

Das Postulat der 'Praxisorientierung' in der gegenwärtigen Krankenpflegeausbildung

Ellen Bögemann-Großheim

Das Postulat der 'Praxisorientierung' findet sich nicht nur in der Krankenpflegeausbildung. Es wird häufig dann formuliert, wenn Praxis und Theorie sich als zwei voneinander getrennte Bereiche etabliert haben, die nach eigenen Regeln und Gesetzmäßigkeiten funktionieren. Das bekannte Sprichwort – 'Nicht für die Schule, sondern für das Leben lernen wir.' – verweist auf entstehende Schwierigkeiten. Gleichzeitig richtet es sich als kritisches Korrektiv gegen ein Lernen außerhalb von nachvollziehbaren Verwertungszusammenhängen.

In der Krankenpflegeausbildung halten laut einer Befragung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA 1994: 102) aus dem Jahre 1994 59% der in die Untersuchung einbezogenen Pflegepersonen „eine Intensivierung der praktischen Ausbildung für wünschenswert. Sowohl die Jüngeren als auch die noch im Pflegeberuf Aktiven sehen eine Stärkung der praktischen Komponenten in der Ausbildung als erforderlich.“ Eine solche Einschätzung verdeutlicht, daß auch in der Krankenpflegeausbildung mit zunehmender Theoretisierung und Standardisierung des Lernens, Erfahrungen der Entfremdung und des Verlustes der Einheitlichkeit von Denken und Handeln verbunden sind.

Mit Hilfe eines praxisorientierten Unterrichts soll die entstehende Dualität weitgehend überwunden werden. Ob die mit dieser Forderung verbundenen Erwartungen, Vorstellungen und Strategien für die Herstellung von beruflicher Handlungskompetenz in der Pflege angemessen sind, soll im folgenden geprüft werden.

Übersicht

1. Lernen durch Beteiligung an der Arbeit
2. Lernen für Berufsarbeit und Einübung in Berufung
3. Differentielle Vorstellungen von Schule und Praxis zum Konzept 'Praxisorientierung'
4. Lernen, sich an widersprüchliche Erwartungen anzupassen
5. Schule und Praxis als sich notwendig ergänzende Lernorte
6. Die Schule als die 'bessere Praxis'
7. Die Schule als Instanz zur Formulierung der 'besseren' Pflege
8. Die Praxis als Lernort, an dem nicht argumentiert wird
9. Schlußbemerkung

Meine Argumentation habe ich folgendermaßen aufgebaut: Ein kurzer Rückblick in die Geschichte der Berufsausbildungsentwicklung soll die Bedeutung der praktischen Erfahrung im traditionellen Ausbildungskonzept des Pflegeberufs klären. Unter Berücksichtigung der zunehmenden Ausdifferenzierung schulischer Unterweisungsangebote werden die gegenwärtigen Verständnisse von Schule und Praxis zum Begriff 'Praxisorientierung' skizziert und in ihren Auswirkungen auf die Berufssozialisation der Auszubildenden bewertet. Vor dem Hintergrund der gleichzeitig bestehenden prinzipiellen Notwendigkeit einer Aufgabentei-

lung zwischen Schule und Praxis bei der Herstellung von beruflicher Handlungskompetenz werden bestehende typische Kooperationsprobleme zwischen den Lernorten beschrieben. Konsequenzen für eine angemessene Zusammenarbeit von Schule und Praxisfeld werden im Fazit zusammengefaßt.

1. Lernen durch Beteiligung an der Arbeit

Die Notwendigkeit eines Lernens außerhalb der Arbeitsbezüge wurde im vergangenen Jahrhundert noch nicht eingesehen. Lernen im Prozeß der Arbeit galt als das wesentliche Berufserziehungsmodell in der Krankenpflege. Der Erwerb beruflicher Fähigkeiten in der Pflegearbeitswelt bedurfte keiner expliziten Forderung nach Praxisorientierung, da Aktivitäten weitgehend in die Praxis integriert waren. 1881 erläuterte der Chirurg Theodor Billroth (zit. n. Pfeiffer 1910: 258) die Vorzüge einer primär auf praktische Erfahrung beruhenden Schulung des Pflegepersonals folgendermaßen: „Es ist eine allgemeine Tatsache, daß bei der Erziehung zur Sitt-

lichkeit und Guttat, sowie zu Fleiß und tüchtigem Streben nichts so mächtig wirkt, als Beispiel und Gewöhnung; diese Mittel können durch keinen noch so strengen Unterricht ersetzt werden. ... Ist nun eine Pflegerinnenschule mit einem Krankenhaus verbunden, in welchem nur gut geschulte, sittlich gebildete Frauen ihren Beruf ausüben, so wird sich die Weihe des Hauses auch sehr bald auf die hinzukommenden Probeschwestern erstrecken. ... Bald geht alles scheinbar von selbst; eine Pflegerin lernt von der anderen, vom Arzte, ohne daß viel geredet und scheinbar ohne daß unterrichtet wird. Beispiel und Gewöhnung sind auch hier die Hauptsache.“

Das in dieser Auslegung favorisierte Berufserziehungsmodell mag aus rückblickender Perspektive anachronistisch und befremdlich erscheinen. In gewisser Weise fungiert es jedoch bis heute für die Krankenpflegeausbildung als Vorbild. So begründen Kurtenbach u. a. (1986: 93) in ihrem Kommentar zum gegenwärtigen Krankenpflegegesetz die Notwendigkeit des engen Zusammenhangs zwischen einem Krankenhaus und einer Krankenpflegeschule folgen-

dermaßen: „Die dergestalt enge Verbindung zwischen Schule und Krankenhaus hat den Sinn, eine möglichst enge Verbindung zwischen Theorie und Praxis und damit einen möglichst hohen Qualitätsstandard der Ausbildung zu gewährleisten.“

Anders jedoch als im ausgehenden 19. Jahrhundert kann auf das schulische Lernen in der gegenwärtigen Ausbildung nicht mehr verzichtet werden. Der Prozeß der Verschulung der Ausbildung steht im Zusammenhang mit einer stetigen Ausweitung und Standardisierung des als notwendig erachteten Wissens.

