

Stefan · Allmer · Schalek · Eberl · Hansmann  
Jedelsky · Pandzic · Tomacek · Vencour

**POP**

**Praxis**orientierte  
**Pflegediagnostik**

Pflegediagnosen - Ziele - Maßnahmen

2. Auflage

**CD-ROM  
inkl.  
Assessment-  
bogen**



# POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik

Harald Stefan, Franz Allmer, Kurt Schalek, Josef Eberl,  
Renate Hansmann, Elisabeth Jedelsky, Ruza Pandzic,  
Dagmar Tomacek, Marie Christine Vencour

# **POP – PraxisOrientierte Pflegediagnostik**

Pflegediagnosen – Ziele – Maßnahmen

**2. Auflage**

 Springer

**Harald Stefan**  
Wiedner Hauptstraße 117/13  
1050 Wien  
Austria  
haraldstefan@gmx.at

**Josef Eberl**  
Hauptstraße 167  
7081 Schützen am Gebirge  
Austria  
josef.eberl@wienkav.at

**Ruza Pandzic**  
Markowskygasse 8  
1220 Wien  
Austria  
bpandzic@hotmail.at

**Franz Allmer**  
Breitenfurter Straße 372c  
Stiege 14/3  
1230 Wien  
Austria  
franzallmer@gmx.at

**Renate Hansmann**  
Ignazgasse 5/19  
1120 Wien  
Austria

**Dagmar Tomacek**  
Erlaaer Straße 131/11/2  
1230 Wien  
dagmar.tomacek@wienkav.at

**Kurt Schalek**  
Kreuzgasse 34/4  
1180 Wien  
Austria  
kurt.schalek@infact.at

**Elisabeth Jedelsky**  
Herklotzgasse 28/23  
1150 Wien  
Austria  
Jed@m15.magwien.gv.at

**Marie Christine Vencour**  
Gallgasse 56  
1130 Wien  
Austria  
marie-christine.vencour@gmx.at

**Korrespondenzadresse der Autorinnen und Autoren: pop@infact.at**

ISBN 978-3-7091-1283-0      ISBN 978-3-7091-1284-7 (eBook)  
DOI 10.1007/978-3-7091-1284-7  
Springer Wien Heidelberg New York Dordrecht London

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek  
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Wien 2009, 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

## Danksagung

---

Zum Zeichen der Anerkennung bedanken wir uns für die Unterstützung unserer Arbeit bei folgenden Personen und Gruppen:

Frau DGKS Ulrike Barborik, akad. gepr. Pflegeberaterin, Lehrerin für GuK am AKH Wien, Frau DGKS Ilse Huber, Pflegeberaterin, zertifizierte Wundmanagerin an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendliche, die wichtige Beiträge zur Erstellung von kinderspezifischen Pflegediagnosen geleistet haben.

Dank an unsere Familien und unsere Lebensbegleitungen, ohne die wir nicht wären, was wir sind.

Dank an alle Pflegenden, mit denen wir seit vielen Jahren wertvolle Diskussionen führen und die den Pflegeprozess mit den Pflegediagnosen in der Praxis umsetzen.

## Vorwort

---

Pflegediagnosen sind Bestandteil der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege. Sie dienen der systematischen Erfassung, Beurteilung und Beschreibung von gesundheitsbezogenen menschlichen Verhaltensweisen sowie zur Begründung pflegerischer Interventionen: bei Gesundheitsproblemen, Gesundheitsrisiken und bei der Entwicklung von Gesundheitspotenzialen (Gesundheitsförderung).

Die Autorinnen und Autoren sehen die strukturierte und klassifizierte Form von Pflegediagnosen als hilfreiches Instrument, um die pflegerischen Aufgabenbereiche und Interventionsmöglichkeiten zu ordnen und klar darzustellen. Vor diesem Hintergrund bieten Pflegediagnosen auch eine fundierte Grundlage für Diskussionen über die professionelle Gesundheits- und Krankenpflege. Durch die Strukturierung der Fachsprache wird die Kommunikation der Pflegenden sowohl innerhalb der Berufsgruppe als auch in der Interaktion mit anderen Berufsgruppen erleichtert, womit auch das koordinierte Vorgehen in einem Team gestärkt wird. Pflegediagnosen sichern nicht automatisch einen positiven Beziehungsprozess zwischen pflegebedürftigen Menschen und Pflegenden, können diesen aber bei verantwortungsvoller Anwendung unterstützen.

Der kompetente Umgang mit Pflegediagnosen ist eine wesentliche Grundlage für die zeitgemäße professionelle Pflege und durch die systematische Verwendung kann die Leistungserbringung objektiviert und argumentiert werden. Bei professioneller Anwendung tragen Pflegediagnosen darüber hinaus zur Qualitätssicherung in der Pflege und zu einer aussagekräftigen Pflegedokumentation bei.

Die vorliegende Weiterentwicklung der praxisorientierten Pflegediagnostik (POP) ist Ergebnis von vielfältigen Rückmeldungen aus der Praxis in Form von Korrespondenz und Diskussionen bei Seminaren, Vorträgen und Lehrveranstaltungen. Die Autorinnen und Autoren nahmen das Feedback zum Anlass, sämtliche diagnostischen Konzepte von POP zu prüfen und gegebenenfalls zu überarbeiten. Die aktuelle Version von POP bietet nun schärfere Abgrenzungen der diagnostischen Konzepte und damit mehr Klarheit bei der Anwendung in der Praxis.

Durch die neue Strukturierung der Ätiologien und Risikofaktoren aber auch der enthaltenen Vorschläge und Denkanregungen für Pflegemaßnahmen und Pflegeziele entlang der Einteilung der Ressourcen wird die zentrale Rolle der Ressourcen in POP stärker sichtbar. Sie bieten einen „roten Faden“ durch den Pflegeprozess, der vom Assessment über die Pflegeplanung bis in die Evaluation reicht.

Als hilfreiches Instrument gibt es den pflegediagnosenorientierten Assessmentbogen, der seit 1999 in der Praxis Anwendung findet und evaluiert wurde.

Dieser leitet von den Ergebnissen des Pflegeassessments direkt zu den POP-Pflegediagnosen über und unterstützt damit die ersten beiden Elemente im Pflegeprozess. Der Assessmentbogen kann unentgeltlich aus dem Internet unter <http://www.springer.at> (als Sample page unter dem Titel des Buches) oder <http://www.infact.at> bezogen werden.

Das vorliegende Buch zeigt einen Weg zur pflegetherapeutischen Praxis und soll Gesundheits- und Krankenpflegepersonen auf ihrem Weg zur Selbstkompetenz mit Selbstsicherheit erfüllen. Es bietet eine Grundlage zur Diskussion, Erprobung, Einführung und Anwendung von Pflegediagnosen in der Praxis. Die Autorinnen und Autoren verstehen Pflege als dynamischen Prozess zwischen professionell Pflegenden und Menschen mit Pflegebedarf in jeglichen Lebenssituationen.

Den Autorinnen und Autoren ist es auch ein Anliegen, dass es möglichst freien Zugang zu den Inhalten von Pflegeklassifikationen gibt. Die Pflegediagnosen der POP-Klassifikation sind für alle Endanwender (Pflegende in den Krankenhäusern, Geriatriezentren, Hauskrankenpflege, Ausbildungseinrichtungen) sowohl in EDV Programmen wie auch in herkömmlichen Dokumentationssystemen lizenzrechtlich gratis anwendbar.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter. Zur klaren, verständlichen und für den Leser gut lesbaren sprachlichen Gestaltung wird im gesamten Text die männliche Form für alle personenbezogenen Bezeichnungen verwendet. In den Ausführungen werden Patienten, Mitarbeiter, Pflegepersonen und andere immer auch als Patientinnen, Mitarbeiterinnen usw. betrachtet.

