

# Die kritisch-konstruktive Didaktik der Krankenpflege

nach Prof. Dr. phil. Karin Wittneben

Referat am Fachbereich Gesundheitswesen  
der Evangelischen Fachhochschule Hannover  
im Studienbereich Pflegepädagogik  
im Lernbereich 3  
vorgelegt im WiSe 2002 von

Peter Scheu  
5. Studiensemester

Abgabetermin: 26.11.2002

Fachprüferin: Prof. Dr. phil. Uta Oelke

---

<i>1 Einleitung</i> .....	3
<i>2 Grundlagen zum Modell der kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik nach Wittneben</i> .....	5
2.1 Wittneben "persönlich" – Informationen zum Werdegang	
2.2 Grundlagen zur Theorieentwicklung	
<i>3 Pflege ist nicht gleich Pflege – Das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung</i> .....	8
3.1 Dimensionen der Patientenorientierung	
3.2 Modifizierung des Modells der multidimensionalen Patientenorientierung	
3.3 Patientenorientierung in ausgewählten pflegedidaktischen Texten	
<i>4 Pflege lehren will gelernt sein – Die kritisch-konstruktive Pflegedidaktik ...</i>	15
4.1 Spannungs- und Problemfelder einer Fachdidaktik Pflege	
4.2 „Gehaltvoll nach Klafki“ – kritisch-konstruktiv	
4.3 Zusammenführung des Modells der multidimensionalen Patientenorientierung und der kritisch-konstruktiven Didaktik	
4.4 Das Modell der kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik als Instrument zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege	
<i>5 Die kritisch-konstruktive Pflegedidaktik – Einschätzung und Ausblick</i> .....	23
<i>6 Literaturverzeichnis</i> .....	25

---

Abbildungsverzeichnis:

- Abb. 1 Ein heuristisches Modell multidimensionaler Patientenorientierung  
zur Grundlegung einer Didaktik der Krankenpflege .....8
- Abb. 2 Modifiziertes heuristisches Modell der multidimensionalen  
Patientenorientierung nach Wittneben 1997 .....13
- Abb. 3 Denk-, Handlungs- und Forschungszonen eines pflegedidaktischen  
Raumes .....15
- Abb. 4 Orientierungsraster zur Planung, Durchführung und Analyse eines  
kritisch-konstruktiven Krankenpflegeunterrichts.....21

## 1 EINLEITUNG

"Warum muss ich denn zur Schule gehen?" fragt im gleichnamigen Buch Tobias seinen Onkel Hartmut. Hartmut von Hentig antwortet ihm in vielen Briefen und versucht damit Tobias die Angst vor der Schule zu nehmen. Dass die Lehrenden in diesem Prozess eine wesentliche Rolle einnehmen, bleibt unbestritten. Gerade sie können durch methodisch-didaktische Überlegungen in einer schülerorientierten Pädagogik das Wohlbefinden und den Lernerfolg entscheidend beeinflussen, wie v. Hentig in dem nachfolgenden Ausschnitt aus einem Brief beschreibt.

*"Aber wenn die Schule es falsch macht, wirst du nicht wollen – wird dir alles zu viel oder zu wenig oder langweilig. Lehrer, die dauernd selber reden und verlangen, dass die Kinder ihnen nachreden; Lehrer, die darauf bestehen, dass die Kinder ihre eigenen Gedanken für sich behalten, weil diese den Unterricht stören; Lehrer, die nicht hinsehen, nicht merken, dass du heute traurig oder verstört bist; Lehrer, die immer ihre Ordnung oder ihre Sache wichtiger finden als euren Streit oder euren großen Plan, verderben die Freude am Lernen. Ja, schlimmer noch: Sie erzeugen eine falsche Freude am falschen Lernen. Sie machen euch zu gelehrigen Papageien, zu kleinen Lernbeamten, zu unselbstständigen "Anrufbeantwortern". Aus der falschen Schule gehen Menschen hervor, die man im Leben draußen nicht gebrauchen kann. In unserer Welt, in der täglich neue Erfindungen zum Zuge kommen, in der die Computer jederzeit jede gewünschte Auskunft geben, in der große Organisationen und Unternehmen die Politik verdrängen, brauchen wir vor allem mutige und zuverlässige, neugierige und freundliche, aufmerksame und nachdenkliche Menschen – Menschen mit Überblick und Selbstbewusstsein. (...) Bewahre dir deine Ansprüche und Urteile, lass dich nicht zähmen, gib ihr nicht Recht, wenn sie dich zwingt oder vereinnahmt oder einlullt. Die Schule und die weitere Ausbildung dauern zwischen vierzehn und zwanzig Jahren – Was für eine Zeit!" (Hentig 2001, S. 82 ff.)*

Was für eine Zeit! – Eine Zeit, die für den Heranwachsenden in mehrfacher Hinsicht entscheidend ist:

- für die Entwicklung seiner Persönlichkeit;
- für seine Bildung – Allgemeinwissen oder spezielles Wissen in einer spezifischen Ausbildung;
- für seine weitere Lernentwicklung – den Umgang mit dem individuellen, lebenslangen Lernprozess.

Insbesondere die Zeit der Ausbildung, die v. Hentig in diesem Brief mit einbezieht, spielt für den Menschen auf dem Weg vom Schüler zum eigenverantwortlich Lernenden eine wichtige Rolle. Gerade Auszubildende in den Pflegeberufen werden – als Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflegeschüler – ihren Schülerstatus nicht los. Dem gegenüber steht eine unaufhaltsame Weiterentwicklung der Pflegeberufe mit den entsprechenden Herausforderungen, denen Pflegekräfte – vielleicht als zukünftige Pflgetherapeuten – gewachsen sein sollten.

- 
- Der Bewältigung von komplexen Pflegesituationen, zu deren Lösung prozessorientierte Vorgänge helfen können. Für eine umfassende prozessorientierte und problemlösende Planungsfähigkeit braucht es grundlegende Analyse- und Diagnosefähigkeiten.
  - Pflegende sind nicht „nur“ Arbeitnehmer. In unterschiedlichen Arbeitsbereichen müssen sie mit entsprechend erweiterten Kompetenzen vielfältige Aufgaben bewältigen:
    - Sie führen als Arbeitgeber einen Pflegedienst. Neben Pflegekompetenz brauchen diese Pflegekräfte auch Unternehmerkompetenz.
    - Sie leiten als Pflegepädagogen Ausbildungszentren für Pflegeberufe.
    - Sie übernehmen Beratungstätigkeiten in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens (z. B. Pflegeüberleitung/Krankenkassen).
    - In der ambulanten, operativen Versorgung von Patienten übernehmen Pflegende einen eigenständigen Bereich mit einer neu zu definierenden Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz.
  - Pflegende müssen versuchen den unterschiedlichen Ansprüchen von Patienten in einer kultursensiblen Pflege gerecht zu werden.
  - Neben einer veränderten Altersstruktur der Bevölkerung und der damit verbundenen Multimorbidität stellen auch unterschiedliche Lebensformen (Zunahme der Singlehaushalte ohne Familienbindung, gleichgeschlechtliche Lebensformen) gerade bezüglich der Sozialkompetenz neue Ansprüche an die Pflegekräfte (vgl. Wittneben 1999, S. 2 f.).

Hinsichtlich den Herausforderungen an die Pflegenden stellt sich die Frage, welche Inhalte und Struktur eine Pflegeausbildung braucht und wie notwendige Kompetenzen, auf der Basis eines klar definierten Pflegeverständnisses, vermittelt werden können.

Wittneben machte sich schon 1991 in ihrer Dissertation Gedanken zur Humanisierung und zur Professionalisierung der Krankenpflege. Eine Zeit, in der das „Pflänzchen Pflegewissenschaft“ gerade zu keimen angefangen hat.

Ein bis dahin medizinisch-naturwissenschaftlich geprägter Pflegebegriff wurde im Modell der multidimensionalen Patientenorientierung erweitert, um den Patienten als selbstbestimmte, mitbestimmungs- und solidaritätsfähige Person zu sehen. Aufgrund der wenig entwickelten Pflegewissenschaft sollte dieses Modell als wissenschaftliche Grundlage einer Pflegedidaktik dienen. Wittneben wollte beweisen, dass Krankenpflege neben einem beruflichen Ausbildungsfach auch eine fundierte Möglichkeit zur Persönlichkeitsbildung darstellt.

Im ersten Teil des Referats werden neben der Vorstellung der Autorin auch Grundlagen aufgezeigt, die Wittneben bei der Entwicklung ihres komplexen Modells bedacht hat. Danach wird ihr Modell der multidimensionalen Patientenorientierung im Überblick vorgestellt. Auf dieser Grundlage, zusammengeführt mit Klafkis kritisch-konstruktiver Didaktik, schafft Wittneben ihr Modell der Fachdidaktik Pflege. Voraussetzungen und Perspektiven der Pflegedidaktik werden im letzten Abschnitt beschrieben.

