

# Probleme und Aufgaben des Krankenpflegeunterrichtspersonals in Großbritannien

## Entwicklung und Perspektive

Von Marion Ferguson

Über die Ausbildung des Krankenpflegeunterrichtspersonals in einem anderen Lande zu referieren, ist mit gewissen Schwierigkeiten verbunden, die sich nicht leicht beseitigen lassen. Das bedeutet nicht, daß sie unüberbrückbar sind; das bedeutet aber, daß es wert ist, sich mit diesen Schwierigkeiten kurz auseinanderzusetzen. Um einen Bericht über den jetzigen Stand der britischen Unterrichtsschwestern zu geben, bedarf es allerdings vorbereitender Erläuterungen.

Im allgemeinen ist es schwer, sich ohne Voreingenommenheit folgenden zwei sehr vereinfachenden Argumenten zu entziehen. Das eine ist: „Mich interessiert es im Grunde genommen nicht, was in anderen Ländern vor sich geht, weil mein angeborener oder eingefleischter Patriotismus mir selbstverständlich sagt, daß es das Beste nur im eigenen Lande gibt.“ Die Kehrseite dieses Argumentes lautet: „Nichts ist gut im eigenen Lande, man muß nur in die Ferne schweifen — weil das Gute nicht unbedingt so nahe liegt —, um dort das Beste zu erkunden.“ Beide Argumente setzen der Diskussion eine beinahe natürliche Grenze. Die Diskussion hat schon aufgehört, ohne überhaupt erst angefangen zu haben.

Zum einen werden durch diese beiden Standpunkte positivistische Auffassungen vertreten, in dem Sinne, als gäbe es unter allen Umständen ein Bestes, das man erkennen und erforschen könne, das losgelöst von den sozialen, wirtschaftlichen und politischen Begebenheiten einer Gesellschaft existieren kann. Weil derartige Standpunkte zu wenig Erfolg geführt haben, hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß das Verständnis für die jeweilige Situation sich verbessert, wenn man sie als dynamischen Prozeß betrachtet, d. h. einen Prozeß, dessen zukünftige Veränderungen zum Teil schon von den heutigen und gestrigen Faktoren, die durch die Auseinandersetzung der gesellschaftlichen Widersprüche entstehen, bestimmt werden. Zum anderen ist es notwendig, die spezifischen landeseigenen politischen, sozialen und wirtschaftlichen Umstände zu erkennen, mit denen jeder Beruf im dialektischen Verhältnis steht. Zum dritten sind es die Grenzen der per-

sönlichen Wahrnehmung, Grenzen der Perception, die mir wie jedem anderen gesetzt sind, wenn ich jetzt versuchen werde, das Profil und die Probleme der britischen Ausbildung zu schildern, obgleich es vermutlich deren mehrere gibt, und selbst meine Beurteilung nur eines dieser Profile recht einseitig sein mag.

Zunächst möchte ich mich auf Frau Dr. R. Mattheis, Senator für Gesundheit und Umweltschutz in Berlin, beziehen, deren Gedanken unlängst in der Zeitschrift „Krankenpflege“ zum Ausdruck kamen. Sie ermutigte deutsches Krankenpflegepersonal, sich mit der Entwicklung der Krankenpflege in anderen Ländern zu beschäftigen, weil, wie sie sagte, dieser alte Beruf sich nun neu definiert. Und um diesen Gedanken der möglichen Reform, der Wandlung eines Berufsfeldes weiter zu untersuchen, sind wir wohl zur 2. Bundestagung zusammengekommen.

Mein Thema möchte ich nun unter drei getrennten Gesichtspunkten betrachten, die aber im Grunde eng miteinander verbunden sind:

- Die heutige Situation im Sektor der Lehrausbildung in der Krankenpflege in Großbritannien
- Wie kam es dazu?
- Kritik und Besprechung

### Die heutige Situation

Es existieren mehrere Studien über die Ausbildung britischer Krankenpflegelehrkräfte, die sich in empirischer Weise mit Fragen zur heutigen Situation beschäftigen. Diese Studien behandeln Fragen der Anwerbung von Lehrern, Qualität der Kurse und deren Inhalt und zum Teil Auswertung der laufenden Kurse, von denen es eine große Anzahl gibt.