2. Lernen für Berufsarbeit und Einübung in Berufung

Zunächst waren es vorrangig medizinische Inhalte, die das Pflegewissen bestimmten. Mit der Ausdifferenzierung medizinischer Erkenntnis, dem Ausbau medizinischer Leistungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie dem zunehmenden Einsatz biotechnischer Apparaturen bedurfte auch die Krankenschwester als 'medizinische Assistentin' eines erweiterten Wissens, das nicht länger quasi en passant am Krankenbett vermittelt werden konnte, sondern systematische theoretische Unterweisungen im abgetrennten Raum einer Schule erforderlich machte.

Mit dem Erwerb entsprechender Kenntnisse lernte die zukünftige Krankenschwester, die typischen Deutungsmuster, Problembearbeitungsstrategien und systematischen Ordnungskategorien der naturwissenschaftlichen Medizin für ihre Arbeit als medizinische Assistentin zu berücksichtigen. Praxisorientiert war der medizinische Unterricht, da die Unterweisungen für die Arbeit als medizinische Assistentin hilfreich waren, um fachlich korrektes Handeln zu begründen.

Trotzdem förderte der Erwerb medizinisch-naturwissenschaftlicher Kenntnisse konfliktreiche Identitätsprobleme, denn für die gleichwertig im Pflegeberuf wichtige Aufgabe, dem Kranken umfassende menschliche Betreuung zu garantieren, war medizinisch-technisches Fachwissen und die Einübung in den 'medizinischen Blick'

keine Hilfe, sondern mit Gefahren der Entfremdung von beruflichen Selbstdeutungen verbunden. So warnte etwa 1958 die Krankenschwester Hanna Brückmann (1958: 295): „Das Bedienen der technischen Apparaturen darf nicht höher bewertet werden, als das Umsorgen der Kranken – unsere größte und vornehmste Aufgabe.“

Dem Kranken eine 'Schwester' zu sein, lernte die Krankenschwester bis in die 70er Jahre durch Einübung in den Praxisalltag. Erfahrungsbezogene Zugangsweisen fungierten somit als weitgehender Ersatz für reflexive Unterrichtsangebote, denn es wurde die Meinung vertreten, daß die Fähigkeiten zur mitmenschlichen Anteilnahme nicht im theoretischen Unterricht angemessen vermittelt werden können (vgl. Cauer 1949: 2).

Das Bewältigen des doppelten Arbeitsauftrags – medizinische Assistenz und mitmenschliche Zuwendung – und die hierfür notwendige Fähigkeit, funktional-spezifische und generalistisch-diffuse Arbeitserfordernisse miteinander in Einklang zu bringen, wurde als die eigentliche 'Kunst' der Pflege gedeutet. So formulierte ein Lehrbuch (ADS 1965: VII): „Vermag die Krankenschwester ihre Tätigkeit in der rechten inneren Einstellung den besonderen Bedürfnissen eines jeden Kranken und seinem wechselnden Zustand anzupassen, so wird die Krankenpflege zu einer Kunst.“ Die Befähigung zur Pflegekunst wurde nicht als Kompetenz ausgelegt, die in Abhängigkeit von spezifischen im Unterricht zu lernenden beruflichen Erkenntnissen steht. Sie wurde vielmehr als Ergebnis besonderer persönlicher Tugenden und Haltungen der Pflegeperson gewertet, die durch Integration in eine Gemeinschaft von Gleichgesinnten und durch Einübung in die Arbeitsaufgaben zur Entfaltung gebracht werden könne.

3. Differente Vorstellungen von Schule und Praxis zum Konzept 'Praxisorientierung'

Heute wird das so gekennzeichnete Befähigungsmodell nicht mehr als beruflich angemessen gewertet. Inter-

pretiert werden entsprechende traditionelle Vorstellungen als Indikator für die mangelhafte Verberuflichung patientenbezogener Betreuungsangebote im Gesamtaufgabengebiet der Krankenpflege. Die gegenwärtige Ausbildungssituation kann folgendermaßen beschrieben werden:

(a) Bedingt durch gesamtgesellschaftliche Modernisierungs-, Individualisierungs- und Demokratisierungsprozesse sind die auf Tugenden zur Unterordnung und Selbstlosigkeit verpflichteten geschlechtsspezifisch und weltanschaulich begründeten traditionellen Entfaltungsräume pflegerischen Wirkens nicht mehr konsensfähig. Es kann auch nicht mehr davon ausgegangen werden, daß die Auszubildenden heute ungebrochen über entsprechende vorberufliche Sozialisationserfahrungen verfügen.

