

Pflegediagnosen: Instrumente zur Professionalisierung der Pflege

Ulrike Höhmann

Die mit dem Begriff Pflegediagnose titulierte Bestimmung der Pflegebedürfnisse setzt sich immer stärker durch. So wird die Erstellung von Pflegediagnosen z.B. im österreichischen Gesetz für die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe von 1997 als eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege explizit benannt (§ 14 Abs. 2). Der vorliegende Beitrag, der auf einem im Mai 1998 beim 12. Österreichischen Krankenpflegekongress in Bregenz gehaltenen Referat basiert, stellt die Frage nach der Bedeutung von Pflegediagnosen für den Professionalisierungsprozeß der Pflege.

Übersicht

- Was soll „größere Professionalisierung“ der Pflege heißen?
- Zum Begriff der „Diagnose“?
- Pflegediagnosen
- Was leisten Pflegediagnosen im Hinblick auf eine größere Professionalisierung der Pflege?

Was soll „größere Professionalisierung“ der Pflege heißen?

Ich beginne mit der Frage, was denn eigentlich mehr oder größere Professionalität der Pflege heißen soll? Im Rahmen klassischer Professionstheorien werden Juristen, Mediziner, Theologen, und je nach Blickrichtung auch Naturwissenschaftler als hochprofessionalisierte Berufe angesehen (Beck u.a. 1980, Haug 1995, Weidner 1995).

Folgende Merkmale sind für den hiesigen Diskussionszusammenhang wichtig (es gibt noch eine Reihe weiterer Kriterien, die sich für unsere Fragestellung jedoch auf die hier genannten Prinzipien zurückführen lassen):

1. Eine lange akademische Ausbildung ermöglicht die Definition eines eigenen wissenschaftlichen Kerns auf der Grundlage eines komplexen theoretischen Wissenskörpers. Der Umgang mit spezialisierten Theorien und Techniken wird zum Abgrenzungskriterium zu anderen Professionen und dient damit dem Monopolisieren des eigenen Expertentums. Eine Lizenz

trennt die Professionellen von den Nicht-Mitgliedern und garantiert das eigene Tätigkeitsmonopol.

2. Professionen verfügen über monopolisierte Privilegien, die oft damit gerechtfertigt werden, daß die Ausübung des Berufes nicht im Eigeninteresse geschieht, sondern Bezug nimmt auf den Dienst am Gemeinwohl. Das Allgemeinwohl unterliegt jedoch der konstanten Gefahr, durch die unsachgemäße Ausführung dieser Tätigkeiten beschädigt zu werden. Um diesen potentiellen Schaden zu verhindern, besteht die Notwendigkeit weitreichender professioneller Selbstregulation, die der Staat den Professionsmitgliedern auch weitgehend übergibt. So sind Professionen mit Autonomie und hohem Prestige ausgestattet, haben handlungswirksame Standesregeln entwickelt und bestimmen in vielen Fällen sogar ihre Abrechnungsmodalitäten selbst.
3. Professionen verfügen über ein kollegiales, weitgehend solidarisches Binnenverhältnis (Symbol ist oft eine starke Berufsvertretung), das nach innen ein Elitegefühl und nach außen hohe Durchsetzungspotentiale erzeugt, so daß die einzelnen Mitglieder von außen nur schwer auseinanderdividiert werden können.

In Weiterführung dieser klassisch professionstheoretischen Diskussion gehören in Anlehnung an Etzioni (1969) die Berufe der Lehrer, Kran-

kenschwestern, Sozialarbeiter zu den sogenannten „*semi-professions*“. Sie können den genannten Kriterien nicht vollständig genügen, weil gemeinhin ihre Ausbildung kürzer, ihr Status geringer, ihr Recht auf privilegierte Kommunikation weniger etabliert sind; sie haben kein eigenes Standesgericht, ihre Tätigkeiten beruhen auf weniger spezialisiertem Wissen und aufgrund rechtlicher und finanzieller Regelungen verfügen sie über eine nur geringe Berufsautonomie. In der Folge können sie kein gesellschaftlich wirksames Interpretationsmonopol für ihre Kompetenzen durchsetzen – weder gegenüber den konkurrierenden Professionen noch gegenüber den Laien.

Soweit die kurze Darstellung der für uns hier wichtigsten Prinzipien klassischer professionstheoretischer Argumente. Diese Konzepte fragen im Hinblick auf einen Professionalisierungsprozeß also besonders nach „strukturellen Machtelementen“, die es einer Berufsgruppe auf unterschiedlichen Ebenen ermöglichen, ein gesellschaftlich akzeptiertes Tätigkeits- und Deutungsmonopol handlungswirksam durchzusetzen und festzuschreiben.

