

**EFH Darmstadt**

**Fachbereich 2**

**Pflege- und Gesundheitswissenschaften**

**Linck, Wolfgang**

**Matrikelnummer: 921107**

**Literaturanalyse zum Thema: Pflege als Problemlösungs- und  
Beziehungsprozess**

**Eingereicht im Seminar Pflege als Problemlösungs- und  
Beziehungsprozess**

**Bei Fr. Prof. M. Krohwinkel**

**WS 1994/95**

© Wolfgang Linck, Darmstadt

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Historische Entwicklung</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Was ist der Pflegeprozess?</b>	<b>7</b>
2.1	Die allgemeinen Grundlagen des Pflegeprozesses	7
2.1.1	Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess	7
2.2	Herkunft der Begriffe Pflegeprozess u. Regelkreis	9
2.3	Aufbau des Pflegeprozesses	11
2.3.1	Die Phasen des Pflegeprozesses	11
2.3.1.1	Einschätzen des Pflegebedarfs	12
2.3.1.2	Planen der Pflege	13
2.3.1.3	Durchführen der Pflege	15
2.3.1.4	Evaluieren der Pflege	15
2.3.2	Pflegeprozessdokumentation	17
<b>3</b>	<b>Notwendige Rahmenbedingungen f. den Pflegeprozess</b>	<b>18</b>
3.1	Allgemeine Bedingungen	18
3.2	Pflegemodelle	19
3.3	Konzepte in der Pflege	20
3.4	Pflege-theorien	21
<b>4</b>	<b>Wie beeinflusst die Anwendung des Pflegeprozesses die Pflegequalität?</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>Die Anwendung des Pflegeprozesses in d. Praxis</b>	<b>23</b>
5.1	Der Pflegeprozess am Beisp. Modell Krohwinkel	23
5.1.1	Das theoretische Rahmenkonzept	24
5.1.2	Schlüsselkonzepte	24
5.1.3	Modelle und Pflegeprozess	25
5.2	Ergebnisse und Auswirkungen der Anwendung des Pflegeprozesses	28
<b>6</b>	<b>Schluss</b>	<b>30</b>

## **Einleitung**

Mit der folgenden Literaturanalyse, soll versucht werden Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, näher zu betrachten.

Zuerst wird auf die historische Entwicklung eingegangen. Daneben sollen auch notwendige Voraussetzungen, Möglichkeiten und Auswirkungen des Pflegeprozesses dargestellt werden.

Am Beispiel des Modells Krohwinkel soll schließlich aufgezeigt werden, wie der Pflegeprozess in der Praxis anwendbar ist.

Da es hinsichtlich der Literatur eine Fülle von deutschsprachigen Veröffentlichungen zum Thema Pflegeprozess gibt, wurde bewusst auf einige ausgewählte Quellen zurückgegriffen.

Den Schluss bildet eine Zusammenfassung der vorgestellten Arbeit.

Das Ziel dieser Literaturanalyse ist es einen Einblick in den momentanen Entwicklungsstand der Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, zu geben.

## **Historische Entwicklung**

Um den Pflegeprozess und dessen Grundlagen besser verstehen zu können, ist es notwendig einen kurzen historischen Abriss, über die Entstehung des Pflegeprozesses zu geben.

Am Beispiel der USA soll gezeigt werden, wie die Entwicklung des Gesundheitssystems Einfluss auf die Entwicklung der Pflege nahm. Aus dieser Betrachtung heraus wird die Entstehung des Prozessgedankens in der Pflege deutlicher.

Die Vorstellung Pflege als einen Prozess zu sehen, entstand in den 50er Jahren in den USA (vgl. Mischo-Kelling und Zeidler, 1992).

Als maßgebliche Pflegeetheoretikerinnen werden F.G. Abdellah, V. Henderson, D.E. Orem und I.J. Orlando genannt. Yura und Walsh haben 1967 das erste umfassende Buch zum Pflegeprozess veröffentlicht. Sie nennen als Urheber des Prozessgedankens u.a. H. Peplau (1952), L. Hall (1955), D. Johnson (1959), I.J. Orlando (1961) (zit. n. Meleis, 1985, in Mischo-Kelling und Zeidler, 1992, S. 2).

Eine der Mitbegründerinnen des Prozessgedankens, Orlando, veröffentlichte 1961 das Buch "The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles of Professional Nursing Practice".

"Sie war eine der ersten Führungspersönlichkeiten in der Krankenpflege, welche die Elemente des Pflegeprozesses und die kritische Bedeutung der Beteiligung des Patienten am Pflegeprozess...hervorgehoben hatte" (Marinner-Tomey, 1992, S. 346). Ein wichtiger Gedanke in der Pflege zu dieser Zeit, war der der individuellen Pflege. Der Patient mit seinen Bedürfnissen, sollte in den Pflegeprozess mit einbezogen werden.

Die genannten Theoretikerinnen versuchten die Pflege, zu beschreiben. Es wurden Fragen diskutiert wie:

- Was ist Pflege?
- Was macht Pflege aus?
- Welche Rolle spielt die Pflegekraft in der Gesundheitsversorgung?

Diese Fragen haben angesichts der heutigen Situation der Pflege in der Bundesrepublik Deutschland nichts an Aktualität verloren.