**H. Stefan, F. Allmer, K. Schalek, J. Eberl, R. Hansmann,  
E. Jedelsky, R. Pandzic, D. Tomacek, M. C. Vencour**  
Wien, September 2012

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>I</b>	<b>Allgemeines</b> .....	1
1	<b>Grundlagen und Vorbemerkungen</b> .....	3
	Der Begriff „Pflegediagnose“ .....	4
	Pflegediagnostik und Aufwandsdarstellung .....	8
	Ziele des Formulierens von Pflegediagnosen .....	8
	Zeitpunkt des Formulierens von Pflegediagnosen .....	9
	Das POP-Ressourcenmodell. ....	9
	Die POP-Pflegediagnosen .....	15
	Die POP-Klassifikation. ....	23
	Der diagnostische Prozess – der Weg zur Pflegediagnose. ....	38
	Beurteilungskriterien der Qualität von Pflegediagnosen .....	46
	Der pflegediagnosenorientierte Assessmentbogen .....	48
<b>II</b>	<b>Pflegediagnosen</b> .....	59
1	<b>Domäne: Luft</b> .....	61
	Atmen, beeinträchtigt, Risiko .....	62
	Atmen, beeinträchtigt .....	68
	Atmen, Entwicklung der Ressourcen .....	75
2	<b>Domäne: Wasser</b> .....	79
	Flüssigkeitshaushalt, Entwicklung der Ressourcen. ....	80
	Flüssigkeitshaushalt, defizitär, Risiko .....	83
	Flüssigkeitshaushalt, defizitär .....	88
3	<b>Domäne: Nahrung</b> .....	93
	Überernährung, Risiko .....	94
	Überernährung .....	98
	Mangelernährung, Risiko .....	104
	Mangelernährung. ....	110
	Ernährung, Entwicklung der Ressourcen. ....	117
	Schlucken, beeinträchtigt .....	121
	Stillen, beeinträchtigt, Risiko .....	126
	Stillen, beeinträchtigt .....	130
	Stillen, Entwicklung der Ressourcen .....	135

4	<b>Domäne: Ausscheidung</b> . . . . .	139
	Stuhlausscheidung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	140
	Stuhlausscheidung, beeinträchtigt . . . . .	148
	Stuhlausscheidung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	158
	Harnausscheidung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	163
	Harnausscheidung, beeinträchtigt . . . . .	168
	Harnausscheidung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	177
	Gewebeintegrität, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	181
	Gewebeintegrität, beeinträchtigt . . . . .	186
	Gewebeintegrität, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	191
	Mundschleimhaut, verändert, Risiko . . . . .	194
	Mundschleimhaut, verändert . . . . .	197
	Mundschleimhaut, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	201
	Ausscheidung, Handhabung beeinträchtigt . . . . .	204
	Ausscheidung, Handhabung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	211
5	<b>Domäne: Aktivität und Ruhe</b> . . . . .	215
	Aktivität, umfassend beeinträchtigt . . . . .	217
	Energie/Kraft, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	224
	Energie/Kraft, beeinträchtigt . . . . .	227
	Energie/Kraft, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	231
	Erschöpfung (Müdigkeit) . . . . .	234
	Körperliche Mobilität, beeinträchtigt . . . . .	239
	Körperliche Mobilität, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	244
	Mobilität im Bett, beeinträchtigt . . . . .	248
	Transfer, beeinträchtigt . . . . .	253
	Mobilität im Rollstuhl, beeinträchtigt . . . . .	258
	Gehen, beeinträchtigt . . . . .	263
	Hemineglect . . . . .	268
	Selbstpflege Essen/Trinken, beeinträchtigt . . . . .	271
	Selbstpflege Waschen/Pflegen der äußeren Erscheinung, beeinträchtigt . . . . .	276
	Selbstpflege Kleiden, beeinträchtigt . . . . .	281
	Selbstpflege, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	286
	Haushaltsführung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	290
	Haushaltsführung, beeinträchtigt . . . . .	294
	Haushaltsführung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	298
	Beschäftigung/Arbeit, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	301
	Beschäftigung/Arbeit, beeinträchtigt . . . . .	305
	Beschäftigung/Arbeit, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	309
	Selbstorganisation, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	312
	Selbstorganisation, beeinträchtigt . . . . .	316
	Selbstorganisation, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	320

	Schlafen, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	323
	Schlafen, beeinträchtigt . . . . .	327
	Schlafen, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	332
	Erholung/Freizeit, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	335
6	<b>Domäne: Alleinsein und soziale Interaktion</b> . . . . .	339
	Kommunikation, beeinträchtigt, Risiko. . . . .	341
	Kommunikation, beeinträchtigt. . . . .	346
	Kommunikation, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	351
	Soziale Interaktion, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	355
	Soziale Interaktion, beeinträchtigt . . . . .	359
	Soziale Interaktion, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	364
	Einsamkeit, Risiko . . . . .	367
	Einsamkeit . . . . .	371
	Rollenerfüllung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	376
	Rollenerfüllung, beeinträchtigt . . . . .	380
	Rollenerfüllung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	385
	Elterliche Pflege, beeinträchtigt, Risiko. . . . .	388
	Elterliche Pflege, beeinträchtigt. . . . .	392
	Elterliche Pflege, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	397
	Eltern-Kind-Beziehung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	400
	Eltern-Kind-Beziehung, beeinträchtigt . . . . .	405
	Eltern-Kind-Beziehung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	410
	Soziale Teilhabe, beeinträchtigt, Risiko. . . . .	413
	Soziale Teilhabe, beeinträchtigt. . . . .	418
	Soziale Teilhabe, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	424
	Aggression, Risiko . . . . .	428
	Aggression. . . . .	435
	Selbstschädigung, Risiko. . . . .	443
	Selbstschädigung . . . . .	447
	Suizid, Risiko . . . . .	452
	Sexualität, verändert, Risiko . . . . .	458
	Sexualität, verändert. . . . .	463
	Sexualität, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	469
7	<b>Domäne: Abwendung von Gefahren</b> . . . . .	473
	Infektion, Risiko . . . . .	474
	Körpertemperatur, verändert, Risiko . . . . .	478
	Körpertemperatur, erniedrigt . . . . .	482
	Körpertemperatur, erhöht. . . . .	487
	Körperliche Integrität, beeinträchtigt, Risiko. . . . .	492
	Körperliche Integrität, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	497

	Selbstschutz, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	501
	Selbstschutz, beeinträchtigt . . . . .	505
	Selbstschutz, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	510
	Sturz, Risiko . . . . .	513
	Vergiftung, Risiko . . . . .	518
	Verletzung, Risiko . . . . .	522
	Perioperative Verletzung, Risiko . . . . .	526
	Aspiration, Risiko . . . . .	529
	Periphere neurovaskuläre Versorgung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	533
	Schmerzen . . . . .	536
8	<b>Domäne: Integrität der Person</b> . . . . .	543
	Coping des Betroffenen, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	546
	Coping des Betroffenen, beeinträchtigt . . . . .	551
	Coping des Betroffenen, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	557
	Verneinung (Verleugnung) . . . . .	560
	Gesundungsprozess, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	564
	Gesundungsprozess, beeinträchtigt . . . . .	569
	Gesundungsprozess, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	575
	Entscheidung, Konflikt . . . . .	579
	Entwicklung, beeinträchtigt . . . . .	583
	Kindliche Verhaltensorganisation, unausgereift, Risiko . . . . .	587
	Kindliche Verhaltensorganisation, unausgereift . . . . .	591
	Kindliche Verhaltensorganisation, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	596
	Körperbild, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	599
	Körperbild, beeinträchtigt . . . . .	604
	Körperbild, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	609
	Selbstwertschätzung, gering, Risiko . . . . .	613
	Selbstwertschätzung, gering . . . . .	618
	Selbstwertschätzung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	624
	Wohlbefinden, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	628
	Wohlbefinden, beeinträchtigt . . . . .	634
	Wohlbefinden, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	641
	Realitätswahrnehmung, verändert . . . . .	646
	Machtlosigkeit . . . . .	652
	Macht, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	657
	Hoffnungslosigkeit . . . . .	660
	Hoffnung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	664
	Ruhe innerlich, beeinträchtigt . . . . .	668
	Spirituelles Wohlbefinden beeinträchtigt, Risiko . . . . .	673

	Spirituelles Wohlbefinden, beeinträchtigt . . . . .	678
	Spirituelles Wohlbefinden, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	683
	Wissen, beeinträchtigt . . . . .	687
	Wissen, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	691
	Orientierung, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	694
	Orientierung, beeinträchtigt . . . . .	700
	Orientierung, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	706
	Denkprozess, verändert, Risiko . . . . .	710
	Denkprozess, verändert . . . . .	714
	Denkprozess, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	719
	Gedächtnis, beeinträchtigt, Risiko . . . . .	722
	Gedächtnis, beeinträchtigt . . . . .	726
	Gedächtnis, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	731
	Posttraumatische Reaktion, Risiko . . . . .	734
	Posttraumatische Reaktion . . . . .	739
	Angst, Risiko . . . . .	746
	Angst. . . . .	751
	Sicherheitsgefühl, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	757
	Behandlungsempfehlungen, Handhabung beeinträchtigt . . . . .	761
	Behandlungsempfehlungen, Handhabung, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	767
	Gesundheitsverhalten, beeinträchtigt . . . . .	771
	Gesundheitsverhalten, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	777
9	<b>Domäne: Soziales Umfeld</b> . . . . .	781
	Rolle als informell Pflegende/r, Belastung, Risiko. . . . .	782
	Rolle als informell Pflegende/r, Belastung. . . . .	790
	Rolle als informell Pflegende/r, Entwicklung der Ressourcen . . . . .	799
	Familienprozess, verändert, Risiko . . . . .	805
	Familienprozess, verändert . . . . .	810
	Familienprozess, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	816
	Coping der Familie, beeinträchtigt. . . . .	820
	Coping der Familie, Entwicklung der Ressourcen. . . . .	826
	Literaturverzeichnis . . . . .	832
	Sachverzeichnis . . . . .	843
	Autorenportraits . . . . .	846

