

Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf

Universitäre Bildungsakademie

Weiterbildung Intensiv- und Anästhesiepflege 2007 - 2009

„Pflege­diagnosen: Theorie oder Praxis“

Hausarbeit: Modul 4/3 – Kommunikation in Pflegesituationen

Eingereicht von: Iris Reinhold

Eingereicht am: 05.06.2008

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung	3
2. Was sind Pflegediagnosen?	3
2.1 Begriffserklärung	3
2.2 Historie und Aufbau einer NANDA Pflegediagnose	4
3. Pflegediagnosen in der Anwendung	4
3.1 Voraussetzungen für die Implementierung	4
3.2 Vorteile in der Praxis auf einer Intensivstation	6
3.3 Kritische Aspekte auf einer Intensivstation	7
4. Schluss	8
5. Literaturverzeichnis	9

1. Einleitung

Seit dem 01.04.2008 arbeiten alle Stationen der KIM¹ des UKEs² mit dem EDV-gestützten Dokumentationssystem ICM³ der Firma Dräger. Das Programm bietet per Mausclick ausformulierte Pflegeprobleme und -ziele an. Die Wichtigkeit der Dokumentation und ausformulierten Vorgaben veranlassten mich in der Literatur zu stöbern. Dabei stieß ich häufig auf die mir bislang unbekanntem Begriffe „klassifizierte Pflegediagnosen⁴ der NANDA⁵“. In meiner Arbeit befasste ich mich, um die Implementierung einer einheitlichen Pflegefachsprache mittels klassifizierter PD der NANDA im Rahmen der Professionalisierung der Pflege innerhalb Deutschlands. Dabei richte ich mein Augenmerk auf die Vorteile aber auch auf die kritischen Aspekte, insbesondere auf einer Intensivstation.

2. Was sind Pflegediagnosen?

2.1 Begriffserklärung

Die Erfahrungen die ich gesammelt habe zeigten, dass viele Kollegen die Begriffe „Pflegediagnose“ und „Pflegeproblem“ gleichstellten. Wenn das Problem des Patienten durch pflegerische Maßnahmen beeinflussbar ist, kann man diese Wörter als synonym betrachten. (vgl. 13). Aber was sind nun klassifizierte PD? Zu der bekanntesten PD-Klassifikation gehört die der NANDA. *„Pflegediagnose ist eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist.“* (NANDA 1992 In: Gordon, M. 2001: 29). Die PD ist ein Instrument. Sie sind prägnante Beschreibungen, die für das Erkennen und Benennen von pflegerelevanten Problemen dienen. (vgl. 13, 14) Sie sind das Produkt der Analyse der Reaktionen von Patienten bezüglich ihrer Krankheit. Um eine PD zu erstellen läuft im Rahmen des Pflegeprozesses ein diagnostischer Prozess im Vorfeld ab. Dieser beinhaltet die Informationssammlung, deren Analyse und Interpretation, sowie eine Synthese der Daten, um dann daraus die PD ermitteln zu können. Dieser Prozess sollte mit dem Patienten aktiv gestaltet werden und findet häufig parallel und

¹Klinik für Intensivmedizin, ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, ³Intensiv Care Manager, ⁴PD, ⁵North American Nursing Diagnoses Association

auf unterschiedlichen Kommunikationsebenen statt. (vgl. 2, 22, 34, 38) Klassifizierte PD beinhalten einheitliches und strukturiertes pflegerisches Wissen.

