

Perspektiven der Verankerung eines reformulierten Pflegebegriffs im Sozialversicherungssystem

Cornelia Michalke

In diesem Beitrag wird der Pflegebegriff und die Disziplin „Pflege“ aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Dabei werden erste Überlegungen zur zukünftigen Verankerung der Disziplin im Gesundheitswesen und Sozialversicherungssystem zur Diskussion gestellt.

Inhaltsübersicht

- Einleitung
- Die terminologisch-semantische Perspektive: Der Begriff „Pflege“ als Zustand, Vorgang, Handlung und Disziplin
- Die inhaltliche Perspektive: Zur Bedeutung des pflegerischen Problemlösungsprozesses
- Die rechtliche Perspektive
- Die qualifikatorische Perspektive: Laienpflege versus Pflegekunde – Alltagswissen versus Fachwissen
- Zusammenfassung

Einleitung

Eine Neuordnung der im Sozialversicherungssystem fest verankerten Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ darf die gesellschaftliche Realität mit ihren Gesetzen nicht außer Acht lassen. So geht eine Reformulierung des Pflegebegriffs durchaus mit Gefahren einher, die bei allen Überlegungen zu bedenken sind, z.B.:

- ⇒ Die Gefahr finanzieller Einbußen für Pflegeeinrichtungen durch eine weitere Reduktion derzeit möglicher SGB V-Leistungen und infolgedessen die Einschränkung pflegerischer Aufgabenbereiche.
- ⇒ Die Gefahr der Einschränkung pflegerischer Aufgabenbereiche durch eine verfehlte Bestimmung des Verhältnisses zwischen den Disziplinen „Pflege“ und „Medizin“.
- ⇒ Die Gefahr einer unzureichenden Bestimmung von „Laienpflege“ und „professioneller Pflege“.

Daher ist die Betrachtung des Gegenstands „Pflege“ aus verschiedenen Blickwinkeln erforderlich. In diesem Beitrag wird die terminologisch-semantische, die inhaltliche, die rechtliche und die qualifikatorische Perspekti-

ve beleuchtet. Aus der terminologisch-semantischen Perspektive und der rechtlichen Perspektive heraus werden Ansätze angedacht und zur Diskussion gestellt, die für die Neuordnung der Disziplin „Pflege“ im Gesundheitswesen brauchbare Wegbereiter sein könnten.

Die terminologisch-semantische Perspektive: Der Begriff „Pflege“ als Zustand, Vorgang, Handlung und Disziplin

Den Begriff „Pflege“ aus einer terminologischen Perspektive heraus zu betrachten, ist wichtig, weil sowohl Rolle als auch Inhalte der zahlenmäßig größten Berufsgruppe des Gesundheitswesens genauso diffus und beschränkt wie ihre Sprache sind. Wenn heute der Begriff „Pflege“ verwendet wird, so ist keineswegs klar, was der Gegenstand ist. Während die einen eine Disziplin oder einen Beruf meinen, liegt den anderen ein umgangssprachliches Verständnis zugrunde. Anhand zahlreicher Literaturbeispiele ließe sich aufzeigen, daß unter dem Begriff „Pflege“ keine Disziplin, sondern eher eine Tätigkeit, Verrichtung oder Dienstleistung verstanden wird.

Der etymologischen-semantischen Betrachtung von Narbei (1996) zufolge versteht man unter dem umgangssprachlichen Begriff „Pflege“ erstens eine innere Handlungsebene, einen Gedankenprozeß, der sich auf einen Vorgang und Zustand bezieht, und sich zweitens auf einer äußeren Handlungs-

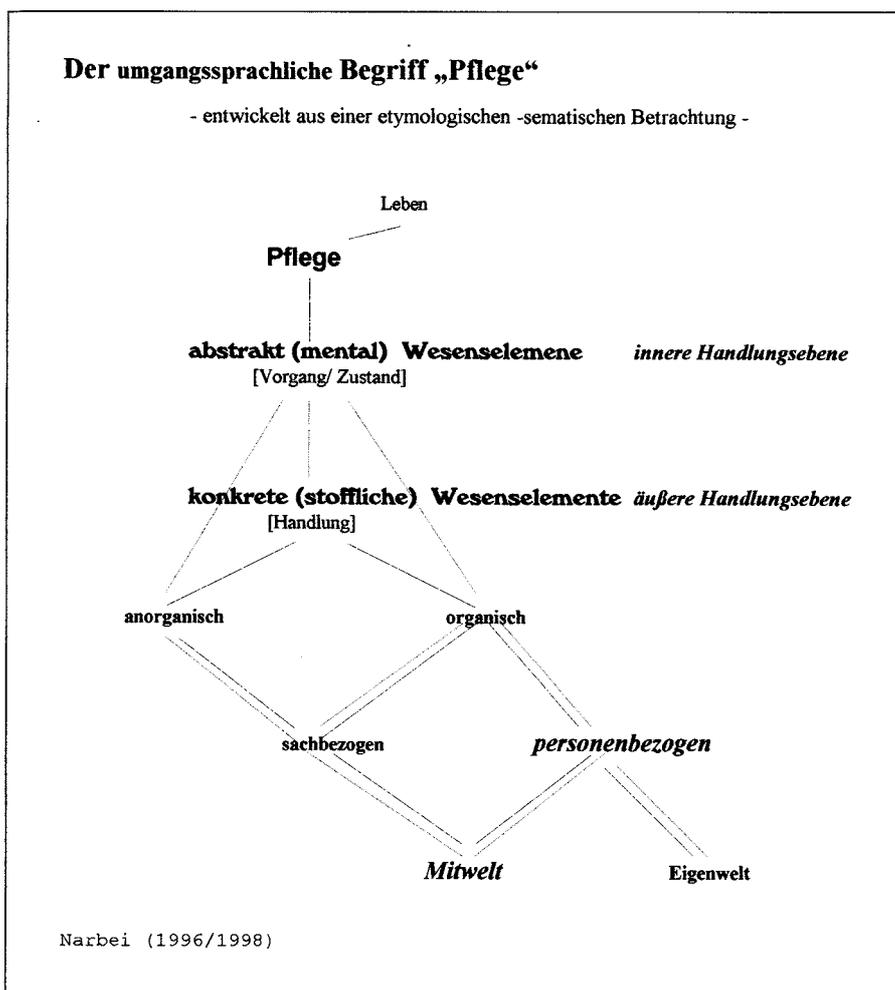
ebene ausdrücken kann, d.h. die äußere Handlungsebene ist die sichtbare Handlung (Abb. 1).

Pflege als „Disziplin“ existiert also in der Umgangssprache überhaupt nicht. Das führt unweigerlich zu einem semantischen Konflikt. Vor allem aber ermöglicht das umgangssprachliche Verständnis solche, die Disziplin „Pflege“ abwertende Formulierungen, wie z.B. „Diagnostik, Therapie und Pflege“ (§ 4 KrPflG), „Behandlung und Pflege“, „Therapie, Rehabilitation und Pflege“, „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“.

Die Verankerung des Pflegebegriffs im gesamten Sozialversicherungssystem, vor allem aber im SGB V, basiert letztlich auf diesem umgangssprachlichen Verständnis von Pflege, begünstigte gleichfalls die Einführung der Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ und die mangelhafte Abgrenzung der Laienpflege von der sogenannten professionellen Pflege. Die terminologisch-semantische Perspektive ist angesichts der Unklarheit, ob in der Diskussion unter dem Begriff „Pflege“ eine Disziplin oder eher eine Dienstleistung verstanden wird, durchaus von Bedeutung. So ist es denkbar, daß in zahlreichen Debatten um die Pflege den Berufsangehörigen das Disziplinverständnis, vielen politischen Entscheidungsträgern jedoch eher das umgangssprachliche Verständnis des Pflegebegriffs zugrunde lag.

