

9.1 Förderung der Pflegediagnostik und ihr Beitrag zu patientenorientierten Kostenmodellen



Maria Müller Staub*

1 Zusammenfassung

Pflegediagnosen stellen nicht bloss Begründungen für Pflegeleistungen dar, die Pflegediagnosen-Klassifikation der NANDA-I ist auch ein Mittel, um neue patientenorientierte Kostenmodelle zu etablieren. Dieser Artikel beschreibt den Einsatz von Pflegediagnostik in Fallbesprechungen, die wissenschaftlich evaluiert wurden. Die Resultate zeigten: a) Pflegeprobleme wurden vermehrt aus patientennaher Sicht erfasst, genauere Pflegediagnosen gestellt und wirksamere Pflegeinterventionen durchgeführt, b) wirksamere pflegerische Aufgaben wurden klarer definiert und c) die Kommunikation/Absprache mit den Patientinnen verbessert. Die systematische Beschreibung des Pflegebedarfs mittels NANDA-Klassifikation ermöglicht Qualitätskontrollen und Kostensteuerung.

2 Einführung und Ausgangslage

Im zunehmend komplexeren Gesundheitssystem sind alle Anbieter aufgefordert, für Patientinnenⁱ individuelle, ihrem Bedarf entsprechende und effektive Leistungen zu erbringen.[1] Pflegediagnosen sind nicht bloss zentral, um patientenorientierte Pflege zu bieten, die Begründung von Pflegeleistungen stellt auch eine Voraussetzung zur Sicherung derer Finanzierung dar. Zukünftig sollten Pflegediagnosen und -massnahmen in Patientenkosten-Berechnungen genauer beschrieben werden. Studien haben gezeigt, dass der prädiktive Wert (Vorhersagekraft) von DRG-Modellen um bis zu 30% zunimmt und erforderliche Gesundheitsleistungen differenzierter belegt werden können, wenn Pflegediagnosen zusätzlich zu DRG mitberechnet werden.[2-4] Zugleich kann Pflegediagnostik zum Entwickeln von neuen Versorgungs- und Finanzierungsmodellen beitragen.[2,3, 5-8]

Der diagnostische Prozess in der Pflege ist sehr komplex, da sich menschliche Reaktionen auf gesundheitliche Probleme äußerst vielfältig darstellen. Methoden zur Vermittlung pflegediagnostischer Fähigkeiten sind entsprechend der vielfältigen, menschlichen Reaktionen auf gesundheitliche Probleme sehr anspruchsvoll.[9] Evaluationen mit über 100 Hochschulabsolventinnen der Pflege zeigten die Schwierigkeiten Pflegendenⁱⁱ in der klinischen Entscheidungsfindung und darin, den Pflegebedarf von

Patienten genau zu begründen.[10] Pflegediagnosen beschreiben – in theoretisch hergeleiteter und standardisierter Weise – menschliche Reaktionen auf gesundheitliche Probleme, die Pflegemassnahmen erfordern. Pflegediagnosen aus einer Klassifikation wie NANDA-Iⁱⁱⁱ [11] beschreiben Pflegeprobleme, Risikozustände, Zustände der Gesundheitsförderung und Stärken von Patientinnen. Beispiele für Pflegediagnosen sind „eingeschränkte Mobilität, akute/chronische Schmerzen, Sturzgefahr, Mangelernährung oder Verwirrtheit“. NANDA-I-Pflegediagnosen beschreiben den Pflegebedarf und individuelle Reaktionen auf gesundheitliche Probleme im Lebensprozess der Patienten.[12,13]

Pflegediagnosen bilden die Grundlage, auf welcher effektive Pflegeinterventionen ausgewählt werden, um wünschenswerte Patientenergebnisse zu erzielen. NANDA-I-Diagnosen [13] sind weit verbreitet und Gegenstand eingehender wissenschaftlicher Untersuchungen.[14-16] Grundlagen zum pflegediagnostischen Prozeß, der auf problemlösendem Denken beruht, wurden bereits beschrieben.[17] Kritisches, problemlösendes Denken kann durch geeignete Methoden wie Fallbesprechungen gefördert werden.[18, 19] Der sinnvolle Einsatz von Pflegediagnosen hängt stark von den Fähigkeiten der Pflegefachpersonen in klinischer Entscheidungsfindung ab, weil Pflegediagnostik erhöhte Kompetenzen in klinischer Entscheidungsfindung erfordert. Dieser Artikel stellt Fallbesprechungen zur Schulung der klinischen Entscheidungsfindung vor und gibt Einblick in die Resultate. Abschliessend wird der Einbezug von Pflegediagnosen in neue, patientenorientierte Modelle der Gesundheitsversorgung und zur Kostensteuerung empfohlen.