(b) Die Praxis als Erfahrungsraum bietet gleichzeitig nicht länger Sozialisationsbedingungen, die dem traditionellen Fähigkeitsmodell entsprechen. Nicht nur die sich im Verlauf der Entwicklung verschärfende „Prädominanz der medizinischen Aufgaben und Kultur im Krankenhaus“ (Rohde 1962: 289), auch die zunehmende Leistungsverdichtung als Konsequenz von Wirtschaftlichkeits- und Effektivitätskalkülen in der Gesundheitsversorgung erzeugen Arbeitsorientierungen, die nicht den einzelnen Kranken und seine individuellen Bedürfnisse, sondern den zu bewältigenden generellen Arbeitsanfall in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stellen. Patientenwünsche und Bedürfnisse nach pflegerischer Zuwendung werden entsprechend dieser Sichtweise im Zeittakt des geplanten Arbeitsablaufs als zusätzliche Belastungen wahrgenommen. Antje Grauhan (1990: 317) stellt ironisch fest: „Es zieht sich wie ein roter Faden durch die Betrachtungen über den Pflegeberuf der vergangenen Jahrzehnte, daß (das Eigentliche(r) [sprich die Sorge um mitmenschliche Betreuungsangebote, d. V.] immer nicht getan werden kann, dementsprechend also die Pflegenden eine überwiegend »uneigentliche« Tätigkeit ausüben.“

Ab den 70er Jahren und verstärkt unter dem Eindruck der Diskussion zum Pflegenotstand zum Ende der

80er und in den frühen 90er Jahren wird die Konzentration auf das 'Eigentliche' in der Pflege in theoretischen Diskursen wieder aufgegriffen. Die *Fähigkeit, sich dem 'Eigentlichen zu widmen'*, wird nun allerdings als *in der Ausbildung herzustellende Handlungskompetenz* gewertet und unter dem Stichwort 'Patientenorientierung' in Abgrenzung zu in der naturwissenschaftlichen Medizin dominierenden Sichtweisen auf Krankheits- und Gesundheitsprozesse neu definiert. Es werden inhaltliche Unterrichtsangebote entwickelt, welche die zukünftigen Krankenschwestern befähigen sollen, ihre pflegerischen Betreuungsaufgaben theoretisch begründet und systematisch an der Person des Kranken auszurichten. Gemeinsam ist den Modellen zur Klärung und Reflexion pflegerischen Handelns das Bemühen, Pflege als einen eigenständigen therapeutischen Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu definieren, der sein Handeln aus pflegefachspezifischen, wissenschaftlich begründeten Erkenntnissen ableitet und der Komplexität von Einflußfaktoren bei der Entstehung von Krankheit und Gesundheit, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit verbessert Rechnung trägt.

Praxisorientiert sind die Unterweisungen der Schule insofern, als mit der Vermittlung theoretischer Erkenntnisse zum originär patientenbezogenen pflegerischen Wirken nun auch für diesen in der Praxis zu bewältigenden Arbeitsbereich ein reflexives Wissen und intersubjektive Verständigung angeboten wird. Kompetenzen zum einfühlsamen Umgang mit dem Pflegebedürftigen werden nicht länger in Abhängigkeit von besonderer individueller Eignung des zur Pflegekunst Berufenen gedeutet, sondern in Abhängigkeit von Wissens- und Erkenntnisstandards. Das schulische Unterrichtsangebot beschränkt sich jedoch nicht darauf, die Schülerinnen auf das Handeln in den Praxisfeldern des gegenwärtigen Krankenhauses vorzubereiten, sondern soll sie befähigen, die Weiterentwicklung und Verbesserung der gegenwärtigen Pflegepraxis mitzugestalten.

Die Krankenpflegeausbildung muß die Schülerinnen auf neue Herausforderungen vorbereiten. Hierzu zählen stichwortartig: Demographischer Wandel der Bevölkerungsentwicklung, Zu-

nahme chronischer Krankheiten im Krankheitsspektrum, Ausbau und Verlagerung von Gesundheitsdiensten in den ambulanten Bereich, Notwendigkeit der systematischen Berücksichtigung von Kriterien zum Nachweis der Effektivität des Pflegehandelns, eine veränderte Anspruchs- und Erwartungshaltung von Personen, die Pflegedienste in Anspruch nehmen und nicht zuletzt Professionalisierungsbestrebungen der Berufsgruppe selbst. Der Erfahrungsraum des gegenwärtigen Krankenhauses bietet keine ausreichenden Chancen, Aspekte eines veränderten Pflegeleitbildes befriedigend einzuüben (wie beispielsweise gesundheitspflegerische Aufgaben, Beratungs-, Vorsorge- und Rehabilitationsangebote, psychosoziale Betreuungsangebote, kooperative Zusammenarbeit mit Angehörigen, anderen Berufsgruppen und den Empfängern von Pflege).

Aufgabe der Krankenpflegeschule kann es entsprechend dieser Bewertung nicht sein, die Auszubildenden lediglich in die gegenwärtig bestehende, spezifische Praxis zu integrieren. Die Schule muß zukünftigen Wandel antizipieren, d. h. auf neue Aufgaben vorbereiten. Die gegenwärtige Umbruchphase stellt tradierte Verständnisse in Frage, eröffnet neue Chancen der beruflichen Emanzipation, provoziert aber auch mitunter konfliktreiche und schmerzliche Identitätsprobleme. Praxisorientierung als Handlungsmaxime der Schule ist daher nicht primär auf die gegenwärtige, sondern auf die zukünftig mögliche Praxis ausgerichtet, in der die Schülerin von heute als 'change agent' an der Neugestaltung von Pflege mitwirkt.

Die Praxis stellt dem schulischen Lernen gleichzeitig ein Konzept von 'Praxisorientierung' entgegen, das die gegenwärtige spezifische Praxis mit ihren konkreten organisatorischen Arbeitsbedingungen, institutionalisierten Organisationsabläufen, medizin-, nicht pflegebezogenen Arbeitsschwerpunkten sowie hierarchischen Kommunikationswegen zum Maßstab für angemessenes Pflegehandeln erklärt. Praxisorientierung des Lernens bedeutet aus der Perspektive der Stationen, die Schülerinnen möglichst frühzeitig zu befähigen, sich reibungslos in den Arbeitsablauf zu integrieren und den Arbeitsanfall mitzutragen.

