



BERTA SCHREMS

Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege

facultas



Berta Schrems
Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege

Berta Schrems

Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege

facultas

Berta Schrems

Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung, Studium der Soziologie (Mag. Dr. rer. soc. oec) und der Philosophie (M.A.), Habilitation in der Pflegewissenschaft (Priv.-Doz. der Universität Wien), Weiterbildungen in Personal- und Organisationsentwicklung sowie Qualitäts- und Projektmanagement. Freiberuflich tätig in Lehre, Beratung und Forschung.

www.bertha-schrems.at

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet unter <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Autorin oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

1. Auflage 2021

Copyright © 2021 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Umschlagfoto: © Shutterstock – istockphoto.com

Satz: Wandl Multimedia-Agentur

Druck: Facultas Verlags- und Buchhandels AG

Printed in Austria

ISBN 978-3-7089-2046-7 print

ISBN 978-3-99111-224-2 ebook

ISBN 978-3-99111-324-9 online-Leserecht

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Einleitung	11
Abschnitt I: Diagnosen und ihre Bedeutung für die Pflege	23
Kapitel 1: Warum die Pflege diagnostizieren muss	24
1.1 Der Beginn: Argumente für und wider Pflegediagnosen	27
1.2 Neuere Erkenntnisse zum Stand der Pflegediagnostik	30
1.3 Parallelen zur Medizingeschichte	33
Kapitel 2: Diagnostizieren ist Erkennen	36
2.1 Die Kybernetik und der kybernetische Regelkreis im Pflegeprozess	40
2.2 Pflegediagnosen sind soziale Konstrukte	43
2.3 Drei Dimensionen der Pflegediagnostik	47
Abschnitt II: Denkmodelle als erkenntnisleitende Prinzipien	51
Kapitel 3: Wege und Formen der Erkenntnis	54
3.1 Erkenntnisweg: Erklären	57
3.2 Erkenntnisweg: Verstehen	60
3.3 Verstehen und Erklären – zwei Beobachterpositionen	66
3.4 Die Pflegediagnose Wissensdefizit	68
Kapitel 4: Die Prinzipien erster und zweiter Ordnung	81
4.1 Wandel und Lösungen erster und zweiter Ordnung	82
4.2 Kybernetik erster und zweiter Ordnung	85
4.3 Beobachtung erster und zweiter Ordnung: Reflexion als Methode des Verstehens	93
4.4 Der Pflegeprozess im Lichte der Prinzipien erster und zweiter Ordnung	98
Kapitel 5: Körpermodelle	103
5.1 Zum Verständnis des Körpers in der Pflege	105
5.2 Eigenwahrnehmung und Körperbild	111
5.3 Die Trennung von Körper und Geist in der Theorie	113

5.4	Die Auswirkungen der Trennung von Geist und Körper auf die pflegerische Praxis	115
5.5	Das mechanistische Körpermodell	117
5.6	Das phänomenologische Körpermodell	121
5.7	Die Pflegediagnose Körperbildstörung	128

Abschnitt III: Wahrnehmung, Kognition und Bewusstsein – Basisoperationen des Diagnostizierens	139
--	------------

Kapitel 6: Wahrnehmung 144

6.1	Wahrnehmung als biologischer Prozess	146
6.2	Sinnliche Wahrnehmung – ein erster Schritt im Prozess des Diagnostizierens.....	151

Kapitel 7: Kognition 153

7.1	Lebende Systeme als autopoietische Systeme	161
7.2	Kognition und Emotion	164
7.3	Emotionen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheitsbewältigung (Coping)	174
7.4	Die Pflegediagnosen Angst und Furcht	182

Kapitel 8: Bewusstsein 192

8.1	Bewusstsein als Form der Wachheit	193
8.2	Bewusstsein als Form der Aufmerksamkeit	194
8.3	Bewusstsein als Form der Selbstwahrnehmung	201

Abschnitt IV: Bedeutungszuschreibung und Kontext 210

Kapitel 9: Bedeutungszuschreibung 211

9.1	Bedeutungszuschreibung und Krankheitsbewältigung	217
9.2	Bedeutung am Beispiel Schmerz	220
9.3	Die Pflegediagnosen akuter und chronischer Schmerz	239

Kapitel 10: Kontext 250

10.1	Kontext als (Be-)Deutungsrahmen	251
10.2	Kontext als Umdeutungsrahmen	254
10.3	Kontext am Beispiel der Körperpflege – Wahrung der Intimsphäre	258

Abschnitt V: Beobachtung und Reduktion von Komplexität	263
Kapitel 11: Beobachtung	264
11.1 Beobachten: Feststellen eines bedeutsamen Unterschieds	268
11.2 Grenzziehung in der Pflege – Körper und Verhalten	273
11.3 Grenzziehung in der Pflege – Gesundheit und Krankheit	275
11.4 Die Pflegediagnose unwirksames Gesundheitsmanagement	277
11.5 Beobachten – Beschreiben – Verstehen	281
Kapitel 12: Komplexität	288
12.1 Mustererkennung	294
12.2 Hypothesisieren	297
Abschnitt VI: Sprache und Kommunikation	305
Kapitel 13: Sprache als Mittel der Kommunikation	306
13.1 Körpersprache	310
13.2 Das Verhältnis von Begriff und Phänomen	318
13.3 Die Funktion von Metaphern im Verstehensprozess	323
Kapitel 14: Kommunikation	333
14.1 Pflegediagnosen als Kommunikationsinstrument	339
14.2 Die Frage als eine Form der Mitteilung	344
Literatur	356
Abbildungsverzeichnis	377
Tabellenverzeichnis	379
Stichwortverzeichnis	381

Vorwort

Das Vorwort zum Vorgänger dieses Buches beginnt mit den Worten: *„Pflege ist die hohe Kunst des Erkennens, Verstehens und Anteilnehmens. Alles, was Pflegende tun, baut auf diesem Fundament auf. Das Buch ist diesen Themen und all jenen Menschen gewidmet, die den Prozess des Diagnostizierens in erster Linie als einen Prozess des Verstehens und nicht des Kategorisierens betrachten. Mit dem Buch sollen Selbstverständlichkeiten und Grundannahmen des Pflegeprozesses und der Praxis des Diagnostizierens hinterfragt werden, nicht aber der Pflegeprozess oder das Denkmodell der Pflegediagnostik selbst.“*

In der Zwischenzeit sind fast 20 Jahre vergangen, in denen sich die Pflege und die Pflegediagnostik verändert haben. Auf der Positivseite ist die weitere Professionalisierung zu verzeichnen, erkennbar an der Akademisierung des Pflegeberufs und den erweiterten Möglichkeiten der Spezialisierung. Im Zusammenhang mit der Pflegediagnostik sind die Entwicklung verschiedener Klassifikationssysteme und deren wissenschaftliche Fundierung zu nennen. Auf der Negativseite zeichnet sich weltweit ein Mangel an Pflegekräften ab, der nicht nur der demografischen Entwicklung zugeschrieben werden kann, sondern vielfach mit den Arbeitsbedingungen und der Anerkennung der erworbenen Kompetenzen zu tun hat. Dies betrifft auch die Diagnostik als Schlüsselkompetenz professioneller Pflege. Im Zusammenhang mit dem Ressourcenmangel in der Pflege wird die Pflegediagnostik häufig als lästige Schreibearbeit gesehen und der Pflegeprozess in „verschlankten“ Dokumentationen auf standardisierte Pflegepläne reduziert. Auch wenn es die Arbeit auf den ersten Blick erleichtern mag, à la longue wird die Pflege damit wieder zur Hilfsdisziplin degradiert.

