



Fachhochschule
Bielefeld

Fachbereich
Pflege und Gesundheit

Workshop-Reader

Nr. 2
Workshop
Strukturen pflegerischen Wissens
- Überlegungen zu einer möglichen
Fachdidaktik Pflege -
4. Juni 1998
2. überarbeitete Auflage

Barbara Knigge-Demal

Workshop-Reader

Herausgeber: Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Pflege und Gesundheit
Redaktion: Petra Blumenthal
Copyright: Barbara Knigge-Demal, 1998

Nr. 2
Workshop
Strukturen pflegerischen Wissens
- Überlegungen zu einer möglichen
Fachdidaktik Pflege -
4. Juni 1998
2. überarbeitete Auflage

Barbara Knigge-Demal

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
A Vortrag 1: Psychomotorisches Lernen in den Pflegeausbildungen	
Prof. Dr. Herbert Heuer	5
B Vortrag 2: Strukturen pflegerischen Wissens	15
Teil 1: Berufliche Bildung im Kontext der Berufspädagogik	
Prof'in i. V. Barbara Knigge-Demal	15
Teil 2: Konstitutive Merkmale pflegerischer Situation	
Prof. Dr. Gertrud Hundenborn	19
Teil 3: Pflegesituationen als Strukturelemente eines Curriculums	
Prof'in i. V. Barbara Knigge-Demal	28
C Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischen Handelns	31
Arbeitsgruppen.....	31
Gruppe 1: Ausgangspunkt Pflegediagnosen	31
Gruppe 2: Ausgangspunkt Pflegebedarf/Pflegebedürftigkeit.....	35
Gruppe 3: Ausgangspunkt Pflegesituationen.....	39

Vorwort

Prof'in i. V. Barbara Knigge-Demal

Die noch immer vorhandenen offenen Probleme im Bereich der Fachdidaktik konfrontieren Lehrerinnen/Lehrer sowie Pflegepädagoginnen/Pflegepädagogen, die in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegenden arbeiten, täglich mit den ungeklärten Fragen zu diesem Problemfeld.

Im deutschsprachigen Kontext der Pflegeberufe haben sich Wittneben (1991, 1994, 1997), Sieger (1996), Schwarz-Govers (1994, 1997) u. a. mit der Konstituierung einer Fachdidaktik auseinandergesetzt und die Diskussion in der Berufsöffentlichkeit angeregt und bereichert. Mit der Einrichtung von Pflegestudiengängen erfährt diese Diskussion eine Erweiterung durch all jene, die sich in den Studiengängen Pflegepädagogik den offenen Problemen einer Fachdidaktik Pflege zuwenden. Die vorhandenen Konzepte zur Strukturierung des Pflegeunterrichts, die sich in den Weiterbildungsinstituten konstituiert haben, finden Eingang in eine erneute Diskussion, denn mit der Ansiedlung der Pflegepädagogik an den Hochschulen eröffnen sich neue Möglichkeiten zur Evaluation und Revision vorhandener Erfahrungen. Des Weiteren eröffnen sich neue Chancen über die sich entwickelnde Pflegewissenschaft als eine Bezugswissenschaft von Fachdidaktik und der Diskussion über die Pflegeausbildung im Kontext der Berufspädagogik als zweite Bezugswissenschaft.

Und dennoch befinden wir uns wieder einmal relativ am Anfang eines neuen Weges, denn das Hochschulstudium eröffnet nicht nur neue Chancen, sondern auch neue Anforderungen an die Lehrerausbildung. Mit der Qualifizierung der Pflegepädagogen für mehr als ein Fach, führen die Forderungen nach einer fächerübergreifenden Bereichsdidaktik zu neuen realisierbaren Perspektiven für die Integration von Lerninhalten in die Pflegeausbildungen. Das bedeutet, dass die Diskussion um eine Fachdidaktik sich um eine curriculare Diskussion erweitern muss, will man sich der Forderung nach einer Bereichsdidaktik mit dem Ziel der Fächerintegration stellen. Im Studiengang Pflegepädagogik wollen wir Lehrenden uns dieser Diskussion in und mit der Berufsöffentlichkeit stellen. Deshalb greifen wir die offenen Probleme einer Fachdidaktik Pflege oder einer Bereichsdidaktik Pflegeausbildung im Rahmen einer Workshop-Reihe auf. Der vorliegende Bericht resultiert aus einem Workshop, der am 4. Juni 1998 im Fachbereich Pflege und Gesundheit stattfand.

Mit dem Workshop wollten wir uns drei der zentralen Probleme einer Fachdidaktik annähern und

- mögliche Strukturen einer Fachdidaktik klären,

- Fragen zur Selektion und Legitimation von Lerninhalten im Fach Pflege klären,
- Vermittlungsprobleme am Beispiel des psychomotorischen Lernens diskutieren.

Die Vorträge und Ergebnisse dieser Diskussion sind im vorliegenden Beitrag zusammengestellt.

Der nächste Workshop zur Bearbeitung von Fragen zu einer möglichen Fachdidaktik Pflege oder Bereichsdidaktik Pflegeausbildung wird im Sommer 1999 stattfinden.

Programm des Workshops:

- 09:00 Ankommen und Kennenlernen
09:30 Begrüßung
- 09:45 **Vortrag:**
Psycho-motorisches Lernen in den Pflegeausbildungen
Prof. Dr. H. Heuer, Universität Dortmund
- Diskussion
- Kaffeepause
- 10:45 **Vorträge:**
Strukturen pflegerischen Wissens
- Prof. G. Hundenborn, Kath. Fachhochschule Köln
 - Dipl. Psych. B. Knigge-Demal, Prof'in in Vertretung, Fachhochschule Bielefeld
- Stand der Konzeptentwicklung in den Studiengängen Pflegepädagogik**
- an der kath. Fachhochschule Köln, Prof. G. Hundenborn
 - an der Fachhochschule Bielefeld, Dipl. Psych. B. Knigge-Demal, Prof'in in Vertretung
- 11:45 **Arbeitsgruppen:**
Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischen Handelns
1. Ausgangspunkt: Pflegediagnosen
 2. Ausgangspunkt: Pflegebedürftigkeit/Pflegebedarf
 3. Ausgangspunkt: Pflegesituationen
- Mittagsimbiss
- 14:00 **Präsentation der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen**
- ca. 15:00 Ende der Veranstaltung

A Psychomotorisches Lernen in den Pflegeausbildungen

Vortrag 1:

Prof. Dr. Herbert Heuer

Vorbemerkungen

Dieser Beitrag ist von einem Psychologen geschrieben, der sich zwar seit gut 25 Jahren mit Fragen der Psychomotorik und des Bewegungslernens beschäftigt, aber niemals in Pflege oder Pflegeausbildung tätig war. Daher kann ich keinerlei Empfehlungen oder Richtlinien für Didaktik und Methodik in den Pflegeausbildungen geben. Stattdessen werde ich einige grundlegende Konzepte vorstellen und erläutern, die hilfreich sein können, wenn man über das motorische Lernen und die Gestaltung von Übungsbedingungen nachdenkt. Es ist meine Hoffnung, dass sie gewissermaßen als gedankliche Bausteine von denjenigen genutzt werden können, die die konkreten Probleme beim Erwerb motorischer Fertigkeiten in den Pflegeberufen kennen. Wenn eine solche Verbindung zwischen Grundlagenforschung und Anwendung gelingt, ist der Zweck dieses Beitrags erfüllt.

Für die Beschreibung grundlegender Konzepte ist es nicht nötig (oder sogar schädlich), zu sehr auf Komplikationen, Vorbehalte, technische Einzelheiten usw. einzugehen. Mehr als auf experimentelle Untersuchungen werde ich daher auf illustrative Beispiele zurückgreifen. Und ich werde Dinge in einem Maße vereinfachen, die möglicherweise gelegentlich das Maß des Zulässigen überschreiten mögen. Auf Literaturangaben habe ich verzichtet, aber am Ende dieses Beitrages ist weiterführende Literatur aufgeführt.

Eine Phaseneinteilung des Erwerbs motorischer Fertigkeiten

In der Literatur ist eine Einteilung des psychomotorischen Lernens in drei Phasen geläufig, die auf Fitts zurückgeht. Sie gibt einen anschaulichen Überblick über die Veränderungen im Verlauf des Lernens, ist aber in keiner Weise streng begründet und in Einzelfällen auch unzutreffend. Ihren Ursprung hat diese Einteilung in dem Bemühen von Fitts, seine zahlreichen informellen Beobachtungen vor allem bei Piloten in der Ausbildung zu ordnen. Das Ergebnis sind die folgenden drei Phasen.

Der Erwerb motorischer Fertigkeiten beginnt mit einer *kognitiven Phase*. In dieser Phase steht noch mehr das Denken im Vordergrund als die eigentlichen Bewegungen. Im Zentrum steht das „Was“ des Tuns: Welche Handgriffe sind in welcher Reihenfolge oder unter welchen Bedingungen zu verrichten? Dazu gibt es in der

Regel einen bewussten Plan, der ein explizites Memorieren erlaubt. Bewegungsabläufe sind natürlich noch langsam, bedingt durch die Langsamkeit unseres Denkens und Erinnerns. (Versuchen Sie, Teilbewegungen beim Binden eines Schnürsenkels zu erinnern, und binden Sie dann einen Schnürsenkel, indem Sie jeweils zunächst die entsprechende Teilbewegung planen: Das ist dann so etwas wie ein Rückfall in die kognitive Phase bei einer Fertigkeit, bei der wir sie in der Regel im Vorschulalter überwinden.)

Der kognitiven Phase folgt die *assoziative Phase*. In dieser Phase erfolgt so etwas wie die Abkopplung der Bewegungen vom bewussten Plan. Teilbewegungen werden direkt miteinander verknüpft, wobei der vorher dazwischen liegende Planungsschritt entfällt und auf diese Weise entstehen größere Einheiten. Ein Standardbeispiel ist das Schalten beim Autofahren: Aus der Folge „Fuß vom Gas - Kupplungspedal durchtreten - Schalthebel in Mittelposition - Schalthebel in neue Position (Wo ist die?) - Kupplungspedal loslassen - Fuß auf Gaspedal“ wird ein einheitliches Bewegungsmuster, dessen einzelne Bestandteile nicht mehr ins Bewusstsein treten. Wenn sie es dennoch tun, so ist das für den Fluss der Bewegung eher schädlich.

Der Endzustand schließlich ist die *autonome Phase*. Die Bewegungen haben sich mehr oder weniger verselbstständigt; sie verlaufen glatt und praktisch anstrengungsfrei; sie sind automatisiert, erfordern kaum noch Aufmerksamkeit und man kann nebenbei andere Dinge tun, zum Beispiel sich mit einer anderen Person unterhalten.

Wie ich bereits erwähnt habe, ist die Einteilung in kognitive, assoziative und autonome Phasen pragmatisch und zum Teil unzutreffend. Entsprechend legt sie Folgerungen nahe, die zum Teil richtig sind, zum Teil aber auch falsch. Eine wahrscheinlich richtige Folgerung ist, dass für den möglichst schnellen und sicheren Erwerb motorischer Fertigkeiten eine Kombination von praktischen und mentalen Formen der Übung günstig ist, möglicherweise mit einem Überwiegen mentaler Übungsformen zu Beginn. Eine sicherlich falsche Folgerung ist, dass kognitive Anteile in der autonomen Phase vollständig entfallen. Selbst bei so hochgradig automatisierten Fertigkeiten wie dem Gehen können wir nicht beliebig schwere Gespräche führen, und intensive geistige Aktivität erhöht die Körperschwankungen beim Stehen, insbesondere offenbar bei Personen, bei denen das Stehen aus Altersgründen oder infolge einer Beinprothese schwieriger geworden ist.

Was wird gelernt?

Die Phaseneinteilung von Fitts beschreibt Änderungen in der Ausführung bzw. Kontrolle von Bewegungsmustern im Verlauf des Lernens. So bekannt diese Einteilung auch ist, so scheint es mir doch für viele Zwecke sinnvoller zu sein, zu fragen, was wir eigentlich lernen, wenn wir allmählich Bewegungsmuster beherrschen. Ich möchte eine einfache Antwort auf diese Frage beschreiben, die aber in meinen Augen beim Nachdenken über psychomotorisches Lernen recht nützlich ist. In aller Kürze lautet diese Antwort: Wir lernen vor allem zwei Dinge, nämlich gewünschte Bewegungsergebnisse und Transformationen.

Gewünschte Bewegungsergebnisse: Nehmen wir an, wir müssten lernen, einen Stützverband an einem geschwollenen Fußgelenk anzulegen. Als erstes müssen wir dann lernen, wie ein solcher Verband aussieht. Es muss also so etwas wie eine räumlich-bildhafte Vorstellung von einem solchen Verband erworben werden, eine offenbar nicht sehr „motorische“ und auch nicht sehr schwierige Aufgabe. Es gibt sogar noch einfachere Fälle, in denen gar nicht gelernt werden muss, weil das gewünschte Bewegungsergebnis einfach in der Umwelt gesehen werden kann. Wenn wir zum Beispiel nach einem Objekt greifen, müssen wir kein Bewegungsergebnis lernen, weil es durch Position, Größe und Form der Objekte unmittelbar vorgegeben ist.

