

Zum Nutzen von Pflegediagnosen in der ambulanten Pflege

Die Pflege transparenter darstellen

Mit Hilfe von Pflegediagnosen wird die Pflege transparenter und messbarer.

Foto:
Pitopia/Collet



Um die Gesamtsituation eines Patienten zu erfassen, reichen medizinische Diagnosen allein nicht aus. NANDA-Pflegediagnosen, die zurzeit bekanntesten, stellen pflegerische Diagnosen in einer Systematik dar. Patienten können so in der ambulanten Pflege adäquater versorgt werden. Pflegedienste sollten in Pflegediagnosen aber auch die Chance sehen, sich im Gesundheitswesen zu etablieren.

Von Hildegard Klein

Die Ökonomisierung der Pflege begann in den USA schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Aus diesem Anlass wurden die ersten Pflegetheorien generiert. Die Einführung von Pflegediagnosen hat in den USA erheblich zu Struktur und Klarheit im Pflegebereich beigetragen. Ursprünglich entwickelt, um Kosten zu sparen, geht die Pflegebranche mittlerweile von einem Professionalisierungsschub aus. Auch NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) entstand in dieser Zeit.

Mit NANDA-Pflegediagnosen, die bis heute am weitesten entwickelten sind, lassen sich die individuelle Situation des Patienten und dessen Angehöriger sowie die Aufgabenbereiche der Pflegenden differenziert und flexibel zugleich darstellen. Pflegediagnosen beschreiben die Reaktionen des Pflegebedürftigen, die weit über die bisherige pflegerische Sichtweise während eines klassischen Krankenhausaufenthaltes hinausgehen.

Pflegediagnosen haben, obwohl umstritten, insbesondere im pfledepädagogischen und pflegewissenschaftlichen Bereich durch die Einführung der G-DRGs (German Diagnostic Related Groups) in deutschen Krankenhäusern längst Einzug gehalten. Einige Theoretiker sprechen einer Klassifikation mittels Pflegediagnosen noch die „personelle und hermeneutische Kompetenz“ ab, attestieren ihnen einen „Tunnelblick“ und beschreiben sie als eine „reine Informationssammlung“ (vgl. *Wicha, I.*, 9.02, veröffentlicht beim Deutschen Institut für Pflegeforschung, Köln).

Die Pflegeökonomien beschäftigen sich längst mit gangbaren Wegen, die einzelnen Pflegetätigkeiten jenseits von PPR (Pflegepersonalregelung) möglichst genau abzubilden. Inzwischen gibt es auch die Möglichkeit, zum Beispiel mittels LEP (Leistungserfassung in der Pflege) oder Plaisir (französisches System, getestet vom Caritasverband Köln 2004) den Pflegeprozess in die Kostenrechnung mit einzubeziehen.

So kommt man auf die Formel: Wirtschaftlichkeitsgrad gleich notwendige Leistung/erbrachte Leistung (*Wolfram Fischer*, Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin 2007: *www.fischer-zim.ch*). Denn nur, was sich rechnet, ist auch umsetzbar!

Über Diagnosen zeigen, was man kann

Pflegediagnosen fordern die Pflegenden heraus, sich mit dem, was sie können und genau tun, zu zeigen. Dadurch können sie die Chance ergreifen und sich endlich neben anderen Professionen im Gesundheitswesen etablieren. Sie können die Ökonomisierung, die die G-DRG-Einführung mit sich bringt, nutzen und nachweisen, was sie genau tun. Bei den G-DRGs sind Pflegediagnosen schon heute unverzichtbar, da die medizinischen Diagnosen gar nicht die Komplexität der Situation eines Patienten im Krankenhaus abbilden können.