# Allgemeines

Grundlagen und Vorbemerkungen – 3

# Grundlagen und Vorbemerkungen

- Der Begriff „Pflegediagnose“ – 4
- Pflegediagnostik und Aufwandsdarstellung – 8
- Ziele des Formulierens von Pflegediagnosen – 8
- Zeitpunkt des Formulierens von Pflegediagnosen – 9
- Das POP-Ressourcenmodell – 9
- Die POP-Pflegediagnosen – 15
- Die POP-Klassifikation – 23
- Der diagnostische Prozess – der Weg zur Pflegediagnose – 38
- Beurteilungskriterien der Qualität von Pflegediagnosen – 46
- Der pflegediagnosenorientierte Assessmentbogen – 48

Die praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) ist eine Pflegeklassifikation, bei der die pflegediagnostischen Beschreibungen von notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) abgeleitet werden, die ein Mensch benötigt, um erfolgreich seinen Alltag bewältigen zu können. Diese notwendigen Voraussetzungen (= Ressourcen) werden in körperliche/funktionelle, psychische und soziale/umgebungsbedingte Bereiche unterteilt. Der Einsatz von POP benötigt eine gesundheitsbezogene Sichtweise der Pflegenden (Abkehr von der Defizitorientierung). POP ermöglicht Ressourcenorientierung in der Pflege systematisch zu erfassen, darzustellen und bewusst in die Pflegeplanung einzubeziehen. Diese Möglichkeiten der Ressourcenorientierung erscheinen aus der Sicht der Autorinnen und Autoren besonders auch für die wachsenden neuen Arbeitsbereiche der Pflege, wie Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung in allen Pflegesettings attraktiv.

Pflegediagnosen ermöglichen die systematische Steuerung des Pflegeprozesses, etwa durch die Fokussierung der pflegerischen Wahrnehmung. Eine praxisorientierte Pflegediagnostik kann die professionell Pflegenden unterstützen, Prioritäten zu setzen, zielgerichtet zu handeln und Pflegeinterventionen zu argumentieren. Der Einsatz einer praxisorientierten Pflegediagnostik (POP), d. h. einer lebendigen und von den praktisch Tätigen akzeptierten Pflegediagnostik, ist eine wichtige Basis der professionellen Kommunikation und Dokumentation, um die Grundlagen und den Stellenwert der pflegerischen Arbeit aufzuzeigen und verständlich zu machen.

Die praxisorientierte Pflegediagnostik (POP) betritt das Feld der Ressourcenorientierung in der Pflegediagnostik und macht die Ressourcen zum grundlegenden Bestandteil der Pflegediagnostik.

Die Erweiterung des Konzepts „Pflegediagnose“ durch einen konsequenten ressourcenorientierten Ansatz ermöglicht Pflegenden eine veränderte Sichtweise von Menschen mit Pflegebedarf. Bestehende Konzepte, wie Prävention, Gesundheitsförderung und eine gestärkte Rolle der Menschen mit Pflegebedarf werden besser in der Praxis der Pflege integrierbar.

POP wurde erstmals im April 2009 veröffentlicht und findet seither Anwendung im gesamten deutschsprachigen Raum in unterschiedlichen pflegerischen Settings. Akutkrankenhäuser im allgemeinen als auch im psychiatrischen Bereich, Rehabilitationseinrichtungen sowie unterschiedliche Einrichtungen in der Langzeitpflege nutzen POP in der täglichen pflegerischen Arbeit.

## **Der Begriff „Pflegediagnose“**

---

Der Begriff „Diagnose“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „unterscheiden“. Der Große Brockhaus nennt für die Beschreibung des Begriffs „Diagnose“ die deutschen Wörter „Unterscheidung“, „Erkenntnis“, „Erkennung“. Der Begriff „Diagnose“ wird von vielen unterschiedlichen Berufsgruppen verwendet. Er ist keiner bestimmten Berufsgruppe vorbehalten.

Der US-amerikanische Pflege-Berufsverband ANA definiert: „Nursing is the protection, promotion, and optimization of health and abilities, prevention of illness and injury, alleviation of suffering through the diagnosis and treatment of human response, and advocacy in the care of individuals, families, communities, and populations“ (ANA-Website 2012) (dt.: Pflege ist der Schutz, die Förderung und Optimierung von Gesundheit und Fähigkeiten, die Prävention von Krankheiten und Verletzungen sowie die Linderung von Leiden mittels Diagnose und Behandlung von menschlichen Reaktionen und umfasst auch anwaltschaft-

liche Tätigkeiten in der Betreuung und Pflege von Individuen, Familien, Gemeinschaften und der Bevölkerung.<sup>1)</sup>

In dieser Beschreibung von Pflege kommt zum Ausdruck, dass Diagnostizieren ein unverzichtbarer Bestandteil der Pflege ist. Pflegediagnosen sind ein Element des Pflegeprozesses und dieser wiederum Teil des gesamten Behandlungsprozesses.

Diagnostizieren bedeutet, die Lebenssituation eines Menschen und den aktuell vorhandenen Pflegebedarf zu beschreiben und zu bewerten. Es geht um die Entscheidung, ob ein Mensch pflegerische Unterstützung benötigt und wenn ja, welche und warum. Diese grundlegende Festlegung macht die Pflegediagnostik zu einem zentralen Entscheidungsprozess in der eigenverantwortlichen professionellen Pflege.

Um diese Entscheidungen professionell treffen zu können, müssen Pflegende die Kunst des Erkennens und Beurteilens von Zeichen, Symptomen, Faktoren und Ursachen erlernen und beherrschen.

## Pflegephänomene und Pflegediagnosen

---

Wenn Pflegende Pflegediagnosen verwenden, geht es um die Beurteilung bestimmter Aspekte in der aktuellen Lebenssituation eines Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die Eingrenzung des Lebensaspektes, um den es genau geht, kann über das Konzept des „Pflegephänomens“ erfolgen.

Ein „Phänomen“ ist das Erscheinende, sich Zeigende, mit den Sinnen Wahrnehmbare (vgl. Duden 1982). In der Pflege sind dies Aspekte der Gesundheit, Aspekte des Krankseins, Alltagskompetenzen – ganz generell Lebensprozesse. Wahrnehmung bezieht sich dabei sowohl auf die Menschen, die Pflege benötigen als auch auf die Pflegenden.

Diese pflegerelevanten Aspekte des Lebens bilden einen Hauptbestandteil im Titel einer Pflegediagnose, z. B. „Atmen“, „Körperliche Mobilität“, „Haushaltsführung“, „Soziale Interaktion“ oder „Hoffnung“.

Erkennen professionell Pflegende Handlungsbedarf im Zusammenhang mit einem Pflegephänomen, werden sie diesen in Form einer Pflegediagnose festhalten und begründen.

Um in einer Klassifikation einzelne Pflegediagnosen voneinander abgrenzen zu können, ist eine Definition erforderlich. Eine Definition ist eine gemeinsame Übereinkunft darüber, was mit einem bestimmten Begriff bezeichnet wird und schafft ein gemeinsames Verständnis (Was verstehen wir z. B. unter *Atmen*, *beeinträchtigt* oder unter *Körperlicher Mobilität*, *Entwicklung der Ressourcen*?).

Da es zumindest drei Arten von Pflegediagnosen gibt (Gesundheitspflegediagnose, Risiko-Pflegediagnose, Aktuelle Pflegediagnose – vgl. Abschnitt „Arten von Pflegediagnosen“, S. 16), muss in einer Klassifikation jede Pflegediagnose eine eigene Definition erhalten, die sich auf das Pflegephänomen bezieht. Dadurch werden die diagnostischen Konzepte unterscheidbar und können in der fachlichen Kommunikation einheitlich verwendet werden.

