



Eveslage



Pflegediagnosen: praktisch und effizient



Springer

K. Eveslage

Pflegediagnosen: praktisch und effizient

K. Eveslage

Pflegediagnosen: praktisch und effizient

Mit 20 Abbildungen und 39 Tabellen

Karin Eveslage

Landsberger Allee 137
10369 Berlin

ISBN-10 3-540-25578-8 Springer Medizin Verlag Heidelberg

ISBN-13 978-3-540-25578-9 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nurauszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2006

Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit geprüft werden.

Planung: Barbara Lengricht, Berlin

Projektmanagement: Dr. Ulrike Niesel, Heidelberg

Lektorat: Ute Villwock, Heidelberg

Titelbild und Design: deblik, Berlin

SPIN 11008040

Satz: Stürtz GmbH, Würzburg

Druck und Bindung: Stürtz GmbH, Würzburg

Geleitwort – Walter Grünzweig

Einer der häufigsten Vorwürfe gegen die sogenannte »Globalisierung« ist, dass sie die spezifischen kulturellen Traditionen eines Landes nicht berücksichtigt – ja sogar gefährdet. Begriffe wie »McDonaldisierung« oder »Coca-Colonisation« deuten nicht bloß auf die Vernichtung kultureller Vielfalt, sondern verweisen auch gleich auf den angeblichen Bösewicht in diesem Drama des Niedergangs, nämlich die Vereinigten Staaten. Diese Verschwörungstheorien unterstellen den USA, ihre Interessen auch durch Systeme und Sprachregelungen aller Art zu wahren und zu sichern.

Die internationale Propagierung der »NANDA-Klassifikationen« wird für viele Beobachter ein weiterer Beweis für den Willen der letzten verbliebenen Supermacht sein, auch den pflegewissenschaftlichen Bereich in ihrem Sinn zu kolonisieren und zu »amerikanisieren«. Die Homepage der vormaligen »North American Nursing Diagnosis Association«, jetzt »NANDA International«, betont denn auch den internationalen Anspruch auf Gültigkeit ihres Klassifikationssystems, das insbesondere durch die elektronische Datenverarbeitung und seine fast universelle Verwendung in der internationalen Pflegewissenschaft offenbar geworden ist.

Was jedoch als »Amerikanisierung« erscheint, ist bei genauerem Hinsehen oft nichts anderes als die logische Konsequenz einer Entwicklung, auf die wir uns durch unsere Teilnahme an den technologischen und kulturellen Revolutionen des vergangenen Jahrhunderts – manchmal auf Gedeih und Verderb – eingelassen haben. Die amerikanische Mentalität, die nach dem amerikanischen Publizisten John O'Sullivan von der »Zukunftigkeit« geradezu geprägt ist, hat es in einer solchen auf Wechsel angelegten Situation etwas leichter. Keinesfalls jedoch steht es konservativeren Mentalitäten wie etwa der deutschen, die diesen Optimismus nicht in so hohem Maße teilen können, frei, sich aus solchen Entwicklungen einfach auszuklinken.

Vielleicht hilft es, sich darüber klar zu werden, dass das U.S.-amerikanische Denken einen grundsätzlich emanzipatorischen – und damit subversiven – Zug aufweist. Es stellt klassische Hierarchien in Frage. Nicht umsonst hat Karin Eveslage in ihrer Darstellung so häufig literarische Texte zitiert. Denn in solchen Texten werden Phänomene, Probleme und Zusammenhänge präsentiert und benannt, für die wir zunächst keine Namen und keine Begriffe haben. Es sind die Schriftsteller, die dem Menschen sprachlichen Zugang zu Neuem ermöglichen. Erst wer etwas Neues sagen kann, vermag es auch zu denken und vielleicht auch zu tun.

In diesem Sinne ist das Projekt dieses Buchs schöpferisch und emanzipatorisch. Die Pflegewissenschaft, und hier besonders die amerikanische, der vergangenen fünfzig Jahre hat die Menschen gelehrt, Krankheit nicht bloß medizinisch (durch den heilenden Akt) zu konzeptualisieren, sondern die pflegerischen Prozesse als gleichberechtigt und komplementär zu verstehen. Sie hat uns ein alternatives Vokabular gegeben, mithilfe dessen wir die physischen und mentalen Zustände des Menschen alternativ beschreiben und verstehen können. Die internationalen NANDA-Standards geben den Pflegenden überall auf der Welt die Möglichkeit, sich über ihre Arbeit zu verständigen und deren Bedeutung auch öffentlich darzustellen.

Natürlich erschöpft sich das humanistische Anliegen der Pflege nicht in den (gegenwärtig) 172 von der NANDA definierten Pflegediagnosen und es ist ebenso klar, dass sie

als Vehikel für Kommerzialisierung, Konkurrenzdenken und Ökonomisierung im Gesundheitswesen (miss)braucht werden können und werden. Aber notwendige gesellschaftliche Änderungen werden nicht durch Ausklammern und Ablehnung erreicht, sondern durch aktive Teilnahme aller an solchen Reformen interessierter Kräfte. Eine international anerkannte Systematik kann der Pflegewissenschaft helfen, ihren Forderungen Gehör zu verleihen und damit zu einer gerechteren Gesellschaft im globalen Maßstab beizutragen.

Walter Grünzweig

Professor für amerikanische Literatur und Kultur, Universität Dortmund

Adjunct Professor, School of Nursing, University of Pennsylvania

Vorwort

»Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen, um Ergebnisse zu erreichen, für die Pflegende verantwortlich sind.«

Diese Definition der NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) beschreibt den breiten Kontext, in dem Pflegende den Betreuungsprozess des Patienten gestalten können.

Pflegediagnosen sind als etwas sich in der Entwicklung Befindendes zu begreifen. Sie stammen ursprünglich aus Nordamerika. Dennoch oder gerade deshalb ist es unumgänglich, sich mit ihrer internationalen Entwicklung auseinanderzusetzen. Die zunehmende Ökonomisierung zwingt auch Pflegende, ihre Leistungen in Ergänzung zu den medizinischen Interventionen begründet darzustellen und ihren Qualitätsanspruch zu formulieren.

Die Diskussion, ob Pflegediagnosen ein geeignetes Mittel sind, lässt sich nicht durch bloßes Theoretisieren zum Ergebnis führen. Die tägliche Praxis muss zeigen, dass Pflegediagnosen die individuelle Pflege für alle Beteiligten (Leistungsempfänger, Leistungserbringer und Kostenträger) effektiver, effizienter und transparenter werden lässt.

Dabei soll die bedürfnisorientierte Betreuung des Patienten als ein gemeinsames Anliegen im interdisziplinären Team verstanden und auch gelebt werden. Knapper werdende Ressourcen zwingen die verschiedenen Berufsgruppen, die Behandlungsprozesse als ein gemeinsames Anliegen zu begreifen, sie gemeinsam zu überdenken und zu optimieren. Eine hohe Betreuungsqualität, die auch von den Patienten als solche empfunden wird, stärkt das Ansehen der jeweiligen Einrichtung und kann sich in Folge auch auf die Erlössicherung der Institution auswirken.

Die NANDA-Pflegediagnosen sind als internationale Klassifikation am weitesten verbreitet und werden am häufigsten praktiziert. Die Erfahrung hat gezeigt, dass sie auch im deutschsprachigen Raum anwendbar sind. Bei längerer Erfahrung im Umgang mit den Pflegediagnosen wird deutlich, dass sich in der NANDA-Klassifikation durchaus ein Anspruch auf Berücksichtigung in der G-DRG-Systematik (German-Diagnoses Related Groups) verbirgt, auch wenn dieser zurzeit noch nicht direkt geltend gemacht werden kann.

Die G-DRG-Systematik wird als ein lernendes System präsentiert. Damit erhalten Pflegende die Chance, ihre Ansprüche im Interesse einer hohen Betreuungsqualität transparent zu machen. Voraussetzung dafür ist eine breite und forcierte Einführung der NANDA-Pflegediagnosen überall dort, wo Patienten Anspruch auf indikationsgerechte Pflegeleistungen haben. Es geht nicht primär um die Frage, was der Gesetzgeber für die Pflege tun kann, sondern vielmehr darum, was die Pflegenden dem Gesetzgeber an die Hand geben, damit ihr Anliegen mit einem Gesetz unterstützt werden kann. Einer Berücksichtigung von Pflegediagnosen zur Kosten- und Erlöstransparenz muss zunächst eine breit angelegte Initiative zur Einführung dieser Diagnosen vorangehen.

Pflegewissenschaftliche Entwicklungen können so – eingebunden in den diagnostischen Prozess und in betriebswirtschaftliche Erfordernisse – in den Klinikalltag integriert werden. Dabei haben zwischenmenschliche Kontakte und organisatorische Abläufe einen

hohen Stellenwert, denn der Patient beurteilt die Qualität der Behandlung nach seinen Maßstäben und nach seinen Empfindungen. In diesem Prozess erfüllen Pflegepersonen eine bedeutende Rolle. Sie verbringen die meiste Zeit mit den Patienten und ihren Angehörigen. Sie kennen ihre Empfindungen, ihre individuellen Probleme und nehmen zuerst Veränderungen wahr. Auch die organisatorischen Abläufe werden im Stationsalltag hauptsächlich vom Pflegepersonal gesteuert. Durch die Veränderungen im Gesundheitswesen und die stärker werdenden ökonomischen Zwänge erhalten Pflegende die Chance, ihre Arbeitsfelder neu und selbstbewusst zu definieren. Sie können den diagnostischen Prozess als ihre originäre Aufgabe verstehen und gestalten lernen.

Ein solcher Paradigmenwechsel gelingt, wenn eine moderne Führungsphilosophie diese Entwicklung flankiert und wenn das Führungspersonal bereit ist, motivierte Mitarbeiter im diagnostischen Prozess so zu unterstützen, dass die Pflegediagnosen in der Gestaltung des Behandlungsprozesses zu einer unumgänglichen Größe werden.

Danksagung

Mein Dank gilt den Mitarbeitern der Charité Universitätsmedizin Berlin, durch deren Neugier und kritisches Engagement dieses Buch erst möglich wurde. Insbesondere bedanke ich mich bei Ramona Schumacher, die während ihrer Zeit als Pflegedirektorin an der Charité mit einem innovativen Führungsstil diesem Projekt viel Gestaltungsraum ließ.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern des Projektteams Susanne Körner, Barbara Thrane und Daniela Hertel, sowie bei allen Multiplikatoren, durch deren Ausdauer und Entschlossenheit die Erprobung der NANDA-Pflegediagnosen gelingen konnte.

Darüber hinaus möchte ich Justus Rademacher und Katrin Gärtner meinen Dank aussprechen, die eine Dokumentationsform durchsetzen konnten, die eine effiziente Abbildung des Pflegeprozesses in der Patientenakte ermöglicht.

Des Weiteren gilt mein Dank allen Stationsleitungen, Abteilungsleitungen, Ärzten und den Mitarbeitern des Medizin Controllings, die diese Arbeit im Erprobungsprozess ebenfalls begleitet und unterstützt haben.

Für die wertvollen Hinweise und die hervorragende Betreuung danke ich ganz herzlich Barbara Lengricht im Springer Verlag, die das Buch auf den Weg gebracht hat, und Ute Villwock für ihre unermüdliche Lektoratstätigkeit.

Berlin
Karin Eveslage

Einführung

Dieses Buch richtet sich an diejenigen Mitarbeiter, die am Betreuungsprozess von Patienten beteiligt sind, sei es als Pflegende oder als Führungspersonen. Es soll darüber hinaus all denjenigen eine Hilfe sein, die in den verschiedenen Ausbildungen zukünftige Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen auf die veränderten Anforderungen vorbereiten, und natürlich auch den Ärzten, denen Pflege mehr bedeutet als nur die Assistenz und Ausführung von ärztlichen Verordnungen. Während der Erprobung ging es primär darum, ein Verständnis für pflegetheoretische Zusammenhänge im Kontext von Betreuungsqualität, Ökonomisierung und Mitarbeiterführung zu entwickeln.

In den nachfolgenden Kapiteln werden Wege aufgezeigt, wie mit Hilfe von Pflegediagnosen hohe Qualitätsansprüche und zunehmende Ökonomisierung in Einklang gebracht werden können. Im Universitätsklinikum Charité wurde im Jahre 2000 mit der Erprobung der NANDA-Pflegediagnosen begonnen. Die Erfahrungen aus einer vierjährigen Projektphase sind in die einzelnen Kapitel eingeflossen.

Arbeitsgrundlage für die Einführung der NANDA-Pflegediagnosen war das Buch von Stefan H, Allmer F, Eberl J (1999, 2000 und 2003) *Praxis der Pflegediagnosen*. Springer Wien.

Auf eine ausführliche inhaltliche Darstellung der NANDA-Pflegediagnosen wurde verzichtet, da diese bereits in diesem sehr empfehlenswerten Buch beschrieben wurden und in Fachkreisen bekannt sind. Die in den Fallbeispielen verwandten Formulierungen (Pflegediagnosentitel, Ätiologie und Symptome) stammen aus NANDA international (2005) NANDA-Pflegediagnosen. Definition und Klassifikation 2005–2006. Hans Huber, Bern, in der Deutschsprachigen Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg. Die Ziele und Maßnahmen wurden teilweise modifiziert.

Inhaltsverzeichnis

Schritt I: Voraussetzungen zur praktischen Umsetzung

1	Pflegediagnosen – ihre Bedeutung für das Qualitäts- und Risikomanagement sowie die G-DRG-Systematik.	3
1.1	Definition und historische Entwicklung der NANDA-Pflegediagnosen	4
1.2	Pflegediagnosen und ihre Relevanz für Veränderungsprozesse	10
1.2.1	Der Interaktionsprozess als systemischer Ansatz bei der Implementierung von Pflegediagnosen	15
1.2.2	Pflegetheorien und pflegediagnostischer Prozess	18
1.3	Individuelle Betreuung und Standardisierung	29
	Literatur	32
2	Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für die Transparenz des Behandlungsaufwandes (Ralf Hammerich)	33
2.1	Pflegediagnosen als Beitrag zur Erlössicherung im Rahmen der G-DRG-Systematik	34
2.2	DRG-System und Pflegediagnosen	35
2.2.1	Die historisch bedeutsamen Entwicklungen hin zum G-DRG-System	36
2.2.2	Die Zielsetzung des G-DRG-Systems	37
2.2.3	Die Datenlieferung und Aufarbeitung im InEK	40
2.2.4	Die Bedeutung von Diagnosen und Prozeduren im DRG-System	41
2.2.5	Der Einfluss von Pflegediagnosen im aktuellen System 2006	46
2.3	Pflegediagnosen im Kontext der G-AEP-Kriterien und MDK-Prüfungen	49
2.3.1	Das Sozialgesetzbuch V als Grundlage für die Versorgung kranker Menschen im bundesdeutschen Gesundheitssystem	50
2.3.2	Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	55
2.4	Abkürzungen	66
	Literatur	67
3	Vorbereitung für die Einführung von Pflegediagnosen.	69
3.1	Bestimmung der Ist-Situation: Standortbestimmung	70
3.1.1	Evaluation des bisherigen Dokumentationsprozesses	72
3.1.2	Sicherstellung von Ressourcen	74
3.2	Pflegende als Multiplikatoren	74
3.2.1	Auswahl von Multiplikatoren	75
3.2.2	Aufgaben der Multiplikatoren	75
3.3	Vorbereitungen der Multiplikatoren – Qualifikationskonzept	78
3.3.1	Seminarinhalte	79
3.3.2	Praktische Übungen	81
3.3.3	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess	81
	Literatur	82

Schritt II: Pflegediagnosen in der praktischen Umsetzung

4	Aufgaben und Struktur von Pflegediagnosen	85
4.1	Aufgaben von Pflegediagnosen.....	86
4.2	Die Struktur der Pflegediagnosen	87
4.2.1	Der Pflegediagnosetitel.....	88
4.2.2	Einflussfaktor/Ätiologie.....	88
4.2.3	Symptom/Kennzeichen.....	89
4.2.4	Einteilungsstufen des Selbstständigkeitsgrades	89
4.2.5	Ressourcen.....	89
4.3	Richtlinien zur Formulierung von Pflegediagnosen	90
4.3.1	Aktuelle Pflegediagnosen.....	90
4.3.2	Hoch-Risikodiagnosen.....	92
4.3.3	Verdachtspflegediagnosen	92
4.3.4	Syndrom-Pflegediagnosen.....	93
4.3.5	Gesundheitspflegediagnosen/Wellness-Pflegediagnosen.....	93
4.3.6	Potenzielle Komplikationen.....	94
4.4	Aufbau eines klinikinternen Kataloges	99
4.4.1	Die Verbindung von Pflege Theorie und Katalogsystematik	100
	Literatur.....	102
5	Pflegediagnosen und diagnostischer Prozess	103
5.1	Kritisches und kreatives Denken im diagnostischen Prozess.....	105
5.2	Der diagnostische Prozess als gemeinschaftliche Aktivität von Patient, Angehörigen und Pflegepersonal	106
5.2.1	Die Pflegeanamnese als wichtiges Element der Informationssammlung	106
5.2.2	Analysieren, interpretieren und verdichten von Informationen im diagnostischen Prozess.....	108
5.2.3	Evaluationsmöglichkeiten im Rahmen von Pflegevisiten	109
	Literatur.....	109

Schritt III: Leistungsoptimierung durch Veränderungen in der Organisation des Behandlungsprozesses und in der Mitarbeiterführung

6	Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für neue Organisationsformen im Behandlungsprozess.....	113
6.1	Case Management als neue Organisationsform.....	114
6.1.1	Definition und Zielsetzung.....	114
6.1.2	Case Management und interprofessionelle Kooperation	116
6.1.3	Potenzielle Instrumente eines Case Managements.....	117
6.1.4	Potenzielle Aufgaben eines Case Managers.....	120

6.1.5	Case Management und Pflegediagnosen – Leistungsoptimierung ohne Qualitätsverlust	123
	Literatur	124
7	Kompetenzentwicklung im Rahmen von Personalmanagement	125
7.1	Pflegediagnostischer Prozess und Kompetenzentwicklung	126
7.1.1	Kompetenzstufen und Wissensentwicklung im diagnostischen Prozess	127
7.1.2	Unterschiedliche Kompetenzstufen in der Pflegediagnostik.	130
7.2	Führungs- und Mitarbeiterverhalten im Umgang mit verschiedenen Kompetenzstufen	132
7.2.1	Kompetenzentwicklung durch Deregulierung	133
7.2.2	Kompetenzentwicklung durch Vertrauen	134
	Literatur	135

Schritt IV: Fallbeispiele

8	Potenzielle Varianten von individueller und standardisierter Planung eines Behandlungsprozesses	139
8.1	Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer ausgewählten medizinischen Diagnose	141
8.2	Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer ausgewählten medizinischen Prozedur	144
8.3	Musterbeispiel für die Integration von Pflegediagnosen in einen klinischen Behandlungspfad	144
8.3.1	Definition und Zielsetzung.	144
8.3.2	Dokumentationsinstrumente für einen klinischen Behandlungspfad	151
8.4	Musterbeispiel für die Einarbeitung von Pflegediagnosen in einen Pflegestandard	153
	Literatur	153
	Stichwortverzeichnis	155

Schritt I: Voraussetzungen zur praktischen Umsetzung



Pflegediagnosen – ihre Bedeutung für das Qualitäts- und Risikomanagement sowie die G-DRG-Systematik

- 1.1 Definition und historische Entwicklung der NANDA-Pflegediagnosen – 4**
- 1.2 Pflegediagnosen und ihre Relevanz für Veränderungsprozesse – 10**
 - 1.2.1 Der Interaktionsprozess als systemischer Ansatz bei der Implementierung von Pflegediagnosen – 15
 - 1.2.2 Pflege-theorien und pflegediagnostischer Prozess – 18
- 1.3 Individuelle Betreuung und Standardisierung – 29**
- Literatur – 32**

Kurzüberblick

Jede Begegnung mit einer Krankenschwester oder einem Arzt kann für den Patienten eine Chance sein, beruhigende Informationen und tröstende Worte zu erfahren, bei unglücklicher Handhabung aber auch ein Anlass zur Verzweiflung. Allzu oft stehen die medizinischen Betreuer unter Zeitdruck oder interessieren sich nicht für den Kummer der Patienten. Selbstverständlich gibt es auch mitfühlende Schwestern und Ärzte, die sich neben der medizinischen Betreuung die Zeit nehmen, die Patienten zu beruhigen und zu informieren. Doch der Trend geht hin zu einer professionellen Welt, in der das Arztpersonal über den Zwängen der Institution die Verletzlichkeit der Patienten vergisst oder sich viel zu gehetzt fühlt, um darauf einzugehen. Angesichts der harten Realitäten eines Gesundheitswesens, dessen Tempo zunehmend von Buchhaltern bestimmt wird, hat es den Anschein, als würden sich die Verhältnisse noch verschlimmern (Goleman 1996).

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels hat der Leser einen Einblick in

- ▶ die historische Entwicklung von Pflegediagnosen,
- ▶ die Zusammenhänge von Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Dokumentationsqualität,
- ▶ die indikationsgerechte Betreuung des Patienten unter Berücksichtigung seiner Individualität in Verbindung mit einem angemessenen Maß an Standardisierung und

1.1 Definition und historische Entwicklung der NANDA-Pflegediagnosen

Die zunehmende Ökonomisierung ist zu einer Realität geworden, deren Gestaltung für alle Betroffenen eine besondere Herausforderung darstellt.

Das Zitat von Daniel Goleman beschreibt sehr treffend das Spannungsfeld, in dem sich Ärzte, Pflegende und alle am Betreuungsprozess Beteiligten befinden. Die zunehmende Ökonomisierung ist zu einer Realität geworden, deren Gestaltung für alle Betroffenen eine besondere Herausforderung darstellt. Dabei ist das Verdrängen oder das »Nicht-wahrnehmen-Wollen« von ökonomischen Zwängen ebenso fehl am Platze wie das Beklagen von zu knappen Ressourcen. Ein Zurückweichen in die Defensive unter dem Motto: »Es geht ja doch alles den Bach runter«, oder: »Nur noch die Kosten interessieren«, nimmt den Pflegenden die Chance, besonders anspruchsvolle Lebenssituationen menschlicher zu gestalten und dafür die gesellschaftspolitische Anerkennung einzufordern, die sie verdienen.

Amerikanische Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler haben schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts diesen Anspruch geltend gemacht und durch wissenschaftlich fundierte Aussagen ihre Vorstellungen von Hilfe und Betreuung in besonderen Lebenssituationen mit geeig-

neten Instrumenten beschrieben. Heute steht uns ein großer Fundus an vorhandenem Wissen zur Verfügung. Neben den zahlreichen Pflege-theorien sind es insbesondere die von der NANDA International (North American Nursing Diagnosis Association) verabschiedeten Pflegediagnosen, mit denen sich sowohl die individuellen Situationen von Patienten und deren Angehörigen, als auch die Aufgabenbereiche der Pflegenden differenziert und flexibel zugleich darstellen lassen. In der nachfolgenden Definition wird deutlich, dass Pflegediagnosen Reaktionen beschreiben, die weit über die bisherige pflegerische Sichtweise während eines klassischen Krankenhausaufenthaltes hinausgehen.

Definition nach NANDA

Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage, zur Auswahl von Pflegeinterventionen, um Ergebnisse zu erreichen, für die Pflegenden verantwortlich sind. (NANDA-International 2005)

Diese Definition beschreibt den breiten Kontext, in dem Pflegenden im Rahmen ihrer Kompetenzen wirksam werden können. Für die Pflegenden in Deutschland eröffnet sich hier ein visionäres Aktionsfeld mit bisher für sie noch unbekannten und ungenutzten Gestaltungsmöglichkeiten. Ein kurzer Rückblick in die Entwicklungsgeschichte der Pflegediagnosen lässt ihre Bedeutung transparent werden. Dabei wird deutlich, dass das originäre Tätigkeitsfeld der Pflegenden der Pflegeprozess an sich ist. Insbesondere in Deutschland wurde demgegenüber von vielen Pflegenden eine jahrelange Zurückhaltung gepflegt, die nun aufgrund der gesellschaftspolitischen Entwicklung zu einem forcierten Aufbruch zwingt. In diesem Zusammenhang sind Pflegediagnosen als ein Instrument zu verstehen, das den Prozessverlauf in einer standardisierten Pflegeterminologie abbildet. Die Zielsetzung der pflegerischen Handlung wird begründet dargestellt. Dabei geht es nicht nur um die Transparenz von Leistung mit dem Ziel der Abrechnung gegenüber den Kostenträgern. Es geht vorrangig um die Transparenz von Qualität. Inwieweit der Patient tatsächlich in seinen Behandlungsprozess einbezogen wird und in welchem Umfang seine Familie und sein soziales Umfeld daran Anteil nehmen können, lässt sich durch verschiedene Pflegediagnosen darstellen.

Häufig wird die Frage nach der Relevanz der NANDA-Definition in Deutschland für die Pflege gestellt. Hier muss jede Institution für sich selbst entscheiden, inwieweit diese Definition bereits auf den praktischen Alltag zutrifft bzw. inwieweit die beschriebenen Inhalte künftig den Behandlungsprozess bestimmen sollen. Mit Hinblick auf die internationale Entwicklung müssen pflegewissenschaftliche Perspektiven aufmerksam

Mit den NANDA-Pflegediagnosen lassen sich sowohl die individuellen Situationen von Patienten und deren Angehörigen, als auch die Aufgabenbereiche der Pflegenden differenziert und flexibel darstellen.

Klinische Beurteilung der Reaktionen auf aktuelle und potenzielle Probleme der Gesundheit. Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen

Originäres Tätigkeitsfeld der Pflege ist der Pflegeprozess.

Pflegediagnosen bilden den Prozessverlauf in einer standardisierten Pflegeterminologie ab.

Transparenz von Leistung

Transparenz von Qualität

studiert und auf ihre praktische Umsetzung sorgfältig geprüft werden. Das geschieht am besten im praktischen Alltag durch die Praktiker selbst. Sie müssen die Sprache der Theoretiker verstehen und in der Interaktion mit dem Patienten gebrauchen lernen.

Das internationale Angebot von renommierten Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern ist reichhaltig und fordert das Ausprobieren geradezu heraus. So macht es Sinn, die begrenzten Ressourcen primär für eine forcierte Umsetzung in die Praxis zu nutzen. Eigene Entwicklungen dagegen kosten viel Zeit, wenn sie dem wissenschaftlichen Anspruch genügen wollen. Sie lassen auch kaum einen internationalen Vergleich zu. Der nachfolgende kurze Abriss der historischen Entwicklung von Pflegediagnosen und Pflegeplanung unterstreicht die Notwendigkeit, das bereits Vorhandene kreativ zu nutzen.

Vom Begriff zur Umsetzung

Historische Entwicklung von Pflegediagnosen

- 1953 beschreibt Virginia Frey in einer amerikanischen Pflegezeitschrift den Begriff der Pflegediagnose. Die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans wird von ihr als Hauptaufgabe von Pflegenden angesehen.
- 1955 wird von Lydia Hall in einem Vortrag für den Krankenpflegeverband New Jersey erstmals der Pflegeprozess beschrieben.
- In den darauf folgenden Jahren konzentrieren sich die Pflegewissenschaftlerinnen hauptsächlich auf die Darstellung des Pflegeprozesses mit den Teilschritten Einschätzen, Planen, Umsetzen, Auswerten, wobei der Patient auch im Zusammenhang mit seiner Familie und seinem gesamten Umfeld gesehen wird.
- 1973 findet die erste Konferenz der ANA (American Nursing Association) zur Klassifikation von Pflegediagnosen statt.
- 1977 werden auf der dritten Konferenz Rahmenbedingungen zur Klassifizierung von Pflegediagnosen erarbeitet.
- 1982 wird auf der fünften Konferenz die NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) gegründet. Pflege-theoretiker empfehlen eine Taxonomie.
- In den darauf folgenden Jahren werden auf mehreren Konferenzen unterschiedliche Definitionen diskutiert und weiterentwickelt.
- 1993 schließen sich 15 europäische Nationen zur ENDA (European Nursing Diagnosis Association), Europäische Pflegediagnosenvereinigung, zusammen.
- 1995 wird die ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) gegründet.
- Heute arbeitet die NANDA International weltweit mit verschiedenen internationalen Fachorganisationen zusammen, um Pflegediagnosen zu entwickeln, zu überprüfen und neue Diagnosen zu klassifizieren.

■ **Tab. 1.1.** Unterschiede zwischen medizinischer Diagnose und Pflegediagnose

Medizinische Diagnose	Pflegediagnose
Medizinische Diagnosen bezeichnen Krankheiten oder Organstörungen	Pflegediagnosen beschreiben Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsstörungen
Medizinische Diagnosen beinhalten meist keinen Bezug zur Familie oder zur Umwelt	Pflegediagnosen berücksichtigen die Beziehung zur Familie oder zur sozialen Gemeinschaft
Medizinische Diagnosen bleiben gleich, bis die Krankheit oder die Organstörung geheilt ist	Pflegediagnosen können sich fortlaufend verändern
Die Erstellung einer medizinischen Diagnose fällt in die juristische Zuständigkeit des Arztes; er definiert die daraus resultierende medizinische Diagnostik	Die Erstellung einer Pflegediagnose fällt in die juristische Zuständigkeit der Pflegeperson; sie trägt die Verantwortung für die ausgewählten Pflegeziele und Pflegehandlungen

Auf eine europäische Klassifikation von Pflegediagnosen – wie ursprünglich von der ACENDIO angedacht – kann bis heute nicht zurückgegriffen werden. Stattdessen haben sich die NANDA-Pflegediagnosen immer weiter verbreitet und finden auch in Deutschland zunehmende Akzeptanz. Praktische Beispiele zeigen, dass die NANDA-Pflegediagnosen mit verschiedenen Pflegemodellen und Pflegetheorien kompatibel sind. Eine Pflegediagnose unterscheidet sich generell von einer medizinischen Diagnose (■ Tab. 1.1). Dies ist gerade im heutigen G-DRG-Zeitalter von besonderer Bedeutung, da durch eine medizinische Diagnose allein die individuelle Patientensituation nicht so umfassend beschrieben werden kann, wie das in Kombination mit den Pflegediagnosen möglich ist. Voraussetzung ist, dass die Dokumentation des Behandlungsprozesses als ein Ganzes betrachtet wird, in dem jede Berufsgruppe ihre Dokumentationsaufgabe eigenverantwortlich und aufeinander abgestimmt wahrnimmt.

Pflegediagnosen stehen nicht in Konkurrenz zu medizinischen Diagnosen. In der Praxis führen die Begriffe häufig zu Missverständnissen, da die Definitionen unzureichend bekannt sind oder unklar kommuniziert werden. Überholte Auffassungen, dass das Entwickeln von Diagnosen einzig und allein ärztliche Aufgabe sei, bestimmen auch heute noch die Diskussionen im Krankenhausalltag, wobei dieses Klischee von Ärzten und Pflegenden gleichermaßen gepflegt wird. Erfahrungen in der Praxis haben allerdings auch gezeigt, dass gerade Ärzte Pflegediagnosen gegenüber sehr aufgeschlossen sind. Ein Arzt sagte dazu:

Die NANDA-Pflegediagnosen sind mit verschiedenen Pflegemodellen und Pflegetheorien kompatibel.

Eine Pflegediagnose unterscheidet sich von der medizinischen Diagnose.

➤ ➤ *Das sind also Pflegediagnosen. Warum gibt es das erst jetzt? Konnte nie verstehen, warum die Schwestern so viel aufschreiben. Das meiste davon sagte doch gar nichts über den Patienten aus. Das hier ist richtig gut, damit kann ich was anfangen. Ich werde den Kollegen sagen, dass sie öfter mal auf dieses Blatt schauen sollen. Hier erfahren sie eine Menge über den Patienten.*

Die Pflegediagnosen sind systematisch in der NANDA-Klassifikation zusammengefasst. Standardisierte Sprache

Sowohl medizinische Diagnosen als auch Pflegediagnosen sind in einer Systematik, wie z. B. der ICD-10 oder der NANDA-Klassifikation, zusammengefasst. Beide beinhalten eine standardisierte Sprache, die für alle Fachbereiche verständlich ist. Mitarbeiter aus verschiedenen Berufsgruppen haben den professionellen Informationsgehalt der Pflegediagnosen erkannt, der unter anderem auch für die Indikation medizinischer Interventionen, diätetischer Beratung und physiotherapeutischer Behandlung von Bedeutung sein kann. In der nachfolgenden Tabelle werden die Inhalte gegenübergestellt. Die aufgeführten Beispiele sollen die Unterschiede verdeutlichen (■ Tab. 1.2).

Umfassende Beschreibung der Patientensituation durch die Pflegediagnosen

Jeder medizinischen Diagnose wurde exemplarisch nur eine Pflegediagnose gegenübergestellt. Aufbau und Struktur sollen aufzeigen, wie umfassend eine Patientensituation beschrieben werden kann. In der Regel werden mehrere Pflegediagnosen benötigt, um die Reaktion des Patienten auf seine Erkrankung oder auf sein Gesundheitsproblem ab-

■ Tab. 1.2. Beispiele für medizinische Diagnosen oder Prozeduren und Pflegediagnosen

Medizinische Diagnose oder Prozedur	Pflegediagnose
Parkinson-Erkrankung	Beeinträchtigte körperliche Mobilität ■ b/d neuromuskuläre Beeinträchtigung ■ a/d beeinträchtigte Bewegungsfähigkeit, beeinträchtigte Koordination nach Jones: Grad 3, geringfügig selbstständig Ressourcen: Patient kann mobilisiert werden, benötigt aber viel Unterstützung
Mundbodenkarzinom	Beeinträchtigte Mundschleimhaut ■ b/d Erkrankung der Mundhöhle (Tumor) Bestrahlungstherapie Chemotherapie ■ a/d Mundtrockenheit Schmerzen in der Mundhöhle orale Läsionen
Zustand nach Implantation einer Hüfttotalendoprothese	Beeinträchtigte körperliche Mobilität ■ b/d verordnete Bewegungseinschränkung fehlendes Wissen über die Bedeutung der körperlichen Bewegung ■ a/d begrenzte Bewegungsfähigkeit, (kann Bewegungswechsel nicht selbstständig durchzuführen) Ressource: Patient ist motiviert, seine Mobilität zu verbessern

Tab. 1.3. Beispielhaft ausgewählte Pflegediagnosen zur Gestaltung des Pflegeprozesses geordnet nach den Lebensaktivitäten

Pflegediagnosen – Titel nach der NANDA Klassifikation

Atmen ■ Beeinträchtiger Gasaustausch ■ Unwirksamer Atemvorgang ■ Beeinträchtigte Spontanatmung ■ Erschwerte Beatmungsentwöhnung	Ernährung ■ Beeinträchtigte Mundschleimhaut ■ Übelkeit ■ Schluckstörung ■ Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits ■ Flüssigkeitsdefizit ■ Flüssigkeitsüberschuss ■ Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme des Säuglings
Ausscheidung ■ Harnverhalt ■ Totale Urininkontinenz ■ Obstipationsgefahr ■ Obstipation ■ Stuhlinkontinenz ■ Diarrhö	Für Sicherheit sorgen ■ Infektionsgefahr ■ Aspirationsgefahr ■ Akute Schmerzen ■ Gefahr der Körperschädigung ■ Verletzungsgefahr ■ Gefahr einer Latexallergischen Reaktion
Regulierung der Körpertemperatur ■ Gefahr einer unausgeglichene Körpertemperatur ■ Hyperthermie ■ Hypothermie ■ Unwirksame Wärmeregulation	Sich bewegen ■ Beeinträchtigte körperliche Mobilität ■ Gefahr eines Immobilitätssyndroms ■ Beeinträchtigte Gehfähigkeit ■ Beeinträchtigte Bett-Mobilität ■ Beeinträchtigte Rollstuhl-Mobilität
Sich pflegen und kleiden (Siehe Sonstiges)	Ruhen und Schlafen ■ Aktivitätsintoleranz ■ Schlafentzug ■ Schlafstörung
Kommunizieren ■ Bereitschaft für ein verbessertes Wissen ■ Wissensdefizit ■ Beeinträchtigte verbale Kommunikation ■ Fehlende Kooperationsbereitschaft ■ Beeinträchtigte elterliche Fürsorge	Sich beschäftigen ■ Beschäftigungsdefizit
Geschlechtliches Erleben und Verhalten ■ Unwirksames Sexualverhalten ■ Sexualstörung	Sinn finden ■ Bereitschaft für ein verbessertes Coping ■ Gesundheitsförderliches Verhalten ■ Bereitschaft für verbesserte Familienprozesse ■ Bereitschaft für ein verbessertes Therapiemanagement ■ Verdacht auf Körperbildstörung ■ Verdacht auf situationsbedingt geringes Selbstwertgefühl ■ Akute Verwirrtheit ■ Chronische Verwirrtheit
Potenzielle Komplikationen ■ PK Kreislaufinstabilität ■ PK Pneumonie ■ PK Durchblutungsstörung ■ PK Dekubitus ■ PK Thrombose ■ PK Kontraktur	Sonstiges ■ Gefahr der Hautschädigung ■ Selbstversorgungsdefizit: Körperpflege ■ Selbstversorgungsdefizit: Essen ■ Selbstversorgungsdefizit: Sich kleiden/äußere Erscheinung ■ Selbstversorgungsdefizit: Toilettenbenutzung ■ Verminderte Herzleistung ■ Hautdefekt

172 Pflegediagnosen Aktives Handeln

zubilden. Die Struktur der unterschiedlichen Pflegediagnosen wird im Buchteil II (► Kap. 3) behandelt, ebenso die Erstellung eines Kataloges.

Bisher konnte die NANDA mehr als 172 Pflegediagnosen verabschieden. Diese Pflegediagnosen wurden in dem Buch von Stefan et al. (2003) *Praxis der Pflegediagnosen* zusammengefasst und für die praktische Anwendung im deutschsprachigen Raum aufbereitet. Erfahrungen haben gezeigt, dass es als Arbeitsbuch ausgezeichnet geeignet ist und eine gute Grundlage für die Erstellung eines hausinternen Kataloges bieten kann. Im Folgenden sind exemplarisch einige Pflegediagnosen aufgeführt (► Tab. 1.3), die auch in den genannten Fallbeispielen abgebildet sind. Dabei ist zu beachten, dass es sich nur um den Pflegediagnosentitel handelt. Eine Pflegediagnose beinhaltet je nach Art der Pflegediagnose zur weiteren Differenzierung und Individualisierung eine Aussage zur Ätiologie und zu den Symptomen (► Kap. 3) Alle nachstehenden Beispiele sind nur als Ausschnitt einer Pflegeplanung zu verstehen und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1.2 Pflegediagnosen und ihre Relevanz für Veränderungsprozesse

▼▼ Kurzüberblick

Ich bin ein Optimist, der nichts über die Zukunft weiß und der daher keine Voraussagen macht. Ich behaupte, dass wir einen ganz scharfen Schnitt machen müssen zwischen der Gegenwart, die wir beurteilen können und sollen, und der Zukunft, die weit offen ist und von uns beeinflusst werden kann. Wir haben deshalb die moralische Pflicht, der Zukunft ganz anders gegenüber zu stehen, als wenn sie etwa eine Verlängerung der Vergangenheit und der Gegenwart wäre. Die offene Zukunft enthält unabsehbare und moralisch gänzlich verschiedene Möglichkeiten. Deshalb darf unsere Grundeinstellung nicht von der Frage beherrscht sein »Was wird kommen?«, sondern von der Frage »Was sollen wir tun«. Tun, um womöglich die Welt ein wenig besser zu machen. Und zwar auch dann, wenn wir wissen, dass, wenn wir wirklich etwas zu verbessern imstande waren, spätere Generationen vielleicht alles wieder verschlechtern können (Karl Popper 1994).

Offene soziale Systeme

Gesundheitseinrichtungen sind Organisationen und damit offene soziale Systeme, deren Veränderungen durch äußere und innere Faktoren bestimmt werden.

Notwendigkeit der Anpassung an eine komplexe veränderliche Umwelt

Eine Organisation sichert ihren Bestand durch Anpassung an eine komplexe veränderliche Umwelt. Diese Veränderungen sind derzeit insbesondere gekennzeichnet durch finanzielle Zwänge (reduzierte Budgets), steigende Qualitätsansprüche an eine komplexe gesundheitliche Betreuung und immer schnellere wissenschaftliche Entwicklungen in der Medizin und in der Pflege. Diesem Bestands- und Anpassungsdruck

steht eine begrenzte Informationsverarbeitung gegenüber, d. h. die Kapazität des Menschen mit beschränkter Bereitschaft, sich in Organisationen zu engagieren. Die Menschen verfügen zudem aufgrund unterschiedlicher Lebensläufe über ein unterschiedliches Wertesystem, über eine unterschiedliche Motivationsstruktur und über ein unterschiedliches Wahrnehmungsvermögen (Görres 1999).

Aus diesen Persönlichkeitsmerkmalen, über die alle am Betreuungsprozess Beteiligten verfügen, kann sich eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Menschen an die Organisation und den Anforderungen der Organisation an die Menschen ergeben. Die Bereitschaft, Veränderungen konstruktiv mitzugestalten, findet insbesondere dann Akzeptanz bei den Mitarbeitern, wenn sie aktiv in diesen Prozess einbezogen werden und wenn Pflegeverständnis, interprofessionelle Interaktion sowie Kompetenz- und Personalentwicklung tatsächlich den Veränderungsprozess in einer Organisation bestimmen und im Alltag auch gelebt werden. Mühen diese Begrifflichkeiten lediglich in leere Worthülsen, werden nachhaltige Veränderungen kaum zu spüren sein.

Moderne Organisationstheorien favorisieren einen mehrdimensionalen, interdisziplinären und situativen Ansatz (Görres 1999). Dieser Ansatz unterstützt den pflegediagnostischen Prozess, da er die notwendige Kooperation aller am Betreuungsprozess Beteiligten praxisnah abbildet. Jeder Schritt im diagnostischen Prozess wird durch menschliches Entscheidungsverhalten begleitet. Entscheidungen basieren auf Verantwortungsbereitschaft, die nur teilweise durch eine Vorgabe von Regeln und Standards abgesichert werden können. Sie können aber gerade deshalb – und darin liegt das Spannende – durch gezielte Kompetenzentwicklung zu einem effizienteren Ergebnis führen.

! Eine Gesundheitseinrichtung ist eine Organisation.

In einer Organisation wirken die Mechanismen eines offenen sozialen Systems.

Eine Organisation sichert ihren Bestand durch Anpassung an gesellschaftspolitische Veränderungsprozesse.

Diesem Anpassungsdruck stehen unterschiedliche Motivationen und Wertesysteme der am Betreuungsprozess Beteiligten gegenüber.

Fragen nach Alternativen drängen sich insbesondere immer dann auf, wenn sich einschneidende Veränderungen abzeichnen. Es ist modern geworden, Veränderungen verbal offen gegenüberzustehen – im tatsächlichen Handeln aber möglichst nur dann, wenn die eigene Person oder der eigene Berufsstand nicht so sehr davon betroffen sind. Die letzten Jahre waren geprägt von Emanzipationsbestrebungen, die in Begriffen wie Eigenständigkeit, Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten, Pflege ist selbstständig, Pflege braucht Eliten, etc. ihren Ausdruck fanden. Zahlreiche Studiengänge haben sich entwickelt

**Veränderungsprozesse
in einer Organisation**

**Organisationstheorien
mit mehrdimensionalem,
interdisziplinärem
und situativem Ansatz**

**Entscheidungen
basieren auf Verantwortungsbereitschaft**

Emanzipationsbestrebungen der Pflege

Interdisziplinäres Arbeiten ist notwendig.

– dennoch diskutieren, im internationalen Vergleich betrachtet, die Pflegenden in Deutschland weiterhin über Inhalte, die in anderen Ländern längst zum beruflichen Alltag gehören (z. B. generalistische Ausbildung, Übernahme von so genannten ärztlichen Tätigkeiten, Beschreibung von pflegerelevanten Zuständen mit Pflegediagnosen, Pflegevisiten, Dienstübergabe am Patientenbett etc.). Notwendige Veränderungen in der täglichen Ablauforganisation, wie z. B. Umverteilung von Arbeitsaufgaben unter Einbeziehung aller Berufsgruppen, wurden entweder bewusst ausgeblendet, oder, wenn sie sich im Selbstlauf entwickelt hatten, großzügig übersehen. Viele Pflegenden stehen ihrer eigenen Rolle oftmals ambivalent gegenüber. Sollen sie in der Gestaltung des Behandlungsprozesses eher die aktive oder besser die passive Rolle einnehmen? Wo liegen die Schwerpunkte für künftige Orientierungen? Braucht die Pflege tatsächlich vorwiegend berufspolitisches Reglement oder eher eine zunehmende Identifikation mit den Unternehmenszielen einer Gesundheitseinrichtung, in der die Patienten einen bedürfnisorientierten Behandlungsprozess erleben?

Mangelnde Identifikation mit der Organisation

Hier spiegelt sich wider, was insgesamt in sogenannten Expertenorganisationen zu beobachten ist. Folgt man den Ausführungen von Grossmann et al., so identifiziert sich der Experte weniger mit der Organisation, in der er arbeitet, sondern stärker mit seiner Profession, der er angehört. Diese mangelnde Identifikation mit der Organisation und deren Zielen führt auch dazu, dass es wenig Engagement für die Interessen des Gesamten gibt. Jeder Experte versucht, sich um das Funktionieren seiner Arbeit und seiner unmittelbaren Umgebung zu kümmern, jedoch nicht um übergeordnete Gesamtziele (Grossmann et al.). Im Interesse der Patienten und im Interesse der Bestandssicherung einer Einrichtung, in der Behandlungsprozesse stattfinden, ist ein Umdenken zwingend notwendig. Wenn Pflegenden als Experten diesen Prozess dominieren wollen, müssen sie sich zunehmend mit den übergreifenden Zielen ihrer Gesundheitseinrichtung identifizieren. Dabei kann die Frage: »Wer kann was zu welchem Zeitpunkt im Interesse des Patienten und im Interesse der Einrichtung am besten leisten?«, schneller zu sinnvollen Veränderungen führen als die Frage: »Was sind pflegerische und was sind ärztliche Tätigkeiten?«

Pflegeexperten müssen sich mit den übergrei- fenden Zielen ihrer Gesundheitseinrichtung identifizieren.

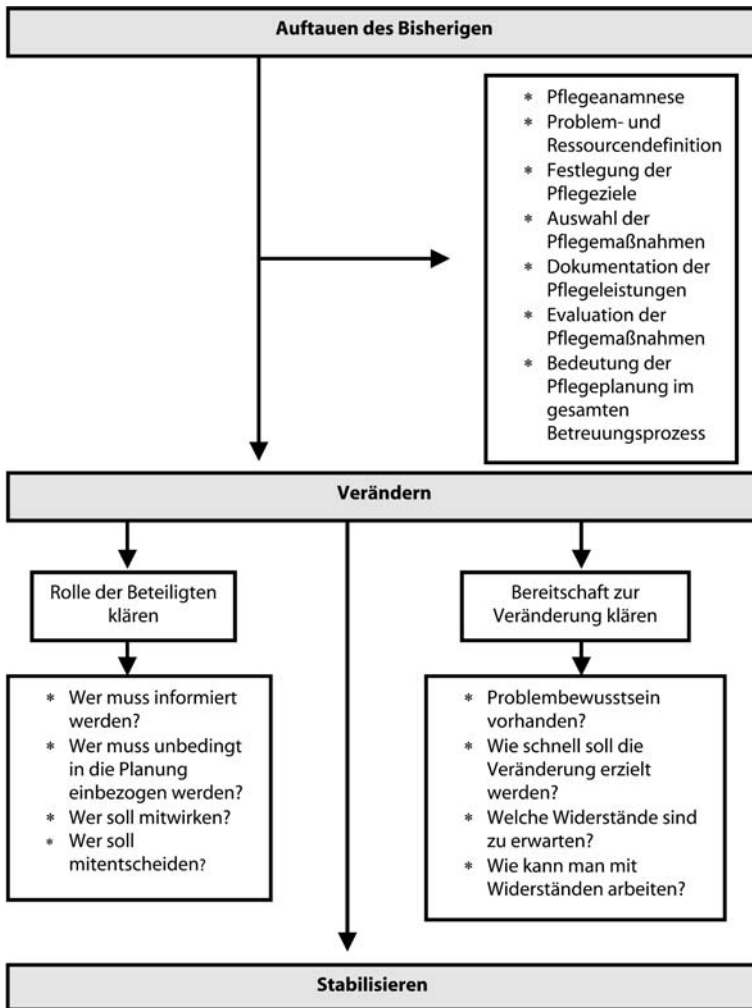
Veränderungsprozess – Anpassungsprozess

Jeder Veränderungsprozess braucht die Akzeptanz des zurzeit Bestehenden. Nur durch Anerkennen und Auftauen bisheriger Vorgehensweisen kann der Anpassungsprozess an neue Erfordernisse in Gang gesetzt werden (■ Abb. 1.1).

Ziele der Ausbildung: interprofessionelles Arbeiten und Kompeten- zentwicklung

Ein wichtiger Beitrag kann hier eine moderne Ausbildung leisten, die bereits von Beginn an auf einen souveränen Umgang mit der Rollenverteilung in einer interprofessionellen Einrichtung und auf Kompetenzentwicklung ausgerichtet ist – eine Ausbildung, die Neugier und Lust am Ausprobieren fördert.

Derzeit ist die Krankenpflegeausbildung noch sehr stark von Konformität geprägt. Das Erlernen und das Einüben von Handlungsricht-



■ **Abb. 1.1.** Implementierung von Pflegediagnosen als geplanter kontrollierter Evaluationsprozess im Rahmen der Organisationsentwicklung

linien stehen im Vordergrund und stabilisieren sich meist im Laufe des Berufslebens. Die Fähigkeiten zur echten Neugier auf theoretische Zusammenhänge, auf Problemlösung durch kritisches und kreatives Denken werden nur unzureichend entwickelt und selbst von langjährig erfahrenen Pflegekräften immer noch als reine Theorie und für die praktische Tätigkeit als nicht relevant wahrgenommen. Auch wenn Einzelne sich verändern wollen, sind sie durch soziale Erwartungen so festgelegt, dass eine »es geht nicht«-Mentalität bis hin zur Stagnation gepflegt wird. Die Folge war und ist eine intellektuelle Unterordnung innerhalb der akademischen Lobby eines Krankenhauses. Ändern kann sich dieses Meinungsbild nur, wenn sich Pflegepersonen in zunehmender Anzahl selbstbewusst von dem Meinungsbild, im Pflegealltag sei theoriebasier-

Kritisches und kreatives Denken

Pflegende müssen sich von dem Meinungsbild befreien, in der Praxis sei theoriebasiertes Wissen überflüssig. Neugierde und Experimentierfreudigkeit

pflgewissenschaftliche Grundsätze durch professionelles Handeln zum Ausdruck bringen

Ein Paradigmenwechsel ist notwendig

Qualitätssicherung – Qualitätsmanagement – Risikomanagement

Transparenz des Behandlungsprozesses. Dokumentationsqualität durch einheitliche Fachsprache

Spaß am Ausprobieren – Mut zur Eigenverantwortung

tes Wissen überflüssig, befreien. Pflegende müssen sich auf eine ganz individuelle Art und Weise der akademischen Idee von »wissen wollen« und »forschen wollen« nähern. Hierzu bedarf es keiner Anordnung von »oben«. Voraussetzung ist jedoch, dass die Neugierigen und die Experimentierfreudigen in ihren Unternehmen und in ihrer Berufsgruppe willkommen sind.

Wenn Pflegende die in naher Zukunft anstehenden Veränderungen in den einzelnen Institutionen mitgestalten wollen, müssen sie insbesondere im direkten Kontakt mit den Patienten und deren Angehörigen ihre pflgewissenschaftlichen Grundsätze durch professionelles Handeln zum Ausdruck bringen und beweisen, dass sie über ein eigenes theoriebasiertes Wissen auf hohem Niveau verfügen und damit für das strategische und für das prozessorientierte Management einer akademischen Einrichtung unverzichtbar sind.