Noch dringender werden Pflegediagnosen jedoch in der ambulanten

ten, stationären und teilstationären Pflege benötigt, um insbesondere demenziell erkrankte Menschen adäquat zu versorgen. Was ist, wenn ein Patient aus dem Krankenhaus entlassen wird und eine bestimmte Pflegediagnose hat? Soll die ambulante Versorgung diese dann etwa wieder streichen und eine selbstdefinierte erheben? Damit ist der Pflege nicht gedient, denn Pflegemodelle gibt es genug. Diesen können übrigens ohne Weiteres die Pflegediagnosen zugeordnet werden.

Wer etwas um- und durchsetzen will, muss sich zeigen und sich auf die Finger schauen lassen. Wie sonst kann die Situation eines Patienten von verschiedenen Pflegenden gleich erhoben werden, wenn nicht eindeutige Daten vorliegen, mit denen man arbeiten kann? Ohne Qualität und die Einhaltung zum Beispiel von MDK-Prüfrichtlinien und international anerkannten Erkenntnissen und Standards gibt es auch kein Geld.

Wichtige Ergänzung der medizinischen Diagnostik

Pflegediagnosen erfordern eine einheitliche Fachsprache, um die Ergebnisse der Pflegekräfte vergleichbar zu machen. Hier ist eine standardisierte Pflegeterminologie sinnvoll, um der jeweiligen Situation, dem jeweiligen Menschen/Patienten gerecht zu werden. Eine offene Zusammenarbeit zwischen Theoretikern und den Pflegepraktikern ist bei der Entwicklung angezeigt.

*Tabelle:
Pflegediagnose
und medizinische
Diagnose
(aus Eveslage,
K., „Pflegediagnosen:
praktisch
und effizient“,
Springer Verlag
2006, Seite 7)*

Medizinische Diagnose	Pflegediagnose
Bezeichnen Krankheiten und Organstörungen.	Beschreiben Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsstörungen.
Beinhalten meist keinen Bezug zur Familie oder Umwelt.	Berücksichtigen die Beziehung zur Familie oder zur sozialen Gemeinschaft.
Bleiben gleich, bis die Krankheit oder die Organstörung geheilt ist.	Können sich fortlaufend verändern.
Fällt in die juristische Zuständigkeit des Arztes. Er definiert die daraus resultierende medizinische Diagnostik.	Fällt in die juristische Zuständigkeit der Pflegeperson. Sie trägt die Verantwortung für die ausgewählten Pflegeziele und Pflegehandlungen.

Professionalisierung durch Pflegediagnosen

Fakt ist, dass Pflegediagnosen mit Pflgetheorien und Pflegemodellen kompatibel sind. Voraussetzung ist, dass der ganze Behandlungsprozess von den jeweiligen Berufsgruppen geplant, dokumentiert und verstanden wird. Fakt ist auch, dass Pflegediagnosen bei der Einführung von DRGs helfen, da die medizinischen Diagnosen nicht die Gesamtsituation des Patienten erfassen können. Und Fakt ist, dass medizinische Diagnosen und Pflegediagnosen in einer Systematik wie zum Beispiel NANDA zusammengefasst sind. Pflegediagnosen sind somit eine wichtige Ergänzung und Erweiterung der medizinischen Diagnostik und sind im G-DRG-System inzwischen unverzichtbar geworden (siehe *Tabelle*).

Situation des Patienten objektiv und präzise abbilden

NANDA-Pflegediagnosen bestehen aus drei Teilen:

- P = Problem
- E = Einflussfaktoren oder Ätiologie
- S = Symptom

Dazu gehören noch die Ressourcen (vgl. MDK zum Thema Pflegediagnosen in: 1. Bericht des MDS nach § 118 SGB XI, www.mds-ev.org) und die Einteilung des Selbstständigkeitsgrades (zum Beispiel nach Jones). In der NANDA-Taxonomie sind jedem Diagnosetitel eine Vielzahl von Einflussfaktoren und Symptomen zugeordnet, die individuell für jeden Patienten identifiziert werden müssen.

