

1. Verständnis von Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege

Bereits 1988 beschrieb Ann Marriner-Tomey in einer der umfangreichsten Aufarbeitungen und Grundlagenliteratur zum westlich geprägten Pflegeverständnis:

„Theorie ist die Grundlage einer beruflichen Autonomie, weil sie die Praxis sowie die Erziehungs- und Forschungsfunktionen des Berufes lenkt. Das Studium der Theorie hilft, analytische Fähigkeiten zu entwickeln, das Denken herauszufordern, Werte und Vorstellungen zu klären, Ziele für die Krankenpflegepraxis, die Erziehung und die Forschung zu bestimmen.“ (Marriner-Tomey, 1992, S. 22)

Ihr Abriss der Geschichte der Pflege-theorien zeigt deutlich, wie der Pflegeberuf diese Transformation von der „helfenden Hand des Arztes“ zur eigenständigen Profession durchlebt.

Marriner-Tomey beschäftigte sich dabei mit den sich verschmelzenden Grenzen zwischen Theoretiker:innen und Praktiker:innen und drängte darauf, dass die Pflegeprofessionalisierung nicht stehen bleibt:

„Viele der in diesem Buch vorgestellten Lehrenden fühlen sich nicht als Theoretiker und hatten nie vor, eine Theorie zu entwickeln. Ist es dann richtig, sie als Theoretiker einzuschätzen und ihre Arbeit als Theorie? Wahrscheinlich nicht, aber ihre Gedanken sind wichtige Beiträge zur Entwicklung der Krankenpflegetheorie. Es liegt nun bei uns, ihre Arbeit zu analysieren und zu verbinden, neue Ideen zu entwickeln und die Theorieentwicklung fortzusetzen.“ (Marriner-Tomey, 1992, S. 19)

Wie wir heute wissen, hat sich das Verständnis von Pflege auch nach den 1990er Jahren weiterentwickelt, nicht zuletzt durch neue und erweiterte Denkansätze von Liliane Juchli (Juchli, Müggler, & Dudli, 1998), Monika Krohwinkel (Krohwinkel, 2007) oder Erwin Böhm (Böhm, 2018), welche die Theorienbildung und damit das Pflege(selbst-)verständnis besonders im deutschsprachigen Raum stark geprägt haben.

Das System der effizienten Pflegeanalyse möchte bei Weitem nicht den Anspruch einer Theorieentwicklung in sich tragen, wohl aber sind auf Basis der Arbeiten der Pflege-theoretiker:innen, durch Analyse und Verbindung derer, neue Ideen zum Verständnis von Pflege entstanden, welche in diesem ersten Kapitel vorgestellt werden sollen. Es soll dazu beitragen, zu verstehen, was das epaSYSTEM antreibt, bzw. auf welchen Grundfesten es aufgebaut ist und daraus seine Wertevorstellung von Pflege schöpft.

Lassen Sie uns also eintauchen in die wunderbare Welt der Theorien und Modelle.

1. Der Mensch zwischen Selbstpflegefähigkeit und Pflegebedürftigkeit

Diss Dirk, S. 17ff:

Begibt man sich auf den Weg, Pflege messen zu wollen, taucht unweigerlich die Frage danach auf, was eigentlich genau gemessen werden soll: Was ist für uns also Pflegebedürftigkeit und wann ergeben sich pflegerische Handlungsanlässe, welche die Pflegebedürftigkeit beeinflussen sollen?

Lange Zeit existierte keine einheitliche, von Fach- und Gesellschaftsgruppen gleichermaßen anerkannte und allen Anforderungen gerecht werdende Definition von Pflegebedürftigkeit (z.B. Bartholomeyczik & Hunstein, 2004; Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen & Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW", 2005).

Für Interessierte:

Die Geschäftsordnung des Bundestages (Deutscher Bundestag - VII. Ausschüsse) § 56 regelt die Einberufung einer sogenannten Enquete-Kommission. Sie dient zur Vorbereitung von Entscheidungen über umfangreiche und bedeutsame Sachkomplexe. Die Mitglieder der Kommission werden fraktionsübergreifend ausgewählt. Auf Landesebene sind ähnliche Regelungen getroffen.

Das Land Nordrhein-Westfalen setzte sich als erstes Bundesland ab 2002 mit der Situation der Pflege im Rahmen einer Enquete-Kommission auseinander. Weitere Enquete-Kommissionen zum Thema gab es auf Landesebene in Baden-Württemberg 2016, Sachsen 2019 sowie Niedersachsen 2021. Auf Bundesebene ist bis 2024 keine Initiative bekannt, wobei der GKV-Spitzenverband dazu drängt, eine Enquete-Kommission zum grundlegenden Umbau der Pflegeversicherung einzusetzen.

Diese Problematik bringt folgendes Zitat von Mager auf den Punkt:

„Statt die Definition eines allgemeinverbindlichen terminus technicus vorzufinden, muss man sich mit einer Vielzahl von mehr oder weniger unpräzisen Umschreibungen und begrifflichen Abgrenzungsversuchen bescheiden, die darüber hinaus sogar innerhalb einer Forschungsdisziplin (...) differieren.“ (Mager, 1999, S. 30))

Die Diskussion um die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Bereich der Langzeitversorgung in Deutschland in den 2010er Jahren berücksichtigte zwar (pflege-) wissenschaftliche Erkenntnisse der vorangegangenen Jahre. Letztlich handelte es sich bei deren Anerkennung (oder Ablehnung) aber um eine politische Definitionsarbeit, die geprägt war von der Frage: „Wie teuer wird die Entscheidung für oder gegen einen bestimmten Aspekt der Pflegebedürftigkeit?“, und damit der Finanzierbarkeit. Diese Debatte wurde bei der Entstehung der effizienten Pflegeanalyse und der Veröffentlichung der ersten Version des Basis-Assessments „ergebnisorientiertes PflegeAssessment Acute Care“ im Jahr 2002 noch nicht öffentlich geführt, wenn auch die Kritik an den bestehenden Regelungen bereits klar formuliert worden war (z.B. Bartholomeyczik, Hunstein, Koch, & Zegelin-Abt, 2001; Präsident des Landtags Nordrhein-Westfalen & Enquête-Kommission "Situation und Zukunft der Pflege in NRW", 2005).

Es galt also, eine eigene Arbeitsdefinition für den Begriff der Pflegebedürftigkeit zur Messung von Pflege zu finden. Einen Einblick bekommt man auf den folgenden Seiten.

Für Interessierte:

Eine ausführliche Literaturanalyse zum Pflegebedürftigkeitsbegriff, die Basis für die nachfolgenden politischen Überlegungen war, finden Sie in den Veröffentlichungen von Wingefeld, Büscher, & Schaeffer, 2007 und 2011.

1. Pflegebedürftigkeit im Rahmen konzeptueller Modelle der Pflege

Für den Aufbau des pflegerischen Wissenskörpers und insbesondere für die Abgrenzung gegenüber anderen Wissenschaftsdisziplinen sind die „Grand Theories“ von grundlegender Bedeutung. Die eher abstrakten ‚Grand Theories‘, die ihren Ursprung als Eckpfeiler für Curricula hochschulischer Pflegestudiengänge haben, sind für die tägliche Patientenversorgung nur selten handlungsleitend und definieren Pflegebedürftigkeit nicht direkt. Sie enthalten allerdings

Hinweise, worauf Pflege abzielt und worin der Gegenstandsbereich pflegerischen Handelns liegt. Nachfolgend sollen beispielhaft drei Pflege-theorien herangezogen werden, bei denen implizit oder explizit die Fähigkeiten zur Selbstversorgung und der damit verbundenen Pflegebedürftigkeit ("Self-Care", z.B. Sidani, 2003) im Vordergrund stehen.

Faye Glenn Abdellah: Pflege als Problemlösungsprozess

So formuliert z.B. Faye Glenn Abdellah als Ziel der Krankenpflege *„kranken oder gesunden Menschen dabei zu helfen, mit ihren Gesundheitsbedürfnissen fertig zu werden (...)“* (Abdellah, 1960, zit. in Dycus, Schmeiser, Flossie, & Yancey, 1992, S. 159).

„So lange eine Selbsthilfetätigkeit entwickelt und auf einem Niveau aufrechterhalten wird, auf dem Bedürfnisbefriedigung ohne Hilfe erfolgt, ist keine Pflege erforderlich.“ (Abdellah 1960, zit. in Dycus et al., 1992, S. 160)

Im Umkehrschluss entsteht Pflegebedürftigkeit also bei einer Diskrepanz zwischen Anforderungen und den eigenen Fähigkeiten, diesen nachzukommen. Pflege ist dabei ein Problemlösungsprozess, an dessen erster Stelle die Identifikation der Pflegeprobleme steht.

Virginia Henderson: Grundbedürfnisse

Virginia Henderson benennt in ihrer Theorie 14 menschliche Grundbedürfnisse, die sowohl physiologische Funktionen als auch kommunikative und psychosoziale Aktivitäten umfassen (Henderson, 1964, 1997; Wertman De Meester, Lauer, Neal, & Williams, 1992; Wingenfeld et al., 2007). Ihre *„Grundprinzipien der Pflege“* erlangten weltweite Aufmerksamkeit, welche bis heute Grundlage vieler weiterer Pflege-theorien sind. Eines ihrer größten Verdienste war es, einen, sich vom ärztlichen Aufgabenbereich abgrenzenden, eigenständigen Aufgabenbereich der Pflege zu beschreiben. Hendersons Definition von Pflege, welche sie im Auftrag des International Council of Nurses (ICN) entwickelte, entspricht auch noch heutigen modernen Vorstellungen:

„Nursing is primarily helping people (sick or well) in the performance of those activities contributing to health, or its recovery (or to a peaceful death) that they would perform unaided if they had the necessary strength, will, or knowledge. It is likewise the unique contribution of nursing to help people to be independent of such assistance as soon as possible.“ (Henderson, 2006)

Pflegebedürftigkeit entsteht demnach, wenn das Individuum nicht mehr in der Lage ist, eine oder mehrere der Grundbedürfnisse selbstständig durchzuführen.

Dorothea Orem: Selbstpflege-Defizit-Theorie

Kerngedanke der Pflege-theorie von Dorothea Orem ist die Annahme, dass Menschen Selbstpflegeerfordernisse haben, die zur Aufrechterhaltung des Lebens und der Befriedigung ihrer Bedürfnisse erforderlich sind. Diese Erfordernisse wollen sie selbstständig erfüllen, indem sie für sich selbst sorgen, d.h. sie benötigen Fähigkeiten zur Selbstpflege (Bekel, 2002; Fawcett, 1998; Orem, 1997).

Pflegeinterventionen werden nach Orem erforderlich, wenn

„mehr als eine gewöhnliche Unterstützung notwendig ist, um den täglichen Erfordernissen zur Selbstpflege zu entsprechen (...), indem man ihr [der Person] hilft, selbst etwas für sich zu tun und/oder indem man ihr hilft zu erlernen, wie sie selbst etwas für sich tun kann“ (Orem, 1997, S. 7).

Pflegebedürftigkeit entsteht demnach aus einer nicht kompensierten Diskrepanz zwischen dem situativem Selbstpflegebedarf und den Fähigkeiten zur Selbstpflege (Bekel, 2002; Fawcett, 1998; Orem, 1997).

2. Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Theorien mittlerer Reichweite

Diss Dirk, S.

Im Gegensatz zu den ‚großen‘ Theorien der Pflege, die mit dem (nicht immer eingelösten) Anspruch entwickelt wurden, allgemeingültige Aussagen für eine ganze Disziplin zu treffen (z.B. Chinn & Kramer, 1996; Stemmer, 2003), wollen Theorien mittlerer Reichweite Lösungsansätze für konkrete Aufgaben und Probleme der Praxis bieten (z.B. Moers & Schaeffer, 2007).

Bei der Entstehung der ersten Version des Basis-Assessments „ergebnisorientiertes PflegeAssessment Acute Care“ im Jahr 2002 bestand die konkrete Aufgabe darin, Pflegeergebnisse nachweisen zu wollen. Um die Ein- und Abgrenzung der damit zu bestimmenden pflegeauslösenden Phänomene zu beschreiben, sind insbesondere die Theorien von Patricia Benner sowie Corbin & Strauss als Grundlage herangezogen worden.

Patricia Benner: From Novice to Expert

Die Überlegungen zur klinischen Entscheidungsfindung von Benner (1994) sind deshalb so nah an den Vorstellungen des epaSYSTEMS, da es den pragmatischen Ansatz hinter der Fragestellung: *„Was und wieviel muss tatsächlich erfasst werden?“* unterstreicht. Komplexe Situationen beurteilen und im Gesamtkontext berücksichtigen kann die erfahrene Pflegekraft selbst. Sie benötigt dazu kein hochausdifferenziertes Dokumentationssystem, um Pflegebedürftigkeit zu erkennen. Eine Pflegeergebnismessung sollte deshalb nur Informationen erfassen, die für die Ableitung von Pflegehandeln relevant sind. Es ist nicht erforderlich, alles Denken der Pflegekraft aufschreiben zu wollen.

In einem situativ-interpretativen Studiendesign entwickelte Patricia Benner zu Beginn der 1990er Jahre mithilfe von Interviews und Beobachtungen von Pflegenden unterschiedlichster Erfahrungsstufen einen ganz neuen Ansatz zum beruflichen Selbstverständnis der Pflege. Mit ihrem Kompetenzmodell forderte sie dazu auf, tradierte Ausbildungs- und Karriere-Muster aufzubrechen (Benner, 1994). Benner rückte gemäß ihres phänomenologischen Ansatzes statt des *„know how“* das *„know that“* (Stemmer, 2003, S. 52) in den Fokus. Die von ihr identifizierten – nicht abschließend zu verstehenden – 31 Kompetenzen in sieben Bereichen werden aus konkreten Praxissituationen abgeleitet und liegen überwiegend auf der Handlungs- und Beziehungsebene (siehe Tabelle 1). Im Umkehrschluss lassen sie erkennen, welche Beeinträchtigungen oder Zustände eines Patienten handlungsauslösend sein können und in welchen weiteren Feldern Pflegende tätig sind. Dabei beschreibt sie nicht nur Handlungsanlässe, die in beeinträchtigten Fähigkeiten begründet sind, sondern benennt auch Phänomene (z. B. Schmerzen) und Anlässe, die aus der Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie resultieren (z. B. Überwachungsaufgaben). Darüber hinaus werden in den Bereichen 6 *Überwachung und Sicherstellung der Qualität der medizinischen Versorgung* und 7

Organisation und Zusammenarbeit die organisatorischen und ablaufsichernden Tätigkeiten Pflegender umschrieben (Benner, 1994).

Tabelle 1: Bereiche und Kompetenzen der Pflegepraxis (nach Benner, 1994, S. 64ff.)

Bereich	Kompetenzen (Auszug)
1. Helfen	<ul style="list-style-type: none"> • Dem Patienten seine Lage so angenehm wie möglich gestalten; sein Gefühl, ein Mensch zu sein, auch angesichts von Schmerz und schwerstem Zusammenbruch erhalten • <i>Schmerzen einschätzen</i> und geeignete Maßnahmen sowohl für den Umgang mit ihnen als auch zu ihrer Bekämpfung auswählen • (...)
2. Beraten und Betreuen	<ul style="list-style-type: none"> • Dem Patienten dabei helfen, die Folgen seiner Krankheit in sein Leben zu integrieren • Den Patienten sein Krankheitsverständnis aussprechen lassen und seine Sichtweise nachvollziehen • (...)
3. Diagnostik und Patientenüberwachung	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bedeutsame Veränderungen</i> des gesundheitlichen Zustandes des Patienten <i>erkennen und dokumentieren</i> • Zukünftige Probleme erahnen: vorausschauendes Denken • (...)
4. Wirkungsvolles Handeln bei Notfällen	<ul style="list-style-type: none"> • In lebensbedrohlichen Situationen: Probleme <i>schnell erfassen</i> • Kritische Zustände beim Patienten <i>erkennen</i> und damit umgehen, bis der Arzt eintrifft • (...)
5. Durchführung und Überwachen von Behandlungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Folgen von Immobilität bekämpfen: Prävention und Behandlung von Hautschädigungen, Mobilisation und Krankengymnastik zur Förderung der Beweglichkeit und Wiederherstellung, Prävention von Atemfunktionsstörungen • (...)
6. Überwachung und Sicherstellung der Qualität der	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Beurteilen</i>, was ohne Risiko aus dem Behandlungsplan gestrichen und was hinzugefügt werden kann

medizinischen Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> • (...)
7. Organisation und Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Ein therapeutisches Team aufbauen und funktionsfähig erhalten (...) • Die Folgen von Personalmangel und hoher Fluktuation bewältigen • (...)

