

■ **Wissenschaftliche Hintergründe ENP
(European Nursing care Pathways), Version 2.6**

Autoren:
MScN, BScN Simon Berger
Dr. Anke Helmbold
Dr. Holger Mosebach
Dr. Pia Wietek

Stand:
Mai 2011

Wissenschaftliche Hintergründe

■ Einleitung

Die Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways) wurde entwickelt, um im Rahmen einer Pflegedokumentation die Abbildung des Pflegeprozesses in einer einheitlichen, standardisierten Sprache zu ermöglichen. Damit unterstützt ENP als Instrument die zentralen Zielsetzungen einer standardisierten Pflegefachsprache: Verbesserung der Kommunikation der Professionellen im Gesundheitswesen untereinander, die Unterstützung von Prozessabläufen (z. B. die Überleitung von einer Einrichtung in eine andere), die Leistungstransparenz der Pflege. Durch die Struktur von ENP sollen Pflegenden bei der Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses durch die Präsentation des aktuellen Fachwissens unterstützt werden. Darüber hinaus sollen durch den Einsatz standardisierter Formulierungen bei der Pflegeprozessdokumentation Daten generiert werden, die zur Hypothesenbildung/-prüfung im Rahmen der Pflegeforschung und Steuerungsprozesse im Pflegemanagement sowie Risikomanagement genutzt werden können. ENP ist sowohl in einer Druckfassung, als Datenbank oder eingebunden in Softwareprodukten verfügbar.

ENP kann in drei Teilbereichen gegliedert dargestellt werden, diese sind: ein **Pflegeklassifikationssystem**, **Präkombinationen** von den Elementen des Pflegeklassifikationssystems und daraus entwickelte **Praxisleitlinien**, die den Pflegenden in der Praxis fachliche Unterstützung bieten, den Pflegeprozess mit Hilfe von standardisierten Formulierungen, wie z. B. Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen, abzubilden.

Bitte folgende Zitierweise für diesen Text angeben: Berger, Helmbold, Mosebach, Wietek: Wissenschaftliche Hintergründe ENP. Baar-Ebenhausen: 2011.

■ 1. Struktur/Aufbau von ENP

Die drei unterschiedlichen Teilbereiche von ENP werden im Folgenden beschrieben und ihr Aufbau in Grafiken verdeutlicht. **Teil A** der Grafik zeigt das **Pflegeklassifikationssystem** ENP. In **Teil B** wird dargestellt, wie es zu **Präkombinationen** aus den Elementen des Pflegeklassifikationssystems kommt, die z. B. zu Pflegediagnosen und Interventionskonzepten führen. **Teil C** der Grafik verdeutlicht, wie eine Pflegediagnose durch Verknüpfungen mit Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Pflegeinterventionskonzepten in eine pflegerische Praxisleitlinie überführt wird. Derzeit sind 542 (Version 2.6) pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinien definiert. Im nachfolgenden Text wird die Einordnung von ENP als Pflegeklassifikation und pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinie erklärt. In der Gesamtgrafik wird der Zusammenhang der drei Teilbereiche dargestellt.

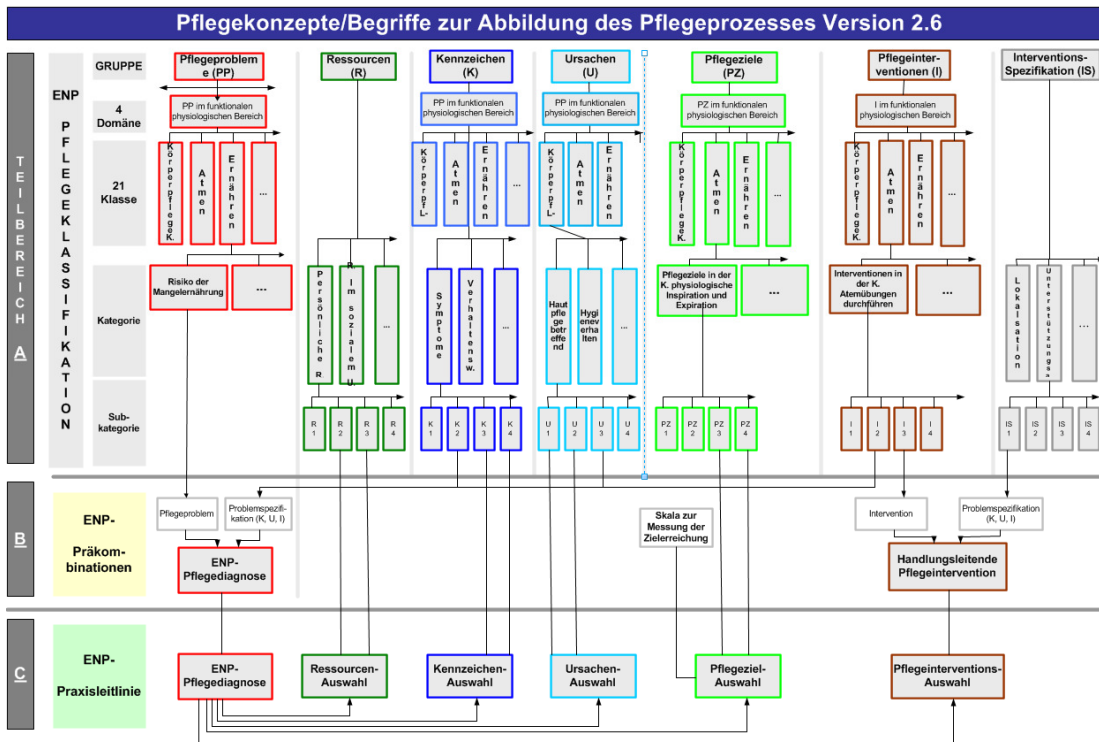


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Klassifikationssystems ENP mit seinen Teilbereichen A, B und C

1.1 Die Pflegeklassifikation ENP – Teil A

An dieser Stelle erfolgt zum besseren Verständnis zunächst ein kurzer Ausflug in die Prinzipien der Ordnungslehre. Ganz allgemein ist eine Klassifikation ein Ordnungssystem, das auf dem Prinzip der Klassenbildung beruht. Eine Klassifikation ist eine Auflistung von Begriffen, die in der Regel eine hierarchische Struktur aufweist. Der allen anderen Begriffen in der Klassifikation übergeordnete Begriff wird üblicherweise Allbegriff genannt und stellt den alles umfassenden Begriff dar. In ENP lautet der Allbegriff „**Pflegekonzepte/Begriffe zur Abbildung des Pflegeprozesses**“. Die Begriffskette, dargestellt durch Verbindungslinien, stellt Relationen zwischen den über- und untergeordneten Begriffen her. Innerhalb der einzelnen Klassen ist das Klassifikationssystem ebenfalls hierarchisch aufgebaut. Es umfasst die Elemente: Gruppe -> Domäne -> Klasse -> Kategorie -> Subkategorie.

Die **Gruppe der Pflegeprobleme** untergliedert sich zum Beispiel in **vier Domänen** (Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich, Pflegeprobleme im emotionalen/psychosozialen Bereich, Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken und umfeldbezogene Pflegeprobleme). Die Domäne der Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich z. B. ist wiederum in **11 Klassen** gegliedert, denen **66 Kategorien** zugeordnet sind. In der nachfolgenden Tabelle sind die Domänen, Klassen und Kategorien der ENP-Pflegeprobleme aufgelistet. Die inhaltliche Aufteilung der Domänen und Klassen ist in den drei Gruppen Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen identisch.

Domäne	Klasse	Kategorie
	Körperpflege/Kleiden	Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Funktionaler/ physiologischer Bereich		Selbstfürsorgedefizit Mundpflege	
		Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege	
		Selbstfürsorgedefizit Kleiden	
		Selbstfürsorgedefizit Haarpflege	
	Atmen		Beeinträchtigte Selbstreinigung der Atemwege
			Risiko der respiratorischen Insuffizienz
			Risiko der Erstickung
			Risiko der Aspiration
			Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie
	Ernährung		Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme
			Beeinträchtigtetes Schlucken
			Mangelernährung
			Risiko der Mangelernährung
			Risiko des Flüssigkeitsdefizits
			Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizites
			Risiko des erhöhten Flüssigkeitsvolumens
			Risiko des beeinträchtigten Stillens
			Beeinträchtigtetes Stillen
			Risiko der Adipositas
			Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen
			Beeinträchtigtetes Ernährungsverhalten
		Ausscheiden	
			Beeinträchtigte Stuhlausscheidung
			Beeinträchtigte Urinausscheidung
			Harninkontinenz
			Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane
			Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens
			Risiko des paralytischen Ileus
			Beeinträchtigte Stomaversorgung
	Kreislauf		Selbstfürsorgedefizit Stomapflege
			Beeinträchtigte Herz-/Kreislauffunktion
			Risiko des beeinträchtigten Herz-/Kreislaufs
			Risiko der Thrombose
			Risiko der Lungenembolie
			Risiko der Blutung
	Bewegung/Mobilität		Risiko der allergischen Reaktion
			Beeinträchtigte Bewegung
			Beeinträchtigte Mobilität
			Beeinträchtigtetes Gehen
			Risiko der Kontraktur
			Risiko der Spastik
			Risiko der Lähmung
	Entspannen/ Schlafen/Ruhen		Risiko des Sturzes
		Risiko des plötzlichen Kindstods	
		Beeinträchtigte Entspannung	
		Beeinträchtigteter Schlaf	
Stoffwechsel		Risiko des Schlafdefizits	
		Risiko der Hypo-/Hyperglykämie	
Gewebeintegrität		Risiko der Stoffwechsellentgleisung	
		Hautreaktion	
		Risiko der Hautschädigung	
		Risiko der Gewebeschädigung	
		Risiko von Druckstellen	
		Risiko der Schleimhaut-/Hautschädigung	
		Veränderte Mundschleimhaut	
		Risiko der Hornhautschädigung	
		Beeinträchtigte Wundheilung	
		Risiko der beeinträchtigten Wundheilung	
		Risiko der Dislokation/Luxation	
	Risiko des Anschwellens/der Ödembildung		

Emotionaler/psychosozialer Bereich	Fortpflanzung	Risiko einer Verletzung
		Risiko der Infektion/Keimverschleppung
		Risiko der Gesundheitsbeeinträchtigung für Mutter und Kind
		Risiko der ungewollten Schwangerschaft
		Beeinträchtigt Sexualeben
	Körpertemperatur	Risiko der Hyper-/Hypothermie
	Empfindungen	Angst
		Schmerzen
		Beeinträchtigt Empfinden
		Beeinträchtigt Wohlbefinden
		Gefühl der Langeweile
		Persönliches Leiden
		Erschöpfung
		Risiko der Erschöpfung
Schamgefühl		
Wahrnehmungen	Beeinträchtigte Orientierung	
	Beeinträchtigt Körperschema/-bild	
	Beeinträchtigt Selbstkonzept/-bild	
	Risiko der Bewusstseinsstörung	
Interaktion	Beeinträchtigte Wahrnehmung	
	Beeinträchtigte Beziehung	
	Beeinträchtigte Interaktion	
	Risiko der beeinträchtigten Interaktion	
	Beeinträchtigte Kommunikation	
Handlung/Verhalten	Risiko der inadäquaten/ineffektiven Kommunikation	
	Risiko unerfüllter Bedürfnisse	
	Beeinträchtigte Anpassung	
	Beeinträchtigt Verhalten	
	Beeinträchtigt Problem-/Bewältigungsstrategie	
	Gesundheitsgefährdendes Verhalten	
	Risiko der Selbst-/Fremdgefährdung	
	Selbst-/fremdgefährdend verhalten	
	Selbstverletzendes verhalten	
	Risiko der unwirksamen Therapie	
Risiko der Nichterreichung gesundheitsbezogener Ziele		
Aktivität/Alltagsgestaltung	Risiko des Suizids	
	Risiko der Flucht	
	Beeinträchtigte Selbstfürsorge	
	Risiko des Selbstfürsorgedefizits	
	Selbstfürsorgedefizit Hauswirtschaft	
	Beeinträchtigte Freizeitgestaltung	
	Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten	
	Beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung	
Dependenzpflegedefizit		
Persönliche Entwicklungen	Risiko des Dependenzpflegedefizits	
	Beeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit	
	Beeinträchtigte Entwicklung	
	Risiko der beeinträchtigten Entwicklung	
	Beeinträchtigte Zukunftsperspektive	
	Beeinträchtigte Gewohnheiten	
	Beeinträchtigte Lebensqualität	
	Beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit	
	Beeinträchtigte Selbstachtung	
Beeinträchtigte Sterbephase		
Wissen	Fehlende Informationen/Fähigkeiten	
	Beeinträchtigte Informationsverarbeitung	
Gesellschaft	Risiko der beruflichen Ausgliederung	
	Risiko der sozialen Ausgrenzung	
	Risiko der sozialen Isolation	
	Risiko des finanziellen/sozialen Ruins	

		Beeinträchtigte(r) Religionsausübung/Glaube
		Rollenkonflikt
		Normenkonflikt
		Selbstversorgungsdefizit
Mehrdimensionale Risiken	Gesundheitsrisiken unspezifisch	Risiko von Komplikationen
		Gesundheitsrisiken
Umfeldbezogene Pflegeprobleme	Risiko der Gesundheitsschädigung für das Umfeld	Risiko der Ansteckung
N = 4	N = 21	N = 134

Tabelle 1: Gruppe der Pflegeprobleme aufgliedert in ihre Domänen, Klassen und Kategorien

Im Jahr 2006 (Version 2.3) wurden die präkombinierten Begriffe der ENP-Pflegediagnosen in ihre Bestandteile Pflegeproblem und Spezifikation getrennt und es wurde eine monohierarchische Struktur durch Clusterbildung aufgebaut. Diese Umstrukturierung ermöglicht Datenauswertungen auf unterschiedlichen Aggregationsniveaus.