Der semantische Konflikt wird auch in der Definition des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe deutlich. „Pflege“ wird hier als Berufsbe-
griff definiert:

Abb. 1: Der umgangssprachliche Begriff „Pflege“



- ⇒ „Pflege ist Lebenshilfe und für die Gesellschaft notwendige Dienstleistung. Sie befaßt sich mit gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen. (...)
- ⇒ Pflege ist eine abgrenzbare Disziplin mit einem Gebiet von Wissen und Können, welches sie von anderen Fachgebieten des Gesundheitswesens unterscheidet.
- ⇒ Pflege ist als eigenständiger Beruf und selbständiger Teil des Gesundheitsdienstes für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die Planung, Ausführung und Bewertung der Pflege zuständig und für die eigene Aus-, Fort- und Weiterbildung verantwortlich. (...)

In einer Definition wird Pflege als Lebenshilfe, Dienstleistung, Disziplin, Beruf und Teil des Gesundheitsdienstes beschrieben.

Dieser semantische Konflikt läßt sich im Grunde nicht lösen. Immer

wird dem Begriff „Pflege“ auch das umgangssprachliche Verständnis immanent sein. Um die Verankerung des Pflegebegriffs – vor allem im SGB V – anstelle der arztabhängigen Dienstleistung (Häusliche Krankenpflege) als eigenständige Disziplin zu forcieren, wäre die Suche nach einem neuen Disziplin- und Berufsbegriff notwendig.

Dabei ist es – grammatisch betrachtet – wichtig, darauf zu achten, daß bei der Wortverbindung der Begriff „Pflege“ am Anfang der Wortverbindung steht, in dieser Position hat er einen eigenschaftsbestimmenden, erläuternden Charakter. Der Begriff am Ende der Wortverbindung ist hingegen für die inhaltliche Bedeutung der gesamten Wortverbindung bestimmend (vgl. Michalke 1993).

Der Begriff „Pflegekunde“ (vgl. Schnepf 1996) ist z.B. eine Diskussion wert, weil er gleichzeitig sowohl eine Disziplinbezeichnung, als auch eine dazu passende Berufsbezeichnung

(Pflegekundige) ermöglicht[1]. Der Begriff „Pflege“ am Anfang der Wortverbindung macht deutlich, um welchen Gegenstand es sich handelt. Der Begriff „Kunde“ am Ende der Wortverbindung legt die inhaltliche Bedeutung der gesamten Wortverbindung fest. Unter „Kunde“ versteht man u.a. „Wissenschaft und Lehre“. „Kundig“ zu sein bedeutet, „wissend, erfahrend, sach(verständig) zu sein, eine Sache genau zu kennen“ (Wahrig 1991: 801). Aus dieser Disziplinbezeichnung ließe sich eine gemeinsame und vorbehaltene Berufsbezeichnung für Altenpflegerinnen und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenschwestern und -pfleger ableiten. Pflegekundige wären diejenigen, die den Gegenstand „Pflege“ genau kennen.

Allerdings ist mit dem Begriff „Pflegekunde“ die Abgrenzung zur Auto- oder Gartenpflege noch immer nicht gelungen. Doch stellt sich überhaupt die Frage nach der Relevanz einer solchen Abgrenzung, es gibt schließlich auch ein Pflegeversicherungsgesetz und kein Menschen- oder Humanpflegeversicherungsgesetz.

Daß es sich bei der Disziplin „Pflege“ um eine Disziplin mit einer eigenen Diagnostik (etwas genau feststellen, erkennen, ermitteln) und Therapie (etwas behandeln) und nicht lediglich um eine Dienstleistung oder Verrichtung handelt, würde durch eine weitere terminologische Veränderung untermauert werden können: Und zwar durch die Verwendung der sich aus dem Problemlösungsprozeß (Abb. 2) ergebenden Begriffe „Pflegediagnostik“ (Feststellen des individuellen Pflegebedarfs) und „Pflegetherapie“ (Pflegebehandlung). Auf diese Weise ließe sich langfristig verhindern, daß Pflege fortwährend als eine die medizinische Diagnostik und Therapie ergänzende Tätigkeit oder Dienstleistung etikettiert wird.

Die inhaltliche Perspektive: Zur Bedeutung des pflegerischen Problemlösungsprozesses

Jede Disziplin im Gesundheitswesen muß Probleme erkennen und behandeln. Es sind Probleme unterschied-

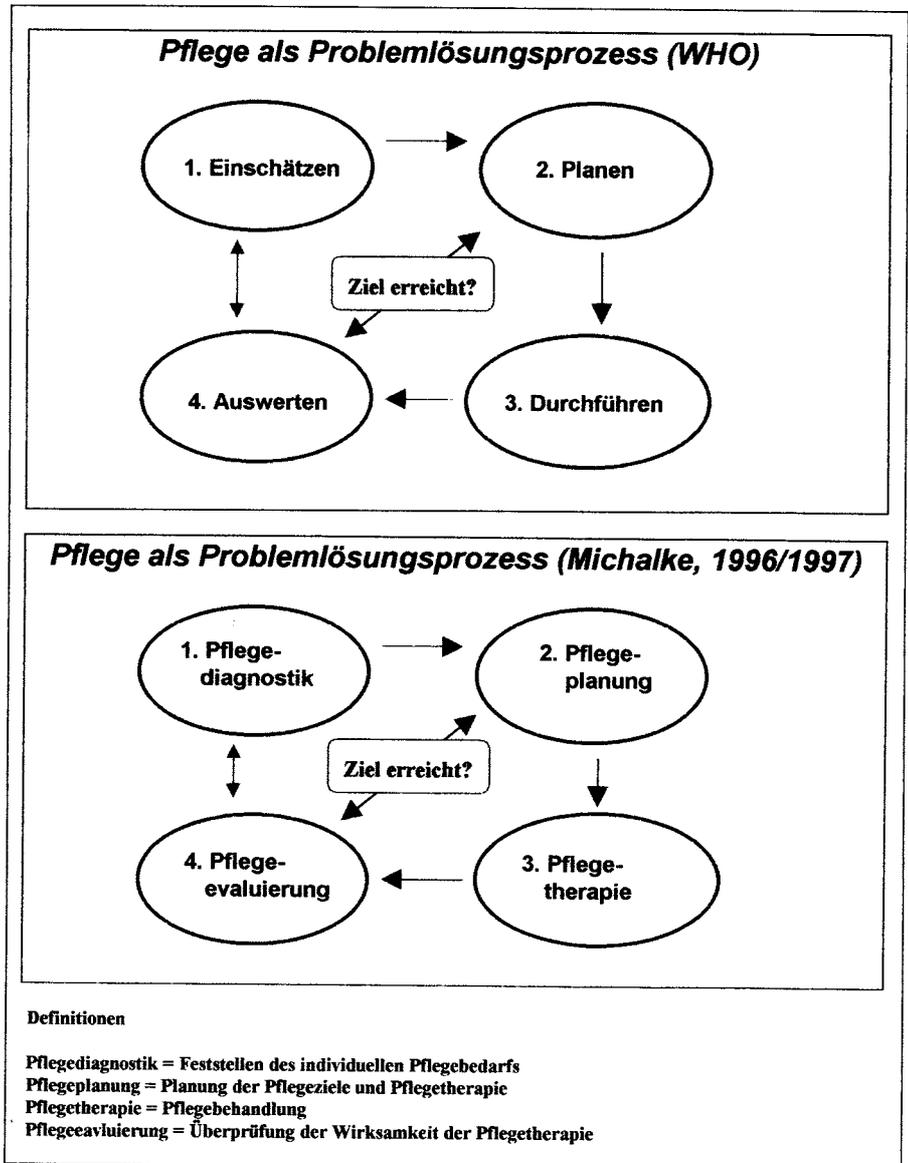
lichster Art: Die Mediziner erkennen und behandeln Krankheiten, Physiotherapeuten erkennen und behandeln körperliche Funktionsstörungen, Sozialarbeiter erkennen und behandeln soziale Probleme und so auch Altenpflegerinnen und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenschwestern und -pfleger: Sie erkennen und behandeln – zur Zeit noch mal mehr, mal weniger bewußt – Pflegeprobleme. Nur die Lösung aktueller oder auch potentieller Probleme berechtigt die einzelnen Disziplinen des Gesundheitswesens überhaupt, auf Kosten der Bevölkerung – indirekt über das Sozialversicherungssystem – tätig zu werden. Jede Disziplin hat letztlich den Auftrag, Konzepte, Theorien und Methoden zu entwickeln und auf dem wissenschaftlich neuesten Stand zu halten, mit deren Hilfe sich die spezifischen Probleme der Bevölkerung behandeln lassen.

