

Der Pflegeprozess – ein Instrument professioneller Pflege¹

Professionelle Pflege kann auf ein Instrument systematischer Problemlösung nicht verzichten

5 Von VOLKER THIEL

Einleitung

Wiederholt wurde in der jüngeren Vergangenheit vom vermeintlichen Ende des Pflegeprozesses geschrieben. Zuletzt griff ANDREAS FISCHBACH in dieser Zeitschrift die Frage auf, warum der Pflegeprozess am Ende sei. Dabei wies er ausdrücklich darauf hin, dass sein Aufsatz hoffentlich Widerspruch auslösen werde.² Und in der Tat: Anlass für eine Auseinandersetzung mit dem Thema besteht zur Genüge.³ Zu frustrierend ist der gegenwärtige Implementierungsstand dieses Instrumentes, das nach wie vor als Voraussetzung professioneller Pflege an Pflegebildungseinrichtungen gelehrt und gefordert wird. Und gehört es nicht längst zur gewohnten Situation für die Lehrenden in der Pflegebildung, wenn die Praxisferne und mangelnde Praktikabilität des Pflegeprozesses beklagt werden? Erneut wurde hier ein Thema angesprochen, welches dringend nicht nur einer breiten Diskussion, sondern auch einer systematischen Aufarbeitung bedarf. Einen Beitrag dazu soll dieser Aufsatz leisten.

Warum der Pflegeprozess am Ende sein soll

FISCHBACH identifiziert den Pflegeprozess mit »der Reduktion des Menschen zum Problemkomplex« und einer statischen Auffassung vom Menschen. Dies habe unter anderem zur Folge, dass wahrgenommene Phänomene nur mehr »unter zuvor bestimmte [...] Kategorien oder klassifizierte Begriffe« untergeordnet würden. Folglich begreift er ein subsumtionslogisches Verfahren, hohe Standardisierung, mechanistisches Vorgehen, logisch-deduktives Denken und eine sachlich-objektive Beziehung zum Menschen als »Kumulation verschieden aggregierter Probleme« als systembedingte Auswirkungen des Pflegeprozesses.⁴ Ganz ähnlich argumen-

¹ Dieser Aufsatz ist wurde publiziert in Die Schwester/Der Pfleger 40 (2001), 338-342

² vgl. FISCHBACH 2001, 173

³ Eine systematische Aufarbeitung der jahrelangen Probleme mit dieser zentralen Methode (nicht nur) der Pflege ist längst überfällig. Soll diese Diskussion jedoch mehr sein als nur ein Ventil für die Berufsangehörigen, die mit der Implementierung des Pflegeprozesses (zu Recht) unzufrieden sind, ist eine differenzierte Betrachtungsweise erforderlich - sonst läuft man Gefahr, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Ich hoffe, mein Aufsatz leistet einen Beitrag zur Diskussion und regt zu weiteren Überlegungen an.

⁴ FISCHBACH 2001, 175

tierten vor etwa zwei Jahren schon UTE SCHÖNIGER und ANGELIKA ZEGELIN-ABT. Sie bemängelten die Herkunft des Pflegeprozesses »aus der Industrie« und schlussfolgerten, dass alles, was dort mit der Anwendung des Problemlöseprozesses verbunden sei (unter anderem hohe Standardisierung, Objektivierung und Zweckrationalität), notwendiger Bestandteil *jedes* Problemlöse-, somit auch des Pflegeprozesses sei. Mit der Anwendung des Pflegeprozesses werde also vorausgesetzt, dass Pflege genauso vorausplanend und standardisierbar sei wie die Produktion von Industriegütern.⁵

Wird das, was kritisiert wird, auch benannt?

Aber ist es wirklich so einfach? Oder werden hier unterschiedliche Ebenen in einer Weise vermischt, dass die wirklichen Ursachen wahrgenommener Unzulänglichkeiten des Pflegeprozesses aus dem Blick geraten?

