

Pflegediagnosen, Klassifikationssysteme und Assessmentinstrumente – ein Essay

Dirk Hunstein

«Ich bitt' euch, bringt man Eulen nach Athen?» lässt Aristophanes den Euelpides in seiner satirischen Komödie *Die Vögel* (um 414 v. Chr.) fragen. Als die Bitte an mich herangetragen wurde, einen Beitrag zu diesem Buch zu verfassen, fühlte ich mich ein wenig in der Rolle des Euelpides. Wie könnte ein Artikel aussehen, der nicht nur das wiederholt, was Sabine Bartholomeyczik zum Thema Assessmentinstrumente, Pflegediagnosen und Klassifikationssystem bereits geschrieben hat? Die literarische Form des Essays (vom mittellat. *exagium*: Probe, Versuch) bot sich an, um sich dem Thema von unterschiedlichen Seiten zu nähern und dabei auch persönliche Sichtweisen einnehmen zu können.

Pflege beschreiben, messen und transparent machen: Eine Annäherung

Pflegewissenschaft darf nicht zum Selbstzweck werden, sondern muss immer auch den Betroffenen nutzen – seien es die Patienten/Bewohner, deren Angehörige oder die Pflegefachperson. Sie muss aber auch berufspolitisch und damit gesundheitspolitisch und – in letzter Konsequenz – für «die Gesellschaft» relevant sein, auch wenn die Umsetzung der Erkenntnisse nicht immer einfach ist, geschweige denn schnell geht. Mit diesen beiden Sätzen lässt sich das wissenschaftliche Selbstverständnis von Sabine Bartholomeyczik aus meiner Sicht gut zusammenfassen.

Aus diesem Selbstverständnis lässt sich ihr Anliegen, Pflege verstehbar, messbar und bewertbar zu machen, erklären. Dabei geht es um nicht mehr (und nicht weniger) als um die Beantwortung des «Wer-benötigt-wann-warum-von-wem-wie-viel-Pflege?» und des «Was-kommt-am-Ende-dabei-heraus?». Um etwas messen zu können, muss das zu messende Konzept oder Konstrukt zuvor mittels geeigneter Indikatoren definiert worden sein. Die Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf spielt daher seit Beginn von Bartholomeycziks wissenschaftlicher Karriere eine wichtige Rolle. Doch wie lassen sich solch komplexe Konzepte in eine überprüfbare, transparente Form bringen? An dieser Stelle setzen Klassifikationssysteme, Assessment(-instrumente) und Pflegediagnosen an (frei nach, Bartholomeyczik, 2004b). Sie ermöglichen es, den zunächst unscharfen Begriff Pflegebedürftigkeit (Patienten-/Bedarfsseite) zu operationalisieren, d. h. in messbare Begriffe zu überführen, um daraus den «objektivierten» Pflegebedarf, letztlich Handlungen abzuleiten (Pflege-/Angebotsseite) und deren Erfolg abschließend zu überprüfen.

Bevor ich auf die Rezeption des Forschungsfelds in der Praxis eingehe, möchte ich eine kurze Übersicht über das Forschungsfeld geben sowie einige Entwicklungen seit Beginn der Lehrtätigkeit von Sabine Bartholomeyczik anreißen.

Zunächst zur Klassifikation: Eine Klassifikation ist eine planmäßige Sammlung von Klas-

sen, Konzepten oder Kategorien, die zur Abgrenzung und Ordnung von Sachverhalten oder Objekten verwendet werden. Sie schafft damit einen strukturellen und systematischen Rahmen, der zur Präzisierung und Orientierung innerhalb des jeweiligen Anwendungsgebiets genutzt werden kann.

Zu den bekanntesten Klassifikationen in der Pflege zählen die Pflegediagnosen. Als Begriff wurden sie erstmals in den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts eingeführt. Die ersten Veröffentlichungen hierzu stammen von McManus (1951) und Fry (1953). Die Gründung der NANDA, der North American Nursing Diagnosis Association erfolgte 1982, die ersten Pflegediagnosen wurden 1987 als «Orange Book» (Taxonomy I) in Amerika veröffentlicht (auf deutsch erstmalig in Doenges & Moorhouse, 1993). Im Jahr 2000 folgte Taxonomy II.

Einige Beispiele neuerer deutschsprachiger Entwicklungen sind die Schweizer Pflegediagnosen nach ZEFP (Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege am Universitätsspital Zürich, (Käppeli, 2000a), die in Deutschland entwickelten European Nursing Pathways (Wietek, 2004), die in Österreich entwickelten Pflegediagnosen für die Kinder- und Jugendlichenpflege (Weissenbacher & Horvath, 2008) oder die Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP, Stefan et al., 2009).

Die erste größere deutsche Tagung zu Pflegediagnosen fand 1995 in Eschborn statt und war mit «Pflegediagnosen – Irrweg oder effektives Instrument professioneller Pflegepraxis?» überschrieben (Höhm, 1995). Als Teilnehmer erinnere mich gut an die Diskussionen, die zwischen Skeptizismus, Ablehnung und Aufbruch schwankten. Benötigen wir wirklich so etwas wie Pflegediagnosen und Klassifikationen? Werden damit den Patienten nicht irgendwelche Etiketten angeheftet oder sie gar stigmatisiert (z. B. Powers, 1999). Dürfen Pflegediagnosen überhaupt Defizite ausdrücken oder müssen sie nicht eher positiv formuliert werden (vgl. das Konzept der Wellness-Diagnosen, z. B. Stolte, 1996)? Schaut man in die aktuelle Litera-

tur der letzten Jahre, haben sich die Diskussionen zum *ob* gegenüber damals deutlich reduziert – die Diskussionen zum *wie* dagegen sind unverändert ergebnisoffen.