Ich greife nur eine dieser Studien heraus, weil sie mir im Hinblick auf die Anzahl der Befragten als die weitaus wichtigste erscheint: Von 5500 Befragten antworteten 2923, d. h. 69 Prozent. Daher können die Ergebnisse auf die allgemeine Situation übertragen werden. Außerdem wurden in dieser Studie ziemlich umfassende Fragen gestellt. Hierbei handelt es sich um eine Studie der britischen Krankenpflegekammer aus dem Jahre 1975 über die Situation der Kran-

kenpflegelehrkräfte. Folgende Daten daraus sind nicht unwichtig zum Verständnis der Probleme und der daraus folgenden Aufgaben:

39 % der Befragten hatten das Diplom einer Lehrschwester der theoretischen Ausbildung,

28 % der Befragten hatten das Diplom einer Lehrschwester der praktischen Ausbildung,

33 % der Befragten hatten beide Diplome.

Während 13 Prozent der Befragten außerhalb von Krankenpflegeschulen in anderen Lehrkörpern arbeiteten, unterrichteten beinahe dreiviertel aller Befragten an Krankenpflegeschulen, und 15 Prozent der Krankenpflegelehrer und -lehrerinnen gingen zurück in den Krankenpflegedienst.

Obwohl nur 8 Prozent des gesamten Krankenpflegepersonals Männer sind, ergab die Umfrage, daß die Männer im Krankenpflegelehrfach 26 Prozent ausmachen, wovon 85 Prozent verheiratet sind. Von den Frauen sind nur 37 Prozent verheiratet. Von allen Befragten waren 74 Prozent vollbeschäftigt, 7 Prozent teilbeschäftigt und der Rest war nicht in einem Angestelltenverhältnis.

Nur 46 Prozent aller Befragten waren zufrieden mit ihrer Weiterbildung zur Krankenpflegelehrkraft, 47 Prozent traten für eine etwaige Standardisierung des Unterrichtes für die Weiterbildungskurse ein, 19 Prozent waren dagegen, während 34 Prozent sich nicht entscheiden konnten.

Das Profil, das sich im großen und ganzen herausarbeitete, sah ungefähr so aus:

1. Es existierte eine Tendenz, daß praktisch ausgebildete Lehrerinnen sich einen höheren Rang durch zusätzliches Studium erarbeiteten und so die Anzahl der praktisch Weitergebildeten verminderten;

2. es herrschte allgemeine Unzufriedenheit über die Weiterbildung zur Krankenpflegelehrkraft;

3. Lehrerinnen und Lehrer der Krankenpflege bleiben nicht sehr lange an Krankenpflegeschulen, sie scheinen vielmehr dauernd auf der Suche nach mehr beruflicher und finanzieller Befriedigung zu sein.

Obwohl es das Ziel der Krankenpflegekammer, des General Nursing Council, ist, ein Verhältnis von Lehrenden und Lernenden von 1:15 anzustreben, hat sich die Situation eher verschlechtert: 1978 war das Verhältnis 1:22,5 und 1979 war es 1:23,31. Die Statistiken der Pflegekammer zeigen an, daß etwa 800 Krankenpflegelehrkräfte gebraucht werden und daß im allgemeinen nur 80 Prozent aller Unterrichtsplanstellen gefüllt sind (News item; Nursing Mirror). Soviel zu statistischen Bemerkungen.

Das eigentliche Berufsfeld der britischen Krankenpflege umfaßt drei Zweige: einmal die Schwester im Krankenhaus; dann die Gemeindegemeinschaft, die hauptsächlich in den Wohnhäusern der Patienten arbeitet und innerhalb des britischen Gesundheitswesens einem praktischen Arzt angegliedert ist. Drittens gibt es die Gesundheitsfürsorge, die ebenfalls in der Gemeinde arbeitet, angegliedert an die Praxis eines praktischen Arztes; auch sie ist eine Krankenschwester mit einer zusätzlichen Ausbildung.

In jedem dieser drei Zweige existiert ein zweistufiges hierarchisches Arbeitssystem für das Lehrpersonal. Während eine Lehrschwester sich mehr mit den theoretischen Aspekten des Unterrichts beschäftigt, ist eine andere für die praktische Ausbildung verantwortlich. In den Tabellen 1 bis 5 werden die vorangegangenen Ausführungen noch einmal übersichtlich dargestellt.

Tab. 1: Krankenpflegelehrkräfte

**Krankenhaus**

- a) Registered Nurse Tutor (RNT) Unterrichtsschwester, theoretische Krankenpflege
- b) Registered Clinical Nurse Teacher (RNCT) Unterrichtsschwester, praktisch, am Krankenbett

**Gemeinde (i)**

- a) District Nurse Tutor Lehrschwester für Krankenpflege in der Gemeinde, theoretische Aspekte
- b) Practical Work Teacher Lehrschwester für praktische Krankenpflege in der Gemeinde

**Gemeinde (ii)**

- a) Health Visitor Tutor Lehrschwester für Gesundheitsfürsorge in der Gemeinde, theoretische Aspekte
- b) Field work teacher Unterrichtsschwester für Gesundheitsfürsorge in der Gemeinde, praktische Aspekte

Die Ausbildungen unter Krankenhaus a) und b) und unter Gemeinde (ii) a) unterliegen den jeweiligen Gesetzen der Kammern für Krankenpflege beziehungsweise der Gesundheitsförderung.

