aufopfernde und selbstlose Tätigkeit“ (ROSENBERG 2020) zu existieren, und es habe sich der „Wandel hin zu einem wissenschaftlich fundierten, modernen Gesundheitsberuf mit vielfältigen Perspektiven und Handlungsfeldern [...] von der Gesellschaft eher unbemerkt vollzogen“ (ebd.). REIBER/FISCHER/LÄMMEL (2021) stellen angesichts der pandemiebedingten neuen öffentlichen Wahrnehmung der Pflege die Ambivalenz und „diffusen Anerkennungspraktiken“ (REIBER/FISCHER/LÄMMEL 2021, S. 197) heraus. Die öffentliche Anerkennung in Form von Applaus vom Balkon käme geradezu hilflos und emotionalisiert daher, und würde auf die Aufopferungsbereitschaft der Pflege abzielen (ebd., S. 199). Stattdessen sei die Bedeutung der Pflege angesichts der Vulnerabilität der Gesellschaft, die in der Pandemie deutlich geworden sei, „als anthropologisches Grunddatum, der im Rahmen sozialstaatlicher Sicherungssysteme formal Rechnung getragen wird, expliziter im gesellschaftlichen Diskurs zu verankern“ (ebd., S. 201).

Mit Blick auf die aktuellen Informations- und Werbekampagnen zur Erhöhung der Auszubildendenzahlen zeigt sich, dass der Pflegeberuf nicht als eine Profession und die Berufsangehörigen auch nicht als kompetent dargestellt werden, womit die gesellschaftliche Wahrnehmung des Berufes in die falsche Richtung gelenkt wird. So vermitteln z. B. das bundesweit verbreitete bonbonfarbene Bildmaterial der Kampagne „Mach Karriere als Mensch“ oder auch der Mini-Fünfteiler „Ehrenpflegas“ auf YouTube, dass die Pflegeausbildung einen hohen Spaßfaktor habe und darauf abziele, „wie man hilft, dass andere essen und so“ (so die Figur Boris in Episode 1), und dass jeder Mensch die Ausbildung antreten könne, der das Herz am rechten Fleck habe, dabei aber die Lesekompetenz eines Erstklässlers besäße. „Werbemaßnahmen wie die vom BMFSFJ beauftragte Miniserie „Ehrenpflegas“, die den augenscheinlich dümmsten der drei Protagonisten für die Altenpflege vorsieht, sind allerdings auch kaum geeignet, kluge Köpfe für die Arbeit in der Altenpflege zu motivieren“ (STEMMER 2021, S. 182). REIBER/FISCHER/LÄMMEL (2021) begrüßen, dass diese Kampagne zu einer „branchenweiten Missbilligung“ (REIBER/FISCHER/LÄMMEL 2021, S. 204) geführt habe und dass die beruflich Pflegenden ihre Interessen wahrgenommen und mit der Bundesfamilienministerin darüber in den Dialog getreten seien. Mit der dritten Kampagne, *Pflege kann was*, werden die gesellschaftliche Relevanz der Pflegeberufe und die Professionalität der Pflege deutlich mehr in den Fokus gerückt. So erfordere laut Internetseite der Bundesregierung die demografische Entwicklung professionelle Pflege. Die Kampagne sollte zudem „über die vielfältigen Be-

schäftigungs- und Aufstiegschancen in der Pflege informieren und Vorurteilen gegenüber der Ausbildung und dem Beruf entgegenwirken“ (BUNDESREGIERUNG 2022).

Aber auch die Wahrnehmung der Pflege als Profession unter Berufsangehörigen bzw. Auszubildenden ist nicht eindeutig. 1995 stellte WEIDNER fest, dass die Berufsangehörigen selbst ein „diffuses Bild des Pflegeberufes“ (WEIDNER 1995, S. 254, Hervorhebung im Original) und ihres Verantwortungsbereiches (ebd., S. 277) hätten, dabei auch den Wunsch nach klarer Abgrenzung ihres Handlungsfeldes hegten.

KÜHME (2020) konnte in seiner Untersuchung zur Identitätsbildung in der Pflege herausfinden, dass Auszubildende bereits im praktischen Teil der Ausbildung erfahren müssten, dass sich theoriegeleitetes Handeln den Handlungszwängen der Praxis unterzuordnen hätte. Eine Reflexion des beruflichen Selbstverständnisses, ein theoriegeleitetes Einschätzen der Pflegesituation, ein intra- und interdisziplinärer fachlicher Diskurs stellten in der Praxis eine Ausnahme dar. So weise die Pflege in der Darstellung von Auszubildenden kaum autonomes Handeln auf (vgl. KÜHME 2020, S. 187). „Mit der Übernahme monozentrischer Deutungen von Pflege“ (KÜHME 2020, S. 146) würden pflegerelevante Sachverhalte vereinfacht dargestellt (vgl. ebd.), so wird die Pflege komplexitätsgemindert wahrgenommen und auch kommuniziert.

2.2.5 Die Pflege zwischen Selbst- und Fremdbestimmung

Grundlegend im Prozess der Professionalisierung ist, dass er sowohl von innen, also von der Berufsgruppe selbst, als auch von außen vorangetrieben wird. Bei der Professionalisierung von innen heraus stellt nach MIEG die Berufsgruppe Subjekt und Ziel des Prozesses dar, von außen bewirkt ist sie Objekt staatlicher Regulierung (vgl. MIEG 2005, S. 342). Mit der Professionalisierung „von innen“ befassen sich berufliche Interessenvertretungen und Fachverbände. Meilensteine zur Autonomie der Pflegeberufe werden vor allem in der Gründung eines Berufsverbandes und in der akademischen Ausbildung gesehen. 1903 wurde die „Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (B.O.K.D.) gegründet, die ab 1973 unter dem Namen „Deutscher Berufsverband für Krankenpflege“ (DBfK) bzw. ab 1991 „Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe“ fortgesetzt wurde. Der DBfK e. V. vertritt die Interessen der beruflich Pflegenden und setzt sich für die Professionalisierung des Pflegeberufes ein (DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE O. J.). Ebenso hat sich der Deutsche Pflegerat (DPR) seit 1998 die Selbstverwaltung und „Verbesserung der Bildungs- und Karrierechancen sowie Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Pflege“ (DEUTSCHER PFLEGERAT O. J.) auf die Fahnen geschrieben. Er wird in Gesetzgebungsverfahren angehört, wirkt in Arbeitsgruppen von Bundes- und Landesgesundheitsministerien mit und steht in regelmäßigem Austausch mit Interessenverbänden.

Gewerkschaftlich vertreten wird die Berufsgruppe der Pflegenden von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, aber auch vom noch sehr jungen und weniger bekannten Bochumer Bund, der sich als Spartengewerkschaft der professionell Pflegenden versteht und laut seiner ersten Satzung die „Wahrung der beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange seiner Mitglieder“, darunter insbesondere die „Förderung der beruflichen Autonomie von beruflich Pflegenden“ (BOCHUMERBUND 2020), bezweckt.

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 ging die Notwendigkeit einher, „unabhängig von der Medizin Regelungen zur Qualität der Pflege zu treffen und entsprechende Definitionen zu entwickeln“ (BÜSCHER 2017, S. 210). Zu diesem Zeitpunkt konnte noch nicht auf Konzepte aus der Pflegewissenschaft zurückgegriffen werden, um Maßstäbe für die Pflegequalität festzulegen (vgl. ebd., S. 210), obwohl die Pflege selbst angehalten gewesen wäre, hier Position zu beziehen. Vielmehr wurde aus Sicht des Pflegeversicherungsrechts die Selbstverwaltung der Pflege von Verbänden der Einrichtungsträger und Kassenverbänden bzw. Verbrauchervertretungen sichergestellt (vgl. MAURITZ u. a. 2015, S. 131). BÜSCHER stellt fest, dass es nur bedingt gelungen sei, „die Normsetzungen zur Entwicklung und Sicherung der Qualität in der Pflege einerseits und die wissenschaftlichen und fachlichen Vorstellungen zur Qualität andererseits in ein Verhältnis miteinander zu setzen“ (BÜSCHER 2017, S. 211).

Bei der Selbstverwaltung stellt sich die Frage, wer die Definitionsmacht wesentlicher Schlüsselkonzepte eines Berufes hat, wie die Qualität der Erbringung von Leistungen sowie des professionellen Pflegehandelns beschaffen sein soll und wie Berufsangehörige zu qualifizieren sind, um diese Qualität sicherstellen zu können. Mit der Selbstverwaltung verbunden ist auch die Zuschreibung von Kompetenzen und die Erhöhung der Handlungsautonomie (VOGLER 2021). Die bereits erfolgte Etablierung einer Pflegewissenschaft benötige nunmehr als „zwingend notwendig letzte[n] Schritt“ (MAURITZ u. a. 2015, S. 135) die Errichtung von Pflegekammern, „um die Professionalisierung der Pflege über die Selbstverwaltung auch für Deutschland mandatiert und systematisch zu befördern“ (ebd.). Allerdings hatte die Gründung von Pflegekammern und damit die Ausweitung der Autonomie der Pflege einen holperigen Start. Aktuell bestehen in Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen Pflegekammern, die Kammer in Niedersachsen wurde wieder aufgelöst, in Baden-Württemberg befindet sich die Kammer im Aufbau, in Bayern wurde mit der Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) eine kammerartige Berufsvertretung gegründet, ohne den Status einer Berufskammer zu haben, und in weiteren Bundesländern wird die Kammergründung kontrovers unter den Berufsangehörigen diskutiert.⁵ ZEGELIN/MEYER (2021) sehen nach wie vor, dass es der Pflege an einer „sprechfähigen und durchsetzungsstarken Gruppe von gestaltungswilligen und verantwortungsübernahmebereiten Kolleg*innen aus dem inneren Zirkel der Pflege“ (ZEGELIN/MEYER 2021, S. 21) mangle. Pflege in Deutschland sei nach ihrer Auffassung „eine weitgehend unpolitische, schicksalsergebende und amorphe Gruppe ohne Definition ihrer zentralen Zielsetzung“ (ebd.). RIEDER (2018) sieht als eine zentrale Bedingung für die Durchsetzung berufspolitischer Interessen ein politisches Verständnis, vorhandenes Sachwissen und „das nötige Vokabular“ (RIEDER 2018, S. 6) an. Es fehle der Berufsgruppe an sachkundigem Hintergrundwissen und fachlich belegten Argumenten. „Wichtige Fakten, stichhaltige Argumente und das gängige Vokabular müssen bekannt und präsent sein, um sich im gesundheitspolitischen Setting überhaupt eine Stimme verschaffen zu können“ (ebd.).

Von politischer Seite werden sehr unterschiedliche und zuweilen widersprüchliche Botschaften an die Gesellschaft bezüglich der Pflege als Profession gesandt. Das mag einerseits daran liegen, dass durch das doppelte Demografieproblem – einer wachsenden Zahl pflegebedürftiger Menschen steht eine relativ geringer werdende Anzahl potenzieller Pflegekräfte

5 Dieser aktuelle Stand bezieht sich auf Sommer 2023.

gegenüber – eine erhebliche Versorgungslücke droht. Andererseits ist mit dem demografischen Wandel und dem technischen Fortschritt verbunden, dass auf Multimorbidität und komplexe Versorgungssituationen mit einer qualitativ hochwertigen Pflege reagiert werden muss. Hieraus entsteht das Erfordernis einer quantitativen Erhöhung der Personalzahlen in der Pflege bei gleichzeitiger qualitativer Verbesserung der Versorgungsleistung. Der Widerspruch, der sich aus dem quantitativen Mangel und den qualitativen Anforderungen ergibt, drückt sich auch in politischen Entscheidungen, Kampagnen und Aussagen aus, wie schon in Kapitel 2.2.4 dargelegt. Die „Konzertierte Aktion Pflege“ (KAP), von BMFSFJ und BMG ins Leben gerufen, zielte darauf ab, die Auszubildendenzahlen zu erhöhen, die Attraktivität des Pflegeberufes zu steigern, Pflegenden im Beruf zu halten bzw. deren Rückkehr zu vereinfachen und Pflegefachpersonen aus dem Ausland nach Deutschland zu holen. Einige dieser Aktionen, zu denen auch die in Kapitel 2.2.4 beschriebenen Werbekampagnen gehören, stehen im Verdacht, in Anlehnung an das Zitat des 1998 amtierenden Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm, „Alte Menschen pflegen kann jeder“, dem Arbeitsmarkt möglichst viele Personen in möglichst kurzer Zeit zur Verfügung zu stellen.

Demgegenüber wird mit dem neuen Pflegeberufegesetz die Möglichkeit eröffnet, regelhaft eine hochschulische Pflegeausbildung zu absolvieren. Die hochschulisch ausgebildeten Pflegefachpersonen sollen die pflegerische Versorgung in hochkomplexen Problemlagen sicherstellen. Der Gesetzgeber führt dazu aus: „Die Studierenden sollen lernen, sich Forschungsgebiete der professionellen Pflege selbstständig zu erschließen sowie forschungsgestützte Problemlösungen und neue Technologien in das berufliche Handeln übertragen zu können, um die Versorgungsqualität weiter zu verbessern“ (BT-Dr. 18/7823, S. 87). Das entsprechende Tätigkeitsprofil, das ein Pflegestudium rechtfertigen und auch attraktiver machen soll, wird für alle infrage kommenden Versorgungsbereiche aktuell von einer Arbeitsgruppe unter der Leitung der Diakonie Deutschland erarbeitet (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND 2022, S. 11).

2.2.6 Medizinische Wissensbestände als Determinanten beruflicher Pflege

Berufliche Pflege bedarf einer Ausbildung, und damit blickt sie auf eine lange Tradition zurück. Allerdings war die Notwendigkeit eines elementaren Wissens für das Handeln in gesundheitlichen Versorgungsprozessen zunächst von Ärzten erkannt; von diesen war auch die Initiative zur Schulung von Pflegenden ausgegangen. Die Pflege hatte keinen eigenen Wissenskorpus, so dass die Medizin dieses Vakuum mit eigenen Wissensbeständen füllte und mit dem, was aus ihrer Sicht als Wissensbasis für die Pflege als verlängerter Arm der Medizin nötig war. Sie übernahm damit quasi die Definitionsmacht über Pflege und Pflegewissen.

Als das erste Lehrbuch in deutscher Sprache, das u. a. die Domäne der Krankenpflege zum Inhalt hatte, kann der 1574 erschienene *Gründtliche Bericht, Lehr unnd Instruction, von rechtem und nutzlichem brauch der Artzney* von dem Arzt Jakob Oetheus angesehen werden. In diesem Buch ging es u. a. um die Wirkungszusammenhänge von Lebensgewohnheiten, Ernährung, Ausscheidung, und Bewegung auf die Gesundheit, aber auch um ärztliche Behandlungsmethoden, wie z. B. die Verwendung von Arzneien, das Schröpfen und den Aderlass. Es folgten weitere „Lehrbücher“, u. a. erschien 1599 vom Arzt Johannes Oswald *Gründtlicher Unterricht für Gesunde, Krancke, und Kranckenpfleger*, das „so wol in Erhaltung, als in wider-

bringung, und Verhütung zufälliger Krankheit, auch im Gebrauch allerhandt Arzneischer Mittel“ unterweisen sollte. Beide Bücher sind, im Gegensatz zur damaligen lateinischen Literatur für Mediziner, in deutscher Sprache verfasst. Es konnten damit Menschen angesprochen werden, die zwar nicht studiert hatten, aber immerhin des Lesens mächtig waren. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass Pflegende, wenn sie nicht in christlichen Orden organisiert waren, in der Regel ungebildete Angehörige der unteren Gesellschaftsschicht waren. Als Patient/-in konnte sich glücklich schätzen, wer von einer Pflegekraft versorgt wurde, die überhaupt ein Mindestmaß an Bildung genossen hatte.

Die Abspaltung der Pflege von der Medizin ging mit der Gründung der ersten deutschsprachigen medizinischen Universitäten im 14. Jahrhundert einher. Krankenpflegepersonal war traditionell mit der „Aufsicht, der Wartung und der Pflege von Kranken“ (SCHWEIKARDT 2008, S. 38) befasst und nicht mit der Heilung von Krankheiten. Damit gehörte die Pflege auch nicht zu den Heilberufen, für deren Ausübung seit Ende des 17. Jahrhunderts eine offizielle Zulassung erforderlich war. Während Mediziner ein mehrjähriges Studium absolvierten, gab es für Pflegende weder eine fundierte Ausbildung noch benötigten sie zur Berufsausübung bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Zulassung, weil kein Gesetz Kriterien, wie beispielsweise eine Ausbildung oder Prüfung, an die gewerbsmäßige Ausübung der Pflege geknüpft hatte. Gemeinsam mit anderen an der Berliner Charité tätigen Ärzten bemängelte Johann Friedrich DIEFFENBACH 1832 dies mit scharfen Worten:

„Einen Kranken gehörig warten und pflegen, in Leiden und Noth ihm hülfreich zur Seite stehen, ihn heben, ihn tragen, ihn betten und erquicken, das ist ein edler Beruf, aber ein schweres Geschäft [...]. Jeder Alte, Versoffene, Triefäugige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, Jeder der zu Nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach der Meinung der Leute zum Wärter gut genug“ (DIEFFENBACH 1832, S. 5f.).

Auch die Gründung der ersten deutschen öffentlichen „Schule zur Erziehung wohl unterrichteter Krankenwärter“ erfolgte durch einen Arzt, Franz Anton Mai, in Mannheim im Jahr 1781. Die Ausbildung an dieser ersten Krankenpflegeschule in Deutschland dauerte drei Monate und endete mit einer öffentlichen Prüfung, u. a. vor einem Regierungsvertreter und vor Ärzten. Die Absolventinnen und Absolventen verpflichteten sich durch einen öffentlich abgelegten Eid zu Mitgefühl, Bekämpfung des Aberglaubens und zur Verschwiegenheit. Des Weiteren verpflichteten sie sich, keine Heilkunde selbstständig auszuüben, die Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern und nach bestem Wissen die pflegerischen Maßnahmen durchzuführen (vgl. SCHERF 1784, S. 26ff.). Wiederum von einem Arzt (Carl Emil GEDIKE) wurde 1832 an der Berliner Charité auf Initiative DIEFFENBACHS die Königlich Preußische Krankenwarschule eröffnet und geleitet.

Erst mit der Gründung der Diakonissenanstalt Kaiserswerth als Ausbildungsstätte für evangelische Pflegerinnen durch Theodor und Friederike Fliedner im Jahr 1836 gelang eine Ausbildung Pflegender, die zwar religiös geprägt war, aber auf den Lehrbüchern der Ärzte DIEFFENBACH und GEDIKE basierte (vgl. NOLTE 2020, S. 123). In der Ausbildung sollte es nun aber vorrangig darum gehen, sich um das Seelenheil der Kranken zu bemühen: „Fliedner und andere aus der neupietistischen Erweckungsbewegung hervorgegangene Protagonisten der ‚Inneren Mission‘ waren der Ansicht, dass Krankheit, materielle und geistliche Verarmung“

ursächlich zusammenhängen“ (NOLTE 2020, S. 121). Die Beschäftigung mit dem Seelenheil stellte eine Tätigkeit dar, die die Schwestern unabhängig von Ärzten ausüben konnten, womit sich ein eigener Handlungsbereich etablierte. Gleichzeitig aber stand dieser Handlungsbereich unter Aufsicht religiöser Autoritäten und kann damit nicht als Zeichen beruflicher Autonomie angesehen werden. Die Pflegenden waren von Kranken, anderen Diakonissen, Ärzten und Pfarrern einem normativen Druck ausgesetzt, der zu Konflikten führte, bei dem sich Idealvorstellungen nicht mit den Ansprüchen der anderen Protagonisten vereinbaren ließen (vgl. ebd., S. 122). Die Eigenschaften einer guten Schwester setzten sich laut *Medicinerischer Cursus 1850* zusammen aus

„„Aufmerksamkeit sowohl auf die Erscheinungen der Krankheit und auf das, was in den Kranken vorgeht', ‚Geistesgegenwart', ‚Kaltblütigkeit ohne Härte und Gleichgültigkeit', ‚Milde im Umgang mit den Kranken, aber ohne Empfindeley', ‚Heiterkeit im rechten Sinne', ‚Verschwiegenheit', ‚Wahrhaftigkeit', ‚Pünktlichkeit' und ‚Verträglichkeit'. Auch musste eine Schwester ‚körperliche Kraft' haben und sollte sich ‚Reinlichkeit und Sauberkeit' angewöhnen“ (zitiert nach NOLTE 2020 S. 124).

In der Praxis übernahmen die Schwestern regelmäßig auch kleine Eingriffe, u. a. die Wundversorgung oder das Schröpfen, was allerdings untersagt bzw. nur im Ausnahmefall erlaubt war (ebd.). Sie selbst aber schienen ihre Identifikation und ihren Erfolg mehr von einer erfolgreichen christlichen Bekehrung Kranker abhängig gemacht zu haben. Anerkennung und öffentliche Aufmerksamkeit erlangten sie durch die Veröffentlichung von solchen „Fallgeschichten“ (NOLTE 2020, S. 126).

Während bereits im 19. Jahrhundert eine strukturierte Pflegeausbildung von mindestens zwölf Wochen Theorie und nachfolgender angeleiteter Praxis existierte, wurde 1907 die erste staatliche Verordnung für die berufsmäßige Ausübung der Pflege mit den „Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen“ erlassen. Diese sah für Krankenschwestern eine einjährige Ausbildung und eine abschließende Prüfung vor. 1921 wurde die preußische Ausbildungsordnung erlassen, und fast alle Länder des Deutschen Reichs erließen auf Grundlage preußischer Normen eigene Verordnungen, so dass – unterbrochen vom Ersten Weltkrieg – bis 1924 die Ausübung der beruflichen Krankenpflege nahezu flächendeckend im damaligen deutschen Staatsgebiet eine gesetzliche Grundlage hatte (vgl. LUSTIG 1930, S. 163). Damit war die Pflege nunmehr inhaltlich von Ärzten bestimmt, religiös geprägt und formal staatlich reguliert.

Während der NS-Diktatur wurde 1938 das Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege in Deutschland erlassen, welches Regelungen für Krankenschwestern deutschen oder „artverwandten“ Blutes auswies und die Ausbildung jüdischer Frauen nur noch an jüdischen Krankenpflegeschulen zuließ. Mit der Einbindung der Nürnberger Rassengesetze in diese Ordnung trat die Berufsethik hinter dem Grundsatz einer auf Unmenschlichkeit basierenden Pflichterfüllung zurück, womit die Berufsgruppe zu einem Werkzeug der politisch gewollten „Rassenhygiene“ wurde.

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs wurde das Berufsgesetz aufgehoben und durch das Alliiertengesetz ersetzt. In den 1950er-Jahren konnten dann in beiden Teilen Deutschlands Berufsgesetze für die Krankenpflege erlassen werden. 1957 trat in der BRD das erste Berufs-

gesetz auf Bundesebene in Kraft, welches bis heute die Grundlage aller folgenden Berufsgesetze sowie und Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Pflege darstellt. Vorgesehen war, dass die Leitung der Schule von einem Arzt⁶ gemeinsam mit einer Oberin oder mit einer „leitenden Schwester“ wahrgenommen werden sollte. Für den Unterricht waren neben Ärzten „vorgebildete Unterrichtsschwestern“ zuständig.

Erst ab 1985 war nicht mehr ein Arzt als Schulleitung vorgesehen, der Unterricht durch Ärztinnen und Ärzte blieb aber erhalten, insbesondere wegen einer Fächersystematik, die an das vorklinische Studium der Medizin erinnert, und die Krankenpflege, die unmittelbar aus medizinischen Fachgebieten abgeleitet wurde, z. B. Krankenpflege in der inneren Medizin, in der Chirurgie, in der Gynäkologie und in der Psychiatrie (siehe Anlage 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) von 1985).

Im von FREIDSON 1979 entwickelten Strukturmodell des Gesundheitswesens kommt der Ärzteschaft die Rolle der dominierenden Profession zu (vgl. STRODTOLZ/BADURA 2006, S. 444). Als akademisierte Berufsgruppe hätte diese gegenüber den anderen, nicht akademisierten Berufsgruppen die Bestimmungsmacht über deren Arbeitsbedingungen, welche sich auf der „überlegenen Wissensbasis“ (ebd.) der Ärzteschaft gründete. Die Dominanz der Medizin in der Pflege setzte sich nunmehr bis ins 21. Jahrhundert fort und war staatlich legitimiert.

Für die Lehre in der Pflege waren ab dem Inkrafttreten des Berufsgesetzes von 2003 „fachlich und pädagogisch qualifizierte[] Lehrkräfte mit entsprechender, abgeschlossener Hochschulausbildung“ (§ 4 Absatz 3 KrPflG 2003) vorgesehen. Ärztinnen und Ärzte spielten damit in der Ausbildung von Pflegefachpersonen zumindest formal nicht mehr die entscheidende Rolle; die Pflege war aber nur scheinbar eine nicht mehr der Medizin subordinierte Disziplin.

Während die Pflegeausbildung nach dem Berufsgesetz von 1985 noch eine Dominanz naturwissenschaftlicher und medizinischer Inhalte vorwies, sah erst das Krankenpflegegesetz von 2003 neben bezugswissenschaftlichen auch pflegewissenschaftliche Grundlagen für die Ausbildungsinhalte vor und stellte die „Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation“ sowie die Evaluation [...], Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 3 KrPflG 2003) als eigenverantwortlichen Handlungsbereich der Pflege heraus.

Damit wurde der Ausgangspunkt der Pflege von einer medizinischen Diagnose, z. B. „Spezielle Krankenpflege bei Patienten mit ...“ (Anlage 1 (KrPflAPrV 1985), auf die Pflegesituation hin verlagert, die einen Handlungsanlass bietet. Gleichzeitig wurde dabei auch die Orientierung an bezugswissenschaftlichen Erkenntnissen herausgestellt. Gemäß der am 01. Januar 2004 in Kraft getretenen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV 2003) heißt es beispielsweise, die Schülerinnen und Schüler seien zu befähigen,

6 Da im Gesetz diese männliche Bezeichnung verwendet wird, wird sie hier, sofern Bezug auf das Gesetz genommen wird, auch verwendet.

„auf der Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und pflegerrelevanter Kenntnisse der Bezugswissenschaften, wie Naturwissenschaften, Anatomie, Physiologie, Gerontologie, allgemeine und spezielle Krankheitslehre, Arzneimittellehre, Hygiene und medizinische Mikrobiologie, Ernährungslehre, Sozialmedizin sowie der Geistes- und Sozialwissenschaften, Pflegesituationen wahrzunehmen und zu reflektieren sowie Veränderungen der Pflegesituationen zu erkennen und adäquat zu reagieren“ (KrPflAPrV, Anlage 1 zu § 1 Absatz 1).

Bis heute sind Pflegeschulen in der Regel Teil von Krankenhäusern und somit Teil einer Institution, wo die Emanzipation von der Medizin in der Praxis nicht vollzogen wurde. Vielmehr stellt sich dort auch heute noch das Berufsbild der Pflegenden als der Medizin untergeordnet dar, und Pflege weist kaum autonomes Handeln auf (vgl. KÜHME 2020, S. 187).

Aus einer tabellarischen Gegenüberstellung von Medizin und Pflege (WILKESMANN u. a. 2019, S. 71) geht hervor, dass die Medizin als unbestrittene Profession klare Merkmale aufweise, demgegenüber die Pflege mit verschiedenen Qualifikationsniveaus, einer nicht bindenden Berufsethik (vs. Hippokratischem Eid), fehlender therapeutischer und diagnostischer Entscheidungsfreiheit, weniger starken selbstorganisierten Kontrollgremien (vs. Ärztekammer und Facharztprüfung im „Kollegialsystem“) sowie einem gesellschaftlich negativem Image bei schlechter Entlohnung allenfalls als ein Beruf auf dem Weg zur Profession wahrgenommen und dargestellt wird. Auch wenn die Tabelle von WILKESMANN u. a. nicht in allen Punkten den aktuellen Stand wiedergibt – Vorbehaltstätigkeiten und die reglementierte grundständige hochschulische Pflegeausbildung fehlen darin – so fällt dennoch ein relevanter Aspekt auf: in der Darstellung wird dem Professionsmerkmal „Spezialisiertes *Expertenwissen*, das auf einer spezialisierten, *wissenschaftlich fundierten Ausbildung* beruht“ (WILKESMANN u. a. 2019, S. 71, Hervorhebungen im Original), bezogen auf die Medizin eine (lateinische) Fachsprache zugeordnet, während eine Entsprechung bezogen auf die Pflege gänzlich fehlt.

Ausbildung, Einarbeitung und Berufstätigkeit sind wesentliche Faktoren der beruflichen Sozialisation (vgl. BLANKERTZ u. a. 1992, S. 499). Damit haben die Bedingungen, unter denen Pflegefachpersonen ausgebildet wurden, wie sie institutionell eingebunden sind und mit welchen Aufgaben sie betraut werden, maßgeblichen Einfluss auf ihre berufliche Sozialisation und Professionalisierung und damit auch auf ihre Sprache, mit der sie berufliche Sachverhalte und ihr berufliches Selbstverständnis zum Ausdruck bringen.

2.2.7 Die staatliche Legitimierung der Profession Pflege

Beim Pflegeberuf handelt es sich um einen reglementierten Beruf, der durch Bundesrecht geregelt ist. Die Gesetzgebungskompetenz liegt für Heilberufe beim Bund (vgl. Artikel 74 Absatz 1 Nr. 19 Grundgesetz), und in diesen Berufsgesetzen wird festgelegt, in welchem Rahmen und unter welchen Bedingungen Berufsangehörige ihre Arbeit ausüben dürfen. „Pflege neu denken“ (ROBERT BOSCH STIFTUNG 2001), siehe auch Kapitel 2.2, fiel in die Zeit des Gesetzgebungsprozesses für eine neue Pflegeausbildung. Im damals neuen Krankenpflegegesetz (KrPflG vom 16. Juli 2003) und im erstmals bundesweit geltenden Altenpflegegesetz (AltPflG vom 25. August 2003) hielten einige Forderungen der Expertinnen und Experten Einzug. Als „eigenverantwortlich“ auszuführende Aufgaben sind im KrPflG die Schritte des Pflegeprozesses sowie die Anleitung und Beratung von zu pflegenden Menschen und ihren

Angehörigen beschrieben (vgl. § 3 Absatz 2 KrPflG), wodurch der Pflege etwas mehr Handlungsautonomie gegeben wurde als zuvor. Wenngleich in der Altenpflege die Schritte des Pflegeprozesses nicht im Einzelnen angegeben sind, so ist aber auch hier von der „selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen“ die Rede (vgl. § 3 Absatz 1 AltPflG).

Zum Berufsbild von Pflegefachpersonen führt der Gesetzgeber im 2020 in Kraft getretenen Pflegeberufegesetz (PflBG 2017) aus, was unter Pflege zu verstehen ist – „präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in allen Lebensphasen und die Begleitung Sterbender“ (§ 5 Absatz 2 PflBG) – und welche Tätigkeiten mit welchem Grad von Verantwortung von Berufsangehörigen ausgeübt werden dürfen. Dabei wird im Gesetz unterschieden zwischen vorbehaltenen Tätigkeiten (§ 4 PflBG) sowie selbstständig, eigenständig oder im Rahmen interdisziplinärer Zusammenarbeit auszuführenden Aufgaben (§ 5 Absatz 3 PflBG).

Die *Vorbehaltsaufgaben* stellen im Pflegeberufegesetz ein Novum gegenüber den früheren Berufsgesetzen für die Kranken- bzw. Altenpflege dar. Sie umfassen „die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs [...], die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses [...] sowie die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege“ (§ 4 Absatz 2 Nummer 1–3), womit die Steuerung des Pflegeprozesses eine allein den nach diesem Berufsgesetz und seinen Vorgängern (Krankenpflegegesetz, Altenpflegegesetz) ausgebildeten Pflegefachpersonen zuzuweisende Aufgabe darstellt.

Die *selbstständig* wahrzunehmenden Aufgaben und damit das Kerngeschäft der Pflege umfassen laut Gesetz alle im Rahmen vom Pflegeprozess anfallenden pflegerischen Tätigkeiten, dazu gehören die Steuerung des Pflegeprozesses, die Durchführung von Pflegemaßnahmen einschließlich der Beratung, gesundheitserhaltende, präventive und rehabilitative Maßnahmen sowie Sofortmaßnahmen im Notfall. Von den selbstständig zu übernehmenden Aufgaben zu unterscheiden sind die *eigenständig* wahrzunehmenden Aufgaben, die von Ärztinnen oder Ärzten delegierte Tätigkeiten im Rahmen von Diagnostik, Therapie und Rehabilitation umfassen. Mit den Vorbehaltsaufgaben wird Pflegefachpersonen absolute Handlungsautonomie über die Steuerung und Überwachung ihres Kerngeschäfts gegeben. Der Gesetzgeber führt in seiner Begründung aus, dass es sich bei diesen Aufgaben insbesondere um solche handelt, die „für die Pflegequalität und den Patientenschutz von besonderer Bedeutung sind“ (DEUTSCHER BUNDESTAG, S. 66). Der Pflegeprozess sei „als professionsspezifische, analytische Arbeitsmethode der systematischen Strukturierung und Gestaltung des Pflegearrangements“ anzusehen (ebd.), und mit der Regelung zu Vorbehaltsaufgaben erfahre der Pflegeberuf eine „merkliche Aufwertung“ (ebd.). Mit einer gesetzlichen Regelung dieser Vorbehaltstätigkeiten wird per Bundesrecht Exklusivität für eine Berufsgruppe erzeugt, was ihre Professionalisierung weiter festigen soll.

2.3 Zusammenfassung der professionstheoretischen Grundlagen

In Kapitel 2 wurde die Professionalisierung der Pflege auf einer strukturellen und historischen Ebene analysiert. In den Professionalisierungsdiskursen ging es zunächst um äußerlich sichtbare Kennzeichen, aber auch um die wechselseitige Beziehung zwischen Pflege und Gesellschaft sowie die gesellschaftliche Akzeptanz des Pflegeberufes als Profession. Insofern können die äußerlich sichtbaren Kennzeichen als Rahmen für professionelle Praxis auf Makroebene angesehen werden. Wie gezeigt werden konnte, verlagerten sich später die Diskurse zur Professionalisierung der Pflege von der Makro- auf die Mikroebene, eine Tendenz, die auch für die Soziale Arbeit ausgemacht werden konnte. Mit Blick auf klientenzentrierte Berufe setzt sich der Dialog intra- und interprofessionell am Arbeitsplatz, also im beruflichen Handeln selbst, auf der Mikroebene und innerhalb institutioneller Rahmenbedingungen (Mesoebene) fort. Die Profession Pflege zeigt sich auf der Makroebene mit den folgenden Kennzeichen:

- ▶ **Selbstverwaltung, Interessenvertretung** – Vertretung der Pflege als Berufsgruppe, Einfluss auf Gesetzgebung, Festlegung von Qualitätskriterien
- ▶ **Reglementierung** – Berufsrecht und Versorgungsrecht: gesetzliche Festlegungen für die Berufszugang und -ausübung, Art und Umfang der Ausbildung, Aufgabenbereiche einschließlich festgelegter Vorbehaltsaufgaben, selbstständige bzw. eigenständige und interdisziplinäre Handlungsfelder
- ▶ **Gesellschaftliche Relevanz** – Systemerhaltung, Übernahme gesellschaftlich relevanter Aufgaben, Befassung mit individuellen Problemen, die nicht von Laien oder Angehörigen anderer Berufe gelöst werden können
- ▶ **Ethik** – berufsständische Normen, Verhaltenskodizes, ethische Maßstäbe für die Berufsausübung und Forschung, Werthaltung der Professionsangehörigen
- ▶ **Autonomie** – Deutungshoheit, Entscheidungsmacht, eigener Arbeitsbereich, Tätigkeitsmonopol, Vorbehaltsaufgaben
- ▶ **Wissen** – Sonderwissen einer Berufsgruppe auf Grundlage einer theoretisch fundierten (akademischen) Bildung mit Praxisanteilen, Erfahrungswissen.

Die institutionellen Erscheinungsformen und Rahmenbedingungen der Profession Pflege, also Professionsmerkmale auf der Mesoebene, sind:

- ▶ Berufsverbände, Kammern,
- ▶ Bildungseinrichtungen (Schulen, Hochschulen, Weiterbildungsinstitutionen),
- ▶ Einrichtungen, in denen beruflich Pflegende tätig werden: Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen.

Die Systemebenen können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, denn soziale Phänomene stellen sich erst in der Verknüpfung der Systemebenen dar und bilden einen Ansatz für die professionelle Soziale Arbeit, wie Husi (2017) feststellt:

„Der sogenannte Mikro-Makro-Link – oder eben besser: Mikro-Meso-Makro-Link – in der Soziologie steht für die theoretische Problematik, wie soziale Phänomene unterschiedlicher Aggregationsebenen miteinander verknüpft sind. Aus einer solchen Perspektive ergibt es Sinn,

Makro-Professionalisierung, Meso-Professionalisierung und Mikro-Professionalisierung zu differenzieren. Gemeint sind anders gesagt, teilsystemische, organisationale und personale Professionalisierung. Mit dieser Begriffswahl wird gleich offensichtlich, dass die Professionsbildung und -entwicklung in einem Lebensbereich nicht wirklich denkbar ist ohne damit einhergehende individuelle und organisationale Professionalität“ (Husi 2017, S. 90, Hervorhebung im Original).

Nach MIEG (2016) lässt sich „Professionalisierung [...] auf institutioneller Ebene als Entwicklung eines Berufes bzw. Berufsfeldes verstehen. Aus individueller Sicht geht es um Kompetenzentwicklung und Ausübung einer bezahlten Tätigkeit, die besonderen Leistungsstandards unterliegt“ (MIEG 2016, S. 27). Gerade in personenbezogenen Dienstleistungsberufen würden zwar nach NITTEL (2000) „den Akteuren ganz selbstverständlich und wohl auch zu Recht Professionalität attestiert (z. B. Stewardessen, Altenpflegern, Erzieherinnen), ohne dass den Vertretern dieser Berufsgruppen der Status einer Profession zugestanden wird“ (NITTEL 2000, S. 19), gleichwohl aber erlangen die Berufe selbst nicht durch das Handeln ihrer Akteure den Status einer Profession, sondern durch das, was als charakteristisch und strukturlogisch für das Handeln in diesen Berufen erkannt wird.

Während sich die Erkenntnisse für die Professionalisierung Sozialer Arbeit auf Makro- und Mesoebene prinzipiell auch auf die Pflege übertragen lassen, soll im folgenden Kapitel die Mikroebene – das Charakteristische pflegerischen Handelns, was dieses einzigartig macht und wodurch sich die Pflege von anderen Professionen abhebt – genauer betrachtet werden.

3 Logik und Struktur professionellen klientenbezogenen Handelns

Dieses Kapitel geht der Frage nach, wie professionelles pflegerisches Handeln auf der Mikroebene sichtbar wird, und widmet sich der konkreten Logik und Struktur professionellen Handelns in der Pflege.

Klientenbezogene Berufe, wozu soziale, pädagogische und Pflegeberufe zu zählen sind, erlangten aufgrund des Bewertungsmaßstabes, der von strukturfunktionalistischen und merkmalsorientierten Professionstheorien angelegt wurde, nicht den Status einer Profession, sondern verharrten im Feld der „Semiprofessionen“. Geht es in der Debatte darum, ob ein Beruf eine Profession sei oder nicht, so muss vielmehr die der beruflichen Handlung innewohnende Logik ins Visier genommen werden. Demnach bieten interaktionistisch orientierte Professionstheorien den geeigneten Ansatz, um sich der Logik professionellen Handelns in klientenbezogenen Berufen zu nähern (vgl. WEIDNER 1995, S. 47f.). Der Fokus liege dabei nicht auf der Wechselbeziehung zwischen Gesellschaft und Profession, sondern der Diskurs würde intraprofessionell geführt (vgl. ebd.).

Zu unterscheiden ist die innere Handlungsstruktur und -logik einer Profession von ihrer äußerlichen Erscheinungsform. Das heißt, in der Strukturlogik des Handelns ist die Professionalität begründet. Bei OEVERMANN (1996) geht es mit der Bestimmung von Professionalität demnach weder um Institutionen der Profession, wie beispielsweise Kammern oder Fakultäten, noch um das tatsächliche (beobachtbare) Verrichten von Tätigkeiten durch Berufsangehörige oder deren individuelle Handlungskompetenz, sondern es geht um die dahinter liegende Logik – in diesem Fall klientenbezogener Berufe – unabhängig von institutionellen Beschränkungen oder der individuellen Bildung. OEVERMANN (1996) kritisiert, dass bisherige Professionstheorien analytische Defizite aufwiesen und eine in gewissen Fällen nicht haltbare Gleichsetzung von Expertentum und Profession vornähmen (vgl. OEVERMANN 1996, S. 70). Mit seiner „revidierten Theorie professionellen Handelns“ unternimmt er den Versuch, die bisherige Orientierung an Autonomie oder auch institutionellen Erscheinungsformen von Berufen dahingehend zu überwinden, dass er die den Berufen innewohnende Handlungslogik stärker in den Fokus rückt. Handeln allein auf wissenschaftlicher Grundlage, was er unter „Expertentum“ versteht, könne insbesondere in klientenbezogenen Berufen nicht das entscheidende Kriterium für Professionalität darstellen. Professionalisiertes Handeln in seinen Praxisformen stellt demnach den gesellschaftlich-lebenspraktischen Ort der Vermittlung von Theorie und Praxis dar. Hierin löse sich das Problem der Unvermittelbarkeit von Theorie und Praxis, was allein innerhalb von Wissenschaft und Erkenntnislogik nicht möglich sei (vgl. OEVERMANN 1996, S. 79).

3.1 Wissensformen in klientenbezogenen Berufen

Aufgrund ihrer Handlungslogik scheiterten insbesondere klientenbezogene Berufe daran, dass sie daran gemessen wurden, inwieweit ihr Handeln auf wissenschaftlichen Erkenntnissen – und damit auf Normen – basiert. Kritisch sieht dies auch RAUNER (2004), der bezogen auf praktische Handlungskompetenz das Verdienst Donald A. Schöns würdigt, dem es bereits in den frühen 1980er-Jahren gelang, „die grundlegende Bedeutung der praktischen Kompetenz (Practical Competence and Professional Artistry) als eine eigenständige, nicht durch das theoretische (deklarative) Wissen (an)geleitete Kompetenz, nachzuweisen“ (RAUNER 2004, S. 12) und damit verbunden das akademische Wissen „als einer kognitiven Voraussetzung für kompetentes Handeln“ (ebd.) kritisch zu betrachten. Erst mit der „Ausweitung des erfahrungswissenschaftlichen Ansatzes“ (OEVERMANN 1996, S. 95), sei „der universalistische wissenschaftliche Diskurs errichtet, der seinerseits erst den klassischen Professionen ihre wissenschaftliche Basis liefert, die sie zur vollen Professionalisierung ihrer Tätigkeiten benötigen“ (ebd.).

Das Paradox liegt in der Herangehensweise an Problemlösungsprozesse in klientennahen Berufen. Gerade die Einbeziehung nicht wissenschaftlicher Parameter, nämlich das subjektive Erleben der Betroffenen, macht die Professionalität des Handelns aus. DEWE/STÜWE (2016) führen dazu aus: „Besonders deutlich wird dieses Missverständnis der Professionalisierungsdebatte, wo [...] das an praktischen Fällen geschulte hermeneutische Wissen und Handeln als voluntaristisches Praktizieren diskriminiert wurde“ (DEWE/STÜWE 2016, S. 17). Es sei, so die Autoren weiter, in der „indikatorischen Professionstheorie“ (ebd.) übersehen worden, dass gerade das Verstehen des Falls einen guten Berufsangehörigen, insbesondere klassischer Professionen, ausmache (vgl. ebd., S. 17f.).

Professionalisiertes Handeln ist nicht technisch-mechanisch, sondern als Beziehungspraxis zu verstehen (vgl. OEVERMANN 1996, S. 115). Die Problembearbeitung durch professionell Helfende kann nicht allein in Form von Interventionen auf (natur)wissenschaftlicher Basis mit vorhersehbarem Ergebnis erfolgen. „Das Modell eines unidirektionalen Transfers von Wissen aus dem Kontext der Wissensgenerierung in den Kontext der Verwendung erweist sich als technokratisches Missverständnis“ (GREDIG/SOMMERFELD 2010, S. 85). Solches auf externer Evidenz basierende Tun stellt nur eine Seite des professionellen Handelns dar. Vielmehr soll zwar „[w]issenschaftliches Wissen [...] aus dem System der Wissenschaft im Medium der Sprache über den Bereich von Wissenschaft hinaus in den Bereich der Praxis eingetragen werden und dort Handeln anleiten“ (ebd., S. 84), aber die Wissensformen in klientennahen Berufen unterscheiden sich nach GREDIG/SOMMERFELD vom wissenschaftlichen Wissen insofern, als sich handlungsleitendes professionelles Wissen aus der „Relationierung unterschiedlicher Wissensformen prozesshaft ergibt“ (ebd., S. 86). Das würde bedeuten, dass wissenschaftsbasiertes Wissen durch professionelles Handeln in der Praxis erprobt und angepasst sowie durch Erfahrung ergänzt wird. WEIDNER nennt das für die Pflege einen einerseits „relativ abstrakten, ‚dem Mann auf der Straße‘ nicht verfügbaren Sonderwissensbestand[]“, verbunden mit einer „praktisch erworbenen hermeneutischen Fähigkeit der Rekonstruktion von Problemen defizitären Handlungssinns in aktuellen und potenziellen Gesundheitsfragen betroffener Individuen“ (WEIDNER 1995, S. 126).

Nach OEVERMANN ist „die Stellvertretung, die der Therapeut für den Patienten in der Deutung des existentiellen Problems und in der partiellen Übernahme des Entscheidungszwangs [...] ausübt, [...] der professionalisierten Praxis rational nur in dem Maße möglich, in dem sie sich auf eine methodisch kontrollierte und nach expliziten Geltungskriterien bewährte erfahrungswissenschaftliche Wissensbasis berufen kann“ (OEVERMANN 1996, S. 124, Hervorhebungen im Original). Therapeutische Berufe sind nach OEVERMANN in doppelter Hinsicht professionalisiert: erstens in dem Erwerb der erfahrungswissenschaftlichen Wissensbasis (Akademisierung, die sie mit den klassischen Professionen gemeinsam haben) und zweitens in der Fähigkeit, dieses Wissen in der Praxis und im Rahmen der Beziehung zu dem Patienten,⁷ die er als „Arbeitsbündnis“ beschreibt, in Anwendung zu bringen.

Aber auch das Handeln auf Basis von Wissenschafts- und Erfahrungswissen allein kann noch als unprofessionell gelten, wenn dabei die von einer Krise betroffenen Menschen mit ihren Einstellungen und Erfahrungen, ihren gewohnten Lösungsstrategien und subjektiven Theorien ausgeklammert würden. Auch in der Praxis Erprobtes kann in der Anwendung letztlich dekontextualisiert, generalisiert und nicht situativ auf den Einzelfall bezogen sein. Die Perspektive der zu pflegenden Menschen im individuellen Fall und der aktuellen Situation würde weder bei der Entscheidung noch bei der Handlung oder bei der Begründung eine Rolle spielen. Diese Komponente ist aber für professionelles klientenbezogenes Handeln entscheidend, weshalb die besondere Art von Beziehung zwischen professionell Pflegenden und den zu pflegenden Menschen in den nächsten Kapiteln genauer betrachtet werden soll

3.2 Beziehungsstruktur in klientenbezogenen Berufen

Das Paradox der Handlungslogik in klientenbezogenen Professionen liegt in der Übernahme einer Hilfeleistung für Personen, die gerade nicht entscheidungs- oder handlungsfähig sind, unter „Aufrechterhaltung und Gewährleistung von leiblicher und psychosozialer Integrität des einzelnen im Sinne eines geltenden Entwurfs der Würde des Menschen“ (OEVERMANN 1996, S. 88). Das umfasst auch das selbstständige Einfordern von Hilfe, welches erst die Intervention auslösen darf, auch wenn der Therapeut möglicherweise bereits vorher deren Notwendigkeit erkannt hat (vgl. ebd., S. 116).

Dieses Problem der professionellen Übernahme lebenspraktischer Entscheidungen und Handlungen unter Wahrung der Selbstbestimmung und Wiederherstellung der Autonomie der Betroffenen könne nach OEVERMANN nur gelöst werden, indem ein Arbeitsbündnis zwischen Professionellen und Klienten geschlossen werde. „Primär am professionellen Handeln ist also die zugleich diffuse und spezifische Beziehung zum Klienten, dessen leibliche und/oder psychosoziale Beschädigung beseitigt oder gemildert werden soll. Ich nenne diese Beziehungspraxis das Arbeitsbündnis“ (OEVERMANN 1996, S. 115).

Diese Art von Beziehung leitet OEVERMANN aus einer Therapeuten-Klienten-Beziehung ab, die im Sinne einer Übereinkunft über die Rollen, Regeln, ihre Dauer, ihren Anlass und ihre Entlohnung symmetrisch, hingegen in ihrer Ausgestaltung asymmetrisch sei. Die Beziehung

7 Da Oevermann in seinem Aufsatz (1996) konsequent die männliche Form „Klient“, „Patient“ bzw. „Therapeut“ verwendet, wird das in dieser Arbeit, sofern Bezug auf dieses Werk genommen wird, übernommen.

habe intime Anteile bei gleichzeitiger Fremdheit, und vonseiten des Therapeuten komme es zu einer Grenzüberschreitung, durch die der therapeutische Erfolg erst möglich werde (vgl. OEVERMANN 1996, S. 117f.). Anhand eines umfassenden Beispiels aus der Psychotherapie fasst Oevermann das Modell professioneller therapeutischer Praxis als ein Arbeitsbündnis zusammen, in dessen „Zentrum die widersprüchliche Einheit von diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen“ (ebd., S. 123) und die „widersprüchliche Einheit von Autonomie und Abhängigkeit des Patienten“ (ebd.) stünden.

Was OEVERMANN zur Erklärung pädagogischer Professionalität aus der Therapeuten-Klienten-Beziehung ableitet, nutzte in der Folge auch die Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik, um ihre Professionalität zu begründen (u. a. bei DEWE/STÜWE 2016). Das von OEVERMANN beschriebene Arbeitsbündnis findet sich zwar in ähnlicher Form auch in anderen Berufen wieder, kann aber nicht ohne weitere Anpassung und mit Blick auf Arbeitsweise, -auftrag und Ausbildung auf alle klientenbezogenen Berufe gleichermaßen übertragen werden. Daher soll nachfolgend der Blick auf das professionelle Pflegehandeln gerichtet werden.

3.3 Erscheinungsform professionellen Pflegehandelns

Die Arbeitsweise, die Ausbildung, die Klientel und auch die Rahmenbedingungen unterscheiden sich in der Pflege erheblich von der Psychotherapie, auf die sich OEVERMANN in seinem vielzitierten Aufsatz beruft. Die Kapitelüberschrift „Die spezifische Professionalisierungsproblematik der pädagogischen und pflegerischen Berufe unter dem Gesichtspunkt des Focus von Therapie“ (OEVERMANN 1996, S. 141) verheißt dort zwar eine Bezugnahme auf Pflegeberufe, inhaltlich verharret OEVERMANN aber bei den pädagogischen Berufen und bleibt damit bis zum Ende seines Aufsatzes von 1996 Aussagen zur Pflege schuldig.

Hier wäre beispielsweise bedeutsam gewesen, wie er die Konzepte *Krise* und *Pflegeanlass* vereinbart hätte. Außerdem wäre im Vergleich mit einer psychotherapeutischen Eins-zu-eins-Betreuung zu fragen, wie sich das Arbeitsbündnis in der Pflege gestaltet, wenn – insbesondere mit Blick auf den Forschungsgegenstand – die oder der beruflich Pflegenden nicht die einzige für den Pflegeprozess zuständige Person ist, die mit dem zu pflegenden Menschen eine professionelle Beziehung eingeht und wie tief diese sein kann, wenn sie sich – wie im Krankenhaus üblich – auf wenige Tage erstreckt und sich von Arbeitsschicht zu Arbeitsschicht in neuen Personenkonstellationen fortsetzen soll. Die Gestaltung des Arbeitsbündnisses und der pflegerischen Versorgung unterliegt aufgrund ökonomischen Drucks, Arbeitsverdichtung und Qualitätsanforderungen festgelegten Behandlungsstandards, die eine individuelle Versorgung in den Hintergrund treten lassen können. Insofern bilden institutionelle, organisatorische und rechtliche Gegebenheiten den Rahmen, in dem intraprofessionelle Zusammenarbeit eine Notwendigkeit ist und in dem sich professionelles Handeln entfalten kann und darf. Nur wenn es die organisatorischen Bedingungen zulassen, können beruflich Pflegenden ihr wissenschaftliches und aus Erfahrungen gewonnenes Wissen auch zur Geltung bringen (SCHWARZ 2009).

Trotz der Unterschiede gilt aber auch für die professionelle Pflege prinzipiell die doppelte Handlungslogik auf Grundlage hybrider Wissensbestände und das Handlungsparadox aus

Übernahme und Autonomiewahrung. Allerdings ist zu unterscheiden zwischen dem Fallverstehen im wissenschaftlichen und dem im praxisbezogenen Sinne.

Das Handlungsfeld von Pflegeberufen besteht darin, unter Einbeziehung der von einer pflegerisch relevanten Krise Betroffenen diese bei der Bewältigung zu unterstützen, ohne dabei deren Autonomie zu verletzen. In Krisen sind Betroffene zumindest vorübergehend nicht dazu in der Lage, ohne professionelle Hilfe selbstständig zu entscheiden oder zu handeln. Krisen gehören nicht zum Alltagsgeschäft, und es liegt in ihrer Natur, dass professionell Helfende zur Intervention nicht allein auf Erfahrung, Routinen oder (wissenschaftlich belegte) Standards zurückgreifen können. Insofern eröffnen Krisen stets neue Handlungsoptionen, und unter akutem Handlungsdruck ist nicht vorhersehbar, ob sich die Entscheidung für ein bestimmtes Handeln im Nachhinein als richtig oder falsch erweisen wird. Eine Standardintervention wäre demgemäß ebenso wenig als professionell zu bezeichnen wie ein zufällig „richtiges“, aber unbegründetes Handeln.

OEVERMANN stellt fest, dass eine getroffene Entscheidung einem Begründungszwang unterliege, der zwar nicht zeitgleich mit dem Handeln, so aber doch im Nachgang durch Fallrekonstruktion einzulösen sei. Die Handlungslogik klientenbezogener Berufe liegt also auch in ihrer Zweiphasigkeit: In der Krise des Klienten treffe die oder der Professionelle eine „aktiv-praktische Entscheidung“ (OEVERMANN 1996, S. 82). Dieses primäre Handeln ist „spontan, reflexartig und intuitiv“ (ebd.), unterliegt Entscheidungs- und Handlungsdruck. Hier kommen sowohl Routinen zum Tragen als auch Innovationen, falls die Routinen zur Bewältigung nicht ausreichen. Die zweite Phase ist die Rekonstruktion des Falles, in dem eine spontane und intuitive Entscheidung getroffen wurde. Diese Phase unterliegt Begründungsdruck. Es wird eine „problematisierende Bearbeitung von Geltungsfragen“ (ebd., S. 84) vollzogen, entweder kurz das Handeln als zwingend erforderlich eingeschätzt, oder es kommt zur „reflexiv-müßigen Problematisierung ohne praktischen Handlungsdruck“ (ebd.). Die Verständigung über die Einschätzung der Situation, also das Fallverstehen, und die Begründung von Interventionsentscheidungen sind in der Pflege Teil der intraprofessionellen Kommunikation. Autonomie könne nach OEVERMANN von Professionsangehörigen nur erlangt werden, wenn sich diese zweite Phase von Autoritäten (Politik, Wirtschaft) und äußeren Zwängen entkoppele und unabhängig durchführen lasse. „[J]ede in sich praktische Entscheidung muß [...] eine wie selbstverständlich geltende, zweifelsfreie Begründbarkeit und Vernünftigkeit für sich beanspruchen, wenn sie zur Durchführung gelangen soll“ (ebd., S. 87).

Typisch für therapeutische Berufe ist, dass die Problembearbeitung mit einer Kombination verschiedenartiger kognitiver und methodischer Operationen aus Erklären einerseits und Fallverstehen andererseits (vgl. OEVERMANN 1996, S. 126) begründet werde. Erklärend werden auf der einen Seite Phänomene unter klassifikatorische Begriffe und theoretische Modelle subsumiert, während auf der anderen Seite fallverstehend rekonstruktiv und ganzheitlich sowie unter Einbezug der konkreten Lebensbedingungen vorgegangen werde. Einerseits suche der Therapeut nach OEVERMANN nach kausalen Erklärungen und empirischer Verallgemeinerung (Erklären), andererseits nähere er sich der Fallstruktur explorativ und versuche, in Strukturen Gesetzmäßigkeiten zu erkennen (Verstehen). Während das Erklären distanziert und analytisch sei, sei das Verstehen intuitiv und der Person zugewandt. Erklären beschäftige

sich mit Wissenschaft und lerne durch Theorie, während sich der verstehende Zugang mit dem Menschen beschäftigt und durch die Praxis lerne.

Was von der Pflegewissenschaft gefordert ist, nämlich für jede pflegerische Handlung eine gesicherte Wissensbasis vorzuhalten, sei nicht ohne Weiteres auf die beruflichen Handlungspraxis übertragbar, so RAVEN (2016). Es könne nicht als Zeichen guter Pflegepraxis gelten, stets eine empirisch bzw. wissenschaftlich gesicherte und eine zugleich auf hermeneutischem Fallverstehen basierende Begründung für das praktische Handeln geben zu können (vgl. RAVEN 2016, S. 104). RAVEN führt weiter aus, dass es für das unmittelbare Pflegehandeln eine der „Flüchtigkeit der Situation“ (ebd., S. 108) angemessene „berufsbezogene Sonderform des praktischen Verstehens“ (ebd., S. 109, Hervorhebung im Original) geben müsse. Dieses setze sich zusammen aus alltagspraktischem und interventionspraktischem Verstehen (vgl. ebd., S. 122). Die vielgeforderte wissenschaftliche Begründung für jedwedes Pflegehandeln sei der Praxis weder angemessen noch durchgehend umsetzbar. Geeignete Lösungen für Krisen zu finden, erfordere in der Praxis vielmehr die Fähigkeit zur Begründung auf Basis einer Fallrekonstruktion – dem gedanklichen Durchspielen des Falls – und der Reflexion des Falls.

3.4 Pflegeprozess als Kernelement professionellen Handelns

Der Pflegeprozess kann als das für die Pflege adaptierte und modifizierte Modell der vollständigen Handlung angesehen werden. Die aus der Arbeitspsychologie stammende Idee der vollständigen, motivierten und zielgerichteten Handlung wurde von der Berufspädagogik aufgegriffen und der handlungsorientierten Didaktik zugrunde gelegt. Im Erkennen eines Handlungsanlasses wird die Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung des Handlungszyklus getroffen. Mit der Entscheidung für das Tätigwerden ist die Erwartung eines Handlungsergebnisses verbunden. Das tatsächliche Resultat kann mit dem erwarteten Ergebnis abgeglichen werden, wodurch in einem Rückkopplungsprozess eine Anpassung der getroffenen Entscheidungen und Handlungen erneut erfolgen kann.

Nach diesem Verständnis eröffnen solche Arbeitstätigkeiten den Handelnden einen erhöhten Handlungs- und Entscheidungsspielraum und dienen der Weiterentwicklung von Kompetenzen (vgl. VOLPERT/WEBER 2018, S. 399). „Handlungen sind Rückkopplungseinheiten, die generell adaptive Systeme beschreiben. [...] [Z]usätzlich zu formalen Rückkopplungseinheiten werden [...] Ziele zum Definitionsmerkmal von Handlungen“ (BERGMANN 2014, S. 79). Ziele sind in diesem Rahmen antizipierte Handlungsergebnisse (vgl. ebd., S. 80). Im Gegensatz zu entkoppelten Einzeltätigkeiten nach Art tayloristischer Arbeitsteilung umspannt der vollständige Handlungszyklus logisch aufeinanderfolgende und zielgerichtete Schritte sowie Reflexionsprozesse, also das Zusammenspiel von Geist (Kopf) und Handlungsgeschick (Hand).

Auch der Pflegeprozess ist ein kybernetischer Regelkreis, weist aber gegenüber dem sehr technischen Verständnis des vollständigen Handlungszyklus deutliche Unterschiede auf. Während es sich bei Ersterem um ein didaktisches Werkzeug zur Optimierung beruflicher Handlungskompetenz handelt, geht es beim Pflegeprozess um einen Entscheidungs-, Interventions- und Reflexionsvorgang unter Einbeziehung des zu pflegenden Menschen, d. h., wie bereits in vorhergehenden Kapiteln ausgeführt, um eine praktikable Vereinigung von

evidenzbasiertem State of the Art, der subjektiven Perspektive der Betroffenen und dem Erfahrungswissen aller am Prozess Beteiligten.

Der Pflegeprozess kann angesehen werden als das zentrale Element professioneller, theoriebasierter Pflegepraxis, auf dessen Grundlage mittlerweile weltweit systematisches pflegerisches Handeln in allen Pflegesettings erfolgt (vgl. UYS/HABERMANN 2006, S. 3). Als für die Pflege charakteristische Arbeitsorganisation wurde der Pflegeprozess erstmals von der Pflgetheoretikerin Ida Jean ORLANDO beschrieben (TONEY-BUTLER/THAYER 2023) und von YURA und WALSH 1967 weithin publik gemacht. Er umfasst in seiner ersten Version vier Schritte und stellt einen systematischen Problemlöse- und Beziehungsprozess in der professionellen Pflege dar:

1. Assessing
2. Planning
3. Implementing
4. Evaluating (YURA/WALSH 1967).

Definiert wird der Pflegeprozess als

„a systematic approach to care using the fundamental principles of critical thinking, client-centered approaches to treatment, goal-oriented tasks, evidence-based practice (EDP) recommendations, and nursing intuition“ (TONEY-BUTLER/THAYER 2022, o. S.),

womit aufgegriffen wird, was unter professionellem Pflegehandeln zu verstehen ist: systematisches, zielgerichtetes und gleichzeitig subjektbezogenes Intervenieren auf Basis von kritischem Denken sowie gesichertem individuellen und wissenschaftlichen Wissen mit regelmäßiger Rückkopplung und Anpassung. Auch hierin werden die Aspekte deutlich, die in den vorangegangenen Ausführungen für professionalisiertes Handeln charakteristisch sind: Der Bezug auf Wissenschaft und Erfahrung, der Subjektbezug und schließlich die nachgelagerte Begründung, die in der Rückkopplung und Anpassung verortet ist und die als Aufforderung angesehen werden kann, den Fall zu rekonstruieren, die Wirkung zu prüfen und die Entscheidungen zu überdenken.

Der Pflegeprozess wurde international unterschiedlich adaptiert. So beschreibt ihn die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in den 1970er-Jahren als einen fünfschrittigen Prozess, in dem die Pflegediagnose als Ergebnis vom *Assessing* an zweiter Stelle eingefügt wird. In Deutschland wird üblicherweise von einem sechsschrittigen Prozess nach FIECHTER/MEIER (1998) gesprochen, bei dem zusätzlich das Pflegeziel, das anfangs noch im Schritt *Planning* aufgegangen ist, an dritter Stelle separat benannt wird:

- „1. Informationssammlung
 2. Erkennen von Problemen
 3. Festlegen der Pflegeziele
 4. Planung der Pflegemaßnahmen
 5. Durchführung der Pflege
 6. Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten“
- (zit. n. ISFORT/WEIDNER 2001, S. 23 u. a. m.)

Der Pflegeprozess wird in der Berufsgesetzgebung Pflegefachpersonen zugeschrieben. Als Kerngeschäft einer Berufsgruppe wurde er erstmals 1985 im Berufsgesetz ansatzweise geregelt. Demnach sollte sich die Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger mit dem Krankenpflegegesetz (KrPflG) auf die „geplante Pflege“ und die „Erledigung von Verwaltungsaufgaben“ im Zusammenhang mit den Pflegemaßnahmen richten (§ 4 Absatz 1 KrPflG), und in der praktischen Prüfung war eine Pflegeplanung vorzulegen (§ 14 Absatz 1 KrPflAPrV). Damit war zumindest die Pflegeplanung und -dokumentation seit 1985 gesetzlich verankert, und die Pflege begann, sich als Beruf von anderen Gesundheits-, Heil- und Therapieberufen durch die ihr eigenen Arbeits- und Geschäftsprozesse abzugrenzen. Der gesamte Pflegeprozess – Erhebung und Feststellung des Pflegebedarfs, Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation sowie Evaluation der Pflege – wurde mit dem Berufsgesetz von 2003 als „eigenverantwortlich“ auszuführende Aufgabe beschrieben (§ 3 KrPflG).

Wie bereits in Kapitel 2.2.7 ausgeführt, beruft sich der Gesetzgeber bei den in § 4 PflBG angegebenen Vorbehaltsaufgaben auf eben diesen Pflegeprozess: Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs umfasst die ersten beiden Schritte, auf die folglich zielgerichtete pflegerische Handlungen zu planen sind. Als absolut vorbehaltene Aufgabe gelten die Ermittlung von Pflegebedarf, das Festlegen von Pflegezielen sowie das Planen und Evaluieren von Pflegemaßnahmen, nicht aber die Durchführung von Maßnahmen.

Die Durchführung der Pflegehandlungen wiederum ist delegierbar, somit können also in der Durchführungsverantwortung auch andere in der Pflege tätige Personen sein, beispielsweise Pflegeassistentinnen und -assistenten, Stationshilfen, Praktikantinnen und Praktikanten oder Auszubildende. Pflegefachpersonen mit entsprechender beruflicher oder hochschulischer Ausbildung bleiben in der Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess, beurteilen auch die Wirkung der Pflegemaßnahmen und leiten daraus Erkenntnisse ab, auf deren Grundlage nicht nur die individuelle Versorgung eines zu pflegenden Menschen angepasst wird, sondern auch die Qualität der Pflege als solche gesichert und weiterentwickelt werden soll. Der Pflegeprozess als Kerngeschäft professionell Pflegenden erfordert also Verantwortungsübernahme sowie Fähigkeiten zur Organisation und Delegation.

Als „handlungsleitendes Prinzip“ (SCHREMS 2006, S. 44) pflegerischer Arbeit war der Pflegeprozess aber nicht unumstritten. SCHREMS erörtert in ihrem Artikel *Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung* die Frage nach alternativen Vorgehensweisen. Sie versteht unter dem Pflegeprozess „das begründete, prozesshafte Verfahren zur Erhebung des Pflegebedarfs, zur Planung und Durchführung notwendiger Maßnahmen und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Pflege“ (ebd.), also ein Erkenntnis- und Begründungsinstrument. Empirische Beobachtung und Erfassung zahlreicher Pflegeprozesse lieferten die Datenbasis für Pflegediagnosen, für Assessments, Interventionen und Standards, die wissenschaftlich abzusichern seien. Letztlich basieren darauf auch Klassifikationen, wie NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification), NOC (Nursing Outcome Classification), die International Classification of Nursing Practice (ICNP) u. a. m. (siehe hierzu auch Kapitel 4.5.4).

Allerdings werde der Pflegeprozess in der Praxis als eher hinderlich denn förderlich empfunden. Aufgrund der Diskontinuität des Personals und des spontan auftretenden Handlungsdrucks sei die dem Prozess eingeschriebene Schrittfolge nicht durchführbar (vgl. SCHREMS

2006, S. 45). Gleichzeitig verheißt der Prozess, so wie er praktiziert oder gelehrt werde, eine unangemessene Vereinfachung, die die Autorin als „triviales System“ (ebd., S. 46) bezeichnet. Der Prozess erscheine dann so, als gebe es eine eindeutige und vorhersehbare Reaktion des Menschen auf eine Pflegeintervention im Sinne eines Input-Output, und das stehe im Widerspruch zur Patientenorientierung im Sinne eines auf Beziehung basierenden Pflegeverständnisses. HÜLSKEN-GIESLER (2008) führt dazu aus, dass sich die „Übernahme kybernetisch-systemischer Modellvorstellungen im Bereich einer Praxis- oder Handlungswissenschaft in der Weise interpretieren [lässt], dass das entsprechende Objekt, hier die Pflege, einem Prozess der Maschinisierung unterzogen wird“ (HÜLSKEN-GIESLER 2008, S. 325). Würden aber die Diagnostik und die Interventionsmöglichkeiten im Rahmen von intraprofessionellen Austauschprozessen unter beruflich Pflegenden dynamisch entwickelt und angepasst, mithin der Pflegeprozess auch als dynamisches System verstanden werden, ließe sich diese maschinisierte Logik professionellen Handelns auflösen.

Als Alternative zum Pflegeprozess diskutiert SCHREMS ein „einfaches Handlungsmodell“ („beobachten – intervenieren – beobachten“), kommt aber zu dem Schluss, dass der Pflegeprozess für die Profession Pflege alternativlos sei. So entbehre das einfache Handlungsmodell der Bewertung des Pflegebedarfs durch die Betroffenen und auch der Sprache der Pflegeanamnese, -diagnostik und -intervention. Sie schreibt weiter, dass die Anwendung des Pflegeprozesses in der Praxis neues Wissen generieren und Wissenslücken aufdecken könne, insofern sei dessen Anwendung der Professionalisierung in mehrfacher Hinsicht zuträglich – sowohl durch die Anwendung gesicherten Wissens als auch als empirische Quelle für neues Wissen, das systematisch erhoben wird und über die Relevanz für die Praxis seine Legitimation erfährt.

Mit Blick auf das Forschungsthema kann angenommen werden, dass Übergabegespräche zwischen beruflich Pflegenden dazu genutzt werden, den Pflegeprozess und auch die Perspektive der zu pflegenden Menschen darzulegen sowie die weiteren Schritte in der Versorgung abzusprechen. Die Einschätzung der Pflegesituation aus verschiedenen Perspektiven kann ebenso in der Übergabe zur Sprache kommen und intraprofessionell diskutiert werden. Es gilt, die Untersuchung der Pflegesprache in den Übergaben auf diese Aspekte zu fokussieren. Von Interesse ist, wie die Situation der zu pflegenden Menschen zur Sprache gebracht wird und was wie als Handlungsanlass – im weitesten Sinne als Pflegediagnose zu verstehen – gekennzeichnet ist.

Pflegediagnose und Pflegediagnostik

Die Pflegediagnose stellt, je nach Modell, das Ergebnis des ersten oder der ersten beiden Schritte im Pflegeprozess dar. Die Pflegediagnostik kann als Prozess im Prozess angesehen werden, wie schon in den 1980er-Jahren von CARPENITO beschrieben. Das Diagnostizieren in der Pflege umfasst demnach das Erheben und Analysieren von Daten sowie das Generieren hierfür möglicher Erklärungen (vgl. CARPENITO 1985, S. 397). Die festgestellte Pflegediagnose stellt immer einen Handlungsanlass für die Pflege dar, sei sie kurativ, präventiv, rehabilitativ, palliativ oder auf die psychosoziale Situation der zu pflegenden Menschen ausgerichtet. Mit dem Begriff *Diagnose* wird zwar einerseits die Nähe zur Medizin deutlich und damit auch eine Gleichwertigkeit der beruflichen Befähigungen und Befugnisse impliziert, andererseits

unterscheiden sich die Diagnosen je nach beruflicher Perspektive in ihrer Art. Werden auf medizinischer Seite die Krankheit bzw. pathophysiologische Prozesse benannt, geht es der Pflege um das Verhalten und das Erleben von Menschen mit bestehender oder drohender gesundheitlicher Beeinträchtigung.

Medizinische Diagnosen initiieren eine medizinische konservative oder operative Behandlung oder Prophylaxe, während Pflegediagnosen mit Pflegemaßnahmen begegnet wird (vgl. KRAUS/BERNER 2020). Die Entscheidung für diese Maßnahmen obliegt allen Pflegefachpersonen und unterliegt damit nicht ärztlicher Weisung.

Die Pflegediagnose stellt nach SHOEMAKER (1984) eine

„klinische Beurteilung über ein Individuum, eine Familie oder eine Gemeinde dar, die aus einem bewußten systematischen Prozeß der Informationssammlung und Datenanalyse abgeleitet wurde. Sie bietet die Basis für die Verordnung einer Behandlung, für die eine Pflegeperson verantwortlich ist. Sie wird genau und präzise zum Ausdruck gebracht [...]“ (SHOEMAKER 1984, zit. n. STEFAN/ALLMER 1999, S. 11).

In weiteren Definitionen wird die Eigenständigkeit von Pflegefachpersonen für die Diagnostik oder auch das Krankheitserleben im Sinne einer Reaktion des Menschen auf gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorgehoben. HÖHMANN (1999) sieht in Pflegediagnosen in mehrfacher Hinsicht „Ansatzpunkte zur Unterstützung der Professionalisierung der Pflege“ (HÖHMANN 1999, S. 13). Mit ihrer Hilfe würden Zuständigkeitsbereiche der Pflege definiert, die inhaltliche Definitionsmacht der Berufsgruppe würde gestärkt und der Umgang mit Pflegediagnosen setze eine „längere theoriebezogene Ausbildung“ (ebd.) voraus.

HÖHMANN stellt aber weiterhin fest, dass die Fokussierung auf Einzeldiagnosen nicht dem ganzheitlichen Ansatz der Pflege entspreche. Vielmehr sei das Diagnostizieren ein Erkenntnisprozess, bei dem einzelne beobachtete Merkmale oder auf andere Art erhobene Parameter von pflegerischer Relevanz in einen Zusammenhang gebracht werden mit dem Ziel, „einen pflegerelevanten Zustand als komplexes Ganzes zu entdecken und zu beschreiben“ (HÖHMANN 1999, S. 9).

Schließlich definiert die North American Nursing Association (NANDA) eine Pflegediagnose bis heute (zuletzt geändert 2013) als

„a clinical judgment concerning a human response to health conditions/life processes, or a vulnerability for that response, by an individual, family, group or community. A nursing diagnosis provides the basis for selection of nursing interventions to achieve outcomes for which the nurse has accountability“ (NANDA, o. D.).

Pflegediagnosen sind an dieser Stelle insofern hervorzuheben, als sie laut STEFAN/ALLMER (1999) eine gemeinsame übereinstimmende Fachsprache der Pflege ermöglichen, dadurch könnten Pflegeprobleme einheitlich beschrieben und benannt werden, und es sei sichergestellt, dass alle beruflich Pflegenden über das Gleiche sprechen würden (vgl. STEFAN/ALLMER 1999, S. 23). Mit Diagnosen sind die Beschreibung der erkennbaren Zeichen (Symptome), mit denen sich die Diagnose darstellt, und die Benennung der (möglichen) Ursachen (Ätiologie) verbunden. Diagnosen sind in den einschlägigen Klassifikationen, wie beispielsweise

NANDA, in entsprechender Art angegeben. Für die freie Formulierung von *Pflegeproblemen* in einer schriftlichen Pflegeplanung hat sich das sogenannte PESR-Schema durchgesetzt. Das Akronym bedeutet *Problem, Etiology, Symptoms, Ressources*. Auf jeden dieser Aspekte richten sich die nächsten Schritte im Pflegeprozess.

CARPENITO-MOYET stellt fest, dass in der Praxis Pflegenden in der Regel mit medizinischen Diagnosen die Probleme von Patientinnen/Patienten beschreiben würden, was zur Folge hätte, dass wesentliche pflegerelevante Aspekte außer Acht gelassen würden. Dabei sei die Sprache der Medizin zwar hilfreich, aber nicht ausreichend, um die Pflegeprobleme und Reaktionen, welche eine umfassende Pflegediagnostik und geeigneter -maßnahmen bedürften, zu beschreiben (CARPENITO-MOYET 2010). Prinzipiell entstehe mit Pflegediagnosen (verstanden als einheitliche Terminologie auf Grundlage von Expertise und Evidenz und in Form von weitreichend gültigen Klassifikationen vorliegend) „eine klarere Identifikation und Abgrenzung des Wissensgebietes der Pflege, eine größere Verantwortung der Pflege sowie eine vermehrte Professionalität und Autonomie“ (STEFAN/ALLMER 1999, S. 14 unter Berufung auf Carpenito 1993).

Im Zusammenhang mit der EDV-gestützten Dokumentation des Pflegeprozesses wird die *ENP-Pflegediagnose* von WIETECK u. a. (2019) folgendermaßen definiert:

„**ENP-Pflegediagnosen** stellen eine systematische klinische Beurteilung der Reaktionen eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Maßnahmen, anhand derer die gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten pflegerischen Ziele erreicht werden“ (WIETECK u. a. 2019, S. 64f., Hervorhebung im Original).

An dieser Definition fällt auf, dass sie zwar im Wortlaut den Definitionen von SHOEMAKER bzw. NANDA gleicht, sich aber nur auf das Individuum bezieht, nicht aber auf größere Systeme, etwa Familie oder Gemeinde, wie bei den vorher genannten Definitionen. Das mag daran liegen, dass die Aufgabenbereiche der Pflege national und international unterschiedlich abgesteckt sind. Der Einbezug der Familie (Angehörige/Bezugspersonen) beschränkt sich bei den Autorinnen und Autoren auf die Diagnostik und stellt kein Ziel von Pflegemaßnahmen dar. Demnach sei die Pflegediagnose ein sprachlicher Ausdruck dessen, was

„wenn möglich, gemeinsam mit dem Betroffenen und/oder seinen Angehörigen/Bezugspersonen basierend auf einer systematischen Einschätzung/Beurteilung (Assessment, Pflegeanamnese, körperliche Untersuchung) des Gesundheitszustands und dessen psychischen, physiologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen oder der Reaktion auf Gesundheitsprobleme“ (ebd.)

ermittelt wurde. Um den Pflegeprozess über die Verweildauer der Patientinnen/Patienten in Einrichtungen der Pflege gewährleisten zu können, bedarf es der intraprofessionellen Zusammenarbeit der Pflegenden, worum es im folgenden Kapitel gehen soll.

3.5 Intraprofessionalität der Pflege

Mit Bezug auf die Ausführungen zur Professionalität und Professionalisierung der Pflege stellt sich die Intraprofessionalität als ein professionelles krankenbezogenes Handeln innerhalb und durch ein Zusammenwirken von beruflich Pflegenden dar. Die Professionalität innerhalb eines Pflegeteams ist wesentlich von Interaktion und Kommunikation im Team und dessen Zusammenarbeit in der Versorgung von zu pflegenden Menschen geprägt.

3.5.1 Intraprofessionelle Pflegeteams

Unter einem intraprofessionellen Pflegeteam ist eine Gruppe beruflich Pflegenden zu verstehen, deren Mitglieder auf unterschiedlichen Niveaus und auch in verschiedenen zeitlichen Epochen mit entsprechend geltenden Berufsgesetzen und Ausbildungsverordnungen in der Disziplin Pflege qualifiziert sind. In deutschsprachigen Publikationen wird die Zusammensetzung solcher Teams als „Qualifikationsmix“ bezeichnet oder als „qualifikationsgemischt“ attribuiert und aktuell hinsichtlich ihrer Kompetenzen und Befugnisse zur Optimierung der Patientenversorgung und zur Personalbemessung diskutiert (u. a. DARMANN-FINCK 2021; WIENTJENS/NOTHACKER/SCHÖLLHORN 2021).

Intraprofessionelle Teams in der Pflege gibt es weltweit. Auch international wird darunter eine Gruppe von miteinander arbeitenden Pflegenden unterschiedlicher Qualifikationsniveaus verstanden. Nach IBRAHEEM/EID/RASHAD (2020) bedeutet die intraprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege, „multiple members of the same profession working together to deliver quality care“ (IBRAHEEM/EID/RASHAD 2020, S. 98). Bei MIGLIORE/CHOUINARD/WOODLEE (2020) sind das „PhD nurse scientists and advanced practice registered nurses“ (MIGLIORE/CHOUINARD/WOODLEE 2020, S. 35), ebenso bei HERM-BARABASZ (2015): „In contrast with interprofessional teams, intraprofessional teams are composed of individuals from a single profession. On the intraprofessional team [...], the APNs and staff nurses were from the same profession but had different roles in patient care“ (HERM-BARABASZ 2015, S. 22). FRÖHLICH u. a. (2021) konstatieren, dass ein intraprofessionelles Pflegeteam durchaus interdisziplinär aufgestellt sein kann: „So besitzen Pflegefachpersonen zum Beispiel Zusatzausbildungen in Onkologie, Wundversorgung oder Infektionsprävention und bringen ihr spezifisches Fachwissen im pflegerischen Versorgungsprozess gemeinsam ein“ (FRÖHLICH u. a. 2021, S. 252).

Bezogen auf die Qualifikationsmöglichkeiten in der Pflege in Deutschland wären in intraprofessionelle Teams alle beruflich Pflegenden – von dem/der Pflegeassistenten/Pflegeassistentin bis hin zur/zum APN (Advanced Practice Nurse) – eingeschlossen.

Funktionierende intraprofessionelle Pflegeteams zeichnen sich laut IBRAHEEM/EID/RASHAD (2020) durch gegenseitigen Respekt und gegenseitige Unterstützung, die Akzeptanz der verschiedenen Verantwortungsbereiche und die effiziente Nutzung von Ressourcen aus. Es herrsche eine Atmosphäre der Partnerschaftlichkeit und der Motivation, gemeinsam Ziele zu erreichen: „In health care, interprofessional collaboration refers to situations in which health care professionals come together as a cohesive team with a common purpose, commitment, and mutual respect“ (HERM-BARABASZ 2015, S. 21).

3.5.2 Intraprofessionelle Zusammenarbeit

Es konnte in den vorangegangenen Kapiteln gezeigt werden, was unter dem professionalisierten kundenbezogenen Handeln in der Pflege zu verstehen ist und welche Charakteristika dieses Handeln aufweist. Die berufliche Ausübung der Pflege ist bestimmt von Teamwork, was die Frage aufwirft, wie die Handlungsprinzipien der Pflege in Zusammenarbeit praktisch intraprofessionell umgesetzt werden. Die Organisation und Gestaltung des Pflegeprozesses stehen dabei als leitendes Handlungsprinzip im Zentrum. Gleichzeitig kommt in der Zusammenarbeit auch die „doppelte Handlungslogik“ zum Ausdruck, also das Verstehen der Pflegesituation und das sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz und Erfahrung als auch aus der Perspektive des zu pflegenden Menschen begründete Handeln. Dieses stellt sich in der intraprofessionellen Zusammenarbeit insofern dar, als es im Rahmen von formellen oder informellen Gesprächen diskursiv und kommunikativ zum Ausdruck kommt.

