

Lernfeld B: Pflegewissenschaften und Pflegeprozess

Leseprobe

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	5
1 Der Pflegeprozess	6
1.1 Einführung.....	6
1.2 Gesetzliche Einordnung des Pflegeprozesses	6
1.3 Der Pflegeprozess aus Sicht einer Führungskraft	8
1.3.1 Mögliche Qualitätsverbesserungen durch den Pflegeprozess	8
1.3.2 Der Pflegeprozess als ein Problemlösungsprozess	9
1.3.3 Die Pflegebedarfserhebung	13
1.3.4 Pflegeprobleme innerhalb des Pflegeprozesses	16
1.3.5 Pflegezielformulierungen.....	17
1.3.6 Pflegemaßnahmen und Evaluation	18
1.4 Resümee	19
2 Die Pflegeforschung	20
2.1 Einführung.....	20
2.2 Pflege und Wissenschaft	20
2.2.1 Der Wissenschaftsbegriff	20
2.2.2 Pflegeforschung als Wissenschaftsdisziplin	21
2.2.3 Geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung	22
2.2.4 Die Verbindung von Theorie, Ausbildung und Berufspraxis	23
2.2.5 Evidenzgrade in den Gesundheitswissenschaften	24
2.2.6 Die Finanzierung der Pflegeforschung	24
2.3 Der Einstieg in den Forschungsprozess	25
2.3.1 Die Literaturrecherche	26
2.3.2 Qualitative und quantitative Forschung	26
2.4 Resümee	27
3 Expertenstandards	27
3.1 Einführung.....	27
3.2 Stellenwert von Expertenstandards.....	27
3.2.1 Definition Expertenstandard	27
3.2.2 Haftungsrechtliche Dimension der Expertenstandards.....	27
3.2.3 Stellenwert der Expertenstandards im 11. Sozialgesetzbuch	27
3.3 Aufbau von Expertenstandards	27
3.4 Implementierung von Expertenstandards.....	27
3.4.1 Beispiel anhand eines Kriteriums des DNQP-Expertenstandards Dekubitusprophylaxe 2010:	27
3.5 Resümee	27

4 Pflegetheorien und -modelle

4.1 Einführung.....

4.2 Theoretische und methodische Grundlagen.....

4.2.1 Die klassische Definition von Pflege.....

4.2.2 Die Domäne von Pflege und Pflegeforschung

4.2.3 Logische Unterscheidung von Wort, Begriff und Definition

4.2.4 Der begriffliche Rahmen von Pflege und die Bedeutung von Pflegekonzepten

4.2.5 Theorie und Modell.....

4.3 Ausgewählte Theorien und Modelle

4.3.1 Dorothea Orem – Strukturkonzepte der Pflegepraxis.....

4.3.2 Roper/Logan/Tierney – Die Elemente der Krankenpflege

4.3.3 Ein Modell für das Leben und ein Modell für die Krankenpflege.....

4.3.4 Krohwinkel: Fördernde Prozesspflege als System.....

4.4 Resümee

5 Pflegedokumentation.....

5.1 Einführung.....

5.2 Organisatorische Herausforderung Pflegedokumentation

5.2.1 Umfang Pflegedokumentation.....

5.2.2 Gesetzliche Anforderungen

5.2.3 Dokumentation im Krankenhaus.....

5.3 Archivierung.....

5.4 Resümee

6 Pflegeüberleitung.....

6.1 Einführung.....

6.2 Entwicklungen im Bereich der Überleitung.....

6.2.1 Impulse durch den Expertenstandard „Entlassmanagement“.....

6.2.2 Pflegeüberleitung als Informationstransfer.....

6.3 Resümee

Literaturverzeichnis.....

Selbstkontrollaufgaben

Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 1.....

Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 2.....

Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 3.....

Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 4.....

Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 5.....

Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 6.....

6.1 Was wird unter Überleitungspflege verstanden?.....

Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben

Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 1

Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 2

Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 3	
Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 4	
Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 5	
Lösungsschlüssel Selbstkontrollaufgaben zum Kapitel 6	

Leseprobe

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

	<u>Seite</u>
Abbildung 1: Pflegemodell: Konzeptueller Rahmen der Pflege nach Orem.....	
Abbildung 2: Lebensspannenmodell (in Anlehnung an die ATLS von Juchli)	
Abbildung 3: Fördernde Prozesspflege als System	
Abbildung 4: Pflegeprozess als Basis der pflegerischen Dokumentation	
Abbildung 5: Mängel in Zusammenhang mit der Pflegedokumentation in der ambulanten Pflege (MDS Jahresbericht 2006).....	

Tabellen

Tabelle 1: Die Pflegeprozessphasen nach Krohwinkel.....	11
Tabelle 2: Zahlreiche Studien vs. wenige Studien.....	24
Tabelle 3: Organisations- und Implementierungsbedarf.....	

1 Der Pflegeprozess



Lernziele:

- Die Bedeutung des Pflegeprozesses für eine Führungskraft in der Pflege kennen
- Den Pflegeprozess als Arbeitsmethode beschreiben können
- Die Stufen oder Phasen des Pflegeprozessmodells von Fiechter/Meier und Krohwinkel unterscheiden können
- Einschätzen können, ob der Pflegeprozess in ihrer Pflegeeinrichtung im Sinn der Qualitätssicherung umgesetzt wird

1.1 Einführung



Die Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis hat eine herausragende Bedeutung, die vom Gesetzgeber in Deutschland entsprechend gewürdigt wurde. Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts werden in der Pflege sogenannte Pflegemodelle diskutiert mit dem Ziel, eine Basis für die Pflegeforschung zu entwickeln und den Pflegepraktikern eine Orientierung bei der Umsetzung des Pflegeprozesses zu geben. In Deutschland wurden keine eigenständigen Pflegemodelle entwickelt. Es wurden Modelle aus den USA oder England modifiziert und als Grundlage für eigenständige Forschungsprojekte ausgewählt. Nach wie vor gibt es eine Kluft zwischen Pflege theoretikern und Pflegepraktikern, was das Verständnis und die Umsetzung des Pflegeprozesses betrifft. Aber es muss klar sein, dass sowohl die Pflegeforscher als auch die Pflegepraktiker das gemeinsame Ziel haben, die Qualität der Pflege nachhaltig zu verbessern. Je mehr Verantwortung Pflegefachkräfte in der Leitung einer Pflegeeinrichtung übernehmen, umso mehr müssen sie der Rolle gerecht werden, jungen Nachwuchskräften die Bedeutung und die Wichtigkeit des Pflegeprozesses klarzumachen. Wie sehr ihnen das gelingt, hängt davon ab, wie intensiv sie sich in ihrer Berufspraxis bereits mit dem Pflegeprozess und den Dokumentationssystemen der Pflegeplanung auseinandergesetzt haben. Dieser Lehrbrief ist keine Einführung in den Pflegeprozess. Dies erfolgt heute sehr ausführlich in der Berufsausbildung zur Altenpflege und Krankenpflege. Dieser Lehrbrief soll ihnen einen Ausblick auf ihre Leitungsaufgaben geben, die bei der Bewältigung der Alltagsaufgaben im Zusammenhang mit der Planung von Pflegeprozessen und der Pflegedokumentation auf sie zukommen können. In weiten Teilen bezieht sich der Lehrbrief auf die Grundsatzstellungnahme, Pflegeprozess und Dokumentation des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS).

1.2 Gesetzliche Einordnung des Pflegeprozesses

Der Gesetzgeber erneuert mit der Novellierung des Altenpflegegesetzes vom 25. August 2003 und des Krankenpflegegesetzes vom 16. Juli 2003 seine Forderung nach einer geplanten und patientenorientierten Pflege. Beide Gesetzestexte verlangen, jeweils im §3 des Gesetzestextes, dass die Berufsausbildungen in den wichtigsten Ausbildungsberufen der Pflege dazu befähigen, den Pflegeprozess eigenverantwortlich anwenden zu können. Von allen Aufgaben der Pflege, die vom Gesetzgeber als „eigenverantwortlich“ herausgestellt werden, wird an erster Stelle die Kompetenz genannt, den Pflegebedarf zu erheben und festzustellen, die Pflege zu planen und zu organisieren, durchzuführen und zu dokumentieren und darüber hinaus die Evaluation der Pflege und eine Sicherung und Entwicklung der Qualität in der Pflege zu ermöglichen. Das gesamte Aufgabengebiet der Pflege wird im Altenpflegegesetz im §3 in zehn Unterpunkten beschrieben und im Krankenpflegegesetz in drei Aufgabengebieten mit sieben Unterpunkten. An erster Stelle wird in beiden

Gesetzestexten die umfassende und geplante Pflege genannt und nicht die Pflegeberatung oder die Mitwirkung bei der Behandlung und Therapie der Ärzte. Warum formuliert der Gesetzgeber nur einen Gesetzesvorrang und keinen Gesetzesvorbehalt für die „geplante Pflege“?

Um zu klären, ob es möglich ist, für die wichtigsten pflegerischen Aufgaben in Deutschland einen Gesetzesvorbehalt für Pflegefachberufe durchzusetzen, hatten die Berufsverbände der wichtigsten Berufsgruppen in der Pflege 1998 vor der Novellierung des Altenpflegegesetzes und des Krankenpflegegesetzes ein Rechtsgutachten erstellen lassen. Was bedeutet Gesetzesvorbehalt für die Pflege? In letzter Konsequenz bedeutet dies, dass der Gesetzgeber die berufliche Ausübung einer bestimmten Tätigkeit, z.B. die Pflegeplanung oder die Ausführung der Körperpflege nur einer Berufsgruppe zugesteht, in diesem Fall nur den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, den Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und den Altenpflegerinnen. Im ersten Fall kann dies sicher sinnvoll sein, aber im zweiten Fall eher nicht. Das Ergebnis dieses Rechtsgutachtens zu dem Thema „Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche“ war für die Auftraggeber des Gutachtens eher ernüchternd, denn es wurde festgestellt, dass der deutsche Gesetzgeber nur in äußerst seltenen Ausnahmefällen einer Berufsgruppe einen Gesetzesvorbehalt zugesteht. Ein Beispiel für einen derartigen Sonderfall ist die Anwesenheitspflicht einer Hebamme bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus. Das bedeutet, eine Hebamme muss immer bei einer Geburt hinzugezogen werden, eine Ärztin oder Gynäkologin nicht. Bei allen pflegerischen Tätigkeiten wurden aus juristischer Sicht verfassungsrechtliche Bedenken gegen einen Gesetzesvorbehalt vorgetragen. Im Grunde sind die Beweggründe einfach nachzuvollziehen. Grundlegende pflegerische Aufgaben, wie die Unterstützung bei allen Lebensaktivitäten, gehen so weit in die Privatsphäre des Patienten, dass der Gesetzgeber dem Patienten grundsätzlich die Entscheidung überlässt, wen er mit der Ausführung beispielsweise seiner Körperpflege beauftragt. Der Gesetzgeber grenzt bei der Ausführung und Übernahme der Körperpflege weder die Arzthelferin oder Ärztin noch die Physiotherapeutin oder die Laienhelferin und die Angehörigen aus. Ob die genannten Berufe oder die genannten Personen, wenn sie sich anbieten würden, die Körperpflege auszuführen, davon aus rechtlicher Sicht ausgenommen werden sollen und der Patient verpflichtet werden sollte, ausschließlich Pflegefachkräfte mit dieser Aufgabe zu beauftragen, das überlässt der Gesetzgeber der Entscheidungsfreiheit des Patienten und der Eigenverantwortung der Gesundheitsberufe.

Wenn also eine physiotherapeutische Praxis ihr Dienstleistungsangebot erweitern möchte und ihren Patienten nach einer schweißtreibenden Behandlung eine Körperpflege anbietet, verbietet der Gesetzgeber dies nicht. Umgekehrt können Physiotherapeuten auch nicht verhindern, dass eine Behandlung nach Bobath, die üblicherweise Krankengymnasten ausführen, von Pflegefachkräften angeboten und abgerechnet wird. Der Gesetzgeber überlässt es bei der aktuellen Rechtsauffassung den Berufsgruppen, sich zu einigen, wer hier den Vorrang und die Kompetenz hat, eine bestimmte Dienstleistung zu erbringen. Ebenso wenig schreibt der Gesetzgeber vor, welcher Beruf in einer Gesundheitseinrichtung das Essen kocht, wer die Betten macht und wer die Böden reinigt. Das müssen die Berufe untereinander regeln.

