



Darmann-Finck, Ingrid

«Und es wird immer so empfohlen» – Bildungskonzepte und Pflegekompetenz

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3288>

Publication date of this document: 06/09/2024

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

«Und es wird immer so empfohlen» – Bildungskonzepte und Pflegekompetenz. Ingrid Darmann-Finck
Pflege 2006 19:3, 188-196. Hogrefe. DOI: <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.3.188>

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

Diese Artikelfassung entspricht nicht vollständig dem in der Zeitschrift Pflege veröffentlichten Artikel unter <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.3.188>. Dies ist nicht die Originalversion des Artikels und kann daher nicht zur Zitierung herangezogen werden.

This document is made available with all rights reserved.

Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

«Und es wird immer so empfohlen» – Bildungskonzepte und Pflegekompetenz¹

Ingrid Darmann-Finck (Prof. Dr.)

Zusammenfassung

In dem Artikel werden Ergebnisse einer unter pflegedidaktischem Fokus unternommenen qualitativen empirischen Untersuchung der Interaktion zwischen Lehrern und Schülern im Pflegeunterricht dargestellt und daraufhin überprüft, ob der Unterricht eine angemessene Vorbereitung von Berufsneulingen auf die komplexen Anforderungen professioneller Praxis gewährleistet. Die Darstellung konzentriert sich auf ein häufig vorgefundenes Bildungskonzept, die «Regelorientierung». Unter dieser Kategorie werden solche Kommunikationsmuster der Lehrer zusammengefasst, in denen allgemeine Handlungsregeln für typische Pflegesituationen aufgestellt und als Maßstab für die berufliche Praxis präsentiert werden. Begrenzungen dieses Konzepts bestehen in der mangelnden wissenschaftsbasierten Begründung der vermittelten Handlungsregeln, der Vermittlung von Standards und Rezepten anstelle von situationspezifischer Urteilsbildung und in der einseitigen Auflösung eigentlich widersprüchlicher Anforderungen der Pflegepraxis. Drei pflegedidaktische Zieldimensionen werden als Referenzrahmen für unterrichtsbezogene Entscheidungen konkretisiert, die dazu beitragen können, Pflegeschüler besser für die professionelle Praxis zu befähigen.

Summary

*«And it is always recommended» – Educational concepts and expertise in nursing practice
This article presents the results of a qualitative empirical study of interaction between teachers and students during lessons in nursing training, focussing in particular on the perspectives of nursing didactics. It examines whether the classes warrant appropriate preparation for beginners with regard to the complex demands of professional practice. The presentation focuses on a widespread educational concept named «rule-orientation». This category summarises those communication patterns of teachers which create rules for operating in typical nursing situations and which are presented as benchmarks for professional practice. Limitations associated with this concept are (1) lacking science-based justification of those operation rules, (2) the communication of standards and recipes instead of clinical judgement, and (3) the partial resolution of intrinsically contradictory demands in nursing practice. Three nursing didactical target dimensions for nursing education are being concretised as a referential framework for class-related decisions that can contribute to better qualify nursing students for professional practice.*

Einleitung

Im folgenden Beitrag wird eine Studie vorgestellt, mit der anhand von transkribierten Tonbandaufnahmen von Pflegeunterricht erstmals die Inhalte und Prozesse der Pflegeunterrichtswirklichkeit erfasst und untersucht werden. Ausgehend von den ermittelten Potenzialen und Problemen werden im Anschluss in Auseinandersetzung mit der pflegewissenschaftlichen und (pflege-) pädagogischen Literatur Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Pflegeunterrichts abgeleitet. Die Ergebnisse der Untersuchung sind nicht nur aus pflegepädagogischer, sondern auch aus klinischer Perspektive relevant, weil sie Bezüge zwischen Qualifizierungs- bzw. Bildungsprozessen und der Kompetenzentwicklung von beruflich Pflegenden (vgl. Benner,

1994; Olbrich, 1999) und damit letztlich zur Qualität von Pflege erkennen lassen.

1. Forschungsfrage und Forschungsstand

In der pflegedidaktischen Literatur finden sich in Form pflegedidaktischer Ansätze Orientierungen für die Konstruktion und Reflexion von Unterrichts- und Ausbildungspraxis (vgl. Darmann, 2004b). Allerdings sind in diesen abstrakten und theoretischen Modellen häufig die Bezüge zur tatsächlichen Unterrichtssituation nicht (mehr) erkennbar, sie sind empirisch weitgehend gehaltlos. Die empirische Realität selbst, der Pflegeunterricht, war bislang noch nicht Gegenstand systematischer empirischer

¹ Überarbeitete Version der Antrittsvorlesung, gehalten am 24. Juni 2004 an der Universität Bremen.

Forschung. Der Zugang zur Unterrichtswirklichkeit erfolgte fast ausschließlich mittelbar, etwa durch Befragungen von Schülerinnen und Schülern oder durch Dokumentenanalysen (z.B. bei Wittneben, 2003).

Lediglich eine Untersuchung (Wirsing, 1979) lieferte bislang Einblick in den Pflegeunterricht, allerdings nicht aus fachdidaktischer, sondern eher aus soziologischer Perspektive. Untersucht werden sollte der Einfluss der Ausbildung auf die Entwicklung der beruflichen Identität von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern, u.a. mittels teilnehmender Beobachtung des schulischen Unterrichts. Auch wenn Wirsing keine didaktische Fragestellung verfolgte, haben einige Beobachtungen doch pflegedidaktische Relevanz. So stellte er fest, dass in fast allen Wissensbereichen zahlreiche Handlungsregeln vermittelt werden, wobei die Lehrer diese aus Sicht der patientenzentrierten Pflege formulieren und Schüler darauf häufig mit Einwänden aus Sicht des Stationspersonals reagieren. Des Weiteren war zu beobachten, dass die Pflegelehrer bei der Vermittlung von moralisch relevanten Handlungsregeln mit rechtlichen Konsequenzen drohen. Die Studie von Wirsing gibt einen ersten Eindruck vom Unterrichtsgespräch im Pflegeunterricht, wobei detaillierte Analysen und fachdidaktische Reflexionen fehlen und die Studie bereits 25 Jahre zurück liegt.

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Pflegeunterrichtswirklichkeit zu erhellen und alltägliche Deutungs- und Handlungsmuster im Pflegeunterricht sowie die in ihnen enthaltenen lernförderlichen Potenziale und Restriktionen zu identifizieren. Weiterhin sollten die gefundenen Deutungs- und Handlungsmuster daraufhin geprüft werden, ob sie eine angemessene Vorbereitung der Schüler auf die Komplexität der pflegerischen Berufswirklichkeit ermöglichen.

2. Forschungsdesign

Das Forschungsdesign der Untersuchung folgte dem Ansatz der «grounded theory» (Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1994; Kelle & Kluge, 1999; speziell zur Unterrichtsforschung Krummheuer & Naujok, 1999). Ein qualitativer Forschungsansatz wurde gewählt, um der Komplexität der Gegenstände der Untersuchung, der Interaktion und der Konstruktion von Unterrichtsgegenständen im Pflegeunterricht, gerecht zu werden.

