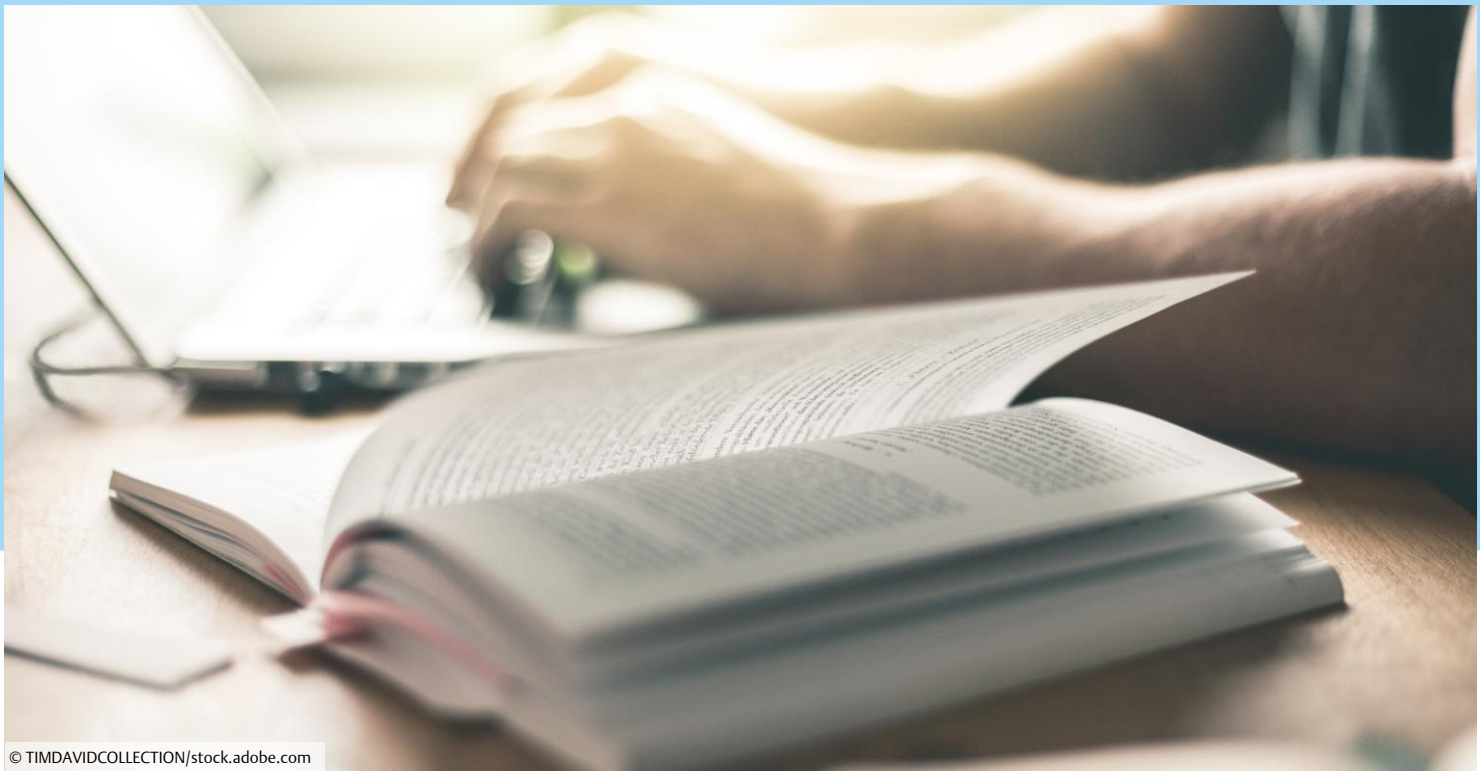
Wissenschaftliche Hintergründe

European Nursing care Pathways – Version 3.4



© TIMDAVIDCOLLECTION/stock.adobe.com

September 2024

Dr. Pia Wieteck
Sebastian Kraus (M.Sc.)
Dr. Qiumei Jiang-Siebert
Alexandra Mannes (B.Sc. OT)
Dr. Natalie Hubenthal
Sabine Kopp (B.Sc.)
Stephanie Hausherr (MScN)
Dr. Holger Mosebach

Thieme RECOM

Inhaltsverzeichnis

Einleitung ... 3

1. Struktur/Aufbau von ENP ... 4

1.1 Die Pflegeklassifikation ENP – Teil A ... 4

1.2 Präkombinationen von Begriffen der ENP-Pflegeklassifikation – Teil B ... 12

1.2.1 Präkombinatorische ENP-Pflegediagnosen ... 12

1.2.2 Präkombinatorische ENP-Interventionen ... 14

1.3 Praxisleitlinien in ENP – Teil C ... 16

1.4 Definitionen der Klassenbegriffe von ENP ... 17

1.4.1 ENP-Pflegediagnosen ... 17

1.4.2 ENP-Kennzeichen ... 22

1.4.3 ENP-Ursachen ... 23

1.4.4 ENP-Ressourcen ... 24

1.4.5 ENP-Pflegeziele ... 25

1.4.6 ENP-Pflegeinterventionen und ENP-Interventionsspezifikationen ... 28

1.4.7 Erklärungstexte zu Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Interventionsspezifikationen 29

1.5 Zeitwerte in ENP ... 30

1.6 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten ... 33

1.7 Die Entwicklung und Weiterentwicklung von ENP ... 36

1.7.1 Historischer Rückblick ... 37

1.7.2 Systematische Weiterentwicklung heute ... 40

1.7.3 Optionen zur Validierung von ENP-Praxisleitlinien ... 44

2. Evidenzlevel der ENP-Diagnosen und Praxisleitlinien ... 52

3. Güte der ENP-Praxisleitlinien ... 55

4. Kritische Anmerkungen ... 57

5. Nutzung und Verbreitung von ENP ... 58

6. Weiterführende Fachliteratur und Dokumente zu ENP ... 60

Literatur ... 64

Thieme RECOM

Wissenschaftliche Hintergründe

Einleitung

Das Pflegeklassifikationssystem European Nursing care Pathways (ENP) 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, u. a. Verbesserung der Kommunikation der Professionellen im Gesundheitswesen untereinander, die Unterstützung von Prozessabläufen (z. B. die Überleitung von einer Einrichtung in eine andere) sowie eine Verbesserung der 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 Zahlen, Daten und Fakten generiert werden, die sowohl zur Hypothesenbildung/-prüfung im Rahmen der Pflegeforschung als auch für Steuerungs- und Controlling-Prozesse im Pflegemanagement sowie im Risikomanagement genutzt werden können. ENP ist sowohl in Form einer Buchpublikation als auch als Datenbank[1] oder eingebunden in verschiedenen Softwareprodukten 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, Jiang-Siebert, Mannes, Hubenthal, Kopp, Hausherr & Mosebach (2024). Wissenschaftliche Hintergründe European Nursing care Pathways, Version 3.4. Thieme RECOM GmbH. Online verfügbar unter: https://www.recom.eu/wiss-hintergruende

Eine zusammenfassende Übersicht über die einzelnen Versionsänderungen von ENP (beginnend mit Version 2.0) wird in einem gesonderten Änderungsdokumentation zu Verfügung gestellt, die über den Internetauftritt von RECOM unter https://www.recom.eu erreichbar ist. Neben dieser zusammenfassenden Übersicht über die zentralen Änderungen in den einzelnen ENP-Versionen steht mit Beginn des ENP-Versionssprungs von 3.0 auf 3.1 auf Anfrage auch eine automatisiert generierte, sehr umfassende Änderungsdokumentation auf Ebene der einzelnen Items zur Verfügung, die etwa für Softwareanbieter oder im Rahmen der Auseinandersetzung mit ENP auf Datenbankebene von Interesse sein kann. Wenden Sie sich hierzu bitte via E-Mail an info@recom.eu.

[1] Eine ausführliche Beschreibung des Datenbankmodells von ENP in der jeweils aktuellen Version ist auf Anfrage erhältlich.

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 **586 (Version 3.4)** 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.

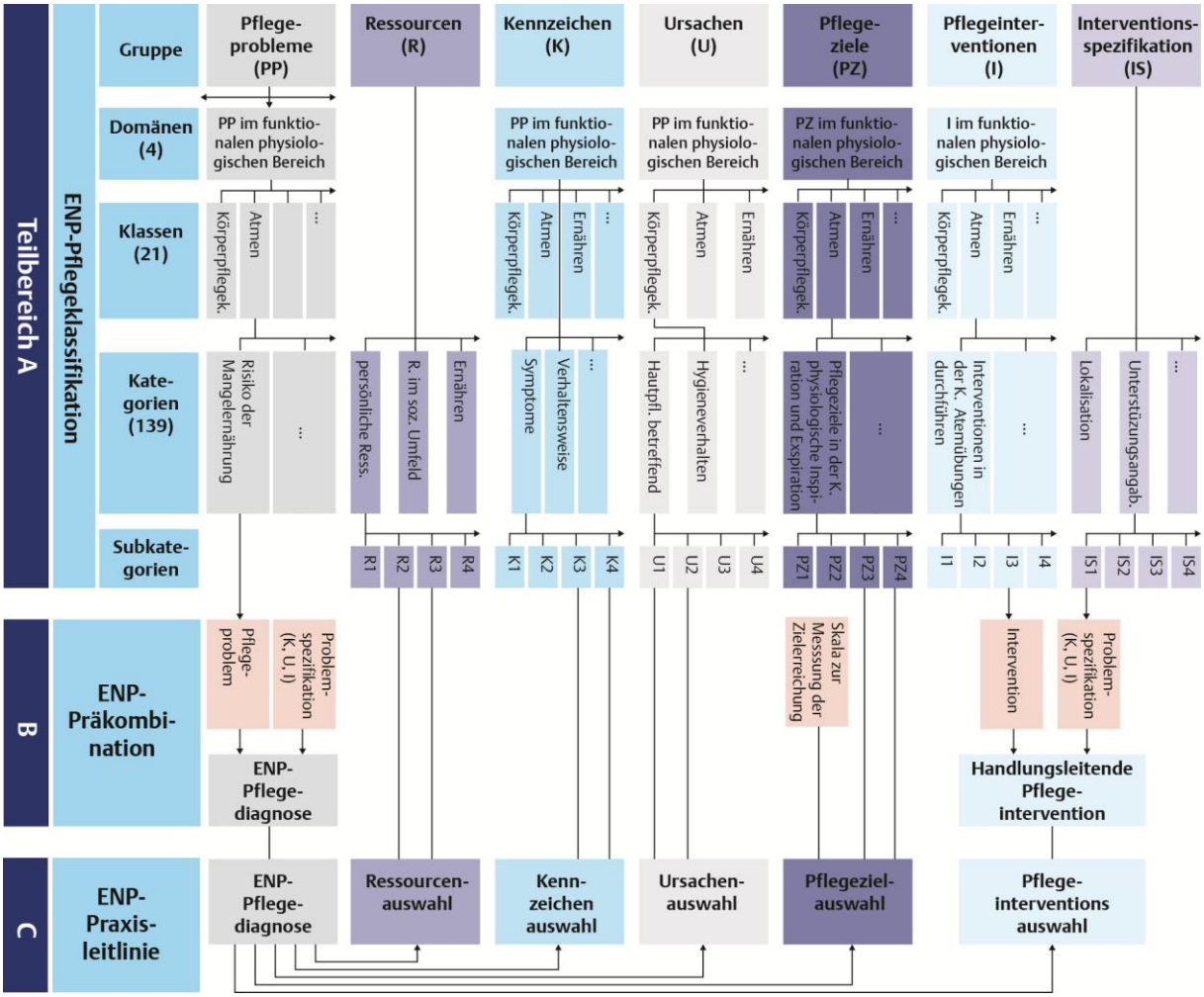


Abbildung 1: Hierarchische Struktur des Klassifikationssystems ENP mit seinen Teilbereichen A, B und C

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 hierarchisches 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.

Thieme RECOM

Die **Gruppe der Pflegeprobleme** untergliedert sich zum Beispiel in **4 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 **71 Kategorien** zugeordnet sind. In der nachfolgenden Tabelle sind die Domänen, Klassen und Kategorien der ENP-Pflegediagnosen aufgelistet. Die inhaltliche Aufteilung der Domänen und Klassen ist in den drei Gruppen Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen identisch.

Domäne	Klasse	Kategorie
Funktionaler/ physiologischer Bereich Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche durch Veränderungen der Körperfunktionen und -strukturen zu Einschränkungen und/oder Verlust der Selbstfürsorgekompetenzen zur Erfüllung der körperlichen Grundbedürfnisse und/oder zu Gesundheitsrisiken führen.	**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[2]
		Selbstfürsorgedefizit Mundpflege
		Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege
		Selbstfürsorgedefizit Haarpflege
		Selbstfürsorgedefizit Kleiden
	Atmung Umfasst die Atmungsfunktionen der Ventilation (Inspiration und Exspiration, Funktion der Atemmuskulatur), des Gasaustausches zwischen Luft und Blut, sowie der Selbstreinigungsfunktionen der Atemwege.	Beeinträchtigte Atemwegsclearance
		Respiratorische Insuffizienz
		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
		Beeinträchtigtes Schlucken
		Mangelernährung
		Risiko der Mangelernährung
		Beeinträchtigtes Ernährungsverhalten
		Dehydratation / Störung des Elektrolythaushalts
		Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits-/ Elektrolythaushalts
		Risiko des beeinträchtigten Stillens
		Beeinträchtigtes Stillen
		Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen
	Ausscheidung Eine durch Muskelkontraktion willentlich oder unwillentlich 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

[2] **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 der betroffenen Person. Jede Kategorie ist definiert und ist ein Bestandteil der zugeordneten ENP-Pflegediagnosen.