Der erstmals 1967 von YURA und WALSH umfassend beschriebene Pflegeprozess ist die Übertragung des allgemeinen Problemlöseprozesses auf pflegerische Interventionen. Für ihn ist unter anderem kennzeichnend, dass die fortlaufende Einschätzung (Evaluation) des Erfolgs pflegerischer Interventionen als integraler Bestandteil des Prozesses begriffen wird. Das hat zur Folge, dass sich Veränderungen im Zustand des Pflegebedürftigen und Modifikationen pflegerischer Interventionen wechselseitig bedingen.⁶ Aber noch etwas anderes ist kennzeichnend für den Pflegeprozess. VERENA FIECHTER und MARTHA MEIER, die maßgeblich an der Verbreitung des Pflegeprozesses im deutschsprachigen Raum beteiligt waren, weisen ausdrücklich darauf hin, dass das Konzept des Pflegeprozesses nicht an eine spezifische Pflege-theorie oder ein bestimmtes Pflegeverständnis gebunden ist.⁷

Wenn nun also einmal mehr vom Ende des Pflegeprozesses die Rede ist, muss gefragt werden, ob hier nicht das Instrument ›Pflegeprozess‹ mit *einer* seiner möglichen inhaltlichen Ausgestaltungen, nämlich der Vorstellung des Menschen als objektivierbarer Gegenstand, in unzulässig verkürzender Weise identifiziert wird. Im folgenden wird dargelegt, warum die Ausführungen FISCHBACHS ebenso wie die kritischen Anmerkungen SCHÖNIGERS und ZEGELIN-ABTS die gebotene Differenzierung zwischen *Inhalten*, *Strukturen* und *Instrumenten* professioneller Pflege vermissen lassen. Dazu ist es erforderlich, einen kurzen Blick auf den handlungsorientierten Professionalisierungsansatz von OEVERMANN und dessen Übertragung auf die Pflege zu werfen.

Pflege im Lichte der Professionstheorie

Klassische Professionstheorien bewerten die Professionalität einer Disziplin⁸ hauptsächlich nach externen Kriterien. Dazu gehören unter anderem folgende Aspekte:⁹

⁵ vgl. SCHÖNIGER, ZEGELIN-ABT 1998, 306

⁶ vgl. WEIDNER 1995, 85

⁷ FIECHTER, MEIER 1998, 7

⁸ Der Begriff »Disziplin« wird hier im Sinne der in einem beruflichen Fachgebiet Tätigen verwendet.

- 60 • Voraussetzung der Berufsausübung ist eine lang dauernde, theoretisch fundierte und wissenschaftlich systematisierte *Spezialausbildung*.
- Es besteht eine Organisation in *Berufsverbänden* mit weitgehender *Selbstverwaltung* und eigener *Disziplinargewalt* (Kammern, Standesgerichte).
- Die Regelung der *Ausbildung* und der *Prüfung*, deren Bestehen Voraussetzung der Berufsausübung ist, liegt weitgehend in den Händen des Berufsverbandes.
- 65 • Es besteht ein gegenüber anderen Berufen klar abgegrenzter, *monopolisierter Arbeitsbereich* (so genannte Vorbehaltsaufgaben).

Es liegt auf der Hand, wie die Disziplin ›Pflege‹ abschneidet, wenn man ihre Professionalität nach diesen Kriterien beurteilt. Jedoch ist diese klassische Auffassung nicht unwidersprochen geblieben. OEVERMANN war es, der das oben kurz skizzierte Verständnis von Professionalität
70 einer eingehenden Kritik unterzog. Er kam zu dem Ergebnis, dass sich die Professionalität einer Disziplin nicht an äußerlichen Merkmalen festmachen lasse und dass man Akademisierung nicht mit Professionalisierung gleichsetzen könne. Stattdessen müsse man die spezifischen Merkmale des professionellen *Handelns* ins Zentrum der Betrachtung rücken. OEVERMANN geht von zwei im Gegensatz zueinander stehenden Prinzipien professionellen Handelns
75 aus: wissenschaftliche Kompetenz und hermeneutische Kompetenz.¹⁰

- Unter *wissenschaftlicher Kompetenz* versteht er die Fähigkeit des Verständnisses von Theorien und der Logik ihrer strikten Anwendung.
 - *Hermeneutische Kompetenz* dagegen bezeichnet die Fähigkeit zum Verstehen eines Falles aus der Sicht desjenigen, der professionelle Hilfe sucht, aus Sicht des Laien also.
- 80 Hier wird deutlich, dass der Professionelle einerseits ein im Wege wissenschaftlicher Ausbildung erworbenes Spezialwissen und berufliches Erfahrungswissen mitbringt, mit dem seine Entscheidungen und Interventionen zu begründen sind. Betont wird aber auch die je individuelle Erscheinungsform, in der die Probleme des Klienten vor dem Hintergrund seiner Biografie zur Bearbeitung anstehen. Dies erfordert neben wissenschaftlicher Kompetenz auch die
85 Fähigkeit, die subjektive Betroffenheit des Hilfe suchenden Laien verstehend zu rekonstruieren und die Autonomie seiner Lebenspraxis zu respektieren.¹¹ Erst mit der konstruktiven Einbindung *beider* Elemente, der systematischen Wissensbestände *und* der hermeneutisch erschlossenen Bedeutung des Problems für den Laien, ergibt sich die Professionalität einer Intervention. Daraus folgt ferner, dass professionelle Interventionen nicht vollständig standardisierbar sind.
90

⁹ vgl. WEIDNER 1995, 33 f.

