

3 Die Bedeutung von Sprache

Sprache macht den Menschen.

„Im engeren Sinn versteht man unter Sprache ein System von Wörtern, das bestimmten Strukturregeln unterliegt und auf einer Konvention von akustischen Bedeutungs- und Ausdruckszeichen beruht“ (Pschyrembel, 2017). Ergo: „Sprache ist das, was den Menschen ausmacht. Lose aneinandergereihte Wörter ergeben noch keine Sprache. Erst wenn sie nach einem festgelegten Regelwerk aneinandergesetzt werden, ergeben sie eine Bedeutung. Sprache ist einer der Kernaufgaben der interprofessionellen Pflege – Pflege ohne zu sprechen ist kaum möglich.“ (Eßrich & Wegmann, 2019, S. 247)

„Reden ist bereits Pflege, die Sprache ist Medizin.“

Mit Worten und Gesten können Pflegende in einer Sekunde einen anderen Menschen unterstützten und ermutigen. Einfach ausgedrückt: *„Wer spricht, pflegt bereits!“* (ebd.)

„Gerade in der Intensivpflege hat die Kommunikation höchste Priorität und setzt in besonders hohem Maße Kommunikationsfähigkeiten voraus. Leider werden häufig Pflegekräfte mit lückenhaften Sprachkenntnissen in der Praxis nach dem Motto „Learnig by Doing“ eingesetzt. Da ist Frustration programmiert. Laut einer Studie der Hans Böckler Stiftung erscheint die Sprachkompetenz als wesentliche Barriere zwischen den „migrierten“ und den „etablierten“ Pflegekräften. Leider sind sich die Behörden hinsichtlich des zu fordernden Sprachniveaus nicht einig. Zwar wird das Kompetenzniveau B2 verlangt, aber da die Nachweise keinen einheitlichen Qualitätskriterien unterliegen, verfügen die internationalen Pflegekräfte häufig über sehr unterschiedliche Sprachkenntnisse. Laut Michael Kuffer, Bundestagsabgeordneter der CSU, steht im Entwurf des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes, dass Deutschkenntnisse auf Mindestniveau B1 gefordert werden. Für die Anerkennung der Berufsausbildung internationalen Pflegekräfte ist das Sprachniveau B2 nach dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen (GER) erforderlich.“ (ebd.)

Abb.1 Kompetenzstufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen, (Eßrich & Wegmann, 2019)

Kompetenzstufen des Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens für Sprachen (GER)		
Kompetente Sprachverwendung	C2	Kann praktisch alles, was er/sie liest oder hört, mühelos verstehen. Kann sich spontan, sehr flüssig und genau ausdrücken und auch bei komplexeren Sachverhalten feinere Bedeutungsnuancen deutlich machen.
	C1	Kann ein breites Spektrum anspruchsvoller, längerer Texte verstehen und auch implizite Bedeutungen erfassen. Kann sich spontan und fließend ausdrücken, ohne öfter deutlich erkennbar nach Worten suchen zu müssen.
Selbstständige Sprachverwendung	B2	Kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Fachgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist.
	B1	Kann die Hauptpunkte verstehen, wenn klare Standardsprache verwendet wird und wenn es um vertraute Dinge (...) geht. Kann sich einfach und zusammenhängend über vertraute Themen (...) äußern. Beispiele: (...) über Erfahrungen berichten oder Ziele beschreiben.
Elementare Sprachverwendung	A2	Kann sich in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen, in denen es um vertraute und geläufige Dinge geht. Beispiele: Informationen zur Person und zur Familie geben, alltägliche Einkäufe erledigen.
	A1	Kann vertraute, alltägliche Ausdrücke und ganz einfache Sätze verstehen und verwenden, die auf die Befriedigung konkreter Bedürfnisse zielen. Beispiele: sich vorstellen, Adresse sagen, nach Preis oder nach Weg fragen.