Diese Rechtsauffassung könnte sich aber sehr bald ändern, nämlich dann, wenn tatsächlich vermehrt ärztliche Tätigkeiten an unterschiedliche Gesundheitsberufe delegiert werden. Hier hat die Pflege keine Sonderstellung. Aktuell wird diskutiert, um die Kosten im Gesundheitssystem zu senken, dass Arzthelferinnen, Rettungsassistenten, Medizinisch-Technische-Assistenzberufe und die Pflegeberufe vermehrt ärztliche Tätigkeiten wie Blutentnahmen, das Verabreichen von Infusionen, kleinere diagnostische und therapeutische Prozeduren oder die Verordnung von Pflegehilfsmitteln übernehmen. Hier sind die Berufsverbände gefordert, klare Vorgaben zu entwickeln. In welcher Form dies geschehen wird, ist noch unklar. Dies können Empfehlungen oder Expertenstandards sein. Was davon am Ende in Verordnungen oder Gesetzestexten stehen wird, muss abgewartet werden.

Bei der Feststellung und Ermittlung des Pflegebedarfes sieht die rechtliche Situation anders aus. Hier war der Gesetzgeber dann auch bereit, einen Fachvorrang der Pflege anzuerkennen. In der Pflegeversicherung nach dem SGB XI gibt es Strukturvorgaben, die Anhaltspunkte über Steuerungsaufgaben geben, nämlich hinsichtlich der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft. Hier haben wir Konkretisierungen in den Qualitätsmaßstäben nach §112 SGB XI (Qualitätsverantwortung)¹. Nach diesen Qualitätsmaßstäben ist die pflegerische Gesamtverantwortung in folgende Verantwortungsbereiche untergliedert:

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse
- die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation
- die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte
- die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes

Aus diesen Verantwortungsbereichen können jetzt Einzelaufgaben mehr oder weniger umfangreich an verantwortliche Pflegefachkräfte in der mittleren Führungsebene an Stationsleitungen, Abteilungsleitungen oder Wohnbereichsleitungen übertragen werden. Insoweit nehmen dann Stationsleitungen aus der pflegerischen Gesamtverantwortung übertragene, delegierte Arbeitgeberfunktionen wahr.

Die Umsetzung des Pflegeprozesses ist also auf keinen Fall nur eine notwendige oder lästige Schreibarbeit, sondern eine der wichtigsten den Beruf kennzeichnende Tätigkeiten. Das spiegelt sich auch in der juristischen Sichtweise wider. Dies müssen sie sich vergegenwärtigen, wenn sie als Führungskraft ihre Mitarbeiter beraten, den jeweiligen Pflegebedarf zu erfassen, überprüfbare Pflegeziele festzulegen und davon konkrete Pflegemaßnahmen abzuleiten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen den Pflegeprozess nicht aus der Sicht einer Berufseinsteigerin vorstellen, sondern die damit verbundenen Aufgaben einer Führungskraft ansprechen.

1.3 Der Pflegeprozess aus Sicht einer Führungskraft

1.3.1 Mögliche Qualitätsverbesserungen durch den Pflegeprozess

Heute ist die Mehrzahl der Pflegefachkräfte von der Notwendigkeit, die Pflege systematisch und zielgerichtet auszuführen, überzeugt, da auf diese Weise die Qualität der Pflege erhöht und die Pflege am besten individuell auf den Patienten abgestimmt werden kann. Es ist insbesondere der Erfolg von Nancy Roper, den Aspekt der Patientenorientierung den beruflich Pflegenden in Deutschland durch die Veröffentlichungen ihrer Forschungsarbeiten nahegebracht zu haben. Betrachtet man die Pflege aus der Sichtweise von Roper, dann ist es das wichtigste Kriterium, nach dem die Pflege beurteilt werden soll, ob die Individualität des Patienten berücksichtigt wurde. Die Pflegeforscherin Krohwinkel erbrachte im deutschen Gesundheitssystem den wissenschaftlichen Nachweis, dass die Umsetzung des Pflegeprozesses nach einem Pflegemodell von Pflegepraktikern zu einer Verbesserung der Pflegequalität führen kann.

Mit Hilfe der Methode des Pflegeprozesses wird die Pflege individualisiert, die Pflegequalität kann dadurch erhöht, Komplikationen und Folgeerkrankungen können vermindert werden. Während der unterschiedlichen Phasen des Pflegeprozesses kann eine sinnvolle Pflegebeziehung konstruktiv geplant, eingeleitet, aufrechterhalten und beendet werden. Konstruktives pflegerisches Handeln oder problemlösendes Pflegen heißt, dass Pflegefachkräfte die nachfolgenden Schritte ausführen:

¹ Zuvor § 80a SGB XI, der durch das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) mit Wirkung zum 01.07.2008 gestrichen wurde, während §112 ff SGB XI komplett neu gefasst wurde (vgl. BGBl. I S. 74).

- Sammeln aller pflegerelevanten Informationen
- Auswerten dieser Informationen,
- Formulieren von Pflegeproblemen,
- Feststellen von Pflegediagnosen,
- Festlegung von Prioritäten,
- Formulierung von Pflegezielen,
- Planung von pflegerischen Interventionen,
- Ausführung und Auswertung der pflegerischen Interventionen
- Pflegerische Dienstleistungen dokumentieren

Dabei bildet die Dokumentation den Pflegeprozess nur ab, sie ist nicht der Pflegeprozess. Diese Abbildung kann zutreffend oder täuschend sein, ebenso wie eine Abbildung von einem Auto, das in einem Katalog präsentiert wird. Die Abbildung des Autos soll zum Kauf animieren. Die Anforderung an qualitativ hochwertige Pflegeprozesse kann nicht einseitig erfüllt werden durch gut geschriebene Pflegeplanungen. Die Pflegedokumentation soll die tatsächlichen Prozesse und die tatsächliche Qualität der pflegerischen Dienstleistung abbilden. Ihre Pflegedokumentation ist das Aushängeschild und ein wichtiger Werbeträger ihrer Einrichtung, vergleichbar mit ansprechenden Präsentationen, die in der Automobilindustrie selbstverständlich sind.

Der Pflegeprozess wird erst durch die Anwendung in der konkreten Pflegesituation zu einem berufsspezifischen Prozess. Es ist die Aufgabe der Leitung, dafür zu sorgen, dass die individuellen Vorstellungen der Pflegepraktiker über ein zunächst abstraktes Problemlösungsverfahren so beeinflusst werden, dass der Pflegeprozess zu einem Qualitätssicherungsinstrument wird, das von allen Mitarbeitern akzeptiert wird.

1.3.2 Der Pflegeprozess als ein Problemlösungsprozess

Pflegende wenden sehr unterschiedliche Ansätze an, um Entscheidungen zu treffen, die dann zur Lösung von Pflegeproblemen führen können. Man kann zwischen verstandesmäßigen (rationalen) und weniger verstandesmäßigen problemlösenden Ansätzen unterscheiden. Bei den weniger verstandesmäßigen Ansätzen wird eher unsystematisch vorgegangen und vorzugsweise nach dem Gefühl entschieden. Die Problemlösungen können dann von Kollegen nicht immer nachvollzogen werden. Beispiele für weniger rationale Ansätze sind das Handeln nach Versuch und Irrtum, Handeln überwiegend aus Beweggründen, die durch Tradition („das haben wir immer schon so gemacht“) und durch Intuition („aus dem Bauch heraus“) begründet werden.

Bei den stärker rationalen Problemlösungsansätzen kann erklärt und begründet werden, warum man sich für diesen Ansatz oder diese Pflegehandlung entschieden hat. Bei einem rational problemlösenden Ansatz wird nach einer Zielsetzung systematisch an der Lösung eines Problems gearbeitet. Damit ist die Lösung des Problems nicht immer garantiert, aber die Pflegehandlungen sind nachvollziehbar und beruhen auf:

- der Berücksichtigung von Fakten, die im Zusammenhang mit dem Problem stehen
- der Beurteilung von Alternativen für die Problemlösung
- der Einschätzung möglicher Konsequenzen, die sich aus der Problemlösung ergeben.

Professionelle Arbeit sollte überwiegend auf rationalen Problemlösungsstrategien basieren, keinesfalls darf sie sich nur auf Tradition und Intuition stützen. Ebenso wenig kann man auf den Einsatz von Tradition und Intuition verzichten. Aber um Täuschungen und Fehler zu vermeiden, sollten Tradition und Intuition durch systematische Erkenntnisse untermauert werden. Erfahrene Prakti-

ker vernachlässigen oft die Anwendung von Instrumenten, die rationale Begründungen vereinfachen. Sie vertrauen auf ihre Berufserfahrung und schätzen das Urteil eines Experten höher als das Ergebnis beispielsweise eines Assessments. Berufsanfänger überinterpretieren Instrumente zur Erfassung des Pflegebedarfs häufiger und sehen größere Risiken bei ihren Patienten. Es ist die Aufgabe einer Führungskraft, hier für einen Ausgleich zu sorgen.

Pflegewissenschaftler versuchen ebenfalls, Probleme zu lösen, um neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen. Ein Beispiel dafür war die Weiterentwicklung des Pflegemodells von Roper in das AEDL-Modell. Die wissenschaftliche Methode, Forschungsfragen zu untersuchen, ist in der Regel sehr zeitaufwendig und sie kann unter Umständen Monate bis Jahre in Anspruch nehmen. Wissenschaftler führen Untersuchungen oder Befragungen durch und die gefundenen Erkenntnisse werden anschließend mit wissenschaftlichen Methoden überprüft.

In der komplexen Pflegepraxis und im Pflegealltag treten dagegen häufig Probleme auf, die sofort und unmittelbar gelöst werden müssen. Die Problemlösung innerhalb von Stunden oder Tagen ist zunächst für Patienten im Pflegeheim oder im Krankenhaus wichtiger als die Untersuchung pflegerischer Arbeit in wissenschaftlichen Studien. Für die Lösung der Pflegeprobleme, die durch unsere Patienten alltäglich herbeigeführt werden, ist der Pflegeprozess die Methode der Wahl. Dabei ist es für den Pflegepraktiker nicht so wichtig, alle analytischen Handlungsmodelle, z.B. das 4-Phasen-Modell (WHO) und jeweils ein 6-stufiges, ein 5-stufiges und ein 4-stufiges Modell, beschreiben zu können. Diese theoretische Diskussion gehört in das Aufgabengebiet der Pflegeforscher. In der Pflegepraxis einigt man sich auf ein Modell, welches bekannt ist und von den Mitarbeitern in ihrer Einrichtung nachvollzogen werden kann. Wichtig ist, dass sich der Mitarbeiter möglichst schon während der Ausbildung gründlich mit einem Prozessmodell auseinandergesetzt hat. Eine Führungskraft sollte erkennen können, dass alle Pflegeprozessmodelle den gleichen Prozess aus unterschiedlichen Blickwinkeln beschreiben. Allen unterschiedlichen Modellen sind Phänomene gemeinsam, die den Pflegeprozess kennzeichnen. Der Pflegeprozess leitet sich zunächst ab aus einem allgemeinen Problemlösungsprozess, der durch drei Eigenschaften gekennzeichnet ist.

In der Pflegepraxis soll systematisch gearbeitet werden. Wenn beispielsweise die Lagerung der Patienten willkürlich geschieht, würde jeder Patient dann gelagert, wenn die Pflegefachkraft gerade zufällig in das Patientenzimmer geht. Wenn eine Pflegemaßnahme bewusst zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgeführt wird, die dem individuellen Verordnungsplan entspricht, dann wird systematisch gehandelt. Die Systematik ist das erste Kennzeichen des allgemeinen Problemlösungsprozesses.