Die rasche Entwicklung der amerikanischen Gesundheitswesens nach dem zweiten Weltkrieg, berührte auch die Pflege. Die Fortschritte der Medizin, neue Therapien und Medikamente brachten eine Verlagerung der Krankenversorgung in die Kliniken mit sich. Hinzu kam, dass die Erhaltung der Gesundheit als ebenso wichtig betrachtet wurde, wie die Heilung von Krankheiten. Dies alles führte zu Entstehung von neuen Berufen im Gesundheitswesen. Gleichzeitig wurde die Reformierung der Pflegeausbildung gefordert. So bestand in den USA für Pflegekräfte ab den 50er Jahren vermehrt die Gelegenheit, Pflege auf dem College oder an der Universität, zu studieren (vgl. Mischo-Kelling und Zeidler, 1992).

Die Idee Pflege als Prozess zu sehen, entstand aus verschiedenen Gedanken heraus. Dies waren u.a.:

- physische und auch psychosoziale Probleme des Menschen erkennen und ihm bei deren Bewältigung helfen zu können;
- den wissenschaftlichen Aspekt der Pflege hervorzuheben;
- die Rolle der Pflegekraft rechtlich als eine unabhängige, professionelle und eindeutige zu verankern (vgl. Wittneben, 1991, in Mischo-Kelling und Zeidler, 1992).

All diese Erwartungen und Forderungen der Pflege, mündeten im Verlauf ihrer Entwicklung dahin gehend, Pflege geplant und überprüfbar durchführen zu können.

In Europa griffen Fiechter und Meier 1981 in der Schweiz diese Gedanken in ihrem Werk "Pflegeplanung- eine Anleitung für die Praxis" auf. Sie sagen, dass "...die systematische patientenorientierte Pflegeplanung...heute als Krankenpflegeprozess

bezeichnet..." wird (a.a.O.).

In Deutschland wurde beginnend in den 70er Jahren und verstärkt im Lauf der 80er Jahre über die Pflegeplanung diskutiert (vgl. Rath und Biesenthal, 1994).

1985 wurde die Einführung des Pflegeprozesses durch die verabschiedete Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) unerlässlich.

"Führt man aber ein Gespräch mit den Pflegenden vor Ort..., wird man in der Regel ernüchtert. Der Pflegeprozess lässt sich eben nicht einführen, indem ... die Pflegenden verpflichtet werden" (Rath und Biesenthal, 1994, S. 2).

1993 dokumentiert Krohwinkel in ihrer Werk "Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken", die Anwendbarkeit und Durchführbarkeit des Pflegeprozesses an Hand eines von ihr entwickelten AEDL-Struktur-Modells.

Doch hiermit ist die Diskussion über den Pflegeprozess sicher noch nicht abgeschlossen.

Der Pflegeprozess, d.h. Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, unterliegt selbst dem Prozess der Veränderung.

## **Was ist der Pflegeprozess?**

### **Die allgemeinen Grundlagen des Pflegeprozesses**

#### **Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess**

Die Basis des Pflegeprozesses als Problemlösungs- und Beziehungsprozess bilden verschiedene Grundlagen. Auf diese soll nun näher eingegangen werden.

Dem Pflegeprozess liegt die entscheidende Frage, "Was ist Pflege ?", zu Grunde. Es gibt hierüber die verschiedensten Anschauungen. Diese orientieren sich an unterschiedlichen Menschenbildern und Auffassungen von Gesundheit und Krankheit. Die folgenden Zitate sollen die Bandbreite der Meinungen zu der Frage "Was ist Pflege ?" verdeutlichen.

Yura und Walsh (1988, in Mischo-Kelling und Zeidler, 1992, S. 6) bezeichnen als das Gebiet der Pflege "...die Bewahrung, die Pflege (Hege), die Erhaltung, und die Förderung der Integrität aller menschlichen Bedürfnisse".

Diese Bedürfnis orientierte Definition erfasst die Ganzheit des pflegebedürftigen Menschen. Eine ebenso umfassende Vorstellung von Pflege hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK, 1993, S. 3) gegeben: "Pflege ist Lebenshilfe und für die Gesellschaft notwendige Dienstleistung. Sie befasst sich mit gesunden und kranken Menschen aller Altersgruppen. Pflege leitet Hilfen zur Erhaltung, Anpassung oder Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens".

Eine sehr medizinische Vorstellung von Pflege vermittelt folgendes Zitat: "Die Krankenpflege ist von wesentlicher Bedeutung für die Qualität der medizinischen Betreuung. Die Schwestern bzw. die Pfleger führen die ärztlichen Anordnungen verantwortungsbewusst, sachkundig und selbständig durch. Sie beobachten die Patienten sorgfältig, führen erforderliche pflegerische Maßnahmen eigenständig durch und informieren bei Notwendigkeit unverzüglich

den Arzt. Durch die Krankenpflege erfahren die Patienten spürbare Zuwendung und zugleich psychische Betreuung" (Knoch et al., 1987, S. 9).

In diesem Zitat wird jedoch auch deutlich, dass die Pflegekraft in Beziehung zum Patienten treten muss. Denn nur so ist Zuwendung und Betreuung gleichermaßen möglich.