Tab. 2: Alternativen für die Ausbildung zum Registered Nurse Tutor (RNT - Lehrschwester/-pfleger)

- Sister Tutor Diploma of University of London zweijährige Ausbildung, in der u.a. pädagogische Kenntnisse, Berufskunde sowie normale und abnormale physiologische Funktionen vermittelt werden
- Technical Teachers Certificate oder Certificate in Education einjährige Ausbildung an bestimmten Berufsfachschulen; Praktikanten müssen den ersten Teil des „Diploms der Krankenpflege“ haben

Tab. 3: Clinical Teachers — praktische Lehrschwestern/-pfleger; verschiedene Weiterbildungsmöglichkeiten, die zum Titel RCNT (Registered Clinical Nurse Tutor) führen

- sechsmonatiger Vollzeitkurs (pädagogische Methoden, Berufsentwicklungen, normale und abnormale Funktionen, Physiologie); der Berufsverband, Royal College of Nursing, ist verantwortlich für Examensurkunden und Bevollmächtigungen der verschiedenen Lehrkörper in Großbritannien
- das Diplom in der Krankenpflege, ein zweijähriger Kursus mit der Möglichkeit das Spezialfach „pädagogische Methoden“ zu belegen

- Institution der britischen Fachschulen (City and Guild of London Institute), Kursus in pädagogischen Methoden, von unterschiedlicher Dauer; wird nur anerkannt, wenn Praktikanten den ersten Teil des Diploms der Krankenpflege haben.

Tab. 4: Ausbildungsnachweise in der Gemeinde tätiger Lehrkräfte für Krankenpflege und Gesundheitsfürsorge

- a) Community Health Nurse Teachers' Certificate (anerkannt vom Berufsverband) Einjähriger Kursus, hauptsächlich pädagogische Erkenntnisse, entweder auf Gemeindekrankenpflege oder Gesundheitsfürsorge spezialisiert Beide Zertifikate gelten für die gesetzesmäßige Registrierung als Lehrschwester bei den jeweiligen Kammern.
- b) Zertifikat für Lehrschwestern in Betrieben (occupational Health Nurse Teachers)

Tab. 5: Diplom-Studiengänge an der Universität von London

- Sister-Tutor Diploma (Lehrschwesterzertifikat) Zweijähriger Kursus (7 Sektoren): Biologie; Physik; Chemie; normale Strukturen und ihre Funktion; Ursache, pathologische Prozesse und Verhinderung von Krankheiten; Entwicklung und Organisation der Krankenpflegesschulen; britischer Gesundheitsdienst; Psychologie; pädagogische Praxis
- Diploma in Nursing Education (Diplom in Krankenpflegeausbildung) Einjähriger Kursus mit dem Schwerpunkt: pädagogische Erkenntnisse aus Theorie und Praxis, menschliche Beziehungen
- Diploma in Nursing (Diplom der Krankenpflege) Zweijähriger Kursus, unterteilt in Teil A und B  
Teil A: Physiologie, Psychologie und Berufskunde  
Teil B: Ursache und Wirkung von Krankheiten (Wahlfächer: praktischer Unterricht, Administrationsstudien) Pflegekurse in spezifischen Fächern: Innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie, Psychiatrie, Wöchnerinnen, Gemeindekrankenpflege und Pflege im Betrieb

**Auch in Großbritannien gibt es Modellversuche**

Obwohl das britische Universitätssystem in bezug auf Fächer, die studiert werden können, und in bezug auf die Struktur sich grundsätzlich von dem in der Bundesrepublik Deutschland unterscheidet, gibt es in Großbritannien ebenso wie in der Bundesrepublik die Möglichkeit, an der Universität Lehrschwester zu werden (Tab. 6). Es muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß die verschiedenen in den Tabellen angegebenen Kurse nicht einheitlich sind und große Unterschiede in bezug auf ihre Güte existieren.

Wer wird unterrichtet? Für wen bereitet man sich als Pflegelehrkraft vor?