In diesem Sinne ist der Aussage aus dem Vorgängerbuch vom Jahr 2003 nichts hinzuzufügen. Die Notwendigkeit der Aktualisierung basiert auf 20 Jahren Erfahrung in verschiedenen Lehr- und Weiterbildungsveranstaltungen, in denen deutlich wurde, dass Klassifikationssysteme und Standards den Auslegungsprozess nicht ersetzen können und dass ohne Interesse an der Person die Pflegediagnostik leer und die Begrifflichkeit blind bleibt.

In diesem Zusammenhang gilt mein Dank den Studierenden der Universität Wien und den Fachhochschulen Krets und Wiener Neustadt. Sie haben mich mit ihren Fragen und kritischen Anmerkungen motiviert, erneut in die Tiefen des diagnostischen Prozesses abzutauchen, und so wesentlich zur Aktualisierung und Ergänzung des Buches beigetragen.

Berta Schrems

Wien, im Frühjahr 2021

Einleitung

„Daß der Mensch überhaupt erkennt, steht nicht in seinem Belieben. [...] Welcher dieser Erkenntnisse wir aber unsere Aufmerksamkeit besonders zuwenden, was wir zum Gegenstand unserer Frage oder gar Wissenschaft machen, das liegt auch an unserer Entscheidung.“ (Keller 2006, 60)

In der Pflege ist der Prozess des Diagnostizierens ein zielgerichteter Erkenntnisprozess, dessen Grundlagen in den vergangenen Jahrzehnten entwickelt und standardisiert wurden. Pflegediagnostik, wie sie heute in der Pflege zu finden ist, ist inhärenter Bestandteil des Pflegeprozesses als das begründete, prozesshafte Verfahren zur Erhebung des Pflegebedarfes, zur Planung und Durchführung notwendiger Interventionen und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Pflege. Die Erhebung des Pflegebedarfs erfolgt auf Basis einer umfassenden Informationssammlung zur Bestimmung des Problems, Letzteres entspricht der Pflegediagnose. Grundlage hierzu ist die erste Arbeitsdefinition aus dem Jahr 1990, in der der Unterschied zwischen Pflegediagnose und medizinischer Diagnose, festgemacht an der „Reaktion auf aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse“, deutlich gemacht wird. Diese Definition liegt der gesamten Arbeit zugrunde.

Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegefachkraft verantwortlich ist. (Carroll-Johnson 1990)

Der diagnostische Prozess erfuhr durch die Entwicklung von verschiedenen Assessmentinstrumenten und unterschiedlichen Klassifikations- oder Ordnungsschemata eine Präzisierung, die neben vielen Unterschieden ein Ziel gemeinsam haben: die einheitliche Benennung von aktuellen oder potenziellen Gesundheitsproblemen. Die Unterschiede zwischen den Klassifikationssystemen finden sich zum einen innerhalb der Systeme, z. B. in der Detailliertheit oder dem Fokus, und zum anderen im Anwendungsbereich innerhalb des Pflegeprozesses. Die Schwerpunktsetzungen liegen entweder auf der Diagnose-, Interventions- oder Ergebnisebene oder in deren Kombination. Beispielsweise umfassen die Systeme

- *NANDA-I* (North American Nursing Diagnosis Association – International) nur Pflegediagnosen,
- *ICNP* (International Classification of Nursing Practice) Pflegediagnosen und -interventionen,
- *NIC* (Nursing Interventions Classification) nur Pflegeinterventionen und
- *NOC* (Nursing Outcomes Classification) nur Pflegeergebnisse.

Der gemeinsame Nenner aller Systeme ist die Systematisierung des pflegerischen Wissensbestandes entlang des Pflegeprozesses. Im Zentrum der Bemühungen steht dabei die Entwicklung einer eigenen Fachsprache als Merkmal einer Profession.

Pflegediagnostik als Schlüsselfunktion der Professionalisierung

Die von den Vereinigten Staaten ausgehende Entwicklung der Pflegediagnosen hat vor ungefähr 25 Jahren in Europa eingesetzt. Es kann speziell am Beginn eine eingehende theoretische wie praktische Beschäftigung mit dem Thema Pflegediagnosen verzeichnet werden. Die Aktivitäten erstrecken sich von Übersetzungen amerikanischer Vorlagen (*NANDA*) bis hin zur Entwicklung neuer, nationaler (*POP* – PraxisOrientierte Pflegediagnostik), internationaler (*ENP* – European Nursing Pathways) und weltweiter (*ICNP*) Klassifikationssysteme (Müller Staub/Schalek/König 2016). Die Geschichte der Pflegediagnosen sowie deren Entwicklung und Aufbau ist mittlerweile gut dokumentiert und umfassend in anderen Werken nachzulesen (Gordon 1998; Müller Staub/Georg 2016). Zusammenfassend soll an dieser Stelle nur festgehalten werden, dass der Fokus in der Entwicklung von Pflegediagnosen zukünftig auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse (dies ein weiteres Merkmal einer Profession) aus dem Bereich der klinischen Pflegeforschung gerichtet sein muss. Die drei Aspekte

1. wissenschaftliche Fundierung – Evidence-based Nursing (EBN),
2. Systematisierung des Pflegewissens – Fachsprache und
3. nachvollziehbare Anwendung

sind die Eckpfeiler der professionellen Pflege. Gleichzeitig ist erkennbar, dass mit der Professionalisierung des Pflegeprozesses Pflegetheorien und -modelle, die der Pflegepraxis vor rund 25 Jahren mühsam einverleibt

wurden, an Bedeutung verloren haben. Die Weiterentwicklung des Pflegeprozesses erfolgte schwerpunktmäßig in Form von Standardisierungen, wie z. B. beim Erstgespräch durch die Zuhilfenahme von Assessmentinstrumenten oder in der Planung und Durchführung der Pflege durch die Anwendung von Pflegestandards, die in Form von Richtlinien das Leistungsniveau von Pflegemaßnahmen festlegen. Die Pflgetheorien und -modelle bilden dazu einen möglichen Rahmen, erfüllen diese Funktion aber vornehmlich in der Theorie und Wissenschaft. Die klassischen Pflgetheorien und -modelle werden heute vielfach als unnötiger Ballast oder als Luxus gesehen; für Studierende der Pflege sind sie Geschichte. Dies mag unter anderem daran liegen, dass sie in ihrer normativen Ausrichtung einen etwas verstaubten Eindruck machen und daher als nicht mehr zeitgemäß betrachtet werden. Dabei darf aber ihr Stellenwert für die Professionalisierung der Pflege nicht unterschätzt werden. Theorien sind nicht nur für das wissenschaftliche Verständnis von zentraler Bedeutung, indem sie zeigen, was hinter beobachteten Mustern steht, und diese erklären. Sie tragen auch zur Entwicklung wirksamer Interventionen bei, da sie etwas über die zugrunde liegende Konstitution und die Ursachen der Phänomene aussagen, die durch die Intervention gefördert, verhindert oder gelindert werden sollen. Im Unterschied zu den Theorien handelt es sich bei Modellen um Darstellungen, wie und warum ein bestimmtes Phänomen auftritt. Während eine Theorie einer narrativen Beschreibung entspricht, stellt ein Modell eine Art Karte dar, mit deren Hilfe die kennzeichnenden Merkmale und deren Zusammenhänge identifiziert werden. Das heißt, ein Modell umfasst die Teile mit den bestimmten Eigenschaften eines Phänomens und zeigt, wie sie interagieren, um einen Effekt zu erzielen (Risjord 2019).