		Risiko des Harnverhalts/Nierenversagens
		Risiko einer Inkontinenz
		Risiko der Infektion des Harnsystems
	Kreislauf Umfasst Aktivitäten, Funktionen, welche die Blutzufuhr des Körpers mit adäquatem und erforderlichem Volumen und Druck sicherstellen. Hierzu zählen die Pumpfunktionen des Herzens, die Blutgefäß-funktionen für den Bluttransport durch den Körper ebenso wie Funktionen zur Aufrechterhaltung des arteriellen Blutdrucks.	Beeinträchtigte Herz-/Kreislauffunktion
		Risiko des beeinträchtigten Herz-/Kreislaufs
		Risiko der Thrombose
		Risiko der Lungenembolie
		Risiko der Blutung
		Risiko der allergischen Reaktion / eines anaphylaktischen Schocks
	Bewegung/Mobilität 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.	Beeinträchtigte Bewegung
		Beeinträchtigtes Gehen
		Beeinträchtigter(s) Bewegungsablauf / -muster
		Risiko des Sturzes
		Risiko der Kontraktur
		Risiko der Spastik
		Risiko der Lähmung
		Risiko der beeinträchtigten Mobilität
	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 Körper-funktionen herabgesetzt sind.	Risiko des Schlafdefizits
		Beeinträchtigter Schlaf
		Beeinträchtigte Entspannung
	Gewebeintegrität Umfasst alle Aktivitäten, Verhaltensweisen und Funktionen, welche die Integrität (Unversehrtheit) des Körpers und/oder Organe beeinflussen bzw. beeinflussen könnten.	Risiko von Druckstellen
		Risiko der Hautschädigung
		Risiko der Schleimhaut- / Hautschädigung
		Veränderte Mundschleimhaut
		Risiko der Hornhautschädigung
		Risiko der beeinträchtigten Wundheilung
		Beeinträchtigte Wundheilung
		Risiko der Dislokation / Luxation
		Risiko einer Verletzung
		Risiko des Anschwellens / der Ödembildung
		Risiko der Gewebeschädigung
		Risiko einer Infektion / Keimverschleppung
		Inflammation / Infektion

Thieme RECOM

	Stoffwechsel Umfasst alle Funktionen der Regulierung erforderlicher Nahrungsbausteine wie Kohlehydrate, Eiweiße und Fette sowie deren Umwandlung in Energie als auch die Gesamtheit der anderen chemischen Umwandlungsprozesse im Organismus. Hierzu gehören z. B. der Glukosestoffwechsel ebenso wie die Funktionen der Hormonbalance der Hypophyse, Schilddrüse, Nebenniere usw.	Risiko der Hypo- / Hyperglykämie
		Risiko der Stoffwechselentgleisung
		Stoffwechselentgleisung
	Fortpflanzung Umfasst alle Funktionen und Aktivitäten, welche mit der Fertilität, Schwangerschaft, Geburt und Laktation in Verbindung stehen.	Risiko der Komplikationen für Mutter und/oder ungeborenes Kind
		Risiko der ungewollten Konzeption
		Beeinträchtigtes Sexualleben
	Körpertemperatur Umfasst alle Funktionen und Aktivitäten, die mit der Regulation der Körpertemperatur in Zusammenhang stehen.	Risiko von wärmeregulationsbedingten Komplikationen
		Risiko der Hyper-/Hypothermie
Emotionaler/psychosozialer Bereich Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche durch Einschränkungen (z. B. körperliche, umfeldbedingte), Verhaltensweisen oder andere Gegebenheiten die persönliche Entwicklung, Partizipation und/oder die emotionale und soziale Gesundheit beeinträchtigen.	**Empfindung / Emotionen** 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.	Schmerzen
		Angst
		Beeinträchtigtes Empfinden
		Beeinträchtigtes Wohlbefinden
		Gefühl der Langeweile
		Persönliches Leiden
		Erschöpfung
		Risiko der Erschöpfung
		Schamgefühl
	Wahrnehmung 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.	Beeinträchtigte räumliche Orientierung
		Beeinträchtigtes Körperschema/-bild
		Beeinträchtigtes Selbstkonzept/-bild
		Risiko der Bewusstseinsstörung
		Beeinträchtigtes Bewusstsein
		Beeinträchtigte Wahrnehmung
		Risiko von Komplikationen infolge von Wahrnehmungsstörungen
	Soziale Interaktion Umfasst jedes aufeinander bezogene, wechselseitige Handeln zweier oder mehrerer Personen, in	Risiko der ineffektiven/inadäquaten Kommunikation
		Beeinträchtigte Kommunikation
		Risiko der beeinträchtigten Interaktion
		Beeinträchtigte Interaktion

Thieme RECOM

	der Regel wird hierzu jegliche Art der Kommunikation genutzt.	Beeinträchtigte Beziehung
		Risiko unerfüllter Bedürfnisse
	Handlung / Verhalten 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.	Beeinträchtigte Anpassung
		Auffälliges Verhalten
		Beeinträchtigte Copingstrategie
		Gesundheitsgefährdendes Verhalten/Sucht
		Risiko der Selbst- / Fremdgefährdung
		Verhalten ist selbst- / fremdgefährdend
		Selbstverletzendes Verhalten
		Risiko der unwirksamen Therapie
		Risiko der Nichterreichung gesundheitsbezogener Ziele
		Risiko des Suizids
		Risiko der Flucht
	Aktivität/ Alltagsgestaltung Umfasst alle Handlungen/ Aktivitäten des Einbezogenseins einer Person in eine Lebenssituation, welche sich auf die Durchführung von Aufgaben eines strukturierten Tagesablaufs konzentrieren, wie z. B. Freizeit gestalten, hauswirtschaftliche Aufgaben durchführen usw., und/oder sich auf die gesellschaftliche Integration/Teilhabe und die damit verbundenen Perspektiven, beziehen.	Risiko des Selbstfürsorgedefizits
		Beeinträchtigte Selbstfürsorge
		Beeinträchtigte Tages-/Lebensgestaltung
		Beeinträchtigte Durchführung von Aktivitäten
		Beeinträchtigte Freizeitgestaltung
		Selbstversorgungsdefizit 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	Fehlende Informationen/Fähigkeiten
		Beeinträchtigte Informationsverarbeitung
		Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten

Thieme RECOM

	Aufrechterhaltung und Wiederherstellung einzusetzen.	
	Gesellschaft Umfasst Aktivitäten, Handlungen und Vorstellungen, welche im Kontakt mit gesellschaftlichen Normen wie Religion, Rollen, Glauben, Wertesystemen in Zusammenhang stehen und die eigenen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen beeinflussen.	Risiko der sozialen Ausgrenzung
		Risiko der sozialen Isolation
		Risiko des finanziellen / sozialen Ruins
		Risiko der beruflichen Ausgliederung
		Rollenkonflikt
		Beeinträchtigte Religions- / Glaubensausübung
		Selbstversorgungsdefizit
Mehrdimensionale Risiken Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche durch Therapie/ Behandlungsverfahren, Einschränkungen (z. B. körperliche, umfeldbedingte) und/oder andere Gegebenheiten zu Risiken führen, die sowohl den funktionalen/physiologischen als auch den emotionalen/ psychosozialen Bereich berühren und sich daher nicht eindeutig einer Klasse zuordnen lassen.	**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
		Risiko der beeinträchtigten Versorgungskontinuität
		Gesundheitsrisiken
Umfeldbezogene Pflegeprobleme Die Domäne umfasst alle ENP-Praxisleitlinien, welche sich nicht auf den Pflegeempfänger selbst, sondern auf Risiken für sein gesellschaftliches und/oder soziales Umfeld beziehen.	**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 = 139

Tabelle 1: Gruppe der Pflegeprobleme aufgegliedert in ihre Domänen, Klassen und Kategorien in ENP Version 3.4

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.

Thieme RECOM

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. Seit diesem Entwicklungsschritt wird auch von einer ENP-Pflegeklassifikation gesprochen. Hierzu ein Beispiel aus der aktuellen ENP-Version 3.4:

Pflegediagnosen (n=586)
Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**
Klasse: Körperpflege/Kleiden
Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
Pflegediagnosen
Kategorie: Selbstfürsorgedefizit Mundpflege
Pflegediagnosen

Pflegeziele (n=2074)
Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**
Klasse: Körperpflege/Kleiden
Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Körperwaschung
Pflegeziele
Kategorie: Vorhandene Selbstfürsorgefähigkeit Mundpflege
Pflegeziele

Pflegeinterventionen (n=2700)
Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**
Klasse: Körperpflege/Kleiden
Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Körperwaschung
Pflegemaßnahmen
Kategorie: Pflegemaßnahmen zur Mundpflege
Pflegemaßnahmen

Kennzeichen (n=4909)
Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**
Klasse: Körperpflege/Kleiden
Kategorie: Zahnpflege betreffend Kennzeichen
Kennzeichen

Ursachen (n=4299)
Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**
Klasse: Körperpflege/Kleiden
Kategorie: Hygieneverhalten
Ursachen

Ressourcen (n=754)
Domäne: **Funktionaler/ physiologischer Bereich**
Kategorie: Körperliche Fähigkeiten
Ressourcen

Die entwickelten Hierarchisierungen sind für die Weiterentwicklung von ENP und für Datenauswertungen relevant und bleiben für die Endanwender(innen) sowie in der Buchveröffentlichung in aller Regel

Thieme RECOM

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 ausschließlich 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 2.10	Anzahl 3.0	Anzahl 3.1	Anzahl 3.2	Anzahl 3.3	Aktuell 3.4
Pflegediagnosen	557	566	568	576	580	586
Kennzeichen	4.243	4.439	4.477	4.587	4.770	4.909
Ursachen	3.802	3.983	4.002	4.105	4.210	4.299
Ressourcen	653	694	697	709	720	762
Pflegeziele	1.865	1.930	1.947	1.975	2.025	2.080
Pflegeinterventionen	2.632	2.653	2.675	2.632	2.639	2.704
Interventions-spezifikationen	5.011	5.732	5.827	6.146	6.811	7.192

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

Domäne	Klasse				Kategorie				Präkombinierte ENP-Pflegediagnosen			
ENP-Version	3.0	3.2	3.3	3.4	3.0	3.2	3.3	3.4	3.0	3.2	3.3	3.4
Pflegeprobleme im funktionalen/ physiologischen Bereich	11	11	11	11	70	71	71	71	294	300	300	303
Pflegeprobleme im emotionalen/ psychosozialen Bereich	8	8	8	8	60	60	60	60	228	231	233	234
Pflegeprobleme mit mehrdimensionalen Risiken	1	1	1	1	6	6	6	7	41	42	44	46
Umweltbezogene Pflegeprobleme	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3
Summe:	21	21	21	21	137	138	138	139	566	576	580	586

Tabelle 3: Anzahl der Elemente der Gruppe ENP-Pflegeprobleme Version 3.0 (Mai 2019), Version 3.2 (Juni 2021), Version 3.3 (Juli 2022), sowie Version 3.4 (Mai 2024)

Thieme RECOM

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 aktuellen oder potenziellen 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 Vorgehen und 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/die Pflegeempfänger(in)[3] 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/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer **Dystelektase** (Minderbelüftung der Lunge) das Risiko einer Atelektase/Pneumonie“, wie in der folgenden Abbildung dargestellt.

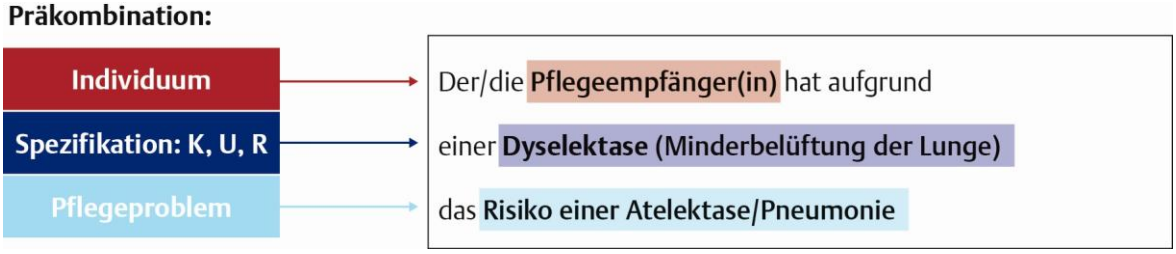


Abbildung 2: Präkombination einer ENP-Pflegediagnose

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

Jede ENP-Pflegediagnose seit Version 3.0 erhält für eine eindeutige Anwendung zudem eine Definition. Diese ist sowohl für Ausbildungszwecke als auch für Pflegepersonen, welche die pflegediagnostischen Konzepte nicht kennen, als Unterstützung und Förderung eines einheitlichen Verständnisses entwickelt

[3] Die Bezeichnung kann im Rahmen von Softwareanwendungen je nach Setting und Geschlecht der betroffenen Person ersetzt werden, etwa durch Patient*in, Bewohner*in, Klient*in oder eine diverse Geschlechtsbezeichnung. Auch die Verwendung des (Nach)Namens ist alternativ möglich.

Thieme RECOM

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 zwingend 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.

00022 Der/die Pflegeempfänger(in) 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 nachfolgend ein Beispiel.

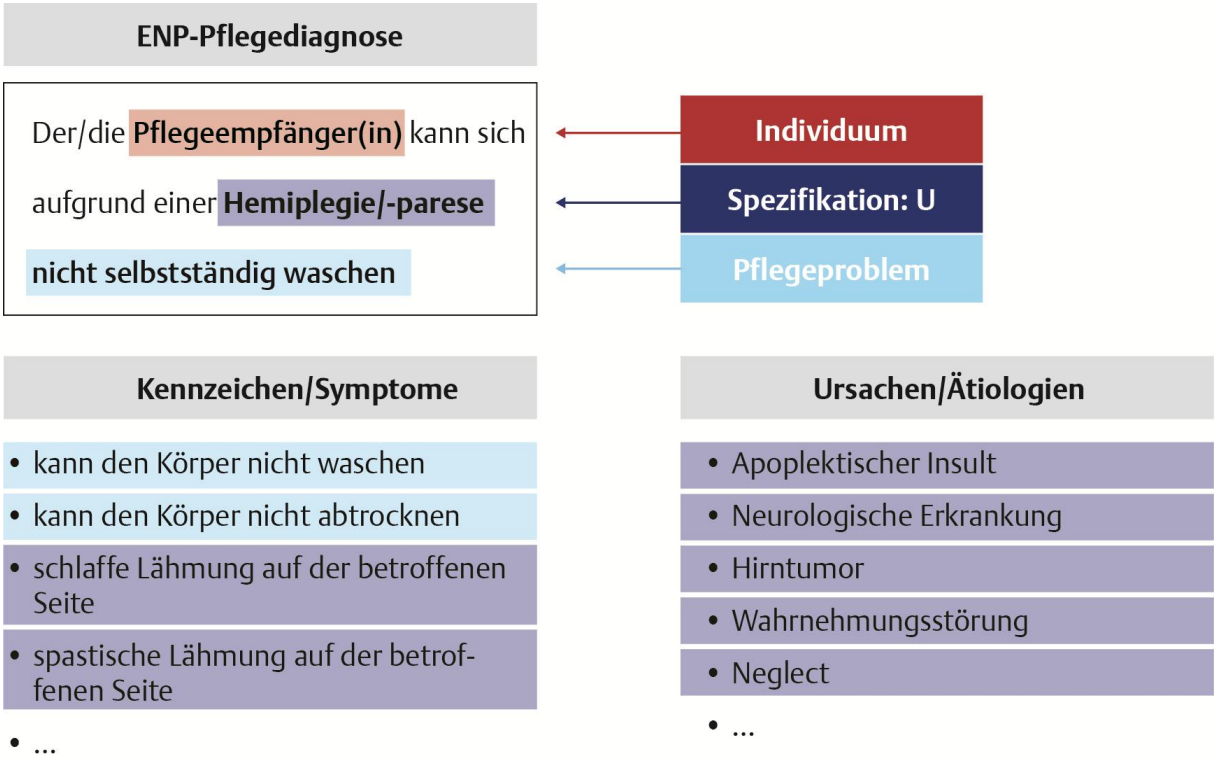


Abbildung 3: Bezugspunkte der Kennzeichen und Ursachen in ENP

Thieme RECOM

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

Der/die Pflegeempfänger(in) 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-Anwender(inne)n, 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 skizziert, 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
...

Thieme RECOM

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 durchführen“ sind beispielsweise folgende Interventionsspezifika zugeordnet:

- Zu waschendes Körperteil:
  - Gesicht
  - Hände
  - Arme
  - Ein Arm
  - Brust
  - Bauch
  - Rücken
  - Beine
  - Ein Bein
  - Füße
  - Ein Fuß
  - 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
  - In der Dusche
- Besonderheiten beachten
  - Ritualisierung einhalten
- Verwendetes Pflegeprodukt angeben
- Anzahl Pflegepersonen angeben
- Häufigkeit/Zeitangabe

Grundsätzlich können den Pflegeinterventionsformulierungen unter anderem folgende Interventionsspezifika 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. Zudem wird ersichtlich, welche Elemente darüber hinaus Bestandteil einer jeden ENP-Praxisleitlinie sind. Jede Praxisleitlinie enthält Elemente aus den Gruppen Pflegeprobleme, über den Zwischenschritt der Präkombination erweitert zu Pflegediagnosen, Ursachen, Kennzeichen, Ressourcen, Ziele und Interventionen.