Fiechter und Meier (1981, S. 31) sagen: "Pflege ist ein zwischenmenschlicher Beziehungsprozess, bei dem zwei Personen (Pfleger und Gepflegter) zueinander in Kontakt treten, um ein gemeinsames Ziel, das Pflegeziel, zu erreichen".

Pflege ist also ein Prozess, der das Entstehen einer Beziehung zum Wesen hat. Doch wie bestimmt die Pflegekraft in der Beziehung zum Patienten ein gemeinsames, zu erreichendes Ziel?

Yura und Walsh (1988, zit. n. Mischo-Kelling und Zeidler, 1992, S. 6) sagen, dass "...Pflege(prozess) eine geordnete, systematische Art und Weise der Bestimmung des Gesundheitszustandes des Klienten, der Bestimmung von Problemen...zur Erstellung von Plänen, zu deren Lösung, zur Initiierung und Umsetzen der Pläne...und zu Bewertung...für die Lösung der erkannten Probleme...".

Insofern hilft die Pflege zur Lösung von Problemen, die im Bereich menschlicher Bedürfnisse liegen.

Fiechter und Meier (1981, S. 30) sprechen in diesem Zusammenhang von "Pflege als Problemlösungsprozess".

Als Grundlagen der individuellen Pflege, können also der Problemlösungs- und Beziehungsprozess gesehen werden. So gesehen ist Pflege ein Prozess. Der Prozessgedanke mündete in dem Begriff des Pflegeprozesses. Darauf wird nun näher eingegangen.

## **Herkunft der Begriffe Pflegeprozess und Regelkreis**

Eine wohl der bekanntesten Definitionen des Pflegeprozesses haben Fiechter und Meier (1981) verfasst: " Der Krankenpflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, also auf ein Ziel hin ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkopplungseffekt (feed back) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten".

Hier gibt es inzwischen viele Definitionen des Pflegeprozesses. Deshalb sollen nur folgende erwähnt werden.

Heath und Law (1988, S. 11) schreiben: "Der Krankenpflegeprozess ist ein logischer, systematischer Zugang zur ganzheitlichen Pflege jedes einzelnen Patienten".

Die Theorien, die dem Pflegeprozess zu Grunde liegen, entstammen der Systemtheorie, der Entscheidungstheorie und der Kybernetik.

Die Systemtheorie wurde vom Biologen Ludwig von Bertalanffy entwickelt. Linder (1989) sagt dazu, dass ein System, gleichgültig ob es belebt oder unbelebt ist, aus Elementen zusammengesetzt ist, die miteinander in Wechselwirkung stehen. Lebewesen sind hochkomplizierte Systeme.

Ein offenes System (Lebewesen) empfängt Informationen, verarbeitet sie und gibt sie an seine Umgebung ab. Ein Rückkopplungsmechanismus (feed back) vergleicht das Resultat mit dem Ziel und gibt die Informationen wieder ins System zurück. So kann eine ständige Anpassung an die Umwelt erfolgen (vgl. Fiechter und Meier, 1981).

Der Begriff der Kybernetik (vom Griechischen kybernetes, der Steuermann) bezeichnet die "Erkennung, Steuerung, und selbständige Regelung ineinandergreifender, vernetzter Abläufe" (Vester, 1991, S. 53).

Eine weitere Theorie, mit der eine Problemlösung behandelt werden

kann, ist die Entscheidungstheorie.

Dies geschieht in folgenden Phasen: Informationsphase, Problemphase, Alternativphase, Beurteilungsphase. Die Entscheidung wird herbeigeführt, wenn zwischen verschiedenen Möglichkeiten die ausgesucht wird, die zur Erreichung des Ziels führt. Um festzustellen, ob die gewünschte Veränderung eingetreten ist, wird die neue Situation mit der Ausgangssituation verglichen (a.a.O.).

Die genannten Theorien bilden die Grundlagen für den Pflegeprozess.

## **Aufbau des Pflegeprozesses**

### **Die Phasen des Pflegeprozesses**

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden das vier-Phasen- und das Sechs-Phasen-Modell erwähnt.

Die WHO favorisiert das Vier-Phasen-Modell, mit den Schritten:

" 1. Einschätzen des Pflegebedarfs, Pflegeanamnese

2. Planen der Pflege

3. Durchführen der Pflege

4. Evaluieren/Bewerten der Pflege " (Mischo-Kelling und Zeidler , 1992, S. 7).

Krohwinkel (1993) spricht in ihrer Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege ebenfalls von vier Prozessphasen.

Fiechter und Meier reden, ebenso wie Juchli, von dem Sechs-Phasen-Modell. Rath und Biesenthal (1994) erwähnen auch sechs einzelne Schritte:

"1. Informationssammlung, Pflegeanamnese

2. Erkennen von Problemen und Ressourcen des Patienten

3. Festlegen der Pflegeziele

4. Planen der Pflegemaßnahmen

5. Durchführung der Pflege

6. Beurteilung der Pflegewirkung und evtl. Neuanpassung".

"Die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses können identifiziert

werden. Die hierfür verwendeten Bezeichnungen können ebenso variieren, wie deren Dauer, Intensität und Reihenfolge; sie können sich überlappen, sie können untersucht und analysiert werden..." (Yura und Walsh in Mischo-Kelling und Zeidler, 1992, S. 6).

