Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft
Association Suisse pour les sciences infirmières (APSI)
Swiss Association for Nursing Science (ANS)

Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege

Expertengruppe Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft (VFP)

Maria Müller Staub (PhD, EdN, RN, FEANS)
Judith Abt (MNS, RN)
Andrea Brenner (Dr. phil., RN)
Brigitte Hofer (MA phil., RN)

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort und Dank ... 2
Zusammenfassung ... 3
Empfehlungen für die Gesetzgebung ... 3

Einleitung ... 4
Geschichtliche Aspekte und Definitionen von Pflege ... 5
Pflege als Profession ... 6
Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungsbereich der Pflege ... 9
Eigenständige pflegerische Aufgaben ... 9
Pflegerische Aufgaben nach ärztlicher Anordnung ... 10
Berufsgruppenübergreifende pflegerische Aufgaben ... 10
Zwischenfazit ... 11

Der Pflegeprozess: Kern des eigenständigen Verantwortungsbereichs ... 11
Beziehungsarbeit, Caring, Kommunikation und moralische Sensibilität ... 11
Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken ... 12
Die Schritte des Pflegeprozesses ... 13
Assessment ... 13
Pflegediagnosen ... 14
Ergebnisplanung ... 15
Implementierung der Pflegeinterventionen ... 15
Evaluation ... 15
Zwischenfazit ... 16

Der Wissenskörper der Pflege ... 16
Internationale Klassifikation der Pflegediagnosen ... 17
Entstehung ... 17
Definition von Pflegediagnosen ... 18
Aufbau der Klassifikation ... 18
Illustration ... 19
Studien zur internationalen Klassifikation der Pflegediagnosen ... 19
Klassifikation der Pflegeinterventionen ... 20
Entstehung ... 20
Definition von Pflegeinterventionen ... 20
Aufbau der Klassifikation ... 20
Illustration ... 22
Studien zur Klassifikation der Pflegeinterventionen ... 22
Klassifikation der Pflegeergebnisse ... 22
Entstehung ... 22
Definition von Pflegeergebnissen ... 23
Aufbau der Klassifikation ... 23
Illustration ... 23
Studien zur Klassifikation der Pflegeergebnisse ... 24
Wirkungsnachweise, Pflegeprozessqualität und Dokumentation ... 24
Zwischenfazit ... 25
Schlussfolgerungen ... 26

Empfehlungen für die Gesetzgebung ... 26
Literatur ... 27
Anhang 1: Definition verschiedener Pflegediagnosen-Typen und Struktur der Klassifikation 36
Anhang 2: Studien zur Klassifikation der Pflegediagnosen ... 37
Anhang 3: Studien zur Klassifikation der Pflegeinterventionen ... 39
Anhang 4: Studien zur Klassifikation der Pflegeergebnisse ... 41
Anhang 5: ... 42
Initiativtext Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege ... 42

Geleitwort und Dank

Der Vorstand des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft VFP dankt den Autorinnen für ihr grosses Engagement beim Erstellen dieses Expertenberichts. Der Dank der Autorinnen geht an PD Dr. René Schwendimann, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel und Mitglied der Akademischen Fachgesellschaft für Gerontologische Pflege des VFP. Mit seiner kritischen Review des Manuskripts und den inhaltlichen Vorschlägen trug er wesentlich zur Aussagekraft des Berichts bei.

Nach Vernehmlassung durch den VFP Vorstand wurde der Expertenbericht von diesem genehmigt. Der Vorstand empfiehlt den Expertenbericht pflegerischen Fachkreisen zur Diskussion. Ebenso soll er für weitere Arbeiten im Rahmen der parlamentarischen Initiative zur Anerkennung des Verantwortungsbereichs der Pflege einbezogen werden.

Ein besonderer Dank gilt dem Direktionsbereich des Bundesamts für Gesundheit BAG, Eidgenössisches Departement des Inneren EDI, für die grosszügige Subvention zuhanden der Erstellung, Übersetzung und Verbreitung dieses Expertenberichts.

Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP
Salvisbergstrasse 6
3006 Bern
info@pflegeforschung-vfp.ch

Druck: Schwabe AG, Muttenz

Zitierweise:
Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2014). Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.

Zusammenfassung

Dieser Expertenbericht beschreibt den eigenständigen Verantwortungsbereich der Pflege vor dem Hintergrund der parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“. Entsprechend seiner Ausrichtung auf die Förderung der Pflegewissenschaft hat der VFP diesen Bericht auf den aktuellen Stand der internationalen Fachliteratur abgestützt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Kerngeschäft der professionellen Pflege besteht in der Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess. Diplomierte Pflegefachpersonen sind bereits heute für die Anordnung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen Leistungen ausgebildet und zuständig.

- Die Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege will dass die Verantwortung, die die Pflegefachpersonen bereits heute tragen, auch im KVG anerkannt wird. Es geht nicht um eine Ausweitung pflegerischer Aufgaben. Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen, wenn sie ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt sind, zur Kostensenkung beitragen.

- Die eigenverantwortliche Umsetzung des Pflegeprozesses zeichnet sich durch eine professionelle Beziehungsgestaltung und kritisches Denken aus.

- Der Pflegeprozess basiert auf klinischer Entscheidungsfindung und umfasst die Schritte Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung, Implementierung und Evaluation.

- Mit der NNN Pflegeklassifikation werden diese Schritte wissenschaftlich fundiert. Die NNN umfasst klar definierte, validierte und international anerkannte Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und pflege-sensitive Patientenergebnisse, anhand deren Indikatoren die im KVG geforderten Wirkungsnachweise erbracht werden können.

- Die NNN Pflegeklassifikation stellt den Wissenskörper der Pflege in einer einheitlichen Fachsprache dar und definiert den Verantwortungsbereich und die Leistungen diplomierter Pflegefachpersonen.

Die professionelle Pflege verfügt also über einen klar umrissenen, eigenverantwortlichen Bereich. Sie kann ihre Leistungen in definierten, wissenschaftlich anerkannten Klassifikationen darlegen und deren Wirksamkeit nachweisen. Mit der gesetzlichen Verankerung der Autonomie der Pflege werden die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Pflegefachpersonen ihren Beitrag zur Weiterentwicklung der künftigen Gesundheitsversorgung leisten und sich dafür verantwortlich zeichnen können.

Empfehlungen für die Gesetzgebung

- Pflegefachpersonen übernehmen für die Anordnung der pflegerischen Leistung auch rechtlich die Verantwortung. Sie verfügen über die berufsspezifischen Kompetenzen zur pflegerischen Versorgung von kranken Menschen und müssen diese entsprechend ausschöpfen können.

- Als Kernaufgabe des eigenständigen Verantwortungsbereichs wird der Pflegeprozess mit all seinen Schritten gesetzlich festgelegt. Dies entspricht den Schweizerischen Ausbildungsbestimmungen zur dipl. Pflegefachperson und internationalen Regelungen (z.B. USA, Österreich).

- Die NNN Pflegeklassifikation wird bei der Formulierung von Ausführungsbestimmungen genutzt. Damit wird sichergestellt, dass die pflegerischen Leistungen den Anforderungen des KVG nach Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen (Art. 56, Abs. 1, 59127) sowie Qualitätssicherung (Art. 58) entsprechen.

- Der Gesetzgeber gestaltet die rechtlichen Rahmenbedingungen so, dass Pflegefachpersonen ihren eigenständigen Tätigkeitsbereich unabhängig von Ärztinnen und Ärzten verantworten können. In der Gesundheitsversorgung gewinnt gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zunehmend an Bedeutung. Der Arztberuf wird entlastet, wenn die Zuständigkeiten auch rechtlich geklärt sind. In der Folge können Ärztinnen/Ärzte auf das Wesentliche des eigenen Aufgabenbereichs fokussieren.

Einleitung

Mit diesem Expertenbericht stellt der Schweizerische Verein für Pflegewissenschaft (VFP) eine wissenschaftliche Grundlage für die berufspolitische Diskussion zur parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“ zur Verfügung.

Die genannte Initiative fordert eine Anpassung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Pflegerische Leistungen sollen so definiert werden, dass sie von Pflegefachpersonen einerseits auf ärztliche Anordnung und andrerseits – nämlich im eigenständigen Bereich – in eigener Verantwortung erbracht werden können. Damit soll eine gesetzliche Verankerung des eigenständigen Bereichs der Pflege erzielt werden. Bei einer Annahme der Initiative sind die genannten pflegerischen Leistungen näher zu definieren.

Wie der Name der Initiative verdeutlicht, geht es dabei nicht um eine Erweiterung der Pflege, sondern um die Anerkennung ihrer Verantwortung. Die Initiative hat zum Ziel, die Verantwortung, die Pflegefachpersonen bereits heute tragen, im KVG zu verankern. Das KVG regelt die Finanzierung und legt fest, welche Leistungen von welchen Leistungserbringern und unter welchen Voraussetzungen von den Krankenkassen bezahlt werden müssen. Im KVG werden hingegen keine Kompetenzen geregelt. Aufgaben und Verantwortung von Pflegefachpersonen werden in kantonalen Gesundheitsgesetzen umschrieben. Beispielsweise legt das solothurnische Recht fest, dass die Berufsausübung in *eigener Verantwortung* die Planung und Ausführung der Pflege sowie Evaluationen deren Wirksamkeit umfasst. Dies beinhaltet die Feststellung der Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten, die vorübergehende oder dauernde Unterstützung bei der Ausübung der Lebensaktivitäten und Präventionsmassnahmen sowie Information und Beratung. Zum *delegierten Aufgabenbereich* hingegen gehört die Ausführung der schriftlichen Verordnungen der verantwortlichen Arztperson betreffend Prävention, medizinische Diagnose und Behandlung[1]. Das KVG widerspricht daher kantonalen Gesundheitsgesetzen und entspricht nicht der Realität, denn Pflegefachpersonen tragen bereits heute im eigenständigen Bereich die Verantwortung. Die entsprechenden Leistungen werden den Pflegefachpersonen zwar zugestanden, aber von den Krankenkassen nicht übernommen, wenn keine ärztliche Verordnung vorliegt. Mit diesem Verordnungszwang – beispielsweise für Abklärungen des Pflegebedarfs – wird der Arztberuf allerdings überfordert, denn er muss Leistungen gegenzeichnen, für die er nicht ausgebildet ist und die zum eigenverantwortlichen Bereich eines andern Berufs gehören [1].

Der Schweizerische Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) übernahm die Führung der berufspolitischen Diskussion zur Initiative und arbeitet dabei mit dem VFP zusammen. Der VFP reichte dazu im November 2011 im Rahmen einer Meinungsbildungsdebatte dem SBK eine Stellungnahme ein. Für eine vertiefte fachliche Diskussion zur Initiative innerhalb des VFP fehlte jedoch bisher eine wissenschaftliche Grundlage. Das vorliegende Expertenpapier füllt diese Lücke und zeigt auf, wie der VFP den eigenverantwortlichen Bereich der beruflichen Pflege in der Schweiz versteht. Zweck des VFP ist es unter anderem, die Pflegeforschung zu unterstützen und zu fördern. Er vertritt seine Anliegen durch Stellungnahmen und arbeitet mit politischen, berufsständischen und multiprofessionellen Institutionen zusammen. Das Ziel dieses Expertenberichts ist, basierend auf dem internationalen Forschungsstand wissenschaftliche Grundlagen zum eigenständigen Verantwortungsbereich sowie für die später zu definierenden pflegerischen Leistungen bei Annahme der Initiative zu liefern.

Zuerst werden ausgehend von der Entwicklung der Pflege zur Profession die Aufgaben der Pflege und die Kompetenzen der Pflegefachpersonen dargestellt. Im zweiten Teil wird der eigenverantwortliche Bereich der Pflege anhand des Pflegeprozesses beschrieben und aufgezeigt, wie der Pflegeprozess dem Kern des pflegerischen Handelns eine Struktur gibt. Er basiert auf Beziehungsgestaltung und kritischem Denken und bildet die Grundlage für die klinische Entscheidungsfindung.

[1] §Abs. 2 und 3 der Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz vom 28.6.1999

Der dritte Teil beschreibt die wissenschaftliche Fundierung des Pflegeprozesses. Bereits heute fordert das KVG, dass für die Kostenübernahme einer Leistung hinsichtlich der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit Nachweise erbracht werden müssen. Die Wirksamkeit der Leistungen ist nach wissenschaftlichen Methoden periodisch zu überprüfen (Bundesgesetz über die Krankenversicherung 1994, Stand 1. März 2014, S. 17). Die internationalen Klassifikationen der Pflegediagnosen, -interventionen und –ergebnisse stellen den Pflegeprozess auf die im KVG geforderte wissenschaftliche Grundlage. Die Klassifikationen bilden den Wissenskörper der professionellen Pflege ab und verdeutlichen, wie die Schritte des Pflegeprozesses evidenzbasiert umgesetzt und evaluiert werden können. Der Bericht schliesst mit Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Gesetzgebung.

Geschichtliche Aspekte und Definitionen von Pflege

Mit dem Begriff „Pflege“ beschäftigten sich in der Schweiz Pflegefachpersonen, Lehrende und Pflegewissenschaftlerinnen seit den 80er Jahren. Dabei wurden Fragen thematisiert wie „Wie kann Pflege am Besten umschrieben werden? Was genau tun Pflegefachpersonen und was ist das Ziel pflegerischer Handlungen? Wann brauchen Menschen Pflege, und welche Pflege brauchen sie?“ [2].

Die vertiefte Auseinandersetzung mit dem Begriff „Pflege“ hat neben einem identitätsstiftenden Effekt für die Berufsangehörigen auch eine Bedeutung für gesellschaftliche Diskussionen zum Auftrag der professionellen Pflege und zu dem dafür erforderlichen Wissens- und Kompetenzerwerb. Beispielsweise ist die Ausbildung von diplomierten Pflegefachpersonen auf Hochschulstufe immer wieder Gegenstand gesellschaftlicher Diskussionen. Pflegefachpersonen sahen sich und sind bis heute konfrontiert mit der Frage, worin sich die professionelle Pflege von der nicht-professionellen Selbst-/Pflege als grundlegende Fürsorge eines Menschen für sich und/oder seine Angehörigen im Alltag unterscheidet.

Die Literatur zur Geschichte der Pflege zeigt die Diskussion um den Gegenstand der professionellen Pflege vielfach auf. Bischoff (2009) beschreibt in ihrem Buch mit Blick aufs späte 19. Jahrhundert eindrücklich, wie eine gute Erziehung und mütterliche Qualitäten als Basis für den Beruf der Pflege angesehen werden [3]. Auch für Pflegeausbildungen sind Definitionen von Pflege relevant, sollten doch die Lernenden und Studierenden befähigt werden, den Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen eine Person zentrierte Pflege zu bieten.

Als Pionierin der Pflege, welche Pflege in ihrem Wesen als erste schriftlich festhielt, gilt Florence Nightingale (1820-1910). Ihr Buch *„Notes on Nursing: What it is and what it is not“* gilt als eines der meistzitierten Werke in der Pflege. Nightingale fokussierte zur Beschreibung von Pflege auf Hygienemassnahmen wie Körperpflege, frische Luft, saubere Bettwäsche, ausgewogene Ernährung und die Optimierung der Umgebung von Kranken [4]. Die Schriften von Nightingale galten später in vielen Ländern als Grundlage für Entwicklungen von Pflegeausbildungen. In der Schweiz begründete Sr. Liliane Juchli (geb. 1933) mit ihren Pflegelehrbüchern eine lange und bis heute anhaltende Basis für Pflegeausbildungen [2]. In der Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelten vor allem amerikanische Pflegetheoretikerinnen Definitionen von Pflege [5]. Beispielhaft sind dies Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Ida Jean Orlando, Madeleine Leininger, Callista Roy, Imogene King und Dorothea Orem. Die Definitionen von Pflege in den jeweiligen Pflegemodellen basieren auf unterschiedlichen Theorien wie z.B. Bedürfnisorientierung, Pflegeergebnis-, Anpassungs-, Interaktions- oder Systemmodellen, und jede dieser Autorinnen entwickelte ein Pflegemodell mit spezifischen Pflegetheorien, die den Gegenstand der Pflege als Fachgebiet darstellen. Pflegemodelle stellen abstrakte Theorie allgemeiner Reichweite und einen Bezugsrahmen der Pflege dar. Sie umschreiben den eigenen Wissensfundus und die Aufgaben des Berufs, nicht zuletzt in Abgrenzung zur Medizin und zur Laienpflege. Pflegetheorien dienen dazu, die Pflegemodelle weiterzuentwickeln und zu konkretisieren [5].

Was sind nun die Aufgaben der Pflege? Pflegefachpersonen unterstützen Patientinnen und Patienten dabei, mit Einschränkungen im Alltag umzugehen und die ihnen wichtigen Rollen möglichst selbständig zu gestalten, und Menschen am Lebensende werden durch Pflegefachpersonen im Sterbeprozess begleitet [6,7].

Das „International Council of Nurses“ (ICN) definiert Pflege wie folgt:

> *„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles“* [8].

In den letzten 30 Jahren entwickelten weitere Berufs- und Gesundheitsorganisationen Definitionen von Pflege. Die 1980 erstmals publizierte Definition der „American Nurses Association“ (ANA) beruht auf derjenigen der „North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) und erlangte international einen breiten Einfluss. Die NANDA führte zur Beschreibung des pflegerischen Fokus den Begriff „human response“ ein, welcher auf Deutsch als „Erfahrungen/Reaktionen auf gesundheitliche Probleme“ übersetzt wurde [9]. Der pflegerische Fokus ist gemäss NANDA nicht auf die Krankheit eines Menschen gerichtet, sondern auf die menschlichen Erfahrungen und Reaktionen auf gesundheitliche Probleme von Individuen, Familien oder Gemeinschaften [10,11]. Die ANA definiert Pflege wie folgt:

> *„Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations”* [12].

Die von der NANDA geprägte ANA-Definition liegt auch derjenigen des SBK zugrunde [13]. Der demographisch und epidemiologisch bedingte Wandel im Gesundheitswesen hat die Berufsverbände der Pflegefachpersonen in Österreich, Deutschland und Schweiz veranlasst, eine gemeinsame Definition der Pflege mit Integration der bedeutsamen Rolle der Pflege in der Gesundheitsversorgung darzulegen. In ihrem Positionspapier ist professionelle Pflege wie folgt definiert:

> *"Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung"* [14].

Allen Definitionen von Pflege gemeinsam ist die fundierte Auseinandersetzung mit der Frage, wie Menschen Gesundheit, Krankheit, Krisen, Leiden, Sterben und Tod erleben, wie sie damit umgehen und sie bewältigen [15]. Pflege wird definiert als gesellschaftlicher Beitrag, um gesundheitlichen Problemen vorzubeugen, sie zu beheben, zu vermindern oder damit umzugehen, damit sie letztlich förderlich sind [15].

Pflege als Profession

„Das lateinische Wort „Profession“ wird oft gleichbedeutend mit Beruf, Berufung, Gewerbe, Handwerk, Leidenschaft verwendet [16]. Professionen sind Berufe, deren Aufgabe in der Umsetzung gesellschaftlicher Werte liegt (z.B. Recht, Gesundheit). Die Berufsangehörigen sind mit einem hohen Maß an beruflicher Selbständigkeit und spezifischen Kompetenzen ausgestattet, um ihre Funktionen erfüllen zu können; und Professionen zeichnen sich durch spezielle Attribute aus, die sie von jenen Berufen abgrenzen, denen diese Merkmale nicht zugesprochen werden [17].

Drei bedeutsame Merkmale charakterisieren Professionen: Die Ausrichtung auf das Gemeinwohl, ein eigenständiger Wissenskörper und berufliche Autonomie.

1. Ausrichtung auf das Gemeinwohl: Das professionelle Handeln orientiert sich am Gemeinwohl und dient der Aufrechterhaltung bedeutsamer Werte der Gesellschaft wie z.B. Gesundheit, Konsens, Moral, Wahrheit, Recht [17].

Die Ausrichtung auf das Gemeinwohl ist Bestandteil der ethischen Grundsätze der Pflege, die erstmals im Jahr 1990 vom SBK publiziert wurden. Die zentrale Botschaft dabei ist, dass die grundlegende berufliche Verantwortung der Pflegefachpersonen dem pflegebedürftigen Menschen gilt [18]. Im Ethik-Kodex der Berufsverbände der Pflegefachpersonen in Deutschland (DBfK), Österreich (ÖGKV) und der Schweiz (SBK) wird dies folgendermassen beschrieben:

- Die Pflegefachperson *übt ihre berufliche Tätigkeit zum Wohle des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft aus*; sie koordiniert ihre Dienstleistungen mit denen anderer beteiligten Gruppen.
- Die Pflegefachperson gewährleistet bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit, dass der Einsatz von Technologie und die Anwendung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse vereinbar sind mit der *Sicherheit, der Würde und den Rechten der Menschen* [19].