Dazu muss sich ein Paradigmenwechsel nachhaltig auf verschiedenen Ebenen vollziehen:

- Von der Eigenständigkeit zur Eigenverantwortung
- Von der Berufsgruppenzugehörigkeit zur Institutionszugehörigkeit
- Von der tätigkeitsbezogenen Abgrenzung von Arbeitsaufgaben zur Erschließung integrativer Arbeitsfelder
- Von der mangelnden Akzeptanz gegenüber theoriegeleitetem Pflegewissen zur wissenschaftsorientierten Arbeitsweise
- Von der Erfüllung sozialer Erwartungen zur selbstbewussten Änderung von Verhaltensweisen

Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung und zur Einführung eines Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern (§ 137 SGB V) und die zunehmende Bedeutung des Risikomanagements unterstützen den Anspruch des Patienten auf einen angemessenen Behandlungsprozess. Die Transparenz des Behandlungsprozesses kann nur durch eine gute Dokumentationsqualität gewährleistet werden. Diese wiederum braucht eine einheitliche Fachsprache in der Pflege und in der Medizin, die auch im internationalen Maßstab Vergleich und Diskussion zulässt. Diese Hinwendung zur internationalen Entwicklung und die Bereitschaft zur Harmonisierung von Theorie und Praxis werden von den Pflegenden erfahrungsgemäß eher akzeptiert, wenn sie zum professionellen Selbstverständnis einer Einrichtung gehören und in den unterschiedlichen Hierarchieebenen kommuniziert und praktiziert werden.

Spaß am Ausprobieren und Mut zu mehr Eigenverantwortung sind gute Voraussetzungen, Veränderungsprozesse in Gang zu setzen. Im Mittelpunkt des diagnostischen Prozesses steht die Informationssammlung über situationsbedingte Patientenbedürfnisse, aus denen sich dann die Pflegediagnose, entsprechende Ziele und effektive Interventionen entwickeln lassen. Die Pflegediagnose basiert auf interna-

tional anerkannten standardisierten Formulierungen. Diese reduzieren einerseits die Notwendigkeit, für bestehende Patientenprobleme immer wieder neue Formulierungen zu finden, andererseits werden die Pflegenden in ihrer Entscheidungsfindung für eine bestimmte individuelle Pflegediagnose gefordert. Dabei sollen Ausführungsprogramme in den Hintergrund und Zweckprogramme in den Vordergrund treten.

Ausführungsprogramme schreiben den Beteiligten ein bestimmtes Verhalten in einer Organisation vor, während Zweckprogramme zwar Ziele und Zwecke vorgeben, die Wahl der geeigneten Mittel jedoch der entscheidenden Person überlassen bleiben. In diesem Zusammenhang macht es Sinn, eine Balance zu finden zwischen klassischem Projektverlauf und Organisationsziel. Die klassische Projektdefinition beschreibt ein Anfang und ein Ende mit festgelegten Projektphasen, Einzelschritten und Zeitplänen vor. Die Implementierung von Pflegediagnosen kann im weitesten Sinne als ein Organisationsziel verstanden werden, zu dessen Erreichung allerdings nicht jedes Detail im Vorfeld festgelegt wird. Veränderungen lassen sich so im Zusammenspiel aller Akteure entwickeln und aus der Praxis heraus stabilisieren. Mitarbeiter sind kreativer, wenn sie in den Veränderungsprozessen die Richtung mitbestimmen können. Nur – Veränderungen müssen gewollt werden – insbesondere in den obersten Hierarchieebenen eines Unternehmens, und sie brauchen deren Unterstützung.

1.2.1 Der Interaktionsprozess als systemischer Ansatz bei der Implementierung von Pflegediagnosen

Der diagnostische Prozess wird von Entscheidungen begleitet, die durch die jeweilige Stufe der Kompetenzentwicklung bestimmt wird (► Kap. 5.1). Imogene King hat in ihrem Pflegemodell die Interaktion zwischen den mit ihrer Umwelt agierenden Menschen beschrieben. Gemäß ihrer Rolle und Verantwortung helfen Pflegekräfte in sozialen Organisationen anderen Personen, ihre Gesundheit zu erlangen, zu bewahren oder wiederherzustellen. Diese Theorie, die auch als Theorie der Zielerreichung bekannt geworden ist, kann ebenso im Rahmen von Veränderungsprozessen Strategien im Qualitätsmanagement unterstützen. Sie unterstreicht die Bedeutung theoretischer Erkenntnisse für den Fortschritt in der Krankenpflege (Fawcett 1998). Neben der Frage nach dem »Wie« ist gerade im Zeitalter von G-DRG sowie Qualitäts- und Risikomanagement auch die Frage nach dem »Warum« von besonderer Relevanz. Sie entscheidet in der Regel über die Indikation bestimmter Pflegemaßnahmen.

Die Aussage von Imogene King lautet: »Der Pflegeprozess findet innerhalb eines sozialen Systems statt« (Fawcett 1998). Es interagieren persönliche Systeme (Pflegekraft und Patient) in einem interpersonalen System miteinander und mit der Umwelt (Meleis 1999). In diesem Prozess

Imogene King

**Theorie der
Zielerreichung**

**Interaktion von
persönlichen Systemen
in einem interpersonalen
System mit der Umwelt**

Pflegediagnostik als Katalysator

kann eine professionelle Pflegediagnostik wie ein Katalysator wirken. Gegenseitiges Respektieren von Wissen und Erfahrungen aller Beteiligten – auch der Patienten – begleitet und harmonisiert den Veränderungsprozess, wobei eine bewusste Akzeptanz der verschiedenen Interaktionssysteme die Erkenntnisgewinnung unterstützen kann.

Imogene King beschreibt drei Systeme der Interaktion:

Das soziale System

Dieses System kennzeichnet größere Gruppen mit gemeinsamen Anliegen (Krankenhaus als eine Institution, Betreuungsteam, Berufsgruppe der Pflegenden, Gesellschaft, etc.). Diese Systeme interagieren miteinander und werden deshalb als offene Systeme bezeichnet.

Das interpersonale System

Dieses System wird durch zwei oder mehrere Menschen (Team, Gruppe, Familie) gebildet. Das interpersonale System umfasst die Interaktion mit den Begriffen Kommunikation, Rolle und Stress.

Das personale System

Dieses System wird durch das Individuum gebildet. Menschen sind offene Systeme, die mit ihrer Umwelt durch einen ständigen Prozess der Transaktion in Verbindung stehen. Die individuelle Wahrnehmung, geprägt durch persönliches Wissen und Erfahrungen, durch eigene Bedürfnisse und Wertvorstellungen, bestimmt das jeweilige Verhalten.

Die Mechanismen des interpersonalen Systems sollen deshalb Berücksichtigung finden, da die am Veränderungsprozess Beteiligten unterschiedlichen Gruppen angehören, z. B. Pflegenden und Patienten, Lehrende und Lernende. Alle Beteiligten durchlaufen während eines Implementierungsprozesses von Pflegediagnosen unterschiedliche Phasen, und sie nehmen unterschiedliche Rollen ein. Hier lassen sich Parallelen zur Pflege-theorie von Hildegard Peplau ziehen (■ Tab. 1.4).

Hildegard Peplau

Veränderungs-
management

Patricia Benner, Stufen
zur Pflegekompetenz

Interaktionsphasen

Sicher mag es für den einen oder anderen Leser ungewohnt sein, Pflege-theorien oder Pflegemodelle auch für das Veränderungsmanagement zu nutzen. Beide – sowohl der Pflegeprozess als auch der Veränderungsprozess – beruhen in einem sozialen System primär auf einer Beziehungsgestaltung durch Interaktion. So können die Denkansätze von Hildegard Peplau auch für eine moderne Mitarbeiterführung und Begleitung im Sinne von gezieltem Coaching genutzt werden. Analog dazu bieten sich auch die Stufen zur Pflegekompetenz von Patricia Benner (1994) als Unterstützung für eine theoriebasierte Mitarbeiterführung an.

Peplau versteht die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten als ein Ergebnis ineinander übergehender oder sich überlappender Interaktionsphasen. Diese Phasen existieren, gleichgültig ob

■ **Tab. 1.4.** Interaktionsphasen im Implementierungsprozess von NANDA-Pflegediagnosen (mod. nach Peplau, 1997)

Auszüge aus den Interaktionsphasen in Peplaus Modell	Interaktionsphasen im Implementierungsprozess von Pflegediagnosen
1. Phase: Die Orientierung ─ Der Patient sucht professionelle Hilfe, er nimmt seine Bedürfnisse wahr. ─ Die Pflegenden unterstützen ihn bei der Konkretisierung seines Problems. ─ Der Patient lernt sein Problem und den Umfang der Pflegebedürftigkeit kennen.	1. Phase: Die Orientierung ─ Pflegenden werden zunehmend mit theoriebasiertem Pflegewissen konfrontiert. Sie sind auf der Suche nach einer sinnhaften Anwendung im praktischen Alltag. ─ Lehrende und Führungspersonen erkennen Vorbehalte an und identifizieren gemeinsam mit den Pflegenden die Stärken und Schwächen des Einführungsprozesses. ─ Die Pflegenden lernen den Umgang mit den Pflegediagnosen kennen, ebenso die potenziellen Probleme während eines Veränderungsprozesses in einem interprofessionellen Team.
2. Phase: Die Identifikation ─ Der Patient erfährt, dass die Pflegenden seine Situation miterleben. ─ Die Pflegenden kompensieren die Defizite des Patienten und nehmen Ersatzfunktion ein.	2. Phase: Die Identifikation ─ Die Pflegenden erfahren, dass ihre Vorbehalte und Ängste von den Lehrenden und Führungskräften verstanden und akzeptiert werden. ─ Lehrende und Multiplikatoren kompensieren diesen Prozess. Die Pflegenden erfahren direkte Unterstützung bei der Erstellung von Pflegeplänen mit Pflegediagnosen.
3. Phase: Nutzung ─ Während des Gebrauchs der Unterstützerfunktion beginnt der Patient, unter Anleitung defizitäre Funktionen nach und nach selbst zu übernehmen und seine Autonomie zurück zu erobern. ─ Er bestimmt seine Ziele und versucht, diese mit dem Einverständnis der Pflegenden zu erreichen.	3. Phase: Nutzung ─ Während des diagnostischen Prozesses werden die Pflegenden bei immer weniger direkter Anleitung zunehmend sicherer in ihrer Entscheidung für eine bestimmte Diagnose. ─ Die Pflegenden diagnostizieren und erstellen die Pflegeplanung selbstständig und lassen sie von den Lehrenden nur noch evaluieren.
4. Phase: Auflösung ─ Der Patient wird nach und nach unabhängig von den Pflegenden. ─ Die alten Ziele der Bedürfnisbefriedigung sind erreicht. Es werden neue Ziele formuliert, die wiederum Weiterentwicklung und Wachstum möglich machen.	4. Phase: Auflösung ─ Die Pflegenden erlangen völlige Selbstständigkeit in der Diagnostik und nutzen immer mehr Pflegediagnosen zur Beschreibung der individuellen Patientensituation. ─ Sie sorgen selbst für immer mehr Effizienz in der Gestaltung des Behandlungs- und Dokumentationsprozesses. ─ Sie lernen aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen, Prioritäten zu setzen. ─ Pflegende übernehmen die Rolle von Gestaltern und Lehrenden.

Wechselnde Rollen der Pflegenden

die Pflegenden sie wahrnehmen oder nicht (Simpson 1997). Erfahrungen in zahlreichen Seminaren zur Implementierung von Pflegediagnosen haben gezeigt, dass Pflegendе diese Phasen in ihrem täglichen Umgang mit den Patienten tatsächlich in fast allen Fachbereichen wieder erkennen.

Ebenso realisieren sie ihre Rollen, die sie selbst in den verschiedenen Interaktionsphasen einnehmen. Analog dazu lässt sich auch der Einführungsprozess von Pflegediagnosen in überlappenden Interaktionsphasen wieder erkennen, wobei Lehrende und Lernende in diesen Interaktionsphasen, sei es im unmittelbaren Pflegeprozess oder im Implementierungsprozess der Pflegediagnosen, wechselnde Rollen einnehmen.

Hildegard Peplau definierte sie wie folgt:

- die Fremde
- die Expertin mit Zugriff auf Hilfsmöglichkeiten
- die Unterrichtende
- die Leitende
- die Stellvertreterin
- die Begleiterin (Beraterin)

In welcher Kombination die einzelnen Theorien berücksichtigt werden, bleibt dem Management der jeweiligen Institution überlassen. Die hier genannten Beispiele sollen lediglich zur Anwendung ermutigen. Ihre Akzeptanz hängt davon ab, ob sie im praktischen Alltag tatsächlich als eine nützliche Orientierungshilfe verstanden werden.

! Interaktion findet auf den Ebenen personaler, interpersonaler und sozialer Systeme statt.

- Praktische Ansätze sind in verschiedenen Theorien abgebildet. Theoriegeleitete Konzepte beeinflussen die Interaktion der Pflegenden mit den Patienten und ihren Angehörigen.
- Theoriegeleitete Konzepte beeinflussen die Interaktion der Führungskräfte auf allen Hierarchieebenen mit den Mitarbeitern.
- Theoriegeleitete Konzepte beeinflussen die Interaktion zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.
- Das Interaktionsmodell von Hildegard Peplau bietet sich als Unterstützung sowohl für die Multiplikatorenfunktion, als auch für den diagnostischen Prozess insgesamt an.

1.2.2 Pflege-theorien und pflegediagnostischer Prozess

Seit den 1960er Jahren wurden vorwiegend in den USA zahlreiche Pflege-theorien entwickelt. Sie entstanden auf der Grundlage geborgter Theoreme aus anderen Disziplinen und sollten durch neue Kombinationen der Pflege eine besondere Spezifik verleihen.

Es entstanden Theorien mit unterschiedlichen abstrakten und praxisnahen Ansätzen. Einige Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler hatten den Anspruch, die Pflege theoretisch zu fundieren. Anderen ging es in erster Linie um eine Neubestimmung des Aufgabenverständnisses, um die Pflegenden aus dem Zustand diffuser Zuständigkeiten herauszuführen und um dem Pflegeberuf eine eigene Identität zu geben. So beschreibt Florence Nightingale in ihrem Buch *Notes on Nursing* (1859) u. a. Pflegerichtlinien bezüglich Luft, Licht, Wärme, Sauberkeit, Geräusche und Ernährung. Pflege bedeutet demnach, dafür zu sorgen, dass den Patienten ein schönes, ruhiges und sicheres Umfeld umgibt (Arets et al. 1996). Sie wird als Initiatorin eines Denkprozesses gesehen, der sich bis heute fortsetzt und in die Entwicklung verschiedener Theorien mit einem zutiefst humanistischen Anliegen mündet. Die Bedeutung dieser Theorien erfährt besonders in Deutschland eine noch unzureichende Akzeptanz. Ihr Wert, insbesondere für die Pflegediagnostik, wird in dem Maße deutlich, wie gesundheitspolitische Zwänge Pflegenden zum effizienten und effektiven Handeln herausfordern. Die auf diesen Theorien basierende pflegewissenschaftliche Bildung ist die Voraussetzung, um Menschen in schwierigen Situationen professionell begleiten zu können (Eveslage 2004).

Die noch zaghafte Akzeptanz der verschiedenen Pflege-theorien lassen einen Paradigmenwechsel erkennen, dessen Ursache sowohl in einer voranschreitenden Professionalisierung der Pflegenden, als auch in einer veränderten Anspruchshaltung der Menschen, die Pflege benötigen, zu suchen ist. Diese Anspruchshaltung resultiert aus den individuellen Bedürfnissen eines jeden Menschen, die in den verschiedenen Pflege-theorien als zentrales Element zu finden sind und deren Erfüllung eine bestimmte Pflegequalität kennzeichnet. Pflegequalität wiederum ist integrativer Bestandteil von Behandlungsqualität und kann unabhängig von medizinischer Behandlung an Intensität entweder zu- oder abnehmen.

Standen anfangs Fragen nach Gegenstand, Zielen und Verfahrensweisen von Pflegehandlungen zur Krankheitsbewältigung im Vordergrund, so verweisen Pflege-theorien heute zunehmend auf ein Pflegeverständnis, das unter Berücksichtigung des individuellen kulturellen und sozialen Kontextes auch auf Gesundheitserhaltung und Förderung des Wohlbefindens ausgerichtet ist. Soll dieses theoriegestützte Pflege-wissen im praktischen Pflegealltag wirksam werden, braucht es die Akzeptanz der Pflegenden selbst, aber auch die Akzeptanz der anderen am Betreuungsprozess beteiligten Professionen, vor allem aber die Akzeptanz der Betroffenen, die Pflege in Anspruch nehmen. Ihr persönliches Wohlbefinden ist Ausdruck für ein bestimmtes Qualitätsniveau der erbrachten pflegerischen Leistungen und muss als Beurteilungskriterium Berücksichtigung finden.

Dabei setzen die Klienten selbst die Maßstäbe, nach denen sie betreut werden wollen. Sie treten als aktive Nutzer spezifischer Leistungen auf. Folglich wird der Klient (im weiteren Text auch als Patient bezeichnet)

Florence Nightingale

**Theorieentwicklung
mit humanistischem
Anliegen**

**Professionalisierung
der Pflege – veränderte
Anspruchshaltung der
Patienten**

**Pflegequalität –
Behandlungsqualität**

**Gesundheitserhaltung
und Förderung des
Wohlbefindens**

**Patienten als Individuen
mit eigenen Bedürfnis-
sen, Wünschen und
Interessen**

Bedürfnisorientierte Pflege

als Individuum mit eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Interessen wahrgenommen (Landenberger et al. 1997).

Eine bedürfnisorientierte Pflege beinhaltet die Gestaltung nach der Pflegeprozessmethode basierend auf pflegetheoretischen Erkenntnissen. Diese umfassen Erhebung eines Assessments und der Pflegediagnosen, Zielformulierung und Festlegung der Pflegemaßnahmen in einem individuellen Pflegeplan sowie deren Evaluation. Dabei hat eine Theorie die Verpflichtung, die Dinge systematisch, d. h. klar und vollständig, aufzufassen und das Handeln immer auf die Notwendigkeit des zureichenden Grundes zurückzuführen (v. Oettinger et al. 2003).

Die Pflegemaßnahmen sollen deshalb

- inhaltlich genau dem entsprechen, was benötigt wird,
- zeitgerecht erfolgen und in geeigneter Form erbracht werden,
- nur den Betroffenen als Leistungen angeboten werden, die diese auch benötigen,
- in ihrem Aufwand durch den jeweiligen Zweck gerechtfertigt sein,
- mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft übereinstimmen (Weh u. Sieber 1995).

Im Zusammenhang mit den gesetzlichen Anforderungen aus dem SGB V gewinnt eine systematische Erfassung der Patientenbedürfnisse ebenfalls an Bedeutung. Pflegediagnosen bieten auch in diesem Kontext eine geeignete Struktur, Qualität und Leistung aufeinander abzustimmen (SGB V §§ 12,2,70; ■ Tab. 1.5).

Expertenstandard

Der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Kenntnisse ist in den Leitlinien und Standards der verschiedenen Fachgesellschaften fixiert. Analog trifft das ebenso für die Pflege zu, z. B. für den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe.

Pflegetheorien

Pflegetheorien bieten eine strukturelle Hilfe zur individuellen Einschätzung der Situation der Patienten, der Definition von Handlungen, sowie der Auswahl entsprechender Interventionen. Sie beschreiben eine gute Beziehung zwischen Patient und Pflegenden, und sie sensibilisieren für die Wahrnehmung der Bedürfnisse der Patienten.

Pflegetheorien (Fiechter u. Meier 1998) beschreiben Handlungen, die u. a. Aussagen über Art und Umfang von Verhaltensweisen treffen in Bezug auf (■ Abb. 1.2):

- Hilfe zum Verständnis von Krankheit, Diagnostik, Therapie und Pflege,
- Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten,
- Erhalten und Förderung der Selbstständigkeit,
- Aufrechterhaltung und Förderung der Beziehung nach außen und
- Hilfe zur Anpassung an veränderte Bedingungen.

Pflegequalität

Dieses schon etwas ältere Modell hat seine Relevanz nicht verloren. Die Verfasser beschreiben die Bereiche, in denen das »Wie« im Umgang mit der Situation entscheidend dafür sein kann, wie gut sich die Patienten betreut fühlen, bzw. wie unterschiedlich Pflegequalität angeboten

■ **Tab. 1.5.** Gesetzliche Anforderungen aus dem SGB V und die Bedeutung von Pflegediagnosen

Sozialgesetzbuch V	Pflegediagnosen																					
§§ 12 SGB V: »Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.« §§ 2: »Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.« §§ 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit: »Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.«	Pflegediagnosen sind so strukturiert, dass sie das Problem, dessen Ursachen und die Symptome beschreiben. Daraus resultieren Qualitätsziele und die entsprechenden Maßnahmen, die sowohl zweckmäßige als auch wirtschaftliche Kriterien ausweisen. <table><tr><th>Pflegediagnose</th><th>Pflegeziel</th><th>Pflegemaßnahme</th></tr><tr><td>Beeinträchtigte körperliche Mobilität</td><td>Patient bewahrt die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates und die intakte Haut</td><td>Schmerzskala erheben Schmerzmedikation nach ärztlicher Anordnung Bewegungswechsel mindestens 4 Stdl.</td></tr><tr><td>b/d Schmerzen, Aktivitätsintoleranz/verminderte Kraft und Ausdauer</td><td></td><td>Beratung und Anleitung zum selbstständigen Wechsel</td></tr><tr><td>a/d begrenzte Bewegungsfähigkeit, Schwierigkeiten, sich zu drehen</td><td></td><td>Dekubitusprophylaxe nach Standard</td></tr><tr><td>Jones: 03 geringfügig selbstständig</td><td></td><td>Erhebung des Dekubitusrisiko nach Waterlow</td></tr><tr><td>PK Dekubitus</td><td></td><td>Einsatz eines Lagerungshilfsmittel (Breeze)</td></tr><tr><td>PK Pneumonie</td><td></td><td>Pneumonieprophylaxe nach Standard Nr</td></tr></table> Das Beispiel erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit Legende: b/d = bedingt durch, weist auf die Ursache hin a/d = angezeigt durch, kennzeichnet das Symptom PK = potenzielle Komplikation (keine von der NANDA definierte Pflegediagnose) Jones = Schweregradeinteilung	Pflegediagnose	Pflegeziel	Pflegemaßnahme	Beeinträchtigte körperliche Mobilität	Patient bewahrt die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates und die intakte Haut	Schmerzskala erheben Schmerzmedikation nach ärztlicher Anordnung Bewegungswechsel mindestens 4 Stdl.	b/d Schmerzen, Aktivitätsintoleranz/verminderte Kraft und Ausdauer		Beratung und Anleitung zum selbstständigen Wechsel	a/d begrenzte Bewegungsfähigkeit, Schwierigkeiten, sich zu drehen		Dekubitusprophylaxe nach Standard	Jones: 03 geringfügig selbstständig		Erhebung des Dekubitusrisiko nach Waterlow	PK Dekubitus		Einsatz eines Lagerungshilfsmittel (Breeze)	PK Pneumonie		Pneumonieprophylaxe nach Standard Nr
Pflegediagnose	Pflegeziel	Pflegemaßnahme																				
Beeinträchtigte körperliche Mobilität	Patient bewahrt die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates und die intakte Haut	Schmerzskala erheben Schmerzmedikation nach ärztlicher Anordnung Bewegungswechsel mindestens 4 Stdl.																				
b/d Schmerzen, Aktivitätsintoleranz/verminderte Kraft und Ausdauer		Beratung und Anleitung zum selbstständigen Wechsel																				
a/d begrenzte Bewegungsfähigkeit, Schwierigkeiten, sich zu drehen		Dekubitusprophylaxe nach Standard																				
Jones: 03 geringfügig selbstständig		Erhebung des Dekubitusrisiko nach Waterlow																				
PK Dekubitus		Einsatz eines Lagerungshilfsmittel (Breeze)																				
PK Pneumonie		Pneumonieprophylaxe nach Standard Nr																				

Stufe Bereich	Stufe 3 Optimale Pflege	Stufe 2 Angemessene Pflege	Stufe 1 Sichere Pflege (Routine)	Stufe 0 Gefährliche Pflege
Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten	Persönliche Gewohnheiten werden berücksichtigt, soweit Krankheit und Zustand (Befinden) des Patienten dies zulassen.	Persönliche Gewohnheiten werden, soweit Patient/Angehörige dies klar zum Ausdruck gebracht haben, möglichst berücksichtigt.	Persönliche Gewohnheiten werden nur berücksichtigt, sofern sie die Routine nicht stören.	Persönliche Gewohnheiten werden nicht berücksichtigt.
Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit	Patient/Angehörige erhalten die auf sie abgestimmte Beratung und Hilfe, welche die Selbstständigkeit fördern, des Selbstvertrauen bzw. das Vertrauen in die Pflege und die Behandlung stärken.	Patient/Angehörige erhalten die ihre Selbstständigkeit fördernde Beratung und Hilfe, nach der sie fragen. Das Vertrauen in die Pflege und Behandlung ist ungestört.	Patient/Angehörige erhalten auf ihre Fragen, welche für sie zur Erhaltung oder Förderung der Selbstständigkeit wichtig sind, stereotype Antworten. Das Vertrauen ist gefährdet.	Patient/Angehörige erhalten auf Fragen, welche für sie zur Erhaltung oder Förderung der Selbstständigkeit wichtig sind, ausweichende oder keine Auskünfte. Das Vertrauen in die Pflege und Behandlung ist gestört.
Hilfe zur Anpassung an veränderte Bedingungen	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, erhält er im Prozess der Umstellung/Anpassung so viel Hilfe, dass er neue, für ihn sinnvolle Lebensmöglichkeiten ausschöpfen und neue Gewohnheiten aufbauen kann. Pflegende und Patient/Angehörige suchen gemeinsam. Der Patient fühlt sich akzeptiert, integriert, frei, selbstständig.	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, erhält er auf Krankheit und Zustand abgestimmte Unterstützung, Hilfe und Beratung im Prozess der Umstellung/Anpassung an die neue Lebenssituation. Der Patient fühlt sich akzeptiert, eventuell abhängig.	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, wird entsprechend den Stationsgewohnheiten und -möglichkeiten routinemäßige Hilfe und Unterstützung geleistet. Der Patient fühlt sich abhängig und unter Umständen dem Personal gegenüber als Belastung.	Muss ein Patient durch seine Krankheit ganz oder teilweise seine Gewohnheiten aufgeben, wird nicht erkannt, dass er Hilfe und Unterstützung im Prozess der Umstellung braucht. Der Patient fühlt sich vernachlässigt. Er erleidet unter Umständen physischen/psychischen Schaden.
Aufrechterhaltung und Förderung der Beziehung nach außen	Einerseits wird die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach außen gefördert, andererseits wird das Bedürfnis nach Ruhe und Stille respektiert.	Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach außen wird ermöglicht und dem Bedürfnis nach Ruhe und Stille wird Rechnung getragen, sofern darum gebeten wird.	Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach außen wird durch Einrichtungsregelungen beschränkt. Das Pflegepersonal hält sich stur an die Vorschriften.	Die Aufrechterhaltung der menschlichen Beziehungen nach außen wird durch negative Verhaltensweisen des Pflegepersonals und/oder stark einschränkende Einrichtungsregelungen erschwert/verhindert. Das Bedürfnis nach Ruhe wird nicht erkannt/wird ignoriert.
Planung der Pflege	Patient/Angehörige werden bei Zielsetzung, Planung und Beurteilung der Pflege miteinbezogen.	Das Pflegepersonal plant und beurteilt die Pflege.	Die Pflege wird nach Schema ausgeführt.	Die Pflege wird nicht geplant.

■ **Abb. 1.2.** Die Stufen der Pflegequalität von Flechter u. Meier (1992) in Anlehnung an das Stufenmodell zur Beurteilung der Pflegequalität von Reiter u. Kakosch (1952)

werden kann, sei es aufgrund von Unwissenheit, Hilflosigkeit oder aber aufgrund von ökonomischen Zwängen. Den Erzählungen von Menschen aus unserer unmittelbaren Umgebung lassen sich oftmals mehr Informationen entnehmen, als umfangreich angelegte Patientenbefragungen aussagen können.

Die Patientin Bianca Sparschuh beschreibt ihre Begegnung mit dem Personal einer orthopädischen Station folgendermaßen:

Beispiel

Schon am Telefon wurde ich sehr freundlich begrüßt. Meine Probleme und meine Schmerzen wurden ernst genommen. Man hörte mir zu. Die Aufnahme auf der Station war sehr freundlich. Ich wurde über meinen Aufenthalt und über meine OP so aufgeklärt, dass ich es auch verstand. Die Vorbereitung zur OP war sehr fürsorglich, auch danach wurde ich rührend umsorgt. Es war ständig einer da. Meine Schmerzen nach der OP wurden sehr ernst genommen und bekämpft. Ich brauchte um kein Schmerzmittel bitten. Die Schwestern waren immer freundlich und hilfsbereit, obwohl der Stress auf der Station nicht zu übersehen war.

Aber auch in der Literatur lassen sich Bedürfnisse und Ansprüche an eine Pflegequalität erkennen, die den dringenden Wunsch nach Verständnis, Zuwendung und Wahrheit widerspiegeln. So haben auch Schriftstellerinnen und Schriftsteller ihr persönliches Krankheitserlebnis zum literarischen Thema gemacht. An den nachfolgenden Beispielen wird deutlich, wie sehr sich in den Patientenbedürfnissen auch das Anliegen von pflegewissenschaftlicher Bildung widerspiegelt, das Pflegende und Ärzte gleichermaßen einbezieht.

**Wunsch nach
Verständnis,
Zuwendung und
Wahrheit**

Beispiel

Saul Bellow:

Der verantwortliche Arzt trug keinen Kittel, sondern nur ein Hemd. Er war redselig und sehr pragmatisch, sein Gesicht war gerötet, und beiläufig beschrieb er meinen Zustand. Unter solchen Umständen wachsen Männer und Frauen über sich hinaus, zeigen sich, materialisieren. Dieser redselige Arzt schien über technische Details zu sprechen, die nichts mit meiner Situation zu tun hatten. Doch ich habe nichts von dem begriffen, was um mich herum vorging. Ich wurde in die Kardiologie geschickt und hatte noch in der gleichen Nacht ein Herzversagen. Daran kann ich mich jedoch nicht erinnern. Auch nicht an die Innere Abteilung, in die ich verlegt wurde und wo meine Lungen behandelt wurden. Rosamund berichtete mir, dass ich in beiden Flügeln durch die Lungenentzündungen (so der klinische Ausdruck) »Whiteout« hatte. Eine Maschine übernahm das Atmen für mich – Schläuche im Hals und in der Nase (Saul Bellow 2000).

Beispiel**Maxie Wander:**

Die Schwestern müssten aber trösten können, sie müssten ein wenig mehr von der Psyche der Kranken verstehen, damit sie wenigstens den Schwerkranken und den Operierten beistehen können und können. Ich hab's genau wie Du empfunden: Warum kommt denn streichelt mich, wischt mir das Gebrochene vom Hals und aus den Haaren, tropft ein bissl Tee in den Mund, schaut mir in die Augen und sagt: »Ich weiß, wie Sie sich fühlen, aber das vergeht, die Stimme kommt auch wieder, und die Schmerzen in der Brust sind nur von der Narkose, Sie haben keinen Grund, Angst zu haben!« – Niemand hat mir aber so was gesagt, und ich frage mich, wie man das den Ärzten bewusst machen kann. Sie können doch nicht Körperteile heilen, ohne an den ganzen Menschen zu denken, das ist doch absurd (Maxie Wander 1979).

Beispiel**Christa Wolf:**

Schwester Christine ärgert sich, dass sie es nicht hat verhindern können, dass Elvira so früh schon zu mir hereinetigert kam. Sie habe ihr gesagt, sie solle mich schlafen lassen, aber sie ist neugierig, wissen Sie, man kann sie nicht bremsen. Schwester Christine will selber nach den beiden Tropfflaschen sehen, sie will die beiden Drains, die aus der Bauchwunde herauskommen, selber kontrollieren, die Beutel auswechseln, in denen sich die Flüssigkeit sammelt. Dann überlässt sie die Patientin Schwester Margot, die ein wenig zu dick ist, ein wenig zu laut auftritt und jetzt, am frühen Morgen, schon nach Schweiß riecht, wenn sie sich über sie beugt, um sie zu waschen. Sie spricht, zu laut, von ihr in der Mehrzahl: Das werden wir gleich hinter uns haben, das Bein können wir doch ein bisschen anheben, wie? Wir wollen doch schmuck sein für die Herren im OP, was? Endlich öffnet sie das Fenster und geht, erleichtert atme ich die frische Morgenluft (Christa Wolf 2002, 2003).

Wandlungsprozesse

So schafft das Erzählen als literarisches Werk zusätzlich eine Voraussetzung dafür, Verhaltensroutinen bewusster wahrzunehmen und kritischer zu hinterfragen. Aber auch die normalen Alltagsgespräche können Wandlungsprozesse unterstützen. Wer aufmerksam zuhört, kann aus den Schilderungen von Patientenerlebnisse viel darüber lernen, wie pflegerisches und ärztliches Handeln wahrgenommen und verstanden wird. Eine Verknüpfung pflegetheoretischer Grundlagen mit literarischen Themen birgt sicherlich das Potenzial für eine interessante Unterrichtsgestaltung in sich. Erzählungen sensibilisieren so für die Komplexität des

Behandlungsprozesses, für das Empfinden derjenigen, die in diesem Prozess auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind, und sie bereichern den persönlichen Erfahrungsschatz von Pflegenden. Dieser ist eine wichtige Quelle für einen professionellen und situationsgerechten Umgang mit den verschiedenen Pflege-theorien.

Für die Auswahl einer Theorie in einer gegebenen Praxissituation gibt es keine Regeln oder Richtlinien. Pflegende müssen Kenntnisse über vorhandene Theorien besitzen, um für die gegebene Situation eine angemessene Theorie auswählen zu können. In Deutschland kann aufgrund der Ausbildungssituation noch keine umfangreiche theoriegeleitete Pflegepraxis beobachtet werden. Meist ist ein am Bedürfnismodell orientiertes Pflegeverständnis nach Roper, Logan und Tierney vorherrschend. Inwieweit sich hier Vorteile bei der Implementierung von Pflegediagnosen herausarbeiten lassen, die gleichzeitig die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern, muss der jeweilige Veränderungsprozess zeigen. Die Bedeutung der Pflegetheorien für die Qualitätssicherung lässt sich durch ihren praktischen Wert bestimmen. Dieser ist dann gegeben, wenn sie den Pflegenden Anstoß und Anleitung für praktisches Handeln geben und damit zu einem besseren Verständnis ihres praktischen Tuns führen (Kirkevold 1997).

Die Lebensaktivitäten als Kategorien pflegerischen Handelns sind am weitesten verbreitet und werden sehr oft für die Beschreibung von Patientenproblemen und Ressourcen genutzt, so dass diese Kenntnisse für die Implementierung von Pflegediagnosen als Grundlage für eine theoriegeleitete Pflegepraxis genutzt werden können.

Pflegenden muss der Umgang mit verschiedenen Theorien erlaubt sein.

Der Begriff »Pflegeprozess« wird dem heutigen Kontext, in dem Patient und Pflegende sich befinden, nicht mehr gerecht. Der gesellschaftspolitische Diskurs orientiert zunehmend auf die notwendige Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen, auf eine Reorganisation von Arbeitsaufgaben innerhalb der einzelnen Professionen und damit verbunden auf eine interprofessionelle Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses. Dabei begleiten die gesetzlich fixierten Qualitätsforderungen die zunehmende Ökonomisierung. Die einzelnen Einrichtungen geraten unter Konkurrenzdruck, werden aber gleichzeitig zu integrativen Versorgungskonzepten mit Netzwerkcharakter herausgefordert.

Der Patient wandelt sich vom passiv erduldenen Menschen zum aktiv mündigen Mitarbeiter für seine Gesundheit. Dabei wird Pflege immer häufiger als Hilfe zur Selbsthilfe definiert, die über das Krankenhausgeschehen hinausgehen muss.

Dies wiederum erfordert bereits zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes eine Planung pflegerischer Maßnahmen, die den Patienten und seine Angehörigen auf eine möglichst konfliktfreie Entlassung vorbereiten. Diese Maßnahmen müssen in einer Qualität erbracht werden, die sowohl von den Leistungserbringern als auch von den Leistungsempfängern als

In Deutschland kann noch keine umfangreiche theoriegeleitete Pflegepraxis beobachtet werden.

Roper, Logan und Tierney

Lebensaktivitäten

Qualitätsforderungen in Verbindung mit zunehmender Ökonomisierung

Patient als aktiver Mitarbeiter für seine Gesundheit

Patientenbefragungen

angemessen akzeptiert werden können. Viele Krankenhäuser nutzen Patientenbefragungen, um sich ganz gezielt auf die Bedürfnisse der Patienten einzustellen. Prognostisch lassen sich in diesem Zusammenhang neue Arbeitsfelder für Pflegende identifizieren, deren Basis die Pflegediagnostik ist. Daraus resultieren solche indizierten Interventionen wie Patientenschulung und Gesundheitsförderung.

Hilfe zur Selbsthilfe

! Pflege wird immer häufiger als Hilfe zur Selbsthilfe definiert, die über das Krankenhausgeschehen hinausgehen muss.

Ein gutes Entlassungsmanagement in Verbindung mit einer individuellen Patientenberatung erfüllt dann sicher auch solche Erwartungen, wie der Schriftsteller Fred Wander sie beschrieben hat.

Beispiel

Fred Wander:

Habe – wie immer im Krankenhaus, die Situation beobachtet, studiert mit größter Aufmerksamkeit an jedem Tag und jede Stunde inhaliert, auch genossen. Viele sehr junge Schwestern, sehr freundlich und lieb, aber eben unwissend, weil zu unerfahren. No, das kann sich geben. Die Atmosphäre jedenfalls, im Vergleich zu früheren Spitalaufenthalten, fand ich sehr gebessert und angenehm. Es herrscht offenbar eine gute Schule. Nur am Schluss hat sich niemand mehr um mich gekümmert. Das war eine Enttäuschung. Ein ausführliches Schlussgespräch über meine Krankheit, über Verhaltensweisen, Medikamentierung und so weiter hat es nicht gegeben. Zum Glück habe ich durch Freunde einen Kardiologen gefunden, privat und nicht billig, aber ich gehe alle zwei Monate zu ihm, er befasst sich sehr gründlich, fast eine Stunde. Und es klingt beruhigend, was er zuletzt gefunden hat.
(Fred Wander 2004)

So unterschiedlich die Strukturen in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen auch sein mögen – Pflegende haben die Chance, den Behandlungsprozess in seiner ganzen Komplexität zu erfassen und dessen Steuerung für sich in Anspruch zu nehmen. Dabei geht es nicht um die Dominanz einer Berufsgruppe oder um berufspolitische Machtspiele. In Zeiten knapper Kassen sind selbst dafür die Ressourcen zu gering, und fehlgeleitete Energien fördern weder Patienten- noch Mitarbeiterzufriedenheit. Es geht um den sinnhaften Einsatz von vorhandenem Wissen und Erfahrungen, und es geht auch um Achtung und Respekt gegenüber all denen, die in jahrelanger Arbeit einen internationalen Wissensfundus geschaffen haben, auf den Pflegende, wenn auch mit kritischer Distanz, zugreifen können. Es geht um die professionelle Transparenz eines interdisziplinären Behandlungsprozesses, in dem Pflegende sich ganz bewusst als Assistenten der Patienten verstehen.

Sinnvoller Einsatz von vorhandenem Wissen und Erfahrungen, Achtung und Respekt. Professionelle Transparenz eines interdisziplinären Behandlungsprozesses

! Pflegende sind prädestiniert, den Behandlungsprozess des Patienten zu steuern.

Die Diskussionen, ob pflegerisches Handeln von einer oder von mehreren Theorien bestimmt sein soll, sind breit gefächert. Häufig wird die Meinung vertreten, dass innerhalb einer Einrichtung nach einem einheitlichen Konzept gearbeitet werden sollte. Inwieweit diese Annahme tatsächlich bei Patienten und Mitarbeitern zu mehr Zufriedenheit führt, ist wissenschaftlich bisher nicht belegt. Pflege-theorien und Pflegemodelle beinhalten vielfältige philosophische Ansätze, die u. a. auch aus den Biografien und den Lebenserfahrungen der einzelnen Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern resultieren. Ebenso bringen Pflegende, Ärzte, Physiotherapeuten, Diätassistenten (um nur einige zu nennen) und natürlich auch die Patienten ihre ganz persönlichen Lebenseinstellungen, ihre traditionellen, kulturellen und religiösen Gewohnheiten und Erwartungen in den Behandlungsprozess ein. Pflegende müssen selbst entscheiden dürfen, welchen theoretischen Ansatz sie der jeweiligen Situation zugrunde legen wollen.

! Für die Gestaltung des Behandlungsprozesses muss der Umgang mit verschiedenen Theorien erlaubt sein.

Daraus resultiert ein hoher Anspruch an die Ausbildung der Pflegenden und an das Management der jeweiligen Einrichtung, in der Pflegediagnostik praktiziert und theoriebasiertes Pflegehandeln gelebt werden soll. Selbst wenn die NANDA-Pflegediagnosen im Einzelnen theorieneutral und mit fast allen Pflegemodellen kompatibel sind, können Pflegediagnosen und Pflege-theorien nicht losgelöst voneinander betrachtet werden, denn der Pflegeprozess kann nur in Verbindung mit wissenschaftlich begründete Theorien funktionieren. Sie basieren auf einem Verständnis, das grundsätzlich den Menschen in den Mittelpunkt des Geschehens stellt, der Pflege benötigt und der den gesamten Betreuungsprozess als ein komplexes und dynamisches Geschehen begreift. Dabei wird die Qualität der geleisteten Pflege als eine Dienstleistung deutlich werden, die durch einen besonderen Umgangsstil im Miteinander gekennzeichnet ist und vom Erleben des Patienten beurteilt wird. Pflegewissenschaftliche Bildung ist somit die Voraussetzung, um Menschen in schwierigen Situationen professionell begleiten zu können. Vor allem die amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen entwickelten aus der Pflegepraxis heraus zahlreiche Theorien, die eine gute Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden definieren und für die Wahrnehmung der Bedürfnisse von Patienten sensibilisieren. In Europa und insbesondere in Deutschland fanden diese Theorien und Modelle seit Beginn der neunziger Jahre verstärktes Interesse (Eveslage 2004).

! Ein sinnvoller Umgang mit ausgewählten Pflege-theorien eröffnet den Weg zu einer professionellen Pflegediagnostik.

Pflegende müssen selbst entscheiden dürfen, welchen theoretischen Ansatz sie der jeweiligen Situation zugrunde legen wollen.

Der Pflegeprozess kann nur in Verbindung mit wissenschaftlich begründeten Theorien funktionieren. Der Mensch im Mittelpunkt

Patienten und Mitarbeiter aller Berufsgruppen sind Akteure in einem dynamischen Prozess.

Vor welchem theoretischen Hintergrund der Behandlungsprozess gestaltet werden soll, hängt von dem jeweiligen Umfeld ab, in dem Pflege und Betreuung stattfindet. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegenden in Deutschland, die direkt Patienten betreuen, keine universitäre Ausbildung absolviert haben. In der dreijährigen Ausbildung werden theoretische Grundlagen nur in geringem Umfang vermittelt. Es sind zwar zahlreiche Studiengänge etabliert, das derzeitige Dilemma besteht jedoch darin, dass die gesundheitspolitischen Entwicklungen es nicht zulassen, auf die Absolventen mit pflegewissenschaftlicher Ausbildung zu warten. Vielmehr liegt es im Geschick des Managements, Pflege-theorien und Modelle mit einem solchen Abstraktionsgrad auszuwählen, der von den Mitarbeitern »vor Ort« akzeptiert wird. Einerseits müssen Pflegende in einer Theorie Situationen wieder erkennen, die ihnen im Pflegealltag auch tatsächlich begegnen. Andererseits muss ihnen die Theorie helfen, in den unterschiedlichen Situationen mehr Handlungssicherheit zu erreichen. Ziel ist es, Patienten und Mitarbeiter aller Berufsgruppen als Akteure in einem dynamischen Prozess zu begreifen. Dafür bietet sich eine Kombination von mehreren pflegetheoretischen Ansätzen an.

Beispiel für eine Kombination pflegetheoretischer Ansätze

- Die Lebensaktivitäten von Roper, Logan und Tierney
- Die Systemtheorie von Imogene King
- Die Interaktionstheorie von Hildegard Peplau
- Die Stufen der Pflegekompetenz von Patricia Benner

Pflegetheoretische Ansätze müssen mit den Qualitätszielen einer Institution übereinstimmen.

Selbstverständlich können auch beliebige andere Kombinationen gewählt werden. Wichtig ist, dass sich in einem pflegetheoretischen Ansatz auch die Zielsetzungen des gesamten Unternehmens widerspiegeln. Diese müssen mit den Qualitätszielen der jeweiligen Institution übereinstimmen und von allen Berufsgruppen gelebt werden. Wenn z. B. Patientenorientierung und Personalentwicklung in den Unternehmenszielen verankert sind, sollte dies auch mit konkreten theoretischen Ansätzen unterlegt sein. Die praktische Anwendung solcher Theoriekombinationen wird in den nachfolgenden Kapiteln vertieft.

Voraussetzungen für eine theoriegeleitete Pflegepraxis

- Theoriegeleitete Pflege wird auf allen Hierarchieebenen gewollt, kommuniziert und unterstützt
- Theoriegeleitete Pflege wird von allen Pflegenden akzeptiert und als professionelles Selbstverständnis gelebt
- Theoriegeleitete Pflege spiegelt sich in der Zielsetzung der gesamten Einrichtung wider

Erfahrungen zeigen, dass mit zunehmender Transparenz pflegetheoretischer Ansätze auch andere Professionen, wie z. B. Ärzte, Diätassistenten und Physiotherapeuten, diesen Entwicklungen gegenüber sehr aufgeschlossen sind. In diesem Zusammenhang erscheint es sicher sinnvoll, entsprechende Aus- und Fortbildungsinhalte aufeinander abzustimmen.

- ! **Die Behandlung eines Patienten wird als ein komplexes Geschehen betrachtet, an dem alle Berufsgruppen beteiligt sind.**

Theoriegeleitetes Pflegeverständnis beeinflusst

- die Interaktion der Pflegenden mit den Patienten und ihren Angehörigen,
- die Interaktion der Führungskräfte auf allen Hierarchieebenen mit den Mitarbeitern,
- die Interaktion zwischen den verschiedenen Berufsgruppen,
- den Prozess der Qualitätsentwicklung als kontinuierlichen Verbesserungsprozess und
- das professionelle Selbstverständnis.

1.3 Individuelle Betreuung und Standardisierung

Der individuellen Betreuung liegt ein Pflegeverständnis zugrunde, das den Menschen in seiner Gesamtheit betrachtet, ihn in Beziehung zu seiner Umwelt sieht und ihn eingebunden in seinen kulturellen Kontext als gleichberechtigten Partner akzeptiert. Die NANDA-Pflegediagnosen folgen diesem Anspruch, in dem sie durch ihre vorgegebene Struktur die Benennung der individuellen Ursachen und Symptome weitgehend einfordern. Eine Standardisierung basiert auf den von den Fachgesellschaften festgelegten Qualitätsstandards und auf einer zunehmend betriebswirtschaftlichen Ausrichtung diagnostischer und therapeutischer Angebote. Diese unterschiedlichen Anliegen scheinen zunächst nicht oder nur schwer miteinander vereinbar. Hinzu kommt, dass Patienten und Pflegenden unter individueller Betreuung oftmals etwas anderes verstehen. Meist ist der Behandlungsprozess zeitlich begrenzt auf den Krankenhausaufenthalt ausgerichtet, und hier in erster Linie auf das akute Krankheitsgeschehen. Häufig wollen Patienten gar nicht das in Anspruch nehmen, was die behandelnden Personen für erforderlich halten – nur weil es der Standard vorsieht. Oder umgekehrt – einfache notwendige Handreichungen werden nicht erkannt, weil sie primär nicht als Problem oder Diagnose identifiziert wurden.

Benennung individueller Ursachen und Symptome durch NANDA-Pflegediagnosen versus Standardisierung basierend auf Qualitätsstandards

Eine Patientin formulierte es folgendermaßen:

Beispiel

Die Diagnose hat mich völlig niedergeschmettert. Ein Tumor in meiner rechten Brust. Nur schnell raus damit, dachte ich. Zum Glück kannte ich die Einrichtung. Ich wusste, sie haben gute Operateure. Und dann ging auch alles ganz schnell. Zwei Tage später wurde ich aufgenommen. Alle waren sehr freundlich. Letzte Blutentnahmen, Narkosevorbereitung – alles lief wie am Schnürchen. Auch die Psychologin war gleich zur Stelle. Sie sagte, dass es gut für mich wäre, wenn ich mit ihr über meine Probleme sprechen würde. Sie würde das jeder Patientin anbieten. Es gehöre zum Standard. Ich dachte bei mir, dass dies gerade das war, was ich am allerwenigsten brauchte – mit einer fremden Person über meine Probleme reden. Dabei ging es mir miserabel, hätte pausenlos heulen können, aber ich wollte nur eines – meine Ruhe. Und dann der Chirurg am nächsten Tag, ziemlich wortkarg, konnte kaum guten Tag sagen. Aber er brachte mir die Nachricht, auf die ich so gehofft hatte. Meine Brust war noch dran. Der Tumor war im Anfangstadium. Er konnte gut entfernt werden. Von da an brauchte ich nur noch Unterstützung beim Haare kämmen und beim Flechten meines Zopfes, weil ich meinen rechten Arm noch nicht anheben konnte. Das fiel aber niemanden auf, und so wartete ich, bis mein Mann kam.

Mit Hilfe von NANDA-Pflegediagnosen können sowohl individuelle als auch standardisierte Pflegepläne erstellt werden.

Mit Hilfe von NANDA-Pflegediagnosen können sowohl individuelle als auch standardisierte Pflegepläne erstellt werden. Letztere bieten sich insbesondere dann an, wenn bei einer bestimmten medizinischen Diagnose oder Prozedur häufig die gleichen Reaktionen bei den Patienten diagnostiziert werden. Standardpflegepläne sind deshalb immer auf eine medizinische Diagnose oder auf eine Prozedur ausgerichtet. Ihr Einsatz ist dann gerechtfertigt, wenn sie vor ihrer Anwendung auf Plausibilität geprüft wurden.

Dies kann folgendermaßen geschehen:

- Für mindestens zehn Patienten mit der gleichen medizinischen Diagnose oder Prozedur wird eine individuelle Pflegeplanung mit Pflegediagnosen erstellt.
- Die immer wiederkehrenden Diagnosen werden in einem Standardpflegeplan aufgenommen.
- Für die Festlegung der Zielsetzung und der Maßnahmen wird analog verfahren.

Dies klingt einfach und praktikabel, sollte aber immer von erfahrenen Pflegediagnostikern begleitet werden. Jede standardisierte Dokumentation – ob schriftlich oder EDV-gestützt – muss eine individuelle Anpassung zulassen.