2.2 Historie und Aufbau einer NANDA Pflegediagnose

In den 50er Jahren bis Anfang der 70iger durchlebte der Berufsstand Pflege in den USA einen Wandel. Er begann sich zu identifizieren und mittels prozesshaften Arbeiten einen eigenständigen Berufszweig zu entwickeln. 1970 wurde Pflegenden zugestanden Beobachtungen auch zu beurteilen. 1972 erfolgte ein gesetzlicher Auftrag des Staates New York, über PD nachzudenken und solche zu entwickeln. 1973 berief man die erste nationale Konferenz der USA zur Klassifikation ein, um die erarbeiteten PD aufzunehmen und zu ordnen, um ein Jahr später zu veröffentlichen. 1982 wurde die aus Pflegewissenschaftler bestehende Organisation NANDA gegründet. Ihre Aufgabe war die Entwicklung eines professionellen Klassifikationsschemas, in dem die PD strukturiert sortiert sind. Seitdem folgten im zweijährigen Rhythmus weitere Konferenzen, in denen PD überarbeitet oder neu aufgenommen werden. Heute gibt es über 200 PD. (vgl. 13, 28, 35) Um den Rahmen nicht zu sprengen, möchte ich nicht näher auf die Taxonomie der Klassifikation der PD nach NANDA eingehen. Allerdings, drei Punkte sollen an dieser Stelle zur besseren Verständlichkeit gesagt sein. Einfach erklärt, werden die PD in unterschiedliche Verhaltensmuster aufgeteilt. Innerhalb dieser werden sie von allgemein nach spezifisch sortiert. Mit Hilfe eines numerischen Systems erlangt man eine kategorisierte Verschlüsselung. (vgl. 13, 35) Der Aufbau einer einzelnen PD setzt sich aus vier Bestandteilen zusammen. An erster Stelle steht der Titel mit definierten Bestimmungswörtern, diese sind charakterisierende Begriffe. Im Anschluss findet man die dazugehörige Definition, die eine klare und genaue Beschreibung garantiert, dann die Charakteristika (Symptome) und zu guter letzt die ätiologischen Faktoren. Des Weiteren werden die PD in fünf unterschiedliche Formen aufgeteilt. (vgl. 13, 14, 31, 34)

3. Pflegediagnosen in der Anwendung

3.1 Voraussetzungen für die Implementierung

Mit den Änderungen im Krankenpflegegesetz 2001 stockten kontroversen Diskussionen bezüglich des rechtlichen Disputs. (vgl. 22) Dass Lücken in der Umsetzung der Planung existieren, kann man nicht nur aus Patientenakten, sondern auch aus öffentlichen Quellen wie Pflegeforen im Internet „*Ich sehe einfach nicht worauf*

es ankommt.“ (Graógramán: 2006; vgl. 15) erfahren. Bereits das Erfassen des Problems, wird als ein großes Problem dargestellt. Es wird die Meinung geteilt, dass das überwiegend medizinische Denken, das pflegerische überlagert. (vgl. 3, 18, 26) Was keineswegs bedeuten soll, dass medizinische Aspekte unwichtig sind. Aber dennoch würde eine Sensibilisierung des pflegerischen Denkens die Durchführung des Pflegeprozesses erleichtern. Um das mit einem erlebten Beispiel aus der Praxis zu verdeutlichen, so wurde bei einem schreienden Patienten der jegliche Mobilisation verweigerte seine Demenz als Erklärung benutzt. Im Nachhinein stellte sich aber heraus, dass der Patient lediglich nach mehr Autonomie und nach einem Bewegungsablauf in seinem Rhythmus schrie. Daher sollte nicht nur gezielt die Anwendung von Klassifikationen geschult werden, sondern auch die Fähigkeit zur kommunikativen Kompetenz gefördert werden, um die Umsetzung des diagnostischen Prozesses zu ermöglichen. Unter den Begriff „kommunikative Kompetenz“ fallen Faktoren wie das kritische Denken, Reflexionsführungen, das Zeitmanagement, das Zulassen von Dialogen und bewusster Interaktion. (vgl. 4, 18, 26, 27) Einerseits kann man dies innerhalb eines Studiums, einer Fort- und/oder Weiterbildungen fördern. Aber sollte man sich nicht andererseits prinzipiell überlegen, ob Änderungen der Ausrichtungen zur Qualitätshebung bereits in der Ausbildung sinnvoll wären? Experten und Studienergebnisse plädieren hierfür. (vgl. 7, 5, 6) Positive Erfahrungen konnten durch eine Änderung der Unterrichtsstruktur beobachtet werden. Der klassische Unterricht wurde durch Gruppenanalysen von praktischen Fallbeispielen aus dem Berufsalltag ersetzt. (vgl. 3, 27) Bei einer Implementierung der PD der NANDA kann man aus Praxisberichten entnehmen, dass von Anfang bis Ende eine Projektgruppe aus Pflegenden bestand. Diese setzte sich intensiv mittels Literaturrecherche, unter Berücksichtigung von Erfahrungsberichten, mit der Materie auseinander. Im Anschluss fand eine für den Arbeitsbereich relevante und potentielle Auswahl von PD statt. Die Verständlichkeit des Inhalts wurde diskutiert und wenn nötig an die Bedingungen der deutschen Gesundheits- und Krankenpflege angepasst. Andere Berufsgruppen wurden frühzeitig über die Projekte informiert, was sich insgesamt positiv auf die Akzeptanz auswirkte. Entscheidender Faktor war die Befürwortung und aktive Einbindung der Anwender. Darüberhinaus musste ihnen der Sinn und Zweck von PD klar vor Augen geführt werden, was eine Herausforderung darstellte. Es sollte achtsam informiert werden, so dass es zu keinen Missverständnissen kommt. Wenn PD

