



Wissenschaftliche Hintergründe

European Nursing care Pathways
Version 2.9

Autoren:

Dr. Pia Wieteck
Sebastian Kraus (B.A.)
Dr. Holger Mosebach
Dr. Monika Linhart
Simon Berger (MScN, BScN)

Stand: Juli 2014

Inhalt

Einleitung	3
1. Struktur/Aufbau von ENP	4
1.1 Die Pflegeklassifikation ENP – Teil A	5
1.2 Präkombinationen von Begriffen der ENP-Pflegeklassifikation – Teil B.....	10
1.3 Praxisleitlinien in ENP – Teil C	14
1.4 Die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP	16
1.5 Nutzung von ENP	21
1.6 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten.....	21
1.7 Verbreitung von ENP	22
2. Änderungen in den Versionen.....	23
2.1 ENP-Versionen 2.0 (Wieteck, 2004c) bis 2.4.....	23
2.2 ENP-Version 2.4 auf 2.5 (2008/2009).....	23
2.3 ENP-Version 2.5 auf 2.6 (2009 bis Mai 2011)	25
2.4 ENP-Version 2.6 auf 2.7 (Mai 2011 bis August 2012)	26
2.5 ENP-Versionen 2.7 bis 2.9 (August 2012 bis August 2014)	27
3. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien	35
4. Definitionen der Klassenbegriffe von ENP	38
4.1 Definition der ENP-Pflegediagnosen	38
4.2 Definition: ENP-Kennzeichen	41
4.3 Definition: ENP-Ursachen.....	42
4.4 Definition: Ressourcen.....	43
4.5 Definition: ENP-Pflegeziele.....	44
4.6 Definition: ENP-Pflegeinterventionen.....	48
4.7 Normative-Zeitwerte in ENP	49
5. Güte der ENP-Praxisleitlinien	50
6. Kritische Anmerkungen	52
Literatur	53
Kontakt:	56

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 Pflegende 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 Softwareprodukte verfügbar. Durch die Verfügbarkeit der Terminologie in verschiedenen Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch) innerhalb einer Datenbank kann ENP auch in einem multilingualen Team genutzt werden.

ENP kann gegliedert in drei Teilbereichen dargestellt werden:

- A) ENP ... als ein Pflegeklassifikationssystem für insgesamt sieben Konzeptgruppen (vgl. Kapitel 1.1)
- B) ENP ... als Präkombination aus den Elementen dieses Pflegeklassifikationssystems (vgl. Kapitel 1.2)
- C) ENP ... als die aus der Präkombination und Pflegeklassifikation entwickelten Praxisleitlinien (vgl. Kapitel 1.3), die den Pflegenden in der Praxis fachliche Unterstützung bieten, den Pflegeprozess mit Hilfe von standardisierten Formulierungen, wie z. B. Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Pflegeinterventionen, abzubilden.

Bitte folgende Zitierweise für diesen Text angeben: Berger, Wieteck, Kraus, Mosebach & Linhart (2014). Wissenschaftliche Hintergründe ENP (European Nursing care Pathways), Version 2.9. Baar-Ebenhausen, RECOM GmbH & Co. KG. Online verfügbar unter:
<http://www.recom.eu/wissen/enp-wissenschaft/einleitung.html>

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 **552 (Version 2.9)** 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.

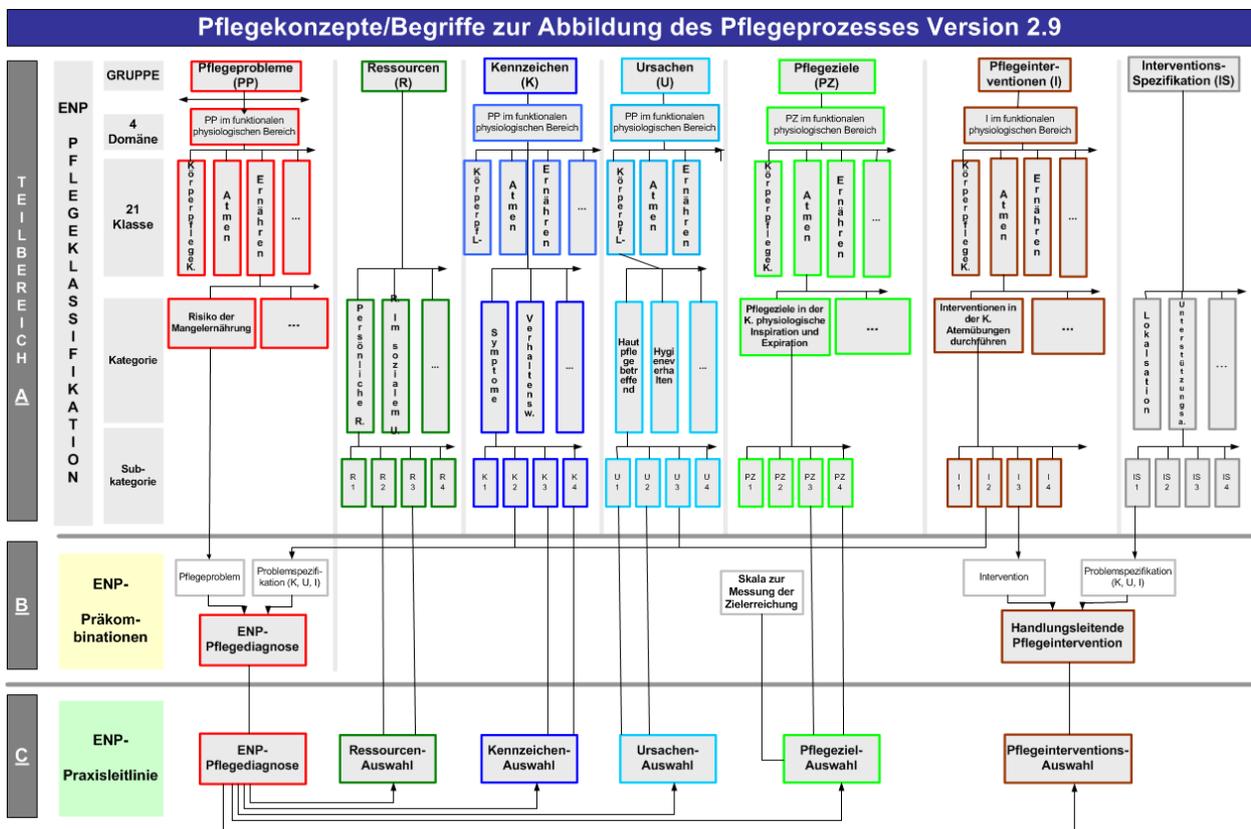


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Klassifikationssystems ENP mit seinen Teilbereichen A, B und C

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 **67 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
Funktionaler/ scher Bereich	Körperpflege/Kleiden	Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Selbstfürsorgedefizit Mundpflege
		Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege
		Selbstfürsorgedefizit Haarpflege
		Selbstfürsorgedefizit Kleiden
	Atmen	Beeinträchtigte Selbstreinigungsfunktion der Atemwege
		Insuffiziente Atmung
		Risiko der respiratorischen Insuffizienz
		Risiko der Erstickung
		Risiko der Aspiration
		Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie
		Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ
	Ernährung	Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme
		Beeinträchtigt Schlucken
		Mangelernährung
		Risiko der Mangelernährung
		Beeinträchtigt Ernährungsverhalten
		Flüssigkeitsdefizit / Störung des Elektrolythaushalts
		Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts
		Risiko des beeinträchtigten Stillens
		Beeinträchtigt Stillen
		Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen
	Ausscheiden	Selbstfürsorgedefizit Miktio/Defäkation
Beeinträchtigt Urinausscheidung		
Harninkontinenz		

		Beeinträchtigte Stuhlausscheidung
		Selbstfürsorgedefizit Stomapflege
		Beeinträchtigte Stomaversorgung
		Risiko des paralytischen Ileus
		Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens
		Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane
	Kreislauf	Beeinträchtigte Herz-/Kreislauffunktion
		Risiko des beeinträchtigten Herz-/Kreislaufs
		Risiko der Thrombose
		Risiko der Lungenembolie
		Risiko der Blutung
		Risiko der allergischen Reaktion / eines anaphylaktischen Schocks
	Bewegung/Mobilität	Beeinträchtigte Bewegung
		Beeinträchtigt Gehen
		Beeinträchtigter(s) Bewegungsablauf / -muster
		Risiko des Sturzes
		Risiko der Kontraktur
		Risiko der Spastik
		Risiko der Lähmung
		Risiko der beeinträchtigten Mobilität
	Entspannen/Schlafen/ Ruh	Risiko des Schlafdefizits
		Beeinträchtigter Schlaf
		Beeinträchtigte Entspannung
	Gewebeintegrität	Risiko von Druckstellen
		Risiko der Hautschädigung
		Risiko der Schleimhaut- / Hautschädigung
		Veränderte Mundschleimhaut
		Risiko der Hornhautschädigung
		Risiko der beeinträchtigten Wundheilung
		Beeinträchtigte Wundheilung
		Risiko der Dislokation / Luxation
		Risiko einer Verletzung
		Risiko des Anschwellens / der Ödembildung
		Risiko der Gewebeschädigung
		Risiko einer Infektion / Keimverschleppung
	Stoffwechsel	Risiko der Hypo- / Hyperglykämie
		Risiko der Stoffwechsellage
Stoffwechsellage		
Fortpflanzung	Risiko der Gesundheitsbeeinträchtigung für Mutter und Kind	
	Risiko der ungewollten Schwangerschaft	
	Beeinträchtigt Sexuelles Leben	
Körpertemperatur	Risiko der Hyper-/Hypothermie	
Emotionaler/psychosozialer Bereich	Empfindungen	Schmerzen
		Angst
		Beeinträchtigt Empfinden
		Beeinträchtigt Wohlbefinden
		Gefühl der Langeweile
		Persönliches Leiden
		Erschöpfung
		Risiko der Erschöpfung
		Schamgefühl
		Beeinträchtigt Orientierung

	Wahrnehmungen	Beeinträchtigt Körperchema/-bild
		Beeinträchtigt Selbstkonzept/-bild
		Risiko der Bewusstseinsstörung
		Beeinträchtigte Wahrnehmung
		Beeinträchtigt Bewusstsein
	Interaktion	Risiko der inadäquaten/ineffektiven Kommunikation
		Beeinträchtigte Kommunikation
		Risiko der beeinträchtigten Interaktion
		Beeinträchtigte Interaktion
		Beeinträchtigte Beziehung
		Risiko unerfüllter Bedürfnisse
	Handlung/Verhalten	Beeinträchtigte Anpassung
		Beeinträchtigt Verhalten
		Beeinträchtigte Problem-/Bewältigungsstrategie
		Gesundheitsgefährdendes Verhalten
		Risiko der Selbst-/Fremdgefährdung
		Verhalten ist selbst- / fremdgefährdend
		Verhalten ist selbstverletzend
		Risiko der unwirksamen Therapie
		Risiko der Nichterreicherung gesundheitsbezogener Ziele
		Risiko des Suizids
		Risiko der Flucht
	Aktivität/ Alltagsgestaltung	Risiko des Selbstfürsorgedefizits
		Beeinträchtigte Selbstfürsorge
		Beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung
		Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten
		Beeinträchtigte Freizeitgestaltung
		Selbstfürsorgedefizit Hauswirtschaft
		Dependenzpflegedefizit
		Risiko des Dependenzpflegedefizits
	Persönliche Entwicklungen	Beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit
		Beeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit
		Beeinträchtigte Entwicklung
		Risiko der beeinträchtigten Entwicklung
		Beeinträchtigte Zukunftsperspektive
		Beeinträchtigte Gewohnheiten
		Beeinträchtigte Lebensqualität
		Beeinträchtigte Sterbephase
		Beeinträchtigte Selbstachtung
	Wissen	Fehlende Informationen/Fähigkeiten
Beeinträchtigte Informationsverarbeitung		
Gesellschaft	Risiko der sozialen Ausgrenzung	
	Risiko der sozialen Isolation	
	Risiko des finanziellen / sozialen Ruins	
	Risiko der beruflichen Ausgrenzung	
	Normenkonflikt	
	Rollenkonflikt	
	Beeinträchtigte Religions- / Glaubensausübung	
	Selbstversorgungsdefizit	
Mehrdimensionale Risiken	Gesundheitsrisiken unspezifisch	Risiko des plötzlichen Kindstods
		Risiko von Komplikationen: Behandlung/Therapie
		Risiko von Komplikationen: Grunderkrankung / Verletzung
		Risiko von Komplikationen: Postoperativ

		Risiko von Komplikationen: Pathologische Veränderungen
		Risiko von Komplikationen: Wahrnehmungsveränderung
		Risiko von Komplikationen: Dehydratation
		Risiko von Komplikationen: Wärmeregulation
		Gesundheitsrisiken
Umfeldbezogene Pflegeprobleme	Risiko der Gesundheitsschädigung für das Umfeld	Risiko der Ansteckung
N = 4	N = 21	N = 136

Tabelle 1: Gruppe der Pflegeprobleme aufgegliedert 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**¹ 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 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 aus der aktuellen ENP-Version 2.9:

Pflegediagnosen (n=552)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Pflegediagnose

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Mundpflege

Pflegediagnosen...