Auf einer anderen Ebene als die Pflegediagnosen liegt die ICNP, die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis, die 2003 auf deutsch erschien (Hinz et al., 2003). Mit der ICNP soll die gesamte Pflegesprache klassifiziert werden, um eine international vergleichbare Terminologie pflegerischer Begriffe zu schaffen. Nachdem es einige Jahre recht ruhig um die ICNP geworden war, erfährt sie mit dem Ausbau EDV-gestützter (Pflege-)Dokumentation wieder mehr Beachtung, allerdings eher im *Back-End*, also nicht an der Benutzeroberfläche, sondern als Mappingtabelle im Hintergrund, um unterschiedliche Systeme miteinander zu verknüpfen.

Auch wenn es sich sowohl bei der ICNP als auch bei den Pflegediagnosen um Klassifikationen handelt, betont Bartholomeyczik immer wieder die Notwendigkeit einer klaren Abgrenzung zwischen der sprachlichen Klassifikation und Pflegediagnosen: «Die Strukturlogik der ICNP folgt linguistischen Klassifikationsregeln, die der Pflegediagnosen pflegewissenschaftlichen Begründungen. Pflegediagnosen enthalten ein komplexes System, das ein bestimmtes Handeln voraussetzt, das mit einer Sprachsystematik beschrieben wird. Die Begriffe der ICNP sind geeignet, um für Pflegediagnosen genutzt zu werden, Pflegediagnosen können aber auch ohne ICNP existieren.» (Bartholomeyczik, 2003b, siehe auch den Abdruck in diesem Buch). Eine Sprachklassifikation kann formal zwar relativ unabhängig von einem konkreten kulturellen Hintergrund entwickelt werden, ihre Anwendung erfolgt aber im jeweiligen (sprach-)kulturellen Kontext. Die Pflegediagnose wiederum entsteht überhaupt erst innerhalb eines bestimmten Denkmodells. Ohne eine Vorstellung davon, was gesund macht und was krank, kann keine Diagnose gestellt, geschweige denn von der Diagnose ein sinnvolles Handeln abgeleitet werden. Die Ausführungen der Medizinjournalistin Lynn Payer («Andere Länder, andere Leiden», Payer,

1993) zeigen dies auf plakative Weise: Ein Symptom wie niedriger Blutdruck, das in Deutschland als behandlungsbedürftige Krankheit anerkannt ist und zu dessen Behandlung eine Vielzahl von verschreibungspflichtigen Medikamenten existiert, führt im US-amerikanischen Kontext dazu, dass das gleiche Symptom als Glücksfall verstanden wird, weil ihm die Chance für eine höhere Lebenserwartung zugeschrieben wird (ebd. S. 89).

Für die Zukunft besonders interessant erscheinen mir Klassifikationen, die interdisziplinär angelegt sind. Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung der Weltgesundheitsorganisation WHO, 2005) könnte möglicherweise als interdisziplinäre Referenzklassifikation für Patientenfähigkeiten und -zustände dienen. Eine entsprechende Prüfung schlägt die deutschsprachige Nutzergruppe der ICF aus der Perspektive der Pflege vor (Bartholomeyczik et al., 2006), auch wenn bestimmte pflegerische Konzepte wie das der Risikodiagnosen in der ICF nicht explizit enthalten sind.

Eine Klassifikation, die gezielt auf «Health-care» und nicht auf eine bestimmte Berufsgruppe ausgerichtet ist, sind die SNOMED Clinical Terms (1999), die von der IHTDSO (International Health Terminology Standards Development Organisation) herausgegeben und weiterentwickelt werden. Zu den SNOMED CT liegt allerdings keine deutschsprachige Version vor, es existiert nur eine alte Übersetzung einer früheren SNOMED-Version aus 2003.

Der Ansatz einer berufsgruppenübergreifenden Terminologie ist aus meiner Sicht vor allem deshalb so spannend, weil damit nicht nur über die am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen hinweg eine einheitliche Systematik besteht, sondern auch über Sektorengrenzen hinaus. So wäre es z.B. möglich, die Daten zu den Fähigkeiten und Zuständen eines Patienten von der Pflege in der akutstationären Versorgung an die Physiotherapie der nachsorgenden Rehabilitationseinrichtung zu übermitteln, auch wenn beide vordergründig

ihre jeweils settingspezifischen und berufsfachlich erforderlichen Einschätzungsinstrumente und Taxonomien verwenden. Einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, wie sie in Deutschland gefordert wird, könnte so auch einfacher nachgekommen werden.

Solche Überlegungen zur transsektoralen Datennutzung und -auswertung sehe ich unter Berücksichtigung der Aufgaben eines Lehrstuhls für Epidemiologie Pflegewissenschaft als ein wichtiges Entwicklungspotenzial und als konsequente Fortführung der Arbeiten von Sabine Bartholomeyczik.

