

ENP-Praxisleitlinien

Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen



Herausgegeben von
Pia Wieteck

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	21	2.4.1	Formulierungsunterstützung bei der Planung des Pflegeprozesses	44
I ENP-Wissen	23	2.4.2	„Up to date“: fachlich richtig planen, handeln und lernen auf dem Stand des Fachwissens	44
1 Mit Pflegediagnosen arbeiten	24	2.4.3	Weitere Vorteile beim Arbeiten mit ENP	45
1.1 Pflegediagnosen – Fundament der pflegerischen Entscheidungsfindung und Ausgangspunkt im Pflegeprozess	24	2.4.4	Was ENP nicht leisten kann und soll	46
1.2 Ein historischer Abriss über Pflegediagnosen ..	25	2.5 Die Weiterentwicklung von ENP	47	
1.3 Der Prozess des pflegerischen Diagnostizierens	27	2.5.1	Umsetzung von Expertenstandards, Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen	47
1.4 Zum Verständnis: ein kurzes Fallbeispiel	28	2.5.2	Durchführung von Praxisprojekten und Übersetzungen	49
1.4.1 Der pflegediagnostische Prozess bei Herrn P. ..	28	2.5.3	Durchführung von Literaturanalysen und Forschungsarbeiten	51
1.5 Voraussetzungen zum pflegerischen Diagnostizieren	29	2.5.4	Rückmeldungen von Anwendern	51
1.5.1 Fähigkeiten zum Beziehungsaufbau und zur effektiven Kommunikation	29	2.5.5	Abgeschlossene und geplante Entwicklungsschritte	52
1.5.2 Fachwissen / klinische Erfahrung / Pflegeverständnis	31	2.6 Evidenzlevel in ENP	53	
1.5.3 Critical Thinking	32	2.7 Veröffentlichungen zu ENP	55	
1.6 Pflegediagnosen – frei formuliert oder standardisiert?	32	3 Mit ENP-Praxisleitlinien arbeiten	58	
1.6.1 Frei formulierte Pflegediagnosen	33	3.1	Bearbeitung von Risikodiagnosen und Pflegediagnosen zu aktuellen Gesundheitsproblemen / Lebensprozessen	58
1.6.2 Der Nutzen einer standardisierten Pflegefachsprache / eines Pflegeklassifikationssystems	33	3.2	Arbeiten mit dem ENP-Trainer	59
2 European Nursing care Pathways (ENP)	35	3.2.1	Installation und Bedienung des ENP-Trainers	61
2.1 Was ist ENP?	35	4 Fallbeispiele	62	
2.1.1 ENP – eine Pflegefachsprache	35	4.1	Fokusfallbeispiel Diabetes: Herr B.	62
2.1.2 ENP als Hilfestellung bei der Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses	36	4.1.1	Lösungsvorschlag: Fallbeispiel Herr Julius B. ... Handlung / Verhalten	64
2.2 Aufbau und Struktur von ENP: Pflegeklassifikation mit Besonderheiten.	37	4.2	Umfassendes Fallbeispiel: Herr Leon M.	65
2.3 Begriffsbestimmungen: Die Bausteine von ENP	43	4.2.1	Der pflegediagnostische Entscheidungsfindungsprozess bei Herrn Leon M. (Tag 1–3) ..	66
2.4 ENP in der pflegerischen Praxis und Ausbildung – welche Vorteile bieten sich?	44	4.2.2	Lösungsvorschlag: Fallbeispiel Herr Leon M. (Tag 1–3)	66
			Körperpflege / Kleiden	66
			Ernährung	67
			Ausscheidung	68
			Bewegung / Mobilität	69
			Interaktion	69
			Gesundheitsrisiken für das Umfeld	69

4.2.3	Der pflegediagnostische Entscheidungsfindungsprozess bei Herrn Leon M. (Tag 3 bis zur Entlassung).....	70
4.2.4	Lösungsvorschlag: Fallbeispiel Herr Leon M. (Tag 3 – Entlassung)	71
	Körperpflege / Kleiden	71
	Ernährung	71
	Ausscheidung	71
	Interaktion	71
	Handlung / Verhalten	72
	Aktivität / Alltagsgestaltung	72
	Gesundheitsrisiken für das Umfeld	72
5	Literatur zu ENP-Wissen	73
II	ENP-Praxis	77
	Index	1081

ENP-Praxis	77	» Der Patient ist in der selbstständigen Ohrenpflege beeinträchtigt.....	116
Körperpflege / Kleiden	79	» Der Patient ist in der selbstständigen Augenpflege beeinträchtigt.....	117
Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung	80	» Der Patient ist in der selbstständigen Augenprothesen- pflege beeinträchtigt	118
» Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie /-parese nicht selbstständig waschen	80	» Der Patient ist in der selbstständigen Nasenpflege beeinträchtigt.....	119
» Der Patient kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen... ..	83	Selbstfürsorgedefizit Haarpflege	119
» Der Patient darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer verminderten Herzleistung nicht anstrengen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung. .	85	» Der Patient ist in der selbstständigen Haarpflege beeinträchtigt.....	119
» Der Patient kann sich aufgrund einer Bewegungs- einschränkung nicht selbstständig waschen	87	» Der Patient ist bei der selbstständigen Rasur / Bartpflege beeinträchtigt.....	121
» Der Patient kann aufgrund einer eingeschränkten Hand- funktion die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht nutzen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung	89	Selbstfürsorgedefizit Kleiden	122
» Der Patient kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten	91	» Der Patient ist aufgrund einer Hemiplegie beim An- / Auskleiden beeinträchtigt.....	122
» Der Patient soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung ..	93	» Der Patient ist aufgrund einer beeinträchtigten Handlungs- / Bewegungsplanung und -ausführung beim An- / Auskleiden beeinträchtigt.....	123
» Der Patient kann sich aufgrund einer Vigilanzminderung nicht selbstständig waschen	94	» Der Patient ist beim selbstständigen An- / Ausziehen der Kompressionsstrümpfe / -hose / medizinischen Thrombose- prophylaxe-Strümpfe beeinträchtigt	124
» Der Patient führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat durch ..	96	» Der Patient zeigt kein Interesse an sauberer / ordentlicher Kleidung , es besteht das Risiko der Selbstvernachlässigung (Self-Neglect) im Bereich Kleidung / äußere Erscheinung ..	126
» Der Patient kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen... ..	98	» Der Patient ist beim selbstständigen An- / Auskleiden beeinträchtigt.....	127
» Der Patient kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen... ..	99	Atmung	131
» Der Patient kann sich aufgrund einer sensorischen Integrationsstörung nicht selbstständig waschen.....	101	Beeinträchtigte Atemwegsclearance	132
» Der Patient ist bei der selbstständigen Körperwaschung beeinträchtigt.....	103	» Der Patient ist beim Abhusten von Bronchialsekret beeinträchtigt, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance.	132
» Der Patient kann sich nicht selbstständig duschen / baden	106	» Der Patient hat einen unproduktiven Husten , es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance.....	133
Selbstfürsorgedefizit Mundpflege	108	» Der Patient hat aufgrund einer Mundatmung das Risiko der Austrocknung der oberen Atemwege.....	135
» Der Patient trägt eine Zahnprothese und kann die Mund- / Zahnprothesenpflege nicht selbstständig durchführen.	108	» Der Patient hat eine beeinträchtigte Atemwegsclearance ..	137
» Der Patient trägt eine Zahnspange und kann diese nicht selbstständig pflegen	109	Insuffiziente Atmung	139
» Der Patient kann aufgrund einer Ruhigstellung des Kiefers den Mund nicht öffnen, Selbstfürsorgedefizit Mundpflege	110	» Der Patient hat eine Dyspnoe , es besteht eine insuffiziente Atmung	139
» Der Patient öffnet den Mund zur Durchführung der Mundpflege nicht , Selbstfürsorgedefizit Mundpflege.	111	» Der Patient wird beatmet , es besteht eine insuffiziente Atmung	142
» Der Patient ist in der selbstständigen Mundpflege beeinträchtigt	112	» Der Patient hat aufgrund von Bradypnoe eine insuffiziente Atmung	144
Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege	114	» Der Patient hat aufgrund eines Lungenödems einen insuffizienten Gasaustausch	145
» Der Patient ist in der selbstständigen Fingernagelpflege beeinträchtigt.....	114	» Der Patient hat eine insuffiziente Atmung	146
» Der Patient ist in der selbstständigen Fußpflege beeinträchtigt.....	115	Risiko der respiratorischen Insuffizienz	148
		» Der Patient hat aufgrund von Asthma bronchiale mit intermittierendem Bronchialspasmus das Risiko einer respiratorischen Insuffizienz.	148

» Der Patient hat das Risiko einer respiratorischen Insuffizienz	151	» Der Patient ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen-/ Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ Transportphase beeinträchtigt	190
Risiko der Erstickung	152	» Der Patient aspiriert häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport-/ pharyngealen Phase beeinträchtigt	193
» Der Patient hat das Risiko der Erstickung	152	» Der Patient aspiriert ausschließlich Flüssigkeiten , das Schlucken ist in der oralen Transport-/ pharyngealen Phase beeinträchtigt	196
Risiko der Aspiration	154	» Der Patient ist aufgrund der reduzierten/veränderten Peristaltik beim Schlucken in der pharyngealen/ ösophagealen Phase beeinträchtigt	199
» Der Patient hat aufgrund unzureichender Schutzreflexe das Risiko einer Aspiration	154	» Der Patient hat aufgrund von Odynophagie (Schmerzen beim Schlucken) ein beeinträchtigtes Schlucken	202
» Der Patient hat aufgrund eines Ösophagusstents das Risiko einer Aspiration	155	» Der Patient hat eine Dysphagie (Schluckstörung)	203
» Der Patient hat aufgrund von postoperativer Nausea (Übelkeit) und / oder Emesis (Erbrechen) das Risiko einer Aspiration	156	Mangelernährung	206
» Der Patient hat das Risiko einer Aspiration	156	» Der Patient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung eine Mangelernährung	206
Risiko der Atelektasenbildung / Pneumonie	158	» Der Patient hat aufgrund einer Esstörung eine Mangelernährung	210
» Der Patient hat aufgrund einer Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge) das Risiko einer Atelektase / Pneumonie ..	158	» Der Patient hat eine Mangelernährung	212
» Der Patient hat aufgrund von Schmerzen eine oberflächliche Atmung , es besteht das Risiko einer Atelektase / Pneumonie	160	Risiko der Mangelernährung	216
» Der Patient hat aufgrund von festsitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase / Pneumonie	162	» Der Patient lehnt die Nahrungsaufnahme ab , es besteht das Risiko einer Mangelernährung	216
» Der Patient hat aufgrund einer liegenden Trachealkanüle/ eines Tubus das Risiko der Pneumonie	164	» Der Patient zeigt eine Vernachlässigung der Nahrungszufuhr (Self-Neglect), es besteht das Risiko einer Mangelernährung	219
» Der Patient hat aufgrund einer Immunabwehrschwäche das Risiko einer Pneumonie	165	» Der Patient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung	222
» Der Patient hat das Risiko einer Atelektase / Pneumonie ..	167	» Die Patientin hat aufgrund einer Hypogalaktie das Risiko einer Mangelernährung des Säuglings	225
Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ ..	168	» Der Säugling ist beim Schlucken/ Saugen beeinträchtigt , es besteht das Risiko der Mangelernährung	228
» Der Patient hat aufgrund eines chirurgischen Eingriffes das Risiko respiratorischer Komplikationen	168	» Der Säugling hat aufgrund einer Nahrungsmittel-/ Muttermilchintoleranz das Risiko der Mangelernährung ..	232
» Der Patient hat aufgrund eines operativen Eingriffs an der Lunge das Risiko respiratorischer Komplikationen ...	171	» Der Säugling hat aufgrund von erschwertem Stillen das Risiko einer Mangelernährung	234
Ernährung	173	» Der Patient hat das Risiko einer Mangelernährung	237
Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme	174	Beeinträchtigtes Ernährungsverhalten	240
» Der Patient ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen / Trinken beeinträchtigt ...	174	» Der Patient hat das Risiko der Entwicklung einer Adipositas , es besteht ein inadäquates Ernährungsverhalten	240
» Der Patient wird enteral über Sonde ernährt , es besteht eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme	177	» Der Patient zeigt ein ineffektives Ernährungsverhalten zur Reduktion von Körpergewicht	242
» Der Patient ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	181	» Der Patient hat ein inadäquates Ernährungsverhalten	244
» Der Patient hat aufgrund einer schlecht sitzenden Zahnprothese eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme	183	Dehydratation / Störung des Elektrolythaushalts	245
» Der Patient kann entwicklungsbedingt die Selbstfürsorge im Bereich der Ernährung nicht selbstständig erfüllen ...	183	» Der Patient hat eine Dehydratation/ Exsikkose	245
Beeinträchtigtes Schlucken	185	» Der Patient hat ein stoffwechselbedingtes Flüssigkeitsdefizit , es besteht das Risiko von dehydratationsbedingten Komplikationen	247
» Der Patient ist aufgrund einer eingeschränkten Bolusformung/ -kontrolle/ -beförderung beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ Transportphase beeinträchtigt ..	185	» Der Patient hat aufgrund des Verlusts von Körperflüssigkeit/ der mangelnden Substitution von Flüssigkeit das Risiko von dehydratationsbedingten Komplikationen	249
» Der Patient ist aufgrund eines Zungenstoßes/ -pressens beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/ Transportphase beeinträchtigt	188	» Der Patient hat eine Störung des Elektrolythaushalts	251

Einleitung

Dr. Pia Wieteck

Im Juli 2017 ist das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) verkündet worden. Damit wurde ein Grundstein für eine zukunftsfähige Pflegeausbildung in allen Sektoren gelegt. Erstmals sind nun dem Pflegeberuf vorbehaltliche Tätigkeiten zugesprochen. Zahlreiche Verordnungen sind mittlerweile in Kraft getreten, so z. B. die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung oder die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung.

Mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV) wird künftig nicht nur die Ausbildung der Pflegeberufe bezüglich der Struktur verändert, sondern es wurden auch inhaltliche neue Schwerpunkte mit der Gesetzgebung definiert. Die neue Verordnung legt die Ausbildungsstrukturen, den Ausbildungsinhalt, die Ausbildungsvergütung und die Prüfungen sowie die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse fest. Entscheidende strukturelle Veränderung in der Ausbildung der Pflegeberufe ist die zusammengelegte Regelung der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege. Ab 2020 soll nach den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen die Ausbildung stattfinden.

Zentraler inhaltlicher Aspekt der Veränderungen sind vorbehaltliche Tätigkeitsbereiche der Pflege:

„Im praktischen Teil der Kenntnisprüfung hat die zu prüfende Person in mindestens zwei und höchstens vier Pflegesituationen nachzuweisen, dass sie die vor-behaltenen Tätigkeiten wahrnehmen und damit die erforderlichen Pflegeprozesse und die Pflegediagnostik verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren kann“ (§45 Abs. 4 PflAPrV).

Die Vermittlung der Kernkompetenzen zum pflegerischen Diagnostizieren sowie zur Umsetzung und inhaltlichen Ausgestaltung des Pflegeprozesses sind künftig ein wesentlicher, explizit geforderter Schwerpunkt. Sowohl in der Praxisanleitung als auch in der Lehre wird daher der Unterricht und die pflegerische Versorgung künftig mit Pflegediagnosen stattfinden. Das nachfolgende Werk soll die pflegerische Berufsausbildung dabei unterstützen, sich auf diesen neuen Schwerpunkt optimal vorzubereiten. Lehrende und Praxisanleiter erhalten zudem zahlreiche Anregungen, wie evidenzbasiertes Wissen oder (best practice“ zu pflegediagnostischen Fragestellungen in den Unterricht oder die Praxisanleitung eingebunden werden kann. Die European Nursing care Pathways (ENP) als Pflegeklassifikationssystem eignen sich hierzu in besonderer Weise, da das Instrument durch die Entwicklungszeit von 1989 bis heute bereits einen hohen Standard hinsichtlich der Wissensbasierung erreicht hat und seither sektorenübergreifend im praktischen Einsatz in zahlreichen Einrichtungen ist.