Pflegeziele (n=1852)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Körperwaschung

Pflegeziele

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Mundpflege

Pflegeziele

Pflegeinterventionen (n=2615)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Körperwaschung

Pflegemaßnahmen

Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Mundpflege

Pflegemaßnahmen

¹ Monohierarchische Ordnungssysteme sind „streng“ hierarchisch, d.h. dass Begriffe jeweils nur genau einem Oberbegriff untergeordnet sein dürfen. Ein Gegenstandsbereich wird vom Allgemeinen zum Besonderen hin geordnet, indem auf jeder Hierarchiestufe ein Unterscheidungsmerkmal hinzugefügt wird.

Kennzeichen (n=3984)

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

Ursachen (n=3526)

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

Ressourcen (n=648)

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 Endanwender sowie in der Buchveröffentlichung unsichtbar, denn der Nutzen von ENP für die Pflegepraxis ist in der horizontalen Struktur (Abb. 1 Teil C) zu sehen.

Anhand nachfolgender Tabelle 2 kann die aktuelle Anzahl der Items aus jeder Gruppe der ENP nachvollzogen werden. Jedes Item im System ist nur einmal vorhanden, kann aber mit Ausnahme der Pflegediagnosen mehrfach verknüpft sein. Innerhalb der Domänen, Klassen und Kategorien hat jedes Element einer Gruppe nur eine Verknüpfung zur nächsthöheren Ebene. 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 2.5	Anzahl 2.6	Anzahl 2.7	Aktuell 2.9
Pflegediagnosen	521	542	548	552
Kennzeichen	2230	2719	2905	3984
Ursachen	1799	2282	2426	3526
Ressourcen	379	457	473	648
Pflegeziele	1435	1683	1724	1852
Pflegeinterventionen	2494	2511	2558	2615
Interventionsspezifikationen	3652	4285	4461	4797

Tabelle 2: Anzahl der Items in den ENP-Gruppen

Domäne	Klasse				Kategorie				Präkombinierte ENP-Pflegediagnosen			
	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9	2.5	2.6	2.7	2.9
Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich	11	11	11	11	66	67	67	67	259	275	279	278
Pflegeprobleme im emotionalen/psychosozialen Bereich	8	8	8	8	55	58	59	59	202	210	212	221
Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken	1	1	1	1	2	8	9	9	59	54	54	50
Umweltbezogene Pflegeprobleme	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
Summe: 4	21	21	21	21	124	134	136	136	521	542	547	552

Tabelle 3: Anzahl der Elemente der Gruppe ENP-Pflegeprobleme Version 2.5 (April 2009) zur Version 2.6 (Mai 2011), Version 2.7 (Mai 2012) und Version 2.9 (Mai 2014)

1.2 Präkombinationen von Begriffen der ENP-Pflegeklassifikation – Teil B

In ENP werden die Elemente der Pflegeklassifikation präkombiniert, d.h. die Kombination einzelner Begriffe und Elemente gilt in ihrer gesamten Form als Deskriptor. Beispielsweise bestehen die Pflegediagnosen aus einem Pflegeproblem (Begriff aus der Kategorienebene der Gruppe Pflegeprobleme) und einer Spezifikation (Begriffe aus der Gruppe der Kennzeichen, Ursachen oder Pflegeinterventionen). Neben den Pflegediagnosen sind auch die Pflegeinterventionen in ENP präkombiniert. Im Sinne eines besseren Verständnisses illustrieren die nachstehenden Kapitel das Vorgehen bei und den Aufbau der Präkombination anhand von Beispielen.

1.2.1 Präkombinatorische ENP-Pflegediagnosen

Eine ENP-Pflegediagnose entsteht durch die Kombination eines Pflegeproblems aus der monohierarchischen Struktur des Teilbereichs A sowie einer Spezifikation in Form einer Ursache oder eines Kennzeichens des jeweiligen Pflegeproblems/-phänomens.

Beispiel 1 – Gruppe Pflegeproblem:

Domäne: Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Kleiden

Pflegeproblem: **An-/Auskleiden beeinträchtigt**

So setzt sich etwa die präkombinierte ENP-Pflegediagnose „Der Patient ist aufgrund einer gestörten Handlungs-/Bewegungsplanung und -ausführung beim An-/Auskleiden beeinträchtigt“ zum einen aus dem Pflegeproblem „An-/Auskleiden beeinträchtigt“ und der Ursache „gestörte Handlungs-/Bewegungsplanung und -ausführung“ zusammen. Die exemplarisch aufgeführte Pflegediagnose ist der Kategorie Selbstfürsorgedefizit Kleiden zugeordnet.

Beispiel 2: „Der Patient hat aufgrund einer verminderten Belüftung der Lunge (Dysteletektase) das Risiko einer Atelektase/Pneumonie“

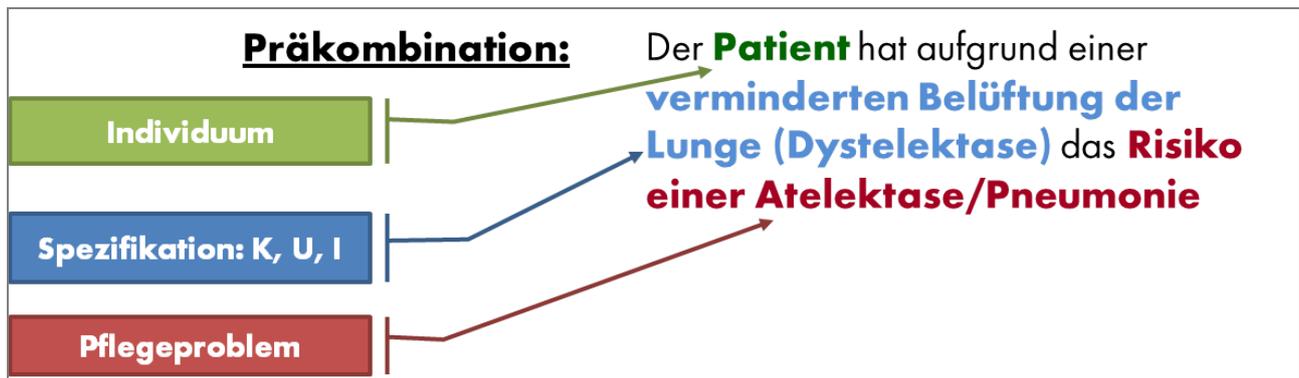


Abbildung 2: Präkombination einer ENP-Pflegediagnose

Anhand dieser beiden Beispiele wird deutlich, wie die ENP-Pflegediagnose präkombinatorisch aus den Begriffen der Pflegeklassifikation zusammengesetzt wird.

Jede aktualisierte ENP-Pflegediagnose in der Version 2.9 erhielt für eine eindeutige Anwendung zudem eine Definition. Diese ist sowohl für Ausbildungszwecke als auch für Pflegepersonen, welche die pflegediagnostischen Konzepte nicht kennen, als Unterstützung und Förderung eines einheitlichen Verständnisses entwickelt worden. In der Regel werden die Definitionen durch die Granulierung der ENP-Pflegediagnosen, d.h. deren Grad an Detailliertheit, Genauigkeit und Ausdruckskraft, in der täglichen Anwendung von ausgebildeten Pflegepersonen nicht benötigt, da diese bereits eindeutig formuliert sind und nur wenig Spielraum für Interpretationen bieten. Nachfolgend ein Beispiel zur Darstellung des Aufbaus einer ENP-Pflegediagnosendefinition.

00022 Der Bewohner-- kann aufgrund von **Desorientierung** die **Körperwaschung nicht selbstständig gestalten**

Definition:

Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund einer beeinträchtigten mentalen Funktion der Selbstwahrnehmung (welche erforderlich ist, um sich zeitlich, örtlich, situativ und/oder zur eigenen Person orientieren zu können), den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen.

(ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing, ICF b114 Orientation functions, ICNP Orientation [10013810] und Disorientation [10001235])

Deutlich wird, dass in der Definition die beiden Konzepte „Körperwaschung nicht selbstständig gestalten können“ und „Desorientierung“ Beachtung finden. Es wird versucht, die zentralen Elemente einer ENP-Pflegediagnose durch die genaue Bestimmung der verwendeten Begriffe zu beschreiben und/oder zu erklären. Bei der Definitionserarbeitung wird auf bereits bestehende Klassifikationssysteme und andere zentrale, pflegerelevante Quellen wie z.B. Konzeptanalysen Bezug genommen. Die verwendete Literatur ist jeweils angegeben.

Befindet sich bereits in einer ENP-Pflegediagnose eine Spezifikation in Form einer Ursache oder eines Kennzeichens, so beziehen sich sowohl die angebotenen Ursachen bzw. beeinflussenden Faktoren als auch die Kennzeichen auf die beiden Bestandteile der jeweiligen Pflegediagnose. Zum besseren Verständnis ein Beispiel:



ENP-Pflegediagnose

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

Individuum

Spezifikation: U

Pflegeproblem

Kennzeichen/Symptome

- Kann den Körper nicht waschen
- Kann den Körper nicht abtrocknen
- Schlanke Lähmung auf der betroffenen Seite
- Spastische Lähmung auf der betroffenen Seite
- ...

Ursachen/Ätiologie

(Ursache im Titel **Hemiplegie/-parese**)

- Apoplektischer Insult
- Neurologische Erkrankung
- Hirntumor
- ...

Abbildung 3: Bezugspunkte der Kennzeichen und Ursachen in ENP

Pflegediagnosen, bei denen es fachlich hilfreich ist, den Grad der Beeinträchtigung auf Kennzeichenebene auszuweisen, werden mit Hilfe einer Likert-Skalierung des Beeinträchtigungs-/Abhängigkeitsgrades dargestellt.

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

Durch die Ergänzung skalierten Schweregrade bei ENP-Pflegediagnosen bezüglich Selbstfürsorge-defizite wird es künftig möglich sein, aus der Prozessdokumentation die für Deutschland neu

entwickelte Systematik zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit auszuleiten (Wingenfeld, Büscher, Gansweid, IPW Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, & MDK WL Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, 2008).

1.2.1 Präkombinatorische ENP-Interventionen

Für die Gruppe der Pflegeinterventionen werden ebenfalls Präkombinationen gebildet. Im Unterschied zu den ENP-Pflegediagnosen besteht die Präkombination hier jedoch aus verschiedenen Elementen der Gruppe Pflegeinterventionen und der Gruppe der Interventionsspezifikationen. Den Pflegeinterventionen sind Interventionsspezifika zugeordnet. Diese können weitere Angaben enthalten, etwa bezüglich Häufigkeits-/ Frequenzangaben, Unterstützungsgrad der betroffenen Person bei der Durchführung der Pflegeintervention, Anzahl der benötigten Pflegepersonen, benötigte Pflegehilfsmittel oder Produkte, Lokalisations-/Ortsangabe, auf die sich die Intervention bezieht, Zeitangaben, etc.

Die Ebenen der präkombinierten Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen werden 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

....