Und damit kämen wir zu den aktuellen, inhaltlichen Schwierigkeiten der Disziplin „Pflege“: Obwohl der pflegerische Problemlösungsprozeß seit vielen Jahren umgesetzt werden soll, wird er immer wieder kontrovers diskutiert, wohl weil die Umsetzung in der Praxis enorme Schwierigkeiten bereitet. Doch nicht nur bei der Vermeidung einer pflegerischen Verrichtungsorientierung (Wittneben 1994), sondern vor allem bei der Verankerung eines reformulierten Pflegebegriffs im Sozialversicherungssystem spielt er eine entscheidende Rolle: Ohne den Problemlösungsprozeß bleibt die Disziplin „Pflege“ in der restriktiven Vorstellung der Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ stecken. Und sie braucht ein Modell, mit dessen Hilfe die Erfordernis pflegerischer Behandlung begründet werden kann.[2]

Der pflegerische Problemlösungsprozeß[3] (Abb. 2) bietet sich hierzu an: Zu den Ergebnissen einer bereits sehr komplexen, mehrschrittigen Pflegediagnostik (vgl. dazu z.B. Steffen-Bürgi et al. 1995, Arets et al. 1996) gehören u.a. potentielle, aktuelle Pflegeprobleme und Ressourcen, die das Ausmaß des notwendigen Pflegebedarfs kennzeichnen.[4]

Gemeinsam mit der Planung der individuellen Pflegeziele (Teil des zwei-

Abb. 2: Der pflegerische Problemlösungsprozeß in deutscher Terminologie und deutsch-griechischer Terminologie



ten Schrittes) läßt sich die Notwendigkeit pflegerischer Behandlung bei den Sozialleistungsträgern begründen. Durch die Planung der Pflegebehandlung (Teil des zweiten Schrittes) werden die erforderlichen und zweckmäßigen Maßnahmen transparent gemacht. Auf diese Weise kann dem allen Sozialversicherungen immanentem Wirtschaftlichkeitsgebot Rechnung getragen werden.

Vor diesem Hintergrund gewinnen die in der permanenten Diskussion stehenden Pflegediagnosen (Doenges & Moorhouse 1993, Gordon 1994) sehr wohl an Bedeutung. Es würde zu weit führen, an dieser Stelle inhaltlich

auf sie eingehen und die Übertragbarkeit diskutieren zu wollen. Faktisch stellen sie durch die Benennung eines Pflegeproblems und z.T. auch der problemspezifischen, vorhandenen Ressourcen eine beachtliche Unterstützung dabei dar, die Erfordernis pflegerischen Handelns zu beschreiben, zu benennen und zu begründen. Zudem macht die einheitliche Benennung der Pflegeprobleme den Kopf frei für ein Nachdenken über andere pflegerrelevante Aspekte wie z.B. Ressourcen, Gewohnheiten, Erfahrungen, aktuelle Bedürfnisse, Bedeutung, Erleben und Erwartungen der pflegebedürftigen Person und ihrer Bezugspersonen.

Viel schwieriger wird es hingegen bei der Formulierung pflegerischer Maßnahmen und Methoden, die ja schließlich die Pflegebehandlung ausmachen. So fehlt es weitestgehend an Pflegeforschungsergebnissen, die die Notwendigkeit einer Pflegemaßnahme und ihre Wirksamkeit belegen. Noch problematischer wird es bei der Benennung einer Maßnahme. Zwar sind z.B. das Aufsetzen im Bett, das Anreichen der Nahrung, das An- und Auskleiden und das Gespräch notwendig und beanspruchen Zeit, doch wie lassen sich diese Maßnahmen als Pflegemethoden formulieren, um sie beim Sozialversicherungsträger beantragen/abrechnen zu können? Etwas fortgeschrittener ist die Terminologie z.B. bei der Ganzkörperwaschung (GKW), und es ist mit großer Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, daß sich aus den differenzierten Formen ebenso differenzierte Pflegezeitwerte ergeben:

- ⊃ Reinigende GKW
- ⊃ Beruhigende GKW
- ⊃ Belebende GKW
- ⊃ Aufrichtende GKW
- ⊃ Beugende GKW
- ⊃ Bobathorientierte GKW
- ⊃ Basalstimulierende GKW
- ⊃ Hautstabilisierende GKW
- ⊃ Fiebersenkende GKW
- ⊃ Schweißreduzierende GKW
- ⊃ Infektionsverhütende GKW
- ⊃ Geruchsreduzierende GKW
- ⊃ Juckreizstillende GKW
(Grimm 1995).

Allgemein bekannt, allerdings noch unzureichend und überwiegend anatomisch-medizinorientiert, sind die Bezeichnungen für Lagerungsarten:

- ⊃ Flachlagerung/Rückenlagerung
- ⊃ Oberkörperhochlagerung
- ⊃ 30°-Seitenlagerung re./li.
- ⊃ 90°-Seitenlagerung re./li.
- ⊃ 135°-Seitenlagerung re./li.
- ⊃ Bauchlagerung
- ⊃ Beinhochlagerung
- ⊃ Beintief Lagerung
- ⊃ Schiefe Ebene
- ⊃ Stabile Seitenlage
- ⊃ Trendelenburg-Lage/Schocklagerung.

In der Praxis wird allgemein nicht so differenziert. In der Regel ist von

Körperpflege, Lagerung und Mobilisation die Rede. Für die meisten Pflegemaßnahmen fehlt sogar eine Terminologie und selbst mit Hilfe der Lagerungsarten ließe sich z.B. das Aufsetzen im Bett noch immer nicht konkret benennen. Auch wird durch die o.g. Formulierungen im Grunde nicht klar, was ihr Zweck ist. Andere Adjektive könnten vielleicht ausdrucksstärker sein, wie z.B. atemerleichternde Lagerung. Hier bedarf es noch intensiver Ausarbeitungen und Diskussionen.