Im Unterschied zu dieser eher klassisch, gesellschaftstheoretisch argumentierenden Sichtweise, stellen die eher handlungstheoretisch argumentierenden Professionalisierungskonzepte die konkreten Interaktionen zwischen Klienten/Betroffenen/Patienten und den Professionellen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Sie set-

zen an der Frage an, durch welche Elemente gerade in den Humandienstleistungsberufen, zu denen die Pflege zu rechnen ist, professionelles Alltagshandeln gekennzeichnet ist. Oevermann (1978), als ein Vertreter eines sogenannten handlungstheoretischen Professionalisierungsansatzes, nennt in diesem Zusammenhang folgende Aspekte, die im Humandienstleistungsbereich als zentral für professionelles Handeln gelten müssen:

1. Es gibt eine widersprüchliche Einheit aus wissenschaftlich begründbarer allgemeingültiger Regelanwendung und jeweils individuellem Fallverstehen. Im Berufsalltag heißt dies konkret, professionelles Handeln bedeutet immer eine Gratwanderung zwischen der Anwendung fachinhaltlich pflegerisch-medizinischen Regelwissens (was das „Richtige“ für den Patient, z.B. Diät zu halten) und der Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten, die ein Relativieren der Regelanwendungen erfordert. Die Anwendung professionellen Wissens ist hier immer ein im Einzelfall ausgehandelter Prozeß.
2. Die eigentliche Intervention und die vorhergehende Begründungssituationen (die Diagnostik) sind nicht immer klar voneinander getrennt. Gerade im Gesundheitsbereich muß zum Teil unter akutem Interventionsdruck gehandelt werden, ohne daß vorher der exakte wissenschaftliche Begründungszusammenhang für alle Eingriffe hat hergestellt werden können (z.B. bei Notfall- oder komatösen Patienten). Dies kann oft erst im nachhinein geschehen, wenn überhaupt.

Mit diesen beiden Punkten eng im Zusammenhang stehen die beiden nächsten wichtigen Merkmale professionellen Handelns:

3. Professionalität bedeutet die Achtung der Autonomie der Lebenspraxis der Betroffenen durch die Professionellen, und
4. es liegen keine vollständigen Handlungsstandards vor. Dies schließt sich logisch mit der Forderung nach einem konsequent fallbezogenen Handeln aus.

Diese für den vorliegenden Argumentationszusammenhang wichtigen Merkmale handlungstheoretischer Professionalisierungskonzepte betonen also die interaktionsbezogene Perspektive bei der Frage nach der Bedeutung von Pflegediagnosen für eine größerer Professionalisierung der Pflege. Unter diesem Blickwinkel können wir uns fragen, ob Pflegediagnosen uns helfen, dieses Professionalisierungsziel, eines reflexiven, fachlich begründeten, jedoch patientenbezogen flexiblen Umgangs besser als bisher zu erreichen. Zur Beschäftigung mit dieser Frage, gehe ich kurz auf die Architektur und Geltungsansprüche von Pflegediagnosen ein.

Zum Begriff der „Diagnose“

Der Begriff „Diagnose“ taucht in unterschiedlichen Zusammenhängen auf: der „Friseur diagnostiziert die Neigung zu schnell fettendem Haar“ und „brüchigen Nägeln“, der Schreiner „Holzwurmbefall“ einer antiken Truhe und der Arzt den „Herzinfarkt“ eines beleibten und gestreßten Managers und die professionell Pflegenden „chronisches Harnverhalten“.

Der Begriff der „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Entscheidung, richterliches Urteil“, als Verb, „genau erkennen“. Im Deutschen benutzen wir den Begriff, um kennzeichnende Merkmale eines Zustandes (gewöhnlich eines gesundheitlichen) festzustellen, mit dem Ziel, das richtige Behandlungs- oder Heilverfahren zu ermitteln (Höhmman 1995).

Damit ist eine Diagnose also ein zusammenfassendes Konstrukt (z.B. „Harnverhalten, chronisch“), mit dem verschiedene Merkmale bzw. Zeichen (signs) und Symptome (symptoms) zu einem Ganzen geordnet werden. Dabei beziehen sich die *symptoms* [1] auf die vom Patienten geäußerten subjektiven Beschwerden, wie zum Beispiel „das Gefühl einer schmerzhaft gefüllten Blase“ und die *signs*, auf die eher „objektiven Parameter“ wie z.B. „der Menge an Restharn“ oder „eine meßbar überdehnte Blase“.