Für die Datenerhebung erfolgten Hospitationen in insgesamt 50 Pflegeunterrichten. Der Zugang zu den Pflegeschulen und Pflegelehrern wurde über Kontakte hergestellt, die die Autorin während ihrer Tätigkeit in der Lehrerausbildung für Gesundheits- und Pflegeberufe aufgebaut hatte. 28 der 50 Pflegeunterrichte wurden auf Tonband mitgeschnitten und 16 transkribiert, zu jedem Unterricht wurden Feldnotizen, zum Teil Protokolle angefertigt. Dem Prinzip der Variation der Perspektiven folgend, wurden bei der Datenerhebung die Schulen (eine kleinere Krankenpflegeschule, eine große Zentralschule und eine Altenpflegeschule), Klassen (1. bis 3. Ausbildungsjahr), Lehrer (in Bezug auf Alter, Geschlecht, pädagogische Ausbildung bzw. Studium, Berufserfahrung als Pflegenden und Berufserfahrung als Pflegelehrer) und Unterrichtsthemen

variiert. Insgesamt waren drei Schulen, vier Klassen und neun Lehrer beteiligt, die Unterrichtsthemen bezogen sich sowohl auf Themen mit eher biomedizinischem Schwerpunkt (Beobachtung von Vitalzeichen) als auch auf eher sozialwissenschaftliche Themen (psychiatrische Pflege, Rehabilitation von Suchtkranken). Insgesamt lagen ca. 500 Seiten Datenmaterial vor.

Die Auswertung begann mit einer Unterteilung der verschriftlichten Unterrichtsgespräche in thematische Sequenzen. Die Feinanalyse der Sequenzen orientierte sich an Grundsätzen der Konversationsanalyse (Bergmann, 1981; 1995). Zunächst wurde innerhalb der Sequenzen jede Zeile für sich untersucht (Zeile-für-Zeile-Analyse). Anschließend folgte eine Rekonstruktion der Bedeutungsaushandlung, indem die Äußerungen der verschiedenen Sprecher in Bezug zu der jeweils vorhergehenden und der nachfolgenden Äußerung gesetzt und im Hinblick auf z.B. Bestätigung, Erweiterung oder Zurückweisung der zuvor präsentierten Bedeutung interpretiert wurden (turn-by-turn-Analyse). Diese Detailanalysen bildeten die Voraussetzung für die Gewinnung von Kategorien nach dem Konzept-Indikator-Modell der Grounded Theory (Strauss, 1994).

Komplexe Daten, wie Interaktionsprotokolle, lassen sich in unterschiedliche Richtungen analysieren. Weil es sich um eine fachdidaktische Studie handelte und Ansatzpunkte für die Verbesserung unterrichtlicher Interventionen der Pflegelehrer gefunden werden sollten, wurde die Kategorienbildung in der vorliegenden Untersuchung anhand von «Bildungskonzepten» der Lehrer vorgenommen.

3. Ergebnisse

In der Studie wurden drei Bildungskonzepte der Lehrer identifiziert, erstens «Regelorientierung», zweitens «Fallorientierung» und drittens «Meinungsorientierung». Unter einem Bildungskonzept ist die Vorstellung von Bildung zu verstehen, die sich aus den Lernangeboten der Lehrer herauslesen lässt. Nicht gemeint sind die Vorstellungen, die die Lehrer verbalisieren, wenn sie explizit danach gefragt würden. Dabei ist davon auszugehen, dass es eine Diskrepanz gibt zwischen dem, was Lehrer tun, und dem, was Lehrer denken zu tun (Euler, 1996).

Im Bildungskonzept der «Regelorientierung» wurden solche Kommunikationsmuster der Lehrer zusammengefasst, in denen allgemeine Handlungsregeln für typische Pflegesituationen aufgestellt werden. Die Handlungsregeln beziehen sich sowohl auf normative als auch auf teleologische Handlungen und werden von den Lehrern als Maßstab für die berufliche Praxis verwendet. Im Bildungskonzept «Fallorientierung» präsentieren die Lehrer den Schülern mehr oder weniger komplexe Pflegesituationen oder «Fälle», für die die Schüler selbst Lösungen finden müssen. Zwar könnte das Bildungskonzept prinzipiell geeignet sein, um für Situationen der Berufspraxis alternative Deutungen und Handlungsoptionen zu generieren, jedoch zielen Lehrer (und auch Schüler) in den vorliegenden Sequenzen meistens auf eine «richtige» Deutung und eine «richtige» Lösung ab. Das Bildungskonzept «Meinungsorientierung» wurde aus solchen Sequenzen

gebildet, bei denen Lehrer den Schülern die Möglichkeit geben, zu wertbezogenen Fragen ihre Meinungen auszutauschen. Indem Lehrer auf eine Bewertung der Schüleräußerungen weitgehend verzichten, tragen die Schüler ihre Ansichten relativ offen und ungeschminkt vor. Andererseits fehlen Interventionen, mit denen die Schüler gezielt zur (ideologiekritischen) Analyse von möglichen Lösungen für gesellschaftliche Problemlagen angeregt werden.

Da das Konzept der Regelorientierung am häufigsten zu beobachten war und die anderen beiden Konzepte vergleichsweise selten vorkamen, bezieht sich die folgende Ergebnisdarstellung ausschließlich auf das Bildungskonzept der «Regelorientierung». Anhand von drei Sequenzen, die aus den transkribierten Unterrichtsgesprächen entnommen sind, werden im Folgenden die Begrenzungen dieses Bildungskonzepts herausgearbeitet, nämlich die mangelnde wissenschaftsbasierte Begründung der vermittelten Regeln (3.1), die Vermittlung von Standards und Rezepten anstelle von situationsspezifischer Urteilsbildung (3.2) und die einseitige Auflösung eigentlich widersprüchlicher Anforderungen an die Pflegepraxis (3.3).

3.1 Mangelnde wissenschaftsbasierte Begründung der Handlungsregeln

In einem Unterricht zum Thema «Menschenwürde» erzählt eine Schülerin von einer Situation im Aufwachraum, bei der eine angestochene Infusion vom Vortag verwendet wurde.

Sch C: *Ich hab gefragt, ich sag: «Ja, seit wann hängt denn die da?» «Ja, die muss von gestern irgendwie, notfallmäßig wahrscheinlich gestern nachmittag irgendwann.» Als wir den Saal saubergemacht haben, da war ja keine Flasche mehr da, also muss irgendwann am nachmittag, muss die Flasche irgendwann fertiggemacht worden sein. Auf jeden Fall: «Ja, das System ist ja 24 Stunden haltbar, das ist ja so, dann kann man das ja noch nehmen.»*

L: *Eine Stunde. Also, es ist, es ist, Sie haben die Verantwortung, wenn irgendwas, was angestochen ist, was nicht angeschlossen ist, wenn es angeschlossen ist, kann es über 24 Stunden reinlaufen ...*

Sch C: *Ja.*

L: *[sehr eindringlich] ... aber wenn es aufgezogen, fertig gemacht und hängt da, ist nicht angeschlossen, heißt es vom Bundesgesundheitsamt unverzüglich und man hat sich so geeinigt, dass unverzüglich eine Stunde ist. Was länger als eine Stunde ist, ist gefährliche Pflege, ist patientengefährdend. Die wird verworfen. Ist, ist ein Grund, also durch die Prüfung zu fallen. Ist ein Grund, von jedem Gericht schuldig gesprochen zu werden. Sie haben die Durchführungsverantwortung. Das ist schon mal, also so rein technisch, was länger als eine Stunde hängt, hängen Sie nicht an. Wenn Sie das machen, verstoßen Sie gegen Recht und Vorsichtsmaßnahmen und alles.*

Die Lehrerin korrigiert die falsche Information, die die Schülerin von einer Kollegin erhalten hat, indem sie die korrekte Handlungsregel vorgibt: Eine angestochene Infu-

sion muss unverzüglich, d. h. spätestens eine Stunde nach Anstich angehängt werden. Eine weitere Begründung der Handlungsregel liefert die Lehrerin dann jedoch nicht. Das vermittelte Wissen bewegt sich lediglich auf unterstellten und nicht einmal explizit benannten Ursache-Wirkungs- bzw. Mittel-Ziel-Zusammenhängen, wie dem, dass beim Anhängen einer vor mehr als einer Stunde angestochenen Infusion die Übertragung von Infektionen nicht ausgeschlossen bzw. dass bei sofortigem Anhängen einer angestochenen Infusion die Übertragung von Infektionen reduziert oder verhindert werden kann. Dieser Mittel-Ziel-Zusammenhang wird weder theoretisch hergeleitet, noch empirisch abgesichert.