Die Lernenden in der allgemeinen Krankenpflege setzen sich aus drei verschiedenen Gruppen zusammen:

1. Lernende, die eine dreijährige Ausbildung der allgemeinen Krankenpflege absolvieren. Sie haben eine Doppelfunktion; durch Arbeitsverträge mit Arbeitgebern sind sie während der Ausbildung gleichzeitig Angestellte, was zu vielen Konflikten führt;

2. Lernende, die eine zweijährige Ausbildung der allgemeinen Krankenpflege absolvieren, auch sie unterliegen Arbeitsverträgen;

3. Lernende, die vier Jahre Krankenpflege an der Universität studieren. Als Studentinnen und Studenten unterliegen sie keinerlei Arbeitsverträgen. Ihre praktische Ausbildung am Krankenbett wird von Dozenten der Universität kontrolliert.

### Wie kam es zu dieser Entwicklung?

Das eigentliche Diplom für Krankenpflegelehrkräfte (RNT, Registered nurse tutors) wurde erst 1946 eingerichtet. Bis dahin unterrichtete im großen und ganzen die sog. Home sister, eine Lehrschwester, die dem Krankenhaus gegenüber für den Unterricht verantwortlich war. Die erste sog. offizielle Lehrschwester wurde 1914 vom St. Thomas Krankenhaus in London angestellt. Diesem Beispiel folgten bald danach andere Krankenhäuser. Während der zwanziger und dreißiger Jahre entwickelten verschiedene Lehrinstitute, in der Hauptsache Berufsschulen, Kurse für Krankenpflegelehrkräfte. Obwohl diese Kurse unterschiedlich waren, legten sie doch alle denselben Ausbildungsinhalt zugrunde: Anatomie, Physiologie, Ernährung, Mikrobiologie, Pflege in der Gemeinde und ein paar pädagogische Prinzipien.

Tab. 6: Universitäten, an denen akademische Grade erworben werden können

Manchester und Edinburgh — zweijährige Kurse  
Erlangung des akademischen Grades Magister der Philosophie („Master of Arts“, Education) für Bildung und Erziehung in der Krankenpflege möglich

Eine staatliche finanzielle Förderung der Krankenpflegeausbildung existiert gewissermaßen seit 1919, seit der Gründung der Krankenpflegekammer. Eine bestimmte Summe des allgemeinen Haushaltsplanes der Regierung, kontrolliert und verteilt von der Krankenpflegekammer an alle akkreditierten britischen Krankenpflegesschulen, vermehrt sich jährlich etwa um nur 5 Prozent. Durch regionale Krankenpflegeausbildungskomitees werden davon Lehrer, Lehrmaterial und Leiter der Krankenpflegesschulen bezahlt. Auf der anderen Seite kommt auch die Finanzierung der Bauten und Instandhaltung von Krankenpflegesschulen, die der Patientenpflege sowie die der Krankenpflegeschüler nicht aus getrennten Kassen. Vielmehr muß die verantwortliche Schwester in der Administration eines geographischen Gebietes Prioritäten

setzen und in ihrem Budget sowohl die Finanzierung der Krankenpflegeausbildung als auch die Finanzierung der Patientenpflege berücksichtigen.

Diese gewissermaßen zentrale, staatliche finanzielle Förderung, die allerdings sehr klein ist, schließt die Ausbildung von Unterrichtsschwestern als Gemeinde- oder Gesundheitsfürsorgeunterrichtsschwestern nicht mit ein. Die Finanzierung dieser Kräfte fällt auch unter die Administration der eben genannten verantwortlichen regionalen Administrationschwester, aus deren Budget gleichzeitig Pflege- und Ausbildungskosten zu begleichen sind. So müssen dauernd Prioritäten gesetzt werden, die selten zugunsten des Lehrens ausfallen.

Die Krankenpflege als eigenständiges Berufsfeld mit typischen charakteristischen Eigenschaften ist eine neue Entwicklung einer neuen Bewegung. Der Schwerpunkt eines jeden Krankenpflegeunterrichts lag bisher immer in der diagnostischen und therapeutischen Medizin, die in der Hauptsache von Medizinern unterrichtet wurde, die auch die Krankenpflege definierten. Am Krankenbett selbst wurde die eigentliche Pflege verrichtet, die nie einer Analyse unterlag, und so ergab es sich, daß man mit relativ wenig Lehrschwestern auskommen konnte. Auf die Bedürfnisse eines gut pädagogisch unermühten Unterrichts wurde offiziell kaum Rücksicht genommen; denn die duale Rolle der Schüler, als Lernende gleichzeitig im Arbeitsverhältnis zu stehen, erlaubte weder Zeit noch Geld für die notwendige Ausbildung.