Pflgetheorien und -modelle bilden somit den Ausgangspunkt der Professionalisierung der Pflege im Sinne einer eigenständigen und wissenschaftlich fundierten Disziplin mit einer eigenen Fachsprache und einem Ethikkodex. Pflegespezifische Aspekte, die heute als selbstverständlich erachtet werden und in Konzepte der personenzentrierten Pflege oder in empirisch fundierte Theorien der mittleren Reichweite einfließen, haben ihre Basis in den frühen Theorien und Modellen. Hierzu zählt auch der Pflegeprozess, der vielfach integraler Bestandteil ist. Der Pflegeprozess wird dabei nicht alleine als Instrument zur Erfassung des Pflegebedarfs und der Planung, Umsetzung und Evaluierung notwendiger Pflegeinterventionen gesehen, sondern als Interaktion, die dem Beziehungsaufbau dient. Das Kennenlernen der Person und das Erfassen der Bedürfnisse kön-

nen nur auf einer fundierten Auseinandersetzung mit dem Menschenbild und dem Pflegeverständnis erfolgen. Und so dienen Pflegetheorien und -modelle nach wie vor der kritischen Reflexion des Berufsverständnisses. Sie eröffnen verschiedene Denkrichtungen, die es zu reflektieren, gegeneinander abzuwägen und auf den konkreten Fall zu übertragen gilt und auf deren Grundlagen Entscheidungen getroffen werden und praktisch gehandelt wird. Ohne diesen Reflexionsrahmen bleibt der gesamte Pflegeprozess ein inhaltsleeres technisches Instrument. Pflegetheorien und -modelle dienen demnach der Beschreibung, dem Verstehen und im Falle von empirisch geprüften Theorien und Konzepten der Erklärung und Vorhersage von Pflegephänomenen.

Kritik und Skepsis gegenüber Klassifikationssystemen

So erfolgreich das Konzept der Pflegediagnosen in den Vereinigten Staaten eingeführt wurde, so zahlreich waren die Kritiken bei der Übernahme des Konzepts in andere Länder. Es ist dies ein Aspekt der Geschichte der Pflegediagnosen. Die kritische Haltung kann der zeitlichen Verzögerung der Pflegeprofessionalisierung in einzelnen europäischen Ländern zugeschrieben werden, aber auch – oder vielleicht sehr viel mehr – den unterschiedlichen kulturellen und berufsrechtlichen Ausprägungen von Pflege in den Vereinigten Staaten und in Europa. Im Emanzipationsprozess von der Medizin hat die Pflege in Europa sehr deutlich eine geistes- und sozialwissenschaftliche Orientierung eingenommen. Dies kann als Gegenreaktion zu der einseitig naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin gesehen werden; sie war möglicherweise ausschlaggebend für die kritische Haltung bis hin zur Ablehnung von Diagnosesystemen in der Pflege. Eine medizinhistorische Untersuchung zeigt jedoch, dass es auch im medizinischen Professionalisierungsprozess zu ähnlichen Reaktionen kam. Die vorgebrachten Argumente waren, dass die zunehmende Spezialisierung in der Diagnostik die Kommunikation zwischen Mediziner*innen und Klient*innen oder zwischen Expert*innen und Lai*innen erschwere. Es entstehe eine ständig wachsende Kluft durch die Hierarchisierung des Wissens, durch weiteren Wissenszuwachs sowie den Einsatz von technischen Instrumenten. „Zwischen die alltägliche Krankheitserfahrung des Laien und die Krankheit als medizinisches Objekt hat sich ein immer undurchdringlicheres Dickicht aus medizinischen Theorien, verkörperten Fertigkeiten, komplexen Formen der Arbeitsteilung – etwa zwischen Röntgenologen und Allgemeinpraktikern –, gerätetechnischen Systemen und

neuen Lokalitäten – insbesondere natürlich eine Vielzahl medizinisch-diagnostischer Laboratorien geschoben.“ (Lachmund 1997, 256)

Die Kritik an standardisierten Pflegediagnosesystemen baute auf ähnlichen Argumenten auf. Die Für und Wider hinsichtlich der Wissenschaftlichkeit, der Machtverteilung, der Objektivität und der Professionalisierung von Pflegediagnosen sind in frühen pflegewissenschaftlichen Werken nachzulesen (Lützén/Tishelman 1996, Kesselring 1999, Kean 1999, Powers 1999). Nicht selten wurde der Vergleich mit der Einführung des Pflegeprozesses in den 1970er-Jahren angestellt (Van Mannen 2002), d. h. die rasche Übernahme eines Konzepts, ohne die entsprechende Passung in Bezug auf das System zu überdenken. Die Kritik an Pflegediagnose-Klassifikationen richtete sich im Wesentlichen auf standardisierte Diagnosen, die als Normierung von Menschen sowie deren Bedürfnissen und Wissen gesehen wurde.

„Normenklaturen haben den Vorteil, daß sie Sachverhalte benennen. Ihr Nachteil ist, daß Benanntes, die Diagnosen also, als zu beobachtende Evidenz gelten, und damit das Unbenannte, aber in der Situation Vorhandene, so behandelt wird, als wäre es nicht existent. [...] Ein normatives Verständnis des Menschen verleitet leicht zu einer Verurteilung, zur Herabminderung des andern durch Etikettierung. Die Macht der Situationsdefinition liegt bei denen, welche diagnostizieren.“ (Kesselring 1999, 227)

Annemarie Kesselring bezog ihre Kritik auf die psychosoziale Pflegediagnostik. Eine Trennung von somatischen und psychosozialen Pflegediagnosen, die meist in Kombination mit Erkrankungen oder als ihre Begleiterscheinungen einhergehen (Furcht, Angst, Trauer etc.), sei aus ihrer Sicht prinzipiell zu hinterfragen. Ihre Argumentation hat nicht an Bedeutung verloren, ganz im Gegenteil, sie verweist indirekt auf die Schwierigkeit dieser Trennung vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Menschenbildes in der Pflege. Erkenntnisse aus der Praxis der Pflegediagnostik bestätigen, dass der Fokus der Pflegediagnostik auf somatische Prozesse, auf das Sichtbare gerichtet wird und psychosoziale Aspekte weitgehend ausgeblendet werden (Paans/Nieweg/Van der Schans/Sermeus 2011; Kobleder 2010).