Die Entwicklung, die Gesundheitsversorgung nicht nur in einer Berufsgruppe zu betrachten, lässt sich auch bei dem am weitesten verbreiteten originär deutschsprachigen Klassifikationssystem von Leistungen erkennen: Ende der 1980er-Jahre startete die LEP-Systematik noch als reines Pflegeaufwandsmesssystem am Kantonsspital St. Gallen (PAMS) resp. als System zur Erfassung der Pflege am Universitätsspital Zürich (SEP). Diese beiden Systeme wurden Anfang der 1990er-Jahre zu LEP (Leistungserfassung in der Pflege) zusammengeführt. Die Nähe einzelner Leistungen zwischen Pflege und Physiotherapie (z.B. im Bereich der Mobilität) führte zunächst 2001 zu einer eigenen Klassifikation LEP Physio. Unter anderem beeinflusst von den Arbeiten von Sabine Bartholomeyczik zur Pflegediagnostik und Leistungsabbildung sowie der Forderung, Assessmentinstrumente mit Leistungsdaten zusammen zu bringen (Bartholomeyczik, 2004b), wurde LEP Nursing 3 in den Pflegeprozess integriert (Baumberger & Hunstein, 2009). In einem weiteren Schritt wurde ab 2011 die Konstruktion der integrierten berufsgruppenübergreifenden Klassifikation (LEP Matrix, LEP AG, 2012) eingeleitet, die z.B. eine interdisziplinäre Leistungsabbildung in Zusammenhang mit der ICF ermöglichen wird.

Betrachtet man den (diagnostischen) Prozess, der der Stellung einer Pflegediagnose resp. der Bestimmung des Pflegebedarfs vorausgeht, kommt man sehr schnell auf das Thema

Assessment(-instrumente). Die Bedeutung des Begriffs Assessment hat sich seit den 1980er-Jahren gewandelt. Stand damals noch mehr das Instrument im Vordergrund, mit dem das Assessment durchgeführt wird, so hat sich in den letzten Jahren eine umfassendere Bedeutung etabliert, indem der Prozess des Diagnostizierens selbst in den Vordergrund rückt (Reuschenbach, 2011). Gordon (2008) spricht von einem *diagnostic judgement*, letztlich einer Beurteilung von Einschätzungsergebnissen, die Teil eines Entscheidungsprozesses (*clinical decision making*) ist. Andere Autoren sprechen vom *nursing judgement making* (Beckwith, 2009). Es ist also nicht nur das Instrument, das zum abschließenden klinischen Urteil führt, welches z.B. in einer Diagnose ausgedrückt werden kann, sondern ein komplexer Prozess intuitiver, impliziter Wissensbestandteile, nicht instrumentgestützter Beobachtungsdaten sowie von Messergebnissen, die über Tests, Skalen oder sonstige strukturierte/standardisierte Instrumente gewonnen werden. Daher werde ich nachfolgend zwischen Assessment (Datensammlung, Bewertung und Handlungsableitung) und Assessmentinstrumenten (empirische Einschätzungsinstrumente zum Zweck der nachfolgenden Beurteilung der Ergebnisse) unterscheiden.

Die ersten, in größerem Stil eingesetzten Assessmentinstrumente waren jene zur Erkennung des Dekubitusrisikos. Bereits in den 1960er-Jahren wurde die Norton-Skala veröffentlicht (Norton et al., 1962), die in ihrer Urform zu den ältesten heute noch bekannten Skalen gehört. Weitere Dekubitusrisikoskalen folgten, wie z.B. die Waterlow-Score-Card (Waterlow, 1985) oder die Braden-Skala (Bergstrom et al., 1987). Standen zunächst vorwiegend Einzelprobleme im Vordergrund, wie Dekubitus, Sturz (Morse et al., 1985; Oliver et al., 1997) oder Atmung (Bienstein, 1989), erfassen neuere Instrumente wie die CDS (Care-Dependency-Scale, deutsch: Pflege-Abhängigkeits-Skala PAS, (Dijkstra et al., 1999) oder ePA-AC (ergebnisorientiertes PflegeAssessment Acute-Care, (Hunstein, 2009; Hunstein et al., 2007)

im Sinne eines Basis-Assessmentinstruments übergeordnete Aspekte von Pflegebedürftigkeit. Auch das NBA (Neues Begutachtungsinstrument (Wingenfeld et al., 2008b) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Geltungsbereich der Pflegeversicherung ist hier zu verorten.⁸

Die Veränderung der Reichweite der genannten Assessmentinstrumente – weg vom Einzelproblem hin zu einer übergeordneten Ebene – greift in gewisser Weise die zuvor beschriebene veränderte Bedeutung des Begriffs Assessment auf. Dieser Perspektivwechsel hat aus meiner Sicht klare Vorteile: Jedes Instrument, das Indikatoren eines komplexen Begriffs wie Pflegebedürftigkeit erfassen soll, bewegt sich im Spannungsfeld zwischen «allzuständiger Omnipotenz» (Bartholomeyczik, 2003a) und pragmatisch-reduziertem «McNursing» (frei nach Jennings, 1999). Um den diagnostischen Prozess zu strukturieren, können Basisassessment- oder Screening-Instrumenten eingesetzt werden. Deren Ziel ist es, mit möglichst geringem (Erhebungs-)Aufwand ein Maximum an handlungsleitenden Informationen zu generieren. Je nach Ergebnis des Basis-Assessments kann sich dann eine differenzierte Betrachtung einzelner (auffälliger) Aspekte im Sinne eines Fokus-Assessments anschließen, wozu auch die Stellung einer Pflegediagnose gehören kann.

8 Am NBA zeigt sich, wie langwierig es sein kann, bis sich wissenschaftliche Erkenntnisse auch in der Politik durchsetzen. Im Jahr 1999 war die wichtigste Empfehlung des Forschungsteams um Sabine Bartholomeyczik in der Studie zur Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung, statt Zeitwerten, die ohnehin keinen Hinweis darauf geben, welche Pflege als erforderlich anzusetzen ist, standardisierte Assessmentinstrumente einzusetzen. Diese sollten die Pflegebedürftigkeit differenzierter beurteilen können als das damalige Begutachtungsinstrumentarium ((Bartholomeyczik et al., 2001b, p. 170)). Das NBA ist ein Ergebnis dieser Empfehlung. Elf Jahre mussten nach der Präsentation der Forschungsergebnisse zur Pflegezeitstudie im Bundesministerium für Gesundheit vergehen, bis die damalige Empfehlung zur besseren Berücksichtigung kognitiver Beeinträchtigungen im Pflegebedürftigkeitsbegriff nach SGB XI (Pflegeversicherung) umgesetzt worden war. Dass dies überhaupt gelungen ist, daran dürfte Sabine Bartholomeyczik nicht ganz unschuldig gewesen sein.