3 Systematischer Teil

3.1 Methode Förderung der klinischen Entscheidungsfindung durch Fallbesprechungen

Pflegediagnostische Fallbesprechungen stellen eine Methode dar, Pflegediagnosen zu schulen und die klinische Entscheidungsfindung zu fördern.[20,21] Im Gegensatz zu schriftlichen Fallstudien ermöglicht die Arbeit mit realen Patientensituationen aus dem Berufsalltag der Teilnehmenden, die Komplexität individueller Situationen in den Entscheidungsfindungsprozess zu integrieren. Die hier vorgestellte Methode der Fallbesprechung wurde seit 1992 von der Autorin – in Anlehnung an die Balintsupervision [22-25] – entwickelt.[26] Gemäss Balint liegt Fallbesprechungen der Wunsch nach einem besseren Beziehungsverständnis für/mit Patienten zugrunde. In Weiterbildungen mit diplomierten Pflegefachpersonen wurde die Methode überprüft.[27] Mittels der Methode werden schwierige Patientensituationen aus der Praxis analysiert, um das Problemverständnis der Pflegenden zu erweitern, Pflegediagnosen zu stellen und wirksame Pflegeinterventionen zuzuordnen.

Die Methode wurde in verschiedenen Settings erprobt [28,29] und wird der jeweiligen Situation angepasst. In Weiterbildungen betrug die Grösse bis zu fünfzehn Personen; die Fallbesprechungen dauerten einen Tag und wurden bis zu 10 Mal durchgeführt. An Fallbesprechungen in der Praxis nahmen 8-10 Personen teil, die Dauer betrug je 1,5 Stunden.

Ziele der Fallbesprechungen

Die Teilnehmenden

- stellen Pflegesituationen aussagekräftig und gezielt dar
- analysieren Pflegeprobleme und benennen deren Zeichen
- unterscheiden Pflegediagnosen, begründen mögliche ursächliche Faktoren und bestimmen zugehörige Zeichen, die sie bei Patientinnen wahrnehmen
- erweitern ihr Verständnis für Problemstellungen und das Erleben von Patientinnen (psychisch, physisch, sozial)
- reflektieren kritisches Denken und setzen konvergentes und divergentes Denken bewusst ein
- üben und evaluieren den diagnostischen Prozess

- wenden Schritte der klinischen Urteilsbildung gezielt an
- wählen wirksame, pflegediagnosenspezifische Pflegeinterventionen
- ziehen theoretische Grundlagen bei und machen den Transfer zum Fallbeispiel
- erstellen patientengerechte Pflegeplanungen – basierend auf dem diagnostischen Prozess – und setzen Pflegediagnosen und effektive -interventionen um
- vertiefen Beziehungs-, Kommunikations- und Beratungsfähigkeiten.

Vorgehen der Fallbesprechung

Die Fallbesprechung verläuft in folgenden Arbeitsphasen: *Vorphase, Aushandlung, Fallschilderung, Fallbearbeitung a): vertiefte Analyse der Patientensituation, Fallbearbeitung b): Theoriebezug, und Abschluss*. Im folgenden Text werden exemplarisch Fallbearbeitung und Abschluss beschrieben.

3.1.1 Fallbearbeitung a): Vertiefte Analyse der Patientensituation

Die Falleinbringerin schildert: „Es handelt sich um einen 61 jährigen Mann, der eigentlich Sterbebegleitung und palliative Pflege bräuchte, aber nicht hospitalisiert bleiben will. Er kam wegen einer Komplikation seiner Chemotherapie bei nicht operablem Darmkarzinom ins Spital. Das Hauptproblem für mich als Pflegefachperson ist, mit dem Patienten eine therapeutische Beziehung aufzubauen und ihm eine bedarfsgerechte Pflege zu bieten. Er wirkt abweisend, verschlossen und manchmal etwas zornig. Auf die medizinische Behandlung und die schlechte Prognose angesprochen, gab er bisher ausweichende Antworten. Die Ärzte weichen einer offenen Aussprache mit dem Patienten über seine ausweglose Situation aus. Der Patient zeigt seit Jahren ein Suchtverhalten (Beruhigungs- und Schmerzmedikamente) und hat trotz hohen Schmerzmittelgaben manchmal starke Schmerzen. Zudem ist er teilweise verwirrt, was von der Medikation herkommen könnte... aber er hat auch ein Flüssigkeitsdefizit und ist mangelernährt, da er seit Wochen kaum Appetit hat. Er liegt oft verkrampft und abgewandt im Bett. Trotz seiner körperlichen Schwäche beharrt er darauf, nach Hause zu gehen. Er will uns die Spitex (Pflege zu Hause) nicht organisieren lassen, obwohl er allein lebt. Es ist schwierig, den Patienten zu pflegen, da wir ihn nicht wirklich erfasst haben.“