„Beim direkten Vergleich der Niveaus kann entnommen werden, dass Pflegekräfte mit B1 - Niveau nicht uneingeschränkt einsetzbar sind. Diese Mitarbeiter benötigen immer große Unterstützung. Leider entscheiden sich viele Pflegekräfte aus Zeit- und Kostengründen dafür, die Sprachkurse in ihren Heimatländern zu absolvieren. Der Nachweis erfolgt häufig über nicht aussagefähige Bescheinigungen. Sicherheit erhalten Arbeitgeber und Arbeitnehmer durch Sprachanbieter, die die internationalen Qualitätsanforderungen erfüllen. Wer eine aussagefähige Sprachprüfung sucht, die nach aktuellen Qualitätskriterien erstellt und durchgeführt wird, liegt bei den Mitgliedern der Association of Language Testers in Europe (ALTE) richtig. Für die deutschen Behörden gilt in der Frage der Anerkennung die Akzeptanz der Anerkennung der Zertifikate von den Sprachanbietern der ALTE. In Deutschland ist dies das Goethe-Institut. Im Rahmen der berufsbezogenen Deutschsprachförderung nach § 45a Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) werden Spezialkurse für „Akademische Heilberufe“ C1 und „Nichtakademische Gesundheitsberufe“ B2 zur sprachlichen Vorbereitung im Kontext der Anerkennung angeboten. Diese Curricula sind inhaltlich anspruchsvoll und bereiten sehr gut auf die Praxis vor.“ (ebd.)

„Letztlich bleibt die Frage offen, warum Pflegenden „nur“ Sprachniveau B2 erreichen müssen, gleichwohl Ärzte C1-Niveau haben und Psychologen sogar C2 benötigen. Pflegenden müssen ebenfalls Anamnesen erstellen, verschiedene Aspekte des weiteren Behandlungsverlaufs erklären, Patientenübergaben im multiprofessionellem Team detailliert vorstellen und sich so artikulieren, dass bei Patientenvorstellungen sowie bei Anordnungen seitens der Mediziner Missverständnisse ausgeschlossen sind.

Jeder, der auf einer Intensivstation gearbeitet hat, weiß, dass eine falsche Kommunikation gerade in medizinischen Kontexten psychischen und physischen Schaden anrichten kann. Die Politik hat jahrelang zugesehen und zu spät reagiert, weil Pflege keine Priorität hat.“ (Eßrich & Wegmann, 2019, S. 248)

„Laut einem Online-Artikel aus dem „Pfalz Express“ hält Karl Lauterbach, stellvertretender Vorsitzender der SPD, die Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland für keine gute Idee. Wir sollten erst mal dafür sorgen, dass bestens qualifizierte Pflegekräfte, die wegen der schlechten Bedingungen und Bezahlung aus ihren Berufen geflüchtet sind, wieder in die Kliniken zurückkommen. Lauterbach fordert ein Wiedereingliederungsprogramm für Berufsrückkehrer und mehr Lohn: „Zunächst sollten wir unsere Hausaufgaben einmal machen und uns an den Koalitionsvertrag halten!“ Laut „Zeit online“ sieht das Eckpunktepapier Folgendes vor: „Inländische Kapazitäten sollen vorrangig genutzt werden.“ (ebd.)

„Wo aber werden inländische Kapazitäten genutzt? Die Situation der Pflege in Deutschland ist angespannter denn je, die Brisanz des Handlungsdrucks wird weiterhin von der Politik ausgeblendet. So wurden seit 1995 50.000 Pflegeplanstellen in deutschen

Kliniken abgebaut. Daneben sind Verkürzungen der Verweildauer, Qualitätsmanagement und Risikomanagement noch zusätzliche Faktoren, die übernommen werden müssen. Völlig offen ist, welches Ausbildungsniveau ausgebildete Fachkräfte aus dem Ausland vorweisen müssen; darüber hinaus ist noch nicht klar, welches Sprachniveau ausgebildete Fachkräfte vorweisen müssen.“(ebd.)

Innenminister Horst Seehofer sagte: „Sprachkenntnisse sollen dem entsprechen, was in den Integrationskursen erbracht wird.“ SPD-Minister Heil betonte: „Es geht um Kenntnisse, nicht um das höchste Niveau!“ – Das wäre ein Desaster.“ (ebd.)