Der Status der Krankenpflege als Frauenberuf und als von der Medizin abhängiger Beruf erreichte trotz der Bemühungen einer Florence Nightingale und Mrs. Bedford Fenwick, der britischen Heldinnen der Krankenpflege im 19. und zu Anfang des 20. Jahrhunderts, nie die Bedeutung eines sog. eigenständigen Berufes, wie z. B. der des Arztes, der des Anwalts oder der des Lehrers im allgemeinen Schulsystem. Auch der Status der Krankenpflege als wichtiger Bestandteil der medizinischen Betreuung erreichte nie die Bedeutung, die man aufgrund ihrer nicht unerheblichen Beiträge hätte erwarten sollen. Und so war es der Krankenpflege nie möglich, sich zu entfalten und durch aktive Werbung einen großen Personalstand zu entwickeln. Als von der Gesellschaft bestimmtes Aschenbrödel der Berufe waren den Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten Grenzen gesetzt.

Die verschiedenen Reformen des Unterrichts der Krankenpflege und des Krankenpflegelehrkörpers seit 1919 waren nie grundlegender Art, sondern sie blieben immer nur unzureichende Antworten auf besondere, akute Probleme. Historisch gesehen sind sie Ausdruck der dauernden Auseinandersetzung der Dialektik, der Krankenpflege mit der Medizin, der medizinischen Technologie und der Sozialpolitik, die wirtschaftlichen und politischen Strömungen und Faktoren unterworfen sind.

### Was bleibt, was sind unsere Aufgaben?

Die Diskussion betrifft grundsätzlich die Qualität der Ausbildung des Lehrpersonals in der Krankenpflege. Es wäre jedoch sehr engstirnig und unproduktiv, diesen Schwerpunkt isoliert zu betrachten, getrennt von der Aufgabenstellung eines umfassenden Gesundheitswesens, bestimmt von ganz spezifischen, wirtschaftlichen und sozialpolitischen Erwägungen.

Nicht nur um diese Erwägungen zu beeinflussen, sondern auch um mitzugestalten, um ein klienten- oder patientenzentriertes Gesundheitswesen zu prägen, ist es erforderlich, daß das Krankenpflegepersonal sich mit sozialpolitischen und wirtschaftlichen Fragen auseinandersetzt, Forderungen stellt und sich wo immer möglich politisch einsetzt. Um das eigene nationale Gesundheitswesen zu erkunden, zu verstehen und mitzugestalten, ist es erforderlich, sich über diese engen Grenzen hinaus international zu informieren, um globale Zusammenhänge zu verstehen.

Zur gleichen Zeit geht die Diskussion um strukturelle Veränderungen in bezug auf die Arbeitsverhältnisse, um gesetzliche Regelungen regulärer Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, wo eine fortlaufende Erlaubnis zum Lehren von entsprechender Weiterbildung abhängig sein sollte oder könnte, um eine Weiterentwicklung verschiedener Modellversuche und um eine Rationalisierung des existierenden zweirangigen Lehrausbildungssystems, in dem die Praxis von der Theorie quasi getrennt ist. Die Diskussion geht auch um das Prinzip eines Rechenschaftsberichtes als Ausdruck eines Verantwortungsbewußtseins gegenüber der eigenen Arbeit, den das Krankenpflegeunterrichtspersonal abgeben sollte. Die Bevölkerung, die schließlich mit Steuern, Prämien und anderen Zahlungen für die Kosten der Krankenpflege aufkommt, und die wiederum selbst als etwaige Patienten mit der Krankenpflege in Berührung kommt, sollte an einem derartigen Rechenschaftsbericht nicht uninteressiert sein.

Alle diese Aufgaben bedürfen einer engen Zusammenarbeit von Berufsorganisationen und Gewerkschaften, um Arbeitsmöglichkeiten zu entwickeln, die die Potenz eines jeden einzelnen und eines Lehrerkollektivs fördern. Es geht schließlich um die offizielle Anerkennung der Krankenpflege als unentbehrlichen Bestandteil der medizinischen Betreuung, als eigenständige therapeutische Disziplin.

Die neuesten Entwicklungstendenzen in Großbritannien in der Ausbildung des Krankenpflegelehrpersonals zeigen aufgrund der Konzeption eines neuen Curriculums eine grundlegende qualitative Veränderung auf: Man entfernt sich von dem rein naturwissenschaftlichen Konzept der theoretischen Medizin; man bemüht sich, mit dem Curriculum die Krankenpflege neu zu definieren, um die wissenschaftliche Untermauerung der eigentlichen Krankenpflege aus ihrer jahr-

hundertelangen Stagnation zu befreien. Das ist eine gewaltige Aufgabe, dies nicht zuletzt, weil wir den Versuch machen, den Begriff Krankenpflege neu und grundsätzlich zu definieren, so daß wir in der Entwicklung der Perspektive dieses Berufs unseren Patienten therapeutischen Nutzen vermitteln können.