Die Definition ist ein fester Bestandteil jeder Pflegediagnose und ist das wichtigste Kriterium für die Prüfung, ob eine bestimmte Pflegediagnose zu einer aktuellen Situation passt.

---

<sup>1</sup> Übersetzung durch die Autorinnen und Autoren dieses Buches.

## Unterscheidungsmerkmale von Pflegediagnostik und medizinischer Diagnostik

Medizinisch gesehen wird ein Mensch zum Patienten, wenn er erkrankt. Für die Pflege wird ein Mensch zum Patienten bzw. Klienten, wenn dessen Selbstpflegevermögen nicht mehr ausreicht, um die aktuelle gesundheitsbezogene Lebenssituation und die dadurch auftretenden Erfordernisse selbstständig zu bewältigen. Sowohl die Pflege, als auch die Medizin ermitteln einen Bedarf in Form von Diagnosen und leiten davon Maßnahmen ab. Die Medizin setzt sich in ihrem Tätigkeitsbereich mit den Krankheiten von Menschen und den notwendigen medizinischen Behandlungen auseinander. Die Pflege beschäftigt sich damit, wie Menschen ihren Gesundheitszustand bzw. ihre Krankheit erleben und welche daraus folgenden pflegerischen Aktivitäten notwendig sind, um den Alltag bewältigen zu können.

➤ **Pflegediagnosen beschreiben die Reaktionen von Menschen auf den aktuellen Gesundheitsstatus und gesundheitsbezogene Ereignisse im Lebensprozess bzw. deren Umgang damit. Die pflegerische Beurteilung richtet sich am Erleben der Gesundheits- oder Krankheitssituationen von Menschen aus. Die medizinische Diagnostik und Therapie beschäftigen sich direkt mit den Krankheiten eines Menschen.**

Aus dem generellen Unterschied im Ansatz von Pflege und Medizin ergeben sich auch verschiedene Eigenschaften der Diagnostik aus beiden Bereichen (■ Tab. 1.1, ■ Tab. 1.2).

■ **Tab. 1.1** Unterscheidungsmerkmale im Überblick

Medizinische Diagnosen	Pflegediagnosen
Beschreiben die Krankheit selbst	Beschreiben das Krankheitserleben, das heißt, wie sich ein Mensch verhält, wenn er/sie erkrankt
Beschreiben Krankheiten und begründen medizinische Behandlungen	Beschreiben den Pflegebedarf sowie den Bedarf an Gesundheitsförderung und begründen pflegerische Maßnahmen im eigenverantwortlichen pflegerischen Handlungsbereich
Betreffen den Patienten als Einzelperson	Beschreiben und berücksichtigen neben den Betroffenen auch die Familie oder Gemeinschaften als Funktionseinheit (z. B. Familienprozess, verändert; Coping der Familie, beeinträchtigt)
Beziehen sich auf pathophysiologische Veränderungen im Körper, meistens ohne Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Auswirkungen (Ausnahme „Psychiatrie“)	Beziehen sich auf das Verhalten des Betroffenen und auf die physiologischen, psychischen und sozialen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse
Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Ärzte, der medizinischen Arbeit	Fallen in die rechtliche Zuständigkeit der Pflege, der pflegerischen Arbeit

■ Tab. 1.2 Unterscheidungsmerkmale an Hand konkreter Beispiele

Medizinische Diagnosen	Mögliche Pflege-diagnosen
Morbus Parkinson ICD-10-Code G20.1	<p>P: Gehen, beeinträchtigt (50092)            Ä: Steifigkeit (Rigor)            S: macht kleine Schritte beim Gehen, Startschwierigkeiten beim Gehen            R: steht selbstständig auf</p>
	<p>P: Selbstwertschätzung, gering (80112)            Ä: optische und körperliche Veränderungen (ausdruckslose Mimik, maskenartiges Gesicht, Bewegungseinschränkung)            S: Bemerkungen wie: „Sehen Sie nur wie ich aussehe“, „Ich kann mich ja nicht unter die Leute wagen.“, „Ich werde immer unbeweglicher, alle schauen auf mich.“            R: hilft bei der Körperpflege aktiv mit</p>
	Weitere oder auch vollkommen andere Pflege-diagnosen sind möglich
Paranoide Schizophrenie ICD-10-Code F20.0	<p>P: Körperliche Mobilität, beeinträchtigt (50052)            Ä: Sedierung und starker Tremor der Hände            S: Kann alleine nicht aufstehen, ist unsicher beim Gehen und verschüttet beim Trinken            R: Geht mit Unterstützung einer Pflegenden am Gang auf und ab. Führt halbvolles Trinkgefäß ohne Ausschütten selbstständig zum Mund.</p>
	<p>P: Körperbild, beeinträchtigt (80102)            Ä: Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung            S: Drückt aus von bestimmten Menschen verfolgt zu werden            R: Äußert Vertrauen gegenüber den Pflegenden zu haben</p>
	Weitere oder auch vollkommen andere Pflege-diagnosen sind möglich

Medizinische Diagnosen enthalten für die Pflege wichtige Zusatzinformationen, sind jedoch **nicht** Gegenstand der **eigenverantwortlichen Pflege**.

## Pflegediagnostik und Aufwandsdarstellung

---

Krankenhausärzte müssen mittels klassifizierter Diagnosen ihr Leistungsvolumen darstellen, um die Kosten zu begründen und abzurechnen. In Deutschland und der Schweiz werden dazu die Diagnosis Related Groups (DRG)<sup>2</sup> als Berechnungsgrundlage im Krankenhausbetrieb verwendet. In Österreich findet die sogenannte LKF (leistungsorientierte Krankenhausstellenfinanzierung) Anwendung.

Andere Berufsgruppen, wie die Ergotherapie, Physiotherapie oder Sozialarbeit, haben derzeit noch keine einheitlichen Diagnosen-Klassifikationssysteme.

Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass sich die Leistungen aller Gesundheitsberufe aus einem medizinischen Diagnosesystem ableiten lassen.

Den Pflegeaufwand aus medizinischen Diagnosen abzuleiten ist aus gesundheitsökonomischer Sicht nicht zielführend und muss diskutiert werden. Statistische Analysen belegen seit vielen Jahren mehrheitlich, dass aus medizinorientierten Leistungserfassungen (z. B. DRGs) der Pflegeaufwand nicht in ausreichender und zufriedenstellender Weise dargestellt werden kann (vgl. z. B. Fischer 1999; Baumberger 2001; Hunstein 2003; Baumberger et al. 2009).

➤ **DRGs und ähnliche medizinorientierte Systeme (z. B. LKF in Österreich) beschreiben den gesamten Behandlungsaufwand aller Berufsgruppen im Gesundheitssystem nur ungenügend.**

Der pflegerische Betreuungsbedarf und -aufwand ergibt sich aus der pflegerischen Bewertung der Gesundheitssituation eines Menschen (Ressourcen und Beeinträchtigungen), den formulierten und mit dem Betroffenen vereinbarten Pflegezielen und den daraus resultierenden Pflegemaßnahmen. Pflegediagnosen begründen den geplanten und/oder tatsächlich geleisteten Pflegeaufwand, da sie strukturierte Beschreibungen der Situation von Menschen mit Pflegebedarf darstellen.

## Ziele des Formulierens von Pflegediagnosen

---

Das Formulieren von Pflegediagnosen erfüllt folgende Funktionen:

- Pflegediagnosen begründen, warum Menschen Pflege benötigen
- Pflegediagnosen sind die Grundlage für die Festlegung des Pflegebedarfs
- Pflegediagnosen geben eine informative, übersichtliche, anschauliche, individuelle Kurzbeschreibung/Charakterisierung der Pflegesituation
- Pflegediagnosen sind ein wichtiges Informations- und Kommunikationsmittel für die Pflege
- Pflegediagnosen ermöglichen den Pflegeaufwand zu argumentieren (z. B. Personalkosten, Materialkosten)
- Pflegediagnosen sind wichtig für die Qualitätsarbeit und die Pflegeforschung. Sie sind ein Werkzeug für die Weiterentwicklung der Pflege
- Pflegediagnosen erleichtern eine standardisierte Erfassung sowie eine Übernahme in EDV-Systeme und Datenbanken

---

<sup>2</sup> dt. diagnosenorientierte Fallgruppen.

