

# Wissenschaftliche Hintergründe

European Nursing care Pathways – Version 2.10



Dr. Pia Wieteck

Sebastian Kraus (M.Sc.)

Dr. Holger Mosebach

Simon Berger (MScN)

Stand: Mai 2017

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	2
1. Struktur/Aufbau von ENP .....	2
1.1 Die Pflegeklassifikation ENP – Teil A .....	3
1.2 Präkombinationen von Begriffen der ENP-Pflegeklassifikation – Teil B .....	12
1.2.1 Präkombinatorische ENP-Pflegediagnosen .....	12
1.2.2 Präkombinatorische ENP-Interventionen .....	15
1.3 Praxisleitlinien in ENP – Teil C .....	16
1.4 Die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP .....	17
1.4.1 Historischer Rückblick .....	17
1.4.2 Weiterentwicklung heute .....	21
1.4.3 Optionen zur Validierung von ENP-Praxisleitlinien .....	25
1.5 Nutzung von ENP .....	31
1.6 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten .....	32
1.7 Verbreitung von ENP .....	34
2. Änderungen in den Versionen .....	35
2.1 ENP-Versionen 2.0 (Wieteck, 2004b) bis 2.4 .....	35
2.2 ENP-Version 2.4 auf 2.5 (2008/2009) .....	36
2.3 ENP-Version 2.5 auf 2.6 (2009 bis Mai 2011) .....	38
2.4 ENP-Version 2.6 auf 2.7 (Mai 2011 bis August 2012) .....	41
2.5 ENP-Versionen 2.7 bis 2.9 (August 2012 bis August 2014) .....	43
2.6 ENP-Version 2.9 auf 2.10 (September 2014 bis Mai 2017) .....	54
2.7 Ausblick: ENP-Version 3.0 (voraussichtliches Erscheinen: Ende 2018/Anfang 2019) .....	57
3. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien .....	58
4. Definitionen der Klassenbegriffe von ENP .....	61
4.1 Definition der ENP-Pflegediagnosen .....	61
4.2 Definition: ENP-Kennzeichen .....	64
4.3 Definition: ENP-Ursachen .....	65
4.4 Definition: Ressourcen .....	66
4.5 Definition: ENP-Pflegeziele .....	66
4.6 Definition: ENP-Pflegeinterventionen .....	69
4.7 Normative Zeitwerte in ENP .....	70
5. Güte der ENP-Praxisleitlinien .....	72
6. Kritische Anmerkungen .....	74
Literatur .....	75

# 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 in drei Teilbereiche gegliedert 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, Pflegeziele und Pflegeinterventionen, abzubilden.

Bitte folgende Zitierweise für diesen Text angeben:

Wieteck, Kraus, Mosebach & Berger (2017). Wissenschaftliche Hintergründe ENP (European Nursing care Pathways), Version 2.10. RECOM GmbH. Online verfügbar unter:

<https://www.recom.eu/klassifikationen/enp-entwicklung/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 **557 (Version 2.10)** pflegediagnosenbezogene Praxisleitlinien definiert. Im nachfolgenden Text wird die Einordnung von ENP als Pflegeklassifikation und Praxisleitlinie erklärt. In der Gesamtgrafik (vgl. Abbildung 1) wird der Zusammenhang der drei Teilbereiche dargestellt.

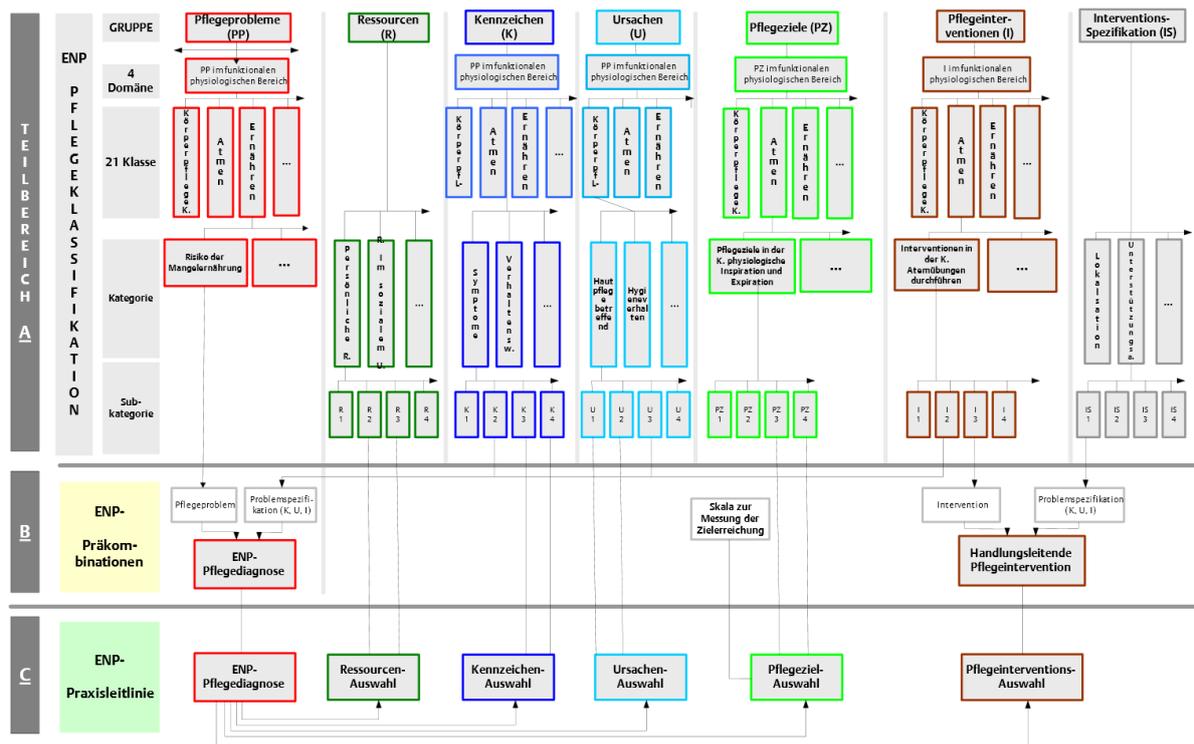


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Klassifikationssystems ENP mit seinen Teilbereichen A, B und C

### 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 **68 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
<p><b>Funktionaler/ physiologischer Bereich</b></p> <p><i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche durch Veränderungen der Körperfunktionen und -strukturen zu Einschränkungen und/oder Verlust der Selbstfürsorgekompetenzen zur Erfüllung der körperlichen Grundbedürfnisse und/oder zu Gesundheitsrisiken führen.</i></p>	<p><b>Körperpflege/Kleiden</b> Fähigkeit, seinen Körper pflegen, waschen zu können sowie eine angemessene Kleidung wählen und anziehen zu können.</p>	Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung <sup>1</sup>
		Selbstfürsorgedefizit Mundpflege
		Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege
		Selbstfürsorgedefizit Haarpflege
		Selbstfürsorgedefizit Kleiden
	<p><b>Atmen</b> Umfasst die Atmungsfunktionen der Ventilation (Inspiration und Expiration, Funktion der Atemmuskulatur), des Gasaustausches zwischen Luft und Blut, sowie der Selbstreinigungsfunktionen der Atemwege.</p>	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
	<p><b>Ernährung</b> Umfasst die Aktivitäten, Fähigkeiten, Voraussetzungen und Funktionen des Menschen, um Nahrung zu sich zu nehmen mit dem Zweck des Wachstums, des Erhalts, der Regeneration von Gewebe und der Energieerzeugung.</p>	Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme
		Beeinträchtigtetes Schlucken
		Mangelernährung
		Risiko der Mangelernährung
		Beeinträchtigtetes Ernährungsverhalten
		Flüssigkeitsdefizit / Störung des Elektrolythaushalts
		Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts
		Risiko des beeinträchtigten Stillens
		Beeinträchtigtetes Stillen
		Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen

<sup>1</sup> **Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung ist beispielsweise wie folgt definiert:** Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu waschen (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing). Jede Kategorie ist definiert und ist ein Bestandteil der zugeordneten ENP-Pflegediagnosen.

<p><b>Ausscheiden</b> Umfasst die Aktivitäten, Fähigkeiten, Funktionen, welche die Ausscheidung von Urin (von der Filtration, Sammlung und Ausscheidung des Harns) und Stuhlgang (Entleerung von Schlacken und unverdauten Speisen aus dem Darm einschließlich der Funktion der Bauchpresse) betreffen.</p>	Selbstfürsorgedefizit Miktion/Defäkation
	Beeinträchtigte Urinausscheidung
	Harninkontinenz
	Beeinträchtigte Stuhlausscheidung
	Selbstfürsorgedefizit Stomapflege
	Risiko von Stomakomplikationen
	Beeinträchtigte Stomaversorgung
	Risiko des paralytischen Ileus
	Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens
	Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane
<p><b>Kreislauf</b> Umfasst Aktivitäten, Funktionen, welche die Blutzufuhr des Körpers mit adäquatem und erforderlichem Volumen und Druck sicherstellen. Hierzu zählen die Pumpfunktionen des Herzens, die Blutgefäßfunktionen für den Bluttransport durch den Körper ebenso wie Funktionen zur Aufrechterhaltung des arteriellen Blutdrucks.</p>	Beeinträchtigte Herz-/Kreislauffunktion
	Risiko des beeinträchtigten Herz-/Kreislaufs
	Risiko der Thrombose
	Risiko der Lungenembolie
	Risiko der Blutung
	Risiko der allergischen Reaktion / eines anaphylaktischen Schocks
<p><b>Bewegung/Mobilität</b> Umfasst alle Aktivitäten und Fähigkeiten der eigenen Bewegung zur Änderung der Körperpositionen oder -lage oder Verlagerung von einem zu einem anderen Platz, ebenso gehört die Fortbewegung in unterschiedlicher Form wie Gehen, Rennen usw. zu dieser Klasse.</p>	Beeinträchtigte Bewegung
	Beeinträchtigt Gehen
	Beeinträchtigt(er) Bewegungsablauf / -muster
	Risiko des Sturzes
	Risiko der Kontraktur
	Risiko der Spastik
	Risiko der Lähmung
	Risiko der beeinträchtigten Mobilität
<p><b>Entspannen/Schlafen/Ruhen</b> Umfasst alle Aktivitäten und mentalen Funktionen, welche sich in einer periodischen, reversiblen</p>	Risiko des Schlafdefizits
	Beeinträchtigt Schlaf

	und selektiven physischen und mentalen Loslösung von der unmittelbaren Umgebung äußern und bei denen der Körper in einen Ruhezustand gelangt und Körperfunktionen herabgesetzt sind.	Beeinträchtigte Entspannung
	<b>Gewebeintegrität</b> Umfasst alle Aktivitäten, Verhaltensweisen und Funktionen, welche die Integrität (Unversehrtheit) des Körpers und/oder Organe beeinflussen bzw. beeinflussen könnten.	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
Risiko der Stoffwechsellentgleisung		
Stoffwechsellentgleisung		
	<b>Fortpflanzung</b> Umfasst alle Funktionen und Aktivitäten, welche mit der Fertilität, Schwangerschaft, Geburt und Laktation in Verbindung stehen.	Risiko der Gesundheitsbeeinträchtigung für Mutter und Kind
		Risiko der ungewollten Schwangerschaft
		Beeinträchtigt Sexualeben

	<p><b>Körpertemperatur</b> Umfasst alle Funktionen und Aktivitäten, die mit der Regulation der Körpertemperatur in Zusammenhang stehen.</p>	Risiko der Hyper-/Hypothermie
<p><b>Emotionaler/psychosozialer Bereich</b> <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche durch Einschränkungen (z. B. körperliche, umfeldbedingte), Verhaltensweisen oder andere Gegebenheiten die persönliche Entwicklung, Partizipation und/oder die emotionale und soziale Gesundheit beeinträchtigen.</i></p>	<p><b>Empfindungen</b> Umfasst alle neurophysiologischen und neuropsychologischen Prozesse, welche als Vorstufe zur Wahrnehmung durch Reizeinwirkung hervorgerufen werden. Empfindungen können sich auf Schmerz oder seelische Gefühle wie Langeweile, Erschöpfung usw. beziehen.</p>	Schmerzen
		Angst
		Beeinträchtigt Empfinden
		Beeinträchtigt Wohlbefinden
		Gefühl der Langeweile
		Persönliches Leiden
		Erschöpfung
		Risiko der Erschöpfung
		Schamgefühl
	<p><b>Wahrnehmungen</b> Umfasst alle Prozesse und Funktionen, die mit den spezifischen mentalen Funktionen der Erkennung und Interpretation sensorischer Reize (auditiv, visuell, gustatorisch, olfaktorisch, taktil) im Zusammenhang stehen.</p>	Beeinträchtigte Orientierung
		Beeinträchtigt Körperschema/-bild
		Beeinträchtigt Selbstkonzept/-bild
		Risiko der Bewusstseinsstörung
		Beeinträchtigte Wahrnehmung
		Beeinträchtigt Bewusstsein
	<p><b>Interaktion</b> Umfasst jedes aufeinander bezogene, wechselseitige Handeln zweier oder mehrerer Personen, in der Regel wird hierzu jegliche Art der Kommunikation genutzt.</p>	Risiko der inadäquaten/ineffektiven Kommunikation
		Beeinträchtigte Kommunikation
		Risiko der beeinträchtigten Interaktion
		Beeinträchtigte Interaktion
		Beeinträchtigte Beziehung
Risiko unerfüllter Bedürfnisse		
<p><b>Handlung/Verhalten</b> Umfasst alle Aktivitäten und körperlichen Reaktionen eines Menschen, die sich beobachten</p>	Beeinträchtigte Anpassung	
	Beeinträchtigt Verhalten	

	<p>und/oder messen lassen. Die Gesamtheit unmittelbar beobachtbarer Handlungen sind Verhaltensweisen, welche von außen beobachtbare Äußerungen eines Menschen auf seine Umwelt darstellen.</p>	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
	<p><b>Aktivität/ Alltagsgestaltung/Partizipation</b> Umfasst alle Handlungen/ Aktivitäten des Einbezogenseins einer Person in eine Lebenssituation, welche sich auf die Durchführung von Aufgaben eines strukturierten Tagesablaufs konzentrieren, wie z. B. Freizeit gestalten, hauswirtschaftliche Aufgaben durchführen usw., und/oder sich auf die gesellschaftliche Integration/Teilhabe und die damit verbundenen Perspektiven, beziehen</p>	Risiko des Selbstfürsorgedefizits
		Beeinträchtigte Selbstfürsorge
		Beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung
		Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten
		Beeinträchtigte Freizeitgestaltung
		Selbstfürsorgedefizit Hauswirtschaft
		Dependenzpflegedefizit
		Risiko des Dependenzpflegedefizits
	<p><b>Persönliche Entwicklungen</b> Umfasst alle Aktivitäten, Voraussetzungen und Funktionen, um ein realistisches Bild von der Welt und sich selbst zu gewinnen, um im eigenen Interesse handeln und entscheiden zu können.</p>	Beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit
		Beeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit
		Beeinträchtigte Entwicklung
		Risiko der beeinträchtigten Entwicklung
		Beeinträchtigte Zukunftsperspektive
		Beeinträchtigte Gewohnheiten
		Beeinträchtigte Lebensqualität
		Beeinträchtigte Sterbephase
		Beeinträchtigte Selbstachtung

	<p><b>Wissen</b> Umfasst alle Fähigkeiten und Aktivitäten, um Informationen und Wissen zu erlangen und zu nutzen, und diese zur Förderung der Gesundheit sowie zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung einzusetzen.</p>	<p>Fehlende Informationen/Fähigkeiten</p> <p>Beeinträchtigte Informationsverarbeitung</p>
	<p><b>Gesellschaft</b> Umfasst Aktivitäten, Handlungen und Vorstellungen, welche im Kontakt mit gesellschaftlichen Normen wie Religion, Rollen, Glauben, Wertesystemen in Zusammenhang stehen und die eigenen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen beeinflussen.</p>	<p>Risiko der sozialen Ausgrenzung</p> <p>Risiko der sozialen Isolation</p> <p>Risiko des finanziellen / sozialen Ruins</p> <p>Risiko der beruflichen Ausgrenzung</p> <p>Normenkonflikt</p> <p>Rollenkonflikt</p> <p>Beeinträchtigte Religions- / Glaubensausübung</p> <p>Selbstversorgungsdefizit</p>
<p><b>Mehrdimensionale Risiken</b> <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche durch Therapie/ Behandlungsverfahren, Einschränkungen (z. B. körperliche, umfeldbedingte) und/oder andere Gegebenheiten zu Risiken führen, die sowohl den funktionalen/physiologischen als auch den emotionalen/ psychosozialen Bereich berühren und sich daher nicht eindeutig einer Klasse zuordnen lassen.</i></p>	<p><b>Gesundheitsrisiken unspezifisch</b> Umfasst alle Aktivitäten, Behandlungen, Therapien und (körperlichen) Veränderungen, welche im Zusammenhang mit einem Gefährdungspotenzial für die eigene Gesundheit in Verbindung stehen.</p>	<p>Risiko des plötzlichen Kindstods</p> <p>Risiko von Komplikationen: Behandlung/Therapie</p> <p>Risiko von Komplikationen: Grunderkrankung / Verletzung</p> <p>Risiko von Komplikationen: Postoperativ</p> <p>Risiko von Komplikationen: Pathologische Veränderungen</p> <p>Risiko von Komplikationen: Wahrnehmungsveränderung</p> <p>Risiko von Komplikationen: Dehydratation</p> <p>Risiko von Komplikationen: Wärmeregulation</p> <p>Gesundheitsrisiken</p>
<p><b>Umfeldbezogene Pflegeprobleme</b> <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche sich nicht auf den Pflegeempfänger selbst, sondern auf Risiken für sein</i></p>	<p><b>Risiko der Gesundheitsschädigung für das Umfeld</b> Umfasst alle körperlichen Veränderungen, die ein Gefährdungspotenzial des</p>	<p>Risiko der Ansteckung</p>

gesellschaftliches und/oder soziales Umfeld beziehen.	betroffenen Menschen für seine Umwelt darstellen.	
N = 4	N = 21	N = 137

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

Im Jahr 2006 (Version 2.3) wurden die präkombinierten Begriffe/Konzepte der ENP-Pflegediagnosen in ihre Bestandteile Pflegeproblem und Spezifikation getrennt und es wurde eine **monohierarchische Struktur** durch Clusterbildung aufgebaut. Diese Umstrukturierung ermöglicht Datenauswertungen auf unterschiedlichen Aggregationsniveaus. Die Clusterbildung der Pflegeprobleme wurde in mehreren Arbeitsschritten durch Analyse der inhärenten pflegerischen Konzepte realisiert. Die gesamten Hierarchisierungsprozesse waren konzeptuell geleitet und folgen zuvor festgelegten Regeln basierend auf definitorischen Grundlagenarbeiten der Domänen, Klassen usw.

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 2.10:

#### **Pflegediagnosen (n=557)**

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung  
Pflegediagnose...

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Mundpflege  
Pflegediagnosen...

#### **Pflegeziele (n=1865)**

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Körperwaschung  
Pflegeziele

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Mundpflege  
Pflegeziele

#### **Pflegeinterventionen (n=2632)**

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Körperwaschung  
Pflegemaßnahmen

Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Mundpflege  
Pflegemaßnahmen

#### **Kennzeichen (n=4243)**

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

**Ursachen (n=3802)**

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

**Ressourcen (n=653)**

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 lediglich stillgelegt. Somit ist sichergestellt, dass auch alte Pflegepläne mit den vielleicht nicht mehr gültigen Formulierungen weiterhin gelesen und dargestellt werden können.

Begriffe/Konzepte der Gruppe	Anzahl 2.5	Anzahl 2.6	Anzahl 2.7	Anzahl 2.9	Aktuell 2.10
Pflegediagnosen	521	542	548	552	557
Kennzeichen	2.230	2.719	2.905	3.984	4.243
Ursachen	1.799	2.282	2.426	3.526	3.802
Ressourcen	379	457	473	648	653
Pflegeziele	1.435	1.683	1.724	1.852	1.865
Pflegeinterventionen	2.494	2.511	2.558	2.615	2.632
Interventionsspezifikationen	3.652	4.285	4.461	4.797	5.011

Tabelle 2: Anzahl der Items in den ENP-Gruppen im Versionsverlauf

Domäne	Klasse				Kategorie				Präkombinierte ENP-Pflegediagnosen			
	2.6	2.7	2.9	2.10	2.6	2.7	2.9	2.10	2.6	2.7	2.9	2.10
Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich	11	11	11	11	67	67	67	68	275	279	278	280
Pflegeprobleme im emotionalen/psychosozialen Bereich	8	8	8	8	58	59	59	59	210	212	221	224
Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken	1	1	1	1	8	9	9	9	54	54	50	50
Umweltbezogene Pflegeprobleme	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
<b>Summe: 4</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>134</b>	<b>136</b>	<b>136</b>	<b>137</b>	<b>542</b>	<b>547</b>	<b>552</b>	<b>557</b>

Tabelle 3: Anzahl der Elemente der Gruppe ENP-Pflegeprobleme Version 2.6 (Mai 2011) zur Version 2.7 (Mai 2012), Version 2.9 (Mai 2014) und Version 2.10 (Mai 2017)

## 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 besteht die große Mehrzahl (etwa 4/5) aller 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.