Schwieriger wird es, wenn das gewünschte Bewegungsergebnis nicht direkt sichtbar ist oder in Form einer räumlich-bildhaften Vorstellung gelernt werden kann. Beim Stützverband beispielsweise betrifft das gewünschte Bewegungsergebnis ja nicht nur das Aussehen, sondern auch den Druck: Ist der Verband zu locker gewickelt, stabilisiert er nicht, ist er zu fest gewickelt, behindert er die Durchblutung. Wenn man seinen eigenen Fuß umwickelt, kann man feststellen, ob der tatsächliche Druck dem gewünschten entspricht und ihn entsprechend korrigieren. Beim Umwickeln eines fremden Fußes geht das nicht. Entweder muss man sich auf das Urteil des Patienten verlassen, oder aber das gewünschte Bewegungsergebnis muss anders definiert sein, statt durch den Druck am Fuß beispielsweise durch die Zugkraft des Verbandes beim Wickeln, die an der eigenen Hand gespürt wird.

Je nach Aufgabe können gewünschte Bewegungsergebnisse also auf sehr unterschiedliche Arten definiert sein:

- direkt in der Außenwelt sichtbar,
- durch eine sprachliche Beschreibung oder Repräsentation („inneres Sprechen“),
- durch eine räumlich-bildhafte Beschreibung oder Repräsentation (Vorstellung),
- durch eine kinästhetische Repräsentation (Bewegungsgefühl).

Es ist klar, dass für die Vermittlung unterschiedlich definierter Bewegungsergebnisse unterschiedliche Methoden geeignet sind. Aktive Bewegungen des Lernenden sind eigentlich nur dann erforderlich, wenn es um die Vermittlung eines Bewegungsgefühls und damit einer kinästhetischen Repräsentation des gewünschten Bewegungsergebnisses geht.

Die meisten Bewegungen sind kein Selbstzweck und Arbeitsbewegungen schon gar nicht. Die gewünschten Bewegungsergebnisse betreffen daher meist Veränderungen in der Umwelt, die durch die Bewegungen herbeigeführt werden. Eine Ausnahme sind hier scheinbar die durch ein Bewegungsgefühl definierten gewünschten Bewegungsergebnisse. Genau genommen betreffen sie aber auch die Wirkungen der Bewegung wie den Druck des Verbandes, nur können diese Wirkungen nicht unmittelbar registriert werden, sondern nur auf dem Umweg über die Merkmale von Bewegungen, die mit den betreffenden Wirkungen korreliert sind.

Transformationen: Ein gewünschtes Bewegungsergebnis gelernt zu haben, reicht nicht notwendigerweise aus, um eine entsprechende Bewegung ausführen zu können. Ein Beispiel ist die vorgestreckte längsgewölbte Zunge. Dieses gewünschte Bewegungsergebnis ist sicherlich etwas abwegig, aber dafür bekannt, dass manche Menschen es ohne Schwierigkeiten erreichen können, andere aber nicht, wobei meines Wissens nach einfache genetische Variationen maßgeblich sind. Unabhängig von den Ursachen der interindividuellen Unterschiede illustriert das Beispiel, dass das Lernen des gewünschten Bewegungsergebnisses nichts nützt, wenn man es nicht in entsprechende Muskelinnervationen umsetzen kann. Das Erlernen der Beziehung zwischen gewünschtem Bewegungsergebnis und der für das Erreichen erforderlichen motorischen Innervation ist ein Lernen von Transformation. (Genaugenommen gibt es eine Transformation von motorischer Innervation in Kräfte, in Gelenkbewegungen und schließlich in Wirkungen der Bewegungen in der Außenwelt; wenn die Wirkungen letztendlich den gewünschten Bewegungsergebnissen entsprechen sollen, muss diese Transformation invertiert werden, und die inverse Transformation ist zu lernen; die Invertierung kann aber auch gelingen, wenn nur die Vorwärts-Transformation gelernt wird, und so werde ich einfach vom Lernen der Transformation statt vom Lernen der inversen Transformation sprechen.)

Das Erlernen von Transformationen beginnt mit dem Erlernen der Beherrschung des eigenen Körpers, etwa dann, wenn ein Säugling lernt, nach Objekten zu reichen oder seinen Mund- und Rachenraum in einer solchen Weise zu formen, dass Laute der menschlichen Sprache entstehen. Einen großen Teil der für motorische Fertigkeiten relevanten Transformationen haben wir folglich irgendwann im Verlauf unseres Lebens erworben. In diesen Fällen reicht das Erlernen der gewünsch-

ten Bewegungsergebnisse aus, um Fertigkeiten zu beherrschen. Ein typisches Beispiel ist das Bedienen von Maschinen, bei denen beispielsweise mehrere Schalter in bestimmter Folge betätigt werden müssen: Wenn wir die Reihenfolge der Schalter gelernt haben (das gewünschte Bewegungsergebnis), beherrschen wir die Fertigkeit. Die Hand entsprechend zu bewegen, stellt kein Problem dar, da wir die entsprechende Transformation irgendwann in den Kinderjahren gelernt haben. (Unbeschadet dessen kann sich die Repräsentation des gewünschten Bewegungsergebnisses im Verlauf des Übens verändern; beispielsweise kann aus der anfangs sprachlichen Repräsentation eine räumlich-bildhafte oder auch eine kinästhetische werden. Als Konsequenz kann die Geschwindigkeit bei der Ausführung der Bewegungsfolge zunehmen, unter anderem durch eine Verschmelzung der Teilbewegungen zu größeren Einheiten, sogenannten „chunks“, wie im Beispiel des Schaltens beim Autofahren.)

Bei anderen motorischen Fertigkeiten beherrschen wir die Transformation nicht von vornherein. In vielen Fällen werden auch Werkzeuge benutzt, deren Beherrschung das Erlernen neuer Transformationen erfordert. Besondere Anforderungen scheinen in dieser Hinsicht die Instrumente bei minimal invasiven chirurgischen Eingriffen zu stellen. Ein längliches Instrument, das etwa in der Mitte gelagert ist, erfordert, damit sich die Spitze in eine bestimmte Richtung bewegt, eine Handbewegung in die entgegengesetzte Richtung (das ist eine sog. „inkompatible“ Beziehung zwischen gesehenerm Ziel und der Handbewegung, die erforderlich ist, um dieses Ziel zu erreichen). Wenn der Drehpunkt des Instruments durch unterschiedlich weites Einführen verschoben wird, ändert sich gleichzeitig die Verstärkung, d. h. die Beziehung zwischen der Weite der Bewegung der Hand und der Weite der Spitze des Instruments. Noch komplizierter werden die zu beherrschenden Transformationen, wenn Ziel und Spitze des Instruments durch ein Endoskop gesehen werden, dessen „Blickrichtung“ nicht mit der des Operateurs übereinstimmt.

Wenn gewünschte Bewegungsergebnisse und Transformationen erlernt sind, sind Bewegungen möglich, die ihren Zweck erreichen. Die Unterscheidung dieser beiden Dinge, die beim Erwerb motorischer Fertigkeiten gelernt werden müssen, bedeutet aber nicht, dass sie unabhängig voneinander gelernt werden. Es gibt tatsächlich verschiedene Möglichkeiten, diese beiden Lernprobleme zu lösen, sowohl unabhängig voneinander wie auch gemeinsam. Und es gibt Fälle, in denen die Transformation gar nicht oder nur sehr rudimentär gelernt werden muss, um eine Fertigkeit zu beherrschen. Die Invertierung einer Transformation setzt nämlich nicht zwingend voraus, dass sie gelernt wird, sondern sie kann auch mit Hilfe einer Regelung erfolgen, bei der die Bewegung mehr oder weniger kontinuierlich auf der Grundlage einer sichtbaren oder anderweitig registrierbaren Abweichung vom gewünschten Bewegungsergebnis angepasst werden muss. Bei der Blutent-

nahme könnte eine solche kontinuierlich überwachte Erhöhung des Drucks erfolgen, bis die Spitze des Instruments eindringt. Solche kontinuierlich überwachten und angepassten Bewegungen sind in aller Regel langsam. Prinzipiell scheinen bei menschlichen Bewegungen sowohl die Regelung wie auch eine Steuerung mit Hilfe einer gelernten Transformation kombiniert zu werden. Das stellt in gewisser Weise ein optimales Vorgehen dar, wenn eine Transformation invertiert werden muss.

Die Gestaltung der Lernbedingungen

Welche Konsequenzen ergeben sich nun aus der einfachen Antwort auf die Frage, was beim Erwerb motorischer Fertigkeiten gelernt wird? Ich möchte mich hier auf drei beschränken. Die erste betrifft die Nutzung praktischer (oder physischer) und mentaler Formen der Übung, die zweite die Übungsvariabilität und die dritte die Kenntnis des Resultats.

Praktische und mentale Übung: Wenn eine psychomotorische Fertigkeit gelernt wird, so kann die Leistungsverbesserung in unterschiedlichem Maße durch das Erlernen gewünschter Bewegungsergebnisse oder die zunehmende Beherrschung von Transformationen zustande kommen. Eine Aufgabe, bei der es praktisch ausschließlich um das Erlernen gewünschter Bewegungsergebnisse geht, ist die Handhabung einer Folge von Schaltern oder Tasten an einem Gerät: Wenn wir wissen, welcher Schalter wann zu betätigen ist, so können wir das in aller Regel auch. Es ist offensichtlich, dass das gewünschte Bewegungsergebnis oft gut und einfach mitteilbar ist, sei es sprachlich, mit Hilfe von Bildern oder Filmen oder durch Vormachen. Schwieriger wird es, wenn das gewünschte Bewegungsergebnis durch eine bestimmte Kraft definiert ist.

Aufgaben, bei denen es in erster Linie um das Erlernen gewünschter Bewegungsergebnisse geht, werden in der Literatur gelegentlich als „kognitive“ Aufgaben bezeichnet. Grundsätzlich können motorische Fertigkeiten in diesen Fällen fast ohne praktische Übung gelernt werden, einfach durch Instruktion, Nachahmung und Vorstellung. Die sogenannten kognitiven Aufgaben sind auch diejenigen, bei denen mentale Übung - die wiederholte Vorstellung des eigenen Tuns - besonders wirksam ist. In der Literatur werden sogar Fälle berichtet, in denen sich die mentale Übung als wirksamer erwies als die physische oder praktische Übung. Dabei schien von Bedeutung zu sein, dass das Ausführen der Bewegungen das Einprägen der gewünschten Bewegungsergebnisse behindern kann, zum Beispiel durch Ablenkung.

Anders sind die Verhältnisse bei Aufgaben, bei denen es in erster Linie um das

Erlernen von Transformation geht, z. B. bei einer Injektion. Sicherlich kann auch bei solchen Aufgaben ein Teil der Fertigkeit durch Instruktion, Nachahmung und Vorstellung gelernt werden, beispielsweise das Abstützen der Hand zur Verringerung des Tremors. Aber die Beziehung zwischen der eigenen Muskelkontraktion und dem Eindringen der Nadel in das Gewebe (Geschwindigkeit und Tiefe des Eindringens) kann kaum in irgendeiner Weise mitgeteilt werden, sondern nur erfahren. Was gelernt werden muss, sind Beziehungen zwischen aktivem Tun und seinen Konsequenzen, zwischen Muskelinnervation und den Merkmalen der Bewegung der Nadelspitze.

Aufgaben, bei denen es primär um das Erlernen von Transformationen geht, werden in der Literatur auch als „motorische“ Aufgaben gegen die „kognitiven“ Aufgaben abgegrenzt. Bei ihnen ist die Wirkung mentaler Übung wesentlich geringer als bei den kognitiven Aufgaben. Im Grunde ist dieser Befund sehr plausibel: Was nützt schließlich das Sehen oder die Vorstellung eines Bewegungsmusters, wenn man nicht in der Lage ist, seine Muskeln in entsprechender Weise zu kontrahieren? Die Tatsache, dass mentales Üben aber auch bei den motorischen Aufgaben eine gewisse Wirkung entfaltet, lässt sich darauf zurückführen, dass Bewegungsvorstellung und reale Bewegung Gemeinsamkeiten besitzen. Beispielsweise werden in beiden Fällen teilweise identische Strukturen des menschlichen Gehirns aktiviert.

Manchmal habe ich den Eindruck, dass es eine Tendenz geben könnte, das Training beruflicher Fertigkeiten mehr oder weniger zu „kognitivieren“ oder zu „intellektualisieren“. Das zeigt sich zum Beispiel in einer starken Betonung des mentalen Übens und einer geringen Betonung des praktischen Übens. Es sollte aber klar sein, dass dem mentalen Üben motorischer Fertigkeiten Grenzen gesetzt sind, und jeder anderen Form des Nachdenkens über das geforderte Bewegungsmuster einschließlich dem Verständnis von Biomechanik usw. auch. Bewegungslernen, und insbesondere das Lernen von Transformationen, kommt letzten Endes nicht ohne praktische Erfahrungen aus. Für das Lernen ist Information erforderlich, die schlicht und einfach nicht mitteilbar ist, sondern nur in geeigneten Übungssituationen erfahrbar. Sprache und Bilder eröffnen nur begrenzte Möglichkeiten, mitzuteilen, wie es sich beispielsweise anfühlt, wenn eine präzise dosierte Kraft ausgeübt wird.

Übungsvariabilität: Eine immer wieder auftretende Frage betrifft den „Drill“ - das Einschleifen eines gleichförmigen Bewegungsmusters durch dauerndes Wiederholen - und das Üben unter variablen Bedingungen: Was ist günstiger? Die Antwort dürfte ganz wesentlich davon abhängen, was gelernt werden soll: ein konstantes Bewegungsmuster, das unter stets gleichbleibenden Bedingungen auszuführen ist, oder ein flexibles Bewegungsmuster, das an die jeweiligen Erfordernisse

se angepasst werden muss. Im ersten Fall, in dem im Prinzip ein relativ konstantes Muster der Muskelinnervation „eingeschliffen“ werden muss, kann Drill günstiger sein, aber das ist offenbar nicht immer so. Beim Drill wird die Beherrschung der Transformation gewissermaßen implizit für das spezielle Bewegungsmuster mitgelernt. Bei flexibel einsetzbaren Bewegungen aber muss die Transformation unabhängig von den speziellen Bewegungen gelernt werden, und das ist häufig der Fall.