Der Pflegeprozess ist zwar auf der einen Seite durch zeitliche, sachliche und handlungslgische Kontinuität charakterisiert, unterliegt aber auf der anderen Seite einer organisationsbedingten personellen Diskontinuität. Die pflegerische Beziehung, die zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen eingegangen wird, stellt sich nunmehr nicht als eine Zweierkonstellation dar, sondern der Part Pflegenden besteht aus mehr als einer Person. Somit stellt die Intraprofessionalität insofern eine Besonderheit dar, als die Beziehungsgestaltung und Interaktion mit zu pflegenden Menschen und der Pflegeprozess nicht von einer Person allein, sondern vom Pflegeteam durchgeführt werden. Damit muss auch die intraprofessionelle Zusammenarbeit den Ansprüchen an professionelles kundenbezogenes Handeln gerecht werden. Interaktionistisch orientierte Professionstheorien berücksichtigen zwar die Logik professionellen Handelns in der Pflege, sie fokussieren auch das Verhältnis zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen, nicht aber die Frage, wie das professionelle Pflegehandeln intraprofessionell gestaltet ist. Eine therapeutische Beziehung, wie sie von OEVERMANN als Arbeitsbündnis beschrieben wird, scheint eine immer gleiche personelle Konstellation – Klient/-in plus Therapeut/-in – vorauszusetzen. Anders im Pflegeprozess: Patientinnen und Patienten haben es mit wechselndem Personal zu tun, bauen immer wieder neu Beziehungen auf und sind darauf angewiesen, dass sich die Pflegenden untereinander absprechen. Gerade die mangelhafte Absprache stellt aber einen häufigen Kritikpunkt vonseiten der zu pflegenden Menschen dar. VEIT (2002) stellt nach Interviews mit zahlreichen zu pflegenden Menschen fest, dass „[u]ngenügende Informiertheit durch fehlende oder fehlerhafte Kommunikation [...] ein wiederholt in den Interviews geäußertes Defizit“ (VEIT 2002, S. 169) sei. Eine Ursache dafür wird im dauernden Personalwechsel gesehen, durch den sich Patientinnen und Patienten, die ohnehin durch Pflegebedürftigkeit oder Krankheit belastet sind, immer wieder aufs Neue auf andere Personen einstellen und mit ihnen eine Beziehung eingehen müssen.

Intraprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege steht auch im Zentrum zahlreicher nationaler und internationaler Forschungsaktivitäten. Die CANADIAN NURSES ASSOCIATION definiert die intraprofessionelle Zusammenarbeit als „relational and respectful process among nursing colleagues that allows for the effective use of the knowledge, skills and talents of all nursing designations to achieve optimal client and health system outcomes“ (CANADIAN NURSES ASSOCIATION 2020, S. 4).

IBRAHEEM/EID/RASHAD schafften 2020 in ihrer Analyse Klarheit über das Konzept der intraprofessionellen Zusammenarbeit als Voraussetzung und theoretische Untermauerung für Studien zur Zusammenarbeit von Pflegenden. Sie stellen fest, dass die intraprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege ein komplexer, dynamischer und freiwilliger Prozess sei, der eine effektive Kommunikation, das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen sowie die Übernahme von Verantwortung für diese erfordere (vgl. IBRAHEEM/EID/RASHAD 2020, S. 97). Voraussetzung dafür sei die Bereitschaft der Pflegenden zur Zusammenarbeit und das Bewusstsein über die je eigene Rolle in diesem Gefüge. Im Ergebnis würde die intraprofessionelle Zusammenarbeit zu einer Verbesserung der Pflege, der Patientensicherheit und -zufriedenheit führen sowie die Mortalitätsraten und die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus senken (vgl. ebd.). Determinanten für die intraprofessionelle Zusammenarbeit seien interaktionale Faktoren, etwa die Beziehung der Teammitglieder untereinander, organisatorische Faktoren innerhalb und außerhalb der Einrichtung sowie auf deren Ausstattung bezogene Faktoren. Zu den interaktionalen Faktoren werden die Fähigkeit und Bereitschaft zur Zusammenarbeit sowie effektive prozessbezogene Kommunikation gezählt. Dabei sei entscheidend, dass Pflegenden erkennen und sich darüber einig sind, welche Situation pflegerisches Handeln erfordere, so dass hier die Zusammenarbeit ansetzen könne (vgl. IBRAHEEM/EID/RASHAD 2020, S. 100). Neben der Kenntnis und Akzeptanz der Rollen und Befugnisse sei auch die Fähigkeit zur Konsensbildung im Team relevant (vgl. ebd.).

Qualitätsverbesserung durch intraprofessionelle Zusammenarbeit

In der intraprofessionellen Zusammenarbeit steht das gemeinsame Bewältigen von versorgungsbezogenen Aufgaben auf wissenschaftlicher, aber auch auf Grundlage der individuellen Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen im Vordergrund. Die CANADIAN NURSES ASSOCIATION stellt in ihrem Positionspapier von 2020 heraus, dass die intraprofessionelle Zusammenarbeit kein Selbstzweck sei, sondern sowohl dem Wohlbefinden des einzelnen zu pflegenden Menschen als auch dem Wohl der Allgemeinheit diene. Zur optimalen Gesundheitsversorgung gehöre gegenseitiger Respekt und die Wertschätzung der Kompetenzen der verschiedenen Teammitglieder. Die Grundlage intraprofessionellen Handelns seien Pflegemodelle, evidenzbasierte Pflege und die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen. Darauf basiere auch die Entscheidungsfindung und -begründung.

Mit evidenzbasierter Pflege und der Verbesserung der Versorgungsqualität bringen auch MIGLIORE/CHOUINARD/WOODLEE (2020) die intraprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege in Verbindung. Sie sehen in einem qualifikationsgemischtem Team mit akademisch ausgebildeten Pflegenden die Voraussetzungen für evidenzbasierte Pflege und das Vorankommen der Pflegewissenschaft gegeben. In dem von HONG u. a. (2023) veröffentlichten Review *Collaborative practice among general ward staff on escalating care in clinical deterioration*, in das 17 Studien eingeflossen sind, geht es um rechtzeitige Interventionen bei plötzlicher Verschlechterung des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten. HONG u. a. fanden heraus, dass ein rechtzeitiges Einschreiten davon abhängt, dass alle Angehörigen des Pflegeteams gleichermaßen die Dringlichkeit der Situation erkennen und sich darüber verständigen. Unterschiedliche Auffassungen darüber und die Angst, sich im Team zu positionieren, wären diesbezüglich hemmende, gegenseitige Akzeptanz und Unterstützung sowie

das Einholen von Beratung durch höher qualifizierte oder erfahrende Pflegenden hingegen förderliche Faktoren.

YLITÖRMÄNEN (2021) fand Zusammenhänge zwischen Arbeitszufriedenheit in intraprofessionellen Pflgeteams und der erbrachten Versorgungsqualität. Demnach hänge gute Arbeitsleistung von kollegialen Beziehungen, konstruktiven Feedbacks, Verantwortungsbewusstsein, einem hohen Maß an Selbstständigkeit, Rollenklarheit und guten pflegerischen Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten und damit verbundener Arbeitszufriedenheit ab. Sie hebt hervor, dass kollegiale Solidarität wichtig sei, um effektive Pflege zu gewährleisten (vgl. YLITÖRMÄNEN 2021, S. 35f.).

Es lässt sich aus diesen Ausführungen schließen, dass flache Hierarchien ein wesentlicher organisatorischer Faktor für gelingende intraprofessionelle Zusammenarbeit sind.

Kommunikation im intraprofessionellen Pflgeteam

Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen, vor allem der Ärzteschaft, zeichne sich laut REEVES u. a. (2009) die Pflege durch umfangreichere intraprofessionelle Kommunikation aus. Diese bestünden aus Verhandlungen, die sich sowohl auf den Gesundheitszustand als auch die soziale Situation von zu pflegenden Menschen bezögen (vgl. REEVES u. a. 2009, S. 641). Es würden zahlreiche Kommunikationswege genutzt, in der Hauptsache aber sei die Kommunikation unter Pflegenden von unstrukturierter und informeller Natur, um spontan intraprofessionell Prioritäten in der Versorgung von zu pflegenden Menschen zu setzen (vgl. ebd., S. 636).

Die Kommunikation ist zentraler Bestandteil der intraprofessionellen Zusammenarbeit. Sie dient dazu, organisationsbedingte personelle Brüche in der Versorgungskontinuität zu überbrücken. Einige Studien beschäftigen sich mit den innerhalb des Teams gelegenen und institutionellen Bedingungen, die diese Kommunikation gewährleisten und so die Versorgungsqualität sicherstellen. Außerdem dient die intraprofessionelle Kommunikation der Rollenklarheit und Vergewisserung über Situationseinschätzungen und Entscheidungen, dem inneren Zusammenhalt des Teams und der Arbeitszufriedenheit.

Die Teilnahme an Besprechungen und die Vergewisserung über den Informationsstand der Kolleginnen und Kollegen sei laut HONG u. a. (2023) Voraussetzung dafür, dass keine Informationslücken entstünden. Die Fehlannahme über den Informationsstand der Kolleginnen und Kollegen sowie unzureichende Beobachtung der Patientinnen und Patienten könne zu einer folgenreichen Fehleinschätzung der Patientensituation führen (vgl. HONG u. a. 2023, S. 8).

YLITÖRMÄNEN/KVIST/TURUNEN (2019) stellen fest, dass beruflich Pflegenden Wert auf Konfliktmanagement, Kommunikation sowie auf die gemeinsame Koordination und Gestaltung von Prozessen legen. Zur Entscheidungsfindung sei die direkte Kommunikation über die Patientenversorgung, z. B. in Gruppensitzungen, erforderlich. So geartete Kommunikation und Interaktion im Team würde sowohl den inneren Zusammenhalt als auch die Verbesserung der Patientenversorgung zur Folge haben (vgl. YLITÖRMÄNEN/KVIST/TURUNEN 2019, S. 737).

Da das Zusammenarbeiten in der Pflege an sich bedeutsam für die Outcomes ist, fokussieren Abhandlungen zur intraprofessionellen Zusammenarbeit auch die Teamleitung und

-führung, worin die Voraussetzung für effiziente Kommunikation im Team gesehen wird (vgl. u. a. YLITÖRMÄNEN 2021, S. 36). Gespräche sollten respektvoll gestaltet sein, es sollten verschiedene Perspektiven aufs Tapet kommen, und das Team solle auf konsenterte Entscheidungen hinarbeiten. Dieser Konsens basiere sowohl auf dem Wissen und der Erfahrung der Pflegenden als auch auf den individuellen Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen und sei zudem evidenzbasiert.

3.6 Zusammenfassung zur Professionalität der Pflege auf der Handlungsebene

Nach der Darlegung der historisch hergeleiteten Professionsaspekte aus merkmals- und strukturfunktionalistischen Professionstheorien in Kapitel 2 stand das auf interaktionistischen Theorien basierende professionalisierte pflegerische Handeln der Akteure in Kapitel 3 im Mittelpunkt. Die spezifischen Merkmale und Herausforderungen professionellen Handelns in krankenbezogenen Berufen, insbesondere in der Pflege, wurden analysiert. Professionelle Pflegepraxis ist demnach charakterisiert durch spezifische Handlungsprinzipien (Pflegeprozess) und Handlungslogik (praxistaugliches evidenz- und fallbasiertes Handeln) und spielt sich in der Regel innerhalb eines institutionellen Rahmens ab, welcher die Möglichkeiten und Grenzen für individuelles professionelles Handeln steckt. Professionalisiertes pflegerisches Handeln basiert auf der doppelten Handlungslogik, die wissenschaftlich fundiertes, evidenzbasiertes Wissen und individuelles Fallverstehen integriert. Diese hybride Wissensbasis ermöglicht eine patientenzentrierte Pflege, die sowohl fachliche Standards als auch situative Anforderungen einbezieht.

Als Instrument professionellen pflegerischen Handelns gilt der Pflegeprozess, mit dem eine systematische Problemerkennung, Pflegediagnostik, zielgerichtetes Intervenieren, Evaluation sowie kontinuierliche Reflexion strukturiert wird. Im Rahmen des Pflegeprozesses spielt sich die Interaktion und Beziehungsarbeit im Pflegekontext ab, die durch ein Arbeitsbündnis zwischen Pflegenden und Klienten geprägt ist. Die Pflege zeigt sich dabei als professionelles Handlungsfeld, das auf Basis eines ganzheitlichen Verständnisses der Pflegesituation unter Einbindung von Erfahrungswissen und Evidenz sowie der Perspektive der zu pflegenden Menschen prozesshaft pflegerelevante Probleme löst.

In der Praxis kann sich das professionalisierte krankenbezogene Handeln in der unmittelbaren Interaktion zwischen beruflich Pflegenden und Patientinnen und Patienten zeigen; intraprofessionelle Zusammenarbeit hingegen stellt sich vor allem in Form von Interaktionen zwischen Berufsangehörigen dar. Intraprofessionalität in der Pflege wird verstanden als professionalisiertes pflegerisches Handeln innerhalb und durch das Zusammenwirken in einem Pflegeteam. Dieses besteht aus Personen, die in der Pflege beruflich qualifiziert sind und sich ihrer Rolle, ihrer Kompetenzen und ihrer Befugnisse bewusst und zur Zusammenarbeit motiviert sind. Aufgrund der strukturellen Gegebenheiten in der Berufsausübung ist eine intraprofessionelle Zusammenarbeit in der Pflege elementar. Diese umfasst den gegenseitigen Austausch von Wissen, das Nutzen der Kompetenzen der Berufsangehörigen, die gemeinsame Entscheidungsfindung sowie die kooperative Gestaltung des Pflegeprozesses.

Sprache und Kommunikation sind zentrale Elemente der intraprofessionellen Zusammenarbeit und erfüllen verschiedene Funktionen: Es wird Transparenz über die Zuständigkeiten im Team geschaffen, es werden Informationslücken zwischen den Teammitgliedern gefüllt und Aufgaben delegiert, um die Pflege- und Versorgungsprozesse fortsetzen zu können und damit die Kontinuität und die Qualität der Pflege zu gewährleisten. Sprachlicher Austausch ermöglicht, eine gemeinsame Bewertung von Pflegesituationen vorzunehmen und konsentrierte Entscheidungen auf Grundlage von Wissen, Erfahrung und den individuellen Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen zu treffen. Konflikte und Missverständnisse werden ebenso in der intraprofessionellen Zusammenarbeit kommunikativ gelöst. Nicht zuletzt trägt die Kommunikation zum Aufbau kollegialer Beziehungen und zur Förderung des Teamzusammenhalts bei. Es wird damit deutlich, dass das professionalisierte Handeln in der Pflege und intraprofessionelle Zusammenarbeit ohne eine gemeinsame Sprache nicht denkbar ist.

Nicht nur innerhalb einer Institution oder innerhalb eines Teams zeigt sich der Zusammenhang zwischen Sprache und Professionalität. Noch im Jahr 2005 musste SCHNELL konstatieren, die Pflege komme aus einer eher sprachlosen, still duldenden Tradition, aber ohne Sprache gebe es auch keine Wissenschaft (vgl. SCHNELL 2005, S. 33). Das bedeutet, dass die Existenz der Pflegewissenschaft von der Existenz einer angemessenen Pflegesprache abhängt. Erst mit einer klaren und eindeutigen Sprache werden Inhalte der Pflege kommunizierbar und sichtbar, der Gegenstand der Pflege wird so erst diskursfähig (vgl. BARTHOLOMEYCZYK 2005, S. 23). Auch werden, wie gezeigt wurde, beruflich Pflegenden je nach Handlungskontext subjektiv als mehr oder weniger professionell von außen wahrgenommen. ZEGELIN/MEYER (2021) sehen in den Defiziten in der internen und externen Kommunikation sowie in der (Selbst-)Darstellung einen Grund dafür, dass die Pflege ihre Definitionsmacht nicht ausüben kann. MARCHWACKA (2018) sieht in der Sprache den Schlüssel zur Emanzipation der Pflege, mit der sie sich aus der vonseiten der Medizin ausgeübten Fremdbestimmung befreien könne. Eine eigene Sprache würde „als Indiz der Etablierung der Pflegedisziplin fungieren, die ihre Eigenständigkeit zur Geltung bringt“ (MARCHWACKA 2018, S. 177).

Die Verbindung zwischen professioneller Handlungskompetenz und professioneller Sprache bildet die theoretische Grundlage für die Untersuchung von Übergabegesprächen. Mit Blick auf die Forschungsfrage zur intraprofessionellen Kommunikation sind vor allem die Merkmale „wissenschaftlich fundiertes Sonderwissen und Fachterminologie“ (GEISSLER 2013, S. 20) sowie die fallbezogene Wissensanwendung von besonderem Interesse. Auch „berufsständische Normen („code of ethics“) und kollegial-korporative Selbstkontrolle“ (ebd.) können in intraprofessionellen Diskursen, d. h. in Übergabegesprächen, zum Ausdruck kommen.

Den zweiten Theorieteil dieser Arbeit bilden nun sprachwissenschaftliche Betrachtungen zur Sprache der Pflege und ihrer Bedeutung für deren Professionalisierung. Zunächst wird der sprachtheoretische Bogen über die Frage gespannt, worum es sich bei Berufssprache im Allgemeinen und bei Pflegesprache im Speziellen handelt. Es wird aus verschiedenen Perspektiven betrachtet, ob es so etwas wie eine Pflege(fach)sprache überhaupt gibt, wie und in welcher Form sie sich gebildet und verändert hat, welche Rolle sie für die Professionalisierung und die Forschung in der Pflege spielt und wie sie sich in verschiedenen Handlungsfel-

dern anwenden lässt. Zudem wird gezeigt, welche Rolle eine professionelle Sprache für die Identitätsbildung und die intraprofessionelle Zusammenarbeit spielt und was sie zur Qualitätssicherung beitragen kann.

4 Sprache im Beruf

Unter Sprache verstehen wir einen Satz von Zeichen, die im Rahmen von Konventionen und Regeln in Form von Kommunikation verwendet werden, um sich über Gedankengut, Wissensbestände, Ideen und Informationen auszutauschen. „Sprachakte, Sprachaktsequenzen und Sprachverkettungen werden von Menschen in Gemeinschaften und Sprachgruppen ausgeführt entsprechend intentionalen, konventionalen und situativen Möglichkeiten und Beschränkungen“ (HENNE 1975, S. 82). Hieraus wird deutlich, dass Sprache kontextabhängig ist und Verständigung nur über ein gemeinsames Zeichensystem funktionieren kann, dessen sich ggf. die Gesprächsbeteiligten während der Kommunikation durch Nachfragen und Bestätigen gegenseitig vergewissern müssen. Unter Bezugnahme auf den Symbolischen Interaktionismus MEADS und BLUMERS gilt Sprache als eine mögliche Erscheinungsform von Symbolen, deren Sinn und Bedeutung den Kommunikationspartnern übereinstimmend bekannt ist.

Bereits im 19. Jahrhundert unterschied FERDINAND DE SAUSSURE zwei Erscheinungsformen der Sprache (*Langage*): einerseits die Sprache als Einzelsprache, wie sie in Wörterbüchern oder Terminologien vorkommt (*Langue*), und andererseits die gesprochene Sprache (*Parole*). Auf diesen beiden Ebenen kann auch die Bedeutung einzelner Begriffe unterschiedlich sein, die zudem noch weiteren Einflüssen unterliegt, wie noch in den Kapiteln 4.5.2 und 4.5.3 zu sehen sein wird. Zudem unterliegt jede Sprache einer lebendigen Dynamik, so dass sich über die Zeit die Bedeutung von Begriffen verändern kann.

HENNE (1975) stellt „Existenzweisen von Sprachen‘ im Rahmen sozialer [...] Divergenzen“ (HENNE 1975, S. 89) vor. Er unterscheidet zwischen der realisierten Sprache auf individueller Ebene, unter der Voraussetzung individueller Sprachkompetenz, Sprache auf pluraler, d. h. auf einer gruppenbezogenen, bzw. kollektiver, d. h. auf einer auf die Gesamtheit bezogenen, Ebene. Gruppensprache realisiert sich demnach in Form von *Sprachverkehr* unter der Voraussetzung eines *Sprachsubsystems* (HENNE 1975). Er stellt die Hypothese auf, dass empirisch ermittelte Sprachsubsysteme „mit sozialen Schichten korrelieren“ (HENNE 1975, S. 90).

Sprache ist insofern Ausdruck individueller Sozialisation und spielt die zentrale Rolle im Miteinander: „Persönlichkeit und soziales Handeln sind durch Symbole geprägt, die im Prozess der Sozialisation erworben werden und im Prozess der Interaktion von den Handelnden wechselseitig bestätigt oder verändert werden“ (ABELS 2010, S. 17). Sie ist im Sinne des Symbolischen Interaktionismus „das Symbolsystem par excellence“ (ABELS 2010, S. 21), mit der sich der Mensch die Welt erschließt. Sprache speichert die kollektive Erfahrung einer Gesellschaft; mit ihr würden Situationen erklärt und Phänomene vergegenwärtigt (ebd.). Ein gemeinsames Symbolsystem ist die Voraussetzung für Verständigung, so dass auch Phänomene, die nicht selbst erfahren oder erlebt wurden, von unbeteiligten Personen gedanklich und sprachlich nachvollzogen werden können; das gilt auch für Phantasien, Ideen, Visionen u. a. m., die mittels Sprache geteilt werden können.

Als *Funktionalstile* von Sprache werden „zweckbestimmte, kommunikationsbereichsbezogene Teilsprachen einer Einzelsprache“ (HOFFMANN 2007, S. 2) bezeichnet. Es werden

verschiedene Funktionalstile einer Sprache mit bestimmten Tätigkeiten innerhalb eines Gesellschaftsbereichs verbunden, in denen sie ihre Anwendung finden. Beispielsweise dient der *Funktionalstil des Amtsverkehrs* dem „Regeln offizieller Angelegenheiten“ (HOFFMANN 2007, S. 3); der *Funktionalstil der Wissenschaft* dient dem „Vermitteln theoretischer Erkenntnisse über die Welt“ (ebd.). Konstituierende Elemente sprachlicher Varietäten sind auf gesellschaftlicher Ebene u. a. Gruppen, Kommunikationsbereiche, soziale Situationen, Kommunikationskanäle und Fachgebiete (vgl. HOFFMANN 2007, S. 6). Die sprachlichen Varietäten selbst benennt HOFFMANN als *Soziolekte* (konstituiert durch soziale Gruppen), *Funktiolekte* (konstituiert durch Kommunikationsbereiche), *Emotiolekte* (konstituiert durch soziale Situationen), *Mediolekte* (konstituiert durch Kommunikationskanäle) sowie *Professiolekte* (konstituiert durch berufliche Fachgebiete). Damit werden also Sprachvarianten bezeichnet, die innerhalb bestimmter Gruppen gesprochen werden, wodurch nach innen eine Verständigung und Zugehörigkeit, nach außen hin eine Abgrenzung zu anderen Gruppen hergestellt wird. Insofern kann Berufssprache sowohl als Soziolekt als auch als Professiolekt verstanden werden, der als solcher identitätsstiftenden Charakter hat. Funktiolekte verfügen über typische Stilmittel, Lexik und Syntax, wodurch sich auch Kommunikationsbereiche gegeneinander abgrenzen. So zeichne sich beispielsweise die Wissenschaftssprache durch theoretische Abstraktheit aus, und das Stilmittel der Behördensprache sei eine bürokratische Formalisierung (vgl. HOFFMANN 2007, S. 11f.).

4.1 Sprache der klassischen Professionen

Professionen haben ihre eigene (Fach-)Sprache, mit der sie sich abgrenzen und Definitionsmacht innehaben. „Im beruflichen Alltag entfaltet Sprache nicht nur ihre Wirkung, sie schafft und manifestiert Positionen und verdeutlicht Machtstrukturen“ (MARCHWACKA 2019, S. 148). Es kann angenommen werden, dass Sprache nicht nur in Form einer Fachterminologie mit dem Zweck der Verständigung über fachspezifische Gegenstände vorkommt, sondern dass sie noch weitere Funktionen erfüllt. Mithilfe von Sprache werden nicht nur Qualitätskriterien festgelegt, Konzepte definiert und Theorien entwickelt, sie hat auch Einfluss auf die Effizienz von Arbeitsabläufen und das Gelingen von Kooperation. Mit Sprache wird berufliche Zugehörigkeit von Individuen hergestellt, so dass sie sowohl identitätsstiftende als auch abgrenzende Aufgaben erfüllt. Auffällig mit Blick auf das Forschungsthema sind die Besonderheiten der (Fach-)Sprachen der drei klassischen Professionen, die in besonderer Weise davon geprägt sind, dass sie sich Außenstehenden nicht ohne Weiteres erschließen und damit umso mehr Exklusivität und Macht der Professionen untermauern.

Juristische Fachsprache gilt als eine der ältesten Fachsprachen, mit der sich sogar ein besonderer Zweig der Linguistik, die Rechtslinguistik, befasst. Wer Rechtstexte versteht, genießt das Privileg, Gesetze zu erklären und auszulegen, auf ihrer Grundlage Recht zu sprechen und damit über das Schicksal von Menschen zu entscheiden. Rechtstexte liegen z. B. als Gesetztestexte oder Gerichtsurteile vor, die genormt und standardisiert sind und verfassungsrechtlichen Vorgaben folgen (vgl. ELSÉN 2013, S. 152). Die Sprache der Jurisprudenz weist, obwohl sie sich keiner Altsprache bedient, spezifische Eigenheiten in der Terminologie sowie im Satzbau auf, die Verständnisschwierigkeiten bereiten (vgl. CODARCEA 2021, S. 132). Die

im Wesentlichen deutsche Lexik umfasst Begriffe mit juristisch eigener Bedeutung, auch lange Wortkonstruktionen sind typisch. Diese Sprache sei von eigenen diskursiven Strukturen und fachwissenschaftlichen Inhalten geprägt und könne nicht mit „Gemeinsprache“ im Sinne der öffentlichen Verständigungssprache“ (BUSSE 1991, S. 161) gleichgesetzt werden.

Die Sprache der Theologie ist Latein. Die Autorität des Papstes und der Kirche wurde bis zur Reformation insbesondere über die Verwendung der lateinischen Sprache in der Bibel und im Gottesdienst gefestigt. Damit erhielten Priester als Mittler zwischen Himmel und Erde bzw. zwischen Mensch und Gott (OPUS DEI 2010) die Definitionsmacht über Gottes Wort, beherrschten doch nur sie die lateinische Sprache und konnten die Botschaft übersetzen. Im Theologiestudium werden neben Latein, was auch hierzulande eine Zugangsbedingung ist, auch weitere (Alt-)Sprachen vermittelt, um religiöse Schriften im Original lesen und verstehen zu können. Auch die katholische Liturgie, „wo sich die Sendung des Priesters als Mittler zwischen Gott und den Menschen verwirklicht“ (OPUS DEI 2010), wird bis heute in lateinischer Sprache gehalten.

Der Ärztestand genießt das Privileg der Diagnose und damit Definitionsmacht darüber, was krank ist und was gesund; auch so wird Einfluss auf das Schicksal von Menschen genommen. „Das Lateinische blieb Sprache der Schulmedizin bis in das 18. und 19. Jahrhundert und wurde dann von den Nationalsprachen abgelöst [...]. Diese Umstellung der Schulmedizin vom Lateinischen auf das Deutsche wirkte sich auf die Terminologie kaum aus“ (LIPPERT 1978, S. 92). Heute wird das altgriechische und lateinische Vokabular durch englische Begriffe ergänzt oder ersetzt (vgl. ELSEN 2013, S. 151), auch Lehnwörter aus dem Arabischen oder Französischen, wie z. B. *Alkohol* oder *Drainage*, sowie Bezeichnungen mit Personennamen, sogenannte Eponyme, wie beispielsweise *Morbus Alzheimer* oder *Kussmaul-Atmung*, sind Bestandteile der medizinischen Fachsprache, die unter Einbezug angrenzender Wissenschaften wie Physik oder Chemie mehrere Hunderttausend Begriffe, insbesondere Namen von Medikamenten und Krankheiten sowie anatomische und physiologische Begriffe, enthält. Das Vokabular der Medizin weist als typische Merkmale Abkürzungen und Kurzwörter sowie Wortgruppenlexeme, z. B. *Eosinophile Granulozyten*, und fachtypische Suffixe, wie z. B. *-itis*, *-om*, oder *-ose*, auf, so dass unendlich viele Kombinationen möglich sind. Hieraus sowie aufgrund von Neuentdeckungen und neuen Untersuchungs- und Behandlungstechniken mag sich der enorme Umfang des medizinischen Vokabulars erklären, der über die Jahre, nachdem die erste Ausgabe einer modernen klinischen Terminologie 1878 von OTTO ROTH herausgegeben wurde, stets umfassender wurde. Der Wortschatz sei nunmehr ein „extrem heterogenes, durch viele Synonyme geprägtes Vokabular“ (ELSEN 2013, S. 151). Bei der medizinischen Fachsprache handele es sich um einen elaborierten Sprachcode, der nur von einer Gruppe von Wissenden und Gebildeten erschlossen werden könne (vgl. KALASZNIK 2023, S. 33).

Nicht immer gehört die Fachsprachenausbildung beim Erlernen eines Berufes oder im Hochschulstudium dazu. Bei den drei klassischen Professionen hingegen ist der Nachweis der Fachsprachenkompetenz Voraussetzung für die Staatsprüfung in Rechtswissenschaft bzw. zum ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. In der Theologie sind in der Regel Sprachzeugnisse – *Hebraicum*, *Graecum* und *Latinum* – vor oder während des Studiums zu erwerben. Diese Fachsprachenausbildung ist allein darauf ausgerichtet, im eigenen Fachbereich mit Professionsangehörigen zu kommunizieren, dient aber nicht dazu, Kommunikationsbarrieren

mit Laien zu überbrücken (vgl. ROELCKE 2020b, S. 198). Es scheint vielmehr, als würde mit der Fachsprache nicht nur die akademische Bildung zum Ausdruck kommen, sondern auch, dass mit sprachlichen Mitteln eine Art Wissens- und Handlungsmonopol zementiert würde. Nur wer die Sprache beherrscht, hat Zutritt zum Handlungsfeld und die Erlaubnis (nicht nur im juristischen Sinne), bestimmte Tätigkeiten auszuüben, die nicht selten das Schicksal der Schutzbefohlenen in eine bestimmte Richtung lenkt. HUMOREANU (2015) misst der frühen Vermittlung der Fachsprache im Medizinstudium eine Handlungsmonopol bei. Es komme „durch die Sprache und Interaktion von Angesicht zu Angesicht auch eine Ebene der Selbstoffenbarung ins Spiel“ (HUMOREANU 2015, S. 131). Die „Macht der Worte“ (ebd., S. 132) konstituiere zusammen mit der Legitimation der Person und Situation die Autorität des Redners.

4.2 Sprache in beruflichen Handlungsfeldern

ROELCKE identifiziert fünf Typen beruflicher Kommunikation (u. a. in ROELCKE 2014; 2016; 2020a). In seinem Modell unterscheidet er berufliche Bereiche, in denen Experten und Laien in verschiedenen Konstellationen miteinander kommunizieren. ROELCKE bezeichnet Berufsangehörige jedweder Art als „Experten“, was aus pragmalinguistischer Sicht nachvollziehbar ist. Experten sind demnach Berufsangehörige aus unterschiedlichen Gewerben oder Gewerken; entscheidend ist, dass sie über ein berufstypisches Repertoire an Kommunikationsmitteln verfügen und dieses je nach der Konstellation der Gesprächsbeteiligten anpassen. Experten in diesem Modell unterscheiden sich durch ihr berufstypisches Wissen und dem damit verbundenen Vokabular von Laien, mit denen in der Regel Empfänger/-innen von Leistungen durch Experten gemeint sind. Als Sprachwissenschaftler unterscheidet ROELCKE nicht wie OEVERMANN zwischen Expertentum, also einem allein auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Handeln, und (pflegerischer) Profession, deren Handlungslogik ausführlich in Kapitel 3 dargelegt ist. Ebenso wenig stellt das sprachwissenschaftliche Modell ROELCKES die intraprofessionelle Arbeitsweise, also von Experten untereinander, oder die Beziehung zwischen Experten und Laien dar, was bei OEVERMANN als Arbeitsbündnis charakterisiert ist. Vielmehr fokussiert das sprachwissenschaftliche Modell die Art und Veränderung von sprachlichen Registern in verschiedenen beruflichen Gesprächskonstellationen. Diesen Konstellationen ordnet ROELCKE typische Sprachvarietäten zu. Das Modell lässt sich auf alle erdenklichen Berufsbereiche anwenden. So erläutert ROELCKE 2016 sein Modell mit Beispielen aus dem medizinischen Bereich und 2020 am Beispiel der Kraftfahrzeugmechatronik. Würde es auf den Pflegebereich angewendet, stellte es sich folgendermaßen dar:

„Typ 1 – *Kommunikation unter Experten ein und desselben Berufsbereichs*: Die Kommunikation erfolgt in einem einzelnen beruflichen Bereich, überschreitet also weder horizontale noch vertikale Grenzen“ (ROELCKE 2020a, S. 11, Hervorhebungen im Original) – es handelt sich um intraprofessionelle Kommunikation, wie sie z. B. in einer Arbeitsbesprechung oder Übergabe erfolgt, sofern sie ohne Beteiligung fachfremder Personen bzw. ohne Patientenbeteiligung stattfindet.

„Typ 2 – *Kommunikation unter Laien in einem bestimmten Sachbereich*: Die Kommunikation bezieht sich auf bestimmte Gegenstände und Sachverhalte ohne berufliche Spezialisierung“

(ebd.). ROELCKE nimmt als Beispiel Kunden, was im Pflegebereich einem Gespräch unter Patientinnen/Patienten, beispielsweise im Mehrbettzimmer eines Krankenhauses über die Versorgung oder Behandlung, sein könnte.

„Typ 3 – *Kommunikation zwischen Experten verschiedener Bereiche eines bestimmten Berufs*: Hier reicht die berufliche Kommunikation unter Experten über solche Grenzen einzelner Bereiche hinaus“ (ebd.). Es handelt sich somit um eine Form der intraprofessionellen und interdisziplinären Kommunikation. In der Pflege wären das Gespräche zwischen Pflegefachpersonen aus verschiedenen Versorgungsbereichen. Hierzu zählen beispielsweise Gespräche zur Überleitung anlässlich der Verlegung oder der Entlassung einer Patientin. Zudem kann zu diesem Kommunikationstyp gezählt werden, wenn sich eine Wundexpertin mit einem Pflegefachmann über die Versorgung eines Patienten abspricht.

„Typ 4 – *Kommunikation zwischen Experten eines bestimmten Berufs und Laien im entsprechenden Sachbereich*: Dieser Kommunikationstyp überbrückt den fachlichen Spezialbereich von Experten und sachlichen Interessenbereich von Laien“ (ebd., S. 12). Jedwede Kommunikation zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen würde dazu zählen, das wäre beispielsweise der Fall, wenn ein Patient zu gesundheitlichen Themen beraten oder wenn eine Pflegevisite am Bett durchgeführt wird.

„Typ 5 – *Kommunikation zwischen Experten eines Berufs und Experten eines anderen Berufs*: Dieser Typ besteht in der Kommunikation über die Grenzen zweier Berufe hinweg“ (ebd.). Es handelt sich um interprofessionelle Gespräche, z. B. zwischen einer Ärztin und einer Pflegefachfrau oder zwischen einem Altenpfleger und einer Physiotherapeutin. Interprofessionelle Fallbesprechungen, wie sie in der Geriatrie, der Rehabilitation oder der psychiatrischen Versorgung nicht unüblich sind, wären hierfür weitere Beispiele.

4.3 Fachsprachliche Register

Die Varietätenlinguistik beschäftigt sich mit der Frage nach Ausprägungen oder auch Modifikationen einer bestimmten Einzelsprache. Dementsprechend befasst sie sich mit sogenannten *Sprachregistern*, worunter eine Sprech- oder Schreibweise verstanden wird, die „für einen bestimmten Kommunikationsbereich angemessen ist“ (LANG-GROTH 2019, o. S.). Die Sprech- oder Schreibweise umfasst die sprachlichen Mittel, die von bestimmten Kommunikationspartnern innerhalb eines bestimmten Kontextes, einer Situation und mit einer bestimmten Intention angewandt werden. Sowohl der Kontext, z. B. eine Institution, die Situation, als auch die darin Agierenden, z. B. Angehörige einer sozialen Gruppe, konstituieren das Register. Damit erfüllt das Register „eine situations- und adressat(inn)enbedingte Funktion“ (ebd.).

MÖHN/PELKA (1984) verstehen unter Fachsprache „*die Variante der Gesamtsprache, die der Erkenntnis und begrifflichen Bestimmung fachspezifischer Gegenstände sowie der Verständigung über sie dient*“ (MÖHN/PELKA 1984 zit. in JANICH 2012, S. 10, Hervorhebung im Original). Und weiter: „*Entsprechend der Vielzahl der Fächer, die man mehr oder weniger exakt unterscheiden kann, ist die Variante ‚Fachsprache‘ in zahlreichen mehr oder weniger exakt abgrenzbaren Erscheinungsformen realisiert*“ (ebd.).

Fachsprachen umfassen also eigene, nicht immer klar voneinander abgrenzbare Register; diese sprachlichen Mittel benennen Gegenstände, Vorgänge und Phänomene, die einem Fachgebiet innewohnen und die in diesem erklärt oder definiert werden. Sofern alle Kommunikationspartner des Fachsprachenregisters mächtig sind, dienen diese von allen verstandenen Fachbegriffe und Satzkonstruktionen einem eindeutigen, unmissverständlichen und rationalen Informationsaustausch, was auch ein Qualitätsmerkmal darstellt. Eine berufliche Zugehörigkeit bzw. eine bestimmte Qualifikation legt nahe, dass sich die Kommunikationspartner im Laufe ihrer beruflichen Sozialisation (Ausbildung und Berufserfahrung) ein auf ihr Fachgebiet bezogenes Sprachregister angeeignet haben: „Das heißt, man lernt im Lauf der Ausbildung die fachspezifische Terminologie, aber auch fachspezifische Textsorten und Diskursregeln rezeptiv kennen und selbst produktiv anzuwenden“ (JANICH 2012, S. 11).

Die Merkmale von Fachsprachen lassen sich nach ROELCKE (2019a) auf verschiedenen Ebenen festmachen: auf der lexikalischen Ebene stehen die Merkmale der Bedeutungsfestlegung (durch Definitionen), Exaktheit und Eindeutigkeit. Sie können auch metaphorisch sein oder aus Fremdsprachen entlehnt. In grammatischer Hinsicht zeichnen sich Fachsprachen durch eigene Wortkombinationen oder Abkürzungen aus, außerdem sind sie von einem Nominalstil und Konstruktionen im Passiv oder Genitiv gekennzeichnet, was vor allem für die geschriebene Fachsprache gilt, ebenso für weitere typische Merkmale, bestimmte Satzgefüge oder Illustrationen, die ROELCKE in seinem Aufsatz „Fachsprache“ anführt.

HOFFMANN (zuerst 1976) versteht unter 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“ (Hoffmann zit. u. a. in ROELCKE 2020b, S. 13). ROELCKE kritisiert an der Definition HOFFMANNS, dass sie zwei Zirkelschlüsse enthalte. Zum einen werde „Fach“ mit dem Begriff „fachlich“ erklärt, zum anderen würde „Sprache“ allein über die Gesamtheit aller sprachlichen Mittel definiert.

Als *semantischen Kampf* bezeichnet FELDER (2006) die Diskrepanz der Bedeutung von Begriffen, welche sich in Abhängigkeit von ihren Bezugsebenen ändern kann. Das heißt, Fachbegriffe sind in der Regel kontextualisiert, um einen Sinn zu ergeben. Als erste Ebene beschreibt er die *Bewusstseinssebene*, in der die Bedeutung in Beziehung zur „kognitiven Welt“ (FELDER 2006, S. 21) des Individuums gesetzt wird. Die zweite Ebene ist die *Referenzebene*, auf der die Begriffe in Beziehung zur „Welt der Dinge und Sachverhalte“ (ebd.) erfasst werden. Schließlich auf der *Handlungsebene* werden Begriffe auf ihre „konventionalisierte Verwendungsweise“ (ebd., S. 22) hin betrachtet. Wie bereits ausgeführt, kann Verständigung nur dann gelingen, wenn Sender und Empfänger eine größtmögliche Übereinstimmung ihrer sprachlichen Zeichen haben. Neben dem Wissen um Begriffe spielen die individuelle Sozialisation und Persönlichkeitsmerkmale sowie Konventionen und (institutionelle) Rahmenbedingungen eine Rolle. Aus dieser vielschichtigen Problematik leitet FELDER ab, dass die Rezeption von Fachtexten als

„funktionaler Zusammenhang aufgefasst werden [sollte], welcher Sachverhalte erst durch Fachkommunikation konstituiert betrachtet – und zwar auf der Grundlage gesellschaftlicher, kultureller und fachlicher Deutungsmuster, institutioneller Rahmenbedingungen, fachsprachlicher

Spezial-Terminologie und fachspezifischer Deutungskontexte sowie alltagsweltlicher Primärerfahrungen als Teil einer vielschichtigen und verwobenen Praxis“ (FELDER 2006, S. 38).

DÖRR verweist darauf, dass Fachsprachen über einen spezifischen Wortschatz hinausgehende „inersprachliche, außersprachliche und funktionale Merkmalskomplexe“ (DÖRR 2014, S. 28) aufweisen. Hierzu gehörten, dass sie sich historisch als Subsysteme der Gesamtsprache und aus gesellschaftlicher Notwendigkeit heraus entwickelt hätten. Zwar enthielten sie auch gemeinsprachliche Elemente, würden aber angereichert mit Fachvokabular, um eine präzisere Kommunikation zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 28f.). Die lexikalisch-semantische Dimension der Fachlichkeit bilde einen unverzichtbaren Bestandteil von Fachsprache (vgl. DÖRR 2014, S. 39). Diese Fachlichkeit sorgt dafür, dass entsprechende Texte von Fachleuten verstanden, von Laien hingegen weniger oder gar nicht verstanden werden, womit wiederum Abgrenzung und Identität mittels Sprache konstituiert wird.

4.4 Fachsprache und Berufssprache

Berufssprache wird bei ROELCKE und anderen hinsichtlich ihrer Funktion in den Rahmen einer beruflichen Handlungssituation eingeordnet, damit dient sie dem Zweck, berufliche Situationen zu meistern. Gefragt wird in der pragmatischen Linguistik danach, welche kontextuellen Gegebenheiten fachliche Kommunikation bestimmen und welche Bedeutung die sprachlichen Zeichen in diesem Zusammenhang haben. Für eine gelungene Kommunikation benötigt man im besten Fall eine gemeinsame Sprache der beteiligten Interaktionspartner: „Der *adressaten- und situationsadäquate* Gebrauch von (Fach-)Sprache in unterschiedlichsten Kommunikationssituationen spielt in einer professionellen Pflege eine zentrale Rolle“ (HAIDER 2010, S. 192, Hervorhebung im Original). Das Postulat möglichst übereinstimmender Zeichensysteme für das Gelingen der Kommunikation kann nur mit einem ähnlichen Erfahrungshorizont der Gesprächsbeteiligten erfüllt werden. Berufsangehörige weisen per Ausbildung und Berufserfahrung ein relativ weit übereinstimmendes Zeichensystem auf. „Produzent und Rezipient verfügen jeweils über eigene allgemein-, bildungs- oder fachsprachliche Zeichensysteme, berufsbezogene Text- und Weltkenntnisse [...], die sich mehr oder weniger weit decken und während der beruflichen Kommunikation vorausgesetzt werden oder unter Umständen abzuklären bzw. auszuhandeln sind“ (ROELCKE 2020a, S. 8).

Die Berufssprache stellt insofern eine Sprachvariante dar, als sie berufsbezogenen Zwecken dient und von Menschen angewandt wird, die in diesem bestimmten Beruf sozialisiert sind. Maßgeblich für die Einordnung der Sprachstile in Kommunikationsbereiche ist die Vorstellung, dass in einer arbeitsteilig organisierten Gesellschaft für die jeweiligen Arbeits- und Lebensbereiche typische Aufgaben mithilfe von Sprache bewältigt werden müssen (HOFFMANN 2007).

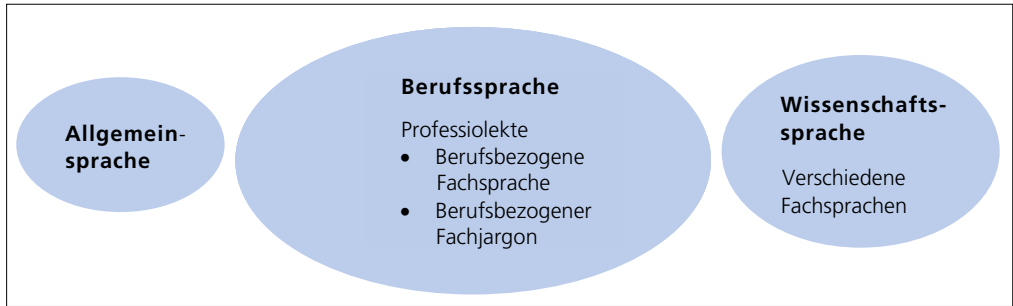
HENNE (1975) leitete die von ihm beschriebenen Existenzweisen von Sprachen aus verschiedenen sozialen Schichten ab. Ein Individuum beherrscht – je nach sozialer Zugehörigkeit – die in diesen Gruppen gesprochenen Sprachen. In Abgrenzung zur Allgemeinsprache (vgl. EFING 2014, S. 419) werden die Berufs- und Fachsprache als Sprachen bezeichnet, die

im Rahmen eines bestimmten Berufes bzw. Fachgebietes von Personen gesprochen wird, die Berufsangehörige bzw. Fachleute auf diesem Gebiet sind.

Für die Berufssprache schließt HOFFMANN hingegen Alltagssprache aus, denn diese sei „privat und von dienstlichen Zwängen befreit“ (HOFFMANN 2007, S. 14), und die „Kommunikationspartner begegnen sich in ihren Alltagsrollen“ (ebd.). Demgegenüber kann durchaus Umgangssprache, die HOFFMANN nicht mit Alltagssprache gleichsetzt, im beruflichen Kontext angewandt werden. Er zählt in Bezug auf Gruppen, wozu auch Berufsgruppen gehören können, den *Fachjargon* zur Umgangssprache und definiert diesen als „einen Fachwortschatz, dem die Kodifizierung in Gestalt schriftlich fixierter Bedeutungen fehlt“ (HOFFMANN 2007, S. 18). *Professiolekte* sind nach seiner Definition Fachsprachen, und Fachjargon sei ein umgangssprachlich geprägter Professiolekt (vgl. HOFFMANN 2007, S. 7). Des Weiteren grenzt er strukturell Wissenschafts- und Fachsprache gegeneinander ab. Wissenschaftssprache sei geprägt von theoretischer Abstraktheit (ebd., S. 12) und habe die Funktion, Forschungsergebnisse zu verbreiten (ebd., S. 22). Sie komme nicht ohne Fachsprache aus, würde sich aber mehrerer Fachsprachen gleichzeitig bedienen.

Je nach Fachgebiet und Kommunikationskanal bedienen sich Berufsgruppen verschiedener Stilmittel aus sprachlichen Varietäten. Dabei spielen u. a. der Zweck und die Funktion der Varietät, ihre Rahmenbedingungen, die verwendeten Text- bzw. Gesprächssorten und das „sprachliche Erscheinungsbild“ (HOFFMANN 2007, S. 13) eine Rolle. Das Erscheinungsbild kann grob in mündlich oder schriftlich eingeteilt werden, während beiden Möglichkeiten noch weitere Attribute hinzuzufügen sind. Die Wissenschaftssprache diene dem Austausch unter Fachleuten von „Erkenntnissen über die Welt in Gestalt von Gesetzmäßigkeiten, Typologien, Klassifizierungen“ (HOFFMANN 2007, S. 23) und taucht in der Regel in schriftlicher Form, z. B. als Dissertation oder Aufsatz in Fachzeitschriften, auf.

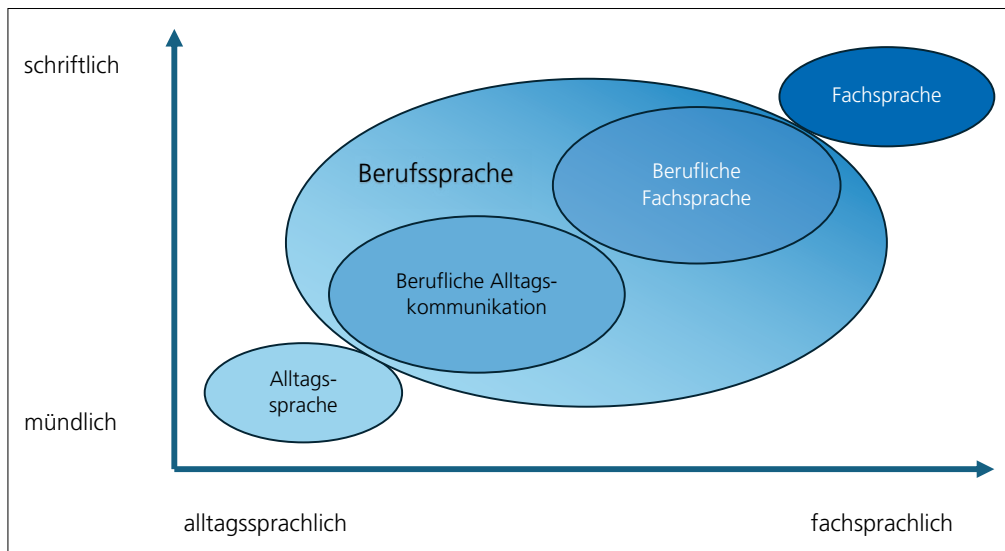
Wie in Abbildung 2 ersichtlich, trennt HOFFMANN strikt die Allgemein- von der Berufssprache. Hinter dieser Auffassung mag die Annahme liegen, Berufssprache sei determiniert vom beruflichen Fachwissen und einem Kommunikationsbereich, in dem sich nur Personen in ihrer beruflichen Rolle austauschen. Dieses Verständnis schließt aber aus, dass es auch berufliche Kommunikationsbereiche zwischen Berufsangehörigen und Klientinnen/Klienten (auch Kundinnen/Kunden, Leistungsempfängerinnen/Leistungsempfängern u. a. m.) geben könnte bzw. Gesprächsgegenstände, die sich auf den Alltag beziehen. Da beruflich Pflegende aber insbesondere mit zu pflegenden Menschen kommunizieren und sich auch insbesondere mit der Lebenswelt (also auch dem Alltag) ihrer Klientel zu befassen haben, reicht dieses Modell nicht, den Bereich Pflegeberufssprache bzw. Pflegefachsprache ausreichend zu erfassen. Hinzu kommt, dass in keinem authentischen Dialog Fachsprache in Reinkultur angewendet wird. Von den Gesprächsbeteiligten, dem Gesprächsgegenstand und dem Zweck des Gesprächs ist abhängig, in welchem Maß welche Varietät tatsächlich vorkommt.

Abbildung 2: Hoffmanns Systematik der Sprachen

Quelle: eigene Darstellung

EFING (2014) geht davon aus, dass es sowohl ein Fach- als auch ein Berufssprachenregister gibt. Gleichwohl sei es aber in der Linguistik noch nicht zu einer Einigung darüber gekommen, was „Berufssprache als Register“ (EFING 2014, S. 419) ausmache und „wie das Verhältnis von Fach- und Berufssprache zu modellieren“ (ebd.) sei. Für ihn stellen Allgemeinsprache und Fachsprache zwei Pole im „Spannungsfeld berufsrelevanter Register“ (EFING 2014, S. 420) dar, die sich im Wesentlichen dadurch unterscheiden, dass sie eher in mündlicher (Alltagssprache, Umgangssprache, Gemeinsprache) bzw. in schriftlicher (Fachsprache) Form vorlägen (vgl. ebd.). Berufssprache befände sich dazwischen in Form von beruflicher Alltagskommunikation eher auf der Seite der Alltagssprache und (Berufs-)Fachsprache auf der anderen Seite (vgl. ebd.). Insofern komme es in der Anwendung von Sprache im beruflichen Kontext zu einer Vermischung der verschiedenen Register (siehe Abbildung 3).

Aus der Vielzahl von Berufen, zugehörigen Fachgebieten bzw. kommunikativen Bereichen leitet ROELCKE (2021) nun noch eine nahezu unübersehbare Anzahl an Fachsprachen ab. Zeichnet sich eine Profession in fachlicher Hinsicht, wie beschrieben, durch eigene Handlungsbereiche, eigene Wissensbestände und eine eigene wissenschaftliche Disziplin aus, so ist damit umrissen, was unter „Fach“ verstanden werden kann. Insofern dienen die sprachlichen Mittel der Bewältigung beruflicher Handlungsbereiche, liefern Begriffe und Konzepte für die Wissensgenerierung und Theoriebildung in der wissenschaftlichen Disziplin und für deren Wissensbestände.

Abbildung 3: Efings Systematik der sprachlichen Register

Quelle: eigene Darstellung

Fachsprache kann sowohl gruppenübergreifend als auch innerhalb einer Gruppe verwendet werden, sie taucht sowohl in schriftlicher als auch in mündlicher Form auf und lässt sich laut ROELCKE nicht in die Systematik der von HOFFMANN (2007) dargelegten Varietäten einordnen. ROELCKE konstatiert, dass die Annahme, zu jedem beruflichen Bereich gehöre ausschließlich *eine* Fachsprache, zu kurz greife (vgl. ROELCKE 2021, S. 55). Vielmehr gebe es zwischen den Berufen bzw. Fachdisziplinen Überschneidungen und zudem nicht nur eine einzige Fachsprache pro Beruf, sondern oft auch mehrere (ebd.).

Wie aus den oben beschriebenen Strukturierungs- und Abgrenzungsversuchen deutlich wird, gibt es kein Modell, mit dem eindeutig geklärt werden kann, was Berufs- und was Fachsprache ist, ob sie gegeneinander abgrenzbar sind, ob sie Schnittmengen aufweisen oder Teilmengen voneinander sind. Zur Differenzierung der Sprachvarietäten kann die Übersicht von CASPARI, ROELCKE u. a. dienen, die in Tabelle 1 wiedergegeben ist und die die Erkenntnisse von HOFFMANN, EFING und ROELCKE miteinander vereinbart. Wie daraus ersichtlich wird, bildet Berufssprache eine Varietät, in der, abhängig von der Kommunikationsform und dem Kommunikationszweck, Merkmale verschiedener Sprachformen auftreten können.

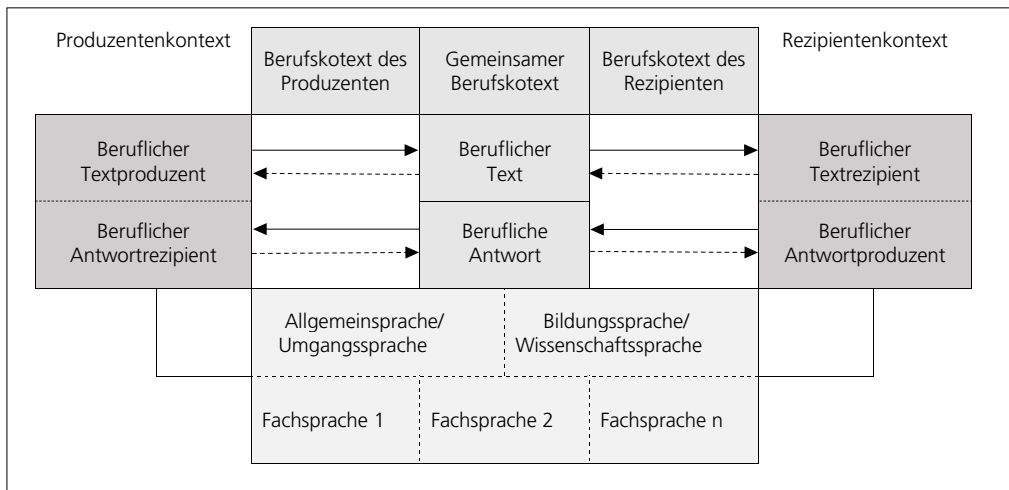
Tabelle 1: Merkmale und Struktur von Sprachvarietäten

Sprachvarietät	Allgemeinsprache	Berufssprache	Bildungssprache	Fachsprache
Kommunikationsbereich	Alltagssituationen	Berufsausübung	Bildungsvorgänge	Wissenschaft, Technik
Kommunikationszweck	Erfahrungsaustausch, sozialer Kontakt	berufliche Integration, Koordination von Abläufen	Vermittlung und Erwerb von Wissen	Fachdiskurs
Abstraktionsgrad	konkret	konkret bis abstrakt	abstrakt	abstrakt
Sprachliche Elemente	vertraute sprachliche Elemente in Wortschatz und Grammatik	Elemente aus allen beruflichen Bereichen, abhängig von der Kommunikationssituation	Fremdwörter, komplexe Syntax	Terminologie, grammatische Spezifika, eigene Textsorten

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an CASPARI u. a. 2017

Ein für diese Arbeit handhabbares Modell liefert ROELCKE, in welchem er davon ausgeht, dass Berufssprache mehrere Register umfasst, die sich aus den beruflichen Kommunikationssituationen, also den beruflichen Handlungsfeldern und den darin typischerweise interagierenden Personen, ergeben. Er bemängelt, dass die herkömmliche Gliederung von Fachsprachen in horizontal nach Fachbereichen (z. B. Naturwissenschaften), in vertikal nach Abstraktionsebenen (z. B. Theoriesprache, Allgemeinsprache) sowie in der dritten Dimension nach Verwendungsarten (z. B. Fachzeitschriften oder Bedienungsanleitungen) nicht ausreichend sei (ROELCKE 2014). Im beruflichen Kontext kommt es zu sehr unterschiedlichen Konstellationen, das gilt in besonderer Weise für den Pflegeberuf. ROELCKE will sich vom Begriff *Berufssprache* verabschieden und spricht von *beruflicher Kommunikation*, um der Vielfalt und den oben beschriebenen Dimensionen gerecht zu werden (ROELCKE 2020a). Er geht davon aus, dass es je eigene, aber auch gemeinsame berufsbezogene sprachliche Zeichensysteme des Produzenten und des Rezipienten gibt, die als *Berufskotext* bezeichnet werden (vgl. ROELCKE 2020a, S. 8). Aus gemeinsamem Berufskotext wird in der Kommunikation beruflicher Text und berufliche Antwort produziert, dabei verfügen die Gesprächspartner über ein Repertoire an Allgemein- und Bildungssprache sowie 1 bis n Fachsprachen (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4: Modell beruflicher Kommunikation



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an ROELCKE 2020a, S. 7

4.5 Die Sprache im Pflegeberuf

Aus linguistischer Perspektive lassen sich Fachsprachen im Bereich der Pflege vertikal und horizontal gliedern. Je nach Sichtweise kann auf der horizontalen Ebene zwischen Versorgungsformen, Fachbereichen oder Konstellationen wie fachintern, fachextern und interdisziplinär unterschieden werden oder auch nach Kommunikationssituationen, Art und Funktion des Gesprächs, Gesprächsbeteiligten und deren Aufgaben (MARCHWACKA 2019). Vertikal kann nach Abstraktionsstufe bzw. sprachlicher Präzisierung unterschieden werden (ebd.). „Pflegesprache kann somit als Wissenschaftssprache der Pflegeprofession, als Sprache im Pflegeberuf und als Verteilersprache ggf. Transfersprache charakterisiert werden“ (MARCHWACKA 2019, S. 150). Der Pflegeberuf ist als Interaktionsberuf schlechthin von zahlreichen verschiedenen Kommunikationsbereichen geprägt. Zur situationsangemessenen Kommunikation gehört eine gemeinsame Sprache, die sich der verschiedenen Register in unterschiedlicher Ausprägung bedient, also für die intra- und interprofessionelle, die intra- und interdisziplinäre Kommunikation sowie für die Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen sowie deren Angehörigen.

Pflegende kommunizieren im Rahmen ihres Handlungsbereiches in verschiedenen Fachdisziplinen, interprofessionell mit Berufsangehörigen verschiedener Fachgebiete, intraprofessionell mit Angehörigen des eigenen Berufes, außerdem mit zu pflegenden Menschen und mit deren Angehörigen. Die beruflichen Kommunikationsbereiche sind auch sprachlich entsprechend vielfältig. Jede Disziplin, die an Pflege- und Therapieprozessen beteiligt ist, darunter Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Diätassistentinnen und -assistenten, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte, Sozialarbeiter/-innen, ggf. auch Apotheker/-innen, Orthopädiemechaniker/-innen

u. a. m., verwendet eine eigene auf ihre beruflichen Handlungsfelder bezogene Sprache. Je nachdem, wie umfassend die Zusammenarbeit der Berufsgruppen ist, besteht eine mehr oder weniger große Schnittmenge der Fachbegriffe, auf deren Grundlage die interprofessionelle Kommunikation funktioniert. Als Gemeinsamkeit wird von MARCHWACKA die Patienten- bzw. Kundenorientierung und die Verwendung medizinischer (lateinischer bzw. altgriechischer) Fachtermini angegeben (vgl. MARCHWACKA 2018, S. 176). Außerhalb der Schnittmengen gibt es Begriffe der Pflegesprache, die ausschließlich von beruflich Pflegenden, also intraprofessionell, verstanden werden (vgl. WOLF 1989, S. 80), und solche, die nur in der mündlichen, nicht aber in der schriftlichen Kommunikation verwendet werden.

Typisch für die Pflegesprache sind Begriffe aus medizinischer und sozialwissenschaftlicher Terminologie, „harten“ Messwerten und komplexen Konzepten wie *Angst*, *Körperbild*, *mentaler Status* und *Stresslevel* sowie technische Begriffe, die Geräte oder Verfahren beschreiben (vgl. WOLF 1989, S. 80). Weitere Begriffe entstammen der Disziplin Pflege selbst, wie noch in den nächsten Kapiteln zu sehen sein wird. Es existieren zahlreiche Komposita mit dem Wortteil *-pflege*- wie *Pflegeassessment*, *Pflegeprozess*, *Körperpflege*. Außerdem sind auf die Pflege bezogene Begriffe in Rechtsnormen zu finden, die dort aufgegriffen oder definiert sind, beispielsweise *Pflegebedürftigkeit* oder *Pflegegrad*. Die pflegerischen Handlungsfelder – Organisation und Gestaltung des Pflegeprozesses, Dokumentation der Pflege, Beratung und Anleitung von zu pflegenden Menschen und ggf. ihren Angehörigen, Unterweisung von Auszubildenden, mehr oder weniger enge Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen, Organisation der Arbeit, Fort- und Weiterbildung u. a. m. – lassen einen Eindruck darüber entstehen, wie vielfältig auch die Sprache in mündlicher und schriftlicher Form im Bereich der Pflege sein kann. Über die Handlungsfelder hinaus sind auch die Kommunikationspartner, Handlungskontexte und die Kommunikationsmedien in den Blick zu nehmen. So wird deutlich, wie bunt der Reigen verschiedener Register in der Berufssprache der Pflege sein muss, um die beruflichen Aufgaben auch sprachlich angemessen bewältigen zu können. Die Diffusion der verschiedenen Register wird im Modell von ROELCKE (siehe Abbildung 4) durch gestrichelte Linien zwischen den Fachsprachen 1 bis n sowie der Allgemein- und Bildungssprache verdeutlicht.

Über die Fähigkeit zur Wahl der angemessenen Sprache im entsprechenden Handlungsfeld hinaus besteht auch noch die weitere Anforderung an Pflegenden, sprachlich zwischen verschiedenen Kommunikationsbereichen zu wechseln. Pflegenden müssen dazu in der Lage sein, Inhalte, die in einem spezifischen Bereich kommuniziert wurden, in neuer Konstellation zu rekapitulieren, beispielsweise bei der „Rekonstruktion von Problemen“ (WEIDNER 1995, S. 126). Hierfür ist die Kompetenz zur Transformation von Registern erforderlich, also die Fähigkeit, über gleiche Sachverhalte in verschiedenen Kommunikationssituationen unter Verwendung der jeweils situationsangemessenen Sprache schriftlich und mündlich kommunizieren zu können. Hierfür ist Registersensibilität die Voraussetzung, also die Fähigkeit, Register voneinander unterscheiden zu können und eine der Situation angemessene Auswahl der sprachlichen Mittel zu treffen (vgl. BRYANT/PUCCIARELLI 2018, S. 8). Solch eine Transformation müsste beispielsweise dann vollzogen werden, wenn aus Messungen und Beobachtungen sowie Schilderungen eines zu pflegenden Menschen eine Pflegediagnose gestellt und

dokumentiert wird oder wenn die Pflegediagnose im intraprofessionellen Dialog angesprochen wird, um Handlungsoptionen auszuloten.

4.5.1 Pflegesprache und Profession

Gerade in kundenbezogenen Berufen steckt in der Verwendung von Fachsprache eine besondere Herausforderung. Der Anspruch an Professionalität mag es verbieten sich laienhaft auszudrücken, hingegen kann aber eine laienhafte Sprache für die Kommunikation mit Patientinnen/Patienten erforderlich sein, um diese überhaupt erreichen zu können. Diese laienhafte Sprache darf wiederum nicht unfachlich sein. An Mediziner/-innen wurde lange Zeit bemängelt, sie würden sich im Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten eines unverständlichen *Ärztlateins* bedienen. Im Versuch, sich gegenüber Patientinnen und Patienten als Experte/Expertin für deren Problemlösung zu erweisen, wurde eine Sprache gewählt, mit der Distanz zwischen Helfenden und Hilfeempfangenden geschaffen wurde. Besteht aber der Anspruch, die Autonomie der zu versorgenden Menschen zu erhalten, muss auch die Sprache so gewählt sein, dass gemeinsam eine Problemlösung gefunden werden kann. Mittlerweile gehört das Training der Gesprächsführung mit Patientinnen und Patienten neben der Fachsprachenvermittlung zum Medizinstudium.

Professionalisierungsprozesse der Pflege vollzogen sich durch Akademisierung, Theoriebildung und Pflegeforschung sowie durch die Erschließung eigener Handlungsfelder. Nach OERTLE-BÜRKI (1996) geht der Professionalisierungsprozess eines Berufes einher „mit der Entstehung und Festigung einer eigenen Fachsprache“ (OERTLE-BÜRKI 1996, S. 438), man sei sich in linguistischen Kreisen „einig, dass eine Fachsprache im wesentlichen der Verständigung zwischen Fachpersonen dient“ (ebd.), insofern, als diese alle den gleichen theoretischen Hintergrund mitbrächten und durch Fachsprache die Verständigung unter Fachleuten erleichtert würden und Fachwörtern eine eindeutige Definition zugrunde lägen. Mit der Fachsprache kommt also der *Sonderwissensbestand* (WEIDNER 1995) der Profession zum Ausdruck. Gleichzeitig demonstriert der Gebrauch von Fachtermini eine Gruppenzugehörigkeit und verankert professionelle Identität, er verleiht Macht und Status (vgl. ELSÉN 2013, S. 146).

In einem Artikel stellt BÖGEMANN-GROSSHEIM (2004) dar, wie die Einführung gesicherter Wissensbestände in die Praxis der Pflege zur Professionalisierung ver helfe. Sie meint, es gebe mit „der Etablierung einer wissenschaftlichen Disziplin Pflege [...] für pflegebezogene Austauschprozesse eine intersubjektive Sprache, eine Sprache, die im Prinzip jedem, unabhängig von seinen individuellen Erfahrungen, den Zugewinn an Kenntnissen, Argumenten, und Einsichten ermöglicht“ (BÖGEMANN-GROSSHEIM 2004, S. 102). Nach BOLLINGER/GREWE (2002) habe sich aber die Pflege durch Akademisierung aus der Pflegepraxis herausbewegt und sich Handlungsfelder im Management und in der Berufspädagogik sowie später in der Wissenschaft erschlossen. Damit verbunden wäre zu fragen, ob sich nicht auch die Sprache lediglich auf diesen neuen Handlungsfeldern etabliert hat und nicht in der Pflegepraxis ankommt bzw. aus dieser entwickelt wurde. Noch bis heute wird eine unprofessionelle Sprache der Pflegenden bemängelt. So behaupten ZEGELIN/QUERNHEIM (2022), die Pflegesprache sei „unzureichend entwickelt, mitunter noch nahe der Medizin, trotz jahrzehntelanger Diskussionen“ (ZEGELIN/QUERNHEIM 2022, S. 65), was impliziert, dass eine Pflegesprache nur dann als solche betrachtet werden kann, wenn sie sich von der medizinischen Fachterminologie

distanziert. Die enge Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen im Krankenhaus hingegen bringt auch einen gemeinsamen Fachwortschatz hervor. QUERNHEIM konstatierte jüngst in einem Interview, das im Mai 2023 erschienen ist, dass sich die Sprache der Medizin und die Sprache der Pflege insofern unterschieden, als Ärztinnen und Ärzte auf Grundlage ihres kognitiveren Ansatzes sachlicher und präziser formulieren würden. Pflegende hingegen „beschreiben in der Regel die Situation ihrer Pflegeempfänger umfassender, orientieren sich an einer ganzheitlichen Perspektive und integrieren empathisch auch die emotionalen Aspekte“ (QUERNHEIM 2023, S. 49). In den Augen der Mediziner/-innen würde dies jedoch unfachlich erscheinen, da Pflegende aus ihrer Sicht nicht auf den Punkt kommen würden. Hingegen würden Pflegende von Medizinerinnen und Mediziner erwarten, dass sie nicht bloß eine „Liste von Symptomen“ (ebd.) besprechen, sondern sich auch mit den „menschlichen Problemen“ (ebd.) ihrer Klientel befassen.

4.5.2 Pflegesprache und Ethik

Wie in Kapitel 2.2.1 dargelegt, stellt die Berufsethik ein wesentliches Professionsmerkmal dar. Insofern ist es selbstverständlich, dass sich eine ethische Haltung auch in der Berufssprache widerspiegelt und (Selbst-)Reflexionsprozesse bezüglich der Wortwahl angestellt werden. In besonderer Weise gilt dies in klientenbezogenen Berufen, in denen ein Arbeitsbündnis geschlossen (OEVERMANN 1996) und auf Augenhöhe kommuniziert werden soll. Es ist zu fragen, welches Menschenbild und welches berufliche Selbstverständnis sprachlich zutage treten. Was früher selbstverständlich war, kann heute moralisch verwerflich erscheinen. Insofern hat sich die Pflege als Profession auch bezogen auf ihre Sprache mit berufsethischen Fragestellungen zu befassen. In der Sprache bzw. Wortwahl tritt mehr oder weniger bewusst eine Werthaltung zutage, die es stets aufs Neue zu reflektieren gilt. Es werden heute nicht (mehr) Begriffe wie die früher üblichen Bezeichnungen *Windel* oder *Galgen* verwendet; die offiziellen Bezeichnungen lauten *Inkontinenzhose* und *Aufrichthilfe*. Eine Reflexion darüber, ob erwachsene Menschen wie Säuglinge behandelt werden oder ob es ein Tötungsinstrument sein muss, das Menschen dabei unterstützt, aus dem Bett zu kommen, bringt neue, passende und ethisch vertretbare Begriffe hervor.

ABT-ZEGELIN/SITZMANN stellten vor knapp 20 Jahren das „ABC der denk-würdigen Begriffe“ (ABT-ZEGELIN/SITZMANN 2006, S. 30) vor – z. B. A wie *Abgänge* (vgl. ebd.) für verstorbene Menschen bis Z wie *Zappel* (vgl. ebd., S. 41) für von Epilepsie Betroffenen – und regten insbesondere Angehörige von Pflegeberufen dazu an, sich Gedanken darüber zu machen, inwieweit diese Begriffe bereits zur unreflektierten Gewohnheit geworden sein könnten und welche (Berufs-)Haltung bzw. welches Menschenbild dahinterstecken könnten. Von einer Arbeitsgruppe von Stationsleitungen wurde 2001 ein Projekt durchgeführt, in dem Pflegedokumentationen und Wortbeiträge in Besprechungen von Pflegenden untersucht wurden. Man ging von der Annahme aus, dass sich in der Sprache auch eine berufliche Haltung widerspiegeln. Im Projekt wurde eine Vielzahl an „Aussagen, die jeglichen Respekt vor den Patienten vermissen lassen“ (ALTSTETTER 2001, S. 93), identifiziert, und zwar in jeder Kategorie der AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens nach KROHWINKEL).

Hierzulande ist auch die Untersuchung von SACHWEH im Bereich der Altenpflege bekannt, in der u. a. *Baby-Talk* beschrieben wird, was „primär das Sprachregister, das Mütter

zur Kommunikation mit ihren Kindern verwenden“ (SACHWEH 2003, S. 154), darstellt. Die Lexik ist in diesem Fall von Diminutiven und Kosenamen geprägt (ebd., S. 155). Es ist aber auch zu bedenken, in welchem Kommunikationskontext diese Begriffe verwendet werden und ob sich Pflegende zugunsten eines gemeinsamen Verständnisses überlegen, ob bestimmte Wörter von ihrer Klientel genauso verstanden werden. So räumt auch SACHWEH ein, dass die Pflegenden ihre ältere Klientel mitnichten als Kleinstkinder ansehen, sondern vielmehr, dass diese Art zu sprechen vorrangig der Verständigung dienen soll. Später wurde *Baby-Talk* trotzdem oft nur unter ethischen Gesichtspunkten diskutiert und als altersdiskriminierend angesehen.

Geht es um die Bezeichnung der zu versorgenden Klientel in der Pflege, gerät der Begriff *Patient* immer wieder ins Visier. Es wurde und wird nach einer ethisch vertretbaren und am Versorgungsbereich sowie an der Klientel professionell Pflegenden orientierten Bezeichnung für den Begriff *Patient* gesucht. Während „Die Galle auf Zimmer 7“ (VOLLMANN 2019) schon lange ausgedient hat, flammte jüngst erneut und diesmal im Zusammenhang mit der generalistischen Pflegeausbildung die Diskussion auf. FEHLING u. a. fragen sich, ob es nicht „einen ‚generalistischen‘ Begriff für sämtliche Personen, die pflegerisch versorgt werden“ (FEHLING u. a. 2023, S. 187) geben könne. Zur Diskussion stehen nunmehr (jeweils auch in der weiblichen Form) *Patient*, *Klient*, *Kunde* oder *Bewohner*. Nur im Plural genderneutral kommen hinzu *Pflegebedürftige*; außerdem *Menschen mit Pflegebedarf* oder *zu pflegende Menschen*. Um nochmals zu verdeutlichen, dass Begrifflichkeit auch immer einem gewissen Zeitgeist unterliegt, sei hier angemerkt, dass ABT-ZEGELIN/SITZMANN 2006 den Begriff *Patient* nicht zur Debatte stellten, mit dem jede Person jeden Geschlechts gemeint war, die professionelle Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt.

BAUERNSCHMIDT/DORSCHNER (2018) fragen, ob es angesichts sich wandelnder Familien- und privater Unterstützungsstrukturen noch zeitgemäß sei, von Angehörigen zu sprechen, inwieweit angesichts der Verwendung der Begriffe *Angehörige* oder *Zugehörige* auf Einstellungen und Haltungen des Pflegepersonals rückgeschlossen werden und wie sich das auf die professionelle Kommunikation auswirken könne. Sie gehen davon aus, dass Begriffe durch gesellschaftliche Veränderungen geprägt seien und dass es heutzutage nicht mehr (nur) die (Familien-)Angehörigen sind, die zu pflegenden Menschen beistehen, sondern mehr noch Personen, die im Laufe des Lebens hinzugekommen sind, auch *Hingehörige* oder *Wahlfamilie* (vgl. BAUERNSCHMIDT/DORSCHNER 2018, S. 304). Die Autorin und der Autor haben die Begriffe in einschlägiger Fachliteratur hinsichtlich ihrer Bedeutung einer Inhaltsanalyse mit Schwerpunkt auf die Kontextanalyse unterzogen. Sie kommen zu dem Schluss, dass die „zunehmende Bedeutung nichtverwandter Personen für pflegebedürftige Menschen [auf ein] gesellschaftliches Phänomen“ (BAUERNSCHMIDT/DORSCHNER 2018, S. 305) hindeute, was eine „reflektierende Auseinandersetzung mit individuellen Sichtweisen und Erfahrungen sowie die innerprofessionelle Bestimmung zentraler Begrifflichkeiten [...] im Hinblick auf Familie und Angehörige erforderlich“ (ebd., S. 307) mache, denn wie Pflegende fühlen und denken, wie differenziert sie Pflegephänomene wahrnehmen und mit ihrer Expertise darauf reagieren können, würde ihr Pflegehandeln maßgeblich bestimmen.

4.5.3 Begriffsbildung und -prägung in der Pflege

Begriffe sind keine feststehende Größe. Ihre Bedeutung kann sich über die Zeit, je nach sozialem Kontext oder sich wandelnden Werthaltungen verändern, es können neue Symbole in Erscheinung treten und alte können verschwinden. „[S]emantische Veränderung vorhandener Lexik trägt [...] zur Absicherung gruppenspezifischer Bezeichnungsbedürfnisse bei, typischerweise durch zusätzliche Bedeutungsvarianten zu etablierten Wörtern“ (SIEBOLD 2018, S. 117). Für die Kontextabhängigkeit von Begriffen sind in der Pflege zahlreiche Beispiele zu finden: Bezeichnet der Begriff *Ente* in der Pflege eine Urinflasche, bedeutet er biologisch die Bezeichnung eines Wasservogels im Journalismus eine Falschmeldung und unter Autofans ein bestimmtes Modell. Wer von *Abführen* spricht, kann vom Finanzamt kommen, bei der Polizei arbeiten oder in der Pflege beschäftigt sein und meint jedes Mal etwas anderes. Texte und Begriffe können in ihrer Bedeutung nicht nur nach ihrem Urheber, sondern auch im Zusammenhang mit der Veränderung ihres Kontextes bewertet werden, oder anders gesagt: Konventionelle, tradierte Begriffe können zugunsten neuer Symbole, die den gleichen Zweck erfüllen, in den Hintergrund treten (GÖPFERICH 2000). Das bedeutet aber nicht, dass die Verwendung neuer Symbole gleich als Sprachverarmung angesehen werden muss. Bezogen auf den Pflegeberuf erfuhren die *Nachtschwester* oder der *Patient* einen Bedeutungswandel aufgrund sich verändernder Rollenbilder und Versorgungsstrukturen.

Für Pflegeatheorien gilt nach wie vor die vielzitierte Definition von MELEIS (1985, deutsch: 1999), nach der es sich um die „Konzeptualisierung einiger Aspekte der Pflegerealität [handelt], die mit dem Ziel zusammengestellt werden, um damit Phänomene zu beschreiben, Beziehungen zwischen Phänomenen zu erklären, Folgen vorherzusagen oder Pflegehandlungen vorzuschreiben“ (MELEIS 1999, S. 43). Mit der Entwicklung von Pflegeatheorien geht die Bildung und Bestimmung von *Begriffen*, *Konzepten* und *Propositionen* einher. Während es sich bei Begriffen zunächst um einzelne theoriebezogene Wörter handelt, werden mit Propositionen theoriebezogene Annahmen, Aussagen oder auch Standpunkte dargelegt. In Theorien als Wissensrahmen sind Konzepte eingebettet, die das Wissen über Sachverhalte repräsentieren und Fachwissen konstituieren (vgl. FELDER 2006, S. 19). „Ein (Pflege-)Konzept ist eine abstrakte, geistige Vorstellung von einem Ausschnitt der Wirklichkeit“ (KÖHLEN/FRIEDEMANN 2016, S. 8). Es bildet einen Bestandteil bzw. Baustein einer Theorie, „der den Begriffen der Theorie eine auf die Wirklichkeit bezogene konkrete oder abstrakte Bedeutung verleiht“ (ebd.). Die englischsprachige pflegewissenschaftliche Literatur verwendet das Wort *Concept* gleichermaßen sowohl für *Konzept* als auch für *Begriff*, während ein Konzept im Deutschen zugleich die Bedeutung eines Plans, Entwurfs oder Programms haben kann (vgl. ebd.).

Im Zuge der Etablierung einer theoriegeleiteten Pflegewissenschaft wurden Konzepte entwickelt und analysiert, deren Begriffe durch die Einbindung in theoretische Modelle ihre pflegespezifische Bedeutung erfahren. Erste weitreichende Theorien hatten das Ziel, Philosophie und Grundzüge der Pflege zu definieren und der Pflege einen Bezugs- und Begründungsrahmen zu geben (vgl. STEMMER 2003, S. 52). Zu den Anfängen der Auseinandersetzung mit Pflegeatheorien gehörte daher auch, die Bestimmung ihres Metaparadigmas, also ihrer grundsätzlichen Ausrichtung. Nach FAWCETT (1996) gibt das Metaparadigma einer Disziplin deren grundsätzliche philosophische Orientierung und Weltanschauung wieder. Eine wesentliche Anforderung an ein Metaparadigma sei, dass es eine eigene Domäne eingrenze, die sich so

von anderen Disziplinen unterscheiden lasse. Das würde durch Konzepte gewährleistet, die eine disziplinbezogene Perspektive auf die Praxis zulassen und mit denen alle relevanten Phänomene bezeichnet werden können. Das Metaparadigma der Pflege umfasst laut FAWCETT die vier zentralen Begriffe bzw. Kernkonzepte *Mensch* (Pflegeempfänger/-in, An- und Zugehörige, Gruppen), *Umwelt* (Umgebung, in der Mensch lebt oder sich vorübergehend befindet), *Gesundheit* (Gesundheitszustand oder Wohlbefinden des Menschen) und *Pflege* (was Pflegende für oder mit zu pflegenden Menschen tun). Erst durch die Beziehung und Wechselwirkung der vier zentralen Begriffe bekommt das Metaparadigma Gestalt. FAWCETT führt zum zentralen Begriff Pflege aus: „Nursing actions typically are viewed as a systematic process of assessment, labeling, planning, intervention and evaluation“ (FAWCETT 1996, S. 95), womit sie einen klaren Bezug zum Pflegeprozess herstellt. Die vier Kernkonzepte sind allerdings nicht unumstritten. So plädierten einige Theoretikerinnen dafür, diese Begriffe durch andere zu ersetzen, zumal Übersetzungen aus dem Englischen nicht immer zutreffen und womöglich auch eine (angloamerikanisch geprägte) naturwissenschaftliche Orientierung der Pflege befördern könnten (vgl. KÜHME 2020, S. 31f.). Auch der Begriff *Pflege* als Erklärung für das, was Pflege ist, ist so lange tautologisch, bis seine eigentliche Bedeutung und seine Bedeutungszusammenhänge (theoretisch) geklärt sind.

Theorien beschreiben nicht die Pflegepraxis, sondern sie prägen und definieren je nach ihrer Reichweite Begriffe, die sich auf die Zielgruppe, das Umfeld, die Zielstellung sowie das zugrunde liegende Pflegeverständnis beziehen. Hierzu gehören beispielsweise die weitreichenden Konzepte *Lebensaktivitäten* (ROPER u. a. 1991), *Selbstpflege* (OREM 1997), *Interpersonale Pflege* (PEPLAU 2004), *Transkulturelle Pflege* (LEININGER 1999), *Familienorientierte Pflege* (FRIEDEMANN/KÖHLEN 2003) sowie weitere Konzepte, die im pflegetheoretischen Rahmen eine Rolle spielen, wie z. B. *Existenzielle Erfahrungen* (KROHWINKEL 2008), *Adaptation* (ROY/ANDREWS 2006), *Validation* (FEIL 1993) oder *Personenzentrierte Pflege* (KITWOOD 2022). All diese Begriffe, die zum Teil aus dem Englischen übersetzt sind und eventuell in der Alltagssprache vorkommen könnten, erhalten durch ihren theoretischen Rahmen und ihre Bezüge zu theoretischen Konzepten im pflegerischen Kontext eine eigene Bedeutung. Das heißt aber nicht zwangsläufig, dass sie in der gemeinten Bedeutung Einzug in die alltäglich gebrauchte Pflegesprache finden. Zum Beispiel ist im Zusammenhang mit beruflicher Pflege oft von *Selbstpflege* die Rede, gemeint ist damit aber, dass die Pflegenden bei der Berufsausübung auf sich selbst achten sollten, um gesund zu bleiben.

