

# 3

## Pflege als Prozess gestalten und dokumentieren

### 3.1 Kompetent pflegen

Pflege als Prozess, als strukturierte Abfolge von Einzelschritten zu verstehen und diesen gemeinsam mit dem Menschen mit Pflegebedarf zu gestalten, zählt zu den Merkmalen professioneller Pflege. Im Berufsalltag schwingt der sog. „Pflegeprozess“ bewusst oder unbewusst bei jeder pflegerischen Tätigkeit mit. Laut § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) zählt er zu den vorbehaltenen Tätigkeiten einer Pflegefachperson.

In der **Mindmap** finden Sie die **Kompetenzbereiche** nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, die diesem Thema zugeordnet sind. Das folgende Kapitel vermittelt alle wichtigen Inhalte dazu.

### 3.2 Der Pflegeprozess

#### **Definition** Der Pflegeprozess

*Der Pflegeprozess ist ein systematischer und zielgerichteter Arbeits- und Problemlösungsprozess. Er zielt darauf ab, gemeinsam mit dem Pflegeempfänger die individuellen Pflegebedürfnisse (überführt in eine oder mehrere Pflegediagnosen) und den daraus ableitbaren Pflegebedarf (Pflegemaßnahmen) zu erheben und die bestmögliche Ergebnisqualität (Pflegeziele) zu erreichen. Damit ist der Pflegeprozess ein grundlegendes Prinzip, um die professionelle Pflege zu organisieren und zu lenken.*

Der strukturierte, ganzheitliche **Aufbau** des Pflegeprozesses kann als **kybernetischer Regelkreis** verstanden werden (► **Abb. 3.1**). Das heißt: Die einzelnen Schritte bauen aufeinander auf und stehen in Bezug zueinander. So kann aus

der anfänglichen **Informationssammlung** im zweiten Schritt eine oder mehrere **Pflegediagnosen** abgeleitet werden. Aus den Pflegediagnosen ergeben sich im nächsten Schritt **Pflegeziele**, die im Idealfall gemeinsam zwischen Pflegefachperson und der zu pflegenden Person vereinbart bzw. festgelegt werden. Um das Pflegeziel zu erreichen, werden dann geeignete pflegerische **Maßnahmen** ausgewählt und durchgeführt. Bei der Auswahl von geeigneten Pflegemaßnahmen greift die Pflegefachperson auf das aktuelle Pflegefachwissen und Erkenntnisse aus der Pflegeforschung und ggf. benachbarter Disziplinen zurück. Die Pflegefachperson überprüft und **evaluiert** im weiteren Verlauf des Pflegeprozesses die Wirkung der durchgeführten Pflegemaßnahmen.

Die strukturierten **Ablaufschritte**

- bieten den Pflegefachpersonen Handlungsorientierung,
- ermöglichen eine nachvollziehbare pflegerische Entscheidungsfindung und
- sind Grundlage der Evaluation pflegerischen Handelns.

#### **!Merke** Der Pflegeprozess – nur etwas für Pflegefachpersonen!

*Der Pflegeprozess ist eine vorbehaltene Tätigkeit (S. 24), die eine professionelle Ausbildung und Kompetenz voraussetzt. Die Vorbehaltstätigkeiten sind im Pflegeberufegesetz – PflBG § 4 geregelt. Absatz 2 benennt die pflegerischen Aufgaben im Detail. Absatz 3 regelt, dass diese Aufgaben nicht an Personen mit einer geringeren Qualifikation übertragen werden dürfen.*

Für die praktische Arbeit ist es sinnvoll, sich den Pflegeprozess im Zeitverlauf als eine **Spirale** (► **Abb. 3.2**) vorzustellen. Denn: Obwohl die einzelnen Schritte gerade zu Beginn der pflegerischen Versorgung zunächst nacheinander durchlaufen werden, ist es wahrscheinlich, dass im Verlauf der pflegerischen Versorgung neue Informationen hinzukommen

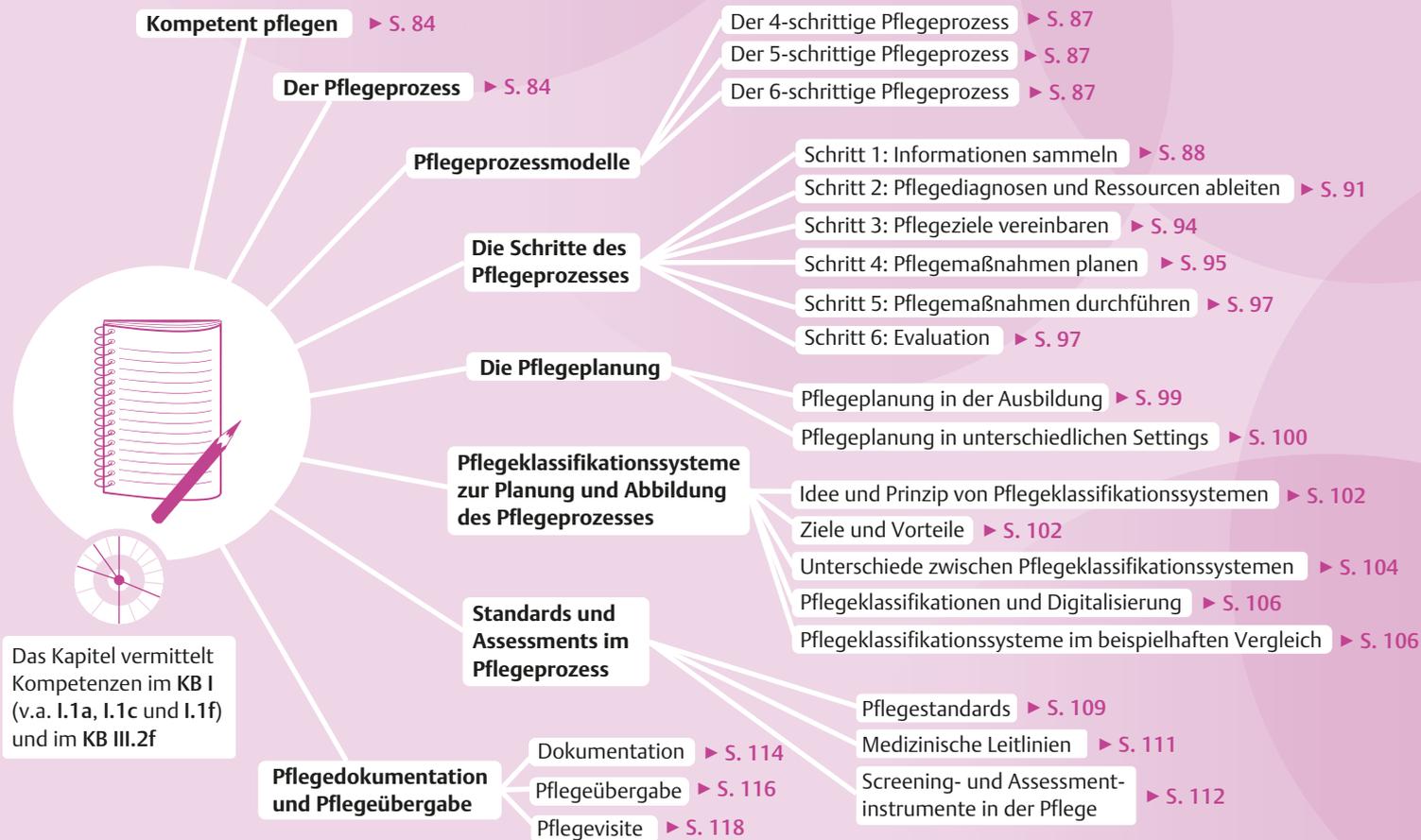
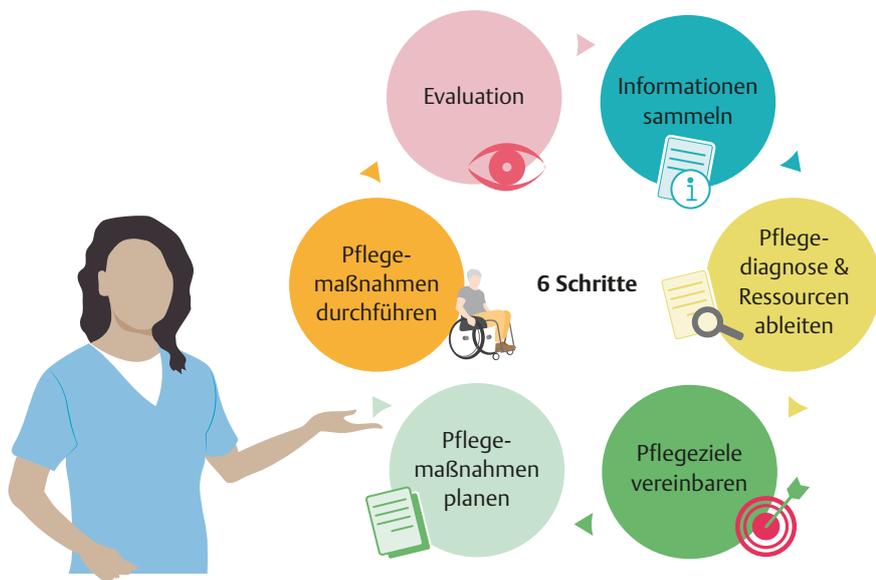
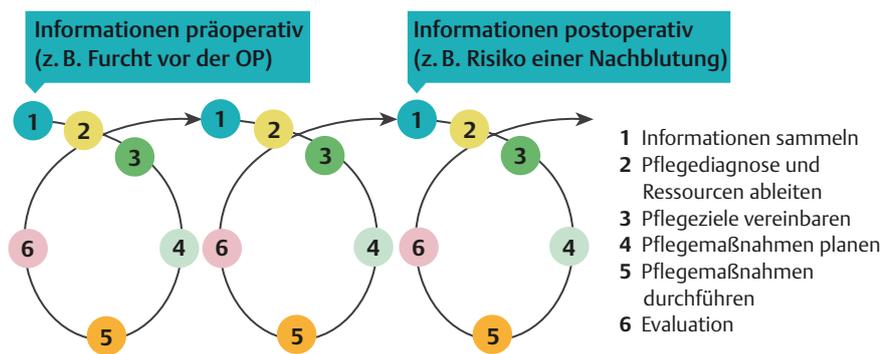