Aufgrund des mangelnden Begründungswissens fehlt den Schülern das Wissen, das sie bräuchten, um Lösungen bei sich verändernden Bedingungen zu finden. Wie sollen sie beispielsweise handeln, wenn eine Infusion vor einer Stunde und 15 Minuten angestochen wurde? Um begründet entscheiden zu können, benötigen sie z.B. Wissen über das Keimwachstum in angestochenen Infusionen oder über die Auswirkungen von verschiedenen Kontextfaktoren, wie Temperatur und Zusammensetzung der Infusion.

Der Notwendigkeit, die Handlungsregel zukünftig zu befolgen, verleiht die Lehrerin Gewicht, indem sie negative Sanktionen in Aussicht stellt und den Schülern droht, dass sie ansonsten durch die Prüfung fallen oder gerichtlich belangt werden könnten. Indem die Lehrerin das als defizitär gekennzeichnete Verhalten als patientengefährdend bzw. gefährlich bezeichnet, appelliert sie zudem an die Berufsehre der Auszubildenden. Die Lehrerin arbeitet mit der Erzeugung von Angst und moralischem Druck, also mit negativer Verstärkung defizitären Verhaltens. Das gezeigte Lehrerverhalten führt dazu, dass normgerechtes Verhalten nicht aufgrund der Einsicht in die Lage der Patienten oder in die fundierte Begründung der Norm hervorgebracht wird, sondern um negative Gefühle oder Bestrafung zu vermeiden.

3.2 Vermittlung von feststehenden Normen und Rezepten

Der nächste Ausschnitt ist einem Unterricht zum Thema «Pflege von Patienten mit Schmerzen» entnommen. Es handelt sich um die letzte Stunde einer längeren Unterrichtseinheit. In dieser Stunde werden Maßnahmen zur Schmerzprophylaxe und -therapie gesammelt, die neben der Gabe von Analgetika ergriffen werden können. Das Unterrichtsgespräch kreist um die Frage, welche Auswirkungen es auf Schmerzen hat, wenn sich Patienten mit ihren Schmerzen kognitiv auseinander setzen und über die Hintergründe ihrer Erkrankung und die damit verbundenen Schmerzen informiert sind. Die Schüler äußern zu dieser Frage Vermutungen auf der Basis ihres Alltags- und Erfahrungswissens. Eine Schülerin hebt die positive Wirkung des Informiert- und Aufgeklärtseins hervor.

Sch K: *Ja, aber das ist ja schon, wenn man weiß, dass es meinetwegen keine ganz schlimme Ursache ist, zum Beispiel einfach nur, ... man kann sich ja reinsteigern und dann sagen, oh, ich hab bestimmt ganz was Schlimmes, denn wenn man das weiß, dass es das nicht ist, dann ist es ja vielleicht auch <.> [unverständlich].*

L: Tja, ... [Pause], *weniger bedrohlich, ne. Hmhm.*
 Sch P: *Wenn <5 sec> [unverständlich] kann es sein, dass das die Schmerzen steigern wird, weil man sie besser wahrnehmen kann. Aber wenn man das nacheinander macht, immer in gleichen Abständen immer wieder einschätzen muss, dann kann es sein, dass einfach man imstande sein wird, zu zu äh <. >, dass sich das einfach verändert, dass es nicht immer unendlich hoch ist und dass man doch eine Möglichkeit hat, den Schmerz besser zu ertragen. So kann man auch die Prophylaxe machen, und zwar bevor der Schmerz auftritt, vor einer OP oder so, kann man vielleicht sagen, der Schmerz wird die ersten drei Stunden sehr stark sein und dann werde ich sie nicht mehr haben oder eine Stunde oder. Dann braucht der Patient keine Angst zu haben, dass er sterben wird.*

Der Lehrer verifiziert die Äußerung von Schülerin K, obwohl Fragen offen bleiben, z.B. wie Informationen wirken, wenn Patienten tatsächlich «ganz was Schlimmes» haben. Schüler P greift zwei Aspekte auf, zum einen die therapeutischen Wirkungen einer kontinuierlichen Selbstbeobachtung durch den Patienten und zum anderen die prophylaktische Wirkung der Informationsgabe vor der Operation. Er erläutert einfache Ursache-Wirkungszusammenhänge. Im Hinblick auf die Informationsgabe bestätigt er die Aussage der Mitschülerin, dass dadurch Angst reduziert wird. Abschließend fasst der Lehrer die Ergebnisse der Sequenz zusammen:

L: *Hmhm, Schmerz als Warnsignal wäre dann [wenn der Patient informiert ist, I.D.] ausgeschaltet, der Patient oder die Patientin wissen, die Warnung, dass jetzt gleich was passiert, dass jetzt was Schlimmes passiert ist, diese Warnung muss ich nicht so ernst nehmen, das ist voraussehbar. Insofern ist ein Stück Angst oder Reaktion auf Schmerz, das fällt weg, ne. Ja, das ist ein rationaler Umgang damit, ne. Rationaler Umgang, Wissen, Kenntnisse. Also Informiertsein, Kenntnisse haben, sich genau beobachten [L schreibt an die Tafel: Informiertsein, Kenntnisse haben, sich genau beobachten.].*

Der Lehrer ratifiziert die Erläuterungen des Schülers, ergänzt sie um eine Begründung und sichert die Ergebnisse des Gesprächs an der Tafel. Die Themen Informationsgabe und Schmerz sowie Selbstbeobachtung des Patienten sind nach dieser Sequenz abgeschlossen. Was haben die Schüler nun gelernt? Sie haben gelernt, dass Aufklärung und Selbstbeobachtung des Patienten zur Reduktion von Schmerzen beitragen können. Ebenso wie in der vorhergehenden Sequenz fehlen wissenschaftlich fundierte theoretische Begründungen oder empirische Befunde, die diesen Kausalzusammenhang verifizieren könnten. Hierzu sei angemerkt, dass es in der Literatur als weitgehend unbestritten gilt, dass eine hohe Informationsqualität den Behandlungsstress von Patienten reduziert und positive Auswirkungen auf Behandlungsverlauf und -ergebnis hat (Siegrist, 1995: 248 ff.). Dagegen wird z.B. die langfristige Anwendung von Schmerztagebüchern, eine Intervention zur Anregung der Selbstbeobachtung von Schmerzpatienten, vor dem Hintergrund von Forschungen zum

Schmerzgedächtnis von einigen Forschern inzwischen in Frage gestellt, weil der Schmerzreiz allein durch die mentale Beschäftigung damit ständig aktiviert wird (Bromm, 2004). Auch wenn hierzu noch keine abschließenden Studien vorliegen, so verdeutlicht diese Diskussion aber die Notwendigkeit, dass Lehrende das von ihnen vermittelte Wissen stets daraufhin überprüfen, ob es noch auf dem aktuellen Stand ist.