Neben Lehrenden und Auszubildenden richtet sich das vorliegende Buch gleichermaßen auch an Pflegepraktiker¹ in allen Bereichen der Pflege zum Einstieg in die Themengebiete Pflegediagnostik, Pflegeklassifikation und Pflegedokumentation. Planen, Formulieren, Dokumentieren – diese Tätigkeiten nehmen für die Pflege einen

immer größeren Stellenwert ein. Der Anspruch an die Nachvollziehbarkeit von Pflege steigt von Seiten der Gesetzgeber, der Kranken- und Pflegekassen, der Patienten und Angehörigen. Pflegenden in der Praxis können dieser Anforderung gerecht werden, indem sie eine systematisch erarbeitete und kontinuierlich weiterentwickelte, standardisierte Fachsprache als Instrument verwenden. ENP bietet hierzu nicht nur das notwendige einheitliche Vokabular in Form von 566 Praxisleitlinien, sondern repräsentiert zudem das aktuelle Pflegefachwissen.

Neu in dieser 3. Auflage ist das praktische Format und die farbige Gestaltung. Außerdem wurde im Bereich der ENP-Praxisleitlinien sämtlichen Pflegediagnosen eine Definition hinzugefügt. Zusätzlich finden Sie zu rund 1.200 Einträgen in den Kategorien der Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen Definitionen, Erklärungen oder Beschreibungen im Glossar zu ENP am Ende des Buches. Diese sollen Fachbegriffe erklären, Fachwissen festigen und eine korrekte Anwendung der Items sicherstellen.

Dieses Buch gliedert sich in zwei Teile: Im Teil ENP-Wissen werden zunächst der theoretische Hintergrund sowie die notwendigen Voraussetzungen zur Arbeit mit Pflegediagnosen und Pflegeklassifikationssystemen beleuchtet. Eine ausführliche Darstellung der Pflegeklassifikation ENP vermittelt die theoretischen Hintergründe des sich anschließenden Teils ENP-Praxis und den darin aufgeführten Praxisleitlinien. Anhand von Fallbeispielen können anschließend erste Erfahrungen mit dem Pflegeklassifikationssystem ENP gewonnen werden. Diese eignen sich gleichermaßen für Anwender in der Praxis wie auch für die Aus- und Weiterbildung. Eine Fallgeschichte thematisiert die Durchführung des pflegediagnostischen Prozesses. Ein weiteres Fallbeispiel dient als Grundlage für die Erstellung eines vollständigen Pflegeplans mit ENP. Anhand von eingestreuten Arbeitsaufträgen kann das Verständnis der vorgestellten Inhalte noch einmal überprüft werden und für die bereits im Feld tätigen Pflegepersonen können diese Fragestellungen zur Reflexion des eigenen Handelns im Team anregen.

Der zweite Teil ENP-Praxis beinhaltet alle ENP-Pflegediagnosen für alle Settings der Pflege in der ENP-Version 3.0. Die Sortierung der Pflegediagnosen ist gemäß der hierarchischen Struktur der ENP-Pflegediagnosen dargestellt. An die Pflegediagnosen fügt sich der jeweilige Versorgungspfad an, der die dazugehörigen Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Behandlungsziele und Pflegeinterventionen mit handlungsweisenden Informationen bzw. Detailinformationen beinhaltet.

Wir bedanken uns im Rahmen der Entwicklung von ENP 3.0 für das rege Kunden- und Anwenderfeedback, sowie auf Hochschulebene für die Durchführung von Bachelor/-Masterarbeiten mit Thema ENP, die weiterhin zur Güte der neuen Version beigetragen haben.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und Erfolg bei der Arbeit mit ENP.

¹ Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird im Buch primär die männliche Sprachform verwendet. Selbstredend sind alle weiteren geschlechtsspezifischen Sprachformen hier jeweils mit angesprochen. Zudem wird aus demselben Grund hauptsächlich von „Patienten“ gesprochen, wenngleich die zu pflegenden Personen aller anderen Versorgungsbereiche (z. B. Bewohner) inhaltlich jeweils immer mit eingeschlossen sind.

1 Mit Pflegediagnosen arbeiten

Dr. Pia Wieteck, Sebastian Kraus (M. Sc.)

Die Sicherstellung einer nachhaltigen, adäquaten pflegerischen Versorgung und Therapie ist eine Kernaufgabe der Profession „Pflege“. In den kommenden Jahren ist mit einer Zunahme an chronisch erkrankten Menschen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit Demenz, hochaltrige Personen, multimorbide Personen etc.) zu rechnen. Zudem ist vor sich verändernden Familienkonstellationen und Lebensstilen sowie einer damit verbundenen Abnahme an familiären Unterstützungssystemen auszugehen. Auch mit der Zunahme an evidenzbasiertem, pflegerischem Wissen geht die Herausforderung einher, diesen aktuellen Wissensstand für die Pflegeausbildung und Pflegepraxis verfügbar zu machen. Ein Theorie-Praxis-Transfer ist vor diesem Hintergrund zwingend, um Pflegenden das aktuelle Wissen am Ort des Versorgungsgeschehens zur Verfügung zu stellen. Diese Konstellation erfordert ein „Neudenken“ der Dienstleistungen und Handlungskonzepte in der Pflege.

Die Aufgabe Pflegender ist es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse über sinnvolle Pflegemaßnahmen in Einklang mit der individuellen Bedürfnislage des jeweiligen Pflegeempfängers zu bringen. Bei der Auswahl von geeigneten Pflegemaßnahmen stehen häufig mehrere Optionen zur Verfügung, zwischen denen die Pflegefachperson entscheiden muss. Dies erfordert zunehmende Kompetenzen im pflegerischen Diagnostizieren sowie die Kenntnis über evidenzbasierte pflegerische Handlungsoptionen. Die nachfolgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Frage, welchen Einfluss eine systematisch umgesetzte pflegerische Diagnostik sowohl auf die Versorgungsprozesse des Pflegeempfängers als auch auf Aspekte der Attraktivität und Professionalisierung der Pflegeberufe haben kann. Zudem wird das grundlegende Handwerkszeug vermittelt, um den pflegediagnostischen Prozess in Ausbildung und Praxis umsetzen und anwenden zu können.

1.1 Pflegediagnosen – Fundament der pflegerischen Entscheidungsfindung und Ausgangspunkt im Pflegeprozess

Pflegediagnostik gehört zu den Kernprozessen und -kompetenzen Pflegender. Dabei ist die Realisierung des pflegediagnostischen Prozesses als Grundlage für die Entscheidung über mögliche Pflegeziele und Pflegemaßnahmenangebote ausschlaggebend für die Qualität und das Ergebnis der pflegerischen Versorgung (Doenges, Moorhouse & Murr, 2013). In den folgenden Abschnitten werden neben einer Begriffsdefinition, einem historischen Überblick, einer Abgrenzung zu medizinischen Diagnosen, besonders der Nutzen des systematischen pflegerischen Diagnostizierens sowie die hierzu notwendigen Voraussetzungen herausgearbeitet.

Mit der Darstellung des Pflegeprozesses wird versucht, die pflegerische Arbeit als einen systematischen Handlungsablauf zu verdeutlichen. Dabei werden einzelne Schritte beschrieben, die zur Problemlösung und Zielerreichung führen. Durch die Systematisierung der Pflege werden Leistungen transparent, nachvollziehbar und vor al-

lem überprüfbar. Dies stellt eine Grundvoraussetzung zur Überprüfung der Wirkung pflegerischen Handelns dar. Zentrales Anliegen bei der Realisierung des Pflegeprozessmodells „[...] ist die Sicherung der Kontinuität einer individuellen, patientenorientierten Pflege“ (Pröbstl & Glaser, 1997, S. 264). Innerhalb des Pflegeprozessmodells (Abb. 1) werden neben den einzelnen Prozessschritten auch die Pflegediagnose, Instrumente / Verfahren zur Informationssammlung und die Evaluation eingeschlossen.

Pflegende können den Pflegeprozess mithilfe der Pflegeanamnese, dem Pflegebericht sowie insbesondere der Pflegeplanung schriftlich nachvollziehen. Im Pflegeplan werden die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses schriftlich abgebildet – der Pflegeplan kann daher auch als „verschriftlichte“ Abbildung des Pflegeprozesses bezeichnet werden.

Im deutschsprachigen Raum hat sich sowohl in der Lehre als auch in der Praxis das Modell nach Fiechter & Meier (1998) durchgesetzt, das den Pflegeprozess in sechs Schritte einteilt: Informationen über den Patienten sammeln, Pflegediagnosen / Pflegeprobleme und Ressourcen erkennen, Pflegeziele vereinbaren, Pflegeinterventionen planen, Pflegemaßnahmen durchführen sowie die Wirkung der pflegerischen Leistungen evaluieren. Diese sechs Schritte des Pflegeprozesses werden in Form eines Regelkreises dargestellt. Es ist sinnvoll, sich den Regelkreis als Spirale vorzustellen: Immer, wenn sich neue Informationen oder Veränderungen im Pflegeprozess ergeben, werden neue Pflegeprobleme bzw. Pflegeziele formuliert und Maßnahmen geplant. Im Vergleich mit anderen, zum Teil aus weniger Schritten bestehenden, Pflegeprozessmodellen stellen Pröbstl und Glaser (1997) mehr Übereinstimmungen als Gegensätze fest, weswegen an dieser Stelle auf eine detailliertere Vorstellung anderer Modelle verzichtet wird.

Der Pflegeprozess beschreibt lediglich das systematische, logische Vorgehen der Pflegenden zur Problemlösung bzw. Zielerreichung und stellt keinen Garanten für die Qualität der zu leistenden Pflege dar. Es ist davon auszugehen, dass diese von zahlreichen zusätzlichen Parametern beeinflusst wird (Krohwinkel, 1993a). Dies erklärt auch die unterschiedlichen Ansichten über den Nutzen bzw. die Wirkung des Einsatzes des Pflegeprozessmodells und der Pflegeplanung auf die Qualität der Pflege. Vielmehr wird die Qualität der geleisteten Pflege im pflegediagnostischen Prozess, dem Pflegebeziehungsprozess, durch die pflegerischen Interventionen sowie im vorangegangenen Problemlösungs- und Entscheidungsprozess bestimmt. Von verschiedenen Autoren wird gefordert, die Anwendung des Pflegeprozesses mit einem oder mehreren Pflegemodellen zu verknüpfen (Just, 2000; Krohwinkel, 1993b; Mischo-Kelling & Zeidler, 1989; Roper, Logan & Tierney, 2002).

Die Verbindung des Pflegeprozesses mit Pflegemodellen und -theorien entwickelt das Pflegeverständnis der Pflegenden weiter und trägt zur Förderung von Schlüsselqualifikationen bei. Den Pflegediagnosen kann im Pflegeprozess eine zentrale Bedeutung zugewiesen werden, sie dienen als zentrale Grundlage für alle weiteren Schritte. Im Laufe der Zeit wurden zahlreiche Definitionen einer Pflegediagnose veröffentlicht. Die Definition der Pflegediagnosen, siehe Infobox, stellt exemplarisch den Inhalt dar, der allen Veröffentlichungen gemeinsam zugrunde gelegt werden kann (vgl. Rappold & Aistleithner, 2017; Wieteck, 2014):

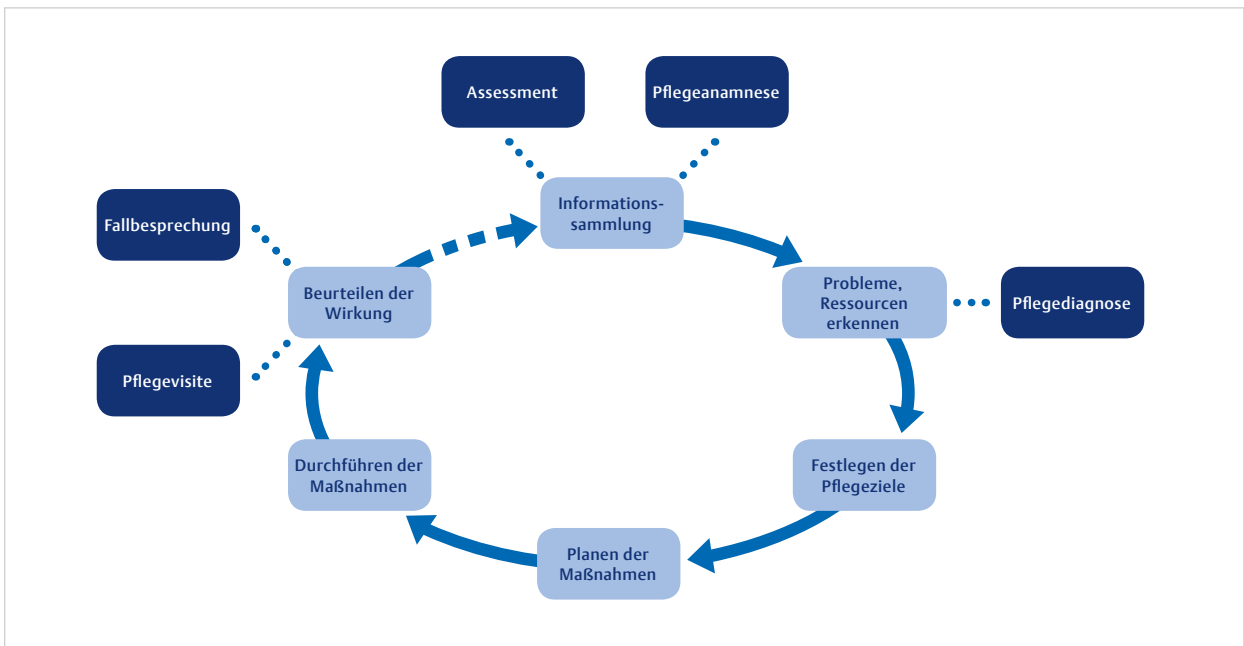


Abb. 1 Schritte des 6-stufigen Pflegeprozesses nach Fiechter & Meier (Quelle: eigene Darstellung)

Definition

Pflegediagnosen stellen eine systematische pflegerische Beurteilung der Reaktionen (Human Responses) eines Pflegeempfängers auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar und sind pflegerisches Ergebnis eines Beurteilungsprozesses, der auf unterschiedlichen Informationen und Äußerungen des Pflegeempfängers basiert. Die pflegerische Schlussfolgerung wird auf der Grundlage verschiedener Informationen aus Gesprächen, Ergebnissen von Untersuchungen sowie Assessmentinstrumenten unter Berücksichtigung von Ressourcen, Resilienz-Fähigkeiten, biografischen Hintergründen und persönlichen Vorstellungen über Lebensqualitätsdimensionen des Pflegeempfängers gebildet und in Form einer/mehrerer Pflegediagnose(n) im Pflegeplan formuliert. Die für bzw. mit einem Pflegeempfänger formulierte Pflegediagnose ist der Ausgangspunkt für eine möglichst evidenzbasierte, oder zumindest (Best Practice“-basierte Entscheidung über die geeignete Pflegemaßnahme. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses. Damit stellt die Pflegediagnostik eine der Kernkompetenzen jeder professionell pflegenden Person dar. Die pflegerische Zielsetzung ist dabei auf die Verbesserung, Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, Linderung von Symptomen sowie auf die Förderung der Lebensqualität, Gesundheitsförderung, Prävention und Patientenedukation gerichtet.

Merke

Pflegediagnosen sind Ausgangslage für die pflegerische Zielsetzung und Entscheidungsfindung über geeignete Pflegemaßnahmen. Deshalb sind die adäquate Realisierung und eine hohe Genauigkeit des pflegediagnostischen Prozesses maßgeblich entscheidend für das pflegerische Outcome. Der auf der Pflegediagnostik aufbauende Entscheidungsfindungsprozess wiederum ist maßgeblich für die Qualität der Pflege (Lee, Chan & Phillips, 2006).