Ein weiteres Beispiel wäre etwa „Der Patient hat aufgrund einer verminderten Belüftung der Lunge (Dystelektase) das Risiko einer Atelektase/Pneumonie“, wie in der folgenden Abbildung 2 dargestellt:

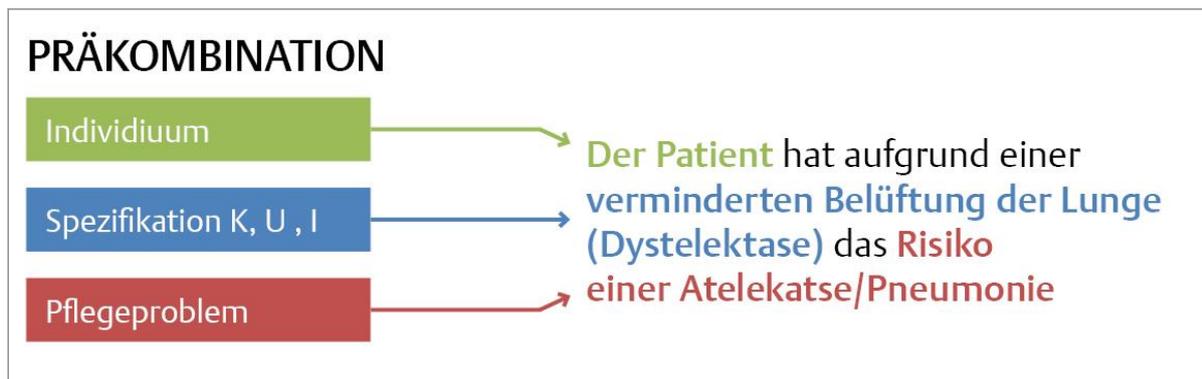


Abbildung 2: Präkombination einer ENP-Pflegediagnose

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

Jede aktualisierte ENP-Pflegediagnose in den Versionen 2.9 und 2.10 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 zur Erstellung der Definition verwendete Literatur ist jeweils im zur jeweiligen ENP-Praxisleitlinie gehörigen Literaturverzeichnis ausgewiesen.

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:

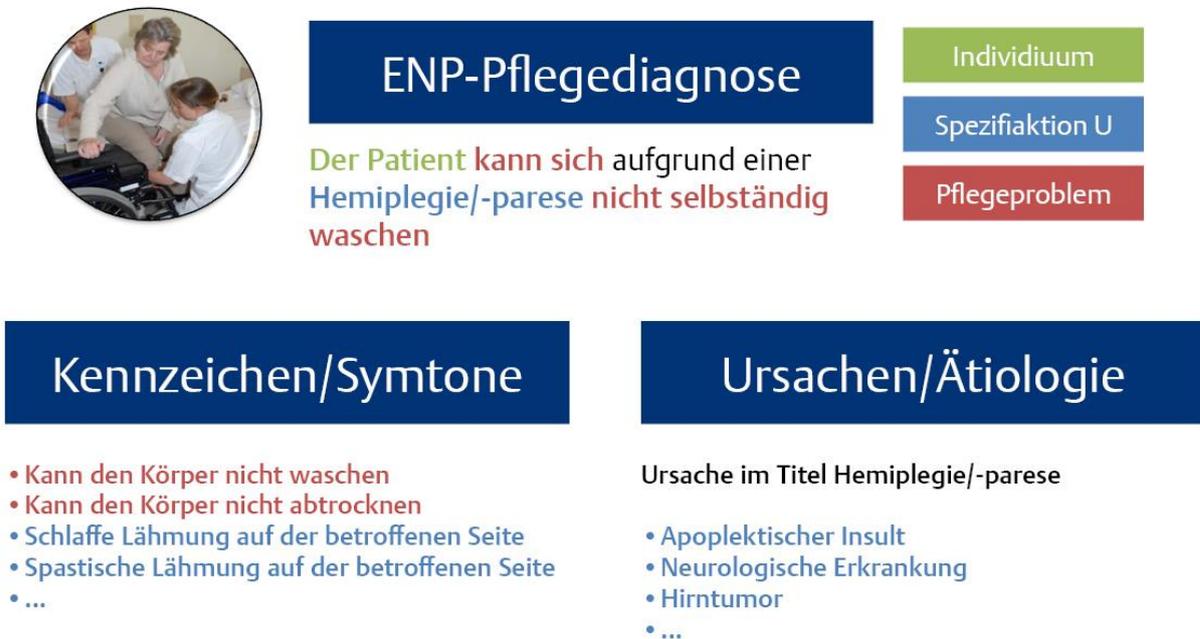


Abbildung 3: Bezugspunkte der Kennzeichen und Ursachen in ENP

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
- ...

#### **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 skalierte Schweregrade bei ENP-Pflegediagnosen bezüglich Selbstfürsorgedefizite wird es künftig möglich sein, aus der Prozessdokumentation die für Deutschland neu entwickelte Systematik zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit, die sog. Pflegegrade, auszuleiten (Wingenfeld, Büscher, & Gansweid, 2008).

### 1.2.2 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 weiter oben vorgestellten Abbildung 1 dargestellt, während die Relationen über die Verbindungslinien dargestellt werden. Nachfolgend wird vorgestellt, wie den Pflegeinterventionskonzepten handlungsleitende Interventionsspezifikationen zugeordnet sind:

Ein 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
- Verwendetes Pflegeprodukt angeben
- Häufigkeit/Zeitangabe

Grundsätzlich können den Pflegeinterventionsformulierungen folgende Interventionspezifika zugeordnet werden:

- Konkretisierende Aspekte des zugrundeliegenden Interventionskonzeptes
- 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 4) 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).

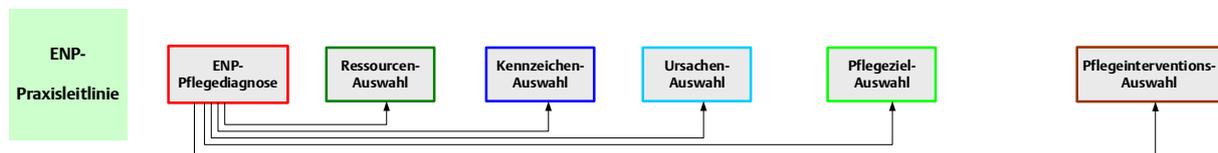


Abbildung 4: Horizontale Struktur einer ENP-Praxisleitlinie

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 Pflegeproblemformulierungen werden durch die Kodierung von Ursachen und Kennzeichen erst zu einer Pflegediagnose und sind in der Regel Restkategorien für pflegerische Phänomene, die noch nicht präkombiniert in eine Pflegediagnose überführt werden konnten. Die Entwicklung von 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.

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 (vgl. Abb. 1) 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“ wie folgt bestimmt (Bölicke, 2001; Field & Lohr, 1992; Ollenschläger et al., 1999):

*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 historische Entstehung und Weiterentwicklung von ENP ist in zahlreichen Buchpublikationen veröffentlicht (vgl. z. B. Wieteck, 2003, 2004b, 2013, 2014). Die konkrete Änderungsdocumentation von einer Version zur darauffolgenden ist in den regelmäßig veröffentlichten Wissenschaftlichen Hintergründen zu ENP nachzulesen. Nachfolgend werden die zentralen Entwicklungsschritte sowie die aktuelle, systematische Weiterentwicklungsstrategie kurz skizziert.

ENP ist als standardisierte Pflegeklassifikation mittels Object Identifier (OID)<sup>2</sup> 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 Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingesehen werden<sup>3</sup>.

### 1.4.1 Historischer Rückblick

Die Entwicklung von ENP begann 1989 an einer deutschen Krankenpflegeschule mit der zentralen Zielsetzung, die Pflegeprozessdocumentation zu vereinheitlichen und entsprechende Ausbildungsvorgaben zu entwickeln. Im Entwicklungsverlauf hat sich eine Gruppe von Lehrerinnen und Lehrer 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 und der tatsächlichen Ausgestaltung der Pflegeprozessplanung. Im Rahmen von Praxisanleitungen der Ausbildung zum/zur Gesundheits- und Krankenpfleger/in wurden konkrete Pflegesituationen (n >

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

<sup>3</sup> Vgl. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/oid/verzeichnis.html> (Zugriff am 10.05.2017).

2138) mit Patienten/Bewohnern/Klienten genutzt, um einen Pflegeplan zu erstellen. Der mit dem Auszubildenden und im Pflorgeteam konsentierter 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. Die induktive Entwicklungsphase war von vier zentralen Forschungsfragen bestimmt (Wieteck, 2004b).

- Welche Pflegediagnosen werden in der Pflegepraxis gestellt und daher zur Abbildung des individuellen Pflegeprozesses als standardisierte Formulierung benötigt?
- Welche Kennzeichen-, Ursachen- und Ressourcenformulierungen treten bei welcher Pflegediagnose auf und sollten als standardisierte Formulierung angeboten werden?
- Welche Zielsetzungen im Rahmen des Pflegeprozesses werden (mit dem Patienten/Bewohner) vereinbart und im Pflegeplan dokumentiert?
- 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?

Aus methodischer Sicht war der Weg zur Beantwortung dieser Fragen von drei Phasen geprägt:

- **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. Wenn möglich basierten die Beschreibungen der Pflegepläne auf bereits bekannten und beschriebenen pflegerischen Konzepten. Falls dieses nicht möglich war, wurden eigene Begriffsanalysen nach Walker/Avant durchgeführt (Opel, 2004).
- Reflexion des Pflegeplans mit den Pflegepraktikern und anschließend im Lehrerteam im Sinne einer **Konsentierung** des diagnostischen Prozesses sowie der Formulierungen zur Abbildung dessen.
- Abgleich der identifizierten Pflegediagnosen, -ziele und -maßnahmen mit der Fachliteratur und Katalogisierung neuer gefundener Ergebnisse (Wieteck, 2004b). Das ENP-Entwicklerteam spricht hier von einer modifizierten praxisnahen Theorie, anders ausgedrückt handelt es sich um einen pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfad. Heute wird der Begriff „ENP-Praxisleitlinie“ genutzt.

Diese pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade (situationsspezifische oder praxisnahe Theorien), heute auch ENP-Praxisleitlinien genannt, repräsentieren das aktuelle pflegerische Fachwissen, so der Anspruch der ENP-Entwickler. Die Entwicklung eines pflegediagnosebezogenen Behandlungspfades basiert wie bereits erwähnt einerseits auf induktiven Methoden und andererseits auf Literaturarbeit/-analysen (Wieteck, 2004b) sowie einer Überprüfung durch Validierungsarbeiten.

Der pflegediagnostische Prozess wie auch der Prozess der Entwicklung eines pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfades wird bei der ENP-Entwicklung als ein Prozess der Hypothesenbildung verstanden (Gordon & Bartholomeyczik, 2001; Schrems, 2003). Die Anregungen von Dickoff, James und Wiedenbach (1968, S. 420-422) und ihre Definition der „situationsschaffenden Theorie“ („situation-producing Theorie“, „prescriptive theories“), oder auch „praxisnahe Theorie“ (Walker & Avant, 1998), die bereits zentrale Bausteine des Pflegeprozesses, wie den Zielinhalt pflegerischer Handlungen und daraus resultierende Handlungsanleitungen enthält, wurden im Verlauf des ENP-Projekts um die Dimensionen der Pflegediagnosen mit Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen entsprechend dem Pflegeprozessmodell erweitert. Während Dickoff und James die praxisnahe Theorie an die letzte Stelle des vierstufigen Prozesses der Theoriebildung setzen, ordnen die ENP-Entwickler die modifizierte praxisnahe Theorie auf der zweiten Stufe des Prozesses ein (vgl. Abb. 5) (Dickoff et al., 1968). Dahinter steht die Ansicht, dass die pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade/ENP-Praxisleitlinien, die durch die Verknüpfung von Pflegediagnosen mit Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen, Pflegezielen und Interventionen entstehen, Hypothesen sind und noch keine vorschreibende Theorie darstellen. Von zentraler Bedeutung bei dieser Annahme ist, dass es sich bei den entwickelten Hypothesen um vorläufige Erkenntnisse des Gegenstandsbereichs Pflege handelt. Die aufgestellten Hypothesen können bestätigt, widerlegt oder durch neue Erkenntnisse modifiziert werden. Dieser Prozess spiegelt sich in einem immerwährenden Aktualisierungsprozess von ENP wider.



Abbildung 5: Einordnung der "modifizierten praxisnahen Theorie" in die Stufen der Theoriebildung

Die in ENP verwendeten Begriffe/Konzepte zeichnen sich durch hohe Komplexität und Granularität aus. Zur Unterstützung der Eindeutigkeit der entwickelten Sprache wurden im Laufe der Entwicklung sprachliche Strukturen und Definitionen der einzelnen ENP-Formulierungen durch das ENP-Entwicklerteam festgelegt.

## **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 Taxonomie<sup>4</sup> für die ENP-Pflegediagnosen entwickelt. Erstmals wurde die klassifikatorische Struktur der ENP-Pflegediagnosen in einem Fachartikel erwähnt, hier ist auch erstmals von ENP als einem Pflegeklassifikationssystem die Rede (Wieteck, 2006a). 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. 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 Ontologie<sup>5</sup> 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

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> 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.

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 ca. 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, 2009). Die italienische Übersetzung von ENP hat mit einer Abschlussarbeit im Masterstudiengang für Fachübersetzung an der Universität in Bologna begonnen. Seit diesem Zeitpunkt leitet Elisabetta de Vecchis die ENP-Übersetzung ins Italienische sowie die Validierungsarbeiten der Übersetzung als Mitglied des ENP-Entwicklerteams.

#### 1.4.2 Weiterentwicklung heute

ENP ist heute eine Pflegefachsprache, die monohierarchische Strukturen aufweist und das Pflegefachwissen in Form von Praxisleitlinien zur Verfügung stellt. Anhand der nachfolgenden Abbildung 6 kann der systematische Weiterentwicklungsprozess von ENP nachvollzogen werden, der in dieser Form seit dem Jahr 2013 etabliert ist und kontinuierlich verbessert wird. Es wird jährlich eine neue Datenbankversion von ENP zur Verfügung gestellt. Buchveröffentlichungen werden in der Regel im Zweijahresrhythmus realisiert.

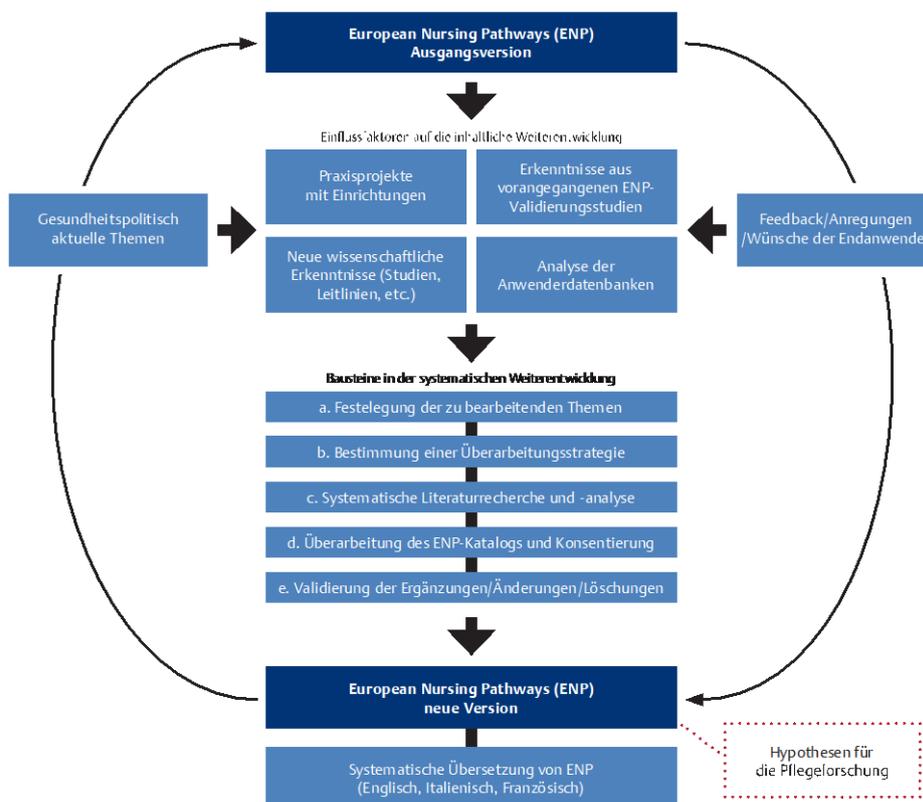


Abbildung 6: Prozess der systematischen Weiterentwicklung von ENP heute

Beeinflusst durch gesundheitspolitische Entscheidungen, Anwenderfeedback sowie neue wissenschaftlichen Erkenntnisse aus der Pflege und benachbarten Disziplinen der Gesundheitsversorgung wird jährlich entschieden, welche ENP-Praxisleitlinien einer systematischen Überprüfung und ggf. einer Überarbeitung unterzogen werden. Zur Aktualisierung und Überprüfung wird als zentraler methodischer Schritt eine systematische Literaturrecherche initiiert, welche anhand folgendem Schema vollzogen wird:

Überarbeitungsschritt	Beispiel aus den Weiterentwicklungsarbeiten zum Themenkomplex Schluckstörungen
<p>1. Festlegen der Überarbeitungsstrategie mit Formulierung der Fragestellung für die gezielte Literatursuche</p>	<p>Durchführung einer selektiven Datenbankrecherche ergänzt um das Schneeballprinzip und eine freie Handsuche in ausgewählten Journals unter Nutzung der Bool'schen Operatoren (AND, OR, NOT), Trunkierungen und Phrasensuchen.</p> <p>Fragestellung u.a.: „Welche evidenzbasierten pflegerischen Interventionsmöglichkeiten werden in der Fachliteratur zur Prävention, Versorgung, Behandlung und Kompensation einer in der oralen Transportphase manifestierten Dysphagie (...) beschrieben?“</p>
<p>2. Definition des bevorzugten Publikationstyps und des favorisierten Evidenzgrades</p>	<p>Bevorzugung von Fachartikeln aus peer-reviewten Journals. Der zugrundeliegende Studientyp sollte bevorzugt eine (systematische) Übersichtsarbeit, ggf. auch Interventionsstudie sein.</p>
<p>3. Bestimmung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie der zu nutzenden Datenbanken (z. B. MEDLINE, CINAHL, The Cochrane Library)</p>	<p>Publikationen in deutscher oder englischer Sprache, veröffentlicht ab dem Jahr 2000, Ausschluss von Einzelfallberichten. Suche in den in der Pflegewissenschaft anerkannten und zugänglichen Datenbanken PubMed, the Cochrane Database of Systematic Reviews, GeroLit und CINAHL sowie im Leitlinienregister der AWMF und im Katalog der Bayerischen Staatsbibliothek. Je nach Trefferzahl Limitierung der Suchläufe auf Treffer im Titel und/oder Abstract der Datenbanken.</p>
<p>4. Erarbeitung der Suchbegriffe und Festlegen spezifischer Suchphrasen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Phänomen:</b> dysphagia, impaired swallowing, swallowing disorder*, swallowing dysfunction*, swallowing abnormalit*, impaired deglutition, deglutition disorder*</li> <li>• <b>Kennzeichen:</b> symptom*, characteristic*, attribute*, indicator*</li> <li>• <b>Pflegeinterventionen:</b> Nurs* concept*, nurs* intervention*, care, nurs* procedure*</li> </ul>
<p>5. Durchführung der Datenbankrecherchen</p>	<p>Sinnvolles Kombinieren von Suchbegriffen, Operatoren, Ein-/Ausschlusskriterien sowie Filterkriterien zu vollständigen Suchphrasen.<sup>6</sup></p>

<sup>6</sup> Ein Beispiel für eine vollständige und zur Recherche angewandte Suchphrase aus dem Themenbereich Schluckstörung lautet wie folgt: ((“Deglutition Disorders”[Mesh] AND “Nursing”[Mesh] AND (“1990/01/01”[PDat] : “3000/12/31”[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR (((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder\*[title] OR swallowing dysfunction\*[title] OR swallowing abnormalit\*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder\*[title]) AND (cause\*[title] OR source\*[title]) AND (“1990/01/01”[PDat] : “3000/12/31”[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR ((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder\*[title] OR swallowing dysfunction\*[title] OR swallowing abnormalit\*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder\*[title]) AND (symptom\*[title] OR characteristic\*[title] OR attribute\*[title] OR indicator\*[title]) AND (“1990/01/01”[PDat] : “3000/12/31”[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) OR ((dysphagia[title] OR impaired swallowing[title] OR swallowing disorder\*[title] OR swallowing dysfunction\*[title] OR swallowing abnormalit\*[title] OR impaired deglutition[title] OR deglutition disorder\*[title]) AND (nurs\*[title] OR care[title] OR procedure\*[title] OR caring[title] OR intervention\*[title]) AND (“1990/01/01”[PDat] : “3000/12/31”[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang]))) AND (“1990/01/01”[PDat] : “3000/12/31”[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang])) AND (“2000/01/01”[PDat] : “3000/12/31”[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR German[lang])) Filters: Review; Meta-Analysis; Systematic Reviews; Publication date from 2000/01/01; Humans; English; German

<p>6. Sichtung und Beschaffung relevanter Literatur im Volltext und Bewertung der Publikationen und Studien hinsichtlich Qualität (Critical Appraisal)</p>	<p>Die Datenbanken brachten mit der jeweils finalen Suchphrase zwischen 15 und 687 Treffer zutage, die anhand eines Titel- und Abstractscreenings auf ihre Relevanz hin überprüft wurden. Am Ende erschienen insgesamt 119 Treffer als bedeutsam für die Überarbeitung. Diese Publikationen wurden im Volltext beschafft und nach einer Prüfung ihrer methodologischen Qualität konsequent mit den bestehenden dysphagierelevanten Elementen im ENP-Katalog abgeglichen. Gemäß dem Schneeballprinzip wurden dabei weitere potenziell relevante Veröffentlichungen, z. B. aus den Quellenverzeichnissen der angeschafften Primärliteratur, mitberücksichtigt. Schließlich wurden die Inhalte aus 91 neu analysierten Veröffentlichungen berücksichtigt, sodass sich die schluckstörungsrelevanten Pflegediagnosen nun auf insgesamt 159 Publikationen stützen.</p>
<p>7. Überarbeiten des ENP-Kataloges anhand der aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse und Fakten</p>	
<p>8. Konsentierung der Ergebnisse im ENP-Entwicklerteam, bei Bedarf auch mit hinzugezogenen externen Experten im jeweiligen Fachgebiet</p>	<p>Vgl. Tabelle 5</p>
<p>9. Validierung der Überarbeitung z. B. durch Durchführung eines Expertenratings, einer Studie oder eines klinischen Tests in der Pflegepraxis</p>	<p>Vgl. Kapitel 1.4.3</p>

Tabelle 4: Prozess der systematischen Literaturrecherche zur evidenzbasierten ENP-Weiterentwicklung

Die nachfolgende Tabelle 5 zeigt exemplarisch einen Ausschnitt aus einer Bearbeitungstabelle zu einer ENP-Pflegediagnosen des Themenbereichs Atmung, die Mitte 2016 bis 2017 aktualisiert wurde. Beispielhaft ist die Überarbeitung der zur Pflegediagnose gehörigen Ursachen<sup>7</sup> zu sehen. Die Spalten repräsentieren jeweils die eindeutige ID-Nummer einer Ursache, die sprachliche Formulierung der Ursachen selbst, die Kurzverweise zu derjenigen Literatur, aus welcher die Items erarbeitet bzw. abgeleitet wurden, die bedarfsmäßig zu den Ursachen gehörigen Erklärungstexte (z. B. bei lateinischen Fachbegriffen) sowie eine Markierung in Form eines „X“, welche die Verknüpfung der Ursache zur Pflegediagnose anzeigt. Nicht in diesem Ausschnitt mit abgebildet sind die Verknüpfungsinformationen der ENP-Praxisleitlinie zu anderen Instrumenten und Konzepten (vgl. Kapitel 1.6) sowie die den ENP-Interventionen hinterlegten normativen Zeitwerte (vgl. Kapitel 4.7). Schwarze Schrift repräsentiert im Vergleich zur ENP-Ausgangsversion unverändert übernommene Items und Elemente, rote und/oder rot-durchgestrichene Schrift hingegen zeigt eine in die neue Version übernommene Änderung an. Entsprechende Revision können dabei sein:

- Die Neuaufnahme von Items
- Die sprachliche Änderung bestehender Items (beispielsweise hin zum fachsprachlichen Ausdruck)
- Die Stilllegung der Verknüpfung von Items zu einer Pflegediagnose (beispielsweise aufgrund besserer Passung zu einer anderen ENP-Pflegediagnose)
- Die vollständige Stilllegung von Items (beispielsweise aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse)

<sup>7</sup> Eine entsprechende Dokumentation wird für jede ENP-Praxisleitlinie selbstverständlich auch hinsichtlich Kennzeichen, Ressourcen, Pflegeziele und Interventionen gepflegt.