Welche weitreichenden Folgen die Übernahme von Begriffen aus einem anderen Kulturkreis haben kann, beschreibt MÜLLER (1998) am Beispiel der sogenannten Grund- und Behandlungspflege. Ursprünglich als eigenständiger Verantwortungs- und Handlungsbereich der Pflege gedacht, erfuhr die *Grundpflege* durch die Übernahme des Begriffspaars in die Sozialgesetzbücher V und XI gegenüber der (ärztlich delegierten) *Behandlungspflege* eine deutliche Abwertung. Ein weiteres Beispiel für die Prägung pflegebezogener Begriffe ist die Darlegung des Pflegeverständnisses im Pflegeberufegesetz:

„Pflege [...] umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen, ihre Beratung sowie ihre Begleitung in al-

len Lebensphasen und die Begleitung Sterbender. Sie erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik. Sie berücksichtigt die konkrete Lebenssituation, den sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu pflegenden Menschen. Sie unterstützt die Selbstständigkeit der zu pflegenden Menschen und achtet deren Recht auf Selbstbestimmung“ (§ 5 Absatz 2 PfIBG).

Außerdem können ökonomische Anforderungen Begriffe der Pflege prägen, wenn es beispielsweise darum geht, Pflege abzubilden und entsprechende finanzielle und personale Ressourcen planen zu können. Zur Vermeidung von Freitext in der Patientenakte wird die Terminologie entsprechend softwarebasiert verfügbar gemacht, was allerdings bedeuten kann, dass nur die Begriffe aktiv verwendet werden, die auch wirtschaftlich relevant sind.

Spezielle (neue) Versorgungsformen, wie z. B. *Kurzzeitpflege*, *Demenz WG*, *Gesundheitskiosk*, finden in ihrer Begrifflichkeit Einzug in die Sprache der Pflege. Gesundheitsreformen hinterlassen ihre Spuren in der Sprache, ebenso Anglizismen, die sich nicht oder nur unzureichend übersetzen lassen oder in der Übersetzung im Deutschen eine andere Konnotation hätten, wie z. B. *Intermediate Care* oder *Primary Nursing*. *Nursing* und *Care* lassen sich zwar gleichermaßen mit *Pflege* übersetzen, sie bedürfen aber weiterer Erläuterungen zum Verständnis darüber, ob der Beruf oder das Handeln im Beruf gemeint ist. Ausführlich behandelt YVONNE FORD (2006) die „Risiken und Nebenwirkungen“ von englischen Begriffen im deutschen Pflegediskurs“ und deckt beispielsweise solche Übersetzungsfehler auf.

Begriffe ändern sich auch über die Zeit, was neuen Erkenntnissen, ethischen Überlegungen oder gesellschaftlichen Entwicklungen geschuldet ist, wie bereits in Kapitel 4.5.1 dargelegt. Ein Beispiel hierfür ist die nunmehr veraltete NANDA-Pflegediagnose *Noncompliance*, die mehrfach und letztmalig 1998 revidiert wurde, um dann später als *Nonadherence* oder *ineffective adherence* wieder aufzutauchen (vgl. HERDMAN/KAMITSURU 2017, S. 13). *Noncompliance*, was im Deutschen u. a. mit *Therapieverweigerung* erläutert war, wurde als stigmatisierend angesehen, während zu Deutsch *Adhärenz* die Selbstbestimmung von zu pflegenden Menschen in den Vordergrund stellen möchte.

4.5.4 Standardisierte Pflegesprache

Mit differenzierten Beschreibungen bzw. der Terminologie aus Klassifikationssystemen werden die Inhalte des Pflegeprozesses dargestellt (u. a. in SCHREMS 2006, S. 50). Nach JONES u. a. (2010) liefert eine standardisierte Pflegesprache das Instrumentarium, mit dem klinische Phänomene benannt werden, die für den Pflegeberuf von Bedeutung sind. Mit evidenzbasierter Terminologie stehen der professionellen Pflege Begriffe zur Verfügung, relevante Phänomene – Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse – zu benennen und zu erklären und sie damit auch sichtbar zu machen (LANG 2008; MCCORMICK/JONES 1998; JONES u. a. 2010; MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017). Unter standardisierter Pflegesprache wird eine Sprache verstanden, mit der der Gegenstand der Pflege zum Ausdruck kommt und deren Begriffe von allen professionell Pflegenden gleichermaßen verstanden wird. (RUTHERFORD 2008; MCCORMICK/JONES 1998; JONES u. a. 2010).

Die Nomenklatur bzw. Terminologie umfasst das Repertoire an Wörtern, mit denen Konzepte und Phänomene innerhalb einer Wissensbasis benannt oder beschrieben werden können. Die Begriffe werden in der beruflichen inter- und intraprofessionellen Kommunikation verwendet. Um komplexere Konzepte darzustellen, können diese Begriffe basierend auf festgelegten Regeln kombiniert werden. Eine Klassifikation – auch mal als Taxonomie bezeichnet, mal synonym verwendet für standardisierte Pflegesprache (z. B. bei OTHMAN u. a. 2020) – stellt eine systematische Anordnung der Terminologie nach bestimmten Themen (z. B. Pflege-Interventionen oder Pflege-Ergebnisse) und nach bestimmten Prinzipien (z. B. hierarchisch und/oder mit immer gleichen Bestimmungsfaktoren) in Gruppen/Domänen oder Klassen dar. Konzepte können in Klassifikationen bzw. Taxonomien auf der Grundlage von Ähnlichkeiten in einem konzeptionellen Rahmen organisiert sein.

Bedarf an einer einheitlichen theoriebasierten Terminologie und Taxonomie besteht außer zur Entwicklung einer auch sprachlich erkennbaren Profession ebenso in gesundheits-ökonomischer und politischer Hinsicht. Mithilfe einer einheitlichen Nomenklatur können Leistungen der Daseinsvorsorge abgesichert und finanziell bewertet werden (JONES u. a. 2010; McCORMICK/JONES 1998). Um Arbeitsprozesse so darzustellen, dass sie einerseits auf wissenschaftlich gesicherter Basis stattfinden und andererseits in Personal- und Finanzkennzahlen berechenbar sind, können computergestützte Krankenhausinformationssysteme mit standardisierter Pflegesprache ausgestattet werden. Insofern stellt eine gemeinsame Pflegefachsprache nicht nur ein wesentliches Merkmal der Profession Pflege dar, sondern dient auch der Versorgungsqualität und -sicherheit sowie der volks- und betriebswirtschaftlichen Bewertung und Einordnung von Pflegeleistungen. Aus wissenschaftlicher Sicht braucht die Pflegeforschung theoriegestützte Taxonomien, mit deren Hilfe Daten zur Best Practice ermittelt, Entscheidungshilfen bereitgestellt und Versorgungsmodelle entwickelt werden können, wodurch schließlich auch Ressourcen effizient genutzt werden können.

In einer Klassifikation können die Beziehungen zwischen den Elementen, Gruppen oder Klassen übersichtlich dargestellt werden. Außer NANDA-I (Pflegediagnosenklassifikation der North American Nursing Diagnoses Association International), NIC (Nursing Interventions Classification) und NOC (Nursing Outcome Classification), deren Anfänge in den 1970er- (NANDA), 1980er- (NIC) und 1990er-Jahren (NOC) liegen (OTHMAN u. a. 2020), gibt es zahlreiche weitere Klassifikationen von nationaler oder internationaler Reichweite, die auch zum Teil auf NANDA und/oder NIC basieren bzw. für die diese ersten Klassifikationen den Referenzrahmen darstellen. Beispielsweise gibt es die von MÜLLER STAUB/RAPPOLD (2017) untersuchten Klassifikationen: Clinical Care Classification (CCC), Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP®), Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Pflgetypologie apenio®, European Nursing Pathways (ENP) und Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP). Auf einige dieser Klassifikationen soll nachfolgend näher eingegangen werden.

4.5.4.1 Die Nordamerikanischen Klassifikationen

Zu den bekanntesten und hinsichtlich der Gütekriterien Validität, Reliabilität und Vertrauenswürdigkeit am besten erforschten können die Klassifikationen NANDA-I, NIC und NOC gezählt werden (MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017). Die drei Klassifikationen sind als „NNN

Nursing Practice Taxonomy“ (SCROGGINS 2008) miteinander verknüpft, so dass auf Grundlage einer Pflegediagnose geeignete Maßnahmen und erwartbare Pflegeergebnisse für die Pflegeplanung und -dokumentation angeboten werden.

Am Beispiel der NANDA-I soll nachfolgend beschrieben werden, wie eine Pflegeklassifikation strukturiert sein und wie eine systematische Pflegediagnostik mithilfe einer Klassifikation durchgeführt werden kann. NANDA-I ist in sieben Achsen aufgebaut, die jeweils einen Aspekt einer Pflegediagnose enthalten. Achse 1 bezeichnet das Diagnosekonzept (*Diagnostic Concept* – SCROGGINS 2008, S. 58) und besteht aus einem oder zwei Substantiven bzw. (übersetzungsbedingt) einem Kompositum, z. B. Angst oder Nahrungsaufnahme. Achse 2 bezeichnet die betroffene Person bzw. Personengruppen (*Diagnostic Subject* – ebd.), z. B. Individuum oder Familie. Achse 3 dient der näheren Beschreibung, Spezifikation oder Limitation des Diagnosekonzeptes (*Judgment* – ebd.), meist mit einem Adjektiv ausgedrückt, z. B. verzögert, unterbrochen, behindert. Achse 4 ist die Lokalisation (*Location* – ebd., S. 59) am oder im Körper bzw. das betroffene Organsystem. Achse 5 ist die Altersgruppe (*Age* – ebd.), sofern in Achse 2 eine Einzelperson genannt ist, z. B. Schulkind, erwachsener oder alter Mensch. In Achse 6 wird der Zeitfaktor (*Time* – ebd.) angegeben, z. B. chronisch oder intermittierend. In Achse 7 geht es um die Art der Diagnose (*Status of the Diagnosis* – ebd.), also darum, ob es sich um eine aktuelle, Gesundheitsförderungs-, Risiko- oder Wellness-Diagnose handelt. NANDA-I stellt auf allen Achsen Begriffe zur Verfügung, die miteinander zu einer Diagnose kombiniert werden. SCROGGINS (2008) schlägt vor, bei der Diagnostik folgendermaßen vorzugehen:

1. Handelt es sich bei dem Problem um eine menschliche (physische, psychische) Reaktion?
2. Entspricht das Problem der Definition einer Pflegediagnose, also der klinischen Einschätzung über eine Reaktion von Personen oder Personengruppen auf ein aktuelles, potenzielles oder entwicklungsbedingtes Gesundheitsproblem, dem mit Pflegeinterventionen begegnet werden kann?
3. Wer ist betroffen?
4. Kann das Problem einem Diagnosekonzept aus NANDA-I zugeordnet werden?
5. Lässt sich das Problem mit dem Vokabular aus NANDA-I (Achse 3) spezifizieren?
6. Ist die Lokalisation (Achse 4) relevant? Sie kann auch ausgelassen werden.
7. Spielt das Alter der betroffenen Person eine Rolle?
8. Wenn möglich, soll auch der Zeitfaktor (Achse 6) angegeben werden.
9. Zuletzt soll die Art der Diagnose (Achse 7) angegeben werden, um dem Diagnoselabel weitere Faktoren hinzufügen zu können.

(vgl. SCROGGINS 2008, S. 60f., auszugsweise frei übersetzt, A. J.)

Die auf diese Art zusammengestellte Diagnose wird ergänzt um ihre Ursache (Ätiologie) und erkennbare Zeichen (Symptome). In NANDA-I gibt es aktuell laut HERDMAN/KAMITSURU/LOPES (2022) 267 Diagnosen, die mit ihren möglichen Ursachen und Symptomen angegeben sind. Die Diagnosen, die aus Begriffen mindestens der Achse 1 und Achse 6, meist auch der Achse 3 – also *Diagnostic Concept*, *Diagnostic Subject* und *Time* – zusammengestellt sind, sind in Domänen und darunter in Klassen strukturiert. Unter Einbeziehung weiterer Achsen zur Spezifizierung lassen sich unzählige individuelle Pflegediagnosen nach diesem Schema

zusammenstellen. Für die Planung und Evaluation des Pflegeprozesses steht die Kombination von NANDA-I mit der Klassifikation der Interventionen (NIC) und der Pflegeergebnisse (NOC) als NNN-Taxonomie zur Verfügung. NIC vereint 565 definierte Pflegeinterventionen (OTHMAN u. a. 2020); NOC enthält 540 Pflegeergebnisse zur Standardisierung von Pflegezielen (ebd.)

4.5.4.2 Die internationale Klassifikation ICNP

Die ICNP soll an dieser Stelle eingehender erläutert werden, weil sie als Raster für die Wortschatzanalyse in den Übergabegesprächen herangezogen wird (siehe auch Kapitel 7.7). Die Klassifikation wurde ab 1989 auf eine Initiative des International Council of Nurses (ICN) entwickelt und erschien 1995 in ihrer ersten Version *Alpha*, die Pflegephänomene und Pflegeinterventionen zum Inhalt hatte (KÖNIG 2006). Für deren Erstellung wurden zunächst weltweit sämtliche Begriffe aus allen zu der Zeit existierenden Klassifikationssystemen, insbesondere NANDA, zusammengetragen (ebd.). Zum Zweck der Klassifizierung wurden Komposita wieder aufgelöst, also in ihre Einzelbestandteile zerlegt. Als Beispiel hierfür gibt KÖNIG (2006) *Schlafstörung* an, was zerlegt wird in *Schlaf* und *gestört*, wodurch weitere neue Kombinationen mit diesen Wörtern möglich werden. Die ICNP wird fortlaufend weiterentwickelt, so dass bereits 1999 die *Beta-Version* erscheinen konnte, in der auch Pflegeergebnisse mit aufgenommen wurden. Ebenso wie Pflegediagnosen können auch die Pflegeergebnisse als Zustandsbeschreibung aufgefasst werden, die sprachlich in gleicher Art ausgedrückt werden.

Ebenso wie NANDA-I besteht die ICNP aus sieben Achsen, die allerdings weiter nach sprachlichen und nicht nach pflegediagnostischen Gesichtspunkten untergliedert sind. Damit stellt die ICNP ein umfassendes Fachvokabular von Einzelbegriffen in mehreren Sprachen zur Verfügung, aus denen sowohl Pflegediagnosen als auch Pflegeinterventionen gebildet werden können:

- ▶ *Focus (F)* meint das zentrale pflegerelevante Thema von A wie Abschürfung bis Z wie zwanghaftes Verhalten
- ▶ *Judgment (J)* meint die fachliche Beurteilung und Ausprägung des Themas von A wie absoluter Grad bis Z wie Zustand
- ▶ *Action (A)* bezieht sich auf das Verhalten und Handeln des betroffenen Menschen oder der Pflegefachperson von A wie abdecken bis Z wie zusammendrücken
- ▶ *Means (M)* benennt die Mittel und Methoden für die Pflegeintervention von A wie Ablenkung bis Z wie Zerstäuber
- ▶ *Location (L)* meint den Ort am oder im Körper bzw. Organsystem, an dem das Pflegeproblem besteht oder an dem die Pflegeintervention erfolgt von A wie Abdomen bis Z wie Zunge
- ▶ *Client (C)* bezeichnet die Person, bei der die Pflegediagnose gestellt bzw. die Pflegeintervention angewandt wird. Diese Achse wird stets mit Intervention (I) oder Diagnose (D) kombiniert.
- ▶ *Timing (T)* bezeichnet Zeitpunkt, -intervall oder Häufigkeit der Pflegediagnose oder der Intervention von A wie akut bis Z wie Zukunft

(Auflistung angelehnt an DBFK, ÖGKV, SBK 2012; INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2020).

Die ICNP „stellt Begriffe zueinander und ordnet sie in [...] sprachlich eingegrenzte Einheiten. Die Begriffsordnung ist nach den Regeln der Sprache aufgebaut und hat die Sprachwissenschaft Linguistik und die Bedeutung der Sprache/Semantik zur Grundlage“ (PERHAB 2007, S. 13). Der Sinn ergibt sich erst aus der Kombination dieser Begriffe und deren Zuordnung zu Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen, wie sie auch in der NNN-Taxonomie vorliegen.

Die ICNP umfasste im Jahr 2012 noch 2.800 Begriffe, im Internet steht seit 2020 die gesamte ICNP® in deutscher Übersetzung mit über 5.000 Begriffen, Begriffspaaren oder Konzepten, die alle einen achtstelligen Zahlencode haben, zur Verfügung (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2020). „Die Listen der ICNP® Begriffe [...] sollen für jede/n Patientin/Patienten multikombinatorisch durch die Pflegenden oder anhand Softwarelösung zusammengestellt werden“ (MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017, S. 272f.).

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) und der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) haben 2013/2014 gemeinsam eine deutsche Übersetzung der jeweils relevanten ICNP®-Begriffe aus der Version 3.0 (2011) für die Bereiche *Häusliche Pflege, Sterben in Würde – Palliative Care* und *Zusammenarbeit mit Betroffenen und Familien zur Förderung der Adhärenz in der Behandlung* herausgegeben. Alle Kataloge beginnen mit einem gleichlautenden Vorwort zum Sinn und Zweck sowie den Limitationen der Terminologie. Es solle den „Pflgenden ein Instrument für die Pflege am Ort der Leistungserbringung“ (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2011, S. 5) an die Hand gegeben werden. Damit sei „die ICNP® einfacher in ihren beruflichen Alltag in einem bestimmten Fachbereich [...] oder in einem bestimmten Themenfeld der Pflege [...] oder in die Arbeit mit Betroffenen, die gesundheitliche Einschränkungen oder besondere Krankheitsverläufe haben [...] zu integrieren“ (ebd.). Gleichwohl – so die Herausgeber – könnten Werkzeuge wie diese Kataloge weder das klinische Urteilsvermögen noch die Entscheidungsfindung von Pflegefachpersonen ersetzen, aber sie könnten als Instrument für die Dokumentation und Reflexion genutzt werden.

Der Hintergrund für das jeweilige Themengebiet wird erläutert. So findet sich z. B. für die Palliativpflege (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2009) ein theoretisch fundiertes Konzept für das zentrale Thema *Würde*, im Katalog für die Häusliche Pflege (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2011) wird die Pflege in Schottland vertieft, da die Begriffe dort bereits implementiert waren, und im Katalog für die Förderung der Adhärenz (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES 2008) wird dieses Pflegephänomen mit weiteren aufgelisteten Konzepten verknüpft. Den letzten Teil der Kataloge stellt eine umfangreiche Liste mit den jeweils themenbezogenen Begriffen für Diagnosen, Ergebnisse und Interventionen aus der ICNP® 2008 mit zugehörigen Zahlencodes dar. Zum Umgang mit den Katalogen wird vonseiten der Herausgeber davon ausgegangen, dass Pflegefachpersonen auch kreativ mit den Begriffen umgehen können, d. h., die Begriffe können z. B. im Falle der Häuslichen Pflege für die jeweilige Pflegepraxis angepasst werden. Außerdem wird erwartet, dass Pflegefachpersonen ihre Erfahrungen mit den Katalogen an den ICN zurückmelden, so dass diese regelmäßig angepasst werden können.

4.5.4.3 Die deutschen Klassifikationen apenio® und ENP

Eine in Deutschland entwickelte und weit verbreitete Klassifikation ist apenio®. Es gibt sie nicht nur für die Pflege, sondern auch für die Medizin und für das Krankenhausmanagement, und sie wurde von Anfang an als Software konzipiert. Die Autorinnen von apenio® bezeichnen sie selbst als *Pflegetypologie*, die auch auf Sachverhalte außerhalb der professionellen Pflege anwendbar sein soll, mit dem Ziel, „Pflegerische bei der Planung und Erfassung von pflegerischen Prozessen mit einer einheitlichen Sprache zu unterstützen“ (MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017, S. 284).

Bei der ENP handelt es sich um eine in Deutschland von einem Team um Pia WIETECK entwickelte Klassifikation von Pflege Diagnosen, Pflegezielen und Pflegeinterventionen, die miteinander verknüpft sind. Die ersten Schritte zur Entwicklung der ENP erfolgten im Zeitraum zwischen 1989 und 1998. Es wurden zu der Zeit Praxisbeobachtungen und eine Auswertung von mehr als 2.000 Pflegeplänen durchgeführt und deren Inhalte in eine strukturierte Form gebracht (vgl. WIETECK 2020, S. 47). Die Inhalte wurden fortwährend auf ihre fachliche Richtigkeit geprüft, weiterentwickelt und in der Praxis erprobt (vgl. ebd.). Mit der Klassifikation soll eine Brücke zwischen Theorie und Praxis geschlagen werden und in angemessener Weise auf neue Herausforderungen im Gesundheitswesen – komplexe Pflege- und Versorgungsbedarfe und Digitalisierung – reagiert werden können. Die ENP ist ebenso wie beispielsweise NANDA in Domänen und Klassen untergliedert, die in einer Übersicht dargelegt sind. Demnach untergliedert sich ENP in vier Domänen, dazu zählen der *Funktional/physiologische Bereich*, der *Emotional/psychosoziale Bereich*, *Mehrdimensionale Risiken* und *Umfeldbezogene Pflegeprobleme* (vgl. WIETECK 2020, S. 38ff.). Die darunter liegenden Klassen weisen einen deutlichen Bezug zu Konzepten von Bedürfnistheorien auf. So zählen zu den Klassen im Funktional/physiologischen Bereich *Körperpflege/Kleiden*, *Atmung*, *Kreislauf* und *Körpertemperatur*, *Ernährung*, *Ausscheidung*, *Bewegung/Mobilität*, *Fortpflanzung* und *Entspannen/Schlafen/Ruhen*, außerdem *Gewebeintegrität* und *Stoffwechsel*. Zu den Klassen im Emotional/psychosozialen Bereich zählen *Empfindung*, *Wahrnehmung*, *Interaktion*, *Handlung/Verhalten*, *Aktivität/Alltagsgestaltung*, *persönliche Entwicklung*, *Wissen/Information* und *Gesellschaft*. Mit mehrdimensionalen Risiken sind *unspezifische Gesundheitsrisiken* gemeint, und umfeldbezogene Pflegeprobleme sind in der ENP solche, in denen eine Gesundheitsgefährdung vom Individuum ausgeht, als einziges Beispiel ist hier die Verbreitung von Infektionskrankheiten genannt (vgl. WIETECK 2020, S. 38ff.). Die ENP-Pflege Diagnosen sind laut WIETECK u. a. (2019)

„ein sprachlicher Ausdruck, den Pflegerische, wenn möglich, gemeinsam mit dem Betroffenen und/oder seinen Angehörigen/Bezugspersonen basierend auf einer systematischen Einschätzung/Bewertung (Assessment, Pflegeanamnese, körperliche Untersuchung) des Gesundheitszustands und dessen psychischen, physiologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen oder der Reaktion auf Gesundheitsprobleme nutzen, um auf dieser Grundlage die Entscheidungen über Pflegeziele zu treffen und geeignete Pflegeinterventionen auszuwählen“ (WIETECK u. a. 2019, S. 64f.).

4.5.4.4 Kritische Bewertung der Pflege-Klassifikationen

Die nordamerikanischen Klassifikationen NANDA-I und NIC sind in mindestens elf Sprachen übersetzt und sollen international gültig sein (vgl. MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017, S. 275). ICNP®, CCC (Ursprung: USA) und NOC sind in mindestens sechs, die beiden ursprünglich deutschen Klassifikationen apenio® und ENP sind in mindestens zwei Sprachen übersetzt (ebd.). In keine weiteren Sprachen übersetzt sind ICF (WHO, Englisch) und POP (Ursprung: Österreich).

Im Allgemeinen müssen sich die Taxonomien der Kritik aussetzen lassen, dass sie die Pflegerealität ihres Herkunftslandes widerspiegeln. Da die Aufgabenbereiche von Pflegefachpersonen nicht international deckungsgleich sind, lassen sich auch die in die Zielsprache übersetzten Klassifikationen nur eingeschränkt auf Verhältnisse in anderen Ländern übertragen. Eine Pflegediagnose nach NANDA bezeichnet beispielsweise einzelne Personen, Familien oder Gemeinden als Pflegeempfänger. Entsprechend sind die Aufgaben und Befugnisse der Pflegefachpersonen dort zugeschnitten. Aufgaben, die in den USA von Pflegefachpersonen übernommen werden, werden in Deutschland zum Teil von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern, Hebammen oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten übernommen.

An der Pfl egetypologie apenio® kritisieren MÜLLER STAUB/RAPPOLD (2017), es repräsentiere nicht ausreichend Pflegefachwissen, zumal es durch fachfremde Personen evaluiert sei. Darüber hinaus fehle es dem System an wissenschaftlicher Basis sowie an Definitionen und vorgegebenen Verknüpfungen. Medizinische und pflegerische Sachverhalte seien in apenio® fachlich unbegründet miteinander vermischt: „Aus der Mischung von Erkrankungen, Diagnostik, Therapie und sozialen, psychischen sowie umweltbezogenen Einflüssen als Ursachen/ Risikofaktoren lässt sich folgern, dass es nicht das Ziel war, das Fachgebiet Pflege theoretisch einzugrenzen oder darzustellen“ (MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017, S. 284).

Die genannten Klassifikationen haben unterschiedliche Qualität und erfüllen nicht alle gleichermaßen Gütekriterien zur Validität, Reliabilität und Vertrauenswürdigkeit. So stellen MÜLLER STAUB/RAPPOLD fest, dass beispielsweise ICNP® keinen pflegetheoretischen Bezugsrahmen hat, sondern nach sprachlichen Regeln hierarchisiert ist und ebenso wie in apenio® und ENP nicht jedes Element innerhalb der Klassifikation eine exakte Beschreibung oder eine validierte Definition enthalte. Es bestünde auch keine durchgehend hierarchische oder definitorische Verbindung zwischen den Konzepten (vgl. MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017, S. 268ff.). Mit Ausnahme von ICNP® stellten alle Klassifikationen mindestens eine Verbindung zwischen Pflegediagnosen und Interventionen her, aber nur bei NANDA-I, NIC und NOC seien die Verknüpfungen in der NNN-Taxonomie auch wissenschaftlich getestet (ebd.).

Terminologien werden bestenfalls fortwährend auf wissenschaftlicher Basis weiterentwickelt, sie bilden aber auch selbst den Referenzrahmen für Studien in der Pflegeforschung, die sich mit der praktischen Anwendung und Akzeptanz befassen. DA SILVA u. a. (2019) haben schriftliche Freihand-Pflegedokumentationen zum Thema Dekubitus einem „Cross-Mapping“ mit zugehörigen Begriffen aus der ICNP unterzogen und konnten zahlreiche inhaltliche oder konzeptionelle Übereinstimmungen finden. Auch in Deutschland finden angesichts des zukünftig erwarteten Einsatzes Künstlicher Intelligenz für die strukturierte Dokumentation solche Untersuchungen statt. KLINGSHIRN u. a. (2022) verknüpften die schriftliche strukturierte Pflegedokumentation aus dem Bereich der Intensivpflege von invasiv beatmeten Men-

schen mit den Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und den Pflegeergebnissen der NNN-Taxonomie. Untersuchungen von Übergabegesprächen, also mündlicher Kommunikation, ordneten hingegen die übermittelten Informationen in eine andere Strukturlogik, z. B. dem SBAR-Schema (siehe hierzu Kapitel 5.2), ein. FENNELLY u. a. konstatieren, dass eine standardisierte Terminologie definierte Aspekte der klinischen Praxis, insbesondere der Pflegediagnostik, der Pflegemaßnahmen und der Pflegeergebnisse, repräsentiere und unter Berufsangehörigen eindeutig sei (vgl. FENNELLY u. a. 2021, S. 2). Die Autorinnen und Autoren konnten feststellen, dass es in der Literatur Hinweise dafür gebe, dass die Anwendung einer standardisierten Terminologie in der Pflege von mehreren Faktoren abhängig sei, darunter auch die Erfahrungen des Pflegepersonals, deren Vorbildung sowie die Nutzerfreundlichkeit der elektronischen Patientenakte, in der die Terminologie hinterlegt ist.

In ihrem Positionspapier aus dem Jahr 2012 plädierten die Berufsverbände DBfK, ÖGKV und SBK für die Einführung der Klassifikation ICNP® (DBfK, ÖGKV, SBK 2012). Die Autorinnen und Autoren schätzten die ICNP® als die am besten geeignete Terminologie „mit dem höchsten Entwicklungspotential für den deutschsprachigen Raum“ (ebd.) ein und argumentierten sowohl mit der Professionalisierung der Pflege als auch mit dem individuellen patientenbezogenen sowie betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen einer einheitlichen Terminologie. Besonders hervorzuheben sei die internationale Gültigkeit der seit Ende der 1980er-Jahre vom ICN (International Council of Nursing) gesammelten und ins Englische übertragenen Begriffe. Auch sei es möglich, NANDA-I in die Terminologie der ICNP® zu integrieren. Die Pflege hätte damit eine international gemeinsame Sprache, wodurch die intra- und interprofessionelle Kommunikation verbessert werden könne. Wie für die anderen Klassifikationen auch gilt, dass sie insbesondere in Softwareanwendungen funktionieren und Arbeitsprozesse standardisieren und vereinfachen können. Als weitere Nutzungsmöglichkeiten der ICNP®, neben der Integration in die Patientenakte, werden die Entwicklung von Pflegekonzepten, die Gliederung der Ausbildung u. a. m. genannt (vgl. DBfK, ÖGKV, SBK 2012, S. 5). Wie bereits dargelegt, haben die drei Berufsverbände aus der ICNP® für drei Bereiche der Pflegepraxis übersetzte Terminologien herausgegeben. Entgegen der Auffassung der Berufsverbände schätzen MÜLLER STAUB/RAPPOLD (2017) die ICNP® aber als weniger geeignet ein. Sie bemängeln, dass sie keinen pflegetheoretischen Bezugsrahmen habe, sondern nach sprachlichen Regeln hierarchisiert sei und nicht jedes Element innerhalb der Klassifikation eine exakte Beschreibung oder eine validierte Definition enthalte. Es bestünde auch keine durchgehend hierarchische oder definitorische Verbindung zwischen den Konzepten (vgl. MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017, S. 268ff.).

ABT-ZEGELIN/SCHNELL (2006) befürworten die ICNP® aufgrund ihrer unendlichen Kombinationsmöglichkeiten „atomarer Ausdrücke“ (ABT-ZEGELIN/SCHNELL 2006, S. 11), sehen aber darin gleichzeitig das Problem, das auch bei jeder Weltsprache existiert: „Sie wird nicht gesprochen und findet daher kaum kulturelle Bodenhaftung“ (ebd.).

ZUABONI (2015) bemängelt, die Pflegediagnosen in den Klassifikationen würden insbesondere die in der psychiatrischen Pflege verorteten Phänomene nicht ausreichend abbilden. Die Begegnung zwischen Pflegenden und zu pflegenden Menschen würde in diesem Bereich natürlicherweise zu einer sprachlichen Adaption von Phänomenen führen, die in Terminologien aber nicht versprachlicht seien. Die in der Praxis entstandenen Begriffe seien aber bes-

tens geeignet, die menschlichen Empfindungen der zu pflegenden Menschen zu beschreiben (vgl. ZUABONI 2015, S. 290). Er plädiert dafür, den natürlich gewachsenen Sprachschatz der Pflegenden zu nutzen, um bestehende Terminologien zu erweitern.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es bei der Verwendung von standardisierter Pflegesprache sehr darum geht, Pflegeleistungen in schriftlicher Form nachzuweisen und Pflegeprozesse planen und steuern zu können. Steht die entsprechende Terminologie in Dokumentations- und Planungssoftware zur Verfügung, um der Nachweispflicht nachkommen zu können, bedeutet das aber eine passive Verwendung dieses Wortschatzes. Sofern dabei auch noch Pflegediagnostik, Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen automatisch miteinander verknüpft werden, übernimmt der Computer nicht nur das Formulieren, sondern auch wesentliche Anteile der Entscheidungsfindung im Pflegeprozess. Terminologien werden aber trotzdem insgesamt positiv bewertet. Mit Terminologien könne man der Vernachlässigung der Dokumentation der Pflege und des Pflegebedarfs entgegenzutreten (MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017; SOWINSKI/KIRCHEN-PETERS/HIELSCHER 2013). Es kann aber angenommen werden, dass eine Terminologie, die die Praxis nicht abbildet oder von der in der Praxis gesprochen Sprache weit entfernt ist, dort nicht Fuß fassen wird. Das heißt, sie würde zwar im Sinne eines Verwaltungsaktes in der Pflegeplanungssoftware zur Anwendung kommen (müssen), nicht aber zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Rahmen von Pflege- und Versorgungsprozessen.

4.5.5 Sprache als Thema der Pflegeforschung

Dass die pflegewissenschaftliche Beschäftigung mit der Pflegesprache in Deutschland nur wenige Studien hervorgebracht hat, konnte MARCHWACKA (2019) mit einer systematischen Literaturrecherche für den Zeitraum 1980 bis 2019 zu diesem Thema nachweisen. Den Beginn der Befassung mit Pflegesprache machten demnach sowohl sprachwissenschaftliche als auch pflegewissenschaftliche Untersuchungen (vgl. MARCHWACKA 2019, S. 149). Während sich die Sprachwissenschaft auf Textsorten und Gesprächsformen fokussiert, thematisieren pflegewissenschaftliche Studien in der Regel die Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegeempfänger/-innen in verschiedenen Versorgungsbereichen.

Einen interdisziplinären Zugang verfolgten ABT-ZEGELIN/SCHNELL, die mit den beiden Bänden *Sprache und Pflege* (erste Auflage 1997) und *Die Sprachen der Pflege* (2006) vielbeachtete Beiträge zur Pflegesprache aus der Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie herausgaben. Der erste Band, der die Ergebnisse einer Tagung zum Thema Sprache und Pflege zusammenträgt, soll laut den Herausgebern das Interesse für Pflegesprache geweckt haben, so dass in der Folge mehrere Dissertationen und weitere Qualifizierungsarbeiten zu den Themen „pflegerische Kommunikation mit jungen und alten Patienten, interprofessionelle Kommunikation (Pflege/Medizin), Aufnahmegespräch im Krankenhaus (Pflege/Patienten), der pflegerische Sprachgebrauch in Wort und Schrift (Pflegedokumentation), die Sprache als Bildner der Pflegewirklichkeit usw.“ (ABT-ZEGELIN/SCHNELL 2006, S. 9) entstanden sind.

Der umfassenden Bibliografie zur verbalen Kommunikation in der Pflege von WALTHER (2003) kann entnommen werden, welche Rolle Sprache und Kommunikation in der Pflege spielen. WALTHER stellt eine „zunehmende Beschäftigung mit den sprachlich-kommunikati-

ven Kompetenzen Pflegender“ (WALTHER 2003, S. 11) fest, wobei allerdings überwiegend die Kommunikation in der Pflege behandelt wird und weniger ihre Voraussetzungen, also die sprachlichen Aspekte (vgl. ebd., S. 14f.). Die Bibliografie verdeutlicht aber dennoch die Vielfalt pflegerischer Sprachhandlungen.

Wer nach aktuellen wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Berufssprache Pflege in der deutschsprachigen Literatur sucht, stößt unter der allgemeingültigen Annahme, dass, wer kompetent pflegen möchte, auch Pflegefachsprache zu beherrschen habe, meist auf Abhandlungen, in denen es um Sprachbedarf in der Pflege geht und einen Abgleich zwischen (normativen) Anforderungen und tatsächlichen Gegebenheiten. Meist werden im Zusammenhang mit Sprachkompetenz für Pflegenden jene Menschen adressiert, die nicht Deutsch als Muttersprache haben, so dass hieraus auch zahlreiche Medien entstanden, die zur Sprachförderung für migrierte Pflegefachpersonen eingesetzt werden sollen. Eine Ausnahme davon bildet die Empfehlung zum sprachsensiblen Unterricht in der Altenpflege von ALT/MISERA (2016), die angesichts festgestellter Mängel in der Sprachkompetenz (MISERA 2015) alle Auszubildenden der Altenpflege unabhängig von deren Herkunft adressieren. Die diesbezüglichen Veröffentlichungen thematisieren meist sprachliche Anforderungen, die curriculare Einbindung von Sprachförderung bzw. sprachsensiblen Unterricht.

Aus den letzten zehn Jahren sind die Qualifikationsarbeiten von OBERZAUCHER (2014), der Übergabegespräche einer Konversationsanalyse unterzog, LASSMANN (2015), der mit einer Literaturanalyse den Versuch unternommen hat, Sprachkompetenz in der Pflege zu systematisieren, und HARTUNG (2018), die sprachliche Elemente der mündlichen Kommunikation und schriftlichen Dokumente in der ambulanten Pflege analysiert hat, bekannt. Im deutschsprachigen Raum lässt sich auch noch die standardisierte Terminologie der Pflege als Forschungsthema identifizieren. Hier sind es vor allem MÜLLER STAUB/SCHALEK/KÖNIG (2017) und MÜLLER STAUB/RAPPOLD (2017) die hierzu entsprechende Beiträge leisten (siehe auch Kapitel 4.5.4).

In einem 2019 durchgeführten Review zur Identifikation von Studien, die sich mit der Evaluation der Verwendung einheitlicher Terminologien in der Pflegedokumentation befassten (FENNELLY u. a. 2021), konnten 183 Studien aus insgesamt 25 Staaten identifiziert werden. Auffällig am o. g. Review ist, dass die USA mit 67, Deutschland hingegen ohne eine einzige Studie vertreten war.

4.6 Zusammenfassung und Implikationen für das weitere Vorgehen

Pflege, Sprache und Profession sind die zentralen Begriffe, die den interdisziplinären theoretischen Zugang begründen. So bilden den theoretischen Rahmen für die Untersuchung sowohl pflegewissenschaftliche als auch professionstheoretische und sprachwissenschaftliche Grundlagen. Es konnte gezeigt werden, dass neueren Professionstheorien zufolge für klientenbezogene Berufe ein Professionsverständnis gilt, das den Blick auf Handlungsmuster in der Interaktion und die Kompetenz zur wissenschaftlichen Begründung bei gleichzeitiger Fähigkeit zur autonomiewahrenden Anwaltschaft für eine hilfebedürftige Klientel öffnet. Intraprofessionalität bedeutet hier das Zusammenspiel von verschiedenen qualifikationsbedingten Kompetenzen und Befugnissen von beruflich Pflegenden bei individueller Rollenklarheit

und gegenseitiger Rollenakzeptanz. In der intraprofessionellen Zusammenarbeit steht die Kommunikation im Zentrum, um sich über das Verstehen von Pflegesituationen auszutauschen und um zu begründeten, konsentierten Entscheidungen für Pflegeinterventionen zu gelangen.

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sich jede Profession durch einen speziellen Wortschatz auszeichnet, mit dem sie ihren Gegenstand beschreiben und begründen kann. Damit wurde verdeutlicht, dass jeder Beruf eine typische Sprache aufweist, die sich aus seinen zugrunde liegenden Theorien, Befugnissen und Handlungsfeldern ergibt und die, je nach Kommunikationssituation und -beteiligten, Fach-, Allgemein- und Umgangssprache aufweist. Der aktive und passive Wortschatz der Pflege ist vielfältig: Auf der einen Seite ist er in Terminologien und Begriffen aus Pflgetheorien dargelegt. Auf der anderen Seite wird Pflegesprache ganz wesentlich durch berufliche Sozialisation, die Anwendung in beruflichen Handlungsfeldern und damit auch in wiederkehrenden formellen intraprofessionellen Gesprächssituationen geprägt, wozu die Übergabe zählt.

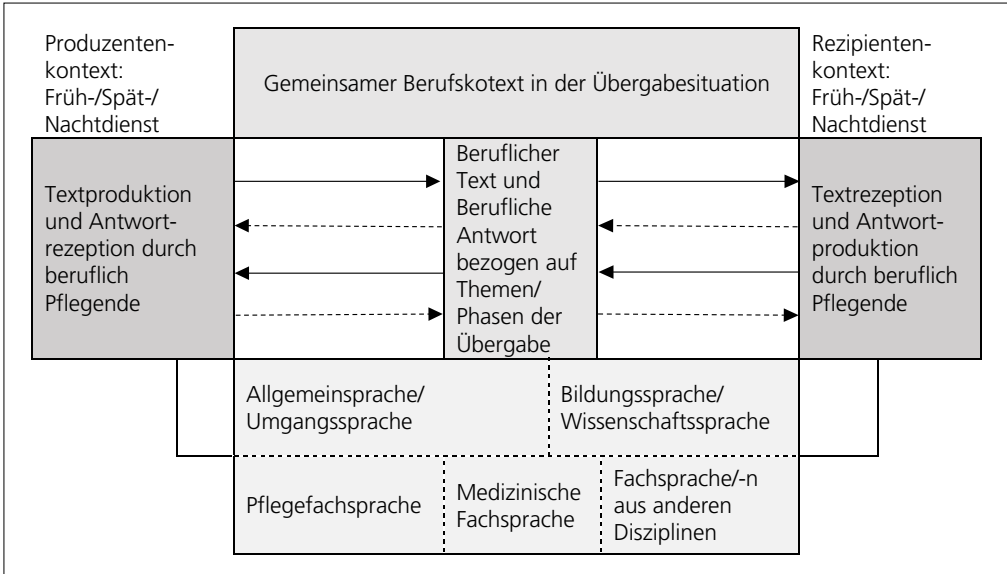
Im nächsten Kapitel geht es um Pflegeübergaben. Es wird dargelegt, was charakteristisch für Übergabegespräche in der Pflege ist und wie der aktuelle Forschungsstand in Deutschland und international zum Thema Übergabe ist.

5 Pflegeübergabe

Mündliche Kommunikation ist naturgemäß von Flüchtigkeit und spontaner aktiver Sprachproduktion gekennzeichnet, gleichzeitig gilt sie als sehr komplex. Der Spontaneität im Rahmen einer formellen Arbeitsbesprechung sind durch Konventionen und Regeln Grenzen gesetzt. Die einzige Gesprächssituation, die in allen Krankenhäusern regelmäßig stattfindet und an der in der Regel ausschließlich Berufsangehörige der Pflege beteiligt sind, ist die Schichtübergabe. Übergaben in der Pflege stellen eine besondere Form von intraprofessionellen Arbeitsbesprechungen dar und sind damit Teil der Unternehmenskommunikation. Diese ist in der Wirtschaft als eine „institutionell gerahmte, durch den betrieblichen Handlungskontext geprägte und beeinflusste Kommunikation“ (EFING 2018, S. 475) zu verstehen. Sie ist in der Regel standardisiert und zielt auf reibungslose Abläufe, Effizienz und ökonomischen Erfolg (ebd.). Im weiteren Sinne dient die Unternehmenskommunikation der Bildung einer Corporate Identity, sie ist aber selbst nicht bis ins Detail standardisierbar und unterliegt auch nicht rein sachlogischen Determinanten. Vielmehr kann man davon ausgehen, dass es gruppenspezifisches Kommunikationsverhalten gibt (vgl. ebd.), das von der Individualität einzelner Mitglieder, ungeschriebenen Gesetzen, individuellen Erwartungen oder auch Abgrenzungsbestrebungen bestimmt ist.

Das pflegerische Handlungsfeld Übergabe kann, je nach den beteiligten Personen, mehreren Kommunikationstypen nach ROELCKE (siehe Kapitel 4.2) zugeordnet werden: Typ 1 – *Kommunikation unter Experten ein und desselben Berufsbereichs*, wenn eine Übergabe intraprofessionell angelegt ist, also an ihr nur beruflich Pflegende (Pflegefachpersonen, Auszubildende, Praktikantinnen/Praktikanten) von ein- und derselben Station bzw. aus derselben Fachdisziplin beteiligt sind. Typ 3 – *Kommunikation zwischen Experten verschiedener Bereiche eines bestimmten Berufs*, wenn es eine intraprofessionelle, interdisziplinäre Beteiligung an den Übergaben gibt, also auch beispielsweise beruflich Pflegende teilnehmen, die nicht allein der Station zugeordnet sind, sondern zentral als Wundexpertinnen/-experten oder Praxisanleitende eingesetzt werden. Typ 4 – *Kommunikation zwischen Experten eines bestimmten Berufs und Laien im entsprechenden Sachbereich*, wenn eine Übergabe am Bett stattfindet, so dass Patientinnen/Patienten miteinbezogen werden. Typ 5 – *Kommunikation zwischen Experten eines Berufs und Experten eines anderen Berufs*, wenn die Übergabe interprofessionell angelegt ist, beispielsweise wenn daran beruflich Pflegende, Therapeutinnen/Therapeuten sowie Mediziner/-innen teilnehmen würden. Unter Berücksichtigung der an den verschiedenen Kommunikationssituationen beteiligten Personen wird es bei den Kommunikationstypen 1, 3 und 5 mutmaßlich zu einer umfassenderen Verwendung von Fachsprache kommen als im Kommunikationstyp 4. Die spezifische intraprofessionelle Sprache wird am ehesten in den Kommunikationstypen 1 und 3 vorzufinden sein. Abbildung 5 zeigt das auf Übergaben angepasste Modell der Kommunikation von ROELCKE.

Abbildung 5: Modell der Übergabekommunikation



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an ROELCKE 2020a, S. 7

Übergaben werden im stationären Bereich (Krankenhaus/Seniorenheim) dreimal täglich zwischen Früh- und Spät-, Spät- und Nacht- sowie Nacht- und Frühdienst durchgeführt. Dabei handelt es sich um „Gesprächsereignisse, die den konkreten Arbeitshandlungen [...] zeitlich vor- oder nachgelagert stattfinden“ (OBERZAUCHER 2014, S. 20) und die dazu dienen, eine „Wissensasymmetrie“ (ebd., S. 21) zwischen Übergabenden und Übernehmenden kommunikativ auszugleichen. Sie werden auch „Schichtübergaben“ genannt und erfüllen in erster Linie den Zweck, ein Informationsdefizit zwischen übergebenden und übernehmenden Pflegenden auszugleichen sowie die Verantwortung für die Versorgung der zu pflegenden Menschen und die Rechenschaftspflicht auf die nachfolgende Schicht zu übertragen (vgl. GALATZAN/CARRINGTON 2018, S. 484; WATSON/JONES/CRETCHLEY 2014, S. 1).

Das Übergabegespräch ist eine Sozialform innerhalb eines Systems, das sich durch die Verwendung einer eigenen Sprache abgrenzt. So stellt sie einen entscheidenden Handlungsbereich für professionelle Sozialisation und Kommunikation von Pflegenden sowie die beste Gelegenheit dar, sich den professionellen Jargon der Pflege anzueignen (WOLF 1989). Dieser sei für Uneingeweihte verwirrend, weil subtile und komplexe Bedeutungen damit transportiert würden, die sich nur im Laufe der beruflichen Sozialisation erschließen. So würden neue Pflegenden und Auszubildende per Sprache in die Geheimnisse der Pflege eingeweiht (ebd.).

Eine Übergabe setzt nicht nur eine Zäsur zwischen den Arbeitsschichten und entlastet die Übergebenden, sondern stellt auch einen wesentlichen Part in der komplexen Arbeitsorganisation eines Krankenhauses dar (vgl. WATSON/JONES/CRETCHLEY 2014, S. 1). Die meisten Informationen werden in der Früh-Spätendienst-Übergabe ausgetauscht, die auch die längste Dauer hat (u. a. bei WALTHER 1997; LAUTERBACH 2008).

Angesichts einer bis dato fehlenden eindeutigen Definition von Pflegeübergabe schlägt SCHMIDT (2018) die folgende Definition vor:

„Die Pflegeübergabe ist ein Arbeitsgespräch im Schichtwechsel von Pflegenden, in dem durch die dokumentationsgestützte strukturierte Weitergabe und den professionellen Austausch von relevanten Informationen und aktuellen Entwicklungen zum Pflege- und Behandlungsprozess die pflegerische Verantwortung für eine/n PatientIn oder eine Patientengruppe übertragen wird mit dem Ziel, damit einen wichtigen Beitrag zur Versorgungskontinuität und Sicherheit derselben im Krankenhaus zu leisten. Die Einbeziehung der PatientInnen in den Pflegeprozess bildet dafür eine elementare Voraussetzung“ (SCHMIDT 2018, S. 143).

Mit den darin enthaltenen Begriffen wie „strukturiert“, „professionell“ und „Verantwortung“ hebt SCHMIDT hervor, dass die Übergabe kein informelles Gespräch ist, sondern im Arbeitskontext eingebunden eine wesentliche Funktion zur Sicherung der Versorgungskontinuität darstellt.

5.1 Zweck von Übergabegesprächen

Ein Übergabegespräch, das üblicherweise fern von patienten- bzw. bewohnernahen Tätigkeiten in einem separaten Raum stattfindet, bringt Pflegende – dazu zählen Pflegefachpersonen, Pflegeauszubildende und ggf. auch Pflegepraktikantinnen/-praktikanten – zum Zweck der Überleitung von einer Schicht in die nächste zusammen, um eine kontinuierliche Patientenversorgung sicherzustellen (LAUTERBACH 2008; WALTHER 1997; OBERZAUCHER 2014; SCHMIDT 2018). Mit der Übergabe soll laut ABDELLATIF u. a. (2007) die Kontinuität der Gesundheitsversorgung und die Patientensicherheit gewährleistet werden. Die Übergabe dient nicht nur zum Ausgleich des Informationsdefizits, sondern auch dazu, die professionelle Pflegebeziehung und Interaktion mit einer neuen Personalbesetzung fortzusetzen. Übergaben erfordern besondere intellektuelle Fähigkeiten: „The hand-off communication requires an extensive amount of cognitive awareness and functioning while nurses analyze and synthesize the information“ (GALATZAN/CARRINGTON 2018, S. 484).

STREETER/HARRINGTON/LANE (2015) fanden mit einer Befragung von 286 beruflich Pflegenden heraus, dass die besten Übergaben diejenigen seien „in which both the incoming and the outgoing nurses made frequent use of information exchange (information giving, seeking, and verifying) and socioemotional communication behaviors“ (STREETER/HARRINGTON/LANE 2015, S. 294). Über die Informationsweitergabe hinaus sehen Pflegende die Übergabe auch als Gelegenheit zur Diskussion, Reflexion und zum Lernen im Pflgeteam an (DRACH-ZAHAVY/GOLDBLATT/MAIZEL 2015). Auch der Gruppenzusammenhalt wird in der Übergabe stabilisiert: „During an ethnographic study of nurses, it was found that change of shift report provides a forum for nurses to establish and maintain group cohesiveness“ (WOLF 1989, S. 82). Ebenso konnten KITSON u. a. (2014) den in ihr Review eingeschlossenen Studien entnehmen, dass Übergaben sozialen Zusammenhalt und psychologische Unterstützung innerhalb des Teams ermöglichen. Das führe zu Gruppensolidarität und zu einem geeinten Team (vgl. KITSON u. a. 2014, S. 1234f.). Die berufliche Sozialisation der Beteiligten, Team-Building, gegenseitige emotionale Unterstützung sowie berufliches Training bzw. Ausbildung

stellen nach GALATZAN/CARRINGTON (2018) einen wesentlichen Zweck von Übergabegesprächen dar.

Bereits 1989 galt bei WOLF die Übergabe als die einzigartige Gelegenheit, sich den Fachjargon der Pflege aneignen zu können und sich in die Rolle als beruflich Pflegende einzufinden. Damit erfülle die Teilnahme an der Übergabe geradezu die Funktion einer Initiation von Neulingen (vgl. WOLF 1989, S. 78). SCHMIDT (2018) konnte einschlägigen Studien entnehmen, dass die Übergabe einerseits „eine psychologische und soziale Schutzfunktion in der Pflege“ (SCHMIDT 2018, S. 136) erfülle und angesichts der hohen Arbeitsbelastung einen Rückzugsort darstelle, an dem die Arbeitsbelastung kompensiert werden könne, und andererseits einen Rechtfertigungsrahmen für geleistete und nicht geleistete Pflege biete (vgl. ebd.). Die Übergabe ist auch ein geschützter Raum für die emotionale Verarbeitung von Problemen, die die Pflegenden mit Patientinnen/Patienten, Familienangehörigen oder Kolleginnen/Kollegen haben. Reaktionen darauf äußern sich in „anger, sarcasm, fear, hopelessness, and sadness“ (WOLF 1989, S. 83) – in entsprechend emotionaler Sprache, aber unter Ausschluss von Patientinnen/Patienten, Familienangehörigen und Ärztinnen und Ärzten (ebd.).

GALATZAN/CARRINGTON (2018) stellen fest, dass die von der WHO geforderte strukturierte Übergabe, um Folgen von Kommunikationsfehlern zu vermeiden, ein großes Forschungsinteresse ausgelöst habe, dieses aber weniger den unbestrittenen Vorteil einer einheitlichen Struktur, sondern mehr die Frage nach den Inhalten einer Übergabe und die Art und Weise der Übermittlung fokussieren solle. Eine strukturierte Übergabe sollte demnach auch Raum für Interaktion lassen.

Die Übergabe fügt sich demnach in das von IBRAHEEM/EID/RASHAD (2020) entwickelte Konzept der intraprofessionellen Zusammenarbeit (siehe auch Kapitel 3.5) ein. Sie versteht sich als ein Instrument zur effektiven Kommunikation, zum Austausch über Pflegesituationen und damit zum hermeneutischen Fallverstehen, zur Überbrückung der personell neu besetzten Pflegebeziehung und zur Verantwortungsübergabe, um die Versorgungskontinuität sicherzustellen. Damit verbunden ist die Verteilung der Aufgaben entsprechend den Kompetenzen und Befugnissen. Außerdem bietet sie die Möglichkeit, die Voraussetzungen für die intraprofessionelle Zusammenarbeit zu schaffen: die Vergewisserung und Herstellung von Transparenz über die eigene Rolle der Teammitglieder, die Bestätigung der Zugehörigkeit im Team, emotionale Entlastung und damit verbunden die Herstellung von Teamzusammenhalt.

5.2 Übergabe als risikoführendes Handlungsfeld

VEIT (2002) konnte in ihrer Befragung herausfinden, dass Patientinnen/Patienten darauf wertlegen, dass Pflegende sich für ihre Belange interessieren und untereinander Informationen austauschen (vgl. VEIT 2002, S. 169ff.). Die unvermeidbare Diskontinuität der Versorgenden aufgrund von Schichtwechseln muss durch gute Informationsweitergabe kompensiert werden. Insofern wird die Übergabe von KITSON u. a. (2014) als eine kritische Komponente in der Gesundheitsversorgung angesehen, da stets das Risiko besteht, dass lebenswichtige Informationen weggelassen oder falsch kommuniziert werden (vgl. KITSON u. a. 2014, S. 1229). GALATZAN/CARRINGTON (2018) verdeutlichen diese Brisanz anhand von Zahlen aus den USA: „Miscommunication that occurs during the exchange of information between health-

care providers accounts for approximately 80 % of adverse events in the healthcare setting“ (GALATZAN/CARRINGTON 2018, S. 484). Dazu gehörten verzögerte Diagnosestellung, verzögerte oder unterlassene Therapien einschließlich der Medikation, ausgelassene Untersuchungen oder Doppeluntersuchungen mit der Folge von längeren Krankenhausaufenthalten, unnötigen Kosten und neu auftretenden Gesundheitsproblemen und Komplikationen (vgl. ebd.). Darüber hinaus wird von 100.000 Patientinnen/Patienten gesprochen, die in den Vereinigten Staaten von Amerika jedes Jahr aufgrund von Kommunikationsfehlern der Leistungserbringer im Gesundheitswesen sterben (GALATZAN/CARRINGTON/GEPHART 2021).

Grundsätzlich scheint eine gut strukturierte Übergabe geeignet, um alle wesentlichen Informationen zu übermitteln und kommunikationsbedingte Komplikationen bei den Patientinnen/Patienten zu vermeiden. Die WHO legte bereits 2007 dar, dass Kommunikationsstörungen die Hauptursache für sogenannte „Sentinel-Events“ (unerwünschte, schwerwiegende Ereignisse mit Komplikationsfolgen) waren, die der US-amerikanischen Joint Commission zwischen 1995 und 2006 gemeldet wurden (vgl. ABDELLATIF u. a. 2007, S. 439). In Australien sollen nach Auskunft der WHO elf Prozent der 25.000 bis 30.000 unerwünschten Ereignisse auf Kommunikationsstörungen zurückzuführen sein (ebd.). Laut WHO sind problematische Übergaben eine internationale Angelegenheit (ebd.). So konzentrieren sich internationale Forschung und Entwicklung auf die Optimierung der Kommunikation im Gesundheitswesen. „Kernstück vieler nationaler und internationaler Studien zum Thema Übergabe ist der Faktor der Patientensicherheit, der sich auf eben jene Informationsvermittlung bezieht“ (PETERSEN/KLEIN/TRUMPKE 2021, S. 85).

Die WHO empfiehlt zur Sicherstellung einer komplikationsfreien Patientenversorgung eine gemeinsame Sprache für die Übermittlung relevanter Informationen und eine verbindliche Struktur in Form des sogenannten SBAR-Prozesses (ABDELLATIF u. a. 2007), das seinen Ursprung in der US-Navy hat und als ein Instrument zur effektiven und rechtzeitigen Übermittlung wesentlicher Informationen gilt. GHONEM/EL-HUSANY (2023) fanden heraus, dass sich die Effektivität von und die Zufriedenheit mit der Übergabe unter Pflegenden nach der Einführung dieses Prinzips signifikant erhöht hätten. Das Akronym SBAR bedeutet geschrieben *Situation – Background – Assessment – Recommendation*, was für eine Pflege-Übergabe eine vierschriftige Ablaufstruktur pro Patient/-in bedeutet. Im ersten Schritt (*Situation*) werden u. a. die Einweisungsdiagnose, die Kostform, zu- und ableitende Systeme, Medikamente und weitere Therapien der Patientin bzw. des Patienten geschildert. Es wird angegeben, ob eine Patientenverfügung vorliegt und ob der Patient/die Patientin im Fall eines Herz- oder Atemstillstands reanimiert bzw. intubiert werden darf. Es folgen im zweiten Schritt Hintergrundinformationen (*Background*), darunter Nebendiagnosen, Allergien und die Versorgungsbedingungen im privaten Umfeld. Im dritten Schritt sollen Ergebnisse, die mithilfe eines *Assessments* ermittelt wurden, übergeben werden. Dabei handelt es sich beispielsweise um den Ernährungsstatus, das Dekubitusrisiko, die Mobilität oder die Schmerzintensität bei zu pflegenden Menschen. Den letzten Schritt (*Recommendation*) bildet der Auftrag an die übernehmende Schicht, also z. B. die Durchführung ausstehender pflegerischer Maßnahmen und medizinisch angeordneter Therapien sowie von Maßnahmen im Zusammenhang mit Überleitung, Verlegung oder Entlassung. Über das SBAR-Modell hinaus gibt es noch zahlreiche andere Möglichkeiten, die Schichtübergabe zu strukturieren, allerdings fehle es aktuell

in Deutschland an einer einheitlichen Empfehlung für eines dieser Modelle (vgl. PETERSEN/KLEIN/TRUMPKE 2021, S. 87).

LEONARD/GRAHAM/BONACUM (2004) erkennen zahlreiche Faktoren, die für Kommunikationsfehler ursächlich sein können. Besonders stellen sie die Tatsache heraus, dass Pflegende und Mediziner/-innen je unterschiedliche Arten zu kommunizieren erlernen würden: „Nurses are taught to be very broad and narrative in their descriptions of clinical situations (paint the big picture), whereas physicians learn to be very concise, and get to the ‚headlines‘ quite quickly“ (LEONARD/GRAHAM/BONACUM 2004, i86). Sie sehen in der SBAR-Struktur eine Lösung, um die unterschiedlichen Kommunikationsstile zu überbrücken. Sie empfehlen, zu Beginn der Übergabe einige Minuten auf Maßnahmen zu verwenden, durch die alle Gesprächsbeteiligten dieselbe Ausgangslage haben. Mit SBAR sei eine gemeinsame und erwartbare Struktur im Übergabegespräch gefunden.

5.3 Übergaben im Fokus der Forschung in Deutschland

Viel zitiert sind die Arbeiten von WALTHER (1997) und LAUTERBACH (2008), die jeweils eine umfassende Analyse von Übergabegesprächen im Krankenhausbereich vorgelegt haben, was allerdings mittlerweile Jahrzehnte zurückliegt. Übereinstimmend kommen verschiedene Autorinnen/Autoren zu dem Schluss, dass die aktuelle Datenlage zu Übergabegesprächen aus pflegewissenschaftlicher Sicht in Deutschland recht dünn sei (u. a. SCHMIDT 2018; HERGET/EBERL 2022). Zudem lägen noch keine Forschungsergebnisse zur Best Practice vor (vgl. HERGET/EBERL 2022, S. 49). In Deutschland stand vor ca. 25 Jahren die Frage im Raum, ob die Schichtübergabe im Krankenhaus ein *überflüssiges Relikt* darstelle (ABT-ZEGELIN 1998). Kritisiert wurde, dass die Pflege gegenüber der Medizin zu wenig thematisiert würde. „Von einer (pflege-)fachlichen Ausrichtung, analog den vielen ärztlichen Besprechungen in einer Klinik, ist die Pflege noch entfernt“ (ABT-ZEGELIN 1998, S. 36). Außerdem würde eine „Spracharmut in der Beschreibung von Patienten festgestellt“ (ebd.). SCHMIDT (2018) sieht nach wie vor, dass Übergabegespräche, auch international, seit Jahrzehnten bestimmten gleichbleibenden Mustern und wenig hinterfragten Ritualen folgen. Es seien stets die Pflegenden aus der ablaufenden Schicht, die über ihre Tätigkeiten berichten und die für die Übergabeinhalte verantwortlich sind. Auch aktuell steht die Frage im Raum, ob die seit Jahrzehnten nahezu unverändert ablaufende mündliche Übergabe (GALATZAN/CARRINGTON 2018) „im Zeitalter moderner Dokumentation“ (PETERSEN/KLEIN/TRUMPKE 2021) überholt sei.

LAUTERBACH (2008) konnte feststellen, dass Übergabegespräche keiner linearen Struktur folgen und auch die Informationsweitergabe nicht durchgehend homogen sei (vgl. LAUTERBACH 2008, S. 130ff.). Er identifizierte Phasen der Weitergabe patientenbezogener Informationen, Gesprächsinhalte bezogen auf die Klinik, die Organisation und die Station, aber auch private Gespräche, Pausen und Störungen (vgl. ebd., S. 131). WALTHER (1997) stellte ebenso wie OBERZAUCHER (2014) fest, dass Übergabegespräche einen phasenhaften Verlauf aufweisen und nach kurzen Privatgesprächen die eigentliche Gesprächseröffnung erfolge, daraufhin in relativ gleichartigem Ablauf über Patientinnen und Patienten gesprochen werde sowie über die Arbeitsorganisation (WALTHER 1997, S. 59ff.; OBERZAUCHER 2014).

Ebenso wie ABT-ZEGELIN stellte LAUTERBACH fest, dass medizinische Sachverhalte im Vergleich zu pflegerischen Aspekten einen deutlich größeren Raum in den Übergaben einnehmen. Die übermittelten Informationen aus dem medizinischen Bereich seien auch deutlich genauer, während die pflegerischen Aspekte von „rudimentärer oder tautologischer Natur“ (LAUTERBACH 2008, S. 258) seien und viele Sachverhalte in laienhafter Sprache wiedergegeben würden (vgl. ebd., S. 170f.).

Aktuellere Studien fragen nach der Qualität der übermittelten Informationen und suchen nach hemmenden und förderlichen Faktoren. SCHMIDT (2018) identifizierte mithilfe eines Reviews, das den Zeitraum 2006 bis 2017 abdeckt, zahlreiche kommunikations- und sprachbedingte negative Einflussfaktoren auf die Qualität von Übergaben. Dazu zählten u. a. belanglose Informationen, missverständliche Formulierungen, lückenhafte Informationen, fehlende Prioritätensetzung, fehlende Struktur, ermüdende Routine, wertende Aussagen und Störungen in der Übergabe (vgl. SCHMIDT 2018, S. 138f.). Sicherlich sei auch eine Ursache der mangelhaften Informationsvermittlung in der Arbeitsverdichtung zu suchen, die sich ausdrückt in einer Zunahme älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten, in kurzen Liegezeiten und im Fachkräftemangel. Komplexe Versorgungserfordernisse, die damit verbunden sind, erfordern aber umso mehr die Fähigkeit zu begründetem Handeln im Sinne der doppelten Handlungslogik. Insofern stellt SCHMIDT fest, dass die Pflegeübergabe „der Informationsaustausch auf evidenzbasierter Grundlage den wissenschaftlichen Eckpunkt des Dreiecks darstellt, der notwendiges Gegenstück für den anderen Bestandteil, die Kompetenz des hermeneutischen Fallverstehens ist“ (SCHMIDT 2018, S. 135). Auf dieser Grundlage könnten Interventionsentscheidungen getroffen werden, was insbesondere in der Pflegeübergabe auszuhandeln sei.

Zur Zufriedenheit Pflegender mit der Übergabe fragten MEISSNER/ROSER/HASSELHORN (2004) und kamen zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der über 3.000 Befragten unzufrieden waren, insbesondere aufgrund von Zeitmangel, Störungen und unzureichender Informationsweitergabe. Laut Picker-Report (STAHL/NADJ-KITTLER 2014) gehen 40 Prozent der relevanten Informationen einer mündlichen Übergabe verloren (vgl. STAHL/NADJ-KITTLER 2014, S. 17). Auch hier wird die fehlende Struktur bemängelt, über ein Viertel der Pflegenden erlebten die Übergaben als ineffizient (ebd.).

Mit Informationsverlusten bei der Transformation mündlicher Kommunikation in schriftliche Dokumentation beschäftigen sich auch u. a. WIETECK (2008) und LAUTERBACH (2009). Letzterer stellt fest, dass die damalige IT-gestützte Pflegedokumentation nicht dazu in der Lage sei, den Pflegeprozess ausreichend abzubilden. Zur selben Zeit meinte hingegen REKOWSKI (2009) zu erkennen, dass die elektronische Patientenakte hilfreich für die Strukturierung einer Übergabe sei und damit die Versorgungskontinuität unterstütze.

5.4 Aktuelle Forschungstrends und -ergebnisse

Um aktuelle Forschungstrends und -ergebnisse zur Sprache in der intraprofessionellen Kommunikation in der Pflege abzubilden und hieraus Anhaltspunkte für die Auswertung des Datenmaterials zu ziehen, wurde im Juli 2023 eine spezifische Literaturrecherche in den Datenbanken LIVIVO per freiem Zugang sowie CINAHL, kombiniert mit Medline, über einen

lizenzierten Zugang zur Metadatenbank EBSCO durchgeführt. Die Methode der spezifischen Recherche zeichnet sich dadurch aus, dass „lediglich die wichtigsten Suchbegriffe oder ausschließlich Schlagwörter verwendet werden“ (NORDHAUSEN/HIRT 2020, S. 15). Diese Form der Suche beschränkt sich auf wenige relevante Fachdatenbanken (vgl. ebd.). Damit unterscheidet sich die spezifische Recherche von der sensitiven Literatursuche, in welcher mit mehr Suchbegriffen und durch den Booleschen Operator „or“ offener recherchiert wird. Eine zwingende Kombination von wenigen ausgewählten Suchbegriffen mit dem Operator „and“ sowie die Eingrenzung des Zeitraums auf die letzten zehn Jahre schränkt die Trefferquote gegenüber einer sensitiven Suche ein. Um das Übersehen möglicherweise relevanter Artikel auszugleichen und um ein umfassenderes Bild zu erhalten, wurden auch Reviews, die vor dem Suchzeitraum liegende Veröffentlichungen berücksichtigt haben, in die Suche einbezogen. Mithilfe der Protokollvorlage von „Ref Hunter“ (NORDHAUSEN/HIRT 2020) wurde die Suche dokumentiert und jede Entscheidung ausführlich begründet.

Verwendete Datenbanken

- ▶ **CINAHL** (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature): Diese Datenbank schließt MEDLINE mit ein und enthält Artikel aus den meisten englischsprachigen Pflegezeitschriften, Publikationen der National League for Nursing und der American Nurses Association. Die Themenschwerpunkte sind Pflege, Gesundheitsfachberufe und Medizin (vgl. NORDHAUSEN/HIRT 2020, S. 102).
- ▶ **LIVIVO** – the Search Portal for Life Sciences: Diese Datenbank greift auf mehrere Datenbanken bzw. Suchmaschinen, auch potenziell relevante für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsfachberufe, zurück. Sie enthält hauptsächlich englisch- und deutschsprachige Artikel mit disziplinärem und interdisziplinärem Fokus. Ausschließlich mit LIVIVO lassen sich die Datenbanken von ZB MED durchsuchen (vgl. NORDHAUSEN/HIRT 2020, S. 267f.).

Suchstrategie

Gesucht wurden Fachartikel nach den in Tabelle 2 dargelegten Ein- und Ausschlusskriterien. Die Ein- und Ausschlusskriterien werden folgendermaßen begründet:

- ▶ **Gegenstand:** Gesucht wurde nach formaler intraprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. Intraprofessionell wird als Beteiligung einer Berufsgruppe definiert. Um eine möglichst unverfälschte Pflegesprache zu erfassen, sollten Studien ausgeschlossen werden, an denen verschiedene Berufsgruppen teilnehmen. Übergabegespräche gelten als geregelte, formale intraprofessionelle kommunikative Prozesse, ausgeschlossen werden daher zufällige, informelle Gespräche unter Pflegenden.
- ▶ **Setting:** Es wurden spezialisierte Stationen ausgeschlossen, auf denen zu erwarten ist, dass ein dem Fachgebiet geschuldeter Wortschatz dominiert, z. B. Psychiatrie oder pädiatrische Intensivstation. Eingeschlossen wurden allgemeine Stationen, auf denen sich Patientinnen und Patienten mit einem relativ hohen Pflegebedarf aufhalten.

- ▶ **Population:** Beruflich Pflegende, auch auf verschiedenen Qualifikationsniveaus, wurden eingeschlossen, um die gleiche Population abzubilden, die auch als intraprofessionelle Teams in Kapitel 3.5.1 beschrieben sind und die Population der untersuchten Übergabegespräche darstellen. Artikel, deren Fokus nur auf Sprachförderung von migrierten Pflegefachpersonen bzw. Personen in beruflicher Anerkennung liegt, wurden ausgeschlossen.
- ▶ **Studien:** Da die Sprache in einer natürlich vorkommenden Kommunikation erfasst werden soll, wurden hier Interventionsstudien ausgeschlossen. Eingeschlossen waren Studien, in denen formale intraprofessionelle Kommunikation bzw. Übergabegespräche beobachtet wurden. Außerdem wurden, wie auch in der Domäne Population, Studien ausgeschlossen, in denen es um den Zweitspracherwerb geht.

Tabelle 2: Domänen, Ein- und Ausschlusskriterien

Domäne	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Domäne 1: Gegenstand	Übergabegespräche von Pflegenden, intraprofessionelle Kommunikation	Interdisziplinäre/interprofessionelle Fallbesprechungen
Domäne 2: Setting	Krankenhaus, allgemeine stationäre Akutversorgung	Stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, besondere Fachabteilungen (z. B. Psychiatrie, Pädiatrie, OP, Geburtsstation)
Domäne 3: Population	Beruflich Pflegende mit Ausbildung auf allen Qualifikationsniveaus	Personen, die einen anderen als einen Pflegeberuf erlernt haben und in diesem tätig sind; Personen, die aufgrund ihres Zweitspracherwerbs im Fokus stehen (migrierte Pflegekräfte)
Domäne 4: Studien	Empirische Studien, Observation Studies, Reviews	Interventionsstudien, Sprachförderung, pädagogische Intervention
Domäne 5: Sprache	Deutsch/Englisch	Andere Sprachen
Domäne 6: Publikationsjahre	2013 bis 2023	Vor 2013

Die Suchkomponenten (siehe Tabelle 3) wurden aus den Schlüsselbegriffen der Fragestellung nach dem PICO-Schema festgelegt. Das Akronym PICO steht für die Population (*Population*), die interessierenden Phänomene (*Phenomenon of Interest*) sowie den Kontext (*Context*) (AROMATARIS/MUNN 2020, Kap. 2.6.2) und leitet sich aus der Fragestellung folgendermaßen ab:

- ▶ Wie stellt sich die **Sprache beruflich Pflegenden** vor dem Hintergrund der Charakteristika professioneller Pflegepraxis dar?
- ▶ Mit welchen Registern werden beruflich relevante Sachverhalte in **intraprofessionellen Gesprächen** übermittelt?
- ▶ Welche Besonderheiten weist die verwendete Sprache in **Übergabegesprächen** auf?

Tabelle 3: Suchkomponenten nach PICO-Schema

Suchkomponente	Bezeichnung
Suchkomponente 1: <i>Population of Interest</i>	Pflegefachpersonen, beruflich Pflegenden
Suchkomponente 2: <i>Phenomenon of Interest</i>	Pflege(fach)sprache
Suchkomponente 3: <i>Context</i>	Intraprofessionelle Kommunikation/Übergabe

Hieraus ergeben sich die Suchbegriffe – in der Sprache der Datenbanken auf Englisch – mit Synonymen, die mit Booleschen Operatoren „AND/OR“ miteinander verknüpft wurden, was in der Datenbank LIVIVO allerdings nicht möglich war (siehe Tabelle 4).

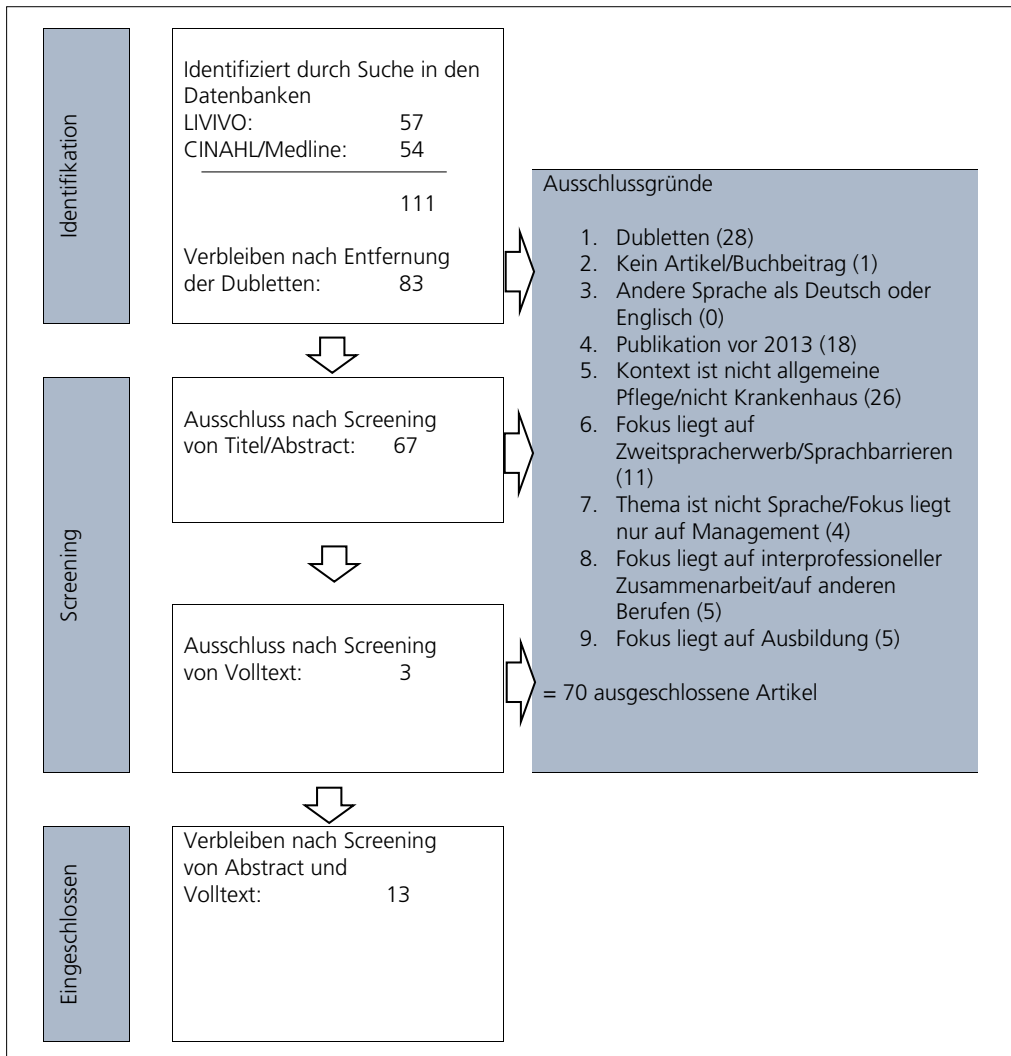
Tabelle 4: Suchbegriffe und Kombinationen

	Population	AND	Phenomenon of interest	AND	Context
OR	Nurs* nurse nurses nursing		Language		Intraprofessional collaboration Intraprofessional communication Handover Handoff/hand-off

Ergebnisse

Es wurden in der Datenbank LIVIVO 57 und in den Datenbanken CINAHL/Medline 54 Artikel gefunden. Nach der Entfernung aller Dubletten verblieben 83 Artikel, von denen 16 nach dem Screening der Titel und Abstracts unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien als relevant identifiziert wurden. Nach der Sichtung der Volltexte erwiesen sich weitere drei als nicht relevant, so dass schließlich 13 in die Auswertung eingeflossen sind (siehe Tabelle 5). Der Verlauf der Suche sowie die Darlegung der detaillierten Ausschlussgründe sind in Abbildung 6 in Anlehnung an PAGE u. a. (2021) in Form eines PRISMA-Flow-Diagramms dargestellt.

Abbildung 6: PRISMA-Flow-Diagramm



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an PAGE u. a. 2021, S. 89

Überblick

Es konnten lediglich Studien gefunden werden, die sich mit der Sprache in Übergabegesprächen befassen haben, nicht aber in anderen intraprofessionellen Kommunikationssituationen. Bei den 13 Volltexten handelt es sich um zwölf Artikel, die in Fachjournals erschienen sind, und eine Doktorarbeit. Alle Artikel sind in englischer Sprache erschienen und kamen federführend aus den USA (n=6) oder Australien (n=7). Darunter befinden sich auch einige, die in internationaler Zusammenarbeit, z. B. mit Universitäten in Hong Kong oder Finnland, entstanden sind. In die Auswertung gelangten drei Reviews und zehn andere Studien in unter-

schiedlichen Designs. Mit den Reviews konnten auch Ergebnisse von Studien aus der Zeit vor 2013 in Augenschein genommen werden.

Tabelle 5: Eingeschlossene Publikationen

Autoren/Autorinnen	Jahr	Titel	Medium	Band/Jahrgang (Nr.), Seiten	Themen-schwerpunkte
Abraham, Joanna; Kannampallil, Thomas G.; Srinivasan, Vignesh; Galanter, William L.; Tagney, Gail; Cohen, Trevor	2017	Measuring content overlap during handoff communication using distributional semantics: An exploratory study	Journal of Biomedical Informatics	65, 132–144	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Themen-fokus und Sprachstile ▶ Strukturierte Informationen
Eggs, Suzanne; Slade, Diana	2016	Contrasting discourse styles and barriers to patient participation in bedside nursing handovers	Equinoxonline	13 (1), 71–83	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsqualität ▶ Übergabeformat und Sprachstile
Galatzan, Benjamin J.; Carrington, Jane M.	2018	Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication	Computers, informatics, nursing: CIN	36 (10), 484–493	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsqualität ▶ Übergabeformat und Sprachstile ▶ Strukturierte Informationen
Galatzan, Benjamin J.; Carrington, Jane M.	2021	Examining the meaning of the language used to communicate the nursing hand-off	Research in Nursing and Health	44 (5), 833–843	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Übergabeformat und Sprachstile
Galatzan, Benjamin J.; Carrington, Jane M.; Gephart, Sheila	2021	Testing the Use of Natural Language Processing Software and Content Analysis to Analyze Nursing Hand-off Text Data	Computers, informatics, nursing: CIN	39 (8), 411–417	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Themen-fokus und Sprachstile ▶ Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz

Kitson, Alison L.; Muntlin Athlin, Åsa; Elliott, Janice; Cant, Megan L.	2014	What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts	Journal of advanced nursing	70, (6), 1228–1242	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsqualität ▶ Themenfokus und Sprachstile ▶ Übergabeformat und Sprachstile
Mitchell, Rebecca; Parker, Vicki; Giles, Michelle; Boyle, Brendan	2014	The ABC of health care team dynamics	Health Care Management Review	39 (1), 1–9	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Themenfokus und Sprachstile
Sun, Haozhan; Xu, Chenchen; Suominen, Hanna	2021	Analyzing the Granularity and Cost of Annotation in Clinical Sequence Labeling	arXiv preprint	210.809.913	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz
Suominen, Hanna; Johnson, Maree; Zhou, Liyuan; Sanchez, Paula; Sirel, Raul; Basilakis, Jim; Hanlen, Leif; Estival, Dominique; Dawson, Linda; Kelly, Barbara	2014	Capturing patient information at nursing shift changes: methodological evaluation of speech recognition and information extraction	Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA	22 (e1), e48–66	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz
Suominen, Hanna; Zhou, Liyuan; Hanlen, Leif; Ferraro, Gabriela	2015	Benchmarking clinical speech recognition and information extraction: new data, methods, and evaluations	JMIR medical informatics	3 (2), e4321	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsqualität ▶ Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz

Superville, Jemma Glenda	2017	Standardizing Nurse-to-Nurse Patient Handoffs in a Correctional Healthcare Setting: A Quality Improvement Project to Improve End-of-Shift Nurse-to-Nurse Communication Using the SBAR 1-5 Handoff Bundle	Doktorarbeit, University of North Carolina at Chapel Hill		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Informationsqualität ▶ Strukturierte Informationen
Watson, Bernadette M.; Jones, Liz; Cretchley, Julia	2014	Time as a Key Topic in Health Professionals' Perceptions of Clinical Handovers	Global qualitative nursing research	1, online o.S.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Themenfokus und Sprachstile
Wan, Zimin; Xu, Chenchen; Suominen, Hanna	2021	Enhancing Clinical Information Extraction with Transferred Contextual Embeddings	arXiv preprint	210.907.243	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz

Nahezu allen Artikeln ist zu entnehmen, dass ein verstärktes Forschungsinteresse der Erkenntnis geschuldet war, dass die Kommunikation unter Berufsangehörigen in der Gesundheitsversorgung ein erhebliches Risiko der Patientengefährdung birgt (ABDELLATIF u. a. 2007). Übergabe wird sogar als „high-risk-event“ (EGGINS/SLADE 2016, S. 72) beschrieben. So sind die Ergebnisse auch immer vor dem Hintergrund der Anforderungen an Übergaben zu bewerten. Es ging den Forschenden nicht in erster Linie darum herauszufinden, wie die Sprache professionell Pflegenden ist, sondern um eine effiziente und Patientensicherheit gewährleistende Kommunikation.

