Grundlage für Pflegeforschung, Versorgungsanalysen und Weiterentwicklung pflegerischer Konzepte

Auch die Nutzung dokumentierter Pflegeprozessdaten für Pflegeforschung und Versorgungsanalysen stellt ein Sekundärziel dar. Aggregierte Daten aus Pflegeprozessdokumentationen ermöglichen Aussagen über häufige Pflegediagnosen, Interventionen, Pflegeverläufe und Outcomes bestimmter Gruppen von Pflegeempfänger*innen. Sie bilden damit eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung evidenzbasierter Pflegekonzepte, pflegerischer Behandlungspfade sowie praxisorientierter Leitlinien.

Die Bedeutung standardisierter Pflegeprozessdaten für die Pflegeforschung wird durch die systematische Übersichtsarbeit von Macieira et al. (2019) eindrücklich belegt. In der Analyse von 44 Studien zur sekundären Auswertung elektronischer Pflegedokumentationsdaten zeigen die Autor*innen, dass mit standardisierten Pflegeklassifikationen dokumentierte Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomes valide für die Charakterisierung pflegerischer Versorgung, für **Versorgungsanalysen** sowie zur **Untersuchung der Wirksamkeit pflegerischen Handelns** genutzt werden können. Pflegeprozessdaten aus der Routineversorgung erweisen sich damit als tragfähige empirische Grundlage, um Pflegepraxis populationsbezogen abzubilden und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse weiterzuentwickeln (Macieira et al., 2019).

Eine konzeptionell-methodische Einordnung dieser Sekundärdatennutzung liefert O'Connor (2020). In ihrem Überblick zeigt sie, dass **sekundäre Datenanalysen inzwischen ein fest etablierter Bestandteil der Pflegeforschung** sind und insbesondere durch die zunehmende Digitalisierung der Pflegeprozessdokumentation an Bedeutung gewinnen. Elektronische Pflegeprozess- und Versorgungsdaten werden dabei als zentrale Ressource für die Generierung neuen Wissens beschrieben, da sie die Untersuchung komplexer Versorgungsrealitäten ermöglichen, ohne zusätzliche Dokumentations- oder Erhebungsaufwände in der Praxis zu verursachen (O'Connor, 2020). Zugleich betont O'Connor die Notwendigkeit, Kontext, Datenqualität und Entstehungsbedingungen der Dokumentationsdaten kritisch zu reflektieren, um valide pflegewissenschaftliche Schlussfolgerungen zu ziehen.

Auch deutschsprachige Arbeiten zeigen, dass Pflegeprozessdaten – etwa auf Basis strukturierter Pflegefachsprachen wie ENP – retrospektiv für Versorgungsanalysen, Outcome-Betrachtungen und konzeptionelle Weiterentwicklungen genutzt werden können (Wieteck, 2009; Konrad, 2009). Die Kombination aus standardisierter Dokumentation, Aggregierbarkeit und analytischer Auswertbarkeit unterstützt damit den systematischen Wissenstransfer von der pflegerischen Praxis in Forschung, Lehre und Konzeptentwicklung. Insbesondere standardisierte Dokumentationen unter Nutzung von Pflegeklassifikationssystemen stellen vor diesem Hintergrund eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung evidenzbasierter Pflegekonzepte dar und tragen langfristig zur weiteren Professionalisierung der Pflege bei.

Einordnung der Sekundärziele im Gesamtzusammenhang

Die dargestellten Sekundärziele machen deutlich, dass Pflegeprozessdokumentation über ihre primäre Funktion zur individuellen Versorgungsplanung hinaus eine systemische Bedeutung entfaltet. Durch die standardisierte und aggregierbare Erfassung pflegeprozessbezogener Daten wird sie zur Grundlage für Qualitätssicherung, rechtliche Absicherung, institutionelle Rechenschaft, Versorgungssteuerung sowie Pflegeforschung. Die Sekundärziele sind dabei nicht isoliert zu betrachten, sondern stehen in einem engen funktionalen Zusammenhang.

Qualitätsentwicklung, rechtliche Absicherung und Steuerungs- bzw. Abrechnungsanforderungen setzen eine nachvollziehbare, begründungslogische und vollständige Dokumentation voraus, während qualitätsgesicherte Dokumentationsdaten erst die Nutzung für Planung, Controlling und Forschung ermöglichen. Pflegeforschung und Versorgungsanalysen liefern wiederum Erkenntnisse, die auf die Weiterentwicklung von Qualitätsstandards, Pflegekonzepten und Steuerungsinstrumenten zurückwirken.

Im Gesamtzusammenhang wird Pflegeprozessdokumentation damit als grundlegende Infrastruktur professioneller Pflege sichtbar. Sie verbindet individuelle Versorgung mit organisationalem Lernen, rechtlicher und ökonomischer Rahmung sowie wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung und trägt wesentlich zur Professionalisierung, Transparenz und Weiterentwicklung pflegerischer Versorgung bei.

Aufgabe:

Gehen Sie auf Spurensuche und erkunden Sie, ob in Ihrer Einrichtung die Pflegeprozessdaten ebenfalls für Qualitätsmanagement (z. B. Sturzereignisanalysen, Dekubitus-Management usw.), Pflegecontrolling oder Prozesssteuerung genutzt werden.

2.3 Pflegediagnostik und Pflegediagnosen

Pia Wieteck & Natalie Hubenthal

Zum Kernprozess professioneller Pflege gehört der **pflegediagnostische Prozess**, der als **zentrale Kernkompetenz** beruflich Pflegender verstanden wird. Pflegediagnostik beschreibt dabei nicht nur das Benennen pflegerelevanter Phänomene, sondern einen systematischen, reflexiven Entscheidungsprozess, der die Grundlage für die Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen bildet.

Die fachliche Auseinandersetzung mit pflegerischer Diagnostik reicht mehrere Jahrzehnte zurück. Bereits Virginia Fry (1953) beschrieb die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans als Hauptaufgabe beruflich Pflegender und verstand die Pflegediagnose als einen kreativen, klinischen Beurteilungsprozess. Auch Virginia Henderson griff in den 1950er-Jahren die Begriffe Pflegeplanung *(Nursing Care Plan)* und Pflegeprozess *(Nursing Process)* auf und prägte damit nachhaltig das professionelle Selbstverständnis der Pflege (Henderson, 1982).

Vor diesem Hintergrund fokussiert das vorliegende Kapitel die Pflegediagnostik als fachliche, rechtliche und methodische Grundlage professionellen Pflegehandelns und bereitet zugleich auf die nachfolgende Darstellung des Pflegeklassifikationssystems ENP (European Nursing care Pathways) vor.

2.3.1 Bedeutung der Pflegediagnostik aus berufsrechtlicher Perspektive

In allen drei Ausbildungszweigen der Pflegeberufe in Deutschland spielt die Vermittlung der Pflegediagnostik und die systematische Pflegeprozessplanung eine zentrale Rolle. Sie ist durch die Lehrpersonen und Praxisanleitende entsprechend umzusetzen und durch die Auszubildenden zu erlernen.

Der Gesetzgeber hat diese Kernaufgabe der Pflegeprozessplanung, -gestaltung und -evaluierung in den Verantwortungsbereich der Pflegefachpersonen gelegt. Neben der Verortung der Anforderungen im Pflegeberufegesetz § 4 (Kap. 2.1.1) ist die Vermittlung der **„Kernkompetenz Pflegediagnostik"** auch in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die staatliche Prüfung nach § 9 (Pflegefachfrau/-mann), § 26 (Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin/-pfleger) und § 28 (Altenpflegerin/-pfleger) sowie in den Rahmenlehrplänen der Pflegeausbildung formuliert (Ammende et al., 2019).

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

✔ **Merke:**
Pflegediagnostik ist keine optionale Zusatzqualifikation, sondern eine gesetzlich definierte Kernkompetenz, die professionelles Pflegehandeln legitimiert und begründet.