In den Jahren 2007–2008 folgte die Zerlegung und Clusterbildung der ENP-Pflegeziele und Interventionen. Auch hier handelt es sich um monohierarchische Strukturen. Die Pflegeziele und -interventionen sind auf der Ebene der Domänen und Klassen sowohl hierarchisch als auch thematisch nach der gleichen Struktur wie die der Pflegeprobleme geordnet. Auf der Ebene der Kategorien finden sich abstrakt formulierte Pflegeziele und Pflegeinterventionskonzepte.

Die Struktur der Domänen und Klassen ist in den drei Gruppen Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen inhaltlich aufeinander abgestimmt. Hierzu ein Beispiel: Kategorie der Pflegeprobleme „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung“ die zugeordnete Kategorie der Pflegeziele lautet „Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Körperwaschung“ und auf der Ebene der Pflegemaßnahmen lautet die Kategorie „Maßnahmen im Rahmen der Körperwaschung“. Kennzeichen, Ursachen folgen einer eigenständigen hierarchischen Struktur. Die Begriffe/Konzepte in ENP sind monohierarchisch geordnet. Die Hierarchisierungsarbeiten von ENP haben im Jahr 2006 (Version 2.3) mit den Pflegeproblemen begonnen. Seit diesem Zeitpunkt wird auch von einer ENP-Pflegeklassifikation gesprochen.

Hierzu ein Beispiel:

Pflegediagnosen (n=542)

Domäne: **Funktionaler/physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Pflegediagnose

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Mundpflege

Pflegediagnosen...

Pflegeziele (n=1683)

Domäne: **Funktionaler/physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Körperwaschung

Pflegeziele

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Mundpflege

Pflegeziele

Pflegeinterventionen (n=2511)

Domäne: **Funktionaler/physiologischer Bereich**
 Klasse: Körperpflege/Kleiden
 Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Körperwaschung
 Pflegemaßnahmen
 Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Mundpflege
 Pflegemaßnahmen

Kennzeichen (n=2719)

Domäne: **Funktionaler/physiologischer Bereich**
 Klasse: Körperpflege/Kleiden
 Kategorie: Zahnpflege betreffend
 Kennzeichen

Ursachen (n= 2282)

Domäne: **Funktionaler/physiologischer Bereich**
 Klasse: Körperpflege/Kleiden
 Kategorie: Hygieneverhalten
 Ursachen

Ressourcen (n= 457)

Domäne: **Funktionaler/physiologischer Bereich**
 Kategorie: Körperliche Fähigkeiten
 Ressource

Die entwickelten Hierarchisierungen sind für die Weiterentwicklung von ENP und für Datenauswertungen relevant und bleiben für den Anwender sowie in der Buchveröffentlichung unsichtbar, denn der Nutzen von ENP für die Pflegepraxis ist in der horizontalen Struktur (Abb. 1 Teil C) zu sehen. Der nachfolgenden Tabelle 2 kann die aktuelle Anzahl der Items aus jeder Gruppe der ENP nachvollzogen werden. Jedes Item im System ist nur einmal vorhanden, aber mehrfach verknüpft. Jedes Item hat eine eindeutige ID-Nummer, die sich zwischen den Versionsständen nicht ändert. In ENP werden Items nicht entfernt, sondern nur stillgelegt. Somit ist sichergestellt, dass auch alte Pflegepläne mit den vielleicht nicht mehr gültigen Formulierungen gelesen werden können.

Begriffe/Konzepte der Gruppe	Anzahl Version 2.5	Anzahl Version 2.6
Pflegediagnosen	521	542
Kennzeichen	2230	2719
Ursachen	1799	2282
Ressourcen	379	457
Pflegeziele	1435	1683
Pflegeinterventionen	2494	2511
Interventionsspezifikationen	3652	4285

Tabelle 2: Anzahl der Items in den ENP-Gruppen

Domäne	Klasse		Kategorie		Präkombinierte ENP-Pflegediagnosen	
	2.5	2.6	2.5	2.6	2.5	2.6
Pflegeprobleme im funktionalen/ physiologischen Bereich	11	11	66	67	259	275
Pflegeprobleme im emotionalen/ psychosozialen Bereich	8	8	55	58	202	210
Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken	1	1	2	8	59	54
Umweltbezogene Pflegeprobleme	1	1	1	1	1	3
Summe: 4	21	21	124	134	521	542

Tabelle 3: Anzahl der Elemente der Gruppe ENP-Pflegeprobleme Version 2.5 (April 2009) zur Version 2.6 (Mai 2011)

■ 1.2 Präkombinationen von Begriffen der ENP-Pflegeklassifikation – Teil B

In ENP werden die Elemente der Pflegeklassifikation weiter präkombiniert. Die Pflegediagnosen z. B. bestehen aus einem Pflegeproblem (Begriff aus der Kategorienebene der Gruppe Pflegeprobleme) und einer Spezifikation (Begriffe aus der Gruppe der Kennzeichen, Ursachen oder Pflegeinterventionen).

Zum besseren Verständnis ein Beispiel:

Beispiel aus der Gruppe Pflegeproblem:

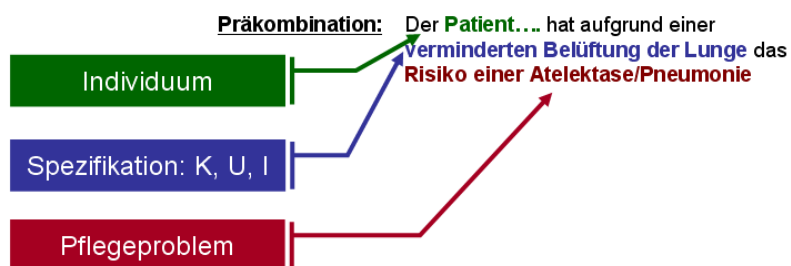
Domäne: Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Kleiden

Die präkombinierte ENP-Pflegediagnose „Der Patient kann sich aufgrund einer **Apraxie nicht selbstständig kleiden**“ setzt sich zum einen aus dem Selbstfürsorgedefizit Kleiden, dem Pflegeproblem (ausgedrückt in der Formulierung „kann sich nicht selbstständig kleiden“) und der Ursache Apraxie zusammen. Die exemplarisch aufgeführte Pflegediagnose ist der Kategorie Selbstfürsorgedefizit Kleiden zugeordnet.

Ein weiteres Beispiel:



Anhand dieses Beispiels wird deutlich, wie die ENP-Pflegediagnose präkombinatorisch aus den Begriffen der Pflegeklassifikation zusammengesetzt wird.

Die in der ENP-Praxisleitlinie formulierten Ursachen und Kennzeichen zu dieser Risiko-Pflegediagnose beziehen sich auf die Spezifikation. Das ist eine Besonderheit im Aufbau der ENP-Risiko-Pflegediagnosen. Es gibt auch ENP-Pflegediagnosen, die keine Präkombination von Spezifikation und Pflegeproblem aufweisen, sondern nur aus Individuum und Pflegeproblem bestehen. Diese Pflegeproblemformulierungen werden durch die Kodierung von Ursachen und Kennzeichen erst zu einer Pflegediagnose und sind in der Regel Restkategorien für pflegerische Phänomene, die noch nicht präkombiniert in eine Pflegediagnose überführt werden konnten. Die Entwicklung von Präkombinationen wird dann vorgenommen, wenn spezielle Interventionskonzepte zu der jeweiligen Pflegediagnose vorgeschlagen werden.

Die überarbeiteten Pflegediagnosen werden diese Struktur stärker darstellen, indem die Ursachenbegriffe, die sich auf die präkombinierte Spezifikation beziehen, und die Ursachen, die sich auf das Pflegeproblem beziehen, getrennt dargestellt werden.

Auch im Bereich der Kennzeichenformulierungen gibt es zentrale Neuerungen, die nach und nach bei der Überarbeitung einzelner ENP-Pflegediagnosen realisiert werden. Pflegediagnosen, bei denen es fachlich hilfreich ist, den Grad der Beeinträchtigung auf Kennzeichenebene auszuweisen, werden nach und nach mit einer Skalierung der Beeinträchtigungs- und Abhängigkeitsstufen ausgestattet.

Hierzu ein Beispiel:

Der Bewohner– ist in der **Transferfähigkeit beeinträchtigt**.

Kennzeichen:

- Beeinträchtigte Transferfähigkeit vom Bett in den (Roll-, Lehn-) Stuhl
- Beeinträchtigte Transferfähigkeit vom (Roll-, Lehn-) Stuhl in das Bett
- Beeinträchtigte Transferfähigkeit vom Rollstuhl zur Toilette
- ...

Und:

Beeinträchtigungsgrad des Transfers

Stufe 1: Selbstständiger Transfer mit Hilfsmitteln

Stufe 2: Geringe Beeinträchtigung des Transfers

Stufe 3: Erhebliche Beeinträchtigung des Transfers

Stufe 4: Schwere Beeinträchtigung des Transfers

Stufe 5: Verlust der Transferfähigkeit

Für die Gruppe der Pflegeinterventionen werden ebenfalls Elemente aus Präkombinationen gebildet. Allerdings besteht die Präkombination hier aus verschiedenen Elementen der Gruppe Pflegeinterventionen und der Gruppe der Interventionsspezifikationen. Den Pflegeinterventionen sind Interventionsspezifika zugeordnet. Diese können weitere Angaben enthalten, z. B. bezüglich Häufigkeits-/Frequenzangaben, Unterstützungsgrad des Betroffenen bei der Durchführung der Pflegeintervention, Anzahl der benötigten Pflegepersonen, benötigte Pflegehilfsmittel oder Produkte, Lokalisations-/Ortsangaben, auf die sich die Intervention bezieht, sowie Zeitangaben etc.

Die Ebene der präkombinierten Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen werden (siehe Abbildung) aus dem Pflegeklassifikationssystem ENP gebildet. Diese präkombinierten Pflegediagnosen und Pflegeinterventionsformulierungen sind die Formulierungen, die von den Pflegenden zur Pflegeprozessdokumentation genutzt werden. Die Abgrenzung von den pflegeklassifikatorischen Elementen von ENP zu den präkombinatorischen Elementen wird durch die horizontale graue Linie in der Abbildung 1 dargestellt, während die Relationen über die Verbindungslinien dargestellt werden.

Nachfolgend wird vorgestellt, wie den Pflegeinterventionskonzepten handlungsleitende Interventionsspezifikationen zugeordnet sind.

Beispiel aus der Gruppe Pflegeinterventionen:

Domäne: Pflegeinterventionen im funktionalen/physiologischen Bereich

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Körperwaschung durchführen

Subkategorie: Ganzkörperwaschung individuell durchführen

Teilkörperwaschung individuell durchführen

Beim Duschen individuell unterstützen

Beim Baden individuell unterstützen

Basal stimulierende Körperwaschung nach Bobath durchführen

....