2. Eigenständiger Wissenskörper: Die Berufsangehörigen einer Profession wenden spezifisches Wissen an, das der Lösung gesellschaftlicher Probleme dient. Die Basis des Wissens ist dabei in der Wissenschaft wie im Praxisalltag verankert. Erst dieses zweifach verankerte Wissen erlaubt ein fundiertes Verständnis der spezifischen Probleme und Fragen der jeweiligen Zielgruppe - im Fall der Pflege sind dies Patientinnen, Patienten und deren Angehörige[17].

Professionen definieren den *Wissenskörper* ihres Fachgebiets in drei Bereichen, dem sogenannten Tryptochon [20-22]. Der Begriff Tryptochon kommt aus dem Griechischen *tríptychos* und bedeutet dreifach, aus drei Schichten oder Lagen bestehend [23]. Im Kontext der Pflege wird diese Dreiteiligkeit mit den Inhalten „Diagnosen-Interventionen-Ergebnisse“ als Charakteristikum von Professionen verwendet [21]. Diagnosen beschreiben spezifische Probleme ihrer Klientel, Interventionen definieren spezialisiertes Wissen und Handlungen zur Lösung von Problemen ihrer Klientel und als letztes werden Ergebnisse, welche die Profession erzielt, benannt. Dementsprechend werden im Gesundheitsbereich:

a) die zu behandelnden Probleme in *Diagnoseklassifikationen* beschrieben,
b) die wissensbasierten Behandlungen in Interventionsklassifikationen und
c) die durch die Profession erzielten Ergebnisse in Ergebnisklassifikationen.

In der Medizin sind dies beispielsweise:

a) die Internationale Klassifikation der Krankheiten/International Classification of Diseases (ICD),
b) die Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) für den stationären Bereich, bzw. die Tarmedliste, welche alle ambulanten ärztlichen Behandlungen inklusive deren Tarife umfasst.

Im Unterschied zur Pflege wurden in der Medizin keine Ergebnisklassifikationen entwickelt. Während ein Hauptteil des Wissenskörpers der Medizin in den oben beschriebenen Klassifikationen dargestellt wird, ist der Wissenskörper der Pflege in Pflegeklassifikationen dargestellt. Dabei werden:

a) die Pflegeprobleme/der Pflegebedarf in der *Internationalen Pflegediagnoseklassifikation* beschrieben,
b) wissensbasiertes, pflegerisches Handeln in der *Pflegeinterventionsklassifikation* und
c) die Ergebniszustände, welche bei bestimmten Pflegediagnosen durch Pflegeinterventionen erzielt werden, in der Pflegeergebnisklassifikation.

Der eigenständige Wissenskörper der Pflege wird durch das Tryptochon von international anerkannten Klassifikationen abgebildet: Durch die Pflegediagnosenklassifikation (*Nursing Diagnosis Classification* NANDA-International), die Pflegeinterventionsklassifikation (Nursing Interventions Classification NIC [24] und die Ergebnisklassifikation (Nursing Outcomes Classification NOC [20]. Die drei Klassifikationen wurden in eine Taxonomie zusammegefasst (NANDA-I, NIC und NOC = NNN). Die NNN fasst als Tryptochon empirische und wissenschaftliche Grundlagen zusammen, wird laufend entsprechend neuer wissenschaftlicher Evidenz überarbeitet und stellt den Wissens-

körper der professionellen Pflege dar [9,20,24-26]. Professionell Pflegende basieren ihre klinischen Entscheidungen auf diesem Wissenskörper [27-29] (siehe auch Kapitel *Wissenskörper der Pflege*).

Der Wissenskörper der Pflege wird gemäss Chinn & Kramer (2011) durch vier Prozesse – sogenannte Wissensmuster (patterns of knowing) erworben und umgesetzt: Empirie, Ethik, Ästhetik/Intuition und Persönliches Wissen [30].

Die vier *Wissensmuster* werden wie folgt beschrieben [31]:

Das *empirische Wissen* stellt den wissenschaftlichen Aspekt der Pflege dar. Es umfasst Beschreibungen der Erfahrungen und Beobachtungen der Pflegefachpersonen in der Praxis. Diese dienen als Grundlage zur Bildung von Hypothesen, Theorien oder Modellen, welche für Pflegesituationen in der Zukunft nutzbar gemacht werden. Die Empirie nimmt in der Wissensgenerierung innerhalb der Disziplin Pflege eine zentrale Stellung ein [30]. Das empirische Wissen der Pflegefachpersonen wird z.B. durch das Mitteilen von Pflegegeschichten, Beobachtungs- und Interventionsstudien zu pflegerelevanten Phänomenen in Fachzeitschriften oder in der Ausbildung, sowie durch Bündelung und Bearbeitung in Form von Fallstudien und Fallbesprechungen mitgeteilt.

Das *ethische Wissen* umfasst die moralische Komponente der Pflege. Es bietet der Pflegefachperson in der Bewältigung von Pflegesituationen Anhaltspunkte, „was getan werden sollte und was gut und richtig und verantwortbar ist“ [31] (Chinn & Kramer, S.9). Das ethische Wissen kommt sowohl in Ad-hoc-Entscheidungen als auch bei geplanten, nach definierten Regeln ablaufenden Entscheidungsfindungen zur Anwendung. Die Darstellung von Werten und die Klärung verschiedener Standpunkte und Interessen dienen dazu, herauszufinden, welche Interventionen und/oder Interaktionen moralisch vertretbar sind. Reflektierte, persönliche ethische Grundsätze werden gebraucht, wenn Pflegefachpersonen die Rechte und Pflichten von anderen Menschen (Patientinnen, Patienten) vertreten [31].

Das als *Intuition/Ästhetik bezeichnete Wissen* stellt die Kunst des Pflegens, das persönliche Wissen ist das Wissen über sich selbst und in der Beziehung zum anderen dar. Dieses Wissen ermöglicht, die Gesamtheit aller reflektierten Erfahrungen, der erworbenen professionellen Kompetenzen, des gesunden Menschenverstandes und die Bedeutung des Augenblicks wahrzunehmen und für die Bewältigung einer Pflegesituation nutzbar zu machen. Intuitives Wissen ermöglicht, den Hintergrund bzw. Kontext einer Pflegesituation zu erfassen. Intuition kommt zum Ausdruck, wenn reflektierte Erfahrung und Handlung in einem bestimmten Moment zusammentreffen. Intuition zeigt sich im Verhalten, in der Körperhaltung, im Handeln, in der Art der Kommunikation und in den Interaktionen der Pflegefachperson mit den an der Situation beteiligten Personen [30 32].

Das *persönliche Wissen* entwickelt sich durch sich einlassen, nachdenken und Introspektion. Introspektion meint die Betrachtung, Beschreibung und Analyse des eigenen Erlebens und Verhaltens durch nach innen gerichtete Beobachtung. „Persönliches Wissen in der Pflege bezieht sich auf die inneren Erfahrungen im Laufe der Entwicklung zu einem ganzheitlichen, bewussten Selbst. … Nur durch Kenntnis des Selbst kann man einen anderen Menschen als Person erkennen. Persönliches Wissen kann spirituelles bzw. metaphysisches Wissen beinhalten. Umfassende und bewusste Wahrnehmung des Selbst, des Augenblicks und des Kontexts einer Interaktion befähigt zu bedeutsamer, zwischenmenschlicher Erfahrung“ [31] (Chinn & Kramer, 1996, S. 10).

„Die *Gesamtheit des Wissens* befähigt dazu, das Machbare zu erkennen und Alternativen zu schaffen, die eine gezielte Auswahl an pflegerischen Interventionen und Interaktionen zulassen [31] (Chinn & Kramer, 1996, S. 6). Die vier Wissensmuster kommen in der Alltagspraxis beim Stellen von Pflegediagnosen, bei der Wahl von Pflegeinterventionen und wünschbaren Pflegeergebnissen und deren Evaluation zum Tragen. Um die Anwendung des Wissens im pflegerischen Alltag zu konzeptualisieren, entwickelten McCloskey und Bulechek (1992) das Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsmodell [33], dieses wurde erweitert von Moorhead (2013) siehe Abb. 2. S. 15.

3. Berufliche Autonomie: Die Berufsangehörigen einer Profession kontrollieren ihr eigenes Handeln autonom. Das heisst, „wirkliche“ Professionen sind dadurch definiert, dass ihnen als Gruppe sowohl von den Klientinnen/Klienten wie auch von den sie beschäftigenden Organisationen in der Festlegung und Ausführung ihrer Arbeit Autonomie zuerkannt wird [17].

Die Pflegefachperson ist persönlich verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die Ausübung der Pflege, und sie wahrt ihre fachliche Kompetenz durch kontinuierliche Fortbildung, dies gilt insbersondere für folgende Bereiche [19]:

- Die Pflegefachperson ist verantwortlich für die Festlegung und Umsetzung von Standards für die Pflegepraxis, das Pflegemanagement, die Pflegeforschung und Pflegebildung.
- Die Pflegefachperson beteiligt sich an der Entwicklung beruflicher Kenntnisse, die auf Forschungsergebnissen basieren und setzt sich über ihren Berufsverband dafür ein, dass sichere, sozial gerechte und wirtschaftliche Arbeitsbedingungen in der Pflege geschaffen und erhalten werden.
- Die Pflegefachperson fördert die Gesundheit, Sicherheit und Rechte der Patientinnen und Patienten. Sie ist verantwortlich und rechenschaftspflichtig für die individuelle Pflege.
- Die Pflegefachperson ist gemäss dem ICN-Ethikcodex für Pflegende[19] zur optimalen Patientenversorgung auch verantwortlich für eine angemessene Delegation von Aufgaben.

Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungsbereich der Pflege

Die autonome Kontrolle der eigenen Tätigkeit setzt Wissen über die Kompetenzen und Verantwortungsbereiche der eigenen Disziplin voraus. Im nächsten Abschnitt werden die Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege beschrieben, welche sich auf die direkte Versorgung der Patientinnen/Patienten, die Zusammenarbeit im inter- und intraprofessionellen Team und auf die kontinuierliche Weiterentwicklung der Pflege beziehen.

Krohwinkel (2008) beschreibt drei Aufgaben und Verantwortungsbereiche der Pflege. Sie unterscheidet eigenständige pflegerische Aufgaben, pflegerische Aufgaben nach ärztlicher Anordnung und berufsgruppenübergreifende pflegerische Aufgaben [34].

Eigenständige pflegerische Aufgaben

Die Pflegefachperson im klinischen Setting hat bereits heute die Anordnungs- Durchführungs- und Evaluationsverantwortung pflegerischer Aufgaben. Die Verantwortung für den Pflegeprozess liegt in der Schweiz bei den auf Tertiärstufe ausgebildeten, diplomierten Pflegefachpersonen. Das heisst, die Pflegefachperson erhebt den Bedarf an pflegerischen Massnahmen, stellt Pflegediagnosen und ist für die Durchführung der Pflegeinterventionen sowie für die Dokumentation des Pflegeprozesses verantwortlich [35,36].

Die für die eigenständige Berufsausübung erforderlichen Kompetenzen werden in den von der Rektorenkonferenz der Fachhochschulen Schweiz [37] erarbeiteten Abschlusskompetenzen für die Fachhochschul-Gesundheitsberufe und im Rahmenlehrplan der höheren Fachschulen (HF) Pflege dargelegt [38]. Im Letzteren werden vier Hautprozesse definiert in welchen die diplomierte Pflegefachperson tätig ist: Der *Pflegeprozess* umfasst das Assessment (Informationssammlung und Datenerhebung), die Pflegediagnosen, die Ergebnis- und Pflegeplanung, die Implementierung der Pflegeinterventionen und die Evaluation[39]. Dipl. Pflegefachpersonen HF schätzen den Pflegebedarf ein, beurteilen die Gesundheitsprobleme und planen zusammen mit Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen die Pflege. Sie führen Pflegeinterventionen durch und überwachen sie mit Hilfe evidenzbasierter Kriterien. Die Wirksamkeit der Pflege wird im Sinne der Qualitätssicherung anhand der Pflegeergebnisse beurteilt. Der *Kommunikationsprozess* beinhaltet die vertrauensfördernde Beziehungsgestaltung mit Patientinnen und Patienten sowie die intra- und interprofessionelle Kommunikation. Die fortlaufende Weiterbildung der Pflegefachpersonen und die Ausübung von Lehr- und Anleitungsfunktionen sind dem *Wissensprozess* zugeordnet. Schliesslich sind Pflege-

fachpersonen im Bereich *Organisationsprozess* für die fachliche Führung in ihrem Bereich und die Gestaltung von förderlichen strukturellen Bedingungen zuständig [38].

Absolventinnen und Absolventen eines Fachhochschulstudiengangs im Bereich Gesundheit sind, basierend auf dem Rollenmodell CanMEDS 2005, in sieben Rollen tätig [40]. Pflegefachpersonen übernehmen fachliche Führung in ihrem Berufsfeld und stellen ihre berufsspezifischen Kompetenzen den Patientinnen/Patienten, deren Angehörigen sowie anderen Akteuren des Gesundheitssystems zur Verfügung. Sie gestalten vertrauensvolle professionelle Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten sowie zu deren Angehörigen und ermöglichen durch eine angepasste Kommunikation gemeinsame Entscheidungsfindungen. Pflegefachpersonen setzen Behandlungspläne effektiv und effizient innerhalb der institutionellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen um. Sie arbeiten bei der Implementierung und Evaluation von evidenzbasierten Qualitätsstandards der Pflege mit und erkennen Innovationsbedarf. Durch die kontinuierliche Reflexion ihrer Berufspraxis tragen Sie zur optimierten Gesundheitsversorgung bei. Ausserdem entdecken Sie aufgrund ihrer reflektierten Berufspraxis praxisrelevante Fragestellungen für Entwicklungs- und Forschungsprojekte und leiten diese an die entsprechenden Stellen weiter. Sie beteiligen sich an Projekten und Forschungen im Bereich der Pflege und fördern den Transfer der Resultate in die Lehre und Praxis [35] (Konferenz der Fachhochschulen Schweiz, 2009, S. 37–43).

Es zeigt sich deutlich, dass sowohl die Pflegefachperson mit einer Ausbildung auf Stufe der höheren Fachschule als auch der Fachhochschule Kompetenzen erwerben, um eigenverantwortlich die Probleme der Patientinnen/Patienten zu erfassen, daraus die pflegerischen Interventionen abzuleiten und durchzuführen und die Wirksamkeit der implementierten Interventionen zu evaluieren. Gemäss Studien erzielen Pflegefachpersonen gute Patientenergebnisse, die zugleich kostensenkend sein können[41].

Pflegerische Aufgaben nach ärztlicher Anordnung

Im diesem Bereich sind die Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie einzuordnen. Die Pflegefachperson hat hier eine Durchführungsverantwortung. Das heisst, sie ist für die korrekte Durchführung von ärztlich delegierten Handlungen verantwortlich wie zum Beispiel die korrekte Verabreichung von Infusionstherapien, die Abgabe von Medikamenten und die Überwachung von Medikamentenwirkungen (bzw. Nebenwirkungen) oder von Blutentnahmen für Laboruntersuchungen. Zudem müssen Pflegende mögliche, sich anbahnende Komplikationen frühzeitig erfassen. Dies beinhaltet, Anzeichen und Symptome, die auf Komplikationen oder Zustandsverschlechterungen bei Patientinnen/Patienten hinweisen – wie z.B. Anzeichen innerer Blutungen, Verschiebungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt, Bewusstseinsveränderungen oder Symptome von Hyper- und Hypoglykämie – zu erkennen und pflegerische Beobachtungen oder Assessmentresultate dem ärztlichen Dienst zu melden. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Wenn ein Patient Anzeichen und Symptome eines Myokardinfarkts wie z.B. Thoraxschmerzen und Kurzatmigkeit aufweist, ist die Pflegefachperson verantwortlich: 1) den Verdacht zu hegen, dass diese Anzeichen ein Problem darstellen, 2) zu erkennen, dass das Problem eine hohe Priorität hat, 3) zu tun, was sie kann, um das Problem anzugehen und 4) das Problem sofort zu melden [42,43].

Berufsgruppenübergreifende pflegerische Aufgaben

In diesem Bereich ist die Pflegefachperson für die Kooperation und Koordination verantwortlich [34]. Sie beteiligt sich an der Entwicklung von Konzepten zur Gesundheitserhaltung und -vorsorge. Ebenso arbeiten Pflegefachpersonen in interprofessionellen Teams und beteiligen sich an komplexen, interdisziplinären Entscheidungsfindungen.

Pflegefachpersonen engagieren sich für gesundheits- und lebensqualitätsbezogene Anliegen und unterstützen die Interessen der Patientinnen/Patienten sowie deren Angehörigen. Sie integrieren Konzepte zur Gesundheitsförderung und Prävention für Individuen und Gruppen in ihre Berufspraxis und beteiligen sich aktiv an deren Umsetzung. Ein Beispiel ist die Erhaltung und Förderung der Mobilität von betagten Menschen zu Hause oder im institutionellen Setting. Um dies zu erreichen,

ist oft eine enge Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Berufsangehörigen der Physio- und/oder Ergotherapie erforderlich. Die körperliche Mobilität ist ein relevanter Faktor in der Prävention vieler Gesundheitsprobleme (z.B. Dekubitus, Sturz, Pneumonie) und eine gute Mobilität fördert die Gesundheit auch bei Personen mit einer Krankheit (z.B. Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus, Morbus Parkinson, Schlaganfall). Dabei verpflichten die Pflegefachpersonen sich der Ethik und der Berücksichtigung der gesundheitsökonomischen Situation.

Sie vertreten in der Gesellschaft den Beruf professionell und setzen sich verantwortungsbewusst und eigenständig für die Entwicklung und Ausübung des Pflegeberufs ein [35]. Ein Beispiel dieser Aufgabe ist die aktive Unterstützung der „Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege".

Zwischenfazit

Die professionelle Pflege hat eine lange Entwicklung durchlaufen. Während noch Ende des vorletzten Jahrhunderts mütterliche Qualitäten als Basis für den Beruf angesehen wurden, wandelte sich das Selbstverständnis der Pflege im Laufe des letzten Jahrhunderts zu demjenigen einer eigenständigen Profession. Als Merkmale einer Profession wurden die Ausrichtung auf das Gemeinwohl, ein eigenständiger Wissenskörper und berufliche Autonomie charakterisiert. Der Kern der eigenständigen Aufgaben der Pflege in der Schweiz spiegelt sich in den Abschlusskompetenzen der auf Tertiärstufe ausgebildeten Pflegefachpersonen wieder: die Übernahme der Verantwortung für den Pflegeprozess, dementsprechend die Erhebung des Pflegebedarfs, das Stellen der Pflegediagnosen, die Durchführung der Pflegeinterventionen und die Evaluation und Dokumentation des Pflegeprozesses.

Der Pflegeprozess: Kern des eigenständigen Verantwortungsbereichs

Mit der Orientierung des Pflegeprozesses als Kern des eigenverantwortlichen Bereichs stimmt das Schweizerische Bildungswesen mit internationalen Gepflogenheiten überein. Der Pflegeprozess ist als Grundlage des pflegerischen Handelns anerkannt und wurde als ein weltweit einigendes Band (unifying thread) der Pflegefachpersonen bezeichnet [39]. Der Pflegeprozess ist auch Bestandteil aller Pflegemodelle [5]. Er stellt eine Struktur pflegerischen Handelns oder einen Problemlösungsprozess dar und beschreibt Pflege als Beziehungsarbeit, professionelle Beziehungsgestaltung und pflegetherapeutische Präsenz [5,39,44,45].

Beziehungsarbeit, Caring, Kommunikation und moralische Sensibilität

Die pflegerische Beziehung ist geprägt durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme [45,46]. Fürsorge, persönliches Sich-Einlassen, Mitgefühl, einfühlsame Begleitung und Vertrauen sind Aspekte, welche die Gestaltung der professionellen pflegerischen Beziehung darstellen [47,48]. Ohne die Qualitäten von Caring fehlt die Grundlage für die Begegnung mit Menschen, die sich aufgrund von Krankheit und Abhängigkeit in einer verletzlichen Situation befinden und darauf angewiesen sind, dass sie nicht nur mit ihren funktionellen Beeinträchtigungen, sondern auch in ihrem Erleben und in ihrer Menschlichkeit wahrgenommen werden [49-52]. Caring bedeutet menschliche Fürsorge, in der Pflegefachpersonen ihr Selbst in die Beziehung einbringen, um Patientinnen und Patienten in ihrer Verletzlichkeit/Vulnerabilität zu beschützen und Menschlichkeit sowie Würde zu wahren [53]. In einer neueren Studie wird die pflegerische, zwischenmenschliche Zuwendung als gegenseitige, sich aufeinander einlassende Begegnung mit folgenden Themen beschrieben: ‚Als Selbst da Sein', ‚Respekt vor der menschlichen Vulnerabilität haben', ‚Nicht verurteilend sein', ‚Dingen, die gesagt und gehört werden müssen eine Stimme geben', und ‚die Fähigkeit, das Geschenk der Hingabe an andere anzunehmen' [47]. Die Fähigkeit von Pflegefachpersonen, die Gefühle und die innere Verfassung von Patientinnen/Patienten wahrzunehmen und genau zu erfassen zeigt sich durch Verhaltensweisen, Worte, Kognition, Körpersprache, Gefühle, Gedanken, Sinne und Intuition [53].