## **2 GRUNDLAGEN ZUM MODELL DER KRITISCH-KONSTRUKTIVEN PFLEGEDIDAKTIK NACH WITTNEBEN**

In einer Zeit, in der Lehrkräfte für Krankenpflegeschulen nur an so genannten Weiterbildungsstätten unterschiedlicher Träger (z. B. privat, kirchlich, gewerkschaftlich) ausgebildet wurden, hat Prof. Dr. phil. Karin Wittneben mit wegweisenden, weitgehend wissenschaftlich begründeten Aussagen einen Pflegebegriff definiert und darauf aufbauend Perspektiven einer Pflegedidaktik entwickelt. Bis heute betont Wittneben, dass sowohl die Pflegewissenschaft als auch eine damit verbundene Pflegedidaktik sich stetig entwickelnde Wissenschaften sind. Seit Erscheinen ihrer Dissertation 1991 hat sie ihr Modell der kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik stets weiterentwickelt.

Neben der Vorstellung der Autorin sollen nachfolgend Grundlagen zu ihrer Theorieentwicklung aufgezeigt werden.

### **2.1 Wittneben "persönlich" – Informationen zum Werdegang**

Prof. Dr. phil. Karin Wittneben wurde 1935 in Kiel geboren. Ihre Krankenpflegeausbildungen absolvierte sie in Hamburg und England (Registered Nurse in London). Danach Tätigkeiten als Krankenschwester in deutschen und englischen Krankenhäusern.

- Berufliche Weiterbildung zur Lehrerin für Pflegeberufe in Heidelberg;
- Tätigkeiten an einer Krankenpflegeschule sowie in der inner- und überberuflichen Weiterbildung des Berufsfeldes Gesundheit;
- Pädagogik-, Soziologie- und Psychologiestudium in Hannover;
- Studium der Erziehungs- und Pflegewissenschaften (USA);
- 1984: Magistergrad an der University of Wisconsin-Madison (M.A.);
- 1974–1990: Lehrende in der pflegerischen Weiterbildung; Lehrbeauftragte in der wissenschaftlichen Weiterbildung von Lehrerinnen für Pflegeberufe im Fachbereich Sozialwissenschaften, Universität Osnabrück;
- 1991: Promotion zur Dr. phil. an der Universität Hannover mit ihrer Dissertation: "Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege";
- 1993: Professorin für Erziehungswissenschaft am Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik der Universität Hamburg;  
Schwerpunkt: Didaktik der Fachrichtungen Gesundheit/Pflege, Berufspädagogik, Pflegeschul- und Pflegeberufsgeschichte.  
Gleichzeitig wurde Wittneben vom Wissenschaftssenator der Freien und Hansestadt Hamburg mit der Planung eines Pflegelehrerstudienganges an der Universität Hamburg beauftragt.

(vgl. <http://www.erzwiss.uni-hamburg.de/Personal/Wittneben/wittnebe.html>)

## 2.2 Grundlagen zur Theorieentwicklung

Wittneben stellt zu Beginn ihrer Dissertation fest, dass diese *"von einem Interesse an der Vermenschlichung der Gesellschaft geleitet"* wird (Wittneben 1998, S. 2). Dieses Interesse hat sie auf die Humanisierung der Krankenpflege gerichtet, wobei der damit verbundene Prozess eng mit der beruflichen Aus- und Weiterbildung der Krankenpflege verwoben ist.

Allein über die weit verbreitete Aussage, dass „der kranke Mensch im Mittelpunkt einer ganzheitlichen Krankenpflege steht“, kann die Qualität der Krankenpflege nicht gesichert gelten. Forschungsergebnisse belegen, dass Qualitätsmängel insbesondere durch Pflegefehler aufgrund einer mangelhaften Arbeitsorganisation (z. B. in der Funktionspflege) entstehen, aber auch in einer Patientendistanz liegen. Patienten werden von Pflegenden als eine Diagnose wahrgenommen mit den damit verbundenen Defiziten. Individuelle Bedürfnisse, aber auch Ressourcen werden oft nicht erkannt (vgl. Wittneben 1998, S. 1).

*"Gegenüber einer Patientendistanz ist eine Arztnähe der Pflegenden zu beobachten, welche aus der Anerkennung der Ärzte für erbrachte medizinische Assistenz Tätigkeiten einen Großteil ihrer Arbeitszufriedenheit beziehen."* (Wittneben 1998, S. 2)

Dies macht deutlich, dass die medizinisch-naturwissenschaftlich-technische Betrachtungsweise der Patienten um eine humanwissenschaftlich bestimmte Dimension erweitert werden muss. Wittneben entwickelt hierzu Aspekte einer multidimensionalen Patientenorientierung (vgl. Wittneben 1998, S. 1 f.). Der Patient soll nicht zum defizitären Objekt reduziert, sondern mit Hilfe der Pflegenden als selbstbestimmter, mitbestimmungsfähiger und solidaritätsfähiger Mensch angesehen werden.

Aus ihren Überlegungen heraus hat die Autorin drei zentrale Fragen gestellt und diese in ihrer Dissertation bearbeitet:

1. *"Wie lässt sich das Konzept der patientenorientierten Krankenpflege begrifflich fassen?"*
2. *Was für ein Begriff von Krankenpflege wird von Weiterbildungsstätten in der beruflichen Weiterbildung von Krankenschwestern/Krankenpflegern zu Unterrichtschwestern/Unterrichtspflegern perpetuiert?"*
3. *Was für Möglichkeiten eröffnet, vor allem aber, welche Grenzen setzt der jeweils von beruflichen Weiterbildungsstätten ausgehende Pflegebegriff der Entwicklung einer Fachdidaktik der Krankenpflege?"* (Wittneben 1998, S. 11)

Im nächsten Kapitel soll, als Antwort auf die erste Frage, das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung vorgestellt werden. Dazu benutzt Wittneben eine Typologie, die anhand eines Stufenmodells dargestellt wird.

Aufgrund der rasanten Entwicklung der Pflegestudiengänge und einer unklaren Zukunft der Weiterbildungsstätten wird bezüglich der zweiten Frage nur auf die in pflegedidaktischen Texten enthaltenen patientenorientierten Wertvorstellungen

eingegangen. Wittneben hat diese wissenschaftlich untersucht und zum Teil im Modell der multidimensionalen Pflegeorientierung integriert.



### 3 PFLEGE IST NICHT GLEICH PFLEGE – DAS MODELL DER MULTIDIMENSIONALEN PATIENTENORIENTIERUNG

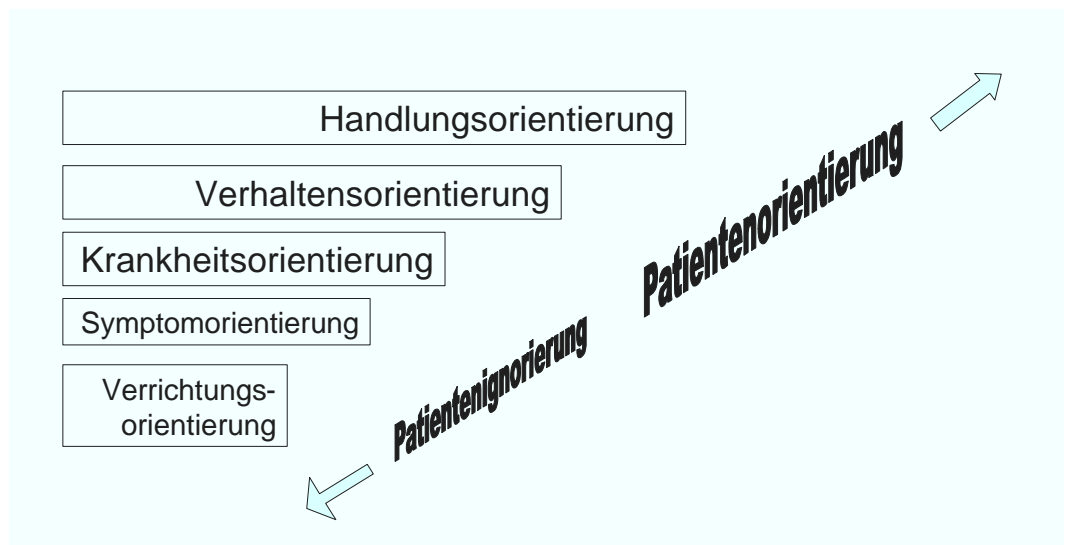
Das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung soll einen Beitrag dazu leisten, trotz der damals fast fehlenden wissenschaftlichen Pflegedisziplin, eine wissenschaftliche Begründung für die Notwendigkeit einer Pflegedidaktik geben zu können. Zudem kann das Modell ein begriffliches Instrument sein, um die Erforschung von pflegedidaktikbezogenen Texten zu ermöglichen, und helfen, den in den Texten vertretenen Grad an Patientenorientierung herauszufinden.