Die Zeichen und Symptome sind also die Form, in der sich uns eine Krankheit oder ein pflegerelevanter

Folgezustand präsentiert und damit in ihrer Summe Indikatoren für deren Vorliegen. Eine Diagnosestellung „Brustfellentzündung“ oder „chronisches Harnverhalten“ ist also eine Verstandestätigkeit (Üexküll 1996: 301), mit der die unterschiedlichen Merkmale und Symptome geordnet und gebündelt werden und zwar mit dem Ziel, eine Krankheit oder einen pflegerelevanten Zustand als komplexes Ganzes zu entdecken und zu beschreiben.

Das ist nicht so eindeutig und unproblematisch, wie es auf den ersten Blick scheint: Erinnern wir uns an die Übersetzung des Begriffs „Diagnose“, d.h. an den Verweis auf den Bedeutungsteil „Entscheidung“, der in jeder Diagnose steckt. Damit wird auf die Freiheitsgrade bei der Bestimmung einer „Diagnose“ hingewiesen, d.h. darauf, daß wir immer eine bestimmte Zuordnungssystematik (=Krankheitsverständnis) zugrunde legen, aufgrund derer die wahrgenommene Bündelung von Merkmalen und Symptomen ihre Bedeutung als Ganzes erhalten. Das ist in der Medizin die Nosologie, also das Ordnungssystem der Krankheiten, das sich in der Medizin zwar durchgesetzt hat, aber längst nicht unstrittig ist. Die Bedeutung, die bestimmten Zeichen und Symptomen in der Schulmedizin zugeschrieben werden, z.B. chronische Entzündungszeichen und darauf bezogene Handlungskonzepte (wie etwa die Gabe von Antibiotika), sind durchaus andere als die der Psychosomatik. Dort wird nämlich eine chronische Entzündung ganz anders gedeutet – und zwar sowohl in ihren Entstehungszusammenhängen als auch in den daraus abzuleitenden Interventionen.

Festzuhalten ist, daß einer Diagnose immer ein Interpretationsvorgang vorausgeht, in dessen Verlauf sich ein komplexer Ordnungs- und Suchprozeß abspielt. Unser schulmedizinisches (oder alternativ dazu ein eher psychosomatisch) orientiertes Krankheitsverständnis kann in diesem Prozeß jeweils als ein *übergeordnetes Interpretationsmodell* aufgefaßt werden. Beispiele aus der Ethnomedizin zeigen, daß gleiche Merkmale und Symptome zu durchaus unterschiedlichen Diagnosen führen können. Die amerikanische Wissenschaftsjournalistin Lynn Payer (1993) demonstriert

kulturelle Bedingtheit der Nosologie und der Ordnungsversuche (bzw. der Clusterung einzelner Merkmale und Symptome zu einem Krankheits-/Zustandsnamen) exemplarisch anhand eines Ländervergleichs zwischen England, Frankreich, Deutschland und den USA. Sie zeigt, wie ähnliche Merkmale und Symptome der Abgeschlagenheit in Deutschland eher den Herzkrankheiten, in Frankreich den Leberkrankheiten und bei den Amerikanern eher den Virusinfektionen zugerechnet und entsprechend unterschiedlich behandelt werden – übrigens mit jeweils ähnlichem Erfolg.

Daß auch einer scheinbar trivialen und eindeutigen Diagnosestellung dennoch tieferliegende Entscheidungsprozesse zugrunde liegen, sollte anhand dieser Beispiele deutlich geworden sein. Der Diagnosebegriff (z.B. „Harnverhalten, chronisch“) nimmt Bezug auf drei Ebenen:

1. Er liefert immer direkte oder indirekte Anhaltspunkte über mögliche Ursachen des Zustandsbildes, z. B. „Verlegung eines Herzkranzgefäßes infolge lebensstilbegünstigter Gefäßwandschäden“ (hoher urethraler Druck, verursacht durch einen schwachen Detrusor Muskel).
2. Er liefert eine Beschreibung des aktuellen Zustandes eines Patienten, mit der alle Berufsangehörigen etwas anfangen können, die von allen ähnlich verstanden wird, (als Zustand, in dem der Mensch eine unvollständige Entleerung der Blase erlebt).
3. Aus ihm werden professionelle Maßnahmen abgeleitet. Bei der Pflegediagnose „Harnverhalten, chronisch“ z.B. die Überprüfung der Trinkmenge oder der möglichen Nebenwirkungen von Medikamenten.

In den zugrundeliegenden Zuordnungsmodellen werden Weltbilder, Wissenschafts- und Krankheitsverständnisse sowie Urteile über Normwerte auch sehr komplexer Zusammenhänge transportiert. Bei klaren somatischen Diagnosen erscheint dies oft unproblematisch. Wie fragil ein solcher Interpretations- und Entscheidungsvorgang aber sein kann, wird

insbesondere bei psychosozialen Diagnosen deutlich, wie z.B. der des „unangemessenen Trauerns“ (NANDA).