Einfühlungsvermögen fördert die moralische Sensibilität von Pflegefachpersonen und ist eine wichtige Voraussetzung für differenzierte Entscheidungsfindungen [50,54]. Das moralische Wahrnehmungsvermögen der Pflegefachpersonen wird besonders dann relevant, wenn rasch wechselnde, doppeldeutige und komplexe Situationen eingeschätzt werden müssen. Bereits Benner (1997) zeigt auf, dass hervorragendes klinisches Handeln von der Fähigkeit der Pflegefachpersonen abhängt, in veränderlichen Situationen (transitions) diejenige Sichtweise zu bestimmen, die das beste Verstehen gewährleistet [29,55,56]. Die Empfänglichkeit der Pflegefachpersonen für die Anliegen der betreuten Menschen und ihre Fähigkeit, in einer spezifischen Situation konkurrierende ethische Werte abzuwägen, bildet eine grundlegende Voraussetzung im Prozess der klinischen Entscheidungsfindung [57]. Die moralisch bedeutsamen Merkmale einer Situation werden nur erkannt, wenn eine kommunikative Verständigung mit den Patientinnen und Patienten erlangt werden kann. Diese setzt voraus, dass Pflegefachpersonen mit ethischem Wissen, Aufmerksamkeit und Mitgefühl erfassen, welche Bedeutung Krankheit und Schmerz für einen Menschen haben, und welche Werte und Überzeugungen für ihn in seiner Situation vordergründig sind [49,50,54,58]. Um pflegerische Massnahmen einleiten zu können, welche auf die spezifische Situation einer bestimmten Patientin/eines bestimmten Patienten zugeschnitten sind, beziehen Pflegefachpersonen die physischen, sozialen, geistig-seelischen und kulturellen Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten mit ein [45].

Pflegefachpersonen können ihr ethisches Engagement aber nicht auf die Gestaltung von Beziehungen beschränken. Die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung führt dazu, dass Menschen, die aufgrund von Hochaltrigkeit, Multimorbidität, sozialem Status usw. besonders verletzlich sind, zunehmend an den Rand der Versorgungsketten gedrängt werden und weniger Pflegeleistungen erhalten [59-61]. Die Pflege spielt bei der Verteilung von Gesundheitsressourcen eine wichtige Rolle. Damit ist sie gefordert, ihren ethischen Horizont auf den Aspekt der sozialen Gerechtigkeit auszudehnen und die Frage nach Pflegebeziehungen, die gar nicht entstehen können, obschon sie notwendig wären, zu stellen [62]. Chronisch kranke Menschen mit knappen ökonomischen und sozialen Ressourcen beanspruchen teilweise nicht die adäquate pflegerische und medizinische Versorgung, weil sie sich diese nicht leisten können oder die Annahme haben, diese sich nicht leisten zu können.

Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken

Der Pflegeprozess wird seit den 80er Jahren in der Grundausbildung zur Pflegefachperson gelehrt [63]. Heute werden anhand dieser Beziehungs- und Problemlösungsschritte die aktuellsten wissenschaftlichen Erkenntnisse auf eine spezifische Patientensituation übertragen. Dabei sind die auf Erfahrung basierende Expertise und die Patientenpräferenzen zu berücksichtigen [28,64]. Gemäss neustem Stand der Wissenschaft enthält der Pflegeprozess fünf wechselseitig aufeinander bezogene Phasen: Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung, Implementierung und Evaluation, s. Abb. 1. [39,65,66].

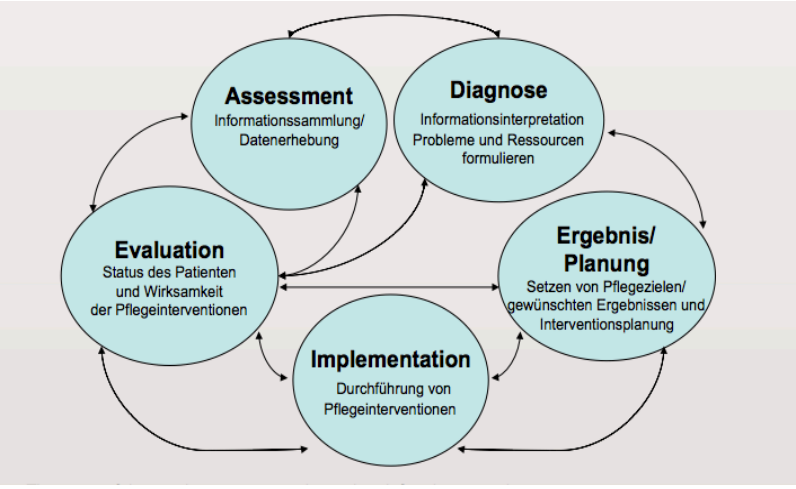

Abb. 1: Der Pflegeprozess

Der Pflegeprozesses verläuft nicht linear, sondern zyklisch und erfordert laufend klinische Entscheidungen und Handlungen: „The steps of the nursing process are interrelated, forming a continuous circle of thought and action that is both - dynamic and cyclic“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2005, S. 5) [67].

Die klinische Entscheidungsfindung gestaltet die Pflegefachperson durch kritisches Denken: Lunney (2007) untersuchte die kognitiven Fähigkeiten welche Pflegefachpersonen einsetzen, um im klinischen Umfeld kompetent zu entscheiden und zu handeln. Sie beschreibt die von kritisch denkenden Pflegefachpersonen als notwendig erachteten Strategien und die dazugehörigen Attribute. Beispielsweise wird die Strategie der Informationsbeschaffung in der ersten Phase des Pflegeprozesses eingesetzt, um die Zeichen und Merkmale von Patienten/Patientinnen zu verstehen und adäquat zu interpretieren. Dabei nutzt die Pflegefachperson mehrere Informationsquellen:

- Aussagen der Patientin/des Patienten und seiner Angehörigen,
- die Daten, die aus der klinischen körperlichen Untersuchung resultieren,
- eigene Beobachtungen und solche von anderen Pflegefachpersonen, aber auch
- Informationen aus der Pflegedokumentation sowie
- Labor-, Untersuchungsresultate einschliesslich ärztliche Aufzeichnungen.

Während dieses Prozesses der Informationsbeschaffung setzt die Pflegefachperson folgende Attribute ihres Denkens ein: Sie nutzt ihre *Reflexionsfähigkeit,* um gezielt nach neuen Informationen zu suchen. Ihre *intellektuelle Integrität* - d.h. ihr Bestreben, die Realität möglichst wahrhaftig zu erfassen - gewährleistet, dass sie auch dann bemüht ist die beste Informationsquelle auszuwählen, wenn sie vor einer schwierigen oder undankbaren Aufgabe steht. *Kreativität, Flexibilität und Neugier* befähigen sie, auch unübliche Informationsquellen in Betracht zu ziehen. Ihre *Beharrlichkeit* stellt sicher, dass die Aufgabe auch dann weitergeführt wird, wenn die erforderlichen Informationen schwer zu verstehen, schwer zu finden oder schwer zu interpretieren sind [56,68].

Die Schritte des Pflegeprozesses

Die eigenständigen Aufgaben der diplomierten Pflegefachperson werden anhand des Pflegeprozesses beschrieben.

Assessment

Der Pflegeprozess beginnt mit einer umfassenden Einschätzung des Patientenzustands, dem *Assessment.* Es werden gezielt gesundheitsbezogene Verhaltensmuster und Bereiche erfasst, in welchen Probleme vorliegen, die zu einem Pflegebedarf führen. Mittels Assessment erfolgt eine gezielte Einschätzung der gesundheitsbezogenen Verhaltensmuster der Patientin/des Patienten. Als Systematik kann dafür das auf der NANDA-NIC-NOC Taxonomie der Pflegepraxis basierende NNN-Assessment verwendet werden (vgl. Kapitel „Assessmentinstrumente die den Pflegeprozess berücksichtigen“).

Das NNN-Assessment und die Pflegediagnosen werden von Schweizer Krankenversicherern als Instrument zur Begründung der Pflegebedürftigkeit anerkannt. Mit dem NNN-Assessment werden aktuelle und potentielle Reaktionen auf Gesundheitsprobleme, die Gestaltung von Beziehungen und die Bewältigung existentieller Erfahrungen erhoben (Müller-Staub, 2012). Ziel dieses Assessments ist es, ein Bild der Patientin/des Patienten über pflegerelevante Aspekte zu gewinnen. Dabei werden die physische, psychische und kognitive Verfassung der Patientin/des Patienten wie auch der soziokulturelle, spirituelle und ökonomische Hintergrund sowie relevante biographische Aspekte berücksichtigt [43,69,70]. Dazu erheben die Pflegefachpersonen einerseits subjektive Daten, indem sie das Erleben und die Erfahrungen der Patientin/des Patienten im Gespräch mit ihr/ihm und den Angehörigen erfassen. Andererseits sammeln sie objektive Daten: sie führen körperliche Untersuchungen durch und beziehen die Ergebnisse diagnostischer Tests ins Assessment ein [66,70,71].

Die Erhebung der subjektiven Daten stellt hohe Anforderungen an die kommunikative Kompetenz und das Fachwissen der Pflegefachpersonen. Um zu erfassen, wie das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Patientin/des Patienten die aktuelle Pflegesituation beeinflusst, begegnen Pflegefachpersonen ihnen mit Einfühlungsvermögen und Unvoreingenommenheit. Aktives Zuhören bedeutet, sich nicht auf isolierte Fakten zu beschränken, sondern aufmerksam die nonverbale Ausdrucksweise zu beobachten sowie die Gedankengänge und Vorstellungen der Patientin/des Patienten nachzuvollziehen. Um Verzerrungen durch Vorurteile zu verhindern, machen sich Pflegefachpersonen ihre eigenen Wertvorstellungen und Vermutungen vorgängig bewusst. Ihr Fachwissen und die Bereitschaft sich auf die Sichtweise der Patientin/des Patienten einzulassen, befähigen sie, die relevanten Informationen im Zusammenhang zu erfassen und zu gewichten [65,71].

Die Erhebung von objektiven Daten während der körperlichen Untersuchung erfordert von der Pflegefachperson Kompetenzen bezüglich Untersuchungstechniken wie Auskultation (z.B. Herz- und Lungenfunktionen), Palpation (z.B. Ertasten der Schilddrüse oder des Karotispulses), Inspektion (z.B. des Mundes), Beurteilung des Hautzustands (z.B. sensorischer Reize oder Dekubiti/Wunden) oder die Beurteilung des neurovaskulären und des neurologischen Status.

Pflegediagnosen

Um den Pflegebedarf zu bestimmen werden die im Assessment erhobenen Daten einer klinischen Urteilsbildung unterzogen und entsprechende *Pflegediagnosen* gestellt. Pflegediagnosen beschreiben den Pflegebedarf auf dem Hintergrund einer theoriebasierten, internationalen Taxonomie [9,45].

Im diagnostischen Prozess bearbeitet die Pflegefachperson die während des Assessments erhobenen Informationen methodisch: Zuerst werden die für die aktuelle Situation relevanten Merkmale (Zeichen/Symptome) gebündelt und deren Bedeutung bestimmt. Gestützt auf das in der Ausbildung erworbene und durch Erfahrungen erweiterte Wissen interpretiert die Pflegefachperson klinische Merkmale, wobei sie das Erleben und die Erfahrungen der Patientin/des Patienten und den Kontext berücksichtigt. Ihre klinische Urteilsbildung mündet im Stellen von Pflegediagnosen. Pflegediagnosen können anhand standardisierter Pflegediagnoseklassifikationen - z.B. NANDA International - formuliert und validiert werden. Zur Validierung der Pflegediagnosen überprüft sie, ob und welche der charakteristischen Merkmale der Pflegediagnosen nach NANDA International am besten mit den relevanten Merkmalen der Patientin/des Patienten übereinstimmen [45,64].

Um Genauigkeit und Nachweisbarkeit zu sichern, wird die Pflegediagnose als Produkt des diagnostischen Prozesses exakt formuliert und dokumentiert. NANDA International hat dafür das PES-Format entwickelt [10,72]:

- Mit dem P (Problem) wird die Diagnose benannt und definiert.
- Unter E (Etiology) wird die der Pflegediagnose zugehörige Ätiologie, also die verursachenden, beeinflussenden oder begünstigenden Faktoren, aufgeführt. Handelt es sich bei den beeinflussenden Faktoren um solche, welche die Pflegefachperson eigenständig angehen kann, so wird von unabhängigen Pflegediagnosen gesprochen. Demzufolge ist es nicht eine medizinische Diagnose an sich, welche eine Pflegediagnose verursacht. Vielmehr sind es die Auswirkungen der medizinischen Diagnose auf die Patientin/den Patienten, welche zu Pflegediagnosen führen können.
- S (Symptoms) steht schliesslich für die bestimmenden Merkmale jeder spezifischen Pflegediagnose. Die bestimmenden Merkmale stammen aus den während dem Assessment erhobenen Beobachtungen und Aussagen des Patienten sowie aus der körperlichen Untersuchung und sie bestätigen die Pflegediagnose [64].

Meistens werden bei einer Patientin/einem Patienten in einer Pflegesituation mehrere Pflegediagnosen gestellt und anhand ihrer Dringlichkeit angegangen.

Ergebnisplanung

Die auf die Pflegediagnosen folgende Planungsphase umfasst das Festlegen von *patientenorientierten Zielen* und *evidenzbasierten Massnahmen*. Die *Ziele* oder pflege-sensitiven Ergebnisse welche die Patientin/der Patient erreichen soll, werden wo immer möglich gemeinsam mit ihr/ihm und den Angehörigen festgelegt [45,64]. Patientenorientierte Ziele können anhand standardisierter Outcome-Klassifikationen, bspw. der Nursing-Outcomes-Classification (NOC) formuliert werden, die für jede Pflegediagnose mehrere literaturbasierte Patientenergebnisse enthält [20]. Die in der NOC beschriebenen pflege-sensitiven Patientenergebnisse sind messbare Patientenzustände als Resultat einer oder mehrerer Pflegeinterventionen. Wenn individuelle Zielsetzungen festgelegt werden, verwenden Pflegefachpersonen zu deren exakten Formulierung die RUMBA-Regel: Ziele sollen realistisch (R), umsetzbar (U), messbar (M), beurteilbar (B) und anwendbar (A) sein [45,64].

Pflegefachpersonen sind für das Erreichen der Zielsetzungen verantwortlich und *planen* zu diesem Zweck wirksame, den aktuellen Standards und Richtlinien entsprechende *Pflegeinterventionen*. Dabei wägen sie ab, welche Probleme durch bestehende Versorgungspfade oder Expertenstandards angegangen werden können, und wo ein individueller Pflegeplan entwickelt werden muss [28,45].

Implementierung der Pflegeinterventionen

Um zu gewährleisten, dass Patientinnen/Patienten die bestmögliche Pflege erhalten, *implementieren* Pflegefachpersonen evidenzbasierte *Interventionen*. Intervention wird als Handlung und als Prozess definiert und beinhaltet aktives Handeln zur Verbesserung einer Situation oder Krankheit [73]. Beim Umsetzen von Pflegeinterventionen greifen die Pflegefachpersonen auf aktuelle Forschungsergebnisse zurück und passen sie der individuellen Patientensituation an [74]. Durch kritisches Denken überprüfen sie evidenzbasierte Richtlinien auf ihre Tauglichkeit für die spezifische Pflegesituation. Dabei beziehen sie ihre in der Praxis begründete Expertise und die Anliegen der Patientinnen/Patienten als gleichwertige Parameter ein [27,64].

Um die Kontinuität in der Pflege sicherzustellen, werden Pflegediagnosen, Pflegeziele, Interventionen und deren Wirkung auf die Patientinnen/Patienten dokumentiert [65,71]. Bei der Formulierung von Pflegeinterventionen wird festgehalten, was zu tun ist, wie es durchzuführen ist, wie viel/oft es zu tun ist, womit es zu tun ist und von wem die Pflegeintervention ausgeführt werden soll.

Die Nursing Interventions Classification (NIC) definiert in einer einheitlichen internationalen Klassifikation literaturgestützte Pflegeinterventionen, mit denen Pflegediagnosen angegangen und pflege-sensitive Patientenergebnisse erzielt werden (vgl. S. 18f.). Den Pflegeinterventionen der NIC sind auch Kompetenzstufen zugeordnet, so dass begründet werden kann, weshalb gewisse Pflegeinterventionen ausschliesslich durch diplomierte Pflegefachpersonen ausgeführt werden sollen [24].

Evaluation

Die Evaluation des Pflegeprozesses findet in jeder seiner Phasen statt und wird dokumentiert. Der Fokus liegt auf der Frage, ob die angestrebten Ziele und pflege-sensitiven Patientenergebnisse (nursing-sensitive patient outcomes) erreicht wurden. Dazu schätzt die Pflegefachperson den Erreichungsgrad der pflege-sensitiven Patientenergebnisse ein. Mit pflege-sensitiven Patientenergebnissen sind solche gemeint, für deren Erreichen die Pflegefachpersonen verantwortlich sind [21,22,75]. Zur Evaluation setzen Pflegefachpersonen valide Messinstrumente ein anhand derer sie die Richtigkeit und Genauigkeit der gestellten Pflegediagnosen, die Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen und die Erreichung der gewünschten Patientenergebnisse prüfen (Ackley & Ladwig, 2011; Müller-Staub, 2012). Wenn sich bei der Überprüfung der Zielsetzung herausstellt, dass die Pflegeziele respektive die pflege-sensitiven Patientenergebnisse nicht erreicht wurden, wird jeder Schritt des Pflegeprozesse erneut kritisch hinterfragt und angepasst.

Zwischenfazit

Der Pflegeprozess beinhaltet die pflegerische Beziehung und strukturiert das pflegerische Handeln gemäss den Phasen des Problemlösungsprozesses. Durch die Umsetzung des Pflegeprozesses werden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse mit der spezifischen Patientensituation zusammengeführt. Damit dies gelingt, müssen Pflegefachpersonen ihre Patientinnen/Patienten verstehen und fähig sein, laufend klinische Entscheidungen zu treffen. Deshalb basiert der Pflegeprozess einerseits auf der Gestaltung einer professionellen Beziehung, die durch sorgende Zuwendung und Anteilnahme geprägt ist. Im Weiteren benötigen Pflegefachpersonen kognitive Strategien im Sinne des kritischen Denkens. Diese befähigen sie, entsprechend den klinischen Anforderungen der jeweiligen Pflegesituationen kompetent zu entscheiden und zu handeln. Die Schritte des Pflegeprozesses umfassen das Assessment, das Stellen der Pflegediagnosen, die Zielsetzung, Planung und Implementierung der Pflegeintervention und schliesslich die Evaluation der Pflege.

Der Wissenskörper der Pflege

In den vorherigen Kapiteln wurde mehrfach Bezug genommen zum Wissenskörper der Pflege und den Klassifikationen der Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse, welche den Wissenskörper der Pflege ausmachen. In diesem Kapitel wird dargelegt, wie sich der Wissenskörpers der Pflege entwickelt(e) und wie dieser in der direkten Patientenversorgung zur Anwendung gelangt. Der Pflegeprozess stellt also eine Struktur für das pflegerische Handeln zur Verfügung. Diese Struktur bleibt jedoch inhaltsleer, wenn sie nicht mit literaturgestützten – sogenannt „standardisierten“ – Fachinhalten gefüllt wird [76-78]. Daher wurde die Frage gestellt: Welches inhaltliche Wissen wird im Pflegeprozess gelehrt und angewendet? Die Entwicklung von Pflegeklassifikationen schloss diese Lücke und heutzutage wird der „Advanced Nursing Process“ – der erweiterte, vertiefte Pflegeprozess – anhand standardisierter Pflegeklassifikationen gelehrt und umgesetzt [43,64,65,74,79,80].

Die zunehmende Literatur zum Thema "Advanced Nursing Process" unterstützt dessen Umsetzung in Lehre und Praxis. Die Autorinnen definieren den Advanced Nursing Process wie folgt: Der vertiefte, fortgeschrittene Pflegeprozess besteht aus definierten, validierten Konzepten. Er umfasst Assessment, Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und Pflegeergebnisse und beruht auf wissenschaftlich basierten Pflegeklassifikationen.

Erst auf dieser Grundlage erfüllt der Advanced Nursing Process seinen Zweck: Eine der klinischen Pflegesituation angemessene Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse, die als Konzepte definiert und validiert sind.