Die eingehende Beschäftigung mit dem Prozess des Diagnostizierens wurzelt ursprünglich in der Frage, warum der Pflegeprozess in der Praxis so ungeliebt, so zögernd angenommen, zu zeitraubend und als wenig hilfreich angesehen wird. Wenngleich die Pflegediagnostik und der Pflegeprozess mittlerweile an Akzeptanz gewonnen haben und die kritischen

Stimmen weitgehend verstummt sind, bereiten sie der Pflegepraxis nach wie vor Probleme. So wird nach rund 25 Jahren der Pflegeprozess anhand von Pflegeklassifikationen zwar als wichtig und bedeutend gesehen, aber gleichzeitig als schwer und unbequem empfunden (Leoni-Scheiber/Matteucci Gothe/Müller Staub 2016). Und dies, obwohl die Methode als Grundlage der nachvollziehbaren, intersubjektiv prüfbar und planvollen Pflege in vielen Curricula und Gesetzen festgeschrieben ist. Um dem Gesetz gerecht zu werden, lassen sich in den vergangenen Jahrzehnten zwei Formen der Problemlösung beobachten: zum einen die Vereinfachung oder Standardisierung, die sogenannte „schlanke oder entbürokratisierte Pflegedokumentation“ und vorgefertigte Pflegepläne. So wurden neue Instrumente und Raster entwickelt, das Dokumentationssystem auf den Prozess abgestimmt, standardisiert und digitalisiert. Zum anderen erhielten die Praktiker*innen zahlreiche Fort- und Weiterbildungen. Grundlegend vernachlässigt wurde hierbei die Erweiterung des Kompetenzbereichs, durch den die professionelle Pflegediagnostik zur Kernaufgabe der Pflege und verantwortlich für die Ergebnisqualität in der Pflege wird.

Theorie und Praxis der Pflegediagnostik – Thematische Annäherung

Auf der Suche nach den Gründen für das anhaltende Auseinanderklaffen von Theorie und Praxis wird nicht die Praxis hinterfragt, sondern die Theorie bzw. die Methode. Ausgangspunkt war die Frage, warum eine Methode mit allen Mitteln aufrechterhalten werden soll, wenn sie in der Praxis wenig Akzeptanz findet und als schwierig empfunden wird. Zu diesem Zweck wurde das theoretische Fundament des Pflegeprozesses einer näheren Betrachtung unterzogen. Der kybernetische Regelkreis, der in allen Lehrbüchern als Grundlage beschrieben wird, stellte sozusagen die erste Station dar. Doch die Vorstellung, dass mit dem Verstehen der Kybernetik auch die Methode des Pflegeprozesses verstanden werden könnte, erwies sich als trügerisch. Anstelle einer vorläufigen Klarheit trat fürs Erste Verwirrung ein. Die Kybernetik hat sich verändert, seit sie als Grundlage des Pflegeprozesses diente. Sie hat sich weiterentwickelt, ist in eine höhere Ordnung getreten und findet sich speziell im Zusammenhang mit lebenden Systemen als Kybernetik zweiter Ordnung in der Literatur wieder. Die Folge war, dass plötzlich nicht mehr alleine der beobachtete Mensch oder Gegenstand von Interesse war, sondern auch diejenige, die diese Pro-

zesse beobachten. Die Beobachterin betrat also die Bühne. Auf der Suche nach Klärung, was denn nun Beobachtung sei und welche Rolle die beobachtende Person dabei spiele, rückten die Begriffe Unterschied, Erkenntnis und Bewusstsein, Bedeutung, Sprache und Kommunikation in den Blickpunkt. Zur Ordnung dieser Begrifflichkeit boten sich verschiedene theoretische Zugänge an. Es war dies zum einen die **Phänomenologie**. Sie beschäftigt sich mit der Beschreibung und Auslegung von Erscheinungen in der Alltagswelt, mit dem Ziel, zum eigentlichen Wesen dieser Phänomene vorzudringen. Eine zweite Möglichkeit der Ordnung kam aus den **Kognitionswissenschaften**. Es handelt sich dabei um einen interdisziplinären Forschungsansatz, der sich mit den verschiedenen Aspekten menschlichen Denkens und Wissens und der künstlichen Intelligenz befasst. Die **Systemtheorie** als universaler und interdisziplinärer Ansatz zur Erforschung von komplexen natürlichen, technischen und sozialen Systemen fungierte ebenso als Ordnungsmöglichkeit. Die soziologische Systemtheorie beschreibt, wie soziale Systeme über Kommunikation Gesellschaft konstituieren, sich von der Umwelt abgrenzen und entwickeln. Zuletzt einbezogen, aber nicht minder brauchbar waren die Ansätze des **radikalen Konstruktivismus**. Darunter wird ein erkenntnistheoretischer Ansatz verstanden, der die Beziehung zwischen Wissen und Realität betrachtet und davon ausgeht, dass ein Organismus nicht in der Lage ist, Wirklichkeit abzubilden, sondern lediglich ein passendes Modell der Welt zu konstruieren vermag.

Dies alles geschah im Rahmen von Theorien, Konzepten und Modellen. Als erstes Zwischenergebnis konnte festgehalten werden, dass es sich beim Diagnostizieren um das Feststellen eines Unterschieds zwischen dem, was ist, und dem, was sein soll, handelt; der dahinter ablaufende Prozess des Erkenntnisgewinns ist dabei ungeheuer komplex. Man kann vermuten, dass die Bestrebungen der Implementierung des Pflegeprozesses allein auf der methodischen Ebene stattfanden, die Füllung dieses Prozesses mit Inhalten aber vernachlässigt wurde. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich das eigentliche Problem darin, dass Methode und Inhalt einander bedingen, weil der Inhalt nur dann Inhalt sein kann, wenn er von einer Form umschlossen bzw. mittels einer Methode erfasst wird. Die Aussage scheint so trivial, dass sie einer Erklärung bedarf. Der Pflegeprozess wird als Problemlösungsinstrument eingesetzt, dessen Ziel die Verringerung der Kluft zwischen Ist und Soll ist. Standardisiertes und objektivierte Pflegewissen stellen die Grundlage dar. Doch dazu bedarf es eines interaktiven Settings, dessen Hauptwerkzeug die Kommunikation

ist. Dies gilt vor allem für die Phase der Diagnosestellung. Zum Problemlösungsinstrument Pflegeprozess muss parallel ein Kommunikationsprozess installiert werden, der Verstehen zum Ziel hat. Die Basis dazu ist eine Orientierung an der Situation und am Subjekt. Idealerweise sollen diese beiden parallel verlaufenden Prozesse so verschmolzen werden, dass sie als *ein* Prozess erscheinen. In der harmonischen Verbindung dieser zwei Prozesse liegt die Herausforderung für die Pflegediagnostik. Wird die Ebene der Theorien und Konzepte verlassen und der Blick auf die praktische Anwendung des Prozesses gerichtet, dann rücken, Methode hin oder her, automatisch folgende Aspekte in den Mittelpunkt:

- **Wahrnehmung** (sehen, hören, riechen, schmecken, fühlen),
- **Beobachtung** (Unterscheidung, Aufmerksamkeit, Information),
- **Benennung** (Beschreibung, Begriffe, Sprache),
- **Kommunikation** (Austausch, verbal/nonverbal, Konsens/Dissens).