Abb. 3.1 Aufbau und Ablauf des Pflegeprozesses.



Der Pflegeprozess ist ein kybernetischer Regelkreis: Die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses bauen aufeinander auf und stehen in Bezug zueinander. Quelle: Wieteck P. NANDA-I PLUS ENP. NANDA-I Pflegediagnosen 2024-2026 ergänzt um ENP-Pflegeziele und -Maßnahmen der Version 3.4. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme RECOM; 2024

Abb. 3.2 Der spiralförmige Ablauf des Pflegeprozesses.



Neue Informationen oder Veränderungen der Situation machen es häufig erforderlich, im Pflegeprozess nochmal (mehrere) Schritte zurückzugehen bzw. in den folgenden Schritten Anpassungen zu treffen. Quelle: Schewior-Popp S, Sitzmann F, Ullrich L, Hrsg. Thiemes Pflege. 15. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2020

und sich bei einzelnen (z. T. bereits durchlaufenen) Prozessschritten inhaltliche Veränderungen ergeben. Neue Informationen, die **Anpassungen** der (z. T. bereits durchlaufenen) Schritte erforderlich machen, können z. B. neue Erkenntnisse über die zu pflegende Person oder Zustandsveränderungen

der zu pflegenden Person sein. Auch das Nichterreichen von gesetzten Pflegezielen macht ein Überdenken und **Evaluieren** der bislang geplanten Schritte erforderlich. Deutlich wird: Der Pflegeprozess ist ein kontinuierlicher, **dynamischer Prozess**, der sich den Bedarfen und Bedürfnissen

**Abb. 3.3 Überblick über die zentralen Inhalte und Ziele des Pflegeprozesses.**

Pflegeprozessschritt	Inhalt	Ziele	Ort der Pflegeprozessdokumentation
<b>Informationen sammeln</b>  Informationssammlung und Datenerhebung zur Person, Anamnese, Screening, Assessment, Untersuchung, Befragung ...  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilung von Ist-Zustand und Symptomen der pflegeempfangenden Person</li> <li>• Einschätzen von Fähigkeitseinschränkungen und Auswirkungen auf die Alltagsaktivitäten und Teilhabe</li> <li>• Risikoeinschätzung z. B. entsprechend den Vorgaben der nationalen Expertenstandards des DNQP</li> <li>• Wünsche, Sorgen, Gewohnheiten der betroffenen Person</li> <li>• biografische Informationen, Abklärung der Historie</li> <li>• Ergebnisse von gezielten pflegerischen Assessments, Messwerte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• systematisches Sammeln aller relevanten Informationen</li> <li>• Erkennen von Problemlagen und Bedürfnissen der pflegeempfangenden Person als Grundlage für die pflegerische Entscheidungsfindung von möglichen Pflegemaßnahmen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pflegeanamnese/ Pflegeassessment</li> <li>• Fokusassessments</li> <li>• Stammblatt</li> <li>• Biografieblatt</li> </ul>
<b>Pflegediagnosen und Ressourcen ableiten</b>  Interpretation der Daten mit pflegerischer Schlussfolgerung  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulierung der Problemlage(n) und der Pflegediagnose(n) der pflegeempfangenden Person basierend auf den ermittelten Informationen</li> <li>• Wahrnehmungs- und Denkprozesse der Pflegeperson(en)</li> <li>• Interaktions- und Aushandlungsprozess mit der pflegeempfangenden Person</li> <li>• Konkretisierung der Pflegediagnosen mit relevanten Ursachen oder Risikofaktoren</li> <li>• Priorisierung der erhobenen Pflegediagnosen und deren Relevanz für den Aufenthalt bzw. Versorgungsprozess</li> <li>• Abklärung möglicher Ursachenzusammenhänge der festgestellten Pflegediagnosen/Pflegeprobleme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Bezug setzen der individuellen Situation und Informationen über den Pflegeempfänger mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und Formulierung von aktuellen, potenziellen und/oder hypothetischen Pflegediagnosen</li> <li>• Transparenz über die Entscheidungsgrundlagen pflegerischen Handelns</li> <li>• Grundlage für die Auswahl evidenzbasierter Pflegemaßnahmen</li> </ul>	Pflegeplan
<b>Pflegeziele vereinbaren</b>  Vereinbarung der Zielsetzungen ggf. mit den Betroffenen  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• angestrebte Zustände, Fähigkeiten, Verhaltensweisen, Wissen der pflegeempfangenden Person zu einem benannten Zeitpunkt in der Zukunft</li> <li>• die Ziele können dabei sowohl auf die Erhaltung eines bestimmten Zustands als auch auf die Rehabilitation oder Bewältigung sowie Gesundheitsförderung ausgerichtet sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• messbare/überprüfbare Ziel-/Ergebnisgrößen stehen zur Beurteilung der Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen zur Verfügung</li> <li>• motivationsverstärkende Wirkung für die pflegeempfangende Person, wenn die eigene Zielerreichung bewertet wird</li> </ul>	Pflegeplan
<b>Pflegeinterventionen planen</b>  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unter Abwägung der externen und internen Evidenzlage werden passende Pflegemaßnahmen ausgewählt, konsentiert und dokumentiert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanz der ausgewählten Pflegemaßnahmen bei der pflegeempfangenden Person und Sicherstellung einer evidenzbasierten Pflege</li> </ul>	Pflegeplan
<b>Maßnahmen durchführen</b>  Durchführen der geplanten Pflege  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• im Versorgungsprozess werden zum einen die erbrachten Pflegeleistungen dokumentiert, ebenso Abweichungen vom Pflegeplan</li> <li>• darüber hinaus werden Zustandsveränderungen und die Wirkung der erbrachten Pflege ebenso dokumentiert wie Beobachtungsergebnisse und Besonderheiten im Versorgungsverlauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachvollziehbarkeit des Versorgungsprozesses</li> <li>• abrechnungsrelevante Informationen z. B. im Rahmen der DRG-Vergütung bei den Komplexcodes der Geriatrie/ Neurologie</li> <li>• Pflegepersonalberechnung z. B. durch ein Mapping der Leistungen mit der PPR 2.0 (Pflegepersonalregelung)</li> </ul>	Begründung im Pflegebericht, wenn es zu Abweichungen vom Pflegeplan in der Durchführung kommt. Ansonsten werden die erbrachten Leistungen auf dem Leistungsdokumentationsblatt quittiert
<b>Evaluation</b>  Beurteilung der Wirkung der Pflege  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• systematische Bewertung der Zielerreichung der geplanten Versorgung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erkennen, wenn eine Pflegediagnose/ein Problem behoben ist und beendet werden kann</li> <li>• Feststellen von Veränderungen, die zu einer Anpassung der geplanten Pflegemaßnahmen führen können</li> <li>• erkennen, dass die ausgewählten Pflegemaßnahmen passend sind und weitergeführt werden können</li> </ul>	Pflegebericht oder ein spezifisches Evaluationsprotokoll