2.3.2 Leistungsrechtliche Bedeutung der Pflegediagnostik im Kontext des BEEP-Gesetzes

(Rechtsstand: Frühjahr 2026)

Mit dem Gesetz zur Befugniserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP) wird die Pflegediagnostik erstmals explizit als leistungsrechtlich relevanter Handlungsanlass für heilkundliche Tätigkeiten von Pflegefachpersonen verankert (Bundesministerium für Gesundheit (Ed.), 2025). Ziel des Gesetzes ist es, Pflegefachpersonen schrittweise zu befähigen, definierte Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich im ambulanten wie auch im stationären Versorgungsbereich zu erbringen und diese Leistungen künftig abrechnungsfähig zu machen.

Essenziell ist hierbei die rechtliche Gleichstellung der pflegerischen Diagnose als begründender Handlungsanlass neben der ärztlichen Diagnose.

Gesetzliche Verankerung heilkundlicher Tätigkeiten der Pflege

► **§ 15a Behandlung durch Pflegefachpersonen, Pflegeprozessverantwortung** Der Paragraf regelt die eigenverantwortliche Erbringung ausgewählter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und verankert zugleich ihre Pflegeprozessverantwortung. Er schafft damit eine wichtige leistungsrechtliche Grundlage für die erweiterte Rolle der professionellen Pflege. Pflegefachpersonen dürfen heilkundliche Leistungen der ärztlichen Behandlung eigenverantwortlich erbringen, sofern sie über nachgewiesene fachliche Kompetenzen verfügen. Diese Kompetenzen können sich aus der beruflichen oder hochschulischen Pflegeausbildung, aus staatlich anerkannten, bundesweit einheitlichen Weiterbildungen oder aus gleichwertiger Berufserfahrung ergeben, die durch eine staatliche Kompetenzfeststellung der Länder bestätigt wurde.

Die Leistungserbringung ist an unterschiedliche diagnostische Ausgangspunkte geknüpft:

- Leistungen können entweder auf Grundlage einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung **oder auf Grundlage einer pflegerischen Diagnose** durch die Pflegefachperson erfolgen, sofern sie in den nach § 73d Absatz 1 Nummer 1 oder § 112a Absatz 1 vereinbarten Leistungskatalogen enthalten sind.
- Pflegefachpersonen sind zudem berechtigt, nach erstmaliger ärztlicher Verordnung Leistungen der häuslichen Krankenpflege einschließlich der dafür notwendigen Hilfsmittel eigenständig weiterzuverordnen.
- Bis zum Abschluss neuer bundesweiter Verträge gelten übergangsweise die im Rahmenvertrag nach § 64d Absatz 1 Satz 4 SGB V (Modellvorhaben) festgelegten Leistungen.

Ein wesentlicher Bestandteil des § 15a SGB V ist die explizite Zuweisung der **Pflegeprozessverantwortung** an Pflegefachpersonen. Diese nehmen ihre Verantwortung gemäß § 4 Absatz 1 des Pflegeberufegesetzes wahr und tragen damit die fachliche Verantwortung für die Erhebung des Pflegebedarfs, die Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer und heilkundlicher Maßnahmen.

✔ **Merke:**
§ 15a SGB V etabliert die Pflegediagnostik als gleichwertigen Ausgangspunkt für bestimmte heilkundliche Leistungen, stärkt die Eigenverantwortlichkeit der Pflege und bildet eine wesentliche Grundlage für die zukünftige leistungsrechtliche Anerkennung und Abrechnung pflegerisch begründeter Maßnahmen in der Regelversorgung.

► **§ 112a SGB V – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Krankenhaus** Der Paragraf regelt die eigenverantwortliche Erbringung ausgewählter heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der Krankenhausbehandlung und überträgt die mit dem BEEP-Gesetz eingeführten Befugniserweiterungen systematisch auf den stationären Versorgungsbereich. Er verpflichtet die maßgeblichen Vertragsparteien auf Bundesebene nach dem Krankenhausentgeltgesetz, bis zum 31. Juli 2027 einen bundesweiten Vertrag abzuschließen. In diesem Vertrag ist ein Leistungskatalog festzulegen, der konkret beschreibt, welche Leistungen der ärztlichen Behandlung Pflegefachpersonen in zugelassenen Krankenhäusern eigenverantwortlich erbringen dürfen. Ergänzend sind verbindliche Rahmenvorgaben zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonen und Ärztinnen und Ärzten zu vereinbaren. Zentraler Bestandteil des § 112a SGB V ist die klare Differenzierung der diagnostischen Grundlage für die Leistungserbringung. Der Vertrag muss festlegen:

- welche Leistungen nach ärztlicher Diagnose und Indikationsstellung und
- welche Leistungen nach einer **pflegerischen Diagnose** erbracht werden können.

Damit wird die Pflegediagnostik ausdrücklich auch im Krankenhaus als rechtlich relevanter Handlungsanlass für eigenverantwortliche heilkundliche Pflegeleistungen anerkannt.

✔ **Merke:**
§ 112a SGB V verankert die Pflegediagnostik im stationären Bereich als fachliche und leistungsrechtliche Entscheidungsgrundlage, stärkt die Eigenverantwortung der Pflegefachpersonen im Krankenhaus und schafft die Voraussetzungen für eine künftig abrechenbare, pflegefachlich begründete heilkundliche Leistungserbringung im Rahmen der Krankenhausbehandlung.

► **§ 73d SGB V – Eigenverantwortliche Erbringung von Leistungen durch Pflegefachpersonen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung** Der Paragraf regelt die eigenverantwortliche Erbringung heilkundlicher Leistungen durch Pflegefachpersonen in der **ambulanten und vertragsärztlichen Versorgung** und schafft damit eine leistungsrechtliche Grundlage für die erweiterte Rolle der Pflege außerhalb des Krankenhauses. Der Paragraf konkretisiert die im BEEP-Gesetz angelegte Befugniserweiterung für Pflegefachpersonen insbesondere im Bereich der ärztlichen Behandlung und der häuslichen Krankenpflege. Die maßgeblichen Vertragspartner auf Bundesebene sind verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2026 einen bundesweiten Vertrag abzuschließen, in dem verbindliche Leistungskataloge festgelegt werden. Diese regeln zum einen, welche Leistungen der ärztlichen Behandlung Pflegefachpersonen nach § 15a SGB V eigenverantwortlich erbringen dürfen, und zum anderen, welche Leistungen der häuslichen Krankenpflege einschließlich der dafür erforderlichen Hilfsmittel Pflegefachpersonen eigenverantwortlich verordnen können. Ergänzend sind das Verfahren und die konkrete Ausgestaltung dieser Verordnungen zu bestimmen.

Ein zentrales Element des § 73d SGB V ist die Differenzierung der diagnostischen Grundlage für die Leistungserbringung. Der Vertrag muss festlegen, welche heilkundlichen Leistungen nach

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung und welche Leistungen nach einer **pflegerischen Diagnose** erbracht werden können. Diese Zuordnung kann je nach Versorgungsbereich unterschiedlich ausgestaltet sein und macht die Pflegediagnostik zu einem rechtlich anerkannten Handlungsanlass in der ambulanten Versorgung.

✔ Merke:
§ 73d SGB V positioniert die Pflegediagnostik in der ambulanten Versorgung als zentrale fachliche und leistungsrechtliche Entscheidungsbasis und stärkt die Pflegefachpersonen als eigenverantwortlich handelnde Akteure mit Verordnungs- und Abrechnungsbefugnissen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

2.3.3 Pflegediagnosen

Pia Wieteck

Pflegediagnosen sind ein unverzichtbarer Bestandteil des Pflegeprozesses. Sie bilden die fachliche Grundlage für die Auswahl geeigneter, möglichst evidenzbasierter pflegerischer Maßnahmen und sind damit entscheidend für die Qualität und Wirksamkeit pflegerischen Handelns. Da Pflegeinterventionen den Versorgungsprozess maßgeblich beeinflussen können, ist es wesentlich, dass Entscheidungen für oder gegen bestimmte Pflegemaßnahmen nicht intuitiv, routinemäßig („aus dem Bauch heraus") oder allein traditionsgeleitet („weil wir das schon immer so gemacht haben") getroffen werden. Vielmehr bedürfen sie einer systematischen, fachlich begründeten Entscheidungsfindung, an deren Anfang das Formulieren einer Pflegediagnose steht.