Der Pflegeintervention „Teilkörperwaschung individuell durchführen“ sind folgende Interventions-spezifika zugeordnet:

- Zu waschendes Körperteil:
 - Gesicht/Hände
 - Arme
 - Brust
 - Rücken
 - Beine
 - Intimbereich vorne
 - Intimbereich Gesäß
- Unterstützungsgrad angeben
 - Beaufsichtigen
 - Durch Unterstützung helfen
 - Teilweise übernehmen
 - Vollständig übernehmen
 - Aktivieren/anleiten
- Ort der Teilkörperwaschung
 - Im Bett
 - Am Bettrand
 - Am Waschbecken/Lavabo
- Besonderheiten beachten
 - Ritualisierung einhalten
- Verwendetes Pflegeprodukt angeben
- Häufigkeit/Zeitangabe

Den Pflegeinterventionsformulierungen können folgende Interventions-spezifika zugeordnet werden:

- Unterstützungsart
- Anzahl der benötigten Pflegepersonen
- Verwendete Pflegeprodukte
- Ortsangaben, wo die Körperwaschung stattfinden kann
- Intervallangaben
- Zeitangaben
- Lokalisation der Körperregion
- Verwendete Hilfsmittel
- Berufsgruppen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind

■ 1.3 Praxisleitlinien in ENP – Teil C

In Teil C wird deutlich, wie sich die Praxisleitlinien aus den verschiedenen Elementen der Gruppen zusammensetzen. Jede Praxisleitlinie enthält Elemente aus den Gruppen Pflegeprobleme (über den Zwischenschritt der Präkombination erweitert zu Pflegediagnosen), Ursachen, Kennzeichen, Ressourcen, Zielen und Interventionen (über den Zwischenschritt der Präkombination erweitert zu handlungsleitenden Interventionen). Durch die klassenübergreifende Verbindung fachlich zusammengehörender Elemente aus der ENP-Gesamtstruktur entsteht die horizontale Struktur der pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinien. Die Relationen zwischen Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Zielen, Interventionen und Interventionsspezifikationen werden in der Grafik (siehe Teil C in Abb. 1) durch die horizontalen Linien in einer anderen Grafik dargestellt. Auf der entstehenden Mikroebene spricht das ENP-Entwicklerteam auch von einer ENP-Praxisleitlinie.

Das Ergebnis aus der fachlichen Kombination der Elemente zu einer Praxisleitlinie ist der Ausschnitt von ENP, der in der Pflegepraxis Anwendung findet, in einer Softwareanwendung sichtbar wird und in der Pflegeplanung zu einem pflegerischen Behandlungspfad für jeden Patienten individualisiert wird.

Diese pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinien repräsentieren gemäß dem Anspruch der ENP-Entwickler das aktuelle pflegerische Fachwissen. Die Entwicklung einer pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinie basiert einerseits auf einer induktiven Methode (der Analyse und Kategorisierung von Pflegeplänen, die in angeleiteten Situationen von Lehrern für Krankenpflege entstanden sind) und andererseits auf Literaturarbeit/-analysen, wobei Fachliteratur zu jeder Pflegediagnose die Inhalte der Praxisleitlinie abstützt. In dem Buch „ENP European Nursing care Pathways, Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden“, wird die induktive Entwicklung von ENP, die 1989 begonnen hat, ausführlich beschrieben (Wieteck 2004a). Die Darstellung der Hierarchisierung von ENP war in der Beschreibung von 2004 noch nicht enthalten, da diese erst, wie bereits beschrieben, in dem Zeitraum 2004–2008 aufgebaut wurde. Aus diesem Grund wurde die Bezeichnung ‚Pflegefachsprache‘ aus 2004 um den Begriff ‚Pflegeklassifikation‘ erweitert, um den aktuellen Entwicklungsstand zu repräsentieren.

ENP ist heute eine Pflegefachsprache, die monohierarchische Strukturen aufweist und das Pflegefachwissen in Form von Praxisleitlinien zur Verfügung stellt. Entsprechend der Einteilung von Terminologien in Interfaceterminologie, Referenzterminologie und administrative Terminologie kann ENP zu den Interfaceterminologien gezählt werden. Interfaceterminologien sind zur Anwendung im Frontend-Einsatz vorgesehen, sollen also von den Endnutzern, den Pflegenden, in der direkten Pflege eingesetzt werden (Bakken et al. 2000).

Die Nutzung von ENP ist für die elektronische Patientenakte vorgesehen. Für Lehrzwecke, für die Kranken- und Altenpflegeausbildung oder zur Schulung von Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen, in denen eine intensive Auseinandersetzung mit den Pflegeprozessschritten gelehrt und geübt wird, kann ENP eine wertvolle Unterstützung sein, da aufgrund der Verknüpfungen dem Nutzer das aktuelle Pflegefachwissen zur Verfügung gestellt wird. Implementiert in einer Software können Patientendaten schnell und effizient umgesetzt werden und diese zusätzlich für Auswertungszwecke zur Verfügung stehen.

Die Realisierung von ENP in einer Datenbank kann am ehesten mit Begriffen aus den Bereichen der Informatik und Wissensrepräsentation beschrieben werden: ENP kann in Bezug auf seine Datenbankpräsentation als Ontologie bezeichnet werden. Ontologien sind Beschreibungen von Konzeptualisierungen einer Wissensdomäne, im Falle von ENP das Pflegefachwissen zur Repräsentation und Steuerung des Pflegeprozesses. Eine Ontologie ist ein kontrolliertes Vokabular, das Gegenstände und deren Beziehungen zueinander in einer formalen Weise beschreibt und etwas über eine spezielle Domäne aussagt. Häufig wird für Ontologie auch der Begriff ‚Semantisches Netz‘ verwendet. Bei ENP wird aktuelles Pflegefachwissen durch die Relationen präsentiert. Die Basis bilden die Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionskonzepte, die in einer Datenbank gemanagt werden. Diese würden für den Anwender im Sinne der Wissensrepräsentation ohne Verknüpfungen untereinander nur einen geringen Nutzen haben. Diese Elemente sind in der Datenbank strukturiert, durch Verknüpfungen zur Taxonomie zusammengeführt und durch horizontale Verknüpfungen wird der Status von Informationen in Form von pflegerischen Praxisleitlinien erreicht. Durch die Verknüpfungen entsteht ein semantisches Netz, das zur Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses hilfreich sein kann. In einer elektronischen Patienten-/Bewohnerakte werden die ENP-Formulierungen genutzt, um die Pflegeprozessdokumentation umzusetzen. Zusätzlich ist ENP mit zahlreichen anderen Begriffssystemen und Klassifikationen verknüpft.

■ 1.4 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten

ENP wird in einer Datenbank zur Einbindung in Softwareprodukten gemanagt. Die Notationen (eindeutige Nummerierung der Items) werden innerhalb einer Gruppe automatisiert im Rahmen des Datenbankmanagements vergeben. Jedes Item im ENP-System hat eine eindeutige Codierung innerhalb seiner Gruppe, die auch bei weiteren Versionsständen stabil bleibt und gepflegt wird.

Die bisher verknüpften Instrumente sind:

- **ICD-10-** und **OPS-Codes** zur optimierten Nebendiagnosenkodierung im Krankenhaus und Unterstützung der DRG-Kodierung
- **LEP Nursing 3** für die Ermittlung von Zeitwerten
- **PPR** (Pflege-Personalregelung)
- **IDEA** (Interdisciplinary Data based Electronic Assessment), ein interdisziplinärer Anamnesekatalog, mit dessen Hilfe der Handlungsbedarf eingeschätzt wird. Für die Pflege lassen sich hieraus über die Verknüpfungen zu ENP relevante Pflegediagnosen ableiten
- **Suchbegriffe**, Suchsystem zur schnellen Auffindbarkeit von Pflegediagnosen
- **MDK-Kriterien zur Pflegebedürftigkeitseinstufung** (Zeitwerte, Abhängigkeitsgrade),
- **Verschiedene Assessmentinstrumente**, wie z. B. Braden-, Tinetti- oder FIM-Einstufungsskalen schlagen ENP-Pflegediagnosen vor.
- **PKMS (Pflegekomplexmaßnahmenscore) sowie weitere Komplexcodes** zur automatisierten Unterstützung der Dokumentationsanforderungen sowie Kodegenerierung

In einigen Studien und Praxistests konnten die Verknüpfungen bereits geprüft werden (Baltzer 2006, Gärtner 2006, Gärtner 2008, Schmid 2007, Schütze 2006).

■ 2. Versionsänderungen

Nachfolgend werden die Änderungen der Version ENP 2.4 auf die Version 2.5 und anschließend die Änderungen von Version 2.5 auf 2.6 beschrieben. Neben den hier dargestellten, neu hinzugekommenen Pflegediagnosen, werden auch die Diagnosen vorgestellt, bei denen eine tiefere inhaltliche Bearbeitung durch Literaturarbeit und Befragung von Experten stattgefunden hat. Neben diesen Diagnosen wurden zahlreiche Maßnahmen zur Vereinheitlichung durchgeführt. Kontinuierlich werden Anregungen von Anwendern nach fachlicher Prüfung eingearbeitet.

Zentrale Änderungen Version 2.0 (Wieteck 2004a) bis 2.4

Nicht jeder Versionsstand wird in Buchformat veröffentlicht. Zwischen den Buchveröffentlichungen gibt es zusätzliche Versionsstände in der ENP-Datenbank. So wurde z. B. der Praxistest von ENP in mehreren Kliniken 2005 mit der ENP-Version 2.3 durchgeführt. Nach und während des Praxistests im Kanton St. Gallen wurden zentrale Veränderungen in ENP durchgeführt. Die nachfolgend zusammenfassend dargestellt werden.

Die zentralen Änderungen von Version 2.3 auf 2.4.

- a) Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegediagnosen, Entwicklung der ENP-Taxonomie mit dem Ziel der monohierarchischen Struktur für Datenauswertungen.
- b) Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegeziele, Entwicklung einer Ziel-Taxonomie.
- c) Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegeinterventionen.
- d) Prüfung der Pflegediagnosen bezüglich des schwankenden Abstraktionsniveaus und Überlappungen. In diesem Zuge wurden von der Version 2.3 (n= 557 Praxisleitlinien) bis zur Version 2.4 (n= 516 Praxisleitlinien) ca. 41 Pflegediagnosen zusammengeführt.
- e) Abstützung von ENP durch weitere Literaturarbeit. Genutzte Quellen zur Abstützung der Praxisleitlinien Stand Version 2.0, n= 279 bestehend aus Fachliteratur, Lehrbüchern und Studien, bis zur Version 2.5 haben sich die genutzten Literaturquellen auf 520 erhöht. Verstärkt wurde internationale Literatur zur Abstützung genutzt.
- f) Bearbeitung von in Praxistests festgestellten Lücken bezüglich Vollständigkeit und Detaillierungsgrad siehe z. B. Kossaibati und Berthou 2006.

Änderungen von Version 2.4 auf 2.5 (2008/2009)

Neue aufgenommene Praxisleitlinien (n=14)

- 848 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Essstörung** eine **Mangelernährung**
- 849 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **kognitiven Beeinträchtigung** eine **Mangelernährung**
- 851 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **kognitiven Beeinträchtigung** das **Risiko einer Mangelernährung**
- 850 Der Bewohner/Patient/Klient hat das **Risiko einer Mangelernährung**
- 855 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Sondenernährung** ein **beeinträchtigtes Wohlbefinden**
- 852 Der Bewohner/Patient/Klient kann die **Aufmerksamkeit nicht/nur mühsam** auf die kontraläsionale (= vernachlässigte) **Raum- oder Körperseite richten** (=Neglect)
- 853 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Fähigkeit, Informationen aufzunehmen** und zu verarbeiten, **beeinträchtigt**
- 856 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Fähigkeit, Kompetenzen** im Rahmen der Selbstpflegefähigkeit **zu erwerben, beeinträchtigt**, Risiko der unwirksamen Therapie
- 857 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen **Dekubitus**, es besteht eine **erschwerete Wundheilung**
- 858 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen **Ulcus curis arteriosum**, es besteht eine **erschwerete Wundheilung**
- 859 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen **Ulcus curis venosum**, es besteht eine **erschwerete Wundheilung**
- 861 Der Bewohner/Patient/Klient hat auf Grund einer **chronischen Wunde** ein **beeinträchtigtes Wohlbefinden**
- 858 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **diabetisches Fußsyndrom (DFS)**, es besteht eine **erschwerete Wundheilung**
- 887 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund **fehlender Informationen/Fertigkeiten** im Umgang mit **Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie** ein **Risiko der unwirksamen Therapie**

Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n=31)

