

Vom Assessment zur klinischen Entscheidung: Pflegediagnosen zur evidenzbasierten Prozessgestaltung

Eine kurze Vorstellung

Daniel Schümann B.Sc.N, M.Sc.PH

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Fakultät
Angewandte Gesundheitswissenschaften

Pflegefachmann spezielle Schmerzpflege
Koordinator NANDA- I GLNG

Check- In

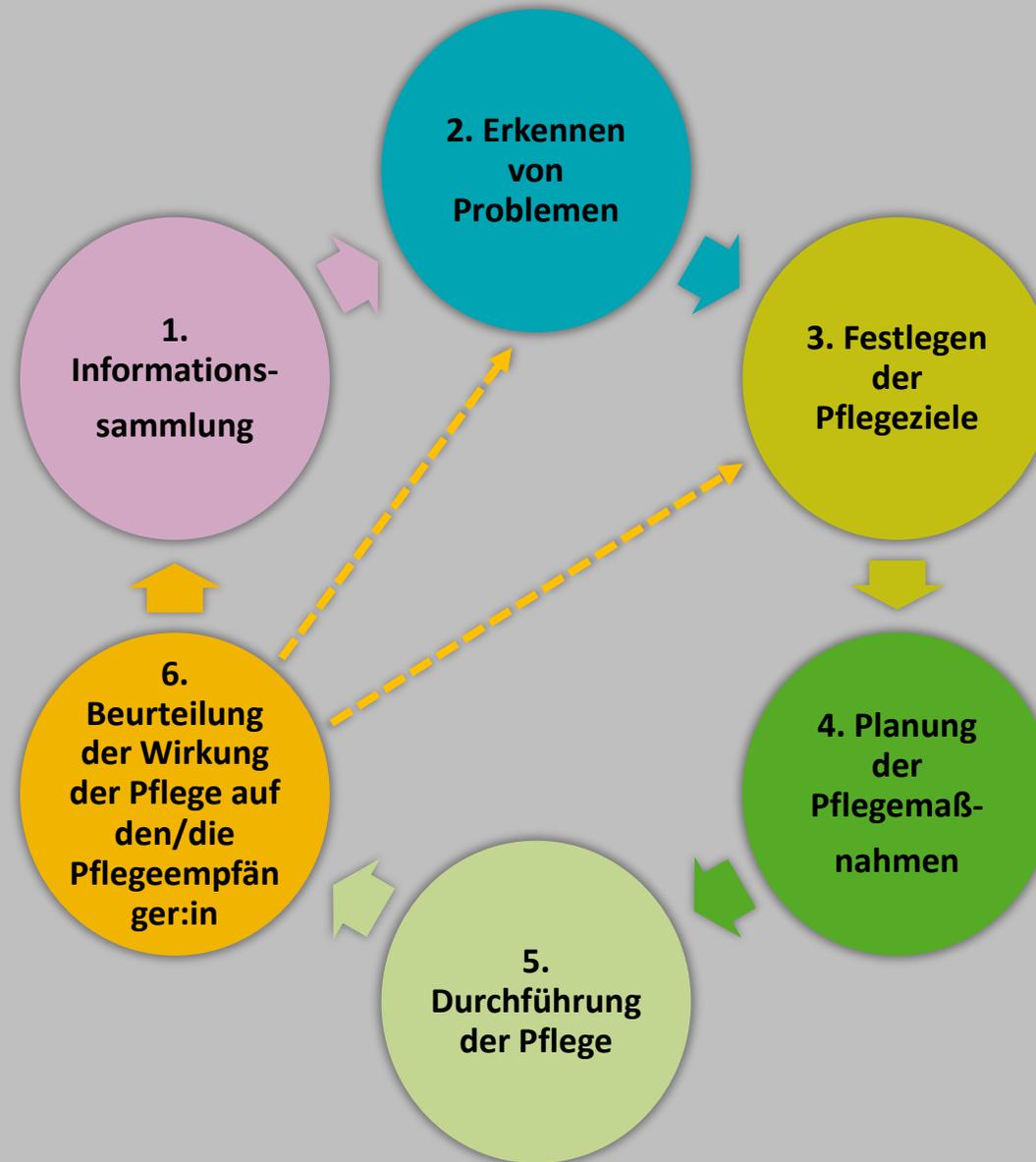


Pflege zwischen Deprofessionalisierung und Kompetenzstärkung – das Pflegekompetenzgesetz, PeBeM und deren Bedeutung für die Praxis

01



Der Pflegeprozess



§ 4 Pflegeberufgesetz

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.

§ 5 Ausbildungsziel

(3) Die Ausbildung soll insbesondere dazu befähigen

1. die folgenden Aufgaben selbstständig auszuführen:

a) Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs und Planung der Pflege,

b) Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses,

c) Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen,

d) Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege,

e) Bedarfserhebung und Durchführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen,

f) Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen bei der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit sowie bei der Erhaltung und Stärkung der eigenständigen Lebensführung und Alltagskompetenz unter Einbeziehung ihrer sozialen Bezugspersonen,

g) Erhaltung, Wiederherstellung, Förderung, Aktivierung und Stabilisierung individueller Fähigkeiten der zu pflegenden Menschen insbesondere im Rahmen von Rehabilitationskonzepten sowie die Pflege und Betreuung bei Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten,

h) Einleitung lebenserhaltender Sofortmaßnahmen bis zum Eintreffen der Ärztin oder des Arztes und Durchführung von Maßnahmen in Krisen- und Katastrophensituationen,

i) Anleitung, Beratung und Unterstützung von anderen Berufsgruppen und Ehrenamtlichen in den jeweiligen Pflegekontexten sowie Mitwirkung an der praktischen Ausbildung von Angehörigen von Gesundheitsberufen,

Forschungsdifferenzierter Pflegeprozess

Grundlagenarbeit: Wie lässt sich das denken?

1. Informations-sammlung

2. Erkennen von Problemen

Pflegediagnostik: Wie lässt es sich klinisch feststellen?
Epidemiologie/ Public Health
Erleben: Wie erleben Betroffene dies?
Patientenstrategien (Verdrängung, Coping, etc.): Wie gehen Betroffene damit um?

3. Festlegen der Pflegeziele

Ergebnisse/ Outcomes: Welche Ziele können erreicht werden?

4. Planung der Pflegemaßnahmen

Interventionen: Was kann man tun?
Spezifische Interventionen und Settings:
Welche spez. Interventionen/ Settings sind bekannt?

5. Durchführung der Pflege

6. Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den/die Pflegeempfänger:in

Pflegestudiumstärkungsgesetz



- Einführung eines Gesetzes zur Steigerung der Attraktivität des Pflegestudiums
- ...“kann das vorhandene Potenzial an Pflegestudierenden mangels einer auskömmlichen Finanzierung des praktischen Teils der hochschulischen Pflegeausbildung derzeit nicht umfassend genutzt werden“
- Studierende sollen im Sinne eines Umlageverfahrens über den Ausbildungsfond eine Ausbildungsvergütung erhalten
- Forderung des Wissenschaftsrates zur Verbesserung der Pflegequalität einen Akademisierungsanteil von 10 bis 20 Prozent bezogen auf die Auszubildenden zu erreichen

Inkrafttreten

Das Inkrafttreten erfolgt in 2 Teilen

01.01.2024

- Duales Ausgestalten des Studiengangs mit Kooperationen und „Ausbildungsverträgen“ mit Trägern der praktischen Ausbildung
- Die **schrittweise Überführung** unter Berücksichtigung von Länderspezifischen Übergangsregelungen in Strukturen analog der klassischen Ausbildung

01.01.2025

- verpflichtende Integration von Modulen zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten in das Pflegestudium
- Themenbereiche: **Demenz, Diabetische Stoffwechsellage, chronische Wunden**

5. Die Regelungen der Modellprogramme nach § 63 Abs. 3b und 3c sowie § 64d SGB V werden aufgehoben. An ihrer Stelle werden entsprechend § 14 PfIBG qualifizierte Pflegefachpersonen Möglichkeiten zur Wahrnehmung erweiterter Versorgungsaufgaben in der Regelversorgung vorgesehen. Dazu gehören insbesondere Befugnisse im Bereich der (komplexen) Wundversorgung, der Versorgung von Menschen mit diabetischer Stoffwechselerkrankung und von Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Dabei beziehen wir auch Pflegefachpersonen mit ein, die über den Modulen der Fachkommission vergleichbare Fachweiterbildungen verfügen. Die Regelungen werden evaluiert.

6. Wir wollen das Berufsbild der Advanced Practice Nurse (unter Einbeziehung der Community Health Nurse) nach internationalen Vorbildern etablieren und werden perspektivisch entsprechende Befugnisse in der Versorgung abhängig von den erworbenen Kompetenzen einführen. Für Pflegefachpersonen mit Berufsabschluss auf Master-Niveau, der zur eigenverantwortlichen und selbständigen Ausübung von Heilkunde befähigt, wollen wir künftig eine eigenständige Ausübung von Heilkunde in ärztlich oder pflegegeleiteten Einrichtungen (vergleichbar z. B. den Nurse Practitioners in den USA) ermöglichen.

Pflegekompetenzgesetz

- Neuer Rahmenvertrag bis 31.12.2025 für stationäre Einrichtungen (waren bisher ausgeklammert, berücksichtigt wurden nur Dienste welche nach SGB V abrechnen).
- Die Parteien des Rahmenvertrags KÖNNEN festlegen ob und in wie fern Berufserfahrung als gleichwertig anerkannt werden kann
- Die Regelungen des Rahmenvertrages nach §64d SGBV gelten als beschlossen
- Anpassungen an Erfordernisse der Regelversorgung bis September 2025
- „Der Vertragsarzt kann einer Pflegefachperson, die über die entsprechende Qualifikation verfügt, die selbständige Ausübung der im Vertrag nach Absatz 1 vereinbarten erweiterten heilkundlichen Leistungen übertragen“ -> Also jene Leistungen aus dem Rahmenvertrag nach 64d, und Leistungen aus einem bis 31.12.2025 zu vereinbarenden Rahmenvertrag für stationäre Einrichtungen
- **Pflegeberufegesetz neu:** Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt!

§ 37 Ausbildungsziele für hochschulische Pflegeausbildung

(3) hochschulische Ausbildung umfasst die in § 5 Abs. 3 aufgeführten Ziele und darüber hinaus

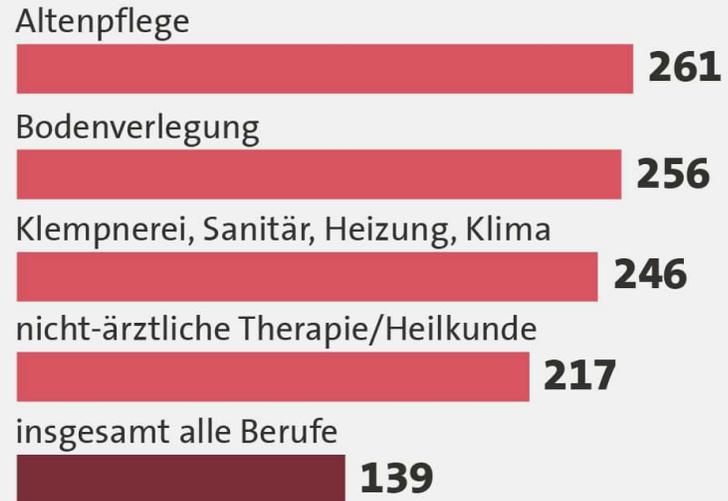
1. Zur Sicherung u. Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf Grundlage wissenschaftsbasierter o. wissenschaftsorientierter Entscheidungen
2. Vertieftes Wissen über Grundlage d. Pflegewissenschaft, d. gesellschaftlich-institutionellen Rahmens d. pflegerischen Handelns sowie d. normativ-institutionellen Systems d. Versorgung anzuwenden u. Weiterentwicklung d. gesundheitlichen u. pflegerischen Versorgung mitzugestalten
3. Forschungsgebiete d. professionellen Pflege aus dem neuesten Stand d. gesicherten Erkenntnisse erschließen u. forschungsgestützte Problemlösungen wie auch Technologien in das berufliche Handeln integrieren
4. Kritisches-reflexives u. analytisches mit theoretischem als auch praktischem Wissen auseinandersetzen u. wissenschaftsbasierte innovative Lösungsansätze zur Verbesserung entwickeln
5. Entwicklung Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien, Expertenstandards mitwirken



Die Situation der beruflichen Pflege

Engpassberufe

So viele Tage dauerte es bis zur Besetzung einer offenen Stelle



tagesschau 

Quelle: Bundesagentur für Arbeit, Deutschland 2022



70%

Der Pflegenden glauben nicht, dass die Pflegeversorgung im nächsten Jahrzehnt gewährleistet werden kann.

Quelle: CARE Klima-Index
Meinungsforschungsinstitut Ipsos

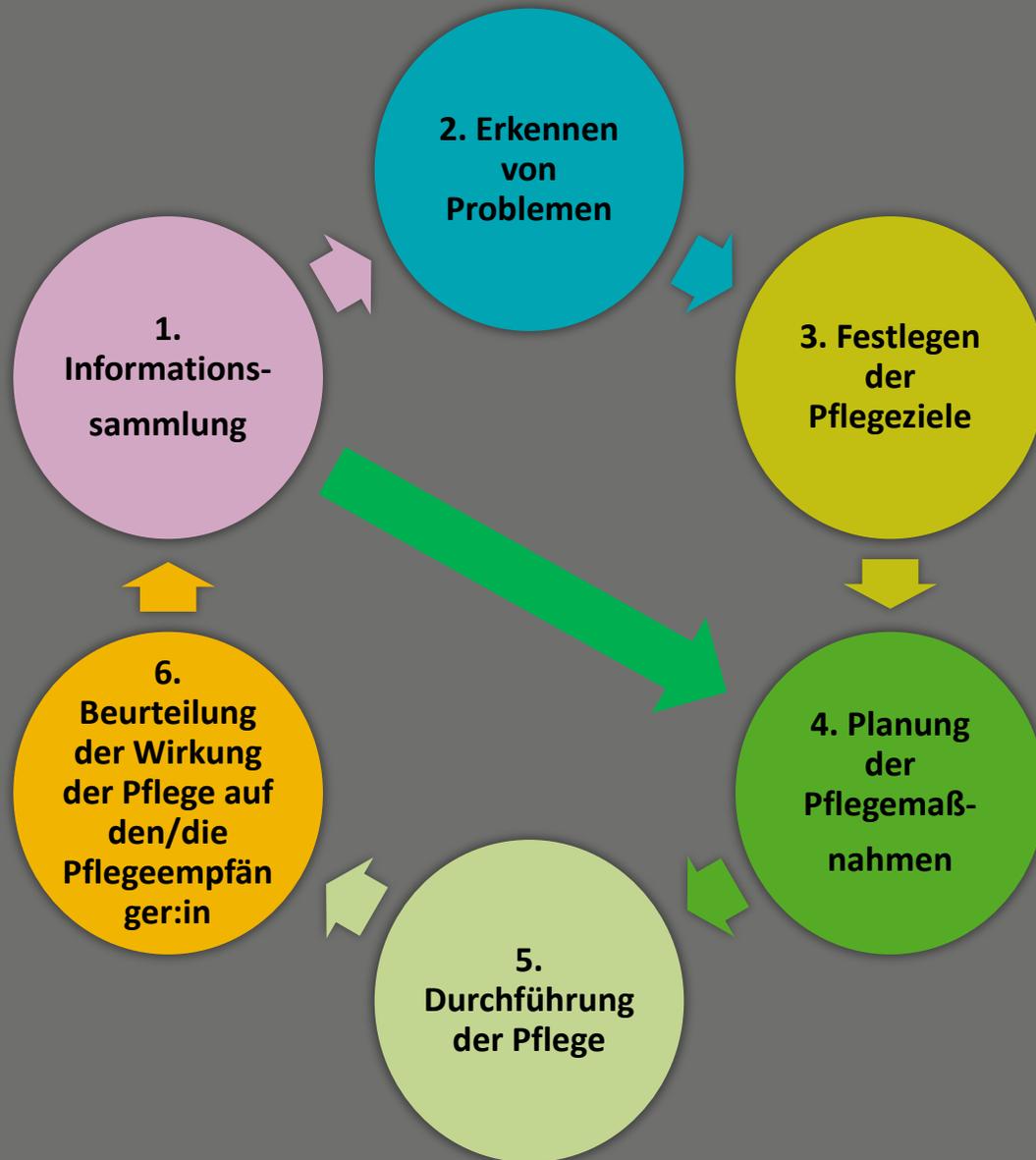
 Springer Pflege

Beispiel: Stationäre Langzeitpflege



- Einführung des „Strukturmodells“ in der stationären Langzeitpflege
- Personelle Situation
- Gleichzeitiges Herabsenken von Qualifikationsniveaus
- Einführung eines Personalbemessungssystems nach §113c SGB XI

Das Strukturmodell

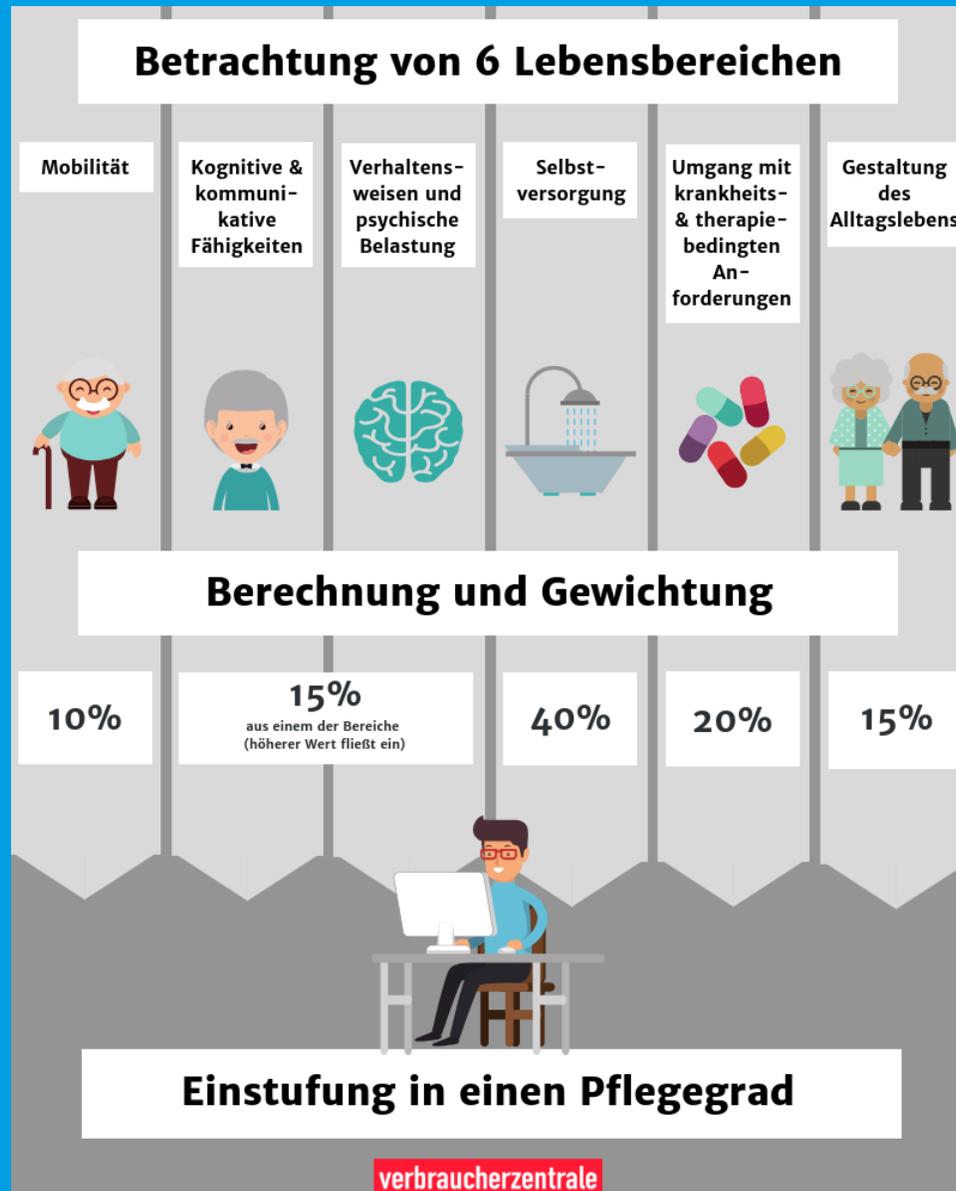


- Bewusster Verzicht auf die Schritte „Pflegediagnostik“ und „Festlegen von Zielen“
- Ziel sei *„die Abkehr von einer kleinteiligen und fragmentierten Wahrnehmung der pflegebedürftigen Person“*
- *„hin zur Betrachtung der Gesamtsituation und direkt daraus abgeleiteter Maßnahmen des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs („individuelle Problemlösung“ unter dem Aspekt „Erhalt der Selbständigkeit“)*“ => dies als „neues“ Konzept

Brühl, 2019

Pflegegrade erklären nicht den Betreuungsaufwand

Insgesamt lassen sich die Unterschiede in der Pflege- und Betreuungszeit kaum mit den Pflegegraden erklären und differenzieren damit diese Zeiten schlechter als die bis 2016 gültigen Pflegestufen. Die Pflege- und Betreuungszeiten innerhalb des Pflegegrades 2 können von etwas über 0 bis annähernd 400 Minuten (in 48 Stunden) reichen (Abbildung 1, s. QR-Code). 21 % der Pflege- und Betreuungszeit-Varianz lassen sich auf die Pflegegrade nach § 14 SGB XI zurückführen. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 79 % der Unterschiede von Pflege- und Betreuungszeiten zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern nicht über den aktuellen Pflegegrad zu erklären sind.