Jeder Schritt im Pflegeprozess umfasst unterschiedliche Inhalte, verfolgt unterschiedliche Ziele und wird dokumentiert. *Quelle: Wieteck P. NANDA-I PLUS ENP. NANDA-I-Pflegediagnosen 2024-2026 ergänzt um ENP-Pflegeziele und -Maßnahmen der Version 3.4. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme RECOM; 2024*

der pflegeempfangenden Person und den jeweiligen Umständen anpassen muss.

Alle Schritte des Pflegeprozesses werden zur **Prozesssteuerung** im Pflegeplan einer zu pflegenden Person dokumentiert. ► **Abb. 3.3** bietet eine Kurzübersicht mit den jeweils zentralen Inhalten, und Zielsetzungen der Prozessschritte sowie dem Ort der **Dokumentation**.



## WISSEN TO GO

### Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein grundlegendes Prinzip der Pflege. Er

- strukturiert und organisiert pflegerisches Handeln und bietet damit eine Handlungsorientierung,
- ist eine Vorbehaltsaufgabe der professionellen Pflege und damit ein zentrales Handlungsfeld,
- muss auf das Setting und die Situation der zu pflegenden Person angepasst werden,
- sichert eine individuelle und qualitätsvolle Pflege ab,
- ist spiralförmig aufgebaut.

## 3.3 Pflegeprozessmodelle

Je nach Modell besteht der Pflegeprozess aus 4–6 Schritten, die aufeinanderfolgen. Beispiele sind

- das 4-schrittige Pflegeprozessmodell der WHO nach **Yura** und **Walsh** oder das **Strukturmodell SIS**,
- das 5-schrittige nach **Gordon** sowie
- das 6-schrittige Pflegeprozessmodell nach **Fiechter** und **Meier**.

### 3.3.1 Der 4-schrittige Pflegeprozess

#### WHO-Modell nach Yura und Walsh

Das Modell wurde 1967 von den beiden Pflegewissenschaftlerinnen Yura und Walsh entwickelt. 1974 wurde es dann in modifizierter Form von der WHO übernommen. Das Modell gibt einen theoretischen Rahmen zur Pflegeplanung, der 4 Phasen umfasst:

1. In der **Assessmentphase** erfolgt die Sammlung von Informationen über den Menschen mit Pflegebedarf, um seine Bedürfnisse und Probleme zu identifizieren.
2. In der **Planungsphase** werden Pflegeziele festgelegt und Interventionsmaßnahmen entwickelt, um die identifizierten Probleme zu lösen.
3. In der **Interventionsphase** findet die Durchführung des Pflegeplans statt
4. Schließlich wird in der **Evaluationsphase** überprüft, ob die Ziele erreicht wurden und ob die Pflegeplanung erfolgreich war oder ggf. angepasst werden muss.

Durch die klare Gliederung in verschiedene Phasen kann der Pflegeprozess systematisch durchgeführt und überprüft werden, um eine individuelle und effektive Versorgung sicherzustellen.

#### Strukturmodell

Beim Strukturmodell handelt es sich um ein wissenschaftsbasiertes Konzept, das den Fokus auf die Pflegebedarfshebung und Pflegedokumentation legt und das insbesondere in ambulanten und stationären Einrichtungen der Langzeit-

pflege, Tagespflege und Kurzzeitpflege eine Rolle spielt. Das 2015 als sog. „**Strukturmodell zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation**“ eingeführte Modell wurde mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz (PSG II) eingeführt, um den hohen bürokratischen Aufwand (etwa bei der Dokumentation) in Langzeitpflegeeinrichtungen zu reduzieren und dadurch mehr Zeit für Pflege und Betreuung zu gewinnen. Im Aufbau orientiert sich das Strukturmodell am 4-schrittigen Pflegeprozessmodell der WHO:

- **Element 1:** Strukturierte Informationssammlung (SIS) (S. 100), sie stellt das wichtigste Element des Modells dar
- **Element 2:** individuelle Maßnahmenplanung auf Grundlage der SIS
- **Element 3:** Pflegebericht zur Verlaufsdocumentation mit Fokussierung auf Abweichungen aus der SIS und der Maßnahmenplanung
- **Element 4:** Evaluation aus Erkenntnissen der Elemente 1–3

Wichtige Bezüge des Modells sind u.a. Ansätze der Personenzentrierung, Ressourcen- und Pflegeprozessorientierung sowie pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zu Gesundheitsrisiken, wie z. B. in den Expertenstandards (S. 110).

### 3.3.2 Der 5-schrittige Pflegeprozess Pflegeprozessmodell nach Gordon

Das Pflegeprozessmodell (1994) nach Marjory Gordon ist eine ganzheitliche Methode zur Organisation und Durchführung der Pflege, die auf 11 funktionellen Gesundheitsmustern basiert. Diese Gesundheitsmuster umfassen Aktivitäten und Bedürfnisse, die für das Wohlbefinden und die Gesundheit eines Menschen mit Pflegebedarf relevant sind. Diese Gesundheitsmuster sind: Gesundheitswahrnehmung und -bewältigung, Selbstpflege, Rollen und Beziehungen, sexuelle Identität, Lebensanpassung, Lebensphilosophie, Schmerz, Verhalten im Gesundheitswesen, Umweltkontrolle, Notwendigkeit, Wertschätzung. Jedes dieser Muster enthält spezifische Aspekte, die bei der Pflegeplanung und -umsetzung berücksichtigt werden sollten. Gordon gliedert den Pflegeprozess in 5 Phasen:

1. **Assessment:** Sammlung aller relevanten Informationen über den Menschen mit Pflegebedarf und seiner Gesundheitsmuster
2. **Diagnose:** Feststellung der Pflegebedürfnisse des Pflegebedürftigen
3. **Planung:** Entwicklung konkreter Pflegeziele und Maßnahmen, um die identifizierten Probleme zu lösen
4. **Umsetzung:** Durchführung der geplanten Maßnahmen
5. **Evaluation:** Überprüfung, ob die Ziele erreicht wurden

Die ersten beiden Phasen gehören demnach zur Problemidentifikation und Phase 3–5 sind Teil der Problemlösung.