Die Forschenden um SUOMINEN u. a. (2014, 2015, 2021) gehen davon aus, dass mehr als ein Zehntel der vermeidbaren unerwünschten Ereignisse im Gesundheitswesen auf Mängel im Informationsfluss zurückzuführen sind. Damit verbunden stellte sich stets die Frage nach den Gründen bzw. der Möglichkeiten zur Optimierung der Kommunikation. Die Sprache der Pflegefachpersonen wurde dabei auch unter verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlicher Zielstellung untersucht, denn sie habe laut KITSON u. a. (2014) insbesondere im Rahmen der Übergabe einen direkten Einfluss auf deren Effizienz und Qualität.

Angesichts der alarmierenden Befunde (ABDELLATIF u. a. 2007) begann sich nach 2005 das Forschungsinteresse im englischsprachigen Raum zunehmend auf Übergaben zu fokussieren (GALATZAN/CARRINGTON 2018). Allerdings würden laut WATSON/JONES/CRETCHLEY (2014) die Forschenden größtenteils nicht aus dem Krankenhausbereich stammen, oder es wurden groß angelegte Umfragen zur Kommunikation im Krankenhaus durchgeführt. Solche Studien würden in Empfehlungen zur Anpassung von Verfahren oder Instrumenten münden, um die Patientenversorgung zu optimieren (ebd.), nicht aber aus der Profession Pflege selbst heraus generiert werden. Auch EGGINS/SLADE (2016) stellen fest, dass sich die Forschung vornehmlich auf die Beobachtung oder Befragung von Pflegenden bzw. Interviews beschränke. Dabei ginge es um den Inhalt hinsichtlich seiner Vollständigkeit, die Themen der Übergabe sowie den Grad der Übereinstimmung zwischen schriftlich und mündlich weitergegebenen Informationen. Hingegen nicht ausreichend untersucht sei, was denn tatsächlich in einer Übergabe gesagt werde (vgl. EGGINS/SLADE 2016, S. 72).

KITSON u. a. (2014) werteten Literatur zum Kommunikationsverhalten von Pflegefachpersonen bei Schichtübergaben in Akutkrankenhäusern aus und berücksichtigten hierfür englischsprachige Peer-reviewed-Artikel, die zwischen 1970 und April 2012 veröffentlicht wurden. SUPERVILLE (2017) verfolgte mit ihrem Projekt das Ziel, ein evidenzbasiertes Verfahren zu etablieren, mit dem der Inhalt und das Format der Übergabekommunikation zwischen Pflegefachpersonen standardisiert werden können, und zu untersuchen, ob entsprechende Anpassungen die Qualität der Übergaben verbessern würden. Sie führte hierfür zunächst ein Review durch, mit dem u. a. hinderliche und förderliche Faktoren für eine effektive Übergabe herausgearbeitet werden konnten. GALATZAN/CARRINGTON (2018) ermittelten den aktuellen Forschungsstand zur Best Practice von Pflege-Übergaben unter Berücksichtigung von Fachartikeln aus den Jahren 2007 bis 2017. Bei diesem Review handelt es sich um eine Vorarbeit für spätere Studien zur Entwicklung und Optimierung einer KI-basierten Software, die automatisch Übergabegespräche transkribieren und in eine strukturierte Dokumentation überführen soll.

Themenschwerpunkte

Bezogen auf das Forschungsthema intraprofessionelle Sprache von Pflegenden konnten aus der ausgewerteten Literatur die Schwerpunkte **Informationsqualität, Themenfokus und Sprachstile, Übergabeformat und Sprachstile, Strukturierte Informationen** sowie **Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz** aufgefunden werden (siehe auch Tabelle 5).

Informationsqualität

Als wesentlicher Faktor für das Gelingen oder Nichtgelingen von Übergaben wird die Qualität der übermittelten Informationen angesehen. Mangelhafte oder fehlende, nicht priorisierte Informationen sowie ein „Informations-Overload“ werden vielfach bemängelt.

Mit ihrem Literaturreview zu Pflegeübergaben stellt SUPERVILLE (2017), bezogen auf förderliche und hinderliche Faktoren für das Gelingen einer Pflegeübergabe unter Berufung auf WELSH/FLANAGAN/EBRIGHT (2010) und RIESENBERG/LEITZSCH/CUNNINGHAM (2010), fest, dass neben wechselnden Übergabeverfahren sowohl zu wenig als auch zu viele bzw. doppelte

Informationen, Qualitätsmängel und störende Rahmenbedingungen Hindernisse für Übergaben waren:

„The type and frequency with which respondents reported a given barrier are as follows: too little information (80 %); too much information (50 %); inconsistent quality of report (50 %); limited opportunity to ask questions (35 %); equipment malfunction (35 %); and interruptions (20 %)“ (SUPERVILLE 2017, S. 12).

Institutionelle Bedingungen – Personalmangel, Zeitmangel, Unterbrechungen und Umgebungslautstärke – sowie Mängel in der Übergabestruktur, falsche Prioritätensetzung und die Angewohnheit, alles ohne schriftliche Dokumente aus dem Gedächtnis zu rekapitulieren, führen laut EGGINS/SLADE (2016) und GALATZAN/CARRINGTON (2018) zu Informationslücken. Dadurch würden sowohl irrelevante Informationen weitergegeben als auch relevante Patientendaten ausgelassen.

Bemängelt wird außerdem, dass es keine Möglichkeit zur Diskussion gebe. Als förderliche Faktoren konnte SUPERVILLE (2017) relevante, patientenspezifische Informationen in angemessener Menge, ein strukturiertes Format und die Möglichkeit für Interaktionen herausarbeiten.

KITSON u. a. (2014) fanden in mehreren Studien den Nachweis, dass mehr oder weniger große Diskrepanzen zwischen der geschriebenen Dokumentation und den mündlichen Informationen bestanden. Dazu gehörten auch Informationsverluste und -widersprüche. SUOMINEN u. a. konnten feststellen, dass unabhängig von der Qualität der mündlichen Übergabe bis zu zwei Drittel aller Informationen nach drei bis fünf Schichtwechseln verlorengehen, wenn Notizen lediglich von Hand oder gar nicht gemacht werden (SUOMINEN u. a. 2015).

In der mündlichen Pflegeübergabe, so GALATZAN/CARRINGTON (2018), werde inhaltlich wenig über den Pflegeplan, die Patientenziele oder die Patientenaufklärung gesprochen. Demgegenüber würde über den Patientenstatus, dessen Beurteilung, über Interventionen und damit verbundene Ergebnisse berichtet. Mehr Gewicht würde auf Messdaten und Symptome gelegt sowie die Weitergabe damit verbundener Maßnahmen (vgl. GALATZAN/CARRINGTON 2018, S. 490).

In mehreren Studien konnte nachgewiesen werden, dass mehr oder weniger große Diskrepanzen zwischen der geschriebenen Dokumentation und der mündlichen Information bestanden. Dazu gehörten auch Informationsverlust und Widersprüche. KITSON u. a. (2014) konnten der ausgewerteten Literatur entnehmen, dass die Qualität der weitergegebenen Informationen auch von individuellen, persönlichen Eigenschaften der Pflegenden abhängt. So reiche die Bandbreite der Qualität der Sprache von subjektiv/informell bis objektiv/formell, was sich auch auf die Qualität der erbrachten Pflegeleistungen auswirke.

Themenfokus und Sprachstile

Pflegefachpersonen sprechen im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten mehr über die persönliche und familiäre Situation der zu pflegenden Menschen, demgegenüber Ärztinnen und Ärzte über Krankheitsverläufe (ABRAHAM u. a. 2017). Nach WATSON/JONES/CRETCHLEY (2014) konnten LEONARD/GRAHAM/BONACUM (2004) feststellen, dass Pflegefachpersonen in breiter

und erzählender Art über Details in der täglichen Routine von Patienten/Patientinnen, wie Flüssigkeitsaufnahme und Stuhlgang, berichten. Im Gegensatz dazu würden Ärztinnen und Ärzte prägnanter formulieren und sich auf die Symptome und Behandlung konzentrieren. Diese unterschiedlichen Stile könnten nach MITCHELL u. a. (2014) zu dysfunktionalen kollektiven Beziehungen führen, da die jeweilige Berufsgruppe einen eigenen Schwerpunkt setze (WATSON/JONES/CRETCHLEY 2014, S. 2).

Die Übergabesprache wird bei KITSON u. a. (2014) als variabel, subjektiv und mehrdeutig beschrieben und umfasst eine Mischung aus medizinischen Abkürzungen, ortsspezifischer Umgangssprache und Fachjargon. GALATZAN/CARRINGTON/GEPHART (2021) kamen zu dem Ergebnis, dass Pflegende eher persönlich und in informellem Erzählstil berichteten. Bei aller Expertise schienen sich auch Unsicherheiten zu zeigen. Sie zeigten außerdem Emotionen, wie z. B. Traurigkeit oder Furcht. Verben wurden von ihnen vor allem in der Gegenwarts- oder Vergangenheitsform verwendet, während sie nur wenige Verben der Zukunft gebrauchten, um erwartbare Entwicklungen zu kommunizieren. Die Forschenden führten eine strukturierende Inhaltsanalyse von Übergabegesprächen durch und konnten die Ergebnisse drei Komplexitätsstufen der übermittelten Inhalte der Übergabe zuordnen:

1. Niedrigste Stufe: *Daten*, d. h. rohe Fakten, die für sich genommen ohne Kontext nichts bedeuten
2. Mittlere Stufe: *Informationen*, d. h., dass mindestens zwei der Daten miteinander verbunden sind, wodurch sie eine Bedeutung erhalten
3. Höchste Stufe: *Wissen*, d. h. die kognitive Verarbeitung und Verknüpfung von bedeutungsvollen Daten und Informationen mit anderen bedeutungsvollen Daten und Informationen. Dadurch werden Informationen in einen größeren Kontext eingebunden.

(vgl. GALATZAN/CARRINGTON/GEPHART 2021, S. 414).

Sie stellten fest, dass die Übergaben insgesamt einen relativ niedrigen Komplexitätsgrad hatten. Sie bestanden zu 35,5 Prozent aus rohen Fakten (Daten), zu 54 Prozent aus mindestens zwei miteinander verbundenen rohen Fakten (Informationen) und zu einem Anteil von 10,5 Prozent aus kontextuell eingebundenen Daten und Informationen (Wissen) (vgl. ebd.).

Übergabeformat und Sprachstile

Nach GALATZAN/CARRINGTON (2018) wird die Übergabe als eine Form von mündlicher Kommunikation angesehen, in der Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengetragen und verifiziert werden und sich so ein Gesamtbild des Patienten bzw. der Patientin ergibt. Das geschehe in einem interaktiven und kooperativen Prozess, der alle Beteiligten involviere. Durch Nachfragen bestünde in der Übergabe die Gelegenheit, sich abzusichern und Unklarheiten zu beseitigen.

In ihrem Review fanden KITSON u. a. (2014) in einer ihrer ausgewerteten Studien das Ergebnis, dass die Pflegenden bei der Übergabe am Bett mehr medizinische Fachbegriffe verwenden, um die Beteiligung der Patientinnen/Patienten zu begrenzen und damit Zeit zu sparen.

GALATZAN/CARRINGTON (2021) fragten, inwieweit Übergaben am Bett von denen in einem separaten Raum sprachlich abweichen bzw. übereinstimmen und werteten Übergaben

von 14 weiblichen und fünf männlichen Pflegefachpersonen aus. So konnten sie herausfinden, dass die Übergabe am Bett eine nachhaltigere Wirkung hatte und dass dort mit größerer Überzeugungskraft gesprochen würde. Außerhalb des Patientenzimmers äußerten sich die Pflegenden hingegen mehr zur Begründung von Maßnahmen, zu Diagnoseergebnissen und zum Patientenzustand. Bei der Übergabe am Bett wurden weniger Füllwörter verwendet und die Sprache war fließender.

Auch EGGINS/SLADE (2016) untersuchten Übergabegespräche am Bett und kategorisierten Sprachstile in „interaktiv/interpersonell“ sowie „informativ/ideell“. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Art und Weise, wie Pflegenden *über* ihre Patientinnen/Patienten sprechen ebenso ist wie die Art und Weise, wie sie *mit* ihnen sprechen. Trotz der persönlichen Anwesenheit von Patientinnen/Patienten bei der Übergabe fanden die Forschenden bei den Pflegenden einen erheblichen Anteil an exkludierendem Verhalten, was an verschiedenen Aussagen und Verhaltensweisen ausgemacht werden konnte, z. B. den zu pflegenden Menschen nicht zu begrüßen oder ihm keine Gelegenheit zu geben, sich aktiv ins Gespräch einzubringen (EGGINS/SLADE 2016). Als inkludierendes Verhalten galt beispielsweise die direkte Anrede, die Aufforderung, sich am Gespräch zu beteiligen oder die Kolleginnen und Kollegen vorzustellen. In der Kategorie „informativ/ideell“ konnten die Forschenden den „objective style“ vom „agentive style“ (EGGINS/SLADE 2016, S. 78) unterscheiden. Ersterer zeichnete sich dadurch aus, dass über den zu pflegenden Menschen wie über ein passives Objekt von Pflegeinterventionen gesprochen wird oder bestenfalls wie über einen problematischen Akteur (vgl. ebd.). Dieser Stil zeichnet sich außerdem dadurch aus, dass über den Menschen und über seine Körperteile gesprochen würde, nicht aber über „patient and the nurse as a collective“ (ebd.). Informationen werden hierbei nicht in einen Kontext gestellt, der Schwerpunkt liegt auf Maßnahmen, die noch zu tun sind oder von anderer Seite delegiert wurden. Die Informationen werden als nicht priorisierende Aneinanderreihung mit dem Wort „additional“ (= außerdem, zusätzlich) verknüpft (vgl. EGGINS/SLADE 2016, S. 79). Der „objective style“ drückt sich auch in der Satzkonstruktion aus: So geben Pflegenden Informationen über den zu pflegenden Menschen in Form von Ellipsen (unter Auslassung des Personalpronomens) und ohne Nennung seines Namens weiter, so dass er nahezu unsichtbar wird (ebd.). Außerdem werden zu pflegende Menschen über ihre Attribute, z. B. „she is afebrile“ (EGGINS/SLADE 2016, S. 79), beschrieben, nicht aber über ihre Aktivitäten.

Der „agentive style“ hingegen lässt den zu pflegenden Menschen partizipieren, er wird als aktiver, rationaler Akteur einbezogen und direkt angesprochen. Das Wort „wir“ taucht oft auf und betont das Bündnis zwischen zu pflegender und pflegender Person. Die Informationen sind im logischen Kausalzusammenhang dargelegt, Interventionsentscheidungen sind konsentiert und logisch mit der Patientensituation verknüpft (vgl. EGGINS/SLADE 2016, S. 79).

Strukturierte Informationen

Eine Lösungsmöglichkeit wird in einer festen Struktur für Übergabegespräche gesehen, damit Informationen strukturiert und priorisiert weitergegeben werden. Laut SUPERVILLE (2017) unterschieden RIESENBERG/LEITZSCH/CUNNINGHAM (2010) Übergaben in einen aufgabenzentrierten und einen patientenzentrierten Stil sowie Formate, die inhaltlich konsistent waren, von solchen, die inkonsistent waren. Aufgabenzentrierte, inhaltsinkonsistente Formate

hatten später bei den übernehmenden Pflegefachpersonen die niedrigsten Erinnerungsraten. Am besten schnitten die inhaltskonsistenten Übergaben im personenzentrierten Stil ab, die zudem schriftliche und mündliche Informationen miteinander verknüpften (vgl. SUPERVILLE 2017, S. 13f.)

GALATZAN/CARRINGTON (2018) fanden in der eingeschlossenen Literatur ihres Reviews sechs Hauptthemen, darunter auch standardisierte Tools für die Kommunikation in den Übergaben und für deren Inhalte. Die Standardisierung diene demnach der Vermeidung von *Informations-Overload* und sichere eine höhere Qualität der übermittelten Informationen. Dadurch bestünde eine geringere Gefährdung der Patientensicherheit und es käme zu besseren Outcomes (vgl. GALATZAN/CARRINGTON 2018, S. 485).

ABRAHAM u. a. (2017) verfolgten das Ziel, einen verbindlichen Standard für Übergabegespräche im Krankenhaus zu entwickeln, um sowohl die intra- als auch die interprofessionelle Kommunikation von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen zu verbessern. Von Interesse war, ob die unterschiedlichen Perspektiven der beiden Professionen sprachlich zum Ausdruck kommen und ob sie miteinander vereinbart werden könnten. Zu diesem Zweck haben die Forschenden die Übergabegespräche in funktionale Gesprächseinheiten segmentiert und codiert sowie die Inhalte beider Gruppen innerhalb der so entstandenen Kategorien miteinander verglichen. Sie konnten in den insgesamt 240 Übergaben die folgenden der SBAR-Struktur ähnlichen Inhaltskategorien identifizieren, nach denen die mündlichen Übergaben strukturiert waren:

- ▶ Angaben zur Person, familiäre Situation
- ▶ Verfügungen (Reanimationspflicht, Patientenverfügung)
- ▶ Anamnese
- ▶ Aktuelle Probleme/Diagnosen und deren Bewertung
- ▶ Ausstehende Diagnostik/Therapie
- ▶ Medikamente/Bedarfsanordnungen
- ▶ zu erledigende Aufgaben.

Sprache und Einsatz Künstlicher Intelligenz

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) zur Verbesserung der Strukturierung und Dokumentation von Informationen stellt die aktuellste Entwicklung in der Forschung dar. Mithilfe der KI sollen Tonaufnahmen mündlicher Gespräche in eine automatische schriftliche und strukturierte Zusammenfassung transformiert werden. SUOMINEN u. a. (2014) untersuchten hierfür zunächst, welche Sprach- und Tonqualität am besten von der Spracherkennungssoftware transkribiert werden konnte. SUOMINEN u. a. (2015) setzten sich das Ziel, aufgezeichnete und transkribierte mündliche Übergaben, die mit Annotationen (Kommentaren und Bewertungen) versehen waren, für die Forschung im Bereich der Verarbeitung gesprochener und geschriebener natürlicher Sprache bereitzustellen.

In der Studie von GALATZAN/CARRINGTON/GEPHART (2021) ging es ebenso darum, ein „Natural language processing program“ (NLP) einzusetzen, das natürliche (unstrukturierte) Sprache in der mündlichen Übergabe so umwandelt, dass daraus eine strukturierte Dokumentation der Übergabeinhalte für die elektronische Patientenakte generiert wird. Hierfür

haben die Forschenden Übergabegespräche aufgezeichnet und transkribiert sowie strukturell und inhaltsanalytisch kategorisiert, was wertvolle Hinweise zur Sprache und zum Kommunikationsstil Pflegender liefert. Die transkribierten Textdateien wurden vor der Datenanalyse korrigiert, auf Abkürzungen, Fachausdrücke und Jargon geprüft sowie um bedeutungslose Füllwörter bereinigt, damit die Software die Begriffe korrekt zuordnen konnte. Die Textdaten konnten dann von dem Programm mithilfe von vordefinierten Wörterbüchern analysiert und in vorgegebenen Kategorien – analytisches Denken, Schlagkraft, Authentizität, emotionaler Tonfall u. a. m. – codiert werden.

Die Forschenden SUN/XU/SUOMINEN (2021) empfehlen, für die Entwicklung und Erweiterung von NLP-Systemen linguistisches Wissen in Form von kosteneffizienten Datenquellen einzubeziehen. Das heißt, die linguistische Expertise könne für Annotationen in den Transkripten in Verbindung mit dem medizinischen Wissen die Sequenzierung der Gesprächseinheiten im Krankenhausbereich unterstützen. Sie plädieren dafür, dass sich die Entwickler/-innen der Software mehr auf die reinen textuellen Sprachmerkmale konzentrierten. Damit könnten die Informationen in einem Übergabegespräch einer bestimmten Kategorie zugeordnet werden, z. B. Patientename, Alter, Medikation, Diagnose, Überwachung, Ausscheidung, Aktivitäten des Lebens (vgl. SUN/XU/SUOMINEN 2021, o. S.). In einem Test wurde die Kategorisierung der Gesprächsinhalte einerseits vom NLP-System und andererseits von einer Pflegefachperson durchgeführt. Es konnte damit ermittelt werden, inwieweit Mensch und Maschine in ihrer Einschätzung übereinstimmen. Im Ergebnis zeigte sich, dass eine maschinelle Aufzeichnung einer natürlichen qualitativ nahezu gleichkommt, so dass die Forschenden aus Gründen der Kosteneinsparung den Einsatz von NLP-Systemen zur Dokumentation empfehlen. Abbildung 7 verdeutlicht die Ergebnisse des Forschungsprojekts (WAN/XU/SUOMINEN 2021).

Abbildung 7: Transformation eines mündlichen Berichts

Mündlicher Bericht	Kategorisierung durch Pflegefachperson	Kategorisierung durch NLP
<p>„On a bed three is Ken Harris, 71 years old under Dr. Gregor. He came in with arrhythmia. He complained of chest pain this morning and ECG was and was reviewed by the team. He was given some anginine and morphine for the pain and he is still tachycardic and new meds have been ordered in the medchart. Still for pulse checks for one full minute. Still awaiting for echo this afternoon. His blood pressure is just normal though he is scoring MEWS of three for the tachycardia. Otherwise he still for monitoring.“</p>	<p><i>Ken Harris, bed three 71 yrs old under Dr. Gregor, came in with arrhythmia. He complained of chest pain this am and ECG was done and was reviewed by the team. He was given some anginine and morphine for the pain. Still tachycardic and new meds have been ordered in the medchart. Still for pulse checks for one full minute. Still awaiting echo this afternoon. His BP is just normal though he is scoring MEWS of 3 for the tachycardia. He is still for monitoring.</i></p>	<p>PATIENT INTRODUCTION:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>GivenNames/Initials:</i> Ken 2. <i>LastName:</i> harris 3. <i>AgeInYears:</i> 71 yrs old 4. <i>Gender:</i> He 5. <i>CurrentBed:</i> bed three 6. <i>Under Dr. 6.1 LastName:</i> Dr Gregor 7. <i>AdmissionReason/Diagnosis:</i> arrhythmia <p>MY SHIFT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Status:</i> Chest Pain 2. <i>Other Observation:</i> tachycardic; BP is just normal; scoring MEWS of 3 for the tachycardia <p>APPOINTMENTS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Status:</i> was done; was reviewed by the team 2. <i>Description:</i> ECG; echo 3. <i>Time:</i> this afternoon <p>MEDICATION:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Medicine:</i> anginine; morphine fort he pain, new meds <p>FUTURE CARE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Goal/TaskToBeCompleted/ExpectedOutcome:</i> for Pulse checks for one full minute; still for monitoring

Quelle: WAN/XU/SUOMINEN 2021, o. S., Anpassungen durch Autorin: Überschriften ins Deutsche übersetzt, farbliche Darstellung

5.5 Die Übergabe als Forschungsgegenstand – eine Zusammenfassung

Die Pflegeübergabe stellt eine essenzielle intraprofessionelle Kommunikationsform im pflegerischen Arbeitsalltag dar und ist eine mehr oder weniger strukturierte Weitergabe relevanter Informationen von und an beruflich Pflegenden zwischen zwei Arbeitsschichten. Als intraprofessionelle Arbeitsbesprechung ist sie Teil der Unternehmenskommunikation und unterliegt sowohl formellen als auch informellen Regeln. Vordergründiges Ziel der Übergabe ist es, die Versorgungskontinuität und Patientensicherheit zu gewährleisten, Wissensasymmetrien zwischen abgebender und übernehmender Schicht auszugleichen und die Verant-

wortlichkeit für Patientinnen und Patienten zu übertragen. Die Übergabe erfüllt zudem eine soziale Funktion, indem sie die Teamkohäsion im Sinne der Intraprofessionalität fördert und damit auch die berufliche Sozialisation Pflegenden. Sie dient auch dem fachlichen Austausch und der Schilderung von Situationen aus eigener Perspektive, um zu Entscheidungen zu gelangen und Pflegeinterventionen zu begründen. Im Zusammenhang mit der beruflichen Sozialisation wird hier der fachspezifische Jargon erworben und bestenfalls die individuelle Professionalisierung aller Mitglieder im Team weiter vorangetrieben.

Trotz ihrer Bedeutung stellt die Pflegeübergabe eine potenzielle Fehlerquelle dar. Studien zeigen, dass eine überwältigende Mehrzahl unerwünschter Ereignisse in der Patientenversorgung auf Kommunikationsprobleme, insbesondere in der intra- und interprofessionellen Kommunikation, zurückzuführen sind. Nahezu alle Studien zielen darauf ab, die Qualität der Kommunikation im Sinne der Versorgungssicherheit zu verbessern. So brachten sie Ergebnisse zur Informationsqualität und -struktur, zum Themenfokus und Übergabeformat mit Bezug auf Sprachstile sowie zu den sprachlichen Voraussetzungen für den Einsatz von Künstlicher Intelligenz zur automatischen Systematisierung und Dokumentation hervor.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der folgende empirische Teil der Untersuchung der Sprache in Übergabegesprächen. Dabei wird die professionelle Kommunikation unter Pflegenden aus einer interdisziplinären Perspektive betrachtet, die pflegetheoretische Konzepte und Modelle mit aktuellen professionstheoretischen und sprachwissenschaftlichen Aussagen verknüpft.

Ziel ist es, die Kommunikationssituation in der Übergabe zu analysieren und sprachliche Strukturen und kommunikative Muster in Pflegeübergaben aufzudecken. Dabei liegt der Fokus einerseits auf der intraprofessionellen Weitergabe von pflegerelevanten Informationen und andererseits auf Aspekten der Intraprofessionalität und intraprofessionellen Zusammenarbeit sowie der zum Ausdruck kommenden Hinweise auf das patientenzentrierte professionalisierte Pflegehandeln.

Empirischer Teil

6 Methodik der empirischen Untersuchung

Es soll beantwortet werden, welche Kontextbedingungen und Konventionen in Übergabesituationen herrschen und mit welchen Registern beruflich relevante Sachverhalte in intraprofessionellen Gesprächen übermittelt werden. Außerdem soll analysiert werden, wie sich die Sprache beruflich Pflegender vor dem Hintergrund der Charakteristika professioneller Pflegepraxis darstellt und welche Besonderheiten die verwendete Sprache in Übergabegesprächen aufweist. Möglicherweise lassen sich hieraus Schlüsse auf die Professionalisierung der Pflege und die Versorgungsqualität ziehen. Die für die Erhebung und Untersuchung heranzuziehenden Methoden müssen geeignet sein, sowohl die Struktur eines mündlichen Gesprächs erfassen zu können als auch den Einsatz der Redemittel, mit denen beruflich relevante Sachverhalte sowie Inhalte, die sich auf professionelles Pflegehandeln beziehen, kommuniziert werden. *Konventionen, Sprache und professionelle Pflegepraxis* sind hierfür die Schlüsselbegriffe.

ROELCKE (2020b) legt dar, dass die Fach- bzw. Berufssprachenforschung im Laufe der letzten Jahrzehnte ihr Forschungsinteresse nach und nach erweitert hätte. Ging es im sogenannten „systemlinguistischen Inventarmodell“ (ebd., S. 12) zu Beginn noch allein um die Untersuchung der Zeichensysteme (Lexik und Syntax) der Kommunikationspartner, erweiterte sich dieses Modell um die Betrachtung der funktionalen Bedingungen, unter denen berufliche Kommunikation stattfindet. Dieses erweitere nunmehr den Blickwinkel vom sprachlichen Inventar und seinen Regeln „auf die Äußerungen und die Bedingungen, unter denen sie vorgenommen werden, selbst“ (ebd., S. 23). Es werden die „kommunikativen Verhältnisse, in denen Fachtexte produziert und rezipiert werden“ (ebd., S. 13), einbezogen, SANDER spricht in diesem Zusammenhang von einem „situationsadäquaten Sprachgebrauch“ (SANDER 2019, S. 57).

Um Gespräche analysieren zu können, sind die grundlegenden Eigenschaften von Gesprächen zu berücksichtigen. Nach DEPPERMAN (2004) ist für Gespräche charakteristisch, dass sie prozesshaft und mehr oder weniger erwartbar sind, sie sind interaktiv, kommen also nur dann zustande, wenn mindestens zwei Gesprächspartner wechselseitig sprechen. In Gesprächen verwenden die Teilnehmenden Verfahren, die kulturell verbreitet sind, und Gespräche sind pragmatisch ausgerichtet, d. h., sie erfüllen einen oder mehrere Zwecke. Außerdem werden in Gesprächen verschiedene verbale, paraverbale und nonverbale Techniken eingesetzt (vgl. DEPPERMAN 2004, S. 18). Gesprächsanalysen richten sich auf einen oder mehrere dieser Aspekte.

6.1 Analysemethoden zur Untersuchung der Übergabegespräche

Im vorliegenden Projekt zur Untersuchung der Pflegesprache in der intraprofessionellen Kommunikation werden Verfahren der Diskursanalyse und der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse kombiniert; außerdem werden die transkribierten Übergabegespräche einer Wortschatzanalyse unterzogen. Diskursanalytisch werden die Struktur und Organisation von

Übergaben herausgearbeitet, also welche Phasen, Muster und Strukturen Übergabegespräche aufweisen. Zusammen mit den Ergebnissen der Beobachtungsprotokolle, in denen Auffälligkeiten in den Übergabegesprächen festgehalten sind, soll die Analyse einzelner Sprechhandlungssequenzen der Beantwortung der Frage nach Konventionen in Übergaben dienen. Wie Pflegende die Aspekte professionellen Handelns versprachlichen, wird mit der Inhaltsanalyse herausgearbeitet. Hier geht es darum, wie die Aspekte, die sich auf die Logik und Struktur professionellen Pflegehandelns beziehen, in den Übergabegesprächen zum Ausdruck kommen. Die Wortschatzanalyse schließlich stellt das Typische der Pflegesprache in der mündlichen intraprofessionellen Kommunikation heraus und beantwortet die Frage nach den Besonderheiten im mündlichen Wortschatz im Vergleich mit gängigen Terminologien.

6.1.1 Diskursanalyse von Übergabegesprächen

Die pragmatisch orientierte Erforschung gesprochener Sprache erstreckt sich auf verschiedene Methoden und Vorgehensweisen (z. B. Diskursanalyse, Konversationsanalyse, Interaktionsanalyse), deren Bezeichnung auf kein eindeutig bestimmbares Vorgehen verweist, die zum Teil synonym gebraucht werden und sich nicht klar voneinander abgrenzen lassen (vgl. u. a. CÖLFEN/WALTHER 2002, S. 23). Als Oberbegriff hierfür gilt die Diskursforschung, die sich mit Gesprächsstruktur und Gesprächsprozessen befasst (vgl. ebd., S. 23f. und BECKER-MROTZEK/MEIER 2002). Dieser Ansatz bemüht sich um die „anwendungsbezogene Erforschung sprachlicher Kommunikation“ (BECKER-MROTZEK/MEIER 2002, S. 18). Sie soll hier insbesondere dafür herangezogen werden, Strukturen, Organisationsprinzipien und Muster der Übergaben zu ergründen (vgl. BRÜNNER/FIEHLER/KINDT 2002, S. 7), um aufzudecken, ob es bestimmte Konventionen im Verlauf und in der Interaktion gibt. Die Diskursanalyse, wie sie bei BECKER-MROTZEK/MEIER beschrieben ist, erscheint gerade für Arbeitsbesprechungen ein geeigneter Ansatz zu sein. Während TRAUE/PFAHL/SCHÜRMAN (2022) auch schriftliche Kommunikation als Gegenstand der Diskursanalyse betrachten, fokussieren BRÜNNER/FIEHLER/KINDT (2002) und BECKER-MROTZEK/BRÜNNER (1999) ausschließlich mündliche Gespräche, insbesondere im beruflichen bzw. institutionellen Kontext. Diese Gespräche kommen natürlicherweise vor, würden also im Gegensatz zu Interviews auch dann stattfinden, wenn keine Untersuchung durchgeführt wird.

Die Diskursforschung hatte bereits zahlreiche Anwendungsfelder, darunter laut BRÜNNER/FIEHLER/KINDT (2002) auch die Untersuchung von Übergabegesprächen durch WALTHER (1997). Eine der Grundannahmen der Diskursforschung ist, dass Gespräche stets Ordnung und Struktur aufweisen, was zwar nicht offensichtlich ist, sich aber mit geeigneten Analysemethoden aufdecken lasse (vgl. BECKER-MROTZEK/MEIER 2002). Hierfür sind bestimmte Methoden der Datenerhebung, -sicherung und -auswertung erforderlich. Insbesondere müssen sich Forschende zum Zweck der Untersuchung ins Feld begeben und die Natürlichkeit der Gesprächssituation wahren. Beobachtungen mit Tonaufzeichnungen und deren Transkription bilden zentrale Elemente der angewandten Diskursforschung (vgl. ebd.).

Die Diskursanalyse ist ein Verfahren, das mündliche Gespräche zunächst in strukturelle Einheiten gliedert. „Die größte strukturierte Einheit sprachlicher Handlungen bezeichnen wir als *Diskurs* [...]. Der Ausdruck *Diskurs* steht mithin als Oberbegriff für die verschiedenen Arten mündlicher Kommunikationsformen“ (BECKER-MROTZEK/MEIER 2002, S. 19, Her-

vorhebung AJ). Nach dieser Definition stellt ein Übergabegespräch einen Diskurs dar, weist es doch, wie auch andere Diskurse – BECKER-MROTZEK und MEIER nennen an dieser Stelle auch als Beispiel die Gerichtsverhandlung – eine bestimmte Kommunikationsform auf, die prinzipiell zeitlich und örtlich unabhängig und konventionalisiert ist. Jeder Diskurs, hier verstanden als Gespräch, hat zunächst drei *Phasen*: Eröffnung, Gesprächsmitte und Abschluss. Die Gesprächsmitte zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus und erfordert daher eine weitere Untergliederung in thematische *Teilphasen* (vgl. SPIEGEL/SPRANZ-FOGASY 2001, S. 1241). Weiter wird das Gespräch untergliedert in *Sprechhandlungssequenzen*. Dabei handelt es sich um Einheiten, in denen die Sprechhandlung der/des einen eine Erwiderung der/des anderen Gesprächsbeteiligten erzeugt und dann zu der nächsten Sequenz übergegangen wird. Als Beispiele hierfür werden bei BECKER-MROTZEK/MEIER (2002) die Begrüßung oder eine Frage-Antwort-Sequenz genannt (vgl. BECKER-MROTZEK/MEIER 2002, S. 19).

6.1.2 Qualitative Inhaltsanalyse von Übergabegesprächen

Die Diskursanalyse kann sich auch ergänzend der Mittel der inhaltlich und formal strukturierenden Inhaltsanalyse bedienen (vgl. STAMANN/JANSSEN/SCHREIER 2016, S. 12). Sie wird auch selbst als eine Variante der qualitativen Inhaltsanalyse bezeichnet (vgl. SCHREIER 2014, S. 2). So verstanden wird Qualitative Inhaltsanalyse an sich nicht als eine Methode aufgefasst, sondern sie kann in vielfältiger Weise umgesetzt werden (vgl. STAMANN/JANSSEN/SCHREIER 2016). Die methodologische Positionierung derjenigen, die diese Methode vertreten, bewege sich mehr oder weniger stark in Richtung eines qualitativen, eines quantitativen oder eines beide Paradigmen miteinander vereinbarenden Vorgehens (STAMANN/JANSSEN/SCHREIER 2016; RÖSSLER 2017). Die Autorinnen und Autoren stellen fest, dass es bei der Inhaltsanalyse grundsätzlich darum gehe, manifeste und latente Kommunikationsinhalte zu systematisieren. Als gemeinsames Definitionsmerkmal stellt SCHREIER (2014) die Kategorienorientierung des Verfahrens heraus, wobei das Kategoriensystem als Herzstück der qualitativen Inhaltsanalyse gelten könne (vgl. ebd., S. 3).

Das Vorgehen bei der Inhaltsanalyse ist immer interpretativ und immer systematisch, gleichzeitig gibt es zahlreiche Varianten von zusammenfassenden, explikativen oder strukturierenden Verfahren. Daher plädieren STAMANN/JANSSEN/SCHREIER (2016) dafür, dass Forschende zur nachvollziehbaren Darstellung ihrer Vorgehensweise das Basis- oder Primärverfahren zunächst benennen und um Informationen zur Kategorienbildung, zu weiteren Auswertungsverfahren und um weitere relevante Informationen ergänzen (vgl. STAMANN/JANSSEN/SCHREIER 2016, S. 12).

Die inhaltliche Gliederung der Themen in den Übergabegesprächen erfolgt mithilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach KUCKARTZ/RÄDIKER (2022). Diese Form der Inhaltsanalyse ist dazu geeignet, die Gesprächsanteile nach Inhalten zu kategorisieren und auszuwerten. Der Pflegeprozess als Kernelement professionellen pflegerischen Handelns (siehe Kapitel 3.4) und die mehrperspektivische Begründung für das Pflegehandeln (siehe Kapitel 3.1) stellen die Grundlage für die deduktive Kategorienbildung der strukturierenden Inhaltsanalyse dar. Zur thematischen Untergliederung der pflegeprozessbezogenen Textstellen werden deduktiv Kategorien entlang der Pflegeklassifikation ENP gebildet. Alle weiteren Subkategorien ergeben sich aus den Inhalten und werden induktiv gebildet.

6.1.3 Wortschatzanalyse von Übergabegesprächen

Des Weiteren werden die Übergaben einer Wortschatzanalyse unterzogen. Mithilfe der Wortschatzanalyse werden geschriebene oder gesprochene Texte hinsichtlich der verwendeten Sprache in ihrem spezifischen Kontext untersucht und kategorisiert. Erfasst wird außerdem die Bedeutung von Wörtern in bestimmten Textkorpora, die sowohl schriftlich verfasste Texte als auch gesprochene transkribierte Texte umfassen können. Bei der Wortschatzanalyse geht man davon aus, dass sich Wortschätze von Gruppen erheblich voneinander unterscheiden (vgl. ELSEN 2013, S. 11), dass also bestimmte Gruppen, wozu auch Berufsgruppen zu zählen sind, eine einzigartige Wortwahl haben. Die Wortschatzanalyse stellt somit das Typische von Wortschätzen bestimmter Gruppen oder Epochen heraus. Das verwendete Vokabular kann beispielsweise nach Fach- oder Umgangssprache unterschieden und auch weiter systematisiert werden. Es wird in dieser Untersuchung davon ausgegangen, dass sich die Sprache Pflegerischer durch typische Merkmale auszeichnet, die sie von anderen Gruppensprachen unterscheidbar macht.

Hierzu kann beispielsweise medizinisches Fachvokabular zählen, die Verwendung standardisierter Pflegesprache (siehe Kapitel 4.5.4) oder Laiensprache (u. a. bei LAUTERBACH 2008, S. 170ff.), der Einsatz von Stilmitteln, beispielsweise Metaphern (u. a. bei SCHMITT/BÖHNKE 2006) oder Abkürzungen. Mithilfe der Wortschatzanalyse kann die Frage beantwortet werden, welche Besonderheiten die verwendete Sprache in Übergabegesprächen aufweist und mit welchen Registern beruflich relevante Sachverhalte in intraprofessionellen Gesprächen übermittelt werden. Von Interesse bei der Wortschatzanalyse ist das Vokabular, mit dem pflegerisch relevante Sachverhalte in Übergabegesprächen bezeichnet werden.

Da die in Kapitel 4.5.4 beschriebene Klassifikation ICNP als einzige semantisch organisiert ist, bietet es sich an, den auf pflegerelevante Sachverhalte bezogenen Wortschatz in den Übergabegesprächen nach den Achsen der ICNP zu systematisieren und mit den Begriffen der ICNP abzugleichen. Im Ergebnis soll hieraus eine strukturierte Übersicht aller verwendeten bedeutungstragenden Begriffe hervorgehen.

6.2 Die Erhebungsmethoden: Beobachtung und Tonaufzeichnung

Professions- und sprachwissenschaftliche Theorien zusammen mit empirischen Erkenntnissen bilden den Rahmen für die Untersuchung, sie liefern Konzepte und bewährte Methoden. Die spontane, natürliche Pflegesprache in der intraprofessionellen Kommunikation im Sinne einer „*kommunikativ konstituierten sozialen Wirklichkeit*“ (DITTMAR 2018, S. 53, Hervorhebung im Original) kann nur in authentischen beruflichen Situationen untersucht werden (ELSEN 2013; SETTELMAYER u. a. 2017; DITTMAR 2018; SANDER 2019). Beobachtungen, ergänzt durch Tonaufnahmen, sind hierfür die üblichen Verfahren, die auch in zahlreichen vorherigen Untersuchungen zu betrieblichen Gesprächen (SANDER 2019; SETTELMAYER u. a. 2017) oder Übergabegesprächen (WALTHER 1997; LAUTERBACH 2008), ebenso wie in aktuelleren Untersuchungen (siehe Kapitel 5.4), angewandt wurden.

Von Bedeutung ist die Authentizität der beruflichen Situation, die sich nicht mithilfe anderer Methoden, z. B. Interviews oder Simulation, erneut herstellen lässt (LALOUSCHEK/

MENZ 2002). SANDER (2019) führt aus, dass „die Registerwahl in der natürlichen Kommunikationssituation nicht auf bewussten Entscheidungsprozessen beruht, sondern intuitiv erfolgt“ (SANDER 2019, S. 61), was umso mehr begründet, dass sich die Forschende zur Beobachtung ins Feld begibt. Während aber einerseits eine natürliche Gesprächssituation erfasst werden soll, ist andererseits ihre Natürlichkeit durch die Tatsache, beobachtet zu werden, bereits nicht mehr gegeben. Darin liegt das sogenannte „*Beobachterparadoxon*“ (LALOUSCHEK/MENZ 2002, S. 49, Hervorhebung im Original).

Als soziolinguistische Forschungsmethoden benennt DITTMAR (2018) die teilnehmende Beobachtung, die anonyme Beobachtung, Interviews, soziale Netzwerke, Online-Netzwerke und Gruppendiskussionsverfahren (vgl. DITTMAR 2018, S. 58). Für die Erhebung von sprachlich-kommunikativen Anforderungen zählen EFING/KIEFER (2018) ein breites Spektrum von Erhebungsmethoden auf: „Im Idealfall, d. h. wenn das Unternehmen das zulässt, sollte mit der teilnehmenden Beobachtung eine Sammlung und Dokumentation von Exemplaren aller authentischen Textsorten sowie die Audioaufnahme oder Videografie prototypischer Diskursarten einhergehen“ (EFING/KIEFER 2018, S. 199). Bei der Auswahl muss darauf geachtet werden, was dem Untersuchungsgegenstand und auch aus ethischen Gesichtspunkten angemessen ist. „Gegenstandsangemessenheit [ist] selbstverständliche Passungsanforderung der Methodenwahl für ein spezifisches empirisches Phänomen“ (STRÜBING u. a. 2018, S. 86). Dazu gehört auch „eine Abgestimmtheit von Theorie, Fragestellung, empirischem Fall, Methode und Datentypen, durch die der Untersuchungsgegenstand überhaupt erst konstituiert wird“ (ebd.).

Es geht bei allen Datenerhebungsverfahren darum, „eine *angemessene* Lösung für jene Probleme zu finden, die die Erhebung natürlichen Kommunikationsverhaltens beeinträchtigen“ (DITTMAR 2018, S. 58, Hervorhebung im Original). Möglichkeiten der Beobachtungsformen sind beispielsweise, offen oder verdeckt, aktiv, passiv oder nicht teilnehmend (SOWA u. a. 2013). Für das Gelingen einer Beobachtung ist es entscheidend, dass die Forschende „eine angemessene, für die zu beobachtende Zielgruppe akzeptable soziale Rolle“ (DITTMAR 2018, S. 62) findet. Sie sollte hinreichend Nähe und Distanz zu den Teilnehmenden haben und diesen interessiert und wohlwollend gegenüberreten (vgl. ebd.). Eine verdeckte Beobachtung würde zwar die Natürlichkeit der Situation umso mehr gewährleisten, ist aber aus forschungsethischen Gründen zu unterlassen, so dass eine offene Beobachtung mit der Inkaufnahme einer Beschränkung der Authentizität vorzuziehen ist. Bei der offenen Beobachtung sind die Teilnehmenden informiert, aber auch möglicherweise befangen und agieren nicht natürlich.

6.3 Samplebildung

Handlungsleitend bei der Auswahl der Stichprobe war die Frage, in welchem Setting die Fragestellung am besten beantwortet werden kann. Nach STRÜBING u. a. (2018) werden bereits beim Feldzugang die Weichen dafür gestellt, inwieweit empirische Sättigung erreicht werden kann (vgl. STRÜBING u. a. 2018, S. 88). Um eine ausreichend große Stichprobe zu haben, mit der das Typische der Pflegesprache aufgedeckt werden kann, sollten mehrere Kliniken in mehreren Bundesländern eingeschlossen sein. Damit sollte vermieden werden, dass regiona-

le oder klinikbezogene Prägung der Sprache die Daten verfälschen. Die Fachbereiche in den Kliniken sollten allgemeiner Art und die zu versorgende Klientel eine weitgehend gleiche gesundheitliche Problemlage aufweisen. Außerdem sollten Pflegenden mit verschiedenen Qualifikationen zu Wort kommen, d. h. Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege, auch Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie Auszubildende. Gleichzeitig sollten diese so zahlreich sein, dass ihre Daten keine persönlichen Rückschlüsse zulassen. Erwartet wurde, dass mit mindestens vier Kliniken in mindestens zwei Bundesländern eine weitgehende empirische Sättigung erreichbar sei.

Allgemeine Stationen von Kliniken, auf denen Personen mit einem vergleichsweise hohen Pflegeaufwand bzw. einer längeren Verweildauer aufgenommen sind, sollten eingeschlossen werden. Um sich eine Übersicht zu verschaffen, wurden Krankenhausstatistiken aus den letzten Jahren herangezogen. Da das Statistische Bundesamt nicht alle Rohdaten veröffentlicht, mussten als Entscheidungsgrundlage auch Quellen mit aufbereiteten Daten herangezogen werden. Diesen Zahlen zufolge betrug die durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern 7,2 Tage im Jahr 2019 (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2021, S. 7). Die Zahlen differieren je nach Fachbereich erheblich. So wird diese Durchschnittszahl durch die lange Verweildauer von über 40 Tagen in der speziellen Fachabteilung Psychosomatik/Psychotherapie (BÖHM 2021) deutlich in die Höhe getrieben. Auf den allgemeinen Stationen liegt die Geriatrie mit 15,3 Tagen (ebd.) auch deutlich über dem Durchschnitt, gefolgt von Neurologie (8,3 Tage), der Chirurgie (7,0 Tage) und der Inneren Medizin (6,4 Tage), die knapp darunter liegt (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG o.J.). Der relativ hohe Anteil an Altenpflegerinnen und Altenpflegern auf internistischen, geriatrischen und neurologischen Stationen (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2021, S. 38) bot zudem eine Entscheidungsgrundlage dafür, diese drei Bereiche bevorzugt untersuchen zu wollen, auch interdisziplinäre Stationen aus diesen Bereichen sollten eingeschlossen sein.

Das Setting für die Übergabe sollte so gestaltet sein, dass möglichst keine fachfremden Personen anwesend waren. So wurde sichergestellt, dass es sich um den Wortschatz beruflich Pflegenden im Rahmen der intraprofessionellen Kommunikation handelt. Die „kommunikativen Bedingungen zwischen mehr oder weniger fachlich versierten Beteiligten wirken sich auf unterschiedliche Grade der Fachlichkeit aus“ (ELSEN 2013, S. 64). Da es um die Sprache beruflich Pflegenden geht, wäre die Beteiligung „fachfremder“ Personen in dieser Untersuchung also ungünstig, denn wenn „Fachleute miteinander sprechen, klingt das anders, als wenn Laien beteiligt sind“ (ebd.). Wären an der Übergabe weitere Personen bzw. Patientinnen/Patienten beteiligt, wäre der Wortschatz voraussichtlich andersartig. Das zeigen auch die Untersuchungen von KITSON u. a. (2014) sowie GALATZAN/CARRINGTON (2021) (siehe Kapitel 5.4). Die intraprofessionelle Kommunikation, die von ROELCKE als „Typ 1 – Kommunikation unter Experten ein und desselben Berufsbereichs“ (siehe Kapitel 4.2) bezeichnet wird, erfordert eine räumliche und personelle Abgrenzung, also eine Pflegeübergabe im separaten Raum. Interdisziplinär bzw. multiprofessionell besetzte Besprechungen oder auch Übergaben am Bett mögen zwar für die optimale Versorgung Best Practice darstellen, sie sind aber für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht das geeignete Setting. Daher wurden mit Blick auf das Forschungsinteresse andere Organisationsformen von Arbeitsbesprechungen,

z. B. Übergaben am Bett, Pflegevisiten, Übergabegespräche im multiprofessionellen Team oder interdisziplinäre Fallbesprechungen, ausgeschlossen.

6.4 Datenaufbereitung: Transkription

Bei der Transkription geht es darum, etwas Flüchtliges wie ein Gespräch in eine grafische Repräsentation umzuwandeln, um es zeitlich unabhängig Interessierten (Forschenden) zugänglich zu machen (vgl. DRESING/PEHL 2010, S. 723). Die Verschriftlichung ist wie eine Konservierung des gesprochenen Wortes und erlaubt das mehrfache Lesen, das Analysieren, das Erschließen von Zusammenhängen, subjektiven Weltansichten der Sprechenden u. a. m. Transkription ist aber nicht passiv, sondern eine aktive Rekonstruktion des aufgezeichneten Ereignisses und damit ein „sehr bedeutsamer und beeinflussender Transformationsprozess“ (ebd., S. 724) des gesprochenen Wortes in die Schriftform. Damit können sowohl Informationen herausgehoben werden, z. B. dialektale Färbung der Sprache, sie können aber auch im Transkript „geglättet“ werden, indem gerade diese Besonderheiten im Transformationsprozess durch das Einhalten orthografischer Regeln nicht mehr auftauchen und somit einer näheren Untersuchung entzogen werden. Reduktionen des Datenmaterials resultieren „in Abhängigkeit vom Erkenntnisinteresse und den impliziten Theorien der Forschenden sowie in der Sprachfixierung von Transkripten“ (DRESING/PEHL 2010, S. 725). Damit wird auch deutlich, dass Transkripte keine Abbildung der Wirklichkeit sein können, sondern als „theoriegeleitete Rekonstruktion“ (DRESING/PEHL 2010, S. 725) zu verstehen sind. Zu fragen ist also im Vorfeld, welche Informationen das Transkript liefern muss und wie es verwendet werden soll.

Im vorliegenden Fall soll eine große Materialmenge daraufhin untersucht werden, was charakteristisch für die Pflegesprache ist und wie professionelles Pflegehandeln von den Berufsangehörigen versprachlicht wird, um hierzu generalisierbare Aussagen zu treffen.

Das heißt, dass bereits in der Transkription auf die Abbildung der lautlichen Gestaltung sowie des nichtsprachlichen Verhaltens verzichtet wurde. Demnach wurden Dialekt, Betonung und Verzögerungslaute (= „äh“, „ähm“ o. Ä.) sowie Geräusche (Räuspern, Husten o. Ä.) nicht transkribiert, wohl aber Lachen. Durch das Nichttranskribieren der individuellen Sprachfärbung können noch weniger Rückschlüsse auf die Sprechenden gezogen werden, es dient somit auch der Anonymisierung. Zudem gilt, dass die Regeln der Orthografie eingehalten werden müssen, um das Textmaterial lexikalisch mit der Software MaxQDA auswerten und mit der ICNP abgleichen zu können.

6.5 Kategorisierung und Codierung

Kategorien sind in der Regel untergliedert in Haupt- und Subkategorien, und sie werden aus dem Datenmaterial selbst (induktiv) und/oder aus einem theoretischen Rahmen heraus (deduktiv) entwickelt. Der Theoriebegriff wird dabei sehr weit gefasst: „Deduktive Kategorien können ebenso auf meta- oder objekttheoretischen Konzepten beruhen wie auf einem empirischen Forschungsstand oder auf Leitfragen eines Interviewleitfadens, in dem sich sowohl der Forschungsstand als auch das eigene Forschungsinteresse mehr oder weniger transparent

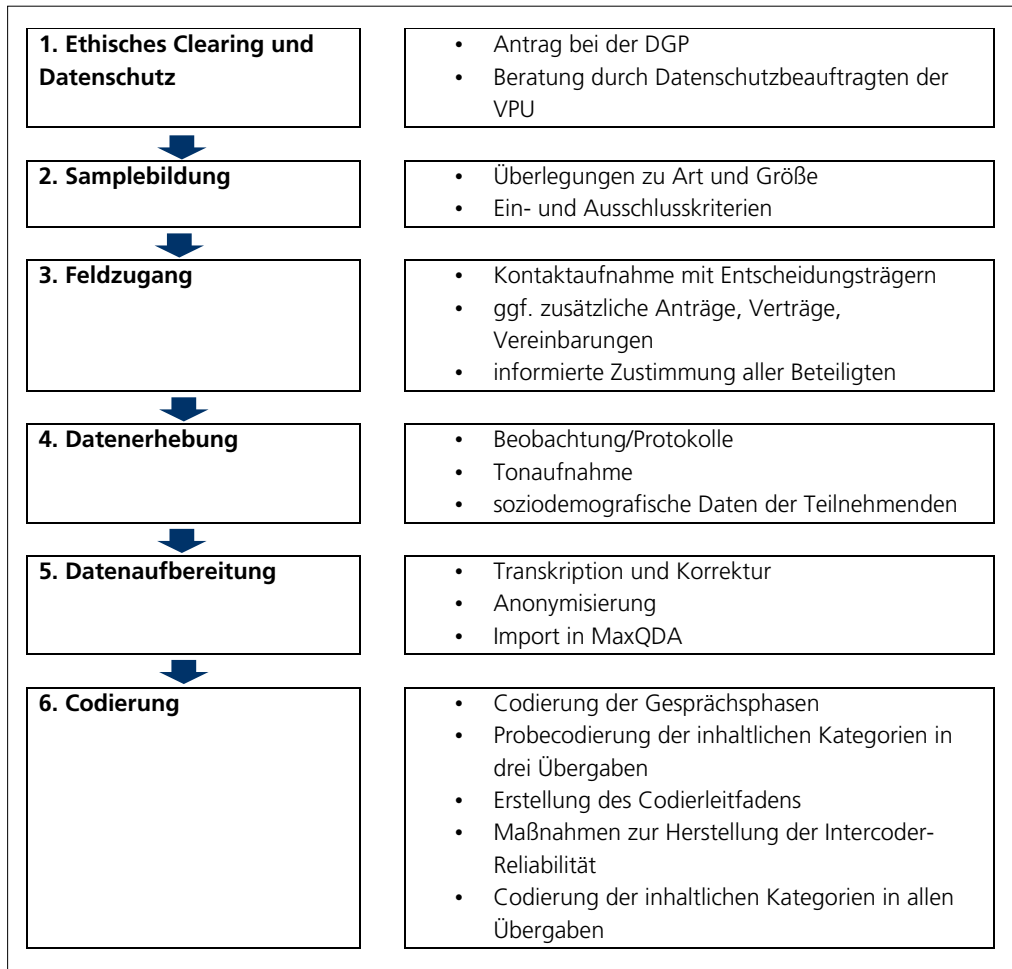
niederschlagen“ (STAMANN/JANSSEN/SCHREIER 2016, S. 8). Diese Vorabkategorien explizieren, so die Autorin und Autoren, in erster Linie das Vorwissen der Forschenden (vgl. ebd.).

„Das Ziel des Kodierens als Teilschritt einer Diskursanalyse ist es, Regelmäßigkeiten im (expliziten und impliziten) Auftreten (komplexer) Verknüpfungen von Elementen in Bedeutungssystemen herauszuarbeiten“ (GLASZE/HUSSEINI/MOSE 2021, S. 293). Das verweist auf eine Codierung, die sowohl formale als auch inhaltliche Kriterien berücksichtigen muss, um dann einzelne Textstellen einer näheren Analyse, z. B. zur Lexik und Semantik, unterziehen zu können. Beim Codieren handelt es sich bereits um einen interpretierenden Vorgang, der von der Vorerfahrung der/des Codierenden geprägt sein kann. Die Intercoder-Reliabilität als Gütekriterium der Forschung lässt sich mithilfe entsprechender Software (MaxQDA) ermitteln. Im Ergebnis liegt ein Übereinstimmungsgrad von x Prozent zwischen zwei oder mehr Codierenden vor, was bezüglich der Abweichungen aber noch keine inhaltliche Aussage trifft. Mit Probecodierungen durch mehrere Personen und Codierbesprechungen können inhaltliche Abweichungen identifiziert und besprochen werden, um Konsens herzustellen (vgl. KUCKARTZ/RÄDIKER 2022, S. 137).

7 Vorgehensweise

Einen Überblick über den Forschungsprozess stellt das Flussdiagramm (Abbildung 8) dar; die einzelnen Vorgänge werden nachfolgend näher erläutert und begründet.

Abbildung 8: Ablaufschema der Untersuchung



Quelle: eigene Darstellung

7.1 Ethisches Clearing und Datenschutz

Für das Forschungsvorhaben wurde im Februar 2022 bei der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V. (DGP) ein ethisches Clearing angefordert. Einge-

reicht wurden hierfür der Antrag, in dem das Forschungsvorhaben umfanglich beschrieben wurde, die Einverständniserklärung sowie Informationsschreiben mit ausführlichen Erläuterungen zum Datenschutz für die Studienteilnehmenden. Die Forschende hat auch eine Verpflichtung zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) entsprechend dem Formular der DGP ausgefüllt und unterschrieben. Nachdem einzelne erforderliche Überarbeitungen durchgeführt waren, wurde vonseiten der Ethikkommission der DGP das ethische Clearing erteilt. Es wurde Rücksprache mit dem Datenschutzbeauftragten der Hochschule gehalten, mit dem auch der Verarbeitungsvertrag mit dem für die Transkriptionen beauftragten Schreibbüro abgesprochen wurde. Die Weiterverarbeitung des Materials folgte gemäß den Vorschriften der DSGVO, insbesondere der im Informationsschreiben für die Studienteilnehmenden angegebenen Vorgehensweise.

Die soziodemografischen Daten der Teilnehmenden wurden in einer Excel-Tabelle erfasst und zusammen mit der Liste der Pseudonyme auf einem passwortgeschützten USB-Stick, der auch physisch vor Fremdzugriff geschützt war, gespeichert. Die Audiodateien wurden von den Diktiergeräten zunächst auf einen sicheren Server geladen, um sie für die Transkription weiterleiten zu können. Das Transkriptionsbüro sicherte in seinem Verarbeitungsvertrag den Schutz der personenbezogenen Daten vor dem Zugriff Dritter mit den erforderlichen technischen Mitteln (SSL-Zertifizierung) sowie mit weiteren Schutzmaßnahmen zu. Das Löschen der Audio- und Textdateien vonseiten des Transkriptionsbüros erfolgte laut Vertrag 30 Tage nach Beendigung der Auftragsbearbeitung. Die Audiodateien wurden ebenso wie die Excel-Tabellen mit den personenbezogenen Daten auf den gesicherten USB-Stick überspielt und vom Server entfernt. Solange eine Nachweispflicht bestand, wurden diese Dateien auf dem USB-Stick belassen und in Absprache mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten unwiederbringlich gelöscht, sobald keine Notwendigkeit der Aufbewahrung mehr bestand.

7.2 Feldzugang

Der Feldzugang begann mit der Kontaktaufnahme mit Entscheidungsträgern und setzte sich in fortwährendem vertrauensvollen Kontakt mit allen Beteiligten fort. Dazu gehörte auch, jederzeit über das Forschungsvorhaben Auskunft geben zu können und Fragen zu beantworten. Erst diese Kontaktpflege ermöglichte es, dass sich das Feld so weit aufschloss, dass vertiefte Einblicke möglich waren. „Von dieser elementaren Beziehung, die im besten Fall ein Vertrauensverhältnis ist, hängt der Zugang zu vertraulichen Materialien, zu Hinterbühnen, auch zu streng gehütetem Wissen ab“ (STRÜBING u. a. 2018, S. 88).

Für die Datenerhebung wurden die Pflegedirektion sowie die für Pflegeforschung verantwortlichen Personen aus neun Kliniken bzw. Klinikverbänden in sieben Bundesländern per Mail kontaktiert. Erschwernisse gab es aufgrund von Streiks der Mitarbeitenden in Unikliniken verschiedener Bundesländer, außerdem spielte die Covid-19-Pandemie und die hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden eine Rolle dabei, wenn eine Untersuchung der Übergabegespräche nicht befürwortet bzw. unterstützt werden konnte. Positive Rückmeldungen kamen von insgesamt fünf Kliniken aus den Bundesländern Schleswig-Holstein, Hessen und Nordrhein-Westfalen.

Mit den dortigen Verantwortlichen wurden mehrere Vorgespräche geführt, es wurden zudem – je nach Klinik – verschiedene Gremien (Personalvertretungen, Ethik- und Datenschutzbeauftragte) um Erlaubnis gebeten, weitere Anträge eingereicht und Verschwiegenheitsverpflichtungen unterschrieben. Im Vorgespräch wurden auch die in der Klinik geltenden Rahmenbedingungen für die Übergabegespräche erfragt. Das umfasste den Fachbereich, die Anzahl der Patientinnen/Patienten auf den Stationen, den Zeitrahmen für die Übergabe und eventuelle Vorgaben vonseiten des Qualitätsmanagements.

Sobald die Genehmigungen erteilt waren, wurden geeignete Stationen ausgesucht und die Stationsleitungen sowie die Mitarbeitenden informiert und ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Teilnahme geklärt. Im Vorfeld wurde ermittelt, ob das Qualitätsmanagement für die Übergaben bestimmte Normen oder Standards vorsah. In allen Fällen wurde bestätigt, dass außer dem Zeitrahmen keine weiteren Vorgaben existierten. Da der Datenerhebung mehrere Monate mit Anträgen und Absprachen vorausgehen mussten, erstreckte sich der Erhebungszeitraum auf Juni 2022 – März 2023.

In den Kliniken wurden mit in der Regel mindestens einem Tag Vorlauf alle Studienteilnehmenden schriftlich und mündlich individuell informiert und ihre Unterschrift zur Zustimmung eingeholt. Die Forschende war über den gesamten Erhebungszeitraum und darüber hinaus für alle Teilnehmenden erreichbar. Es wurden Lösungen für diejenigen gefunden, die nicht teilnehmen wollten oder konnten, wie sie auch als Möglichkeiten in den Informationsschreibern beschrieben wurden.

7.3 Ablauf der Datenerhebung

An insgesamt 20 Tagen wurden in fünf Kliniken in drei Bundesländern 29 Übergabegespräche erfasst. Die hohe Zahl der Übergaben ist darauf zurückzuführen, dass zwei oder sogar drei Übergaben parallel liefen, die allerdings zeitlich relativ kurz waren. Die Dauer der aufgezeichneten Übergabegespräche betrug bei der zeitlich kürzesten (Übergabe Nr. 6) knapp sechs Minuten, bei der längsten (Übergabe Nr. 15) etwas über eine halbe Stunde. Durch die parallel laufenden Übergaben konnten mehrere Tonaufnahmen an einem Tag gemacht, aber nicht alle Übergabegespräche gleichzeitig beobachtet werden. So konnten zeitgleich stattfindende Übergaben nur punktuell protokolliert werden, was dann in einem zusammengefassten Protokoll für die Übergaben Nr. 1, 2 und 3 sowie Nr. 28 und 29 erfolgte (siehe Tabelle 8). So entstanden 24 Beobachtungsprotokolle und ca. fünf Stunden Tonaufnahmen von 22 Übergaben. Die Verteilung auf die Kliniken, die hier aus Gründen der Anonymisierung mit 1 bis 5 bezeichnet werden, kann Tabelle 6 entnommen werden.

Tabelle 6: Übersicht zur Datenerhebung in fünf Kliniken

Klinik Nr.	Anzahl der Übergaben pro Klinik	Anzahl der protokollierten Übergaben	Anzahl der audioaufgezeichneten Übergaben	Dauer der Tonaufnahmen (hh:mm:ss)
1	9	7	6	01:10:01
2	4	4	3	00:47:04
3	4	4	3	01:07:07
4	5	4	4	00:52:42
5	7	5	6	01:08:30
Gesamt	29	24	22	05:05:24

7.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Untersuchung erstreckte sich auf je eine Station nach den in Kapitel 6.3 angegebenen Auswahlkriterien. Die Auswahl fiel auf die Fachbereiche Innere Medizin und Geriatrie. Innere Medizin/Kardiologie ist der Fachbereich von Klinik 2 und 3, Geriatrie in Klinik 1 und 4, eine internistisch-geriatriisch kombinierte Station befindet sich in Klinik 5. Da die Sprecherinnen und Sprecher im Rahmen der Diskursanalyse selbst die Datenquellen sind, sollten ihre relevanten persönlichen Hintergrundinformationen erfasst werden. Es wurden auf freiwilliger Basis die folgenden soziodemografischen Daten abgefragt:

- ▶ Berufsbezeichnung; bei Auszubildenden: angestrebte Berufsbezeichnung,
- ▶ Jahr des Berufsabschlusses; bei Auszubildenden: wann der Berufsabschluss angestrebt ist,
- ▶ Land, in dem der Berufsabschluss erworben wurde,
- ▶ Dauer der Betriebszugehörigkeit,
- ▶ Muttersprache/Erstsprache.

Insgesamt haben 71 in der Pflege beschäftigte Personen der Teilnahme zugestimmt und 70 über ihre Berufsbezeichnung hinausgehende Angaben gemacht. Die Stichprobe der Teilnehmenden setzte sich zusammen aus den folgenden Gruppen, die nachfolgend als Berufsgruppen mit den zugehörigen Kürzeln in Klammern bezeichnet werden:

- ▶ 10 Altenpflegerinnen und Altenpfleger (APF),
- ▶ 13 Krankenschwestern und Krankenpfleger (KS),
- ▶ 24 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen (GKP),
- ▶ 11 Auszubildende in der dreijährigen Pflegeausbildung nach PflBG oder KrPflG (AZUBI),
- ▶ 6 Personen mit einer mindestens einjährigen Ausbildung in der Pflegehilfe/-assistenz (PA),
- ▶ 7 Stationshilfen, Praktikantinnen/Praktikanten, und studentische Hilfspersonen (SH).

Die Verteilung der Teilnehmenden auf die Kliniken ist Tabelle 7 zu entnehmen.

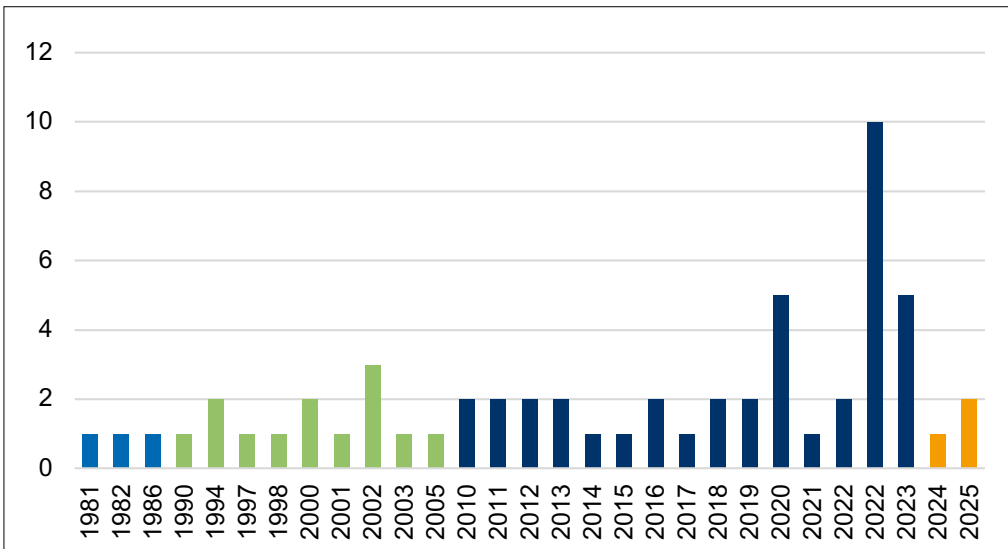
Tabelle 7: Fachbereiche und Beschäftigte in der Stichprobe

Klinik	1	2	3	4	5
Fachbereich	Geriatric	Innere Medizin (Kardiologie)	Innere Medizin (Chest Pain Unit)	Geriatric	Innere Medizin und Geriatric
Bettenzahl	37	17	10	27	30
Teilnehmende/ Anzahl pro Berufsgruppe	APF: 5 KS: 4 GKP: 1 AZUBI: 3 PA: 2 SH: 1	APF: 1 KS: 1 GKP: 2 AZUBI: 2 SH: 1	KS: 3 GKP: 6 AZUBI: 3 SH: 1	APF: 2 KS: 2 GKP: 7 AZUBI: 1 PA: 4 SH: 1	APF: 2 KS: 3 GKP: 8 AZUBI: 2 SH: 3
Summe	16	7	13	17	18

Angaben zur Ausbildung

Ihren Berufsabschluss haben alle mindestens dreijährig ausgebildeten Pflegefachpersonen zwischen 1981 und 2025 erhalten bzw. streben diesen an. Eine teilnehmende Person (GKP) hat hierzu keine Angaben gemacht. Drei Teilnehmende haben ihren Abschluss in der Krankenpflege nach dem Krankenpflegegesetz von 1965 erworben (in Abbildung 9 in blauer Farbe), 13 Teilnehmende nach dem Krankenpflegegesetz von 1985 oder in der Altenpflege nach landesrechtlicher Regelung (grün). Die meisten Pflegefachpersonen (n=40) haben ihren Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in bzw. Altenpfleger/-in in den Jahren zwischen 2010 und 2023 nach KrPflG von 2003 bzw. Altenpflegegesetz (AltPflG) von 2000 erhalten bzw. strebten diesen zum Erhebungszeitpunkt noch an (dunkelblau). Drei Teilnehmende befanden sich in der Ausbildung nach PflBG und wollten 2024 bzw. 2025 ihren Abschluss erwerben (orange). Sechs Teilnehmende aus der Gruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen haben ihre im Ausland abgeschlossene – und in einem Fall begonnene – Ausbildung in Deutschland anerkennen lassen; eine Person befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Anerkennungsverfahren. Zum Schutz personenbezogener Daten werden diese kleinen Gruppen bzw. Einzelpersonen in der Abbildung nicht gesondert kenntlich gemacht.

Abbildung 9: Berufsabschlussjahre der teilnehmenden Pflegefachpersonen, farblich markiert nach in der Zeit geltendem Berufsgesetz



Quelle: eigene Darstellung

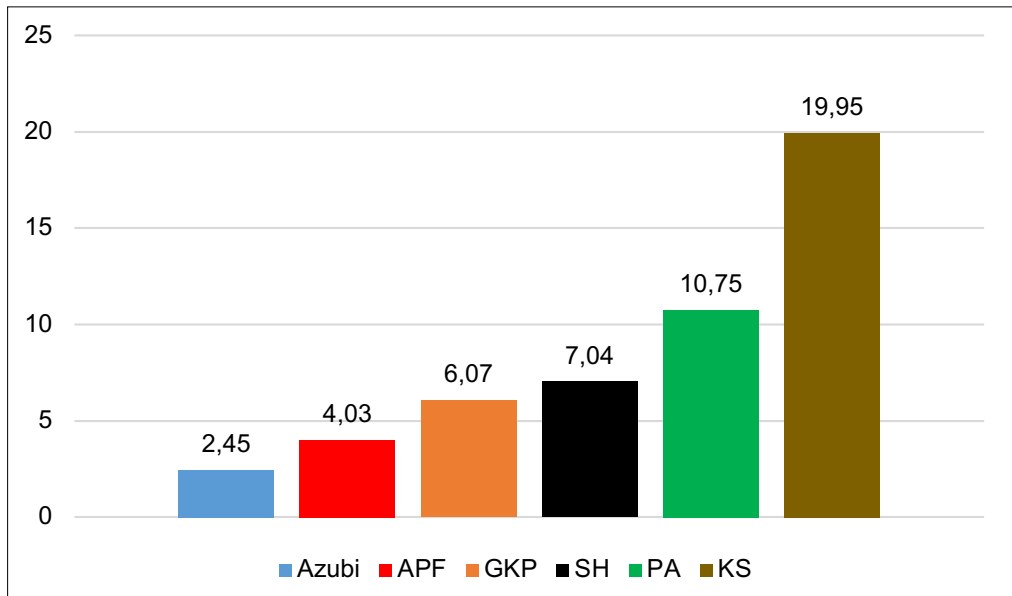
Angaben zur Sprache und zur beruflichen Sozialisation

Die Frage nach einer anderen als der Erstsprache Deutsch beantwortete knapp ein Drittel ($n=23$) mit ja. Die Erstsprachen bei den Teilnehmenden, die hierüber Angaben gemacht haben ($n=11$), waren Albanisch, Arabisch, Philippinisch, Polnisch, Rumänisch, Russisch, Serbisch, Suaheli und Türkisch.

Nach ihrer Beschäftigungsdauer in ihrer Klinik befragt, haben 70 Teilnehmende Auskunft gegeben. Die durchschnittliche Dauer einschließlich der Ausbildungs- und Praktikumszeit aller Teilnehmenden betrug 8,24 Jahre, allein auf die Pflegefachpersonen bezogen betrug sie mit 9,5 Jahren über ein Jahr mehr. Differenziert nach Kliniken lag die längste durchschnittliche Beschäftigungsdauer in Klinik 1 bei 11,2 Jahren, die kürzeste durchschnittliche Dauer lag in Klinik 3 bei 4,4 Jahren.

Mit wenigen Tagen bis unter einem Jahr waren je drei Praktikantinnen/Praktikanten und Pflegefachpersonen in ihrer Einrichtung beschäftigt. Die längste Betriebszugehörigkeit (34 Jahre) wies eine Pflegefachperson (KS) auf. Die Gruppe aller Krankenschwestern und -pfleger ist durchschnittlich 19,9 Jahre ihrer Einrichtung treu. Die Pflegeassistentinnen und -assistenten liegen dahinter mit 10,8 Jahren. Es folgt die mit SH bezeichnete Personengruppe mit 7,0, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen mit 6,1 und Altenpfleger/-innen mit 4,0 Jahren. Naturgemäß haben die Auszubildenden, die an der Studie teilgenommen haben, die kürzeste Betriebszugehörigkeit. Diese Gruppe liegt bei durchschnittlich 2,5 Jahren (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Durchschnittliche Dauer der Betriebszugehörigkeit aller Teilnehmenden in Jahren nach Berufsgruppe



n = 70

Quelle: eigene Darstellung

7.3.2 Vorgehen bei der Beobachtung

Um die Situation möglichst natürlich zu belassen und Befangenheit abzubauen, wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen. Für das Forschungsvorhaben wurde nach gründlicher Abwägung entschieden, dass neben den bereits beschriebenen vertrauensbildenden Maßnahmen (individuelle Information, Bedenkzeit, Datenschutz, Einverständnis) nur so viel beobachtet wird wie nötig und dass eine offene, passiv-teilnehmende Beobachtung durchgeführt wird (Sowa u. a. 2013).

Die Forschende erschien an vier aufeinanderfolgenden Tagen auf den Stationen ca. eine halbe Stunde vor Beginn der Übergabe. Der zeitliche Vorlauf war erforderlich, um die Kolleginnen und Kollegen zu informieren und ihr Einverständnis einzuholen, wenn das aufgrund der Dienstpläne im Vorfeld nicht möglich gewesen war. Zwei Personen aus zwei verschiedenen Kliniken gaben ihr Einverständnis nicht, so dass im ersten Fall auf die Beobachtung bzw. Aufzeichnung des Übergabegesprächs mit Beteiligung der entsprechenden Person verzichtet wurde. Im zweiten Fall konnte die Übergabe so organisiert werden, dass die betreffende Person nicht teilnahm. Erfasst wurden nur die Übergaben zwischen Früh- und Spätdienst, da diese auf Grundlage verfügbarer Forschungsergebnisse als die ergiebigsten gelten bzw. im Vergleich zu den anderen Übergaben (Spät- zum Nachtdienst, Nacht- zum Frühdienst) mehr als doppelt so lang sind (vgl. u. a. LAUTERBACH 2008, S. 127).

Am ersten Tag wurden Daten lediglich durch Beobachtung erhoben, ab dem zweiten Tag durch Beobachtung mit Tonaufnahme. Die Tonaufnahme wurde transkribiert, um das Gehörte zeitversetzt, wiederholt und mit der nötigen Distanz auswerten zu können. So konnten später Beobachtungen mit den soziodemografischen Daten, z. B. mit Blick auf den hierarchischen Status und die beruflichen Rollen der Beteiligten, in Zusammenhang gebracht werden.

Die Beobachtung wurde durch ein offen strukturiertes Beobachtungsprotokoll unterstützt. Das Protokoll wurde geführt, um die Kommunikationssituation und den Verlauf erfassen und auswerten zu können. Damit sollten über die Tonaufnahme hinaus die räumlichen und zeitlichen Gegebenheiten, die Kommunikationsmedien, nonverbale Zeichen sowie auffällige Interaktionsmuster erfasst werden. Damit wurde jeweils auch die Raumsituation der Übergabegespräche beschrieben, auf deren Grundlage Aussagen zur Gesprächsatmosphäre gemacht werden können. Zu fragen war: Herrscht in dem Raum eine ungestörte Arbeitsatmosphäre, oder wird diese durch Mehrfachnutzung, z. B. als Pausenraum oder durch Offenheit nach außen, möglicherweise unterbrochen? Hierzu gehörte auch zu erfassen, wie die Interaktion organisiert ist (z. B. Sitzpositionen, Zuhilfenahme von Dokumentationsmappen, Notizzetteln und anderen Hilfsmitteln, Umgang mit Störungen), um nachvollziehen zu können, ob möglicherweise die Interaktionsorganisation Einfluss auf die verwendeten Sprachregister hat. Wenn möglich wurden mit den Protokollen auch thematische Sequenzen und Auffälligkeiten in der Interaktion erfasst. Dokumentierte Beobachtungen wurden später als Annotationen in den MaxQDA-Dateien an entsprechender Stelle eingefügt.

Im Einzelnen umfasst das Protokoll:

- ▶ Anwesende (Pseudonyme)
- ▶ Beschreibung des Raums
 - Skizze
 - Nutzung des Raums außer für Übergabegespräche
 - Ausstattung
- ▶ Verwendung von Hilfsmitteln, z. B.
 - Dokumentationssystem
 - Notizen
 - Sonstiges
- ▶ Ablauf der Übergabe (tabellarisch mit Zeitangabe)
 - Themenschwerpunkte
 - Reihenfolge der Sprechenden
 - Auffälligkeiten

Die Forschende hat sich, sofern es räumlich möglich war, in der Übergabesituation im Hintergrund gehalten. Ihre Reaktion nach der Beobachtung eines Übergabegesprächs beschränkte sich auf Nachfragen zu bestimmten Begriffen, die ihr trotz ihres fachlichen Hintergrunds nicht geläufig waren, sowie zu organisatorischen Abläufen, die sich aus der Beobachtung oder aus den Vorgesprächen nicht erschließen ließen. Weitere für die Fragestellung relevante Aspekte, die nicht bereits im Beobachtungsprotokoll erfasst wurden, z. B. Informationen aus

Vorgesprächen mit den Entscheidungsträgern, wurden ergänzend in Gedächtnisprotokollen (Postskripts) erfasst.

Sobald eine Übergabesituation beobachtet und mindestens einmal in Anwesenheit der Forschenden aufgezeichnet und protokolliert war, konnten die Teilnehmenden nach einer kurzen Einweisung in die Funktionen des Diktiergerätes selbstständig die Tonaufnahme auch in Abwesenheit der Forschenden steuern. Gesprächspassagen, die aus verschiedenen Gründen nicht aufgenommen werden sollten, konnten sowohl in An- als auch in Abwesenheit der Forscherin durch Betätigung der Pausentaste selbstbestimmt ausgelassen werden. Anfang und Ende der Übergabe wurden so von den Studienteilnehmenden selbst definiert. Einen Überblick über die protokollierten bzw. aufgezeichneten Übergaben gibt Tabelle 8.

Tabelle 8: Übersicht aller protokollierten und aufgezeichneten Übergaben

Klinik Nr.	Übergabe Nr.	Beobachtungsprotokoll	Tonaufzeichnung
1	1	zusammengefasst	nein
	2		nein
	3		nein
	4	ja	ja
	5	ja	ja
	6	ja	ja
	7	nein	ja
	8	ja	ja
	9	nein	ja
2	10	ja	nein
	11	ja	ja
	12	ja	ja
	13	ja	ja
3	14	ja	nein
	15	ja	ja
	16	ja	ja
	17	ja	ja
4	18	ja	nein
	19	nein	ja
	20	ja	ja
	21	ja	ja
	22	ja	ja

Klinik Nr.	Übergabe Nr.	Beobachtungsprotokoll	Tonaufzeichnung
5	23	ja	nein
	24	ja	ja
	25	nein	ja
	26	ja	ja
	27	nein	ja
	28	zusammengefasst	ja
	29		ja

7.4 Vorgehen bei der Datenaufbereitung/Transkription

Das Einhalten der Orthografierregeln, das Vorwissen und die Denk- und Wahrnehmungsmuster der Transkribierenden nehmen Einfluss auf den der Forschung zur Verfügung gestellten Textkorpus. Diese Faktoren dürfen aber das Textmaterial nicht verfälschen. Beim Transkribieren sei die „Tendenz erkennbar, den gehörten Text anzupassen“ (DRESING/PEHL 2010, S. 726). Dies geschehe, um (unbewusst) einen stimmigen Text zu erzeugen und Fehler zu korrigieren. Daher musste sorgfältig abgewogen werden, ob die Transkription in Auftrag gegeben oder von eigener Hand erfolgen sollte.

Für die Transkription durch die Forschende sprach, dass manche Begriffe erst durch Kenntnis der Kontextinformationen verständlich waren. Zudem war nicht davon auszugehen, dass sich jemand, der mit der Transkription beauftragt wird, im Fachjargon der Pflege und Medizin auskennt. Dennoch wurde aus forschungsökonomischen Gründen die Transkription in Auftrag gegeben. Mit dem Anbieter wurden ein Verarbeitungsvertrag und eine Datenverarbeitungsvereinbarung geschlossen, die Befürwortung durch den Datenschutzbeauftragten der Hochschule wurde eingeholt.

Als Transkriptionsregeln wurden „wortgetreue Regeln“ vereinbart, die sich an den Regeln von DRESING/PEHL (2018) orientieren:

- ▶ wörtliche Transkription (Dialekt und Wortverschleifungen werden ins Hochdeutsche übertragen)
- ▶ Zeitmarken werden nach jedem Sprecherwechsel im MaxQDA-Format (#00:00:00-0#) gesetzt
- ▶ Halbsätze werden mit einem Schrägstrich „/“ markiert
- ▶ Stottern wird nicht transkribiert
- ▶ Füllwörter und Rezeptionssignale werden nicht transkribiert
- ▶ Pausen ab drei Sekunden werden mit „(...)“ markiert
- ▶ Unverständliche Wörter werden mit „unv.“ gekennzeichnet

(vgl. DRESING/PEHL 2018, S. 21).