Das Lernen von Transformationen bedeutet ein Lernen von Beziehungen zwischen zumindest zwei Größen, einer Größe, die man selbst direkt beeinflussen kann (z. B. Muskelkraft), und einer Größe, die davon abhängt (z. B. die Position einer Nadelspitze). Ein Lernen von Beziehungen scheint dann am besten zu gelingen, wenn es in variabler Weise erfolgt. Wenn also etwa eine Injektion geübt werden soll, ist es sinnvoll, die Beziehung zwischen Kraft und Tiefe des Eindringens der Nadel in variabler Weise zu üben und nicht nur mit einem einzelnen gewünschten Bewegungsergebnis. Bei diesem Beispiel kommt ein weiteres Lernproblem hinzu, nämlich der unterschiedliche Widerstand von Haut und Gewebe bei verschiedenen Menschen. Es muss also nicht nur eine Transformation gelernt werden, sondern außerdem die flexible Anpassung an unterschiedliche Transformationen. Die Fähigkeit zur Anpassung an verschiedene Transformationen wird durch Übung mit wechselnden Transformationen gefördert. Auch in diesem Fall scheint eine variable Übung günstig.

Kenntnis des Resultats: Die Kenntnis des Resultats erlaubt es, das Ergebnis der tatsächlich ausgeführten Bewegung mit dem gewünschten Bewegungsergebnis zu vergleichen. In vielen Fällen ist das Ergebnis direkt zu sehen oder auf andere Weise zu erfahren, in anderen Fällen muss es auf indirekte Weise mitgeteilt werden. Ohne Kenntnis des Resultats mögen Bewegungen zwar schneller werden, aber nicht genauer. Für das Erlernen von Transformationen, manchmal auch für das Erlernen von gewünschten Bewegungsergebnissen, ist die Kenntnis des Resultats unumgänglich und sie gilt als eine - wenn nicht die - essentielle Bedingung für motorisches Lernen. Beispielsweise wird man das Anlegen eines Stützverbandes nicht erlernen können, wenn man keine Information über die Abweichung vom richtigen Druck erhält.

Es gibt keinen Zweifel daran, dass der Erwerb vieler motorischer Fertigkeiten durch Kenntnis des Resultats, also die Rückmeldung über das Ergebnis des eigenen Tuns, beschleunigt und verbessert werden kann, manchmal sogar erst ermöglicht. Dieser Sachverhalt legt den Gedanken nahe, beim Üben stets möglichst präzise und möglichst häufige Rückmeldungen zu geben. Tatsächlich kann man auf diese Weise das Lernen fördern, außer dann, wenn die Präzision der Rückmeldungen so hoch wird, dass keine entsprechend präzisen Korrekturen bei der

nächsten Ausführung der Bewegung mehr möglich sind. Aber zusätzliche Rückmeldungen, die nicht der gewissermaßen natürlichen Aufgabensituation innewohnen, haben auch eine Kehrseite, die erst in den letzten 10 bis 20 Jahren deutlich geworden ist.

In vielen Fällen ist psychomotorisches Lernen situationsspezifisch. Es erfolgt unter Nutzung aller Information, die in einer bestimmten Situation vorhanden sind und auf diese Weise wird die motorische Leistung letzten Endes von den situativen Merkmalen abhängig. Wenn also eine Trainingssituation mit Hilfe zusätzlicher Rückmeldungen „optimiert“ wird nach dem Kriterium eines möglichst effizienten Lernens, so ist das zwar nützlich für das Lernen, aber möglicherweise schädlich für die spätere Anwendung des Gelernten in einer Situation, in der die zusätzlichen Rückmeldungen nicht mehr vorhanden sind. Es gilt also, eine günstige Balance zwischen einer Optimierung der Lernsituation nach den Kriterien des effizienten Lernens und der Übertragung des Gelernten auf die spätere Anwendungssituation zu finden. Das impliziert, dass schon während des Trainings zusätzliche Kenntnis des Resultats nicht durchgängig verwendet wird, sondern gelegentlich fehlt.

Abschließende Bemerkungen

Dieser kurze Überblick über einige Konzepte zum motorischen Lernen und die sich ergebenden praktischen Folgerungen ist unvollständig und rudimentär. Wenn er Anregungen dazu gibt, wie man über die speziellen Probleme des psychomotorischen Lernens in den Pflegeausbildungen nachdenken und möglicherweise zu einer Verbesserung der Lösungen beitragen kann, hat er seinen Zweck erfüllt. Abschließend möchte ich noch kurz auf eine Frage eingehen, die in der wissenschaftlichen Literatur zum motorischen Lernen praktisch keine Rolle spielt, die aber dennoch viel mit dem Erfolg einer Ausbildung zu tun haben dürfte.

In einer Ausbildungssituation werden üblicherweise nicht nur Rückmeldungen gegeben, sondern auch Anweisungen darüber, wie die Bewegungen auszuführen sind. Oft können die auf diese Weise vorgegebenen Bewegungsergebnisse nicht erreicht werden, offenbar weil die notwendige Transformation nicht beherrscht wird. Das kann auch dann der Fall sein, wenn das erfolgreiche Umsetzen der Anweisungen trivial erscheint. Für Ausbilder und Lernende können solche Situationen, in denen offensichtlich triviale Anweisungen nicht befolgt werden können, außerordentlich unangenehm sein: Aus irgendwelchen Gründen gelingt es nicht, eine einfache Bewegung mit etwa stärker gebeugten Fingern oder etwas größerer Kraft auszuführen. Irgendwie scheint die Motorik durch die gegebenen Anweisungen nicht erreicht zu werden, obwohl es keinen augenscheinlichen Grund da-

für gibt, dass die Bewegungen nicht auf die geforderte Art ausgeführt werden können.

Bei praktisch allen Gedächtnisinhalten kommt es vor, dass sie manchmal unzugänglich sind, während sie in einem anderen Zusammenhang ohne weiteres abgerufen werden können. Ähnlich scheint es beim Abruf gelernter Bewegungsmuster oder Transformationen zu sein. Sie sind unzugänglich, wenn die Anweisungen auf die eine Art erfolgen, aber leicht abzurufen, wenn eine andere Formulierung der Anweisungen benutzt wird. Die Verwendung geeigneter Metaphern scheint dabei eine ganz zentrale Rolle zu spielen. Wie bereits erwähnt, die wissenschaftliche Literatur sagt fast nichts über die Nutzung von Metaphern, abgesehen von wenigen anekdotischen Beispielen, aber es könnte sein, dass die Kenntnis der geeigneten Metaphern viel von der Kunst guter Ausbilderinnen und Trainer ausmacht.

Weiterführende Literatur

Heuer, H. (1983). Bewegungslernen. Stuttgart: Kohlhammer [streckenweise veraltet]

Heuer, H. & Merz, F. (1993). Intelligenz und Lernen. In: H. Schmidtke (Hrsg.), Ergonomie (3. Auflage). München: Hanser

Ivry, R. (1994). Repräsentationen beim motorischen Lernen: Phänomene und Theorien. In: H. Heuer & S. W. Keele (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie, CII 3: Psychomotorik. Göttingen: Hogrefe

Schmidt, R. A. & Lee, T. D. (1998). Motor Control and learning: A behavioral emphasis (3rd edition). Champaign, IL: Human Kinetics

Autor: Prof. Dr. Herbert Heuer

Professor für Arbeitspsychologie und Experimentelle Psychologie an der Universität Dortmund, Institut für Arbeitsphysiologie

B Strukturen pfliegerischen Wissens

Vortrag 2:

Teil 1: Berufliche Bildung im Kontext der Berufspädagogik

Prof'in i. V. Barbara Knigge-Demal

Der Beitrag zu den Strukturen pfliegerischen Wissens gliedert sich in drei Teile. Zunächst wird der Bezug der Pflegeausbildung in den Kontext der beruflichen Bildung gestellt und aus dessen Bezüge wird eine Standortbestimmung für eine mögliche Fachdidaktik unternommen. Im 2. Teil werden mögliche Strukturen pfliegerischen Wissens konzeptualisiert und deren Anwendungsbezüge verdeutlicht. Im 3. Teil werden diese Strukturen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Konstruktion von Curricula für die Pflegeausbildung diskutiert.

Die Pflegeausbildung und deren Bezüge zur beruflichen Bildung

Wie alle Berufsausbildungen ist auch die Pflegeausbildung zunächst auf ihren Bezug zur Berufspädagogik verwiesen: Anerkannte Berufsausbildungen haben nach Schmiel (1992) das Ziel eine umfassende Persönlichkeitsbildung im Hinblick auf die Anforderungen des Ausbildungsberufes zu ermöglichen. In der beruflichen Bildung wie der Pflegeausbildung ist die allgemeine Didaktik in den Kontext der Berufspädagogik zu stellen. Sie ist damit nicht nur der Allgemeinbildung des Subjektes verpflichtet, sondern zugleich der Berufsbefähigung im Sinne eines ausgewiesenen übergeordneten Berufsbildes und eines legitimierten Pflegeverständnisses.

Mit der Erkenntnis, dass Berufsbefähigung mehr umfasst als funktionale Fähigkeiten, setzt sich auch in der Berufspädagogik die Forderung nach einer umfassenden Persönlichkeitsbildung durch.

Bader (1989, S.72) formuliert in enger Anlehnung an das Konzept des Deutschen Bildungsrats von 1974 folgende Kompetenzen für die berufliche Bildung:

- *„Fachkompetenz* als Fähigkeit und Bereitschaft, Aufgabenstellungen selbstständig, fachlich richtig, methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis zu beurteilen;
- *Humankompetenz* als Fähigkeit und Bereitschaft, als Individuum die Entwicklungschancen und Zumutungen in Beruf, Familie und öffentlichem Leben zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fortzuentwickeln;
- *Sozialkompetenz* als Fähigkeit und Bereitschaft, sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen.“

Diese Fähigkeiten sind im Sinne allgemeiner Ziele in spezifische Lernziele und Lerninhalte umzuformulieren. Sie bedürfen nach Einschätzung von Reetz und Seyd jedoch der Anbindung an Berufssituationen, um ein handlungsorientiertes Lernen zu ermöglichen. Berufliche Bildung soll drei Prinzipien verpflichtet sein (vgl. Reetz, L., Seyd, W. 1995, S. 203ff):

1. dem Wissenschaftsprinzip,
2. dem Situationsprinzip,
3. dem Persönlichkeitsprinzip.

Arnold und Lipsmeier (1995) bündeln die Ziele beruflicher Ausbildung in zwei grundlegende Befähigungen, in die der „beruflichen Tüchtigkeit“ und die der „beruflichen Mündigkeit“. Wenn der Leistungsanspruch der Berufswelt nicht nur erfüllt, sondern auch kritisch reflexiv hinterfragt und hinsichtlich seiner gesellschaftlich historischen Zwänge und Bedingtheiten verstanden werden soll und wenn mögliche Handlungsspielräume entdeckt und neu gestaltet werden sollen, ist sowohl berufliche Tüchtigkeit als auch berufliche Mündigkeit unabdingbar.

Für die Pflegeberufe ist Persönlichkeitsbildung im *doppelten Sinne* eingefordert, als Fähigkeit zur verantwortlichen Teilhabe an gesellschaftlichen und betrieblichen Entscheidungsprozessen und als Befähigung zum Aufbau und zur Gestaltung von professionellen Beziehungen. Geht man davon aus, dass berufliche Pflege, Beziehungsaufnahme und Beziehungsgestaltung zu/mit den Pflegebedürftigen erfordert, sind in den Pflegeberufen therapeutische Basiskompetenzen ein Teil der beruflichen Handlungskompetenz. Nach Müller-Kohlenberg (1993) werden in professionellen Beziehungen spezifische und unspezifische Faktoren wirksam. Spezifische Wirkfaktoren werden über methodische Handlungskompetenzen vermittelt, unspezifische Wirkfaktoren über personale Kompetenzen. (Berufs-) Bildungsprozesse in den Pflegeberufen erfordern damit Persönlichkeitsbildung in mehrfacher Hinsicht.

Wenn Berufsausbildung mehr erfordert als die Verfügung über funktionale Qualifikationen, ist eine Verständigung über allgemeine Berufs- und Bildungsziele unabdingbar. Sie bestimmen die Auswahl und die Interpretation beruflicher Situationen, zu deren Bewältigung der Ausbildungsprozess befähigen soll. Und sie bilden das Bezugssystem und Integrationsprinzip, auf das sich die Unterrichtsfächer mit ihren jeweiligen Fachdidaktiken im Sinne einer gemeinsamen Verpflichtetheit auszurichten haben.

Fachdidaktik im Kontext allgemeiner Didaktik und beruflicher Bildung

Nach Klafki (1994, S. 50) können Bereichs- oder Fachdidaktiken nicht im Sinne einer Deduktion aus der Allgemeinen Didaktik abgeleitet werden. Er betont, dass sich die Allgemeine Didaktik gegenstandsbezogen zu konkretisieren habe. Im Sinne einer Hypothese muss der Geltungsanspruch einer Allgemeinen Didaktik fach- oder bereichsspezifisch eingeschränkt, spezifiziert oder auch zurückgewiesen werden.

Fachdidaktiken führen nach Blankertz (1986, S. 49) zu Rahmenthemen und auf einer weiteren Analyseebene der didaktischen Reflexion zur Gewinnung von Strukturen des Rahmenthemas selbst. Sie eröffnen unterschiedliche Perspektiven, wovon sich nach Blankertz mindestens zwei voneinander unterscheiden lassen. Eine historische und eine sachlogische Betrachtungsweise des Rahmenthemas.