				223 - Der Patient hat aufgrund von fest sitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
ID-Nr.	Ursache	Literatur-Kurzverweise	b.B.: Erläuterung der Ursache	
3143	Operativer Eingriff im Bauchraum			
20813	Operativer Eingriff am offenen Herzen			
2951	Zähes Bronchialsekret mit hoher Viskosität		Viskosität beschreibt die Zähigkeit einer Flüssigkeit. Umso größer die Viskosität, desto zähflüssiger und weniger fließfähig ist die Flüssigkeit.	X
2952	Glasig-zähes Bronchialsekret mit glasig-hoher Viskosität		Viskosität beschreibt die Zähigkeit einer Flüssigkeit. Umso größer die Viskosität, desto zähflüssiger und weniger fließfähig ist die Flüssigkeit.	X
2953	Unproduktiver Husten	10;13;32;		X
2909	Erschöpfung			X
15656	Funktionsbeeinträchtigung der Bronchialschleimhaut durch Staub/Allergene/Noxen	39		X
20824	Akute Atemwegserkrankung	32		X
17430	Mukoviszidose	24;27;28;32;33		X
20706	Bronchiektase	7;15;17;24;29;30;31;37;35		X
20826	Chronische Bronchitis	32		X
	Neuromuskuläre Erkrankung zu der Pflegediagnose: Beeinträchtigte Selbstreinigungsfunktion	3;9;10;13;11; 9 (ALS);22;27;32;34; 38		
	Akute oder chronische Verletzung/Beeinträchtigung des Spinalkanals	39		X
	Rezidivierende Atemwegserkrankungen	32	Beschreibt das Wiederauftreten einer Atemwegserkrankung nach einer klinisch vermuteten, zeitweiligen Heilung bzw. zeitweiligen Besserung.	X
	Asthma bronchiale	20;21;32;33		X
20608	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	6;32 ;33		X

Tabelle 5: 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 und evidenzbasiertem Wissen etwa aus Studien und systematischen Übersichtsarbeiten zu belegen – oder gemäß dem jeweils aktuellen Kenntnisstand auch zu verwerfen. Die Felder mit roter Schrift zeigen auf, welche Inhalte verglichen mit der vorherigen ENP-Version neu aufgenommen wurden, ein rotes Kreuz zeigt, dass die oben aufgeführte Diagnose mit der Ursache usw. neu verknüpft wurde.

### 1.4.3 Optionen zur Validierung von ENP-Praxisleitlinien

Im Anschluss an die systematischen Weiterentwicklungsarbeiten erfolgt wann immer möglich und insbesondere bei tiefgreifenden Änderungen eine Validierung der erarbeiteten Inhalte und Ergebnisse. Ziel hierbei ist, die seitens des ENP-Entwicklerteams konsentierten und systematisch überarbeiteten ENP-Praxisleitlinien einem weiteren Güte-Prüfprozess zu unterziehen (Creason, 2004), um auf diese Weise je nach angewandter Validierungsmethode die fachliche Korrektheit, die Vollständigkeit, ein angemessenes Niveau an Granularität und Trennschärfe der einzelnen Praxisleitlinien sowie die Praxistauglichkeit sicherzustellen.

Mit Beginn der Entwicklung von Pflegeklassifikationssystemen in den 1980er Jahren wurden verschiedene Methoden zur Validitätsprüfung entwickelt und vorgeschlagen. Nachfolgende Tabelle 6 gibt hierzu einen kurzen Überblick, ohne dabei einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben:

Modell	Gemessenes Konstrukt	Kurzbeschreibung	Literatur
<b>Validierungsmethoden nach Gordon &amp; Sweeney</b>			
<b>Retrospective Identification Model</b>	Konsensuelle Validität, Augenscheinvalidität, Pflegediagnosentitel	Nutzung der aggregierten Erfahrungen von Pflegenden, welche retrospektiv Pflegephänomene/Pflegediagnosen (PD) beschreiben und bewerten (ähnlich Fokusgruppen)	(z.B. Creason, 2004; Gordon & Sweeney, 1979)
<b>Clinical Model</b>	Pflegediagnosentitel	Die direkte Beobachtung von Patienten und deren Verhalten durch Pflegenden sowie die Dokumentation dient als Quelle und Bewertungsgrundlage für die Titel von PD	
<b>Nurse Validation Model</b>	Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität	Die eine PD bestimmenden Kennzeichen und Merkmale werden von zwei oder mehr erfahrenen Pflegenden dahingehend überprüft, ob sie in gebündelter, relevanter Form und entsprechender Häufigkeit in der Praxis auftreten	
<b>Validierungsmethoden nach Fehring</b>			
<b>Diagnostic Content Validation Model (DCV)</b>	Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität	Bewertung der Kennzeichen einer PD durch fachlich versierte (Pflege)Experten anhand einer fünfstufigen Likert-Skala, Berechnung einer gewichteten Kennzahl für jedes Charakteristikum	(z.B. Caldeira et al., 2012; Richard J. Fehring, 1987; Richard J. Fehring, 1994)
<b>Clinical Diagnostic Validation Model (CDV)</b>	Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität, Interrater-Reliabilität	Überprüfung der Gültigkeit einer PD in einer klinischen Situation durch zwei Experten entweder durch Patientenbeobachtung oder durch Patientenbefragung. Berechnung einer gewichteten Interrater-Reliabilitätskennzahl	
<b>Etiologic Correlational Ratings</b>	Prädiktive Validität	Herstellen eines direkten Ursache-Wirkung-Zusammenhangs zwischen einer PD und ihren Ursachen. Berechnung eines Korrelationskoeffizienten	

<b>Validation Model (ECR)</b>		(etiological correlation rating) zur Bestimmung der Stärke einer Ursache bzw. eines Risikofaktors zur Vorhersage einer PD	
<b>Differential Diagnostic Validation Model (DDV)</b>	Diskriminanzvalidität (zweier PD), Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität	Die kennzeichnenden Merkmale zweier ähnlicher PD werden in einem Erhebungsinstrument gebündelt und verblindet von einer „ausreichenden Zahl“ (Pflege)Experten und/oder Patienten zu jeder PD bewertet, ggf. auch im klinischen Setting. Berechnung von gewichteten Kennzahlen für beide PD und Vergleich derselben.	
<b>Delphi-Technik</b>	Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität	Systematische, mehrstufige und schriftliche Befragungsmethode eines Expertenpanels unter Bewahrung der Anonymität der einzelnen Teilnehmer. Kennzeichen und definierende Elemente einer PD werden in den ersten Runden überarbeitet bis ein Konsens hinsichtlich Zweckmäßigkeit, Vollständigkeit und Klarheit entsteht.	(z.B. Grant & Kinney, 1992)
<b>Begriffsanalysen</b>	Zentrale Attribute und charakteristische Eigenschaften von Begriffen	Mehrstufiges Verfahren zur konzeptuellen Analyse sowie der eindeutigen Zuordnung der Information(en), die mit einem Begriff transportiert werden. Mehrdeutigkeiten sollen so ausgeschlossen werden. Oftmals auch als Vorstufe für andere Validierungsformen angewandt.	(z.B. Walker & Avant, 2010; Whitley, 1997)
<b>Multivariate Validierungsmethoden</b>			
<b>Faktorenanalyse</b>	Konstruktvalidität	Verfahren zur Reduktion einer Vielzahl von Variablen/Beobachtungen auf wenige zentrale Einflussfaktoren. Im Rahmen der Validierung einer PD ergibt die Analyse, ob die Kennzeichen als ein Faktor auftreten (Idealfall) oder als mehrere.	(z.B. Chang, 1995; Hoskins, 1997; Kerr et al., 1993)
<b>Clusteranalyse</b>	Konstruktvalidität	Verfahren zur Ermittlung ähnlicher bzw. homogener Gruppen (Cluster) von Untersuchungsobjekten aus einem großen, heterogenen Datensatz. Eignung sowohl zur Generierung einer Klassifikationsstruktur als auch zur Validierung (Objekte aus einem Cluster sollten höhere Korrelation aufweisen als mit Objekten aus anderen Clustern).	(z.B. Chang, 1994; Kerr et al., 1993)
<b>Größenverhältnisschätzung (Magnitude Estimation Scaling)</b>	Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität	Technik, bei der definierte Kennzeichen bestimmter PD im Zusammenhang mit dem Ausmaß an individueller subjektiver Erfahrung von einer Gruppe von Experten hinsichtlich verschiedener Konzeptdimensionen beurteilt werden (z.B. Relevanz, Häufigkeit des Auftretens). Hierdurch werden auswertbare Verhältnisskalen generiert.	(Grant, Kinney, & Guzzetta, 1990a, 1990b)
<b>Crossmapping</b>	Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität	Methodik, bei der ähnliche oder miteinander in Beziehung stehende Termini oder Begriffe verschiedener (Pflege)Klassifikationssysteme identifiziert, miteinander verbunden und auf Inkonsistenzen geprüft werden.	(Hyun & Park, 2002; Wieteck, 2008a)

Tabelle 6: Auswahl der geläufigsten Methoden zur Validierung von Pflegediagnosen / Pflegeklassifikationssystemen (Quelle: eigene Darstellung)

Die tabellarisch skizzierten Verfahren sind jedoch bedingt durch methodische Aspekte einerseits sowie die besondere Struktur von ENP (vgl. Kapitel 1.1 bis 1.3) andererseits nur eingeschränkt zur Validierung der European Nursing care Pathways geeignet. In der Regel fokussieren sie lediglich das Label und/oder bestimmte Kennzeichen oder Ursachen einer Pflegediagnose und würden folglich lediglich nur einen eng begrenzten Ausschnitt von ENP bedienen, nicht jedoch die einer ENP-Praxisleitlinie zugeordneten Ursachen oder Interventionen sowie eine ENP-Praxisleitlinie in ihrer den Pflegeprozess vollständig umfassenden Gesamtheit. Zudem geben die altbekannten Modelle meist nur einen Aufschluss darüber, ob ein spezifisches Kriterium als ein verlässliches Kennzeichen für eine Pflegediagnose gelten kann, nicht

jedoch, aus welchen Gründen ein Kriterium ggf. abzulehnen ist. Nicht zuletzt ist bei der Vielzahl bekannter Ansätze, so auch bei den auch heute noch häufig angewandten Validierungsverfahren nach Fehring (1987; 1994), eine große Diskrepanz zwischen der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Pflegeklassifikationssysteme auf der einen Seite sowie einem oft lang andauernden Stillstand mit Blick auf das methodische Voranschreiten der Validierungskonzepte zu beklagen, was zunehmend Fragen rund um Reliabilität und Power der Validierungsergebnisse aufwirft. Schließlich stellen viele der Verfahren aus forschungspraktischer Sicht große, teils schwer überwindbare Anforderungen an die Umsetzbarkeit und Praktikabilität (vgl. Zeitbedarf, Kosten, Verfügbarkeit von Kooperationspartnern bzw. kooperierenden Einrichtungen etc.)

Vor diesem Hintergrund fokussieren sich die Validierungsarbeiten des ENP-Entwicklerteams auf folgende methodische Stränge:

- Die Prüfung der Gültigkeit überarbeiteter ENP-Praxisleitlinien im klinischen Kontext bzw. Setting im Vorfeld der verbindlichen Aufnahme in eine neue ENP-Version (sog. „Pretest“). Hierzu bewerten Pflegende bzw. andere klinisch tätige Personen des interdisziplinären Versorgungsteams mit einschlägiger Erfahrung im behandelten Themengebiet die Änderungen des ENP-Entwicklerteams hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte (z. B. fachliche Korrektheit, Vollständigkeit zur akkuraten Abbildung individueller Patienten-/Bewohner-/Klientensituationen, Formulierung, Usability etc.) aus unmittelbarer Anwenderperspektive im direkten Einsatz im Umfeld einer Klinik bzw. Einrichtung der Altenpflege.
- Die Durchführung einer systematischen wissenschaftlichen Untersuchung in Form einer Studie als „hochwertigste“ Form der Validierung. Denkbar sind zahlreiche Studiendesigns und Realisierungsmöglichkeiten. Diese mit hohem Ressourcenaufwand verbundene Form der Validierung kam bislang zumeist in Form von akademischen Abschlussarbeiten bzw. in Projekten mit den Entwicklern anderer Konzepte und Instrumente im Kontext von Mappingarbeiten zum Einsatz, vor dem Hintergrund der zunehmenden Verbreitung von ENP etwa in Einrichtungen (z. B. Universitätskliniken) bzw. Einrichtungsverbänden mit großer Bettenzahl oder der in manchen Ländern annähernd flächendeckenden Nutzung von ENP in bestimmten pflegerischen Settings wird die Bedeutung und Zahl an hochwertigen systematischen Studien unter Nutzung von und über das Pflegeklassifikationssystem ENP absehbar deutlich an Relevanz gewinnen.
- Die Durchführung von Expertenratings, in deren Rahmen nach definierten Kriterien ausgewählte Fachexperten die überarbeitete(n) ENP-Praxisleitlinie(n) hinsichtlich verschiedener Dimensionen beurteilen, bewerten und ggf. weitere Verbesserungsvorschläge einreichen. Auch hier sind verschiedene Umsetzungsformen denkbar, entweder im Rahmen von mehrstufigen Fachkonferenzen oder in Form von standardisierten Befragungen.

Letztgenannte Form, das Expertenrating mittels einer standardisierten Befragung, stellt derzeit die am häufigsten genutzte Validierungsmethode überarbeiteter ENP-Praxisleitlinien dar, weswegen in den Jahren 2014 und 2015 grundlegende Überlegungen hinsichtlich der Neuentwicklung eines standardisierten Befragungsinstruments in die Wege geleitet wurden, welches an den überarbeiteten ENP-Praxisleitlinien zum Themenbereich der Schluckstörungen erstmals pilotiert wurde. Kernanliegen waren dabei einerseits die vollständige Erfassung aller konstituierenden Einzelelemente sowie andererseits die Abfrage zusammenfassender Einschätzungen mit Bezug auf verschiedene Anforderungen, denen ENP gerecht zu werden versucht:

- Eignung der Struktur von ENP für die pflegepraktische Arbeit
- Sichtbarkeit eines interprofessionellen Ansatzes
- Angemessenheit des Grades an Genauigkeit (Granularität)
- Angemessenheit des Grades an Eindeutigkeit und Trennschärfe
- Vollständigkeit der Elemente
- Fachliche Korrektheit
- Eignung von ENP zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und der Prozessdokumentation

- Benefit und Notwendigkeit der konsequenten Nutzung von Fachtermini im Rahmen der Weiterentwicklung und Überarbeitung von ENP (Beispiel: „Cephalgie“ statt Kopfschmerzen).

Um eine zumindest andeutungsweise Vergleichbarkeit mit gängigen Instrumenten zur inhaltlichen Validierung von Pflegediagnosen und bestehenden Studienergebnissen sicherzustellen wurde analog dem häufig angewandten DCV-Modell von Fehring (1987; 1994) als grundlegender methodologischer Ansatz das EDV-gestützte Expertenrating gewählt. Grundidee hierbei ist, dass ausgewiesene Fachpersonen mittels eines standardisierten Fragebogens und anhand eines definierten Kategoriensystems alle Kennzeichen, Ursachen, Ziele, Interventionen sowie die thematisch relevanten ENP-Pflegediagnosen selbst bewerten. Dieser Abschnitt repräsentiert den wesentlichen Teil des Befragungsinstrumentes.

Nach zahlreichen Konzeptentwürfen wurde im Ergebnis ein interaktiver Fragebogen basierend auf Microsoft Excel entwickelt, der die Expertinnen und Experten anhand von programmeigenen Komfortfunktionen (z.B. Makros, Befehlsschaltflächen) durch die Bearbeitung führt. Im Vorfeld erhielten die Befragten auf den ersten Seiten des Instruments eine kurze Einführung zu Sinn und Zweck der Studie, zur Struktur von ENP sowie zur Bedienung des elektronischen Fragebogens. Im eigentlichen Befragungsteil wurden die Teilnehmer gebeten, die gegenwärtigen in ENP vorhandenen (Nicht-)Verknüpfungen der einzelnen Pflegediagnosen nacheinander in drei Abschnitten zu den jeweils zugehörigen Ursachen, Kennzeichen und Pflegeinterventionen zu bewerten. Bei jedem einzelnen dieser Elemente wurde eine Dropdown-Liste hinterlegt, deren Voreinstellung besagt, dass eine bestehende Verknüpfung "so wie sie ist" fachlich und inhaltlich unverändert sinnvoll ist. Umgekehrt besteht bei nicht verknüpften Elementen die Vorauswahl, dass eine solche auch nicht zielführend wäre. Wurde aus Perspektive der Fachkundigen ein Änderungsbedarf erkannt, besteht über das Auswahlménü die Möglichkeit, die Art desselben zu konkretisieren. Angeboten werden Alternativen zu verschiedenen Dimensionen das jeweilige Item betreffend: Vollständigkeit, Genauigkeit, fachliche Korrektheit und Relevanz. Abbildung 7 illustriert das Fragebogenkonzept in ausschnitthafter Form.

Kennzeichen von Schluckstörungen		Pflegediagnosen (insg. 10!)			
		1. Der Bewohner ist aufgrund einer/s beeinträchtigten Bolusformung/-kontrolle/-transports beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/transportphase beeinträchtigt	2. Der Bewohner ist aufgrund eines Zungenstosses / von Zungenpressen beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/transportphase beeinträchtigt	3. Der Bewohner ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/ Lippen-/ Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/transportphase beeinträchtigt	4. Der Bewohner verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport- / pharyngealen Phase beeinträchtigt
Zurück	Weiter zu Ursachen von Schluckstörungen				
<b>Kennzeichen</b>					
Bericht über Schluckstörungen bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Aufreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Husten/Räuspern beinach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Husten/Räuspern beinach dem Schlucken von Flüssigkeiten		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Erstickungsanfälle nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Erstickungsanfälle nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Atemnot, ggf. mit Zyanose beinach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Atemnot, ggf. mit Zyanose beinach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Beobachtbare Schwierigkeiten beim Anschlucken		✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Verbleibende Nahrungsreste auf der Zunge (nach dem Schlucken)		✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Verbleibende Nahrungsreste am Gaumen (nach dem Schlucken)		✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Äußerungen über/Beobachtung von Schluckstörungen		<b>Sinnvoll, unverändert</b> Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu spezifisch Autlösen, inhaltlich jedoch zu allgemein	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Feuchtelgungelige Stimmqualität nach dem Schlucken		Autlösen, inhaltlich zu spezifisch Autlösen, inhaltlich zu allgemein Autlösen, fachlich falsch Autlösen, fachlich unvollständig Autlösen, nicht dokumentationsrelev.	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	✓ <b>Sinnvoll, unverändert</b>
Auffälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken von Flüssigkeit		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen
Auffälliges positives Ergebnis beim 50 ml. Wasserschlucktest		Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen	Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen

Abbildung 7: Beispielhafter Ausschnitt aus der Bearbeitungsmaske des Erhebungsinstrumentes

Aufgrund des oftmals beträchtlichen Umfangs der seitens der Experten zu prüfenden Aspekte wurde aus Gründen der Zumutbarkeit auf die Abfrage der den Maßnahmenkonzepten untergeordneten handlungsleitenden Detailinterventionen<sup>8</sup> im Fragebogen verzichtet. Die hierdurch entstehende Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahmenkonzepte von den Teilnehmern aufgrund mangelnder Kenntnis der Spezifikationen als zu abstrakt eingestuft werden, wurde folglich toleriert und bei der Auswertung entsprechend berücksichtigt. Auf der sich anschließenden Fragebogenseite haben die Expertinnen und Experten nach dem skizzierten Prinzip Gelegenheit, ihre Einschätzung hinsichtlich in vorherigen ENP-Versionen bestehende, mittlerweile jedoch stillgelegte Verknüpfungen zu prüfen und aus ihrer Sicht für die pflegerische Versorgung notwendige, jedoch aktuell in ENP noch fehlende Ursachen, Kennzeichen und Pflegeinterventionen zu ergänzen und mit den ihrer Meinung nach zugehörigen Pflegediagnosen zu verknüpfen. Den Abschluss des Fragebogens bilden je eine Seite mit den zusammenfassenden Fragen zu den weiter oben genannten Aspekten (Likert-Skala, vierstufig). Die Struktur des Erhebungsinstruments wurde zudem für Online-Befragungsprojekte unter Nutzung der Plattform SoSciSurvey (<https://www.sosicurvey.de/>) umgesetzt, sodass neben der lokalen Bearbeitung mit Microsoft Excel (offline) auch ein browserbasiertes Expertenrating (online) möglich wird.