Den Schülern fehlt aber nicht nur das Wissen, um begründen zu können, warum ein gut aufgeklärter Patient besser mit den Schmerzen umgehen kann als ein schlecht aufgeklärter, sondern sie erhalten auch keinerlei Hinweise zur Anwendung der allgemeinen Erkenntnisse auf konkrete Pflegesituationen und Patienten. Es wird nicht besprochen, welche Informationen Patienten benötigen, ob nicht beispielsweise bei unterschiedlich ängstlichen Patienten unterschiedliche Informationen angebracht sind, wie mit negativen Informationen umgegangen oder wie die Informationsgabe auf der Beziehungsebene gestaltet werden soll. Die Anpassung der Intervention an die konkrete Situation und den konkreten Patienten ist deshalb unabdingbar, weil Schmerzverarbeitung wie Krankheitsverarbeitung überhaupt individuell unterschiedlich abläuft und der Erfolg der Informationsvermittlung auch davon abhängig ist, dass etwa Zeitpunkt, Form und Umfang der Aufklärung patientengerecht, also unter Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten und Belastbarkeit, gestaltet werden (Koerfer, Köhle & Obliers, 1994: 66–70). Anstelle von fallspezifischer Urteilsfähigkeit werden den Schülern Standardmaßnahmen und Rezepte vermittelt.

3.3 Einseitige Auflösung eigentlich widersprüchlicher Anforderungen

In der Doppelstunde, aus der der folgende Abschnitt stammt, werden Handlungsregeln zum Thema «Pflegeprozess» erarbeitet. Nacheinander werden die verschiedenen Schritte besprochen, zunächst die Ermittlung von Problemen und Ressourcen, dann die Gewinnung von Pflegezielen. Abschließend fasst die Lehrerin zusammen, wie der Prozess der Zielgewinnung gestaltet werden soll.

L: *Und wenn wir wieder hier gucken, größtmögliches Einbeziehen des Menschen, dass wir auch gucken, dass nicht die Pflege oder die Pflegekräfte immer diese Ziele vorgeben, sondern dass die Menschen äh, ebend einbezogen werden, das heißt, dass sie auch ihre Ziele formulieren. Und manchmal ist es so, erleben wir in der Klinik auch, dass man denkt, oh, mit dieser Zielformulierung, mit der Zielformulierung [stöhnend], da frag doch mal den Patienten, was ist sein Ziel, und der sagt es Ihnen klar und spruchreif, was das Ziel ist. U [ruft Sch auf].*

Die Handlungsregel, dass Pflegenden und Patienten gemeinsam Pflegeziele formulieren sollten, könnte als Ausdruck eines interaktions- bzw. verständigungsorientierten Pflegeverständnisses gedeutet werden, wonach Pflegenden Patienten als gleichwertige Partner betrachten sollten und strittige Entscheidungen im Gespräch auszuhandeln sind. Allerdings ist von Aushandlung in den Ausführungen der

Lehrerin nicht die Rede, sondern es wird der Anschein erweckt, als ob die Pflegeperson die Ziele des Patienten übernimmt bzw. als ob davon ausgegangen werden könne, dass die Ziele von Pflegeperson und Patient identisch seien. Dabei wird die Partizipation des Patienten als Erleichterung für Pflegende dargestellt, wenn diese Schwierigkeiten mit der Zielformulierung haben. Die Lehrerin vermittelt in ihren Ausführungen eine harmonisierende Sicht auf die Pflegenden-Patienten-Beziehung, die im weiteren Verlauf von einem Schüler in Frage gestellt wird.

Sch U: *Aber es gibt ja auch Fälle, wo das nicht so offensichtlich ist, irgendwie, wie 'ne Amputation und beim Prothesenanpassen, wo dann die Patienten selber gar nicht formulieren können, warum sie eigentlich da sind, wie ihre Diagnose überhaupt lautet und was nun das Ziel überhaupt sein kann.*

L: *Ja, dann, dann.*

Sch U: *Ja, er möchte am liebsten wieder nach Hause, aber ob das realistisch ist oder ob das irgendwie überhaupt möglich ist und wie das dann vonstatten gehen könnte, oder muss dann, das können die ja manchmal gar nicht einschätzen.*

L: *Ja, wie wir dann weitergehen, ne, dann, das ist klar, da müssen wir dann natürlich gucken, ob man dann eventuell 'ne Zielerarbeitung erst macht oder ob überhaupt erst 'n Ziel geklärt werden muss. Klar, es liegt nicht immer so offen zu Tage oder wird mir auch nicht immer gleich geboten, ne. Aber unter Umständen kann ich ja erst mal mit dem was anfangen, ja, ich möchte gern wieder nach Hause. Gut, vielleicht ist es irgendwann nicht realistisch, oder so, aber, ne, es wäre etwa, ja zumindest erst mal ein Anfang.*

Seine Äußerung leitet der Schüler mittels der entgegengesetzten Konjunktion *«aber»* ein, wodurch er seine Intention des Widerspruchs anzeigt. Sein Einwand bezieht sich auf bestimmte *«Fälle»*, was heißt, dass er die Handlungsregel der Partizipation nicht grundsätzlich verwirft. Eine Beteiligung von Patienten an der Zielfindung ist seiner Ansicht nach dann schwierig, wenn *«das nicht so offensichtlich ist»*, wenn, so könnte man ergänzen, die Krankheitsumstände so komplex sind, dass der Patient als Laie nicht in der Lage ist, Ziele zu bestimmen. In seiner zweiten Äußerung erweitert der Schüler seinen Einwand. Die Vermutung, dass manche Patienten am liebsten wieder nach Hause möchten, könnte als Einsicht in die Nöte der Patienten gedeutet werden, die damit überfordert wären, in einem Aushandlungsprozess über Ziele zu kommunizieren. Damit widerspricht der Schüler der Lehrerin, indem er es im Unterschied zu ihr, zumindest in bestimmten Fällen, für wahrscheinlich hält, dass Patienten nicht in der Lage sind, über Ziele nachzudenken, oder z.B. aus Unwissenheit unrealistische Ziele setzen. Der Einwand des Schülers bedeutet in der Konsequenz, dass die allgemeine Regel der Patientenpartizipation bei der Anwendung situations- und fallspezifisch modifiziert werden müsste. Möglicherweise drückt der Schüler damit aber auch sein Misstrauen gegenüber der Selbstbestimmungsfähigkeit und der Rationalität von Patienten überhaupt aus.

Die Lehrerin ratifiziert den Schülereinwand zwar, indem sie ihm etwa zustimmt, dass die Ziele nicht immer of-

fen zu Tage liegen und vom Patienten möglicherweise zunächst unrealistische Ziele genannt werden könnten. Sie tut den Einwand dann aber damit ab, dass erst eine *«Zielerarbeitung»* erfolgen müsse und entgegnet, eingeleitet durch *«aber»*, dass auch unrealistische Ziele *«zumindest erst mal ein Anfang»* seien, wobei sie offen lässt, was damit gemeint ist. An ihrem Anspruch der Patientenpartizipation als allgemeine Handlungsregel hält die Lehrerin fest, mögliche Spannungen, Konflikte, Einschränkungen oder Differenzierungen bei der Anwendung der Regel lässt sie nicht gelten.