Das Ziel der Fallschilderung ist, bei den Teilnehmenden Assoziationen und Wissen zu aktivieren. In mehreren Runden wird der Fall erörtert. Das Ziel dieser Assoziationsrunden ist, das Hauptproblem des Patienten zu erkennen und zu verstehen. Die Beraterin leitet das Gespräch, indem sie Äusserungen der Gruppe auf den Fall projiziert. Sie stellt Fragen wie: „Was könnten die Gründe des Patienten für sein Verhalten oder Erleben sein?“ „Was braucht der Patient von den Pflegenden/der Medizin?“ Die Falleinbringerin wird angeleitet, aus Sicht des Patienten Hinweise/Zeichen und ursächliche Faktoren zu analysieren.

Hinweise oder Zeichen sind Datengruppen – beispielsweise Äusserungen über Sorgen oder Symptome eines Menschen. Die Falleinbringerin nimmt die Zeichen der Machtlosigkeit des Patienten möglicherweise erst wahr, wenn sie den Kontext seines gesundheitlichen Problems (z.B. Äusserungen übers Heimgehen trotz seiner schlechten Prognose) oder Zusammenhänge mit der klinischen Situation (z.B. unheilbares Karzinom, nicht thematisierte, benötigte Sterbebegleitung) analysiert.

Das Vorgehen in der Fallbesprechung verdeutlicht den diagnostischen Prozess:

- Sammlung und Analyse von Hinweisen/Zeichen und Ursachen (z.B. Äusserungen von Angst, Schlaflosigkeit)
- Bündeln/Zusammenfassen der Zeichen und erste Interpretationen folgern
- Hinterfragen der Interpretationen und neues Bündeln/Zusammenfassen von Zeichen/Ursachen
- Stellen von hypothetischen Pflegediagnosen

In der Fallbesprechung werden zugleich diese Schritte der klinischen Urteilsbildung verdeutlicht.[17, 30, 31] Beim Sammeln und Analysieren der Hinweise/Zeichen ist es wichtig, nicht vorschnelle Urteile zu fällen, sondern den Prozess des Analysierens diszipliniert zu üben. Die Arbeit mit echten Patientenbeispielen erlaubt dabei Genauigkeit und Vertrautheit für die besprochene Situation. Das Ziel ist, das Verständnis für den Patienten zu fördern und das Erkennen von Zeichen und ursächlichen Faktoren möglicher Pflegediagnosen zu schulen.

3.1.2 Fallbearbeitung b): Theoriebezug

In Phase 2 der Fallbesprechung werden Zusammenhänge zwischen Pflegediagnosen, Pflegezielen und -interventionen vertieft analysiert. Die Teilnehmenden rufen ihr Wissen ab, um Pflegediagnosen zu identifizieren und Hypothesen zu prüfen. Im obigen Beispiel waren dies die Pflegediagnosen defensive Bewältigung, Machtlosigkeit, Schlafstörung, Mangelernährung, Erschöpfung und chronische und akute Schmerzen. Die Pflegediagnosen werden anschliessend durch das Wissen über den Patienten und durch Theoriebezug validiert. Die NANDA-basierten Bücher [7, 12, 32, 33] eignen sich für die Bearbeitung von Fragen wie:

- Zur Definition der NANDA-Pflegediagnose: Was bedeutet die Definition im Bezug auf das Patientenbeispiel? Stimmt die Patientensituation mit der theoretischen Problembeschreibung überein? Wenn nicht, welche andere Pflegediagnosendefinition trifft zu?
- Welche in der Theorie beschriebenen ursächlichen Faktoren und welche Zeichen/Symptome treffen beim Patienten zu?
- Welche der beschriebenen Pflegeziele sind zu wählen?
- Welche der beschriebenen Pflegemassnahmen sind zu wählen?