Die Diskussion über eine fachdidaktische Grundposition in der Pflege ist nicht neu, sie stellt sich seit einigen Jahren mit ungebrochener Aktualität. Mit der Aufnahme von Studiengängen der Pflegepädagogik fokussierte sich diese Fragestellung und mündete in eine breite berufliche Professionalisierungsdiskussion. Wenn Pflegepädagogen zukünftig die didaktischen Verantwortungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in nahezu allen Fächern der Pflegeausbildungen übernehmen sollen, gilt es auch durch Forschung und Theoriebildung mögliche Wege aufzufinden, die Antworten auf die offenen Fragen aufzeigen. Dieser Prozess ist in doppelter Hinsicht ein schwieriger, denn der Gegenstand der Fachdidaktik, die „Pflege“, befindet sich in einer nicht abgeschlossenen Umbruchsituation. Pflegeforschung und Theoriebildung sind im deutschsprachigen Kulturraum kaum entwickelt und müssen unter Berücksichtigung des jeweiligen historischen und gesellschaftlichen Kontextes an angelsächsischen Theorie- und Forschungsansätzen partizipieren. Zum anderen ist über den Gegenstand der Fachdidaktik, auch im erziehungswissenschaftlichen Kontext, kein einheitlich akzeptiertes Verständnis zu erwarten und im Sinne der Pluralität von wissenschaftlichen Erkenntnissen auch nicht erstrebenswert.

Die Entwicklung einer Fachdidaktik sollte sich nach Sandfuchs (1990, S. 12) an zwei zentralen Problemen orientieren, um ihre eigene Legitimität zu sichern.

1. Sie sollte praxisnahe Fragen erforschen.
2. Sie sollte ihre Beziehung zu den Nachbardisziplinen der Fachwissenschaft und der allgemeinen Didaktik klären.

Auf diese Interdependenzen zwischen Fachdidaktik, Fachwissenschaft und Fachpraxis verweist auch Wittneben (1991, S. 261ff). Wir sind wie Wittneben der Ansicht, dass an eine Fachdidaktik Pflege weitere Ansprüche zu erheben sind. Eine Pflegedidaktik muss sich dem Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis

zuwenden. Theorie ist hier im Sinne des schulischen Lernens zu verstehen, Praxis als vorfindbare Anforderungen des Berufes an Schülerinnen und Schüler. Danach hat die Fachdidaktik Pflege vor allem eine Vermittlungsfunktion zwischen Theorie und Praxis, mit dem Ziel, die Qualität pflegerischen Handelns in der Berufsrealität zu verbessern.

Die Struktur des Faches Pflege

Fachdidaktiken erhalten dort ihre spezifische Bedeutung, wo die Eigengesetzlichkeiten der jeweiligen Fachwissenschaften wirksam werden und durch die Fachdidaktik eine Umformung von Lerninhalten zu Lernaufgaben gefordert ist. Nur die Eigengesetzlichkeiten des Faches/der Fachwissenschaft Pflege erfordern eine Fachdidaktik. Die Fachdidaktik soll nach Blankertz zur Lösung von Transformationsproblemen beitragen (vgl. Blankertz 1986, S. 49).

Was aber, wenn es erst die Eigengesetzlichkeiten eines Faches und damit die Strukturen des Wissens zu entdecken gilt, wie es in der Pflege der Fall ist. Nur sie legitimieren nach Blankertz (ebd.) die Entwicklung einer Fachdidaktik. Dieses Problem hat in den USA bei Orem u. a. PflegewissenschaftlerInnen dazu geführt, dass sie zunächst eine Konzeption des Gegenstandes Pflege entwickelt haben, um darüber curriculare und fachdidaktische Fragen zu klären. In dieser Situation befinden sich heute im deutschsprachigen Kulturraum all jene, die sich mit dem Lernen und Lehren in der Pflegeausbildung beschäftigen. Erst nach einer zumindest vorläufigen Klärung der Eigengesetzlichkeit des Faches erschließen sich nach Blankertz Wege für die Dialektik zwischen theoretischem Wissen und praktischer Vernunft, der Vermittlung zwischen materieller und formaler Bildung (Blankertz 1986, S. 45 ff.). Die o. g. Bereicherung der Pflege durch eine Auseinandersetzung mit den vorhandenen anglo-amerikanischen Pflegemodellen hat sowohl die didaktische wie auch die curriculare Diskussion belebt.

Hundenborn und Knigge-Demal haben 1995 in einem Gutachten für die Landeskommission zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums einen Ansatz nach Kaiser vorgestellt, mit dem sich Pflegesituationen hinsichtlich ihrer konstitutiven Bedingungen strukturieren lassen. Mit diesem Ansatz soll die mögliche Gefahr einer Abbildungsdidaktik und eine einseitige Ausrichtung an eine Pflege-theorie verhindert werden. Andererseits soll mit diesem Modell ein an Verrichtungen oder an Krankheiten orientierter Unterricht in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege überwunden werden.

Teil 2: Konstitutive Merkmale pflegerischer Situationen

Prof. Dr. Gertrud Hundeborn

Mit dem folgenden Beitrag wird ein Ansatz vorgestellt, der maßgeblich von Hundeborn und Knigge-Demal im Rahmen curricularer Arbeit entstanden ist (vgl. Hundeborn, Knigge-Demal 1996).

Zunächst zu zwei beruflichen Alltagssituationen im pflegersichen Handlungsfeld Akutkrankenhaus:

„Schwester Moni ‘macht Apotheke’, das heißt, sie prüft den Vorrat im stationseigenen Medikamentenschrank, geht die Krankenblätter der Patienten nach Verordnungen durch und kontrolliert, was an Verbandsmaterial, Spritzen oder Thermometern fehlt - all dies trägt sie in das grüne Apothekenbuch ein, unterschreibt die Bestellung und verschließt alles in dem Aluminiumkasten, der vom Transportdienst abgeholt und zur Krankenhausapotheke gebracht wird. Am Nachmittag gilt es, die gelieferte Bestellung zu kontrollieren und richtig einzuordnen. Nachdem Schwester Moni die Krankenblätter nachgetragen, die Essensliste ausgefüllt (...) und den Dienstplan korrigiert hat, ist ihr Dienst am Schreibtisch vorbei, geht sie durch die Zimmer, um zu kontrollieren, ob die Stationshelferin sauber aufgeräumt hat, alles für die Chefarztvisite am Nachmittag vorbereitet ist. Am meisten Spaß macht ihr aber der Umgang mit den Patienten. Sich mit ihnen zu unterhalten, während der Verband gewechselt wird, die Temperatur kontrolliert oder auch ‘nur’ das Bett geschüttelt wird, ihre Probleme anzuhören und dabei, fast unbemerkt, Zustand und Therapie zu überwachen, um den Arzt bei seiner Behandlung unterstützen zu können. ...“ (Bundesanstalt für Arbeit, 1986)

So wurde noch in den 80er Jahren das Berufsbild der Krankenschwester und des Krankenpflegers im Informationsmaterial der Bundesanstalt für Arbeit dargestellt. Die dargestellten Aufgaben einer Krankenschwester/eines Krankenpflegers sowie die damit verbundenen Anforderungen rufen bei Berufsgruppenangehörigen heute meist zweierlei Reaktionen hervor: entweder ungläubiges Lachen oder Empörung.

„Ein Mädchen von 14 Jahren wird mit einer Myocardinsuffizienz nach Zytostatikagabe auf der Intensivpflegestation gepflegt. Seine Herzfunktion ist sehr schlecht und wird über eine Infusion mit besonders hohen Dosen inotroper Medikamente unterstützt. Nach einigen Wochen veranlasst die aussichtslose Situation die Ärzte zu der Entscheidung, die Therapie mit Inotropika zu beenden und das Kind sterben zu lassen. Die Ärzte wagen es nicht, die Eltern über die Entscheidung zu informieren. Sie befürchten, dass dies einen zu großen Schock für sie be-

deutet. Daher wird beschlossen, die Infusionstherapie weiterzuführen, jedoch ohne Inotropika, aber mit der üblichen Kennzeichnung für diese Medikation. Als sich dann in den folgenden Tagen der Zustand der Patientin rapide verschlechtert, wird mit den Eltern immer noch nicht über das herannahende Lebensende ihrer Tochter gesprochen. Einige Pflegekräfte halten diese Vorgehensweise für Betrug. Sie finden, dass die Eltern die Gelegenheit bekommen müssen, sich auf den Sterbeprozess ihrer Tochter vorzubereiten.“ (van der Arend 1996)

Die eben dargestellte Situation steht in einem scharfen Kontrast zum eingangszitierten Berufsbild. Sie ist jedoch eine der Pflegerealität entnommene Situation, in der professionell Pflegende unmittelbar zur Entscheidung und zum Handeln aufgefordert sind. Hierbei wird die Situation durch unterschiedliche Faktoren, die gleichzeitig zur Geltung kommen und damit die Situation komplex machen, determiniert. Diese Faktoren bestimmen damit auch die Entscheidung und das Handeln in der Situation.

- In dem oben dargelegten Fall besteht als objektivierbarer Pflegeanlass eine Herzinsuffizienz, die sich infolge einer Zytostatikatherapie entwickelt hat, die einen vital bedrohlichen Verlauf annimmt mit der Notwendigkeit einer intensivmedizinischen und intensivpflegerischen Betreuung und die schließlich trotz aller Interventionen in den Sterbeprozess übergeht.
- Für die Pflegenden spielt neben dem objektivierbaren Anlass von Pflege das Erleben der betroffenen Personen eine ebenso entscheidende Rolle. Über das Erleben der betroffenen Patientin werden in der Fallskizze keine direkten Angaben gemacht. Ebenso fehlen direkte Angaben über das Erleben der mit- und selbst betroffenen Eltern. Ihre Belastbarkeit wird jedoch zumindest von Seiten der Ärzte so eingeschätzt, dass sie der Konfrontation mit dem nahenden Tod ihrer Tochter nicht gewachsen seien.
- Betrachtet man die Interaktionsstrukturen des Falles, so spielt neben der unmittelbaren Interaktion zwischen den professionell Pflegenden, der Patientin sowie ihren Eltern die Interaktion mit den behandelnden Ärzten eine entscheidende Rolle. Ärzte und professionell Pflegende kommen in dieser Situation zu einer unterschiedlichen Entscheidung, wie mit der Wahrheit umzugehen ist. Im Handeln gegenüber der Patientin und ihren Eltern sind sie jedoch aufeinander verwiesen. Dies setzt notwendigerweise einen ethischen Diskurs zwischen beiden Berufsgruppen voraus, der zu einer entsprechenden Einigung auf eine einheitliche Vorgehensweise führt.
- Die Situation ereignet sich in einem Akutkrankenhaus, in einer Intensivstation. Das Postulat dieser Abteilung des Krankenhauses ist ein spezifisches: Leben zu retten, Kampf um's Überleben. Diese Schwerpunktsetzung wird das Handeln der professionellen Akteure, aber ebenso die Erwartungen der Betroffenen, maßgeblich mitbestimmen.

Die Entscheidung und das Handeln der professionell Pflegenden wird damit von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Generell betrachtet können vorläufig folgende Faktoren als konstitutive Merkmale einer Pflegesituation angesehen werden:

- objektivierbare Anlässe pflegerischen Handelns,
- subjektives Erleben und Verarbeiten,
- Interaktionsstrukturen,
- Institutionen und ihre Bedingungen.

Diese Merkmale sind auf einer generellen Ebene allen Pflegesituationen gemeinsam. In der konkreten Pflegesituation können die Merkmale jedoch in vielfältigen unterschiedlichen Ausprägungen vorkommen. Diese unterschiedlichen Ausprägungen verändern die Situation und das Handeln in der Situation.

Jede Situation ist demnach einmalig, andersartig. Arnim Kaiser führt hierzu aus:

„Situationen sind in ihrer Konstellation, in ihrer Verflochtenheit mit anderen Situationen, in den Möglichkeiten des Handelns und den zu treffenden Entscheidungen vielfältig, aspektreich, mehrdeutig (es gibt nicht die eine, richtige, mit Notwendigkeit zu erfolgende Handlung). Das Handeln in Situationen beruht auch nicht auf ausnahmslos geltenden Gesetzen, sondern auf Wahrscheinlichkeiten, auf Zufälligkeiten. Vom Handelnden erfordert dies die Abwägung verschiedener möglicher Gesichtspunkte, unter denen die Situation betrachtet werden kann, das Erfassen der Aspektvielfalt einer Situationskonstellation, die Aktivierung unterschiedlichen situationsspezifischen Wissens. ... Häufig werden diese situationsbezogenen Leistungen abgekürzt erbracht, wenn Situationen routinemäßig zu bewältigen sind. Aber sobald die Routine zum Handeln nicht mehr hinreicht, muss sich der Mensch in der oben beschriebenen Weise explizit auf die Situation richten.“(Kaiser 1985, S. 43)

Dazu ist es erforderlich, dass sich das Individuum in seinem Handeln „an vorfindbaren Gegebenheiten ausrichten, sie in ihrem Zusammenhang und in ihrer Wirkung kennen muss, um erfolgreich handeln zu können. Die Situation mit ihren sie determinierenden Faktoren zu sehen, „verlangt daher vom einzelnen ein hohes Maß an allgemeinen Kenntnissen und Einsichten in ihrem Aufbau und dem Zusammenhang der einzelnen Momente“ (Kaiser ebd. S. 37). In Ergänzung zu dem eben nach Kaiser zitierten Verständnis von Handeln in Situationen, sei auf ein Merkmal professionellen Pflegehandelns aus der Professionalisierungsposition nach Oevermann zurückgegriffen. Oevermann (bei Weidner 1995) spricht von der „widersprüchlichen Einheit von universalisierter Regelanwendung wissenschaftlichen Wissens und hermeneutischem Fallverstehen“. Auch Oevermann geht wie Kaiser davon aus, dass Pflegesituationen nicht ausschließlich durch Anwendung

von Regeln und Gesetzmäßigkeiten bewältigt werden können. Oevermann spricht vom gleichzeitig notwendigen Verständnis für die Besonderheit des Einzelfalles, die sich nicht durch bloße Anwendung von Regelwissen erfassen lässt.