Während der Einwand des Schülers auf das Spannungsfeld zwischen Autonomie des Patienten auf der einen und Verantwortung der Pflegenden für den Patienten auf der anderen Seite hindeutet, bleibt die Lehrerin bei einer eindimensionalen Sicht der die pflegerische Entscheidungsfindung beeinflussenden Strukturen. Zwar wird deutlich, dass die gemeinsame Zielermittlung schwierig werden könnte, die Gründe hierfür, die eben in den widersprüchlichen, nicht auflösbaren Anforderungen bestehen, werden aber nicht transparent. Betrachtet man diese Ergebnisse vor dem Hintergrund bildungstheoretischer didaktischer Modelle, dann lässt sich Folgendes feststellen: Zwar wäre das Prinzip der Patientenpartizipation ein Thema von bildendem Gehalt, allerdings werden die darin enthaltenen Spannungen, anhand derer sich die Widersprüche der Pflegenden-Patienten-Beziehung (vgl. hierzu z.B. Darmann, 2000) sowie die Konstruktivität und Perspektivität von Pflegesituationen aufzeigen ließen, ignoriert, und somit wird das Bildungspotenzial des Themas nicht voll genutzt.

3.4 Zusammenfassende Kennzeichnung des Bildungskonzepts *«Regelorientierung»*

In den vorliegenden Daten konnte das Bildungskonzept der *«Regelorientierung»* als vorherrschendes Handlungsmuster der Lehrer im Pflegeunterricht identifiziert werden. Es ist dadurch gekennzeichnet, dass Lehrer allgemeine Handlungsregeln für typische Pflegesituationen aufstellen und diese als Handlungsanweisung für die berufliche Praxis interpretieren. Das Bildungskonzept der *«Regelorientierung»* ist insofern eine unabdingbare Grundlage des Pflegeunterrichts vor allem zu Beginn der Pflegeausbildung, als damit handlungsorientierendes Pflegewissen vermittelt wird (vgl. Benner, 1994). Dass damit aber langfristig weder angemessen auf die Anforderungen der Pflegepraxis vorbereitet, noch die kritisch-reflexive Identitätsbildung der Schüler vorangetrieben wird, verdeutlichen die mit dem Bildungskonzept der *«Regelorientierung»* verbundenen Begrenzungen. Drei Problembereiche können ausgemacht werden:

Erstens mangelt es dem Bildungskonzept *«Regelorientierung»* an einer wissenschaftsbasierten Begründung der vermittelten Regeln. Häufig wird eine solche Begründung weder vorgebracht, noch erhalten die Schüler einen Einblick in die Generierung pflegerischen Wissens und in die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Überprüfung der praktizierten Handlungsregeln. Dies hat zur Folge, dass Handlungsregeln unkritisch hingenommen und tradiert so-

wie neue wissenschaftliche Erkenntnisse nicht wahrgenommen werden.

Zweitens liegt ein normorientiertes Selbst- und Weltverständnis zugrunde, d.h. es werden verbindliche Pflegeziele angegeben und allgemein wirksame Wege beschrieben, mit denen diese Ziele erreicht werden können. Verbunden hiermit ist ein normorientierter Bildungsbegriff, wonach derjenige gebildet ist, der sich an bestimmten feststehenden Handlungsregeln orientiert. Für die Pflege ist diese Vorstellung deswegen ungeeignet, weil sie es mit Individuen zu tun hat, die Belastungen unterschiedlich verarbeiten und bei denen sich Pflegephänomene individuell ausprägen. Das Bildungskonzept der «Regelorientierung» zielt auf eine Rezept-Pflege, bei der die fallspezifischen Besonderheiten ignoriert werden und die damit gerade nicht patientenorientiert ist, auch wenn die vermittelten Regeln dies scheinbar intendieren.

Drittens werden Handlungsnormen aufgestellt, ohne die widersprüchlichen, gesellschaftlich geprägten und die Autonomie der Handelnden einschränkenden Anforderungen transparent zu machen, in deren Spannungsfeld pflegerische Entscheidungen getroffen werden. Wenn paradoxe Anforderungssituationen bereits im Unterricht einseitig aufgelöst und Zwänge nicht offen gelegt werden, wird dies den Schülern auch in der Praxis nicht gelingen, was paradoxe Verstrickungen und eine Desensibilisierung gegenüber den nicht einlösbaren humanitären normativen Ansprüchen nach sich ziehen kann.

4. Diskussion der Ergebnisse

Die vorgestellte Untersuchung beruht auf einer Gelegenheitsstichprobe in drei Schulen im norddeutschen Raum in den Jahren 1999 bis 2002. Zwar wurde die Variation der Perspektiven angestrebt: Beispielsweise wurden Pflegelehrer mit zweijähriger Weiterbildung und Pflegelehrer mit einem pädagogischen Studium hospitiert, eine Schule befand sich in einem curricularen Reformprozess, eine andere nicht. Außerdem wurden die Unterrichtsthemen (eher sozialwissenschaftliche und eher naturwissenschaftliche Schwerpunkte) variiert. Dennoch kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit den 16 Unterrichten, die in die Analyse einbezogen wurden, tatsächlich alle Variationen in der Bundesrepublik erfasst wurden, zumal es vor allem in den letzten Jahren vielfältige Reformbemühungen gab (vgl. Darmann & Muths, 2005). Die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse ist daher begrenzt. Die Annahme, dass die Kategorie der «Regelorientierung» nicht nur vereinzelt zu beobachten, sondern trotz Lernfeldunterricht und anderen Reformen noch weit verbreitet ist, wird jedoch durch Erfahrungen der Autorin aus ihrer Tätigkeit in der Pflegelehrerbildung gestützt. Die Untersuchungsergebnisse zur «Regelorientierung» sollen daher zum Anlass einer Problemanalyse genutzt werden.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit anderen wissenschaftlichen Studien lassen sich weitgehende Parallelen erkennen. Es werden z.B. die Befunde von Wirsing (1979) bestätigt und es sind deutliche Bezüge zu den Forschungen zur Kompetenzentwicklung von Pflegenden erkennbar (vgl. Benner, 1994;

Olbrich, 1999). Sowohl Benner als auch Olbrich gelangen zur Dimension des nach feststehenden Regeln handelnden Anfängers (Benner) bzw. des «regelgeleiteten Handelns» (Olbrich) als erste Stufe der Pflegekompetenzentwicklung. Sollen in der Pflegeausbildung auch höhere Stufen erreicht werden (Benner zufolge wäre die von ihr beschriebene dritte Stufe des kompetent Pflegenden ein realistisches Entwicklungsziel), so ist es auch aus Sicht der Kompetenzentwicklung notwendig, den «regelerorientierten» Pflegeunterricht um darüber hinausgehende Bildungsdimensionen zu erweitern.

5. Perspektiven für die Weiterentwicklung des Pflegeunterrichts

In diesem Kapitel werden Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Pflegeunterrichts aufgezeigt. Dabei werden drei Erkenntnis- oder Zieldimensionen des Unterrichts vorgeschlagen, die auf die drei in der Untersuchung identifizierten Problembereiche Bezug nehmen, nämlich

1. die wissenschaftsbasierte Erklärung und instrumentelle Lösung pflegerischer und gesundheitsbezogener Problemlagen
2. die Interpretation von, Verständigung über und Urteilsbildung in Situationen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung
3. die kritische Reflexion der paradoxen und restriktiven gesellschaftlichen Strukturen der Pflege.