Doch wie verhält es sich nun mit der Rezeption von Assessment(-instrumenten), Pflegediagnosen und Klassifikationssystemen in der Praxis?

In Forschung und Lehre war man sich schon zu Beginn der 1990er Jahre einig, dass sich die Pflege ohne standardisierte resp. formalisierte (Sprach-)systeme nicht entwickeln kann. Fast schon zum geflügelten Wort wurde die Aussage von Clark und Lang: *«If you can't name it, you can't control it, teach, research it, or put it into public policy»* (Clark & Lang, 1992). Mitte bis Ende der 1990er Jahre kam kaum ein Vortrag zu Pflegediagnosen und/oder Klassifikationen ohne dieses Zitat aus und auch heute taucht es immer wieder auf. Aber eine Rezeption dieses Gedankens scheint in der Praxis – zumindest in Deutschland – nur vereinzelt stattgefunden zu haben. Ich wage zu behaupten, dass selbst die Dokumentation von Pflegediagnosen in der Praxis noch lange kein Beleg dafür ist, dass sie als tatsächlich so eingesetzt werden, wie es ihrem von Clark und Lang zugeschriebenen Potenzial entspricht. Zunächst erscheint es als großer Schritt auf dem Weg «to name it» (frei nach Clark & Lang, 1992), wenn z. B. im Österreichischen Krankenpflegegesetz der Pflegeprozess als eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich genannt wird. Auch wenn der Gesetzestext das Stellen einer Pflegediagnose nicht vorschreibt, sondern in § 14(1, Abs. 2) GuKG lediglich das «Feststellen der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)» als Vorbehaltstätigkeit definiert, kam es nach Inkrafttreten der Gesetzesnovelle zu einem Boom von Pflegediagnosen in Österreich. In seiner Analyse von elektronischen Pflegedokumentationen in einem Wiener Krankenhaus stellte Steininger (2007) allerdings fest, dass zwar 100 % der Dokumentationen Pflegediagnosetitel enthielten, diese aber zu 90 % nicht begründet waren. Es fehlten Assessmentdaten oder passende Angaben in der Anamnese – insbesondere im Verlauf, also nach einer Erstein-schätzung. Das Stellen einer Pflegediagnose resp. ihr Absetzen setzt jedoch einen sorgfältigen diagnostischen Prozess voraus (Abder-

halden, 1999; Bartholomeyczik, et al., 2001b). Ich gehe noch einen Schritt weiter: Das Analysieren von pflegerlevanten Phänomenen oder Zuständen, insbesondere von Patientenproblemen und Fähigkeiten, ist nicht nur Grundlage der klinischen Entscheidungsfindung und damit Grundlage jeglicher Planung professioneller Interventionen (siehe auch, Bartholomeyczik, 2000b; Käppeli, 2000a). Ohne eine standardisierte, nachvollziehbare Dokumentation der relevanten Phänomene und Zustände kann auch keine Aussage zum Qualitätsniveau und damit dem Erfolg (Nutzen) des pflegerischen Leistungsgeschehens gemacht werden.

Die Ergebnisse der Studie von Steininger (2007) lassen befürchten, dass es eher die Regel als die Ausnahme ist, wenn zuerst ein Pflegediagnosetitel gewählt wird und erst anschließend mögliche Probleme, Ursachen und Symptome gesucht werden, um die vorweggenommene Annahme stützen. Diese deduktiv angelegte Art der Schlussfolgerung, in der die Hypothese die nachfolgende Datensammlung leitet, steht im Gegensatz zu einem induktiv ausgerichteten (Problemlösungs-)prozess, in dem die verfügbaren Daten zur Hypothesengenerierung führen und birgt die Gefahr, dass mögliche ähnliche Diagnosen (Differenzialdiagnosen) übersehen werden. Wenn die passenden Merkmale erst *nach* der Festlegung auf eine Diagnose gesucht werden, kann letztendlich sogar die Handlungsebene beeinflusst werden, da sich die konkreten Maßnahmen erst aus Kenntnis der Ätiologie und der Merkmale ableiten lassen. Besonders problematisch wird dies, wenn die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf, die in allen deutschsprachigen Krankenpflegegesetzen (DACH) als Vorbehaltstätigkeit definiert wird, von unzureichend ausgebildeten Personen durchgeführt wird. Wimmer stellte in ihrer Studie zu Methoden der Pflegebedarfserhebung bei onkologischen Patienten fest, dass die Erhebung des Pflegebedarfs zu 50 % ganz oder zumindest teilweise an Pflegehilfen oder Krankenpflegeschüler delegiert wurde (Wimmer, 2005)