## Zeitpunkt des Formulierens von Pflegediagnosen

---

Sobald Informationen und Daten über Menschen mit Unterstützungsbedarf verfügbar sind (z. B. Aussagen und Mitteilungen der Betroffenen, Aussagen von Angehörigen, Beobachtungsinhalte), können Pflegenden erste pflegediagnostische Überlegungen anstellen. In Situationen, in denen sich die hilfebedürftigen Menschen nicht bzw. nur eingeschränkt am Pflegeprozess beteiligen können (z. B. bewusste oder in der Kommunikation beeinträchtigte Menschen), entscheiden die Pflegenden aufgrund ihrer professionellen Einschätzung und unter Einbeziehung sämtlicher anderer Informationsquellen, welche Diagnosen in die Pflegeplanung aufgenommen werden.

Pflegediagnosen werden bei unklarer Ätiologie (Ursache) als Verdachtsdiagnosen formuliert und z. B. durch die Formulierungen „in vermutlichem Zusammenhang“ oder „unklare Ursache“ gekennzeichnet.

Im pflegerischen Alltag werden Pflegediagnosen in die Pflegeplanung übernommen, wenn abschätzbar ist, dass die Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen über einen längeren Zeitraum ein geplantes und kontinuierliches Vorgehen erfordern. Beim Erkennen eines pflegerischen Handlungsbedarfs, der nur kurzfristige Handlungen erfordert, ist es ausreichend, die Situation und die durchgeführten Maßnahmen im Pflegebericht zu dokumentieren.

- **Eine Pflegediagnose wird in der Praxis dann gestellt, wenn voraussichtlich über mehrere Tage kontinuierlich Pflegemaßnahmen erforderlich sind und die Ausarbeitung einer Pflegeplanung sinnvoll ist.**

## Das POP-Ressourcenmodell

---

### Ressourcen und Pflegebedarf

---

Menschen bewältigen ihren Alltag mit individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten können auch Ressourcen genannt werden (vgl. Scheichenberger 2009, S. 53 ff.). Die gesundheitsbezogenen Ressourcen zu benennen und einzubeziehen gehört heute zur aktuellen und professionellen Pflegepraxis. Würde und Respekt in der Pflege bedeutet auch, Menschen nicht nur unter dem Aspekt zu sehen, was sie nicht (mehr) können. Eine starke Defizitorientierung, wie sie in der Gesundheitsversorgung immer noch zu finden ist, bedeutet die Vernachlässigung von Ressourcen und damit die Vernachlässigung wesentlicher Lebensanteile. Darüber hinaus unterstützt das ressourcenorientierte Denken die Pflegenden bei der Argumentation, warum sie in einem professionellen Rahmen tätig werden.

Bei allen Diskussionen darüber, wie Pflegebedarf genau zu fassen ist, kann davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um die Differenz zwischen den Anforderungen der Alltagsbewältigung und den verfügbaren (gesundheitlichen) Ressourcen handelt (vgl. z. B. Wingenfeld et al. 2007, S. 107). Damit wird klar, dass Ressourcen für die Festlegung des Pflegebedarfs eine zentrale Rolle spielen.

Das ist keine grundsätzlich neue Einsicht, lässt sich doch die Bedeutung von Ressourcen in der Pflege auch aus Pflegemodellen und Pflegetheorien ableiten. Beinahe alle anerkannten Pflegemodelle und Pflegetheorien beziehen sich auf den Menschen in seiner Gesamtheit, mit

den für die Pflege relevanten Phänomenen und vier miteinander in Beziehung stehenden zentralen Konzepten – Person, Umwelt, Gesundheit und Pflege.

Die integrative Betrachtung von Fähigkeiten und Einschränkungen eines Menschen ist nicht allein eine Frage auf der theoretischen Ebene. Längst hat die Forderung nach der Arbeit mit Ressourcen auch in offizielle Dokumente Einzug gehalten. In Österreich ist im § 14, Abs. 2 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgehalten, dass auch zur Verfügung stehende Ressourcen im Assessment berücksichtigt werden müssen (vgl. RIS 2012). In Deutschland hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) im Jahr 2005 eine „Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Pflegedokumentation“ herausgegeben, in der explizit die Einbeziehung von Ressourcen durch die Verwendung des PESR-Formats<sup>3</sup> in der Formulierung von Pflegediagnosen angeregt wird (MDS 2005, S. 20 ff.).

Will man den Pflegebedarf eines Menschen einschätzen und begründen, müssen mehrere Faktoren in die Beurteilung einbezogen werden. Dazu gehören die Selbstpflegefähigkeiten und Ressourcen, Kontextfaktoren (z. B. Wohnumgebung, soziales Netzwerk) und Zieldefinitionen über angestrebte Fähigkeiten und Zustände (vgl. Bartholomeyczik und Hunstein 2000, S. 107). Die individuelle Beurteilung von gesundheitsbezogener Alltagskompetenz und eventuell bestehenden Einschränkungen ist Aufgabe der Pflegenden im Rahmen der Pflegediagnostik. Pflegediagnosen müssen somit – als eine konkrete Form der pflegerischen Situationseinschätzung – auch individuelle Ressourcen, Beeinträchtigungen, Ziele und Lebensumstände einbeziehen und abbilden.

Für diese Aufgabe braucht es entsprechende pflegediagnostische Werkzeuge, die eine umfassende pflegerische Situationsbeschreibung erlauben und unterstützen. Pflege, die auch die Ressourcen eines Menschen systematisch berücksichtigt, benötigt logische Konzepte, die Pflegenden dabei unterstützen und befähigen, die Ressourcenorientierung in der Praxis umzusetzen.

Viele der etablierten Klassifikationssysteme der Pflege kommen aus der Tradition der Defizitbeschreibungen. Manche bieten keine Möglichkeit, Ressourcen zu erfassen, andere ermöglichen es, bieten den Anwendern aber keine Anhaltspunkte, wie Ressourcenorientierung angewendet werden kann.

Dies ist der Ausgangspunkt der Klassifikation „POP – praxisorientierte Pflegediagnostik“, die Ressourcen als fixen Bestandteil von Pflegediagnosen verankert.

## Theoretischer Hintergrund der POP-Klassifikation

---

Gesundheit ist als positives Phänomen schwer zu definieren. Das Alltagsverständnis von Gesundheit erschöpft sich meist im „nicht krank sein“. Im Diskurs der Gesundheitswissenschaften kann Gesundheit als Fähigkeit zur produktiven Bewältigung der Herausforderungen des Lebens gesehen werden (vgl. Nutbeam 1998, S. 1). Pelikan fasst Gesundheit noch grundlegender und beschreibt sie als Prozess des Überlebens (vgl. Pelikan 2009). Dieser Prozess kann in weiterer Folge noch näher differenziert werden, etwa nach der Dauer (Lebenswartung) oder nach der Art und Weise des Überlebens (Lebensqualität).

Ausgehend von dieser allgemeinen Definition von „Gesundheit“ stellt sich die Frage, welchen Gesundheitsbegriff die Pflege als Gesundheitsberuf anwenden soll. Die Pflege ist

---

<sup>3</sup> PESR: Problem, Etiology, Symptom, Resources. Der MDS verweist auf eine Publikation von Sauter et al. (2004).

ein Gesundheitsberuf unter vielen anderen und jeder dieser Berufe bearbeitet unterschiedliche Aspekte der Gesundheit. Folglich muss auch der Gesundheitsbegriff der Pflege jenen Ausschnitt aus einer Gesamtdefinition von Gesundheit abbilden, der das Tätigkeitsfeld der Pflege umfasst.

Ein hilfreicher Hinweis dazu findet sich bei Bartholomeyczik (2006). Sie diskutiert die Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung für die Pflege und schlägt vor, Gesundheit als Fähigkeit zur autonomen Alltagsbewältigung zu definieren. Greift man diesen Vorschlag auf, führt das zu einer funktionellen Definition von Gesundheit, in der Gesundheit als Potenzial und Fähigkeit gesehen wird. Mit diesem Verständnis von Gesundheit lässt sich der Ansatz in der professionellen Gesundheits- und Krankenpflege gut beschreiben und der Begriff „Gesundheit“ wird in der Pflegepraxis handhabbar. Die „Fähigkeit, sich selbst anzukleiden“, ist damit ein relevanter Teil der menschlichen Gesundheit und viel näher an der Pflegepraxis als die Begriffe in allgemeinen Gesundheitstheorien.

Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes, d. h. der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, ist die subjektive Einschätzung der betroffenen Menschen von großer Bedeutung. Das bedeutet, dass Pflegenden hier eine besondere Verantwortung haben, die individuelle Lebensinterpretation von Menschen mit Pflegebedarf in ihre professionelle Bewertung einzubeziehen (vgl. Bräutigam 2003; Schrems 2003).