Um feststellen zu können, inwieweit eine Pflegebedürftigkeit besteht bzw. Fähigkeiten eingeschränkt und Pflegehandlungen notwendig sind, führt uns Benner hier klar vor Augen, dass es dafür Kompetenzen des Beobachtens, Erkennens, Erfassens und Bewertens bedarf. Es sind „*offensichtlich professionelle Assessmentfertigkeiten*“ erforderlich (Lindpaintner, 2007, S. 186). Lindpaintner bezieht sich mit ihrer Aussage nur auf die Bereiche 3 bis 6, wobei auch in Bereich 1 *Helfen* die Einschätzung von Schmerzen explizit benannt wird und in Bereich 2 *Beraten und Betreuen* ohne eine Identifikation des Bedarfs weder Beratung noch Betreuung angeboten werden können (Lindpaintner, 2007, S. 186).

Für Interessierte:

Mit der Anwendung der epaINSTRUMENTE sollen diese Kompetenzen geschult und unterstützt werden. Gerade zu Beginn einer professionellen Karriere können standardisierte Instrumente wichtige Unterstützung zur Strukturierung und (Handlungs-)Leitung geben, denn sie definieren Regeln, „an denen sie [die Pflegenden] ihr Handeln ausrichten können“ (Benner, 1994, S. 41). Aber auch für den Experten „ist der Rückgriff auf analytische Problemlösungsstrategien die einzige Möglichkeit, zu einer richtigen Einschätzung zu gelangen“, wenn er sich einer neuen Situation gegenüber sieht (Benner, 1994, S. 53).

Corbin & Strauss: Trajectory-Model

Das Modell von Corbin & Strauss zeigt auf, in welchen Dimensionen das epaSYSTEM Pflegebedürftigkeit versteht. Funktionale Themen stehen nicht immer im Vordergrund, sondern insbesondere der Umgang mit dauerhaften Beeinträchtigungen. Damit verbunden geht das epaSYSTEM davon aus, dass Pflegeergebnisse sich darin zeigen, ob eine Person mit Hilfe von pflegerischen Maßnahmen seine (noch) vorhandenen Fähigkeiten erhalten oder wiedererlangen kann.

Das Trajectory-Modell von Corbin & Strauss wurde als theoretischer Rahmen zum Bewältigungsverhalten bei chronischen Erkrankungen entwickelt (Corbin, 1998; Corbin & Strauss, 1991, 2004). Dabei beschreiben die beiden Autoren Folgendes als primäre Aufgabe der Pflege:

„Nursing care is first directed at assisting with the prevention of illness, and should illness occur, with the proper management of the chronic condition, while giving consideration to the biographical needs and the performance of every day living. (...) Nurses have the skills,

knowledge and vision to organize and provide for the (...) complex care that chronically ill patients require. “ (Corbin & Strauss, 1991, S. 167)

Ihr Modell lässt sich auch auf Patient:innen mit zeitlich begrenzten akuten Krankheitsgeschehen übertragen: Spätestens zur Planung möglicher poststationärer Versorgungsbedarfe müssen Fähigkeiten, Beeinträchtigungen sowie Risikobereiche frühzeitig identifiziert werden (**z. B. Höhmann, Müller-Mundt & Schulz, 2004**), wobei *„auch den Erwartungen, Hoffnungen und dem Ressourcenpotenzial und den Zielen und Lebensaufgaben der Klientin“ (Müller Staub, 1998, S. 30)* der notwendige Raum gegeben werden muss. Unabhängig von der zeitlichen Begrenztheit oder Chronizität einer Erkrankung bzw. Pflegebedürftigkeit ist es die Aufgabe der Pflege, zu klären, ob ein Unterstützungsbedarf in den unterschiedlichen Versorgungssettings weiter bestehen wird, z.B. wenn eine langfristige Pflegebedürftigkeit erst nach dem Krankenhaus eintreten kann, wie in Folge einer Beinamputation nach einem Unfall.

Daraus lässt sich nach Bartholomeyczik (2007b) als ein wichtiges Ziel der Pflege in akutstationären Settings die Herstellung der Entlassungsfähigkeit ableiten. Im Langzeit- oder ambulanten Setting besteht der Fokus darin, Klient:innen in den unterschiedlichen Stadien und Phasen der Pflegebedürftigkeit zu fördern. Dies umfasst die Unterstützung bei der (Wieder-)Herstellung von Fähigkeiten genauso wie die Unterstützung zum Selbstmanagement, Empowerment, zur Befähigung im Umgang mit Medizinprodukten sowie zum Umgang mit Krankheitsbelastungen. Entsprechende Informationen sind im Rahmen der pflegerischen Diagnostik unabhängig vom Setting zu erheben.

3. Fortführen/Einbetten mit aktuellen Theorien und Modellen

<https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/9783748915560/theorieentwicklung-von-pflegebeduerftigkeit?page=1>

4. Pflegebedürftigkeit zwischen Politik und Wissenschaft

Diss Dirk, S. 22:

Ein gesundheitspolitischer Versuch der Operationalisierung ist die sozialrechtliche Definition von Pflegebedürftigkeit. In §14 SGB XI (Sozialgesetzbuch zur Regelung der Sozialen Pflegeversicherung) hieß es noch bis 2016:

„Pflegebedürftig (...) sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (...) in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen“.

Demnach besteht ein legitimer Leistungsbedarf – also ein Pflegeanlass – dann, wenn eine Person bestimmte Tätigkeiten/ Verrichtungen nicht selbst ausführen kann. Im Pflegeversicherungsgesetz waren dafür die Bereiche der Mobilität, der Ernährung und der Körperpflege einschließlich Ausscheidung (§14 Abs. 4 SGB XI) genannt. Damit wurde das, was als Pflegeanlass gelten darf, stark eingeschränkt (Bartholomeyczik, 2003; Bartholomeyczik et al., 2001):

1. *Anlässe, die sich nicht auf eine Verrichtung (Aktivität) des Pflegebedürftigen zurückführen lassen, wurden nicht berücksichtigt:*
 - *Es gibt eine Vielzahl von Pflegeanlässen, die von Verrichtungen oder Handeln der Patienten unabhängig sind, wie z. B. Schmerzen, Unruhe, Fatigue, oder – insbesondere im Krankenhaus – Angst vor einer Operation, Belastungen z. B. bei potenziell tödlichen Erkrankungen (Tumorkranken).*
 - *Wissensdefizite, die durch Beratung, Schulung oder Training ausgeglichen werden können (z. B. Still- oder Diabetikerberatung).*
 - *Beeinträchtigte Krankheitsbewältigung, was insbesondere bei chronischen Erkrankungen bedeutsam ist (z.B. Corbin, 1998; Corbin & Strauss, 1991).*
2. *Zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit dürfen nicht ausschließlich Defizite (Krankheit/ Behinderung) berücksichtigt werden. Vielmehr ist Pflegebedürftigkeit ein Resultat aus Selbstpflegefähigkeiten, Coping-/Bewältigungsstrategien und Einschränkungen. Erst, wenn die Person selbst keine ausreichenden Strategien zur Aufhebung einer Beeinträchtigung entwickeln oder nutzen kann, besteht ein Pflegeanlass. Zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit müssen daher – insbesondere bei chronischen Beeinträchtigungen – gezielt auch (potenzielle) Ressourcen erfasst werden, die gefördert werden können.*
3. *Potenzielle Gesundheitsrisiken, wie Gefahr von Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, bleiben unberücksichtigt, obwohl sie nicht zwingend aus einer Beeinträchtigung von Verrichtungen resultieren müssen (z. B. ein durch Medikamenteneinnahme hervorgerufenen Sturzrisiko).*

Der pflegewissenschaftliche Gegenpol zur damals reduzierten Operationalisierung nach SGB XI findet sich z.B. bei Stemmer:

„Pflegebedürftigkeit ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht ein ‚Zustand‘, in dem ein Mensch in Folge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfen angewiesen ist (...)“ (Stemmer, 2007, S. 4, Führungszeichen im Original).

Ähnlich breit argumentiert Wingefeld, der ausführt, dass Pflegebedürftigkeit

„(...) ganz allgemein den Umstand [bezeichnet], dass ein Mensch in Folge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Problem auf pflegerische Hilfen angewiesen ist.“ (Wingefeld, 2000, S. 339) ¹

Noch offener beschreiben Welton & Halloran den Begriff der Pflegebedürftigkeit:

„Need can be defined as patient problems that are the focus of nursing care and nursing interventions are the resources that are expended to reach a certain goal or outcome.“ (Welton & Halloran, 1999)(Welton & Halloran, 1999, S. 171).

Problematisch an diesen weiten Definitionen ist allerdings ihre zirkuläre Aussage:

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Pflege erforderlich ist. Ein Vorteil dieser Weite ist sicherlich, dass sie alle Settings und Situationen einschließt. Gleichzeitig fördert sie aber auch das, was Bartholomeyczik als „Omnipotenz der Pflege“ (**Bartholomeyczik, 1997b, S. 5**) bezeichnet: Eine

allumfassende Zuständigkeit, die noch bis Mitte der 1990er Jahre in der Forderung nach „Ganzheitlichkeit“ in der Pflege ihren Niederschlag fand.

Die Weltgesundheitsorganisation veröffentlichte im Jahr 1993 eine Definition von Pflege, in der die zuvor aufgeführten Konzepte und Ansätze zusammengeführt sind:

„Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial zu bestimmen und zu verwirklichen (...). Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen, und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern. Zur Pflege gehört auch die Planung und Betreuung bei Krankheit und während der Rehabilitation, und sie umfasst zudem die physischen, psychischen und sozialen Aspekte des Lebens in ihrer Auswirkung auf Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Sterben (...).“ (World Health Organization (WHO), 1993, S. 15)

Die wissenschaftlichen Ansätze zur Definition von Pflegebedürftigkeit wurden im seit 01.01.2017 gültigem (leistungsrechtlichen) Verständnis nach §14 SGB XI nun zum Teil gewürdigt:

„<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/1.html> Pflegebedürftig (...) sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können.“

Es werden nunmehr sechs Bereiche benannt, in denen gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen können: Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen sowie Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Der zentrale Unterschied zum bis dato geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff der Pflegeversicherung ist, dass das Maß der Selbständigkeit und Fähigkeiten in den Fokus genommen wird sowie die Alltagsverrichtungen nicht mehr allein ausschlaggebend sind. Damit folgte der Gesetzgeber den bereits im Jahr 2000 aufgestellten Empfehlungen der Gutachter (siehe Abschlussbericht zum Projekt Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung, Bartholomeyczik et al., 2000 sowie nachfolgenden Arbeiten, wie z. B. Wingenfeld et al., 2008; Wingenfeld, Büscher & Schaeffer, 2007).

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der Konzeption des für das SGB XI neu definierten Pflegebedürftigkeitsbegriffs nach wie vor um eine Grundlage für die Leistungsgewährung der Pflegeversicherung handelt und dementsprechend gesundheitspolitisch eingeordnet werden muss. Eine pflege-theoretische Fundierung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes mit einer validen Konzeption steht bisher noch aus, auch wenn neue Tendenzen und Bestrebungen vielversprechend sind (Teigeler, 2023; Bergmann, 2021).

Zusammengefasst ist Pflegebedürftigkeit demnach immer ein Merkmal der Person, die auf Grund von Krankheit oder Behandlung auf pflegerische Hilfe angewiesen ist (Wingenfeld, 2000). Art und Umfang dieser Hilfestellung, also der Pflegebedarf, lassen sich aber nicht nur von der Pflegebedürftigkeit per se ableiten, sondern werden neben den Personenmerkmalen maßgeblich von Umweltfaktoren beeinflusst, wie Unterstützungsressourcen, sozialem Netz,

räumlicher Umgebung usw. (z. B. Bartholomeyczik & Hunstein, 2000). Dabei ist das, was jeweils als pflegerischer Bedarf "zugelassen" wird, ein Entscheidungs- und Beurteilungsprozess, der abhängig ist von der Art der pflegerischen Beziehung, den zu Grunde liegenden theoretischen Vorannahmen, vom Setting, vom Kontext, vom gesellschaftlichen und fachlichen Konsens sowie (pflege-)wissenschaftlichen Erkenntnissen.

5. Ohne klare Vorstellung keine Messung

An dieser Stelle bleibt die Frage, ob Pflegebedürftigkeit überhaupt gemessen werden kann. Aus messtechnischen (statistischen) Überlegungen heraus konstatierten **Brühl, Planer und Grebe (2012)**, „dass Pflegebedürftigkeit aktuell nicht valide messbar ist“ (**Brühl, Planer & Grebe, 2012, S. 151**), und kritisieren dabei die fehlenden Theorien, anhand derer eine eindeutige Operationalisierung möglich wäre. Sie fordern außerdem:

„Um ein besseres Messverfahren für Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, bestehen unserer Einschätzung nach zwei Ansatzpunkte:

1. Die Entwicklung eines Instruments zur Messung von Pflegebedürftigkeit sollte besser an die aktuelle Arbeitspraxis angebunden werden können, um nicht ein viel zu komplexes (und dennoch invalides) Instrument in die Welt zu setzen. Instrumente müssen praxisrelevant, valide und praktikabel sein.

2. Eine Theorie zur Pflegedürftigkeit muss besser begründen können, wodurch sich Pflegebedürftige unterscheiden. Hierzu müssen die bereits vorliegenden sinnvollen theoretischen Konstrukte besser strukturiert und operationalisiert werden.“

(Brühl, Planer & Grebe, 2012, S. 151, Hervorhebung im Original).

Der hier beschriebene Anspruch an ein Messverfahren für Pflegebedürftigkeit untermauert die Herangehensweise bei der Entwicklung aller Instrumente der effizienten Pflegeanalyse, angefangen mit dem 2002 veröffentlichten ergebnisorientierten PflegeAssessment AcutCare (ePA-AC), und wird uns in den kommenden Kapiteln immer wieder begegnen. Damit will das epaSYSTEM einen Teil zur Messbarkeit von Pflegebedürftigkeit beitragen.

6. Pflegebedürftigkeit im epaSYSTEM

Diss Dirk, S. 56:

Bei aller Unterschiedlichkeit der einzelnen Modelle und Definitionsansätze von Pflegebedürftigkeit lassen sich dennoch Gemeinsamkeiten feststellen:

Fast durchgängig zeigt sich die Vorstellung, dass der (erwachsene) Mensch üblicherweise grundlegende Fähigkeiten und Fertigkeiten aufweist, die es ihm ermöglichen, Aufgaben oder Tätigkeiten ausführen zu können. Sollten hierbei Beeinträchtigungen auftreten und seine individuellen Ressourcen und Strategien zur Bewältigung dieser Beeinträchtigungen nicht ausreichen, entsteht ein Unterstützungsbedarf.

Die Ursachen für eine Beeinträchtigung können sowohl in der Person, in der Krankheit oder der Veränderung von Körperfunktionen und -strukturen selbst liegen, durch ärztliche Diagnostik und Therapie hervorgerufen werden, als auch in seiner Umwelt begründet sein. Die Art der

Beeinträchtigung, deren Bewältigungsmöglichkeiten sowie die Komplexität der Versorgungssituation und deren Bewertung durch den Betroffenen spielen bei der nachfolgenden Bestimmung des Pflegebedarfs eine wesentliche Rolle. Hierzu gehören fördernde oder hemmende Faktoren der direkten Umwelt genauso dazu, wie soziale und politische Rahmenbedingungen.