1.2 Ein historischer Abriss über Pflegediagnosen

Die Diskussion über Pflegediagnosen und den pflegediagnostischen Prozess ist bereits mehrere Jahrzehnte alt. Vera Fry (1953) hat den Begriff „Pflegediagnose“ erstmals als einen kreativen Prozess definiert und die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans als Hauptaufgabe der Pflegenden beschrieben. Virginia Henderson (1982) verwendete den Begriff Pflegeplanung und Pflegeprozess (Nursing Care Plan und Nursing Process) ebenfalls in den 50er Jahren erstmals. In dem 1967 erstmals veröffentlichten Buch „The nursing process: assessing, planning, implementing evaluating“ wurde das damals vierstufige Pflegeprozessmodell erstmals ausführlich beschrieben (Yura & Walsh, 1967). Im Verlauf der Jahre wurde der Pflegeprozess zu einem fünf- bzw. sechsstufigen Modell weiterentwickelt. Hintergrund dieser Entwicklung war die Feststellung, dass Pflegenden im Rahmen der Informationssammlung zwar Patientenzustände und Pflegeprobleme beschreiben, dies als Grundlage für die Planung eines adäquaten pflegerischen Handelns in der Regel aber nicht ausreicht. Eine explizite systematische Be-

2 European Nursing care Pathways (ENP)

Dr. Pia Wieteck, Sebastian Kraus (M. Sc.), Stephanie Hausherr (B. Sc.)

2.1 Was ist ENP?

European Nursing care Pathways (ENP) ist eine standardisierte Pflegefachsprache, die Pflegendende bei der Pflegeplanung und Dokumentation unterstützt. Sie umfasst alle Elemente des Pflegeprozesses (Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen [= Pflegemaßnahmen]), die für eine nachvollziehbare Pflegedokumentation erforderlich sind. Durch Auswahl der für den Patienten relevanten Sprachbausteine wird der individuelle pflegerische Behandlungspfad (= nursing care pathway) für den jeweiligen Patienten generiert. Die Pflegefachsprache ist im Sinne einer Pflegeklassifikation sortiert und geordnet. Damit wird das Auffinden von Pflegediagnosen, -zielen und -maßnahmen erleichtert.

2.1.1 ENP – eine Pflegefachsprache

Unter dem Begriff Fachsprache wird eine „Sprache, die sich vor allem durch Fachausdrücke von der Gemeinsprache unterscheidet“ verstanden (Dudenredaktion, o.J.).

Die Verwendung einer Pflegefachsprache erscheint für viele Berufsangehörige bislang noch ungewohnt, auch wenn sie fraglos akzeptieren, dass andere Fachgebiete wie beispielsweise die Medizin, Psychologie oder Rechtswissenschaften sich im Rahmen ihrer Arbeit einer eigenen Fachsprache bedienen. Dies mag unter anderem daran liegen, dass die Pflegewissenschaft im Vergleich zu anderen Fachgebieten als „junge Wissenschaft“ bezeichnet werden muss, die Entwicklungsschritte durchläuft, die andere Fachgebiete teilweise bereits abgeschlossen haben. So haben sich beispielsweise in den oben angeführten Fachgebieten Fachsprachen fest etabliert, wohingegen sich in der Pflege bislang weder Einheitlichkeit noch durchgehender Gebrauch einer Fachsprache durchgesetzt haben. Zudem umfasst das pflegerische Handlungsfeld die Unterstützung des Patienten bei alltäglichen Tätigkeiten, weshalb pflegerische Begriffe auch teilweise alltagssprachlichen Ausdrücken verwandt oder entlehnt sind. So können Begriffe wie „Körperwaschung“, „Ausscheidung“ oder „Unterstützung beim Essen“ zweifellos auch von berufsfremden Personen verstanden werden. Die Inhalte der Begriffe gehen im Bereich der Pflege jedoch über das Alltagsverständnis hinaus.

So differenzieren Pflegendende beispielsweise unterschiedliche Formen der Körperwaschung wie „stimulierende Körperwaschung“ oder „beruhigende Körperwaschung“ oder verbinden dies mit bestimmten Konzepten, wie bei der „basalen Stimulation“ oder der „Bobath-Wäsche“. Auch der Kontext der Pflege, der sich aus Hilfsbedürftigkeit und /oder Krankheit des Betroffenen ergibt, erfordert einen für das Berufsfeld der Pflege spezifischen Blick auf die Dinge sowie ein spezielles Hintergrundwissen.

Beispielsweise verbinden Berufsangehörige mit dem Begriff „Ausscheidung“ neben den eigentlichen physiologischen Prozessen auch

unterschiedliche pathologische Veränderungen (z. B. Störungen der Urinproduktion wie eine Anurie oder Polyurie), behandlungsbedingte Veränderungen (z. B. das Vorhandensein eines Anus Praeter), spezielle Interventionen (z. B. Einläufe, Katheterisieren), Hilfsmittel (z. B. Katheter, Darmrohr, Urinalkondom) sowie mögliche Risiken (z. B. Dermatitis bei der Verwendung von Inkontinenzhosen, Dehydratation bei Durchfällen).

Es wird deutlich, dass die inhaltliche Bedeutung von Begriffen im Rahmen der Pflege über die alltagssprachliche Verwendung hinausgeht und sich speziell auf den Fachbereich der Pflege bezieht. Darüber hinaus verwenden Pflegendende aber auch Begriffe (wie z. B. „Herzbettlagerung“, „Bolusapplikation“, „Snoezelen“) und Abkürzungen (wie z. B. PEG, DK, SBK, ZVD, AVK), die speziell in der Pflegepraxis eingesetzt und verstanden werden, wenngleich die einzelnen Abkürzungen in der pflegerischen Praxis je nach Fachbereich auch unterschiedlich verwendet werden (z. B. HWI für Harnwegsinfekt oder Hinterwandinfarkt).

Ob alltagssprachlich entlehnt oder als Fachterminus formuliert – Fachbegriffe repräsentieren immer eine Ansammlung von speziellem Fachwissen. Beispielsweise setzt die Verwendung der Begriffe „Toilettentraining“ oder „Blasentraining“ ein detailliertes Wissen darüber voraus, welches Bündel an Interventionen sich dahinter verbirgt, zu welchem Zweck dies durchgeführt wird und bei welchen Patienten die Durchführung sinnvoll ist. Als wichtig stellt sich in diesem Zusammenhang zudem die einheitliche Verwendung von Begriffen dar (Carpenito, 1993; Etzel, 2000; Huneke, 2000; Van Maanen, 2002).

Eine Fachsprache, die Begriffe zum einheitlichen Sprachgebrauch vorgibt, kann auch als „standardisierte Fachsprache“ bezeichnet werden. Denn nur, wenn alle Pflegenden einheitliche (= standardisierte) Begriffe verwenden und die gleichen Inhalte mit diesen Begriffen verbinden, ist eine eindeutige und unmissverständliche Kommunikation möglich.

Dieser Aspekt erhält besondere Bedeutung, wenn man bedenkt, dass sich die Verwendung von pflegerischen Begriffen derzeit nicht nur regional, sondern in bestimmten Fällen sogar von Einrichtung zu Einrichtung unterscheidet. Auch in der Definition von van Maanen (2002, S. 201) wird der Aspekt der Standardisierung der Pflegefachsprache hervorgehoben: Unter einer Pflegefachsprache versteht man „die Definition von disziplinspezifischen Pflegekonzepten in einer eindeutigen, kulturell angemessenen beruflichen Sprache [...], die durch Konsens von PflegeexpertInnen festgelegt, überprüft und innerhalb der Disziplin akzeptiert und praktiziert“ wird.

Werden nun die Begriffe der standardisierten Sprache nach einem systematischen Schema sortiert, spricht man von einer Klassifikation. Dabei sind die Begriffe der Klassifikation nach ihrer inhaltlichen Bedeutung in Gruppen (bzw. Klassen) eingeteilt und auf eine definierte Art und Weise sortiert. So kann die Sortierung hierarchisch (d. h. durch Über- und Unterordnung) oder nebengeordnet sein. Auch die Art der Beziehungen zwischen den Elementen der Klassifikation ist eindeutig und allgemeingültig definiert (Gaus, 2005; van der Bruggen, 2002). ENP-Pflegediagnosen sind hierarchisch nach Domänen, Klassen und Kategorien geordnet. So ist z. B. die Pflege-diagnose „Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie /-parese

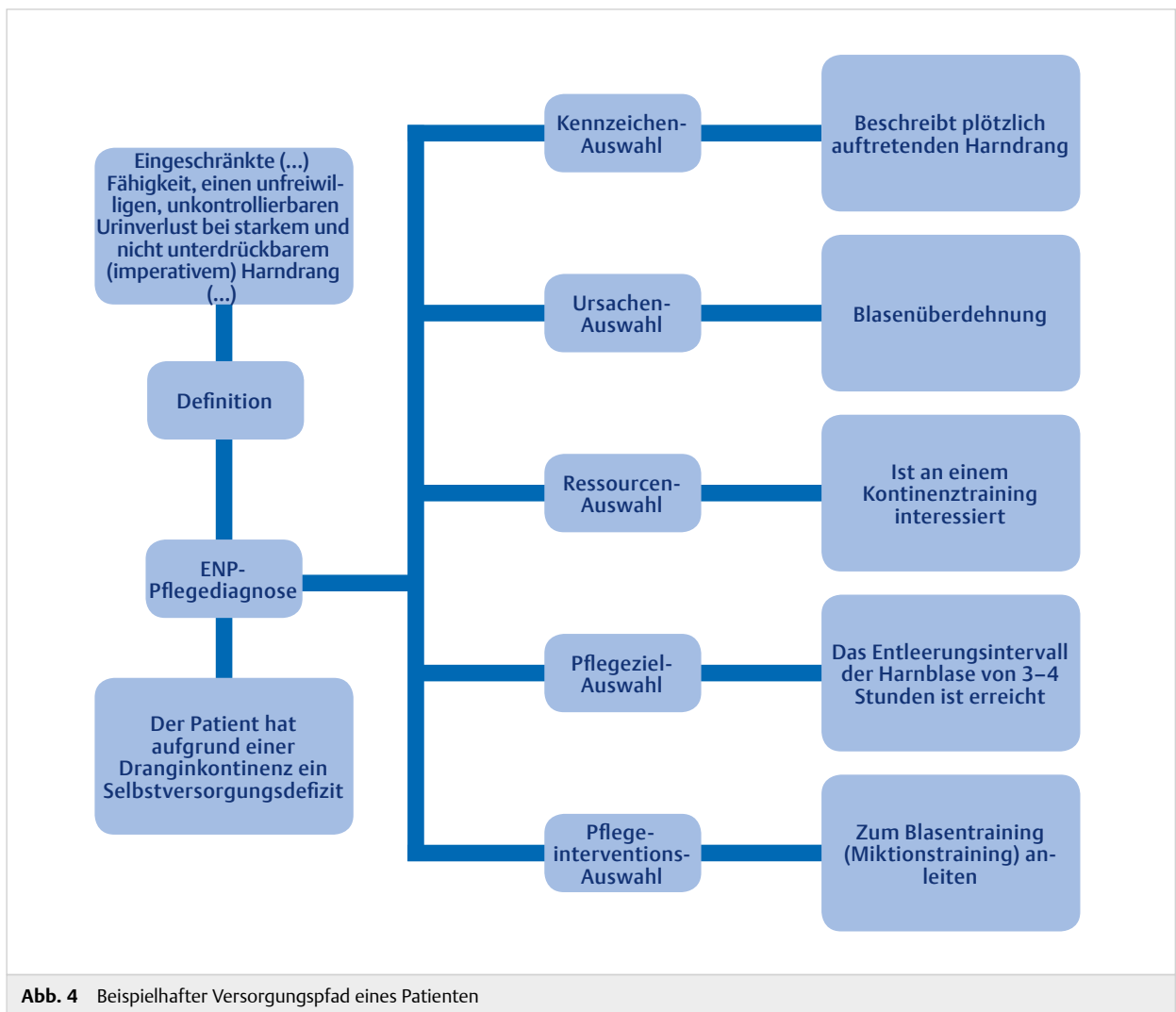


Abb. 4 Beispielhafter Versorgungspfad eines Patienten

nicht selbstständig waschen“ der Kategorie „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung“ zugeordnet.

Die Kategorie „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung“ ist der Klasse „Körperpflege/ Kleiden“ zugeordnet und diese wiederum der Domäne Pflegediagnosen im „funktionellen/ physiologischen Bereich“. Ein Vorteil der Systematisierung einer Pflegefachsprache zu einer Klassifikation besteht in der Verbesserung der Übersichtlichkeit. Mit Hilfe der Einteilung in Gruppen kann sich der Anwender schneller einen Überblick über verschiedene Pflegediagnosen, -ziele, und -maßnahmen verschaffen, die er zur Pflegeprozessplanung benötigt. Denn auch im Alltag wenden wir tagtäglich ähnliche Verfahren an, um unsere Umwelt zu interpretieren und schneller auf sie reagieren zu können. Zudem stellt die Klassifikation einer Pflegefachsprache eine wichtige Voraussetzung zur systematischen Datenanalyse dar. Dies ist beispielsweise relevant, wenn die mithilfe einer Software erfassten Pflegeprozessplanungen ausgewertet werden sollen. Denn eine standardisierte Sprache kann als Buchveröffentlichung oder als Datenbank zur Nutzung in einer Software zur Verfügung stehen.

2.1.2 ENP als Hilfestellung bei der Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses

Da ENP zum Ziel hat, die Planung und Dokumentation innerhalb des Pflegeprozesses zu unterstützen, muss die standardisierte Fachsprache auch Begriffe für alle Planungsschritte des Pflegeprozesses enthalten. Daher sind in ENP Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen aufgeführt, die das Berufsfeld der Pflege widerspiegeln. Inhaltlich unterscheiden sich die Begriffe „Pflegediagnose“ und „Pflegeproblem“, weshalb im folgenden Abschnitt erst der Begriff der „Pflegediagnose“ geklärt wird, bevor auf die Aspekte der Unterstützung bei der Planung eingegangen wird.

„Pflegediagnosen beschreiben in Verbindung mit medizinischen Diagnosen den Kern der meisten pflegerischen Handlungen“ (Gordon, 1994, S. 57) und bestehen jeweils aus drei essentiellen Elementen, dem weiter oben skizzierten PES-Schema. Anders ausgedrückt beschreibt eine Pflegediagnose ein Problem des Patienten, welches durch Pflegenden ermittelt, beschrieben und behoben bzw. abgemildert werden kann. Dabei kann es sich auch um eine Risikosituation handeln. Präzisiert wird die Problembeschreibung bei Pflegediagnosen durch die Zuordnung von Kennzeichen (bzw. Symptomen),

Ursachen (bzw. ätiologische Faktoren) und im Fall von „ENP-Pflegediagnosen“ auch zudem von Ressourcen.

Kennzeichen beschreiben dabei, woran die Pflegeperson erkennt, dass das Problem vorhanden ist. Ursachen machen deutlich, warum das Problem entstanden ist und Ressourcen sprechen Aspekte des Patienten an, die sich positiv auf den Behandlungsprozess auswirken können. Auf diese Weise helfen Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen, die individuelle Problemlage eines Patienten sehr präzise zu beschreiben. Als Unterstützung zur Formulierung der Pflegediagnosen sind in ENP allen Problemen mögliche Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen zugeordnet, aus denen dann die jeweils für den Patienten zutreffenden ausgewählt werden.

Diese Vorgehensweise trifft auch für den Ziel- und Interventionsbereich zu. Auch hier wird in ENP eine Auswahl möglicher Ziele und Interventionen bereitgestellt. Auf diese Weise erhält der Anwender von ENP zu jedem Pflegeproblem eine Auflistung von Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Zielen und Interventionen, die sich jeweils auf dieses Problem beziehen und in ihrer Gesamtheit als „ENP-Praxisleitlinien“ bezeichnet werden. Wählt die Pflegeperson nun aus dem bestehenden Angebot die für den Patienten zutreffenden Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen aus und plant, welche Ziele sie im Zusammenhang mit diesem Problem erreichen möchte und welche Interventionen sie zur Erreichung dieses Ziels beabsichtigt durchzuführen, hat sie damit einen „pflegerischen Behandlungspfad“ erstellt. Der Versorgungspfad eines Patienten mit „Dranginkontinenz“ könnte beispielsweise wie in Abb. 4 dargestellt aussehen.