Von hoher Wichtigkeit für die Durchführung der Validierungsarbeit einerseits sowie die Aussagekraft der Ergebnisse andererseits ist die Frage danach, welche Personen im Rahmen der Beurteilung von pflegerischen Diagnosen und der zugehörigen Elemente als Expertin/Experte im zu beforschenden Feld gelten kann. Die diskutierten Auffassungen hierüber sind keineswegs einheitlich, ebenso unterliegen den zahlreichen Definitionsansätzen verschiedene Kriterien zur Abgrenzung des Experten vom Laien. Beispiele sind etwa das professionelle Wissen oder das Erbringen von Spitzenleistungen in der jeweiligen Domäne (Bromme, Jucks, & Rambow, 2004). Eine darüber hinausgehende Sichtweise besagt, dass neben spezifischem Wissen und/oder Höchstleistungen insbesondere auch die Praxiswirksamkeit ein entscheidendes Attribut eines Experten ist. Vor dem Hintergrund der Intention eines Pflegeklassifikationssystems, die Pflegepraxis wirksam in der Entscheidungsfindung und im Handeln zu unterstützen, wird letztgenanntem Punkt seitens des ENP-Entwicklerteams eine besonders hohe Relevanz zugesprochen. Folglich schließt sich das in dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis eines Experten folgender Definition aus der Wissenssoziologie an: „Experten lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzten Problemkreis bezieht – die Möglichkeit geschaffen haben, mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnhaft und handlungsleitend für Andere zu strukturieren“ (Bogner, Littig, & Menz, 2014: 13). Die gewählte Begriffsbestimmung weicht somit bewusst von in der Pflege gängigen Erklärungsansätzen ab, etwa dem Pflegeexperten-Begriff von Benner oder dem Konkretisierungsansatz von Jasper (Jasper, 1994), welche die Kompetenzen zur situativen Problemlösung stärker in den Blick nehmen. Grundsätzlich ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Expertenstatus im pflegewissenschaftlichen Zusammenhang immer auch vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig ist und die Rolle somit in Teilen vom Forscher verliehen wird (Meuser & Nagel, 2002).

Mit konkretem Bezug auf die Pflegediagnostik schlägt Fehring (1994) im Rahmen seiner Validierungsmodelle vor, geeignete Experten auf Grundlage messbarer Parameter auszuwählen. Basierend auf der Punktevergabe für die Erfüllung spezifischer Kriterien werden demnach diejenigen Personen als Experten in die Validierungsarbeit aufgenommen, die eine gewisse Mindestpunktzahl erreicht haben. Entsprechende Merkmale sind dabei:

- Ein Masterabschluss oder höher in einem unmittelbar pflegebezogenen Studiengang (größte Gewichtung).

---

<sup>8</sup> Vgl. Kapitel 2.1

- Eine akademische Qualifikationsarbeit (Master in einem Pflegestudiengang oder höher) zum Thema der zu validierenden Pflegediagnose(n).
- Ein Zeitraum von mindestens einem Jahr, seit dem im zu beforschenden Themenfeld berufliche Expertise gesammelt wird.
- Fortbildungsnachweise mit Bezug auf die Inhalte der zu validierenden Pflegediagnose(n).
- Publikationen und/oder veröffentlichte Forschungsergebnisse mit Bezug auf die Inhalte der zu validierenden Pflegediagnose(n).

Die Auflistung verdeutlicht, dass der Versuch einer konsequenten Anwendung der von Fehring vorgeschlagenen Einstufungskriterien im deutschen Raum (noch) in einem erheblichen Problem münden würde: einem empfindlichen Mangel an für die Teilnahme an einer Validierungsstudie geeigneten Experten. Die Pflegewissenschaft ist in der Bundesrepublik eine vergleichsweise junge Disziplin, deren Etablierung zwar große Fortschritte gemacht hat, jedoch längst noch nicht vollendet ist. Dies gilt insbesondere mit Blick auf andere Länder wie z. B. die USA oder Großbritannien (Palm & Dichter, 2013). Auch besteht die Möglichkeit einer innerdeutschen Weiterbildung auf akademischem, sekundär qualifizierendem Niveau erst seit Ende der 1980er Jahre, wenngleich die Zahl der angebotenen Studiengänge seither rasch angewachsen ist (Schaeffer & Wingenfeld, 2014). Primär qualifizierende Studiengänge, welche die „klassische“ berufliche Ausbildung integrieren bzw. ersetzen, werden erst seit etwa zehn Jahren angeboten, oftmals noch in modellhafter Form. Bekannt ist, dass die auf die Berufsausbildung aufsetzenden Studiengänge wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik oder Pflegewissenschaft in den meisten Fällen auf eine Position abseits des „Point of Care“ ausgerichtet sind. Jedoch wird auch von vielen Absolventen aus den jüngeren, direkt qualifizierenden Studiengängen eine nur geringe Affinität zu einer Tätigkeit in der direkten Pflege berichtet (Bollinger, Gerlach, & Grewe, 2006). Akademische Abschlüsse, die konsequent auf eine klinische Tätigkeit direkt im Versorgungsgeschehen fokussiert sind, wie etwa Clinical Nurse Specialist oder Advanced Nursing Practitioner, werden zwar zunehmend gefordert (vgl. z. B. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., 2013), stehen hierzulande jedoch noch weitgehend am Anfang. Als Folge resultiert eine in Deutschland gegenwärtig noch sehr unausgewogene Verteilung von Pflegenden mit akademischem Abschluss. Die Gewinnung einer ausreichenden Zahl von klinisch tätigen und berufserfahrenen Pflegenden mit mindestens einem Masterabschluss als Experten (das Hauptkriterium von Fehring) für eine pflegediagnostische Validierungsstudie hat zum gegebenen Zeitpunkt im deutschsprachigen Raum und insbesondere der Bundesrepublik demzufolge wenig Aussichten auf Erfolg. Zudem wäre eine fachliche Spezialisierung dieser Personen auf das jeweilige, durch die zu prüfenden Pflegediagnosen bzw. Praxisleitlinien vorgegebene Themengebiet, hier die Schluckstörungen, erforderlich, was die Auswahlmöglichkeiten weiter einschränken würde.

Für die Expertendefinition im Rahmen von Validierungsarbeiten zu ENP wird aus den skizzierten Gründen ein Abweichen von den im internationalen Raum häufig angewandten Kriterien von Fehring erforderlich. Angezeigt ist insbesondere die Abkehr von der Prämisse, dass an der Untersuchung teilnehmende Experten zwingend eine akademische Ausbildung in der Pflege vorweisen müssen. Deutlich wurde den bisherigen Erfahrungen zufolge auch die Notwendigkeit, selbst eine grundständige pflegerische Berufsausbildung nicht als Voraussetzung für eine Partizipation an der Studie anzusehen. Die Begründung hierfür liegt in dem Umstand, dass Pflegenden zwar sehr häufig in die Betreuung von spezifischen Patienten-/Bewohner-/Klientengruppen involviert sind, eine klinische Spezialisierung in die entsprechende Richtung jedoch sowohl im In- wie auch im Ausland quasi nicht existent ist. Ein Beispiel hierfür ist etwa das auch für die Profession Pflege hochrelevante Themengebiet der Dysphagien: Es konnten im Rahmen der zur Überarbeitung der ENP-Praxisleitlinien durchgeführten systematischen Literaturrecherche nur wenige

Publikationen mit einem unmittelbaren Pflegebezug ausfindig gemacht werden. Ist pflegespezifische Literatur verfügbar, so stammt sie zumeist von einem oder mehreren Autoren aus angrenzenden Professionen und behandelt auf eher allgemeiner Ebene die Rolle der Pflege in der interdisziplinären Versorgung von Dysphagiepatienten (z. B. Brady, 2008; Tanner, 2010). Hochwertige Veröffentlichungen zum Thema aus der Profession selbst finden sich nur vereinzelt (Hines et al., 2011). Zusammenfassend wurden aus fachlicher wie qualitätsbezogener Überlegung heraus letztlich folgende Gesichtspunkte als Voraussetzung und ausschlaggebend für die Auswahl und Ansprache geeigneter Experten angesehen, wobei eine überlegte Adaption dieser Kriterien je nach zu validierender ENP-Praxisleitlinie denkbar ist:

- Eine angemessene Beherrschung der deutschen (Fach)Sprache im Kontext der Validierung eines deutschsprachigen Pflegeklassifikationssystems.
- Eine berufliche Qualifikation mit direktem Bezug zum Thema Dysphagie, idealerweise auf akademischem Niveau (z. B. Logopädie, Linguistik, Sprachtherapie etc.).
- Das Vorliegen von mindestens zwei Jahren Berufserfahrung in einem der Qualifikation entsprechenden, klinischen Bereich der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Schluckstörungen.
- Das Vorliegen mindestens einer einschlägigen und methodisch hochwertigen Publikation zum Thema (z. B. Standardwerke, Grundlagenliteratur, systematisches Review).
- Die aktive Mitgliedschaft in einem dysphagiebezogenen (Berufs)Verband, einer Kommission oder alternativ die aktive Übernahme von Lehr- und/oder Dozententätigkeit zum Thema.

Die Datenauswertung erfolgt unter Zuhilfenahme von Softwarepaketen wie Microsoft Office und/oder Statistikprogrammen (z. B. SPSS, Statistical Package for the Social Sciences). Die Angaben aus den elektronisch ausgefüllten Fragebögen wurden hierzu in entsprechende Auswertungsmasken überführt. Um Übertragungsfehler so gut als möglich auszuschließen, wurden alle Daten nach der Eingabe erneut auf Ihre Korrektheit hin geprüft. Zur Auswertung der Daten wurden im Wesentlichen deskriptive Verfahren angewandt, hierunter Häufigkeitsberechnungen (absolut und relativ), Lagekenngrößen (z. B. der arithmetische Mittelwert), Streuungskenngrößen (z. B. Spannweite) sowie grafische Darstellungen. Von zentraler Bedeutung ist zudem die Quantifizierung sämtlicher seitens der Experten vorgenommenen Beurteilungen hinsichtlich der (Nicht-)Verknüpfung jedes Kennzeichens, jeder Ursache und jeder Intervention zu jeder der zehn ENP-Pflegediagnosen. Auf dieser Grundlage lässt sich anhand eines vorab definierten Grenzwertes (Cut-off-Wert) bestimmen, welche Einzelelemente und (Nicht-)Verknüpfungen...

- ... einer detaillierteren fachlich-inhaltlichen Prüfung unterzogen werden sollten.
- ... hinsichtlich ihrer Eindeutigkeit und Granularität kontrolliert werden müssen.
- ... aufgelöst, ergänzt oder neu hinzugefügt werden müssen.

Über die Suche nach einem geeigneten Anstoß-Grenzwert zur fachlich-inhaltlichen Revision hinaus gilt es bei der Datenauswertung auffällige Inkongruenzen in den Einschätzungen der Experten in den Blick zu nehmen und eine Vorstellung hinsichtlich Ausmaß und Zuverlässigkeit der Übereinstimmung der Beurteilungen zu bekommen. Hierzu werden je nach zugrundeliegendem Datenmaterial verschiedene Modelle zur Berechnung der Interrater-Reliabilität und Interrater-Übereinstimmung angewandt.

## 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 et al., 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 sein<sup>9</sup>.

### 1.6 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten

ENP wird in einer Datenbank zur Einbindung in Softwareprodukte wie beispielsweise elektronische Patienten-/Bewohner-/Klientenakten 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, auch „Mapping“ genannt. Die aktuell bzw. ehemals verknüpften Instrumente sind/waren:

- **ICD-10-** (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) **und OPS-Codes** (Operationen- und Prozedurenschlüssel) zur optimierten Kodierung von pflegerelevanten Nebendiagnosen im Krankenhaus sowie zur Unterstützung der DRG-Kodierung.
- **LEP Nursing 3** (Leistungserfassung in der Pflege), ein Klassifikationssystem zur Dokumentation von (pflegerischen) Leistungen im Gesundheitswesen. Die in der Methode LEP hinterlegten Leistungen und Tätigkeiten sind mit normierten Zeitwerten hinterlegt (vgl. z. B. Baumberger & Raeburn, 2015) und wurden mit den Interventionen des ENP-Kataloges verknüpft. Auf diese Weise wurde neben der Nutzung der ENP-eigenen Zeitwerte (vgl. Kapitel 4.7) z. B. für die Dokumentation des pflegerischen Aufwandes oder der Generierung von aussagekräftigen Kennzahlen auch die Nutzung der LEP-Zeitwerte ermöglicht. Die Pflege des Mappings von ENP zu LEP Nursing wird seit dem Jahr 2014 nicht fortgeführt.
- **PPR** („Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege“, kurz Pflegepersonal-Regelung). Die PPR als Element des Gesundheitsstrukturgesetzes aus dem Jahr 1992 diente zur täglichen Ermittlung des pflegerischen Aufwandes in der stationären Pflege und somit als leistungsorientierte Berechnungsgrundlage für den Bedarf an pflegepersonellen Ressourcen. Aus verschiedenen Gründen, u.a. der verhältnismäßig abstrakten Pflegekategorien und der in der Folge nur wenig realitätsnahen Pflegeminutenwerten, insbesondere jedoch dem sich auf Basis der PPR-Daten abzeichnenden enormen Personalbedarfes in deutschen Kliniken (21.000 Vollzeitstellen zwischen 1993 und 1995) wurde die PPR bereits 1996 wieder eingestellt und im darauf folgenden Jahr wieder gänzlich abgeschafft. Wenngleich die PPR folglich keinerlei verpflichtenden Charakter mehr besitzt, wird sie auch heute noch von vielen Kliniken als internes Steuerungsinstrument genutzt (Thomas et al., 2014; Wietek & Kraus, 2016).
- **IDEA (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment)**, ein interdisziplinärer und EDV-basierter Anamnesekatalog, mit dessen Hilfe strukturierte Anamneseinformationen erhoben sowie in Folge der sich abzeichnende Handlungsbedarf eingeschätzt wird. IDEA basiert auf einer

---

<sup>9</sup> Einen beispielhaften Eindruck für die Software-Umsetzung von ENP bietet die Homepage der Firma RECOM unter <https://www.recom.eu/software/uebersicht.html>

einheitlichen, wissensbasierten und literaturgestützten Sammlung von für die Anamnese relevanten Informationen. Aus pflegerischer Perspektive lassen sich über die Verknüpfungen von IDEA zu ENP in automatisierter Art und Weise potenziell relevante Pflegediagnosen ableiten, indem die Anamneseinformationen im Hintergrund softwareseitig gebündelt werden. So kann sich beispielsweise aus den in IDEA erhobenen Informationen eines Body-Mass-Index >30 (automatisch berechnet aus Körpergröße und Körpergewicht) sowie Angaben zu Ernährungszustand und Ernährungsvorlieben der Pflegediagnosenvorschlag „Der Patient/Bewohner/Klient hat ein inadäquates Ernährungsverhalten“ ergeben. Über das in der individuellen Versorgungssituation letztlich gegebene, tatsächliche Zutreffen der vorgeschlagenen ENP-Pflegediagnose(n) entscheidet jedoch immer die Pflegefachperson, die durch das Mapping von IDEA und ENP jedoch Unterstützung im Entscheidungsfindungsprozess erhält.

- Ein **Index-Katalog (Suchbegriffe)**, in Form eines Suchsystems zur schnellen Auffindbarkeit von ENP-Pflegediagnosen im Rahmen der computerbasierten Nutzung. Mit den Pflegediagnosen verknüpft sind nicht nur die direkt enthaltenen Begriffe, sondern auch Synonyme und im Bedeutungsumfang entsprechende Termini.
- **Kriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) zur Pflegebedürftigkeitseinstufung** (Pflegestufenzuordnung u.a. durch Zeitwerte und Abhängigkeitsgrade). Vor dem Hintergrund des im Januar 2017 in Kraft getretenen zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II), in dessen Rahmen die bisherigen drei Pflegestufen durch fünf sog. Pflegegrade ersetzt wurden (vgl. z.B. Kimmel & Breuninger, 2016), wird das Mapping der MDK-Kriterien mit ENP fortan nicht weiter gepflegt, da durch die Änderungen des PSG II die praktische Relevanz quasi nicht mehr gegeben ist. Die seit Januar 2017 gültigen neuen Pflegegrade sind im Gegensatz zu den Pflegestufen (bzw. den MDK-Kriterien) nicht unmittelbar mit ENP verknüpft, erhalten jedoch über ein Mapping zur Anamnese IDEA (vgl. weiter oben) und dem darin enthaltenen pflegerischen Basis-Assessment (BAss) (vgl. Pelchen et al., 2016) auf indirektem Weg einen Bezug zu ENP.
- **Standardisierte Assessmentinstrumente** zu verschiedenen klinischen Versorgungsaspekten wie dem Sturzrisiko, dem Dekubitusrisiko, der Ernährung oder der Atmung, die mittels Einbindung in eine elektronische Patienten-/Bewohner-/Klientenakte und ergebnisorientierten Algorithmen je nach vorliegendem Score-Wert Vorschläge für potenziell relevante ENP-Pflegediagnosen generieren. Ergibt beispielsweise die Einschätzung des Dekubitus-Risikos mittels der Braden-Skala einen Punktwert von 14 und somit ein mittleres Dekubitusrisiko, so wird in Folge die ENP-Pflegediagnose „Der Patient/Bewohner/Klient hat ein Dekubitusrisiko“ vorgeschlagen. Auch hier gilt, dass die Entscheidung über das tatsächliche Zutreffen des Pflegediagnosenvorschlags in der individuellen Versorgungssituation bei der Pflegefachperson liegt.
- **PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score)** sowie weitere Komplexkodes zur automatisierten Unterstützung der Dokumentationsanforderungen sowie Kodegenerierung. Der PKMS versteht sich als ein ursprünglich vom Deutschen Pflegerat ins Leben gerufene Instrument zur Abbildung pflegerisch hochaufwendiger Patientenfälle im Krankenhaus und dient für diese Patientenklientel als Grundlage zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege innerhalb des G-DRG-Systems (Ausnahme: Es sind keine Kalendertage auf der Intensivstation zu kodieren). Erfasst werden sowohl Leistungen im Bereich der „allgemeinen Pflege“ als auch im Bereich der „speziellen Pflege“. Damit der PKMS für einen akutstationär versorgten Patienten angewandt werden kann, muss einerseits einer der im PKMS-Katalog angeführten Gründe für hochaufwendige Pflege im entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und andererseits ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen. Treffen ein oder mehrere Leistungsmerkmale zu, so werden für den jeweiligen Kalendertag Punkte über die Verweildauer hinweg summiert. Die Gesamtpunktzahl führt zu einer OPS-Prozedur „9-20 ... Hochaufwendige Pflege“, wenn die im PKMS-Katalog vorgegebene Punktzahl erreicht ist (Wietek et al., 2017). Bei entsprechender Umsetzung in Softwareprodukten ermöglicht das Mapping von ENP zum PKMS eine weitgehend

automatisierte Kodierung des PKMS aus der Regeldokumentation mit ENP, ohne dass zusätzliche Formulare, Eingabemasken oder Erhebungsaufwände entstehen.

- **NANDA-I-Pflegediagnosen.** Seit ca. 40 Jahren macht es sich die Organisation NANDA International (NANDA-I) zur Aufgabe, sich mit der Formulierung, Entwicklung und Validierung von Pflegediagnosen (mit zugehörigen Kennzeichen und Ursachen) zu beschäftigen, um das klinische, pflegediagnostische Urteil von Pflegefachpersonen in Form einer standardisierten Taxonomie zu repräsentieren. NANDA-I als international anerkannte und weit verbreitete Pflegefachsprache fokussiert sich ausschließlich auf die ersten Schritte des Pflegeprozesses, genauer die Sammlung und Bündelung von Informationen und deren Überführung in ein pflegerisches Urteil hinsichtlich für den Patienten/Bewohner/Klienten relevanter Problembereiche – den pflegediagnostischen Prozess. Um den Pflegeprozess in seiner Vollständigkeit mittels standardisierter und klassifizierter sprachlicher Bausteine abbilden und dokumentieren zu können (Festlegen pflegerischer Zielsetzungen basierend auf der Pflegediagnostik, Planung adäquater Pflegemaßnahmen, Durchführung der pflegerischen Versorgung sowie Evaluation des pflegerischen Outcomes), abbilden zu können, sind folglich weitere Klassifikationssysteme erforderlich, die mit den Inhalten der NANDA-I-Pflegediagnosen gemappt sind und die die weiteren Schritte des Pflegeprozesses bedienen. Hierzu sind verschiedene Ansätze existent. Explizit vor dem Hintergrund der elektronischen Nutzung in Computersystemen sowie mit dem Ziel, die skizzierte Lücke im Pflegeprozess zu füllen, wurden im Rahmen einer Forschungsarbeit zur Validierung von ENP alle ENP-Praxisleitlinien mit den Pflegediagnosen der NANDA-I gemappt. Alle ENP-Praxisleitlinien, die im Rahmen der Mappingarbeiten einer NANDA-I-Pflegediagnose zugeordnet werden konnten, wurden analysiert und die korrespondierenden ENP-Pflegeziele und ENP-Pflegeinterventionen nach der Bereinigung von Dopplungen mit den NANDA-I-Pflegediagnosen in einer neuen Datenbank verknüpft. Die resultierende Datenbank bietet den Anwendern somit den vollen Umfang der NANDA-I-Pflegediagnosen, ergänzt um inhaltlich fundiert verknüpfte Pflegeziele und Maßnahmen aus dem ENP-Katalog.