Ist der diagnostische Prozess nicht transparent, muss die Befürchtung aufkommen, dass die Nennung eines Begriffs («Pflegediagnose») als Teil eines eigenverantwortlichen Aufgabebereichs in einem Gesetz zwar als verbindlich umzusetzende Verpflichtung interpretiert wird, eine fachlich reflektierte Nutzung der Pflegediagnosen als Kulminationspunkt eines vorangegangenen diagnostischen Prozesses dadurch aber nicht garantiert ist. Mit der Gießkanne verteilte Pflegediagnosen könnten im ungünstigsten Fall genauso passend (oder unpassend) sein wie jene, die lediglich wegen eines auf den ersten Blick passenden Titels, aber ohne nachvollziehbare vorgängige Untersuchung (Assessment) dokumentiert wurden. Dieses Phänomen ist aber keine landestypische Besonderheit in Österreich! In Deutschland findet sich dieses Verhalten genauso wieder: Seit mit Einführung der Pflegeversicherung (SGB XI) bestimmte Leistungsbereiche benannt wurden, hat sich das Dokumentationsverhalten der Pflegenden in der Langzeitversorgung massiv verändert: Statt einer tatsächlich individuellen Pflegeplanung wird vor allem darauf geachtet, dass sich die vergütungsrelevanten Informationen in der Dokumentation wiederfinden – die tatsächlichen Bedürfnisse des Patienten werden allenfalls zusätzlich dokumentiert (Bartholomeyczik et al., 2007a). Durch eine Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Entwicklung des NBA (Neues Begutachtungssessment) hat für den Geltungsbereich des SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz) zwar eine Abkehr von rein somatisch-funktionalen Beeinträchtigungen hin zu einer besseren Berücksichtigung kognitiver Beeinträchtigungen und demenziellen Veränderungen stattgefunden. Auch wenn davon auszugehen ist, dass dies zu einer Anpassung des Dokumentationsverhaltens hinsichtlich der neuen Inhalte führt, bleibt aber offen, ob es sich lediglich um einen quantitativen Zuwachs an (vergütungsorientierter) Dokumentation handelt oder ob es auch zu einer qualitativ besseren Berücksichtigung der individuellen Bedarfslagen führt.

Im akutstationären (G-DRG-)Bereich ist eine qualitative Verbesserung ebenfalls nicht zu beobachten: Seit der Vorgabe von (pflegefachlich) nicht haltbaren «PKMS-Gründen» und «PKMS-Maßnahmen», die in den Kodieranleitungen für hochaufwändige Patienten gemäß OPS 9-20 genannt werden, wird bei einzelnen Patienten zwar deutlich mehr dokumentiert als früher. De facto werden dabei den Patienten aber lediglich PKMS-konforme Pflegepläne übergestülpt – getreu dem Motto: Hauptsache, es wird so dokumentiert, dass es Geld gibt. Bleibt für die Patienten zu hoffen, dass sich das letztendliche Handeln der Pflegefachpersonen trotz anders lautender Dokumentation am tatsächlichen Bedarf orientiert – auch wenn es sich dann eindeutig um Abrechnungsbetrug handeln würde..

Ein pflegerisches Assessment scheint bisher – wenn überhaupt – also eher nach formalen Aspekten im Sinne einer lästigen Vorgabe durchgeführt zu werden, anstatt darin ein effektives Hilfsmittel zu sehen, mit dem begründete Entscheidungen getroffen werden können.

Natürlich muss kritisch hinterfragt werden, ob das jeweilige Instrument tatsächlich geeignet ist, den zu messenden Sachverhalt korrekt wiederzugeben. Den Autoren der Expertensstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) ist zu danken, dass sie sich so intensiv mit Instrumenten beschäftigt haben, die Risiken vorhersagen sollen. Wenn ein Instrument für die Risikovorhersage nicht geeignet ist⁹, ist dessen Anwendung kritisch zu hinterfragen. Dass aber aus der kritischen Auseinandersetzung mit standardisierten Instrumenten in vielen Diskussionen der

9 Wobei sowohl die Entwicklung als auch die nachfolgende Testung eines Instruments zur Risikovorhersage nicht ganz einfach ist: Ab dem Moment, in dem ein Schadensrisiko benannt ist, muss gehandelt werden, damit das vorhergesagte Ereignis nicht eintritt – was es fast unmöglich macht, diese Instrumente wirklich zu testen, weil nicht klar ist, ob das nicht eingetretene Ereignis deshalb nicht eingetreten ist, weil die eingeleiteten Interventionen wirksam waren oder es sowieso nicht eingetreten wäre, weil das Instrument ein Risiko vorhergesagt hat, das in Wirklichkeit gar nicht bestand.

Schluss gezogen wird, dass erfahrene Pflegefachpersonen überhaupt keine standardisierten Instrumente benötigen würden, halte ich für nicht gerechtfertigt. Dieses Argument ist schon mit Verweis auf Benner (1994) «From Novice to Expert» zu entkräften, denn Assessmentinstrumente helfen dabei, den diagnostischen Blick zu üben und zu schärfen. Um an dieser Stelle die manchmal etwas enge (Denk-)Welt des Gesundheitswesens zu verlassen, schlage ich einen gedanklichen Ausflug in eine ganz andere Welt vor: Wer würde sich freiwillig in ein Flugzeug setzen, dessen Pilot vor dem Start nicht die vollständige Take-Off-Checklist durchgegangen ist? Die hohe fachliche Qualifikation des Piloten steht dadurch, dass er sich eines standardisierten Hilfsmittels bedient, sicherlich nicht in Frage – im Gegenteil! Ob er letztlich startet, obwohl ein Punkt der Checkliste nicht mit «ok» beantwortet werden konnte, liegt in seiner fachlichen Verantwortung. Der Experte zeichnet sich eben dadurch aus, dass er erkennt, wann es ungefährlich ist, vom Standard abzuweichen – das Instrument ist immer nur ein Teil der Entscheidungsfindung. Die Anwendung von Instrumenten darf also nicht blind skalengläubig erfolgen, sondern muss immer interpretierend sein (vgl. auch den Abdruck von Bartholomeyczik (2007a) in diesem Buch).