Die Arbeitsweise, die durch den Pflegeprozess geleitet wird, ist darüber hinaus auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet. Die Veränderungen, die bewirkt werden sollen, verlaufen in eine bestimmte vorher festgelegte Richtung. Die Zielorientierung ist das zweite Kennzeichen des allgemeinen Problemlösungsprozesses. Die unterschiedlichen Phasen des Pflegeprozesses können zwar voneinander unterschieden werden, sie sind aber nicht voneinander zu trennen. Die Phasen des Pflegeprozesses sind nicht voneinander zu trennen, weil sie sich aufeinander beziehen. Entscheidend ist aber die Richtung, in die der Prozess geleitet werden soll. Egal, woran ein Pflegepraktiker zuerst denkt, wenn er die Pflegeprozesse für seine Patienten plant – an die Ausführung der Aufgabe, an das Problem, das der Patient formuliert, an den Termin, an dem die Überprüfung des Prozesses erfolgen soll –, der gesamte Prozess ist auf das Pflegeziel ausgerichtet.

Die dritte charakteristische Eigenschaft des Pflegeprozesses ist der zyklische Charakter des Prozesses. In bestimmten Zeitabschnitten sollen Veränderungen durch pflegerische Interventionen bewirkt oder veranlasst werden und abschließend sollen sie überprüft werden.

1.3.2.1 Die Stufen oder Phasen des Pflegeprozesses

Der Pflegeprozess kann als eine systematische, zielgerichtete und zyklische Arbeitsweise bezeichnet werden, um Pflegeprobleme zu lösen. Der Pflegeprozess ist nicht darauf ausgerichtet, möglichst viele Pflegeprobleme zu erkennen oder zu sammeln, sondern auf die Pflegeziele, die ihre Pflegefachkräfte gemeinsam mit ihren Patienten erreichen können. Dann erfolgt die Dokumentation der Pflegeprozesse. In der Wissenschaft überwiegt die Meinung, dass ein Problemlösungsprozess als Regelkreis dargestellt werden soll.

In welche Abschnitte, Stufen oder Phasen soll dieser Regelkreis nun eingeteilt werden? Hier konnte sich die Pflegewissenschaft nicht einigen. In der Fachliteratur stehen Pflegeprozessmodelle mit vier, fünf oder sechs Stufen gleichberechtigt nebeneinander. Als Leitungskraft sollten Sie sich mindestens mit zwei Modellen des Pflegeprozesses ausführlich auseinandersetzen. Besonders Berufsanfänger werden von Ihnen verlangen, eine Entscheidung herbeizuführen, die der Diskussion ein Ende setzt, welches Modell denn nun das beste sei. Diese Frage kann so hier nicht beantwortet werden, weil die Einrichtungen, die pflegerische Dienstleistungen anbieten, und die Mitarbeiter, die in diesen Einrichtungen arbeiten, zu unterschiedlich sind. Aus diesem Grund erfolgt im nachfolgenden Text eine kurze Vorstellung von zwei Pflegeprozessmodellen, die in der Praxis häufig diskutiert werden. Diese Vorstellung ist nicht wertneutral formuliert, sondern es erfolgt eine Bewertung für das Modell von Krohwinkel aus der Sichtweise, wie sie Pflegepraktiker vortragen können. Dies kann in Ihrer Einrichtung aber völlig anders geschehen. Dabei spielt immer eine Rolle, wie intensiv sich Ihre Mitarbeiter bereits mit der Theorie des Pflegeprozesses auseinandergesetzt haben.

1.3.2.2 Gegenüberstellung von zwei Pflegeprozessmodellen

Krohwinkel beschreibt den Pflegeprozess mit vier sich gegenseitig beeinflussenden Phasen. Auch wenn die einzelnen Schritte in anderen Pflegeprozessmodellen oft als eine logische Reihenfolge nacheinander dargestellt werden, erledigen die Praktiker diese Schritte meist gedanklich zusammenhängend und nicht konsequent Schritt für Schritt nacheinander. Die Arbeitsschritte, die sachlich zusammenhängen, fasst Krohwinkel in vier Stufen zusammen.



Tabelle 1: Die Pflegeprozessphasen nach Krohwinkel

Die Pflegeprozessphasen nach Krohwinkel	
Erhebung	Pflegeanamnese und Pflegediagnose
Planung	Pflegeziele und Maßnahmen
Durchführung	kreative Umsetzung der Pflegeplanung
Auswertung	Evaluation auf dem Hintergrund einer Ist-Soll-Analyse und Feedback

(vgl. Warmbrunn S. 64 f.)

Das in Deutschland sehr viel bekanntere Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier besteht aus sechs aufeinander aufbauenden Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung und auf ein Ziel hin ausgerichtet sind und einen Rückkoppelungseffekt enthalten. Der Problemlösungsprozess wird erst wirksam durch die Pflege-Patient-Interaktion. Diese Interaktion wird als Beziehungsprozess beschrieben. Die Beziehung kann positiv und nutzbringend sein, sie kann aber auch spannungsvoll sein und hinderliche Auswirkungen haben. Die Autorinnen

unterscheiden sechs Stufen: 1. Informationssammlung, 2. Problemstellung, 3. Zielsetzung, 4. Planung, 5. Durchführung, 6. Beurteilung. Der größere Bekanntheitsgrad dieses Modells sagt aber nichts darüber aus, ob es sinnvoll ist, sich in der Praxis daran zu orientieren.

Die Einteilung erfolgte überwiegend aus didaktischen Gründen und dieses Modell wird auch deshalb heute noch im deutschsprachigen Raum von zahlreichen Pflegelehrerinnen in der Berufsausbildung eingesetzt. Das Modell von Krohwinkel hat sich nicht nur in der Praxis bewährt, es ist darüber hinaus in einer pflegewissenschaftlichen Studie auf seine Wirksamkeit überprüft worden. Bei genauer Betrachtung finden sich alle wesentlichen Schritte, die Fiechter und Meier beschrieben haben, auch in dem Modell von Krohwinkel wieder. Krohwinkel hat sich nicht daran orientiert, wie der Pflegeprozess idealtypisch ablaufen kann, sondern für sie war in ihrer Forschungsarbeit interessanter, wie Pflegepraktiker bei der Ausführung ihrer Arbeit tatsächlich vorgehen. Sie beschreibt den Pflegeprozess nicht als Abfolge von Handlungsschritten, sondern sie verknüpft die Handlungsschritte, die Pflegepraktiker häufig zusammenhängend bearbeiten.

Mit beiden Modellen kann der Pflegeprozess ausreichend und zufriedenstellend beschrieben werden. Es liegt nun an Ihnen als Führungskraft, den Pflegeprozess mit Inhalt und mit Leben zu erfüllen. Wie Sie das tun, ist Ihre Aufgabe. Deshalb ist es auch sinnvoll, dass Ihnen mehrere Modelle von der Pflegewissenschaft zur Verfügung gestellt werden. Sie sollen entscheiden, welches Modell die Strukturierung der Pflegeprozesse in Ihrer Einrichtung zutreffender abbildet.

1.3.2.3 Pflegemodell zur Planung und Strukturierung des Pflegeprozesses

Eine sehr wichtige Diskussion, die in jeder Pflegeeinrichtung geführt werden muss, ist die Frage: Nach welchem Modell pflegen wir in unserer Einrichtung? Nach dem Modell von Roper? Nach dem AEDL-Modell von Krohwinkel? Nehmen wir ein anderes Modell für unsere Einrichtung? Oder reicht ein einfaches Problemlösungsmodell, welches sich nur auf den Pflegeprozess bezieht? Können Sie als Pflegeleitung es offen lassen, wie Ihre Mitarbeiter beispielsweise die Individualität ihrer Patienten berücksichtigen? Der MDK sagt aus, dass ein Pflegeprozessmodell lediglich die Abläufe des Handelns und nicht den Inhalt festlegt. Er fordert, dass die konkrete Ausgestaltung der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses anhand theoriegeleiteter Entscheidungen zu bestimmen ist.

Welche pflegetheoretischen Überlegungen dem Pflegekonzept einer Pflegeeinrichtung zu Grunde gelegt werden, das obliegt nach den Prüfrichtlinien des MDK der Pflegedienstleitung der jeweiligen Pflegeeinrichtung. Grundsätzlich kann jedes Modell ausgewählt werden und es können unterschiedlichste pflegewissenschaftliche Theorien für die Pflegekonzeptentwicklung einer Pflegeeinrichtung genutzt werden. Auch die Gestaltung von Pflegekonzepten auf der Basis einer Kombination von Konzepten mehrerer Pflegetheorien ist möglich. Dabei kommt es aber darauf an, dass das Pflegekonzept in sich schlüssig ist. In der Gestaltung der Pflege, der Umsetzung der Pflegeprozesse sowie der Gestaltung des Pflegedokumentationssystems sollte das Pflegekonzept sich widerspiegeln. Deshalb müssen Sie sich entscheiden, mit welchem Pflegekonzept Sie in Ihrer Pflegeeinrichtung arbeiten. Das Pflegemodell, das optimal auf die Erfordernisse der Pflegeeinrichtung abgestimmt ist, in der Sie arbeiten, kann nicht vorgefertigt aus einem Buch abgeschrieben oder aus dem Internet heruntergeladen werden. Es ist immer ein Entwicklungsprozess, den die Pflegedienstleitungen gestalten müssen, bis eine Konzeption für ihre Pflege entwickelt ist. Dieser Prozess ist unter Umständen ein mehrjähriges Unterfangen, in dem Konzepte vorgestellt, eingeführt, ausprobiert, erprobt und überprüft werden, bis ein Weg gefunden ist, der sowohl Ihr Team als auch Ihre Kunden zufriedenstellt. Deshalb kann es keine Aussage geben wie zum Beispiel: „Das Modell von XY ist optimal und ein für alle Mal richtig in unserer Einrichtung.“

Es ist aber trotzdem wichtig, eine ganz konkrete Aussage darüber zu treffen, mit welchem theoretischen Hintergrund und welcher Konzeption Ihr Team die Pflegeprozesse planen will. Und wie Sie aktuell planen und sicherstellen, wie die Bedürfnisse und die Individualität Ihrer Patienten heute

schon berücksichtigt und in der Zukunft noch besser beachtet werden. Was für Ihre Einrichtung stimmig ist, das entscheiden Sie auf der Führungsebene gemeinsam mit Ihren Mitarbeitern in einem Entwicklungsprozess. Wichtiger ist oft der Weg als das Produkt, das am Ende dieses Entwicklungsprozesses schriftlich vorliegt. Deshalb ist es im Sinne der Qualitätssicherung nicht nur relevant, die schriftliche Konzeption vorlegen zu können, sondern die Nachweise über die Entstehung und Entwicklung, d.h. ganz konkret die Sitzungsprotokolle, die Arbeitsaufträge und die Zwischenergebnisse von Arbeitsgruppen, sind ebenso wichtige Nachweise und Dokumente. Bei der Überprüfung Ihrer Einrichtung muss dann aber das Ergebnis vorliegen mit einer konkreten Aussage, die wie folgt lauten kann: „In unserer Einrichtung werden die Pflegeprozesse nach dem Modell von Fiechter und Meier geplant und die pflegerische Konzeption basiert auf dem AEDL-Modell von Krohwinkel.“ Sie können also mit Teilkonzepten arbeiten. Eine Aussage ausschließlich über den Pflegeprozess ohne Bezug zu einem Pflegekonzept wird heute den Anforderungen des MDK nicht mehr genügen.