beispielsweise als das ultimative Wundermittel zur automatischen Erstellung einer Pflegeplanung gesehen werden, ist das eine utopische Erwartungshaltung, die nicht erfüllt werden kann, da sie nicht den aktiven diagnostischen Prozess ersetzt. Resultierend wäre eine dementsprechend hohe Frustration und hätte eine Abnahme der Motivation zur Folge. Darüberhinaus hat die leichte Handhabbarkeit des Hilfsmittels eine hohe Relevanz. Das vorhandene Dokumentationssystem muss hierfür auch auf seine Kompatibilität geprüft werden. (vgl. 8, 9, 10, 19) Um das alles zu erreichen, sind Pflichtschulungen unerlässlich. In der Schweiz verwenden von 50 befragten Krankenhäusern 50% die NANDA-Klassifikation und es wurde evaluiert, dass die Schulung als Hilfsmittel an erster Stelle stand. Das galt ebenso in Freiburg. (vgl. 9, 30) In ihnen sollten zum besseren Verständnis folgende Punkte vermittelt werden: Historie, Aufbau und Entwicklung, sowie der Praktische Umgang mit PD. Um dem Erfolg nicht im Wege zu stehen, müssen zur Entwicklung von Verbesserungsstrategien offene Reflexionen durchgeführt werden. Regelmäßige Einzelberatungen im Stationsalltag haben sich schon bei anderen Projekteinführungen bewährt. Damit eine Implementierung zielgerichtet integriert werden kann, sollte ein Arbeitsplan erstellt werden, in dem ein detaillierter Prozess erkennbar ist. (vgl. 9) Dass ein Projekt in dieser Größenordnung nicht nur eine betriebliche Herausforderung darstellt, liegt nahezu auf der Hand. Es müssen viel Zeit (Jahre), Kraft und finanzielle Mittel aufgebracht werden, dem dazu noch ein Grad an Ungewissheit für den gewünschten Erfolg entgegen steht. Daher sollte man dazu appellieren, ein solches Vorhaben wissenschaftlich zu begleiten.

3.2 Vorteile in der Praxis auf einer Intensivstation

PD sollen zur Standardisierung der Pflegefachsprache beitragen, mehr Transparenz in die Leistungen der Pflege bringen und somit die Professionalisierung fördern. (vgl. 25, 34, 36) Eine gemeinsame Fachsprache, ermöglicht eine Überprüfbarkeit der Maßnahmen. Es findet ein Wechselspiel statt. Die Interventionen der erstellten PD können für wissenschaftliche Untersuchungen verwendet werden, um sie evident auf ihre Validität zu überprüfen. Wovon die Pflege wiederum profitiert, denn Professionalität kennzeichnet u.a. aus, dass das Handeln nicht auf instrumenteller Ebene basiert. (vgl. 33, 36) Damit dieser Anspruch erhalten bleibt sind regelmäßige Evaluationen der PD unverzichtbar. (vgl. 13, 17, 32) Eine Analyse von acht Studien ergab, dass Kohärenz zwischen dokumentierten PD, und - Interventionen zu einer dauerhaften Verbesserung, bzgl. der Auswirkungen auf