Pflegeplanung für Patienten nach Koronarangiographie, Schrittmacherimplantation und Herzkatheteruntersuchung

Musterbeispiel

Pat. Etikett

Datum	Pflegediagnosen/ potenzielle Komplikationen	Hz.	Pflegeziel	Maßnahmen	Häufigkeit	Stop/ Datum	Hz.		
	PK Kreislaufinstabilität C		- lebensbedrohende Komplikationen werden frühzeitig erkannt - der Patient kennt Risikofaktoren	- Überwachung der Vitalzeichen - EKG nach ärztlicher AO - Kontrolle der Punktionsstellen und Verbände - den Pat. zu Selbstbeobachtung und Rückmeldung ermutigen - Beratungsgespräch					
	PK Durchblutungsstörung		- Zeichen einer peripheren Mangeldurchblutung werden frühzeitig erkannt	- regelmäßige Kontrolle des Druckverbandes und der Durchblutung (Fußpulse, Sensibilität)					
	Infektionsgefahr C b/d Ungenügende primäre Abwehrmechanismen (invasiver Eingriff)		- der Patient ist frei von nosokomialen Infektionen - der Patient hat eine normale Wundheilung zbs ist afebril, Haut ist nicht gerötet	- Inspektion der Wunde - Verbandswechsel laut ärztl.AO - Verbandswechsel nach Hyg.Richtlinie 8.4 (hausintern)					
Datum	Uhrzeit	Blutdruck	Herzfrequenz	Bewusstsein	DV-Kontrolle	Nachblutung	Sesibilität	EKG	Hz.
Anordnung/Handzeichen		Handzeichen		Pflegebericht					
Druckverband									
bis:									
Bettruhe									
bis:									

Abb. 1.3. Pflegeplanung für Patienten nach Koronarangiographie, Schrittmacherimplantation und elektrophysiologischer Herzkatheteruntersuchung

Standardpflegepläne (■ Abb. 1.3) können einzeln erstellt oder in klinische Behandlungspfade integriert werden. Beide Formen der Darstellung lassen den diagnostischen Prozess auf den ersten Blick einfacher erscheinen. Erfahrungen in der Praxis haben jedoch gezeigt, dass der Umgang mit Standardisierungen viel Professionalität erfordert. So kommt es vor, dass die Notwendigkeit individueller Anpassungen oder Ergänzungen unterschätzt wird. Oftmals handelt es sich dabei aus Sicht der Pflegenden um nebensächliche, für den Patienten aber um wichtige Bedürfnisse, die, wenn sie nicht wahrgenommen werden, in Enttäuschung und Unzufriedenheit münden können.

! Ziel ist eine indikationsgerechte Betreuung des Patienten unter Berücksichtigung seiner Individualität in Verbindung mit einem angemessenen Maß an Standardisierung.

Literatur

- Arets J, Obex F, Vaessen J, Wagner F (1996) Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen (Bd. 1). Eicanos Verlag, Bocholt, Deutschland
- Bellow S (2000) Ravelstein. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln
- Brobst R et al. (1997) Der Pflegeprozess in der Praxis. Huber, Bern, Göttingen Toronto, Seattle
- Evelsage K (2004) Literatur und Pflegewissenschaft. In: Grünzweig W (Hrsg) The United States in global contexts 40. LIT Verlag, Münster
- Fawcett J (1998) Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Fiechter, Meier (1998) Pflegeplanung. Recom Verlag, Basel
- NANDA-International (2005) NANDA-Pflegediagnosen. Definitionen und Klassifikationen 2005–2006. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Goleman D (1996) Emotionale Intelligenz. Carl Hanser Verlag, München Wien
- Grossmann R, Pellert A, Gotwald V. Krankenhaus, Schule, Universität: Charakteristika und Optimierungspotenziale <http://www.univie.ac.at/iffoesyst/ifftexte/band2rgapvg.htm>
- Kirkevold M (1997) Pflege-theorien. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Landenberger M, Kuhlmeier A, Watzlawczik G-U et al. (1997) Forschungsbericht, Wettbewerbsorientierte Dienstleistungsstrategie und Unternehmenskonzepte von Pflegeeinrichtungen in den neuen und alten Bundesländern. Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Bonn
- Meleis A (1999) Pflegetheorie Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Oetinger v. B, Ghyczy v. T, Bassford C (2003) Clausewitz – Strategie denken. dtv, München
- Simpson Howard (1997) Pflege nach Peplau. Lambertus Verlag, Freiburg im Breisgau
- Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung Stand: Zuletzt geändert durch Art. 3a G v. 29. 8.2005 I 2570
- Stefan H, Allmer, Eberl et al. (2003) Praxis der Pflegediagnosen. Springer, Wien New York
- Wander F (2004) Briefe [unveröffentlicht]
- Wander M (1994) Leben wär' eine prima Alternative. dtv, München
- Wolf C (2002, 2003) Leibhaftig. Luchterhand Literaturverlag, München

Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für die Transparenz des Behandlungsaufwandes

Ralf Hammerich

- 2.1 Pflegediagnosen als Beitrag zur Erlössicherung im Rahmen der G-DRG-Systematik – 34**
- 2.2 DRG-System und Pflegediagnosen – 35**
 - 2.2.1 Die historisch bedeutsamen Entwicklungen hin zum G-DRG-System – 36
 - 2.2.2 Die Zielsetzung des G-DRG-Systems – 37
 - 2.2.3 Die Datenlieferung und Aufarbeitung im InEK – 40
 - 2.2.4 Die Bedeutung von Diagnosen und Prozeduren im DRG-System – 41
 - 2.2.5 Der Einfluss von Pflegediagnosen im aktuellen System 2006 – 46
- 2.3 Pflegediagnosen im Kontext der G-AEP-Kriterien und MDK-Prüfungen – 49**
 - 2.3.1 Das Sozialgesetzbuch V als Grundlage für die Versorgung kranker Menschen im bundesdeutschen Gesundheitssystem – 50
 - 2.3.2 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) – 55
- 2.4 Abkürzungen – 66**
- Literatur – 67**

Kurzüberblick

Die G-DRG-Systematik wird als lernendes System erklärt. Bisher wird der pflegerische Behandlungsaufwand in der DRG-Systematik nur unzureichend abgebildet. Die Chancen für eine Veränderung liegen in einer klassifizierten Darstellung von Patientensituationen. Dafür sind NANDA-Pflegediagnosen geeignet. Sie bilden den Patientenzustand wirklichkeitsnah ab und können unter Berücksichtigung der Kodierrichtlinien zur Erlössicherung des Hauses beitragen.

In der Basisdokumentation müssen kodierrelevante Pflegediagnosen gekennzeichnet sein (■ Abb. 8.1 und 8.2). Die Einbeziehung von Pflegediagnosen erfordert eine schrittweise Abstimmung mit dem klinikinternen Medizincontrolling. Dies ist in sofern relevant, als Pflegediagnosen für das Einfließen in die G-DRG-Systematik von Bedeutung sein können, eine Über- oder Unterkodierung jedoch vermieden werden muss.

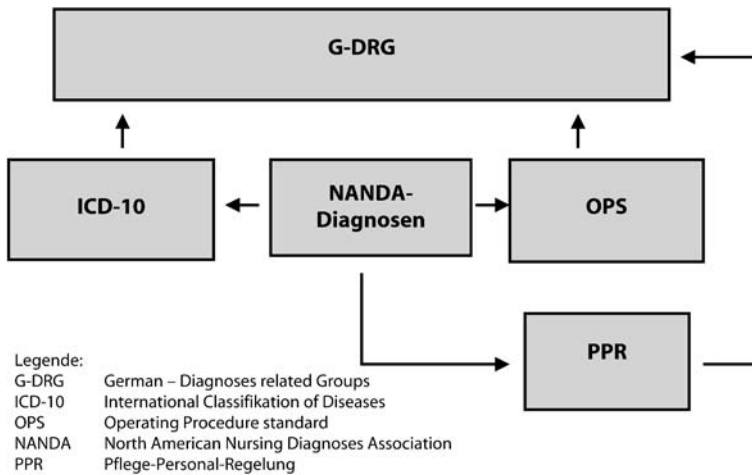
Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels hat der Leser einen Einblick in

- ▶ die wesentlichen historischen Schritte von der Vollkostenerstattung zum DRG-System,
- ▶ die Zielsetzung des G-DRG-Systems,
- ▶ die Datenlieferungen und Aufarbeitung im InEK,
- ▶ die Bedeutung von Diagnosen und Prozeduren im DRG-System,
- ▶ den Einfluss von Pflegediagnosen im aktuellen System 2006,
- ▶ die wichtigsten gesetzlichen Vorgaben im Sozialgesetzbuch V und im Krankenhausfinanzierungsgesetz,
- ▶ die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen einschließlich der Prüfungsgrundlagen für eine Prüfung im stationären Bereich eines Krankenhauses,
- ▶ Konsequenzen aus den MDK-Gutachten für die Kassen und die Krankenhäuser, speziell im Hinblick auf die Bedeutung der pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Dokumentation, und
- ▶ juristische Urteile zur Klärung von Streitfällen bzgl. der Auslegung der gesetzlichen Vorgaben.

2.1 Pflegediagnosen als Beitrag zur Erlössicherung im Rahmen der G-DRG-Systematik

Mit der Einführung von G-DRGs ab 2004 wurde es notwendig, einen unterschiedlichen Pflegeaufwand innerhalb eines fallpauschalierten Finanzierungssystems präzise und begründet abzubilden, um die Erlöse zu sichern und die Behandlungsqualität zu gewährleisten. Pflegediagnosen bieten in Ergänzung zu medizinischen Diagnosen und Prozeduren diese Voraussetzung. Die aus medizinischer Diagnose und Prozedur gebildete



■ **Abb. 2.1.** NANDA-Pflegediagnosen in Zusammenhang mit der G-DRG-Systematik, PPR und ICD-10

G-DRG bildet den Pflegeaufwand nur unzureichend ab. Erlöse für die Einrichtung können verloren gehen.

Der Pflegeaufwand innerhalb einer DRG kann sehr unterschiedlich sein und wird auch über die Pflegepersonalregelung (PPR) nur unzureichend abgebildet. Umso bedeutsamer ist es, die Indikationen für den Pflegeaufwand transparent zu machen. Dafür sind Pflegediagnosen geeignet. Sie können in Ergänzung zu medizinischen Diagnosen und Prozeduren den pflegerischen Leistungsbezug in der DRG-Systematik präzisieren und die erforderlichen personellen und materiellen Ressourcen widerspiegeln (■ Abb. 2.1).

Pflegediagnosen widerlegen die klinische Homogenität von G-DRGs als eine wichtige Voraussetzung für eine pauschale Finanzierung insbesondere bei Patienten mit akuten und langfristigen Behandlungen oder mit einem besonderen (universitären) Behandlungsspektrum.

- ! **Die Pflege unterstützt durch ihren Beitrag die professionelle Darstellung des Behandlungsaufwandes und trägt damit zur Sicherung der Erlöseinkünfte im Rahmen der DRG-Systematik bei.**

Transparenz der Indikationen für den Pflegeaufwand durch Pflegediagnosen

2.2 DRG-System und Pflegediagnosen

☑☑ Kurzüberblick

Nachdem die Vollkostenerstattung für die Patientenbehandlung endete, wurden ab 1985 nur noch die kalkultierten Selbstkosten erstattet, zehn Jahre später wurden dann die tagesgleichen Pflegesätze in Abhängigkeit der Fachabteilung eingeführt (BPflV'95). Sehr standardisierte Behandlungen (z. B. Entbindung, Cholezystektomie, Hüft-Endoprothese

Tagesgleiche Pflegesätze

Pauschalierte Vergütung

Fallpauschalen – Sonderentgelte

2002 Krankenhausfallpauschalenverordnung

2003 G-DRGs

oder Knochenmarkstransplantation) erfuhren eine Modifikation in ihrer Bezahlung, es gab von nun an für sie eine pauschalierte Vergütung.

Bestimmte Diagnosen in Kombination mit einem OPS-Schlüssel (Operations- und Prozedurenschlüssel) ermöglichten die Abrechnung der gut kalkulierbaren Behandlungen. Unterschieden wurde zwischen den Fallpauschalen, die für die gesamte Behandlung galten, und den Sonderentgelte für bestimmte Leistungen im Rahmen eines stationären Aufenthaltes (z. B. Herzkatheteruntersuchungen), die zusätzlich abgerechnet werden durften.

Die konsequente Weiterentwicklung führte zu einem umfassenden Vergütungssystem, die dazu notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen wurden 2000 geschaffen. Ein Jahr später erfolgte die Auswahl eines bereits etablierten Systems, man legte sich auf das australische DRG-Modell fest. Im Herbst 2002 wurde die Krankenhausfallpauschalenverordnung verabschiedet, so dass nach einer sehr kurzen Vorbereitungszeit ab dem 1.1.2003 das erste bundesdeutsche DRG-System (G-DRG 1.0) zur Verfügung stand. Die Zielsetzungen waren und sind die »gleiche Bezahlung für gleiche Leistungen«, die engere Verbindung von Medizin und Ökonomie, die Fortsetzung der Budgetdeckelung und die Verkürzung der Liegedauer. Mittelbar führen diese Änderungen aber auch zur Verminderung der Leistungsanbieter.

Seit 2003 erfolgt jährlich eine Anpassung an die bestehende Ist-Situation, die Daten vieler Krankenhäuser werden dafür zur Ermittlung herangezogen und von einem unabhängigen Institut (InEK) ausgewertet. Diese Einrichtung modifiziert und kalkuliert unter Berücksichtigung der Diagnosen und Prozeduren die Fallpauschalen.

2.2.1 Die historisch bedeutsamen Entwicklungen hin zum G-DRG-System

Viele Jahre lang war eine Maxime für die Behandlung der Patienten in den bundesdeutschen Krankenhäusern das medizinisch Machbare. Die dafür notwendigen Aufwendungen (Personal, Geräte und Räumlichkeiten) wurden von den überwiegend kommunalen Krankenhausträger voll erstattet.

Bedingt durch gesellschaftliche Veränderungen wurde 1972 das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (KHG) eingeführt. Die Bundespflegesatzverordnung ab 1985 beinhaltete u. a. die Vorgabe, dass die Erstattung von Kosten für ein »sparsam wirtschaftendes, leistungsfähiges Krankenhaus« nur noch durch eine Vorauskalkulation zu erfolgen habe. Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 verfügte die Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips.

In der nachfolgenden Tabelle (■ Tab. 2.1) wird die parallel stattfindende Entwicklung von zur Verfügung gestellten Betten, behandelten Patienten und deren stationärer Verweildauer in Berlin von 1991-2002 exemplarisch dargestellt.

1972 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser.
1985 Bundespflegesatzverordnung.
1993 Gesundheitsstrukturgesetz

■ **Tab. 2.1.** Exemplarische Darstellung der zur Verfügung gestellten Betten, behandelten Patienten und deren stationärer Verweildauer in Berlin (1991-2002)

Jahr	Krankenhäuser	Bettenzahl	Vollstationär behandelte Patienten	Verweildauer in Tagen
1991	104	39.895	630.084	21,3
1995	97	33.785	632.886	17,8
2000	76	23.287	697.609	10,6
2002	67	21.404	694.028	9,3
Differenz:				
absolut	– 37	– 18.491	+ 63.944	– 12,0
relativ	– 35,6%	– 46,3%	+ 10,1 %	– 56,3%

Quelle: Statistisches Landesamt Berlin

Die Suche nach geeigneten Abrechnungsmodellen führte u. a. dazu, dass seit Ende des letzten Jahrzehnts das amerikanische AR-DRG-System in Deutschland bezüglich seiner Verwendbarkeit vielfach getestet wurde, so z. B. beim LBK Hamburg.

Aber auch außerhalb von Deutschland wurden und werden europaweit vergleichbare Systeme getestet oder im Alltag angewendet. So beschloss man z. B. in der Schweiz Anfang 2006 die Übernahme des G-DRG-Systems. Das derzeit erklärte Ziel ist die adäquate pauschalierte Vergütung der Patientenversorgung im stationären Bereich unter Berücksichtigung einer systematischen Zuordnung aufwandsähnlicher Fälle.

Verschiedenste Expertenkommissionen haben die zur Verfügung stehenden Varianten bewertet, letztlich fiel die Entscheidung auf das australische Modell in der Version 4.1, welches wiederum auf dem amerikanischen System basiert. Im Sommer 2002 wurde die Berechnung – soweit notwendig – zur Anpassung an die deutschen Verhältnisse durchgeführt, zur Verfügung standen dazu Daten aus 125 Krankenhäusern (ohne die Beteiligung der Universitätsklinik), insgesamt waren es 494.325 Fälle. Im Wesentlichen wurde das AR-DRG mit seinen Komponenten übernommen, und es wurde eine budgetneutrale Phase vom BMGS für 2003 und 2004 vorgegeben.

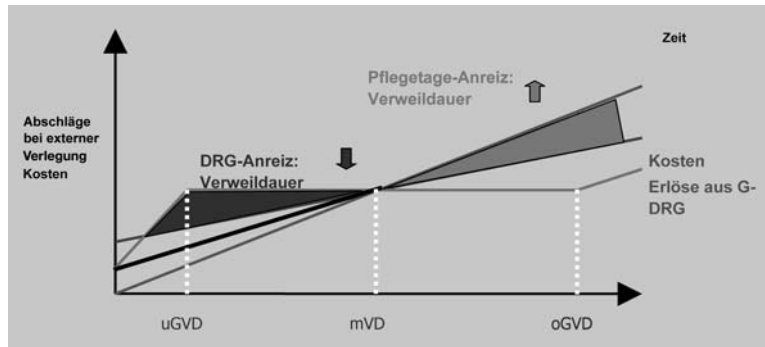
Australisches Modell der DRGs. Version 4.1

2.2.2 Die Zielsetzung des G-DRG-Systems

Im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2000 wurden im Hinblick auf das neue Vergütungssystem u. a. folgende Ziele formuliert:

- Erstellung eines pauschalierten Preissystems für annähernd alle stationären Behandlungen (außer Psychosomatik, psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie), wobei die Versorgungsstufe des Krankenhauses sowie ein etwaiger Spezialisierungsgrad ohne Einfluss sein sollen

Ziele des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes



■ Abb. 2.2. Pflegetage-Anreiz: Verweildauer

- Ab 2010 (zunächst 2007) sollen nach einer sog. Konvergenzphase innerhalb eines Bundeslandes gleiche Preise für die gleiche Leistung gelten
- Möglichst wenige Vergütungsgruppen neben den DRGs (wenige Zusatzentgelte und wenige Ausnahmeregeln)
- Abbildung von voll- und teilstationären Behandlungen
- Mit den DRGs können die Leistungen eines Krankenhauses (einer Abteilung) gemessen werden
- DRGs stellen eine Basis für die Budgetierung, Abrechnung und Finanzierung dar
- Mit den DRGs kann die Entwicklung von Strategien zur Regelung des Zugangs zur Versorgung, der Analyse der klinischen Praxis und des Kodierverhaltens unterstützt werden
- DRG unterstützen bei der Bedarfsanalyse von Medikamenten und für Heil- und Hilfsmittel

Das pauschalisierte Preissystem lässt sich auch so beschreiben (Definitionshandbuch 2004):

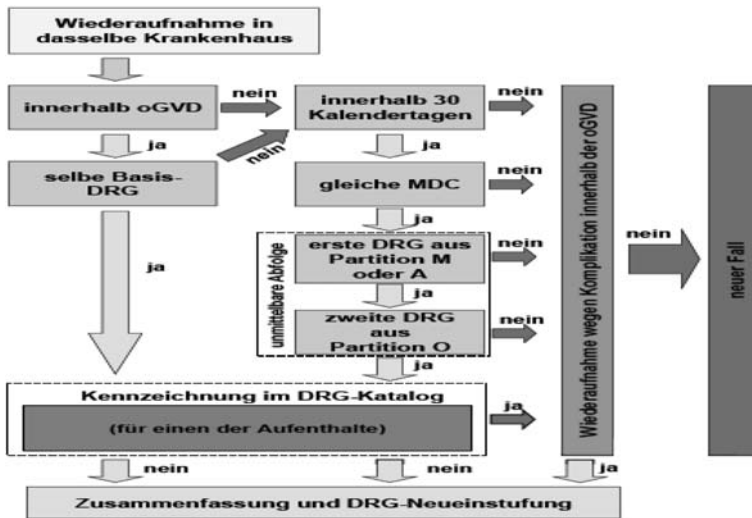
DRGs setzen die behandelten Krankenhaushfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses.

! **Diagnosis Related Groups (DRGs) sind ein Patientenklassifikationssystem, das in klinisch relevanter und nachvollziehbarer Weise Art und Anzahl der behandelten Krankenhaushfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzt.**

Im Gegensatz zum vorangegangenen System (tagesgleiche Pflegesätze) wird hier analog zu den Fallpauschalen aufgrund der Mischkalkulation für eine regelhafte Behandlung in einem definierten Zeitraum die gleiche Vergütung in Rechnung gestellt.

In der nachfolgenden Grafik (■ Abb. 2.2) werden schematisch die Unterschiede in der Vergütung dargestellt. Im zeitlichen Verlauf liegt der Anreiz im DRG-System in einer medizinisch begründeten frühestmöglichen Entlassung (lila Dreieck: positiver Deckungsbeitrag), während bei einer tagesgleichen Vergütung eine längere Verweildauer (meistens) erst zu einer positiven Erlössituation führt (orange Dreieckfläche).

Unterschiede der Vergütung



■ Abb. 2.3. Kriterien der KFPV

Die DRG-Grenzpunkte sind die untere Grenzverweildauer (uGVD), die mittlere Verweildauer (mVD) und die . Innerhalb der uGVD bis oGVD wird ein konstanter Betrag erstattet, lediglich bei einer externen Verlegung in ein anderes Krankenhaus wird vor dem Erreichen der mVD ein Abschlag pro Tag von der Erlössumme abgezogen. Ebenso wird bei einem Unterschreiten der uGVD pro Tag der Erlös gemindert, beim Überschreiten hingegen wird ein tagesgleicher Zuschlag abgerechnet. Das Verhältnis Abschläge zu Zuschlägen beträgt ca. 4:1 !

Für die krankenhausinterne Betrachtung ist die Aufenthaltsdauer bis zum Erreichen der medizinisch vertretbaren kürzesten Verweildauer einer DRG von großer Bedeutung, da sich in diesem Segment eine günstigere Erlössituation für das behandelnde Krankenhaus/die Abteilung ergibt!

Im Verlauf der inzwischen dreijährigen Weiterentwicklung zeigt sich, dass die Prozeduren eine zunehmende Bedeutung erhalten, u. a. wird dieses in der Ausgliederung von therapeutischen Maßnahmen als sog. Zusatzentgelte sichtbar.

Ein weiterer wesentlicher Gedanke ist die Zusammenfassung von Fällen, bei denen zunächst eine konservative und nachfolgend operative Diagnostik und/oder Behandlung innerhalb eines vorgegebenen Zeitfensters erfolgt. Aber auch die Wiederaufnahme bei gleicher Erkrankung oder wegen einer Komplikation führt zur Fallzusammenführung und Neubewertung des virtuellen »Gesamtfalls«. Bei vielen Fällen führt diese Gesamtbetrachtung zu einem geringeren Erlös als bei der Abrechnung der Einzelfälle. Da die »Gesamt-DRG« aber auf einer Mischkalkulation beruht, stellt diese Konstellation im Rahmen der Gesamtheit aller Fälle überwiegend kein besonderes Problem dar.

Zur Prüfung hinsichtlich einer potentiellen Fallzusammenführung wurde 2004 die nachstehende Grafik veröffentlicht (■ Abb. 2.3), in ihr

Vergütungsmodalitäten

Kürzere Verweildauer

Zusatzentgelte

Mischkalkulation

Fallzusammenführungen

sind die aus der KFPV vorgegebenen Kriterien zusammengefasst (BMGS Leitsätze zur Wiederaufnahme; KFPV 2004).

Lediglich die Frage nach einer Fallzusammenführung aufgrund einer so genannten Komplikation ist nicht ohne weiteres zu beantworten, da der Begriff für das DRG-System bis Anfang 2006 nicht konsentiert wurde. Bereits 2003 wurde von Prof. Roeder auf das Problem zur Abgrenzung von »...regelmäßig auftretenden Nebenwirkungen...« zu Komplikationen, z. B. in der Onkologie, hingewiesen.

Eine weitere Regelung zu diesem Thema wurde für die Wiederaufnahmen aus externen Krankenhäusern in der KFPV festgelegt. Dort sind für 2006 insgesamt 6 komplexe Fallkonstellationen festgeschrieben worden. Aber auch die Ausnahmen wurden benannt, so gelten z. B. für Fälle aus zwei Kalenderjahren (2005/2006) oder bei bestimmten DRGs (z. B. in der Onkologie, alle pre-MDCs (Major Diagnostics Category: Hauptdiagnosegruppe) sowie alle DRGs für den Bereich Schwangerschaft, Entbindung und Neonatologie) diese Regeln nicht.

2.2.3 Die Datenlieferung und Aufarbeitung im InEK

DRG-Katalog 2006

Für den Katalog 2006 haben insgesamt 214 Krankenhäuser vom Typ des Grund- und Regelversorgers bis hin zum Universitätsklinikum ihre Daten zur Verfügung gestellt, aber auch Fallgesellschaften, Verbände etc. haben sich mit rund 2.000 Vorschlägen zur Weiterentwicklung beteiligt.

Nach den Prüfungsdurchgängen (technisch, ökonomisch und medizinisch) der Rohdaten aus den Krankenhäusern wurden weitere Datenbereinigungen, z. B. wegen etwaiger Fallzusammenführungen oder sog. »Überlieger« (Aufnahme und Entlassung nicht in einem Kalenderjahr) vorgenommen. Insgesamt standen ca. 2,9 Millionen Fälle zur Verwertung zur Verfügung, der größte Anteil kam von den Häusern mit 100-300 Betten. Die pflegerischen Aufwendungen werden dabei mittels PPR-Minuten mit berücksichtigt.

Besonderheiten der Kalkulation

In der Datenaufbereitung wurde zwischen belegärztlichen Abteilungen und Hauptabteilungen unterschieden. Für die DRGs wurden nur die Fälle, die innerhalb der Verweildauergrenzen lagen, kostentechnisch berücksichtigt. Die Kurz- und Langlieger wurden hingegen nicht in die direkte Kalkulation genommen.

Die nachfolgende Tabelle (■ Tab. 2.2) stellt exemplarisch zu einigen Aspekten des DRG-Katalogs die Veränderungen dar und spiegelt somit den gewählten Ansatz für ein »lernendes System« wider.

Reguläre DRGs plus aufwendige Zusatzleistungen

Derzeit besteht das G-DRG-System aus einer umfangreichen Kombination von regulären DRGs zzgl. einzelner aufwendiger Zusatzleistungen. Es ist für den Fachfremden oder -neuling am Anfang nicht einfach, das Konstrukt in seiner Vielfältigkeit zu verstehen. So gibt es »Fehler-DRGs«, die durch eine nicht plausible Kombination von Daten entstan-

■ Tab. 2.2. Exemplarische Veränderungen im DRG-Katalog

	G-DRG 1.0 (2003)	G-DRG 2.0 (2004)	G-DRG 3.0 (2005)	G-DRG (2006)
Anzahl der DRGs	664	824	878	954
DRGs ohne Bewertungs- relation (RG)	22	18	32	40
Zusatzentgelte	0	24	71	82
Primäre Beatmungs-DRGs	2	10	20	22

den sind, aber auch DRGs, die untypische Kombination in den DRGs zusammenfassen (901A bis 901d und 902Z).

Ein Problem des Systems ist die relativ lange Zeit zwischen der Einführung von neuen Codes (ICD und OPS), regulär dauert es zwei Jahre von der Einführung und Kodierung über die im nachfolgenden Jahr stattfindende Datenlieferung und Auswertung sowie im dritten Jahr die dadurch ggf. mögliche Veränderung im DRG-Katalog.

Die so genannte »Innovationslücke« wurde für 2006 erstmalig bei der Einführung der Intensivkomplexziffer reduziert, nach der OPS-Einführung 2005 konnte durch eine unterjährige qualifizierte Datenlieferung schon für 2006 eine Differenzierung im DRG-System eingerichtet werden.

Innovationslücke

2.2.4 Die Bedeutung von Diagnosen und Prozeduren im DRG-System

Ein Schwergewicht des DRG-Systems, das aus Australien übernommen wurde, beruht auf der führenden Diagnose, der so genannten Hauptdiagnose. Zur Differenzierung des Schweregrades eines Behandlungsfalls werden weitere Diagnosen, die Nebendiagnosen, herangezogen. Aber auch bestimmte Maßnahmen, Verweildauern, das Aufnahmegewicht bei Kindern unter einem 1 Jahr spielen eine große Bedeutung.

Hauptdiagnose

Nebendiagnosen

Über 13.000 Diagnosen, mehr als 23.000 Prozeduren und 107 Kodierregeln ermöglichen eine umfangreiche Kodierung, die laut Strausberg bedingt durch die Komplexität im Alltag nicht immer einfach reproduzierbar ist. Die 954 DRGs werden nicht nur nach Diagnosen und Prozeduren zusammengestellt, sondern auch nach kostenhomogenen Aspekten. Die DRG B02A beinhaltet bspw. fünf verschiedene Kriterien: »Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Beatmung > 95 Stunden, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen«.

Die Ermittlung einer DRG erfolgte in sieben Abschnitten:

- Überprüfung demographischer und klinischer Merkmale
- MDC-Zuordnung
- Pre-MDC-Verarbeitung
- MDC-Partition
- Zuordnung zur Basis-DRG
- Zuordnung zu CCL und PCCL
- DRG-Zuordnung

Die Beschreibung einer DRG findet mit den nachfolgenden Kriterien statt:

- Mittlere Verweildauer
- Untere und obere Grenzverweildauer
- Relativgewicht
- Bewertungsfaktor für Abschlüsse pro Tag bei »Kurzliegern«
- Bewertungsfaktor für Zuschläge pro Tag bei »Langliegern«
- Bewertungsfaktor für Abschlüsse pro Tag bei Verlegungen vor dem Erreichen der mittleren Verweildauer
- Kennzeichen zur Ausnahme von der Wiederaufnahmeregelung und Verlegungspauschale
- MDC-Partition
- Zuordnung zur Basis-DRG
- DRG-Zuordnung durch PCCL

Berechnung des Schweregrads

Jede Nebendiagnose bekommt bezogen auf den Gesamtfall einen Schweregrad (CC-Level) zugewiesen. Der mathematisch festgelegte Algorithmus beruht auf einem Entwurf von X. Zhang. Die komplexe Berechnung aller Gewichte der Nebendiagnosen führt dann zum patientenbezogenen Schweregrad (PCC-Level), der von »nicht vorhanden« (0) bis »äußerst schwer« (4) reicht.

Unterschiedliche Gewichtung der Diagnosen

Dabei können die Diagnosen je nach Konstellation bei einem medizinischen oder operativen Fall eine unterschiedliche Gewichtung erhalten oder gar bei bestimmten Konstellation allesamt unbedeutend sein (z. B. zählen bei der Herztransplantations-DRG nur die OPS-Kodes und die Beatmungstunden mit einem Grenzwert von 179 Stunden; bei Neugeborenen unter 750g Geburtsgewicht hingegen zählen nur wenige operative Maßnahmen). Es kann aber auch viele relevante Nebendiagnosen geben, so umfasst der Katalog für die DRGs G67A und G67B jeweils 646 Nebendiagnose-Kodes. Insgesamt sind 3.182 Kodes für das Jahr 2006 als DRG-relevant eingestuft worden.

Das DRG-System besteht aus insgesamt 23 krankheitsbezogenen Hauptgruppen, den MDCs, z. B. »Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane« oder »Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett«. Diese lassen sich wiederum in drei Partitionen (operativ, medizinisch und andere) aufteilen. Die Basis-DRGs können dann bei Bedarf noch in verschiedene Schweregrade unterteilt werden. Eine DRG ist gekennzeichnet durch einen Buchstaben und eine Zahlenkombination:

Eine DRG ist gekennzeichnet durch einen Buchstaben und eine Zahlenkombination

1. Buchstabe: Zuordnung zu einer MDC (Krankheitsgruppe)
1. Buchstabe mit zweistelligem Zahlenkode: Basis-DRG
Basis-DRG zzgl. 2. Buchstaben: DRG
2. Buchstabe: Z (nicht gesplittete DRG)
2. Buchstabe: A, B, C, D, E, F, G oder H (gesplittete DRG mit absteigendem Ressourcenverbrauch)

Beispiele:

A01A: Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden

B77Z: Kopfschmerzen

F49F: Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, weniger als 3 Belegungstage, Alter > 14 Jahre

Krankheitsbezogene Hauptgruppen (MDCs)
– Partitionen –
Schweregrade

Die grundsätzliche Klassifikation und Zuordnung von DRGs im System zeigt die nachfolgende schematische Grafik (Definitionsbandbuch Band 1; 2006) (■ Abb. 2.4).

Im DRG-System für 2006 sieht der tatsächliche Gruppierungsalgorithmus, z. B. in der kardiovaskulären Hauptdiagnosengruppe (MDC 5), exemplarisch folgendermaßen aus (■ Abb. 2.5) (Definitionsbandbuch Band 2, 2006).

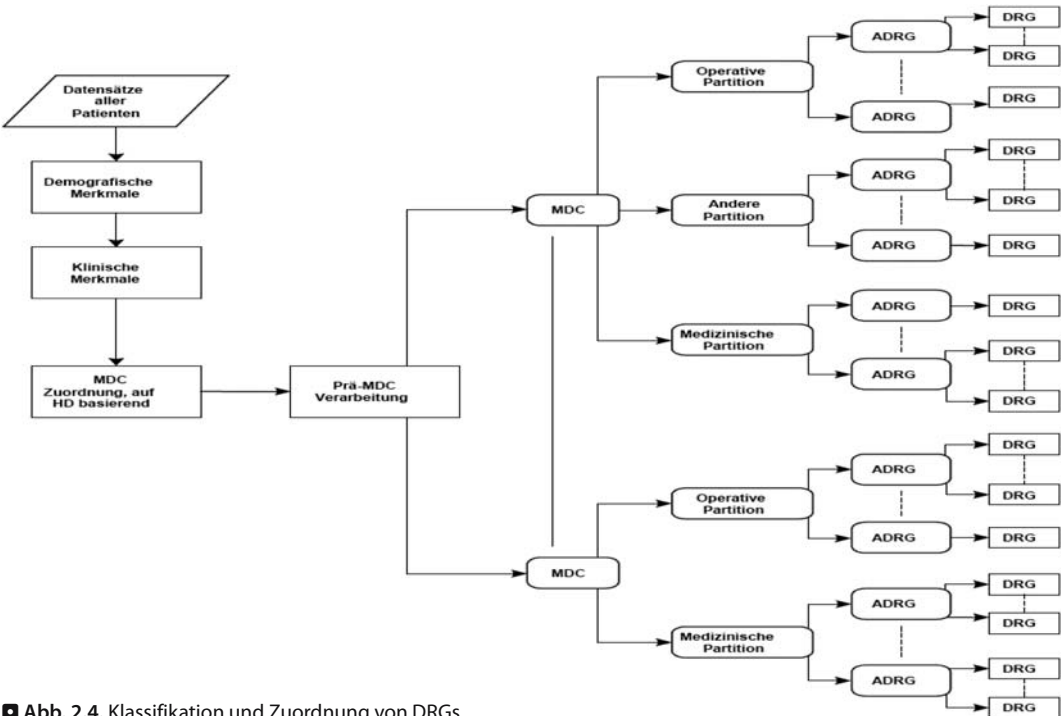
Das Resultat aus allem, der Fallpauschalenkatalog (■ Abb. 2.6), ist grafisch seit Anfang unverändert geblieben und fasst die o. g. einzelnen Aspekte tabellarisch zusammen, z. B. für Kraniotomien in der MDC 2 (Erkrankungen und Störungen des Nervensystems).

In der ersten Spalte ist die Buchstabenkombination der DRG aufgeführt, in der zweiten die Zuordnung zu einer der drei Partitionen (operativ, medizinisch oder andere) und in der dritten steht der Gesamttext der DRG. Nachfolgend wird das Relativgewicht (CW_{rel.}) ausgewiesen und in der Spalte 6 die durchschnittliche Verweildauer für eine Behandlungsdauer in dieser DRG. Bei einer kürzen Behandlungsdauer wird im Fall einer externen Verlegung in ein anderes Krankenhaus ein Abschlag pro Tag verrechnet, der Wert findet sich in Spalte 11; falls eine Ausnahmeregelung besteht, ist in der nachfolgenden Spalte 12 ein Kreuz gesetzt.

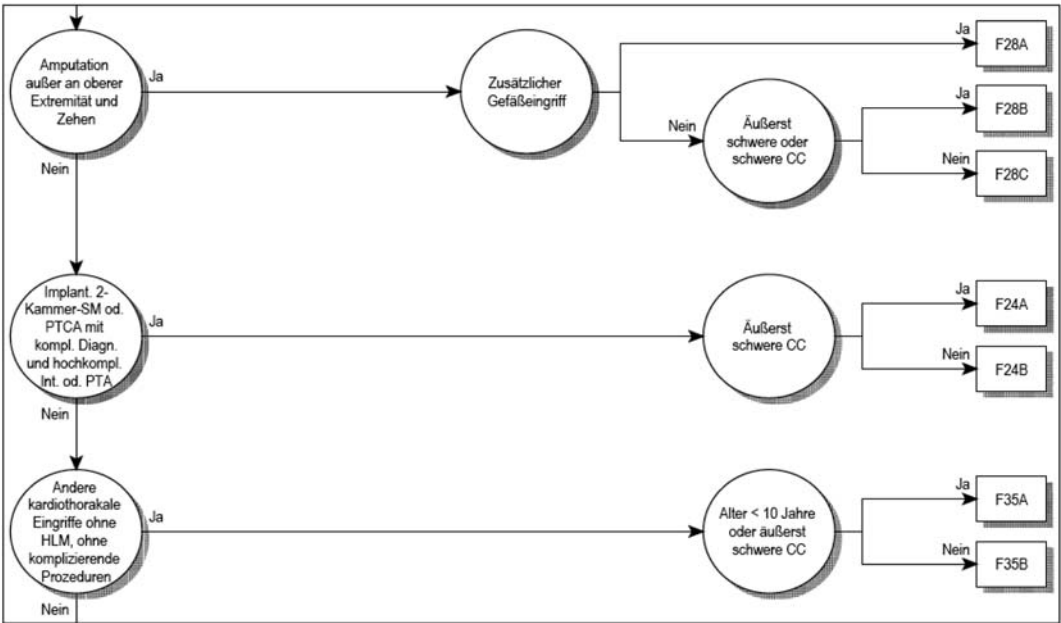
Bei der Unterschreitung der uGVD (Spalte 7) ist ebenfalls pro Tag ein Abschlag zu berücksichtigen, der tagesgleiche CW-Wert ist in Spalte

Gruppierungsalgorithmus

Fallpauschalenkatalog



■ Abb. 2.4. Klassifikation und Zuordnung von DRGs



■ Abb. 2.5. Exemplarischer Gruppierungsalgorithmus

2.2 · DRG-System und Pflegediagnosen

DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beigebirnen	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾	Untere Grenzwelddauer Erster Tag mit Abschlag ^{2),3)}	Bewertungs- relation/Tag	Obere Grenzwelddauer Erster Tag zus. Entgelt ^{3),4)}	Bewertungs- relation/Tag	Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungs- fallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme ⁴⁾
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
MDC 01 Krankheiten und Störungen des Nervensystems												
B02A	0	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Bestrahlung > 95 Stunden, mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen	7,439		41,6	13	0,434	60	0,161	0,143		
B02B	0	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Bestrahlung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie mehr als 8 Bestrahlungen, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff	6,138		19,9	6	0,644	38	0,250	0,215		
B02C	0	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Bestrahlung > 95 Stunden, mit Strahlentherapie, weniger als 9 Bestrahlungen	5,491		25,9	8	0,429	44	0,150	0,144		
B02D	0	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Bestrahlung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie, Alter > 17 Jahre, mit großem intrakraniellen Eingriff	4,541		18,6	5	0,512	34	0,170	0,156		
B02E	0	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation oder andere aufwändige Operation am Nervensystem mit Bestrahlung > 95 Stunden, ohne Strahlentherapie, Alter > 17 Jahre, ohne großen intrakraniellen Eingriff	4,187		18,5	5	0,562	35	0,183	0,173		

■ Abb. 2.6. Fallpauschalenkatalog

8 benannt. Die Überschreitung der oGVD (Spalte 9) wird mit dem zu berücksichtigten Zuschlag nach Spalte 10 bemessen.

- ! Die Grenzwerte für die uGVD und oGVD sind nicht identisch mit den Zahlen in der Tabelle! Dort sind der erste Tag des Zu- bzw. Abschlags angegeben.
- ! UGVD: Tabellenwert +1
- ! OGVD: Tabellenwert -1

Den DRGs wird, wenn möglich, aus der InEK-Kalkulation ein Relativgewicht zugeordnet. Falls es wegen einer nicht ausreichenden Datenmenge nicht möglich war, ist zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhaus eine individuelle Vereinbarung zu treffen. Die DRGs sind an ihrem Relativgewicht von Null (im Krankenhausinformationssystem) zu erkennen, sie werden auch extra im DRG-Fallpauschalenkatalog in der Anlage 3 aufgelistet.

Ein Fall mit einem angegebenen Relativgewicht (CW_{rel.}) wird zunächst noch auf eine eventuelle Unter- oder Überschreitung geprüft und mit Ab- oder Zuschlägen versehen, wodurch sich abschließend das Effektivgewicht (CW_{eff.}) ergibt. Dieser Wert wird nachfolgend mit der krankenhausindividuellen »base rate« multipliziert, woraus letztlich der DRG-Erlös für die Einzelbehandlung resultiert.

Die Zusatzentgelte (z. B. für Dialysen, bestimmte Tumorendoprothesen, naturheilkundliche Komplexbehandlung oder mengenabhängige Gabe bestimmter Chemotherapeutika) sind entweder vom InEK mit ei-

Relativgewicht

Effektivgewicht

Zusatzentgelte

nem bundesweit geltenden Preis versehen worden oder werden analog zu den nicht kalkulierten DRGs individuell vor Ort vereinbart.

Das Relativgewicht von 1.000, der sog. Standardfall (z. B. T62A: Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre) wurde für 2006 mit einem Eurobetrag von 2.836 justiert. In der Konvergenzphase erfolgt bis zum Jahr 2010 ein schrittweiser Angleich des noch krankenhaus-individuellen Preises für den Standardfall an den landesweiten Durchschnittswert, dabei gibt es vor allem größere Krankenhäuser, bei denen eine jährliche Abnahme des Gesamtbudgets Erlösminderungen im siebenstelligen Euro-Niveau bedeutet. Die derzeitigen bundeslandspezifischen Zielwerte für 2010 weisen für den Standardfall eine Differenz von 449,77 € zwischen Berlin (3.085,81 €) und Mecklenburg-Vorpommern (2.636,04 €) auf.

Grouper: Tool zur Zuordnung der Behandlungsepisoden zu den MDCs und DRGs

Der sog. »Grouper«, das EDV-Tool zur Zuordnung von Behandlungsepisoden zu den MDCs und DRGs, muss jährlich vom InEK eine Zulassung erhalten. Dieser Grouper setzt mit den Algorithmen regelhaft den §301-Daten, die die Kliniken an die Krankenkassen erhalten, auf.

2.2.5 Der Einfluss von Pflegediagnosen im aktuellen System 2006

Zahlreiche pflegerische Tätigkeiten werden im G-DRG nicht berücksichtigt.

Das bundesdeutsche DRG-System basiert überwiegend auf ärztlichen Diagnosen und Maßnahmen, wobei viele der alltäglichen Arbeiten gar nicht kodierbar sind. So bleiben die Visiten, das vorgeburtliche CTG, Gipsverbände, das Legen von einfachen Magensonden und viele andere »kleine« Tätigkeiten unberücksichtigt. In den Kodierrichtlinien wird als Begründung angeführt, dass diese meistens routinemäßig erfolgen und sich der Aufwand in den Diagnosen widerspiegelt.

Verhältnismäßigkeit des Dokumentationsaufwandes

Zu berücksichtigen ist dabei auch die Verhältnismäßigkeit vom Dokumentationsaufwand zur eigentlichen Leistung. Im stationären Bereich führen einzelne Leistungsnachweise zu einem spürbaren Zeitverlust für die Primärprozesse. Hier sind in den kommenden Jahren noch deutliche Verbesserungen durchzuführen, z. B. mittels digitaler Erfassung statt mühevoller handschriftlicher Dokumentation, die ggf. noch nicht einmal ausreichend lesbar ist. Aber auch die Ausweitung von Standards bietet die Option auf eine Dokumentation, die nur noch die Auffälligkeiten und Abweichungen beinhaltet.

Die Deutschen Kodierrichtlinien 2006 geben hinsichtlich der Nebendiagnosen folgende Maßgaben vor:

D003d Nebendiagnosen

Definition einer Nebendiagnose: »Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.«



Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist:

- therapeutische Maßnahmen
- diagnostische Maßnahmen erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand

Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert.

Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie z. B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert.

Damit wird klar, dass eine zu umfangreiche Menge an gestellten oder vorhandenen Diagnosen zwar für den Patienten in seiner Gesamtbetrachtung bedeutsam sein mögen, jedoch im DRG-System mit Blick auf die aktuelle Bedeutung der einzelnen Einschränkungen/Beschwerden/Erkrankungen zu sehen sind.

Es droht bei einer unkritischen Angabe von (Pflege-)Diagnosen eine inflationäre Dokumentation, die dann eine unsachgemäße Entdifferenzierung nach sich zieht. Es sind daher klare Maßstäbe für den Nachweis eines erhöhten Aufwandes notwendig. Die normalerweise bei einer Erkrankung notwendigen pflegerischen Versorgungen und Behandlungen sind in der Kostenkalkulation berücksichtigt worden. Die Pflegeaufwendungen auf den Stationen und in den Funktionsbereichen werden jährlich neu gewertet und als ein Teil der Gesamtkalkulation je DRG auch ausgewiesen (■ Tab. 2.3). Die Beträge ergeben sich durch die im §21 KHEntgG vorgegebenen DRG-Daten, die die Krankenhäuser an das InEK liefern.

Die jährliche Überarbeitung der OPS-, ICD- und DRG-Kataloge lässt es wenig sinnvoll erscheinen, alle potentiellen Verschlüsselungen in diesem Buchkapitel abzubilden, daher sind nur ein paar exemplarische Codes und ihre aktuelle Gewichtung (CC-Level) zusammengestellt worden (■ Tab. 2.4).

Dabei wurde vom InEK eine Unterscheidung des Schweregrades in Abhängigkeit von der DRG-Partitionszuordnung vorgenommen.

Seit vielen Jahren sind die bedeutsamen Pflegediagnosen im Klinikalltag verankert. Der Transfer z. B. aus den NANDAs in die ICD-Nomenklatur wurde bereits umfangreich von vielen Autoren (z. B. W. Fischer) beschrieben, so dass auf eine ausführliche Beschreibung verzichtet wird.

Allerdings ist bedingt durch den pauschalierenden Ansatz des DRG-Systems in einzelnen Bereichen die Kalkulation kritisch zu überprüfen,

Pflegediagnosen müssen kritisch gestellt werden.

Die OPS-, ICD- und DRG-Kataloge werden jährlich überarbeitet.

Unterscheidung des Schweregrades in Abhängigkeit von der DRG-Partitionszuordnung.

Kritische Prüfung der Kalkulation bei unterschiedlichem Pflegeaufwand

■ Tab. 2.3. Pflegeaufwendungen (G-DRG-Browser 2006)

DRG 2006	Text	Personalkosten Pflegedienst	Personalkosten Med.-techn. Dienst	Gesamtsumme des Falls	Anteil 3+4 / 5
B75Z	B75Z: Fieberkrämpfe	483,54 €	117,13 €	1.293,65 €	46,4 %
G23B	Appendektomie außer bei Peritonitis ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre	337,78 €	312,38 €	1.943,14 €	33,5%
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose	251,54 €	425,01 €	1.572,08 €	43,0%
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation mit äußerst schwerer oder schwerer CC oder komplizierender Diagnose oder Prozedur oder Alter > 64 Jahre	6.620,85 €	1.894,72 €	21.023,22 €	40,5 %

■ Tab. 2.4. Exemplarische Codes und ihre Gewichtung (CC-Level)

ICD-Kode	Offizieller Kurztext	Operativer Fall – CCL	Medizinischer Fall – CCL
F01.0	Vaskuläre Demenz m akutem Beginn	2,3,4	2,3
F05.1	Delir b Demenz	2,3,4	2,3
F10.3	Psych u VerhaltStör d Alkohol, Entzugssyndrom	1,2	1,2
G20.20	Prim Parkins-Synd schwerste Beeintr: oh WirkFlukt	2,3	1,2,3
G82.10	Spast Parapares u Parapleg, akut kompl QSL ntraum	2,4	2,3
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes	2,3,4	2,3
J95.0	Funktionsstörung eines Tracheostomas	3,4	1,3
L89.**	Dekubitus	3,4	2,3
R15	Nnbez Stuhlinkontinenz	2,4	2,3
R32	Nnbez Harninkontinenz	2,3	2,3
R64	Kachexie	2,3,4	2,3

2.3 · Pflegediagnosen im Kontext der G-AEP-Kriterien und MDK-Prüfungen

z. B. in der Pädiatrie, Verbrennungsmedizin und bei Querschnittslähmungen, Frührehabilitation und bei bestimmten Infektionskrankheiten. Hier sind oft sehr intensive Personalaufwendungen zur Patientenversorgung notwendig. Aber auch bei alten multimorbiden Patienten ist von einem erhöhten Pflegeaufwand auszugehen.

Diese Überprüfung und schrittweise Weiterentwicklung bleibt eine große Aufgabe für das »lernende« DRG-System!

2.3 Pflegediagnosen im Kontext der G-AEP-Kriterien und MDK-Prüfungen

☑☑ Kurzüberblick

Im Rahmen der stationären Behandlung eines Patienten fallen viele Informationen an, von denen ein Teil – nämlich die wichtigsten Informationen – Eingang in die Patientenakte finden. Es handelt sich dabei um die Verlaufsbeobachtung mittels handschriftlicher Notizen, Nachweise für eine durchgeführte/geplante Versorgung, Laborbefunde und Konsilien, OP-Berichte bzw. Interventionsbefunde, Ergebnisse der Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung sowie administrative Daten (z. B. Aufnahmeformular).

Die verschlüsselbaren Informationen aus der Akte werden mittels ICD-10-Codes (Diagnosen) und Schlüsselnummern aus dem OPS-301 (Maßnahmen aus Diagnostik und Therapie) im EDV-gestützten Krankenhausinformationssystem abgebildet und nach Entlassung des Patienten für den Gruppierungsalgorithmus des DRG-Systems bzgl. ihrer Behandlungsrelevanz gewichtet, sofern es sich nicht um psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Kliniken handelt.

Die jeweilige Krankenkasse erhält regulär zwei Datensätze auf der Basis eines (meistens elektronischen) Datenaustausches, einmal bereits 3 Tage nach der Aufnahme inkl. Aufnahmediagnose und dann – ebenfalls nach maximal 3 Werktagen – mit allen Personen- und Behandlungsdaten nach der Entlassung.

Seitens der Krankenversicherungen werden die Daten auf Plausibilität geprüft und bei Auffälligkeiten jedwelcher Art entweder an das Krankenhaus oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) zur Klärung weitergeleitet.

Der MDK kann zu verschiedenen Zeitpunkten eine Begutachtung durchführen, und zwar zunächst einmal schon während des stationären Aufenthaltes des Patienten und dann regulär nach der Entlassung. Es werden dabei unterschiedliche Aspekte bewertet: Vollständigkeit der Patientenakte, dokumentierte Notwendigkeit der Aufnahme und der Dauer bis zur Entlassung sowie die krankenhausseitige Einhaltung der Vorgaben für die Verschlüsselung.

Regelung der Verantwortlichkeiten, der Zusammenarbeit, des Datenaustausch, der Finanzierung und der Prävention.
Grundlagen der Behandlung

Ziel: angemessene Behandlung und Begrenzung auf das Notwendige

Indikationen der jeweiligen Versorgungsform
Auswahl des Behandlungskonzeptes

2.3.1 Das Sozialgesetzbuch V als Grundlage für die Versorgung kranker Menschen im bundesdeutschen Gesundheitssystem

Die Hilfestellungen bei Krankheit wurde zuletzt bundesweit 2003 per Gesetz umgestaltet, um die Verantwortlichkeiten, die Zusammenarbeit der Beteiligten, den Datenaustausch, die Finanzierung und die Leistungen sowie die Prävention klar zu regeln. Im Folgenden werden die für die Krankenhausbehandlung relevanten Paragraphen vorgestellt.

Zunächst führt §12 die Grundlagen aus, auf der die Behandlung basieren soll:

Gesetzliche Grundlagen		
(...) Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.		
(...) Die Krankenhausbehandlung darf nicht dadurch verlängert werden, dass Aufnahmen und Entlassungen nur an bestimmten Tagen erfolgen.		
(...) Schriftwechsel zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus wird ausschließlich mit der Verwaltung des Krankenhauses geführt.		