¹⁰ vgl. WEIDNER 1995, 51

¹¹ vgl. OEVERMANN 1999, 126

Pflegeprozess als eine Säule professioneller Fallarbeit

95 Bereits 1995 wurden diese Aspekte eines handlungsorientierten Professionsverständnisses von FRANK WEIDNER erstmals auf die Pflege übertragen.¹² Eine modifizierte Form dieser Übertragung wurde 1999 als »Modell professioneller Fallarbeit in der Pflege« veröffentlicht. Als entscheidende Größen in der Arbeit mit Fällen werden in diesem Modell spezifische *Inhalte*, *Strukturen* und *Prozesse* beschrieben. Diese drei Säulen professioneller Fallarbeit können nicht isoliert betrachtet werden, sondern stehen in einem Verhältnis gegenseitiger Abhängigkeit (vgl. Abbildung 1).¹³

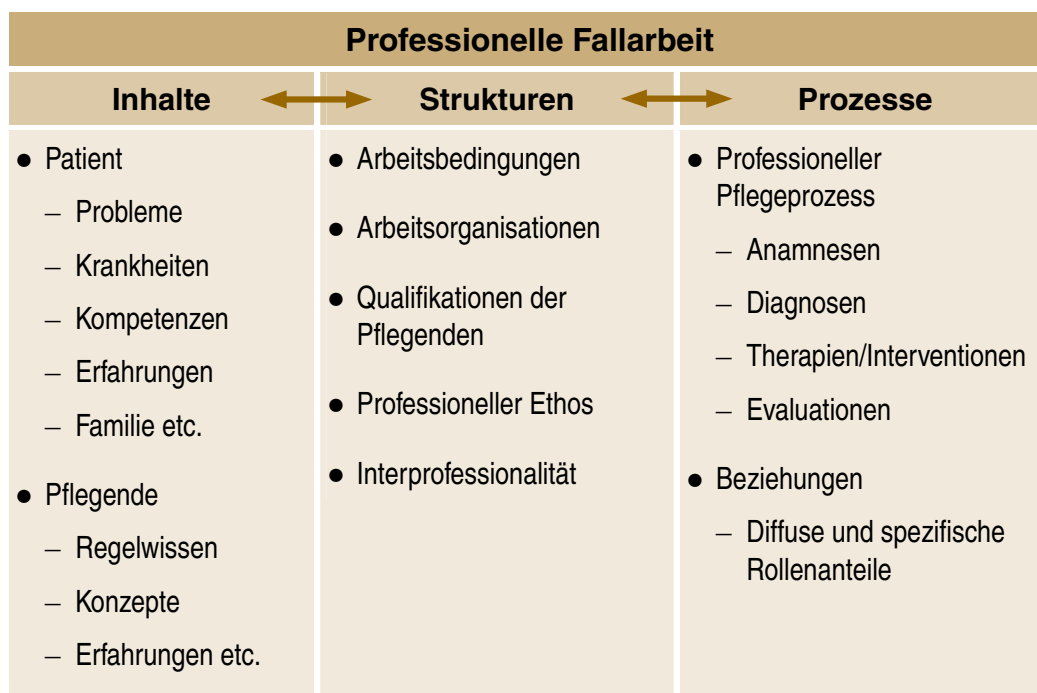


Abbildung 1: Drei Säulen professioneller Fallarbeit in der Pflege¹⁴

- 100
- Professionelle Pflege wird zunächst beeinflusst durch spezifische *Inhalte*. Diese werden bestimmt durch die am Prozess Beteiligten. Dazu zählen zum Beispiel Erfahrungen, Kompetenzen und Krankheiten auf Seiten des Pflegebedürftigen sowie Regelwissen, Erfahrungen, Konzepte und Kompetenzen (insbesondere des Fallverstehens) auf Seiten der Pflegekraft.
- 105
- Eine weitere Säule bilden vorgegebene *Strukturen*, zu denen unter anderem Arbeitsorganisation und Qualifikation der Pflegekräfte gehören.
 - Die dritte Säule, die *Prozesse*, umfassen neben systematischen Problemlöseprozessen auch Beziehungsprozesse zwischen Pflegebedürftigem und Pflegekraft. Diese Beziehungen sind,

¹² vgl. WEIDNER 1995, 126

¹³ vgl. WEIDNER 1999, 18 f.