Trotz der impliziten Wertentscheidungen, die mit jeder Diagnosestellung einhergehen, stellt diese dennoch zweifelsohne ein recht praktisches und wirksames professionelles Verständigungs- und Interpretationsinstrument dar. Zusammenfassend läßt sich die Bedeutung von Diagnosestellungen in vier zentralen Punkten beschreiben:

- Diagnosen stellen den professionellen Zuständigkeitsbereich nach außen zu Kostenträgern, anderen Professionen und Laien dar, aber auch nach innen zu den eigenen Professionsmitgliedern.
- Diagnosen stellen ein Medium der Kommunikation und Handlungsabstimmung zwischen den Professionellen untereinander sowie den Professionellen und den Betroffenen dar.
- Diagnosen sollen in undurchsichtigen Situationen Orientierung geben, um angemessene therapeutische Interventionen abzuleiten. Ruft z.B. die Friseurin dem Lehrmädchen die Diagnose „Spliss“ zu, dann weiß es automatisch, mit welchem Shampoo und mit welcher Spülung es zum Haarewaschen kommen soll, oder wenn bei der Einlieferung eines Notfallpatienten „Herzinfarkt“ gerufen wird, wissen die Ärzte, Schwestern und Pfleger sofort, was in welcher Reihenfolge zu tun ist.
- Diagnosen erzeugen aber auch Beruhigung und Sicherheit bei den Professionellen und den Betroffenen; denn die diagnostische Etikettierung hat allein schon therapeutische Wirkung. Der Name der Diagnose hat die Macht, Angst zu bannen. Wobei freilich mit der Diagnosestellung keineswegs immer entsprechende Heilungsmöglichkeiten einhergehen.[2]

Die bisher aufgezeigten Charakteristika von Diagnosen machen deutlich, daß sie sich aus ihrer innewohnenden Logik heraus ausgezeichnet dafür eignen, im Sinne der klassischen

Professionstheorien professionelle Deutungsmacht zu demonstrieren.

Um die zweite handlungstheoretische Professionalisierungsperspektive diskutieren zu können, also den Nutzen von Pflegediagnosen für eine fachlich fundiertere und flexiblere Interaktionskompetenz der Professionellen, gehe ich nun auf den Aufbau von Pflegediagnosen ein und auf ihren Geltungsanspruch im Rahmen des gesamten Pflegeprozesses. Ich konzentriere mich dabei auf die zur Zeit am weitesten verbreiteten Diagnosen der Nordamerikanischen Pflegediagnosenvereinigung (NANDA) und der Diagnosen von Gordon.[3]

Pflegediagnosen

Der Begriff „Pflegediagnosen“ tauchte 1953 erstmalig in der US-amerikanischen Literatur auf. Pflegediagnosen wurden dort als begriffliches Klassifikationssystem eingeführt, das den Wissenskörper der Pflege umschreiben soll. Es ist nicht statisch abgeschlossen, sondern muß kontinuierlich erweitert und präzisiert werden.

Definition und Nutzen der Pflegediagnosen

Hier beziehe ich mich auf zentrale Gemeinsamkeiten der mittlerweile sehr vielschichtigen unterschiedlichen Begriffsdefinitionen. Danach beschreiben und benennen Pflegediagnosen – in einer einheitlichen Sprache – gesundheitliche Zustände, die durch professionelle Pflege behandelt werden. Sie liefern im Rahmen des Pflegeprozesses den Fokus für die Planung und Evaluation der Pflege. Sie bilden den Maßstab für das erwünschte pflegerische Resultat. Sie beschreiben nicht alle Tätigkeiten der Pflege, sondern nur den Teil, für den die Pflege selbst die notwendigen Ausgangsinformationen sammeln kann, der also hauptsächlich durch pflegerische Interventionen behandelbar ist, für dessen Untersuchung, Verhütung, Erkennung und Ergebnis beim Patienten die Pflege verantwortlich ist und dazu das notwendige Fachwissen erworben hat.

Mit Pflegediagnosen läßt sich so im Geflecht der Aufgaben aller Gesund-

heitsberufe der eigenverantwortliche Anteil der Pflege definieren (Gordon 1994). Das eigentlich Revolutionäre am Einsatz von Pflegediagnosen ist damit, daß mit ihrer Hilfe die Pflege selbstverantwortete Entscheidungen und Urteile über Gesundheitszustände formulieren und auf dieser Grundlage Interventionen planen und durchführen kann. Die der Logik der Diagnosestellung innewohnende Deutungsmacht, also die Definitionsmacht des eigenen Urteils, ist das Besondere, das durch eine Diagnosestellung erreicht wird. Die Krankenschwester begnügt sich nun nicht mehr mit der Aussage „die Urinausscheidung scheint gestört zu sein“ und der Arzt tut das seine, um auf dieser Basis eine Diagnose zu sichern, sondern die Pflege formuliert eigenverantwortlich das Urteil „die Urinausscheidung ist gestört“ und bekommt damit eigene professionelle Urteilsmacht.