Es sind dies Handlungen des Alltags, die selten hinterfragt werden, meist erst dann, wenn sich herausstellt, dass es zu Missverständnissen oder Irrtümern gekommen ist. Im Rahmen von Diagnoseprozessen stellen sie die fundamentalen Elemente oder auch Basisoperationen dar. Niemand wird bezweifeln, dass Wahrnehmung der erste Schritt des Erkennens ist. Doch was nehmen wir wahr? Ist das, was wir wahrnehmen, die Realität, oder ist die Realität das, was wir wahrnehmen? Zugegeben, die Frage ist so alt wie die Frage nach der Wahrheit selbst – Wahrnehmung beinhaltet das Wort „wahr“ – und diese wiederum ist so alt wie die Menschheit. Ziel des vorliegenden Buches ist es nicht, eine Antwort auf die Frage zu finden, sondern die Bedeutung dieser Basisoperationen für den praktischen Prozess des Diagnostizierens in der Pflege zu verdeutlichen, um so Erkenntniswege und -grundlagen reflektieren zu können.

Die im Rahmen des Buches vorgestellten theoretischen Grundlagen und Methoden beziehen sich im Wesentlichen auf die Diagnose jener Phänomene, die alleine im Wahrnehmungsbereich einer bestimmten Person liegen und sich so der direkten Beobachtung entziehen. Es sind dies Empfindungen wie Schmerz, Angst, Furcht etc. und Verhaltensweisen, d. h. Phänomene, die im Pflegealltag eher vernachlässigt werden. Anders als bei der Körpertemperatur, bei Hautverfärbungen oder bei Bewegungseinschränkungen erfordert die Erschließung dieser Phänomene spezielle Methoden der Erfassung und Auslegung, welche nur über den kommunikativen Austausch und über die Deutung von sprachlichem und nicht-sprachlichem Verhalten möglich sind. Körper und Sprache nehmen im

Diagnoseprozess eine Mittlerposition ein, indem durch und mit dem Körper erfahren wird und indem mittels Sprache diese Erfahrungen benannt und anderen zugänglich gemacht werden. Wobei an dieser Stelle festgehalten werden muss, dass das beschriebene sich vom gefühlten Phänomen unterscheidet. Oder wie Alfred Korzybski dies formulierte: „Die Karte ist nicht das Territorium, und der Name nicht die benannte Sache.“ (Bateson 2014a, 40) Es besteht also ein Unterschied zwischen dem Phänomen und der Beschreibung des Phänomens. Die Bedeutung von Phänomenen findet sich nicht in den Worten, Begriffen oder in deren Definitionen. Die Bedeutung, die bestimmten Phänomenen beigemessen wird, stellt aufgrund ihrer Kontextbindung die Verbindung zur Umwelt her und kann, ohne diese zu beachten, nicht erfasst werden.

In der Darstellung des Prozesses des Diagnostizierens kann dessen Komplexität nur angedeutet werden, da auch hier der Unterschied zwischen Konzept und Realität wirksam wird. Mit der zentralen Frage, inwieweit der Organismus in der Lage ist, Wirklichkeit abzubilden oder zu repräsentieren, oder ob er lediglich ein passendes, *viabiles* (Glaserfeld 2010) Modell der Welt zu konstruieren im Stande ist, das sich durch die Interaktionen des Organismus mit seiner Umgebung entwickelt, eröffnet sich ein weites Feld. Gibt es eine Realität außerhalb der beobachtenden Person, oder kann diese nicht unabhängig von den jeweiligen Beobachter*innen gesehen werden? Wenn Letzteres der Fall sein soll, welche Bedeutung haben dann die Sprache, die Kommunikation und die Interaktionen? Werden mittels Sprache in der Kommunikation und Interaktion Wirklichkeiten abgebildet oder hervorgebracht? Besteht ein Problem erst, wenn es als solches benannt wurde, und wenn ja, wer muss es als solches benennen? Die Bedeutung dieser Fragen für den Prozess des Diagnostizierens liegen auf der Hand. Im vorliegenden Buch finden sich keine Antworten, sondern Reflexionsangebote, die keinem abgeschlossenen Theoriemodell folgen, sondern lediglich eine Vernetzung von Erkenntnissen aus den Neurowissenschaften, den Kognitionswissenschaften, der Philosophie, der Phänomenologie, der Kognitiven Psychologie und der Pflegewissenschaft darstellen.

Ziel des Buches

Die Güte von Nomenklaturen, Klassifikationen oder Standards wird mitunter durch ihre Anwendung bestimmt, daher gilt es, den Blick auf den *Prozess* des Diagnostizierens im Sinne des Erkennens, des Auslegens

und des Verstehens der individuellen Situationen jener Menschen, die der Pflege bedürfen, zu richten. Dieser Prozess wird im Mittelpunkt des Buches stehen. Ziel ist es, die theoretischen Grundlagen des diagnostischen Erkenntnisprozesses zu beschreiben und Denkwerkzeuge bereitzustellen, anhand derer der Prozess des Diagnostizierens gelehrt und gelernt werden kann. Soweit vorhanden, werden diese Grundlagen mit aktuellen Forschungsergebnissen ergänzt. Im Zentrum steht also nicht die Frage, *was*, sondern *wie* diagnostiziert wird, denn unabhängig davon, welches Diagnosekonzept oder welche Klassifikation angewandt wird, liegt allen der Prozess des Diagnostizierens und somit des Erkennens zugrunde.

Aufbau des Buches – Eine Leseanleitung

Das Buch umfasst fünf Abschnitte, wobei alle angeführten Themenschwerpunkte einen engen Zusammenhang, aber keine eindeutige Hierarchie aufweisen. Aus diesem Grund finden sich an vielen Stellen Verweise auf andere Abschnitte. Bücher suggerieren Linearität, logische Abläufe, vor allem, weil sie von Seite 1 an durchnummeriert sind. Diese Linearität, gegeben durch die Form, kann nur vom Leser oder der Leserin aufgehoben werden, indem er oder sie sich die Freiheit nimmt, nicht am Beginn zu beginnen oder gar am Ende zu enden. Es ist dies auch die Freiheit der Autorin, die Erkenntnisse, die am Ende einer solchen Arbeit stehen, an den Anfang zu stellen.

- Am **Beginn** steht die Frage nach der Bedeutung des Diagnostizierens für die Pflege sowie die Klärung des Begriffs Diagnose.
- Im **zweiten Teil** werden mehr oder weniger explizite Denkmodelle im Sinne von erkenntnis- und handlungsleitenden Prinzipien vorgestellt. Es sind dies die Erkenntniszugänge Erklären und Verstehen, die Prinzipien erster und zweiter Ordnung sowie Körpermodelle. Die Passung von theoretischen Konstrukten auf formulierte Pflegediagnosen wird am Beispiel *Wissensdefizit* und *Körperbildstörung* reflektiert.
- Im **dritten Abschnitt** finden sich Grundlagen zum Thema Wahrnehmung, Kognition und Bewusstsein. Es handelt sich bei den Ausführungen lediglich um einen kleinen Ausschnitt aus der Sicht einer Laiin. Die Erkenntnisse werden zur Erklärung herangezogen, selbst aber nur so weit vorgestellt, wie dies zum Verständnis des Prozesses des Diagnostizierens notwendig erscheint. Im Kapitel *Kognition* werden das Thema

Emotion sowie die dazu formulierten Pflegediagnosen *Angst* und *Furcht* eingehender behandelt.