den Patienten, führte. (vgl. 24) In einer Studie wurde die Beziehung zwischen Betreuern und körperlich schwer beeinträchtigten Patienten u.a. dahingehend untersucht, in wie weit nonverbale Äußerungen des Patienten gezielt wahrgenommen wurden. Die Ergebnisse zeigten, dass im stationären Bereich diese Informationen zu 74% und im ambulanten zu 56% wahrgenommen wurden. Hypothese war, dass das Personal im Stationsalltag geschulter und erfahrener ist. Darüberhinaus wurde evaluiert, dass dies im ambulanten Bereich zu 27% als unzufrieden empfunden wurde. (vgl. 16) Wenn die Möglichkeit bestünde nonverbale Informationen gezielt und einheitlich für jene, die den Defizit empfinden, zu identifizieren, könnten gezielter Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden. (vgl. 36) Auf einer Intensivstation verbringen Pflegende die meiste Zeit beim Patienten und sind zentrales Bindeglied zu anderen Berufsgruppen. Würden die analysierten Informationen transparenter sein, könnte man dadurch die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern bei der die Unabhängigkeit von Pflege erhalten bliebe. In einer Ärztezeitung diskutiert man das Einführen einer validen pflegebasierten Skala zum Erkennen von postoperativem Delir, da die Prävalenzraten auf Intensivstationen zwischen 15-50% liegen und davon 84% nicht erkannt werden. Die Merkmale dieser Skala beinhalten viele pflegerelevante Reaktionen des Patienten, bloß mit dem Unterschied, dass am Ende eine kollaborierende PD gestellt wird. D. h., dass sich der Pflegeblickwinkel wieder auf die pathophysiologischen Reaktionen konzentriert. (vgl. 20, 23) So könnte die PD „Akute Verwirrtheit“ eine Hilfestellung einer medizinischen Diagnose sein ohne Verlust der Profession Pflege. Aber auch zu ökonomischen Zwecken können sie bei korrekter Umsetzung herangezogen werden. Beispielsweise zur Überprüfung von pflegerelevanten Nebendiagnosen der DRGs. (vgl. 11, 21) In Erlangen wurde in einer quantitativen Dokumentationsanalyse festgestellt, dass die Dokumentation diesbezüglich viele Lücken aufwies. (vgl. 11)

3.3 Kritische Aspekte auf einer Intensivstation

Es wird problematisch, wenn Daten statistisch, einheitlich und umgänglich geordnet sind, die subjektiven Empfindungen, die der Patient selber nicht deuten kann in ihrer Abstraktheit zu ordnen. (vgl. 36) Auf der Intensivstation ist dies ein entscheidender Faktor. Die Kommunikations- und Ausdruckmöglichkeiten sind aufgrund diverser Ursachen erheblich eingeschränkt. (vgl. 29) Ich habe die Erfahrung gemacht, dass der Pflegeschlüssel 1:3 auf der Intensivstation keine Seltenheit ist.

Die Folgen sind u. a. zeitliche Engpässe. Schwerstkranke Patienten erleben viele Einschränkungen in ihrem Sein und Handeln. Sie benötigen ein hohes Maß an intensiver Zuwendung. Verbindet man dies mit Zeitmangel, läuft man Gefahr, dass Hilfsmittel mit fertig formulierten Pflegeproblemen missverstanden werden und die Individualität der Patienten supprimiert wird. Es wurden 14 Studien analysiert, in denen man feststellte, dass es zwar zu einer deutlichen Zunahme von dokumentierten PD und der Ausführung geplanter Maßnahmen kam, allerdings dazu parallel Defizite in der Genauigkeit der Dokumentation kumulierten. (vgl. 1, 24) So wurden die Symptome und Ursachen nicht näher beschrieben und ein Trend entwickelte sich dahingehend, dass vermehrt Negativ Formulierungen auftraten. (vgl. 24) Dies kann wahrscheinlich mit abhängig gemacht werden von dem NANDA gewählten Pflegemodell nach Orem, was sich kennzeichnet durch den Ausgangspunkt von gestörten Funktionen. Dies wiederum ähnelt dem medizinischen Denken. Folglich wird das Pflegeverständnis, wie bereits in Punkt 3 erläutert, gehindert. (vgl. 12) Die Qualität des Patientenassessment stieg jedoch nach gezielten Fortbildungsmaßnahmen signifikant an. (vgl. 24) Weitere kritische Aspekte, die man nicht nur auf eine Intensivstation beziehen darf, sind kultureller Art. (vgl. 2, 31) Gerade in Deutschland wo das Thema „Migration in der Pflege“ immer mehr an Bedeutung gewinnt, verschärft sich diese Betrachtungsweise. So erleben und verarbeiten beispielsweise Menschen verschiedener Herkunft nachgewiesener Weise den Schmerz ganz unterschiedlich. (vgl. 37) Aber auch aufgrund der sprachlichen Barriere ist eine einheitliche Übersetzung aus dem amerikanischen nicht gewährleistet. Auch sind die Differenzen der Kompetenzzuweisungen der Pflege zwischen Amerika und Deutschland ein wichtiges Kriterium. (vgl. 2)