Um den o. g. möglichen Fehlern zu begegnen und um eine Auseinandersetzung mit dem Tonmaterial zu ermöglichen, wurden die Transkripte von der Forschenden aufwendig korrekturgelesen und überarbeitet.

Die Anonymisierung der Daten erfolgte angelehnt an MEYERMANN/PORZELT (2014). Alle Namen wurden durch Merkmale mit vergleichbarer Bedeutung ersetzt (vgl. MEYERMANN/PORZELT 2014, S. 8), d. h., sie erhielten ein Pseudonym, das aus der Abkürzung ihrer Berufsbezeichnung plus einer Ziffer bestand. Gewählt wurden die Abkürzungen „APF“ für Altenpfleger/-innen, „GKP“ für Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, „KS“ für Krankenschwestern und -pfleger, „AZUBI“ für Auszubildende, „PA“ für Pflegehelfer/-innen, Pflegeassistentinnen und -assistenten und „SH“ für Stationshilfen, Praktikantinnen und Praktikanten, sowie studentische Hilfspersonen. Genannte Personen in den Übergaben wurden umbenannt. So wurden aus den Patientinnen/Patienten „Herr“ oder „Frau“ plus einem willkürlich gewählten Großbuchstaben. Namen von Kolleginnen oder Kollegen, die genannt wurden, aber nicht aus dem Team der Pflegenden stammten, wurden durch ihre Berufsbezeichnung in eckigen Klammern, z. B. [Ärztin], ersetzt. Kolleginnen/Kollegen aus dem Team, die genannt wurden und in der Liste der Teilnehmenden erfasst waren, erhielten ein Pseudonym. Weitere Merkmale, mit denen auf Personen Rückschlüsse gezogen werden könnten, wurden durch einen stark abstrahierenden Platzhalter ersetzt (vgl. MEYERMANN/PORZELT 2014, S. 7): Namen von Berufen wurden zu [Beruf] und von Orten wurden zu [Ort], Namen von anderen Kliniken zu [Klinik], Stationsnamen zu [Station] oder Zimmernummern zu [Nr.] usw.

Nachträglich korrigiert wurden alle „unv.“ gekennzeichneten sowie alle anders als transkribiert verstandenen Wörter und Textpassagen. Insbesondere war dies bei Fachbegriffen und Medikamentennamen sowie Abkürzungen der Fall, wobei der Forschenden ihre fachliche Expertise zugutekam, außerdem halfen die Beobachtungsprotokolle dabei, die unverständlichen Passagen durch Einordnung in ihren Kontext aufzuklären. Aufgrund der Aufnahmequalität war es in Einzelfällen nicht möglich, alles als „unv.“ Gekennzeichnete zu korrigieren.

Die transkribierten Übergaben wurden in fünf Dokumenten (siehe Tabelle 9) in MaxQDA importiert und mithilfe der Software ausgewertet.

Tabelle 9: In MaxQDA importierte Dokumente und Nummerierung der Wortbeiträge (Absätze)

Klinik	1	2	3	4	5
Dokument	Übergaben 4–9	Übergaben 11–13	Übergaben 15–17	Übergaben 19–22	Übergaben 24–29
Abätze im Dokument	1–734	1–447	1–548	1–339	1–864
Wortbeiträge pro Übergabe	Ü4: 2–127 Ü5: 129–345 Ü6: 347–381 Ü7: 383–460 Ü8: 462–710 Ü9: 712–734	Ü11: 2–233 Ü12: 235–358 Ü13: 360–447	Ü15: 2–262 Ü16: 264–418 Ü17: 420–548	Ü19: 2–23 Ü20: 25–145 Ü21: 147–210 Ü22: 211–339	Ü24: 2–94 Ü25: 96–186 Ü26: 188–330 Ü27: 332–429 Ü28: 431–662 Ü29: 664–864

7.5 Vorgehen bei der Diskursanalyse

Im ersten Schritt wurden die institutionellen Rahmenbedingungen für die Übergabegespräche ermittelt. Einbezogen wurden dabei die Auskünfte der Verantwortlichen, mit denen Vorgespräche geführt wurden. Des Weiteren wurden die Beobachtungen zu den Organisationsprinzipien ausgewertet. Schließlich wurde auch ausgewertet, in welchem Umfang die Teilnehmenden, erfasst nach Berufsgruppen, aktiv oder passiv an den Gesprächen beteiligt waren. Im nächsten Schritt wurden alle Gespräche hinsichtlich ihrer Dauer und ihrer Struktur ausgewertet. Im Einzelnen wurde dabei ermittelt, wie lang die Übergaben insgesamt waren und wie viel Zeit auf die Besprechung der einzelnen Patientinnen/Patienten durchschnittlich in Anspruch genommen wurde. Des Weiteren wurden die Gespräche in Phasen und Teilphasen untergliedert, um erkennen zu können, ob sie bestimmte typische Muster aufweisen.

7.5.1 Organisationsstruktur und Muster von Übergaben

Die Übergabegespräche in ihrer Gesamtheit wurden hinsichtlich der folgenden Aspekte ausgewertet:

- ▶ Wie ist die Raumsituation der Beteiligten?
 - Lage des Raums, in dem die Übergaben durchgeführt werden
 - Ausstattung des Raumes
 - Sitzpositionen der Beteiligten
- ▶ Mit welchen Hilfsmitteln wird die Informationsweitergabe abgesichert?
 - Verwendung von Hilfsmitteln, z. B. Dokumentationsmappen, Notizzetteln
- ▶ Wer kommt in welchem Umfang zu Wort?
 - Aktiv und passiv beteiligte Personen
 - Redeanteile von Früh- und Spätdienst
 - Redeanteile der Berufsgruppen

- ▶ Wie hoch ist der zeitliche Aufwand für die Übergaben?
 - Zeitliche Dauer der Übergaben
 - zeitlicher Aufwand bezogen auf die Anzahl der besprochenen Patientinnen/Patienten
- ▶ Wie ist die Struktur eines Übergabegesprächs?
 - Welche Gesprächsphasen und Gesprächsteilphasen lassen sich erkennen?

7.5.2 Analyse der Gesprächsphasen und -teilphasen

Die nächsten Analyseeinheiten bildeten die Gesprächsphasen *Eröffnung*, *Gesprächsmitte* und *Abschluss* (vgl. SPIEGEL/SPRANZ-FOGASY 2001, S. 1241). Hierbei wurde herausgearbeitet, was den Anfang und das Ende der Übergabe signalisiert und welche Teilphasen in der Gesprächsmitte auszumachen sind. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen ein übereinstimmendes Muster von Übergabegesprächen. Nach WALTHER (1997) weisen Übergaben wiederkehrend Phasen von Arbeits- und Privatgesprächen auf (vgl. WALTHER 1997, S. 40ff.). Die arbeitsbezogenen Gesprächsanteile in der Kernphase der Übergabe unterteilt sie in einen Teil „über Patienten“ (ebd., S. 61) und einen Teil „über Pflegegruppe und Organisatorisches“ (ebd.). LAUTERBACH (2008) stellt als „Anatomie einer Übergabe“ (LAUTERBACH 2008, S. 131) die Anteile „private Gespräche“, „Patientinnen-bezogene Informationen“, „Klinik/Organisation/Station“, „Störung“ und „sonstiges“ (ebd.) heraus. OBERZAUCHER (2014) beschreibt, dass auf die Gesprächseröffnung die Berichtsphase mit „Informationsblöcke[n] je nach Patientenzahl“ (OBERZAUCHER 2014, S. 94) folgt.

Eine weitere Untergliederung der mittleren Gesprächsphase erstreckte sich auf die Teilphasen *Patientenbezug*, *Arbeitsorganisation* und *Störungen*. Die Teilphase *Störungen* ließ sich inhaltlich nicht weiter untergliedern. Thematische Einheiten aus der Phase *Arbeitsorganisation* wurden induktiv herausgearbeitet. Diese betrafen alle in den Übergaben weitergegebenen Informationen zu organisatorischen Belangen, d. h. zur allgemeinen Krankenhaus- bzw. Stationsorganisation, zu organisatorischen Aufgaben im Rahmen von Aufnahme, Entlassung, Verlegung und Überleitung von Patientinnen/Patienten, zum Führen der Patientenakte sowie zur Organisation der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit. Die Delegation von Aufgaben an die nachfolgende Schicht gehörte ebenso dazu. Eine Übersicht der Analyseeinheiten gibt Abbildung 11.

7.6 Vorgehen bei der Inhaltsanalyse

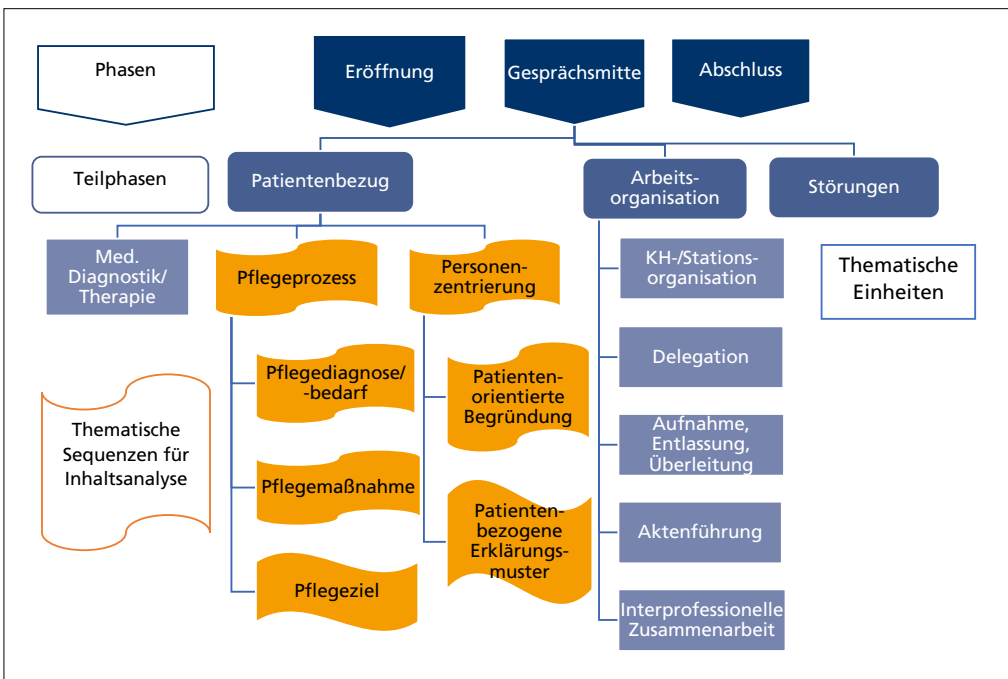
Die Teilphase *Patientenbezug* wurde inhaltsanalytisch nochmals untergliedert in thematische Sequenzen. Diese umfassen Berichte über anstehende oder vollzogene Aufgaben im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie und Themen im Rahmen des Pflegeprozesses. Induktiv konnten noch Sequenzen gefunden werden, in denen Teilnehmende Aussagen bezüglich ihrer eigenen Rolle treffen, was Fragen zur Selbstwahrnehmung beruflich Pflegenden beantwortet und gesondert ausgewertet wurde.

Auf dem Pflegeprozess als selbstständiges Handlungsfeld der Profession Pflege lag der besondere Fokus unter der Fragestellung: Wie verbalisieren Pflegende ihr Kerngeschäft? Wie

begründen bzw. diskutieren sie dessen Inhalte? Wie kommt eine personenzentrierte Sichtweise zum Ausdruck?

Die darauf bezogenen Kategorien wurden in einem deduktiv-induktiven Verfahren entwickelt und die Kategorien hierarchisch in Ober- und Unterkategorien angeordnet. Dabei stellten die in Kapitel 3 dargelegten Aspekte für professionelles Pflegehandeln die Grundlage für die Oberkategorien *Pflegeprozess* und *Personenzentrierung* dar. Die Unterkategorien *Pflegediagnose*, *Pflegemaßnahme* und *Pflegeziel* wurden ebenso deduktiv hergeleitet. Unterkategorien für *Personenzentrierung* sowie weitere Kategorien, die dem *Pflegeprozess* untergeordnet sind, wurden induktiv aus dem Textmaterial von den Codierenden entwickelt. Außerdem wurde für die weitere Unterteilung der Sequenzen, die dem *Pflegeprozess* zugeordnet werden konnten, die Klassifikation European Nursing Pathways – ENP (siehe auch Kapitel 4.5.4.3) zugrunde gelegt. Mit der Einordnung der in den Übergabegesprächen genannten Aspekte bezüglich der *Pflegediagnosen*, *Pflegeziele* und *-maßnahmen* in die jeweiligen Klassen der ENP konnte das Material weiter strukturiert und es konnten Aussagen darüber getroffen werden, welche pflegebezogenen Themen in den Übergabegesprächen wie und in welchem Umfang zur Sprache kommen.

Abbildung 11: Analyseeinheiten der Übergabegespräche



Quelle: eigene Darstellung

Die Kategorisierung der vom Erkenntnisinteresse abhängigen Bedeutungsdimensionen bedarf der Inferenz der codierenden Personen (vgl. RÖSSLER 2017, S. 128), d.h. deren Fähigkeiten, von Textinhalten auf externe Sachverhalte schließen zu können. Dieser Vorgang ist

bereits interpretierend und vom Erfahrungshorizont und der Expertise der Codierenden abhängig.

Zur Herstellung von Intersubjektivität – Objektivität kann bei interpretierenden Verfahren nicht erreicht werden – wurden die Kategorien zunächst in einer Probecodierung entwickelt und in Codierbesprechungen mit zwei weiteren Expertinnen ausdifferenziert. Auf dieser Grundlage wurde ein Codierleitfaden erstellt und von der Forschenden sowie den beiden Expertinnen für die Übergaben Nr. 11, 17 und 21 erprobt. KUCKARTZ/RÄDIKER (2022) erachten es als ausreichend, zehn bis 25 Prozent des Datenmaterials probeweise zu codieren, um eine repräsentative Auswahl zu haben (vgl. KUCKARTZ/RÄDIKER 2022, S. 134), was mit den drei ausgewählten Übergaben erreicht wurde.

Nach der Probecodierung durch die Forschende und die Expertinnen war offensichtlich, dass der angestrebte Übereinstimmungsgrad von 90 Prozent Inter-coder-Reliabilität nicht erreicht war. Es wurde die Entscheidung getroffen, in einer Codierbesprechung die codierten Textstellen gemeinsam zu prüfen und zu diskutieren, um einen Konsens zu erzielen (vgl. hierzu auch KUCKARTZ/RÄDIKER 2022, S. 137). In der Codierbesprechung wurde deutlich, dass sich die Abweichungen in der Übereinstimmung auf die Durchführung und Ergebnisse von Messungen in der medizinischen Diagnostik beschränkten. Infrage stand, ob ein physiologischer Messwert, beispielsweise die Sauerstoffsättigung im Blut, der Blutzuckerwert oder der Blutdruckwert, einen Pflegeanlass darstelle. Diese Frage wurde letztlich negativ beschieden, wengleich die damit verbundene Symptomatik oder die Ursachen einen Pflegeanlass darstellen könnten. Diese Symptomatik bzw. Ursachen (z. B. Atemnot/Dyspnoe, geringe Belastbarkeit oder Ablehnung einer angepassten Ernährung) wurden, falls in den Übergaben benannt oder beschrieben, als Pflegeanlass markiert. Der nach diesem Verfahren abgestimmte Codierleitfaden ist in Tabelle 10 dargestellt.

Tabelle 10: Codierleitfaden für Pflegeprozess und Personenzentrierung

Hauptkategorie/ Code	Subkategorie (Code in fett)	Definition	Musterbeispiele (in fett: Hinweiswörter)	Codierregel	Bemerkungen
Pflegeprozess	Pflege- diagnose/ Pflegeproblem einschließlich Ergebnisse von Pflege- assessments, Ressourcen, Ursachen und Symptomen	Alle Textpassagen, die Hinweise auf einen Hand- lungsanlass für Pflege- interventionen geben. Alle Textpassagen, die Hin- weise darauf geben, dass keine Pflegemaßnahmen erforderlich sind.	Der hatte Übelleit heute Morgen, also das erste Mal wieder ordent- lich. (Ü24, 4) Ja, der hat ja so eine Belastungs- dyspnoe aufgrund seiner Herz- insuffizienz. Das wohl auch schon Grad drei ist. (Ü24, 15)	Textstellen nehmen Bezug auf selbststän- dige Pflegeaufgaben, Vorbereitungsaufgaben bzw. Pflegeprozess einschließlich Bera- tung Codiert wird auch, wenn bei den Pati- entinnen/Patienten „nichts“ ist.	Medizinische Diagnosen bzw. Messwerte zählen nicht dazu, es sei denn, sie stellen die Ursache eines Pflegeproblems dar bzw. stehen in enger Verbindung mit der Pflegediagnose.
	Pflege- maßnahme einschließlich Begründung	Alle Textpassagen, in denen über Pflegeinter- ventionen berichtet oder diskutiert wird. Alle Textpassagen, in denen Pflegemaßnahmen evidenz- oder erfahrungs- basiert begründet werden. Es kann sich auch um einen fachlichen Aus- tausch/eine Diskussion unter den Gesprächs- partnern/-partnerinnen handeln, woraus die Ent- scheidung hervorgeht.	[...] aber er soll sitzen beim Essen . Am besten eigentlich am Tisch. (Ü24, 40) Ja, das war ja auch gestern mein Vorschlag, ihn an den Tisch zu setzen . (Ü24, 41) [...] Ist gewaschen worden heute Morgen. Verband habe ich nicht gemacht, weil [GfKP] zu mir gesagt hat, das muss nur gemacht werden, wenn das dann wirklich abfällt, weil das ja öfters gemacht wird. (Ü24, 4)	Ärztlich delegierte Auf- gaben im Rahmen von Diagnostik und Therapie zählen nicht dazu.	

Pflegeprozess (Fortsetzung)			<p>[...] Der führt konsequent ab. Der schmiert die ganze Zeit, deswegen habe ich ihm die Sondennahrung auch noch nicht rangemacht. (Ü26, 237)</p> <p>[...] und hatte ja auch // dann Zustand nach schwerer Depression Depression da noch, ja, okay. // darum muss man ihn auch ein bisschen freundlich motivieren, an den Tisch zu gehen. Aber das macht er. (Ü28, 484)</p>		
	Pflegeziel	Beschrieben wird, was mit Pflegemaßnahmen bezweckt wird bzw. wurde.	Genau, weil er sich sonst wirklich verschluckt. Also das ist die Voraussetzung damit , dass er weiter Vollkost essen darf. (Ü24, 42)	Textpassagen weisen in die Zukunft.	
Personenzentrierung	Begründung von Maßnahmen Begründung für oder gegen Maßnahmen	Es werden aus der Perspektive der zu pflegenden Menschen Entscheidungen für Pflegemaßnahmen getroffen bzw. begründet.	<p>Also wir glauben, dass der seine ganze Trauer, die er hier hat, ganz schön überspielt mit seinem Verhalten. Also der ist noch ordentlich/ Er trauert. [Kollegin] hat ihm wohl zweimal Trauerbegleitung für zu Hause angeboten. Er will das nicht, er möchte das gerne mit sich alleine // ausmachen. (Ü24, 27)</p> <p>[...] Er könnte eigentlich auch auf dem WC-Stuhl, aber dazu hatte er heute (...) leider keine Lust. Ja. Ein bisschen schwierig. (Ü28, 502)</p>	Textpassagen, aus denen hervorgeht, dass die Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme von dem zu pflegenden Menschen ausgeht.	

<p>Personenzentrierung (Fortsetzung)</p>	<p>Motivation/Erklärungsmuster</p>	<p>Es wird die (vermutete) Perspektive der Patientinnen/Patienten wieder gegeben.</p>	<p>[...] aber so ist sie aber mobil, ne? Sie kann laufen und aufstehen und so. Aber ich finde, sie ist schon sehr [...] (Ü28, 559) Sie macht das extra, um Kalorien zu verbrennen. (Ü28, 560)</p>	<p>Textpassagen, in denen wieder gegeben wird, was der zu pflegende Mensch (mutmaßlich) wünscht oder will bzw. welche Motivation er haben könnte.</p>	<p>Hierin kommen auch Textpassagen, in denen Patientinnen/Patienten Motive unterstellt werden, ohne dass das von den Betroffenen bestätigt wurde.</p>
---	---	---	---	---	---

7.7 Vorgehen bei der Wortschatzanalyse

Für die Ermittlung des Gesamtwortschatzes wurden sämtliche bedeutungstragenden Begriffe, die die Pflegenden in den Übergaben verwendet hatten, herausgearbeitet. Diese wurden im nächsten Schritt unterteilt in fachsprachliche Begriffe und umgangssprachliche Begriffe. Fachsprachliche Begriffe sind im Gegensatz zu umgangssprachlichen in ihrer Bedeutung festgelegt (HOFFMANN 2007; ROELCKE 2019). Pflegefachsprachliche Begriffe sind all diejenigen, mit denen Phänomene, Diagnosen, Maßnahmen, Methoden, Hilfsmittel, Medikamente u. a. m. eindeutig bezeichnet werden und deren Bedeutung sich auch in schriftlicher Form, beispielsweise in Terminologien oder als Konzepte in Pflgetheorien, wiederfinden. Als umgangssprachliche Begriffe werden solche verstanden, die an anderer Stelle auch als Jargon bezeichnet werden. Verstanden werden darunter Wörter, die keine schriftlich fixierte Bedeutung haben (vgl. HOFFMANN 2007, S. 18), eigentlich uneindeutig sind, sich aber im pflegerischen Kontext etabliert haben. Außerdem wurden dazu derbe Ausdrücke gezählt. Als dritte Gruppe wurden alle verwendeten Abkürzungen herausgearbeitet.

Zur weiteren Untergliederung wurde die Achsen-Struktur der ICNP herangezogen, da diese Klassifikation aufgrund ihrer sprachlichen Systematik als am besten geeignet zur Abbildung des pflegerischen Wortschatzes erschien und deren Achsen die Kategorien zur Einordnung bildeten. Alle fach- und umgangssprachlichen Begriffe wurden den Achsen der ICNP, *Focus*, *Judgment*, *Action*, *Means* und *Location* zugeordnet. Hinzugefügt wurde die Kategorie *Pflegeorganisation*, die in der ICNP nicht existiert, in die aber noch zahlreiche weitere Begriffe eingeordnet werden konnten.

8 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aus den verschiedenen methodischen Erhebungsmethoden gewonnenen Daten ausgewertet. Den Beginn macht die Darstellung der Kommunikationssituation. Auf der Mesoebene geht es zunächst um die durch Befragung der Pflegedienstleitungen erfassten Rahmenbedingungen, also die institutionellen Vorgaben oder eventuell existierenden Standards für Übergabegespräche. Ebenso zu den Rahmenbedingungen zählen die räumlichen und materiellen Gegebenheiten sowie die Anordnung der Beteiligten im Raum, die durch Beobachtungen ermittelt werden konnten. Wie sich das intraprofessionelle Team bei der Übergabe organisiert, zeigt die Auswertung der Anzahl und Berufszugehörigkeit der beteiligten Personen sowie ihrer Redeanteile in dem Zusammenhang. Schließlich wurde auch für jede der fünf untersuchten Kliniken die durchschnittliche Übergabezeit pro besprochene Patientin bzw. besprochenem Patienten berechnet.

Um die Struktur und Inhalte der Übergabegespräche geht es im Hauptteil dieses Kapitels. Den Übergang von der Meso- zur Mikroebene bildet die Darstellung der Struktur von Übergabegesprächen, wozu einzelne Phasen und Teilphasen identifiziert und beschrieben werden (siehe auch Abbildung 11) und auch, wie das intraprofessionelle Team den Beginn und den Abschluss der Übergaben gestaltet, wie es mit Störungen im Ablauf umgeht und wie die pflegerischen Aufgaben in der Übergabe organisiert werden. Auf der Mikroebene geht es um die Ergebnisse der tiefen Analyse der Übergabeinhalte mit Bezug zu Merkmalen des professionellen Pflegehandelns, insbesondere in Bezug darauf, wie der Pflegeprozess in den Übergaben wiedergegeben wird. Den Abschluss bilden die Ergebnisse der Wortschatzanalyse zusammen mit der Auswertung der auf den Pflegeprozess bezogenen Sprache in den Übergaben.

8.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Im Vorgespräch mit den Verantwortlichen aller Kliniken konnte ermittelt werden, dass es von deren Seite außer zeitlichen Vorgaben für die Übergaben keine weiteren Standards, z. B. zur Struktur oder zu den Räumlichkeiten, gab. Die Übergaben von sehr unterschiedlicher Dauer fanden stets innerhalb der letzten halben Stunde der Früh- bzw. der ersten halben Stunde der Spätschicht statt. In Klinik 1 liefen drei, in Klinik 4 und 5 zwei Übergabegespräche räumlich getrennt parallel ab. In den Kliniken 2 und 3 wurde je eine gesamte Übergabe gemacht. Die nachfolgend näher beschriebene Raumsituation ließ eine mehr oder weniger geeignete Atmosphäre für Übergabegespräche zu. Genutzt wurden sowohl Aufenthalts- als auch Besprechungsräume, die häufig noch weitere Zwecke erfüllten. Außerdem wurde auch die Stationskanzel für Übergaben genutzt, also ein Bereich, der vom Flur aus zugänglich und von diesem durch einen Tresen abgetrennt ist und hinter dem in der Regel Räume abgehen, die nur für das Personal vorgesehen sind. Die Stationskanzel ist das administrative Zentrum der Station, sie hat eine umlaufende Arbeitsplatte mit PC-Arbeitsplätzen. Nicht immer schützten die Räume, in denen die Übergaben stattfanden, vor dem Zutritt Dritter oder vor Störungen.

8.1.1 Beschreibung der Übergabesituationen

Klinik 1

Die Übergabe der ersten Gruppe (Übergabe Nr. 1) wurde auf dem **Balkon** der Station durchgeführt. Der Balkon steht den Patientinnen/Patienten der Station und den Mitarbeitenden zur Verfügung. Er ist mit einem Tisch und vier Stühlen ausgestattet. Die Beteiligten saßen um den Tisch auf dem Balkon. Der Blick vom Balkon geht auf den Vorplatz des Haupteingangs, gelegentlich trifft ein Rettungswagen ein. Der Balkon ist problemlos für jeden Menschen zugänglich und vom Flur aus durch ein Fenster und die Balkontür einsehbar. Tonaufnahmen waren aufgrund der Nebengeräusche hier nicht möglich.

Für die Tonaufnahmen wurden diese Übergaben (Übergaben Nr. 4, 6 und 8) auf die **Sitzgruppe auf dem Flur** verlegt. Dort befindet sich ein kleiner Tisch, der mit der Längsseite an der Wand steht und drei Personen Platz bietet. Ein weiterer Stuhl kann genutzt werden. Der Tisch und die Stühle stehen Patientinnen/Patienten und den Mitarbeitenden der Station zur Verfügung. Wer sich auf den nahen Balkon begeben möchte, muss nah an dem Tisch vorbeigehen. Ein PC steht an der Wand gegenüber, über ihn wird ein Radio gesteuert, das über den Zeitraum der Übergabe leise gedreht wurde. Durch die Offenheit des Raums und das gleichzeitige Laufen des Radios ist die Übergabesituation nicht als störungsfrei zu bezeichnen. Um die Qualität der Tonaufnahme zu gewährleisten, wurde darum gebeten, das Radio abzuschalten. Die Beobachterin befand sich etwas entfernt vom Tisch, war aber für alle Beteiligten sichtbar. Die Gesprächsatmosphäre wirkte sehr entspannt und fast privat.

Die zweite Gruppe von Übergaben (Übergaben Nr. 3 und 5) fand an einem Tisch im wenige Quadratmeter großen **Stationszimmer** statt. Es ist nur von der Kanzel aus zugänglich und bietet keine Einblicke vom Flur aus, damit kann die Übergabe störungsfrei stattfinden. Der kleine Tisch steht mit einer Seite an der Wand und bietet einer Person Platz; zwei weitere Stühle können platziert werden, so dass alle Beteiligten auf den Monitor sehen können, der auf dem Tisch steht. Im Stationszimmer befinden sich die Medikamentenschränke und Gebrauchsmaterialien, wie z. B. Spritzen, Kanülen und Laborröhrchen sowie Verbandmaterial. Der Raum ist mit einer Arbeitsplatte ausgestattet und wird u. a. zum Vorbereiten der Medikamente/Injektionen oder auch Blutentnahmen genutzt. Außerdem befinden sich Patientenakten, andere Dokumente und Schließfächer für das Stammpersonal im Stationszimmer. Die Beobachterin befand sich im Türeingang zwischen Kanzel und Stationszimmer, eine andere Position war aufgrund der engen Raumsituation nicht möglich. Der Raum ist bei besetzter Kanzel, was nicht durchgehend beobachtet werden konnte, vor dem Zutritt Unbefugter geschützt.

Die dritte Gruppe der Übergaben (Übergaben Nr. 2, 7 und 9) fand in einer Ecke der **Stationskanzle** statt. Die Kolleginnen/Kollegen standen oder saßen dabei vor einem der Monitore eines PC-Arbeitsplatzes. Durch die Offenheit zum Flur ist es jeder vorbeikommenden Person möglich, das Gespräch zu sehen bzw. zu stören. Kolleginnen/Kollegen, die auch in der Stationskanzle etwas zu tun haben, bildeten den bewegten und auch akustischen Hintergrund der Übergaben. Diese Übergaben wurden nicht oder zusammengefasst protokolliert.

Klinik 2

Alle beobachteten Übergabegespräche (Übergaben Nr. 10–13) fanden in Klinik 2 in einem für das Personal vorgesehenen **Aufenthaltsraum** statt. Im benachbarten Raum, der über den Flur erreichbar ist, befindet sich ein Arbeitsraum, ausgestattet mit PCs und Papierakten. Auf dem Tisch, an dem die Übergaben stattfinden, lagen Snacks, er ist umrahmt von einer Sitzecke und Stühlen. Im Raum befindet sich außerdem ein Sofa, das während der Übergaben als Taschenablage dient. Der Raum hat nur einen Zugang zum Flur und ist nicht mit der Stationskanzel verbunden. An der Längsseite des Raums ist eine Küchenzeile mit Arbeitsplatte, darauf steht eine Kaffeemaschine. Auf Nachfrage wurde bestätigt, dass der Raum auch für Arbeitspausen genutzt wird. Die Beobachterin befand sich während der Übergabe mit den Kolleginnen/Kollegen am Tisch.

Klinik 3

Alle Übergaben (Übergaben Nr. 14–17) wurden in einem Raum durchgeführt, der als **Besprechungsraum** gedacht ist. Der Raum ist verhältnismäßig groß, an seiner Stirnseite sind Fenster, vor denen zwei Schreibtische mit PC mit der Längsseite aneinander stehen. Die Kolleginnen/Kollegen bildeten einen großräumigen Sitzkreis, zum Teil in reichlicher Entfernung zu den Schreibtischen, an denen die Hauptakteure (Verantwortliche von Früh- bzw. Spätdienst) bei der Übergabe saßen. Es befinden sich Schränke mit Materialien zur Patientenversorgung und zwei Rollschränke mit Verbandmaterialien in dem Raum. Dieser ist bei geschlossener Tür nicht einsehbar und hat keine Verbindung zu dem Flur, von dem aus die Zimmer der Patientinnen/Patienten abgehen. Ein Schild auf dem Flur weist darauf hin, dass die Übergabe zwischen 13:00 und 14:00 Uhr stattfindet.

Klinik 4

Alle Übergaben (Übergaben Nr. 18–22) fanden in je zwei Gruppen parallel in zwei **Besprechungsräumen** statt, die beide von der Kanzel aus zugänglich sind. Im ersten der beiden Räume befinden sich zwei Schreibtische mit PCs an der Fensterseite, um die herum die Kolleginnen/Kollegen bei der Übergabe sitzen. Der Raum ist außerdem mit Aktenschränken, Postablagefächern und Whiteboards ausgestattet. Im zweiten Raum befindet sich ein Tisch mit sechs Stühlen, um den die Kolleginnen/Kollegen während der Übergabe sitzen. Hierin sind auch die Schließschränke für das Personal, Magnetwände und ein Drucker. Zudem ist der Raum noch mit einer kleinen Küchenzeile und Schränken ausgestattet, er dient auch als Aufenthaltsraum. In der Beobachtungssituation saß die Forscherin mit den Kolleginnen/Kollegen am Tisch.

Klinik 5

Die Übergaben in Klinik 5 (Übergaben Nr. 23–29) fanden parallel in zwei Gruppen statt. Die Teilung beruht auf der jeweiligen Fachabteilung, so dass es eine Übergabegruppe für den Bereich Innere Medizin und eine für die Geriatrie gibt. Einen übergreifenden Teil der Übergaben, für den die zuständige Person den Raum zu den jeweiligen Gruppen wechselte, bilden ausschließlich organisatorische Belange der Station. Diese Anteile wurden nicht aufgezeich-

net. Die eine Gruppe der Übergaben fand im **Personal-Aufenthaltsraum** statt. Hierin befindet sich ein großer Tisch mit Sitzgelegenheiten für ca. zehn Personen. Auf dem Tisch waren Snacks und Getränke. Eine kleine Küchenzeile, eine Pinnwand sowie Ablagefächer für private Gegenstände befinden sich ebenfalls im Raum. Der Raum ist nur von der Kanzel aus zugänglich, die Tür zur Kanzel stand bei den Übergaben offen. Die Beobachtungen der Übergaben beschränkten sich auf diesen Raum.

Die zweite Gruppe traf sich im **Büro der Stationsleitung**. Hierin befindet sich ein Schreibtisch mit PC, ein zusätzlicher Tisch und vier Sitzgelegenheiten. Die Übergaben dieser Gruppe wurden von den Teilnehmenden selbstständig aufgenommen.

Nutzung von Hilfsmitteln

In allen Übergaben konnte beobachtet werden, dass die Teilnehmenden Strategien zur Informationssicherung einsetzen. Sowohl die Kolleginnen/Kollegen aus dem Früh- als auch aus dem Spätdienst nutzten einen Papierausdruck aus dem Krankenhausinformationssystem. Hierbei handelt es sich um Software, mit deren Hilfe klinische Abläufe optimiert werden sollen. Diese Systeme werden auch für die Planung und Dokumentation genutzt. Der Papierausdruck, den die Gesprächsteilnehmenden für ihre Notizen genutzt haben, stellte eine tabellarische Liste aller Patientinnen/Patienten der Station dar. Hierin enthalten waren in allen Kliniken der Stichprobe die Kategorien Zimmernummer, Name der Patientin/des Patienten, Geburtsdatum und medizinische Einweisungsdiagnose/-n. Besondere Medikamente oder Kostformen konnten ebenfalls angegeben sein. Pflegediagnosen waren nicht Bestandteil der Tabelle. Der Codestatus DNR/DNI (*do not resuscitate/do not intubate*) war angegeben, wenn die Anordnung vorlag, keine Maßnahmen der Reanimation durchzuführen. Außerdem ließ sich aus einigen der Tabellen die Höhe des Pflegeaufwands in Zahlen bzw. Codes ablesen. Die Kliniken nutzten dafür verschiedene Schemata:

- ▶ das S-H-P-Schema (S= selbstständig, H= es wird Hilfe benötigt, P= pflegebedürftig),
- ▶ den Selbstpflege-Index – SPI (ein Punktescore zwischen 10 und 40 bezeichnet einen Grad zwischen voller Selbstpflegefähigkeit und maximal beeinträchtigter Pflegefähigkeit),
- ▶ die Einstufung in je drei Stufen nach allgemeiner (A1–A3) und spezieller (S1–S3) Pflege, wobei der höchste Wert den höchsten Pflegeaufwand abbilden soll,
- ▶ den Barthel-Index, ein Instrument zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit (MAHONEY/BARTHEL 1965), dieser verteilt Werte von 0 bis 10 in zehn Aktivitäten des Lebens. Der Punktescore bezeichnet eine weitgehende Pflegeabhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit, punktuelle Hilfsbedürftigkeit oder Selbstständigkeit.

Während der Übergaben nutzte der Frühdienst den Papierausdruck als Strukturierung des Gesprächs und las die gedruckten Parameter ab. Der Spätdienst nutzte den Papierausdruck für Notizen, vor allem für die vom Früh- an den Spätdienst weitergegebenen Arbeitsaufträge.

8.1.2 Beteiligte

Von allen Teilnehmenden, die ihr Einverständnis gegeben haben, sind 51 Personen in den Tonaufnahmen zu hören. Die verbliebenen 20 Personen nahmen an den Übergabegesprächen zwar teil, hatten aber keine Wortbeiträge. Von allen Teilnehmenden, die Deutsch nicht als

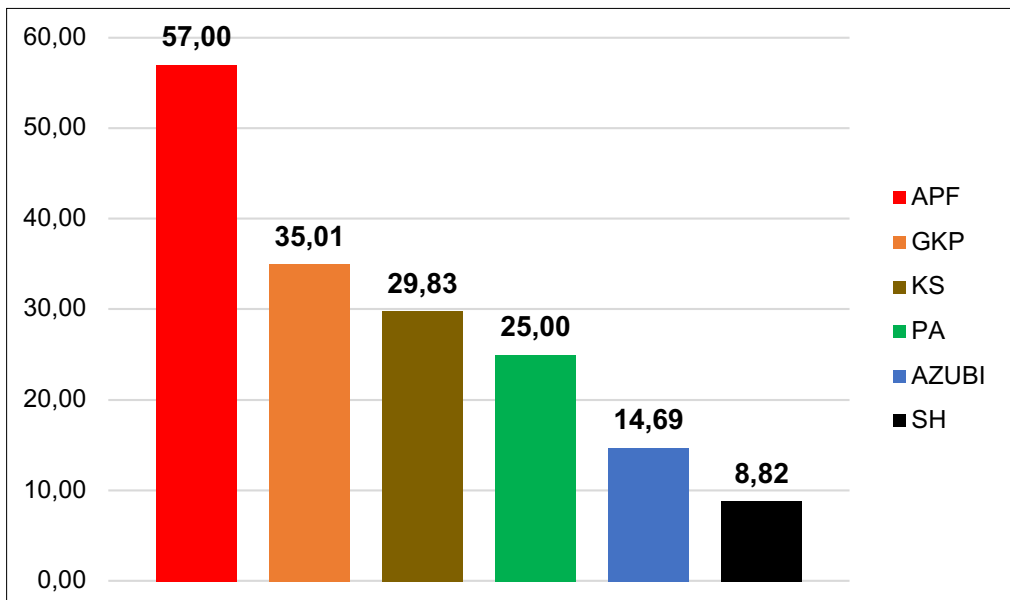
Muttersprache hatten, nahmen 78 Prozent (18 von 23) aktiv an den Übergabegesprächen teil. Zur Verteilung der aktiven/passiven Teilnahme auf die Berufsgruppen siehe Tabelle 11.

Tabelle 11: Aktiv/passiv Beteiligte nach Berufsgruppen

	Alle	KS	APF	GKP	Azubi	PA	SH
nicht zu hören	20	2	2	5	5	3	4
zu hören	51	12	8	19	6	3	3
Prozent zu hören	71,83 %	85,71 %	80,00 %	79,17 %	54,55 %	50,00 %	42,86 %

Insgesamt hatten die Beteiligten einen bis 191 Wortbeiträge bei einer bis sechs aktiven Teilnahmen an der Übergabe. Die Verteilung der Wortbeiträge pro Berufsgruppe in Relation zur Anzahl der Übergaben, an denen sie beteiligt waren, liegt in der Gruppe der APF am höchsten mit durchschnittlich 57 Beiträgen pro Übergabe, an der sie beteiligt waren. Die Gruppen der Pflegefachpersonen liegen hier ebenso vorne wie in der Übersicht in Tabelle 11. Die Auszubildenden belegen mit knapp 15 Beiträgen pro Übergabe die zweitletzte und die Gruppe SH mit knapp neun Beiträgen die letzte Position (siehe Abbildung 12).

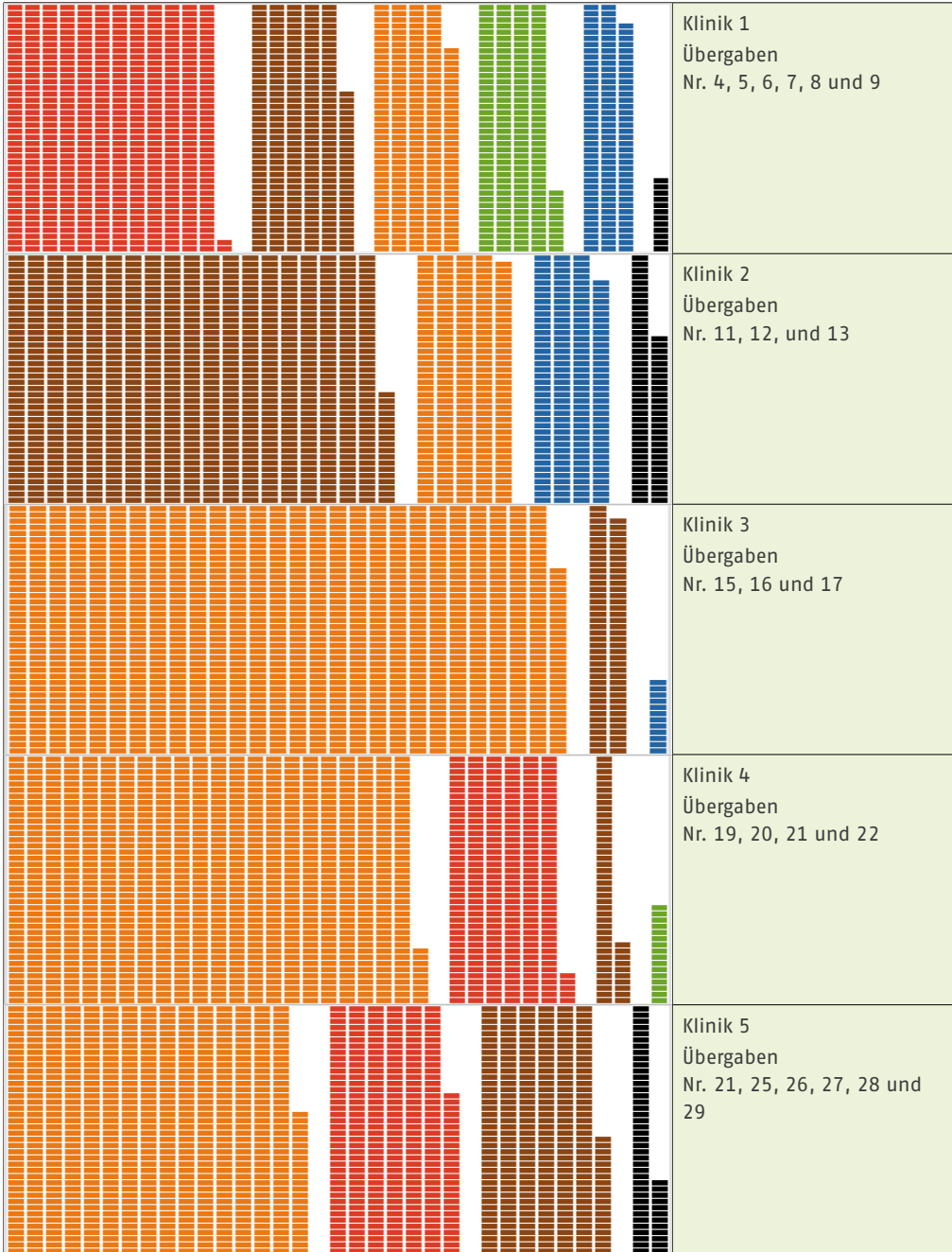
Abbildung 12: Anzahl der Wortbeiträge in Relation zur aktiven Teilnahme nach Berufsgruppe



Quelle: eigene Darstellung

Sehr unterschiedlich ist die aktive Beteiligung der Berufsgruppen pro Klinik, wie Abbildung 13 zu entnehmen ist. In Klinik 1 kommen Personen aus allen sechs Berufsgruppen zu Wort, in Klinik 4 sind SH und Azubi nur passiv teilnehmend.

Abbildung 13: Aktive Teilnahme nach Klinik und Berufsgruppe



Anm.: Rot = APF; Braun = KS; Orange = GKP; Grün = PA; Blau = Azubi; Schwarz = SH
 Quelle: eigene Darstellung, Gesprächsanteile generiert aus MaxQDA

Der Frühdienst nimmt den deutlich größeren Anteil der Übergabegespräche ein, so dass der prozentuale Anteil der Wortbeiträge zwischen dem übergebenden Früh- und dem übernehmenden Spätdienst bei durchschnittlich 79,12 Prozent (FD) zu 20,88 Prozent (SD) liegt. Die größten Abweichungen haben Klinik Nr. 4 mit 88,27 Prozent (FD) zu 11,73 Prozent (SD) und Klinik Nr. 5 mit 70,86 Prozent (FD) zu 29,14 Prozent (SD) (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Prozentualer Anteil der Wortbeiträge zwischen Früh- und Spätdienst

	Frühdienst (FD)	Spätdienst (SD)
Klinik Nr. 1	79,43	20,57
Klinik Nr. 2	78,53	21,47
Klinik Nr. 3	78,53	21,47
Klinik Nr. 4	88,27	11,73
Klinik Nr. 5	70,86	29,14

8.1.3 Zeitlicher Umfang

Alle Übergaben fanden zum Ende des Früh- bzw. zu Beginn des Spätdienstes statt. Als Zeitvorgabe galt in allen Kliniken eine halbe Stunde. Aufgrund der geteilten Übergaben in den Kliniken Nr. 1, 4 und 5 weisen die Übergaben dort eine deutlich kürzere Dauer auf, weswegen allein mit der Angabe der absoluten Dauer keine Aussage getroffen werden kann. Wohl aber kann damit berechnet werden, wie viel Zeit im Durchschnitt für die Informationsweitergabe pro Patient/-in aufgewandt wird. Hier liegen die Ergebnisse in den Kliniken Nr. 1, 2 und 4 mit etwas über einer Minute nah beieinander. Den kürzesten Zeitaufwand pro Patient/-in mit etwas mehr als einer Dreiviertelminute hat Klinik Nr. 5. Fast fünf Minuten dauert die Besprechung zu einer Patientin/einem Patienten in Klinik Nr. 3 (siehe Tabelle 13). Die durchschnittliche Dauer eines Wortbeitrags (WB) beträgt 7,94 Sekunden, die größten Abweichungen nach oben weisen die Übergaben Ü19 (27,43 Sek.) und Ü21 (17,98 Sek.) auf, beide in Klinik 4. Die kürzeste durchschnittliche Dauer eines Wortbeitrags haben Ü26 (4,31 Sek.) und Ü28 (3,25 Sek.), beide in Klinik 5. Die Beobachtungen bestätigen in Klinik 5 einen lebhaften Austausch zwischen den Pflegenden, was durch die Kürze der Wortbeiträge unterstützt wird. Aus den Beobachtungen ging des Weiteren hervor, dass die Übergaben in Klinik 3 mit dem höchsten durchschnittlichen Zeitaufwand pro Patient/-in in der Hauptsache die medikamentöse Therapie zum Thema hatten und dass viel Zeit darauf verwendet wurde, dass sich der Spätdienst die Medikation trotz deren Dokumentation in der Patientenakte handschriftlich auf einem Notizzettel notiert hat.

Tabelle 13: Zeitaufwand in den Übergaben pro Patient/-in

Übergabe Nr.	Klinik	Anzahl WB	Netto-Dauer in Sek. (letzte Zeitmarke im Transkript)	Ø Dauer eines WB	Anzahl der genannten Patientinnen/ Patienten	Dauer pro Pat. in Sek.	Ø Dauer pro Pat. in Sek.
4	1	125	749	5,99	14	53,50	63,19
5		216	1.378	6,38	11	125,27	
6		34	340	10,00	7	48,57	
7		77	712	9,25	15	47,47	
8		248	857	3,46	11	77,91	
9		22	1.65	7,50	5	33,00	
11	2	231	1.171	5,07	16	73,19	65,25
12		123	837	6,80	14	59,79	
13		87	816	9,38	13	62,77	
15	3	260	1.849	7,11	6	308,17	267,09
16		154	1.028	6,68	5	205,60	
17		128	1.150	8,98	4	287,50	
19	4	21	576	27,43	15	38,40	61,15
20		120	778	6,48	13	59,85	
21		63	1.133	17,98	12	94,42	
22		128	675	5,27	13	51,92	
24	5	92	716	7,78	14	51,14	46,75
25		90	681	7,57	17	40,06	
26		142	484	3,41	11	44,00	
27		97	519	5,35	13	39,92	
28		231	750	3,25	13	57,69	
29		200	715	3,58	15	47,67	

8.1.4 Der Wortschatz in den Übergaben

Der Wortschatz der Pflegenden in den Übergabegesprächen zeichnet sich durch eine Mischung aus Fach-, Allgemein- und Umgangssprache sowie eine Vielzahl von Abkürzungen aus. Nach der Eliminierung bedeutungsloser Begriffe und Füllwörter verblieben ca. 1.100 Wörter, die eingeordnet werden konnten. Alle Begriffe, bis auf die Abkürzungen, wurden nach den Achsen der ICNP folgendermaßen geordnet:

- ▶ Fachbegriffe im Zusammenhang mit pflegerelevanten Themen (*Focus*)
- ▶ Fachbegriffe im Zusammenhang mit Beurteilung, Ausprägung (*Judgment*)
- ▶ Fachbegriffe im Zusammenhang mit Handeln (*Action*)
- ▶ Fachbegriffe im Zusammenhang mit Mitteln und Methoden (*Means*)
- ▶ Fachbegriffe im Zusammenhang mit Lokalisation (*Location*)
- ▶ Fachbegriffe im Zusammenhang mit Pflegeorganisation (keine Achse der ICNP)
- ▶ Umgangssprache im Zusammenhang mit Beurteilung, Ausprägung (*Judgment*)
- ▶ Umgangssprache im Zusammenhang mit Handeln (*Action*)
- ▶ Umgangssprache im Zusammenhang mit Lokalisation (*Location*)
- ▶ Umgangssprache im Zusammenhang mit Mitteln und Methoden (*Means*)
- ▶ Umgangssprache im Zusammenhang mit Pflegeorganisation (keine Achse der ICNP)

Außerdem wurden alle Abkürzungen herausgearbeitet, aber ohne Zuordnung aufgelistet. Die gesamte Übersicht, alphabetisch sortiert, befindet sich im Anhang.

Die der Fachsprache zugeordneten Begriffe zeichnen sich dadurch aus, dass sie präzise Gegenstände beschreiben und eine definierte Bedeutung im Handlungsfeld haben, so dass sichergestellt ist, dass alle Gesprächsbeteiligten das Gleiche verstehen. Diese Begriffe finden sich auch in der Regel in Terminologien oder Wörterbüchern wieder. Vor allem auf der Achse Pflegerelevante Themen (in der ICNP als *Focus* bezeichnet) entstammen die meisten Begriffe der Medizin, darunter zahlreiche Diagnosen, die auch in Diagnoseklassifikationen definiert sind. Des Weiteren finden sich Begriffe, die auch allgemein gebräuchlich sind und in der Regel in deutscher Sprache vorkommen. Vereinzelt finden sich hier Begriffe, die auf pflegetheoretischen Konzepten beruhen. Dazu gehören z. B. Angst, Hinlauftendenz, Kontraktur, Sturzgefahr oder Ressourcen.⁸

Auf der Achse Ausprägung (*Judgment*) sind deutlich mehr deutsche oder allgemeinsprachliche Begriffe. Es handelt sich meist um Adjektive, mit denen beispielsweise Symptome, das Aussehen einer Wunde oder die Schwere einer Erkrankung näher beschrieben werden. Typisch für die Pflege taucht hier das Wort *adäquat* auf. Damit soll die Ausprägung einer demenziellen Erkrankung verdeutlicht werden. Zur Demenz gehört, sich nicht mehr situationsangemessen verhalten oder kommunizieren zu können. Wenn Pflegenden sagen, jemand sei zur Situation *adäquat*, soll das bedeuten, dass die Demenz (noch) nicht so stark ausgeprägt ist.

Begriffe in der Kategorie Handeln (*Action*) bezeichnen das Verhalten von Patientinnen/Patienten. Hier handelt es sich ausschließlich um Begriffe, die auch in der Allgemeinsprache vorkommen, im pflegerischen Kontext aber eine besondere Bedeutung haben können. Hierzu zählt beispielsweise klingeln.

Auf der Achse Mittel und Methoden (*Means*) sind zahlreiche Pflegeinterventionen und medizinische Therapien und diagnostische Verfahren angegeben. Zudem sind auf dieser Achse alle in den Übergaben genannten Hilfsmittel aufgelistet.

Die Fülle an Wörtern in der Kategorie Pflegeorganisation zeigt, in welchem Umfang organisatorische Belange in den Übergaben besprochen werden. Auf dieser Achse befinden sich

⁸ Alle Zitate und typisches Vokabular aus den Übergabegesprächen sind im Fließtext durch eine eigene Schriftart, aber unter Verzicht auf Anführungszeichen kenntlich gemacht.

zahlreiche Begriffe aus dem Entlassungs- und Überleitungsmanagement, verschiedene Versorgungsbereiche und Versorgungsformen (24-Stunden-Betreuung, palliative Versorgung) sowie Berufsbezeichnungen von weiteren Personen, die in die Versorgung eingebunden sind.

Die der Kategorie Umgangssprache zugeordneten Begriffe aus den Übergaben sind solche, die in der Regel nicht in schriftlicher Form existieren oder sich durch fehlende Präzision auszeichnen. Auf der Achse Ausprägung (*Judgment*) sind Adjektive zu finden, die ungenau sind, oder es handelt sich um grammatisch falsch gesteigerte Superlative bzw. Ausdrücke, mit denen übertrieben große Ausprägungen kenntlich gemacht werden, z. B. krankest, massivst, reichlichst. Sowohl die umgangssprachlichen Begriffe auf der Achse Handeln (*Action*) als auch auf der Achse Mittel und Methoden (*Means*) könnten in großer Zahl zu den „denkwürdigen“ Begriffen (ABT-ZEGELIN/SITZMANN 2006) gezählt werden. Gerade die technischen Begriffe wie einlaufen, Einfuhr, Ausfuhr, bewässern, Voll- oder Teilwäsche könnten nochmal unter der Fragestellung, welches Menschenbild damit transportiert wird, einer ethischen Reflexion unterzogen werden. Im Übrigen könnte auch der Begriff lagern dazu gezählt werden. Dieser wurde bei den Fachbegriffen eingeordnet, da er schriftlich definiert ist und es auch Wortkombinationen damit gibt, wie beispielsweise Lagerungskissen. Der Begriff Lagerung wird auch in der einschlägigen Literatur verwendet, kommt auch bei Protokollformularen (Lagerungsprotokoll) und im Zusammenhang mit Hilfsmitteln (Lagerungshilfen) vor. In der Alltagssprache werden Lebensmittel oder Geräte gelagert, damit sie einen festen Platz haben und nicht verderben. Im Zusammenhang mit Menschen wird dieser Begriff nur in der Pflege verwendet. Es wäre hier eine ethische Reflexion darüber anzuregen, ob mit diesem Begriff Menschen zu passiven Objekten gemacht werden und inwieweit das mit dem Anspruch einer aktivierenden und personenzentrierten Pflege vereinbar ist.

Auf der Achse Lokalisation (*Location*), wo Bezeichnungen für Körperteile bzw. Verortungen am menschlichen Körper aufgelistet sind, fällt auf, dass es hier vor allem der Intimbereich ist, der mit Umgangssprache benannt wird. Auch wird die Körperpflege in obenrum und untenrum unterteilt. Viele dieser Begriffe werden trotz fehlender Definition von den Gesprächsbeteiligten verstanden, was nur auf deren berufliche Sozialisation zurückgeführt werden kann. Ein typisches Beispiel hierfür stammt aus Ü16: die Viggo ist para gelaufen. Nur Personen, die aus der Pflege oder Medizin kommen, würden darunter verstehen, dass eine Infusionslösung nicht wie vorgesehen durch die venöse Verweilkanüle in, sondern neben die Vene (paravenös) gelaufen ist.

Ebenso wie die Umgangssprache können auch Abkürzungen nur im Pflege- bzw. Medizinkontext verständlich sein. Einige Abkürzungen sind allgemein geläufig, beispielsweise EKG. Andere wiederum sind kontextabhängig, beispielsweise Gastro-, was im medizinischen Kontext auf -skopie oder auf -stomie enden kann. Das Abkürzen von Wörtern kann auch ein Risiko darstellen, wenn nicht das verstanden wird, was gemeint ist. Werden Medikamente unter Weglassung des Wortendes (= Apokope) abgekürzt, kann das zu Verwechslungen führen, z. B. Dipi, was auf -dolor (ein Schmerzmittel) oder -peron (ein Neuroleptikum) enden könnte und sehr unterschiedliche Wirkungen hat. Abkürzungen können auch im selben Kontext doppeldeutig sein, wie das folgende Beispiel zeigt, in dem die Abkürzung ASE verwendet wird. Aus pflegerischer Perspektive würde die ASE im Zusammenhang mit Atembeschwerden als *Atemstimulierende Einreibung* verstanden. Ganz anders verhält es sich in Ü15, in der mit

ASE drei verschiedene Präparate zum Inhalieren (Atrovent®, Salbutamol®, Emser®) gemeint sind.

1. Beispiel

GKP6: Also noch einmal mit ASE inhalieren?

GKP7: Genau, also nur mit S und A.

GKP6: Ah, nur S und A.

GKP7: Die bekommt, sie bekommt ja kein Emser.

(Ü15, 201–204)⁹

Ein ähnliches Beispiel ist die oft verwendete Abkürzung Reha (für Rehabilitation), die ausgesprochen mit Rea (für Reanimation) verwechselt werden kann, ebenso wie Int einmal Intensivstation und ein anderes Mal Intubation bedeutet. Viele Wortbedeutungen erschließen sich erst aus dem Kontext.

8.2 Gestaltung der Phasen und Teilphasen von Übergaben

Alle untersuchten Übergabegespräche weisen eine ähnliche Struktur auf. Als Phasen und Teilphasen können identifiziert werden

- ▶ *Eröffnung* der Übergabe
- ▶ Gesprächsmitte
 - Unterbrechungen
 - *Störungen* von außen
 - *Privatgespräche*
 - *Arbeitsorganisation*, d. h. Anteile, die die Organisation der Station betreffen
 - Organisatorische Belange mit Bezug zu Patientinnen/Patienten
 - Organisatorische Belange nur auf Stationsabläufe bezogen
 - *Patientenbezug*, d. h. Anteile, in denen über Patientinnen/Patienten gesprochen wird
 - *Selbstauskunft*, d. h. Informationen, mit denen Pflegende Aussagen über sich selbst treffen
- ▶ *Abschluss* der Übergabe

Während die Eröffnung und der Abschluss der Übergaben relativ eindeutig zu identifizieren sind, weist die Gesprächsmitte eine hohe Komplexität auf. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass initiiierend eine Patientin bzw. ein Patient, mit der oder dem die Übergabe beginnen soll, thematisiert wird. Außer Angaben zu deren persönlicher Situation werden auch darauf bezogene organisatorische Angelegenheiten besprochen, die dann im weiteren Verlauf des Gesprächs von der Patientin/vom Patienten wieder weglenken können und sich dann nur noch auf organisatorische Belange der Station beziehen, so dass sich diese Phasen überlappen. Die Reihenfolge in der die Patientinnen/Patienten besprochen werden, ist ein wiederkehrendes Ritual, dessen Missachtung entsprechende Reaktionen hervorruft.

⁹ Ü + Nr. bezeichnet die Nummer der Übergabe, die Zahl dahinter entspricht der von MaxQDA vergebenen Absatznummer des Wortbeitrags im jeweiligen Dokument.

2. Beispiel

GKP7: Gut. (...) (blättert) Der Herr L., Zimmer [Nr.]

KS6: Herr B.?

GKP7: Bitte?

KS6: Herr B.?

GKP7: Herr B. ist (...), der kommt nach dem Herrn L., oder?

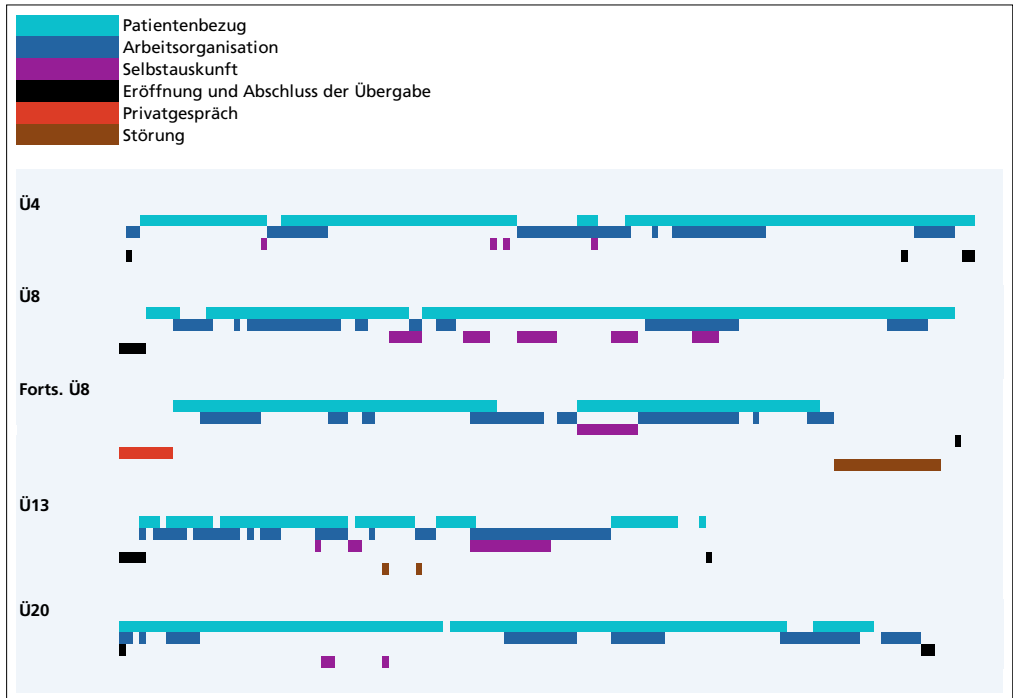
GKP5: // Nein.

GKP6: Nein, vor.

GKP7: Nein, davor? // Ups. Also dann machen wir erst den Herrn L., dann machen wir den Herrn B.

(Ü16, 317–324)

Störungen – in Form von Telefonklingeln oder dem Erscheinen einer an der Übergabe nicht beteiligten Person – lösen eine längere Unterbrechung der Übergabe aus, nach der die Übergabe wieder an der unterbrochenen Stelle ansetzend fortgesetzt werden muss. Private Gespräche unterbrechen auch den Ablauf einer Übergabe, kommen aber in den untersuchten Gesprächen so gut wie gar nicht vor. Diesbezüglich wurde nur erfasst, ob es überhaupt solche Sequenzen gibt, nicht aber, welchen Inhalt diese haben, denn das bildet weder Gegenstand der Untersuchung noch wurde das mit den Teilnehmenden vereinbart. Es wurden auch Sequenzen identifiziert, in denen die betreffenden Personen selbstreferenzielle Aussagen in Bezug auf ihre eigene Rolle als Pflegefachperson bzw. Auszubildende/-r treffen. Diese waren entweder in die Teilphase *Arbeitsorganisation* oder die Teilphase *Patientenbezug* eingebunden. Die Inhalte solcher Aussagen erschienen vor dem Hintergrund der Fragestellung relevant, weswegen sie hier gesondert betrachtet werden (siehe Kapitel 8.3.3). Typische Muster von Phasenverläufen sind anhand der Übergaben Ü4, Ü8, Ü13 und Ü20 in Abbildung 14 exemplarisch dargestellt.

Abbildung 14: Phasenverlauf von Übergabegesprächen

Quelle: eigene Darstellung

8.2.1 Eröffnung und Abschluss der Übergabe

Den Beginn markiert die Zusammenkunft der Teilnehmenden im Besprechungsraum und häufig eine wortlose, körpersprachliche Zustimmung, dass die Übergabe beginnen kann. So erscheint die verbale Eröffnung der Gespräche oft unvermittelt. Der Beginn wird vereinbart mit signalisierenden Hinweisworten (loslegen, anfangen) bzw. einer Frage und einer zustimmenden Antwort.

3. Beispiel

APF8: (...) Also ich fange in der [Nr.] an.
(Ü20, 25)

AZUBI5: Soll ich dann anfangen?

GKP2: Ja.
(Ü 11, 2–3)

Das Ende der Übergaben wird in allen Übergabegesprächen mit den entsprechenden Hinweisen deutlich gemacht. Es wird sich rückversichert, nichts vergessen bzw. die Übergabezeit eingehalten zu haben, oft bedanken sich die Kolleginnen/Kollegen der Spätschicht bei der Frühschicht für die Informationen, es werden Worte des Abschieds verwendet, verbunden mit dem Wunsch nach einem ruhigen Dienst für die Spätschicht.

4. Beispiel

GKP19: Das denke ich, das habe ich alles jetzt zusammengefasst.

GKP21: Gut.

(Ü21, 197–198)

GKP7: Gut. Sonst habe ich nichts mehr.

GKP6: Danke schön.

GKP7: Bitte schön.

(Ü16, 416–418)

GKP7: Fast eine Punktlandung.

GKP6: Ja, ich glaube, es ist auch genau dreißig Minuten.

GKP7: (lacht) Echt? Ja, läuft.

GKP6: Okay, danke.

GKP7: Gerne doch, gerne doch. Ich hoffe, ich habe nichts vergessen.

(Ü15, 238–242)

8.2.2 Kommunikative Bearbeitung von Störungen

Während einiger Übergaben war die Patientenklingsel zu hören, was die Übergabe aber in der Regel nicht unterbrochen hat. Mit Hinweisschildern an den Stationskanzeln oder den Besprechungsräumen wurden Patientinnen/Patienten und Besucher/-innen darauf aufmerksam gemacht, wann die Zeit der Übergabe ist, damit die Übergaben störungsfrei ablaufen konnten. In drei Kliniken waren die Übergaben so organisiert, dass eine oder mehrere Kolleginnen/Kollegen die Sicherung der Stationsabläufe außerhalb der Besprechung wahrnahmen. In sieben der aufgezeichneten Übergaben kamen trotzdem Störungen vor. Es handelte sich entweder um das Klingeln des Telefons, das eine der an der Übergabe beteiligten Personen bei sich trug, oder um die Störung durch eine Kollegin/einen Kollegen, welche/-r eine Information benötigte. Die folgenden Beispiele zeigen zwei unterschiedliche Umgangsweisen mit Störungen durch Telefonanrufe.

5. Beispiel

Das Telefon klingelt, KS5 nimmt den Anruf entgegen:

KS5: [KS5], (...) ja, ja, die ist negativ, aber wir sind jetzt gerade in der Übergabe. (...) Viertelstunde? (...) Ach so, nein, nein, die ist negativ. (...) Ja, ciao.

(Ü11, 15)

Das Telefon klingelt erneut, KS5 spricht weiter:

KS5: Die Frau Dings kann abgeholt werden, die Frau / Muss jetzt, (...)

(Ü11, 119)

KS5 nimmt den Anruf entgegen:

KS5: [Station, KS5]. (...) Ja, das dauert jetzt leider noch einen Moment, wir sind mitten in der Übergabe. Ciao.

(Ü11, 119)

Das Telefon klingelt erneut, KS5 spricht weiter:

KS5: Ah jetzt geht es weiter im Text.
(Ü11, 213)

KS5 nimmt den Anruf entgegen:

KS5: [KS5] (...) Nein. Ja, gut, okay. Bitte, ciao. Wie gesagt, Herr K. kann runter. Herr K. kann runter.
(Ü11, 213)

KS5 nimmt den Anruf entgegen, stellt aber klar, dass die anrufende Person in der Übergabe stört und damit eine Regelverletzung begeht. In ihrer Reaktion ist sie sehr kurz angebunden, um das Telefonat zügig zu beenden, sorgt aber trotzdem dafür, dass das organisatorische Anliegen bearbeitet wird. Anders verhält sich GKP2 in Ü13. Auch hier stört ein Anruf den Fortgang der Übergabe. GKP2 gibt der anrufenden Person aber nicht zu verstehen, dass sie die Übergabe stört. Im Ergebnis sorgt auch GKP2 dafür, dass das organisatorische Anliegen bearbeitet wird.

6. Beispiel

GKP2 nimmt den Anruf entgegen:

GKP2: Hi, [Name]. (...) Zum Echo? Okay. (...) Bitte? (...) Nein, die ist eine junge Patientin. 2003 geboren. EBV. Nein, die ist schlank, glaube ich. EBV und so, ne? Und Belastungsdyspnoe bei Covid. Zustand nach/ Ja, ich schicke die runter. Nur die erstmal? (...) Okay, alles klar. Ja, bitte, bitte.
(Ü13, 404)

8.2.3 Kommunikation im Rahmen von Arbeitsorganisation

Der Teilphase *Arbeitsorganisation* wurden Textpassagen zugeordnet, die sich auf die Organisation von Aufnahme, Entlassung, Verlegung und Überleitung sowie die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit beziehen. Außerdem wurde die Delegation von Aufgaben vom Früh- an den Spätdienst sowie die Organisation ärztlich angeordneter Maßnahmen einbezogen. Organisatorische Aspekte, die sich unabhängig von Patientinnen/Patienten auf Stations- oder Krankenhausabläufe beziehen, wurden ebenfalls eingeschlossen.

Aufnahme, Entlassung, Verlegung, Überleitung

Verlegung, Überleitung oder Entlassung sind Themen, in denen es um die Organisation eines Ortswechsels von Patientinnen/Patienten und die Sicherstellung der Informationsweitergabe und der weiteren Versorgung geht. Die Pflegenden sind damit beauftragt, für die Verlegung von Patientinnen/Patienten innerhalb des Krankenhauses, für die Überleitung in eine andere Einrichtung oder für die Entlassung diverse Verwaltungsakte durchzuführen, wie z. B. das Vervollständigen der Patientenakte (Kurve), die Aktualisierung der Einschätzung von Pflegebedürftigkeit (Barthel), oder dafür zu sorgen, dass die Patientinnen/Patienten einen Arztbrief, einen Überweisungs- oder einen Transportschein erhalten.

7. Beispiel

GKP19: Der Herr B. wird morgen auch entlassen. Braden Dekubitus-Skala, Barthel, alles haben wir schon fertig gemacht. Transport haben wir noch nicht bestellt, weil, wir haben noch keinen Arztbrief, da weiß ich nicht, wann der wird abgeholt. Deswegen das/ eventuell, falls, habt ihr Arztbrief, könnte man schon Transport bestellen // für ihn.

GKP21: Ja, okay. // Er geht nach Hause?

GKP19: Der geht nach Hause. Er hat auch keinen Pflegedienst.

(Ü21, 176–178)

Für die Patientinnen/Patienten gibt es verschiedene Möglichkeiten, den Ortswechsel vorzunehmen. Wer entlassen wird, geht nach Hause, wird abgeholt oder erhält einen Transport im Liegen oder Sitzen.

8. Beispiel

KS2: Frau Z., die wird am Montag entlassen. Ich habe einen Verlegungsbericht geschrieben, KTW sitzend ist bestellt,

APF5: Super.

KS2: Zettel ist ausgedruckt, also nicht KTW, sondern LMW sitzend.

APF5: Ja.

(Ü8, 599–602)

Die Themen im Zusammenhang mit der Entlassung sind neben der Organisation abschließender Untersuchungen und anderer Verwaltungsakte auch die Sicherstellung der häuslichen Versorgung durch Angehörige oder durch einen Pflegedienst und mit den erforderlichen Hilfsmitteln. Das Krankenhaus können Patientinnen/Patienten verlassen, sofern sie keine Zu- oder Ableitungen mehr haben.

9. Beispiel

APF9: Herr B., dem habe ich jetzt gerade alles gezogen. Der geht.

GKP12: Ach so, also auch der Perfusor und so ist ab?

APF9: Alles ab.

(Ü24, 49–519)

GKP9: Und er soll also ambulanten Pflegedienst haben und die [Kollegin vom Sozialdienst] organisiert das.

GKP5: Und er soll jetzt auch ein Heimsauerstoffgerät bekommen?

GKP9: Genau, genau. Der Mobil-Sauerstoff, das muss sie noch [Kollegin vom Sozialdienst] organisieren. Und wenn also das Sauerstoffgerät zu Hause ist, dann er kann gehen.

GKP5: Okay.

GKP9: Und wir sollen noch mal also abklären, was ist mit seinem BDK? Soll er also von hier diesen BDK mitbringen? Oder sollen wir also vom Krankenhaus so Blasendauerkatheter herausziehen? Das ist noch halt die Frage.

(Ü17, 422–426)

Probleme mit der Entlassung tauchen dann auf, wenn die häusliche Versorgung durch einen Pflegedienst von der Patientin/dem Patienten abgelehnt wird oder die Pflege durch Angehö-

rige nicht gewährleistet werden kann. Die folgenden Beispiele zeigen, wie Bedenken von den Pflegenden geäußert werden, sie diese aber nicht spezifizieren. Die Organisation der Weiterversorgung liegt dann offenbar nicht mehr in der Hand der Pflegenden, sondern wird an den Sozialdienst weitergegeben, oder es wird ein Arztgespräch geführt.

10. Beispiel

KS5: die häusliche Versorgung steht da noch im Raum. Ich glaube nicht, dass die Söhne mit dem alleine zu Hause zurechtkommen. Die sind beide tagsüber arbeiten, und was der tagsüber anstellt, weiß ich nicht. Dann ist der nass, dann ist dies, dann ist das, dann ist jenes. Also ich bin der Meinung, der müsste irgendwo hin, wo er gut versorgt wird.

GKP3: Deswegen ist der Sozialdienst auch angemeldet // wahrscheinlich.

KS5: Genau.

(Ü12, 284–286)

GKP7: So, dann Zimmer [Nr.], der Herr B. Wichtig: Bei dem heute ist um 15 Uhr das Arztgespräch. Der [Arzt] weiß Bescheid. Der kommt dann auch, weil die Frau ist da, und der Sohn soll per Telefon dazugeschaltet werden. Wie das jetzt eben weitergeht, mit dem/ das weitere Prozedere.

(Ü15, 38)

Wird über die Aufnahme einer neuen Patientin/eines neuen Patienten gesprochen, dann kommen diese, oder die Station bekommt eine/-n neue/-n Patientin/Patienten. Aufnahme, Neuaufnahme und Zugang bedeuten in diesem Fall das Gleiche. Die Patientinnen/Patienten kommen aus einer anderen Einrichtung oder vom Haus. Um eine Neuaufnahme zu vermeiden, werden Betten gesperrt. Im Gegensatz dazu sind Betten oder Zimmer frei, es hat eine Schlussdesinfektion stattgefunden oder die Zimmer wurden gereinigt, damit neue zu pflegende Menschen aufgenommen werden können. Geht es um die Übernahme einer Patientin oder eines Patienten aus einer anderen Einrichtung oder aus einem anderen Krankenhausbereich, wird in einigen Übergaben die mangelnde Informationsweitergabe angesprochen. Wie die folgenden Beispiele zeigen, ist diese so unvollständig, dass die Pflegenden die Entscheidung treffen, sich selbst zu vergewissern, sich auf die Aussagen des betroffenen Patienten zu verlassen, um diesen Informationsmangel auszugleichen, oder sie nehmen es hin, über relevante Sachverhalte im Unklaren zu bleiben.

11. Beispiel

GKP22: Genau. In der [Nr.] haben wir die Frau L. heute bekommen aus [Ort]. Die kommt von der Chirurgie. Hat eine Schenkelhalsfraktur rechts nach einem Sturz. OP war am [Datum]. Die hatte einen Zustand nach Covid.

APF8: [Datum] oder [Datum]?

GKP22: Hier steht [Datum] tatsächlich, oder? Hat sich // jemand verschrieben.

APF8: Wahrscheinlich Zustand nach/

GKP22: Wir gucken einfach nach, ob Fäden drin sind oder nicht.

(Ü20, 128–132)

KS2: Herr M., der ist heute gekommen, von der ... vom Konsil zurückgekommen, Uniklinik [Ort], wegen seiner Kieferfraktur. Der scheint, also er sagte selber: „Ich habe leider keine Papiere bekommen.“ Er sagt „Aber, die sagen, es sei sehr gut verheilt“.

APF5: Okay.

(Ü8, 497–498)

APF8: Frau D., da war ja keine Therapie-Begrenzung. Da war ja die Reanimation fraglich gewesen. Die [Kollegin] hat sich das dann heute Nacht durchgelesen. Also die ganzen neuen Unterlagen. Es ist so, dass das alles so ein bisschen schwammig ist. Also geht gar nicht heraus, wann das war, ob das überhaupt war. Der Zeitraum ist unklar. Wurde heute Morgen so kommuniziert.

GKP22: Ja, das ist gestern Mittag schon rausgekommen.

(Ü20, 25–26)

Des Weiteren wird in der Übergabe problematisiert, wenn eine Verlegung aus verschiedenen Gründen nicht stattfinden kann. Hierbei handelt es sich um noch ausstehende Untersuchungen, um fehlende Kapazitäten der übernehmenden Einrichtung oder die fragliche Kostenübernahme. Offenbar sind im folgenden Beispiel die Pflegenden die Ablehnung der geriatrischen Einrichtung (Geriatric) gewohnt und geben die weitere Organisation an den Sozialdienst weiter.

12. Beispiel

GKP9: Und bei ihm wurde Geriatric [Ort] angemeldet. Und dann, die Geri [Ort] ist abgesagt.

KS6: Abgelehnt, ja.

GKP5: Das wundert // mich nicht.

GKP9: Ja, abgelehnt. //

GKP5: Okay.

GKP9: Und jetzt ist der Plan, wir suchen/ also die [Kollegin vom Sozialdienst] sucht wahrscheinlich ambulanten Pflegedienst.

(Ü17, 493–504)

Delegation von Aufgaben an die übernehmende Schicht

Hier geht es darum, Arbeitsaufträge an den Spätdienst zu erteilen, dazu auch die Arbeit, die nicht im Frühdienst geschafft wurde. Es werden Aufgaben im Rahmen der Diagnostik oder Therapie delegiert, aber auch Dokumentationsaufgaben. Auffällig ist hier die häufig anzutreffende Unklarheit und Unsicherheit, mit der delegiert wird. Es werden in diesem Zusammenhang relativierende Begriffe (irgendwie, vielleicht, eigentlich) bzw. Konjunktive von Modalverben gebraucht, wodurch der Arbeitsauftrag Vorschlagscharakter bekommt. Manche Arbeitsaufträge sind diffus. Die Entscheidung zur Übernahme der Aufgaben scheint dem Spätdienst überlassen zu werden.

13. Beispiel

APF4: Vielleicht müsste man die mal wiegen. Weil ich habe die am Wochenende, glaube ich, gewogen. Damit wir so einen Vergleich haben.

APF1: Ah, bei // wem?

APF4: Morgen //

PA2: Frau // Z.

APF4: wiege // ich die Frau // Z.

(Ü5, 230–234)

KS2: Die sollte eigentlich abgeführt werden.

APF5: Abführen. Ich gucke mal // gleich,

KS2: Danke. //

APF5: was da so im Bedarf ist. Oder auch nicht. Hat sie mehrere Tage nicht mehr?

KS2: Ich habe keine Ahnung, mir ist nur gesagt worden, sie sollte eigentlich heute ein Zäpfchen kriegen, aber das ist heute morgen wieder so untergegangen, durchgegangen.

APF5: Okay.

KS2: Es tut mir ja wirklich sehr leid.

APF5: Okay.

(Ü8, 670–677)

Hinzu kommt, dass sich der Frühdienst aufgrund wahrgenommener Arbeitsbelastung zur Delegation an den Spätdienst gezwungen sieht, so dass die Delegation im Zusammenhang mit einer Entschuldigung formuliert wird. Der Spätdienst gibt in solchen Fällen eine entlastende Antwort wie alles gut, schon gut oder alles okay.

14. Beispiel

GKP7: Das habe ich vergessen, das tut mir leid. Ich habe sonst an alles gedacht.

GKP6: Alles gut.

GKP5: Dafür gibt es uns noch, den Spätdienst.

(Ü15, 251–252)

Organisation der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit

Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit spiegelt sich in Äußerungen wider, in denen die Pflegenden darüber sprechen, dass die Kommunikation mit der Ärztin bzw. dem Arzt aufgenommen werden muss, um bestimmte Sachverhalte in Erfahrung zu bringen oder weiterzugeben. Es wird von den Pflegenden über die Tätigkeiten von anderen Berufsgruppen im Zusammenhang mit einem zu pflegenden Menschen berichtet. Zu den erwähnten Berufen zählen Sozialdienst, Schmerzdienst, Physiotherapeutinnen/-therapeuten (Physio, Krankengymnastik), Logopädinnen/Logopäden (Logo), Stomaberaterin und Wundexpertinnen/-experten (Wundschwester, Wundberaterin, Wundmanagerin). Der Einsatz von Therapeutinnen/Therapeuten wird auch erwähnt, wenn die Pflegenden die Grenze ihrer Kompetenzen oder Befugnisse erreicht sehen, sich Tipps geben lassen wollen oder sich von dem Einsatz anderer Personen eine größere Wirkung versprechen.

15. Beispiel

AZUBI1: Und die ist so dyspnoeisch, die rasselt. Also, als ich den Sauerstoff nicht im Badezimmer hatte, ich dachte, vom AZ her, dass die mir zusammensackt. Und dann habe ich direkt Sauer... habe ich die inhalieren lassen und der [GKP1] meinte, ich soll eine Atemtherapie bei der Physio anmelden.

(Ü4, 80)

AZUBI5: Ja, die Patienten irgendwie möchten nicht, wenn man sagt, stehen Sie auf, bewegen Sie sich, die sind da total auf einmal, ne, so gegen die Mobilisation, gegen die Pflege.

GKP2: Oder wir melden KG an, dann machen die /

AZUBI5: Dann machen die automatisch, wenn, ne, jemand da ist und sagt, ja, ich bin jetzt für Sie da.

GKP2: ich melde gleich KG an.

(Ü11, 100–103)

GKP19: Die Platte, ja, ja. Das hält nicht so gut. Ja, haben wir wieder, leider, müssen wir auch Verband wechseln. Haben wir auch gemacht mit Aquacel. Morgen, eigentlich morgen wollte Wundschwester kommen. Aber der Doktor wollte gerne das auch sehen. Hat sich bisschen geändert, weil in [Ort] im Krankenhaus haben die Kolleginnen so Stoma-Beraterin beantragt und sie hat sich heute gemeldet. Sie kommt morgen gegen 12 Uhr.

GKP8: Die Stoma-Beraterin.

GKP19: Und sie wollte das versorgen und vielleicht gibt sie uns Tipp, was wir können dann mehr machen. Vielleicht bessere System gibt die uns. Weiß ich nicht. Wir haben noch die Platte. Da gibt es so Befestigung für Stoma. So dieses, weißt du, das haben wir noch für beide Seiten geklebt, hoffentlich hält das.