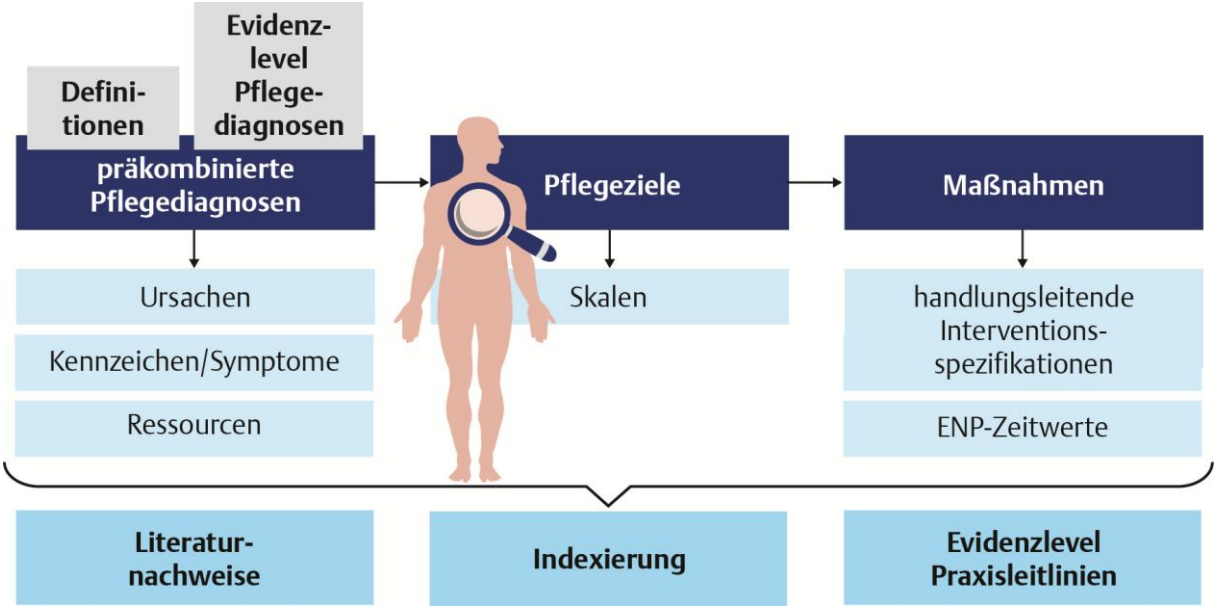


Abbildung 4: Erweiterte Darstellung der horizontalen Struktur einer ENP-Praxisleitlinie sowie der zugehörigen Elemente

Die in einer ENP-Praxisleitlinie formulierten Ursachen und Kennzeichen zu einer Pflegediagnose beziehen sich auch 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 und wirksame Interventionskonzepte verfügbar sind bzw. publiziert wurden. Über diesen Weg ist es möglich, „Best practice“ oder, wann immer möglich, „Evidence-based nursing“ im Sinne einer Praxisleitlinie vorzulegen.

Durch die klassenübergreifende Verbindung fachlich zusammengehörender Elemente aus der ENP-Gesamtstruktur entsteht die horizontale Struktur der pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinien. Die Relationen zwischen Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Zielen, Interventionen und Interventionsspezifikationen werden in 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 aktuellen oder potenziellen Pflegeproblems bzw. einer Pflegediagnose. In der Vergangenheit wurden auch die Begriffe „modifizierte praxisnahe Theorie“ (Wieteck, 2003) oder auch „pflegediagnosenbezogener Behandlungspfad“ (Wieteck, 2007a) genutzt. 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):

Thieme RECOM

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 jede(n) Pflegeempfänger(in) individualisiert wird. Diese pflegediagnosenbezogenen Praxisleitlinien repräsentieren gemäß dem Anspruch des ENP-Entwicklerteams das aktuelle pflegerische Fachwissen.

Jeder ENP-Praxisleitlinie sind weitere Elemente zugeordnet, die aus Anwendungsperspektive nicht unbedingt ersichtlich sein müssen. So verfügt jede (präkombinierte) Pflegediagnose neben der fachlich-inhaltlichen Zuordnung von Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Zielen, Interventionen und Interventionsspezifikationen auch über eine systematisch erarbeitete Definition der wesentlichen in der Diagnose enthaltenen Konzeptbegriffe. Den meisten – bewusst nicht allen – Interventionen in ENP sind zudem Zeitwerte hinterlegt, mit denen eine Vielzahl an Planungs- und Auswertungsoptionen ermöglicht wird (vgl. Kapitel 1.5). Darüber hinaus ist für jede ENP-Praxisleitlinie ebenso wie jede ENP-Pflegediagnose ein Evidenzgrad (Level of Evidence, LoE) ausgewiesen, der ein größtmögliches Maß an Transparenz hinsichtlich des Entwicklungs-, Überarbeitungs- und Validierungsstatus einer Praxisleitlinie bzw. Pflegediagnose sicherstellen soll (vgl. Kapitel 2). Jede ENP-Praxisleitlinie ist zudem mit mehreren Begriffen in einem Index verschlagwortet. Insbesondere im Rahmen der Nutzung in elektronischen Systemen soll so ein rasches Auffinden von Pflegediagnosen sichergestellt werden, auch bei Verwendung anderer Begriffe als derjenigen, die in den Praxisleitlinien im Wortlaut enthalten sind. Schließlich wird zu jeder Praxisleitlinie in ENP das gesamte Verzeichnis an Literatur ausgewiesen, auf deren Basis die (Weiter-) Entwicklung (vgl. Kapitel 1.7) stattgefunden hat.

1.4 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.

1.4.1 ENP-Pflegediagnosen

Eine ENP-Pflegediagnose ist wie folgt definiert:

ENP-Pflegediagnosen *generell stellen eine systematische klinische Beurteilung der Reaktionen einer zu pflegenden Person auf aktuelle und/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 der oder für die zu pflegende Person erarbeiteten pflegerischen Ziele erreicht werden. Eine ENP-Pflegediagnose im Speziellen ist ein sprachlicher Ausdruck, den Pflegende, wenn möglich, gemeinsam mit der/dem Betroffenen und/oder ihren/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 Juli 2021 ca. 16 % (n=93), 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 der betroffenen Person im Zusammenhang stehen, die sie selbst nicht bewältigen oder beheben kann und die ihre Unabhängigkeit und/oder die anderer Menschen einschränkt. Psychische, umweltbedinge und entwicklungsbedingte Zustände oder Veränderungen des physiologischen oder psychischen 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	Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung	Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen
		Der/die Pflegeempfänger(in) darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer verminderten Herzleistung nicht anstrengen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund einer eingeschränkten Handfunktion die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht nutzen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten
		Der/die Pflegeempfänger(in) soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Vigilanzminderung nicht selbstständig waschen
		Der/die Pflegeempfänger(in) führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-neglect) nicht adäquat durch
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen
		Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer sensorischen Integrationsstörung nicht selbstständig waschen
		Der/die Pflegeempfänger(in) ist bei der Körperwaschung beeinträchtigt [Pflegeproblem ohne Spezifikation]
		...

Tabelle 4: 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 die Nutzer(innen) 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/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund eines angelegten Tracheostomas das Risiko einer Hautschädigung".

"Der/die Pflegeempfänger(in)" = 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/die Pflegempfänger(in) hat ein Dekubitusrisiko"

"Der/die Pflegeempfänger(in)" = 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/die Pflegeempfänger/in 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 Pflegediagnosen zum Pflegeproblem „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung" an das Satzende gestellt werden. Die Mitarbeiter(innen) müssten in einer Softwarelösung deutlich mehr lesen, um zu den Unterscheidungskriterien der ENP-Pflegediagnose innerhalb der Subkategorie zu gelangen.

Jeder ENP-Pflegediagnose ist eine systematisch erarbeitete Definition zugeordnet, um den jeweiligen Bedeutungsumfang deutlich und mit möglichst großer Eindeutigkeit herauszustellen. 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/die Pflegeempfängerin ist aufgrund einer **Broca-Aphasie** (motorischen Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt.*

Thieme RECOM

Thieme RECOM

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.

1.4.2 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 der betroffenen Person 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 der betroffenen Person (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*

Thieme RECOM

12 Atemzüge/Min.), oder Beschreibungen der Fähigkeitseinschränkungen der betroffenen Person (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. Alternativ sind sie 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*.

1.4.3 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 das Risiko oder die Verursachung und Aufrechterhaltung eines 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 der betroffenen Person, bestehende und bekannte Erkrankungen sowie beschreibbare Einschränkungen sowohl im psychosozialen Bereich wie auch im Bereich der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten sein. Ebenso können Ursachen/Risikofaktoren/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 bzw. zu lindern oder das Risiko eines potenziellen Pflegeproblems abzuwenden. Zum Beispiel besteht für die Planung und Auswahl adäquater pflegerischer Maßnahmen ein Unterschied darin, ob sich ein Mensch 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 Begriffs „Ursachen" werden in den ENP immer in Bezug auf die Pflegediagnoseformulierung formuliert. Von Interesse sind die besonderen Zusammenhänge der festgestellten Gesundheitsprobleme/-zustände eines Individuums, dessen Entstehungsursachen und den Faktoren, die das Problem erhalten. Jeder ENP-Pflegediagnose können mehrere Ursachen zugeordnet werden. Das bedeutet, dass verschiedene Ursachen die Diagnose beeinflussen bzw. hervorrufen können. Diese im diagnostischen Prozess ausgewählten und formulierten Ursachen zu den Pflegediagnosen bilden die Basis für die Auswahl geeigneter Interventionen.

Die Ursachenformulierungen können Krankheiten (z. B. *Manie, Rechtsherzinsuffizienz, Essstörung, Multiple Sklerose*), Motive für Verhalten (z. B. *Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Widerwille bei der Nahrungsaufnahme, fehlendes Interesse, Angst, Schamgefühl)*, Zustände (z. B. *Verwirrtheitszustand, anhaltende Appetitlosigkeit, Formveränderung am weichen Gaumen, Trinkschwäche, Belastungsdyspnoe, fehlendes Selbstwertgefühl, Bewegungseinschränkung*), Wissens-/, Informationsdefizite (z. B. *mangelnde Kenntnis über das Stillen, fehlender Zugang zu Informationen*), soziokulturelle Einflüsse (z. B. *familiendynamische Faktoren, Arbeitslosigkeit, Misshandlung*), Gewohnheiten/Verhalten (z. B. *ritualisierte Zwangshandlung, Kotschmieren, 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*.

1.4.4 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 eine zu pflegende Person, die 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*.

1.4.5 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 Zustand der zu pflegenden Person für ein oder mehrere Pflegeziele. Ein ENP-Ziel ist wie folgt definiert:

> *ENP-Pflegeziele legen die Pflegeergebnisse fest, die Pflegende mit der betroffenen Person oder für die betroffene Person 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/die Pflegempfänger(in) 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 die zu pflegende Person 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.

Thieme RECOM

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 **Anreichung 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 selbständig 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 **Anreichung 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 Anreichung 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 5: 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 6: fünfstufige Skalierung von ENP-Pflegezielen aus der Kategorie „Frei von Schmerzen“

Thieme RECOM

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 Körperpflege-aktivität 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**, dies zeigt sich in Form von **völliger Erschöpfung** nach der Körperpflegeaktivität	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen teilweise den körperlichen Fähigkeiten, dies zeigt sich in Form von stark veränderten Vitalparametern und/oder Schmerzen nach der Körperpflegeaktivität	Die erwarteten körperlichen Anforderungen durch die Körperpflegeaktivität entsprechen nicht den körperlichen Fähigkeiten, dies zeigt sich in Form von stark veränderten Vitalparametern mit Grenzwertüberschreitungen und/oder Schmerzen, die Körperpflege-aktivität musste (mehrmals) unterbrochen werden	Die **erwarteten körperlichen Anforderungen** durch die Körperpflegeaktivität **übersteigen die körperlichen Fähigkeiten**, dies zeigt sich in Form Kreislaufkollaps, respiratorische Insuffizienz oder anderweitigen Krisen, die **Körperpflege-aktivitäten können nicht wie geplant fortgesetzt** werden

Tabelle 7: 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, konkret operationalisierte Ergebnisindikatoren zu entwickeln, die in Form von Selbstbewertungsinstrumenten sowohl für die zu pflegende Person 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 der betroffenen Person 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*.

1.4.6 ENP-Pflegeinterventionen und ENP-Interventionsspezifikationen

Pflegeinterventionen in ENP sind alle direkt an und mit der zu pflegenden Person (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 Pflegende eingeleitet und durchgeführt werden.*

Zur Verdeutlichung ein Beispiel: Die Pflegehandlung „basalstimulierende Körperwaschung nach Bobath durchführen“ besteht aus zahlreichen einzelnen Teilhandlungen. Diese Teilinterventionen beginnen u. a. mit der Händedesinfektion, der Materialvorbereitung, der Begrüßung und Information der zu pflegenden Person, der eigentlichen Körperwaschung (die sich wiederum in zahlreichen Einzelschritten beschreiben lässt wie beispielsweise der Lagerung der betroffenen Person, dem An-/Auskleidung usw.) und endet mit der Vergewisserung, dass der/die Pflegeempfänger(in) nach der Körperwaschung keinen weiteren Wunsch hat und z. B. die Rufanlage erreichbar ist. Die einzelnen Handlungsschritte der in ENP formulierten Pflegeintervention sind nicht ausdifferenziert beschrieben, sondern im Rahmen der Ausbildung konzeptualisiert worden. Für die Pflegeprozessdokumentation ist es auch nur wenig zielführend, die einzelnen Handlungsschritte eines Interventionskonzeptes ausformuliert in die Dokumentation 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 einer 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 u. a. folgende Dimensionen beinhalten: Detailbeschreibung der Pflegeinterventionen, der zu leistende 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.*

1.4.7 Erklärungstexte zu Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Interventionsspezifikationen

Die Notwendigkeit zur Etablierung von (bedarfsmäßigen) Erklärungstexten für verschiedene ENP-Items entstand aus einer im Jahr 2008 beginnenden Entwicklung heraus. Zunehmende Rückmeldungen von Anwender(inne)n 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(innen) von ENP wurde eine Befragung ausgewählter Anwender(innen) 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 Anwender(inne)n bekannt sein kann. Vor diesem Hintergrund wurden sowohl auf struktureller als auch auf inhaltlicher Ebene von ENP die Erklärungstexte für Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Interventionsspezifikationen geschaffen, die seither bei entsprechendem Erfordernis schrittweise befüllt werden. Nachfolgende Tabelle zeigt exemplarisch einige Erklärungstexte für ENP-Kennzeichen der Praxisleitlinie „Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer **Broca-Aphasie** (motorische Aphasie) in der verbalen Kommunikation beeinträchtigt“.

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 Stereotypien	
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 Paraphasien	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 8: Beispiele für Erklärungstexte zu ENP-Items, hier auf Ebene von Kennzeichen

1.5 Zeitwerte in ENP

Zusätzlich zu den anderen Elementen sind ENP-Zeitwerte an eine Vielzahl von Pflegeinterventionen bzw. Interventionsspezifikationen gebunden (bewusst jedoch nicht allen) und werden fallbezogen summiert. Zur situationsgerechten Abbildung der summierten Zeitwerte werden verschiedene Faktoren wie beispielsweise Schweregrade, Ort der Leistungserbringung usw. mitberücksichtigt. Die Zeitwerte sind Schätzwerte, die in einem über Jahre währenden empirischen Prozess mit Pflegenden ausgehandelt wurden. Die Zeitwerte sind darüber hinaus durch den Kontextbezug zur Pflegediagnose gewichtet. So sind bei einer pflegebedürftigen Person mit Demenz im Rahmen der Ganzkörperwaschung andere Zeitwerte hinterlegt als bei einer Ganzkörperwaschung z. B. bei einer Person, 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 Anpassungen der Zeitwerte vorgenommen, zudem werden sofern möglich aufwandsbezogene Angaben aus der wissenschaftlichen Fachliteratur bei der Erstellung der Zeitwerte berücksichtigt. Bei der Verknüpfung mit den LEP-Nursing-3- und ENP-Interventionen im Jahr 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 „Ganzkörperwaschung 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 5).