Abschliessend werden die Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen evaluiert. Die Entscheidung darüber, welche Pflegediagnosen gestellt und welche Pflegeinterventionen für den Patienten gewählt werden, fällt die Falleinbringerin.

3.1.3 Abschluss der Fallbearbeitung

Die Fallbesprechung schliesst mit einer Metaperspektive und die Übereinstimmung zwischen Falleinbringung, Assoziationen, Pflegediagnosen, -zielen und -interventionen wird reflektiert. Die Falleinbringerin trägt das erworbene Wissen in die Pflegesituation zurück. Sie überprüft die Pflegediagnosen anhand von Beobachtungen und durch Gespräche mit dem Patienten. Anschliessend passt sie die Pflegeplanung entsprechend an. In der nächsten Fallbesprechung wird überprüft, wie weit diese für den Patienten nützlich war.

3.2 Ergebnisse

Die Fallbesprechungen wurden durchwegs als lehrreich beurteilt. Die Auswertungen zeigten, dass Patientinnen und Pflegende profitierten. [27, 29] Die Lernerfolge wurden in Anlehnung an Mayring zusammengefasst und werden nachfolgend mit direkten Aussagen illustriert. [34]

Pflegeprobleme wurden aus einer patientinnahen Sicht erkannt, treffende Pflegediagnosen wurden gestellt und wirksame Pflegeinterventionen implementiert

Aussagen der Teilnehmenden in den schriftlichen Evaluationen waren:

„Ich habe gelernt, die Problematik der Patientinnen gezielter und vertiefter zu erfassen und vermehrt auf die Sichtweise der Patientinnen einzugehen.“

„Ich lernte Pflegediagnosen inklusive ursächlicher Faktoren und Zeichen kennen, und diese mit wirksamen Pflegemassnahmen anzugehen sowie die Patienten *wirklich* zu begleiten.“

Pflegerische Aufgaben werden differenzierter betrachtet und klarer benannt

„Ich lernte, zu erfassen und zu vertreten, was Pflege ist.“

„Ich lernte, in der Praxis die Interessen der Patienten zu vertreten und auch begründen zu können.“

„Mir wurde bewusst, dass die Patientin im Mittelpunkt steht. Das heisst, die medizinische Diagnose steht im Hintergrund, und dass ich von den subjektiven Einschränkungen der Patientin ausgehe und diese benenne = Pflegediagnosen stelle.“

Befähigung zur Beziehungsgestaltung, Kommunikation und würdigerem Umgang mit Patientinnen

„Es gelingt mir in der Praxis besser, die Situation der Patienten umfassend wahrzunehmen, weil ich sensibilisiert wurde und weil mir die Beziehungsgestaltung zur Patientin sehr wichtig ist.“

„Ich habe meine Kommunikationsfähigkeit schulen können. Es war auch spannend, ethische Dilemmata zu analysieren, weil diese in der Praxis häufig auftreten.“

„Die Basis in der pflegerischen Beziehung hat mit dem „Herzen“ zu tun: echt sein, Respekt zeigen, Vertrauen aufbauen. Das bedeutet auch, offene Ohren und Augen zu haben, damit wirklich gehört wird, was die Patientin sagt, auch das, was nonverbal ausgedrückt wird.“

4 Diskussion

Die unter Punkt 3.2. vorgestellten Ergebnisse richten sich nach Gütekriterien qualitativer Studien. Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand und kommunikative Validierung konnten durch mehrfache Überprüfungen sichergestellt werden. Die Analyse der Auswertungen der Fallbesprechung begrenzte sich auf objektive Zusammenfassung, Themenbildung und direkte Wiedergabe schriftlicher Aussagen der Beteiligten.