Die so, zugegebenermaßen, idealtypisch verkürzte Charakterisierung der lernortspezifischen Sichtweisen verdeutlicht, daß Schule und Praxis zum Begriff 'Praxisorientierung' unterschiedliche Konzepte entwickeln. Gemeinsam ist diesen Konzepten, daß sie normative Setzungen beinhalten. Vereinfacht und zusammenfassend formuliert kann man sagen: Die Schule argumentiert mit dem normativen Maßstab einer 'idealen Praxis' und die Praxis argumentiert mit der 'normativen Kraft des Faktischen.'

4. Lernen, sich an widersprüchliche Erwartungen anzupassen

Eine Untersuchung zur praktischen Krankenpflegeausbildung an Berliner Krankenpflegeschulen im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit des Landes Berlin aus dem Jahre 1994 weist nach, daß die Schülerinnen insbesondere im Zusammenhang mit spezifischen Pflegetechniken, bei der Arbeit mit dem Pflegeprozeßmodell, bei der Berücksichtigung von psychosozialen patientenbezogenen Betreuungsangeboten und im Rahmen von Anforderungen zur kooperativen Zusammenarbeit im Stationsteam mit widersprüchlichen 'Verhaltensaufforderungen in Theorie und Praxis konfrontiert werden (vgl. Domscheit et al. 1994: 128 ff.).

Aus der Perspektive der Krankenpflegeausbildung in Großbritannien beschäftigt sich Melia (1990) mit den Auswirkungen der differenten Vorstellungen von Schule und Praxis auf den Sozialisationsprozeß der *Krankenpflege zu reproduzieren. ... Sie lernen eigentlich, wie man Krankenpflegeschüler/in ist und nicht, wie man Krankenschwester oder -pfleger wird.*" (Melia 1990: 22).

Daß die Schule und die Praxis den Begriff 'Praxisorientierung' unterschiedlich konzeptualisieren, kann zunächst einmal mit der für die Gegenwart bestehenden Zuspitzung einer konfliktreichen Auseinandersetzung zwischen tradierten Verständnissen und reformorientierten Neubestimmungen erklärt werden. „Der

theoretische ‚Überbau‘ der Pflege entwickelt sich sehr rasch; es entstehen immer ausgefeiltere Konzepte und Modelle der Pflege, die jedoch nur einer relativ kleinen ‚Elite‘ vertraut sind, einer Elite, zu der z. T. die Lehrkräfte der Schulen gehören. Auf den Stationen hingegen hat sich vergleichsweise wenig geändert. Schon heute gewinnt man mitunter den Eindruck, daß sich die Pflegekräfte an der ‚Basis‘ mit dieser ‚Elite‘ kaum noch verständigen können.“ (Domscheit et al. 1994: 143)

Gleichzeitig verweisen die konkurrierenden Ausbildungsstrategien auch auf eine prinzipiell notwendige Aufgabenteilung von Schule und Praxis bei der Herstellung von beruflicher Handlungskompetenz der Auszubildenden. Diese Aufgabenteilung wird mit der Forderung nach ‚Praxisorientierung des schulischen Lernens‘ möglicherweise nicht ausreichend mitbedacht, sondern eher verschleiert.

5. Schule und Praxis als sich notwendig ergänzende Lernorte

Dem schulisch organisierten Lernprozeß und dem Lernen in der Praxis werden im Ausbildungsprozeß – und dies gilt nicht nur für das Lernen in der Krankenpflege, sondern für berufsbildende Lernprozesse generell – unterschiedliche Funktionen zugesprochen. Die Berufspädagogen Pätzold und Walden (1995: 11) kennzeichnen die schwerpunktmäßige Aufgabenteilung zwischen den Lernorten Schule und Praxisfeld folgendermaßen: „Die Schule ist für die Einführung in grundlegende Sachverhalte auf der Basis wissenschaftsorientierten Lernens, der Betrieb für den praxisnahen Erwerb von Qualifikationen und Erfahrungen“ geeignet.

Schulisches Lernen außerhalb konkreter beruflicher Handlungsbezüge kann nicht der inhaltlichen Arbeitsaufgabe in der beruflichen Alltagssituation vollständig entsprechen, da die theoretischen Erläuterungen in Form abstrakter Denkmodelle, wie sie der schulische Unterricht anbietet, die Komplexität spezifischer Handlungssituationen niemals umfassend

berücksichtigen können und sollen. Aufgabe der Schule ist beispielsweise nicht die Befähigung der Schülerin zur fachgerechten Versorgung einer konkreten Patientin (Frau M.), die nach einem Schlaganfall mit einer Halbseitenlähmung auf einem Dreibettzimmer einer neurologischen Station im Krankenhaus X pflegerische Unterstützung bei der Morgentoilette benötigt. Das, was in der Schule im Zusammenhang mit der Thematik ‚Körperpflege‘ vermittelt wird, muß notwendigerweise vom Einzelfall abstrahieren und auf Generelles beschränkt sein. Nur wenn das relevante Wissen in Form eines allgemeinen Modells, einer generellen Systematik, eines übergeordneten Prinzips angeboten wird, kann es der Schülerin Hilfen bieten, körperpflegerische Betreuungsangebote in unterschiedlichen Praxisfeldern für Personen mit differenten Erwartungen und Bedürfnislagen zu realisieren.