Diese Zieldimensionen korrespondieren mit den drei Habermas'schen Erkenntnisinteressen (technisches bzw. zweckrationales, praktisches und emanzipatorisches Erkenntnisinteresse) (vgl. Habermas, 1968, 1973). Die Inhalte der Zieldimensionen werden anhand pflegewissenschaftlicher und (pflege-) pädagogischer Literatur konkretisiert und im Folgenden erläutert.

5.1 Wissenschaftsbasierte Erklärung und instrumentelle Lösung pflegerischer und gesundheitsbezogener Problemlagen

Die im Pflegeunterricht vermittelten Handlungsregeln repräsentieren Lösungen für pflegerische und gesundheitsbezogene Problemlagen. Im Unterschied zum Bildungskonzept der «Regelorientierung» sollen die Handlungsregeln in dieser Zieldimension – wenn möglich – anhand von mit wissenschaftlichen Methoden gewonnenem Wissen begründet werden.

Die Forderung nach stärkerer Wissenschaftsbasierung des pflegerischen Handelns und damit des Pflegeunterrichts spiegelt sich auch in den Themenbereichen der Krankenpflegeausbildungs- und Prüfungsverordnung (KrPflAPrV) wider. In Themenbereich 6 für den theoretischen und praktischen Unterricht heißt es, dass Krankenpflegeschüler dazu befähigt werden sollen, ihr Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten. Im Einzelnen sollen sie sich einen Zugang zu den pflegewissenschaftlichen Verfahren, Methoden und Forschungsergebnissen verschaffen können, sie sollen ihr

Pflegehandeln mit Hilfe von pflegetheoretischen Konzepten erklären und kritisch reflektieren, die Themenbereiche auf den Kenntnisstand der Pflegewissenschaft beziehen und Forschungsergebnisse in Qualitätsstandards integrieren können (vgl. KrPflAPrV). Hintergrund dieser Ziele ist es, die Qualität pflegerischer Entscheidungen zu verbessern. Nicht Versuch und Irrtum oder ausschließlich die Erfahrung von Professionellen sollen Grundlage für die Entscheidungsfindung sein, sondern sie sollen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basieren. Es sollen solche Maßnahmen ergriffen werden, deren Wirksamkeit anhand von empirischen Studien mit hoher Wahrscheinlichkeit nachgewiesen wurde (Behrens & Langer, 2004) oder anhand von theoretischen Konstrukten schlüssig hergeleitet werden kann (Raspe, 1998).

Wissenschaftsbasierte Pflege verlangt von den Pflegenden die Fähigkeiten zum wissenschaftlichen Arbeiten; sie müssen in der Lage sein, ein Problem zu formulieren, Literatur in Datenbanken zu recherchieren und Studien oder theoretische Konzepte kritisch zu hinterfragen und zu beurteilen. Infolgedessen schlagen Behrens und Langer (2004: 224) vor, dass Krankenpflegeschüler angeleitet werden sollten, Probleme in der Pflegepraxis zu ermitteln, in Datenbanken nach möglichst gutem Wissen zur Lösung des Problems zu suchen, dieses Wissen zu beurteilen und ein Konzept für die Pflegepraxis zu entwickeln, beispielsweise in Form von Leitlinien. Angesichts der Schwierigkeiten, die bereits Studierende, die systematisch mit wissenschaftlichen Methoden vertraut gemacht werden, mit diesen Anforderungen haben, mutet dieses Vorhaben für die Krankenpflegeausbildung eher unrealistisch an. Grundsätzlich muss es Pflegekräfte geben, die für neu auftretende oder unerwartete und komplexe Pflegeprobleme mit wissenschaftlichen Methoden geeignete Interventionen ermitteln. Allerdings können diese Fähigkeiten nur in einer akademischen und damit wissenschaftlichen Ausbildung erworben werden.

Was also könnte mit dem in der KrPflAPrV formulierten Anspruch gemeint sein? Zunächst ist es erforderlich, dass die Pflegelehrer selbst das Wissen bzw. die Handlungsregeln, die sie im Unterricht vermitteln, im Hinblick auf ihre wissenschaftliche Begründung überprüfen. Hierin würde ein nicht zu unterschätzender Fortschritt liegen, da, wie auch bei der Analyse der Unterrichtssequenzen deutlich geworden ist, ein Teil des vermittelten Wissens nicht dem aktuellen Wissensstand entspricht. Häufig greifen die Pflegelehrer auf das in Pflegelehrbüchern dokumentierte Wissen zurück, das nicht nur unzureichend empirisch oder theoretisch belegt, sondern oft auch veraltet ist. Ferner sollten die Schüler anhand von Beispielen einen Einblick in Verfahren zur Überprüfung von Handlungsregeln erhalten und die Notwendigkeit erkennen, dass Interventionen, die sie den Patienten vorschlagen, wissenschaftlich begründet sein müssen. In diesem Zusammenhang sollten sie auch einen Einblick in die Begrenztheit der aktuellen Forschung erhalten. Schließlich sollten weniger Handlungsregeln, als vielmehr Forschungsergebnisse oder theoretische Konstrukte vermittelt werden.

Die Zieldimension der wissenschaftsbasierten instrumentellen Lösung pflegerischer und gesundheitsbezogener Problemlagen trägt dazu bei, die Begründungen für das

Pflegehandeln aus dem vorwissenschaftlichen, durch Meinungen und Traditionen bestimmten Wissen herauszuführen und sie stattdessen aus einer methodisch kontrollierten und nach expliziten Geltungskriterien bewährten Wissensbasis (Oevermann, 1996: 124) abzuleiten. Indem allein das Regelwissen fokussiert wird (und damit ist auch pflegetheoretisches Regelwissen gemeint), aber nicht die in pflegerischen Situationen relevanten lebensweltlichen Sinnzuschreibungen in den Blick kommen, würde eine Beschränkung allein auf diese Dimension jedoch eine Missachtung insbesondere der Patientenautonomie und pflegerische Standardhandlungen nach sich ziehen (vgl. hierzu auch die Kritik von Wittneben, 2003: 92 ff. an der Zweckrationalität der «Allgemeinen Theorie der Pflege» von Orem).

5.2 Interpretation von, Verständigung über und Urteilsbildung in Situationen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

Für jede Pflegesituation gibt es unterschiedliche Deutungen und daraus resultierende Handlungsmöglichkeiten. Um aus dieser Vielfalt an Möglichkeiten die angemessenste auswählen zu können, geht dem berufspraktischen Handeln stets ein Deutungs- und Urteilsprozess voraus, mit dem der Situation eine handlungsorientierende bzw. lösungsdienliche Struktur verliehen wird (Benner, Tanner & Chesla, 2000; Neuweg, 2000; Oevermann, 1996; Bromme, 1992: 40 f.). Im Bildungskonzept «Regelorientierung» wird dieser Deutungs- und Urteilsprozess vernachlässigt und damit einer standardisierten und patientenignorierenden Pflege Vorschub geleistet.

Bei Erweiterung des Pflegeunterrichts um diese Ziel-dimension sollen die Schüler die Multiperspektivität von Pflegesituationen erkennen und die verschiedenen Deutungen der an einer Pflegesituation Beteiligten rekonstruieren bzw. den Fall verstehen können. Sie werden dadurch befähigt, in der Interaktion mit dem Patienten situativ angepasste und für den Einzelfall spezifische Lösungen zu ermitteln. Beispielsweise für einen bestimmten Patienten den geeigneten Zeitpunkt, den geeigneten Umfang und die geeignete Art und Weise der Information zu bestimmen. In der Literatur wird diese Fähigkeit als klinisches und ethisches Urteilsvermögen (Benner et al. 2000: 11 ff.) bzw. als Kennerblick (Neuweg, 1999: 176 f.) bezeichnet. Mit diesen Begriffen ist die Kompetenz gemeint, den Sinn einer Situation anhand der wahrgenommenen Konfiguration angemessen zu rekonstruieren und daraus Schlussfolgerungen für Handlungsoptionen zu ziehen. In erster Linie wird dabei auf die spezifische Problemlage und die individuellen Wertpräferenzen von Patienten abgehoben, in die Urteilsbildung fließen aber auch etwa die Werte der urteilenden Pflegekraft oder der Institution ein.