¹⁴ vgl. WEIDNER 1999, 19; Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors.

110 jedenfalls zum Teil, auch durch nichtprofessionelle Rollenanteile wie Sympathie und Antipathie geprägt.

Was nun ist der Vorteil dieser Betrachtungsweise, wenn es um die Frage nach der zukünftigen Bedeutung der Pflegeprozesses geht? Vor dem Hintergrund des differenzierten 3-Säulen-Modells erscheint es nicht sinnvoll, beispielsweise prozessuale Aspekte isoliert von inhaltlichen und strukturellen Elementen zu diskutieren. Damit eröffnet sich die Möglichkeit, wahrgenommene Unzulänglichkeiten des Pflegeprozess-Instruments nicht länger ausschließlich dem Instrument selbst zuzuschreiben, sondern beispielsweise qualifikatorische und institutionelle Voraussetzungen zu thematisieren. Hier ließen sich z.B. Überlegungen anschließen, welche arbeitsorganisatorischen und konzeptuellen¹⁵ Bedingungen für eine gelungene Implementierung des Pflegeprozesses zu fordern sind. Was wir brauchen, ist in der Tat eine lebendige Diskussion über Inhalte, Strukturen und Instrumente professioneller Pflege. Das aber setzt eine klare Begrifflichkeit voraus, bei der das, was kritisiert wird, auch benannt wird. FISCHBACH richtet seine Kritik gegen das Instrument des Pflegeprozesses. In Wahrheit aber geht es doch um Fragen des Pflegeverständnisses, des Menschenbildes und des Krankheits- bzw. Gesundheitskonzeptes, also darum, was Pflege *inhaltlich* ausmacht. Die fehlende Differenzierung zwischen einem Prozessmodell von Pflege und dem Verständnis dessen, was inhaltlich Pflege ausmacht, führt dazu, dass letztendlich das Kind mit dem Bade ausgeschüttet wird. Das ist ungefähr so sinnvoll wie die Forderung nach Abschaffung der Streichinstrumente, nur weil man keine Barockmusik mag.

Der allgemeine Problemlöseprozess, als dessen gegenstandsspezifische Konkretisierung der Pflegeprozess zu sehen ist, ist eben keine nur technisch-mechanischen Gegenständen adäquate Herangehensweise, sondern als Strukturschema in jedem planvollen, systematischen Handeln vorfindbar. Insofern ist die Industrie nicht der Ursprung, sondern lediglich *ein* Anwendungsfall eines allgemeinen Strukturschemas planvollen menschlichen Handelns. Vor allem aber: Aus der Anwendung des allgemeinen Problemlöseprozesses auf unterschiedliche Handlungsfelder (»Probleme«) können sich völlig unterschiedliche Verfahren zur *inhaltlichen* Ausgestaltung seiner Strukturmerkmale (d. h. der einzelnen Schritte) ergeben. Daher ist durch die Anwendung dieses Prozesses auf pflegerisches Handeln, den Pflegeprozess, eben noch *nicht* festgelegt, ob beispielsweise

- die *Einschätzung* als Schritt des Pflegeprozesses ausschließlich subsumtionslogisch mittels empirisch-positivistischer Methoden erfolgen muss, um damit objektivierbare Probleme zu definieren, oder vielmehr Methoden hermeneutischen Fallverstehens und Aushandlungsprozesse erfordert;
- die Festlegung von *Zielen* einseitig durch Pflegeexperten erfolgt, oder – unter dem Dach des Pflegeprozesses – im Rahmen der Zielfestlegung ein Konzept der Aushandlung und

¹⁵ Hierzu zählen beispielsweise das Pflegeverständnis, Konzepte von Gesundheit und Krankheit, aber auch die Positionierung im Spannungsfeld zwischen Autonomie des und Fürsorge für den Pflegebedürftigen sowie die Konzepte zur Bedeutung und Gestaltung von Einigungsprozessen über pflegerische Ziele und Interventionen.

145 Auftragsklärung angemessen ist. Das gilt in gleicher Weise für Entscheidungen über die individuell passende *Intervention*.