Vorrangiges Ziel der Pflege ist Erhalt, Förderung oder Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensführung (**z. B. Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, 2005**). Dabei spielt die Unterstützung bei beeinträchtigten Körperfunktionen und -strukturen genauso eine Rolle wie der Schutz vor Schädigungen und der Umgang mit existenziellen Erfahrungen wie Schmerz.

Pflegebedürftigkeit entsteht, wenn die Fähigkeit, so für sich selbst sorgen zu können, wie es den persönlichen Anforderungen entspricht oder wie es zur Abwendung möglicher Gesundheitsbeeinträchtigungen erforderlich ist, beeinträchtigt ist.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass

„(...) die pflegerische Aufgabe unabhängig von dem Setting immer beinhaltet, die Fähigkeiten von Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigung im Bereich der Alltagsaktivitäten zu erhalten und zu fördern“ (Bartholomeyczik et al., 2006a, S. 5).

Je nach Setting verschieben sich die Schwerpunkte der Interventionen: In der akutstationären Krankenhausversorgung liegt der primäre pflegerische Fokus auf der (multidisziplinären) Einflussnahme auf eine Erkrankung und deren Auswirkungen. In einer rehabilitativen Einrichtung ist es der Wiedergewinn von Fähigkeiten. In der Langzeitpflege steht das Leben in der Einrichtung bzw. die Teilhabe am täglichen Leben und der Umgang mit Pflegebedürftigkeit im Vordergrund.

Für Interessierte:

Im Gegensatz zur Definition im SGB XI wird für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Verständnis der effizienten Pflegeanalyse keine Mindestzeit für das Vorliegen von Beeinträchtigungen vorausgesetzt: Auch ein ansonsten gesunder Mensch, der zur Metallentfernung am Daumen aufgenommen wird, kann postoperativ kurzfristig in seiner Selbstpflegefähigkeit so beeinträchtigt sein, dass er pflegerischer Unterstützung bedarf. Diese kann in einer Handreichung genauso bestehen wie in einer Anleitung. Damit ist er – im Sinne der effizienten Pflegeanalyse – pflegebedürftig, wenn auch nur für wenige Stunden.

DEFINITION:

Für das epaSYSTEM wird Pflegebedürftigkeit verstanden als ein Zustand, in dem der Mensch im jeweiligen pflegerischen Setting (akutstationär, pädiatrisch, geriatrisch, psychiatrisch, rehabilitativ etc.) in seiner normalerweise vorhandenen Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, so sehr beeinträchtigt ist, dass er zur Durchführung von Alltagstätigkeiten bzw. zur Herstellung der Entlassungsfähigkeit die Unterstützung durch Pflegenden benötigt. Der konkrete Pflegebedarf ergibt sich im Wesentlichen aus der Art der Beeinträchtigung, den verbliebenen Fähigkeiten, den Ursachen der Beeinträchtigungen sowie den mit der pflegerischen Unterstützung angestrebten Zielen (Bartholomeyczik & Hunstein, 2000).

7. Selbstpflegefähigkeit im epaSYSTEM

Diss Dirk, S. 25:

Selbstpflegefähigkeit

Im Rahmen der effizienten Pflegeanalyse wird der Begriff der Selbstpflegefähigkeit oder die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen verwendet. Sie stellt den Gegenpol von Pflegebedürftigkeit dar und ist eines der zentralen Konzepte des epaSYSTEMS. Die Selbstpflegetheorie von Orem ist dabei nur einer der Ausgangspunkte. Viel mehr identifiziert sich das epaSYSTEM mit einem allgemeineren Konzept der Selbstpflege, wie es z.B. von Kollak definiert wurde:

„(...) self-care can be defined as the personal abilities and actions that enable individuals to plan, organize, and carry out everything that is necessary for their own care.“ (Kollak, 2006, S. 42f.).

Sidani (2003a) erweitert den Begriff noch stärker:

„Self-care is the key dimension of health care. (...) Furthermore, self-care represents the theoretical foundation for psychoeducational, cognitive, behavioral, and symptom management interventions. The interventions involve informing clients about their condition and its treatment, and instructing them in (a) self-monitoring, perceiving, and identifying changes in functioning; (b) judging the meaning and severity of these changes; (c) assessing options for actions to manage these changes; and (d) selecting and performing appropriate actions.“ (Sidani, 2003a, S. 65)

Sie stellt damit nicht nur den aktuellen Zustand in den Vordergrund, sondern schließt auch künftige Fähigkeiten im Sinne eines Präventionsansatzes ein:

„Self-care has been operationalized as the perceived ability and/or actual performance of the actions or behaviors related to health maintenance and promoting, disease prevention, and self-treatment“ (Sidani, 2003a, S. 69).

Wie in Abbildung 1 dargestellt, kann die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, aus ganz unterschiedlichen Gründen beeinträchtigt sein.

- Pathophysiologie, d.h. Art der Erkrankung, Auswirkungen auf den Organismus
- behandlungsbezogen, d.h. Einschränkungen durch die eingeleitete (interdisziplinäre) Therapie
- persönlichkeitsbezogen, d.h.
- mangelnde Fähigkeiten/Fertigkeiten
- mangelnde Kenntnisse
- Störungen im Bereich der Wahrnehmung, des Erlebens, Denkens und Handelns
- andere Motive, wie z.B. lebensgeschichtliche Erfahrungen, andere Vorstellungen von Gesundheit, kulturelle, religiöse Gründe
- umgebungsbezogen, d.h. fehlende materielle Ressourcen wie auch fehlendes, soziales Unterstützungssystem
- entwicklungsbedingt, d.h. alterspezifische Ursachen

*Abbildung 1: Allgemeine Ursachen für eine Beeinträchtigung der Selbstpflegefähigkeit
(nach Baldegger, 1999, S. 43f.)*

Über die in Abbildung 1 benannten Einflussfaktoren kann die Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen durch „abhängigkeitsfördernde Pflege“ (**Krohwinkel, 1993, S. 96**) zusätzlich beeinträchtigt werden, indem Pflegenden sich mehr an den Defiziten der Patienten orientieren als an ihren (verbliebenen) Fähigkeiten. Mit der Einbindung des Konzepts der Selbstpflegefähigkeit im epaAC und epaLTC wird der Fokus weg vom defizitorientiertem und hin zum ressourcenorientiertem Handeln gelenkt und der Förderung der Fähigkeit, für sich selbst zu sorgen, der notwendigen Raum gegeben (Verweis auf Kapitel epaAC und epaLTC verlinken).

DEFINITION:

Für das epaSYSTEM, sowie als konzeptionelle Grundlage für das damals zu entwickelnde Instrument, wird Selbstpflegefähigkeit gemäß den vorigen Ausführungen als Fähigkeit verstanden, für sich selbst zu sorgen. Dies beinhaltet sowohl die funktionalen und kognitiven Fähigkeiten, um im jeweiligen Umfeld das höchstmögliche Maß an Selbstständigkeit zu erzielen, als auch die Fähigkeit, zielgerichtete Gesundheitsaktivitäten zu planen und durchzuführen. Sind diese Fähigkeiten beeinträchtigt, können beruflich Pflege beratend, unterstützend oder substituierend tätig werden.

Selbstfürsorge

Bei der Entwicklung des epaPSYC stellte sich heraus, dass es in der psychiatrischen Pflege begleitend zum Konzept der Selbstpflegefähigkeit vor allem auf ein weniger somatisch ausgerichtetes Pflegeverständnis ankommt. Diesem kommen wir mit dem Konzept der Selbstfürsorge, also der Fähigkeit, mit sich selbst fürsorglich umzugehen, nach. Das philosophisch geprägte Konzept wagt eine differenziertere Deutung des englischen Begriffs „self-care“, welcher je nach Kontext beide im Deutschen verwendeten Begriffe „Selbstpflege“ und „Selbstfürsorge“ entsprechen kann (z.B. wird Dorothea Orem's Selbstpflegedefizittheorie synonym mit Selbstfürsorgedefizittheorie verwendet).

Kleiner Exkurs in die Philosophie:

Selbstfürsorge im epaSYSTEM entspricht den Ansätzen von Michel Foucault und **Joachim Küchenhoff (1999)** und beschreibt die Fähigkeit

„mit sich selbst umzugehen, zu sich selbst gut zu sein, sich zu schützen und nach sich selbst zu schauen, die eigenen Bedürfnisse zu berücksichtigen, Belastungen richtig einzuschätzen, sich selbst nicht zu überfordern, oder sensibel auf Überforderungen zu bleiben.“ (Küchenhoff, 1999, S. 151)

Küchenhoff spricht dabei von „Selbstachtung“ und „der Fähigkeit zu einer liebevollen Rückwendung zu sich selbst.“ (**1999, Seite recherchieren**)

„Le Souci de Soi“ (Die Sorge um sich) nach Foucault meint „eine Haltung und das Verhalten eines Menschen, der es unternimmt, das eigene Leben zu gestalten, es nicht an fremden Normen und Vorstellungen zu orientieren, sondern ihm eine unverwechselbare eigene ästhetische Form zu geben“ (**zit nach Foucault, Quelle folgt**)

Selbstfürsorge beinhaltet auch die Bemühung, Zugang zu Selbsterkenntnis zu erhalten - sich selbst zu erkennen oder genauer gesagt, sich selbst kennenzulernen. Foucault betont, dass

Selbstfürsorge und die damit verbundene Bewusstwerdung ein fortlaufender Lernprozess sind. Er geht davon aus, dass es kein feststehendes "wahres Selbst" gibt, das entdeckt werden muss, sondern dass Wandel und Veränderung grundlegende Prinzipien menschlichen Lebens sind (**Foucault, Quelle folgt**). Daher ist Selbstfürsorge keine statische Eigenschaft, sondern eine Haltung, die kontinuierlich erarbeitet werden muss. (Küchenhoff, 1999, Seite recherchieren)

Die praktische Bedeutung des philosophischen Ansatzes:

Aus Dokument "Your Secure

Cloud\epaCC_alleNEU\02_KuB\06_Quellen\02_Hintergrundliteratur\epaPSYC\Selbstfürsorge-Index_090117.docx":

Selbstfürsorge findet also nicht in der Beziehung zwischen "Ich" und "Du" statt, sondern in der Beziehung zu sich selbst, dem "Ich". Selbstfürsorge bedeutet, dass man gleichzeitig sowohl das Objekt als auch das Subjekt der eigenen Aufmerksamkeit und Handlungen ist. Es gibt einen Teil von uns, der Bedürfnisse hat und liebevoll behandelt werden möchte. Gleichzeitig erfordert Selbstfürsorge, dass ein fürsorglicher Teil in uns vorhanden ist, der die Bedürfnisse wahrnimmt und sich um sie kümmert. (**vgl. Kaul, E. (2012)**). "Selbstfürsorge – von der Philosophie zur Praxis." IBP MAGAZIN 3(September 2012): 3-5.)

Das Konzept der Selbstfürsorge basiert auf einem Persönlichkeitsmodell, das verschiedene Persönlichkeitsaspekte umfasst, die nebeneinanderstehen (**vgl. Kaul, E. (2012)**). "Selbstfürsorge – von der Philosophie zur Praxis." IBP MAGAZIN 3(September 2012): 3-5.):

- Selbstfürsorge auf körperlicher Ebene äußert sich zum Beispiel, indem eine Person auf (Warn-)Signale des Körpers achtet, regelmässig isst, körperliche Aktivitäten ausübt, die ihm Freude bereiten oder sich entspannen kann (Ferien, Pausen, Schlafen).
- Auf emotionaler Ebene geht es insbesondere um die Wahrnehmung von Gefühlen: Kann eine Person Ärger, Wut, Trauer, Liebe, Freude, Heiterkeit oder Humor ausdrücken und ist sie in der Lage, Zeit mit anderen Menschen zu verbringen oder persönlich wichtige Beziehungen zu pflegen. Auch aktiv Möglichkeiten zum Lachen und zur Lebensfreude zu suchen, etwas zu genießen und sich Zeit zu nehmen, für sich zu sein, sind Aspekte der emotionalen Selbstfürsorge.
- Kognitive Selbstfürsorge beschreibt, wenn eine Person sich Zeit nimmt zum Nachdenken und Reflektieren, zum Beispiel in Form eines Tagebuchs. Weitere Anteile sind, auf eigene Gedanken, Meinungen, Glauben, Haltungen achtzugeben, sich selbst zu loben, seinen Geist für neue Bereiche zu öffnen oder auch den Umgang mit positiven wie negativen Glaubenssätzen zu lernen.
- Soziale Selbstfürsorge bezieht sich auf Aktivitäten innerhalb der sozialen Gruppe und in der Öffentlichkeit sowie auf die eigenverantwortliche Bewältigung von Konfliktsituationen und die Verteidigung persönlicher Überzeugungen vor anderen.
- Die spirituelle Selbstfürsorge umfasst die Fähigkeit des Einzelnen, eigene Werte zu identifizieren und zu verteidigen. Zudem spielt die Entwicklung von Vertrauen und Hoffnung eine bedeutende Rolle in diesem Bereich.

(**vgl. Brechbühl, G. and S. Pfeifer-Burri (2012)**). "Warum Selbstfürsorge so wichtig ist und uns dennoch oft schwerfällt." IBP MAGAZIN 3(September 2012): 8-11.)

Der Bogen zur Psychiatrie:

Aus Dokument "Your Secure

Cloud\epaCC_alleNEU\02_KuB\06_Quellen\02_Hintergrundliteratur\epaPSYC\Selbstfürsorge-Index_090117.docx"

Durch eine psychische Erkrankung kann die Selbstfürsorge auf all diesen Ebenen eingeschränkt sein: Patientinnen und Patienten spüren sich selbst nicht mehr. So kann die Bedeutung von Selbstfürsorge weitgehend abgespalten werden. Die Erkrankten sehen nicht mehr den Sinn in einer selbstfürsorglichen Handlung oder es ist den Erkrankten schlichtweg unmöglich, erforderliche Handlungen durchzuführen. Es kann der Antrieb dazu fehlen (Depression), es mangelt aufgrund (traumatischer) Erfahrungen in der eigenen Biografie an einer liebevollen Selbstfürsorge, es kann konkrete Ängste geben, die davon abhalten (Zwangs- oder Angststörungen) oder aber es treten so viele andere psychische Inhalte in den Vordergrund, dass die eigene Selbstfürsorge hintenansteht (Manie oder Borderline-Persönlichkeitsstörung). Weiterhin gilt bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen und psychiatrischen Erkrankungen, dass der Körper als Selbstobjekt abgelehnt und entsprechend bestraft wird. (Daumit et al. 2002). (Gröning et al., 2016, S. 7-8)

Aus mangelnder Selbstfürsorge ergibt sich demnach ein Handlungsbedarf an Fürsorgeleistungen, welche in der psychiatrischen Pflege von hoher Bedeutung sind. Das Konzept der Selbstfürsorge im epaPSYC setzt an dieser Stelle an, indem es der Pflegefachperson die Möglichkeit gibt, die Potentiale und Beschränkungen der unterschiedlichen Aspekte der Selbstfürsorge in ihre psychiatrische Arbeit einzubeziehen (siehe Kapitel epaPSYC verlinken).

Selbstständigkeit

Aus Spezielle Entwicklung - ergebnisorientiertes PflegeAssessment epaKIDS2

JuKiP, 5(5), 204-209. Sippel B, Metzenrath A, Hübler O (2016):



Abb. 2 Konzepte Selbstständigkeit und Selbstpflegefähigkeit.