Nach der Theorie des «impliziten Wissens» von Polanyi (1958) lässt sich die Fähigkeit zum situativen (kontextsensiblen) Urteil nicht auf explizites Wissen und auf analytische Denkprozesse zurückführen, sondern auf Prozesse des impliziten Integrierens (Neuweg, 1999: 169). Implizit bedeutet, dass diese Leistung zwar in der praktischen Performanz einer Person zum Ausdruck kommt, aber nicht

oder nicht angemessen verbalisiert werden kann. Implizites Integrieren kommt zustande, indem der Professionelle seine Aufmerksamkeit nicht auf sein Wissen, sondern auf die Erfassung der Situation richtet. Dadurch gelingt es ihm, unterschiedliche Wissensformen, z.B. allgemeine Handlungsregeln, aber auch Erfahrungswissen und situative Wahrnehmungen, so miteinander zu vernetzen, dass ein ganzheitliches Urteil der Situation entsteht.

Die Fähigkeit zum impliziten Integrieren kann, weil sie nur bedingt durch Regeln beschreibbar ist, nicht durch das Erlernen expliziten Wissens erworben werden, sondern indem die Lernenden tun, was sie lernen sollen, indem sie also für komplexe Situationen ein Urteil bilden und dabei implizit integrieren müssen (vgl. Neuweg, 2000: 210). Eine stärkere Berücksichtigung der Zieldimension «Interpretation von, Verständigung über und Urteilsbildung in Situationen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung» im Pflegeunterricht kann folglich realisiert werden, indem die Schüler vermehrt mit vielfältigen Situationen aus der Berufspraxis konfrontiert werden und zwar nicht nur während der praktischen Einsätze, sondern auch in der Schule, etwa mit konstruierten Fallbeispielen, besser noch mit authentischen Daten aus der Berufspraxis, mit Narrativa der Schüler oder mit Patientenberichten bzw. -erzählungen.

Die Fähigkeit zur impliziten Urteilsbildung hat nicht automatisch richtige Urteile zur Folge, vielmehr ist das implizite Urteil – gerade, weil es implizit ist – auch anfällig für Fehler (Neuweg, 1999: 344 ff.) oder zumindest für einen Mangel an Perspektivenvielfalt und damit für die Bevorzugung von Routinelösungen. Der situativen Urteilsfähigkeit muss daher die Fähigkeit zur kritischen Reflexion der gefundenen Urteile an die Seite gestellt werden. Reflexion bedeutet, dass sich die Lernenden/Pflegenden dem eigenen Urteilen und Handeln oder dem Urteilen und Handeln anderer gegenüber in eine Beobachterposition begeben. Die Reflexion kann sich sowohl auf die Bewusstmachung und Analyse der einem Urteil zugrunde liegenden Wissensbestände, Vorerfahrungen, Gefühle usw. als auch auf die Gewinnung von alternativen Lösungen beziehen. Ziel ist es, vielfältige und bisher nicht gesehene Deutungen für Pflegephänomene oder Patientenverhalten zu entwickeln, die Begrenztheit der bisherigen Deutungen zu erkennen und ein Bewusstsein von der Perspektivität und Konstruktivität von Deutungen zu entwickeln (Siebert, 1999: 114; Stemmer, 2001; Darmann, 2004a).

Mit der Zieldimension «Interpretation von, Verständigung über und Urteilsbildung in Situationen der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung» werden die Sinnzuschreibungen in pflegerelevanten Situationen thematisiert und Deutungs- sowie kommunikative Kompetenzen angestrebt, die unabdingbar sind für eine subjekt- und interaktionsorientierte Pflege wie für die Persönlichkeitsbildung der Schüler. Wenn auch die Multiperspektivität von Situationen und damit das Vorhandensein von verschiedenen Handlungsalternativen hervorgehoben wird, so bleiben doch die gesellschaftlichen Strukturen, die die Handlungsspielräume bestimmen und die pflegerischen Entscheidungen begrenzen, noch ausgeblendet.

5.3 Kritische Reflexion der paradoxen und restriktiven gesellschaftlichen Strukturen der Pflege

Mit dieser Kategorie ist eine Reflexion angesprochen, in der über den Einzelfall hinausgehende Erkenntnisse im Hinblick auf die das pflegerische Handeln beeinflussenden gesellschaftlich geprägten Strukturgesetzmäßigkeiten erworben werden. Strukturgesetzmäßigkeiten sind die «hinter den Erscheinungen operierenden Gesetzmäßigkeiten» (Oevermann, 2002: 1) bzw. die dem menschlichen Handeln zugrunde liegenden bedeutungsgenerierenden Regeln (Oevermann, 2002: 2), die unabhängig von der Einschätzung der handelnden Subjekte objektiv gelten. Habermas (1965) geht davon aus, dass das soziale Handeln von «ideologisch festgefrorene[n], im Prinzip aber veränderlichen Abhängigkeitsverhältnisse[n]» geprägt ist. Durch Reflexion könnten diese «zwar nicht außer Geltung, aber außer Anwendung» gesetzt werden. In dieser Zieldimension wird die Erkenntnis und Reflexion der Abhängigkeiten und ihrer widersprüchlichen Struktur angestrebt.

Grundlage der Zieldimension sind unterschiedliche theoretische Zugänge. Die Psychoanalyse und das Instanzenmodell verweisen auf einen inneren Konflikt der an einer Pflegesituation Beteiligten zwischen den Triebansprüchen (Es) und gesellschaftlichen Zwängen (Über-Ich) (Freud, 1972). In der pflegedidaktischen Arbeit von Greb (2000; 2002; 2003) wird unter Bezug auf Adorno und Horkheimer der für die Pflege zentrale und unaufhebbare objektive gesellschaftliche Widerspruch zwischen Pflege und Markt (die Pflege soll sowohl dem hilfsbedürftigen Menschen dienen als auch dem Profitinteresse des Marktes) untersucht. Oevermann (1996: 123) erkennt in seinem strukturtheoretischen Professionalisierungsansatz die «widersprüchliche Einheit von diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen im Arbeitsbündnis einerseits und die widersprüchliche Einheit von Autonomie und Abhängigkeit des Patienten im Arbeitsbündnis andererseits» als konstitutiv für professionalisiertes Handeln. Aus diesen zentralen Widersprüchen lassen sich weitere ableiten.