Wissen über Denk- und Entscheidungsprozesse ist in der Pflege – wie in anderen Disziplinen – die Voraussetzung für die Entwicklung hoher Kompetenz. Die schriftlichen Auswertungen der Fallbesprechungen wiesen auf Fähigkeiten kritisch denkender Pflegenden, wie kontextuelle Sensibilität, intellektuelle Integrität, Intuition, Offenheit, Beharrlichkeit und Reflexionsvermögen.[30]

Die Fallbesprechungen haben zum Ziel, die Patientinnen zu verstehen und den Pflegebedarf genau zu erfassen. Daher wird so lange „am Fall gearbeitet“, bis sich Betroffenheit und Verständnis für die Patientensituation zeigen. Eine dadurch erhöhte Beziehungsfähigkeit wurde durch die schriftlichen Auswertungen bestätigt. Dieses Ergebnis wird durch Studien, die ähnliche Resultate zeigten, gestützt: Fallbesprechungen führten zu einer Verbesserung des klinischen Urteilsvermögens, der Anteilnahme, des Engagements und der Erweiterung des klinischen Wissens.[35, 36] Eine Studie zur klinischen Entscheidungsfindung von 13 Pflegenden mit hervorragenden Fähigkeiten kam zum Schluss, dass Vertrautheit mit dem Patienten von zentraler Bedeutung für therapeutische Entscheidungen ist.[37]

Pflegende werden mit Phänomenen konfrontiert, die weitaus komplexer sind als die der meisten Disziplinen, nämlich mit Gesundheit und menschlichem Verhalten. Erst mit zunehmender Erfahrung sind Pflegende in der Lage, diese Komplexität zu erfassen.[38] Das Ziel der Pflegediagnostik ist, den Gesundheitszustand der Patienten durch wirksame Pflegeinterventionen zu verbessern.[39] Die Qualität der Pflegediagnostik beeinflusst die Auswahl der Pflegeinterventionen und damit die Patientenergebnisse.[40, 41]

Pflegediagnosen beschreiben menschliche Reaktionen auf gesundheitliche Probleme. Klinische Entscheidungsfindung und Einbezug der Patienten ist der Weg zu genaueren Interpretationen von menschlichen Reaktionen, wie sie beispielsweise die Pflegediagnosen Verwirrtheit, Wahrnehmungsstörung(en), Sturzgefahr, Schlaflosigkeit oder Mangelernährung darstellen. Differenziert gestellte Pflegediagnosen gewährleisten, dass die am besten geeigneten Pflegeinterventionen ausgewählt und positive Patientenergebnisse erzielt werden. Studien haben gezeigt, dass Pflegediagnostik zu besseren Patientenergebnissen führt [42] und weisen auf Zusammenhänge zwischen qualitativ guter Pflegediagnostik und erhöhter Patientenzufriedenheit hin.[43]

Innovative Methoden wie die Fallbesprechung stellen hohe Anforderungen an Beratende bzw. Lehrpersonen. Diese sollen aktiv am Lernprozess mitarbeiten und Situationen schaffen, in denen die Teilnehmenden Erfahrungen sammeln können, die sie für die Entwicklung pflegediagnostischer Fähigkeiten

brauchen. Fallbesprechungen stellen eine Brücke zwischen der NANDA-I-Klassifikation und der realen Pflege dar. Hayakawa hat den Zusammenhang zwischen Sprache, Denken und Verhalten erklärt und aufgezeigt, dass die Verwendung einer einheitlichen Pflegefachsprache dazu beiträgt, die Kommunikation und die Zusammenarbeit der Pflegenden untereinander, mit den Patientinnen sowie im interdisziplinären Team zu verbessern.[44]

5 Schlussfolgerungen

Die Pflege ist Beruf und wissenschaftliche Disziplin. Pflegendе sind gegenüber der Öffentlichkeit verantwortlich für die Genauigkeit bei der Interpretation klinischer, pflegerischer Daten. Verantwortung für das professionelle Verhalten gehört zu den Kriterien, die einen Berufsstand kennzeichnen.[45, 46]

Dieser Artikel beschreibt eine Methode zur Förderung der klinischen Urteilsbildung, um genaue Pflegebedarfserfassungen bei Patienten mittels theoriegeleiteten Pflegediagnosen der NANDA-I durchzuführen und pflegerische Verantwortung zu tragen. Pflegediagnosen, klinische Entscheidungsfindung und kritisches, problemlösendes Denken sollten noch verstärkter in die Pflegeausbildungen aufgenommen werden [21, 47-49] und Praktikerinnen sollten Möglichkeiten haben, ihre Analyse- und Pflegediagnosefähigkeiten weiterzuentwickeln.[50]

Im zukünftigen Gesundheitswesen werden nicht nur klare Begründungen für die zu leistenden Pflegemassnahmen und die Effizienz dieser Leistungen, sondern auch die Qualitätssicherung von grösster Wichtigkeit sein. Die Pflegediagnosen-Klassifikation der NANDA-I beschreibt in standardisierter, theoriegeleiteter Form, warum Menschen Pflege benötigen. Mittels Pflegediagnosen wird der Pflegebedarf umschrieben, und die Zuordnung eines Codes zu jeder NANDA-Pflegediagnose liegt vor. Dadurch werden statistische Analysen zur Erfassung des Pflegebedarfs (und dessen Umfang) möglich.