Geht man von einem solchen Verständnis von Situationen auch für die Pflege aus, dann sind Pflegesituationen als „Orte“ zu verstehen, an denen pflegerische „Handlungsfähigkeit“ eingefordert ist, an denen sie sich äußert, an denen sie sich bewährt oder auch scheitern kann.“ (Kaiser ebd. S. 35)

Der Ausbildung in den Pflegeberufen kommt maßgeblich die Aufgabe zu, die Kompetenz zur Bewältigung von Pflegesituationen zu vermitteln. Diesem Anspruch ist u. a. in den fachdidaktischen Überlegungen Rechnung zu tragen. Zentrale Bedeutung kommt damit der fachdidaktischen Bearbeitung von Pflegesituationen mit ihren konstitutiven Elementen zu. Inwieweit ein solches Verständnis zur Entwicklung einer Fachdidaktik Pflege im engeren Sinne oder eher zu einem fächerintegrativen Didaktikkonzept führen wird, wird in der weiteren Entwicklung dieses Ansatzes noch endgültig zu klären sein.

Bei dem eben dargelegten Verständnis von Pflegesituationen, die für den Ausbildungsprozess fachdidaktisch als Lernsituationen aufbereitet werden, ist grundsätzlich der Facettenreichtum, die Komplexität und Mehrspektivität realer Pflegesituationen zu gewährleisten. Hierzu sind Überlegungen zur unterschiedlichen Ausprägung der konstitutiven Merkmale notwendig. Deshalb sollen im folgenden die konstitutiven Elemente exemplarisch beschrieben und ihre Anforderungen an die Pflegeperson herausgestellt werden.

In Pflegesituationen lassen sich auf der Ebene von objektivierten Pflegeanlässen u.a. folgende grundsätzliche Anlässe voneinander unterscheiden: akute und chronische Krankheitsprozesse und Unfallereignisse. Die pflegerische Zielsetzung, die grundsätzliche Art pflegerischer Interventionen, die Dauer der Begleitung und die damit verbundenen Anforderungen an die professionell Pflegenden sind auf dieser Ebene in anderer Weise vom Grundsätzlichen her deutlich zu machen als auf der traditionellen Ebene einer der Organsystematik folgenden Pflege. Mit dieser Unterscheidung wird jedoch keine ausreichende Differenzierung objektivierbarer Pflegeanlässe vorgenommen. Pflegeanlässe können sich auch aus anderen „Situationen“ als denen von Krankheit oder Unfall ergeben. So können altersbedingte Veränderungen mit oder ohne Zusammenhang von Krankheit Pflegebedarf konstituieren. Auch der Pflegebedarf in der Zeit der Schwangerschaft und in der perinatalen Phase sowie der Pflegebedarf eines gesunden Neugeborenen sowie Pflegeinterventionen im Bereich der Primärprävention sind in eine weitere Differenzierung objektivierbarer Pflegeanlässe mit aufzunehmen.

Die Bedeutung der objektivierbaren Pflegeanlässe soll im Folgenden am Beispiel der chronischen Erkrankungen kurz aufgewiesen werden:

Chronische Erkrankungen und ihre Bedeutung für das Pflegehandeln

Die Anzahl chronischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft nimmt trotz der Betonung des Präventionsgedankens zu und bestimmt den Versorgungsbedarf und damit auch den Pflegebedarf der Bevölkerung jetzt und in der Zukunft entscheidend mit. Gründe hierfür sind u. a. die höhere Lebenserwartung der Menschen, vor allem aber der medizinische und technische Fortschritt, durch den einerseits durch Krankheit oder Unfall hervorgerufene akut vital bedrohliche Ereignisse abgewendet werden - oft jedoch um den Preis bleibender Einschränkungen und Folgeerkrankungen mit der Konsequenz eines langfristigen - oft lebenslangen - Pflegebedarfs.

Chronische Erkrankungen gelten im Unterschied zu akuten Krankheiten als nicht heilbar. Die Interventionen sind demnach darauf ausgerichtet, die Folgen und Auswirkungen der Erkrankung möglichst gering zu halten oder ganz auszuschalten. Der Verlauf einer chronischen Erkrankung ist oft schwer zu prognostizieren, der Krankheitsprozess in seiner Progredienz oft nur schwer zu kontrollieren. Meist findet sich eine typische Oszillation zwischen Phasen der Kompensation und Phasen der Dekompensation, d. h. stabile Phasen wechseln mit instabilen Phasen oder Phasen akuter Verschlechterung ab. Dementsprechend variiert das Ausmaß an Hilfs- und Pflegebedarf. Von entscheidender Bedeutung ist auch, dass sich die Kräfte und Anstrengungen des Patienten und seiner Bezugspersonen in der ständigen Auseinandersetzung und im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen erschöpfen können. Die geistig-seelische sowie die soziale Dimension werden somit mit Fortbestehen der Erkrankung zunehmend tangiert.

Chronische Erkrankungen haben also immer Auswirkungen auf alle Lebensbereiche des Betroffenen und führen hier oft zur dauerhaften Einschränkungen, verbunden mit bleibender - oder je nach Verlauf - sogar zunehmender Abhängigkeit von Hilfeleistungen anderer. Diese müssen sich konsequenterweise neben der Kontrolle somatischer Prozesse und entsprechender Interventionen ebenso auf die Unterstützung und Bewältigung geistig-seelischer, sozialer und religiöser Konsequenzen konzentrieren. Corbin und Strauss (1993) unterscheiden im Umgang mit chronischen Krankheiten drei Hauptarbeitslinien:

- die krankheitsbezogene Arbeit,
- die biographische Arbeit,
- die Alltagsarbeit.

Diese drei Arbeitsarten sind miteinander zu vereinbaren und stehen in wechselseitiger Abhängigkeit bzw. in einem „Wettbewerb um Ressourcen“. Sie führen hierzu aus: „Die Gesamtheit der Bedingungen, unter denen der Betroffene mit seiner Krankheit in der Familie umgeht, kreist um zwei Phänomene: um die *prozesshafte Struktur des Alltags* und das *Wechselspiel von Krankheit und Biographie*. Die Struktur des Alltags ist *prozesshaft*, weil sie sich in einem fortwährenden Wandel befindet. Eine Familie ist anders als ein Krankenhaus, in dem viele Kranke versorgt werden, auf das gemeinsame Leben hin organisiert und darauf bedacht, die Bedürfnisse der einzelnen Mitglieder individuell zu befriedigen. Lebt ein chronisch kranker Mensch in der Familie, verändert sich ihr physisches, soziales und emotionales Gefüge.“ Die Bewältigung einer chronischen Erkrankung bleibt eine lebenslange Herausforderung und Aufgabe des Betroffenen selbst, seiner professionellen Helfer aus unterschiedlichen, zum Teil hochspezialisierten Berufsgruppen, aber ebenso seiner Familie, die oft in allen außer den akuten Phasen die Hauptarbeit in der Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen verrichtet.

Da die Pflege chronisch Kranker eine Pflege auf Dauer, nicht auf Zeit ist, wird der professionell Pflegenden nach dem Prinzip der Subsidiarität die Ressourcen des Kranken und seines Umfeldes gezielt in den Pflegeprozess einbeziehen müssen. Die Eigenständigkeit des Patienten ist so weit wie möglich zu fördern und frühzeitige Abhängigkeit möglichst zu verhindern bzw. auf das notwendige Maß zu beschränken. Auch die Kräfte des professionell Pflegenden werden auf Dauer eingefordert. Dabei zeigt sich der Erfolg der Pflege oft nicht in einer Verbesserung des Zustandes oder einer Linderung der Beschwerden, sondern allenfalls darin, dass Folgeschäden gering gehalten werden können oder ein weiteres Fortschreiten der Krankheitsfolgen verhindert werden kann. Von besonderer Bedeutung ist für den Pflegenden der aufmerksame Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen und die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Ebenso wird er die Angehörigen, die oft die Hauptlast der Pflege tragen und häufig der Gefahr sozialer Isolation unterliegen, nicht nur in pflegfachlicher Hinsicht, sondern auch beim Umgang mit ihren Belastungsgrenzen unterstützen und entsprechende Hilfsangebote unterbreiten. Um die Selbstpflegefähigkeiten des Betroffenen immer wieder einbeziehen und auch einfordern zu können, bedarf es insbesondere im fortgeschrittenen Verlauf einer chronischen Erkrankung - wenn die Einschränkungen fortschreiten und die Kräfte nachlassen - der Motivationsarbeit, sowohl der Fremd-, als auch der Eigenmotivation. Das jeweilige Ausmaß der Hilfe ist - abhängig vom Stadium der Erkrankung - neu festzulegen und der Situation anzupassen. In Phasen akuter Verschlechterung ist also ergänzende Pflege zu verstärken bzw. ersetzende Pflege zu gewährleisten, nach Stabilisierung des Zustandes wieder zurückzunehmen.

Erleben und Verarbeiten und ihre Bedeutung für das Pflegehandeln

Der phänomenologische und prozessorientierte Ansatz, der zur Differenzierung der objektiven Pflegeanlässe herangezogen wurde, wurde dementsprechend bei der Merkmalsdifferenzierung auf der Seite subjektiven Verarbeitens und Erlebens beibehalten. Der auf der Seite objektiver Pflegeanlässe vorgenommenen Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheitsprozessen folgend können Bewältigungsmodelle herangezogen werden, die die Verarbeitungsprozesse beim jeweiligen Krankheitsgeschehen abbilden. So kann und muss jede Pflegesituation zugleich aus einer objektiven, als auch aus einer subjektiven Perspektive beleuchtet werden.

Für die Strukturierung der subjektiven Situationen des Patienten können unterschiedliche Modelle der Krankheitsbewältigung oder Krisenverarbeitung herangezogen werden. Exemplarisch seien hier genannt:

- a) das Modell der Krankheitsbewältigung nach Bühler,
- b) ein allgemeines Modell der Krisenverarbeitung.

Dieses allgemeine Modell wurde von Schuchard für den Umgang mit chronisch Kranken und Behinderten adaptiert und von Kübler-Ross für die Begleitung von Sterbenden modifiziert. Während sich das Modell von Bühler eher eignet zur Abbildung der Krankheitsbewältigung bei akut eintretenden Ereignissen (akute Krankheiten, Unfälle), ist das Modell von Schuchard oder Kübler-Ross eher heranzuziehen für die Begleitung von chronisch Kranken, Behinderten und Sterbenden.

Aus Zeitgründen erfolgen an dieser Stelle keine Ausführungen zu den einzelnen Modellen, sondern lediglich Hinweise auf die Bedeutung des Erlebens und Verarbeitens für das Pflegehandeln.

Professionell Pflegenden sehen eine ihrer hauptsächlichen Funktionen in der Beratung, Begleitung und Betreuung des Betroffenen durch Krisen und Entwicklungsprozesse. Diese Aufgaben und Funktionen sind überwiegend interaktiver Art. Die Interaktion ist eine non-direktive, in der sich der Pflegenden vom Patienten leiten lässt und die getragen wird durch Empathie, einführendes Verstehen, Akzeptanz und Wertschätzung sowie durch Selbstkongruenz. Über lange Phasen wird vor allem das Dasein- und Mit-Aushalten-Können gefordert sein, ohne in Aktionismus zu verfallen. Diese Begleitung setzt eine tragende auf Zutrauen und Vertrauen gegründete personale Beziehung voraus. Für den Pflegenden bedeutet die ständige Auseinandersetzung mit Stresseemotionen anderer Menschen ein hohes Maß an Konzentration, Selbstbeherrschung sowie Regulierung der eigenen Stresseemotionen.

Interaktionsstrukturen in der Pflege

Die Interaktionsstrukturen sind als weiteres konstitutives Element von Pflegesituationen anzusehen. Es sei an dieser Stelle nur kurz darauf verwiesen, dass Interaktionsstrukturen in Pflegesituationen häufig sehr komplex sind und die unmittelbare Interaktion zwischen Pflegeperson und Patient in der Regel überschreiten.

Die Bedeutung der Institution für das Pflegehandeln

Institutionen oder Handlungsfelder spielen als weiteres konstitutives Merkmal eine entscheidende Rolle in realen Pflegesituation und müssen deshalb auch auf der fachdidaktischen Ebene fokussiert werden. Die institutionellen Rahmenbedingungen eröffnen, ermöglichen oder behindern Verhaltensalternativen für professionelles Handeln. Während in der Vergangenheit das Krankenhaus vom Typus des Akutkrankenhauses das hauptsächliche Handlungsfeld der professionell Pflegenden in der Kranken- und Kinderkrankenpflege darstellte und dementsprechend in der Ausbildung oft ausschließlich fokussiert wurde, gibt es für Pflegenden heute längst eine Reihe von Handlungsfeldern außerhalb des (Akut-) Krankenhauses. Diese unterschiedlichen Handlungsfelder mit ihren Einflüssen auf das Pflegehandeln müssen von daher ebenso zum Gegenstand von Lernsituationen in der theoretischen wie in der praktischen Ausbildung gemacht werden. Auf detaillierte Ausführungen zu einzelnen Handlungsfeldern und ihren spezifischen Zielsetzungen, Bedingungen und Möglichkeiten wird an dieser Stelle aus Zeitgründen verzichtet. Pflegehandeln in Pflegesituationen erfährt jedoch auch durch den institutionellen Kontext unterschiedliche Akzentuierung.