- 555 Der Bewohner/Patient/Klient hat **eine Mangelernährung**
- 558 Der Bewohner/Patient/Klient **lehnt die Nahrungsaufnahme ab** (Nahrungsverweigerung), es besteht das **Risiko der Mangelernährung**
- 554 Der Bewohner/Patient/Klient zeigt eine **Vernachlässigung der Nahrungszufuhr**, es besteht das **Risiko der Mangelernährung**
- 134 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines **erhöhten abdominalen Drucks** einen **unwillkürlichen Harnabgang** (Belastungsinkontinenz)
- 135 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen **imperativen Harndrang** verbunden mit einem **unwillkürlichen Harnabgang** (Dranginkontinenz)
- 137 Der Bewohner/Patient/Klient hat infolge der erreichten **Blasenfüllung in regelmäßigen Zeitabständen** einen **unwillkürlichen Harnabgang** (spontane Reflexentleerung)
- 138 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **chronischen Harnretention** Harnträufeln/einen **unwillkürlichen Harnabgang**
- 574 Der Bewohner/Patient/Klient ist **unfähig**, bei intaktem Urogenitaltrakt **einen unwillkürlichen Urinabgang zu vermeiden** (funktionelle Urininkontinenz)
- 130 Der Bewohner/Patient/Klient ist **harninkontinent** (Mischinkontinenzform/nicht kategorisierte Inkontinenzform) (Restkategorie)
- 845 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **extraurethralen Inkontinenz** einen **kontinuierlichen Harnabgang**
- 012 Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund einer **Bewegungseinschränkung** nicht selbstständig waschen
- 018 Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund einer **Hemiplegie/-parese** nicht selbstständig waschen
- 007 Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund **eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit** nicht selbstständig waschen
- 027 Der Bewohner/Patient/Klient darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer **verminderten Herzleistung** nicht anstrengen, es besteht ein **Selbstfürsorgedefizit** bei der **Körperwaschung**
- 029 Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer **Bewegungseinschränkung** die **Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten**, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
- 022 Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund von **Desorientierung** die **Körperwaschung nicht selbstständig gestalten**
- 011 Der Bewohner/Patient/Klient soll aufgrund einer **Wirbelsäulenverletzung** Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein **Selbstfürsorgedefizit** bei der **Körperwaschung**
- 013 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **quantitativen Bewusstseins einschränkung** bei der **Körperwaschung voll abhängig**
- 033 Der Bewohner/Patient/Klient führt die **Körperwaschung nicht adäquat** durch, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
- 016 Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer **Wunde im Intimbereich** die **Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen**
- 001 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund sonstiger Ursachen bei der **Körperwaschung beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 676 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **chronische Wunde**, es besteht eine **beeinträchtigte Wundheilung**
- 339 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **sekundär heilende Wunde**, es besteht eine **beeinträchtigte Wundheilung**
- 331 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **primär heilende Wunde**, es besteht das **Risiko einer beeinträchtigten Wundheilung**
- 278 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **stumpfen Verletzung an den Extremitäten** das **Risiko von Komplikationen**
- 092 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund von **Sensibilitätsstörungen** und **Hypotonus** auf einer Gesichtshälfte bei der **Nahrungsaufnahme beeinträchtigt**
- 094 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines **eingeschränkten Mundschlusses** bei der **Nahrungsaufnahme beeinträchtigt**, Nahrung fällt/läuft aus dem Mund
- 078 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen **Fingernagelpflege beeinträchtigt**
- 827 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen **Fußpflege beeinträchtigt**
- 069 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen **Haarpflege beeinträchtigt**

Stillgelegte Praxisleitlinien: (n=8)

Der Bewohner—hat eine eitrig, belegte Wunde, Gefahr der Keimverschleppung

Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **erhöhtes Risiko der Hautschädigung** durch den Einsatz von waschaktiven Substanzen

Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **erhöhtes Risiko**, dass sich durch Keimverschleppung bei der Körperwaschung die **Augen entzünden**

Der Bewohner/Patient/Klient kann die **Haare nicht selbstständig waschen**

Der Bewohner/Patient/Klient hat **lange Fußnägel** und kann sie nicht selbstständig schneiden

Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **starke Hornhautbildung** an den Füßen, kann diese nicht selbstständig entfernen

Der Bewohner/Patient/Klient hat **Schmutz unter den Fingernägeln** und kann sie nicht selbstständig säubern

Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines **eingeschränkten Mundschlusses** beim **Trinken beeinträchtigt**, Flüssigkeit läuft aus dem Mund

Der Bewohner/Patient/Klient ist beim Essen/Schlucken der Nahrung eingeschränkt, **Speisen sammeln sich in der Wangentasche** der betroffenen Seite

Genutzte Literatur (N= 520)

Änderungen von Version 2.5 auf 2.6 (2009/bis Mai 2011)

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=26)

- 867 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine beeinträchtigte **Selbstreinigungsfunktion der Lunge** (Restkategorie)
- 868 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen **Augenpflege beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 869 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund sonstiger Ursachen das **Risiko einer Atelektasenbildung/Pneumonie** (Restkategorie)
- 870 Der Bewohner/Patient/Klient ist beim **Schlucken beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 872 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits** (Restkategorie)
- 873 \$wDie Bewohnerin hat das **Risiko des beeinträchtigten Stillens** (Restkategorie)
- 877 \$wDie Bewohnerin ist **beim Stillen beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 878 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **inadäquates Ernährungsverhalten** (Restkategorie)
- 879 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Urinausscheidung beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 880 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **beeinträchtigte Darmentleerung** (Restkategorie)
- 881 Der Bewohner hat **sonstige Beeinträchtigungen** bei der Stomaversorgung
- 886 Der Bewohner/Patient/Klient hat das **Risiko eines plötzlichen Kindstods**
- 892 Das Kind **kotet** bei einem Alter von über 4 Jahren ohne organische Ursachen **ein** (Enkopresis)
- 882 Der Angehörige/die Bezugsperson **kann die Dependenzpflege nicht selbstständig durchführen**
- 883 Der Angehörige/die Bezugsperson hat das **Risiko, die Dependenzpflege des Betroffenen nicht selbstständig durchführen zu können**
- 894 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine Besiedelung/Infektion mit **multiresistenten Erregern [MRE]**, es besteht das **Risiko der Keimübertragung**
- 889 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **autonomen Dysreflexie** eine **Bluthochdruckkrise**
- 893 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Querschnittslähmung** das **Risiko einer autonomen Dysreflexie**
- 896 Der Bewohner/Patient/Klient ist infolge eines **demenziellen Syndroms** in der **Tages-/ Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 887 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund **fehlender Informationen/Fertigkeiten** im Umgang mit **Diabetes/Hypo-/ Hyperglykämie** ein **Risiko der unwirksamen Therapie**
- 891 Der Bewohner/Patient/Klient hat das **Risiko einer verzögerten Entwicklung**
- 892 Das Kind **kotet** bei einem Alter von über 4 Jahren ohne organische Ursachen **ein** (Enkopresis)
- 897 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Sprachstörung** in der **Kommunikation beeinträchtigt**
- 898 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **auscheidungs-/inkontinenzassoziierte Dermatitis, beeinträchtigte Wundheilung**
- 895 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **niedriges Aktivitätsniveau, Risiko von Gesundheitsschäden**

Die aufgenommenen Restkategorien wurden in Zusammenarbeit mit Projektkliniken ergänzt. Diese werden benötigt, da es neben den spezifischen bereits präkombinierten Pflegediagnosen auch Pflegeproblembereiche anderer Art gibt.

Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n= 30):

- 519 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **sexuell übertragbare Infektion/Krankheit**, es besteht **Ansteckungsgefahr** für den Sexualpartner
- 354 Der Bewohner/Patient/Klient hat das **Risiko der Hyper-/Hypoglykämie**
- 383 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **Infektionskrankheit**, es besteht das **Risiko einer Ansteckung für das Umfeld**
- 263 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **verminderten Herzleistung** eine **instabilen Herz-/Kreislauf-Situation**
- 610 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **verminderten Herzleistung** ein **Risiko von Herz-Kreislauf-Komplikationen**
- 261 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund **hypertoner Kreislaufveränderungen** das **Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen**
- 260 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund **hypotoner Kreislaufveränderungen** das **Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen**
- 696 Das Kind **nässt** bei einem Alter über 5 Jahren ohne organische Ursachen **ein** (Enuresis)
- 160 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **Dekubitusrisiko (Anpassung an aktuellen Expertenstand)**
- 103 Der Bewohner/Patient/Klient wird **parenteral über Infusionstherapie ernährt**, es besteht das **Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen**
- 097 Der Bewohner/Patient/Klient wird **enteral über Sonde ernährt**, es besteht eine **beeinträchtigte Nahrungsaufnahme**
- 326 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Infusionstherapie** das **Risiko der Über- oder Unterfundierung**
- 651 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines **Venenkatheters/einer Infusionstherapie** das **Risiko von Komplikationen**
- 451 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund **altersbedingter Abbauprozesse** in der selbstständigen **Lebens-/Tagesgestaltung eingeschränkt**
- 535 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Denkstörung** in der **Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 450 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Orientierungsstörung** in der **selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 634 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund von **Merk-/Gedächtnisstörungen** in der **Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 793 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines **arteriellen Zugangs** das **Risiko von Komplikationen**
- 627 Der Bewohner/Patient/Klient ist **antriebsgemindert**, es besteht das **Risiko eines Selbstfürsorgedefizits**
- 428 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund von **psychotischem Erleben** einen **beeinträchtigten Realitätsbezug**, es besteht das **Risiko des Selbstfürsorgedefizits**
- 429 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Strukturierung des Tagesablaufs beeinträchtigt**, es besteht das **Risiko eines Selbstfürsorgedefizits**
- 426 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Lebensgestaltung beeinträchtigt**, es besteht das **Risiko eines Selbstfürsorgedefizits**
- 313 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Ich-Störung** in der **selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt**
- 621 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund ständig **wiederkehrender Gedanken, die nicht durch Logik/Vernunft abgestellt werden können** (Zwangsgedanken), eine **beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung**
- 425 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Behinderung** in der selbstständigen **Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt**
- 152 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines **Enterostomas** (künstlicher Darmausgang) in der **Lebensgestaltung eingeschränkt**
- 467 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen **Freizeitgestaltung beeinträchtigt**
- 500 Der Bewohner/Patient/Klient zeigt wiederholt **selbstverletzendes Verhalten**, es besteht eine **beeinträchtigte Problem-/Bewältigungsstrategie**

684 Der Bewohner/Patient/Klient zeigt aufgrund **mangelnden Zutrauens in die eigene Körperkraft** ein **Vermeidungsverhalten**
131 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **Risiko der ausscheidungs-/inkontinenzassoziierten Dermatitis**

Stillgelegte Praxisleitlinien (n=9):

188 Der Bewohner/Patient/Klient hat bei der **Durchführung von Mobilisationsmaßnahmen** das **Risiko eines Kreislaufkollaps** (geht in der Diagnose Hypotonie ID_260 auf)
325 Der Bewohner/Patient/Klient hat bei einem **liegenden ZVK** (Zentralen Venenkatheter) das **Risiko der (Venen-)Entzündung** (geht in der Diagnose ID_651 auf)
324 Der Bewohner/Patient/Klient hat bei einer **liegenden Venenverweilkanüle** das **Risiko der Venenentzündung Entzündung** (geht in der Diagnose ID_651 auf)
326 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Infusionstherapie** das **Risiko der Über- oder Unterfundierung** (geht in ID_651 auf)
887 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund **fehlender Informationen/Fertigkeiten** im Umgang mit Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie ein **Risiko der unwirksamen Therapie**
082 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **Fixierung der Nasensonde**, es besteht die **Gefahr einer Hautirritation** (geht in 097 auf)
098 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund der Sonden Ernährung **gastrointestinale Beschwerden** (geht in 097 auf)
106 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund von **Diabetes** Blutzuckerschwankungen, es besteht ein **Risiko der Hyper- oder Hypoglykämie** (geht in 354 auf, diese wurde abstrahiert)
107 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund von **fehlenden Informationen/Fähigkeiten** im Umgang mit dem **Diabetes** das **Risiko, gesundheitsbezogene Ziele nicht zu erreichen**

Die Praxisleitlinien werden aktuell auf der Basis von N= 1018 nationalen und internationalen Literaturquellen abgestützt, darunter auch deutsche Regelwerke und Empfehlungen, wie die Expertenstandards, Richtlinien des MDS, gesetzliche Besonderheiten, wie z. B. Aktivitäten nach §87b usw.

■ 3. Definitionen der Klassenbegriffe von ENP

Zur Unterstützung der Eindeutigkeit der entwickelten Sprache wurden im Laufe der Entwicklung sprachliche Strukturen und Definitionen der einzelnen ENP-Gruppen durch das ENP-Entwicklerteam festgelegt.