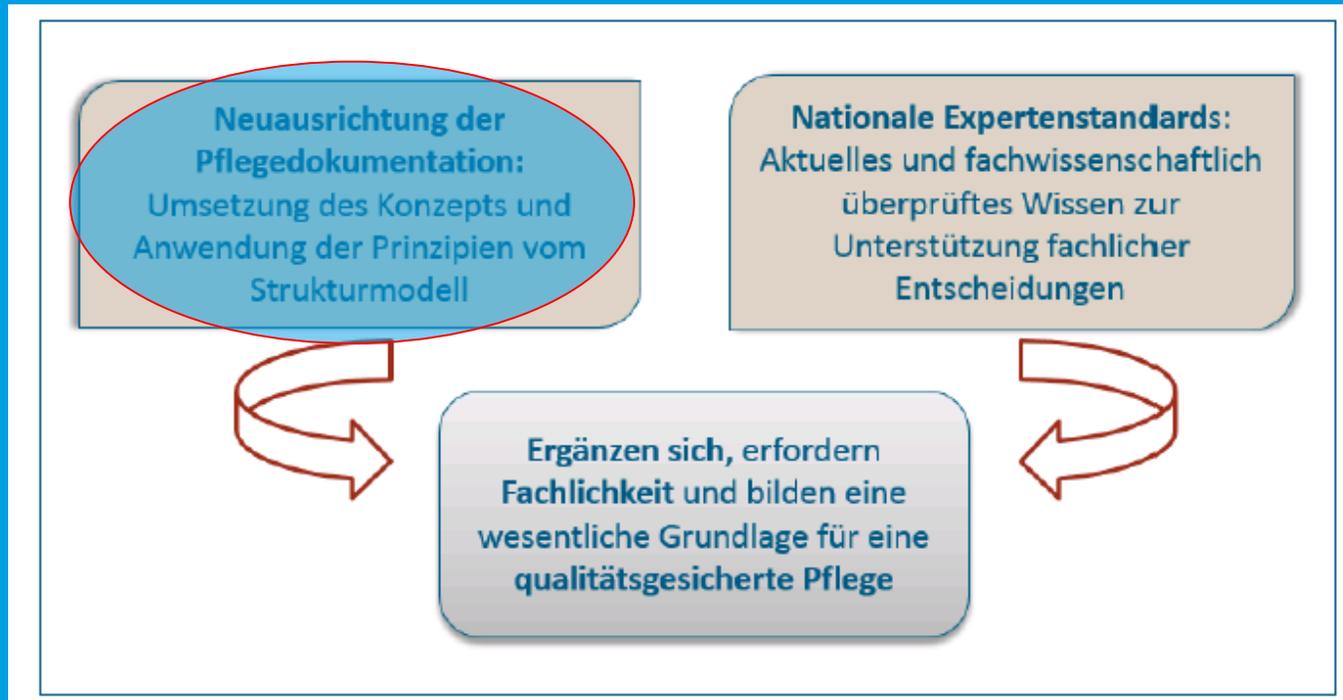
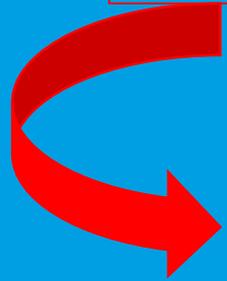


PeBeM- eine neue Methode zur Personalbemessung

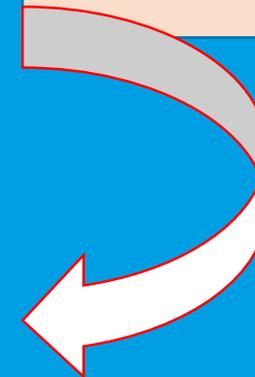
| Qualifikationsniveau | Qualifikationsprofil (nach Knigge- Demal 2013) | Zugeordnete Abschlüsse (nach Rothgang 2020) | Kriterium (nach Rothgang 2020) | Grad der Pflegebedürftigkeit nach BI |
|----------------------|---|---|---|---|
| QN4 | Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen | Pflegefachperson mit beruflicher Ausbildung (3 Jahre Vollzeit) (PflBG 2017, Teil 2) | Instabile gesundheitliche Situation | z. B. Vorliegen eines Dekubitus, einer chronischen Wunde, instabiler Schmerzen, instabiler Luftnot, palliativer Versorgung, instabiler Kreislauf, Mangelernährung |
| | | | Hoher Grad an Pflegebedürftigkeit und Risiken | BI: alle Ausprägungen |
| QN5 | Steuerung und Gestaltung von komplexen Pflegeprozessen für spezielle Patient:innengruppen | Pflegefachperson mit mindestens 2-jähriger Berufserfahrung und Fortbildung im Umfang von > 200 Stunden theoretischem Unterricht (Palliativpflege, Gerontopsychiatrie, Intensivpflege) entsprechend der länderspezifischen Weiterbildungsordnungen | Qualifikation für Leitungsaufgaben oder für die Arbeit in hochspezialisierten Funktionsbereichen | |
| | | Pflegefachperson mit mindestens zwei Jahren Berufserfahrung innerhalb der letzten 5 Jahre und Weiterbildung für Leitungsaufgaben (mindestens 460 Stunden theoretischer Unterricht) (§ 71 SGB XI) | | |
| QN6 | Steuerung und Gestaltung von hochkomplexen Pflegeprozessen und die Leitung von Teams | Pflegefachperson mit Bachelorabschluss (primärqualifizierendes Studium, Managementstudium o.Ä.) (PflBG 2017, Teil 3) | Im Abschlussbericht „Entwicklung und Erprobung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß § 113c SGB XI (PeBeM)“ nicht näher ausdifferenziert; „Gestaltung und Steuerung von Aufgaben und Prozessen“ in QN 6 u. 7 als einziger Hinweis | |
| QN7 | Pflegerische Leitung in Einrichtungen | Pflegefachperson mit Masterabschluss | | |

Fachlichkeit als Grundlage für das Strukturmodell

Durch Übergehen von Pflegeprozessschritten, welche für eine fachliche Praxis unerlässlich sind, konterkariert das Strukturmodell das eigentliche Ziel, die Fachlichkeit zu fördern; intuitives denken wird handlungsleitend



Pflegediagnostik und EBN als **Grundlage** pflegefachlicher Entscheidungen



Auszüge aus einer qualitativen Untersuchung

„Das Hauptproblem das wir haben momentan ist die mangelnde Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen beziehungsweise die nicht vorhandene Kompetenzen zur wirklichen, vollständigen Verantwortungsübernahme“

„Das Einhalten des Pflegeprozess geht mit einer Verantwortungsübernahme einher. Hier setze ich große Hoffnung in die Akademisierung“

Pflegediagnostik ist „komplettes Neuland für unsere MitarbeiterInnen“

„ich glaub, dass der Einsatz akademisch qualifizierter Kräfte bei gewissen MitarbeiterInnen zu Resignation führen kann, weil sie vielleicht nicht in der Lage sind diesen Weg mit zu gehen oder auch nicht dazu bereit sind diesen Weg mit zu gehen.“

Diskussion

1. Wie ist ihre Erfahrung und/oder Wahrnehmung zur Umsetzung des Pflegeprozesses in der Praxis?



Dann packen wirs mal an!?

„Praxisentwicklung verpflichtet dazu, die Perspektive der Patienten zu berücksichtigen und die Pflegepraxis wirksam zu verändern.“

(Frei, A. (2012): Praxisentwicklung im Trend der Zeit. In: *PADUA* 7 (3), S. 110–115)

„Gedachte“
Pflege



Versorgungsrealität

Finanzierung

Forschungsdifferenzierter Pflegeprozess



(Eigene Darstellung nach Fiechter & Meier, 1998)

.... Was wäre wenn

| Quelle | Studien und Teilnehmer | Effekte | Evidence-Level (GRADE) | Interpretation |
|---------------------------------|---|---|--|--|
| Laurant et al. (2018) | 8 Studien 36.529 Teilnehmer | Mortalität: Relatives Risiko 0,77 mit CI _{95%} von 0,57 bis 1,03 | Niedrig | Die pflegerische Grundversorgung bedingt bei bestimmten Patientengruppen im Vergleich zur ärztlichen Versorgung einen Trend zu weniger Todesfällen. |
| | 8 Studien 36.529 Teilnehmer | Blutdruck systolisch: Mittelwertdifferenz -3,73 mmHg mit CI _{95%} -6,02 bis -1,44 | Mittel | Der Blutdruck war in der von Pflegenden geleiteten Primärversorgung leicht verbessert, ebenso wie Schmerzen bei Patienten mit Rheuma, Körperfunktionen und Cholesterolspiegel. |
| | | Blutdruck diastolisch: Mittelwertdifferenz -2,54 mmHg mit CI _{95%} -4,57 bis -0,52 | | |
| | | HbA1c-Spiegel: Mittelwertdifferenz 0,08 mit CI _{95%} -0,25 bis 0,41 | | |
| 7 Studien 16.993 Teilnehmer | Patientenzufriedenheit: Standardisierte Mittelwertdifferenz 0,08 mit CI _{95%} 0,01 bis 0,15; | Mittel | Die Patientenzufriedenheit ist ebenso wie die Lebensqualität in der pflegerisch geführten Primärversorgung wahrscheinlich etwas höher. | |
| 6 Studien, 16.002 Teilnehmer | Lebensqualität: Standardisierte Mittelwertdifferenz 0,16 mit CI _{95%} 0,00 bis 0,31 | Niedrig | | |

Ayerle G, Langer G, Meyer G (2019): Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin: Springer, S. 15-21.

.... Was wäre wenn

| | | |
|--|--|--|
| Martinez-Gonzalez et al. (2014) | Patientenzufriedenheit: Standardisierte Mittelwertdifferenz 0,18 mit CI_{95%} 0,13 bis 0,23 | Insgesamt fanden sich höhere Werte für die Zufriedenheit der Patienten mit der pflegerischen Versorgung in RCTs mit einmaligem Kontakt oder in der Notfallversorgung, bei kurzem Follow-up (weniger als 6 Monate) und in kleinen Studien ($N \leq 200$). |
| | Krankenhausaufnahme: Relatives Risiko 0,76 mit CI_{95%} 0,64 bis 0,91 | Bei pflegerischer Betreuung konnte das Risiko einer Krankenhausaufnahme sowie die Mortalität bei RCTs mit laufender oder nicht-dringender Versorgung, bei längerem Follow-up (mindestens 12 Monate) und bei größeren RCTs ($N > 200$) reduziert werden. |
| | Mortalität: Relatives Risiko 0,89 mit CI_{95%} 0,84 bis 0,96 | |

Ayerle G; Langer G, Meyer G (2019): Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber j, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin: Springer, S. 15-21.

Bevor Sie auswandern...



Standardized Nursing Language am Beispiel NANDA- I

02

PFLEGEKLASSIFIKATION UND PFLEGEFACHSPRACHE

Pflegeklassifikation:

Einteilung verschiedener Phänomene oder Begriffe der Pflege in Gruppen, Klassen, Kategorien. Diese kommen durch Ordnen nach Merkmalstypen und Merkmalen zustande.

Pflegefachsprache:

„Unter Pflegefachsprache wird die Definition von disziplinspezifischen Pflegekonzepten in einer eindeutigen, kulturell angemessenen beruflichen Sprache verstanden, die durch Konsens von PflegeexpertInnen festgelegt, überprüft und innerhalb der Disziplin akzeptiert und praktiziert worden ist“ (van Maanen, 2001)

“If you cannot name it, you cannot control it, finance it, research it, teach it, or put it into public policy” (Lang, 2003).

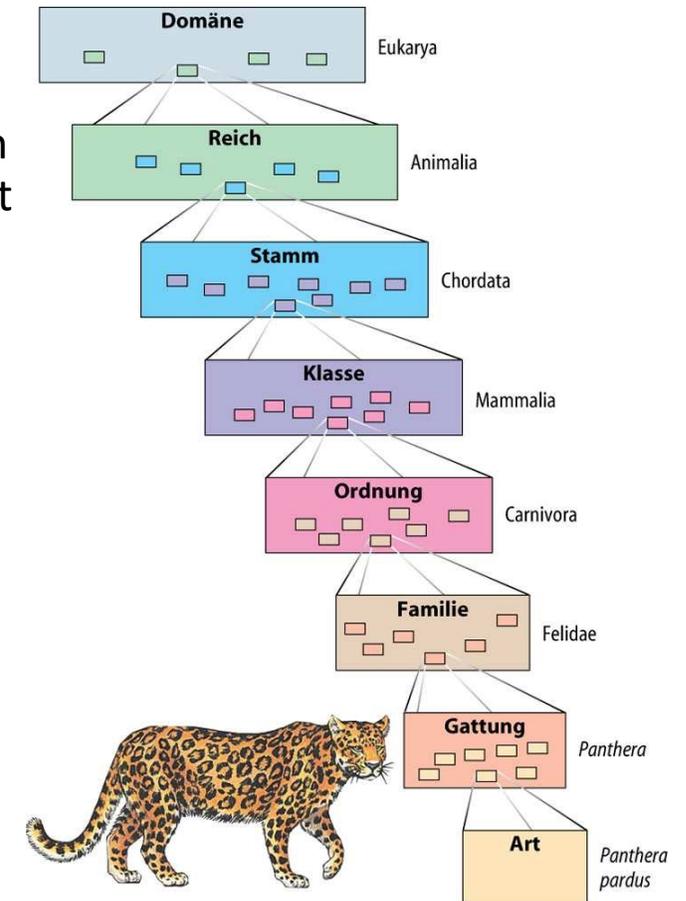


PFLEGEKLASSIFIKATIONSSYSTEME

Eine **Klassifikation**, **Typifikation** oder **Systematik** (vom [griechischen Adjektiv](#) συστηματική [τέχνη], *systematikē [technē]* „die systematische [Vorgehensweise]“) ist eine planmäßige Sammlung von abstrakten [Klassen](#) (auch [Konzepten](#), [Typen](#) oder [Kategorien](#)), die zur Abgrenzung und Ordnung verwendet werden. Die einzelnen Klassen werden in der Regel mittels [Klassifizierung](#) – das heißt durch die Einteilungen von [Objekten](#) anhand bestimmter übereinstimmender [Merkmale](#) – gewonnen. (wikipedia)

Grundfunktion von Klassifikationen:

- Unterscheiden – Informationen herstellen
- Bezeichnen – Wissen mitteilen
- Ordnen – Wissen organisieren



© Campbell/Reece, Biologie, 6. Aufl., 2004



PFLEGEDIAGNOSE

Definition:

„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktion eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/ Gemeinschaft auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse.

Pflegediagnosen bilden die Grundlage, um Pflegeinterventionen auszuwählen und Pflegeergebnisse zu erreichen, für welche die Pflegenden verantwortlich sind.