Wenn Sie persönlich der Meinung sind, dass es logisch wäre, sowohl das Pflegekonzept als auch die Pflegeprozesse nach Modellen von Krohwinkel einheitlich vorzugeben, dann kann dies in unterschiedlichen Pflegegruppen in Ihrer Einrichtung durchaus kontrovers diskutiert werden. Entscheidend wird sein, mit welchem Modell Ihre Mitarbeiter besser arbeiten können und wie verständlich hinterher die Pflegeplanungen geschrieben werden. Ein wichtiges Qualitätsmerkmal, an dem Sie erkennen können, ob in Ihrer Einrichtung auf einem hohen Niveau die Pflegeprozesse geplant werden, ist die Verständlichkeit und Lesbarkeit der Pflegeplanungen für andere Pflegegruppen und Pflegeteams. Dies erkennen Sie nach der Verlegung eines Bewohners innerhalb Ihrer Einrichtung. Oder bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, wenn Sie neue Mitarbeiter, die vorher mit einem anderen Dokumentationssystem und nach einer anderen Pflegekonzeption gearbeitet haben, einarbeiten. Wichtig für Ihre Entscheidung, nach welchem Prozessmodell gearbeitet werden soll, wird sein, wie der theoretische Aus- und Fortbildungsstand Ihrer Mitarbeiter ist und welchen Versorgungsauftrag Sie zu erfüllen haben. Eine endgültige Lösung dieser Aufgabe kann es nicht geben, weil Sie im Sinne der Qualitätssicherung immer wieder überprüfen müssen, ob Sie in ihrer Einrichtung die Planung und Durchführung der Pflegeprozesse nicht weiter verbessern können. Darüber hinaus werden immer wieder neue Erkenntnisse der Pflege- und Gesundheitswissenschaften Ihre einmal getroffenen Entscheidungen in Frage stellen. Die Entscheidungsprozesse, nach welchem Pflegemodell gearbeitet werden soll und wie die Pflegeprozesse strukturiert werden sollen, können so anspruchsvoll werden, dass größere Pflegeeinrichtungen diese Aufgabe delegieren und Beratungsaufträge an externe Berater vergeben.

1.3.3 Die Pflegebedarfserhebung

1.3.3.1 Die erste Kontaktaufnahme bei der Pflegebedarfserhebung

Der Pflegeprozess beginnt mit der ersten Kontaktaufnahme bei der Pflegebedarfserhebung. Traditionelle oder ältere Beschreibungen des Pflegeprozesses bezeichnen diesen Schritt als das Erstgespräch bei der Informationssammlung. Die Erhebungsphase ist durch eine methodische Sammlung von Informationen und Fakten gekennzeichnet, aus der die Problemfeststellung oder die Festlegung der Pflegediagnosen erfolgt. Die Bedeutung dieser Phase ist besonders groß, da sie die Basis des gesamten Prozesses bildet. Verläuft sie fehlerhaft oder unvollständig, können in den folgenden Phasen erhebliche Schwierigkeiten auftreten. Daraus resultieren unter Umständen falsche Einstufungen der Bewohner in Pflegestufen. Die Folge können nicht unerhebliche finanzielle Verluste des Trägers sein.

Folgende Aspekte charakterisieren die erste Kontaktaufnahme:

- Beginn der Pflegebeziehung
- Erste Informationen und Fakten sammeln und dokumentieren
- Einschätzung der subjektiven Wahrnehmung der Gesundheitsproblematiken des Bewohners

Die erste Kontaktaufnahme ist entscheidend für den weiteren Verlauf der Pflegebeziehung. Nur wenn der Bewohner sich wohl fühlt und sich als Individuum und Persönlichkeit angenommen fühlt, können er und seine Angehörigen offen über seine Bedürfnisse und Probleme sprechen. Der Bewohner soll spüren, dass er willkommen ist und als selbst bestimmender Mensch mit allen seinen Bedürfnissen, Ängsten, Wünschen und Hoffnungen angenommen wird. Hierzu gehört neben einem selbstverständlichen höflichen und freundlichen Auftreten der Pflegefachkraft, dass die Akzeptanz des Bewohners vermittelt wird. Das Ausmaß und der Schweregrad der Gesundheitsproblematik sowie das soziale Umfeld prägen die erste Kontaktaufnahme, deshalb ist in zahlreichen Gesundheitseinrichtungen das erste Informationsgespräch erfahrenen Pflegefachkräften und in stationären und ambulanten Pflegediensten oft einer leitenden Pflegefachkraft vorbehalten.

Eine sinnvolle Pflegebeziehung entsteht, wenn die Pflegefachkraft die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Gesundheits- und Krankheitsproblematik des Bewohners erkennt und korrekt einschätzt. Es reicht nicht aus, die Folgen der Krankheitsproblematik scheinbar objektiv zu erfassen. Wenn ein Bewohner als Folge eines Schlaganfalles Schluckstörungen hat, ist es unvollständig, nur festzustellen, dass der Bewohner nicht mehr vollständig schlucken kann und er deshalb Hilfe bei der Nahrungsaufnahme benötigt. Es ist auch wichtig zu erfassen, welche Bedeutung der Bewohner dieser Problematik beimisst und welche Gefühle und Empfindungen er dabei erlebt. Eine Schluckstörung kann bereits bewältigt, kompensiert oder angenommen sein, sie kann aber auch Angst machen, ein Gefühl der Ohnmacht auslösen oder sogar als Verlust der persönlichen Autonomie erlebt werden.

Diese Informationen werden in aktiver Zusammenarbeit mit dem Bewohner gesammelt. Im Stadium des Zusammentragens von Informationen stellt die Pflegefachkraft Fragen zur Gesundheitsproblematik und den daraus resultierenden Konsequenzen. Die Befragung bringt es u.a. mit sich, dass die Pflegefachkraft den Bewohner und seine Angehörigen dazu auffordert, das eigene Erleben bezüglich der Gesundheitsproblematiken zu verbalisieren. Es ist wichtig, dass die erste Kontaktaufnahme oder das Erstgespräch mit dem Bewohner ungestört verläuft. Ein Ort, in der eine Privatsphäre gewährleistet ist, sollte zur Verfügung stehen.

1.3.3.2 Elemente der Pflegebedarfserhebung

Bei der Pflegebedarfserhebung oder Pflegeanamnese können unterschiedliche Elemente unterschieden werden:

- Das Informationsgespräch
- Die Situationseinschätzung
- Die körperliche Untersuchung
- Assessmentinstrumente

Für den MDK ist das dokumentierte Informationsgespräch der Schlüssel für die individuelle Pflege. Wenn mit dem Patienten und/oder den Angehörigen nicht kontinuierlich gesprochen wird, dann ist dies ein klarer Mangel der Pflegequalität. Zwei wichtige Aussagen, die der MDK trifft, sind: Eine Informationssammlung ist nie abgeschlossen, und: Das Ziel der Pflegebedarfserhebung ist es nicht, alles über den Pflegebedürftigen zu erfahren. Aus den Berichten des MDK geht hervor,

dass Pflegeeinrichtungen häufig dann kritisiert werden, wenn nur ein Gespräch, meist das Erstgespräch, geführt oder dokumentiert wird und wenn in der Niederschrift der Informationsgespräche beliebige, unwichtige und belanglose Details stehen und die Relevanz für die Pflege nicht erkennbar ist. Es geht bei der Pflegebedarfserhebung um die Erhebung der Grunddaten und die Ermittlung der Fähigkeiten und Ressourcen und Probleme des Pflegebedürftigen vor dem Hintergrund der individuellen Gewohnheiten und der aktuellen Lebenssituation. Nur pflegerelevante Informationen sollen vollständig dokumentiert werden.

Zur Situationseinschätzung gehören Fremdeinschätzungen und die Selbsteinschätzung des Patienten. Wichtige Fremdeinschätzungen sind die Meinungen der Mediziner und der an der Betreuung beteiligten Gesundheits- und Sozialberufe und die Meinungen und Sichtweisen der Angehörigen. Zur körperlichen Untersuchung gehört mindestens die Abklärung von möglichen Sekundärerkrankungen (Pneumonie, Harnwegsinfekt, Thrombose, Dekubitus) und eine entsprechende Inspektion der Haut, um Hautläsionen, Hämatome und andere sichtbaren Zeichen von Stürzen oder Traumatisierungen so früh wie möglich zu erkennen. Die Einschätzung der Bewegungsfähigkeit und des Ernährungszustandes sind weitere wichtige Aspekte der körperlichen Untersuchung.

Für eine Führungskraft ist die Auswahl der Assessmentinstrumente von besonderer Bedeutung, weil diese Dokumente als Anlagen in der Pflegedokumentation archiviert werden. Wenn mit den Assessmentinstrumenten nachlässig oder ohne Sachverstand umgegangen wird, fällt dies bei Qualitätskontrollen schnell auf. Auf welchem Niveau einzelne Mitglieder Ihres Pflegeteams beobachten, wahrnehmen, eine körperliche Inspektion durchführen oder Konsultationen von Experten erfolgen, das erkennen Sie eher bei einer Pflegevisite. In Expertenstandards und in Fachzeitschriften finden Sie die aktuellen Bewertungen von anerkannten Assessmentinstrumenten. Ob Sie in Ihrer Einrichtung mit aktuellen Instrumenten arbeiten, sollten Sie genauso gewissenhaft und regelmäßig überprüfen, wie Sie dies mit Ihren Pflegestandards tun.

Die Wahrnehmung, die für die Erfassung einer umfassenden Pflegebedarfserhebung erforderlich ist, geht über die traditionelle Krankenbeobachtung, die eine grundlegende Kompetenz der Pflegefachkraft darstellt, hinaus. Sie beschränkt sich nicht nur auf die Wahrnehmung der Symptome und Folgen der Gesundheits- und Krankheitsproblematiken, sie erfasst darüber hinaus die Ressourcen, die Lebenssituation und das soziale Umfeld des Patienten.

Das Pflegeverständnis oder die Einstellung zur Pflege prägen die Wahrnehmung der Pflegefachkraft. Eine Orientierung an ganzheitlichen Pflegemodellen, insbesondere das Pflegemodell von Krohwinkel, bewirken eine Änderung der Blickrichtung. Traditionell war die Pflege an Krankheits- und Defizitmodellen ausgerichtet. Die Folge war eine Konzentration ausschließlich auf die Defizite der Patienten. Mediziner und Pflegenden waren nur daran interessiert, was der Patient nicht konnte. Wahrgenommen wurde daher ein abhängiger und unmündiger Patient. Wie der Patient im Verlauf seines Lebens seine Lebensaktivitäten gestaltet, was er gelernt hat und was er heute noch kann, welche Fähigkeiten er entwickelt hat, welche Vorlieben und Einstellungen ihn prägen – das alles hat Einfluss auf seine individuellen Lebensaktivitäten und wie er sein Leben zu Hause, im Krankenhaus oder als Bewohner im Pflegeheim gestalten kann. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, in der Pflegedokumentation auf die Ressourcen besonderen Wert zu legen. Erfolgt ausschließlich die Dokumentation von Pflegedefiziten, entwickelt sich ein reduziertes Denken, das sich an Mängeln orientiert und das den Bewohner nicht mehr in seinem Menschsein in den Mittelpunkt stellt. Daraus resultiert in der Pflegedokumentation allerdings eine große Folgeproblematik. Wenn man nur noch die Fähigkeiten der Patienten oder Bewohner aufschreiben soll, woran erkennt man dann den Pflegebedarf?

Eine Pflegefachkraft sammelt bei der Pflegebedarfserhebung Fakten über die Inkontinenz einer Bewohnerin. Frau J. ist 84 Jahre alt, sie wurde vor der Aufnahme in das Pflegeheim von ihrer Tochter zu Hause versorgt. Nach Aussage der Tochter hat Frau J. bereits über 15 Jahre lang un-

kontrollierten Urinabgang. Sie ist deswegen aber nie zum Hausarzt gegangen, sondern hat im Supermarkt Binden gekauft und sie sei damit immer gut zurechtgekommen. Frau J. klagt akut über Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen. Bei der Hautinspektion wird eine Hautrötung im Intimbereich festgestellt. Frau J. will jetzt keine Binden mehr tragen, weil nach ihrer Aussage deshalb die Haut so brennt und es weh tut. Die Bewohnerin hat aus dem Schrank ein Handtuch geholt und es als Inkontinenzmaterial benutzt. Sie hat im Verlauf eines Tages mehr als sechs Handtücher organisiert und verbraucht, trotzdem ist ihre Unterwäsche nass.