Es kommt also nicht so sehr darauf an, welches Pflegeprozessmodell angewendet wird.

Die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses sollen nun an Hand des von der WHO favorisierten Vier-Phasen-Modells erläutert werden.

### **Einschätzen des Pflegebedarfs**

Dieser Schritt dient der Informationssammlung, um die speziellen Probleme, Bedürfnisse, Fähigkeiten und Möglichkeiten eines pflegebedürftigen Menschen erfassen zu können. An Hand von verschiedenen Methoden ist eine Informationssammlung möglich.

Durch das Pflegeanamnesegespräch, besteht die Möglichkeit eine vertrauensvollen zwischen Klient und Pflegekraft zu schaffen. Damit können auch normale Lebensgewohnheiten des Klienten erfasst werden. Das genaue Erfassen und Erkennen der Ausgangssituation ist nötig, um eine exakte Planung, Durchführung und Auswertung der Pflege zu ermöglichen (vgl. Rath und Biesenthal, 1994).

Die Informationssammlung erfolgt aus Angaben:

- vom Klienten selbst
  
- aus die Beobachtungen während des Gesprächs
- von Angehörigen
  
- aus der Krankengeschichte

- von anderen beteiligten Berufsgruppen, wie z.B. Ambulanter Pflegedienst oder Hausarzt.

Als Methode bietet sich ein zielgerichtetes Gespräch oder auch das Fragen an Hand von gegebenen Checklisten an (vgl. Mischo-Kelling und Zeidler, 1992).

Die Informationssammlung ist mit dem Erstgespräch nicht abgeschlossen, sondern unterliegt einem sich ständig fortsetzenden Prozess. Das bedeutet, dass bisher nicht erfasste Informationen, die verdeckt waren, mit in die Planung aufgenommen werden müssen.

Bei der Erfassung der Informationen bilden sich Schwerpunkte möglicher Pflegeprobleme, auch "Pflegeprioritäten" genannt heraus. Im nächsten Schritt werden die gewonnen Daten für die Planung weiterverwendet.

### **Planen der Pflege**

Hier soll der Bedarf und der Umfang an Pflege, orientiert an den Fähigkeiten und Gewohnheiten des Klienten, mit ihm gemeinsam festgelegt werden (vgl. Mischo-Kelling und Zeidler, 1992).

Die Bedarfsermittlung soll sich an den Schwerpunkten der Pflegeprobleme orientieren und so die Möglichkeit der Prioritätensetzung gewährleisten.

"Ein Ziel ist das, was Sie, der Patient oder auch seine Familie hoffen, erreichen zu können. Dieses sollte die Grundlage für die spätere Auswertung sein" (Heath und Law, 1988, S. 32).

Mit dem Klienten gemeinsam werden die zu erwartenden Ziele, im Rahmen seiner und der institutionellen Möglichkeiten festgelegt.

Die Ziele sollten so formuliert werden, dass sie erreichbar und überprüfbar sind (vgl. Rath und Biesenthal, 1994).

Es ist hilfreich Teil- und Fernziele festzulegen. Fiechter und Meier (1981) schreiben, dass Teilziele kürzere Zeitabstände haben, die kleinere Fortschritte bezeichnen.

Diese Ziele sollen aufzeigen, was ein Patient innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erreichen kann. Dem gegenüber stehen die langfristigen Ziele, auch "Fernziele" genannt.

"Die Pflegemaßnahmen müssen konkret und eindeutig formuliert werden: Art, Qualität und zeitliche Abstände der Maßnahmen sollen so kurz wie möglich, aber für alle verständlich sein (was, wie, womit, wann bzw. wie oft?)" (Rath und Biesenthal, 1994, S. 3).

Bei der Planung der Pflegemaßnahmen soll der Patient mit einbezogen werden. Pflegemaßnahmen bedeuten, laut Mischo-Kelling und Zeidler (1992), die Anwendung technischer (pflegerischer) und interpersoneller Fähigkeiten, Lehren und Beraten des Patienten und das organisieren und delegieren der Arbeit.

An Hand der Fähigkeiten und Einschränkungen des Patienten, der institutionellen Bedingungen (z.B. Personalstand, Pflegemittel etc.) werden dann in Abstimmung mit dem therapeutischen Team (Arzt, Physiotherapie etc.), die auszuführenden Pflegemaßnahmen geplant.

Nachdem die Planung der Pflegeziele- und Maßnahmen abgeschlossen ist folgt die praktische Umsetzung des Pflegeplans.

## **Durchführen der Pflege**

Dies ist die dritte Phase des Pflegeprozesses.

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen muss immer die gegebenen Umstände, wie Zeit, Personal und notwendige Hilfsmittel berücksichtigen (vgl. Heath und Law, 1988).

Das bedeutet, dass Pflegemaßnahmen auch vom institutionellen Rahmen abhängig sind. Die Ausführung des Pflegeplans unterliegt aber noch weiteren Bedingungen.