(NANDA International, 2005)



PFLEGEDIAGNOSE

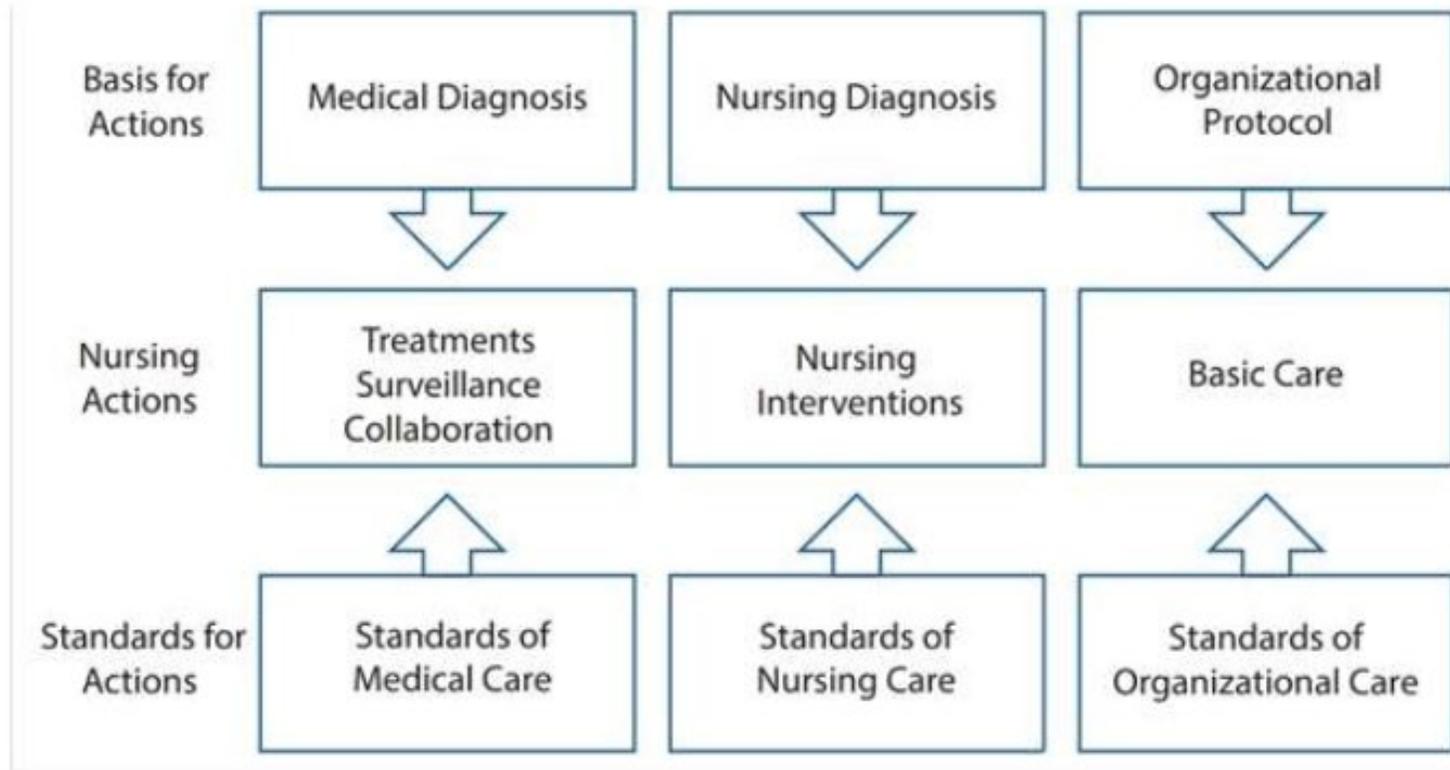
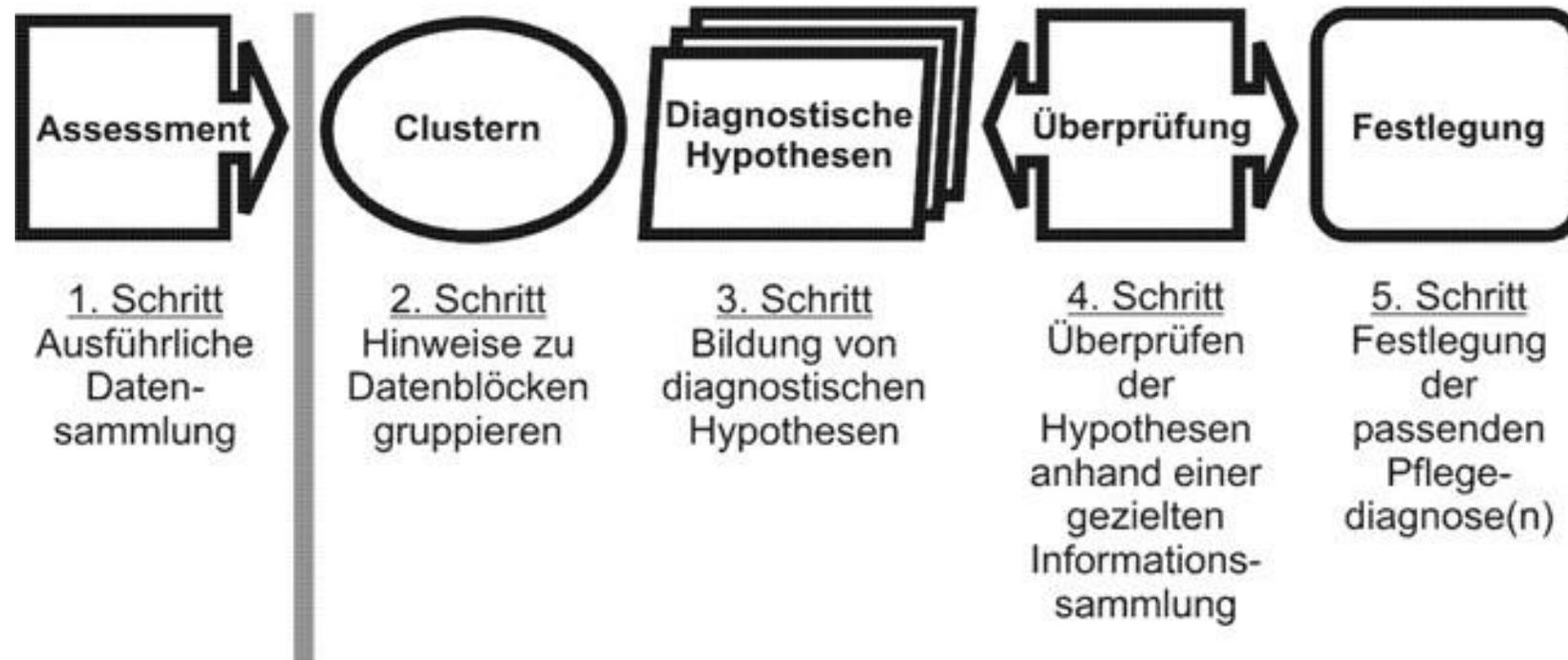


Fig. 1.2 Kamitsuru's Tripartite Model of Nursing Practice. (Source: Used with permission of Igaku-Shoin Ltd., Tokyo, Japan.) (Herdman, Kamitsuru, Takáo Lopes, 2024)



PFLEGEDIAGNOSTISCHER PROZESS

Der diagnostische Prozess



BESCHREIBUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN

Aktuelle Pflegediagnosen – **PES-Format** (PÄS):

- P: Pflegediagnosentitel – Was ist das Problem?
- E (Ä): Ätiologie – Warum ist das Problem vorhanden?
- S: Symptome – Wie zeigt sich das Problem?

Ätiologie:

Die ätiologische Aussage beschreibt Zustände, die durch Pflegehandlungen beeinflusst werden können, sie soll keine Wiederholung der medizinischen Diagnose sein.

- Pathophysiologische Faktoren (z.B. kognitive Beeinträchtigung)
- Behandlungsbedingte Faktoren (z.B. Ruhigstellung einer Extremität)
- Situationsbedingte Faktoren (durch Umgebung oder Personen bedingt)
- Alters- und entwicklungsbedingte Faktoren (z.B. Verlust der Hautelastizität)

Symptome:

Als Symptome gelten die subjektiven und objektiven Daten, die zur Identifizierung eines bestimmten Problems führen.

Symptome stützen oder bestätigen eine passende Pflegediagnose und sind Grundlage für die diagnostischen Entscheidungen der Pflegenden.



BESCHREIBUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN

Aktuelle Pflegediagnosen – PES-Format (PÄS):

- P: Pflegediagnosentitel – Was ist das Problem?
- E (Ä): Ätiologie – Warum ist das Problem vorhanden?
(Beeinflussende Faktoren)
- S: Symptome – Wie zeigt sich das Problem?
(Bestimmende Merkmale)

Bild: Aus NANDA International: Pflegediagnosen 2012-2014. Kassel: Recom, 2013



Domäne 1 • Klasse 2 • Diagnosencode 00418

Ineffektives Schmerz-Selbstmanagement

Zugelassen 2023

Konzeptfokus: Verhalten
Kontext/Symptomfokus: Schmerzmanagement
Subjekt der Pflege: Individuum
Beurteilung: Ineffektiv
Anatomische Bezeichnung: —

Untere Altersgrenze: 10 Jahre
Obere Altersgrenze: —
Klinischer Verlauf: —
Status der Diagnose: Problemfokussiert
Situationsbedingte Einschränkung: —

Definition

Unbefriedigender Umgang mit dem Therapieregime, den Folgen und Lebensstiländerungen im Zusammenhang mit einer unangenehmen sensorischen und emotionalen Erfahrung, die derjenigen ähnelt, die mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung verbunden ist.

Bestimmende Merkmale

Schmerzzeichen

- Veränderter Blutdruck
- Diaphorese (Schwitzen)
- Nachweis von Schmerz mithilfe eines standardisierten Assessments des Schmerzverhaltens bei Personen, die nicht verbal kommunizieren können
- Schmerzhafter Gesichtsausdruck
- Bewachung eines bestimmten Körperteils
- Atem anhalten
- Erhöhte Herzfrequenz
- Erhöhte Atemfrequenz
- Stöhnen bei Bewegung
- Schmerzhafte Gesten
- Pupillenerweiterung
- Widerwille sich zu bewegen
- Ruhelosigkeit
- Reiben der schmerzhaften Stelle

BESCHREIBUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN

Hoch-Risiko-Pflegediagnosen - **PRF-Format**:

- P: Pflegediagnosentitel – Was ist das Problem?
- RF: Risikofaktoren – Warum könnte es zu diesem Problem kommen?

Beispiel:

P: Flüssigkeitsdefizit, hohes Risiko

RF: z.B. Gesichtsfeldeinengung aufgrund eines Apoplex, Greifschwäche mit der Hand, trinkt nichts ohne Aufforderung und Unterstützung, hat Schluckprobleme und aspiriert manchmal Flüssigkeit

→ Nicht der Apoplex ist der pflegerelevante Risikofaktor, sondern dessen Auswirkungen

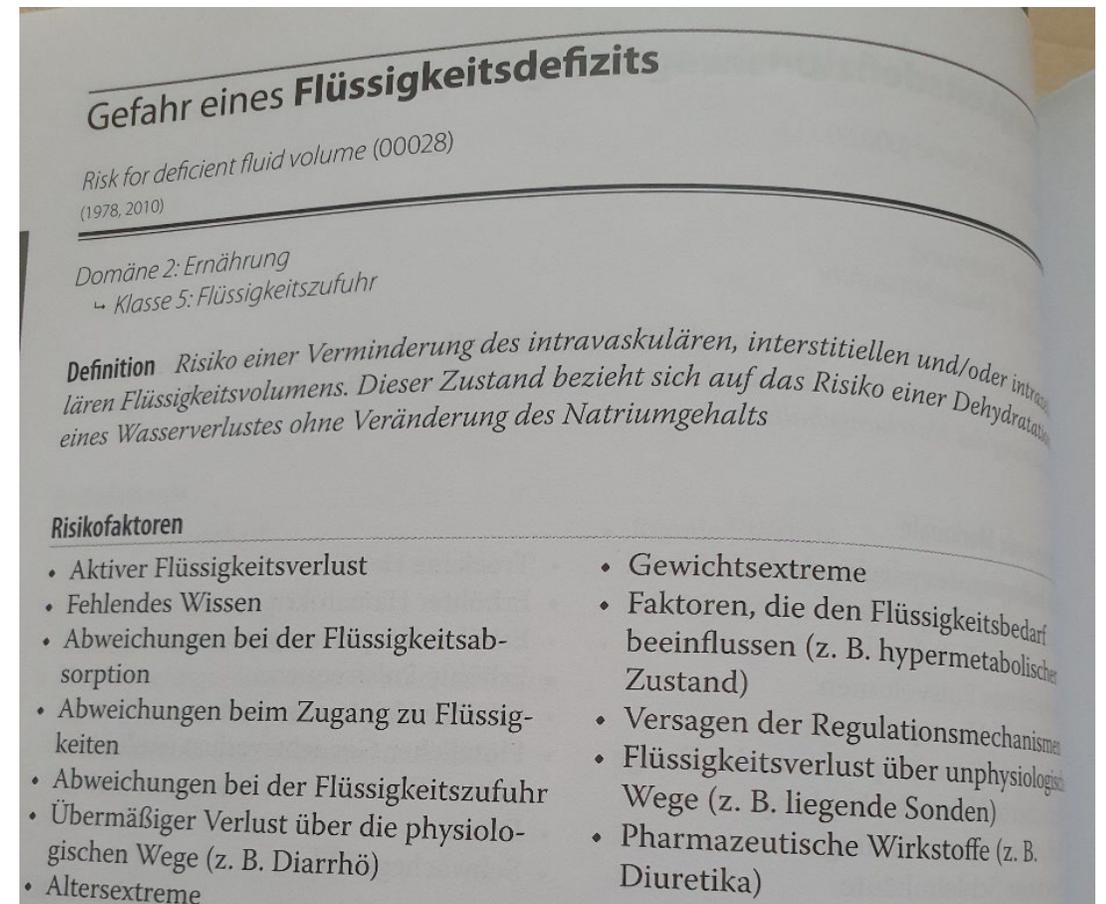


Bild: Aus NANDA International: Pflegediagnosen 2012-2014. Kassel: Recom, 2013



BESCHREIBUNG VON PFLEGEDIAGNOSEN

Gesundheitspflegediagnosen – PV-Format:

- P: Pflegediagnosentitel – In welchem Bereich werden Verbesserungen angestrebt?
- V: Voraussetzungen – Welche Voraussetzungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen sind vorhanden?

Eine Gesundheitspflegediagnose kann gestellt werden, wenn ein Klient, eine Familie, eine soziale Gemeinschaft, die Bereitschaft zur Verbesserung des Gesundheitszustandes ausdrückt.

Sie finden gezielt Anwendung bei Personen, die sich Gesundheitsberatung zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit wünschen und an einer Analyse und Entwicklung ihrer Gesundheitspotenziale interessiert sind.

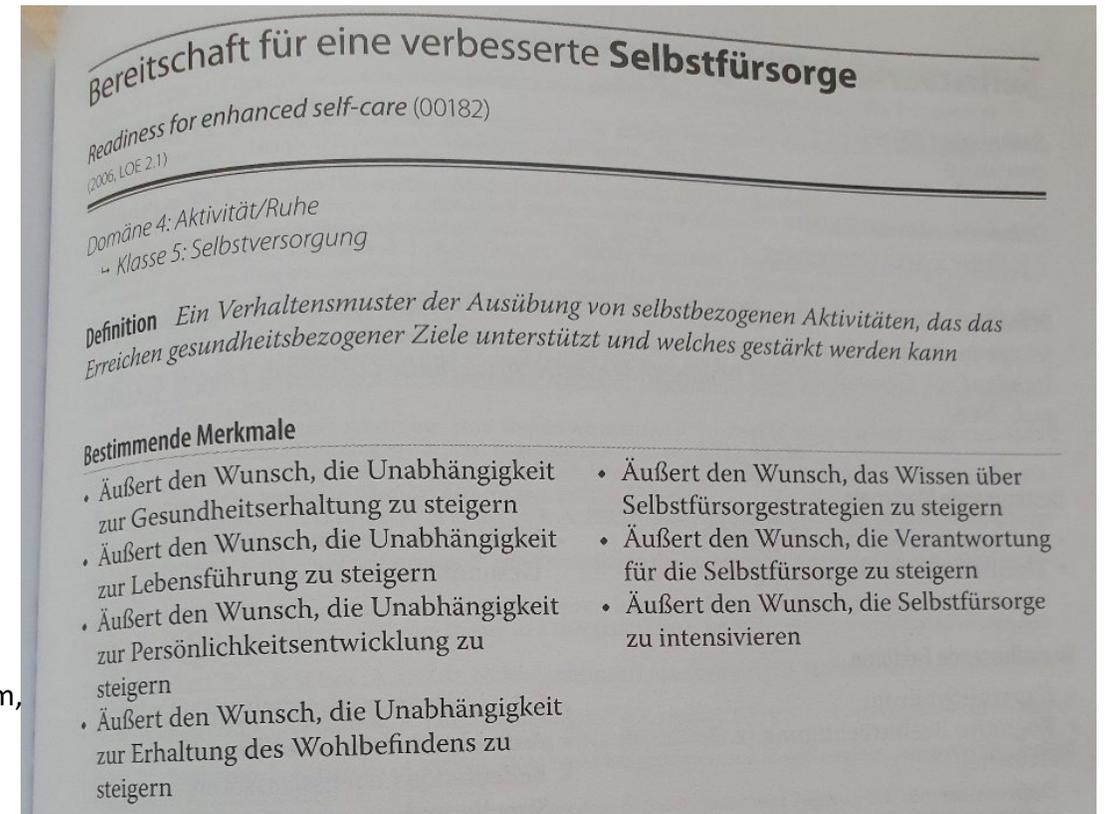


Bild: Aus NANDA International: Pflegediagnosen 2012-2014. Kassel: Recom, 2013



PFLEGEDIAGNOSENKLASSIFIKATION NANDA-I

Aufbau:

- 13 Domänen
- 47 Klassen
- 267 Pflegediagnosen

| Domänen NANDA -I |
|---------------------------|
| 1. Gesundheitsförderung |
| 2. Ernährung |
| 3. Ausscheidung |
| 4. Aktivität/Ruhe |
| 5. Wahrnehmung/ Kognition |
| 6. Selbstwahrnehmung |
| 7. Rollen und Beziehungen |
| 8. Sexualität |
| 9. Coping/ Stresstoleranz |
| 10. Lebensprinzipien |
| 11. Sicherheit/ Schutz |
| 12. Wohlbefinden |
| 13. Wachstum/ Entwicklung |



PFLEGEDIAGNOSENKLASSIFIKATION NANDA-I

NANDA ist multiaxial, jede Achse definiert eine Dimension menschlicher Reaktion, die für den pflegediagnostischen Prozess wichtig ist:

1. Diagnostisches Konzept (Diagnosetitel, Definition)
2. Subjekt der Diagnose (Individuum, Familie, Gruppe, Gemeinschaft)
3. Beurteilung (z.B. beeinträchtigt, unwirksam)
4. Lokalisation (Körperteil oder entsprechende Funktion, z.b. kardial)
5. Alter
6. Zeit (akut, chronisch, ...)
7. Status der Diagnose (aktuell, Risiko, Gesundheitsförderung)



NURSING INTERVENTIONS CLASSIFICATION NIC

Ziele der Erstellung und Weiterentwicklung der NIC:

- „Konzeptualisierung und Standardisierung der Fachausdrücke pflegerischer Interventionen, die im Praxisalltag erkennbar und umsetzbar sind
- Entwicklung und Verbreitung von pflegerischem Wissen hinsichtlich der Wirkung, d. h. des Ergebnisses von pflegerischen Interventionen auf Patientensituationen, wie sie in den Pflegediagnosen definiert sind
- Entwicklung von Pflege- und Gesundheitsinformationssystemen, die eine umfassende Dokumentation der pflegerischen Arbeit beinhalten
- Befähigung in der Entscheidungsfindung für Lernende, Studierende und professionelle Pflegende
- Gewährleisten von Kostentransparenz betreffend pflegerischer Dienstleistungen
- Gewährleisten einer sinnvollen pflegerischen Ressourcenplanung, um die effektivste Pflege zu ermöglichen
- Vereinheitlichung der Pflegefachsprache
- Zusammenführung der Pflegeklassifikationen mit Klassifikationssystemen anderer Disziplinen“ (Frauenfelder, 2017)



PFLEGEINTERVENTIONSKLASSIFIKATION NIC

Aufbau:

- 7 Domänen:
 - Physiologie: grundlegend
 - Physiologie: komplex
 - Verhalten
 - Sicherheit
 - Familie
 - Gesundheitssystem
 - Gemeinde
- 30 Klassen, z.B. Aktivität/Übung, Unterstützung der Selbstpflege, Patientenedukation, ...
- 554 Pflegeinterventionen bestehen aus
 - Titel, Definition
 - Liste mit konkreten pflegerischen Aktivitäten (10-30)
 - Pflegeperson wählt die für die individuelle Situation des zu Pflegenden passenden Aktivitäten aus
 - Pflegeinterventionen können in mehreren Klassen/ Domänen aufgeführt sein, z.B. Intervention „Entscheidungsfindungsunterstützung“



PFLEGEINTERVENTIONSKLASSIFIKATION NIC

Codierungssystem:

- Ermöglicht elektronische Abbildung
- Schnelle und präzise Datenverarbeitung
 - Finanzierung /Ressourcen
 - Forschung

Codierung NIC

Domäne: Zahl 1-7

Klassen: Buchstaben A bis Z und a, b, c, ...