In der Vergangenheit wurden – durchaus ein möglicher Ausdruck oder Folge der pflegerischen Sprach- und Bedeutungslosigkeit – vielfach mehrere Einzelmethoden zu Komplexen zusammengefaßt, wie z.B. Dekubitusprophylaxe, Thromboseprophylaxe, Pneumonieprophylaxe. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt scheint dieses nicht sinnvoll zu sein, weil dadurch viele notwendige und durchaus zeitaufwendige Einzelmaßnahmen aus dem Blickfeld und Bewußtsein verschwinden. Dieses Zusammenfassen von pflegerischen Einzelmaßnahmen wurde in den Rahmenvereinbarungen zwischen Leistungserbringer und Pflegekassen fortgesetzt. Die sogenannten Leistungskomplexe oder Leistungspakete bereiten mittlerweile in der Praxis ernsthafte Probleme, weil sie mit der Realität nicht kompatibel sind. Vermutlich wurde wieder einmal der zweite Schritt vor dem ersten getan: Um einen Vorgang zu einem Komplex zusammenfassen zu können, benötigt man erst einmal fest umrissenes Wissen über seine Inhalte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß mit Hilfe eines konzeptionell-inhaltlichen und gleichzeitig terminologisch gefüllten Problemlösungsprozesses die Möglichkeit besteht, den pflegerelevanten Handlungsbedarf bei einer pflegebedürftigen Person eigenständig zu bestimmen, zu begründen und vor allem zu benennen und gleichzeitig, eine Pflegetherapie (-behandlung) zu planen und zu empfehlen. Am Ende muß die eigenständige, arztunabhängige Verordnung pflegerischer notwendiger Leistungen und Hilfsmittel bei den jeweils zuständigen Sozialleistungsträgern (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialhilfeträger) stehen.

Die rechtliche Perspektive

Während die sogenannte Grundpflege im Sozialversicherungssystem angesichts der fehlenden Terminologie und Systematisierung der Disziplin „Pflege“ schon immer als überaus diffus bezeichnet werden konnte, stellte sich die sogenannte Behandlungspflege mit ihren einzelnen Verrichtungen durch § 37 Abs. 2 SGB V und den jeweiligen Rahmenvereinbarungen in der ambulanten Pflege viele Jahre relativ klar dar, auch wenn sie dieses keineswegs war. Erst durch den pflegerischen Professionalisierungsprozeß und das Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes wird deutlich, daß es bei der sogenannten Behandlungspflege ebenfalls Unstimmigkeiten gibt. Was kann als ärztliche oder medizinische Behandlung, was als pflegerische Behandlung bezeichnet werden? Ist eine Einreibung nun medizinisch oder pflegerisch? Ist die Medikamentenüberwachung und -gabe eine medizinische oder eine pflegerische Aufgabe? Normalerweise nehmen die Menschen ja auch ihre Medikamente selbständig ein, selbst wenn sie ärztlich verordnet wurden. Ist die Subkutan-Injektion eine pflegerische Maßnahme, weil zahlreiche Diabetiker sich selbst die Insulin-Injektion verabreichen können? Oder ist sie eine medizinische Maßnahme, weil sie aufgrund einer chronischen Krankheit erforderlich ist?

Die Begriffe „Grund- und Behandlungspflege“ sind nicht nur auf einem verrichtungsorientierten Verständnis basierend, technische Konstrukte im Sozialversicherungssystem, sondern beruhen auf dem Verständnis, daß die Disziplin „Pflege“ sowohl einen (mehr oder weniger) eigenständigen als auch einen arztabhängigen Aufgabenbereich hat. Da die Begriffe in der ambulanten Pflege abrechnungsrelevante Folgen haben, führt dieses zu einer problematischen Vermischung berufsständischer und finanzieller Interessen. Um dieses zu verhindern, wäre es gut, zwischen verordnungspflichtigen und anordnungspflichtigen pflegerischen Leistungen zu unterscheiden (Böhme 1992):

- ⊃ Verordnungsspflichtig sind pflegerische Maßnahmen, weil sie ge-

mäß des SGB V nur finanziert werden, wenn sie der Arzt verordnet hat. Hierzu zählen im Grunde sogar die angeblich eigenständige sogenannte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung.

- Anordnungspflichtig sind pflegerische Maßnahmen, die von examinierten Pflegenden nur durchgeführt werden dürfen, wenn sie der Arzt angeordnet hat. Hier obliegt dem Arzt die Anordnungsverantwortung und den Pflegenden die Durchführungsverantwortung.

Solange zwischen den Disziplinen „Pflege“ und „Medizin“ nicht endgültig und eindeutig geklärt ist, was anordnungspflichtige Maßnahmen sind, wird auch eine abrechnungsrelevante Zuordnung dieser anordnungspflichtigen Leistungen nicht möglich sein. Daher wäre es überaus müßig, versuchen zu wollen, pflegerische Leistungen zu Abrechnungszwecken ad hoc in „Pflege“ und „Mitarbeit bei medizinischer Diagnostik und Therapie“ (die es zweifelsfrei gibt) aufteilen zu wollen. Das für die Zuordnung zu den Sozialversicherungsträgern gewünschte Ergebnis wäre bis zu einer endgültigen Klärung der anordnungspflichti-

gen Aufgaben immer unbefriedigend, weil diffus.

Die Aufteilung in „anordnungspflichtig“ und „verordnungspflichtig“ macht den im SGB V festgelegten ärztlichen Vorbehalt deutlich. Würde dieser aufgehoben, gäbe es auch keine „verordnungspflichtigen“ Leistungen mehr, und die Disziplin „Pflege“ könnte ihre notwendigen pflegerischen Leistungen eigenständig verordnen.

Zur Bestimmung des Verhältnisses von Pflege und Medizin

Um den Konflikt zwischen den Disziplinen „Pflege“ und „Medizin“ zu klären, bedarf es einer expliziten Bestimmung des Verhältnisses von Medizin und Pflege. Die verrichtungsorientierten Bemühungen der vergangenen Jahre, sogenannte medizinische Maßnahmen aus dem Aufgabenbereich der Disziplin „Pflege“ zu entfernen, haben weder zu einem fruchtbaren, noch zu einem einheitlichen Ergebnis geführt.

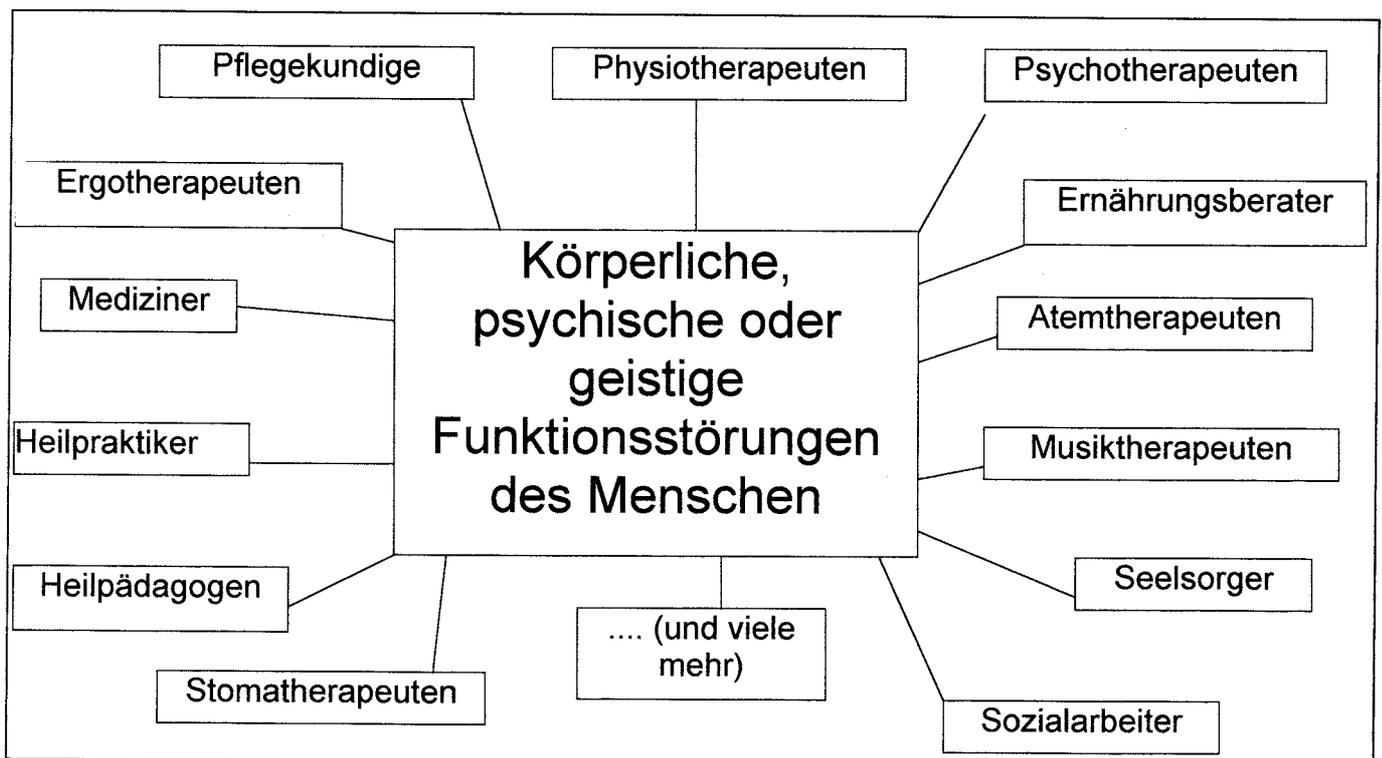
Um die Gefahr der Einschränkung pflegerischer Aufgabenbereiche zu vermindern, ist die Klärung der folgenden Frage möglicherweise ein wertvoller Ansatz: „Wann berührt die Disziplin „Pflege“ – und zwar eindeutig – den