Einerseits legt Wittneben ihrem Modell die Pflgetheorie von Orem (1985) zugrunde, die auf die Wiederherstellung der „Handlungs- und Selbstpflegefähigkeit“ der Patienten abzielt, andererseits die "neurophysiologische Krankenpflgetheorie" von Gertraude du Mont (1987). Diese Pflgetheorien ergänzt sie mit vorwissenschaftlich geprägten Pflegeauffassungen, die sie aus Pflegeunterrichtstexten abgeleitet hat (vgl. Plaumann 2000, S. 70).

Ursprünglich spricht Wittneben von fünf Dimensionen der Patientenorientierung, die sie in einem heuristischen Stufenmodell darstellt.

Heuristik wird als "Erfindungskunst" bezeichnet sowie als methodische Anleitung, Neues zu erfinden/finden. Kennzeichnend für heuristische Hypothesen ist, dass vorläufig gültige Annahmen dazu helfen sollen, einen bestimmten Sachverhalt besser zu verstehen (vgl. Jank/Meyer 2000, S. 268).

Abb.1: Ein heuristisches Modell multidimensionaler Patientenorientierung zur Grundlegung einer Didaktik der Krankenpflege (Quelle: Wittneben 1998, S. 111).



---

### 3.1 Dimensionen der Patientenorientierung

Die einzelnen Dimensionen dieses Stufenmodells sollen nun bezüglich deren Kernaussagen vorgestellt werden:

#### **Die Dimension der Verrichtungsorientierung.**

Die unterste Stufe des Modells bildet die Verrichtungsorientierung. Dabei sind arztbezogene, krankheitsorientierte Maßnahmen der Grund- und Behandlungspflege gemeint, die insbesondere von "Mess- und Zählwerten" bestimmt sind. Meist werden diese Überwachungsparameter vom Arzt angeordnet. Die Pflegenden haben die Anordnungen dann auszuführen. Bis heute hat diese tradierte und oftmals ritualisierte ärztliche Assistenztätigkeit an Bedeutung für die Pflegenden nichts verloren. Trägt doch bei vielen Pflegenden immer noch das Stethoskop zu einer Aufwertung des Berufes bei. Da diese Messrunden oft in einem funktionspflegerischen Rahmen ablaufen, kann von Patientenorientierung noch keine Rede sein. Wittneben sieht in der verrichtungsorientierten Dimension vielmehr die Gefahr der Patientenignorierung (vgl. Wittneben 1998, S. 24 ff.).

#### **Die Dimension der Symptomorientierung.**

Wittneben meint hier den Bereich der Krankenbeobachtung und schließt die Dimension der Verrichtungsorientierung mit ein. Sie hat festgestellt, dass bis Mitte des 19. Jahrhunderts von den Ärzten eine Wahrnehmung aller wesentlichen Krankheitserscheinungen erwünscht war, ein eigenständiges Erkennen der Diagnose und Behandlung jedoch unterbleiben sollte. In einer Untersuchung von 1987 wird bestätigt, dass Ärzte oft keine gleichberechtigten Pflegenden in einem therapeutischen Team haben wollen. Ärzte wünschen eine "spezialisierte, aber erkenntnisfreie Überwachung". Dies bezeichnet Wittneben als symptomorientierte Dimension der Krankenpflege (vgl. Wittneben 1998, S. 25 ff.).

#### **Die Dimension der Krankheitsorientierung.**

Pflegende haben die Fähigkeit einzelne Symptome zu erkennen und lernen diese einem Krankheitsbild zuzuordnen. Im Rahmen dieses krankheitsorientierten medizinischen Handlungsmodells zeigt sich bis heute, dass Pflegende ihre Maßnahmen an den Defiziten der Patienten, bezogen auf eine bestimmte Diagnose, ausrichten. Die Maßnahmen werden im Rahmen einer verrichtungs- und/oder symptomorientierten Krankenpflege geplant und durchgeführt.

Zur Qualitätssicherung müssen Pflegende jedoch auch nicht messbare Wahrnehmungen im Krankheitsverlauf zur Basis ihrer Denkprozesse machen. Diese Denkprozesse müssen zu komplexen fachrichtigen Aussagen führen, die sich aus diesen Erkenntnissen zusammengefügt haben. Pflegende sind dann in der Lage, gleichberechtigt in einem therapeutischen Team diese Erkenntnisse mitzuteilen (vgl. Wittneben 1998, S. 26 f.).

Wittnebens Definition einer krankheitsorientierten Krankenpflege, deren vorrangiges Ziel die Qualitätssicherung in der Pflege bedeuten würde:

*"Eine krankheitsorientierte Krankenpflege bezieht sich auf die Überwachung und Durchführung ärztlich verordneter Maßnahmen der Diagnostik und Therapie, denen so umfassende Kenntnisse der Krankheitslehre zugrunde liegen, dass eine eigenständige Erkenntnis des Krankheitsbildes und Beurteilung der Therapie ermöglicht wird. Die die medizinische Diagnostik und Therapie unterstützenden pflegerischen Maßnahmen lassen sich einerseits als quantifizierende Methoden des Zählens und Messens von Patientendaten und andererseits als eine Methode des Verstehens kleinster Phänomene im Erscheinungsbild des Patienten charakterisieren. Die durch Zählen, Messen und Verstehen von Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Diagnose und Therapie hinaus zur Konstituierung der medizinwissenschaftlichen Forschung und letztlich der medizinischen Wissenschaft bei." (Wittneben 1998, S. 32 f.)*

Diese Definition zeigt einen Wandel von einer arztbezogenen zu einer patientenbezogenen Krankheitsorientierung auf. Der Patient würde als "lebendiges Gegenüber" begriffen werden, weil er nicht nur vermessen und objektiviert, sondern als Mensch wahrgenommen wird. Eine patientenbezogene Krankheitsorientierung ist durch eine pflegerische Erkenntnis- und Urteilsfähigkeit gekennzeichnet (vgl. Wittneben 1998, S. 33).

### **Die Dimension der Verhaltensorientierung.**

In einer verhaltensorientierten Dimension ist der Patient in der Sichtweise der Pflegenden vom „Objekt“ zum „lebendigen Gegenüber“ noch nicht vollzogen, wobei eine höhere Patientenorientierung durch den Gedanken der „Schonung“ des Kranken erreicht wird. Allerdings empfinden Patienten, dass sie in der Krankenhausatmosphäre oft schonungslos behandelt und gepflegt werden (vgl. Wittneben 1998, S. 34 ff.).

Wittneben stellt fest, dass Krankenpflege nicht nur eine "Face-to-face-Tätigkeit" wie Pädagogik oder Psychologie ist, sondern vielmehr auch eine "Body-to-body-Tätigkeit". Deshalb müssen theoretische Konzepte, von denen ein umfassendes patientenorientiertes Denken und Handeln erwartet wird, neben kognitiv-affektiven Dimensionen (z. B. Empathie, Einfühlungsvermögen) auch körperliche Dimensionen enthalten.

Zur wissenschaftlichen Begründung bezieht sich Wittneben auf die „neurophysiologische Krankenpflege" von Gertraude du Mont (1987). Du Mont beschreibt Reize, die sie der Physiologie des Nervensystems zuordnet. Stark vereinfacht dargestellt unterscheidet du Mont, „adrenergische Reize“ (z. B. eine Injektion), die unangenehm für den menschlichen Organismus sind, und „cholinergische“ Reize (z. B. Berührungen), die Menschen als wohltuend empfinden. Nach Erkenntnissen du Monts sollen Pflegenden durch Stimulation des „cholinergischen“ Systems das Wohlbefinden der Patienten beeinflussen (vgl. Wittneben 1998, S. 44 ff.).

*"Eine verhaltensorientierte Krankenpflege ist auf die adaptiven Bedürfnisse von Patienten bezogen. Sie ist einer krankheitsorientierten Krankenpflege übergeordnet und nimmt diese in sich auf. (...) Die durch eine rationale Verhaltensorientierung in der Pflege über Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Qualität der Pflege hinaus zur Konstituierung einer pflegerischen Wissenschaft bei." (Wittneben 1998, S. 54)*

Durch die Dimension der Verhaltensorientierung in Verbindung mit der krankheitsorientierten Perspektive kann pflegerisches Denken und Handeln konzeptionell und institutionell von ärztlicher und/oder psychologischer Verhaltenstherapie als eigenständige Tätigkeit abgegrenzt werden.