Patientenprobleme und Bedürfnisse sind immer zu berücksichtigen, ebenso wie das mögliche Resultat der Maßnahmen. Treten Änderungen auf, muss die Pflege und der Plan entsprechend dem Zustand des Patienten verändert oder angepasst werden (a.a.O.).

Die Durchführung muss in jedem Fall im "Pflegedokumentationssystem" festgehalten werden. Nur so ist das evaluieren der Pflegeziele möglich.

## **Evaluieren der Pflege**

Die vierte Phase im Pflegeprozess dient der Bewertung der Pflege.

Mit der Auswertung der Pflege soll ergründet werden, ob (und in welchem Ausmaß die Ziele erreicht wurden oder nicht. Auch hier sind Fähigkeiten von der Pflegeperson verlangt, die sie beim Einschätzen des Pflegebedarfs benötigt. Dazu gehören beobachten, erfragen, erforschen, prüfen und messen (Roper et al., 1992).

Zeigt sich bei der Neueinschätzung der Situation, dass das aktuelle

Ergebnis nicht mit dem erwarteten Ziel übereinstimmt, wird eine Änderung des Pflegeplans vorgenommen.

Das ein Ziel verfehlt bzw. nicht erreicht wurde, kann verschiedene Gründe haben, z.B.:

- lückenhafte Informationssammlung;
- Ausgangssituation falsch eingeschätzt;
- Probleme und/oder Ressourcen falsch eingeschätzt bzw. nicht erkannt;
- Pflegeziele zu weit gesetzt oder das Ausmaß nicht erkannt;
- Pflegemaßnahmen unangemessen (vgl. Rath und Biesenthal, 1994).

Sind die Fehler erkannt oder die Ziele erreicht worden, erfolgt eine Neuanpassung des Pflegeplans bzw. der Maßnahmen. Mit dieser Phase beginnt der Prozess von neuem. Sie ist also nicht abgeschlossen und ein sich ständig wiederholender Vorgang.

## **Pflegeprozessdokumentation**

Am Ende dieses Kapitels soll noch mal auf die Notwendigkeit der Dokumentation im Pflegeprozess eingegangen werden.

Die Pflegedokumentation ist ein Instrument, das einerseits im Dienst des Pflegeprozesses steht, andererseits aus dem Prozessgedanken resultiert (vgl. Juchli, 1987).

In der Dokumentation werden die obengenannten Phasen des Pflegeprozesses und der Pflegeverlauf schriftlich festgehalten.

Krohwinkel (1993) sagt, dass sich die Dokumentation als "...Mittel zur interdisziplinären Zusammenarbeit" anbietet.

Mit der Dokumentation soll die Pflege nachvollziehbar, überprüfbar und nachweisbar werden. Informationen über den Pflegeverlauf werden festgehalten und ermöglichen eine Erfolgskontrolle. Auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen, ist die Dokumentation notwendig. So kann die erbracht Leistung nachgewiesen werden. Schließlich dient die Dokumentation als Nachweis im Falle eines Rechtsstreits.

## **Notwendige Rahmenbedingungen für den Pflegeprozess**

### **Allgemeine Bedingungen**

Um den Pflegeprozess in der Praxis anwenden zu können, bedarf es gewisser Voraussetzungen, hier als Rahmenbedingungen bezeichnet.

Als Voraussetzungen werden in der Literatur zum Pflegeprozess unter anderem genannt:

- "das Pflegeleitbild" und
  
- "Organisation und Struktur des Pflegebereichs".

Im Pflegeleitbild sollen Werte und Ziele des Trägers für den Pflegebereich konkretisiert werden. Es dient als Entscheidungsgrundlage für Prioritäten bei der täglichen pflegerischen Tätigkeit, um realistische Ziele für eine geplante Pflege zu setzen und diese auch zu erreichen.

Im Organisations- und Strukturbereich der Pflege ist die Einführung der Bereichspflege notwendig, die Patienten und mitarbeiterorientiertes Arbeiten ermöglicht. Die Pflegekräfte müssen von pflegefremden Tätigkeiten entlastet werden.

Der Pflegeprozess bedarf aber noch weiterer Vorgaben.

## **Pflegemodelle**

Eine entscheidende Voraussetzung ist der "theoretische Bezugsrahmen".

Der Pflegeprozess ist eine logische Denkweise und muss zusammen mit einem ausdrücklich für die Pflege entwickelten Modell angewendet werden (Roper et al., 1992).

Bevor auf den Begriff "Pflegemodell" eingegangen wird, soll zuerst der Terminus Modell erläutert werden.

"Im allgemeinen ist ein Modell von einer Sache eine Abbildung von dieser; ein Schema, das versucht etwas zu erklären und das Verstehen zu erleichtern" (Aggelton und Chalmers, 1987, S. 4).

Ein Pflegemodell ist nach Riehl und Roy (1980) ein "...systematisches, konstruiertes, auf einer wissenschaftlichen Grundlage basierendes und logisch aufgebautes Konzept, das die grundsätzlichen Komponenten der Krankenpflege, ihre theoretische Basis und die erforderlichen Werthaltungen bei der Anwendung in der Praxis definiert" (a.a.O.).

Die "logisch aufgebauten Konzepte" der Pflegemodelle geben den Handlungsrahmen der Pflege vor. Die Konzepte sind Leitbilder innerhalb der Pflegemodelle.