Thieme RECOM

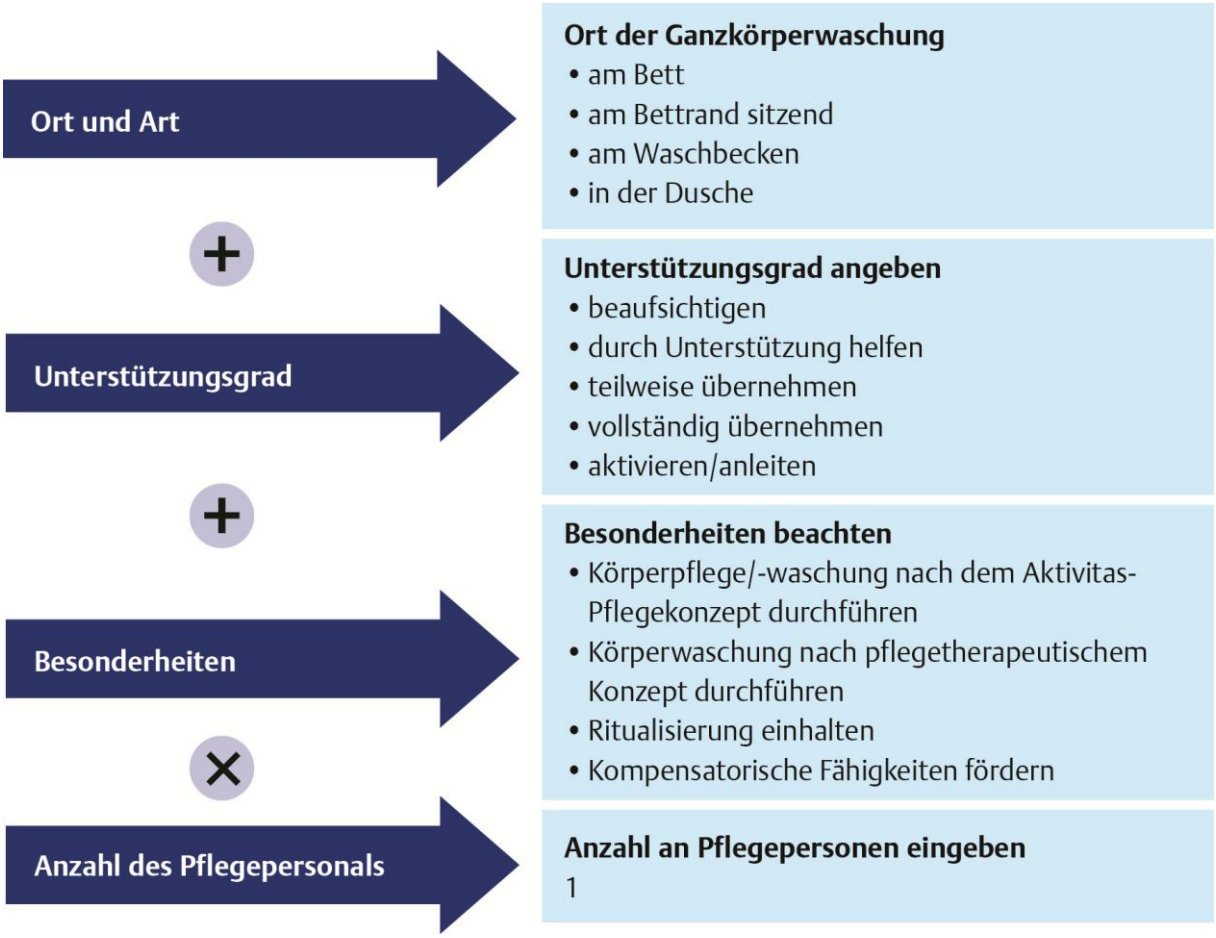


Abbildung 5: Beispiel für die kumulative Berechnung von ENP-Zeitwerten (Ausschnitt)

Würde etwa eine Pflegeperson (x 1) eine Ganzkörperwaschung am Waschbecken (18 Minuten) durchführen, dabei aktivierende/anleitende Elemente integrieren (+5 Minuten) und eine aufseiten der zu pflegenden Person bestehende Ritualisierung einhalten (+1 Minute), ergäbe sich ein summierter Zeitwert von 24 Minuten. Müssten sich aus bestimmten Gründen zwei Pflegepersonen an der Ganzköperwaschung beteiligen (x 2), 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 Edukation der Pflegeempfänger(innen), die sich je nach konkreten Inhalten, Compliance und Kompetenzen der individuellen betroffenen Person hinsichtlich des pflegerischen Aufwandes sehr unterschiedlich ausgestalten können. In derartigen Situationen scheint es zur Erfassung von validen und reliablen Zeitaufwänden zielführender, die Anwender(innen) von ENP zur Eingabe eines manuellen Zeitwertes aufzufordern, etwa mittels softwaregesteuerter Aufforderung.

Vorteile von im Rahmen der (digitalen) Regeldokumentation mit ENP verbuchten Zeitwerte

In erster Linie ermöglichen aus der tagtäglichen Regeldokumentation heraus und ohne jeglichen weiteren Erhebungsaufwand heraus nutzbare Zeitwerte die Erfassung des tatsächlich erbrachten pflegerischen Aufwandes in einer Einrichtung / auf einer Station / in einer Schicht / für eine bestimmte Gruppe zu pflegender Personen. Hiermit schaffen die Zeitwerte eine zwingend benötigte Basis, um verschiedenste Analysen, Auswertungen und Berechnung durchführen zu können – und auch um gegenüber verschiedenen Interessensgruppen argumentieren zu können. Denn nur wenn bekannt ist, wieviel

Thieme RECOM

Zeitaufwand etwa die Versorgung einer bestimmten Gruppe an Pflegempfänger(inne)n tatsächlich erfordert, lässt sich beispielsweise über Personalbedarf diskutieren. Den Möglichkeiten an denkbaren Analysen basierend auf der erbrachten Pflegezeit, den erbrachten Leistungen usw. sind dabei prinzipiell nur wenig Grenzen gesetzt. Ein Beispiel wären etwa fallbezogene Auswertungen:

ENP-Klassen	Anzahl der Leistungen	Minutenwert summiert	Prozentualer Anteil bezogen auf Leistungen des Falles
Körperpflege/Kleiden	13	198	20,79
Atmung	9	45	4,72
Ernährung	36	180	18,9
Ausscheidung			
Kreislauf	20	53	5,56
Bewegung/Mobilität	22	165	17,33
Entspannung/Schlafen/Ruhen			
Gewebeintegrität	20	53	5,56
Stoffwechsel			
Fortpflanzung			
Körpertemperatur	12	35	3,7
Empfindung			
Wahrnehmung			
Interaktion	3	50	5,25
Handlung/Verhalten			
Aktivitäten/Alltagsgestaltung			
Persönliche Entwicklung			
Wissen/Information	1	35	3,7
Gesellschaft			
Gesundheitsrisiken			
Behandlung	7	90	9,45
Medikation	10	48	5,04
GESAMT	153	952	100

Tabelle 9: Beispiel für eine fallbezogene Zeitwertauswertung mit ENP

Eine andere Möglichkeit wäre, die veranschlagte Pflegezeit mit der tatsächlichen Pflegezeit sowie den damit verbundenen Kosten in Verbindung zu bringen. Die Liste an Argumenten, Beispielen und Verwendungsszenarios ist um vielfache Facetten erweiterbar, die hier angeführten Auswertungen sind exemplarischer Natur. Naturgemäß Fakt ist zeitgleich, dass Zeitwerte immer nur eine Annäherung an die Realität sein können. Durch die Besonderheit in ENP, dass sich bei einer Vielzahl an Interventionen die verbuchten Zeitwerte individuell durch die jeweiligen Interventionsspezifikationen berechnen und somit eine Ganzkörperwaschung einen je nach gegebener Versorgungssituation unterschiedlichen Zeitbedarf aufweisen kann, kommt ENP verglichen mit anderen Zeitwertsystemen der Realität dann doch deutlich näher.

Ursprung der in den ENP-Interventionen hinterlegten Zeitwerte

Der Prozess der Hinterlegung von Zeitwerten zu ENP-Maßnahmen hat im Jahr 1996 begonnen und wurde gemeinsam mit der ersten Softwareanwendung im klinischen Bereich kontinuierlich mittels Fokusgruppen mit Pflegenden justiert. Durch eigene Zeitwertmessungen im Rahmen von Forschungsarbeiten wurden die ENP-Zeitwerte weiter verfeinert und justiert. Zudem werden wann immer möglich aufwandsbezogene Angaben aus der wissenschaftlichen Fachliteratur, die zur Weiterentwicklung von ENP herangezogen wird, berücksichtigt und umgesetzt. Nicht zuletzt erfolgte eine umfassende Verifizierung und Adaptierung der ENP-Zeitwerte im Zuge eines Mappings (d. h. einer Verknüpfung) von ENP mit der Klassifikation LEP-Nursing 3 (LEP = Leistungserfassung in der Pflege), in deren Zuge die jeweiligen Zeitwerte abgeglichen wurden und eine hohe Übereinstimmung festgestellt werden konnte. Ebenso wie die fachlichen Inhalte in ENP erfahren die hinterlegten Zeitwerte eine kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung. Der größtmöglichen Sorgfalt bei der Erarbeitung und Pflege der Zeitwerte in ENP ungeachtet sollte in Einrichtungen, die ENP im Rahmen einer digitalen Akte einsetzen, grundsätzlich die Möglichkeit bestehen, die ENP-Zeitwerte durch eigene Zeitwerte zu überschreiben. Dies kann in speziellen Settings und Fachbereichen notwendig und sinnvoll sein, bei denen vielerlei pflegerische Tätigkeiten hinsichtlich ihres zeitlichen Aufwandes deutlich vom durchschnittlichen Zeitbedarf abweichen. Ein mögliches Beispiel wäre etwa die neurologische Frührehabilitation.

1.6 Verknüpfungen von ENP mit anderen Instrumenten

ENP wird in einer Datenbank zur Einbindung in Softwareprodukte wie beispielsweise elektronischen Akten 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, Konzepten 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 1.5) 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 weiter fortgeführt.
- **PPR / PPR 2.0** („Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege“, kurz Pflegepersonal-Regelung). Die PPR in ihrer ursprünglichen Form 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 darauffolgenden Jahr gänzlich abgeschafft. Wenngleich die ursprüngliche PPR in ihrer damaligen Variante folglich

Thieme RECOM

keinerlei verpflichtenden Charakter mehr besitzt, wird sie auch heute noch von vielen Kliniken als internes Steuerungsinstrument genutzt (Thomas et al., 2014; Wieteck & Kraus, 2016). Im Zuge der Diskussion um geeignete und dringend notwendige Personalbemessungsinstrumente für die Pflege hat die Pflegepersonalregelung in den Jahren seit 2019 neues Leben erfahren. Diskutiert wird etwa als Ergänzung zu den seither eingeführten Pflegepersonaluntergrenzen ein Modell rund um eine „PPR 2.0", eine um die Leistungsstufen A4 und S4 weiterentwickelte Form der ursprünglichen PPR (vgl. z.B. Jahn, 2021). Die PPR 2.0 soll als eine Interimslösung zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in der direkten Patient(inn)enversorgung auf allen somatischen Stationen im Krankenhaus dienen, bis sie zukünftig durch ein noch zu entwickelndes Personalbemessungsinstrument abgelöst wird. Das Mapping von ENP mit der PPR 2.0 ist für den Bereich der allgemeinen Pflege (A-Bereich) mit der ENP-Version 3.3 abgeschlossen, sodass die Leistungsinhalte bei entsprechender Umsetzung in digitalen Akten automatisch aus der Regeldokumentation mit ENP generiert werden können.

- **IDEA (Interdisciplinary Databased Electronic Assessment)**, ein interdisziplinärer und EDV-basierter Anamnesekatalog, mit dessen Hilfe strukturierte Anamneseinformationen erhoben sowie infolge der sich abzeichnende Handlungsbedarf eingeschätzt wird. IDEA basiert auf einer 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/die Pflegeempfänger(in) 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, im Bedeutungsumfang entsprechende Termini sowie zentrale Interventionskonzepte im Kontext der jeweiligen Pflegediagnose.
- **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 Akte 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/die Pflegeempfänger(in) hat ein Dekubitusrisiko" vorgeschlagen. Auch hier gilt, dass die Entscheidung

Thieme RECOM

über das tatsächliche Zutreffen des Pflegediagnosenvorschlags in der individuellen Versorgungssituation bei der Pflegefachperson liegt.

- **Pflegerelevante Komplexcodes des G-DRG-Systems** zur automatisierten Unterstützung der Dokumentationsanforderungen sowie Kodegenerierung. Musterbeispiel für ENP-Mappings in diesem Bereich war der bis Ende 2020 relevante Pflegekomplexmaßnahmen-Score (PKMS). Der PKMS verstand sich als ein ursprünglich vom Deutschen Pflegerat ins Leben gerufenes Instrument zur Abbildung pflegerisch hochaufwendiger Patient(inn)enfälle im Krankenhaus und diente für dieses Klientel als Grundlage zur Leistungsabrechnung hochaufwendiger Pflege innerhalb des G-DRG-Systems (Ausnahme: Es waren keine Kalendertage auf der Intensivstation zu kodieren). Erfasst wurden sowohl Leistungen im Bereich der „allgemeinen Pflege“ als auch im Bereich der „speziellen Pflege“. Damit der PKMS für akutstationär versorgte Patient(inn)en angewandt werden konnte, musste einerseits einer der im PKMS-Katalog angeführten Gründe für hochaufwendige Pflege im entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und andererseits ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen. Trafen ein oder mehrere Leistungsmerkmale zu, so wurden für den jeweiligen Kalendertag Punkte über die Verweildauer hinweg summiert. Die Gesamtpunktzahl führte zu einer OPS-Prozedur „9-20 ... Hochaufwendige Pflege“, wenn die im PKMS-Katalog vorgegebene Punktzahl erreicht wurde (Wieteck et al., 2017). Bei entsprechender Umsetzung in Softwareprodukten ermöglichte das Mapping von ENP zum PKMS eine weitgehend automatisierte Kodierung des PKMS aus der Regeldokumentation mit ENP, ohne dass zusätzliche Formulare, Eingabemasken oder Erhebungsaufwände entstanden sind. Nach wie vor relevant und zu ENP vornehmlich auf Interventionsebene verknüpft sind darüber hinaus folgende pflegerelevante Komplexcodes des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel):
    - 8-559 Fachübergreifende und andere Frührehabilitation,
    - 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
    - 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
- **NANDA-I-Pflegediagnosen**. Seit ca. 40 Jahren macht es sich 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 die pflegerisch zu versorgende Person 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), 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-PLUS[4], bietet den Anwender(inne)n somit den vollen Umfang der NANDA-I-Pflegediagnosen, ergänzt um inhaltlich fundiert verknüpfte Pflegeziele und Maßnahmen aus dem ENP-Katalog.