*"Eine Realisierung dieser pflegetheoretisch konzipierten Möglichkeiten dürfte die Qualität der Pflegepraxis, vermittelt über eine wissenschaftlich fundierte Fachdidaktik der Krankenpflege, sichern und beträchtlich erhöhen." (Wittneben 1998, S. 55)*

Dies bedeutet jedoch noch nicht die umfassende Patientenorientierung, wie Wittneben diese begreift, da immer noch von einem Menschen ausgegangen wird, der nach Reiz-Reaktions-Mechanismen funktioniert. Die Pflege reagiert auf diese Reaktionen und Bedürfnisse, wobei emanzipatorische Wünsche, Fähigkeiten, aber auch Pflichten des Patienten nicht beachtet werden.

### **Die Dimension der Handlungsorientierung.**

Zielperspektive eines handlungsbezogenen Pflegeverständnisses liegt nicht nur in der Schonung des Patienten, *"sondern auch in deren Herausforderung zu Selbstverantwortung einen Weg zur Erhaltung, Steigerung oder Wiederherstellung von persönlichem Wohlbefinden"* (Wittneben 1998, S. 62). Handlungsorientierte Pflege stellt demnach einen emanzipatorischen Prozess dar.

Um die Dimension der Handlungsorientierung zu verdeutlichen, bezieht Wittneben die „Selbstpflege- und Handlungstheorie“ von Orem (1985) in ihr Modell ein. Selbstpflege beschreibt und erklärt Selbsthilfe, d. h. Handlungen durchzuführen, die auf das Selbst oder die Umwelt gerichtet sind, mit dem Ziel die Integrität der Person sowie das Wohlbefinden zu gewährleisten. Das Konzept des Selbstpflege-Handlungsbedarfs setzt sich aus drei Formen von Selbstpflegeerfordernissen zusammen:

1. Allgemeine Selbstpflegeerfordernisse.
2. Entwicklungsbedingte Selbstpflegeerfordernisse.
3. Selbstpflegeerfordernisse bei Abweichung von Gesundheit.

Pflegende entwickeln sich zu Experten, die ihre Unterstützung den jeweiligen Selbstpflegeerfordernissen der Patienten anpassen. Eine handlungsbezogene Patientenorientierung führt über die pflegerisch-technische Verrichtungsorientierung sowie eine krankheitsbezogene und verhaltensbezogene Patientenorientierung hinaus.

*"Eine handlungsorientierte Krankenpflege ist vor allem auf die Selbstpflegehandlungen von Patienten bezogen. Sie ist einer verrichtungs-, symptom-, krankheits- und verhaltensbezogenen Krankenpflege übergeordnet und nimmt diese gleichsam in sich auf. Im einzelnen bezieht sich die Handlungsorientierung in der Patientenorientierung zum einen auf die Einschätzung des Selbstpflege-Handlungsbedarfs, d.h. der Gesamtheit der Selbstpflege-Erfordernisse, auf die Beurteilung des Grades des Selbstpflege-Handlungsvermögens sowie auf die Feststellung des Selbstpflegedefizits, das aus einem Ungleichgewicht zwischen dem Selbstpflege-Handlungsvermögen und dem Selbstpflege-Handlungsbedarf resultiert. Zum anderen bezieht sich eine handlungsorientierte Krankenpflege auf den Entwurf und die Implementation eines Krankenpflege-Handlungssystems, das gänzlich kompensatorisch, partiell kompensatorisch oder unterstützend-edukativ strukturiert sein kann. Die durch eine zweckrationale Handlungsorien-*

*tierung in der Pflege über die Patienten gewonnenen Wissensbestände tragen über die Sicherung der aktuellen Qualität der Pflege hinaus zur Konstituierung einer pflegerischen Wissenschaft bei." (Wittneben 1998, S. 109)*

Zweckrationales pflegerisches Handeln zeichnet sich als ein am Patienten orientiertes, zielgerichtetes Handeln aus, welches eine pflegerische Situation so umgestaltet, dass diese sowohl vom Patienten als auch vom Pflegenden als wohltuend erlebt wird (vgl. Wittneben 1998, S. 109).

Ergänzend stellt Wittneben fest, dass es auch in den Dimensionen einer ausgeprägten Patientenorientierung zur Patientenignorierung kommen kann. Als Beispiel führt sie die Handlung „Betten eines Patienten“ auf. Unterhalten sich Pflegekräfte während dieser Handlung über ihren letzten Urlaub, kann von einer patientenorientierten Pflege keine Rede sein (vgl. Wittneben 1998, S. 114).

### **3.2 Modifizierung des Modells der multidimensionalen Patientenorientierung**

#### **Dimension der Kommunikations- und Interaktionsorientierung.**

Wittneben hat bereits 1993 das Modell um diese Dimension erweitert. Dies geschah jedoch nicht in einer weiteren Stufe, sondern als Dimension, die sich durch alle bisherigen zieht und diese beeinflusst. Zur Begründung dieser Dimension greift Wittneben auf Habermas zurück, da bei Orem zwar ein zweckrationales Handeln thematisiert, aber nicht problematisiert wird. Habermas hat den Anspruch an eine ideale Sprechsituation, dass sprach- und handlungsfähige Menschen Geltungsansprüche erheben, bereit und fähig sind, sich in einer gleichberechtigten und gleichwertigen Kommunikation durch gute Argumente zu verständigen. Für die Pflegepraxis würde dies bedeuten, dass Pflegenden und Patienten vor jeder Maßnahme in einen Diskurs treten müssten, was sicherlich auch nicht immer "schonend" für den Patienten wäre. Wittneben möchte diese wissenschaftlichen Zusammenhänge überprüfen, da sie auf eine demokratisch-kommunikative Dimension nicht verzichten möchte (vgl. Wittneben 1998, S. 100 ff.).

#### **Die Dimension der interkulturellen Pflegeorientierung.**

1995 hat Wittneben die Dimension der interkulturellen Pflegeorientierung mit in ihr Modell aufgenommen. Diese wurde wie die Kommunikations- und Interaktionsorientierung auch nicht als weitere Stufe angelegt, sondern übergreifend über die bisherigen gelegt. Ergänzende Überlegungen dazu hat die Autorin noch nicht ausgeführt.

#### **Die Dimension der Ablauforientierung.**

Eine weitere Ergänzung mit einem hohen Grad an Patientenignorierung fügt Wittneben mit der Ablauforientierung als niedrigster Stufe in ihr Modell ein. Dabei bezieht sich Wittneben auf Untersuchungen von Karin Busch (1996), die das

Modell der multidimensionalen Patientenorientierung als Analyseinstrument zur Auswertung autobiografischer Patiententexte eingesetzt hat.

Unter dem Begriff Ablauforientierung versteht Busch alle pflegerischen Aktionen, die sich am Betriebsablauf des Krankenhauses orientieren (z. B. Weckzeiten, Essenszeiten).

Hier bestimmen strukturelle Zwänge pflegerische Handlungen und schaffen Bedingungen, unter denen Patientenbedürfnisse und Rechte der Patienten ignoriert werden (vgl. Wittneben 1998, S. 112 f.).

Das modifizierte heuristische Modell wird nun folgendermaßen dargestellt:

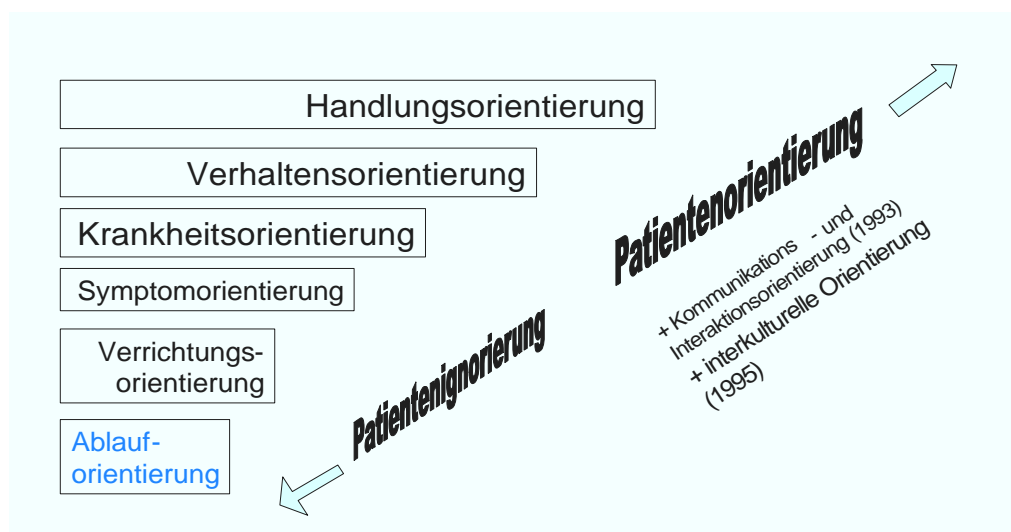


Abb. 2: Modifiziertes heuristisches Modell der multidimensionalen Patientenorientierung nach Wittneben 1997 (Quelle: Wittneben 1998, S. 115).