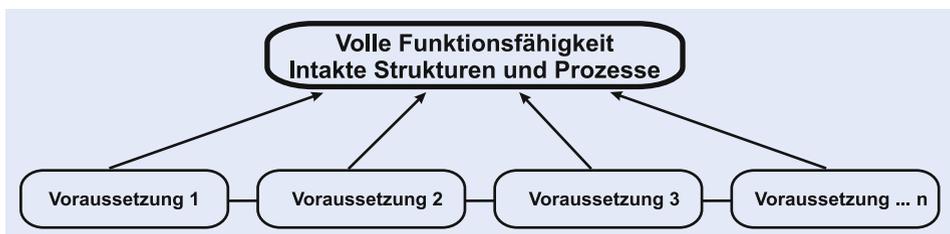
## Der ressourcenorientierte Ansatz von POP

Im Zentrum von POP stehen die Ressourcen und die Gesundheit eines Menschen. Ein differenziertes Verständnis, was Ressourcen sind und welche Bedeutung sie für das Leben von Menschen haben, ist eine wesentliche Grundlage für ressourcenorientiertes Arbeiten.

- **Ressourcen werden definiert als Kräfte, Fähigkeiten und Möglichkeiten, die Menschen zur Erhaltung bzw. Entwicklung der Gesundheit und/oder zur Krankheitsbewältigung einsetzen.**

Diese Definition orientiert sich an unterschiedlichen Konzepten, die bereits in diese Richtung entwickelt wurden, etwa am salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky (1979) oder an einer Reihe von Bewältigungs- und Stresstheorien (für eine Übersicht siehe Hurrelmann 2006; Scheichenberger 2009).

In der POP-Klassifikation wird davon ausgegangen, dass **Gesundheit auf intakten Ressourcen** beruht (vgl. ■ Abb. 1.1).



■ Abb. 1.1 Intakte Voraussetzungen

Relevante Ressourcen in der Pflege lassen sich über folgende Fragestellung identifizieren: „Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen im körperlichen/funktionellen, psychischen und sozialen/umgebungsbedingten Bereich gegeben sein, damit Aufgaben und Herausforderungen im Lebensprozess eigenständig bewältigt werden können?“

Ein Beispiel: Welche Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten müssen vorhanden sein, damit ein Mensch gehen kann? Z. B.

- Ausreichende Energie/Kraft
- Ausreichende Ausdauer
- Ausreichende Beweglichkeit
- Intakte Wahrnehmung
- Intaktes Denken
- Intakte räumliche Orientierung
- Intakte Koordination
- Gefühl der Sicherheit beim Gehen
- Motivation zu gehen
- Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit zu gehen
- Schmerzfreiheit beim Gehen
- Umgebung ist den Fähigkeiten angepasst (z. B. rutschfreier Untergrund, keine Schwellen, Entfernung von Stolperfallen)

Voraussetzungen für intakte Strukturen und Prozesse werden bei POP als Ressourcen bezeichnet. **Intakte Ressourcen sind Voraussetzungen für Gesundheit.**

## Arten von Ressourcen in der POP-Klassifikation

---

Menschen verfügen über Ressourcen in unterschiedlichen Bereichen. Die POP-Klassifikation unterscheidet Ressourcen in drei Bereichen:

- Körperliche/funktionelle Ressourcen
- Psychische Ressourcen
- Soziale/umgebungsbedingte Ressourcen

Ressourcen können unterschiedliche Zustände haben:

- intakt
- potenziell beeinträchtigt
- beeinträchtigt bzw. teil-intakt
- fehlend

Manche Ressourcen sind für Menschen nur mit externer Unterstützung nutzbar (teil-intakte Ressourcen), die an einer „wenn“-Bedingung erkennbar sind. Beispielsweise isst ein Mensch selbstständig, **wenn** das Essen in Reichweite positioniert wird. Diese Ressourcen werden als **indirekte Ressourcen** bezeichnet. Ressourcen, die ein Mensch eigenständig, ohne Zutun von außen verwenden kann, werden als **direkte Ressourcen** benannt, z. B. organisiert und bereitet sich selbstständig Essen zu.

## Zusammenhang von Ressourcen und POP-Pflegediagnostik

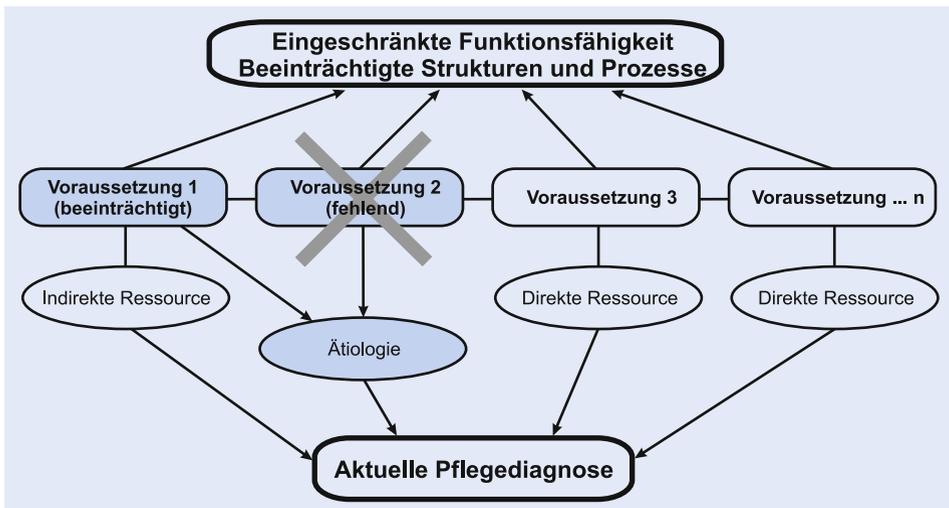
Wenn Gesundheit auf intakten und funktionierenden körperlichen/funktionellen, psychischen und sozialen/umgebungsbedingten Ressourcen beruht, dann können **beeinträchtigte oder fehlende Ressourcen** Ursache für Einschränkungen in der Alltagsbewältigung werden. In diesem Fall können diese Ursachen pflegediagnostisch als **Ätiologie** (= Ursachen) für bestehende Einschränkungen beschrieben werden (■ Tab. 1.3 und ■ Abb. 1.2).

Besteht das Risiko, dass die Alltagsbewältigung eines Menschen in der Zukunft aufgrund von abnehmenden und/oder bereits reduzierten Ressourcen beeinträchtigt werden könnte, so können diese (**potenziell**) **beeinträchtigten Ressourcen** als **Risikofaktoren** formuliert werden (Risiko-Pflegediagnose ■ Abb. 1.3).

■ **Tab. 1.3** Gegenüberstellung Ressourcen und Ätiologien der PD „Orientierung, beeinträchtigt“

Ressourcen	Pflegediagnosen
Intakte Sinneswahrnehmung	Beeinträchtigte Sinneswahrnehmung
Intakte kognitive Fähigkeiten	Beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten
Erholsamer Schla	Beeinträchtigter Schlaf
Bekannte Umgebung	Unbekannte Umgebung
Gefühl der Sicherheit	Angst
etc.	etc.

### Zusammenhang zwischen Ressourcen und Ätiologien (Ursachen)

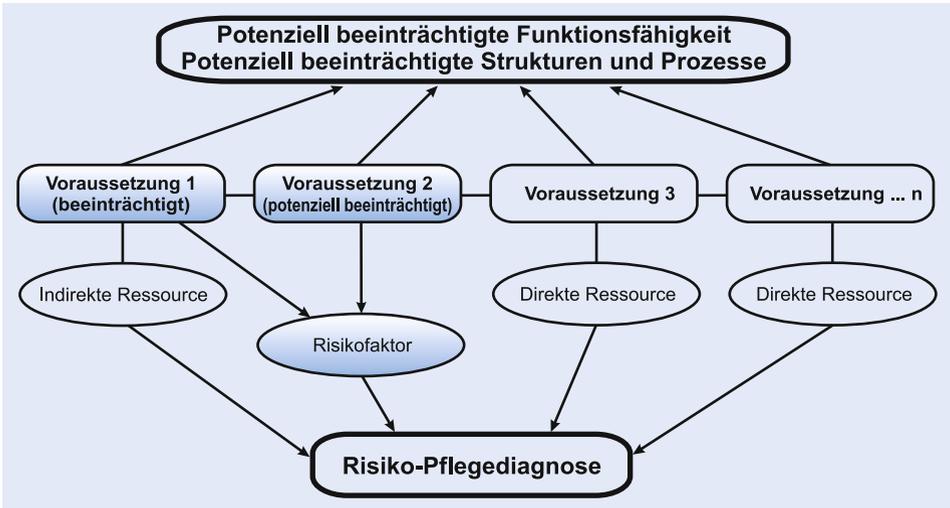


■ **Abb. 1.2** Ressourcen und aktuelle Pflegediagnosen

Intakte oder teilweise intakte Voraussetzungen für die Alltagsbewältigung können als Ressourcen dargestellt werden (■ Abb. 1.4).