Das im Unterricht vermittelte Wissen darf sich gleichzeitig nicht auf das ‚Wie‘ des angemessenen Handelns beschränken, sondern muß das ‚Warum‘ mitreflektieren, berücksichtigt man, daß theoretische Modelle und Erkenntnisse zur Wirklichkeit prinzipiell menschlichem Denken entspringen und notwendig hypothetischen Charakter haben. Das bedeutet:

(a) Begründungszusammenhänge, in denen die inhaltlichen Aussagen stehen, sind analog wissenschaftlicher Erkenntnis dem Anspruch der Wahrheit verpflichtet und können diesen Anspruch gleichzeitig nur mit wissenschaftlich-methodischen Verfahren einlösen. „Daß jeder Unterricht und jegliche Wissensvermittlung unter dem Anspruch der Wahrheit steht und stehen muß, darf als selbstverständlich gelten. Würde sich unterrichtliche Lehre nicht diesem Anspruch unterstellen, wäre sie überflüssig, denn wozu sollte ein Wissen dienen, das unwahr und falsch ist? ... Ein dem Ideal der Wahrheit verpflichteter Unterricht ist ... [gleichzeitig, d. V.] auf die Wissenschaft verwiesen und angewiesen. Wissenschaftsorientierung ... ist [somit, d. V.] eine notwendige Bedingung für die Unterrichtsaufgabe, denn keine andere Instanz als die Wissenschaft könnte heute die Richtigkeit

des fachlich zu Vermittelnden verbürgen.“ (Schilmöller 1996: 44 f.)

Wissenschaftsorientierter Unterricht bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die inhaltlichen Aussagen wissenschaftlich überprüfbar sein müssen und gleichzeitig, daß die Aneignung von Erkenntnis im Lernprozeß mit Hilfe methodisch kontrollierter Verfahren erfolgen soll. Eine intersubjektive, kritisch-rationale Überprüfung der Richtigkeit von inhaltlichen Aussagen soll garantieren, daß die Lehre auf Aufklärung und nicht auf Indoktrination und Drill abzielt.

Ein so formulierter Anspruch stellt in der Gegenwart der Pflegeausbildung hohe Anforderungen an die Lehrerinnen in der Pflege, berücksichtigt man, daß das Pflegegewissen bislang nur in sehr geringem Umfang über wissenschaftlich abgesicherte Erkenntnisse verfügt. Der Pflegeunterricht müßte daher auch dazu befähigen, tradierte Arbeitsmuster, aber gleichwertig auch neuentwickelte theoretische Modelle zur Beschreibung von Pflegearbeit kritisch in Frage zu stellen und sachlich-begründeter Auseinandersetzung zugänglich zu machen.

(b) Die Praxis eröffnet demgegenüber Aufforderungen, im theoretischen Unterricht erworbene Erkenntnisse in konkretes Handeln umzusetzen, entsprechend situativer Gegebenheiten zu modifizieren, zu gestalten und einzuüben. Stehen die in der Praxis vorfindbaren Arbeitsstile und Bewältigungsstrategien der Praktikerrinnen zunächst im Widerspruch zu schulischer Unterweisung, so ist die Praxis gleichzeitig der Ort, an dem die Schülerin ihre im schulischen Unterricht erworbene Fähigkeit zur sachlich begründeten Auseinandersetzung einsetzen kann, um die Richtigkeit bzw. Unangemessenheit von Arbeitsmustern in der Praxis zu bewerten und begründet alternative Bewältigungsverfahren einzusetzen oder aber auch abzulehnen. Voraussetzung für das Gelingen einer so skizzierten Aufgabenteilung zwischen Schule und Praxis ist allerdings, daß die Pflegepersonen in der Praxis einer sachlich begründeten Auseinandersetzung zugänglich sind und die Schule die Auszubildenden

auf entsprechende Diskurse befriedigend vorbereitet.

Die Zusammenarbeit zwischen den Lernorten Schule und Praxis scheitert dann, wenn unter dem Postulat eines reduktionistischen Verständnisses von Praxisorientierung die für den Lernprozeß notwendige Einübung in kritisch-rationale Auseinandersetzung soweit verkürzt wird, daß die normativen Verhaltensregeln der Schule und der Praxis unversöhnlich gegeneinanderstehen und der ihnen unterstellte Wahrheitsanspruch sich einer argumentativen sachlichen Auseinandersetzung verschließt. Diese Zusammenhänge sollen im folgenden mit der Kennzeichnung bestehender Probleme in der gegenwärtigen Ausbildung erläutert werden.

6. Die Schule als die 'bessere Praxis'?

Die gegenwärtige Arbeitspraxis wird aus Sicht der Krankenpflegeschule im Hinblick auf Ausbildungsmöglichkeiten häufig als defizitär bewertet. Da die in der Schule vermittelten besonderen Arbeitsmethoden und Techniken nicht immer zum gängigen Repertoire der in der Praxis üblichen Verfahren zählen, beschränkt sich das schulische Lernen nicht darauf, übergeordnete allgemeine Kenntnisse zum angemessenen Handeln zu vermitteln. Um Handlungsfähigkeit der Schülerinnen auch ohne modellhafte Beispiele der Pflegepraxis zu sichern, vermittelt die Schule differenzierte Regeln und Vorgehensstrategien, die die Schülerinnen befähigen sollen, das im Unterricht erworbene Wissen unmittelbar umzusetzen. So soll die Vermittlung von konkret operationalisierten Pflegeablaufstandards garantieren, daß, unabhängig von den individuellen Arbeitsstilen der Praktikerinnen auf den Stationen, patientenbezogene Betreuungsangebote sicher realisiert werden können.