In verschiedenen Studien und Praxistests konnten viele der Verknüpfungen zu den beschriebenen Instrumenten bereits geprüft werden (vgl. z. B. Baltzer, Baumberger, & Wieteck, 2006; Gärtner, 2006, 2008; Schmid, 2007; Schütze, 2006).

## 1.7 Verbreitung von ENP

ENP wird gegenwärtig (Stand Mai 2017) in zahlreichen ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Pflegeheime, etc.) in Deutschland, Österreich, Luxemburg und Italien innerhalb von elektronischen Patienten- bzw. Bewohnerakten zur vollständigen Pflegeprozessdokumentation angewendet. Dabei kommt ENP nicht ausschließlich in der elektronischen Akte GRIPS der Firma RECOM zum Einsatz, sondern wird zunehmend auch im Datenbankformat in vielerlei Softwareprodukten anderer Hersteller umgesetzt. Zudem wird ENP von vielerlei Einrichtungen sowie Aus- und Weiterbildungsstätten neben der elektronischen Form auch im Printformat genutzt, beispielsweise als Formulierungshilfe für die handschriftliche Pflegeplanung. Dieses breite Spektrum an Nutzungsformen und Verbreitungswegen erschwert eine exakte Quantifizierung der nationalen und internationalen Nutzung von ENP. Nichtsdestoweniger versucht nachstehende Aufstellung ein möglichst genaues Bild der Nutzung von ENP in den deutschsprachigen Ländern zu vermitteln:

### Deutschland:

Etwa 12 Krankenhäuser und über 300 Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege nutzen ENP in unterschiedlichen Softwareprodukten. Genaue Zahlen liegen durch die Einbindung von ENP als Datenbank in Drittsoftware wie erwähnt nicht vor, verlässlichen Schätzungen zufolge ist jedoch davon auszugehen, dass in der Bundesrepublik mindestens 35.000 Pflegepersonen mit ENP arbeiten. Bislang vier

Ausbildungsstätten haben ENP als festen Bestandteil in den Lehrplan integriert. Zudem ist ENP in Form einer kostenfrei verfügbaren Lernsoftware (der sog. ENP-Trainer<sup>10</sup>) alleine seit dem Jahr 2016 an mehr als 3.000 in Aus- und Weiterbildung befindliche Pflegepersonen ausgeliefert worden.

### **Österreich:**

In Österreich nutzen 17 Krankenhäuser, über 100 ambulante Pflegedienste sowie etwa 60 stationäre Altenpflegeeinrichtungen ENP in mittlerweile drei verschiedenen Softwareprodukten. Die ambulanten Pflegedienste in Österreich sind mit den ambulanten Pflegediensten in Deutschland bezogen auf die Größe nicht zu vergleichen. Die mehr als 100 ambulanten Pflegedienste, die mit ENP arbeiten, haben über 8.000 Mitarbeiter der Pflege, die täglich mit ENP die Pflegeprozessdokumentation realisieren.

### **Luxemburg:**

Drei Krankenhäuser der Akutversorgung, eine Rehabilitationsklinik, zwei 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 hinsichtlich der 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. Abzusehen ist, dass die Verbreitung von ENP in Luxemburg insbesondere in stationären Versorgungsbereichen künftig weiter zunehmen wird, mehrere Einrichtungen setzen sich gegenwärtig intensiv mit dem Pflegeklassifikationssystem auseinander.

## **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. Auch erfolgen kontinuierlich strukturelle Weiterentwicklungen an Aufbau und Architektur von ENP.

### **2.1 ENP-Versionen 2.0 (Wieteck, 2004b) 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.**

- Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegediagnosen, Entwicklung der ENP-Taxonomie mit dem Ziel der monohierarchischen Struktur für Datenauswertungen.

<sup>10</sup> Vgl. <https://www.recom.eu/get-enp.html>

- Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegeziele, Entwicklung einer Ziel-Taxonomie.
- Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegeinterventionen.
- 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.
- 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.
- Bearbeitung von in Praxistests festgestellten Lücken bezüglich Vollständigkeit und Detaillierungsgrad (vgl. z.B. Kossaibati & Berthou, 2006).

## 2.2 ENP-Version 2.4 auf 2.5 (2008/2009)

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=14)	
848	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>Esstörung</b> eine <b>Mangelernährung</b>
849	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>kognitiven Beeinträchtigung</b> eine <b>Mangelernährung</b>
851	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung
850	Der Bewohner/Patient/Klient hat das <b>Risiko einer Mangelernährung</b>
855	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>Sondenernährung</b> ein <b>beeinträchtigtes Wohlbefinden</b>
852	Der Bewohner/Patient/Klient kann die <b>Aufmerksamkeit nicht/nur mühsam</b> auf die kontraläsionale (= vernachlässigte) <b>Raum- oder Körperseite richten</b> (=Neglect)
853	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der <b>Fähigkeit, Informationen aufzunehmen</b> und zu verarbeiten, <b>beeinträchtigt</b>
856	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der <b>Fähigkeit, Kompetenzen</b> im Rahmen der Selbstpflegefähigkeit <b>zu erwerben, beeinträchtigt</b> , Risiko der unwirksamen Therapie
857	Der Bewohner/Patient/Klient hat einen <b>Dekubitus</b> , es besteht eine <b>erschwerete Wundheilung</b>
858	Der Bewohner/Patient/Klient hat einen <b>Ulcus cruris arteriosum</b> , es besteht eine <b>erschwerete Wundheilung</b>
859	Der Bewohner/Patient/Klient hat einen <b>Ulcus cruris venosum</b> , es besteht eine <b>erschwerete Wundheilung</b>
861	Der Bewohner/Patient/Klient hat auf Grund einer <b>chronischen Wunde</b> ein <b>beeinträchtigtes Wohlbefinden</b>
858	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>diabetisches Fußsyndrom (DFS)</b> , es besteht eine <b>erschwerete Wundheilung</b>
887	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund fehlender Informationen/ Fertigkeiten im Umgang mit Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie ein Risiko der unwirksamen Therapie

Tabelle 7: Neu ENP-Praxisleitlinien Version 2.5

Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n=31)	
555	Der Bewohner/Patient/Klient hat <b>eine Mangelernährung</b>
558	Der Bewohner/Patient/Klient <b>lehnt die Nahrungsaufnahme ab</b> (Nahrungsverweigerung), es besteht das <b>Risiko der Mangelernährung</b>

554	Der Bewohner/Patient/Klient zeigt eine Vernachlässigung der Nahrungszufuhr, es besteht das Risiko der Mangelernährung
134	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines <b>erhöhten abdominalen Drucks</b> einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Belastungsinkontinenz)
135	Der Bewohner/Patient/Klient hat einen <b>imperativen Harndrang</b> verbunden mit einem <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Dranginkontinenz)
137	Der Bewohner/Patient/Klient hat infolge der erreichten <b>Blasenfüllung in regelmäßigen Zeitabständen</b> einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (spontane Reflexentleerung)
138	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer chronischen Harnretention Harträufeln/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 haminkontinent (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

Tabelle 8: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.5

Stillgelegte Praxisleitlinien: (n=8)	
	Der Bewohner/Patient/Klient hat eine eitrige, belegte Wunde, Gefahr der Keimverschleppung
	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>erhöhtes Risiko der Hautschädigung</b> durch den Einsatz von waschaktiven Substanzen
	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>erhöhtes Risiko</b> , dass sich durch Keimverschleppung bei der Körperwaschung die <b>Augen entzünden</b>
	Der Bewohner/Patient/Klient kann die <b>Haare nicht selbstständig waschen</b>
	Der Bewohner/Patient/Klient hat <b>lange Fußnägel</b> und kann sie nicht selbstständig schneiden
	Der Bewohner/Patient/Klient hat eine <b>starke Hornhautbildung</b> an den Füßen, kann diese nicht selbstständig entfernen
	Der Bewohner/Patient/Klient <b>hat Schmutz unter den Fingernägeln</b> und kann sie nicht selbstständig säubern
	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines <b>eingeschränkten Mundschlusses</b> beim <b>Trinken beeinträchtigt</b> , Flüssigkeit läuft aus dem Mund
	Der Bewohner/Patient/Klient ist beim Essen/Schlucken der Nahrung eingeschränkt, <b>Speisen sammeln sich in der Wangentasche</b> der betroffenen Seite

Tabelle 9: Stillgelegte Praxisleitlinien Version 2.5

## 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 <b>Selbstreinigungsfunktion der Lunge</b> (Restkategorie)
868	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen <b>Augenpflege beeinträchtigt</b> (Restkategorie)
869	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund sonstiger Ursachen das <b>Risiko einer Atelektasenbildung/Pneumonie</b> (Restkategorie)
870	Der Bewohner/Patient/Klient ist beim <b>Schlucken beeinträchtigt</b> (Restkategorie)
872	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits</b> (Restkategorie)
873	Die Bewohnerin hat das <b>Risiko des beeinträchtigten Stillens</b> (Restkategorie)

877	\$wDie Bewohnerin ist <b>beim Stillen beeinträchtigt</b> (Restkategorie)
878	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>inadäquates Ernährungsverhalten</b> (Restkategorie)
879	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der <b>Urinausscheidung beeinträchtigt</b> (Restkategorie)
880	Der Bewohner/Patient/Klient hat eine <b>beeinträchtigte Darmentleerung</b> (Restkategorie)
881	Der Bewohner/Patient/Klient hat <b>sonstige Beeinträchtigungen</b> bei der Stomaversorgung
886	Der Bewohner/Patient/Klient hat das <b>Risiko eines plötzlichen Kindstods</b>
892	Das Kind <b>kotet</b> bei einem Alter von über 4 Jahren ohne organische Ursachen <b>ein</b> (Enkopresis)
882	Der Angehörige/die Bezugsperson <b>kann die Dependenzpflege nicht selbstständig durchführen</b>
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 <b>multiresistenten Erregern [MRE]</b> , es besteht das <b>Risiko der Keimübertragung</b>
889	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>autonomen Dysreflexie</b> eine <b>Bluthochdruckkrise</b>
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 <b>Risiko einer verzögerten Entwicklung</b>
897	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer <b>Sprachstörung</b> in der <b>Kommunikation beeinträchtigt</b>
898	Der Bewohner/Patient/Klient hat eine ausscheidungs-/inkontinenzassoziierte Dermatitis, beeinträchtigte Wundheilung
895	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein niedriges Aktivitätsniveau, Risiko von Gesundheitsschäden

Tabelle 10: Neue ENP-Praxisleitlinien Version 2.6

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 <b>sexuell übertragbare Infektion/Krankheit</b> , es besteht <b>Ansteckungsgefahr</b> für den Sexualpartner
354	Der Bewohner/Patient/Klient hat das <b>Risiko der Hyper-/Hypoglykämie</b>
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 <b>nässt</b> bei einem Alter über 5 Jahren ohne organische Ursachen <b>ein</b> (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 <b>Infusionstherapie</b> das <b>Risiko der Über- oder Unterfundierung</b>
651	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines <b>Venenkatheters/einer Infusionstherapie</b> das <b>Risiko von Komplikationen</b>
451	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund altersbedingter Abbauprozesse in der selbstständigen Lebens-/Tagesgestaltung eingeschränkt
535	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer <b>Denkstörung</b> in der <b>Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt</b>
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 <b>arteriellen Zugangs</b> das <b>Risiko von Komplikationen</b>
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 <b>Behinderung</b> in der selbstständigen <b>Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt</b>
152	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund eines <b>Enterostomas</b> (künstlicher Darmausgang) in der <b>Lebensgestaltung eingeschränkt</b>
467	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der selbstständigen <b>Freizeitgestaltung beeinträchtigt</b>
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

Tabelle 11: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.6

Stillgelegte Praxisleitlinien (n=9):	
188	Der Bewohner/Patient/Klient hat bei der Durchführung von Mobilisationsmaßnahmen das Risiko eines Kreislaufkollapses (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

Tabelle 12: Stillgelegte Praxisleitlinien Version 2.6

## 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

Tabelle 13: Neue ENP-Praxisleitlinien Version 2.7

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, <b>selbstständig zu sitzen, beeinträchtigt</b>
712	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der Fähigkeit, selbstständig einen Positionswechsel im Bett durchzuführen, beeinträchtigt
160	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>Dekubitusrisiko</b>
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 <b>Mangelernährung</b>
851	Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung
608	Der Bewohner/Patient/Klient ist in der <b>Transferfähigkeit beeinträchtigt</b>
015	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>reduzierten Körperwahrnehmung</b> das Risiko von Komplikationen
309	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>quantitativen Bewusstseinsstörung</b> das Risiko von Komplikationen
411	Bewohner/Patient/Klient kann <b>Umgebungsreize nicht adäquat wahrnehmen/verarbeiten</b> , es besteht das Risiko von Fehlinterpretationen
840	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>beeinträchtigten Entwicklung der Wahrnehmungssysteme</b> eine nicht altersentsprechende Entwicklung von Fähigkeiten/Fertigkeiten
537	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer <b>Hemiplegie</b> beim An-/Auskleiden beeinträchtigt
529	Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund sonstiger Ursachen beim <b>selbstständigen An-/Auskleiden beeinträchtigt</b>
154	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein <b>Risiko des Nierenversagens</b>
234	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>verminderten Belüftung der Lunge</b> das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
828	Der Bewohner/Patient/Klient hat ein Risiko der <b>verminderten Belüftung</b> der Lunge
359	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines <b>erhöhten Bilirubinspiegels</b> das <b>Risiko von Komplikationen</b>
814	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund von <b>Verhaltensweisen</b> , die gegen gültige soziale Normen der Gesellschaft verstoßen, das <b>Risiko der sozialen Ausgrenzung</b>

815	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund einer <b>beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehung</b> ein <b>verändertes Sozialverhalten</b> , das gegen die Prinzipien der Norm verstößt, es besteht ein <b>Risiko der sozialen Ausgrenzung</b>
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 <b>Frühgeburt</b> das <b>Risiko einer verzögerten Entwicklung</b>
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

Tabelle 14: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.7

Stillgelegte Praxisleitlinien (n=5):	
811	Der Bewohner/Patient/Klient hat aufgrund eines <b>veränderten Sozialverhaltens</b> , das gegen die Prinzipien der gültigen sozialen Normen verstößt, das <b>Risiko der sozialen Ausgrenzung</b>
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

Tabelle 15: Stillgelegte Praxisleitlinien Version 2.7

## Genutzte Literatur N=1214

Die Praxisleitlinien wurden zum damaligen Versionsstand (2012) auf der Basis von 1.214 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 SGB XI usw.

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

Diese Überarbeitungsphase brachte neben einer umfassenden literaturbasierten und systematischen Überarbeitung von ca. einem Fünftel des pflegediagnostischen Anteils aller Praxisleitlinien (Pflegediagnosentitel, Kennzeichen, Ursachen) vier neue und hinsichtlich der Kriterien Transparenz,

Eindeutigkeit und Nachvollziehbarkeit zentrale Erweiterungen struktureller Natur 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) sowohl zu jeder Pflegediagnose als auch für die gesamte ENP-Praxisleitlinie in Anlehnung an die Kriterien der NANDA International (vgl. Kapitel 3)
- Die Dokumentation der Bearbeitungshistorie zu jeder Praxisleitlinie, anhand welcher Anzahl und Zeitpunkt der Überarbeitungen sowohl für jede Pflegediagnose als auch jede Praxisleitlinie nachvollzogen werden können.
- Die Etablierung von (bedarfsmäßigen) Erklärungstexten für Items auf Ebene von Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen. Diese kommen etwa bei lateinischen Fachbegriffen, mehrdeutigen oder wenig gebräuchlichen Termen zum Einsatz und dienen der Überbrückung von Unklarheiten oder eventuellen Wissenslücken aufseiten der Anwender von ENP.

Folgende Ausschnitte (Abbildung 8 bzw. Tabelle 16) aus der Überarbeitungsdokumentation des ENP-Entwicklerteams dienen 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	<b>Körperpflege/Kleiden</b>
Kategorie	10.468	<b>Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung</b>
Pflegediagnose	11	Der Bewohner-- soll aufgrund einer <b>Wirbelsäulenverletzung</b> Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein <b>Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung</b>
Definition		Kann/darf sich, aufgrund einer <b>Verletzung der Wirbelsäule</b> (durch z.B. Gewalteinwirkung, Tumore) verbunden mit dem Risiko eines Querschnittes und/oder neurologischen Ausfällen durch Drehbewegungen im Becken und Rumpfbereich, den ganzen <b>Körper oder Körperteile</b> am Waschbecken oder anderen Waschmöglichkeiten zu <b>waschen</b> (ICF [d510] washing oneself, ICNP [10020935] washing)

Abbildung 8: Ausschnitt einer Überarbeitungsdokumentation des ENP-Entwicklerteams: Definition der Pflegediagnose, Evidenzgrade und Bearbeitungshistorie als 2014 neu hinzugekommene Elemente

ID	Kennzeichen	Erklärungstext
22.080	Stark ausgeprägter Agrammatismus	Bezeichnet eine Störung der Sprachproduktion, die durch das Fehlen grammatischer Strukturen charakterisiert ist, z.B. werden einzelne Inhaltswörter ohne grammatische Verknüpfung aneinandergereiht.
22.036	Stark stockender Sprachfluss	
7.140	Ausgeprägte Wortfindungsstörungen	
22.060	Benutzt Redefloskeln	
22.052	Verwendet inhaltsleere Redewendungen und/oder Stereotypen	

22.049	Phonematische Neologismen	Wortneuschöpfungen, bei denen sich das gebrauchte Wort von mehr als einem Laut vom Ziellaut unterscheidet. In der Standardsprache kommt das "neue" Wort nicht vor und verfügt daher über keine inhaltliche Bedeutung (z.B. wird aus "Blume" das Wort "Blola").
22.058	Phonematische Paraphrasen	Beschreibt die lautliche Veränderung eines Wortes durch das Ersetzen, Hinzufügen, Auslassen oder Umstellen einzelner Laute (z.B: "Prankenhaus" statt "Krankenhaus")
22.081	Vereinzelte semantische Paraphrasen	Beschreibt das falsche Auftreten eines Wortes, das mit dem eigentlichen Zielwort eine bedeutungsmäßige Ähnlichkeit hat oder aber grob davon abweicht. Bsp.: "Ich habe meine Schwester vor 20 Jahren geheiratet."
22.082	Conduite d'approche	Bezeichnet das stufenweise semantische oder phonematische Annähern an das gesuchte Wort, z.B. beim Benennen.
22.043	Erhöhte Sprachanstrengung	Schwierigkeiten der Motorik des Sprechens aufgrund einer Beeinträchtigung von Artikulation, Phonation und/oder Sprechrhythmus

Tabelle 16: Beispiele für Erklärungstexte zu ENP-Items, hier auf Ebene von Kennzeichen

Die nachstehenden tabellarischen Übersichten stellen diejenigen ENP-Praxisleitlinien vor, welche im Rahmen der Arbeiten von ENP-Version 2.7 hin zu 2.9 neu erstellt, inhaltlich umfassend bearbeitet, oder aber stillgelegt wurden.