Vergleichen Sie dazu bitte die Praxisleitlinie der Pflegediagnose: „Der Patient hat aufgrund einer Dranginkontinenz ein Selbstversorgungsdefizit“. Die Erstellung der Versorgungspfade wird, soweit es möglich ist, gemeinsam mit dem Patienten und ggf. auch mit seinen Bezugspersonen / Angehörigen umgesetzt (Maul, 2010).

Bei der Pflegeprozessplanung helfen die Aussagen des Patienten bei der Identifizierung von Pflegediagnosen und leiten die Prioritätensetzung bei der Planung. So könnte aus Sicht der Pflegeperson bei einem Patienten mit Ulcus cruris venosum beispielsweise die Wundsituation mit dem Ziel der Verbesserung der Wundheilung im Vordergrund stehen, während für den Patienten selbst z. B. Aspekte wie „Schmerzfreiheit“ oder „Unabhängigkeit“ eine besondere Rolle spielen.

Hier gilt es, den Behandlungsprozess gemäß den Erfordernissen, Prioritäten und Wünschen des Patienten unter Nutzung der pflegerischen Fachkompetenz zu gestalten, um durch die Steigerung der Selbstbestimmung zu einer erhöhten Lebensqualität und letztlich auch zum Behandlungserfolg beizutragen (Großkopf & Saßen, 2006; Kotsch & Hitzler, 2011).

2.2 Aufbau und Struktur von ENP: Pflegeklassifikation mit Besonderheiten

Die Praxisleitlinien als fachliche Vorauswahl von pflegerischen Zielen und Interventionen zu den jeweiligen Pflegediagnosen sind das bestimmende Merkmal des Aufbaus von ENP. Alle Praxisleitlinien gemeinsam entsprechen der gesamten Sprache ENP, die je nach Zweck unterschiedlich strukturiert werden kann. Für wissenschaftliche Zwecke ist ENP als Klassifikation strukturiert. Da diese

Einteilung für den Anwender in der Praxis nicht von Relevanz ist, soll an dieser Stelle ausschließlich die anwenderbezogene Struktur von ENP dargestellt werden.

Zur besseren Übersicht sind die Praxisleitlinien im weiteren Verlauf entsprechend der klassifikatorischen Sortierung in ENP nach Themengebieten hierarchisch geordnet. Somit finden sich unterschiedliche Problembereiche, wie z. B. Probleme im Zusammenhang mit Mangelernährung, mit dem Schlucken oder mit einem Flüssigkeitsdefizit unter der Überschrift „Ernährung“. Hingegen sind Harninkontinenz, Einschränkungen der Selbstständigkeit bei der Ausscheidung oder Probleme der Stomaversorgung der Überschrift „Ausscheidung“ zugeordnet. Die Kategorien selbst sind ebenfalls definiert. Tab. 4 stellt die Einteilung der Überschriftenebenen gemäß der ENP-Klassifikation dar.

Da sich ein pflegerisches Problem je nach Patient vollkommen unterschiedlich darstellen kann und daraufhin verschiedene Ziele verfolgt werden sowie andere Interventionen indiziert sind, ist eine weitere Unterteilung von Praxisleitlinien innerhalb der Themenbereiche sinnvoll. Dieser Aspekt soll nachfolgend anhand von drei Patientengruppen aus dem Themenbereich „Risiko der Mangelernährung“ illustriert werden.

Bei Patienten mit kognitiver Einschränkung kann bedingt durch verschiedene Ursachen ein Risiko der Mangelernährung bestehen. Wenn beispielsweise Betroffene nicht in der Lage sind, Speisen oder Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme zu erkennen oder Nahrungsbestandteile wie Kräuter als Verunreinigung der Nahrung wahrnehmen, kann dies zu ängstlichem und abwehrendem Verhalten im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme führen. Hier kann beispielsweise ein gemeinsames Essen oder die Anpassung der Auswahl und Zubereitung der Nahrung Abhilfe schaffen. Zudem können bei fortgeschrittener Demenz fundamentale Bewegungsabläufe der Nahrungsaufnahme nicht mehr erinnert und umgesetzt werden. Dies zeigt sich beispielsweise durch den Eindruck der Überforderung des Patienten und kann in vielen Fällen durch ein Initiieren der Bewegung kurzfristig wieder in Erinnerung gerufen werden. Für kognitiv eingeschränkte Patienten, die zu unruhig oder unkonzentriert sind, um am Tisch oder im Bett ihre Nahrung aufnehmen zu können, hat sich die Möglichkeit des Essens beim Gehen, die zeitunabhängige Verfügbarkeit der Nahrung und die mundgerechte Darreichung z. B. in Form von Imbissstationen bewährt. Besonders bei dieser Patientengruppe ist der Energieverbrauch überdurchschnittlich hoch. Pflegerische Aktivitäten in diesem Bereich beziehen sich neben Wahrnehmungsförderung und Stimulation der Erinnerung auch bei der Förderung der Konzentrationsfähigkeit auf die Nahrungsaufnahme, wobei die Reduktion der Komplexität der Essenssituation und die Umgebungsgestaltung als wichtige Aspekte anzusehen sind.

Aufgrund der oftmals angstbesetzten und belastenden Essenssituation von Menschen bei kognitiven Einschränkungen sollte als Ziel pflegerischer Interventionen besonders auch eine Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen hervorgehoben werden (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung/Familie und Frauen, 2007; Biedermann, 2003; Crawley, 2005; Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2013; Deutsche Gesellschaft für Ernährung,

3 Mit ENP-Praxisleitlinien arbeiten

Folgender Abschnitt erläutert, wie Sie mit den ENP-Praxisleitlinien arbeiten, um Ihnen den Umgang mit ENP in diesem Buch und dem ENP-Trainer zu erleichtern. Eine ENP-Praxisleitlinie setzt sich neben der pflegediagnostischen Aussage (Pflegediagnose, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen) aus fachlich-inhaltlich zugehörigen Pflegezielen und Pflegemaßnahmen zusammen. Sie erinnern sich: ENP-Pflegediagnosen sind hierarchisch in Domänen, Klassen und Kategorien geordnet. Die Ebene der Kategorien beinhaltet die Pflegeprobleme, z. B. „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung“. Darunter sind alle ENP-Pflegediagnosen geordnet, die dieses Pflegeproblem umfassen. Durch die Präkombination von Kennzeichen oder Ursachen mit dem Pflegeproblem der Kategorie ist bereits eine spezifische Pflegediagnose entstanden, die weiter durch die Pflegeperson auf die individuelle Patientensituation hin konkretisiert werden sollte. So können Sie z. B. „Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen“ um spezifische Kennzeichen, wie z. B. „Gleichgewichtsstörung beim Sitzen“, „Kann stehen, sich aber nicht gleichzeitig waschen/kleiden“, und Ursachen, wie z. B. „Apoplektischer Insult“, ergänzen. Ziel dieser Ergänzungen ist es, zu einer individuellen Beschreibung des Patientenzustandes zu kommen und die Pflegediagnose im Sinne des PES-Ansatzes zu vervollständigen. In der Pflegepraxis findet vor der Stellung einer Pflegediagnose explizit oder implizit immer eine Sammlung von pflegerelevanten Informationen statt. Der Schritt, aus diesen Informationen auf das pflegerische Problem zu schließen und eine Pflegediagnose auszuwählen, bedarf klinischer Expertise.

Sie können dieses Buch so nutzen, dass Sie nach der Informationssammlung für Ihren Patienten passende Pflegediagnosen auswählen. Dabei prüfen Sie, ob Ihre beobachteten Kennzeichen sich in den ENP-Kennzeichen wiederfinden, diese auswählen und somit die Pflegediagnose bestätigen. Dabei ist zu beachten, dass sich die Kennzeichen auf die beiden Dimensionen „pflegerisches Problem“, z. B. Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung, sowie auf die „präkombinierte Ursache“, z. B. Hemiplegie, beziehen können.

Als Nächstes geben Sie die Ursachen an, sofern diese bekannt sind. Ebenso können Ressourcen in ENP ausgewählt werden. Falls bei Ihrem Patienten Ressourcen vorhanden sind, die nicht in ENP aufgeführt sind, sollten Sie diese entweder in die Freitexteingabe in Ihrer Software eintragen oder im Pflegeplan zusätzlich niederschreiben. In ENP sind sowohl Pflegediagnosen formuliert, die sich auf aktuell gegebene Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse beziehen, als auch solche, die potenzielle Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse (Risiken) in den Fokus rücken. Zum Umgang mit Kennzeichen und Ursachen bei diesen zwei Arten von Pflegediagnosen möchten wir eine kurze Erläuterung geben.

3.1 Bearbeitung von Risikodiagnosen und Pflegediagnosen zu aktuellen Gesundheitsproblemen/Lebensprozessen

Bei Pflegediagnosen mit Bezug auf aktuelle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse können sich die Kennzeichen sowohl auf das pflegerische Problem als auch das Spezifikum in der Pflegediagnose beziehen. Hierzu ein Beispiel:

► **Pflegediagnose.** Der Patient kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten
 Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen
 Ursache: Morbus Alzheimer

Auch bei Pflegediagnosen, die sich auf noch nicht faktisch gegebene, jedoch potenziell mögliche Gesundheitsrisiken beziehen (auch „Risikodiagnose“ genannt), werden in ENP häufig bereits Kennzeichen angegeben, obwohl der Patient „nur“ ein Risiko für das Pflegeproblem hat. Man könnte vermuten, dass keine Kennzeichen formuliert werden können, da das Pflegeproblem noch gar nicht aktuell vorliegt.

B Beispiel

Der Patient hat aufgrund einer trockenen Haut ein Risiko der Hautschädigung

Das Risiko der Hautschädigung als potentielles Pflegeproblem ist nicht sichtbar, folgerichtig können hierzu keine Kennzeichen formuliert werden. In der ENP-Pflegediagnose wurde das Risiko der Hautschädigung bereits präkombiniert mit der Ursache „aufgrund einer trockenen Haut“. Hierzu jedoch können Kennzeichen angegeben werden, z. B. „Schuppene Haut“ und „Haut fühlt sich rau an“.

Ursache: „Altersbedingte Veränderung der Haut“. Liegen diese Kennzeichen vor, spricht das dafür, dass das potentielle Pflegeproblem „Risiko der Hautschädigung“ vorliegt

Bei den Risikodiagnosen in ENP sind die Kennzeichen folglich ausschließlich auf die Spezifikation, z. B. ein Symptom, bezogen. Ein Beispiel zur Erklärung: Bei der Pflegediagnose „Der Patient hat aufgrund einer Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge) das Risiko einer Atelektase/Pneumonie“.

Die Kennzeichen der ENP-Pflegediagnose beziehen sich auf die „Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge)“, die z. B. durch die Kennzeichen „Vermeidet es, tief Luft zu holen“, „Schonhaltung im Oberkörperbereich“, „Oberflächliche Bauchatmung“ usw. gekennzeichnet sind.

Die zusätzlich erfassten Ursachen „Rippenprellung“, „Immobilität“ usw. sind Krankheitsbegriffe oder Zustände, die für sich genommen keine alleinige Ursachenformulierung für das Pflegeproblem „Risiko einer Atelektase/Pneumonie“ sind. Die Ursache „Rippenprellung“

4 Fallbeispiele

Renate Berner (Dipl.-Pflegerin FH), Dr. Pia Wirotek

Ziel der nachfolgenden Fallbeispiele ist es, erste Erfahrungen mit dem Pflegeklassifikationssystem ENP zu sammeln. Sie eignen sich gleichermaßen für Anwender in der Praxis wie auch für die Aus- und Weiterbildung. Die Fallgeschichten dienen der Durchführung des pflegediagnostischen Prozesses mit ENP als wesentlicher Grundlage für eine valide, dem tatsächlichen Pflegebedarf der Patienten entsprechende Auswahl von Pflegezielen und Pflegemaßnahmen. Das erste Fallbeispiel fokussiert den spezifischen Themenbereich des Diabetesmanagement. Das zweite, umfassende Fallbeispiel dient der Übung und Erstellung eines vollständigen Pflegeplans unter Anwendung von ENP. Durch den veränderten Allgemeinzustand des Patienten, der eine Anpassung des Pflegeplans erfordert, veranschaulicht es die Dynamik des Pflegeprozesses und die Notwendigkeit, immer wieder im individuellen Fall zu prüfen, welche Pflegeprobleme in der aktuellen Situation im Vordergrund stehen.

4.1 Fokusfallbeispiel Diabetes: Herr B.

Die folgende Fallgeschichte dient der Übung des pflegediagnostischen Prozesses mit ENP im Hinblick auf ein wirksames Diabetesmanagement, wenngleich die Fallgeschichte die Aufnahme von mehreren Pflegediagnosen nahelegt. Sie umfasst zwei kurz nacheinander stattfindende Krankenhausaufenthalte des Herrn B.

Ausgangssituation: Akutstationäre Krankenhausaufnahme zur diabetologischen Einstellung

Alter: 82 Jahre, Körperlicher Befund: Körpergröße 178 cm, Körpergewicht 76 kg (BMI = 24), Medizinische Diagnosen: Hypoglykämisches Koma, insulinpflichtiger Altersdiabetes Typ 2, Neuropathie, Sehschwäche, Herzinsuffizienz

Herr B. ist 82 Jahre alt und verwitwet. Sein Sohn wohnt mit seiner Familie einige Fußminuten entfernt. Er wird in Ihre Klinik eingewiesen, da er zuhause bewusstlos aufgefunden wurde. Im Rahmen des medizinischen diagnostischen Prozesses wird sehr schnell klar, dass die Ursache für seine Bewusstlosigkeit ein stark entgleister Blutzucker ist. Herr B. hat seit geraumer Zeit einen Altersdiabetes (Diabetes mellitus Typ 2) und wurde bisher mit einer oralen Antidiabetesmedikation behandelt. Die Medikamente reichen jedoch nicht mehr aus, um die Blutzuckerwerte stabil zu halten und einer Entgleisung vorzubeugen. Zudem leidet Herr B. an einer Herzinsuffizienz, welche sich häufig durch Kurzatmigkeit bei stärkerer Belastung wie etwa dem Treppensteigen kennzeichnet. Herr B. hat bereits eine diabetische Neuropathie mit der Folge einer starken Sehbeeinträchtigung. In der Klinik wird die Notwendigkeit einer Neueinstellung auf eine Insulintherapie deutlich und in die Wege geleitet. Die Blutzuckereinstellung mit Alt- und Depotinsulin verläuft problemlos. Herr B. wird auf zwei verschiedene Insulintypen eingestellt. Nachts erhält er ein Verzögerungsinsulin (Depotinsulin), tagsüber soll sich Herr B. entsprechend einem Injektionsschema in

Abhängigkeit vom vorab gemessenen Blutzuckerwert entsprechende Mengen Normalinsulin (auch Altinsulin genannt) verabreichen. Im Hinblick auf seine Entlassung und selbstständige Weiterführung des Diabetesmanagements wird Herr B. angeleitet und instruiert: Er erhält eine Einweisung zur Handhabung eines Injektionsautomaten (PEN). Außerdem wird ihm die Insulinverabreichung entsprechend den gemessenen Zuckerwerten mit einem Spritzschema erklärt. Zur leichteren Blutzuckerermittlung wird Herr B. mit einem „Flash-Glucose-Monitoring“-Gerät (FGM) ausgestattet. Dieses bestimmt den Glukosewert in der Interzellularflüssigkeit mittels eines im Subkutangewebe platzierten Sensors. Ein Stechen vor jeder Messung ist hierdurch nicht mehr notwendig, Herr B. kann mit einem Lesegerät die Blutzuckerwerte ablesen, indem er damit über den 2-Euro-Stück-großen Sensor fährt. Nach den Unterweisungen wird Herr B. mit einem Termin für eine nachsorgende Diabetessprechstunde, der erforderlichen Insulinmenge für die nächsten Tage sowie einem Injektionsautomaten (PEN) „im Gepäck“ nach Hause entlassen.