Deshalb wurde in den USA die Arbeit mit dem Begriffssystem der Pflegediagnosen von Beginn an wirkungsvoll als Professionalisierungsinstrument eingesetzt, ganz in Einklang mit klassischen Professionalisierungskonzepten.

Wie sind Pflegediagnosen aufgebaut?

Pflegediagnosen sind im Prinzip nach einem Baukastensystem strukturiert. Die einzelnen Zuständigkeitsbereiche der Pflege sind jeweils unter begrifflichen Ordnungsdimensionen bzw. Oberkategorien zusammengefaßt. Diese unterscheiden sich jedoch je nach Pflegediagnosemodell und weisen damit auf unterschiedliche implizite Verständnisse von Zuständigkeitsgebieten, Rollen- und Krankheitsverständnissen hin. Die NANDA hat zur Zeit neun „Human Response Patterns“ entwickelt, bei Gordon finden sich elf „Functional Health Patterns“ (Abb. 1).

Den in Abb. 1 dargestellten Oberkategorien von Gordon bzw. NANDA werden jeweils über hundert Pflegediagnosentitel zugeordnet – dies sind die eigentlichen Pflegediagnosen. Das folgende Beispiel zeigt die Pflegediagnosentitel des Verhaltensmusters „Rolle und Beziehung“ bei Gordon (1994). Die jeweils kursiv gedruckten Titel sind auch von der NANDA anerkannt worden.

Abb. 1: Vergleich der Ordnungsdimensionen von Pflegediagnosen in den Klassifikationen von Gordon und NANDA

11 functional health patterns (Gordon)	9 human response patterns (NANDA)
Ernährung und Stoffwechsel	Austauschen
Ausscheiden	
Aktivität und körperliche Bewegung	Sich bewegen
Schlafen und Ruhe	
Kognition und Perzeption	Wissen
Selbstwahrnehmung und Selbstkonzept	Wahrnehmen
Wahrnehmung und Umgang mit der eigenen Gesundheit	
Rolle und Beziehungen	In Beziehung treten
	Kommunizieren
	Wählen
	Fühlen
Sexualität und Reproduktion	
Streßbewältigung (Coping) und Streßtoleranz	
Werte und Überzeugungen	Wertschätzen

Nach Georg/Löhr-Stankowski 1995

Abb. 2: Diagnosetitel des Verhaltensmusters „Rolle und Beziehung“ nach Gordon

- | | |
|---|--|
| – Abhängigkeits- bzw. Unabhängigkeitskonflikt, ungelöst | – Soziale Isolation |
| – <i>Elternrollenkonflikt</i> | – <i>Soziale Isolation oder soziale Ablehnung</i> |
| – Elterliche Fürsorge, verändert | – <i>Trauern, vorwegnehmend</i> |
| – <i>Elterliche Fürsorge, verändert, Gefahr</i> | – <i>Trauern, fehlgeleitet</i> |
| – Eltern-Kind-Trennung | – Verbale Kommunikation, beeinträchtigt |
| – <i>Familienprozesse, verändert</i> | – Wachstum und Entwicklung verändert: soziale Fähigkeiten (spezifiziere) |
| – Mutter-Kind-Bindung oder Eltern-Kind-Bindung, schwach | – Wachstum und Entwicklung verändert: kommunikative Fähigkeiten (spezifiziere) |
| – <i>Verlegungsstreßsyndrom</i> oder Relokationssyndrom | – <i>Gewalttätigkeit, Gefahr</i> |
| – <i>Rollenausübung, gestört</i> | |
| – <i>Rollenbelastung pflegender Angehörigen/Laien</i> | |
| – <i>Rollenbelastung pflegender Angehörigen/Laien, Gefahr</i> | |