Hiermit wird zunächst festgelegt, dass die Versorgung kranker Menschen nicht automatisch mit dem Maximum des Leistbaren – aus Sicht der Patienten oder der Leistungserbringer – verbunden ist. Ziel ist die an die Situation angemessene Behandlung und die Begrenzung auf das Notwendige. Zusätzliche Aufwendungen sind somit extra zu finanzieren, z. B. durch eine privatärztliche (Zusatz-) Versicherung.

Der nächste bedeutsame Paragraph ist §39, in dem die Krankenhausbehandlung mit der Indikation für die jeweilige Versorgungsform beschrieben wird:

Gesetzliche Grundlagen		
Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, (...)		

Hier wird in absteigender Reihenfolge die Auswahl vom Krankenhaus bis zur häuslichen Krankenpflege beschrieben. Somit ist bei der Auswahl des Behandlungskonzeptes durch den behandelnden Arzt zu berücksichtigen:

Gesetzliche Grundlagen		
-------------------------------	--	--

(...) weil das **Behandlungsziel** nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. (...)

Damit ist klar vorgegeben, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung erst am Ende der möglichen Behandlungsformen steht, nachdem die vorgenannten Optionen ausgeschöpft wurden oder eine zwingende Notwendigkeit vorliegt. Die Inhalte – in abstrahierter Form – werden ebenfalls benannt:

Krankenhausbehandlung erst nach Ausschöpfung anderer Optionen

Gesetzliche Grundlagen		
-------------------------------	--	--

Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses **alle Leistungen**, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; (...)

Darüber hinaus ist auch noch die anfängliche Nachbehandlung mit eingebunden worden:

Nachbehandlung

Gesetzliche Grundlagen		
-------------------------------	--	--

(...) die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum **frühestmöglichen Zeitpunkt** einsetzenden Leistungen zur **Frührehabilitation**.

Die Zusammenarbeit der Krankenversicherungen mit den Krankenhäusern ist in den Rahmenempfehlungen der zweiseitigen Verträge (§112) geregelt:

Gesetzliche Grundlagen		
-------------------------------	--	--

1. die **allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung** einschließlich der
 - a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
 - b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. die Überprüfung der **Notwendigkeit und Dauer** der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für **Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen**,
4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus.

Besonderheiten

Die Ausgestaltung erfolgt jeweils auf Landesebene, z. B. im November 1994 erstmalig für das Land Berlin. Im Absatz 1 sind folgende exemplarische Besonderheiten, die über das Sozialgesetzbuch hinausragen, integriert worden:

Gesetzliche Grundlagen

(...) Qualität und Wirksamkeit haben **dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse** zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
 (...) Die Krankenhausbehandlung darf nicht dadurch verlängert werden, dass Aufnahmen und Entlassungen nur an bestimmten Tagen erfolgen.
 (...) **Schriftwechsel** zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhaus wird **ausschließlich mit der Verwaltung des Krankenhauses** geführt.

Verfahrensregeln zur Überprüfung von Dauer und Notwendigkeit einer stationären Behandlung

Im Absatz 2 der Landesvereinbarung für Berlin wurden Verfahrensregeln zur Überprüfung der Dauer und Notwendigkeit einer stationären Behandlung ausgestaltet.

Gesetzliche Grundlagen

(...) Die Aufnahme in das Krankenhaus und der Krankenhausaufenthalt begründen als solche noch keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse. Voraussetzung für einen Anspruch ist vielmehr, dass aus **medizinischen Gründen die Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses notwendig ist**.
 (...) Die Vertragsparteien stimmen darin überein, dass in der Regel eine Überprüfung während der Zeit erfolgt, in der sich der Patient in stationärer Behandlung befindet.
 (...) Sofern aus Sicht der Krankenkasse eine Überprüfung erforderlich ist, fordert die Krankenkasse einen Kurzbericht an.
 (...) Der Kurzbericht ist vom Krankenhaus auszufüllen und der Krankenkasse innerhalb einer Woche nach Eingang der Anforderung im Krankenhaus zuzusenden.
 (...) Sofern auf der Grundlage des Kurzberichtes das Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen nicht abschließend beurteilt werden kann, beauftragt diese den Medizinischen Dienst.
 (...) Sofern die Überprüfung auf der Basis des Kurzberichtes sowie ggf. ergänzender Informationen nicht zu einer Bestätigung führen, erfolgt eine Prüfung im Krankenhaus.
 (...) Die Überprüfung erfolgt in Gegenwart eines vom Krankenhaus bestimmten Arztes, der mit dem Fall vertraut ist.

Viele dieser Einzelaspekte wurden entsprechend der Bedürfnisse der drei beteiligten Gruppen im Laufe der Jahre angepasst, sofern es sich nicht nur um seltene Einzelüberprüfungen handelte. Im Alltag ergab

sich zumeist eine kontinuierlich steigende Anzahl der Nachfragen, wobei regionale Unterschiede sowie vom Versorgungstyp des Krankenhauses abhängige und kassenpolitische Aspekte eine Rolle spielten und weiterhin spielen, wobei sich kassenseitig eine Konzentration auf teure Fälle, präoperative Aufenthaltszeiten und das ambulante Potential herauskristallisiert hat.

Im Paragraphen 115 ist die Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Versicherungen und Vertragsärzten als sog. »Dreiseitiger Vertrag zur Gewährleistung einer nahtlosen Versorgung der Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung« festgelegt worden.

Der §115a umfasst die vor- und nachstationäre Behandlung, d. h. im Vorfeld einer stationären Behandlung kann die Überprüfung der Indikationsstellung dafür sowie etwaige vorbereitende Untersuchungen (z. B. EKG, Blutabnahme, Vorbereitungsgespräch) erfolgen. Die maximale Zeitspanne beträgt 5 Tage vor der Aufnahme und es können höchstens drei Termine eingeplant werden.

Des Weiteren können nach der stationären Behandlung binnen zwei Wochen noch sieben nachstationäre Kontrollen und/oder Behandlungen erfolgen (z. B. CT, Verbandswechsel, Ziehen von Fäden, Kontrollgastroskopie). Eine Ausnahme gibt es in der Transplantationsmedizin mit einer Latenz bis zu drei Monaten.

Die medizinische Weiterentwicklung hat in den vergangenen 20 Jahren dazu geführt, dass viele Behandlungen außerhalb des Krankenhauses patientengerecht, sicher (und wirtschaftlich) durchgeführt werden können. Somit ist es auch selbstverständlich, dass stationärsersetzende Maßnahmen und ambulante Operationen gesetzlich erstmalig 1993 verankert wurden. In §115b ist eine Liste von Behandlungen aus fast allen Fachgebieten beinhaltet, die regelhaft ambulant zu erbringen sind (z. B. Meniskusoperation, operative Versorgung von Leistenhernien und Katarakten, aber auch einfache diagnostische Herzkatheteruntersuchungen und Koloskopien).

Seit dem 1.4.2005 gibt es einen mehrteiligen Katalog, in dem die einzelnen OPS-Kodes mit obligater oder potentiell ambulanter Leistungserbringung gelistet sind. Vom 1.1.2006 an gilt die überarbeitete Zweitversion mit 2.737 verschiedenen OPS-Schlüsseln (Abschnitt 1 und 2) und zusätzlich 19 Behandlungen mit einer reinen Textbeschreibung (Abschnitt 3). Die Vergütung ist dabei für alle Erbringer einheitlich und erfolgt direkt von der Krankenkasse. Für bestimmte patientenseitige Komorbiditäten galt anfänglich eine Liste mit »allgemeinen Tatbeständen«, deren Inhalt den G-AEP-Kriterien gleichen. Inzwischen ist die G-AEP-Liste mit ihren Kriterien für Ausschlussgründe bei der Anwendung des §115b akzeptiert, d. h. beim Vorliegen von diesen ausgewiesenen Erkrankungen kann die Behandlung stationär erfolgen.

Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind verpflichtet, die stationäre Behandlung ihrer Versicherten bei Auffälligkeiten in der Rechnungslegung, bei der Behandlungsdauer und/oder Schwere der Erkrankung

Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Versicherungen und Vertragsärzten

Seit 1993 erfolgen verstärkt ambulante Behandlungen

2005 – Katalog zur obligaten oder potentiell ambulanten Leistungserbringung

Gutachten des Medizinischen Dienstes

durch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen bewerten zu lassen. Es bedarf jedoch für jeden Einfall einer gesonderten Begründung. Diese Vorgaben sind im §275 festgelegt worden:

Gesetzliche Grundlagen

(...) Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen, oder wenn es nach Art, **Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung** oder nach dem **Krankheitsverlauf** erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung **der ordnungsgemäßen Abrechnung**, (...) eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen (...).

Neben dieser fallbezogenen Aufgabenstellung wurde dem MDK darüber hinaus auch noch ein gesundheitspolitisches weiteres Aufgabenspektrum zugeordnet:

Gesetzliche Grundlagen

Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung (...) im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst zu Rate ziehen, insbesondere für **allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten**, für Fragen der **Qualitätssicherung**, für **Vertragsverhandlungen** mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse.

Die im Kassenauftrag tätigen Ärzte werden per Umlageverfahren von den Kassen finanziert, sie sind jedoch bezüglich ihrer gutachterlichen Tätigkeit keinen Weisungen unterworfen.

! Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen. Sie sind nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

Vonseiten der Kassen und der Krankenhäuser sind die benötigten Sozialdaten für eine Begutachtung zur Verfügung zu stellen. Falls aus gutachterlicher Sicht die vorliegenden Unterlagen als nicht ausreichend eingeschätzt werden, kann – nach Vorankündigung – werktäglich zwischen 8 bis 18 Uhr die Patientenakte im Krankenhaus eingesehen und bei Bedarf auch ein kollegiales Fachgespräch geführt werden. Sofern der Patient noch stationär behandelt wird, dürfen auch die Patienten untersucht werden. Ein Eingriff in die Behandlung hingegen ist nicht zulässig (► s. o.).

Das Ergebnis des Gutachtens ist der Krankenkasse und den Leistungserbringern mitzuteilen (§277). Damit hat das Krankenhaus die Option

Das Ergebnis des Gutachtens wird der Krankenkasse und den Leistungserbringern mitgeteilt.

auf eine eigene Fehleranalyse und kann die kassenseitige Bewertung überprüfen und ggf. auch widersprechen.

Abschließend ist noch der Paragraf 282 zu erwähnen. Mit seiner Einführung war u. a. die Standardisierung von Prüfkriterien – beachtenswerter Weise ohne die Einbindung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) – möglich.

Gesetzliche Grundlagen

(...) Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und **einheitlich Richtlinien** über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer **einheitlichen Begutachtung** sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung.

Zum September 2000 wurde eine Richtlinie mit einer umfangreichen Kriterienliste zur Bewertung einer stationären Aufnahme erstellt. Diese wurde 2004 in überarbeiteter Form – und im Zusammenarbeit mit der DKG – mit 35 Kriterien als G-AEP im §17c KHG bundesweit verankert.

Neben dem MDK gibt es noch den Sozialmedizinischen Dienst für die Knappschaftsversicherungen sowie den Ärztlichen Dienst der Seeb Berufsgenossenschaften (§283).

Kriterienliste zur Bewertung einer stationären Aufnahme (G-AEP)

2.3.2 Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)

Bereits vor über dreißig Jahren hatte die Einführung des KHG (in 1972) folgenden Grundsatz:

Gesetzliche Grundlagen

Zweck dieses Gesetzes ist die **wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser**, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.

Bedarfsgerechte Versorgung

In diesem Gesetz wird auch detailliert im 2003 ergänzten §17c auf die »Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen« eingegangen (gilt auch für die DRGs).

Gesetzliche Grundlagen

- (1) Der Krankenhausträger wirkt durch geeignete Maßnahmen darauf hin, dass
1. keine Patienten in das Krankenhaus aufgenommen werden, die nicht der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen, und bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen keine Patien-



- ten im Krankenhaus verbleiben, die nicht mehr der stationären Krankenhausbehandlung bedürfen (**Fehlbelegung**),
2. eine vorzeitige **Verlegung oder Entlassung aus wirtschaftlichen Gründen unterbleibt**,
 3. die Abrechnung der nach § 17b vergüteten Krankenhausfälle **ordnungsgemäß** erfolgt.

Fehlbelegungen

Die Fehlbelegung lässt sich in drei Bereiche unterteilen:

- **Primäre Fehlbelegung** entspricht einer ungerechtfertigten stationären Aufnahme, obwohl andere Versorgungsformen angemessen gewesen wären.
- **Sekundäre Fehlbelegung** liegt vor, wenn der Patient noch vollstationär behandelt wird, eine nachstationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung ausgereicht hätte.
- **Tertiäre Fehlbelegung** bedeutet, dass ein Krankenhaus mit einer niedrigeren Versorgungsstufe ausreichend gewesen wäre (z. B. Stadtkrankenhaus statt Universitätsklinikum mit einer üblicherweise geringeren »base rate«); dieses wird jedoch nur bis zur Angleichung an den jeweiligen Landesbasisfallwert 2009 ein Diskussionssthema sein.

Stichprobenprüfungen

Neben der im Sozialgesetzbuch genannten Möglichkeit der Einzelfallprüfung ermöglicht dieses Gesetz auch die Stichprobenprüfung. Nachdem sich die Gesetzlichen Krankenversicherungen geeinigt haben, können Sie den MDK beauftragen, einen bestimmten Themenkomplex zu überprüfen.

Gesetzliche Grundlagen

(...) Der Medizinische Dienst ist befugt, **Stichproben von akuten und abgeschlossenen Fällen** zu erheben und zu verarbeiten. Die Stichproben können sich auch auf **bestimmte Organisationseinheiten sowie bestimmte Diagnosen, Prozeduren und Entgelte** beziehen. (...)

Eine weitere Stichprobenprüfung wird durchgeführt, wenn kein Qualitätsbericht vom Krankenhaus vorgelegt wird.

Gesetzliche Grundlagen

(...) Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch **nicht fristgerecht veröffentlichen, werden jährlich geprüft**.

Das Abgabedatum für die Berichte zum Geschäftsjahr 2004 war der 31.8.05, die Berichte können unter www.qualitaetsberichte.de eingesehen werden.

Die Ergebnisse sind versicherten- bzw. fallbezogen den Kassen und dem beteiligten Krankenhaus mitzuteilen, darüber hinaus werden auch mit anonymisierten Daten bundesweit jährlich Berichte erstellt.

Sofern eine Fehlbelegung oder eine ungerechtfertigte Abrechnung vorliegen sollte, ist ein pauschalierendes Ausgleichsverfahren anzuwenden. Eine Hochrechnung auf die Gesamtheit aller Fälle wird hiermit nicht gerechtfertigt! Falls sich herausstellen sollte, dass absichtlich ein Up-Coding durchgeführt wurde, wurde jedoch folgende Strafregelung festgelegt:

Gesetzliche Grundlagen

(...) Soweit nachgewiesen wird, dass Fallpauschalen **grob fahrlässig** zu hoch abgerechnet wurden, sind die Differenzbeträge und zusätzlich Beträge in derselben Höhe zurückzuzahlen; (...)

Eingebunden in das Gesetz ist die von Seiten der Krankenhäuser sinnvoll erachtete Schiedsstelle, die bei nicht erreichbarbarem Konsens zwischen MDK-Gutachter/n und Klinikvertreter/in ein Ergebnis bewirken soll. Dabei ist die Besetzung des Gremiums auf sachkundige Teilnehmer begrenzt.

Gesetzliche Grundlagen

(...) Soweit sich die Vertragsparteien (...) daraus ergebenden Folgen **nicht einigen, können der Krankenhausträger und jede betroffene Krankenkasse den Schlichtungsausschuss anrufen.** Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die Schlichtung zwischen den Vertragsparteien. Der Schlichtungsausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden sowie Vertretern der Krankenkassen und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl. (...) bei der **Auswahl der Vertreter sollen sowohl medizinischer Sachverstand als auch besondere Kenntnisse in Fragen der Abrechnung der DRG-Fallpauschalen berücksichtigt werden.** Die Landesverbände (...) sollen sich auf den unparteiischen Vorsitzenden einigen.

Pauschalierendes Ausgleichsverfahren

2.3.2.1 Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen

1989 wurde im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes der MDK als Rechtsnachfolger des Vertrauensärztlichen Dienstes eingeführt, um den Kassen einen medizinischen Sachverstand zur Verfügung zu stellen, damit sachgerechte Entscheidungen unter medizinischen Gesichtspunkten getroffen werden können. Der MDK selbst trifft dabei selbst keine Leistungsentscheidungen, er spricht unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grundlagen und sozialmedizinischer Aspekte eine Empfehlung aus.

Nachfolger des Vertrauensärztlichen Dienstes

Überprüfung von Krankenhausbehandlungen, Überwachung der Pflege, Beurteilung der Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, Zuweisung von Hilfsmitteln

Dem MDK stehen ca. 2.000 Ärztinnen und Ärzte und etwa 5.000 nicht ärztliche Mitarbeiter bundesweit zur Verfügung. Wesentliche Tätigkeitsfelder umfassen – neben der Überprüfung von Krankenhausbehandlungen – die Überwachung der ambulanten und stationären Pflege (§80 SGB XI), die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit (§18 SGB XI) und in §275 SGB V auch von Arbeitsunfähigkeiten, Zuweisung von Hilfsmitteln etc. Darüber hinaus können auf Verlangen der Kassen auch eine Beratung für die Qualitätssicherung und allgemeine medizinische Fragestellungen erfolgen.

Die (voll-)stationäre Behandlung im Krankenhaus wird vom MDK im DRG-System unter den folgenden Aspekten geprüft:

- **Richtige Kodierung** (gewählter ICD/OPS-Kode entspricht der tatsächlichen Begebenheit)
- **Korrekte Kodierung** (Auswahl von Hauptdiagnose sowie den DRG-relevanten Nebendiagnosen als auch den krankheitsspezifischen Besonderheiten entsprechend den deutschen Kodier Richtlinien)
- **Primäre Fehlbelegung** (nicht genutzte Alternativen zur vollstationären Behandlung, z. B. ambulante Operationen)
- **Sekundäre Fehlbelegung** speziell im Bereich der DRG-individuellen unteren Grenzverweildauer sowie oberhalb der oberen Grenzverweildauer wegen möglicher Abschläge (d. h. Reduktion des Rechnungsbetrages)
- **Klärung von Komplikation** bei wieder aufgenommenen Patienten aufgrund eines möglichen Zusammenhangs mit der vorangegangenen Behandlung/Erkrankung (z. B. postoperativer Infekt, subakute Nebenwirkung von Medikamenten)

Zusammen mit den G-AEP-Kriterien sind die Ergebnisse der Gutachten hinsichtlich der Aufnahmesituation objektiviert und reproduzierbar, zwei der wesentlichen Ansprüche an eine sozialmedizinische Begutachtung.

Eigene ärztliche Gutachter der privaten Krankenversicherungen

Die Privaten Krankenversicherungen können nicht auf den MDK oder eine vergleichbare Institution zugreifen, sie nutzen zur fachkundigen Bewertung der Behandlung eigene ärztliche Gutachter. Diese sind normalerweise dem Versicherten bzw. dem Krankenhaus bzgl. ihrer gutachterlichen Erfahrung und beruflichen Qualifikation nicht bekannt.

2.3.2.2 Sozialmedizinische Prüfungsgrundlagen

Im Laufe der Jahre wurde aufgrund der vermehrten kassenseitigen Nachfragen die Notwendigkeit von nachvollziehbaren und plausiblen Kriterien erkannt. Die bedeutendsten Neuerungen stellen in diesem Zusammenhang die Etablierung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach §91 SGB V 2004 sowie die daran geknüpfte Institution IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) dar. Diese bei-

■ **Tab. 2.5.** Objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung

A	Nr.	Schwere der Erkrankung	In Verbindung mit Zusatzkriterium B
		Kriterium	
	A1	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand	Nein
	A2	Pulsfrequenz: <50 / min oder >140 / min.	Ja
	A3	Blutdruck: systolisch <90 oder >200 mmHg diastolisch <60 oder >120 mmHg	Ja
	A4	Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes	Nein
	A5	Akuter Verlust der Hörfähigkeit	Ja
	A6	Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik	Ja
	A7	Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur)	Ja
	A8	Akute/subakute Blutung und / oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall	Ja
	A9	Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen	Ja
	A10	Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden	Ja
	A11	Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie	Nein
	A12	Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert	Ja

den Einrichtungen befinden sich in einem abgestuften Verfahren über Therapieverfahren, die zu Lasten der Kassen zu erbringen bzw. nicht erstattungsfähig sind.

Für die objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung steht darüber hinaus seit dem 15. April 2004 ein Katalog von 35 Kriterien zur Verfügung. Dieser wurde von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen verabschiedet. Dieses kommt auch im Einführungstext zum Ausdruck:

Objektivierbare Bewertung von Fehlbelegungen

➤ ➤ *Durch Beachtung dieser Empfehlungen soll im Interesse einer gleichen Beurteilung vergleichbarer Sachverhalte eine bundesweite Einheitlichkeit der Prüfverfahren und Positivkriterien zum Ausschluss unstrittiger Fälle erreicht werden.*

■ Tab. 2.6. Objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung

B	Nr.	Intensität der Behandlung	In Verbindung mit Zusatzkriterium A
		Kriterium	
	B1	Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und/oder Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein)	Ja
	B2	Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert	Nein
	B3	Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden	Ja
	B4	Behandlung auf einer Intensivstation	Nein
	B5	Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung	Nein

■ Tab. 2.7. Objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung

C	Nr.	Operation/Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)	In Verbindung mit Zusatzkriterium A, D, E oder F
		Kriterium	
	C1	Operation/Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann	Nein
	C2	Leistungen, die gemäß des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden sollen (mit [*] Sternchen gekennzeichnete Leistungen aus dem aktuellen Katalog ambulanter Operationen und stationärer Eingriffe nach Anlage 1) und ein Kriterium der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V erfüllen	Nein

Stichprobenprüfungen

Für die Stichprobenprüfung nach §17c KHG wurde eine für die Krankenhäuser weitere wichtige Vereinbarung getroffen. Bisher konnte bei den Einzelfallprüfungen aufgrund eines initial rechtzeitig begonnenen Überprüfungsverfahrens erst Monate bis Jahre später die letztlich bedeutsame Aktenüberprüfung stattfinden. Die Latenz zwischen Entlassung und Prüfung sollte zwar zeitnah erfolgen, es jedoch erstmalig in der o. g. Ausführungsbestimmung eine Einschlussfrist von 180 Tagen zwischen Entlassung und der Ankündigung einer Prüfung fixiert worden. Dadurch ist es auch den Krankenhausärzten noch möglich, sich an den zu prüfenden Fall/Patienten zu erinnern.

Potenzielle primäre Fehlbelegungen

Die konsentierten 35 Kriterien gliedern sich in sechs Abschnitte (■ Tab. 2.5 bis 2.10), sie sind allerdings nicht mit einem Vollständigkeitsanspruch versehen, d. h. es gibt auch darüber hinaus zu akzeptierende Gründe. Auf eine Ausgestaltung mit ICD- und/oder OPS-Codes wurde

■ **Tab. 2.8.** Objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung

D	Nr.	Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen
		Kriterium
	D1	Signifikant pathologische Lungenparameter
	D2	Schlafapnoe-Syndrom: Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom
	D3	Blutkrankheiten: Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit
	D4	Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA) Manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA)
	D5	Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese
	D6	Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist: endokrine Erkrankungen (z. B. Diabetes) Obstruktive Lungenerkrankungen Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt behandlungsrelevante Nieren-/Leberfunktionsstörung schwere Immundefekte Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung

■ **Tab. 2.9.** Objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung

E	Nr.	Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen
		Kriterium
	E1	Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende
	E2	Amputationen und Replantation
	E3	Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral)
	E4	Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z. B. nach unkomplizierten Hand-, Handgelenks- sowie Fuß- und Sprunggelenksoperationen
	E5	Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle
	E6	Kathetergestützte Schmerztherapie

bewusst verzichtet, nachdem in der Version von 1999 einzelne Werte, z. B. der pO_2 oder die Unter- und Obergrenze der Kaliumwerte im Serum. Der englischsprachige Begriff AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) steht sinngemäß für die Angemessenheit in der Beurteilung eines Krankenhausaufenthaltes.

■ Tab. 2.10. Objektivierbare Bewertung bei einer potenziellen primären Fehlbelegung

F	Nr.	Soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen (zusätzliche erklärende Dokumentation in der Krankenakte erforderlich)
		Kriterium
	F1	Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z. B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann
	F2	Keine Transportmöglichkeit; große Entfernung oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten
	F3	Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten
	F4	Fehlende Versorgungsmöglichkeiten

Einige wenige Kriterien sind für sich schon ausreichend (A1, A4, A11 sowie B2, B4 und B5), die anderen finden erst in Kombination eine Akzeptanz.

1999 erste Version von AEPs

Nachdem die erste Version von AEPs 1999 veröffentlicht wurde, bedurfte diese geeinte Form einer mehrjährigen Vorbereitung mit vielen Diskussionen sowie einer schrittweisen methodischen Verbesserung in Zusammenarbeit mit den Medizinischen Fachgesellschaften.

Vorgesehen war für das 4. Quartal 2004 die Veröffentlichung von AEP-Kriterien im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer und die Begründung für pädiatrische Fälle, diese wurden bis Ende 2005 von den beteiligten Arbeitsgruppen jedoch nicht vorgelegt.

Override Option – Möglichkeit einer gerechtfertigten Aufnahmeindikation

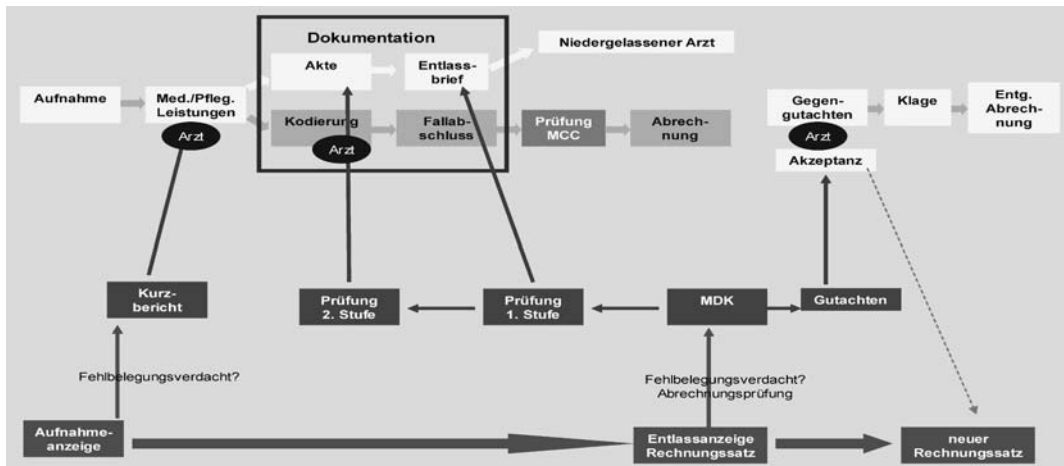
Für einzelne Fachgebiete ist die »Override Option«, die Möglichkeit einer gerechtfertigten Aufnahmeindikation, von großer Bedeutung, da chronisch kranke und oft multimorbide Patienten häufiger einer stationären Behandlung bedürfen, auch wenn keine vitale Bedrohung vorliegt. Diese Zusatzbegründungen sollten klinikweit geeint sein.

An der Charité wurden 2005 campusübergreifend fachspezifische Override Options mit den Klinikern abgestimmt, so dass zwischenzeitlich eine Liste mit ca. 90 zusätzlichen Kriterien in die Dokumentation Eingang gefunden hat.

Darüber hinaus helfen die Sozialgerichtsentscheide (bis hin zum Bundessozialgericht) den beteiligten Partnern, in Fällen unterschiedlicher Gewichtung von Ausführungsbestimmungen/-gesetzen und Einzelfällen zu einem Ergebnis zu kommen.

Begutachtung nur gemäß des bei einer Entscheidung bekannten Kenntnisstandes

Schon Mitte des letzten Jahrzehnts wurde höchstrichterlich festgelegt, dass bei der Begutachtung nur die »ex ante«-Sicht gerechtfertigt ist, d. h. nur der zum jeweiligen Zeitpunkt einer Entscheidung bekannte Kenntnisstand ist zu bewerten, nicht die rückblickende Gesamtschau auf den Fallverlauf als maßgebend anzusehen (BSG 1996, AZ: 3 RK 2/96).



■ Abb. 2.7. MDK Einzelfallprüfung

Den gesetzlichen Krankenkassen steht per se kein Recht zu, die Patientenakte einzusehen, dafür wurde u. a. die Institution des MDK für die GKV eingeführt (BSG 2002, AZ: B 3 KR 64/01 R). In diesem Kontext sind auch die telefonischen An- bzw. Nachfragen zu sehen, sinnhafter Weise sind Auskünfte nur über bestimmte Gesprächspartner zu geben.

Für den Klinikalltag wurde u. a. geurteilt, dass eine **qualifizierte Fallbetrachtung** durch die Gutachter nur anhand der Akte möglich ist (sog. »**Substantiiertheit**«, SG Magdeburg S 6 Kr 126/2003). Zu beachten ist dabei, dass nur Dokumentationen, die in der Akte vorhanden sind, zur Begutachtung herangezogen werden dürfen (SG Hannover, S44 KR 1911/01).

Von großer Bedeutung ist derzeit das Bundessozialgerichtsurteil (B 3 KR 4/03 R) vom März 2004, in dem die **Übernachtung als ein wichtiges Kriterium einer vollstationären Behandlung** benannt wurde. Allerdings wurde auch vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgegangen (»Anscheinsbeweis« für vollstationäre Behandlung), d. h. wenn die Behandlung eigentlich für einen Zeitraum bis mindestens zum nächsten Tag vorgesehen ist. Ausnahmen stellen z. B. die Entlassung gegen ärztlichen Rat sowie kurz nach der Aufnahme verstorbene polytraumatisierte Patienten dar. Aber auch die patientenbedingte Ablaufänderung, z. B. eine ungeplante vorstationäre Aspirineinnahme vor einer OP, rechtfertigen die Abrechnung einer vollstationären Behandlung.

2.3.2.3 Abfolge einer sozialmedizinischen Überprüfung

Die MDK-Prüfung ist zu unterscheiden vom Auftragsgrund. Wenn es sich um eine verdachtsabhängige Einzelfallprüfung handelt (■ Abb. 2.7), wird kassenseitig zunächst ein Kurzbericht und dann bei Bedarf ein Entlassungsbericht angefordert. Bis der MDK informiert und im Krankenhaus erscheint, ist aufgrund der zwischenzeitlich stark reduzierten Verweildauer der Patient meistens schon entlassen oder verlegt worden.

Substantiiertheit

Eine gute Aktenführung ist unabdingbar.

Pflegerische Dokumentation ohne standardisierte Aussagen

Das vereinfachte Schema zeigt die wesentlichen Zeitpunkte der Überprüfung der Krankenhausleistung/Dokumentation auf und vermittelt die Bedeutung der anfänglich notwendigen guten Aktenführung, da sie die Grundlage für die für die MDK-Prüfung darstellt (»do it right the first time«). Ein deutlich anderes Vorgehen ergibt sich im Fall einer Stichprobenprüfung, wobei letztlich auch hier die Aktenführung die größte Bedeutung für die sozialmedizinische Bewertung darstellt.

Der Gutachter bewertet die Akte hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und der Dokumentation. Hierbei kommt der pflegerischen Aufnahme- und Verlaufsbeschreibung eine große Bedeutung zu, da u. a. die Einschränkungen der ATLs erfasst werden.

2.3.2.4 Spezielle Aspekte für die pflegerische Dokumentation

In der Dokumentation sind folgende Aspekte enthalten: Fixierungen, Zwischenfällen, Dekubitus, Pflegeplanung, Abwesenheit von überwachungspflichtigen Patienten, Widersprüchliches zu Therapeuten/Ärzten, Begrifflichkeit, Dokumentation für eine Inkontinenz, dabei sind standardisierte Aussagen zu vermeiden: »Patient geht es gut.«

Aus pflegerischer Sicht sind folgende Punkte dieser Zusammenstellung bereits bei der Aufnahme (G-AEP) von Bedeutung (auf die Intensivpatienten, deren stationäre Behandlung unstrittig ist, wird in der nachfolgenden Liste nicht eingegangen):

- **A6 – neurologische Störung** mit der Notwendigkeit einer intensiver Unterstützung durch die Funktionseinschränkungen für den selbstbestimmten Alltag
- **A10 – akute oder progrediente Störungen** mit nachdrücklicher Behinderung aus unterschiedlichen Krankheitsformen sowie bei schweren Schmerzzuständen
- **B1 – Betreuung von Patienten während einer intravenösen Therapie**
- **B3 – Überwachung und regelmäßige Befunderhebung** von Atmung und HerzKreislaufparametern
- **Alle F-Kriterien**, da sie eine erhebliche Einschränkung der Patienten im Ablauf der Versorgung darstellen können

Die bereits genannten Charité-spezifischen Override Options berücksichtigen natürlich auch pflegerische Aspekte, z. B. sind folgende Kriterien eingebunden worden:

- A-Kriterium
 - Fortgeschrittenes oder terminales Krankheitsbild mit palliativer Therapiezielsetzung
- D-Kriterium
 - Manifeste Suchterkrankung
 - Niedriger Barthel-Index
- E-Kriterium
 - Prophylaktische Isolierung zur Unterbrechung der Infektionskette

■ F-Kriterium

- Differenzierte Therapie von häuslicher Krankenpflege nicht durchführbar
- Mobilität nur mit personeller Unterstützung/bettlägerig

Die reguläre Erfassung der Lebens- und Wohnsituation der Patienten findet regelhaft in der Pflegeanamnese statt und ist für die Aufnahmekriterien der F-Kategorie bedeutsam. Wichtig ist im Klinikalltag auch die Dokumentation von besonderen Begebenheiten oder bei abweichenden Maßnahmen vom Standard die durchgeführte Versorgung. Diese dient sowohl dem Informationsaustausch während der Behandlung als auch der nachgeordneten (MDK-)Überprüfung, die häufig erst ein halbes Jahr nach der Entlassung stattfindet, bei ca. 10% der Prüffälle beträgt die Latenz sogar mehr als ein Jahr.

So sollte bei pflegebedürftigen Patienten eine Ausgangsbeschreibung (körperlich und geistig) vorliegen, wodurch sich im Verlauf eine neue Verwirrtheit oder Inkontinenz nachvollziehen lassen. Aber auch die auffällige Abwesenheit der Patienten ist zu dokumentieren, z. B. wenn Raucher dadurch nicht visitiert, untersucht oder behandelt werden können.

Allerdings besteht auch die Gefahr, dass durch wohlgemeinte Beschreibungen dem externen Betrachter ein zu positives Bild suggeriert wird, z. B. kann sich durch den alleinigen Satz: »Der Patient fühlt sich wohl«, die Frage ergeben, warum noch ein stationärer Aufenthalt notwendig ist. Zwar fühlt sich z. B. ein Patient wohl, wenn er postoperativ nach zwei Wochen Bettruhe das erste Mal wieder ein paar Schritte gehen kann, aber die graduelle Einschränkung wird mit dieser Wortwahl nicht abgebildet. Die Anforderung an die Pflegedokumentation zielt daher auf eine präzise, lückenlose und wertneutrale Beschreibung ab.

Auch bei Patienten mit einem sehr kurzen Aufenthaltszeitraum ist die o. g. Dokumentation unabdingbar, zumal in diesem Segment kassenseitig oft die Frage nach stationärsersetzenden Maßnahmen an den MDK herangetragen wird. Der ehemalige Leiter des MDS Prof. Hansis berichtete auf einer Fortbildung in 2004, dass ca. 60% der Dokumentationslücken/-fehler auch zu Erlöseinbußen führen!

Eine pflegerisch nicht beeinflussbare Konstellation kann sich bei der externen Fallbewertung ergeben, wenn ärztlicherseits keine oder widersprüchliche Dokumentationen vorliegen. In einer Untersuchung an der Charité trat diese Konstellation bei 0,9% der untersuchten Behandlungstage auf. Es sollte daher die schriftliche berufsgruppenübergreifende Verlaufsdokumentation auf einem Blatt erfolgen.

2.3.2.5 Krankenhausseitige Auswertung der Gutachten

Es hat sich als zweckmäßig erwiesen, bei größeren Krankenhäusern mit vielen kassenseitigen Anfragen diese zentral bearbeiten und auswerten zu lassen. Es bietet den großen Vorteil, dass die Mitarbeiter mit

Dokumentation von besonderen Begebenheiten oder vom Standard abweichenden Maßnahmen

Ausgangsbeschreibung

Präzise, lückenlose und wertneutrale Beschreibung

Dokumentationslücken und -fehler müssen vermieden werden.

Zentrale Bearbeitung und Auswertung

Erlösrissen**Überprüfung der
Verschlüsselung von
ICD- und OPS-Codes**

der Materie und hinsichtlich der aktuellen gesetzlichen Situation vertraut sind.

Die Datenerfassung mit einer im Krankenhausinformationssystem integrierten Datenbank hat eine hohe Bedeutung. Neben den angeforderten und bearbeiteten Berichten wären die MDK-Prüfungen mit Qualifikation des Gutachters, der Latenz zwischen Entlassung des Patienten und der gutachterlichen Fallprüfung sowie dem Ergebnis (vollständige Akzeptanz bis hin zu völliger Ablehnung von Tagen, Diagnosen und Prozeduren) abbildbar. Mit diesen Informationen können dann der verantwortliche Kliniker und die Pflegedienstleitung über etwaige Erlösrissen informiert werden, z. B. Anzahl der nachgefragten Patienten, die häufigsten geänderten Haupt- und Nebendiagnosen, nicht notwendige vollstationäre Behandlungstage oder auch Dokumentationslücken bzw. -fehler. Somit lässt sich eine Verbesserung der Dokumentations- und Kodierqualität erzielen.

Hilfreich ist für den täglichen internen und externen Schriftverkehr die Vorhaltung von Standardschreiben der häufigsten Probleme, z. B. nicht fristgerechte Anfrage (> 14 Tage nach Rechnungserhalt) oder zur Vorlage einer aktuellen Schweigepflichtentbindung bei privat versicherten Patienten.

Eine weitere Aufgabe des MDK besteht in der Überprüfung der Verschlüsselung von ICD- und OPS-Codes. Die einfache kassenseitige Aufforderung bzgl. der Änderung von Codes ohne Gutachten sollte nicht alltäglich sein, ebenso ist die Aufforderung zur Fallzusammenführung wegen einer Komplikation, die im Einzelfall nicht einfach zu klären ist, nicht ohne Fachkenntnis nachzugeben.

2.4 Abkürzungen

AR-DRG	Australien Refind Diagnosis Related Groups
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BR	Base Rate
CCL	Complexity and Comorbidity Level
CWeff.	Effektives Cost Weight (Fallgewicht)
CWrel.	Relatives Cost Weight (Fallgewicht)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft www.dkev.de
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut www.dki.de
DRG	Diagnosis Related Groups
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss www.g-ba.de
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandte Gesundheitsprobleme)
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH www.g-drg.de

IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen www.iqwig.de
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
MDC	Major Diagnostics Category (Hauptdiagnosegruppe)
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen www.mds.de
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OPS	Operations- und Prozedurenschlüssel (Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin)
PCCL	Patient Complexity and Comorbidity Level
Pre-MDC	Gruppe von Behandlungsfällen, ohne standardisierte Zuweisung zu einer MDC mittels einer Hauptdiagnose
PPR	Pflegepersonalregelung
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch

Literatur

- Brucker, U et al. (2005) Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation; www.mdsev.de
- Fischer, W (2000) Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege, Huber, Bern
- Heuwing, M (1999) Der MDK – was ist er und was darf er? *mb – Ärztliche Nachrichten*; 18/99: 1–3
- InEK (2005) Abschlussbericht – Weiterentwicklung für das DRG-System in Jahr 2006, Teil I: Projektbericht; Siegburg
- InEK (2005) G-DRG German Diagnosis Related Groups 2006, Definitionshandbuch 1; Siegburg
- InEK (2005) G-DRG German Diagnosis Related Groups 2006, Definitionshandbuch 5; Siegburg
- InEK (2005) Krankenhausfallpauschalenverordnung 2006 – KFPV 2006, Anlage 1 (Fallpauschalenkatalog); Siegburg
- Konieczny, S (2003) Chancen und Risiken bei der Anwendung des *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) im klinischen Routinebetrieb zur Feststellung stationärer Fehlbelegung; Dissertation; Humboldt-Universität Berlin
- Roeder, N (2003) Anpassung des DRG-Systems an das deutsche Leistungsgeschehen; DKG, Düsseldorf
- Sangha, O. (1999) Fehlbelegungsprüfung im Krankenhauschefarzt-aktuell; 3–99: 57–59
- Sangha, O., Wildner, M (1999) Beispiele methodischer Probleme bei der Fehlbelegungsprüfung und Ansätze zu deren Behebung. *Gesundheitswesen*; 61: 287–291
- Schneeweis, S et al. (2000) Erfassung der Notwendigkeit von stationären Behandlungen in der Inneren Medizin. *DMW*; 125: 894–899
- Strausberg, J, Lehmann, N, Kaczmarek, D, Stein, M (2005) Einheitliches Kodieren in Deutschland: Wunsch und Wirklichkeit. *das Krankenhaus*, 8/2005: 657–662
- Wipp, M (2004) Abschlussbericht »Entbürokratisierung der Pflegedokumentation«; Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Vorbereitung für die Einführung von Pflegediagnosen

- 3.1 Bestimmung der Ist-Situation: Standortbestimmung – 70**
 - 3.1.1 Evaluation des bisherigen Dokumentationsprozesses – 72
 - 3.1.2 Sicherstellung von Ressourcen – 74
- 3.2 Pflegende als Multiplikatoren – 74**
 - 3.2.1 Auswahl von Multiplikatoren – 75
 - 3.2.2 Aufgaben der Multiplikatoren – 75
- 3.3 Vorbereitungen der Multiplikatoren – Qualifikationskonzept – 78**
 - 3.3.1 Seminarinhalte – 79
 - 3.3.2 Praktische Übungen – 81
 - 3.3.3 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess – 81
- Literatur – 82**

Kurzüberblick

Der wirkliche Strategie klagt nicht über die Unsicherheit, sondern begrüßt sie als Quell der Inspiration. (Bolko v. Oettinger, Tiha v. Ghyczy, Christopher Bassford 2003)

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels hat der Leser einen Einblick in

- ▶ die potentiellen Strategien zur Einführung von Pflegediagnosen,
- ▶ die Schaffung projektorganisatorischer Voraussetzungen,
- ▶ theoretische und praktische Fortbildungsinhalte und
- ▶ das Kompetenzprofil von Multiplikatoren.

»Warum haben Sie die NANDA-Pflegediagnosen eingeführt? Es ist doch noch gar nicht sicher, ob sie überhaupt in Deutschland anwendbar sind. Sie stammen doch aus einem völlig anderen Kulturkreis.«

So manchem Leser kommen diese Fragen sicher sehr bekannt vor. Natürlich spielten diese und ähnliche Bedenken während der Vorbereitungen und auch in den verschiedenen Projektphasen eine nicht unbedeutende Rolle. Aber – die Pflegewissenschaftler mögen es verzeihen – theoretische Annahmen lassen sich am besten durch die Praktiker bestätigen oder korrigieren. Dem natürlichen Neugiertrieb wollen sich auch Pflegende nicht entziehen. Oft reduzieren sich angenommene Probleme schon allein dadurch, dass Pflegende das »Wenn und Aber« einfach beiseite legen können und das Neue ausprobieren dürfen. Sie sind die Experten »vor Ort«, und sie können Unsicherheiten in Sicherheiten verwandeln. Sie können auch aus ihren praktischen Erfahrungen heraus Probleme relativieren. Die immer schneller voranschreitenden internationalen Entwicklungen in der Medizin und in der Pflege und die zunehmend eingeschränkten Ressourcen münden immer häufiger in einen kreativen und kooperativen Pragmatismus. Ein zentral angesiedeltes Projektteam und dezentral arbeitende Multiplikatoren können in diesem Prozess für einen effizienten Theorie-Praxis-Transfer sorgen.

**! Die Lust am Ausprobieren entzaubert viele Probleme.
Das Wenn und Aber wird beiseite gelegt.**

Die nachfolgenden Beschreibungen spiegeln den Einführungsprozess mit seinen unterschiedlichen Erfahrungen wider. Wissenschaftliche Evaluationen wurden bisher nicht vorgenommen. Interessierten Wissenschaftler eröffnet sich hier ein weites Feld.

3.1 Bestimmung der Ist-Situation: Standortbestimmung

Erleichtert wird die praktische Umsetzung durch die bereits geleisteten Vorarbeiten aus Pflegewissenschaft und Pflegepraxis. Dem Pflegeperso-

**Pflegende als Experten
»vor Ort«.**

**Kreativer und
kooperativer
Pragmatismus**

Theorie-Praxis-Transfer

**Pflegetheoretische
Grundlagen**

nal stehen ausreichend pflegetheoretische Grundlagen zur Verfügung, die eine erfolgreiche Nutzung von Pflegediagnosen garantieren.

Eine wichtige Voraussetzung ist die bewusste Hinwendung zur internationalen Entwicklung und ein professionelles Selbstverständnis, das eingebettet im akademischen Kontext einer Gesundheitseinrichtung auf allen Hierarchieebenen gelebt wird.

Vor diesem Hintergrund können zukunftsweisende Projekte, wie z. B. die Implementierung von Pflegediagnosen in einem Unternehmen entwickelt und umgesetzt werden. Solche Projekte werden umso erfolgreicher realisiert, je enger die Mitarbeiter einbezogen werden. Dafür bieten sich ein Aufruf oder eine Ausschreibung an. Die Teams entscheiden dann selbst, ob sie ihre bisherigen Erfahrungen in ein Pilotprojekt einbringen und weiter entwickeln wollen.

In der Ausschreibung müssen die Erwartungen klar formuliert sein, damit die Mitarbeiter der einzelnen Teams beurteilen können, ob und in welchem Umfang sie diese Anforderungen erfüllen können und auch wollen, bzw. welche Unterstützung sie benötigen.

Grundsatzdiskussionen, z. B. ob Pflegediagnosen überhaupt implementiert werden oder ob die Pflegeplanung nach der konservativen Methode erstellt wird, sollen besser vor Projektbeginn geführt werden. Derartige Diskussionen binden in einem laufenden Seminar wertvolle Kapazitäten und laufen dem eigentlichen Ziel zuwider. Berufspolitischen Diskussionen sollte deshalb außerhalb der fachlichen Seminare ausreichend Raum geboten werden.

Von Vorteil ist es, wenn der diagnostische Prozess auf dem bisher praktizierten Pflegeprozess aufbauen kann und wenn das Erheben der Pflegeanamnese, die Problemformulierung, die Zielsetzung, das Festlegen von Maßnahmen, die Evaluation dieser Maßnahmen und der Pflegebericht bereits fester Bestandteil des pflegerischen Alltags sind. Die Mitarbeiter verfügen dann schon über zahlreiche Kenntnisse und praktische Erfahrungen in der indizierten und geplanten Pflege. Von besonderem Vorteil einer größeren Einrichtung, wie beispielsweise eines Universitätsklinikums, sind hier die verschiedenen Fachbereiche und die Spezialabteilungen. Die Erfahrungen im Umgang mit den Patienten und deren breitem Krankheitsspektrum bereichern die Seminare und sorgen für einen interessanten Austausch zwischen Referenten und Teilnehmern.

Bevor sich ein Team für die Teilnahme an einem Projekt zur Einführung von Pflegediagnosen entscheidet, müssen folgende Voraussetzungen konsentiert sein.

- Die Hinwendung zur internationalen Entwicklung gehört zum professionellen Selbstverständnis.
- Das Pflegeteam ist an der Implementierung von Pflegediagnosen interessiert.
- Das Pflegeteam ist motiviert, die Entwicklung in Deutschland mitzugestalten.

Hinwendung zur internationalen Entwicklung und professionelles Selbstverständnis. Implementierung von Pflegediagnosen

Der diagnostische Prozess sollte auf dem bisher praktizierten Pflegeprozess aufbauen.

Voraussetzungen für die Einführung von Pflegediagnosen

- Die Unterstützung der Stations- und Abteilungsleitung ist gewährleistet.
- Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses sind dem Team bekannt und werden auch praktiziert.

3.1.1 Evaluation des bisherigen Dokumentationsprozesses

Eine sorgfältige Ist-Analyse erleichtert den Einstieg in solch ein weiterführendes Projekt. In vielen Gesundheitseinrichtungen ist der Pflegeprozess mittlerweile selbstverständlich geworden, so dass eine gute Evaluationsgrundlage vorhanden ist. Die Unterschiede zwischen dem bisherigen Vorgehen und dem weiterentwickelten diagnostischen Prozess lassen sich gut herausarbeiten, so dass die Mitarbeiter Vor- und Nachteile selbst beurteilen können. Vieles von dem, was Jürgen Georg im Geleitwort im *Arbeitsbuch Pflegediagnosen* von Collier et al. (1998) beschrieb, ließ sich in der Evaluation bestätigen. Mitarbeiter schilderten immer wieder Schwierigkeiten in der Problembeschreibung. Diese bestanden darin, das Problem oder das Bedürfnis angemessen zu identifizieren bzw. professionell ausgedrückt zu beschreiben. Viele Pflegenden suchten nach Formulierungshilfen, aber auch die garantierten keine qualitätsgerechte Situationsbeschreibung. Und so traten sie immer wieder auf, die

Probleme mit der Problembeschreibung



Probleme mit den Problemen

Bestimmte Patientenbedürfnisse werden nicht erkannt oder übersehen. Zur Situationsbeschreibung werden die Begriffe meist willkürlich gewählt. Es gibt selbst innerhalb einer Klinik keine abgestimmten Begriffsdefinitionen.

Die Beschreibung der Patientensituation enthält meist keine Angaben über die Ursachen und Symptome.

Unreflektierte Patientenrechte und unzureichendes theoriebasiertes Pflegewissen lassen einen kritischen Patienten oft als »unkooperativ« und damit als »Pflegeproblem« erscheinen.

Besonders Anfänger haben Schwierigkeiten, Prioritäten zu setzen und Zusammenhänge zu erkennen.

Zu viele Einzelprobleme erhöhen den Dokumentationsaufwand und lassen den Pflegeplan unübersichtlich werden.

Probleme von Angehörigen werden nicht berücksichtigt.

(Arbeitsbuch Pflegediagnosen, Collier et al. (1998, Georg J. Geleitwort)

Pilotprojekt mit 5 Stationen. Identifizierung relevanter Pflegediagnosen und Zusammenfassung in einem hausinternen Katalog

Fünf Stationen konnten in das Pilotprojekt aufgenommen werden. Vertreten waren eine interdisziplinäre Intensivstation, eine Palliativstation, eine nephrologische Station, eine orthopädische und eine hämatologische/onkologische Station. Diesen Stationen wurde ein Katalog mit NANDA-Pflegediagnosen zur Verfügung gestellt, der in einer übersichtlichen, leicht verständlichen Form das Diagnostizieren möglich machte. Die NANDA hat bisher ca. 170 Pflegediagnosen verabschiedet. Nicht

alle werden in den einzelnen Fachbereichen für die Beschreibung der individuellen Patientensituation eingesetzt. So macht es Sinn, relevante Pflegediagnosen zu identifizieren und in einem hausinternen Katalog zusammen zu fassen. Die Identifikation erfolgt am besten unter folgenden Fragestellungen:

1. Welche Patientenprobleme werden auf den einzelnen Stationen bzw. in den einzelnen Fachbereichen formuliert? Folgende Formulierungen werden z. B. zur Problembeschreibung verwendet:
 - Patient kann sich nicht bewegen
 - Patient kann nicht alleine essen
 - Patient benötigt Beileitung zur Toilette

2. Welche von der NANDA anerkannten Pflegediagnosen bilden diese Patientenprobleme ab?

Das Projektteam evaluierte 3 bis 5 Pflegeplanungen pro Station, die in der herkömmlichen Art und Weise dokumentiert waren. Das Problem oder das Patientenbedürfnis wurde in der Regel frei formuliert, und die Ausdrucksweisen waren vielfältig. Ursachen und Symptome wurden selten beschrieben, so dass die pflegerischen Ziele und Maßnahmen meist nicht nachvollziehbar waren.