### 3.3.3 Der 6-schrittige Pflegeprozess

#### Das 6-stufige Pflegeprozessmodell (Fiechter und Meier)

Der 6-schrittige Pflegeprozess (► **Abb. 3.4**) nach Fiechter und Meier ist im deutschsprachigen Raum verbreitet und umfasst folgenden Regelkreis:

1. **Informationssammlung** über den Menschen mit Pflegebedarf
2. **Erkennen und Erfassen von Pflegediagnosen (früher: Pflegeproblemen) und Ressourcen** des zu Pflegenden

3. Festlegung der Pflegeziele
4. Planung der Pflegemaßnahmen
5. Durchführung der Pflegemaßnahmen
6. Beurteilung der Wirkung der Pflegemaßnahmen (Evaluation) und bei Bedarf Neuanpassung

Im Regelkreis werden alle 6 Schritte nacheinander und aufeinander aufbauend durchlaufen. Nach einem Durchlauf vom 1. bis zum 6. Schritt kann die Pflege beendet sein, weil alle Pflegeprobleme zufriedenstellend gelöst wurden und kein weiterer Pflegebedarf besteht. In der Praxis ist dies allerdings eher selten der Fall. Häufig bestehen Pflegeprobleme auch nach Ende des Regelkreislaufs. Der Pflegeprozess wird daher meist mehrfach durchlaufen und baut dabei auf Wissen und Erfahrungen aus den vorherigen Prozessen auf.



### WISSEN TO GO

#### Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozess ist ein systematischer und zielgerichteter Arbeits- und Problemlösungsprozess, der darauf abzielt, gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen den individuellen Pflegebedarf zu erheben und die bestmögliche Pflege zu erreichen. Die Gestaltung des Pflegeprozesses ist nach § 4 PflBG eine Vorbehaltstätigkeit, die nur von Pflegefachpersonen umgesetzt werden darf. Ein Pflegeprozess läuft, je nach Modell, in 4–6 Schritten ab:

- 4-schrittiger Pflegeprozess: WHO-Modell (nach Yura und Walsh), Strukturmodell
- 5-schrittiger Pflegeprozess: Modell nach Gordon
- 6-schrittiger Pflegeprozess: Modell nach Fiechter und Meier

Abb. 3.4 Pflegeprozess nach Fiechter und Meier.



## 3.4 Die Schritte des Pflegeprozesses

Nachfolgend lernen Sie die Schritte des Pflegeprozesses beispielhaft am sechsstufigen Modell ausführlich kennen. Dessen Schritte sind in den anderen Modellen z.T. zusammengefasst oder gekürzt enthalten. Dieses Wissen ist wichtig, um ...

- ein Pflegeprozessmodell auswählen zu können, das für den jeweiligen Verwendungszweck geeignet ist.
- den Pflegeprozess eigenverantwortlich gestalten und steuern zu können.
- den Pflegeprozess reflektiert und begründet am situativen Kontext (z. B. Setting Hospiz) und der individuellen Situation der zu pflegenden Person (z. B. Beginn der Finalphase) ausrichten zu können.
- eine professionelle, qualitätsvolle Pflege zu sichern.

Dies gilt auch dann, wenn Pflegefachpersonen in der Pflegepraxis ein verkürztes Pflegeprozessmodell vorfinden und beispielsweise auf die Formulierung von Pflegezielen oder deren Dokumentation verzichten (müssen). Eine erfahrene Pflegefachperson denkt in solchen Fällen die Zielformulierung intuitiv und quasi „automatisch“ mit und kommuniziert sie mit der zu pflegenden Person. Denn ein pflegerisches Ziel ist die Grundlage, um eine passende Auswahl an Pflegemaßnahmen treffen zu können.

### !Merke Steuerung in der Praxis

Die Steuerung und die Gestaltung des Pflegeprozesses zählen zu den der Pflegefachperson vorbehaltenen Tätigkeiten. Hierzu gehört auch, reflektiert zu entscheiden, wo und wie Abkürzungen bei den Pflegeprozessschritten sinnvoll und möglich sind und welche Elemente sich in der Pflegeprozessdokumentation wiederfinden sollten.

### 3.4.1 Schritt 1: Informationen sammeln

#### Definition Informationssammlung

Die Informationssammlung ist die Datengrundlage, um im nächsten Schritt Pflegediagnosen ableiten zu können. Im ersten Schritt der Informationssammlung werden Daten und Informationen erhoben, die für die Anamnese bzw. für den pflegerischen Versorgungsprozess relevant sind. Die Informationssammlung ist nur selten nach diesem ersten Schritt vollständig und endgültig abgeschlossen. Meist ist sie ein kontinuierlicher und fortlaufender Prozess.

#### Ziel der Informationssammlung

Alle wichtigen Informationen des Pflegeempfängers werden zusammengetragen, um

- das **Pflegebedürfnis** (gesundheitliche Beeinträchtigung oder Einschränkung der Selbstständigkeit) sowie
- mögliche **gesundheitliche Risiken** zu erfassen,
- **Ressourcen** zu identifizieren und
- den daraus resultierenden **Pflegebedarf** abzuleiten sowie
- mögliche **Einflüsse** und **Ursachenzusammenhänge** für die Entstehung von Pflegediagnosen zu ermitteln.

Nicht zuletzt ist die erste Informationssammlung häufig auch Anlass für den **Erstkontakt** zwischen Pflegeempfänger und Pflegefachperson und damit auch der erste Schritt in der Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung, als Grundvoraussetzung für das Gelingen des Pflegeprozesses.

## ! **Merke** Informationssammlung als Entscheidungsgrundlage

Eine genaue und ausreichende Informationslage ist zwingende Voraussetzung, um weitere Entscheidungen im Pflegeprozess fachlich gut begründet treffen zu können.

### Informationsarten

Im Rahmen der Informationssammlung werden grundsätzlich vier unterschiedliche Arten von Informationen unterschieden:

- **Direkte Informationen** vom Pflegeempfänger, z. B.: Die zu pflegende Person berichtet, dass sie starke Schmerzen in beiden Fersen hat.
- **Indirekte Informationen** über die zu pflegende Person durch Bezugspersonen, Angehörige oder andere Berufsgruppen, z. B.: Die Angehörige berichtet, dass die zu pflegende Person über Schmerzen in beiden Fersen klagt.
- **Objektive Informationen** sind mess- und überprüfbare Informationen, die wertfrei und weitgehend unvoreingenommen sind, z. B.: Bei der Hautbeobachtung sind zuvor belastete Fersen als gerötet identifiziert worden.
- **Subjektive Informationen** geben eine persönliche Meinung oder Gefühle zu einem bestimmten Thema wieder, z. B.: „Ich habe den Eindruck, dass die zu pflegende Person unter der Mobilitätseinschränkung leidet“.

Aus der Informationssammlung sollte immer hervorgehen, um welche Art von Daten es sich handelt, denn subjektive Informationen müssen nicht „wahr“ sein, sondern sind eine individuelle Einschätzung einer Person. Daher ist es wichtig, die Informationsart in der Dokumentation entsprechend zu kennzeichnen.