Jede Diagnose ist nach der gleichen Systematik aufgebaut. Zuoberst steht die Definition. Dann werden bei der NANDA Merkmale (signs und symptoms) und bei Gordon Kennzeichen (Zeichen und Symptome) angegeben, die jeweils als definierende Merkmale zu einem Diagnosetitel zusammengefaßt werden. Darüber hinaus werden

jeweils ätiologische Faktoren formuliert. Die NANDA Klassifikation geht dann noch weiter. Es werden sowohl Pflegeziele und damit auch konkrete Kriterien zur Evaluation vorgelegt wie auch Maßnahmen zugeordnet und Pflegeprioritäten festgelegt. Das heißt, hier werden die auf die Diagnosestellung folgenden Schritte des Pflege-

geprozesses, die „Zielfestlegung“, „Maßnahmenplanung und „Evaluation“, gleich inhaltlich und normativ aus einer Diagnose abgeleitet. Das Vorgehen und die einzuleitenden Handlungsprioritäten sind nach einem bestimmten Krankheitsverständnis gleichsam patientenunabhängig standardisiert. Es gibt hier ebenfalls Interventionsklassifizierungen, die den einzelnen Diagnostikern zuzuordnen sein sollen. Das System von Gordon legt die zuletzt genannten Schritte nicht explizit fest, sondern überläßt deren Ausgestaltung der individuellen Kompetenz der Pflegenden und dem Aushandlungsergebnis mit dem Betroffenen, obwohl natürlich auch hier deutliche Normvorgaben zu finden und prinzipiell standardisierte Interventionszuordnungen denkbar sind.

Erweiterungen dieser Systematik, wie „Wellness-Diagnosen“, „Syndromdiagnosen“ und „Hochrisikodiagnosen“ zeigen, daß inzwischen der Versuch unternommen wird, ein anderes Krankheits/Gesundheitskonzept zu integrieren und eine den Diagnosen innewohnende, fragmentarische Sicht der Symptom/Merkmalzuordnung zu Diagnostikern zu überwinden.

Dennoch tritt der Anspruch auf eine mit der Diagnosestellung festgelegte inhaltliche Ausgestaltung des Pflegeprozesses deutlich hervor. Wenn wir uns diesen Anspruch vor Augen halten, werden die unmittelbaren Übertragungsschwierigkeiten der NANDA Diagnosen von einem Kulturkreis auf den anderen deutlich. Dies nicht nur wegen der unterschiedlichen rechtlichen Zuständigkeiten der Pflege, sondern ebenfalls wegen der zugrundeliegenden Normvorstellungen über Gesundheit und Krankheit, die gerade im Bereich der Beurteilung von Folgewirkungen einer Krankheit, worum es bei Pflegediagnosen ja eigentlich geht, höchst problematisch zu sein scheinen. Dies wird vor allem im psychosozialen Bereich deutlich.

Im Verlauf des diagnostischen Prozesses (Informationssammlung, Informationsanalyse und -interpretation, Hypothesenbildung, Festlegen und Überprüfen der Diagnose) gilt es zu beachten, daß die folgenden Einfluß-

faktoren von besonderer Bedeutung sind:

- der situative Kontext (das heißt, ist es überhaupt gelungen, eine Gesprächssituation herzustellen)
- das Fachwissen des Diagnostikers (kennt er oder sie überhaupt alle wichtigen Zusammenhänge und kann er auch nonverbal vermittelte Zusammenhänge patientenbezogen erkennen)
- die soziale, kommunikative und Wahrnehmungskompetenz des Diagnostikers (kann er auch in schwierigen Situationen zu validen Ergebnissen kommen)
- die Qualität der Informationen (das meint die Deutlichkeit bzw. Eindeutigkeit der Symptome sowie die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit).

Zentral ist in jedem Fall die Einbeziehung der Selbsteurteilungen des Patienten; denn die einmal formulierte Diagnose stellt den Ausgangspunkt der Interventionen und den Maßstab der Wirksamkeitsüberprüfungen dar. Notwendige Compliance des Patienten kann nur auf dem Boden eines gemeinsamen Situationsverständnisses zwischen den Betroffenen und Professionellen erwartet werden.

Hier ist es ebenfalls erforderlich, sich des immer nur vorläufigen Charakters von Diagnosen bewußt zu sein, und sich nicht aufgrund eigenen oder vom Patienten geforderten Sicherheitsbestrebens zu einer statischen Sicht der Diagnose verleiten lassen; sich also in vermeintlicher Sicherheit zu wiegen, weil man nun einen ordnenden Namen für unterschiedliche Phänomene gefunden hat und damit professionelle Zuständigkeiten definiert sind und Handlungsrouninen Entlastung von weiterer Unsicherheit schaffen können. Eine Diagnosestellung ist hingegen, wie immer wieder im psychosomatischen Krankheitsverständnis betont, ein nie endender Such- und Überprüfungsprozeß, der mit dem Patienten gemeinsam geleistet werden muß. Dazu sind regelmäßige Rückkopplungsgespräche mit dem Patienten und evtl. seiner Angehörigen sowie anderen Berufsgruppen, ebenso wie weitere professionelle Wachsamkeit zur erneuten Vali-

dation des Wahrgenommenen unbedingt erforderlich.