(Ü19, 18–20)

Organisation ärztlich angeordneter Maßnahmen

Die Organisation ärztlich angeordneter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nimmt in den Übergabegesprächen sehr viel Raum ein. Im Wesentlichen geht es hier darum zu berichten, welche Untersuchungen ausstehen, welche gelaufen sind oder bei welcher Untersuchung sich die Patientinnen/Patienten aktuell aufhalten und noch vom Spätdienst abgeholt werden müssen. Es wird außerdem besprochen, welche Medikamente gegeben wurden oder gegeben werden sollen und welche Infusionen oder Sauerstoffgaben noch laufen müssen.

Die Tatsache, dass Patientinnen/Patienten eine Untersuchung erhalten, wird zwar erwähnt, das Ergebnis der Untersuchung spielt allerdings seltener eine Rolle und hat auch – zumindest im Rahmen der Übergabe – keine Konsequenz. Das folgende Beispiel zeigt, dass über die Untersuchungsergebnisse sehr pauschal berichtet wird und wie sehr die Organisation der Untersuchungen im Vordergrund steht.

16. Beispiel

KS5: Frau S., die kam ja gestern mit Übelkeit, angeblich mit Bluterbrechen. Die Gastro ist gelaufen, die hat noch eine ordentliche Gastritis bis in den Zwölffingerdarm hinein und war heute

Mittag noch zum CT Thorax Kontrolle nach der Lungenembolie. Es wäre wohl auch irgendwie ein auffälliger Befund gewesen, im Röntgen gewesen, so wurde mir dann/ aber wie gesagt, sie fühlt sich so jetzt ganz besser und mobilisiert sich hier auf Station und ja.

GKP2: Wir müssen auch alles andere machen. CT und ÖGD und alles.
(Ü11, 195–196)

KS5: Hat diverse Allergien, steht unter Cordarex F Sättigung, kriegt täglich EKG, Eliquis, war heute zum Sono Abdomen nüchtern, weiß ich aber weiter nichts draus, kann ich jetzt nichts zu sagen. Ich hatte auch nicht die Zeit dafür, das jetzt groß nachzugucken.

GKP3: Ob sie nüchtern bleiben soll heute?

KS5: Die war nüchtern, die war nüchtern, was dabei rausgekommen ist, // aber

GKP3: Aber warum?, ach so, wegen der/ //

KS5: da war ich/ ja. //Gut, daneben liegt eine Frau H.
(Ü12, 267–271)

Nicht alle ärztlichen Anordnungen werden hingenommen. So finden sich auch Sequenzen, aus denen hervorgeht, dass die Pflegenden nicht mit der ärztlichen Anordnung einverstanden sind oder sich über diese hinwegsetzen, wie die nachfolgenden Beispiele zeigen:

17. Beispiel

GKP7: Ich habe den [Arzt] gefragt, ob wir vielleicht den ZVK rausmachen können, wenn eh schon die eine Naht raus ist. Dann hat er gemeint „Nee, falls er einen Infekt entwickeln sollte, ist mit einem ZVK besser.“ Deswegen haben wir die Viggo rausgezogen.

GKP5: Aber haben die //

GKP6: Eigentlich ist er/ Es ist ja eigentlich gerade andersrum, oder? Aber egal.
(Ü 15,134–136)

KS6: Warum bekommt sie kein Emser rein?

GKP6: Aber da muss doch Emser rein, oder?

GKP7: Nein, es ist da nur / hier ist nur S und A.

GKP6: Aber sonst ist da ja nur, naja gut.

GKP5: Ja, das habe ich reingeschrieben, weil der Arzt das so angeordnet hat.

GKP7: (liest) Hier ist schon S und A.

GKP5: Weil der Arzt das // so angeordnet hat.

GKP7: Weil es hat hier schon angefangen // am [Datum] habe ich schon mit S und A nur gemacht.

GKP5: Ja, weil das der Arzt so angeordnet hat.

GKP7: Wie die [GKP5] sagt. (lacht)

KS6: Naja, wir glauben das auch, aber nur für wen //

GKP5: Also wir haben trotzdem // Emser natürlich mit rein, weil, das schadet ihr ja nicht. Aber eigentlich hat er das so angeordnet.

(Ü15, 205–216)

Wie dieses Beispiel zeigt, wiederholt der Frühdienst mehrfach wörtlich das Argument, es handle sich um eine ärztliche Anordnung, die er aus der schriftlichen Patientenakte beweist. Damit wird begründet, warum ein bestimmtes Medikament nicht gegeben wurde. Der diese Sequenz abschließende Satz kehrt die Argumentation ins Gegenteil, nun wird natürlich trotzdem das Medikament gegeben, denn es schadet ja nicht.

Führen der Patientenakte, Ergänzung der Dokumentation

Die Übergabe wird auch dazu genutzt, die schriftliche Dokumentation zu prüfen, zu ergänzen oder zu verifizieren:

18. Beispiel

GKP7: Ich habe mal hier, weil irgendjemand das Furosemid hier in die, in die Zeile reingeschrieben hat, habe ich das jetzt mal rausgestrichen und nach hier oben gemacht, weil das ist ja falsch hier in der Zeile, deswegen.

(Ü15, 12)

Wenn es um die Einstufung der Pflegebedürftigkeit und die Pflegeplanung geht, wird dies in den Übergaben wie von der Versorgung losgelöste Verwaltungsakte kommuniziert. Pflegeplanungen werden ausgearbeitet, Akten angelegt, Kurven geführt, Papiere ausgedruckt und abgeheftet, Werte eingetragen. Die daraus hervorgehenden pflegerelevanten Informationen werden in den Übergaben nicht in einen Zusammenhang mit dem Zustand der Patientinnen/Patienten gebracht. Vielmehr steht im Vordergrund, dass die Regeln der Aktenführung einzuhalten sind.

19. Beispiel

KS2: Also hat die [SH1] versorgt, da war leider auch gar kein ... Assessment Mittwochs-, Donnerstags-Assessment geschrieben. Ich wollte es nur sagen, ich habe jetzt einfach mir eins nachgeschrieben und ausgedruckt, // für die

APF5: Okay. //

KS2: [KS1]. Wir hatten der // den Barthel von/

(Ü8, 509–511)

GKP22: Da ist soweit auch alles fertig. Pflegeplanung, alles schon ausgearbeitet. Da müsste eigentlich nur noch der Behandlungsvertrag, ja, ausgemacht werden.

(Ü20, 138)

Umgang mit Fehlern

Versäumnisse, wie beispielsweise das Führen der Patientenakte, werden noch während der Übergabe ausgeglichen oder an den Spätdienst delegiert. Größere Fehler, die auch für Patientinnen/Patienten potenziell bedrohlich sind, werden auch in den Übergaben erwähnt:

20. Beispiel

GKP1: Die Frau G. ist ja drei Tage positiv unterm Radar gewesen. Die hat Corona, ja.

(...)

KS3: Aber warum wussten wir das nicht, dass sie Corona/?

GKP1: Stand seit dem [Datum] drin. Es ist nicht aufgefallen, wahrscheinlich durch den Feiertag, ne? // Wieder keiner reingeguckt.

KS3: Wahrscheinlich.

(Ü9, 712, 717–719)

An dem oben genannten Beispiel fällt auf, dass die Ursache darin gesehen wird, dass wieder keiner reingeguckt hat, also den Laborbefund nicht zur Kenntnis genommen hat, der in der Patientenakte war. Das Wort wieder lässt vermuten, dass das nicht zum ersten Mal passiert. Die Übergabe setzt sich damit fort, dass über einen Patienten berichtet wird, der daraufhin seine Therapie aus Angst vor Ansteckung abbricht. Die Pflegenden sprechen danach über das frei gewordene Bett, das gleich wieder belegt wurde. Die Übergabe wird hier nicht als Gelegenheit wahrgenommen, sich mit mangelhafter Informationsweitergabe zu befassen, um Fehler in Zukunft zu vermeiden.

8.2.4 Gesprächssequenzen mit Bezug zu Patientinnen/Patienten

Teilphasen, die einen Bezug zu Patientinnen/Patienten haben, nehmen den größten Teil der Gesprächsmitte ein. Jeder Patient und jede Patientin wird mindestens einmal pro Übergabe erwähnt, und es werden mehr oder weniger umfangreiche personenbezogene Informationen weitergegeben. Üblicherweise werden die Patientinnen/Patienten im Zusammenhang mit ihrer Zimmernummer und der Position ihres Bettes im Raum (z. B. liegt rechts, am Fenster) eingeführt. Die Zimmernummer findet in der Regel nur einmalige Erwähnung, danach folgen alle in diesem Zimmer befindlichen Personen in einer festgelegten Reihenfolge, um dann zum nächsten Zimmer überzugehen. Die Besprechung einer Patientin/eines Patienten bildet einen eigenen Informationsblock, der mindestens die Namensnennung und eine weitere Information beinhaltet. Diese weitere Information kann sich beschränken auf da war nichts oder da ist heute nichts Besonderes vorgefallen, oder alles geblieben wie gehabt, was dann gleichzeitig das Ende des Informationsblocks bildet. Der Informationsblock endet stets mit einer Aussicht darauf, was den Spätdienst voraussichtlich an Arbeit erwartet. Der Übergang zur nächsten Patientin/zum nächsten Patienten wird durch eine kurze Pause oder durch ein abschließendes Wort (genau, ja, okay) markiert.

Die Länge der Informationsblöcke variiert stark und ist davon abhängig, wie groß das Informationsdefizit des Spätdienstes ist, welches der Frühdienst mutmaßlich ausgleichen muss. Die Entscheidung für oder gegen die Weitergabe von Informationen trifft der Frühdienst auf der Grundlage dessen, was er als Vorwissen beim Spätdienst vermutet oder nachfragt:

21. Beispiel

PA1: Frau N. – du kennst die alle, ne? Ich ja auch. War eigentlich auch nichts Besonderes (Ü6, 367)

KS2: Die Frau S., die kennst du, das ist eine Patientin hier // (Ü8, 477)

GKP14: Dann Herr B. Da war nichts. Den kennt ihr ja auch, ne? Doch? Ja. (Ü27, 348)

Ist diese Vermutung falsch, und verliert der Spätdienst den Anschluss, fordert er weitere Informationen ein. Der Frühdienst ergänzt die Informationen nach der Chronologie der Ereignisse, beginnend dort, wo er die Wissenslücke vermutet. Der Spätdienst signalisiert Verständnis (okay, alles klar) und bestätigt, dass das Informationsdefizit ausgeglichen ist:

22. Beispiel

KS9: Er ist so, wie er immer ist. // Also,
 GKP10: Okay. //
 KS9: ne?
 GKP10: Ich kenne die alle gar nicht.
 KS9: Ach so, aufgrund von seiner Psychose ist er ja ein bisschen//
 GKP10: Ach so
 KS9: sehr verängstigt//
 GKP16: (zustimmend) hmm
 KS9: und hatte ja auch // dann Zustand nach schwerer Depression
 GKP10: Depression da noch, ja, okay. //
 (Ü 28, 474–483)

Längere Informationsblöcke ergeben sich, wenn Patientinnen/Patienten nach dem letzten Spätdienst neu aufgenommen wurden oder wenn es bestimmte Vorfälle gab, die der Frühdienst als berichtenswert erachtet. Außerdem wird in der Regel darüber informiert, welche ärztlichen Anordnungen oder auch Pflegemaßnahmen durchgeführt wurden bzw. noch ausstehen. Oft geht an dieser Stelle der patientenbezogene Informationsblock in arbeitsorganisatorische Sachverhalte über (siehe Kapitel 8.2.3), mit denen sich das Gespräch mehr und mehr von den zu pflegenden Menschen entfernt und schließlich in gar keinem Bezug mehr zu diesen steht.

Neu aufgenommene Patientinnen/Patienten werden nach einem wiederkehrenden Schema in einer langen, zusammenhängenden Sequenz vorgestellt: Der Frühdienst weckt zu deren Beginn die Aufmerksamkeit des Spätdienstes auf den neuen zu pflegenden Menschen, indem er mit entsprechenden Signalwörtern einleitet (Neuaufnahme, Zugang, neu gekommen). Zu den weiteren ersten Informationen zählen der Name und ggf. das Alter des Patienten/der Patientin. Üblicherweise schließt sich an, wo sich die neue Person vor ihrer Aufnahme befand und was der Grund war, ins Krankenhaus zu müssen. Diese Informationen entnimmt der Frühdienst einem Papierausdruck, oder sie werden, je nach Verfügbarkeit in der Übergabesituation, auch mal vom PC-Monitor abgelesen. Es folgen Informationen zu den erfolgten medizinischen Untersuchungen, mit denen die Einweisungsdiagnose verifiziert oder spezifiziert wurde. Der Frühdienst schildert dann aus erster oder zweiter Hand den ersten Eindruck, den der/die Patient/-in bei der ersten Inaugenscheinnahme gemacht hat und was eventuell auch auf einen Pflegebedarf schließen lässt:

23. Beispiel

GKP1: Okay. In der [Nr.] an der Tür ist heute neu gekommen, eine Frau D., kommt hier aus dem [Klinik], unklares Liegetrauma, hatte da auch eine Rhabdomyolyse, war sichtlich exsikkiert, das Ganze hat sich soweit wieder relativiert. Genau, dann haben die noch ein CCT gemacht, weil die seit ein paar Tagen kognitiv eingeschränkt ist. Die wäre zu Hause vorher wohl orientiert gewesen. Da ist aber nichts Signifikantes bei rumgekommen. Jetzt ist sie hier zum Aufpäppeln und, ja, also die war ein bisschen schweigsam, sage ich mal, hat jetzt nicht so viel gequatscht. Deswegen kön-

nen wir über die Kognition noch nicht so viel sagen, hat aber normal gegessen so weit. Genau, hat eine Papierhose, ist urininkontinent.

(Ü7, 383)

KS5: Auf der [Nr.] oben liegt ein Herr G. Jahrgang 40, kam auch vorgestern mit unklarem Gewichtsverlust, Cholestase bei bekannter Cholecystitis und Choledocholithiasis. Da ist am Montag schon, nee, am Dienstag noch ein CT Thorax-Abdomen gelaufen, o.B., da ist gestern eine ERCP mit Dilatation und Standing gelaufen, hatte eine leichte Sickerblutung durch die Manipulation, aber das hat sich alles wieder reguliert. Ja. Der ist mobil und selbstständig.

(Ü12, 292)

Gelegentlich folgen Fragen vom Spätdienst, mit denen er sich fehlende Informationen einholt, um sich ein vermeintlich vollständiges Bild zu machen, und die der Frühdienst mehr oder weniger umfänglich beantwortet. Der Informationsblock zur Neuaufnahme endet meist mit einer Angabe, ob die Pflegeplanung gemacht, die Akte angelegt ist oder ob diese Aufgaben noch vom Spätdienst erledigt werden müssen.

24. Beispiel

GKP15: Also die braucht schon Hilfe.

PA3: Und orientiert?

APF10: Ja. Ich würde sagen, weitestgehend ja.

GKP19: Kann sie sich melden?

APF10: Ja. Sie kann sich melden.

GKP15: Ja. Die hat auch alleine gegessen.

APF10: Zubereitet, und dann hat sie alleine gegessen.

GKP19: An der Bettkannte gegessen?

APF10: Ich denke / nee, die hat jetzt bei uns im Sitzbett gegessen, aber die kann sitzen. Also ich denke // schon, dass das an der Bettkante geht.

GKP19: Ach so, okay. Gut. //

GKP15: Ansonsten, Pflegeplanung ist gemacht. Und Barthel ist auch schon gemacht. Also dann nur noch ausarbeiten.

(Ü22, 216–226)

Besondere Vorkommnisse, die der Frühdienst als wichtig erachtet, um an den Spätdienst weitergegeben zu werden, sind auch in mehr oder weniger großem Umfang Bestandteil des Informationsblocks. Es fällt auf, dass Vorkommnisse oft in dramatisch zugespitzter Art erzählt werden, wie das folgende Beispiel zeigt.

25. Beispiel

PA1: Heute Morgen haben wir ihn dann / der [GKP1] hat ihn frisch gemacht, gewaschen, und irgendwann stand der auf dem Flur, ohne Rollstuhl, ohne alles. Und wir haben dann gedacht, hey, wo ist denn der Katheter?

KS3: Abgezogen.

PA1: Katheter hat der sich geblockt gezogen.

(Ü6, 367–369)

8.3 Darstellung professioneller Pflegepraxis in den Übergaben

Ein besonderer Fokus liegt in dieser Untersuchung auf den Aspekten professionellen Handelns, wie sie in Kapitel 3 dargelegt sind. Drei Aspekte stehen hier im Mittelpunkt: Der Pflegeprozess als Kerngeschäft professionellen Handelns, die Personenzentrierung im Sinne der in Kapitel 3.2 beschriebenen Klientenbezogenheit und das berufliche Selbstverständnis, also Aussagen zur Selbstwahrnehmung der beruflich Pflegenden.

Übergaben sind die Arbeitsbesprechungen, in denen sich Pflegendе dreimal täglich über Pflege- und Versorgungsprozesse von Patientinnen/Patienten austauschen. Hier werden Informationen zum Pflegeprozess weitergegeben und diskutiert, selbstständige Entscheidungen getroffen, Eindrücke ausgetauscht und Absprachen getroffen. Welche Pflegephänomene in den Übergaben zur Sprache kommen und wie darüber gesprochen wird, soll im Fokus stehen. Pflegephänomene sind definiert als

„[p]flegerrelevante Begriffe und Aspekte des Menschseins, des menschlichen Lebens im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und der menschlichen Entwicklung bis hin zum Sterben. Dabei kann es sich um körperliche (Harninkontinenz), psychische (Demenz, Verwirrtheit), seelische (Hoffnung, Trauer) und soziale (Probleme bei der Selbstversorgung) Aspekte handeln“ (WIED 2021).

Pflegephänomene sollen hier, ebenso wie Pflegediagnosen (siehe Kapitel 3.4), verstanden werden als (potenzieller) Handlungsanlass für Pflegeinterventionen. Die Analyse fokussiert, wie sich die Teilnehmenden Pflegephänomene erklären, wie sie sie versprachlichen und inwiefern sie darin einen Handlungsanlass erkennen. Des Weiteren wurde untersucht, wie Entscheidungen für oder gegen Pflegemaßnahmen in den Übergaben getroffen wurden, ob und wie Pflegeziele kommuniziert wurden und wie die Teilnehmenden Pflegeinterventionen beschrieben haben.

Daran schließt sich der zweite Aspekt, die Frage nach personenzentriertem Handeln, an. Gefragt wurde, wie das Bild, das Pflegenden von ihren Patientinnen/Patienten haben, zur Sprache kommt und inwieweit Entscheidungen für oder gegen Pflegeinterventionen patientenbezogen begründet wurden.

Auch wenn die Übergabe in erster Linie der Informationsweitergabe an die nachfolgende Schicht dient, konnten sowohl in der Teilphase *Arbeitsorganisation* als auch in den patientenbezogenen Teilphasen Aussagen zur eigenen beruflichen Rolle gefunden werden. Auseinandersetzungen mit Patientinnen/Patienten oder auch Kolleginnen/Kollegen wurden von den Teilnehmenden in Übergaben angesprochen und die eigene Haltung zum Ausdruck gebracht. Diesem Thema widmet sich Kapitel 8.3.3.

8.3.1 Der Pflegeprozess in Übergaben

Insgesamt wurden in allen Übergaben selbstständig wahrgenommene oder wahrzunehmende Aufgaben der Pflege thematisiert. Das heißt, die Patientinnen/Patienten, von denen in den Übergaben die Rede war, brachten auch jenseits ihrer aus medizinischer Sicht vorliegenden Gesundheitsprobleme eine mehr oder weniger umfangreiche Pflegebedürftigkeit mit. Zur

Untersuchung der auf den Pflegeprozess bezogenen Aspekte in den Übergaben wurden diese im Textmaterial zunächst identifiziert und kategorisiert.

Allgemeine Aussagen

Die erste Subkategorie bilden sehr allgemeine Aussagen, die sich nicht auf spezielle Pflegephänomene beziehen. Sie geben eine übergreifende Einschätzung des Gesundheitszustands der zu pflegenden Menschen wieder oder beziehen sich auf eine Angabe zur Höhe des Pflegeaufwands, womit die Patientinnen/Patienten mithilfe eines in den Krankenhäusern üblichen Schemas, z. B. Barthel-Index oder S-H-P-Schema (siehe auch Kapitel 8.1.1), als mehr oder weniger pflegebedürftig eingestuft wurden. Diese allgemeinen Angaben geben in keiner Weise die individuelle Situation der zu pflegenden Menschen wieder und werden vor allem dann getätigt, wenn die Patientinnen/Patienten beim Spätdienst als bekannt vorausgesetzt werden oder wenn der Frühdienst allein über die Durchführung eines Pflegeassessments berichtet, nicht aber über dessen Ergebnisse. Typischerweise bleibt es bei dem Bericht, ohne dass die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit weiter ausdifferenziert wird, um Handlungsanlässe für die Pflege identifizieren zu können. Die sehr allgemeinen Angaben zu Pflegeinterventionen beschränken sich auf die Feststellung, wer im Frühdienst die Patientin/den Patienten versorgt oder fertig gemacht hat.

Sofern es keinen Pflegeanlass gibt, kommt es häufig zu den allgemeinen Aussagen, da war nichts oder da ist nichts. Dass sonst nichts war, signalisiert auch den Abschluss eines Infoblocks unabhängig davon, wie umfangreich vorher über die Patientin/den Patienten berichtet wurde. Oft wird auch angegeben, die Patientin/der Patient sei selbstständig und mobil, braucht keine Hilfe, versorgt sich selbst, ist unauffällig oder es geht ihr/ihm gut. Umgangssprachlich auch mal ausgedrückt mit fit, quietschfidel oder blendend. Aber auch wenn tatsächlich Pflegeanlässe bestehen, können die Angaben sehr allgemein bleiben, was normalerweise weitere Nachfragen vom Spätdienst herausfordert – nicht so im folgenden Beispiel, in dem eine neu aufgenommene Patientin übergeben wird und ihr tatsächlicher Pflegebedarf, demnach sie ziemlich viel, fast umfassend Hilfe braucht und Pflegegrad drei hat, auch nach der Sequenz offenbleibt. Vielmehr konzentrieren sich die Angaben, auch die Nachfragen des Spätdienstes, auf medizinische Diagnosen und die Sauerstofftherapie:

26. Beispiel

KS5: Also, auf der [Nr.] links liegt eine Frau K. Kam zu uns über die Intensiv IMC mit einer Aortenklappen-Endokarditis.

GKP3: Heute? //

KS5: Ja, die braucht ziemlich viel Hilfe, fast umfassend. Die hat eine bekannte COPD, einen Zustand nach einer pneumogenen Sepsis, das wird da // vollständig

GKP3: Ist die sauerstoffpflichtig? //

KS5: Die ist sauerstoffpflichtig, die hat permanent Sauerstoff laufen,

GKP3: Zwei Liter?

KS5: auf zwei Liter. Die hat auch zu Hause Sauerstoff, ja, die wohnt mit der Familie, Pflegegrad drei, die kriegt für zu Hause noch einen (...) Toilettenstuhl, ansonsten, ja, Krankengymnastik.

(Ü12, 239–245)

Pflegephänomene

Mehr Informationsgehalt haben die Sequenzen, in denen Pflegephänomene mehr oder weniger komplex oder differenziert beschrieben werden. Alle Textstellen mit einem Bezug zu Pflegediagnosen, -interventionen und -zielen konnten Domänen und Klassen der ENP (vgl. WIETBECK 2020, S. 38ff.) zugeordnet werden, wie die Übersichten in Tabelle 14 und Tabelle 15 zeigen.

Tabelle 14: Zuordnung der Übergabethemen in ENP-Klassen der Domäne „Funktionaler/physiologischer Bereich“

Klasse	In den Übergaben thematisiert
Körperpflege/Kleiden	Reinigung der Haut, Kleiderwechsel
Atmung	Atemnot, Belastbarkeit, Sauerstoffbedarf
Ernährung	Nahrungsaufnahme, Schluckstörungen, Flüssigkeitshaushalt, Übelkeit
Ausscheidung	Stuhl-/Urinausscheidung, Kontinenzsituation, Obstipation, Diarrhoe, Stoma
Kreislauf	Risiko der beeinträchtigten Blutzirkulation
Bewegung/Mobilität	Orts- und Positionswechsel, Beweglichkeit
Gewebeintegrität	Hautzustand, Wunden, Ödeme

Tabelle 15: Zuordnung der Übergabethemen in ENP-Klassen der Domäne „Emotionaler/psychosozialer Bereich“

Klasse	In den Übergaben thematisiert
Empfindung	Schmerzen, Angst, Befürchtungen, Scham, Trauer, Einsamkeit
Wahrnehmung	kognitive Situation, eingeschränkte Orientierung
Interaktion	Kooperation, Kommunikation
Handlung/Verhalten	herausforderndes Verhalten, Krankheitseinsicht

Über 300 Textstellen ließen sich im weitesten Sinne einer Pflegediagnose zuordnen. Unter Pflegediagnose soll hier verstanden werden, dass der Zustand eines zu pflegenden Menschen beschrieben wird, der durch eine Pflegeintervention verändert, kompensiert oder erhalten werden kann. Der Prozess des Diagnostizierens geht nur indirekt aus den Übergaben hervor und ist oft unmittelbar an Pflegeinterventionen gekoppelt. Auf der einen Seite wird durch die Darstellung der Pflegeinterventionen impliziert, dass der zu pflegende Mensch auch Pflegeprobleme mitbringt, die die Intervention erforderlich machen, auf der anderen Seite wird die Intervention als Anlass zur Beobachtung genutzt:

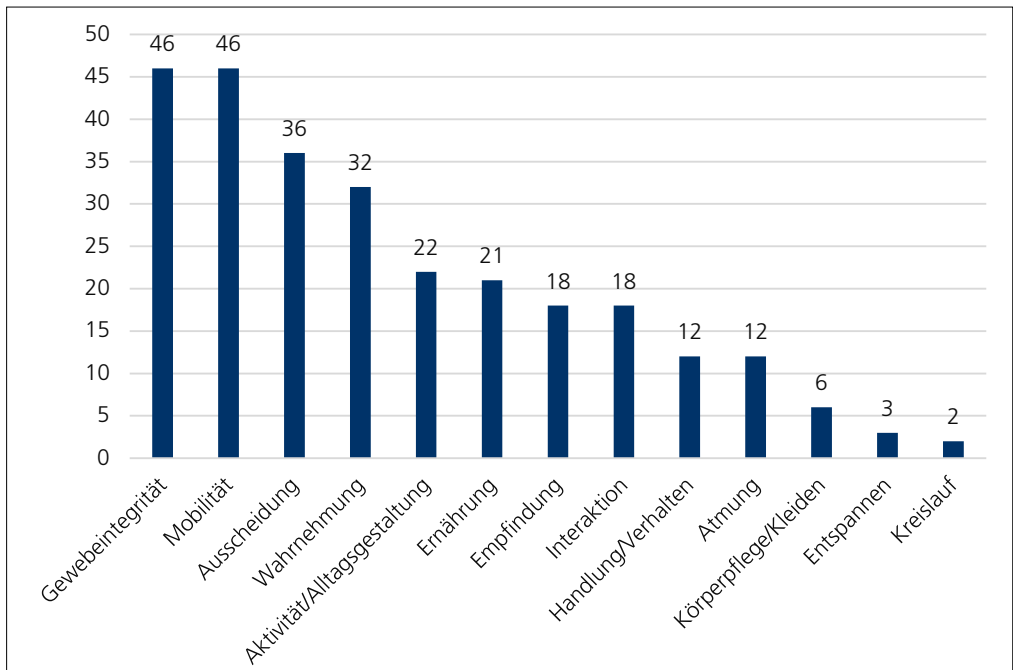
27. Beispiel

GKP19: Und die Frau H., das ist Zugang von gestern. Allgemein ging es ihr gut. Wir haben sie erstmal heute an Bettkante versorgt, zum Gucken, was die Patientin kann. Unterkörper müssen wir versorgen erstmal, durch die Fraktur. Aber oben Gesicht und so hat sie sich selber versorgt. (Ü19, 14)

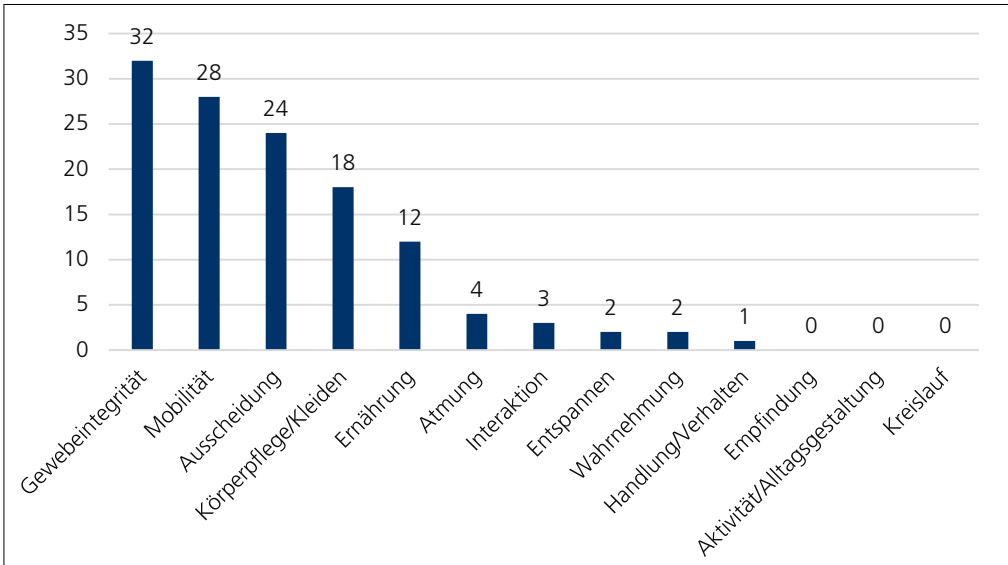
134 Textstellen nahmen Bezug auf Pflegeinterventionen. In die Pflegeinterventionen einbezogen wurden all jene, die auf einer eigenständigen Entscheidung durch Pflegende basieren können, also nicht ärztlich delegiert sind. Einbezogen waren auch Interventionen zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Gewebeintegrität, was auch eine Wundversorgung sein kann, die in der Regel auf ärztliche Anordnung geschieht. Andere auf ärztlicher Anordnung basierende Maßnahmen wurden nicht einbezogen. Aussagen zu Pflegezielen konnten nur sehr wenige identifiziert werden. Sie beschränken sich auf insgesamt elf Textstellen mit Bezug auf die Aspekte Ausscheidung, Atmung, Ernährung, Interaktion und Entspannen/Schlafen/Ruhen.

Gewebeintegrität, Bewegung/Mobilität und Ausscheidung sind die drei häufigsten Themen bei Pflegediagnosen und -interventionen. Körperpflege/Kleiden wird deutlich häufiger bei Interventionen als bei Pflegediagnosen genannt. Die Verteilung der Themen auf Pflegediagnosen bzw. -interventionen sind in Abbildung 15 und Abbildung 16 dargestellt.

Abbildung 15: Häufigkeit der Nennungen von Pflegediagnosen bezogen auf Klassen der ENP



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 16: Häufigkeit der Nennungen von Pflegemaßnahmen bezogen auf Klassen der ENP

Quelle: eigene Darstellung

8.3.1.1 Kommunikation über Diagnosen und Interventionen zur Gewebeintegrität

Der gesunde Zustand der Haut wird in den Übergaben als intakte Haut bezeichnet oder die Haut ist in Ordnung, keine Wunden oder irgendwas in der Art. Weniger eindeutig ist, was mit dem häufiger vorkommenden Satz die Haut war trocken gemeint ist und ob dieser Hautzustand einen Pflegeanlass darstellt.

Hautveränderungen bzw. -erkrankungen, die in den Übergaben thematisiert wurden, waren Neurodermitis, Bläschen, Herpes Zoster, Muttermale und Pilz im Intimbereich, die beschrieben werden als rot, gerötet, am Blühen, entzündet oder verblassend. Bei den in den Übergaben genannten Wunden handelt es sich um Dekubitus, Platzwunden oder andere Verletzungen. Die Wunden werden außer zu ihrer Lokalisation meist kaum weiter beschrieben, was entweder voraussetzt, dass sich die Teilnehmenden bereits vorher ein Bild machen konnten, oder was darauf hinausläuft, dass sich der Spätdienst noch ein Bild machen muss. Auch die folgende Wundbeschreibung ist wenig aufschlussreich.

28. Beispiel

AZUB16: Es war nicht ganz zu, aber auch nicht wirklich offen. Die Wundränder waren halt noch ein bisschen nass, aber ansonsten sah es gut aus.

(Ü15, 7)

Die Übergabe bietet aber auch Raum, sich darüber auszutauschen, wie eine gute Wundversorgung bzw. die Vermeidung von Komplikationen aussehen könnte. Das nächste Beispiel, in

dem alle Beteiligten über die Wunde informiert sind, zeigt, wie im Kenntnis- und Erfahrungsaustausch nach einer guten Lösung gesucht wird:

29. Beispiel

GKP7: Am Po habe ich das Pflaster frisch gemacht. Also, es sieht ja echt böse aus am Po. Das wird ja immer schlimmer.

KP6: Durch den // Stuhlgang.

GKP5: Ja.

GKP6: Ja.

GKP5: Das halt immer mit den Durchfällen, das ist halt auch nicht so optimal.

GKP6: Also, es ist ja besser geworden und seitdem die Durchfälle wieder angefangen haben, wird es irgendwie immer schlechter.

GKP7: Also es läuft halt dann immer so unter das Pflaster drunter.

KS6: Und so ein Fäkalkollektor wäre irgendwie eine Möglichkeit? Das hatten die uns damals bei dieser einen Schulung gesagt. // Habt ihr damit schon mal gearbeitet?

GKP6: Hm (verneinend). // Aber vielleicht können wir uns da mal drüber erkundigen.

(Ü16, 388–396)

Was letztlich als Lösung akzeptiert wird, hängt aber nicht allein von der fachlichen Begründung ab. Vielmehr scheint auch die Rolle im Team entscheidend dafür zu sein, wessen Vorschlag angenommen wird. In einem anderen Fall schildert ein/-e Auszubildende/-r das Problem, dass ein Pflaster aufgrund von Behaarung in der Wundumgebung nicht fixiert werden kann. Die Lösung, geäußert von einer erfahrenen Pflegefachperson, läuft darauf hinaus, die Wundabdeckung ganz wegzulassen, damit da Luft drankommt. Kaum einen Handlungsanlass leiten die Teilnehmenden ab und gelangen auch zu keiner wirksamen Lösung, wenn eine eigentlich komplexe Situation in fast schon humoristischer Art und mit sehr einfachen Erklärungsmustern dargestellt wird, wie das nächste Beispiel zeigt.

30. Beispiel

APF2: Die Haut war trocken, ich habe die eingecremt, aber der linke Zeh tut weh.

PA1: Na, das hat die, weil die ewig mit ihren Urinschuhen/

(...)

PA1: Ja, von Anfang an. Die lässt sie ja immer urinieren sich ja immer ein und dann die Beine runter, in die Schuhe, die Schuhe stehen vor Urin. Und dann geht die immer wieder in die Schuhe rein, und dann sind die Füße ewig nass und in dem Urin und deswegen sind die Füße so. Weil die Schuhe sind getränkt.

APF3: Das sind aber andere // Schuhe jetzt, ne?

PA1: Die sind aber auch schon voll. // (lachend) Die sind auch schon vollgepinkelt, tut mir leid.

APF2: Tut immer weh, wenn du da dranfasst. // Das tut weh.

PA1: Jaja, klar. // Die steht ja ewig in ihrem eigenen // Urin.

APF3: Ja, aber ist das // entzündet oder so? // Ist da eine Wunde?

PA1: Ja, am Anfang schon, die Zehen, // das war alles, nein, rot, ganz eigenartig. Aber das ist, weil die immer in ihren uringetränkten Schuhen hier rumläuft.

APF3: Vielleicht müsste man da mal abpolstern oder so? So Watte, weißt du? Bisschen rumkleben und dann halt regelmäßig wechseln.
(Ü4, 106–116)

Die gefundene „Lösung“ des Problems besteht in einer wenig fachlichen Intervention, die sich allein auf die Wunde, nicht aber auf die Ursache des Problems richtet und zudem sehr vage beschrieben wird. Die Kontinenzsituation der Patientin, die offenbar eine Ursache für ihre Hautdefekte ist, wird nicht als Pflegeanlass wahrgenommen.

8.3.1.2 Kommunikation über Diagnosen und Interventionen zur Mobilität/Beweglichkeit

Immobilität geht mit erheblichen Gesundheitsrisiken einher, und die Vermeidung von Folgen der Bettlägerigkeit stellt eine zentrale Aufgabe professioneller Pflege dar. Wie wichtig dieses Thema für die Pflege ist, zeigt sich auch an drei nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP), zur Dekubitusprophylaxe, zur Sturzprophylaxe und zur Erhaltung der Mobilität, die aktuell zu diesem Themenbereich vorliegen. Für die Entstehung eines Dekubitus werden seit langer Zeit allein die Pflegenden verantwortlich gemacht, er gilt gemeinhin als Pflegefehler. Mobilität, Mobilisation und die Unterstützung beim Positionswechsel im Bett, was im Pflegejargon als lagern oder Lagerung bezeichnet wird, wird in den Übergaben entsprechend häufig thematisiert. Sind Patientinnen/Patienten mobil, gilt das als Zeichen von geringer Pflegebedürftigkeit, es besteht also kein oder kaum Handlungsbedarf. In allen Varianten tritt der Begriff -mobil- in den Übergaben in Erscheinung, um zu beschreiben, inwieweit zu pflegende Menschen in der Lage sind, selbstständig einen Ortswechsel vorzunehmen. Außerdem taucht er in der Pflegeintervention mobilisieren auf. Der Grad der Mobilität einer Patientin oder eines Patienten wird in mobil, mit Begleitung mobil, rollatormobil, rollstuhlmobil oder immobil abgestuft. Typisch ist, dass in diesem Zusammenhang seltener von gehen oder von laufen die Rede ist. Diese Verben erschienen auffallend häufiger in Verbindung mit Entlassung, wenn Patientinnen/Patienten nach Hause gehen, oder mit Untersuchungen, die gelaufen sind. Vielmehr wird das transitive Verb mobilisieren bevorzugt, auch wenn es zwingend ein Akkusativobjekt erfordert. Es kommen gerade dann kompliziert anmutende Satzgefüge zustande, wenn der zu pflegende Mensch Subjekt und Objekt zugleich ist: er mobilisiert sich auf den Rollstuhl, auf den Toilettenstuhl, ins Bad, auf die Bettkante oder er mobilisiert sich zum Rauchen runter vor den Hauseingang.

Im Zusammenhang mit Mobilität steht auch die Sturzgefahr, was meist schlagwortartig benannt, aber kaum näher beschrieben wird. Einmal wird die Sturzgefahr auch als unsicherer Gang und Stand bezeichnet, einmal als relativ wackelig beschrieben. Als sehr selten genannte Ursachen für die Sturzgefahr oder die Nichtinanspruchnahme von Unterstützung kommen zur Sprache, dass eine Patientin ein bisschen ängstlich bei Mobilisierung sei und Angst hat, jemandem zur Last zu fallen. Das Risiko zu stürzen könnte mit gezielter Beobachtung und Unterstützung eines Assessmentinstruments eingeschätzt werden. Daraus könnten Interventionen abgeleitet werden. Eine solche Einschätzung ging aber aus keiner der untersuchten Übergaben hervor, auch stehen keine definierten Ziele im Zusammenhang mit der Sturzgefahr. So wird auch nicht über Interventionen gesprochen, die für eine Verbesserung

der Gang- und Standsicherheit sorgen könnten oder über eine Begleitung oder das Beachten der Nutzung von Gehhilfen hinausgehen.

31. Beispiel

GKP1: Ansonsten geht es ihr vom Allgemeinzustand her aber ganz gut. Die kann auch ein bisschen laufen, wenn ich richtig informiert bin.

PA1: Ja, die ist aber sturzgefährdet. Die ist da/.

GKP1: Genau, da muss man immer ein bisschen gucken, dass die ihre Mobilisationshilfen // benutzt.

KS4: Läuft sie // mit dem Rollator?

PA1: Auch ohne gerne.

KS4: Ach schön.

(Ü7, 387–392)

Wie das folgende gekürzte Beispiel zeigt, werden mehrere Pflegediagnosen mit medizinischen Diagnosen gemeinsam, aber ohne Zusammenhang benannt. Die bereits erfolgten Interventionen im Rahmen der Mobilisation erstrecken sich auf die Begleitung zur Toilette und das Anziehen von Stopper-Socken, ansonsten wird der Spätdienst zur nicht weiter spezifizierten Beobachtung aufgefordert.

32. Beispiel

GKP15: Einmal haben wir den Herrn M., der ist aus [Ort] gekommen. Der hat eine multifaktorielle Gangstörung bei Polyneuropathie. Dann ist der auch Zustand nach TIA. Diabetes tablettentpflichtig und zusätzlich mit unserem Hausschema. (...) Er ist schon mobil, in Begleitung, ohne Hilfsmittel. Aber massiv sturzgefährdet. Ist zeitweise stuhl- und urininkontinent, desorientiert. (...) Wir waren jetzt in Begleitung mit ihm zum WC gelaufen, aber auch schon Inkontinenzversorgung durchgeführt. Und das hat aber auch geklappt. Der hat auch Urin gelassen. Und jetzt ist er im Bett. Ich habe ihm Stopper-Socken angezogen. Ja. Muss man beobachten.

(Ü22 266, 268, 271)

Der Positionswechsel im Bett gilt als eine geeignete Maßnahme zur Druckentlastung und zur Vermeidung liegebedingter Komplikationen. Wer nicht selbst dazu in der Lage ist, seine Position im Bett zu verändern, wird gelagert, gedreht oder gerollt. Wer die Position, in die er gelagert wurde verlässt, entlagert sich. Das Lagern als Pflegeintervention wird in den Übergaben nicht weiter spezifiziert, es wird lediglich die Frage geklärt, ob jemand gelagert werden muss oder nicht. Das folgende Beispiel zeigt, wie sehr der Mensch in den Hintergrund tritt, wenn sich die Pflegenden allein auf den Arbeitsaufwand konzentrieren:

33. Beispiel

GKP1: [Nr.] an der Tür ist Frau S., (...) Die macht sich aber nach/ nach Anleitung selbstständig morgens fertig und // ist auch rollstuhlmobil.

KS4: Muss man lagern? //

GKP1: Nee, brauchst du nicht lagern.

(Ü7, 401–401)

8.3.1.3 Kommunikation über Diagnosen und Interventionen zur Ausscheidung

Ebenso wie die Bewegung stellt die Harn- und Stuhlausscheidung ein zentrales Objekt der Pflege dar. Wenn über Patientinnen/Patienten mehr als nur ein knapper Satz berichtet wird, dann werden in der Regel zumindest deren Mobilität und die Ausscheidung angesprochen. Die Pflegediagnosen und -interventionen, die bezüglich der Ausscheidung in den Übergaben angesprochen werden, richten sich auf die Kontinenzsituation der zu pflegenden Menschen, die Ausscheidung über einen Blasenverweilkatheter oder einen Anus Praeter, die regelmäßige Stuhlausscheidung oder ganz allgemein den Toilettengang, der dann mit der Mobilität in Verbindung gebracht wird. In solchen Fällen können Patientinnen/Patienten alleine oder in Begleitung zur Toilette oder sie mobilisieren sich selbst ins Bad.

Bei vielen der in den Übergaben besprochenen Patientinnen/Patienten wurde Inkontinenz als Pflegediagnose genannt, hierzu aber weder der Schweregrad, noch die Inkontinenzform näher bezeichnet. Allenfalls ließ sich der Grad der Kontinenz ableiten aus drastischen Schilderungen – er hat komplett heute Morgen von oben bis unten geschwommen. Also so RICHTIG extrem – oder den Pflegeinterventionen, z. B. wenn zur Nacht eine Schutzhose benötigt wird, was bedeuten kann, dass die betreffende Person offenbar tagsüber die Kontrolle über ihre Ausscheidungen hat. Die Pflegeinterventionen bei Inkontinenz erstrecken sich auf das Anziehen einer Schutz- oder Papierhose, die Verwendung einer Einlage, die Bereitstellung eines Toilettenstuhls und die Begleitung zur Toilette. Weitere Interventionen zur Verbesserung der Kontinenzsituation werden nicht angesprochen.

Patientinnen/Patienten mit einem Blasenverweilkatheter (Katheter, DK oder BDK) haben ein Pflegeproblem, wenn sie an diesem rummanipulieren, ihn sich selbst ziehen oder ihn ablehnen. Nicht immer wird deutlich, aus welchem Grund die zu pflegenden Menschen einen Blasenverweilkatheter tragen müssen. Wie aus dem nachfolgenden Beispiel hervorgeht, scheint die Unfähigkeit, selbstständig den Toilettenstuhl aufsuchen zu können, der Grund für den Katheter zu sein:

34. Beispiel

KS5: DK will sie gerne weg haben. Ich habe gesagt, wenn sie so mobil ist, dass sie alleine auch nachts auf den Toilettenstuhl gehen kann, dann können wir das diskutieren, aber eher nicht. So. (Ü12, 245)

Regelmäßige Stuhlausscheidung (Abführen, Stuhlgang, Verdauung) wird offenbar sowohl von Patientinnen/Patienten als auch von den Pflegenden als Zeichen von Gesundheit gesehen. So wird in den Übergaben häufig nachgefragt, ob die Patientinnen/Patienten abgeführt haben, oder berichtet, dass sie etwas zum Abführen haben möchten. Sofern der Stuhlgang nicht in erwarteter Frequenz erfolgt, muss er herbeigeführt werden. Die Gabe von Laxantien ist ein häufiges Thema in diesem Zusammenhang, andere Mittel kommen erst zum Einsatz, wenn diese Medikamente versagt haben. Weder Bewegung noch Ernährung als pflegerische Interventionsmöglichkeiten spielen hierbei eine Rolle. Sind Patientinnen/Patienten obstipiert, nehmen Pflegende zum Teil große Anstrengungen auf sich, die Darmentleerung zu unterstützen, was in den Übergaben auch mal wortreich geschildert wird. Im Mittelpunkt

scheint im folgenden Beispiel der Arbeitsaufwand zu stehen, der am Ende von Erfolg gekrönt ist.

35. Beispiel

GKP15: Das große Problem, das wir heute hatten, war, dass sie Abführmaßnahmen (...) genossen hat von uns. Das war wirklich schwierig. Hat Klyisma bekommen, hat Bifiteral bekommen, und zum Schluss ein/

APF10: Picoprep // bekommen.

GKP15: Picoprep // hat sie auch zwei Stück bekommen. Und zum Schluss einen Hebe-Senk-Einlauf. Und der hat dann zu Erfolg geführt.

PA3: Ah. Endlich mal (lacht).

APF10: Aber auch das nach langer Zeit. Also wir haben häufig//

GKP15: // Es war schwierig.

APF10: hoch und runter // machen müssen.

GKP15: Ja. Es war echt schwierig und ich glaube, das reicht jetzt auch für sie für heute.

PA3: Also ausreichend, schon erledigt.

GKP15: Ja.

APF10: Ja, es ist reichlich Stuhlgang gekommen.

(Ü22, 249–259)

Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit der Stuhlausscheidung ist die zu hohe Frequenz und die flüssige Konsistenz, die auch als Folge zu umfassender Abführmaßnahmen in den Übergaben beschrieben wird, so dass die betreffende Person die ganze Nacht auf dem Toilettenstuhl saß oder explodiert ist. Diarrhoe (Durchfall, flüssig) wird deutlich häufiger als Obstipation mit weiteren Problemen in Verbindung gebracht. Medikamente (Antibiose) und Zusatznahrung (Sondennahrung, Sondenkost) werden in einigen Übergaben als Ursache für Diarrhoe angesprochen und entsprechende Maßnahmen, beispielsweise die Umstellung der Ernährung, abgeleitet. Auch Patientinnen/Patienten mit einem Anus Praeter (Stoma, AP) sind von weiteren Pflegeproblemen betroffen, hier werden wunde Haut (siehe auch Kapitel 8.3.1.1) und sich lösende Basisplatten (das platzt) angesprochen.

36. Beispiel

KS2: Die Frau S. //AP hat sie selber geleert. Gestern muss es ja wohl flüssig gewesen sein.

APF5: ZWEIMAL habe ich es ausgetauscht gestern, // ZWEIMAL.

KS2: Oi, oi, oi.

APF5: Das war flüssig, das kam oben raus, weißt du, beim Bauchnabel, da war so eine Falte, das hat sich da durch // gedrückt.

KS2: Hat du den Ring // darunter.

APF5: habe ich Ring // zweimal

KS2: Okay. //

APF5: darunter gemacht. Und dann abends vor Feierabend habe ich gesagt: „So, jetzt machen wir neu, jetzt mache ich aber auch rundherum bisschen Folie, damit das zumindest für die Nacht hält und nicht morgen/ nicht mitten in der Nacht schon wieder platzt.“

KS2: Nein, das ist gut //

(Ü8, 561–570)

Sprachlich fallen gerade im Zusammenhang mit Ausscheidungen die zum Teil drastischen Schilderungen der Pflegenden auf, in denen aber meist der Arbeitsaufwand, mit dem die Pflegemaßnahmen verbunden sind, im Zentrum steht. Hierbei treten die Patientinnen/Patienten, die von diesen schambesetzten Vorgängen betroffen sind, in den Hintergrund. Nur an einer Stelle wird davon gesprochen, dass eine Patientin es als Belastung empfindet, keinen regelmäßigen Stuhlgang zu haben, bzw. als Erleichterung, wenn sie regelmäßig etwas zum Abführen bekommt.

8.3.1.4 Kommunikation über Körperpflege

Die Körperpflege spielt fast nur als Pflegeintervention eine Rolle, kaum werden Pflegediagnosen in diesem Zusammenhang erwähnt. Typischerweise wird die Körperpflege mit sehr verallgemeinernden oder auch technischen Begriffen beschrieben, wie z. B. jemanden versorgen, waschen, teil- oder vollwaschen, frischmachen, oder jemand benötigt eine komplette Übernahme im Bett, was dem zuweilen komplexen Geschehen der Körperpflege nicht gerecht wird. Eingeschränkte Fähigkeiten zur selbstständigen Körperpflege kommen fast immer im Rahmen von Pflegeinterventionen zur Sprache, so dass sich die Pflegediagnosen aus den Berichten über die Interventionen implizit ergeben. Der Umfang der Übernahme der Körperpflege richtet sich nicht nur nach den Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen, sondern auch nach dem Sauberkeitsgrad. So bildet die Feststellung, die Leute kommen nicht aus einem Bergwerk ein Argument für den Verzicht auf eine tägliche komplette Körperpflege, während sie hat sehr, sehr, sehr fettige Haare das Haarewaschen begründet. In beiden genannten Fällen werden die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen bei der Entscheidung nicht einbezogen. Anders im folgenden Beispiel.

37. Beispiel

GKP17: Und er möchte gerne, wenn wir das irgendwann schaffen, unter die Dusche gehen.

GKP14: Morgen wird nochmal versucht/ das Gleiche noch mal versucht, wenn das zeitlich alles klappt. Und dann eventuell noch mal in den Rollstuhl. Wenn // es funktioniert.

GKP11: Das würde ja gehen, ja. // Das könnte ja vielleicht gehen.

(Ü25, 146–148)

Bei der Körperpflege kommen sich Pflegendе und Patientinnen/Patienten außerordentlich nahe, und sie bietet damit auch Gelegenheit zur Einschätzung der Selbstpflegefähigkeit. Dass Pflegendе die Pflegesituation entsprechend gestalten, wird in den Übergaben selten thematisiert und erscheint damit nicht der Rede wert. Im folgenden Beispiel beschreibt eine Pflegefachperson eine solche Situation.

38. Beispiel

APF8: Sie wollte heute Morgen auch die Intimpflege selber mit Hose runter, Hose hoch. Und Inkontinenz-Wechsel und allem vornehmen. Das wollte sie alles alleine machen. Ich habe gesagt, ich würde gern dabei bleiben wegen der Sturzgefahr, dass sie mir nicht hin/, dass sie nicht noch einen Schaden nimmt. Das hat sie auch akzeptiert und ich durfte sie dann, ich durfte, ich hatte ja nur den Waschlappen dann über die Hand, also den nassen Waschlappen. Und, ja, das hat

sie dann selber durchgeführt. Und ich habe dann eigentlich nur eine unterstützende Funktion gehabt.
(Ü19, 38)

8.3.1.5 Kommunikation über Ernährung

Das Thema Ernährung, das ebenso wie Gewebeintegrität, Mobilität und Ausscheidung der ENP-Domäne funktionaler/physiologischer Bereich zugeordnet ist (vgl. WIETECK 2020, S. 38), findet in den Übergaben noch relativ häufig Erwähnung.

Im Zusammenhang mit der Ernährung thematisieren die Pflegenden, welche Kostform für die Patientinnen/Patienten geeignet ist, auch in Verbindung mit der vorgesehenen Diät und der Vorlieben der Patientinnen/Patienten. Ein Problem stellt für die Pflegenden dar, wenn Patientinnen/Patienten ihre Diät nicht einhalten oder wenn sie weniger Nahrung zu sich nehmen (können), als sie aus Sicht der Pflegenden nötig hätten. Als Ursachen benennen sie Schmerzen, Übelkeit, Verweigerung und Dysphagie. Hierzu werden in den Übergaben Strategien besprochen, mit denen die Ernährungssituation der Betroffenen verbessert werden könnte. Aus dem folgenden Beispiel wird deutlich, dass die Pflegenden bei ähnlicher Ausgangslage unterschiedliche Entscheidungen treffen. Im ersten Fall entscheiden sie sich, einem Patienten Vollkost zu lassen unter der Voraussetzung, dass er bei der Nahrungsaufnahme am Tisch sitzt und so verhindert wird, dass er sich verschluckt. Im zweiten Fall wird eine Entscheidung für weiche Kost getroffen, ohne dass hierfür eine Indikation vorliegt oder der Wunsch des Patienten berücksichtigt wird:

39. Beispiel

APF9: Genau. Und dann müssen wir wirklich drauf achten, also der verschluckt sich wohl teilweise beim Essen. [Kollegin] hat ihm aber jetzt eine Vollkost gelassen, aber er soll sitzen beim Essen. Am besten eigentlich am Tisch.

GKP12: Ja, das war ja auch gestern mein Vorschlag, ihn an den Tisch zu setzen.

APF9: Genau, weil er sich sonst wirklich verschluckt. Also das ist die Voraussetzung damit, dass er weiter Vollkost essen darf.

GKP12: Genau.

(Ü24, 40–43)

GKP7: (...) der will halt wirklich gar nichts. (...) Der lehnt Nahrung ab in sämtlichen Formen. Brei, flüssig, weich, lehnt er alles ab, will er gar nichts. Die haben jetzt mal ihn mit viel Überredung haben die mal ein Fresubin in ihn reinbekommen heute.

GKP6: Was darf der denn, also was dürfte er essen? Vollkost, oder/

GKP7: Der hat, auch nach diesen ganzen Hirninfarkten, hat er keine Dysphagie entwickelt. Also kann der auch/ ich würde bei ihm trotzdem eher weiche Kost erstmal antesten. Die Logo war auch da gewesen, hat ihn mehrmals gesichtet. Muss nichts angedickt werden, keine Breikost. Also der könnte normal essen. Also ich würde, wie gesagt, aufgrund des Alters, dem sein Zahnstatus ist auch nicht so ideal. Vielleicht erstmal weiche Kost.

(Ü15, 87–89)

Wie der zweite Fall zeigt, lehnt der Patient alles ab, und die Pflegeintervention ist erfolgreich, wenn der Patient etwas Nahrhaftes in sich reinbekommt. Es scheint kein Anlass zu

bestehen, die Verweigerung des Patienten zu ergründen, um hierauf mit geeigneten Pflegeinterventionen reagieren zu können. Die Pflegefachperson bestätigt, dass der Patient keine Dysphagie hat und auch die Logopädin keine Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme erkannt hat. Sie vermutet nur, dass er nach diesen ganzen Hirninfarkten, aufgrund des Alters und seines Zahnstatus weiche Kost bekommen müsste, und das, obwohl der Patient zuvor jegliche flüssige oder breiige Nahrung abgelehnt hat, Vollkost zu sich nehmen darf und normal essen kann.

Ein ausgeglichener Flüssigkeitshaushalt ist auch häufig Thema in den Übergaben. Patientinnen und Patienten kommen dehydriert und exsikkiert ins Krankenhaus, was Anlass für eine Infusionstherapie oder die Ernährung über eine Sonde ist. Die Pflegenden achten darauf, wie gut jemand trinkt oder dass er oder sie ein bisschen mehr trinkt. Während die Einfuhr über die Sonde bzw. per Infusion festgelegt ist und die Ausfuhr bei zu pflegenden Menschen mit einem Blasenverweilkatheter erfasst wird, gibt es in den untersuchten Übergaben keinen Hinweis darauf, dass die Pflegenden Trinkmengen dokumentieren. In einem Fall wird nachgefragt, ob ein Einfuhrzettel zu führen ist, was verneint wird. Dass ein Flüssigkeitsmangel ein erhebliches Gesundheitsproblem darstellt und damit ein Einweisungsgrund ins Krankenhaus ist, geht aus dem folgenden Beispiel hervor, in dem eine Patientin zum wiederholten Mal aus dem gleichen Grund ins Krankenhaus kommt:

40. Beispiel

AZUB1: Aber die ist nicht orientiert. Weil hier steht orientiert. Weil ist // sie gar nicht.

PA1: Nein, die ist orientiert // hier // gegangen.

AZUB1: Ja? //

PA1: Wir hatten die ja davor und dann ist die total gut hier weg und ist dann zu Hause, wahrscheinlich hier vier Tage Heidewitzka und dann ist die völlig dehydriert und exsikkiert wieder hier // angekommen

APF3: Ja. //

PA1: und seitdem ist die völlig durch.

APF3: Kriegen wir die Kurve nicht mehr mit ihr.

PA1: Selbst die Tochter meinte schon/

AZUB1: Also kommunikativ, die antwortet ja nur das Nötigste und ganz wenig nur.

Wie aus dem obigen Beispiel deutlich wird, scheinen auch kognitive Veränderungen in Verbindung mit der Dehydratation zu stehen. Als Grund dafür, dass die Patientin zu Hause nicht ausreichend getrunken hat, wird angegeben, dort sei vier Tage Heidewitzka gewesen, was alles und nichts bedeuten kann. Eine solche Erklärung in Verbindung mit die antwortet ja nur das Nötigste führt dazu, dass die Pflegenden hier keine Veranlassung sehen, der Sache auf den Grund zu gehen, um solche Drehtüreffekte zu vermeiden. Vielmehr wird die Patientin selbst dafür verantwortlich gemacht, dass sie, nachdem sie total gut hier weg war, wieder eingewiesen werden musste. Professionelle Pflegediagnostik und hierauf abgestimmte Maßnahmen unter Berücksichtigung der persönlichen und häuslichen Situation der Patientin hätten hier sehr wirksam werden können.

8.3.1.6 Kommunikation über Empfindung

Die ENP-Klasse Empfindung gehört in die Domäne der Phänomene im emotionalen/psychosozialen Bereich (vgl. WIETECK 2020, S. 39). Wie aus Abbildung 15 und Abbildung 16 hervorgeht, werden diese Phänomene deutlich seltener thematisiert als diejenigen aus der Domäne funktionaler/physiologischer Bereich. Zum Thema Empfindung benennen die Pflegenden in den Übergaben am häufigsten Schmerzen. Außer zur Lokalisation (Bauchschmerzen, am ganzen Körper Schmerzen) wird auch gelegentlich etwas zur Schmerzintensität gesagt: starke, furchtbare, ein bisschen mehr oder keine mehr. Die Schmerzen werden meist mit einer medizinischen Diagnose in Verbindung gebracht, aber auch mal mit der Ernährung oder Bewegung. Im folgenden Beispiel handelt es sich um eine Patientin, mit der die Pflegefachperson nicht verbal kommunizieren kann. Durch Beobachtung hatte diese zuvor vermutet, dass die Patientin die Nahrung nicht verträgt, welche daraufhin umgestellt wurde. Die Pflegefachperson bestätigt mit den Schilderungen in der Übergabe ihre Beobachtungen und den Erfolg der Maßnahme.

41. Beispiel

GKP7: Also, ich habe sie auch gefragt mehrfach, ob sie Schmerzen hat, sie sagt jedes Mal, wie sie es halt macht, so mit ihren Geräuschen, sagt sie halt also, es tut ihr nichts weh. Sie hat „Nein“ gesagt. Ich habe sie auch mal gefragt heute Morgen, ob sie jetzt noch Bauchschmerzen hat von der Nahrung, und sie hat „Nein“ gesagt. Ich habe gemeint: „Hattest du beim letzten Mal Bauchschmerzen?“ Hat sie „Nein“ gesagt. Also doch, hat sie gesagt, „Ja, bei der letzten Nahrung“. Also, vielleicht, vielleicht bringt es das ja doch jetzt endlich.

GKP5: Also isst sie heute wieder so ein bisschen mehr, weil // gestern Abend konnte sie irgendwie wieder gar nicht so richtig.

GKP7: Ja, finde ich schon. Doch, also doch, // heute isst sie mehr wie gestern.

(Ü16, 408–410)

Zu den Empfindungen der Patientinnen und Patienten, über die die Pflegenden in den Übergaben berichten, zählen außer Schmerzen noch Angst und Sorgen, Antriebsminderung und Depression, Pessimismus und Frustration, Einsamkeit und Trauer. Wie aus den Schilderungen der Pflegenden hervorgeht, sprechen sie über diese Probleme mit den Patientinnen/Patienten und versuchen auch Lösungen zu finden.

42. Beispiel

SH2: Ja, der Herr W., (...) Habe eine halbe Stunde ungefähr mit ihm gesessen, erzählt, ein bisschen gegen die Einsamkeit und so. Und er wirkt auch so, als wenn er nicht mehr ganz so depressiv ist und als wenn er auch nach Hause will gerne. Und das ist sein Problem halt überwiegend. Klar, ist er ziemlich krank, aber // er ist halt sehr einsam die ganze Zeit, ne.
(Ü11, 140)

APF9: Also wir glauben, dass der seine ganze Trauer, die er hier hat, ganz schön überspielt mit seinem Verhalten. Also der ist noch ordentlich/ Er trauert. [Kollegin] hat ihm wohl zweimal Trau-

erbegleitung für zu Hause angeboten. Er will das nicht, er möchte das gerne mit sich alleine //
ausmachen.
(Ü24, 27)

8.3.1.7 Kommunikation über Wahrnehmungen

Bei den Übergaben in der ENP-Klasse Wahrnehmungen geht es neben eingeschränkter Sinneswahrnehmung (Seheinschränkung, schwerhörig) vor allem um das Thema kognitive Beeinträchtigungen, was vor allem der Tatsache geschuldet ist, dass die Fachbereiche, in denen die Datenerhebung durchgeführt wurde, naturgemäß eine hiervon häufig betroffene Klientel aufweisen. Meist werden diese Phänomene von den Pflegenden sehr allgemein als orientiert, nicht oder nicht ganz orientiert, komplett desorientiert, kognitiv leicht ein bisschen, stark oder schwer eingeschränkt benannt. Die Betroffenen haben eine Demenz oder sind dement. Umgangssprachlich werden sie auch als völlig durch, so ein bisschen vergesslich, auffällig vom Gehirn oder leicht strukturiert bezeichnet. Spezifiziert werden diese Diagnosen selten; einschränkend wird berichtet, die betroffene Person habe eine gute Fassade, sei nicht zu allen Qualitäten orientiert, vielleicht zeitlich und örtlich nicht orientiert oder sie ist zur Situation adäquat. Etwas dezidiertere Beschreibungen wie im folgenden Beispiel sind selten.

43. Beispiel

GKP1: Sie ist, ja, so dezent kognitiv eingeschränkt jetzt, also schwer zu sagen. Zur Situation adäquat, hat eine gute Fassade, aber relativ vergesslich, würde ich sagen, und auch im Mini-Mental-Status-Test, glaube ich, nur auf 23 Punkte gekommen oder so.
(Ü7, 450)

GKP22: Auf jeden Fall braucht sie aber Struktur von den Abläufen. Weil die steht manchmal auch auf. Obwohl sie zur Toilette gehen will, hat sie es in dem Moment irgendwie wieder vergessen. Und ist sicher manchmal unsicher, wie sie am besten den Rollator jetzt schiebt so. Also, nach rechts, nach links. Also, die ist sehr desorientiert teilweise so.
(Ü20, 819)

Gezielte pflegerische Interventionen oder gar Konzepte, die in der Pflege für solche Problemlagen existieren, werden für die Betroffenen in den Übergaben kaum angesprochen und gehen nicht über Anleitung und Strukturvorgabe hinaus. Können die betroffenen Patientinnen/Patienten im Krankenhaus nicht behandelt werden, wird überlegt, ein psychiatrisches Konsil anzusetzen, oder es wird eine Verlegung in die Gerontopsychiatrie erwogen.

8.3.1.8 Kommunikation über Interaktion

In die ENP-Klasse Interaktion gehören alle Phänomene, die sich auf die Fähigkeit, die Art und Weise und die Effizienz der Kommunikation und Interaktion bei den zu pflegenden Menschen beziehen. Laut ENP gehört hierzu auch das Risiko unerfüllter Bedürfnisse (vgl. WIETECK 2020, S. 39). Insofern thematisieren die Pflegenden auch in den Übergaben, ob der zu pflegende Mensch dazu in der Lage ist, sich zu melden, falls er etwas benötigt. Aber auch wenn die Patientinnen/Patienten in den Augen der Pflegenden zu anspruchsvoll sind, wird das in den Übergaben thematisiert. So weiß sich eine Patientin auch ganz gut für ihre Be-

dürfnisse einzusetzen. Eine pflegende Person in Ausbildung beschwert sich in der Übergabe, eine Patientin habe erstmal den Großteil abgelehnt, da sie nicht von jemandem versorgt werden wollte der noch nicht ausgelernt hat.

Die Pflegenden fragen sich auch, ob die Patientinnen/Patienten – meist in Verbindung mit kognitiven Einschränkungen – Anweisungen befolgen können, gut zu führen seien bzw. kooperativ sind oder ob man sie mehr fordern oder Druck machen müsse.

8.3.1.9 Kommunikation über Handlung und Verhalten

Handlung und Verhalten umfasst in der ENP vor allem solche Verhaltensweisen, die das Risiko bergen, dass jemand gesundheitlichen Schaden nehmen könnte (vgl. WIETECK 2020, S. 40). In den Übergaben wurden einige Male Verhaltensweisen angesprochen, die auch als „Herausforderndes Verhalten“ (JAMES 2013) definiert werden. Hierzu zählen, dass Patientinnen/Patienten als wehrig beschrieben werden, sie machen, was sie wollen, hauen ab oder haben null Bock, werden pampig, beschimpfen die Pflegenden mit Drecksau, schmeißen die Medikamente rum, boxen, kratzen oder machen Spielchen. Die Übergabe wird dazu genutzt, über solche Vorfälle zu berichten. Diese werden meist in erzählender Art wiedergegeben und oft, wie beobachtet werden konnte, mit emotionalen Äußerungen (lachen, seufzen) verbunden. Die Pflegenden bezeugen Verständnis für einander und manchmal auch für die Patientinnen/Patienten und gleichen ihre Eindrücke über das Verhalten miteinander ab. Manchmal entsteht darüber ein Austausch, wie dem herausfordernden Verhalten der Patientinnen/Patienten am besten zu begegnen sei, was aber nicht bedeutet, dass über konkrete Konzepte gesprochen würde:

4.4. Beispiel

GKP22: Also sie ist echt, wenn sie nicht manchmal, dass sie boxt und kratzt, wäre das ja alles gar nicht/. Aber man muss ein bisschen, man muss ein bisschen vorsichtig sein.

APF8: Und so was habe ich noch nicht erlebt. Aber ich weiß auch nicht, wie man sie dann auch, wie man sie erreichen kann. Ob man sie auf der gleichen Schiene zynisch erreicht irgendwie.

GKP13: Nee, habe ich probiert.

APF8: Aber ich glaube die meint das, die meint das nicht so.

GKP13: Ich habe das gestern probiert. Aber die hat mit aller Kraft weiter nach uns getreten. Und deswegen haben wir sie zugedeckt und haben sie in Ruhe gelassen. Die hat auch weiter gezielt geschlafen.

APF8: Das war ja beim Frühstück, wo ich da dann war, und habe dann gefragt, was sie möchte. Sie will ihre Ruhe. Kriegst du glatt zur Antwort.

(Ü20, 63–68)

Das folgende Beispiel zeigt, wie Pflegende mit Gelassenheit und Humor auf unkonventionelles Verhalten zweier Patienten reagieren. Es zeigt, dass es den Pflegenden wichtiger zu sein scheint, dass es den Patientinnen/Patienten mit dem Verhalten gut geht, und es weniger wichtig ist, dass Regeln einzuhalten sind:

45. Beispiel

GKP17: Herr B. liegt jetzt im Bett von // Herrn S.

KS12: Herr S.

GKP16: Herr S. //

KS12: Haben sie getauscht?

GKP17: Ja, die haben einfach die Betten gewechselt, die haben die Klamotten gewechselt,

GKP16: getauscht

GKP17: die haben alles gewechselt. Also die teilen sich das Zimmer so // zusammen ein.

GKP16: Die verstehen sich gut. //

GKP17: Die verstehen sich. Der Herr S. hat sich da hinten im Zimmer an Fenster gelegt und der sagte: „Okay. Dann gehe ich da.“ Gut.

GKP16: (lacht) Super.

(Ü29, 841–850)

8.3.2 Selbstreferenzielle Informationen

Die Gesprächssequenzen, in denen die Pflegenden auf sich selbst bezogene Aussagen treffen, ließen sich keiner der Gesprächsphasen eindeutig zuordnen. So wurden selbstreferenzielle Informationen von den Pflegenden sowohl an arbeitsorganisatorische als auch an patientenbezogene Themen gekoppelt. Es konnten in dieser Kategorie weitere inhaltliche Untergliederungen vorgenommen werden in Sequenzen, in denen Versäumnisse auf hohe Arbeitsbelastung zurückgeführt werden, Sequenzen, in denen die eigene Zuständigkeit thematisiert wird, Sequenzen, in denen die eigene Position im Rahmen von Konflikten mit Patientinnen/Patienten wiedergegeben wird und sich die betreffende Person ggf. der Loyalität im Team versichert, sowie Sequenzen, in denen die eigene Rolle und Wirkmacht reflektiert wird.

Arbeitsbelastung

Als Gründe für die Arbeitsbelastung werden Zeit- und Personalmangel und zu hohes Arbeitsaufkommen beschrieben. In einem Fall stellte eine Abschlussprüfung eine Unterbrechung der gewohnten Abläufe dar, was ebenfalls als Belastung wahrgenommen wurde. Die Schilderung der Arbeitsbelastung wird wie eine Entschuldigung an den Spätdienst weitergegeben, da bestimmte Tätigkeiten nun von diesem übernommen werden müssen:

46. Beispiel

KS5: War heute zum Sono Abdomen nüchtern, weiß ich aber weiter nichts draus, kann ich jetzt nichts zu sagen. Ich hatte auch nicht die Zeit dafür, das jetzt groß nachzugucken.

(Ü12, 267)

KS9: Wir waren heute ein bisschen spärlich besetzt.

(Ü28, 516–516)

KS5: Und du weißt ja, wo alle. Ich weiß nicht mehr, wo ich gewesen bin und was ich alles gemacht habe, // weil

GKP3: Und wie ich heiße. //

KS5: Heute Morgen ging die Klingel und dadurch hat man/ sind auch viele Sachen, ein paar Sachen einfach hinten // runtergefallen, ne?

GKP3: Ja. //

AZUBI4: Hm (zustimmend). //

KS5: Ne? Weil dann war Examen dazwischen und/
(Ü12, 339–344)

GKP19: (...) da haben wir heute was zu tun, viel zu tun.

APF10: Ja. Von den insgesamt acht Zugängen, ne? Das ist schon krass.

PA3: Habe ich noch nie erlebt.

APF10: Nee. Acht, nee.

PA3: Noch nie. Beim Geriatrischen noch nie,

APF10: Nee. Ist schon /

PA3: Innere schon, aber nur Geriatrie noch nie.
(Ü22, 329–335)

Zuständigkeit und Loyalität im Team

Ob und in welchem Umfang sich die Pflegenden für bestimmte Aufgaben zuständig fühlen, wird auch gelegentlich in den Übergaben angesprochen. Das nachfolgende Beispiel zeigt, dass die Zuständigkeit für die Säuberung der Zimmer nicht infrage gestellt wird, wohl aber, was zu tun ist, wenn diese Aufgabe nicht erledigt werden kann:

47. Beispiel

KS5: Wenn wir Entlassungen haben nachmittags, und wenn wir die Zimmer machen, müssen wir auch in die Bäder gucken. Ich bin selber aufgefallen. Ich bin mir selber aufgefallen/ weil, ich hatte vorige Woche irgendwann Wochenende auf der [Nr]/ Ich hatte alles weggeräumt, dann denke ich auf einmal: „Hast du eigentlich ins Bad geguckt? Musst du nochmal ins Bad gucken?“ Und dann hingen da noch die ganzen Handtücher.

GKP2: Ja, es gibt auch Dienste/ Da ist ein Problem. Es gibt Dienste, das du nicht schaffst. Da muss man dann

KS5: Ich habe gesagt, wenn es/ wenn wir/

GKP2: Oder wir haben das so vorgenommen jetzt, dass man am nächsten Tag machen lässt. Fertig. Oder/

KS5: Du siehst ja, du siehst ja, was du am nächsten Tag machen kannst.

GKP2: Ja, dann muss man machen.

KS5: Ich sage/ Nein, ich sage, du siehst ja, was du am nächsten Tag/ Die Betten sind ja noch nicht ganz kalt, da sind da noch/

GKP2: Aber wir/, da hast du recht. Wenn wir Neuaufnahmen kriegen, dann müssen wir ganz schnell sauber machen. Sonst, ich sperre das Bett und dann lasse ich am nächsten Tag machen. Weil, ich sehe das nicht zu, dass wir das noch machen müssen.

(Ü13, 412–419)

Außerdem wird vom Frühdienst geschildert, wie Zuständigkeiten gegenüber Patientinnen/ Patienten bzw. Ärztinnen und Ärzten geklärt wurden, wie die nachfolgenden Beispiele zei-

gen. Auffällig hier ist die Wiedergabe in direkter oder indirekter Rede, wenn konfliktbehaftete Situationen geschildert werden:

48. Beispiel

APF9: Dann bin ich kurz zu [Arzt] gegangen, wegen, der immer noch seine Pleuradrainage/. Ich sage so: „Ist die irgendwie geblockt, oder so?“ Dann sagt er: „Hm, hm, hm.“ Ich sage: „So, gut, dann mache das bitte selber.“

KP9: Ja.

(Ü24, 51–52)

KS2: Die Frau O. kommt wegen Hüftfraktur rechts, absolut schwerhörig, sehr anspruchsvoll darf man schon sagen. „Heben Sie mich hoch, dann können Sie mir auch meinen Po angucken.“ Weißt du, ich habe sie heute auf die Seite gedreht, um mir das Gesäß anzugucken, weil es schon stark gerötet war, aber Fingertest–Druck–Test war negativ. Da wollte sie, dass ich sie hochhebe, die anderen Schwestern heben sie auch hoch und gucken sich das von unten an. Ich sage: „Soll ich Sie so über den Kopf heben und so?“ Ich sage: „Ich bin kein Gewichtsheber.“

APF5: Herrlich.

KS2: Ich habe/ dann fing sie auch an: „Ja, und wenn sie mir jetzt noch eine Tasse Kaffee bringen und das machen // und dieses und so,

APF5: Hm (zustimmend), ah, okay. //

KS2: und dann bin ich zufrieden.“ Ich sage: „Da müssen Sie trotzdem warten, auch wenn Sie zufrieden sind.“

APF5: Ah, okay. //

(Ü8, 654–659)

Konflikte mit Patientinnen/Patienten

Aus einigen Passagen geht hervor, dass sich die Pflegenden im Team für ihr Verhalten Patientinnen/Patienten gegenüber rechtfertigen wollen oder die Konflikte wiedergeben, um sich zu entlasten und ggf. Zuspruch vom Team zu erhalten. Patientinnen/Patienten, die den Widerpart im Konflikt darstellen, werden dann auch mal wie Gegner/-innen beschrieben. Es wird aber auch geschildert, wie sich Pflegende zurückhalten, wenn sie wissen, dass sie nichts erreichen können:

49. Beispiel

AZUB1: Und dann meinte sie zu mir, ich müsste gar nicht erst stöhnen, ich wäre die Schlimmste von allen. Und dann habe ich ihr Bett nicht bezogen, weil ich so sauer war, ich habe es nicht bezogen, ne? Und dann ist die richtig ausgerastet.

(Ü4, 56–56)

KS5: Ich habe sie nochmal gebeten, sich ein bisschen mehr zu mobilisieren, dann wird sie ja direkt so ein bisschen pampig. Ja, gut. Also, ich weiß, ich bin die böse Trink- und Mobilisationsschwester, weiß ich alles, ja.

AZUB15: Ja, die Patienten irgendwie möchten nicht, wenn man sagt, stehen Sie auf, bewegen Sie sich, die sind da total auf einmal, ne, so gegen die Mobilisation, gegen die Pflege.

(Ü11, 99–100)

GKP19: Heute Nacht hat man ein bisschen Probleme mit ihm gehabt beziehungsweise die Platte, die hält nicht so gut, die ganze Zeit. Da muss man fast jede Schicht neue Platte, neuen Verbandwechsel. Und der war so bisschen ungehalten beziehungsweise war vielleicht frustriert und ganze Welt war schlecht. Die Kollegin, die ist so ruhig, sie hat nichts gesagt.
(Ü21, 183)

KS9: Wenn seine Frau kommt, sie reicht ihm immer die Nahrung an. Ich halte dann immer die Luft an, weil das bringt sowieso nichts. Wenn er zu Hause ist, macht sie das sowieso. Aber er kann das alleine, nur mal so nebenbei.
(Ü28, 502)

8.3.3 Klientenzentrierung

Wie in Kapitel 3.2 dargelegt, stellt die Klientenzentrierung ein wesentliches Merkmal professioneller Pflegepraxis dar. Aus dem von OEVERMANN beschriebenen Arbeitsbündnis leitet sich ab, dass Pflegenden im Sinne der ihnen anvertrauten zu pflegenden Menschen unter Wahrung ihrer Selbstbestimmung Entscheidungen treffen und handeln. Damit standen alle Passagen, die einen Hinweis darauf geben, ob und inwieweit die Patientin/der Patient im Mittelpunkt steht und an den gesundheitsbezogenen Entscheidungen beteiligt wird, im Fokus. Es konnten diesbezüglich zwei Gegenpole gefunden werden: auf der einen Seite die Erwartung an Patientinnen und Patienten, sich den institutionellen Gegebenheiten anzupassen, und auf der anderen Seite Hinweise auf die Anpassung der Versorgung entsprechend den Bedürfnissen von zu pflegenden Menschen.

Anpassungserwartung an Patientinnen und Patienten

Patientinnen/Patienten gelangen in das System Krankenhaus, in dem von ihnen erwartet wird, dass sie ihrer Rolle im Gefüge gerecht werden. Es wird von den zu Pflegenden erwartet, dass sie die (ungeschriebenen) Gesetze einhalten. Das Sich-melden-Müssen gehört zu solchen Erwartungen an die Patientinnen/Patienten, so wird dieses Thema mehrfach in den Übergaben thematisiert. Wenig Arbeit machen Patientinnen/Patienten, die sich melden können, negativ wird es bewertet, wenn sich Patientinnen/Patienten nicht melden, obwohl sie es könnten. So beschwert sich in Ü4 eine Pflegenden darüber, dass ein Patient ohne Bescheid zu sagen die Station verlässt, und tut diesen Umstand mit den Worten kennt man ja ab. Wie auch aus vielen Übergaben deutlich wird, steht die Sicherstellung von Arbeitsabläufen im Vordergrund, zusätzliche Arbeit machen dann beispielsweise solche Patientinnen/Patienten, die sich nicht melden oder die trotz der Aufforderung nüchtern zu bleiben gegessen haben, so dass Untersuchungstermine verschoben werden müssen. Patientinnen/Patienten, die Maßnahmen verweigern, werden auch in den Übergaben angesprochen. Auf das Ablehnen von Maßnahmen wird unterschiedlich reagiert, wie das folgende Beispiel zeigt. Hier wird von GKP9 der Wunsch des Patienten, sich heute nicht waschen zu lassen, respektiert, während AZUBI6 empfiehlt, Druck zu machen, damit die Aufgabe der Körperpflege erledigt werden kann.

50. Beispiel

GKP9: (...) Er hat also heute Waschen abgelehnt. Wir wollten ihn waschen und so, aber er hat gesagt, „Nein“, also er will morgen. Und dann habe ich gesagt, „Okay“, und ja.

AZUB16: Du musst bei dem mal richtig Druck machen.

GKP5: Ja. Wir fragen ihn nochmal. Vielleicht dann heute Mittag.

(Ü17, 462–464)

Patientinnen und Patienten werden von den Pflegenden auch als lieb, nett, gut oder kooperativ beschrieben, was im Zusammenhang mit rollenkonformem Verhalten steht. Diese Patientinnen/Patienten lassen sich versorgen, bei ihnen klappt alles und sie versuchen auch was selber zu machen. Mit diesen Patientinnen/Patienten sind Pflegende super zufrieden.

Einnehmen der Perspektive von Patientinnen/Patienten

Das Einbeziehen der Patientenperspektive bei der Diagnostik sowie der Auswahl und Begründung von Maßnahmen stellt ein Merkmal professioneller Pflege dar. Tatsächlich konnten mehrere Beispiele gefunden werden, aus denen deutlich wird, dass Patientinnen/Patienten in ihrer Individualität und mit ihren Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen und respektiert werden. Es konnte beobachtet werden, dass sich einige Pflegende – unabhängig von ihrer Qualifikation – als sehr verständnisvoll zeigten, was sich eher darin ausdrückte, auf welche Weise sie etwas sagten als im Gesprächsinhalt selbst. Auch ethische Fragestellungen wurden vereinzelt in den Übergaben besprochen, so beispielsweise über den Wunsch einer Patientin, die Therapie zu beenden, um zu Hause zu sterben, oder über die Frage, wie sehr ein dementer Patient davon traumatisiert wurde, dass sein Bett Nachbar vergeblich reanimiert wurde und ob es besser gewesen wäre, eine Spanische Wand zwischen den Patienten aufzustellen. Wie auch aus den Beispielen zur Kommunikation über Empfindungen (Kapitel 8.3.1.6) hervorgeht, sprechen Pflegende auch über die Ängste und Sorgen ihrer Patientinnen/Patienten. Es zeigte sich auch, dass sie die Patientinnen/Patienten in ihrem Wunsch unterstützen, wieder nach Hause zu kommen, sie entsprechend im Umgang mit ihren Hilfsmitteln anleiteten und dafür sorgten, dass die Versorgung zu Hause weitergeführt werden konnte.