Kompetenzbereich der „Medizin?“

Die Medizin beschäftigt sich bekanntermaßen mit dem Erkennen und Behandeln von akuten, chronischen oder auch potentiellen Krankheiten. Im Vergleich dazu: Die Pflege befaßt sich mit dem Erkennen und Behandeln potentieller und aktueller Pflegeprobleme. Völlig unabhängig davon, was denn nun Pflegeprobleme sind oder sein können, eines wird damit klar: Pflegeprobleme dürfen zweifellos keine Krankheiten im schulmedizinischen Sinne sein, will man eine eindeutige Linie zwischen Pflege und Medizin ziehen.

Wie aber ist es mit den sogenannten „Funktionsstörungen des Menschen“, z.B. der Hörstörung, der Sehstörung, der Atemstörung, der Merkfähigkeitsstörung, der Bewegungsstörung, des situativ beeinträchtigten Selbstbewußtseins, der Identitätsstörung oder der Kreislaufstörung? Sind sie medizinische oder pflegerische Probleme? Kann man hier eine Trennlinie ziehen? Nein, keineswegs: Körperliche, geistige und psychische Funktionsstörungen des Menschen sind – mal mehr, mal weniger – die Schnittstelle *aller* Fachberufe im Gesundheitswesen (Abb. 3).

Abb. 3: Funktionsstörungen des Menschen als Schnittstellen aller Disziplinen des Gesundheitswesens



Zum Beispiel die Hörstörung: Das Erkennen und Behandeln der Ursache dieser Störung, also der zugrunde liegenden Erkrankung, ist eindeutiger Kompetenzbereich der Medizin. Das Erkennen und Behandeln der Hörstörung aber gehört notwendigerweise auch in den Kompetenzbereich der Disziplin Pflege. Wie sonst sollen Pflegenden die Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen planen und gestalten?

Überschneidungen werden sich hier niemals ganz vermeiden lassen, auch nicht mit anderen Disziplinen des Gesundheitswesens. Daher muß innerhalb der Diskussion um die Kompetenzbereiche von Medizin und Pflege klar sein, daß Funktionsstörungen des Menschen beide (und andere) Disziplinen berühren müssen. Jede einzelne Disziplin des Gesundheitswesens muß, aus ihrem Fachwissen heraus und ihr Fachgebiet betreffend, Maßnahmen zur Lösung der Funktionsstörungen (= *gemeinsame Pro-*

bleme der Disziplinen im Gesundheitswesen) und ihrer Folgen (= *originäre Probleme der Disziplinen*) entwickeln und anbieten (dürfen). Selbst die Anleitung, teilweise oder vollständige Kompensation beim Einsetzen des Hörgerätes oder die atemerleichternde Lagerung, das Öffnen des Fensters, ein beruhigendes „Dasein“, eine tagesstrukturierende Unterstützung kann für eine pflegebedürftige Person eine bedeutende Pflegebehandlung sein.

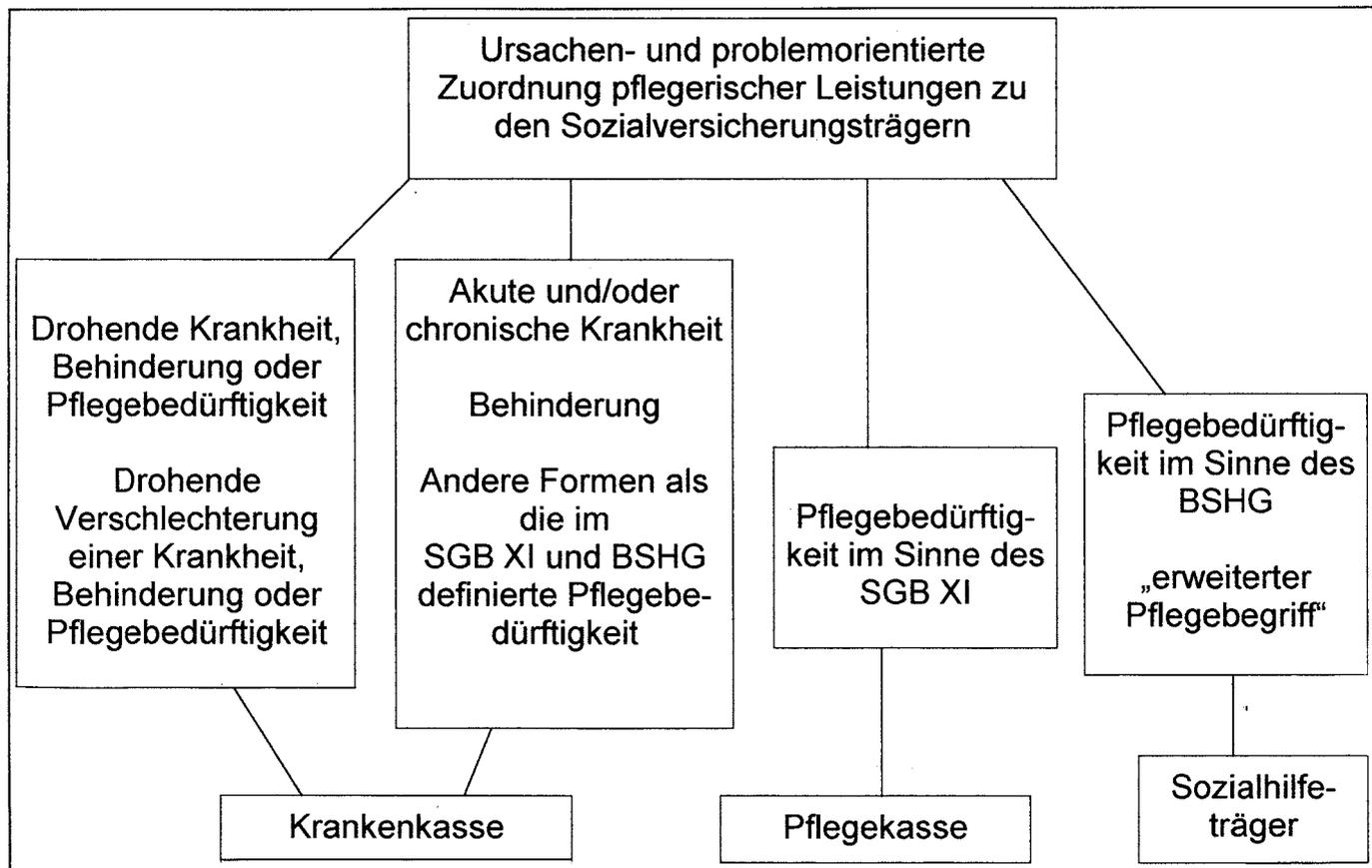
Krankheiten sind hingegen für potentielle und aktuelle Pflegeprobleme wirklich nur *auslösende* Faktoren, Ursachen. Es gibt auch andere Ursachen, z.B. Wissensdefizite, eine behindernde Umgebung, fehlende Angehörige oder Angehörige, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht in der Lage sind, die Pflege zu übernehmen. Bereits Krohwinkel (1993) hat in ihrem Rahmenmodell ganzheitlich fördernder Prozeßpflege darauf verwiesen. Und auch die medizinische Diagnostik und Therapie, also das Erkennen und Be-