Je differenzierter im schulischen Unterricht die korrekte Durchführung von Pflegemaßnahmen von der Einhaltung detaillierter Regeln bestimmt wird, um so schwieriger ist es allerdings für die Auszubildenden, entsprechende Verfahren in ihr Pra-

xishandeln zu integrieren. Dies erläutert die Einschätzung einer Stationsmitarbeiterin in der bereits zitierten Berliner Studie zum Lernen in der Praxis (Domscheit et al. 1994: 129): „Wenn wir so lange waschen würden, wie in der schulischen Ausbildung empfohlen, würden wir bis in den Spätdienst hinein waschen.“

Die so beschriebene Diskrepanz zwischen theoretischem Lernangebot und praktischen Lernchancen in der gegenwärtigen Ausbildung verweist nicht auf einen Mangel an *Praxisorientierung* des schulischen Lernens, sondern vielmehr auf einen Mangel an *Theorieorientierung*. Arbeitsablaufstandards erfüllen die Funktion, ein Mindestmaß an Qualität und Einheitlichkeit des Handelns zu garantieren. Die Gültigkeit von Pflegestandards muß in jedem Fall in der Praxis evaluiert werden. Im übrigen muß die Relevanz standardisierter Arbeitsabläufe in Abhängigkeit von situationsspezifischen Arbeitsanforderungen relativiert werden. Die Vermittlung entsprechender Standards darf somit nicht darauf beschränkt sein, modellhaftes Vorgehen als ausschließliches Bewertungskriterium für angemessenes Handeln zu definieren. Thematisieren muß der schulische Unterricht gleichwertig die generelle Funktion von Standards, die Vorteile, aber auch möglichen Probleme, die bei der Arbeit mit Pflegestandards bestehen. Verzichtet der schulische Unterricht darauf, entsprechende Begründungszusammenhänge zu reflektieren, so wird einerseits souveränes Handeln erschwert und andererseits das Lernangebot unzulässig verkürzt.

7. Die Schule als Instanz zur Formulierung der 'besseren' Pflege?

Modelle und Konzepte zur Beschreibung von Pflegearbeit aus den USA und dem europäischen Raum haben inzwischen Eingang gefunden in die theoretische Unterweisung der Krankenpflegeschule. Sie werden als Grundlage für den Aufbau von Pflegeausbildungscurricula genutzt (so das Hessencurriculum), sie dienen als inhaltliche Systematik zur Strukturierung des Pflegewissens in Pflegelehr-

büchern (so das Lehrbuch von Liane Juchli) und sie finden als Gegenstand inhaltlicher Unterweisung Berücksichtigung.

Ohne daß im folgenden eine umfassende Würdigung entsprechender Ansätze zur Beschreibung von Pflegearbeit erfolgen kann, erscheint der Tatbestand bemerkenswert, daß die bisher vorliegenden Pflegemodelle die organisatorischen Rahmenbedingungen, in denen Pflegearbeit steht, sowie die für die Pflegeberufsaufgabe notwendige Aufgabenabgrenzung gegenüber Angeboten anderer Gesundheits- und Sozialberufe aus ihren Überlegungen weitgehend ausgrenzen (vgl. Voss 1993: 229).

Entsprechende Rahmenbedingungen als Einflußfaktor für die Definition konkreter Pflegeangebote haben jedoch eine generelle Bedeutung. Nicht nur im Krankenhaus der Gegenwart, sondern auch im Rahmen ambulanter Versorgungseinrichtungen der Zukunft, im Krankenhaus, im Altenheim und in der Sozialstation wird die Pflegeperson ihr spezifisches Arbeitsangebot nicht nur mit den Empfängern von Pflege, sondern im Kontext von Institutionen und beruflich gegliederter Arbeitsteilung aushandeln müssen. Konkret bedeutet das: Pflegehandeln wird nicht nur von den Bedürfnissen des zu Pflegenden bestimmt, sondern untersteht divergierenden Erwartungen. Handlungskompetenz in der Pflege kann daher nicht ausschließlich aus normativen in sich geschlossenen Welt- und Menschenverständnissen – und mögen sie noch so patientenorientiert sein – abgeleitet werden. Handlungskompetenz setzt vielmehr voraus, daß die Pflegeperson fähig ist, zu vermitteln zwischen den Ansprüchen, die aus der Sinnperspektive des durch Krankheits- und Gesundheitsprobleme betroffenen Individuums erwachsen, den Erwartungen, die sich aus munter restriktiven Rahmenbedingungen der Gesundheitsinstitutionen ergeben und dem medizinisch-naturwissenschaftlich definierten Behandlungsbedarf, den der Arzt entscheidet. Ein so formulierter Abstimmungsprozeß setzt meines Erachtens sachlich begründete Argumente voraus, die auch von Außenstehenden verstanden werden können.

Das bedeutet nicht, daß die bestehenden pflegetheoretischen Ansätze im Ausbildungsangebot ignoriert werden können. Sie sind in jedem Fall Teil des Pflegewissens und eröffnen gleichzeitig eine Fülle an Perspektiven und Erkenntnismöglichkeiten für die Weiterentwicklung dieses Wissens.

Als normative Setzungen für das Pflegehandeln sind sie allerdings problematisch. Gefährlich, da gegenwärtige Mißstände eher stabilisierend, sind entsprechende Erklärungsangebote, wenn die in ihnen implizierten Postulate für Realität gehalten werden und eine 'patientenorientierte Pflege' lediglich in der 'Pflegephilosophie' Verwirklichung findet, der utopische Charakter dieser Verwirklichung jedoch nicht anerkannt wird.

Die Auseinandersetzung mit den Pflegemodellen sollte deshalb grundsätzlich darauf ausgerichtet sein, die Möglichkeiten und die Grenzen der Entwürfe zur Beschreibung von Pflegewirklichkeit kritisch einzuschätzen. Gleichwertig müssen die institutionellen Rahmenbedingungen, in denen Pflege geleistet wird, mit ihren Anforderungen einer theoretischen Reflexion zugänglich gemacht werden.