Um die Bedeutung von Pflegediagnosen einordnen zu können, ist zunächst ein Blick auf relevante Definitionen hilfreich. Neben einer allgemeinen Definition haben auch verschiedene Pflegeklassifikationssysteme ihr eigenes, jeweils leicht unterschiedlich akzentuiertes Verständnis von Pflegediagnosen formuliert, siehe dazu eine allgemeingültige Definition sowie die nach ENP, NANDA-I und POP.



Abb. 2.4 Was sind Pflegediagnosen?

Definition Pflegediagnose allgemeingültig:
Pflegediagnosen stellen eine systematische klinische Beurteilung der Reaktionen eines Menschen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar. Sie sind Bestandteil des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Maßnahmen, mit denen gemeinsam vereinbarte pflegerische Ziele erreicht werden sollen (Georg Thieme Verlag, 2025).

Definition nach ENP:
Pflegediagnosen generell stellen eine systematische klinische Beurteilung der Reaktionen einer zu pflegenden Person auf aktuelle und/oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar. Sie sind Bestandteil des Pflegeprozesses und begründen die Auswahl pflegerischer Maßnahmen zur Erreichung gemeinsam vereinbarter Pflegeziele.

Eine ENP-Pflegediagnose im engeren Sinne ist ein sprachlicher Ausdruck des pflegediagnostischen Urteils, den Pflegende – wenn möglich gemeinsam mit der betroffenen Person und/oder deren Angehörigen bzw. Bezugspersonen – auf der Grundlage einer systematischen Einschätzung des Gesundheitszustands (z. B. Assessment, Pflegeanamnese, körperliche Untersuchung) formulieren. Dabei werden physiologische, psychische, soziale und entwicklungsbezogene Auswirkungen von Gesundheitsproblemen berücksichtigt, um darauf aufbauend Pflegeziele festzulegen und geeignete Pflegeinterventionen auszuwählen (Wieteck, Kraus, Jiang-Siebert, Mannes, et al., 2024).

Definition nach NANDA-I:
Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der menschlichen Reaktion oder der Neigung zu einer solchen Reaktion einer Person, pflegenden Person, Familie, Gruppe oder Gemeinde auf einen Gesundheitszustand/auf Lebensprozesse dar. Eine Pflegediagnose bildet die Grundlage zur Auswahl geeigneter Pflegeinterventionen, mit denen Outcomes erreicht werden sollen, für die die jeweilige Pflegefachperson verantwortlich ist (Herdman, Kamitsuru, & Lopes, 2024).

Definition einer POP-Pflegediagnose:
Pflegediagnosen beschreiben die Reaktionen von Menschen auf den aktuellen Gesundheitsstatus und gesundheitsbezogene Ereignisse im Lebensprozess bzw. deren Umgang damit. Die pflegerische Beurteilung richtet sich am Erleben der Gesundheits- oder Krankheitssituationen von Menschen aus (Stefan et al., 2022).

Aufgabe:
Vergleichen Sie die Definitionen der Pflegediagnose in den Pflegeklassifikationssystemen ENP, NANDA-I und POP. Arbeiten Sie Gemeinsamkeiten und Unterschiede heraus und überlegen Sie, welche pflegefachlichen Schwerpunkte in den jeweiligen Definitionen erkennbar werden.

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

Trotz unterschiedlicher Formulierungen weisen alle Definitionen deutliche Gemeinsamkeiten auf. Pflegediagnosen fokussieren stets die menschlichen Reaktionen *(Human Responses)* auf Gesundheits- und Krankheitsphänomene sowie auf Lebensprozesse und stellen das Ergebnis eines professionellen pflegerischen Beurteilungs- und Entscheidungsprozesses dar.

Fazit:
Die formulierte Pflegediagnose bildet den Ausgangspunkt für eine möglichst evidenzbasierte oder zumindest best-practice-orientierte Auswahl geeigneter Pflegemaßnahmen. Damit stellt die Pflegediagnostik eine Kernkompetenz professionell Pflegender dar. Die pflegerische Zielsetzung richtet sich auf die Verbesserung oder Wiederherstellung des Gesundheitszustands, die Linderung von Symptomen sowie auf Gesundheitsförderung, Prävention, Lebensqualitätsförderung und Patientenedukation. Diese Zielsetzungen bestimmen das pflegerische Outcome, für dessen Erreichen Pflegefachpersonen im Rahmen ihres eigenverantwortlichen Handlungsbereichs fachlich verantwortlich sind (Rappold & Aistleithner, 2017; Wieteck, 2014).

✔ **Merke:**
Pflegediagnosen bilden die Ausgangslage für pflegerische Zielsetzungen und die Entscheidungsfindung über geeignete Pflegemaßnahmen. Die Genauigkeit des pflegediagnostischen Prozesses beeinflusst das pflegerische Outcome und damit die Qualität der Versorgung wesentlich (J. Lee, Chan, & Phillips, 2006).

Pflegediagnosen und medizinische Diagnosen – unterschiedliche Perspektiven im Versorgungsprozess

Im Mittelpunkt der pflegerischen Diagnostik steht die differenzierte Wahrnehmung und Beobachtung pflegerelevanter Probleme und Phänomene. Es geht darum, die Reaktionen und Verhaltensweisen von Individuen oder auch von deren Familien bzw. des engen sozialen Umfelds auf Gesundheits- und Krankheitsphänomene zu beschreiben. An dieser Stelle werden Unterschiede zwischen pflegerischen und medizinischen Diagnosen sichtbar; jedoch wird auch deutlich, wie sich diese ergänzen können. Daher werden in Tab. 2.2 medizinische und pflegerische Diagnosen gegenübergestellt.

✔ **Merke:**
Medizinische Diagnosen beschreiben Krankheiten und deren pathophysiologische Grundlagen, während Pflegediagnosen die individuellen Reaktionen von Menschen, Familien oder Gemeinschaften auf Gesundheits- und Krankheitsphänomene erfassen und Pflegebedarfe begründen. Beide Diagnoseformen folgen unterschiedlichen Perspektiven, ergänzen sich im Versorgungsprozess jedoch wechselseitig und bilden gemeinsam die Grundlage für eine bedarfsgerechte, interprofessionelle Versorgung.

Pflegediagnostik als klinischer Beurteilungs- und Entscheidungsprozess

Im pflegediagnostischen Prozess greifen Wahrnehmung, Interaktion, fachliche Analyse und Entscheidungsfindung eng ineinander. Um eine Pflegediagnose stellen zu können, werden relevante Daten und Merkmale über und gemeinsam mit den Pflegeempfangenden erhoben, strukturiert zusammengeführt und pflegefachlich beurteilt. Dieser Prozess erfolgt im direkten Kontakt mit der betroffenen Person sowie gegebenenfalls mit weiteren am Pflege- oder Versorgungsprozess beteiligten Personen und umfasst sowohl verbale als auch nonverbale Informationsquellen, etwa durch Sehen, Hören, Riechen oder Fühlen.

Ebenso entscheidend ist die Fähigkeit der beruflich Pflegenden, eine konstruktive und vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen. Gelingt dies nicht, besteht die Gefahr, dass für das pflegerische Urteil relevante Informationen nicht geäußert werden. In der Folge kann es dazu kommen, dass Pflegeinterventionen am tatsächlichen Pflegebedarf vorbeigeplant werden.