Die dargestellten konstitutiven Merkmale von Pflegesituationen können nur zum Zweck der Analyse getrennt voneinander betrachtet werden. In der Pflegesituation sind sie gleichzeitig wirksam und stehen zueinander in einer vernetzten Beziehung und in einer gegenseitigen Abhängigkeit. So ist beispielsweise die Interaktionsstruktur: Pflegenden - Patient - Bezugspersonen besonders spezifisch für das Handlungsfeld der häuslichen Pflege. Akute Krankheitsprozesse und Unfallereignisse werden vor allem relevant sein im Handlungsfeld Krankenhaus.

Diese vier konstitutiven Merkmale von Pflegesituationen, die inhaltlicher, materialer Art sind, sind - ebenfalls in Anlehnung an Kaiser - zu ergänzen durch ein fünftes formales Merkmal. Dieses ist für den Bereich des Pflegehandelns die Vorgehensweise nach dem Pflegeprozess. Der Pflegeprozess stellt das Instrumentarium dar, mit dem die Strukturierung von Pflegehandeln in Pflegesituationen erfolgt. Mit dieser Erweiterung wird der doppelten Struktur von Handeln Rechnung getragen. Handeln im Sinne von sozialem Handeln ist immer gekennzeichnet

durch materiale Bestandteile oder Strukturaspekte, d. h. durch normative, inhaltliche und interaktive Momente, und zugleich durch das formale Muster des Handelns, d. h. durch den Prozessaspekt. Letzterer spricht die Fähigkeit des Handelnden an, „Allgemeines auf Besonderes beziehen und Besonderes unter Allgemeines subsumieren zu können“ (Kaiser ebd. S. 38). Diese Fähigkeit des handelnden Subjektes, die „wechselseitige Beziehung von Konkretem und Allgemeinem“ (Kaiser ebd.) zu erkennen, ermöglicht ein Handeln, das auf eigener Urteils- und Entscheidungskompetenz des Betreffenden beruht. Auf weitere inhaltliche Ausführungen zum Pflegeprozess wird an dieser Stelle verzichtet.

Führen wir uns nochmals die beiden eingangs angeführten Beispiele vor Augen, so wird deutlich, dass das Bild von „Sr. Moni“ längst nicht mehr den beruflichen Vorstellungen und Herausforderungen entspricht. Die Anforderungen heutiger und künftiger Pflegesituationen sind in den fachdidaktischen Entscheidungen zu berücksichtigen. Als Eckpunkte solcher fachdidaktischen Entscheidungen wurde ein Verständnis von Pflegehandeln entfaltet, das Handeln als Handeln in Situationen, also in vielfältiger Weise als kontextabhängig und kontextgebunden auffasst. Die Kontextbedingungen wurden über die vier konstitutiven Elemente von Pflegesituationen näher skizziert. Hierzu gehören:

1. die objektivierbaren Pflegeanlässe,
2. das Erleben und Verarbeiten der betroffenen Personen,
3. die Interaktionsstrukturen,
4. die Institution und ihre spezifischen Bedingungen.

Diese vier konstitutiven Elemente einer Pflegesituation sind wiederum im Kontext gesellschaftlicher Bedingungen und der jeweils in einer Gesellschaft zur Geltung kommenden Wertsysteme zu sehen. Diese beiden äußeren Systemkreise vermitteln sich unserer bisherigen Einschätzung nach vor allem mittelbar über die Institution bzw. auch über die handelnden Personen, so dass sie bislang nicht als direkt in Pflegesituationen wirksam werdenden Elemente in das fachdidaktische Konzept aufgenommen wurden. Als fünftes formales Merkmal wird der Pflegeprozess als Strukturierungsmethode von Pflegesituationen herangezogen.

In diesem Beitrag wurden ausschließlich Pflegesituationen im engeren Sinne beschrieben. Sie beziehen sich unmittelbar auf Pflegehandeln an und mit Empfängern von Pflege. Zur Bewältigung beruflicher Anforderungen sind jedoch auch Berufssituationen in weiterem Sinne von Bedeutung, die beispielsweise das Handeln von Pflegepersonen als Mitglied einer Berufsgruppe - etwa in berufspolitischen oder gesundheitspolitischen Entscheidungssituationen - beleuchten. Diese Situationen sind derzeit noch nicht in gleicher Weise ausgeformt wie die Pflegesituationen. Hier liegt eine weitere fachdidaktische Entwicklungsaufgabe, die vielleicht in einem der nächsten Workshops Gegenstand der Auseinandersetzung sein könnte.

Teil 3: Strukturen pflegerischen Wissens und die Konstruktion von Curricula Prof'in i. V. Barbara Knigge-Demal

Pflegesituationen als Strukturelemente eines Curriculums

Im Kontext der Qualifikationsanforderungen des Berufes (Berufsverständnis und Berufsbild) und der Adressaten der Berufsausbildung bietet dieser Ansatz eine Möglichkeit, pflegerisches Fachwissen zu strukturieren. Im Sinne der Exemplarität (vgl. Klafki 1996) lassen sich Situationstypen konstituieren, wie z. B.

- Anleitungssituationen und Beratungssituationen (Anleitung und Beratung einer Mutter in der Überwachung der Infusion),
- Kooperations- und Koordinationssituationen (Festlegung des gemeinsamen Behandlungszieles zwischen den Berufsgruppen),
- Arbeitsorganisationssituationen (Festlegung der Bereiche oder Zimmer, Aufteilung der pflegerischen Arbeit in Abhängigkeit vom Pflegebedarf und von den beruflichen Befähigungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter).

Mit diesem Ansatz eröffnet sich eine deutliche Erweiterung der Inhalte des Pflegeunterrichts, die über Anforderungen der Tätigkeitsfelder in umfassendem Sinne eine Entsprechung erfahren. Berufssituationen in den Pflegeberufen erschöpfen sich nicht in Pflegesituationen, deshalb müssen weitere Situationstypen konstituiert werden, die auch im Pflegeunterricht zum Gegenstand der Betrachtung werden. Die dafür erforderlichen Qualifikationen zur Bewältigung dieser Situationen können allerdings nur über fächerübergreifende Unterrichtsziele angebahnt werden. An die einzelne wissenschaftliche Disziplin/an das einzelne Unterrichtsfach stellt sich dann die Frage, welchen Beitrag dieses Fach zur Anbahnung von beruflichen Qualifikationen leisten kann.

Literatur

Arend, van der, A. (1996). Ethik für Pflegeberufe. Bern.

Arnold, R., Lipsmeier, A. (1995). Berufspädagogische Kategorien didaktischen Handelns. In: Arnold, R., Lipsmeier, A., Hrsg. Handbuch der Berufsbildung. Opladen.

Bader, R. (1989). Übergreifende didaktische Aspekte zur Neuordnung der Elektro- und Metallberufe (Referat). In: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung. (Hrsg.): Fachtagung zur Neuordnung der industriellen Elektro- und Metallberufe. Soest.

Blankert, H. (1986). Theorien und Modelle der Didaktik. Weinheim und München.
Bundesanstalt für Arbeit (198). Blätter zur Berufskunde.

Corbin, J. M., Strauss, A. (1993). Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München.

Hundenborn, G., Knigge-Demal, B. (1996). In: Zwischenbericht der Landeskommission zur Erstellung eines landeseinheitlichen Curriculums als empfehlende Ausbildungsrichtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf. (Der Teil 2 des Beitrags entspricht bis auf geringe Änderungen dem Teil des Zwischenberichts.)

Kaiser, A. (1985). Sinn und Situation. Bad Heilbrunn/Obb.

Sandfuchs, U. (1990). Anmerkungen zur historischen Entwicklung und zum gegenwärtigen Stand der Fachdidaktik als Wissenschaft. In Keck, R. W., Köhnlein, W., Sandfuchs, U., Fachdidaktik zwischen Allgemeiner Didaktik und Fachwissenschaft. Bad Heilbrunn/Obb.

Klafki, W. (1996). Neue Schriften zur Bildungstheorie. Weinheim/Basel.

Müller-Kohlenberg, H. (1993). Die Aporie von Methode und Beziehung in der Sozialarbeit. In: Neue Sammlung, Band 33, S. 45-54.

Orem, D. E. (1997). Strukturkonzept der Pflegepraxis. Herausgegeben von Bekel, G., Berlin/Wiesbaden.

Reetz, L., Seyd, W., (1995). Curriculare Strukturen beruflicher Bildung. In: Arnold, R./ Lipsmeier, A. (Hrg.), Handbuch der Berufsbildung. Opladen.

Schmiel, M. (1992). Lehrbuch Berufs- und Wirtschaftspädagogik. München.

Weidner, F. (1995). Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Frankfurt.

Wittneben, K. (1991). Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Frankfurt a.Main., Berlin u.a.

Autorinnen:

Prof Dr. Gertrud Hundenborn

Professorin für Pflegepädagogik an der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln, Fachbereich Gesundheitswesen

Prof'in i. V. Dipl. Psych. Barbara Knigge-Demal (jetzt Prof. Dr.)

Professorin für Pflegewissenschaft mit dem Schwerpunkt Pflegedidaktik an der Fachhochschule Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit

C Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischen Handelns

Arbeitsgruppen

Gruppe 1: Ausgangspunkt Pflegediagnosen

Teilnehmerzahl: 12

Moderatorin: Prof. Dr. Annette Nauerth

Eine erste Runde in der Gruppe machte deutlich, dass der Kenntnisstand bezüglich Pflegediagnosen in der Gruppe sehr unterschiedlich war, so dass zunächst eine kurze Einführung in das Thema Pflegediagnosen nötig wurde.

Der Begriff Nursing Diagnosis wurde 1953 von Fry in die Pflegewissenschaft eingeführt. Zunächst zögerte man mit der Übernahme des Wortes Diagnose. Seit den 70er-Jahren ist der Begriff Pflegediagnose häufiger in der Pflegeliteratur zu finden. 1973 fand die erste Konferenz über die Klassifikation von Pflegediagnosen in den USA statt. Sie ist als Vorgängerin der späteren NANDA (North American Nursing Diagnosis Association = Nordamerikanische Pflegediagnosenvereinigung)-Konferenzen zu betrachten. Die NANDA hat auf ihren späteren Tagungen inzwischen über 130 diagnostische Begriffe festgelegt und für die klinische Praxis und Forschung als geeignet befunden. Die Begriffe wurden induktiv entwickelt und auf den Konferenzen vorgestellt, diskutiert und akzeptiert. Die Liste ist nicht abgeschlossen. Sie ist inzwischen die bekannteste Liste von Pflegediagnosen. Die Definition von Pflegediagnose der NANDA (1990) lautet „Eine Pflegediagnose stellt eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl von pflegerischen Interventionen, um die aufgestellten Ziele und erwünschten Pflegeergebnisse zu erreichen, wofür die Pflegeperson verantwortlich ist.“

Eine NANDA-Pflegediagnose enthält einen Diagnosetitel mit einer Definition oder Umschreibung, eine Liste mit Kennzeichen oder Symptomen und eine Aufzählung von Ursachen oder beeinflussenden Faktoren.

Die NANDA hat zunächst nur eine alphabetische Liste der Pflegediagnosen erstellt. Diese Pflegediagnosen werden inzwischen nach unterschiedlichen Kriterien geordnet und/oder klassifiziert. Die NANDA teilt nach 9 menschlichen Reaktionsmustern (human response patterns) ein, M. Gordon nach 11 funktionellen Verhaltensmustern. Doenges und Moorhouse haben eine weitere Einteilung entwickelt. Jedem Oberbegriff werden dann die zugehörigen Pflegediagnosen zugeordnet.

Der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (International Council of Nurses, ICN) hat 1989 in Seoul beschlossen, eine einheitliche Klassifikation pflegerischer Praxis zu entwickeln. Diese Klassifikation soll drei Dimensionen umfassen: Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse. Seit 1991 arbeitet eine Arbeitsgruppe an diesem Projekt. Sie haben zunächst weltweit vorhandene Pflegediagnosen gesammelt, um weitere Entwicklung gebeten und 1993 eine Liste in alphabet. Reihenfolge veröffentlicht. In einem zweiten Schritt wurde versucht, ein Klassifikationssystem zu erstellen. Inzwischen ist eine sog. Alpha-Version des Klassifikationssystems entwickelt, seit letztem Jahr liegt auch eine deutsche Übersetzung dazu vor. Diese Alpha-Version wird jetzt weltweit diskutiert und erprobt. Die Kritik und Veränderungsvorschläge, wie auch weitere Diagnosen werden gesammelt und daraus wird dann die modifizierte Beta-Version entwickelt. Rückmeldung und Mitarbeit aus Deutschland ist ausdrücklich erwünscht.

Im Gespräch wird entwickelt, welche Funktion Pflegediagnosen im Rahmen der Begriffsbildung, der Sprachentwicklung in der Pflege haben. Nach Hilde Steppe sind Pflegediagnosen im wissenschaftstheoretischen Sinn empirische Begriffe. Sie stellen die erste Abstraktionsstufe eines beobachtbaren und erfahrbaren Phänomens dar. Ziel der empirischen Begriffsbildung ist die Wissensgewinnung über die Ordnung und Systematisierung eines bestimmten Gegenstandsbereiches, in diesem Falle der pflegerischen Aufgaben. Empirische Begriffsbildungen sind notwendig zur Entwicklung einer fachwissenschaftlichen Terminologie und damit eines theoretischen Rahmens. Sie bündeln also eine bestimmte Anzahl von beobachtbaren und objektivierbaren Phänomenen zu einem bestimmten Begriff, welcher dann diese Teile insgesamt repräsentiert (Hilde Steppe in Höhmann: Pflegediagnosen des DBfK, S. 54).