Interventionen: Zahlen

Aktivitäten: keine Codierung, da von Pflegepersonen jederzeit modifizierbar

BEISPIEL:

2. Domäne/Bereich: Physiologie, komplex

Definition: Pflege, die die homöostatische Regulation unterstützt

L → Klasse: Umgang mit der Haut/Wunden

Definition: Interventionen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gewebeintegrität

2. L 3520 → Intervention: Dekubituspflege

Aktivitäten (Beispiele):

- *Messen und Beschreiben der Merkmale eines Ulkus' (Größe, Grad der Schädigung, Ort, Beschaffenheit, Gewebezustände: Verschorfung, Nekrosen und Entwicklung des Druckgewebes) – in regelmäßigen Abständen*
- *Überwachen des Ulkus' hinsichtlich der Farbe, Temperatur, Ödeme, Feuchtigkeit und des Erscheinungsbildes der umgebenden Hautpartien*
- *Reinigen der Ulzera mit geeigneten ungiftigen Lösungen, in kreisenden Bewegungen von der Mitte ausgehend nach außen*



PFLEGEINTERVENTIONSKLASSIFIKATION NIC

Table 1 TIME & EDUCATION FOR 614 NIC INTERVENTIONS LISTED ALPHABETICALLY—cont'd

| Intervention | Code No. | Educational Level | Time Required |
|--|----------|-------------------|------------------|
| Electrolyte Management | 2000 | RN | 31–45 min |
| Electrolyte Management: Hypercalcemia | 2001 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hyperkalemia | 2002 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hypermagnesemia | 2003 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hypernatremia | 2004 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hyperphosphatemia | 2005 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hypocalcemia | 2006 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hypokalemia | 2007 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hypomagnesemia | 2008 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hyponatremia | 2009 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Management: Hypophosphatemia | 2010 | RN | 16–30 min |
| Electrolyte Monitoring | 2020 | RN | 15 min or less |
| Electronic Fetal Monitoring: Antepartum | 6771 | Advanced | More than 1 hour |
| Electronic Fetal Monitoring: Intrapartum | 6772 | Advanced | More than 1 hour |
| Electronic Health Record Access Assistance | 8070 | Assistive | 16–30 min |
| Elopement Precautions | 6470 | Assistive | More than 1 hour |
| Embolus Care: Peripheral | 4104 | RN | 16–30 min |
| Embolus Care: Pulmonary | 4106 | RN | 16–30 min |
| Embolus Precautions | 4110 | RN | 16–30 min |
| Emergency Care | 6200 | Assistive | 16–30 min |
| Emergency Cart Checking | 7660 | Assistive | 15 min or less |
| Emotional Support | 5270 | RN | 16–30 min |
| Endotracheal Extubation | 3270 | RN | 15 min or less |
| Endotracheal Extubation: Palliative | 1360 | RN | 15 min or less |
| Enema Administration | 0466 | Assistive | 16–30 min |
| Energy Management | 0180 | RN | 16–30 min |
| Enteral Tube Feeding | 1056 | RN | 16–30 min |



NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC

Ergebnisklassifikation

Bedeutung für die Pflege/ Gesundheitsversorgung:

- Resultate pflegerischer Arbeit innerhalb der Gesamtbehandlung sichtbar machen
- Effektivität von Interventionen einschätzen und weiterentwickeln können
- Erfolgreiche Gestaltung und Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
- Rechtfertigung von benötigten Ressourcen in Ausbildung und Umsetzung der Pflege
- Transparenz schaffen Evaluation des Pflegeprozesses
- ...

Bedeutung für Forschung:

- „ Identifikation, Validation und Klassifikation von pflegerelevanten Patientenergebnissen
- Überprüfung und Validation der Ergebnisklassifikation in der Praxis
- Definition und Überprüfung von Bewertungsverfahren für die Ergebnisse und Indikatoren unter der Anwendung der klinischen Daten“
(Frauenfelder, 2017)



NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC

Definition: Pflegeergebnis

Pflege-sensitive Ergebnisse sind messbare Patientenzustände, die von Pflegeinterventionen herrühren und für welche Pflegefachpersonen verantwortlich sind

(Delaney et al. 1992; van der Bruggen & Groen 1999 in Frauenfelder, 2017).

NOC:

- pflege-sensitive Ergebnisse in literaturbasierter, standardisierter Form für Anwendung in Praxis, Ausbildung und Forschung
- Kurze und prägnante Definition jedes Outcomes zur Abgrenzung zu anderen Outcomes
- Operationalisierung der Ergebnisse durch Indikatoren
- NOC-Indikatoren mit Bewertungsskalen (5-Punkte-Likert-Skala), die Messungen im Rahmen der pflegerischen Arbeit ermöglichen
- Weitere, individuelle Indikatoren können formuliert werden
- NOC-Ergebnis zielt auf getroffene Pflegediagnose, den Behandlungsauftrag und die persönlichen Ziele des Pflegeempfängers ab



NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC

NOC – Einteilung:

- 7 Bereiche
 - Funktionale Gesundheit
 - Physiologische Gesundheit
 - Psychosoziale Gesundheit
 - Gesundheitswissen und –verhalten
 - Wahrgenommene Gesundheit
 - Familiengesundheit
 - Situation der Gesundheitsversorgung in einer Gemeinde
- 32 Klassen
- 490 Ergebnisse (englische Ausgabe)

Codierungsstruktur ist entsprechend der Nursing Interventions Classifications.



NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC

Anwendung und Potenzial:

- Controlling des Pflegeprozesses
 - Zu Beginn einer Intervention sowie zum Verlauf/ Abschluss einer Intervention
 - Zeitnahes Erkennen von Verschlechterung und Anpassung der Interventionen
 - Beobachtung der Verbesserung der Patientensituation
 - Stagnation – Entscheidungsbedarf
- Patientenedukation
 - Pflegeempfänger und Angehörige können aktiv bei Einschätzungen einbezogen werden
 - Lernen die aktuelle Situation besser kennen
 - Übernimmt Verantwortung für sich und seine Pflege
 - Arbeitet partnerschaftlich mit Pflegeperson zusammen



NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION NOC

| Nursing diagnosis (Herdman & Kamitsuru 2018) | Assessment criteria used for accuracy and differential diagnosis (Herdman & Kamitsuru 2018) | | NOC outcome and measurement indicators (Moorhead <i>et al.</i> 2013) | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|------------------|----------|----------|----------|----------|-----------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|
| <p>Deficient fluid volume:</p> <p>Decreased intravascular, interstitial, and/or intracellular fluid. This refers to dehydration, water loss alone without change in sodium (p. 184)</p> | <p>Defining characteristics:</p> <p>Alteration in mental status Alteration in skin turgor Decrease in blood pressure Decrease in pulse pressure Decrease in pulse volume Decrease in tongue turgor Decrease in urine output Decrease in venous filling Dry mucous membranes (p. 184)</p> | <p>Related factors:</p> <p>Active fluid volume loss Compromised regulatory mechanism Dry skin Increase in body temperature Increase in heart rate Increase in hematocrit Increase in urine concentration Sudden weight loss Thirst Weakness (p. 184)</p> | <p>Fluid balance: Water balance in intracellular and extracellular compartments of the body (p. 236)</p> <p>Selected outcome indicators:</p> <p>Blood pressure Radial pulse rate Peripheral pulses 24-hour intake and output balance Stable body weight Skin turgor Moist mucus membranes Serum electrolytes Hematocrit Urine specific gravity</p> <p>Measurement rating:</p> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td><u>1</u></td> <td><u>2</u></td> <td><u>3</u></td> <td><u>4</u></td> <td><u>5</u></td> </tr> <tr> <td>Severely comp'ised</td> <td>Substantially comp'ised</td> <td>Moderately comp'ised</td> <td>Mildly comp'ised</td> <td>Not comp'ised</td> </tr> </table> | <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | Severely comp'ised | Substantially comp'ised | Moderately comp'ised | Mildly comp'ised | Not comp'ised |
| <u>1</u> | <u>2</u> | <u>3</u> | <u>4</u> | <u>5</u> | | | | | | | | | |
| Severely comp'ised | Substantially comp'ised | Moderately comp'ised | Mildly comp'ised | Not comp'ised | | | | | | | | | |

https://www.carefulnursing.ie/go/overview/professional_practice_model/practice_competence_excellence/nursing_diagnosis_outcomes_interventions



Outcomemaße: ClinRo

“Clinician-reported outcomes (ClinRO) are measurable changes in a patient or participant’s symptoms, overall health, ability to function, quality of life, or survival that requires the knowledge and/or judgement of a medical professional to be interpreted and reported. ClinRO is a type of clinical outcome assessment and include clinically observable signs, behaviors, and clinical manifestations of the disease.”

| Psychosoziale Anpassung (1305) | | | | | |
|--|-------|----------|-------|------------|-----------|
| | Keine | Begrenzt | Mäßig | Weitgehend | Umfassend |
| Ausdruck von Nützlichkeit | 1 | 2 | 3 X | 4 | 5 |
| Bewahrung von Selbstachtung | 1 | 2 | 3 X | 4 | 5 |
| Ausdruck von Optimismus | 1 | 2 | 3 | 4 X | 5 |
| Ausdruck sozial engagiert zu sein | 1 | 2 | 3 X | 4 | 5 |
| Anwendung effektiver Coping-Strategien | 1 | 2 X | 3 | 4 | 5 |
| Teilnahme an Freizeit/Interessen | 1 | 2 | 3 X | 4 | 5 |

| Coping (1302) | | | | | |
|--------------------------------------|------------------|---------------------|-----------------------|------------------|-------------------------|
| | Nie demonstriert | Selten demonstriert | Manchmal demonstriert | Oft demonstriert | Konsistent demonstriert |
| Identifiziert effektive Copingmuster | 1 | 2 X | 3 | 4 | 5 |
| Berichtet von einer Stressabnahme | 1 | 2 | 3 X | 4 | 5 |
| Verbalisiert Akzeptanz der Situation | 1 | 2 | 3 X | 4 | 5 |

Psychische Outcomes



DIE VERBINDUNG ZWISCHEN NOC UND NIC

Die NIC bietet bereits eine Priorisierung von Interventionen und verbindet diese mit Interventionen unterschieden nach dem aus pflegewissenschaftlichen Studien identifizierten Zusammenhängen

„these are the most likely or most obvious interventions to impact outcome listed“ (vgl. Wagner et al. 2018:516)



| Outcome | Major Interventions | | Suggested Interventions |
|---------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Activity Tolerance | Activity Therapy Energy Management | Body Mechanics Promotion Exercise Promotion Functional Ability Enhancement Medication Management | Oxygen Therapy Teaching: Prescribed Exercise Weight Management |
| Health Promoting Behavior | Health Education | Culture Care Negotiation Health Coaching Risk Identification Self-Modification Assistance Support System Enhancement | Teaching: Disease Process Teaching: Prescribed Exercise Teaching: Prescribed Diet Teaching: Prescribed Medication Teaching: Procedure or Treatment |
| Hypertension Severity | Hypertension Management | Exercise Promotion Fluid Monitoring Hyperlipidemia Management Medication Management Sleep Enhancement | Smoking Cessation Assistance Teaching: Prescribed Diet Teaching: Prescribed Exercise Teaching: Prescribed Medication Weight Reduction Assistance |

„these are interventions that are likely to address the outcome, but not as likely as the priority interventions (...) these are also interventions that may apply only to some persons“ (vgl. Wagner et al. 2018:516)

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|--|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitiven Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|---|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten, Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; margin: 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">1</div> | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitorischen Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|---|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten, Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitorischen Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

2

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|---|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten, Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitorischen Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | 3 | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|--|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitorischen Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | 4 | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

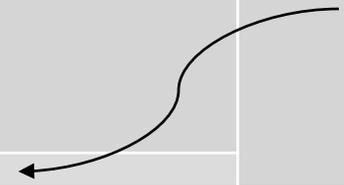
| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|---|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten, Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitiven Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | 5 |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|--|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitiven Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | |
| Dissens | | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | |
| Outcome Fixierung | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

6



DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|--|--|--|---|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitorischen Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | 7 | | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | | | | | | | |

DER WEG ZUR PFLEGEDIAGNOSE

Kurzdarstellung des Falls: Hr. NN, Alter NN, etc. – hier beschreiben Sie wesentliche Merkmale des zu bearbeitenden Falls

| Quelle | Narrativ | Coding | DCs | RFs | At risk population | Definition | V.a. |
|--|--|--|--|---|---|--|------|
| = Angabe der Quellen des pflegerischen Wissens (Beobachtung, Messen, Wahrnehmen, interpretieren, spüren, Aussagen, Gesprächsdaten Dokumente) | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten konkrete, sich ereignende Begebenheiten. | So nah wie möglich am Original zusammenfassen, markieren, hervorheben oder aufs wesentliche reduzieren = Prinzip des Codings | NANDA-I Symptome - Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen Narrativ/Coding und DC der NANDA-I | NANDA-I beeinflussende Faktoren: Möglichst hochgradige Übereinstimmung zwischen NANDA-I beeinflussenden Faktoren (RF) und Narrativ/Coding | Auf den Fall zutreffende Risikopopulationen und dem vorliegenden Fall | Möglichst jene definitiven Merkmale der NANDA-I Diagnose und dem vorliegenden Fall | |
| | | Argument für die Objektivität der pflegerischen Arbeit und gegen die bloße Subjektivität = Prinzip des Codings | | | | | |
| Assessments | Diagnostik ist abgeschlossen, es wird mit dem Pat. ein eigener Gesprächstermin vereinbart zu einem Pflegediagnostischen Gespräch | | | | | | |
| Diagnostisches Gespräch | Nach der Diagnostik vor der Intervention = richtiger Zeitpunkt | | | | | | |
| Konsens | Transkription ausgewählter und für die Fallanalyse wesentlicher Situationsdaten und -merkmale. Als Narrativ gelten hier die wesentlichen sowie auch konkret sich ereignenden Abstimmungsmomente. | | Übereinstimmende Merkmale zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Dissens | | | Dissens zu bestimmten Merkmalen zwischen Patientenaussagen und pflegediagnostischen Aussagen | | | | |
| Outcome Fixierung | Festlegung von Zielen der Pflege die von Pflegekräften und Patienten gleichermaßen beschrieben werden | | | | | | |
| Ziele sind festgelegt, Interventionen werden geplant, beschrieben und festgelegt | | | | | | | |
| Interventionen | 7 | | | | | | |

KLASSIFIKATIONSSYSTEME

- NANDA International
- Nursing Intervention Classification NIC
- Nursing Outcome Classification NOC
- ICNP
- POP
- ENP
- ICF
- ...



<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fdocplayer.org%2F105971776-Pflegeklassifikationen.html&psig=AOvVaw1IE93zmNwZ2n41B6zVJeBq&ust=1603268908511000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCODcv6HgwuwCFQAAAAAdAAAAABAW>



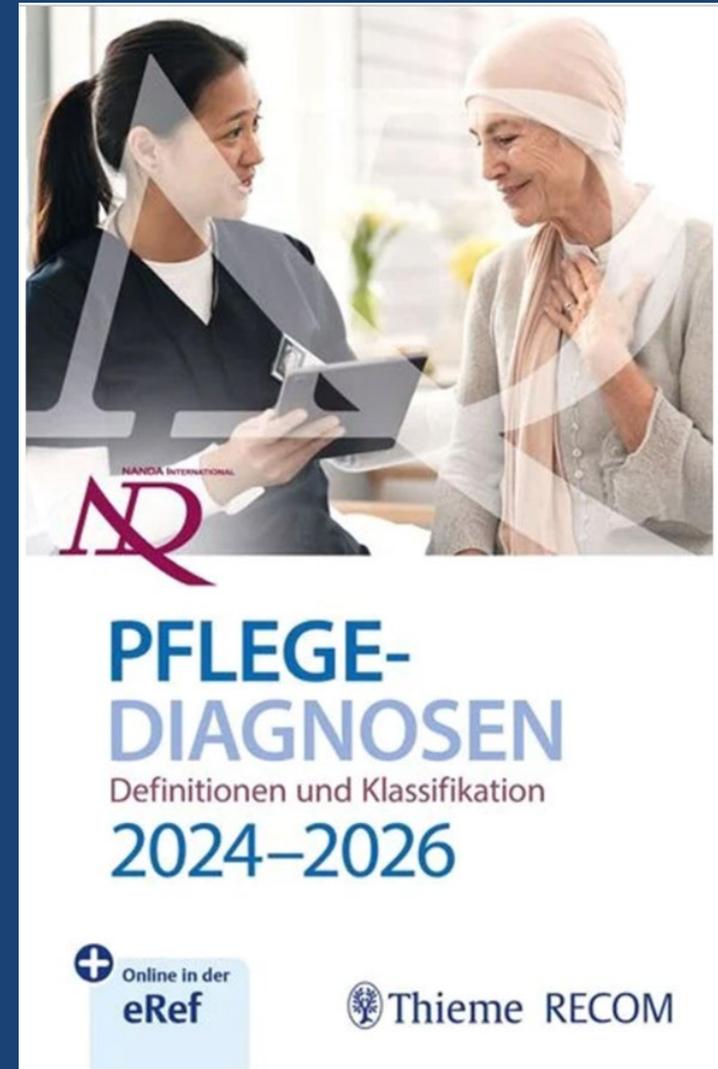
SNOMED CT

- Internationale Klassifikation
- Phänomene werden nach spezifische Codes formalen Definitionen Zugeordnet
- NANDA- I beispielsweise ist SNOMED CT gemappt



NANDA 24- 26: Was gibt's neues?

03



Geschlechtsneutrale Begriffe

Cisgender Frau/Mann

cis beschreibt, dass ein Mensch in dem Geschlecht lebt,

das nach der Geburt verkündet wurde;

Kongruenz zwischen Geschlechtsidentität und äußeren

Geschlechtsmerkmalen

- ◆ Risikopopulation Frauen – sofern dies evidenzbasiert
- ◆ ‚chestfeeding‘ anstatt ‚breastfeeding‘ – in der deutschen Übersetzung Beibehaltung des Begriffes ‚Stillen‘
- ◆ Mutter-Fötus-Dyade – terminologische Abklärung offen

56 neu ausgenommenen Pflegediagnosen

| | | |
|---|---|---|
| 2 | 1 | Risiko für unzureichende Nährstoffzufuhr |
| | | Unzureichende Protein-Energie-Nahrungszufuhr |
| | | Risiko für unzureichende Protein-Energie-Nahrungszufuhr |
| | | Risiko für ineffektives Stillen |
| | | Risiko der Unterbrechung des ausschließlichen Stillens |
| | | Risiko für unzureichende Produktion von Humanmilch |
| | | |
| | 5 | Risiko für übermäßiges Flüssigkeitsvolumen |
| 3 | 2 | Beeinträchtigte intestinale Ausscheidung |
| | | Risiko für beeinträchtigte intestinale Ausscheidung |
| | | Risiko für beeinträchtigte Stuhlkontinenz |
| 4 | 1 | Ineffektives Schlafmuster |
| | | Risiko eines ineffektiven Schlafmusters |
| | | Ineffektive Verhaltensweisen der Schlafhygiene |

(Herdman et al., 2024, S. 156)

123 Diagnosen Revised

| Ursprüngliche Domäne: Klasse | Diagnosen-code | Diagnosetitel | Änderung der Domäne | Änderung der Klasse | Änderung der Definition | Redaktionelle Änderungen | | | | Ergänzungen | | | | Streichungen | | | | |
|---|----------------|--|---------------------|---------------------|-------------------------|--------------------------|-------|-----|----|-------------|-------|-----|----|--------------|-------|-----|----|--|
| | | | | | | B-M | BF/RF | A-B | RP | B-M | BF/RF | A-B | RP | B-M | BF/RF | A-B | RP | |
| | 0023-0 | Risiko einer neonatalen Hyperbilirubinämie | | | X | | X | | X | X | | | | | | | | |
| Ernährung: Flüssigkeitszufuhr | 0002-6 | Übermäßiges Flüssigkeitsvolumen | | | X | | | | | X | X | X | | | | | | |
| Ausscheidung und Austausch: Harntraktfunktion | 0001-6 | Beeinträchtigte Harnausscheidung | | | X | | X | | X | X | | | | | X | | | |
| | 0029-7 | Behinderungsassoziierte Harninkontinenz | | | X | X | X | | | | X | X | | | X | | | |
| | 0031-0 | Mischharninkontinenz | | | | | X | | X | | X | | | | | | X | |
| | 0001-7 | Stressharninkontinenz | | | | | | | | X | | | | | | | | |
| | 0001-9 | Drangharninkontinenz | | | X | X | X | | X | | X | | | X | X | X | | |