Gemäss Brobst trug die Entwicklung von Klassifikationen der Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse dazu bei, Pflege als eigenständigen Beruf mit eigenem professionellen Wissensfundus zu etablieren [81]. Die Pflegeklassifikationen machen deutlich, was Pflegefachpersonen tun, warum und mit welchem Ziel sie dies tun und worin sich ihr Tun von anderen Gesundheitsberufen unterscheidet. Im Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsmodell („nursing knowledge and decision making model“) stellten McCloskey und Bulechek (1992) das Tryptochon der drei Wissensinhalte der Pflege dar (siehe Abbildung 2, Seite 15). Wie auch das Modell Evidenzbasierte Pflegepraxis [82] verknüpft das Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsmodell die Erkenntnisse aus der Pflegeforschung, der Pflegeexpertise und die Patientenpräferenzen mit individuellen Pflegedaten von Patientinnen und Patienten. Ausschlaggebend dabei ist, dass Pflegefachpersonen eine Auswahl treffen, indem sie ihre klinischen Entscheidungen aufgrund dieser Wissensquellen treffen [20].

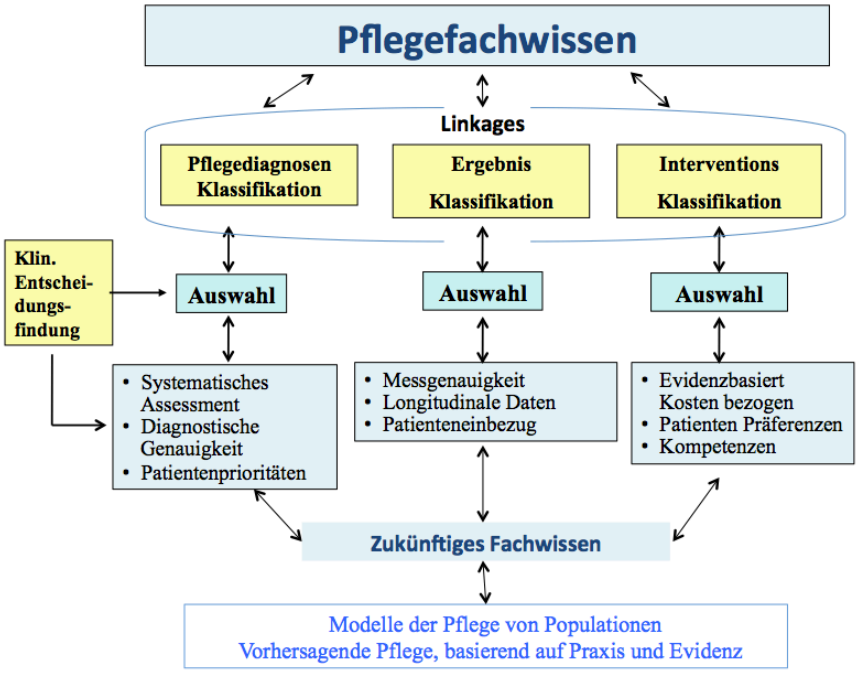

Abb. 2: Das Pflegewissens- und Entscheidungsfindungsmodell (McCloskey und Bulechek, 1992; adaptiert Moorhead, 2013; mit Erlaubnis der Autorin Sue Moorhead eingefügt)

Diese drei Klassifikationen haben zum Ziel, den Wissenskörper der Pflege abzubilden. Anhand validierter, in den Klassifikationen logisch geordneten Konzepten wird Pflegewissen definiert und wissenschaftlich benannt. Zusätzlich ermöglichen die Klassifikationen eine theoriegeleitete und einheitliche Fachsprache. Anhand klinischer Entscheidungsfindung bestimmt die Pflegefachperson Pflegediagnosen, wählt der Patientensituation angepasste Pflegeinterventionen und wünschbare, pflegesensitive Patientenergebnisse [83,84].

Andere Pflegeklassifikationen orientieren sich nicht am Tryptochon. Die Internationale Klassifikation der Pflegepraxis (ICNP) wählte als Grundlage Pflegephänomene und Pflegeangebote (Aktivitäten), eine Ergebnisklassifikation hingegen fehlt. Das bedeutet, dass der Beitrag der Pflege zur Gesundheit von Patientinnen/Patienten mit der ICNP nicht ausgewiesen wird. Die „Clinical Care Classification“ von Saba entstand aus derjenigen der NANDA International und klassiert Pflegediagnosen und Massnahmen, bietet jedoch keine Ergebnisklassifikation [85,86].

In diesem Papier wird das Modell nach McCloskey und Bulechek – als meistverwendetes, etabliertes Modell – benutzt [25,87]. Im Folgenden werden die drei Klassifikationen vorgestellt, ihre Bedeutung für den eigenverantwortlichen Bereich der Pflege beschrieben und Forschungen zu deren Einsatz zitiert.

Internationale Klassifikation der Pflegediagnosen

Entstehung

Die Entstehungsgeschichte von NANDA International (NANDA-I) beträgt über 40 Jahre. Die Benennung NANDA International steht für den Namen der Internationalen Klassifikation der Pflegediagnosen sowie für die internationale Vereinigung, welcher derzeit Pflegewissenschaftlerinnen und Pflegefachpersonen aus allen Kontinenten und über 35 Ländern angehören. Jede Pflegefachperson kann bei NANDA-I Vorschläge für Pflegediagnosen einreichen. Pflegediagnosen der NANDA-I unterlaufen einen strengen Überprüfungsprozess, bevor sie in die Taxonomie aufgenommen werden. Eingereichte Pflegediagnosen werden vom Diagnosen Entwicklungskomitee in einem mehrstufigen Review-Verfahren bearbeitet und mit Evidenzgraden bezeichnet [88]. Dieser Prozess wird in der Originalliteratur ausführlich beschrieben [89], während hier nur die wichtigsten Aspekte skizziert werden. Ein wesentlicher Anerkennungsschritt von Pflegediagnosen fand im Jahr

1992 statt, als die „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ (JCAHO= Gemeinsame Kommission zur Zulassung von Gesundheitsorganisationen) das Konzept der Pflegediagnosen in ihre Richtlinien für Pflegestandards aufnahm. Diese Standards schreiben vor, dass sich die Pflege jeder/s Patientin/Patienten auf Pflegediagnosen stützen muss, die von einer examinierten Pflegekraft festgelegt wurden. Gleichzeitig veröffentlichte die „American Nurses Association“ (ANA) Standards für die Pflegepraxis in denen Pflegediagnosen wie folgt enthalten sind: „Die Pflegefachperson analysiert die Einschätzungsinformationen durch Bestimmung einer Pflegediagnose“ (ANA Standard II). Anschliessend wurde das Stellen von Pflegediagnosen als Aufgabe diplomierter Pflegefachpersonen in Bundesgesetze von 33 US Staaten aufgenommen [90]. Pflegediagnosen sind bis heute Bestandteil der ANA Standards [12,39,91].

Definition von Pflegediagnosen

Um die Anforderung zu erfüllen, dass eine Klassifikation die Inhalte und den eigenständigen Kompetenzbereich einer jeweiligen Profession abbildet, wurde die Definition von Pflegediagnosen auf der Basis von Pflegemodellen entwickelt. Die konzeptuelle Definition lautet: *„Eine Pflegediagnose ist eine klinische Urteilsbildung bezüglich aktueller oder potenzieller Erfahrungen/Reaktionen auf Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse von Individuen, Familien oder Gemeinden. Pflegediagnosen bilden die Basis für die Wahl von Pflegeinterventionen, um Pflegeergebnisse zu erzielen, für welche die Pflegende Verantwortung trägt“* [49].

Diese Definition verdeutlicht, dass Konzepte als Pflegediagnosen in die internationale Pflegediagnosenklassifikation aufgenommen werden, die Erfahrungen und Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse darstellen und die durch Pflegefachpersonen aufgrund klinischer Urteilsbildung feststellbar sind. Der Begriff „Lebensprozesse“ umfasst menschliche Reaktionen (human responses) auf Gesundheitsprobleme im Kontinuum des Lebens und der Einflüsse verschiedener Lebensphasen. Dadurch wird der Unterschied der Pflegediagnosen zu den medizinischen Diagnosen deutlich. Medizinische Diagnosen beschreiben Krankheitszustände. Pflegerische Diagnosen beschreiben Erfahrungen und Reaktionen auf gesundheitliche Probleme/Lebensprozesse (z.B. Schmerzen, Trauer, Sterben, Geburt). Die klinische Urteilsbildung ist Teil der Definition und bringt zum Ausdruck, dass Pflegediagnosen auf klinischen Assessments und diagnostischer Entscheidungsfindung basieren. Die Definition macht auch deutlich, dass Pflegediagnosen im Verantwortungsbereich der Pflegefachperson liegen. Ebenso legt sie fest, dass Pflegefachpersonen Interventionen auswählen und sie bei Individuen, Familien und Gemeinschaften durchführen [49]. Dabei wird vorausgesetzt, dass Pflegediagnosen durch pflegerische Maßnahmen gelindert oder verändert werden und dass Pflegefachpersonen Ergebnisse erzielen, für die sie verantwortlich sind.

Die Pflegediagnosenklassifikation NANDA-I enthält aktuelle Pflegediagnosen, Gefahrendiagnosen (oder Risikodiagnosen), Gesundheitsförderungsdiagnosen und Syndromdiagnosen (vgl. Anhang 1). Jede Pflegediagnose ist mit einem eigenen, nicht veränderbaren Code bezeichnet. Diese international gültige Codierung erlaubt die Verwendung von Pflegediagnosen in Datenbanken und dient für wissenschaftliche Evaluationen.

Aufbau der Klassifikation

Die NANDA-I Klassifikation ist entsprechend ihrem Fokus auf klinische Urteilsbildungen bezüglich menschlicher Erfahrungen/Reaktionen (human responses) aufgebaut. Sie enthält entsprechende Sub-Definitionen von Domänen (z.B. Gesundheitsförderung, Ernährung) und diesen zugeordnete Klassen (z.B. Gesundheitsmanagement, Hydratation). Jeder Klasse sind wiederum entsprechende diagnostische Konzepte – also Pflegediagnosen – zugeordnet. Die oben zitierte konzeptuelle Definition ist die oberste, abstrakteste Ebene der Klassifikation. Diese legt fest, was die Klassifikation beinhaltet, nämlich der Definition entsprechende Domänen, Klassen und Diagnosen. Die PES-Struktur jeder einzelnen Pflegediagnose ist die unterste, konkreteste Ebene der Klassifikation [9,45] (siehe Abbildung 3).

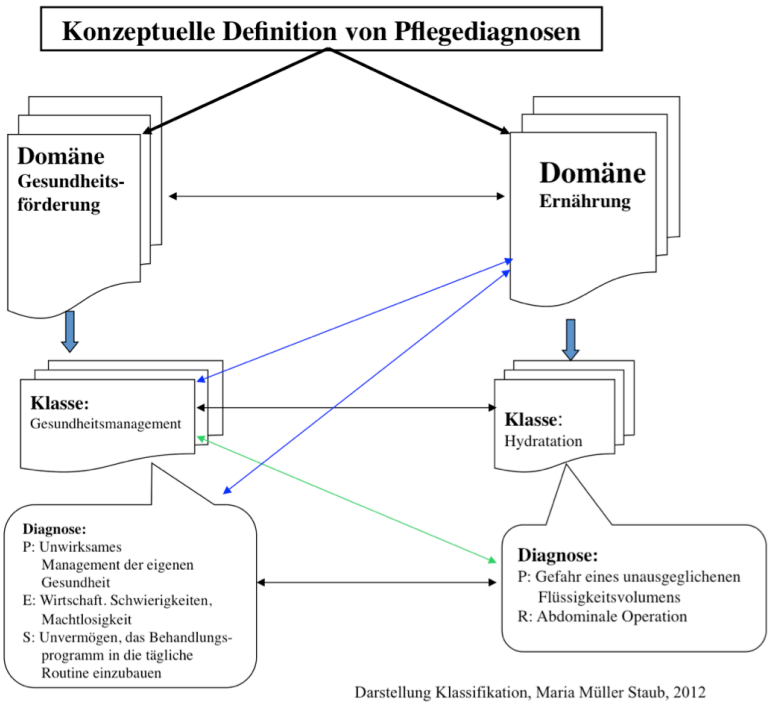

Abb. 3: Darstellung Klassifikation, Maria Müller Staub, 2012

Die horizontalen Pfeile in Abb. 3 zeigen, dass Domänen, resp. Klassen und Diagnosen auf derselben Abstraktionsebene formuliert sind, sich aber konzeptuell voneinander abgrenzen müssen. Die vertikalen Pfeile stellen dar, dass sich Klassen und Diagnosen unterscheiden und nicht dasselbe beinhalten können. Durch die Zu- bzw. Unterordnungen stellt eine Klassifikation Beziehungen und Zusammenhänge dar [21] und repräsentiert so das Fachwissen einer jeweiligen Disziplin [92,93].

Illustration

Folgendes Beispiel illustriert eine Pflegediagnose im PES-Format:

P = Pflegediagnosen-Titel: Schluckstörung

Definition: Abnormales Funktionieren des Schluckvorgangs verbunden mit strukturellen oder funktionellen Veränderungen der Mundhöhle, des Rachens oder der Speiseröhre.

E = Mögliche ursächliche Faktoren (z.B.)

- Neuromuskuläre Störung (z.B. verringerter oder fehlender Würgereflex, verringerte Kraft oder Beweglichkeit der Kaumuskulatur, Sensibilitätsstörung in der Mundhöhle, Fazialisparese)
- Achalasie (Ösophagusobstruktion)
- Kehlkopfdefekte
- Zerebrale Lähmung
- Störungen im Mund-Rachen-Raum
- Anomalien der oberen Atemwege (etc.)

S = Bestimmende Merkmale oder Kennzeichen (z.B.)

- Abnormale Funktion der ösophagealen Phase (durch Schlucktest nachgewiesen)
- Beschwerde „dass etwas stecken geblieben ist“
- Beobachteter Hinweis auf Probleme während des Schluckens (z.B. Nahrung bleibt in der Mundhöhle, Husten, Verschlucken)
- Nächtliches Husten oder Erwachen (etc.) [71]

Studien zur internationalen Klassifikation der Pflegediagnosen

Der Nutzen der Pflegediagnosenklassifikation bezüglich Verbesserungen in der Pflegequalität wurde vielfach belegt. Zur Validität von Pflegediagnosen und deren Merkmalen sowie Ursachen liegen viele Studien vor. Ebenso wird die Pflegediagnosenklassifikation für Prävalenzstudien

angewendet[26]. Pflegediagnosen sagen den Gesamtbehandlungsbedarf exakter voraus als Diagnosis Related Groups (DRGs), sie erhöhen die Aussagekraft von DRGs um 30 bis 146% [94]. Schulungen in Pflegediagnostik verbessern die Genauigkeit des Diagnostizierens sowie die klinische Urteilsbildung [95-100]. Weiter erhöht die Anwendung der NANDA-I Klassifikation die Qualität der Pflegedokumentation [101-108]. Schliesslich wurden anhand der Pflegediagnoseklassifikation die Patienten-Outcomes wissenschaftlich evaluiert und damit die Wirkung der geleisteten Pflege überprüft [101,106,108-110]. Beispiele von Studien zu Pflegediagnosen finden sich im Anhang 2.

Klassifikation der Pflegeinterventionen

Entstehung

Die Entwicklung der Pflegeinterventionsklassifikation (Nursing Intervention Classification= NIC) startete im Jahr 1987. Zu diesem Zeitpunkt fanden sich in Lehrbüchern oder in klinischen Leitfäden die unterschiedlichsten Handlungsbeschreibungen oder Tätigkeitslisten für die Pflege. Es fehlte an einer theoretischen Konzeptualisierung und standardisierten Sprache, die sowohl für die direkte Zusammenarbeit mit Patientinnen/Patienten, wie auch für die Forschung und das Management geeignet gewesen wäre. Die beiden Pflegewissenschaftlerinnen Joanna McCloskey und Gloria M. Bulechek erarbeiteten – analog zur Diagnoseklassifikation der NANDA-I – eine Klassifikation für pflegerische Interventionen. Es entwickelte sich ein Forschungsteam, das sich im Laufe der Zeit auf über 50 Personen vergrösserte wobei die meisten Fachpersonen über Jahre darin mitarbeiteten. Seit 2002 ist das NIC Projekt ins „Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness“ der Universität Iowa integriert. Dieses Zentrum beherbergt sowohl das NIC Forschungsteam wie auch dasjenige, welches die „Nursing Outcomes Classification“ (NOC) entwickelt.

Die Konzipierung und Weiterentwicklung von NIC werden durch acht Grundgedanken geleitet:

1. Die im pflegerischen Alltag umgesetzten Interventionen konzeptualisieren und standardisieren.
2. Das Wissen zur Wirkung von pflegerischen Interventionen - in durch Pflegediagnosen definierten Patientensituationen - entwickeln und verbreiten.
3. Pflege- und Gesundheitsinformationssystemen, welche die pflegerische Arbeit umfassend dokumentieren, entwickeln.
4. Lernende, Studierende und professionelle Pflegende zur Entscheidungsfindung befähigen.
5. Die Kosten pflegerischer Dienstleistungen transparent abbilden.
6. Durch sinnvolle pflegerische Ressourcenplanung die effektivste Pflege gewährleisten.
7. Die Pflegefachsprache vereinheitlichen.
8. Die Pflegeklassifikationen mit Klassifikationssystemen anderer Disziplinen zusammenführen

Definition von Pflegeinterventionen

Die aktuelle Definition einer Pflegeintervention nach Bulecheck et al. (2013, S. XV der Einleitung) lautet:

> *"A nursing intervention is any treatment based upon clinical judgment and knowledge that a nurse performs to enhance patient/client outcomes.“*

Dieses Zitat verdeutlicht das Ziel der Klassifikation, den Einfluss pflegerischen Handelns auf die Patientenergebnisse transparent zu machen. Gemäss Bulechek et al. (2013) müssen für die Wahl einer Intervention folgende 6 Faktoren berücksichtigt werden:

1. Das erwünschte Patientenergebnis
2. Charakteristika der Pflegediagnose
3. Forschungsbasis der Intervention
4. Umsetzbarkeit der Intervention
5. Akzeptanz des Patienten
6. Vereinbarkeit/Stimmigkeit für die Pflegeperson

Aufbau der Klassifikation

Die NIC definiert das pflegerische Handeln mittels einer standardisierten, literaturgestützten Fachsprache. Die dazugehörende Taxonomie ordnet die unterschiedlichen Pflegeinterventionen aufgrund von Ähnlichkeiten und stellt sie in einen konzeptuellen Rahmen. Die Struktur der NIC Taxonomie umfasst 3 Ebenen:

7 Domänen
30 Klassen
554 Pflegeinterventionen

Die **Pflegeinterventionen** bilden das Kernstück der Klassifikation. Aktuell umfasst die NIC 554 Pflegeinterventionen, welche sowohl direkte wie auch indirekte Pflegehandlungen möglichst aller Pflegerichtungen und –fachgebiete definieren. Jede Pflegeintervention besteht aus einem Titel (Label), einer verbindlichen Definition und einer Liste von 10 – 30 konkreten pflegerischen Aktivitäten. Der Titel besteht aus einem übergeordneten Sammelbegriff, die Definition fasst Inhalt und Absicht der zur Pflegeintervention gehörigen Aktivitäten zusammen. Die chronologische Auflistung der Aktivitäten entspricht dem logischen Ablauf der gesamten Pflegeintervention. Aus dieser Auflistung wählt die Pflegefachperson diejenigen Aktivitäten aus, die der individuellen Patientensituation am besten entsprechen. Auch kann die Pflegefachperson Inhalt und Form der Aktivitäten anpassen oder neue solche hinzufügen – sofern sie mit dem Inhalt und der Absicht der Definition der entsprechenden Pflegeintervention kongruent sind. Hingegen sollen Titel und Definition der Pflegeinterventionen nicht verändert werden. Diese standardisierten Bestandteile gewährleisten, dass die Grundgedanken der Anwendung einer Klassifikation von Pflegeinterventionen, wie eine standardisierte Fachsprache, die Erfassung von pflegerischen Dienstleistungen oder die Vergleichbarkeit von Pflegeinterventionen für wissenschaftliche Zwecke (z.B. evidence-based nursing), gewahrt werden [24].

Die unterschiedlichen Interventionen sind in 30 **Klassen** organisiert. Jede Klasse wird auf einer abstrahierten Ebene ebenfalls durch einen Titel bezeichnet und durch eine Definition beschrieben. Die verschiedenen Klassen sind wiederum in sieben **Domänen** zusammengefasst, ebenfalls jeweils mit einem Titel versehen und mit wenigen Worten definiert:

1. Physiologie: Basis
2. Physiologie: komplex
3. Verhalten
4. Sicherheit
5. Familie
6. Gesundheitssystem
7. Gesellschaft

Die NIC Taxonomie kann in einem elektronischen System abgebildet werden, denn jede Intervention ist mit einem eigenen Code versehen. Dies ermöglicht eine schnelle und präzise Verarbeitung der NIC Daten, sowohl für die Leistungserfassung im Zusammenhang mit Finanzierungs- oder Ressourcenfragen als auch zu Forschungszwecken. Im Weiteren können elektronische Verknüpfungen mit weiteren Klassifikationen respektive Datenbanken hergestellt werden welche nebst wissenschaftlichen Beweggründen auch für die Dokumentation und Bearbeitungen von Pflegeplanungen von grösstem Nutzen sind.