"Sie [Pflegemodelle] sind manchmal das Ergebnis monatelanger oder sogar jahrelanger Untersuchungen, in denen Pflegehandlungen beobachtet wurden..." (Roper et al., 1992, S. 25).

Pflegemodelle wurden schon im Rahmen pflegewissenschaftlicher Forschungsarbeiten angewendet und haben die Möglichkeit der Anwendung in der Praxis bewiesen. Modelle können aber auch aus der Beobachtung der Praxis entstanden sein. Hier soll nur das Modell der "ganzheitlichen-rehabilitierenden Prozesspflege" von Krohwinkel (1993) erwähnt werden.

Auf Konzepten basierend werden Pflegemodelle auch konzeptuelle Pflegemodelle genannt.

### **Konzepte in der Pflege**

Viele Pflege-theoretikerinnen erwähnen in ihren Modellen sogenannte Schlüsselkonzepte. Die vier am häufigsten zum tragen kommenden Schlüsselkonzepte sind:

- Pflege
- Mensch
- Gesundheit
- Umgebung

"Die inhaltliche Bedeutung eines Konzepts kann je nach persönlichem, theoretischem, politischem, moralisch-ethischem, soziokulturellen usw. Bezugsrahmen variieren" (Mischo-Kelling und Zeidler, 1992, S. 14).

Jede AutorIn hat also eine eigene Auffassung vom jeweiligen Schlüsselkonzept. Konzepte in der Pflege bilden die Grundlage für Pflege-theorien.

## **Pflegetheorien**

Eine pflegewissenschaftlich sehr allgemein Definition von Pflegetheorie haben Chinn und Jacobs (1987, zit. n. Mischo-Kelling und Zeidler, 1992, S. 15) formuliert. Sie sagen: " ...eine Theorie ist eine Anordnung, die aus Konzepten, Definitionen und Präpositionen besteht, die eine systematische Sicht eines Phänomens vermittelt. Die spezifischen Beziehungen zwischen den Konzepten werden mit dem Ziel benannt, ein Phänomen zu beschreiben, zu erklären oder vorauszusagen". Pflegetheorien basieren nach dieser Aussage auf Konzepten und Modellen, die miteinander systematisch verbunden sind. Die Theorien selbst erklären und vorher sagen Phänomene.

Im Unterschied dazu soll nach Riehl und Roy (1980, in Mischo-Kelling und Zeidler, 1992) ein (Pflege-)Modell ja "...die grundsätzlichen Komponenten der Krankenpflege..." und "...ihre theoretische Basis...bei der Anwendung in der Praxis definieren".

Pflegemodelle sind daher der Ausgangspunkt für die Entwicklung von Theorien.

Pflegemodelle sind aber keine Theorien, auch wenn sie Grundlagen dazu enthalten. Pflegetheorien könnte man sich als getestete, überprüfte und zuverlässige Modelle vorstellen (vgl. Aggelton und Chalmers, 1987).

## **Wie beeinflusst die Anwendung des Pflegeprozesses die Pflegequalität?**

Es existieren im europäischen Raum bisher einige Untersuchungen, welche die positive Beeinflussung der Pflegequalität bei Anwendbarkeit des Pflegeprozesses zum Thema haben.

Genannt werden soll hier nur die Untersuchung von Andrey Miller (1980), die auf geriatrischen Stationen in England die Auswirkungen des Pflegeprozesses auf die Pflegequalität überprüfte. Sie stellte dabei fest, dass der Pflegeprozess bei Kurzzeitpatienten kaum einen messbaren Einfluss auf die Pflegequalität hatte, Langzeitpatienten jedoch durch die Anwendung des Pflegeprozesses viel zufriedener, viel weniger inkontinent, viel weniger stark abhängig und viel aktiver in der Selbstpflege waren. Die Zahl der Pflegemaßnahmen nahm durch den Pflegeprozess nicht zu, außer, dass das Personal häufiger mit den Patienten sprach (vgl. Rath und Biesenthal, 1994).

Im deutschsprachigen Raum hat Krohwinkel (1993) in ihrer obengenannten Studie u.a. aufgezeigt, dass ohne Prozesspflege durch Diskontinuität auch optimale Pflegeleistungen einzelne Personen neutralisiert werden und Abhängigkeit, Isolation und Ungewissheit beim Patienten gefördert wird.

Auf diese Forschungsarbeit soll nun näher eingegangen werden.

## **Die Anwendung des Pflegeprozesses in der Praxis**

### **Der Pflegeprozess am Beispiel Modell Krohwinkel**

Wie schon erwähnt wurde, kann der Pflegeprozess ohne einen vorgegebenen Bezugsrahmen nicht angewendet werden.

"Der Pflegeprozess wird irrtümlicherweise oft als eigenständiges Pflegemodell verstanden. Der Prozess selbst steht natürlich im luftleeren Raum; erst in einem konzeptionellen Rahmen wird er anwendbar" (Roper et al., 1992, S. 34).

Ein konzeptioneller Rahmen oder auch im Sinne eines konzeptionellen Pflegemodells, gibt die Möglichkeit der Anwendung des Pflegeprozesses.