8.4 Zusammenfassung der Ergebnisse unter Einbezug der Beobachtungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse zusammengefasst und in die Ergebnisse der passiv teilnehmenden Beobachtung eingebettet. Zunächst wird dargelegt, welchen Gesamteindruck die Übergabegespräche gemacht haben. Zur Beantwortung der Forschungsfrage nach den Kontextbedingungen und Konventionen in Übergabesituationen werden gemessene und beobachtete Sachverhalte zu den äußeren Rahmenbedingungen und zur internen Organisation in Verbindung gebracht. Die Frage nach den Konventionen wird auch mit Blick auf die formellen und informellen Hierarchien in den intraprofessionellen Teams beantwortet. Weiterhin geht es in der Zusammenfassung der Ergebnisse um den verwendeten Wortschatz und im Speziellen um die Darstellung des Pflegeprozesses, um die Frage nach den verwendeten Registern und Besonderheiten in den intraprofessionellen Gesprächen zu beantworten.

8.4.1 Rahmenbedingungen und Konventionen

Standards

In keiner der untersuchten Kliniken gab es einheitlichen Standards für die Struktur, die Räume oder die Hilfsmittel, die zu nutzen wären. In vier der fünf Kliniken wurde im System der Bereichspflege gearbeitet, so dass die Übergaben in der kurzen Überschneidungszeit zwischen Spät- und Frühdienst geteilt waren und einzelne Teammitglieder möglicherweise wichtige Informationen nicht erhalten konnten. Eine Gesamtübergabe gab es in Klinik 3 (Innere Medizin/Chest Pain Unit), wo es eine von der Station selbst entworfene Struktur, die dem SBAR-Schema ähnelte, gab. Der Zeitaufwand pro Patientin/Patient in den Übergaben konnte mit ca. 45 bis 60 Sekunden gemessen werden. Eine Ausnahme bildete Klinik 3, in der ca. je fünf Minuten aufgewendet, aber vor allem medikamentöse Therapien ausführlich besprochen wurden.

Raumsituation

Die Übergaben fanden alle in einer Konstellation statt, die für ein interaktives Gespräch geeignet ist. Meist wurde in einem störungsfreien Raum gesessen, und die Sitzposition war so, dass Blickkontakt hergestellt werden konnte. Auch wenn ein Besprechungs- oder geschützter Raum vorhanden war, mussten die parallel laufenden Übergaben in dafür nicht geeigneten Räumen stattfinden. Das hatte im Beobachtungszeitraum trotzdem keine Auswirkung auf die Art und Anzahl der Störungen. Ebenfalls gab es zwischen den Übergaben keine auffälligen Abweichungen in Wortwahl, Lautstärke oder Themen, die auf die Raumsituation zurückzuführen wären.

Zeitliche Struktur

Zeitdruck schränkte die Interaktion ein. So wurde nicht nur organisatorisch durch die Aufteilung der Übergaben in Gruppen dafür gesorgt, dass der vorgesehene Endzeitpunkt eingehalten wird, sondern auch durch bestimmte Interaktionsmuster. Übergaben unter vermeintlichem Zeitdruck waren davon geprägt, dass die Übergebenden schnell sprachen, dass Nachfragen überhört sowie Sätze und begonnene Diskurse abgebrochen wurden. In solchen Übergaben wurde aber trotzdem rein rechnerisch nicht weniger Zeit pro Patient/Patientin benötigt. Es gab bei unterschiedlicher Dauer pro Patient/Patientin keine offensichtlichen Unterschiede in der Qualität der übermittelten Informationen.

Typischer Gesprächsverlauf

Es konnte beobachtet werden, dass die Übergaben trotz besprechungsfreundlicher Räumlichkeiten und Sitzpositionen nicht durchgehend wie ein Gespräch gestaltet waren. Vielmehr überwog die Berichterstattung des Frühdienstes, der insgesamt ca. 80 Prozent der Redeanteile hatte. Er berichtete über das, womit er meinte, die Informationslücke des Spätdienstes füllen zu müssen. Die Rolle des Spätdienstes bestand darin nachzufragen, zu ergänzen oder zu bestätigen.

Alle Übergaben wiesen einen ähnlichen Verlauf der Phasen Gesprächsbeginn, Gesprächsmitte und Gesprächsende auf. Während der Gesprächsbeginn oft unvermittelt war, wurde das Ende des Gesprächs vom Frühdienst signalisiert. Die Gesprächsmitte war komplex und verknüpfte patientenbezogene und organisatorische Themen miteinander. Die Übergaben bestanden in der Gesprächsmitte aus Informationsblöcken zu Patientinnen/Patienten und rein arbeitsorganisatorischen Belangen, die gelegentlich von Störungen in Form von Telefonklingeln oder externen Einflüssen unterbrochen wurden oder in die auch selbstreferenzielle Informationen der Teilnehmenden eingeflochten waren. Die Gesprächsanteile mit Bezug zu Patientinnen/Patienten folgen einem festen Muster: Zimmernummer, Name, medizinische Diagnose(-n), Bericht über durchgeführte Maßnahmen und über besondere Vorkommnisse. Sie endeten immer damit, dass der Frühdienst direkt oder indirekt Aufgaben an den Spätdienst delegierte. Die Delegation erschien oft vage, erkennbar an relativierenden Wörtern bzw. Konjunktionen, auch begleitet von einer Entschuldigung, dem Spätdienst etwas aufbürden zu müssen.

Schriftliche Dokumentation und Hilfsmittel

In allen Kliniken nutzten die Teams standardisierte Papierausdrucke aus der elektronischen Patientenakte zur Strukturierung der Übergaben. Die Ausdrucke enthielten prinzipiell überall die gleichen Daten, pflegebezogene Informationen beschränkten sich auf eine codierte Angabe zum Pflegebedarf.

Vom schriftlichen Papierausdruck wurden vom Frühdienst vor allem die medizinischen Informationen abgelesen, was erklären mag, warum medizinische Diagnosen und Interventionen in den Übergaben ein größeres Gewicht hatten und warum die medizinischen Informationen fachsprachlich präzise übermittelt, während Pflegediagnosen eher beiläufig hinzugefügt wurden. Auf den Papierausdrucken der Patientenakte, so konnte ermittelt werden, war kein Platz für die Pflegeplanung vorgesehen, so dass pflegerelevante Informationen, wenn überhaupt, in der Kategorie *Sonstiges* untergebracht waren. Trotzdem, so ging aus einigen Übergaben hervor, waren Pflegeplanungen in der elektronischen Patientenakte angelegt worden. Dass hierauf aber inhaltlich in den Übergaben Bezug genommen wurde, war nicht erkennbar.

8.4.2 Interaktion in den intraprofessionellen Teams

Die intraprofessionellen Teams zeigten eine typische Zusammensetzung mit verschiedenen Qualifikationsstufen der Pflegenden, Auszubildenden und Stationshilfen. Ebenso typisch war der Anteil an Pflegenden, deren Erstsprache nicht Deutsch war oder die ihre Ausbildung nicht in Deutschland absolviert hatten. An den Übergaben nahmen immer mindestens zwei Personen teil, die für die jeweilige Schicht verantwortlich waren.

Die Interaktion in den Übergaben war davon bestimmt, wie groß das Informationsdefizit des Spätdienstes war, das durch den Frühdienst ausgeglichen werden musste. Ohne dass es hierfür einer besonderen Absprache bedurfte, führte der Frühdienst das Gespräch, teilweise in längeren Monologen. Die Informationen des Berichts vom Frühdienst wurden vom Spätdienst insofern gesichert, als dieser sich handschriftliche Notizen auf dem Papierausdruck machte. Der Frühdienst setzte seinen Bericht fort, sobald sichergestellt war, dass der Spätdienst zu erkennen gab, die Informationen erfasst zu haben.

In den Teams konnten sowohl formelle als auch informelle Hierarchien beobachtet werden: So waren die anwesenden Pflegefachpersonen zu über 80 Prozent aktiv in den Übergaben, die Quote bei den Auszubildenden, den Stationshilfen und den Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten mit weniger als 50 Prozent lag deutlich darunter. Das galt unabhängig davon, ob die Teilnehmenden Deutsch als Erst- oder Zweitsprache gelernt hatten. Die Gruppen der Auszubildenden, Stationshilfen und Pflegeassistentinnen/-assistenten hielten sich auch mit ihren Wortbeiträgen in den Übergaben, an denen sie aktiv teilnahmen, deutlich zurück. Zwei Ausnahmen konnten beobachtet werden: In einem Fall wurde eine Person in Ausbildung kurz vor ihrer praktischen Abschlussprüfung gezielt in der Übergabe zu eigenen Beiträgen aufgefordert, und eine Pflegefachperson, die nicht mit der Praxisanleitung beauftragt war, nahm die Übergabe zum Anlass, ihr Tipps und Informationen für die anstehende Prüfung zu geben. Im zweiten Fall dominierte eine Person aus der Gruppe der Pflegeassistentinnen/-assistenten die Übergabe stark mit ausführlichen Redebeiträgen.

Es konnte außerdem beobachtet werden, dass niedriger qualifizierte Teammitglieder und Auszubildende damit beauftragt waren, den Betrieb auf der Station aufrechtzuerhalten, während die Pflegefachpersonen ihre Übergabe machten. Wie, wann und ob sich diese die fehlenden Informationen einholen konnten, entzog sich der Beobachtung.

8.4.3 Sprachliche Register

Die in den untersuchten Übergabegesprächen verwendeten sprachlichen Mittel waren vielfältig. Es konnte gezeigt werden, dass die an den Übergaben beteiligten Personen eine Mischung aus Fach-, Allgemein- und Umgangssprache verwendeten, um beruflich relevante Sachverhalte zu übermitteln. Die Sprache gestaltete sich, je nach Handlungsfeld und Thema, unterschiedlich. Es konnten keine nachweisbaren Unterschiede in der Sprache bezogen auf Berufsgruppe, Erstsprache oder Betriebszugehörigkeit ausgemacht werden.

Vom Gesamtwortschatz aller transkribierten Übergaben konnten ca. 1.100 bedeutungstragende Begriffe in die Achsen der Pflege-Klassifikation ICNP unter Hinzufügung der Kategorie Pflegeorganisation eingeordnet werden. Es fällt auf, dass auf der Achse, die in der ICNP als Focus bezeichnet ist, überwiegend medizinische Fachbegriffe (in der Regel Diagnosen) verortet werden konnten im Vergleich zu Pflegediagnosen. Auf der Achse Mittel/Methoden (Meads) konnten deutlich mehr Begriffe gefunden werden, die der Darstellung von Pflegeinterventionen dienen. Der Anteil an unspezifischen Begriffen und derben Ausdrücken, die hier als Umgangssprache bezeichnet werden, war vergleichsweise gering. Ein typisches Vokabular für die Pflegeorganisation wurde auch mit der Wortschatzanalyse aufgedeckt und in die Liste im Anhang aufgenommen.

Die Verwendung bestimmter Register oder auch sprachlicher Stilmittel, so konnten die Beispiele zeigen, war auch von der Gesprächsphase abhängig. Es wurden eigene Begriffe für die Eröffnung und Beendigung der Übergaben verwendet, und zur Bearbeitung von Störungen wurden wieder andere charakteristische Begriffe und kurze Sätze verwendet. Besondere Vorkommnisse wurden oft dramatisiert dargestellt und Konflikte mit zu pflegenden Menschen oder Kolleginnen/Kollegen anderer Berufe in wörtlicher Rede wiedergegeben.

8.4.4 Pflegeprozess

Die Untersuchung ergab, dass über 300 Textstellen im weitesten Sinne mit Pflegediagnosen aus der ENP in Verbindung gebracht werden konnten. Unter Pflegediagnose soll hier verstanden werden, dass der Zustand eines zu pflegenden Menschen beschrieben wird, der durch eine Pflegeintervention verändert, kompensiert oder erhalten werden kann. 134 Textstellen bezogen sich auf Pflegeinterventionen. In die Pflegeinterventionen einbezogen wurden all jene, die auf einer eigenständigen Entscheidung durch Pflegenden basieren können, also nicht ärztlich delegiert sind. Pflegeziele, also die erwarteten Ergebnisse von Pflegeinterventionen, wurden nur in wenigen Fällen explizit formuliert. Besonders häufig thematisiert wurden Diagnosen und Interventionen aus der ENP-Domäne *funktional/physiologischer Bereich* der Klassen *Gewebeintegrität*, *Mobilität* und *Ausscheidung*. Gelegentlich wurden Pflegediagnosen und -interventionen miteinander in Verbindung gebracht.

9 Diskussion

Die Diskussion teilt sich auf in die Ergebnisdiskussion, die Methodendiskussion und den Ausblick. Nachfolgend soll es darum gehen, die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Professionalisierung der Pflege und der interaktionistisch ausgerichteten Professionstheorien, dem Konzept der Intraprofessionalität sowie dem aktuellen Forschungsstand zur intraprofessionellen Kommunikation zu diskutieren. Den zweiten Teil der Diskussion bildet eine Reflexion der eingesetzten Methoden zur Erkenntnisgewinnung, die Limitationen in Bezug auf die Reichweite der Ergebnisse sowie die Reflexion der Rolle der Forschenden. Schließlich werden ausblickend sowohl die sich aus der Arbeit ergebenden Forschungsdesiderate als auch die Handlungsoptionen zur Verbesserung der Versorgungspraxis dargelegt.

9.1 Die Darstellung professionalisierter Pflegepraxis in den Übergaben

Auf Grundlage der professionstheoretischen Einordnung in Kapitel 3 gilt für die Pflege als klientenbezogener Beruf ein Professionsverständnis, in dem bestimmte Handlungsmuster in der Interaktion und die Kompetenz zur hermeneutischen und wissenschaftlichen Begründung bei gleichzeitiger Fähigkeit zur autonomiewahrenden Anwaltschaft für eine hilfebedürftige Klientel miteinander verbunden sind. Die „doppelte Handlungslogik“ (REMMERS 2011, S. 17) erfordert das Verstehen des Falls und die Begründung aus diesem Verstehen heraus, bei der sich wissenschaftliches und hermeneutisches Wissen mit dem Einnehmen der Perspektive des zu pflegenden Menschen zur Entscheidungsfindung und -begründung vereinen. Das pflegerische Handeln selbst vollzieht sich entlang des Pflegeprozesses.

Aus sprachwissenschaftlicher Perspektive gilt die Anwendung von Fachvokabular, das für die Pflege in verschiedenen Klassifikationen bzw. Terminologien vorliegt, als Zeichen von Expertise, was letztlich auch für die intraprofessionelle Kommunikation von Bedeutung ist, um sich inhaltlich eindeutig verständigen zu können und damit Klarheit über Handlungsprozesse und Zielstellungen zu erhalten sowie um sich fachlich austauschen und Diskurse führen zu können. Die Pflegeterminologie stellt der Pflege die für das professionelle Pflegehandeln und dessen Nachweis erforderlichen Begriffe zur Verfügung (LANG 2008; McCORMICK/JONES 1998; JONES u. a. 2010; MÜLLER STAUB/RAPPOLD 2017).

9.1.1 Die Sprache in den Übergaben

Die Interpretation der Ergebnisse kann nicht ohne einen gewissen Normenbezug vorgenommen werden. Schließlich lassen sich weder Professionstheorien noch die Kennzeichen professionalisierten Handelns im Sinne von Norm und Maßstab bei der Auswertung der intraprofessionellen Sprache in Übergabegesprächen ignorieren. Die Annahme war, dass Professionsentwicklung immer mit der Entwicklung einer eigenen Sprache einhergeht. Die Verwendung von Fachsprache wird aus sprachwissenschaftlicher Sicht als Merkmal von Expertentum angesehen, und der Anteil an Fachsprache soll gerade bei der Kommunikation un-

ter Professionsangehörigen ein und desselben Fachgebietes relativ hoch sein. Insofern wäre erwartbar, dass sich Pflegende zur intraprofessionellen Kommunikation über pflegerelevante Sachverhalte auch der Terminologie bedienen, mit der sich pflegerelevante Phänomene beschreiben lassen.

Bei der Wortschatzanalyse wurden die bedeutungstragenden Begriffe aus den Übergabegesprächen den Achsen der ICNP zugeordnet. Eine wörtliche Übereinstimmung mit der Terminologie war hierfür nicht erforderlich. So wurden auch solche Begriffe zugeordnet, die im weitesten Sinne in die Achsen passten, aber weniger eindeutig waren, als es Fachbegriffe wären. Auffällig an den Untersuchungsergebnissen ist aber gerade das Fehlen von Pflegefachbegriffen auf der ICNP-Achse *Focus*, denn es werden hier überwiegend Begriffe aus der Medizin verwendet. Der Schluss, dass das ein Zeichen für fehlende Professionalität darstellt, greift aber zu kurz. Vielmehr scheint es, dass sich in den untersuchten intraprofessionellen Teams ein praktikables Vokabular etabliert hat, das unter Teammitgliedern verstanden wird. Die Menge an medizinischen Fachbegriffen auf dieser Achse könnte außerdem ein Zeichen dafür sein, dass die medizinische Thematik in den Übergaben im Focus steht, insbesondere im Setting Krankenhaus, und dass die medizinischen Diagnosen und Maßnahmen auch im Dokumentationssystem und damit für die Übergaben in schriftlicher Form vorlagen und abgelesen werden konnten.

Die pragmatische Linguistik geht davon aus, dass Sprache immer zu einem bestimmten Zweck eingesetzt wird. Daher wurde das Datenmaterial daraufhin untersucht, in welchem Zusammenhang bestimmte Stilmittel eingesetzt werden und welcher Zweck mutmaßlich damit verbunden ist. Mit besonderen Stilmitteln ist die Art und Weise der Informationsübermittlung und die sprachliche Gestaltung der Übergaben gemeint. Wie in Kapitel 5.1 ausgeführt, soll die Dienstübergabe in der Pflege dazu dienen, für kontinuierliche Pflege- und Versorgungsprozesse relevante Informationen weiterzugeben. Des Weiteren dienen der Wissensaustausch und das Lernen, die Diskussion und Konsensbildung sowie die Verständigung auf gemeinsame Ziele und gleiches Vorgehen der emotionalen Entlastung, der Teamkohäsion und der Selbstvergewisserung. Zu diskutieren ist nun, welche Merkmale die Sprache mit Blick auf den eigentlichen und ggf. auch die verdeckten Zwecke von Übergaben aufweist.

9.1.1.1 Bericht und Komplexität von Informationen

Wie aus den Studien in Kapitel 5.4 hervorgeht, sind Übergaben mehr oder weniger strukturiert, und die Beteiligten wechseln zwischen objektiv/formellem und subjektiv/informellem Stil. Das kann für die hier untersuchten Übergaben bestätigt werden. Die Pflegenden wechseln in den Übergaben zwischen sachlicher Berichterstattung (objektiv/formell) und unterhaltsamer bis hin zu dramatisch zugespitzter Erzählweise (subjektiv/informell). Das deckt sich mit den Beobachtungen von LEONARD/GRAHAM/BONACUM (2004), KITSON u. a. (2014) sowie GALATZAN/CARRINGTON/GEPHART (2021). KITSON u. a. sehen die Art der Informationsweitergabe allein in persönlichen Faktoren der Pflegenden begründet. Das kann hier wiederum nicht bestätigt werden. Vielmehr scheint der Stil darüber hinaus auch abhängig vom Thema zu sein. Während die Pflegenden in den patientenbezogenen Phasen stets im *Berichtsstil* begannen, wechselten sie typischerweise bei der Übermittlung besonderer Vorkommnisse in den *anekdotischen Stil*.

Es ließ sich beobachten und auch anhand der Transkripte nachzeichnen, dass die Pflegenden aus dem Frühdienst vornehmlich über die Ergebnisse ärztlicher Diagnostik sowie erfolgte ärztliche, ärztlich delegierte oder selbstständig durchgeführte Maßnahmen berichteten. Ein Bericht zeichnet sich im Gegensatz zu einem Gespräch dadurch aus, dass eine Person spricht, eine andere zuhört und nur ggf. Verständnisfragen stellt. Der Anteil an tatsächlichen Gesprächen, also Diskussionen und Diskursen, war in den Kliniken unterschiedlich stark ausgeprägt: In Klinik 4 überwog der Bericht, während in den Übergaben in Klinik 5 der Gesprächsanteil im Vergleich am höchsten war. Die Beobachtungen bestätigen in Klinik 5 einen lebhaften Austausch zwischen den Pflegenden und zwischen Früh- und Spätdienst, was durch die gemessene Kürze der Wortbeiträge unterstützt wird. In berichtsstarken Übergaben wurden Begründungen nicht oder nur selten eingefordert und kaum hinterfragt. Erst in den geführten Gesprächen zeigte sich die Fähigkeit zur Entscheidungsfindung und Begründung.

Im *Berichtsstil* wurden auf Patientinnen/Patienten bezogene Informationen mehr oder weniger umfassend, aber in knappen Sätzen weitergegeben. Das fiel besonders bei der Vorstellung neu aufgenommener Patientinnen/Patienten auf. Diese wurden immer nach einem bestimmten Muster vorgestellt, wobei auf die Angabe persönlicher Daten stets die Aufzählung aller Krankheitsdiagnosen folgte. Außerdem wurde berichtet, welche Untersuchungen noch ausstehen oder gelaufen sind und welche Therapien verordnet wurden. Es fällt auf, dass weniger die Untersuchungsergebnisse und das Befinden der Betroffenen als die organisatorische Umsetzung von ärztlich delegierten Aufgaben im Vordergrund standen. Beiträge mit Bezug zur Dokumentation ließen erkennen, dass diese wie eine formale Pflicht und nicht als Instrument zur Steuerung des Pflegeprozesses von den Pflegenden wahrgenommen wurde.

Über den Pflegezustand des zu pflegenden Menschen und anstehende Pflegeinterventionen wurde meist erst am Ende des patientenbezogenen Informationsblocks etwas gesagt. Das Muster für neu aufgenommene Patientinnen/Patienten weist Ähnlichkeiten mit der SBAR-Struktur auf.

Gleichzeitig fällt aber auf, was auch bereits im Zusammenhang mit Pflegediagnosen deutlich geworden ist: Auch die medizinischen Diagnosen und Messwerte stehen häufig für sich allein und sind meist an höchstens eine weitere Information gekoppelt. Einen ähnlichen Befund hatten auch GALATZAN/CARRINGTON/GEPHART (2021), die feststellten, dass überwiegend dekontextualisierte Informationen weitergegeben wurden. Sie unterscheiden zwischen den Komplexitätsstufen *Data*, *Information* und *Knowledge*. Auf der niedrigsten Stufe (*Data*) werden nur einzelne Messwerte wie Blutdruck, Schmerzstärke oder Sauerstoffsättigung angegeben. Die Stufe *Information* umfasst die Verbindung dieser Messwerte mit mindestens einer weiteren Information, wie beispielsweise die (vermutete) Ursache. Auf der höchsten Stufe *Knowledge* werden weitere Erklärungen oder Schlussfolgerungen hinzugefügt, die dann in einer Entscheidung münden können. Es kann angenommen werden, dass mit dieser objektiv-formellen Sprechweise, mit der Informationen und Aufträge an die nachfolgende Schicht weitergegeben werden, die Übergabe ihren vordergründigen Zweck des Ausgleichs eines Informationsdefizits und der Absicherung kontinuierlicher Versorgungsabläufe erfüllen soll. Fraglich bleibt aber bei dieser Art des Berichtens, welches Bild der übernehmenden Schicht mit diesen Informationen über den zu pflegenden Menschen vermittelt wird. Es kann gefol-

gert werden, dass sich dieses aus den diagnostizierten Defiziten zusammensetzt und ausblendet, wie sich die Patientin oder der Patient denn eigentlich fühlt.

9.1.1.2 Erzählung und Informationsgehalt

Ging der Stil ins Erzählen über, dann handelte es sich meist um die Wiedergabe von besonderen Vorfällen, die diejenigen Patientinnen/Patienten betrafen, die dem Team bekannt waren. Dieser *anekdotische Stil* zeichnet sich durch längere zusammenhängende Sätze und einen dramatischen Spannungsbogen aus. Außerdem wurden die Stilmittel Übertreibung und Ironie eingesetzt. Während der *Berichtsstil* noch zahlreiche vermeintlich wesentliche Informationen enthält, scheint der Informationsgehalt der im anekdotischen Stil wiedergegebenen Vorfälle demgegenüber gering. Die in diesem Stil vorgetragenen Informationen lassen sich in keine vorgegebene Struktur, wie z. B. SBAR, einpassen, das heißt aber nicht, dass die Erzählungen nicht trotzdem wesentliche Informationen enthalten können. Vielmehr birgt aber diese Informationsvermittlung die Gefahr, dass wesentliche Inhalte hinter der Story zurückstehen.

Zum anekdotischen Stil soll hier auch gezählt werden, wenn Dialoge, die mit Patientinnen/Patienten oder mit Kolleginnen/Kollegen geführt wurden, in der Übergabe quasi wörtlich wiedergegeben werden. Das war insbesondere dann der Fall, wenn sich die berichtende Person davon in besonderer Weise betroffen sah, und es war typischerweise die Wiedergabe von Konflikten. Diese Sequenzen bildeten aber nicht den Anlass zur Diskussion, denn unmittelbar nach den Schilderungen bekundete das Team Zustimmung, um gleich zur nächsten Patientin bzw. zum nächsten Patienten überzugehen. Durch diese Art der Darstellung werden die Zuhörenden einbezogen und emotional berührt. Für eine kritische Reflexion dieser Situationen wäre hingegen notwendig, einen Schritt zurückzutreten, um die Perspektiven aller beteiligten Konfliktpartner/-innen einnehmen zu können und ggf. auch zu einer Lösung zu finden. Der anekdotische Stil steht einer Analyse oder kritischen Reflexion entgegen.

9.1.1.3 Registersensibilität

Unter Registersensibilität wird die Fähigkeit eines Menschen verstanden, der Situation angemessene sprachliche Mittel einzusetzen (vgl. BRYANT/PUCCIARELLI 2018, S. 8). Registerkompetenz bildet den zentralen Teil von soziolinguistischer Kompetenz und wird von EFING (2018) als „die Befähigung zur situationsadäquaten Verwendung verschiedener funktionaler Sprachvarianten auf Basis eines differenzierten Registerrepertoires“ (EFING 2018, S. 60) bezeichnet. Die Differenzierung des Repertoires sei abhängig von der Situation, der Domäne und der Textsorte, und die Kompetenz umfasse das Beherrschen und die angemessene Produktion und Rezeption verschiedener Register (vgl. ebd.). Soziolinguistische Kompetenz drückt sich in der Fähigkeit zur situationsangemessenen Kommunikation aus. Demnach ist jemand in der Lage, Konventionen im Umgang mit anderen Personen einzuhalten und auch die Form entsprechend der Gesprächssituation zu wahren.

Jeder Mensch beherrscht eine oder mehrere Sprachsysteme (Dialekte, Sprachen, Sprachvarietäten) sowie Sprachstile und -niveaus, die er zwar nicht gleichzeitig, so aber doch wechselnd innerhalb eines Gespräches anwenden kann (vgl. LASSMANN 2015, S. 11ff. unter Bezugnahme auf Coseriu 1988). In den Übergabegesprächen haben die Pflegenden je nach Thema

zwischen diesen Systemen gewechselt: anekdotisch, imitierend, emotional z. B. bei Schilderungen von Vorkommnissen mit Patientinnen/Patienten oder Kolleginnen/Kollegen; sachlich, fachlich, berichtend, z. B. bei der Wiedergabe ärztlicher Anordnungen, die akzeptiert waren. Sie wechselten zwischen Umgangssprache und Fachsprache, wenn es um Sachverhalte im Rahmen von Pflegeprozessen ging. Hier gab es allerdings auffällig wenig diagnostische Begriffe zugunsten umgangssprachlicher und unspezifischer Anteile.

Über die Wahl des Registers offenbarte sich in der Untersuchung der Übergaben die soziolinguistische Kompetenz der Teilnehmenden oder aber der verborgene bzw. nicht offenkundige Zweck von bestimmten Gesprächssequenzen. Offenkundig scheint das Fehlen von Fachterminologie auf den Mangel an Sprach- oder womöglich auch Fachkompetenz zu verweisen. Es kann aber auch angenommen werden, dass mit dem anekdotischen Stil nicht der Zweck einer professionellen Bearbeitung der geschilderten Situationen verfolgt wird. Die Beobachtung zeigte, dass in keiner der Übergaben auf Schilderungen im anekdotischen Stil fachliche Diskussionen folgten oder das Verhalten der erzählenden Personen kritisiert worden wäre. Wie die Studien in Kapitel 5.4 zeigen konnten, erfüllen Übergaben auch den Zweck des sozialen Zusammenhalts des Teams. Die Wahl des anekdotischen Erzählstils bzw. die Art und Weise der Darlegung von konflikthafter Situationen kann mit der Intention verbunden sein, sich selbst darzustellen, sich emotional zu entlasten, um Bestätigung im Team für das eigene Verhalten in Konfliktsituationen zu erhalten und/oder sich der Loyalität der anderen zu vergewissern.

Eine ähnliche Funktion scheint das *Lachen* zu haben, was sich an 75 Stellen in den Transkripten auffinden ließ. Bei genauerer Betrachtung der Situationen, in denen die Pflegenden in den Übergaben lachten, handelte es sich meist um emotional geprägte, schambesetzte oder irritierende Situationen. Oft lachten sie, wenn es um die Ausscheidung ging oder um herausforderndes Verhalten der Patientinnen/Patienten. Mit Lachen wird den eigentlich belastenden Situationen die Spitze genommen, gemeinsames Lachen schafft Nähe im Team. Mit Lachen werden zudem kleine Missverständnisse im Team geheilt.

9.1.2 Intraprofessionelle Kommunikation und Interaktion

Zeitliche und inhaltliche Struktur

Die intraprofessionelle Kommunikation und Interaktion ist von der Zusammensetzung des Teams abhängig und wird von den situativen Gegebenheiten und den Vorgaben gerahmt. Es konnte beobachtet werden, dass Gesprächsstrategien, z. B. schnelles Sprechen, das Abblocken von Diskussionen oder Störungen im Zusammenhang mit Zeitdruck auftauchten. Während in der Untersuchung von LAUTERBACH (2008) noch von einer „Überlappungszeit“ zwischen Früh- und Spätdienst von 90 Minuten (vgl. LAUTERBACH 2008, S. 128) die Rede ist, die potenziell für die Übergabe zur Verfügung stand, kann heute nur noch von ca. 30 Minuten ausgegangen werden. Das hat nicht nur zur Folge, dass längere Diskussionen vermieden werden, sondern auch, dass Übergaben in geteilten Teams erfolgen. Im Vergleich zur Untersuchung LAUTERBACHS gab es auch deutlich weniger „private Gespräche“ (LAUTERBACH 2008, S. 131) und mehr Zeitanteil mit direktem Bezug zu Patientinnen/Patienten – LAUTERBACH spricht demgegenüber von weniger als der Hälfte der Zeit für Gespräche über Patientinnen/

Patienten (ebd.). Die Struktur der Übergaben richtete sich nach dem Papierausdruck aus dem Patientendokumentationssystem. Auch wenn hier nicht durchgehend das SBAR-Schema sichtbar wurde, so trat doch eine wiederkehrende Struktur zutage, die sich deutlich anders gestaltete als ein informelles Gespräch.

Insgesamt scheint die Übergabe seit Jahrzehnten immer dem gleichen ritualisierten Ablauf zu folgen, der auch schon von ABT-ZEGELIN 1998 beschrieben wurde. Arbeitsverdichtung und weniger Überschneidungsdauer der Früh- und Spätschicht reduzierten die Übergabe nur scheinbar auf das Wesentliche. Priorität hatte der Bericht über erfolgte, überwiegend ärztlich veranlasste Maßnahmen. Originär pflegerische Themen standen meist hinten an, so dass sie als weniger wichtig erschienen. So blieb weniger Zeit für Diskurse, was besonders mit Blick auf die Professionalisierung der Pflege problematisch ist. Die Entscheidungsfindung und -begründung benötigt zuweilen den Diskurs, um alle Perspektiven und Wissensbestände einzubeziehen und zu einem für das Team sowie die zu pflegenden Menschen tragfähigen Konsens zu gelangen. Wie einem systematischen Review von HONG u. a. (2023) zu entnehmen ist, konnte in einer Studie nachgewiesen werden, dass vermeintlich bekannte Patientinnen/Patienten knapper besprochen werden als unbekannte. Durch die Annahme der übergebenden Schicht, die Patientin/der Patient sei der übernehmenden Schicht bekannt, können aber laut HONG u. a. wesentliche Informationen verlorengehen.

Im Vergleich der untersuchten Stationen fiel auf, dass eine Station deutlich mehr Zeit pro Übergabe einer Patientin/eines Patienten aufbrachte. Es wurde auch deutlich, dass hier eine selbst entwickelte Struktur zugrunde gelegt wurde, die dem SBAR-Schema ähnelt. Das führte aber nicht dazu, dass mehr oder tiefer über pflegerische Belange diskutiert wurde, sondern dass beim Punkt R = *Recommendation* nur die (umfangreiche) Medikation der Patientinnen und Patienten einzeln durchgegangen und vom Spätdienst auf einem Notizzettel zusätzlich festgehalten wurde. Da Medikamente ohnehin schriftlich verordnet werden müssen und somit bereits in der Patientenakte nachzulesen sind, erscheint dieses Vorgehen nicht nachvollziehbar.

Eine Station hatte durchschnittlich pro zu pflegendem Menschen am wenigsten Zeit aufgewendet. Hier fiel wiederum bei der Beobachtung auf, dass trotzdem häufiger die Perspektive der zu pflegenden Menschen einbezogen und über angemessene Pflegemaßnahmen diskutiert wurde. Eine Struktur wie z. B. SBAR zeigte sich hier zwar nicht, aber die auf professionelle Pflegepraxis verweisenden Beispiele aus den Kapiteln zur Klientenzentrierung (Kapitel 8.3.3) und selbstreferenziellen Informationen (Kapitel 8.3.2) kamen überwiegend aus dieser Klinik.

Diese Ausführungen lassen den Schluss zu, dass mit mehr Zeit oder auch mit der Anwendung des SBAR-Schemas nicht zwangsläufig eine höhere Qualität der intraprofessionellen Kommunikation verbunden ist. Besser noch als das SBAR-Schema wäre eine Struktur, die in erster Linie pflegerische Aspekte in den Mittelpunkt stellt, am Pflegeprozess ausgerichtet ist und Raum für die mehrperspektive Entscheidungsfindung und -begründung lässt. Der Bericht über erfolgte Maßnahmen erübrigt sich aufgrund der schriftlichen Dokumentationspflicht, ebenso können Aussagen über Belanglosigkeiten (da war nichts) ohne Informationsverlust wegfallen.

Diskurs, Delegation und Entscheidungsfindung

Wie in Kapitel 3.5 dargelegt, ist unter intraprofessionellem Team eine Gruppe von Berufsangehörigen unterschiedlicher Qualifikationsniveaus in derselben Disziplin zu verstehen. In den Teams wird so zusammengearbeitet, dass alle Teammitglieder sich entsprechend ihren Rollen, Qualifikationen und Kompetenzen zur Erreichung der gemeinsamen Ziele einbringen. Der Austausch in der Übergabe stellt hierfür ein wesentliches Arbeitsmittel dar, von dem sowohl das Team als Gruppe als auch die einzelnen Mitglieder im Rahmen der intraprofessionellen Zusammenarbeit sowie die zu pflegenden Menschen profitieren. Das Datenmaterial zeigt einige Hinweise darauf, wie die untersuchten Pflgeteams zu Entscheidungen gelangt sind, wie Aufgaben delegiert wurden und wer überhaupt und in welchem Umfang aktiv an der Übergabe teilnahm.

Professionelles Pflegehandeln basiert auf der einen Seite auf Handlungs- und auf der anderen Seite auf Begründungskompetenz. Übergabegespräche sind das Handlungsfeld, in dem nachgelagert die Begründung geliefert werden könnte, die unter akutem Handlungsdruck nicht ausgesprochen wird. Diese Begründung basiert nach REMMERS (2011) einerseits auf wissenschaftlichem Wissen (Evidenz) und andererseits auf Personenbezug, also individuellem Fallverstehen. Übergabegespräche, so war die Annahme, bieten Anlass für fachliche Diskurse unter Pflegenden. Hier könnten Fälle rekonstruiert und das Handeln im Nachhinein begründet werden. Aber auch prospektiv ist Handeln in den Übergaben begründbar, was sich in einer Pflegeplanung ausdrückt, die Pflegeinterventionen auf ein Ziel in der Zukunft steuern lässt. Die gestellte Pflegediagnose unter Einbeziehung der Perspektive der Patientin/des Patienten löst Handeln aus, ist also Grund und Anlass.

Die Übergaben hatten demgegenüber eine starke Orientierung an der Einhaltung von Stations- oder Krankenhausabläufen, so dass fachliche Diskurse nur selten geführt wurden und auch nur selten erkennbar war, dass die Patientinnen/Patienten im Mittelpunkt stehen. Viele Abläufe sind Routine, weshalb vom Früh- an den Spätdienst nur übermittelt wurde, wie weit diese Abläufe bereits fortgeschritten waren und ob noch diesbezügliche Arbeitsaufträge an den Spätdienst weitergegeben werden müssen. Auffällig waren die häufig anzutreffende Unklarheit und Unsicherheit, mit der delegiert wurde. Hier fielen die eher abmildernden Formulierungen auf, die den Eindruck der Freiwilligkeit machten. Möglicherweise kann das darauf zurückgeführt werden, dass der Teamzusammenhalt nicht durch die Befehlsgewalt Einzelner geschwächt werden soll.

Entscheidungen für oder gegen Maßnahmen wurden auf verschiedene Arten begründet. Zum einen unterlag den Entscheidungen eine Idee von Normalität, die durch Pflegemaßnahmen erreicht werden kann. Das heißt, Pflegemaßnahmen werden durchgeführt, weil sie standardisiert sind oder weil in einer bestimmten Frequenz Körperpflege oder Abführmaßnahmen üblicherweise durchgeführt werden. Des Weiteren wurden Maßnahmen oder das Unterlassen von Maßnahmen damit begründet, dass Patientinnen/Patienten das gewünscht bzw. abgelehnt hätten. Oft wurden Maßnahmen damit begründet, sie seien eine ärztliche Entscheidung, was auch dann als schlagendes Argument galt, wenn die Entscheidung der Ärztin/des Arztes diskussionswürdig war.

Eine fachliche Begründung von Pflegemaßnahmen war nur gelegentlich anzutreffen. Hier wurde sehr allgemein mit dem Zustand des zu pflegenden Menschen oder mit dem Grad

seiner Selbstständigkeit argumentiert. Diskursive Prozesse, in denen Pflegediagnosen umfassend dargelegt werden, die Perspektive des zu pflegenden Menschen eingenommen wird und sich darüber fachlich ausgetauscht wird, was und mit welchem Ziel unternommen werden kann, blieben in den Übergaben weitgehend aus.

Wie beobachtet werden konnte, brachen Diskurse in den Übergaben unvermittelt ab und schnelle (unbegründete) Entscheidungen wurden angenommen. Das muss nicht zwangsläufig auf ein Wissensdefizit oder eine mangelhafte Ausbildung der Beteiligten zurückzuführen sein, vielmehr müssten weitere situative Komponenten einbezogen werden, wie z. B. die Rolle und Stellung der Individuen im Team, der Zeitdruck oder auch institutionelle Regelmechanismen bei (Fehl-)Entscheidungen. Formelle und informelle Hierarchien schienen in den untersuchten Übergaben die Entscheidungsfindung und die Delegation von Aufgaben zu beeinflussen. So trafen Empfehlungen in Abhängigkeit von der formellen oder informellen Höherstellung der empfehlenden Person auf Zustimmung, die fachliche Basis der Empfehlungen wurde dabei nicht infrage gestellt. Wie beobachtet werden konnte, wurden Entscheidungen von erfahreneren Kolleginnen/Kollegen im Team bevorzugt akzeptiert, auch wenn sie fachlich falsch oder deutlich veraltet waren, wie das Beispiel zeigt, in dem die Pflegefachperson empfiehlt, eine Wunde offen zu lassen, damit da Luft drankommt.

WEIDNER konnte schon 1995 nach seinen Interviews mit Krankenschwestern und -pflegern Ähnliches feststellen. Er konstatiert, dass die „Begründungsmuster der Pflegekräfte auf starke Defizite bzgl. systematischer Erkenntnisse über Phänomene, denen man täglich im Beruf begegnet“ (WEIDNER 1995, S. 331, Hervorhebung im Original) hindeuten. Er erklärt das mit „der geringen pflgetheoretischen Durchdringung der aktuellen Lehrinhalte in den Pflegeausbildungen“ (ebd.). Mittlerweile hat aber die Ausbildung – zwei Reformen später – eine sehr deutliche pflgetheoretische Durchdringung, weshalb die Gründe nun offenbar woanders gesucht werden müssen. Möglicherweise ist es der empfundene Zeitdruck, der die Tür für schnelle Lösungen öffnet, oder es kann an der Rollenverteilung im Team liegen. Außerdem lässt sich eine bereits lange etablierte Kultur nicht durch Professionalisierung in der Ausbildung durchbrechen, wenn das in der Praxis nicht fortgesetzt werden kann.

Fehlerkultur

Unter Fehlerkultur wird hier die Art und Weise verstanden, wie das intraprofessionelle Pflgeteam mit Fehlern und deren Folgen umgeht. Fehlerkultur ist in Einrichtungen des Gesundheitswesens ein hochrelevantes Thema, da von Fehlern nicht nur der individuelle Gesundheitszustand der zu pflegenden Menschen betroffen ist, sondern auch ein erheblicher wirtschaftlicher Schaden entstehen kann. Daher ist es dem Krankenhausmanagement ein Anliegen, Prozesse so zu gestalten, dass Risiken identifiziert, Fehler rechtzeitig erkannt und behoben sowie zukünftig vermieden werden können. Der richtige Umgang mit Fehlern lässt sich auch als Merkmal professionellen Handelns begreifen und setzt voraus, dass Handeln nicht nur begründet, sondern auch reflektiert werden muss.

In den Übergaben wurden Fehler oder Versäumnisse zwar angesprochen, es gab aber keine Hinweise darauf, wie solche Fehler in Zukunft vermieden werden könnten. Häufiger wurde die Dokumentation, die im Frühdienst nicht erledigt werden konnte, an den Spätdienst delegiert, was zunächst noch nicht als Fehler, aber als Fehlerrisiko bezeichnet werden

könnte. Die fehlende Dokumentation von medizinischen oder pflegerischen Interventionen hat in zwei der untersuchten Übergaben dazu geführt, dass zu pflegende Menschen die Maßnahmen doppelt erhielten, was nicht weiter hinterfragt wurde. Das Ausbleiben der Dokumentation wurde nicht zum Anlass genommen, nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen, z. B. die zeitnahe und direkt auf die Versorgung bezogene Dokumentation.

Ebenso wenig wurden die Folgen von Fehlentscheidungen thematisiert, was deutlich in einer der Übergaben zutage trat, in der eine ärztliche Anordnung vonseiten der Pflegefachperson infrage gestellt, aber schließlich doch hingenommen und wahrscheinlich auch durchgeführt wurde. Eine Rückversicherung bei dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin wurde unterlassen, was ggf. zu einem erheblichen Schaden führen kann. Wie auch andere Beispiele gezeigt haben, wurden ärztlich delegierte Aufgaben zuweilen zwar infrage gestellt, dann aber trotzdem durchgeführt, und nur in einem Fall remonstriert (dann mach das bitte selber). Ob hier der Zeitdruck oder eher die komfortable Abgabe der Verantwortung ans medizinische Personal eine Rolle spielt, konnte nicht geklärt werden. Sicherlich sind Hierarchien und Zeitdruck Faktoren, die einen Einfluss auf (Fehl-)Entscheidungen haben, aber es scheinen sich auch die beruflich Pflegenden ihrer Durchführungsverantwortung nicht immer bewusst zu sein.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass nur wenig Fehlerbewusstsein in den Übergaben deutlich wurde und die Übergaben höchstens zur Schadensbegrenzung bei erfolgten Fehlern genutzt wurden, nicht aber zur Aufarbeitung oder Reflexion von fehleranfälligen Prozessen.

9.1.3 Wissensbasis und doppelte Handlungslogik

Übergabegespräche bilden den Rahmen, in dem unterschiedliche Perspektiven auf verschiedene Pflegesituationen zur Sprache kommen können. Damit bilden Übergaben sowohl den Rahmen für die Einschätzung von Situationen als auch für Interventionsentscheidungen, indem intraprofessionell dem Begründungsdruck, wie von WEIDNER (1995) oder OEVERMANN (1996) beschrieben, nachgegeben wird. Was unter Handlungsdruck geschehen ist, wird berichtet und im besten Fall begründet. Das Begründen basiert nach REMMERS (2011) sowohl auf wissenschaftlicher Evidenz als auch auf dem individualisierten Fallverstehen unter Einbezug der Erfahrungen und der Perspektive der zu pflegenden Menschen. Das bedeutet, dass hier nochmal die Ergebnisse bezüglich des evidenzbasierten Handelns und der Sicht auf die zu pflegenden Menschen diskutiert werden.

Evidenzbasierte Pflege

Evidenzbasierte Pflege hielt mit der Akademisierung und den ersten pflegewissenschaftlichen Lehrstühlen in Deutschland Einzug. Was in den angloamerikanischen Ländern zusammen mit Pflege-theorien bereits als Basis der Pflege selbstverständlich war, war erst mit dem Berufsgesetz von 2003 Bestandteil der Ausbildung. Demnach sollte Pflege den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen gemäß sein.

Expertenstandards bilden in Deutschland für die häufigsten Pflegediagnosen eine wissenschaftlich evidente Basis. Sie fanden in den untersuchten Übergabegesprächen aber kein einziges Mal Erwähnung, obwohl es hierfür zahlreiche genannte Pflegeanlässe gab, wie die Beispiele von Dekubitus, Inkontinenz, Entlassung, Schmerzen, eingeschränkter Mobilität

und Sturzgefahr, chronischen Wunden und Gefahr für die Hautintegrität, Mangelernährung und Demenz zeigen. So wurden in den Übergaben Entscheidungen getroffen, die jeglicher gesicherter Basis entbehrten, z. B. eine Wunde offen zu lassen oder einen Blasenkatheter aufgrund von Inkontinenz zu belassen. Zudem wurden Maßnahmen auch dann fortgesetzt, wenn sie von den Betroffenen nicht akzeptiert wurden oder sich als wenig wirksam herausstellten, was als Zeichen dafür angesehen wird, dass die Wirkung von Maßnahmen (Evaluation) hier nicht im Sinne des Pflegeprozesses zur Anpassung von Maßnahmen geführt hätte.

Seit über 20 Jahren gibt es diese nationalen Expertenstandards für die Pflege. Auch wenn deren Nutzung nicht (mehr) verbindlich ist, sind sie Bestandteil der Pflegeausbildung, so dass man davon ausgehen kann, dass sie dem größten Teil der Teams bekannt gewesen sein dürften. Offenbar aber hatten Routinen und Traditionen in der Versorgungspraxis mehr Gewicht, so dass Patientinnen und Patienten, wie einige Beispiele zeigen, nicht nach dem allgemein anerkannten Stand der Forschung versorgt wurden. Das begann bereits mit der Pflegediagnose, die, vage als Problem formuliert, nicht als Handlungsanlass angesehen wurde. Eine differenzierte Diagnostik, z. B. die Menge und der Zeitpunkt von unkontrollierter Harnausscheidung oder eine genauere Wundbeschreibung zusammen mit der Reaktion der betroffenen Person, war meist ausgeblieben oder wurde lediglich genannt und nicht weiter aufgegriffen.

Zu diskutieren ist, was sich ändern würde, wären beruflich Pflegende zur fachsprachlich korrekten Diagnosestellung verpflichtet, vergleichbar mit dem medizinischen Personal. Aus eindeutigen Diagnosen könnten Entscheidungen für evidenzbasierte Maßnahmen abgeleitet werden und Pflegefachpersonen würden ihre Verantwortung für die Erhebung des Pflegebedarfs, die Planung von Maßnahmen und die Evaluation des Pflegeprozesses, also ihre Vorbereitungsarbeiten, auf einer gesicherten Wissensbasis wahrnehmen.

9.1.4 Der Pflegeprozess als Thema der Übergaben

Der Pflegeprozess wird verstanden als zielgerichtetes, begründetes, systematisches und auf den zu pflegenden Menschen ausgerichtetes Handeln. Zu ergründen war, ob das in den Übergaben auch sprachlich in Erscheinung tritt. BATHOLOMEYCZIK schrieb 2005, der Paradigmenwechsel in der Pflege hätte sich u. a. dadurch vollzogen, dass man vom rezipierenden Handwerk zum umfassenden Konzept und vom Reagieren zum Agieren und Planen gelangt sei (vgl. BATHOLOMEYCZIK 2005, S. 22), d. h., dass der eigenständige Handlungsbereich von den Pflegenden professionell wahrgenommen wird und sich nicht in der Verrichtung von (delegierten) Einzeltätigkeiten auflöst. Der Pflegeprozess würde sich in der Sprache insofern wiederfinden, als Pflegediagnosen wie Handlungsanlässe und Pflegeziele wie Gesundheitszustände in der Zukunft beschrieben werden. Das Einnehmen der Perspektive der Patientinnen/Patienten würde sich in einer respektvollen Sprache niederschlagen, in der der zu pflegende Mensch mit seiner möglicherweise belastenden Gesundheitssituation im Mittelpunkt steht.

Prozess vs. Einzeltätigkeiten

Die Untersuchung hat gezeigt, dass der Pflegeprozess entkoppelt dargestellt wird. Es wird zwar Pflegeplanung bzw. die Einschätzung des Grades der Pflegebedürftigkeit erwähnt,

nicht aber mit den tatsächlichen Pflegediagnosen oder -interventionen in Zusammenhang gebracht. Damit nehmen Pflegefachpersonen zwar vordergründig ihre Vorbehaltsaufgaben der Pflegeprozesssteuerung wahr, das beschränkt sich aber auf den Nachweis des Vollzugs eines Verwaltungsaktes.

Es konnten in der Untersuchung Pflegediagnosen und -interventionen in sieben ENP-Klassen dem funktionalen/physiologischen Bereich und in vier ENP-Klassen aus dem emotionalen/psychosozialen Bereich gefunden werden. Die Pflegediagnosen beschränkten sich aber meist auf die plakative Benennung, manchmal im Zusammenhang mit Ursachen oder Symptomen. Eine Orientierung an dem PESR-Schema (Problem, Ursache, Symptome, Ressourcen) oder eine Darstellung, aus der die Logik prozesshaften Handelns ersichtlich wird, ließ sich nicht erkennen. Sehr selten – und dann auch nicht pointiert – wurden Ziele beschrieben. Daher wurde zumindest sprachlich nicht vermittelt, mit welcher Absicht Pflegemaßnahmen durchgeführt wurden. Wie die Beispiele zeigen, birgt die wenig differenzierte Beschreibung von Pflegephänomenen die Gefahr, dass überhaupt kein Handlungsanlass gesehen wird oder die Maßnahmen in die falsche Richtung zielen.

Etikettierende, banalisierende und entpersonalisierende Sprache

Die Analyse zeigt, dass Aussagen zu Pflegephänomenen in den Übergaben häufig unspezifisch sind und individuelle Pflegeanlässe oft nicht detailliert beschrieben werden. Während medizinische Diagnosen meist klar benannt werden, fehlt es häufig an präziser Kommunikation zu Pflegediagnosen. Allgemeine Aussagen in den Übergaben geben oft nur eine summarische Einschätzung des Pflegeaufwands, ohne individuelle Pflegeanlässe detailliert auszuführen.

Wie die Beispiele zeigen, sind gerade die pflegerelevanten Aspekte, die in den Übergaben angesprochen werden, also die Pflegediagnosen und die Pflegeinterventionen, oft relativ flach oder phrasenhaft dargelegt. Phrasen wie da war nichts/ ich habe sie nach Plan versorgt/ die machen sich selber fertig/ vom AZ her stabil/ alles unauffällig u. a. m. werden von allen Pflegenden, unabhängig von ihrer Qualifikation, Muttersprache oder Dauer der Betriebszugehörigkeit, verwendet.

Pflegediagnosen, so konnte ebenfalls aufgedeckt werden, werden ebenso wie medizinische Diagnosen allenfalls als Einzelbegriff genannt, kaum werden Ursachen oder Symptome hinzugefügt. Das Repertoire an Begriffen, mit denen sich auch komplexe Sachverhalte darstellen lassen, wird nicht ausgeschöpft. Es kann hier von einer *etikettierenden Sprache* gesprochen werden. Um die Komplexität der Pflegeproblematik aber erfassen zu können, ist auch eine komplexe Sprache notwendig (vgl. SCHREMS 2006, S. 51). Nur manchmal wurden von den Pflegenden zwei oder mehr Pflegediagnosen im Zusammenhang erwähnt oder aus einer medizinischen Diagnose abgeleitet. Aber auch damit bleiben die genannten Pflegediagnosen unterkomplex dargelegt. Diese unterkomplexen Begriffe zur Beschreibung von gesundheitlichen Problemen bezeichnet KÜHME als „abkürzende Codes“ (KÜHME 2020, S. 135f.), die von den Berufsangehörigen zwar verstanden werden, allerdings eine „sprachlich vermittelte Verflachung pflegerischer Komplexität“ (ebd., S. 136) darstellen und zur Folge haben können, dass sich auch die Interventionen entsprechend gestalten.

Das alleinige Benennen und die undifferenzierte Darstellung von Pflegeinterventionen, ohne dass ein Zusammenhang zu einer Pflegediagnose bestünde, wie z. B. komplette Übernahme im Bett, setzen bei den Rezipientinnen und Rezipienten voraus, dass sie sich entweder die Pflegediagnose aus der Intervention erschließen können oder dass es ein stillschweigendes Übereinkommen der Pflegenden gibt und jede/-r weiß, was gemeint ist. Was genau übernommen werden muss, scheint selbstverständlich zu sein und lässt auf routinierte, standardisierte und wenig individuell ausgerichtete Abläufe schließen. Pflegeinterventionen werden sehr häufig unterkomplex dargelegt, wie bereits durch das obige Beispiel gezeigt wurde. Das ist vor allem im Zusammenhang mit der Körperpflege der Fall, wenn Pflegendе darüber sprechen, dass Menschen versorgt oder gewaschen wurden. Sprachlich wird die Körperpflege zu einem simplen Vorgang, es kann hier auch von einer *banalisierenden Sprache* gesprochen werden, die der Komplexität des Vorgangs nicht gerecht wird. Weiterhin fällt auf, dass Verben der Pflegeintervention oft im Passiv formuliert sind oder die zu pflegenden Menschen als Pflegeempfänger/-innen das Objekt im Satz bilden. Mit *entpersonalisierender Sprache* werden Pflegeinterventionen derart geschildert, dass sie lediglich auf einzelne Körperteile abzielen, und das Possessivpronomen weggelassen wird, wodurch nur noch das Gesicht oder der Oberkörper oder obenrum und untenrum gewaschen wird. Auch technische Begriffe im Zusammenhang mit menschlichen Vorgängen sind Merkmale der entpersonalisierenden Sprache. Hierzu zählen beispielsweise Aus- und Einfuhr, Lagern oder Bewässern.

Folgen unspezifischer Begriffe

Das 40. Beispiel soll hier nochmal besonders hervorgehoben werden. Darin schildert die Pflegefachperson auf die Frage eines Teammitglieds, warum die Patientin wiederholt eingewiesen wurde, die Patientin hätte nach der wenige Tage zurückliegenden Entlassung zu Hause Heidewitzka gemacht. Hier geht es offenbar um eine Patientin, die wiederholt aufgrund von Exsikkose ins Krankenhaus kommt. Die Pflegefachperson in dem Beispiel nimmt keine fachliche Einschätzung des Pflegezustands vor, auch trägt sie keine Ursachen für den Zustand vor. Was „Heidewitzka“ als Ursache für die Exsikkose bedeuten soll, erschließt sich – wenn überhaupt – nur Eingeweihten. Der Fokus in dem Gesprächsteil richtet sich allein auf die ärztliche Versorgung der Patientin mit Infusionen. Zu diskutieren ist, welche Konsequenz es für die Pflege gehabt hätte, wenn die Pflegediagnose *Flüssigkeitsdefizit* bzw. *Risiko eines Flüssigkeitsdefizits* gestellt worden und in der Übergabe kommuniziert worden wäre. Hinzu kämen die (vermuteten, beobachteten oder ermittelten) Ursachen wie beispielsweise vermindertes Durstgefühl oder Angst vor Inkontinenzereignissen. Hierin wären Pflegeanlässe erkennbar, und die Pflegemaßnahmen würden so ausgewählt, dass eine ausreichende Trinkmenge auch in der Häuslichkeit der Patientin gewährleistet sein würde, sie also nicht für Infusionen wieder ins Krankenhaus eingewiesen werden müsste. Eine fachgerechte Pflegediagnostik, die Auswahl individueller Maßnahmen unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Selbstpflegefähigkeit der Patientin, würde also bedeuten, dass die Pflege in ihrem Kerngeschäft tätig wird und damit den Drehtüreffekt aufhält.

9.1.5 Die Sicht auf die Patientinnen/Patienten

Professionelle Pflegepraxis ist davon bestimmt, Pflege- und Versorgungsprozesse patientenbezogen zu gestalten, wie in Kapitel 3 ausgeführt. Daher soll hier diskutiert werden, welche Sicht auf die zu pflegenden Menschen in den Übergabegesprächen zutage getreten ist.

Tätigkeitsorientierung vs. Patientenorientierung

Die Informationsblöcke mit Patientenbezug in den Übergabegesprächen begannen stets mit der Nennung des Namens und der Einweisungsdiagnose. Meist folgten darauf Angaben zu ausstehenden Untersuchungen, was in einen organisatorischen Teil überging. Falls noch Pflegeprobleme vorlagen, wurden diese am Ende und oft entkoppelt vom betroffenen Menschen genannt. Damit entsprachen sie nicht dem, was unter einer Pflegediagnose verstanden wird, wie auch in Kapitel 3.4 ausgeführt, nämlich die Reaktionen eines Menschen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme. Die Definition der Pflegediagnose stellt den betroffenen Menschen ins Zentrum, denn es geht nicht nur darum, was er offenkundig hat, sondern vor allem, wie es ihm damit geht. In den Übergaben wurde erkennbar, dass es deutlich seltener darum ging, wie es den zu pflegenden Menschen gegangen ist, sondern vielmehr, was zu tun sei bzw. was bereits getan wurde, und was sich häufig auf die Versorgung von Körperteilen beschränkte. Diese Erkenntnisse decken sich auch mit der Untersuchung von EGGINS/SLADE (2016), die feststellten, dass über zu pflegende Menschen gesprochen wurde wie über passive Objekte von Pflegeinterventionen. Die Autorinnen nannten diesen Stil „objective Style“, der sich auch dadurch auszeichne, dass der Fokus auf einzelnen Körperteilen liege und nicht auf die Verfassung oder das Befinden eines zu pflegenden Menschen.

Es kann an dieser Stelle nicht behauptet werden, dass sich auch die Interaktion mit zu pflegenden Menschen in dieser Art gestalten würde – dennoch zeigt die allgemeine Akzeptanz im Team, dass diese Art, über die zu pflegenden Menschen zu sprechen, offenbar üblich ist.

Der Mensch als Set von Defiziten

Schaut man sich die Beispiele an, in denen neue Patientinnen/Patienten vorgestellt werden, fällt auf, dass hier ein bestimmtes Muster vorherrscht, wie auch im 22. Beispiel ersichtlich. Hierin zählt der Frühdienst vom Zettel ablesend alle Erkrankungen auf, mit denen die Patientin bzw. der Patient aufgenommen wurde und welche Untersuchungen durchgeführt wurden. Auffällig oft wird bei der Neuvorstellung von Patientinnen/Patienten in den Übergaben gesagt, er oder sie komme mit Zustand nach/ hat Zustand nach oder sogar ist Zustand nach, worauf eine oder mehrere medizinische Diagnosen folgen. Diese Ergebnisse lassen sich mit denen von EGGINS/SLADE (2016) vergleichen, die herausfanden, dass im „objective Style“ die Beschreibung von zu pflegenden Menschen über ihre Attribute typisch war (vgl. EGGINS/SLADE 2016, S. 79).

Es folgen bei der Neuvorstellung einzelne, oft nicht zusammenhängende Angaben zur Pflegebedürftigkeit, abschließend wird eine Art Gesamteindruck gegeben. Das Bild, das nun vor dem inneren Auge der Rezipienten/Rezipientinnen entsteht, setzt sich aus Diagnosen zu-

sammen, die scheinbar in ihrer Gesamtheit die Identität des zu pflegenden Menschen ausmachen.

Während diese (abgelesenen) medizinischen Diagnosen auf den Punkt gebracht sind, bleiben die Pflegediagnosen recht diffus und stehen selten miteinander in Zusammenhang. Der medizinischen Diagnostik wird in den Übergaben viel Raum gegeben, hingegen beschränkt sich die Pflegediagnostik auf Eindrücke, oder die Pflegediagnosen ergeben sich vermeintlich direkt aus den medizinischen Diagnosen. Die Patientenvorstellung endet mit direkter oder indirekter Aufforderung an den Spätdienst, einzelne Pflegemaßnahmen noch durchzuführen. Der zu pflegende Mensch wird als Träger von Diagnosen und Pflegeproblemen dargestellt. Wie er selbst auf seinen Gesundheitszustand reagiert, kommt dabei nicht zur Sprache.

Selbst- und Fremdbestimmung

Wie die Ausführungen in Kapitel 8.3.3 zeigen, gibt es unterschiedliche Bewertungen des Verhaltens von zu pflegenden Menschen. Auf der einen Seite werden diese als lieb oder nett bezeichnet, wenn sie sich in die organisatorischen Abläufe einfügen oder wenig Arbeit machen, auf der anderen Seite wird Unmut über Patientinnen/Patienten geäußert, wenn sich diese nicht systemkonform verhalten. Es kann angenommen werden, dass bestimmte Rollenerwartungen an die zu pflegenden Menschen gestellt werden, die prinzipiell noch auf die Ausführungen Talcot Parsons zurückgehen, wonach der „Kranke [...] verpflichtet [ist], gesund werden zu wollen [und] ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen“ (KOFAHL 2018, S. 3 unter Bezugnahme auf Parsons 1951). Diese passive Rolle wird noch ergänzt um die Erwartung, dass kranke Menschen selbst zu ihrer Gesundheit beitragen sollen (vgl. ebd.). Die in den Beispielen geschilderten Patientinnen/Patienten werden offenbar an eben diesen Erwartungen gemessen: Wer sich von der Station entfernt, ohne Bescheid zu sagen, und sich damit nicht für pflegerische oder ärztliche Maßnahmen bereit hält, scheint seine Verpflichtung, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, nicht zu erfüllen, und trägt auch nach dieser Auffassung nicht zur eigenen Gesundheit bei. Die Organisation scheint im Vordergrund zu stehen, was auch an einer teilweise sehr technischen oder Verwaltungssprache zum Ausdruck kommt. Der zu pflegende Mensch hat sich in die Abläufe einzupassen, wie es schon bei WALTHER 1997 beschrieben ist. Solange der Blick nur auf die eigene Organisation gerichtet ist, fehlt er, um einschätzen zu können, wie eine Patientin/ein Patient in ihrem/seinem Zuhause zurechtkommt. Das Pflegeziel scheint nicht die Selbstpflegefähigkeit zu sein, sondern die Systemkonformität bei organisierter Fremdbestimmung. Damit fehlt ein wesentliches Merkmal professionellen Pflegehandelns, nämlich die Wahrung der Autonomie und die Anwaltschaft für die zu pflegenden Menschen.

Patientenbedürfnisse vs. Machtausübung

In einigen Beispielen treten Konflikte mit zu pflegenden Menschen zutage, die, wie in Kapitel 9.1.1.2 beschrieben, oft im Erzählstil, dramatisch und in wörtlicher Rede wiedergegeben sind. Offenbar zielen solche Schilderungen nicht darauf ab, gemeinsam zu einer Konfliktlösung zu finden, sondern eher, sich der Loyalität im Team zu vergewissern, um damit vermeintlichen Angriffen von außen standhalten zu können. Was aber auch in diesen Beispielen

sichtbar wird, ist das Verweigern von Leistungen oder Maßnahmen. So schilderte eine auszubildende Person, dass sie das Bett einer Patientin nicht gemacht hätte, da sie sich von ihr nicht ernstgenommen fühlte (Beispiel 49). In Beispiel 34 schilderte eine Pflegefachperson, dass sie einer Patientin den Wunsch abgeschlagen hätte, ihr den Blasenkatheter zu ziehen, da diese noch nicht selbstständig zur Toilette gehen könne. Beide Fälle zeigen, dass die Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen nicht erfüllt werden und es hierfür keinerlei fachliche Begründungen gibt. Anscheinend haben die Betroffenen die Maßnahmen nicht „verdient“, weil sie entweder Kritik am Personal geübt haben oder sich noch nicht erwartungsgemäß verhalten. Die Verweigerung von Maßnahmen kann als Machtausübung angesehen werden, wie sie auch schon von DARMANN (2000) beschrieben wurde. Demnach handelt es sich um „verweigernde Macht“ (DARMANN 2000, S. 220), wenn Bedürfnisse von zu pflegenden Menschen nicht erfüllt oder ihnen Informationen vorenthalten werden. Als einen der Gründe nennt DARMANN die Unterordnung der Patientenbedürfnisse unter stereotype Regeln oder nicht-hinterfragte Normen (ebd., S. 223). Machtgefälle ist der pflegerischen Beziehung zwischen pflegender und zu pflegender Person inhärent – auch darauf bezieht sich OEVERMANN, wenn er davon spricht, dass das Arbeitsbündnis die Grundlage professionalisierten klientenbezogenen Handelns sei. In einem Arbeitsbündnis wären sich die Pflegenden ihrer Macht bewusst und würden in der Interaktion die Autonomie der zu pflegenden Menschen wahren bzw. die Interaktionen diesbezüglich reflektiert gestalten.

9.2 Methodendiskussion

Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurden die Methoden Wortschatzanalyse (ELSEN 2013), Diskursanalyse (BRÜNNER/FIEHLER/KINDT 2002 und BECKER-MROTZEK/BRÜNNER 1999) und strukturierende Inhaltsanalyse (KUCKARTZ/RÄDIKER 2022) miteinander kombiniert. Die Wahl der Auswertungsmethoden bestimmte auch die Art und Weise der Datenerhebung und -aufbereitung, wofür die Beobachtung mit Protokollierung sowie einer Tonaufnahme und einfachen Transkription gewählt wurde.

Mit der Wortschatzanalyse wurde sozusagen die oberste Schicht des Materials abgetragen, also herausgearbeitet, was offensichtlich ist: das verwendete Vokabular und der Abgleich dessen mit einer Terminologie. Die Diskursanalyse gelangte in tiefere Schichten, wodurch die Struktur der Übergabegespräche und die Interaktion der Teilnehmenden erkannt und analysiert werden konnten. Mit dem kategorisierenden Verfahren der Inhaltsanalyse konnten Aspekte professionalisierten Pflegehandelns aus dem Datenmaterial herausgearbeitet und interpretiert werden. Die Kategorienbildung erfolgte für die Hauptkategorien überwiegend deduktiv und auf der Grundlage professionellen Pflegehandelns, insbesondere des Pflegeprozesses, der Klientenzentrierung und der selbstreferenziellen Informationen. Die Interpretation ist, wie im ersten Diskussionsteil ersichtlich, direkt aus dem Material abgeleitet und reflektiert die Ergebnisse vor dem theoretischen Hintergrund bzw. dem aktuellen Forschungsstand.

Mit der Inhaltsanalyse konnten Aspekte der Professionalisiertheit der Pflege über die Gesprächsanteile der Übergaben und mit besonderem Blick auf die sprachlichen Aspekte herausgearbeitet und analysiert werden. Durch die auf dem theoretischen Teil der Arbeit bezoge-

nen und damit weitgehend geschlossenen Kategorien konnten in diesem Verfahren nur dann außerhalb der vorgesehenen Kategorien weitere Aspekte professionellen Pflegehandelns erkannt werden, wenn sie in Form von Memos und Beobachtungsprotokollen festgehalten wurden.

Auch außerhalb der Kategorien liegende Daten, die als Memos oder Beobachtungs- und Gedächtnisprotokolle festgehalten waren, wurden für die Interpretation im Diskussionsteil aufgegriffen. Dabei wurde deutlich, dass die Methoden der Datenerhebung und -auswertung den Blick auf die Forschungsfragen zur Pflegesprache fokussiert haben, das Datenmaterial aber mit zusätzlichen Erhebungs- (Videografie) oder Auswertungsmethoden möglicherweise noch mehr hätte hergeben können. Die gewählten Methoden sind zwar dazu geeignet, die Forschungsfragen zu beantworten und Phänomene zu erklären, stoßen aber an ihre Grenzen, wenn es um das Verstehen tieferer Sinnstrukturen geht. Insbesondere haben sich bei der Frage nach den Konventionen in den Übergaben weitere Aspekte ergeben, die Anlass zur hermeneutischen Analyse geben, um hier zu einem besseren Verständnis zu gelangen.

OEVERMANN beschreibt in seiner „Theoretischen Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns“ auch die damit verbundene Forschungsmethodik. Er konstatiert, dass erst mit der „Ausweitung des erfahrungswissenschaftlichen Ansatzes der universalistische wissenschaftliche Diskurs errichtet [ist], der seinerseits erst den klassischen Professionen ihre wissenschaftliche Basis liefert, die sie zur vollen Professionalisierung ihrer Tätigkeiten benötigen“ (OEVERMANN 1996, S. 95). Methodische Ansätze, die den Naturwissenschaften entspringen, dienen dem Erklären, hermeneutische hingegen dem Verstehen. Den Unterschied zwischen Erklären und Fallverstehen sieht OEVERMANN darin, dass das Erklären eine Subsumption von Phänomenen unter klassifikatorische Begriffe und theoretische Modelle sei, das Fallverstehen hingegen eine Rekonstruktion der Situation (vgl. ebd., S. 126f.). Insofern dient die gewählte Methode der kategorisierenden Inhaltsanalyse der Erklärung, nicht aber dem hermeneutischen Fallverstehen, sodass die Analyse von Merkmalen professionellen Pflegehandelns in den Übergabegesprächen begrenzt ist.

Die objektive Hermeneutik wird von RAVEN (2016) als eine „methodisch-kontrollierte Form des Verstehens des einer Handlung zugrunde liegenden objektiven, weil regelerzeugten Sinns“ (RAVEN 2016, S. 103) bezeichnet. Es gehe bei dem für sowohl die Pflegeforschung und -theoriebildung als auch für die Pflegepraxis geltenden Paradigma nach RAVEN nicht um die duplizierende Deskription sozialer Phänomene mit dem Ziel der Generalisierung, sondern vielmehr um die zugrunde liegenden Sinnstrukturen, um also zu strukturgeneralisiertem Wissen zu gelangen, das prinzipielle Gültigkeit beansprucht (vgl. ebd., S. 110).

Die in der Diskussion bereits begonnenen Interpretationen bestimmter Phänomene könnten mithilfe der objektiven Hermeneutik nochmal hinsichtlich ihrer strukturellen Gesetzmäßigkeiten untersucht werden, was auch über die Fragestellung dieser Arbeit hinausgehen kann. Zu denken wäre beispielsweise an die Rolle formeller oder informeller Hierarchien bei der Entscheidungsfindung und Delegation und das Gewicht von (auch unfachlichen) Aussagen in Abhängigkeit von der Person bzw. ihrer Rolle im Team, die sie äußert. Es könnten strukturelle Gesetzmäßigkeiten der Strategien zur Teamkohäsion oder Vermeidungsstrategien aufgedeckt werden. Außerdem könnten systemische Anpassungsleistungen und -erwartungen vonseiten der zu pflegenden Menschen, der beruflich Pflegenden oder auch der Insti-

tution Krankenhaus näher unter die Lupe genommen werden, um zu erkennen, inwieweit das professionelle Verständnis der Patientenorientierung im System verankert ist.

9.3 Limitationen

Limitationen beschränken die Reichweite und die Gültigkeit der gefundenen Ergebnisse. Diese Begrenzungen können an der Stichprobe, an der Methode der Datenerhebung und -auswertung sowie an der Person der Forschenden selbst liegen. Die methodischen Limitationen ergeben sich aus der Datenerhebung und den Ausführungen im vorhergehenden Kapitel. Nachfolgend wird die Reichweite der Ergebnisse kritisch beleuchtet sowie die Rolle der Forschenden reflektiert.

9.3.1 Reichweite der Ergebnisse

Die Stichprobe umfasste Übergabegespräche in fünf Kliniken in drei Bundesländern, eingeschränkt auf die Fachbereiche Innere Medizin und Geriatrie. Die Teams zeigten eine typische Zusammensetzung aus Personen, die ihre Ausbildung in verschiedenen Epochen der Berufsgesetze und auf unterschiedlichen Qualifikationsniveaus, außer dem hochschulischen, absolviert haben bzw. sich noch in der Ausbildung befinden. Mit ca. einem Drittel waren Personen vertreten, die Deutsch als Zweitsprache gelernt haben, was etwas höher liegt als ihr durchschnittlicher Anteil im Jahr 2022 (vgl. SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR INTEGRATION UND MIGRATION 2022, S. 60).

Mit der Stichprobe ist keineswegs das gesamte Handlungsfeld der Pflege umfasst, in dem intraprofessionelle Kommunikation stattfindet. Nicht umfasst waren andere Versorgungsformen, wie beispielsweise stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege, andere Fachbereiche wie z. B. Psychiatrie oder andere Formen von Arbeitsbesprechungen wie z. B. Fallbesprechungen. Wenngleich keine repräsentativen oder generalisierbaren Ergebnisse mit Mitteln der Diskurs-, Inhalts- und Wortschatzanalyse zu finden waren, konnten doch Regeln, Muster, Strukturen, Organisationsprinzipien und Auffälligkeiten der Kommunikation in Übergabegesprächen aufgedeckt werden. Gestützt werden die Ergebnisse durch bereits früher erhobene Befunde, die zum einen bestätigt und zum anderen um weitere Merkmale ergänzt werden konnten.

Mit der teilnehmenden Beobachtung musste sich die Forschende ins Feld begeben, wodurch eine eigentlich alltäglich vorkommende Situation durch die Anwesenheit einer fremden Person an ihrer Natürlichkeit einbüßt. Dieses Beobachterparadox ließ sich naturgemäß nicht vollständig auflösen. Bekannt ist, dass es zu einer Zustandsveränderung des Erlebens und Verhaltens von beobachteten Personen kommt, was als Reaktivität bezeichnet wird (vgl. RÖSSLER 2017, S. 280). Daher ist anzunehmen, dass sich die Pflegenden unter Beobachtung oder allein wegen der Tatsache, dass ihre Gespräche aufgezeichnet wurden, auch kontrollierter verhalten haben.

Aufgrund der Beschränkung der Datenerhebung auf Beobachtungen und Audioaufnahmen konnten keine eigentlich für die Diskursanalyse besser verwertbaren Videoaufzeichnungen ausgewertet werden. Mit Videoaufzeichnungen hätten die Interaktionen zwischen den Pflegenden tiefer analysiert werden können. Allerdings hätte das Vorhaben, die Gespräche

per Video aufzunehmen, den ohnehin schon schwierigen Feldzugang gefährdet. Auch ist fraglich, ob die Teilnehmenden dann in so großer Zahl zugestimmt hätten.

Die beobachteten und aufgezeichneten Übergabegespräche sind Informationen aus zweiter Hand, so dass nicht direkt beurteilt werden kann, wie sich die Interaktion mit den zu pflegenden Menschen tatsächlich abgespielt hat. Allein aus den Schilderungen der Pflegenden in den Übergaben muss abgeleitet werden, welche Sicht sie auf ihre zu pflegende Klientel haben und inwieweit Entscheidungen, die sie treffen, auf ihrem Wissen und ihren Erfahrungen sowie auf der individuellen Situation der Patientinnen/Patienten beruhen und insbesondere deren Bedürfnisse berücksichtigen.

Der Forschenden wurden in den kurzen Zeiträumen ihrer Beobachtungen nur bedingt Einblicke in das System Krankenhaus gewährt. Im Vergleich dazu befanden sich die in dieser Arbeit mehrfach zitierten Forscherinnen und Forscher – WALTHER, LAUTERBACH und OBERZAUCHER – jeweils als Teamangehörige in den Einrichtungen, als sie Übergabegespräche untersucht haben. Damit wurden sie nicht als Fremdkörper wahrgenommen und die Kolleginnen und Kollegen konnten sich ihnen gegenüber mutmaßlich offener zeigen.

9.3.2 Reflexion der Rolle als Forschende

Die Offenheit der Teilnehmenden erlaubt erst eine tiefere Durchdringung des Forschungsgegenstands und hängt wesentlich davon ab, wie die Beziehung zwischen Forschender und Teilnehmenden gestaltet ist und wie gut sich die Forschende in ihrem Tun selbst beobachtet und reflektiert. Ob Forschende einbezogen, nur geduldet oder ertragen werden, davon hängt ab, was ihnen gezeigt oder verborgen wird (vgl. STRÜBING u. a. 2018, S. 88).

Die Forschende selbst musste im Kontakt mit den Teilnehmenden Nähe und Distanz austarieren. Vertrautheit herzustellen ist die Voraussetzung dafür, die Pflegenden überhaupt bei ihrer Tätigkeit beobachten zu dürfen. Hierfür bewährte es sich, selbst „vom Fach“ zu sein. Als Krankenschwester kam sie zumindest hypothetisch als Kollegin der Teilnehmenden infrage, jedoch war sie auch Forschende und damit distanziert und zur Neutralität gegenüber den Teilnehmenden verpflichtet. Sie hatte sich in der Situation selbst kontrolliert zu verhalten. Das galt insbesondere dann, wenn sie als Pflegepädagogin unbewusst in eine Art Bewertungsmodus verfallen sollte. Während und nach den Übergabegesprächen hatte sie sich zu fragen, ob sie tatsächlich wertfrei die Beobachtung und Protokollierung durchgeführt hat.

Die Vorerfahrung der Forschenden hatte aber auch Vorteile. Als „eine von ihnen“ ließ sich zügig eine gute Arbeitsbeziehung zu den Teilnehmenden aufbauen. Des Weiteren half die eigene Expertise bei der umfassenden Korrektur der Transkripte, was ohne Kenntnisse des Pflegejargons so nicht möglich gewesen wäre.

9.4 Ausblick

Die Ergebnisse konnten zeigen, dass sich die Professionalisierung der Pflege bei den Pflegenden in der Praxis nur im Ansatz in einer professionellen Sprache fortsetzt bzw. zeigt. Eine professionelle Sprache nach innen und außen dient nicht nur der Professionsentwicklung des Pflegeberufes, sondern sichert auch Versorgungsprozesse. Die noch unterentwickelte Pflegefachsprache in der mündlichen Kommunikation lässt sich aber nicht allein auf die Qualifikati-

on der Pflegenden zurückführen. Vielmehr spielen die institutionellen Rahmenbedingungen und eine Gesprächskultur in der Praxis eine wesentlich größere Rolle dabei, inwieweit sich eine professionelle Pflegesprache entfalten kann.

Pflegende sind nach dem neuen Berufsgesetz für die Lenkung und Gestaltung des Pflegeprozesses zuständig. Diese Vorbehaltstätigkeit, die eigentlich dem Patientenschutz und der Professionsentwicklung der Pflege zuträglich sein soll, beschränkt sich, so die Beobachtungen, auf einen Verwaltungsakt, der nicht stringent in pflegerisches Handeln umgesetzt wird. Der Nachweis der Pflegeplanung kann zwar erbracht und abgerechnet werden, praktisch hat sich aber offenbar nichts weiter getan. Es wäre zu empfehlen, Strukturen zu schaffen, mit denen es möglich wird, den Pflegeprozess auch in der Praxis zu etablieren. Das heißt, Pflegende diagnostizieren den Pflegebedarf und stellen Pflegediagnosen so dar, dass sich Handlungsanlässe daraus ableiten lassen und auch über zielgerichtete Interventionen diskutiert werden kann. Hier ist in jedem Schritt die Perspektive des zu pflegenden Menschen einzubeziehen, und die Interventionen sind auf Grundlage eines hermeneutischen Verstehens der Situation zu begründen. Wenn es möglich ist, die medizinischen Diagnosen regelhaft auf dem für die Übergabe genutzten Papierausdruck abzubilden, dann sollte das auch für Pflegediagnosen und die Planung der Pflege möglich sein. Empfohlen wird, nicht über erfolgte (Routine-) Maßnahmen zu berichten, denn diese sollten sich in der schriftlichen Dokumentation finden. Vielmehr sollte die Übergabe dazu genutzt werden, ein gemeinsames Verständnis von der Pflegesituation der zu pflegenden Menschen zu finden und dafür den Pflegeprozess mehr in den Blick zu nehmen und sich über Pflegediagnosen und -diagnostik sowie die Zielstellung und damit verbunden Begründung für pflegerische Interventionen zu verständigen.

Es konnte zwar in einer Klinik im Ansatz die SBAR-Struktur in der Übergabe erkannt werden, das änderte aber nichts daran, dass die medizinischen Sachverhalte weiterhin im Vordergrund standen. Das SBAR-Schema kann nur dann zur Verbesserung der Übergabequalität empfohlen werden, wenn die Pflege gleichwertig der Medizin berücksichtigt wird. Das würde bedeuten:

- ▶ **S** – Pflegesituation – dazu gehören medizinische und pflegerische Einweisungsdiagnosen, ggf. besondere Kostform, ggf. zu- und ableitende Systeme, Ziele aller heilkundlichen und pflegerischen Maßnahmen, therapeutische Maßnahmen, Vorliegen von Patienten- oder Betreuungsverfügung
- ▶ **B** – Hintergrund – dazu gehören Versorgungsbedingungen im privaten Umfeld, Allergien, Unverträglichkeiten, Abneigungen, eingebundene Angehörige
- ▶ **A** – Ergebnisse von pflegerischen Assessments, Ergebnisse von medizinischer Diagnostik
- ▶ **R** – Auftrag an übernehmende Schicht in Form klarer Delegation.

Die zurückhaltende oder passive Beteiligung der Auszubildenden an der Übergabe lässt vermuten, dass die Übergabe weder als Lernanlass gesehen noch als Anleitungssituation gestaltet wird. Daher ist zu empfehlen, die Auszubildenden stärker in die Übergaben einzubeziehen und darin auch zu fordern. Des Weiteren wäre zu empfehlen, intraprofessionelle Kommunikation zu schulen, und das nicht nur in der Ausbildung, sondern auch im Rahmen von Fortbildungen. Ein wichtiger Schulungsinhalt wäre die Selbstreflexion. Hierfür könnten Übergabegespräche aufgezeichnet und mit den Teilnehmenden reflektiert werden. Es könnte

zur Sprache kommen, mit welchen Begriffen über Patientinnen/Patienten gesprochen wird, wie präzise Pflagediagnosen oder -interventionen wiedergegeben werden, welcher Zweck mit verschiedenen Sprachstilen verfolgt und inwieweit tatsächlich Verständigung hergestellt wird.