handeln von *Krankheiten*, stellt sie in ihrem Modell als einen *Einflußfaktor* dar.

Zur Zuordnung pflegerischer Leistungen zu den Sozialversicherungsträgern
Ein Konzept für die Zuordnung pflegerischer Leistungen zu den Sozialversicherungsträgern kann hingegen völlig unabhängig von der berufsständisch zu führenden Diskussion entwickelt werden, wenn die grundsätzliche Bereitschaft besteht, sich einmal von den verrichtungsorientierten Begriffen „Grund- und Behandlungspflege“ und von der ärztlichen Anordnungs- und Verordnungspflicht zu lösen.

Mit einem eher problem- und ursachenorientierten Verständnis, was keineswegs die Berücksichtigung der Ressourcen ausschließt, lassen sich pflegerisch notwendige Leistungen im pflegerisch relevanten Sozialversicherungssystem verankern, sowohl im SGB V als auch im SGB XI und BSHG (Abb. 4). Da es sich beim SGB XI bekanntermaßen um

Abb. 4: Problem- und ursachenorientierte Verankerung pflegerischer Leistungen im Sozialversicherungssystem



eine Teilkaskoversicherung für einen ganz konkret definierten und begrenzten Personenkreis handelt und das Bundessozialhilfegesetz dem Subsidiaritätsprinzip folgt, wird durch eine solche Neuordnung der zu finanzierende pflegerische Handlungsspielraum aus dem Etat der Krankenkassen nicht eingeschränkt, sondern die Möglichkeiten eher erweitert, sofern die Disziplin „Pflege“ in der Lage ist, den erforderlichen Bedarf zu beschreiben, zu benennen und zu begründen.

Dabei darf auf keinen Fall in dem in der Medizin so beliebten Phasenmodell gedacht werden: Ein Mensch kann *zeitgleich* pflegebedürftig im Sinne des SGB XI und des BSHG, durch eine Hemiplegie behindert, durch einen Diabetes mellitus chronisch krank, durch eine Pneumonie akut krank und durch die daraus resultierende Immobilität und das Fieber gefährdet sein, eine weitere Krankheit, z.B. Thrombose, zu erleiden. Aus der akuten Krankheit ergibt sich also ein Pflegebedarf, der bisher nicht erforderlich war und damit auch nicht bei der Berechnung des Pflegebedarfs im Sinne des SGB XI und des BSHG berücksichtigt wurde.

Dieser problem- und ursachenorientierte Ansatz setzt allerdings voraus, daß die Disziplin „Pflege“ nicht nur ihre Leistungen konkret formuliert, sondern auch die notwendigerweise zu behandelnden potentiellen und aktuellen Pflegeprobleme. Und damit tritt wieder die Bedeutung der terminologisch-semanticen und inhaltlichen Perspektiven in den Vordergrund: Sofern die Disziplin „Pflege“ im Sozialversicherungssystem als eigenständige Disziplin und nicht als Dienstleistung verankert werden will, sollte sie dieses zum einen terminologisch deutlich machen, zum anderen aber muß sie konsequenterweise auch ihren Problemlösungsprozeß mit fachlichen Inhalten füllen, diesen beschreiben und konkret benennen können.

Die qualifikatorische Perspektive: Laienpflege versus Pflegekunde – Alltagswissen versus Fachwissen

Zweifellos müssen die vorangegangenen Ausführungen mit erheblichen Kon-

sequenzen für die Ausbildung der Altenpflegerinnen und -pfleger, der Kinderkrankenschwestern und -pfleger, der Krankenschwestern und -pfleger einher gehen. Eine Reformulierung des Pflegebegriffs, die Neuordnung pflegerischer Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sowie die Verankerung eigenständiger pflegerischer Leistungen im Sozialversicherungssystem ist ohne eine grundlegende Reform der Ausbildung nicht tragfähig. Gleichzeitig wären Konsequenzen für die Gestaltung aktueller Fort- und Weiterbildungen abzuleiten.

Doch noch ein anderer qualifikatorischer Aspekt ist angesichts der Diskussionen um „Laienpflege“ und „professionelle Pflege“ bzw. um „einfache und komplexe/schwierige Behandlungspflege“ äußerst relevant: Die Disziplin „Pflege“ muß sich dringend der Beantwortung der Frage stellen, wann Laienpflege ausreichend, wann professionelles Pflegehandeln erforderlich ist. Nebenbei bemerkt: Offensichtlich ist die sogenannte Grundpflege nicht Gegenstand der Diskussionen, ein sichtbarer Beweis für die noch immer existente Bedeutungslosigkeit der Disziplin „Pflege“.

Im folgenden Abschnitt nun werden die Begriffe „Pflegekunde“ als Bezeichnung für die Disziplin „Pflege“ und der Begriff „Pflegekundige“ als vorbehaltene Berufsbezeichnung für staatlich anerkannte Altenpflegerinnen und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenschwestern und -pfleger verwendet, weil sich mit ihrer Hilfe die „Pflege der Pflegekundigen“ ohne sprachliche Spagat[5], sperrige Formulierungen[6] oder Verstümmelungen[7] von der Laienpflege abgrenzen läßt. Nachfolgend werden Thesen zur Diskussion gestellt:[8]

- ⇒ Laienpflege beruht auf theoretischem und praktischem *Alltagswissen* über den Gegenstand „Pflege“.
- ⇒ Die Pflege der Pflegekundigen beruht auf theoretischem und praktischem *Fachwissen* über den Gegenstand „Pflege“ (Narbei 1996).
- ⇒ Laienpflege ist nicht identisch mit

der Pflege pflegender Angehöriger. Auch Pflegebedürftige und pflegende Angehörige können Pflegekundige sein, sofern sie eine der oben genannten Ausbildungen absolviert haben.