### Neue ENP-Praxisleitlinien (n=17)

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

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

Tabelle 17: Neue ENP-Praxisleitlinien Version 2.9

### Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n=112)

LOE bezogen auf die Leitlinie	LOE bezogen auf die Diagnose	Systematische Aktualisierung	ID	ENP-Pflegediagnostitel 2.9
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2007, 2014	407	Der Bewohner-- ist aufgrund von <b>Hypakausis (Schwerhörigkeit)</b> in der <b>Kommunikation beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	416	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>globalen Aphasie</b> in der <b>verbalen Kommunikation beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	419	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>motorischen Aphasie</b> (Broca-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2004, 2007, 2014	417	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>sensorischen Aphasie</b> (Wernicke-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2008, 2014	412	Der Bewohner-- ist aufgrund von <b>reduzierter Ausdauer/physischer Kraft</b> in der verbalen <b>Kommunikation beeinträchtigt</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2014	387	Der Bewohner-- kann eigene <b>Wünsche/Bedürfnisse nur schwer äußern</b> , es besteht das <b>Risiko, dass diese nicht adäquat erfüllt werden</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2000*, 2006, 2014	424	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Sprechstörung</b> (Beeinträchtigung der motorisch-artikulatorischen Fertigkeiten) in der <b>verbalen Kommunikation beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2010*; 2014	897	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Sprachstörung</b> in der Kommunikation beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2006, 2014	414	Der Bewohner-- kann nicht in <b>gewohnter Weise Kontakt aufnehmen</b> , es besteht eine beeinträchtigte Interaktion
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2011, 2014	411	Der Bewohner-- kann <b>Umgebungsreize nicht adäquat wahrnehmen/verarbeiten</b> , es besteht das <b>Risiko von Fehlinterpretationen</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2000*, 2004, 2006, 2014	746	Der Bewohner-- ist beim <b>Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen eingeschränkt</b> , die soziale Interaktion ist beeinträchtigt
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007; 2014	186	Der Bewohner-- ist in der <b>Gehfähigkeit beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2008, 2014	193	Der Bewohner-- ist aufgrund der <b>unsicheren Anwendung</b> von Gehhilfen beim <b>Gehen beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2001, 2011, 2014	608	Der Bewohner-- ist in der <b>Transferfähigkeit beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2004, 2007, 2011, 2014	181	Der Bewohner-- ist in der Fähigkeit, selbstständig einen <b>Positionswechsel im Bett</b> durchzuführen, <b>beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	592	Der Bewohner-- kann sich nicht <b>selbstständig im Lebensraum</b> mit dem Rollstuhl <b>bewegen</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2001*, 2004, 2008, 2014	648	Der Bewohner-- ist aufgrund <b>reduzierter Ausdauer/physischer Kraft</b> in der <b>Mobilität eingeschränkt</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2004, 2007, 2014	179	Der Bewohner-- ist aufgrund der <b>Amputation</b> einer unteren Extremität in der Mobilität eingeschränkt
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014	171	Der Bewohner-- hat das <b>Risiko einer Kontraktur</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2007, 2014	178	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Kontraktur</b> in der Beweglichkeit eingeschränkt
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	165	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Immobilität/eingeschränkten Mobilität</b> das <b>Risiko einer Thrombose</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2009, 2014	261	Der Bewohner-- hat aufgrund <b>hypertoner Kreislaufveränderungen</b> das <b>Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 1994, 2005, 2009; 2014	610	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Herzinsuffizienz</b> das <b>Risiko eines Herz-Kreislauf-Versagens</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	234	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>verminderten Belüftung der Lunge</b> das <b>Risiko einer Atelektase/Pneumonie</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2007, 2014	347	Der Bewohner-- ist in der <b>selbstständigen Medikamenteneinnahme</b> eingeschränkt, es besteht das <b>Risiko der unwirksamen Therapie</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 2004, 2008, 2011, 2014	688	Der Bewohner-- hat das <b>Risiko einer Aspiration</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	12	Der Bewohner-- kann sich aufgrund einer <b>Bewegungseinschränkung nicht</b> selbstständig waschen
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008; 2014	22	Der Bewohner-- kann aufgrund von <b>Desorientierung</b> die <b>Körperwaschung nicht selbstständig gestalten</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	33	Der Bewohner-- führt die <b>Körperwaschung</b> aufgrund einer <b>Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat</b> durch
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	7	Der Bewohner-- kann sich aufgrund <b>eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht</b> selbstständig waschen
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007, 2014	18	Der Bewohner-- kann sich aufgrund einer <b>Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1991*, 2000, 2004, 2008, 2014	13	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>quantitativen Bewusstseinseinschränkung</b> bei der Körperwaschung voll abhängig
LOE 3.1	LOE 3.1	2001*, 2004, 2008, 2014	536	Der Bewohner-- kann sich <b>nicht selbstständig duschen/baden</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014	37	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen <b>Mundpflege beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	46	Der Bewohner-- trägt eine <b>Zahnprothese</b> und kann die <b>Mund-/Zahnprothesenpflege nicht</b> selbstständig durchführen
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	69	Der Bewohner-- ist in der <b>selbstständigen Haarpflege beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2007, 2014	72	Der Bewohner-- ist bei der selbstständigen <b>Rasur/Bartpflege beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	78	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen <b>Fingernagelpflege beeinträchtigt</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014	827	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen <b>Fußpflege beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2003, 2007; 2014	63	Der Bewohner-- hat aufgrund <b>trockener Haut</b> ein <b>Risiko der Hautschädigung</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	66	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Neigung zu Intertrigo</b> ein <b>Risiko der Hautschädigung</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2011, 2014	84	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>eingeschränkten Selbstständigkeit</b> beim <b>Essen/Trinken beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2004, 2008, 2014	554	Der Bewohner-- zeigt eine <b>Vernachlässigung der Nahrungszufuhr</b> (Self-neglect), es besteht das <b>Risiko der Mangelernährung</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2008; 2014	559	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>defizitären Ernährungsverhaltens</b> ein Risiko der <b>Entwicklung einer Adipositas</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2008, 2014	562	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Oligodipsie/Adipsie</b> (reduziertes/nicht vorhandenes Durstgefühl) das <b>Risiko eines Flüssigkeitsdefizits</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2009*, 2014	872	Der Bewohner-- hat ein <b>Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*, 2014	850	Der Bewohner-- hat das <b>Risiko einer Mangelernährung</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2008*; 2014	851	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>kognitiven Beeinträchtigung</b> das <b>Risiko einer Mangelernährung</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2004*, 2007, 2008, 2014	558	Der Bewohner-- <b>lehnt die Nahrungsaufnahme ab</b> (Nahrungsverweigerung), es besteht das <b>Risiko der Mangelernährung</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	2004*; 2008, 2014	555	Der Bewohner-- hat eine <b>Mangelernährung</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2009; 2014	97	Der Bewohner-- wird <b>enteral über Sonde ernährt</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Nahrungsaufnahme</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	87	Der Bewohner-- <b>verschluckt sich</b> häufig bei der Nahrungsaufnahme, das <b>Schlucken ist in der oralen Transport-/pharyngealen Phase beeinträchtigt</b>
LOE 3.1	LOE 3.1	1989*, 2003, 2009, 2011; 2014	90	Der Bewohner-- <b>verschluckt sich ausschließlich bei Flüssigkeit</b> , das Schlucken ist in der <b>oralen Transport- / -pharyngealen Phase beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	127	Der Bewohner-- ist in der Selbstständigkeit der <b>Urin-/Stuhlausscheidung</b> beeinträchtigt
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2014	132	Der Bewohner-- erreicht aufgrund einer <b>Bewegungseinschränkung</b> die Toilette nicht rechtzeitig, es besteht das <b>Risiko des Einnässens</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008; 2012, 2014	130	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Detrusorhyperaktivität</b> und einer <b>Insuffizienz des Sphinkterapparates</b> einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Mischinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	2006*, 2008, 2012, 2014	574	Der Bewohner-- ist <b>nicht in der Lage</b> , bei <b>intaktem Urogenitaltrakt</b> einen <b>Urinabgang zu vermeiden</b> (funktionelle Urininkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014	134	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>insuffizienten Sphinkterapparates</b> bei erhöhtem abdominalen Druck einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Belastungsinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	137	Der Bewohner-- hat aufgrund <b>unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen</b> einen <b>unfreiwilligen Harnabgang</b> (Reflexinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2008, 2012, 2014	135	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>starken/ imperativen Harndrang</b> einen unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 2003, 2006, 2012, 2014	143	Der Bewohner-- hat das <b>Risiko einer verminderten Defäkationsfrequenz</b> (Obstipationsrisiko)
LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2006, 2012, 2014	576	Der Bewohner-- hat eine <b>verminderte Defäkationsfrequenz</b> einhergehend mit hartem/trockenem Stuhlgang (Obstipation)
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 2003, 2006, 2012, 2014	145	Der Bewohner-- hat einen <b>unwillkürlichen Stuhlabgang</b> (Stuhlinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014	321	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>transurethralen Blasenverweilkatheters</b> das <b>Risiko einer aufsteigenden Harnwegsinfektion</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1991*, 2003, 2006, 2012, 2014	322	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>suprapubischen Blasenkateters</b> das <b>Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014	529	Der Bewohner-- ist beim selbstständigen <b>An-/Auskleiden beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	170	Der Bewohner-- kann die <b>Kompressionsstrümpfe nicht selbstständig an-/ausziehen</b> , es besteht ein <b>Selbstversorgungsdefizit beim Kleiden</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2001*, 2004, 2007, 2014	530	Der Bewohner-- zeigt <b>kein Interesse an sauberer/ ordentlicher Kleidung</b> , es besteht das <b>Risiko der Selbstvernachlässigung (Self-Neglect) im Bereich Kleidung/äußere Erscheinung</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	537	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Hemiplegie beim An-/Auskleiden beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2014	299	Der Bewohner-- kann nicht <b>durchschlafen</b> , es besteht das <b>Risiko eines Schlafdefizits</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1995, 2004, 2007, 2014	282	Der Bewohner-- ist <b>beim Einschlafen beeinträchtigt</b> , es besteht das <b>Risiko eines Schlafdefizits</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2003, 2007, 2014	479	Der Bewohner-- kann sich <b>nicht entspannen</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014	467	Der Bewohner-- ist in der selbstständigen <b>Freizeitgestaltung beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	451	Der Bewohner-- ist aufgrund <b>altersbedingter Abbauprozesse</b> (Frailty-Syndrom) in der selbstständigen <b>Lebens-/Tagesgestaltung eingeschränkt</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2010, 2014	450	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Orientierungsstörung</b> in der selbstständigen <b>Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	634	Der Bewohner-- ist aufgrund von <b>Merk-/Gedächtnisstörungen</b> in der <b>Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	535	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Denkstörung in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2006*, 2009, 2014	896	Der Bewohner-- ist infolge eines <b>demenziellen Syndroms</b> in der <b>Tages-/ Lebensgestaltung beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1993* 2003, 2009, 2014	452	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>Behinderung</b> in der selbstständigen <b>Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	547	Der Bewohner-- ist in der <b>Gestaltung des äußeren Erscheinungsbilds eingeschränkt</b> und dadurch im <b>Wohlbefinden beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2008, 2014	187	Der Bewohner-- hat ein <b>Sturzrisiko</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2005*, 2007, 2014	203	Der Bewohner-- hat aufgrund von <b>Morbus Parkinson</b> eine beeinträchtigte <b>Haltungskontrolle/Balance</b> , ein <b>Sturzrisiko</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1993*, 2004, 2007, 2014	216	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>beeinträchtigten Gleichgewichtes</b> beim Gehen/Stehen/Sitzen, ein <b>Sturzrisiko</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014	160	Der Bewohner-- hat ein <b>Dekubitusrisiko</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 1995, 2004, 2007, 2014	431	Der Bewohner-- <b>zieht</b> sich vom sozialen Geschehen <b>zurück</b> , es besteht das <b>Risiko der sozialen Isolation</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2001*, 2008, 2014	429	Der Bewohner-- ist in der <b>Strukturierung des Tagesablaufs beeinträchtigt</b> , es besteht das <b>Risiko eines Selbstfürsorgedefizits</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2002*, 2008, 2014	626	Der Bewohner-- zeigt <b>Weglauff Tendenzen</b> , es besteht das <b>Risiko der Selbstgefährdung</b>

LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2007, 2014	217	Der Bewohner-- ist aufgrund von <b>Gleichgewichtsstörungen</b> in der räumlichen <b>Orientierung beeinträchtigt</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2002*, 2005, 2008, 2014	317	Der Bewohner-- hat aufgrund <b>einer Orientierungsstörung</b> das <b>Risiko der Selbst-/Fremdgefährdung</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2005*, 2008, 2014	743	Der Bewohner-- zeigt akutes <b>selbst-/fremdgefährdendes Verhalten</b>
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 <b>chronische Schmerzen</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	493	Der Bewohner-- hat <b>Schmerzen des Bewegungsapparates</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	491	Der Bewohner-- hat <b>Gelenkschmerzen</b> mit <b>Funktions-/Bewegungseinschränkungen</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2009, 2014	354	Der Bewohner-- hat das <b>Risiko der Hyper-/Hypoglykämie</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2003*, 2006, 2009, 2014	676	Der Bewohner-- hat eine <b>chronische Wunde</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Wundheilung</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	497	Der Bewohner-- hat <b>Angst</b> , empfindet eine reale/fiktive Bedrohung
LOE 3.2	LOE 3.2	1990*, 1994, 2004, 2014	190	Der Bewohner-- hat <b>Angst vor einem Sturz</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	1990*, 1994, 2004, 2014	498	Der Bewohner-- hat <b>Angst</b> , aus dem <b>Bett zu fallen</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	703	Der Bewohner-- leidet an <b>Unruhezuständen</b> (Agitation)
LOE 2.1	LOE 2.3	1991*, 2004, 2007, 2014	464	Der Bewohner-- empfindet aufgrund <b>fehlender sinnvoller Aufgaben Langeweile</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2004*, 2008, 2014	503	Der Bewohner-- leidet unter <b>Heimweh</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	68	Der Bewohner-- hat aufgrund von Juckreiz ein <b>beeinträchtigt Wohlbefinden</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	1989*, 1994, 2004, 2008, 2014	39	Der Bewohner-- hat eine <b>reduzierte Kautätigkeit/reduzierten Speichelfluss</b> , es besteht ein <b>Risiko von Soor und Parotitis</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1991*, 1994, 2004, 2008, 2014	131	Der Bewohner-- hat ein <b>Risiko der ausscheidungs-/inkontinenzassoziierten Dermatitis</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	2005*, 2006, 2008, 2011, 2014	857	Der Bewohner-- hat einen <b>Dekubitus</b> , es besteht eine <b>erschwerete Wundheilung</b>

LOE 3.2	LOE 3.2	2003*, 2008, 2014	622	Der Bewohner-- hat das <b>Risiko eines erhöhten (extrazellulären/intravasalen) Flüssigkeitsvolumens</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	2003*, 2008, 2011, 2014	887	Der Bewohner-- hat aufgrund fehlender <b>Informationen/Fertigkeiten</b> im Umgang mit <b>Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie</b> ein Risiko der unwirksamen Therapie
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2011, 2014	569	Der Bewohner-- hat aufgrund von <b>empfindlicher/dünnere Haut</b> das <b>Risiko der Hautschädigung</b>
LOE 2.1	LOE 2.3	2006*, 2009, 2014	383	Der Bewohner-- hat eine <b>Infektionskrankheit</b> , 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

Tabella 18: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.9

### Stillgelegte Praxisleitlinien (n=13)

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

ID	ENP-Pflegediagnostentitel
52	Der Bewohner-- hat einen beeinträchtigen 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

Tabelle 19: Stillgelegte Praxisleitlinien Version 2.9

### 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.

### 2.6 ENP-Version 2.9 auf 2.10 (September 2014 bis Mai 2017)

Neben fachlich-inhaltlichen Überarbeitungen am ENP-Katalog wurde im Überarbeitungszeitraum zwischen den ENP-Versionen 2.9 und 2.10 ein hoher Aufwand für die methodische Weiterentwicklung des ENP-Weiterentwicklungsprozederes als auch für die Schaffung einer neuen, methodisch wie auch forschungspraktisch angemessenen Validierungsmöglichkeit für die er- bzw. überarbeiteten ENP-Inhalte betrieben (vgl. Kapitel 1.4.2 sowie 1.4.3) und somit ein großes Ressourcenkontingent in strukturelle bzw. die Inhalte von ENP begleitende Arbeiten investiert.

Diejenigen ENP-Praxisleitlinien, die inhaltliche Änderungen erfahren haben, terminologisch verfeinert wurden oder neu in Version 2.10 hinzukamen, sind in den folgenden tabellarischen Aufstellungen aufgeführt<sup>11</sup>. Ein Großteil der Änderungen bzw. Neuentwicklungen basiert dabei auf Anregungen Anwendern, die ENP in der täglichen Pflegepraxis nutzen. Für detailliertere Informationen zu den Änderungen auf Detail-/Itemebene steht auf Anfrage für jede überarbeitete Praxisleitlinie eine separate Änderungsdocumentation zur Verfügung. Im Rahmen der Weiterentwicklungsarbeiten von ENP Version 2.9 auf Version 2.10 wurden keine Praxisleitlinien stillgelegt.

### Neue ENP-Praxisleitlinien (n = 5)

LOE bezogen auf die Leitlinie	LOE bezogen auf die Diagnose	ID	ENP-Pflegediagnostentitel
LOE 2.1	LOE 2.1	1081	Der Bewohner-- hat aufgrund von <b>inadäquaten emotionalen/affektiven Reaktionsmustern</b> eine <b>beeinträchtigte Interaktion</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1082	Der Bewohner-- ist aufgrund einer <b>formalen Denkstörung</b> in der <b>Kommunikation beeinträchtigt</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1084	Der Bewohner-- hat eine <b>Blasenentleerungsstörung/Harninkontinenz</b> , es besteht ein <b>beeinträchtigttes Hilfesuchverhalten</b>

<sup>11</sup> Nicht in den Tabellen aufgeführt sind terminologische bzw. inhaltliche Änderungen an einzelnen Items, die weitgehend losgelöst vom Kontext/Thema einer oder mehrerer zugeordneter Praxisleitlinien erfolgt sind.

LOE 2.1	LOE 2.1	1120	Der Bewohner-- hat ein <b>Urostoma</b> (operative Harnableitung), es besteht ein <b>Selbstfürsorgedefizit Stomapflege / -management</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1121	Der Bewohner-- hat ein <b>Risiko</b> , eine <b>Stomakomplikation</b> zu entwickeln

Tabelle 20: **Neue ENP-Praxisleitlinien Version 2.10**

### Inhaltlich umfassend überarbeitete Praxisleitlinien (n = 13)

LOE bezogen auf die Leitlinie	LOE bezogen auf die Diagnose	ID	ENP-Pflegediagnostentitel
LoE 3.2	LoE 3.2	149	Der Bewohner-- hat ein <b>Enterostoma</b> (künstlicher Darmausgang), es besteht ein <b>Selbstfürsorgedefizit Stomapflege / -management</b> ( <u>vormals</u> : Der Bewohner--hat ein <b>Selbstfürsorgedefizit</b> bei der <b>Stomapflege</b> )
LoE 2.1	LoE 2.1	148	Der Bewohner-- erhält ein <b>Stoma</b> , es besteht ein <b>Informationsbedarf</b> ( <u>vormals</u> : Der Bewohner--erhält ein <b>Enterostoma</b> (künstlicher Darmausgang), es besteht ein <b>Informationsbedarf</b> )
LoE 2.1	LoE 2.1	153	Der Bewohner-- hat ein <b>Kolostoma</b> (künstlicher Darmausgang), <b>es fehlen Informationen/Fähigkeiten</b> , um die Irrigation selbstständig durchzuführen ( <u>vormals</u> : Der Bewohner--hat ein <b>Enterostoma</b> (künstlicher Darmausgang), <b>es fehlen Informationen/Fähigkeiten</b> , um die Irrigation selbstständig durchzuführen)
LoE 3.2	LoE 3.2	268	Der Bewohner-- hat <b>Fieber</b> (Pyrexie), es besteht das <b>Risiko von Komplikationen</b> ( <u>vormals</u> : Der Bewohner-- hat eine <b>Hyperthermie</b> , es besteht das <b>Risiko von Komplikationen</b> )
LoE 2.1	LoE 2.1	580	Der Bewohner-- hat eine <b>Hautveränderung</b> im Bereich des Stomas, es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b> ( <u>vormals</u> : Der Bewohner-- hat eine <b>Hautveränderung</b> im Bereich des Enterostomas, es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b> )
LoE 2.1	LoE 2.1	581	Der Bewohner-- hat eine <b>Stomanekrose</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b>
LoE 2.1	LoE 2.1	582	Der Bewohner-- hat eine <b>Stomaretraktion</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b>
LoE 2.1	LoE 2.1	583	Der Bewohner-- hat einen <b>Stomaprolaps</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b>
LoE 2.1	LoE 2.1	584	Der Bewohner-- hat eine <b>parastomale Hernie</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b>
LoE 2.1	LoE 2.1	674	Der Bewohner-- ist in der <b>Fähigkeit beeinträchtigt</b> , sich an den <b>veränderten Gesundheitszustand anzupassen</b>
LoE 2.1	LoE 2.1	881	Der Bewohner-- hat ein <b>sonstiges Problemstoma</b> , welches die Stomaversorgung beeinträchtigt ( <u>vormals</u> : Der Bewohner-- hat sonstige Beeinträchtigungen bei der Stomaversorgung)

LoE 2.1	LoE 2.1	1063	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>chirurgischen Eingriffes</b> das <b>Risiko respiratorischer Komplikationen</b>
LoE 3.2	LoE 3.2	134	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>insuffizienten Sphinkterapparates bei erhöhtem abdominalen Druck</b> einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Belastungsinkontinenz)

Tabelle 21: Inhaltlich umfassend überarbeitete Praxisleitlinien Version 2.10

### Terminologisch und/oder inhaltlich punktuell überarbeitete Praxisleitlinien (n = 19)

LOE bezogen auf die Leitlinie	LOE bezogen auf die Diagnose	ID	ENP-Pflegediagnostentitel
LOE 2.1	LOE 2.1	68	Der Bewohner-- hat aufgrund von <b>Juckreiz</b> (Pruritus) ein <b>beeinträchtigt</b> es <b>Wohlbefinden</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	130	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Detrusorhyperaktivität</b> und einer <b>Insuffizienz des Sphinkterapparates</b> einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Mischinkontinenz)
LOE 3.2	LOE 3.2	137	Der Bewohner-- hat aufgrund <b>unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen</b> einen <b>unfreiwilligen Harnabgang</b> (Reflexinkontinenz)
LOE 2,1	LOE 2,1	138	Der Bewohner-- hat eine <b>chronische Hamretention</b> und einen <b>unwillkürlichen Harnabgang (Überlaufinkontinenz)</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	151	Der Bewohner-- hat eine <b>Mykose</b> (Pilzinfektion) <b>im Bereich des Enterostomas</b> , es besteht eine <b>beeinträchtigte Versorgung des Stomas</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	160	Der Bewohner-- hat ein <b>Dekubitusrisiko</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	359	Der Bewohner-- hat aufgrund eines <b>erhöhten Bilirubinspiegels</b> einen <b>Ikterus</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	369	Der Bewohner-- hat aufgrund von <b>Erbrechen/Brechneigung nach einem operativen Eingriff</b> (PONV = postoperative nausea and vomiting) das <b>Risiko einer Aspiration</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	383	Der Bewohner-- hat eine <b>Infektionskrankheit</b> , es besteht das <b>Risiko der Keimübertragung</b>
LOE 3.2	LOE 3.2	574	Der Bewohner-- ist <b>nicht in der Lage</b> , bei <b>intaktem Urogenitaltrakt</b> einen <b>Urinabgang zu vermeiden</b> (funktionelle Urininkontinenz)
LOE 2,1	LOE 2,1	696	Das Kind <b>nässt</b> bei einem Alter über 5 Jahren ohne organische Ursachen <b>ein</b> (Enuresis)
LOE 2.1	LOE 2.1	706	Der Bewohner-- hat aufgrund von <b>Nausea</b> (Übelkeit) ein <b>aktuell beeinträchtigt</b> es <b>Wohlbefinden</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	905	Das Neugeborene-- hat das <b>Risiko eines neonatalen Ikterus</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	1070	Das Neugeborene-- hat einen <b>neonatalen Ikterus</b> , es besteht die Gefahr von Komplikationen

LOE 3.2	LOE 3.2	165	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Immobilität/eingeschränkten Mobilität</b> das <b>Risiko einer Venenthrombose</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	279	Der Bewohner-- hat aufgrund einer <b>Varikose</b> das <b>Risiko einer Venenthrombose</b>
LOE 2.1	LOE 2.1	591	Der Bewohner-- hat sonstige <b>Risikofaktoren</b> , welche das <b>Risiko einer Thrombose</b> begünstigen
LOE 2.1	LOE 2.1	859	Der Bewohner-- hat einen <b>Ulcus cruris venosum</b> , es besteht eine erschwerte Wundheilung
LOE 3.2	LOE 3.2	135	Der Bewohner-- hat bei starkem/ <b>imperativem Harndrang</b> einen <b>unwillkürlichen Harnabgang</b> (Dranginkontinenz)

Tabelle 22: Terminologisch und/oder inhaltlich punktuell überarbeitete Praxisleitlinien Version 2.10

Mit Stand zum Mai 2017 **basieren die 557 ENP-Praxisleitlinien der Version 2.10 auf der Analyse von insgesamt ca. 3.960 Publikationen.** Für die inhaltlichen Arbeiten an den Änderungen von ENP, Version 2.9 hin zu Version 2.10, wurde auf insgesamt etwa 410 systematisch recherchierte, nationale und internationale Publikationen zurückgegriffen.