Während die Pflegediagnosen in den USA seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts eingeführt wurden und weltweit Verbreitung finden, [14-16, 39, 51, 52] ist in der Schweiz die theoriegeleitete Pflegediagnostik – und damit genaue Pflegebedarfbeschreibungen – in den Anfängen. Es ist nicht nur fragwürdig, sondern gefährlich, wenn der Pflegebedarf für Kostenberechnungen oder Gesundheitsstatistiken durch Individuallösungen von nicht fundierten (Pflege-) Begriffen hergeleitet wird. Derzeit erscheinen Pflegedaten häufig wie aus einer „black box“ gezogen: Der Pflegebedarf wird oft mehrdeutig oder unklar, wenig begründet und pflegewissenschaftlich nicht fundiert formuliert. Kostenträger reagieren mit eigenen, oft nicht haltbaren Interpretationen oder Einzellösungen. Für Versicherte bedeutet dies nicht nur Ungleichbehandlung sondern manchmal auch medizinische und pflegerische Unterbetreuung, die sich wiederum kostensteigernd auswirkt. In den USA ist es durchaus üblich, klinischen, interdisziplinären Behandlungspfaden (clinical pathways) nicht nur medizinische Diagnosen sondern auch Pflegediagnosen zuzuordnen, um die Sicherheit und Qualität von Behandlungsangeboten zu gewährleisten.

In der Schweiz haben Pflegefachpersonen begonnen, das fehlende Vorhandensein von Kenndaten zum Pflegebedarf zu beheben. Derzeit führen verschiedene Schweizer Spitäler NANDA-Pflegediagnosen ein und sind daran, diese in die elektronische Pflegedokumentation aufzunehmen. Die differenziertere, klarere Beschreibung des Pflegebedarfs und entsprechender Pflegeleistungen wird Qualitätsevaluationen und mehr Kostentransparenz ermöglichen.[42]

Die alleinige Aufnahme der Pflegediagnosen – in Form von standardisierten Begriffen – in elektronische Patientendossiers reicht hingegen nicht. Eine gezielte und qualitativ gute Pflegediagnostik erfordert, dass Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen in klinischer Entscheidungsfindung erweitern, um genaue, begründete und theoretisch fundierte Pflegediagnosen zu stellen.[53] Zudem bieten Softwareanbieter verschiedenste, hausgemachte „Pflegediagnosen-Klassifikationen“ an (diese sind meistens weder international anerkannt, noch pflegewissenschaftlich fundiert) oder sie nutzen rechtlich geschützte Markennamen (wie NANDA) für eigene Produkte, ohne jedoch den Inhalt der Klassifikation zu gewährleisten. Auf die Medizin übertragen würde eine solche Vorgehensweise bedeuten, dass einzelne Mediziner oder Spitäler anstelle der international anerkannten medizinischen Klassifikation ICD 10 (inklusive deren Kodierungen) eigene Begriffe für Krankheitsbilder kreierten. Ein stabiles und Kosten sowie Nutzen berücksichtigendes Gesundheitswesen der Zukunft ist hingegen auf zuverlässige und wissenschaftlich

fundierte Behandlungs- und Pflegebedarf begründungen angewiesen. Daher ist sind klar umschriebene Pflegebedarfbezeichnungen als Begründung pflegerischer Leistungen unerlässlich.

Zukünftig sollten Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen explizit in Patientenkosten-Rechnungsmodelle aufgenommen werden. Es ist Zeit, dass der Anteil, den Pflegende zur Gesundheitsversorgung beitragen, klarer definiert und anerkannt wird. Die Zunahme von chronischen Krankheiten und die demografische Entwicklung der Gesellschaft erfordern, dass Pflegefachpersonen und Mediziner den individuellen Pflege- und Behandlungsbedarf von Patienten gemeinsam und differenziert wahrnehmen, um einer Unter- oder Überversorgung – und damit erhöhten Folgekosten – Stand zu halten. Die heutige Gesellschaft fordert mehr Patientenzentriertheit, das heisst, Patienten wollen als Individuen wahrgenommen und betreut werden. Alle Angehörigen von Gesundheitsberufen sind gefordert, gemeinsam wirksame und effiziente, der Individualität des Patienten angepasste Leistungen zu bieten. Die Pflegeklassifikation NANDA-I stellt ein Mittel dar, um den Pflegebedarf zu beschreiben. Als Teil der elektronischen Pflegedokumentation von Klinikinformationssystemen ermöglicht sie zugleich die Weiterverwendung der Daten für Qualitätssicherung und Kostensteuerung.