### 3.3 Patientenorientierung in ausgewählten pflegedidaktischen Texten

Aufgrund von Untersuchungen bezüglich ihrer zweiten zentralen Fragestellung wollte Wittneben prüfen, welchen "Pflegebegriff Weiterbildungsinstitute als Multiplikatoren-Einrichtungen perpetuieren" und inwieweit dieser Pflegebegriff zur Sicherung einer patientenorientierten Pflege und damit zu einer Fachdidaktik Pflege geeignet ist.

Dazu prüft sie drei unterschiedliche Texte:

- *"Abermeth, Hilde-Dore: Patientenzentrierte Krankenpflege. 3. Aufl. Berlin 1983. Ein Beispiel von der Schwesternhochschule der Diakonie in Berlin.*
- *Bäuml, Ingrid, Bäuml-Rosnagl, Maria-Anna: Didaktik des Krankenpflegeunterrichts. München-Wien, Baltimore 1981. Ein Beispiel von der Katholischen Akademie für Krankenpflege in Bayern/Regensburg.*

- 
- *Bexfield, Hildegund et al., Konzeption für das Fach "Fachdidaktik" in der Krankenpflege. Düsseldorf 1984. Ein Beispiel von Berufsbildungswerken.* (Wittneben 1998, S. 126)

Wittneben stellt bei der Analyse und Auslegung der pflegedidaktischen Texte der o. g. Autoren eine nahezu vollkommene Abwesenheit eines ausgeformten Begriffs einer handlungs- (und verhandlungs-)bezogenen Patientenorientierung fest.

Aufgrund der medizinisch-naturwissenschaftlich geprägten Denk- und Handlungsmuster in der Krankenpflege zeigt sich deutlich die Verrichtungsorientierung wie auch die symptom- und krankheitsbezogene Patientenorientierung. Die untersuchten Texte vermitteln das Bild eines „schutz- und schonungsbedürftigen“ Patienten (vgl. Wittneben 1998, S. 183).

Pflegewissenschaftliche Denkansätze und pflegedidaktische Vorschläge lassen sich wegen des engen medizinischen Pflegebegriffes und der gedanklichen Unstrukturiertheit dieser pflegerischen Denkansätze nicht finden. Wittneben weist jedoch ein breites "Spektrum alltagstheoretischer Auffassungen nach".

Im Einzelnen sind dies:

- Erlebnisorientierung (Abermeth 1983);
- Begegnungsorientierung (Bäuml/Bäuml-Rosnagl 1981);
- Gottesexistenzorientierung (Bäuml/Bäuml-Rosnagl 1981);
- Existenzorientierung (Bexfield et al. 1984);
- Bedürfnisorientierung (Bexfield et al. 1984);
- Kooperationsorientierung (Bexfield et al. 1984);

Trotz der noch niedrigen Explikationsstufe sollen diese Wertorientierungen in das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung rückgebunden werden. In ihr modifiziertes Modell fügt Wittneben die Erlebnis-, Existenz- und Begegnungsorientierung als eine weitere Dimension zwischen der Stufe der Verhaltensorientierung und Handlungsorientierung ein. Dadurch konnte das Modell partiell gestützt werden (vgl. Wittneben 1998, S. 116 ff.).

Mit dem Ziel der Verbesserung der Pflegequalität hat Wittneben dieses anspruchsvolle Modell entwickelt. Um die komplexen Inhalte zu vermitteln und zur Verbesserung der Ausbildungsqualität prüft Wittneben die Voraussetzungen und Perspektiven einer Fachdidaktik Pflege. Darauf soll im nachfolgenden Kapitel eingegangen werden.

## 4 PFLEGE LEHREN WILL GELERNT SEIN – DIE KRITISCH-KONSTRUKTIVE PFLEGEDIDAKTIK

Ausgehend vom Ziel der Qualitätssicherung in der Pflege hat Wittneben zunächst stufenweise ihr Modell der multidimensionalen Patientenorientierung entwickelt und damit einen in sich konsistenten, nicht allein naturwissenschaftlich-medizinischen Pflegebegriff definiert. Diesen hat sie in einer Typologie angeordnet und nachdem sie die in pflegedidaktischen Texten enthaltenen patientenzentrierten Wertorientierungen kritisch aufgeschlüsselt hat, damit ergänzt.

Soll nun eine Verbesserung der Pflegequalität pflegepraxiswirksam implementiert werden, müssen Pflegelehre und wissenschaftliche Forschungsergebnisse entsprechend vermittelt werden. So gilt es die inhaltsbetonte fachdidaktische Frage zu beantworten, was Pflegenden denken, tun, fühlen und können müssen, um den Ansprüchen einer multidimensionalen Patientenorientierung gerecht zu werden. Das Lehren und Lernen von Inhalten einer Disziplin gehört nicht allein zum Gegenstandsfeld der zu vermittelnden Fachwissenschaft, sondern auch zur Unterrichtswissenschaft (Didaktik) als Teilbereich der Erziehungswissenschaften.

Wittneben hat versucht, den Denk-, Handlungs- und Forschungszusammenhang zu skizzieren, in welchen sie den zentralen Bereich einer Pflegedidaktik einordnen kann. Ausgehend von den Zielen einer Pflegedidaktik – Verbesserung der Pflege- und Ausbildungsqualität – wurde diese Abbildung modifiziert und soll hier zur Übersicht dargestellt werden.

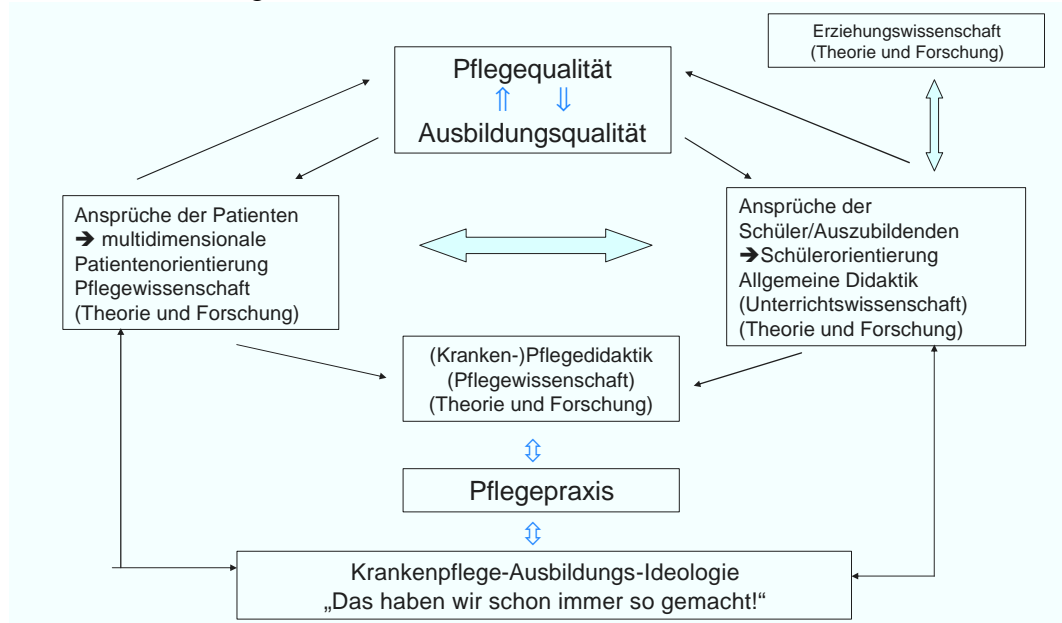


Abb. 3: Denk-, Handlungs- und Forschungszonen eines pflegedidaktischen Raumes (vgl. Wittneben 1998, S. 199).



Als Integrationswissenschaft zwischen Fachwissenschaft und Unterrichtswissenschaft kommt hier die Funktion einer Fachdidaktik zur Geltung, die gleichermaßen beiden Wissenschaften verpflichtet ist. Für die Krankenpflege bedeutet dies, dass eine Fachdidaktik Pflege einerseits den Ansprüchen der Pflegesuchenden, die sich aus der Pflegewissenschaft ergeben, gerecht werden muss, andererseits aber auch den Ansprüchen der Lernenden, die sich sowohl aus dem Bereich der Pflegewissenschaft als auch dem der Erziehungswissenschaften ergeben.

Wittneben entwickelt hierzu die kritisch-konstruktive Didaktik für die Krankenpflege und möchte damit die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen einer solchen Fachdidaktik aufzeigen. Die Autorin beleuchtet zunächst Spannungsfelder der Fachdidaktik allgemein sowie der Pflegedidaktik speziell. Dies betrifft zum einen das Spannungsfeld zwischen Fachwissenschaft und Unterrichtswissenschaft, zum anderen aber auch das Spannungsfeld Fachdidaktik/Pflegedidaktik zwischen (Pflege-)Theorie und (Pflege-)Praxis (vgl. Wittneben 1998, S. 188 ff.).