Im Zusammenhang mit dem hier beschriebenen unmittelbaren Prozeß der Diagnosestellung möchte ich auf eine zentrale Begrenzung der Pflegediagnosen hinweisen. Sie erlauben noch keine Aussagen über die gesundheitliche Gesamtsituation des Patienten! Dies wird sofort deutlich, wenn wir aufgrund des eigenen Pflegeverständnisses uns nicht sofort der den NANDA Diagnosen innewohnenden Logik zur Standardisierung unseres Pflegevorgehens anschließen, sondern fallbezogene Prioritäten setzen und Interventionen planen wollen. Eine interpretative Gesamtschau der Bedeutung der Einzeldiagnosen muß also aus außerhalb ihrer selbst liegenden theoretischen Gebäuden entnommen werden, nämlich unserem pflegetheoretischen Vorverständnis. Anhand dessen und in Abstimmung mit dem Patienten wird darüber entschieden, inwieweit es sich bei einem anhand von Einzeldiagnosen beschriebenen gesundheitlichen Zustand um ein zentrales Selbstpflegedefizit, um unbefriedigte Bedürfnisse oder eine gestörte Anpassung an die eigene Lebensumwelt handelt und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind.

Dieser Anforderung muß sich die Medizin ebenso stellen, wie am Beispiel der Unterschiede zwischen Psychosomatik und schulmedizinischer Sichtweise deutlich wurde. Wir sehen auch am Beispiel der Medizin, wie selten das geschieht, weil gemeinhin in der Alltagsroutine diagnostische Entscheidungen selten im Hinblick auf das unterliegende Krankheitsverständnis geprüft werden. Vor allem dann erscheint es unnötig, wenn eindeutige vitale Prioritäten anstehen. Ein sich zunehmend veränderndes Krankheitspanorama wird jedoch unser zuweilen jetzt schon wahrnehmbares Unbehagen an medizinischem Reduktionismus verstärken und uns deutlich vor Augen führen, daß in den üblichen Alltagsroutinen der Forderung nach einer wertbezogenen theoretischer Einordnung zu selten nachgekommen wird. Wir alle wissen aus eigenen Erfahrungen, daß die Integration der diagnostizierten Einzelzustände zu einer Gesamtbedeutung für den Patienten nur unter Berücksichti-

gung seines individuellen Lebenskontextes möglich ist.

Die Pflege steht nun vor der Chance, diese Defizite medizinischer Alltagsroutinen nicht zu wiederholen. Wichtig erscheint die Forderung nach einer mit dem Patienten abgestimmten Gesamtinterpretation des Gesundheitszustandes, vor allem auch bei Patienten, die von unterschiedlichen Berufsgruppen betreut werden. Diese müssen lernen, ihre interpretativen Entscheidungen, diagnostische Namengebungen und daraus abgeleitete Handlungsrountinen explizit zu machen, um sicherzustellen, daß sie sich nicht an konzeptionell gegenläufigen Modellen orientieren und so eher gegeneinander arbeiten.

Was leisten Pflegediagnosen im Hinblick auf eine größere Professionalisierung der Pflege?

Ich möchte hier keine neuen Aspekte mehr benennen, sondern die Konsequenzen aus dem bisher Gesagten zusammenfassen.

Im Rahmen der klassischen professionstheoretischen Vorstellungen bieten Pflegediagnosen mehrere Ansatzpunkte zur Unterstützung der Professionalisierung der Pflege:

1. sie erlauben eine eigene Definition der Zuständigkeitsbereiche und damit einen ersten Ansatzpunkt zur Sicherung monopolistischer Privilegien einer Berufsgruppe,
2. sie sind Ausdruck selbstverantworteter Urteile/Interpretationen und stärken so die inhaltliche Definitionsmacht der Berufsgruppe,
3. der Umgang mit ihnen setzt eine inhaltlich anspruchsvolle, längere theoriebezogene Ausbildung voraus, in der ein zentraler Teil des Wissenskörpers einer Berufsgruppe vermittelt wird.

Unter stärker handlungstheoretischen Professionalisierungskriterien muß allerdings die Frage gestellt werden, ob ihre Anwendung

1. ausreichende Flexibilität im Umgang mit der Individualität des Patienten ermöglicht (unter Abwägung des jeweils erworbenen Regelwissens),
2. ob die Pflege sich der den Diagnosen unterliegenden Normvorstellungen gesundheitlicher Zustandsbewertungen bewußt wird und sich entscheidet, sich dieser weitgehend schulmedizinisch bestimmten Nosologie anzuschließen oder nicht, und
3. ob die Pflege es schafft, aus Einzeldiagnosen unter Einbezug der Selbstdeutungen der Patienten eine umfassende Interpretation des Krankseins eines Menschen zu synthetisieren.