### Informationsquellen

In der Pflegepraxis spielt eine Reihe von unterschiedlichen Informationsquellen eine Rolle, um relevante Informationen zur Pflegeprozessgestaltung zu gewinnen. Die wichtigsten Informationsquellen sind hierbei unter anderem:

- **Gespräche** mit der zu pflegenden Person und/oder ihren Angehörigen/Bezugspersonen (z. B. das Pflegeanamnese-gespräch, Beratungs-, Pflegefach- und Informationsgespräche, Alltagsgespräche im Rahmen der pflegerischen Versorgung oder Gespräche zur Biografie).
- Die **Kranken-/Pflegegeschichte und weitere Dokumente** (z. B. Pflegeberichte aus vorherigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, medizinische Unterlagen, Arztbriefe und ähnliche Unterlagen. Auch die Dokumentation von therapeutischen Berufsgruppen wie der Physio- oder Ergotherapie oder anderen benachbarten Professionen).
- Die **Pflegeanamnese** zur strukturierten und systematischen Informationssammlung.
- Pflegerelevante **Assessmentinstrumente**, die dabei unterstützen, zielgerichtet entweder umfassend (pflegerisches Basisassessment) oder fokussiert auf einen bestimmten Bereich (Fokusassessment, z. B. zur Erfassung des Pneumonierisikos) Informationen zu erfassen oder pflegerelevante Phänomene einzuschätzen (z. B. Braden-Skala zur Erfassung des Dekubitus-Risikos, Barthel-Index zur Einschätzung grundlegender Alltagsfähigkeiten).
- **intra- und interprofessioneller Austausch** (z. B. im Rahmen von Übergaben, Pflegevisiten, Arztvisiten, Fallbesprechungen oder ähnlichen Konzepten)

- **Beobachtungen und verbaler Informationsaustausch** (z. B. während der Durchführung von Pflegeaktivitäten oder bei zahlreichen anderen Gelegenheiten)
- die **Erhebung von objektiven Messwerten** (z. B. Blutdruck, Gewicht, Körpergröße usw.)
- **körperliche Untersuchungsverfahren** (z. B. zur Beurteilung der Bewegungsfähigkeit einer Person)

### Pflegeanamnese

#### Definition Pflegeanamnese

Die Pflegeanamnese ist eine ausführliche und strukturierte Sammlung von Informationen und Daten über die zu pflegende Person, die häufig im Rahmen eines Aufnahme- bzw. Erstgesprächs stattfindet und meist durch ein Instrument (Anamnesebogen bzw. entsprechende Softwarelösungen) strukturiert wird. Dabei stehen – abhängig vom Setting (Krankenhaus, Altenpflegeeinrichtung, ambulante Pflege, Psychiatrie usw.) – unterschiedliche Fragen im Vordergrund. Wichtig ist, die Ergebnisse der Anamnese zu dokumentieren.

Bei der Pflegeanamnese ist es sehr wichtig, eine angenehme, vertrauensvolle **Gesprächsatmosphäre** zu schaffen. Fühlt sich die zu pflegende Person in der Gesprächssituation nicht wohl, ausgefragt oder nicht ernst genommen, besteht die Gefahr, dass wichtige Aspekte der Informationen nicht angesprochen werden.

#### Grundregeln

- Führen Sie das Gespräch in einer **angenehmen und empathischen Gesprächsatmosphäre**, in einem optisch und akustisch abgeteilten Bereich bzw. **außer Hörweite von Unbeteiligten**.
- Beachten Sie die **Grundsätze einer patienten- bzw. bewohnerzentrierten Gesprächsführung** (z. B. aktives Zuhören, offene Fragen stellen, paraphrasieren, verbalisieren usw.) sowie die Regeln einer gelungenen Kommunikation, z. B. die Verwendung einer klaren und präzisen Sprache (hierzu auch Kap. 10).
- **Holen Sie die zu pflegende Person dort ab, wo sie sich befindet**, wann immer möglich in ihrer Sprache und ihrem Sprachtempo. Erläutern Sie aufkommende Fragen.
- **Passen Sie die Gesprächsdauer auf die Konzentrationsfähigkeit der zu pflegenden Person an** und vermeiden Sie Überforderungen. Eine Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten sollte nicht überschritten werden. Wenn die Zeit nicht ausreicht, vereinbaren Sie einen Folgetermin zur Fortführung der Pflegeanamnese.
- Achten Sie darauf, dass die **Datenerhebung nicht wie ein Ausfragen bei der zu pflegenden Person ankommt**.

Pflegefachpersonen legen die Schwerpunkte und die Ausführlichkeit des Anamnesegesprächs individuell fest – je nach medizinischem Fachbereich bzw. Setting, nach Anlass des Versorgungsauftrags und nach aktuellem und zu erwartendem Pflegebedarf.

#### Besonderheiten bei Kindern

- **Beziehen Sie unbedingt die Eltern mit ein**, aus rechtlichen Gründen, aber auch, um dem Kind Sicherheit zu vermitteln und ggf. Informationen zu ergänzen.
- Betrachten Sie Kinder und ihre Eltern als **gleichberechtigte Gesprächspartner**.
- Gestalten Sie das Gespräch **dem Alter und Verständnis des Kindes entsprechend**, bedienen Sie sich ggf. **Hilfsmitteln** wie Bücher, Handpuppen etc.
- Erfragen Sie die **Erfahrungen des Kindes** mit Krankheit und dem Krankenhaus.

**Erhobene Daten**

- **persönliche Daten** (häufig auch „Stammdaten“ genannt), z. B. Name, Geburtsdatum, Adresse sowie Krankenkassen- und Kontaktinformationen
- **medizinische Daten**, z. B. die medizinische Vorgeschichte, aktuelle medizinische Diagnosen, Informationen über bekannte Allergien, frühere Krankenhausaufenthalte, die aktuelle Medikation oder Todesursachen von Familienangehörigen
- Daten und Informationen über den **Gesundheitszustand**, z. B. aktuelle Beschwerden bei der Alltagsbewältigung oder Symptomatiken aller Art (z. B. Schmerzen, Ängste, Veränderungen des Ernährungszustands, Sehbeeinträchtigungen etc.)
- Daten und Informationen über die **psychosoziale Situation**, z. B. Familienstand, Arbeits- und Wohnsituation, soziales Umfeld, Versorgungssituation, Tagesstruktur, belastende Lebensumstände
- Daten über bestehende **Gesundheitsrisiken**, etwa hinsichtlich Alkohol- und Tabakkonsum oder sonstigen Substanzmittelmissbrauch, z. B. Drogen, Medikamente
- Informationen und Daten über pflegerelevante **Risikofaktoren**, z. B. Bettlägerigkeit, Sturzrisiko, Dekubitusrisiko, Suizidgefahr, Kontrakturen, Pneumonie oder Mangelernährung
- Informationen zu **Pflegebedürfnis und -bedarf**, z. B. hinsichtlich Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, wie in den Bereichen der Kommunikationsfähigkeit, der Sprach- und Sprechfähigkeit, der Mobilität oder im Bereich der Ausscheidung
- Informationen und Daten zu bestehenden **Ressourcen**, z. B. Fähigkeiten und Fertigkeiten, die die zu pflegende Person noch selbst ausführen kann oder die in ihrem sozialen Umfeld verortet sind und die zur Bewältigung einer Krankheit oder der Pflegebedürftigkeit hilfreich sein können
- **Vorlieben und Wünsche**, z. B. Lieblings Speisen und bevorzugte Musik
- **Biografische Hintergründe**, z. B. Informationen und Daten zu Schulbildung, Beruf, Hobbies oder Religiosität

**Clinical Assessment** • Dieses im deutschsprachigen Raum noch relativ neue Konzept kommt v. a. in progressiven Pflegesystemen zur Anwendung. Es erweitert die Handlungskompetenz von Pflegefachpersonen in ambulanten Settings und Settings der stationären Langzeitpflege und trägt damit zur Professionalisierung der Pflege bei. „Clinical Assessment“ bedeutet, dass die Pflegefachperson im Rahmen der Informationssammlung auch die klinische Symptomatik eines pflegebedürftigen Menschen erfasst. Dadurch kann sie dessen Situation ganzheitlicher bewerten und – ggf. in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt – direkt entsprechende Maßnahmen ab- und einleiten. Dies verbessert die interdisziplinäre Kommunikation, stärkt die Entscheidungs-

sicherheit von Pflegefachpersonen und sichert somit die bestmögliche Versorgung für die Betroffenen.