Dieses neue Curriculum für das „diploma in nursing“ ist geschaffen worden, um den neueren Aufgaben des Gesundheitswesens gerecht zu werden, die sich im Laufe der Zeit entwickelt haben und berücksichtigt werden müssen. Die neuen Aufgaben erwachsen aus der medizinisch-technologischen Entwicklung, der Rolle und den neuen Grenzen professionellen Handelns, der Entwicklung der beruflichen Kompetenz, der Zunahme von chronisch-degenerierenden Krankheiten, der Mitgestaltung von konkreter Sozialpolitik und der Berücksichtigung patientenbezogener Bedürfnisse. Das Curriculum wird 1981 in Kraft treten und das alte langsam, aber endgültig ersetzen.

Das „diploma in nursing“ ruht auf zwei Eckpfeilern. Es wird ein tieferes und grundlegendes Verständnis der Krankenpflege als solche angestrebt, und es soll die Basis für ein späteres weiteres Studium der Krankenpflege gelegt werden. Trotz allem muß der Beobachtung Rechnung getragen werden, daß selbst die Curriculargestaltung ihren eigenen Gesetzen unterworfen ist. Sie haben oft mehr mit Interessenten-Interesse wie Einkommenschancen, Status und Prestige zu tun als mit Wirklichkeitsnähe und den Bedürfnissen der konkreten Krankenpflege innerhalb eines Gesundheitswesens, dessen Schwerpunkt der Schutz der Gesundheit einer ganzen Gesellschaft ist. Das neue Studium erstreckt sich über drei Jahre, ein Teil der Zeit ist direkt mit der Praxis verbunden (s. Tab. 7).

Tab. 7: Neue Konzeption — Rahmenperspektive des Ausbildungsplanes

#### Erstes Jahr

- Biologie des Menschen
- Soziale/gesellschaftliche Organisationen und Veränderungen

#### Zweites Jahr

- Studium der Krankenpflege nach neueren theoretischen Mustern des Krankenpflegeprozesses; Handlung und Entscheidungsgrundlage; individuelle Bedürfnisse des Patienten; Verteilung und Abschätzung von gesellschaftlichen Leistungen; Bewertung der Krankenpflege und ihrer Dienstleistung; alternative Systeme der Krankenpflege

- Berufskunde

#### Drittes Jahr

- Die Rolle der Wissenschaft und wissenschaftliche Probleme
- Spezielle Probleme der Krankenpflege

Die Entfaltung, weitere Entwicklung und Ausführung dieses Diploms in den verschiedenen Lehrinstituten unterliegt der Kontrolle einer Lehrschwester, und Examen werden von der zuständigen Universität zentral geregelt. Im Brennpunkt dieses neuen Diploms steht eine Umorientierung zurück zur Bedeutung der Grundpflege und zu patientenzentriertem Pflegen; von einer zu starren Abgrenzung zwischen spezialisierten und hochspezialisierten Entwicklungen ist abzusehen. Damit wird die Absicht verfolgt, der Gefahr einer Fixierung und somit des einseitigen Wissens eine Schranke zu setzen.

Das Problem ist nach wie vor, eine Einigung über die Definition des Ausbildungszieles und über das, was zum Bereich der Krankenpflege gehört, zu erzielen. Dabei sind politisch-wirtschaftliche, philosophische, berufsethische und geschichtliche Erwägungen, die das neue Curriculum bisher nur wenig, wenn überhaupt beachtet, unter allen Umständen zu berücksichtigen. Krankenschwester und -pfleger haben einen zentralen Platz, nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im Gesundheitswesen im allgemeinen. Die große Bedeutung der Krankenpflege als eigenständiges Arbeitsgebiet im Prozeß der medizinischen Betreuung hängt damit zusammen, daß der medizinische Erfolg zum großen Teil von der Tätigkeit der Schwester abhängt. Das ist besonders der Fall, wo die Medizin aufgehört hat zu kurieren — bei der steigenden Zahl chronischer Krankheiten, wo die Pflege absolut in den Vordergrund tritt.