Die Interventionsformulierung „Teilkörperwaschung individuell durchführen“ ist für eine Handlungsanweisung im Rahmen der Pflegeprozessplanung nicht konkret genug. Details zu Fragen, wie beispielsweise nach dem Ort, an dem die Körperwaschung durchgeführt wird und welcher Unterstützungsgrad notwendig ist, bleiben unbeantwortet. Daher werden die ENP-Interventionen weiter konkretisiert. Somit entsteht im Pflegeplan eine genaue Handlungsanweisung für die individuelle sowie bedarfs- und bedürfnisgerechte Durchführung der pflegerischen Versorgung. Der Pflegeintervention „Teilkörperwaschung individuell durchführen“ sind beispielsweise folgende Interventionsspezifika 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

Grundsätzlich können den Pflegeinterventionsformulierungen folgende Interventionsspezifika 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

Im Teilbereich C der Struktur von ENP (vgl. Abbildung 1) 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, Ziele und Interventionen (über den Zwischenschritt der Präkombination erweitert zu handlungsleitenden Interventionen).

Die in der ENP-Praxisleitlinie formulierten Ursachen und Kennzeichen zu einer Pflegediagnose beziehen sich auf die Spezifikation. Das ist eine Besonderheit im Aufbau der ENP-Pflegediagnosen. Es gibt auch ENP-Pflegediagnosen, die keine Präkombination von Spezifikation und Pflegeproblem aufweisen, sondern nur aus Individuum und Pflegeproblem bestehen. Diese Pflegeproblem-

formulierungen werden durch die Kodierung von Ursachen und Kennzeichen erst zu einer Pflege-diagnose und sind in der Regel Restkategorien für pflegerische Phänomene, die noch nicht präkombiniert in eine Pflegediagnose überführt werden konnten. Die Entwicklung von präkombinierten ENP-Pflegediagnosen wird dann vorgenommen, wenn spezielle Interventionskonzepte zu der jeweiligen Pflegediagnose vorgeschlagen werden. Über diesen Weg ist es möglich, „Best practice“ oder „Evidence based nursing“ im Sinne einer Praxisleitlinie vorzulegen.

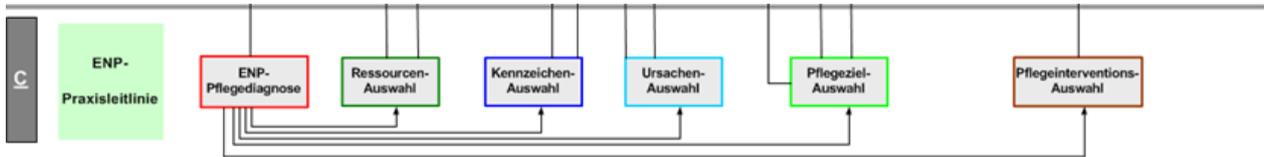


Abb. 4: Horizontale Struktur einer ENP-Praxisleitlinie

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.) durch die horizontalen Linien dargestellt. Auf der entstehenden Mikroebene spricht das ENP-Entwicklerteam auch von einer **ENP-Praxisleitlinie**. Es handelt sich also um eine fachlich fundierte und möglichst evidenzbasierte Zuordnung von pflegerisch möglichen Zielsetzungen und Maßnahmenkonzepten zur Behebung/Linderung eines Pflegeproblems/bzw. einer Pflegediagnose. Die ENP-Entwickler benutzten in der Vergangenheit auch die Begriffe „modifizierte praxisnahe Theorie“ (Wieteck, 2003) oder auch „pflegediagnosenbezogener Behandlungspfad“ (Wieteck, 2007a). Beide Beschreibungen finden sich im Begriff Praxisleitlinie wieder.

Eine ENP-Praxisleitlinie ist analog zu den gängigen Definitionen des allgemeinen Begriffs „Praxisleitlinie“ (Bölicke, 2001; Field & Lohr, 1992; Ollenschläger et al., 1999; Wieteck, 2009) definiert:

Eine ENP-Praxisleitlinie beschreibt die systematisch entwickelte Entscheidungshilfe für eine angemessene, bedarfsgerechte und auf dem aktuellen Pflegefachwissen basierende Vorgehensweise bei konkreten pflegediagnostischen Problemstellungen. Die ENP-Praxisleitlinien zeigen den Handlungs- und Entscheidungskorridor auf, in welchem sich pflegerische Aktivität nach dem Stellen einer ENP-Pflegediagnose in fachlich sinnvoller Weise vollzieht.

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.

1.4 Die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP

Die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP ist in zahlreichen Buchpublikationen veröffentlicht (Wieteck, 2003, 2004c, 2013; Wieteck, Berger, & Opel, 2007). Die konkrete Änderungsdokumentation ist in den regelmäßig veröffentlichten Wissenschaftlichen Hintergründen zu ENP nachzulesen. Nachfolgend werden die zentralen Entwicklungsschritte sowie die aktuelle Weiterentwicklungsstrategie kurz skizziert.

ENP ist als standardisierte Pflegeklassifikation mittels Object Identifier (OID)² zur Objekterkennung im „Deutschen Gesundheitswesen“ registriert. Damit wird ein Datenaustausch zwischen den verschiedenen elektronischen Patienten-/Bewohnerakten möglich. Die Informationen zu ENP können auf der Homepage des Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingesehen werden³.

1.4.1 Historischer Rückblick

Die Entwicklung von ENP begann 1989 an einer deutschen Krankenpflegeschule mit der zentralen Zielsetzung, die Pflegeprozessdokumentation zu vereinheitlichen und entsprechende Ausbildungsvorgaben zu entwickeln. Im Entwicklungsverlauf hat sich eine Gruppe von Lehrerinnen und Lehrern für Pflegeberufe aus unterschiedlichen Krankenpflegeschulen beteiligt. Zeitgleich mit der ersten Veröffentlichung der ENP-Praxisleitlinien 1994 begann auch die Umsetzung von ENP als Software in einer relationalen Datenbank.

- **Phase 1 (1989–1998) – induktive Entwicklung**

Ausgangslage der induktiven Vorgehensweise war die Zielsetzung der Annäherung der Ausbildungsinhalte über die Pflegeprozessplanung und deren tatsächliche Ausgestaltung.

Im Rahmen von Praxisanleitungen der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in wurden konkrete Pflegesituationen (> 2138) mit Patienten/Bewohnern/Klienten genutzt, um einen Pflegeplan zu erstellen. Der mit dem Auszubildenden und im Pflege team konsentier te Pflegeplan wurde anschließend im Lehrerteam reflektiert. Die gefundenen und durch die Experten konsentierten Formulierungen zur Abbildung der Pflegesituation in Form von Pflegeproblemen/-diagnosen, Pflegezielen und Pflegemaßnahmen wurden zusätzlich fachlich durch Literatur untermauert und anschließend katalogisiert (Wieteck, 2004c).

Die induktive Entwicklungsphase war von 4 zentralen Forschungsfragen geprägt.

1. *Welche Pflegediagnosen werden in der Pflegepraxis gestellt und daher zur Abbildung des individuellen Pflegeprozesses als standardisierte Formulierung benötigt?*
2. *Welche Kennzeichen-, Ursachen- und Ressourcenformulierungen treten bei welcher Pflegediagnose auf und sollten als standardisierte Formulierung angeboten werden?*

² Im Kontext der Informatik werden sog. „Object Identifier“ als weltweit eindeutige und dauerhafte Bezeichner für ein bestimmtes Informationsobjekt verwendet.

³ Vgl. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/oid/verzeichnis.html> (Zugriff am 26.06.2014).

3. *Welche Zielsetzungen im Rahmen des Pflegeprozesses werden (mit dem Patienten/Bewohner) vereinbart und im Pflegeplan dokumentiert?*
4. *Welche Pflegeinterventionen werden gewählt und mit welchen Textbausteinen können sie handlungsleitend abgebildet werden? Welche Pflegeinterventionen werden in der aktuellen Pflegeliteratur beschrieben und können als Textbausteine angeboten werden? (Wieteck, 2004c, S. 28-29)*

Die induktive Entwicklung war methodisch von drei Phasen geprägt:

- A) **Qualitative, teilnehmende Beobachtung** von konkreten Pflegesituationen, die im Rahmen von Praxisanleitungen mit einem Auszubildenden und einem Lehrer für Pflegeberufe durchgeführt wurden. Hier wurden im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses die verschiedenen Pflegediagnosen identifiziert, Pflegemaßnahmen festgelegt und in einer Pflegeplanung für den Patienten/Bewohner formuliert.
- B) Reflexion des Pflegeplans mit den Pflegepraktikern und anschließend im Lehrerteam im Sinne einer **Konsentierung** des diagnostischen Prozesses sowie der Formulierungen zur Abbildung dessen.
- C) Abgleich der identifizierten Pflegediagnosen, -ziele und -maßnahmen mit der Fachliteratur und Katalogisierung neuer gefundener Ergebnisse (Wieteck, 2004c).

- **Phase 2 (1998 bis heute) – Anwenderrückmeldungen und Validierungsarbeiten zur Weiterentwicklung von ENP**

Seit 1994 wird ENP in einer Datenbank gepflegt und kann von verschiedenen Softwareprodukten in einer elektronischen Patienten-/Bewohnerakte zur Pflegeprozessdokumentation eingebunden werden. Mit der ersten Anwendung von ENP in einer elektronischen Pflegeprozessdokumentation im Jahre 1996 (Deppmeyer, 1999; Wieteck, 2001) wurden und werden bis heute als wichtiger Aspekt der Weiterentwicklung von ENP die Rückmeldungen von Anwendern ausgewertet (Wieteck, 2013). Mit der Realisierung von ENP in einer Datenbank wurde sichergestellt, dass jeder Term in ENP eine Notation (d. h. eindeutige Nummerierung bzw. ID-Nummer) besitzt, die jedoch aus Gründen der Lesbarkeit und der fehlenden Relevanz für die Endanwender nicht in den aktuellen Buchpublikationen mit abgedruckt wird.

Seit 2001 werden Validierungsarbeiten zu ENP durchgeführt. Die Studien zur Inhalts- und/oder Kriteriumsvaliditätsprüfung sind ein weiterer wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung von ENP. Ein grober Überblick über bestehende Validierungsarbeiten wird im Abschnitt 1.4.3 bereitgestellt.

- **Phase 3 (2005–2009) – Aufbau der Klassifikationsstruktur**

In der Buchveröffentlichung von 2004 weist ENP noch keine eigenständige Taxonomiestruktur auf. Die damaligen ENP-Praxisleitlinien wurden den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zugeordnet. Die Hierarchisierungsarbeiten wurden Schritt für Schritt in die heutige Klassifikationsstruktur überführt. Zunächst wurde eine Taxonomie⁴ für die ENP-Pflegediagnosen entwickelt. Erstmals

⁴ Der Begriff Taxonomie (oder auch Klassifikationsschema) beschreibt ein einheitliches Modell bzw. theoretisches Konstrukt, anhand dessen Einzelelemente/-objekte nach bestimmten Kriterien klassifiziert und somit in Kategorien eingeteilt werden.

wurde die klassifikatorische Struktur der ENP-Pflegediagnosen in einem Fachartikel (2006) erwähnt, hier ist auch erstmals von ENP als einem Pflegeklassifikationssystem die Rede (Wieteck, 2006a, 2006c). ENP hatte 2006 sieben Klassen, heute Gruppen genannt (Pflegediagnosen, Ursachen, Kennzeichen, Ressourcen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen und handlungsleitende Angaben). Die Gruppe der Pflegediagnosen hatte zu diesem Zeitpunkt bereits eine monohierarchische Struktur mit 3 Domänen, 22 Klassen und 128 Kategorien. Die restlichen Klassen/Gruppen wie Ursachen, Kennzeichen usw. hatten noch keine hierarchische Struktur, sondern die Begriffe/Konzepte wurden nebengeordnet in der Datenbank verwaltet. Die jeweiligen Konzepte/Begriffe der Klassen hatten Relationen, d.h. Verbindungen zu den relevanten Pflegediagnosen (Wieteck et al., 2007). Im Zeitraum zwischen 2007 bis 2009 wurden die einzelnen Gruppen monohierarchisch mittels Clusterbildung systematisch strukturiert und in die heutige Klassifikationsstruktur überführt.