Eine ausschließliche Orientierung auf die Defizite von Frau J. wird die Blickrichtung bei der Befragung und Beobachtung darauf lenken, ob neben der chronischen Harninkontinenz wahrscheinlich akut ein Harnwegsinfekt vorliegt. Mit der Behandlung eines möglichen Harnwegsinfektes und der entzündeten Haut kann das Problem scheinbar gelöst werden. Werden darüber hinaus die Individualität und die Fähigkeiten von Frau J. berücksichtigt, dann kann in einem einfühlsamen Gespräch zusätzlich erkannt werden, dass Frau J. sich schämt und sie nicht weiß, an wen sie sich in der neuen Umgebung mit ihrem Problem wenden soll. Deshalb hat sie vermutlich heimlich Handtücher organisiert und schamhaft ihre nassen Kleider versteckt. Frau J. kann unter Umständen, nachdem sie Vertrauen zu ihrer Pflegefachkraft gefasst hat, die Intimtoilette wieder zur allseitigen Zufriedenheit selbst ausführen. Ebenfalls kann sie die Salbe, die die Rötung und das Brennen der Haut lindern soll, selbst auf die entzündeten Hautstellen auftragen.

1.3.4 Pflegeprobleme innerhalb des Pflegeprozesses

1.3.4.1 Beschreibung von Pflegeproblemen

Der nächste Schritt im Pflegeprozess führt zum Erkennen und Ausformulieren von Pflegeproblemen. Bei diesem Arbeitsschritt geht es darum, die gesammelten Informationen zusammenzufassen und zu interpretieren. Ein Pflegeproblem besteht dann, wenn eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit des Patienten in einer oder mehreren Lebensaktivitäten durch pflegerische Maßnahmen ausgeglichen werden kann.

Im Normalfall fällt es erfahrenen Pflegefachkräften nicht schwer, Pflegeprobleme zu erkennen. Die eigentliche Herausforderung ist meistens die Transformation oder die Übersetzung des Pflegeproblems in die Pflegefachsprache. Seit der Etablierung des Pflegeprozesses wird von einigen Pflege theoretikern beklagt, dass ein großer Teil der Pflegepraktiker den Pflegeprozess nur bruchstückhaft anwendet. Insbesondere werden die laienhafte Sprache, wenig aussagekräftige Beschreibungen in der Pflegedokumentation und eine verwirrende Verwendung von Fachtermini bei der Pflegediagnostik beanstandet. Da die Pflegewissenschaft noch sehr jung ist, kann es noch keine ausgereifte Fachsprache geben. Im Grunde ist diese Kritik an den Pflegepraktikern nicht angemessen und sie wäre vergleichbar mit einer unangemessenen Kritik von Sprachlehrern an Sprachschülern, bei der die Lehrer darüber lamentieren, dass ihre Schüler im Sprachunterricht nur stammeln, und die Lehrer nicht bedenken, dass der Wortschatz, den sie unterrichtet haben, gerade mal ausreicht, dass ihre Schüler Dreiwortsätze bilden können. Erschwerend kommt hinzu, dass die Wortbedeutungen und die Begrifflichkeiten, die Pflegewissenschaftler prägen wollen, aus der Sichtweise der Praktiker ständig verändert werden.

Eine Problembeschreibung soll informativ, übersichtlich und anschaulich sein, in einem Wort, die Problemformulierung soll eindeutig sein. Der MDK spricht davon, dass eine Pflegeplanung so formuliert sein soll, dass sich theoretisch auch eine nicht in der Einrichtung beschäftigte Pflegekraft ein zutreffendes Bild über die Situation des zu Pflegenden machen und danach pflegen kann, ohne dass ein Schaden für den zu Pflegenden entsteht. Es ist korrekt, die Forderung aufzustellen, in der Pflegedokumentation einfach, klar und unmissverständlich zu schreiben. Aber man muss wissen, dass es immer nur um ein Ringen um die richtige Wortwahl gehen kann. Missverständnisse sind

unvermeidlich. Man muss immer auf falsche Auslegungen gefasst sein und adäquat damit umgehen können.

1.3.4.2 MDK-konforme Formulierungen

Die Formulierungen des MDK dürfen nicht mit einer Lernhilfe, Pflegeprobleme korrekt zu formulieren, verwechselt werden. Diese Anleitungen finden Sie in Pflegelehrbüchern. Es geht offensichtlich auch nicht darum, einen Weg aufzuzeigen, die Formulierungsarbeit, die sicher mühsam ist und deswegen oft gescheut wird, möglichst ohne großen Zeitaufwand abzuwickeln. Es handelt sich hier um ein Instrument, mit dem Sie als Führungskraft die Qualität der Pflegeproblemformulierungen Ihrer Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung einschätzen können. Das Niveau, welches der MDK für eine frei formulierte Pflegediagnose einfordert, entspricht der Aussagekraft einer standardisierten, pflegewissenschaftlich begründeten Pflegediagnose. Dieses Niveau liegt über den Kompetenzen, die eine frisch ausgebildete Pflegefachkraft mitbringt. Als Maßstab gibt der MDK das Niveau vor, das eine erfahrene Pflegefachkraft mit mehrjähriger Berufserfahrung und entsprechenden Fortbildungen erreichen kann oder eine engagierte Pflegefachkraft mit einer relativ kurzen Berufserfahrung, dann allerdings mit fundierten Fachkompetenzen, die einer Führungskraft entsprechen. Berücksichtigen Sie bitte, dass Sie die Pflegeerfordernisse als juristisch verantwortliche Person bestimmen. Dies ist eine Aufgabe, die in traditionellen Handwerksberufen Persönlichkeiten ausführen, die eine Meisterqualifikation erfüllen.

Die Anforderung, Pflegeprobleme in eine Systematik einzuordnen, und so zu formulieren, dass vier formale Kriterien und sechs inhaltliche Punkte erfüllt sind, kann nur erreicht werden, wenn in Ihrer Einrichtung nach einem Pflegekonzept gearbeitet wird. Das Formulieren von Pflegeproblemen wird erst dann gelingen und Ihren Mitarbeitern leichtfallen, wenn sie sich mit der Pflegekonzeption in ihrer Einrichtung identifiziert haben. Letztendlich will der MDK mit diesen Vorgaben die Selektion von qualitativ guten und am Markt überlebensfähigen Pflegeeinrichtungen, von weniger guten Einrichtungen erreichen.

1.3.5 Pflegezielformulierungen

Nachdem Pflegeprobleme identifiziert und formuliert sind, werden im nächsten Schritt Pflegeziele bearbeitet. Die ausformulierten Pflegeziele sind der Prüfstein, wie der Unterschied zwischen Ausgangspunkt und Endresultat des Pflegeprozesses erreicht werden soll. Der MDK verlangt zwei inhaltliche Kriterien, die ein niedergeschriebenes Pflegeziel erfüllen muss: die Patientenorientierung und der Realitätsbezug. Ein Pflegeziel ist realistisch, wenn es erreichbar und überprüfbar ist. Daneben werden vier formale Kriterien eingefordert:

1. Beschreibung des Patientenverhaltens
2. Messbarkeit des Verhaltens
3. Rahmenbedingungen.
4. Zeitraum der Zielerreichung.

An der Qualität der Pflegeziele kann ein externer Prüfer erkennen, ob die Pflegefachkräfte in einer geprüften Einrichtung sich als Team verstehen oder ob sie als Einzelkämpfer arbeiten. Ein Pflegeziel erreicht nicht die Pflegefachkraft vor Ort, sondern der Patient. Das Pflegeteam, das ihn betreut, setzt den Rahmen, der zur Zielerreichung führt.

Pflegeziele sollen Prioritäten und eine zeitliche Orientierung, bezogen auf den gesamten Pflegeprozess, erkennen lassen. Das erfordert von den Pflegefachkräften die Befähigung, prognostische Aussagen treffen zu können. Prognosen über Pflegeverläufe können nur kompetente und/oder erfahrene Pflegefachkräfte stellen. Es gibt gute Gründe, weshalb sich erfahrene Mediziner nicht vorschreiben lassen, wie sie auf Krankheiten und Heilung bezogene Prognosen dokumentieren –

falls sie sich überhaupt darauf einlassen. Die Forderung, Zeitangaben in die Pflegezielformulierung einfließen zu lassen, sollte kritisch gesehen werden. Bei einer Zielformulierung, wie sie der MDK exemplarisch nennt: „trinkt mindestens 1,5 l / 24 h“, ist diese Forderung korrekt. Bei der Formulierung „Bewohner hat intakte Haut, Wunddurchmesser ist bis zum (Datum) reduziert um 1 cm“ geraten Pflegefachkräfte schnell an die Grenzen ihrer Fachkompetenz. Für die Pflegeeinrichtungen wäre es juristisch weniger riskant, wenn sie durchsetzen könnten, die Rahmenbedingungen und die zeitlichen Zielvorgaben implizit auszudrücken. Es ist ein Zeichen einer geringen Professionalität, wenn sich die Pflege in einer derartig zentralen Angelegenheit kaum erfüllbare Vorgaben vorschreiben lässt.

Berufsanfänger und in der Pflegedokumentation unsichere Pflegefachkräfte stellen häufig Behauptungen auf wie „eine Pflegezielformulierung ist keine Pflegezielformulierung, wenn die Zeitangabe fehlt“ oder „eine Pflegezielformulierung muss positiv und darf nicht negativ formuliert sein, wie „kein Dekubitus“. Es ist Ihre Aufgabe als Führungskraft, dafür zu sorgen, dass die umfassenden Forderungen des MDK in einem vertretbaren Maß umgesetzt werden. Die Qualität der Pflegezielformulierung steht und fällt nicht mit einer einzigen Formulierung. Entscheidend sind das Gesamtbild und alle Zielsetzungen gemeinsam, die Ihr Team mit einem Patienten ausarbeitet.

1.3.5.1 Exemplarische Besprechung einer Pflegezielformulierung

Korrekte Lösungen, die den Vorgaben des MDK vollständig entsprechen, könnten wie folgt lauten: „Der Bewohner trinkt nach Aufforderung mindestens 1,5 l / 24 h“ oder „Der Bewohner trinkt selbstständig 1,5 l / 24 h“.

Zunächst überprüfen wir die Klientenorientierung und den Realitätsbezug. Tatsächlich lesen wir in der Pflegedokumentation „Hr. XY trinkt 1,5 l / 24 h“.

„Hr. XY“ stellt einen eindeutigen Patientenbezug dar. Die Trinkmenge und der Zeitrahmen sind realistisch, daher sind beide inhaltlichen Vorgaben erfüllt.

„Hr. XY trinkt“ beschreibt die Verhaltensebene.

„Hr. XY trinkt 1,5 l / 24 h“ oder „trinkt mindestens 1,5 l / 24 h“ nennt die Kriterien, um das Verhalten bemessen oder messen zu können.

Die Formulierungen „trinkt selbstständig“ oder „trinkt nach Aufforderung“ oder „trinkt mit Kontakthilfe“ oder „trinkt mit Hilfestellung“ beschreiben die Bedingungen, unter denen das Verhalten eintreten soll.

„Hr. XY trinkt 1,5 l / 24 h“ oder „trinkt mindestens 1,5 l / 24 h“ nennt den Zeitpunkt oder den Zeitrahmen, in dem das Pflegeziel erreicht werden soll.

Berufsneulinge versuchen oft, alle Kriterien in jede Pflegezielformulierung hineinzupacken. Wenn wir die Pflegezielformulierungen analysieren, dann sollten die genannten Kriterien bezogen auf die Gesamtplanung erkennbar sein. Wichtiger als die perfekte Einzelformulierung ist, dass die Mannschaft versteht, was in der Pflegeplanung aufgeschrieben wurde, und dass die Planung insgesamt umgesetzt werden kann.