Der **pflegediagnostische Prozess** lässt sich – in Anlehnung an Schrems (2003) – als mehrstufiger klinischer Beurteilungs- und Entscheidungsprozess beschreiben (Abb. 2.5). Dieser umfasst:

- das **Feststellen von Unterschieden** durch Wahrnehmung und Informationssammlung

Tab. 2.2 Gegenüberstellung Pflegediagnose und medizinische Diagnose (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Stefan et al., 2022, S. 8)

Medizinische Diagnosen	Pflegediagnosen
Beschreiben die Krankheit selbst, z. B. Morbus Parkinson im fortgeschrittenen Stadium	Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er erkrankt ist, sowie die Auswirkungen der Krankheit auf die Lebens- und Alltagsgestaltung. Z. B.: • Selbstfürsorgedefizit im Bereich der Körperpflege, infolge von Bewegungsstörungen (Bradykinese, Rigor und Tremor) • Beeinträchtigte Gehfähigkeit verbunden mit Sturzrisiko, infolge von Freezing und nach vorne gebeugter Körperhaltung • Leidet unter den körperlichen Veränderungen und zieht sich sozial zurück
Begründung, Ausgangspunkt für die medizinische Behandlung und Therapie	Beschreiben das Pflegebedürfnis sowie den Bedarf an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich
Betreffen in der Regel den/die Patient*in als Einzelperson	Beschreiben und berücksichtigen neben der betroffenen Person auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit. Z. B.: Risiko eines Dependenzpflegedefizits, infolge einer Rollenüberforderung
Beziehen sich überwiegend (außerhalb der Psychiatrie) auf pathophysiologische Veränderungen im Körper	Beziehen sich auf das Verhalten der betroffenen Person und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse
Fallen in die rechtliche **Zuständigkeit der Ärzteschaft**, der medizinischen Arbeit	Fallen in die rechtliche **Zuständigkeit der Pflege**, der pflegerischen Arbeit

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York



Abb. 2.5 Pflegediagnostischer Prozess; eigene Darstellung in Anlehnung an Schrems (2003)

- das **Verstehen** dieser Unterschiede durch Abgleich mit pflegefachlichem Wissen und Kontextinformationen
- das **Stellen der Pflegediagnose** durch sprachliche Benennung und Zuordnung zu pflegediagnostischen Konzepten.

Pflegefachsprache und Pflegeklassifikationssysteme erfüllen hierbei eine unterstützende Funktion, indem sie helfen, Beobachtungen zu strukturieren, klinische Einschätzungen abzusichern und pflegediagnostische Entscheidungen nachvollziehbar zu kommunizieren.

Die in Abb. 2.5 dargestellten Schlüsselfähigkeiten beruflich Pflegender spiegeln sich auch in der Struktur von Pflegediagnosen wider. Diese sind in der Regel nach der **PÄS-Struktur** aufgebaut und bilden damit das Ergebnis des beschriebenen pflegediagnostischen Prozesses ab. Die PÄS-Struktur ist auch maßgeblich für die Genauigkeit des pflegediagnostischen Urteils bedeutend.

2.3.4 Bestandteile einer Pflegediagnose

Gordon und Bartholomeyczik beschreiben, dass sich eine Pflegediagnose aus drei essenziellen Bestandteilen zusammensetzt, die als **PÄS-Schema** bezeichnet werden. Diese drei Komponenten sind:

- das Pflegeproblem (P),
- die Ätiologie bzw. damit verbundene beeinflussende Faktoren (Ä) sowie
- die definierenden Merkmale, auch als Kennzeichen oder Symptomcluster bezeichnet (S)
  (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. 38f).

Mehrere Pflegeklassifikationssysteme greifen diese Grundstruktur auf, darunter beispielsweise ENP oder NANDA-I. Einige Systeme erweitern die PÄS-Struktur zudem um weitere pflegefachlich bedeutsame Aspekte. So beziehen ENP und POP (Praxisorientierte Pflegediagnostik) zusätzlich die Ressourcen der pflegeempfangenden Person ein; ENP berücksichtigt darüber hinaus explizit deren Resilienz-Fähigkeiten. Diese erweiterte Struktur wird als PÄSR-Schema bezeichnet.

Die Erweiterung der klassischen PÄS-Struktur erfolgt vor dem Hintergrund, dass vorhandene Ressourcen und Resilienz maßgeblich Einfluss auf die Auswahl geeigneter Pflegemaßnahmen und auf die individuelle Pflegeplanung haben (Wieteck & Kraus, 2018). **Abb. 2.6** veranschaulicht die vier Bestandteile einer Pflegediagnose im Sinne des PÄSR-Schemas.

✔ Merke:
Die PÄS-Struktur bildet das pflegefachliche Kernmodell der Pflegediagnose. Durch die Einbeziehung von Ressourcen und Resilienz wird dieses Modell um eine ressourcenorientierte Perspektive erweitert.

Definition der Bestandteile einer Pflegediagnose

Zum besseren Verständnis der Begriffe Pflegeproblem, Kennzeichen bzw. bestimmende Merkmale, Ätiologie und Ressourcen werden im Folgenden die einzelnen Bestandteile einer Pflegediagnose definiert (Wieteck, Kraus, Jiang-Siebert, Mannes, et al., 2024).

Pflegeproblem (P): Pflegeprobleme sind aktuelle Beeinträchtigungen eines Menschen, die in seiner Person oder in seiner Umwelt begründet sind. Alternativ können sie als Risiken verstanden werden, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand oder der Behandlung stehen und die betroffene Person aus eigener Kraft nicht bewältigen oder beheben kann. Pflegeprobleme schränken die Selbstständigkeit der betroffenen Person und/oder die Unabhängigkeit anderer Menschen ein. Ausgangspunkt für Pflegeprobleme können psychische, umweltbedingte oder entwicklungsbezogene Zustände sein sowie Veränderungen des physischen oder psychischen Gesundheitszustands oder altersbedingte Einschränkungen. Professionelles pflegerisches Handeln ist erforderlich, um Pflegeprobleme systematisch zu erfassen, sie im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses zu beurteilen, in Pflegediagnosen zu überführen und den Gesundheitszustand durch geplante Pflegeinterventionen positiv zu beeinflussen.

Kennzeichen bzw. bestimmende Merkmale (S): Kennzeichen oder bestimmende Merkmale sind beobachtbare, wahrnehmbare oder verbalisierte Indikatoren, die das Vorliegen einer Pflegediagnose/eines Pflegeproblems bestätigen bzw. konkrete Hinweise geben, wie sich ein Pflegeproblem zeigt. Kennzeichen können