Die Realisierung von ENP in Form einer Datenbank kann am ehesten mit Begriffen aus den Bereichen der Informatik und Wissensrepräsentation beschrieben werden: ENP kann in Bezug auf seine Datenbankpräsentation als Ontologie⁵ bezeichnet werden. Bei ENP wird aktuelles Pflegefachwissen durch die Verknüpfungen (Relationen) präsentiert. Die Basis bilden die Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionskonzepte, die in einer Datenbank verwaltet werden. Diese würden für den Anwender im Sinne der Wissensrepräsentation ohne Verknüpfungen untereinander nur einen geringen Nutzen haben. Aus diesem Grund sind die aufgeführten Elemente in der Datenbank strukturiert und durch pflegefachlich begründete Verknüpfungen verbunden. Schließlich wird durch Verknüpfungen auf horizontaler Ebene aus den kleinteiligen Einzelinformationen ein pflegefachlich vollständiges Informationsbild in Form von pflegerischen Praxisleitlinien erreicht. Durch die Verknüpfungen entsteht ein semantisches Netz, das zur Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses hilfreich ist. In einer elektronischen Patienten- bzw. Bewohnerakte werden die in ENP zur Verfügung gestellten Formulierungen genutzt, um die Pflegeprozessdokumentation umzusetzen. Zusätzlich ist ENP mit zahlreichen anderen Begriffssystemen und Klassifikationen verknüpft (vgl. Kapitel 1.6).

- **Phase 4 (seit etwa 2008) – Die Übersetzung von ENP als kontinuierlicher Prozess**

ENP ist als Datenbank in den Sprachen Deutsch, Englisch, Italienisch und Französisch verfügbar. Buchveröffentlichungen in englischer, französischer und italienischer Sprache stehen derzeit noch aus, jedoch wird in der Promotionsarbeit von Serge Haag die Validierung von ENP in französischer Sprache beschrieben (Haag, 2009a). Die italienische Übersetzung von ENP hat mit einer Abschlussarbeit im Masterstudiengang für Fachübersetzung an der Universität in Bologna begonnen. Seit diesem Zeitpunkt leitet Frau Dr. ssa Elisabetta De Vecchis die ENP-Übersetzung ins Italienische sowie die Validierungsarbeiten der Übersetzung als Mitglied des ENP-Entwicklerteams.

⁵ 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.

8. Überarbeitung des ENP-Kataloges anhand der aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse und Fakten
9. Konsentierung der Ergebnisse im ENP-Entwicklerteam bei Bedarf, auch mit hinzugezogenen externen Experten im jeweiligen Fachgebiet
10. Validierung der Überarbeitung durch Durchführung eines Expertenratings, einer Studie oder eines klinischen Tests in der Pflegepraxis.

Die nachfolgende Tabelle zeigt exemplarisch einen kleinen Ausschnitt einer Bearbeitungstabelle der ENP-Pflegediagnosen zum Themenbereich der Schluckstörungen, die 2014 aktualisiert wurden. Die in der ersten Zeile aufgeführten Pflegediagnosen befinden sich unter der Kategorie „Beeinträchtigt Schlucken“. In der zweiten Spalte befinden sich alle Ursachen (im Bild), Kennzeichen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen, die bei den Pflegediagnosen dieser Kategorie insgesamt vorkommen. Die Zahlen in der dritten Spalte verweisen auf Publikationen, die bestehende Verknüpfung eines Items (im abgebildeten Fall einer Ursache) zu einer Pflegediagnose (rotes Kreuz) in der Zeile bestätigen.

	Quellenangaben	Der Bewohner-- ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen-/ Mundmuskulatur bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungaufnahme beeinträchtigt	Der Bewohner-- verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner-- verschluckt sich bei Flüssigkeit , Schlucken ist beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund eines Zungenstoßes beim Schlucken beeinträchtigt	Der Bewohner-- ist aufgrund der reduzierten veränderten pharyngealen Peristaltik beim Schlucken beeinträchtigt	ID_1032_Der Bewohner-- ist aufgrund eines beeinträchtigten Bolusformungs-transport beim Schlucken beeinträchtigt NEU	ID_1033_Der Bewohner hat aufgrund fehlender/ unzureichender Schutzreflexe das Risiko einer Aspiration NEU	Der Bewohner-- hat sonstige Ursachen für die Schluckstörung
URSACHEN										
19998	Verminderte orofaziale Kontrolle	1+2+83+136+141+143	x							
921	Fazialisparese	1+2+134+138+147	x							
19863	Zentrale Fazialisparese	1+2	x							
19864	Periphere Fazialisparese	1+2	x							
931	Hypotonus der Wangen-/Gesichtsmuskulatur	1+2+136	x							
20573	Hypotonus der Lippenmuskulatur	1+2+136	x							
20567	Hypotonus der Pharynxmuskulatur mit reduzierter Clearing-/Reinigungs-/Funktion	2	x							
6898	Schmerzen beim Kauen	1+2		x						
6899	Operative Eingriff im Kieferbereich	1+2+135+156		x						
6900	Verletzungen der Zunge	1+2		x						
19878	Myofunktionelle Störung orofacial	1+2+119+134+135+140+146					x			x ggf. entf
20568	Muskeldystrophie orofacial	148	x							
20569	Myopathie orofacial		x							
19986	Abnorme orale motorische Funktionalität	1+2+67								x
	Motorischer Verlust oder Schwäche bei neurologischen Störungen									
19987	Beeinträchtigung der neuromuskulären Koordination	1+2+4+15+8+123+135+136+140+143+156		x					x	x ggf. entf
19976	Veränderte Kiefergelenksfunktion	1+2		x						
20014	Schädigung des Kiefergelenkes	1+2		x						
19995	Kiefergelenkluxation	1+2		x						
19977	Cranioandibuläre Dysfunktion	1+2		x						
19993	Überlastung der Kaumuskulatur durch Zahntechnischen	1+2+136		x						
19975	Beeinträchtigte Kaumuskulatur	1+2		x						
19994	Cromandibuläre Dystonie	1+2		x						
20015	Kieferschlussdystonie	1+2+136		x						
20016	Zahnfehlstellungen	1+2		x						
20591	Läsionen im Bereich des Larynx (Kehlkopf)	1+2+137			x	x			x	x ggf. entf
19836	Läsionen im Bereich des Pharynx	1+2+137			entfernen	x		x	entfernen	

Tabelle 4: Ausschnitt einer Überarbeitungstabelle des ENP-Entwicklerteams

Mit Hilfe dieser Vorgehensweise ist es möglich, die Abgrenzungen der Pflegediagnosen untereinander zu prüfen und die einzelnen Items entsprechend mit Literatur, Studien zu belegen – oder gemäß dem jeweils aktuellen Kenntnisstand auch zu verwerfen.

Die grün hinterlegten Felder zeigen auf, welche Inhalte neu aufgenommen wurden, ein grün hinterlegtes Kreuz zeigt, dass die oben aufgeführte Diagnose mit der Ursache usw. neu verknüpft wurde.

Im nächsten Schritt wurden die erarbeiteten Änderungen zehn ausgewiesenen Fachexperten vorgelegt, um die Güte der ENP-Praxisleitlinien durch ein Expertenrating zu bewerten.

1.5 Nutzung von ENP

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, Cashen, Mendonca, O'Brien, & Zieniewicz, 2000), um die Pflegeprozess- und Leistungsdokumentation standardisiert zu realisieren.

Die Nutzung von ENP ist in erster Linie 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 abgerufen werden und diese zusätzlich für Auswertungszwecke zur Verfügung stehen. Die tatsächliche Umsetzung und Visualisierung von ENP kann allerdings von Softwareprodukt zu Softwareprodukt sehr unterschiedlich sein⁶.

1.6 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten

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

Eine derartige Notation ermöglicht die Verknüpfung des Pflegeklassifikationssystems ENP zu anderen Instrumenten und Klassifikationssystemen. 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** (Pflegepersonal-Regelung),
- **IDEA** (Interdisciplinary Databased 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,

⁶ Einen beispielhaften Eindruck für die Software-Umsetzung von ENP bietet die Homepage der Firma RECOM GmbH & Co. KG unter <http://www.recom.eu/klassifikationen/enp.html>

- **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 (Pflegekomplexmaßnahmen-Score) sowie weitere Komplexcodes** zur automatisierten Unterstützung der Dokumentationsanforderungen sowie Kodierung.

In verschiedenen Studien und Praxistests konnten die Verknüpfungen zu den beschriebenen Instrumenten bereits geprüft werden (Baltzer, Baumberger, & Wietek, 2006; Gärtner, 2006, 2008; Schmid, 2007; Schütze, 2006).

1.7 Verbreitung von ENP

ENP wird gegenwärtig (Stand August 2014) in zahlreichen ambulanten und (akut) stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland, Österreich, Luxemburg und Italien innerhalb einer elektronischen Patienten- bzw. Bewohnerakte zur vollständigen Pflegeprozessdokumentation angewendet. Nachstehende Aufstellung vermittelt ein genaues Bild der elektronischen Nutzung von ENP:

Deutschland:

12 Krankenhäuser und über 300 Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege nutzen ENP in vier unterschiedlichen Softwareprodukten.

Österreich:

17 Krankenhäuser, fünf ambulante Pflegedienste sowie 20 stationäre Altenpflegeeinrichtungen nutzen ENP in zwei verschiedenen Softwareprodukten. Die ambulanten Pflegedienste in Österreich sind mit den ambulanten Pflegediensten in Deutschland bezogen auf die Größe nicht zu vergleichen. Die fünf ambulanten Pflegedienste, die mit ENP arbeiten, haben über 3.000 Mitarbeiter der Pflege, die täglich mit ENP die Pflegeprozessdokumentation realisieren.

Luxemburg:

Drei Krankenhäuser, eine stationäre Einrichtung der Altenpflege sowie die beiden größten Anbieter der ambulanten Pflege, die insgesamt etwa 90% aller Patienten in Luxemburg versorgen, nutzen ENP in zwei unterschiedlichen Softwareprodukten. Auch in Luxemburg sind die ambulanten Pflegedienste bezogen auf die Größe anders aufgestellt als in Deutschland. Die beiden ambulanten Pflegedienste beschäftigen über 4.000 Mitarbeiter der Pflege, die mit ENP arbeiten. Hier wurden auch die Abrechnungspositionen mit ENP gemappt, so dass aus der täglichen Regeldokumentation die Leistungsabrechnung unterstützt wird.

Neben der elektronischen Nutzung wird darüber hinaus in vielen Einrichtungen wie auch in der Lehre die Buchpublikation von ENP als Formulierungshilfe für die handschriftliche Pflegeplanung eingesetzt.

2. Änderungen in den Versionen

Nachfolgend werden die Änderungen in den jeweiligen ENP-Versionen beschrieben. Neben den hier dargestellten, neu hinzugekommenen und stillgelegten 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 und kontinuierlich Anregungen von Endanwendern nach fachlicher Prüfung eingearbeitet.

2.1 ENP-Versionen 2.0 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.

ENP-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 & Berthou, 2006).

2.2 ENP-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 cruris arteriosum**, es besteht eine **erschwerete Wundheilung**
- 859 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen **Ulcus cruris venosum**, es besteht eine **erschwerete Wundheilung**

- 861 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **chronischen Wunde** ein **beeinträchtigt**es Wohlbefinden
- 858 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **diabetisches Fußsyndrom (DFS)**, es besteht eine **erschwerte 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 Bewusstseinsbeschränkung** 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/Patient/Klient hat eine eitrige, 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)

2.3 ENP-Version 2.5 auf 2.6 (2009 bis Mai 2011)

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=25)

- 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/Patient/Klient 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 **Querschnittlähmung** 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**
- 897 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Sprachstörung** in der **Kommunikation beeinträchtigt**
- 898 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **ausscheidungs-/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 **instabile 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 Diagnose ID_097 auf)
- 098 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund der Sonden Ernährung **gastrointestinale Beschwerden** (geht in Diagnose ID_097 auf)
- 106 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund von **Diabetes** Blutzuckerschwankungen, es besteht ein **Risiko der Hyper- oder Hypoglykämie** (geht in Diagnose ID_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**

Genutzte Literatur N=1018

2.4 ENP-Version 2.6 auf 2.7 (Mai 2011 bis August 2012)

Wesentliche Triebfeder für die Entwicklungsarbeiten zwischen den Versionen 2.6 und 2.7 waren zwei Großprojekte mit Krankenhäusern. Zum einen die Abbildung der „therapeutischen Pflege“ und zum anderen die Besonderheiten von Kinderkliniken. Ebenso haben Validierungsarbeiten zu ENP zur Überarbeitung einiger Pfade geführt.