Aufgabe

Bevor Sie weiterlesen, analysieren Sie bitte das Fallbeispiel von Herrn B. und diskutieren oder reflektieren Sie bitte die folgenden Fragen:

- » Welche Informationen erhalten Sie im Kontext des Diabetesmanagements aus der Beschreibung des ersten Stationsaufenthaltes?
- » Welche Informationen erhalten Sie im Kontext des Diabetesmanagements aus der Beschreibung des zweiten Stationsaufenthaltes?
- » Inwieweit sind diese Informationen zielführend und relevant für Ihr pflegediagnostisches Urteil?
- » Welche Informationen fehlen Ihnen?
- » Welche Vermutung haben Sie bzw. welche Informationen könnten darauf hinweisen, dass die Situation des Herrn B. zuhause entgleist ist?

Weiterer Verlauf: Zweiter Krankenhausaufenthalt

Bereits vier Tage nach Entlassung wird Herr B. erneut in Ihre Klinik eingewiesen. Er befindet sich in einem somnolenten Zustand und ist kaltschweißig. Die Analyse der Blutzuckerwerte ergibt eine erneute Blutzuckerentgleisung. Darüber hinaus ist Herr B. gestürzt und hat sich eine Fraktur des Femurschafts zugezogen. Nach der postoperativen Versorgung kommt Herr B. erneut zur diabetologischen Einstellung. Postoperativ sind die Blutzuckerwerte erneut stabil. Was ist zuhause geschehen? Ihnen und Ihrem Pflegeteam ist es zunächst unverständlich, wie es zu einer derartigen Entgleisung der Situation von Herrn B. kommen konnte. Sie planen eine Fallbesprechung innerhalb Ihres Pflegeteams, führen Gespräche mit Herrn B., seinem Sohn und der Schwiegertochter, um einen zielführenden pflegediagnostischen Prozess einzuleiten.



ENP-Praxis

1. Körperpflege / Kleiden 79
2. Atmung 131
3. Ernährung 173
4. Ausscheidung 297
5. Kreislauf 375
6. Bewegung / Mobilität 411
7. Entspannen / Schlafen / Ruhen 465
8. Gewebeintegrität 475
9. Stoffwechsel 555
10. Fortpflanzung 571
11. Körpertemperatur 581
12. Empfindung 589
13. Wahrnehmung 653
14. Interaktion 677
15. Handlung / Verhalten 727
16. Aktivität / Alltagsgestaltung 797
17. Persönliche Entwicklung 893
18. Wissen / Information 941
19. Gesellschaft 955
20. Gesundheitsrisiken (unspezifisch) 983
21. Gesundheitsrisiken für das Umfeld 1035
22. Glossar zu ENP 1045

1

Körperpflege / Kleiden

- » Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung 80
- » Selbstfürsorgedefizit Mundpflege 108
- » Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege 114
- » Selbstfürsorgedefizit Haarpflege 119
- » Selbstfürsorgedefizit Kleiden 122

Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie / -parese nicht selbstständig waschen

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund einer vollständigen oder inkompletten Lähmung einer Körperhälfte, den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und / oder geeigneten Pflegeutensilien zu reinigen.

Kennzeichen

- » Kann den Körper nicht waschen
- » Kann den Körper nicht abtrocknen
- » Kann bestimmte Körperregionen nicht waschen
- » Kann bestimmte Körperregionen nicht abtrocknen
- » Kann die Waschgelegenheit / das Badezimmer nicht selbstständig aufsuchen
- » Integriert die betroffene Seite nicht in Bewegungsabläufe
- » Schwäche auf der betroffenen Seite
- » Tonus reicht nicht aus, um aktiv beim Waschen / Kleiden zu unterstützen*
- » Schlaffe Lähmung auf der betroffenen Seite
- » Spastische Lähmung auf der betroffenen Seite
- » Gleichgewichtsstörung beim Sitzen
- » Sitzt unsicher auf dem Stuhl / in der Badewanne
- » Kann während des Waschens und Kleidens nicht symmetrisch sitzen
- » Kann stehen, sich aber nicht gleichzeitig waschen / kleiden
- » Ignoriert die betroffene Seite
- » Ignoriert Objekte auf der betroffenen Seite
- » Vernachlässigt bei der Körperpflege die betroffene Seite
- » Spürt die Temperatur des Wassers wegen Hyposensibilität nicht
- » Ablauf der Körperpflege ist nicht bekannt

Selbstständigkeit bei der Körperpflege

- » Stufe 1: Selbstständige Körperpflege mit Hilfsmitteln / Aufforderung / Transfer in das Bad
- » Stufe 2: Geringe Beeinträchtigung bei der Körperpflege
- » Stufe 3: Mäßige Beeinträchtigung bei der Körperpflege
- » Stufe 4: Schwere Beeinträchtigung bei der Körperpflege
- » Stufe 5: Fehlende Fähigkeit, Körperpflegeaktivitäten durchzuführen

Ursachen

- » Wahrnehmungsstörung*
- » Neglect*
- » Pusher-Syndrom*
- » Neuromuskuläre Beeinträchtigung*

Krankheitsbedingte Ursachen

- » Apoplektischer Insult*
- » Neurologische Erkrankung
- » Hirntumor
- » Hirnblutung*
- » Schädel-Hirn-Trauma*

- » (Infantile) Zerebralparese*
- » Entzündliche Prozesse im Gehirn

Ressourcen

- » Ist motiviert, Teile der Körperpflege selbstständig zu übernehmen
- » Zeigt Bereitschaft, Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege aktiv zu unterstützen
- » Ist motiviert, neue Bewegungsmuster zu lernen
- » Kennt Möglichkeiten, den Muskeltonus zu regulieren
- » Erkennt die Erforderlichkeit von Pflegemaßnahmen an
- » Schätzt eigene Selbstpflegekompetenzen realistisch ein
- » Äußert Wünsche und Vorstellungen über die Unterstützung bei der Körperpflege und fordert diese ein
- » Äußert eigene Vorstellungen zum Erscheinungsbild
- » Kann Hilfsmittel gezielt einsetzen
- » Kann selbstständig sitzen
- » Kann (sicher) stehen
- » Kann sich mit Unterstützung am Waschbecken haltend hinstellen
- » Entwickelt kreative Möglichkeiten, die Bewegungseinschränkung zu kompensieren
- » Kann den Wasserhahn bedienen und regulieren
- » Kann Pflegeutensilien selbstständig benutzen
- » Akzeptiert die Unterstützung
- » Akzeptiert die Unterstützung von Angehörigen
- » Angehörige / Bezugspersonen unterstützen den Pflegeprozess

Resilienz-Fähigkeiten*

- » Zeigt Ausdauer, neue Fähigkeiten zu erwerben
- » Bereitschaft, Neues zu lernen
- » Glaubt an ihre / seine Selbstwirksamkeit
- » Positives Selbstkonzept
- » Lebenserfahrung
- » Positiv erlebte soziale Kontakte / Beziehungen
- » Gefühl der persönlichen Würde
- » Angepasste Aktivität
- » Physiologische Resilienz
- » Fähigkeit zur effektiven Kommunikation
- » Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit
- » Flexibilität
- » Setzt sich Ziele und arbeitet daran, diese zu erreichen
- » Sinn für Humor

Pflegeziele

- » Eigenaktivität ist entsprechend den körperlichen Ressourcen gefördert
- » Gelähmte Extremität(en) ist (sind) in Handlungsmuster bei der Körperpflege integriert
- » Körperwahrnehmung ist aktiviert und stimuliert
- » Fühlt die eigene Körpermitte
- » Betroffene Körperhälfte ist in die Bewegungsabläufe integriert
- » Normale Bewegungsabläufe sind angebahnt
- » Verbesserung und Förderung der Wahrnehmungsorganisation
- » Tonusregulation und Koordination im Rahmen von Alltagshandlungen wird gefördert
- » Wachheit und Wahrnehmung sind gefördert

- » Kennt spastikreduzierende Bewegungsmuster und kann diese einsetzen
- » Schrittweise Übernahme der Körperpflege in vereinbarten Zeiträumen
- » Kann ohne Seiten- oder Rückenunterstützung sitzen und das Gleichgewicht halten
- » Muskeltonus ist im Rahmen der Bewegungsabläufe im Alltag reguliert
- » Motorische Fertigkeiten und physiologische Bewegungsabläufe sind gefördert
- » Akzeptiert die Körperwaschung durch eine Pflegeperson / Bezugsperson
- » Kann Körperpflegeutensilien und / oder Armaturen selbstständig nutzen bzw. regulieren
- » Empfindet nach der (Pflege-)Aktivität ein aktuelles physisches Wohlbefinden
- » Kann den Körper selbstständig waschen und abtrocknen
- » Kann den Oberkörper selbstständig waschen und abtrocknen
- » Kann Gesicht und Hände selbstständig waschen und abtrocknen
- » Erlernt neue Fertigkeiten, um vorhandene körperliche Einschränkungen zu kompensieren
- » Abgestimmter und harmonischer Ablauf der Körperpflege ist gefördert
- » Kann die Waschelegenheit selbstständig aufsuchen / verlassen

Pflegeinterventionen

Ressourcen und Einschränkungen systematisch ermitteln

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Beweglichkeit der Gelenke ermitteln
 - › Arm- / Hand- / Fingerfunktion einschätzen
 - › Koordinationsvermögen ermitteln
 - › Kraft und Ausdauer ermitteln
 - › Grad der Abhängigkeit ermitteln
 - › Sitzhaltungskontrolle und Gleichgewicht einschätzen
 - › Standhaltungskontrolle einschätzen
 - › Hilfsmittelbedarf ermitteln

Betroffene Körperregion bei der Körperpflege gezielt miteinbeziehen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Basal stimulierende Körperwaschung nach Bobath durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Basal stimulierende Teilkörperwaschung durchführen
 - › Basal stimulierende Ganzkörperwaschung durchführen
 - › Intimwaschung im Anschluss an die stimulierende Waschung durchführen
- » Besonderheiten bei der Durchführung beachten
 - › Raue Waschhandschuhe / Handtücher verwenden
 - › Waschwasser nach Wunsch vorbereiten
 - › Waschrichtung von der nicht betroffenen zur betroffenen Seite wählen
 - › Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung richten
 - › Spastik auslösende Berührungen vermeiden
 - › Haarwuchsrichtung beachten

- › Diffuse Berührungen vermeiden
- » Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Aktivierende, therapeutische Körperwaschung nach dem Bobath-Konzept durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Im stabilen Sitz im Bett
 - › Sitzend vor dem Waschbecken
 - › Sitzend vor dem Waschbecken mit einer Sequenz stehend vor dem Waschbecken
 - › In Seitenlage auf der mehr betroffenen Seite
- » Individuelle Aspekte des Bobath-Konzeptes beachten
 - › Haltungskontrolle durchführen
 - › Auf Einhaltung normaler Bewegungsabläufe achten
 - › Aufmerksamkeit durch Strategieänderungen fördern
 - › Schulter-Schutz-Handling durchführen

Gespürte Interaktionstherapie nach dem Affolter-Modell im Rahmen der Körperpflege durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › „Elementares / einfaches Führen“ während der Handlung
 - › Durch „Elementares Führen“ die Handlung einleiten
 - › „Pflegerisches Führen“ bei der Aktivität
 - › Durchgeführte Handlung mit dem Betroffenen repetieren
- » Geführte Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege nach dem Affolter-Modell
 - › Geführte Ganzkörperwaschung
 - › Geführte Teilkörperwaschung
 - › Geführte Rasur
 - › Geführte Mundpflege
 - › Geführte Haarpflege
 - › Geführte Hautpflege

Alltagskompetenzen im Rahmen der Körperpflege fördern / trainieren (bei Hemiplegie / -paresie)

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Wochenziele über die Aktivierungsfortschritte vereinbaren
 - › Gezielt zu Kompensationstechniken beim Waschraining anleiten
 - › Halten des paretischen Armes am Waschbecken
 - › Halten des paretischen Armes aufgelegt auf dem Bein
 - › Sitzhaltungskontrolle durchführen und Korrektur der Sitzhaltung bei Bedarf
 - › Auf Stabilität und physiologische Stellung der Körperabschnitte achten und bei Bedarf korrigieren
 - › Physiologische Bewegungsabläufe inhibieren / faszilitieren
 - › Greiffunktion für Körperpflegegegenstände / -mittel fördern
- » Anzuleitende Person(en) festlegen
 - › Betroffene Person
 - › Angehöriger / Bezugsperson

Körperwaschung nach NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment) durchführen

- » Lernebene bestimmen
 - › 1. Lernebene Waschen und Kleiden im Bett liegend durchführen, Pflegeperson übernimmt die Durchführung

- › 2. Lernebene Waschen und Kleiden im Bett liegend durch Pflegeperson durchführen, betroffenen Arm gezielt stimulieren
- › 3. Lernebene Waschen und Kleiden mit aufgerichtetem Oberkörper durch Pflegeperson durchführen
- › 4. Lernebene Waschen und Kleiden mit aufgerichtetem Oberkörper durchführen, wäscht die Körperregionen im Sitzen selbstständig, Pflegeperson kontrolliert (ggf. Inhibieren) Schulterblatt, Bewegungsabläufe ggf. fasilitieren
- › 5. Lernebene Waschen und Kleiden im Sitzen mit Anziehtraining durchführen, Oberkörper selbstständig waschen, Pflegeperson beobachtet und faziiliert bei Bedarf
- › 6. Lernebene Waschen und Kleiden im Sitzen und teilweise im Stand durchführen, Bewegungsabläufe inhibieren
- › 7. Lernebene Waschen und Kleiden im Stand durchführen, zur selbstständigen Durchführung anleiten, bei Bedarf Bewegungsabläufe inhibieren
- › Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Körperwaschung nach rehabilitativem / sonstigem Konzept durchführen

- › Pflegeintervention konkretisieren
 - › MRP (Motor Relearning Programme)
 - › Ganzkörperwaschung nach den Grundsätzen von Inhester und Zimmermann
 - › Körperpflege / -waschung nach dem Aktivitas-Pflegekonzept durchführen
 - › Sonstige rehabilitative Konzepte anwenden
- › Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Ganzkörperwaschung durchführen

- › Ort der Ganzkörperwaschung angeben
 - › Im Bett
 - › Am Bettrand sitzend
 - › Am Waschbecken
 - › In der Dusche
 - › In der Duschbadewanne
- › Unterstützungsgrad angeben
 - › Beaufsichtigen
 - › Durch Unterstützen helfen
 - › Teilweise übernehmen
 - › Vollständig übernehmen
 - › Aktivieren / anleiten
- › Besonderheiten beachten
 - › Körperpflege / -waschung nach dem Aktivitas-Pflegekonzept durchführen
 - › Körperwaschung nach pflegetherapeutischem Konzept durchführen
 - › Ritualisierung einhalten
 - › Kompensatorische Fähigkeiten fördern
- › Hilfsmittel einsetzen
 - › Trittsstufe
 - › Duschliege
- › Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Teilkörperwaschung durchführen

- › Zu waschendes Körperteil
 - › Gesicht
 - › Hände
 - › Arme
 - › Ein Arm
 - › Brust
 - › Bauch
 - › Rücken
 - › Beine
 - › Ein Bein
 - › Füße
 - › Ein Fuß
 - › Intimbereich vorne
 - › Intimbereich Gesäß
- › Unterstützungsgrad angeben
 - › Beaufsichtigen
 - › Durch Unterstützen helfen
 - › Teilweise übernehmen
 - › Vollständig übernehmen
 - › Aktivieren / anleiten
- › Ort der Teilkörperwaschung
 - › Im Bett
 - › Am Bettrand
 - › Am Waschbecken / Lavabo
- › Besonderheiten beachten
 - › Ritualisierung einhalten
- › Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Waschschüssel und Pflegeutensilien zur Körperwaschung bereitstellen

- › Körperpflegeutensilien bereitstellen
 - › Eigene Pflegeutensilien verwenden
 - › Waschschüssel mit Waschwasser
 - › Pflegeutensilien
 - › Handtücher
 - › Waschlappen
- › Vorbereitungsart bestimmen
 - › Im Bad / am Waschbecken vorbereiten
 - › Am Nachttisch / Tisch vorbereiten
- › Pflegeprodukte bereitstellen

Beim Aufsuchen / Verlassen der Waschgelegenheit unterstützen

- › Pflegeintervention konkretisieren
 - › Zum Bad und zurück begleiten
 - › Mit dem Rollstuhl zum Bad fahren
 - › Beim Gehen zum Waschbecken unterstützen
 - › Mit dem Rollator zur Waschgelegenheit begleiten
 - › Mit dem Rollstuhl zur Waschgelegenheit fahren

2

Atmung

- » Beeinträchtigte Atemwegsclearance 132
- » Insuffiziente Atmung 139
- » Risiko der respiratorischen Insuffizienz 148
- » Risiko der Erstickung 152
- » Risiko der Aspiration 154
- » Risiko der Atelektasenbildung / Pneumonie 158
- » Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ 168

Der Patient ist beim **Abhusten** von **Bronchialsekret beeinträchtigt, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance**

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Es besteht, aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Fähigkeit, willkürlich oder infolge eines Reizes einen durch die Atemmuskulatur hervorgerufenen, explosionsartigen Ausstoß von Luft zum Abtransport von dünnflüssigen und/oder schleimigen Absonderungen aus dem Hauptast der Luftröhre zu erreichen, eine eingeschränkte oder fehlende Selbstreinigungsfunktion der Atemwege, um Partikel, Sekret oder Mikroorganismen aus tiefer gelegenen Abschnitten der Lunge/Bronchien in Richtung Pharynx zu transportieren.