Aus der Tatsache, dass der Pflegeprozess dazu missbraucht werden kann (und wird!), Zielfestlegung, Planung und Intervention ohne Mitbestimmung des Patienten durchzuführen, kann daher nicht geschlussfolgert werden, dass der Pflegeprozess als Instrument professioneller
150 Pflege unbrauchbar sei.¹⁶ Und auch hier irrt FISCHBACH: Nicht der Pflegeprozess »unterstellt, dass nur geplante, auf reinem Wissen basierende Pflege ›gute Pflege‹ sein« kann,¹⁷ sondern seine Anwender, wenn sie die kritisierten einfachen Verstehensmuster benutzten. *Dass* sie sie benutzen, setzt der Pflegeprozess aber nicht voraus. Sollen sich Pflegende zukünftig an die Arbeit machen, *ohne* dass sie

- 155
- auf der Basis einer systematischen *Einschätzung* und *Problemdefinition*
 - realistische *Ziele* bestimmen,
 - von da aus pflegerische Interventionen *planen, umsetzen* und
 - die Ergebnisse ihrer Interventionen systematisch *evaluieren*?

Die Forderung nach Abschaffung eines Instruments, mit dessen Hilfe diese notwendigen
160 Schritte eines rationalen therapeutischen Prozesses strukturiert werden, läuft allen Professionalisierungsbestrebungen zuwider.

Fazit

Die Ursachen wahrgenommener Unzulänglichkeiten der Pflegepraxis sind vor dem Hintergrund ihrer Inhalte, Strukturen und Prozesse zu analysieren, wenn das, was kritisiert wird,
165 auch klar benannt werden soll. Der Pflegeprozess ist eine zentrale Methode der Pflege. Allerdings wurden mit ihm Erwartungen verknüpft, die dem Zweck eines Instruments nicht entsprachen. Ein Problemlöseprozess ist, auch in der konkreten Form des Pflegeprozesses, lediglich ein strukturgebendes Skelett. Erst die *inhaltliche* Bestimmung durch intelligente Anwender gibt dem Ganzen Gestalt. Der Pflegeprozess ermöglicht nicht nur auf allen Stufen die
170 Einbeziehung hermeneutischer Kompetenzen der Pflegenden, sondern – als Instrument professioneller Fallarbeit verstanden – er fordert sie sogar. Gleichzeitig trägt der Pflegeprozess durch seine systematische Schrittigkeit zu größtmöglicher Rationalität im Fallgeschehen bei – auch dies gehört zu den Anforderungen, die an professionelle Pflege gestellt werden. Daher kann eine professionelle Pflege auf dieses Instrument systematischer Problemlösung nicht
175 verzichten.

¹⁶ vgl. FISCHBACH 2001, 174 sowie SCHÖNIGER, ZEGELIN-ABT 1998, 309

¹⁷ So die Argumentation FISCHBACHS (vgl. FISCHBACH 2001, 174). Erstaunlich erscheint nur, dass der Pflegeprozess ungeachtet dessen »im Rahmen der Ausbildung von Pflegeprofis seine Berechtigung als Lehr- und Lernmethode« haben soll (vgl. Fischbach 2001, 175).

Literatur

- FIECHTER, VERENA; MEIER, MARTHA: Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. 10. überarb. Aufl. Fritzlär (Recon) 1998.
- 180 FISCHBACH, ANDREAS: Vom Ende des Pflegeprozesses. In: *Die Schwester/Der Pfleger* 40 (2001), S. 173-175.
- OEVERMANN, ULRICH: Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: COMBE, ARNO; HELSPER; WERNER (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. 3. Aufl. Frankfurt a.M. (Suhrkamp) 1999, S. 70-182.
- 185 SCHÖNIGER, UTE; ZEGELIN-ABT, ANGELIKA: Hat der Pflegeprozeß ausgedient? Wird es Zeit für den Prozeß der Pflege? In: *Die Schwester/Der Pfleger* 37 (1998), S. 305-310.
- WEIDNER, FRANK: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt a. M. (Mabuse-Verlag) 1995.
- 190 WEIDNER, FRANK: Was bedeutet Professionalisierung für Pflegeberufe? Annäherungen an einen strapazierten Begriff. In: SAUTER, DOROTHEA; RICHTER, DIRK (Hrsg.): Experten für den Alltag. Professionelle Pflege in psychiatrischen Handlungsfeldern. Bonn (Psychiatrie-Verlag.) 1999, S. 18-38.

Anschrift des Verfassers

- 195 Volker Thiel
Dipl. Pflegewissenschaftler (FH)
Karl-Legien-Str. 125
53117 Bonn
Fon: (0228) 967 63 09
200 Fax: (0228) 967 56 09
E-Mail: v.thiel@web.de