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=11)

- 898 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **ausscheidungs-/inkontinenzassoziierte Dermatitis**, es besteht eine erschwerte Wundheilung
- 900 Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund einer **sensorischen Integrationsstörung** nicht selbstständig waschen
- 902 Der Bewohner/Patient/Klient zeigt **motorische und/oder Verhaltensauffälligkeiten** bei Anpassungsreaktionen bezogen auf die Umwelt, **beeinträchtigte Wahrnehmung / sensorische Integrationsstörung**
- 903 Der Bewohner/Patient/Klient zeigt **keine Reaktion auf Reize**, beeinträchtigt **Bewusstsein**
- 901 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Gaumenplatte** das Risiko von **Schleimhautirritationen/Druckstellen**
- 905 Das Neugeborene hat das **Risiko einer neonatalen Hyperbilirubinämie**
- 904 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **Nierenfunktionsstörung/ein Nierenversagen**, es besteht eine **Stoffwechselstörung**
- 1017 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **verzögerte Entwicklung**
- 1034 Angehörige/Bezugspersonen gestalten die **Erziehung nicht entwicklungsfördernd**, es besteht das **Risiko der verzögerten Entwicklung**
- 1032 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines **beeinträchtigten Bolusformung/-kontrolle/-transport** beim **Schlucken beeinträchtigt**
- 1033 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund **fehlender/unzureichende Schutzreflexe** das **Risiko einer Aspiration**

Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n=20)

- 522 Die Bewohnerin/Patientin/Klientin hat eine **beeinträchtigte Produktion von Muttermilch**, **Risiko der Unterernährung** des Säuglings
- 184 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der Fähigkeit, **selbstständig zu sitzen**, **beeinträchtigt**
- 712 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der Fähigkeit, **selbstständig einen Positionswechsel im Bett durchzuführen**, **beeinträchtigt**
- 160 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **Dekubitusrisiko**
- 084 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt**
- 842 Der Bewohner/Patient/Klient kann **entwicklungsbedingt die Selbstfürsorge im Bereich der Ernährung nicht selbstständig erfüllen**
- 849 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **kognitiven Beeinträchtigung eine Mangelernährung**

- 555 Der Bewohner/Patient/Klient hat eine **Mangelernährung**
- 851 Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung**
- 608 Der Bewohner/Patient/Klient ist in der **Transferfähigkeit beeinträchtigt**
- 015 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **reduzierten Körperwahrnehmung** das Risiko von Komplikationen
- 309 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **quantitativen Bewusstseinsstörung** das Risiko von Komplikationen
- 411 Bewohner/Patient/Klient kann **Umgebungsreize nicht adäquat wahrnehmen/verarbeiten**, es besteht das Risiko von Fehlinterpretationen
- 840 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **beeinträchtigten Entwicklung der Wahrnehmungssysteme** eine nicht altersentsprechende Entwicklung von Fähigkeiten/Fertigkeiten
- 537 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer **Hemiplegie** beim An-/Auskleiden beeinträchtigt
- 529 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund sonstiger Ursachen beim **selbstständigen An-/Auskleiden beeinträchtigt**
- 154 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein **Risiko des Nierenversagens**
- 234 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **verminderten Belüftung der Lunge** das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
- 828 Der Bewohner/Patient/Klient hat ein Risiko der **verminderten Belüftung** der Lunge
- 359 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines **erhöhten Bilirubinspiegels** das **Risiko von Komplikationen**
- 814 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund von **Verhaltensweisen**, die gegen gültige soziale Normen der Gesellschaft verstoßen, das **Risiko der sozialen Ausgrenzung**
- 815 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehung** ein **verändertes Sozialverhalten**, das gegen die Prinzipien der Norm verstößt, es besteht ein **Risiko der sozialen Ausgrenzung**
- 748 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Trennung von Eltern/Bezugspersonen** ein **Risiko einer verzögerten Entwicklung**
- 838 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer **Frühgeburt** das **Risiko einer verzögerten Entwicklung**
- 891 Der Bewohner/Patient/Klient hat das **Risiko einer verzögerten Entwicklung**
- 92 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/Lippen-/Mundmuskulatur bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt
- 681 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt
- 87 Der Bewohner/Patient/Klient verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, Schlucken ist beeinträchtigt
- 90 Der Bewohner/Patient/Klient verschluckt sich bei Flüssigkeit, Schlucken ist beeinträchtigt
- 95 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines Zungenstoßes/-pressen beim Schlucken beeinträchtigt
- 96 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund der reduzierten/veränderten pharyngealen/ösophagealen Peristaltik beim Schlucken beeinträchtigt
- 870 Der Bewohner/Patient/Klient hat sonstige/multiple Ursachen für die Schluckstörung

Stillgelegte ENP-Praxisleitlinien (n=5):

- 811 Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines **veränderten Sozialverhaltens**, das gegen die Prinzipien der gültigen sozialen Normen verstößt, das **Risiko der sozialen Ausgrenzung**
- 52 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen beeinträchtigten Schluckreflex, es besteht das Risiko einer Aspiration bei der Mundpflege
- 88 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen fehlenden Schluckreflex, es besteht das Risiko einer Aspiration
- 89 Der Bewohner/Patient/Klient hat einen fehlenden Husten-, Würge- und Schluckreflex, es besteht das Risiko einer Aspiration von Speichel
- 94 Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines eingeschränkten Mundschlusses bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt, Nahrung läuft aus dem Mund

Genutzte Literatur N=1214

Die Praxisleitlinien wurden zum damaligen Versionsstand (2012) auf der Basis von 1214 nationalen und internationalen Literaturquellen abgestützt, darunter auch deutsche Regelwerke, Leitlinien und Empfehlungen wie etwa die nationalen Expertenstandards, Richtlinien des MDS, gesetzliche Besonderheiten wie z. B. Aktivitäten nach §87b usw.

2.5 ENP-Versionen 2.7 bis 2.9 (August 2012 bis August 2014)

Die jüngste Überarbeitungsphase brachte neben einer umfassenden literaturbasierten und systematischen Überarbeitung von ca. einem Fünftel aller Praxisleitlinien drei neue und hinsichtlich der Kriterien Transparenz, Eindeutigkeit und Nachvollziehbarkeit zentrale Erweiterungen für das Pflegeklassifikationssystem ENP mit sich:

- Die Entwicklung einer Definition zu jeder ENP-Pflegediagnose (vgl. hierzu auch Kapitel 1.2)
- Die Angabe des Evidenzgrades (LoE – Level of Evidence) zu jeder Pflegediagnose in Anlehnung an die Kriterien der NANDA International (vgl. Kapitel 3)

- Die Dokumentation der Bearbeitungshistorie zu jeder Praxisleitlinie, anhand derer Anzahl und Zeitpunkt der Überarbeitungen sowohl für jede Pflegediagnose als auch jede Praxisleitlinie nachvollzogen werden können.

Folgender Ausschnitt aus der Überarbeitungsdokumentation des ENP-Entwicklerteams dient anhand eines Beispiels aus der Klasse Körperpflege/Kleiden der exemplarischen Illustration der Neuerungen:

Textart	ID-Nummer	ENP-Texte zur Pflegediagnose
	Bearbeitungshistorie: 1994*, 2004, 2008; 2014	
	ENP-Praxisleitlinie	ENP Pflegediagnose
	Evidenzlevel: LOE 3.1	LOE 3.1
Klasse	10.051	Körperpflege/Kleiden
Kategorie	10.468	Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
Pflegediagnose	11	Der Bewohner-- soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
Definition		Kann/darf sich, aufgrund einer Verletzung der Wirbelsäule (durch z.B. Gewalteinwirkung, Tumore) verbunden mit dem Risiko eines Querschnittes und/oder neurologischen Ausfällen durch Drehbewegungen im Becken und Rumpfbereich ,den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing)

Abbildung 6: Ausschnitt einer Überarbeitungsdokumentation des ENP-Entwicklerteams

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=17)

LOE bezogen auf die Leitlinie	LOE bezogen auf die Diagnose	Entwicklungsjahr	ID	ENP-Pflegediagnosentitel 2.9
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1080	Der Bewohner-- hat das Risiko einer beeinträchtigten Mobilität
LOE 2.1	LOE 2.1	2014*	1072	Der Bewohner-- hat ein beeinträchtigtes Wohlbefinden [Pflegeproblem ohne Spezifikation]
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1071	Der Bewohner-- ist in der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1070	Das Neugeborene hat eine neonatale Hyperbilirubinämie
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1068	Der Bewohner-- hat aufgrund von Intertrigo das Risiko der beeinträchtigten Wundheilung
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1067	Der Bewohner-- hat eine Störung des Elektrolythaushalts
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1066	Der Bewohner-- zeigt eine allergische Reaktion , es besteht das Risiko eines anaphylaktischen Schocks
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1064	Der Bewohner-- hat ein Flüssigkeitsdefizit

LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1063	Der Bewohner-- hat aufgrund eines chirurgischen Eingriffes das Risiko pulmonaler Komplikationen
LOE 2.1	LOE 2.1	2013*	1062	Der Bewohner-- hat eine insuffiziente Atmung
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1041	Der Bewohner-- hat aufgrund eines Zeckenbisses das Risiko von Komplikationen
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1040	Der Bewohner-- hat aufgrund einer körperlichen/medizinischen Vernachlässigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1039	Der Bewohner-- hat aufgrund einer seelischen Misshandlung/emotionalen Vernachlässigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1035	Der Bewohner hat aufgrund einer körperlichen Misshandlung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1038	Der Bewohner-- hat aufgrund des Verdachts einer sexuellen Misshandlung/Vergewaltigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	Der Bewohner-- hat aufgrund einer sexuellen Misshandlung/Vergewaltigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung
LOE 2.1	LOE 2.1	2012*	1037	Der Bewohner-- hat das Risiko einer körperlichen Misshandlung

Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n=112)

LOE bezogen auf die Leitlinie	LOE bezogen auf die Diagnose	Systematische Aktualisierung	ID	ENP-Pflegediagnostentitel 2.9
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	Der Bewohner-- ist aufgrund von Hypakusis (Schwerhörigkeit) in der Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	Der Bewohner-- ist aufgrund einer globalen Aphasie in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	Der Bewohner-- ist aufgrund einer motorischen Aphasie (Broca-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	Der Bewohner-- ist aufgrund einer sensorischen Aphasie (Wernicke-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	Der Bewohner-- ist aufgrund von körperlicher Schwäche in der Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	Der Bewohner-- kann eigene Wünsche/Bedürfnisse nur schwer äußern , es besteht das Risiko, dass diese nicht adäquat erfüllt werden
LOE 2.1	LOE 2.3	2000* 2006 , 2014	424	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Sprechstörung (Beeinträchtigung der motorisch-artikulatorischen Fertigkeiten) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	2010*; 2014	897	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Sprachstörung in der Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2006, 2014	414	Der Bewohner-- kann nicht in gewohnter Weise Kontakt aufnehmen , es besteht eine beeinträchtigte Interaktion
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2011, 2014	411	Der Bewohner-- kann Umgebungsreize nicht adäquat wahrnehmen/verarbeiten , es besteht das Risiko von Fehlinterpretationen
LOE 3.2	LOE 3.2	2000*, 2004, 2006, 2014	746	Der Bewohner-- ist beim Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen eingeschränkt , die soziale Interaktion ist beeinträchtigt

LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007; 2014	186	Der Bewohner-- ist in der Gehfähigkeit beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2008, 2014	193	Der Bewohner-- ist aufgrund der unsicheren Anwendung von Gehhilfen beim Gehen beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2001, 2011, 2014	608	Der Bewohner-- ist in der Transferfähigkeit beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2004, 2007, 2011, 2014	181	Der Bewohner-- ist in der Fähigkeit, selbstständig einen Positionswechsel im Bett durchzuführen, beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	592	Der Bewohner-- kann sich nicht selbstständig im Lebensraum mit dem Rollstuhl bewegen
LOE 3.2	LOE 3.2	2001*, 2004, 2008, 2014	648	Der Bewohner-- ist aufgrund reduzierter Ausdauer/physischer Kraft in der Mobilität eingeschränkt
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2007, 2014	179	Der Bewohner-- ist aufgrund der Amputation einer unteren Extremität in der Mobilität eingeschränkt
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	Der Bewohner-- hat das Risiko einer Kontraktur
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2007, 2014	178	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Kontraktur in der Beweglichkeit eingeschränkt
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	165	Der Bewohner-- hat aufgrund einer Immobilität/ingeschränkten Mobilität das Risiko einer Thrombose
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2009, 2014	261	Der Bewohner-- hat aufgrund hypertoner Kreislaufveränderungen das Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 1994, 2005, 2009; 2014	610	Der Bewohner-- hat aufgrund einer Herzinsuffizienz das Risiko eines Herz-Kreislauf-Versagens
LOE 2.1	LOE 2.3	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	234	Der Bewohner-- hat aufgrund einer verminderten Belüftung der Lunge das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2007, 2014	347	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen Medikamenteneinnahme eingeschränkt, es besteht das Risiko der unwirksamen Therapie
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2004, 2008, 2011, 2014	688	Der Bewohner-- hat das Risiko einer Aspiration
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	12	Der Bewohner-- kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008; 2014	22	Der Bewohner-- kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	Der Bewohner-- führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat durch
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	Der Bewohner-- kann sich aufgrund ingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	Der Bewohner-- kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	Der Bewohner-- ist aufgrund einer quantitativen Bewusstseins einschränkung bei der Körperwaschung voll abhängig
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	Der Bewohner-- kann sich nicht selbstständig duschen/baden
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen Mundpflege beeinträchtigt

LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	Der Bewohner-- trägt eine Zahnprothese und kann die Mund-/Zahnprothesenpflege nicht selbstständig durchführen
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen Haarpflege beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	Der Bewohner-- ist bei der selbstständigen Rasur/Bartpflege beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen Fingernagelpflege beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen Fußpflege beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007; 2014	63	Der Bewohner-- hat aufgrund trockener Haut ein Risiko der Hautschädigung
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	Der Bewohner-- hat aufgrund einer Neigung zu Intertrigo ein Risiko der Hautschädigung
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	Der Bewohner-- ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	Der Bewohner-- zeigt eine Vernachlässigung der Nahrungszufuhr (Self-neglect), es besteht das Risiko der Mangelernährung
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008; 2014	559	Der Bewohner-- hat aufgrund eines defizitären Ernährungsverhaltens ein Risiko der Entwicklung einer Adipositas
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	Der Bewohner-- hat aufgrund einer Oligodipsie/Adipsie (reduziertes/nicht vorhandenes Durstgefühl) das Risiko eines Flüssigkeitsdefizits
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	Der Bewohner-- hat ein Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	Der Bewohner-- hat das Risiko einer Mangelernährung
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*; 2014	851	Der Bewohner-- hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	Der Bewohner-- lehnt die Nahrungsaufnahme ab (Nahrungsverweigerung), es besteht das Risiko der Mangelernährung
LOE 3.1	LOE 3.1	2004*; 2008, 2014	555	Der Bewohner-- hat eine Mangelernährung
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009; 2014	97	Der Bewohner-- wird enteral über Sonde ernährt , es besteht eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	87	Der Bewohner-- verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport- / pharyngealen Phase beeinträchtigt
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	90	Der Bewohner-- verschluckt sich ausschließlich bei Flüssigkeit , das Schlucken ist in der oralen Transport- / -pharyngealen Phase beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	Der Bewohner-- ist in der Selbstständigkeit der Urin-/Stuhlausscheidung beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	Der Bewohner-- erreicht aufgrund einer Bewegungseinschränkung die Toilette nicht rechtzeitig, es besteht das Risiko des Einnässens
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008; 2012, 2014	130	Der Bewohner-- hat aufgrund einer Detrusorhyperaktivität und einer Insuffizienz des Sphinkterapparates einen unwillkürlichen Harnabgang (Mischinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	Der Bewohner-- ist nicht in der Lage , bei intaktem Urogenitaltrakt einen Urinabgang zu vermeiden (funktionelle Urininkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	Der Bewohner-- hat aufgrund eines insuffizienten Sphinkterapparates bei erhöhtem abdominalen Druck einen unwillkürlichen Harnabgang (Belastungsinkontinenz)

LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	Der Bewohner-- hat aufgrund unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen einen unfreiwilligen Harnabgang (Reflexinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	Der Bewohner-- hat aufgrund eines starken/ imperativen Harndrang einen unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	Der Bewohner-- hat das Risiko einer verminderten Defäkationsfrequenz (Obstipationsrisiko)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	Der Bewohner-- hat eine verminderte Defäkationsfrequenz einhergehend mit hartem/trockenem Stuhlgang (Obstipation)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	Der Bewohner-- hat einen unwillkürlichen Stuhlabgang (Stuhlinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	Der Bewohner-- hat aufgrund eines transurethralen Blasenverweilkatheters das Risiko einer aufsteigenden Harnwegsinfektion
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	Der Bewohner-- hat aufgrund eines suprapubischen Blasenkateters das Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	Der Bewohner-- ist beim selbstständigen An-/Auskleiden beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	Der Bewohner-- kann die Kompressionsstrümpfe nicht selbstständig an-/ausziehen , es besteht ein Selbstversorgungsdefizit beim Kleiden
LOE 2.1	LOE 2.3	2001*, 2004, 2007, 2014	530	Der Bewohner-- zeigt kein Interesse an sauberer/ ordentlicher Kleidung , es besteht das Risiko der Selbstvernachlässigung (Self-Neglect) im Bereich Kleidung/äußere Erscheinung
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	537	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Hemiplegie beim An-/Auskleiden beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2014	299	Der Bewohner-- kann nicht durchschlafen , es besteht das Risiko eines Schlafdefizits
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2007, 2014	282	Der Bewohner-- ist beim Einschlafen beeinträchtigt , es besteht das Risiko eines Schlafdefizits
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2003, 2007, 2014	479	Der Bewohner-- kann sich nicht entspannen
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen Freizeitgestaltung beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	451	Der Bewohner-- ist aufgrund altersbedingter Abbauprozesse (Frailty-Syndrom) in der selbstständigen Lebens-/Tagesgestaltung eingeschränkt
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2010, 2014	450	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Orientierungsstörung in der selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	634	Der Bewohner-- ist aufgrund von Merk-/Gedächtnisstörungen in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	535	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Denkstörung in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	896	Der Bewohner-- ist infolge eines demenziellen Syndroms in der Tages-/ Lebensgestaltung beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.1	1993* 2003, 2009, 2014	452	Der Bewohner-- ist aufgrund einer Behinderung in der selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	547	Der Bewohner-- ist in der Gestaltung des äußeren Erscheinungsbilds eingeschränkt und dadurch im Wohlbefinden beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	187	Der Bewohner-- hat ein Sturzrisiko

LOE 2.1	LOE 2.1	2005*, 2007, 2014	203	Der Bewohner-- hat aufgrund von Morbus Parkinson eine beeinträchtigte Hal tungskontrolle/Balance , ein Sturzrisiko
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007, 2014	216	Der Bewohner-- hat aufgrund eines beeinträchtigten Gleichgewichtes beim Ge- hen/Stehen/Sitzen, ein Sturzrisiko
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014	160	Der Bewohner-- hat ein Dekubitusrisiko
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	Der Bewohner-- zieht sich vom sozialen Geschehen zurück , es besteht das Risiko der sozialen Isolation
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	Der Bewohner-- ist in der Strukturierung des Tagesablaufs beeinträchtigt , es besteht das Risiko eines Selbstfürsorge defizits
LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	Der Bewohner-- zeigt Weglauff Tendenzen , es besteht das Risiko der Selbstge- fährdung
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	Der Bewohner-- ist aufgrund von Gleichgewichtsstörungen in der räumlichen Ori- entierung beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	Der Bewohner-- hat aufgrund einer Orientierungsstörung das Risiko der Selbst- /Fremdgefährdung
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	Der Bewohner-- zeigt akutes selbst-/fremdgefährdendes Verhalten
LOE 3.2	LOE 3.2	1990* 2003, 2007 2014	489	Der Bewohner-- hat akute Schmerzen
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2007, 2014	645	Der Bewohner-- hat chronische Schmerzen
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	Der Bewohner-- hat Schmerzen des Bewegungsapparates
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	Der Bewohner-- hat Gelenkschmerzen mit Funktions- /Bewegungseinschränkungen
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	Der Bewohner-- hat das Risiko der Hyper-/Hypoglykämie
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2006, 2009, 2014	676	Der Bewohner-- hat eine chronische Wunde , es besteht eine beeinträchtigte Wundheilung
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	Der Bewohner-- hat Angst , empfindet eine reale/fiktive Bedrohung
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	Der Bewohner-- hat Angst vor einem Sturz
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	Der Bewohner-- hat Angst , aus dem Bett zu fallen
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	Der Bewohner-- leidet an Unruhezuständen (Agitation)
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	Der Bewohner-- empfindet aufgrund fehlender sinnvoller Aufgaben Langeweile
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	Der Bewohner-- leidet unter Heimweh
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	Der Bewohner-- hat aufgrund von Juckreiz ein beeinträchtigt es Wohlbefinden
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	Der Bewohner-- hat eine reduzierte Kautätigkeit/reduzierten Speichelfluss , es besteht ein Risiko von Soor und Parotitis
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	Der Bewohner-- hat ein Risiko der ausscheidungs-/inkontinenzassoziierten Dermatitis
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2006, 2008, 2011, 2014	857	Der Bewohner-- hat einen Dekubitus , es besteht eine erschwerte Wundheilung
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	Der Bewohner-- hat das Risiko eines erhöhten (extrazellulären/intravasalen) Flüssigkeitsvolumens
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	Der Bewohner-- hat aufgrund fehlender Informationen/Fertigkeiten im Umgang mit Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie ein Risiko der unwirksamen Therapie

LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	Der Bewohner-- hat aufgrund von empfindlicher/dünnere Haut das Risiko der Hautschädigung
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	Der Bewohner-- hat eine Infektionskrankheit , es besteht das Risiko einer Ansteckung für das Umfeld
LOE 2.1	LOE 2.1	2009*, 2014	894	Der Bewohner-- hat eine Besiedelung/Infektion mit multiresistenten Erregern (MRE), es besteht das Risiko der Keimübertragung
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2009, 2014	339	Der Bewohner-- hat eine sekundär heilende Wunde, es besteht eine beeinträchtigte Wundheilung

Stillgelegte ENP-Praxisleitlinien (n=13)

Im Rahmen der Überarbeitung wurden die nachfolgend aufgeführten Diagnosen zusammengeführt oder in eine neue Diagnose überführt.

52	Der Bewohner-- hat einen beeinträchtigten Schluckreflex, es besteht das Risiko einer Aspiration bei der Mundpflege
88	Der Bewohner-- hat einen fehlenden Schluckreflex, es besteht das Risiko einer Aspiration
89	Der Bewohner-- hat einen fehlenden Husten-, Würge- und Schluckreflex, es besteht das Risiko einer Aspiration von Speichel
94	Der Bewohner-- ist aufgrund eines eingeschränkten Mundschlusses bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt, Nahrung läuft aus dem Mund
561	Der Bewohner-- hat das Risiko eines Flüssigkeitsdefizits
654	Der Bewohner-- muss sich aufgrund einer Unverträglichkeit eiweißarm ernähren, es besteht das Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen
828	Der Bewohner-- hat ein Risiko der verminderten Belüftung der Lunge
235	Der Bewohner-- atmet oberflächlich und kann aktive Atemübungen nicht durchführen, es besteht das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
249	Der Bewohner-- kann aufgrund eines beeinträchtigten Glottisschlusses nicht abhusten, es besteht das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
198	Der Bewohner-- ist aufgrund von externen Faktoren in der Bewegungsfreiheit eingeschränkt
206	Der Bewohner-- ist aufgrund eines Belastungsschmerzes in der Mobilität beeinträchtigt
647	Der Bewohner-- hat eine postoperative Bewegungseinschränkung
490	Der Bewohner-- hat Gelenkschmerzen mit Anlaufschmerz

Genutzte Literatur N = 3.545

Die Praxisleitlinien sind im Versionsstand 2.9 (2014) auf der Basis von 3.545 nationalen und internationalen Literaturquellen abgestützt. Darunter sind auch deutsche Regelwerke, Leitlinien und Empfehlungen wie etwa die nationalen Expertenstandards usw., ebenso sind zahlreiche Internationale Guidelines berücksichtigt worden. Insgesamt existieren für die 552 ENP-Praxisleitlinien 10.355 Verknüpfungen zu Quellen. Gerade Fachbücher oder Artikel, die ein breiteres Pflegephänomen beschreiben, sind mehrfach mit ENP-Praxisleitlinien verknüpft.

3. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien

Für die ENP-Pflegediagnosen und -Praxisleitlinien wurden im Rahmen der Überarbeitungen im Jahr 2014 der Evidenzlevel evaluiert und ausgewiesen. Wichtiges Ziel bei der Entwicklung war es von Beginn des Entwicklungsprozesses an, eine Vergleichbarkeit der Evidenzgrade mit denen anderer Pflegeklassifikationssysteme herzustellen. Vor diesem Hintergrund orientieren sich die Evidenzlevel (Level of evidence, LOE) von ENP an den Einstufungskriterien der NANDA International⁷, obgleich an dieser Einteilungssystematik durchaus auch kritische Aspekte diskutiert werden können. So ist gewährleistet, dass die Aussagekraft einzelner Pflegediagnosen verschiedener Klassifikationssysteme miteinander verglichen werden kann. Folgende Auflistung stellt die einzelnen Evidenzgrade von ENP detaillierter vor:

1. Entwicklung einer neuen Praxisleitlinie

ENP-Praxisleitlinien werden in der Regel induktiv entwickelt, das bedeutet, dass die Pflegepraktiker, die mit ENP arbeiten, eine Lücke identifizieren. Der Entwicklungsweg ist die Identifizierung eines Phänomens in der Pflegepraxis. Der Entwicklungsauftrag wird umgesetzt. Das Ergebnis wird mit der Pflegepraxis konsentiert. Anschließend wird die Diagnose in den Katalog aufgenommen.

Weniger häufig wird die Neuentwicklung einer ENP-Praxisleitlinie durch Literaturlauswertungen angeregt. Ist dies der Fall, wird zunächst ein Entwicklungsvorschlag entwickelt (vgl. LOE 1.1/1.2/1.3), der im Anschluss mit geeigneten Experten aus der klinischen Praxis diskutiert und von diesen bewertet wird.

1.1 Nur Pflegediagnosentitel (Entwicklungsauftrag)

Die ENP-Pflegediagnose ist eindeutig geklärt und wird durch die Literatur gestützt. Die Syntax- und Strukturvorgaben sind geprüft. Ebenso sind Überschneidungen geprüft.

1.2 Pflegediagnosentitel und Definition (Entwicklungsauftrag)

Die ENP-Pflegediagnose ist eindeutig formuliert, die Definition stimmt mit dem Titel überein. Die Definition unterscheidet sich von den Kennzeichen und dem Diagnosentitel, und diese Elemente sind nicht in der Definition enthalten. Die Diagnose und Definition werden durch Literaturverweise gestützt.

1.3 Pflegediagnose und Definition werden um Pflegeziele und Pflegeinterventionen ergänzt (Entwicklungsauftrag)

Die ENP-Praxisleitlinie befindet sich in einem frühen Stadium und wird den Endanwendern in Softwareapplikationen zur Verfügung gestellt und gemeinsam evaluiert und verbessert.

In der klinischen Pflegepraxis kann es vorkommen, dass eine ENP-Praxisleitlinie bereits im frühen Stadium 1.3 für den Endanwender im Rahmen von Projekten zur Verfügung gestellt wird. Im offiziellen ENP-Katalog sowie in den Buchveröffentlichungen werden jedoch ausschließlich Diagnosen ausgewiesen, die mindestens den Reifegrad 2.1 erreicht haben.

⁷ Die Evidenzgrade von NANDA-I können unter der Internetadresse <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> eingesehen werden (Zugriff am 25.06.2014)

2. In den offiziellen ENP-Katalog aufgenommene und durch internationale Literatur, die Pflegepraxis und/oder konsentierende Studien bestätigte Pflegediagnosen und Praxisleitlinien

2.1 a) Diagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen sind literaturgestützt

Die Pflegediagnose, ihre Definition sowie sämtliche Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen sind durch nationale und internationale Literatur belegt.

2.1 b) Diagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Pflegeziele und Maßnahmen sind literaturabgestützt zur Pflegediagnose entwickelt

Zusätzlich zur Literaturlieferung von Diagnosentitel, Definition, sämtlichen Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen sind die Pflegemaßnahmen und Pflegeziele der Pflegediagnose zugeordnet und in der Literatur belegt.

2.2 Begriffsanalyse zur Pflegediagnose

Zusätzlich zur Literaturlieferung von Diagnosentitel, Definition, sämtlichen Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegemaßnahmen und Pflegezielen wird zu den zentralen pflegediagnostischen Begriffen eine Konzeptanalyse mit ausführlicher Literaturbewertung durchgeführt. Die Konzeptanalyse unterstützt die Pflegediagnose und die Definition und umfasst Diskussion und Unterstützung der Kennzeichen.

2.3 Konsentierende Studien von existierenden Diagnosen durch Experten

Ergänzend zur Literaturlieferung sämtlicher Elemente der Pflegediagnose und Praxisleitlinie werden konsentierende Studien mit Experten des jeweiligen Fachgebiets durchgeführt. Die Studien beinhalten Expertenmeinungen, Delphi- oder Crossmapping-Studien mit anderen Pflegeklassifikationssystemen sowie ähnliche Studiendesigns mit diagnostischen Inhalten.

3. Klinisch unterstützte Pflegediagnosen und Praxisleitlinien (Validierung und Überprüfung)

3.1 a) Literatur-Synthese

Systematische Literaturlieferung und -bewertung zur Pflegediagnose und Pflegemaßnahmen mit dokumentierter und nachweislicher Suchstrategie.

3.1 b) Literatur-Synthese und Expertenrating

Systematische Literaturlieferung und -bewertung zur Pflegediagnose und Pflegemaßnahmen mit dokumentierter und nachweislicher Suchstrategie sowie anschließendem Expertenrating (z.B. durch Surveys, Konferenzen, etc.).

3.2 Klinische, jedoch nicht auf die Allgemeinbevölkerung generalisierbare Studien von Pflegediagnosen und Praxisleitlinien

Die Studie bezieht sich auf die Pflegediagnose sowie alle Kennzeichen und Ursachen, die in Bezug zur Diagnose stehen. Die Studien können qualitativer oder quantitativer Natur sein. Hierunter fallen auch Studien, welche die Übereinstimmungsvalidität (*concurrent vali-*

dity) im klinischen Kontext untersuchen. Der Stichprobenumfang ist begrenzt und kommt nicht zufällig (nicht-probabilistisch) zustande.

3.3 Gut gestaltete klinische Studien mit kleinen Stichprobengrößen

Die Studie bezieht sich auf die Pflegediagnose sowie alle Kennzeichen und Ursachen, die in Bezug zur Diagnose stehen. Es wird eine Zufallsstichprobe (probabilistische Stichprobe) genutzt, jedoch bei begrenztem Stichprobenumfang.

3.4 Gut gestaltete klinische Studien mit Zufallsstichprobe von ausreichender Größe, um eine Generalisierbarkeit auf die Gesamtpopulation zuzulassen

Die Studie bezieht sich auf die Pflegediagnose sowie alle Kennzeichen und Ursachen, die in Bezug zur Diagnose stehen. Es wird eine Zufallsstichprobe (probabilistische Stichprobe) genutzt, der Stichprobenumfang ist ausreichend, um die Ergebnisse auf die Gesamtpopulation zu generalisieren.

4. Definitionen der Klassenbegriffe von ENP

Zur Unterstützung der Eindeutigkeit der European Nursing care Pathways als Pflegefachsprache und Pflegeklassifikationssystem wurden im Laufe der Entwicklung sprachliche Strukturen und Definitionen der einzelnen ENP-Gruppen durch das ENP-Entwicklerteam festgelegt. Diese werden in den nachfolgenden Kapiteln vorgestellt.

4.1 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 13,6 % (n= 75) 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 Präkombination von Spezifikation und Pflegeproblem wurde in ENP immer dann vorgenommen, wenn es spezifische Interventionskonzepte für die ENP-Pflegediagnose gibt. Ein Pflegeproblem innerhalb ENP ist 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 & Bartholomeyczik, 2001, S. 38 f.) Die Gruppe der Pflegeprobleme beschreibt auf der Ebene der Kategorie inhaltlich Pflegeprobleme, welche 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 & Bartholomeyczik (2001, S. 38) vorgeschlagen. 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 5 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, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer Bewegungseinschränkung die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten , es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der 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
		Der Bewohner/Patient/Klient führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat durch
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen
		Der Bewohner/Patient/Klient kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen
		Der Bewohner-- kann sich aufgrund einer sensorischen Integrationsstörung nicht selbstständig waschen
		Der Bewohner/Patient/Klient ist bei der Körperwaschung beeinträchtigt
Der Bewohner/Patient/Klient kann sich nicht selbstständig duschen/baden		

Tabelle 5: ENP-Pflegediagnosen aus der Kategorie Körperpflege/Kleiden zur Illustration

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. In einer Literaturanalyse, die im Rahmen der ENP-Entwicklung zu den Pflegediagnosen der Subkategorie Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung erstellt wurde, wird gezeigt, dass für die in Tabelle 5 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 sog. „Restkategorie“, die durch die Pflegeperson in eine Pflegediagnosenformulierung durch die Kodierung von Kennzeichen und Ursachen überführt wird. Diese Restkategorien sollten nur genutzt werden, wenn für die individuell vorliegende Patienten-/Bewohner-/Klientensituation 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. Ein 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 selbständig 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.

4.2 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, Picht, & Mayer, 2004, S. 53 f). Dieses Wissen über den Begriff unterstützt dabei, 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 & Bartholomeyczik, 2001, S. 43 ff.). Im Rahmen der Entwicklung der ENP-Pflegediagnosen werden die Merkmale zur Konzeptualisierung derselben 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 bzw. 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*.

4.3 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. Ursachen werden zur weiteren Differenzierung der Pflegediagnose formuliert, wenn sie 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 diese häufig im Rahmen der Interventionsangebote mitbeachtet werden müssen, um ein Pflegeproblem zu beheben oder zu lindern. Zum Beispiel besteht für die Planung und Auswahl adäquater pflegerischer Maßnahmen ein Unterschied darin, ob sich ein Individuum nicht selbstständig waschen kann, weil die Ursache in der Bewegungseinschränkung postoperativ oder in einer Apraxie begründet ist.

Das Ursachenverständnis in ENP orientiert sich an der Analyse des Begriffes der Ursachen, die folgende Unterscheidung der Begriffsbildung hervorbringt (Hügli & 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 & 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*.

4.4 Definition: Ressourcen

In ENP werden zu den Pflegediagnosen die Ressourcen (Fähigkeiten) der betroffenen Person 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 etwa für die Auswahl von Pflegezielen und Interventionen entscheidend zu wissen, ob ein Patient, der ein Selbstversorgungsdefizit bei der Körperpflege hat, sitzen oder stehen kann und z. B. den Waschlappen selbstständig führen kann. Die formulierten Ressourcenbegriffe haben im Gegensatz zu den restlichen Gruppen in ENP nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Bei den Ressourcenformulierungen sind Pflegendе 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 und (gesundheitliche) Krisen durch den Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu bewältigen (Resilienz).

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. Oder sie sind Ellipsen, die entweder nur aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) bestehen oder nur aus Begriffen. Z. B.: *Kann Hilfsmittel gezielt einsetzen* oder *Äußert Einsicht in die Pflegemaßnahme*.

4.5 Definition: ENP-Pflegeziele

Durch zielgerichtete Pflege und die Förderung individueller 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 Pflegendе 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 Likert-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 Likert-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 Kodierung mit 1 würde bedeuten, dass der Patient das Pflegeziel *Nimmt unaufgefordert an Gruppenaktivitäten teil* bezogen auf die Pflegediagnose nicht erreicht hat (0 % Zielerreichung), die Kodierung „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 kodiert, wenn das Ziel über 50 % erreicht ist (51–75 % Zielerreichung) und eine „vollständige“ Zielerreichung wird kodiert, 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 6: 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 7: 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 8: 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 9: 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 in Form von Selbstbewertungsinstrumenten für die Patienten/Bewohner/Klienten auch als Messinstrument für die Pflegepersonen dienen können. Die bisher entwickelten Ergebnisindikatoren sind in der Software oder Datenbank verfügbar.