(Herdman et al., 2024, S. 162)

Änderung von Diagnosetiteln

Tab. 6.3 Änderungen von Pflegediagnosetiteln der NANDA-I-Pflegediagnosen, 2024–2026

| Domäne | Aktueller Diagnosetitel | Frühere Domäne | Früherer Diagnosetitel |
|--------|---|----------------|--|
| 1 | Übermäßiges sitzendes Verhalten | | Bewegungsarmer Lebensstil |
| | Ineffektives Gesundheitsmanagement der Familie [Ineffective family health management] | | Ineffektives Gesundheitsmanagement der Familie [Ineffective family health self-management] |
| | Ineffektives Gesundheitsmanagement der Gemeinschaft | | Unzureichender Gesundheitszustand einer Gemeinde |
| | Risiko für ineffektives Selbstmanagement des Blutzuckerprofils | 2 | Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels |
| | Risiko für ineffektives Selbstmanagement der Mundtrockenheit | 11 | Risiko einer Mundtrockenheit |
| | Ineffektives Nausea-Selbstmanagement | 12 | Nausea (Übelkeit) |
| | Frailty-Syndrom beim älteren Menschen | | Frailty-Syndrom im Alter |
| | Risiko für Frailty-Syndrom beim älteren Menschen | | Risiko eines Frailty-Syndroms im Alter |
| 2 | Unzureichende Nährstoffzufuhr | | Unausgeglichene Ernährung: weniger als der Körper benötigt |
| | Bereitschaft für eine verbesserte Nährstoffzufuhr | | Bereitschaft für eine verbesserte Ernährung |
| | Ineffektives Stillen [Ineffective chestfeeding] | | Ineffektives Stillen [Ineffective breastfeeding] |
| | Unterbrechung des ausschließlichen Stillens | | Unterbrochenes Stillen |
| | Bereitschaft für verbessertes Stillen [Readiness for enhanced chestfeeding] | | Bereitschaft für verbessertes Stillen [Readiness for enhanced breastfeeding] |
| | Unzureichende Produktion von Humanmilch | | Unzureichende Muttermilchproduktion |

(Herdman et al., 2024, S. 180)

46 Diagnosen Retired

◆ Von vierzig in der Ausgabe 2021-23 angekündigten

⇒ 16 aufgrund eines zu niedrigen Evidenzlevels

◆ Gründe - fünf Kategorien

– Veraltete Begriffe –aus aktueller Literatur

– Fehlen von E/RF, die durch unabhängige Pflegeinterventionen verändert werden können

(independently modifiable by nursing)

– Entspricht nicht der Definition einer Pflegediagnose

– Aufnahme Beurteilungsbegriffes in den Titel

– Aufnahme von Indikatorbegriffen in einen anderen Titel

Neue Begriffe aus aktueller Literatur

| Früherer Begriff | Begriff 2024-26 |
|--|---|
| Defizitäres Wissen (00126) | Unzureichendes Gesundheitswissen (00435) |
| Defensives Coping (00071) und Ineffektive Verleugnung (00072) | Fehlangepasstes Coping (00405) |
| Risiko einer Infektion der chirurgischen Eingriffsstelle (00266) | Risiko für chirurgische Wundinfektion (00500) (SSI) |
| Risiko einer thermischen Verletzung (00220) | Risiko für Brandverletzungen (00350) und Risiko für Kälteschädigung (00351) |
| Risiko einer gegen sich gerichteten Gewalttätigkeit (00140) | Risiko für nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (00468) |

Fehlen durch PI veränderbare E/RF

- ◆ Risiko einer beeinträchtigten Leberfunktion (00178)
- ◆ Risiko eines Inaktivitäts-Syndroms (00040)
- ◆ Einseitiger Neglect (00123)

Entspricht nicht der Definition einer PD

- ◆ Verminderte Herzleistung (00029) – Risiko für beibehalten
- ◆ Beeinträchtigter Zahnstatus (00048) – Risiko in anderen PD enthalten, z. B. verminderte Fähigkeiten zur Körperhygiene
- ◆ Risiko einer nachteiligen Reaktion auf jodhaltige Kontrastmittel (00218), R. einer vaskulären Verletzung (00213)

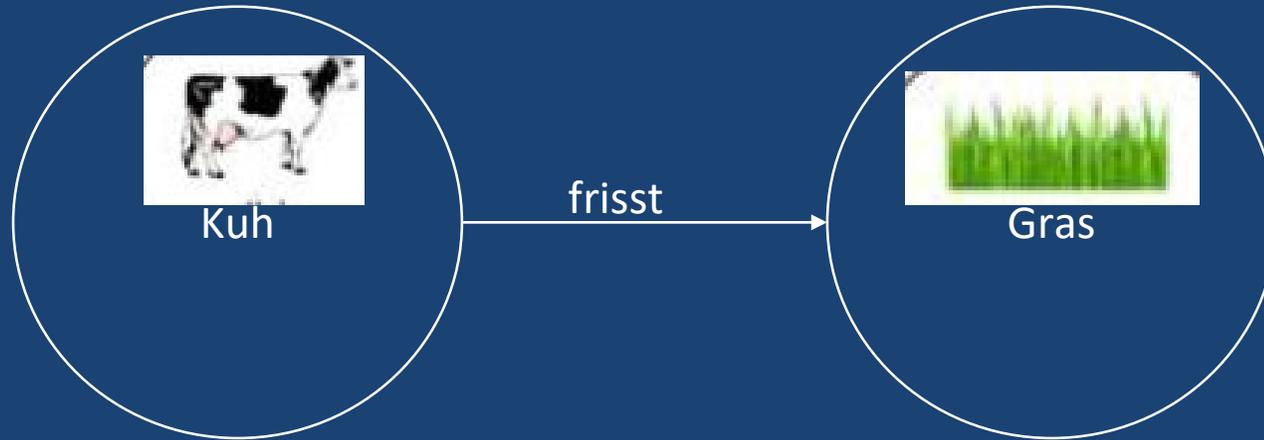
Aufnahme Beurteilungsbegriff in den Titel

| Früherer Begriff | Begriff 2024-26 |
|---|--|
| (Risiko eines) (00234) Übergewicht(s) (00233), Adipositas (00232) | Risiko für ineffektives Selbstmanagement des Übergewichts (00487) |
| Angst (00146), Todesangst (00147), Furcht (00148) | Übermäßige Angst (00400), Übermäßige Todesangst (00399), Übermäßige Furcht (00398) |
| Soziale Isolation (00053) | Inadäquate soziale Bindungen (00383) |
| Risiko der Vereinsamung (00054) | Risiko für übermäßige Einsamkeit (00335) |

Aufnahme von Indikatoren in anderen Titeln

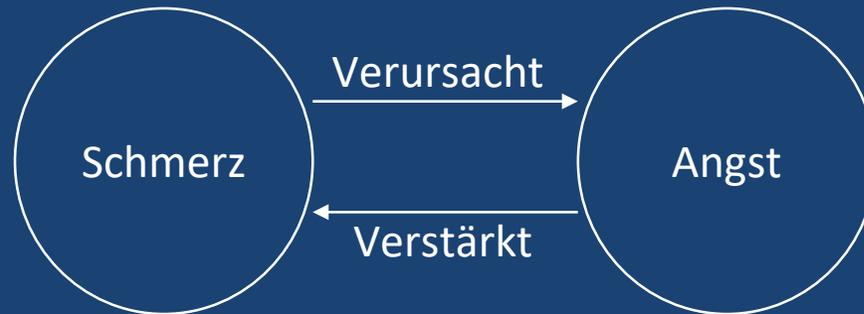
| Früherer Begriff | Begriff 2024-26 |
|---|--|
| Risiko eines metabolischen Syndroms (00296) | Risiko für beeinträchtigte kardiovaskuläre Funktion (00311) |
| Wahrgenommene Obstipation (00012), Risiko einer O. (00015) | Risiko für beeinträchtigte intestinale Ausscheidung (00346) |
| Gestörtes Schlafmuster (00198), Schlafstörung (00095), Schlafmangel (00096) | Ineffektives Schlafmuster (00337) |
| (R.) (00152) Machtlosigkeit (00125) | Beeinträchtigte Resilienz (00120), Chronisch unzureichendes Selbstwertgefühl (00483) |

Eine Idee aus dem Konstruktivismus- so haben wir schon immer gelernt



Concept Mapping

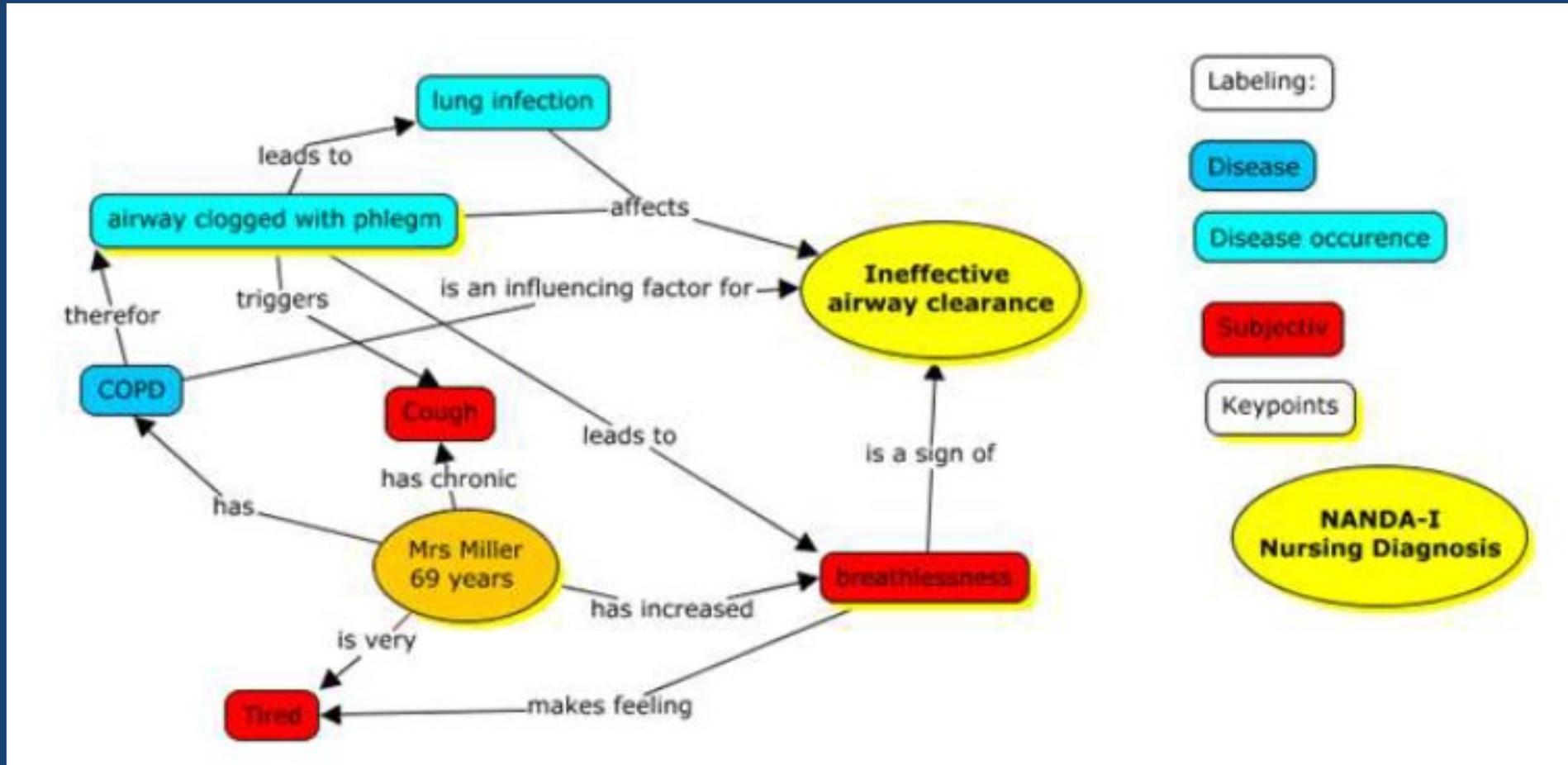
Concept maps are “a schematic device for representing a set of concept meanings embedded in a framework of propositions” (Novak 1984: 15).



Übung- was verbinden Sie mit Gummibärchen?



„Clinical Reasoning“ und das Erkennen von Mustern



Ein Fall aus dem Alltag

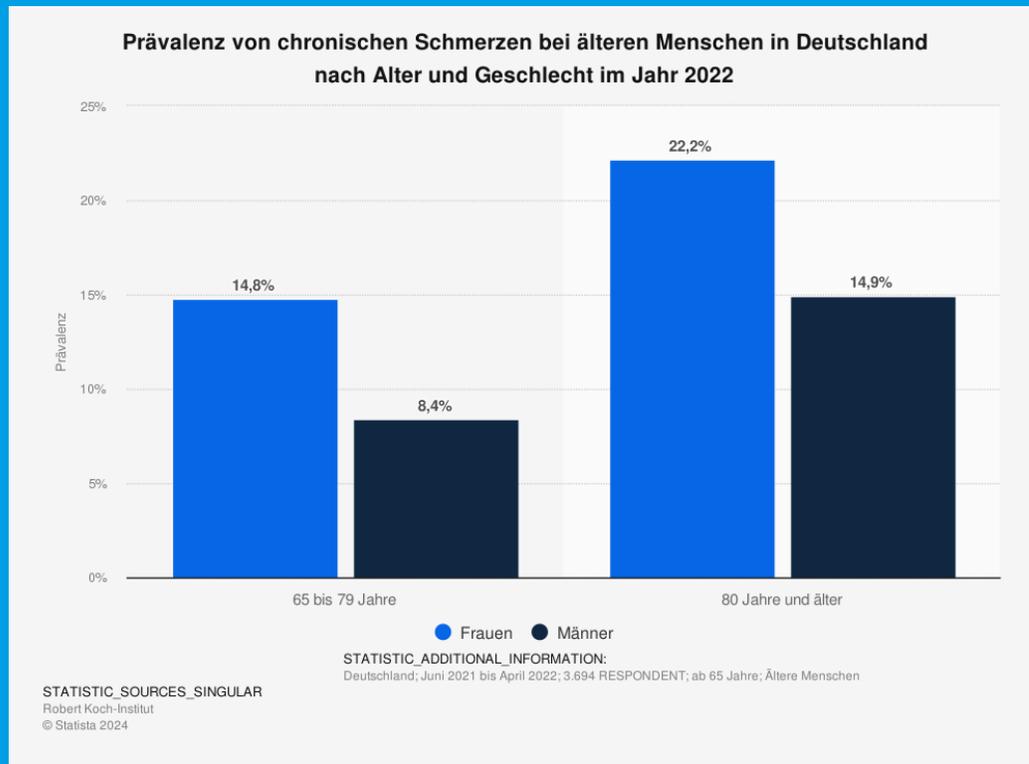
05

1. Einleitung

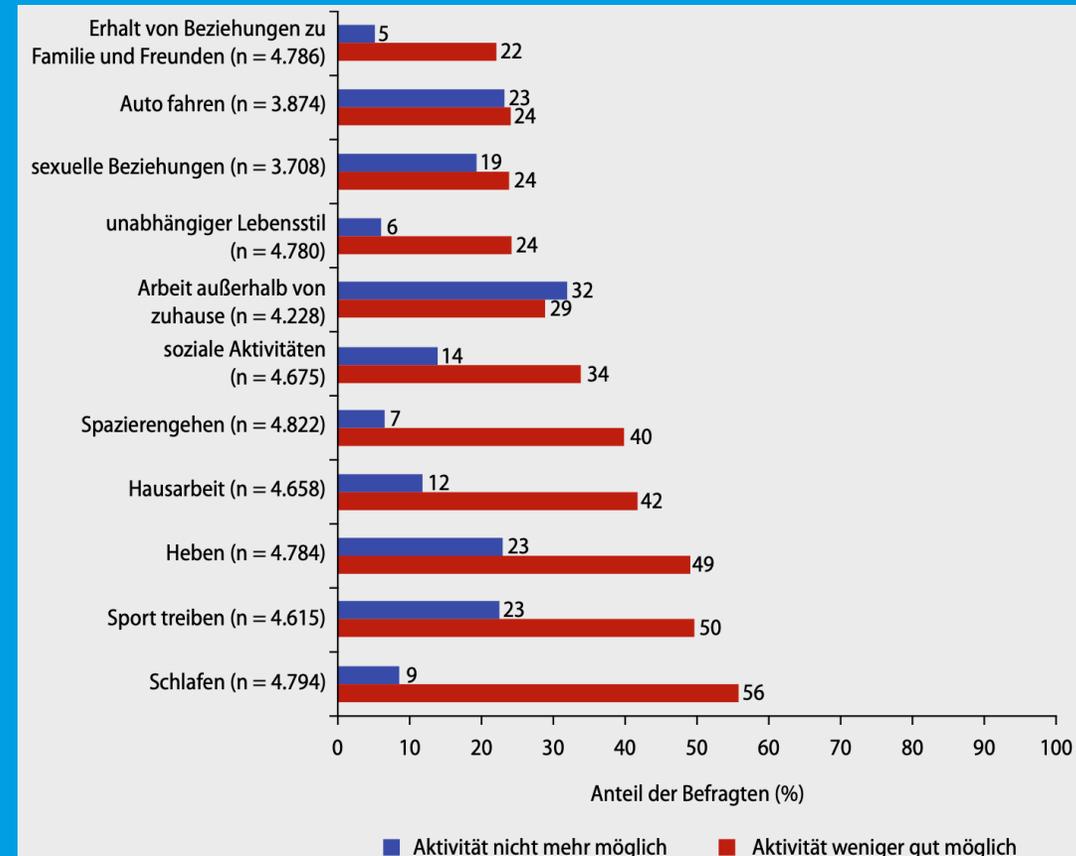


Bei mehr als der Hälfte aller Menschen mit chronischen Schmerzen dauert es mehr als zwei Jahre, bis sie eine wirksame Schmerzbehandlung erhalten, und nur ein Zehntel aller Patienten mit chronischen Schmerzen werden überhaupt einem Spezialisten vorgestellt (Deutsche Schmerzgesellschaft).

<https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/herausforderung-schmerz>



(RKI, 2023)



(Wörz et al., 2022)

Der Fall

Informationen aus der Übergabe:

- Frau G. geboren im Jahr 1942, lebt seit 2021 in einer Pflegeeinrichtung
- Korrelation aus verschiedenen Einschränkungen führen zu chronischen Schmerzen (ff.)

Diagnosen:

- PAVK -> erhöht die Thrombose- und Emboliegefahr
- Bluthochdruck medikamentös eingestellt, Apoplex, Diabetes Typ 2, COPD, Gallengangkarzinom, Risiko zur Mangelernährung und Exsikkose (zur Aufnahmesituation)
- Z.n. Oberschenkelhalsfraktur -> eingeschränkte Mobilität und Lagerungsbedürftig
- Lumbalgie bei LWK 1
- Diabetisches Fußsyndrom mit Polyneuropathie, Ulcus Cruris
- Krankenhausaufenthalt 2021 wegen Wundbehandlung
- Z.n. Sturz -> Fraktur 10. Rippe
- Chronisches Schmerzsyndrom



Der Fall

Schmerzmedikation:

Novaminsulfon 500 mg (1-1-1-1), Fentanyl 25 µg,
Novaminsulfon bei Bedarf (max. 3 Tabl. In 24std)



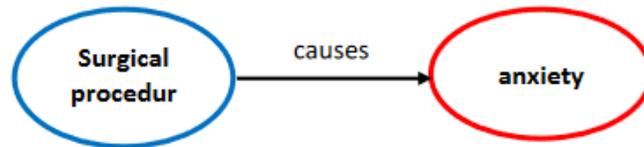
Übung: Stellen Sie den Fall in einer Concept Map dar

Instructions for concept mapping

1. Put the patient's name in the middle of the A3 sheet with the age in years - draw a circle around it.



2. In the upper part, map the medical diagnoses and the disease process with terms and circle them in **BLUE**.
3. Close to the patient's name, list the 'most disturbing characteristics' from the assessment and other 'subjective signs' (one to two words each), circle them in **RED** and connect them with the circled patient's name.
4. Now add terms to your observations, checks of vital signs and other 'objective data' and circle them in **GREEN**.
5. Now complete the 'social situation' and 'psychological reactions' - circle the psychosocial cues in **ORANGE**.
6. Analysis: draw connecting lines and add an arrow and verb/adverb to them (e.g. triggers, caused by, ect.)