## 4.1 Spannungs- und Problemfelder einer Fachdidaktik Pflege

### 4.1.1 Spannungsfeld "Fachdidaktik/Pflegedidaktik zwischen Fachwissenschaft und Unterrichtswissenschaft (Didaktik)"

Entscheidendes Charakteristikum einer Fachdidaktik ist die Inhaltsbezogenheit. Diese Inhalte wurden über das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung definiert. Allerdings kann ein szientistisches Verständnis einer Fachwissenschaft auch problematisch sein, da die Gefahr einer sehr einseitigen Wissensvermittlung besteht.

*"Unter Szientismus bzw. Szientifizismus versteht man nach dem Philosophischen Wörterbuch eine einseitige Bewertung des positivistischen Wissenschaftsverständnisses einschließlich seines für den Erkenntnisprozess als ausreichend betrachteten quantifizierenden Methodenrepertoires." (Wittneben 1998, S. 191)*

So ist Orems Selbstpflege- und Handlungstheorie stark idealistisch-individualistisch, die Krankheitslehre sehr medizinisch-naturwissenschaftlich geprägt. Das jeweils vertretene wissenschaftliche Verständnis würde unreflektiert in eine stark fachwissenschaftlich geprägte Fachdidaktik einfließen.

Würde jedoch eine Allgemeine Didaktik überwiegen, ohne den Einfluss eines Pflegeverständnisses, würde die Gefahr einer reinen Methodenlehre bestehen. Komplexe, pflegewissenschaftliche Inhalte könnten damit nicht transportiert werden.

*"Um szientistische Einseitigkeit, Vereinfachung und Verabsolutierung auszugleichen und um die Bildungsrelevanz vorgegebener Inhalte oder Gegenstände zu erweitern und einer kritischen Prüfung zu unterziehen, bedürfen wissenschaftliche Sichtweisen eines didaktischen Regulativs." (Wittneben 1998, S. 191)*

Als Integrationswissenschaft müsste eine Fachdidaktik sowohl Ansprüche der korrespondierenden Wissenschaften, der Fachwissenschaft und der Unterrichtswissenschaft, aber auch der Pflegepraxis berücksichtigen.

#### **4.1.2 Spannungsfeld "Fachdidaktik/Pflegedidaktik zwischen Theorie und Praxis"**

Eine Pflegedidaktik mit dem Ziel der Verbesserung der Ausbildungsqualität, aber auch der Qualitätssicherung der Pflege in der Pflegewirklichkeit muss über die Krankenpflege-Unterrichtspraxis hinaus auch die Krankenpflegepraxis erreichen. Deshalb müssen Störungen, die in diesem Spannungsfeld auftreten, mit bei der Entwicklung einer Pflegedidaktik beachtet werden. Da diese Störungen immer wieder sehr ausgiebig diskutiert wurden, soll an dieser Stelle nicht explizit darauf eingegangen werden. Allerdings muss betont werden, dass gerade sie einen entscheidenden Einfluss auf die Implementierung und den Erfolg einer Pflegedidaktik haben (vgl. Wittneben 1998, S.193 ff.).

#### **4.1.3 Wittnebels Ansatz zur Problemlösung pflegedidaktischer Spannungsfelder**

Anbetracht der Vielfalt der unterschiedlichen Problem- und Spannungsfelder, die identifiziert und gelöst werden müssen, wird deutlich, dass es dazu einen umfassenden und differenzierten Didaktikbegriff einer Pflegewissenschaft braucht. Dabei ist zu beachten, dass die Pflegewissenschaft ebenso entwicklungsbedürftig ist. Wittneben zieht aus dieser Erkenntnis folgende Konsequenzen:

- Bisherige Kenntnisse und Erkenntnisse der Pflegewissenschaft müssen rational und pflegepraxiswirksam vermittelt werden können.
- Ein empirisch-analytisch geprägtes Pflegewissenschaftsverständnis muss didaktisch reguliert werden, so dass auch ein hermeneutisches und ein gesellschafts-/ideologiekritisches Pflegewissenschaftsverständnis stimuliert wird, zur Geltung kommt und Praxis werden kann.
- Die in der Krankenpflegeausbildung bisher auseinanderklaffenden Teile müssen unter einen bildungstheoretisch fundierten gemeinsamen Anspruch gestellt werden (pädagogische Leitkategorie). Dadurch können die bisher in einer Krankenpflegeausbildung beobachtbaren und erfahrbaren Verfallsprozesse aufgefangen und in einen integrierenden und identitätsstiftenden Bildungsprozess umgeleitet werden.
- Krankenpflegeschulformen und Krankenpflegelehrerausbildungen müssen umgestaltet werden, um damit Bedingungen zu schaffen, die solche Prozesse ermöglichen (vgl. Wittneben 1998, S. 200).

Den dazu geforderten Didaktikbegriff findet Wittneben in der von Klafki beschriebenen kritisch-konstruktiven Didaktik, auf die nun eingegangen werden soll.

### **4.2 Gehaltvoll nach Klafki – kritisch-konstruktiv**

Um den hohen Anforderungen einer Fachdidaktik Pflege gerecht zu werden, orientiert sich Wittneben an Klafkis kritisch-konstruktivem Didaktikmodell. Es verbindet in wissenschaftlicher Hinsicht historisch-hermeneutische, empirisch-analytische und gesellschafts-/ideologiekritische Methodik in sinnvoller Weise.

Dadurch ist diese wissenschaftliche Position einer Erziehung angemessen, um Lernenden eine Selbstbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit zu ermöglichen.

- Historisch-hermeneutische Methoden: Diese könnten den Sinn und die Bedeutung pädagogischen Handelns angemessen erfassen.
- Empirisch-analytisch-pädagogische Methoden: Könnten das interpretierende Nachdenken über Sinn und Bedeutung pädagogischen Handelns auf überprüfbare Tatsachen stellen.
- Gesellschafts-/ideologiekritische Methoden: Sind notwendig, um die gesellschaftlichen Voraussetzungen zu klären, auf deren Basis die vorher genannten Methoden eingesetzt werden können und um die möglichen Folgen für die Gesellschaft abzuschätzen (vgl. Jank, Meyer 2000, S. 167).

**Ziel einer kritisch-konstruktiven Didaktik** ist, den „Lernenden zur Aufklärung über ihre historische, ökonomisch-gesellschaftlich-politisch-kulturelle Situation zu verhelfen und deshalb Lernprozesse zu fördern und herauszufordern, welche die Erreichung dieser Zielsetzung ermöglichen.“ (Wittneben 1998, S. 206)

**Kritisch** bedeutet, dass Lernende befähigt werden sollen, im Prozess der Aufklärung zunehmende Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs-, und Solidaritätsfähigkeit zu erlangen. Dabei wird berücksichtigt, dass Bildungseinrichtungen häufig über die dazu notwendigen Bedingungen nicht verfügen und dies nur in Zusammenhang eines gesamtgesellschaftlichen Demokratisierungsprozesses vorangetrieben werden kann.

**Konstruktiv** bedeutet, dass sich das Handlungs-, Gestaltungs- und Veränderungsinteresse nicht nur auf eine Theorieebene, sondern durchgehend auf die Praxis bezieht und somit auch auf eine humane und demokratische Schule mit entsprechendem Unterricht (vgl. Wittneben 1998, S. 206 f.).

Ein weiteres Ziel einer Pflegedidaktik ist, den hohen Anspruch der „Bildung“ zu konkretisieren und zu realisieren. Bildung im Sinne einer kritisch-konstruktiven Didaktik bedeutet eine zunehmende, lebenslang bestehende Befähigung eines Menschen zur Aufklärung bzw. Reflexion über seine historische, ökonomisch-gesellschaftlich-politisch-kulturelle Situation. Diese mündet in eine Befähigung des Menschen zur Selbstbestimmung, Mitbestimmung und Solidarität. Menschen, auf diesem Weg gebildet, könnten einen Beitrag zur Humanisierung und Demokratisierung der (Welt-) Gesellschaft leisten (vgl. Wittneben 1998, S. 208).

Bildung ist kein individueller Selbstzweck. Sowohl die theoretische Entfaltung als auch die praktische Verwirklichung weisen zum einen auf den zu bilden-den/sich bildenden Menschen, zum anderen auf gesellschaftliche Prozesse hin. Dies gilt auch als zentrale Intention einer kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik.

Weitere Schwerpunkte aus Klafkis kritisch-konstruktiver Didaktik, die von Wittneben jedoch nicht vollständig bearbeitet wurden:

- Verschränkung einer didaktischen Theorie und Praxis auf zwei Ebenen:
  - Ebene der Richtlinien-/Lehrplan-/Curriculum-Entwicklung;
  - Ebene der Gestaltung des konkreten Unterrichts (vgl. Wittneben 1998, S. 209).