Insgesamt ließen sich in den vorliegenden Pflegedokumentationen 40 NANDA-Pflegediagnosen erkennen, die dann in einen hausinternen Katalog aufgenommen wurden.

3. Welche Patientenprobleme lassen sich in der NANDA-Kategorie nicht finden und müssen deshalb frei formuliert werden?

Befürchtungen, mit NANDA-Pflegediagnosen werden die Patienten in ein Standardkorsett gepresst, bestätigten sich nicht. Die Strukturen der Pflegediagnosen (► Kap. 4) schließen dies bei richtiger Anwendung des diagnostischen Prozesses aus. Bei der Beurteilung der NANDA-Pflegediagnosen wird oftmals nur der Pflegediagnosetitel betrachtet. Dies ist bis auf wenige Ausnahmen unzureichend und führt häufig zu Fehlinterpretationen

4. Welche Patientenprobleme weisen auf eine interdisziplinäre Intervention hin?

Dies können potentielle Komplikationen sein, die durch einen medizinischen Begriff/Diagnose definiert werden (Collier).

5. Ist es notwendig, diese Begriffe in eine klassifizierte Pflegesprache umzuwandeln, oder wäre es sinnvoll, diese Begriffe, die sowohl von der Pflege als auch von der Medizin benutzt werden, zu respektieren und damit eine komplexe Denkweise zu fördern?

Dies lässt sich exemplarisch am Beispiel des Dekubitus diskutieren. Nach der NANDA-Klassifikation würde hier die Bezeichnung »Hautdefekt, bestehend« lauten. Da diese jedoch nicht dem allgemeinen Sprachgebrauch entspricht, kann eine Beibehaltung der bisherigen Bezeichnung sinnvoll sein. Allen am Betreuungsprozess Beteiligten ist der Begriff »Dekubitus« verständlich. Er wird auch in dieser Form von der externen Qualitätssicherung abgefragt.

Art der Probleme

Pflegediagnosen zur Abbildung der Patientenprobleme

Freie Formulierungen

Interdisziplinäre Intervention

Klassifizierte Pflegesprache oder allgemeiner Sprachgebrauch

Katalog von 110 Pflegediagnosen

Auf diese Weise fanden 40 Pflegediagnosen Eingang in einen hausinternen Katalog, die – wie sich bald herausstellte – bei weitem nicht ausreichten, um die individuelle Situation der Patienten zu beschreiben. Nach einer vierjährigen Erprobungsphase konnte der Katalog auf 110 Pflegediagnosen ergänzt werden.

3.1.2 Sicherstellung von Ressourcen

Individuelle Umsetzungsdauer

Welche Ressourcen in welchem Umfang notwendig sind, kann im Vorfeld nur geschätzt werden. Es gibt zu wenige Erfahrungen in der praktischen Umsetzung. Situationsbedingte Verzögerungen, wie z. B. eine unvorhergesehene Leistungssteigerung, krankheitsbedingter Ausfall, etc. können jederzeit eintreten und sollen auch akzeptiert werden. Es empfiehlt sich, 2 Jahre pro Station für die Implementierung von Pflegediagnosen einzuplanen. Einige Stationen haben nur wenige Monate für die Umsetzung benötigt, andere haben die vorgesehenen 2 Jahre in vollem Umfang genutzt.

Stabiles Projektteam

Voraussetzung ist ein stabiles Projektteam, das über eine fachliche und pädagogische Kompetenz auf universitärem Niveau verfügt und das in der Lage ist, mit einem situativ komplexen Geschehen umzugehen. Dieses Projektteam muss darüber hinaus autorisiert sei, im Projektverlauf Entscheidungen zu treffen. Dafür sind interne Mitarbeiter in sogenannten Stabstellenfunktionen besonders geeignet. Sie haben den Vorteil, die unterschiedlichen Situationen in den Teams gut zu kennen, und sie können sich besser von einem regelgeleiteten Vorgehen lösen, ohne den Erfolg des Projektes zu gefährden.

! Das Projektteam verfügt über eine fachliche und pädagogische Kompetenz auf universitärem Niveau.

Das Management sichert den Theorie-Praxis-Transfer durch die Bereitstellung zeitlicher Ressourcen und durch eine entsprechende Dienstplangestaltung. Die Teilnahme an dem dreitägigen Seminar wird als Arbeitszeit gewährt.

Sachmittel, wie z. B. das Arbeitsbuch *Pflegediagnosen in der Praxis* und ein hausinterner Katalog, werden den Teams von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

! Das Management sichert die Bereitstellung der zeitlichen Ressourcen und stellt die erforderlichen Sachmittel zur Verfügung.

3.2 Pflegende als Multiplikatoren

Ein Multiplikator – so die Definition im Brockhaus – ist aus soziologischer Sicht eine Person, ein Gegenstand oder eine Einrichtung, die eine Verbreitung von Kenntnissen oder Meinungen anstrebt, bewirkt oder an ihr beteiligt ist, z. B. Lehrer, Meinungsführer, Massenmedien, Bibliotheken (Brockhaus 1997).

Multiplikatoren können für eine schnelle Verbreitung von Wissen sorgen. Wenn Pflegediagnosen eingeführt werden sollen, stehen verschiedene Methoden zur Auswahl. Das kann durch externe oder interne Mitarbeiter geschehen, die je nach Fortschreiten der Implementierungsphase die Rollen des Dozenten, Coachs oder Begleiters annehmen. Der Vorteil besteht darin, dass alle Mitarbeiter direkt fortgebildet und trainiert werden. Für eine kleinere Einrichtung mag das angemessen sein. Große Einrichtungen dagegen benötigen bei dieser Methode sehr viel Zeit und einen hohen personellen Aufwand, so dass mit der Einbeziehung von Multiplikatoren eine effizientere Umsetzung erreicht werden kann.

! **Multiplikatoren können schnell und effizient Wissen verbreiten.**

3.2.1 Auswahl von Multiplikatoren

Erfahrungen haben gezeigt, dass der Umsetzungserfolg sehr von der Auswahl der Multiplikatoren abhängt, aber auch von der Unterstützungsbereitschaft der Pflegeleitungen.

In jedem Team lassen sich Mitarbeiter finden, die gern die Rolle eines Multiplikators übernehmen. Sie können eine zusätzliche Qualifikation erreichen und ihr erworbenes Wissen an ihre Kollegen weitergeben. Dabei entdecken sie an sich selbst neue Fähigkeiten, die bisher gar nicht von ihnen gefordert waren und die sie nun zur Geltung bringen können. In diesem Zusammenhang spielt neben der fachlichen Kompetenz auch die soziale Kompetenz eine besondere Rolle. In einem Anforderungsprofil können die Voraussetzungen beschrieben werden, die eine Tätigkeit als Multiplikator erleichtern. Die nachfolgende Tabelle (■ Tab. 3.1) enthält einige Vorschläge, erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Ob und in welcher Form ein Anforderungsprofil erstellt wird, hängt von den Gepflogenheiten der jeweiligen Einrichtung ab. So wird eine Auswahl von Multiplikatoren auf der Grundlage von Anforderungsprofilen und Kompetenzbilanzen in Einrichtungen mit einer etablierten Personalentwicklung eher Akzeptanz finden, als in anderen, in denen moderne Ansätze des Personalmanagements noch unbekannt sind. Bei der Auswahl ist zu beachten, dass die Mitarbeiter für die vorgesehene Zeit – ein bis zwei Jahre – auch tatsächlich zur Verfügung stehen können. Ein personeller Wechsel wirkt sich ungünstig auf die Stabilität des Projektverlaufes aus, da neue Einarbeitungsphasen häufig zur Verzögerung führen.

3.2.2 Aufgaben der Multiplikatoren

In einem dreitägigen Seminar werden die Multiplikatoren für ihre Aufgaben qualifiziert. Die Teilnehmer des ersten Kurses konnten auf keine Erfahrungen in der Einführung von Pflegediagnosen zurückgreifen, ebenso wenig die Referenten. Sie haben die Seminarinhalte selbst entwickelt und erarbeitet und gemeinsam mit den Multiplikatoren der Pilotstationen die

**Schnelle Verbreitung
von Wissen**

**Kompetente Multi-
plikatoren sichern den
Umsetzungserfolg**

Anforderungsprofil

■ Tab. 3.1. Potenzielles Anforderungsprofil für Multiplikatoren

Merkmal	Sehr wichtig → Nicht wichtig				
	1	2	3	4	5
Medizinische und pflegerische Fachkenntnisse im jeweiligen Arbeitsbereich					
Fachübergreifende Kenntnisse (Projektmanagement, Organisations- und Systemtheorie, Pflegemodelle und -theorien)					
Offenheit für neue Aufgaben und Herausforderungen					
Kommunikation mit anderen aktiv betreiben, Kontakte herstellen					
Eigene Interessen, eigene Stärken in die Aufgabe integrieren					
Mit verschiedenen Anforderungen gleichzeitig umgehen					
Kompromissbereitschaft zugunsten gemeinsamer Lösungen					
Bereitschaft zur Übernahme von Aufgaben und Verantwortung auch für andere					

Entwickeln und Erarbeiten der Einführungsmodalitäten. Erlernen der theoretischen Grundlagen und praktische Umsetzungsmöglichkeiten

Einführungsmodalitäten in einem kontinuierlichen Prozess immer wieder angepasst und verbessert.

In den Seminaren werden sowohl theoretische Grundlagen vermittelt, als auch praktische Umsetzungsmöglichkeiten geübt. Dies können die Multiplikatoren dann in Verbindung mit ihren fachlichen Kenntnissen und mit ihrem persönlichen Verständnis auf den eigenen Stationen erproben und umsetzen. Immer wieder wird die Praktikabilität geprüft. Dabei sammeln sie ausreichend Erfahrungen im Umgang mit den Pflegediagnosen und im Setzen von Prioritäten. Erst wenn sie selbst ausreichend Sicherheit im Diagnostizieren gewonnen haben, geben sie ihr Wissen an die anderen Mitarbeiter des Teams weiter.

! Die Multiplikatoren erproben das Erlernte auf der Station und setzten es zunächst selbst exemplarisch um.

Die Tätigkeit der Multiplikatoren gestaltet sich auf jeder Station unterschiedlich. Die Entscheidung, in welcher Form, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum das Wissen weitergegeben wird, treffen die einzelnen Multiplikatoren selbst. Sie kennen ihre Kollegen am besten und sie wissen, wer von ihnen besonders motiviert ist, Neues zu erproben, oder wer eher eine abwartende Haltung einnimmt. Die unterschiedlichen Hal-

tungen spiegeln sich in einer individuellen Betreuung wider. Spaß am Ausprobieren, die eigene Kreativität testen, das persönliche Fachwissen transparent machen – alle diese Merkmale sind genauso häufig zu finden wie die Befürchtungen, etwas falsch zu machen, nicht ganz perfekt zu sein, von den Kollegen korrigiert oder gar belächelt zu werden. Hier muss dem Multiplikator Gestaltungsraum eingeräumt werden.

! Der Einführungsmodus wird an die jeweilige Situation der Station angepasst. Die Entscheidung über Vorgehensweise und Zeitrahmen obliegt den Multiplikatoren.

Die Einführung der Mitarbeiter in die Pflegediagnostik kann in kleinen Gruppen oder auch einzeln erfolgen. Verschiedene Multiplikatoren erstellen für ihre Kollegen ein Handbuch. Darin sind wesentliche und für die Diagnostik relevante Inhalte zusammengestellt. Es hat sich bewährt, dass ein solches Handbuch von den Multiplikatoren selbst angefertigt wird. Sie wissen am besten, was ihre Kollegen für den pflegerischen Alltag benötigen und in welchem Umfang sie sich mit der »Theorie« beschäftigen wollen. Natürlich kann Pflegediagnostik ohne einen theoretischen Hintergrund nicht funktionieren. Und genau hier befindet sich die deutsche Gesundheits- und Krankenpflege in einem Dilemma – einerseits bestehen hohe Anforderungen, andererseits ein geringes Angebot von pflegetheoretischen Inhalten in der Ausbildung.

Dieser Transfer kann dennoch gelingen, wenn pflegetheoretische Kenntnisse so aufbereitet werden, dass sie für die Mitarbeiter aus der alltäglichen Praxis heraus verständlich sind. Eine solche Vorgehensweise findet eine hohe Akzeptanz bei den Stationsmitarbeitern. Referenten – insbesondere wenn sie theoriebasiertes Pflegewissen vermitteln – hängt jedoch meist der Ruf an, dass sie doch in erster Linie Theoretiker sind und von der Praxis nicht viel verstehen. Eine souveräne Einstellung, sowohl von Seiten der Referenten, als auch von Seiten der Stationsmitarbeiter unterstützt die Zielsetzung, Pflegediagnosen einführen und dabei voneinander lernen zu wollen.

Die Einführung der Pflegediagnosen erfolgt schrittweise. Zunächst wird nur für *einen* Patienten auf der Station eine Pflegeplanung auf der Basis von Pflegediagnosen erstellt. Multiplikator und Stationsmitarbeiter führen dies gemeinsam aus. Die anderen Patienten erhalten nach und nach – am besten bei Neuaufnahme – eine entsprechende Pflegeplanung. Auch die Mitarbeiter werden zeitversetzt in die Pflegediagnostik einbezogen. Sehr häufig beschleunigt die Neugier – »Wie machen die das, und ob ich das auch kann?« – den Einführungsprozess. Bis zu 2 Jahren sind eine angemessene Zeit für solch einen Umstellungsprozess.

! Die Multiplikatoren fassen die wichtigsten Informationen für die jeweiligen Stationen in einem Handbuch zusammen. Die Einführung der Pflegediagnosen erfolgt schrittweise, ebenso die Einarbeitung der Stationsmitarbeiter.

**Spaß am Ausprobieren,
Testen der eigenen
Kreativität, Transparenz
des persönlichen
Fachwissens**

**Handbuch der
Multiplikatoren für die
Pflegenden**

Theorie-Praxis-Transfer

**Schrittweise Einführung
der Pflegediagnosen**

3.3 Vorbereitungen der Multiplikatoren – Qualifikationskonzept

Leichte Verständlichkeit der NANDA-Pflegediagnosen

NANDA-Pflegediagnosen sind in ihrem Ausdruck und in ihrer Struktur leicht verständlich. Sie dürfen jedoch nicht dazu verführen, Pflegediagnostik ohne pflegewissenschaftlichen Hintergrund einzuführen. Selbst wenn integrierte Pflegetheorien in einem dokumentierten Pflegeprozess nicht erkennbar sind, bieten sie den Pflegenden doch eine unverzichtbare Handlungsanleitung.

Modell des »offenen Unterrichts«

Neben dem »Was« hat auch das »Wie« einen hohen Stellenwert. Streng ausgerichtete didaktische Modelle werden sicherlich nicht auf hohe Akzeptanz stoßen, denn Multiplikatoren aus allen Fachbereichen, mit unterschiedlichen Erfahrungen und Biografien sind keine homogene Gruppe. Bewährt hat sich das didaktische Modell des »offenen Unterrichts«, modifiziert nach Jank/Meyer (1991).

- Die Implementierung von Pflegediagnosen erfordert überwiegend Basisinitiativen. Das Modell des »offenen Unterrichts« favorisiert systemdynamische Theorienansätze. Diese sind in der Unterrichtskonzeption unter »theoretische Grundlagen« zusammengefasst.
- Ein offener Unterricht und eine offene Begleitung auf den Stationen werden als ein vernetzter und dynamischer Coachingprozess betrachtet. Jeder Referent muss sich die Theorie für diesen Prozess selbst erarbeiten.
- Ziele, Inhalte, Methoden und Medien stehen in Wechselwirkung zueinander. Die Wechselwirkung entfaltet sich im Unterricht und während der Begleitung auf den Stationen, wird aber offen vorausgeplant.
- Die Verständigung zwischen den Referenten und den Stationsmitarbeitern zur offenen Vorausplanung wird in regelmäßigen Gesprächen und Qualitätszirkeln abgestimmt.
- Die Referenten verstehen sich vorrangig als Moderatoren und professionelle Helfer in einem selbstorganisierten Lernprozess.

Eine Seminargruppe mit Teilnehmern aus den Bereichen Intensivtherapie, Chirurgie, Innere Medizin, Pädiatrie, Psychiatrie etc. ist für die Referenten und auch für die Multiplikatoren eine besondere Herausforderung, aber auch ein unverzichtbarer Gewinn. Für jeden Teilnehmer ist es sehr bereichernd, das breite Spektrum einer Universitätsklinik kennen zu lernen, die sehr unterschiedliche pflegerische Tätigkeit gegenseitig zu respektieren und spezielle fachliche Kenntnisse und Erfahrungen auszutauschen. Eine von allen akzeptierte Seminarkultur ist ein hilfreiches Instrument, wenn Diskussionen einmal allzu kontrovers verlaufen. Die Teilnehmer können sich auf folgende Verhaltensweisen verständigen:

Verhaltensweisen im Team aus verschiedenen Bereichen

- Alle betrachten sich als Lernende, auch die Referenten.
- Alle respektieren sich gegenseitig als Spezialisten in ihrem originären Handlungsfeld.

- Sobald eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer einen Grund nennt, weshalb etwas »nicht geht«, suchen alle gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten, »wie« es gehen könnte.
- Erst wenn 5 verschiedene Lösungsmöglichkeiten gefunden wurden, wird darüber diskutiert, ob der Grund dafür, »warum etwas nicht funktioniert«, wieder aufgegriffen oder verworfen wird.
- Jeder kann bei Bedarf für sich in Anspruch nehmen, das Lerntempo selbst zu bestimmen.

3.3.1 Seminarinhalte

Vermittlung theoretischer Grundlage

Die Inhalte sind im Wesentlichen im Kapitel 1 dargestellt. Die Implementierung von Pflegediagnosen ist mehr als nur eine neue Form der Dokumentation des Pflegeprozesses. Pflegende nutzen theoriebasiertes Pflegewissen und eine international anerkannte Klassifikation für die Gestaltung des Betreuungsprozesses und für die Organisations- und Personalentwicklung einer Gesundheitseinrichtung. Damit werden zukunftsorientierte Arbeitsfelder vorbereitet. Die ersten Seminarstunden sind darauf ausgerichtet, vorhandene pflegewissenschaftliche Erkenntnisse für die Praktiker transparent zu machen und deren Notwendigkeit für eine professionelle Pflegediagnostik zu verdeutlichen (■ Tab. 3.2). Selbstverständlich können sie nicht in der vorgegebenen Zeit bis ins kleinste Detail vermittelt werden. Das ist auch nicht der Anspruch dieser Unterrichtseinheit. Vielmehr geht es darum, behutsam das Interesse für einen theoretischen Wissensfundus zu wecken, der für die Gestaltung der Pflegepraxis sehr hilfreich sein kann.

Arbeit mit dem Katalog

In diesem Seminarteil lernen die Teilnehmer die Katalogsystematik und die Aufbereitungsform der einzelnen Pflegediagnosen kennen. Die Mitarbeiter können die zutreffenden Ursachen und Symptome in die individuelle Patientendokumentation übernehmen, ebenso die modifizierten Ziele und Maßnahmen. Die Maßnahmen werden entsprechend den Dokumentationsrichtlinien ergänzt, die auch die Pflegepersonalregelung berücksichtigen. Ein Katalog steht allen Stationen zur Verfügung. Das Ordnungsschema entspricht den Lebensaktivitäten, aber nicht immer lässt der Pflegediagnosetitel auf Anhalt auf die jeweilige Zuordnung schließen, insbesondere dann, wenn es um die Aktivität »Sinn finden« geht. Hier sind ein paar Übungen erforderlich, mit denen das Erlernen schnell umzusetzen ist. Alle Pflegediagnosen sind nach der gleichen Systematik analog dem Arbeitsbuch *Praxis der Pflegediagnosen* aufbereitet. Dieses Arbeitsbuch steht jeder Station zur Verfügung und wird in Ergänzung zum Katalog genutzt.

**Gestaltung des
Betreuungsprozesses
sowie Organisations-
und Personalentwick-
lung einer Gesundheits-
einrichtung.
Transparenz der pflege-
wissenschaftlichen
Inhalte**

**Kennenlernen der
Katalogsystematik und
Aufbereitungsform
einzelner Pflege-
diagnosen**

■ Tab. 3.2. Zeitplan für ein dreitägiges Seminar

1. Tag	Thema	Unterrichtstyp
08.30–10.00	Historische Entwicklung der Pflegediagnostik und des Pflegeprozesses, Bedeutung für die G-DRG-Systematik und für die Leistungserfassung Pflegediagnosen als Instrument für die Personal- und Organisationsentwicklung basierend auf den Pflege-theorien von Hildegard Peplau, Imogene King und Patricia Benner	Vortrag
10.00–10.15	Pause	
10.15–11.45	Richtlinien für die Formulierung von Pflegediagnosen, Demonstration von Beispielen	Vortrag/Seminar
11.45–12.45	Pause	
12.45–14.15	Der diagnostische Prozess, Demonstration von Beispielen	Vortrag/Seminar
14.15–14.30	Pause	
14.30–16.00	Arbeit mit dem Katalog	Kleingruppenarbeit
2. Tag	Thema	Unterrichtstyp
08.30–10.00	Gestaltung der Pflegeanamnese und der Pflegevisite nach der Methode des kritischen und kreativen Denkens	Vortrag/Videofilm
10.00–10.15	Pause	
10.15–11.45	Erstellen eines Pflegeplanes aufgrund der Pflegediagnosen einschließlich Pflegeanamnese, Zielsetzung und Maßnahmen	Rollenspiel (Pflegeperson-Patient) innerhalb der Gruppe unter Einbeziehung der Referenten
11.45–12.45	Pause	
12.45–14.15	Fertigstellen der Pflegepläne	Kleingruppenarbeit
14.15–14.30	Pause	
14.30–16.00	Auswertung der Pflegepläne	Seminar
3. Tag	Thema	Unterrichtstyp
08.30–11.00	Pflegeanamnese bei einem Patienten auf der Station, Erstellen der Pflegediagnosen, Entwicklung der Pflegeplanung aufgrund der Pflegediagnosen	Praktische Übung auf der Station
11.00–11.15	Pause	
11.15–12.45	Fertigstellen der Pflegeplanung, wenn möglich Abstimmung mit dem Patienten, Vorstellung der Pflegeplanung im Rahmen einer Pflegevisite im Team	Kleingruppenarbeit
12.45–13.45	Pause	

■ Tab. 3.2. (Fortsetzung)

3. Tag	Thema	Unterrichtstyp
13.45–14.30	Vorstellung der Pflegepläne in der Seminargruppe	Seminar
14.30–16.00	Erfahrungsaustausch mit den Kollegen der Pilotstationen, Auswertung des Seminars, Abstimmung des weiteren organisatorischen Ablaufes für die Umsetzung auf der Station	

3.3.2 Praktische Übungen

Praktische Übungen zur Pflegediagnostik werden als *Rollenspiele* am zweiten Seminartag durchgeführt. In einer Kleingruppe (3 bis 4 Teilnehmer) übernimmt ein Teilnehmer die Rolle des Patienten, nachdem er sich mit seiner medizinischen Diagnose und den daraus resultierenden Einschränkungen identifiziert hat. Ein zweiter Seminarteilnehmer spielt die Pflegeperson. Die anderen sind teilnehmende Beobachter, können sich aber auch an der Informationssammlung und an der Pflegeanamnese beteiligen. Die Pflegediagnosen werden dann im Team erarbeitet. Ein Referent übernimmt die Moderatorenrolle, hilft aber auch beim Auffinden der Diagnose im Katalog und bei der Priorisierung von Pflegediagnosen.

Am dritten Tag diagnostizieren die Teilnehmer einen Patienten auf der Station. Mit dem Patienten wird dieses Vorhaben vorab besprochen. Mitunter nehmen auch Angehörige teil. Die Patienten nehmen sehr gern an diesen Seminaren teil. Fast einen halben Tag kümmert sich jemand ausschließlich um sie, denn im Anschluss an eine ausführliche Informationssammlung wird auch noch eine Pflegevisite durchgeführt. Der zeitliche Aufwand für diese praktischen Übungen zahlt sich aus, da die Teilnehmer bereits während des Seminars die positiven Reaktionen der Patienten erleben können und für sich selbst die Erfahrungen machen können, Pflegediagnostik ist anspruchsvoll, aber mit etwas Übung schnell erlernbar.

Rollenspiele

Erarbeiten der Pflegediagnosen

Diagnostizieren auf Station

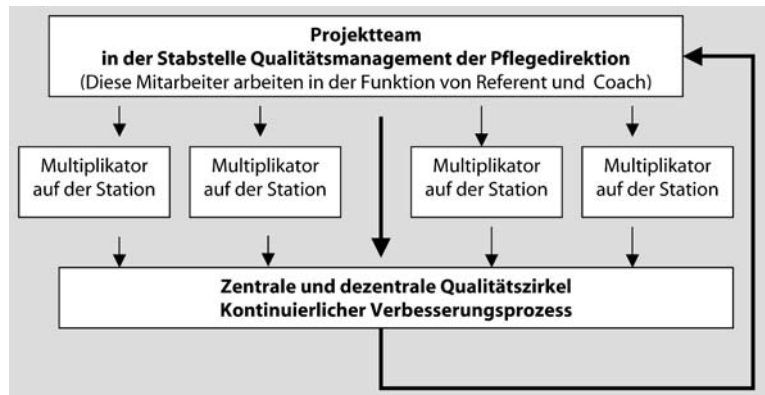
3.3.3 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

In der Einführungsphase brauchen die Multiplikatoren ein Forum, in dem sie ihre Erfahrungen austauschen und aufgetretene Fragen klären können. In zentralen und dezentralen Qualitätszirkeln wird nach dem Prinzip des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses gearbeitet (■ Abb. 3.1).

Das im Qualitätsmanagement der Pflegedirektion angesiedelte Projektteam steuert die Implementierung der Pflegediagnosen übergreifend. Die Mitarbeiter dieses Teams sind gleichzeitig Referenten und Coachs. Sie begleiten die Multiplikatoren über das dreitägige Seminar hinaus. Sie

Forum zum Erfahrungsaustausch und Klären von Fragen

Steuerung der Implementierung durch das Projektteam



■ Abb. 3.1. Pflegediagnostik im kontinuierlichen Verbesserungsprozess

stehen als Ansprechpartner jederzeit zur Verfügung und übernehmen bei Bedarf auch die Moderation in den Teams. Sie überprüfen in der Anfangsphase die erstellten Pflegeplanungen und geben Tipps für Verbesserungen. Darüber hinaus stimmen sie mit den entsprechenden Verantwortlichen die Inhalte und Anforderungen für eine EDV-Lösung ab. Sie initiieren regelmäßige Arbeitsgruppensitzungen mit den Multiplikatoren und nehmen deren Erfahrungen, Hinweise und Kritiken auf. Sie informieren aber auch über neue Entwicklungen, Veröffentlichungen, etc. Besonders vorteilhaft ist die interdisziplinäre Präsenz der Multiplikatoren. So können Erfahrungen aus den chirurgischen und internistischen Fächern, aus der Pädiatrie, der Psychiatrie gemeinsam genutzt werden.

Dezentrale Qualitätszirkel werden von den Multiplikatoren initiiert und finden auf der Station statt. Hier erfolgen Beratungen mit der Stationsleitung, im Idealfall auch mit dem Stationsarzt, den Physiotherapeuten oder den Diätassistenten über den Projektverlauf.

Dezentrale Qualitätszirkel

Literatur

- Benner P (1994) Stufen der Pflegekompetenz. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Borsi G, Schröck R (1995) Pflegemanagement im Wandel. Springer Verlag, Berlin
- Collier et al. (1998) Arbeitsbuch Pflegediagnosen, Geleitwort, Deutsche Ausgabe, Herausgeber Jürgen Georg, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co., Wiesbaden
- Eveslage K, Heilberufe (2004)
- Kompetenzbilanz (2000) KAB Süddeutscher Verband/deutsches Jugendinstitut
- Meleis A (1999) Pflge theorie Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
- Oetinger v. B et al. (2003) Clausewitz-Strategie denken, dtv, München
- Popper K (1994) Alles Leben ist Problemlösen, Piper Verlag GmbH, München
- Stefan H et al. (2003) Praxis der Pflegediagnosen, Springer Verlag, Wien New York

Schritt II: Pflegediagnosen in der praktischen Umsetzung



Aufgaben und Struktur von Pflegediagnosen

4.1 Aufgaben von Pflegediagnosen – 86

4.2 Die Struktur der Pflegediagnosen – 87

- 4.2.1 Der Pflegediagnosetitel – 88
- 4.2.2 Einflussfaktor/Ätiologie – 88
- 4.2.3 Symptom/Kennzeichen – 89
- 4.2.4 Einteilungsstufen des Selbstständigkeitsgrades – 89
- 4.2.5 Ressourcen – 89

4.3 Richtlinien zur Formulierung von Pflegediagnosen – 90

- 4.3.1 Aktuelle Pflegediagnosen – 90
- 4.3.2 Hoch-Risikodiagnosen – 92
- 4.3.3 Verdachtspflegediagnosen – 92
- 4.3.4 Syndrom-Pflegediagnosen – 93
- 4.3.5 Gesundheitspflegediagnosen/Wellness-Pflegediagnosen – 93
- 4.3.6 Potenzielle Komplikationen – 94

4.4 Aufbau eines klinikinternen Kataloges – 99

- 4.4.1 Die Verbindung von Pflege Theorie und Katalogsystematik – 100

Literatur – 102

Kurzüberblick

Nicht der ist ein großer Arzt, der durch Überlegungen einen geschickten Oberbegriff herausfindet, durch den sich alle besonderen *Krankheiten* erklären lassen, vielmehr der, dem die Intuition der inneren Einheit zu Gebote steht.

Antoine de Saint-Exupéry (1953)

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels kennt der Leser

- ▶ die Aufgaben und die Struktur von Pflegediagnosen,
- ▶ die verschiedenen Arten der Pflegediagnosen,
- ▶ die Möglichkeiten, potenzielle Probleme zu beschreiben,
- ▶ die Vorgehensweise zur individuellen Zielsetzung und Festlegung von Maßnahmen und
- ▶ den Aufbau eines klinikinternen schriftlichen Kataloges.

4.1 Aufgaben von Pflegediagnosen

Klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Grundlage zur Auswahl von Pflegeinterventionen

Aus der NANDA-Definition lassen sich die Aufgaben der Pflegediagnosen ableiten. Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse.

Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Pflegeinterventionen auszuwählen, um Ergebnisse zu erreichen, für die Pflegenden verantwortlich sind (▶ Kap. 1.1).

Jeder Pflegediagnose geht eine umfassende Informationssammlung voraus, die darauf ausgerichtet ist, aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme zu identifizieren. Diese Probleme werden nach einer vorgegebenen Struktur als eine Schlussfolgerung zusammengefasst. Diese erschließt sich durch Interaktion mit dem Patienten und – wenn erforderlich – auch durch Interaktion mit den Angehörigen und den Professionen, die ebenfalls am Behandlungsprozess beteiligt sind. Pflegediagnosen stellen damit eine wichtige Ergänzung zu den medizinischen Diagnosen (ICD-10) dar.

Unterschiedliche Pflegediagnosen beinhalten mitunter die gleichen Ursachen und Symptome. Hier kommt es darauf an, im diagnostischen Prozess die für den Patienten relevante Diagnose zu identifizieren und im Dokumentationsprozess Dopplungen zu vermeiden. Anfängern in der Pflegediagnostik muss hier ausreichend Zeit eingeräumt werden, damit sie genügend Erfahrungen sammeln können. Nicht jede Lebensaktivität muss beleuchtet werden, um eine effiziente und juristisch belastbare Dokumentation zu erstellen. Wie viele Pflegediagnosen für eine Pflegeplanung notwendig sind, entscheidet die diagnostizierende Person.

Insgesamt müssen Pflegediagnosen den Gesundheitszustand eines Patienten in präzisierter Form und in sich konsistent zusammenfassen, da sie die Grundlage für die Wahl von Interventionen bilden, um das gewünschte Ergebnis zu erreichen. Die Devise »soviel wie nötig und so wenig wie möglich« wird der praktischen Realität am ehesten gerecht. Dieses Motto führt mitunter zu kontroversen Diskussionen zwischen Mitarbeitern in der Praxis und Lehrern von Pflegeschulen. Für beide Seiten, insbesondere für die Auszubildenden ist es sicher hilfreich, den Diskurs aus der Praxis heraus zu führen, oder um es mit Foucaults Worten auszudrücken: »Am Bett des Kranken verstummt jede Theorie oder verflüchtigt sich« (Foucault 1996).

Pflegediagnosen haben folgende Funktionen:

- Pflegediagnosen beschreiben aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme, die zu behandeln Pflegepersonen kraft ihrer Ausbildung und Erfahrung fähig und befugt sind.
- Pflegediagnosen drücken eine Schlussfolgerung aus, die auf einer Ordnung und einem Muster basiert, die sich der diagnostizierenden Person durch Interaktion mit dem Patienten erschließen.
- Pflegediagnosen sind eine präzierte Zusammenfassung über den Gesundheitszustand des Patienten.
- Pflegediagnosen liefern die Grundlage für die Wahl von Pflegemaßnahmen, um Ergebnisse zu erzielen, die im Verantwortungsbereich der Pflegeperson liegen.
- Pflegediagnosen ergänzen die ICD-10 und die medizinischen Prozeduren in der DRG-Systematik durch eine individuelle Beschreibung der tatsächlichen Patientensituation.

4.2 Die Struktur der Pflegediagnosen

Für die Beschreibung der Patientensituation können verschiedene Arten von Pflegediagnosen genutzt werden. Diese unterscheiden sich in ihrer Struktur und in ihrer Dokumentationsform. Die NANDA hat fünf Gruppen von Pflegediagnosen definiert:

- Aktuelle Pflegediagnosen
- Risiko-Pflegediagnosen
- Verdachts-Pflegediagnosen
- Syndrom-Pflegediagnosen
- Gesundheits-/Wellness-Pflegediagnosen

Pflegediagnosen der NANDA-Klassifikation werden nach einer so genannten PES- oder PÄS-Struktur definiert. P steht für Problem und entspricht dem Pflegediagnosetitel. E beschreibt den Einflussfaktor oder die Ätiologie, und S stellt das Symptom dar. Probleme, Einflussfaktoren und Symptome werden je nach Art der Diagnose in unterschiedlicher Kombination benutzt. In der NANDA-Taxonomie sind jedem Diagnosetitel eine Vielzahl von Einflussfaktoren und Symptomen zugeordnet,

Präzise und konsistente Zusammenfassung des Gesundheitszustandes eines Patienten

Problem – Einflussfaktor/Ätiologie – Symptom

die individuell für jeden Patienten identifiziert werden müssen (Stefan et al. 2003).

❗ **P – Problem/Pflegediagnosetitel**

❗ **E/Ä – Einflussfaktor/Ätiologie**

❗ **S – Symptom/Kennzeichen**

4.2.1 Der Pflegediagnosetitel

Der Pflegediagnosetitel ist ein präziser Terminus, der für den Namen der Diagnose sorgt. Die Definition des Diagnosetitels stellt klar und knapp die Bedeutung dar und hilft sie von anderen Diagnosen zu unterscheiden. Die Definition erscheint nicht in der Patientendokumentation. Dem Pflegediagnosetitel kann die Bezeichnung PD (Pflegediagnose) vorangestellt werden, bleibt aber, wie im nachfolgenden Beispiel dargestellt, der jeweiligen Einrichtung überlassen.

Beispiel

PD Beeinträchtigte körperliche Mobilität

4.2.2 Einflussfaktor/Ätiologie

Beitrag zur Entwicklung oder Aufrechterhaltung einer Pflegediagnose

Die Einflussfaktoren beschreiben wichtige Umstände, die zur Entwicklung oder zur Aufrechterhaltung einer Pflegediagnose beigetragen haben. Folgende Faktoren können unterschieden werden (Collier et al. 1998):

- Pathophysiologische Faktoren (z. B. Verlust eines Körperteils, kognitive Beeinträchtigung)
- Behandlungsbedingte Faktoren (z. B. Extension, Gipsverbände)
- Situationsbedingte Faktoren (z. B. Stress, Schlafstörungen)
- Alters- und Entwicklungsbedingte Faktoren (z. B. geringer Nährstoffbedarf)

Einflussfaktoren bestimmen die pflegerischen Ziele und Maßnahmen.

Die genaue Beschreibung der Einflussfaktoren ist von besonderer Bedeutung, da sie die pflegerischen Ziele und Maßnahmen im Wesentlichen bestimmen. Ein und derselbe Diagnosetitel kann je nach Patientensituation unterschiedliche Einflussfaktoren und Symptome nach sich ziehen (■ Tab. 4.2). Medizinische Diagnosen werden nicht als Einflussfaktor herangezogen, da sie aufgrund der NANDA-Definition (»Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zur Erreichung erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson die Verantwortung übernimmt«) in der Regel nicht zum Gegenstand pflegerischer Behandlung werden können. Die Aussagefähigkeit der Ätiologie kann jedoch durch eine in Klammern gesetzte medizinische Diagnose ergänzt werden. Die Überleitung vom Pflegediagnosetitel zum Einflussfaktor kann durch

Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zur Erreichung erwarteter Pflegeziele

4.2 · Die Struktur der Pflegediagnosen

die Bezeichnung b/d (bedingt/beeinflusst durch) erfolgen. Wenn erforderlich, können auch mehrere Einflussfaktoren genannt werden.

Beispiel

PD Beeinträchtigte körperliche Mobilität

b/d neuromuskuläre Beeinträchtigung (M.Parkinson)

4.2.3 Symptom/Kennzeichen

Als Kennzeichen gelten die objektiven und subjektiven Daten, die zur Identifizierung des Problems führen. Ähnlich wie auch in der medizinischen Diagnostik sichern die festgestellten Symptome die Richtigkeit der Pflegediagnose. Je mehr Symptome vorhanden sind, umso sicherer ist die Diagnose. Für die Dokumentation sollte aber auch hier gelten, soviel wie nötig und so wenig wie möglich.

Identifizierung des Gesundheitsproblems

Beispiel

PD Beeinträchtigte körperliche Mobilität

b/d neuromuskuläre Beeinträchtigung (M.Parkinson)

a/d Schwierigkeiten, sich zu drehen , begrenzte Bewegungsfähigkeit

4.2.4 Einteilungsstufen des Selbstständigkeitsgrades

Die Einteilungsstufen des Selbstständigkeitsgrades eines Patienten nach Jones garantieren eine zusätzliche Beschreibung der individuellen Situation. Einige Diagnosen können so weiter differenziert und individualisiert werden. Fünf Schweregrade von 0 bis 4 ermöglichen eine noch genauere Beschreibung der Patientensituation (■ Tab. 4.1) Damit wird auch ein erhöhter Pflegeaufwand nachgewiesen, der sowohl für die PPR (Pflegepersonalregelung) als auch für die G-DRG-Systematik relevant sein kann.

Einteilung nach Jones – Beschreibung der individuellen Situation

Beispiel für die Dokumentation:

Beispiel

PD Beeinträchtigte körperliche Mobilität

b/d neuromuskuläre Beeinträchtigung (M.Parkinson)

a/d Schwierigkeiten, sich zu drehen , begrenzte Bewegungsfähigkeit

Jones Grad 3, geringfügig selbstständig

Ressourcen: Patient kann mobilisiert werden

4.2.5 Ressourcen

Ressourcen sind Fähigkeiten, die in der NANDA-Taxonomie nicht separat aufgeführt werden, und nur einige lassen sich aus den Pflegediagno-

Fähigkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten

■ Tab. 4.1. Klassifikationsmöglichkeit des Selbstständigkeitsgrades (nach Jones et al.)

Klassifikations- möglichkeit von 0 bis 4	Definition
0	Selbstständig (auch in der Verwendung von Hilfsmittel); keine direkten Pflegeleistungen sind zu erbringen
1	Großteils selbstständig; der Patient bedarf nur geringer Hilfestellung und/oder Anleitung, direkte Pflegeleistungen sind nur im geringem Ausmaß zu erbringen
2	Teilweise selbstständig und teilweise auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen; der Patient ist etwa zu 50% selbstständig, das Ausmaß der zu erbringenden direkten Pflegeleistung/Anleitung liegt ebenfalls bei etwa 50%
3	Geringfügig selbstständig; der Patient beteiligt sich nur im geringem Ausmaß an der Aktivität und ist großteils auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen, der Patient ist aber kooperativ
4	Unselbstständig/abhängig; der Patient ist nicht in der Lage, sich an der Aktivität zu beteiligen und ist vollständig abhängig; bzw. mehrmals täglich sind intensive Selbsthilfetrainings mit maximaler Unterstützung und Anleitung zu absolvieren; bzw. ein Patient wie in Grad 3, jedoch unkooperatives Verhalten bei der Pflege
(Klassifikation nach Jones E. et al. Patientenklassifikation für Langzeitpflege: Handbuch, HEW, Publikationsnr. HRA- 74-3107, Nov. 1974; Überarbeitet von Verein S.E.P.P. Juni 2000)	

sen ableiten. So liegt es in der Entscheidung der Pflegeperson, inwieweit sie diese gemeinsam mit dem Patienten oder auch mit seinen Angehörigen herausarbeitet. Vor dem Hintergrund der sinkenden Verweildauer in den Krankenhäusern werden Angehörige mit ihren Unterstützungsmöglichkeiten immer wichtiger, wenn es darum geht, den Patienten auf eine möglichst konfliktfreie Entlassung vorzubereiten.

4.3 Richtlinien zur Formulierung von Pflegediagnosen

Die Struktur der unterschiedlichen Pflegediagnosen ist vorgegeben und die Logik leicht verständlich. Die Pflegenden beherrschen die Darstellung bereits nach wenigen Übungen, wobei als besonders hilfreich immer wieder die standardisierte Terminologie betont wird.

4.3.1 Aktuelle Pflegediagnosen

Diagnosetitel, Einflussfaktoren, Symptome

Allgemeine Pflegediagnosen sind in ihrer Struktur dreiteilig. Sie enthalten den Diagnosetitel, einen oder mehrere Einflussfaktoren und die zutreffenden Symptome (■ Tab. 4.2–4.6).

4.3 · Richtlinien zur Formulierung von Pflegediagnosen

■ Tab. 4.2. Struktur der aktuellen Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Aktivitätsintoleranz
Ätiologie	Ursache	b/d bewegungsarme Lebensweise (Adipositas)
Symptom	Kennzeichen	a/d Äußerung über Müdigkeit und Schwäche

■ Tab. 4.3. Struktur der aktuellen Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Beeinträchtigte Mundschleimhaut
Ätiologie	Ursache	b/d Erkrankung der Mundhöhle (Tumor) Verminderte Speichelproduktion durch Bestrahlung
Symptom	Kennzeichen	a/d Mundtrockenheit Schmerzen in der Mundhöhle

■ Tab. 4.4. Struktur der aktuellen Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Erschwerte Beatmungsentwöhnung
Ätiologie	Ursache	b/d verminderte Motivation ungenügendes Vertrauen in die Pflegeperson
Symptom	Kennzeichen	a/d Zyanose, Hypertonie, Tachykardie Verschlechterung der arteriellen Blutgase

■ Tab. 4.5. Struktur der aktuellen Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Erschwerte Beatmungsentwöhnung
Ätiologie	Ursache	b/d unwirksame Selbstreinigung der unteren Atemwege
Symptom	Kennzeichen	a/d abnorme Atemgeräusche, hörbare Bronchialsekrete, Verschlechterung der arteriellen Blutgase

■ Tab. 4.6. Struktur der aktuellen Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Erschwerte Beatmungsentwöhnung
Ätiologie	Ursache	b/d Angst (mäßig)
Symptom	Kennzeichen	a/d gesteigerte Wachsamkeit gegenüber Aktivitäten

■ Tab. 4.7. Struktur der Hoch-Risikodiagnosen

Problem	Diagnosetitel	Gefahr der Hautschädigung
Ätiologie	Ursache	b/d Bestrahlung

■ Tab. 4.8. Struktur der Hoch-Risikodiagnosen

Problem	Diagnosetitel	Infektionsgefahr
Ätiologie	Ursache	b/d Immunsuppression

■ Tab. 4.9. Struktur der Hoch-Risikodiagnosen

Problem	Diagnosetitel	Aspirationsgefahr
Ätiologie	Ursache	b/d verdrahteter Kiefer

■ Tab. 4.10. Struktur der Verdachtspflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Verdacht auf Körperbildstörung
Ätiologie	Ursache	b/d fehlendes Körperteil i/V/m einer Mastektomie

■ Tab. 4.11. Struktur der Verdachtspflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Verdacht auf situationsbedingt geringes Selbstwertgefühl
Ätiologie	Ursache	i/V/m nicht selbstsicheres, unentschlossenes Verhalten

4.3.2 Hoch-Risikodiagnosen

Potenzielle Diagnosen

Hoch-Risikodiagnosen sind in ihrer Struktur zweiteilig. Sie enthalten den Diagnosetitel, einen oder mehrere Einfluss- oder Risikofaktoren. Es sind potentielle Diagnosen, die nicht durch Kennzeichen oder Symptome belegt werden, da das Problem noch nicht aufgetreten ist (■ Tab. 4.7–4.9).

4.3.3 Verdachtspflegediagnosen

Vermutetes Problem

Diese Diagnosen beschreiben ein vermutetes Problem, für das zum betreffenden Zeitpunkt noch keine ausreichenden Daten vorliegen (Collier

■ **Tab. 4.12.** Struktur der Syndrom-Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Gefahr eines Immobilitätssyndroms (Lähmungen)
---------	---------------	---

et al. 1998). Im Laufe des Behandlungsprozesses wird die Diagnose entweder durch weitere Daten gesichert und in eine aktuelle Pflegediagnose umgewandelt, oder sie entfällt, weil sich der Verdacht nicht bestätigt hat (■ Tab. 4.10–4.11).

4.3.4 Syndrom-Pflegediagnosen

Eine Syndrom-Pflegediagnose ist einteilig. Der Titel einer Syndrom-Pflegediagnose beinhaltet mehrere Pflegediagnosen, und enthält gleichzeitig einen Hinweis auf die Ursache. Diese Art von Pflegediagnose – drei gibt es zurzeit – stellt eine sehr effiziente Möglichkeit der Dokumentation dar, da nicht alle einzelnen Diagnosen aufgeführt werden müssen. Der Umgang mit diesen Diagnosen erfordert einige Erfahrungen, so dass bei Anfängern eine gewisse Zurückhaltung zu beobachten ist (■ Tab. 4.12).

4.3.5 Gesundheitspflegediagnosen/ Wellness-Pflegediagnosen

Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen immer mehr an Bedeutung. Die Menschen werden älter, und sie möchten dieses Älterwerden auch in einer guten Lebensqualität verbringen. Das Interesse an potenziellen Maßnahmen nimmt zu. Pflegende schließen diese Dimension der Gesundheit in die pflegerische Zielsetzung ein. Sie zeigen den Patienten Möglichkeiten zur eigenständigen Verbesserung und zur persönlichen Verantwortung auf. Im Pflegealltag und insbesondere im Krankenhaus wird allerdings auch deutlich, dass die Zeit für ein derartiges Engagement nur sehr begrenzt zur Verfügung steht. Pflegediagnosen, die auf eine verbesserte körperliche Fitness oder auf eine bewusste Ernährung orientieren, sind in den Behandlungsplänen gar nicht oder nur sehr selten zu finden. Sie stehen auch nicht auf der Prioritätenliste, wenn abgewogen werden muss, was der Patient bei dem immer kleiner werdenden Budget am dringendsten benötigt. Gesundheitspflegediagnosen sind einteilig aufgebaut und werden um die Beschreibung der jeweiligen Voraussetzungen ergänzt (■ Tab. 4.13).

! Die verschiedenen Arten der Pflegediagnosen werden nach einer festgelegten Struktur formuliert. Sie können ein-, zwei- oder dreiteilig sein. Nach einer ausführlichen Pflegeanamnese entscheidet die Pflegeperson, ob der Patient Unterstützung benötigt oder ob er allein zu Recht kommt.

**Mehrere Pflege-
diagnosen unter
einem Titel**

**Gesundheitsförderung
und Prävention**

**Eigenständige Verbes-
serung und persönliche
Verantwortung des
Patienten**

■ **Tab. 4.13.** Struktur der Gesundheitspflegediagnosen/
Wellness-Pflegediagnosen

Problem	Diagnosetitel	Bereitschaft für ein verbessertes Therapiemanagement
	Voraus- setzung	Patient äußert das Verlangen, die Behandlung der Krankheit und die Prävention von Folge- erscheinungen zu bewältigen

4.3.6 Potenzielle Komplikationen

Potenzielle Komplikationen sind in der Regel interdisziplinäre Probleme, an deren Lösung z.B. Ärzte, Pflegende und Physiotherapeuten beteiligt sein können. Es handelt sich hierbei um mögliche Komplikationen, die durch unzureichende Prävention entstehen können. Daraus resultieren oftmals solche Maßnahmen, die ärztlich angeordnet werden müssen. Dabei kann es sich um die vorsorgliche Erhebung von Vitalparametern handeln, oder aber auch um den Einsatz eines Medikamentes, z. B. zur Pneumonieprophylaxe. Auch der Einsatz von Physiotherapeuten oder Diätassistenten kann erforderlich werden.

Die Dokumentation potenzieller Komplikationen ist wichtig für Qualitätssicherung, Risikomanagement und Leistungsdarstellung.

Sowohl für die Qualitätssicherung und das Risikomanagement als auch für die Leistungsdarstellung ist die Dokumentation der potenziellen Komplikationen relevant. So tritt der Versicherer einer Gesundheitseinrichtung nur dann für einen entstandenen Schaden ein, wenn nachweislich die potenziellen Komplikationen erkannt und die daraus resultierenden Maßnahmen auch durchgeführt wurden. Die Anzahl der erhobenen Vitalparameter ist für die Erhebung der Qualitätsstufe im Rahmen der PPR (Pflegepersonalregelung) relevant, die in vielen Einrichtungen noch als internes Steuerungsinstrument genutzt wird.

PK – Potenzielle Komplikationen

Potenzielle Komplikationen stellen eine wichtige Ergänzung zu den Pflegediagnosen dar und werden in der Dokumentation mit der Bezeichnung »PK« gekennzeichnet. Die Bezeichnung »PK« verdeutlicht, dass es sich hierbei nicht um eine Pflegediagnose, sondern um eine potenzielle Komplikation handelt, die auch ein interdisziplinäres Problem darstellen kann. Diese von Collier et al. (1998) beschriebene Vorgehensweise hat sich in der Praxis bewährt.

- ❗ **Interdisziplinäre Probleme sind übergeordnete Probleme.**
Sie erfordern sowohl pflegerische als auch medizinische oder physiotherapeutische Interventionen.
- ❗ **Interdisziplinäre Probleme beschreiben physiologische Komplikationen, die von den Pflegenden erkannt und minimiert,**

überwacht und kontrolliert und seitens der Medizin, der Pflege und der Physiotherapie behandelt werden.

- ! **Ein interdisziplinäres (übergeordnetes) Problem wird mit der Bezeichnung »PK« (potentielle Komplikation) gekennzeichnet.**

Potenzielle Komplikationen sind in der NANDA-Taxonomie nicht als solche beschrieben. Sie können hausintern in interdisziplinären Arbeitsgruppen entwickelt werden, die dann ebenfalls in einen klinischen internen Katalog aufgenommen werden können.

Beispiel

Beispiele für potenzielle Komplikationen:

PK Dekubitus
 PK Kreislaufinstabilität
 PK Stoffwechselinstabilität
 PK Pneumonie
 PK Kontraktur

Es hat sich als hilfreich erwiesen, auch potenzielle Komplikationen nach der Pflegeprozessmethode zu entwickeln. Grundlage für die Behandlungsziele und für Interventionen bilden – soweit vorhanden – anerkannte Leitlinien und nationale Standards aus der Pflegewissenschaft und aus der Medizin. In den ■ Tabellen 4.14 bis 4.18 sind einige häufig vorkommende PKs genannt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Beispiele sollen dem Leser lediglich als Anregung für eigene Entwicklungen dienen.