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

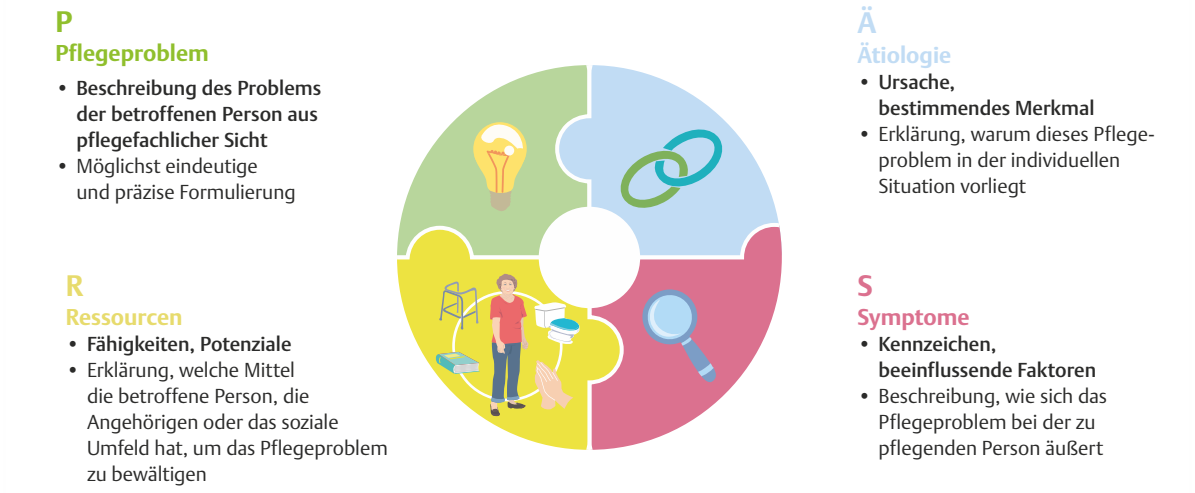

Abb. 2.6 Bestandteile von Pflegediagnosen

subjektiv sein, z. B. Aussagen von Pflegeempfangenden über Symptome wie z. B. „ich habe Schmerzen" oder „ich fühle mich schwach". Auch Berichte von Angehörigen über den Patientenzustand können subjektive Kennzeichen sein, z. B. „meine Mutter vergisst zunehmend alles …". Kennzeichen können sich auf **objektiv** beobachtbare und/oder messbare Daten, Merkmale beziehen, z. B. der Blutdruckwert, die veränderte Hautfarbe. Grundsätzlich können sich Kennzeichen auf beobachtbare oder berichtete Symptome, historische Hinweise, physiologische oder psychische Auffälligkeiten im Verhalten oder verbale Äußerungen der pflegeempfangenden Person sein.

Ätiologie bzw. Ursachen (Ä): Die Ätiologie beschreibt auslösende und/oder beeinflussende Faktoren, **die zur Entstehung eines Pflegeproblems bzw. einer Pflegediagnose beitragen** oder diese aufrechterhalten. Ursachen oder beeinflussende Faktoren können beispielsweise Verhaltensweisen der betroffenen Person, bestehende Erkrankungen oder Einschränkungen im psychosozialen, körperlichen oder kognitiven Bereich sein. Darüber hinaus können Ursachen im sozialen Umfeld, in biografischen Erfahrungen, in soziokulturellen Einflüssen oder in der Interaktion liegen.

Typische Ursachenformulierungen beziehen sich unter anderem auf:

- Erkrankungen (z. B. Manie, Rechtsherzinsuffizienz, Essstörungen, Multiple Sklerose)
- Motive für Verhalten (z. B. Angst, Schamgefühl, fehlendes Interesse, Widerwille bei der Nahrungsaufnahme)
- Zustände (z. B. Verwirrtheitszustand, Appetitlosigkeit, Trinkschwäche, Belastungsdyspnoe)
- Wissens- oder Informationsdefizite (z. B. mangelnde Kenntnisse, fehlender Zugang zu Informationen)
- soziokulturelle Einflüsse (z. B. familiendynamische Belastungen, Arbeitslosigkeit, Misshandlung)
- Gewohnheiten oder Verhaltensmuster (z. B. Aktivitätsmangel, ritualisierte Handlungen)
- eingeschränkte Interaktion oder beeinträchtigte Fähigkeiten (z. B. sprachliche Barrieren, kognitive Einschränkungen).

Ressourcen (R): Ressourcen beschreiben körperliche, geistige und psychosoziale Fähigkeiten, Verhaltensweisen sowie unterstützende Faktoren im sozialen Umfeld, die Menschen dabei helfen, Belastungen zu bewältigen und Pflegeinterventionen wirksam zu unterstützen. Ressourcen können sowohl in der Person selbst als auch in ihrem Umfeld verankert sein. Zu den Ressourcen zählen zudem **Resilienz-Fähigkeiten**, also die besondere Widerstandsfähigkeit eines Menschen, mit belastenden Lebenssituationen umzugehen und Anpassungs- oder Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Funktion der Bestandteile einer Pflegediagnose

Die einzelnen Bestandteile einer Pflegediagnose erfüllen im pflegediagnostischen Prozess unterschiedliche, sich gegenseitig ergänzende Funktionen. Sie unterstützen sowohl die klinisch-pflegerische Entscheidungsfindung als auch die gezielte Auswahl geeigneter Pflegemaßnahmen.

Die **Kennzeichen bzw. bestimmenden Merkmale** (Symptome) haben die zentrale Funktion, das pflegerische Problem zu konkretisieren. Sie dienen im diagnostischen Prozess als Indikatoren, um eine passende Pflegediagnose zu erkennen, zu identifizieren und gegenüber anderen Pflegediagnosen abzugrenzen. Insbesondere im Lernprozess während der Ausbildung vermitteln die Kennzeichen das grundlegende Wissen, um pflegerische Probleme systematisch wahrzunehmen und Pflegediagnosen ableiten zu können. Im pflegediagnostischen Prozess werden sie genutzt, um eine Pflegediagnose zu überprüfen und zu bestätigen (Gordon & Bartholomeyczik, 2001).

Die **Ätiologie** bzw. die ursächlichen und beeinflussenden Faktoren erklären die auslösenden Ursachen und Einflussgrößen für die Entstehung und Manifestation eines Pflegeproblems bzw. einer Pflegediagnose. Sie sind entscheidend für die Auswahl geeigneter pflegerischer Maßnahmen, da sie aufzeigen, an welchen Faktoren Pflege gezielt ansetzen kann. Eine nachhaltige Verbesserung eines Pflegeproblems ist nur möglich, wenn die zugrunde liegenden Ursachen erkannt, berücksichtigt und – sofern möglich – positiv beeinflusst oder reduziert werden.

Ressourcen und Resilienz-Fähigkeiten der pflegeempfangenden Person spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle bei der Auswahl und Gestaltung pflegerischer Interventionen. Verfügbare Ressourcen können genutzt werden, um Pflegeziele realistischer zu planen und die Selbstständigkeit der betroffenen Person zu fördern. Sind beispielsweise pflegerische Kompetenzen bei Ange-

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

Tab. 2.3 Zuordnung der unterschiedlichen Bezeichnungen der Pflegeklassifikationssysteme zur PÄS-Struktur

PÄS-Struktur	ENP	NANDA-I	POP
Pflegeproblem	Pflegeproblem	Pflegediagnose	Pflegediagnose
Ätiologie	Ursachen	Beeinflussende Faktoren	Ätiologie
		Assoziierte Bedingungen	
Symptome	Kennzeichen	Bestimmende Merkmale	Symptome
		Risikofaktoren	Risikofaktoren
		Risikopopulationen	
Ressourcen	Ressourcen		Ressourcen

hörigen vorhanden, können diese im ambulanten Setting gezielt einbezogen werden. Ist eine Pflegeempfängerin oder ein Pflegeempfänger motiviert und bereit, neue Bewegungsabläufe zu erlernen, ergeben sich andere pflegerische Handlungsmöglichkeiten als in Situationen, in denen entsprechende Ressourcen nicht vorhanden sind.

✔ **Merke:**
Kennzeichen helfen, Pflegediagnosen zu erkennen und zu bestätigen. Die Ätiologie bestimmt die Auswahl wirksamer Pflegemaßnahmen und Ressourcen sowie Resilienz-Fähigkeiten beeinflussen, wie Pflegeziele geplant und erreicht werden können.

Unterschiedliche Bezeichnungen in den Pflegeklassifikationssystemen für die PÄS-Struktur

In den verschiedenen Pflegeklassifikationssystemen werden die Bestandteile einer Pflegediagnose teilweise unterschiedlich bezeichnet. Diese abweichenden Begrifflichkeiten können insbesondere im Lern- und Praxisalltag zu Verunsicherung führen. Die Übersicht in Tab. 2.3 stellt die Bezeichnungen der einzelnen Elemente in den Klassifikationssystemen ENP, NANDA-I und POP vergleichend dar und ordnet sie der PÄS-Struktur zu.

NANDA-I differenziert innerhalb der Pflegediagnose zusätzliche Kategorien wie Risikofaktoren, Risikopopulationen und assoziierte Bedingungen. Diese stellen keine eigenständigen Bestandteile der Pflegediagnose dar, sondern dienen der weiteren Spezifikation und Kontextualisierung. In der PÄS-Struktur werden sie funktional den Kennzeichen (S) bzw. den beeinflussenden Faktoren (Ä) zugeordnet.