„Die Deutsche Stiftung Patientenschutz kritisierte Gesundheitsminister Spahn zu seinen Plänen zur Anwerbung ausländischer Pflegekräfte scharf. Mit schnelleren Anerkennungsverfahren sowie *laschem* Umgang mit den Sprachniveaus werde man den Pflegenotstand nicht beheben. Deutschland ist nicht attraktiv genug: „*Schlechte Bezahlung, kaum Kompetenzen in der Pflege, Arbeitsdruck!*“ Entwicklungspolitisch kann der Verlust von medizinischem Fachpersonal negative Auswirkungen haben (Braindrain). Darum muss die Politik stärker dafür Sorge tragen, dass die Rekrutierung internationale Pflegekräfte ethischen Standards folgt und den WHO-Code berücksichtigt. Das Potenzial der anderen Länder ist irgendwann mal erschöpft. Auch dort fällt der demografische Wandel nicht milder aus, und Länder wie Rumänien, Polen und China bilden nicht für den Westen aus.“ (ebd.)

„In Deutschland sind 25.000 Stellen nicht besetzt. Es fehlt an Nachwuchs, viele examinierte Pflegekräfte kehren ihrem Beruf den Rücken. Letztere könnten wir jedoch wieder zurückgewinnen, wie die „Pflege Comeback Studie von 2018“ beweist. Darin heißt es, dass sich 48 Prozent der ehemaligen Pflegekräfte vorstellen können, wieder in ihren Beruf zurückzukehren. Grundvoraussetzung für eine Rückkehr sind andere Strukturen und Arbeitsbedingungen, mehr Personal und eine bessere Bezahlung. Dafür müssen einerseits der Gesetzgeber und andererseits die Arbeitgeber bessere Voraussetzungen schaffen“ (Eßrich & Wegmann, 2019, S. 249). Ein hohes positives Spracheniveau ist essentiell für die Pflege, denn:

„Menschen prägen Sprache, Sprache prägt Menschen.“

(Eigenes Zitat des Autors)

3.1 Unsere Sprache prägt, wie wir denken

Die Forscherin Lera Boroditsky publizierte online in den Bereichen Psychologie und Linguistik des Verlags Spektrum der Wissenschaft. Die Autorin ist Assistant Professor für kognitive Psychologie an der renommierten Stanford University (Kalifornien) und Chefredakteurin der Fachzeitschrift »Frontiers in Cultural Psychology«. Ihr Labor erforscht weltweit den Einfluss der Sprache auf die Kognition. Anhand eines *beeindruckenden* Beispiels der Aborigines in nordaustralischen „Pormpuraaw“ wird verdeutlicht, wie die Sprache das Denken formt:

„Pormpuraaw ist eine kleine Siedlung der Aborigines am Westrand der Halbinsel Cape York in Nordaustralien. Ich bitte ein fünf Jahre altes Mädchen, nach Norden zu zeigen. Ohne zu zögern, deutet sie in eine bestimmte Richtung. Mein Kompass bestätigt: Sie hat Recht.

Nach meiner Rückkehr in die USA stelle ich dieselbe Frage in einem Hörsaal der Stanford University. Vor mir sitzen angesehene, mehrfach ausgezeichnete Gelehrte; manche besuchen seit 40 Jahren Vorträge in diesem Saal. Ich bitte sie, die Augen zu schließen und nach Norden zu zeigen. Viele weigern sich, weil sie keine Ahnung haben, wo Norden liegt. Die Übrigen denken eine Weile nach und deuten dann in alle möglichen Richtungen. Ich habe diesen Versuch nicht nur in Harvard und Princeton wiederholt, sondern auch in Moskau, London und Peking – stets mit demselben Resultat.

Eine Fünfjährige aus einer bestimmten Kultur bringt ohne weiteres etwas fertig, das angesehene Forscher einer anderen Kultur überfordert. Was ist der Grund für die höchst unterschiedliche kognitive Fähigkeit? Die überraschende Antwort lautet: die Sprache.