Definition der ENP-Pflegediagnosen

Eine ENP-Pflegediagnose ist wie folgt definiert:

*Eine **ENP-Pflegediagnose** ist ein sprachlicher Ausdruck, den Pflegende, wenn möglich, gemeinsam mit dem Betroffenen und/oder seinen Angehörigen/Bezugspersonen basierend auf einer systematischen Einschätzung/Beurteilung (Assessment, Pflegeanamnese, körperliche Untersuchung) des Gesundheitszustandes und dessen psychischen, physiologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen oder der Reaktion auf Gesundheitsprobleme nutzen, um auf dieser Grundlage die Entscheidungen über Pflegeziele zu treffen und geeignete Pflegeinterventionen auszuwählen.*

Eine ENP-Pflegediagnose beschreibt mögliche pflegediagnostische Ergebnisse in einer standardisierten Form. Die Bestandteile einer ENP-Pflegediagnose sind ein pflegerisches Problem und eine Spezifikation. Ein kleiner Anteil, derzeit 9,2 % (n= 50), der ENP-Pflegediagnosen beinhaltet keine Spezifikation und dient als Restkategorie, wenn keine der angebotenen präkombinierten Pflegeprobleme mit Spezifikation zutreffen. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses ergänzt die Pflegeperson in diesem Fall selbst die Kennzeichen und Ursachen und

überführt das pflegerische Problem in eine Pflegediagnose. Eine Prækombination von Spezifikation und Pflegeproblem wurde in ENP immer dann vorgenommen, wenn es spezifische Interventionskonzepte für die ENP-Pflegediagnose gibt.

In ENP ist ein Pflegeproblem wie folgt definiert:

Pflegeprobleme sind aktuelle Beeinträchtigungen des betroffenen Individuums, die in seiner Person oder seiner Umwelt begründet sind. Oder es handelt sich um Risiken, die mit dem Gesundheitszustand oder der Behandlung des Betroffenen im Zusammenhang stehen, die er selbst nicht bewältigen oder beheben kann und die seine Unabhängigkeit und/oder die anderer Menschen einschränkt. Psychische, umweltbedingte und entwicklungsbedingte Zustände oder Veränderungen des physiologischen Gesundheitszustandes sowie altersbedingte Einschränkungen können Ausgangspunkt von Pflegeproblemen sein. Professionelles Handeln ist erforderlich, um die Pflegeprobleme zu erfassen, diese in eine Pflegediagnose zu überführen und den Gesundheitszustand durch geplante Pflege positiv zu beeinflussen.

Gordon und Bartholomeyczik (2001) schreiben, dass eine Pflegediagnose aus drei essentiellen Elementen besteht, „[...] die auch als PÄS-Schema bezeichnet werden. Diese drei Komponenten sind: Gesundheitliches Problem (P), Ätiologische bzw. damit verbundene Faktoren (Ä) [und] Definierende Merkmale oder Cluster von Zeichen und Symptomen (S)“. (Gordon und Bartholomeyczik 2001, S. 38 f.) Die Gruppe der Pflegeprobleme beschreibt auf der Ebene der Kategorie inhaltlich Pflegeprobleme, die die disjunkten Merkmalsträger darstellen, denen die Pflegediagnosenbegriffe zugeordnet sind. Aufgrund der Zusammensetzung einer ENP-Pflegediagnose aus einem Pflegeproblem und einer Spezifikation beinhaltet diese bereits mindestens zwei essentielle Elemente einer Pflegediagnose, wie von Gordon (2001, S. 38) definiert. Im Rahmen des diagnostischen Prozesses wählt die Pflegeperson passende Kennzeichen und Ursachen aus ENP aus. Die Kennzeichen beziehen sich in ENP nicht ausschließlich auf das Pflegeproblem, sondern auf die Kombination des Pflegeproblems und der Spezifikation.

In der nachfolgenden Tabelle 4 werden exemplarisch die ENP-Pflegediagnosen der Klasse 1.1 Körperpflege/Kleiden und der Kategorie 1.1.1 Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung aus der Domäne 1 Pflegediagnosen aus dem funktionalen/physiologischen Bereich vorgestellt, um den Unterschied zwischen Pflegeproblem (= Kategorie) und Pflegediagnose in ENP zu verdeutlichen.

Klasse	Kategorie (= Pflegeproblem)	ENP-Pflegediagnosen
1.1 Körperpflege/Kleiden	1.1.1 Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung	Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer Hemiplegie/-parese die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen
		Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen
		Der Bewohner/Patient/Klient darf sich bei der Körperpflege aufgrund einer verminderten Herzleistung nicht anstrengen, Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer Bewegungseinschränkung die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten, Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten
		Der Bewohner/Patient/Klient soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer quantitativen Bewusstseinsbeschränkung bei der Körperwaschung voll abhängig
		Das Bewohner/Patient/Klient kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen
		Der Bewohner/Patient/Klient führt die Körperwaschung nicht adäquat durch, Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen
		Der Bewohner/Patient/Klient kann sich auf Grund sonstiger Ursachen nicht selbstständig waschen
Der Bewohner/Patient/Klient kann sich nicht selbstständig duschen/baden		

Tabelle 4: Exemplarische ENP-Pflegediagnosen aus der Kategorie Körperpflege/Kleiden

Bis auf die beiden letzten ENP-Pflegediagnosen (hellblau) sind alle Pflegediagnosen entweder durch eine Ursache (grau) oder ein Kennzeichen (gelb) als Spezifikation ergänzt. Die hier vorgestellte Operationalisierung des Selbstfürsorgedefizits Körperwaschung ist durch die Entwicklung der Praxisleitlinie bestimmt. Wird während der Entwicklung einer pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinie deutlich, dass es z. B. bei dem Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung bei Hemiplegie ganz spezielle Interventionskonzepte gibt, würde die ENP-Pflegediagnose präkombiniert weiterentwickelt werden, wie es schon in der Vergangenheit geschah. In der veröffentlichten Literaturanalyse, die im Rahmen der ENP-Entwicklung zu den Pflegediagnosen der Subkategorie Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung erstellt wurde, wird gezeigt, dass für die derzeitigen in der Tabelle 3 aufgeführten ENP-Pflegediagnosen spezielle Handlungskonzepte existieren (Helmbold 2010a).

Damit der Nutzer der ENP-Fachsprache zur Abbildung des Pflegeprozesses differenzierte und zielgerichtete Interventionskonzepte angeboten bekommt, wurde die beschriebene Struktur der ENP-Pflegediagnosen gewählt. Die ENP-Pflegeprobleme, die keine Spezifikation beinhalten, dienen als Restkategorie, die durch die Pflegeperson in eine Pflegediagnosenformulierung durch die Codierung von Kennzeichen und Ursachen überführt wird. Diese Restkategorien sollten nur genutzt werden, wenn keine spezifische ENP-Pflegediagnose vorhanden ist.

Syntax einer ENP-Pflegediagnose

Die Festlegung der Syntax der verschiedenen Sprachbausteine in ENP dient der Vereinheitlichung der Struktur der Fachsprache.

Beispiel:

„Der Patient hat aufgrund eines liegenden Tracheostomas das Risiko einer Hautschädigung“.

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

"aufgrund eines liegenden Tracheostomas" = Präpositionalobjekt (Genitiv)

"das Risiko" = direktes Objekt (Akkusativ)

"einer Hautschädigung" = Artergänzung (Genitiv)

„Der Patient kann aufgrund einer Hemiplegie /-parese die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen“.

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"kann" = Modalverb (Teil 1 der Verbklammer)

"aufgrund einer Hemiplegie/-parese" = Präpositionalobjekt (Genitiv)

"die Körperwaschung" = direktes Objekt (Akkusativ)

"nicht selbstständig" = negierte Adverbialphrase (der Art & Weise)

"durchführen" = Vollverb (Teil 2 der Verbklammer, hier Infinitiv)

Bei den Pflegediagnosen in ENP, die über keine Spezifikation verfügen, setzt sich die Syntax wie folgt zusammen:

„Der Patient-- hat ein Dekubitusrisiko“

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

"ein Dekubitusrisiko" = direktes Objekt (Akkusativ)

Die Satzkonstruktion einer Pflegediagnose ist in der dritten Person Singular formuliert, die genutzten Verben stehen im Präsens. Der Hintergrund, die Satzkonstruktion so zu gestalten, wie sie oben beschrieben wurde, hat pragmatische und sprachstilistische Gründe. Es wäre durchaus möglich, das Präpositionalobjekt an das Satzende zu stellen. Die ENP-Pflegediagnose könnte z. B. auch lauten, *der Patient kann die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen, aufgrund einer Hemiplegie*. So würde dem Pflegeproblem als Bestandteil der ENP-Pflegediagnose eine höhere Aufmerksamkeit zukommen, allerdings würde damit die Unterscheidung der 13 Selbstfürsorgedefizite Körperwaschungsdiagnosen an das Satzende gestellt werden. Die Mitarbeiter müssten in einer Softwarelösung deutlich mehr lesen, um zu den Unterscheidungskriterien der ENP-Pflegediagnose innerhalb der Subkategorie zu gelangen.

Definition: ENP-Kennzeichen

Jede Analyse eines Begriffes führt zwangsläufig zu den bestimmenden Merkmalen des Begriffes. Zur Feststellung eines Begriffsinhaltes und zur Festlegung eines pflegediagnostischen Konzeptes, wie z. B. den ENP-Pflegediagnosen, ist die Benennung der Kennzeichen, welche die Pflegediagnose stützen können, entscheidend. In der Terminologielehre werden den Merkmalen/Kennzeichen verschiedene Bedeutungen zugewiesen. *„Die Gesamtheit der zu einem gegebenen Zeitpunkt festgestellten Merkmale eines Begriffes ist die Summe des Wissens über diesen Begriff“* (Arntz et al. 2004, S. 53 f). Dieses Wissen über den Begriff unterstützt, den Begriffsinhalt zu benennen und abzugrenzen. Ebenso unterstützen die Merkmale dabei, die Begriffe zu strukturieren und in eine Taxonomie einzuordnen.

Im pflegediagnostischen Prozess werden die Kennzeichen als Indikatoren zur Bestätigung einer Pflegediagnose genutzt (Gordon und Bartholomeyczik 2001, S. 43 ff.). Im Rahmen der Entwicklung der ENP-Pflegediagnosen werden die Merkmale zur Konzeptualisierung dieser eingesetzt. Im Folgenden wird die Definition der ENP-Kennzeichen vorgestellt.

***ENP-Kennzeichen** sind Indikatoren, Merkmale und Äußerungen des betroffenen Individuums. Diese tragen dazu bei, die Pflegediagnose/-probleme zu identifizieren, oder die Pflegediagnosen/-probleme untereinander abzugrenzen. Diese Merkmale, Indikatoren können Symptome beschreiben, weitere Merkmale für das Problem, biografische oder historische, physiologische oder psychische Indikatoren, eine beschriebene verbale Äußerung des Betroffenen zum Problem, beschriebene Reaktionen eines Menschen oder Risikofaktoren sein.*

Die Kennzeichen von ENP beziehen sich sowohl auf das enthaltene Pflegeproblem, als auch auf die Problemspezifikation. Die Pflegediagnosen innerhalb einer Kategorie können allgemeine Kennzeichen beinhalten, die sich auf das Pflegeproblem beziehen.

Syntax der ENP-Kennzeichen

Die Kennzeichenformulierungen sind Symptome (z. B. *Zyanosezeichen, Erhöhte Atemfrequenz, Giemen, Tachypnoe, Äußert Juckreiz*), Äußerungen des Betroffenen (z. B. *Äußert Angst vor den Schmerzen beim Abhusten; Beschreibt das Gefühl der Einsamkeit/der Verlassenheit*), Verhaltensreaktionen (z. B. *Erhöhte Reizbarkeit; Kann Wut/Ärger nicht adäquat äußern und richtet diese gegen Tiere/Gegenstände, reißt sich Haare aus*), physiologisch feststellbare Merkmale (z. B. *Atemfrequenz beim Erwachsenen unter 12 Atemzüge/Min.*), oder Beschreibungen der Fähigkeitseinschränkungen des Betroffenen (z. B. *Kann bestimmte Körperregionen nicht waschen, Kann Worte nicht deutlich aussprechen*).

Die Kennzeichen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen und zudem in der Regel im Aktiv stehen. Oder sie sind Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) oder nur aus Begriffen. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: *Die Fähigkeit, die Körperpartien zu waschen, ist eingeschränkt* oder *Infektiöse Hauterkrankung*.