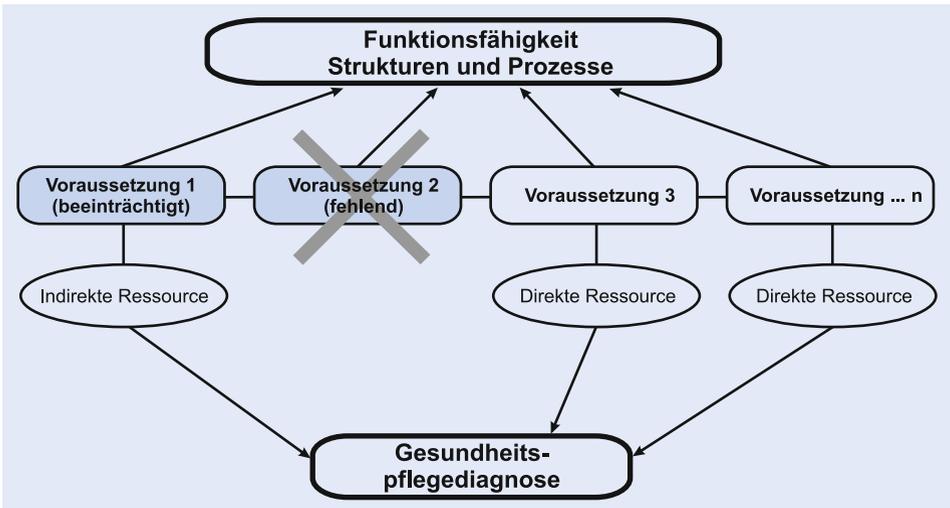
Der Zusammenhang zwischen Ressourcen und pflegediagnostischen Beschreibungen (Pflegediagnosen), die den Bedarf an pflegerischen Interventionen begründen, wird durch die Grafiken veranschaulicht (■ Abb. 1.2–1.4).

**Zusammenhang zwischen Ressourcen und Risikofaktoren**



■ Abb. 1.3 Ressourcen und Risiko-PD

**Zusammenhang von Ressourcen und einer Gesundheitspflegediagnose**



■ Abb. 1.4 Ressourcen und Gesundheits-PD

Jeder Ressourcenzustand hat in der POP-Pflegediagnostik bestimmte Funktionen:

- **Intakte Ressourcen:** direkte Ressourcen in allen Arten von Pflegediagnosen (Gesundheits-, Risiko- und aktuelle Pflegediagnosen)
- **Potenziell beeinträchtigte Ressourcen:** Risikofaktoren
- **Beeinträchtigte Ressourcen/teil-intakte Ressourcen:** beeinträchtigter Teil als Ätiologie oder Risikofaktor, intakter Teil als indirekte Ressource
- **Fehlende Ressourcen:** Ätiologie

## Methodisches Vorgehen bei der Erarbeitung der POP-Pflegediagnosen

---

Aufbauend auf dem erklärten Ressourcenmodell erarbeiten die Autorinnen und Autoren die POP-Pflegediagnosen. Die Entwicklung läuft in folgenden Schritten ab:

- Identifikation relevanter Pflegephänomene (z. B. Denkprozess, Coping, innere Ruhe, Schlaf)
- Formulierung der Pflegediagnosentitel zu einem Pflegephänomen (z. B. zum Pflegephänomen Coping des Betroffenen: PD Coping des Betroffenen, beeinträchtigt; PD Coping des Betroffenen, beeinträchtigt, Risiko und PD Coping des Betroffenen, Entwicklung der Ressourcen)
- Ausarbeitung von Definitionen für Gesundheits-, Risiko- und aktuelle Pflegediagnosen
- Identifikation relevanter Ressourcen im Zusammenhang mit dem Pflegephänomen
- Ausarbeitung der konkreten pflegediagnostischen Beschreibungen (Ätiologie, Risikofaktoren, Symptome und Ressourcen) für Gesundheits-, Risiko- und aktuelle Pflegediagnosen
- Evaluation der Definitionen und Ressourcen durch ExpertInnenkonsultationen und Kontrollbearbeitungen in Seminaren und Lehrveranstaltungen.

## Die POP-Pflegediagnosen

---

Will man Pflegediagnosen definieren, muss man auch über eine Definition von Pflege nachdenken, da Pflegediagnosen Ausdruck der Pflege sind. Die POP-Klassifikation bezieht sich auf die Pflegedefinition des International Council of Nurses (ICN). Die Pflegedefinition des ICN ermöglicht eine breite Sicht auf Verhaltens- und Reaktionsweisen von Menschen im gesamten Lebensprozess, die sich nicht auf die Beschreibung von Problemen beschränkt, sondern auch die Gesundheitspflege einschließt:

»Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen.

Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein. [...] (Definition von Pflege nach ICN, dt. Übersetzung konsentiert durch DBfK, ÖGKV und SBK).«

Aufbauend auf dieser Auffassung von Pflege werden in der POP-Klassifikation Pflegediagnosen wie folgt definiert:

- **Pflegediagnosen sind Beschreibungen konkreter pflegerischer Einschätzungen von menschlichen, gesundheitsbezogenen Verhaltens- und Reaktionsweisen im Lebensprozess.**

Diese Definition ermöglicht sowohl die Beschreibung von Ressourcen als auch von Beeinträchtigungen und Defiziten in gleicher Weise.

## Arten von Pflegediagnosen

---

In der POP-Klassifikation werden drei Pflegediagnosen-Formen unterschieden:

- Risiko-Pflegediagnosen
- Aktuelle Pflegediagnosen
- Gesundheitspflegediagnosen (Entwicklung der Ressourcen)

Jede dieser drei Formen von Pflegediagnosen beschreibt eine andere Ausrichtung der beabsichtigten pflegerischen Intervention. Grundsätzlich stehen den Gesundheitsberufen als gesundheitsbezogene Handlungsstrategien folgende Möglichkeiten zur Verfügung:

- Gesundheitsförderung: Erweiterung und Stärkung der gesunden Anteile eines Menschen
- Gesundheitserhaltung (Prävention): Verhindern des Auftretens von Beeinträchtigungen oder Krankheit
- Gesundheitswiederherstellung (Kuration): Vermindern von Beeinträchtigungen oder Krankheit
- Begleitung von irreversiblen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Palliation): Fördern/Ermöglichen des bestmöglichen Umgangs mit Beeinträchtigungen oder Krankheit

Die Entscheidung für eine der drei Pflegediagnose-Typen zeigt auch die Wahl einer bestimmten pflegerischen Handlungsstrategie an (■ Tab. 1.4). Das bedeutet, dass jeder der drei Pflegediagnosen-Formen bereits eine Aussage über den grundsätzlichen pflegerischen Zugang in einer bestimmten Situation darstellt.

## Format der POP-Pflegediagnosen

---

Zur Formulierung von Pflegediagnosen wird das PRFR-Format, das PÄSR-Format bzw. das PR-Format verwendet. Dabei geht es um die präzise Formulierung der aktuellen Situation eines Menschen: Welches Pflegephänomen wird beschrieben? Warum besteht Bedarf an pflegerischer Unterstützung (Fehlende/beeinträchtigte Ressourcen, Bedarf an Ressourcenentwicklung)?