Die Ebene der Domänen ist mit den Zahlen 1 bis 7, diejenige der Klassen mit den Buchstaben A – Z und a, b, c, d bezeichnet. Wiederum in Zahlenform werden die unterschiedlichen Pflegeinterventionen bezeichnet. Um eine konzeptuell korrekte, inhaltliche Zuordnung zu gewähren, wird jeder Intervention eine Zahl zugeordnet, auch wenn sie in mehr als einer Domäne respektive Klasse aufgelistet ist. Ein Beispiel verdeutlicht die Ebenen:

Illustration

1. Domäne: Physiologisch:

Definition: Pflege zur Unterstützung physischer Funktionen

A → Klasse: Aktivitäts- und Bewegungsmanagement

Definition: Interventionen zur Organisation oder Unterstützung physischer Aktivitäten und Energie Erhaltung und Erhöhung.

1. A. 0140 → Intervention: Bewegungsförderung

Definition: Unterstützung von Haltung und Bewegung bei täglichen Aktivitäten um muskuloskeletale Ermüdung und Einschränkungen zu verhindern.

***Aktivitäten** (Beispiele):*

→ Einschätzung der Fähigkeiten und Bereitschaft des Patienten für eine korrekte Haltung/Bewegung

→ Zusammenarbeit mit der Physiotherapie, um einen Bewegungsplan zu erstellen

→ Einschätzen des Verständnisses des Patienten bezüglich Körpermechanik und von Körperübungen (z.B. durch korrektes Vor- und Nachmachen lassen von Bewegungsübungen)

Studien zur Klassifikation der Pflegeinterventionen

Die NIC wurde in Studien zusammen mit NANDA-I Pflegediagnosen und mit NOC Ergebnisindikatoren bei spezifischen Patientenpopulationen angewandt [111-115]. Die Resultate zeigen, dass die in der NIC beschriebenen Interventionen geeignet sind, um die spezifische Problematik verschiedener Patientenpopulationen erfolgreich anzugehen [112]. Die NIC ordnet den einzelnen Interventionen zudem das zur Durchführung erforderliche Ausbildungsniveau sowie den benötigten Zeitrahmen zur Interventionsdurchführung zu. Damit liefert die NIC Hinweise zum Skills- und Grademix in der Pflege und unterstützt die elektronische Leistungserfassung [24,26,116]. Shever, Titler, Dochterman, Fei & Picone (2007) zeigen auf, wie die standardisierte Pflegesprache NIC für die Leistungsanalyse eingesetzt werden kann, welche wiederum entscheidend ist für die Berechnung personeller Ressourcen, Ausbildungsanforderungen und Leistungsevaluationen. Shever et al., (2008) belegen ebenfalls, dass die NIC für den pflegerischen Leistungsnachweis genutzt werden kann, wodurch die Kostentransparenz erhöht wird.
Beispiele von Studien zur NIC sind im Anhang 3 angefügt.

Klassifikation der Pflegeergebnisse

Entstehung

Die Pflegeergebnisklassifikation (Nursing Outcome Classification = NOC) beschreibt im Sinne von Konzepten den Zustand, die Verhaltensweise oder die Kenntnisse, die ein Individuum, eine Familie oder eine Gemeinschaft nach erfolgter Pflegeintervention erreichen soll. Ebenso enthält die NOC literaturgestützte, validierte Pflege-Ergebnis-Indikatoren. Jedem Indikator liegen Skalen zur Ergebnis-Messung zugrunde. Beispiele für pflege-sensitive Patientenergebnisse sind ein Rückgang von Symptomen, eine Verbesserung des funktionellen Status bzw. des Wissensstands, der Coping-Strategien oder der Selbstpflege [20].

Im August 1991 entstand am College of Nursing der University of Iowa (USA) ein Forschungsteam unter der Leitung der Professorinnen Meridean Maas und Marion Johnson, das pflegerelevante Patientenergebnisse auf wissenschaftlichem Weg konzeptualisierte und klassifizierte.

Die NOC-Forschung verfolgt drei Absichten:

1. Identifikation, Validation und Klassifikation von pflegerelevanten Patientenergebnissen
2. Überprüfung und Validation der Ergebnisklassifikation in der Praxis
3. Definition und Überprüfung von Bewertungsverfahren für die Ergebnisse und Indikatoren unter der Anwendung von klinischen Daten

Die erste Ausgabe der NOC erschien 1997 in Buchform. Die Klassifikation wird in regelmässigen Abständen in aktualisierter Form veröffentlicht, derzeit liegt die fünfte Auflage vor [20].

Definition von Pflegeergebnissen

Die aktuelle Definition lautet nach Moorhead et al. (2013, Seite IX, Einleitung):

> *"An individual, family, or community state, behavior, or perception that is measured along a continuum in response to a nursing intervention or interventions. Each outcome has an associated group of indicators that are used to determine patient status in relation to the outcome. In order to be measured, the outcome requires identification of a series of more indicators."*

Dies bedeutet, dass der Zustand, das Verhalten oder die Wahrnehmung einer Patientin/eines Patienten, einer Familie oder Gemeinde als Antwort auf eine oder mehrere Pflegeinterventionen entlang eines definierten Kontinuums gemessen wird. Jedes Ergebnis ist mit einer Gruppe von Indikatoren definiert, welche dazu verwendet werden, den Zustand einer Patientin/eines Patienten, einer Familie oder Gemeinde in Bezug zum erwünschten pflege-sensitiven Ergebnis festzustellen. Um ein Ergebnis messen zu können, müssen also im Vorfeld NOC Indikatoren bestimmt werden.

Aufbau der Klassifikation

Auch die NOC ist eine literatur-basierte, standardisierte Klassifikation und steht für die Anwendung in der täglichen Pflegepraxis, in der Forschung und in der Ausbildung zur Verfügung. Ein pflege-sensitives Ergebnis kann sich aufgrund von Pflegeinterventionen verändern, daher handelt es sich um dynamische Konzepte. Die Einschätzung der Ergebnisse erfolgt anhand von Indikatoren mit dazugehörenden 5-Punkte-Likert-Skalen, welche das erwähnte Ergebniskontinuum abbilden.

Der erste Punkt auf der Werteskala entspricht immer dem denkbar schlechtesten, der fünfte und letzte Punkt dem denkbar besten respektive angestrebten Ergebniszustand. Die Einschätzung auf der Ebene der Indikatoren entspricht einer Operationalisierung des aktuellen Zustands einer Patientin/eines Patienten, einer Familie oder Gemeinde, welcher ursprünglich aus der Perspektive der Pflegediagnose definiert wurde und nun im Rahmen des (Pflege-)Prozesses durch die Ergebnisse kontrolliert werden kann.

Die aktuellste Ausgabe der NOC umfasst bereits rund 490 Ergebnisse, eingeordnet in 32 Klassen innerhalb der sieben Domänen.

Die Domänen der NOC sind:

I.	Funktionelle Gesundheit	V.	Selbstwahrgenommene Gesundheit
II.	Physiologische Gesundheit	VI.	Familiengesundheit
III.	Psychosoziale Gesundheit	VII.	Gesundheit der Gemeinde
IV.	Gesundheitswissen und –verhalten		

Diese dreistufige Taxonomie entspricht derselben Gliederung wie diejenige der Nursing Interventions Classification (NIC). Sie kann ohne Veränderung der Kodierungsstruktur um drei Bereiche sowie bis auf 52 Klassen mit jeweils bis zu 99 Ergebnissen ausgebaut werden [20].

Illustration

Das pflege-sensitive Patientenergebnis *Schmerzkontrolle* soll als Beispiel dienen:

Domäne IV: Wissen über Gesundheit und Verhalten

Definition: Ergebnisse, die Einstellungen, Verständnis und Handlungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit beschreiben.

Q → **Klasse: Gesundheitsverhalten**

Definition: Ergebnisse, die die Handlungen einer Person beschreiben, Gesundheit zu fördern, aufrechtzuerhalten oder zurückzuerlangen.

4. Q. 1605 → ***Ergebnis: Schmerzkontrolle***

Definition: Persönliche Handlungen zur Kontrolle von Schmerzen.

Schmerzkontrolle	Nie demonstriert 1	Selten demonstriert 2	Manchmal demonstriert 3	Oft demonstriert	Konsistent demonstriert 5
Indikatoren					
160501 Erkennt die ursächlichen Faktoren	1	2	3	4	5
160502 Erkennt den Beginn des Schmerzes	1	2	3	4	5
160503 Wendet Vorsorgemassnahmen an	1	2	3	4	5
160504 Wendet nicht-analgetische Erleichterungsmassnahmen an	1	2	3	4	5
160505 Wendet Analgetika angemessen an	1	2	3	4	5
160506 Bemüht sich aufgrund von Warnzeichen um eine entsprechende Versorgung	1	2	3	4	5
160507 Berichtet die Symptome einer Fachkraft aus einem Gesundheits- oder Gesundheitshilfeberuf	1	2	3	4	5
160508 Verwendet verfügbare Ressourcen	1	2	3	4	5
160509 Erkennt Symptome des Schmerzes	1	2	3	4	5
160510 Verwendet ein Schmerztagebuch	1	2	3	4	5
160511 Berichtet über kontrollierten Schmerz	1	2	3	4	5
160512 Andere (spezifizieren)	1	2	3	4	5

Tabelle 1: Beispiel von NOC-Indikatoren (genehmigter Abdruck)

Studien zur Klassifikation der Pflegeergebnisse

Damit die professionelle Pflege ihre Interventionen systematisch, transparent und nachvollziehbar evaluieren kann und als gleichberechtigter Partner im interdisziplinären Kontext und in der Diskussion im Rahmen der Gesundheitspolitik wahrgenommen wird, ist die Messung und Kommunikation von pflege-sensitiven Patientenergebnissen essentiell [117-120]. Die NOC kommt erfolgreich in unterschiedlichsten pflegerischen Bereichen zum Einsatz (siehe Anhang 4).

In Kombination mit den Pflegeklassifikationen NANDA-I und NIC wurde die NOC als Evaluationsinstrument eingesetzt, um im Rahmen des Pflegeprozesses den Patientenverlauf zu beobachten und entsprechende Resultate zu untersuchen [111,113,114].

NANDA-I Pflegediagnosen, NIC und NOC leisten zusammen einen wesentlichen Beitrag zur evidenzbasierten Pflege. Der aufgrund der Pflegediagnosen ermittelte Pflegebedarf wird mit wissenschaftlich fundierten Pfleginterventionen angegangen. Deren Wirksamkeit ist beim Auswerten der Pflegeergebnisse anhand von NOC-Indikatoren bei bestimmten Pflegediagnosen wissenschaftlich nachweisbar [121-123].

Wirkungsnachweise, Pflegeprozessqualität und Dokumentation

Die Dokumentation der Behandlungen ist in der Schweiz gesetzlich vorgeschrieben, daher wird die Pflegedokumentation als Beleg der tatsächlich geleisteten Pflege betrachtet (Dokumentationspflicht, Artikel 26, GesG (BSG 811.01). Die Pflegedokumentation wird für die zukünftige Forschung und Entwicklung der Pflege als prioritär bezeichnet [124]. Pflegedokumentationen stellen auch die Basis für laufende Auswertungen und Forschungen dar [125]. Wenn das „pflegerische Kerngeschäft“ nicht dokumentiert und dessen Nutzen nicht nachgewiesen ist, wird Pflege auch nicht angemessen bezahlt bleiben, bzw. werden.

Die Anforderungen an effiziente Pflege und Qualitätsverbesserungen haben rapide zugenommen und Pflegende wenden vermehrt computerisierte Patientinnen-Dokumentationssysteme an. Die Patientendokumentation ist ein wichtiges Instrument um Sicherheit, Kontinuität und Qualität zu gewährleisten [124,126,127] und die NOC wurde speziell für Ergebnismessungen entwickelt.

Ein Potential der internationalen Pflegeklassifikationen besteht in deren elektronischer Nutzung, denn Codierung und Standardisierung stellen eine Voraussetzung für Klinikinformationssysteme dar und erleichtern wissenschaftliche, statistische Auswertungen. Studien zum elektronischen Einsatz von NNN weisen deren Nutzen zu Prävalenz- und Qualitätsmessungen aus und es wurde über Effizienzsteigerungen und erhöhte Patientenoutcomes berichtet [25,121,128-133].

Zwischenfazit

Pflegeklassifikationen beschreiben den Wissenskörper der Pflege. Sie identifizieren, definieren, standardisieren, klassifizieren und validieren Pflegephänomene in einer international anerkannten Fachsprache. Damit schaffen sie eine wissenschaftliche Basis für das Pflegewissen, dessen Weiterentwicklung und Stabilisierung. Gemäss dem Modell nach McCloskey und Bulechek (erweitert durch Moorhead, 2013) bilden die Pflegediagnosenklassifikation NANDA-I, die Pflegeinterventionsklassifikation NIC und die Pflegeergebnisklassifikation NOC eine gemeinsame Taxonomie. Diese verleiht den Schritten des Pflegeprozesses ihren evidenz-basierten Inhalt.

Der Nutzen der Anwendung von Pflegeklassifikationen wurde wissenschaftlich vielfach belegt. Deren Anwendung führt zu einer exakten Erfassung des pflegerischen Behandlungsbedarfs, verbessert die klinische Urteilsbildung, fördert die erfolgreiche Implementierung von evidenzbasierten Interventionen bei spezifischen Patientenpopulationen und ermöglichet eine systematische, transparente Evaluation der Pflegeergebnisse.

Pflegeklassifikationen erhöhen also die Pflegequalität, fördern die (elektronische) Leistungserfassung und verbessern den Nachweis der Wirksamkeit des pflegerischen Handelns.

Schlussfolgerungen

Dieser Expertenbericht beschreibt den eigenständigen Verantwortungsbereich der Pflege vor dem Hintergrund der parlamentarischen Initiative „Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege“. Entsprechend seiner Ausrichtung auf die Förderung der Pflegewissenschaft hat der VFP diesen Bericht auf den aktuellen Stand der internationalen Fachliteratur abgestützt. Die Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das Kerngeschäft der professionellen Pflege besteht in der Verantwortungsübernahme für den Pflegeprozess. Diplomierte Pflegefachpersonen sind bereits heute für die Anordnung, Durchführung und Evaluation der pflegerischen Leistungen ausgebildet und zuständig.

- Die Initiative zur gesetzlichen Anerkennung der Verantwortung der Pflege will dass die Verantwortung, die die Pflegefachpersonen bereits heute tragen, auch im KVG anerkannt wird. Es geht nicht um eine Ausweitung pflegerischer Aufgaben. Studien zeigen, dass Pflegefachpersonen, wenn sie ihren Kompetenzen entsprechend eingesetzt sind, zur Kostensenkung beitragen.

- Die eigenverantwortliche Umsetzung des Pflegeprozesses zeichnet sich durch eine professionelle Beziehungsgestaltung und kritisches Denken aus.

- Der Pflegeprozess basiert auf klinischer Entscheidungsfindung und umfasst die Schritte Assessment, Pflegediagnosen, Ergebnisplanung, Implementierung und Evaluation.

- Mit der NNN Pflegeklassifikation werden diese Schritte wissenschaftlich fundiert. Die NNN umfasst klar definierte, validierte und international anerkannte Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und pflege-sensitive Patientenergebnisse, anhand deren Indikatoren die im KVG geforderten Wirkungsnachweise erbracht werden können.

- Die NNN Pflegeklassifikation stellt den Wissenskörper der Pflege in einer einheitlichen Fachsprache dar und definiert den Verantwortungsbereich und die Leistungen diplomierter Pflegefachpersonen.

Die professionelle Pflege verfügt also über einen klar umrissenen, eigenverantwortlichen Bereich. Sie kann ihre Leistungen in definierten, wissenschaftlich anerkannten Klassifikationen darlegen und deren Wirksamkeit nachweisen. Mit der gesetzlichen Verankerung der Autonomie der Pflege werden die rechtlichen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Pflegefachpersonen ihren Beitrag zur Weiterentwicklung der künftigen Gesundheitsversorgung leisten und sich dafür verantwortlich zeichnen können.

Empfehlungen für die Gesetzgebung

- Pflegefachpersonen übernehmen für die Anordnung der pflegerischen Leistung auch rechtlich die Verantwortung. Sie verfügen über die berufsspezifischen Kompetenzen zur pflegerischen Versorgung von kranken Menschen und müssen diese entsprechend ausschöpfen können.

- Als Kernaufgabe des eigenständigen Verantwortungsbereichs wird der Pflegeprozess mit all seinen Schritten gesetzlich festgelegt. Dies entspricht den Schweizerischen Ausbildungsbestimmungen zur dipl. Pflegefachperson und internationalen Regelungen (z.B. USA, Österreich).

- Die NNN Pflegeklassifikation wird bei der Formulierung von Ausführungsbestimmungen genutzt. Damit wird sichergestellt, dass die pflegerischen Leistungen den Anforderungen des KVG nach Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Leistungen (Art. 56, Abs. 1, 59127) sowie Qualitätssicherung (Art. 58) entsprechen.

- Der Gesetzgeber gestaltet die rechtlichen Rahmenbedingungen so, dass Pflegefachpersonen ihren eigenständigen Tätigkeitsbereich unabhängig von Ärztinnen und Ärzten verantworten können. In der Gesundheitsversorgung gewinnt gleichberechtigte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zunehmend an Bedeutung. Der Arztberuf wird entlastet, wenn die Zuständigkeiten auch rechtlich geklärt sind. In der Folge können Ärztinnen/Ärzte auf das Wesentliche des eigenen Aufgabenbereichs fokussieren.

Literatur

1. Wagner PA. Es geht um Finanzierung, nicht um Kompetenzen. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2014;107(6):27-27.

2. Juchli L. *Allgemeine und spezielle Krankenpflege*. 3 ed. Stuttgart: Thieme; 1979.

3. Bischoff C. *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert.* Vol 4. Frankfurt/Main: Campus; 2009.

4. Nightingale F. *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. Glasgow & London: Blackie & Son Ltd.; 1859.

5. Fawcett J, DeSanto-Madeya S. *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F.A. Davis; 2012.

6. Codier E. End-of-life care in the emergency department: nurses who invest in the nurse-patient relationship are better able to manage the emotional aspects of caring for dying people and their relatives. *Evid Based Nurs.* Aug 8 2013.

7. Browning AM. CNE article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care.* Mar 2013;22(2):143-151.

8. International Council of Nursing. Definition of Nursing. 2010; http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/. Accessed 23.12., 2013.

9. Herdman TH, ed *NANDA International nursing diagnoses: Definitions & Classification, 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.

10. Gordon M. *Nursing diagnosis: Process and application*. 3 ed. St. Louis: Mosby; 1994.

11. NANDA International. *Nursing diagnoses: Definitions & classification, 2003-2004*. Philadelphia: NANDA International; 2003.

12. American Nurses Association. What is nursing? 2013; http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing, 2013.

13. Kesselring A, Panchaud C. *Gesellschaft und Pflege.* Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger;1999.

14. Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft. Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 2013; http://www.pflegeforschung-vfp.ch/download/58/page/23760_dl_positionspapier-anp-dbfk-ogkv-sbk-2013-final.pdf.

15. Käppeli S. *20 Jahre Pflegewissenschaft in der Praxis.* Zürich: Universitätsspital Zürich;2009.

16. Mäder M. Themenordner Professionalisierung: Informationen für Lehrpersonen im Bildungsgan Pflege HF. 2012, 2013.

17. Spicker I. *Professionalisierung der Pflege - Die Sicht von Pflegefachpersonen in der Praxis. Eine qualitative Untersuchung zu Wahrnehmung und Einschätzung ausgewählter Professionalisierungsaspekte durch Pflegende in Wien*. Wien: Human- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Wien; 2001.

18. Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. *Ethik in der Pflegepraxis.* Bern: Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner;2013.

19. Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Schweizerischer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. ICN-Ethikkodex für Pflegende. 2010; http://www.dbfk.de/download/download/10091DBfK-ICN-Ethik-E04kl-web.pdf, 02.10.2013.

20. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Nursing outcomes classification (NOC)*. 5 ed. St. Louis: Elsevier; 2013.

21. Van der Bruggen H. *Pflegeklassifikationen*. Bern: Huber; 2002.

22. Van der Bruggen H, Groen M. Toward an unequivocal definition and classification of patient outcomes. *Nursing Diagnosis.* 1999;10(3):93-102.