Die Entwicklung eines pflegebezogenen Assessment-Instruments für Kinder aller Altersklassen (epaKIDS), sollte das Konzept der Selbstpflegefähigkeit erneut erweitern: Um die unterschiedlichen Handlungsanlässe in der Kinderkrankenpflege abzubilden, bedarf es der Unterscheidung eines situationsbedingten Pflegebedarfs gegenüber einem natürlichen, altersentsprechenden Hilfebedarf: Auf dieser Basis entstand das Konzept der Selbstständigkeit. Dem Konzept der Selbstständigkeit liegen Annahmen der klassischen Entwicklungspsychologie zugrunde (z.B. **Michaelis, R. and G. W. Niemann (2004). Entwicklungsneurologie und Neuropädiatrie. Stuttgart, Thieme; Flehmig, I. (2007). Normale Entwicklung des Säuglings und ihre Abweichungen. Früherkennung und Frühbehandlung. Stuttgart, Georg Thieme; Brandt, I. and E. J. Sticker (2001). GES Griffiths Entwicklungsskalen zur Beurteilung der Entwicklung in den ersten beiden Lebensjahren. Bern, Göttingen, Hogrefe.**):

Mit der Geburt eines Menschen beginnt dessen Reifungsprozess. Das Ende dieses Prozesses ist dann erreicht, wenn ein Kind in der Lage ist, Alltagsaktivitäten wie Waschen, Ausscheiden, Kleiden usw. selbstständig durchzuführen. Der Reifungsprozess ist in den einzelnen Alltagsaktivitäten dynamisch. Kinder lernen z.B. zuerst sich zu drehen, dann sich aufzusetzen, sich aufzustellen und schließlich frei zu laufen.

Darüber hinaus sind manche Reifungsprozesse früher abgeschlossen als andere. Beispielsweise können die meisten Kinder mit 18 Monaten laufen, sind dann aber noch nicht in der Lage, ihre Ausscheidungen zu kontrollieren. Der natürliche Hilfebedarf aufgrund eines noch nicht abgeschlossenen Reifungsprozesses ist also altersbedingt, und geht in der Regel mit dem Erreichen des 5. Lebensjahres in einen Verfeinerungsprozess über (z.B. kann das Kind laufen und Treppen steigen, aber erlernt noch das Balancieren entlang der Bordsteinkante; das Kind kann Gefühle benennen und unterscheiden und ist zur Selbstregulation in der Lage, erlernt

allerdings noch differenzierter und empathischer mit Gefühlen umzugehen). Zu diesem Zeitpunkt wird das Konzept der Selbständigkeit abgelöst vom Konzept der Selbstpflegefähigkeit.

Ist der Reifungsprozess in einem Bereich der Alltagsaktivitäten abgeschlossen, greift das Konzept der Selbstpflegefähigkeit (→ Abb. 2). Tritt nun eine besondere Situation ein, wie z.B. eine Erkrankung oder ein Unfall, kann neben dem natürlichen Hilfebedarf ein zusätzlicher Pflegebedarf entstehen oder die zuvor bestehende Selbstpflegefähigkeit so weit beeinträchtigt werden, dass (Pflege-)Handlungen zur Kompensation oder zum Wiedergewinn der ursprünglich vorhandenen Fähigkeiten erforderlich werden.

Durch die Integration dieses Konzeptes der Selbständigkeit und Kombination mit der Selbstpflegefähigkeit im epaKIDS ist es für die Pflegefachperson möglich, pflegerische Handlungsanlässe entsprechend zu differenzieren und in den Gesamtkontext der pflegerischen Situation des Kindes einzubinden. (siehe Kapitel epaKIDS verlinken).

8. Abschnitt zu Recovery

2. Pflegefachperson und eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

1. Pflegerische Handlungsanlässe

Diss Dirk, S. 27:

Betrachtet man den mannigfaltigen Tätigkeitsbereich, wird klar: Pflegende sind mit sehr vielen unterschiedlichen Aufgaben betraut.

Nach der International Classification of Nursing Practice (ICNP), ist eine Pflegeintervention eine „*Pflegehandlung, die aufgrund einer Pflegediagnose unternommen wird, um ein Pflegeergebnis zu bewirken (...)*“ (Hinz et al., 2003, S. 140). Auf den ersten Blick erscheint diese Definition einleuchtend.

Für Interessierte:

International Classification of Nursing Practice (ICNP, dt. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis) ist ein pflegewissenschaftliches Ordnungssystem und enthält eine Referenzterminologie zur Erfassung von Pflegediagnosen (Pflegephänomenen), Pflegemaßnahmen und Pflegeresultaten. Version 1.0 der ICNP erfasst eine Pflegeintervention in 7 Achsen: Client (Klient), Focus (Fokus), Judgement (Beurteilung), Means (Mittel), Action (Handlung), Time (Zeit), Location (Ort).

Die aktuelle Weiterentwicklung der ICNP und deren Integration in SNOMED CT kann hier nachgelesen werden: <https://www.icn.ch/search?q=ICNP> (Stand: 29.02.2024)

Doch nicht alles, was Pflegende tun, lässt sich mit Pflegebedürftigkeit (im Sinne einer Pflegediagnose) begründen. Um dem Rechnung zu tragen, wird in diesem Kapitel eine Abgrenzung zwischen dem Fokus der pflegerischen Intervention und dem Fokus der

medizinischen Intervention vorgenommen: Pflege beschäftigt sich mit den (potenziellen) Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, also dem *Krank-Sein* – im Gegensatz zur Medizin, in deren Fokus gerade im akutmedizinischen Bereich vor allem die *Krank-Heit* und deren Ursachen steht.

Bereits 1859 formulierte Florence Nightingale eine Trennung zwischen der Krankheit („*Illness*“) und den Krankheitsfolgen („*Suffering*“) (**Nightingale, 1859, S. 6**). Doch dauerte es noch weitaus mehr als hundert Jahre, bis sich im angloamerikanischen Raum eine Definition von Pflege durchsetzt, die diese Unterscheidung in das Berufsbild manifestiert.

Die **American Nurses Association (ANA)** beschreibt die pflegerische Perspektive in den 1980er Jahren folgendermaßen:

„Pflege ist die Diagnose und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme“ (ANA American Nurses Association, 1980, zit. nach Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. XV).

Menschliche Reaktionen sind dabei definiert als

„Reaktionen eines Individuums (...) auf aktuelle Probleme, wie etwa die Auswirkung von Krankheitserscheinungen auf die Person selbst oder die Familie und der mit diesen Effekten verbundene Selbstfürsorgebedarf; diese Reaktionen sollen zur Wiederherstellung der Gesundheit dienen“ (ANA 1980, zit. nach Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. 60).

Krank-Heit und *Krank-Sein* können einander beeinflussen, wobei „zwischen beiden kein lineares Verhältnis vorzufinden ist“ (**Enquête-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, 2005, S. 31**). Eine Krankheit führt demnach weder zwingend zu Pflegebedürftigkeit noch ist bei gleichen Krankheiten durchgängig von einem einheitlichen Pflegebedarf auszugehen. Diese relative Unabhängigkeit von Krankheit, Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigungen findet heute auch auf klassifikatorischer Ebene, z.B. in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) Berücksichtigung (**siehe Kapitel 2.4 „Entwicklung einer Rahmenstruktur“**).

Für Interessierte:

Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte Klassifikation. Diese Klassifikation bietet eine einheitliche und standardisierte Sprache, um den funktionalen Gesundheitszustand, Behinderungen, soziale Beeinträchtigungen und relevante Umgebungsfaktoren einer Person zu beschreiben, unabhängig von Fachgebiet oder Land. Mit der ICF können die biopsychosozialen Auswirkungen von Krankheiten unter Berücksichtigung des Kontexts systematisch erfasst werden. Die deutsche Version, genannt Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Stand Oktober 2005), ist online beim BfArM verfügbar. Sie kann als PDF heruntergeladen werden, das dem gedruckten Buch entspricht, oder als kostenpflichtige Buchausgabe bestellt werden.

Wenn *Krank-Heit* und die sich im *Krank-Sein* manifestierenden Auswirkungen der Krankheit unterschiedliche Dimensionen beschreiben, dann müssen medizinische Behandlung und pflegerische Intervention unterschiedliche Ziele haben. Die von der Pflegebedürftigkeit abgeleitete pflegerische Intervention kann nach Schröck (1988) verstanden werden als

„eine helfende und unterstützende Tat, die primär darin besteht, dem Kranken bei seinen alltäglichen Aufgaben, die ein Erwachsener innerhalb seiner Kulturgesellschaft normalerweise selbständig und unabhängig durchführen und in einer kompetenten Weise erfüllen kann, beizustehen“ (Schröck, 1988, S. 86).

Dieser Definition fehlt allerdings das Ziel der pflegerischen Intervention: Weitestgehende Selbstpflegefähigkeit (Selbstfürsorge, Selbstständigkeit) (wieder-) herzustellen. Dies ist von Bedeutung, da sich pflegerische Interventionen nicht nur auf Unterstützung und Begleitung begrenzen lassen. Und auch prophylaktische Maßnahmen gehen häufig darüber hinaus.

2. Pflegeanlässe und pflegerisches Handeln im epaSYSTEM

Diss Dirk, S. 140:

Pflegende werden also aus verschiedenen Gründen tätig. Das Arbeitsmodell (Abbildung 22, vgl. auch die Ausführungen in Kapitel 2.2) für das epaSYSTEM enthält folgende Überlegungen:

Es gibt einerseits Handlungsanlässe, die aus dem *Krank-Sein* entstehen. Diese Anlässe werden dem *eigenverantwortlichen Bereich der Pflege* zugeordnet und führen zu Interventionen, die der Übernahme, Unterstützung und/ oder Wiedergewinnung von Selbstpflegefähigkeit dienen. Auch das Verordnen bzw. Empfehlen von Pflegehilfsmitteln zu diesem Zweck fällt in diesen Bereich.

Andererseits gibt es Handlungsauslöser, die im Zusammenhang mit der *Krank-Heit*, d. h. der Mitarbeit bei (ärztlicher) Diagnostik und Therapie stehen. Diese werden dem *mitverantwortlichen Bereich der Pflege* zugeordnet. Hierzu zählen Leistungen wie z. B. Überwachung von Vitalparametern, medizinische Hautbehandlung, Verbandwechsel, Injektionen oder Infusionen sowie die Unterstützung der ärztlichen Diagnostik und Therapie je nach erreichten Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten.

Für Interessierte

In Österreich (GuKG § 15a) und der Schweiz (Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) und der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV)) und zum Teil in Deutschland (SGB XI § 40) sind Pflegefachpersonen berechtigt, Pflegehilfsmittel zu verordnen – bzw. in Deutschland zu empfehlen. Hierzu zählen z.B. Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme (Ess- und Trinkhilfen), Inkontinenzhilfsmittel (Windelhosen, Bettschutzeinlagen, Urinbeutel) oder Mobilisationshilfen (Gehstöcke, Rollatoren). Das diese Pflegehilfsmittel in der Regel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, verstehen wir dieses pflegerische Handeln im Sinne des „Krank-Sein“ als eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich unabhängig der berufspolitischen Ausgestaltung.

Die länderübergreifenden berufspolitischen Bestrebungen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten (in Deutschland z.B. über Modellvorhaben nach SGB V § 63) verstehen wir im Sinne des epaSYSTEMS als pflegerisches Handeln, welches im Zusammenhang mit der Krank-Heit steht und dem mitverantwortlichen Bereich der Pflege zugeordnet werden, denn es handelt sich weiterhin um eine Mitarbeit bei Diagnostik und Therapie im Schulterschluss mit den Medizinern,

wobei der mitverantwortliche Part einen stärkeren Fokus auf die Eigenverantwortlichkeit bei der Ausübung erlangt.

Dabei können sich die beiden Handlungsauslöser gegenseitig bedingen: Beispielsweise ist ein ansonsten selbstständiger Patient durch umfangreiche Zuleitungen (Infusionen o. ä.) nicht in der Lage, sich selbst an- und auszukleiden. Ebenso können sich Phänomene wie z. B. Angst oder Schmerzen indirekt, z. B. als Ursache für eine Beeinträchtigung der Mobilität, auswirken und können damit genauso handlungsauslösend sein wie ein Gipsverband.

Unterstützungsleistungen, wie Dokumentation, Fallbesprechungen, Terminorganisation, interne Transporte usw., sind Tätigkeiten, die von allen Berufsgruppen im Gesundheitswesen in aktiver Zusammenarbeit ausgeführt werden (sollten). Sie tangieren die pflegerischen Interventionen im eigen- und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, bleiben allerdings für die Betrachtungen im epaSYSTEM weitestgehend außen vor. Ebenso unberücksichtigt bleiben fallunabhängige Leistungen, wie z. B. Stationsorganisation oder Anleitung von Auszubildenden.

Auch Anlässe, die während der stationären Krankenhausversorgung nicht im Vordergrund stehen, wie instrumentelle Fähigkeiten, z. B. Einkaufen, Haushaltsführung usw. (**Spector et al., 1987**), bleiben für das hier vorgestellte Verständnis von pflegerischen Handlungsanlässen unberücksichtigt. Für die Beurteilung der Entlassungsfähigkeit bzw. erforderlicher poststationärer Leistungen können diese Informationen allerdings bedeutsam sein.

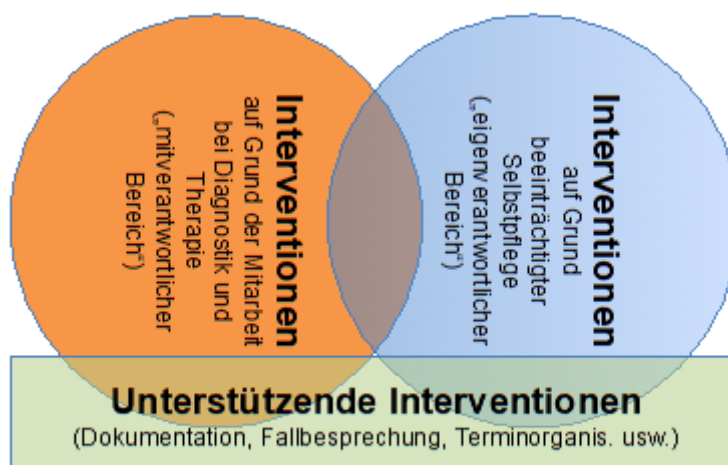


Abbildung 22: Modell „Pflegeanlässe im epaSYSTEM“

Diss Dirk, S. 57 f:

Für das epSYSTEM „relevante Pflegeanlässe“ sind im eigenverantwortlichen Bereich entsprechend verortet:

- die Auswirkungen eines aktuellen Ereignisses (ausgedrückt z. B. über die ärztliche Diagnose oder Therapie) auf die Fähigkeit zur Selbstpflege; die davon abgeleiteten Interventionen haben tendenziell einen rehabilitativ ausgerichteten Ansatz,
- vorbestehende Beeinträchtigungen der Selbstpflege, die wahrscheinlich auch nach dem Krankenhausaufenthalt fortbestehen (unabhängig von der ärztlichen Hauptdiagnose); die davon abgeleiteten Interventionen haben tendenziell einen unterstützend-kompensatorischen Ansatz.
- Begleitend dazu werden als Pflegeanlässe der Bedarf an pflegetherapeutischen und/oder pflegepädagogischen Maßnahmen, wie z.B. Basale Stimulation, fazio-orale Therapie, atemstimulierende Einreibung, Schulungen, Anleitungen sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Risiken resp. (Schadens-)Ereignissen wie z. B. Dekubitus, Bettlägerigkeit oder Sturz, mit Interventionen präventiven Charakters, verstanden.