Zusammenfassende Einordnung und Abgrenzung zu Basisassessments

Pflegediagnosen entstehen nicht allein durch das Erfassen von Daten oder das Anwenden von Assessmentinstrumenten, sondern durch die systematische pflegefachliche Bewertung und Zusammenführung dieser Informationen. Die Bestandteile der Pflegediagnose – Pflegeproblem, Kennzeichen, Ätiologie sowie Ressourcen – strukturieren diesen klinisch-pflegerischen Beurteilungsprozess und machen das pflegefachliche Urteil nachvollziehbar und überprüfbar.

In der Pflegepraxis werden Assessmentinstrumente häufig eingesetzt, um relevante Informationen über den Gesundheits- und Pflegezustand von Menschen zu erfassen. Feststellungen wie etwa „Positionswechsel im Bett überwiegend unselbstständig" stellen jedoch für sich genommen noch keine Pflegediagnose dar. Sie beschreiben einen beobachteten oder erhobenen Zustand, liefern aber noch keine pflegefachliche Interpretation im Sinne eines Pflegeproblems mit Ursachen, Kennzeichen und Ressourcen.

Instrumente wie das pflegefachliche Basisassessment (BAss), epaAC oder das Neue Begutachtungsassessment (NBA) dienen primär der strukturierten Informationssammlung und Einschätzung funktionaler Fähigkeiten. In der Praxis werden diese Ergebnisse jedoch nicht selten irrtümlich als Pflegediagnosen interpretiert oder diskutiert. Eine Pflegediagnose entsteht erst durch die pflegerische Schlussfolgerung, in der Assessmentdaten analysiert, miteinander in Beziehung gesetzt und in eine pflegefachliche Aussage über den Unterstützungs- und Pflegebedarf überführt werden.

✔ **Merke:**
Die Bestandteile einer Pflegediagnose sind essenziell, um eine angemessene Genauigkeit im pflegediagnostischen Prozess zu erreichen und auf dieser Grundlage (interne wie externe) evidenzbasierte Handlungskonzepte für die pflegeempfangende Person ableiten zu können. Assessmentergebnisse liefern hierfür wichtige Informationen, ersetzen jedoch nicht das pflegefachliche Urteil in Form einer Pflegediagnose.

2.3.5 Arten von Pflegediagnosen

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Arten von Pflegediagnosen beschrieben. Üblicherweise lassen sich dabei drei grundlegende Typen unterscheiden (Sroka, 2023):

- akute oder problemfokussierte Pflegediagnosen
- Risikopflegediagnose
- Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung

Diese Unterscheidung findet sich in den verschiedenen Pflegeklassifikationssystemen in jeweils system- und begriffsspezifischer Ausprägung wieder (Herdman et al., 2024; Wieteck, Kraus, Jiang-Siebert, Mannes, et al., 2024). Darüber hinaus werden insbesondere im Klassifikationssystem NANDA-I sogenannte Syndrompflegediagnosen beschrieben. Dabei handelt es sich um pflegerische Problemstellungen, die typischerweise als Bündel mehrerer miteinander verknüpfter Pflegeprobleme auftreten, wie beispielsweise das *Immobilitätssyndrom*.

Für die Ausbildung und das Studium sowie für das Verständnis pflegediagnostischer Entscheidungsprozesse ist es jedoch sinnvoll, Syndrompflegediagnosen zunächst in ihre einzelnen pflegerelevanten Problemstellungen zu zerlegen und diese getrennt zu betrachten.

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

✔ **Merke:**
Die Unterscheidung verschiedener Arten von Pflegediagnosen dient der Strukturierung pflegefachlicher Urteilsbildung. Gesundheitsförderung, Beratung und Patientenedukation sind dabei nicht auf einen bestimmten Diagnosetyp beschränkt, sondern können – abhängig vom Pflegebedarf – Bestandteil akuter, risikobezogener und gesundheitsfördernder Pflegediagnosen sein.

Akute oder problemfokussierte Pflegediagnosen

Akute oder problemfokussierte Pflegediagnosen beziehen sich auf **aktuell bestehende Pflegeprobleme**, die bei einer pflegeempfangenden Person oder einer Gruppe von Menschen vorliegen. Nachfolgende Beispiele zur Erläuterung der verschiedenen Pflegediagnosenarten greifen nicht auf ein Klassifikationssystem zurück, sondern es werden freie Formulierungen genutzt. Sie beschreiben gegenwärtige unerwünschte menschliche Reaktionen auf einen Gesundheitszustand oder einen Lebensprozess. Ein Beispiel hierfür ist das Pflegeproblem „Beeinträchtigte Gehfähigkeit".

Werden die pflegediagnostischen Bestandteile – Pflegeproblem, Kennzeichen, Ätiologie sowie gegebenenfalls Ressourcen – systematisch für eine konkrete pflegeempfangende Person formuliert, entsteht eine problemfokussierte Pflegediagnose.

Pflegeproblem: Beeinträchtigte Gehfähigkeit

Kennzeichen/bestimmende Merkmale: Schmerzen beim Gehen, reduzierte Muskelkraft, eingeschränkte Belastbarkeit des betroffenen Beines

Ätiologie/Ursache: Postoperative Versorgung einer Fraktur mit angeordneter Teilbelastung des betroffenen Beines

Problemfokussierte Pflegediagnosen dienen als Ausgangspunkt für die Planung, Umsetzung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen, die auf die Verbesserung der aktuellen Situation, die Linderung von Symptomen sowie die Unterstützung der pflegeempfangenden Person im Umgang mit ihrem Pflegeproblem ausgerichtet sind.



Abb. 2.7 Person, die Unterarmgehstützen verwendet und einen postoperativen Verband trägt

Definition:
Eine **akute oder problemfokussierte Pflegediagnose** ist die klinisch-pflegerische Beurteilung einer unerwünschten menschlichen Reaktion auf einen Gesundheitszustand oder einen Lebensprozess, die aktuell bei einer pflegeempfangenden Person oder einer Gruppe von Menschen auftritt.

Risikopflegediagnosen

Risikopflegediagnosen beschreiben **potenzielle Pflegeprobleme**, die mit einer erhöhten Vulnerabilität der pflegeempfangenden Person verbunden sind und eintreten können, wenn keine geeigneten präventiven oder prophylaktischen Pflegemaßnahmen umgesetzt werden. Sie richten den pflegerischen Fokus auf die frühzeitige Identifikation von Risiken und auf die Vermeidung eines möglichen Schadens. Ein typisches Beispiel ist das Dekubitusrisiko bei einem Menschen mit eingeschränkter Mobilität.

Pflegeproblem: Dekubitusrisiko

Kennzeichen: Keine eigene Spontanbewegung im Bett beobachtbar, reduzierte Hautdurchblutung, trockene Haut

Ätiologie/Ursache: Schwere Herzinsuffizienz, Negativbilanzierung, hohes Alter

Einige Pflegeklassifikationssysteme, wie z. B. NANDA-I, weisen zu den Risikopflegediagnosen keine Symptome (S) und Ätiologie (Ä) aus, sondern nur Risikofaktoren sowie assoziierte Bedingungen. Assoziierte Bedingungen beschreiben dabei medizinische Diagnosen oder klinische Zustände, die im Zusammenhang mit dem Pflegeproblem stehen, jedoch nicht durch pflegerische Interventionen ursächlich beeinflusst werden können. Sie liefern wichtige Kontextinformationen, ersetzen jedoch keine pflegerische Ätiologie im engeren Sinne. Das nachfolgende Beispiel ist keine NANDA-I-Pflegediagnose, sondern soll nur grundsätzlich die unterschiedliche Struktur von Risikodiagnosen darstellen.