4. Schluss

PD werden hauptsächlich von zwei Sichtweisen ausgehend diskutiert: als diagnostische Möglichkeit und als fachsprachliche Klassifizierung zur Qualitätshebung. Dabei sind die Wichtigkeit des diagnostischen Prozesses und die damit verbundenen pflegerischen und kommunikativen Kompetenzen hervorzuheben. Dass eine klassifizierte Fachsprache mit evidentem Hintergrund ein wichtiger Bestandteil der Professionalisierung ist, lässt darauf schließen, dass die Wahrscheinlichkeit für die Integration von PD in die Praxis hoch ist. Auch wenn die NANDA-Klassifikation die am häufigsten verwendete ist, sollte der Einsatz im Vorfeld kritisch reflektiert werden.

5. Literaturverzeichnis

1. Abderhalden, C.; Faust, A. M.; Grywa, D.; (u.a.): Pflegediagnostik auf akut-psychiatrischen Stationen in Österreich und in der Schweiz. In: Psych. Pflege Heute, Heft 2 , 2007, 13: S. 72-77.
2. Bartholomeyczik, S.: Pflegediagnosen aus wissenschaftlicher Sicht. Download vom 17.04.2008.
<http://www.pflegekongress-muenchen.de/2002/hauptref.pdf>
3. Boonen, A.; Darmann, I.: Praxisnahes Lernen in der Fachweiterbildung Anästhesie- und Intensivpflege. In: Intensiv, Heft 6, 2004, 12: S. 290-296.
4. Darmann, I.: Kommunikative Kompetenz in der Pflege: Ein pflegedidaktisches Konzept auf der Basis einer qualitativen Analyse der pflegerischen Kommunikation. Stuttgart: Kohlhammer, 2000.
5. Darmann, I.: Professioneller Pflegeunterricht. In: PrInterNet, Heft 12, 2005, 7: S. 655-663.
6. Dornheim, J.: Verbesserung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden und Gepflegten. S. 1- 15. Download vom 23.04.2008.
http://www.boschstiftung.de/content/language1/downloads/02020301_19_kommunikative_kompetenz.pdf
7. Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe: Pflegebildung offensiv. 1. Auflage. München: Elsevier GmbH, 2007. S. 2-24.
8. Etzel, B. S.: Teil 3: Integration von Pflegediagnosen in die Praxis. In: Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme – Entwicklung und Anwendung. Hrsg.: Etzel, B. S. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2003, S.77-88.
9. Etzel, B. S.; König, P.: Implementierung von Pflegediagnosen und Standard Operating Procedures (SOP) für die Pflege in Einrichtungen unseres Gesundheitswesens. Download vom 02.04.2008.
http://www.boschstiftung.de/content/language1/downloads/02020301_7_implementation_pfleger.pdf
10. Eveslage, Karin: Pflegediagnosen: praktisch und effizient. 1. Auflage. Berlin – Heidelberg: Springer, 2006. S. 70-81.
11. Fiedler, C.; Mehlhorn, L.; Schrödter, M.: Pflegerelevante Nebendiagnosen – keine Nebensache. In: PrInterNet, Heft 10, 2005, 7: S. 538-541.
12. Friesacher, H.: Pflegeverständnis der Intensivpflege – ein theorie- und praxis-basierter Entwurf. In: Intensiv, Heft 1, 2006, 14: S. 23-32.