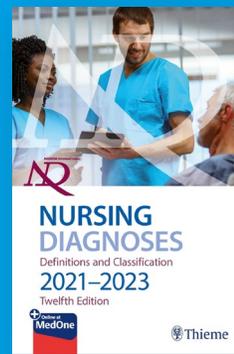
Draw in all relevant connections you can detect:

What is the history of the disease? "tell the story"

How did the disturbing characteristics arise?

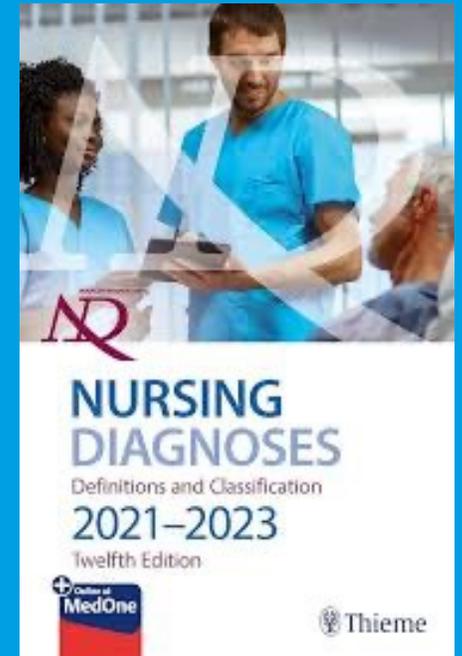
3.1.1 Clustering

| Codes | Domäne |
|---|-----------------------------------|
| Diagnose: PAVK eingeschränkte Mobilität (nach OSH-Fraktur) Z.n. Sturz Nächtliches Aufwachen durch die Schmerzen | Domäne 4. Aktivität/ Ruhe |
| Diagnose: Diabetes Typ 2 Risiko zur Mangelernährung und Exsikkose | Domäne 2. Ernährung/ Ausscheidung |
| Diabetisches Fußsyndrom mit Polyneuropathie, Ulcus Cruris | Domäne 11. Sicherheit/ Schutz |
| Lumbalgie bei LWK 1 Diabetisches Fußsyndrom mit Polyneuropathie, Ulcus Cruris Chronisches Schmerzsyndrom Klagt über regelmäßige Schmerzen im Alltag Nächtliches Aufwachen durch die Schmerzen Schmerzen sind ihre größte Belastung in ihrem Alltag | Domäne 12. Comfort |



Aufgrund der beschriebenen Fallsituation von Frau G. und der Überwiegung von Domäne 12, kam die Pflegediagnose Chronischer Schmerz (NANDA • Domäne 12 • Klasse 1 • Diagnosencode 00133) in den Verdacht.

Definition: Unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, die von aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigungen herrührt oder als solche Schädigungen beschrieben werden kann; plötzlicher oder allmählicher Beginn mit einer Intensität von leicht bis schwer, konstant oder wiederholend auftretend, ohne ein erwartetes oder vorhersagbares Ende und einer Dauer von mehr als 3 Monaten.



(Nanda, 2021)

3.1.2 Basisassessment zur Pflegediagnose Chronische Schmerzen



| Coding | Bestimmende Merkmale | Beeinflussende Faktoren | Risiko- populationen | Assoziierte Bedingungen |
|---|---|--|-------------------------|---|
| Eingeschränkte Mobilität | Veränderte Fähigkeit Aktivitäten fortzusetzen | Verletzungsursache : Diabetisches Fußsyndrom | Personen > 50 Frauen | Knochenfraktur: OSH Beeinträchtigter Metabolismus: Diabetes Typ 2 V.a. Chronische muskuloskelettale Erkrankung: Lumbalgie |
| Nächtliches Aufwachen durch Schmerzen | Berichtet über einen veränderten Schlaf-Wach- Zyklus | | | |
| Korrelation aus verschiedenen Einschränkungen führen zu chronischen Schmerzen | Stellvertreterbericht über das Schmerzverhalten | | | |
| Numerische Rating Skala | Berichtet Schmerzintensität anhand einer standardisierten Schmerzskala | | | |
| Schmerzfragebogen (painDetect) | Berichtet Schmerzcharakteristika mit Hilfe einer standardisierten Schmerzskala | | | |

Thieme

3.1.3 Verdachtsdiagnosen

Hauptverdachtsdiagnose:

Chronischer Schmerz (NANDA • Domäne 12 • Klasse 1 • Diagnosenocode 00133)

Nebenverdachtsdiagnose:

Beeinträchtigte physische Mobilität (NANDA • Domäne 4 • Klasse 2 • Diagnosenocode 00085)

Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels (NANDA • Domäne 2 • Klasse 4 • Diagnosenocode 00179)

Risiko einer Infektion (NANDA • Domäne 11 • Klasse 1 • Diagnosenocode 00004)

Beeinträchtigte Integrität des Gewebes (NANDA • Domäne 11 • Klasse 2 • Diagnosenocode 00044)



3.1.4 Fokusassessment

Vor dem
Verbandswechsel

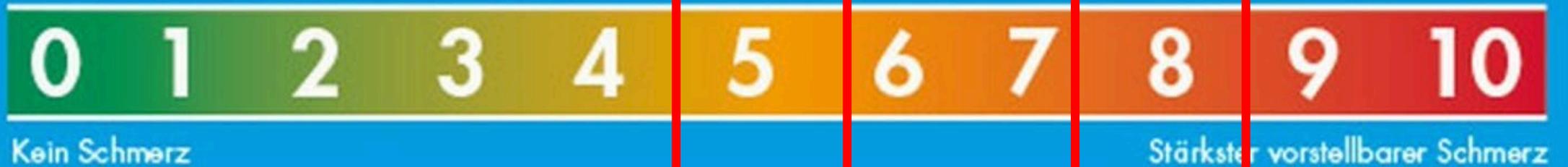
Nach dem
Verbandswechsel
und Nachts



VERBALE RATING SKALA (VRS)

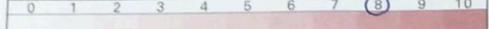


NUMERISCHE RATING SKALA (NRS)

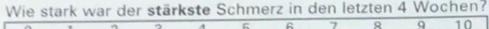


Datum: _____ Patient: Name: _____ Vorname: _____

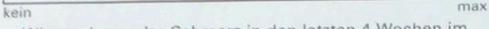
Wie würden Sie Ihren Schmerz **jetzt** im Augenblick einschätzen?



Wie stark war der **stärkste** Schmerz in den letzten 4 Wochen?



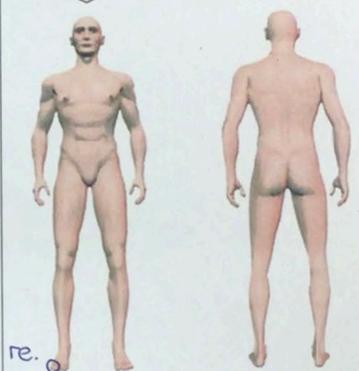
Wie stark war der Schmerz in den letzten 4 Wochen im **Durchschnitt**?



Kreuzen Sie das Bild an, welches Ihren Schmerzverlauf am besten beschreibt:

- Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
- Dauerschmerzen mit Schmerzattacken
- Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei
- Schmerzattacken dazwischen Schmerzen

Bitte kennzeichnen Sie Ihren Hauptschmerzbereich



Strahlt Ihr Schmerz in weitere Körperregionen aus? ja nein
wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung ein, wohin der Schmerz ausstrahlt.

- Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngefühl (z.B. Brennnesseln)?
nie kaum gering mittel stark sehr stark
- Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?
nie kaum gering mittel stark sehr stark
- Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?
nie kaum gering mittel stark sehr stark
- Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken?
nie kaum gering mittel stark sehr stark
- Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?
nie kaum gering mittel stark sehr stark
- Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?
nie kaum gering mittel stark sehr stark
- Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?
nie kaum gering mittel stark sehr stark

(vom Arzt auszufüllen)

nie kaum gering mittel stark sehr stark

1 x 0 = 0 0 x 1 = 0 1 x 2 = 2 2 x 3 = 6 2 x 4 = 8 1 x 5 = 5

Score-Gesamtsumme **21** von 35

Datum: _____ Patient: Name: _____ Vorname: _____

Bitte übertragen Sie die Score-Gesamtsumme vom Schmerz-Fragebogen:

Score-Gesamtsumme **21**

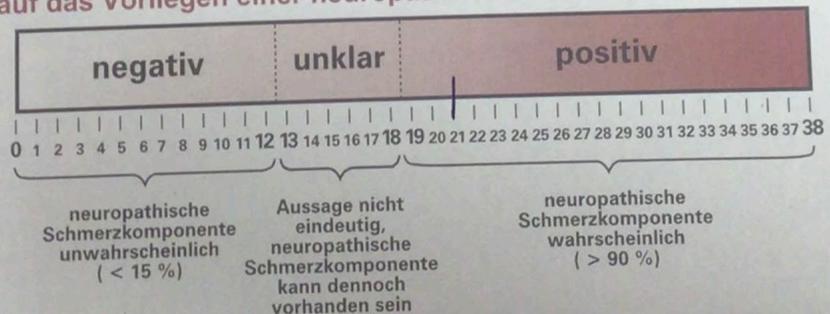
Addieren Sie bitte die folgenden Zahlen, je nach angekreuztem Schmerzverlaufsmuster und Schmerzausstrahlung. Bilden Sie dann die Score-Endsumme:

- Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen 0
- Dauerschmerzen mit Schmerzattacken -1 falls angekreuzt, oder
- Schmerzattacken dazwischen schmerzfrei +1 falls angekreuzt, oder
- Schmerzattacken dazwischen Schmerzen +1 falls angekreuzt
- Ausstrahlende Schmerzen? +2 falls ja

Score-Endsumme **21**

Screening-Ergebnis

auf das Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente



Dieser Bogen ersetzt keine ärztliche Diagnostik!
Er dient dem Screening auf Vorliegen einer neuropathischen Schmerzkomponente.



Fragebogen-Design STATE-Angst (kurz)

2. Wie sehr treffen die folgenden Gefühlsbeschreibungen im Moment auf Sie zu? Kreuzen Sie das auf Sie passende Kästchen an. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und entscheiden Sie dann, wie stark das betreffende Gefühl im Moment bei Ihnen vorhanden ist.

| <i>Folgende Aussagen treffen auf mich ... zu.</i> | überhaupt nicht | | | | | | | ganz und gar |
|---|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Ich bin ruhig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich angespannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin aufgeregt | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich ausgeruht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich bin beunruhigt | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich fühle mich selbstsicher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ich bin nervös | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin verkrampft | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin besorgt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin vergnügt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

==> eher negativ



Diskussion

State and Trate Anxiety Inventory

Darf ich das überhaupt, ohne Psychologe zu sein?



Diskussion

„Mit Ausnahme der Indikationsstellung, der Bewertung des Testergebnisses und der diesbezüglichen Dokumentation ist die Durchführung von standardisierten Testverfahren (z. B. psychometrische Tests, Barthel-Index, geriatrisches Assessment nach LACHS etc.) delegierbar.“

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Empfehlungen_Persoenliche_Leistungserbringung.pdf

Diskussion



§4 Pflgeberufegesetz

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.

3.1.5 Pflegediagnostische Aussage



Es bestätigt sich der Verdacht auf die Pflegediagnose chronische Schmerzen in stark ausgeprägter Form, angezeigt durch veränderte Fähigkeit Aktivitäten fortzusetzen, den Bericht über einen veränderten Schlaf-Wach-Zyklus, den Stellvertreterbericht über das Schmerzverhalten, den Bericht über Schmerzintensität anhand einer standardisierten Schmerzskala und die Schmerzcharakteristika mit Hilfe einer standardisierten Schmerzskala.

Sie ist bedingt durch die Knochenfraktur, den beeinträchtigten Metabolismus und den V.a. Chronische muskuloskeletale Erkrankung.

Schritt 3

Welche Ziele (NOC) sind mit der gestellten Diagnose(n) verknüpft?

Welche Maßnahmen können Sie identifizieren? (NIC)

4. Zielsetzung

Vgl. Johnson und Moorhead (2005), S. 479 □ AUSMAß VON SCHMERZ

Definition: Ausmaß von berichtetem oder geistigem Schmerz



| Indikatoren | Schwer 1 | Weitgehend 2 | Mäßig 3 | Leicht 4 | Keine 5 |
|------------------------------|-------------|-----------------|------------|-------------|------------|
| Berichteter Schmerz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Häufigkeit des Schmerzes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Länge der Schmerzphasen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Schmerzausdruck im Gesicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Schützende Körperhaltung | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Unruhe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Veränderung der Herzfrequenz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. Mögliche Interventionen

Pain Management: Chronic 1415

Definition: Alleviation or reduction of persistent pain that continues beyond the normal healing period, assumed to be three months, to a level that is acceptable to the patient

Activities:

- Perform a comprehensive assessment of pain to include location, onset, duration, frequency, and intensity of pain, as well as alleviating and precipitating factors
- Use a valid and reliable chronic pain assessment tool (e.g., Brief Pain Inventory-Short Form, McGill Pain Questionnaire-Short Form, Fibromyalgia Impact Questionnaire)
- Explore patient's knowledge and beliefs about pain, including cultural influences
- Determine the effect of the pain experience on quality of life (e.g., sleep, appetite, activity, cognition, mood, relationships, job performance, and role responsibilities)
- Evaluate with patient the effectiveness of past pain control measures
- Control environmental factors that may influence the patient's pain experience
- Question the patient regarding pain at frequent intervals, often at the same time as checking vital signs or at every office visit
- Question patient regarding the level of pain that allows a state of comfort and appropriate function and attempt to keep pain at or lower than identified level
- Ensure that the patient receives prompt analgesic care before the pain become severe or before pain-inducing activities
- Select and implement intervention options tailored to the patient's risks benefits and preferences (e.g., pharmacological, non-pharmacological, interpersonal) to facilitate pain relief, as appropriate
- Instruct patient and family about principles of pain management
- Encourage patient to monitor own pain and to use self-management approaches
- Encourage appropriate use of non-pharmacological techniques (e.g., biofeedback, TENS, hypnosis, relaxation, guided imagery, music therapy, distraction, play therapy, activity therapy, acupuncture, heat and cold application, and massage) and pharmacological options as pain control measures
- Avoid use of analgesics that may have adverse effects in older adults

- Collaborate with patient, family, and other health professionals to select and implement pain control measures
- Prevent or manage medication side effects
- Evaluate the effectiveness of pain control measures through ongoing monitoring of the pain experience
- Watch for signs of depression (e.g., sleeplessness, not eating, flat affect statements of depression, or suicidal ideation)
- Watch for signs of anxiety or fear (e.g., irritability, tension, worry, fear of movement)
- Modify pain control measures on the basis of the patient's response to treatment
- Incorporate the family in the pain relief modality, when possible
- Utilize a multidisciplinary approach to pain management, when appropriate
- Consider referrals for patient and family to support groups and other resources, as appropriate
- Evaluate patient satisfaction with pain management at specified intervals

7th edition 2018

Background Evidence:

American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel (2012). American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616-631.

American Society for Pain Management Nursing. (2010). In B. St Marie (Ed.), *Core curriculum for pain management nursing* (2nd ed.). Kendall Hunt.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Chronic Pain Management, & American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine. (2010). Practice guidelines for chronic pain management. *Anesthesiology*, 112(4), 810-833.

Cason, L. (2013). Pain management. In P. Potter, A. Perry, P. Stockert, & A. Hall (Eds.), *Fundamentals of nursing* (8th ed., pp. 962-995). Elsevier Mosby.

D'Arcy, Y. (2011). *Compact clinical guide to chronic pain management: An evidence-based approach for nurses*. Springer.

Pasero, C., & McCaffery, M. (2011). *Pain assessment and pharmacological management*. Mosby Elsevier.

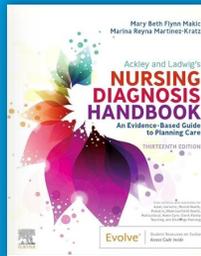
Perform a comprehensive assessment of pain to include location, onset, duration, frequency and intensity of pain, as well as the alleviating and precipitating factors

Watch for signs of depression, sleeplessness, not eating, flat affect or suicidal ideation

„Medication review“ durch Pflegekräfte mit der Konsequenz des Anpassens der Therapie => Heilkunde

Instruct patient and family about principles of Pain Management

Encourage appropriate use of non-pharmacological techniques



Die Module der Fachkommission- Auszug aus der Kompetenzbeschreibung

- übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen zur Unterstützung von Menschen aller Altersstufen mit akuten und chronischen Schmerzen bei der Bewältigung von belastenden Lebens- und Pflegesituationen,
- nutzen spezifische leitliniengestützte Assessmentinstrumente der Selbst- und/oder der Fremdeinschätzung so- wie Formen der qualitativen Erhebung von für die Diagnostik relevanten Informationen und beurteilen kontinuierlich den individuellen Pflege- und Therapiebedarf sowie potenzielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen Pflegesituationen mit Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen,
- übernehmen Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen entlang eines evidenzbasierten Algorithmus bzw. Behandlungspfads einschließlich (der Anpassung) der Medikation auf der Grundlage einer Positivliste der/des behandelnden Ärztin/Arztes sowie nicht-medikamentöser Interventionen bei Menschen, die von akuten und/oder chronischen (instabilen) Schmerzen betroffen sind sowie ihren Bezugspersonen und in enger Abstimmung mit ihnen,
- nutzen ein vertieftes und kritisches pflege- und bezugswissenschaftliches Wissen, um zu pflegende Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen und ihre Bezugspersonen bei der Krankheits- und Situationsbewältigung kommunikativ zu unterstützen,
- konzipieren, gestalten und evaluieren Informations-, Schulungs- und Beratungskonzepte für Menschen aller Altersstufen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen und ihre Bezugspersonen auf der Basis gesicherter Forschungsergebnisse,
- wirken an der Implementierung substituierter heilkundlicher Tätigkeiten (ggf. im Rahmen eines Modellvorhabens) bei der medizinisch-pflegerischen Versorgung von Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen und über die Versorgungsbereiche hinweg mit,
- erschließen und bewerten (aktuelle) Forschungsergebnisse und Empfehlungen von Fachgesellschaften, z. B. Expertenstandards und Leitlinien zur Versorgung von Menschen mit akuten und/oder chronischen Schmerzen, und nutzen diese für die Gestaltung und Verbesserung des Versorgungsprozesses.