Konzeptionelle Pflegemodelle enthalten Konzepte. Die Konzepte: Pflege, Mensch, Gesundheit, Umgebung, die in vielen Pflegemodellen die sogenannten Schlüsselkonzepte darstellen, bestimmen die Handlungsrichtlinien in einem Pflegemodell. Hier fließen die persönlichen Vorstellungen, der jeweiligen Pflege-theoretikerin, mit ein. So unterscheiden sich z.B. die Konzepte von Gesundheit in den verschiedenen Modellen. Ein Modell zeigt auch die Beziehung der Konzepte untereinander auf.

Das Modell von Roper, Logan und Tierney orientiert sich ebenso an diesen vier Schlüsselkonzepten. Auch Krohwinkel (1993), stützt sich in ihrem Modell der ganzheitlich-fördernder Prozesspflege auf vier Konzepte. Mit Hilfe ihres Modells wurde der Pflegeprozess in einer Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-fördernder Prozesspflege angewendet.

Darauf soll im nächsten Kapitel eingegangen werden.

## **Das theoretische Rahmenkonzept**

Das Modell Krohwinkel stützt sich auf einem theoretischen Rahmenmodell auf. Zu diesem Rahmenmodell gehören die Schlüsselkonzepte des pflegerischen Paradigmas (siehe Kap.5.1.2), und ein Rahmenmodell mit integrierten Modellen und Konzepten zu:

- Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens und ihre Auswirkung auf Unabhängigkeit, Wohlbefinden und Lebensqualität von Menschen;
- Pflegeprozess in der direkten Pflege;
- der Pflegedokumentation;
- einer Patienten- und pflegeorientierten Arbeitsorganisation;

## **Schlüsselkonzepte**

Krohwinkel (1993, S. 19) bezieht sich in ihrem Modell auf die vier Schlüsselkonzepte des pflegerischen Paradigmas:

"- Person

- Umgebung
- Gesundheit und Wohlbefinden
- pflegerischer Handlungsprozess (Pflegeprozess)".

Im Konzept Person ist die pflegende Person mit eingeschlossen. Umgebung wird als ganzheitlich betrachtet, also alle Faktoren, welche Leben, Gesundheit und Lebensqualität des Menschen beeinflussen. Gesundheit und Krankheit werden als dynamische Prozesse definiert. Das Konzept des pflegerischen

Handlungskonzeptes basiert auf den Bedürfnissen/Problemen des pflegebedürftigen Menschen und ihre Auswirkungen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden.

### **Modelle und Pflegeprozess**

Das Modell zu Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens bezeichnet Krohwinkel (1993, S. 24) als AEDL-Strukturmodell. Die 13 Lebensaktivitäten haben Einfluss auf Leben und Gesundheit:

- "1. Kommunizieren
2. Sich bewegen
3. vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten
4. sich pflegen
5. Essen und trinken
6. ausscheiden
7. sich kleiden
8. ruhen und schlafen
9. sich beschäftigen
10. sich als Mann oder Frau fühlen
11. für eine sichere Umgebung sorgen

12. soziale Bereich des Lebens sichern

13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen".

Im Rahmenmodell ganzheitlich-fördernder Prozesspflege sind die Schlüsselkonzepte und das AEDL-Strukturmodell eingebettet. Das Rahmenmodell besteht im wesentlichen aus drei Aspekten:

- dem primären pflegerischen Interesse, welches die pflegebedürftige Person, ihre pflegerischen Bedürfnisse/Probleme Defizite) und ihre Fähigkeiten in bezug auf die AEDLs im Mittelpunkt sieht;

- der primären pflegerischen Zielsetzung, welche das erhalten, fördern bzw. Wiedererlangen von Unabhängigkeit und Fähigkeiten der pflegebedürftigen Person in bezug auf die AEDLs, meint;

- und den primären pflegerischen Hilfeleistungen", auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Krohwinkel hat auf Grund der im theoretischen Rahmenkonzept dargestellten Auffassung von Pflege, den Pflegeprozess als individuellen Problemlösungs- und Beziehungsprozess definiert (a.a.O.).

Als essentiellen Bestandteil der Prozesspflege betrachtet Krohwinkel, die Dokumentation.

"Sie gewinnt in dem Maße an Bedeutung, wie sie den Pflegeprozess stützt, vorantreibt und beweist" (a.a.O.).

Krohwinkel (1993) stellt in ihrer Studie auch klar heraus, dass die Umsetzung des Pflegeprozesses einen strukturierten und vorgegebenen Aufgaben- und Verantwortungsbereich notwendig macht. Sie hat hierzu ein Managementmodell entwickelt, welches diesen Voraussetzungen entsprechen soll. Pflegerische Hauptaufgaben und Verantwortungen liegen in den Bereichen: direkte Pflege, Pflegedokumentation und pflegerischer Arbeitsorganisation (vgl. Krohwinkel, 1993).

Zur Anwendung des Pflegeprozesses hat sie das von der WHO favorisierte Vier-Phasen-Modell in unveränderter Form übernommen.

Die genannten Modelle, Konzepte und notwendigen Rahmenbedingungen bildeten die Grundlage zu der Forschungsarbeit des Pflegeprozesse am Beispiel von Apoplexiekranken.