Die Risikopflegediagnose könnte also auch wie folgt strukturiert sein:

Pflegeproblem: Dekubitusrisiko

Risikofaktoren: Keine eigene Spontanbewegung im Bett beobachtbar, die Hautdurchblutung ist reduziert, trockene Haut

Assoziierte Bedingungen: Herz-Kreislauf-Erkrankung (schwere Herzinsuffizienz)



Abb. 2.8 Person in einem Pflegebett

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

In dieser Darstellungsform werden pflegerisch beeinflussbare Ursachenzusammenhänge nicht explizit als eigenständige Ätiologie formuliert, sondern implizit über die Kombination aus Risikofaktoren, assoziierten Bedingungen und Risikopopulation abgebildet. Für das pflegefachliche Verständnis der Risikosituation sowie für die gezielte Planung präventiver Pflegemaßnahmen ist es jedoch bedeutsam, diese Informationen im Rahmen der pflegerischen Beurteilung zusammenzuführen, zu interpretieren und daraus pflegefachliche Schlussfolgerungen abzuleiten.

Definition:
Risikopflegediagnosen sind die klinisch-pflegerische Beurteilung der Vulnerabilität einer pflegeempfangenden Person oder einer Gruppe von Menschen, also eines erhöhten Risikos für die Entstehung eines Pflegeproblems. Die Struktur einer Risikopflegediagnose ist dabei systemabhängig (z. B. ENP versus NANDA-I), ihr pflegefachlicher Gehalt jedoch nicht. Entscheidend ist es, Risiken zu erkennen, ursächliche Zusammenhänge zu verstehen und daraus gezielte präventive Pflegeentscheidungen abzuleiten.

Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung

Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung unterscheiden sich von problemfokussierten und risikobezogenen Pflegediagnosen dadurch, dass weder ein aktuelles noch ein potenzielles Pflegeproblem im Vordergrund steht. Der pflegerische Fokus liegt vielmehr auf vorhandenen Gesundheitsressourcen, gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sowie auf individuellen Entwicklungs- und Lernpotenzialen, die erhalten, gestärkt oder weiter ausgebaut werden können.

Im pflegediagnostischen Prozess steht hierbei die fachliche Beurteilung der Motivation, der Bereitschaft und des Wunsches der pflegeempfangenden Person oder einer Gruppe im Zentrum, das eigene Wohlbefinden zu fördern, gesundheitsunterstützendes Verhalten zu entwickeln oder bestehende Strategien zur Gesunderhaltung zu erweitern. Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung setzen somit explizit an den Zielen, Wertvorstellungen und Ressourcen der betroffenen Person an und orientieren sich an einem ressourcen- und entwicklungsorientierten Pflegeverständnis.

Pflegediagnosen dieses Typs kommen insbesondere dann zum Einsatz, wenn Pflegefachpersonen gemeinsam mit der pflegeempfangenden Person gesundheitsförderliche Prozesse initiieren, begleiten oder stabilisieren, ohne dass ein pflegerelevantes Defizit oder Risiko den unmittelbaren Handlungsanlass darstellt.

Fokus auf die Gesundheitsförderung: Bereitschaft, an einer verbesserten Entspannung zu arbeiten.

Kennzeichen: Äußert den Wunsch, nach der Arbeit schneller abschalten zu können; möchte der eigenen Entspannung mehr Aufmerksamkeit widmen; zeigt Interesse daran, neue Wege zur Entspannung kennenzulernen



Abb. 2.9 Person in einer Badewanne

Definition:
Pflegediagnosen zur Gesundheitsförderung sind die klinisch-pflegerische Beurteilung der Motivation, der Bereitschaft und des Wunsches einer pflegeempfangenden Person, einer Gruppe oder einer Gemeinschaft, das eigene Wohlbefinden sowie individuelle Gesundheitspotenziale zu erhalten, zu verbessern oder weiterzuentwickeln.

Die Zuordnung einer Pflegediagnose zum Typ der Gesundheitsförderung bedeutet nicht, dass gesundheitsfördernde, beratende oder edukative Pflegemaßnahmen ausschließlich im Kontext dieser Diagnosen Anwendung finden. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung von Selbstmanagement-Kompetenzen können – abhängig von Bedarf, Ressourcen und Zielsetzung – integraler Bestandteil jeder Pflegediagnose sein, sowohl bei problemfokussierten als auch bei risikobezogenen Pflegediagnosen.

2.3.6 Voraussetzungen und relevante Kompetenzen pflegerischer Diagnostik

Natalie Hubenthal

Auf der Hand liegt, dass erfolgreiche Pflegediagnostik sowie alle auf ihr aufbauenden Schritte im Verlauf des pflegediagnostischen Prozesses an die spezifischen fachlichen und personalen Bedingungen und Fähigkeiten der Pflegefachperson gebunden sind. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen ist nicht nur entscheidend für die Genauigkeit des pflegefachlichen Urteils, sondern kann auch als Prämisse angesehen werden, um eine bedarfsgerechte und an den individuellen Bedürfnissen der pflegeempfangenden Person orientierte Versorgung zu planen und umzusetzen (J. Lee et al., 2006). Damit manifestiert sich die Pflegediagnostik als Kernkompetenz professionellen pflegerischen Handelns.

Im Folgenden werden wichtige Voraussetzungen für ein erfolgreiches pflegerisches Diagnostizieren skizziert. Angesichts ihrer hohen Relevanz für die pflegerische Berufspraxis könnte jede einzelne dieser Voraussetzungen Gegenstand einer eigenständigen vertieften Betrachtung sein, sodass die nachstehenden Ausführungen lediglich als Aufriss zu verstehen sind. Auch soll Erwähnung finden, dass die einzelnen Aspekte nicht isoliert zu betrachten sind, sondern in einem engen Zusammenhang stehen und aufeinander aufbauen. In ihrer Gesamtheit zielen sie darauf ab, eine grundlegende Bedingung für das reflektierte Formulieren akkurater Pflegediagnosen zu erfüllen: den Aufbau einer hinreichend breiten und tiefen Informationsbasis, die es überhaupt ermöglicht, die tatsächlichen Reaktionen der zu versorgenden Person auf aktuelle oder potenzielle gesundheitliche Problemlagen differenziert zu erfassen.

Beziehungsaufbau und effektive Kommunikation

Die Fähigkeit von Pflegefachpersonen, mit den ihnen anvertrauten Menschen in eine professionelle und vertrauensvolle therapeutische Beziehung zu treten, stellt einen entscheidenden Faktor dar, um deren spezifische Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle gesundheitliche Problemlagen umfassend und in ihrer individuellen Bedeutung für die Pflegebedürftigen erfassen zu können (Bahari et al., 2024). Vielerlei Gesichtspunkte spielen hierbei neben dem eigentlichen gesundheitlichen Problem eine wichtige Rolle, etwa die Selbstständigkeit, die individuelle Lebenssituation, das soziale Umfeld, die Biografie sowie die Erwartungen der pflegeempfangenden Person an die pflegerische Versorgung. Es bedarf mit anderen Worten der Fähigkeit, die Welt des anderen Menschen zu betreten und eine gemeinsame Basis für ein Ver-

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York

trauensverhältnis herzustellen. Fehlt eine solche vertrauensvolle Beziehung, besteht die Gefahr, dass pflegeempfangende Personen wesentliche Informationen – insbesondere subjektive Beschwerden, Ängste oder individuelle Bedeutungen – nicht mitteilen, wodurch eine korrekte und umfassende Pflegediagnosenstellung erschwert oder verfälscht werden kann. Die **Herstellung und Aufrechterhaltung einer Beziehung** wird daher vielfach als ein **Kern der pflegerischen Arbeit** beschrieben (Hagerty & Patusky, 2003; Halldorsdottir, 2008). Nicht ohne Grund widmete die Pflegetheoretikerin Hildegard Peplau dem Aufbau und der Aufrechterhaltung einer Beziehung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden einen Großteil ihrer beruflichen Bemühungen. Diese gipfelten bereits in den 1950er Jahren in ihrem Pflegemodell der „Zwischenmenschlichen Beziehungen in der Pflege“ (Interpersonal Relations in Nursing), das insbesondere die psychiatrische Krankenpflege wesentlich prägte, aber auch großen Einfluss auf alle anderen Settings der Pflege nahm (Peplau, 1995).