- Der **vierte Abschnitt** trägt den Titel *Bedeutungszuschreibung und Kontext*. Die Zuschreibung von Bedeutung wird als eigentlicher Kern der Kognition, die nur vor dem Hintergrund der Welt, eines Kontextes erfolgen kann, behandelt. *Schmerz* und das Verständnis von Schmerz in der Pflegediagnostik verweisen auf die Relevanz dieser abstrakten Begriffe.
- Der **fünfte und vorletzte Abschnitt** behandelt die Themen Beobachtung und Reduktion von Komplexität. Beobachtung als eine Form der Grenzziehung wird am Beispiel der Pflegediagnose *unwirksames Gesundheitsmanagement* gezeigt. Mustererkennung und Hypothesisieren sind konkrete Denkwerkzeuge zur Reduktion der Komplexität. Für die Anwendung findet sich eine Übung.
- Den **Abschluss** bilden die im sechsten Abschnitt behandelten Themen Sprache und Kommunikation. Im Kapitel *Sprache als Mittel der Kommunikation* werden u. a. die Themen Körpersprache und Fachsprache sowie die Funktion von Metaphern für das Verstehen erörtert. Im Abschnitt *Kommunikation* finden sich verschiedene Kommunikationsmodelle, die am Begriff des Verstehens ansetzen, sowie Ausführungen zur Bedeutung und zu Formen des Fragens. Den endgültigen Abschluss bildet eine Übung zur Autonomie des Befragten.
- Die **Zusammenführung einzelner Pflegediagnosen mit theoretischen Erkenntnissen** erfolgt exemplarisch; sie ist als eine Form der Reflexion ohne Anspruch auf Systematik und Vollständigkeit zu sehen. Ziel ist es aufzuzeigen, dass Pflegediagnosen nur verstanden werden können, wenn die impliziten Denkmodelle und dahinterliegenden Konzepte expliziert werden.
- Zur **Vertiefung und zur Untermauerung** des Aspekts der Bedeutung finden sich zu verschiedenen Themen wie Lernen und Wissen, Intuition, Haut und Haare **Exkurse**. Darin werden ergänzende Erkenntnisse aus unterschiedlichen Disziplinen vorgestellt, die als Hinweis dienen und eine Idee davon vermitteln, dass der Mensch in ein kulturell und historisch geprägtes Leben eingebunden ist – ohne Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Zur Reflexion einzelner Pflegediagnosen wird als Grundlage das Werk von Marylin E. Doenges, Mary Frances Moorhouse und Alice C. Murr *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (2018) herangezogen. Es handelt

sich dabei um ein im deutschsprachigen Raum vielfach verwendetes Werk, zu dem es eine elektronische Version mit Ergänzungen zu Interventionen (NIC) und Ergebnissen (NOC) gibt. Dass die Definitionen, beeinflussenden Faktoren und kennzeichnenden Merkmale nicht immer vollständig mit der neuesten Auflage der NANDA-I-Diagnosen übereinstimmen, wird in Kauf genommen. Der Zweck liegt in der kritischen Reflexion der impliziten Konzepte.

Den einzelnen Kapiteln sind einleitende Geschichten oder markante Aussagen vorangestellt. Sie dienen der Einstimmung auf die nachfolgenden abstrakten Theorien oder Erkenntnisse. In einzelnen Abschnitten finden sich Denkübungen, die die Möglichkeit bieten, das eine oder andere theoretische Modell an einem konkreten Beispiel selbst auszuprobieren und zu erfahren. Eingebunden in Geschichten erleben wir die Welt, vieles wird unhinterfragt angenommen, sei es aus Tradition, aus Zeitmangel oder einfach nur, weil es passt, wie es ist. Doch für jene Themen, in die wir tiefer vordringen wollen, um neben der einfachen Annahme vielleicht auch Erklärungen über Ursache und Wirkung zu erhalten, gehen wir dazu über, Theorien zu entwickeln. Theorien in Form von Erklärungen, die in einem abstrakten Feld des Denkens, in Form des Zurechtrückens und Aneinanderbindens von Phänomenen getätigt werden. Im wissenschaftlichen Bereich folgt Theoriebildung ebenso wie deren Prüfung nach bestimmten Kriterien, im Alltagsleben geschieht dies ähnlich, nur weniger regelhaft und explizit, ohne festgelegten Kanon und selten schriftlich. Die Theorien werden an den Geschichten erprobt, verworfen oder bestätigt, je nachdem, ob sie sich zur Erklärung von bestimmten Phänomenen eignen oder nicht. So manche Tagebücher könnten vielleicht als Theoriebücher individueller Leben bezeichnet werden. Die Denkübungen sollen helfen, Thesen und Theorien erleb- und erfahrbar zu machen. Erst dann kann eine Entscheidung getroffen werden, ob sie angenommen, verändert, angepasst oder verworfen werden. Mithilfe von Handlungsanweisungen sollen exemplarisch Prozesse nachvollzogen werden.

Trotz des Versuchs, ständig den Aspekt der Relevanz für den praktischen Prozess des Diagnostizierens mitzudenken, mag bei so manchen vorgetragenen Inhalten nicht leicht erkennbar sein, wozu und warum so viel Tiefe nötig ist, oder sie mögen sehr weit entfernt von der Praxis erscheinen. Der Anspruch des Buches basiert auf der Überzeugung, dass der Weg des Verstehens gegangen werden muss, um ihn verstehen zu können. Das Erkannte ist ohne das Wissen um die Art des Erkennens und den Erkennenden selbst nicht interpretierbar.

Abschnitt I: Diagnosen und ihre Bedeutung für die Pflege

Im ersten Teil dieses Abschnitts wird in einem kurzen Überblick dargestellt, in welchem Kontext die Einführung der Pflegediagnostik vor mehr als 20 Jahren stattfand. In diesem Sinne kann der Abschnitt als Rückblick gelesen, aber auch für eine kritische Reflexion zum heutigen Stand der Diskussion um die Pflegediagnostik herangezogen werden. Die damals vorgebrachten Argumente für und wider Diagnosesysteme zeugen von der Notwendigkeit einer fundierten theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik. Dies gilt vor dem Hintergrund der zunehmenden Standardisierung und Digitalisierung in der Pflege umso mehr, auch wenn die kritischen Stimmen weitgehend verstummt sind. Der Begriff Diagnose ist in den allgemeinen Sprachgebrauch übergegangen. Ärzt*innen, Lehrer*innen, Organisationsentwickler*innen und Mechaniker*innen stellen Diagnosen, und wir alle wissen, was darunter zu verstehen ist. In der Pflege scheint dies jedoch nach wie vor anders zu sein. So wird im Gesundheitsbereich auch heute noch mit Diagnose automatisch die medizinische Diagnose assoziiert. Eine mögliche Ursache liegt darin, dass das Tätigkeitsfeld der Pflege nach außen hin kaum mit einem eigenständigen Handlungsfeld in Zusammenhang gebracht wird, mitunter auch, weil die in der Pflege gestellten Diagnosen selten kommuniziert werden. In Kapitel 2 erfolgt die Klärung der Begriffe Diagnose und Pflegediagnose und die thematische Zusammenführung mit dem Konzept des Pflegeprozesses. Es wird herausgearbeitet, dass es sich bei der Pflegediagnostik nicht allein um die Ordnung der Begrifflichkeit, sondern um einen auf Interaktion basierenden Verstehensprozess handelt.