Eine einteilige Dokumentationsstruktur hat sich in der Praxis als ausreichend bewährt. Potenzielle Komplikationen lassen sich auch aus vorangestellten Pflegediagnose erklären. Aus der Pflegediagnose lassen sich auch die Ursachen für die potenziellen Komplikationen ableiten. Zusätzliche Erklärungen führen zu Dopplungen und erhöhen den Umfang der Dokumentation.

Beispiel

PD Beeinträchtigte körperliche Mobilität

b/d neuromuskuläre Beeinträchtigung (M. Parkinson)
 a/d Schwierigkeiten, sich zu drehen, begrenzte Bewegungsfähigkeit
 Jones: Grad 3 Geringfügig selbstständig
 PK Dekubitus (► s. u.) PK Pneumonie
 PK Thrombose
 PK Kontraktur

Die Bezeichnung »PK Dekubitus« beruht auf einer Abstimmung innerhalb der Charité. Nach der NANDA-Taxonomie kann ein Dekubitusrisiko mit der Pflegediagnose »Hautdefekt, hohes Risiko« be-

■ Tab. 4.14. Potenzielle Komplikation Dekubitus

Definition: Zustand, bei dem die Haut (mit darunter liegenden Gewebeschichten) eines Patienten der Gefahr einer äußeren Druckeinwirkung mit Kompression von Gefäßen und lokaler Ischämie ausgesetzt ist.

Ziele	Maßnahmen
■ Integrität der Haut bleibt erhalten ■ Der Patient ist in der Lage, die Situation, Risikofaktoren sowie die Pflege und Sicherheitsmaßnahmen zu verstehen ■ Der Patient bewahrt die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates und die intakte Haut ■ Der Patient erfährt keine Hautschädigung ■ Der Patient und die Bezugspersonen äußern Einsicht in Prävention und Behandlung ■ Der Patient und die Bezugspersonen zeigen Verhaltensweisen/Methoden, um einer Schädigung der Haut vorzubeugen	■ Risikoerhebung nach der Waterlowskala ■ Den Patienten regelmäßig und fachgerecht lagern, wie es die individuelle Situation erfordert ■ Eigenbewegung fördern (Bewegungsplan) ■ 2stündlicher Bewegungswechsel: reibungsloses Bewegen, um Scherkräfte zu vermeiden ■ Patienten nur mit dem Laken hochziehen, bei Schräglagerung Füße abstützen ■ Unterstützung betroffener Körperteile mit Lagerungshilfsmitteln, z. B. beim Freilagern der Fersen ■ Beim Sitzen im Stuhl mit Armlehnen auf Bodenkontakt der Füße achten, Sitzkissen verwenden ■ Ggf. Einsatz von Lagerungs- und Therapiesystemen (Weichlagerung/Wechseldruck) ■ Für die tägliche Hautinspektion und individuelle Hautpflege sorgen, z. B. mit Wasser in Öl- Präparaten, Hautlotion ■ Zur Förderung der Durchblutung z. B. Bürstenmassagen ■ Einmassieren von PC 30 V ■ Unterstützung bzw. Durchführung einer sorgfältigen Hautpflege: ■ Waschen mit klarem Wasser, sorgfältiges Abtrocknen ■ Vermeidung von Haut auf Haut (Leinenlappchen oder Kompressen) ■ Verwendung von z. B. Zinköl oder Candio-Hermal Softpaste ■ lt. ärztl. Anordnung ■ Beratung über eine angemessene Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ■ Einbeziehung von Patient und Angehörigen ■ Bei Patienten nach Eingriffen z. B. Hüft- oder Wirbelsäulen OP, obliegt die anschließende Weichlagerung auf einem Lagerungssystem der ärztlichen Anordnung ■ Enge Kooperation mit Ärzten und Physiotherapie ■ Bei entstandenem Dekubitus Meldeformular zur Datenerhebung ausfüllen!

geschrieben werden. Dieser Sprachgebrauch ist für Ärzte und Pflegende sowohl in der internen als auch in der externen Kommunikation unüblich. Um Irritationen zu vermeiden, wurde für ein Dekubitusrisiko und für einen bestehenden Dekubitus der übliche Sprachgebrauch beibehalten.

■ **Tab. 4.15.** Potenzielle Komplikation Kreislaufinstabilität

Definition: Gefahr von erhöhten bzw. erniedrigten und/oder sehr wechselhaften Vitalzeichen aufgrund krankheitsbedingter und/oder situationsbedingter Faktoren, welche eine rechtzeitige medizinische und pflegerische Intervention zur Vermeidung von Komplikationen nötig machen.

Ziele	Maßnahmen
─ Der Patient erleidet keine Körperschädigung ─ Der Patient weist eine angemessene Durchblutung auf (z. B. warme/trockene Haut), gut fühlbare periphere Pulse ─ Vitalzeichen sind im individuellen Normbereich ─ Der Patienten ist wach und orientiert ─ Der Patient kennt Risikofaktoren	─ Ermitteln des Ausmaßes/der Ursache des individuellen Risikos (z. B. perioperative Risikofaktoren) ─ Gewebedurchblutung und Hautzustand beobachten ─ Den Patienten auf kardiale Veränderungen hin überwachen ─ Vitalzeichenkontrolle nach ärztl. Anordnung ─ Veränderungen bei der Atmung beachten ─ Bewusstseinslage beobachten ─ Auf Zeichen und Symptome von Komplikationen achten ─ Den Patienten zur Selbstbeobachtung und Rückmeldung ermutigen

■ **Tab. 4.16.** Potenzielle Komplikation Stoffwechselinstabilität

Definition: Gefahr eines erhöhten oder erniedrigten oder wechselhaften Blutzuckerstoffwechsels aufgrund krankheitsbedingter und/oder situationsbedingter Faktoren, welche den Stoffwechsel beeinflussen und medizinischer und pflegerischer Intervention bedürfen, um Komplikationen entgegen zu wirken.

Ziele	Maßnahmen
─ Die Blutzuckerwerte liegen im normalen Bereich des Patienten ─ Der Patient kennt die Risiken und erleidet keine Komplikationen ─ Der Patient kennt und versteht die ursächlichen Faktoren und den Zweck der therapeutischen Maßnahmen ─ Der Patient zeigt Verhaltensweisen, die Lebensweise zu ändern, um die Risikofaktoren zu vermindern und sich vor Komplikationen zu schützen ─ Der Patient kennt Zeichen und Symptome, die eine medizinische Therapie erforderlich machen	─ Ermitteln des Ausmaßes/der Ursache des individuellen Risikos (Alter, Kompetenz, Entwicklungsstand) ─ Erkennen von Bewusstseinslage und Persönlichkeitsveränderungen ─ Diät nach ärztl. Anordnung ─ Erfassen von Diätverhalten ─ BZ-Kontrollen nach ärztl. Anordnung ─ Medikamentöse Therapie nach ärztl. Anordnung ─ Auf Medikamentensubstitution und Nebenwirkungen achten ─ Anleitung des Patienten und/oder der Bezugsperson im Umgang mit Insulingaben und BZ-Kontrollen ─ Diätberatung nach ärztl. Anordnung ─ Mit dem Patienten und/oder der Bezugsperson besprechen, mit welchen Maßnahmen er einer Hypo- bzw. Hyperglykämie begegnen kann ─ Den Patienten über Zeichen und Symptome informieren, die eine weitere Beurteilung und Nachkontrolle erfordern

■ Tab. 4.17. Potenzielle Komplikation Pneumonie

Definition: Zustand, bei dem ein Patient einem erhöhten Risiko ausgesetzt ist, im Bereich der Atemwege und Atmungsorgane von Krankheitserregern befallen zu werden.

Ziele	Maßnahmen
■ Der Patient zeigt eine verbesserte Ventilation ■ Der Patient hat freie Atemwege, verminderte Sekretansammlung ■ Der Patient atmet normal und wirksam ■ Der Patient ist bereit, die Pflege aktiv zu unterstützen ■ Der Patient ist frei von nosokomialen Infektionen während des Behandlungszeitraumes ■ Der Patient aspiriert nicht	■ Beratungsgespräch Angehörige ■ Beratungsgespräch Patient ■ Für optimale Ausdehnung des Brustkorbes und Abfließen des Sekretes durch häufigen Lagewechsel sorgen ■ In Rückenlage: V-,A-,T-Lagerung, 30° OK-Hochlagerung) ■ Den Patienten zum tiefen Durchatmen und Abhusten auffordern ■ Med. Therapie nach ärztlicher Anordnung (Inhalation, u. a.) ■ Die Atemwege frei halten, falls angezeigt Sekret absaugen, prä- und postoperative Atemübungen, atemstimulierende Einreibung, Vibrax, Abklopfen/ Einreiben (Menthopin, Transpulmin, nach ärztlicher AO) kaltes Wasser, Kampferfluid ■ Beachte: Kampferfluid (Haut austrocknung, Alkoholgehalt) ■ Für ausreichend Flüssigkeit sorgen ■ Auf Zeichen der Überwässerung achten ■ Motivation des Patienten, Angst nehmen, den Patienten informieren ■ Nach ärztlicher Anordnung für Schmerzlinderung sorgen ■ Wenn notwendig, Gegendruck auf den Brustkorb ausüben, um Abhusten zu erleichtern ■ Ermitteln der vorhandenen Ressourcen des Patienten ■ Mobilisierung des Patienten nach individuellen Möglichkeiten ■ Den Patienten im Gebrauch von Haltegriffen und anderen Hilfsmitteln anleiten ■ Auf Zeichen einer Infektion achten ■ Mund- und Nasenpflege nach Richtlinie/Standard ■ Weitere zu beachtende Richtlinien/Standards (endotracheales Absaugen, Verbandwechsel, Broncheal-/Trachealtoilette, Tracheostomapflege) ■ Bei Verabreichung von Sondenkost Sondenlage und Reflux prüfen

■ **Tab. 4.18.** Potenzielle Komplikation Kontraktur

Definition: Zustand, bei dem ein Patient der erhöhten Gefahr des Verlustes der Funktionstüchtigkeit des Bewegungsapparates (Kontrakturen) ausgesetzt ist

Ziele	Maßnahmen
- Der Patient bewahrt die Funktionstüchtigkeit des Bewegungsapparates - Der Patient ist bereit, die Pflegetherapie aktiv zu unterstützen - Der Patient ist in der Lage, die Situation, Risikofaktoren sowie die Pflegetherapie und Sicherheitsmaßnahmen zu verstehen - Der Patient erlernt und übt Techniken und Verhaltensweisen, die eine Wiederaufnahme von Aktivitäten ermöglichen - Der Patient führt Bewegungsübungen durch - Der Patient bewahrt oder verbessert die Kraft oder Funktionsfähigkeit des betroffenen und/oder ausgleichenden Körperteils	- Vorhandene und erschließbare Ressourcen des Patienten ermitteln - Information des Patienten bezüglich der Durchführung der physikalischen Übungen und Lagerungen - Bewegungsübungen in den Pflegeablauf integrieren, wobei die Eigenaktivität des Patienten zu fördern ist - Nicht gewaltsam gegen Widerstände in Gelenken oder Muskulatur vorgehen - Medikamentöse und physikalische Schmerzlinderung nach ärztlicher Anordnung - Regelmäßige schmerzfreie, möglichst der Schonhaltung entgegengesetzte 2stündliche Lagerung - Motivation zur Eigenmobilisation - Aktive und passive Bewegungsübungen - Von KG und Pflegepersonal angeleitete Mobilisation durchführen - Passive Bewegungsübungen aller Gelenke im Rahmen der Durchführung der ATL's - Dem Krankheitsbild entsprechende Lagerung: (Spitzfußprophylaxe mit Fußbett/Kasten) Beachte: Bei Patienten mit erhöhtem Muskeltonus zur Spitzfußprophylaxe keine Knöchelturnschuhe, Fußbretter/Kästen benutzen und Handinnenflächen nicht auspolstern 2stündliche Lagerungswechsel (z. B. nach Bobath) - Transfer des Patienten in Stuhl/Stehbrett - Ruhigstellung des betroffenen Gelenkes in physiologischer Mittelstellung - Isometrische Spannungsübungen durch KG - Durchführung aktiver und passiver Bewegungsübungen der nicht betroffenen Gelenke

4.4 Aufbau eines klinikinternen Kataloges

Ein Diagnosenkatalog unterstützt den diagnostischen Prozess. Die Gestaltung dieses Kataloges hat großen Einfluss auf die Akzeptanz der Pflegediagnosen überhaupt. Er muss für die Mitarbeiter mit ihren unterschiedlichen Kompetenzstufen so aufbereitet sein, dass Anfänger ausreichend Sicherheit erhalten und Experten sich nicht eingeengt fühlen. Darüber hinaus sollten in einem hausinternen oder in einem klinikinternen Katalog nur die Diagnosen aufgenommen werden, die auch tatsächlich für die entsprechenden Fachbereiche in Frage kommen. Zurzeit gibt es 172 NANDA-Pflegediagnosen, die international und für alle Kulturkreise anwendbar sind. Ihre Relevanz wird vom Pflegeverständnis der jeweiligen Einrichtungen und

**Diagnosenkatalog
als Instrument im
diagnostischen Prozess**

von den Ansprüchen des Patienten und seiner Angehörigen bestimmt. Deshalb sollte jede Gesundheitseinrichtung eine bestimmte Auswahl von den Pflegediagnosen treffen, die erfahrungsgemäß angewandt werden. Dies garantiert einen engen Praxisbezug und einen übersichtlichen Katalog. Darüber hinaus muss den Mitarbeitern durch Bereitstellung entsprechender Literatur der Zugang zu allen Pflegediagnosen ermöglicht werden.

! Die so oft kommunizierte Annahme, dass Pflegediagnostik nur praktiziert werden kann, wenn eine geeignete Hard- und Software zur Verfügung steht, hat sich nicht bestätigt. Eine EDV-Lösung ist wünschenswert und erleichtert auch die Dokumentation. Eine Grundvoraussetzung stellt sie allerdings genauso wenig dar wie für die medizinische Diagnostik. Um einen möglichst konfliktfreien Übergang von einem schriftlichen zu einem EDV-gestützten Katalog zu gewährleisten, sollten beide Katalogarten in ihrem Aufbau identisch sein.

! Eine EDV-gestützte Patientendokumentation, die sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Dokumentation beinhaltet, stellt für die Integration von Pflegediagnosen insofern eine Erleichterung dar, da sie den handschriftlichen Aufwand reduziert, wissenschaftliche Auswertungen ermöglicht und für alle Berufsgruppen zugänglich ist. Neben allen technischen Voraussetzungen, die für den Einsatz einer EDV-gestützten Patientendokumentation relevant sind, müssen bei der Integration von Pflegediagnosen sowohl die Prozessschritte, als auch die Strukturen einer Pflegediagnose abbildbar und »auf einem Blick« erkennbar sein. Die im jeweiligen Praxisbereich vorkommenden Pflegediagnosen werden in einem Katalog zusammengefasst.

4.4.1 Die Verbindung von Pflegetheorie und Katalogsystematik

Ordnungsschema auf der Grundlage von Pflegemodellen oder Pflegetheorien

Der Zugang zu den Pflegediagnosen kann durch ein Ordnungsschema erleichtert werden. Dafür bieten sich diverse Pflegemodelle oder Pflegetheorien an. Wenn vor Einführung der Pflegediagnosen bereits nach einem Pflegemodell gearbeitet wurde, ist es sinnvoll, dieses auch für die Katalogsystematik zu nutzen. Bekannt geworden sind die Ordnungsschemata nach Roper, Logan und Tierney, nach Gordon oder nach Orem. Dabei ist zu beachten, dass ein gewähltes Pflegemodell lediglich der Katalogsystematik dient. Das pflegerische Handeln muss sich nicht zwingend an diesem Modell ausrichten (► Kap. 1.2.2). Pflegediagnosen, die keiner Lebensaktivität zugeordnet werden können, finden ihren Platz in der Rubrik »Sonstiges«. Die potenziellen Probleme werden ebenfalls in die Katalogsystematik aufgenommen. Das Ordnungsschema sieht dann wie folgt aus:

- Atmen
- Essen und Trinken

4.4 · Aufbau eines klinikinternen Kataloges

- Ausscheiden
- Für Sicherheit sorgen
- Regulierung der Körpertemperatur
- Sich bewegen
- Sich pflegen und kleiden
- Ruhen und schlafen
- Kommunizieren
- Sich beschäftigen
- Geschlechtliches Erleben und Verhalten
- Sinn finden
- Sonstiges
- Potentielle Komplikationen

- ! **Der Katalogsystematik liegt ein Pflegemodell zugrunde.**
- ! **Die Auswahl des Pflegemodells orientiert sich am Bekanntheitsgrad zum Projektbeginn.**
- ! **Das Pflegemodell dient lediglich zur Katalogsystematik. Pflegerisches Handeln ist nicht zwingend an diesem Modell ausgerichtet.**

Jede Pflegediagnose wird mit den potenziellen Ursachen und Symptomen, aber auch mit den in Frage kommenden Zielen und Interventionen für einen hausinternen Katalog aufbereitet. Als Arbeitsgrundlage bietet sich das von Stefan et al. (2003) herausgegebene Buch *Praxis der Pflegediagnosen* an. Zielsetzung und Maßnahmen werden auf die klinikinternen Gepflogenheiten abgestimmt.

**Pflegediagnosen +
Ursachen/Symptome +
Ziele/Interventionen**

- ! **Jede Pflegediagnose wird mit ihren potenziellen Ursachen und Symptomen in einem Katalog hinterlegt. Pflegeziele und Pflegemaßnahmen orientieren sich an den Gepflogenheiten der jeweiligen Einrichtung.**

Pflegediagnosen, die sich nicht eindeutig zuordnen lassen, können unter einer Rubrik »Sonstiges« zusammengefasst werden. Dies trifft z. B. für die Pflegediagnose »Selbstfürsorgedefizit« zu, die folgende Fähigkeiten beschreibt:

Beispiel

Sonstiges

- Selbstversorgungsdefizit
- Essen
- Körperpflege
- Sich kleiden/äußere Erscheinung
- Toilettenbenutzung

Die Ursachen und Symptome der einzelnen Pflegediagnosen werden, wie im nachfolgenden Beispiel dargestellt, individuell ausgewählt und do-

kumentiert. Das Beispiel enthält nur einige der möglichen Ursachen und Symptome.

Beispiel

Ordnungsschema

Pflegediagnose Selbstversorgungsdefizit: Körperpflege

Potenzielle Faktoren

- Schwäche oder Müdigkeit
- Verminderte oder fehlende Motivation
- Schmerz
- Muskuloskeletale Beeinträchtigung
- Ausgeprägte Angst

Potenzielle Symptome

- Unfähigkeit, den Körper oder Körperteile zu waschen
- Unfähigkeit, den Körper abzutrocknen
- Unfähigkeit, an Wasch-, Dusch- und Badeutensilien zu gelangen

Unselbstständigkeit lt. Klassifikation nach Jones (■ Tab. 4.1)

Die Festlegung der Zielsetzung und der Maßnahmen erfolgt nach dem gleichen Prinzip. Sie müssen im Rahmen des diagnostischen Prozesses kritisch und kreativ von der diagnostizierenden Person individuell bestimmt werden.

Die Darstellung von Pflegediagnosen, Zielsetzungen und Maßnahmen auf einem Formular hat sich in der Praxis bewährt.

In diesem Kontext müssen auch die Anforderungen an ein EDV-System verstanden werden. Es dient lediglich als Hilfesystem zur Reduzierung des Dokumentationsaufwandes und zur effizienten Verarbeitung und Darstellung von Daten und Informationen. Und mehr soll es auch nicht sein, denn die Pflegediagnostik an sich ist eine anspruchsvolle kritische und kreative geistige Tätigkeit, die von den Pflegenden durch Interaktion mit dem Patienten und seinen Angehörigen selbst geleistet werden muss. Erfahrungen haben gezeigt, dass die meisten Pflegenden – und insbesondere auch Auszubildende – diese Herausforderung gerne annehmen.

Reduzierung des Dokumentationsaufwandes

Literatur

- Antoine de Saint-Exupéry (1988) Carnets. Rowohlt, Reinbek
- Collier/McCash/Bartram (1998) Arbeitsbuch Pflegediagnosen. Ullstein Medical, Wiesbaden
- Foucault M (1996) Die Geburt der Klinik
- Stefan, Allmer et. al. (2000) Praxis der Pflegediagnosen. Springer Verlag, Wien, New York

Pflegediagnosen und diagnostischer Prozess

5.1

Kritisches und kreatives Denken im diagnostischen Prozess – 105

5.2 Der diagnostische Prozess als gemeinschaftliche Aktivität von Patient, Angehörigen und Pflegepersonal – 106

5.2.1 Die Pflegeanamnese als wichtiges Element der Informationssammlung – 106

5.2.2 Analysieren, interpretieren und verdichten von Informationen
im diagnostischen Prozess – 108

5.2.3 Evaluationsmöglichkeiten im Rahmen von Pflegevisiten – 109

Literatur – 109

Kurzüberblick

Es gibt nicht nur bestimmte physiologische Bedürfnisse, die gebieterisch nach Befriedigung verlangen, sondern es gibt auch psychologische Eigenschaften, die dem Menschen mitgegeben sind und befriedigt werden müssen und die, wenn dies nicht geschieht, bestimmte Reaktionen hervorrufen. Um welche Eigenschaften handelt es sich dabei? Die wichtigste scheint mir die Tendenz zu sein, zu wachsen, sich zu entwickeln und die Möglichkeiten zu realisieren, die der Mensch im Laufe seiner Geschichte entwickelt hat – wie zum Beispiel die Fähigkeit zum schöpferischen und kritischen Denken und zum Erleben differenzierter emotionaler und sinnlicher Erfahrungen (Erich Fromm 1998).

Wissensinhalte

Die Inhalte dieses Kapitels verdeutlichen

- ▶ das kritische und kreative Denken im diagnostischen Prozess,
- ▶ die gemeinschaftliche Aktivität von Pflegeperson und Patient sowie Angehörigen und
- ▶ dass kreatives Denken dann gefragt ist, wenn man mit Wissen, Fähigkeiten und Vernunft nicht weiter kommt.

Kritisches Denken ist ein

-  *aktiver, zielgerichteter und strukturierter kognitiver Prozess, der dazu dient, das eigene Denken und das der anderen sorgfältig zu untersuchen und so zur Klärung und Verbesserung der Verständigung beizutragen. (Chaffee (1994) S.51 in Miller/Babcock (2000) S.32)*

Kritisch versus kreativ

Das Wort *kritisch* ist häufig negativ, das Wort *kreativ* dagegen positiv besetzt. Wird menschliches Verhalten mit dem Wortlaut »der ist sehr kritisch« beschrieben, will man meist damit ausdrücken, dass jemand die Dinge hinterfragt, Gesagtes oder bereits Konsentiertes wieder in Frage stellt, weil eine neue Erkenntnis hinzugekommen ist, oder weil er das Geschehen aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet hat. Kreative Mitarbeiter haben sehr schnell situationsorientierte Lösungsvorschläge zur Hand, weichen dabei aber meist von alten Bräuchen oder den üblichen Geflogenheiten ab. Nicht selten – vor allem dann, wenn sie sehr erfahren sind – vernachlässigen sie auch ganz bewusst Standards. Für den diagnostischen Prozess können solche Eigenschaften sehr hilfreich sein, insbesondere dann, wenn sie gezielt gefördert und nicht als unbequem und störend oder gar als disziplinlos empfunden werden. Die Fähigkeit zum kritischen und kreativen Denken beschleunigt die Kompetenzentwicklung im diagnostischen Prozess und sollte deshalb in der Ausbildung stärker thematisiert und im praktischen Alltag geübt und zugelassen werden.

Kritisches und kreatives Denken ist für den diagnostischen Prozess von besonderer Bedeutung.

5.1 Kritisches und kreatives Denken im diagnostischen Prozess

Erkenntnisse, wenn sie denn als eine Art Kompass für den Betreuungserfolg gelten sollen, beruhen immer auf der Betrachtung des Menschen im Verhältnis zu seiner Erkrankung, aber auch im Verhältnis zu seinem persönlichen Umfeld. Dieser Denkansatz muss gerade in Zeiten zunehmender Ökonomisierung und menschlicher Isolation auch für das pflegerische Handeln stärker eingefordert und transparent gemacht werden. Medizinische Diagnosen orientieren auf exakte Benennung der Krankheit. Ergänzend dazu lassen Pflegediagnosen eine Beschreibung der individuellen Reaktionen von Personen zu, die mit ihrer Krankheit auf ihre ganz persönliche Art und Weise umgehen. Pflegediagnosen sind in diesem Prozess auch als Wegweiser zu verstehen. Sie werden auf der Basis des kritischen Denkens formuliert und beruhen auf folgenden miteinander in Beziehung stehenden Techniken und Einstellungen:

- Aktives und eigenständiges Denken
- Sorgfältige Situationsanalyse
- Einnehmen verschiedener Sichtweisen
- Geordnet geführte Diskussion (Miller/Babcock 2000)

Jede Begegnung mit dem Patienten und seinen Angehörigen ist ein Interaktionsprozess. Beide Seiten verfolgen das Ziel, Informationen zu sammeln, im Diskurs zu bewerten, Hypothesen aufzustellen und zu priorisieren. Dabei kann die Bedeutung der Informationen für Patient und Pflegepersonal aufgrund unterschiedlicher Sichtweisen differieren.

! Kritisches Denken strebt nach Informationen, um eine Hypothese zu bestätigen oder zu verwerfen, und fördert das Diagnostizieren.

Kreatives Denken ist eine Kombination von Wissen und Vorstellungsvermögen. Kreativ denkende Menschen sind einfallreich, allerdings stoßen sie mit ihren Ideen gerade in einem stark hierarchisch strukturierten und regelgeleiteten Unternehmen sehr oft an Grenzen. So sind Pflegende zum Beispiel in ihrer Kreativität gefragt, wenn die üblichen oder auch standardisierte Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg bringen oder wenn sie von vornherein als ungeeignet erscheinen. Hier braucht es die Ermutigung seitens des Führungspersonals, damit Pflegende auch ihre kreativen Fähigkeiten in der Patientenbetreuung zur Geltung bringen können. Nicht selten motiviert dies den Patienten und seine Angehörigen, ihre eigenen Initiativen zu verstärken.

! Kreatives Denken ist gefragt, wenn man mit Wissen, Fähigkeiten und Vernunft nicht weiter kommt.

Ganzheitliche Betrachtung des Menschen

Pflegediagnosen als Wegweiser

Interaktionsprozess mit dem Patienten

Kreativität ist gefragt, wenn Routine- und Standardmaßnahmen nicht erfolgreich oder ungeeignet sind.

5.2 Der diagnostische Prozess als gemeinschaftliche Aktivität von Patient, Angehörigen und Pflegepersonal

Das diagnostische Prozessmodell strukturiert das pflegerische Vorgehen und eröffnet damit unabhängig von einer bestimmten Pflege Theorie den Zugang zu den Bedürfnissen des Patienten (■ Abb. 5.1). Während alt-vertraute Denkmuster die Basis für Routineverrichtungen und gewohnheitsmäßige Aktivitäten sind, fordert der Drang nach Entdeckung zur geistigen Aktivität und zu einer veränderten Handlung heraus. Es wird gezielt Einfluss ausgeübt. Der Behandlungsprozess wird von den Pflegenden ganz bewusst gestaltet, und wenn Patient und Angehörige dazu in der Lage sind, auch gemeinsam mit ihnen. Die Patienten haben einen Anspruch darauf, und die Pflegediagnostik fordert es geradezu heraus, dass die Aussage »der Patient ist ein gleichberechtigter Partner« keine leere Worthölse bleibt. Inwieweit der Begriff »Patient« von den Betroffenen selbst als störend empfunden wird, ist ungewiss. Die Begegnung mit ihm sollte tatsächlich der mit einem gleichberechtigten Partner gleichkommen.

Wie bereichernd eine solche Einstellung für Ärzte und Pflegenden sein kann, wird in dem nachfolgenden Zitat ausgedrückt:

➤➤ *Dr. Wolff wants people, not patients. (Charlotte Wolff 2003)*

Charlotte Wolff hasste den Ausdruck »Patient«, sie sah in ihren Patienten und Patientinnen gleichberechtigte Partner und Partnerinnen, denen sie half, zu sich selbst zu finden und die ihr eine Fülle von Einsichten in das Wesen von Menschen vermittelten.

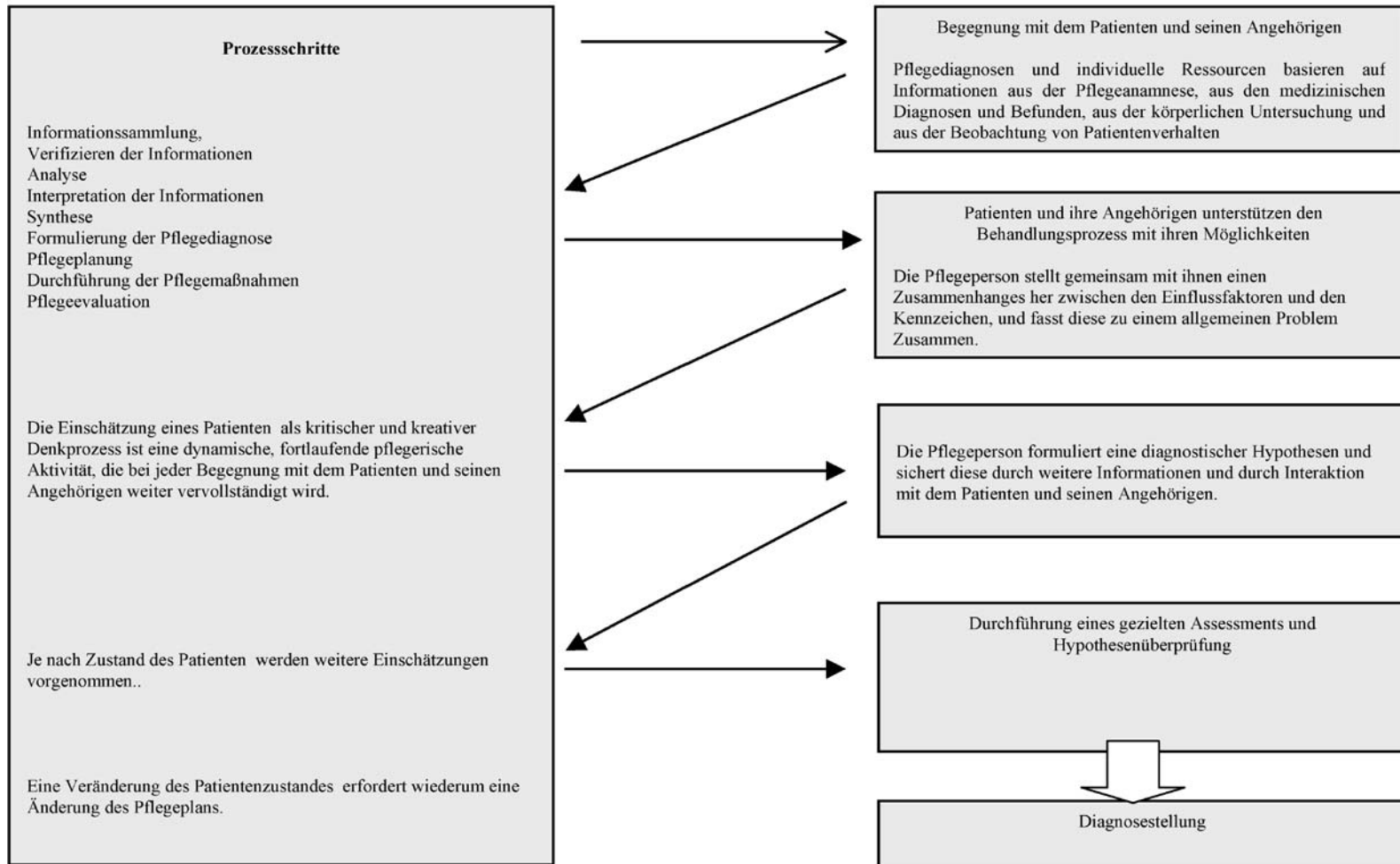
❗ **Der diagnostische Prozess ist eine gemeinschaftliche Aktivität von Pflegepersonen, Ärzten und Patienten.**

5.2.1 Die Pflegeanamnese als wichtiges Element der Informationssammlung

Die Pflegeanamnese dient der Sammlung von objektiven und subjektiven Daten, aber auch der Ermittlung des tatsächlichen Unterstützungsbedarfs.

Eine erste intensive Begegnung erleben Pflegenden, Patient und Angehörige, wenn die Pflegeanamnese erhoben wird. Hier geht es nicht nur darum, so genannte objektive und subjektive Daten, wie z. B. Hautzustand, Puls und Blutdruck oder Schmerzen, zu sammeln. In dieser Begegnung haben Pflegenden die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Patienten dessen tatsächlichen Unterstützungsbedarf herauszuarbeiten. Dieser kann sich auf den Betreuungsbedarf in der momentanen Situation beziehen, oder aber auf den Bedarf unmittelbar nach einem medizinischen Eingriff. Eine konfliktfreie Entlassung steht ebenfalls im Mittelpunkt des ersten Gesprächs. Zeichnet sich hier ein zusätzlicher Koordinationsbedarf ab, kann das bereits am Aufnahmetag mit dem Patienten abgestimmt werden. Dies kann beispielsweise die Überleitung in eine Anschlussheilbe-

Der diagnostische Prozess als gemeinschaftliche Aktivität von Pflegeperson und Patient



■ Abb. 5.1. Der diagnostische Prozess als gemeinschaftliche Aktivität von Pflegeperson und Patient

Pflegediagnosen sind die Basis für indikationsgerechte Maßnahmen.

handlung sein. Wenn absehbar ist, dass Patienten das Krankenhaus mit einem Stoma oder einer Ernährungssonde verlassen, kann ein größerer Schulungs- oder Beratungsaufwand erforderlich werden. Solche Informationen sind für das Erstellen von Pflegediagnosen von großer Bedeutung, sie sind die Basis für indikationsgerechte Maßnahmen. Wenn diese gut und frühzeitig koordiniert werden, können dem Patienten zusätzliche Behandlungstage und der Einrichtung überflüssige Kosten erspart werden.

! Die Pflegeanamnese ist das wichtigste Element der Informationssammlung.

5.2.2 Analysieren, interpretieren und verdichten von Informationen im diagnostischen Prozess

Zergliedern, untersuchen

Analysieren bedeutet zergliedern oder untersuchen von Einzelteilen. Solche Einzelteile können z. B. die Lebensaktivitäten sein. Anfänger in der Pflegediagnostik bevorzugen meist eine solch strukturiertes Standardvorgehen.

Pflegende, die bereits einige Erfahrungen in der Diagnostik sammeln konnten, erheben die Daten zielgerichteter. Sehr oft kennen sie bereits die medizinische Diagnose, und sie wissen welche Einschränkungen der Patient im Zusammenhang mit einer medizinischen Diagnostik und Therapie, aber auch in Zusammenhang mit seinem ganz persönlichen Umfeld zu erwarten hat. Sie können sich auf ihren Sachverstand und auf ihre Erfahrungen berufen. Nicht selten lassen sie sich auch von ihrer Intuition leiten. Das befähigt sie, die individuellen Bedürfnisse des Patienten, seine Probleme und seine Ressourcen umfassender wahrzunehmen und zu dokumentieren.

Sachverstand, Erfahrung und Intuition unterstützen Entscheidungen

! Dem Erfassen der Patientensituation auf der Grundlage von Sachverstand und Erfahrung muss ein Standardvorgehen vorangestellt werden.

Erklären, auslegen, deuten

Interpretieren heißt erklären, auslegen oder deuten. Pflegende erhalten zahlreiche Informationen. Nicht alle sind für die Erstellung einer Pflegediagnose relevant. Ein gut strukturiertes Gespräch kann die Qualität der Informationen deutlich verbessern. Ein ausgewogenes Verhältnis von offenen und geschlossenen Fragen vor dem Hintergrund medizinischer Diagnosen und Prozeduren geben dem Patienten die Möglichkeiten, sich auch indirekt mitzuteilen und persönliche Lebenslagen mit eigenen Worten zu beschreiben.

Überflüssiges aussortieren

Verdichten bedeutet, überflüssige Informationen auszusortieren und nur das zu dokumentieren, was für die Erstellung einer Pflegediagnose tatsächlich benötigt wird. Oftmals zwingt ein vorgedrucktes Formular zur Dokumentation vieler Informationen, auch wenn sie für den einzelnen Patienten gar keine Relevanz haben.

Das gilt auch für die Formulierung der Pflegediagnose und für das Festlegen von Zielen und Maßnahmen. Neben dem diagnostischen Prozess muss auch der Dokumentationsprozess so effizient gestaltet werden, dass er pflegerischen und medizinischen, haftungsrechtlichen und leistungrechtlichen Anforderungen gerecht wird. Dabei muss das didaktische Vorgehen im Kopf ablaufen. Dokumentiert wird dann das Ergebnis von Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz. Diese Fähigkeit ist abhängig von der jeweiligen Kompetenzstufe, auf der sich der die Pflegenden befinden.

- ❗ **Dokumentationsformulare sollen Raum für das professionell Wesentliche bieten.**
- ❗ **Dabei muss das didaktische Vorgehen im Kopf ablaufen. Dokumentiert wird dann das Ergebnis von Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz.**

Die Dokumentation ist von der jeweiligen Kompetenzstufe abhängig.

5.2.3 Evaluationsmöglichkeiten im Rahmen von Pflegevisiten

Pflegevisiten und ärztliche Visiten sind ein wichtiger Bestandteil des Betreuungsprozesses. Meist verlaufen sie getrennt. Pflegende evaluieren im Beisein des Patienten Pflegediagnosen, pflegerische Zielsetzung und Maßnahmen. Die Mitarbeiter des Sozialdienstes, Physiotherapeuten, Diätassistenten, etc. nehmen je nach Bedarf teil. Nicht selten dient dieses Forum im Anschluss an den Patientenbesuch einer interprofessionellen Diskussion. Ausgenommen sind in der Regel die Ärzte. Sie visitieren den Patienten zu einem anderen Zeitpunkt und nicht selten ohne Teilnahme des Pflegepersonals. Diese Entwicklung, die teilweise aus den immer knapper werdenden Ressourcen resultiert, teilweise aber auch dem Emanzipationsbestreben des Pflegepersonals geschuldet ist, muss aus Gründen effektiver Arbeitszeitgestaltung zunehmend hinterfragt werden. Medizinische Diagnosen und Pflegediagnosen ergänzen sich und können nur gut aufeinander abgestimmt den Patientenzustand umfassend widerspiegeln.

Medizinische Diagnosen und Pflegediagnosen ergänzen sich.

Literatur

- Erich Fromm (1998) Die Furcht vor der Freiheit 207 Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co.KG, München
- Miller M, Babcock D (2000) Kritisches Denken in der Pflege. Huber, Bern
- Wolff C (2003) Augenblicke verändern uns mehr als die Zeit. Kranichsteiner Literaturverlag, Pfungstadt

**Schritt III:
Leistungsoptimierung
durch Veränderungen
in der Organisation des
Behandlungsprozesses und
in der Mitarbeiterführung**

Pflegediagnosen und ihre Bedeutung für neue Organisationsformen im Behandlungsprozess

- 6.1 Case Management als neue Organisationsform – 114**
 - 6.1.1 Definition und Zielsetzung – 114
 - 6.1.2 Case Management und interprofessionelle Kooperation – 116
 - 6.1.3 Potenzielle Instrumente eines Case Managements – 117
 - 6.1.4 Potenzielle Aufgaben eines Case Managers – 120
 - 6.1.5 Case Management und Pflegediagnosen – Leistungsoptimierung ohne Qualitätsverlust – 123
- Literatur – 124**

Kurzüberblick

Organisationstheoretisch betrachtet kommen Organisationen erst dann in Bewegung, wenn sie bedroht sind. Auch ohne Bedrohung gibt es zahlreiche Aktivitäten, die jedoch meist nur darauf gerichtet sind, den Status quo zu erhalten. Um sich auf Veränderungen einzustellen, brauchen sie meistens kräftige Impulse aus der inneren oder äußeren Umwelt. Man kann die These aufstellen, die einzige Sprache, die Organisationen wirklich verstehen, ist die Sprache des Geldes, die Frage der zur Verfügung stehenden Ressourcen und die Frage der Ressourcenverteilung. www.univie.ac.at/iffosyst/ifftexte/band2ckhp.htm

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels hat der Leser einen Einblick in

- ▶ die Bedeutung von Pflegediagnosen für das Case Management,
- ▶ relevante Instrumente zur effizienten Gestaltung eines Case Managements,
- ▶ die Aufgaben eines Case Managers und
- ▶ ein potenziell abgestuftes Case Management.

6.1 Case Management als neue Organisationsform

Neue und selbstbewusste Definition der Arbeitsfelder

Voraussetzungen sind Verantwortungsbereitschaft, Entscheidungskompetenz und der Einsatz von pflegetheoretischem Wissen in der Praxis.

Durch die Veränderungen im Gesundheitswesen und durch die stärker werdenden ökonomischen Zwänge erhalten Pflegende die Chance, ihre Arbeitsfelder neu und selbstbewusst zu definieren. Im Vordergrund stehen die Fragen, wie können die in der gesamten Einrichtung vorhandenen Sachkenntnisse, Erfahrungen und Kontakte aller Mitarbeiter am besten genutzt werden und in welchem Umfang lassen sich juristische Rahmenbedingungen ausschöpfen, um die fachliche Kompetenz von Pflegenden zu erweitern? So ist z. B. keine Berufsgruppe für die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses in Verbindung mit klinischen Pfaden und Case Management so prädestiniert wie die Pflege. Ähnliches gilt für das Wundmanagement, die Gesundheitsberatung, die Patientenschulung etc. Pflegende können in Ergänzung zur medizinischen Diagnostik mit Hilfe des pflegediagnostischen Prozesses feststellen, was der einzelne Patient tatsächlich braucht. Voraussetzungen sind Verantwortungsbereitschaft und Entscheidungskompetenz, vor allem aber auch die Bereitschaft, das von der Pflegewissenschaft generierte Wissen auch tatsächlich in der Praxis zu nutzen.

6.1.1 Definition und Zielsetzung

Case Management ist eine auf den Einzelfall ausgerichtete, d. h. von unterschiedlichen Personen und in diversen Settings anwendbare Methode zur Realisierung von Patientenorientierung und Patientenpartizipation

sowie Ergebnisorientierung in komplexen und hochgradig arbeitsteiligen Sozial- und Gesundheitssystemen (Ewers M, Schaeffer D, 2000).

Oder anders ausgedrückt: Case Management ist ein Weg, um die Aufgaben und Abläufe aller an der Patientenversorgung beteiligten Professionen zu koordinieren und damit die Leistung möglichst effektiv und effizient zu erbringen.

Case Management bietet sich für kostenintensive Patientengruppen an, die mehrere Fachabteilungen/Stationen in einem Klinikum durchlaufen und mehrere Berufsgruppen kontaktieren. Daraus ergibt sich ein komplexer Hilfebedarf mit mehrdimensionalen Betreuungskonzepten, die es auf der Basis von Kooperation und Vernetzung mit dem Ziel einer angemessenen Qualität und der Sicherstellung von Patientenrechten zu koordinieren gilt.

Mit der Einführung der G-DRG-Systematik wurde den Krankenhäusern ein ökonomisches Risiko für die entstehenden Kosten auferlegt. Wie lange ein Patient im Krankenhaus bleibt, ist nicht mehr Sache des Kunden, sondern des Anbieters. Damit werden Anreize geschaffen, Rationalisierungspotenziale zu identifizieren.

Dazu gehören auch Informationen und Angebote, die sich nicht nur auf Hotelleistungen, sondern in erster Linie auf die Kernleistung – die medizinische und pflegerische – Arbeit beziehen. Hier gibt es enorme Verbesserungspotenziale, weil es eine Menge unkoordinierter, nicht auf die individuelle Patientensituation abgestimmter Leistungen gibt. Oftmals sind die derzeitig angebotenen Leistungen teurer als die in der DRG-Systematik vorgesehene Vergütung. Diese Diskrepanz motiviert Gesundheitseinrichtungen und Krankenhäuser, innovative Managementkonzepte und Organisationsformen mit folgender Zielsetzung zu implementieren:

- Identifikation von Patienten mit hohen Krankheitsrisiken
- Identifikation von Patienten mit hohen Krankheitskosten
- Identifikation der individuellen Patientenbedürfnisse
- Identifikation der vorhandenen Versorgungslage
- Indikationsgerechte Festlegung von Maßnahmen
- Indikationsgerechter Einsatz von Ressourcen

Dabei soll die Behandlungsqualität beibehalten bzw. gesteigert und die Kosten durch Reduktion der Verweildauer gesenkt werden. Häufig verlängert sich der Aufenthalt von Patienten, weil bestimmte Maßnahmen nicht frühzeitig eingeleitet oder Absprachen zur Überleitung in eine andere Einrichtung nicht rechtzeitig getroffen wurden. Nicht selten wird dadurch ein Aufenthalt teurer, und die Fallkosten können nicht durch den DRG-Erlös gedeckt werden.

! Case Management ist eine innovative Organisationsform zur Steigerung der Behandlungsqualität, zur Verweildauerreduktion und zur Kostensenkung.

Case Management dient der Realisierung von Patientenorientierung, Patientenpartizipation, Ergebnisorientierung, Koordination aller beteiligten Professionen sowie der effektiven und effizienten Leistungserbringung. Bei komplexem Hilfebedarf mit mehrdimensionalen Betreuungskonzepten zur Sicherstellung einer angemessenen Qualität sowie der Patientenrechte. Anreize für Rationalisierungspotenziale

Innovative Managementkonzepte und Organisationsformen

Beibehaltung und Steigerung der Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Reduzierung der Kosten durch eine kürzere Verweildauer

6.1.2 Case Management und interprofessionelle Kooperation

**Gesteuerte Koordination
in den Gesundheitsein-
richtungen**

**Kooperation durch
Teilen von Wissen**

**Eine professionelle
Pflegediagnostik ist
Grundlage für einen
Qualitäts- und kosten-
bewussten Behand-
lungsprozess.**

Berufsgruppen und Fachabteilungen werden zunehmend zur Zusammenarbeit motiviert, wenn Behandlungsprozess und Aufenthaltsdauer nicht zu einem defizitären Ergebnis führen sollen. Dies erfordert eine gesteuerte Koordination, insbesondere in Expertenorganisationen, wie es Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen nun einmal sind. Die unterschiedlichen Berufsgruppen und auch die verschiedenen Fachabteilungen sind meist auf ihren spezifischen Arbeitsbereich fokussiert und in diesem abgegrenzt organisiert. Ihre Akteure verfügen jeweils über ein umfangreiches Expertenwissen. In Expertenorganisationen ist es nicht selbstverständlich, dass dieses Wissen geteilt und ausgetauscht wird. Das Case Management als ein berufsgruppenübergreifendes Anliegen sollte deshalb auch ganz bewusst von einer Unternehmenskultur flankiert werden, die genau diesen Aspekt – Kooperation durch Teilen von Wissen – im Unternehmensalltag anerkennt und praktiziert.

! Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen sind Expertenorganisationen, in denen die Weitergabe von Wissen und die kooperative Gestaltung des Behandlungsprozesses als gelebte Unternehmenskultur ihren Ausdruck finden müssen.

Die Einführung eines Case Managements verlangt zunächst die Zuordnung der Organisationshoheit. Für die Übernahme dieser Organisationshoheit kommen sowohl Ärzte als auch Pflegepersonen in Frage. Pflegenden können auf zahlreiche Managementkonzepte und prozessorientierte Pflegemodelle und Theorien zurückgreifen. Sie sind außerdem in der Lage, mit Hilfe von Pflegediagnostik individuelle Patientenbedürfnisse zu identifizieren und daraus entsprechende Ziele und indikationsgerechte Maßnahmen begründet abzuleiten. Eine professionelle Pflegediagnostik ist die Grundlage für einen Qualitäts- und kostenbewussten Behandlungsprozess.

- Case Management erfordert die Zuweisung der Organisationshoheit für eine Berufsgruppe.
- Eine professionelle Pflegediagnostik ist die Grundlage für die Gestaltung eines Qualitäts- und kostenbewussten Behandlungsprozesses.
- Pflegenden können auf zahlreiche Managementkonzepte und prozessorientierte Pflegemodelle und Theorien zurückgreifen. Sie sind für diese Aufgabe prädestiniert.

6.1.3 Potenzielle Instrumente eines Case Managements

Bisher gibt es in Deutschland wenige Erfahrungen im Case Management. Nicht selten wird die Notwendigkeit eines Case Managements in Frage gestellt, und als alter Wein in neuen – amerikanischen – Schläuchen interpretiert. Viele Probleme ließen sich sicher auch mit gesundem Sachverstand lösen, wären da nicht die Vertreter von überholtem Ständesdünkel und die berufspolitischen Lobbyisten, die gerne Bestehendes erhalten oder gar zum Alten zurückkehren möchten, ohne dem Neuen mit seinem unbequemen Veränderungsdruck eine Chance zu geben.

Ein Mitarbeiter drückt das so aus:

➤ ➤ *Also wissen Sie, das ist doch blanker Unsinn. Hier will sich die Pflege doch nur profilieren. So etwas brauchen wir nicht. Wenn ein Patient aufgenommen wird, legt der Arzt fest, was getan werden muss. Und das ist immer individuell. Und der weitere Verlauf wird in der Visite gesprochen, auch die Entlassung und alles was dabei zu berücksichtigen ist. Aber die Pflege nimmt ja nicht mehr an der Visite teil. Deshalb haben sie diese Informationen auch nicht. Die machen ja ihre eigene Visite. Es ist besser, Sie sorgen dafür, dass es wieder gemeinsame Visiten gibt, anstatt ein Case Management zu erfinden.*

An solchen und ähnlichen Aussagen wird deutlich, dass sich ein sinnvolles Case Management erst beweisen muss. Dies kann am ehesten erreicht werden, wenn Probleme offen und konstruktiv diskutiert und notwendige Veränderungen systematisiert werden. Vielleicht ist ja die Visite mit dem teilweise doch sehr hohen täglichen Personal- und Zeitaufwand überdenkenswert. Es könnte ja sein, dass der Patient gar nicht täglich visitiert werden möchte und dass dies aus medizinischer Sicht auch nicht erforderlich ist. Hier sei jedem Leser freigestellt, sein eigenes kreatives Potenzial in die Waagschale zu werfen. Eines jedoch ist sicher: In Zukunft werden die Einrichtungen mit einem festgelegten Preis für eine erbrachte Leistung auskommen müssen. Wie die einzelnen Akteure dieses Ziel erreichen wollen, bleibt ihnen selbst überlassen. Sie können das dem Zufall überlassen, oder auch gezielt – wie nachstehend beschrieben – verschiedene Instrumente einsetzen.

❗ **Case Management kann sinnvoll durch den Einsatz verschiedener Instrumente unterstützt werden.**

- Zu diesen relevanten Instrumenten gehören unter anderem
- die Pflegediagnostik,
- die klinischen Behandlungspfade,
- das Entlassungsmanagement und
- die Bündelung von Verantwortung für den administrativen Dokumentationsprozess in der Berufsgruppe der Medizinische Dokumentationsassistenten (Hansen 2004).

Bestehende Vorbehalte gegen das Case Management

Überdenken bestehender Strukturen

Verpflichtende Teilnahme an der externen Qualitätssicherung und zunehmender Kostendruck

Der zeitliche und personelle Aufwand darf kein Hinderungsgrund sein.

Pflegediagnosen als Voraussetzung eines erfolgreichen Case Management

Klinische Behandlungspfade beschreiben die medizinische Diagnostik und Therapie sowie die pflegerischen Leistungen und damit den tatsächlichen Betreuungsbedarf.

In vielen Einrichtungen wurden solche Instrumente bereits implementiert. Dies geschah einerseits aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zur Einführung eines Qualitätsmanagements nach § 137 ff SGB V bzw. zur verpflichtenden Teilnahme an der externen Qualitätssicherung, und nicht zuletzt durch den zunehmenden Kostendruck im Rahmen der G-DRG-Systematik.