Es wäre trotz allem am Platze zu untersuchen, inwieweit der eigentliche Krankenpflegeprozeß wirklich eigenständig ist und was unter sog. Eigenständigkeit eines Berufes überhaupt zu verstehen ist. Es mag auch dahingestellt sein, ob eine Definition des Ausbildungszieles sowie eine neue curriculare Planung zwangsläufig eine bessere Qualität der Ausbildung sowie eine Verbesserung der eigentlichen Pflege, um deren Wert viel diskutiert wird, garantiert. Es muß immerhin berücksichtigt werden, daß in Großbritannien 30 bis 40 Prozent aller krankenpflegerischen Tätigkeiten von nicht oder wenig qualifiziertem Personal ausgeführt werden. Unterricht erhalten nur solche, die als Schüler der Krankenpflege in das Arbeitssystem eingegliedert sind. Viel von der eigentlichen Arbeit der Krankenpflege wird zum Teil von dem eben erwähnten nicht oder wenig qualifiziertem Personal und zum Teil von einer Mindestanzahl an qualifiziertem Personal ausgeführt. Dabei hängt die Zahl der qualifizierten Krankenpflegepersonen weniger mit Patientenbedürfnissen zusammen als mit finanziellen Erwägungen des Krankenhausträgers. Eine solche Situation verursacht sehr oft gewaltige Arbeitsanforderungen. Diese Anforderungen bestimmen dann die Arbeitsmethoden, die nicht immer in der Schule gelehrt worden sind. Wir haben in Großbritannien zwischen 1956 und 1977 einen 14prozentigen Rückgang an Krankenhausbetten gehabt, im gleichen Zeit-

raum leisteten wir aber 30 Prozent mehr Pflegetage.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, daß obwohl unser Hauptbestreben im Unterricht auf die Grundpflege gerichtet ist, wenig ausgebildetes Krankenpflegepersonal sich nach bestandener Examen mit Grundpflege beschäftigt. Das qualifizierte Personal ist vielmehr darum bemüht, die Stationen im Sinne des Krankenhausträgers zu organisieren. Hier entspringen Diskrepanzen und Widersprüche. Es mag dahingestellt sein, ab man dabei noch von Krankenpflege sprechen kann.

Um lehren zu können ist es notwendig, sich mit den Problemen der Lernenden intensiv zu beschäftigen. Es existiert in der Krankenpflege eine Tradition, mindestens in Großbritannien, nach der einfach gelehrt wird, was getan werden muß oder soll, ohne über die eigentliche Funktion dieser Tätigkeit zu reflektieren, ohne auf Fragen des Weshalb und des Warum einzugehen. Unser Lehrstoff beschäftigt sich im weitesten Sinne viel mit Moral. Wir glauben meistens im Recht zu sein mit unserer Beratung. Wenig davon, wenn überhaupt etwas, ist auf wissenschaftlichen Kriterien aufgebaut. Als Lehrer müssen wir selber umlernen, um Krankenpflegepersonal heranzubilden, das sich neuerer und moderner Aufgaben im Gesundheitswesen annehmen kann.

Aus den Fortschritten der Wissenschaften — medizinischen, biologischen und gesellschaftswissenschaftlichen — resultieren ethisch-moralische Fragen. Sie fordern wissenschaftlich begründete Antworten, die womöglich in philosophischen Auseinandersetzungen zu suchen sind. Bei der Ausbildung der Krankenschwester müssen diese Fragen unbedingt berührt werden. Patientenzentriertes Handeln beruht auf der Fragestellung, ob der Patient nur als Objekt und Träger defekter Organe gesehen wird, oder ob er behandelt wird als Subjekt, als Persönlichkeit, die mit der Umwelt in einer Wechselbeziehung existiert.

Die Medizin als angewandte Naturwissenschaft, aufgebaut auf Virchow'scher Basis, hat eine bio-medizinische Betrachtungsweise ins Leben gerufen, die durch positivistische Forschungsarbeiten untermauert ist. Man läuft somit Gefahr, in empirische Denkungsweisen zu verfallen. Als Beitrag zur Reorganisation der Gesundheitsreform ist eine phänomenologische Erkenntnis der Krankenpflege und der Forderungen an das Gesundheitswesen unbedingt notwendig. Nur so kann ein Verstehen in der laufenden gesellschaftlichen Auseinandersetzung zwischen Medizin, Krankenpflege und Gesellschaft und zwischen Gesellschaft, Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik herbeigeführt werden. Bei der Ausbildung der Lehrschwestern und -pfleger dreht es sich nicht nur allein um deren Qualität direkt am Krankenbett. Es geht auch darum, inwieweit sie ihre Fähigkeiten und Kenntnisse für die Erhaltung, För-

derung und Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit einsetzen.