3.1.3 Verdachtsdiagnosen

Hauptverdachtsdiagnose:

Chronischer Schmerz (NANDA • Domäne 12 • Klasse 1 • Diagnosenocode 00133)

Nebenverdachtsdiagnose:

Beeinträchtigte physische Mobilität (NANDA • Domäne 4 • Klasse 2 • Diagnosenocode 00085)

Risiko eines instabilen Blutglukosespiegels (NANDA • Domäne 2 • Klasse 4 • Diagnosenocode 00179)

Risiko einer Infektion (NANDA • Domäne 11 • Klasse 1 • Diagnosenocode 00004)

Beeinträchtigte Integrität des Gewebes (NANDA • Domäne 11 • Klasse 2 • Diagnosenocode 00044)



Coding

Diagnose: Diabetes Typ 2

Risiko zur Mangelernährung und Exsikkose
eingeschränkte Mobilität (nach OSH-Fraktur)

Im Pflegebericht beschriebene, nächtliche Unruhe

⇒ Kurze Erinnerung an das vorherige Interview:

„Sie betont, dass ihre Schmerzen im Liegen stärker sind als im Sitzen“

2. Nutrition

Domain 2 • Class 4 • Diagnosis Code 00179

Risk for unstable blood glucose level

Focus of the diagnosis: blood glucose level
Approved 2006 • Revised 2013, 2017, 2020 • Level of Evidence 3.2

Definition
Susceptible to variation in serum levels of glucose from the normal range, which may compromise health.

Risk factors

- Excessive stress
- Excessive weight gain
- Excessive weight loss
- Inadequate adherence to treatment regimen
- Inadequate blood glucose self-monitoring
- Inadequate diabetes self-management
- Inadequate dietary intake
- Inadequate knowledge of disease management
- Inadequate knowledge of modifiable factors
- Ineffective medication self-management
- Sedentary lifestyle

At risk population

- Individuals experiencing rapid growth period
- Individuals in intensive care units
- Individuals of African descent
- Individuals with altered mental status
- Individuals with compromised physical health status
- Individuals with delayed cognitive development
- Individuals with family history of diabetes mellitus
- Individuals with history of autoimmune disorders
- Individuals with history of gestational diabetes
- Individuals with history of hypoglycemia
- Individuals with history of pre-pregnancy overweight
- Low birth weight infants
- Native American individuals
- Pregnant women > 22 years of age
- Premature infants
- Women with hormonal shifts indicative of normal life stage changes

Verdachtsdiagnosen

(neben) verdachtsdiagnose:

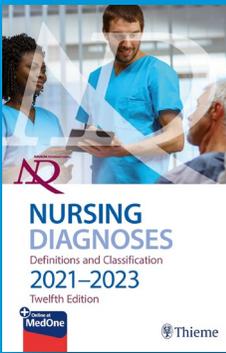
Risiko eines instabilen Blutzuckerspiegels (NANDA • Domäne 2 • Klasse 4 • Diagnosenocode 00179)

⇒ Zur Verifikation und weiterem Assessment wurden Blutzuckertagesprofile durchgeführt

Weitere Nebenverdachtsdiagnose:

Beeinträchtigte physische Mobilität (NANDA • Domäne 4 • Klasse 2 • Diagnosenocode 00085)

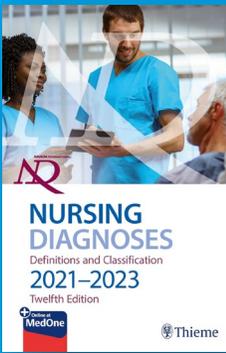
Akute Verwirrtheit (NANDA • Domäne 5 • Klasse 4 • Diagnosenocode 00128)



Pflegediagnostische Aussage

Es bestätigt sich der Verdacht auf die Pflegediagnose eines instabilen Blutzuckerspiegels in stark ausgeprägter Form, angezeigt durch feststellbare BZ- Schwankungen in den Tagesprofilen.

Sie ist bedingt durch ein inadäquates Selbstmonitoring des Blutzuckerspiegels und einer beeinträchtigten physischen Gesundheit.



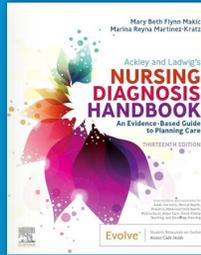
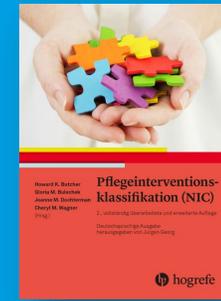
Zielestellung

Vgl. Johnson und Moorhead (2005), Blutglucose- Level



| Indikatoren | Schwer beeinträchtigt 1 | Weitgehend beeinträchtigt 2 | Mäßig beeinträchtigt 3 | Leicht beeinträchtigt 4 | Keine Beeinträchtigung 5 |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| Blutglukose | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Glukosurie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ketonurie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Glykiertes Hämoglobin (Hba1c) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

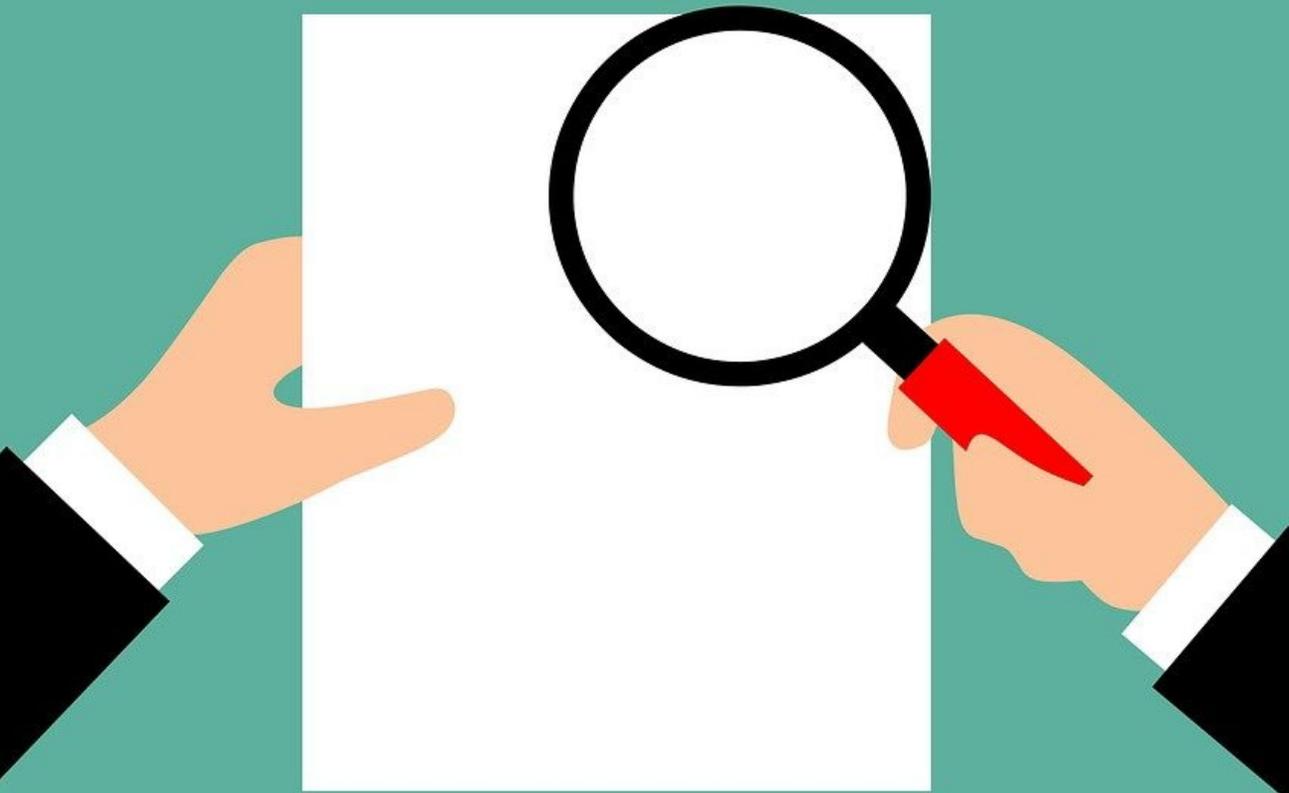
Mögliche Interventionen



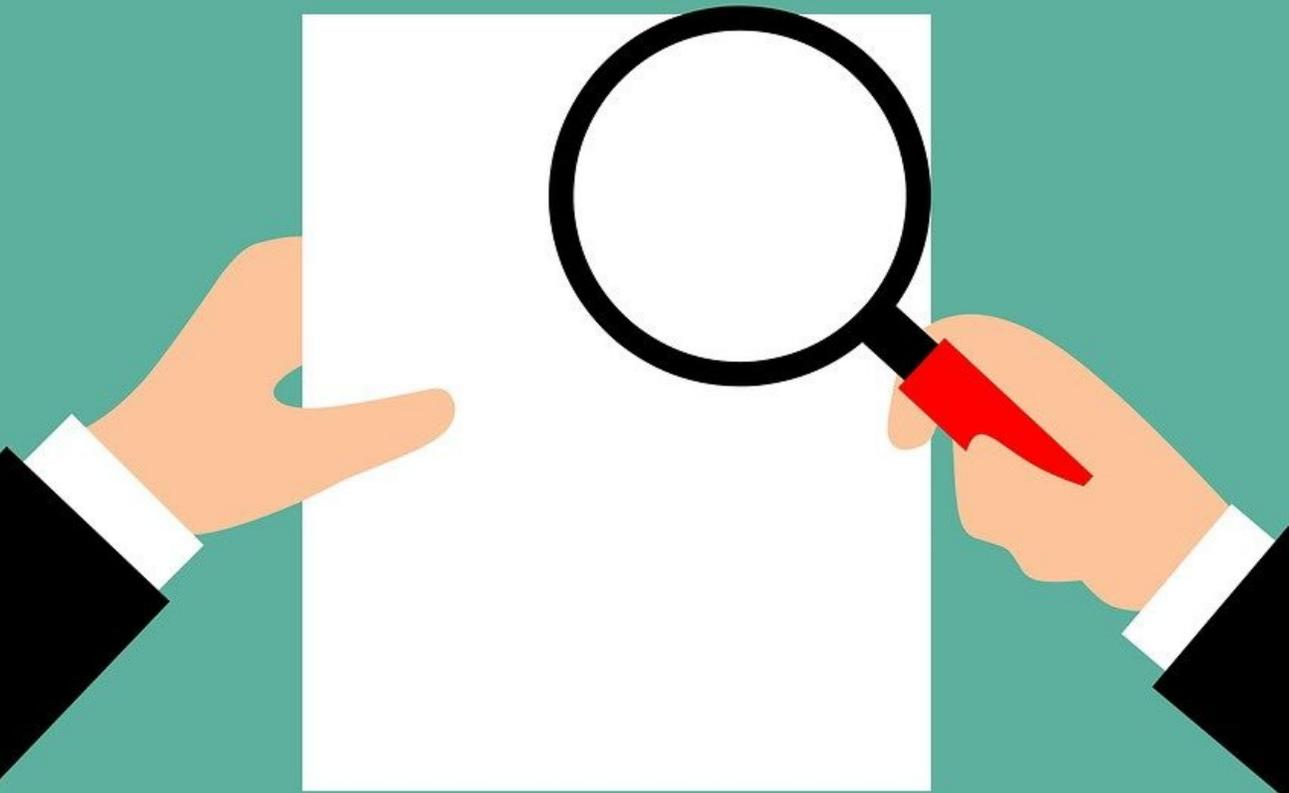
Messen des Blutzuckers vor den Mahlzeiten. Aus der Studienlage lässt sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen einem regelhaften Monitoring der BZ- Werte und des HbA1C- Spiegels herstellen. Erfolgt ein regelhaftes Monitoring der BZ- Werte sind die HbA1C- Werte niedriger, der Blutzucker ist besser eingestellt (vgl. Ackley et Al. 2016:415).

Besuch des MD

1. Blutzuckermessungen waren nicht ärztlich verordnet
2. Der Pflegedienst sieht sich schnell mit dem Vorwurf der Körperverletzung konfrontiert



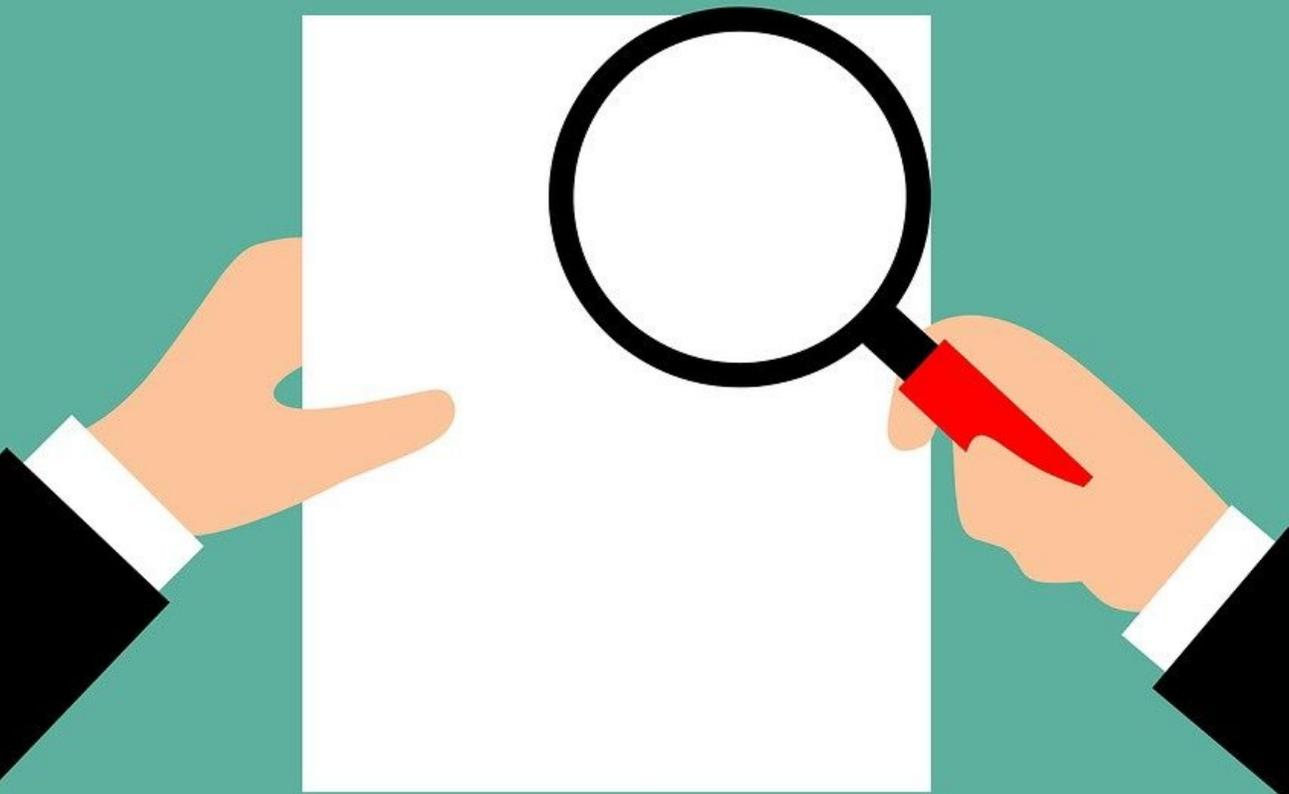
Die Argumentation



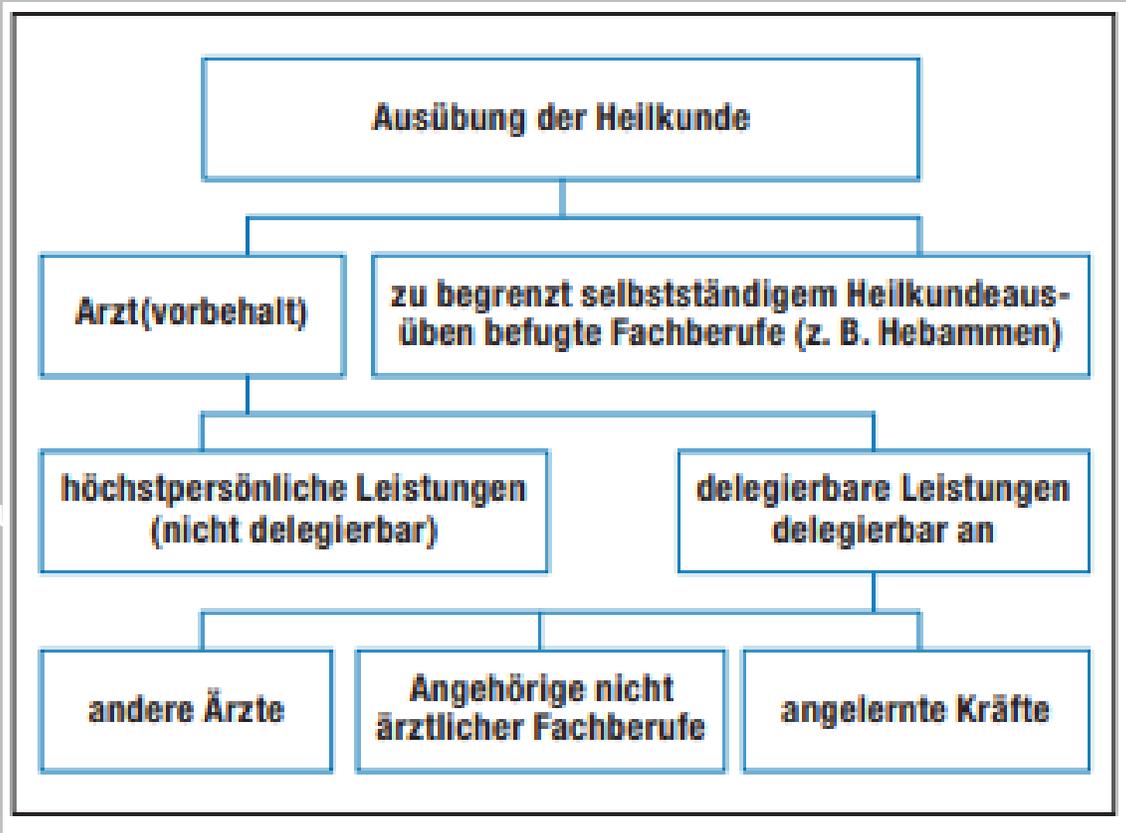
1. §§ 223 und 228 StGB regeln den Tatbestand der Körperverletzung. Erfolgt Eingriffe der Heilbehandlung nach Zustimmung der Klientin und erfolgt der Eingriff Kunstgerecht nach entsprechender Indikationsstellung stellt die Heilbehandlung keine Körperverletzung dar.
2. Eine entsprechende Indikationsstellung kann nun nicht nur medizinisch sondern auch pflegerisch gestellt werden, denn:
3. Vorbehaltsaufgaben nach § 4 Pflegeberufegesetz: Grundlage einer evidenzbasierten Umsetzung des Pflegeprozesses können Pflegediagnosen darstellen.

Die Argumentation

4. Auf Grundlage von NNN stellt die Handlung „Messen des Blutzuckers im Rahmen von BZ-Tagesprofilen“ also eine evidenzbasierte, pflegerische Maßnahme dar und ist von der Pflege zu implementieren.
5. Dem Gegenüber steht der Arztvorbehalt



Der Arztvorbehalt



- Anamnese
- Indikationsstellung
- Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen
- Stellen der Diagnose
- Aufklärung und Beratung des Patienten
- Entscheidung über die Therapie und
- Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe.

Bundesärztekammer (2008): Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Deutsches Ärzteblatt: Jg 105, Heft 41.

Der Arztvorbehalt

- Nach eine Stellungnahme der Bundesärztekammer „hat der Gesetzgeber jedoch [meist] keine **ausdrückliche** Entscheidung über den Arztvorbehalt getroffen.
- Ob eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt steht, hängt in diesen Fällen nach der Rechtsprechung davon ab, ob das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert“ (Bundesärztekammer 2008, Ärzteblatt 2015)

⇒ In Bezug auf unseren Fall ließe sich also argumentieren:

⇒ Das Durchführen einer Blutzuckermessung erfordert keine ärztliche Fachkenntnis, da das Durchführen gesetzlich definierter Bestandteil der pflegerischen Ausbildung ist.