Kennzeichen

- » Äußert ein Wissensdefizit über die Technik des produktiven Abhustens
- » Fehlende Kraft zum Abhusten
- » Äußert Angst vor den Schmerzen beim Abhusten
- » Erfolgreicher Hustenversuch
- » Dyspnoe*
- » Zyanosezeichen*
- » Unphysiologische Atemgeräusche
- » Giemen*
- » Erhöhte Atemfrequenz*
- » Fehlender Hustenreflex

Ursachen

- » Bauchchirurgischer Eingriff
- » Brustchirurgischer Eingriff
- » Postoperative Schmerzen / Ängste
- » Bewusstlosigkeit*
- » Beatmung
- » Tracheostoma*
- » Neurologische Störung
- » Mechanische Obstruktion*
- » Postoperative Obstruktion*

Krankheitsbedingte Ursachen

- » Muskelerkrankung

Ressourcen

- » Zeigt Interesse, die Abhustetechnik zu lernen
- » Zeigt Verhaltensweisen, die die Therapie unterstützen
- » Erkennt die Notwendigkeit der getroffenen Intervention und kooperiert mit dem therapeutischen Team
- » Toleriert die atemunterstützende Lagerung
- » Toleriert die atemunterstützenden Interventionen
- » Angehörige/ Bezugspersonen unterstützen den Pflegeprozess

Pflegeziele

- » Komplikationen sind frühzeitig erkannt und abgewendet
- » Ausdehnung der Lungensegmente ist sichergestellt
- » Atemfrequenz beim Erwachsenen liegt zwischen 12–20 Atemzügen / Min.
- » Atemfrequenz beim Kind liegt zwischen 15–30 Atemzügen / Min.
- » Atemfrequenz beim Neugeborenen liegt zwischen 30–50 Atemzügen / Min.
- » Kennt Möglichkeiten, aktiv den Therapieerfolg zu unterstützen
- » Abhusten von Sekret ist erleichtert und produktiv
- » Bronchialsekret ist gelöst
- » Bronchialsekret kann mobilisiert werden
- » Sekret kann mobilisiert werden
- » Atemwege sind frei
- » Reinigungsfunktion der Atemwege ist unterstützt
- » Atemluft ist angefeuchtet
- » Therapie ist sichergestellt
- » Abhusten und Sekrettransport aus den Bronchien sind unterstützt

Pflegeinterventionen

Atmung beobachten und Ergebnisse dokumentieren

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Atemfrequenz und Atemqualität beobachten
 - › Beurteilung der Atemwegsclearance
 - › Viskosität/ Beschaffenheit des Bronchialsekrets
 - › Husten-Assessment durchführen
 - › COPD Assessment durchführen
 - › Peak-Flow-Messung durchführen
 - › Blutgasanalyse (BGA) durchführen
 - › Auf Zyanosezeichen beobachten
 - › Pulsoximetrie durchführen

Zu produktivem Abhusten anleiten

- » Pflegeintervention konkretisieren
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Beaufsichtigen
 - › Durch Unterstützen helfen
 - › Teilweise übernehmen
 - › Vollständig übernehmen
 - › Zur selbstständigen Durchführung anleiten
- » Anzuleitende Person(en) festlegen
 - › Betroffene Person
 - › Angehöriger/ Bezugsperson

Beim produktiven Abhusten unterstützen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Oszillierende Atemtechnik mit PEP-Systemen durchführen

- » Oszillierende PEP (Positive Expiratory Pressure)-Geräte auswählen
 - › Flutter (VRP1) (Vario-Resistance-Pressure-Gerät)
 - › RC-Cornet
 - › Acapella
 - › Blubberflasche einsetzen
- » Unterstützungsgrad angeben

- › Beaufsichtigen
- › Durch Unterstützen helfen
- › Teilweise übernehmen
- › Vollständig übernehmen
- › Aktivieren / anleiten
- » Durchführende Person angeben
 - › Pflegeperson
 - › Physiotherapeut

Zellstoff und Abwurfchale bereitstellen, Expektorationsregelmäßig unter Beachtung der Hygienerichtlinien entsorgen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Mund- / Nasenraum unter Beachtung der Hygienevorschriften absaugen

- » Bronchialsekret absaugen
- » Anzahl der benötigten Pflegepersonen bestimmen

Bronchialsekret absaugen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Endotracheal absaugen
 - › Transnasales Absaugen
 - › Orales Absaugen
 - › Subglottisches Absaugen
 - › Absaugvorgang mit Einmalkatheter unter sterilen Kautelen durchführen
 - › Geschlossenes Absaugsystem einsetzen
- » Anzahl der benötigten Pflegepersonen bestimmen

Quincke-Hängelage durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Atemluft anfeuchten

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Ultraschallvernebler einsetzen
 - › Wärme- / Feuchtigkeitsaustauscher
 - › Kaskaden
 - › Künstliche Nase einsetzen
 - › Warmluftvernebler
 - › Mit physiologischer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
 - › Heizbefeuchter des Beatmungsgerätes
- » Zeitangaben zum Anfeuchten der Atemluft machen
 - › Kontinuierlich
 - › Intermittierend
- » Hinweise zum Aufbau / Wechsel der Systeme
 - › Ultraschallvernebler auf- / abbauen
 - › Schlauchsystem des Ultraschallverneblers wechseln
 - › Schlauchsystem am Heizbefeuchter wechseln

Kontinuierlichen axialen Lagewechsel in einem motorbetriebenen Spezialbett durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Inhalation durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren

- › Mit Wasserdampf inhalieren
- › Mit physiologischer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
- › Mit hyperosmolarer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
- › Mit Medikament laut Arztanordnung und Düsenvernebler inhalieren
- » Art der Hilfestellung bestimmen
 - › Während der Inhalationsdauer unterstützen
 - › Zur Inhalation anleiten / dabei instruieren

Inhalationsgerät aufbauen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Hustenunterstützung mit dem Cough Assist durchführen

- » Pflegeintervention konkretisieren

Der Patient hat einen unproduktiven Husten, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance

LOE PD: 2.1 a); LOE PL: 2.1 b)

Definition Es besteht, aufgrund eines ineffizienten, durch die Atemmuskulatur hervorgerufenen, explosionsartigen Ausstoßens von Luft und / oder Schleim, eine eingeschränkte oder fehlende Selbstreinigungsfunktion der Atemwege, um Partikel, Sekret oder Mikroorganismen aus tiefer gelegenen Abschnitten der Lunge / Bronchien in Richtung Pharynx zu transportieren.

Kennzeichen

- » Akuter Husten
- » Chronischer Husten > 3 Wochen Dauer
- » Unproduktiver Husten (ohne Auswurf)
- » Trockener Husten
- » Kratzender Husten
- » Krampfartiger Husten
- » Brodelnde Atemgeräusche
- » Rasselnde Atemgeräusche
- » Berichtet über festsitzendes Bronchialsekret*

Ursachen

- » Funktionsbeeinträchtigung der Bronchialschleimhaut durch Staub / Allergene / Noxen*
- » Beeinträchtigte Selbstreinigungsfunktion der Lunge durch Rauchen (aktiv / passiv)
- » Aktiver Raucher
- » Raucherhistorie
- » Fremdkörper

Krankheitsbedingte Ursachen

- » Virusinfekt
- » Asthma bronchiale*
- » Bronchitis*
- » Pneumonie*

- » Keuchhusten*
- » Tuberkulose*
- » Bronchialkarzinom*
- » Reizhusten
- » Bronchiektase*
- » Lungenödem*
- » Gastroösophagealer Reflux*
- » Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)*
- » Mukoviszidose*

Ressourcen

- » Zeigt Interesse, die Abhusttechnik zu lernen
- » Erkennt die Notwendigkeit der getroffenen Intervention und kooperiert mit dem therapeutischen Team
- » Angehörige/ Bezugspersonen unterstützen den Pflegeprozess

Pflegeziele

- » Komplikationen sind frühzeitig erkannt und abgewendet
- » Ausdehnung der Lungensegmente ist sichergestellt
- » Atemfrequenz beim Erwachsenen liegt zwischen 12–20 Atemzügen / Min.
- » Atemfrequenz beim Kind liegt zwischen 15–30 Atemzügen / Min.
- » Atemfrequenz beim Neugeborenen liegt zwischen 30–50 Atemzügen / Min.
- » Kennt Möglichkeiten, aktiv den Therapieerfolg zu unterstützen
- » Atemwegsschleimhaut ist intakt
- » Bronchialsekret ist physiologisch
- » Zilienbeweglichkeit ist aufrechterhalten
- » Viskosität des Bronchialsekrets ist erniedrigt
- » Bronchialsekret ist gelöst
- » Atemwege sind frei
- » Gesundheitsprozess ist unterstützt
- » Atemluft ist angefeuchtet
- » Therapie ist sichergestellt

Pflegeinterventionen

Atmung beobachten und Ergebnisse dokumentieren

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Atemfrequenz und Atemqualität beobachten
 - › Beurteilung der Atemwegsclearance
 - › Viskosität / Beschaffenheit des Bronchialsekrets
 - › Husten-Assessment durchführen
 - › COPD Assessment durchführen
 - › Peak-Flow-Messung durchführen
 - › Blutgasanalyse (BGA) durchführen
 - › Auf Zyanosezeichen beobachten
 - › Pulsoximetrie durchführen

Zu produktivem Abhusten anleiten

- » Pflegeintervention konkretisieren
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Beaufsichtigen
 - › Durch Unterstützen helfen
 - › Teilweise übernehmen

- › Vollständig übernehmen
- › Zur selbstständigen Durchführung anleiten
- » Anzuleitende Person(en) festlegen
 - › Betroffene Person
 - › Angehöriger / Bezugsperson

Hustenstillende Tees verabreichen

- » Reizzustände der oberen Atemwege lindern
 - › Spitzwegerichtee anbieten
 - › Fencheltee anbieten
 - › Anistee anbieten
 - › Salbeitee anbieten
- » Krampfartige Hustenzustände mildern
 - › Thymiantee anbieten

Einatmungsluft anfeuchten

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Ultraschallvernebler einsetzen
 - › Wärme- / Feuchtigkeitsaustauscher
 - › Kaskaden
 - › Künstliche Nase einsetzen
 - › Warmluftvernebler
 - › Mit physiologischer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
 - › Heizbefeuchter des Beatmungsgerätes
- » Zeitangaben zum Anfeuchten der Atemluft machen
 - › Kontinuierlich
 - › Intermittierend
- » Hinweise zum Aufbau / Wechsel der Systeme
 - › Ultraschallvernebler auf- / abbauen
 - › Schlauchsystem des Ultraschallverneblers wechseln
 - › Schlauchsystem am Heizbefeuchter wechseln

Brustwickel zur Bronchialsekretlösung anwenden

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Feuchtwarmen Kartoffelbrustwickel einsetzen
 - › Feuchtwarmen Zitronenbrustwickel einsetzen
 - › Senfwickel einsetzen
 - › Quarkwickel einsetzen

Lagerungsdrainagen zum Bronchialsekrettransport einsetzen

- » Lagerungsposition festlegen
 - › Re. und li. oberer Lungenlappen (apikales Segment): sitzende Position
 - › Re. Oberlappen (posteriores Segment): 135° li. und OK leicht erhöht lagern, linken Arm nach hinten ausstrecken
 - › Li. Oberlappen (posteriores Segment): 135° re. und OK leicht erhöht lagern, re. Arm nach hinten ausstrecken
 - › Re. und li. Oberlappen (anteriore Segmente): flache Rückenlage, Knie unterstützen
 - › Li. unteres Ende des Oberlappens (Lingula): 45°-Lagerung auf re. Seite, Fußende ca. 30 cm erhöhen
 - › Re. Mittellappen: 45°-Lagerung auf li. Seite, Fußende ca. 30 cm erhöht
 - › Re. und li. Unterlappen (apikale Segmente): Bauchlage, Füße unterstützen

- › Re. und li. Unterlappen (anterobasale Segmente): Rückenlage, Knie unterstützt, Fußende ca. 40 cm erhöht
- › Re. und li. Unterlappen (posterobasale Segmente): Kopf-Tieflage
- › Re. Unterlappen (laterobasales Segment): Seitenlage li., Fußende ca. 40 cm erhöht
- › Li. Unterlappen (laterobasales Segment): Seitenlage re., Fußende ca. 40 cm erhöht

Ätherische Öle für eine freie Atmung einsetzen

- › Pflegeintervention konkretisieren
 - › Substanzen mit ätherischen Ölen auf dem Rücken auftragen
 - › Ätherische Öle mithilfe von Duftlampe/ -stein anbieten
- › Ätherisches Öl auswählen
 - › Anisöl
 - › Eukalyptusöl
 - › Thymianöl
 - › Zypressenöl

Lutschbonbons anbieten

- › Pflegeintervention konkretisieren

Inhalation durchführen

- › Pflegeintervention konkretisieren
 - › Mit Wasserdampf inhalieren
 - › Mit physiologischer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
 - › Mit hyperosmolarer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
 - › Mit Medikament laut Arznanordnung und Düsenvernebler inhalieren
- › Art der Hilfestellung bestimmen
 - › Während der Inhalationsdauer unterstützen
 - › Zur Inhalation anleiten/ dabei instruieren

Der Patient hat aufgrund einer Mundatmung das Risiko der Austrocknung der oberen Atemwege

LOE PD: 2.1 a); LOE PL: 2.1 b)

Definition Es besteht, aufgrund einer permanent oder intermittierend eingeschränkten Nasenatmung und/oder einer forcierten, habituellen oder chronisch manifestierten Expiration und Inspiration durch den Mund, die Gefahr einer unzureichenden Befeuchtung und/oder des Flüssigkeitsverlustes der Schleimhaut von Mund, Nasenhöhle, Rachen und Kehlkopf.