Die Idee, dass Sprachunterschiede die Kognition beeinflussen, ist an sich jahrhundertealt; in Deutschland vertraten sie vor allem Johann Gottfried Herder (1744–1803) und Wilhelm von Humboldt (1767–1835). Seit den 1930er Jahren wird sie oft den amerikanischen Linguisten Edward Sapir (1884–1939) und Benjamin Lee Whorf (1897–1941) zugeschrieben. Die beiden untersuchten die Grammatik nordamerikanischer Indianer und mutmaßten: Wenn Menschen grundverschieden sprechen, dann denken sie auch unterschiedlich.

Sprachen unterscheiden sich auf unzählige Arten voneinander, aber das muss nicht automatisch heißen, dass die Sprecher auch unterschiedlich denken. Lange war unklar, ob der Gebrauch von Mian, Russisch, Indonesisch, Mandarin oder Pirahã wirklich zu jeweils eigenen Wahrnehmungen, Erinnerungen und Überlegungen führt. Doch zahlreiche Forschungen – unter anderem in meinem Labor – haben inzwischen gezeigt, dass die Sprache sogar die grundlegenden Dimensionen menschlicher Erfahrung prägt: Raum, Zeit, Kausalität und die Beziehung zu anderen.

Anders als Englisch oder Deutsch enthält Kuuk Thaayorre – die in Pormpuraaw gesprochene Eingeborenenensprache – keine relativen Raumausdrücke wie links und rechts. Wer Kuuk Thaayorre spricht, gebraucht absolute Himmelsrichtungen wie Norden, Süden, Osten, Westen. (...) Meine Kollegin Alice Gaby von der University of California in Berkeley und ich legten daher Kuuk Thaayorre sprechenden Aborigines Bildfolgen vor, die Zeitabläufe zeigten: Ein Mann altert, ein Krokodil wächst, eine Banane wird verspeist. Dann baten wir sie, die durchmischten Fotos zeitlich zu ordnen. Wir führten den Test je zweimal durch, wobei die Person jedes Mal in eine andere Himmelsrichtung schaute. Jemand, der englisch oder deutsch spricht, ordnet die Bilder so, dass die Zeit von links nach rechts fortschreitet. Hebräisch oder arabisch Sprechende legen die Karten eher von rechts nach links.

Dies zeigt, dass die Schreibrichtung beeinflusst, wie wir Zeit organisieren. Doch die Aborigines sortierten die Karten weder grundsätzlich von links nach rechts noch umgekehrt, sondern stets von Osten nach Westen. Wenn die Testperson so saß, dass sie nach Süden schaute, verliefen

die Karten von links nach rechts. Schaute sie nach Norden, ordnete sie die Bilder von rechts nach links. Hatte die Person Osten vor sich, lief die Kartenfolge auf den Körper zu, und so weiter. Dabei sagten wir den Probanden nie, welche Himmelsrichtung sie vor sich hatten – die Aborigines wussten das ohnehin.

Rund um den Globus kommunizieren Menschen miteinander auf vielfältige Weise, und jede der schätzungsweise 7000 Sprachen verlangt von denen, die sie verwenden, ganz unterschiedliche Leistungen. Wer anders über den Raum denkt, hat auch eine andere Zeitvorstellung. (...) Aber rufen nun Sprachunterschiede unterschiedliches Denken hervor – oder ist es eher umgekehrt? Wie sich zeigt, trifft beides zu: Unsere Denkweise prägt die Art, wie wir sprechen, aber der Einfluss wirkt auch in der Gegenrichtung.“ (Boroditsky, 2012)