Meist sind diese verschiedenen Instrumente noch nicht ausreichend aufeinander abgestimmt oder es fehlt an der notwendigen Beachtung und an der Koordinierung. Oftmals wird auch der zeitliche und personelle Aufwand für die Einführung der einzelnen Instrumente gescheut. Und so wird mehr schlecht als recht versucht, ohne das eine oder das andere auszukommen. Pflegende verschenken hier professionelle Reputation, sowohl national als auch international, wenn sie der Nutzung von wichtigen Instrumenten und Gestaltungsmöglichkeiten eher abwartend gegenüberstehen.

Pflegediagnosen

Die in den vorangestellten Kapiteln beschriebenen Pflegediagnosen und die daraus resultierende Pflegediagnostik sind die Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Case Management. Alles das, was im Interesse des Patienten und eines kostenbewussten Einsatzes von Ressourcen koordiniert, systematisiert, gesteuert und dokumentiert werden soll, muss zunächst identifiziert und diagnostiziert werden. Das gilt sowohl für die Erkrankung des Patienten und die daraus abzuleitenden Prozeduren, als auch für die Ermittlung des individuellen Unterstützungsbedarfes, die der Patient aufgrund vorangegangener Diagnostik und Therapie benötigt.

! Für die Einführung eines professionellen Case Managements sind Pflegediagnosen eine Grundvoraussetzung.

Klinische Behandlungspfade

Klinische Behandlungspfade beschreiben Art und Umfang von geplanter medizinischer Diagnostik und Therapie sowie von pflegerischen Leistungen innerhalb eines vorgesehenen Behandlungszeitraumes. Die Entwicklung von klinischen Pfaden ist insbesondere dann zu empfehlen, wenn Behandlungsprozesse weitgehend standardisierbar sind. Auch hier geht es darum, die Patientenbedürfnisse mit Hilfe der Pflegediagnostik in Ergänzung zur medizinischen Diagnostik zu beschreiben und pflegerische Ziele und Maßnahmen begründet anzuleiten (► Kap. 7).

! In klinischen Behandlungspfaden werden mit Hilfe von Pflegediagnosen Aussagen über den tatsächlichen Betreuungsbedarf getroffen. Sie orientieren auf ein Qualitätsergebnis und begründen Zielsetzung und Maßnahmen. Sie sind ein relevantes Instrument für das Case Management.

Entlassungsmanagement

Der Expertenstandard »Entlassungsmanagement in der Pflege« wurde vom Deutschen Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) herausgegeben und beschreibt die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

- *Standardaussage: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.*
- *Begründung: Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Pflegekraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen (www.dnqp.de/ExpertenstandardEntlassungsmanagement.pdf).*

Wer die Behandlungsqualität aufrechterhalten bzw. vor dem Hintergrund des steigenden Wettbewerbes um die Patienten noch verbessern will, kommt um die Einführung eines Entlassungsmanagement nicht herum. Für jeden Patienten mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf sollte eine individuelle, kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung gesichert werden. Schwerpunkt bildet dabei auch die Patientenschulung und -beratung. Dies setzt einerseits eine möglichst genaue Beschreibung des individuellen Zustandes des Patienten voraus – denn nur so können Maßnahmen begründet dargestellt werden – andererseits muss diese Beschreibung von weiterbetreuenden Einrichtungen auch verstanden werden. Der Garant dafür ist eine einheitliche Pflegesprache. Die Pflegediagnosen der NANDA-Klassifikation bieten dafür ein umfangreiches Potenzial für die praktische Nutzung und sollten deshalb schnell und flächendeckend eingeführt werden. Im Vorteil sind solche Gesundheitseinrichtungen, die diese Entwicklung forciert betreiben. Dies ist insbesondere dann angezeigt, wenn Kooperationen zwischen unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen bestehen bzw. geplant sind.

- ! **Pflegediagnosen sind ein geeignetes Instrument, den individuellen poststationären Unterstützungsbedarf auch für die weiterbetreuende Einrichtung in einer einheitlichen Pflegesprache zu beschreiben.**

Die Bündelung von Verantwortung für den administrativen Dokumentationsprozess

In einigen Gesundheitseinrichtungen haben sich Medizinische Dokumentationsassistenten (MDA) auf den leistungsbezogenen Dokumentationsprozess spezialisiert. Sie kennen die zur Verfügung stehenden fi-

Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Für jeden Patienten sollte eine individuelle, kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung gesichert werden.

Garant ist eine einheitliche Pflegesprache.

Bündelung von Verantwortung als Instrument des Case Managements

nanziellen Ressourcen, und sie beherrschen die Dokumentations- und Codierrichtlinien. Diese Bündelung von Verantwortung für den administrativen Dokumentationsprozess ist ebenfalls ein wichtiges Instrument für ein effizientes Case Management. Darauf aufbauend können diese Mitarbeiter durch eine Erweiterung und Modifikation ihrer derzeitigen Tätigkeiten ohne großen Fortbildungsaufwand die Funktion eines Case Managers übernehmen.

! **Medizinische Dokumentationsassistenten verfügen bereits über umfangreiche Kenntnisse zur Erlössicherung und können durch Modifikation und Erweiterung ihrer bisherigen Tätigkeiten ebenfalls die Steuerung des Behandlungsprozesses übernehmen.**

Voraussetzungen:
eingeführte Pflege-
diagnosen, klinische
Behandlungspfade,
implementiertes Entlas-
sungsmanagement und
Medizinische Dokumen-
tationsassistenten

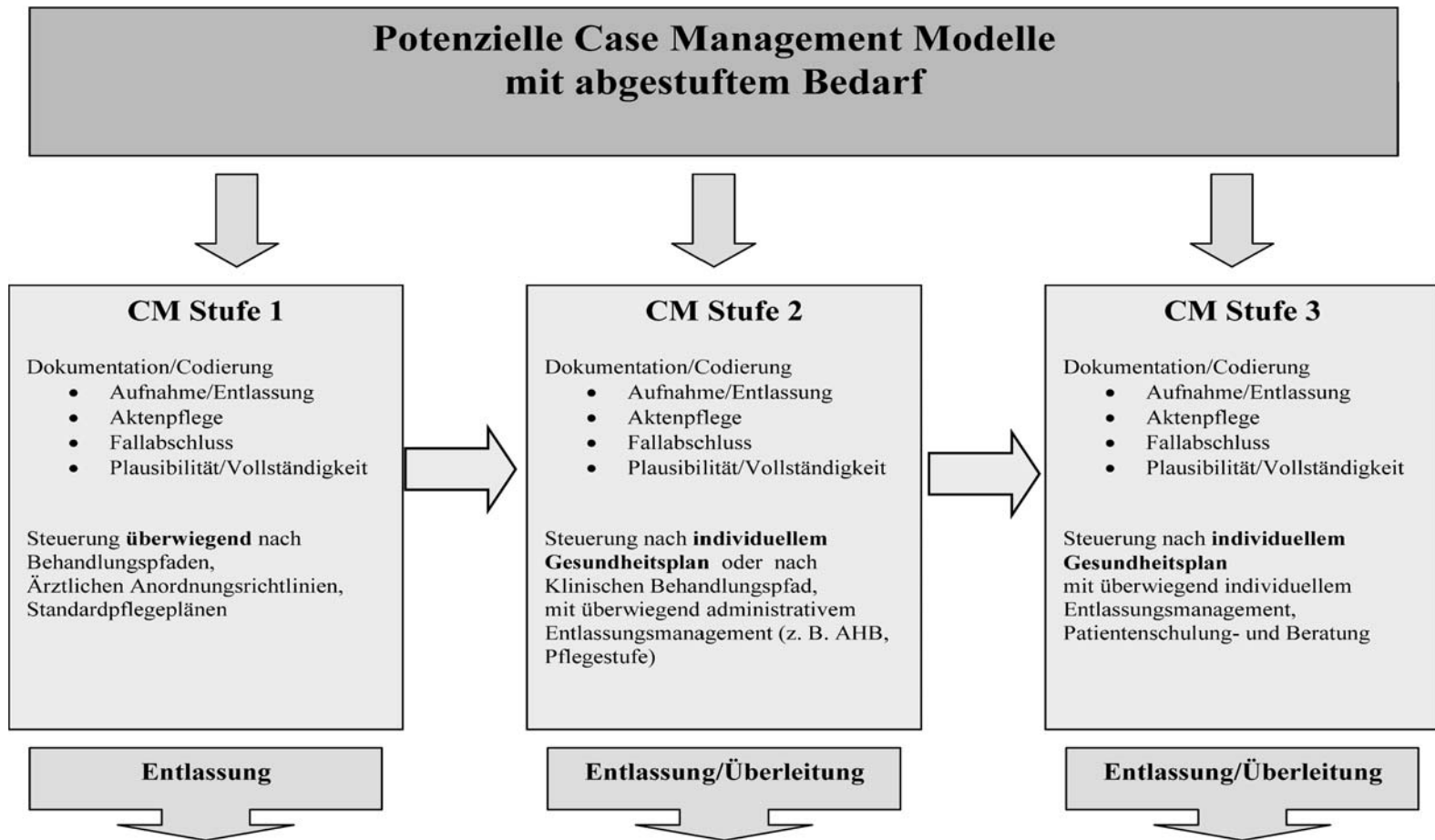
6.1.4 Potenzielle Aufgaben eines Case Managers

Die vorab genannten Instrumente erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jedes Unternehmen muss für sich selbst entscheiden, inwieweit es dem jeweiligen Unternehmensziel dient, das eine oder andere Instrument zu nutzen und in einem Case Management zusammen zu führen. Kann eine Gesundheitseinrichtung auf eingeführte Pflegediagnosen, klinische Behandlungspfade, ein implementiertes Entlassungsmanagement und auf Medizinische Dokumentationsassistenten zurückgreifen, können die Aufgaben eines Case Managers als gebündelte Aktivität wie folgt beschrieben werden:

- Der Case Manager übernimmt die administrative Dokumentation des ärztlichen und pflegerischen Dienstes.
- Darüber hinaus analysiert der Case Manager die aus den individuellen Versorgungsbedürfnissen resultierenden Maßnahmen.
- Aufbauend auf den vor Ort vorhandenen Versorgungsressourcen wird unter Einbeziehung des Patienten und der Mitbetreuer eine individuelle Behandlungsplanung erstellt.
- Der Case Manager sichert die Bereitstellung der erforderlichen Dienstleistungen unter Berücksichtigung von Prioritäten. Diese werden vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Pflegemodelle ermittelt und durch eine professionelle Pflegediagnostik unterstützt. Die Pflegediagnostik kann sowohl vom Case Manager als auch von der betreuenden Pflegeperson vorgenommen werden.
- Für die Durchführung der Dienstleistungsangebote trägt der Case Manager unter Einhaltung eines vorgegebenen zeitlichen Ablaufes die koordinierende Verantwortung, er koordiniert, organisiert, überprüft und wertet aus. Die Maßnahmen als solche führt er nicht selber durch.

Art und Umfang richtet sich nach den Bedürfnissen der Gesundheitseinrichtung.

Art und Umfang des vorgehaltenen Case Managements richten sich nach den Bedürfnissen der Kliniken mit den dort zu betreuenden Patienten. Da auch hier die Ressourcen unter qualitativen und effizienten Gesichtspunkten eingesetzt werden, bietet sich ein Case Management



■ Abb. 6.1. Potenzielle Case Management Modelle mit abgestuftem Bedarf

mit abgestuftem Bedarf an. Dieses kann folgende Angebote enthalten (■ Abb. 6.1):

Case Management Stufe 1

Administrative Dokumentation für den pflegerische und für den ärztlichen Bereich

Der Case Manager übernimmt die administrative Dokumentation sowohl für den pflegerischen als auch für den ärztlichen Bereich. Dazu gehören alle Formalitäten hinsichtlich Aufnahme und Entlassung, die Aktenpflege sowie der Fallabschluss und die Prüfung auf Vollständigkeit. Im Auftrag des Arztes kann auch die Codierung nach der DRG-Systematik vorgenommen werden. Die Verantwortung des Arztes für die Richtigkeit der Codierung bleibt davon unberührt.

Stufe 1, wenn nicht mit Abweichungen vom vorgegebenen Behandlungsplan gerechnet werden muss.

Von einem Case Management der Stufe 1 können alle die Patienten profitieren, deren Behandlungsprozess überwiegend nach klinischen Behandlungspfaden, ärztlichen Anordnungsrichtlinien und/oder nach Standardpflegeplänen gesteuert werden kann. Auch klinische Behandlungspfade (► Kap. 8.3) und Standardpflegepläne (► Kap. 8.2) beinhalten Pflegediagnosen, die bei jedem aufzunehmenden Patienten auf Relevanz überprüft und ggf. angepasst werden müssen. In der Regel handelt sich hierbei um Patienten, bei denen erfahrungsgemäß kaum mit Abweichungen vom vorgegeben Behandlungsplan zu rechnen ist. Selbstverständlich kann jederzeit von den geplanten Maßnahmen abgewichen werden, wenn es denn aus Sicht des Patienten erforderlich ist. Einwände, dass Patienten künftig nur noch nach einem vorgegebenen Schema betreut werden, sind somit nicht nachvollziehbar.

! Case Management der Stufe 1 basiert überwiegend auf klinischen Behandlungspfaden und Standardpflegeplänen. Diese beinhalten ebenfalls Pflegediagnosen, die für jeden Patienten auf ihre Relevanz geprüft werden müssen.

Case Management Stufe 2

Stufe 2, wenn ein individueller Behandlungsplan indiziert ist

Diese Stufe des Case Management ist für Patienten geeignet, die nur selten nach einem klinischen Behandlungspfad oder nach einem Standardpflegeplan betreut werden können, oder wenn eine Überleitung in eine weiterbetreuende Einrichtung mit überwiegend administrativem Entlassungsmanagement (z. B. Anschlussheilbehandlung, Feststellung einer Pflegestufe) erfolgen muss. Inwieweit hier Abstimmungen mit dem Sozialdienst erfolgen müssen, hängt von der Organisationsstruktur der einzelnen Einrichtungen ab.

In jedem Fall ist hier ein individueller Behandlungsplan indiziert, der mit allen Beteiligten – unter Einbeziehung des Patienten und wenn erforderlich auch seiner Angehörigen – abgestimmt werden muss. Die Indikationen für pflegerische Maßnahmen werden auch hier durch Pflegediagnosen begründet. Dies erlaubt dem übernehmenden Pflegepersonal einen Einblick in die aktuelle Situation des Patienten, so dass Versorgungsbrüche reduziert oder vermieden werden können.

- ! **Case Management der Stufe 2 basiert überwiegend auf einem individuellen Behandlungsplan, in dem Pflegediagnosen Zielsetzungen und Maßnahmen begründen und ein administratives Entlassungsmanagement indiziert ist.**

Case Management Stufe 3

Dieses Case Management ist indiziert, wenn Patienten ausschließlich nach einem individuellen Behandlungsplan betreut werden und darüber hinaus ein umfassendes Entlassungsmanagement benötigen. Dies geht über den administrativen Bedarf hinaus und ist insbesondere dann angebracht, wenn Patienten und Angehörige nach der Entlassung einer veränderten Lebenssituation gegenüber stehen, für deren Bewältigung sie eine professionelle Beratung und Schulung benötigen. Art und Umfang dieser notwendigen Beratung und Schulung lassen sich durch Pflegediagnosen feststellen und begründen. Die NANDA-Klassifikation bietet auch hier verschiedene Pflegediagnosen an, die durch Ergänzung von Ätiologie und Symptomen die individuelle Patientensituation abbilden.

Beispiel

PD: Bereitschaft für ein verbessertes Wissen
 PD: Bereitschaft für ein verbessertes Coping
 PD: Gesundheitsförderliches Verhalten
 PD: Bereitschaft für verbesserte Familienprozesse
 PD: Bereitschaft für ein verbessertes Therapiemanagement

Stufe 3, wenn ein individueller Behandlungsplan und ein umfassendes Entlassungsmanagement erforderlich sind.

Beratungs- und Schulungsbedarf lässt sich mit Pflegediagnosen darstellen.

6.1.5 Case Management und Pflegediagnosen – Leistungsoptimierung ohne Qualitätsverlust

Wenn Leistungsoptimierung wie so oft als positive Formulierung für Reduktion von Personal- und Sachkosten verstanden wird, dann kann auf die Einführung von Pflegediagnosen verzichtet werden. Wenn jedoch ein indikationsgerechter Einsatz von Personal- und Sachkosten zum Qualitätsanspruch einer Gesundheitseinrichtung gehört, dann ist die Einführung von Pflegediagnosen unerlässlich. Es geht dabei nicht primär um eine Unterstützung des Emanzipationsbestrebens von Pflegenden, sondern in erster Linie darum, dass pflegerische Bildung und pflegerisches Wissen zum Einsatz gebracht werden, damit Patientenbedürfnisse und Patientenansprüche durch eine gekonnte Diagnostik transparent gemacht werden. Die G-DRG-Systematik fordert die Einrichtungen auf, die Verweildauer der Patienten zu reduzieren. Das ist sinnvoll und in den meisten Fällen auch gerechtfertigt. Auch Patienten wollen das Krankenhaus schnell wieder verlassen, möglichst ohne Zeitverlust und ohne qualitativ schlechtere Betreuung. Das gelingt umso besser, je transparenter die individuellen Bedürfnisse, die Behandlungsziele und die daraus

Indikationsgerechter Einsatz von Personal- und Sachkosten

Transparenz der Patientenbedürfnisse und Patientenansprüche durch kompetente Diagnostik

resultierenden Maßnahmen dargestellt werden und je besser sie auf ihre Entlassung vorbereitet werden.

Literatur

Hansen D (2004) MDA – für die Charité ein dreifacher Erfolg, f & w Strategie und Organisation

Ökonomische Impulse für Veränderungen von Krankenhäusern und Universitäten
<http://www.medknowledge.de/qualitaetsmanagement/icm.htm> Intensiv-Case-Management (ICM) vs. Disease Management-Programm

Expertenstandard Entlassungsmanagement.pdf

Ewers M, Schaeffer D (2000) Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber, Bern

Kompetenzentwicklung im Rahmen von Personalmanagement

7.1 Pflegediagnostischer Prozess und Kompetenzentwicklung – 126

7.1.1 Kompetenzstufen und Wissensentwicklung im diagnostischen Prozess – 127

7.1.2 Unterschiedliche Kompetenzstufen in der Pflegediagnostik – 130

7.2 Führungs- und Mitarbeiterverhalten im Umgang mit verschiedenen Kompetenzstufen – 132

7.2.1 Kompetenzentwicklung durch Deregulierung – 133

7.2.2 Kompetenzentwicklung durch Vertrauen – 134

Literatur – 135

Kurzüberblick

Sich nicht vorwärts bewegen, zu bleiben, wo man ist, zu regredieren, kurz, sich auf das zu verlassen, was man hat, ist eine sehr große Versuchung, denn was man hat, kennt man; fühlt sich darin sicher, man kann sich daran festhalten. Wir haben Angst vor dem Schritt ins Ungewisse, ins Unsichere, und vermeiden ihn deshalb; denn obzwar der Schritt nicht gefährlich erscheinen mag, nachdem man ihn getan hat, so scheint doch vorher, was sich daraus ergibt riskant und daher angsterregend. Nur das Alte, Erprobte ist sicher oder wenigstens scheint es das zu sein. Jeder neue Schritt birgt die Gefahr des Scheiterns, und das ist einer der Gründe, weshalb der Mensch die Freiheit fürchtet (Erich Fromm 1976).

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels hat der Leser einen Einblick in

- ▶ die Zusammenhänge von Kompetenzentwicklung und pflegediagnostischem Prozess,
- ▶ potenzielle Kompetenzstufen der Pflegediagnostik und
- ▶ notwendige Rahmenbedingungen für eine verändertes Führungs- und Mitarbeiterverhalten.

7.1 Pflegediagnostischer Prozess und Kompetenzentwicklung

**Verlassen alter
Gewohnheiten und
Schritt in die
Unsicherheit**

Wer Pflegediagnosen einführen will, hat sich bereits entschlossen, alte Gewohnheiten zu verlassen und den Schritt in die Unsicherheit zu wagen. Dabei geht es nicht primär um die Unsicherheit der einzelnen Pflegeperson im Diagnostizieren. Es geht in erster Linie darum, sich von alten Gewohnheiten der fruchtlosen Diskussionen und des Suchens nach Gründen dafür, weshalb etwas nicht getan werden sollte, zu verabschieden. Mit dem Festhalten an eingefahrenen Organisationsstrukturen und Abläufen verhindern Pflegendе ihre eigene Entwicklung eher, als dass sie diese voran bringen. Eine positive Einstellung des Führungspersonals ist wichtig, aber noch kein Erfolgsgarant. Und so bleibt trotz festgeschriebenem Projektziel ein so genanntes Ergebnisrisiko, dessen Herausforderung darin besteht, sich nicht davor zu fürchten.

**Personal- und
Kompetenzentwicklung
in Verbindung mit den
Pflegediagnosen**

Der Leser mag sich fragen, was haben Pflegediagnosen mit Personalentwicklung zu tun? Nicht viel mehr als jede andere neue Aufgabe auch, könnte man sagen, nur – im Zusammenhang mit der Pflegediagnostik tritt die Notwendigkeit von Personal- und Kompetenzentwicklung stärker in den Vordergrund.

Schon während der Seminare, aber umso mehr noch während der praktischen Umsetzung auf den Stationen wird deutlich, wie viel Spaß es machen kann, die eigenen kreativen Potenziale zu entdecken. Kompetenzentwicklung im Rahmen von Personalmanagement zu initiieren, stellte dabei kein primäres Ziel dar.

Eine Mitarbeiterin sagt dazu:

➤➤ *Wir wollten Pflegediagnosen einführen, um die Patientenbedürfnisse möglichst genau herauszuarbeiten und indikationsgerecht Ziele und Maßnahmen abzuleiten. In diesem Prozess, in dem es doch so sehr um den Patienten gehen sollte, traten plötzlich wir, die Mitarbeiter, in den Mittelpunkt des Geschehens, mit all unseren Unsicherheiten und Ängsten, aber auch mit viel Mut, diese neue Form der Diagnostik und der Dokumentation zu erlernen, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung dafür zu übernehmen. Wir sahen uns plötzlich selber in einem ganz anderen Licht. Wir hatten nicht mehr nur vorgegebene Abläufe und Anordnungen zu realisieren. Wir erlebten uns als Pflegenden, die den Behandlungsprozess tatsächlich mitgestalten konnten, und wir erfuhren aus den Theorien, insbesondere aus der Theorie von Patricia Benner, dass all die dabei empfundenen Anfangsschwierigkeiten und Unsicherheiten ganz normal waren. Wir waren stolz auf uns, auch weil wir zu den ersten in unserem Haus gehörten.*

! **Im Umgang mit Pflegediagnosen stehen Patienten und Pflegenden gleichermaßen im Mittelpunkt.**

7.1.1 Kompetenzstufen und Wissensentwicklung im diagnostischen Prozess

Die Stufen zur Pflegekompetenz von Patricia Benner und die Darstellung zur Wissensentwicklung von Afaf Ibrahim Meleis (■ Tab. 7.1) sind in Fachkreisen bekannt, und – wie so oft in dem umfangreichen Angebot von Theorien – sind auch hier interessante Ansätze für ein modernes Management zu finden, insbesondere dann, wenn es darum geht, Mitarbeiter auf eine Aufgabe mit einer veränderten Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz vorzubereiten.

Nun ist Kompetenzentwicklung in der Pflege – wie vieles andere auch – keine neue Entdeckung. Sie hat aber im Zusammenhang mit den Veränderungsprozessen in der Gesundheitspolitik eine andere Bedeutung bekommen. Diese zunehmende Bedeutung fußt auf einer ständig sinkenden Halbwertszeit des vorhandenen Wissens und fordert eine neue Lernkultur, neben dem, »was« gelernt werden soll, muss auch die Frage nach dem »Wie« beantwortet werden. Wie kann effektiv und mit mehr Effizienz diagnostiziert und dokumentiert werden? Erst wenn diese ganz praktischen Fragen klar beantwortet sind, können vom Management auch die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

! **Bei der Einführung von Pflegediagnosen bieten die »Stufen zur Pflegekompetenz« von Patricia Benner und die Darstellungen zur Wissensentwicklung von Afaf Ibrahim Meleis interessante Ansätze für eine moderne Personalentwicklung.**

**Patricia Benner –
Kompetenzentwicklung**

**Afaf Ibrahim Meleis
– Wissensentwicklung**

**Effektive und effiziente
Diagnostik und
Dokumentation durch
Kompetenzentwicklung**

Tab. 7.1. Kompetenz- und Wissensentwicklung

Nach Benner	Nach Meleis
Neulinge ─ Haben keine Erfahrungen mit den Situationen. ─ Sie werden über die Situationen belehrt, z. B. zu objektiven Informationen wie Gewicht, Puls, Blutdruck, Flüssigkeitsaufnahme. ─ Sie erlernen kontextfreie Regeln, nach denen sie ihr Handeln ausrichten. ─ Das Verhalten ist regelgeleitet, und damit eingeschränkt und unflexibel.	Die stillen Wissenden ─ Sie akzeptieren Autoritäten und schweigen. ─ Sie können praktizieren, unterrichten und verwalten, sind aber nicht imstande, ihr Wissen abstrakt zu formulieren oder zur theoretischen Entwicklung beizutragen. ─ Ihre Arbeit, ihre Erkenntnis und ihr Wissensschatz sind unsichtbar. ─ Sie können Phänomene nicht analysieren und sprachlich interpretieren.
Fortgeschrittene Anfänger ─ Sie haben bereits viele Situationen bewältigt, so dass sie sich wiederkehrenden Situationen bewusst werden können. ─ Im Gegensatz zu kontextfreien Regeln erfordert die Kenntnis dieser Aspekte Erfahrungen.	Die passiven Wissenden ─ Sie glauben an externe Autoritäten, die imstande sind, Wissen zu entwickeln, dem sie dann folgen. ─ Sie sind vom Fachwissen dieser Autoritäten abhängig und schätzen es hoch ein, z. B. benutzen sie Theorien, ohne diese selbst zu hinterfragen.
Kompetente Pflegende ─ Richten ihre Handlungen auf längerfristige Ziele und Pläne aus, sind sich deren Bedeutung bewusst. ─ Solche Pläne bilden ab, was Vorrang hat und was vernachlässigt werden kann. ─ Sie gestalten ihre Arbeit vom reinen Reagieren auf Reize hin zu einem kompetenten und planvollen Vorgehen.	Die subjektiv Wissenden ─ Sie verlassen sich auf ihre persönlichen Erfahrungen und auf ihre eigene innere Stimme und Gefühle. ─ Es fällt ihnen schwer, Prozesse zu benennen, dennoch verfügen sie über ein Wissen, das auf komplexe Weise Situationen betrachtet und erklärt (Erfahrungswissen).
Erfahrene Pflegende ─ Sie nehmen Situationen als Ganzes wahr und nicht mehr in einzelnen Aspekten. ─ Das Handeln wird an Maximen ausgerichtet. Wahrnehmung steht im Vordergrund, Situationen werden nicht nur durchdacht, sondern aufgrund früherer Erfahrungen spontan begriffen. ─ Sie erkennen, auf welche der vielen vorliegenden Aspekte und Attribute es ankommt. ─ Viele unerhebliche Möglichkeiten können sie direkt ausschließen und auf den Kern des Problems vorstoßen. ─ Theorien, auf die Fähigkeiten und Handlungen ursprünglich aufbauten, werden nun häufig als unnützes Beiwerk angesehen, ebenso eine ausführliche Situationsanalyse.	Die verfahrensorientiert Wissenden ─ Sie verlassen sich auf sorgfältige Beobachtungen und Verfahren. ─ Sie sind Rationalisten und bestimmen Verfahren, Regeln und Vorschriften.

■ Tab. 7.1. (Fortsetzung)

Nach Benner	Nach Meleis
Pflegeexperten — Sie sind nicht mehr auf analytische Prinzipien, z. B. Regeln, Richtlinien und Maxime, angewiesen. — Eine angemessene Handlung wird aus dem Verständnis der Situation heraus abgeleitet. — Sie sind in der Lage, die Situation intuitiv zu erfassen, direkt auf den Kern des Problems vorzustoßen, ohne unfruchtbare Alternativdiagnosen.	Die integriert Wissenden — Sie betrachten alles Wissen im Zusammenhang. — Sie integrieren verschiedene Wissenswege und die verschiedenen Stimmen, einschließlich der inneren Stimmen. — Alles Wissen ist für sie konstruiert. Die wissende Person ist eng mit dem Gewussten verbunden. — Sie akzeptieren, dass der Prozess der Wissensentwicklung nie zu Ende ist. Theorien befinden sich immer im Prozess.
Literaturauszüge aus: Benner P Stufen zur Pflegekompetenz – From novice to expert (1994). Hans Huber, Bern Meleis A, Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege (1999). Hans Huber, Bern	

Patricia Benner – eine amerikanische Pflegewissenschaftlerin – hat sich in einem Forschungsprojekt sehr intensiv mit der alltäglichen Pflegepraxis beschäftigt. Sie analysierte ihre Beobachtungen und beschrieb, wie sich Pflegendе mit unterschiedlichem Wissen und Erfahrungen verhalten. Dabei stützte sie sich auf das von den Brüdern Dreyfus entwickelte Modell zum stufenweisen Kompetenzerwerb. Das Dreyfus-Modell verdeutlicht die Rolle von Situationen und Erfahrungen in einem sozialen System und ist somit auch auf den Krankenhausbereich anwendbar.

Ihre Forschungsergebnisse fasste Patricia Benner in 5 Kompetenzstufen vom Neuling bis zum Experten zusammen. Die Ergebnisse wurden 1981 an der Universität in San Francisco veröffentlicht und stoßen seither international auf breites Interesse, sowohl in der Ausbildung als auch in der Mitarbeiterführung.

Die Spannweite reicht von einer Kompetenzebene, die durch schulisch vermittelte Grundsätze und Theorien erreicht werden kann, bis hin zu einer Kompetenzebene, die aufgrund von Erfahrungen die Fähigkeit zum situationsgerechten Beurteilen und Handeln beinhaltet. Erfahrungen sind nicht gleichzusetzen mit Alter und Berufstätigkeit. Erfahrung entspricht eher ständig wiederkehrenden Situationen, in denen sich die Handlungen unter Nutzung von immer neuem theoriegestütztem Wissen weiter verfeinern. Keine dieser Kompetenzstufen soll eine Wertung im negativen oder positiven Sinne darstellen. Sie kennzeichnen lediglich unterschiedliche Entwicklungsphasen, die Pflegendе während ihres Berufslebens durchlaufen können oder in denen sie sich stabilisieren. Das Konzept von Patricia Benner in Kombination mit den Ausführungen von Afaf Ibrahim Meleis zur Wissensentwicklung zeigt Wege auf, unterschied-

Stufenweiser Kompetenzerwerb vom Neuling zum Experten

**Die Kompetenzstufen
kennzeichnen unter-
schiedliche Entwick-
lungsphasen und stellen
keine Wertung dar.**

liche Stufen der Kompetenz- und Wissensentwicklung wahrzunehmen, zu verstehen und für Veränderungsprozesse, wie z. B. für die Einführung von Pflegediagnosen, zu nutzen.

! Mitarbeiter verfügen über unterschiedliche Stufen der Kompetenz- und der Wissensentwicklung. Es gilt, diese wahrzunehmen, zu verstehen und für Veränderungsprozesse zu nutzen.

7.1.2 Unterschiedliche Kompetenzstufen in der Pflegediagnostik

3 Entwicklungsstufen in der Pflegediagnostik

Die nachfolgend beschriebenen Kompetenzstufen in der Pflegediagnostik basieren nicht auf einer wissenschaftlichen Untersuchung. In 3 Stufen sind lediglich Verhaltensweisen zusammengefasst, die im Verlauf einer Einführungsphase von 4 Jahren immer wieder beobachtet wurden und die auch von den Mitarbeitern, die aktiv diesen Prozess mitgestaltet haben, beschrieben wurden. Erwähnenswert sind diese Beobachtungen insbesondere deshalb, weil auch hier wieder deutlich wird, wie viel theoriebasiertes Pflegewissen in der Praxis unreflektiert brach liegt. Benner und Meleis kategorisieren jeweils 5 Stufen der Kompetenz und Wissensentwicklung (■ Tab. 7.1). Analog dazu ließen sich in der Einführungsphase im Wesentlichen 3 Kompetenzstufen beobachten, die nachstehend zwar im einzelnen beschrieben sind, deren Übergänge sich jedoch fließend darstellten.

Anfänger in der Pflegediagnostik

Anfänger haben noch keine Erfahrungen.

Anfänger haben keine Erfahrungen im Umgang mit Pflegediagnosen. Im Stationsalltag wurden ihnen kontextfreie Regeln beigebracht, die zwar den formalen Anspruch des Patienten auf eine Pflegeplanung erfüllten, deren Beschreibung aber weder durch Aussagen zur Ätiologie oder zu den Symptomen präzisiert wurden. Die Vorgehensweise entsprach dem klassischen Pflegeprozess mit den Teilschritten:

- Pflegeanamnese
- Informationssammlung
- Direkte, indirekte, objektive, subjektive Daten
- Feststellung der Probleme und Ressourcen
- Planung
- Zielformulierung
- Festlegung der Pflegemaßnahmen, die zur Erreichung des Ziels notwendig sind
- Durchführung der Pflegemaßnahmen und Dokumentation
- Auswertung/Evaluation
- Pflegebericht

In der Regel wurden vor Einführung von Pflegediagnosen Standardformulare benutzt, die nur selten auf die individuelle Situation des Patienten angepasst wurden.

Im Seminar lernen die Mitarbeiter nun die Struktur und die Dokumentationsrichtlinien der verschiedenen Pflegediagnosen kennen und erhalten Informationen zur Vorgehensweise im diagnostischen Prozess. Diese bauen auf dem bisher praktizierten Pflegeprozess auf, um auch hier noch einmal zu verdeutlichen, dass es sich bei der Einführung von Pflegediagnosen um eine Veränderung im Sinne einer Weiterentwicklung handelt, die in erster Linie durch die Mitarbeiter selbst gestaltet wird.

- ! **Der diagnostische Prozess ist eine Weiterentwicklung des klassischen Pflegeprozesses. Auch Anfänger bringen ihre Kompetenz in diese Weiterentwicklung ein.**

Die Vorgehensweise ist, je nachdem, welche Pflegemodelle zugrunde gelegt werden, zunächst sehr schematisch ausgerichtet. Die Katalogsystematik und die Inhalte der einzelnen Pflegediagnosen sind noch nicht ausreichend bekannt, so dass Anfängern ein erhöhter Zeitaufwand für die Erstellung einer Behandlungsplanung zugestanden werden muss. Große Zurückhaltung besteht noch im Setzen von Prioritäten. Um die Kunst des Weglassens praktizieren zu können, fehlen noch die Erfahrungen. Nicht selten sind die von ihnen erstellten Behandlungspläne sehr umfangreich abgefasst.

- ! **Anfänger diagnostizieren und dokumentieren nach formalen Vorgaben.**

Erfahrene Pflegediagnostiker

Erfahrungen sind nicht gleichzusetzen mit Alter und Berufstätigkeit. Erfahrung steht eher im Zusammenhang mit sich ständig wiederholenden Situationen, in denen Handlungen unter Nutzung von neuem theoriegestütztem Wissen immer weiter verbessert werden.

Erfahrene Pflegediagnostiker haben schon viele Behandlungspläne erstellt und kennen sich gut in der Katalogsystematik aus. Ätiologie und Symptome ordnen sie schneller zu. Dabei geht es nicht mehr nur um das Erkennen einzelner Merkmale, sondern eher um die Beurteilung der Gesamtsituation, in der sich der Patient und bei Bedarf auch seine Angehörigen befinden. Zwar verlassen sich die Pflegenden immer noch auf das von außen herangetragene Wissen, dem sie folgen und das sie hoch einschätzen. Sie werfen aber auch zunehmend ihre eigenen Erfahrungen und Kenntnisse in die Waagschale. Sie lösen sich mehr und mehr von einer schematischen Vorgehensweise und setzen erste Prioritäten, wenn sie darin von den Lehrenden und dem Führungspersonal bestärkt werden. Sie sind bereit, ihr eigenes Fachwissen darzustellen, wenn sie sich in einem Umfeld aufgehoben fühlen, das auch einen Fehler oder eine Unsicherheit zulässt.

- ! **Erfahrene Pflegediagnostiker nutzen zunehmend ihre eigenen Erfahrungen und Kenntnisse und beginnen, Prioritäten zu setzen.**

**Erfahrene Pflege-
diagnostiker kennen
die Katalogsystematik
gut und setzen eigene
Prioritäten.**

**Pflegediagnostik-
experten besitzen
Fachwissen und
Erfahrung und richten
ihre Handlungen auf
längerfristige Ziele
und Pläne aus.**

Experten in der Pflegediagnostik

Sie sind nicht mehr auf eine schematische Vorgehensweise angewiesen. Den diagnostischen Prozess haben sie eng mit ihrem Fachwissen und mit ihren Erfahrungen verbunden. Sie nehmen die Situation als Ganzes wahr, richten ihre Handlungen auf längerfristige Ziele und Pläne aus und sind sich deren Bedeutung bewusst.

Wenn erforderlich wird von Beginn an ein individuelles Entlassungsmanagement berücksichtigt, das auch Schulungs- und Beratungsbedarf beinhaltet. Die Experten entscheiden, welche Probleme in der jeweiligen Situation vorrangig beachtet werden müssen und welche vernachlässigt werden können. Sie haben viele unterschiedliche Situationen erlebt und wissen, ob ein Geschehen nur eine kurze vorübergehende Abweichung bedeutet oder ob ein Plan verändert werden muss. Grundlage für diese Kompetenzebene ist eine bewusste analytische Betrachtungsweise, aber auch das bewusste Zurückgreifen auf persönliche Erfahrungen und Intuition.

Viele unerhebliche Möglichkeiten können sie direkt ausschließen und auf den Kern des Problems vorstoßen. Eine ausführliche Situationsanalyse wird nun häufig als unnützes Beiwerk angesehen, gedanklich übersprungen und weggelassen. So sind z. B. für diese Kompetenzstufe die vorhandenen Vordrucke für Pflegeplanungen nicht mehr geeignet. Sie werden zum Teil sogar abgelehnt, da die einzelnen Mitarbeiter ihren Anspruch auf eine individuelle, von Prioritäten geleitete Pflege nicht mehr zum Ausdruck bringen können. Sie gehen effizient mit ihren zeitlichen Kapazitäten um und nehmen sich ausreichend Raum, um ihre individuelle Fachkompetenz darzustellen.

! Experten in der Pflegediagnostik richten ihre Handlungen auf längerfristige Ziele und Pläne aus und setzen Prioritäten.

7.2 Führungs- und Mitarbeiterverhalten im Umgang mit verschiedenen Kompetenzstufen

Wer unterschiedliche Kompetenzstufen verstehen und akzeptieren will, verändert auch seinen Umgang innerhalb und zwischen den Hierarchieebenen. Keine der genannten Kompetenzstufen soll eine Wertung darstellen. Sie bezeichnen vielmehr unterschiedliche Entwicklungsphasen, die Pflegenden durchlaufen können oder in denen sie sich stabilisieren. Wenn jemand für sich eine Entwicklungsphase gefunden hat, in der er gerne verbleiben möchte, sollte auch das möglich sein, sofern es dem Unternehmensziel nicht entgegensteht.

Die Devise: »Wir sind alle gleich, jeder macht die gleiche Arbeit, alle bekommen das gleiche Geld«, hilft weder denen, die Mühe haben, sich immer höheren Anforderungen anzupassen, noch denen, die gerne darüber hinaus Neues entwickeln möchten. Das seit Jahren gepflegte Gleich-

heitsprinzip trägt nur den Schein von Gerechtigkeit. Viele Mitarbeiterpotenziale werden so unzureichend genutzt, was sich sowohl für das Unternehmen als auch für den Einzelnen nachteilig auswirken kann.

Deshalb verdienen die unterschiedlichen Entwicklungsstufen Anerkennung und Respekt – von Mitarbeitern und von Führungskräften. Und dieser Respekt verbietet es, das Verhalten, das Denken und das Wissen von Mitarbeitern in vorgefertigte Formen zu pressen und bestimmten Regel, Methoden und Vorschriften zu unterwerfen.

Und so sind in dem umfangreichen Angebot von Pflege-theorien auch interessante Ansätze für eine moderne Personalentwicklung zu finden. Sie ermuntern zu einer differenzierten Betrachtungsweise in Bezug auf eine Leistungsbetrachtung, aber auch in Bezug auf eine dementsprechende Leistungsvergütung – selbst wenn das zum jetzigen Zeitpunkt noch etwas visionär erscheinen mag.

! Unterschiedliche Kompetenzstufen stellen keine Wertungen dar. Sie verdienen Anerkennung und Respekt und müssen von Mitarbeitern und Führungskräften gleichermaßen akzeptiert werden.

Pflege-theorien ermuntern zur differenzierten Betrachtungsweise in Bezug auf Leistungen und Leistungsvergütungen.

7.2.1 Kompetenzentwicklung durch Deregulierung

Führungskräfte weisen häufig ein erhöhtes Sicherheitsbedürfnis auf, was nicht selten dazu führt, Mitarbeiter mit einem überregulierten Dokumentationsaufwand zu belasten. Häufig wird versucht, eine nicht ausreichend entwickelte Kompetenz durch das Aufstellen zahlreicher Regeln »für das eventuelle Auftreten bestimmter Situationen« auszugleichen. Damit können zwar Ängste kompensiert werden, einer Kompetenzentwicklung basierend auf echter Erkenntnis und eigentlichem pflegerischem Handeln steht dies allerdings entgegen.

So muss nicht jeder Patient zwangsläufig eine Pflegeplanung erhalten, wie das so häufig aus formalen Gründen angeordnet wird. Wichtiger und auch effizienter ist es, die Mitarbeiter mit Hilfe eines geeigneten Instrumentes wie den Pflegediagnosen so zu befähigen, dass sie den tatsächlichen Unterstützungsbedarf begründet diagnostizieren und sich auf das Wesentliche beschränken lernen. Und wenn es aus pflegerischer Sicht einmal nichts zu diagnostizieren gibt, was in der jeweiligen Situation relevant ist, dann ist auch das eine akzeptable Entscheidung, die ein Höchstmaß an Kompetenz und Sicherheit verlangt.

Hieraus ergeben sich neue Denkansätze für das Verhalten von Mitarbeitern und Führungskräften auf allen Hierarchieebenen, die insbesondere gerichtet sind auf:

- Reduzierung von Regeln, Vorschriften und starren Verfahrensweisen,
- Entscheidungsfindungen zu patienten-, betriebs- und personalbezogenen Problemen gemeinsam mit den Mitarbeitern »vor Ort« und

Diagnostizieren des tatsächlichen Unterstützungsbedarfs und Beschränkung auf das Wesentliche

Interdisziplinäre Patientenbetreuung im Kontext von Verantwortungsbereit- schaft und Entschei- dungskompetenz

- Anerkennung der Autorität der Pflegenden durch Führungskräfte, wenn es sich um deren Betätigungsfelder handelt.

Damit Pflegende ihre Potenziale tatsächlich entfalten können, müssen Führungskräfte Rahmenbedingungen schaffen, die eine interdisziplinäre Patientenbetreuung in einen Kontext von Verantwortungsbereitschaft und Entscheidungskompetenz stellen. Jeder Mitarbeiter muss die Möglichkeit erhalten, unterschiedliche Kompetenzstufen zu erreichen, wenn er es möchte. Parallel dazu muss das Management soviel persönliche Kompetenzentwicklung von den Mitarbeitern einfordern, wie für die Zielerreichung eines Unternehmens notwendig ist. Dies kann in Stellenbeschreibungen fixiert werden. Ebenso können in Zielgesprächen Vereinbarungen getroffen werden. Voraussetzungen seitens der Mitarbeiter sind eine hohe Lernmotivation in Verbindung mit Verantwortungsbereitschaft, Entscheidungskompetenz und entsprechenden Rahmenbedingungen, die dies ermöglichen.

Zu den Rahmenbedingungen gehören:

- Akzeptanz von unterschiedlichen Kompetenzstufen innerhalb eines Teams oder eines neuen Arbeitsfeldes
- Förderung von Fachkompetenz und Motivation zu Entscheidungen
- Sicherheit und Berechenbarkeit im Veränderungsprozess

7.2.2 Kompetenzentwicklung durch Vertrauen

Veränderungsprozesse müssen für die Mitarbeiter berechenbar sein. Eine zunehmende Ökonomisierung mit ständig abnehmenden personellen und finanziellen Ressourcen bestimmt die Strukturen des Klinikalltages. Natürlich sind Pflegediagnosen nicht das einzige Instrument, mit dem Behandlungsabläufe effizienter gestaltet werden können. Aber sie sind eine wichtige Grundlage, um Qualitätsanspruch und Kostenbewusstsein in Einklang zu bringen.

Gerade im Umgang mit den Pflegediagnosen brauchen die Mitarbeiter seitens der Führungskräfte immer wieder die Bestätigung dafür, dass sie mit ihren individuellen Entscheidungen diesen Einklang auch herstellen *dürfen*. Jeder neue Patient ist in seiner Individualität ein Unbekannter, auch wenn das Krankheitsbild an sich schon viele Male erlebt wurde, denn alles Unbekannte ist mit Unsicherheit verbunden. Je öfter Pflegende sich mit Unbekanntem auseinandergesetzt haben, je mehr Probleme sie identifizieren und mit ihren eigenen Entscheidungen lösen konnten, umso mehr Wissen und Erfahrungen besitzen sie. Sie werden in ihren Entscheidungen sicherer – kompetenter.

- ❗ **Mit zunehmendem Kostendruck nehmen die personellen und finanziellen Ressourcen ab. Das Bedürfnis nach Sicherheit, Zuwendung, individueller Anerkennung und Wertschätzung bleibt – bei den Mitarbeitern an der Basis und auf allen Hierarchieebenen.**

Pflegediagnosen bringen Qualitäts- anspruch und Kostenbewusstsein in Einklang.

Die Freiheit der Entscheidung birgt auch das Risiko der Fehlentscheidung bis hin zum völligen Scheitern (von Cube 2003). Mitarbeiter haben Lust auf Leistung und Lust auf Verantwortung. Sie wollen ihre Ideen und Erfahrungen einbringen. Veränderungen sind nachhaltiger, wenn sie an die bestehenden Potenziale und Praktiken anknüpfen und darauf basieren, dass Führungskräfte auf die Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiter schauen, und wenn Anreizsysteme die Leistungsbereitschaft unterstützen. Auch im Pflegebereich besteht ein Anspruch auf Incentives, wenn mehr individuelle Entscheidung und Verantwortung zur Wertschöpfung des Unternehmens beitragen.

**Lust auf Leistung, Lust
auf Verantwortung**

Literatur

- Benner P (1994) Stufen der Pflegekompetenz – From novice to expert. Verlag Hans Huber, Bern, S. 19, 41–54
- Fromm E (1976) Haben oder Sein 109, Deutsche Verlags-Anstalt GmbH, Stuttgart
- Von Cube F (2003) Lust an Leistung. S. 16 Piper Verlag GmbH, München
- Meleis A (1999) Pflegetheorie: Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Verlag Hans Huber, Bern, S. 287–291

Schritt IV: Fallbeispiele



Potenzielle Varianten von individueller und standardisierter Planung eines Behandlungsprozesses

- 8.1 Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer
ausgewählten medizinischen Diagnose – 141**
- 8.2 Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer
ausgewählten medizinischen Prozedur – 144**
- 8.3 Musterbeispiel für die Integration von Pflegediagnosen
in einen klinischen Behandlungspfad – 144**
 - 8.3.1 Definition und Zielsetzung – 144**
 - 8.3.2 Dokumentationsinstrumente für einen klinischen
Behandlungspfad – 151**
- 8.4 Musterbeispiel für die Einarbeitung von Pflegediagnosen
in einen Pflegestandard – 153**
- Literatur – 153**

Kurzüberblick

Derjenige, der eine Krankheit beschreibt, muss sorgfältig die Symptome, die sie notwendig beleiten und die ihr eigentümlich sind, von den Symptomen unterscheiden, die nur akzidentell und zufällig sind, wie z. B. die vom Temperament und vom Alter abhängigen. Paradoxerweise ist der Patient im Verhältnis zu seinem Leiden nur ein äußerliches Faktum. Der Arzt darf ihn nur in Betracht ziehen, um ihn einzuklammern. Sicherlich muss man »die innere Struktur des Körper« kennen, aber eher, um sie abziehen und um für den Blick des Arztes »die Natur und die Kombination der Symptome, der Krisen und anderen die Krankheit begleitenden Umstände« freizulegen. Nicht das Pathologische fungiert im Verhältnis zum Leben als Gegennatur, sondern der Kranke im Verhältnis zur Krankheit (Michel Foucault 1996).

Wissensinhalte

Nach dem Studium dieses Kapitels kennt der Leser

- ▶ Planungsbeispiele, die auf eine medizinische Diagnose zutreffen können,
- ▶ Planungsbeispiele, die auf eine medizinische Prozedur zutreffen können,
- ▶ ein Musterbeispiel für die Einarbeitung von Pflegediagnosen in einen klinischen Behandlungspfad und
- ▶ ein Musterbeispiel für die Einarbeitung von Pflegediagnosen in einen Pflegestandard.

Alle Beispiele orientieren

- auf eine angemessene Betreuungsqualität,
- auf die Berücksichtigung forensischer Aspekte,
- auf die Kodiermöglichkeiten und
- auf die Leistungsdarstellung.

Die Musterbeispiele wurden soweit wie möglich mit dem Patienten erstellt. Sie spiegeln den derzeitigen Entwicklungsstand in den einzelnen Fachbereichen und auf den verschiedenen Stationen wider. Wenn pflegewissenschaftliche Interessen nicht ausreichend Berücksichtigung finden, so ist das den Prioritäten des Krankenhausalltages geschuldet, aber auch dem Anliegen, Veränderungen als einen Prozess zu verstehen, in dem sich Pflegende entwickeln dürfen, ohne von Anfang an perfekt sein zu müssen. Die nachfolgenden Beispiele sind als Anregung zu verstehen, wie Pflegepläne künftig aufgebaut werden können. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Der Umfang einer Pflegeplanung resultiert aus der individuellen Patientensituation und der Fähigkeit der Pflegenden, Prioritäten zu setzen. Anfänger, erfahrene Pflegediagnostiker und Experten haben diese Beispiele erarbeitet. Unabhängig von der jeweiligen individuellen Entwick-

Die Pflegeplanung wird durch die individuelle Patientensituation und die Fähigkeit der Pflegenden, Prioritäten zu setzen, bestimmt.

8.1 · Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer ausgewählten Diagnose

lungsstufe werden die Entscheidungen respektiert und im kontinuierlichen Diskurs verbessert.

Die Praktikabilität im Krankenhausalltag bestimmt, was zurzeit geleistet werden kann. Neben dem pflegewissenschaftlichen Anspruch stehen Betreuungsqualität und die Erlössicherung des Hauses im Mittelpunkt. Das Verhältnis von Aufwand und Nutzen soll ausgewogen sein, lässt sich durch ein Regelwerk aber nur schwer bestimmen. Nachstehend sind einige Grundsätze aufgeführt, die eine Entscheidungsfindung erleichtern können.

Aufwand und Nutzen müssen in einem ausgewogenen Verhältnis stehen.

Grundsätze zur Entscheidungsfindung über Art und Umfang von Pflegediagnostik

- Pflegediagnostik bezieht sich immer auf den individuellen Patienten und auf seinen Gesamtzustand.
- Die Zustandsbeschreibung eines Patienten erfordert in der Regel eine Kombination von mehreren Pflegediagnosen.
- Pflegediagnostik beinhaltet nicht, nach einer Diagnose zu suchen, um eine Maßnahme unterzubringen.
- Normale Serviceleistungen erfordern keine Begründung durch eine Pflegediagnose.
- Eine ausführliche Beschreibung ärztlicher Anordnungen ist im Bereich Maßnahmen nicht erforderlich, wenn die Anordnungen an anderer Stelle platziert sind. Ein Hinweis darauf genügt.
- Eine logische Handlungsfolge muss nicht separat als Maßnahme dokumentiert werden. Z. B. ist die Ein- und Ausfuhrkontrolle bei einem Patienten mit Blasenkatheter als Maßnahme festgehalten. Die regelmäßige Leerung des Urinbeutels ist logisch und hat für die Verlaufsbeurteilung keine Relevanz.