Kennzeichen

- › Schnarchen
- › Geruchsstörung
- › Nächtliche Erstickungsanfälle
- › Trockene Mundschleimhaut
- › Gerötete Mundschleimhaut
- › Offener Mund
- › Nasenatmung ist behindert
- › Borken und Krusten im Mund

- › Sichtbare Borken in der Nase
- › Spröde Lippen
- › Viel Nasensekret
- › Liegende Nasensonde

Ursachen

- › Gewohntes Atemmuster
- › Angewohnheit, durch den Mund zu atmen
- › Allergien, die zur Schwellung der Nasenschleimhaut führen
- › Verstopfte Nasenwege
- › Nasenpolypen*
- › Dysplasie der Nase*
- › Zahn-, Kieferstellung
- › Bissanomalie*
- › Ungleichgewicht der Muskulatur im Gesichtsbereich
- › Postoperative Schwellung des Wundgebiets im Nasenrachenraum
- › Mundatmung
- › Debilität*
- › Mentale Retardierung*

Krankheitsbedingte Ursachen

- › Chronische Erkältungskrankheiten

Ressourcen

- › Toleriert die therapeutische / pflegerische Intervention
- › Angehörige / Bezugspersonen unterstützen den Pflegeprozess

Pflegeziele

- › Komplikationen sind frühzeitig erkannt und abgewendet
- › Atemfrequenz beim Erwachsenen liegt zwischen 12–20 Atemzügen / Min.
- › Atemfrequenz beim Kind liegt zwischen 15–30 Atemzügen / Min.
- › Atemfrequenz beim Neugeborenen liegt zwischen 30–50 Atemzügen / Min.
- › Mundschleimhaut, Zunge und Lippen sind intakt
- › Nasenschleimhaut ist intakt
- › Ursachen für Atemwegsprobleme sind erkannt
- › Schädliche Reize sind reduziert / vermieden
- › Atemwegsschleimhaut ist intakt
- › Bronchialsekret ist physiologisch
- › Zilienbeweglichkeit ist aufrechterhalten
- › Mundschleimhaut ist intakt
- › Kennt die Anforderungen an eine gesundheitsfördernde Mund- / Zahnhygiene und setzt diese adäquat um
- › Nase ist frei von Sekret
- › Nase ist frei von Borken
- › Lippen sind geschmeidig
- › Physiologische Atmung durch die Nase
- › Orale Flüssigkeitszufuhr ist ermöglicht
- › Bedarfsgerechte Flüssigkeitszufuhr ist sichergestellt
- › Flüssigkeitsbilanz ist ausgeglichen
- › Nasenatmung ist unterstützt

3

Ernährung

- » Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme 174
- » Beeinträchtiges Schlucken 185
- » Mangelernährung 206
- » Risiko der Mangelernährung 216
- » Beeinträchtiges Ernährungsverhalten 240
- » Dehydratation / Störung des Elektrolythaushalts 245
- » Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits- / Elektrolythaushalts 252
- » Risiko des beeinträchtigten Stillens 266
- » Beeinträchtiges Stillen 272
- » Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen 286

Der Patient ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen / Trinken beeinträchtigt

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, ohne die Hilfe Dritter die Organisation und Koordination der eigenen Ernährung in Form der mundgerechten Zubereitung von Lebensmitteln, des Bewe-gens der Lebensmittel zum Mund sowie des Einführens in den Mund eigenständig durchzuführen.

Kennzeichen

- » Kann die Nahrung nicht selbstständig zum Mund führen
- » Kann ein Glas, eine Tasse nicht selbstständig zum Trinken anheben und zum Mund führen
- » Kann Flüssigkeit nicht selbstständig mit Strohhalm / anderen Hilfs-mitteln aufnehmen
- » Kann keine Nahrungsprodukte schneiden / putzen / kochen
- » Kann Nahrungsmittelverpackungen nicht öffnen
- » Kann die Nahrungsmittel nicht mundgerecht schneiden
- » Kann die Nahrung nicht kauen
- » Eingeschränkte Fähigkeit, die Nahrung mit dem Besteck aufzunehmen
- » Fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit, Nahrung zuzubereiten
- » Kann die Nahrung auf dem Teller / Tablett nicht sehen
- » Schläft bei der Nahrungsverabreichung immer wieder ein
- » Kennt die Abläufe der Nahrungsaufnahme nicht
- » Zeitverzögerte Reaktion bei der Aufforderung, den Mund zu öffnen, Nahrung zu kauen oder zu schlucken
- » Kann die Gebrauchsgegenstände zur Nahrungsaufnahme nicht nutzen
- » Beeinträchtigte Hand-Mund-Koordination

Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme

- » Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzuneh-men
- » Kann die Sitzposition zur Nahrungsaufnahme nicht selbstständig halten
- » Instabile Sitzposition

Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme

- » Stufe 1: Selbstständige Nahrungsaufnahme bei mundgerechter Vorbereitung
- » Stufe 2: Geringe Beeinträchtigung, die durch Hilfsmittel kompen-siert werden kann
- » Stufe 3: Erhebliche Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme
- » Stufe 4: Schwere Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme
- » Stufe 5: Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen

Ursachen

- » Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit*
- » Fehlende Kraft zur Eigenbewegung
- » Schmerzzustände*

- » Unsicheres / ungerichtetes Bewegungsmuster
- » Angstzustände*
- » Antriebslosigkeit
- » Frailty-Syndrom*
- » Desorientierung*
- » Eingeschränkte Sehfähigkeit
- » Bewegungseinschränkung*
- » Bewegungseinschränkung durch Zu- / Ableitungssysteme
- » Orthese der unteren Extremität / en*
- » Wirbelsäuleninstabilität*
- » Wirbelsäuleninstabilität (Stützkorsagenversorgung)
- » Extensionsbehandlung*
- » Gilchrist-Verband*
- » Briefträgerverband*
- » Gipsverband oder Schienenlagerung
- » Behandlung mit Körpergipsschale
- » Quantitative Bewusstseinsveränderung*
- » Entwicklungsbedingte(s) Selbstfürsorgedefizit / -fähigkeit*
- » Behinderungsbedingte(s) Selbstfürsorgedefizit / -fähigkeit
- » Wahrnehmungsstörung*
- » Sensorische Integrationsstörung*
- » Demenz (nicht weiter spezifiziert)*
- » Depressive Verstimmung*
- » Apraxie*
- » Lähmung (nicht näher bezeichnet)
- » Hemiparese*
- » Hemiplegie*
- » Paraplegie*
- » Tetraplegie*
- » Belastungs- / Ruhedyspnoe*
- » Ausgeprägte Kontraktur*
- » Ausgeprägte Spastik*
- » Gesichtsfeldeinschränkung

Krankheitsbedingte Ursachen

- » Alzheimer-Demenz*
- » Hypotone Kreislaufveränderung*

Ressourcen

- » Akzeptiert die Unterstützung von Angehörigen
- » Akzeptiert die Unterstützung
- » Kann Wünsche zur Speisenvorbereitung äußern
- » Isst gern
- » Ist bereit, mit Hilfsmitteln das Essen und Trinken neu zu lernen
- » Lässt sich die Nahrung gern verabreichen
- » Ist motiviert, ein Ess- und Trinktraining zu absolvieren
- » Isst täglich frisches Obst
- » Nimmt regelmäßig Nahrungsergänzungstoffe ein

Resilienz-Fähigkeiten*

- » Zeigt Ausdauer, neue Fähigkeiten zu erwerben
- » Bereitschaft, Neues zu lernen
- » Glaubt an ihre / seine Selbstwirksamkeit
- » Positives Selbstkonzept
- » Lebenserfahrung

- » Positiv erlebte soziale Kontakte / Beziehungen
- » Gefühl der persönlichen Würde
- » Angepasste Aktivität
- » Physiologische Resilienz
- » Fähigkeit zur effektiven Kommunikation
- » Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit
- » Flexibilität
- » Setzt sich Ziele und arbeitet daran, diese zu erreichen
- » Sinn für Humor
- » Familiäre Resilienz

Pflegeziele

- » Genaue Bemessungsgrundlage für die Einschätzung des Ernährungszustands ist sichergestellt
- » Geplante Gewichtszunahme im festgelegten Zeitraum ist erreicht
- » Körpergewicht ist konstant
- » Bedarfsgerechte Tagesmenge an Nährstoffen ist ermittelt
- » Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr
- » Bedarfsgerechte orale Energie- und Nährstoffzufuhr
- » Biographischer Hintergrund ist berücksichtigt
- » Zubereitung und Darreichung der Nahrung entsprechen den Bedürfnissen und sind vertraut
- » Umgebungssituation der Nahrungsaufnahme entspricht den Bedürfnissen
- » Essenszeiten sind dem Bedürfnis individuell angepasst
- » Verbesserung und Förderung der Wahrnehmungsorganisation
- » Erhält angemessene Spürinformationen in der Interaktion mit der Umwelt
- » Tonusregulation und Koordination im Rahmen von Alltagshandlungen wird gefördert
- » Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme ist gefördert
- » Setzt Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme effektiv ein
- » Erreicht einen höheren Grad an Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme
- » Autonome Entscheidungsfindung über Hilfsmiteleinsetz / Strategien zur Nahrungsaufnahme ist gefördert
- » Flüssigkeitsdefizit ist sofort erkannt
- » Einem Flüssigkeitsdefizit ist vorgebeugt
- » Trinkt selbstständig, ohne zu aspirieren
- » Trinkt, ohne zu aspirieren
- » Findet die Speisen / Getränke und kann diese selbstständig einnehmen
- » Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist beurteilt
- » Ist in die selbstständige Nahrungszufuhr zurückgeführt
- » Angehöriger / Bezugsperson kann Nahrungverabreichung selbstständig durchführen

Pflegeinterventionen

Ernährungszustand ermitteln

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › BMI errechnen
 - › Körpergröße ermitteln
 - › Hautfaltendicke-Messung durchführen
 - › Sonstiges

- » Gewicht kontrollieren
 - › Gewicht mit Sitzwaage kontrollieren
 - › Gewicht mit Sitzwaage kontrollieren (pflegerisch erforderlich)
 - › Gewicht mit Stehwaage kontrollieren
 - › Gewicht mit Lifterwaage kontrollieren

Bedürfnis- / bedarfsgerechte Kostform auswählen / bestellen

- » Kostform auswählen
 - › Vollkost
 - › Schonkost
 - › Wunschkost
 - › Hochkalorische Kost
 - › Fingerfood
 - › Pürierte Kost
 - › Weiche Kost
 - › Diabeteskost
 - › Diätetische Kost
- » Zwischenmahlzeit festlegen
 - › Obst
 - › Joghurt
 - › Dessertspeise
 - › Brot mit Auflage
 - › Trinknahrung
 - › Zwischenmahlzeit für Diabetiker
 - › Kalorienreiche Snacks und Getränke
- » Kalorienbedarf
 - › Vereinbarte tägl. Kalorienzufuhr
 - › Vom Ernährungsberater ermittelte Kalorienzufuhr

Biografische Hintergründe erfragen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Individuelle Vorlieben und Abneigungen beim Essen ermitteln
 - › Bevorzugte Geschmacksrichtung
 - › Einstellung gegenüber den Lebensmitteln und nachhaltiger Ernährung
 - › Praktizierte Esskultur

Bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit) unterstützen

- » Lagerung / Sitzposition bestimmen
 - › Lagerung zur Nahrungsaufnahme durchführen
 - › Therapeutische Sitzposition nach Bobath durchführen
 - › Sitzposition in Neutralstellung (LiN) durchführen
 - › Beim Transfer in den Lehn- / Rollstuhl / Rehabuggy unterstützen, zum Tisch fahren
 - › Zur Nahrungsaufnahme zum Tisch führen
 - › In den Speisesaal fahren / begleiten
 - › Kind zum Füttern auf den Schoß setzen
 - › Nahrungsaufnahme im Hochstuhl
- » Ort der Mahlzeiteinnahme
 - › Essenstablett ins Zimmer bringen
 - › Essenstablett in den Speisesaal bringen
 - › Essen am Tisch ermöglichen
 - › Essen im Bett ermöglichen
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Essen mundgerecht vorbereiten

- › Nahrungs- / Flüssigkeitszufuhr beaufsichtigen
- › Verabreichung teilweise übernehmen
- › Nahrung / Flüssigkeit verabreichen
- › Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme anleiten
- » Besonderheiten der Nahrungsvorbereitung
 - › Bei Mahlzeiten und Getränken Verzehrttemperatur herstellen
 - › Kontrastreiche Präsentation der Speisen
 - › Energieanreicherung der Mahlzeiten
 - › Mundgerechte Nahrungsvorbereitung gemeinsam durchführen
 - › Ermutigung / Motivation zur Nahrungsaufnahme

Bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit) unterstützen

- » Lagerung / Sitzposition bestimmen
 - › Lagerung zur Nahrungsaufnahme durchführen
 - › Therapeutische Sitzposition nach Bobath durchführen
 - › Sitzposition in Neutralstellung (LiN) durchführen
 - › Beim Transfer in den Lehn- / Rollstuhl / Rehabuggy unterstützen, zum Tisch fahren
 - › Zur Nahrungsaufnahme zum Tisch führen
 - › In den Speisesaal fahren / begleiten
 - › Kind zum Füttern auf den Schoß setzen
 - › Nahrungsaufnahme im Hochstuhl
- » Ort der Mahlzeiteinnahme
 - › Essenstablrett ins Zimmer bringen
 - › Essenstablrett in den Speisesaal bringen
 - › Essen am Tisch ermöglichen
 - › Essen im Bett ermöglichen
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Essen mundgerecht vorbereiten
 - › Nahrungs- / Flüssigkeitszufuhr beaufsichtigen
 - › Verabreichung teilweise übernehmen
 - › Nahrung / Flüssigkeit verabreichen
 - › Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme anleiten
- » Besonderheiten der Nahrungsvorbereitung
 - › Bei Mahlzeiten und Getränken Verzehrttemperatur herstellen
 - › Kontrastreiche Präsentation der Speisen
 - › Energieanreicherung der Mahlzeiten
 - › Mundgerechte Nahrungsvorbereitung gemeinsam durchführen
 - › Ermutigung / Motivation zur Nahrungsaufnahme

Gespürte Interaktionstherapie bei der Nahrungsaufnahme durchführen (Affolter-Modell)

- » Auswahl des problemlösenden Alltagsgeschehnisses
 - › Gespürte Interaktionstherapie beim Einnehmen einer Mahlzeit
 - › Gespürte Interaktionstherapie beim Einnehmen einer Zwischenmahlzeit
 - › Gespürte Interaktionstherapie beim Trinken
- » Maßnahmen konkretisieren
 - › „Elementares / einfaches Führen“ während der Handlung
 - › Durch „Elementares Führen“ die Handlung einleiten
 - › „Pflegerisches Führen“ bei der Aktivität
 - › Durchgeführte Handlung mit dem Betroffenen repetieren
- » Durchführende Person angeben
 - › Pflegeperson
 - › Ergotherapeut
 - › Sonstige Personen

Nahrung innerhalb des Gesichtsfelds platzieren

- » Pflegeintervention konkretisieren

Zum selbstständigen Essen / Trinken mit Hilfsmitteln anleiten

- » Pflegeintervention konkretisieren
- » Esshilfen auswählen
 - › Gummimatte / Haftmatte
 - › Frühstücksbrett
 - › Spezialteller
 - › Spezialbesteck
 - › Trinkhilfen
- » Anzuleitende Person(en) festlegen
 - › Betroffene Person
 - › Angehöriger / Bezugsperson

Flüssigkeitszufuhr unterstützen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Getränke bereitstellen
 - › Getränk anreichen
 - › Hand mit dem Trinkgefäß führen / zum selbstständigen Trinken anleiten
 - › Flüssigkeit mit Tasse / Glas zuführen
 - › Flüssigkeit mit Teelöffel zuführen
 - › Flüssigkeit mit Esslöffel zuführen
 - › Flüssigkeit mit Trinkhalm zuführen
 - › Flüssigkeit mit Schnabelbecher zuführen
 - › Flüssigkeit mit der Pipette zuführen
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Beaufsichtigen
 - › Unterstützen
 - › Teilweise übernehmen
 - › Vollständig übernehmen
 - › Zur selbstständigen Flüssigkeitszufuhr anleiten

Zur Flüssigkeitsaufnahme vorbereiten

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Oberkörperhochlagerung (ca. 70 Grad) durchführen
 - › An den Bettrand aufsetzen
 - › In den Lehn- / Roll- / Stuhl setzen
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Beaufsichtigen
 - › Unterstützen
 - › Teilweise übernehmen
 - › Vollständig übernehmen
 - › Zur selbstständigen Flüssigkeitszufuhr anleiten

Platzierung der Speisen / Getränke auf dem Tisch / Tablett genau beschreiben

- » Pflegeintervention konkretisieren

Nahrungseinnahme bei flacher Rückenlage unterstützen

- » Lagerung / Vorbereitung bestimmen
 - › Bettebene schief stellen
 - › Kleines Nackenkissen anbieten
 - › Essenstablrett richtig positionieren