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

- **SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms)**. Die bis auf das Jahr 1974 zurückgehende, internationale und domänenübergreifende Terminologie medizinischen Ursprungs gilt als eine der umfassendsten Nomenklaturen weltweit. Im Gegensatz zu vielen anderen Terminologien liegt ein wesentliches Ansinnen von SNOMED CT auf der Nutzung als sog. Referenzterminologie. Referenzterminologien nehmen im Wesentlichen die Begriffsrepräsentation für die Wiederverwendung im digitalen bzw. maschinellen Kontext in den Blick. Sie sind daher im Wesentlichen für die Anwendung im „Backend" (also im Hintergrund der digitalen Informationsverarbeitung und -übermittlung) gedacht und nicht zur direkten Nutzung durch Anwender(innen) in einer grafischen Benutzeroberfläche. Mit anderen Worten wird vor allem das Ziel verfolgt, das Problem des „Mappings von allem auf alles" zwischen verschiedenen Terminologien und Klassifikationssytemen zu vermeiden und stattdessen eine zentrale standardisierte Übersetzungssprache bereitzustellen (SNOMED International, 2019). Durch diese Fokussierung wird sich eine internationale Vergleichbarkeit, Zusammenführung und Auswertung von gesundheitsrelevanten Daten durch eine eindeutige „IT-Lesbarkeit" versprochen. SNMOED CT umfasst insgesamt in 18 sog. Achsen etwa 800.000 Begriffe (Terms) sowie etwa 1 Million Beziehungen (semantic relationships), über die etwa 300.000 Konzepte beschrieben werden können. Seit dem 1. Januar 2021 ist SNOMED CT durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) deutschlandweit lizenziert worden und steht für alle interessierten Personen bzw. Einrichtungen im Rahmen der sog. Medizininformatik-Initiative (MII) kostenfrei nach entsprechender Antragstellung zur Verfügung (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), 2021). Wenngleich insbesondere aus pflegepraktischer Perspektive sowie dem pflegeklassifikatorischen Kontext noch einige Fragen hinsichtlich Umsetzbarkeit, dem Abstraktionsgrad von SNOMED CT, der Vollständigkeit der Inhalte für die Profession Pflege und dergleichen mehr offen sind (vgl. z.B. Kim et al., 2020), wurde das Mapping von ENP-Pflegediagnosetiteln und ENP-Pflegeinterventionen mit SNOMED CT auf den Weg gebracht, um das erstrebenswerte Ziel der nahtlosen Nutzung verschiedener standardisierter (Pflege)Fachsprachen auf Grundlage einer gemeinsamen Basis zu unterstützen. Erste Ergebnisse der Verknüpfung sind mit ENP-Version 3.4 umgesetzt, jedoch noch nicht final abgeschlossen.

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 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). Eine zusammenfassende Änderungs-dokumentation von einer Version zur darauffolgenden wird zudem jährlich in einem gesonderten Dokument veröffentlich, das im Internet unter https://www.recom.eu/aenderungsdokumentation zur Verfügung gestellt wird. Die zentralen Entwicklungsschritte von ENP sowie die aktuelle, systematische Weiterentwicklungsstrategie werden nachstehend kurz skizziert. ENP ist seit dem Jahr 2011 als standardisierte Pflegeklassifikation mittels international standardisierter Objekt-Identifikatoren (OID)[5] zur Objekterkennung im Bereich „Deutsches Gesundheitswesen" registriert. Damit wird ein Informations- und Datenaustausch zwischen telematischen Systemen wie etwa elektronischen Akten möglich. Die Informationen zu ENP in verschiedenen Versionen können auf der Homepage des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte eingesehen werden (BfArM)[6].

[5] Im Kontext der Informatik werden sog. „Object Identifier" (OID) als weltweit eindeutige und dauerhafte Bezeichner für ein bestimmtes Informationsobjekt verwendet.
[6] Vgl. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/OID-Register/_node.html (Zugriff am 02.07.2024).

1.7.1 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 Lehrenden 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 Pflegeausbildung wurden konkrete Pflegesituationen (n = 2138) mit genutzt, um einen Pflegeplan zu erstellen. Der mit dem Auszubildenden und im Pflegeteam konsentierte Pflegeplan wurde anschließend im Team der Lehrenden reflektiert. Die gefundenen und durch Expert(inn)en konsentierten Formulierungen zur Abbildung der Pflegesituation in Form von Pflegeproblemen/-diagnosen, Pflegezielen und Pflegemaßnahmen wurden zusätzlich durch Fachliteratur 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 (gemeinsam mit der betroffenen Person) 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/einer Auszubildenden und einer Lehrperson für Pflegeberufe durchgeführt wurden. Hier wurden im Rahmen des pflegediagnostischen Prozesses die Pflegediagnosen identifiziert, Pflegemaßnahmen festgelegt und in einer Pflegeplanung formuliert. Wenn möglich basierten die Beschreibungen der Pflegepläne auf bereits bekannten und beschriebenen pflegerischen Konzepten. Falls dieses nicht möglich war, wurden eigene Begriffsanalysen nach Walker/Avant durchgeführt (Opel, 2004).
- Reflexion des Pflegeplans mit den Pflegepraktikern und anschließend im Lehrerteam im Sinne einer **Konsentierung** des diagnostischen Prozesses sowie der Formulierungen zur Abbildung dessen.
- Abgleich der identifizierten Pflegediagnosen, -ziele und -maßnahmen mit Fachliteratur und Katalogisierung neu gefundener Ergebnisse (Wieteck, 2004b). Das ENP-Entwicklerteam sprach damals 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) repräsentieren das aktuelle pflegerische Fachwissen, so der Anspruch der ENP-Entwickler(innen). Die

Thieme RECOM

Entwicklung eines pflegediagnosebezogenen Behandlungspfades basiert wie bereits erwähnt einerseits auf induktiven Methoden und andererseits auf Literaturarbeit/-analysen (Wieteck, 2004b) sowie einer Überprüfung durch Validierungsarbeiten (vgl. hierzu auch die Kapitel 1.7.2 sowie 1.7.3).

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"), sowie die der „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(innen) die modifizierte praxisnahe Theorie auf der zweiten Stufe des Prozesses ein (vgl. Abb. 6) (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.

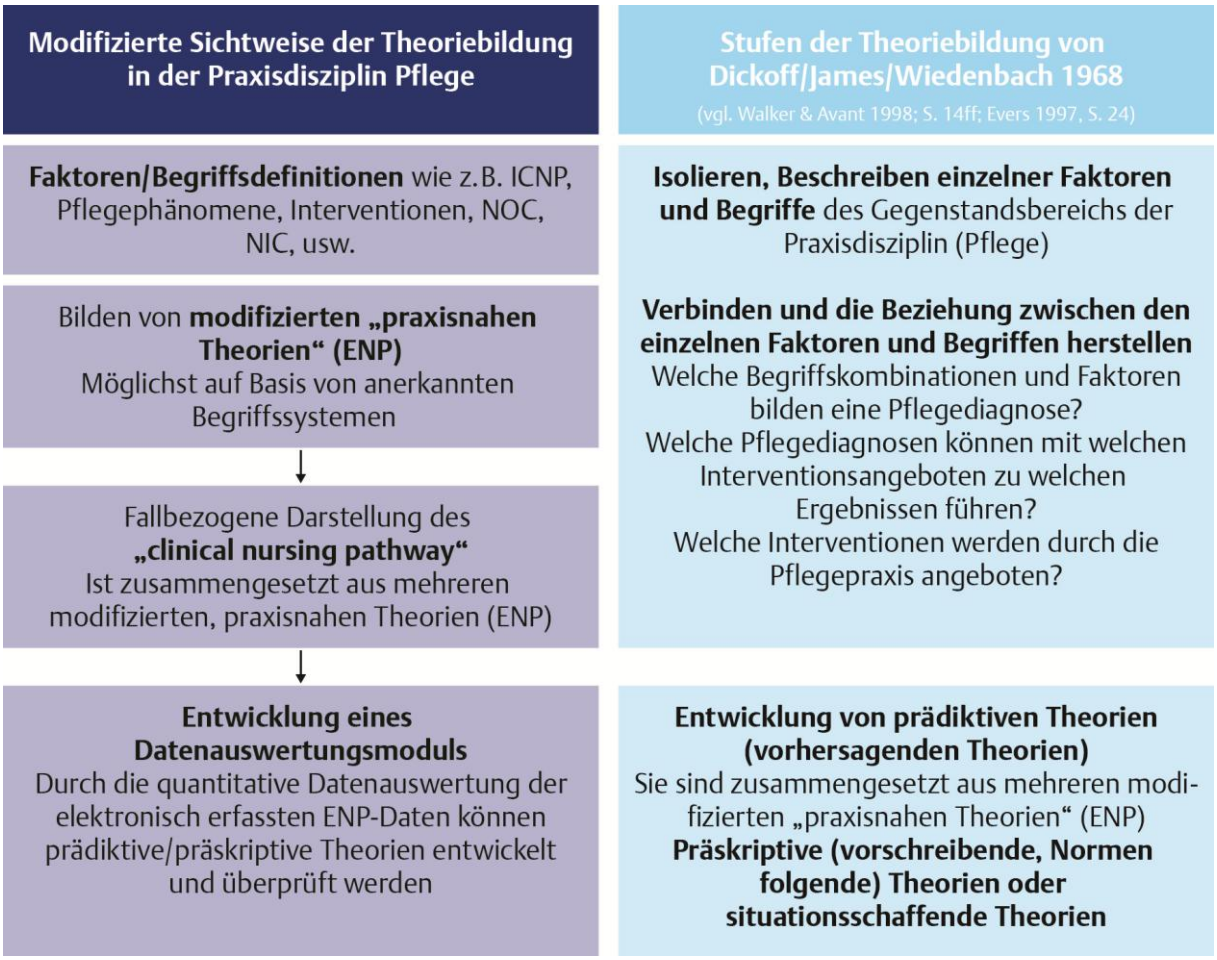


Abbildung 6: Einordnung der "modifizierten praxisnahen Theorie" in die Stufen der Theoriebildung (Quelle: Wieteck, 2007c in Anlehnung an Dickoff et al. 1968)

Thieme RECOM

Die in ENP verwendeten Begriffe/Konzepte zeichnen sich durch eine 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) – Anwender(innen)rückmeldungen und Validierungsarbeiten zur Weiterentwicklung von ENP

Seit 1994 wird ENP in einer Datenbank gepflegt und kann von Softwareherstellern in elektronischen Akten 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 Anwender(inne)n 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(innen) nicht in den aktuellen Buchpublikationen mit abgedruckt wird.

Seit 2001 werden Validierungsarbeiten zu ENP durchgeführt. Studien u. a. zur Inhalts- und/oder Kriteriumsvaliditätsprüfung sind ein weiterer wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung von ENP. Ein grober Überblick über bestehende Validierungsarbeiten wird im Abschnitt 1.7.3 bereitgestellt, detaillierte Informationen zum aktuellen systematischen Weiterentwicklungsprozess an sich sind im nachfolgenden Kapitel 1.7.2 nachzulesen.

Phase 3 (2005–2009) – Aufbau der Klassifikationsstruktur

In den Buchveröffentlichungen bis zum Jahr 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 Taxonomie[7] für die ENP-Pflegediagnosen entwickelt. Erstmals wurde die klassifikatorische Struktur der ENP-Pflegediagnosen in einem Fachartikel erwähnt, hier ist auch erstmals von ENP als einem Pflegeklassifikationssystem die Rede (Wieteck, 2006a). ENP hatte 2006 sieben Klassen, heute Gruppen genannt (Pflegediagnosen, Ursachen, Kennzeichen, Ressourcen, Pflegeziele, Pflegeinterventionen und handlungsleitende Angaben). Die Gruppe der Pflegediagnosen hatte zu diesem Zeitpunkt bereits eine monohierarchische Struktur mit 3 Domänen, 22 Klassen und 128 Kategorien. Die restlichen Klassen/Gruppen wie Ursachen, Kennzeichen usw. hatten noch keine hierarchische Struktur, sondern die Begriffe/Konzepte wurden nebengeordnet in der Datenbank verwaltet. Die jeweiligen Konzepte/Begriffe der Klassen hatten Relationen, d. h. Verbindungen zu den relevanten Pflegediagnosen. Im Zeitraum zwischen 2007 bis 2009 wurden die einzelnen Gruppen monohierarchisch mittels Clusterbildung systematisch strukturiert und in die heutige Klassifikationsstruktur überführt.

Die Realisierung von ENP in Form einer Datenbank kann am ehesten mit Begriffen aus den Bereichen der Informatik und Wissensrepräsentation beschrieben werden: ENP kann in Bezug auf seine Datenbankpräsentation als Ontologie[8] 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 die Anwender(innen) im Sinne der Wissensrepräsentation ohne Verknüpfungen untereinander nur einen geringen Nutzen haben. Aus diesem Grund sind die aufgeführten Elemente in der Datenbank

[7] 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.

[8] 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/Phänomene 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.

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 Akte 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 bis heute) – 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 der Promotionsarbeit von Serge Haag die Validierung von ENP in französischer Sprache beschrieben (Haag, 2009b). 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. Die Übersetzungen von ENP unterliegen kontinuierlichen Validierungsarbeiten (vgl. Rabl, Mereu, & Kraus, 2016).

1.7.2 Systematische 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 7 kann der systematische Weiterentwicklungsprozess von ENP mit seinen grundsätzlichen Schritten 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 Dreijahresrhythmus realisiert. Eine ausführlichere Beschreibung der evidenzbasierten Entwicklungshintergründe von ENP sowie der hierfür angewandten Grundlagen und Methodiken wird in einem separaten Dokument zur Verfügung gestellt, das kostenfrei unter https://www.recom.eu/entwicklungshintergruende abrufbar ist.

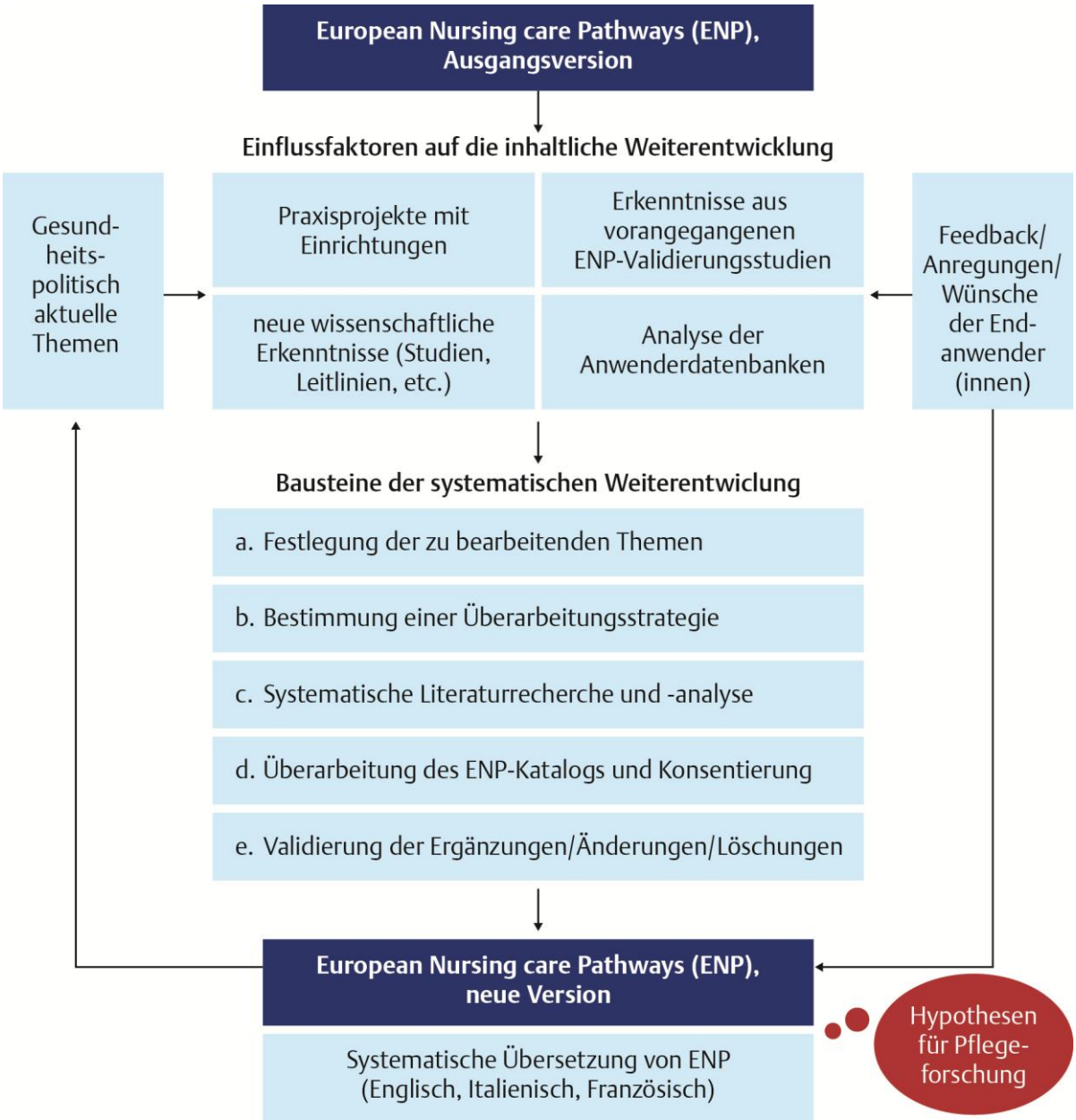


Abbildung 7: Prozess der systematischen Weiterentwicklung von ENP heute

Beeinflusst durch gesundheitspolitische Entscheidungen, Anwender(innen)feedback 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 internationale, systematische Literaturrecherche initiiert, welche anhand folgenden Schemas (am Beispiel der ENP-Praxisleitlinie „Der/die Pflegeempfänger(in) leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“) vollzogen wird.