Literaturverzeichnis

1. KVG. Schweizerisches Krankenversicherungsgesetz. Bern: Bundesamt für Gesundheit; 1995.
2. Welton JM, Halloran EJ. A comparison of nursing and medical diagnoses in predicting hospital outcomes. Proceedings AMIA Annual Symposium. 1999;171-5.
3. Welton JM, Halloran EJ. Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. Journal of Nursing Administration. 2005;35(12):541-9.
4. Welton JM, Zone-Smith L, Fischer MH. Adjustment of inpatient care reimbursement for nursing intensity. Policy, politics & nursing practice. 2006;7(4):270-80.
5. Dochterman J. Effectiveness research: Three examples. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2006;17(1):85-6.
6. Gebbie K, Lavin MA. Classifying nursing diagnoses. American Journal of Nursing. 1974;74(2):250-3.
7. Gordon M, Bartholomeyczik S. Pflegediagnosen: Theoretische Grundlagen. München: Urban & Fischer; 2001.
8. Gordon M, Müller Staub M, Georg J. Bewusstsein für den pflegediagnostischen Prozess entwickeln. Krankenpflege. 2005;4(98):14-6.
9. Carlson-Catalano J. A learning method to develop diagnostic skills. In: Lunney M, editor. Critical thinking & nursing diagnoses: Case studies & analyses. Philadelphia: Nursecom; 1998.
10. Lunney M. Critical thinking & nursing diagnoses: Case studies & analyses. Philadelphia: NANDA International; 2001.
11. NANDA International. NANDA-Pflegediagnosen: Definition und Klassifikation 2005-2006. Georg J, editor. Bern: Huber; 2005.
12. Doenges ME, Moorhouse MF, Geissler-Murr AC. Pflegediagnosen und Massnahmen. Abderhalden C, Ricka R, editors. Bern: Huber; 2002.
13. NANDA International. Nursing diagnoses: Definitions and classification, 2005-2006. Philadelphia: NANDA International; 2005.
14. Lavin MA, editor. Stages of diffusion of an innovation: Nursing diagnosis classification. Paper presented at the NANDA, NIC & NOC Conference; 2004; Chicago. NANDA.
15. 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):514-31.
16. Müller Staub M, Smoliner A, Odenbreit M, Widmer R, Knoth S. Stellungnahme zum Artikel „Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP“ in deutschen und österreichischen Einrichtungen“. Printernet: Die wissenschaftliche Fachzeitschrift für die Pflege. 2004;6(11):585-8.
17. Müller Staub M. Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. 2005.
18. Sternberg RJ. Successful intelligence: How practical and creative intelligence determine success in life. New York: Plume Books; 1997.