Kurz und Knapp:

Pflegehandeln besteht nicht aus einer Abfolge einzelner, jeweils getrennter Handlungen, sondern steht jeweils innerhalb eines umfassenden Kontexts. Ausgangspunkt aller pflegerischen Handlungen im Sinne des epaSYSTEMS ist nicht die Krankheit, sondern die Situation des Pflegebedürftigen, seine sich im Krank-Sein manifestierenden Beeinträchtigungen. Ziel der Pflege ist es, den (erwachsenen) Menschen entweder (wieder) zur Unabhängigkeit zu führen oder, falls dies nicht möglich ist, mit den Abhängigkeiten und/oder Beeinträchtigungen leben zu lernen. Der interventionelle Charakter reicht damit von Anleitung und Beratung über Unterstützung bis hin zur Übernahme von Alltagstätigkeiten.

3. Pflegeperson, Pflegefachperson, Pflege(fach)person – Vorbehaltsaufgaben in der professionellen Pflege

Zugegebenermaßen gewinnt der Begriff “Pflegefachperson” in Deutschland erst seit Einführung des neuen Pflegeberufegesetzes (**PfLBG**) im Jahr 2020 wachsendes Verständnis. Die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ (§1 PfLBG) löst damit die 2004 etablierten Berufsbezeichnungen Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in und Altenpfleger/-in ab.² In der Schweiz brachte bereits die Akademisierung des Pflegebildungssystems und die Integration der Gesundheitsberufe in das Berufsbildungsgesetz im Jahr 2002 den Begriff der Dipl. Pflegefachfrau/-mann HF (Höhere Fachschule) bzw. Pflegefachfrau/-mann FH (Fachhochschule) mit sich (**Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe (GesBG)**). Österreich definierte 1997 gesetzlich im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (**GuKG**) die Berufsbezeichnung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Mit der GuKG Novelle 2016 bleibt diese Berufsbezeichnung, wird aber 2024 nur noch an Fachhochschulen ausgebildet.

Obwohl die Berufsbezeichnungen, Zugangsvoraussetzungen, Bildungsinstitutionen und Kompetenz- bzw. Tätigkeitsbereiche innerhalb der professionellen Pflege in der Schweiz, Österreich und Deutschland divergieren, so haben sie doch einen gemeinsamen Nenner: Die Pflegeprozessverantwortung, d. h. die Fallverantwortung für die Pflege von Patienten und Patientinnen liegt einzig und allein in der Zuständigkeit der Pflegefachpersonen (**vgl. Daxberger, Peters, Hauck, 2020**).

Das epaSYSTEM spricht von einer "Pflegefachperson" deshalb immer dann, wenn die Person den Tätigkeitsbereich der Pflegeprozessverantwortung (Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs sowie Planung und Durchführung der Pflegehandlungen, Evaluation der Pflegeergebnisse) ausübt. Die Pflegeprozessverantwortung ist Voraussetzung zur Anwendung der effizienten Pflegeanalyse. Im Unterschied dazu subsummiert der Begriff "Pflegeperson" im epaSYSTEM daher Angehörige der Pflegeassistentenberufe sowie die sogenannten Laienpflegenden, die Bezugspersonen (Familienangehörige, Verwandte, Freunde, Nachbarn oder Bekannte) der pflegebedürftigen Person. Eine Pflege(fach)person umfasst im epaSYSTEM somit alle Personen, die Pflegehandlungen ausführen.

3. Pflegesensitive Ergebnisse

1. Ergebnisqualität – Herausforderung und Chance für die Pflege

Aus Call for Abstracts – ENI 2003:

Die Pflege steht als Teil des gesamten Gesundheitssystems zunehmend unter Druck, sich an Zielen wie Effektivität und Effizienz zu orientieren. Dabei müssen neben ökonomischen Kennzahlen auch andere quantitative und qualitative Daten herangezogen werden, um medizinische und pflegerische Leistungen angemessen steuern zu können.

Ein entscheidender Faktor ist dabei die Bewertung von Zielerreichungsgraden, auch bekannt als Ergebnisqualität. Im pflegewissenschaftlichen Diskurs und in der Pflegepraxis wurde dieser Aspekt bisher jedoch oft vernachlässigt. So sind quantifizierbare und qualifizierbare Ergebniskriterien der Pflege lediglich in Ansätzen vorhanden.

Spätestens mit der Einführung der DRGs (Diagnosis Related Groups) ist der Druck gestiegen, die Qualität und den Erfolg pflegerischen Handelns zu beweisen. Bedenklich ist jedoch, dass dieser ökonomische Druck oft in die falsche Richtung gelenkt wird. Der Versuch, Pflege über medizinische Diagnosen wie ICD-10 oder undifferenzierte Ergebniskriterien wie Wiedereinweisungsraten, Wundinfektionen oder verbrauchte Personalstunden (z.B. nach PPR 2.0) zu definieren, lässt den spezifische Beitrag der Pflege außen vor. Dabei sollte der eigentliche Anspruch im Grundsatz klar sein: Pflegeleistungen ohne nachvollziehbare Begründung und Erfolgsnachweis sind ethisch nicht vertretbar.

Nur mit geeigneten pflegerischen Daten kann der Wert der Pflege in der Gesundheitsversorgung transparent gemacht werden. Der deutliche Mangel an solchen Daten sollte nicht nur Berufsangehörige der Pflege, Pflegewissenschaften und Ökonomie alarmieren, sondern auch Berufsverbände und die Gesundheitspolitik.

Es ist jedoch wichtig anzuerkennen, dass gerade in der Pflege, in der komplexe Interaktionen und individuelle Situationen eine Rolle spielen, die Grenzen der Messbarkeit schnell erreicht sind. Pflege ist geprägt von prozesshaftes Handeln, in dem neben standardisierbaren Tätigkeiten

vielfältige situative und interaktive Faktoren eine entscheidende Rolle spielen. Einzelne betrachtete Ergebnisindikatoren sollten daher nicht den Anspruch haben, die gesamte Komplexität der pflegerischen Arbeit abbilden zu wollen. Wohl aber können sie einen Hinweis auf die Ergebnisqualität im Gesamtsystem geben. Welche Indikatoren das sein könnten und wie sie – korrekt erhoben – zur Professionalisierung der Pflege beitragen, beleuchten die folgenden Kapitel genauer.

2. Pflegeergebnisse und “Die Vermessung der (Pflege-)Welt”

Diss Dirk, S. 51 ff:

Die ersten Publikationen zu Pflegeergebnissen in Deutschland entstanden Ende der 1990er Jahre. Allerdings handelte es sich hierbei um Veröffentlichungen, die in erster Linie die dringende Notwendigkeit einer pflegerischen Ergebniserfassung betonten. Hierin wird vor allem die Möglichkeit gesehen, die Qualitätsdiskussion und die Professionalisierung der Pflege zu unterstützen (z. B. **Badura, 1999; Görres, 1996; Schaeffer & Ewers, 1999**).

Erste, wissenschaftlich aufgearbeitete Ansätze zur Strukturierung von Pflegeergebnissen stellte die Entwicklung der Pflegeergebnisklassifikation (**Nursing Outcomes Classification (NOC)**, **Johnson, Maas & Moorhead, 2000a; Maas, Johnson & Moorhead, 1996, auf Deutsch Johnson, Maas & Moorhead, 2005**) dar. Diese Klassifikation ist nicht unumstritten. So kritisierte z. B. **van der Bruggen (2002, S. 78)**, dass der theoretische Hintergrund nicht ausreichend evaluiert sei und dass es Abweichungen zu den Konzepten der NIC und der NANDA gäbe. Die NOC sei zudem sehr umfangreich und auf den Tätigkeitsbereich der amerikanischen Pflege ausgerichtet.

Da es im multidisziplinären Kontext der Gesundheitsversorgung schwierig ist, eindeutige, disziplinspezifische Ergebnisse zu messen, sprechen die Entwickler der NOC auch von disziplinsensitiven Ergebnissen (*nursing sensitive outcomes*). D.h. dass die betrachteten Ergebniskriterien zum einen durch pflegerisches Handeln beeinflussbar sein müssen und zum anderen eine gewisse Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Veränderung durch pflegerisches Handeln verursacht wurde (**siehe auch Höwer, 2002 oder Faust, 2004**).

Für Interessierte:

Die NANDA International (NANDA-I, Internationale Klassifikation der Pflegediagnosen) hat ihren Ursprung aus der North American Nursing Diagnosis Association, einer Kommission von Pflegewissenschaftlerinnen, die sich die Erleichterung der Entwicklung, Verfeinerung, Verbreitung und Verwendung standardisierter pflegediagnostischer Terminologie zur Aufgabe gemacht haben (vgl. [Unsere Geschichte | NANDA International, Inc.](#), 2024). Erste und wohl auch einflussreichste Präsidentin der NANDA wurde 1982 Marjory Gordon. Die aktuellste Auflage ist im Juni 2024 veröffentlicht worden. Die aktuellste deutsche Fassung NANDA-I-Pflegediagnosen 2021-2023 (Kamitsuru, Herdman, Lopes (Hrsg.), 2022) enthält 267 Pflegediagnosen, die in 13 Domänen und 47 Klassen gruppiert sind.

Die Nursing Interventions Classification (NIC) und die Nursing Outcomes Classification (NOC) der University of Iowa College of Nursing sind umfassende, standardisierte Klassifikationen von Pflegeinterventionen und pflegesensitiven Patientenergebnissen, die seit über 26 Jahren in

mehreren Ländern erforscht werden (vgl. [NIC & NOC Fact Sheet | College of Nursing - The University of Iowa \(uiowa.edu\)](#), 2024).

Die 8. Auflage der NIC (2024) umfasst 614 standardisierte Pflegeinterventionen und mehr als 13 500 Pflegeaktivitäten.

Die 7. Auflage der NOC (2024) enthält 612 pflegesensitive Patientenergebnisse mit mehr als 11 500 Indikatoren, die Konzepte mit 5-Punkte-Likert-Skalen messen, um die Effektivität von Pflegemaßnahmen zu bewerten.

In Verbindung mit den NANDA-I-Diagnosen dienen NIC und NOC vielerorts als Grundlage für den Pflegeprozess in der Pflegepraxis, -ausbildung und -forschung.

Der wissenschaftliche Nachweis, welche pflegerischen Interventionen in welchem Ausmaß tatsächlich Einfluss auf den Zustand eines Patienten nehmen, ist der Schlüsselaspekt der pflegerischen Ergebniserfassung:

„Changes in health status do not serve as a measure of the quality of care until other causes for such changes have been eliminated, and one is reasonably sure that previous care is responsible for the change, which then can be truly called an outcome“ (Donabedian, 1980, in: Badura, 1999, S. 28).

3. Pflegeergebnisse im epaSYSTEM

Diss Dirk, S:

DEFINITION:

Ein Pflegeergebnis ist ein erreichter Patientenzustand, der aus gezieltem Pflegehandeln resultiert.

Da das epaSYSTEM ursprünglich aus dem Projektauftrag heraus entstand, Ergebnisse der Pflege transparent zu machen, stand an erster Stelle die Frage, nach welchen qualitativen und quantitativen Kriterien sich Pflegeergebnisse darstellen lassen (**Flegel & Hunstein, 2002**). In der Synopse der gesichteten Literatur kristallisierten sich folgende Kernaussagen als Grundlage für eine Definition heraus:

- *Pflegeergebnisse sind messbare Resultate, die durch bestimmte Zeichen und Symptome charakterisiert sind, innerhalb eines festgelegten Zeitraumes entstehen und im Kontext von Pflegeprozess und Pflegediagnosen als Kriterium für eine Zielerreichung dienen (**Bond & Thomas, 1991; Griffiths, 1995; Marek, 1989; van der Bruggen, 2002**).*
- *Pflegeergebnisse resultieren aus Handeln (**Bölicke & Wlosinski, 1998; Johnson, Maas & Moorhead, 2000b; Maas, Johnson & Moorhead, 1996**).*

- Ein Pflegeergebnis beschreibt eine Veränderung im Sinne von Verbesserung oder Verschlechterung, sowie die Stabilisierung eines Patientenzustands (**Marek, 1997; Nies et al., 1999**).
- Beabsichtigte Veränderungen (Verbesserungen) oder die beabsichtigte Stabilisierung eines Zustands repräsentieren ebenso ein Ergebnis wie eine unbeabsichtigte Veränderung oder gar die Verschlechterung des Zustands (**Bölicke & Wlosinski, 1998; Donabedian, 1985**).
- Ergebnisse beziehen sich auf den Gesundheitszustand des Patienten, auf sein Gesundheitsverhalten und seinen gesundheitsbezogenen Wissensstand (**Badura, 1999; Görres, 1996; Kimball & O'Neil, 2002**).
- Pflegeergebnisse richten sich auf den Kontext, die Patientenperspektive, die Handlungssituation und den Prozess (**Donabedian, 1969, 1988; Kleinpell-Nowell & Weiner, 1999; Maas, Johnson & Moorhead, 1996**).
- Messparameter zur Bestimmung des Ergebnisniveaus können naturwissenschaftlich-rationalistische Daten, aber auch ‚weiche‘ Daten wie Wohlbefinden und Lebensqualität umfassen, wobei es schwieriger ist, letztere standardisiert zu erfassen (**Kleinpell, 1997; Redfern & Norman, 1990**).
- Unabhängig vom verwendeten (Klassifikations-)System lautet die wesentliche Grundbedingung, dass Anfangs- und Endzustände sowie Ziele erfasst werden müssen, denn nur so ist ein Abgleich zwischen einem angestrebten Ziel und dem erreichten Ergebnis, d.h. die Messung von Pflegeergebnissen und deren Qualität möglich (**Flegel & Hunstein, 2003; van der Bruggen & Groen, 1997, 1999**).

Die daraus entstandene Definition für das epaSYSTEM enthält folgende wesentliche Merkmale:

Die Bezeichnung „erreichter Patientenzustand“ unterstreicht, dass ein Pflegeergebnis nicht ausschließlich als Veränderung verstanden wird, sondern auch eine Stabilisierung des Patientenzustandes beinhaltet. Es ist nicht auf ein erfolgreiches Handeln beschränkt, d. h. auch eine Verschlechterung eines Zustands ist ein Ergebnis.

Das Verständnis des Begriffes „Zustand“ beinhaltet sowohl physische und psychische Funktionen und deren Beeinträchtigungen als auch Fähigkeiten, Ressourcen und Möglichkeiten der Partizipation.

Ein Pflegeergebnis ist nicht irgendein Zustand, sondern ein Zustand der aus „gezieltem Pflegehandeln“ resultiert und damit ein pflegesensitives Ergebnis darstellt. Das Pflegehandeln zielt ab auf das Erreichen eines angestrebten Patientenzustandes, der vor Handlungsbeginn unter Berücksichtigung des aktuellen Patientenzustandes (Pflegediagnose, medizinische Diagnose, Prognose), Patientenzielen, fachlichen Zielen und institutionellen Bedingungen formuliert wird.

Dem Begriff „Handeln“ liegt ein Verständnis zu Grunde, nach dem auch eine bewusste Unterlassung eine Form des Handelns ist.

Aus der Definition lässt sich ableiten, dass neben dem Erfassen des Pflegehandelns mindestens drei Einschätzungen erforderlich sind, um patientenindividuelle Ergebnisse zu messen: Eine

Einschätzung des Ausgangswertes, eine Einschätzung (Festlegung) des Zielwertes und eine abschließende Einschätzung zur Überprüfung, ob der angestrebte Zielwert tatsächlich erreicht wurde.

4. Die Grenzen des Messbaren – Fokussierung auf Ergebnisindikatoren

Diss Dirk, S. :

Die Konkretisierung pflegesensitiver Ergebnisse wird durch das komplexe Geflecht aus multidisziplinärem Leistungsgeschehen, Beziehungsgestaltung und anderen Variablen erschwert:

„While it is possible through good experimental technique and design to make confident decisions that a particular intervention in nursing caused a particular change in outcome, it will probably never be possible to specify which of the thousands of intervening social, biological, medical or other variables was the precise process which led to it“ (Downs, 1980, in: Griffiths, 1995, S. 1096).