Anhand eines Fallbeispiels machten wir uns mit der praktischen Anwendung von Pflegediagnosen vertraut. Aufgrund der knappen Zeit entschloss die Arbeitsgruppe sich, keine vollständige Pflegeplanung zu entwickeln, sondern die eigentlichen Fragen zu diskutieren:

- Was könnte es bedeuten, Pflegeunterricht nach Pflegediagnosen zu strukturieren?
- Was ändert sich im Vergleich zum bisherigen Vorgehen? Welches sind die Vor- und Nachteile eines solchen Vorgehens?

Folgende Aspekte wurden in der kurzen Diskussion genannt:

Pflegediagnosen im allgemeinen:

- Pflegediagnosen, im Sinne von Begriffs- und Sprachentwicklung in der Pflege verstanden, liefern eine Verständigungsmöglichkeit der Pflegenden untereinander.
- Pflegediagnosen sind ein Hilfsmittel, weil sie Begriffe definieren und an beschreibbare Merkmale binden, denn Pflegenden arbeiten im Prinzip schon immer mit Diagnosen, aber eben implizit, nicht explizit, womit verbunden ist, dass jeder anderen Kriterien folgt und diese nicht kommuniziert werden.
- Pflegediagnosen eignen sich als Dokumentationshilfe, sie machen pflegerische Leistung objektivier- und nachweisbar.
- Pflegediagnosen sind defizitorientiert. Resultiert daraus eine defizitorientierte Sicht des Patienten?
- Pflegediagnosen zergliedern den Leidenszustand des Patienten in verschiedene Anteile, schaffen dadurch konkrete Handlungsanleitung, machen vieles lehr- und lernbar, jedoch wird - wie in der Medizin sonst auch - eine einzelne Diagnose nicht dem Leidenszustand des Patienten gerecht! Eine integrierende Gesamtsicht ist zusätzlich nötig.
- Pflegediagnosen vermitteln keine pflegephilosophische Grundhaltung, sichern nicht die gute Beziehung zum Patienten oder eine gute Pflegequalität, sondern sind nur ein Teilausschnitt des Pflegeprozesses.
- Diagnosezuschreibung ist immer auch Definitionsmacht über den Patienten. Sind solche Diagnosen u. U. Stigmatisierungen?
- Pflegediagnosen an sich sind nur ein Hilfsmittel, dessen Anwendung darüber entscheidet, ob qualitativ hochwertige Pflege entsteht.

Pflegediagnosen und Strukturierung des Pflegeunterrichtes:

- Wenn man den Pflegeunterricht danach strukturieren würde, hätte dies eine Akzentuierung und Betonung der eigentlichen Pflege Themen zur Folge, evtl. mit der Konsequenz einer zunehmenden Professionalisierung und eines professionellen Selbstverständnisses.
- Pflegeschüler - so die Hypothese - würden das akzeptieren, wenn die Vorgaben der Lehrenden klar sind und die Prüfungen entsprechend strukturiert werden, da auch das bisherige System für Schüler ein fremdes und gewöhnungsbedürftiges ist.
- Die Theorie-Praxis-Spannung bzw. Schule-Stations-Spannung wird bleiben.
- Für die Lehre bieten die Pflegediagnosen eine Chance gerade dadurch, dass sie komplexe Sachverhalte zergliedern. Dadurch wird für den Anfänger ein überschaubarer lehr- und lernfähiger Einstieg in die Pflege möglich. Bei erfah-

renen Pflegekräften laufen verschiedene Vorgänge integriert und gleichzeitig ab. Schülern ist diese Komplexität oft nur schwer zu vermitteln.

Literatur

Höhmnn, U. (1995). Pflegediagnosen - Irrweg oder effektives Instrument der Pflegepraxis. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBK) e.V. Bundesverband, Eschborn.

Gordon, M. (1994) Pflegediagnosen Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby. (Neuauf-
lage müsste gerade herauskommen.)

Doenges, M., Moorhause, M.F. (1994). Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern:
Huber.

ICNP-Arbeitsübersetzung Teil A-B-C, (1996) International Council of Nurses 3.
Place Jean Marteau, Ch-1201 Genf, Schweiz (zu beziehen auch über DIHNR, 3,
Fensmarksgade, DK 2200 Kopenhagen.)

McFarland, G.K., McFarlane, E.A. (1993) Nursing Diagnosis & Intervention. St.
Louis-Mosby.

Moderatorin: Prof. Dr. Annette Nauerth

Professorin für biomedizinische Grundlagen der Pflege an der Fachhochschule
Bielefeld, Fachbereich Pflege und Gesundheit

Gruppe 2: Ausgangspunkt Pflegebedarf/Pflegebedürftigkeit

Moderatorin: Prof'in i. V. Barbara Knigge-Demal

Die Arbeitsgruppe zur Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischen Handelns (Ausgangspunkt: Pflegebedürftigkeit/Pflegebedarf) orientierte sich im Workshop an einer Struktur, die im Zusammenhang mit den Lehrveranstaltungen Praktische Übungen zur Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege entstanden ist. Die Gliederung der Lehrveranstaltung wurde von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als bekannt interpretiert und als eine mögliche Struktur zur Vermittlung pflegerischen Wissens im klinischen Unterricht anerkannt.

Nachdem sich die Arbeitsgruppe über den Arbeitsauftrag und die Arbeitsmethode verständigt hatte, wurden ausgehend von einem Fallbeispiel (vgl. S. 32) anhand der vorgegebenen Struktur (vgl. S. 31) die Probleme und Ziele für diese Patientin herausgearbeitet. Hierbei entwickelten sich lebhafte Diskussionen über die Notwendigkeit, sich diesen Fragen im Einzelnen zu stellen.

Die Arbeitsgruppe kam zu folgenden Ergebnissen bezüglich der Pflegebedürftigkeit/des Pflegebedarfs von Frau Müller:

Der Pflegebedarf/die Pflegebedürftigkeit von Frau Müller und die daraus resultierenden Pflegeprobleme:

- Frau Müller hat Probleme, ihren Bedarf an Bewegung und Mobilität vollständig selbständig zu realisieren. Sie benötigt die Hilfe von Bezugspersonen oder dem ambulanten Pflegedienst beim Aufstehen und beim Gang zur Toilette.
- Frau Müller befürchtet, in Folge der Immobilität zu vereinsamen.
- Sie benötigt Hilfe und Unterstützung beim Ankleiden, bei der Körperpflege und beim Essen und Trinken.

Ressourcen:

- Die Familie möchte sich in die Pflege und Betreuung integrieren.
- Der ambulante Pflegedienst unterstützt Frau Müller in ihrem Bemühen, ihre Selbständigkeit zu erhöhen.
- Sie hält den Kontakt zu ihren Freunden aufrecht.

Die Arbeitsgruppe kam zu folgenden Ergebnissen bezüglich des Beratungs- und Anleitungsbedarfs von Herrn Müller:

- Herr Müller hat Probleme, seine Frau beim Toilettengang und bei der Körperpflege zu unterstützen.
- Er hat Angst, nicht den Anforderungen der Bobath-Therapie zu entsprechen.

Arbeitsziele des ambulanten Pflegedienstes:

- Der ambulante Pflegedienst wird die Pflegeziele gemeinsam mit Frau Müller, deren Familie und der Krankengymnastin abstimmen.

Mögliche Pflegeziele für Frau Müller:

- Die Mobilität von Frau Müller soll mit Hilfe des Bobath-Konzeptes kontinuierlich verbessert werden.
- Mögliche Ziele für die Beratung und Anleitung der Familie:
- Herr Müller und die Schwiegertochter werden über die Grundsätze der Bobath-Therapie und mögliche Komplikationen beraten.
- Sie erfahren eine Anleitung zu den Grundsätzen der Lageveränderungen und des Transfers nach Bobath.
- Herrn Müllers Anteile an der Pflege seiner Ehefrau werden auf seine Pflegekompetenzen abgestimmt.

Die Gruppe 2 musste an dieser Stelle ihre Arbeit beenden, da die verfügbare Zeit beendet war. Nur zwei der vorgegebenen Strukturelemente für den klinischen Unterricht konnten aufgearbeitet werden. Fragen danach, ob dieser Struktur in jedem klinischen Unterricht entsprochen werden kann, welche Konsequenzen diese für die Planung der Ausbildung hat, und wie der Transfer in die Berufspraxis gesichert werden kann, konnten nicht mehr geklärt werden.

Arbeitsblatt 1

Struktur zur Vermittlung von Pflegemaßnahmen

a) Pflegeprobleme als mögliche Indikationen (pflegerisch-therapeutische, diagnostische oder medizinische Indikationen)

b) Zielsetzung

c) Grundsätze und Richtlinien, an denen sich pflegerisches Handeln ausrichtet. In den Grundsätzen werden Begründungen zum Handeln aus unterschiedlichen Perspektiven ausgewiesen. Pflegerisches Handeln muss sich mindestens durch drei Begründungsansätze gegenüber Pflegebedürftigen ausweisen.

Grundsätze,

- die sich aus der psychischen Integrität der Person ableiten.
- die sich aus der sozialen Integrität der Person ableiten.
- die sich aus der physischen und biologischen Verletzbarkeit der Person ableiten.

d) Grundsätze oder Begründungen leiten sich aus der Verletzlichkeit von Personen ab und führen zu spezifischen Richtlinien des Handelns. Richtlinien gehen aus Begründungen hervor, sind ihnen nachgeordnet und den Begründungen gegenüber der Person verpflichtet.

e) Institutionelle Kontextbedingungen (Setting von Pflege)

Pflegerisches Handeln ist immer kontextuell eingebunden in spezifische Arbeitsfelder (vgl. Rennen-Allhoff, B., (1997). Konzeption des Studienganges Pflegepädagogik, FH Bielefeld). Kontextbedingungen können pflegerisches Handeln begünstigen, erleichtern oder auch behindern. Personelle, materielle, soziale und organisatorische Bedingungen des Arbeitsfeldes sind zu erheben und bei der Planung und Realisierung pflegerischen Handelns zu berücksichtigen.

f) Interaktion mit dem Patienten und dessen Bezugspersonen

bezieht sich auf die Betreuung, Anleitung, Beratung und Unterstützung des Patienten/der Bezugspersonen, die zur Bewältigung der pflegerischen Maßnahmen erforderlich sind. Insbesondere geht es auch um Überlegungen zur arbeitsbegleitenden Kommunikation.

g) Gang der Handlung (kleinschrittiger Handlungsablauf)

- Interaktion Patient/Bezugsperson, Projekt: Arbeitsorganisation
- Materialien
- Durchführung
- Nachsorge

h) Literaturhinweise

Arbeitsblatt 2

Fallbeispiel zum Pflegebedarf/zur Pflegebedürftigkeit einer Patientin

Frau Müller, 67 Jahre alt, 1,72 m groß und 75 kg schwer, ist eine Patientin des ambulanten Pflegedienstes. Sie ist vor vier Tagen aus der Rehaklinik nach Hause entlassen worden. Sie hatte 12 Wochen zuvor einen Apoplex mit linksseitiger Hemiplegie erlitten. Während des Aufenthaltes in der Rehaklinik ist sie kontinuierlich nach Bobath gepflegt und behandelt worden. Jetzt ist sie in der Lage selbständig zu stehen, jedoch hat sie Schwierigkeiten, alleine aufzustehen. Auch in den täglichen Verrichtungen, wie Waschen Anziehen, Essen etc. ist sie aufgrund der guten Rehabilitation in der Lage, sich mit Hilfsmitteln größtenteils selbständig zu versorgen. Da Frau Müller nur mit Hilfe von zwei Personen einige Schritte gehen kann, sitzt sie viel im Lehn- bzw. Rollstuhl. Ihr Mann kann den Zustand seiner Frau nur schlecht ertragen, weil sie beide in Folge der Erkrankung in ihrer Mobilität stark eingeschränkt sind und er das Gefühl hat, zusehen zu müssen, wie seine Frau darunter leidet und Angst hat, zu vereinsamen.

Vor dem Apoplex sind beide viel gewandert, haben mindestens dreimal im Jahr eine längere Reise unternommen. Ein großer Bekanntenkreis ermöglichte ihnen viele gemeinsame Aktivitäten mit guten Freunden. Außerdem war Frau Müller in einer Frauengemeinschaft und in einem Karnevalsverein sehr aktiv. Zu ihren Freunden haben sie weiterhin guten Kontakt. Sie telefonieren mit Frau Müller und die Frauen kommen sie besuchen.

Große Probleme bereitet Herrn Müller die Abhängigkeit seiner Frau beim Gang zur Toilette. Er muss sich überwinden, seine Frau dorthin zu begleiten und ihr bei der Toilette und beim Waschen Hilfestellung zu leisten. Wenn er seiner Frau beim Aufstehen aus dem Lehnstuhl behilflich sein soll, hat er Angst, dabei Fehler zu machen.

Das Ehepaar wohnt in einer Kleinstadt, mitten im Grünen in einem eigenen Haus. Der Sohn bewohnt mit seiner Familie die zweite Etage des Hauses. Die Schwiegertochter von Frau Müller ist Hausfrau und Mutter von zwei kleinen Kindern, sie beteiligt sich in Mäßen, so wie es ihr möglich ist, an der Pflege der Schwiegermutter.

Welche Pflegeprobleme sind bei dieser Patientin erkennbar?
Welches Krankheitserleben und welche Bewältigungsstrategien wurden von der Patientin entwickelt?
Welche Ressourcen werden aus dem Fallbeispiel deutlich?