- ⇒ Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und Pflegehilfspersonen lassen sich, abhängig von *Inhalten und Dauer der Ausbildung* zum Gegenstand „Pflege“ und den *pflegegerelevanten Erfahrungen* (Erfahrungswissen), auf einer Achse zwischen Laienpflege und Pflegekunde lokalisieren.
- ⇒ Parallel zum Alltags- und Fachwissen gibt es ein, eher themen- oder situationsspezifisches, *Expertenwissen*. So können nicht nur Pflegekundige, sondern ebenso Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegehilfspersonen *in einer ganz bestimmten Pflegesituation* oder *zu einem ganz bestimmten Pflegeproblem* die Experten sein.
- ⇒ Die grundsätzliche Entscheidung, ob Pflegekunde in Anspruch genommen wird, obliegt – ebenso wie in der Medizin – in der Regel dem Betroffenen.[9]
- ⇒ Sofern die oder der Betroffene Pflegekunde in Anspruch nimmt, obliegt die Entscheidung, wer die notwendigen pflegerischen Leistungen durchführen kann, den Pflegekundigen. Die oder der Betroffene, gegebenenfalls und/oder die Bezugspersonen, sind bei diesem Entscheidungsprozeß einzubeziehen.
- ⇒ Eine Vielfalt von *Faktoren* – und nicht nur der Schwierigkeitsgrad einer Maßnahme – müssen bei der Entscheidung über die erforderliche Qualifikation berücksichtigt werden, wie z.B.:
Das Ausmaß des individuellen Pflegebedarfs und der vorhandenen Ressourcen.
Der Schwierigkeitsgrad der potentiellen und aktuellen Pflegeprobleme, einschließlich der problem-spezifischen Ressourcen.
Die Einflußfaktoren, z.B.
– Art und Ausmaß der Erkrankung, Einstellung der erkrankten Person zu ihrer Erkrankung,
– Art der medizinischen Diagnostik und Therapie, Einstellung der betroffenen Person zu den medizi-

nischen Verfahren,
– Fähigkeiten, Pflegebereitschaft, individuelle Situation, Einstellungen, Gewohnheiten, Erfahrungen und aktuelle Bedürfnisse der Angehörigen bzw. Bezugsperson,
– Lebensverhältnisse.

Die Stabilität-Instabilität der Pflegesituation.

Die angestrebten Pflegeziele (vgl. Michalke 1996/1997).

Der Schwierigkeitsgrad der Pflegebehandlung und Form des Pflegehandelns (lehrend, unterstützend-assistierend) (vgl. a.a.O.). Gewohnheiten, Erfahrungen und aktuelle Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person.

Einstellung der pflegebedürftigen Person zu ihrer Pflegesituation.

Auf keinen Fall reicht es aus, nur *einen* der genannten Faktoren der Entscheidungsfindung zugrunde zu legen, inwieweit Laien, Pflegekundige oder aber eine Person auf der Achse zwischen Laienpflege und Pflegekunde die geeigneten Pflegenden sind. Die derzeitige Diskussion um die sogenannte „einfache oder schwierige/komplexe Behandlungspflege“ (= Schwierigkeitsgrad der medizinischen oder pflegerischen Behandlung) erübrigt sich angesichts der dargelegten Vielfalt der Faktoren.

Nur eine Pflegekundige, ein Pflegekundiger kann und sollte in der Lage sein, gemeinsam mit den pflegebedürftigen Personen und Bezugspersonen zu entscheiden, ob eine pflegerische Maßnahme erforderlich ist, und wenn ja, von wem sie geleistet werden kann. Dabei steht im Zentrum der inhaltlich gefüllte pflegerische Problemlösungsprozeß. Hieraus lassen sich Begründungs-, Entscheidungs- und Handlungskompetenzen (Weidner 1995) und schließlich Verantwortungskompetenzen der Pflegekundigen ableiten.

Zusammenfassung

Die Betrachtung aus einer terminologisch-semantischen, inhaltlichen, rechtlichen und qualifikatorischen Perspektive heraus zeigte, daß eine Abkehr von den Wortverbindungen „Grund- und Behandlungspflege“ und eine Verankerung der Disziplin „Pfle-

ge“ als eigenständige Disziplin im Sozialversicherungssystem nicht *unmöglich* ist. Allerdings setzt dieses ein gründliches Umdenken aller Beteiligten voraus. Zusammenfassend werden folgende Überlegungen zur Diskussion gestellt:

- ⇒ Um eine Vermischung mit dem umgangssprachlichen Pflegebegriff zu verhindern, mag es hilfreich sein, über einen neuen Disziplinbegriff nachzudenken.
- ⇒ Eine Neuordnung geht mit einer Reihe hoher Anforderungen an die Disziplin „Pflege“ einher. Dazu zählen insbesondere die konsequente Umsetzung des pflegerischen Problemlösungsprozesses und die Entwicklung einer pflegerischen Fachsprache.
- ⇒ Im Zentrum der Diskussion um die Abgrenzung von Medizin und Pflege standen bisher einzelne Einrichtungen. Dabei ist die Gefahr der Einschränkung pflegerischer Aufgabenbereiche sehr groß. Ein Konzept, in dem hingegen die Funktionsstörungen des Menschen als Schnittstelle aller Berufe des Gesundheitswesens gesehen werden, ermöglicht sogar die Ausweitung pflegerischer Handlungsspielräume.
- ⇒ Einrichtungen standen bislang auch bei der Verankerung pflegerischer Leistungen im Sozialversicherungssystem im Mittelpunkt. Eine nützliche Alternative wäre ein problem- und ursachenorientierter Ansatz.
- ⇒ Und schließlich deuten erste Thesen an, daß die Abgrenzung zur Laienpflege zwar schwierig, aber möglich ist.

Cornelia Michalke
Krankenschwester, Fachkrankenschwester für Gemeindekrankpflege und gerontologische Pflege, Diplom-Krankenschwester
Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Am Kirchberg 4,
31162 Bad Salzdetfurth
Email:
Cornelia-Michalke@t-online.de

Anmerkungen

- [1] Die Suche nach einer gemeinsamen Berufsbezeichnung für Altenpflegerinnen und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenschwestern und -pfleger wurde im vergangenen Jahr durch den Bundesausschuß der Länderarbeitsgemeinschaften der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe initiiert. Aufgrund der im Rahmen der Ausarbeitung des Vortrags gewonnenen Erkenntnis scheint dieses der zweite Schritt vor dem ersten Schritt zu sein. Zum Beispiel läßt sich aus der Berufsbezeichnung „Pflegetherapeut/in“ (ein Vorschlag der Verfasserin) nur eine restriktive Disziplinbezeichnung (Pflegetherapie) und aus der Berufsbezeichnung „Pflegeexperte/in“ gar keine plausible Disziplinbezeichnung ableiten. Beide Wortverbindungen sind in ihrer Bedeutung problematisch: Der Begriff „Pflegetherapie“ ist gleichfalls der dritte Schritt des pflegerischen Problemlösungsprozesses (Michalke 1997). Damit wird indirekt (begrifflich) die Pflegediagnostik, Pflegeplanung und Pflegeevaluierung als Aufgabe der Pflegetherapeuten ausgeschlossen. Der Begriff „Experte“ hingegen negiert das vielfach vorhandene Expertenwissen pflegebedürftiger Personen und Angehöriger und verstärkt u.U. die Gefahr der Machtausübung beruflich qualifizierter Pflegenden über pflegebedürftige Personen und Angehörige.
- [2] Selbstverständlich benötigt sie – wie jede andere Disziplin auch – Konzepte, Theorien oder Modelle, um den inhaltslosen Problemlösungsprozeß fachlich auszugestalten.
- [3] Daß Pflege auch ein Beziehungsprozeß ist, wird damit nicht negiert; dieser spielt im Sozialversicherungssystem jedoch vorerst noch eine nebensächliche Rolle. Beziehungsprozeß bedeutet aber auch, daß sowohl pflegebedürftige Personen als auch Bezugspersonen in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden müssen.
- [4] Die Ergebnisse der Pflegediagnostik wurden hier stark verkürzt, da es um die Verankerung der Pflege im Sozialversicherungssystem geht. Hier sind in erster Linie Probleme und Ressourcen von Interesse, also das Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfs. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht sind in vielen Situationen ebenso z.B. die individuellen Gewohnheiten, Erfahrungen, Ursachen und aktuellen Bedürfnisse (Michalke 1997) sowie das Erleben, die Bedeutung, Einstellungen und Erwartungen von immenser Bedeutung (vgl. pflegediagnostische Fragestellung Steffen-Bürgi 1995).
- [5] Zum Beispiel: Pflegenden Angehörige, Pflegeperson, Pflegepersonal, Pflegefachpersonal, Pflegehilfspersonal, professionelle Pflege, Laienpflege, semi-professionelle Pflege, berufliche Pflege, erwerbsmäßige Pflege.
- [6] Zum Beispiel: Altenpflegerinnen und -pfleger, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Krankenschwestern und -pfleger.
- [7] Zum Beispiel: Fachkraft, Hilfskraft.
- [8] Einige der Thesen wurden dank der ergiebigen workshop-Diskussion bereits um wichtige Aspekte modifiziert und erweitert. Ich möchte mich dafür bei den TeilnehmerIn-