8.1 Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer ausgewählten medizinischen Diagnose

Abbildung 8.1 dient als Beispiel für eine Pflegeplanung für einen Patienten nach Hirninfarkt (■ Abb. 8.1). Die potenziellen Komplikationen resultieren aus der Pflegediagnose »Körperliche Mobilität, beeinträchtigt« und sind gleich im Anschluss aufgeführt. Diese Reihenfolge hat visuelle Vorteile, ist aber nicht zwingend notwendig. Pflegediagnosen und potenzielle Komplikationen (PK) sind mit einem »C« versehen. Dieses »C« ist ein Hinweis für Medizinische Dokumentationsassistenten (MDA). Sie prüfen im Auftrag des für die Codierung verantwortlichen Arztes, ob unter Berücksichtigung der Codierrichtlinien im Rahmen der G-DRG-Systematik die Pflegediagnose für die Codierung relevant ist. Dies bedeutet

Potenzielle Komplikationen

■ Abb. 8.1 · Musterbeispiel für einen Patienten nach Hirninfarkt

Datum	Nr.	Pflegediagnosen Was wurde festgestellt?	HZ	Nr.	Pflegeziel Was soll erreicht werden?	Nr.	F	S	N	Pflegeplan Was soll getan werden?	Stop Datum	HZ
	1	PD Beeinträchtigte körperliche Mobilität C - b.d. neuromuskuläre Beeinträchtigung (Parese, Schwäche linke Seite) - a.d. begrenzte Bewegungsfähigkeit Jones Grad 3, geringfügig selbständig		1	Patient bewahrt die Funktionstüchtigkeit des Bewegungsapparates	1a 1b 1c				- Lagerung 2-4stdl.(RL 18) - aktive und passive Bewegungsübungen - Krankengymnastik nach ärztl. Anordnung		
	2	PK Dekubitus C		2	Patient erleidet keine Hautschädigung	2a 2b 2c 2d 2e				- Risikoerhebung nach Waterlow-Skala - Breeze Matratze - Lagerung siehe oben(RL 18) - Hautinspektion und Dokumentation - Hautpflege mit PC30V bei jedem Lagern des Patienten		
	3	PK Pneumonie C		3	Patient aspiriert nicht, atmet normal und wirksam	3a 3b				- Patient zum tiefen Durchatmen und Abhusten anhalten - Einreibung mind. 3mal tgl. mit Kampher-Fluid (RL 14)		
	4	PK Thrombose C		4	Erhaltung und Förderung des venösen Rückflusses	4a 4b				- aktive und passive Bewegungsübungen lt. ärztlicher Anordnung - Antikoagulation lt. ärztlicher Anordnung		
	5	PK Kontraktur C		5	Patient lernt und übt Techniken, die eine Wiederaufnahme von Aktivitäten ermöglichen	5a 5b				- Bewegungsübungen - Mobilisation durch KG und Pflegepersonal		
	6	PD Selbstversorgungsdefizit: Körperpflege C - b.d. neuromuskuläre Beeinträchtigung - a.d. Unfähigkeit, den Körper zu waschen Ressourcen: Pat. kann sich Gesicht und Oberkörper teilweise waschen Jones Grad 3, geringfügig selbstständig		6	Patient führt entsprechend den eigenen Möglichkeiten Aktivitäten zur persönlichen Pflege durch	6a 6b 6c 6d				- Unterstützung bei der Körperpflege (RL 2) - Hilfe bei der Mundpflege - Zahnpflege - Haar- und Nagelpflege		
	7	PD Selbstversorgungsdefizit Kleiden/Pflegen C - b.d. neuromuskuläre Beeinträchtigung - a.d. eingeschränkte Fähigkeit, die notwendigen Kleidungsstücke an- /auszuziehen nach Jones Grad 3, geringfügig selbstständig		7	siehe 2	7a 7b				- An- und Ausziehen des Patienten - Anleiten/ Unterstützen beim Selbstständigwerden		
	8	PD Beeinträchtigte Urinausscheidung C - b/d sensorische Beeinträchtigung a/d Harndrang, Inkontinenz		8	Patient ist kontinent, kann ohne künstliche Ableitung urinieren	8a 8b				- Legen eines Blasenkatheters nach ärztlicher Anordnung (RL13) - Pflege und Funktionskontrolle des Blasenkatheters		
	9	PD Obstipation C - b/d Veränderung der gewohnten Ess-und Trinkgewohnheiten; Unzureichende körperliche Aktivität - a/d Abnahme der gewohnten Entleerungshäufigkeit		9	Patient kehrt zu normalen Stuhlgewohnheiten zurück	9a 9b				- nach Verordnung Stuhlweichmacher und/oder Laxantien verabreichen - vermehrte Aktivität fördern		

Abb. 8.1. (Fortsetzung)

Datum	Nr.	Pflegediagnosen Was wurde festgestellt?	HZ	Nr.	Pflegeziel Was soll erreicht werden?	Nr.	F	S	N	Pflegeplan Was soll getan werden?	Stop Datum	HZ
	10	PD Schluckstörung C - b/d neuromuskuläre Störung (verminderte Beweglichkeit der Kaumuskulatur) - a/d fehlendes Kauen		10	Patient hat eine ausgewogene Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	10a 10b				- Nahrung mit leichter Konsistenz verabreichen - Kautraining (Logopädie)		
	11	PD Infektionsgefahr C - b/d ungenügende primäre Abwehrmechanismen (verletzte Haut: Braunüle, Blasenkatheter)		11	Patient ist frei von nosokomialen Infektionen während des Behandlungszeitraumes	11a 11b				- auf Zeichen einer Infektion achten (Fieber u.a.) - Intimpflege		
	12	PD Gefahr einer Körperschädigung - b/d Inaktivität/extreme Aktivität		12	Patient erleidet keine Körperschädigung	12a 12b 12c				- Bettgitter in Einverständnis mit dem Patienten anbringen - Klingel in Reichweite - rutschfeste Schuhe		
	13	PD Neglect C - b/d neurologische Krankheit zerebrale Durchblutungsstörung - a/d ständiges Missachten von Stimuli auf der betroffenen Seite Ressourcen: Patient kann visuell wahrnehmen		13	Patient nimmt die betroffene Körperseite bewusst wahr Patient kennt Möglichkeiten für die individuelle Sicherheit	13a 13b 13c 13d				- Nachttisch und Gegenstände auf die betroffene Seite stellen - alle Aktivitäten und Ansprache von der betroffenen Körperseite durchführen (bewusst machen) - Körperwahrnehmung fördern - Ergotherapie nach ärztlicher Anordnung		
	14	PD Beeinträchtigte Anpassung C - b/d Behinderung/gesundheitliche Einschränkung, die eine Veränderung der Lebensweise erforderlich macht a/d Versagen, ein optimales Gefühl der Kontrolle zu erreichen		14	Patient akzeptiert seinen veränderten Gesundheitszustand Patient beginnt, seine Lebensweise so zu verändern, dass eine Anpassung an die momentanen Lebensumstände möglich wird	14a 14b 14c				- Ausmaß der Einschränkung im gegenwärtigen Zustand ermitteln darauf achten, wie der Patient die Ursachen, die zur momentanen Beeinträchtigung geführt haben, einschätzt - Bemühungen des Patienten bei seiner Anpassung anerkennen, positives Feedback, um Motivation zu steigern		

Legende:

a/d angezeigt durch

b/d bedingt durch

C potenzielle Codierrelevanz im Rahmen der DRG -Systematik

F Frühdienst (wird individuell z. B. mit einem X gekennzeichnet, wenn die Maßnahme in dieser Schicht ausgeführt werden soll)

HZ Handzeichen

N Nachtdienst (wird individuell z. B. mit einem X gekennzeichnet, wenn die Maßnahme in dieser Schicht ausgeführt werden soll)

PD Pflegediagnose

PK Potenzielle Komplikation

RL Richtlinien, stations- und hausintern mit entsprechender Nummerierung

S Spätdienst (wird individuell z. B. mit einem X gekennzeichnet, wenn die Maßnahme in dieser Schicht ausgeführt werden soll)

nicht, dass eine mit »C« markierte Diagnose in jedem Fall kodiert werden kann. Dazu bedarf es immer einer individuellen Prüfung, mit dem Ziel, die Erlöse für die jeweilige Einrichtung zu sichern. Diese Vorgehensweise hat sich bewährt, da die G-DRG-Systematik fortlaufend weiterentwickelt wird und spezielle Dokumentationskenntnisse erfordert.

Die Nummerierung der Pflegediagnosen und der Pflegeziele gestattet eine gute Übersicht. Die Nummerierung der Pflegemaßnahmen ist vorteilhaft für die Dokumentation der durchgeführten Leistungen. Dafür wird ein weiteres Formular verwendet. Die Evaluation wird im Pflegebereich dokumentiert.

8.2 Musterbeispiel für eine Pflegeplanung nach einer ausgewählten medizinischen Prozedur

Symptome können auch erst dann dokumentiert werden, wenn sie durch Beobachtung ausreichend gesichert oder vom Patienten als subjektive Wahrnehmung geäußert wurden.

Für diese Kategorie wurde ein Musterbeispiel für einen Patienten mit Bestrahlung bei einem Schilddrüsenkarzinom gewählt (■ Abb. 8.2). Die Darstellung entspricht vom Aufbau her dem Musterbeispiel nach Hirninfarkt. Es ist durchaus gerechtfertigt, Pflegediagnosen erst dann zu dokumentieren, wenn sie durch Beobachtung ausreichend gesichert oder vom Patienten als subjektive Wahrnehmung geäußert wurde. Eine Diagnose kann auch jederzeit wieder verworfen werden, wenn sie sich durch relevante Symptome nicht bestätigt.

8.3 Musterbeispiel für die Integration von Pflegediagnosen in einen klinischen Behandlungspfad

Klinischer Behandlungspfad von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung

Die folgenden Abbildungen zeigen exemplarisch einen Ausschnitt aus einem klinischen Behandlungspfad, der sich über einen Zeitraum vom Tag der stationären Aufnahme bis zur Entlassung erstreckt. In den Abbildungen sind nur 8 Behandlungstage aufgezeigt (■ Abb. 8.3 und 8.4). Eine vor- und nachstationäre Betreuung ist in diesem Pfad nicht abgebildet, da hier primär die potenzielle Darstellung der Pflegediagnosen aufgezeigt werden soll. Da ein Pfad mit integrierten Pflegediagnosen nicht nach der herkömmlichen Methode abgebildet werden kann, wurde ein Layout entwickelt, das den Ansprüchen in der Praxis gerecht wird und einen effizienten Dokumentationsprozess zulässt.

8.3.1 Definition und Zielsetzung

Ein klinischer Behandlungspfad ist der im Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionsübergreifende Konsens für die beste Durchführung der gesamten stationären Behandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität sowie unter Berücksichtigung

■ Abb. 8.2. Musterbeispiel für einen Patienten mit Bestrahlung bei Schilddrüsenkarzinom

Datum	Nr.	Pflegediagnosen Was wurde festgestellt?	HZ	Nr.	Pflegeziel Was soll erreicht werden?	Nr.	F	S	N	Pflegeplan Was soll getan werden?	Stop Datum	HZ
	1	PD Schluckstörung C b/d mechanischer Verschluss (Ödeme, Tumor) b/d Verhaltensbedingte Ernährungsprobleme a/ d Husten a/d Nahrungsverweigerung a/d verzögerte Schluckakte a/d Schmerzen beim Schlucken a/d Verschlucken		1	- Patient kann ohne Probleme feste Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen - Patient kann ohne Beeinträchtigung schlucken	1a 1b 1c				- Kühlung mit Eiskrawatte lt. ä. AO. (s. Überwachungsblatt) - Medikation lt. ä. AO - Wunschkost		
	2	PD Beschäftigungsdefizit b/d Umgebungsbedingter Mangel an Beschäftigungsmöglichkeiten (längerfristige Isolation nach Strahlenschutzgesetz) a/d Wunsch, etwas zu tun, da gewohnte Hobbies zurzeit nicht ausgeübt werden können		2	- Patient beschäftigt sich im Rahmen seiner Möglichkeiten mit Aktivitäten und ist damit zufrieden	2a 2b 2c				- Beratungsgespräch für den Patienten - für körperliche und geistige Aktivitäten sorgen - abwechselnde Aktivitäten fördern (z.B. Steppen, Lesen, Fernsehen etc.)		
	3	PK Pneumonie C		4	- physiologisch gut belüftete Lungen - Patient atmet normal und wirksam	4a 4b 4c 4d				- Pneumonieprophylaxe nach Standard I/4 - Atemtraining durch KG auf ä.AO - atemstimulierende Einreibung - Patienten zum tiefen Durchatmen und Abhusten auffordern		
	4	PK Thrombose C		5	- Erhaltung und Förderung des venösen Rückflusses	5a 5b 5c				- Medikamentöse Therapie nach ä.AO - Antithrombosestrümpfe (ATS) - Mobilisation		
	5	PK Kreislaufinstabilität C		6	- Patient weist eine angemessene Durchblutung auf - gut fühlbare periphere Pulse - Vitalzeichen im Normbereich des Patienten - Patient ist wach und ansprechbar - Patient erleidet keine Körperschädigung	6a 6b 6c 6d				- Auf Zeichen und Symptome von Komplikationen achten - Vitalzeichenkontrolle nach ä. AO s. Überwachungsplan - Gewebedurchblutung und Hautzustand beobachten - Patienten zur Selbstbeobachtung und Rückmeldung ermutigen		
	6	PK Dekubitus C		7	- Patient erleidet keine Hautschädigung	7a 7b				- Dekubitusprophylaxe n. Standard I/1 - Risikoerhebung nach der Waterlow-Skala		

Legende

a/d	angezeigt durch
b/d	bedingt durch
F	Frühdienst (wird individuell z. B. mit einem X gekennzeichnet, wenn die Maßnahme in dieser Schicht ausgeführt werden soll)
HZ	Handzeichen
N	Nachtdienst (wird individuell z. B. mit einem X gekennzeichnet, wenn die Maßnahme in dieser Schicht ausgeführt werden soll)
PD	Pflegediagnose
PK	Potenzielle Komplikation
RL	Richtlinien, stations- und hausintern mit entsprechender Nummerierung
S	Spätdienst (wird individuell z. B. mit einem X gekennzeichnet, wenn die Maßnahme in dieser Schicht ausgeführt werden soll)
lt. ä. AO	laut ärztlicher Anordnung
Standard I/1	hausinterner Standard
KG	Krankengymnastik

Frau Musmann

Stand: 08.09..04

Frau Musmann

■ **Abb. 8.3.** Klinischer Behandlungspfad (Ausschnitt)

8.3 · Musterbeispiel für die Integration von Pflegediagnosen

Klinischer Behandlungspfad Hüft - TEP – Implantation, Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie CCM
(© Layout K. Ev. – Stab QM – Krankenpflagedirektion)

Version 4.0
Stand 28.10.04

Aufgaben des Personals Teil 2 - A	Datum A 1 / S 1	Verantw. BG	Datum A 3 / S 3	Verantw. BG	Datum A 3 / S 3	Verantw. BG	Datum A 2 / S 3	Verantw. BG
	Tag 1		Tag 2		Tag 3		Tag 4	
Administration	Aufnahme 1.3.05	MDA 85	OP 2.3.05		Postop. Tag 1 3.3.05		Postop. Tag 2 4.3.05	SD 105
Abgesprächen mit dem Patienten und seinen Angehörigen	Admin. Aufnahme Sozialkonsil Kostenbestellung	F S N	Pflegeplan anpassen postop.	F S N	Evaluation der Maßnahmen mit dem Patienten während der Visite, bzw. der Übergabe	F S N	Evaluation der Maßnahmen mit dem Patienten während der Visite, bzw. der Übergabe	F S N
Anleitung/Beratung	Pflegeanamnese Größe / Gewicht Info über Stationsablauf und Serviceleistungen Pflegeteam vorbereiten Entlassungsplanung Postop. Prophylaxemaßnahmen erklären Luxationsgefahr	F S N	Arztliche Anamnese OP Aufklärung Untersuchung Anordnungen überprüfen	F S N	Visite postop.	F S N	Visite	F S N
Vitalparameter	BD, Puls, Temp.	F S N	BD 6x, Temp. 2x bei Bedarf öfter Kontrolle d. Atmung - und Bewusstseinslage	F S N	BD/ Puls 2x Temp. 3x	F S N	BD/ Puls 2x Temp. 3x	F S N
Diagnostik	Überprüfen der Vollständigkeit von Diagnostik, bzw. Abnahme kl. BB, INR, PTT, Na, K, Grea, CRP Rö Beckenübersicht tiefzentriert Betroffenes Gelenk axial	F S N		F S N	Kl. BB	F S N		F S N
Schmerzmessung	1 1	F S N	1 2 1 2	F S N	3 1 2 1 3	F S N	2 1 3 1 2	F S N
Medikation	Prämedikation lt. Anästhesie Rohypnol 1g □ 0,5g ☒	F S N	Unacid 3g (Mit in den OP geben)	F S N	Indomethacin 25mg 1-1-1 bis zur Entlassung	F S N	Indomethacin 25mg 1-1-1 bis zur Entlassung	F S N
Schmerzmedikation individuell anpassen		F S N	Novalgin 40 Tropfen 1-1-1-1	F S N	Novalgin 40 Tropfen 1-1-1-1	F S N	Novalgin 40 Tropfen 1-1-1-1	F S N
		F S N	Schmerzperforator PCA-Pumpe	F S N	Schmerzperforator PCA-Pumpe	F S N	Schmerzperforator PCA-Pumpe	F S N
		F S N		F S N		F S N	Tramal long 100 Tramal long 200 1-0-1	F S N
Mobilisation	Unterarmstützen ☒ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ selbständig ☐	F S N	Hilfestellung beim Sitzen ☐ Aufstehen ☐ Gehen ☐	F S N	Hilfestellung beim Sitzen ☐ Aufstehen ☒ Gehen ☐	F S N	Hilfestellung beim Sitzen ☐ Aufstehen ☒ Gehen ☒	F S N
Physiotherapie		F S N		F S N	AT, aktive und passive Bewegungsübung Luxationspräventives Verhalten Stand am Bett	F S N	AT, aktive und passive Bewegungsübung Luxationspräventives Verhalten Erste Schritte im Zimmer Dreipunktgang	F S N
Körperpflege	selbstständig ☒ teilweise ☐ selbstständig ☐ unselbstständig mit Hilfe Duschen nach Enthaarung mit Enthaarungscreme ☒	F S N	Im Bett selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig ☒	F S N	Im Bett selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☐ unselbstständig ☒	F S N	Im Bett selbstständig ☐ teilweise selbstständig ☒ unselbstständig ☐	F S N
Lagerung	In Abhängigkeit der aktiven Muskelführung Schaumstoffschiene ☐ Fersenkissen ☐ Abduktionskeil ☐	F S N	Schaumstoffschiene Tag ☒ Nacht ☒ Fersenkissen ☐ Abduktionskeil ☐	F S N	Schaumstoffschiene Tag ☒ Nacht ☒ Fersenkissen ☐ Abduktionskeil ☒	F S N	Schaumstoffschiene Tag ☒ Nacht ☒ Fersenkissen ☐ Abduktionskeil ☒	F S N
Thrombose - prophylaxe	20.00 Uhr 1 FS Clexane 40 s.c. Information an das Sanitätshaus für die Anpassung von Kompressions - Strümpfe	F S N	20.00 Uhr 1 FS Clexane 40 s.c.	F S N	20.00 Uhr 1 FS Clexane 40 s.c.	F S N	20.00 Uhr 1 FS Clexane 40 s.c.	F S N

■ Abb. 8.4. Klinischer Behandlungspfad (Ausschnitt)

Klinischer Behandlungspfad Hüft - TEP – Implantation, Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie CCM
(© Layout K. Ev. – Stab QM – Krankenpflegedirektion)

Version 4.0
Stand 28.10.04

Aufgaben des Personals Teil 2 - A	Datum A1/S1			Datum A3/S3			Datum A3/S3			Datum A2/S3		
	Tag 1			Tag 2			Tag 3			Tag 4		
	Aufnahme	1.3.05	Verantw. BG	OP	2.3.05	Verantw. BG	Postop. Tag 1	3.3.05	Verantw. BG	Postop. Tag 2	4.3.05	Verantw. BG
Pneumonie- prophylaxe							Pflege mit Esemantan Gel Triflow bis zu 6 x tägl. (nach ärztl. AO) Inhalation bis zu 3x tgl. Atemgymnastik mit KG			Pflege mit Esemantan Gel Triflow bis zu 6 x tägl. (nach ärztl. AO) Inhalation bis zu 3x tgl. Atemgymnastik mit KG		
Dekubitusprophylaxe	Event. Breeze bestellen			Risikoerhebung, 12. Pkt Prophylaxe nach Standard I/1 Breeze			Prophylaxe nach Standard I/1 Breeze			Prophylaxe nach Standard I/1 Breeze		
Bilanzierung				Ein- und Ausfuhrkontrolle Drainageverlust			Ein- und Ausfuhrkontrolle Drainageverlust			Ein- und Ausfuhrkontrolle Drainageverlust		
Zu- und Ableitungen • Blasenkathe- ter • Drainagen • Braunüle • Schmerzperfor- sor PCA Pumpe				Katheterpflege nach Hygiener. Nr. 2.4.1 Funktionsprüfung: Drainagen, Schmerzperforator PCA Pumpe			Katheterpflege nach Hygiener. Nr. 2.4.1 Funktionsprüfung: Drainagen, Schmerzperforator PCA Pumpe			Blasenkatheter entf. Braunüle entf. Drainageentfernung Funktionsprüfung Schmerzperforator PCA Pumpe		
Ausscheidung	Selbstständig ☒ Teilweise ☐ Selbstständig ☐ Unselbstständig ☐			Steckbecken/ Urinflasche reichen nur nachts ☒ ständig ☒ I Inkontinenzhilfsmittel reichen ☐ Wäschewechsel ☐ Intimpflege ☒			Unterstützung beim Transfer zur Toilette ☐ Steckbecken/ Urinflasche reichen nur nachts ☒ ständig ☒ Inkontinenzhilfsmittel reichen ☐ Wäschewechsel ☐ Intimpflege ☒			Unterstützung beim Transfer zur Toilette ☒ Steckbecken / Urinflasche reichen nur nachts ☒ ständig ☒ Inkontinenzhilfsmittel reichen ☐ Wäschewechsel ☐ Intimpflege bei Bedarf Abführmaßnahmen ☒		
Darmpvorbereitung bzw. auf Stuhlgang achten	Unterstützung beim Toilettengang bzw. Toilettensstuhl ☐ Microklist 1x											
Wundbehandlung				Hautinspektion ☒ VW nach Hyg. Ri. Nr.2.4.1 ☐ Coolpack ☒			Hautinspektion ☒ VW nach Hyg. Ri. Nr. 2.4.1 ☒ Coolpack ☒			Hautinspektion ☒ VW nach Hyg. Ri. Nr.2.4.1 ☒ Coolpack ☒		
Ernährung	Vollkost.			lt. Narkoseprotokoll schluckweise Tee			Vollkost			Vollkost		
Sonstige Konsile												
Abweichungen/ Besonderheiten												
Pfadabbruch												

■ Abb. 8.4. (Fortsetzung)

Klinischer Behandlungspfad Hüft - TEP – Implantation, Zentrum für muskuloskeletale Chirurgie, Klinik für Orthopädie CCM
Qualitätsergebnis – Medizin -1 (© Layout K. Eveslage - Stab Qualitätsmanagement - Krankenpflegedirektion)

Version 2.4
Stand 30.06.04

Nr.	Potentielle Komplikationen im klinischen Verlauf	HZ Nr.	Qualitätsergebnis	1. präop. Tag HZ Datum	2. Op Tag HZ Datum	3. 1. postop. Tag HZ Datum	4. 2. postop. Tag HZ Datum	5. 3. postop. Tag HZ Datum	6. 4. postop. Tag HZ Datum	7. 5. postop. Tag HZ Datum	8. 6. postop. Tag HZ Datum
1	Erklärung/Unterschrift des Patienten	1.	Informed Consent								
2.	Thrombose	2.	Keine klinischen Zeichen einer Thrombose								
3.	Abszeßbildung/Infektion	3.	Keine Infektionszeichen								
4.	Persistierende Drainageförderung	4.	Drainageentfernung möglich								
5.	Luxation	5.	Prothese regelrecht								
6.	Kardio/pulmonale Probleme	6.	Kardio/pulmonal stabil								
7.	Wundheilungsstörung	7.	Wundheilung regelrecht								
	Abweichungen Nr. Sonstiges Pfadabbruch Datum:										

■ Abb. 8.5. Qualitätsergebnis Medizin

Der klinische Behandlungspfad steuert den Behandlungsprozess, dient als Dokumentationsinstrument und beschreibt Normabweichungen.

der notwendigen und verfügbaren Ressourcen und unter Festlegung der Aufgaben sowie der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten. Der klinische Behandlungspfad steuert den Behandlungsprozess, gleichzeitig ist er das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument und erlaubt die Kommentierung von Normabweichungen zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung. Evidenzbasierte Leitlinien sollten in den Pfad integriert sein.

Ein klinischer Pfad ist abzugrenzen:

- von der Verwendung des Begriffes Behandlungspfad im Zusammenhang mit hausbezogenen Leitlinien, die auf den Stationen oder über einen Server (EDV-gestützt) bereitgehalten werden und von Ärzten oder Pflegekräften bei Bedarf eingesehen werden können, und
- von Standards oder Leitlinien, die das praktische Vorgehen in einem Haus, auf einer Station oder in einer konkreten Situation beschreiben und bei denen das konkret organisatorisch-operationale Vorgehen im Vordergrund steht. (Dort wird z. B. die praktische Umsetzung der Leitlinien zur Schmerztherapie nachts und am Wochenende geregelt. (Wer ist ansprechbar und zuständig? Wer prüft was zu welcher Uhrzeit? Dosierungen usw.))

Ein klinischer Behandlungspfad sollte Bestandteil des Patientendokumentationssystems sein.

Einbezogen sind Mitarbeiter aus allen beteiligten Berufsgruppen. In diesen Pfaden sind Qualitätskriterien sowohl aus pflegerischer als auch aus ärztlicher Sicht als evaluierbar angelegt. Hier erweist sich die Implementierung von Pflegediagnosen als besonders vorteilhaft. Die einheitliche sprachliche Benennung von Gesundheitsproblemen und Qualitätszielen sind ein wichtiger Baustein für die Auswertung von Qualitätsergebnissen. Klinische Behandlungspfade integrieren darüber hinaus die Entlassungsvorbereitungen, die ebenfalls ihren Ausdruck in Pflegediagnosen finden können, insbesondere dann, wenn Patientenberatung und Patientenschulung indiziert sind. Ebenso kann auf Pflegeleistungen verzichtet werden, wenn sie nicht mit einer Pflegediagnose begründbar sind. Das gleiche gilt für medizinische Leistungen. Erfahrungen in der Praxis haben gezeigt, dass während der Erstellung eines klinischen Behandlungspfades viele diagnostische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen auf ihre Relevanz geprüft und sehr oft auch verworfen werden – eine wichtige Voraussetzung dafür, die Verweildauer zu reduzieren und Kosten zu senken. Ein klinischer Behandlungspfad reduziert den Schreibaufwand, da Maßnahmen und Qualitätskriterien als Standard vorgegeben sind und nur noch die Durchführung und Besonderheiten und Abweichungen dokumentiert werden müssen. Deshalb sollte ein klinischer Behandlungspfad immer Bestandteil des Patientendokumentationssystems sein.

! Die Entwicklung klinischer Behandlungspfade stellt immer ein multidisziplinäres Projekt dar.

Folgende Ziele sind allen Beteiligten gemein:

- Erschließung von Einsparpotenzialen
- Verbesserung der Strukturprozess- und Ergebnisqualität
- Sicherstellung der Ressourcenverfügbarkeit
- Implementierung evidenzbasierter Leitlinien
- Reduzierung überflüssiger und nicht indizierter Leistungen
- Bewertung von qualitativen und ökonomischen Ergebnissen
- Reduzierung des Dokumentationsaufwandes

8.3.2 Dokumentationsinstrumente für einen klinischen Behandlungspfad

Die Dokumentation kann schriftlich erfolgen, sofern eine akzeptable EDV-Lösung nicht zur Verfügung steht. In jedem Fall muss ein klinischer Behandlungspfad auch gleichzeitig als Dokumentationsinstrument zur Verfügung stehen, um die Arbeitskapazität möglichst effizient einzusetzen. Das nachfolgende Beispiel gibt einen Einblick in die Gestaltung praxisorientierter Dokumentationsformulare.

Effizienter Einsatz der Arbeitskapazität

Die Dokumentationsinstrumente setzen sich wie folgt zusammen:

■ **Qualitätsergebnis Pflege** (■ Abb. 8.3)

Pflegediagnosen weisen auf die pflegerische Zielsetzung hin, die gleichzeitig das Qualitätsergebnis impliziert. Die Beurteilung erfolgt täglich in allen drei Schichten und wird mit dem Handzeichen quittiert. Die Qualitätskriterien sind so angelegt, dass bei Bedarf auch Auswertungen möglich sind.

■ **Aufgaben des Personals** (■ Abb. 8.4)

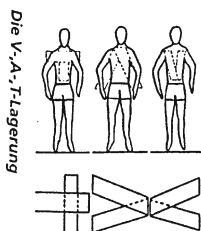
In diesen Formularen sind alle Aufgaben zusammengefasst und werden nach Ausführung auch von allen Berufsgruppen dokumentiert. Die Entlassung ist exemplarisch für den 11. Tag vorgesehen. Die Einleitung der Anschlussheilbehandlung wird vom Sozialdienst am 2. postoperativen Tag vorgenommen. Das Programm der Physiotherapeuten ist ebenfalls integriert.

■ **Qualitätsergebnis Medizin** (■ Abb. 8.5)

Da ein klinischer Behandlungspfad alle Berufsgruppen einbezieht, dokumentieren auch die Ärzte das Qualitätsergebnis. Inhaltlich erfüllt dies unter anderem die Ansprüche der klinischen Verlaufsdokumentation, so dass auch hier Dokumentationsvorteile zu verzeichnen sind.

Ein Pfad unterliegt einem ständigen Veränderungsprozess, so dass die Inhalte fortlaufend angepasst werden können.

PK Pneumonie		Pflegestandard Nr. 1 / 4	(© Arbeitsgruppe in der Charité)
Pflegeziel A) Pat. zeigt verbesserte Ventilation B) Pat. hat freie Atemwege, verminderte Sekretansammlung C) Pat. atmet normal und wirksam		D) Patient ist bereit, die Pflege aktiv zu unterstützen E) Patient ist frei von nosokomialen Infektionen während des Behandlungszeitraumes F) Patient aspiriert nicht	
Pflegediagnose / Indikation		Pflegemaßnahmen	
A) PD: Beeinträchtigter Gasaustausch b/d gestörtes Verhalten zwischen Ventilation und Perfusion a/d Dyspnoe, Atemnot B) PD: Unwirksamer Atemvorgang b/d Wahrnehmungsstörung verminderte Kraft, a/d Gebrauch der Atemhilfsmuskulatur Nasenflügelatmung C) PD: Akute Schmerzen b/d verletzte Einflüsse (physisch, psychisch) a/d Schonhaltung, Schutzhaltung, beobachtbare Schmerzzeichen D) PD: Beeinträchtigte körperliche Mobilität b/d verordnete Bewegungseinschränkung, (Frakturen, Bettruhe, Ruhigstellung einer Extremität; Medikamente und deren Nebenwirkungen) a/d begrenzte Bewegungsfähigkeit, verminderte Reaktionsfähigkeit, Schwierigkeit, sich zu drehen E) PD: Infektionsgefahr b/d ungenügende primäre/sekundäre Abwehrmechanismen (Immunsuppression), Intubation, Tracheotomie, F) PD: Aspirationsgefahr b/d Tracheotomie/endotrachealer Tubus,		1. Für optimale Ausdehnung des Brustkorbes und Abfließen des Sekretes durch häufigen Lagewechsel sorgen (in Rückenlage: V-, A-, T- Lagerung, 30° OK Hochlagerung) 2. Patient zum tiefen Durchatmen und Abhusten auffordern 3. Med. Therapie nach ärztlicher Anordnung (Inhalation, u.a.) 4. Atemwege frei halten, falls angezeigt: Sekret absaugen, prä- und postoperative Atemübungen atemstimulierende Einreibung, Vibrax (Mentopin, Transpulmin, nach ärztl. AO) Abklopfen/Abreiben (Kampferfluid, Esemangel, kaltes Wasser) Beachte: Kampferfluid (Haut austrocknen, Alkoholgehalt) 5. Für ausreichende Flüssigkeit sorgen 6. Auf Zeichen der Überwässerung achten 7. Motivation des Patienten, Angst nehmen, Patient informieren 8. Für Schmerzlinderung nach ärztlicher Anordnung sorgen 9. Wenn notwendig Gegendruck auf den Brustkorb, um Aushusten zu erleichtern 10. Ermitteln der vorhandenen Ressourcen des Patienten 11. Mobilisierung des Patienten nach individuellen Möglichkeiten 12. Patient im Gebrauch von Haltegriffen und anderen Hilfsmitteln anleiten 13. Auf Zeichen einer Infektion achten 14. Mundpflege und Nasenpflege nach Standard/ Richtlinie 15. Dekubitusprophylaxe nach Standard 16. Weitere, zu berücksichtigende Standards/ Richtlinien: a) endotracheales Absaugen b) Verbandwechsel c) Broncheal- Trachealtoilette d) Tracheostomapflege 17. Bei Verabreichung von Sondenkost Lage und Reflux prüfen	
Allgemeine Hinweise		Bitte beachten Sie!	
Die Maßnahmen, insbesondere die Häufigkeit, müssen speziell auf die bestehenden, individuell möglichen Faktoren abgestimmt werden. Dem Bedarfsfall angepasste Maßnahmen müssen im Pflegeplan dokumentiert werden. Zwischen diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten sowie Besuchen angemessene Ruhepausen ermöglichen, um Müdigkeit zu reduzieren, Nachtruhe gewährleisten.		Vor und nach dem direkten Patientenkontakt ist eine hygienische Händedesinfektion erforderlich! Bei der Durchführung aller pflegerischen Maßnahmen ist auf die Einhaltung hygienischer Vorgaben laut Hygienehandbuch der Charité (1999), bzw. vorhandener Hygienrichtlinien und Pflegestandards zu achten. „Nicht abgeklopft und vibriert werden darf bei Patienten mit Herzinfarkt, Lungenembolie, Tumoren bzw. Metastasen im Bereich der Wirbelsäule, ausgeprägter Osteoporose, bei neurochirurgischen Patienten (ungeklipptes Aneurysma), Rippenfrakturen und erhöhter Blutungsneigung.“	
Durch die Unterlagerung verschiedener Rückenabschnitte mit kleineren Kissen oder Tüchern können sich die freien Flächen besser entfalten (V-, A-, T- Lagerung)		Der Standard wurde in der Arbeitsgruppe "Pflegestandard" der Charité unter Einbeziehung folgender Literatur erarbeitet: - Stefan, H.; Allmer, F. et al. (2002) Praxis der Pflegediagnosen, Springer- Verlag Berlin (2., erweiterte und überarbeitete Auflage). - Menche, N. (2001) Pflege Heute, Urban u. Fischer (vollständig überarbeitete Auflage). - Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch – Institut, Prävention der nosokomialen Pneumonie - Mukodzi, A.; Strang, A. (2002) Pneumonienprophylaxe Im Intensivbereich, Heilberufe 52, Heft 9, Urban u. Vogel Datum des Inkrafttretens: Unterschrift: AG Pflegestandard Krankenpflegerdirektorin	

**Legende:**

PK potenzielle Komplikation

PD Pflegediagnose

b/d bedingt durch / Ursachen der Diagnose

a/d angezeigt durch / Symptome der

8.4 Musterbeispiel für die Einarbeitung von Pflegediagnosen in einen Pflegestandard

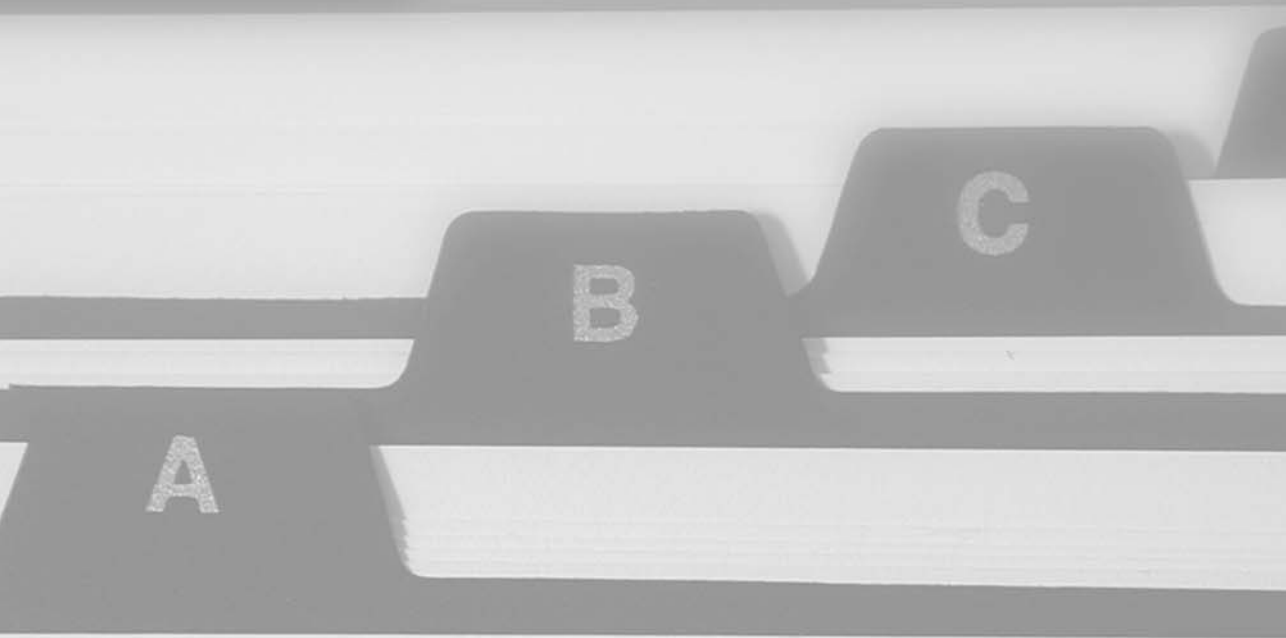
Die Einarbeitung von Pflegediagnosen liefert auch in einem Pflegestandard die Begründung für indikationsgerechte Maßnahmen (■ Abb. 8.6). Wenn Pflegestandards ebenfalls nach der Pflegeprozessmethode aufgebaut sind, können die Inhalte mit geringem Aufwand in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Gleichzeitig wird der Pflegeprozess transparenter. Er durchdringt den gesamten Behandlungsprozess, da auch andere Professionen, wie z. B. Ärzte Diätassistenten und Physiotherapeuten, an der Erarbeitung von Standards und Leitlinien beteiligt sind.

Pflegestandards erleichtern die Pflegeplanung.

Literatur

- Braun J, Walter M et al. (2003) Clinical Pathways und Diagnosis-Related Groups – Die Anästhesiologie als Schnittstellenfach, *Anästh Intensivmed* 44, S. 637–646
- Ewers M, Schaeffer D (2000) *Case Management*, Verlag Hans Huber, Bern
- Foucault M (1996) *Die Geburt der Klinik*. Fischer Taschenbuchverlag Verlag GmbH, Frankfurt am Main
- Kienbaum, Management Circle (2002) *Behandlungspfade, Optimierungsinstrument im klinischen Prozessmanagement*, Seminarunterlagen
- Roeder N (2002) *Clinical Pathway, DRG-Research-Group, UKM Münster* 21

Stichwortverzeichnis



Stichwortverzeichnis

A

Ablauforganisation 12
 ACENDIO (Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) 6
 AEP-Kriterien 62
 AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) 61
 Aktivitäten des täglichen Leben (ATL) 64
 Aktivitätsintoleranz 91
 Alltagsgespräch 24
 Ambulante Operationen 53
 Analysieren 108
 ANA (American Nursing Association) 6
 Anfänger in der
 Pflegediagnostik 130
 Anforderungsprofile 75
 Anpassungsprozess 12
 Anspruchshaltung 19
 Aspirationsgefahr 92, 153
 Ätiologie IX, 88, 91
 Atemvorgang, unwirksamer 152
 Atmen 100
 Aufnahme- und
 Verlaufsbeschreibung,
 pflegerische 64
 Aufnahmekriterien 65
 Ausführungsprogramm 15
 Ausscheiden 101

B

Beatmungsentwöhnung,
 erschwerte 91
 Bedürfnisse, individuelle 123

Behandlung, vor- und
 nachstationär 53
 Behandlungsdauer 43
 Behandlungskonzept 50
 Behandlungspfad 117, 118,
 122, 144, 150
 Behandlungspfad, klinisch 30
 Behandlungsplan 122
 Behandlungsprozess VII, 5, 12,
 14, 86
 Behandlungsqualität 34
 Behandlungsziel 51, 123
 Benner, Patricia 16, 127
 Bereitschaft für ein verbessertes
 Coping 123
 Bereitschaft für ein verbessertes
 Therapiemanagement 123
 Bereitschaft für ein verbessertes
 Wissen 123
 Bereitschaft für verbesserte
 Familienprozesse 123
 Betreuungsprozess IX, 19
 Betreuungsqualität VII, IX
 Bildung, pflegewissenschaftlich
 23, 27
 Bundesausschuss, gemeinsame
 58

C

Case Management 113, 114,
 121
 Coaching 16
 Codierrichtlinien 120, 141

D

Deckungsbeitrag 38
 Dekubitus 96

Deregulierung 133
 Deutschen Krankenhausgesell-
 schaft (DKG) 55
 Diagnosenkatalog 99
 Diagnosis Related Groups
 (DRGs) 38
 diagnostischer Prozess 99, 127
 Diagnostizieren 105
 Didaktisches Modell 78
 Dokumentationsassistent,
 medizinischer 120
 Dokumentationsaufwand 46,
 102
 Dokumentationsinstrument
 151
 Dokumentationsqualität 4, 14
 Dokumentationsrichtlinien 120
 Dokumentationsstruktur 95
 DRG 35
 DRG-Systematik 35

E

»ex ante«-Sicht 62
 EDV-gestützter Katalog 100
 EDV-gestützte
 Patientendokumentation
 100
 Eigenständigkeit 11, 14
 Eigenverantwortung 14
 Einflussfaktor 88, 90
 Einführungsprozess 77
 Emanzipationsbestrebungen
 11
 Entlassung, konfliktfrei 90
 Entlassungsmanagement 26,
 117, 119
 Entscheidungsverhalten 11
 erfahrene Pflegediagnostiker
 131

erfahrene Pflegende 128
 Erlössicherung VII
 Erlössituation 38
 Essen und Trinken 100
 Expertenkommission 37
 Expertenorganisationen 12, 116
 Expertenwissen 116
 Experten in der Pflegediagnostik 132

F

Fallbetrachtung, qualifizierte 63
 Fehlbelegung, primäre 56
 Fehlbelegung, sekundäre 56
 Fehlbelegung, tertiäre 56
 Fehler-DRGs 40
 Fehleranalyse 55
 Finanzierungssystem, fallpauschaliert 34
 fortgeschrittene Anfänger 128
 Frührehabilitation 51
 Führungsphilosophie VIII

G

G-AEP 64
 G-AEP-Kriterien 49
 Gasaustausch, beeinträchtigter 152
 G-DRG 7
 G-DRG-Systematik (German-Diagnoses Related Groups) VII
 Gefahr eines Immobilitätssyndroms (Lähmungen) 93
 Geschehen, komplexes 29
 Geschlechtliches Erleben und Verhalten 101

gesundheitsförderliches Verhalten 123
 Gesundheitsförderung 26, 93
 Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2000 37
 Gesundheitspflegediagnose 93
 Gesundheitsprobleme VII
 – aktuelle VII
 – potenzielle VII
 Gesundheitsstrukturgesetz 36
 Grenzverweildauer
 – obere (oGVD) 39
 – untere (uGVD) 39
 Gruppierungsalgorithmus 43

H

Handlungsrichtlinien 12
 Handlungssicherheit 28
 Haupt- und Nebendiagnose 66
 Hautschädigung, Gefahr 92
 Herzkatheteruntersuchung 36
 Hoch-Risikodiagnose 92

I

ICD-Code 60
 Implementierungsphase 75
 Implementierungsprozess 17, 18
 individueller Gesundheitsplan 121
 InEK 34
 Infektionsgefahr 92, 152
 Infektionsgefahr C 31
 Informationssammlung 14, 86, 130
 Informationsverarbeitung 11
 Interaktion 11, 15
 – interprofessionelle 11
 Interaktionsphase 17, 18
 Interaktionsprozess 105

Interaktionstheorie 28
 interpersonale 16
 Interventionen bilden 87
 IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit) 58

K

Katalogsystematik 79, 100
 Kennzeichen 89, 91
 KHG 36
 King, Imogene 15
 Klassifikation IX
 Kleingruppenarbeit 80
 Kodierregel 41
 Kodierrichtlinien 34
 Kodierung 41
 Kommunizieren 101
 kompetente Pflegende 128
 Kompetenz 114
 Kompetenz, fachlich, pädagogisch 74
 Kompetenzentwicklung 11, 15, 126, 127
 Kompetenzstufen 130
 Komplexität 24
 Komplikation, potenzielle 73, 94
 Koordinationsbedarf 106
 Körperbildstörung, Verdacht 92
 Kostenträger 5
 Krankenhausbehandlung 51
 Krankenhausfallpauschalenverordnung 36
 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 34, 55
 Krankenhausinformationssystem 66
 Krankenpflegeausbildung 12
 Krankenversicherung 49, 53
 Krankheitsbewältigung 19
 Krankheitserlebnis 23
 Kreativität 77

Kreislaufinstabilität 97
 kritisches und kreatives
 Denken 103

L

Landesvereinbarung für Berlin
 52
 Lebensaktivität 25, 28
 Lebensqualität 93
 Lebenssituationen 4
 Leistungsempfänger 25
 Leistungserbringer 25
 Leistungsoptimierung 123
 Leitlinien 150

M

Management 74
 Management, prozessorientiert
 14
 Managementkonzept 116
 MDC-Partition 42
 MDC-Zuordnung 42
 MDK-Gutachten 34
 MDK-Prüfungen 49
 Medizinischer Dienst der
 Krankenversicherungen
 (MDK) 34, 49, 57
 medizinische Diagnose 7
 medizinischer Dokumentations-
 assistent (MDA) 117, 141
 Meleis, Afaf Ibrahim 129
 Mitarbeiterführung IX, 16
 Mobilität, beeinträchtigte
 körperliche 95, 152
 Motivationsstruktur 11
 Multiplikatoren 70, 75
 Multiplikatorenfunktion 18
 Mundbodenkarzinom 8
 Mundschleimhaut,
 beeinträchtigte 91

N

NANDA VII
 NANDA-Klassifikation 8
 Nebendiagnose 46, 47
 Neulinge 128
 Nightingale, Florence 19

O

offener Unterricht 78
 OPS-Code 60
 OPS-Schlüssel (Operations- und
 Prozedurenschlüssel) 36
 Organisationshoheit 116
 Organisationstheorien 11
 Organisationsziel 15
 Override Option 62

P

Paradigmenwechsel VIII, 14
 Parkinson-Erkrankung 8
 Patientenbedürfnis 20, 23, 73
 Patientenmanagement 47
 Patientenorientierung 114
 Patientenpartizipation 114
 Patientenproblem 73
 Patientenschulung 26, 114
 Patientensituation 8
 Peplau, Hildegard 16
 Personalmanagement 126
 Pflege
 – angemessene 2
 – gefährliche 22
 – optimal 22
 – sichere 22
 Pflegealltag 28
 Pflegeanamnese 65, 71, 106,
 108, 130
 Pflegeaufwand 34

Pflegebedürftigkeit 58
 Pflegebericht 71, 130
 Pflegediagnose VII, 4, 7, 8, 18
 – aktuelle 87
 – Gesundheits-/Wellness- 87
 – Hoch-Risiko 92
 – Risiko- 87
 – Syndrom- 87
 – Verdachts- 87
 Pflegediagnosen,
 kodierrelevante 34
 Pflegediagnosetitel IX, 88
 Pflegediagnostik 130, 141
 Pflegedokumentation 65
 Pflegeexperten 129
 Pflegehandeln 27
 Pflegeinterventionen VII
 Pflegekompetenz 28, 127
 Pflegemaßnahmen 20
 Pflegemodell 7, 15, 27, 101
 Pflegepersonalregelung
 (PPR) 35, 79
 Pflegeplan 6
 Pflegeplanung 73
 Pflegeprozess 18, 72
 Pflegequalität 19
 Pflegeterminologie 5
 Pflegetheorie 7, 18, 20, 25, 100
 Pflegeverständnis 11
 Pflegevisite 109
 Pflegewissenschaftliche
 Bildung 23, 27
 PK Dekubitus 95
 PK Durchblutungsstörung 31
 PK Kontraktur 95
 PK Kreislaufinstabilität 95
 PK Kreislaufinstabilität C 31
 PK Pneumonie 95
 PK Stoffwechselinstabilität 95
 Pneumonie 98
 potentielle Komplikationen
 101
 Prävention 93
 Pre-MDC-Verarbeitung 42
 pre-MDCs (Major Diagnostics
 Category) 40

Problembeschreibung 73
 Projektteam 70
 Prozedur 41
 Prozess, diagnostischer 72
 Prozessmodell, diagnostisches 106
 Prozessverlauf 5

Q

Qualität 25
 Qualitätsanspruch VII
 Qualitätsforderung 25
 Qualitätsmanagement 4
 Qualitätsniveau 19
 Qualitätsprüfung 51
 Qualitätssicherung 14, 25
 Qualitätsstandard 29
 Qualitätszirkel 82

R

Rechnungslegung 53
 Regulierung der
 Körpertemperatur 101
 Relativgewicht 45, 46
 Ressource VII, 89
 Risikomanagement 4, 14
 Rollenspiel 80, 81
 Roper, Logan, Tierney 25
 Ruhen und Schlafen 101

S

Schlichtungsausschuss 57
 Schmerzen, akute 152
 Schweregrad (CC-Level) 42
 Selbstkostendeckungsprinzip 36

Selbstständigkeitsgrad
 (nach Jones) 89, 90
 Selbstversorgungsdefizit 101
 Selbstwertgefühl, Verdacht auf
 situationsbedingt geringes 92
 Seminarinhalt selbst 75
 Sich beschäftigen 101
 Sich bewegen 101
 Sich pflegen und kleiden 101
 Sinn finden 101
 Sonstiges 101
 soziales System 16
 Sozialgesetzbuch V 50
 Standardisierung 4, 29
 Standardpflegepläne 30, 122
 Standards 150
 stationersetzende Maßnahmen 53
 Stichprobenprüfung nach §17c KHG 60
 Stoffwechselinstabilität 97
 Substantiiiertheit 63
 Symptom IX, 88, 91
 Syndrom-Pflegediagnose 93
 System 16
 – interpersonal 16
 – personal 16
 – sozial 16
 Systemtheorie 28

T

Theorie-Praxis-Transfer 70

U

Umstellungsprozess 77
 Ursache 91

V

Veränderungsprozess 10
 Verantwortungs- und Entscheidungskompetenz 109
 Verantwortungsbereitschaft 11
 Verbesserungsprozess,
 kontinuierlicher 81
 Verdachtspflegediagnose 92
 Verdichten 108
 Verhaltensroutine 24
 Verlaufsdocumentation 65
 Versorgungskonzept,
 integrative 25
 Verweildauer 43
 Verweildauer, mittlere (mVD) 39

W

Wandlungsprozess 24
 Wellness-Pflegediagnose 93
 Wertesystem 11
 Wirtschaftlichkeitsprüfung 51
 Wissensentwicklung 127

Z

Zielformulierung 130
 Zielsetzung 71
 Zusatzentgelte 41
 Zweckprogramm 15