- » Beim Trinken helfen
 - › Löffel verwenden
 - › Trinkhalm verwenden
 - › Schnabelbecher verwenden

Nahrungseinnahme bei ungerichteten / unsicheren Bewegungsmustern unterstützen

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Zeit lassen und nicht drängen
 - › Brote vorbereiten und maximal einmal zerteilen
- » Hilfsmittel beim Essen einsetzen
 - › Teller mit hohen Seitenrändern
 - › Tassen mit zwei Henkeln
 - › Gummimatte unter dem Teller
 - › Spezialbesteck
 - › Spezielles Frühstückstablett
- » Beim Trinken helfen
 - › Löffel verwenden
 - › Trinkhalm verwenden
 - › Schnabelbecher verwenden

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kontrollieren und dokumentieren

- » Pflegeintervention konkretisieren
 - › Eingenommene Nahrung auf einem Ernährungsprotokoll dokumentieren
 - › Auffälligkeiten und Probleme dokumentieren
 - › Nahrungseinnahme beaufsichtigen
 - › Nahrungsaufnahme beobachten
 - › Nahrungsvorlieben und Abneigungen beobachten

Fingerfood anbieten

- » Pflegeintervention konkretisieren

Maßnahmen zur Vorbereitung der Mobilisation an den Tisch durchführen

- » Prothese an- / ablegen
 - › Oberschenkelprothese
 - › Unterschenkelprothese
 - › Mittelfußprothese
 - › Prothesenfuß
 - › Knieexartikulationsprothese
 - › Hüftexartikulationsprothese
- » Orthese an- / ablegen
 - › Knieorthese
 - › Hüft-Bein-Orthese
 - › Unterschenkelorthese
 - › Handgelenkorthese
 - › Ellenbogenorthese
 - › Ober- und Unterarmorthese
 - › Unterarmorthese
 - › Fußgelenkorthese
 - › Schulterorthese
 - › LWS-Orthese
 - › Beckenorthese
- » Stützkorsett an- / ablegen

- › Doppelschalenorsett
- › Rumpforthese
- › Beckenbodenorthese
- › Rückenorthese
- » Ortsangabe
 - › Links / sinister
 - › Rechts / dexter
 - › Beidseitig
- » Unterstützungsgrad angeben
 - › Teilweise übernehmen
 - › Vollständig übernehmen
 - › Zum selbstständigen An- / Ablegen anleiten

Angehörige / Bezugspersonen zur Nahrungsverabreichung anleiten

- » Pflegeintervention konkretisieren
- » Anzuleitende Person(en) festlegen
 - › Betroffene Person
 - › Angehöriger / Bezugsperson

Der Patient wird enteral über Sonde ernährt, es besteht eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Es besteht, im Rahmen einer vollständigen oder teilweisen künstlichen Zufuhr von dünnbreiiger oder flüssiger Nahrung über eine nasogastral bzw. durch die Bauchdecke angebrachte Magen-, Duodenal- oder Jejunalsonde, eine eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit zur oralen Zufuhr von Lebensmitteln zur Aufrechterhaltung der Stoffwechselprozesse und zur Deckung des Nährstoffbedarfs des Körpers.

Kennzeichen

Beeinträchtigte orale Nahrungsaufnahme bei liegender Ernährungssonde

- » Sichtbare Anzeichen einer bestehenden Schluckbeeinträchtigung
- » Odynophagie*
- » Äußert erschwertes Schlucken durch die orale / nasale Sonde
- » Zeigt fehlenden Willen / Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen
- » Führt keine Aktivitäten zur Nahrungsaufnahme aus
- » Vermehrter Drang zum Räuspern
- » Hustenreiz
- » Berichtet über einen Würgereiz
- » Emesis*
- » Blutbeimengung im Speichel
- » Pharyngitis*
- » Sinusitis*
- » Berichtet über Sodbrennen

Beeinträchtigte enterale Sondenernährung

- » Äußert Schmerzen im Bereich der Eintrittsstelle der Ernährungssonde
- » Schmerzen im Abdomen*

22

Glossar zu ENP

- » Kennzeichen 1046
- » Ursachen 1057
- » Ressourcen 1080

Kennzeichen

1 = leichte Übelkeit Die Übelkeit tritt durch Ablenkung und /oder Ruhe in den Hintergrund.

2 = mäßige Übelkeit Die Übelkeit ist latent sprübar, die Aktivitäten des täglichen Lebens können aber noch geregelt werden.

3 = starke Übelkeit Alltagsaktivitäten sind durch die Übelkeit stark beeinflusst.

4 = unerträgliche Übelkeit Alltagsaktivitäten können nicht mehr selbstständig gemanagt werden, die Übelkeit beeinträchtigt massiv die Lebensqualität.

ASA-Klassifikation III ASA: American Society of Anaesthesiologists; Klassifikation des Operationsrisikos unter Einbeziehung von Komorbiditäten, ASA I gesunder Mensch, ASA II Patient mit einer Systemerkrankung geringen Ausmaßes, z. B.: gut eingestellte Hypertonie, ASA III Patient mit mindestens einer ernsthaften Systemerkrankung, ASA IV Patient mit einer ernsthaften lebensbedrohlichen Systemerkrankung, ASA V Patient würde ohne Operation nicht überleben.

ASA-Klassifikation IV ASA: American Society of Anaesthesiologists; Klassifikation des Operationsrisikos unter Einbeziehung von Komorbiditäten, ASA I gesunder Mensch, ASA II Patient mit einer Systemerkrankung geringen Ausmaßes, z. B.: gut eingestellte Hypertonie, ASA III Patient mit mindestens einer ernsthaften Systemerkrankung, ASA IV Patient mit einer ernsthaften lebensbedrohlichen Systemerkrankung, ASA V Patient würde ohne Operation nicht überleben.

Adaptionsstörungen des Darms Der Prozess, durch den der Darm sein funktionelles und morphologisches Gleichgewicht im Rahmen von Veränderungen aufrechterhält.

Aerophagie Häufiges leeres Schlucken

Affektive Verflachung Zeigt sich durch eine Beeinträchtigung, gegenüber anderen Menschen positive und /oder negative Gefühle zu zeigen, bzw. tiefgehende Gefühlsregungen zu empfinden.

Affektlabilität Auch Stimmungs labilität bezeichnet, ist ein psychischer Zustand, bei dem durch geringe Reize starke Stimmungsschwankungen auftreten können.

Affektstarre Modulationsfähigkeit / Anpassungsfähigkeit der Stimmung / Gefühlslage ist eingeschränkt.

Agitiertheit Pathologisch gesteigerte und unproduktive motorische Aktivität

Akinese Ausgeprägte Bewegungsarmut bis Bewegungslosigkeit, Hauptsymptom bei Parkinson und Nebenwirkung von Arzneimitteln aus der Gruppe der Neuroleptika.

Akinetischer Mutismus Ein durch eine schwere Störung des Antriebs gekennzeichnetes neurologisches Syndrom, wobei die betroffene Person zwar an sich wach ist und keine organisch bedingten Lähmungen aufweist, sich aber selbst nicht bewegt (Akinese), nicht spricht (Mutismus) und auch keine Emotionen zeigt. In der Regel sind Wahrnehmung und Gedächtnis nicht betroffen.

Akustische Sinneseindrücke z. B. Töne

Amenorrhö Das Ausbleiben der Regelblutung

Anaphylaktische Reaktion Eine auf einer Allergie beruhende, potenziell lebensbedrohliche systemische Reaktion des Körpers.

Anaphylaktischer Schock Die maximale Ausprägung einer anaphylaktischen Reaktion, also der auf einer Allergie beruhenden systemischen Reaktion des Körpers mit akuter Lebensgefahr.

Anarthrie Völlige Unfähigkeit, sprachähnliche Laute zu produzieren.

Anasarka Bezeichnet die Ansammlung von Gewebsflüssigkeit im Bindegewebe der Unterhaut

Angestiegene Blutdruckwerte Folgende Referenzwerte werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den systolischen wie auch diastolischen Blutdruck formuliert: optimal: systolisch < 120 mmHg, diastolisch < 80 mmHg normal: systolisch < 130 mmHg, diastolisch < 85 mmHg hochnormal: systolisch 130-139mmHg, diastolisch 85-89 mmHg Hypertonie Grad 1: syst. 140-159 mmHg, diast. 90-99 mmHg Hypertonie Grad 2: syst. 160-179mmHg, diast. 100-109mmHg Hypertonie Grad 3: systolisch >180mmHg, diastolisch > 110mmHg

Anhedonie Die Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden. Es kommt zu einer Abnahme in der Qualität und Anzahl positiver Reaktionen.

Anlage einer Ureterokutaneostomie Es handelt sich um eine Harnleiter-Haut-Fistel, bei der der Harnleiter einseitig oder zweiseitig über die Haut ausgeleitet wird.

Anlage einer kontinenten Urostomie Aus verschiedenen Darmteilen wird ein Beutel (Pouch) als Urin-Reservoir (Neoblase) geschaffen, welcher in ein dicht schließendes Stoma im Unterbauch oder im Bauchnabel mündet. Je nach angewandeter Technik und verwendeten Darmteilen wird von einem Kock-Pouch, Mainz-Pouch, Indiana-Pouch gesprochen. Die Entleerung des Reservoirs erfolgt mittels Katheter direkt in die Toilette.

Anlage eines (Ileus) Conduit Die Harnleiter werden in ein Segment des Dünndarms, welches ausgeschaltet wurde, eingeleitet und mit der Bauchdecke verbunden.

Anlage eines Ileostomas Stomaanlage im Bereich des Dünndarms

Anlage eines Kolostomas Künstlicher Darmausgang im Dickdarmbereich

Anlage eines Transureteroureterokutaneostomie Es handelt sich um eine Harnleiter-Haut-Fistel, bei der der kürzere Harnleiter End-zu-Seit an den längeren Harnleiter anastomiert wird und der längere Harnleiter durch die Bauchdecke ausgeleitet wird.

Anlage eines Urostomas Ein Urostoma ist eine künstliche Harnableitung, der Harn (Uro-) wird dabei über eine(n) Mund / Öffnung (Stoma) in der Haut abgeleitet.

Anurie Die Urinausscheidung ist stark auf unter 100 ml pro Tag reduziert.

Anzeichen einer systemischen Infektion Systemisch: ein System von Organen oder den gesamten Organismus betreffend

Apallisches Syndrom Auch als „Wachkoma“ bezeichnet, eine schwere Schädigung des Gehirns mit einem funktionellen Ausfall der gesamten Großhirnfunktionen.

Apathie Teilnahmslosigkeit oder Unempfindlichkeit gegenüber äußeren Reizen

Areflexiver Darm Beschreibt eine neurogene Darmentleerungsstörung aufgrund einer Schädigung des Conus medullaris (des konisch zulaufenden, kaudalen Endes des Rückenmarks).

Arrhythmien Herzrhythmusstörung, eine Störung der normalen Herzschlagfolge

Arthralgie Gelenkschmerz

Aspiration als Folge des Hängenbleibens von Speisen Aspiration beschreibt das Eindringen flüssiger oder fester Stoffe in die Atemwege bis unterhalb der Stimmlippen.

Aspiration von Sondenkost Aspiration beschreibt das Eindringen flüssiger oder fester Stoffe in die Atemwege bis unterhalb der Stimmlippen.

Aszites Die pathologische Ansammlung von Flüssigkeit im Peritoneum, der freien Bauchhöhle

Atemnot ggf. mit Zyanose bei / nach dem Schlucken Zyanose: Blaufärbung der Gesichtshaut

Atrophie der Zunge Pathologischer Gewebeschwund an der Zunge

Auffällige Geräusche beim Saugen Beispielsweise Schmatzen oder Schnalzen

Auffälliges Ergebnis bei audiometrischen Screeningverfahren Audiometrie: Untersuchungsverfahren, anhand derer die Funktion des Hörgorgans überprüft wird.

Ausgeprägter Paragrammatismus Bezeichnet eine Sprachstörung, die durch einen langen, komplexen Satzbau und / oder die Verdoppelung von Satzteilen gekennzeichnet ist.

Äußert das Gefühl, nichts zurückgeben zu können Reziprozität

Äußert ein Beklemmungsgefühl Beklemmungsgefühl kann grundsätzlich auch eine Form von Angstäußerung sein, im Kontext der Atemstörungen und Herz-Kreislauf-Störungen geht es um ein Beklemmungsgefühl (Gefühl des Eingeschnürtseins) im Brustkorb.

BMI (Body-Mass-Index) < 10 kg / m² bei Erwachsenen Der Body-Mass-Index ist ein aus der Körpergröße und dem Körpergewicht abgeleiteter Indexwert, mit dessen Hilfe die Ausprägung von Unter- bzw. Übergewicht erfasst werden soll.

BMI (Body-Mass-Index) < 18,5 kg / m² bei Erwachsenen bis 65 Jahre Der Body-Mass-Index ist ein aus der Körpergröße und dem Körpergewicht abgeleiteter Indexwert, mit dessen Hilfe die Ausprägung von Unter- bzw. Übergewicht erfasst werden soll.

BMI (Body-Mass-Index) < 20 kg / m² bei Erwachsenen über 65 Jahre Der Body-Mass-Index ist ein aus der Körpergröße und dem Körpergewicht abgeleiteter Indexwert, mit dessen Hilfe die Ausprägung von Unter- bzw. Übergewicht erfasst werden soll.

Bauchkrämpfe Schmerzhaft Kontraktionen der Muskulatur der Verdauungsorgane und / oder der Bauchmuskeln

Beeinträchtigte Compliance hinsichtlich notwendiger Maßnahmen des Infektions- / Übertragungsschutzes Compliance: Mitarbeit bzw. Therapietreue eines Patienten z. B. hinsichtlich der regelmäßigen und sachgemäßen Einnahme von Medikamenten; Synonym: engl. „adherence“.

Beeinträchtigte Krankheitseinsicht Mangelnde Wahrnehmung der eigenen kognitiven Defizite und Erkrankung

Beeinträchtigte Lebens- und Alltagskompetenz Alltagskompetenz ist die Fähigkeit, den Anforderungen des täglichen Lebens gerecht zu werden.

Beeinträchtigte Merkfähigkeit Eine Beeinträchtigung beim Einspeichern und Behalten neuer Informationen.

Beeinträchtigte Orientierung Eine Beeinträchtigung des Bescheidwissens, Sichzurechtfindens und Sicheinordnens in die jeweilige persönliche, örtliche, zeitliche und / oder situative Gegebenheit.

Beeinträchtigte exekutive Funktionen Die Fähigkeit, das eigene Verhalten innerhalb der Umweltbedingungen zu koordinieren, z. B. das Festlegen und Planen von Zielen, die Koordination mehrerer erforderlicher Teilschritte zur Zielverfolgung sowie das Festlegen von Prioritäten, das Einkalkulieren von Hindernissen und die Beobachtung und Bewertung der Handlungsergebnisse.

Beeinträchtigte sensorische Wahrnehmung Beeinträchtigt Bewusstsein, in der Psychologie oft beeinträchtigte intellektuelle und kognitive Funktionen; engl.: impaired sensorium.

Beeinträchtigt Gedächtnis Eine Beeinträchtigung der Merk- und Erinnerungsfähigkeit, die episodische, autobiographische, semantische, verbale oder visio-räumliche Gedächtnisinhalte betreffen kann.

Beginnende Darmatonie Darmatonie beschreibt den Tonusverlust der Darmmuskulatur aufgrund einer neurologisch bedingten Darmlähmung. Folge ist der Ausfall oder eine starke Reduktion der Darmbeweglichkeit.

Beginnende Dyspnoe Dyspnoe: Atemnot, erschwerte Atmung

Beginnende Hepatopathie Hepatopathie: Sammelbegriff für Lebererkrankungen

Beginnende Phlebitis Entzündung eines venösen Blutgefäßes

Belastungsdyspnoe Atemnot, Atemlosigkeit, welche nur unter körperlicher Belastung auftritt.

Benommenheit Verlangsamte Reaktion auf Ansprache

Berichtet von Scham bei der Anwendung von Suppositorien Synonym: Zäpfchen; Suppositorien werden zur rektalen oder vaginalen Applikation von Medikamenten eingesetzt.