Wichtigstes Mittel zur Gestaltung einer professionellen Beziehung in der Pflege ist die Kommunikation. Längst ist auch durch Forschung und Studien bewiesen, dass sowohl die Qualität des pflegediagnostischen Prozesses als auch das pflegerische Outcome durch eine gelungene Kommunikation und einen in der Folge gelungenen Beziehungsaufbau zur anvertrauten Person erheblich verbessert werden können (Bahari et al., 2024; Halldorsdottir, 2008; Wiechula et al., 2016). So können durch effektive Kommunikation Offenheit und Vertrauen in der pflegerischen Beziehung erreicht werden – zwei Faktoren, die beispielsweise die Genauigkeit von Pflegediagnosen (Müller-Staub, 2006) oder auch das Krankheitserleben und den Krankheitsverlauf der Pflegeempfangenden (Darmann, 2000; Dinç & Gastmans, 2013; Nilsson & Hommel, 2024) in erheblichem Maße positiv beeinflussen können. Bedauerlicherweise werden mit Blick auf die kommunikativen Kompetenzen beruflich Pflegender häufig große Defizite in verschiedenster Ausprägung beklagt. Prominente Beispiele sind der in der Praxis häufig anzutreffende „Babytalk“, das heißt eine zwar positiv zugewandte, aber verkindlichende und die Eigenverantwortlichkeit absprechende Haltung gegenüber den Patient*innen oder Bewohner*innen (Brandenburg, 2004) sowie die Nutzung von Kommunikation als Machtinstrument, mit dem die pflegeempfangenden Personen einerseits zu etwas gezwungen werden können, mit dem andererseits jedoch auch die Befriedigung von Informations- und/oder Pflegebedürfnissen vorenthalten werden kann. Eine wesentliche Ursache für Defizite dieser Art wird in einer fehlenden Förderung der kommunikativen Kompetenz in der pflegerischen Ausbildung gesehen (Brandenburg, 2004; Darmann, 2000; Herzig-Walch, 2009).

Zur Förderung dieser Kompetenzen bedarf es eines **gezielten Aufbaus kommunikativer Fertigkeiten im Rahmen der pflegerischen Ausbildung sowie der beruflichen Weiterbildung**. Von besonderer Bedeutung sind hierbei u. a. klientenzentrierte Gesprächstechniken nach Rogers, die es Pflegefachpersonen ermöglichen, die Perspektive der pflegeempfangenden Person besser zu verstehen und eine vertrauensvolle Beziehung aktiv zu gestalten. Hierzu zählen insbesondere das aktive Zuhören, das Paraphrasieren sowie das Verbalisieren von Gefühlen und Inhalten. Diese Techniken unterstützen nicht nur die strukturierte und wertschätzende Gesprächsführung, sondern tragen wesentlich dazu bei, subjektive Empfindungen, Bedürfnisse und Bedeutungszuschreibungen der Betroffenen präzise zu erfassen. Damit bilden sie eine zentrale Grundlage für eine differenzierte pflegediagnostische Einschätzung und ein personenzentriertes pflegerisches Handeln (Boenisch & Sachse, 2020; Matolycz, 2009; Rosner & Winheller, 2016).

Fachwissen, klinische Erfahrung und zugrunde liegendes Pflegeverständnis

Von nicht minder hoher Bedeutung und untrennbar von Kommunikations- und Beziehungskompetenzen sind die Kompetenzen von Pflegefachpersonen, sich Wissen anzueignen, es umzusetzen und zu entsprechenden Personen zu transferieren. Hiermit angesprochen ist sowohl das *explizite* als auch das *implizite* pflegespezifische Fachwissen: Unter **explizitem Wissen** wird ein eindeutig kodiertes, formulierbares, dokumentierbares und daher reproduzierbares Wissen verstanden, das relativ problemlos durch eine standardisierte Pflegefachsprache (Pflegeklassifikationssysteme) vermittelt werden kann. Es handelt sich um das in eine sprachliche Form gebrachte Faktenwissen der Pflege. So werden aktuelle Erkenntnisse der Pflegeforschung auch in Pflegeklassifikationssystemen oder in Form von Publikationen kommuniziert. Fachbücher, die nationalen Expertenstandards oder Leitlinien stellen weitere Beispiele für explizites Wissen in der Pflege dar (Chinn et al., 2022; Wilkesmann, 2006). **Implizites Wissen** hingegen ist als Erfahrungswissen beschreibbar, das Pflegende vor dem Hintergrund ihrer Berufserfahrung erwerben. Im Gegensatz zu explizitem Wissen ist implizites Wissen kaum verbalisier- und beschreibbar. Es ist individuell und umfasst sowohl Erfahrungen sowie organisationsspezifisches und handlungsbezogenes Wissen. Implizites Wissen ist stets auf den gegebenen Kontext bezogen und ein elementarer Baustein für die Ausbildung von fachlicher Expertise sowie der Fähigkeit zur Problemlösung in nicht routinehaften Situationen – etwa im individuellen pflegediagnostischen Prozess (Behrends et al., 2015; Chinn et al., 2022; Wilkesmann, 2006). Im impliziten Wissen ist vor diesem Hintergrund auch ein wesentlicher Grund zu sehen, warum sich das Handeln von unterschiedlichen Pflegepersonen in kritischen oder untypischen Situationen unterscheiden kann und weswegen etwa Berufsanfänger*innen, deren berufliche Sozialisation und Erfahrungen noch am Beginn stehen, mehr auf explizite Wissensquellen angewiesen sind als erfahrene Pflegepersonen (Büssing, Herbig, & Ewert, 2001).

Unter anderem auf Grundlage dieser Kenntnisse entwickelte Patricia Benner in den 1980er Jahren ihr Stufenmodell „From Novice to Expert“ zum Kompetenzerwerb in der Pflege (Benner, 2017). Nachvollziehbar wird in diesem Zusammenhang, dass im impliziten Wissen auch eine Ursache zu finden ist, weswegen der pflegediagnostische Prozess in ein und derselben Versorgungssituation nicht bei allen Pflegepersonen zum gleichen Ergebnis in Form übereinstimmender Pflegediagnosen kommen muss, auch wenn diese auf die gleichen expliziten Wissensquellen zurückgreifen. Erkennbar wird zudem, dass die individuelle berufliche Laufbahn sowie das internalisierte Pflegeverständnis der individuellen Pflegeperson, ob an einem Pflegemodell orientiert oder nicht, gleichermaßen einen großen Einfluss auf den pflegediagnostischen Prozess und dessen Ergebnis haben (J. Lee et al., 2006).

Festhalten lässt sich folglich, dass pflegerisches Fachwissen sowohl expliziter als auch impliziter Natur von hoher Bedeutung im Kontext der pflegerischen Diagnostik ist. Wesentlich ist hierbei die differenzierte Unterscheidungskompetenz professionell Pflegender, die eine präzise Einordnung pflegerelevanter Aspekte ermöglicht. Diese Unterscheidung erfolgt auf den folgenden Ebenen (Schrems, 2008):

- Ebene des **Gegenstands** (*intakte Haut* (normal) oder *nicht wegdrückbare Rötung* (abweichend))
- Ebene bestimmter **sozialer Gruppen** (Relevanz für junge vs. alte Menschen)
- Ebene der **Ausprägung eines pflegerelevanten Phänomens** (chronisch vs. akut)
- **Zeitliche** Ebene (morgens/abends oder gestern/heute)
- Ebene des **Outcomes von Handlungen** (Zustand vor/nach pflegerischen Interventionen)

aus: Wieteck, ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen (ISBN 9783897521759) © 2027 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart • New York