Der Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN) tagt 1981 in Los Angeles. Sein Motto ist: Gesundheitspflege für alle — eine Herausforderung an die Krankenpflege. Die eigentliche Aufgabe der Krankenpflege ist durch dieses Motto vorgegeben. Durch unsere Aktivitäten hoffen wir sie zu bewältigen.

#### Literatur

Mattheis R.: Die Rolle der Krankenpflege im Gesundheitswesen. *Krankenpflege*, 34 (1980), 3, 80

Dutton, A.: Factors affecting Recruitment of Nurses. King Edward Hospital Fund for London, 1968, London

Lancaster, A.: Nurse Teachers, The report of an opinion survey. Churchill Livingstone, 1972, Edinburgh

Sheahan, J.: Continuous assessment in the preparation of the teachers of nursing. *Nursing Times (Occupational papers)*, 72 (1976), 6, 21-23

Sheahan, J.: Educating teachers of nursing: the contribution of educational studies. *Journal of Advanced Nursing*, 3 (1978), 447-455

Sheahan, J.: The contribution of paedagogical studies. *Journal of Advanced Nursing*, 3 (1978), 515-524

Sheahan, J.: An evaluation of a workshop for teachers of nursing on an individualised teaching and nursing strategy. *Journal of Advanced Nursing*, 4 (1979), 647-658

Sheahan, J.: Educating teachers of nursing: a survey of the opinions of students. *Journal of Advanced Nursing*, 5 (1980), 71-81

Teachers of Nursing Report, 1 and 2. General Nursing Council 8. 4. 1975

News item. *Nursing Mirror*, 24. 1. 1980, S. 6

Bendal, E. R. D. and Raybould, E.: A history of the General Nursing Council for England and Wales, 1919-1969. H. K. Lewis and Company, Ltd., London, 1969

Merrison: Royal Commission on the National Health Service HMSO, 1979 (Cmnd. 7615) London, S. 195

Anschrift der Verfasserin: Marion Ferguson, Lecturer, Dept. Nursing Studies, Welsh National School of Medicine, Heath Park, Cardiff

erst mit 18 Jahren dürfen sie sich dann dem Pfl egeteam eingliedern.

Diejenigen, die sich weiter ausbilden wollen, verlängern das Studium um weitere zwei Jahre und qualifizieren sich als Krankenschwester/-pfleger in Krankenhäusern und Heimbetreuung. So ein Team wird von einer Diplomschwester mit höherer Ausbildung geleitet.

Nach dieser Grundausbildung wird es möglich sein, sich in höheren Schulen für Diplomkrankenschwestern (I. Stufe der Fakultät) oder in Spezialkursen für spezifische Fachgebiete auszubilden (Pflege auf der Intensivstation oder in der Psychiatrie, als Operationsschwester oder Werkschwester im Bereich der Arbeitsmedizin).

Die Möglichkeit der Weiterbildung in der II. Stufe der Fakultät besteht einstweilen noch nicht, wohl aber können Di-

Studium zugelassen werden, gut ist, so sind das später die besten Arbeitskräfte, deren Fehlen am Arbeitsplatz als Mangel empfunden würde. Diese Art von Ausbildung wird deshalb auch weiter als reguläres Studium erhalten bleiben.

In pädagogischer Hinsicht ist ein solches Studium im fachlichen Aufbau gewiß nützlich, da die Schule auf diese Weise einen ständigen Kontakt mit Berufstätigen aus der Praxis hat, die kostbare Informationen (Feedback) und große Aktivität bringen.

Die Grundausbildung zur Krankenschwester der Mittelstufe kann auch in der Abendschule erworben werden. Dafür gibt es zwei Gründe:

1. Das allgemeine Schulgesetz in unserem Land ermöglicht nämlich jedem, sich in jene Schule und Stufe einzulie-

Fachgebiet und Aufstieg bot und daß deshalb mancher einen anderen Arbeitsplatz belegt, als seine Ausbildung voraussah.

Auch die Lehrpläne sind leichter aufzubauen: Wer eine solide allgemeine Fachgrundlage bekommt, ist anpassungsfähiger und ist fähig, sich weiterzubilden. Die Programme der Spezialisierungen können kürzer, intensiver und deshalb auch rationeller sein.

Wie ich schon am Anfang erwähnte, ist unser Schulsystem sehr wandlungsfähig. Diese Eigenschaft wünschen wir in nächster Zukunft auszunutzen. Wir werden versuchen, schon während der Ausbildung die verschiedenen medizinischen Sparten einander näherzubringen. Für Medizinstudenten ist das Praktikum in der Krankenpflege obligato-