Die Entscheidungen der professionell Pflegenden ereignen sich in diesen Spannungsfeldern, wobei die Widersprüche in der Regel nicht bewusst sind. Häufig wird nur ein Pol der konträren Anforderungen wahrgenommen bzw. im Pflegeunterricht proklamiert, gleichwohl ist der andere Pol wirksam und bedingt paradoxe Verstrickungen angesichts der Unlösbarkeit der Situation (Kersting, 2002). Um Auszubildende zum reflexiven Umgang mit widersprüchlichen Anforderungen zu befähigen, müssen diese im Pflegeunterricht transparent gemacht und das eigene Handeln muss vor diesem Hintergrund reflektiert werden. Dies kann z.B. durch die fallrekonstruktive Erschließung von antinomisch geprägten Praxissituationen bzw. von Schlüsselproblemen der Pflegeberufswirklichkeit oder durch Auseinandersetzung mit den eigenen Lösungsversuchen im Rahmen von Widersprüchen bewerkstelligt werden (vgl. für die Lehrerbildung Helsper, 2000). Ebenso wie in der Dimension «Interpretation von, Verständigung über und Urteilsbildung in Situationen der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung» sollen auch in der Dimension «Kritische Reflexion der paradoxen und restriktiven gesellschaftlichen Strukturen der Pflege» die multiper-

spektivischen Interpretationsfähigkeiten erweitert werden, allerdings nicht nur zum Zweck der Gewinnung von Alternativinterpretationen, sondern darüber hinaus mit dem Ziel, die unaufhebbaren widersprüchlichen Anforderungen der Pflegepraxis als einer gesellschaftlichen Praxis in einer dialektischen Denkbewegung zu erfassen (Greb, 2000; 2003).

Schlussbemerkung

Pflegelehrer dürfen sich nicht damit begnügen, im Unterricht allgemeine Empfehlungen weiterzugeben. Die in Auseinandersetzung mit den Studienergebnissen gewonnenen Zieldimensionen bieten die Grundlage für einen geeigneten pflegedidaktischen Referenzrahmen zur Identifikation von bildungshaltigeren Lernsituationen. Ob eine sich daran orientierende Ausbildung tatsächlich zur Anhebung des Kompetenzniveaus der Pflegeschüler führt, bleibt zukünftig zu überprüfen.

Literatur

- Behrens, J.; Langer, G.: Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern, 2004.
- Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Verlag Hans Huber, Bern, 1994.
- Benner, P.; Tanner, C.A.; Chesla, C.A.: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Verlag Hans Huber, Bern, 2000.
- Bergmann, J.R.: Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In: Schröder, P.; Steger, H. (Hrsg.): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache. Schwann, Düsseldorf, 1981: 9–51.
- Bergmann, J.R.: Konversationsanalyse. In: Flick, U.; Kardorff, E. von; Keupp, H.; Rosenstiel, L. von; Wolff, St. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim, 1995, 2. Aufl.: 213–218.
- Bromm, B.: Schmerz: ein Körper-Seele-Problem. In: Bromm, B.; Pawlik, K. (Hrsg.): Neurobiologie und Philosophie zum Schmerz. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2004: 15–32.
- Bromme, R.: Der Lehrer als Experte. Zur Psychologie des professionellen Wissens. Verlag Hans Huber, Bern, 1992.
- Darmann, I.; Muths, S.: Pflegeausbildung im Umbruch. Dr. med. Mabuse, 2005, 157: 29–32.
- Darmann, I.: Problemorientiertes Lernen – Transfer durch die Erweiterung von Situationsdeutungen. www.PR-INTERNET.com für die Pflege, 2004a, 9: 461–467.
- Darmann, I.: Didaktik der personenbezogenen Dienstleistung in den Berufsfeldern Gesundheit und Pflege – Theoretische Ansätze, Forschungsergebnisse und Konsequenzen für die Lehrerbildung. In: Fegebank, B.; Schanz, H. (Hrsg.): Arbeit – Beruf – Bildung in Berufsfeldern mit personenorientierten Dienstleistungen. Schneider Verlag Hohengehren, Baltmannsweiler, 2004b: 77–94.
- Darmann, I.: Kommunikative Kompetenz in der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart, 2000.
- Euler, D.: Denn Sie tun nicht, was sie wissen. Zeitschrift für Berufs- und Wirtschaftspädagogik 93, 1996, 4: 350–365.
- Freud, S.: Abriss der Psychoanalyse. In: Ders.: Gesammelte Werke, Bd. 17. Fischer, Frankfurt/Main, 1972, 63–138.
- Glaser, B.; Strauss, A.L.: The Discovery of Grounded Theory Analysis. Strategies for Qualitative Research. Aldine Publ. Co., New York, 1967.
- Greb, U.: Identitätskritik und Lehrerbildung. www.PR-INTERNET.com für die Pflege, 2, 2000, 11: 222–229.
- Greb, U.: Strukturgitter zur Generierung von Lernfeldern am Beispiel der Pflege in der Psychiatrie. In: Darmann, I.; Wittneben, K. (Hrsg.): Gesundheit und Pflege. Bildungshaltigkeit von Lernfeldern. Wissensbestände und Wissenstransfer. Bertelsmann, Bielefeld, 2002: 37–46.
- Greb, U.: Identitätskritik und Lehrerbildung. Mabuse, Frankfurt/Main, 2003.
- Habermas Jürgen (1965). Erkenntnis und Interesse. In: Müller, Armin (Hrsg.): Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie. Aschen-dorff Verlagsbuchhandlung, Münster, 1983; 149–161.
- Habermas, J.: Erkenntnis und Interesse. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1968, 1973.
- Helsper, W.: Zum systematischen Stellenwert der Fallrekonstruktion in der universitären Lehrerbildung. In: Beck, C.; Helsper, W.; Heuer, B.; Stelmazyk, B.; Ullrich, H.: Fallarbeit in der universitären Lehrerbildung. Leske+Budrich, Opladen, 2000: 29–50.
- Kelle, U.; Kluge, S.: Vom Einzelfall zum Typus. Leske+Budrich, Opladen, 1999.
- Kersting, K.: Berufsbildung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Verlag Hans Huber, Bern, 2002.
- Koerfer, A.; Köhle, K.; Obliers, R.: Zur Evaluation von Arzt-Patienten-Kommunikation. Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin. In: Redder, A.; Wiese, I. (Hrsg.): Medizinische Kommunikation. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1994: 53–94.
- Krummheuer, G.; Naujok, N.: Grundlagen und Beispiele interpretativer Unterrichtsforschung. Leske+Budrich, Opladen, 1999.
- Neuweg, G.H.: Mehr lernen, als man sagen kann. Konzepte und didaktische Perspektiven impliziten Lernens. Unterrichtswissenschaft 28, 2000, 3: 197–217.
- Neuweg, G.H.: Könnerschaft und implizites Wissen. Waxmann, Münster, 1999.
- Oevermann, U.: Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. In: www.ihs.de/Manifest-Word.doc, 2002, 24.3.2004.
- Oevermann, U.: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A.; Helsper, W. (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1996: 70–182.
- Olbrich, C.: Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber, Bern, 1999.
- Polanyi, M.: Personal Knowledge. Routledge & Kegan Paul, London, 1958.
- Raspe, H.: Evidence based medicine: Anlässe, Methoden, Probleme. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 1998, 58: M21–M25.
- Siebert, H.: Pädagogischer Konstruktivismus. Luchterhand, Neuwied, 1999.
- Siegrist, J.: Medizinische Soziologie. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1995.
- Stemmer, R.: Grenzkonflikte in der Pflege. Mabuse, Frankfurt/Main, 2001.
- Strauss, A.: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Fink, München, 1994.
- Wirsing, R.: Die Berufliche Sozialisation des Krankenpflegepersonals an der Krankenpflegeschule Konstanz. Universität Konstanz, 1979.
- Wittneben, K.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung für Pflegelehrerinnen und Pflegelehrer. Leitlinien einer kritisch-konstruktiven Pflegelehrerfelddidaktik. Lang, Frankfurt/Main, 2003.