Verlässt man den Bereich der Risikovorhersageinstrumente, die die klassischen Assessmentinstrumente in der Pflege sind und begibt sich mehr in den Bereich der Diagnostik bestehender Pflegebedürftigkeit oder anderer Gesundheitsprobleme, kann aus meiner Sicht auf der *Analyseseite* auf Instrumente nicht verzichtet werden. Die *Bewertung* der Daten und die Schlussfolgerungen, welche Maßnahmen nun ergriffen oder nicht ergriffen werden müssen, müssen natürlich im jeweiligen Kontext erfolgen, wobei der Patient ein wichtiger Teil des Kontexts ist. So lässt sich beispielsweise Schmerzstärke sehr gut mittels Skalen erfassen, die geeigneten Interventionen lassen sich aber nur planen, wenn der Einfluss des individuellen Schmerzverständnisses auf Copingstrate-

gien und Compliance berücksichtigt wird (Schrems, 2007).

Ein weiterer Aspekt: Aus epidemiologischer wie aus ökonomischer Sicht ist es wichtig zu wissen, wie Pflegebedürftigkeit in bestimmten Versorgungsstrukturen oder Bevölkerungsbereichen verteilt ist. Hierzu bedarf es Daten, die nur mittels standardisierter Messverfahren gewonnen werden können. Um Mehrarbeit durch Doppelerfassung oder Zusatzarbeit für die Bereitstellung solcher Daten zu vermeiden, müssen die Routinedaten, die zu jedem Patienten erfasst werden, solche Auswertungen ermöglichen. Dazu gehört nicht nur zu wissen, welche und wie viele Pflegeprobleme ein Patient hat (und wie diese miteinander interagieren), sondern auch, welche Pflegeprobleme der Patient *nicht* hat. Hierfür sind (skalierte) Assessmentinstrumente geradezu prädestiniert, weil sie in ihrer Abstufung nicht nur ja oder nein, sondern auch ein mehr oder weniger erfassen.

Vielleicht ist die bisher eher zurückhaltende Rezeption von Assessmentinstrumenten und Pflegediagnosen in der Praxis auf einen eingeschränkten Blickwinkel zurückzuführen. Bei den Assessmentinstrumenten lag der Fokus auf der Risikoerfassung, die – folgt man den Ausführungen der Experten der DNQP-Standards – bislang fast immer unzureichend ist.¹⁰ Bei den Pflegediagnosen war es vielleicht die jede Pflegefachperson abschreckende akademische Diskussion, welches System, welche Klassifikation nun besser ist als die andere, die den Blick darauf verstellt hat, dass man sich weniger mit dem Diagnosentitel und der Struktur (PES-Format vorhanden oder nicht) beschäftigen sollte, als damit, *wie* man zur Diagnose kommt, d.h. welche Elemente den diagnostischen Prozess

10 Was übrigens keine Besonderheit der Pflege ist: Wenn sich komplexe Systeme regelhaft korrekt vorhersagen ließen, wäre die Wettervorhersage immer richtig und Anlagestrategien an der Börse immer erfolgreich. Jegliche Vorhersage ist letztlich nur eine statistische Größe, die mit Wahrscheinlichkeiten operiert. In den seltensten Fällen sind alle Einflussfaktoren bekannt oder gar beeinflussbar.

befördern (und welche nicht) und was handlungsleitend ist für die jeweilige Tätigkeit.

Vielleicht sind auch die Anforderungen bezüglich «des perfekten Instruments» zu komplex oder zu aufwändig und daher nicht leistbar? Ich nutze die Form des Essays als Erlaubnis, um ein wenig zu polemisieren: Müssen es in der Pflege wirklich immer die 100%-Lösungen sein? Häufig verlaufen Diskussionen wie folgt: Zu einem beliebigen Thema gibt es keine Lösung. Dann wird ein Lösungsansatz entwickelt, der 80 % abdeckt. Anstatt dass sich die Pflegenden mit den Chancen dieses Lösungsansatzes beschäftigen, werden lieber die fehlenden 20 % moniert, weil genau jene das beinhalten würden, ohne das man nicht wirklich arbeiten könne. Doch nicht immer sind die Pflegenden davon angetan, wenn sie dann das bekommen, was sie gefordert hatten: In einem aktuellen Forschungsprojekt wollten wir zwei psychosoziale Items zur Erfassung von Angst und Traurigkeit testen. Es dauerte über vier Wochen, bis wir endlich eine Station gefunden hatten, auf der die Pflegefachpersonen bereit waren, diese Items zu erheben. Die Begründung derer, die die Erfassung von Angst und Traurigkeit ablehnten, lautete sinngemäß: Wenn ich den Patienten nach seinem Befinden frage, könnte er antworten. Und dann komme ich nicht mehr aus dem Zimmer und die restliche Arbeit bleibt liegen. Also bin ich doch lieber still und hoffe, dass mich der Patient nicht anspricht, sonst kommen die anderen Patienten zu kurz.