Nach NANDA werden fünf Gruppen der Pflegediagnosen (PD) definiert:

- aktuelle Pflegediagnose
- Risiko-PD
- Verdachts-PD
- Syndrom-PD
- Gesundheits-/Wellness-PD

Vor dem Erstellen einer Pflegediagnose erfolgt eine umfassende Informationssammlung, zum Beispiel in Form einer Pflegeanamnese, um alle aktuellen und potenziellen Probleme vollständig zu erfassen.

Unterschiedliche Pflegediagnosen beinhalten mitunter die gleichen Ursachen und Symptome. Hier kommt es darauf an, im diagnostischen Prozess, die für den Patienten relevante Diagnose zu

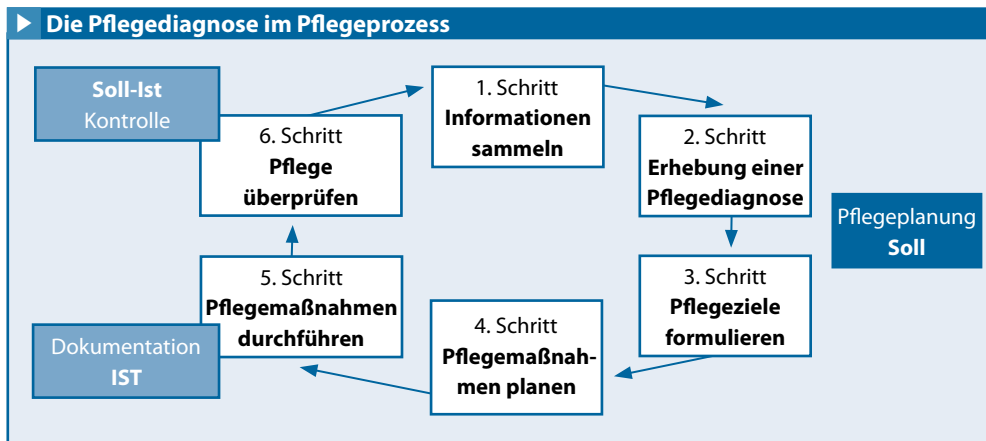
► Problem + Lösung

Problem: Patienten, die aus einer Klinik in die ambulante Versorgung entlassen werden, können ohne bestehende Pflegediagnose nicht immer adäquat durch den Pflegedienst versorgt werden.

Lösung: Das Arbeiten mit Pflegediagnosen vereinfacht die Arbeit der Pflegekräfte. Bei Patienten, die mit einer Pflegediagnose entlassen werden, kann in der NANDA-Liste nachgeschaut werden, um welche Pflegediagnose es sich handelt und was zu beachten ist.

► Definition Pflegediagnose

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).



Quelle: Hildegard Klein

identifizieren und im Dokumentationsprozess Doppelungen zu vermeiden. Nicht jede AEDL muss beleuchtet werden, um eine effiziente und juristisch belastbare Dokumentation zu erstellen. Wie viele Pflegediagnosen für die Pflegeplanung notwendig sind, entscheidet die jeweilige Pflegeperson – nach der Devise: so viel wie nötig, so wenig wie möglich. Wichtig ist, dass der Zustand und die Situation des Patienten objektiv und präzise abgebildet werden.

Die Pflegewissenschaftlerin *Majory Gorden* hat die 17 wichtigsten Pflegediagnosen für die ambulante und stationäre Langzeitpflege 2005 benannt:

- Sturzgefahr (mit Risikofaktoren wie kognitive Beeinträchtigung oder Mobilität),
- beeinträchtigte Mobilität (Grad spezifizieren),
- Selbstversorgungsdefizit (Körperpflege, Ernährung, sich kleiden, Pflege der äußeren Erscheinung, Toilettenbenutzung),
- soziale Isolation/Vereinsamungsgefahr,
- Angst oder Furcht (vor Abhängigkeit, zu spezifizieren bei Angst/Furcht einer Familie),
- Aktivitätsintoleranz (Grad spezifizieren),
- beeinträchtigte Haushaltsführung,
- Obstipation (b/d) Mangelernährung,
- Stressurininkontinenz,
- Stuhlinkontinenz,
- Schlafstörung (zum Beispiel Einschlafstörungen, Schlaf-Wach-Umkehr),
- Rollenbelastung pflegender Angehöriger,

Einheitliche
Fachsprache
macht
Ergebnisse
vergleichbar.