Hinzu kommt der nicht immer exakt definierte Zuständigkeitsbereich der Pflege sowie eine diffuse Rollentrennung zwischen Pflege, Medizin und Gesundheitsberufen, was Abgrenzung und Differenzierung der Ergebnisse zusätzlich erschwert:

„In order to determine which professional group's actions have resulted in which patient outcomes, it is suggested that each group has well-defined responsibilities and roles, and action taken by each group are predetermined and linked to the expected or desired outcome“ (Bond & Thomas, 1991, S. 1497).

Und nicht nur andere Berufsgruppen nehmen Einfluss auf die Pflegeergebnisse:

„Patient outcomes are influenced not only by the inputs of other health professionals, but by many other factors beyond the sphere of nursing, such as the processes inherent in each individual, environmental and social influences“ (Horn & Swain, 1978, in: Bond & Thomas, 1991, S. 1497).

Aus diesen Überlegungen wurde für die effiziente Pflegeanalyse gefolgert, dass es zwar in theoretischen Modellen möglich ist, pflegesensitive Ergebnisdimensionen zu konstruieren. Der zweifelsfreie Zusammenhang zwischen einem Patientenzustand und dem pflegerischen Handeln kann aber nicht im Einzelfall, sondern nur induktiv in der Gesamtheit (z.B. in wissenschaftlichen Studien) nachgewiesen werden. Daher wurde beschlossen, sich zunächst auf solche Indikatoren zu fokussieren, bei denen bekannt ist, dass sie Hinweise auf Aspekte von Pflegequalität in der Gesamtheit geben können (DNQP). Die Identifikation von Risiken, wie Dekubitus, Sturz, Mangelernährung und poststationäres Versorgungsdefizit und deren erfolgreiche Vermeidung wurden als sinnvoller Ausgangspunkt betrachtet, da

- die Diagnostik wesentlicher Risikoindikatoren in den Verantwortungsbereich der Pflege fällt,
- diese Ziele vorab feststehen (das als Risiko identifizierte Schadenspotenzial darf nicht in einen tatsächlichen Schaden für den Patienten münden) und daher die Bewertung der Zielqualität erleichtert wird,

- diese Ziele sowohl unabhängig sind von der Fachqualifikation der Handelnden als auch von institutionellen Rahmenbedingungen oder Vorgaben,
- das Eintreten eines solchen unerwünschten Ereignisses zur Routinedokumentation gehört und
- aus dem Vergleich von Risiko und erfolgreich verhindertem Ereignis bzw. dennoch eingetretenen Ereignissen eine risikoadjustierte Auswertung möglich wird.

Diss Dirk, S. 59:

Zusammenfassend bedeutet eine (pflegesensitive) Ergebnismessung für die effiziente Pflegeanalyse, dass es mindestens zwei Messzeitpunkte der Patientenzustands, eine Zielsetzung sowie geeignete Interventionen erfordert. Im interdisziplinären Setting der akutstationären Versorgung ist es allerdings kaum möglich, eindeutige, einer einzigen Disziplin zuzuordnende Ergebnisse zu messen. Gleichwohl können Indikatoren für Ergebnisqualität erhoben werden, die pflegesensitiv sind, d. h. durch pflegerisches Handeln beeinflusst wurden. Die Erfassung des Patientenzustands ist grundsätzlich Teil der täglichen Routine. Entscheidend ist hierbei, welche Informationen relevant sind, um pflegesensitive Ergebnisse ableiten zu können. Eine Ergebnismessung ohne Mehraufwand aus der täglichen Dokumentation entlang des Pflegeprozesses heraus ist also das Gebot der Stunde. Die dabei gewonnenen Routinedaten sollen Hinweise sowohl auf pflegesensitive als auch auf interdisziplinäre Ergebnisindikatoren geben.

In der Praxis:

Eine Möglichkeit, sich dem Thema Ergebnisqualität übergeordnet zu nähern, sind einrichtungsbezogene Zielvorgaben für bestimmte Indikatoren. So könnte neben dem erfolgreichen Vermeiden von Schadensereignissen z. B. als Zielgröße festgelegt werden, dass mindestens x % der Patienten nach endoprothetischen Eingriffen der unteren Extremität postoperativ bis zum y. Tag in ihrer Fortbewegungsfähigkeit mindestens Stufe z erreicht haben sollen. Die Fähigkeit zur Fortbewegung ist eines der Items im epaAC. Durch die mit epaAC 2.0 eingeführte anamnestiche Einschätzung, die den Zustand des Patienten fünf Tage vor Krankenhausaufnahme erfasst, wäre hier sogar eine Stratifizierung hinsichtlich der zu erwartenden Veränderungen möglich, denn ein Patient mit vorbestehenden Beeinträchtigungen in seiner Fortbewegungsfähigkeit hat nach dem Eingriff wahrscheinlich ein anderes Rehabilitationspotenzial als ein Patient ohne vorbestehende Beeinträchtigungen. Die zuvor geschilderte Problematik, dass eindeutige disziplinspezifische Ergebnisse in einem multidisziplinären Setting kaum ausweisbar sind (hier z. B. die Einflüsse der OP-Methode, die Anwesenheit von Physiotherapeuten am Wochenende usw.), kann bei der Betrachtung von Ergebnisindikatoren allerdings auch nicht endgültig aufgelöst werden. Für einen Patienten mag es aber durchaus eine mindestens ebenso wichtige Größe sein, zu wissen, wann er nach der OP wieder allein laufen kann, wie die Mortalitätsraten nach Hüft-TEP der von ihm gewählten Klinik zu kennen.

Eine andere Möglichkeit der Messung von Ergebnisqualität liegt beispielsweise in der umfassenden Evaluation des Pflegeplans aus der individuellen, fallbezogenen Zielplanung des epaSYSTEMs heraus (z. B. Moser & Pensa, 2012). Hier könnten Indikatoren wie die regelmäßige Anpassung des Pflegeplans oder die Kontinuität und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation eine Rolle spielen.

6. epaORDNUNGSSYSTEM, Taxonomie, Klassifikation, Onthologie, Terminologie

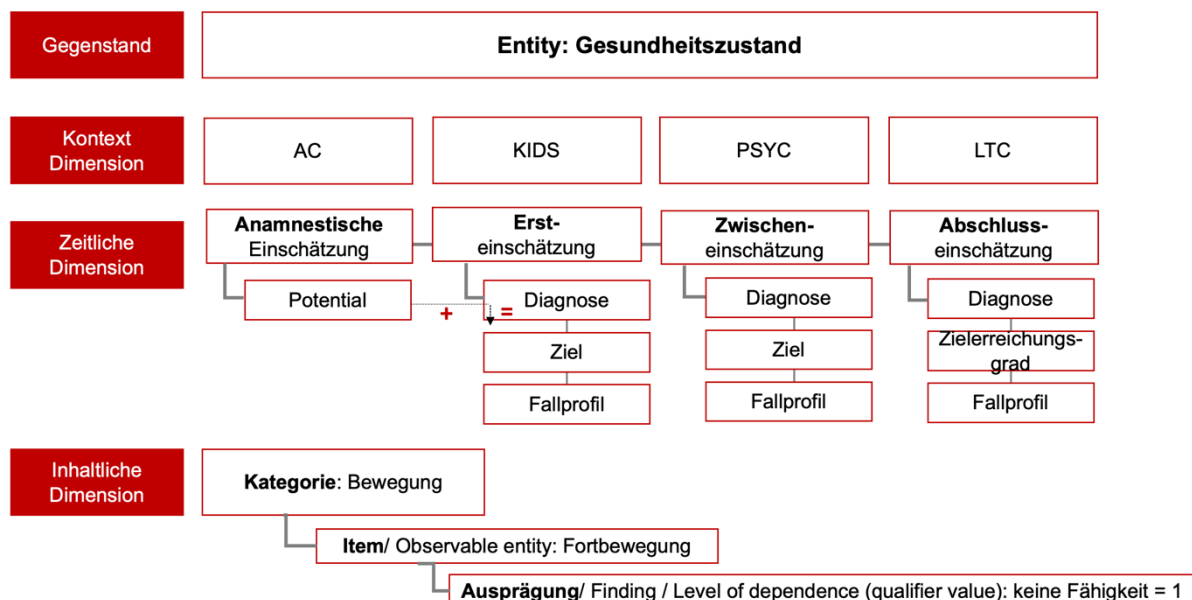
Das Ordnungssystem der effizienten Pflegeanalyse spiegelt sich im Bilden von Klassen (Klassifizierung), Bilden von Hierarchien (Taxonomien), Definieren von Begriffen (Terminologie, Thesaurus, Nomenklatur) und im Beschreiben von Zusammenhängen (Ontologie) wieder.

1. epa-Klassifikation

Gegenstand/Entity: Da sich der (Patienten-)Zustand, um erfasst und beurteilt werden zu können, in einem wahrnehmbaren Bild darstellen muss, kann der Begriff Zustand auch mit dem Begriff „Phänomen“ verwendet werden. Dabei wird die sehr breite Definition der ICNP zu Grunde gelegt: „Ein Pflegephänomen ist ein für die pflegerische Praxis relevanter Aspekt der Gesundheit“ (Hinz et al., 2003, S. 135) und kann Auslöser für pflegerisches Handeln sein.

Vor diesem Hintergrund liegt der Fokus des zu messenden Phänomens in den epaINSTRUMENTEN auf dem Gesundheitszustand einer Patient:in/ Bewohner:in. Dies ist über alle epaINSTRUMENTE hinweg identisch. Zum pflegerelevanten Gesundheitszustand des Patienten gehören (angelehnt an ICF):

- Fähigkeiten, wie z. B. Urinausscheidung durchführen, Kenntnisse erwerben usw.,
- Körperfunktionen, wie z. B. Kontinenz,
- Kontextfaktoren, wie z. B. Vorliegen eines Urinkatheters
- zusätzlich: Patient:innen-/ Bewohner:innenprofil (Fallprofil). Dazu gehören u.a. SelbstPflegeIndex SPI, SelbstStändigkeitsIndex SSI, SelbstFürsorgeIndex SFI, Dekubitusrisiko, Sturzrisiko, Risiko Mangelernährung, Abklärungserfordernis Delir, Risiko Dehydratation, Kontinenzstatus.



Moderne Klassifikationssysteme verwenden operationalisierte und kriteriumsorientierte Diagnostik (das DSM III war das erste)

Kriteriumsorientiert heißt, die Berücksichtigung klarer Kriterien, die möglichst exakt exploriert oder beobachtet werden können.

Operationalisiert heißt, die explizite Vergabe von Ein- und Ausschlusskriterien und von (diagnostischen) Entscheidungs- und Verknüpfungsregeln.

Inhaltliche Dimension: Die epaINSTRUMENTE umfassen je zehn Kategorien, jeweils mit rund 60 Items (abhängig vom Instrument) mit ordinal oder nominal skalierten Ausprägungen (i.d.R. 4er-skaliert) plus Zusatzvariablen (Anamnesedaten).

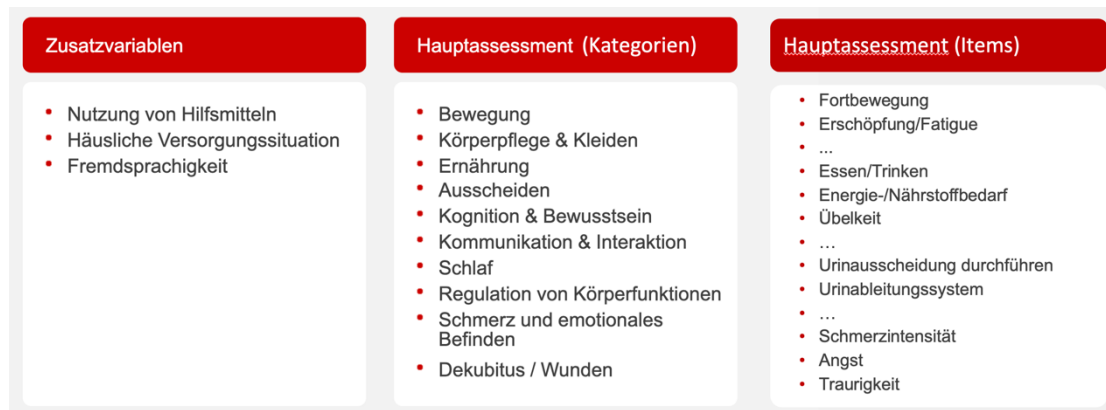


Abbildung 1: Struktureller Aufbau des epaAC

Alle im epaSYSTEM verwendeten Begriffe sind in Kodiermanualen definiert und eindeutig operationalisiert (siehe beispielhaft **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Die Interrater-Reliabilität wurde getestet und zeigte gute bis sehr gute Ergebnisse (Hunstein, 2009). Weitere Aspekte von Validität, Reliabilität, Praktikabilität und Effizienz des Instrumentes epaAC wurden getestet und belegt (Hunstein 2016; Helberg et al. 2010, Mania, 2008; Hunstein, et al., 2007; Schlarmann, 2007; Hunstein et al., 2005).

Örtliche Dimension: Bei Einschätzung des pflegerelevanten Gesundheitszustands eines Menschen ist immer auch der Kontext der Einschätzung zu berücksichtigen. Je nach Setting, in dem die Einschätzung erfolgt, hat dies Auswirkungen auf das im jeweiligen epaINSTRUMENT zugrunde gelegte messtheoretische Konstrukt: Sowohl im Bereich der akutstationären Versorgung, Versorgung als auch in der Langzeitversorgung Erwachsener ist das zentrale messtheoretische Konstrukt die Selbstpflegefähigkeit¹¹. In der psychiatrischen Versorgung wird die Selbstfürsorge eines Patienten, angelehnt an das Recovery-Konzept (Rabenschlag & Needham, 2011), erfasst und beurteilt. In der Pädiatrie werden in Abhängigkeit vom Alter die Selbstständigkeit resp. Selbstpflegefähigkeit gemessen. Die Differenzierung der messtheoretischen Konstrukte wirkt sich auf die inhaltlichen Dimensionen aus, indem jeweils passende Kategorien und Items bereitgestellt werden.

Zeitliche Dimension: Das Modell „Pflegergebnisse“ (siehe Hunstein, 2015) verdeutlicht, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um Ergebnisse der Pflege abbilden zu können:

1. Erfassung des Ist-Zustandes zum Zeitpunkt t_0
2. zielgerichtetes (und wissenschaftlich begründetes) Handeln

3. Erfassung des Ist-Zustandes zum Zeitpunkt t_1 und Bewertung gegenüber dem angestrebten Ziel.

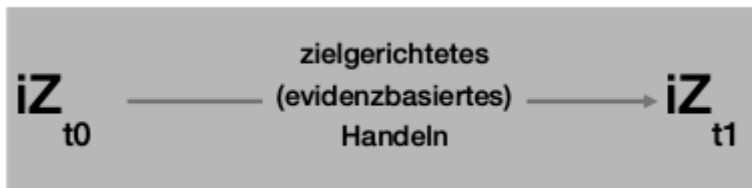


Abbildung 2: Vereinfachtes Modell der Ergebnismessung im epaSYSTEM

Die Messung des Gesundheitszustands erfolgt in der epa-Systematik zu unterschiedlichen Zeitpunkten der pflegerischen Versorgung: Die Ersteinschätzung erfolgt zum Zeitpunkt der Aufnahme. Die anamnestische Einschätzung, die inhaltlich identisch ist mit der Ersteinschätzung, bezieht sich auf die Situation der Patienten fünf Tage vor der stationären Aufnahme. Sie bildet damit nicht nur ein mögliches (wieder zu erreichendes) Potenzial ab, sondern ermöglicht auch die Festlegung eines zu erreichenden Zielwertes, was eine Voraussetzung für zielgerichtetes Handeln ist.

Mit der Festlegung von Zielwerten (Zieleinschätzung) wird der angestrebte Zustand zum Zeitpunkt t_1 (z.B. „in fünf Tagen“ oder „am ... [Datum]“) definiert.