**Pflegerisches Basisassessment****Definition Pflegerisches Basisassessment**

Ein pflegerisches Basisassessment ist ein standardisiertes Verfahren der Informations- und Datensammlung, um einen Gesamtüberblick über mögliche Pflegebedürfnisse und Pflegebedarfe zu erlangen. Die standardisierten Basisassessments sind insbesondere für die digitale Nutzung in einer Patienten-/Bewohnerakte vorgesehen.

Exemplarisch für die verschiedenen Assessmentinstrumente, die der Pflege zur Verfügung stehen, wird im Folgenden das Prinzip und die Funktionsweise des pflegerischen **Basisassessment (BAss)** der Fachgesellschaft Profession Pflege e. V. ([www.pro-pflege.eu](http://www.pro-pflege.eu)) vorgestellt. Das BAss besteht aus insgesamt 6 Modulen (► **Abb. 3.5**).

Jedes Modul bietet mehrere Einschätzungsparameter. So wird z. B. die **Mobilität** des Pflegeempfängers anhand folgender Punkte bewertet:

- Fähigkeit, einen Positionswechsel im Bett durchführen zu können
- Fähigkeit, eine stabile Sitzposition halten zu können
- Fähigkeit, aus sitzender Position aufstehen und sich umsetzen zu können
- Gehfähigkeit auf ebener Fläche
- Fähigkeit zum Treppensteigen
- Notwendigkeit der Nutzung von Gehhilfen
- Sturzgeschichte in den vergangenen 6 Monaten

Die Beobachtungen werden bewertet und mittels vorgegebener Textbausteine beschrieben. So kann z. B. die **Fähigkeit zum Treppensteigen** einer zu pflegenden Person laut dem BAss folgende Ausprägungen haben:

Die Person...

- kann Treppen selbstständig steigen
- kann kaum/wenige Treppen selbstständig steigen
- kann die Treppe selbstständig steigen, benötigt aber Begleitung wegen eines Sturzrisikos
- kann Treppen mit geringer taktile Hilfestellung einer Pflegeperson bewältigen
- kann die Treppe mit umfangreicher Hilfestellung einer Pflegeperson bewältigen
- muss getragen oder mit Hilfsmittel die Treppe transportiert werden
- kann keine Treppe steigen

Entsprechend der Bewertung durch die Pflegefachperson wird die zu pflegende Person im jeweiligen Bereich als „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ oder „unselbstständig“ eingestuft.

Neben den **pflegerischen Informationen** lässt sich mit dem BAss eine **Fallschwere** erfassen, die u. a. eine wichtige

**Abb. 3.5 Die 6 Module des pflegerischen Basisassessments „BAss“.**

Modul I	Modul II	Modul III	Modul IV	Modul V	Modul VI
• Mobilität	• Selbstversorgung	• Kognition, Wahrnehmung, Kommunikation	• Verhalten	• Risiken, Prävention	• Zustände mit erhöhtem Überwachungs-/Unterstützungsbedarf

Die 6 Module des BAss basieren auf den pflegerischen Inhalten des neuen Begutachtungsinstrumentes (NBA), das wiederum zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit verwendet wird.

Kennzahl für die optimierte **Personalbesetzung** ist. Zudem sind einzelne Inhalte und Module des BAss mit anderen Assessmentinstrumenten, wie etwa dem Barthel-Index (grundlegende Alltagsfähigkeiten) oder der Braden-Skala (Dekubitusrisiko) verknüpft, sodass mit der Informationssammlung im BAss automatisiert weitere fachliche Informationen, Erkenntnisse und Ergebnisse zur Verfügung stehen. Damit können Pflegepersonen unter anderem von Doppelerfassungen und -dokumentation entlastet werden.

Ähnliche Instrumente wie der BAss sind z. B. die **effiziente Pflegeanalyse** (ePA), die in digitaler Form für verschiedene Settings und Versorgungsbereiche zur Verfügung steht ([www.epa-cc.de](http://www.epa-cc.de)), oder das **Resident Assessment Instrument** (RAI) Basisassessment für den Altenpflegebereich (Garms-Homolová u. Morris 2000).

## Pflegerische (Kranken-)Beobachtung

### Definition Pflegerische (Kranken-)Beobachtung

*Die pflegerische (Kranken-)Beobachtung in der Pflege ist die bewusste Wahrnehmung der zu pflegenden Person und das Erkennen ihres physischen und psychischen Zustandes sowie ihrer Bewältigungsstrategien, um mit einer Erkrankung bzw. mit Pflegebedürftigkeit umzugehen. Dabei werden systematisch physische und psychische Symptome, die mentale Verfassung sowie Verhaltensweisen und Veränderungen des Zustandes der zu pflegenden Person identifiziert, die Aufschluss auf mögliche Pflegebedürfnisse und Pflegebedarfe bzw. auf die Wirkung ergriffener Maßnahmen geben. Hierzu gleicht die Pflegefachperson ihre Wahrnehmung und Beobachtungen kontinuierlich mit ihrem pflegerischen Fachwissen ab.*

Die (Kranken-)Beobachtung der zu pflegenden Person erfolgt zunächst **initial** bei Aufnahme durch die Pflegefachperson. Bereits zu diesem Zeitpunkt hat sie z. B. den Hautzustand im Blick oder auch den Allgemeinzustand des pflegebedürftigen Menschen, seine Mobilität, die Färbung der Haut, die Atmung und viele weitere Aspekte mehr. Neben der körperlichen Verfassung ist insbesondere bei psychischen Erkrankungen auch auf die psychische Verfassung bzw. auf krankheitsbedingte Symptome zu achten. Hieraus zieht sie weitere Schlüsse für die **Pflegediagnostik** und die **Versorgungsplanung**. Dabei begrenzt sich die Beobachtung zur Informationssammlung im Rahmen des Pflegeprozesses nicht nur auf die Zeitpunkte der Aufnahmesituation und des Aufnahme-/Anamnesegesprächs. Die (Kranken-)Beobachtung findet vielmehr **fortlaufend** bei jedem Kontakt mit der zu pflegenden Person statt, häufig parallel zu anderen Pflegemaßnahmen. Neue Informationen führen dann in aller Regel auch zu einer **Aktualisierung des Pflegeplanes**.

Für noch unerfahrene Pflegepersonen, deren „umfassender Blick“ sich noch in der Entwicklung befindet, sind standardisierte **„Checklisten“** (Screening- oder Assessmentinstrumente) oft eine große Hilfe, um die Kriterien zur (Kranken-)Beobachtung strukturiert zu erfassen.

mit unterschiedlichen Methoden (z. B. pflegerische [Kranken-]Beobachtungen), mit oder ohne Hilfe von standardisierten Instrumenten (z. B. pflegerisches Basisassessment).