23. Eisenberg P, Jan G. *Duden: Richtiges und gutes Deutsch.* Vol 7. Mannheim: Bibliographisches Institut; 2011.

24. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. *Nursing interventions classification*. 6 ed. St. Louis: Elsevier; 2013.

25. Anderson CA, Keenan G, Jones J. Using bibliometrics to support your selection of a nursing terminology set. *CIN: Computers, Informatics, Nursing.* 2009;27(2):82-90.

26. Odenbreit M, Müller-Staub M, Brokel JM, Avant K, Keenan G. Nursing classifications: Criteria and evaluation. In: Herdman TH, ed. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012.
27. Ackley BJ, Ladwig GB, Swan BA, Tucker SJ. *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St. Louis: Mosby Elsevier; 2008.
28. Alfaro-LeFevre R, ed *Pflegeprozess und kritisches Denken*. Bern: Huber; 2013. Müller-Staub M, ed.
29. Lunney M. *Arbeitsbuch Pflegediagnostik: Pflegerische Entscheidungsfindung, kritisches Denken und diagnostischer Prozess – Fallstudien und -analysen.* Vol 423. Bern: Huber; 2007.
30. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 8 ed. St. Louis: Elsevier/Mosby; 2011.
31. Chinn PL, Kramer MK. *Pflegetheorie: Konzepte - Kontext - Kritik*. Berlin: Ullstein Mosby; 1996.
32. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo-Park: Addison-Wesley; 1984.
33. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Interventions Classification*. St. Louis: Mosby; 1992.
34. Krohwinkel M. *Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System*. 3 ed. Bern: Huber; 2008.
35. Konferenz der Fachhochschulen Schweiz. *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe Abschlussbericht. Anhang I Projekt Abschlusskompetenzen Gesundheitsberufe FH*. Bern: Konferenz der Fachhochschulen Schweiz; 2009.
36. Goetze W. *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen "Pflege" mit dem geschützten Titel "dipl. Pflegefachfrau HF" "dipl. Pflegefachmann HF"* OdA Sante Sante — Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und BGS SG Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales; 2011.
37. Ledergerber C, Mondoux J, Sottas B. *Projekt Abschlusskompetenzen FH-Gesundheitsberufe: Abschlussbericht.* Bern: Rektorenkonferenz der Fachhochschulen der Schweiz;2009.
38. OdaSanté, BGS. *Rahmenlehrplan für Bildungsgänge der höheren Fachschulen: Pflege mit dem geschützten Titel "dipl. Pflegefachfrau HF / dipl. Pflegefachmann HF".* Bern: OdaSanté - Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit und BGS - Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales;2011.
39. American Nurses Association. *Nursing: A social policy statement*. Kansas: American Nurses Publishing; 2009.
40. Frank JR, ed *The CanMEDs 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
41. Newhouse RP, Stanik-Hutt J, White KM, et al. Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nursing economic$.* Sep-Oct 2011;29(5):230-250; quiz 251.
42. Alfaro-LeFevre R. *Applying nursing process: A tool for critical thinking*. 7 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
43. Müller-Staub M, ed *Pflegeprozess und kritisches Denken*. Bern: Huber; 2013. Alfaro-LeFevre R, ed.
44. Krainovich-Miller B, Frauenfelder F, Müller-Staub M. Pflegediagnosen in der Ausbildung. In: NANDA International, ed. *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014*. Kassel: Recom; 2013:115-124.
45. Müller-Staub M. Anwendung des Pflegeprozesses: Implikationen für Führungspersonen. In: Poser M, ed. *Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene im Krankenhaus*. Bern: Huber; 2012:79-108.
46. Spichiger E, Kesselring A, Spirig R, De Geest S. Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege.* Feb 2006;19(1):45-51.
47. Wiklund Gustin L, Wagner L. The butterfly effect of caring - clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand J Caring Sci.* Mar 2013;27(1):175-183.
48. Bedin MG, Droz-Mendelzweig M, Chappuis M. Caring for elders: the role of registered nurses in nursing homes. *Nurs Inq.* Jun 2013;20(2):111-120.
49. NANDA International. *Nursing diagnosis: Definitions and classification, 2012-2014*. Oxford: Whiley-Blackwell; 2012.

50. Nortvedt P. Emotions and ethics. In: Storch L, Rodney P, Starzomski R, eds. *Toward a moral horizon. Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto: Pearson; 2004:447-464.
51. Rehbock T. *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*. Paderborn: Mentis; 2005.
52. Tschudin V. *Ethics in nursing. The caring relationship*. 3 ed. London: Butterworth-Heinemann; 2007.
53. Watson J. *Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung*. Bern: Huber; 1996.
54. Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nurs Philos.* Jul 2006;7(3):110-124.
55. Benner P. A dialogue between virtue ethics and care ethics. *Theoretical Medicine* 1997;18(4).
56. Lunney M. Use of critical thinking in the diagnostic process. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Apr-Jun 2010;21(2):82-88.
57. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics*. New York: Springer; 1996.
58. Remmers H. Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik. In: Wiesemann C, Erichsen N, Behrendt H, Biller-Andorno N, Frewer A, eds. *Pflege und Ethik: Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer; 2003:47-70.
59. Galatsch M, Kruger C, Quasdorf T, Schroller ME, Donath E, Bartholomeyczik S. [The effects of DRG introduction on nursing]. *Pflege Z.* May 2007;60(5):272-276.
60. Müller-Staub M. Pflege und DRG. In: Poser M, ed. *Lehrbuch Stationsleitung: Pflegemanagement für die mittlere Führungsebene*. Bern: Huber; 2012:513-539.
61. Zander B, Dobler L, Busse R. The introduction of DRG funding and hospital nurses' changing perceptions of their practice environment, quality of care and satisfaction: comparison of cross-sectional surveys over a 10-year period. *Int J Nurs Stud.* Feb 2013;50(2):219-229.
62. Monteverde S. [Nursing ethics and the access to nursing care]. *Pflege.* Aug 2013;26(4):271-280.
63. Fiechter V, Meier M. *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*. Zürich: Rocom; 1981.
64. Ackley BJ, Ladwig GB. *Nursing diagnosis handbook: An evidence-based guide to planning care*. 10 ed. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2014.
65. Doenges ME, Moorhouse MF. *Application of nursing process and nursing diagnoses: An interactive text for diagnostic reasoning*. Philadelphia: F. A. Davis; 2012.
66. Moorhouse MF, Doenges ME. *Application of nursing process and nursing diagnoses: An interactive text for diagnostic reasoning*. 6 ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2012.
67. Doenges M, Moorhouse MF, Geissler-Murr A. *Nursing diagnosis manual: Planning, individualizing, and documenting client care*. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.
68. Lunney M. *Critical thinking to achieve positive health outcomes*. 2 ed. Ames, IA: Wiley-Blackwell; 2009.
69. Georg J, Müller-Staub M, eds. *Pflegeassessment Notes: Pflegeassessment und klinische Entscheidungsfindung.* 1 ed. Bern: Huber; 2013. Gordon M, ed.
70. Gordon M. *Assess Notes: Nursing assessment and diagnostic reasoning*. Philadelphia: F.A. Davis; 2008.
71. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. *Pflegediagnosen und Massnahmen*. Bern: Huber; 2013.
72. Gordon M. *Pflegeassessment Notes: Pflegeassessment und klinische Entscheidungsfindung*. Bern: Huber; 2011.
73. Lindberg CA. *The Oxford American Writer's Thesaurus.* Vol 2. Oxford: Oxford University Press; 2008.
74. Wilkinson JM. *Das Pflegeprozess-Lehrbuch*. Bern: Huber; 2007.
75. Delaney C, Mehmert PA, Prophet C, Bellinger SLR, Gardner-Huber D, Ellerbe S. Standardized nursing language for healthcare information systems. *J Med Syst.* 1992;16(4):145-159.
76. Bakken S, Holzemer WL, Portillo C, Grimes R, Welch J, Wantland D. Utility of a standardized nursing terminology to evaluate dosage and tailoring of an HIV/AIDS adherence intervention. *Journal of Nursing Scholarship.* 2005;37(3):251-257.
77. Bartholomeyczik B, Halek M, Hunstein D, et al. Kommentar zur "Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation" des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen. *Pflegewissenschaft.* 2007;9(01):62-65.

78. Beyea SC. Standardized language--making nursing practice count. *Aorn J.* 1999;70(5):831-834. 837-838.
79. Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC, and NIC: novice to expert. *Nurse Educ.* Jan-Feb 2006;31(1):40-46.
80. Lunney M. Current knowledge related to intelligence and thinking with implications for the development and use of case studies. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Oct-Dec 2008;19(4):158-162.
81. Brobst RA, Clarke Coughlin AM, Cunningham D, et al. *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Hans Huber; 2007.
82. Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing.* Jul 2004;47(1):81-90.
83. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. *NOC and NIC linkages to NANDA-I and clinical conditions*. 3 ed. Maryland Heights: Elsevier Mosby; 2012.
84. Park H. Identifying Core NANDA-I Nursing Diagnoses, NIC Interventions, NOC Outcomes, and NNN Linkages for Heart Failure. *International journal of nursing knowledge.* Nov 11 2013.
85. Saba V. *Clinical Care Classification (CCC) System Manual*. New York: Springer; 2007.
86. Saba VK. Clinical Care Classification (CCC) System. 2003; http://www.sabacare.com/. Accessed 12/12/2005.
87. Odenbreit M, Müller-Staub M, Brokel JM, Avant K, Keenan G. Pflegeklassifikationen: Kriterien und Evaluation. *NANDA International,.* Vol Recom. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014: Kassel; 2013:160-169.
88. Lino MM, Backes VM, Ferraz F, Reibnitz KS, Martini JG. [Pedagogical position adopted in nursing and health education in the Brazilian South Region.]. *Rev Bras Enferm.* Feb 2011;64(1):152-159.
89. NANDA International. *Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2009-2011*. Kassel: Recom; 2010.
90. Lavin MA. A review of the use of nursing diagnoses in U.S. nurse practice acts. *Nursing Diagnosis.* 1999;10(2):57-64.
91. American Nurses Association. *Nursing quality indicators*. Washington, DC: American Nurses Publishing; 1996.
92. Ingenerf J, Giere W. Concept-oriented standardization and statistics-oriented classification: continuing the classification versus nomenclature controversy. *Methods Inf Med.* Nov 1998;37(4-5):527-539.
93. Olsen PS. *Classificatory review of ICNP prepared for the Danish Nurses' Organization.* Brussel: PSO Sundhedsinformatik;2001.
94. Welton JM, Halloran EJ. Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration.* 2005;35(12):541-549.
95. Collins A. Effect of Continuing Nursing Education on Nurses' Attitude Toward and Accuracy of Nursing Diagnosis. *International journal of nursing knowledge.* Apr 23 2013.
96. Cruz DM, Pimenta CM, Lunney M. Improving critical thinking and clinical reasoning with a continuing education course. *J Contin Educ Nurs.* Mar 2009;40(3):121-127.
97. Hasegawa T, Ogasawara C, Katz EC. Measuring diagnostic competency and the analysis of factors influencing competency using written case studies. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jul-Sep 2007;18(3):93-102.
98. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part II: Application of cognitive skills and guidelines for self-development. *Rev Esc Enferm USP.* Sep 2003;37(3):106-112.
99. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Part I: Risk of low accuracy diagnoses and new views of critical thinking. *Rev Esc Enferm USP.* Jun 2003;37(2):17-24.
100. Lunney M, Karlik BA, Kiss M, Murphy P. Accuracy of nurses' diagnoses of psychosocial responses. *Nurs Diagn.* Oct-Dec 1997;8(4):157-166.
101. Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long-term increase in quality of nursing documentation: Effects of a comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci.* 2002;16:34-42.
102. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Quality of nursing diagnoses: evaluation of an educational intervention. *Int J Nurs Terminol Classif.* Apr-Jun 2005;16(2):33-43.

103. König P, Steinle-Feser B. Pflegeaufwand messen: Analyse und Beurteilung von Messinstrumenten. 2010.
104. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin M, van Achterberg T. Geführte klinische Entscheidungsfindung zur Einführung von Pflegediagnosen: Eine cluster-randomisierte Studie. *Pflegewissenschaft.* 2010;12(04):233-240.
105. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: Results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2007;18(1):5-17.
106. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing.* 2008;63(3):291-301.
107. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Eine Studie zur Einführung von NANDA-I Pflegediagnosen, Pflegeinterventionen und pflegesensiblen Patientenergebnissen. *Pflegewissenschaft.* 2009;11(12):688-696.
108. Thoroddsen A, Ehnfors M. Putting policy into practice: Pre- and posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clincal Nursing.* 2007;16(10):1820-1836.
109. Keenan GM, Kavanaugh K, Wilkie DJ, et al. Model for the First NIH-funded Center of Excellence in End-of-Life Research. *J Hosp Palliat Nurs.* Jan 1 2011;13(1):54-60.
110. Shever LL, Titler M, Dochterman J, Fei Q, Picone DM. Patterns of nursing intervention use across 6 days of acute care hospitalization for three older patient populations. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jan-Mar 2007;18(1):18-29.
111. Head BJ, Scherb CA, Reed D, et al. Nursing diagnoses, interventions, and patient outcomes for hospitalized older adults with pneumonia. *Res Gerontol Nurs.* Apr 2011;4(2):95-105.
112. Lopes Jde L, de Barros AL, Michel JL. A pilot study to validate the priority nursing interventions classification interventions and nursing outcomes classification outcomes for the nursing diagnosis "excess fluid volume" in cardiac patients. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Apr-Jun 2009;20(2):76-88.
113. Minthorn C, Lunney M. Participant action research with bedside nurses to identify NANDA-International, Nursing Interventions Classification, and Nursing Outcomes Classification categories for hospitalized persons with diabetes. *Appl Nurs Res.* May 2012;25(2):75-80.
114. Scherb C, Head BJ, Maas ML, et al. Most frequent nursing diagnoses, nursing interventions, and nursing-sensitive patient outcomes of hospitalized older adults with heart failure: Part 1. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2011;22(1):13-22.
115. Scherb CA, Stevens MS, Busman C. Outcomes related to dehydration in the pediatric population. *J Pediatr Nurs.* Oct 2007;22(5):376-382.
116. Bernhard-Just A, Hillewerth K, Holzer-Pruss C, Paprotny M, Zimmermann Heinrich H. Die elektronische Anwendung der NANDA-, NOC- und NIC - Klassifikationen und Folgerungen für die Pflegepraxis. *Pflege.* 2009;22(6):443-454.
117. Germini F, Vellone E, Venturini G, Alvaro R. [Nursing outcomes: instruments for visualizing the effectiveness of nursing care]. *Prof Inferm.* Oct-Dec 2010;63(4):205-210.
118. Keenan G, Yakel E. Promoting safe nursing care by bringing visibility to the disciplinary aspects of interdisciplinary care. *AMIA Annu Symp Proc.* 2005:385-389.
119. Larrabee JH, Boldreghini S, Elder-Sorrelis K, et al. Evaluation of documentation before and after implementation of a nursing information system in an acute care hospital. *Comput Nurs.* 2001;19(2):56-65.
120. Peres HH, de Almeida Lopes Monteiro da Cruz D, Lima AF, et al. Conceptualization of an electronic system for documentation of nursing diagnosis, outcomes, and intervention. *Stud Health Technol Inform.* 2010;160(Pt 1):279-283.
121. Keenan G, Tschannen D, Wesley ML. Standardized nursing teminologies can transform practice. *Jona.* 2008;38(3):103-106.
122. Keenan GM, Yakel E, Yao Y, et al. Maintaining a consistent big picture: meaningful use of a Web-based POC EHR system. *International journal of nursing knowledge.* Oct 2012;23(3):119-133.

123. Lunney M, Müller-Staub M. Nursing diagnosis and research. In: Herdman TH, ed. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012:114-121.
124. Institute of Medicine. *Keeping Patients Safe*. Washington, DC: National Academy Press; 2004.
125. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Systematic Review.* 2009;1: CD002099.
126. Expertengruppe e-Health. *Umsetzung "Stratiegie eHealth Schweiz": Empfehlungen zur rechtlichen Regelung*: Schweizerische Eidgenossenschaft, Departement des Innern EDI;2010.
127. Lowry SZ, Ramaiah M, Patterson ES, et al. *Integrating Electronic Health Records into clinical workflow: An application of human hactors modeling methods to ambulatory care.* Washington D.C.: National Institute of Standards and Technology, U.S. Department of Commerce;2014.
128. Burri B, Odenbreit M, Schärer S. Elekronische Pflegedokumentation: Zum Papier zurükkehren möchte niemand. *Krankenpflege.* 2010;103(4):16-18.
129. Odenbreit M. Electronically supported nursing documentation. Paper presented at: Nanda International 2008 Conference: Capturing the expert knowledge of nursing2008; Miami.
130. Odenbreit M. Pflegeleistung und DRG: Sichtbar durch Pflegediagnosen? *DRG und elektronische Pflegedokumentation: Risiken und Chancen*. Basel: Pflege PBS; 2010.
131. Odenbreit M. Entwicklung und Implementierung der elektronischen Pflegedokumentation der Solothurner Spitäler AG: Eine Erfolgsstory. *Swiss Medical Informatics.* 2010;69(2):23-27.
132. Odenbreit M. Eigene Software wurde implementiert. *Krankenpfl Soins Infirm.* 2011;104(3):13-14.
133. Paans W, Müller-Staub M. DRG und Elektronische Pflegedokumentation: Risiken und Chancen. *Pflegewissenschaft.* 2010;12(6):379-380.
134. Brandao Chaves EH, Bottura Leite de Barros AL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: A content validation. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2010;21(1):14-20.
135. Chaves ECL, Carvalho EC, Goyata SLT, Souza L. Sensitivity, specificity and predictive value of the defining characteristics of the nursing diagnosis Impaired Spirituality. *AENTDE-NANDA International Conference*. Madrid, Spain2010.
136. Chaves EH, de Barros AL, Marini M. Aging as a related factor of the nursing diagnosis impaired memory: content validation. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jan-Mar 2010;21(1):14-20.
137. Amorim Beltrao B, da Silva VM, de Araujo TL, de Oliveira Lopes MV. Clinical indicators of ineffective breathing pattern in children with congenital heart diseases. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jan-Mar 2011;22(1):4-12.
138. Martins QC, Aliti G, Rabelo ER. Decreased cardiac output: clinical validation in patients with decompensated heart failure. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Oct-Dec 2010;21(4):156-165.
139. Appoloni AH, Herdman TH, Napoleao AA, Campos de Carvalho E, Hortense P. Concept analysis and validation of the nursing diagnosis, delayed surgical recovery. *International journal of nursing knowledge.* Oct 2013;24(3):115-121.
140. da Silva VM, Lopes MV, de Araujo TL, Ciol MA, de Carvalho EC. Clinical indicators of ineffective airway clearance in children with congenital heart disease. *Journal of Clinical Nursing.* Mar 2009;18(5):729-736.
141. Melo Ade S, Campos de Carvalho E, Rotter Pela NT. Proposed revisions for the nursing diagnoses sexual dysfunction and ineffective sexuality patterns. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Oct-Dec 2007;18(4):150-155.
142. Guedes NG, Lopes MV, Araujo TL, Moreira RP, Martins LC. Predictive factors of the nursing diagnosis sedentary lifestyle in people with high blood pressure. *Public Health Nurs.* Mar-Apr 2011;28(2):193-200.
143. Heering C. Prevalence of nursing diagnoses in an acute geriatric rehabilitation clinic. *AENTDE-NANDA International Conference*. Madrid, Spain2010.