Bundesärztekammer und kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Persönliche Leistungserbringung- Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, aufgerufen unter Delegation ärztlicher Leistungen (bundsaeztekammer.de) (letzter Zugriff am 19.02.22).

Ärzteblatt (2015): Gesetzliche Definition der Heilkunde nur im Heilpraktikergesetz, Aufgerufen unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61902/Gesetzliche-Definition-der-Heilkunde-nur-im-Heilpraktikergesetz>; Zugriff am 14.11.2022 www.th-deg.de

§ 4 Pflegeberufgesetz

(2) Die pflegerischen Aufgaben im Sinne des Absatzes 1 umfassen

1. die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe a,
2. die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe b sowie
3. die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege nach § 5 Absatz 3 Nummer 1 Buchstabe d.

Pflegeberufgesetz neu: Personen mit einer Erlaubnis nach § 1 sind zur selbständigen Heilkundeausübung im Rahmen der nach diesem Gesetz erworbenen Kompetenzen befugt!

§63 3c SGB V (2008)

Nach einem Gutachten des Sachverständigenrates im Jahre 2007 wurde eine „nicht immer effiziente Arztzentriert-heit der Krankenversorgung“ festgestellt

- **„Tätigkeiten** zur Verhütung, Feststellung, Heilung oder Linderung menschlicher Krankheiten, Körperschäden oder Leiden“ (Sonderregelung zum Heilpraktikergesetz)
- **Abschließend definierter Katalog ärztlicher Tätigkeiten** anhand von fünf Diagnosen/Indikationen und Prozeduren
 - Leitplanken, bisherige Durchführungsverantwortung bei Pflegefachpersonen von ärztlich delegierten Leistungen
- **kein „direct access“** - Diagnose-, Indikation- und Therapieentscheidung durch Mediziner
- **ob und in welchem Umfang** selbstständige Ausübung von Heilkunde bei der Therapieüberwachung geboten ist, entscheidet die Pflegefachperson; „eingeschränkte“ Verordnungskompetenz
- Übernahme von **fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Eigenverantwortung** durch Pflegefachpersonen



Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten
Krankenpflege zur

- und

selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach

§ 63 Abs. 3c SGB V

| Diagnosebezogene Tätigkeiten | Prozedurenbezogene Tätigkeiten |
|------------------------------|---|
| Diabetes Mellitus Typ 1 | Infusionen/Injektionen |
| Diabetes Mellitus Typ 2 | Stomatherapie, Wechsel von Trachealkanülen |
| Chronische Wunden | Tracheostomamanagement, Atemtherapie |
| Demenz | Anlage und Versorgung einer Magensonde |
| Hypertonus | Legen und überwachen eines transurethralen/ suprapubischen Blasenkatheters |
| | Ableitungen/Entlastungen/Zugänge |
| | Ernährung, Ausscheidung |
| | Schmerztherapie und Schmerzmanagement |
| | Casemanagement, Überleitungsmanagement |
| | Psychosoziale Versorgung |

(eigene Darstellung)

§64 d SGB V

§ 63 Absatz 3c SGB V basiert auf Freiwilligkeit und wurde kaum genutzt.

Daher “[...]werden die Verbände der Kassen auf Landesebene nach § 64d SGB V verpflichtet, in jedem Bundesland mindestens ein entsprechendes Modellvorhaben durchzuführen.”

Modellvorhaben müssen bis spätestens **01.01.2023** implementiert sein

Rahmenvertrag wird vereinbart durch die Bundesärztekammer, Spitzenverband BUND und Bundespflegekammer bis **31.03.2022** bezüglich der Modellvorhaben

§14 Pflegeberufgesetz

§ 14 Abs. 7 PflBG zufolge können auch Pflegefachpersonen, die bereits über eine Berufszulassung verfügen, die erweiterten Kompetenzen durch Absolvieren der Module erlangen und durch Prüfungen nachweisen (Bibb 2021:7).

=> Berufserfahrung ist nicht Voraussetzung zur Teilnahme, lediglich die Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung

Module der Fachkommission

| | Modul | Zeitansatz | davon Theorie | davon Praxis |
|-----|--|-------------------|----------------------|---------------------|
| G | Grundlagenmodul | 160 Stunden | 80 Stunden | 80 Stunden |
| W 1 | Diabetischer Stoffwechsellage | 400 Stunden | 200 Stunden | 200 Stunden |
| W 2 | Chronische Wunden | 300 Stunden | 150 Stunden | 150 Stunden |
| W 3 | Demenz | 400 Stunden | 200 Stunden | 200 Stunden |
| W 4 | Hypertonie | 200 Stunden | 100 Stunden | 100 Stunden |
| W 5 | Schmerzen | 120 Stunden | 60 Stunden | 60 Stunden |
| W 6 | Spezifische Ernährungs- oder Ausscheidungsprobleme | 360 Stunden | 180 Stunden | 180 Stunden |
| W 7 | Tracheostoma | 200 Stunden | 100 Stunden | 100 Stunden |
| W 8 | Akute oder chronische Beeinträchtigung der Atmung | 360 Stunden | 180 Stunden | 180 Stunden |

Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V

Rahmenver...

| Kompetenz nach § 14 Pflegeberufgesetz | Übertragbare ärztliche Tätigkeiten/therapeutisch-pflegerische Aufgaben | Grenzen der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegefachpersonen mit erweiterter Versorgungsbefugnis nach § 14 Pflegeberufgesetz |
|---|---|--|
| <p>Diabetes Mellitus G-Grundlagenmodul + W1 – Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen in diabetischer Stoffwechsellage</p> | <p>Evidenzbasiertes Handeln im Pflege- und Therapieprozess Einschätzung gesundheits- und entwicklungsbedingter Erfordernisse/Bedürfnisse und Problemlagen unter Nutzung spezifischer Assessments zur Diagnostik und Therapie von DMT1/DMT2</p> <ul style="list-style-type: none"> • kapilläre und venöse Blutentnahmen, Uringewinnung zur Routinediagnostik und Verlaufskontrolle. • Bewertung von Laborwerten und Ableitung/Veranlassung/Empfehlung von entsprechenden Maßnahmen. • körperliche Untersuchung unter anderem zur Einschätzung des Hautzustands, insbesondere im Bereich der Spritzstellen, der Einstiche zur | <ul style="list-style-type: none"> • Im Falle eines Notfalls wird der Patient/die Patientin in die Regelversorgung zurückgeführt. • Auch bei einer <u>instabilen Stoffwechsellage</u> muss eine sofortige Rücküberweisung an die Ärztin/den Arzt erfolgen. • Bei einer notwendigen Umstellung/Anpassung einer <u>medikamentösen Therapie</u> ist eine Einbindung der Ärztin/des Arztes zur weiteren Behandlung notwendig. |

07.06.2023

Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 63 Abs. 3c SGB V

Übertragbare ärztliche Tätigkeiten/therapeutisch-pflegerische Aufgaben

- Versorgung von chronischen Wunden (Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris venosum, Ulcus cruris arteriosum, Ulcus cruris mixtum, Dekubitalulcera) -> nur wenn W1 + W2 absolviert wurde.
- Erfassung von Hinweisen auf mögliche unerwünschte Medikamentenwirkungen- und Wechselwirkungen und Polypharmazie im Alter.
- Ernährungsberatung und Hypertonieschulung
- Folgeverordnungen gemäß HKP-RiLi (§ 37 Sozialgesetzbuch V).
- Verordnung von Hilfs-, Verbandmitteln und verordnungsfähigen Wundmaterialien zur Versorgung chronischer Wunden (Medizinprodukte), Materialien zur Insulinbehandlung (Sensor für CGM, Teststreifen).

Steuerung des Pflege- und Therapieprozesses und Durchführung therapeutischer Maßnahmen und geplanter Intervention sowie deren Evaluation

- der diabetesassoziierten klinischen Werte (siehe Assessment).
- spezifische Hautpflege und Monitoring der Füße analog „Frankfurter Aktivitätenkatalog der

Planung einzuleitender Interventionen unter Einbezug evidenzbasierter Leitlinien und strukturierter Schulungsprogramme

- multiprofessionelle Beratung und Shared-Decision-Making-Prozess bei der Planung von notwendigen diagnoseabhängigen Interventionen und Maßnahmen sowie Abwägung von Alternativen unter Einbeziehung des aktuellen Pflege- und Therapieplans.
- Bewertung der Selbstmanagementfähigkeiten und Hilfebedarfe der zu pflegenden Menschen (inklusive Monitoring der Füße, zum Beispiel analog „Frankfurter Aktivitätenkatalog der Selbstpflege
- Prävention Diabetisches Fußsyndrom“ (FAS-PräDiFuß) insbesondere im Kontext nachstationärer Versorgung (inklusive notwendiger podologischer Verordnungen).

Grundlagenmodul

übernehmen die Verantwortung für die Planung, Organisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen bei Menschen in hochkomplexen Pflege- und Lebenssituationen einschließlich der Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln,

Inhalt nach Fachkommission

Ziele

entwickeln erweiterter heilkundlicher ein erweitertes Rollenverständnis sowie eine professionelle Haltung im Hinblick auf die Ausübung Aufgaben vor einem rechtlich-ethischen Hintergrund,

schätzen ihre eigenen Kompetenzen und Potenziale ein und treffen eine begründete Entscheidung für oder gegen die Übernahme erweiterter heilkundlicher Aufgaben,

übernehmen eine erweiterte Verantwortung für die Einbettung heilkundlicher Tätigkeiten in den Pflege- und Therapieprozess und die Steuerung von Pflege- und Therapieprozessen bei hochkomplexen Pflegebedarfen, gesundheitlichen Problemlagen sowie hochbelasteten und kritischen Lebens- und Pflegesituationen und Verlaufsdynamiken,

überwachen und steuern integrierte patientenorientierte Pflege- und Therapieprozesse unter Nutzung vertieften forschungsbasierten Wissens in enger Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Berufsgruppen,

übernehmen die fachliche, wirtschaftliche, ethische und rechtliche Verantwortung für die selbstständig ausgeführten übertragenen heilkundlichen Aufgaben,

nehmen drohende Über- oder Unterforderungen frühzeitig wahr und erkennen notwendige Veränderungen,

identifizieren und beheben eigene berufsbezogene Fort- und Weiterbildungsbedarfe.

Empfehlungen für die Praxis (Fachkommission)

über die Verordnungscompetenz, die mit der Substitution verbunden ist, mit Kolleginnen und Kollegen aus dem interprofessionellen Team ins Gespräch kommen

Liste mit pflegerischen Aufgaben zur Delegation und Substitution erstellen und mit Angehörigen der eigenen und anderer Berufsgruppen ins Gespräch kommen

Fallbesprechungen zur interprofessionellen Versorgung und Behandlung von Menschen aller Altersstufen – insbesondere im Zusammenhang mit den Verordnungen, die im zweiten Modult thematisiert werden – reflektieren

Vorschlag zum weiteren Vorgehen

| Lernaufgabe | Wird die Tätigkeit bereits auf Station durchgeführt? | Anleitende Berufsgruppe | |
|---|--|-------------------------|--|
| Verordnung von und Versorgung mit Medizinprodukten und Hilfsmitteln | | | |
| Anlage, Kontrolle, Sicherstellung, Entfernen, Erneuern von peripheren Venenverweilkanülen | | | |
| venöse Blutentnahme nach Behandlungspfad/Standard oder spezieller Anordnung | | | |
| Bewertung von Laborwerten und Ableitung/Veranlassung entsprechender Maßnahmen nach Standard | | | |
| Flüssigkeitssubstitution, Planung und Durchführung nach Standard und Kontrolle | | | |
| Anlegen vor (Kurz-)Infusionen | | | |
| Anhängen von Antibiose | | | |
| intravenöse Injektionen und Injektionen in liegende Infusionssysteme von Medikamenten (Selektion durch Positivliste) nach Anordnung/Verordnung | | | |
| intravenöse Applikation von Zytostatika mit Positivliste nach festgelegtem Schema (in der Regel über liegenden Portkatheter) oder nach spezieller Anordnung | | | |
| venöse Blutentnahme nach Behandlungspfad/Standard oder spezieller Anordnung | | | |

GBA- Richtlinie zur Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V

Heilkundliche Tätigkeiten können übernommen werden “sofern sie nach § 4 Abs. 7 des jeweiligen Berufszulassungsgesetzes (Krankenpflegegesetz oder Altenpflegegesetz) qualifiziert sind.”

Die selbständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 **setzt eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraus.** => zunächst Delegation?

§2 Abs. 2:

Die Ausübung beinhaltet die Übernahme fachlicher, wirtschaftlicher und rechtlicher Verantwortung. ³ Von dieser umfasst ist nach der Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten durch den Arzt die Entscheidungsbefugnis, ob und in welchem Umfang die selbständige Ausübung der Heilkunde durch Vornahme der übertragenen ärztlichen Tätigkeiten medizinisch geboten ist.

=> Selbständiges Ausführen der Tätigkeiten als Substitution nach der Delegation?

Delegation oder Substitution?

“Wenn Pflegende heilkundliche Tätigkeiten ausführen, übernehmen sie im Sinne der *Substitution* definierte Verantwortungsbereiche sowie die fachliche, wirtschaftliche und rechtliche Verantwortung dafür (Igl [2010](#)). In letzterem Punkt unterscheidet sich die Substitution vom Prinzip der *Delegation*, bei dem die Pflegenden im Auftrag einer Ärztin oder eines Arztes zwar heilkundliche Tätigkeiten übertragen bekommen, die Ärztin oder der Arzt jedoch in der ärztlichen und juristischen Verantwortung bleibt (Igl [2010](#)).”

Anwendung:

“...die Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten zu erproben, bei denen es sich um die selbstständige Ausübung von Heilkunde handelt” (BIBB 2021:4). => Substitution ärztlicher Leistungen

§2 (3) GBA- Richtlinie

“Eine Verantwortlichkeit der Ärztin/des Arztes für nach dieser Richtlinie durch Berufsangehörige nach § 1 Abs. 1 ausgeübte Tätigkeiten besteht nicht.” => Substitution, da Arzt nicht mehr rechtlich verantwortlich

„Die Frage von Delegation und Substitution bleibt auch nach den Erfahrungen des Projektes Hand in Hand schwierig zu beantworten“

...noch zu Klären gilt

- Wie ist eine Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten finanziert?
- Regelungen werden auf die Zukunft verschoben
- Ein „Scope of Practice“ soll durch „relevante Organisationen der Pflege“ erarbeitet werden
- Es werden weitere Modellvorhaben implementiert, beispielsweise zur Durchführung von Begutachtungsassessments durch das Pflegepersonal
- §36 3c und 64d sollen gestrichen werden
- Eine Finanzierung und Abrechnung im Sinne eines Leistungsrechtes in der Pflege ist weiterhin nicht definiert- damit sollen sich dann zukünftige Gremien befassen



alles klar, keiner weiß bescheid!?

Check- Out



Literaturverzeichnis

AACN (2023): The Impact of Education on Nursing Practice (2024). Online verfügbar unter <https://www.aacnnursing.org/news-data/fact-sheets/i>; letzter Zugriff am 23.09.2024

Ärzteblatt (2015): Gesetzliche Definition der Heilkunde nur im Heilpraktikergesetz, Aufgerufen unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/61902/Gesetzliche-Definition-der-Heilkunde-nur-im-Heilpraktikergesetz>; Zugriff am 14.11.2022

Ayerle G; Langer G, Meyer G (2019): Selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Pflegekräfte. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber j, Schwinger A (Hrsg.): Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege. Berlin: Springer

BIBB (2024) Standardisierte Module zum Erwerb erweiterter Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Aufgaben. Online verfügbar unter <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/17717>, zuletzt aktualisiert am 19.09.2024, zuletzt geprüft am 19.09.2024.

BMG (2023). Kurzpapier: Vorläufige Eckpunkte Pflegekompetenzgesetz. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegekompetenzreform/Kurzpapier_Vorlaeufige_Eckpunkte_PflegekompetenzG.pdf; zuletzt geprüft am 18.09.2024

Literaturverzeichnis

BMG (2023): Pflegeberufegesetz. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz>, zuletzt aktualisiert am 19.09.2024, zuletzt geprüft am 19.09.2024

BMG (2023): Pflegestudiumstärkungsgesetz (PflStuStG) | BMG. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegestudiumstaerkungsgesetz-pflstgstg.html>, zuletzt aktualisiert am 19.09.2024, zuletzt geprüft am 19.09.2024.

BMG (2024). Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Pflegekompetenz (Pflegekompetenzgesetz- PKG). Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GUV/P/240903_RefE_Pflegekompetenzgesetz.pdf; zuletzt geprüft am 18.09.2024

Brühl A, Planer K (2019): Trias Pflegebedürftigkeit, Personallumfang und Qualität: Schein und Sein. neue caritas 16|19: S. 17 – 20

Bundesärztekammer (2008): Persönliche Leistungserbringung. Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen. Deutsches Ärzteblatt: Jg 105, Heft 41.

Deutscher Pflegerat e.V., Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft, Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (2014): Muster für ein Modell gem. 363 (3c) SGB V zum Bereich chronische Wunden. Online verfügbar unter https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/05/ag-dpr-63_3c-mustermodeill-text-2014-09-10-out-1.pdf, zuletzt geprüft am 31.03.2023.

Literaturverzeichnis

DPR: Heilkundeübertragung stärkt die Versorgung (2023). In: *springerpflege.de*, 24.01.2023. Online verfügbar unter <https://www.springerpflege.de/politik/dpr--heilkundeuebertragung-saerkt-die-versorgung/23948622>, zuletzt geprüft am 29.03.2023
Impact-of-education-on-nursing-practice, zuletzt aktualisiert am 15.03.2024, zuletzt geprüft am 15.03.2024

Fiechter, V. & Meier, M. (1998). *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis* (10., überarb. Aufl.). RECOM.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2012): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach §63 Abs.3c SGBV. Richtlinie nach § 63 Abs. 3c SGB V.

GKV Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (2022): Rahmenvertrag zur verpflichtenden Durchführung von Modellvorhaben zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten nach § 64 d SGB V. Online verfügbar unter https://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvertrag___64d_SGB_V.pdf, zuletzt geprüft am 18.09.2024.

Gutachten 2007 (2007). In: *SVR Gesundheit*, 2007. Online verfügbar unter <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/>, zuletzt geprüft am 31.03.2023.

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. & Takáo Lopes, C. (Hrsg.). (2024). *NANDA international nursing diagnoses, inc: Definitions & classification : 2024-2026* (Thirteenth edition). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b000000928>

Johnson, M. & Moorhead, S. (2013). Pflegeergebnisklassifikation (NOC).

Kern, Werner (2015): Hypoglykämien: Risikofaktor für Demenz. In: *Deutsches Ärzteblatt Online*. DOI: 10.3238/PersDia.2015.04.24.02.

Literaturverzeichnis

Lauven, Gunther (2023): Heilkundeübertragung – Erfahrung aus dem Innovationsfondsprojekt HandinHand. In: GuS 77 (2), S. 6–12. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-6

Makic, M. B. F., Martinez-Kratz, M. & Cne, M. R. M. M. R. (2022). Ackley and Ladwig's Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care. Mosby.

McCloskey-Dochterman, J. & Bulechek, G. M. (2012). Pflegeinterventionsklassifikation (NIC).

Nanda. (2021). NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021-2023. <https://doi.org/10.1055/b000000515>

Deutsche Schmerzgesellschaft (2025). Herausforderung Schmerz. Online verfügbar unter: <https://www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen/herausforderung-schmerz>