13. Gordon, M.; Bartholomeycik, S.: Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. 1. Auflage. München – Jena: Urban & Fischer, 2001.
14. Gordon, M.: Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis. 3. Auflage. München – Jena: Urban & Fischer, 2001.
15. Graógramán = Unbekannt: Probleme bei Pflegeplanung. Download vom 22.04.2008
<http://www.krankschwester.de/forum/pflegeplanung-pflegevisite/10528-probleme-pflegeplanung.html>
16. Hannich, H.-J.: Qualitätskriterien in der Betreuung von Wachkoma- und Langzeitpatienten – Eine Studie zur Versorgungsforschung. S.30-43.
Download vom 25.04.2008.
http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=973961473&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=973961473.pdf
17. Haslinger-Baumann, E.; Burns, E.: Pflegediagnose „Gefahr einer Pneumonie“. Evaluierung und Vergleich evidenzbasierter und pflegpraktischer Interventionen. In: Pflege, Heft 6, 2007, 20: S. 337-342.
18. Hellige, B.: Professionalisierung der Pflege Zum Verhältnis von Wissen und Macht in der Pflege. In: PrInterNet, Heft 12, 2005, 7: S. 692-699.
19. Herzer, R.; Metag, H.; Schanz, B.; (u.a.): Vorbereitung zur Einführung von Pflegediagnosen in der Psychiatrie. In: Psych. Pflege Heute, Heft 10, 2004, 10: S.102-106.
20. Kean, S.: Pflegediagnosen: Fragen und Kontroversen. In: Pflege, Heft 4, 1999, 12: S. 209-215.
21. König, P.: Teil 2: Pflegediagnosen und ihre Bedeutung in Bezug zu den DRG. In: Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme – Entwicklung und Anwendung. Hrsg.: Etzel, B. S. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2003, S.61-74.
22. Kollak, I.; Georg, M.: Pflegediagnosen: Was leisten sie – was leisten sie nicht?. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 1998. S.7-55.
23. Lütz, A.; Radtke, F. M.; Franck, M.; (u.a.): Die Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC) – Richtlinienkonforme Übersetzung für den deutschsprachigen Raum. In: Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie, Heft 2, 2008, 43: S.98-102.

24. Müller-Staub, M.; Lavin, M. A.; Needham, I.; (u.a.): Pflegediagnosen, -interventionen und –ergebnisse – Anwendung und Auswirkungen auf die Pflegepraxis: eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege, Heft 6, 2007, 20: S. 352-371
25. Müller-Staub, M.: Für mehr Qualität im Pflegeprozess – Fachtagung zum Thema „Pflegediagnostik – Einführung und Umsetzung“. In: Pflegezeitschrift, Heft 2, 2008, 61: S.68-69
26. Müller-Staub, M.: Klinische Entscheidungsfindung und kritisches Denken im pflegediagnostischen Prozess. In: Pflege, Heft 5, 2006, 19: S. 275-279.
27. Müller-Staub, M.; Stucker-Studer, U.: Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen. In: Pflege, Heft 5, 2006, 19. S. 281-286.
28. NANDA International. History & Historical Highlights 1973 through 1998. Download vom 21.04.2008.
<http://www.nanda.org/html/history1.html>
29. Nydahl, P.; Bartoszek, G.: Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker. 4. Auflage. München: Urban & Fischer, 2003.
30. Odenbreit, M.: Pflegefachsprachen – Anwendung + Einsatz in der Schweiz. Download vom 24.04.2008.
http://www.bzg.ch/hfpflege/unterlagenlinks/unterlagen/dateien/umsetzung_pfl_egediagnosen_in_ch_projekten_odenbreit.pdf
31. Schanz, B.: Pflegediagnosen als Klassifikationssystem und anderer Klassifikationssysteme für die Pflege. In: Psych. Pflege Heute, Heft 3, 2001, 7: S.129-133.
32. Schanz, B.: Pflegediagnostik wird Statistik sein oder Pflegediagnostik wird nicht sein. In: Psych. Pflege Heute, Heft 1, 2004, 10: S. 21-25.
33. Sperl, D.: Qualitätssicherung in der Pflege – Validierte Pflege im Krankenhaus unter besonderer Berücksichtigung der Intensivpflege. 1. Auflage. Hannover. Schlütersche, 1994. S. 17-24.
34. Stefan, H.; Allmer, Franz; Eberl, Josef: Praxis der Pflegediagnosen. 3. Auflage. Wien – New York. Springer, 2003. S. 25 – 54.
35. Van der Bruggen, H.: Pflegeklassifikationen. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Prof. Dr. Theo Dassen. 1. Auflage. Bern – Göttingen – Toronto – Seattle: Hans Huber, 2002. S. 13- 65; S. 121-140.

36. Van Maanen, H.: Die Entwicklung einer Pflegefachsprache aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive: Das Warum und Wozu. In: Pflege, Heft 4, 2002, 15: S. 198-207.
37. Westermilies, I.: Ärztliche Handlungsstrategien im Umgang mit ausländischen Patienten: Medizinisch – ethische Aspekte. S. 31, S. 44-46.
38. Wingchen, J.: Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch. 2. Auflage. Hagen: Brigitte Kunz, 2006.

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig, unter Hinzuziehung der genannten Literatur erstellt wurde.

Hamburg, den 04.Juni 2008

Iris Reinhold