### Format Risiko-Pflegediagnosen

- **Risiko-Pflegediagnosen beschreiben mögliche Reaktionen, die unter Einwirkung bestimmter Faktoren mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten können, wenn keine pflegerischen Gegenmaßnahmen getroffen werden.**

■ **Tab. 1.4** Übersicht zu den drei Typen von Pflegediagnosen

<b>Risiko-Pflegediagnosen</b>	
Voraussetzungen	Erkannter Handlungsbedarf durch diplomierte/examinierte Pflegende
Ziel/Strategie	Erhaltung von bestehender Gesundheit und Prävention von gesundheitlichen Beeinträchtigungen
Maßnahmen	Pflegetherapeutische präventive Maßnahmen
Bedeutung von Ressourcen	Grundlage für optimalen Umgang mit individuell vorhandenen Risikofaktoren
Rolle der Pflegenden	Tätigkeiten im eigenverantwortlichen Bereich, (teilweise) Übernahme von Tätigkeiten für den betroffenen Menschen mit der Zustimmung des/der Betroffenen oder seiner/ihrer Vertreter
Rolle der Betroffenen	Koproduzenten ihrer Gesundheit durch Kooperation mit Gesundheitsberufen
<b>Aktuelle Pflegediagnosen</b>	
Voraussetzungen	Erkannter Handlungsbedarf durch diplomierte/examinierte Pflegende
Ziel/Strategie	Wiederherstellung von Gesundheit oder Stabilisierung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen
Maßnahmen	Pflegetherapeutische Maßnahmen, Palliation/pflegefachliche Begleitung
Bedeutung von Ressourcen	Grundlage für optimalen Umgang mit einer diagnostizierten pflege-relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung
Rolle der Pflegenden	Tätigkeiten im eigenverantwortlichen Bereich, (teilweise) Übernahme von Tätigkeiten für den betroffenen Menschen mit der Zustimmung des/der Betroffenen oder seiner/ihrer Vertreter
Rolle der Betroffenen	Koproduzenten ihrer Gesundheit durch Kooperation mit Gesundheitsberufen
<b>Gesundheits-Pflegediagnosen</b>	
Voraussetzungen	Aktive Bereitschaft des/der Betroffenen zur Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit und für die Entwicklung von Ressourcen
Ziel/Strategie	Erweiterung der Kompetenzen eines Menschen mit zukünftigen gesundheitsbezogenen Herausforderungen eigenverantwortlich umzugehen (Entwicklung der Ressourcen)
Maßnahmen	Information, Beratung, Anleitung und Erhaltung der Motivation
Bedeutung von Ressourcen	Grundlage für die Stärkung der Fähigkeit gesundheitsbewusst zu entscheiden und zu handeln
Rolle der Pflegenden	Tätigkeit im eigenverantwortlichen Bereich auf Wunsch des/der Betroffenen
Rolle der Betroffenen	Produzenten ihrer Gesundheit mit Beratung durch Gesundheitsberufe

Risiko-Pflegediagnosen sind dreiteilig. Zur Beschreibung der Pflegediagnosen wird das PRFR-Format empfohlen:

- (P) Pflegediagnosentitel – (RF) Risikofaktor – (R) Ressourcen

**Beispiel:**

P: Gewebeintegrität, beeinträchtigt, Risiko

RF: Bettlägerigkeit und die Unfähigkeit, selbstständige Positionierung durchzuführen

R: Hilft bei der Positionierung mit

**Format Aktuelle Pflegediagnosen**

- Aktuelle Pflegediagnosen beschreiben die gegenwärtigen Reaktionen auf Gesundheitsprobleme oder Lebensprozesse.

Aktuelle Pflegediagnosen sind vierteilig. Zur Beschreibung der aktuellen Pflegediagnosen wird das PÄSR-Format empfohlen:

- (P) Pflegediagnosentitel – (Ä) Ätiologie – (S) Symptom/Merkmal – (R) Ressourcen

**Beispiele:**

P: Kommunikation, beeinträchtigt

Ä: Sprachbarrieren (Muttersprache russisch)

S: Spricht kein Deutsch, schüttelt den Kopf oder zuckt mit den Schultern, wenn sie auf Deutsch angesprochen wird oder ihr deutschsprachige Unterlagen vorgelegt werden, reagiert nicht sinnessprechend auf verbale Aufforderungen

R: Benutzt nonverbale Zeichen um zu kommunizieren (Zeichensprache), bemüht sich zu verstehen und verstanden zu werden

P: Selbstpflege, beeinträchtigt beim Essen/Trinken

Ä: Mangelnde Beweglichkeit des rechten Armes aufgrund eines Gipsverbandes

S: Eingeschränkte Fähigkeit, das Essen zu zerkleinern (Klassifikation n. Jones: 02)

R: Setzt linke Hand zum Essen und zum Halten von Trinkgefäßen ein

**Format Gesundheitspflegediagnosen (Entwicklung der Ressourcen)**

- Gesundheitspflegediagnosen beschreiben Ressourcen, deren Entwicklung, Weiterentwicklung bzw. Stärkung die Möglichkeiten eines Menschen verbessern, um in Zukunft eigenständig mit gesundheitlichen Herausforderungen oder Herausforderungen in der gesundheitsbezogenen Alltagsbewältigung fertig zu werden.

Gesundheitspflegediagnosen sind zweiteilig. Zur Beschreibung der Gesundheitspflegediagnosen wird das PR-Format empfohlen:

- (P) Pflegediagnosentitel – (R) Ressourcen

**Beispiele:**

P: Schlafen, Entwicklung der Ressourcen

R: Äußert den Wunsch, mehr über Möglichkeiten zu lernen, einen erholsamen Schlaf zu fördern; führt tagsüber Aktivitäten aus; verfügt über eine regelmäßige Tagesstruktur

P: Wissen, Entwicklung der Ressourcen

R: Äußert den Wunsch, mehr über den Umgang mit der Mobilitätseinschränkung zu wissen und Zusammenhänge zu verstehen; verfügt über Zeit für die Teilnahme an Schulungen

## Hilfsmittel zum Beschreiben des PRFR/PÄSR/PR-Formats

Folgende Fragen sind zur Beschreibung von Pflegediagnosen im PRFR/PÄSR/PR-Format und deren Treffsicherheit hilfreich:

- Welches Pflegephänomen soll bearbeitet werden? Passt die Definition der Pflegediagnose zur aktuellen Situation des betroffenen Menschen? Diese Fragen fördern die Suche nach dem passenden **P** – dem Pflegediagnosentitel.

### Beim Risiko von Beeinträchtigungen/Problemen (Risiko-PD)

- Wodurch könnte es zu einer Beeinträchtigung für den betroffenen Menschen kommen? Welche Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten sind nicht oder nur mangelnd verfügbar? Diese Fragen führen zu den **RF** – Risikofaktoren.
- Welche Ressourcen des betroffenen Menschen (mit welchen Voraussetzungen) unterstützen bei der Bewältigung der Risikosituation? Diese Frage zeigt den Weg zum **R** – zu den unterstützenden Ressourcen.

### Bei aktuellen Beeinträchtigungen/Problemen (aktuelle PD)

- Warum bestehen Beeinträchtigungen des betroffenen Menschen? Welche Ressourcen, Fähigkeiten, Fertigkeiten sind nicht oder nur mangelnd verfügbar? Diese Fragen führen zu den Ursachen, **Ä** – der Ätiologie.
- Woran zeigen sich die bestehenden Beeinträchtigungen? Diese Frage zeigt den Weg zum **S** – zum Symptom/den Symptomen.
- Welche Ressourcen des betroffenen Menschen (mit welchen Voraussetzungen) unterstützen bei der Bewältigung der Beeinträchtigung/des Problems? Diese Frage zeigt den Weg zum **R** – zu den unterstützenden Ressourcen.

### Bei der gezielten Entwicklung von Ressourcen (Gesundheits-PD)

- Welche Ressourcen (mit welchen Voraussetzungen) stärken und/oder erweitern die Möglichkeiten des betroffenen Menschen, in Zukunft eigenständig mit gesundheitlichen Herausforderungen oder Herausforderungen in der gesundheitsbezogenen Alltagsbewältigung fertig zu werden? Diese Frage zeigt den Weg zum **R** – zu den unterstützenden und (weiter) zu entwickelnden Ressourcen.

## Gesundheitspflegediagnosen

---

Die Gesundheitspflegediagnosen der POP-Klassifikation wurden vor dem Hintergrund des Konzepts der Gesundheitsförderung<sup>4</sup> entwickelt. Die Gesundheitspflegediagnosen bieten die Möglichkeit gesundheits- und ressourcenorientierte Arbeit mit Menschen systematisch in den Pflegeprozess einzubeziehen und darzustellen. Der Schwerpunkt bei der Arbeit mit Gesundheitspflegediagnosen liegt in der Befähigung der betroffenen Menschen, im Rahmen ihrer Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten Verantwortung für die eigene Gesundheit

---

<sup>4</sup> Zum Thema Gesundheitsförderung gibt es vielfältige Literatur. Ein wichtiges Basisdokument der Gesundheitsförderung ist die Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung der WHO aus dem Jahr 1986. Im Internet beispielsweise zu finden unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf).