

Wissenschaftliche Hintergründe

European Nursing care Pathways – Version 3.0



Dr. Pia Wieteck

Sebastian Kraus (M.Sc.)

Stephanie Hausherr (B.Sc.)

Renate Berner (Dipl.-Pflegerin FH)

Dr. Holger Mosebach

Stand: Juni 2019

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Einleitung | 3 |
| 1. Struktur/Aufbau von ENP..... | 3 |
| 1.1 Die Pflegeklassifikation ENP – Teil A..... | 4 |
| 1.2 Präkombinationen von Begriffen der ENP-Pflegeklassifikation – Teil B | 11 |
| 1.2.1 Präkombinatorische ENP-Pflegediagnosen..... | 12 |
| 1.2.2 Präkombinatorische ENP-Interventionen | 14 |
| 1.3 Praxisleitlinien in ENP – Teil C..... | 15 |
| 1.4 Die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP | 16 |
| 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) | 37 |
| 2.4 ENP-Version 2.6 auf 2.7 (Mai 2011 bis August 2012) | 39 |
| 2.5 ENP-Versionen 2.7 bis 2.9 (August 2012 bis August 2014)..... | 40 |
| 2.6 ENP-Version 2.9 auf 2.10 (September 2014 bis Mai 2017) | 49 |
| 2.7 ENP-Version 2.10 auf 3.0 (Juni 2017 – Mai 2019) | 53 |
| 3. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien | 60 |
| 4. Definitionen der Klassenbegriffe von ENP..... | 64 |
| 4.1 Definition der ENP-Pflegediagnosen..... | 64 |
| 4.2 Definition: ENP-Kennzeichen..... | 67 |
| 4.3 Definition: ENP-Ursachen | 68 |
| 4.4 Definition: Ressourcen | 69 |
| 4.5 Definition: ENP-Pflegeziele..... | 70 |
| 4.6 Definition: ENP-Pflegeinterventionen..... | 72 |
| 4.7 Zeitwerte in ENP | 73 |
| 5. Güte der ENP-Praxisleitlinien | 76 |
| 6. Kritische Anmerkungen | 77 |
| Literatur..... | 79 |

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 Softwareumgebung 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, Hausherr, Berner & Mosebach (2019). Wissenschaftliche Hintergründe ENP (European Nursing care Pathways), Version 3.0. 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 **566 (Version 3.0)** 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.

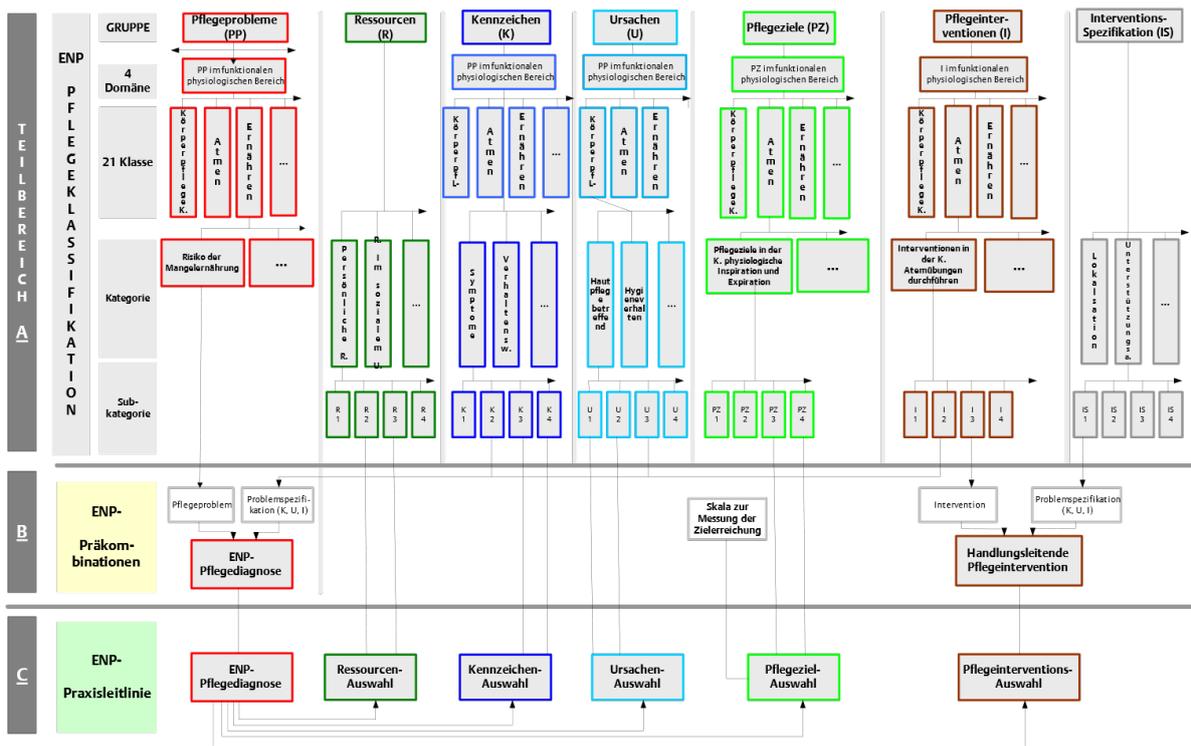


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Klassifikationssystems ENP mit seinen Teilbereichen A, B und C

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 |
|--|---|--|
| Funktionaler/ physiologischer Bereich <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien bezogen auf Veränderungen der Körperfunktionen und -strukturen, die zu Einschränkungen und/oder Verlust der Selbstfürsorgekompetenzen zur Erfüllung der körperlichen Grundbedürfnisse und/oder zu Gesundheitsrisiken führen.</i> | Körperpflege/Kleiden Fähigkeit, bewusste Handlungen zur Reinigung, Pflege des Körpers zu planen und durchzuführen sowie für eine der Umwelt angepasste Bekleidung zu sorgen. | Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung ¹ |
| | | Selbstfürsorgedefizit Mundpflege |
| | | Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege |
| | | Selbstfürsorgedefizit Haarpflege |
| | | Selbstfürsorgedefizit Kleiden |
| | Atmung Umfasst die Atmungsfunktionen der Ventilation (Inspiration und Expiration, Funktion der Atemmuskulatur), des Gasaustausches zwischen Luft und Blut, sowie der Selbstreinigungsfunktionen der Atemwege. | Beeinträchtigte Atemwegsclearance |
| | | Insuffiziente Atmung |
| | | Risiko der respiratorischen Insuffizienz |
| | | Risiko der Erstickung |
| | | Risiko der Aspiration |
| | | Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie |
| | | Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ |
| | Ernährung 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. | Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme |
| | | Beeinträchtigt Schlucken |
| | | Mangelernährung |
| | | Risiko der Mangelernährung |
| | | Beeinträchtigt Ernährungsverhalten |
| | | Dehydration / Störung des Elektrolythaushalts |
| | | Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits-/ Elektrolythaushalts |
| | | Risiko des beeinträchtigten Stillens |
| | | Beeinträchtigt Stillen |
| | Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen | |
| | Ausscheidung Eine durch Muskelkontraktion herbeigeführte Entleerung von Harn, Magen oder Darminhalt | Selbstfürsorgedefizit Miktion/Defäkation |
| | | Beeinträchtigte Urinausscheidung |
| | | Selbstversorgungsdefizit Harninkontinenz |
| | | Beeinträchtigte Stuhlausscheidung |
| | | Selbstfürsorgedefizit Stomapflege |
| | | Risiko von Stomakomplikationen |
| | | Beeinträchtigte Stomaversorgung |
| | | Risiko des paralytischen Ileus |
| | | Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens |
| Risiko einer Inkontinenz | | |
| Risiko der Infektion des Harnsystems | | |
| Kreislauf | Beeinträchtigte Herz-/Kreislauffunktion | |
| | Risiko des beeinträchtigten Herz-/Kreislaufs | |

¹ **Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung ist beispielsweise wie folgt definiert:** Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeiten und Fertigkeiten, um die erforderlichen Maßnahmen zur Reinigung des ganzen Körpers mit Wasser und geeigneten Pflegemitteln zu realisieren. Damit entsteht ein Ungleichgewicht zwischen Selbstpflegebedarf und den Selbstpflegefähigkeiten des Betroffenen. Jede Kategorie ist definiert und ist ein Bestandteil der zugeordneten ENP-Pflegediagnosen.

| | |
|---|---|
| <p>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> | Risiko der Thrombose |
| | Risiko der Lungenembolie |
| | Risiko der Blutung |
| | Risiko der allergischen Reaktion / eines anaphylaktischen Schocks |
| <p>Bewegung/Mobilität 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 |
| | Beeinträchtiges Gehen |
| | Beeinträchtiger(s) Bewegungsablauf / -muster |
| | Risiko des Sturzes |
| | Risiko der Kontraktur |
| | Risiko der Spastik |
| | Risiko der Lähmung |
| | Risiko der beeinträchtigten Mobilität |
| <p>Entspannen/Schlafen/Ruhen Umfasst alle Aktivitäten und mentalen Funktionen, welche sich in einer periodischen, reversiblen und selektiven physischen und mentalen Loslösung von der unmittelbaren Umgebung äußern und bei denen der Körper in einen Ruhezustand gelangt und Körperfunktionen herabgesetzt sind.</p> | Risiko des Schlafdefizits |
| | Beeinträchtigter Schlaf |
| | Beeinträchtigte Entspannung |
| <p>Gewebeintegrität Umfasst alle Aktivitäten, Verhaltensweisen und Funktionen, welche die Integrität (Unversehrtheit) des Körpers und/oder Organe beeinflussen bzw. beeinflussen könnten.</p> | 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 |
| <p>Stoffwechsel Umfasst alle Funktionen der Regulierung erforderlicher Nahrungsbausteine wie Kohlehydrate, Eiweiße und Fette sowie deren Umwandlung in Energie als auch die Gesamtheit der</p> | Risiko der Hypo- / Hyperglykämie |
| | Risiko der Stoffwechsellage |
| | Stoffwechsellage |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>anderen chemischen Umwandlungsprozesse im Organismus. Hierzu gehören z. B. der Glukosestoffwechsel ebenso wie die Funktionen der Hormonbalance der Hypophyse, Schilddrüse, Nebenniere usw.</p> | |
| | <p>Fortpflanzung Umfasst alle Funktionen und Aktivitäten, welche mit der Fertilität, Schwangerschaft, Geburt und Laktation in Verbindung stehen.</p> | <p>Risiko der Komplikationen für Mutter und/oder ungeborenes Kind</p> <p>Risiko der ungewollten Konzeption</p> <p>Beeinträchtigt Sexualeben</p> |
| | <p>Körpertemperatur Umfasst alle Funktionen und Aktivitäten, die mit der Regulation der Körpertemperatur in Zusammenhang stehen.</p> | <p>Risiko von wärmeregulationsbedingten Komplikationen</p> <p>Risiko der Hyper-/Hypothermie</p> |
| <p>Emotionaler/psychosozialer Bereich <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien bezogen auf Einschränkungen (z. B. körperliche, umfeldbedingte), Verhaltensweisen oder andere Gegebenheiten, die die persönliche Entwicklung, Partizipation und/oder die emotionale und soziale Gesundheit beeinträchtigen.</i></p> | <p>Empfindung 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 |
| | <p>Wahrnehmungen 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> | Schamgefühl |
| | | Beeinträchtigte räumliche Orientierung |
| | | Beeinträchtigt Körperschema/-bild |
| | | Beeinträchtigt Selbstkonzept/-bild |
| | | Risiko der Bewusstseinsstörung |
| | | Beeinträchtigt Bewusstsein |
| | | Beeinträchtigt Wahrnehmung |
| | Risiko von Komplikationen infolge von Wahrnehmungsstörungen | |
| | <p>Interaktion Umfasst jedes aufeinander bezogene, wechselseitige Handeln zweier oder mehrerer Personen, in der Regel wird hierzu jegliche Art der Kommunikation genutzt.</p> | Risiko der ineffektiven/inadäquaten Kommunikation |
| | | Beeinträchtigt Kommunikation |
| | | Risiko der beeinträchtigten Interaktion |
| | | Beeinträchtigt Interaktion |
| Beeinträchtigt Beziehung | | |
| Risiko unerfüllter Bedürfnisse | | |
| <p>Handlung/Verhalten</p> | Beeinträchtigt Anpassung | |
| | Auffälliges Verhalten | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>Umfasst alle Aktivitäten und körperlichen Reaktionen eines Menschen, die sich beobachten und/oder messen lassen. Die Gesamtheit unmittelbar beobachtbarer Handlungen sind Verhaltensweisen, welche von außen beobachtbare Äußerungen eines Menschen auf seine Umwelt darstellen.</p> | Beeinträchtigte Copingstrategie | |
| | Gesundheitsgefährdendes Verhalten/Sucht | |
| | Risiko der Selbst-/Fremdgefährdung | |
| | Verhalten ist selbst- / fremdgefährdend | |
| | Selbstverletzendes Verhalten | |
| | Risiko der unwirksamen Therapie | |
| | Risiko der Nichterreicherung gesundheitsbezogener Ziele | |
| | Risiko des Suizids | |
| | Risiko der Flucht | |
| | Aktivität/ Alltagsgestaltung Umfasst alle Handlungen/ Aktivitäten des Einbezogenenseins 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 | Risiko des Selbstfürsorgedefizits |
| | Beeinträchtigte Selbstfürsorge | |
| | Beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung | |
| | Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten | |
| | Beeinträchtigte Freizeitgestaltung | |
| | Selbstfürsorgedefizit Haushaltsführung | |
| | Dependenzpflegedefizit | |
| | Risiko des Dependenzpflegedefizits | |
| | Persönliche Entwicklung 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. | Beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit |
| | Beeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit | |
| | Beeinträchtigte Entwicklung | |
| Risiko der beeinträchtigten Entwicklung | | |
| Beeinträchtigte Zukunftsperspektive | | |
| Beeinträchtigte Gewohnheiten | | |
| Beeinträchtigte Lebensqualität | | |
| Beeinträchtigte Sterbephase | | |
| Beeinträchtigte Selbstachtung | | |
| Wissen/Information 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. | Fehlende Informationen/Fähigkeiten | |
| Beeinträchtigte Informationsverarbeitung | | |
| Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten | | |
| Gesellschaft Umfasst Aktivitäten, Handlungen und Vorstellungen, welche im | Risiko der sozialen Ausgrenzung | |
| Risiko der sozialen Isolation | | |
| Risiko des finanziellen / sozialen Ruins | | |

| | | |
|---|---|---|
| | Kontakt mit gesellschaftlichen Normen wie Religion, Rollen, Glauben, Wertesystemen in Zusammenhang stehen und die eigenen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen beeinflussen. | Risiko der beruflichen Ausgliederung Rollenkonflikt Beeinträchtigte Religions- / Glaubensausübung Selbstversorgungsdefizit |
| Mehrdimensionale Risiken <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien bezogen auf 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> | Gesundheitsrisiken unspezifisch Umfasst alle Aktivitäten, Behandlungen, Therapien und (körperlichen) Veränderungen, welche im Zusammenhang mit einem Gefährdungspotenzial für die eigene Gesundheit in Verbindung stehen. | Risiko des plötzlichen Kindstods Risiko von Komplikationen: Behandlung/Therapie Risiko von Komplikationen: Grunderkrankung / Verletzung Risiko von Komplikationen: Operationen Risiko von Komplikationen: Pathologische Veränderungen Gesundheitsrisiken |
| Umfeldbezogene Pflegeprobleme <i>Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche sich nicht auf den Pflegeempfänger selbst, sondern auf Risiken für sein gesellschaftliches und/oder soziales Umfeld beziehen.</i> | Gesundheitsrisiken für das Umfeld Umfasst alle körperlichen Veränderungen, die ein Gefährdungspotenzial des betroffenen Menschen für seine Umwelt darstellen. | Risiko der Ansteckung |
| N = 4 | N = 21 | N = 137 |

Tabelle 1: Gruppe der Pflegeprobleme aufgegliedert in ihre Domänen, Klassen und Kategorien in ENP Version 3.0

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 „Pflegemaßnahmen zur 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 3.0:

Pflegediagnosen (n=566)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung

Pflegediagnose...

Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Mundpflege

Pflegediagnosen...

Pflegeziele (n=1920)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Körperwaschung

Pflegeziele

Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Mundpflege

Pflegeziele

Pflegeinterventionen (n=2641)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Körperwaschung

Pflegemaßnahmen

Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Mundpflege

Pflegemaßnahmen

Kennzeichen (n=4433)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Zahnpflege betreffend Kennzeichen

Kennzeichen

Ursachen (n=3974)

Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**

Klasse: Körperpflege/Kleiden

Kategorie: Hygieneverhalten

Ursachen

Ressourcen (n=694)

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 2.6 | Anzahl 2.7 | Anzahl 2.9 | Anzahl 2.10 | Aktuell 3.0 |
|------------------------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Pflegediagnosen | 542 | 548 | 552 | 557 | 566 |
| Kennzeichen | 2.719 | 2.905 | 3.984 | 4.243 | 4.439 |
| Ursachen | 2.282 | 2.426 | 3.526 | 3.802 | 3.983 |
| Ressourcen | 457 | 473 | 648 | 653 | 694 |
| Pflegeziele | 1.683 | 1.724 | 1.852 | 1.865 | 1.930 |
| Pflegeinterventionen | 2.511 | 2.558 | 2.615 | 2.632 | 2.653 |
| Interventionsspezifikationen | 4.285 | 4.461 | 4.797 | 5.011 | 5.732 |

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

| Domäne | Klasse | | | | Kategorie | | | | Präkombinierte ENP-Pflegediagnosen | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------------------------------|------------|------------|------------|
| | 2.7 | 2.9 | 2.10 | 3.0 | 2.7 | 2.9 | 2.10 | 3.0 | 2.7 | 2.9 | 2.10 | 3.0 |
| Pflegeprobleme im funktionalen/physiologischen Bereich | 11 | 11 | 11 | 11 | 67 | 67 | 67 | 70 | 279 | 278 | 280 | 294 |
| Pflegeprobleme im emotionalen/psychosozialen Bereich | 8 | 8 | 8 | 8 | 59 | 59 | 59 | 60 | 212 | 221 | 224 | 228 |
| Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 | 9 | 9 | 6 | 54 | 50 | 50 | 41 |
| Umweltbezogene Pflegeprobleme | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Summe: 4 | 21 | 21 | 21 | 21 | 134 | 136 | 136 | 137 | 542 | 547 | 552 | 566 |

Tabelle 3: Anzahl der Elemente der Gruppe ENP-Pflegeprobleme Version 2.7 (Mai 2012) zur Version 2.9 (Mai 2014), Version 2.10 (Mai 2017) sowie Version 3.0 (Mai 2019)

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 Patient² 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 **Dystelektase** (Minderbelüftung der Lunge) das Risiko einer Atelektase/Pneumonie“, wie in der folgenden Abbildung dargestellt:

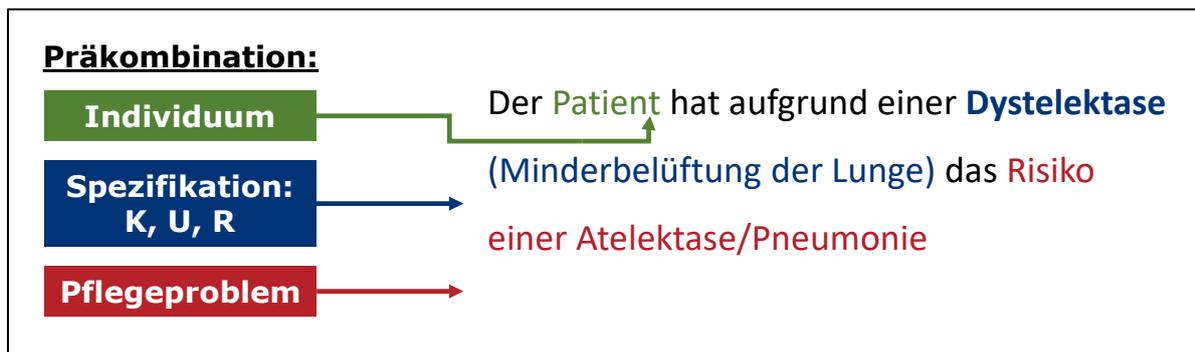


Abbildung 2: Präkombination einer ENP-Pflegediagnose

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

Jede ENP-Pflegediagnose in Version 3.0 erhielt für eine eindeutige Anwendung zudem eine Definition (vgl. auch Kapitel 2.7). Diese ist sowohl für Ausbildungszwecke als auch für Pflegepersonen, welche die pflegediagnostischen Konzepte nicht kennen, als Unterstützung und Förderung eines einheitlichen Verständnisses entwickelt worden. Zwar werden die Definitionen in der Regel durch die hohe Granularität 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 der Definition einer ENP-Pflegediagnose.

² Die Bezeichnung "Patient" kann je nach Setting und Geschlecht des Pflegeempfängers ersetzt werden durch Patientin, Bewohner/in oder Klient/in.

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

Definition:

Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund einer **beeinträchtigten mentalen Funktion der (Selbst-)Wahrnehmung, welche erforderlich ist, um sich zeitlich, örtlich, situativ und/oder zur eigenen Person zu orientieren**, den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und/oder Pflegeutensilien zu reinigen.

Deutlich wird, dass in der Definition die beiden Konzepte „Desorientierung“ und „Körperwaschung nicht selbstständig gestalten können“ Beachtung finden. Es wird versucht, die zentralen Elemente einer ENP-Pflegediagnose durch die genaue Bestimmung der verwendeten Begriffe zu beschreiben und/oder zu erklären.

Befindet sich bereits in einer ENP-Pflegediagnose eine Spezifikation in Form einer Ursache oder eines Kennzeichens, so beziehen sich sowohl die angebotenen Ursachen 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 Patient 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

Wünschenswert und auf der Entwicklungsagenda für die mittel- bis langfristige Zukunft angesetzt ist eine konkrete Operationalisierung der Beeinträchtigungsgrade je nach klinischem Kontext der zugehörigen ENP-Pflegediagnose, um ein eindeutiges Verständnis der einzelnen Abstufungen unter allen ENP-Anwendern, und damit eine möglichst einheitliche Auswahl, sicherstellen zu können.

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 durchführen

Beim Duschen unterstützen

Beim Baden 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).

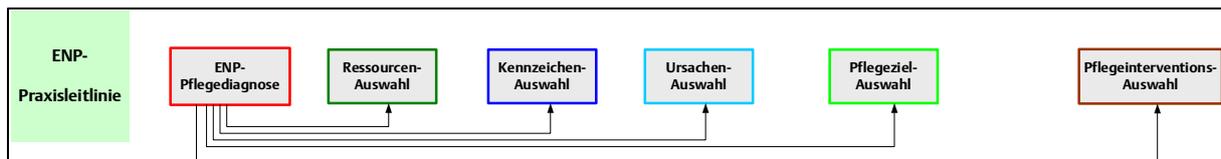


Abbildung 4: Horizontale Struktur einer ENP-Praxisleitlinie

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 exakt hierzu spezielle Interventionskonzepte 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 Interventionspezifikationen werden in Abbildung 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)³ 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 werden⁴.

1.4.1 Historischer Rückblick

Die Entwicklung von ENP begann 1989 an einer deutschen Krankenpflegeschule mit der zentralen Zielsetzung, die Pflegeprozessdokumentation zu vereinheitlichen und entsprechende Ausbildungsvorgaben zu entwickeln. Im Entwicklungsverlauf hat sich eine Gruppe von Lehrerinnen und 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 = 2138) mit Patienten/Bewohnern/Klienten genutzt, um einen Pflegeplan zu erstellen. Der mit dem Auszubildenden und im Pflegeteam konsentiertere 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

³ Im Kontext der Informatik werden sog. „Object Identifier“ als weltweit eindeutige und dauerhafte Bezeichner für ein bestimmtes Informationsobjekt verwendet.

⁴ Vgl. <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/oid/verzeichnis.html> (Zugriff am 10.05.2017).

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 „praxisnahen 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 (Quelle: Wieteck, 2007c in Anlehnung an Dickoff et al. 1968)

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 Softwareherstellern 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 führten Schritt für Schritt zur heutigen Klassifikationsstruktur. Zunächst wurde eine Taxonomie⁵ 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 Ontologie⁶ bezeichnet werden. Bei ENP wird aktuelles Pflegefachwissen durch die Verknüpfungen (Relationen) präsentiert. Die Basis bilden die Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionskonzepte, die in einer Datenbank verwaltet werden. Diese würden für den Anwender im Sinne der Wissensrepräsentation ohne Verknüpfungen untereinander nur einen geringen Nutzen haben. Aus diesem Grund sind die aufgeführten Elemente in der Datenbank strukturiert und durch pflegefachlich begründete Verknüpfungen verbunden. Schließlich wird durch Verknüpfungen auf horizontaler Ebene aus den kleinteiligen Einzelinformationen ein pflegefachlich vollständiges Informationsbild in Form von pflegerischen Praxisleitlinien erreicht. Durch die Verknüpfungen entsteht ein semantisches Netz, das zur Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses hilfreich ist. In einer elektronischen Patienten- bzw. Bewohnerakte werden die in ENP zur Verfügung gestellten Formulierungen genutzt, um die Pflegeprozessdokumentation umzusetzen. Zusätzlich ist ENP mit zahlreichen anderen Begriffssystemen und Klassifikationen verknüpft (vgl. Kapitel 1.6).

Phase 4 (seit 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 und französischer Sprache stehen derzeit noch aus, jedoch wird in

⁵ 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.

⁶ 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.

der Promotionsarbeit von Serge Haag die Validierung von ENP in französischer Sprache beschrieben (Haag, 2009). Die italienische Übersetzung von ENP (vgl. Wieteck, Moantovan, & Rigon, 2015) 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 (vgl. Rabl, Mereu, & Kraus, 2016) 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.

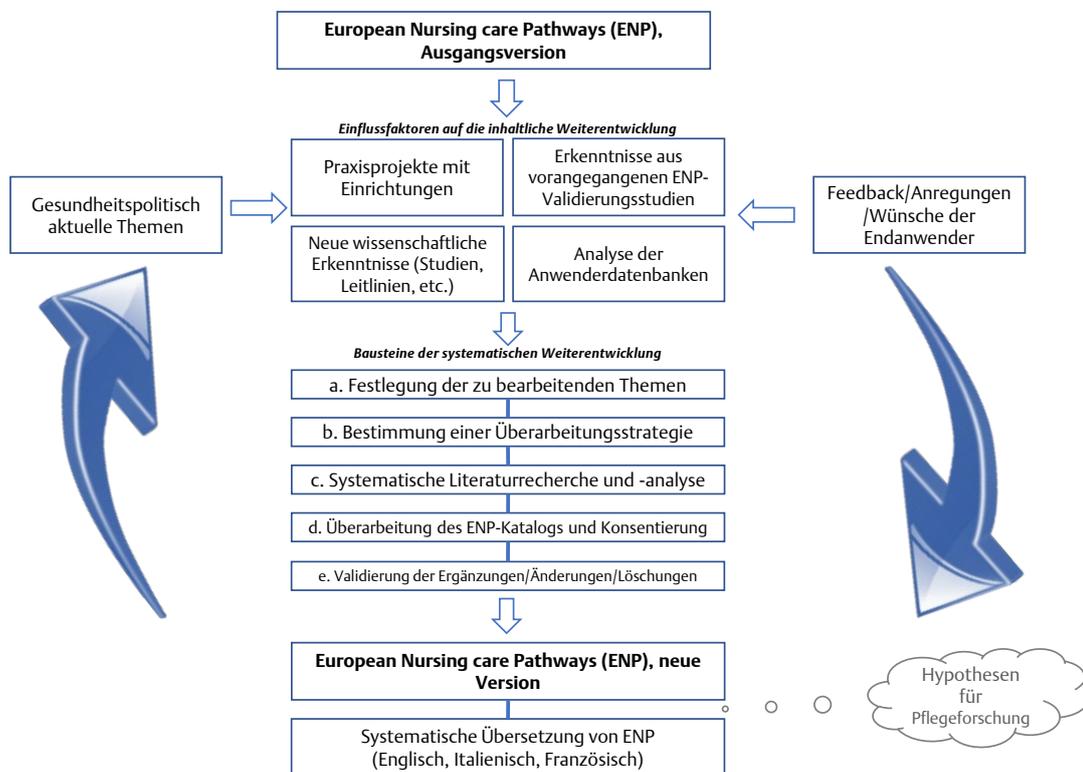


Abbildung 6: Prozess der systematischen Weiterentwicklung von ENP heute

Beeinflusst durch gesundheitspolitische Entscheidungen, Anwenderfeedback sowie neue wissenschaftliche 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 folgenden Schemas (am Beispiel der ENP-Praxisleitlinie „Der Patient leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“ vollzogen wird:

| Überarbeitungsschritt | Beispiel aus den Weiterentwicklungsarbeiten zur ENP-Praxisleitlinie „Der Patient leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|---|--|------------------------|--|--|--|--|--|--|----|---|-------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------|-------------|---|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|---|
| 1. Festlegen der Überarbeitungsstrategie mit Formulierung der Fragestellung für die gezielte Literatursuche | <p>Durchführung einer selektiven Datenbankrecherche, ergänzt um das Schneeballprinzip und eine freie Handsuche in ausgewählten Journals unter Nutzung der Boole'schen Operatoren (AND, OR, NOT), Trunkierungen und Phrasensuchen.</p> <p>Fragestellungen (Auszug):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch welche physiologisch feststellbaren Symptome, Merkmale oder Kennzeichen äußert sich Fatigue bei Betroffenen in der palliativen Phase? • Welche aus pflegerischer Sicht relevanten Symptome, Merkmale oder Kennzeichen werden bei Betroffenen mit Fatigue in der palliativen Versorgung beschrieben? • Welche Ursachen für das Symptom/Phänomen Fatigue werden speziell im Palliativbereich genannt? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Definition des bevorzugten Publikationstyps und des favorisierten Evidenzgrades | <p>Bevorzugung von Fachartikeln aus peer-reviewten Journals.</p> <p>Akzeptierte Studientypen: Clinical Studies, Clinical Trials, Comparative Studies, Controlled Clinical Trials, Evaluation Studies, Guidelines, Meta-Analysis, Multicenter Studies, Practice Guidelines, Randomized Controlled Trials, Reviews, Scientific Integrity Reviews und Systematic Reviews.</p> <p>Ausgeschlossen wurden Einzelfallberichte.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Bestimmung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie der zu nutzenden Datenbanken | <p>Publikationen in deutscher oder englischer Sprache, veröffentlicht ab dem Jahr 1990 bis einschließlich Januar 2018.</p> <p>Ausschluss von Publikationen, die Menschen unter 18 Jahren sowie Menschen mit Hirntumor, Gehirnmetastasen, Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen behandeln (Fatigue hier kaum abzugrenzen bzw. erkennbar).</p> <p>Suche in den in der Pflegewissenschaft anerkannten und zugänglichen Datenbanken PubMed (Medline) und CINAHL sowie im Leitlinienregister der AWMF.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Erarbeitung der Suchbegriffe und Festlegen spezifischer Suchphrasen | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 25%;">diagnosis OR diagnoses</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>OR</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion</td> <td style="vertical-align: top;">A N D</td> <td style="vertical-align: top;">palliati* OR "end of life"</td> <td style="vertical-align: top;">A N D</td> <td style="vertical-align: top;">nurs* OR care OR caring</td> <td style="vertical-align: top;">A N D</td> <td style="vertical-align: top;">symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>OR</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>cause* OR source* OR reason* OR etiolog*</td> </tr> </table> | | | | | | | diagnosis OR diagnoses | | | | | | | OR | fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion | A N D | palliati* OR "end of life" | A N D | nurs* OR care OR caring | A N D | symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature* | | | | | | | OR | | | | | | | cause* OR source* OR reason* OR etiolog* |
| | | | | | | diagnosis OR diagnoses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | OR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion | A N D | palliati* OR "end of life" | A N D | nurs* OR care OR caring | A N D | symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | OR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | cause* OR source* OR reason* OR etiolog* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Durchführung der Datenbankrecherchen | Sinnvolles Kombinieren von Suchbegriffen, Operatoren, Ein-/Ausschlusskriterien sowie Filterkriterien zu vollständigen Suchphrasen ⁷ . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Sichtung und Beschaffung relevanter Literatur im Volltext und Bewertung der | Die Datenbanken brachten mit den jeweils finalen Suchphrasen nach Bereinigung von Dopplungen insgesamt 347 Treffer zutage, die anhand eines Titel- und Abstract-Screenings auf ihre Relevanz hin überprüft wurden. Am Ende erschienen insgesamt 90 Treffer als bedeutsam für die Überarbeitung. Diese Publikationen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

⁷ Ein Beispiel für eine vollständige Suchphrase lautet etwa: (fatigue[Title/Abstract] OR tiredness[Title/Abstract] OR weariness[Title/Abstract] OR exhaustion[Title/Abstract]) AND (palliati*[Title/Abstract] OR "end of life"[Title/Abstract]) AND (nurs*[Title/Abstract] OR care[Title/Abstract] OR caring[Title/Abstract]) AND ((diagnosis OR diagnoses) OR (symptom* OR sign OR signs OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*)) OR (cause* OR source* OR reason* OR etiolog*)

| | |
|---|---|
| Publikationen und Studien hinsichtlich Qualität (Critical Appraisal) | wurden im Volltext beschafft und nach einer Prüfung ihrer methodologischen Qualität unter anderem mittels der Bewertungsinstrumente CONSORT, RIGHT und dem STROBE-Statement, konsequent mit den bestehenden 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 22 analysierten Veröffentlichungen berücksichtigt und für die ENP-Weiterentwicklung genutzt. |
| 7. Überarbeiten des ENP-Kataloges anhand der aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse und Fakten | <ul style="list-style-type: none"> • Neuaufnahme, Überarbeitung oder Stilllegung von Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeinterventionen und handlungsleitenden Interventionsdetails • Literaturabstützung aller geänderten, neu aufgenommenen oder stillgelegten Items • Erarbeiten von Definitionen, Begriffserklärungen und Hinweistexten • Ausweisen des Evidence-Levels zu der überarbeiteten Praxisleitlinie |
| 8. Konsentierung der Ergebnisse im ENP-Entwicklerteam, bei Bedarf auch mit hinzugezogenen externen Experten im jeweiligen Fachgebiet | |
| 9. Validierung der Überarbeitung z. B. durch Durchführung eines Expertenratings, einer Studie oder eines klinischen Tests in der Pflegepraxis | |
| | Fand im Rahmen die Weiterentwicklung der ENP-Praxisleitlinie „Der Patient leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“ nicht statt. Mögliche Optionen grundsätzlich: <ul style="list-style-type: none"> • Expertenrating • Klinische Studie • Pretest der Überarbeitungen in der Pflegepraxis |

Tabelle 4: Prozess der systematischen Literaturrecherche zur evidenzbasierten Weiterentwicklung von ENP am Beispiel der Praxisleitlinie „Der Patient leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“ (vgl. Hausherr, 2018)

Die nachfolgende Tabelle 5 zeigt exemplarisch einen Ausschnitt aus einer Bearbeitungstabelle zu einer ENP-Pflegediagnose des Themenbereichs Atmung, die Mitte 2016 bis 2017 aktualisiert wurde (vgl. Nißlein, 2017a; Nißlein, 2017b). Beispielhaft ist die Überarbeitung der zur Pflegediagnose gehörigen Ursachen⁸ 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 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 Revisionen 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)

⁸ 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 am Beispiel der Praxisleitlinie „Der Patient hat aufgrund von fest sitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie“

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 |
|---|--|--|--|
| Validierungsmethoden nach Gordon & Sweeney | | | |
| Retrospective Identification Model | 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) |
| Clinical Model | Pflegediagnosentitel | Die direkte Beobachtung von Patienten und deren Verhalten durch Pflegende sowie die Dokumentation dient als Quelle und Bewertungsgrundlage für die Titel von PD | |
| Nurse Validation Model | 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 | |
| Validierungsmethoden nach Fehring | | | |
| Diagnostic Content Validation Model (DCV) | 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) |
| Clinical Diagnostic Validation Model (CDV) | 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 | |
| Etiologic Correlational Ratings Validation Model (ECR) | Prädiktive Validität | Herstellen eines direkten Ursache-Wirkung-Zusammenhangs zwischen einer PD und ihren Ursachen. Berechnung eines Korrelationskoeffizienten (etiological correlation rating) zur Bestimmung der Stärke einer Ursache bzw. eines Risikofaktors zur Vorhersage einer PD | |
| Differential Diagnostic | Diskriminanzvalidität (zweier PD) | Die kennzeichnenden Merkmale zweier ähnlicher PD werden in einem Erhebungsinstrument gebündelt und verblindet von einer | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Validation Model (DDV) | Inhaltsvalidität, Augenscheinvalidität | „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. | |
| Delphi-Technik | 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) |
| Begriffsanalysen | 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) |
| Multivariate Validierungsmethoden | | | |
| Faktorenanalyse | 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) |
| Clusteranalyse | 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) |
| Größenverhältnisschätzung (Magnitude Estimation Scaling) | 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) |
| Crossmapping | 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 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 Befragungsinstrumentes 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 aus einem Expertenrating im Zuge der Weiterentwicklung der Praxisleitlinien zum Thema Dysphagie.

| Kennzeichen von Schluckstörungen | | Pflegerdiagnosen (insg. 10!) | | | |
|--|---|---|--|---|--|
|  | | 1. Der Bewohner ist aufgrund einer/s beeinträchtigen 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 | | | | |
| Kennzeichen | | | | | |
| Berichtet über Schluckstörungen bei fester Nahrung | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Auftreten der Schluckstörung überwiegend bei fester Nahrung | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Husten/Räuspern bei/nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Husten/Räuspern bei/nach 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 | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| 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 bei/nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Atemnot, ggf. mit Zyanose bei/nach dem Schlucken von Flüssigkeit | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Beobachtbare Schwierigkeiten beim Anschlucken | | ✓ Sinnvoll, unverändert | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Verbleibende Nahrungsreste auf der Zunge (nach dem Schlucken) | | ✓ Sinnvoll, unverändert | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Verbleibende Nahrungsreste am Gaumen (nach dem Schlucken) | | ✓ Sinnvoll, unverändert | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Äußerungen über/Beobachtung von Schluckstörungen | | Sinnvoll, unverändert Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu spezifisch Sinnvoll, inhaltlich jedoch zu allgemein Auflösen, inhaltlich zu spezifisch Auflösen, inhaltlich zu allgemein Auflösen, fachlich falsch Auflösen, fachlich unvollständig Auflösen, nicht dokumentationsrelev. | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Feuchte/gurgelige Stimmqualität nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Aufälliges positives Ergebnis bei der Phonationsprobe nach dem Schlucken | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | ✓ Sinnvoll, unverändert |
| Aufälliges 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 |
| Aufälliges positives Ergebnis beim 50 ml Wasserschlucktest | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Veränderte Schluckphasen (Schluckkontrollgriff) | | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen | Nicht sinnvoll, unverknüpft belassen |
| Fehlender Schluckreflex (Schluckkontrollgriff) | | 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 Detailinterventionen⁹ 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 bestehender, mittlerweile jedoch stillgelegter 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 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 (2012) oder dem Konkretisierungsansatz von 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).

⁹ 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 in standardisierter Form 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 sein¹⁰.

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 aufgrund des 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 gänzlich abgeschafft. Wenngleich die PPR derzeit (Stand Juni 2019) 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

¹⁰ 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 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 direkt enthaltene 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 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. Fachgesellschaft Profession Pflege e. V., 2018) 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 Komplexcodes 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 bisher 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, genannt NANDA-I PLUS¹¹, 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 2019) in einer Vielzahl an 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 oder als Lehrmaterial in der pflegerischen Ausbildung. 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:

¹¹ Weiterführende Informationen zur Datenbank NANDA-I PLUS sind den Internetseiten der Firma RECOM unter <https://www.recom.eu/klassifikationen/nanda-i-plus.html> entnehmbar.

Deutschland

Etwa 25 Krankenhäuser und über 400 Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege nutzen ENP in unterschiedlichen Softwareprodukten. Genaue Zahlen lassen sich durch die Einbindung von ENP als Datenbank in Drittsoftware wie erwähnt nicht mit letzter Gewissheit eruieren, verlässlichen Schätzungen zufolge ist jedoch davon auszugehen, dass in der Bundesrepublik mindestens 50.000 Pflegepersonen mit ENP arbeiten. Bislang haben fünf Ausbildungsstätten ENP als festen Bestandteil in den Lehrplan integriert. Bedingt durch die ab dem Jahr 2020 in Kraft tretende neue Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe, in der u. a. die Pflegediagnostik erstmals als eine zu erwerbende Kernkompetenz der Auszubildenden konkret benannt wird, ist in diesem Bereich jedoch ein spürbar wachsendes Interesse an ENP zu verzeichnen. Schließlich ist ENP in Form einer kostenfrei verfügbaren Lernsoftware (der sog. „ENP-Trainer“¹²) allein seit dem Jahr 2016 an mehr als 3.000 in Aus- und Weiterbildung befindliche Pflegepersonen ausgeliefert worden.

Österreich

In Österreich nutzen 18 Krankenhäuser, über 100 ambulante Pflegedienste sowie etwa 80 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, fünf 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 beginnend mit Version 2.0 beschrieben. Neben den hier dargestellten, neu hinzugekommenen und stillgelegten Pflegediagnosen werden auch die Diagnosen vorgestellt, bei denen eine tiefergehende inhaltliche Bearbeitung und/oder Validierung 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 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

¹² Vgl. <https://www.recom.eu/get-enp.html>

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. Für Einblicke in den Versionsverlauf beginnend mit 2.0 sei an dieser Stelle auf eine Buchveröffentlichung von Wietek (2004b) verwiesen.

ENP-Version 2.3 auf 2.4.

- Hierarchisierungsarbeiten auf Ebene der Pflegediagnosen, Entwicklung der ENP-Taxonomie mit dem Ziel der monohierarchischen Struktur für Datenauswertungen.
- 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 sind von der Version 2.3 (n=557 Praxisleitlinien) bis zur Version 2.4 (n= 516 Praxisleitlinien) 41 Pflegediagnosen in anderen aufgegangen und wurden daher stillgelegt.
- 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 Patient hat aufgrund einer Essstörung eine Mangelernährung |
| 849 | Der Patient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung eine Mangelernährung |
| 851 | Der Patient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung |
| 850 | Der Patient hat das Risiko einer Mangelernährung |
| 855 | Der Patient hat aufgrund einer Sondenernährung ein beeinträchtigt Wohlbefinden |
| 852 | Der Patient kann die Aufmerksamkeit nicht/nur mühsam auf die kontraläsionale (= vernachlässigte) Raum- oder Körperseite richten (=Neglect) |
| 853 | Der Patient ist in der Fähigkeit, Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten, beeinträchtigt |
| 856 | Der Patient ist in der Fähigkeit, Kompetenzen im Rahmen der Selbstpflegefähigkeit zu erwerben, beeinträchtigt , Risiko der unwirksamen Therapie |
| 857 | Der Patient hat einen Dekubitus , es besteht eine erschwerte Wundheilung |
| 858 | Der Patient hat einen Ulcus cruris arteriosum , es besteht eine erschwerte Wundheilung |
| 859 | Der Patient hat einen Ulcus cruris venosum , es besteht eine erschwerte Wundheilung |
| 861 | Der Patient hat auf Grund einer chronischen Wunde ein beeinträchtigt Wohlbefinden |
| 858 | Der Patient hat ein diabetisches Fußsyndrom (DFS) , es besteht eine erschwerte Wundheilung |
| 887 | Der Patient hat aufgrund fehlender Informationen/ Fertigkeiten im Umgang mit Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie ein Risiko der unwirksamen Therapie |

Tabelle 7: Neue ENP-Praxisleitlinien Version 2.5

Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien (n=30)

| | |
|-----|---|
| 555 | Der Patient hat eine Mangelernährung |
| 558 | Der Patient lehnt die Nahrungsaufnahme ab (Nahrungsverweigerung), es besteht das Risiko der Mangelernährung |
| 554 | Der Patient zeigt eine Vernachlässigung der Nahrungszufuhr , es besteht das Risiko der Mangelernährung |
| 134 | Der Patient hat aufgrund eines erhöhten abdominalen Drucks einen unwillkürlichen Harnabgang (Belastungsinkontinenz) |
| 135 | Der Patient hat einen imperativen Harndrang verbunden mit einem unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz) |
| 137 | Der Patient hat infolge der erreichten Blasenfüllung in regelmäßigen Zeitabständen einen unwillkürlichen Harnabgang (spontane Reflexentleerung) |
| 138 | Der Patient hat aufgrund einer chronischen Harnretention Harnträufeln/einen unwillkürlichen Harnabgang |
| 574 | Der Patient ist unfähig , bei intaktem Urogenitaltrakt einen unwillkürlichen Urinabgang zu vermeiden (funktionelle Urininkontinenz) |
| 130 | Der Patient ist harninkontinent (Mischinkontinenzform/nicht kategorisierte Inkontinenzform) (Restkategorie) |
| 845 | Der Patient hat aufgrund einer extraurethralen Inkontinenz einen kontinuierlichen Harnabgang |
| 012 | Der Patient kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen |
| 018 | Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen |

- 007 Der Patient kann sich aufgrund **eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit** nicht selbstständig waschen
- 027 Der Patient darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer **verminderten Herzleistung** nicht anstrengen, es besteht ein **Selbstfürsorgedefizit** bei der **Körperwaschung**
- 029 Der Patient kann aufgrund einer **Bewegungseinschränkung** die **Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten**, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
- 022 Der Patient kann aufgrund von **Desorientierung** die **Körperwaschung nicht selbstständig gestalten**
- 011 Der Patient soll aufgrund einer **Wirbelsäulenverletzung** Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein **Selbstfürsorgedefizit** bei der **Körperwaschung**
- 013 Der Patient ist aufgrund einer **quantitativen Bewusstseinsbeschränkung** bei der **Körperwaschung voll abhängig**
- 033 Der Patient führt die **Körperwaschung nicht adäquat** durch, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
- 016 Der Patient kann aufgrund einer **Wunde im Intimbereich** die **Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen**
- 001 Der Patient ist aufgrund sonstiger Ursachen bei der **Körperwaschung beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 676 Der Patient hat eine **chronische Wunde**, es besteht eine **beeinträchtigte Wundheilung**
- 339 Der Patient hat eine **sekundär heilende Wunde**, es besteht eine **beeinträchtigte Wundheilung**
- 331 Der Patient hat eine **primär heilende Wunde**, es besteht das **Risiko einer beeinträchtigten Wundheilung**
- 278 Der Patient hat aufgrund einer **stumpfen Verletzung an den Extremitäten** das **Risiko von Komplikationen**
- 092 Der Patient ist aufgrund von **Sensibilitätsstörungen** und **Hypotonus** auf einer Gesichtshälfte bei der **Nahrungsaufnahme beeinträchtigt**
- 094 Der Patient ist aufgrund eines **eingeschränkten Mundschlusses** bei der **Nahrungsaufnahme beeinträchtigt**, Nahrung fällt/läuft aus dem Mund
- 078 Der Patient ist in der selbstständigen **Fingernagelpflege beeinträchtigt**
- 827 Der Patient ist in der selbstständigen **Fußpflege beeinträchtigt**
- 069 Der Patient ist in der selbstständigen **Haarpflege beeinträchtigt**

Tabelle 8: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.5

Stillgelegte Praxisleitlinien: (n=9)

- Der Patient hat eine eitrige, belegte Wunde, Gefahr der Keimverschleppung
- Der Patient hat ein **erhöhtes Risiko der Hautschädigung** durch den Einsatz von waschaktiven Substanzen
- Der Patient hat ein **erhöhtes Risiko**, dass sich durch Keimverschleppung bei der Körperwaschung die **Augen entzünden**
- Der Patient kann die **Haare nicht selbstständig waschen**
- Der Patient hat **lange Fußnägel** und kann sie nicht selbstständig schneiden
- Der Patient hat eine **starke Hornhautbildung** an den Füßen, kann diese nicht selbstständig entfernen
- Der Patient **hat Schmutz unter den Fingernägeln** und kann sie nicht selbstständig säubern
- Der Patient ist aufgrund eines **eingeschränkten Mundschlusses** beim **Trinken beeinträchtigt**, Flüssigkeit läuft aus dem Mund
- Der Patient ist beim Essen/Schlucken der Nahrung eingeschränkt, **Speisen sammeln sich in der Wangentasche** 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=24)

- 867 Der Patient hat eine beeinträchtigte **Selbstreinigungsfunktion der Lunge** (Restkategorie)
- 868 Der Patient ist in der selbstständigen **Augenpflege beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 869 Der Patient hat aufgrund sonstiger Ursachen das **Risiko einer Atelektasenbildung/Pneumonie** (Restkategorie)
- 870 Der Patient ist beim **Schlucken beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 872 Der Patient hat ein **Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits** (Restkategorie)
- 873 Die Patientin hat das **Risiko des beeinträchtigten Stillens** (Restkategorie)
- 877 Die Patientin ist **beim Stillen beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 878 Der Patient hat ein **inadäquates Ernährungsverhalten** (Restkategorie)
- 879 Der Patient ist in der **Urinausscheidung beeinträchtigt** (Restkategorie)
- 880 Der Patient hat eine **beeinträchtigte Darmentleerung** (Restkategorie)
- 881 Der Patient hat **sonstige Beeinträchtigungen** bei der Stomaversorgung
- 886 Der Patient hat das **Risiko eines plötzlichen Kindstods**
- 892 Das Kind **kotet** bei einem Alter von über 4 Jahren ohne organische Ursachen **ein** (Enkopresis)
- 882 Der Angehörige/die Bezugsperson **kann die Dependenzpflege nicht selbstständig durchführen**
- 883 Der Angehörige/die Bezugsperson hat das **Risiko, die Dependenzpflege** des Betroffenen **nicht selbstständig durchführen zu können**
- 894 Der Patient hat eine Besiedelung/Infektion mit **multiresistenten Erregern [MRE]**, es besteht das **Risiko der Keimübertragung**
- 889 Der Patient hat aufgrund einer **autonomen Dysreflexie** eine **Bluthochdruckkrise**
- 893 Der Patient hat aufgrund einer **Querschnittslähmung** das **Risiko einer autonomen Dysreflexie**

- 896 Der Patient ist infolge eines **demenziellen Syndroms** in der **Tages-/ Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 887 Der Patient hat aufgrund **fehlender Informationen/ Fertigkeiten** im Umgang mit **Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie** ein **Risiko der unwirksamen Therapie**
- 891 Der Patient hat das **Risiko einer verzögerten Entwicklung**
- 897 Der Patient ist aufgrund einer **Sprachstörung** in der **Kommunikation beeinträchtigt**
- 898 Der Patient hat eine **ausscheidungs-/inkontinenzassoziierte Dermatitis, beeinträchtigte Wundheilung**
- 895 Der Patient 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 Patient hat eine **sexuell übertragbare Infektion/Krankheit**, es besteht **Ansteckungsgefahr** für den Sexualpartner
- 354 Der Patient hat das **Risiko der Hyper-/Hypoglykämie**
- 383 Der Patient hat eine **Infektionskrankheit**, es besteht das **Risiko einer Ansteckung für das Umfeld**
- 263 Der Patient hat aufgrund einer **verminderten Herzleistung** eine **instabile Herz-/Kreislauf-Situation**
- 610 Der Patient hat aufgrund einer **verminderten Herzleistung** ein **Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen**
- 261 Der Patient hat aufgrund **hypertoner Kreislaufveränderungen** das **Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen**
- 260 Der Patient hat aufgrund **hypotoner Kreislaufveränderungen** das **Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen**
- 696 Das Kind **nässt** bei einem Alter über 5 Jahren ohne organische Ursachen **ein** (Enuresis)
- 160 Der Patient hat ein **Dekubitusrisiko (Anpassung an aktuellen Expertenstand)**
- 103 Der Patient wird **parenteral über Infusionstherapie ernährt**, es besteht das **Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen**
- 097 Der Patient wird **enteral über Sonde ernährt**, es besteht eine **beeinträchtigte Nahrungsaufnahme**
- 326 Der Patient hat aufgrund einer **Infusionstherapie** das **Risiko der Über- oder Unterfundierung**
- 651 Der Patient hat aufgrund eines **Venenkatheters/einer Infusionstherapie** das **Risiko von Komplikationen**
- 451 Der Patient ist aufgrund **altersbedingter Abbauprozesse** in der selbstständigen **Lebens-/Tagesgestaltung eingeschränkt**
- 535 Der Patient ist aufgrund einer **Denkstörung** in der **Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 450 Der Patient ist aufgrund einer **Orientierungsstörung** in der **selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 634 Der Patient ist aufgrund von **Merk-/Gedächtnisstörungen** in der **Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt**
- 793 Der Patient hat aufgrund eines **arteriellen Zugangs** das **Risiko von Komplikationen**
- 627 Der Patient ist **antriebsgemindert**, es besteht das **Risiko eines Selbstfürsorgedefizits**
- 428 Der Patient hat aufgrund von **psychotischem Erleben einen beeinträchtigten Realitätsbezug**, es besteht das **Risiko des Selbstfürsorgedefizits**
- 429 Der Patient ist in der **Strukturierung des Tagesablaufs beeinträchtigt**, es besteht das **Risiko eines Selbstfürsorgedefizits**
- 426 Der Patient ist in der **Lebensgestaltung beeinträchtigt**, es besteht das **Risiko eines Selbstfürsorgedefizits**
- 313 Der Patient ist aufgrund einer **Ich-Störung** in der **selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt**
- 621 Der Patient hat aufgrund ständig **wiederkehrender Gedanken, die nicht durch Logik/Vernunft abgestellt werden können** (Zwangsgedanken), eine **beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung**
- 425 Der Patient ist aufgrund einer **Behinderung** in der selbstständigen **Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt**
- 152 Der Patient ist aufgrund eines **Enterostomas** (künstlicher Darmausgang) in der **Lebensgestaltung eingeschränkt**
- 467 Der Patient ist in der selbstständigen **Freizeitgestaltung beeinträchtigt**
- 500 Der Patient zeigt wiederholt **selbstverletzendes Verhalten**, es besteht eine **beeinträchtigte Problem-/Bewältigungsstrategie**
- 684 Der Patient zeigt aufgrund **mangelnden Zutrauens in die eigene Körperkraft** ein **Vermeidungsverhalten**
- 131 Der Patient hat ein **Risiko der ausscheidungs-/inkontinenzassoziierten Dermatitis**

Tabelle 11: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.6

Stillgelegte Praxisleitlinien (n=9):

- 188 Der Patient hat bei der **Durchführung von Mobilisationsmaßnahmen** das **Risiko eines Kreislaufkollapses** (geht in der Diagnose Hypotonie ID_260 auf)
- 325 Der Patient hat bei einem **liegenden ZVK** (Zentralen Venenkatheter) das **Risiko der (Venen-/)Entzündung** (geht in der Diagnose ID_651 auf)
- 324 Der Patient hat bei einer **liegenden Venenverweilkanüle** das **Risiko der Venenentzündung Entzündung** (geht in der Diagnose ID_651 auf)
- 326 Der Patient hat aufgrund einer **Infusionstherapie** das **Risiko der Über- oder Unterfundierung** (geht in ID_651 auf)
- 887 Der Patient hat aufgrund **fehlender Informationen/ Fertigkeiten** im Umgang mit **Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie** ein **Risiko der unwirksamen Therapie**
- 082 Der Patient hat eine **Fixierung der Nasensonde**, es besteht die **Gefahr einer Hautirritation** (geht in Diagnose ID_097 auf)
- 098 Der Patient hat aufgrund der Sonden Ernährung **gastrointestinale Beschwerden** (geht in Diagnose ID_097 auf)
- 106 Der Patient hat aufgrund von **Diabetes** Blutzuckerschwankungen, es besteht ein **Risiko der Hyper- oder Hypoglykämie** (geht in Diagnose ID_354 auf, diese wurde abstrahiert)

- 107 Der Patient 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 Patient hat eine **ausscheidungs-/inkontinenzassoziierte Dermatitis**, es besteht eine erschwerte Wundheilung
 900 Der Patient kann sich aufgrund einer **sensorischen Integrationsstörung** nicht selbstständig waschen
 902 Der Patient zeigt **motorische und/oder Verhaltensauffälligkeiten** bei Anpassungsreaktionen bezogen auf die Umwelt, **beeinträchtigte Wahrnehmung / sensorische Integrationsstörung**
 903 Der Patient zeigt **keine Reaktion auf Reize**, beeinträchtigt **Bewusstsein**
 901 Der Patient hat aufgrund einer **Gaumenplatte** das Risiko von **Schleimhautirritationen/Druckstellen**
 905 Das Neugeborene hat das **Risiko einer neonatalen Hyperbilirubinämie**
 904 Der Patient hat eine **Nierenfunktionsstörung/ein Nierenversagen**, es besteht eine **Stoffwechselstörung**
 1017 Der Patient hat eine **verzögerte Entwicklung**
 1034 Angehörige/Bezugspersonen gestalten die **Erziehung nicht entwicklungsfördernd**, es besteht das **Risiko der verzögerten Entwicklung**
 1032 Der Patient ist aufgrund eines **beeinträchtigten Bolusformung/-kontrolle/-transport** beim **Schlucken beeinträchtigt**
 1033 Der Patient 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 Patientin hat eine **beeinträchtigte Produktion von Muttermilch, Risiko der Unterernährung** des Säuglings
 184 Der Patient ist in der Fähigkeit, **selbstständig zu sitzen, beeinträchtigt**
 712 Der Patient ist in der Fähigkeit, **selbstständig einen Positionswechsel im Bett durchzuführen, beeinträchtigt**
 160 Der Patient hat ein **Dekubitusrisiko**
 084 Der Patient ist in der **Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt**
 842 Der Patient kann **entwicklungsbedingt die Selbstfürsorge im Bereich der Ernährung nicht selbstständig** erfüllen
 849 Der Patient hat aufgrund einer **kognitiven Beeinträchtigung eine Mangelernährung**
 555 Der Patient hat eine **Mangelernährung**
 851 Der Patient hat aufgrund einer **kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung**
 608 Der Patient ist in der **Transferfähigkeit beeinträchtigt**
 015 Der Patient hat aufgrund einer **reduzierten Körperwahrnehmung** das Risiko von Komplikationen
 309 Der Patient hat aufgrund einer **quantitativen Bewusstseinsstörung** das Risiko von Komplikationen
 411 Der Patient kann **Umgebungsreize nicht adäquat wahrnehmen/verarbeiten**, es besteht das Risiko von Fehlinterpretationen
 840 Der Patient hat aufgrund einer **beeinträchtigten Entwicklung der Wahrnehmungssysteme** eine nicht altersentsprechende Entwicklung von Fähigkeiten/Fertigkeiten
 537 Der Patient ist aufgrund einer **Hemiplegie** beim An-/Auskleiden beeinträchtigt
 529 Der Patient ist aufgrund sonstiger Ursachen beim **selbstständigen An-/Auskleiden beeinträchtigt**
 154 Der Patient hat ein **Risiko des Nierenversagens**
 234 Der Patient hat aufgrund einer **verminderten Belüftung der Lunge** das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
 828 Der Patient hat ein Risiko der **verminderten Belüftung** der Lunge
 359 Der Patient hat aufgrund eines **erhöhten Bilirubinspiegels** das **Risiko von Komplikationen**
 814 Der Patient hat aufgrund von **Verhaltensweisen**, die gegen gültige soziale Normen der Gesellschaft verstoßen, das **Risiko der sozialen Ausgrenzung**
 815 Der Patient hat aufgrund einer **beeinträchtigten Eltern-Kind-Beziehung** ein **verändertes Sozialverhalten**, das gegen die Prinzipien der Norm verstößt, es besteht ein **Risiko der sozialen Ausgrenzung**
 748 Der Patient hat aufgrund einer **Trennung von Eltern/Bezugspersonen** ein **Risiko einer verzögerten Entwicklung**
 838 Der Patient hat aufgrund einer **Frühgeburt** das **Risiko einer verzögerten Entwicklung**

| | |
|-----|--|
| 891 | Der Patient hat das Risiko einer verzögerten Entwicklung |
| 92 | Der Patient ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/Lippen-/Mundmuskulatur bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt |
| 681 | Der Patient ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt |
| 87 | Der Patient verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, Schlucken ist beeinträchtigt |
| 90 | Der Patient verschluckt sich bei Flüssigkeit, Schlucken ist beeinträchtigt |
| 95 | Der Patient ist aufgrund eines Zungenstoßes/-pressen beim Schlucken beeinträchtigt |
| 96 | Der Patient ist aufgrund der reduzierten/veränderten pharyngealen/ösophagealen Peristaltik beim Schlucken beeinträchtigt |
| 870 | Der Patient hat sonstige/multiple Ursachen für die Schluckstörung |

Table 14: Inhaltlich umfassend bearbeitete Praxisleitlinien Version 2.7

Stillgelegte Praxisleitlinien (n=5):

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

Table 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 sukzessive Entwicklung einer Definition zu jeder ENP-Pflegediagnose (vgl. hierzu auch Kapitel 2.7)
- Die sukzessive Erarbeitung und Angabe des Evidenzgrades (LoE – Level of Evidence) sowohl zu jeder Pflegediagnose als auch für die gesamte ENP-Praxisleitlinie (vgl. Kapitel 3)
- Die Dokumentation der Bearbeitungshistorie zu jeder systematisch überarbeiteten Praxisleitlinie, anhand welcher Anzahl und Zeitpunkt der Überarbeitungen sowohl für jede Pflegediagnose als auch jede Praxisleitlinie nachvollzogen werden können.
- Die sukzessive Etablierung von (bedarfsmäßigen) Erklärungstexten für Items auf Ebene von Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen bzw. Detailinterventionen. 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 (Tabellen 16 und 17) aus der Überarbeitungsdokumentation des ENP-Entwicklerteams dienen anhand eines Beispiels aus der Klasse Atmung der exemplarischen Illustration der Neuerungen:

| Textart | | ID-Nummer | ENP-Texte zur Pflegediagnose |
|-----------------------|---|----------------------------|--|
| | Bearbeitungshistorie: 1989*, 2003, 2009, 2014, 2017, 2019 | | |
| | | ENP-Praxisleitlinie | ENP-Pflegediagnose |
| | Evidenzlevel | LoE 3.1b | LoE 3.1b |
| Klasse | | 10.052 | Atmung |
| Kategorie | | 10.484 | Risiko der Atelektasenbildung / Pneumonie |
| Pflegediagnose | | 223 | Der Patient hat aufgrund von feststitzendem Bronchialekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie |
| Definition | | | Es besteht, aufgrund der Absonderung von schwer oder nicht abhustbarem, schleimigem Sekret der Drüsen in den Bronchien , die Gefahr eines Belüftungsdefizits/Kollapses von Teilabschnitten oder der gesamten Lunge und/oder der Entwicklung einer Entzündung des Lungengewebes. |

Tabelle 16: 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 in 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 Paraphrasien | Beschreibt die lautliche Veränderung eines Wortes durch das Ersetzen, Hinzufügen, Auslassen oder Umstellen einzelner Laute (z.B. "Prankenhaus" statt "Krankenhaus") |
| 22.081 | Vereinzelt semantische Paraphrasien | 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 17: Beispiele für Erklärungstexte zu ENP-Items, hier auf Ebene von Kennzeichen

Die Notwendigkeit zur Etablierung von Erklärungstexten für verschiedene ENP-Items entstand aus einer im Jahr 2008 beginnenden Entwicklung heraus. Zunehmende Rückmeldungen von Anwendern wiesen auf eine Heterogenität in der Nutzung von teils fremd-, teils deutschsprachigen Fachbegriffen sowie einem eher pflegespezifischen Jargon insbesondere auf Ebene von Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen von ENP hin. Beispiele hierfür sind etwa die gemischte Verwendung der Begriffe „Kopfschmerzen“ und „Cephalgie“ oder „Durchfall“ und „Diarrhö“. Zum Abbau dieser gemischten Nutzung von Begriffen verschiedener Couleur galt es, die Entscheidung zu treffen, in welche der beiden Richtungen einerseits bestehende Begriffe vereinheitlicht und andererseits neu in ENP aufzunehmende Begriffe ausgerichtet werden. Zur Entscheidungsfindung auch im Sinne der Nutzer von ENP wurde eine Befragung ausgewählter Anwender durchgeführt. Im Ergebnis wurde ein eindeutiges Votum für die konsequente Nutzung von deutsch- bzw. fremdsprachigen Fachtermini deutlich, welches überwiegend mit dem Argument „Wir sind eine Profession, wir brauchen eine Fachsprache mit etablierten Fachbegriffen“ durch die Befragten begründet wurde. Dieses Votum entspricht auch dem sich über den Zeitverlauf ändernden Anspruch an eine Pflegeterminologie.

Im selben Atemzug wurde jedoch das Erfordernis sichtbar, entsprechende und insbesondere lateinische/griechische Fachbegriffe im Bedarfsfall mit einer Erläuterung zu versehen, da vor dem Hintergrund der Vielfalt an Settings und Fachbereichen des Pflegeberufs sowie der individuellen beruflichen Sozialisation der Pflegenden keinesfalls davon auszugehen ist, dass jeder Fachterminus allen Anwendern bekannt sein kann. Vor diesem Hintergrund wurden sowohl auf struktureller als auch auf inhaltlicher Ebene von ENP die Erklärungstexte für Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen geschaffen, die seither bei entsprechendem Erfordernis schrittweise befüllt werden.

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 Patient hat das Risiko einer beeinträchtigten Mobilität |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2014* | 1072 | Der Patient hat ein beeinträchtigtes Wohlbefinden [Pflegeproblem ohne Spezifikation] |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1071 | Der Patient ist in der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1070 | Das Neugeborene hat eine neonatale Hyperbilirubinämie |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1068 | Der Patient hat aufgrund von Intertrigo das Risiko der beeinträchtigten Wundheilung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1067 | Der Patient hat eine Störung des Elektrolythaushalts |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1066 | Der Patient zeigt eine allergische Reaktion , es besteht das Risiko eines anaphylaktischen Schocks |

| | | | | |
|---------|---------|-------|------|---|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1064 | Der Patient hat ein Flüssigkeitsdefizit |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1063 | Der Patient hat aufgrund eines chirurgischen Eingriffes das Risiko pulmonaler Komplikationen |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2013* | 1062 | Der Patient hat eine insuffiziente Atmung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1041 | Der Patient hat aufgrund eines Zeckenbisses das Risiko von Komplikationen |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1040 | Der Patient hat aufgrund einer körperlichen/medizinischen Vernachlässigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1039 | Der Patient hat aufgrund einer seelischen Misshandlung/emotionalen Vernachlässigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1035 | Der Patient hat aufgrund einer körperlichen Misshandlung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1038 | Der Patient hat aufgrund des Verdachts einer sexuellen Misshandlung/Vergewaltigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1037 | Der Patient hat aufgrund einer sexuellen Misshandlung/Vergewaltigung das Risiko einer beeinträchtigten Entwicklung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2012* | 1037 | Der Patient hat das Risiko einer körperlichen Misshandlung |

Tabelle 18: 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 Patient ist aufgrund von Hypakausis (Schwerhörigkeit) in der Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 2004, 2007, 2014 | 416 | Der Patient ist aufgrund einer globalen Aphasie in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 2004, 2007, 2014 | 419 | Der Patient ist aufgrund einer motorischen Aphasie (Broca-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 2004, 2007, 2014 | 417 | Der Patient ist aufgrund einer sensorischen Aphasie (Wernicke-Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1992*, 1994, 2003, 2008, 2014 | 412 | Der Patient ist aufgrund von reduzierter Ausdauer/physischer Kraft in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2006*, 2014 | 387 | Der Patient kann eigene Wünsche/Bedürfnisse nur schwer äußern , es besteht das Risiko, dass diese nicht adäquat erfüllt werden |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2000*, 2006, 2014 | 424 | Der Patient ist aufgrund einer Sprechstörung (Beeinträchtigung der motorisch-artikulatorischen Fertigkeiten) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt |

| | | | | |
|---------|---------|-------------------------------------|-----|---|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2010*; 2014 | 897 | Der Patient ist aufgrund einer Sprachstörung in der Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 2006, 2014 | 414 | Der Patient kann nicht in gewohnter Weise Kontakt aufnehmen , es besteht eine beeinträchtigte Interaktion |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2005*, 2011, 2014 | 411 | Der Patient kann Umgebungsreize nicht adäquat wahrnehmen/verarbeiten , es besteht das Risiko von Fehlinterpretationen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2000*, 2004, 2006, 2014 | 746 | Der Patient ist beim Aufbau und Aufrechterhalten von Beziehungen eingeschränkt , die soziale Interaktion ist beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1993*, 2004, 2007; 2014 | 186 | Der Patient ist in der Gefähigkeit beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1992*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 193 | Der Patient ist aufgrund der unsicheren Anwendung von Gehhilfen beim Gehen beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1992*, 2001, 2011, 2014 | 608 | Der Patient ist in der Transferfähigkeit beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 2004, 2007, 2011, 2014 | 181 | Der Patient ist in der Fähigkeit, selbstständig einen Positionswechsel im Bett durchzuführen, beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1989*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 592 | Der Patient kann sich nicht selbstständig im Lebensraum mit dem Rollstuhl bewegen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2001*, 2004, 2008, 2014 | 648 | Der Patient ist aufgrund reduzierter Ausdauer/physischer Kraft in der Mobilität eingeschränkt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1992*, 1994, 2004, 2007, 2014 | 179 | Der Patient ist aufgrund der Amputation einer unteren Extremität in der Mobilität eingeschränkt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1990*, 1994, 2002, 2006, 2007, 2014 | 171 | Der Patient hat das Risiko einer Kontraktur |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 1994, 2007, 2014 | 178 | Der Patient ist aufgrund einer Kontraktur in der Beweglichkeit eingeschränkt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 165 | Der Patient hat aufgrund einer Immobilität/eingeschränkten Mobilität das Risiko einer Thrombose |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1992*, 1994, 2004, 2009, 2014 | 261 | Der Patient hat aufgrund hypertoner Kreislaufveränderungen das Risiko von Herz-/Kreislauf-Komplikationen |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1993*, 1994, 2005, 2009; 2014 | 610 | Der Patient hat aufgrund einer Herzinsuffizienz das Risiko eines Herz-Kreislauf-Versagens |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1989*, 1994, 2004, 2011, 2014 | 234 | Der Patient hat aufgrund einer verminderten Belüftung der Lunge das Risiko einer Atelektase/Pneumonie |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2005*, 2007, 2014 | 347 | Der Patient ist in der selbstständigen Medikamenteneinnahme eingeschränkt, es besteht das Risiko der unwirksamen Therapie |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1992*, 2004, 2008, 2011, 2014 | 688 | Der Patient hat das Risiko einer Aspiration |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 12 | Der Patient kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 1994, 2004, 2008; 2014 | 22 | Der Patient kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten |

| | | | | |
|---------|---------|-------------------------------------|-----|--|
| LOE 3.1 | LOE 3.1 | 1991*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 33 | Der Patient führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat durch |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 7 | Der Patient kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2003, 2007, 2014 | 18 | Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen |
| LOE 3.1 | LOE 3.1 | 1991*, 2000, 2004, 2008, 2014 | 13 | Der Patient ist aufgrund einer quantitativen Bewusstseins Einschränkung bei der Körperwaschung voll abhängig |
| LOE 3.1 | LOE 3.1 | 2001*, 2004, 2008, 2014 | 536 | Der Patient kann sich nicht selbstständig duschen/baden |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2007, 2009, 2014 | 37 | Der Patient ist in der selbstständigen Mundpflege beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2009, 2014 | 46 | Der Patient trägt eine Zahnprothese und kann die Mund-/Zahnprothesenpflege nicht selbstständig durchführen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 69 | Der Patient ist in der selbstständigen Haarpflege beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2007, 2014 | 72 | Der Patient ist bei der selbstständigen Rasur/Bartpflege beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2009, 2014 | 78 | Der Patient ist in der selbstständigen Fingernagelpflege beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2009*, 2014 | 827 | Der Patient ist in der selbstständigen Fußpflege beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2003, 2007; 2014 | 63 | Der Patient hat aufgrund trockener Haut ein Risiko der Hautschädigung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 66 | Der Patient hat aufgrund einer Neigung zu Intertrigo ein Risiko der Hautschädigung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2011, 2014 | 84 | Der Patient ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2002*, 2004, 2008, 2014 | 554 | Der Patient zeigt eine Vernachlässigung der Nahrungszufuhr (Self-neglect), es besteht das Risiko der Mangelernährung |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2003*, 2008; 2014 | 559 | Der Patient hat aufgrund eines defizitären Ernährungsverhaltens ein Risiko der Entwicklung einer Adipositas |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2002*, 2008, 2014 | 562 | Der Patient hat aufgrund einer Oligodipsie/Adipsie (reduziertes/nicht vorhandenes Durstgefühl) das Risiko eines Flüssigkeitsdefizits |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2009*, 2014 | 872 | Der Patient hat ein Risiko des Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2008*, 2014 | 850 | Der Patient hat das Risiko einer Mangelernährung |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2008*; 2014 | 851 | Der Patient hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2004*, 2007, 2008, 2014 | 558 | Der Patient lehnt die Nahrungsaufnahme ab (Nahrungsverweigerung), es besteht das Risiko der Mangelernährung |

| | | | | |
|---------|---------|-------------------------------------|-----|--|
| LOE 3.1 | LOE 3.1 | 2004*; 2008, 2014 | 555 | Der Patient hat eine Mangelernährung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 2003, 2009; 2014 | 97 | Der Patient wird enteral über Sonde ernährt , es besteht eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme |
| LOE 3.1 | LOE 3.1 | 1989*, 2003, 2009, 2011; 2014 | 87 | Der Patient verschluckt sich häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport- / pharyngealen Phase beeinträchtigt |
| LOE 3.1 | LOE 3.1 | 1989*, 2003, 2009, 2011; 2014 | 90 | Der Patient verschluckt sich ausschließlich bei Flüssigkeit , das Schlucken ist in der oralen Transport- / -pharyngealen Phase beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 127 | Der Patient ist in der Selbstständigkeit der Urin-/Stuhlausscheidung beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2006, 2014 | 132 | Der Patient erreicht aufgrund einer Bewegungseinschränkung die Toilette nicht rechtzeitig, es besteht das Risiko des Einnässens |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2006, 2008; 2012, 2014 | 130 | Der Patient hat aufgrund einer Detrusorhyperaktivität und einer Insuffizienz des Sphinkterapparates einen unwillkürlichen Harnabgang (Mischinkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2006*, 2008, 2012, 2014 | 574 | Der Patient ist nicht in der Lage , bei intaktem Urogenitaltrakt einen Urinabgang zu vermeiden (funktionelle Urininkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 2003, 2006, 2008, 2012, 2014 | 134 | Der Patient hat aufgrund eines insuffizienten Sphinkterapparates bei erhöhtem abdominalen Druck einen unwillkürlichen Harnabgang (Belastungsinkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2006, 2008, 2012, 2014 | 137 | Der Patient hat aufgrund unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen einen unfreiwilligen Harnabgang (Reflexinkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2006, 2008, 2012, 2014 | 135 | Der Patient hat aufgrund eines starken/ imperativen Harndrang einen unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 2003, 2006, 2012, 2014 | 143 | Der Patient hat das Risiko einer verminderten Defäkationsfrequenz (Obstipationsrisiko) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2006, 2012, 2014 | 576 | Der Patient hat eine verminderte Defäkationsfrequenz einhergehend mit hartem/trockenem Stuhlgang (Obstipation) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 2003, 2006, 2012, 2014 | 145 | Der Patient hat einen unwillkürlichen Stuhlabgang (Stuhlinkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 1994, 2003, 2006, 2012, 2014 | 321 | Der Patient hat aufgrund eines transurethralen Blasenverweilkatheters das Risiko einer aufsteigenden Harnwegsinfektion |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1991*, 2003, 2006, 2012, 2014 | 322 | Der Patient hat aufgrund eines suprapubischen Blasenkateters das Risiko der Infektion der Ausscheidungsorgane |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1992*, 1994, 2004, 2007, 2011, 2014 | 529 | Der Patient ist beim selbstständigen An-/Auskleiden beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 170 | Der Patient kann die Kompressionsstrümpfe nicht selbstständig an-/ausziehen , es besteht ein Selbstversorgungsdefizit beim Kleiden |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2001*, 2004, 2007, 2014 | 530 | Der Patient zeigt kein Interesse an sauberer/ ordentlicher Kleidung , es besteht das Risiko der Selbstvernachlässigung (Self-Neglect) im Bereich Kleidung/äußere Erscheinung |

| | | | | |
|---------|---------|---|-----|---|
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1991*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 537 | Der Patient ist aufgrund einer Hemiplegie beim An-/Auskleiden beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1995, 2004, 2014 | 299 | Der Patient kann nicht durchschlafen , es besteht das Risiko eines Schlafdefizits |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1995, 2004, 2007, 2014 | 282 | Der Patient ist beim Einschlafen beeinträchtigt , es besteht das Risiko eines Schlafdefizits |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1991*, 1995, 2003, 2007, 2014 | 479 | Der Patient kann sich nicht entspannen |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1992*, 1994, 2003, 2007, 2009, 2014 | 467 | Der Patient ist in der selbstständigen Freizeitgestaltung beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2006*, 2009, 2014 | 451 | Der Patient ist aufgrund altersbedingter Abbauprozesse (Frailty-Syndrom) in der selbstständigen Lebens-/Tagesgestaltung eingeschränkt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2006*, 2010, 2014 | 450 | Der Patient ist aufgrund einer Orientierungsstörung in der selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2006*, 2009, 2014 | 634 | Der Patient ist aufgrund von Merk-/Gedächtnisstörungen in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2006*, 2009, 2014 | 535 | Der Patient ist aufgrund einer Denkstörung in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2006*, 2009, 2014 | 896 | Der Patient ist infolge eines demenziellen Syndroms in der Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1993* 2003, 2009, 2014 | 452 | Der Patient ist aufgrund einer Behinderung in der selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung eingeschränkt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2003*, 2007, 2014 | 547 | Der Patient ist in der Gestaltung des äußeren Erscheinungsbilds eingeschränkt und dadurch im Wohlbefinden beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 187 | Der Patient hat ein Sturzrisiko |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2005*, 2007, 2014 | 203 | Der Patient hat aufgrund von Morbus Parkinson eine beeinträchtigte Haltungskontrolle/Balance , ein Sturzrisiko |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1993*, 2004, 2007, 2014 | 216 | Der Patient hat aufgrund eines beeinträchtigten Gleichgewichtes beim Gehen/Stehen/Sitzen, ein Sturzrisiko |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1995, 2003, 2007, 2010, 2012, 2014 | 160 | Der Patient hat ein Dekubitusrisiko |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1991*, 1995, 2004, 2007, 2014 | 431 | Der Patient zieht sich vom sozialen Geschehen zurück , es besteht das Risiko der sozialen Isolation |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2001*, 2008, 2014 | 429 | Der Patient ist in der Strukturierung des Tagesablaufs beeinträchtigt , es besteht das Risiko eines Selbstfürsorgedefizits |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2002*, 2008, 2014 | 626 | Der Patient zeigt Weglauff Tendenzen , es besteht das Risiko der Selbstgefährdung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2003*, 2007, 2014 | 217 | Der Patient ist aufgrund von Gleichgewichtsstörungen in der räumlichen Orientierung beeinträchtigt |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2002*, 2005, 2008, 2014 | 317 | Der Patient hat aufgrund einer Orientierungsstörung das Risiko der Selbst-/Fremdgefährdung |

| | | | | |
|---------|---------|-------------------------------|-----|--|
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2005*, 2008, 2014 | 743 | Der Patient zeigt akutes selbst-/fremdgefährdendes Verhalten |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 2003, 2007, 2014 | 489 | Der Patient hat akute Schmerzen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2007, 2014 | 645 | Der Patient hat chronische Schmerzen |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1991*, 2004, 2007, 2014 | 493 | Der Patient hat Schmerzen des Bewegungsapparates |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1991*, 2004, 2007, 2014 | 491 | Der Patient hat Gelenkschmerzen mit Funktions-/Bewegungseinschränkungen |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1990*, 1994, 2004, 2009, 2014 | 354 | Der Patient hat das Risiko der Hyper-/Hypoglykämie |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2003*, 2006, 2009, 2014 | 676 | Der Patient hat eine chronische Wunde , es besteht eine beeinträchtigte Wundheilung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2014 | 497 | Der Patient hat Angst , empfindet eine reale/fiktive Bedrohung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1990*, 1994, 2004, 2014 | 190 | Der Patient hat Angst vor einem Sturz |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1990*, 1994, 2004, 2014 | 498 | Der Patient hat Angst , aus dem Bett zu fallen |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2004*, 2008, 2014 | 703 | Der Patient leidet an Unruhezuständen (Agitation) |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 1991*, 2004, 2007, 2014 | 464 | Der Patient empfindet aufgrund fehlender sinnvoller Aufgaben Langeweile |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2004*, 2008, 2014 | 503 | Der Patient leidet unter Heimweh |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1989*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 68 | Der Patient hat aufgrund von Juckreiz ein beeinträchtigt Wohlbefinden |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 1989*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 39 | Der Patient hat eine reduzierte Kauaktivität/reduzierten Speichelfluss , es besteht ein Risiko von Soor und Parotitis |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1991*, 1994, 2004, 2008, 2014 | 131 | Der Patient hat ein Risiko der ausscheidungs-/inkontinenzassoziierten Dermatitis |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2005*, 2006, 2008, 2011, 2014 | 857 | Der Patient hat einen Dekubitus , es besteht eine erschwerte Wundheilung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 2003*, 2008, 2014 | 622 | Der Patient hat das Risiko eines erhöhten (extrazellulären/intravasalen) Flüssigkeitsvolumens |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2003*, 2008, 2011, 2014 | 887 | Der Patient hat aufgrund fehlender Informationen/Fertigkeiten im Umgang mit Diabetes/Hypo-/Hyperglykämie ein Risiko der unwirksamen Therapie |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2006*, 2011, 2014 | 569 | Der Patient hat aufgrund von empfindlicher/dünnere Haut das Risiko der Hautschädigung |
| LOE 2.1 | LOE 2.3 | 2006*, 2009, 2014 | 383 | Der Patient hat eine Infektionskrankheit , es besteht das Risiko einer Ansteckung für das Umfeld |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 2009*, 2014 | 894 | Der Patient 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 Patient hat eine sekundär heilende Wunde, es besteht eine beeinträchtigte Wundheilung |

Stillgelegte Praxisleitlinien (n=13)

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

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

Tabelle 20: 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 sowohl für die Methodik des ENP-Weiterentwicklungsprozederes als auch für die Schaffung einer neuen, methodisch wie auch forschungspraktisch angemessenen Validierungsmöglichkeit für die er- bzw. überarbeiteten ENP-Inhalte ein hoher Aufwand 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 aufgeführt¹³. Ein Großteil der Änderungen bzw. Neuentwicklungen basiert dabei auf Anregungen von 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.

¹³ 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.

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=5)

| LOE bezogen auf die Leitlinie | LOE bezogen auf die Diagnose | ID | ENP-Pflegediagnosentitel |
|-------------------------------|------------------------------|------|--|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1081 | Der Patient hat aufgrund von inadäquaten emotionalen/affektiven Reaktionsmustern eine beeinträchtigte Interaktion |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1082 | Der Patient ist aufgrund einer formalen Denkstörung in der Kommunikation beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1084 | Der Patient hat eine Blasenentleerungsstörung/Harninkontinenz , es besteht ein beeinträchtigttes Hilfesuchverhalten |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1120 | Der Patient hat ein Urostoma (operative Harnableitung), es besteht ein Selbstfürsorgedefizit Stomapflege / -management |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1121 | Der Patient hat ein Risiko , eine Stomakomplikation zu entwickeln |

Tabelle 21: Neue ENP-Praxisleitlinien Version 2.10

Inhaltlich umfassend, systematisch weiterentwickelte Praxisleitlinien (n=13)

| LOE bezogen auf die Leitlinie | LOE bezogen auf die Diagnose | ID | ENP-Pflegediagnosentitel |
|-------------------------------|------------------------------|-----|--|
| LoE 3.2 | LoE 3.2 | 149 | Der Patient hat ein Enterostoma (künstlicher Darmausgang), es besteht ein Selbstfürsorgedefizit Stomapflege / -management (<u>vormals</u> : Der Patient hat ein Selbstfürsorgedefizit bei der Stomapflege) |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 148 | Der Patient erhält ein Stoma , es besteht ein Informationsbedarf (<u>vormals</u> : Der Patient erhält ein Enterostoma (künstlicher Darmausgang), es besteht ein Informationsbedarf) |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 153 | Der Patient hat ein Kolostoma (künstlicher Darmausgang), es fehlen Informationen/Fähigkeiten , um die Irrigation selbstständig durchzuführen (<u>vormals</u> : Der Patient hat ein Enterostoma (künstlicher Darmausgang), es fehlen Informationen/Fähigkeiten , um die Irrigation selbstständig durchzuführen) |
| LoE 3.2 | LoE 3.2 | 268 | Der Patient hat Fieber (Pyrexie), es besteht das Risiko von Komplikationen (<u>vormals</u> : Der Patient hat eine Hyperthermie , es besteht das Risiko von Komplikationen) |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 580 | Der Patient hat eine Hautveränderung im Bereich des Stomas, es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas (<u>vormals</u> : Der Patient hat eine Hautveränderung im Bereich des Enterostomas, es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas) |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 581 | Der Patient hat eine Stomanekrose , es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 582 | Der Patient hat eine Stomaretraktion , es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas |

| | | | |
|---------|---------|------|---|
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 583 | Der Patient hat einen Stomaprolaps , es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 584 | Der Patient hat eine parastomale Hernie , es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 674 | Der Patient ist in der Fähigkeit beeinträchtigt , sich an den veränderten Gesundheitszustand anzupassen |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 881 | Der Patient hat ein sonstiges Problemstoma , welches die Stomaversorgung beeinträchtigt (<u>vormals</u> : Der Patient hat sonstige Beeinträchtigungen bei der Stomaversorgung) |
| LoE 2.1 | LoE 2.1 | 1063 | Der Patient hat aufgrund eines chirurgischen Eingriffes das Risiko respiratorischer Komplikationen |
| LoE 3.2 | LoE 3.2 | 134 | Der Patient hat aufgrund eines insuffizienten Sphinkterapparates bei erhöhtem abdominalen Druck einen unwillkürlichen Harnabgang (Belastungsinkontinenz) |

Tabelle 22: 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-Pflegediagnosentitel |
|-------------------------------|------------------------------|-----|--|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 68 | Der Patient hat aufgrund von Juckreiz (Pruritus) ein beeinträchtigt Wohlbefinden |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 130 | Der Patient hat aufgrund einer Detrusorhyperaktivität und einer Insuffizienz des Sphinkterapparates einen unwillkürlichen Harnabgang (Mischinkontinenz) |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 137 | Der Patient hat aufgrund unwillkürlicher, nicht hemmbarer Detrusorkontraktionen einen unfreiwilligen Harnabgang (Reflexinkontinenz) |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 138 | Der Patient hat eine chronische Hamretention und einen unwillkürlichen Harnabgang (Überlaufinkontinenz) |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 151 | Der Patient hat eine Mykose (Pilzinfektion) im Bereich des Enterostomas , es besteht eine beeinträchtigte Versorgung des Stomas |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 160 | Der Patient hat ein Dekubitusrisiko |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 359 | Der Patient hat aufgrund eines erhöhten Bilirubinspiegels einen Ikterus |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 369 | Der Patient hat aufgrund von Erbrechen/Brechneigung nach einem operativen Eingriff (PONV = postoperative nausea and vomiting) das Risiko einer Aspiration |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 383 | Der Patient hat eine Infektionskrankheit , es besteht das Risiko der Keimübertragung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 574 | Der Patient ist nicht in der Lage , bei intaktem Urogenitaltrakt einen Urinabgang zu vermeiden (funktionelle Urininkontinenz) |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 696 | Das Kind nässt bei einem Alter über 5 Jahren ohne organische Ursachen ein (Enuresis) |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 706 | Der Patient hat aufgrund von Nausea (Übelkeit) ein aktuell beeinträchtigt Wohlbefinden |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 905 | Das Neugeborene hat das Risiko eines neonatalen Ikterus |

| | | | |
|---------|---------|------|--|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1070 | Das Neugeborene hat einen neonatalen Ikterus , es besteht die Gefahr von Komplikationen |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 165 | Der Patient hat aufgrund einer Immobilität/ingeschränkten Mobilität das Risiko einer Venenthrombose |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 279 | Der Patient hat aufgrund einer Varikose das Risiko einer Venenthrombose |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 591 | Der Patient hat sonstige Risikofaktoren , welche das Risiko einer Thrombose begünstigen |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 859 | Der Patient hat einen Ulcus cruris venosum , es besteht eine erschwerte Wundheilung |
| LOE 3.2 | LOE 3.2 | 135 | Der Patient hat bei starkem/ imperativem Harndrang einen unwillkürlichen Harnabgang (Dranginkontinenz) |

Tabelle 23: 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 ENP-Version 2.10 auf 3.0 (Juni 2017 – Mai 2019)

Die Weiterentwicklungsarbeiten für den Sprung auf die ENP-Versionsnummer 3.0 im Mai 2019 umfassten neben zahlreichen fachlich-inhaltlichen Aspekten, die im weiteren Verlauf tabellarisch vorgestellt werden, auch die Vervollständigung und finale Konzeptionierung zweier struktureller Elemente, mit deren Entwicklung im Jahr 2014 begonnen wurde. Dies ist zum einen die systematische Entwicklung einer Definition zu jeder Pflegediagnose des ENP-Kataloges (Stand Mai 2019: 566 Pflegediagnosen), zum anderen die vollständige Ausweisung von Evidenzleveln sowohl für alle Pflegediagnosen als auch für alle Praxisleitlinien in ENP. Für weiterführende Informationen mit Blick auf die Evidenzlevel in ENP sei auf Kapitel 3 verwiesen.

Für die Erarbeitung der Definitionen für die ENP-Pflegediagnosen wurden aus Gründen einer angemessenen Qualität, Konsistenz, Stringenz und Einheitlichkeit verbindliche Kriterien entwickelt:

- Wesentliches Kriterium einer Definition ist die Bestimmung und Erläuterung des Wesens einer Sache, eines (Pflege)Phänomens bzw. eines Begriffs. Von zentraler Bedeutung war es daher, die wesentlichen Konzeptbegriffe einer Pflegediagnose in der Definition nicht zu wiederholen, sondern akkurat zu umschreiben. Hierzu gehörte auch, einen Konzeptbegriff wo möglich nicht ausschließlich durch ein Synonym ohne weitere Erklärung zu ersetzen. Ein Beispiel zur Verdeutlichung:

Pflegediagnose:

Der Patient ist aufgrund einer **Broca-Aphasie (motorischen Aphasie)** in der **verbalen Kommunikation beeinträchtigt**.

Definition:

Beeinträchtigte Fähigkeit, sich aufgrund einer nach abgeschlossenem Spracherwerb erworbenen, zentral bedingten Störung der Sprachproduktion (Sprachstörung) mit verlangsamter mühsamer Wortbildung bei dem Fehlen grammatischer Strukturen im Satzbau als Leitsymptom (Agrammatismus), aktiv mit gesprochenen Worten auszudrücken.

- Bei Definitionsarbeiten zu Pflegediagnosen einer Kategorie (z. B. „Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie“) wurde, falls zutreffend, mit der spezifikationslosen Pflegediagnose begonnen und diese Definition als Ausgangsbasis für spezifische Pflegediagnosen zum gleichen Thema heranzuziehen. Die Begründung ist hierin zu sehen, dass bei spezifikationslosen Pflegediagnosen in der Regel lediglich der Konzeptbegriff zum Pflegephänomen/-problem definiert werden musste, der sich jedoch bei den meisten anderen Pflegediagnosen zusätzlich zu deren Spezifikation wiederfindet. Auf dieser Grundlage wurde sichergestellt, dass die Definition des wiederkehrenden Pflegeproblems/Pflegephänomens innerhalb einer Kategorie einheitlich und konstant ist.
- Die Erarbeitung von Definitionen erfolgte grundsätzlich literaturbasiert, idealerweise auf Grundlage von Konzeptanalysen zum jeweiligen Themengebiet. Den Anspruch an die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP berücksichtigend („Evidence-based“), sollten die Definitionen hier nicht zurückstehen. Die zur Erstellung der Definition verwendete Literatur ist jeweils im zur ENP-Praxisleitlinie zugehörigen Literaturverzeichnis ausgewiesen.
- Sämtliche Definitionen von Pflegediagnosen, die im Zeitraum zwischen 2012 und Mai 2017, d. h. der Fertigstellung von ENP-Version 2.10, bereits erstellt wurden (ca. 120), wurden mit Bezug auf deren Aktualität, Syntax und Korrektheit nochmals auf den Prüfstand gestellt und bei Bedarf überarbeitet, um eine klare Beschreibung der in den Pflegediagnosen vorkommenden Konzeptbegriffe und deren Zusammenhänge sicherstellen zu können.

Die Arbeit an den Definitionen bot dem ENP-Entwicklerteam zeitgleich die Gelegenheit, sämtliche Pflegediagnosentitel in ENP zu sichten und hinsichtlich des Satzbaus, der Formulierung sowie der Nutzung von Fachbegriffen zu prüfen und zu vereinheitlichen, ohne dabei – falls durch die Elemente der jeweils zugehörigen Praxisleitlinie nicht fachlich geboten – den Bedeutungsumfang der Pflegediagnose zu verändern. Auf diesem Weg konnte das Wording bei insgesamt 317 ENP-Pflegediagnosen in Version 3.0 optimiert werden, 239 ENP-Pflegediagnosen blieben in der Formulierung hingegen unverändert gegenüber Version 2.10. Nachstehende Tabelle illustriert die sprachlichen Verbesserungen anhand einiger Beispiele¹⁴.

| ENP-Pflegediagnosentitel Version 2.10 | ENP-Pflegediagnosentitel Version 3.0 |
|--|---|
| Der Patient hat eine Gichterkrankung , es besteht ein Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen | Der Patient hat aufgrund einer Urikopathie (Gicht) das Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen |
| Der Patient hat aufgrund von Fieber das Risiko eines Flüssigkeits-/Elektrolytdefizits | Der Patient hat aufgrund von Pyrexie (Fieber) das Risiko einer Dehydratation/ eines Elektrolytdefizits |
| Der Patient darf bei der Defäkation nicht pressen , es besteht das Risiko von Komplikationen | Der Patient muss bei der Defäkation die Bauchpresse vermeiden , es besteht das Risiko von Komplikationen |
| Der Patient hat ein Kolostoma (künstlicher Darmausgang), es fehlen Informationen/Fähigkeiten , um die Irrigation selbstständig durchzuführen | Der Patient hat ein Informationsdefizit/fehlende Fähigkeiten zur selbstständigen Irrigation des Kolostomas |
| Der Patient hat ein Risiko, Nasenbluten (Epistaxis) zu bekommen | Der Patient hat ein Risiko von Epistaxis (Nasenbluten) |
| Der Patient hat das Risiko einer unphysiologischen Körpertemperatur | Der Patient hat das Risiko einer Hyper-/Hypothermie |

Tabelle 24: Beispielhafte Gegenüberstellung von Änderungen in den Pflegediagnosentiteln von ENP 3.0 im Vergleich zu 2.10

¹⁴ Eine Übersicht mit sämtlichen Änderungen an den ENP-Pflegediagnosentiteln in Version 3.0 ist auf Anfrage erhältlich.

Darüber hinaus konnte im Rahmen dieser umfassenden Sichtung des ENP-Kataloges eine Reihe von Pflegediagnosen nicht nur sprachlich konkretisiert und verfeinert werden, sondern zudem hinsichtlich ihrer hierarchischen Positionierung innerhalb von ENP, d.h. ihrer thematischen Zuordnung zu übergeordneten Kategorien und Klassen (vgl. Kapitel 1.1) optimiert werden. In der folgenden Tabelle werden alle 13 Pflegediagnosen aufgeführt, die mit der Version 3.0 innerhalb der Hierarchie von ENP verschoben wurden und, gegebenenfalls, sprachlich verbessert wurden.

| ID | ENP-Version | Pflegediagnosentitel | Klasse | Kategorie |
|-----|-------------|--|-----------------------------------|---|
| 15 | ENP 2.10 | Der Patient hat aufgrund einer reduzierten Körperwahrnehmung das Risiko von Komplikationen | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Wahrnehmungsveränderungen |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat aufgrund einer reduzierten Körperwahrnehmung das Risiko von wahrnehmungsbedingten Komplikationen | Wahrnehmung | Risiko von Komplikationen infolge von Wahrnehmungsstörungen |
| 309 | ENP 2.10 | Das Patient hat aufgrund einer quantitativen Bewusstseinsstörung das Risiko von Komplikationen | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Wahrnehmungsveränderungen |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat aufgrund einer quantitativen Bewusstseinsstörung das Risiko von wahrnehmungsbedingten Komplikationen | Wahrnehmung | Risiko von Komplikationen infolge von Wahrnehmungsstörungen |
| 585 | ENP 2.10 | Der Patient hat aufgrund einer Harnabflussbehinderung ein Risiko von Komplikationen | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Pathologische Veränderungen |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat obstruktionsbedingt einen Harnverhalt, es besteht das Risiko von Komplikationen | Ausscheidung | Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens |
| 140 | ENP 2.10 | Der Patient hat postoperativ einen Harnverhalt, es besteht das Risiko von Komplikationen | Ausscheidung | Beeinträchtigte Urinausscheidung |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat postoperativ einen Harnverhalt, es besteht das Risiko von Komplikationen | Ausscheidung | Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens |
| 604 | ENP 2.10 | Der Patient hat aufgrund einer Amputation ein Risiko der Ödembildung/Verformung im Stumpfbereich | Gewebeintegrität | Risiko der beeinträchtigten Wundheilung |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat aufgrund einer Amputation ein Risiko der Ödembildung/Verformung im Stumpfbereich | Gewebeintegrität | Risiko des Anschwellens/der Ödembildung |
| 613 | ENP 2.10 | Der Patient zeigt eine ziellose/unwillkürliche motorische Aktivität, ist in der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens beeinträchtigt | Aktivität/ Alltagsgestaltung | Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten |
| | ENP 3.0 | Der Patient ist aufgrund einer Bewegungsstörung im Bewegungsablauf beeinträchtigt | Bewegung/Mobilität | Beeinträchtigter(s) Bewegungsablauf/-muster |
| 837 | ENP 2.10 | Die pflegende Bezugsperson hat fehlende Informationen/Fertigkeiten, die Pflege des Betroffenen zu übernehmen | Wissen/Information | Fehlende Informationen/Fähigkeiten |
| | ENP 3.0 | Der Angehörige/die Bezugsperson kann aufgrund fehlender Informationen/Fertigkeiten die Dependenzpflege nicht selbstständig durchführen | Aktivität/Alltagsgestaltung | Dependenzpflegedefizit |

| ID | ENP-Version | Pflegediagnosentitel | Klasse | Kategorie |
|-----|-------------|--|-----------------------------------|---|
| 511 | ENP 2.10 | Der Patient fühlt sich zu gleichgeschlechtlichen Menschen hingezogen, leidet unter der von der Norm abweichenden sexuellen Neigung | Gesellschaft | Normenkonflikt |
| | ENP 3.0 | Der Patient empfindet aufgrund einer von der Norm abweichenden sexuellen Orientierung einen Normenkonflikt und leidet darunter | Empfindung | Persönliches Leiden |
| 384 | ENP 2.10 | Der Patient hat einen erniedrigenden/entwertenden Kommunikationsstil, es besteht das Risiko der sozialen Isolation | Gesellschaft | Risiko der sozialen Isolation |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat einen erniedrigenden/entwertenden Kommunikationsstil, es besteht das Risiko der sozialen Ausgrenzung | Gesellschaft | Risiko der sozialen Ausgrenzung |
| 563 | ENP 2.10 | Der Patient hat eine stoffwechselbedingte Dehydratation, es besteht das Risiko von Komplikationen | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Dehydratation |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat ein stoffwechselbedingtes Flüssigkeitsdefizit, es besteht das Risiko von dehydratationsbedingten Komplikationen | Ernährung | Dehydratation/Störung des Elektrolythaushalts |
| 564 | ENP 2.10 | Der Patient hat aufgrund des Verlusts von Körperflüssigkeit/der mangelnden Substitution von Flüssigkeit eine Dehydratation, es besteht das Risiko von Komplikationen | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Dehydratation |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat aufgrund des Verlusts von Körperflüssigkeit/der mangelnden Substitution von Flüssigkeit das Risiko von dehydratationsbedingten Komplikationen | Ernährung | Dehydratation/Störung des Elektrolythaushalts |
| 258 | ENP 2.10 | Der Patient hat aufgrund eines operativen Eingriffs an der Lunge das Risiko von Nachblutung, Pleuraerguss, Pneumothorax und Atelektasenbildung | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Postoperativ |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat aufgrund eines operativen Eingriffs an der Lunge das Risiko respiratorischer Komplikationen | Atmung | Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ |
| 589 | ENP 2.10 | Der Patient hat aufgrund eines erhöhten (extrazellulären/intravasalen) Flüssigkeitsvolumens das Risiko von Komplikationen | Gesundheitsrisiken (unspezifisch) | Risiko von Komplikationen: Pathologische Veränderungen |
| | ENP 3.0 | Der Patient hat aufgrund einer Hyperhydratation (Überschuss an Körperflüssigkeit) ein Risiko von Komplikationen | Ernährung | Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits- / Elektrolythaushalts |

Tabelle 25: Hierarchisch verschobene ENP-Praxisleitlinien in Version 3.0

Inhaltlich umfassend und systematisch weiterentwickelte ENP-Praxisleitlinien sowie neu erstellte ENP-Praxisleitlinien werden nachfolgend in tabellarischer Form vorgestellt. Analog der Entwicklung von ENP Version 2.9 zu 2.10 sind auch beim Versionssprung auf 3.0 keine Praxisleitlinien stillgelegt worden. Abermals haben die Rückmeldungen und Anregungen von ENP-Anwendern aus der täglichen Pflegepraxis viele wertvolle Impulse zur Weiterentwicklung beigetragen. Tiefer gehende Informationen zu Änderungen auf Detail-/ Itemebene als hier in den Wissenschaftlichen Hintergründen bereitgehalten stehen auf Anfrage für jede überarbeitete Praxisleitlinie bereit.

Neue ENP-Praxisleitlinien (n=10)

| LOE bezogen auf die Leitlinie | LOE bezogen auf die Diagnose | ID | ENP-Pflegediagnosentitel |
|-------------------------------|------------------------------|------|--|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1122 | Der Patient hat ein Ulcus cruris mixtum/nicht kategorisierten Ulcus cruris , es besteht eine beeinträchtigte Wundheilung |
| LOE 1.4 | LOE 1.4 | 1123 | Der Patient kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Ausscheidung nicht selbstständig erfüllen |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1124 | Das Kind/das Neugeborene hat ein Risiko der Entwicklung einer beeinträchtigten Bindungsfähigkeit zu den Eltern/Erziehungsberechtigten |
| LOE 1.4 | LOE 1.4 | 1146 | Der Patient hat eine beeinträchtigte Darmentleerung |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1147 | Die Patientin hat einen Wissensbedarf über gesundheitsförderliches Verhalten in der Säuglingspflege |
| LOE 1.4 | LOE 1.4 | 1148 | Die Patientin hat aufgrund einer Zervixverkürzung/-insuffizienz das Risiko einer Frühgeburt |
| LOE 1.4 | LOE 1.4 | 1174 | Der Patient hat einen Wissensbedarf über gesundheitsförderliches Verhalten |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1175 | Der Patient hat das Risiko, im Alter ein Frailty-Syndrom zu entwickeln |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 1176 | Der Patient hat ein Risiko für die Entstehung einer Harninkontinenz |
| LOE 1.4 | LOE 1.4 | 1178 | Das Neugeborene hat aufgrund eines neonatalen Entzugssyndroms das Risiko von Komplikationen. |

Tabelle 26: Neue ENP-Praxisleitlinien in Version 3.0

Inhaltlich umfassend, systematisch weiterentwickelte Praxisleitlinien (n=5)

| LOE bezogen auf die Leitlinie | LOE bezogen auf die Diagnose | ID | ENP-Pflegediagnosentitel |
|-------------------------------|------------------------------|-----|--|
| LOE 2.1 | LOE 2.1 (künftig: LOE 3.1a) | 808 | Der Patient leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit) (<u>vormals</u> : Der Patient leidet unter chronischer Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)) |
| LOE 3.1b | LOE 3.1b | 223 | Der Patient hat aufgrund von festsitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie |
| LOE 2.1 (künftig: LOE 3.1a) | LOE 2.1 (künftig: LOE 3.1a) | 896 | Der Patient ist infolge eines demenziellen Syndroms in der selbstständigen Tages-/Lebensgestaltung beeinträchtigt |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 (künftig: LOE 3.1a) | 220 | Der Patient hat eine Dyspnoe , es besteht eine insuffiziente Atmung (<u>vormals</u> : Der Patient hat eine Atemnot (Dyspnoe) , es besteht eine insuffiziente Atmung) |
| LOE 2.1 | LOE 2.1 | 809 | Der Patient hat eine beeinträchtigte Beziehungs-/Bindungsfähigkeit zu den Eltern/Erziehungsberechtigten (<u>vormals</u> : Der Patient hat eine beeinträchtigte Beziehung zu den Eltern) |

Tabelle 27: Inhaltlich umfassend überarbeitete ENP-Praxisleitlinien in Version 3.0

Nicht tabellarisch aufgeführt sind zahlreiche terminologische oder inhaltliche Änderungen bzw. Überarbeitungen an einzelnen ENP-Elementen (z. B. Kennzeichen, Ursachen oder Interventionen), die mehreren Praxisleitlinien zugeordnet sind und/oder keine einzelne Praxisleitlinie bzw. Pflegediagnose in ihrer Gesamtheit betreffen. Insgesamt lassen sich entsprechende Arbeiten auf mehr als 100 einzelne Entwicklungsaktivitäten beziffern. Ein Großteil hiervon fand auf Ebene der ENP-Interventionen statt. Für ein besseres Verständnis soll nachfolgend anhand eines Beispiels das Ergebnis solch punktueller Weiterentwicklungen illustriert werden, die sich nicht nur auf eine, sondern in der Regel auf mehrere Pflegediagnosen bzw. Praxisleitlinien auswirken. So ist die hier exemplarisch dargestellte Maßnahme „Gewebezucker- / Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen“ etwa mit den ENP-Pflegediagnosen „Der Patient hat aufgrund eines **Spät-Dumping-Syndroms** das Risiko einer Hypoglykämie“ sowie „Der Patient hat das **Risiko einer Hyper-/Hypoglykämie**“ verknüpft. Rote Elemente in der Tabelle repräsentieren hierbei die Änderungen in Form von abgeänderten oder neu hinzugefügten Items:

| Maßnahme 347: Gewebezucker- / Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen | | |
|---|--|--|
| ID-Nummer | Detailintervention | Erklärungstext |
| 8189 | <u>Punktuelle Blutzuckerkontrollen durchführen</u> | |
| 8190 | Blutzuckerbestimmung mit Haemo-Glucotest mittels visuell auszuwertenden Teststreifen (ohne Gerät) | Optisches Ablesen des Blutzuckerwertes von einem Teststreifen ohne ein Messgerät. Die Wertebestimmung erfolgt ggf. im Farbvergleich mit einer vorgegebenen Skala. |
| 8191 | Mit elektronischem Messgerät und Codestreifen | |
| 8192 | Mithilfe des Labors | |
| 23880 | <u>Kontinuierliche Gewebezuckermessung durchführen (CGM)</u> | |
| 18063 | Kontinuierliche automatische Messung (Glukosemonitoring) Glukosemessung im Unterhautfettgewebe (CGM) | Synonym: continous glucose monitoring, CGM. Ein Verfahren, bei welchem der Gewebezuckerwert in der Zwischenzellflüssigkeit (interstitielle Glukose) mittels eines im Unterhautfettgewebe platzierten Sensors in sehr engen Zeitabständen gemessen und an ein Lesegerät übermittelt wird, welches auch in einer Insulinpumpe integriert sein kann. Neben dem aktuellen Glukosewert werden bei jeder Wertekontrolle zudem die Glukosedaten der letzten Stunden grafisch dargestellt und ein Trend angegeben, in welche Richtung sich der Glukosewert bewegt. Oftmals enthalten CGM-Systeme Warnfunktionen, die automatisch vor einer drohenden Hyper- oder Hypoglykämie warnen. |
| 23881 | <u>Gewebezuckermessung mittels Flash Glucose Monitoring (FGM) durchführen</u> | |
| 23882 | Gewebeglukosebestimmung mittels Flash Glucose Monitoring (FGM) | Ein Verfahren zur Bestimmung des Gewebezuckerwertes in der Zwischenzellflüssigkeit (interstitielle Glukose) mittels eines i.d.R. am Oberarm angebrachten Sensors und eines Lesegerätes. Neben dem aktuellen Glukosewert werden bei jeder Wertekontrolle zudem die Glukosedaten der letzten Stunden grafisch dargestellt und ein Trend angegeben, in welche Richtung sich der Glukosewert bewegt. |

| | | |
|--|---|--|
| 8193 | <u>Unterstützungsleistung bestimmen</u> | |
| 8194 | Zur Selbstbestimmung des Gewebe- / Blutzucker BZ werts anleiten | |
| 23883 | Bei der Bestimmung des Gewebe- / Blutzuckerwertes unterstützen | |
| 8195 | BZ -Gewebe- / Blutzuckerkontrolle übernehmen | |
| 8196 | BZ -Gewebe- / Blutzuckerkontrolle durch Laborassistentin durchführen | |
| 23884 | Kalibrierung des Glukosemessgerätes / -sensors durchführen | |
| Zur Weiterentwicklung der Maßnahme verwendete Literatur | | |
| Schlüter, S. (2013). Diabetestechnologie - Glukosemessung und Insulinpumpen. Diabetes aktuell, 11(6), pp. 266-269. | | |
| Heinemann, L. & Freckmann, G. (2015). CGM Versus FGM; or, Continuous Glucose Monitoring Is Not Flash Glucose Monitoring. Journal of Diabetes Science and Technology, 9(5), pp. 947-950. doi: 10.1177/1932296815603528 | | |
| Ancona, P. et al. (2017). The performance of flash glucose monitoring in critically ill patients with diabetes. Critical Care and Resuscitation, 19(2), pp. 167-174. | | |
| Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Ed.). (2015). Kontinuierliche interstitielle Glukosemessung (CGM) mit Real-Time-Messgeräten bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Abschlussbericht. IQWiG-Berichte - NR. 289. Retrieved from https://www.iqwig.de/download/D12-01_Abschlussbericht_Kontinuierliche-Glukosemessung-mit-Real-Time-Messgeraeten.pdf (Accessed: 27.11.2017). | | |
| Garg, S. K. & Akturk, H. K. (2017). Flash Glucose Monitoring: The Future Is Here. Diabetes Technology & Therapeutics, 19(S2), pp. S1-S3. doi: 10.1089/dia.2017.0098 | | |

Tabelle 28: Beispielhafte Änderungsdokumentation der Weiterentwicklung der ENP-Maßnahme "Gewebezucker- / Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen"

Aus Anwenderperspektive stellt sich die Überarbeitung bei softwaregestützter Nutzung von ENP wie folgt dar:

| Maßnahme 347 in ENP Version 2.10 | Maßnahme 347 in ENP 3.0 |
|---|---|
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen</p> <p>Blutzuckerkontrollen durchführen</p> <p><input type="checkbox"/> Blutzuckerbestimmung mit Haemo-Glucotest</p> <p><input type="checkbox"/> Mit elektronischem Messgerät und Codestreifen</p> <p><input type="checkbox"/> Mithilfe des Labors</p> <p><input type="checkbox"/> Kontinuierliche automatische Messung (Glukosemonitoring)</p> <hr/> <p>Unterstützungsleistung bestimmen</p> <p><input type="checkbox"/> Zur Selbstbestimmung des BZ-Werts anleiten</p> <p><input type="checkbox"/> BZ-Kontrolle übernehmen</p> <p><input type="checkbox"/> BZ-Kontrolle durch Laborassistentin durchführen</p> </div> | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Gewebezucker- / Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen</p> <p>Punktuelle Blutzuckerkontrollen durchführen</p> <p><input type="checkbox"/> Blutzuckerbestimmung mittels visuell auszuwertenden Teststreifen (ohne Gerät)</p> <p><input type="checkbox"/> Mit elektronischem Messgerät und Codestreifen</p> <p><input type="checkbox"/> Mithilfe des Labors</p> <hr/> <p>Kontinuierliche Gewebezuckermessung durchführen (CGM)</p> <p><input type="checkbox"/> Kontinuierliche automatische Glukosemessung im Unterhautfettgewebe (CGM)</p> <hr/> <p>Gewebezuckermessung mittels Flash Glucose Monitoring (FGM) durchführen</p> <p><input type="checkbox"/> Gewebezuckermessung mittels Flash Glucose Monitoring (FGM)</p> <hr/> <p>Unterstützungsleistung bestimmen</p> <p><input type="checkbox"/> Zur Selbstbestimmung des Gewebe- / Blutzuckerwerts anleiten</p> <p><input type="checkbox"/> Bei der Bestimmung des Gewebe- / Blutzuckerwertes unterstützen</p> <p><input type="checkbox"/> Gewebe- / Blutzuckerkontrolle übernehmen</p> <p><input type="checkbox"/> Gewebe- / Blutzuckerkontrolle durch Laborassistentin durchführen</p> <p><input type="checkbox"/> Kalibrierung des Glukosemessgerätes /-sensors durchführen</p> </div> |

Tabelle 29: Weiterentwicklung der ENP-Maßnahme "Gewebezucker- / Blutzuckerkontrollen festlegen/durchführen" aus Anwenderperspektive

Den derzeit (Stand Mai 2019) verfügbaren 566 ENP-Praxisleitlinien liegt insgesamt die Auswertung von mehr als 5.900 Veröffentlichungen zugrunde. Hiervon wurden allein ca. 1.950 systematisch recherchierte Publikationen im Zeitraum zwischen Juni 2017 und Mai 2019 für die Erarbeitung der Definitionen der ENP-Pflegediagnosen sowie die inhaltlichen Arbeiten für den Versionssprung von ENP 2.10 auf 3.0 herangezogen.

3. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien

Anfänglich dem Kontext der evidenzbasierten Medizin entstammend, dienten Evidenzlevel (auch: Evidenzgrade oder englisch „Level of Evidence“ – LoE) ursprünglich – und bis heute – der hierarchischen Kategorisierung der formalen und inhaltlichen Qualität klinischer Studien. Die Zuordnung einer klinischen Studie zu einem Evidenzlevel dient mit anderen Worten dazu, die Stärke und Aussagekraft der erzielten Ergebnisse zu beschreiben und damit die wissenschaftliche „Wertigkeit“ der Studie zu belegen. Wesentliche Einflussfaktoren auf diese Aussagekraft sind unter anderem die Art der durchgeführten Studie sowie die untersuchten Endpunkte, etwa die Lebensqualität oder die Überlebensrate. Im Verlauf der Zeit wurden sowohl weitere Klassifizierungsmodelle für die Zuweisung von klinischen Studien zu Evidenzleveln

entwickelt, aber auch andere Anwendungsgebiete für die Ausweisung von Evidenzgraden. International besteht mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Skalierungen und Definitionen, sodass von einem allgemeingültigen Standard (wenn überhaupt) nur noch innerhalb eines klar definierten Anwendungsbereichs, nicht jedoch allgemeingültig, zu sprechen ist (Perleth & Raspe, 2007).

Mit Beginn der 2000er Jahre erreichte die Diskussion über Evidenzlevel und die entsprechenden Kriterien auch die Pflegewissenschaft. Der Fokus liegt anders als bei dem der Medizin entstammenden Konzept hier jedoch nicht auf einer einzelnen Studie bzw. einem einzelnen Baustein wie einem singulären Kennzeichen oder einer einzelnen Ursache. Vielmehr umfasst ein Evidenzlevel hier die Gesamtheit einer pflegeklassifikatorischen Komponente, etwa einer Pflegediagnose inklusive der sie bestimmenden Elemente (etwa Kennzeichen und Ursachen oder Risikofaktoren). Auch repräsentiert der Evidenzlevel etwa einer Pflegediagnose anders als im ursprünglichen medizinischen Sinne nur indirekt die Aussagefähigkeit bzw. Wertigkeit, im Vordergrund steht dagegen die Bekanntgabe des Entwicklungsstatus einer Pflegediagnose bzw. einer Praxisleitlinie. Anders ausgedrückt soll die Ausweisung von Evidenzgraden ein größtmögliches Maß an Transparenz hinsichtlich des Entwicklungs-, Überarbeitungs- und Validierungsstatus der Elemente eines Pflegeklassifikationssystems gegenüber allen Anwendern und Interessenten etablieren. Je höher der Evidenzlevel z.B. einer Pflegediagnose, umso geringer die Zweifel an deren Qualität, Relevanz und wissenschaftlichen Untermauerung (Kunz et al., 2007).

Für die ENP-Pflegediagnosen und ENP-Praxisleitlinien werden seit 2014 sukzessive Evidenzlevel erarbeitet und ausgewiesen. Wichtiges Ziel bei der Entwicklung war neben der Schaffung Transparenz auch eine Vergleichbarkeit der Evidenzstufen mit denen anderer Pflegeklassifikationssysteme. Vor diesem Hintergrund orientieren sich die Evidenzlevel von ENP eng an den Einstufungskriterien der NANDA International (vgl. Herdman & Kamitsuru, 2018), wenngleich an dieser Einteilungssystematik auch kritische Aspekte diskutiert werden können¹⁵. Auf diesem Weg soll gewährleistet werden, dass die Aussagekraft sowie der Entwicklungsstand einzelner Pflegediagnosen verschiedener Klassifikationssysteme im Wesentlichen miteinander verglichen werden können.

Die Ausweisung von Evidenzleveln für ENP erfolgt auf zweierlei Ebenen. Zum einen für die pflegediagnostische Aussage, d. h. einer Pflegediagnose sowie deren Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen, zum anderen auch für die Praxisleitlinie insgesamt, d.h. zzgl. der zur Pflegediagnose gehörenden Pflegeziele und Pflegeinterventionen. Wesentlicher Grund für diese differenzierende Darstellung ist die Tatsache, dass sich derzeit vielfach der diagnostische Teil einer ENP-Praxisleitlinie auf einem anderen (häufig weiter fortgeschrittenen) Entwicklungsstand befindet als die zugehörigen Ziele und Interventionen bzw. die ENP-Praxisleitlinie insgesamt. Um auch eine solche Konstellation für jede interessierte Person unmittelbar transparent darzustellen, werden jeweils zwei Evidenzgrade ausgewiesen.

Mit der Version 3.0 von ENP (Mai 2019) wurde der schrittweise Prozess der Ausweisung von Evidenzleveln zu allen Pflegediagnosen bzw. Praxisleitlinien abgeschlossen, sodass nun für den gesamten Katalog der jeweilige Entwicklungsstatus einsehbar ist. Folgende Auflistung stellt die einzelnen Evidenzgrade von ENP detaillierter vor:

LoE – Ebene 1: Neue Praxisleitlinien im Entwicklungsstatus / induktiv entwickelte Pflegediagnosen und Praxisleitlinien

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

¹⁵ Die Kriterien zur Einstufung einer NANDA-I-Pflegediagnose zu einem Evidenzlevel können online unter <http://www.nanda.org/nanda-i-resources/level-of-evidence-criteria/> eingesehen werden (Zugriff am 14.06.2019)

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 (LoE 1.4). 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.

LoE 1.1 Nur Pflegediagnosentitel (Entwicklungsauftrag, keine Aufnahme in den ENP-Katalog)

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

LoE 1.2 Pflegediagnosentitel sowie Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen (Entwicklungsauftrag, keine Aufnahme in den ENP-Katalog)

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

LoE 1.3 Pflegediagnose und Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen werden um Pflegeziele und Pflegeinterventionen zu einer Praxisleitlinie vervollständigt (Entwicklungsauftrag, keine Aufnahme in den ENP-Katalog)

Die pflegediagnostische Aussage wird um Pflegeziele und Pflegemaßnahmen ergänzt und durch Literaturverweise gestützt. Die resultierende ENP-Praxisleitlinie befindet sich in einem frühen Stadium und kann Endanwendern in Einzelfällen zu Evaluierungs- und Projektierungszwecken zur Verfügung gestellt und gemeinsam mit dem ENP-Entwicklerteam verbessert werden. Im offiziellen ENP-Katalog sowie in den Buchveröffentlichungen werden jedoch ausschließlich Diagnosen ausgewiesen, welche mindestens den Evidenzgrad 1.4 aufweisen.

LoE 1.4 Induktiv entwickelte Praxisleitlinie: Pflegediagnose und Definition, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen werden aus der Pflegepraxis heraus entwickelt

Die Pflegediagnose, ihre Definition, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen sowie zugehörige Pflegeziele und Pflegemaßnahme wurden auf Grundlage empirischer Beobachtungen konkreter Versorgungssituationen aus der Pflegepraxis und einem anschließenden Prozess der Cluster- und Themenbildung sowie hiermit einhergehender, ständiger Vergleiche der zugehörigen, realen Pflegeprozessplanungen entwickelt. Die fachlich-inhaltliche Korrektheit sowie die Relevanz der auf diesem Weg entwickelten Praxisleitlinien wird durch Fachliteratur bzw. Lehrbuchwissen bestätigt bzw. ergänzt. Es erfolgt die Aufnahme in den offiziellen ENP-Katalog.

LoE – Ebene 2: Durch internationale Literaturanalysen, die Pflegepraxis und/oder konsentierende Studien bestätigte Pflegediagnosen und Praxisleitlinien

LoE 2.1 Pflegediagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen (pflegediagnostische Aussage) bzw. Pflegediagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen,

Ressourcen und Pflegeziele und Maßnahmen (gesamte Praxisleitlinie) sind durch internationale Literatur bestätigt

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 Literaturanalysen belegt.

LoE 2.2 Ergänzende Begriffsanalyse zur Pflegediagnose

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

LoE 2.3 Konsentierende Studien von existierenden Pflegediagnosen / Praxisleitlinien 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 Forschungsdesigns mit diagnostischen Inhalten.

LoE – Ebene 3: Forschungsgestützte Pflegediagnosen und Praxisleitlinien (Validierung und Überprüfung)

LoE 3.1 a) Literatur-Synthese

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

LoE 3.1 b) Literatur-Synthese und Expertenrating

Die Weiterentwicklung der Pflegediagnose bzw. Praxisleitlinie basiert auf einer systematischen Literaturlieferung und -bewertung zur Pflegediagnose und zu Pflegemaßnahmen mit dokumentierter und nachweislicher Suchstrategie sowie anschließender Bewertung durch anhand definierter Kriterien ausgewählter Fachexperten mittels standardisierter Befragung, Online-Surveys oder ähnlicher Verfahren (sog. Expertenrating).

LoE 3.2 Klinische, jedoch nicht auf die Gesamtbevölkerung 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.

LoE 3.3 Gut gestaltete klinische Studien mit kleinen, nicht generalisierbaren 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, nicht für die Gesamtbevölkerung repräsentativem Stichprobenumfang.

LoE 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) mit ausreichender Größe genutzt, um die Ergebnisse auf die Gesamtpopulation zu generalisieren.

Bezugnehmend auf die aktuelle Version 3.0 von ENP verteilen sich die Evidenzgrade wie folgt auf die 566 ENP-Pflegediagnosen bzw. ENP-Praxisleitlinien. Nicht abgebildet sind in Entwicklung befindliche Pflegediagnosen bzw. Praxisleitlinien, die noch kein offizieller Bestandteil von ENP sind (LoE 1.1 bis LoE 1.3).

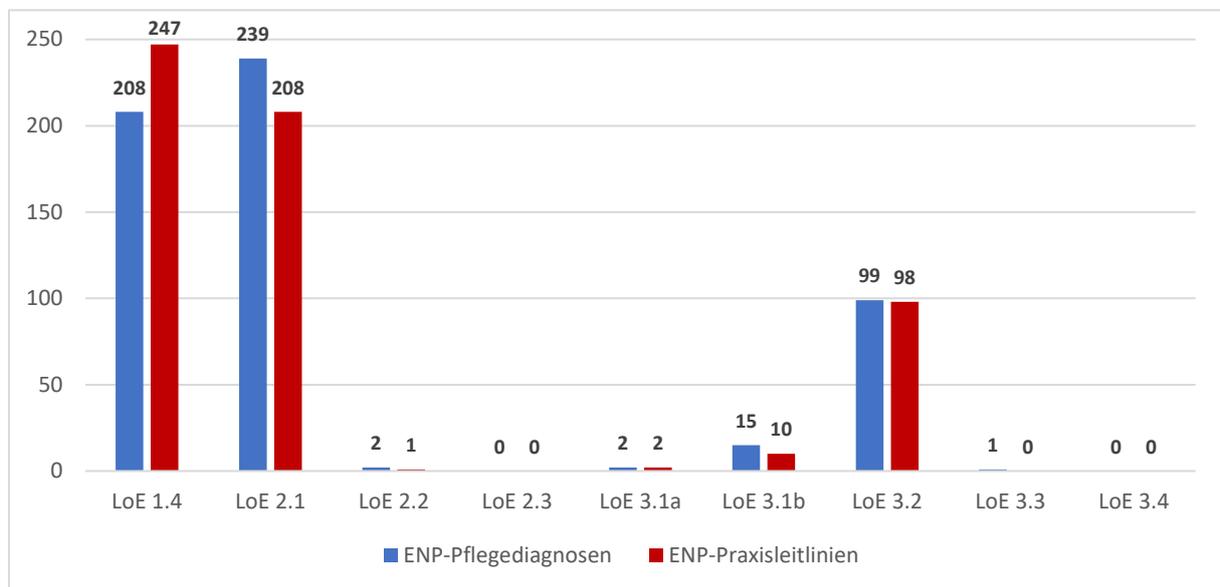


Abbildung 8: Verteilung der Evidenzgrade für ENP-Pflegediagnosen und ENP-Praxisleitlinien in Version 3.0

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 Abschnitten vorgestellt.

4.1 Definition: 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 2019 ca. 15% (n=85), 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 essenziellen 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 essenzielle 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 nachfolgender Tabelle 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 |
|----------------------|--------------------------------|--|
| Körperpflege/Kleiden | | Der Patient kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen |

| | |
|---|---|
| Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung | Der Patient kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen |
| | Der Patient kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen |
| | Der Patient darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer verminderten Herzleistung nicht anstrengen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung |
| | Der Patient kann aufgrund einer eingeschränkten Handfunktion die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht nutzen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung |
| | Der Patient kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten |
| | Der Patient soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden , es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung |
| | Der Patient kann sich aufgrund einer Vigilanzminderung nicht selbstständig waschen |
| | Der Patient führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat durch |
| | Der Patient kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen |
| | Der Patient kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen |
| | Der Patient kann sich aufgrund einer sensorischen Integrationsstörung nicht selbstständig waschen |
| | Der Patient ist bei der Körperwaschung beeinträchtigt [Pflegeproblem ohne Spezifikation] |
| | ... |

Tabelle 30: 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 Kategorie Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung erstellt wurde, wird gezeigt, dass für die in Tabelle 29 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 angelegten Tracheostomas das Risiko einer Hautschädigung“.

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

- "aufgrund eines angelegten Tracheostomas" = Präpositionalobjekt (Genitiv)
- "das Risiko" = direktes Objekt (Akkusativ)
- "einer Hautschädigung" = Artergänzung (Genitiv)

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 insgesamt 14 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.: *Kann sich nicht verständlich machen* 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 allein hervorrufen.

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

Wesentliche Ursache, die eine notwendige Bedingung der Wirkung ist.

Die verschiedenen Sichtweisen und Unterscheidungen des Begriffes ‚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, Multiple 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: ENP-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 Pflegende aufgefordert, individuelle Ergänzungen im Rahmen des diagnostischen Prozesses vorzunehmen.

Die standardisierten Ressourcenformulierungen in ENP beinhalten Verhaltensweisen, handlungsfördernde Einstellungen, Unterstützungsleistungen des sozialen Umfelds oder physiologische Zustände, die dazu beitragen, Bewältigungsstrategien und Interventionen zur Behebung von Gesundheitsproblemen zu entwickeln und zu unterstützen 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 Pflegende mit dem Betroffenen oder für den Betroffenen planen und die innerhalb eines vereinbarten Zeitraumes erreicht werden sollen. Die erwarteten Ergebnisse sind in Form von künftig zu erreichenden Ist-Zuständen beschrieben. Die Pflegeziele können sich auf körperliche Leistungen und Fähigkeiten, physiologische Parameter, Wissen, Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale, Befunde, emotionales Erleben und subjektives Empfinden sowie auf die Erkennung körperlicher Veränderungen beziehen.

Eine Nutzung der Pflegezielformulierungen zur Outcome-Messung ist möglich. Hierzu ist jedes ENP-Pflegeziel mit einer fünfstufigen 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, es besteht das Risiko der sozialen Isolation*

Ursache: Psychische Erkrankung

Kennzeichen: Zieht sich in das Zimmer zurück

Pflegeziel: Nimmt an Freizeitaktivitäten 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.

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

Tabelle 31: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen zur Körperwaschung

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

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

Tabelle 32: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen aus der Kategorie „Frei von Schmerzen“

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

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

Tabelle 33: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen aus der Kategorie "Den Fähigkeiten angepasste Anforderungen"

Derzeit sind von den ENP-Pflegezielen etwa 50 differenzierte bzw. operationalisierte 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 und können individuell unterschiedlich bewertet werden.

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 Pflegendende 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 Zeitwerte in ENP

Zusätzlich zu den anderen Elementen sind in ENP 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 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 Zeitwerte können in ENP auf verschiedenen Ebenen hinterlegt sein. Zum einen auf Ebene des Interventionskonzeptes selbst, sodass ein Zeitwert unabhängig von den gewählten Interventionsspezifika 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 Zeitwerte können jedoch auf Ebene der Interventionsspezifika angesiedelt sein, sodass sich je nach konkreter Ausgestaltung der Pflegeintervention bzw. je nach gewählten Interventionsspezifika 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 Interventionsspezifika, genauer: der Ort der Ganzkörperwaschung, dem notwendigen Unterstützungsgrad, Besonderheiten bei der Körperwaschung sowie die Anzahl an zur Durchführung der Ganzkörperwaschung benötigten Pflegepersonen (vgl. Abbildung 9).

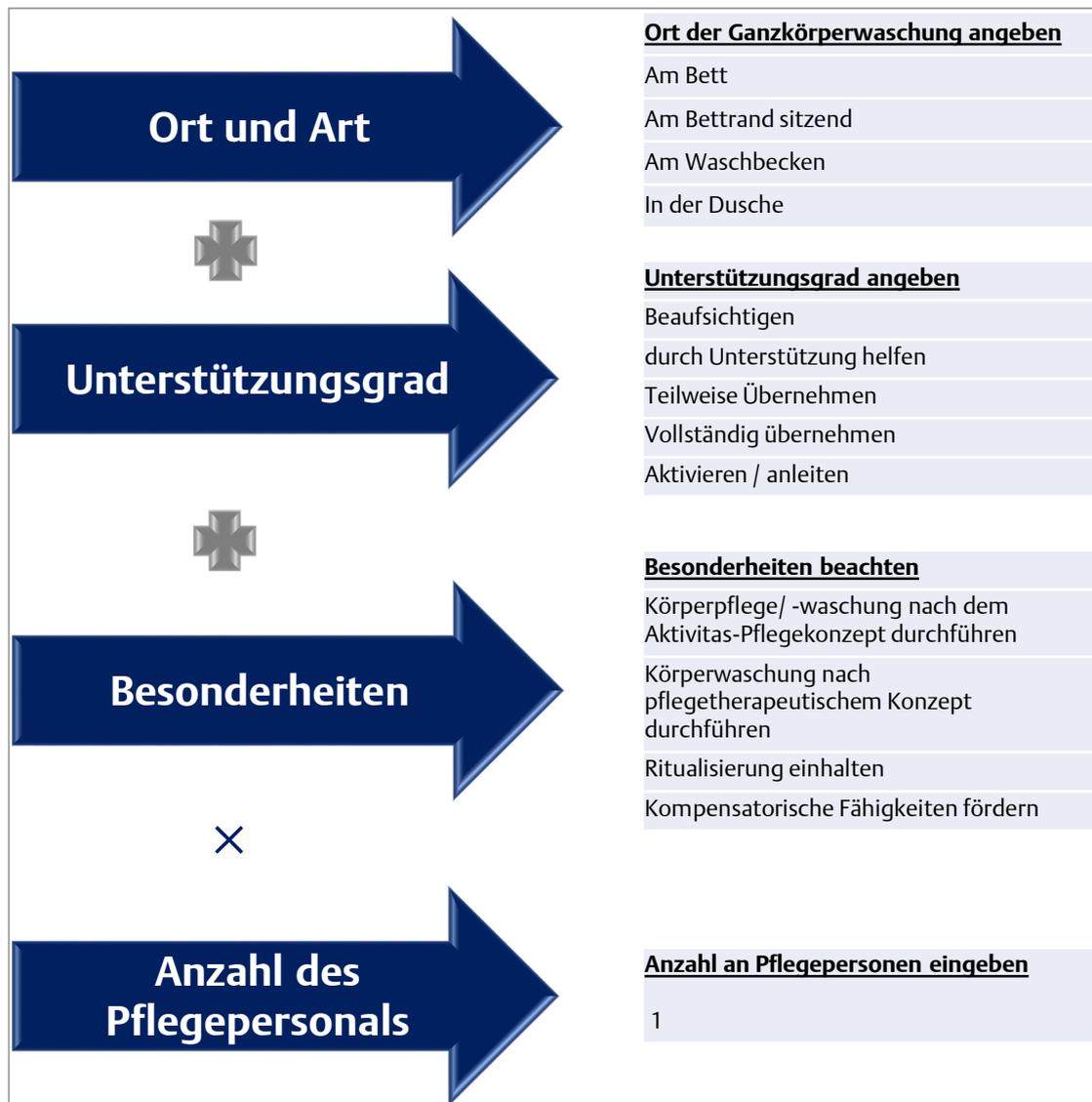


Abbildung 8: Beispiel für die kumulative Berechnung von ENP-Zeitwerten (Ausschnitt)

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 Zeitwert von 24 Minuten. Müssten sich aus bestimmten Gründen zwei Pflegepersonen an der Ganzkörperwaschung beteiligen (x2), ergäbe sich ein Zeitwert von 48 Minuten.

Schließlich bestehen in ENP einige Interventionen, denen bewusst und gezielt kein 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 softwaregesteuerter 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 Patient 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; Hausherr, 2018; Nißlein, 2017a, 2017b). 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 mehrere Inhalts- und Kriteriumsvalidierungsarbeiten (vgl. z.B. Berger, 2010; Hardenacke, 2008; Helmbold, 2010; Helmbold & Berger, 2010; Schmitt, 2010; Wieteck, 2006b, 2006c, 2008b), weitere befinden sich zur Zeit in der Publikationsphase oder werden/wurden im Rahmen von akademischen Abschlussarbeiten durchgeführt. Im Rahmen der Kriteriumsvaliditätsprüfung von Berger (2010) 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. 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 (2008) 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 Piloteneinrichtungen 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 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 anbieten. Daher sind Vergleiche von Gütekriterien mit anderen Klassifikationssystemen schwierig.

6. Kritische Anmerkungen

ENP ist derzeit noch nicht in dem Maße vollständig, um alle pflegerischen Belange, die zur Beschreibung von pflegerischen Phänomenen und Maßnahmen benötigt werden, im Rahmen der Prozessdokumentation anzubieten. Dieses zeigen unterschiedliche Studien und Evaluationsprojekte. Circa 23 % der NANDA-I-Pflegediagnosen konnten 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, 2008).

Zusammenfassende Gedanken

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

Literatur

- Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F.** (2004). *Einführung in die Terminologearbeit* (5. 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 Nuring 3/ENP. 23. Retrieved from http://download.recom-verlag.de/pdf/Abschlussbericht%20Projekt%20ENP_LEP3.pdf (Accessed: 30.06.2015).
- 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.
- Benner, P.** (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert* (2. ed.). Bern: Huber.
- 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 (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 (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.

- Fachgesellschaft Profession Pflege e.V.** (2018). Pflegerisches Basis-Assessment (BAss). Herausgegeben vom Vorstand der Fachgesellschaft Profession Pflege am 29.08.2016. Aktualisiert am 01.02.2018. Retrieved from http://www.pro-pflege.eu/files/inhalte/downloads/BAss-Beschreibung_%2007.02.2018.pdf (Accessed: 14.05.2017).
- 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). *Guidlines 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.** (2008). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *Pflegewissenschaft*, 10(10), pp. 530-538.
- Hausherr, S.** (2018). *Inhaltliche Anforderungen an Pflegeklassifikationssysteme zur adäquaten Pflegediagnostik bei erwachsenen Patienten mit Fatigue am Beispiel der European Nursing care Pathways (ENP).* (Bachelorarbeit), Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt, Fakultät für Soziale Arbeit, Studiengang Pflegewissenschaft.
- 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.). (2018). *NANDA International. Nursing Diagnoses. Definitions and Classification 2018-2020* (11 ed.). New York u.a.: Thieme.
- 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)*.
- Kunz, R. et al.** (Eds.). (2007). *Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis* (2. ed.). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- 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/Grundsatzstellungen/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.
- NiBlein, A.** (2017a). Eine Brücke zwischen Pflegewissenschaft und Praxis bauen - von der wissenschaftlichen Erkenntnis ins klinische Setting. *Pflege Professionell*(12), pp. 5-8.
- NiBlein, A.** (2017b). *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.].
- Perleth, M. & Raspe, H.** (2007). Levels of Evidence - Was sagen sie wirklich aus? Retrieved from https://www.ebm-netzwerk.de/was-ist-ebm/images/levels_evidence.pdf (Accessed: 16.05.2019).
- Rabl, C., Mereu, N., & Kraus, S.** (2016). Validierung der Übersetzung einer Pflegeklassifikation mit der Methode der Rückübersetzung. *Pflegewissenschaft*, 18(5), pp. 444-453. doi: 10.3936/1421

- 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, Fachbereich Pflegemanagement.
- 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.
- Wietek, P.** (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützten Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung*. (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft.
- Wietek, P.** (2003). European Nursing care Pathways (ENP): Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-InterNet*, 5(11), pp. 84-94.
- Wietek, P.** (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *PrInTerNet*, 6(9), pp. 486-494.
- Wietek, P.** (2006a). Arbeiten mit ENP® - Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe*, 58(11), pp. 62-63.
- Wietek, P.** (2006b). *Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms*. Bad Emstal: RECOM.
- Wietek, P.** (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInTerNet*, 08(02), pp. 109-118.
- Wietek, P.** (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP®: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift*, 60(5), pp. 257-259.
- Wietek, P.** (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInTerNet*, 9(2), pp. 113-120.
- Wietek, 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, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin.*
- Wietek, 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
- Wietek, 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.
- Wieteck, P., Moantovan, F., & Rigon, L. A.** (Eds.). (2015). *Percorsi per la pratica infermieristica. Pianificazione, assistenza e documentazione con i percorsi assistenziali ENP* (1. ed.). Rozzano: Casa Editrice Ambrosiana.
- Woodtli, A.** (1988). Identification of Nursing Diagnoses and Defining Characteristics: Two Research Models. *Research in Nursing & Health*, 11(6), pp. 399-406.