Ein so formuliertes Pflegeunterrichtsangebot soll widersprüchliche Erwartungen für das Pflegehandeln aufdecken. Es soll normative Setzungen für angemessenes Handeln grundsätzlich in Frage stellen und relativieren unter Berücksichtigung weiterer Einflußgrößen. Entscheidungen für angemessenes Handeln stehen in einem so beschriebenen Unterricht nicht in Abhängigkeit zu übergeordneten verbindlich geltenden Normen, sondern in Abhängigkeit zu systematisch zu analysierenden Bestimmungsfaktoren, die der Komplexität von Pflegehandlungssituationen Rechnung tragen.

Praxisorientiert ist ein so formulierter Unterricht zwar *nicht*. Denn hier werden die Erwartungen der gegenwärtigen als auch der zukünftigen Praxis keineswegs zum einzigen Maßstab für die inhaltliche Gestaltung des Unterrichtsangebotes gemacht; vielmehr richtet sich die Lehre *gleichwertig* an dem Interesse der Schülerinnen auf Förderung ihrer Möglichkeiten zu selbstverantwortlichem gesellschaftlichen

Handeln aus. *Praxisrelevant* ist ein so skizzierter Unterricht jedoch in jedem Fall. Wichtig ist allerdings, daß die schulische Lehre darauf verzichtet, unabhängig von den bestehenden Arbeitsbedingungen eine 'bessere' Pflege zu definieren. Vielmehr ist die Praxis mit ihren Gegebenheiten systematisch in die Reflexion einzubeziehen, so daß eine kommunikative Verständigung mit den Praktikerinnen verbessert möglich wird.

8. Die Praxis als Lernort, an dem nicht argumentiert wird

Ob eine verbesserte Verständigung zwischen Schule und Praxis gelingt, hängt allerdings nicht nur von den Personen ab, die die Schule vertreten.

Die Praxis, so könnte man argumentieren, hat es nicht nötig, 'Praxisorientierung' unter Beweis zu stellen, da sämtliche Aktivitäten in der Praxis auf die Bewältigung von Pflegearbeit ausgerichtet sind und insofern alles, was in der Praxis geschieht, für den Lernprozeß der Schülerin relevant ist. Ein dem schulischen Unterricht analoges Postulat kann sich allerdings nicht auf die Arbeitspraxis der Pflege beziehen, sondern müßte die Praxis als Ausbildungspraxis bewerten.

Schätzt man die Praxis als einen Lernort ein, so kann festgestellt werden, daß in der Gegenwart systematisch geplante Unterrichtsangebote unzureichend institutionalisiert sind (vgl. Domscheit et al. 1994: 81). Das bedeutet nicht, daß die Schülerinnen in der Praxis nichts oder nur wenig lernen können. Problematisch ist vielmehr, was sie lernen und wie sie lernen. Mögliche Konflikte und Widersprüche im Lernprozeß und auch schlicht das Einüben unkorrekten Verhaltens werden nicht befriedigend reflektiert. Die an die Auszubildenden delegierten Arbeitsaufgaben stehen nicht primär im Zusammenhang mit ihrem Ausbildungsstand, sondern im Zusammenhang mit dem konkreten Arbeitsanfall, der die Betreffenden einerseits möglicherweise nicht befriedigend fordern oder andererseits auch überfordern kann.

Außerhalb angeleiteter Unterwei-

sungen müssen die Schülerinnen die Regeln für richtiges Handeln indirekt erschließen, das heißt, Regeln und Erwartungen werden nicht explizit in argumentativen Auseinandersetzungen formuliert, sondern müssen durch Reaktionen der Zustimmung bzw. Ablehnung, die die vorgesetzten Stationsmitarbeiterinnen dem Handeln der Schülerinnen entgegenbringen, mit Hilfe empathischer und sinnlich-intuitiver Zugangsweisen ermittelt werden. Melia (1990: 23 f.) spricht in ihrer Studie zur beruflichen Sozialisation von Krankenpflegeschülerinnen von den sogenannten 'ungeschriebenen Regeln' der Praxis.

Wird das Lernen in der Praxis unter weitgehendem Verzicht auf sachlich begründete Auseinandersetzungen gestaltet, so erschwert es der einzelnen, sich distanziert-reflexiv mit den Erwartungen und Regeln der Praktikerinnen auseinanderzusetzen. Entsprechende Erwartungen gehen somit als quasi 'natürlich' und in besonderem Maße identitätsstiftend in die Lernerfahrung ein.

Erfahrungen, die jemand gewonnen hat, sind gleichzeitig einer sachlich begründeten Auseinandersetzung nur schwer zugänglich, da man niemandem seine Erfahrungen absprechen kann. Da Erfahrungen zudem persönlichkeitsstiftend wirksam sind, ist das Infragestellen persönlicher Überzeugungen, die sich der Erfahrung verdanken, häufig mit Gefühlen der Bedrohung und Entfremdung verbunden.

Für die Vorbereitung der Schülerinnen auf neue Herausforderungen und zukünftigen Wandel ist das gegenwärtige Ausbildungsangebot, das analog zur Ausbildungspraxis des 19. Jhds. weitgehend auf Modell- und Erfahrungslernen begrenzt wird, in jedem Fall ungeeignet. Ausbildungsorientierung der Praxis müßte verbessert darauf ausgerichtet sein, kommunikative Unterrichtsangebote in die Arbeitspraxis zu integrieren.

9. Schlußbemerkungen

Es wird davon ausgegangen, daß Spannungen zwischen den Lernorten nicht grundsätzlich vermieden werden

können. Für einen *kooperativen Umgang* mit entsprechenden Spannungen scheint allerdings das *Postulat der Praxisorientierung*, das zur Zeit noch weitgehend Gültigkeit beansprucht, mißverständlich und wenig hilfreich. Um den Umgang mit Theorie-Praxis-Diskrepanzen konstruktiv zu gestalten, gilt es zunächst einmal, den sogenannten 'Theorie-Praxis-Konflikt' einer diskursiven, sachlichen Auseinandersetzung zugänglich zu machen. Der erste Schritt, um dies zu leisten, kann darin bestehen, deutlich zu machen, daß es sich bei diesem Konflikt, streng genommen, um einen 'Theorie-Theorie-Konflikt' handelt. Auch die Praktikerinnen auf den Stationen gestalten ihr Handeln als Ergebnis gedanklicher Vorannahmen und Entscheidungen. Das bedeutet: prinzipiell theoriegeleitet (vgl. Heid 1986: 110).