Definition: ENP-Ursachen

Ursachen können als Bezeichnung „für ein Ereignis oder eine Menge von Ereignissen, die ein anderes Ereignis, die Wirkung, kausal (Kausalität) hervorbringen“ definiert werden. In der „Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie“ wird der Ursachenbegriff auf Grundlage der vier Ursachentypen des Aristoteles, dem neuzeitlichen Wirkursachenverständnis von Hume und weiteren Philosophen definiert (Mittelstraß 1996, S. 442). Ein ähnliches Grundverständnis wurde der Definition der Ursachen bei der ENP-Entwicklung zugrunde gelegt. Zur weiteren Differenzierung der Pflegediagnose werden Ursachen formuliert, die für die Verursachung und Aufrechterhaltung des Gesundheitsproblems/-zustandes mit verantwortlich oder beeinflussend sind (Brobst et al. 1997, S. 17 f., Gordon 2001, S. 41).

In ENP sind die Ursachen wie folgt definiert:

***ENP-Ursachen** sind auslösende und/oder beeinflussende Faktoren, die zur Entstehung eines Pflegeproblems/einer Pflegediagnose führen beziehungsweise diese aufrechterhalten. Ursachen/beeinflussende Faktoren können Verhaltensweisen des Betroffenen, bestehende und bekannte Erkrankungen sowie beschreibbare Einschränkungen sowohl im psychosozialen Bereich wie auch im Bereich der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten sein. Ebenso können Ursachen/beeinflussende Faktoren im Umfeld, der Sozialisation und den Erfahrungen des betroffenen Individuums zu finden sein.*

Im Rahmen des Pflegeprozesses ist es bedeutend, die Ursachen von pflegerischen Problemen zu kennen, da häufig diese im Rahmen der Interventionsangebote mitbeachtet werden müssen, um ein Pflegeproblem zu beheben oder zu lindern. Zum Beispiel besteht ein Unterschied, ob sich ein Individuum nicht selbstständig waschen kann, weil die Ursache in der Bewegungseinschränkung postoperativ oder in einer Apraxie begründet ist. Die sinnvollen Interventionskonzepte sind bei den Beispielen je unterschiedlich.

Das Ursachenverständnis in ENP orientiert sich an der Analyse des Begriffes der Ursachen, die folgende Unterscheidung der Begriffsbildung hervorbringt (Hügli und Lübcke 2001, S. 640 ff):

Ursachen als Kausalitätsbeziehung zwischen Ursache und Wirkung. Ursachen als Kausalkette bzw. kausaler Zusammenhang, das bedeutet „[...] jenes Netz von Ursachen und Wirkung, in die ein Ereignis eingeflochten ist.“ (Hügli und Lübcke 2001, S. 642)

Mitwirkende Ursache, das heißt Ursachen, bei denen ein Zusammenhang mit der Wirkung besteht, die aber die Wirkung nicht alleine hervorrufen.

Ausschlaggebende Ursache, die Ursache, der ein zentraler Aspekt für die Wirkung nachgewiesen werden kann.

Wesentliche Ursachen, die eine notwendige Bedingung der Wirkung ist.

Die verschiedenen Sichtweisen und Unterscheidungen des Begriffs ‚Ursachen‘ werden in den ENP immer in Bezug auf die Pflegediagnoseformulierung formuliert. Von Interesse sind die besonderen Zusammenhänge der festgestellten Gesundheitsprobleme/-zustände eines Individuums, dessen Entstehungsursachen und den Faktoren, die das Problem erhalten.

Jeder ENP-Pflegediagnose können mehrere Ursachen zugeordnet werden. Das bedeutet, dass verschiedene Ursachen die Diagnose beeinflussen bzw. hervorrufen können. Diese im diagnostischen Prozess ausgewählten und formulierten Ursachen zu den Pflegediagnosen bilden die Basis für die Auswahl geeigneter Interventionen.

Die Ursachenformulierungen können Krankheiten (z. B. *Manie, Rechtsherzinsuffizienz, Essstörung, Multiples Sklerose*), Motive für Verhalten (z. B. *Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Widerwille bei der Nahrungsaufnahme, fehlendes Interesse, Angst, Schamgefühl*), Zustände (z. B. *Verwirrtheitszustand, anhaltende Appetitlosigkeit, Formveränderung am weichen Gaumen, Trinkschwäche, Belastungsdyspnoe, fehlendes Selbstwertgefühl, Bewegungseinschränkung*), Wissens-/ Informationsdefizite (z. B. *mangelnde Kenntnis über das Stillen, fehlender Zugang zu Informationen*), soziokulturelle Einflüsse (z. B. *familiendynamische Faktoren, Arbeitslosigkeit, Misshandlung*), Gewohnheiten/Verhalten (z. B. *ritualisierte Zwangshandlung, Kotschmierer, Aktivitätsmangel, ungenügende Grenzsetzung*), beeinträchtigte Interaktion (*spricht eine andere Landessprache*), oder eingeschränkte/beeinträchtigte Fähigkeiten (z. B. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten) sein.

Syntax der ENP-Ursachen

Die Ursachen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen. Oder sie sind Ellipsen, die entweder nur aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) bestehen oder nur aus Begriffen. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: *Der Wille, die Körperwaschung durchzuführen, fehlt* oder *Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit*.

Definition: Ressourcen

In ENP werden zu den Pflegediagnosen die Ressourcen (Fähigkeiten des Betroffenen) formuliert, die für die Auswahl der pflegerischen Zielsetzung und die Interventionsbestimmung von Bedeutung sind.

Eine ENP-Ressource ist wie folgt definiert:

ENP-Ressourcen sind Beschreibungen von Zuständen, körperliche, geistige und psychosoziale Fähigkeiten, Verhaltensweisen und/oder Faktoren im sozialen Umfeld, die dazu beitragen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln und/oder Pflegeinterventionen zu unterstützen.

Die Ressourcenentwicklung ist immer vor dem Hintergrund der möglichst differenzierten Beschreibung und Beurteilung des Gesundheitsproblems/-zustands formuliert, von dem der Pflege-/Unterstützungsbedarf abgeleitet wird. So ist es für die Auswahl von Pflegezielen und Interventionen entscheidend zu wissen, ob ein Patient, der ein Selbstversorgungsdefizit Körperpflege hat, sitzen oder stehen kann und z. B. den Waschlappen selbstständig führen kann. Die formulierten Ressourcenbegriffe haben im Gegensatz zur den restlichen Gruppen in ENP nicht

den Anspruch auf Vollständigkeit. Bei den Ressourcenformulierungen sind Pflegende aufgefordert, individuelle Ergänzungen im Rahmen des diagnostischen Prozesses vorzunehmen.

Die standardisierten Ressourcenformulierungen in ENP beinhalten Verhaltensweisen, handlungsfördernde Einstellungen, Unterstützungsleistungen des sozialen Umfelds oder physiologische Zustände, die dazu beitragen, Bewältigungsstrategien und Interventionen zur Behebung von Gesundheitsproblemen zu entwickeln und zu unterstützen.

Syntax der ENP-Ressourcen

Die Ressourcen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen. Z. B.: *Kann Hilfsmittel gezielt einsetzen* oder *Äußert Einsicht in die Pflegemaßnahme*.

Definition: ENP-Pflegeziele

Durch die zielgerichtete Pflege und die Förderung der Ressourcen soll das Pflegeziel erreicht werden. Pflegeziele sollen realistisch, erreichbar, überprüfbar, positiv formuliert und auf das Pflegeproblem/-diagnose bezogen sein. Einer ENP-Pflegediagnose sind mehrere mögliche Pflegeziele zugeordnet. Die Pflegeperson entscheidet sich je nach Patientenzustand für ein oder mehrere Pflegeziele.

Ein ENP-Ziel ist wie folgt definiert:

***ENP-Pflegeziele** legen die Pflegeergebnisse fest, die Pflegende mit dem Betroffenen oder für den Betroffenen planen und die innerhalb eines vereinbarten Zeitraumes erreicht werden sollen. Die erwarteten Ergebnisse sind in Form von künftig zu erreichenden Ist-Zuständen beschrieben. Die Pflegeziele können sich auf körperliche Leistungen und Fähigkeiten, physiologische Parameter, Wissen, Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale, Befunde, emotionales Erleben und subjektives Empfinden sowie auf die Erkennung körperlicher Veränderungen beziehen.*

Eine Nutzung der Pflegezielformulierungen zur Outcome-Messung ist möglich. Hierzu ist jedes ENP-Pflegeziel mit einer fünfstufigen Skala zur Einschätzung des Zielerreichungsgrades verknüpft. Es existieren unterschiedliche Arten der fünfstufigen Skalen. Allen gemeinsam ist, dass 5 bedeutet, das Ziel wurde erreicht und 1, das Pflegeziel wurde noch nicht erreicht. Hierzu ein paar Beispiele:

ENP-Pflegediagnose: Der Patient **zieht sich vom sozialen Geschehen zurück**, soziale Interaktion ist beeinträchtigt

Ursache: Psychische Erkrankung

Kennzeichen: Zieht sich in das Zimmer zurück

Pflegeziel: Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil.

Die Pflegeperson schätzt die Zielerreichung auf einer fünfstufigen Skala ein. Die verknüpften Beurteilungsmerkmale zur Einschätzung des Zielerreichungsgrades lauten:

- 5 = vollständig erreicht
- 4 = weitgehend erreicht
- 3 = mäßig erreicht

2 = wenig erreicht

1 = nicht erreicht

Eine Codierung mit 1 würde bedeuten, dass der Patient das Pflegeziel *Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil* bezogen auf die Pflegediagnose nicht erreicht hat (0 % Zielerreichung), die Codierung „wenig“ würde bedeuten, dass geringe, schwache Ansätze der Zielerreichung erkennbar sind (bis 25 % Zielerreichung), eine „mäßige“ Bewertung zeigt an, dass eine mittlere Zielerreichung vorhanden ist (26–50 %), eine „weitgehende“ Zielerreichung wird codiert, wenn das Ziel über 50 % erreicht ist (51–75 % Zielerreichung) und eine „vollständige“ Zielerreichung wird codiert, wenn das Ziel zu über 75 % erreicht wurde.

Die andere Art der Skalierung wird in ENP mittels operationalisierten Items des Zieles realisiert. So wurden zum Beispiel drei Pflegeziele zur Körperwaschung wie nachfolgend in der Tabelle beschrieben.

5-er-Skalierung Körperwaschung					
	Ausprägung 5	Ausprägung 4	Ausprägung 3	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Kann sich den Körper selbstständig waschen und abtrocknen	Kann sich den Körper selbstständig waschen und abtrocknen	Kann sich den Körper unter Einsatz von Hilfsmittel und/oder verlängerter Waschzeit (> 15 Min.) selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Körper unter verbaler Anleitung und Anreicherung von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Körper teilweise selbstständig waschen und abtrocknen, Pflegeperson übernimmt schwer erreichbare Körperstellen	Ist in der Ausführung der Körperwaschung voll abhängig
Kann sich den Oberkörper selbstständig waschen und abtrocknen	Kann sich den Oberkörper selbstständig waschen und abtrocknen	Kann sich den Oberkörper unter Einsatz von Hilfsmittel und/oder verlängerter Waschzeit (> 7 Min.) selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Oberkörper unter verbaler Anleitung und Anreicherung von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Oberkörper teilweise selbstständig waschen und abtrocknen, Pflegeperson übernimmt schwer erreichbare Körperstellen	Ist in der Ausführung der Oberkörperwaschung voll abhängig
Kann sich Gesicht und Hände selbstständig waschen und abtrocknen	Kann sich Gesicht und Hände selbstständig waschen und abtrocknen	Kann sich Gesicht und Hände bei verlängerter Waschzeit (> 3 Min.) waschen und abtrocknen	Kann Gesicht und Hände unter verbaler Anleitung und Anreicherung von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann Gesicht und Hände teilweise selbstständig waschen und abtrocknen, Pflegeperson muss nacharbeiten.	Ist in der Ausführung, Gesicht und Hände zu waschen, voll abhängig

Tabelle 4: 5er-Skalierung der ENP-Ziele zur Körperwaschung

Ein Beispiel aus der Klasse Atmung und Kategorie „Physiologische Respiration“:

5-er Skalierung Physiologische Respiration					
	Ausprägung 5	Ausprägung 4	Ausprägung 3	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Die subjektiv empfundene Atemnot nach/während der körperlichen Aktivität befindet sich auf der 5-er-Skalierung >3 (1 = maximale Atemnot, 5 = keine Atemnot) Literaturquelle: Gillissen, A et al. 2008	Empfindet während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität eine normale/unveränderte Atemaktivität	Empfindet während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität eine leichte Atemnot (Dyspnoe)	Empfindet während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität eine mittlere Atemnot (Dyspnoe), diese kann durch Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur gekennzeichnet sein	Empfindet während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität eine schwere Atemnot (Dyspnoe), diese kann durch Zyanose, Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur gekennzeichnet sein	Empfindet während/unmittelbar nach der körperlichen Aktivität eine sehr schwere Atemnot (Dyspnoe), diese kann durch Todesangst, Panik, Zyanose, Aktivierung der Atemhilfsmuskulatur und/oder Nasenflügelatmung gekennzeichnet sein