Überarbeitungsschritt	**Beispiel aus den Weiterentwicklungsarbeiten zur ENP-Praxisleitlinie „Der/die Pflegeempfänger(in) leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“**
Festlegen der Überarbeitungsstrategie mit Formulierung der	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.

Thieme RECOM

<table>
<tr><td>Fragestellung für die gezielte Literatursuche</td><td>Fragestellungen (Auszug):
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?</td></tr>
<tr><td>Definition des bevorzugten Publikationstyps und des favorisierten Evidenzgrades</td><td>Bevorzugung von Fachartikeln aus peer-reviewten Journals.
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.
Ausgeschlossen wurden Einzelfallberichte.</td></tr>
<tr><td>Bestimmung von Ein- und Ausschlusskriterien sowie der zu nutzenden Datenbanken</td><td>Publikationen in deutscher oder englischer Sprache, veröffentlicht ab dem Jahr 1990 bis einschließlich Januar 2018.
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).
Suche in den in der Pflegewissenschaft anerkannten und zugänglichen Datenbanken PubMed (Medline) und CINAHL sowie im Leitlinienregister der AWMF.</td></tr>
<tr><td>Erarbeitung der Suchbegriffe und Festlegen spezifischer Suchphrasen</td><td><table>
<tr><td rowspan="5">fatigue OR tiredness OR weariness OR exhaustion</td><td rowspan="5">AND</td><td rowspan="5">palliati* OR “end of life”</td><td rowspan="5">AND</td><td rowspan="5">nurs* OR care OR caring</td><td rowspan="5">AND</td><td>diagnosis OR diagnoses</td></tr>
<tr><td>OR</td></tr>
<tr><td>symptom* OR sign OR sings OR syndrome* OR characteristic* OR indicator* OR mark OR marks OR feature*</td></tr>
<tr><td>OR</td></tr>
<tr><td>cause* OR source* OR reason* OR etiolog*</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>Durchführung der Datenbankrecherchen</td><td>Sinnvolles Kombinieren von Suchbegriffen, Operatoren, Ein-/Ausschlusskriterien sowie Filterkriterien zu vollständigen Suchphrasen9.</td></tr>
<tr><td>Sichtung und Beschaffung relevanter Literatur im Volltext und Bewertung der Publikationen und Studien hinsichtlich Qualität (Critical Appraisal)</td><td>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 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.</td></tr>
<tr><td>Überarbeiten des ENP-Kataloges anhand der aus der Literatur gewonnenen Erkenntnisse und Fakten</td><td>Neuaufnahme, Überarbeitung oder Stilllegung von Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegeinterventionen und handlungsleitenden Interventionsdetails</td></tr>
</table>

[9] 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*))*

Konsentierung der Ergebnisse im ENP-Entwicklerteam, bei Bedarf auch mit hinzugezogenen externen Experten im jeweiligen Fachgebiet	• Literaturabstützung aller geänderten, neu aufgenommenen oder stillgelegten Items • Erarbeiten von Definitionen, Begriffserklärungen und Hinweistexten • Ausweisen des Evidence-Levels zu der überarbeiteten Praxisleitlinie
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/die Pflegeempfänger(in) leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“ nicht statt. Mögliche Optionen grundsätzlich: • Expert(inn)enrating • Klinische Studie • Pretest der Überarbeitungen in der Pflegepraxis

Tabelle 10: Prozess der systematischen Literaturrecherche zur evidenzbasierten Weiterentwicklung von ENP am Beispiel der Praxisleitlinie „Der/die Pflegeempfänger(in) leidet unter Fatigue (Erschöpfung/Müdigkeit)“ (vgl. Hausherr, 2018)

Die nachfolgende Tabelle 11 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 Ursachen[10] 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 1.5). 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)

[10] Eine entsprechende Dokumentation wird für jede ENP-Praxisleitlinie selbstverständlich auch hinsichtlich Kennzeichen, Ressourcen, Pflegeziele und Interventionen gepflegt.

Überarbeitungstabelle Klasse Atmung - Kategorie Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie (Auszug) Thieme RECOM

				European Nursing care Pathways	European Nursing care Pathways
ID-Nr.	Ursache	Literatur-Kurzverweise	Definition der Ursache (bei Bedarf)	236 - Der Patient hat aufgrund von Schmerzen eine oberflächliche Atmung, es besteht das Risiko einer Atelektase/Pneumonie	223 - Der Patient hat aufgrund von fest sitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie
3114	Schmerzbedingte Schonatmung			X	
20812	Unzureichende Schmerztherapie			X	
3142	Operativer Eingriff im Brust-/Thoraxbereich			X	
3143	Operativer Eingriff im Bauchraum			X	
20813	Operativer Eingriff am offenen Herzen			X	
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
	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 11: Ausschnitt einer Überarbeitungstabelle des ENP-Entwicklerteams am Beispiel der Praxisleitlinie „Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von festsitzendem 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.

1.7.3 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 12 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, Augenschein-validität, Pflegediagnosen-titel	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	Pflegediagnosen-titel	Die direkte Beobachtung von Pflegeempfänger(innen) 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)Expert(inn)en 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, Augenschein-validität, Interrater-Reliabilität	Überprüfung der Gültigkeit einer PD in einer klinischen Situation durch zwei Expert(inn)en entweder durch Beobachtung oder durch Befragung von Pflegeempfänger(innen). 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 Validation Model (DDV)	Diskriminanz-validität (zweier PD) Inhaltsvalidität, Augenschein-validität	Die kennzeichnenden Merkmale zweier ähnlicher PD werden in einem Erhebungsinstrument gebündelt und verblindet von einer „ausreichenden Zahl“ (Pflege)Expert(inn)en und/oder Pflegeempfänger(inne)n zu jeder PD bewertet, ggf. auch im klinischen Setting. Berechnung von gewichteten Kennzahlen für beide PD und Vergleich derselben.	
Delphi-Technik	Inhaltsvalidität, Augenschein-validität	Systematische, mehrstufige und schriftliche Befragungsmethode eines Expert(inn)enpanels unter Bewahrung der Anonymität der einzelnen Teilnehmer(innen). 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)

Thieme RECOM

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)
Größenverhältnis-schätzung (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 Expert(inn)en 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 12: 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), 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 Kooperationspartner(inne)n 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 der individuellen Situation einer zu versorgenden, pflegebedürftigen Person, Formulierung, Usability etc.) aus unmittelbarer Anwender(innen)perspektive im direkten Einsatz im Umfeld einer Klinik bzw. Einrichtung der Altenpflege.
- Die Durchführung von Expert(inn)enratings, in deren Rahmen nach definierten Kriterien ausgewählte Fachexpert(inn)en 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.
- 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 Entwickler(inne)n 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. Einrichtungsverbünden 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.

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

- Eignung der Struktur von ENP für die pflegepraktische Arbeit
- Sichtbarkeit eines interprofessionellen Ansatzes
- Angemessenheit des Grades an Genauigkeit (Granularität)
- Angemessenheit des Grades an Eindeutigkeit und Trennschärfe
- Vollständigkeit der Elemente
- Fachliche Korrektheit
- Eignung von ENP zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und der Prozessdokumentation
- Benefit und Notwendigkeit der konsequenten Nutzung von Fachtermini im Rahmen der Weiterentwicklung und Überarbeitung von ENP (Beispiel: „Cephalgie" statt Kopfschmerzen).

Um eine zumindest andeutungsweise Vergleichbarkeit mit gängigen Instrumenten zur inhaltlichen Validierung von Pflegediagnosen und bestehenden Studienergebnissen sicherzustellen, wurde analog dem häufig angewandten DCV-Modell von Fehring (1987; 1994) als grundlegender methodologischer

Ansatz das EDV-gestützte Expert(inn)enrating 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 Befragungsinstruments. Nach zahlreichen Konzeptentwürfen wurde im Ergebnis ein interaktiver Fragebogen basierend auf Microsoft Excel entwickelt, der die Expert(inn)en 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(innen) 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 Auswahlmenü die Möglichkeit, die Art desselben zu konkretisieren. Angeboten werden Alternativen zu verschiedenen Dimensionen das jeweilige Item betreffend: Vollständigkeit, Genauigkeit, fachliche Korrektheit und Relevanz. Abbildung 8 illustriert das Fragebogenkonzept in ausschnitthafter Form aus einem Expertenrating im Zuge der Weiterentwicklung der Praxisleitlinien zum Thema Dysphagie.

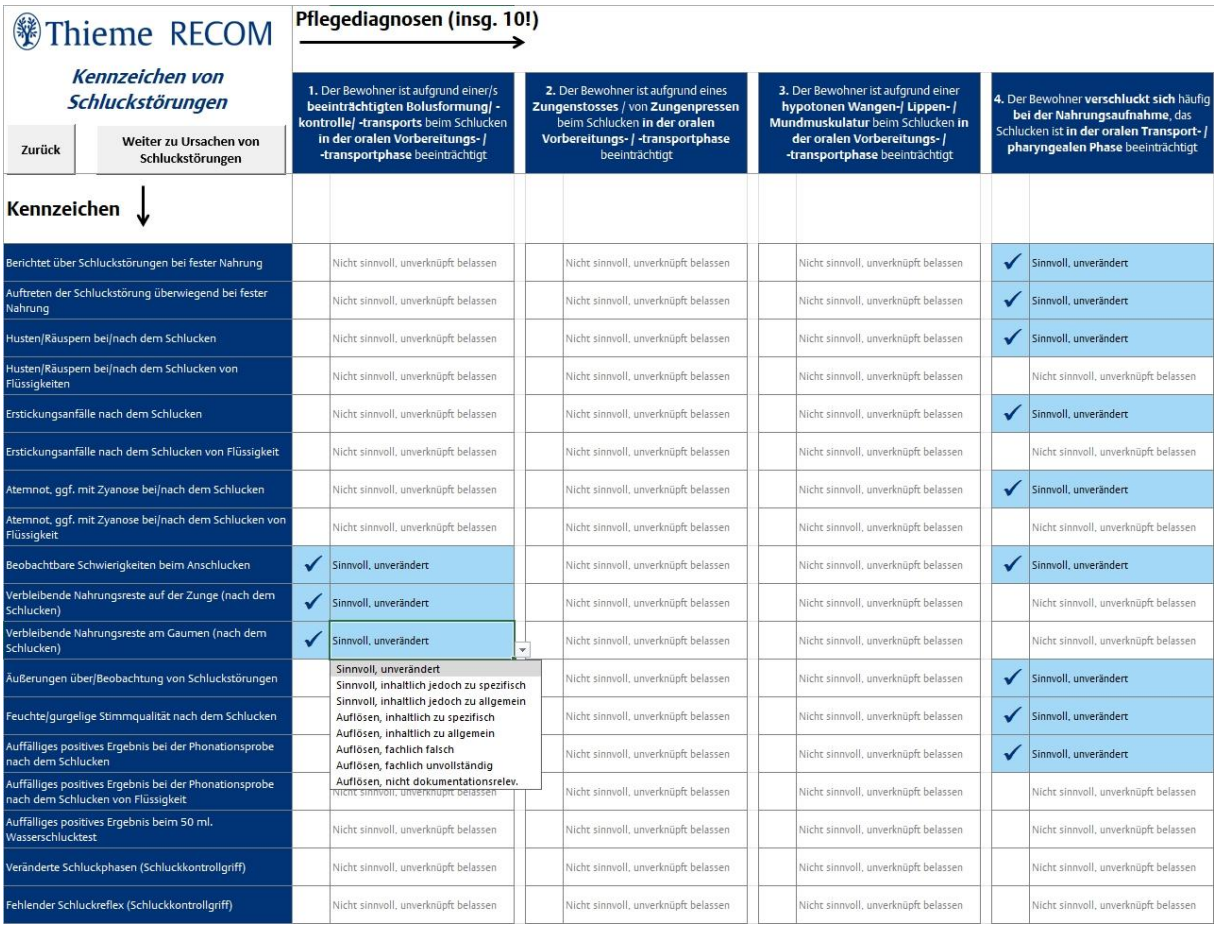


Abbildung 8: Beispielhafter Ausschnitt aus der Bearbeitungsmaske des Erhebungsinstruments

Aufgrund des oftmals beträchtlichen Umfangs der seitens der Expert(inn)en zu prüfenden Aspekte wurde aus Gründen der Zumutbarkeit auf die Abfrage der den Maßnahmenkonzepten untergeordneten

handlungsleitenden Detailinterventionen[11] im Fragebogen verzichtet. Die hierdurch entstehende Wahrscheinlichkeit, dass die Maßnahmenkonzepte von den Teilnehmer(inne)n 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 Expert(inn)en 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.soscisurvey.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 der Expertise vom Laientum. Beispiele sind etwa das professionelle Wissen oder das Erbringen von Spitzenleistungen in der jeweiligen Domäne (Bromme, Jucks, & Rambow, 2004). Eine darüberhinausgehende Sichtweise besagt, dass neben spezifischem Wissen und/oder Höchstleistungen insbesondere auch die Praxiswirksamkeit ein entscheidendes Attribut einer Expertin/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 einer Expertin/eines Experten folgender Definition aus der Wissenssoziologie an: „Expert(inn)en lassen sich als Personen verstehen, die sich – ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar begrenzbaren 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 Pflegeexpert(inn)en-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 Expert(inn)enstatus im pflegewissenschaftlichen Zusammenhang immer auch vom jeweiligen Forschungsinteresse abhängig ist und die Rolle somit in Teilen von der forschenden Person verliehen wird (Meuser & Nagel, 2002).

Mit konkretem Bezug auf die Pflegediagnostik schlägt Fehring (1994) im Rahmen seiner Validierungsmodelle vor, geeignete Expert(inn)en auf Grundlage messbarer Parameter auszuwählen. Basierend auf der Punktevergabe für die Erfüllung spezifischer Kriterien werden demnach diejenigen Personen 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).
- Eine akademische Qualifikationsarbeit (Master in einem Pflegestudiengang oder höher) zum Thema der zu validierenden Pflegediagnose(n).

[11] Vgl. Kapitel 1.4.6.