144. Shiraishi S, Sano Y, Yatabe K, et al. Current state and problems of introducing nursing diagnoses in psychiatric nursing units. *Journal of Japan Society of Nursing Diagnosis.* 2009;14(1):27-33.
145. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes - Application and impact on nursing practice: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing.* 2006;56(5):514-531.
146. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, van der Schans CP. Prevalence of accurate nursing documentation in patient records. *Journal of Advanced Nursing.* Nov 2010;66(11):2481-2489.
147. Björvell C, Thorell-Ekstrand I, Wredling R. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care.* 2000;9:6-13.
148. Müller-Staub M, Lunney M, Lavin MA, Needham I, Odenbreit M, van Achterberg T. Testing the Q-DIO as an instrument to measure the documented quality of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2008;19(1):20-27.
149. Müller-Staub M, Lunney M, Odenbreit M, Needham I, Lavin MA, van Achterberg T. Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clincal Nursing.* 2009;18(7):1027-1037.
150. Paans W, Sermeus W, Nieweg RMB, van der Schans CP. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing.* 2010;66(6):1388-1400.
151. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEFP. *Int J Nurs Stud.* 2007;44(5):702-713.
152. Lavin MA. Stages of diffusion of an innovation: Nursing diagnosis classification. Paper presented at: Paper presented at the NANDA, NIC & NOC Conference2004; Chicago.
153. ICN. *Leading nursing diagnosis organization to collaborate with the International Classification of Nursing Practice.* Chicago: International Council of Nurses; 03/27/04 2004.
154. Oud N, Sermeus W, Ehnfors M. *ACENDIO 2005*. Bern: Huber; 2005.
155. Stefan H, Allmer F, Eberl J. *Praxis der Pflegediagnosen.* Vol 3. Wien: Springer; 2003.
156. Georg J. *Pflegediagnosen als Instrument der Qualitätssicherung.* Wiesbaden1995.
157. Etzel B, ed *Einführung von Pflegediagnosen in der Klinik für Tumorbiologie*. Stuttgart: Kohlhammer; 2000. Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version).
158. Etzel B, König P. Richtlinien für eine hochwertige Pflegedokumentation: Projektabschlussbericht. 2004; http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/02020311_ab_etzel.pdf.
159. König P, ed *Pflegeklassifikation und ihre Bedeutung. Am Beispiel der NANDA-Pflegediagnosen und der ICNP Version 1*. Bern: Huber; 2006. Zegelin-Abt A, & Schnell, M., ed. Die Sprachen der Pflege.
160. König P, ed *Pflegediagnosen*. Stuttgart: Georg Thieme; 2008. Bäumer R, Maiwald A, eds. Onkologische Pflege.
161. Eveslage K. Kompetenzentwicklung im Rahmen von Personalmanagement. *Pflegediagnosen: Praktisch und effizient*. Heidelberg: Springer; 2006:125-135.
162. Allmer G. *Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Art. 14, S. 14*2006.
163. Krainovich-Miller B, Frauenfelder F, Müller-Staub M. Nursing diagnosis in education. In: Herdman TH, ed. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2012:90-98.
164. Moorhead S, Johnson M. Diagnostic-specific outcomes and nursing effectiveness research. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications.* 2004;15(2):49-57.
165. Schneider JS, Slowik LH. The use of the Nursing Interventions Classification (NIC) with cardiac patients receiving home health care. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jul-Sep 2009;20(3):132-140.

166. Lunney M, McGuire M, Endozo N, McIntosh-Waddy D. Consensus-validation study identifies relevant nursing diagnoses, nursing interventions, and health outcomes for people with traumatic brain injuries. *Rehabil Nurs.* Jul-Aug 2010;35(4):161-166.
167. Subirana M. Which nursing issues need a European guideline: proposal for respiratory management. *Intensive Crit Care Nurs.* Jun 2004;20(3):144-152.
168. Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Martin-Santos FJ, Garcia-Mayor S, Rodriguez-Bouza M, Gonzalez-Posadas F. Effectiveness of advanced practice nursing interventions in older people: protocol for a systematic review and qualitative study. *Journal of Advanced Nursing.* Jul 2013;69(7):1652-1659.
169. Titler MG, Shever LL, Kanak MF, Picone DM, Qin R. Factors associated with falls during hospitalization in an older adult population. *Res Theory Nurs Pract.* 2011;25(2):127-148.
170. Kautz DD, Van Horn E. Promoting family integrity to inspire hope in rehabilitation patients: strategies to provide evidence-based care. *Rehabil Nurs.* Jul-Aug 2009;34(4):168-173.
171. Laguna-Parras JM, Jerez-Rojas MR, Garcia-Fernandez FP, Carrasco-Rodriguez MD, Nogales-Vargas-Machuca I. Effectiveness of the 'sleep enhancement' nursing intervention in hospitalized mental health patients. *Journal of Advanced Nursing.* Jun 2013;69(6):1279-1288.
172. Cardenas-Valladolid J, Salinero-Fort MA, Gomez-Campelo P, et al. Effectiveness of standardized Nursing Care Plans in health outcomes in patients with type 2 Diabetes Mellitus: a two-year prospective follow-up study. *PLoS One.* 2012;7(8):e43870.
173. de Fatima Lucena A, de Gutierrez MG, Echer IC, de Barros AL. Nursing interventions in the clinical practice of an intensive care unit. *Rev Lat Am Enfermagem.* Sep-Oct 2010;18(5):873-880.
174. De Vliegher K, Paquay L, Grypdonck M, Wouters R, Debaillie R, Geys L. A study of core interventions in home nursing. *Int J Nurs Stud.* Jul 2005;42(5):513-520.
175. Frauenfelder F, Muller-Staub M, Needham I, van Achterberg T. Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* Dec 2013;20(10):921-931.
176. de Abreu Almeida M, Pergher AK, do Canto DF. Validation of mapping of care actions prescribed for orthopedic patients onto the nursing interventions classification. *Rev Lat Am Enfermagem.* Jan-Feb 2010;18(1):116-123.
177. Wong E, Scott LM, Briseno JR, Crawford CL, Hsu JW. Determining critical incident nursing interventions for the critical care setting: a pilot study. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jul-Sep 2009;20(3):110-121.
178. Shever LL, Titler MG, Kerr P, Qin R, Kim T, Picone DM. The effect of high nursing surveillance on hospital cost. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(2):161-169.
179. Lee E, Park H, Nam M, Whyte J. Identification and comparison of interventions performed by Korean school nurses and U.S. school nurses using the Nursing Interventions Classification (NIC). *J Sch Nurs.* Apr 2011;27(2):93-101.
180. Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jul-Sep 2006;17(3):129-138.
181. Keenan G, Barkauskas V, Stocker J, et al. Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting. *Outcomes Manag.* Apr-Jun 2003;7(2):74-83.
182. Cardaci R. A case study of teen parenting. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Jan-Mar 2011;22(1):40-43.
183. Crespo-Fierro M, Lunney M. Supporting breast-feeding when a woman is homeless. *International journal of nursing terminologies and classifications : the official journal of NANDA International.* Apr-Jun 2011;22(2):103-107.
184. Kotowski A. Case study: a young male with auditory hallucinations in paranoid schizophrenia. *International journal of nursing knowledge.* Feb 2012;23(1):41-44.
185. Sampaio Santos FA, de Melo RP, Lopes MV. Characterization of health status with regard to tissue integrity and tissue perfusion in patients with venous ulcers according to the nursing outcomes classification. *J Vasc Nurs.* Mar 2010;28(1):14-20.

186. Pena SB, Guimaraes HC, Bassoli SR, Casarin SN, Herdman TH, de Barros AL. Nursing diagnoses in pemphigus vulgaris: a case study. *International journal of nursing knowledge.* Oct 2013;24(3):176-179.
187. Scherb CA, Head BJ, Hertzog M, et al. Evaluation of outcome change scores for patients with pneumonia or heart failure. *West J Nurs Res.* Jan 2013;35(1):117-140.
188. Zampieron A. Nursing classifications (NIC and NOC) and hepatitis C in dialysis. *Edtna Erca J.* Oct-Dec 2001;27(4):212.
189. Park H. Nursing-sensitive outcome change scores for hospitalized older adults with heart failure: a preliminary descriptive study. *Res Gerontol Nurs.* Oct 2013;6(4):234-241.
190. de Fatima Lucena A, Holsbach I, Pruinelli L, Serdotte Freitas Cardoso A, Schroeder Mello B. Brazilian validation of the nursing outcomes for acute pain. *International journal of nursing knowledge.* Feb 2013;24(1):54-58.
191. Seganfredo DH, Almeida Mde A. Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. *Rev Lat Am Enfermagem.* Jan-Feb 2011;19(1):34-41.

Anhang 1: Definition verschiedener Pflegediagnosen-Typen und Struktur der Klassifikation

Die Untertypen von Pflegediagnosen werden wie folgt definiert[9]:

Aktuelle Pflegediagnose
Beschreibt menschliche Reaktionen auf gesundheitsbezogene Zustände/Lebensprozesse, die in einem Individuum, einer Familie oder Gemeinschaft existieren. Sie wird durch bestimmende Merkmale (Erscheinungsformen, Zeichen und Symptome) unterstützt, die sich als Muster von Hinweisen oder Folgerungen gruppieren.

Gesundheitsförderungsdiagnose
Eine klinische Beurteilung der Motivation und des Wunsches einer Person, Familie oder Gemeinschaft, das Wohlbefinden zu steigern und das menschliche Gesundheitspotential zu verwirklichen, wie es in ihrer Bereitschaft ausgedrückt wird, spezielles Gesundheitsverhalten zu verbessern, wie z.B. Ernährung und Bewegung. Diagnosen der Gesundheitsförderung können bei jedem Gesundheitszustand verwendet werden und benötigen keine Angaben gegenwärtiger Gesundheitsniveaus. Diese Bereitschaft wird durch die bestimmenden Merkmale unterstützt. Interventionen werden zusammen mit dem Individuum/der Familie/der Gemeinschaft ausgewählt, um sicherzustellen, dass die festgelegten Outcomes erreicht werden.

Gefahrendiagnose
Beschreibt eine menschliche Reaktion auf gesundheitsbezogene Zustände/Lebensprozesse, die sich in einem vulnerablen Individuum, einer Familie oder Gemeinschaft entwickeln könnten. Sie wird durch Risikofaktoren unterstützt, die zur erhöhten Vulnerabilität beitragen. Illustration:

P = Pflegediagnosen-Titel: Gefahr eines unausgeglichenen Flüssigkeitsvolumens
Definition: Risiko einer Reduzierung, eines Anstiegs oder einer schnellen Verschiebung von intravaskulärer, interstitieller und/oder intrazellulärer Flüssigkeit, einhergehend mit Körperflüssigkeitsverlust, –anstieg oder beidem.

R = Risikofaktoren (z.B.)

- Abdominale Operation
- Intestinale Obstruktion
- Pankreatitis
- Aszites (etc.) [71]

Syndromdiagnose
Eine klinische Entscheidungsfindung, die ein Cluster von Pflegediagnosen beschreibt die zusammen auftreten und die am besten miteinander durch ähnliche Pflegeinterventionen behandelt wird.

Struktur der Klassifikation

Die NANDA -I Klassifikation beinhaltet 13 Domänen, 47 Klassen und 220 Pflegediagnosen, welche die menschlichen Lebensbereiche umfassend abbilden [49]. Den Anforderungen an eine Klassifikation entsprechend, enthalten alle Domänen und Klassen eine eigene Definition. Diese Definitionen sind Subkonzepte der oben beschriebenen Hauptdefinitionen (konzeptuelle, kontextuelle, strukturelle Definition und Definitionen der Diagnosearten).

Die 13 Domänen und die dazugehörenden Klassen (in Klammern) sind:

- Gesundheitsförderung (Gesundheitsbewusstsein, Gesundheitsmanagement)
- Ernährung (Nahrungsaufnahme, Verdauung, Absorption, Stoffwechsel, Flüssigkeitszufuhr)
- Ausscheidung und Austausch (Harntrakt-Funktion, Magen-Darm-Funktion, Hautfunktion, Atmungssystem)
- Aktivität/Ruhe (Schlaf/Ruhe, Aktivität/Bewegung, Energiehaushalt, Kardiovaskuläre/Pulmonale Reaktionen, Selbstversorgung)
- Wahrnehmung/Kognition (Aufmerksamkeit, Orientierung, Empfindung/Wahrnehmung, Kognition, Kommunikation)
- Selbstwahrnehmung (Selbstkonzept, Selbstwertgefühl, Körperbild)
- Rollen und Beziehungen (Fürsorgerollen, Familienbeziehungen, Rollen-verhalten)
- Sexualität (Sexuelle Identität, Sexualfunktion, Fortpflanzung)
- Coping/Stresstoleranz (Posttraumatische Reaktionen, Coping-Reaktionen, Neurobehavioraler Stress)

- Lebensprinzipien (Werte, Glauben, Übereinstimmung von Werten/Glauben/Handlung)
- Sicherheit/Schutz (Infektion, Physische Verletzung, Gewalt, Umweltgefahren, Abwehrprozesse, Thermoregulation)
- Wohlbefinden (Physisches Wohlbefinden, Umweltbezogenes Wohlbefinden, Soziales Wohlbefinden)
- Wachstum/Entwicklung (Wachstum, Entwicklung)

(*Genehmigter Abdruck der NANDA-I Domänen durch den Verlag Recom aus: Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2012-2014. Kassel: Recom).

Die Klassifikation ist multiaxial und weist sieben Achsen auf*. Jede Achse definiert eine Dimension menschlicher Reaktionen, die für den diagnostischen Prozess eine Rolle spielen:

Achse 1: Diagnostisches Konzept (Diagnosetitel und Definition)
Achse 2: Subjekt der Diagnose (Individuum, Familie, Gruppe, Gemeinschaft)
Achse 3: Beurteilung/Deskriptor (z.B. beeinträchtigt, unwirksam)
Achse 4: Lokalisation (Körperteil z.B. Mundschleimhaut oder entsprechende Funktion wie auditorisch, kardial)
Achse 5: Alter (Fötus, Kleinkind, Schulkind, Adoleszente, Erwachsene)
Achse 6: Zeit (akut, chronisch, intermittierend, kontinuierlich)
Achse 7: Status der Diagnose (aktuell, Gesundheitsförderung, Gefahrendiagnose)

(*Genehmigter Abdruck durch den Verlag Recom aus: Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2009-2011. Kassel: Recom).

Anhang 2: Studien zur Klassifikation der Pflegediagnosen

Der Nutzen der Pflegediagnosenklassifikation bezüglich Verbesserungen in der Pflegequalität wurde vielfach belegt. Zur Validität von Pflegediagnosen und deren Merkmalen sowie Ursachen liegen viele Studien vor. Bereits zwischen 1986 bis 1994 wurden 27 Pflegediagnosen nach dem Fehring-Modell validiert, einige davon durch mehrere Studien (Fehring, 1994). Neuere Beispiele sind Inhaltsvalidierungsstudien der Diagnosen *Beeinträchtigte Gedächtnisleistung* und *Beeinträchtigte Spiritualität* [134-136] oder *unwirksamer Atemvorgang* [137] und *verminderte Herzleistung* [138] sowie *verzögerte, postoperative Erholungsphase* [139]. Eine dreiphasige klinische Studie wurde durchgeführt, um 18 bestimmende Merkmale der Pflegediagnose *Periphere Durchblutungsstörung* zu validieren [140]. Des Weiteren wurden Konzeptanalysen eingesetzt, um Entwicklungen der Diagnosen *Sexuelle Funktionsstörung* und *Unwirksames Sexualverhalten* voranzutreiben [141]. Die Sensitivität, Ausprägung und der Vorhersagewert der bestimmenden Merkmale der Pflegediagnose *Sinnkrise* wurde bei 120 Erwachsenen mit einer chronischen Nierenerkrankung errechnet, die einer Hämodialyse-Behandlung unterzogen waren [135].

Die Pflegediagnosenklassifikation wird vielfach für Prävalenzstudien angewendet. Zum Beispiel wurde die Prävalenz der Pflegediagnose *Bewegungsarmer Lebensstil* und deren häufigste bestimmenden Merkmale in einer Querschnittsstudie identifiziert [142]. Die Prävalenz der Pflegediagnosen wurde auch in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen erforscht. Die höchste Prävalenz lag bei den Diagnosen *Chronische Verwirrtheit, Mangelernährung, Sturzgefahr, Selbstversorgungsdefizite, Beeinträchtigte körperliche Mobilität* und *Urininkontinenz vor* [143]. In psychiatrischen Pflegeeinrichtungen stellten die Diagnosen *Sturzgefahr, Gestörte Denkprozesse* und *Gestörtes Schlafmuster* sich als die prävalentesten heraus [144]. In einer systematischen Literaturstudie war *Schmerz* die häufigste Pflegediagnose. Diese Literaturstudie beinhaltete Daten aus Studien von 4051 Patienten aus 12 verschiedenen Pflegesettings [145]. Epidemiologische Studien über das Auftreten und die Prävalenz von Pflegediagnosen in spezifischen Settings und bei verschiedenen Populationen zeigen die Wichtigkeit und das gleichzeitige Auftreten von Pflegediagnosen. Beispielsweise wurde anhand einer für die Niederlande repräsentativen Zufallsstichprobe die Prävalenz von Pflegediagnosen in Allgemeinabteilungen untersucht [146]. Die Analyse von 123'241 Patientenakten in einem Universitätskrankenhaus zeigte, dass sich Pflegediagnosen gut für die Vorhersage von Krankenhausoutcomes eignen, indem sie zwischen 30 und 146 % zur Aussagekraft von Diagnosis Related Groups (DRGs) hinzufügen. Das heisst, dass Pflegediagnosen den Gesamtbehandlungsbedarf und die Patientenergebnisse exakter – und zum Teil über 100% besser – hervorsagen als DRGs [94].

In einer experimentellen Studie mit Prätest-Posttest-Design wurden NANDA-I Pflegediagnosen auf zwölf Stationen eines Schweizer Spitals eingeführt. Die Ergebnisse zeigten signifikante Verbesserungen in der Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen. Die Durchschnittswerte für die Qualität von Pflegediagnosen (vs Pflegeprobleme) stiegen von 0.92 (SD = 0.41) auf 3.50 (SD = 0.55), t-Test $p < 0.0001$ [105]. Studien zur Einführung der Pflegediagnosenklassifikation weisen aus, dass signifikant genauere Pflegebedarfe – im Gegensatz zu vorher frei formulierten Pflegeproblemen – gestellt wurden; und nach der Einführung der Klassifikation sind Pflegediagnosen mit korrekten Zeichen/Symptomen und ursächlichen Faktoren festgestellt worden [104,107].

Die Pflegeergebnisse nach der Einführung der Diagnoseklassifikation zeigten klare Verbesserungen der Symptome, des Wissensstands, der Coping-Strategien und Selbstpflegeaktivitäten sowie des funktionellen Status der Patienten. Die Resultate zeigten auch signifikant bessere Übereinstimmungen zwischen Pflegediagnosen, durchgeführten Pflegeinterventionen und Patientenergebnissen [107]. Ein Beispiel erläutert die signifikanten Verbesserungen: Vor der Einführung der Pflegediagnosen wurde das unspezifische Pflegeproblem „Patient hat einen Dekubitus“ in der Pflegedokumentation festgehalten. Nach der Einführung (der Pflegediagnostik) wurde die Pflegediagnose „Gewebeschädigung, Dekubitus Grad II“, inklusive der ursächlichen Faktoren „Druck, Ernährungsdefizit, beeinträchtigte körperliche Mobilität und veränderte Durchblutung“ beschrieben. Die Pflegediagnose wurde zudem mit genauen Merkmalen beschrieben (Ausmaß, Tiefe und Beschaffenheit der Hautschädigung). Der genau gestellten Pflegediagnose folgten wirksamere Pflegeinterventionen (Häufigkeit der Beobachtung des Hautzustands, Verbandsart und -technik, Lagerungsart und -material, spezifische Mobilisation, Patientenedukation, Maßnahmen zu Ernährung/Flüssigkeitshaushalt). Die wirkungsvolleren Pflegeinterventionen erzielten bessere Patientenergebnisse wie verbesserte Wundheilung, erhöhte körperliche Mobilität, erhöhte Selbstpflegefähigkeit und verbessertes Dekubitus-Risikomanagement [107].

Eine weitere Studie zur Einführung der Pflegediagnosenklassifikation kam zu ähnlichen Resultaten: In einem cluster-randomisierten, experimentellen Design wurden Pflegende mit der Methode der „Geführten Klinischen Entscheidungsfindung“ geschult. Die Resultate zeigten signifikant genauere Pflegediagnosen einschließlich Merkmalen und korrekten ursächlichen Faktoren. Die Verbesserungen waren statistisch hochsignifikant und klinisch relevant. Auch fand sich eine erhöhte Kohärenz (= innere Übereinstimmung) zwischen den Ursachen der Pflegediagnosen, den entsprechenden Pflegezielen und der Erreichung besserer Patientenergebnisse. Diese Resultate zeigten, dass die Pflegenden signifikant wirksamere Pflegeinterventionen durchführten, wodurch sie signifikant bessere Patientenergebnisse von Symptomen, Wissensstand, Copingstrategien, Selbstversorgungsfähigkeiten und im funktionellen Status der Patienten erzielten[106].

Weitere Studien belegten Verbesserungen in der Genauigkeit des Diagnostizierens und in der klinischen Urteilsbildung, die anhand von Schulungen erreicht wurden [95-100].

Manche Studien fokussierten auf die Pflegedokumentation und bestätigten deren Qualitätszunahme und erhöhte Genauigkeit. Ein frühes Forschungsresultat ergab, dass Pflegepläne die auf der NANDA-Klassifikation basieren, die berufsständischen Standards erfüllen und individuelle Pflege ermöglichen. Diese Pflegepläne beinhalteten die Schritte des Pflegeprozesses und konnten in elektronische Datenbanken eingegeben werden. Dem Anspruch, die von Pflegenden geleistete Arbeit auf effiziente Weise erfass- und als Kostenfaktor ausweisbar (Turner, 1991) zu machen, wurde bereits in früheren Jahren entsprochen. Auch neuere Studien und Übersichtsarbeiten belegten, dass der Einsatz der theoriegeleiteten NANDA-I Pflegediagnosen die Genauigkeit der Pflegebedarfserfassung erhöht [101-108]. Die Resultate einer schwedischen Longitudinalstudie zeigten nach einer Schulung examinierter Pflegender eine signifikante qualitative Verbesserung dokumentierter Pflegeinterventionen und -ergebnisse. Der Durchschnittswert der Qualität und Quantität von Pflegediagnosen stieg ebenso signifikant wie die Anzahl dokumentierter Pflegeinterventionen und –ergebnisse [101].