Die hier genannten Chancen zur Machtgewinnung, aber auch die Vermeidung disfunktionaler Auswirkungen auf den Patienten wird nur gelingen, wenn die Berufsgruppe eine konsequente Diskussion um die Konsequenzen unterschiedlicher pfegetheoretischer Verortungen führt. Erst auf dem Boden eines theoretischen und explizit formulierten Krankheitsverständnisses wird es möglich sein, der Gefahr reduktionistischer Interpretations- und Handlungsrountinen zu entkommen. Additiv aufgelistete Diagnosen nützen dem Patienten in der Regel wenig, und außer in unmittelbar vital bedrohlichen Situationen nützen ihm ebenfalls vorgegebene Interventionsprioritäten kaum. Zum Erkennen der Bedeutung des Krankseins für einen Patienten (nicht nur seiner addierten, einheitlich benannten Normabweichungen), ist eine integrative Diagnostik erforderlich, die auf dem Boden eines ausgewiesenen theoretischen Wissenskörpers einer Berufsgruppe den Menschen als biopsychosoziale Einheit mit spirituellen Bedürfnissen begreift. Erst wenn diese Bedingungen zusammentreffen, kann in meinem Verständnis eine positive Professionswirkung vom Einsatz von Pflegediagnosen ausgehen. Erst dann können wir in der Pflege der in der Medizin oft so unangenehm erlebten Praxis entgegen.

Prof. Ulrike Höhmann M.A.

Evangel. Fachhochschule Darmstadt
Zweifalltorweg 12, 64293 Darmstadt

Anmerkungen

- [1] Ich benutze hier die englischen Begriffe, weil uns im Deutschen – sicherlich gepaart mit einem anderen Medizinverständnis – diese Art der Perspektivenunterscheidung nicht so gebräuchlich ist.
- [2] Von daher werden Diagnosen oft fälschlich als Berechtigung angesehen, weitere Beobachtungs- und Suchprozesse einzustellen (Üexküll & Wesiack 1991: 543 f.). Darüber hinaus verweisen Üexküll & Wesiack, zwei Vertreter der psychosomatischen Medizin, in Anlehnung an Balint auf ein den meisten somatischen Diagnosen zugrundeliegendes reduktionistisches Krankheitsverständnis. Sie problematisieren insbesondere die Fragmentierungsprozesse, die bei einer üblichen Diagnosestellung stattfinden.
- [3] Es sprengt leider den hiesigen Rahmen darüber hinaus auf das ICN-Projekt der Entwicklung einer Internationalen Klassifikation der Pflegephänomene, Interventionen und Ergebnisse oder auf aktuelle länderspezifische Entwicklungen (wie in der Schweiz, oder Dänemark) einzugehen.

Literatur

Beck, U.; Brater, U.; Daheim, H.-J. (1980): Soziologie der Arbeit und Berufe. Rowohlt, Reinbek

Doenges M.; Moorhouse, M. F. (1994): Pflegediagnosen und Maßnahmen. Huber, Bern

Etzioni, A. (Hrsg.) (1969): The semi-professions and their organisation – teachers, nurses, social workers. Free Press, New York.

Gordon, M. (1994): Nursing Diagnosis Process and Application. Mosby, St. Louis; Gordon, M. (1994) Pflegediagnosen. Ullstein Mosby, Berlin/Wiesbaden. Englische Originalausgabe: Nursing Diagnosis – Process and application. McGraw Hill, New York 1987, 3. Auflage Mosby, St. Louis/Baltimore etc. 1994

Haug, K. (1995): Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegekräften in deutschen und englischen Krankenhäusern. Hartung-Gorre, Konstanz

Höhmann, U. (1995): Pflegediagnosen, Herausforderung oder Irrweg? In: Höhmann U. (Hrsg.) Pflegediagnosen. DBfK Verlag, Eschborn

Oevermann, U. (1978): Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz: einige Überlegungen zu Folgeproblemen der Einrihtung berufsorientierter Studiengänge für Soziologen und Politologen. Manuskript. Frankfurt

Payer, L. (1995): Andere Länder, andere Leiden. Campus, Frankfurt

Uexküll, T. v. (1996): Psychosomatische Medizin. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore

Uexküll, T. v.; Wesiack, W. (1991): Theorie der Humanmedizin. Urban & Schwarzenberg, München/Wien/Baltimore

Weidner, F. (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Mabuse, Frankfurt