- Ein Zeitraum von mindestens einem Jahr, seitdem 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 Expert(inn)en. 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 Absolvent(inn)en 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, Advanced Nursing Practitioner, oder erstausbildende (duale) Pflegestudiengänge wurden in den vergangenen Jahren zwar zunehmend etabliert, jedoch finden sich derzeit noch verhältnismäßig wenige Absolvent(inn)en in der Pflegepraxis der Einrichtungen wieder. Auch ist noch ein Mangel an geeigneten Einmündungskonzepten und Strukturen für akademisch ausgebildetes Pflegepersonal in die direkte Versorgungspraxis zu beklagen (vgl. z.B. Claaßen et al., 2021; Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V., 2013; Reuschenbach & Darmann-Finck, 2018). Die Gewinnung einer ausreichenden Zahl von klinisch tätigen und berufserfahrenen Pflegenden mit mindestens einem Masterabschluss als Expert(inn)en (das Hauptkriterium von Fehring) für eine pflegediagnostische Validierungsstudie hat daher im deutschsprachigen Raum und insbesondere der Bundesrepublik demzufolge leider noch 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 Expert(inn)endefinition 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 Expert(inn)en zwingend eine akademische Ausbildung in der Pflege vorweisen müssen. Deutlich wurde den bisherigen Erfahrungen zufolge auch die Notwendigkeit, selbst eine grundständige pflegerische Berufsausbildung derzeit nicht als Voraussetzung für eine Partizipation an der Studie anzusehen. Die Begründung hierfür liegt in dem Umstand, dass Pflegende zwar sehr häufig in die Betreuung von spezifischen pflegebedürftigen Personengruppen 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 Dysphagiepatient(inn)en (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 Expert(inn)en 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 Dozent(inn)entätigkeit 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 Expert(inn)en vorgenommener 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 Expert(inn)en 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.

2. 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 sowie 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 Anwender(inne)n und interessierten Personen 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 können[12]. 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.

[12] Die Kriterien zur Einstufung einer NANDA-I-Pflegediagnose zu einem Evidenzlevel können online unter https://www.nanda.org/nanda-i-resources/level-of-evidence-criteria/ eingesehen werden (letzter Zugriff am 08.09.2022)

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, der laufend im Rahmen der Weiterentwicklungsarbeiten aktualisiert wird. 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 vielen Fällen induktiv entwickelt, was bedeutet, dass die Pflegepraktiker(innen), die mit ENP arbeiten, eine Lücke im Katalog identifizieren. Der Entwicklungsweg nimmt seinen Ursprung folglich häufig in der Identifizierung eines relevanten Phänomens in der Pflegepraxis und wird daraufhin umgesetzt. Das Ergebnis wird mit der Pflegepraxis konsentiert. Anschließend wird die Diagnose in den ENP-Katalog aufgenommen (LoE 1.4). Insgesamt weniger häufig wird die Neuentwicklung einer ENP-Praxisleitlinie durch Literaturauswertungen, 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 Expert(inn)en 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 Diagnosetitels 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 Endanwender(inne)n 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 internationale Fachliteratur 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 Literaturfundierung von Diagnosentitel, Definition, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegemaßnahmen und Pflegezielen wird zu den zentralen pflegediagnostischen Begriffen eine Konzeptanalyse mit ausführlicher Literaturbewertung durchgeführt. Die Konzeptanalyse unterstützt die Pflegediagnose und die Definition und umfasst Diskussion und Unterstützung der Kennzeichen.

LoE 2.3 Konsentierende Studien von existierenden Pflegediagnosen / Praxisleitlinien durch Experten

Ergänzend zur Literaturfundierung sämtlicher Elemente der Pflegediagnose und Praxisleitlinie werden konsentierende Studien mit Expert(inn)en des jeweiligen Fachgebiets durchgeführt. Die Studien beinhalten Expert(inn)enmeinungen, 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 Literaturanalyse 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 Literaturanalyse und -bewertung zur Pflegediagnose und zu Pflegemaßnahmen mit dokumentierter und nachweislicher Suchstrategie sowie anschließender Bewertung durch anhand definierter Kriterien ausgewählter Fachexpert(inn)en mittels standardisierter Befragung, Online-Surveys oder ähnlicher Verfahren (sog. Expert(inn)enrating).

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

Thieme RECOM

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 3.3 von ENP verteilen sich die Evidenzgrade wie folgt auf die 580 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).

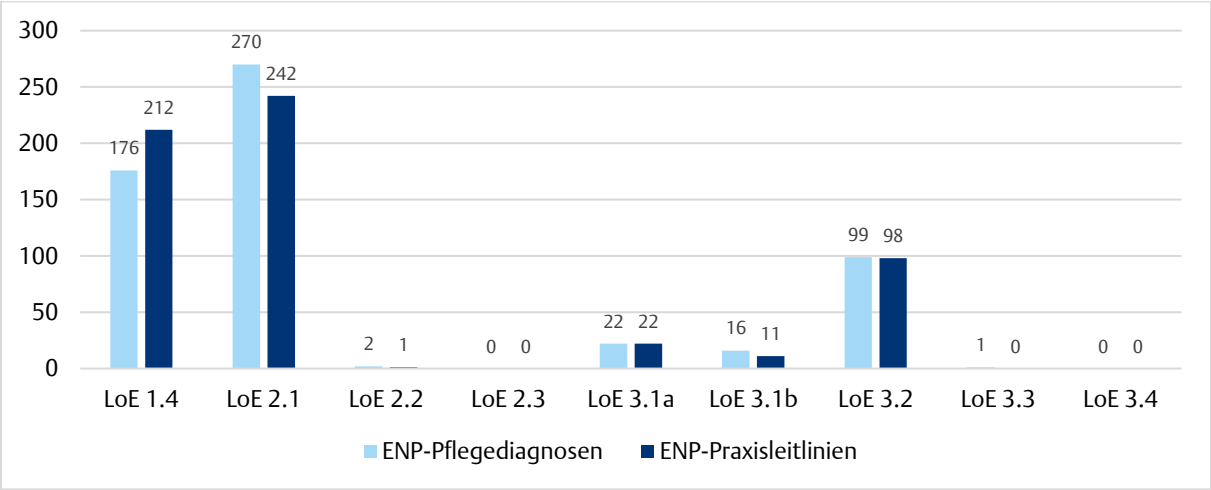


Abbildung 9: Verteilung der Evidenzgrade für ENP-Pflegediagnosen und ENP-Praxisleitlinien in Version 3.4

3. Güte der ENP-Praxisleitlinien

Die pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade in ENP sind durch die induktive Entwicklung in Deutschland entstanden (Wieteck, 2004b). Bis heute wird die Weiterentwicklung von ENP durch die Anwender(innen) mitbeeinflusst. Sie melden an das ENP-Entwicklerteam Anforderungen an die Abbildbarkeit von Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen direkt aus der pflegerischen Versorgungspraxis. Diese praxisnahe Entwicklungsstrategie fördert die Entwicklung einer Pflegefachsprache, die eine hohe Akzeptanz von Seiten der Pflegepraxis erfährt. Diese Anforderungen aus der Pflegepraxis werden aufgenommen und als Entwicklungsaufgabe definiert.

Die systematische Literaturabstützung der ENP-Praxisleitlinien bezieht internationale als auch nationale Fachliteratur und Studien mit ein. Diese systematische fachliche Abstützung von ENP wurde in den letzten Jahren massiv forciert und die Qualität der Praxisleitlinien dadurch deutlich verbessert. Auch erfährt die systematische Weiterentwicklung und Validierung von ENP zunehmend in Form von Bachelor-, Master und Promotionsarbeiten wichtige Impulse und Anstöße (vgl. z.B. Augustin, 2022; Burggraf, 2019; Haller, 2017; Hausherr, 2018, 2020; Kaspar, 2023; Kratschus, 2022; Nißlein, 2017a, 2017b; Werner, 2021). Jede ENP-Praxisleitlinie ist mit aktueller Fachliteratur abgeglichen, im Rahmen der Inhaltsvalidierungsdiskussion

Thieme RECOM

pflegediagnostischer Begriffe bezeichnet Woodtli (1988) dieses bereits als ein Zeichen von Inhaltsvalidierung. Detaillierte, weiterführende Informationen zur evidenzbasierten Weiterentwicklung von ENP werden auch in den sog. Entwicklungshintergründen beschrieben, welche unter https://www.recom.eu/entwicklungshintergruende zum Download zur Verfügung stehen. Vielfach münden die wissenschaftlichen Weiterentwicklungsarbeiten rund um ENP auch in internationalen Fachveröffentlichungen zu spezifischen klinischen Themenfeldern, etwa zur Wirksamkeit der Akupressur als Pflegeintervention bei Menschen mit Fatigue (Jiang-Siebert, Wieteck, & Kraus, 2024).

Es existieren mehrere Inhalts- und Kriteriumsvalidierungsarbeiten (vgl. z.B. Berger, 2010; Hardenacke, 2007; Hausherr, 2020; Helmbold, 2010; Helmbold & Berger, 2010; Konrad, 2009; Nißlein, 2017b; Schmitt, 2010; Wieteck, 2006b, 2006c, 2008b), weitere befinden sich zurzeit in der Planungsphase oder werden/wurden im Rahmen von akademischen Abschlussarbeiten durchgeführt (siehe oben). 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 systematische Literaturanalysen & -synthesen von Helmbold (2010) bzw. Helmbold und Berger (2010) beziehen sich auf eine Praxisleitlinie in ihrer Gesamtheit. Am Beispiel der Pflegediagnosen zur Mangelernährung kann anhand der gefundenen Validitätseinschränkungen, die in der Studie von Hardenacke (2007) festgestellt wurden, die darauffolgende Bearbeitung und Weiterentwicklung der ENP-Diagnosen zur Mangelernährung nachvollzogen werden (Helmbold, 2010).

Einige Studien und Projekte zur Evaluierung von ENP wurden und werden im Zusammenhang mit der praktischen Anwendung von ENP durchgeführt. So kamen Baltzer und Kolleg(inn)en 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 Pflegeexpert(inn)en der jeweiligen Piloteinrichtungen die mit ENP dokumentierten Pflegeplanungen bezüglich der Kriterien „Überprüfbarkeit“, „Handlungsleitung“, „Pflegefachliche Relevanz“, „Eindeutigkeit“, „Verständlichkeit“ und „Vollständigkeit“ bewertet. „*In mindestens 80 % der analysierten Pflegeplanungen erfüllten die dokumentierten Inhalte die Analysekriterien*“ (Kossaibati & Berthou, 2006, S. 41).

In einer Interventionsstudie wurde untersucht, ob sich die Anwendung von ENP (damals noch „Textbausteine zur Pflegeprozessdokumentation“ genannt) in einer Software auf die Qualität der Pflegeprozessdokumentation in einer Altenpflegeeinrichtung auswirkt. Die frequenz- und valenzanalytischen Auswertungen zeigen deutlich positive Auswirkungen auf die Dokumentationsqualität (Wieteck, 2001). In einer weiteren Studie wurde untersucht, inwieweit die „tatsächlich durchgeführten Pflegemaßnahmen“ (erfasst durch Beobachtung) mit den „dokumentierten Pflegeleistungen mittels ENP“ übereinstimmten. Insgesamt wurden in der multizentrisch deskriptiven Querschnittstudie mittels Paralleltest-Methode 1.068 Pflegemaßnahmenkodierungen bei 34 Patient(inn)enfällen bewertet. Die prozentuale Übereinstimmung der Ergebnisse 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, 2009b;

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.

ENP wurde ebenfalls in einigen Studien als Grundlage genutzt, um z.B. Arbeitsprozesse oder das Erlösmanagement zu optimieren (Haag, 2009a; Schmid, 2006) und/oder die Qualität der pflegerischen Arbeit zu bewerten (Konrad, 2009; Wieteck et al., 2004).

Die Stärke von ENP ist neben vielen weiteren Aspekten insbesondere in der feinen 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 Pflegende anbieten. Unter anderem deswegen sind Vergleiche von Gütekriterien mit anderen Klassifikationssystemen herausfordernd und nicht einfach umzusetzen.

4. Kritische Anmerkungen

Analog zu allen anderen Pflegeklassifikationssystemen ist ENP 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). Wenngleich sich die in den damaligen Untersuchungen entdeckten Lücken zwischenzeitlich an vielen Stellen geschlossen haben, so wird es u. a. vor dem Hintergrund des rasanten Wissenszuwachses bei gleichzeitig rascher Alterung bestehenden Wissens in der Pflege trotz größter Mühe auch weiterhin kaum erreichbar sein, eine alle Settings und Fachbereiche der Pflege umfassende Fachsprache wie ENP aus fachlich Sicht zu einem Reifegrad absoluter Vollständigkeit weiterzuentwickeln. Dieser Umstand betrifft jedoch nicht ausschließlich ENP, sondern stellt die Entwicklungsteams aller Pflegeklassifikationssysteme vor große Herausforderungen. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass ENP kontinuierlich weiterentwickelt werden muss, um den sich verändernden Anforderungen sowohl in der Pflegepraxis als auch im Pflegemanagement, dem Pflegecontrolling und der Pflegeausbildung gerecht zu werden.

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 wissenschaftlichen Reife des Systems einerseits und einer hohen Praxisnähe andererseits 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(innen). 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 Expert(inn)en bewertet wurden (Wieteck 2008).

5. Nutzung und Verbreitung 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 Endnutzer(inne)n – den Pflegenden – in der unmittelbaren pflegerischen Versorgung eingesetzt werden (Bakken et al., 2000), um die Pflegeprozess- und Leistungsdokumentation in standardisierter Form zu realisieren.

Die Nutzung von ENP ist in erster Linie zur Pflegeprozessplanung und -dokumentation in der digitalen Akte in allen Settings der (pflegerischen) Gesundheitsversorgung vorgesehen. Aber auch für Lehrzwecke, für die Pflegeausbildung, in der Praxisanleitung oder zur Schulung von Mitarbeiter(inne)n in Pflegeeinrichtungen, in denen eine intensive Auseinandersetzung mit den Pflegeprozessschritten gelehrt und geübt wird, kann ENP eine wertvolle Unterstützung sein, da aufgrund der Verknüpfungen den Nutzer(inne)n das aktuelle Pflegefachwissen zur Verfügung gestellt wird. Ebenso werden Auszubildende beim Erlernen der Fachterminologie sowie von klinischen Lehrinhalten unterstützt. Implementiert in einer Software können die Daten der Pflegempfänger(innen) schnell und effizient abgerufen werden und diese zusätzlich für Auswertungszwecke zur Verfügung stehen. Die tatsächliche Umsetzung und Visualisierung von ENP kann allerdings von Softwareprodukt zu Softwareprodukt sehr unterschiedlich sein[13].

Seit der ersten Jahreshälfte 2020 steht ENP auch in Form einer Webapplikation namens „ENP Online[14]“ zur Verfügung, die insbesondere für Ausbildungs- und Lehrzwecke sowie für die Praxisanleitung entwickelt wurde. ENP Online vereint berufspädagogische Aspekte & Pflegediagnostik auf anschauliche Art und Weise. Bei dem Angebot handelt es sich um eine browserbasierte Lernplattform, um die Pflegefachsprache ENP und damit einhergehend u. a. die Pflegeplanung und -dokumentation zu erlernen. ENP Online steht in zwei Varianten zur Verfügung. Zum einen in einer kostenfreien Basisversion, welche die Einsicht, das Suchen und Studieren im gesamten ENP-Katalog ohne zeitliche Begrenzung ermöglicht und somit als praktischer ENP-Browser und Nachschlagewerk dient. Die kostenpflichtige Premium-Variante ermöglicht darüber hinaus die Möglichkeit des aktiven Anlegens und Bearbeitens von Pflegeplänen, des Speicherns, des Ex- und Imports der erzeugten ENP-Pflegepläne sowie das Drucken und die Weiterbearbeitung zu einem späteren Zeitpunkt. Der zentrale Vorteil dieser webbasierten Variante gegenüber lokal zu installierenden Programmen besteht darin, dass es außer einem beliebigen internetfähigen Gerät wie einem Smartphone, einem Tablet oder einem Computer keinerlei Anforderungen an Hard- oder Software gibt und ENP Online auch unabhängig vom verwendeten Betriebssystem genutzt werden kann. ENP Online steht neben der deutschen Sprache auch in Französisch und Englisch zur Verfügung.