Die Pflegediagnosenklassifikation begünstigt wissenschaftliche Evaluationen. Anhand der Pflegediagnosenklassifikation können Wirkungsnachweise zur geleisteten Pflege und zu Patienten-Outcomes untersucht werden. Entsprechende Messinstrumente zur Beurteilung der Qualität von Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnissen sind vorhanden [147-150]. In Outcome- oder Wirksamkeitsstudien wurden Prognosen von Pflegediagnosen und die entsprechend wirksamsten, evidenz-basierten Pflegeinterventionen aufgezeigt [110].

Die Klassifikation der Pflegediagnosen wurde weltweit in vielen Kliniken übernommen, denn steigende Gesundheitskosten unterstreichen die Notwendigkeit, dass Pflegende ihren Beitrag zur Gesundheitsversorgung klar darstellen [25,151]. Im Jahre 2004 fanden sich in PubMed unter dem Zugang über die Pflegediagnosen-Datenbank bei nlinks.org bereits 1965 Einträge zu „Pflegediagnosen" oder „Pflegediagnose" [152]. NANDA-I gilt international als die Pionierin und ist die am häufigsten implementierte Pflegediagnosen-Klassifikation [25,26,153-155].
In Deutschland wurden Pflegediagnosen erstmals Mitte der 90er Jahre von den Berufsverbänden und der Fachöffentlichkeit aufgenommen und diskutiert. Eine herausragende Rolle bei der Erarbeitung und Umsetzung nahm Jürgen Georg [156] ein, der erste Publikationen forcierte. Zum anderen nahm der Pflegebereich der Klinik für Tumorbiologie in Freiburg eine führende Rolle ein der sowohl die Umsetzung im eigenen Haus realisierte als auch beratend für zahlreiche andere Einrichtungen tätig war [157-160]. Später entstanden in weiteren Einrichtungen größere Projekte, wie z.B. an der Charité in Berlin [161].
Im österreichischen Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz = GuKG) wird die Pflegedokumentation als allgemeine Berufspflicht unter § 5 (2) beschreiben; diese muss die Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Pflegeplanung und Pflegemaßnahmen enthalten. Der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) beschreibt in der Folge des GuKG, § 14, als eigenverantwortliche Aufgabenbereich der Pflege folgende Tätigkeiten: Pflegeanamnese, Pflegediagnose, Planen der Pflege, Durchführen der Pflegemaßnahmen und Pflegeevaluation [162].

Anhang 3: Studien zur Klassifikation der Pflegeinterventionen

Mit Hilfe der NIC wurden Verbindungen zwischen den Variablen der unterschiedlichen Klassifikationen hergestellt: Die Wirksamkeit von Pflegeinterventionen der NIC ist beim Auswerten der Pflegeergebnisse anhand von NOC-Indikatoren bei bestimmten Pflegediagnosen wissenschaftlich nachweisbar [121-123]. Durch die Verlinkung der NIC mit NANDA-I und NOC sind nicht nur Wirkungsnachweise möglich, sondern die Kombinationen von Pflegeinterventionen bei jeweiligen Pflegediagnosen sind für weitere Anwendungen wiederhol- und überprüfbar. „Evidence-based nursing" wird unter anderem dadurch möglich, dass die Lücke nach wissenschaftlich definierten Pflegediagnosen nun ebenfalls auf Wissenschaft basierenden Pflegeinterventionen geschlossen wurde.

In der NIC werden Pflegeinterventionen den unterschiedlichen pflegerischen Disziplinen zugeordnet. Rund 45 Pflegefachgebiete (z.B. Anästhesiepflege, forensische Pflege, gerontologische Pflege, pädiatrische – onkologische Pflege) wurden dabei berücksichtigt, wobei es sich nicht um eine abschliessende Zuteilung handelt, sondern vielmehr um eine schwerpunktmässige Ordnung. Aufgrund dieser Zuordnung werden die Vielfalt und die damit verbundenen Anforderungen der einzelnen Spezialgebiete innerhalb der professionellen Pflege ersichtlich. Diese Hinweise werden für die Gestaltung von Ausbildungscurricula hinsichtlich der zu lehrenden Pflegeinterventionen genutzt [163]. Weiter können anhand dieser Darstellung Anforderungen an die fachliche Kompetenz und die strukturelle Gestaltung der Pflege für die Umsetzung innerhalb eines Gesundheitssystems definiert werden.

In einem weiteren Teil der NIC werden den einzelnen Interventionen ein zeitlicher Rahmen sowie das zur Durchführung erforderliche Ausbildungsniveau zugeordnet. Diese sehr differenziere Darstellung ermöglicht es, NIC als Leistungserfassungsinstrument elektronisch zur Anwendung zu bringen [24,26]. Zugleich unterstützt die NIC Bestrebungen zum Skills- und Grademix innerhalb der Pflege. Auch wenn sich die gegenwärtige Zuordnung auf amerikanische Verhältnisse abstützt, können die Angaben zum erforderlichen Ausbildungsniveau für jeweilige NIC Interventionen dank der differenzierten Beschreibungen mühelos in den europäischen Kontext übernommen - respektive mit den erforderlichen Modifikationen – auf den hiesigen Skills- und Grademix übertragen werden [24,26,116].

Die Klassifikation NIC ist bislang auf unterschiedlichsten Ebenen und pflegerelevanten Fachgebieten, sowohl in der täglichen Zusammenarbeit mit der Patientin/dem Patienten, der Ausbildung, dem Management wie auch in der Forschung eingesetzt worden [25,26,164]. Für die Entwicklung von pflegerischen Richtlinien im Rahmen standardisierter Vorgehensweisen respektive der Evidenz orientier-

ten Pflege (evidence-based nursing) gewinnt die NIC zunehmend an Bedeutung. Die Beispiele reichen von der Pflege von Patienten im ausserklinischen Bereich mit kardiologischen Erkrankungen [165] über die Pflege von Patienten mit Hirnverletzung im Langzeitbereich [166] bis hin zur Pflege von Patienten mit Atemproblemen [167]. In einer ganzen Anzahl Studien kam NIC in Kombination mit NANDA-I Pflegediagnosen und der NOC zum Einsatz. In einer Studie in der Pädiatrie wurde die Wirksamkeit von Pflegeinterventionen im Zusammenhang mit Dehydration erhoben sowie die damit zusammenhängenden pflegerischen Vorgehensweisen eruiert [115]. Eine weitere Studie bestimmte die Anzahl der NANDA-I Diagnosen, die NIC Interventionen und die NOC Ergebnisse bei gerontologischen Patientinnen und Patienten die aufgrund einer Lungenentzündung hospitalisiert waren [111]. Die Pflege von Patienten mit Diabetes Mellitus im Krankenhaus wurde unter Einbezug der drei Pflegeklassifikationen NANDA-I, NOC und NIC erforscht [113]. Ebenfalls im Rahmen der drei Klassifikationen wurden bei geriatrischen Patientinnen/Patienten mit Herzinsuffizienz die häufigsten Pflegediagnosen, pflege-sensitiven Ergebnisse und Pflegeinterventionen erhoben [114]. De Lima Lopes, de Barros & Michel[112] validierten NIC Interventionen und NOC Ergebnisse im Zusammenhang mit der Pflegediagnose „Flüssigkeitsüberschuss“ bei kardiologischen Patientinnen/Patienten. Die Resultate zeigten auf, dass die NIC Interventionen geeignet sind, um die Problematik der jeweiligen Patientenpopulationen erfolgreich zu behandeln [112].

Im Weiteren basieren die Ergebnisse einer Studie zur Entwicklung von Advanced Practice Nursing (APN) in der Geriatrie auf der NIC [168]. Ebenso stützt sich die Arbeit von Titler et al.[169] unter anderem auf die NIC Intervention „Fall Prevention“, um die Faktoren zu untersuchen, welche bei älteren Menschen während einer Hospitalisation im Zusammenhang mit Stürzen eine entscheidende Rolle spielen [169]. Kautz & van Horn [170] belegten auf der Basis der NIC Intervention „Family Integrity Promotion“ die Evidenz des pflegerischen Handelns im Bereich der Rehabilitationspflege von Erwachsenen und Jugendlichen [170]. Im Rahmen der psychiatrischen Pflege wurde anhand einer quantitativen Studie die Effektivität der NIC Intervention „Sleep Enhancement“ erfolgreich untersucht [171]. Ebenfalls mit dem Ziel die Wirksamkeit der Pflege zu eruieren, wurde eine Studie im Zusammenhang mit dem Einsatz der standardisierten Pflegefachsprachen NANDA-I und NIC bei der ausserklinischen Pflege von Patientinnen/Patienten mit Diabetes Mellitus Typ II durchgeführt [172]. De Fatima, Gutierrez & Barros [173] erhoben die häufigsten Pflegeinterventionen (NIC), die zur Behandlung von NANDA-I Pflegediagnosen auf einer Intensivstation für Erwachsene durchgeführt wurden [173]. Anhand eines NIC Erhebungsbogens wurden in einer Studie die pflegerischen Handlungsschwerpunkte in der häuslichen Pflege identifiziert [174].

Für den Bereich der stationären psychiatrischen Pflege wurden in einer systematischen Literaturstudie die in Forschungsartikeln beschriebenen psychiatrischen Pflegeinterventionen mit den NIC Titeln, Definitionen und Aktivitäten verglichen. Die Resultate zeigten, dass 84% der psychiatrischen Pflegehandlungen die in der Literatur beschrieben werden, in der NIC abgebildet sind [175]. In einer andern Studie wurde nachgewiesen, dass die NIC im Vergleich zu andern Interventionsklassifikationen wie Omaha, ICNP®, Clinical Care Classification (CCC) am meisten der Kriterien, die an eine Interventionsklassifikation gestellt werden, erfüllt [26]. Im Rahmen einer Validationsstudie wurde die NIC mit der Pflege von orthopädischen Patienten untersucht. In dieser Studie wurde die Anwendung von NIC in der Orthopädie als positiv beurteilt [176]. Im Rahmen einer ähnlichen Studie im Bereich der Intensivpflege wurde die Einführung einer speziellen Interventionskategorie im Zusammenhang mit Interventionen bei lebensbedrohenden Situationen (Critical Incident Nursing Intervention CINI) vorgeschlagen [177]. Shever, Titler, Dochterman, Fei & Picone[110] eruierten in ihrer Studie die häufigsten NIC Interventionen sowie deren Einsatzmuster bei hospitalisierten, geriatrischen Patientinnen und Patienten, welche entweder an einer Herzinsuffizienz oder Hüftproblematik leiden oder bei denen ein Sturzrisiko besteht [110]. Die Studie zeigt auf, wie die standardisierte Pflegesprache NIC für die Leistungsanalyse eingesetzt werden kann, welche wiederum entscheidend ist für die Berechnung personeller Ressourcen, Ausbildungsanforderungen und Leistungsevaluationen. Ebenfalls im Zusammenhang des pflegerischen Leistungsnachweises wurden die Kosten der Überwachung von älteren Patientinnen/Patienten im Rahmen der Sturzprävention evaluiert [178]. Dabei konnte hinsichtlich der Kosten ein Unterschied zwischen engmaschiger und niederschwelliger Überwachung nachgewiesen werden, wobei auch aufgezeigt werden konnte, dass die NIC für die Kostentransparenz in der Pflege genutzt werden kann. Im Zusammenhang mit der Ausbildung eruierten Lee, Park Nam & Whyte[179] in einer Studie NIC Interventionen, welche durch Lernende in Süd-Korea ausgeführte wurden und verglichen die Resultate mit denjenigen von Lernenden in den USA. Dabei konnte ein Nutzen von NIC im Rahmen der Ausbildung sowie ein transkultureller

Unterschied zwischen den beiden Ländern aufgezeigt werden [179]. Des Weiteren wurde der Gebrauch der standardisierten Pflegefachsprachen NANDA-I, NOC und NIC durch Bachelorstudenten im Rahmen einer Studie erhoben. Die Resultate zeigten auf, dass der Verknüpfung zwischen der akademischen Ausbildung beim Einsatz der NIC und dem praxisrelevanten Umfeld verstärkt Aufmerksamkeit beigemessen werden muss [180].

Anhang 4: Studien zur Klassifikation der Pflegeergebnisse

Die NOC erhebt den Anspruch für sämtliche pflegerischen Fachgebiete und Ausrichtungen pflegesensitive Ergebnisse mit den entsprechenden Indikatoren bereitzustellen [20]. Damit die professionelle Pflege ihre Arbeit am Patienten systematisch, transparent und nachvollziehbar evaluieren kann und als gleichberechtigter Partner im interdisziplinären Kontext und in der Diskussion im Rahmen der Gesundheitspolitik wahrgenommen wird, ist die Messung und Kommunikation von pflegesensitiven Patientenergebnissen essentiell [117-120]. Die Entwicklung der Klassifikation basiert auf einer breiten Forschungsbasis unter Miteinbezug von einer Vielzahl von Pflegeexperten aus unterschiedlichsten klinischen Teilgebieten aber auch der Lehre und Forschung [25,26,121,181]. Aus diesem Grund kommt NOC nachweislich in unterschiedlichsten pflegerischen Bereichen zum Einsatz: In Brasilien erfolgte eine Erhebung der Beeinträchtigung der Atmung von Kindern mit einem angeborenen Herzfehler anhand der NOC [137]. Ebenfalls in der Pädiatrie kam die NOC in einer Beobachtungsstudie bei Dehydration zum Einsatz. Dabei wurde der Verlauf der Störung anhand verschiedener NOC Ergebnisse untersucht [115]. Ein weiterer erfolgreicher Anwendungsbereich findet NOC, in Kombination mit NANDA-I und NIC, in der Planung und Umsetzung der Pflege und Begleitung von jugendlichen Müttern nach der Geburt ihres Kindes [182]. Ebenfalls im Zusammenhang mit Neugeborenen kam die NOC in der pflegerischen Begleitung von obdachlosen Müttern nach der Geburt ihres Kindes zum Einsatz. In diesem Fall wurde die Klassifikation nicht im stationären Bereich eingesetzt, sondern in der ausserklinischen, professionellen Pflege [183]. In der stationären Psychiatrie wird der erfolgreiche Einsatz von NOC bei der Pflege von Patienten mit Halluzinationen beschrieben [184]. Lunney [166] zeigte in ihrer Evaluationsstudie den erfolgreichen Einsatz und Nutzen von NOC bei der Pflege von Patienten mit einer Hirnverletzung [166]. Im Bereich der ausserklinischen Behandlung kam die NOC in einer Studie im Zusammenhang mit venösen Ulcera zum Einsatz. Dabei wurde anhand der Klassifikation die Unversehrtheit und Durchblutung des Gewebes beurteilt [185]. In einer Fallstudie wurde neben den Pflegeklassifikationen NANDA-I und NIC die NOC zur Beurteilung der Wundheilung und der Intaktheit des betroffenen Gewebes bei einer Patientin mit Pemphigus Vulgaris verwendet [186]. In einer Verlaufsstudie bei älteren Menschen mit Lungenentzündung oder Herzinsuffizienz in stationären Settings [187] kam die NOC ebenso zum Einsatz wie im Rahmen einer Studie in der kardiologischen Rehabilitation [188]. Die NOC wurde auch als Erhebungsinstrument für die Erfassung des Behandlungserfolgs bei stationären Patienten mit einer Herzinsuffizienz eingesetzt [84,189]. In einer brasilianischen Validationsstudie wurde der Einsatz von NOC im Zusammenhang mit der Pflegediagnose „Akute Schmerzen“ getestet [190]. In einer ähnlichen Studie validierten De Lima Lopes, de Barros & Michel[112] NOC Ergebnisse im Zusammenhang mit der Pflegediagnose „Flüssigkeitsüberschuss“ bei kardiologischen Patientinnen/Patienten [112]. Im Rahmen einer weiteren Validationsstudie wurde NOC hinsichtlich pflege-sensitiver Ergebnisse im Bereich der stationären Chirurgie sowie der Intensivpflege untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die NOC die entsprechenden pflege-sensitiven Situationen erfasst und abbildet [191].

In verschiedenen Studien kam NOC in Kombination mit den Pflegeklassifikationen NANDA-I und NIC zum Einsatz. Dabei wurde NOC als Erfassungsinstrument eingesetzt, um Verlaufsprozesse im Rahmen des Pflegeprozesses zu beobachten und entsprechende Resultate festzuhalten. So erhoben Head et al.[111] mit NOC pflege-sensitive Ergebnisse bei hospitalisierten, gerontologischen Patienten mit einer Lungenentzündung, oder Minthorn & Lunney[113] den Verlauf bei Patienten mit Diabetes Mellitus im klinischen Rahmen. In einer weiteren Studie wurden die häufigsten Pflegediagnosen, pflege-sensitiven Ergebnisse und Pflegeinterventionen bei geriatrischen Patientinnen/Patienten mit Herzinsuffizienz erhoben [114].

Anhang 5:

Initiativtext Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Die Bundesversammlung - Das Schweizer Parlament

Curia Vista - Geschäftsdatenbank

11.418 – Parlamentarische Initiative
Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege

Eingereicht von	Joder Rudolf
Einreichungsdatum	16.03.2011
Eingereicht im	Nationalrat
Stand der Beratung	Im Plenum noch nicht behandelt

Eingereichter Text
Gestützt auf Artikel 160 Absatz 1 der Bundesverfassung und Artikel 107 des Parlamentsgesetzes reiche ich folgende parlamentarische Initiative ein:

Das KVG ist dahingehend anzupassen, dass die Gesundheits- und Krankenpflege als Leistungen definiert werden, die von Pflegefachpersonen zu einem näher zu definierenden Teil auf ärztliche Anordnung und zu einem näher zu definierenden Teil in eigener Verantwortung erbracht werden.

Begründung
Die parlamentarische Initiative will erreichen, dass die Leistungen der Gesundheits- und Krankenpflege in einen mitverantwortlichen und in einen eigenverantwortlichen Bereich aufgeteilt werden. Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner sollen künftig in der Pflege eigenständiger arbeiten und handeln können.

1. Bedeutung und Wichtigkeit der Pflege nehmen zu

Die Einführung der Fallpauschalen und die neue Pflegefinanzierung verändern die Pflegesituation grundlegend. Die Pflege wird immer mehr zur Drehscheibe der interdisziplinären Betreuung der Patienten. Je früher die Patienten entlassen werden, umso qualifizierter muss die Pflege sein. Zudem verändern die zunehmende Hochaltrigkeit und der chronische Charakter vieler Krankheiten die Versorgungsansprüche der Patienten.

Generell wird die Bedeutung und Nachfrage nach Pflege markant zunehmen. Die Pflege ist ein wesentlicher Teil der Grundversorgung. Damit sachgerechte, effiziente und kostengünstige pflegerische Leistungen in den Spitälern, Ambulatorien, in der Spitex, im Langzeitbereich und in den Pflegeheimen erbracht werden können, muss die Pflege über entsprechende gesetzlich verankerte Kompetenzen verfügen.

2. Prekäre Personalsituation

Wegen grossem Personalmangel und hoher Fluktuation werden die Probleme in der Pflege immer grösser. Die Personalfrage ist eine Schlüsselfrage für die Zukunft des Gesundheitswesens. Es besteht dringender Handlungsbedarf.

3. Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe

Das diplomierte Pflegefachpersonal wird an höheren Fachschulen oder Fachhochschulen ausgebildet. Die Pflegenden übernehmen bei ihren vielfältigen Tätigkeiten automatisch grosse Verantwortung. Mit der gesetzlichen Anerkennung dieser Verantwortung der Pflege wird die Attraktivität des Berufes gesteigert. Ein Beruf, der die ihm zustehenden Handlungs- und Entscheidungsspielräume bietet, erleichtert die Rekrutierung junger Berufsleute und trägt dazu bei, dass qualifizierte Pflegefachpersonen länger im Beruf bleiben.

4. Kostensenkung

Die heute obligatorische ärztliche Anordnung auch für Patienten, die über längere Zeit ausschliesslich pflegerische Leistungen benötigen, verursacht unnötige Kosten und administrativen Aufwand. Aufgrund ihrer beruflichen Kompetenzen können ausgebildete Pflegefachleute die Notwendigkeit und Art der pflegerischen Leistung selber beurteilen und diese auch effizient erbringen. Die Wirtschaftlichkeit muss verbessert und die Kostensenkung gefördert werden.

5. Keine Mengenausweitung

Die neue Kompetenzregelung etabliert nicht neue Leistungserbringer. Es geht um die sachgerechte Abgrenzung von ärztlichen und pflegerischen Aufgaben ohne Mengenausweitung.