Ellen Bögemann-Großheim

Diplom-Pädagogin,
Doktorandin Univ. Dortmund
Lehrerin für Pflegeberufe
ÖTV-Fortbildungsinstitut
Bismarckstr. 69
47057 Duisburg

Literatur

ADS – Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und der deutschen Schwesterngemeinschaft e.V. (Hg.) (1965): Die Pflege des kranken Menschen. 5. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart.

Brückmann, Hanna (1958): Das Unwandelbare und das Wandelbare in der Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift. Heft 8, S. 293–296.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.) (1994): Zur Situation und Entwicklung der Pflegeberufe in der Bundesrepublik Deutschland. (= IAB-Projekt 4–419 V 'Arbeitsmarkt für Pflegeberufe') Selbstverlag, Bonn.

Cauer, Marie (1949): Von den menschlichen Anforderungen an die Schwester. In: Bauer u. a. (Hg.): Hand- und Lehrbuch der Krankenpflege. 5. Aufl. Francksche Verlagshandlung, Stuttgart, S. 1–18.

Domscheit, S./ Wingenfeld, K./ Grusdat, M. (1994): Gutachten zur praktischen Krankenpflegeausbildung in Berlin im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit des Landes Berlin. Schrift der Senatsverwaltung für Gesundheit des Landes Berlin, Berlin.

Grauhahn, Antje (1990): Reflexionen über den Fortschritt in der Krankenpflege. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift. Heft 5, S. 316–322.

Heid, Helmut (1986): Über die Schwierigkeit, berufliche und allgemeine Bildungsinhalte zu unterscheiden. In: Tenorth, H. E. (Hg.): Allgemeine Bildung. Analyse zu ihrer Wirklichkeit,

Versuche über ihre Zukunft. Juventa, Weinheim/München, S. 95–116.

Kurtenbach, H./ Golombek, G./ Siebers, H. (1986): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar. Kohlhammer, Köln/ Stuttgart/ Berlin/ Mainz 1986.

Melia, Kath, K. (1990): Arbeit erledigen oder lernen zu pflegen? Die berufliche Sozialisation von Krankenpflegeschülern. In: Neander, K.-D. (Hg.): Ausbildung und Arbeitssituation der Pflege in der Diskussion. Zuckschwerdt, München/ Bern/ Wien/ San Francisco, S. 20–27.

Pätzold, G./ Walden, G. (1995): Anspruch und Wirklichkeit des Lernortkonzepts. In: Pätzold, G./ Walden, G. (Hg.): Lernorte im dualen System der Berufsbildung (= Berichte zur beruflichen Bildung Heft 177). Bertelsmann, Bielefeld, S. 11–22.

Pfeiffer, L. (1910): Verordnungen die Ausbildung des Pflegepersonals betreffend, die Lehrpläne der Krankenpflegeschule. In: Pfeiffer, L. (Hg.): Taschenbuch der Krankenpflege für Krankenpflegeschulen, für Ärzte und für die Familie. 6. Aufl. Böhlau (Nachfolger), Weimar, S. 255–261.

Rohde, Johann J. (1962): Soziologie des Krankenhauses. Enke, Stuttgart.

Schilmöller, Reinhard (1996): Wissenschaftsorientierter Unterricht – ein Weg zur Bildung? In: Zeitschrift für wissenschaftliche Pädagogik. Heft 1, S. 32–54.

Voss, Friedrich (1993): Pflegerisch-medizinische Arbeit im formal organisierten Sozialsystem des Krankenhauses. Schallwig, Bochum.

Buchbesprechungen

Das rege Interesse, das hierzulande den überwiegend angloamerikanischen Pionieren der Pflegewissenschaft entgegengebracht wird, animiert seit geraumer Zeit die Fachverlage zu entsprechenden Veröffentlichungen, wobei zunehmend auch die relevante englischsprachige Literatur in das Deutsche zu übersetzt wird. Neben den Hauptwerken einzelner Pflegeethikerinnen (M. Rogers, M. Leininger, I. King, H. Peplau, D. Orem, P. Benner, I. Orlando und J. Watson), Sekundärarbeiten zu diesen

sowie eher methodischen Beiträgen zur Pflegeforschung, liegen inzwischen auch eine Reihe von Übersichtsarbeiten und Textsammlungen vor, in denen entweder mehrere Pflegeethorien und/oder Rahmenkonzepte beschrieben, klassifiziert und evaluiert werden oder in denen ein originärer Beitrag zur Theorieentwicklung geleistet wird. Der nachfolgend versuchte Überblick über derlei Übersichten ist allerdings – schon aus Platzgründen – keineswegs vollständig. Es ist beabsichtigt, in einer der nächsten Ausgaben von Pflege &

Gesellschaft die Sammelrezension zu vervollständigen.

Die inzwischen doch recht zahlreichen Veröffentlichungen deuten jedenfalls an, daß die Beschäftigung mit pflegetheoretischen Fragen im deutschsprachigen Raum dabei ist, Anschluß an den angloamerikanischen bzw. internationalen Diskussionsstand zu gewinnen. Erfreulicherweise scheint dabei auch das Stadium mystifizierender Fernblicke über Ärmelkanal und Atlantik bereits in Überwindung begriffen.