- Didaktische Zielebenen zur Konkretisierung der Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit. Darin sind Bedingungs-kompetenzen enthalten, die Wittneben in das Modell der kritisch-konstruktiven Fachdidaktik einbezieht:
  - Kommunikationsfähigkeit;
  - Kritik- und Urteilsfähigkeit;
  - Fähigkeit, einen eigenen Standpunkt zu vertreten und diesen aufgrund besserer Einsicht zu korrigieren;
  - Handlung- und Verantwortungsfähigkeit;
  - Empathiefähigkeit;
  - Soziale Behauptungs- und Beziehungsfähigkeit;
  - Fähigkeit, sich „dynamisch“ jedoch kritisch, d. h. nicht opportunistisch auf neue Situationen und Anforderungen einzustellen;
  - Fähigkeit, aus gewohnten Denkmustern und Einstellungsmustern aus-zubrechen und neue Lösungen zu finden, heute oft als Fähigkeit zur „Kreativität“ begriffen;
  - Fähigkeit zur Vorwegnahme des heute oder in absehbarer Zeit Möglichen, verstanden als „Fähigkeit zur realen Utopie“.

(vgl. Wittneben 1998, S. 210)

- Thematik im Unterricht.  
Themen wissenschaftsorientierten Lehrens und Lernens sollten *„in erheblichem Umfang exemplarisch aus „Schlüsselproblemen“ unserer in weltweite Zusammenhänge verflochtenen Existenz gewonnen werden, die in die Erfahrungswelt der Lernenden aller Altersstufen hineinreichen.“* (Wittneben 1998, S. 211)  
Im Rahmen einer Fachdidaktik Pflege nennt Wittneben das relevante Schlüsselproblem „Gesundheit und Krankheit“ als (allgemein-) bilden-den Themenkomplex.
- Das Perspektivenschema der konkreten Unterrichtsplanung. (Begründungszusammenhang: Zukunftsbedeutung, Gegenwartsbedeutung, Exemplarität; Thematische Strukturierung; Erweisbarkeit und Überprüfbarkeit; Bestimmung von Zugangs- und Darstellungsmöglichkeit; methodische Strukturierung) (vgl. Jank, Meyer 2000, S.171).

### **4.3 Zusammenführung des Modells der multidimensionalen Patientenorientierung und der kritisch-konstruktiven Didaktik**

Der Patient steht im Mittelpunkt aller pflegepraktischer und pflegedidaktischer Überlegungen. Diese Richtlinie bestimmt den Alltag in Pflegeeinrichtungen und in der Pflegeausbildung. Im Namen der Patienten werden an Pflegende und Auszubildende dazu legitime Forderungen gestellt, die in einer entsprechenden Pflegeausbildung vermittelt werden müssen. Lernende in den Pflegeberufen sollen in ihrer Ausbildung „brauchbar“ gemacht werden. An eine persönliche Bildung des Lernenden wird dabei, intentional, oft nicht gedacht. Bildung ist jedoch auf einen

Beruf ebenso angewiesen wie dieser auf Bildung angewiesen ist (vgl. Wittneben 1998, S. 216).

Krankenpflege als Ausbildungs- und Bildungsfach – zu der Zeit, als Wittneben ihre Dissertation geschrieben hat, ein fast „revolutionärer“ Gedanke. Inspiriert wurde sie aus der Erkenntnis von Erika Hoffmann, „dass das Leben in der Jugend bildend sei“ (vgl. Wittneben 1998, S. 236).

Wittneben leitet daraus ab, *„dass das Leben des Kranken und insbesondere das Leben der Krankenschwestern/Krankenpflegern mit dem Leben des Kranken ebenfalls bildend sein kann. Was denn sonst, wenn beabsichtigt, vermöchte einen Menschen tiefgreifender zu bilden als die tägliche Auseinandersetzung mit wechselvollem, körperlichem und seelischem Leiden und Genesen, (...) mit Sterben oder mit dem plötzlichen Tod von fremden Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, überdies nicht selten unter Bedingungen, die der menschlichen Würde der Gepflegten und Pflegenden unangemessen sind? Eine entscheidende Bedingung und Begleitung von Bildung durch Pflege ist die Befähigung zu einer „allseitigen“ Auseinandersetzung mit den erlebten, häufig erschütternden Ereignissen des Pflegealltags und deren historischen, ökonomischen, ökologischen, politischen und soziokulturellen Voraussetzungen. Zu einer solchen lebenslangen Auseinandersetzung muss eine Krankenpflegeausbildung durch ihre pflegedidaktische Arbeit befähigen. Es ist der Versuch, die vielfältigen aktuellen und möglichen Erfahrungen aus der Pflegewirklichkeit begrifflich zu durchdenken bzw. zu reflektieren, um so Erfahrung in Erkenntnis überleiten zu können.“* (Wittneben 1998, S. 236)

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, führt Wittneben die Dimensionen der patientenorientierten Ausbildungsperspektive und Überlegungen zur schülerorientierten Bildung zusammen. *„Zu den Ausbildungsanforderungen an die Lernenden im Interesse der Patienten fügen sich dann nämlich auch Bildungsforderungen an die patientenorientierte Konzeption im Interesse der Lernenden.“* (Wittneben 1998, S. 218)

Dazu hat sie ein Orientierungsraster konstruiert, anhand dessen die Berührungspunkte dieser Dimensionen vorerst nur angedeutet und deren Erforschung, soweit noch nicht durchgeführt, angemahnt werden können.

Gleichzeitig kann dieses Raster zur Planung eines kritisch-konstruktiven Krankenpflegeunterrichts eingesetzt werden. Allerdings betont die Autorin, dass es offen ist für Revisionen und Ergänzungen, dass es keine Rezeptur darstellt, sondern vielmehr als Problematisierungsraster gemeint ist. Damit meint sie Problemfelder, die in diesem Raster aufgesucht werden können und deren Lösung in der Krankenpflegeausbildung anstehen (vgl. Wittneben 1998, S. 237).

Pflegeausbildungsinhalte, die sich aus der multidimensionalen Patientenorientierung ergeben und pflegerisch konkretisierbare Bildungskomponenten der kritisch-konstruktiven Didaktik sind im Orientierungsraster so angeordnet worden, dass sich pädagogisch-pflegerische Inhaltsfelder ergeben.

Abb. 4 : Orientierungsraster zur Planung, Durchführung und Analyse eines kritisch-konstruktiven Krankenpflegeunterrichts (Wittneben 1998, S. 239).

Ausbildungsinhalte zur multidimensionalen Patientenorientierung  Bedingungs- Komponenten einer schülerorientierten Bildung zur Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit	Handlungs- bezogen- heit	Berührungs- bezogen- heit	Existenz- bezogen- heit	Erlebnis- bezogen- heit	Verhaltens- bezogen- heit	Krankheits- bezogen- heit	Symptom- bezogen- heit	Verrichtungs- bezogenheit
	1	2	3	4	5	6	7	8
Kommunikationsfähigkeit	a							
Kritik – und Urteilsfähigkeit	b							
Fähigkeit, einen eigenen Standpunkt zu vertreten und diesen aufgrund besserer Einsicht zu korrigieren	c							
Handlung- und Verantwortungsfähigkeit	d							
Empathiefähigkeit	e							
Soziale Behauptungs- und Beziehungsfähigkeit	f							
Fähigkeit sich „dynamisch“ jedoch kritisch, d.h. nicht opportunistisch, auf neue Situationen und Anforderungen einzustellen	g							
Fähigkeit, aus gewohnten Denkmustern und Einstellungsmustern ausbrechen und neue Lösungen zu finden, heute oft als Fähigkeit zur „Kreativität“ begriffen	h							
Fähigkeit zur Vorwegnahme des heute oder in absehbarer Zeit Möglichen, verstanden als „Fähigkeit zur realen Utopie“	i							
Selbstvertrauen	j							
Selbstidentität	k							
Frustrationstoleranz	l							
Ergänzungen:								
Fähigkeit zur optischen, akustischen, olfaktorischen und haptischen bzw. taktilen Wahrnehmung	m							
Fähigkeit zur Kinästhetik	n							

Klafkis Bedingungskomponenten einer schülerorientierten Bildung zur Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit lassen sich nach Meinung der Autorin in den kognitiven, affektiven und sozialen Lernbereich einordnen. Krankenpflege als „Body-to-Body-Tätigkeit“ bietet jedoch Bildungsmöglichkeiten im psychomotorischen bzw. Bewegungsbereich an. Wittneben ergänzt deshalb die Bedingungskomponenten um den Bereich der Wahrnehmung (optisch, z. B. die Mimik; akustisch, z. B. als Seufzen; haptisch, z. B. als Zittern; olfaktorisch, z. B. als Schweißausbruch) und einer Fähigkeit zur Kinästhetik (vgl. Wittneben 1998, S. 237).