Tabelle 5: 5er-Skalierung der ENP-Ziele der Kategorie Physiologische Respiration

Ein weiteres Beispiel stammt aus der Klasse Empfinden und der Kategorie „Frei von Schmerzen“:

5-er Skalierung Frei von Schmerzen					
	Ausprägung 5	Ausprägung 4	Ausprägung 3	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Ist schmerzfrei	Hat (keine) Schmerzen , die auf der numerischen Rangskala zwischen 1-2 eingeschätzt wurden	Hat Schmerzen , die auf der numerischen Rangskala zwischen 4-3 eingeschätzt wurden	Hat Schmerzen , die auf der numerischen Rangskala zwischen 5-6 eingeschätzt wurden	Hat Schmerzen , die auf der numerischen Rangskala zwischen 7-8 eingeschätzt wurden	Hat Schmerzen , die auf der numerischen Rangskala zwischen 9-10 eingeschätzt wurden

Tabelle 6: 5er-Skalierung der ENP-Ziele aus der Klasse „Frei von Schmerzen“

Ein letztes Beispiel stammt aus der Klasse Empfinden und der Kategorie „Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen“:

5-er Skalierung Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen					
	Ausprägung 5	Ausprägung 4	Ausprägung 3	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen den aktuellen körperlichen Fähigkeiten	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen den aktuellen körperlichen Fähigkeiten	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen teilweise den körperlichen Fähigkeiten , dieses zeigt sich in Form von völliger Erschöpfung nach der Körperpflegeaktivität	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen teilweise den körperlichen Fähigkeiten , dieses zeigt sich in Form von stark veränderten Vitalparametern und/oder Schmerzen nach der Körperpflegeaktivität	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen nicht körperlichen Fähigkeiten , dieses zeigt sich in Form von stark veränderten Vitalparametern mit Grenzwertüberschreitungen und/oder Schmerzen , die Körperpflegeaktivität musste (mehrmals) unterbrochen werden	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität übersteigen die körperlichen Fähigkeiten , dieses zeigt sich in Form Kreislaufkollaps, respiratorische Insuffizienz oder anderweitigen Krisen, die Körperpflegeaktivitäten können nicht wie geplant fortgesetzt werden

Tabelle 7: 5er-Skalierung der ENP-Ziele aus der Kategorie „Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen“

Derzeit sind von den ENP-Pflegezielen 50 differenzierte Bewertungsskalen entwickelt. An der weiteren Überführung der ENP-Pflegeziele in operationalisierte Items wird kontinuierlich gearbeitet. Ziel ist es, weitere Ergebnisindikatoren zu entwickeln, die als Selbstbewertungsinstrument für den Patienten/Bewohner als auch als Messinstrument für die Pflegepersonen dienen sollen. Die bisher entwickelten Ergebnisindikatoren sind in der Software oder Datenbank verfügbar. Eine eigene Buchveröffentlichung ist geplant.

Damit eine einheitliche Bewertung der Zielerreichung im Pflorgeteam möglich wird, ist die Diskussion der Zielerreichung mit dem Patienten und/oder im Team wichtig. Gerade Zielformulierungen, wie z. B. „*Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil*“, unterliegen einer gewissen Subjektivität.

Syntax der ENP-Pflegeziele

Die Pflegeziele stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen und zudem in der Regel im Aktiv stehen. Oder sie sind Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) oder nur aus Begriffen. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: *Selbstständigkeit ist gefördert* und *Äußert Gefühl der Sicherheit bei den täglichen Aktivitäten*.

Definition: ENP-Pflegeinterventionen

Pflegeinterventionen in ENP sind alle Handlungen im Kontext der Patientenversorgung, die durch Pflegepersonen auf Grundlage des pflegediagnostischen Prozesses durchgeführt werden.

Eine ENP-Pflegeintervention ist wie folgt definiert:

*Eine **ENP-Pflegeintervention** ist der sprachliche Ausdruck für ein Interventionskonzept. Die Interventionskonzepte sind abstrakte Formulierungen von Pflegehandlungen, die aus zahlreichen Teilschritten bestehen. Die ENP-Pflegeinterventionskonzepte können sich auf direkte, indirekte oder administrative Pflegehandlungen beziehen, die zur Zielerreichung auf der Grundlage klinischer Entscheidungsprozesse und pflegerischen Fachwissens durch Pflegenden eingeleitet und durchgeführt werden.*

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Die Pflegehandlung „30°-Lagerung nach Seiler durchführen“ besteht aus zahlreichen einzelnen Teilhandlungen. Diese Teilinterventionen beginnen z. B. mit der Händedesinfektion, der Materialvorbereitung usw., der Patientenbegrüßung, Information des Patienten, dem eigentlichen Lagerungsvorgang, der sich wiederum in zahlreichen Einzelschritten beschreiben lässt (z. B. Kopfteil flach stellen, Kopfkissen entfernen usw.) und endet mit der Vergewisserung, dass der Patient nach der Lagerungsdurchführung keinen weiteren Wunsch hat und z. B. die Glocke erreichbar ist. Die einzelnen Handlungsschritte der in ENP formulierten Pflegeintervention sind nicht beschrieben, sondern sind im Rahmen der Ausbildung konzeptualisiert worden. Für die Pflegeprozessdokumentation ist es auch nicht sinnvoll, die einzelnen Handlungsschritte eines Interventionskonzeptes ausformuliert in die Patientenakte zu übernehmen.

Es gibt Pflegeinterventionen, die direkt am und mit dem Patienten durchgeführt werden (z. B. Ganzkörperwaschung durchführen), und Handlungen, die indirekt für den Patienten durchgeführt werden (z. B. Medikamente stellen).

Syntax der ENP-Pflegeinterventionen

Die Pflegeinterventionen stehen in der Regel im Infinitiv und beschreiben Anweisungen oder Aufforderungen zu Handlungen, die in der Regel im Aktiv stehen. Syntaktisch sind es Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en), wobei das Prädikat häufig aus Infinitivkonstruktionen besteht. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der auszuführenden Handlung. Z. B.: *Themenzentriertes therapeutisches Pflegefachgespräch führen* oder *Belastungsreduzierende, schonende Bewegungstechniken einsetzen*.

Interventionsspezifikation

In Fachliteratur wird gefordert, dass die schriftlich formulierten Pflegeinterventionen Antwort auf die „W-Fragen“ geben müssen. Diese sind: „Wer macht wann, was, wie, womit?“ Aus diesen Forderungen an die Formulierung der Pflegeintervention kann abgeleitet werden, dass Pflegeinterventionskonzepte handlungsweisenden Charakter haben sollen. Dieser Anforderung an die Formulierungen wird in ENP durch die Interventionsspezifikationen Rechnung getragen.

ENP-Interventionsspezifikationen sind wie folgt definiert:

***ENP-Interventionsspezifikationen** sind ergänzende Detailinformationen, die sich auf die Pflegeintervention beziehen. Diese können folgende Dimensionen beinhalten: Detailbeschreibung der Pflegeinterventionen, Unterstützungsgrad der Pflegenden bei der Durchführung der Intervention, Häufigkeit und geplante Uhrzeit der Interventionen, zeitliche Abstände der Pflegemaßnahmen, verwendete Pflegeprodukte und Hilfsmittel, Reihenfolge von vernetzten Maßnahmen, Topologie, Orts- oder Wegangaben sowie Mengenangaben, Anzahl benötigter Pflegepersonen zur adäquaten Durchführung der Pflegeintervention.*

Normative-Zeitwerte in ENP

In ENP® sind die normativen Zeitwerte ebenfalls an die Pflegeinterventionen gebunden und werden fallbezogen summiert. Zur Vermeidung von ungünstigen Kumulationen sind Algorithmen hinterlegt. Die Zeitwerte sind Schätzwerte, die in einem über Jahre währenden empirischen Prozess mit Pflegenden ausgehandelt wurden.

Die hinterlegten normativen Zeitwerte sind durch den Kontextbezug zur Pflegediagnose gewichtet. So sind bei dementen Patienten/Bewohnern bei der Ganzkörperwaschung andere Zeitwerte hinterlegt, als bei einer Ganzkörperwaschung, wie sie bspw. bei einem Patienten, der aufgrund körperlicher Schwäche die Körperpflege nicht selbstständig durchführen kann, erfolgt.

Der Prozess der Zeitwerthinterlegung hat bereits 1996 begonnen und wurde mit der ersten Softwareanwendung im Feld kontinuierlich in Fokusgruppen mit Pflegenden justiert. Durch eigene Zeitwertmessungen im Rahmen von Forschungsarbeiten wurden ebenfalls weitere Justierungen der Zeitwerte vorgenommen. Bei der Verknüpfung von LEP-Nursing 3 und ENP[®]-Interventionen in 2004 fiel auf, dass die hinterlegten Zeitwerte zu einem hohen Anteil korrespondieren.

■ 4. Güte der ENP-Praxisleitlinien

Die entwickelten pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade sind durch die induktive Entwicklung in Deutschland entstanden (Wieteck 2004, S. 27 ff.). Bis heute wird die Entwicklung von ENP durch die Anwender mitbeeinflusst. Anwender melden an das ENP-Entwicklerteam Anforderungen an die Abbildbarkeit von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. Diese Anforderungen aus der Pflegepraxis werden aufgenommen und als Entwicklungseingabe definiert. So wurde z. B. im Jahr 2010 im Rahmen der Abbildung von Kommunikationsbeeinträchtigungen bei demenzerkrankten Bewohnern z. B. „Unklare Sprache“, „Bedeutungsleere Sprache“ eingereicht. Nach der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Pflegenden vor Ort und einer ersten Literatursichtung wurde der Praxisleitlinienpfad „897 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer Sprachstörung in der Kommunikation beeinträchtigt“ entwickelt.

Nach positiver Bestätigung der Pflegenden vor Ort kommt es im nächsten Schritt zu einer vertieften Literaturarbeit und einem systematischen Abgleich mit möglichen konkurrierenden Pflegediagnosen.

Die Literaturabstützung der ENP-Praxisleitlinien bezieht internationale als auch nationale Fachliteratur und Studien mit ein. Diese fachliche Abstützung von ENP wurde in den letzten 5 Jahren massiv forciert und die Qualität der Praxisleitlinien dadurch deutlich verbessert. Jede ENP ist mit aktueller Fachliteratur abgeglichen, im Rahmen der Inhaltsvalidierungsdiskussion pflegediagnostischer Begriffe bezeichnet z. B. Woodtli 1988 dieses bereits als ein Zeichen von Inhaltsvalidierung.

Es existieren bisher folgende Inhalts- und Kriteriumsvalidierungen zu ENP Berger 2010, Hardenacke 2007, Helmbold 2010a, Helmbold 2010b, Schmitt 2010, Wieteck 2006a, Wieteck 2006b, Wieteck 2008. Im Rahmen der Kriteriumsvaliditätsprüfung von Berger wurden 1.931 narrative Pflegeprozessplanungsformulierungen mit ENP im Krankenhaussetting abgebildet. Die Formulierungen sind Examensarbeiten, die mit den Noten 1–2 bewertet wurden, entnommen. Insgesamt konnten 73 % der Formulierungen vollständig, 14 % der Formulierungen teilweise und 13 % der Formulierungen nicht abgebildet werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Kriteriumsvaliditätsstudie von Schmitt 2010 im Bereich der neonatologischen Intensivpflege (Schmitt 2010). Diese Arbeiten beziehen sich auf die komplette Praxisleitlinie (= Pflegediagnose, Kennzeichen, Ursachen, Pflegemaßnahmen). Auch die Literaturanalysen von Helmbold beziehen sich auf die komplette Praxisleitlinie (Helmbold 2010a, Helmbold 2010b). Am Beispiel der Pflegediagnosen zur Mangelernährung können an Hand der gefundenen Validitätseinschränkungen, die in der Studie von Hardenacke (2007) festgestellt wurden, die Bearbeitung und Weiterentwicklung dieser ENP-Diagnosen nachvollzogen werden (Helmbold 2010b).