Damit eine einheitliche Bewertung der Zielerreichung im Pflegeteam 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*.

4.6 Definition: ENP-Pflegeinterventionen

Pflegeinterventionen in ENP sind alle direkt an und mit den Patienten (z.B. Ganzkörperwaschung durchführen) sowie indirekt für diese (z.B. Medikamente vorbereiten) ausgeführten Handlungen im Kontext der pflegerischen Versorgung, 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 u.a. mit der Händedesinfektion, der Materialvorbereitung, der Patientenbegrüßung, Information des Patienten, dem eigentlichen Lagerungsvorgang (der sich wiederum in zahlreichen Einzelschritten beschreiben lässt wie beispielsweise 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 (vgl. hierzu u.a. Göpfert-Divivier, Mybes, & Igl, 2006).

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 landläufig bekannten „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.

4.7 Normative-Zeitwerte in ENP

Zusätzlich zu den anderen Elementen sind in ENP normative Zeitwerte an die Pflegeinterventionen gebunden und werden fallbezogen summiert. Zur situationsgerechten Abbildung der summierten Zeitwerte werden verschiedene Faktoren wie beispielsweise Schweregrade, Ort der Leistungserbringung usw. mit berücksichtigt. Die Zeitwerte sind Schätzwerte, die in einem über Jahre währenden empirischen Prozess mit Pflegenden ausgehandelt wurden. Die hinterlegten normativen Zeitwerte sind darüber hinaus durch den Kontextbezug zur Pflegediagnose gewichtet. So sind bei einem dementen Patienten/Bewohner bei der Ganzkörperwaschung andere Zeitwerte hinterlegt, als bei einer Ganzkörperwaschung z. B. bei einem Patienten, der aufgrund körperlicher Schwäche die Körperpflege nicht selbstständig durchführen kann. Der Prozess der Zeitwerthinterlegung hat im Jahr 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 mit den LEP-Nursing-3- und ENP-Interventionen in 2004 fiel auf, dass die hinterlegten Zeitwerte zu einem hohen Anteil korrespondieren.

5. Güte der ENP-Praxisleitlinien

Die pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade in ENP 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 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 „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 Woodtli 1988 dieses bereits als ein Zeichen von Inhaltsvalidierung.

Es existieren bisher acht Inhalts- und Kriteriumsvalidierungsarbeiten (Berger, 2010, Hardenacke, 2007, Helmbold, 2010a, 2010b, Schmitt, 2010, Wieteck, 2006b, 2006c, 2008), weitere, u.a. zum Themenkomplex der Schluckstörungen, sind gegenwärtig (Stand August 2014) in Bearbeitung. Im Rahmen der Kriteriumsvaliditätsprüfung von Berger wurden 1.931 narrative Pflegeprozessplanungsformulierungen mit ENP im Krankenhaus-Setting abgebildet. Die Formulierungen sind Examensarbeiten entnommen, die mit der Note 1–2 bewertet wurden. 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 eine Praxisleitlinie in ihrer Gesamtheit (Helmbold, 2010a, 2010b). Am Beispiel der Pflegediagnosen zur Mangelernährung kann anhand der gefundenen Validitätseinschränkungen, die in der Studie von Hardenacke (2007) festgestellt wurden, die Bearbeitung und Weiterentwicklung der ENP-Diagnosen zur Mangelernährung 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 den Schlüssen: „*ENP-Formulierungen sind praxisnah und verständlich*“ und „*Mit ENP können die Prozesse der Pflege vollständig und nachvollziehbar abgebildet werden.*“ (Baltzer et al., 2006, S. 9) Das Evaluationsprojekt des Kantons St. Gallen, durchgeführt in vier 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 (Kossaibati und Berthou 2006, S. 8 ff.). Im Rahmen des Evaluationsprojektes wurden durch die Pflegeexperten der jeweiligen Piloteinrichtungen die mit ENP dokumentierten Pflegeplanungen bezüglich der Kriterien „Überprüfbarkeit“, „Handlungsleitung“, „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 jedoch die Frage offen, ob und inwiefern die 24 % nicht korrekter Kodierungen in Versäumnissen der Pflegepersonen oder fehlenden Items auf Pflegemaßnehmenseite in ENP begründet sind (Wieteck, 2007b). ENP-Datenauswertungen aus Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten wurden in zwei weiteren Studien veröffentlicht. Hier wurden ENP-Daten aus den Pflegeprozessdokumentationen bezogen auf unterschiedliche Fragestellungen genutzt (Haag, 2009b, Konrad, 2009, Wieteck, 2004a). In einem Fachaufsatz zeigt Wieteck auf, dass ENP in dem vorgestellten Beispiel die Granularität, d.h. die Eindeutigkeit, Feinkörnigkeit und Trennschärfe, besitzt, um z. B. die Auditfragestellungen des Expertenstandards Dekubitus aus der täglichen Pflegeprozessdokumentation auszuleiten (Wieteck, 2009). ENP wird ebenfalls im Kontext der Abbildbarkeit der Pflegeleistung innerhalb des DRG-Systems diskutiert (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009). Darüber hinaus wurden Validierungsarbeiten bezüglich der Übersetzung von ENP ins Italienische, Englische und Französische durchgeführt. Hierfür bestehen u.a. eine Zusammenarbeit mit der Universität Collegio Provinciale IPASVI L'Áquila sowie mehreren Kliniken in Luxemburg.

Die Stärke von ENP ist zum einen in der Granularität zu sehen, die den Dokumentationsanforderungen der Pflegenden im deutschsprachigen Bereich entspricht. 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, 2007c). Ebenso können mit ENP Kriterien zur Anpassung der 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 Pflegeklassifikationssystemen Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen, die in einer horizontalen Struktur als Praxisleitlinie individuell zusammengeführt werden und Pflegewissen als Entscheidungshilfe für Pflegenden anbieten. Daher sind Vergleiche von Gütekriterien mit anderen Klassifikationssystemen schwierig.

6. Kritische Anmerkungen

ENP ist derzeit noch nicht in dem Maße vollständig, um alle pflegerischen Belange, die zur Beschreibung von pflegerischen Phänomenen und Maßnahmen benötigt werden, im Rahmen der Prozessdokumentation anzubieten. Dieses zeigen unterschiedliche Studien und Evaluationsprojekte. Circa 23 % der NANDA-I-Pflegediagnosen konnten zum Zeitpunkt der Studie im Jahr 2008 nicht über ENP abgebildet werden (Wieteck 2008). Zahlreiche dieser Pflegediagnosen können unter 1.3 nachgelesen werden, da hier in den Versionsaktualisierungen nachgearbeitet wurde. Zudem mussten zu dieser Zeit ca. 18 % der Formulierungen in den Pflegeplänen individuell ergänzt werden. Diese Aussage bezieht sich auf den kompletten Pflegeprozess (Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen) (Berger, 2008, 2010, Schmitt, 2009, Wieteck, 2004b). 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 & 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).

Zusammenfassende Gedanken

Da sich das pflegerische Wissen ständig und mit raschem Voranschreiten erweitert und wandelt, ist der Validierungsprozess von ENP auch ein kontinuierliches Erfordernis im Rahmen der Weiterentwicklung des Systems. Dennoch erscheint es nicht falsch, von einer hohen Reife des Systems zu sprechen. Anzeichen hierfür sind sowohl die Anwendung in mittlerweile allen Sektoren der Pflege zur Abbildung des Pflegeprozesses als auch die positiven Rückmeldungen der Nutzer. Ebenso spricht für die Güte von ENP, dass zwischen den bestehenden Systemen NANDA-I und ICNP hohe inhaltliche Übereinstimmung besteht und die Ausdruckskraft und Eindeutigkeit von ENP-Pflegediagnosen zu ca. 84 % gleich gut/höher im Vergleich zu den NANDA-I-Pflegediagnosen durch die Experten bewertet wurden (Wieteck 2008).

Literatur

- Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. Aufl. ed. Vol. Band 2). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.
- Bakken, S. et al.** (2000). Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. *JAMIA, Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.
- Baltzer, M., Baumberger, M., & Wieteck, P.** (2006). Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP. Abschlussbericht, Download: http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf.
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik Literaturanalyse. *eingereicht PR-Internet*, 12, pp. 669-687.
- Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10.
- Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel: Recom Verlag.
- Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege Aktuell*(2), pp. 96-99.
- Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.
- Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidlines for clinical practice: From development to use* Washington.
- Gärtner, R.** (2006). *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, München.
- Gärtner, R.** (2008). *Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP verbundenen LEP Nursing 3 (beta) Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik*. *PrInterNet/Pflegewissenschaft*, 10(06), pp. 368-373.
- Göpfert-Divivier, W., Mybes, U., & Igl, G.** (2006). Identifizierung von Entbürokratisierungspotenzialen in Einrichtungen der stationären Altenpflege in Deutschland. Abschlussbericht des Kompetenzteams im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Retrieved from http://opus.kobv.de/zlb/volltexte/2011/12150/pdf/Entbuerokratisierung_BMFSFJ.pdf (Accessed: 26.06.2014).
- Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. Auflage ed.). München, Jena: Urban& Fischer.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen*. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Haag, S.** (2009a). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten*. (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

- Haag, S.** (2009b). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege: Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten, Edition Pflegewissenschaft Band 3* (Vol. 1). Kassel: RECOM Verlag.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *PrInterNet*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010a). Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 02, pp. 100-107.
- Helmbold, A.** (2010b). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*, 5, pp. 292-299.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. Aufl. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten. Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten* (G. Hoffmann Ed. Vol. Band 2). Bad Emstal: RECOM GmbH & Co. KG.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht-* (pp. 1-125): Institut de santé et d'économie (ISE).
- MDS Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Retrieved from [www.vdd.de/...MDS.../MDS Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation 2005.pdf](http://www.vdd.de/...MDS.../MDS_Grundsatzstellungnahme_Pflegeprozess_und_Dokumentation_2005.pdf) (Accessed: 31.07.2009).
- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z*. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). *Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien?* (pp. 1-12). Köln: Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung.
- Schmid, B.** (2007). Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in der DRG-Fallgruppe, Erklärungsansatz zur Kostenhomogenität von DRG-Fallgruppen durch Pflegediagnosen/Pflegeaufwand. *PrInterNet*, 9(9), pp. 532-541.
- Schmitt, A.** (2009). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*.
- Schmitt, A.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *eingereicht PR-Internet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung*. (Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Wieteck, P.** (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Darmstadt.
- Wieteck, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP®). Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-InterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP in deutschen und österreichischen Einrichtungen ENP European Nursing care Pathways. *PrInterNet*(9), pp. 486-494.

- Wieteck, P.** (2004b). Sekundäranalyse auf inhaltliche Vollständigkeit der ENP®. In P. Wieteck (Ed.), *ENP® - European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen*. Bad Emstal: RECOM Verlag, pp. 1157-1169.
- Wieteck, P.** (2006a). Arbeiten mit ENP®. Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe*, 58(11), pp. 62-63.
- Wieteck, P.** (2006b). Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms, download: <http://www.icn.ch/id73final.pdf>. *Final Report*, pp. 1-71.
- Wieteck, P.** (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInterNet*, 08(02), pp. 109-118.
- Wieteck, P.** (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift*, 60(5), pp. 257-259.
- Wieteck, P.** (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet*, 9(2), pp. 113-120.
- Wieteck, P.** (2007c). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways). ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation*. (Doctor rerum medicinalium Dissertation), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304.
- Wieteck, P.** (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 11(04), pp. 227-239.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2004c). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. Auflage ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege, Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2. Auflage ed.). Kassel: RECOM Verlag.
- Wieteck, P., Berger, S., & Opel, B.** (2007). Wissenschaftliche Hintergründe European Nursing care Pathways. http://download.recom-verlag.de/pdf/ENP_wissenschaftliche_Hintergruende_Web_2007_de.pdf , download 2013, Mai 2007. Retrieved (Accessed).
- Wingenfeld, K. et al.** (2008, 25. März). *Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008*. Studie. Bielefeld/Münster.



Kontakt

RECOM GmbH & Co. KG
ENP Research and Development
Lindenstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Deutschland

Telefon +49 (0) 8453 339968-4
Telefax +49 (0) 8453 332717

E-Mail: info@recom.eu