Kapitel 1: Warum die Pflege diagnostizieren muss

“The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them what to observe – how to observe – what symptoms indicate improvement – what the reverse which are of importance – which are of none – which are the evidence of neglect – and of what kind of neglect. All this is what ought to make part, and an essential part, of the training of every nurse. At present how few there are, either professional or unprofessional, who really know at all whether any sick person they may be with is better or worse. The vagueness and looseness of the information one receives in answer to that much abused question, ‘Is he better?’ would be ludicrous, if it were not painful. The only sensible answer (in the present state of knowledge about sickness) would be ‘How can I know? I cannot tell how he was when I was not with him.’” (Florence Nightingale 2018[1860], 105)

Florence Nightingale nennt zwar nicht den Begriff Diagnose oder diagnostizieren, beschreibt aber dennoch den Kern der Professionalisierung der Pflege und damit auch das Grundanliegen der Arbeit. Auch wenn zwischen dieser Aussage und heute mehr als 150 Jahre liegen, hat sie nicht an Aktualität verloren. Umfassende Veränderungen im Gesundheitswesen stellen an die professionelle Pflege kranker und alter Menschen immer neue Anforderungen, und dennoch bleiben die Fragen dieselben. Für die Veränderungen heute sind zahlreiche Ursachen zu nennen, die jedoch alle in einem deutlichen Zusammenhang stehen, wie die nachfolgende Aufzählung zeigt.

- Durch den zunehmenden Wohlstand in den westlichen Ländern und durch die Entwicklungen in der Medizin steigt die Lebenserwartung der Menschen und damit das Risiko der Pflegebedürftigkeit.
- Das Krankheitspanorama verändert sich drastisch: Chronische Krankheitsbilder und lebensstilassoziierte Erkrankungen gewinnen gegenüber dem akuten Krankheitsgeschehen an Bedeutung.
- Die Finanzierung im Gesundheitswesen und in der Altersvorsorge wird aufgrund des Ungleichgewichts zwischen Einzahlenden und Konsumierenden immer unsicherer.
- Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen und ein kundenorientiertes Qualitätsmanagement bringen für alle Berufsgruppen neben den fachlichen zusätzlich organisationsbezogene und administrative Aufgaben.

- Die wissenschaftliche Fundierung der Pflege erfordert eine kontinuierliche Anpassung der Begründungs-, Entscheidungs- und Interventionsprozesse.
- Durch technische und pharmazeutische Errungenschaften sinkt die Aufenthaltsdauer in den Akutkrankenhäusern, es kommt zu einer Verlagerung der Nachsorge und der Pflege in den extramuralen Bereich.
- Gleichzeitig sinkt das private Pflegepotenzial durch die Verberuflichung von im privaten Bereich erbrachter Frauenarbeit und durch die Auflösung traditioneller Familienverbände.

Für den Bereich der Pflege bedeuten diese Entwicklungen im Wesentlichen eine Anpassung an Effizienz- und Effektivitätskriterien – z. B. Erweiterung des Tätigkeitsspektrums, Systematisierung und Nachweisbarkeit der Leistungen, Standardisierung von Maßnahmen, Qualitätsentwicklung und -sicherung – wie sie für den gesamten Bereich Gesundheitswesen gelten. Pflegediagnosen, die dem Bereich der Systematisierung und Standardisierung zuzuordnen sind, können als wesentliche Folge dieser Veränderungsprozesse gesehen werden. Der Zusammenhang zu Qualitätsentwicklung und -sicherung ergibt sich dabei zwangsläufig über die wissenschaftliche Fundierung des Faches und die den Pflegediagnosen implizite Ergebnisorientierung. Je besser die Klassifikationssysteme fundiert sind und je präziser und einheitlicher Pflegeprobleme definiert und bestimmt werden, desto besser können Maßnahmen darauf abgestimmt und Erfolge gemessen werden.

Die doppelte Handlungslogik: Begründungswissen und Fallverstehen

Ausgehend davon, dass Pflege ein Mittel zum Zweck ist und neben dem gesundheitsfördernden Aspekt zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität von kranken und alten Menschen beiträgt, muss speziell im Zusammenhang mit Diagnosen darauf verwiesen werden, dass Pflege mitunter andere Ziele verfolgt als die Medizin. Während die Medizin ihren Blickwinkel auf die Krankheit sowie deren Heilung oder Linderung richtet, steht für die Pflege die erfolgreiche Bewältigung des Alltags im Rahmen des Krankheits- und des Gesundungsprozesses im Mittelpunkt. Dies umfasst, neben den Maßnahmen zur Gesundung und zur Verhinderung von Krankheit, auch die physische, psychische und soziale Gesundheitsförderung sowie die Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen. Übergeordnet stehen dafür die Begriffe Lebensqualität und Alltagsbewältigung, basierend auf autonomen Entscheidungen und selbstständigem Handeln. Au-

tonomes Entscheiden und selbstständiges Handeln setzen allerdings die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, zum Einholen und gegenseitigen Abwägen von Informationen und das Verständnis der tiefer liegenden Bedeutung voraus. Selbstständiges Handeln heißt nicht allein, den Willen dazu zu haben, sondern die Fähigkeit und Kraft, so zu handeln, wie dies beabsichtigt wird. Dies gilt selbstverständlich ebenso für Pflegepersonen wie für den Rest der Menschheit, egal ob es sich um Essen, Schlafen, Körperpflege, Arbeit, Liebe, Kindererziehung u. v. a. m. handelt. Ist die Fähigkeit zum willentlichen Entscheiden und alltäglichen Handeln beispielsweise durch Schmerz, Leiden, Angst, Unsicherheit oder fehlende Fähigkeiten beeinträchtigt, bedarf es der Unterstützung von anderen Menschen. Und um diese Unterstützung adäquat leisten zu können, müssen die Art und Weise des Einflusses der beeinträchtigenden Faktoren, deren Konsequenzen sowie Lösungsmöglichkeiten für die Alltagsbewältigung im Allgemeinen und für die Krankheitsbewältigung im Speziellen bekannt sein. Als Grundlage dienen zum einen das individuelle Wissen und die subjektive Bedeutung, basierend auf persönlichen Erfahrungen und Lebensgeschichten jeder einzelnen Person (subjektives Krankheitskonzept), und zum anderen empirische Erkenntnisse aus dem Bereich der Wissenschaften (objektive Krankheitskonzepte im weiteren Sinne). Die besondere Aufgabe der Pflege liegt in der Kombination dieser beiden Wissensformen. Das zentrale Merkmal des Professionalisierungsprozesses der Pflege ist die theoretische und wissenschaftliche Fundierung des für eine individuelle und klientenorientierte¹ Pflege benötigten Pflegewissens. Dies wird doppelte Handlungslogik genannt, womit die Dialektik zwischen allgemeinem Begründungswissen und hermeneutischem Fallverstehen gemeint ist (Remmers 2011). Die Pflegediagnosesysteme schließen am Begründungswissen an. Jedoch kann eine unkritische Anwendung von normierten Diagnosesystemen das hermeneutische Fallverstehen durch die mangelnde Einbindung der subjektiven Krankheitskonzepte als gleichberechtigte Wissensform verhindern.

Österreich verabschiedete bereits 1997 ein Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das den Forderungen, die sich aus dem Professionalisierungsprozess für die Pflege ergeben, gerecht wurde. In der 2016 novellierten Version wird der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich in den „pflegerischen Kernkompetenzen“ (GuKG 2016, § 14) beschrieben. Sie stellen das

¹ Der Begriff Klient*innen umfasst alle Menschen, die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, und wird in der Folge, mit Ausnahme von Originalzitatzen, sowohl für Patient*innen im Krankenhaus, für Bewohner*innen in Alten- und Pflegeheimen sowie für Kund*innen im Bereich der ambulanten Pflege verwendet.