Gerade im Verzicht auf die 100%-Lösung sehe ich eine große Chance, wie Assessmentinstrumente und Pflegediagnosen in der Praxis zu einem flächendeckenden und vor allem reflektierten Einsatz kommen können. Voraussetzung dafür ist, dass sie situationsgerecht eingesetzt werden und nicht der ideologischen Auseinandersetzung dienen. Ein Beispiel: Als eine wesentliche Aufgabe der Pflege in der akutstationären Versorgung hat Bartholomeyczik die «forcierte Förderung von Entlassfähigkeit» benannt (Bartholomeyczik, 2007b). Beim nicht-pflegebedürftigen Patienten (dem «gesunden Kranken») wird sich Entlassfähigkeit wahr-

scheinlich quasi von selbst wieder einstellen, denkt man z. B. an einen Jugendlichen, der zur Leistenhernien-OP aufgenommen wird. Hier wäre zu prüfen, ob nicht ein Basis-Assessment ausreicht, um zu belegen, dass kein tiefergehender (pflege-)diagnostischer Prozess erforderlich ist und dass bei ihm die für 80 % der Patienten gültige Standardversorgung, die sich an der medizinischen Prozedur orientiert, ausreicht. Stellt sich im Basis-Assessment aber heraus, dass – bei gleicher medizinischer Problematik – eine komplexe Pflegesituation besteht, wird möglicherweise die Förderung der Entlassfähigkeit zur zentralen Aufgabe der Pflege. In diesem Fall kann es angezeigt sein, eine individuelle Pflegeplanung zu erstellen, die auf Pflegediagnosen basiert.

Assessments, Pflegediagnosen und Klassifikationen haben über die individuelle Versorgungsplanung hinaus eine epidemiologische Bedeutung (Bartholomeyczik, 2003b). Eine Pflegeberichterstattung auf Basis standardisierter Daten könnte sich z. B. mit der Verteilung von Pflegebedürftigkeit in unterschiedlichen Settings beschäftigen, Ursachen für Pflegehandeln analysieren (In welchen Merkmalen unterscheiden sich hochaufwändige von weniger aufwändigen Patienten?) oder die Effektivität pflegerischen Handelns nachweisen. Wie lange dauert es im Schnitt, bis Patienten nach endoprothetischem Eingriff der unteren Extremität wieder über Station alleine laufen können? Dies wäre ein interessanterer Qualitätsindikator aus Routinedaten als die Mortalität nach Hüft-TEP zu berechnen. Ein interessanter Nebenaspekt: Warum sollten solche Daten nicht auch im interdisziplinären Kontext genutzt werden? Ein neuer Operateur wurde eingestellt? Verändert sich gleichzeitig die Rate derer, die einen halben Tag früher wieder alleine laufen können? Der Medizinproduktehersteller hat eine neue Knieprothese entwickelt? Wie wäre es mit einem gemeinsamen Forschungsprojekt, in dem pflegerische (Routine-)Daten eine wesentliche Rolle spielen? Ein neues Medikament zur Minderung der Symptome bei Parkinson? Pflegerische As-

essmentdaten, die Auskunft geben über die Fähigkeiten eines Patienten, sich im Alltag selbst zu versorgen, könnten spannende Informationen über die Wirksamkeit geben – allenfalls sogar in Langfriststudien mit telefonischer Abfrage bestimmter Parameter. Es steckt also viel Potenzial in den Daten, die aus der Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf gewonnen wurden.

Um abschließend noch einmal auf den Ausgangspunkt zurück zu kommen: Ist es wirklich so schlimm, wenn eine Eule nach Athen getragen wird? Athena, die Stadtheilige und Göttin der Weisheit, trägt als Zeichen die Eule. Was passt besser zur Emeritierung einer renommierten Pflegewissenschaftlerin als das Symbol der Weisheit schlechthin? Mit ihrem Wirken hat sie Spuren hinterlassen, die dem akademischen Nachwuchs den Weg zu mehr Wissen weisen können. Daher mein Aufruf an alle Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegewissenschaftler: Bringt eure Eulen zusammen, um die Arbeit von Sabine Bartholomeyczik fortzuführen – es lohnt sich!