19. Guilford JP. Way beyond the IQ: Guide to improving intelligence and creativity. Buffalo, NY: The Creative Education Foundation; 1977.
20. Müller Staub M. Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit. *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 2002;15:113-21.
21. Greenwood J. Critical thinking and nursing scripts: the case for the development of both. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):428-36.
22. Balint E. Die Geschichte von Fortbildung und Forschung in Balintgruppen. In: Nedelmann C, editor. *Die Methode der Balint-Gruppe*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1987.
23. Balint M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta; 1988.
24. Roth JK. Die Balint-Gruppe: Ein Klassiker der Supervision. In: Father G, Eck CD, editors. *Supervision und Beratung*. Köln: Edition Humanistische Psychologie; 1990.
25. Roth JK. *Hilfe für Helfer: Balint-Gruppen*. München: Piper; 1988.
26. Müller Staub M. *Der Balintansatz in der Supervision*. Diplomarbeit Supervision, Praxisberatung und Projektbegleitung. Zürich: Institut für Angewandte Psychologie; 1992.
27. Müller Staub M. *Arbeitspapier: Auswertung Fallbesprechungen*. Bern: Notfallzentrum Insel; 2005 Contract No.: Document Number|.
28. Müller Staub M. *Balintarbeit - ein Beitrag zu beziehungsorientierter Pflege*. Ascona: Schweizerisches Rotes Kreuz / Stiftung Psychosomatik und Sozialmedizin; 1993.
29. Müller Staub M. *Arbeitsunterlagen: Auswertung Fallbesprechungen*. Bern: Ausbildungszentrum Insel; 2002.
30. Lunney M. Divergent productive thinking factors and accuracy of nursing diagnoses. *Research in Nursing & Health*. 1992;15:303-11.
31. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 2003;14(3):96-107.
32. Gordon M. *Handbuch Pflegediagnosen*. Bern: Huber; 2003.
33. Stefan H, Allmer F, Eberl J. *Praxis der Pflegediagnosen*. Wien: Springer; 2003.
34. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 8 ed. Stuttgart: UTB für Wissenschaft; 2002.
35. Benner P, Tanner CA, Chesla CA. *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgement, and ethics*. New York: Springer; 1996.
36. Gordon M. *Nursing diagnoses - State of the art*: Müller Staub, *Pflege* PBS, Bern; 2004 Contract No.: Document Number|.
37. Radwin LE. Knowing the patient: A process model for individualized interventions. *Nursing Research*. 1995;44(6):364-70.
38. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo-Park: Addison-Wesley; 1984.
39. American Nurses Association. *Nursing: A social policy statement*. Kansas City: American Nurses Publishing; 1980.
40. Müller Staub M, Needham I, Lavin MA, van Achterberg T. *Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes - Application and Impact on Nursing Practice: A Systematic Literature Review*. 2005.
41. Bulechek GM, McCloskey IC. *Nursing interventions: Treatments for nursing diagnoses*. Philadelphia: W.H. Saunders; 1985.
42. 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.
43. Müller-Staub M. Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen-Zufriedenheit: Eine Studie zur Frage nach dem Zusammenhang. *Pflege: Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*. 2002;15(3):113-21.
44. Hayakawa SI, Hayakawa AR. *Language in thought and action*. 5 ed. San Diego: Harcourt Brace; 1990.
45. Deloughery G. *Issues and trends in nursing*. 3 ed. St. Louis: Mosby; 1998.
46. Cherry B, Jacob S. *Contemporary nursing: Issues, trends, and management*. St. Louis: Mosby; 1999.
47. Conger MM, Mezza I. Fostering critical thinking in nursing students in the clinical setting. *Nurse Educator*. 1996;21(3):11-5.
48. Martin GW. An approach to the facilitation and assessment of critical thinking in nurse education. *Nurse Educator Today*. 1996;16(1):3-9.
49. Girot EA. Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):288-97.
50. Lunney M, Paradiso C. Accuracy of interpreting human responses. *Nursing Management*. 1995;26(10):48H-K.
51. Lavin MA. A review of the use of nursing diagnoses in U.S. nurse practice acts. *Nursing Diagnosis*. 1999;10(2):57-64.

52. Müller Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: Evaluation of ICNP®, ICF, NANDA and ZEPF. International Journal of Nursing Studies. 2006;doi:10.1016/j.ijnurstu.2006.02.001.

53. Müller Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Teaching nursing diagnostics effectively: A cluster randomised trial. Journal of Nursing Scholarship. In Review.

i Die weibliche Form gilt für beide Geschlechter.

ii Mit „Pflegerinnen“ sind Diplomierten Pflegefachfrauen und -männer gemeint.

iii NANDA-I steht für NANDA International und ist die Bezeichnung der Internationalen Pflegediagnosen-Klassifikation (vormals North American Nursing Diagnoses Association).

***Autorenangaben**

Maria Müller Staub, PhD, MNS, EdN, RN
Pflegerin PBS
Stettlerstrasse 15
CH – 3006 Bern
muellerstaub@bluewin.ch

Dr. Maria Müller Staub promovierte in Pflegewissenschaft und arbeitet selbstständig unter dem Namen Pflegerin PBS (Projekte, Beratung und Schulung). Sie leitet Projekte zur Einführung der NANDA-Pflegediagnosen und führt Forschungen zu Pflegediagnosen, zur Pflegedokumentation und zur Pflegequalität durch. Die Autorin verfügt über langjährige Erfahrungen als Berufsschullehrerin Pflege, in Curriculumentwicklung, im Projektmanagement sowie als Führungsperson und hat bereits zahlreiche Publikationen veröffentlicht.