1.3.6 Pflegemaßnahmen und Evaluation

Nach der Ermittlung der Pflegeprobleme und der Festlegung der Pflegeziele erfolgt die Planung der Pflegemaßnahmen. Die ausgewählten Maßnahmen müssen nach dem aktuellen Stand des Pflegewissens geeignet sein, die Pflegeprobleme zu lösen und die Pflegeziele zu erreichen. Innerhalb des Pflegeprozesses findet bei der Planung der Pflegemaßnahmen ein gedanklicher Positionswechsel vom Patienten zu dem Pflegeteam statt, das den Patienten betreut. Die Pflegemaßnahmen sind die für das gesamte Pflegeteam verbindlichen Pflegeverordnungen.

Bei den Pflegemaßnahmen gehen die Vorgaben des MDK nicht über die gängigen Empfehlungen in Pflegelehrbüchern hinaus. Gefordert sind kurze und verständliche Formulierungen darüber, wer vom Pflgeteam was, wann, wie oft, wo und wie durchführen soll. Der MDK verlangt im Grunde eine inhaltliche Umsetzung des Konzeptes von Orem über die Pflegesysteme. Orem hat als erste Pflege-theoretikerin Pflegesysteme durch die vollständige Übernahme, die teilweise Übernahme, als unterstützendes System und als System der Beratung, Anleitung und Beaufsichtigung beschrieben. Der MDK lehnt sich in seinen Empfehlungen zu den Pflegemaßnahmen, eng an die Begrifflichkeiten von Orem an. Pflegeleitungen, die sich in ihrem Pflegekonzept ausschließlich an Roper, Krohwinkel oder einem anderen Pflegemodell orientieren, sollten reflektieren, inwieweit sie ihre Pflegekonzeption hier ergänzen müssen.

Bei der Durchführung einer Pflegemaßnahme wird die Reaktion des Patienten beobachtet und die Wirksamkeit der Maßnahme bewertet. Der Nachweis einer Maßnahme wird nicht in der Planung, sondern auf Kurven oder Durchführungskontrollblättern unmittelbar, d.h. mit Handzeichen und Uhrzeit zeitnah am Tag der Leistungserbringung dokumentiert.

Mit der Evaluation oder der Soll-Ist-Analyse schließt sich der Regelkreis des Pflegeprozesses. Die Evaluation kann nicht gemacht werden, ohne den Patienten miteinzubeziehen. Je konkreter die Aussagen bei der Erkennung der Pflegeprobleme und die Zielformulierungen ausfallen und je aussagekräftiger die ausgewählten Assessments sind, umso leichter und einfacher ist die Evaluation. Nicht aufgedeckte oder neue Pflegeprobleme, nicht erreichte oder fehlerhafte Zielsetzungen und nicht wirksame Maßnahmen sollten bei der Evaluation erkannt werden.

Die Frage nach dem Zeitpunkt der Evaluation kann durch das Lesen der Pflegeziele beantwortet werden. Darüber hinaus ist eine Evaluation sinnvoll bei unvorhersehbaren Veränderungen oder kontinuierlicher Verschlechterung des Patientenzustandes. Schematische Zeitvorgaben für die Evaluation widersprechen einer individuellen Planung.

Die schriftliche Niederschrift der Ergebnisse der Evaluation wird im Pflegebericht erwartet, die Korrekturen der Pflegeziele sollen in der Pflegeplanung erfolgen. Allerdings sind die formalen Vorgaben des MDK diesbezüglich widersprüchlich. Bei der Zuordnung der Pflegeprozessschritte zu den Formularen des Dokumentationssystems ist die Evaluation der Pflegeplanung zugeordnet. Eine derartige Handlungsempfehlung kann zunächst verwirren. In der Theorie ist die Lösung einfach. Der Pflegeprozess als theoretisches Modell kennt keine Phase mit der Bezeichnung Pflegeplanung. Schlussendlich bleibt die Feststellung, dass es keine widerspruchsfreien Formulierungen, weder in Pflegeplanungen oder in Handlungsempfehlungen noch in Lehrbriefen, gibt.

1.4 Resümee

Am Ende dieses Lehrbriefes steht die Feststellung, dass in der Evaluation eine Zielerreichung im Pflegeprozess erreicht und festgestellt werden kann. Somit kann der Pflegeprozess zumindest in der Theorie als endlich gedacht werden. Ob hier aber tatsächlich ein echtes Unterscheidungsmerkmal zum PDCA-Zyklus im Qualitätsmanagement vorliegt, darüber müssen Sie sich eine persönliche Meinung bilden.



2 Die Pflegeforschung

Lernziele:



- Ansprüche kennen, die an die Wissenschaft gestellt werden
- Die wichtigsten Aufgabengebiete der Pflegeforschung beschreiben können
- Grundlegende Aspekte evidenzbasierter Pflegeforschung kennen
- Evidenzgrade in der Pflegeforschung unterscheiden können
- Grundlagen des Forschungsprozesses kennen
- Relevante Aspekte für Praktiker des Forschungsprozesses kennen

2.1 Einführung

Pflegeforschung als Fachdisziplin der Gesundheitsforschung ist der Maßstab, an dem pflegerisches Wissen gemessen und überprüft wird. Neben dieser einen Seite, Wissen zu begründen und zu produzieren, steht aber auch die andere Seite, dieses Wissen zur Kenntnis zu nehmen und in das eigene berufliche Handeln zu integrieren.

Da Pflegeforschung in Deutschland noch im Aufbau begriffen ist, gehören weder die Teilnahme und Unterstützung berufsbezogener Forschungsarbeit noch die Nutzung der Forschungsergebnisse zum selbstverständlichen Repertoire beruflich Pflegender.

Pflegefachkräfte und insbesondere Leitungskräfte in der Pflege sind heute darauf angewiesen, zur Begründung und Legitimation ihres Handelns wissenschaftlich erarbeitete Erkenntnisse geliefert zu bekommen und umsetzen zu können. Dies setzt ein Verständnis voraus, Forschungsberichte und Fachveröffentlichungen lesen und interpretieren und in die eigene Praxis übertragen zu können.

Die wissenschaftliche Basis der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege ist in den letzten Jahrzehnten im deutschsprachigen Raum thematisiert worden und gewinnt im nationalen und internationalen Rahmen zunehmend an Bedeutung. Was verbirgt sich hinter dem Begriff „Wissenschaftlichkeit“ und welchen Nutzen hat sie für die Pflegeberufe? Antworten auf diese Frage sind das Ziel dieses Lehrbriefes.

2.2 Pflege und Wissenschaft

2.2.1 Der Wissenschaftsbegriff

In der Wissenschaft werden neue Erkenntnisse erzeugt und unter Einbindung in bestehendes, möglichst gesichertes Wissen weiterentwickelt. Die Verarbeitung von Erkenntnissen besteht darin, wissenschaftliche Theorien zu entwickeln, d.h. Gesetzmäßigkeiten zu erkennen, um zuverlässige Vorhersagen und sinnvolle Entscheidungen treffen zu können.

Wissenschaft stellt die Ansprüche, im Vorgehen systematisch, nachvollziehbar und transparent zu sein. Im Ergebnis soll Wissenschaft überprüfbar, logisch, ergebnisoffen, kritisch hinterfragend und ethisch verantwortlich sein. Die Einhaltung dieser Merkmale soll dazu dienen, dass möglichst objektives, gesichertes Wissen veröffentlicht wird und der Praxis zur Verfügung gestellt wird. Was ist unter diesen Merkmalen zu verstehen?

Systematisch bedeutet, dass der Forschungsprozess einer Reihenfolge zielgerichteter Schritte folgt. Wenn ein Wissensbedarf besteht und es beispielsweise unklar ist, ob eine Pflegemaßnahme tatsächlich wirkt, oder es wird ein zuverlässiges Erfassungsinstrument für eine bestimmte Patientengruppe mit einem spezifischen Gesundheitsproblem gesucht, dann folgt der Forschungsprozess einer Abfolge logisch aufeinander aufbauender Schritte. Zunächst wird überprüft, ob bereits genügend Wissen vorhanden ist. Wird festgestellt, dass noch kein ausreichendes Wissen existiert, dann werden überprüfbare Annahmen (Hypothesen) oder offene Fragen formuliert. Danach werden Daten gesammelt, ausgewertet und unter Berücksichtigung von bereits bestehendem, gesichertem Wissen interpretiert. Dabei müssen die wissenschaftlichen Methoden, die statistische Auswertung und die Interpretation der Ergebnisse anerkannte Gütekriterien oder Qualitätsmaßstäbe erfüllen.

Wissenschaft soll nachvollziehbar, transparent und im Ergebnis überprüfbar sein. Damit eine wissenschaftliche Arbeit nachvollziehbar und transparent ist, müssen Ziele, Fragestellungen, Vorgehensweise, verwendete Quellen, Ergebnisse und der Forschungskontext, d.h. finanzielle Vorteile, die durch ein bestimmtes Resultat erreicht würden, sorgfältig dokumentiert und offengelegt werden. Das Vorgehen und das Resultat müssen so genau beschrieben werden, dass ein zweites Forschungsteam die Forschungsarbeit wiederholen könnte, um unter gleichen Bedingungen zu gleichen Ergebnissen zu gelangen.

Der Anspruch auf Logik zieht sich durch die gesamte Wissenschaft und Forschungsstudien. Werden Annahmen formuliert, so müssen sie aus bereits bestehendem Wissen oder aus Beobachtungen in der Praxis logisch abgeleitet werden. Für die Datenerfassung und die statistische Bearbeitung und Auswertung müssen übereinstimmende Rechenmodelle und Algorithmen verwendet werden. Ein Algorithmus ist eine genau definierte Handlungsvorschrift zur Abbildung und Lösung eines bestimmten Problems mit Hilfe der Statistik. Bei der Interpretation der Daten darf der Forscher nicht wild spekulieren, sondern die Ergebnisse müssen untereinander und mit bestehenden Erkenntnissen in einen logischen Zusammenhang gebracht werden.

Wissenschaft soll ergebnisoffen und kritisch sein. Forscher haben oft begründete Vorstellungen, welche Ergebnisse in einer bestimmten Studie zu erwarten sind. Seriöse Forschung bemüht sich jedoch darum, bei der Datensammlung und Interpretation neutral zu bleiben, damit sie für Ergebnisse offen bleibt, die sie nicht erwartet hat. Eine kritische Position gegenüber eigenen und fremden Forschungsergebnissen ist ein Merkmal ernsthafter Wissenschaft. Jede wissenschaftliche Studie weist Stärken und Schwächen auf. Diese müssen kritisch beleuchtet werden, damit die Ergebnisse realistisch eingeordnet werden können.

Ethisch verantwortliche Forschung hat einen besonders hohen Stellenwert in den Gesundheitswissenschaften. Für den klinischen Bereich wurden ethische Grundsätze in der Deklaration von Helsinki und deren Nachfolgeversionen (Weltärztebund 2004) festgelegt. Vier zentrale ethische Forderungen sind: Schutz der körperlichen und seelischen Unversehrtheit, Sicherung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten, Sicherung der Patienteninformationen und Datenschutz. Bei Forschungsprojekten in den Gesundheitswissenschaften wird zunehmend vorgeschrieben, dass vor Beginn einer wissenschaftlichen Studie mit Patienten ein Antrag an eine Ethikkommission gestellt werden muss.

2.2.2 Pflegeforschung als Wissenschaftsdisziplin

Pflegewissenschaft ist innerhalb der Gesundheitswissenschaften die Disziplin, die sich mit der Entwicklung und Überprüfung von Theorien über Pflegeprobleme und Pflegeinterventionen beschäftigt. Aus dieser Definition können drei wesentliche Aufgaben im Bereich der Forschung abgeleitet werden. Sie beziehen sich erstens auf die Ermittlung von Häufigkeiten (Inzidenz und Prävalenz) und Charakteristik der Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen. Das zweite Aufgabengebiet ist die Überprüfung der Wirksamkeit und die Anwendung von Pflegeinterventionen. Das dritte große

Forschungsgebiet ist die Entwicklung und Überprüfung von Theorien, Instrumenten und Methoden, die in der Pflegepraxis und der Pflegeforschung angewandt werden.