Literatur

- Abderhalden, C. (1999). Pflegediagnosen und Professionalisierung. *Österr Krankenpflege*, 52(11), 26–29.
- Bartholomeyczik, S. (2000). Pflegediagnosen aus einer Perspektive der Pflegewissenschaft. In B. S. Etzel, *Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version)* (S. 53–70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bartholomeyczik, S. (2003a). Pflegebedürftigkeit oder die Schwierigkeiten, einen komplexen Begriff zu operationalisieren. In M. Halek, *Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Eine Analyse der deutschsprachigen Assessmentverfahren zur Erhebung der Pflegebedürftigkeit* (S. 7–14). Hannover: Schlütersche.
- Bartholomeyczik, S. (2003b). Zur Formalisierung der Sprache in der Pflege. In M. Hinz, F. Dörre, P. König & P. Tackenberg (Hrsg.), *ICNP. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis* (1. Aufl., S. 77–87). Bern, Göttingen: Huber.
- Bartholomeyczik, S. (2004). Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Operationalisierung und Konsequenzen. *PrInternet*, 6(7–8), 389–395.
- Bartholomeyczik, S. (2007a). Einige kritische Anmerkungen zu Assessmentinstrumenten in der Pflege. *Pflege*, 20(4), 211–217.
- Bartholomeyczik, S. (2007b). Kurze Verweildauer im Krankenhaus – Die Rolle der Pflegenden. *Pflege & Gesellschaft*, 12(2), 135–149.
- Bartholomeyczik, S., Boldt, C., Grill, E., & König, P. (2006). Entwicklung und Anwendung der ICF aus der Perspektive der Pflege – Positionspapier der deutschsprachigen Arbeitsgruppe «ICF und Pflege». *Pflege*, 59(9), suppl 2–7.
- Bartholomeyczik, S., Halek, M., Hunstein, D., Isfort, M., Roser, J. M., Hebart-Herrmann, M., et al. (2007). Kommentar zur Grundsatzstellungnahme «Pflegeprozess und Dokumentation» des MDS. Positionspapier der Assessmentgruppe, Universität Witten/Herdecke, zur Pflegedokumentation. *Pflege Zeitschrift*, 60(3), 145–149.
- Bartholomeyczik, S., Hunstein, D., Koch, V., & Zegelin-Abt, A. (2001). *Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Forschungsbericht*. Frankfurt: Mabuse.
- Baumberger, D., & Hunstein, D. (2009). The linkage of nursing assessment and nursing workload. *Studies in health technology and informatics*, 146, 36–40.
- Beckwith, J. S. (2009). *Uncovering complexity in everyday practice: A post-modern study of community nursing assessment*. Unpublished PhD-Thesis, University of Hertfordshire.
- Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Hans Huber.
- Bergstrom, N., Braden, B. J., Laguzza, A., & Holman, V. (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nurs Res*, 36(4), 205–210.
- Bienstein, C. (1989). Vorstellung eines Messinstrumentes zur Erfassung der Atemgefährdung und -beeinträchtigung von Patienten. *Dtsch Krankenpflege*, 42(11), 741–745.
- Clark, J., & Laing, N. (1992). Nursing's next advance: an internal classification for nursing practice. *Int Nurs Rev*, 39(4), 109–111, 128.
- Dijkstra, A., Buist, G., Dassen, T., & van den Heuvel, W. (1999). *ZorgAfhankelijkheidsSchaal – Een handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Rijksuniversiteit Groningen.
- Doenges, M. E., & Moorhouse, M. F. (1993). *Pflegediagnosen und Maßnahmen*. Bern: Huber.
- Fry, V. S. (1953). The creative approach to nursing. *Am J Nurs*, 53(3), 301–302.
- Gordon, M. (2008). *Assess Notes: Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning: Assessment and Diagnostic Reasoning for Clinical Practice (Davis's Notes)*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Hinz, M., Dörre, F., König, P., & Tackenberg, P. (Hrsg.). (2003). *ICNP – Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis*. Bern: Huber.
- Höhmman, U. (Hrsg.). (1995). *Pflegediagnosen. Irrweg oder effektives Instrument professioneller Pflegepraxis?* Eschborn: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.
- Hunstein, D. (2009). Das ergebnisorientierte Pflege-Assessment AcuteCare (ePA-AC). In S. Bartholomeyczik & M. Halek (Hrsg.), *Assessmentinstrumente in der Pflege* (2. Aufl., S. 60–78). Hannover: Schlütersche.

- Hunstein, D., Fiebig, M., Sippel, B., & Dintelmann, Y. (2007). *Clinical testing of ePA-AC, a screening instrument to assess relevant signs and symptoms of nursing care dependency in acute care clinics*. Paper presented at the 6th Conference of ACENDIO 2007, Amsterdam, NL.
- Jennings, B. M. (1999). Evaluating outcomes versus «McAnswers» — where are we going? *Outcomes Manag Nurs Pract*, 3(4), 144–146.
- Käppeli, S. (2000). *Pflegediagnostik unter der Lupe. Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich*. Zürich, ZEPF Kantonsspital.
- LEP AG (Hrsg.). (2012). *LEP Information* (Vol. Mai 2012). St. Gallen.
- McManus, R. L. (1951). *Assumptions of functions of nursing*.
- Morse, J. M., Tylko, S. J., & Dixon, H. A. (1985). The patient who falls — and falls again: defining the aged at risk. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *J Gerontol Nurs*, 11(11), 15–18.
- Norton, D., McLaren, R., & Exton-Smith, A. N. (1962). *An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital*. London: Churchill Livingstone.
- Oliver, D., Britton, M., Seed, P., Martin, F. C., & Hopper, A. H. (1997). Development and evaluation of evidence based risk assessment tool (STRATIFY) to predict which elderly inpatients will fall: case-control and cohort studies. *BMJ*, 315(7115), 1049–1053.
- Payer, L. (1993). *Andere Länder, andere Leiden*. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Powers, P. (1999). *Der Diskurs der Pflegediagnosen*. Bern: Hans Huber.
- Reuschenbach, B. (2011). Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), *Pflegebezogene Assessmentinstrumente* (S. 27–45). Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schrems, B. (2007). Standardisierte Assessmentinstrumente im Lichte der Hermeneutik. *Pflege*, 20(4), 218–224.
- Stefan, H., Allmer, F., Eberl, J., Hansmann, R., Jedelsky, E., Michakel, A., et al. (2009). *POP – Praxis-Orientierte Pflegediagnostik*. Wien: Springer.
- Steininger, A. (2007). *Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation*. Unpublished Master-Thesis, Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall, Tirol.
- Stolte, K. M. (1996). *Wellness nursing diagnosis for health promotion*. Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Waterlow, J. (1985). Pressure sores: a risk assessment card. *Nurs Times*, 81(48), 49–55.
- Weissenbacher, M., & Horvath, E. (Hrsg.). (2008). *Pflegediagnosen für die Kinder- und Jugendlichenpflege. Ein Praxisbuch*. Wien: Springer.
- Wieteck, P. (Hrsg.). (2004). *ENP* – European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden – Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen*. Bad Emstal: Recom.
- Wimmer, E. (2005). *Pflegebedarfserhebung – Eine Analyse auf onkologischen Abteilungen eines Universitätsklinikums in Deutschland*. University of Maastricht, Maastricht.
- Wingenfeld, K., Büscher, A., Gansweid, B., Büker, C., Meintrup, V., Menz, P. U., et al. (2008). Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1: Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstrumentes. Studie im Rahmen des Modellprogramms nach § 8 Abs. 3 SGB XI im Auftrag der Spitzenverbände der Pflegekassen. Bielefeld, Münster: Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL).
- World Health Organization (WHO) (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF*. Genf: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information DIMDI.