Zwischeneinschätzungen erfolgen regelmäßig (Empfehlung: täglich), mindestens aber bei Veränderung des Gesundheitszustands. Den Aufwand pro Einschätzung gibt Mania (2008) mit einem Mittelwert von 1,08 Minuten an. Bei der Zwischeneinschätzung erfolgt gleichzeitig die Evaluation, ob die definierten Zielwerte bereits erreicht wurden oder ob es erforderlich ist, den Pflegeplan zwecks Zielerreichung anzupassen.

Die Abschlusseinschätzung erfolgt bei Entlassung oder Verlegung des Patienten. Durch diese unterschiedlichen Messzeitpunkte lassen sich Verläufe darstellen und pflegesensitive Ergebnisse ableiten.

Abbildung 3: Spinnengrafik - Vergleich aktueller Zieleinschätzung

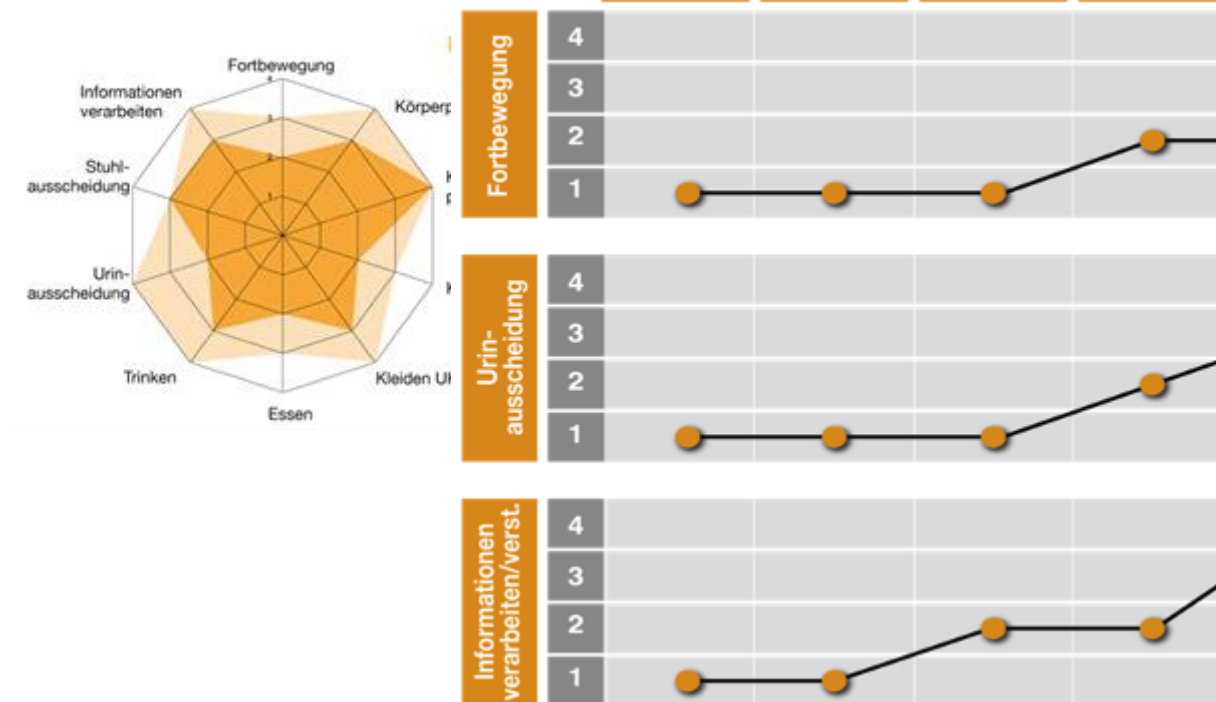


Abbildung 4: Liniengrafik - Verlaufsdarstellung von Aufnahme bis Entlassung

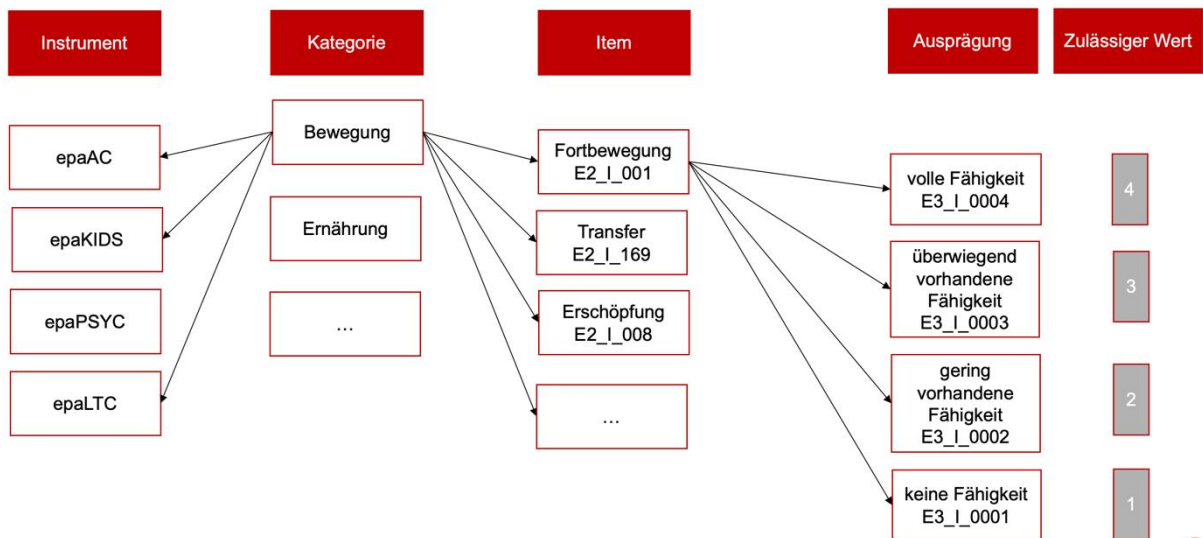
2. epa-Taxonomie

Man spricht bei hierarchischen Klassifikationen (Klassen mit Unterklassen) von Taxonomie...

Innerhalb eines epaINSTRUMENTES: Monohierarchisch = Jedes Konzept und jede Klasse darf nur einer (Ober-)klasse zugeordnet werden (z.B. ICD) und mono-axial

In Bezug auf die Zuordnung zu den Instrumenten: poly-axial

Codes erforderlich für Datenauswertungen/ Berechnungen, Mappings, für Datenaustausch (hinterlegt in FHIR-Repositories (Beschreibung digitaler Objekte)) oder verknüpft mit Codes aus Referenzterminologie SNOMED



3. epa-Terminologie



E1_I_05 Körperpflege und Kleiden	
Körperpflege Oberkörper	E2_I_009
Fähigkeit Aktivitäten im Zusammenhang mit der Körperpflege im Bereich des Oberkörpers auszuführen oder zu Ende zu bringen.	
EINSCHLUSS: Waschen, Abtrocknen, Hautpflege, Rasur, Haare kämmen, Mund- und Zahnpflege, Reinigung von Zahnprothese.	
4: volle Fähigkeit	E3_I_0105
- kann die Körperpflege im Bereich des Oberkörpers selbstständig durchführen (mit oder ohne Hilfsmittel)	
3: überwiegend vorhandene Fähigkeit	E3_I_0104
- kann die meisten Tätigkeiten selbstständig durchführen	
- benötigt geringe Unterstützung bei einzelnen Tätigkeiten	
- benötigt geringe Motivation/ Anleitung/Beratung	
- intermittierende, kurzfristige Anwesenheit einer Pflege(fach)person erforderlich	
2: gering vorhandene Fähigkeit	E3_I_0103
- kann einzelne Tätigkeiten selbstständig durchführen	
- benötigt umfangreiche Unterstützung bei den meisten Tätigkeiten	
- benötigt umfangreiche Motivation/ Anleitung/Beratung	
- kontinuierliche Anwesenheit einer Pflege(fach)person erforderlich, z.B. auf Grund von Sicherheitsbedenken	
1: keine Fähigkeit	E3_I_0102
- keine Fähigkeit die Körperpflege im Bereich des Oberkörpers durchzuführen	
- Avlund, K., Kreiner, S. & Schultz-Larsen, K. (1996). Functional ability scales for the elderly. A validation study. Eur J Publ Health, 6(1), 35-42.	

Im Sinne von: Kontrolliertes Vokabular

4. epa-Ontologie

Beschreibung von Zusammenhängen

Stand: 06/2022

werden. Eine zusammenfassende Darstellung der Phänomene sowie der Risikoprofile der Patient:

innen erfolgt über Fallprofile im sogenannten Cockpit³.

In Abbildung 5 ist der strukturelle Aufbau der epaINSTRUMENTE dargestellt.

Hauptgruppe	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC	Instrument AC / KIDS / PSYC / LTC
Dimension	Erfassung	Ziel	Synthese/ Bewertung*	Diagnose	Fallprofil/ Übersicht	Maßnahmen- vorschläge	Pflegeplanung
Kategorie	Bewegung	Bewegung	Bewegung	Bewegung	Cockpit	Mobilität	Mobilität
Item	Fortbewegung	Fortbewegung	Fortbewegung	Fortbewegung, beeinträchtigt	Dekubitusrisiko	An Bettkante mobilisieren	An Bettkante mobilisieren
Ausprägung	keine Fähigkeit	gering vorhanden	keine Fähigkeit	keine Fähigkeit	hohes Risiko		3x tgl.

*Entwicklungsstatus

Abbildung 5: epa-Terminologie - struktureller Aufbau der epaINSTRUMENTE

Auf Ebene der Dimension wird zwischen den folgenden Typen unterschieden:

1. Erfassung

Die Erfassung im Assessment wird verstanden als „(...) conceptual, problem-solving process of gathering dependable, relevant information about an individual, group, or institution in order to make informed decisions.“ ((DeMers et al., 2000), S. 10). Im epaSYSTEM bleibt das Assessment nicht bei der Datensammlung stehen, sondern beinhaltet immer auch einen interpretativen, schlussfolgernden Aspekt (vgl. (Bartholomeyczik, 2007a)).

Einschätzungsregeln integrieren! Siehe Präsentation Key-User

Auszug aus epaIMPULSE 2020, Dirk: Die Methode epa im Kontext der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV):

Missverständnis 4: „Je mehr unterschiedliche Sprach- und Klassifikationssysteme für die Erfüllung der unterschiedlichen Aufgaben und Kompetenzen eingesetzt werden, desto besser ist die Versorgung der Patienten.“

Richtig ist: Mit jedem weiteren Instrument nimmt die Komplexität der Dokumentation zu und deren Nachvollziehbarkeit ab. Gleichzeitig steigt der Schulungs- und Controllingaufwand für die korrekte Anwendung unterschiedlicher Systeme exponentiell (Schneeballeffekt, weil alles mit allem verbunden werden muss). Das Risiko für eine inkonsistente Dokumentation steigt damit an und stellt ein Risiko bei MDK-Prüfungen dar.

Fazit 4: Mit den für die jeweiligen Anwendungsbereiche angepassten Instrumenten der epa-Methode sind zusätzliche Systeme, die den Patientenzustand beschreiben, überflüssig – was u. a. auch den Schulungsaufwand reduziert. Etwaige nachgelagerte Instrumente, wie PKMS,

Barthel-Index oder NBA (Neues Begutachtungsinstrument) können automatisiert aus epa heraus vorbefüllt werden. Lediglich für die Maßnahmenplanung und -dokumentation ist ein gesonderter Katalog erforderlich. Hier arbeiten über 98% der mehr als 600 epa-Anwenderbetriebe in D, A und CH mit dem Katalog LEP. Damit ist die Dokumentation konsistent und die Versorgungsplanung vereinfacht.

2. Ziel

Das Ziel beschreibt einen angestrebten Zustand, der durch pflegerische Maßnahmen beeinflusst werden kann. In den epaINSTRUMENTEN wird das Ziel ebenfalls über epaPUNKTWERTe, d.h. über die Ausprägungsformulierung des jeweiligen Items messbar ausgedrückt. Der zeitliche Bezug (Zieldatum) gibt an, wann das Ziel erreicht sein soll. Mit der Abschlusseinschätzung bei Entlassung/ Verlegung der Patient:innen kann der Zielerreichungsgrad gemessen werden und dient so als pflegesensitiver Ergebnisindikator.

Auszug aus epaIMPULSE 2020, Dirk: Die Methode epa im Kontext der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV):

Missverständnis 3: „Für Pflegeziele ist ein eigener Katalog erforderlich“

Richtig ist: Im epa-Assessment und den daraus abgeleiteten epaDIAGNOSEN werden Patientenfähigkeiten und -zustände zum aktuellen Zeitpunkt quantifiziert. Für die Formulierung eines epaZIELS kann direkt im epa die angestrebte Fähigkeit/ Zustand in einem definierten Zeithorizont festgelegt werden.

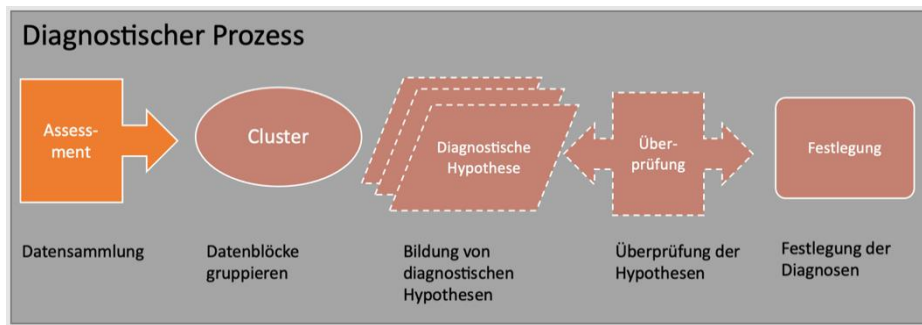
Bsp.: Zur epaDIAGNOSE „Fortbewegung: Keine Fähigkeit [1]“ zum Zeitpunkt des ersten Post-OPTags nach Hüft-TEP-Wechsel kann z. B. das epaZIEL „Fortbewegung: „volle Fähigkeit [4] in 7 Tagen“ formuliert werden. Die Zielerreichung kann automatisch evaluiert werden, indem in einer elektronischen Dokumentation die Differenz zwischen aktueller epaDIAGNOSE zum formulierten epaZIEL berechnet und dargestellt wird. Damit kann gleichzeitig die Wirksamkeit der eingeleiteten Pflegeinterventionen überprüft werden.

Fazit 3: Die epaZIELE sind nicht nur praxisnah, sondern erfüllen auch die SMART3-Anforderungen an eine Zielformulierung. Nur unter Berücksichtigung der SMART-Anforderungen ist die integrierte Zielüberprüfung (Evaluation der Wirksamkeit) möglich.