- Die Informationssammlung kann unterschiedlich ausgestaltet sein und je nach Einrichtung, Fachbereich, Setting und Verfassung der pflegebedürftigen Person variieren.
- Die Pflegeanamnese findet häufig im Rahmen des Erstgesprächs bei Aufnahme statt und wird meist durch einen Anamnesebogen strukturiert. Damit bildet die Anamnese den Grundstein der pflegerischen Beziehungsgestaltung und liefert wichtige Informationen und Daten über die zu pflegende Person.

## 3.4.2 Schritt 2: Pflegediagnosen und Ressourcen ableiten

Im zweiten Schritt des Pflegeprozesses werden alle erhobenen Informationen hinsichtlich ihrer Relevanz bewertet, analysiert, neu interpretiert und schließlich in Pflegediagnosen überführt.

### Definition Pflegediagnosen

*Pflegediagnosen sind eine systematische klinische Beurteilung der menschlichen Reaktionen (Human Responses) eines Pflegeempfängers auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse. Sie sind Ergebnisse eines pflegefachlichen Beurteilungsprozesses, der auf unterschiedlichen Informationen, Untersuchungs- und Beobachtungsergebnissen der Pflegefachperson sowie Äußerungen der zu pflegenden Person und/oder ihres sozialen Umfelds basiert. Pflegediagnosen sind essenzieller Bestandteil des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Maßnahmen, anhand derer die gemeinsam mit der zu pflegenden Person erarbeiteten pflegerischen Ziele erreicht werden.*

## Pflegediagnosen im Vergleich zu medizinischen Diagnosen

Im Mittelpunkt des **pflegediagnostischen Prozesses** steht das Wahrnehmen und Beobachten pflegerelevanter Phänomene sowie die Abgrenzung derselben voneinander. Dieser Prozess richtet sich auf menschliche Reaktionen, sprich die Verhaltensweisen von Individuen, Gruppen und auch Gesellschaften auf aktuelle oder potenzielle gesundheits- und krankheitsbezogene Phänomene. Eine **medizinische Diagnose** hingegen fokussiert die gesundheitliche Beeinträchtigung bzw. Krankheit direkt und unmittelbar. Die Diagnosen beider Berufsgruppen können sich folglich im Sinne gelebter Interdisziplinarität sehr gut ergänzen und beeinflussen sich gegenseitig. ▶ **Tab. 3.1** stellt die wesentlichen Unterschiede zwischen den Diagnosen der Pflege und der Medizin gegenüber und zeigt die unterschiedlichen Perspektiven auf.

## Arten von Pflegediagnosen

Man unterscheidet folgende Arten von Pflegediagnosen (Sroka 2023):

- **Akute oder auch problemfokussierte Pflegediagnosen** (z. B.: „Die zu pflegende Person hat eine beeinträchtigte Gehfähigkeit“): Klinische Beurteilung einer unerwünschten menschlichen Reaktion auf einen bestehenden Gesundheitszustand oder Lebensprozess, welche bei einer zu pflegenden Person, einer Familie oder auch einer Gruppe von Menschen auftritt.



### WISSEN TO GO

#### Schritt 1: Informationen sammeln

- Meint die Sammlung von pflegerelevanten Daten und Informationen über die zu pflegende Person, um das Pflegebedürfnis und den Pflegebedarf ableiten zu können und den Pflegeprozess daran auszurichten.
- Die Informationssammlung erfolgt zu unterschiedlichen Zeitpunkten (z. B. Pflegeanamnese initial bei Aufnahme),

**Tab. 3.1 Unterschiede zwischen medizinischen Diagnosen und Pflegediagnosen.**

medizinische Diagnosen	Pflegediagnosen
beschreiben die Krankheit selbst	beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er/sie erkrankt sowie die Auswirkungen der Krankheit auf die Lebens-/Alltagsgestaltung
ergeben sich aus Beschwerdebild bzw. medizinischer Diagnostik und begründen medizinische Behandlungen	beschreiben den Pflegebedarf und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich
betreffen den Patienten als Einzelperson	beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. veränderter Familienprozess; beeinträchtigtes Coping der Familie)
beziehen sich auf pathophysiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen	beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse
fallen in den Bereich der Medizin, in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte	fallen in den Bereich der Pflege, in die rechtliche Zuständigkeit von Pflegefachpersonen

- **Risikopflegediagnosen** (z. B.: „Die zu pflegende Person hat ein Dekubitusrisiko“): Klinische Beurteilung der Anfälligkeit (oder: der Vulnerabilität) einer pflegeempfangenden Person, einer Familie oder einer Gruppe von Menschen für die Entwicklung einer unerwünschten menschlichen Reaktion auf Gesundheitszustände/Lebensprozesse (Potenzial zur Verschlechterung!).
- **Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung** (z. B.: „Die zu pflegende Person zeigt eine Bereitschaft für ein verbessertes Schlafmuster“): Klinische Beurteilung der Motivation und des Wunsches, das Wohlbefinden zu verbessern und das Gesundheitspotenzial zu nutzen (Potenzial zur Verbesserung). Diese Reaktionen werden durch die Bereitschaft ausgedrückt, bestimmte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen positiv zu verändern.
- **Syndrompflegediagnosen** (z. B.: „Die zu pflegende Person hat ein Inaktivitätssyndrom“): Klinische Beurteilung, die eine bestimmte Gruppe von problemfokussierten Pflegediagnosen umfasst, die gemeinsam auftreten und ähnliche Maßnahmen erfordern. Sie beinhalten folglich ein Bündel an Pflegediagnosen, welche mit einem übergreifenden Diagnosenkonzept zusammengefasst werden.

## Die Struktur einer Pflegediagnose nach dem PÄS(R)-Schema

Die drei wesentlichen Komponenten einer Pflegediagnose werden mit dem sogenannten „PÄS-Schema“ beschrieben:

- das aktuelle oder potenzielle **Pflegeproblem (P)**
- die **ätiologischen** (ursächlichen) bzw. damit verbundenen, **beeinflussenden Faktoren (Ä)**
- die bestimmenden Merkmale oder Cluster von Kennzeichen und **Symptomen (S)** (Gordon u. Bartholomeyczik 2001)

Oft wird die PÄS-Struktur um den Aspekt der **Ressourcen (R)** erweitert, sodass dann von der **PÄSR-Struktur** die Rede ist. Die Berücksichtigung der Ressourcen einer zu pflegenden Person kann entscheidend für die bedarfsgerechte Auswahl von Pflegemaßnahmen sein (Wieteck u. Kraus 2018). Alternativ wird die Struktur auch als PES(R)-Schema bezeichnet, wobei das „E“ für Einflussfaktoren bzw. engl. etiology steht. ► **Abb. 3.6** fasst die Bestandteile einer Pflegediagnose nochmals zusammen.

## Definitionen der Bestandteile einer Pflegediagnose

Zum besseren Verständnis der zentralen Elemente einer Pflegediagnose ist es lohnenswert, sich mit den einzelnen Facetten des **PÄS(R)-Schemas** genauer auseinanderzusetzen.

**Pflegeprobleme** • Diese sind entweder

- bereits bestehende, aktuelle Beeinträchtigungen der betroffenen Person, die in der Person oder ihrer Umwelt begründet sind, oder auch
- potenzielle Beeinträchtigungen in Form von Risiken, die mit dem Gesundheitszustand oder der Behandlung im Zusammenhang stehen.

Diese Probleme können nicht eigenständig bewältigt oder behoben werden und schränken die eigene Unabhängigkeit und/oder die anderer Menschen ein. Pflegeprofessionelles Handeln ist erforderlich, um die Pflegeprobleme zu erfassen, in eine Pflegediagnose zu überführen und um sie positiv zu beeinflussen.