3.2 Die Sprache der Pflege ist Medizin – nicht Pflege

Aus diesem einfachen sprachlichen (prägenden) Grund, sollte im Titel der Absolventen „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ der Begriff „Pflege/r/in“ zwingend ersetzt werden und durch einen adäquaten sowie hochwertigen Begriff *besetzt* werden. „Gesundheits-Fachtherapeut/in“ (m/w/d), stellt aus der Sicht, vor allem aus der tiefen Überzeugung des Autors heraus, einen adäquaten Begriff dar. Der neue Begriff formt und prägt sprachlich ein „neues“ Denken und Image. Vor allem die „Gesundheit“ unter einer „fachlichen Therapie“ oder die „Gesundheits-Therapie“, die fachlich/fachgerecht ausgeführt wird/werden muss, steht im Vordergrund, nicht etwa „Krankheit“ und „Pflege“ oder die „bloße Pflege eines kranken Menschen“. Denn „unsere Sprache prägt, wie wir denken“ (vgl. Boroditsky, 2012) oder besser gesagt: „Die Sprache der Pflege ist Medizin – nicht Pflege.“ (Eigenes Zitat des Autors)

Gerade im Kontext der „Pflegefachfrau“ ohne Diplom (vgl. Schweiz / Deutschland), erinnert dieser Terminus stark, nach Auffassung des Autors, an eine „Putzfrau“, einer Reinigungskraft. Der in Deutschland ab 2020 gültige Begriff „Pflegefachfrau/Pflegefachmann“, ist *nicht* in der Lage, die historische/medizinische Verwurzelung der „Krankenschwester“ und die vielfältigen Qualifikationen bereits im Titel darzustellen. Der Begriff stellt offensichtlich Deutschlands einfallsloseste und einfachste Kopie aus der Schweiz dar – ohne Diplom. Ferner wirft der Begriff „Pflegefachmann und -fachfrau“ eine nicht beantwortete Fragestellung auf:

„Wie werden alle Berufsbezeichnungen der zukünftigen Fachpflegekräfte mit (meist zweijähriger) Weiterbildung exakt definiert – wie sieht deren Steigerung aus?“

Etwa „Fachpflegefachmann“ oder „Fachpflegefachfrau“ für ... XY ? Bzw. „Fachpflegefrau, Fachpflegemann“ für ... XY ? Konkret: „OP-Fachpflegefachfrau“? Oder „Fachpflegemann für Notfallpflege“? Dies mutet fast lächerlich, um nicht zu sagen, zu lächerlich an. Mit der Bezeichnung „Pflegefachfrau/-mann“, ist zukünftig mit einem erheblichen sowie uneinheitlichen Begriffswirrwarr für alle Fachpflege- und Pflegefachkräfte zu rechnen.

3.3 Positive und negative Sprachbilder

Welches Gesetz klingt subjektiv positiver? „*Bundesseuchengesetz*“ oder „*Infektionsschutzgesetz*“? – Richtig: Infektionsschutzgesetz, nach der Ansicht des Autors. In § 1 heißt es: „Zweck des Gesetzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern“ (IfSG, 2000). Kurzer Exkurs; auch diese vielfältigen gesetzlichen Aufgaben im Sinne des Infektionsschutzgesetzes stellt eine Domäne für Pflegefachkräfte dar, sie zeichnen sich in einer großen Verantwortung, da sie täglich das IfSG adäquat und gewissenhaft sicherstellen. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) ist im o.g. Vergleich ein positives und semantisches Sprachbild. „Krankenschwester“ hingegen ein negatives Sprachbild. Krankenschwester stellt zwar das „typisch bekannte“ und/oder „etablierte Wort“ dar, jedoch ist dies eine äußerst dysphemistisch geprägte Berufsbezeichnung. Es ist eine einfache Wahrheit:

„Das Wort Krankenschwester übermittelt kein positives Sprachbild.“

(Eigenes Zitat des Autors)

Stark verkürzt und aus der Sicht des Autors wird behauptet: „Jeder kennt zwar die Krankenschwester, doch keiner weiß was sie tut.“ Meist ist die Gesellschaft ziemlich überrascht, was eine Krankenschwester „alles“ wissen, tun oder können muss – gerade im Corona-Jahr 2020. Es liegt auf der Hand, die Bezeichnung „Krankenschwester/Pflegerin“ beschreibt *nicht* ihre komplexe und verantwortungsvolle Tätigkeit (vgl. Kapitel 8.5, S. 61).