## 2.7 Ausblick: ENP-Version 3.0 (voraussichtliches Erscheinen: Ende 2018/Anfang 2019)

Für die Ende 2018 bzw. Anfang 2019 geplante Veröffentlichung einer neuen Hauptversion von ENP sind neben der fachlich-inhaltlichen Weiterentwicklung basierend auf Anwenderrückmeldungen, der Analyse von Anwenderdatenbanken, neuen Forschungserkenntnissen sowie der weiteren Forcierung der Evidenzbasierung auch älterer ENP-Praxisleitlinien insbesondere die Vervollständigung zweier struktureller Aspekte vorgesehen:

- Das systematische Erstellen einer Definition zu allen Pflegediagnosen des gesamten ENP-Kataloges, wo dies im Rahmen der Überarbeitungen seit 2014 noch nicht geschehen ist. In diesem Zeitraum bereits formulierte Definitionen von ENP-Pflegediagnosen werden mit Bezug auf deren Aktualität und Korrektheit nochmals auf den Prüfstand gestellt, um eine klare Beschreibung der in den Pflegediagnosen vorkommenden Konzeptbegriffe und deren Zusammenhänge sicherstellen zu können.
- Das Ausweisen eines Evidenzgrades (vgl. Kapitel 3) zu einerseits jeder ENP-Pflegediagnose mit zugehörigen Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen sowie andererseits zu jeder ENP-Praxisleitlinie insgesamt (d. h. ergänzend die ENP-Pflegeziele und ENP-Pflegeinterventionen einbeziehend). Ziel hierbei ist, für den gesamten ENP-Katalog Transparenz hinsichtlich des Entwicklungsstatus, des Grades an wissenschaftlicher Untermauerung sowie des Validierungsstatus der einzelnen ENP-Pflegediagnosen bzw. ENP-Praxisleitlinien zu schaffen.

Aus fachlich-inhaltlicher Perspektive sind Neu- bzw. Weiterentwicklungen und Überarbeitungen von ENP-Praxisleitlinien unter anderem zu den folgenden klinischen Themenbereichen in Planung bzw. gegenwärtig (Stand Mai 2017) in der Umsetzung:

- Schluckstörung
- Atmung
- Demenz
- Chronische Fatigue

### 3. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien

Für die ENP-Pflegediagnosen und -Praxisleitlinien wurden beginnend mit den Überarbeitungen im Jahr 2014 Evidenzlevel erarbeitet und ausgewiesen. Wichtige Ziele bei der Entwicklung waren von Beginn an, einerseits eine Vergleichbarkeit der Evidenzgrade mit denen anderer Pflegeklassifikationssysteme herzustellen sowie andererseits eine größtmögliche Transparenz des Entwicklungs-, Überarbeitungs- und Validierungsstatus der ENP-Pflegediagnosen und ENP-Praxisleitlinien gegenüber allen Interessenten zu schaffen. Vor diesem Hintergrund orientieren sich die Evidenzlevel (Level of Evidence, LoE) von ENP an den Einstufungskriterien der NANDA International (vgl. Herdman & Kamitsuru, 2016, S. 496-498), obgleich an dieser Einteilungssystematik durchaus auch kritische Aspekte diskutiert werden können<sup>12</sup>. So ist gewährleistet, dass die Aussagekraft einzelner Pflegediagnosen verschiedener Klassifikationssysteme miteinander verglichen werden kann. Die Ausweisung von Evidenzlevel wird sukzessive im Rahmen der Weiterentwicklungsarbeiten weitergeführt und erfolgt jeweils separat sowohl für die pflegediagnostische Aussage (Pflegediagnose und deren Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen) als auch die Praxisleitlinie insgesamt (zzgl. Pflegezielen und Pflegeinterventionen). Folgende Auflistung stellt die einzelnen Evidenzgrade von ENP detaillierter vor:

#### 1. Entwicklung einer neuen Praxisleitlinie

ENP-Praxisleitlinien werden in der Regel induktiv entwickelt, was bedeutet, dass die Pflegepraktiker, die mit ENP arbeiten, eine Lücke im Katalog identifizieren. Der Entwicklungsweg nimmt seinen Ursprung folglich häufig in der Identifizierung eines relevanten Phänomens in der Pflegepraxis und wird daraufhin umgesetzt. Das Ergebnis wird mit der Pflegepraxis konsentiert. Anschließend wird die Diagnose in den ENP-Katalog aufgenommen. Weniger häufig wird die Neuentwicklung einer ENP-Praxisleitlinie durch Literaturlauswertungen, gesundheitspolitische Entwicklungen oder weitere nicht aus der Pflegepraxis stammende Impulse angeregt. Ist dies der Fall, wird zunächst ein Entwicklungsvorschlag erarbeitet (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)

Das Thema sowie die wesentlichen Konzeptbegriffe der ENP-Pflegediagnose sind eindeutig geklärt und werden durch die Literatur gestützt. Die Syntax- und Strukturvorgaben sind geprüft. Ebenso sind potenzielle Überschneidungen zu anderen ENP-Praxisleitlinien im Wesentlichen untersucht und vermieden.

##### 1.2 Pflegediagnosentitel und Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen (Entwicklungsauftrag)

Die ENP-Pflegediagnose ist eindeutig formuliert, die Definition stimmt mit dem Titel überein. Die Definition unterscheidet sich terminologisch von den Kernkonzepten des Diagnosentitels im Sinne einer Um- und Beschreibung. Die Diagnose wie auch die Definition sowie die in dieser Entwicklungsphase erarbeiteten Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen werden durch Literaturverweise gestützt.

##### 1.3 Pflegediagnose und Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen werden um Pflegeziele und Pflegeinterventionen zu einer Praxisleitlinie vervollständigt (Entwicklungsauftrag)

---

<sup>12</sup> Die Evidenzgrade von NANDA-I können in den Buchpublikationen, aber auch unter der Internetadresse <http://www.nanda.org/nanda-international-level-of-evidence-criterial.html> eingesehen werden (Zugriff am 10.05.2017)

Die ENP-Praxisleitlinie befindet sich in einem frühen Stadium und wird den Endanwendern in Softwareapplikationen zu Evaluierungszwecken zur Verfügung gestellt und gemeinsam mit dem ENP-Entwicklerteam 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, welche mindestens den Reifegrad 2.1 erreicht haben.

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

### **2.1 Pflegediagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen (pflegediagnostische Aussage) bzw. Pflegediagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Pflegeziele und Maßnahmen (gesamte Praxisleitlinie) sind literaturgestützt**

Die Pflegediagnose, ihre Definition sowie Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen im Sinne der pflegediagnostischen Aussage oder die gesamte ENP-Praxisleitlinie, d.h. die genannten Elemente sowie darüber hinaus die der Pflegediagnose zugeordneten Pflegemaßnahmen und Pflegeziele sind durch nationale und internationale Literatur belegt.

### **2.2 Begriffsanalyse zur Pflegediagnose**

Zusätzlich zur Literaturlieferung von Diagnosentitel, Definition, 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**

Die Weiterentwicklung der Pflegediagnose/Praxisleitlinie basiert auf einer systematischen, internationalen Literaturanalyse und -bewertung zur Pflegediagnose und Pflegemaßnahmen mit dokumentierter und nachweislicher Suchstrategie.

### **3.1 b) Literatur-Synthese und Expertenrating**

Die Weiterentwicklung der Pflegediagnose/Praxisleitlinie basiert auf einer systematischen Literaturanalyse und -bewertung zur Pflegediagnose und zu Pflegemaßnahmen mit dokumentierter und nachweislicher Suchstrategie sowie anschließendem Expertenrating (z. B. durch standardisierte Befragung, Online-Surveys u.ä.).

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

Die Studie bezieht sich entweder auf die Pflegediagnose sowie alle Kennzeichen und Ursachen, die in Bezug zur Diagnose stehen oder die Praxisleitlinie insgesamt (inkl. Pflegezielen und Pflegeinterventionen). Die Studien können qualitativer oder quantitativer Natur sein. Hierunter fallen auch Studien, welche die Übereinstimmungsvalidität (*concurrent validity*) 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 entweder auf die Pflegediagnose sowie alle Kennzeichen und Ursachen, die in Bezug zur Diagnose stehen oder die Praxisleitlinie insgesamt. Die Studien können qualitativer oder quantitativer Natur sein. Hierunter fallen auch Studien, welche die Übereinstimmungsvalidität (*concurrent validity*) im klinischen Kontext untersuchen. Es wird eine Zufallsstichprobe (probabilistische Stichprobe) genutzt, jedoch mit begrenztem Stichprobenumfang.

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

Die Studie bezieht sich entweder auf die Pflegediagnose sowie alle Kennzeichen und Ursachen, die in Bezug zur Diagnose stehen oder die Praxisleitlinie insgesamt. Die Studien können qualitativer oder quantitativer Natur sein. Hierunter fallen auch Studien, welche die Übereinstimmungsvalidität (*concurrent validity*) im klinischen Kontext untersuchen. Es wird eine Zufallsstichprobe (probabilistische Stichprobe) genutzt, der Stichprobenumfang ist ausreichend, um die Ergebnisse auf die Gesamtpopulation zu generalisieren.

Bezug nehmend auf die aktuelle ENP-Version 2.10 sind gegenwärtig 157 von 557 Praxisleitlinien (entsprechend 28%) mit einem Evidenzlevel ausgewiesen. Die Verteilung auf die einzelnen Evidenzgrade gestaltet sich dabei wie folgt:

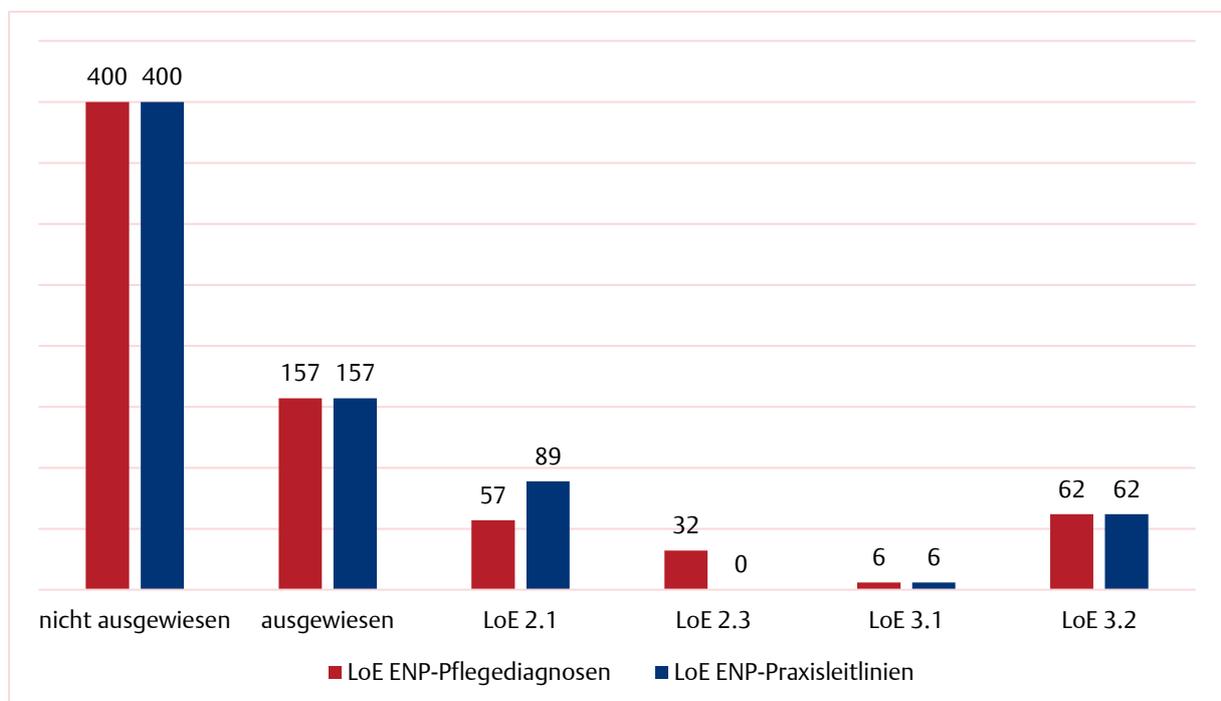


Abbildung 9: Verteilung der Evidenzgrade für ENP-Pflegediagnosen und ENP-Praxisleitlinien

## 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:

***ENP-Pflegediagnosen** generell stellen eine systematische klinische Beurteilung der Reaktionen eines Patienten auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses und bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Maßnahmen, anhand derer die gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten pflegerischen Ziele erreicht werden. Eine ENP-Pflegediagnose im Speziellen 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 Gesundheitszustands 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, mit Stand vom Mai 2017 ca. 17,8 % (n=99), 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 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. 38f). 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 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 23 werden exemplarisch die ENP-Pflegediagnosen der Klasse *Körperpflege/Kleiden* und der Kategorie *Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung* aus der Domäne *Pflegediagnosen aus dem funktionalen/physiologischen Bereich* vorgestellt, um den Unterschied zwischen Pflegeproblem (= Kategorie) und Pflegediagnose in ENP zu verdeutlichen.

Klasse	Kategorie (= Pflegeproblem)	ENP-Pflegediagnosen
<b>Körperpflege/Kleiden</b>	<b>Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung</b>	Der Bewohner/Patient/Klient kann sich <b>aufgrund einer Bewegungseinschränkung</b> nicht <b>selbstständig waschen</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund einer <b>Hemiplegie/-parese</b> nicht selbstständig waschen
		Der Bewohner/Patient/Klient kann sich aufgrund <b>eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit</b> nicht <b>selbstständig waschen</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer <b>verminderten Herzleistung</b> nicht anstrengen, es besteht ein <b>Selbstfürsorgedefizit</b> bei der <b>Körperwaschung</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient kann aufgrund einer <b>Bewegungseinschränkung</b> die <b>Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten</b> , es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der Bewohner/Patient/Klient kann <b>aufgrund von Desorientierung</b> die <b>Körperwaschung nicht selbstständig gestalten</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient soll <b>aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung</b> Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein <b>Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient ist aufgrund einer <b>quantitativen Bewusstseinsbeschränkung</b> bei der <b>Körperwaschung voll abhängig</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient führt die <b>Körperwaschung</b> aufgrund einer <b>Selbstvernachlässigung</b> (Self-neglect) nicht adäquat durch
		Der Bewohner/Patient/Klient kann <b>aufgrund einer Wunde im Intimbereich</b> die <b>Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen</b>
		Der Bewohner/Patient/Klient kann <b>entwicklungsbedingt die Selbstpflege</b> im Bereich der <b>Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen</b>
		Der Bewohner-- kann sich aufgrund einer <b>sensorischen Integrationsstörung</b> nicht selbstständig waschen
Der Bewohner/Patient/Klient ist bei der <b>Körperwaschung beeinträchtigt</b> [Pflegeproblem ohne Spezifikation]		

		...
--	--	-----

Tabelle 23: ENP Pflegediagnosen aus der Kategorie Körperpflege/Kleiden (Ausschnitt) zur Illustration des Unterschieds zwischen Pflegeproblem und ENP-Pflegediagnose

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 23 aufgeführten ENP-Pflegediagnosen spezielle Handlungskonzepte existieren (Helmbold & Berger, 2010).

Damit der Nutzer der ENP-Fachsprache zur Abbildung des Pflegeprozesses differenzierte und zielgerichtete Interventionskonzepte angeboten bekommt, wurde die beschriebene Struktur der ENP-Pflegediagnosen gewählt.

### 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 Selbstfürsorgedefizit 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. 53f). 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. 43ff.). 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.

### 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; Gordon, 2001). 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): 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. *Verwirrheitszustand, 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 Pflegenden 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. 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 Pflegenden 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 in nachfolgender Tabelle beschrieben.

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

Kann sich den <b>Oberkörper</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich den <b>Oberkörper</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich den Oberkörper unter Einsatz von <b>Hilfsmittel</b> und/oder <b>verlängerter Waschzeit</b> (> 7 Min.) selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Oberkörper unter <b>verbaler Anleitung</b> und <b>Anreicherung</b> von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann den Oberkörper <b>teilweise selbstständig</b> waschen und abtrocknen, Pflegeperson übernimmt schwer erreichbare Körperstellen	Ist in der Ausführung der Oberkörperwaschung <b>voll abhängig</b>
Kann sich <b>Gesicht und Hände</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich <b>Gesicht und Hände</b> selbstständig <b>waschen und abtrocknen</b>	Kann sich Gesicht und Hände bei <b>verlängerter Waschzeit</b> (> 3 Min.) waschen und abtrocknen	Kann Gesicht und Hände unter <b>verbaler Anleitung</b> und <b>Anreicherung</b> von Materialien selbstständig waschen und abtrocknen	Kann Gesicht und Hände <b>teilweise selbstständig</b> waschen und abtrocknen, Pflegeperson muss nacharbeiten.	Ist in der Ausführung, Gesicht und Hände zu waschen, <b>voll abhängig</b>

Tabelle 24: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen zur Körperwaschung

Ein weiteres Beispiel 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 <b>schmerzf</b> rei	Hat <b>(keine) Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 1-2 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 4-3 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 5-6 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 7-8 eingeschätzt wurden	Hat <b>Schmerzen</b> , die auf der <b>numerischen Rangskala</b> zwischen 9-10 eingeschätzt wurden

Tabelle 25: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen aus der Klasse "Frei von Schmerzen"

Ein letztes Beispiel 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 <b>erwarteten körperlichen Anforderungen</b> durch die Körperpflegeaktivität					

t entsprechen den aktuellen <b>körperlichen Fähigkeiten</b>	ät entsprechen den aktuellen <b>körperlichen Fähigkeiten</b>	ät entsprechen <b>teilweise den körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form von <b>völliger Erschöpfung</b> nach der Körperpflegeaktivität	ät entsprechen <b>teilweise den körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form von <b>stark veränderten Vitalparametern und/oder Schmerzen</b> nach der Körperpflegeaktivität	ät entsprechen <b>nicht körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form von <b>stark veränderten Vitalparametern mit Grenzwertüberschreitungen und/oder Schmerzen</b> , die <b>Körperpflegeaktivität</b> musste (mehrmals) <b>unterbrochen</b> werden	ät <b>übersteigen die körperlichen Fähigkeiten</b> , dieses zeigt sich in Form Kreislaufkollaps, respiratorische Insuffizienz oder anderweitigen Krisen, die <b>Körperpflegeaktivitäten können nicht wie geplant fortgesetzt</b> werden
---	--	---	---	--	---

Tabelle 26: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen aus der Kategorie "Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen"

Derzeit sind von den ENP-Pflegezielen etwa 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 Form von Softwarepaketen wie auch als 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 der Fachliteratur wird gefordert, dass die schriftlich formulierten Pflegeinterventionen Antwort auf die 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 eine Vielzahl von Pflegeinterventionen bzw. Interventionsspezifikationen 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, zudem werden insofern möglich aufwandsbezogene Angaben aus der wissenschaftlichen Fachliteratur bei der Erstellung

der Zeitwerte berücksichtigt. Bei der Verknüpfung mit den LEP-Nursing-3- und ENP-Interventionen in 2004 fiel auf, dass die hinterlegten Zeitwerte zu einem hohen Anteil korrespondieren.

Die in ENP hinterlegten normativen Zeitwerte können auf verschiedenen Ebene hinterlegt sein. Zum einen auf Ebene des Interventionskonzeptes selbst, sodass ein Zeitwert unabhängig von den gewählten Interventionspezifika generell für die ENP-Pflegeintervention gilt. Ein Beispiel hierfür ist etwa die Intervention „Spezielle Mundpflege durchführen“. Unabhängig davon, mit welchen Pflegeprodukten, Hilfsmitteln oder Wischtechniken die spezielle Mundpflege durchgeführt wird, es wird jeweils ein pflegerischer Zeitaufwand von 5 Minuten kalkuliert. Die normativen Zeitwerte können jedoch auf Ebene der Interventionspezifika angesiedelt sein, sodass sich je nach konkreter Ausgestaltung der Pflegeintervention bzw. je nach gewählten Interventionspezifika ein kumulierter, der jeweils gegebenen individuellen Pflegesituation entsprechender Zeitwert ergibt. Ein Beispiel hierfür ist die Pflegeintervention „Ganzkörperwäsche durchführen“. Hier ergibt sich der aggregierte Zeitwert durch die jeweilige Auswahl an Interventionspezifika, genauer: der Ort der Ganzkörperwaschung, dem notwendigen Unterstützungsgrad, Besonderheiten bei der Körperwaschung sowie die Anzahl an zur Durchführung der Ganzkörperwaschung benötigten Pflegepersonen (vgl. Abbildung 10).