## **Ergebnisse und Auswirkungen der Anwendung des Pflegeprozesses**

Eine kurze Zusammenfassung einzelner empirischer Ergebnisse des Forschungsprojektes, soll die Notwendigkeit der Anwendung des Pflegeprozesses dokumentieren.

Krohwinkel sagt, dass individuelle, apoplexiespezifische Anforderungen an die Pflege besser erkannt und sichtbar geworden sind. Als Indikator für rehabilitatives Pflegeverhalten, wird unter anderem die eklatant häufigere quantitativ fördernde Wahrnehmung und Dokumentation von Fähigkeiten genannt. Krohwinkel schreibt weiter, dass bei PatientInnen weniger Sekundärerkrankungen auftraten und bei allen PatientInnen ein hohes Maß an Unabhängigkeit in den für sie relevanten Aktivitäten des Lebens und in ihrem Umgang mit existentiellen Erfahrungen erreicht wurden (a.a.O.). "Die Ergebnisse geben Grund zu der Annahme, dass für die Effizienz der Prozesspflege die gezielte pflegerische Hilfe für PatientInnen im Umgang mit existentiell gefährdenden Erfahrungen, die Unterstützung bei existentiell fördernden Erfahrungen sowie eine gezielte Förderung von Fähigkeiten im für den jeweiligen Patienten relevanten AEDL-Bereich von zentraler Bedeutung ist" (Krohwinkel, 1993, S. 273).

Die Pflege vollzogen im Rahmen des Pflegeprozesses und an Hand des AEDL-Modells hat für den Patienten also eine bedeutende Auswirkung auf die Förderung von Fähigkeiten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Pflegeprozess, also Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess, bei der Förderung und Unterstützung der Fähigkeiten und Unabhängigkeit des Patienten eine zentrale Rolle spielt. Der Pflegeprozess ist ein effektives Mittel, um festgelegte Pflegeziele, im Rahmen der Fähigkeiten und Möglichkeiten des Patienten, zu erreichen.

Der Pflegeprozess dokumentiert die durchgeführten

Pflegemaßnahmen und macht diese sichtbar, nachvollziehbar und nachweisbar. Pflege als Problemlösungs- und Beziehungsprozess wird als eigenständiger Beitrag zur Therapie deutlich.

Dies beeinflusst letztendlich auch positiv das berufliche Selbstbewusstsein der Pflegenden.

"Die Einführung ganzheitlich-fördernder Prozesspflege ist deshalb sowohl aus gesundheitlichen, ausbildungspolitischen und arbeitspolitischen als auch aus wirtschaftlichen Gründen dringend erforderlich" (Krohwinkel, 1993, S. 276).

## **Schluss**

Zum Ende dieser Literaturanalyse soll der Inhalt noch mal in Form von Thesen zusammengefasst werden:

- der Pflegeprozess hat sich historisch gesehen, unter anderem aus dem Bestreben entwickelt, individuelle und ganzheitliche Pflege zu betreiben;
- aus diesem Anliegen heraus wird Pflege als Prozess betrachtet; Pflege ist ein Problemlösungs- und Beziehungsprozess;
- der Pflegeprozess ist ein Instrument, um Pflege planbar, durchführbar und nachweisbar zu machen;
- der Pflegeprozess benötigt ein konzeptionelles Rahmenmodell;
- die Förderung von Unabhängigkeit und Fähigkeiten von pflegebedürftigen Patienten wird durch den Pflegeprozess bewirkt;
- die Anwendung des Pflegeprozesses hat positiven Einfluss auf die Pflegequalität und das berufliche Selbstbewusstsein der Pflegenden.

## **Literatur**

Aggelton, P., Chalmers, H., (1989) Pflegemodelle und Pflegeprozess, Deutsche Krankenpflegezeitschrift, Beilage, Jg. 42 (5)

Fiechter, V., Meier, M., (1981) Pflegeplanung, Recom, Basel

Heath, J., Law, G., (1988) Krankenpflege nach Maß  
(Krankenpflegeprozeß - Was ist das ?, DBfK

Juchli, J., (1987) Krankenpflege, 5. überarb. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart

Krohwinkel, M., (1993) Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Mischo-Kelling, M., Zeidler, H., (1992) Innere Medizin und Krankenpflege, 2. überarb. Aufl., Urban und Schwarzenberg, München

Linder, H., (1989) Biologie, 20. Aufl., J. B. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart

Marinner-Tomey, A., (1992) Pflgeethoretikerinnen und ihr Werk, Recom, Basel

Rath, E., Biesenthal, U., (1994) Pflegeplanung und Pflegedokumentation, Pflege Zeitschrift, Beilage, Jg. 47 (12), S. 2-12

Schaber, A., (1994) Der Pflegeprozess als Instrument der Qualitätssicherung im Krankenhaus, Pflege Zeitschrift, Beilage, Jg. 47 (12), S. 13-22

Roper, N., Logan, W., Tierney, A., (1993) Die Elemente der Krankenpflege, 4. überarb. Aufl., Recom, Basel

Vester, F., (1991) Neuland des Denkens, 7. Aufl., Deutscher Taschenbuch Verlag, München