Am Beispiel der Sturzforschung soll dies näher erläutert werden. Ziel der Sturzforschung ist die Ermittlung der Häufigkeit von Sturzereignissen und deren Folgen. Dabei wird dieses Problem sowohl in der ambulanten Pflege, in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern unter Berücksichtigung der wesentlichen Risikofaktoren untersucht. Die Anwendung und Überprüfung von Risikoskalen zur Einschätzung der Sturzgefährdung sind Gegenstand der Pflegeforschung. Konkrete Studien können dabei den Schwerpunkt auf die besonderen Risiken von Patienten mit Bewegungseinschränkungen, Frischoperierten oder verwirrten Personen setzen.

Prävalenzstudien untersuchen, wie viele Menschen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe beispielsweise die Folgen von Dekubitus oder Harninkontinenz bewältigen müssen. Davon zu unterscheiden sind die Inzidenzstudien, die untersuchen, wie groß die Anzahl neuer Fälle für ein bestimmtes Pflegeproblem in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe ist. Prävalenz und Inzidenz von Dekubitus oder Inkontinenz können aussagen, wie häufig in bestimmten Gesundheitsversorgungssystemen diese Gesundheitsprobleme auftreten, und die Pflegeforschung versucht, die Ursachen für diese Phänomene zu erklären.

2.2.3 Geschichtliche Entwicklung der Pflegeforschung

In der sehr kurzen Tradition der Pflegeforschung im deutschsprachigen Raum war Pflege zunächst Gegenstand der Forschung in anderen Wissenschaftsdisziplinen, wie der Medizin, den Sozialwissenschaften und den Wirtschaftswissenschaften. Unter medizinischen Fragestellungen wurden z.B. der Dekubitus und die Inkontinenz erforscht, Phänomene der Aggression oder Angst von Patienten in der Langzeitpflege untersuchten Psychologen, und Fragen der Pflegequalität oder der Rentabilität wurde von Ökonomen analysiert und bewertet, die sich auf das Gesundheitswesen spezialisiert hatten. Sehr oft hatten diese Forscher zunächst eine Berufsausbildung in der Pflege gemacht, und auf Grund nicht vorhandener Möglichkeiten, ein Studium in der Pflege zu absolvieren, hatten sie ihre Karriere im Gesundheitssystem mit einem Studium in diesen Fachrichtungen untermauert.

Betrachten wir die Berufsausbildungen für Pflegefachberufe, dann wurden die ersten Studiengänge für Pflegeberufe zunächst in den neuen Bundesländern in Berlin und Halle für Pflegepädagogen und Pflegedienstleitungen in den 60er und 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts eingerichtet. In den alten Bundesländern gab es bereits in den 1950er Jahren erste Versuche, die Pflege zu akademisieren, was aber am Desinteresse der Berufsverbände der Pflege scheiterte. Erst in den 1990er Jahren ermöglichte eine besondere Konstellation die Einrichtung von Pflegestudiengängen in den alten Bundesländern. Das war erstens ein gravierender Pflegepersonalmangel, der als Folge geringer Karrierechancen in der Pflege gesehen wurde. Zweitens empfahl der Wissenschaftsrat 1991 den Fachhochschulen eine Ausweitung ihrer Angebote für soziale Berufe und drittens trug die Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten zur Öffnung der Hochschulen für die Pflege bei.

Mit der Gründung der Agnes-Karll-Stiftung (AKS) für Pflegeforschung 1984 durch Renate Reimann manifestierte sich eine Hinwendung zur Akademisierung in den Berufsverbänden für Pflege in den alten Bundesländern. Die erste große Studie, die vom Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit (BMJFFG) an eine Pflegeforscherin vergeben wurde, war die Untersuchung über die Anwendung des „Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken“ von Monika Krohwinkel (1993). Die Finanzierung dieser Studie mit öffentlichen Geldern kann als Etablierung der Pflegeforschung im deutschen Gesundheitssystem angesehen werden. Erst seit den 1990er Jahren wird die Pflegeforschung von der Gesundheitspolitik in Deutschland entsprechend ihrer gesellschaftlichen Bedeutung wahrgenommen und mit öffentlichen Geldern unterstützt.

2.2.4 Die Verbindung von Theorie, Ausbildung und Berufspraxis

Die Pflegeforschung stellt eine Verbindung zwischen Theorie, Ausbildung und Berufspraxis her. Theoretische Aussagen über Pflegeprobleme sind Alltag, sowohl in der Berufsausbildung und in der Praxis der Altenpflege als auch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Aussagen, die sich auf Forschungsergebnisse stützen, können einer theoriebasierten Pflegepraxis als Grundlage dienen. Das theoriegeleitete Wissen in der Pflege nimmt rasant zu und führt zu einer Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bewohner in Pflegeheimen, der Patienten in Krankenhäusern, ihrer Familien und Lebensgemeinschaften. Die Pflegefachkräfte sind aufgefordert, ihren Zuständigkeitsbereich zu erweitern und kreative Lösungsvorschläge für alte und neue Gesundheitsprobleme zu entwickeln. Die Pflegeforschung bietet eine spezifische wissenschaftliche Wissensgrundlage, die es der Pflege ermöglicht, den sich ständig wandelnden Herausforderungen zu begegnen und ihre gesellschaftliche Bedeutung zu unterstreichen.

Unter evidenzbasierter Pflegepraxis wird eine bewusste und umsichtige Anwendung der gegenwärtig „besten“ Erkenntnisse bezüglich der Pflege von Patienten verstanden. Die Forschungsanwendung überträgt das von der Forschung bereitgestellte Wissen in die Praxis der Altenpflege und der Gesundheits- und Krankenpflege, die dadurch evidenzbasiert wird. Die Wichtigkeit evidenzbasierter Pflegepraxis wird bei der Anwendung der nationalen Expertenstandards deutlich. Bereits in der Grundausbildung zur Altenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege beziehen sich die in den Pflegelehrbüchern empfohlenen Pflegeinterventionen zur Vorbeugung von Dekubitus, zur Vermeidung von Stürzen oder zur Förderung der Kontinenz auf nationale Expertenstandards.

Ein Expertenstandard basiert auf einer umfassenden Literaturanalyse der nationalen und internationalen Fachliteratur. Es werden bevorzugt wissenschaftliche Studien mit dem höchsten Evidenzgrad berücksichtigt. Wenn zu bestimmten Fragestellungen keine wissenschaftlichen Studien vorliegen, dann werden Gutachten von anerkannten Experten zu Grunde gelegt, d.h. es erfolgen eine Bewertung der vorhandenen Forschungsergebnisse sowie eine Experteneinschätzung.

Evidenz übersetzt bedeutet Beweis, Nachweis. In den Gesundheitswissenschaften wird darunter jede Form von Gesundheitsintervention verstanden, bei der patientenorientierte Entscheidungen ausdrücklich auf der Basis einer bewiesenen Wirksamkeit getroffen werden. Die Beweisfindung muss dabei durch wissenschaftliche statistische Methoden erfolgen. Die randomisierte kontrollierte Studie (RCT, englisch: randomized controlled trial) ist in der Gesundheitsforschung die qualitativ beste Studiengestaltung.

Wenn eine neue Intervention für ein Gesundheitsproblem zur Verfügung steht, wird wie folgt vorgegangen: Nach Aufklärung und Einwilligung der Versuchspersonen werden diese nach dem Zufallsprinzip in zwei Gruppen eingeteilt. Der Zufall entscheidet, welche Versuchsgruppe die bisherige Intervention und welche Gruppe die neue Intervention erhält. Die Gesundheitsforschung kennt darüber hinaus das Prinzip des Doppelt-Blind-Versuchs. Wenn die Wirksamkeit eines Medikaments untersucht werden soll, dann sorgt der Doppelt-Blind-Versuch dafür, dass weder Arzt noch Patient wissen, welche Versuchsgruppe die neue Wirksubstanz erhält.

Dieses Studiendesign kann sowohl bei pflegewissenschaftlichen als auch bei gesundheitswissenschaftlichen Studien auf Grund der Forschungsfragen und der untersuchten Intervention oft nicht angewandt werden. Bei der Frage, ob ein bestimmtes Verhaltenstraining zur Erlangung der Kontinenz einem anderen Verhaltenstraining überlegen ist, kann maximal die Stufe der Randomisierung erreicht werden, weil jedem Teilnehmer der Studie sofort klar ist, welche Intervention in den untersuchten Gruppen angewandt wird. Wenn wir aber untersuchen wollen, ob ein bestimmter Wirkstoff in einer Hautcreme strapazierte Haut besser schützt, dann kann der Hersteller zwei Hautcremes von gleichem Aussehen und gleicher Konsistenz in gleicher Verpackung zur Verfügung stellen. Wird diese Voraussetzung erfüllt, dann kann der Versuchsleiter der Studie das Stu-

diendesign so anlegen, dass weder die Pflegenden noch die Patienten wissen, in welcher Versuchsreihe der neue Wirkstoff und in welcher kein Wirkstoff, also ein Ersatzstoff (Placebo) zur Anwendung kommt.

2.2.5 Evidenzgrade in den Gesundheitswissenschaften

Die höchste Stufe der Evidenz in den Gesundheitswissenschaften unterscheidet sich gegenwärtig in der Anzahl von wissenschaftlich hochwertigen Studien, auf die bei der Bewertung von den Expertenkommissionen zurückgegriffen werden kann. Das liegt daran, dass bestimmte Bereiche auf Grund der Nachfrage der Anwender besonders intensiv erforscht werden. Besonders intensiv erforschen aktuell Pflegewissenschaftler in Deutschland Fragestellungen bezogen auf Dekubitus, Inkontinenz und Sturz. Weniger intensiv erforscht werden aktuell noch Fragestellungen bezogen auf Aggression, Angst oder Gewalt in der Pflege. Auf Grund der Qualität der Studienlage in einem Forschungsbereich werden deshalb die Evidenzgrade von den Expertengruppen nicht einheitlich angegeben. Die Hinweise der jeweiligen Expertengruppen unterscheiden sich allerdings nur geringfügig.

Tabelle 2: Zahlreiche Studien vs. wenige Studien

Zahlreiche Studien vs. wenige Studien		
Level	Zahlreiche Studien sind vorhanden:	Wenige Studien sind vorhanden:
Level 1	Es gibt ausreichende Nachweise für die Wirksamkeit aus systematischen Übersichtsarbeiten (Meta-Analysen) über zahlreiche randomisiert-kontrollierte Studien	Ia: Wenigstens eine systematische Übersichtsarbeit auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien Ib: wenigstens eine ausreichend große, methodisch hochwertige randomisierte Studie
Level 2	IIa: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten, kontrollierten Studie IIb: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus methodisch gut angelegten Studien, ohne Randomisierung	IIa: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus zumindest einer randomisierten Studie IIb: Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus einer methodisch gut angelegten experimentellen Studie, ohne Randomisierung
Level 3	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus klinischen hochwertigen nichtexperimentellen Studien	Es gibt Nachweise für die Wirksamkeit aus mindestens einer hochwertigen nichtexperimentellen Studie
Level 4	Stellt die Meinung anerkannter Experten dar, basierend auf klinischen Erfahrungswerten bzw. Berichten von Expertenkommissionen	Stellt die Meinung anerkannter Experten dar, basierend auf Erfahrungswerten bzw. Berichten von Expertenkommissionen

2.2.6 Die Finanzierung der Pflegeforschung

Die Pflegeforschung findet überwiegend an Hochschulen und an Forschungsinstituten statt, die von Berufsverbänden oder der Industrie, die im Gesundheitswesen tätig sind, gegründet wurden. Ein Beispiel ist das Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft im Charité-Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB) an der Humboldt-Universität zu Berlin. Die Besonderheit ist hier die umfassende Verbindung von Forschung und Lehre sowohl in der

Pflege als auch in der Medizin. Neben dem Angebot verschiedener Basisstudiengänge für Pflege wird ein Studiengang mit einem europäischen Masterprogramm (Master of Science in Nursing) im Verbund mit Berliner Hochschulen und einem Promotionsbetreuungsprogramm in Kooperation mit der Universität Maastricht angeboten. Das Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung des Deutschen Berufsverbandes für Pflege (DBfK) war das erste von einem Berufsverband der Pflege getragene Forschungsinstitut, das die Pflegeforschung in der Gesundheitspolitik in Deutschland bekannt gemacht hat.