#### 4.4 Das Modell der kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik als Instrument zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege

Als Ziel einer kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik wurde neben einer Verbesserung der Ausbildungsqualität auch eine Verbesserung und Sicherung der Pflegequalität angestrebt.

Am Beispiel der „Empathiefähigkeit als Ausbildungs- und Bildungsinhalt“ der Krankenpflege soll dies dargestellt werden, da immer wieder eine Empathieschwäche bei Pflegenden gegenüber den Patienten beschrieben wird (vgl. Wittneben 1998, S. 246). Empathische Kompetenz in der Krankenpflegeausbildung sowie deren Einsatz im Pflegealltag kann nur erfolgen, wenn die Pflegewissenschaft sich auf ein differenziertes pflegepraxiswirksames Empathiekonzept verständigt. Empathie, als ein zentraler Begriff in der Krankenpflege, setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- *„Fähigkeit der Unterscheidung und Benennung affektiver Zustände;*
- *Fähigkeit der Rollenübernahme und*
- *der affektiven Erregbarkeit angesichts der Situation eines anderen.“ (Wittneben 1998, S. 223)*

Die Vermittlung kann im Sinne einer verhaltens-, erlebnis-, existenz- und begegnungs-/berührungsbezogenen Patientenorientierung vermittelt werden (vgl. Wittneben 1998, S. 223).

Aus allgemeindidaktischer Perspektive ist im Orientierungsraster Empathiefähigkeit als Bedingungskomponente für die Bildung von Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit enthalten. In der Pflege ist Empathiefähigkeit unerlässlich für die Wahrnehmung von Patientenerlebnissen und -verhalten, von Existenzbedrohungen und -entlastungen sowie von Begegnungen /Berührungen.

Neben dem Erwerb und die Anwendung einer empathischen Kompetenz geht es nun auch um die unterschiedlichen Auffassungen von Empathie. Als wichtiger Forschungsgegenstand (im Orientierungsraster unter den Feldern „2e, 3e, 4e, 5e“) für pflegedidaktische Forschungsvorhaben muss nun untersucht werden, inwieweit die oben genannten Dimensionen der Patientenorientierungen für die Bildung einer Empathiefähigkeit vom kognitiven, emotionalen und/oder motivationalen Typ geeignet ist (vgl. Wittneben 1998, S. 246).

Wittneben nimmt über ihr Modell der kritisch-konstruktiven Fachdidaktik für Krankenpflege weitere umfassende Vorstellungen von Bildung für die Krankenpflege auf. Allerdings möchte sie damit nicht nur die Bildung für die Krankenpflege, sondern auch die Krankenpflege für die Bildung fruchtbar machen.

---

## 5 DIE KRITISCH-KONSTRUKTIVE PFLEGEDIDAKTIK – EINSCHÄTZUNG UND AUSBLICK –

Die kritisch-konstruktive Pflegedidaktik – zum Wohle der Patienten, unterstützend für Auszubildende in den Pflegeberufen, um den zukünftigen Herausforderungen des Pflegealltags gerecht zu werden und zur Unterstützung der Pflegepädagogen? Kann eine Fachdidaktik Krankenpflege ein Instrument sein, um den hohen Anforderungen der jeweiligen Adressaten gerecht zu werden?

Sich den Zielen dieser hohen Ansprüche – einer Verbesserung der Pflege- und Ausbildungsqualität – über eine Pflegedidaktik zu nähern, scheint nach den differenzierten Überlegungen Wittnebens der richtige Weg zu sein. Sie hat mit ihrem Begriff der multidimensionalen Patientenorientierung einen Pflegebegriff entwickelt, der neben der Möglichkeit der Qualitätssicherung auch Grundlage einer professionellen und eigenständigen Pflege sein könnte. Rosemarie Rizzo-Parse mit ihrer „Theorie des menschlichen Werdens“ (1992) könnte Wittnebens multidimensionale Patientenorientierung bereichern, da Parse den Menschen als „Experten“ für seinen Körper in den Mittelpunkt stellt.

Ein noch stark eingeschränktes Blickfeld der Pflegenden auf den „defizitären Kranken“ würde sich vielleicht verändern. Die Chance, aus sehr starren, oft historisch bedingten Strukturen herauszuwachsen, würde größer werden. Dies ist mit einer grundlegenden Voraussetzung, um den in der Einleitung aufgeführten Herausforderungen der Zukunft begegnen zu können.

Wittneben hat sich im Rahmen ihrer Theorieentwicklung differenziert mit den Problem- und Spannungsfeldern der Krankenpflege auseinandergesetzt und neben der Pflegewissenschaft die Pflegepraxis nie aus ihren Überlegungen ausgeklammert. Dies ist meines Erachtens sehr wichtig, denn es scheint, als würde die Schere zwischen Pflegetheorie und Pflegepraxis immer weiter auseinander klaffen. „Das haben wir schon immer so gemacht“, ein häufig verwendeter Satz der Pflegenden, der an Bedeutung und Aktualität nichts verloren hat.

Eine kritisch-konstruktive Pflegedidaktik, wie Wittneben sich diese vorstellt, könnte über eine schülerorientierte Pflegeausbildung neben Ausbildungsinhalten auch Bildungsinhalte transportieren. Auch „Schüler“ in einer Ausbildung wären dann, wie Hartmut von Hentig beschreibt, keine „gelehrigen Papageien, kleine Lernbeamten oder unselbstständige Anrufbeantworter“, sondern würden über die Selbstbestimmungs-, Mitbestimmungs- und Solidaritätsfähigkeit zu „Menschen mit Überblick und Selbstbewusstsein“ und damit letztendlich zum eigenverantwortlich Lernenden.

Wer jedoch erwartet, dass Wittnebens Modell der kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik eine ausformulierte, anwendbare Pflegedidaktik darstellt, wird enttäuscht sein. Zukünftige Pflegepädagogen müssen in der Lage sein, eine Fachdidaktik nach Wittnebens Grundsätzen selbst mit „Pflegeleben zu füllen“. Ihre Überlegungen sollten vielmehr eine wissenschaftlich fundierte, weiter ausbaubare Basis für ein neues, umfassendes Pflegeverständnis sein und kein Ablaufschema, um einen Pflegeunterricht zu planen.



Ihr Orientierungsraster kann allerdings als wichtiger Bestandteil bei der Planung und Analyse eines Krankenpflegeunterrichts hilfreich sein. Hierbei können Unterrichtsinhalte zum einen auf den Grad der Patientenorientierung überprüft werden, zum anderen, inwieweit Bedingungskomponenten einer schülerorientierten Bildung enthalten sind/waren. dies ist ein wichtiger Grundstein für eine Verbesserung der Ausbildungsqualität und der Pflegequalität. Ob dieses Raster auch für die konkrete Durchführung eines Unterrichts eingesetzt werden kann, scheint mir jedoch fraglich, da hierzu auch grundlegende Informationen fehlen.

Zufriedene Patienten, glückliche, motivierte Auszubildende in den Pflegeberufen, Pflegepädagogen, denen es gelingt, Pflege Theorie und Pflegepraxis zu verbinden – eine Utopie in einer Zeit, in der im Gesundheitswesen wieder einmal Stellen und Ausbildungsplätze gestrichen werden müssen?

Der erste Schritt zum Erfolg einer kritisch-konstruktiven Pflegedidaktik wäre für mich schon, wenn es ihr gelingen würde, dass Pflege Theorie und Pflegepraxis sich unter einem klar definierten, für alle verständlichen und verbindlichen Pflegeverständnis auf einander zu bewegen würden. Mit dieser gemeinsamen Basis könnte meiner Meinung nach eine patientenorientierte, professionelle und eigenständige Pflege der Zukunft wachsen.

---

## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- Hentig, H. von: Warum muss ich zur Schule gehen? Eine Antwort an Tobias in Briefen. München, Wien, Carl Hanser Verlag 2001
- Jank, W., Meyer, H.: Didaktische Modelle. Berlin, Cornelsen Verlag Scriptor GmbH & Co. KG 2000
- Plaumann, U.: Umriss einer Fachdidaktik Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH 2000
- Universität Hamburg. Prof. Dr. phil. Karin Wittneben [WWW document].  
URL <http://www.erzwiss.uni-hamburg.de/Personal/Wittneben/wittnebe.html>.  
Version und Datum: 24.9.2002, 21.30 Uhr
- Wittneben, K.: Pflegeausbildung im Spannungsfeld von Pflegepraxis, Pflegewissenschaft und Didaktik. In: Koch, V. (Hrsg.): Bildung und Pflege. 2. Europäisches Osnabrücker Kolloquium. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Huber 1999, S. 1–13.
- Wittneben, K.: Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. Europäische Hochschulschriften. Reihe XI. Pädagogik Bd./Vol. 473. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien, Verlag Peter Lang 1998