Einige Studien und Projekte zur Evaluierung von ENP wurden im Zusammenhang mit der praktischen Anwendung von ENP durchgeführt. So kommt Baltzer (2006) in einem breit angelegten Anwendungsprojekt im Krankenhaus zu dem Schluss, „*ENP-Formulierungen sind praxisnah und verständlich*“ und „*Mit ENP können die Prozesse der Pflege vollständig und nachvollziehbar abgebildet werden.*“ (Baltzer 2006, S. 9)

Das Evaluationsprojekt des Kantons St. Gallen, ebenfalls in 4 verschiedenen Kliniken des Kantons, hatte zum Ziel, die Fachsprache ENP für einen kantonalen Entscheid über eine Einführung zu testen. Vor diesem Hintergrund wurde ENP in verschiedenen Einrichtungen und Fachdisziplinen getestet. Siehe hierzu den Schlussbericht zur *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen* (2006) (Kossaibati und Berthou 2006, S. 8 ff.). Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden durch die Pflegeexperten der jeweiligen Pileteinrichtungen, die mit ENP dokumentierten Pflegeplanungen bezüglich der Kriterien „Überprüfbarkeit“, „Handlungsleitend“, „Pflegefachliche Relevanz“, „Eindeutigkeit“, „Verständlichkeit“ und „Vollständigkeit“ bewertet. „*In mindestens 80 % der analysierten Pflegeplanungen erfüllten die dokumentierten Inhalte die Analysekriterien.*“ (Kossaibati und Berthou 2006, S. 41)

In einer Interventionsstudie wurde untersucht, ob sich die Anwendung von ENP (damals noch ‚Textbausteine zur Pflegeprozessdokumentation‘ genannt) in einer Software auf die Qualität der Pflegeprozessdokumentation in einer Altenpflegeeinrichtung auswirkt. Die frequenz- und valenzanalytischen Auswertungen zeigen deutlich positive Auswirkungen auf die Dokumentationsqualität (Wieteck 2001). In einer weiteren Studie wurde untersucht, inwieweit die „tatsächlich durchgeführten Pflegemaßnahmen“ (erfasst durch Beobachter) mit den „dokumentierten Pflegeleistungen mittels ENP“ übereinstimmten. Insgesamt wurden in der multizentrisch deskriptiven Querschnittstudie mittels Paralleltest-Methode 1.068 Pflegemaßnahmenkodierungen bei 34 Patientenfällen bewertet. Die prozentuale Übereinstimmung der Raterergebnisse in den beiden Einrichtungen lag im Mittel bei 76 %. In der Studie bleibt offen, wie hoch der Anteil der 24 % nicht korrekter Kodierungen mit Versäumnissen der Pflegepersonen oder fehlenden Items auf Pflegemaßnahmenseite in ENP zu tun hat. (Wieteck 2007a) ENP-Datenauswertungen von Anwenderkliniken/Heimen/ambulanten Pflegediensten wurden in zwei Studien veröffentlicht. Hier wurden ENP-Daten aus den Pflegeprozessdokumentationen bezogen auf unterschiedliche Fragestellungen genutzt. (Haag 2009, Konrad 2009, Wieteck 2004b) In einem Fachaufsatz zeigt Wieteck (2009) auf, dass ENP in dem vorgestellten Beispiel die Granularität besetzt, um z. B. die Auditfragestellungen des Expertenstandards Dekubitus aus der täglichen Pflegeprozessdokumentation auszuleiten (Wieteck 2009).

ENP wird ebenfalls im Kontext der Abbildbarkeit der Pflegeleistung im DRG-Kontext diskutiert (Bartholomeyczik et al. 2009). ENP ist auf Italienisch, Englisch und Französisch übersetzt. Validierungsarbeiten bezüglich der Übersetzung wurden durchgeführt. Hierfür bestehen z. B. eine Zusammenarbeit mit der Universität Collegio Provinciale IPASVI L'Áquila (<http://www.ipasviaq.it/consiglioDirettivo.php?action=1>), sowie Kliniken in Luxemburg. Die bisherigen Ergebnisse der Studien und Validierungsarbeiten in ENP führen grundsätzlich zu einem Verbesserungsprozess, was in einigen Veröffentlichungen nachvollzogen werden kann (Helmbold 2010b).

Die Stärke von ENP ist zum einen in der Granularität zu sehen, die den Dokumentationsanforderungen der Pflegenden im deutschsprachigen Bereich zu eigen ist. Die Klassifikation ist im deutschsprachigen Kontext entwickelt worden und somit sind kulturelle Anpassungen nicht erforderlich. Ein internationaler Datenaustausch könnte über ein Mapping sichergestellt werden

(Wieteck 2007b). Ebenso können mit ENP die Anforderungen des MDS, die in der Grundsatzstellungnahme zum Pflegeprozess und zur Dokumentation (MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. 2005) gestellt sind, erfüllt werden.

ENP klassifiziert im Vergleich zu anderen präkombinatorischen Pflegeklassifikationen Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen, die als Praxisleitlinie in einer horizontalen Struktur Pflegewissen als Entscheidungshilfe für Pflegende anbietet. Daher sind Vergleiche von Gütekriterien mit anderen Klassifikationssystemen schwierig. ENP ist in Form einer Datenbank verfügbar, um einen standardisierten Einsatz in Software zu ermöglichen. Ebenso gibt es für die Papieranwendung regelmäßige Buchveröffentlichungen zu den Versionsständen.

■ 5. Kritische Anmerkungen

ENP ist derzeit noch nicht vollständig, um alle pflegerischen Belange, die zur Beschreibung von pflegerischen Phänomenen und Maßnahmen benötigt werden, zur Prozessdokumentation anzubieten. Dieses zeigen unterschiedliche Studien und Evaluationsprojekte. Circa 23 % der NANDA-I-Pflegediagnosen konnten zum Zeitpunkt der Studie nicht über ENP abgebildet werden (Wieteck 2008). Zahlreiche dieser Pflegediagnosen können unter 1.3 nachgelesen werden, da hier in den Versionsaktualisierungen nachgearbeitet wurde. Ca. 18 % der Formulierungen in den Pflegeplänen müssen derzeit individuell ergänzt werden. Diese Aussage bezieht sich auf den kompletten Pflegeprozess (Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen) (Berger 2008, Berger 2010, Schmitt 2009, Wieteck 2004c). In dem breit angelegten Praxistest von St. Gallen kommen Kossaibati und Berthou zu dem Ergebnis, dass spürbar ist, dass die Fachsprache aus Deutschland kommt und eine Helvetisierung für die Förderung der Akzeptanz zu empfehlen ist. Die Ergebnisse bestätigen, wie auch andere Studien, dass ENP noch nicht vollständig in allen Spezialbereichen der Pflege etabliert ist. In Teilbereichen wurden Elemente der Pfade als uneinheitlich und noch nicht auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse empfunden. Daher wurden folgende Aspekte zur Anpassung und Behebung der im Projekt erlebten Einschränkungen der Spitäler und Kliniken des Kanton St. Gallen formuliert:

- Helvetisierung (sprachlich und konzeptuell): unter anderem die Abbildung des schweizerischen Pflegekompetenzbereiches und Pflegeverständnisses und der Ersatz nicht-schweizerischer Termini durch ein schweizerisches Äquivalent;
- Aktualisierung der ENP-Inhalte (insbesondere Berücksichtigung internationaler, auch fremdsprachiger Fachliteratur, sowie Forschung aus der Pflege);
- Vereinheitlichung des Detaillierungsniveaus;
- Vervollständigung der ENP-Inhalte: in den Bereichen onkologische Pflege, transkulturelle Pflege, im Suchtbereich, psychosoziale Aspekte etc. (Kossaibati und Berthou 2006, S. 61)

Die Validität der ENP-Praxisleitlinien ist in der Tiefe auf hohem, wissenschaftlichem Niveau nicht getestet. Es gibt Hinweise darauf, dass einzelne ENP-Pflegediagnosen noch nicht vollständig sind und verbessert werden könnten (Hardenacke 2007).

■ Literatur

Arntz, Reiner; Heribert Picht; Felix Mayer: Einführung in die Terminologiearbeit. 5. Aufl., Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG, 2004.

Bakken, Suzanne; Margaret S. Cashen; Eneida A. Mendonca; Ann O'Brien; Joan Zieniewicz: Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. In: JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association Jg. 7, 1/2000 (Jan/Feb), S. 81-90.

Baltzer, Martina: Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP. In: Abschlussbericht, download http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf 2006.

Bartholomeyczik, Sabine; Jörg Haasenritter; Pia Wieteck: Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik Literaturanalyse. In: eingereicht PR-Internet Jg. 12, 2009, S. 669-687.

Berger, Simon: Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. In: Pflegewissenschaft Jg. 10, 2008.

Berger, Simon: Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP. Kassel: Rrecom Verlag, 2010.

Brobst, Ruth A.; Arlene M. Clarke Coughlin; Diane Cunningham; Joyce Martin Feldman; Robert G. Hess Jr.; Joan E. Mason; Lois A. Fenner McBride; Renne Perkins; Carol A. Romano; Judith J. Warren; Wendy Wright: Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Verlag Hans Huber, 1997.

Gärtner, Regina: Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik. Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung, Katholische Stiftungsfachhochschule, Pflegemanagement, München, 12. November 2006.

Gärtner, Regina: Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik. In: PrInterNet/Pflegewissenschaft Jg. 10, 06/2008 (Juni), S. 368-373.

Gordon, Marjory: Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis. 3. Auflage, München, Jena: Urban & Fischer, 2001.

Gordon, Marjory; Sabine Bartholomeyczik: Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen., München, Jena: Urban & Fischer Verlag, 2001.

Haag, Serge: Effizienzoptimierung der stationären Pflege. RECOM Verlag, 2009.

Hardenacke, Daniela: Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. In: PrInterNet Jg. 10, 10/2007 (Oktober), S. 530-538.

Helmbold, Anke: Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. In: Pflegewissenschaft Jg. 02, 2010a, S. 100-107.

Helmbold, Anke: Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. In: Pflegewissenschaft Jg. 5, 2010b, S. 292-299.

Hügli, Anton; Poul Lübcke (Hg.): Philosophie-Lexikon. 4. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 2001.

Konrad, Horst: Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten. Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP in elektronischen Patientenakten. Bad Emstal: RECOM GmbH & Co. KG, 2009.

Kossaibati, Salwa; Anne Berthou: Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht-: Institut de santé et d'économie (ISE), 2006.

MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.: Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. 2005. <www.vdd.de/...MDS.../MDS_Grundsatzstellungnahme_Pflegeprozess_und_Dokumentation_2005.pdf>, Download: 31.07.2009

Mittelstraß, Jürgen (Hg.): Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler, 1996.

Schmid, Bernd: Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe, Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. In: PrInterNet Jg. 9, 9/2007 (September), S. 532-541.

Schmitt, Anne: Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. In: eingereicht PR-Internet 2009.

Schmitt, Anne: Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. In: eingereicht PR-Internet Jg. 12, 4/2010, S. 224-232.

Schütze, Frank: Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung. Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung, Katholische Stiftungsfachhochschule Abt. München Fachbereich Pflegemanagement, München, 14. Oktober 2006.

Wieteck, Pia: Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung. Diplomarbeit, Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Pflege- und Gesundheitswissenschaft, Darmstadt, 2001.

Wieteck, Pia (Hg.): ENP - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden. 1. Auflage, Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004a.

Wieteck, Pia: Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP in deutschen und österreichischen Einrichtungen ENP European Nursing care Pathways. In: PrInterNet 9/2004b, S. 486-494.

Wieteck, Pia: Sekundäranalyse auf inhaltliche Vollständigkeit der ENP. In: Wieteck, Pia (Hg.): ENP – European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen. Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004c, S. 1157-1169.

Wieteck, Pia: Content Validity of ENP Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms, Download: <http://www.icn.ch/id73final.pdf>. In: Final Report 2006a (March), S. 1-71.

Wieteck, Pia: ENP-ICNP®-Crossmapping. In: PrInterNet Jg. 08, 02/2006b (Februar), S. 109-118.

Wieteck, Pia: Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. In: PrInterNet Jg. 9, 2/2007a (Februar), S. 113-120.

Wieteck, Pia: Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP (European Nursing care Pathways). ENP – ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation. Dissertation, Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin, Witten, 2007b.

Wieteck, Pia: Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP-ICNP® cross-mapping. In: International Nursing Review Jg. 55, 3/2008 (29. August), S. 296-304.

Wieteck, Pia: Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. In: Pflegewissenschaft Jg. 11, 04/2009 (April), S. 227-239.

Kontakt

RECOM GmbH & Co. KG – Pflege Competence Centrum



RECOM

RECOM GmbH & Co. KG
Pflege Competence Centrum
Falterstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Deutschland

Telefon +49 (0)8453 339968-4
Telefax +49 (0)8453 332717
E-Mail: info@recom-verlag.de



www.recom-verlag.de

Knowledge
for **Healthcare**
is our Business