Hildegard Klein,
Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Fachkrankenschwester für ambulante Pflege, Beraterin und Coach in Köln, www.hildegard-klein.de

- unwirksames Unterstützungssystem,
- Gedächtnisstörung,
- auditive/visuelle Wahrnehmungsstörung,
- Machtlosigkeit (bei institutionalisierten alten Menschen),
- reaktive, situative Depression (Situation spezifizieren).

Voraussetzungen für die Einführung von Diagnosen

Will ein Pflegeunternehmen Pflegediagnosen einführen, sind folgende Bedingungen zu beachten:

- Die Arbeit mit dem Pflegeprozess funktioniert reibungslos.
- Offenheit für internationale Entwicklungen, Wille zur Erweiterung des pflegerischen Selbstverständnisses.
- Interesse des gesamten Pflegeteams an der Einführung von Pflegediagnosen.
- Das Pflegeteam ist motiviert, die Entwicklung in Deutschland mitzugestalten.
- Die Führungskräfte des Unternehmens unterstützen den Prozess.
- Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses sind dem Team bekannt und werden auch praktiziert.
- Klarheit im Team beim Formulieren von Pflegeproblemen.
- Identifizierung relevanter Pflegediagnosen und Zusammenfassung in hausinternem Katalog (NANDA hat inzwischen 170 erstellt, davon können beispielsweise 40 Diagnosen ausgewählt werden). Bei richtiger Anwendung können die Nachteile eines standardisierten Verfahrens

weitgehend ausgeschlossen werden.

NANDA-Pflegediagnosen sind nicht perfekt. Wurden sie doch ursprünglich zunächst für den Akut-Pflegebereich im Krankenhaus erstellt. Jede Pflegekraft kann selbst einen Antrag stellen und NANDA darum bitten, Änderungen vorzunehmen beziehungsweise eine neue Diagnose in die Liste aufzunehmen. Informationen gibt es bei NANDA (www.nanda.org) selbst.

Fazit: Pflegeökonomien und aufgeklärte Pflegewissenschaftler versuchen der Komplexität der Klassifikationssysteme und der Pflegediagnosen gerecht zu werden, indem sie weitsichtig auf EDV-Systeme setzen. Da eine Pflegediagnose auf sehr vielfältige Art und Weise die Situation eines pflegebedürftigen Menschen abbilden kann und es viele verschiedene Kombinationsmöglichkeiten gibt, wird es schon jetzt und auch in Zukunft kaum noch möglich sein, ohne diese technischen Hilfen auszukommen.

Voraussetzung für die Arbeit mit Pflegediagnosen ist, dass die Praktiker den Pflegeprozess von Grund auf verstanden haben müssen und auch die betriebswirtschaftlichen Abläufe ihres Unternehmens kennen (siehe *Grafik*). Wenn es gelingt, die Pflege durch Pflegediagnosen transparenter darzustellen, dann lässt sie sich ohne Weiteres mit nachvollziehbaren quantitativen und qualitativen Methoden messen. So und nur so erhält die Pflege dann endlich den Platz, der ihr schon immer zustand: gleichberechtigt neben der Medizin als eigene Profession.

Mehr zum Thema

Weitere Pflegediagnosen mit Maßnahmevorschlägen können Sie nachlesen in: „Pflegediagnosen und Maßnahmen“ von *Doenges M. E.; Frances, M.*, u. a., Hans Huber Verlag 2003, ISBN: 978-3-456-82960-9