Noch eindeutig unglücklicher als „Krankenpfleger/In“, (Krankenbruder ist meist immer noch als männliche Scherzvariante geläufig), ist die Berufsbezeichnung „Altenpfleger/in“. Der Begriff der „Altenpflege“ ist laut Faßbender (2019, S. 37) schlecht gewählt, weil allein durch die Begrifflichkeit eine unvorteilhafte Konnotation zuungunsten dieser Berufsangehörigen entsteht.

Die o.g. Berufsbezeichnungen beinhalten nach der Auffassung des Autors mit „alt“ und „Pflege“ bzw. mit „krank“ und „Pflege“, gleich zwei Dysphemismen. Dies wirft die Frage auf: „Wie kann so jemals ein positives Image, gar ein guter Ruf entstehen?“ Wenn positive Sprache so wichtig und so prägend für uns Menschen ist, wirft dies die Fragestellung auf: *„Weshalb hat die Pflege/die Krankenschwester eben keine?“* Vor allem in Zeiten des deutlich spürbaren Pflegepersonal mangels mit bekannt schlechten Arbeitsbedingungen, schlechter Bezahlung und einer praktisch fehlenden Akademisierung, alles belastende systemische Faktoren, die vielfach wissenschaftlich begründet sind, stellt dies eine perfekte Negativspirale mit erheblicher Sogwirkung für zukünftige Arbeitskolleg*Innen dar. So entsteht ein massives negatives Vakuum für dringend benötigte qualifizierte Arbeitskräfte. Nicht nur die Politik muss hier handeln. Alle in „der Pflege“ müssen sich nach der Ansicht des Autors (endlich) einig werden.

3.4 Euphemismus

„Das Wort Euphemismus geht auf das griechische Wort euphemein in der Bedeutung „Worte von guter Vorbedeutung gebrauchen, Unangenehmes angenehm sagen“ zurück. Mit einem Euphemismus wird etwas, was eine möglicherweise anstößige oder unangenehm wirkende Bezeichnung hat, beschönigt, verhüllt oder sprachlich gemildert“ (Duden, 2019). Das semantische Gegenstück zum Euphemismus ist der Dysphemismus. Dieser wertet das Bezeichnete ab und versieht es mit negativen Konnotationen.

3.5 Die Bedeutung von Semantik

„Semantik (von altgriechisch σημαίνειν *sēmaínein*, deutsch: bezeichnen, ein Zeichen geben), auch Bedeutungslehre, nennt man die Theorie oder Wissenschaft von der Bedeutung der Zeichen“ (Wikipedia, 2019). „Durch den aktiven Teil der Sprachwahrnehmung wird den Reizen syntaktisch, kontext- sowie vom Vorwissen und von Lernerfahrungen abhängig Bedeutung zugemessen. Passive Sprachwahrnehmung bezeichnet den rezeptiven Funktionsteil des Kommunikationsvorgangs, wobei die lautlichen, grafischen oder gestischen (z. B. Zeichensprache) Äußerungen vom auditiven oder visuellen System registriert und als neuronale Reize zum primären auditiven bzw. visuellen Kortex weitergeleitet werden und dort phonetisch-phonologisch bzw. bildlich weiterverarbeitet werden“ (Pschyrembel, 2018). „So haben Synonyme den vielleicht nicht identischen (da unterschiedliche Konnotationen mitschwingen können), aber gleichen Bedeutungsgehalt: Die verschiedenen Wörter "zeigen" oder verweisen auf dieselbe Sache, bezeichnen denselben Sachverhalt - auch wenn sie in ganz verschiedenen (z. B. auch regionalen und historischen) Stilebenen auftauchen oder den Sachverhalt auf völlig unterschiedliche Weise ausdrücken. Das Gemeinte ist aber immer auch kontextabhängig“ (Punkt&Komma, 2019). Wie unter Kapitel 9.5 (S. 68) beschrieben, existieren in der EU 33 Diplom-Ausbildungsnachweise in der Pflege. Das Diplom ist europaweit ein etablierter und euphemistischer (positiver) Begriff eines qualitativ sehr hochwertigen Abschlusses.