**Ätiologien bzw. beeinflussende Faktoren** • Diese Faktoren verursachen ein Pflegeproblem bzw. eine Pflegediagnose und/oder erhalten diese aufrecht. Dazu zählen:

- Krankheiten (z. B. Manie, Rechtsherzinsuffizienz, Essstörung, Multiple Sklerose),
- Motive für Verhalten (z. B. Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Widerwille bei der Nahrungsaufnahme, fehlendes Interesse, Angst, Schamgefühl),
- Zustände (z. B. Verwirrtheitszustand, anhaltende Appetitlosigkeit, Formveränderung am weichen Gaumen, Trinkschwäche, Belastungsdyspnoe, fehlendes Selbstwertgefühl, Bewegungseinschränkung),
- Wissens-/Informationsdefizite (z. B. mangelnde Kenntnis über das Stillen, fehlender Zugang zu Informationen),
- soziokulturelle Einflüsse (z. B. familiendynamische Faktoren, Arbeitslosigkeit, traumatische Erfahrungen),
- Gewohnheiten/Verhalten (z. B. ritualisierte Zwangshandlung, Kotschmierer, Aktivitätsmangel, ungenügende Grenzsetzung),
- eine beeinträchtigte Interaktion (spricht eine andere Landessprache) oder
- eingeschränkte/beeinträchtigte Fähigkeiten (z. B. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten).

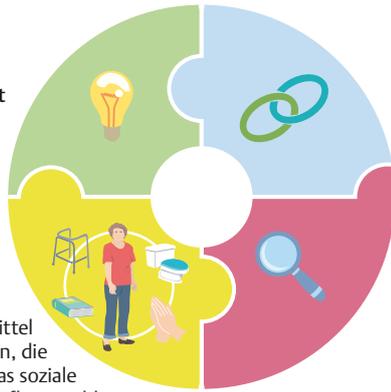
Abb. 3.6 Die Elemente einer Pflegediagnose nach dem PÄS(R)-Schema.

**P****Pflegeproblem**

- Beschreibung des Problems der betroffenen Person aus pflegfachlicher Sicht
- möglichst eindeutige und präzise Formulierung

**R****Ressourcen**

- Fähigkeiten, Potenziale
- Erklärung, welche Mittel die betroffene Person, die Angehörigen oder das soziale Umfeld hat, um das Pflegeproblem zu bewältigen

**Ä****Ätiologie**

- Ursache, bestimmendes Merkmal
- Erklärung, warum dieses Pflegeproblem in der individuellen Situation vorliegt

**S****Symptome**

- Kennzeichen, beeinflussende Faktoren
- Beschreibung, wie sich das Pflegeproblem bei der zu pflegenden Person äußert

Die essenziellen Bestandteile einer Pflegediagnose sind international definiert und anerkannt, unabhängig davon, ob mit einer Pflegeklassifikation wie ENP oder NANDA-I gearbeitet wird oder die Pflegediagnosen mit den eigenen Worten formuliert sind. *Quelle: Wieteck, P. NANDA-I PLUS ENP. NANDA-I-Pflegediagnosen 2024-2026 ergänzt um ENP-Pflegeziele und -Maßnahmen der Version 3.4. 1. Aufl. Stuttgart: Thieme RECOM; 2024*

**Symptome** • Sie werden auch Kennzeichen oder bestimmte Merkmale genannt. Symptome sind wahrnehmbare Indikatoren, Merkmale und Äußerungen des betroffenen Individuums, die eine Pflegediagnose bestätigen. Diese tragen also dazu bei, eine Pflegediagnose zu identifizieren oder ähnliche Pflegediagnosen untereinander abzugrenzen. Zu den Merkmalen bzw. Indikatoren für das Problem zählen:

- biografische Indikatoren,
- historische Indikatoren,
- physiologische Indikatoren,
- psychische Indikatoren,
- verbale Äußerungen der betroffenen Person zum Problem,
- beschriebene Reaktionen eines Menschen oder
- Risikofaktoren.

**Ressourcen** • Diese sind Fähigkeiten oder Verhaltensweisen der betreffenden Person und/oder Faktoren im sozialen Umfeld. Ressourcen tragen dazu bei, förderliche Strategien zur Bewältigung eines gesundheitlichen Problems oder eines Lebensprozesses zu entwickeln und sollten in allen Schritten des Pflegeprozesses gezielt miteinbezogen werden. Zu den Ressourcen zählen:

- körperliche Ressourcen, z.B. die Fähigkeiten der zu pflegenden Person, im Zimmer alleine laufen zu können oder die eigene Körperpflege durchführen zu können,
- kognitive/psychische Ressourcen, z.B. ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein oder die Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge erkennen zu können,
- räumliche/örtliche Ressourcen, z.B. barrierefreier Wohnraum,
- soziale Ressourcen, z.B. ein ausgeprägtes Netz aus Bezugspersonen oder familiäre Unterstützung,
- ökonomische Ressourcen, z.B. die finanziellen Möglichkeiten pflegeprofessionelle Unterstützung hinzuzuziehen,
- spirituelle Ressourcen, z.B. Kraft und Halt durch Religiosität,
- hohe Resilienz im Sinne einer ausgeprägten Fähigkeit, belastende Lebenssituationen – wie Krankheit oder Pflegebedürftigkeit – durch die Anpassung des eigenen Verhaltens auszuhalten und bewältigen zu können, z.B. durch einen besonderen Humor oder einen stark ausgeprägten Optimismus und ein Gefühl der Zuversicht im Hinblick auf die Zukunft.

## Der pflegediagnostische Prozess

Pflegediagnosen sind das Ergebnis eines **pflegfachlichen Beurteilungsprozesses**. Dieser basiert auf:

- unterschiedlichen Informationen
- Untersuchungs- und Beobachtungsergebnissen der Pflegefachperson
- Äußerungen der zu pflegenden Person und/oder ihres sozialen Umfelds

Dieser Beurteilungsprozess setzt sich aus mehreren Schritten zusammen, die in ► Tab. 3.2 anhand eines Fallbeispiels exemplarisch abgehandelt werden.

Nicht in jedem Fall ist die Ableitung einer Pflegediagnose so eindeutig wie im Fall von Herrn M. Daher kann es sein, dass zunächst eine vorläufige Pflegediagnose formuliert wird, welche im weiteren Prozess durch zusätzliche Datengewinnung (z. B. durch den Einsatz von spezifischen Assessmentinstrumenten) entweder bestätigt oder auch widerlegt wird. Grundsätzlich hätte der Auszubildende S. seine Pflegediagnose auch frei mit seinen eigenen Worten formulieren können, ohne dabei auf eine Pflegefachsprache wie die European Nursing care Pathways (ENP) zurückzugreifen. Hierzu müsste er die Prinzipien des pflegediagnostischen Prozesses berücksichtigen.



### WISSEN TO GO

#### Pflegediagnosen

Pflegediagnosen sind eine **systematische klinische Beurteilung** der Reaktionen eines Pflegeempfängers auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse. Sie sind Bestandteil des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage für die Formulierung von Pflegezielen und die Auswahl pflegerischer Maßnahmen, mittels derer die pflegerischen Ziele erreicht werden sollen.

- Pflegediagnosen sind das Ergebnis des **pflegediagnostischen Prozesses**.
- Es gibt verschiedene **Arten von Pflegediagnosen**: akute/problemfokussierte Pflegediagnosen, Risikopflegediagnosen, Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung sowie Syndrompflegediagnosen.