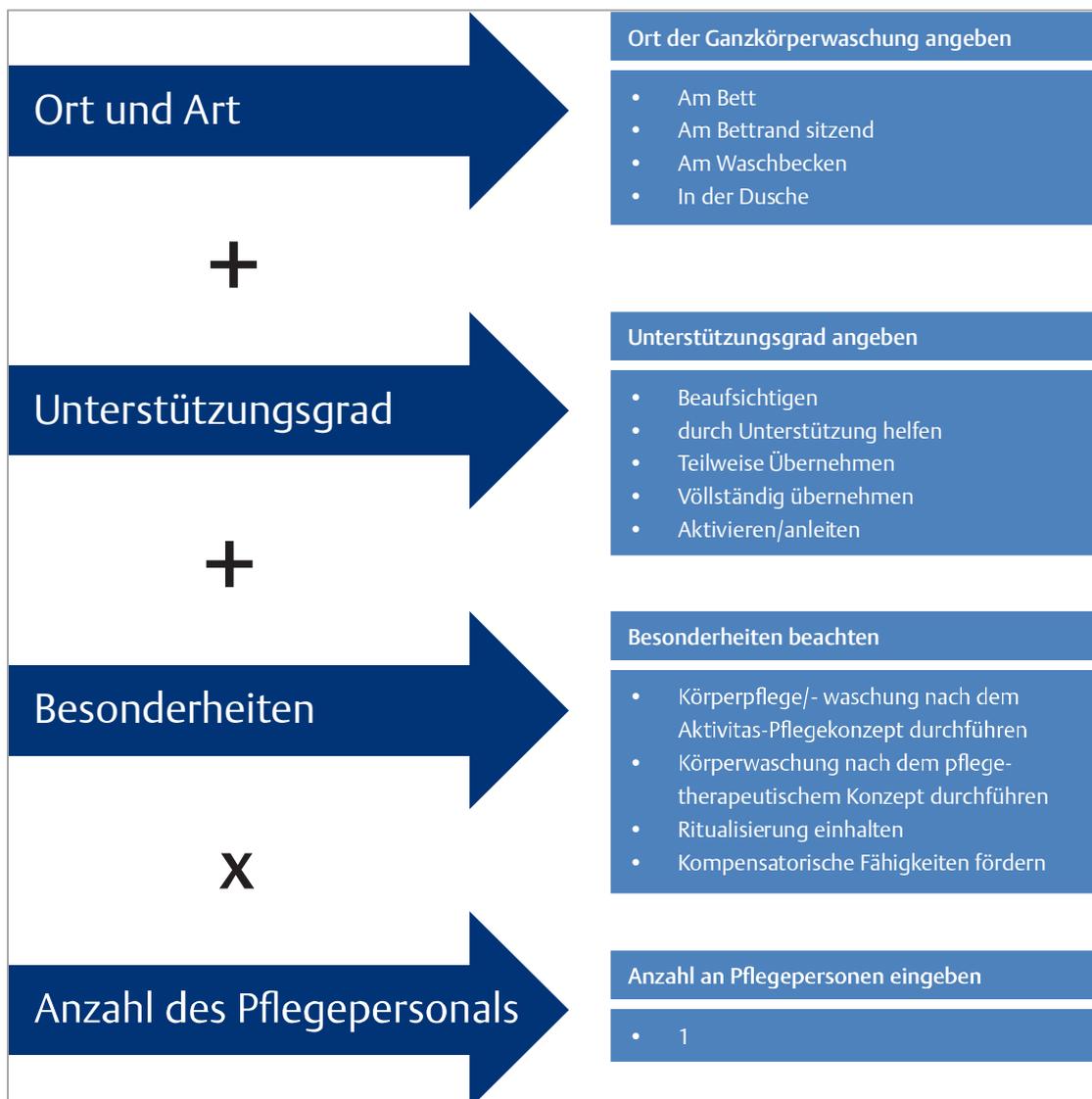


Abbildung 10: Beispiel für die kumulative Berechnung von normativen ENP-Zeitwerten (Ausschnitt)

Würde etwa eine Pflegeperson (x1) eine Ganzkörperwaschung am Waschbecken (18 Minuten) durchführen, dabei aktivierende/anleitende Elemente integrieren (+5 Minuten) und eine aufseiten des

Patienten/Bewohners/Klienten bestehende Ritualisierung einhalten (+1 Minute) einhalten, ergäbe sich ein summierter normativer Zeitwert von 24 Minuten. Müsstest sich aus bestimmten Gründen zwei Pflegepersonen an der Ganzkörperwaschung beteiligen (x2), ergäbe sich ein normativer Zeitwert von 48 Minuten.

Schließlich bestehen in ENP einige Interventionen, denen bewusst und gezielt kein normativer Zeitwert hinterlegt wurde. Der wesentliche Grund hierfür ist, dass sich mancherlei pflegerische Intervention kaum oder gar nicht „normieren“ lässt. Beispiele für entsprechende Bereiche sind etwa vielerlei Tätigkeiten im Kontext von Beratung, Anleitung und Patientenedukation, die sich je nach konkreten Inhalten, Compliance und Kompetenzen des individuellen Patienten/Bewohners/Klienten hinsichtlich des pflegerischen Aufwandes sehr unterschiedlich ausgestalten können. In derartigen Situationen scheint es zur Erfassung von validen und reliablen Zeitaufwänden zielführender, die Anwender zur Eingabe eines manuellen Zeitwertes aufzufordern, etwa mittels softwaregetriggelter Aufforderung.

## 5. Güte der ENP-Praxisleitlinien

Die pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade in ENP sind durch die induktive Entwicklung in Deutschland entstanden (Wieteck, 2004b). 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. Auch erfährt die systematische Weiterentwicklung von ENP zunehmend in Form von Bachelor-, Master und Promotionsarbeiten wichtige Impulse und Anstöße (vgl. z.B. Haller, 2017). Jede ENP-Praxisleitlinie 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, 2010; Helmbold & Berger, 2010; Schmitt, 2010; Wieteck, 2006b, 2006c, 2008b), weitere befinden sich zur Zeit (Stand April 2017) in der Publikationsphase wie etwa zum Themenkomplex der Schluckstörungen (Kraus, 2015) oder wurden im Rahmen von akademischen Abschlussarbeiten durchgeführt (Nißlein, 2017) und werden künftig noch an anderer Stelle veröffentlicht. 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 im Bereich der neonatologischen Intensivpflege (Schmitt, 2010). Diese Arbeiten beziehen sich auf die komplette Praxisleitlinie (= Pflegediagnose, Kennzeichen, Ursachen, Pflegemaßnahmen). Auch die Literaturanalysen von Helmbold (2010) bzw. Helmbold und Berger (2010) beziehen sich auf eine Praxisleitlinie in ihrer Gesamtheit. Am Beispiel der Pflegediagnosen zur Mangelernährung kann anhand der gefundenen Validitätseinschränkungen, die in der Studie von Hardenacke (2007) festgestellt wurden, die

darauffolgende Bearbeitung und Weiterentwicklung der ENP-Diagnosen zur Mangelernährung nachvollzogen werden (Helmbold, 2010).

Einige Studien und Projekte zur Evaluierung von ENP wurden im Zusammenhang mit der praktischen Anwendung von ENP durchgeführt. So kommen Baltzer und Kollegen 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 & Berthou, 2006). 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 & 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“ übereinstimmen. 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 Pflegemaßnahmenseite 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, 2009; Konrad, 2009; Wieteck, 2004a). In einem Fachaufsatz zeigt Wieteck (2009), 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. ENP wird ebenfalls im Kontext der Abbildbarkeit der Pflegeleistung innerhalb des DRG-Systems diskutiert (Bartholomeyczik, Haasenritter, & Wieteck, 2009; Wieteck & Kraus, 2015, 2016). Darüber hinaus wurden Validierungsarbeiten bezüglich der Übersetzung von ENP ins Italienische, Englische und Französische durchgeführt. Hierfür bestehen u.a. eine Zusammenarbeit mit der Universität L’Aquila 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 für den deutschen Sprachraum nicht erforderlich. Ein internationaler Datenaustausch könnte über ein Mapping sichergestellt werden (Wieteck, 2007c). Ebenso können mit ENP Aspekte zur Anpassung und Behebung der Anforderungen des MDS, die in der Grundsatzstellungnahme zum Pflegeprozess und zur Dokumentation gestellt sind, erfüllt werden (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), 2005).

ENP klassifiziert im Vergleich zu anderen präkombinatorischen Pflegeklassifikationssystemen Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen, die individuell zusammengeführt als Praxisleitlinie in einer horizontalen Struktur Pflegewissen als Entscheidungshilfe für Pflegenden anbietet. 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 den Ergebnissen einer Studie aus dem Jahr 2008 zufolge nicht über ENP abgebildet werden (Wieteck, 2008c). 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, 2010; Wieteck, 2004b). In dem breit angelegten Praxistest von St. Gallen kommen Kossaibati und Berthou (2006) 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.

Die Validität der ENP-Praxisleitlinien ist in der Tiefe auf hohem, wissenschaftlichem Niveau noch 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 (vgl. hierzu u.a. Kraus, 2015). 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 Terminologiearbeit* (5. ed.). 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. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 7(1), pp. 81-90.
- Baltzer, M., Baumberger, D., & Wieteck, P.** (2006). *Pilotprojekt LEP Nursing 3/ENP* (pp. 23). Bern. Spital Bern.
- Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P.** (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft*, 12(9), pp. 669-687.
- Baumberger, D. & Raeburn, S.** (2015). LEP Nursing 3 für die Pflegedokumentation und die Sekundärnutzung von Pflegedaten. *NOVAcura*, 46(10), pp. 17-19.
- Berger, S.** (2008). Kriteriumsvalidität von ENP. Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit ENP. *Pflegewissenschaft*, 10(8), pp. 1-8.
- Berger, S.** (2010). *Kriteriumsvalidität von ENP Abbildung von individuell formulierten Pflegeprozessplanungen mit der standardisierten Pflegefachsprache ENP*. Kassel: RECOM.
- Bogner, A., Littig, B., & Menz, W.** (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bölicke, C.** (2001). Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen. *Pflege aktuell*, 55(2), pp. 96-99.
- Bollinger, H., Gerlach, A., & Grewe, A.** (2006). Die Professionalisierung der Pflege zwischen Traum und Wirklichkeit. In J. Pundt (Ed.), *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen - Potenziale - Perspektiven*. Bern: Huber, pp. 76-92.
- Brady, A.** (2008). Managing the patient with dysphagia. *Home Healthcare Nurse*, 26(1), pp. 41-46. doi: 10.1097/01.NHH.0000305554.40220.6d
- Brobst, R. A. et al.** (1997). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Huber.
- Bromme, R., Jucks, R., & Rambow, R.** (2004). Experten-Laien-Kommunikation im Wissensmanagement. In G. Reinmann & H. Mandl (Eds.), *Der Mensch im Wissensmanagement: Psychologische Konzepte zum besseren Verständnis und Umgang mit Wissen*. Göttingen: Hogrefe, pp. 176-188.
- Caldeira, S. M. A. et al.** (2012). Validation of nursing diagnoses - the Differential Diagnostic Validation Model as a strategy. Retrieved from [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2532/pdf\\_1258](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2532/pdf_1258) (Accessed: 16.10.2014).
- Chang, B. L.** (1994). Validity of Concepts for Selected Nursing Diagnoses. *Clinical Nursing Research*, 3(3), pp. 183-208.
- Chang, B. L.** (1995). Nursing diagnoses and construct validity of pain, self-care deficit and impaired mobility. *International Journal of Nursing Studies*, 32(6), pp. 556-567.
- Creason, N. S.** (2004). Clinical Validation of Nursing Diagnoses. *International Journal for Nursing Terminologies and Classifications*, 15(4), pp. 123-132.

- Deppmeyer, C.** (1999). Vom Anspruch zur Wirklichkeit - Der Umgang mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Die Schwester/Der Pfleger*, 38(9), pp. 743-745.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.** (2013). Advanced Nursing Practice. Pflegerische Expertise für eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung. Retrieved from [www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf](http://www.dbfk.de/download/download/Advanced-Nursing-Practice---Pflegerische-Expertise-2013-02.pdf) (Accessed: 30.12.2014).
- Dickoff, J., James, P., & Wiedenbach, E.** (1968). Theory in a practice discipline Part I. Practice oriented theory. *Nursing Research*, 17(5), pp. 415-435.
- Fehring, R. J.** (1987). Methods to validate nursing diagnoses. *Heart & Lung: Journal of Critical Care*, 16(6 part 1), pp. 625-629.
- Fehring, R. J.** (1994). Symposium on Validation Models. 3: The Fehring Model. In R. M. Carroll-Johnson & M. Paquette (Eds.), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, pp. 55-62.
- Field, M. J. & Lohr, K. N.** (Eds.). (1992). *Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use* Washington: National Academy Press.
- 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.* *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. Retrieved from <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/entbuerokratisierung-in-der-stationaeren-altenhilfe.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Accessed: 23.12.2011).
- Gordon, M.** (2001). *Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis* (3. ed.). München; Jena: Urban & Fischer.
- Gordon, M. & Bartholomeyczik, S.** (2001). *Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen* (1. ed.). München, Jena: Urban& Fischer.
- Gordon, M. & Sweeney, M. A.** (1979). Methodological Problems and Issues in Identifying and Standardizing Nursing Diagnosis. *Advances in Nursing Science*, 2(1), pp. 1-15.
- Grant, J. S. & Kinney, M. R.** (1992). Using the Delphi Technique to Examine the Content Validity of Nursing Diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 3(1), pp. 12-22.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Guzzetta, C. E.** (1990a). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), pp. 65-74.
- Grant, J. S., Kinney, M. R., & Guzzetta, C. E.** (1990b). Using Magnitude Estimation Scaling to Examine the Validity of Nursing Diagnoses. *Nursing Diagnosis*, 1(2), pp. 64-69.
- Haag, S.** (2009). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten.* (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

- Haller, J.** (2017). *Das Pflegeproblem Harninkontinenz: Eine Literaturanalyse zur Weiterentwicklung der Pflegediagnose Belastungsinkontinenz des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP)*. (Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts), Fachhochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt.
- Hardenacke, D.** (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *Pflegewissenschaft*, 10(10), pp. 530-538.
- Helmbold, A.** (2010). Weiterentwicklung von ENP im Bereich Mangelernährung auf Grundlage einer Validierungsstudie und einer Literaturstudie. *Pflegewissenschaft*(5), pp. 292-299.
- Helmbold, A. & Berger, S.** (2010). Literaturanalyse zur Körperwaschung - Ein Schritt im Validierungsprozess der ENP-Pflegediagnosen. *Pflegewissenschaft*, 12(2), pp. 100-107.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S.** (Eds.). (2016). *NANDA International, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017* (1. ed.). Kassel: RECOM.
- Hines, S. et al.** (2011). Identification and nursing management of dysphagia in individuals with acute neurological impairment (update). *International Journal of Evidence-based Healthcare*, 9(2), pp. 148-150. doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00211.x
- Hoskins, L. M.** (1997). How to do a Validation Study. In M. J. Rantz & P. LeMone (Eds.), *Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Twelfth Conference*. Glendale: Cinahl Information Systems, pp. 79-86.
- Hügli, A. & Lübcke, P.** (Eds.). (2001). *Philosophie-Lexikon* (4. ed.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hyun, S. & Park, H.-A.** (2002). Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. *International Nursing Review*, 49(2), pp. 99-110.
- Jasper, M. A.** (1994). Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), pp. 769-776. doi: 10.1046/j.1365-2648.1994.20040769.x
- Kerr, M. E. et al.** (1993). Taxonomic Validation: An Overview. *Nursing Diagnosis*, 4(1), pp. 6-14.
- Kimmel, A. & Breuninger, K.** (2016). Pflegereform 2017. *Gesundheitswesen*, 78(07), pp. 477-488. doi: 10.1055/s-0042-101411
- Konrad, H.** (2009). *Pneumonieprophylaxe bei Krankenhauspatienten: Analyse von Daten der Pflegeklassifikation ENP® in elektronischen Patientenakten*. Kassel: Recom.
- Kossaibati, S. & Berthou, A.** (2006). *Konzeption und Pilotierung der Einführung von ENP an den Spitälern und Kliniken des Kantons St. Gallen -Schlussbericht*: Institut de santé et d`économie (ISE).
- Kraus, S.** (2015). Der steile Weg zu Qualität: Die systematische Weiterentwicklung und Validierung von ENP-Praxisleitlinien am Beispiel von Schluckstörungen. Ein Erfahrungsbericht. Vortrag am 8. wissenschaftlichen Kongress für IT im Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich (ENI) in Hall in Tirol. Retrieved from <http://www.kongress-eni.eu/informationen/letzte-kongresse/texte-videos?download=40:folien-zum-download&start=20> (Accessed: 12.05.2017).
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS).** (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Retrieved from [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/30\\_Pflegeprozess\\_Dok\\_2005.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf) (Accessed: 10.01.2017).
- Meuser, M. & Nagel, U.** (2002). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Eds.), *Das Experteninterview: VS Verlag für Sozialwissenschaften*, pp. 71-93.

- Mittelstraß, J.** (Ed.). (1996). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie Band 4: Sp-Z*. Stuttgart, Weimar: Verlag J.B. Metzler.
- Nißlein, A.** (2017). *Evidence-based Nursing und Professionalisierung im Kontext der beruflichen Pflege. Systematische Weiterentwicklung und Validierung des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways am Beispiel einer Praxisleitlinie*. (Master's Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Education), Lehrstuhl für Berufspädagogik, Technische Universität München.
- Ollenschläger, G. et al.** (1999). Leitlinien - Bedeutung, Verbindlichkeit und Qualität: Welche Problematik liegt in der Entwicklung und Einführung von Leitlinien? Retrieved from <http://www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/Publ2/osna99.pdf> (Accessed: 10.05.2017).
- Opel, B.** (2004). Die Entwicklung von ENP-Pflegediagnosen durch eine Begriffsanalyse nach Walker/Avant. In P. Wieteck (Ed.), *ENP - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* Bad Emstal: RECOM Verlag, pp. 37-50.
- Palm, R. & Dichter, M.** (Eds.). (2013). *Pflegewissenschaft in Deutschland - Errungenschaften und Herausforderungen. Festschrift für Sabine Bartholomeyczik*. Bern: Huber [u.a.].
- Pelchen, L. et al.** (2016). *Pflegerisches Basis-Assessment (BAss)*. Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 29.08.2016. Aktualisiert am 31.10.2016 Retrieved from <http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/Pflegerisches%20Basis-Assessment.pdf> (Accessed: 14.05.2017).
- Schaeffer, D. & Wingenfeld, K.** (2014). Entwicklung von Pflegewissenschaft in Deutschland. In D. Schaeffer & K. Wingenfeld (Eds.), *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa, pp. 9-18.
- 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.** (2010). Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP auf einer neonatologischen Intensivstation. *PrInterNet*, 12(4), pp. 224-232.
- Schrems, B.** (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Wien: Facultas.
- Schütze, F.** (2006). *Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung*. (Diplomarbeit), Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Tanner, D. C.** (2010). Lessons from nursing home dysphagia malpractice litigation. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(3), pp. 41-46. doi: 10.3928/00989134-20100202-06
- Thomas, D. et al.** (2014). Instrumente zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. Diskussionspapier zur Personalbemessung und -finanzierung in der Krankenhauspflege in Deutschland. *IBES Diskussionsbeitrag, No. 204*. Retrieved from <http://econstor.eu/bitstream/10419/101317/1/796268495.pdf> (Accessed: 31.07.2015).
- Walker, L. O. & Avant, K. C.** (1998). *Theoriebildung in der Pflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Walker, L. O. & Avant, K. C.** (2010). *Strategies for theory construction in nursing* (5 ed.). Boston: Prentice Hall.
- Whitley, G. G.** (1997). Three Phases of Research in Validating Nursing Diagnoses. *Western Journal of Nursing Research*, 19(3), pp. 379-399.

- 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. *PrInterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wieteck, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *PrInterNet*, 6(9), pp. 486-494.
- 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.* Bad Emstal: RECOM.
- 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.* (Dissertation zur Erlangung des akademischen grades Doctor rerum medicinalium), Universität Witten/Herdecke, Witten.
- Wieteck, P.** (2008a). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP-ICNP cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x
- Wieteck, P.** (2008b). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review*, 55(3), pp. 296-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x
- Wieteck, P.** (2008c). *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1.* Bad Emstal: RECOM.
- 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.). (2004b). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2 ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P.** (Ed.). (2014). *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege. Formulierungshilfen für Ausbildung und Praxis.* Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. et al.** (Eds.). (2017). *Handbuch 2017 für PKMS und OPS 9-20. Kodierung und Dokumentation, aktuelle berufspolitische Diskussion, aktivierend-therapeutische Pflege* (8. ed.). Kassel: RECOM.
- Wieteck, P. & Kraus, S.** (2015). Personalbedarf messen: aber wie? *CNE Pflegemanagement*(5), pp. 14-17.

**Wieteck, P. & Kraus, S.** (2016). *Personalbedarf Pflege. Sektorenübergreifende Analyse der Pflegesituation und ihre Bemessungsgrundlagen mit Handlungsempfehlungen*. Kassel: RECOM GmbH.

**Wingenfeld, K., Büscher, A., & Gansweid, B.** (2008). Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Abschlussbericht zur Hauptphase 1. Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments. Überarbeitete und korrigierte Fassung vom 25. März 2008. 133. Retrieved from [https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/aq6/downloads/Abschlussbericht\\_IPW\\_MDKWL\\_25.03.08.pdf](https://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/aq6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf) (Accessed: 10.05.2017).