nen ganz herzlich bedanken und hoffe sehr, daß vor allem die bisher nur angedachten Faktoren noch häufig im Zentrum solcher Diskussionen stehen werden.

- [9] Nur bei Personen, die die Situation nicht mehr ausreichend einschätzen können oder sich selbst- oder fremdgefährden, wird diese Entscheidungsbefugnis ausgeweitet auf weitere Personen (je nachdem Bevollmächtigte oder Betreuer; bei Fixierungsbedarf auch Richter).

Literatur

Arets, Jos; Obex, Franz; Vaessen, John; Wagner, Franz (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Band 1. Eicanos-Verlag: Bocholt.

Böhme, Hans (1992): Leistungen nur auf ärztliche Anordnung? In: Pflegen Ambulant, Melsungen: 3. Jg., Heft 1, Februar 1992, 41 – 43.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (1995): Berufsbild. Eschborn.

Doenges, Marilyn E.; Moorhouse, Mary Frances (1993): Pflegediagnosen und Maßnahmen. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Friesacher, Heiner (1998): Pflegediagnosen und International Classification for Nursing Practice (ICNP). In: Dr. med. Mabuse, 23. Jg., Nr. 112, März/April 1998, 33 – 37.

Gordon, Marjory (1994): Pflegediagnosen. Ullstein Mosby: Berlin – Wiesbaden.

Grimm, Gudrun (1995): Therapeutische Ganzkörperwäschen. Unveröffentlichte Unterlagen aus einer Fortbildungsveranstaltung zur Basalen Stimulation.

Krohwinkel, Monika (1993): Agnes-Karll-Institut für Pflegeforschung, DBfK; Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexikranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16) Nomos Verl.-Ges.: Baden-Baden.

Kurtenbach, H.; Golombek, G.; Siebers, H. (1992): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege. (3. neubearb. Aufl.) Kohlhammer: Berlin, Dresden, Erfurt, Hannover, Kiel, Köln, Magdeburg, Mainz, München, Schwerin, Stuttgart.

Michalke, Cornelia (1993): Der Begriff „aktivierende Pflege“ in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Unveröffentl. Abschlußarbeit, Universität Osnabrück/Standort Vechta, Fachbereich 11.

Dieselbe (1996): Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation als Komponenten der Pflege – eine hermeneutische Untersuchung der Ansichten und Meinungen deutscher Lehrbuchautoren sowie der präsentierten Voraussetzungen einer präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ (= therapeutisch) wirksamen Pflege. Unveröffentl. Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin, Fachbereich Medizin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Abteilung Krankenpflege.

sität zu Berlin, Fachbereich Medizin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Abteilung Krankenpflege.

Dieselbe (1997): Pflegefachsprache – die unterschätzte Kraft. Zur Bedeutung der Sprache für die Pflege im therapeutischen Team. Altenpflege Forum, 5. Jg., Nr. 4, Dezember 1997, 8 – 17.

Narbei, Ethel (1996): Konstrukt der Verständnisse - Eine Arbeit zu den Elementen des Pflegeverständnisses. Unveröffentl. Diplomarbeit, Humboldt-Universität zu Berlin, Fachbereich Medizin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Abteilung Krankenpflege.

Schnepf, Wilfried (1996): Pflegekundige Sorge. In: Pflege & Gesellschaft, 1. Jg., 2-96 (Oktober), 13 – 16.

Steffen-Bürgi, Barbara (1995): Pflegediagnostik. Unveröffentl. Manuskript des Zentrums für Entwicklung, Forschung und Fortbildung in der Pflege, Universitäts-Spital Zürich.

Wahrig, G. (1991): Deutsches Wörterbuch. Hrsg. Autorenkollektiv. Bertelsmann Lexikon Verlag GmbH; Gütersloh, München.

Weidner, Frank (1995): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag: Frankfurt am Main.

Wittneben, Karin (1994): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft: über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik der Krankenpflege. (3. unveränd. Aufl.) Lang: Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien.

Pflege & Gesellschaft in eigener Sache

Pflege und Gesellschaft veröffentlicht Beiträge über praktisch das gesamte Spektrum der Gesundheits- und Krankenpflege. Der Schwerpunkt dieser Zeitschrift liegt allerdings auf Artikeln, die entweder Themen an der Schnittstelle von Gesellschaft und Pflege behandeln, oder die zur Standortbestimmung der Pflege und der Pflegewissenschaft beitragen. Veröffentlicht werden nur Originalarbeiten. Abstracts der Artikel und Buchrezensionen werden im Internet veröffentlicht. Die Adresse lautet: dv.pflegewissenschaft@t-online.de

Jedes Heft enthält ein Schwerpunktthema.

Die Themenplanung der nächsten Ausgaben ist wie folgt:

- 3/98: Gesundheitsförderung
- 4/98: Pflegeethik

Hinweise für die Autorinnen und Autoren zur Manuskriptgestaltung

Ihr Beitrag ist auf Papier- und EDV einzureichen. Die EDV-Fassung bitte nicht formatieren. Graphiken und Tabellen sollten in einer gesonderten Datei abgespeichert sein, der Text einen Hinweis auf dieselben enthalten.

Das Literaturverzeichnis soll nur im Text zitierte Titel enthalten und möglichst der folgenden Konvention genügen:

Juchli, Juliane (1994): Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Georg Thieme

Verlag, Stuttgart/New York

Bartholomeyczik, Sabine und Elke Müller (Hg.) (1997): Pflegeforschung verstehen. Urban & Schwarzenberg, München etc.

- Die AutorInnen und die dahinter stehenden Jahreszahlen sollen also fett formatiert sein, der Rest nicht.
- Die Vornamen der AutorInnen sollen nach Möglichkeit ausgeschreiben werden.
- Bei mehr als nur einer/m AutorIn lautet die Reihenfolge nicht [Nachname, Vorname], sondern [Vorname Nachname]. Die/der jeweils letzte AutorIn wird mit „und“ abgeschlossen.

- Der Verlag soll vor der Stadt genannt werden.

Referenzen im Text bitte wie folgt:

- Juchli (1994) führt aus, daß „[ZITAT]“ oder
- Juchli (1994: 19) führt aus, daß „[ZITAT]“ oder
- „[ZITAT]“ (Juchli 1994: 19)
- Bartholomeyczik/Müller (1997) führen aus, daß „[ZITAT]“ etc.

Beim Erstellen von Zwischenüberschriften bitte darauf achten, daß unser LAYOUT nur eine Gliederungsebene zuläßt. Dem Text sollte eine kurze Zusammenfassung des Inhaltes voranstellen.