3.6 Die semantische Bedeutung des Titels „Diplom Gesundheits-Fachtherapeut“

Aus der Sicht des Autors bildet der Titel „Dipl. Gesundheits-Fachtherapeut“ als Dreiklang ein äußerst semantisches Klangbild und transportiert ein nachhaltiges und positives Image. Ferner stellt dieser die Akademisierung der Pflege vorweg und folgt bestimmten Sprachregeln. Der Titel ist neutral und verkörpert gleichzeitig das Ziel der Gesundheit – nicht der Krankheit. Da die Schweiz mittelfristig nicht der EU beitreten wird, da dies ein EFTA-Staat ist, muss neben dem Bologna-Prozess ein Konsens gefunden werden. Auch im Rahmen der Akademisierung muss die deutschsprachige europäische Pflege,

europäisch auftreten. In Vielfalt geeint – eben. Das Diplom entspricht dem Bachelor-Niveau, jenen akademischen Basis-Grad innerhalb des Europäischen Hochschulraums (EHEA). Nach der Ansicht des Autors ist davon auszugehen, dass es einen gewissen Widerstand gegenüber „Diplom Gesundheits-Fachtherapeut/in“ geben wird, da das Diplom im EHEA (vgl. Bologna-Prozess) ausläuft.

„Gesundheits-Fachtherapeut/in B.A.“ bzw. „Gesundheits-Fachtherapeut/in B.Sc.“ wären alternativ kompatibel bezüglich der European Higher Education Area.

4 Die Bedeutung des Wortes Therapie

Das Wort Therapie stellt im FTH-Fachkonzept eine zentrale Säule dar. Der Pschyrembel definiert den Begriff Therapie als: „altgr. *θεραπεία* *therapeia* Dienst, Pflege, Heilung - Behandlung von Krankheiten, Behinderungen und Verletzungen mit dem Ziel der Heilung, der Beseitigung oder Linderung von Symptomen und der Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionen“ (Pschyrembel, 2019). Es existieren unterschiedliche Formen der Therapie, der Hauptansatz ist jedoch immer stets ganzheitlich: „Die Therapie umfasst die Gesamtheit aller medizinischen Maßnahmen, z. B. allgemeine Therapie, Pharmakotherapie, chirurgische Therapie, Physiotherapie, Psychotherapie, die Symptome lindern und heilen. Man unterscheidet etwa:

- kurative Therapie: zur Beseitigung einer Krankheit
- palliative Therapie: zur Linderung der Krankheitssymptome (siehe Palliativpflege)
- invasive Therapie: Behandlung von Erkrankungen mit operativen Mitteln
- konservative oder nichtinvasive Therapie: Behandlung ohne OP, z. B. mit Arzneimitteln
- physikalische Therapie: Therapeutischer Effekt physikalischer Mittel
- psychologische und psychotherapeutische Therapieformen: Behandlung seelischer Störungen, je nach Ausgangslage z. B. Aversionstherapie, Gestalttherapie, Verhaltenstherapie.“ (ebd.)

Auch die Berechtigung ist im klinischen Wörterbuch klar umschrieben: „Die Therapie ist nicht dem Arzt vorbehalten, lediglich die Verantwortung für bestimmte medizinisch-diagnostische und therapeutische Entscheidungen unterliegt dem ärztlichen Therapie-monopol. Sonstige Berechtigungen ergeben sich aus dem Heilpraktikergesetz. Die gesetzlichen Vorgaben zur Sozialtherapie sehen ausdrücklich Sozialpädagogen und Sozialarbeiter sowie Pflegepersonen als berechnete leistungs-anbietende Berufsgruppen vor. Pflgerische therapeutische Maßnahmen bewegen sich aufgrund des überlagerten Arbeitsfeldes häufig in einer juristischen Grauzone. Die Rechtsprechung geht jedoch zunehmend von pflgerisch zu verantwortenden Tätigkeitsbereichen aus, auch wenn gesetzlich auf das