Gruppe 3: Pflegesituation

Moderatoren: A. Adophs, D. Bross, M. Flinkerbusch, F. Helios, C. Josten

Vorstellung der Projektarbeit zum Thema: Macht und Gewalt in der Pflege

Im Rahmen des Studiums der Pflegepädagogik sollte durch die Projektgruppen eine komplette Unterrichtsreihe, einschließlich Sachanalyse, Bedingungsanalyse und didaktischer Analyse, vorbereitet werden. Die Schwerpunkte dieser Projektarbeit wurden im Rahmen des Workshops kurz dargestellt, um anschließend, ausgehend von einer Pflegesituation, das Strukturmodell zur Analyse von Pflegesituationen zu verwenden. Er stellt einen Versuch der praktischen Umsetzung des von Hundenborn vorgestellten Modells dar.

Über Gewalt, vor allem über sehr spektakuläre Fälle wie Tötungsdelikte wird immer wieder in den Medien berichtet. Aber das sind eher die Fälle, die niemand persönlich erlebt. Aber alle Beteiligten kennen die Situationen, in denen an den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten vorbei gehandelt wird. Möglicherweise weil es einfacher ist, die Rahmenbedingungen es nicht ermöglichen oder es den Pflegenden einfach zu viel wird. Darum gilt der Fokus der Arbeit dem Phänomen Gewalt in pflegerischen alltäglichen Situationen, die vom Patienten als Mangel an Hilfsbereitschaft, Geduld, Empathie und Kontaktfreudigkeit empfunden werden (Elsbernd/Glane 1996). Vor einseitigen Schuldzuweisungen an die Pflegenden durch die Pflegenden ist Vorsicht geboten. Nicht nur Pflegenden, sondern alle im therapeutischen Team Beteiligten sind mit Gewalt im Handeln konfrontiert. Pflegenden sind möglicherweise aufgrund ihrer Sensibilisierung für das Thema, ihrer Nähe zum Kranken und ihrer Orientierung an deren Bedürfnissen diejenigen, die ein Gewaltproblem am ehesten verbalisieren und diskutieren.

Der Schwerpunkt der Projektgruppe lag darin, Pflegesituationen zu analysieren, um diese dann optimieren zu können.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Thema stellte sich heraus, dass Gewalt, Macht, Ohnmacht und Zwang Begriffe sind, die in diesem Zusammenhang immer wieder auftauchen. Junge Auszubildende lernen früh, dass z. B. Injektionen, obwohl sie eine Körperverletzung darstellen, im Kontext der Therapie keine Gewalt bedeuten. Und dass eine Fixierung, obwohl sie eine Zwangsmaßnahme darstellt, unter bestimmten Bedingungen ebenfalls keine Gewalt im Sinne der Patientenschädigung darstellt. Über Macht in der Pflege wird weniger gesprochen, eher schon über Machtlosigkeit. Macht und Gewalt treten aber häufig zusammen auf. Entgegen der Meinung, dass Macht nichts anderes ist als eine Fassade, hinter der sich Gewalt verbirgt, kennzeichnet H. Arendt Macht als das wirkungsvolle Element, das die Gewalt erst ermöglicht.

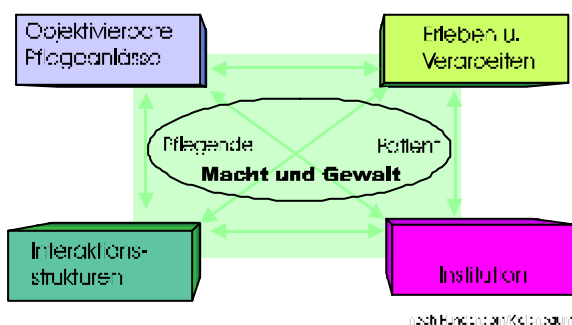
„Macht entspricht der menschlichen Fähigkeit, nicht nur zu handeln oder etwas zu tun, sondern sich mit anderen zusammenzuschließen und im Einvernehmen mit ihnen zu handeln. Über Macht verfügt niemals ein Einzelner; sie ist im Besitz einer Gruppe und bleibt nur so lange existent als die Gruppe zusammenhält. Wenn wir von jemandem sagen, „er habe die Macht“, heißt das in Wirklichkeit, dass er von einer bestimmten Anzahl von Menschen ermächtigt ist, in ihrem Namen zu handeln. In dem Augenblick, wo die Gruppe ... auseinandergeht, vergeht auch „seine Macht“!“ (H. Arendt 1996, S. 45).

Auf die Krankenpflege übertragen heißt dies: Die Gesellschaft hat den Pflegenden den Auftrag (= die Macht) gegeben, die Patienten nach geltender Sitte und geltendem Recht (d. h. im Sinne der gesellschaftlichen Norm) zu versorgen. Gewalt in der Pflege bedeutet, gegen den ausgesprochenen oder mutmaßlichen Willen des Patienten und gegen den gesellschaftlichen Auftrag zu handeln.

Ziel der Auseinandersetzung im Projekt war die Analyse der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Pflegesituation. Damit soll die hohe Komplexität pflegerischen Handelns darstellbar gemacht werden.

Die Studierenden nutzen dazu das Strukturmodell, das von Hundenborn und Knigge-Demal entwickelt wurde. Danach konstituiert sich eine Pflegesituation aus einem objektivierbaren Pflegeanlass, wird beeinflusst vom Erleben und Verarbeiten der Beteiligten, von der Interaktion zwischen ihnen und den institutionellen räumlichen Bedingungen. Weitere Einflussfaktoren werden berücksichtigt, hier aber nicht weiter vorgestellt.

Pflegesituation



Projektgruppe Macht u. Gewalt:
A. Acolphs, D. Brass, M. Flinkerbusch, A. Helios, C. Josten

Objektivierbare Pflegeanlässe

Ein objektivierbarer Pflegeanlass ist die auf eine nachvollziehbare Entscheidung

entstehende Handlung der Pflegenden und besitzt Aufforderungscharakter.

Die eingeschränkten Möglichkeiten des Patienten, sich selbst zu waschen, fordern die Pflegenden auf, ihm routinemäßig am Morgen bei der Körperpflege zu helfen.

Erleben und Verarbeiten

Das Erleben und Verarbeiten der beteiligten Personen in Pflegesituationen ist abhängig von vielen Einflussfaktoren, z. B. den Persönlichkeiten und ihren unterschiedlichen Rollendefinitionen als Pflegenden oder Patient.

Die Pflegenden erleben die pflegerische Grundversorgung des Patienten unter Zeitdruck als sehr belastend - der Patient fühlt sich gestört und nicht ausreichend beachtet.

Interaktionsstrukturen

Interaktionsstrukturen als soziale Interaktion verstanden, bezeichnet alle Formen der menschlichen Beziehungsaufnahme und Beziehungsvollzüge. Beziehungen können aufgenommen und vollzogen werden durch: Sprache - Ausdruck - Tun. (Rupert Lay)

Die Pflegeperson informiert den Patienten von ihrem Vorhaben, ihn gerne waschen zu wollen. Der Patient reagiert mit Rückzug und stellt den Sinn der Pflegemaßnahme in Frage. „Waschen sei jetzt nicht nötig“. Nach mehrmaligem Wortwechsel bittet die Pflegekraft den Patienten die Decke zurückzuziehen, da sie jetzt beginnen möchte.

Institution

Die Institution stellt den Raum für pflegerisches Handeln dar, zum Beispiel ein Krankenhaus mit den Abteilungen oder Stationen, in denen eine Pflegesituation stattfindet.

Da die Visite und die Diagnostik um 08.00 Uhr anstehen, müssen in der Zeit bis zum Frühstück von 16 Patienten noch 10 grundpflegerisch versorgt werden. Die ohnehin enge Personalbesetzung ist durch eine Krankmeldung nun auf eine examinierte Pflegenden und zwei Schüler reduziert.

Praktische Umsetzung

Der Workshop stellt den Versuch dar, das von der Projektgruppe theoretisch erarbeitete und von Hundenborn und Knigge-Demal in diesem Workshop vorgestellte Modell praktisch umzusetzen. Nach einer kurzen Einführung, in der sich die Studierenden mit ihrem Projekt vorstellen und den weiteren Verlauf klären, wird ar-

beitsteilig der Workshop gestaltet, um abschließend die Möglichkeiten des Modells für die Gestaltung von pflegerischen Situationen zu diskutieren

Die Teilnehmer sollen eine vorgegebene, konstruierte Pflegesituation in Partnerarbeit durchführen, erleben und mit Hilfe des Strukturmodells analysieren. Der Arbeitsauftrag beinhaltet die Aufforderung, nacheinander in der Rolle der Pflegenden den Patienten die Hände zu waschen, ein Getränk und einen Joghurt zu reichen und anschließend die Rollen zu wechseln. Unter Beachtung der genauen Arbeitsanweisung, die fehlende verbale Kommunikation, Zeitdruck und Personalmangel vorschreibt, führen die Teilnehmer diese Handlungen durch.

Im anschließenden Austausch werden die Erlebnisse in Zweiergruppen reflektiert und auf Metaplankarten dokumentiert, die in einem folgenden Schritt den einzelnen Elementen des Strukturmodells zugeordnet werden. Schwerpunktmäßig werden Zuordnungen zum Element „Erleben und Verarbeiten“ getroffen. So wird z. B. die fehlende Situationstransparenz als belastend für die Beteiligten in beiden Rollen erlebt, aber auch unterschiedliche emotionale Reaktionen, wie Ungeduld und Ärger, werden beschrieben.

Die Handlung der ausführenden Pflegenden entspricht nicht unbedingt dem Bedürfnis des abhängigen Patienten. Durch den vorgegebenen Arbeitsauftrag wird eine Verständigung zwischen den Beteiligten verhindert und damit der Fokus auf die Interaktionsstrukturen jeder Pflegesituation gelenkt. Die eingeschränkte Interaktionsmöglichkeit wird teilweise durch nonverbale Formen kompensiert und somit die Bedeutung des Elementes „Interaktionsstrukturen“ für die Pflegesituation wahrgenommen.

Dem Element „Institution“ wird die konstruierte Zeit- und Personalbegrenzung zugeordnet, dem Element „objektivierbarer Pflegeanlass“ der Arbeitsauftrag zur Pflegehandlung.

Ausblick

In der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit haben die Teilnehmer die Möglichkeit, das Modell zur Strukturierung von Pflegesituationen auszuprobieren und Erfahrungen damit zu sammeln. Das geschieht mit Interesse, Nachdenklichkeit, Neugier, Diskussionen und vielen offenen Fragen. Darin ist jedoch eine Chance zu sehen, die Möglichkeiten dieser Art von Herangehensweise zu erproben. Von den Teilnehmern des Workshops wird als Definition von Gewalt in der Pflege vorgeschlagen:

„Gewalt fängt an, wenn man den anderen nicht mehr ernst nimmt!“

Wer den anderen ernst nimmt, ist interessiert an seinen Wünschen, Fähigkeiten und Bedürfnissen. Und dieser andere kann auch der Kollege/die Kollegin sein, die Auszubildenden und wir selbst.

Die praktische Umsetzung des Strukturmodells auf eine (konstruierte) Pflegesituation hat ergeben, da waren sich alle Beteiligten einig, dass sich das Modell zur Analyse eignet. Der Workshop ist ein Versuch der praktischen Umsetzung und als solcher bietet er nur einen Ausschnitt aus einem sehr viel komplexeren Modell.

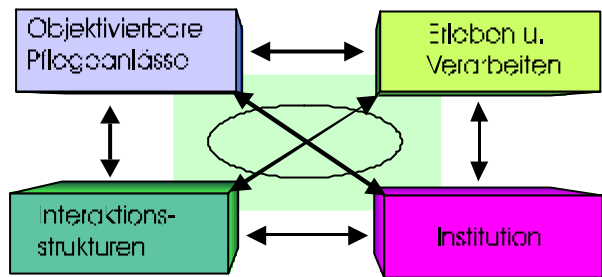
Die Projektarbeit der Studierenden der KFH Köln hat viele neue Ideen hervorgebracht. Der Workshop hat gezeigt, was bei der praktischen Umsetzung noch weiterzuentwickeln und zu verändern ist.

Der Workshop hat die Möglichkeit geboten, ein neues Konzept kennen zu lernen und die Beteiligten haben gemeinsam diese Chance genutzt.

Moderatoren: A. Adophs, D. Bross, M. Flinkerbusch, F. Helios, C. Josten
Studierende der Katholischen Fachhochschule NRW, Abteilung Köln, Fachbereich Gesundheitswesen-Pflegepädagogik

Macht und Gewalt in der Pflege

Pflegesituation



nach Hundenborn/Kreienbaum

Macht



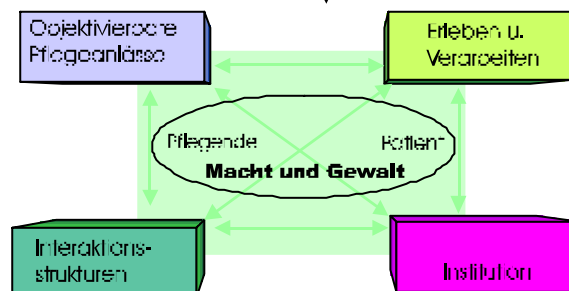
nach Hannah Arendt

Entstehung von Gewalt



nach Hannah Arendt

Pflegesituation



nach Hundenborn/Kreienbaum

Projektgruppe Macht u. Gewalt:
A.Acolaphs, D.Bross, M.Flinkerbusch, A.Helios, C.Josien

KFH

NW

Köln

Fachbereich Gesundheitswesen