Kernstück der professionellen Pflege dar und liefern die Begründung der Pflegediagnostik in der Praxis.

„§ 14. (1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.“ (GuKG 2016)

Der Beginn und die Auseinandersetzung mit Pflegediagnosen in Österreich standen in engem Zusammenhang mit der Umsetzung des 1997 beschlossenen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes. Es soll dabei nicht unterstellt werden, dass Gesetzeskonformität vor dem Bestreben der Professionalisierung stand, dennoch war dieser Anspruch förderlich. Aus den Gesetzestexten geht nicht hervor, dass ein bestimmtes Klassifikationssystem zur Anwendung kommen soll. In der Praxis werden mittlerweile verschiedene Pflegeklassifikationen verwendet, wodurch die ursprüngliche Intention und ein vordergründiges Argument der Befürworter*innen, die Verwendung einer gemeinsamen Sprache, in den Hintergrund gerückt sind.

1.1 Der Beginn: Argumente für und wider Pflegediagnosen

Anlass für die kritische Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen von standardisierten Pflegediagnosen waren in den meisten Fällen geforderte oder formulierte Einführungsbestrebungen oder erste Umsetzungsprojekte (z. B. Lützn/Tishelman 1996, Kesselring 1999, Kean 1999, Powers 1999). Die Situation in anderen europäischen Ländern war der österreichischen ähnlich. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass im Vordergrund der Pro-Diskussion vor allem jene Argumente standen, die im Wesentlichen auf die Professionalisierung der Pflege abzielten. Die Pro-Argumente sind, wie die nachstehende Aufzählung zeigt, konzentriert auf die theoretische Fundierung und systematische Ausübung der Pflege. Der Nutzen für Klient*innen ist nur implizit erkennbar. Der Zweck oder

Nutzen von Pflegediagnosen wurde vor allem in folgenden Punkten gesehen:

- **Strukturierung und Systematisierung** des pflegerischen Wissens und Sicherung der fachlichen Kontinuität mittels Klassifikationsschemata,
- Entwicklung einer **einheitlichen Fachsprache**,
- **wissenschaftliche Überprüfbarkeit**,
- Grundlagen für **einheitliche klinische Entscheidungen**,
- Grundlagen für eine **einheitliche Dokumentation**,
- Grundlagen für die Entwicklung der Profession und für die **Aufwertung des Pflegeberufes**

(Kean 1999; Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. [Hrsg.] 2001; Gordon/Bartholomeyczik 2001; Van Mannen 2002).

Kritikerinnen wie z.B. Kim Lützén und Carol Tishelman (1996) oder Annemarie Kesselring (1999) setzten ebenfalls an den Punkten der Professionalisierung der Pflege an, indem sie die den Pflegediagnosesystemen zugrunde gelegten Annahmen hinterfragten. Der wesentliche Unterschied zu den Pro-Argumenten liegt darin, dass der Nutzen der Professionalisierung für Klient*innen in den Vordergrund gestellt wurde. Im Folgenden findet sich eine kurze Zusammenfassung der grundlegenden Annahmen von Pflegediagnosen sowie der Kritikpunkte der Autorinnen.

- **Pflegediagnosen sind wertfrei**

Die Folge des Postulats der Wertfreiheit ist, dass Emotionen und Gefühle von Fakten getrennt werden. Da Pflegediagnosen von Menschen für Menschen erstellt werden, gehen auch deren subjektive Werte in den Diagnoseprozess ein. Zum einen ist Wertfreiheit unmöglich und zum anderen birgt die Nichtbeachtung von Wertungen die Gefahr, sie als solche zu ignorieren und damit einen Teil der Realität auszublenden (Kean 1999).

- **Bedürfnisse und Erfahrungen von Klient*innen sind kontextunabhängig kategorisierbar**

Die individuelle Pflege im Kontext der Lebenswelt der Klient*innen als theoretisch-ethisches Modell steht der Nichtbeachtung dieser Aspekte in der Diagnosepraxis (universale Prinzipien, Generalisierung) gegenüber. Dies entspricht einer „Top-down“-Perspektive, d.h. die Sicht der Pflege ist die alleinige und richtige Expertensicht, die der Klient*innen wird trivialisiert. Die Kritik von Penny Powers (1999), basierend auf der Foucault'schen Diskursanalyse, setzt an diesem Punkt an.

- **Der Prozess des Diagnostizierens erfolgt in Zusammenarbeit mit den Klient*innen**

Die Autorinnen stellen fest, dass diese Zusammenarbeit in der Praxis nicht existiert. Es handelt sich um eine Idealsituation, die im zukünftigen Gesundheitssystem noch weiter in die Ferne rücken wird. Ebenso führen sie an, dass es nicht immer möglich ist, Klient*innen an der Planung der Pflege zu beteiligen. Des Weiteren ist es nicht immer zum Vorteil der Klient*innen, nicht mit der Pflege übereinzustimmen, oder zum Vorteil der Pflege, ihre Einschätzungen den Klient*innen mitzuteilen. In der Praxis zeigen sich hinsichtlich der idealisierten Zusammenarbeit also nicht alleine organisatorische Hindernisse (Käppeli 2000).

- **Pflegediagnosen implizieren die Zustimmung zur Beziehung Pflegeperson – Klient*in**

Die Beziehung zwischen Klient*in und Pflegeperson wird vielfach als der Kern der Pflege bezeichnet. Die Kritikerinnen führen an, dass Klient*innen selten gefragt werden, ob sie das auch so sehen, und wenn ja, welche Form der Beziehung ihrer Problemlösung dienlich ist. Implizit werden Pflegediagnosen mit dem Konzept von Primary Nursing bzw. mit Bezugspflegesystemen verbunden. Die Personalzahlen (qualifiziertes Personal) in ganz Europa sprechen gegen eine derartige Praxis (Lützn/Tishelman 1996; Käppeli 2000).

- **Menschliches (pflegerisches) Urteilen ist linear und geordnet (systematisch)**

Die Diagnosesysteme vermitteln Linearität (Ursache – Wirkung – Maßnahme – Lösung) und Ordnung. Andere Wirkmechanismen, wie z. B. Zirkularität, und Formen des Wissens, z. B. Intuition basierend auf Erfahrungswissen, werden nicht beachtet. Unter dieser Prämisse gehen allein eindeutig interpretierbare Aspekte in den Diagnoseprozess ein, der Rest bleibt unbeachtet. Die Beschreibung unklarer oder konfliktbehafteter Situationen ist im Konzept der Pflegediagnosen nicht vorgesehen, da den Systemen die Prozessdimension fehlt. Nur das Ergebnis wird als wichtig erachtet. Dies fördert die Etikettierung (Kesselring 1999).

- **Pflegediagnosen führen zu einer einheitlichen Sprache und erleichtern die Kommunikation**

Mit dem Ziel der Vereinheitlichung der Sprache bleibt der Unterschied zwischen Begriff und Bedeutung ebenso unbeachtet wie der Kontext und die dahinterliegenden Werte. Es gibt keine objektive Informati-