3. Synthese (nur für „neues“ epa relevant)

....Risikoanalyse integrieren! Siehe Präsentation Key-User

Ressourcen integrieren! Siehe auch Präsentation Infomaterial_allg Info epa-LEP 190815_alle „Von der Ressource zur Diagnose“



Klinisch-diagnostischer Prozess

Einordnung der Sichtweise der pflegerischen Diagnostik im epaSYSTEM. Bei dem Versuch einer Systematisierung diagnostischer Dimensionen ist die Orientierung an der Klinischen Psychologie und Psychiatrie hilfreich, so bieten sich als Ausgangspunkte die von Pawlik vorgeschlagenen allgemeinen Dimensionen der Diagnostik an [Pawlik K. (1976): Modell- und Praxisdimensionen psychologischer Diagnostik. In: Pawlik K, Hrsg. Diagnose der Diagnostik. Stuttgart: Klett; 1976: 13-43]. Er differenziert zwischen

Methodologische Orientierung:		
Analytisch-positivistisch (Diagnostik als Psychometrie)	versus	phänomenologisch-hermeneutisch (Diagnostik als „Wesensschau“)
Umfang des Untersuchungsgegenstandes:		
Elementaristisch (Diagnostik als „Komponentenanalyse“ „Gesamtbildes“)	versus	holistisch (Diagnostik als Erstellung eines
Bedeutung individueller Besonderheiten:		
Nomothetisch (Diagnostik auf der Basis allgemeiner Gesetzmäßigkeiten und Regeln)	versus	idiographisch (Diagnostik als Beschreibung des Einmaligen, Besonderen)
Ontologische Perspektive:		
Sein (Statusdiagnostik)	versus	Werden (Prozessdiagnostik)
Anvisierte Bereiche des „Lebensraumes“:		
Person (personale Diagnostik)	versus	Situation (Umwelt) (Situationsdiagnostik)
Normbezug:		
Realnorm (wertfrei)	versus	Idealnorm (Soll-Werte)

([statistisch-]normorientierte Diagnostik) Diagnostik	(„kriterienorientierte“ [im Sinne lernzielorientiert])
--	---

Anforderungen:

1. Abkehr von (traditionell) selektiv ausgerichteter Diagnostik zugunsten einer
à interventionsbezogenen Diagnostik
2. Abkehr von eigenschafts-orientierter Diagnostik zugunsten einer stärkeren Beachtung
von
à Situations- und Handlungsaspekten
3. Forderung nach
à Veränderungsmessung und nach
à Prozessdiagnostik (Prozessevaluation)
4. Forderung nach
à individualisierter Diagnostik
5. Forderung nach
à kriteriumsorientierter, populationsunabhängiger Diagnostik

Der im epaAC enthaltene SelbstPflegeIndex (epaSPI) ist ein Maß der Selbstpflegefähigkeit eines Menschen. Damit bildet der epaSPI ein Globalmaß zur Einschätzung der pflegerischen Fallschwere im Krankenhaus. Der epaSPI ist ein Summenscore aus zehn 4er-skalierten Items, wobei der Wert 1 für keine Fähigkeit/ maximale Beeinträchtigung und der Wert 4 für volle Fähigkeit/ keine Beeinträchtigung steht. Damit hat der epaSPI einen Wert zwischen 10 (keine Selbstpflegefähigkeit) und 40 (volle Selbstpflegefähigkeit).

Folgende Items aus dem epaAC bilden den epaSPI-Punktwert:

epaSPI Items	Fortbewegung	1 - 4 skaliert
	Körperpflege Oberkörper	1 - 4 skaliert
	Körperpflege Unterkörper	1 - 4 skaliert
	An-/ Auskleiden Oberkörper	1 - 4 skaliert
	An-/ Auskleiden Unterkörper	1 - 4 skaliert
	Essen	1 - 4 skaliert
	Trinken	1 - 4 skaliert
	Urinausscheidung durchführen	1 - 4 skaliert

	Stuhlausscheidung durchführen	1 - 4 skaliert
	Informationen verarbeiten/verstehen	1 - 4 skaliert
	SUMME des epaSPI	zwischen 10 und 40

Der epaKOGNI gilt als Maß für kognitive Fähigkeiten bzw. Beeinträchtigungen eines Patienten. Er setzt sich aus sechs epa-Items zusammen.

epaKOGNI Items	Orientierung	1 - 4 skaliert
	Informationen verarbeiten/verstehen	1 - 4 skaliert
	Alltagskompetenz	1 - 4 skaliert
	Selbstinitiierte Aktivitäten	1 - 4 skaliert
	Aufmerksamkeit	1 - 4 skaliert
	Herausforderndes Verhalten	1 oder 4 dichotomisiert
	SUMME des epaKOGN	zwischen 6 und 24

Der epaKOGNI kann einen Wert zwischen 6 (maximale Beeinträchtigung) und 24 (keine Beeinträchtigungen) annehmen.

4. Diagnose

Eine Pflegediagnose (epaDIAGNOSE) ist die Beschreibung eines Gesundheitszustands, der pflegerisches Handeln auslöst. Sie steht am Endpunkt eines diagnostischen Prozesses (Anamnese, Befund- und Befindenserhebung, Analyse und Synthese) und macht als Ergebnis eine definierte Aussage über einen Zustand.

à siehe Ausführungen von Iris (PPP)

Diagnosen in unserem Verständnis, Schwerpunktdiagnose, Bündeldiagnose, Risikodiagnose, Maßnahmenprofile, Risikoprofile

Auszug Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, S. 15:

Aufbau von Pflege- diagnosen

In der Pflegefachwelt besteht über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen kein Konsens. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie¹¹ würde eine

Pflegediagnose mit der Darstellung des Fokus und dessen Bewertung ausreichend detailliert beschrieben sein.

In Österreich werden Pflegediagnosen häufig konstruiert aus der Beschreibung des Problems, den zugrunde liegenden Ursachen (Ätiologie) bzw. Risikofaktoren und den typischen Symptomen. Hinzu kommen die Ressourcen.

Die Empfehlung für die Mindestanforderungen an das Formulieren von Pflegediagnosen ist daher: Pflegediagnose-Titel (beinhaltet eine Beurteilung) mit den Risikofaktoren bzw. Symptomen. Sollten die Ursachen bekannt sein, müssen diese angeführt werden.

Eine Empfehlung für ein spezielles Pflegeklassifikationssystem kann derzeit nicht ausgesprochen werden.

Auszug aus epaIMPULSE 2020, Dirk: Die Methode epa im Kontext der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV):

Missverständnis 1: „Pflegediagnostik und Pflegediagnose sind das Gleiche“

Richtig ist: „Pflegediagnostik“ beschreibt den gesamten Prozess der klinischen Entscheidungsfindung, d.h. die Sammlung relevanter klinischer Daten mittels Assessmentverfahren mit der abschließenden Formulierung einer Pflegediagnose (früher: Pflegeproblem¹), welche den Pflegebedarf beschreibt. Um nachfolgend die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen überprüfen zu können, müssen Ziele formuliert werden.

Fazit 1: Da die Methode epa mit ihren Basisassessments epaAC, epaKIDS, epaPSYC und epaLTC entwickelt wurden, um pflegesensitive Ergebnisse automatisiert zu messen, bilden sie zwangsläufig die Elemente des pflegediagnostischen Prozesses ab: Messung von Patientenfähigkeiten (Ressourcen) sowie weiteren pflegeauslösenden Zuständen, Ableitung von Pflegediagnosen (epaDIAGNOSEN), Definition von Zielen sowie abschließender Evaluation des Zielerreichungsgrads.

Missverständnis 2: „Eine Pflegediagnose ist immer eine NANDA-Diagnose“

Richtig ist: Gemäß der international gültigen Norm ISO 18104:2004 muss eine Pflegediagnose eine Aussage über die beiden Informationen *Focus* (Bsp. aus epaNN2: Fähigkeit zur Körperpflege, Urinkontrolle, mit veränderten Lebenssituationen umgehen, Angst, Schmerz,...)

sowie *Judgement* (engl. für Beurteilung. Bsp. aus epaNN: „kein – stark – gering – voll“, „chronisch“, „Dekubitus 2°“,...) machen.Über diese beiden zwingend erforderlichen Terme hinaus können laut ISO 18104 weitere Informationen ergänzend formuliert werden.

Die NANDA-Diagnosen mit ihrem PES-Format werden in der ISO lediglich als *eine* Möglichkeit benannt, wie eine Pflegediagnose aufgebaut sein kann (ISO 18104:2014, Seite 19).

Fazit 2: Bei Anwendung der Instrumente der Methode epa werden ausnahmslos Pflegediagnosen (epaDIAGNOSEN) gemäß ISO 18104:2014 generiert – es ist gar nicht möglich, epa ohne Pflegediagnosen einzusetzen. Dabei gehen die epaDIAGNOSEN deutlich über die Mindestanforderungen der ISO 18104:2014 hinaus. Im Gegensatz zu NANDA-Diagnosen, die in der Regel nur dichotom vorliegen (Diagnose besteht oder besteht nicht), sind die epaDIAGNOSEN skaliert, d.h. auch ein „mehr“ oder „weniger“ ist darstellbar. Dies ist wichtig, wenn z. B. Verläufe dargestellt oder Zielerreichungsgrade evaluiert werden sollen.

5. Fallprofil

Im Fallprofil erfolgt zusammenfassend die Darstellung der Risikodiagnosen (z.B. Dekubitus, Sturz, Mangelernährung, Delir usw.) sowie weiterer Scores, wie z.B. des SelbstPflegeIndex epaSPI (siehe nachfolgende schematische Darstellung).

Selbst-Pflege-Index (SPI)	●	21	
Risiko post-stationäres Versorgungsdefizit	●	Risiko erhöht	
Dekubitus-Risiko (Braden-Skala)	●	10 / hohes Risiko	
Experteneinschätzung: weitere Dekubitusrisiko-Indikatoren	●	NEIN	
Sturz-Risiko	●	JA	<ul style="list-style-type: none"> • keine Fähigkeit zur Fortbewegung • Sturzvorgeschichte • Sehbeeinträchtigung
Pneumonie-Risiko	●	keine Risikoindikatoren	
Abklärungserfordernis neurokognitive Störung	●	JA	<ul style="list-style-type: none"> • zu keiner Qualität orientiert • beeinträchtigte Aufmerksamkeit • veränderter Schlaf-Wach-Rhythmus
Risiko Mangelernährung	●	2 / Risiko unwahrscheinlich	
Kontinenzprofile	●	unabhängig kompensierte Inkontinenz	

Abbildung 6: Beispielhafte Darstellung eines Fallprofils

6. Maßnahmenvorschläge

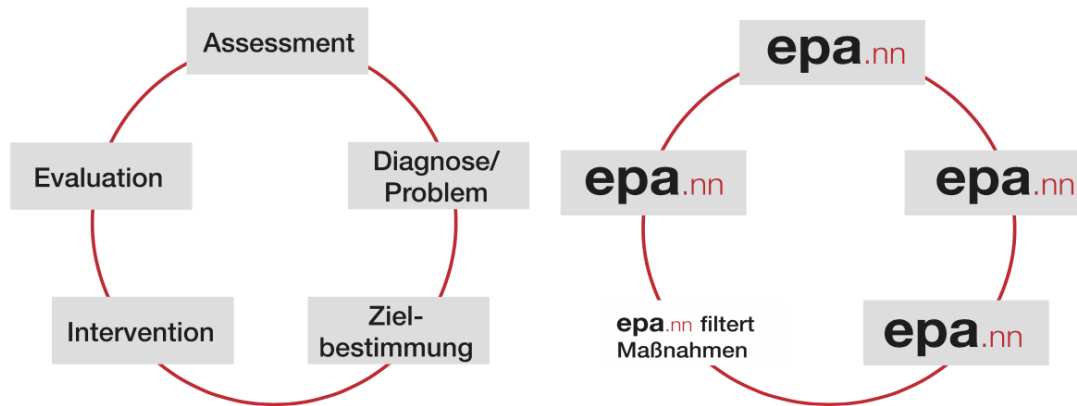
TEXT

TEXT

7. Was ist ein Item?

Die Operationalisierung der einzelnen „Items“ und ihrer Ausprägungen erfolgten auf der Basis von Literatur- und Konzeptanalysen; keine Anwendung einer bestimmten ausgewählten Pflege Theorie; die Kategorien sind klassifikatorisch bestimmt (Diss Dirk, S. 82)

8. Das epaSYSTEM im Pflegeprozess



Entwurf Broschüre Anke:

Für die Umsetzung des Pflegeprozesses ist es nicht immer notwendig, viele verschiedene Assessmentinstrumente zu verwenden. Es genügen zunächst ein geeignetes Basisassessment, idealerweise mit integrierter Diagnosen- und Zielformulierung, sowie eine passende Maßnahmenklassifikation. Für spezielle oder komplexe Problemlagen, die im Basisassessment identifiziert werden, können ergänzend geeignete Fokusassessments zur differenzierten Beschreibung der Situation zum Einsatz kommen.

Die epaINSTRUMENTE sind so konzipiert, dass die Situation vor Krankenhauseintritt mittels der einheitlichen epaTERMINOLOGIE mit denselben Kriterien erhoben wird wie die aktuelle Situation im Krankenhaus. Darüber hinaus wird die epaTERMINOLOGIE für die Festlegung von Zielwerten und epaDIAGNOSEN verwendet, was die direkte Messung pflegesensitiver Ergebnisse ermöglicht.

Die epaDIAGNOSEN sind gemäß der international gültigen Norm ISO 18104:2014 aufgebaut. Sie zeichnen sich im Gegensatz zu den meisten anderen Diagnoseklassifikationen dadurch aus, dass sie skaliert vorliegen. Dadurch lassen sich Veränderungen leicht nachvollziehen und auswerten. Sie entsprechen damit auch den Anforderungen an den Kompetenzbereich I der aktuellen Pflegeberufe Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung.

Bestätigung durch GÖG Gutachten

GÖG Gutachten hier integrieren

Durch die Integration aller relevanten Informationen in einem Sprachsystem (epaTERMINOLOGIE) kann die Pflegefachperson bereits während einer Einschätzung den Erfolg der bisher erbrachten Pflegemaßnahmen evaluieren und erhält eine fundierte Entscheidungshilfe, ob sie den Pflegeplan anpassen muss.

Aus den Daten, die bei der Umsetzung des Pflegeprozesses notwendigerweise anfallen, werden durch die epaINSTRUMENTE auch Daten generiert, die für die weitere Prozess-Steuerung genauso wichtig sind wie für die Abrechnung, die Personalplanung oder weitere Managementzwecke.

Übersicht (Folie 80, Siehe Präsentation Key-User)

Aus Infomaterial_Argumentationshilfe Vorteile der Methode epa 180131_1605:

Das BASS kann auch für den ersten Schritt im Pflegeprozess (die Anamnese) genutzt werden

(Quelle: PROfession Pflege, 2016). Die Methode epa dagegen integriert den kompletten

Pflegeprozess: Statt einzelner (elektronischer) Formulare (Anamnese, Assessment, Pflegediagnosen,

Zielplanung, Maßnahmenplanung, Evaluation) integriert die Methode epa alle Schritte

des Pflegeprozesses in ein einheitliches, logisch aufeinander aufbauendes System.

Abrechnungsdaten

sind dabei lediglich ein „Abfallprodukt“ aus der Routinedokumentation und

nicht der primäre Zweck der Dokumentation.

Aus dem Einsatz von epaAC „*kann u. a. ein verbesserter Nutzen für die Patientenversorgung abgeleitet werden*“ (Siegert et al. 2018:65)

Auszug aus Infomaterial_Vertriebsinformationen AWB_AT 200619

Die Methode epa ist so konzipiert, dass im Rahmen der Pflegeanamnese die Situation vor Krankenhauseintritt mit denselben Kriterien erhoben wird wie die aktuelle Situation im Krankenhaus. Darüber hinaus können unmittelbar im Basisassessment die Zielwerte angegeben werden, die es ermöglichen, den Erfolg der Pflege zu messen. Durch diese Integration aller relevanten Informationen kann die diplomierte Pflegefachperson bereits während einer Einschätzung den Erfolg der bisher erbrachten Pflegemaßnahmen evaluieren und erhält eine fundierte Entscheidungshilfe, ob sie den Pflegeplan anpassen muss oder nicht.

Die Ergebnisse einer Einschätzung werden anschließend für die Pflegeplanung und zur Pflegeprozessdokumentation verwendet.

Die Instrumente der Methode epa sind so konzipiert, dass aus der Erfassung der Patient*innenfähigkeiten innerhalb der epa-Systematik automatisch Pflegediagnosen gemäß der international gültigen Norm ISO 18104:2014 generiert werden. Auf diese Norm verweist auch die Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 der GÖG. Die epaDIAGNOSEN zeichnen sich im Gegensatz zu den meisten anderen Diagnoseklassifikationen dadurch aus, dass sie skaliert vorliegen. Dadurch lassen sich Veränderungen leicht nachvollziehen und auswerten. Neben den epaDIAGNOSEN werden auch die Anforderungen der Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 hinsichtlich der Formulierung von Pflegezielen erfüllt.