Pflegeforschung ist zeit- und kostenaufwendig. Deshalb ist die Vergabe von Forschungsgeldern des Bundes in der Regel an Forschungsprojekte an Hochschulen oder Fachhochschulen gebunden, weil hier die fachliche Leitung konkreter Forschungsprojekte und die Supervision einzelner Pflegeforscher in größeren Forschungsprojekten durch anerkannte und unabhängige Hochschulprofessoren gegeben sind. Heute ist Pflegeforschung nicht mehr die Leistung einzelner Forscher im Rahmen eines wissenschaftlichen Studiums, sondern die Leistung von Forschungsteams, die in Projektgruppen von Professoren an Hochschulen geleitet werden. Neben den staatlichen Geldern, die für die Forschung an Hochschulen zur Verfügung gestellt werden, ist die meist interdisziplinär angelegte Forschung der Privatindustrie zu nennen.

Die Einführung von Pflegemitteln und Medizinprodukten geht mit Wirksamkeitsstudien einher, die überwiegend von firmeneigenen Forschungseinrichtungen durchgeführt und finanziert werden. Die produktbezogene Forschung genießt in der Öffentlichkeit kein hohes Ansehen, weil angenommen wird, dass die Forscher nicht unabhängig sind, weil die Zuteilung von Forschungsgeldern in der Gesundheitsindustrie an die erfolgreiche Markteinführung eines Produktes gebunden ist.

Die Erschließung von sogenannten Drittmitteln, das sind Stiftungsgelder und Spenden, die ausgelobt werden, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die bekannteste Stiftung, die Gelder für Gesundheitsforschung zur Verfügung stellt, ist die Robert-Bosch-Stiftung. Im Jahr 2006 wurden 54,6 Millionen Euro für ca. 800 Projekte, überwiegend für medizinische und pflegerische Forschung, bereitgestellt.

2.3 Der Einstieg in den Forschungsprozess

Der Forschungsprozess ist ein strukturierter Ablauf von logisch aufeinander aufbauenden Schritten. Im Verlauf eines Studiums lernen die Studierenden die für ihre Fachwissenschaft relevanten Forschungsgebiete, die wichtigsten Theorien, Lehrmeinungen (Paradigmen) und Forschungsmethoden kennen. Durch die Mitarbeit in Forschungsprojekten arbeiten sich die Studenten erstmals in den Forschungsprozess ein. Am Ende eines Studiums stehen die Diplomprüfung (Bachelor-/Masterthesis) und die Erarbeitung einer ersten wissenschaftlichen Arbeit nach einem in der Prüfungsordnung vorgegebenen Zeitrahmen. Ein realer Forschungsprozess, an dessen Ende eine konkrete pflegewissenschaftliche Studie mit einem Erkenntnisgewinn für die Pflege stehen kann, unterscheidet sich nicht von dem Forschungsprozess in anderen Sozialwissenschaften.

Am Anfang der Forschung steht eine Frage, eine Vorstellung oder eine Vermutung über reale Sachverhalte, bezogen auf ein Pflegeproblem. Darauf folgt der Versuch einer theoretischen Erklärung in Form von Hypothesen oder Theorien. Die Pflegepraxis bietet vielfältige Erfahrungen, aus denen sich Forschungsprobleme ableiten lassen. Es kommt häufig vor, dass eine Pflegefachkraft ein bestimmtes Ereignis oder ein sich wiederholendes Geschehen beobachtet und wissen möchte, wie es dazu kommt und welche Beziehung das Ereignis zu anderen pflegerelevanten Faktoren hat.

Ein Beispiel soll dies erläutern. Eine Pflegefachkraft beobachtet, dass sich der Blutdruck bei Patienten ändert, abhängig von der Anzahl der Personen, die sich während der Blutdruckmessung bei dem Patienten aufhalten. Die Forschungsfrage könnte lauten: Unterscheidet sich der Blutdruck von Patienten bei einer Routinemessung, je nachdem, ob er bei der Messung mit einer Person, zwei

Personen oder mit einer Gruppe von drei oder mehr Personen kommuniziert hat? Oder die Beobachtung bezieht sich auf den Inhalt des Dialoges. Die Frage könnte dann lauten: Besteht eine Beziehung zwischen den im Gespräch besprochenen Themen und dem gemessenen Blutdruck?

Im ersten Schritt des Forschungsprozesses wird der Pflegeforscher dann in seiner Forschungsgruppe darlegen,

1. welchen spezifischen Problembereich er definiert hat.
2. ob er die relevante wissenschaftliche Literatur geprüft hat.
3. ob eine Bedeutung und Relevanz des Problems für die Pflege besteht.
4. ob die Erforschung des Problems mit den vorhandenen Mitteln überhaupt möglich ist.

2.3.1 Die Literaturrecherche

Im nächsten Schritt erfolgt eine umfassende und systematische Literaturrecherche. Die Literaturrecherche erfolgt heute mit Computer- Datenbanken. Wichtige Datenbanksysteme sind CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Carelit und MEDLINE. Das wichtigste und am häufigsten international benutzte Printverzeichnis für die Pflegeliteratur ist CINAHL, sie gibt die überwiegend aus dem englischsprachigen Raum erfasste Pflegeliteratur und aus angrenzenden Gebieten von 1956 bis heute wieder. Deutschsprachige Literatur ist weniger erfasst, allerdings gibt es auch nur sehr wenige hochwertige pflegewissenschaftliche Studien, die in deutscher Pflegefachliteratur veröffentlicht wurden. Die Informationsflut ist im Zeitalter des Internets so groß geworden, dass zu medizinischen und interdisziplinären Problemstellungen der Gesundheitsforschung sogenannte Metaanalysen erstellt werden. Dies sind in der Medizin und den Gesundheitswissenschaften die Cochrane Reviews. Das Deutsche Cochrane Zentrum ist dem Universitätsklinikum Freiburg angeschlossen und erfüllt die Aufgabe, Übersichtsarbeiten zu erstellen, zu aktualisieren und zu veröffentlichen.

Mit der Literaturrecherche stellen Pflegeforscher fest, was bereits über das Forschungsthema oder Pflegeproblem bekannt ist und was nicht. Sie deckt offene Fragen zu dem Thema auf. Sie erschließt traditionelle Wege zur Erforschung und Überprüfung der Fragestellung. Aufbauend auf den Stärken und Schwächen früherer Forschungsarbeiten, kann das Forschungsdesign entwickelt werden. Sie stellt aber auch die Notwendigkeit für Wiederholungen und Präzisierungen einer Studie fest.

2.3.2 Qualitative und quantitative Forschung

Wenn Forschungsfragen aus Pflegeproblemen extrahiert wurden, muss ein theoretischer Bezugsrahmen als Struktur für die Forschung erstellt werden. Die korrekte Anwendung von wissenschaftlichen Methoden und Statistik sind im nachfolgenden Forschungsprozess entscheidend für den Nutzen der Studien. Diese Arbeit im Forschungsprozess wird hier nur skizziert, da sie erst im Verlauf eines Studiums vollständig nachvollzogen und verstanden werden kann.

Das Interesse an Pflege-theorien ist groß, zumal der Gesetzgeber im Rahmen der Qualitätssicherung einfordert, dass Pflegefachkräfte ihre Pflegearbeit mit dem Instrument des Pflegeprozesses darlegen und in ein theoretisches Konzept einbinden können. Der theoretische Bezugsrahmen und die Komplexität der Fragestellung bestimmen die Untersuchungsform und legen fest, ob die Methodik der qualitativen oder der quantitativen Forschung zur Anwendung kommt.

Qualitative Forschung befasst sich mit vielschichtigeren Fragestellungen, die komplexere Beziehungen beleuchten als etwa den einfachen Zusammenhang zwischen Anwendung oder Dosierung eines Wirkstoffes in einer Pflegecreme, die beanspruchte Haut schützen soll. Es soll z.B. in einer Studie herausgefunden werden, wie sich bei Patienten mit Schlaganfall bestimmte Pflegeinterventionen besonders positiv auf ihre Lebensqualität auswirken. Da es zu viele Faktoren gibt, wie körperliche und psychische Aspekte, soziale Kontakte und kulturelle Interessen, die eine Rolle spielen

könnten, formuliert die Pflegeforschung hier noch keine eindeutigen Annahmen. Die Patienten werden mit Hilfe bestimmter Vorgehensweisen befragt, damit sie die relevanten Faktoren aufdecken und nicht relevante Faktoren beseitigt werden können. Anhand wissenschaftlicher Auswertungsmethoden werden dann die Antworten der Patienten analysiert. Diese Form der Wissenschaft gehört zur qualitativen Forschung. Qualitativ heißt, Daten zu gewinnen und auszuwerten, durch welche Eigenschaften, Merkmale, Beziehungen usw. beschrieben und interpretiert werden können, ohne Zahlen zu nennen. Ziel der qualitativen Forschung ist, einen komplexen Untersuchungsgegenstand besser zu verstehen und zum Kern der eigentlichen Fragestellung vorzudringen. Deshalb belegen qualitative Studien ihre Annahmen nicht mit Zahlen und ihre Interpretationen beziehen sich weniger auf die statistische Auswertung von Daten.

Wenn ein Pflegeproblem bereits konkreter erfasst werden kann und in der Fachliteratur entsprechende Veröffentlichungen über vermutete Zusammenhänge bzw. Gesetzmäßigkeiten vorliegen, dann können noch offenstehende Fragen mit der quantitativen Forschung untersucht werden. Dabei werden, ausgehend von bestehendem Wissen, Annahmen und konkrete Hypothesen formuliert und in der Realität überprüft. Quantitativ bedeutet, dass aussagefähige oder repräsentative Daten in Form von Zahlen vorliegen, die mit Hilfe statistischer Verfahren ausgewertet werden können.

Bei der qualitativen Forschung können umfangreiche Datenmengen anfallen. Die eigentliche Datenerhebung unterscheidet einen Vortest und die eigentliche Hauptuntersuchung. Die Datenanalyse setzt den Umgang mit statistischen Programmen voraus. Bei der Interpretation des Datenmaterials wird zuerst die Stichprobe beschrieben und wie die Daten erhoben wurden, danach erfolgen die Hypothesenprüfung und die abschließende Interpretation und Einbindung der Befunde in das bestehende theoretische Wissen.

Für Pflegefachkräfte relevant – unabhängig, ob es sich um eine qualitative oder quantitative Studie handelt – ist am Ende des Forschungsprozesses die Veröffentlichung der Studie. In Fachveröffentlichungen wird in einem Forschungsbericht das Forschungsergebnis dargestellt und die Ergebnisse werden bewertet. In Fachzeitschriften wird das Ergebnis der Studie einem breiten Fachpublikum vorgestellt. Bei entsprechender Resonanz finden die Studienergebnisse schließlich Eingang in die Lehrbücher für die grundlegenden Berufsausbildungen in der Pflege.

2.4 Resümee

Die Durchführung von Pflegeforschung ist von geringem Wert, solange die Ergebnisse nicht Eingang in die Praxis finden, um die Pflege der Patienten zu verbessern. Die Pflege lässt sich verbessern. Pflegeforschung ist heute Teil der Gesundheitswissenschaften. Auf Grund der geringen Anzahl der Pflegeforscher ist der Beitrag der Pflege in den Gesundheitswissenschaften bescheiden, im Vergleich zur Medizin oder Pharmazie. Aber die Pflege ist schon lange nicht mehr auf dem Stand, nur Pflegeforschung einzufordern. Pflegeforschung ist in der Gesundheitswissenschaft etabliert. Davon unabhängig ist allerdings die Frage, wie viele beruflich Pflegenden ein Hochschulstudium benötigen und wie viele sich zukünftig an einer Hochschule ausbilden lassen. Das wird entscheidend beeinflusst werden vom professionellen Verständnis der gesamten Berufsgruppe und dem Einfluss, den die Berufsgruppe auf die Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik nimmt.



Leseprobe