Zuletzt wäre zu fragen, ob und wie Terminologien in die mündliche Kommunikation einfließen können. Aber auch die Terminologien sind dahingehend zu prüfen, ob und wie sie in der mündlichen Kommunikation nutzbar sind. REMMERS spricht von der *Sprache des Falls* und kontrastiert damit eine von wissenschaftlichen Fachbegriffen geprägte Sprache. Es würde sich um ein praktikables Vokabular handeln, das die Patientin bzw. den Patienten in den Mittelpunkt stellt, also sie oder ihn zum Subjekt macht und damit ihre bzw. seine Perspektive einbezieht. Allerdings gibt die Entwicklung Künstlicher Intelligenz zum Einsatz einer automatisierten Dokumentation der Übergabegespräche zu bedenken, dass hier zumindest Standards geschaffen werden müssen, damit die KI das gesprochene Wort auch richtig erkennt und einordnet (vgl. SUN/XU/SUOMINEN 2021; WAN/XU/SUOMINEN 2021). Noch nicht untersucht ist, in welcher Sprache die beste Verständigung unter den Pflegenden erzeugt wird. Möglicherweise gibt es Bedeutungszuschreibungen, die mit weiteren Studien aufgedeckt werden können.

Weitere Forschungsdesiderate ergeben sich aus den Ergebnissen, die auf strukturelle Gesetzmäßigkeiten in der intraprofessionellen Kommunikation hinweisen. Darunter ist vor allem zu betrachten, wie sich die Teamkonstellation und formelle oder informelle Hierarchien und Rollen auf die Kommunikation und Entscheidungsfindung auswirken, was letztlich weitere Impulse für die Verbesserung der Versorgungsqualität liefern kann.

Literaturverzeichnis

- ABBOTT, Pamela; MERABEAU, Liz (Hrsg.):
The sociology of the caring professions.
2. Aufl. London 1998
- ABDELLATIF, Ahmed; BAGIAN, James P.; BARAJAS,
Enrique R.; COHEN, Michael; COUSINS,
Diane; DENHAM, Charles R.; ESSINGER, Kaj;
GEGELASHVILI, Giorgi; GLENISTER, Helen;
HOFFMAN, Carolyn: Communication during
patient hand-overs: patient safety solutions,
volume 1, solution 3, May 2007. In: Joint
Commission Journal on Quality & Patient
Safety 33 (2007) 7, S. 439–442
- ABELS, Heinz: Interaktion, Identität, Präsen-
tation. Kleine Einführung in interpretative
Theorien der Soziologie. 5. Aufl. Wiesbaden
2010
- ABRAHAM, Joanna; KANNAMPALLIL, Thomas G.;
SRINIVASAN, Vignesh; GALANTER, William
L.; TAGNEY, Gail; COHEN, Trevor: Measuring
content overlap during handoff communi-
cation using distributional semantics: An
exploratory study. In: Journal of Biomedical
Informatics 65 (2017), S. 132–144
- ABT-ZEGELIN, Angelika: Die Übergabe – ein über-
flüssiges Relikt? In: Heilberufe 49 (1998) 1,
S. 36–37
- ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W.
(Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Interdiszi-
plinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Me-
dizin, Linguistik und Philosophie. Hannover
2006
- ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W.
(Hrsg.): Sprache und Pflege. 2. Aufl. Bern
2005
- ABT-ZEGELIN, Angelika; SITZMANN, Franz: „So viel
Wortmüll war nie“ – Sprachkultur in Aus-
bildung und beruflicher Bildungsarbeit. In:
ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W.
(Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Interdiszi-
plinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Me-
dizin, Linguistik und Philosophie. Hannover
2006, S. 28–43
- ALT, Corinna; MISERA, Susanne: Sprachkompe-
tenzen in der Altenpflege. In: Diagnose und
individuelle Förderung von Deutschkompe-
tenzen im Fachunterricht. Unterricht Pflege
21 (2016) 1, S. 20–23
- ALTSTETTER, Christina: Wir wollen uns über-
geben. Zur Qualität der Dienstübergabe am
Beispiel pflegerischer Aussagen. In: Pflege
Aktuell 55 (2001) 2, S. 93–95
- AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary (Hrsg.):
JBI manual for evidence synthesis. Adelaide,
Australia 2020
- BARTHOLOMEYCZYK, Sabine: Zur Entwicklung der
Pfle gewissenschaft in Deutschland. Eine
schwere Geburt. In: Pflege & Gesellschaft
(2017), S. 101–118
- BARTHOLOMEYCZYK, Sabine: Nachdenken über
Sprache. Professionalisierung der Pflege? In:
ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W.
(Hrsg.): Sprache und Pflege. 2. Aufl. Bern
2005, S. 19–29
- BAUERNSCHMIDT, Dorothee; DORSCHNER,
Stephan: Angehörige oder Zugehörige? –
Versuch einer Begriffsanalyse. In: Pflege 31
(2018) 6, S. 301–309
- BECKER-MROTZEK, Michael; BRÜNNER, Gisela:
Der Erwerb kommunikativer Fähigkeiten:
Kategorien und systematischer Überblick.
In: BECKER-MROTZEK, Michael; BRÜNNER,
Gisela (Hrsg.): Analyse und Vermittlung von
Gesprächskompetenz. Frankfurt am Main
2004, S. 29–46
- BECKER-MROTZEK, Michael; BRÜNNER, Gisela:
Gesprächsforschung für die Praxis: Ziele,
Methoden, Ergebnisse. In: STICKEL, Gerhard
(Hrsg.): Sprache – Sprachwissenschaft –
Öffentlichkeit. Berlin, New York 1999,
S. 172–193

- BECKER-MROTZEK, Michael; MEIER, Christoph: Arbeitsweisen und Standardverfahren der Angewandten Diskursforschung. In: BRÜNNER, Gisela; FIEHLER, Reinhard; KINDT, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell 2002, S. 18–45
- BERGGÖTZ, Annette: Respectare – respektvolle Berührung in Pflege und Therapie: Zeit für Nähe, Raum für Distanz. In: Pflegewissenschaft 11 (2009) 3, S. 156–160
- BERGMANN, Bärbel: Von der Handlungstheorie zur Aufgabengestaltung. In: SACHSE, Pierre; ULRICH, Eberhard (Hrsg.): Psychologie menschlichen Handelns: Wissen & Denken – Wollen & Tun. Lengerich 2014, S. 79–94
- BLANKERTZ, Herwig; DERBOLAV, Josef; KELL, Adolf; KUTSCHA, Günter (Hrsg.): Enzyklopädie der Erziehungswissenschaft Bd. 9, Sekundarstufe II. 2. Aufl. Stuttgart 1992
- BOCHUMERBUND (Hrsg.): Satzung Bochumer Bund, zuletzt geändert am 04.12.2021. Lübeck 2020. URL: <https://www.bochumerbund.de/wp-content/uploads/2021/12/Satzung-des-BochumerBund-.pdf> (Stand: 29.09.2023)
- BÖGEMANN-GROSSHEIM, Ellen: Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft 9 (2004) 3, S. 100–107
- BÖHM, Karin: Kap. 9.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. In: BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG, STATISTISCHES BUNDESAMT, WISSENSCHAFTSZENTRUM BERLIN FÜR SOZIALFORSCHUNG, BUNDESINSTITUT FÜR BEVÖLKERUNGSFORSCHUNG (Hrsg.): Datenreport 2021, S. 325–345
- BOLLINGER, Heinrich; GREWE, Annette: Die akademisierte Pflege in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Entwicklungsbarrieren und Entwicklungspfade. In: BAUER, Ullrich; BRAUN, Bernard; BOLLINGER, Heinrich; GERLINGER, Thomas (Hrsg.): Jahrbuch für kritische Medizin. Qualifizierung und Professionalisierung. Hamburg 2002, S. 43–59
- BRÜNNER, Gisela; FIEHLER, Reinhard; KINDT, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell 2002
- BRYANT, Doreen; PUCCIARELLI, Nina: Zum angemessenen Schriftsprachgebrauch im Nähe- und Distanzbereich. Eine Pilotstudie zur Registersensibilität am Anfang der Berufsausbildung. In: Sprache im Beruf 1 (2018) 1, S. 6–26
- BUCHOLTZ, Mary; HALL, Kira: Language and Identity. In: DURANTI, Alessandro (Hrsg.): A companion to linguistic anthropology. Malden, Mass. 2006, S. 369–394
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hrsg.): Ausbildungs-offensive Pflege (2019–2023). Zweiter Bericht. Berlin 2022. URL: <https://www.bmbfsfj.bund.de/resource/blob/205226/c027c13b94c48d20ad64b5a4136b5448/ausbildungs-offensive-pflege-zweiter-bericht-2019-2023-data.pdf> (Stand: 18.10.2025)
- BUNDESREGIERUNG (Hrsg.): Informationskampagne „Pflege kann was“ gestartet 2022. URL: https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/kampagne-pflege-kann-was-2143370?utm_source=Nachrichten-Fabrik.de&utm_content=link (Stand: 29.09.2023)
- BÜSCHER, Andreas: Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Pflege. In: FUCHS, Maximilian; FUCHSLOCH, Christine; NAEGELE, Gerhard; UDSCHING, Peter; WELTI, Felix (Hrsg.): Gesundheit, Alter, Pflege, Rehabilitation – Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog 2017, S. 210–220
- BUSSE, Dietrich: Juristische Fachsprache und öffentlicher Sprachgebrauch. In: LIEDTKE, Frank; WENGELER, Martin; BÖKE, Karin (Hrsg.): Begriffe besetzen. Strategien des

- Sprachgebrauchs in der Politik. Opladen 1991, S. 160–185
- CANADIAN NURSES ASSOCIATION (Hrsg.): Intra-professional Collaboration. Position Statement. o. O. 2020. URL: https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/CNA-Position-Statement_Intra-Professional-Collaboration.pdf (Stand: 18.10.2025)
- CARPENITO, Lynda J.: Nursing Diagnosis: Selected Dilemmas in Practice. In: Occupational health nursing 33 (1985) 8, S. 397–400
- CARPENITO-MOYET, Lynda J.: Teaching nursing diagnosis to increase utilization after graduation. In: International journal of nursing terminologies and classifications 21 (2010) 3, S. 124–133
- CARR-SAUNDERS, Alexander M.: Metropolitan Conditions and Traditional Professional Relationships. In: FISHER, Robert M. (Hrsg.): The Metropolis in Modern Life. New York 1955
- CASPARI, Daniela; ROELCKE, Thorsten; KNAB, Simone; SCHALLENBERG, Julia; KRAFT, Andreas: Von der Alltagssprache zur Berufssprache – Beiträge des Faches Wirtschaft – Arbeit – Technik und der Beruflichen Bildung. Symposium auf der Abschlussstagung Sprachen Bilden Chancen. Berlin 2017
- CODARCEA, Emilia: Linguistische Merkmale der juristischen Fachsprache. Bemerkungen zur Fachlichkeit und Verständlichkeit juristischer Texte. In: NISTOR, Roxana-Maria; TEGLAŞ CAMELIA (Hrsg.): Limbajele specializate. Abordări curente și provocări pentru viitor. Cluj-Napoca 2021, S. 129–143
- CÖLFEN, Hermann; WALTHER, Sabine: Angewandte Gesprächsforschung: Über Probleme und Chancen linguistischer Gesprächsanalyse in der Hochschullehre und beruflichen Praxis. In: Essener Linguistische Skripte 2 (2002) 1
- COMBE, Arno; HELSPER, Werner (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt am Main 1996
- DA SILVA, Fernando; DOS SANTOS, Wenysson; DA SILVA, Francisca; DE LIMA, Dhyanine; FERNANDES, Sâmara; DA SILVA-RICHARDSON, A.: Terms of specialized nursing language for people with pressure injury. In: Revista brasileira de enfermagem 72 (2019), S. 1028–1035
- DAHEIM, Hansjürgen: Der Beruf in der modernen Gesellschaft: Versuch einer soziologischen Theorie beruflichen Handelns. Köln 1967
- DARMANN, Ingrid: Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Ein pflagedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Zugl.: Hamburg, Univ., Diss., 1998. 1. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln 2000
- DARMANN-FINCK, Ingrid: Entwicklung eines Qualifikationsmixmodells (QMM) für die stationäre Langzeitpflege als Grundlage für Personalbemessungsinstrumente. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (2021) 164, S. 61–69
- DÄTWYLER, Barbara; SCHAUFELBERGER, J.: Einflussfaktoren und deren Bedeutung für die Position der Pflege: eine Fallstudie. In: Pflege 11 (1998) 5, S. 263–267
- DBFK, ÖGKV, SBK (Hrsg.): Position der Berufsverbände DBfK, ÖGKV und SBK zur ICNP®. Berlin. URL: https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/dbfk-positionen/DBfK-OeGKV-SBK_zu_ICNP_2011.pdf (Stand: 18.10.2025)
- DEPPERMANN, Arnulf: ‚Gesprächskompetenz‘ – Probleme und Herausforderungen eines möglichen Begriffs. In: BECKER-MROTZEK, Michael; BRÜNNER, Gisela (Hrsg.): Analyse und Vermittlung von Gesprächskompetenz. Frankfurt am Main 2004, S. 15–27
- DEUTSCHER BERUFSVERBAND FÜR PFLEGEBERUFE (Hrsg.): Wer wir sind. URL: <https://www.dbfk.de/de/index.php> (Stand: 29.09.2023)

- DEUTSCHER BUNDESTAG (Hrsg.): Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG). DS 18/7823. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/18/078/1807823.pdf> (Stand: 29.09.2023)
- DEUTSCHER PFLEGERAT (Hrsg.): Der Verband. URL: <https://deutscher-pflegerat.de/verband/> (Stand: 29.09.2023)
- DEWE, Bernd; STÜWE, Gerd: Basiswissen Profession. Zur Aktualität und kritischen Substanz des Professionskonzeptes für die Soziale Arbeit. In memoriam Wilfried Ferchhoff. Weinheim 2016
- DICHTER, Martin; KOCKS, Andreas; MEYER, Gabriele; STEPHAN, Astrid: Pflege ist systemrelevant – nicht nur in Corona-Zeiten. Gemeinsame Stellungnahme zum Internationalen Jahr der Pflegenden und Hebammen vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie in Deutschland 2020. URL: <https://www.vpuonline.de/wp-content/uploads/Gemeinsame-Stellungnahme-zum-internationalen-Jahr-der-Pflegenden-und-Hebammen-1.pdf> (stand: 29.09.2023)
- DIEFFENBACH, Johann F.: Anleitung zur Krankenwahrung. Berlin 1832
- DITTMAR, Norbert: Datenerhebung qualitativ. Miteinem Ausblick auf Beschreibungsverfahren. In: NEULAND, Eva; SCHLOBINSKI, Peter (Hrsg.): Handbuch Sprache in Gruppen. Berlin, Boston 2018, S. 52–86
- DÖRR, Jan-Eric: Grundlagen des Fachsprachenbegriffs. In: BAUMANN, Klaus-Dieter; DÖRR, Jan-Eric; KLAMMER, Katja (Hrsg.): Fachstile. Systematische Ortung einer interdisziplinären Kategorie. Berlin 2014, S. 27–45
- DRACH-ZAHAVY, Anat; GOLDBLATT, Hadass; MAIZEL, Ana: Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. In: Journal of clinical nursing 24 (2015) 3–4, S. 592–601
- DRESING, Thorsten; PEHL, Thorsten (Hrsg.): Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen. 8. Aufl. Marburg 2018
- DRESING, Thorsten; PEHL, Thorsten: Transkription. In: MEY, Günter; MRUCK, Katja (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. 1. Aufl. Wiesbaden 2010, S. 723–733
- EFING, Christian: Soziale Gruppen in der Wirtschaftskommunikation. In: NEULAND, Eva; SCHLOBINSKI, Peter (Hrsg.): Handbuch Sprache in Gruppen. Berlin, Boston 2018, S. 473–496
- EFING, Christian: Die Rolle sprachlicher Register für die berufsweltbezogene Sprachförderung. In: BUSCHFELD, Detlef; CLEEF, Maria (Hrsg.): Vielfalt des Lernens im Rahmen berufsbezogener Standards. Münster, New York 2018, S. 57–68
- EFING, Christian: Berufssprache & Co.: Berufsrelevante Register in der Fremdsprache. Ein varietätenlinguistischer Zugang zum berufsbezogenen DaF-Unterricht. In: Informationen Deutsch als Fremdsprache 41 (2014) 4, S. 415–441
- EFING, Christian; KIEFER, Karl-Hubert: Methoden zur Erhebung, Analyse und Beschreibung kommunikativer Anforderungen, Praktiken und Verhaltensweisen in beruflichen Ausbildungs-Kontexten. In: EFING, Christian; KIEFER, Karl-Hubert (Hrsg.): Sprache und Kommunikation in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ein interdisziplinäres Handbuch. Tübingen 2018, S. 193–215
- EGGINS, Suzanne; SLADE, Diana: Contrasting discourse styles and barriers to patient participation in bedside nursing handovers. In: Equinoxonline 13 (2016) 1, S. 71–83
- EGGINS, Suzanne; SLADE, Diana; GEDDES, Fiona: Effective communication in clinical handover. From research to practice. Berlin, Boston 2016
- ELSEN, Hilke: Wortschatzanalyse. Tübingen und Basel 2013

- ETZIONI, Amitai: The semi-professions and their organization. Teachers, nurses, social workers. New York 1969
- FAWCETT, Jaqueline: On the requirements for a metaparadigm: an invitation to dialogue. In: *Nursing science quarterly* 9 (1996) 3, 94–97
- FEHLING, Patrick; HENNE, Melissa; POLAT, Abdullila; RÄDEL-ABLASS, Katharina; RODDEWIG, Marion; SCHLIZ, Klaus; STAGGE, Maya: Wen pflegen wir da eigentlich? Begriffliche Einordnung der pflegerisch Versorgten. In: *Pflege & Gesellschaft* 28 (2023) 2, S. 186–189
- FEIL, Naomi: The Validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with „Alzheimer’s-type dementia“. Baltimore, MD, US 1993
- FELDER, Ekkehard: Semantische Kämpfe in Wissensdomänen. Eine Einführung in Benennungs-, Bedeutungs- und Sachverhaltsfixierungs-Konkurrenzen. Macht und Sprache in den Wissenschaften. In: FELDER, Ekkehard (Hrsg.): *Semantische Kämpfe* 2006, S. 13–46
- FENNELLY, Orna; GROGAN, Loretto; REED, Angela; HARDIKER, Nicholas R.: Use of standardized terminologies in clinical practice: a scoping review. In: *International Journal of Medical Informatics* 149 (2021) 104431, S. 1–11
- FIECHTER, Verena; MEIER, Martha: Pflegeplanung: eine Anleitung für die Anwendung und Dokumentation des Pflegeprozesses in der Praxis 1998
- FORD, Yvonne: „Risiken und Nebenwirkungen“ von englischen Begriffen im deutschen Pflegediskurs. In: ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W. (Hrsg.): *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie*. Hannover 2006, S. 22–28
- FRANZ, Shiney; MUSER, Jürgen; THIELHORN, Ulrike; WALLECH, Claus-Werner; BEHRENS, Johann: *Interprofessionelle Kommunikation zwischen therapeutisch Pflegenden und anderen therapeutischen Berufsangehörigen (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie)* in der neurologischen Frührehabilitation. In: *Rehabilitation* 59 (2020) 3, S. 149–156
- FRIEDEMANN, Marie-Luise; KÖHLEN, Christina: *Familien- und umweltbezogene Pflege*. 2. Aufl. Bern, Göttingen 2003
- FRIESACHER, Heiner: *Professionsentwicklung in der Pflege – was heißt das und wo geht es hin?* Vortrag am 03.05.2017 zum 1. Pflegetag Rheinland-Pfalz. Mainz 2017
- FRIESACHER, Heiner: *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 2006. Göttingen 2008
- FRÖHLICH, Martin R.; RETTKE, Horst; CONCA, Antoinette; BODEN, Karsten: *Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit in Krisensituationen auf der Intensivstation am Beispiel von COVID-19*. In: *Pflege* 34 (2021) 5, S. 251–262
- GALATZAN, Benjamin J.; CARRINGTON, Jane M.: *Examining the meaning of the language used to communicate the nursing hand-off*. In: *Research in Nursing and Health* 44 (2021) 5, S. 833–843
- GALATZAN, Benjamin J.; CARRINGTON, Jane M.: *Exploring the State of the Science of the Nursing Hand-off Communication*. In: *Computers, informatics, nursing – CIN* 36 (2018), S. 484–493
- GALATZAN, Benjamin J.; CARRINGTON, Jane M.; GEPHART, Sheila: *Testing the Use of Natural Language Processing Software and Content Analysis to Analyze Nursing Hand-off Text Data*. In: *Computers, informatics, nursing – CIN* 39 (2021) 8, S. 411–417
- GEDIKE, Carl E.: *Handbuch der Krankenwartung. Zum Gebrauch für die Krankenwartschule der K. Berliner Charité-Heilanstalt sowie zum Selbstunterricht*. 5. Aufl. Berlin 1874
- GEISSLER, Birgit: *Professionalisierung und Profession. Zum Wandel klientenbezogener Berufe im Übergang zur post-industriellen*

- Gesellschaft. In: Die Hochschule: Journal für Wissenschaft und Bildung 22 (2013) 1, S. 19–32
- GHONEM, Nadia M. E.-S.; EL-HUSANY, Wafaa A.: SBAR Shift Report Training Program and its Effect on Nurses' Knowledge and Practice and Their Perception of Shift Handoff Communication. In: SAGE Open Nursing 9 (2023), 1–10
- GLASZE, Georg; HUSSEINI, Shadia; MOSE, Jörg: Kodierende Verfahren in der Diskursforschung. In: GLASZE, Georg; MATTISSEK, Annika (Hrsg.): Handbuch Diskurs und Raum. Theorien und Methoden für die Humangeographie sowie die sozial- und kulturwissenschaftliche Raumforschung. 3. Aufl. Bielefeld 2021, S. 293–314
- GOODE, William J.: Professionen und die Gesellschaft. Die Struktur ihrer Beziehungen. In: LUCKMANN, Thomas; SPRONDEL, Walter M. (Hrsg.): Berufssoziologie. Köln 1972, S. 157–167
- GÖPFERICH, Susanne: Von der deskriptiven zur präskriptiven (prospektiven) Fachtextsortenlinguistik. Stand, Probleme, Perspektiven. In: BAUMANN, Klaus-Dieter (Hrsg.): Sprachen im Beruf. Tübingen 2000, S. 83–103
- GRAMS, Wolfgang: Pflege ist Bildung und braucht Bildung. Zum Zusammenhang von Pädagogik und Pflege. In: Pflege 11 (1998) 1, S. 43–48
- GREDIG, Daniel; SOMMERFELD, Peter: Neue Entwürfe zur Erzeugung und Nutzung lösungsorientierten Wissens. In: OTTO, Hans-Uwe; POLUTTA, Andreas; ZIEGLER, Holger (Hrsg.): What works – welches Wissen braucht die soziale Arbeit? Zum Konzept evidenzbasierter Praxis. Opladen, Farmington Hills, MI 2010, S. 83–98
- HAIDER, Barbara: Deutsch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Eine kritische Sprachbedarfserhebung vor dem Hintergrund der Nostrifikation. 1. Aufl. Wien 2010
- HARTUNG, Nicole: Berufsbezogene Deutschkenntnisse und inter-bzw. transkulturelle Kompetenzen in der ambulanten Pflege 2018
- HELSPER, Werner; KRÜGER, Heinz-Hermann; RABE-KLEBERG, Ursula: Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung: Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung 1 (2000) 1, S. 5–19
- HENNE, Helmut: Sprachpragmatik. Nachschrift einer Vorlesung 1975
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, Shigemi (Hrsg.): Nursing diagnoses. Definitions and classification; 2018–2020. 11. Aufl. 2017
- HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, Shigemi; LOPES, Camila T. (Hrsg.): NANDA-I-Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikation 2021–2023. Kassel, Stuttgart, Thieme 2022
- HERGET, Thomas; EBERL, Inge: Dokumentengestützte Schichtübergaben in der Pflege. Pilotstudie zur Evaluation der Praktikabilität von dokumentengestützten Schichtübergaben und deren Effekten auf die Qualität der Pflegedokumentation. In: Pflegewissenschaft 24 (2022) 1, S. 48–59
- HERKNER, Volkmar: Verabschiedung des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) von 1969. – Wendepunkt in der Geschichte beruflicher Bildung in der Bundesrepublik. 2018. URL: <https://www.bpb.de/themen/bildung/dossier-bildung/280840/wendepunkt-in-der-geschichte-beruflicher-bildung-verabschiedung-des-berufsbildungsgesetzes-bbig-von-1969/> (Stand: 29.09.2023)
- HERM-BARABASZ, Rita M.: Intraprofessional nursing communication and collaboration: APN-RN-Patient bedside rounding (2015)
- HESSE, Hans A.: Berufe im Wandel. Ein Beitrag zur Soziologie des Berufs, der Berufspolitik und des Berufsrechts. 2. Aufl. Stuttgart 1972
- HEUEL, Guido: Die personenbezogene Dienstleistung. Pflege im sozialen Wandel der demo-

- grafischen Veränderungen. In: PR-Internet für die Pflege 8 (2006) 6, S. 341–351
- HOFFMANN, Lothar: Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung. Berlin, Boston 1976
- HOFFMANN, Michael: Funktionale Varietäten des Deutschen kurz gefasst 2007
- HÖHMANN, Ulrike: Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft 4. Jg. (1999) Nr. 1, S. 8–13
- HONG, Jordan Q. Y.; CHUA, Wei L.; SMITH, Duncan; HUANG, Chi M.; GOH, Qin L. P.; LIAW, Sok Y.: Collaborative practice among general ward staff on escalating care in clinical deterioration. A systematic review. In: Journal of clinical nursing 32 (2023) 17–18, S. 6165–6178
- HÜLSKEN-GIESLER, Manfred: Der Zugang zum Anderen. Dissertation. Göttingen 2008
- HUMOREANU, Daniela: Marker/Schlüsselwörter der medizinischen Sprache und Berufside ntität. In: ANADISS 10 (2015) 19, S. 130–141
- HUSI, Gregor: Mikro-, Meso- und Makro-Professionalisierung Sozialer Arbeit – ein etwas ausholender Kommentar zu Epple & Kersten. In: Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit 12 (2017) 21/22, 79–105
- IBRAHEEM, Enas E.; EID, Nermin M.; RASHAD, Zeinab M.: Intraprofessional Nursing Collaboration: A concept Analysis. In: Menoufia Nursing Journal 5 (2020) 1, S. 97–102
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): ICNP – Deutsch 2020. URL: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Deutsch.pdf> (Stand: 29.09.2023)
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): Häusliche Pflege. Katalog aus der Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®). übersetzt 2014 von DBfK, ÖGKV und SBK. Geneva 2011
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): Palliative care for dignified dying. International classification for nursing practice (ICNP®) catalogue. Geneva 2009
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (Hrsg.): Partnering with individuals and families to promote adherence to treatment. International classification for nursing practice (ICNP®) catalogue. Geneva 2008
- ISFORT, Michael; MÜLLER, Klaus; KRAUS, Katja; LUFT, Lisa; FUCHS-FROHNHOFEN, Paul; CIESINGER, Kurt-Georg: Arbeitspaket 4 „Empirische Prüfung der Kompetenzkommunikation“. Ergebnisbericht. Frankfurt am Main 2022
- ISFORT, Michael; WEIDNER, Frank: Pflegequalität und Pflegeleistungen. I. Bericht über die erste Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“. Freiburg/Köln 2001
- JAMES, Ian A.: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. Bern 2013
- JANICH, Nina: Fachsprache, Fachidentität und Verständigungskompetenz – zu einem spannungsreichen Verhältnis. In: Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis (2012) 2, S. 10–13
- JONES, Dorothy; LUNNEY, Margaret; KEENAN, Gail; MOORHEAD, Sue: Standardized nursing languages essential for the nursing workforce. In: Annual review of nursing research 28 (2010) 1, S. 253–294
- KAIRAT, Hans: „Professions“ oder „Freie Berufe“? Professionales Handeln im sozialen Kontext. 1. Aufl. Berlin 1969
- KALASZNIK, Marcelina: Zur Verwendung medizinischer Fachausdrücke in Vorstellungstexten von Ärztinnen und Ärzten. In: Sprache im Beruf 6 (2023) 1, S. 28–44
- KÄLBLE, Karl: Die ‚Pflege‘ auf dem Weg zur Profession? Zur neueren Entwicklung der Pflegeberufe vor dem Hintergrund des Wandels und der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: EURICH, Johannes;

- BRINK, Alexander; HÄDRICH, Jürgen; LANGER, Andreas; SCHRÖDER, Peter (Hrsg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. 1. Aufl. Wiesbaden 2005, S. 215–245
- KÄPPEL, Silvia: What sort of science does nursing require? In: *Pflege* 12 (1999) 3, S. 153–157
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (Hrsg.): Gesundheitsdaten: Krankenhäuser Belegtage und Verweildauer o. J. URL: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17030.php> (Stand: 29.09.2023)
- KEAN, Susanne: Nursing diagnoses: issues and controversies. In: *Pflege* 12 (1999) 4, S. 209–215
- KITSON, Alison L.; MUNTLIN ATHLIN, Åsa; ELLIOTT, Janice; CANT, Megan L.: What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. In: *Journal of advanced nursing* 70 (2014) 6, S. 1228–1242
- KITWOOD, Tom M.: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten, neurokognitiv beeinträchtigten Menschen. 9. Aufl. Bern 2022
- KLINGSHIRN, Hanna; GERKEN, Laura; HOFMANN, Katharina; HEUSCHMANN, Peter U.; HAAS, Kirsten; SCHUTZMEIER, Martha; BRANDSTETTER, Lilly; WURMB, Thomas; KIPPNICH, Maximilian; REUSCHENBACH, Bernd: Komplexität außerstationärer Intensivpflege beatmeter Menschen. In: *Pflege* (2022)
- KOFAHL, Christopher: Krankenrolle – Patientenrolle. In: DEINZER, Renate; KNESEBECK, Olaf (Hrsg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin 2018, S. 1–16
- KÖHLEN, Christina; FRIEDEMANN, Marie-Luise: Pflege von Familien. Die familien- und umweltbezogene Pflege in der Praxis. 1. Aufl. Haan-Gruiten 2016
- KÖNIG, Peter: Pflegeklassifikation und ihre Bedeutung am Beispiel der NANDA-Pflegediagnosen und der ICNP-Version 1. In: ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W. (Hrsg.): Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie. Hannover 2006, S. 56–67
- KRAUS, Sebastian; BERNER, Renate: Workshop: Kernkompetenz Pflegediagnostik. Herausforderung für Lehre und Praxis. Berlin 2020
- KROHWINKEL, Monika: Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexierkrankten. Fördernde Prozesspflege als System. 3. Aufl. Bern 2008
- KUCKARTZ, Udo; RÄDIKER, Stefan: Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Aufl. Weinheim, Basel 2022
- KÜHME, Benjamin: Identitätsbildung in der Pflege. Pflegepraxis und Bildungsmuster im Prozess beruflicher Sozialisation. Dissertation. Frankfurt am Main 2020
- LALOUSCHEK, Johanna; MENZ, Florian: Empirische Datenerhebung und Authentizität von Gesprächen. In: BRÜNNER, Gisela; FIEHLER, Reinhard; KINDT, Walther (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell 2002, S. 46–68
- LANG, Norma: Nursing Informatics Pioneer Interview. Videotranskript. Bethesda, USA 2008. URL: <https://brand.amia.org/m/3f56e715f6bc04a6/original/Norma-Lang-NIWG-pdf.pdf> (Stand: 29.09.2023)
- LANG-GROTH, Imke: Register 2019. URL: https://epub.uni-muenchen.de/61748/1/Lang-Groth_Register.pdf (Stand: 29.09.2023)
- LASSMANN, Patrick: Sprachkompetenz in der Pflege – Versuch einer Systematisierung. Bachelor Thesis. Köln 2015
- LAUTERBACH, Andreas: „Das stimmt nicht, was da steht“. Zur Qualität IT-basierter Pflegedokumentationen. In: *Pflegewissenschaft* 11 (2009) 2, S. 95–104

- LAUTERBACH, Andreas: „... da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht“. Dienstübergaben in der Pflege. 1. Aufl. Norderstedt 2008
- LEININGER, Madeleine: Einführung in die Transkulturelle Pflege. München 1999
- LEONARD, Michael; GRAHAM, Suzanne; BONACUM, Doug: The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. In: *BMJ Quality & Safety* 13 (2004) suppl 1, i85–i90
- LIPPERT, Herbert: Fachsprache Medizin. In: HENNE, Helmut; MENTRUP, Wolfgang; MÖHN, Dieter; WEINRICH, Harald (Hrsg.): *Interdisziplinäres deutsches Wörterbuch in der Diskussion*. 1. Aufl. Düsseldorf 1978, S. 86–101
- LUSTIG, Walter: *Gesetz und Recht im Krankenhaus*. Berlin, Heidelberg 1930
- MAHLER, Cornelia; GUTMANN, Thomas; KARSTENS, Sven; JOOS, Stefanie: Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. In: *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31 (2014) 4, S. 1–10
- MAHONEY, Florence; BARTHEL, Dorothea W.: Functional evaluation: the Barthel index. A simple index of the independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. In: *Maryland state medical journal* 14 (1965), S. 61–66
- MARCHWACKA, Maria: Zu den Spezifika der Pflegesprache: Wissenschaftssprache – Berufssprache – Verteilersprache/Transfersprache. In: *Pädagogik der Gesundheitsberufe* (2019) 2, S. 147–156
- MARCHWACKA, Maria: Zur Kommunikation im Gesundheitswesen am Beispiel der Pflegesprache. eine Bestandsaufnahme. Lerner, Methoden, Herausforderungen. In: TINNEFELD, Thomas (Hrsg.): *Fremdsprachenunterricht im 21. Jahrhundert*. Saarbrücken 2018, S. 175–194
- MAURITZ, Marita; KISTLER, Anja; ZIEGER, Burkhardt; DRUBE, Patricia: Selbstverwaltung der Pflege. Emanzipation einer Berufsgruppe. In: ZÄNGL, Peter (Hrsg.): *Zukunft der Pflege*. Wiesbaden 2015, S. 131–146
- McCORMICK, Kathleen A.; JONES, Cheryl B.: Is One Taxonomy Needed for Health Care Vocabularies and Classifications? In: *OJIN The online Journal of Issues in Nursing* 3 (1998) 2
- MEISSNER, A.; ROSER, J.; HASSELHORN, H.: Are nurses content with the nursing handovers? In: *PR-Internet für die Pflege* 6 (2004) 10, S. 564–568
- MELEIS, Afaf I.: *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1999
- MENG, Michael; PETERS, Miriam; DORIN, Lena: Erste Sondererhebung des BIBB-Pflegepanels. Ein aktueller Überblick zu berufsqualifizierenden Pflegestudiengängen. Bonn 2022
- MEYERMANN, Alexia; PORZELT, Maike: *Hinweise zur Anonymisierung qualitativer Daten*. Frankfurt am Main 2014
- MIEG, Harald A.: Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In: DICK, Michael; MAROTZKI, Winfried; MIEG, Harald A. (Hrsg.): *Handbuch Professionsentwicklung*. Bad Heilbrunn 2016, S. 27–40
- MIEG, Harald A.: Professionalisierung. In: RAUNER, Felix (Hrsg.): *Handbuch Berufsbildungsforschung*. Bielefeld 2005, S. 342–349
- MIGLIORE, Laurie; CHOUINARD, Henry; WOODLEE, Rachel: Clinical research and practice collaborative: an evidence-based nursing clinical inquiry expansion. In: *Military Medicine* 185 (2020) Supplement 2, S. 35–42
- MISERA, Susanne: Sprachkompetenzen in der Altenpflegeausbildung. Analyse der sprachlichen Anforderungen, Sprachstandserhebung mit dem Diagnoseinstrument VERA-8 und Konsequenzen für den Unterricht an beruflichen Schulen. Masterthesis am Lehrstuhl für Fachdidaktik der Ernährungs- und Haus-

- wirtschaft, Technische Universität München. München 2015
- MITCHELL, Rebecca; PARKER, Vicki; GILES, Michelle; BOYLE, Brendan: The ABC of health care team dynamics. Understanding complex affective, behavioral, and cognitive dynamics in interprofessional teams. In: *Health Care Management Review* 39 (2014) 1, S. 1–9
- MÖHN, Dieter; PELKA, Robert: *Fachsprachen. Eine Einführung*. Tübingen 1984
- MÖLLER, A.: The situation of nurses. In: *Pflege Aktuell* 57 (2003) 10, S. 535
- MÜLLER, Elke: Der Identitätsspagat der Pflege. In: *Pflege Aktuell* 57 (2003) 1, S. 42–46
- MÜLLER, Elke: Grundpflege und Behandlungspflege. Historische Wurzeln eines reformbedürftigen Pflegebegriffs. In: *Pflege & Gesellschaft* 3 (1998) 2, S. 1–6
- MÜLLER, Klaus: „Nursing Staff is here for your safety!“ Strategien professioneller Sorge als zentrales Konzept beruflicher Pflege. In: *Pflegewissenschaft* 19 (2017) 11/12, S. 573–578
- MÜLLER STAUB, Maria; SCHALEK, Kurt; KÖNIG, Peter (Hrsg.): *Pflegeklassifikationen. Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation*. 1. Aufl. Bern 2017
- MÜLLER STAUB, Maria; RAPPOLD, Elisabeth: *Klassifikationen/Systeme: Beurteilung anhand von Studien. Anwendung in Praxis, Bildung und elektronischer Pflegedokumentation*. In: MÜLLER STAUB, Maria; SCHALEK, Kurt; KÖNIG, Peter (Hrsg.): *Pflegeklassifikationen*. 1. Aufl. Bern 2017, S. 261–305
- NANDA (Hrsg.): *Glossary of Terms*. URL: <https://nanda.org/publications-resources/resources/glossary-of-terms/> (Stand: 29.09.2023)
- NITTEL, Dieter: *Von der Mission zur Profession? Stand und Perspektiven der Verberuflichung in der Erwachsenenbildung*. Bielefeld 2000
- NOLTE, Karen: *Sorge für Leib und Seele. Krankenpflege im 19. und 20. Jahrhundert*. In: FRIEDEL, Anne-Sophie; PIEPENBRINK, Johannes; SCHETTER, Frederik; SEIBRING, Anne (Hrsg.): *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Bonn 2020, S. 120–132
- NORDHAUSEN, Thomas; HIRT, Julian: *ReffHunter. Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken*. Version 5.0 2020. URL: <https://www.bibsonomy.org/bibtex/6afdfda6672169789227a737377d9750?lang=de> (Stand: 29.09.2023)
- OBERZAUCHER, Frank: *Übergabegespräche. Interaktionen im Krankenhaus; eine Interaktionsanalyse und deren Implikationen für die Praxis*. Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss., 2011. Stuttgart 2014
- OERTLE-BÜRKI, Cornelia: *Professionalisierung und Sprache*. In: *Pflege Aktuell* 6 (1996), S. 95
- OEVERMANN, Ulrich: *Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. In: COMBE, Arno; HELSPER, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt am Main 1996, S. 70–182
- OPUS DEI (Hrsg.): *Lebenskultur des Priesters*. 2010. URL: <https://opusdei.org/de-de/article/lebenskultur-des-priesters/> (Stand: 29.09.2023)
- OREM, Dorothea E.: *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin 1997
- OTHMAN, Elham H.; SHATNAWI, Fedaa; ALRAJABI, Omymah; ALSHRAIDEH, Jafar A.: *Reporting Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification in Nursing Research: A Systematic Review*. In: *International journal of nursing knowledge* 31 (2020) 1, S. 19–36
- PAGE, Matthew J.; MCKENZIE, Joanne E.; BOSSUYT, Patrick M.; BOUTRON, Isabelle; HOFFMANN, Tammy C.; MULROW, Cynthia D.; SHAMSEER, Larissa; TETZLAFF, Jennifer M.; AKL, Elie A.; BRENNAN, Sue E.: *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. In: *Systematic reviews* 10 (2021) 1, S. 89

- PEPLAU, Hildegard E.: *Interpersonal Relations in Nursing. A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York 2004
- PERHAB, Franziska: *babylonische sprachverwirrung? taxonomien, klassifikationen – gemeinsame pflegefachsprache und wissensmanagement*. In: *Österreichische Pflegezeitschrift* (2007) 03, S. 8–16
- PETERSEN, Julia; KLEIN, Ruth; TRUMPKE, Michael: *Dienstübergaben im Zusammenspiel mit IT-gestützter Pflegedokumentation*. In: *Die Schwester der Pfleger* (2021) 3, S. 84–87
- PFADENHAUER, Michaela; SANDER, Tobias: *Professionssoziologie*. In: GEORG KNEER, Markus Schroer (Hrsg.): *Handbuch Spezielle Soziologien 2010*, S. 361–378
- PUNDT, Johanne: *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Einstimmung in das Thema. Positionen, Potenziale, Perspektiven*. In: PUNDT, Johanne (Hrsg.): *Professionalisierung im Gesundheitswesen*. 1. Aufl. Bern 2006, S. 7–20
- QUERNHEIM, German: *Berufsstolz*. In: *Heilberufe* 75 (2023) 5, S. 48–49
- RABE-KLEBERG, Ursula: *Professionalität und Geschlechterverhältnis. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. In: COMBE, Arno; HELSPER, Werner (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität*. Frankfurt am Main 1996, S. 276–302
- RAUNER, Felix: *Praktisches Wissen und berufliche Handlungskompetenz*. Bremen 2004.
- RAVEN, Uwe 2016: *Objektive Hermeneutik. Ein Paradigma für Pflegeforschung und Pflegepraxis?* In: *Rekonstruktive Fallarbeit in der Pflege. Methodologische Reflexionen und praktische Relevanz für Pflegewissenschaft, Pflegebildung und die direkte Pflege*, hrsg. von Manfred Hülsken-Giesler u. a. Göttingen: V&R unipress Universitätsverlag Osnabrück, S. 103–130
- RAVEN, Uwe: *Zur Entwicklung eines „professional point of view“ in der Pflege. Auf dem Weg zu einer strukturalen Theorie pflegerischen Handelns*. In: *PR-Internet für die Pflege* 9 (2007) 3, S. 196–209
- RAVEN, Uwe: *Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes*. In: *Pflege* 8 (1995) 4, S. 347–355
- REIBER, Karin; FISCHER, Gabriele; LÄMMEL, Nora: *Lauter Beifall für stilles Heldentum – Ambivalenzen der Anerkennung für den Pflegeberuf (nicht nur in Pandemiezeiten)*. In: *Pflege & Gesellschaft* 26 (2021) 3, S. 197–208
- REEVES, Scott; RICE, Kathleen; CONN, Lesley G.; MILLER, Karen-Lee; KENASZCHUK, Chris; ZWARENSTEIN, Merrick: *Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards*. In: *Journal of interprofessional care* 23 (2009) 6, S. 633–645
- REKOWSKI, M. VON: *Sektorübergreifendes Datenmanagement in der Pflege. Potenziale durch den Einsatz einer elektronischen Gesundheitsakte*. In: *Pflegewissenschaft* 11 (2009) 3, S. 178–185
- REMMERS, Hartmut: *Pflegewissenschaft als transdisziplinäres Konstrukt. Wissenschaftssystematische Überlegungen – Eine Einleitung. Eine Forschungsbilanz*. In: REMMERS, Hartmut (Hrsg.): *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog*. Göttingen 2011, S. 7–47
- RIEDER, Evelyn: *Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Bereich der Pflege. Ein Rück- und Ausblick*. In: BARTHOLOMEYCZIK, Sabine; RIEDER, Evelyn (Hrsg.): *Ökonomisierung und Standardisierung zum Vorteil der Pflege?* Winterthur 2018, S. 6–9
- RIESENBERG, Lee A.; LEITZSCH, Jessica; CUNNINGHAM, Janet M.: *Nursing handoffs: a systematic review of the literature: surprisingly little is known about what constitutes best practice*. In: *AJN American Journal of Nursing* 110 (2010) 4, S. 24–36
- ROBERT BOSCH STIFTUNG (Hrsg.): *Pflege neu denken. Zur Zukunft der Pflegeausbildung*. Stuttgart 2001

- ROELCKE, Thorsten: Fachsprachliche Vielfalt im Gegenwartsdeutschen. The Diversity of Contemporary German. In: CHRISTIAN EFING, BRUNO ARICH-GERZ, ISA-LOU SANDER (Hrsg.): Vielfalt des Gegenwartsdeutschen 2021, S. 51–63
- ROELCKE, Thorsten: Berufssprache und Berufliche Kommunikation – eine konzeptionelle Klärung. In: Sprache im Beruf 3 (2020a) 1, S. 3–17
- ROELCKE, Thorsten: Fachsprache. (Verbale und nonverbale) Kommunikation in spezialisierten menschlichen Tätigkeitsbereichen 2019 URL: https://epub.ub.uni-muenchen.de/61967/1/Roelcke_Fachsprache.pdf (Stand: 29.09.2023)
- ROELCKE, Thorsten: Ärzte, Pfleger und Patienten: Zur Typologie deutscher Fachkommunikation in einer mehrsprachigen Gesellschaft. In: MEIER, Jörg; PUCHALOVA, Ingrid; STRÖMPLOVA, Ulrika: Multikulturalität–Multiethnizität–Multilingualität. Symbolae Cassovienses. Kaschauer Beiträge zur Sprache und Kultur (2016), S. 107–126
- ROELCKE, Thorsten: Zur Gliederung von Fachsprache und Fachkommunikation. In: Fachsprache 36 (2014) 3–4, S. 154–178
- ROELCKE, Thorsten D.: Fachsprachen. 4. Aufl. Berlin 2020b
- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred W.; TIERNEY, Alison J.; MEIER, Martha: Die Elemente der Krankenpflege. 3. Aufl. Basel 1991
- ROSENBERG, Regina: Covid-19 und die Rolle der Pflege(Wissenschaft) 2020. URL: <https://dg-pflegewissenschaft.de/aktuelles/covid-19-und-die-rolle-der-pflegewissenschaft/> (Stand: 25.12.2022)
- RÖSSLER, Patrick: Inhaltsanalyse. 3. Aufl. Konstanz, München 2017
- ROTH, Otto: Klinische Terminologie. Zusammenstellung der zur Zeit der klinischen Medizin gebräuchlichen technischen Ausdrücke. 4. Aufl. Leipzig 1893
- ROY, Callista; ANDREWS, Heather A.: The Roy adaptation model. 2. Aufl. Stamford, Conn. 2006
- RÜSCHEMEYER, Dietrich: Doctors and Lawyers: A Comment on the Theory of the Professions. In: Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie 1 (1964) 1, S. 17–30
- RUTHERFORD, Marjorie: Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? In: OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 13 (2008) 1, S. 1–9
- SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR INTEGRATION UND MIGRATION (Hrsg.): Jahresgutachten 2022. Systemrelevant: Migration als Stütze und Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Berlin 2022. URL: https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2022/12/SVR_Jahresgutachten_2022_barrierefrei.pdf (Stand: 18.10.2025)
- SACHWEH, Svenja: „so frau adams guck mal ein feines bac-spray gut“. Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In: FIEHLER, Reinhard (Hrsg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Radolfzell 2003, S. 143–160
- SANDER, Isa-Lou: Berufssprache – Registermodellierung und Fördermöglichkeiten. In: Sprache im Beruf 2 (2019) 1, S. 56–69
- SCHAEFFER, Doris: Zur Professionalisierbarkeit von Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. In: SCHAEFFER, Doris; MOERS, Martin; ROSENBRÖCK, Rolf (Hrsg.): Public health und Pflege. 2. Aufl. Berlin 2004, S. 103–126
- SCHERF, Johann C. F.: Archiv der medizinischen Polizey und der gemeinnützigen Arzneikunde. 2. Band. Leipzig 1784
- SCHMEISER, Martin: Soziologische Ansätze der Analyse von Professionen, der Professionalisierung und des professionellen Handelns. In: Soziale Welt 57 (2006), S. 295–318

- SCHMIDBAUR, Marianne: Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“. Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903–2000. Zugl.: Frankfurt am Main, Univ., Diss., 2000. Königstein/Taunus 2002
- SCHMIDT, Maria: Anforderungen an die Pflegeübergabe im Krankenhaus. In: *Pflegewissenschaft* 20 (2018) 3/4, S. 133–145
- SCHMITT, Rudolf; BÖHNKE, Ulrike: Die Pflege und die Sprache der Metaphern. In: ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W. (Hrsg.): *Die Sprachen der Pflege. Interdisziplinäre Beiträge aus Pflegewissenschaft, Medizin, Linguistik und Philosophie*. Hannover 2006, S. 101–119
- SCHNELL, Martin W.: Sprechen – warum und wie? In: ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W. (Hrsg.): *Sprache und Pflege*. 2. Aufl. Bern 2005, S. 33–41
- SCHÖNEFELD, Daniel: Der konversationsanalytische Zugang zur Pflege. In: *Pflege & Gesellschaft* 26 (2021) 2, S. 118–130
- SCHREIER, Margrit: Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: *FQS-Forum qualitative Sozialforschung* 15 (2014) 1, Art. 18
- SCHREMS, Berta: Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. Reflexionen zum problematischen Verhältnis von Pflege und Pflegeprozess. In: *Printernet* (2006) 8 (01), S. 44–52
- SCHWANENFLÜGEL, Matthias von: Leistungen der Pflegewissenschaft für die Weiterentwicklung der Pflegepolitik und -praxis. In: *Pflege & Gesellschaft* 24 (2019) 1, S. 50–59
- SCHWARZ, Renate: *Supervision und Professionelles Handeln Pflegenden*. Wiesbaden 2009
- SCHWEIKARDT, Christoph J.: *Die Entwicklung der Krankenpflege zur staatlich anerkannten Tätigkeit im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Das Zusammenwirken von Modernisierungsbestrebungen, ärztlicher Dominanz, konfessioneller Selbstbehauptung und Vorgaben preußischer Regierungspolitik*. Teilw. zugl.: Bochum, Univ., Habil.-Schr., 2006. München 2008
- SCROGGINS, Leann M.: The developmental processes for NANDA International Nursing Diagnoses. In: *International journal of nursing terminologies and classifications* 19 (2008) 2, S. 57–64
- SETTELMAYER, Anke; TSCHÖPE, Tanja; WIDERA, Christina; HÖRSCH, Karola; SCHMITZ, Santina; WITZ, Eva-Maria: *Sprachlich-kommunikative Anforderungen in der beruflichen Ausbildung*. In: *Abschlussbericht. Bundesinstitut für Berufsbildung*. Bonn 2017
- SHOEMAKER, Joyce K.: Essential features of a nursing diagnosis. In: KIM, Mi Ja; MCFARLAND, Gertrude K.; MCLANE, Audrey M. (Hrsg.): *Classification of nursing diagnoses proceedings of the fifth national conference*. St. Louis 1984, S. 104–115
- SIEBOLD, Oliver: Wortschatz, Wortbildung und lexikalische Semantik. In: NEULAND, Eva; SCHLOBINSKI, Peter (Hrsg.): *Handbuch Sprache in Gruppen*. Berlin, Boston 2018, S. 108–125
- SMEULERS, Marian; LUCAS, Cees; VERMEULEN, Hester: Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2014) 6
- SOWA, Frank; STAPLES, Ronald; THEUER, Stefan; ALTHAUS, Radjiv: *Beratungsgespräche in der Arbeitsverwaltung teilnehmend beobachten. Reflexion über eine Methode der qualitativen Sozialforschung*. In: *In Forum Qualitative Sozialforschung* 14 (2013) 2
- SOWINSKI, Christine; KIRCHEN-PETERS, Sabine; HIELSCHER, Volker: *Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege*. o. O. 2013. URL: https://www.boeckler.de/pdf_fof/91394.pdf (Stand: 29.09.2023)
- SPIEGEL, Carmen; SPRANZ-FOGASY, Thomas: *Aufbau und Abfolge von Gesprächsphasen*. In: BRINKER, Klaus (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Hand-*

- buch zeitgenössischer Forschung. Berlin, New York 2001, S. 1241–1251
- SPIRIG, Rebecca; PETRY, Heidi; KESSELRING, Annemarie; DE GEEST, Sabina (Hrsg.): Visions for the future. Nursing as a profession in health care in the German speaking part of Switzerland. In: *Pflege* 14 (2001) 3, S. 141–151
- SPRONDEL, Walter M.: „Emanzipation“ und „Professionalisierung“ des Pflegeberufs. Soziologische Analyse einer beruflichen Selbsteutung. Aspekte aus Praxis und Forschung. In: PINDING, Maria (Hrsg.): *Krankenpflege in unserer Gesellschaft*. Stuttgart 1972, S. 17–26
- STAHL, Katja; NADJ-KITTLER, Maria: Picker-Report 2014. Neue Perspektiven. Wie die Erfahrungen von Patienten und Mitarbeitern Qualität und Sicherheit im Krankenhaus verbessern 2014. URL: http://loewenstern.vl-pr.de/wp-content/uploads/2015/12/PICKER_REPORT.pdf (Stand: 29.09.2023)
- STAMANN, Christoph; JANSSEN, Markus; SCHREIER, Margrit: Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. In: *FQS-Forum qualitative Sozialforschung* 17 (2016) 3, Art. 16
- STATISTISCHES BUNDESAMT (Hrsg.): *Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2019 2021*. URL: https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00060822/2120611197004_korr19052021.pdf (Stand: 18.10.2025)
- STEFAN, Harald; ALLMER, Franz: *Praxis der Pflege-diagnosen*. Wien, New York 1999
- STEMMER, Renate: Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen? In: JACOBS, Klaus; KUHLMHEY, Adelheid; GREß, Stefan; KLAUBER, Jürgen; SCHWINGER, Antje (Hrsg.): *Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen*. Berlin 2021, S. 173–184
- STEMMER, Renate: *Pflegetheorien und Pflegeklassifikationen*. In: *Pflege & Gesellschaft* 8 (2003) 2, S. 51–58
- STREETER, Anne R.; HARRINGTON, Nancy G.; LANE, Derek R.: Communication Behaviors Associated with the Competent Nursing Handoff. In: *Journal of Applied Communication Research* 43 (2015) 3, S. 294–314
- STRODTHOLZ, Petra; BADURA, Bernhard: *Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch Patientenbefragung*. In: WOLF, Christof; WENDT, Claus (Hrsg.): *Perspektiven der Gesundheitssoziologie*. Köln 2006, S. 444–463
- STRÜBING, Jörg; HIRSCHAUER, Stefan; AYAB, Ruth; KRÄHNKE, Uwe; SCHEFFER, Thomas: Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. In: *Zeitschrift für Soziologie* 47 (2018) 2, S. 83–100
- SUN, Haozhan; XU, Chenchen; SUOMINEN, Hanna: Analyzing the Granularity and Cost of Annotation in Clinical Sequence Labeling. 2021
- SUOMINEN, Hanna; JOHNSON, Maree; ZHOU, Liyuan; SANCHEZ, Paula; SIREL, Raul; BASILAKIS, Jim; HANLEN, Leif; ESTIVAL, Dominique; DAWSON, Linda; KELLY, Barbara: Capturing patient information at nursing shift changes: methodological evaluation of speech recognition and information extraction. In: *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA* 22 (2014) e1, e48–66
- SUOMINEN, Hanna; ZHOU, Liyuan; HANLEN, Leif; FERRARO, Gabriela: Benchmarking clinical speech recognition and information extraction: new data, methods, and evaluations. In: *JMIR medical informatics* 3 (2015) 2
- SUPERVILLE, Jemma G.: Standardizing Nurse-to-Nurse Patient Handoffs in a Correctional Healthcare Setting: A Quality Improvement Project to Improve End-of-Shift Nurse-to-Nurse Communication Using the SBAR I-5 Handoff Bundle. In: *Standardizing Nurse-To-Nurse Patient Handoffs in a Correctional Healthcare Setting: A Quality Improvement Project to Improve End-Of-Shift Nurse-To-*

- Nurse Communication Using the Sbar I–5 Handoff Bundle (2017), S. 1
- TONEY-BUTLER, Tammy J.; THAYER, Jennifer M.: Nursing Process. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL) 2023 URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/> (Stand: 29.09.2023)
- TRAUE, Boris; PFAHL, Lisa; SCHÜRMAN, Lena: Diskursanalyse. In: BAUR, Nina; BLASIUS, Jörg (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3. Aufl. Wiesbaden 2022, S. 565–583
- TSCHUPKE, Sandra: Pflegestudiengänge für beruflich Qualifizierte – Ergebnisse einer Programmanalyse zu Strukturen, Inhalten, Lernergebnissen und Zielen. In: Pflege & Gesellschaft 25 (2020) 4, S. 336–350
- UYS, Leana; HABERMANN, Monika: The nursing process. globalization of a nursing concept. In: HABERMANN, Monika; UYS, Leana; PARFITT, Barbara (Hrsg.): The nursing process – a global concept. London 2006, S. 3–14
- VEIT, Annegret: Professionelles Handeln als Mittel zur Bewältigung des Theorie-Praxis-Problems in der Krankenpflege. Inauguraldissertation Friedrich-Alexander-Universität. Inauguraldissertation. Erlangen-Nürnberg 2002
- VOGLER, Christine: Wo die neue Regierung handeln muss (Editorial). In: Heilberufe 73 (2021) 9, S. 65
- VOLLMANN, Jochen: Die Galle auf Zimmer 7. Welche Medizin wollen wir? Berlin 2019
- VOLPERT, Walter; WEBER, Wolfgang W.: Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation. In: RAUNER, Felix; GROLLMANN, Philipp (Hrsg.): Handbuch Berufsbildungsforschung. 3. Aufl. Bielefeld 2018, S. 399–405
- VOSSELER, B.; BIRNBAUM, B.; PROCHOWSKI, P.; ZECH, E.: Goodbye to the nurses – the new look of nursing. In: PR-Internet für die Pflege 8 (2006) 11, S. 596–605
- WAGNER, Franz: The nursing profession: new creations. In: Pflege Aktuell 57 (2003) 1, S. 10–14
- WALSH, Mary B.; PETRO-YURA, Helen: The nursing process; assessing, planning, implementing, and evaluating. 1967
- WALTHER, Sabine: Sprechen als Pflegehandlung. In: ABT-ZEGELIN, Angelika; SCHNELL, Martin W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2. Aufl. Bern 2005, S. 51–55
- WALTHER, Sabine: Sprache und Kommunikation in der Pflege. Forschungsarbeiten und Publikationen zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation in der Pflege; eine kommentierte Bibliographie. Duisburg 2003
- WALTHER, Sabine: Im Mittelpunkt der Patient? Übergabegespräche im Krankenhaus. Stuttgart 1997
- WAN, Zimin; XU, Chenchen; SUOMINEN, Hanna: Enhancing Clinical Information Extraction with Transferred Contextual Embeddings. 2021
- WATSON, Bernadette M.; JONES, Liz; CRETCHLEY, Julia: Time as a Key Topic in Health Professionals' Perceptions of Clinical Handovers. In: Global qualitative nursing research 1 (2014)
- WEIDNER, Frank: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Zugl.: Osnabrück, Univ., Diss., 1994. Frankfurt am Main 1995
- WELSH, Catherine A.; FLANAGAN, Mindy E.; EBRIGHT, Patricia: Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. In: Nursing outlook 58 (2010) 3, S. 148–154
- WIED, Susanne: Psyhyrembel online. Stichwort: Pflegephänomene 2021. URL: <https://www.psyhyrembel.de/Pflegeph%C3%A4nomene/T030J> (Stand: 18.10.2025)
- WIED, Susanne (Hrsg.): Psyhyrembel Pflege. 3. Aufl. Berlin 2012

- WIENTJENS, Renate; NOTHACKER, Karin;
SCHÖLLHORN, Lena: Qualifikationsmix als
strategisches Mittel. In: *Pflegezeitschrift* 74
(2021) 6, S. 22–25
- WIETECK, Pia (Hrsg.): ENP-Praxisleitlinien. Pfl-
gediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnah-
men. 3. Aufl. Kassel, Stuttgart 2020
- WIETECK, Pia: Kontrolliertes Vokabular zur Ab-
bildung des Behandlungs- und Versorgungs-
pfades in der Pflege. In: *PrInterNet/Pflege-
wissenschaft* 10 (2008) 7–8, S. 401–408
- WIETECK, Pia; HAUSHERR, Stephanie; BERNER,
Renate; MOSEBACH, Holger: Wissenschaft-
liche Hintergründe. *European Nursing
care Pathways – Version 3.0*. URL: [https://
www.recom.eu/files/recom/40-wissen/
enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissen-
schaftliche_Hintergruende_2019_DE.pdf](https://www.recom.eu/files/recom/40-wissen/enp-entwicklung/einleitung/ENP_Wissenschaftliche_Hintergruende_2019_DE.pdf)
(Stand: 29.09.2023)
- WILKESMANN, Maximiliane; STEDEN, Stephanie;
HETCO, Christian B.; BASSYIOUNY, Mona:
Nichtwissenskontexte – Organisation
vs. (Semi-)Profession. Zum Umgang Mit
Nichtwissen in Medizin und Pflege. In:
WILKESMANN, Maximiliane (Hrsg.): *Nicht-
wissen Stört Mich (nicht)*. Wiesbaden 2019,
S. 51–92
- WISSENSCHAFTSRAT (Hrsg.): Empfehlungen zu
hochschulischen Qualifikationen für das
Gesundheitswesen. Drucksache 2411–12.
Berlin 2012
- WISSMANN, Peter: ‚We must create a bridge
to build it‘. In: *Pflege Aktuell* 58 (2004),
S. 154–157
- WOLF, Zane R.: Learning the professional jargon
of nursing during change of shift report.
In: *Holistic nursing practice* 4 (1989) 1,
S. 78–83
- YURA, Helen; WALSH, Mary B.: *The Nursing
Process. Assessing, Planning, Implementing,
Evaluating*. Washington 1967
- YLITÖRMÄNEN, Tuija: Nurse-nurse collaboration
and job satisfaction: a mixed method study
of Finnish and Norwegian nurses’ percep-
tions. 2021
- YLITÖRMÄNEN, Tuija; KVIST, Tarja; TURUNEN,
Hannele: Perceptions on nurse–nurse collab-
oration among registered nurses in Finland
and Norway. In: *Scandinavian journal of
caring sciences* 33 (2019) 3, S. 731–740
- ZEGELIN, Angelika: *Sprache und Pflege*. Berlin
1997
- ZEGELIN, Angelika; MEYER, Gabriele: Pflegen
kann jede*r! In: *Pflegezeitschrift* 74 (2021),
S. 20–23
- ZEGELIN, Angelika; QUERNHEIM, German: Wie
lässt sich durch Stärkung des Berufsstolzes
die Attraktivität der professionellen Pflege
steigern? In: *Pflege* 35 (2022) 2, S. 65–66
- ZUABONI, Gianfranco: Manifestiert sich Profession-
alität durch die Sprache? Im Spannungsfeld
zwischen Entwicklung der Profession, inter-
professioneller Zusammenarbeit und profes-
sioneller Praxis. In: SCHOPPMANN, Susanne
(Hrsg.): „Sprachen“. Eine Herausforderung
für die psychiatrische Pflege in Praxis – Ma-
nagement – Ausbildung – Forschung. Bern
2015, S. 289–291

Anhang

Wortschatz auf den Achsen der ICNP

Fachbegriffe im Zusammenhang mit pflegerlevanten Themen (Focus)

O-B

2-Gefäß-KHK
abnehmen
absaugpflichtig
Abszess
Allergie
Allgemeinzustand
Anämie
angeschwollen
Angst
Ängste
ängstlich
anstecken
Antriebsgemindert
Antrumgastritis
Aortenklappen-Endokarditis
Apoplex
Arrhythmie
Aspirationspneumonie
Aspirationszeichen
atemdepressiv
Ausschlag
Auswurf
Bauchschmerzen
Beckenringfraktur
Beinthrombose
Beinvenenthrombose
Belastungsdyspnoe
beweglich
Beweglichkeit
Bläschen
Blutdruck
bluten
Bluterbrechen
Blutungen
Bradykardie
Bradykardie-Syndrom
brechen

C-F

Cerebroopathie
Cholecystitis
Choledocholithiasis
Cholestase
Clostridien
Corona
Corpulmonale
Covid
Covid-positiv
dehydrieren
dekompensieren
Dekubitus
Delir
dement
Demenz
Depression
depressiv
desorientiert
Diabetes
Diarrhoe
Durchfälle
Dysphagie
Dyspnoe
dyspnoeisch
einbluten
Einsamkeit
Ekzem
Entgleisung
Erbrechen
Ergebnis
Erreger
Erstdiagnose
Erysipel
exsikkieren
Fassade
Fassung
Feinmotorik
Femurfraktur
Fieber
Fraktur

G-I

Gangstörung
Gastritis
Gebärmutterprolaps
Gewicht
Gewichtsabnahme
Gewichtsverlust
Glaukom
Grundpflege
Halluzinationen
Hautpflege
Hemiparese
Herpes
Herzfrequenz
Herzinfarkt
Herzinsuffizienz
Hilfebedarf
Hinlauftendenz
Hirninfarkt
Hüftfraktur
Humerusfraktur
hypertensiv
Hypertonie
hypoglykäm
Hypokaliämie
hypoxämisch
idiopathisch
Immobil
Immobilität
Infekt
inkontinent
Insuffizienz
insulinpflichtig
ischämisch

K-O

Keime
Kieferfraktur
Kognition
kognitiv
kommunizieren
kontinent
Kontraktur
kooperativ
Kopfplatzwunde
Kopfschmerzen
Körperpflege
korrekturpflichtig
Kotsteine
Kraftdefizit
Krampf
Krampfanfall
Krankheitsbild
Leben
Lebezirrhose
Liegetrauma
Logorrhö
Luftnot
Lungenembolie
Lungenfibrose
Magersucht
Mediainfarkt
Metastasen
Meteorismus
Mukositis
Mundsoor
Muttermale
Mykose
Neubildung
Neurodermitis
Noroviren
Obstipation
obstipieren
Ödem
Seheinschränkung
Sekret

P-SCH

Palpitationen
Panik
Pankreas-CA
Pankreatitis
Parkinson
Passage
pathogen
Phlegmone
Pilzinfektion
Platzwunde
Pleuraerguss
pneumogen
Pneumonie
Polyneuropathie
Polytrauma
Problem
Prolaps
Prolapsdruck
Psychose
Pulsschlag
Radiusfraktur
Resorptionsstörung
respiratorisch
Ressourcen
Rezidiv
Rhabdomyolyse
Schlaganfall
Schmerz
Schnappatmung
Schock
Schwellung

S-Z

Sepsis
Sicherheit
Sickerblutung
Sinn
Sinusbradykardie
Sinusrhythmus
Sklerose
Stauungsdermatitis
Stress-Neurodermitis
Struktur
Stuhl
Stuhlgang
stuhlinkontinent
Sturz
Sturzgefahr
Synkopen
Teerstuhl
Tetraparese
Trauer
Tricuspidalklappeninsuffizienz
Tumor
Übelkeit
Ulcus
Ulzerationen
Unterschenkelödem
Urin
urininkontinent
Verletzung
Verwirrtheit
Vorhofflimmern
Wegstrecke
Wunde
Wundheilungsstörung
Wundränder
Wund-Sein
Zoster

Fachbegriffe im Zusammenhang mit Beurteilung, Ausprägung (Judgment)

A-F	G-N	O-S	T-Z
absolut	geblockt	optimal	tachykard
adäquat	geformt	passiv	tief
aggressiv	gelblich	positiv	trocken
aktiv	generalisiert	psychisch	Tropfen
akut	generell	Punkte	überwiegend
alltäglich	gespannt	punktförmig	uneingeschränkt
atypisch	glatt	Qualität	unruhig
auffällig	grenzwertig	reduziert	unsicher
ausgeprägt	hart	reizlos	unverändert
ausreichend	heiß	rezidivierend	Veränderung
beeinflussen	ideal	rückläufig	verbessert
belastet	Infektwerte	Sättigung	verblassend
Besserung	intakt	Sättigungsabfälle	verheilt
betroffen	Kilo	sauer	verkrustet
Blutauflagerungen	komplett	sauerstoffpflichtig	verletzt
blutig	komplex	sekundäre	verschieden
breiig	konsequent	selbstständig	verschleimt
dauernd	längliche	sicher	verstorben
Dekompensation	Last	signifikant	verträgt
Dekompensations-	massiv	Spuren	vorbelastet
zeichen	maximal	stabil	weiterentwickelt
dezent	Maximum	steril	zielgerecht
Diagnose	Menge	strukturiert	zurückläufig
dicht	messbar	sturzgefährdet	zuverlässig
doppelt	Minderung	subakuten	
durchnässt	mobil	subfebrile	
eingeschränkt	multifaktorielle	symptomatisch	
entspannt	multiple	systemisch	
entwickeln	mündlich	tablettenpflichtig	
Erfahrung	nass		
Erfolg	negativ		
erfolgreich	niedrig		
erhöht	niedriger		
erosive	Niveau		
fest	normal		
fettig			
feucht			
flockig			
flüchtig			
flüssig			

Fachbegriffe im Zusammenhang mit Handeln (Action)

A-Z

abführen
abhängig
ablehnen
Ablehnung
Abwehrverhalten
aktivieren
anhängen
ansetzen
anziehen
atmen
ausruhen
behandeln
beobachten
bewältigen
bewegen
duschen
einnehmen
erbrechen
erleben
evaluieren
Gespräch führen
kauen
klingeln
kratzen
pflegen
rasseln
stürzen
urinieren
verabreichen

Fachbegriffe im Zusammenhang mit Mitteln und Methoden (Means)

A	B	C-E	F-I
Abendbrot	Bad	Cardioversion	Fäden
Abführmaßnahme	Barthel	Charière	Fädenenden
Abführmittel	Basishygiene	Covid-Abstrich	Fäkalkollektor
abgewöhnen	Bedarfsmedikation	Dauerkatheter	Fingerdrucktest
abklären	Befundung	Dekubitus-Skala	Fixateur
ablassen	Behandlung	Desinfektionstücher	fixieren
Ableitung	Beinbeutel	Diabetikerkost	flow
abpolstern	Beine-Wickeln	Dialyse	Flüssignahrung
absaugen	Beinprothese	Dialysekost	Flussrate
Abstrich	Beruhigung	dialysieren	Frühstück
abwickeln	beschäftigen	Dilatation	Ganzkörperpflege
AcuteCare©	betreuen	Dosis	Gehstock
Ampulle	Betruhe	Drainage	Hebe-Senk-Einlauf
Anatom-Stuhl	Bilanz	Dreipunktstock	High-Flow-Gerät
Andicken	bilanzieren	Druckverband	Hilfsmittel
Anleitung	Bilanzierung	durchspülen	Honigplatte
Anmischung	Bilanzziel	eincremen	Hub
Anstechen	Blasendauerkatheter	Einfuhr	Humor
Antibiose	Blutentnahme	Einheiten	Ileostoma
Apfelmus	Blutgasanalyse	Einlage	impfen
Apnoe-Gerät	Blutkultur	entisolieren	Infusion
Appetitsteigerung	Blutwerte	Ernährungspumpe	Infusionen
Assessment	Blutzucker	Eventrecorder	Infusomat
Atemtherapie	Bolus	Eventrecorder-	Inhalation
AtmosAir-Matratze	Braden	extubieren	inhalieren
Aufbaukost	Braunöle		Inkontinenzversor-
ausschleichen	Brei		gung
	Breikost		Inkontinenz-Wech-
	Brot		sel
			Insulintherapie
			Intervention
			Intimpflege
			Intubation
			intubieren
			Implantat
			isolieren

K-M	N-R	S-T	U-Z
Kaliumkontrolle	Nachthemd	Sauerstoff	Ultraschallkardio-
kaliumsparend	Nadel	Sauerstoffgerät	gramm
Kalorien	Nährstoffe	Sauerstoffsonde	Umschläge
Kalzium	Nahrung	Sauerstoffwert	Uricult
Kardioversion	Nahrungskarenz	Schellong-Test	Urinflasche
kardiovertieren	Naht	Schlafapnoegerät	Urinprobe
Katheter	Netzhose	Schmerzpumpe	Urinsediment
Katheterwechsel	Operation	Schnabelbecher	Urostoma
Kissen	operieren	Schonkost	Vitalzeichen
Klingel	Papierhose	Schrittmacher	Vollkost
Klyisma	passierte Kost	Schrittmacherim-	WC-Stuhl
kohäsiv	Perfusor	plantation	Wickel
Kompresse	Pflaster	Schrittmacherkon-	wickeln
Kompressionsver-	Pleuradrainage	trolle	Wundabstrich
band	Pleurapunktion	Schulung	Wundversorgung
konservativ	Puls	Schutzhose	Zugang
Kontrolle	punktieren	Seitenlagerung	
korrigieren	Punktion	Sitzbett	
Korsett	Quarantäne	Sondenkost	
Kortisonhaltig	Querbettsitz	Sondennahrung	
Kost	Quick	Spanische	
lagern	Reanimation	SpO2-Wert	
Leukosilk	Reservoirmaske	Sputum	
Lyse	Respirator	Stoma	
Lyse-Therapie	Röhrchen	Stomaplatte	
Mammographie	Rollator	Strips	
Matratze	Rollstuhl	Stuhlprobe	
Medikament	Röntgen	Tablette	
Medikamentenein-		Tagesdosis	
nahme		Teilkörperpflege	
Medikation		Therapiebegrenzung	
Medizin		Toilettengang	
messen		Toilettenstuhl	
Mini-Mental-Status-		transfundieren	
Test		Trinkmengenbe-	
Mobilisation		schränkung	
Mobilisationsförde-		Tumorsuche	
rung			
Mobilisationshilfen			
mobilisieren			
Mobilisierung			
Mobil-Sauerstoff			
Monitor			
Morphingabe			
motivieren			

Fachbegriffe im Zusammenhang mit Lokalisation (Location)

A-Z

Abdomen
abdominell
Arterie
arteriell
Bauchnabel
Blut
Cardial, kardial
Carotis
duodeni
Ellenbeuge
Ferse
Hoden
Intimbereich
Leber
Mamma
Media
Pleura
sacrum
Sehnerv
subkutan
suprapubisch
thorakal
Thorax
venös
Zwölffingerdarm

Fachbegriffe im Zusammenhang mit Pflegeorganisation

O-C	D-K	L-P	R-Z
24-Stunden-Betreuung	Diabetologin	Labor	Radiologie
abrechnen	Diätberatung	Lungenarzt	Rettungswagen
abzeichnen	Dokumentation	Lungenfacharzt	Schlussdesinfektion
Akte	dokumentieren	Nachtdienst	Selbstversorger
ambulant	Dusche	Nachtschrank	Sozialdienst
Arztbrief	Einfuhrzettel	Nachtisch	Sozialvisite
Arztgespräch	entlassen	Nachtwache	Spätdienst
Atemtherapeutin	Essensprotokoll	Neuaufnahme	Spritzplan
Aufenthalt	Examen	Neurologie	Station
Aufenthaltsraum	Fieberkurve	neurologisch	Stationsarzt
Augenklinik	Geriatrie	Neuroreha	Stationszimmer
Badezimmer	geriatrisch	Neuzugang	Stomatherapeutin
Barcode	Geri-Reha	Notaufnahme	System
Behandlungsvertrag	Gerontopsychiatrie	Notfallteam	Trauerbegleitung
Bericht	Heimversorgung	nüchtern	Tumor-Board
Beschwerden	Hospiz	Oberarzt	Übergabe
Besprechung	Insulin-Daheim-	Oberärztin	Übergabezettel
Besprechungsraum	Therapie	palliativ	Urologie
Besuch	intermediate	Pflege	urologisch
Besuchstermine	internistisch	Pflege-Assessment	Verlegung
Besucherzeit	internistisches	Pflegebericht	Verordnung
Besuchsrecht	Kapazität	Pflegedienst	Visite
Bett	Klinik	Pflegeeinrichtung	Vorsorgevollmacht
Betten	Konsil	Pflegegeld	Wiegeplan
Bett-Etikett	Kopfende	Pflegegrad	Wundberaterin
Bettkante	Kopfteil	Pflegeheim	Wundbogen
Bewilligung	Kostenübernahme	Pflegepatient	Wundmanagerin
Care	Krankengymnastik	Pflegeplanung	Zugang
Chefarztvisite	Krankenhaus	Pflegeprozess	
Chirurgen	Krankenkasse	pflegerisch	
Chirurgie	Krankensalbung	Pflegestufe	
Clostridien-Kontaktperson	Krankentransport	Pflegeüberleitungs-	
	krankenversichert	bogen	
	Kühlschrank	Psychiatrie	
	Kurve	psychiatrisch	
	Kurzzeitpflege		
	Kurzzeitpflegeplatz		

Umgangssprache im Zusammenhang mit Beurteilung, Ausprägung (Judgement)**B-R**

baff
 bedröppelt
 beulig
 blöd
 bummelig
 burschikos
 dekadent
 doof
 durchdrehen
 durchgelabbert
 entnervt
 faul
 fit, fitter
 frustriert
 führbar
 furchtbar
 genervt
 Gewichtheber
 happy
 heavy
 high
 komisch
 krankest
 krass
 massivst
 maximalst
 pampig
 para
 platt
 Quatsch

S-Z

quietschfidel
 reichlichst
 rollatormäßig
 schwammig
 supergut
 superschön
 süß
 toll
 verkackt
 wackelig
 wehrig
 zickig

Umgangssprache im Zusammenhang mit Handeln (Action)

A-Z

abhauen
anschimpfen
antesten
aurasten
bewässern
dranfassen
dranmachen
draufgucken
einlaufen
entlagern
ex
fertigmachen
festmachen
fingern
fusselig
händeln
hinwerfen
kapieren
labern
meckern
quatschen
ranmachen
reinkommen
saufen
schmeißen
Spielchen
Theater
triezen
verdaddeln
vollpinkeln
vollgewaschen
zuppeln

Umgangssprache im Zusammenhang mit Lokalisation (Location)

A-Z

Dreieckchen
Hintern
obenrum
Po
Pobacke
Schniedelchen
untenrum

Umgangssprache im Zusammenhang mit Mitteln und Methoden (Means)

A-Z

abpüttern
abstöpseln
auflassen
aufpäppeln
aufspießen
Buchs
Ding, Dings
Doppel-Antibiose
draufmachen
einsperren
Energyzeug
exen
genivt
kaputt
Klamotten
Klo
Kram
lagern
niven
Pfanne
rausmobilisieren
schallen
Schlüpfer
Ultibro-Ding
umstöpseln

Umgangssprache im Zusammenhang mit Pflegeorganisation

A-Z

anleiern
anpiepen
Dienstarzt
Dienstärztinnen
Doktor
Entlass-Ding
Examenspatient
heimkönnen
Mobilisationsschwester
Punktlandung
rausschmeißen
Sauladen
Saustall
Schwester
Wundschwester

Alle Abkürzungen

A-D	E-M	L-R	S-Z
Akut-Medis	EBV	LMW	SAPV
Angio	Echo	Logo	SMOF
AP	EDV	LAD	SMOV
ASE	EK	Langzeit-EKG	sO2
ATS	EKG	LE	Sono
AZ	EKs	Leukos	Stero
BDK	EKV	MR	Stufen-BGA
BGA	Endo	MRCP	TIA
BH	ePAC	MRT	TraPo
Bifi	ERCP	Ms	USKG
Bili	Gastro	MST	U-Status
Bio-AKE	Geri	MTX	Viggo
Biso	Geronto	NIV	VW
Blasen-CA	Hb-Abfall	NIV-Gerät	WC
BMI	HNO	NSR-Skala	Wunddoku
Bronchial-CA	HP	nü	ZVK
Broncho	Hüft-OP	O2	
BWK	Hüft-TEP	O2-Heimgerät	
BZ	Hylo	O2-Problem	
BZTP	IMC	ÖGD	
CA	INA	OP	
CC	Info	OP-Wunde	
CCE	Infomaterial	Oxy	
CCT	Infus	Palli-Team	
CEE	Inko-Hose	para	
CO2	Int	PCA-Pumpe	
COPD	Intensiv	PCM	
CPAP-Gerät	Iono	PCR	
CRP	Iso	PCR-Abstrich	
CT	Iso-Kleidung	PCR-Test	
CT-Wert	Iso-Zimmer	PCT	
Dipi	ITS	PEG	
Dispo	IV	Physio	
DK	iv-Antibiose	PipTaz	
DNI	kap-BGA	PJ-ler	
DNR	Kcal	pO2	
Doku	KCl	Prostata-CA	
DRK	KG	PTCA	
	KHK	PVK	
	Kolon-CA	Rea Int	
	KTW	Reha	
	LWK-Frakturen		
	Medi-Plan		
	Medis		
	MKG-Konsil		
	Mob-Stuhl		

Abstract

Pflegesprache gewinnt zunehmend an Bedeutung für die professionelle Pflegepraxis. Während sie aktuell meist im Zusammenhang mit Fachkräfteeinwanderung diskutiert wird, liegen empirische Erkenntnisse zur intraprofessionellen Kommunikation vor dem Hintergrund der Professionalisierung der Pflege noch nicht vor. Diese Forschungslücke wird mit der vorliegenden Arbeit gefüllt. Grundlage ist eine qualitative Analyse von 29 Übergabegesprächen in fünf Kliniken, ausgewertet mittels Wortschatz-, Diskurs- und strukturierender Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse zeigen, dass pflegerische Expertise sprachlich oft unkenntlich bleibt. Daraus leitet die Autorin ab, dass die Etablierung einer professionellen Pflegesprache entscheidend ist, um Pflegehandlungen, -entscheidungen und -kompetenzen sichtbar zu machen. Sie fordert eine gezielte sprachliche Qualifizierung von Pflegenden in Ausbildung und Praxis, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und den professionellen Anspruch der Pflege zu stärken.



Pflegesprache gewinnt zunehmend an Bedeutung für die professionelle Pflegepraxis. Während sie aktuell meist im Zusammenhang mit Fachkräfteeinwanderung diskutiert wird, liegen empirische Erkenntnisse zur intraprofessionellen Kommunikation vor dem Hintergrund der Professionalisierung der Pflege noch nicht vor. Diese Forschungslücke wird mit der vorliegenden Arbeit gefüllt. Grundlage ist eine qualitative Analyse von 26 Übergabegesprächen in fünf Kliniken, ausgewertet mittels Wortschatz-, Diskurs- und strukturierender Inhaltsanalyse. Die Ergebnisse zeigen, dass pflegerische Expertise sprachlich oft unkenntlich bleibt. Daraus leitet die Autorin ab, dass die Etablierung einer professionellen Pflegesprache entscheidend ist, um Pflegehandlungen, -entscheidungen und -kompetenzen sichtbar zu machen. Sie fordert eine gezielte sprachliche Qualifizierung von Pflegenden in Ausbildung und Praxis, um die Qualität der Versorgung zu verbessern und den professionellen Anspruch der Pflege zu stärken.

Bundesinstitut für Berufsbildung
Friedrich-Ebert-Allee 114 – 116
53113 Bonn

Telefon +49 228 107-0

Internet: www.bibb.de
E-Mail: zentrale@bibb.de



ISBN 978-3-8474-2808-4