[13] Einen beispielhaften Eindruck für die Software-Umsetzung von ENP bietet die Homepage der Firma Thieme RECOM unter https://www.recom.eu/software/uebersicht.html

[14] Vgl. https://enp-online.org/

Die Verbreitung von ENP

ENP wird gegenwärtig (Stand Juli 2024) in einer Vielzahl an ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Pflegeheime, etc.) in Deutschland, Österreich, Luxemburg und Italien innerhalb von elektronischen Softwarelösungen zur vollständigen Pflegeprozessdokumentation angewendet. Dabei kommt ENP nicht ausschließlich in der elektronischen Akte GRIPS von Thieme 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 schließt die Möglichkeit einer exakten Quantifizierung der nationalen und internationalen Nutzung von ENP nahezu aus. Nichtsdestoweniger versucht nachstehende Aufstellung ein möglichst genaues Bild der Nutzung von ENP in den deutschsprachigen Ländern zu vermitteln:

Deutschland

Annähernd 50 Krankenhäuser und über 560 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.

Bedingt durch die seit dem Jahr 2020 in Kraft getretene 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 ein seither ungebrochen stark wachsendes Interesse an ENP zu verzeichnen. Schließlich war ENP in Form einer kostenfrei verfügbaren Lernsoftware (der sog. „ENP-Trainer“ zur lokalen Installation auf einem Windows-PC) allein seit dem Jahr 2016 an mehr als 4.000 in Aus- und Weiterbildung befindliche Pflegepersonen ausgeliefert worden, auch über die Grenzen Deutschlands hinaus. Die Entwicklung des ENP-Trainers wurde jedoch inzwischen eingestellt, da er durch die eingangs des Kapitels vorgestellte Web-Anwendung ENP Online abgelöst wurde. Mit Stand Juli 2024 kann die Webapplikation ENP Online seit ihrer im März 2020 erfolgten Freischaltung für die interessierte Öffentlichkeit bereits über mehr als 23.000 registrierte Accounts für Nutzer(innen) vorwiegend aus deutschsprachigen Ländern verzeichnen. Zudem haben sich bereits über 20 Berufsfachschulen für Pflegeberufe sowie Hochschulen auf den Weg gemacht, ENP Online über den gesamten oder Teile des Ausbildungszeitraums bzw. des Studiums hinweg in die Lehre zu integrieren. Nicht zuletzt haben sich bislang zwei weitere Berufsfachschulen sowie zwei Hochschulen für die Implementierung der speziell für Aus- und Weiterbildungszwecke angepassten Education-Variante der digitalen Akte GRIPS[15] von Thieme RECOM entschieden, in welcher ENP den zentralen fachlichen Baustein darstellt.

Österreich

In Österreich nutzen etwa 20 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 10.000 Mitarbeiter(innen) der Pflege, die täglich mit ENP die Pflegeprozessdokumentation realisieren.

Luxemburg

Drei Krankenhäuser der Akutversorgung, eine Rehabilitationsklinik, sechs stationäre Einrichtung der Altenpflege sowie die fünf größten Anbieter der ambulanten Pflege, die insgesamt etwa 90 % aller Patient(inn)en in Luxemburg versorgen, nutzen ENP sowohl in zwei unterschiedlichen Softwareprodukten als auch an den meisten Standorten zweisprachig (Deutsch und Französisch). Auch sind in Luxemburg die

[15] Vgl. https://www.recom.eu/ausbildung/education.html

ambulanten Pflegedienste hinsichtlich der Größe anders aufgestellt als in Deutschland. Die fünf ambulanten Pflegedienste beschäftigen über 7.000 Mitarbeiter(innen) der Pflege, die mit ENP arbeiten. Hier wurden auch die Abrechnungspositionen mit ENP gemappt, so dass aus der täglichen Regeldokumentation die Leistungsabrechnung unterstützt wird. Der seit einigen Jahren konstante Trend einer zunehmenden Verbreitung von ENP in Luxemburg insbesondere in stationären Versorgungsbereichen wird künftig voraussichtlich anhalten, mehrere Einrichtungen setzen sich gegenwärtig intensiv mit dem Pflegeklassifikationssystem auseinander.

6. Weiterführende Fachliteratur und Dokumente zu ENP

Neben den hier vorliegenden wissenschaftlichen Hintergründen existiert noch eine Vielzahl an weiterführender Literatur rund um die European Nursing care Pathways. Auf eine Auswahl dieser Publikationen soll abschließend hingewiesen werden.

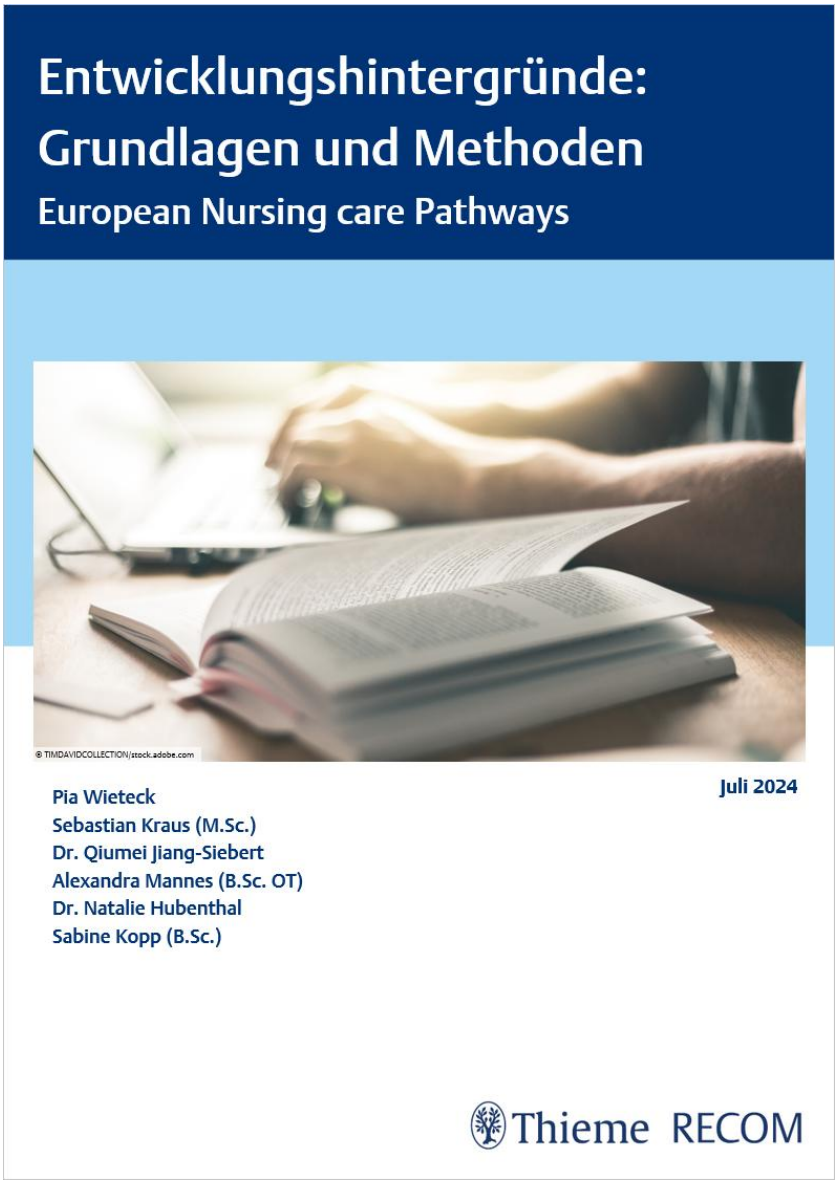
ENP-Praxisleitlinien: Pflegediagnosen, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen

Hierbei handelt es sich um die Buchveröffentlichung sämtlicher ENP-Praxisleitlinien von den Pflegediagnosen mit ihren Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen über sämtliche jeweils zugehörige Pflegeziele und Pflegeinterventionen. Der seit Januar 2023 erhältlichen, vierten Neuauflage liegt ENP in Version 3.3 mit allen 580 Praxisleitlinien zugrunde. Im Vorfeld werden im Buchteil „ENP-Wissen“ neben Hintergrundinformationen zur Arbeit mit Pflegediagnosen und ENP auch einige Fallbeispiele zur Verfügung gestellt, um erste Erfahrungen in der Pflegeplanung mit ENP sammeln zu können.

Die den ENP-Praxisleitlinien zugrunde liegende Fachliteratur ist aus Gründen der Praktikabilität und Handhabbarkeit nicht mit im Buch abgedruckt, sondern als PDF-Datei im Internet abrufbar unter der URL www.recom.eu/literatur-enp.

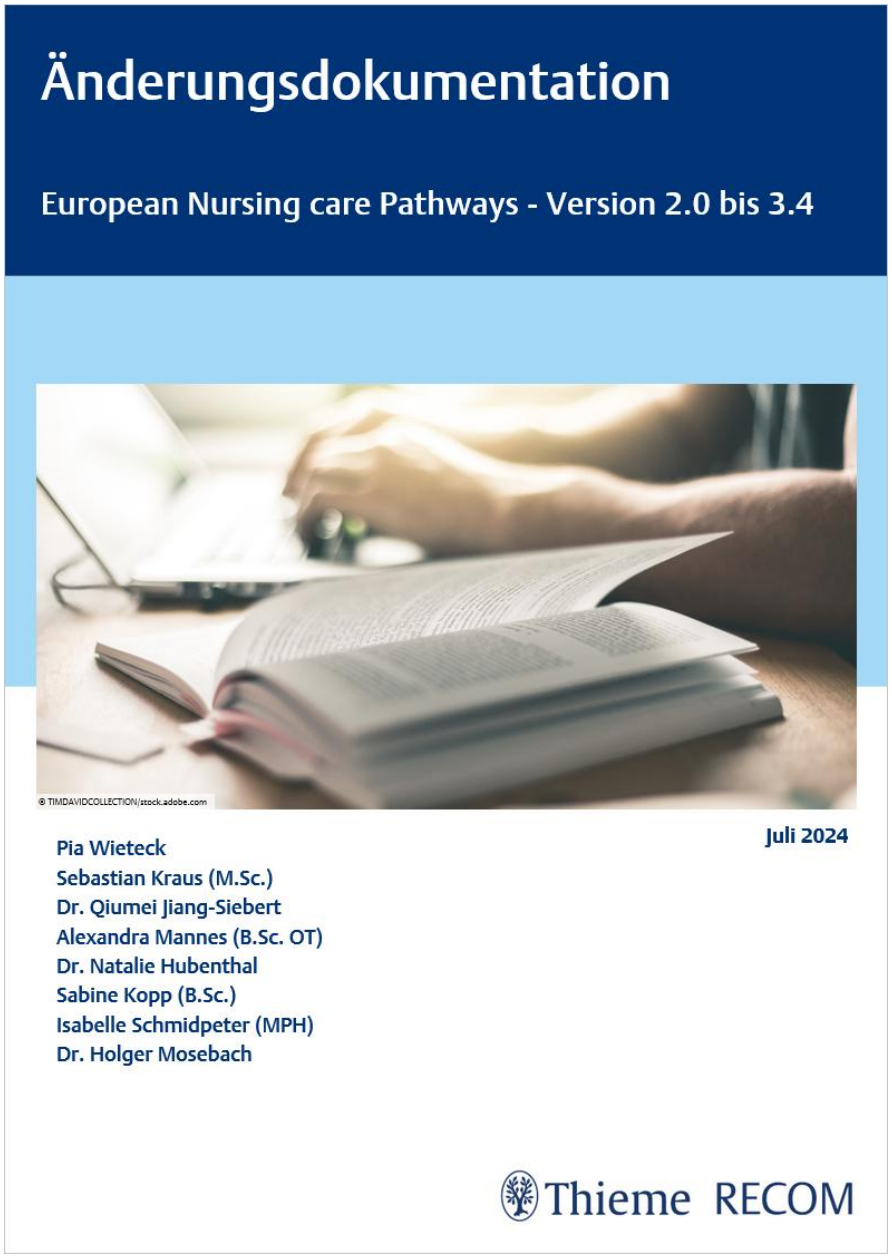
ENP-Entwicklungshintergründe: Grundlagen und Methoden

Zur vertieften Auseinandersetzung mit den Methodiken, der Güte und den Regeln der evidenzbasierten Weiterentwicklung von ENP steht ein separates Dokument zur Verfügung, in welchem neben einer ausführlichen Beschreibung der internationalen, systematischen Literaturrecherche nach der bestmöglichen Evidenz als Kernstück der ENP-Weiterentwicklungsarbeiten auch ausführlich auf Kriterien und Instrumente für die Evidenzbewertung (Critical Appraisal), die Evidenzselektion und die Datenextraktion eingegangen wird. Die ENP-Entwicklungshintergründe stehen online unter https://www.recom.eu/entwicklungshintergruende zum Download zur Verfügung.



Änderungsdokumentation European Nursing care Pathways

Jede neue Version von ENP bringt eine Reihe von Änderungen und Neuerungen sowohl inhaltlicher als auch struktureller Natur mit sich. Beginnend mit ENP-Version 2.0 werden die Änderungen für jede neue Version von ENP zusammenfassend hinsichtlich der wesentlichsten Aspekte dokumentiert[16]. Hierzu gehören beispielsweise Angaben über Zahl und Titel neuer ENP-Praxisleitlinien oder auch Informationen über jeweils stillgelegte Praxisleitlinien. Bedeutsame Änderungen im Wording verschiedener ENP-Items werden hier ebenso benannt wie etwa Verschiebungen in der Hierarchie von ENP, strukturelle Neuerungen wie z.B. die im Jahr 2019 neu verfassten Definitionen zu allen ENP-Pflegediagnosen oder alle sonstigen relevanten Änderungen mit der jeweils neuen Version. Auch die jeweils aktuelle Änderungsdokumentation steht online unter https://www.recom.eu/aenderungsdokumentation zum kostenfreien Download zur Verfügung.



[16] Bis einschließlich der wissenschaftlichen Hintergründe aus dem Jahr 2021 (ENP-Version 3.2) war diese zusammenfassende Änderungsdokumentation nicht in einem gesonderten Dokument ausgelagert, sondern jeweils im Anhang der wissenschaftlichen Hintergründe zu finden.

Neben dieser zusammenfassenden Übersicht über die zentralen Änderungen in den einzelnen ENP-Versionen steht wie bereits einleitend erwähnt mit Beginn des ENP-Versionssprungs von 3.0 auf 3.1 auf Anfrage auch eine automatisiert generierte detaillierte Änderungsdokumentation im Excel-Format auf Ebene der einzelnen ENP-Items zur Verfügung, die etwa für Softwareanbieter oder im Rahmen der Auseinandersetzung mit ENP auf Datenbankebene von Interesse sein kann. Wenden Sie sich hierzu bitte via E-Mail an info@recom.eu.

Literatur

Arntz, R., Picht, H., & Mayer, F. (2004). *Einführung in die Terminologiearbeit* (5. ed.). Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG.

Augustin, K. (2022). *Motivierende Gesprächsführung als pflegerische Intervention bei Alkoholabhängigkeit – Evidenzbasierung in den „European Nursing care Pathways".* (Bachelorarbeit), Medizinische Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg im Breisgau.

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* (pp. 23). Bern. Spital Bern.

Bartholomeyczik, S., Haasenritter, J., & Wieteck, P. (2009). Instrumente zur Abbildung des Pflegeaufwands in der DRG-Systematik. Literaturanalyse. *Pflegewissenschaft, 12*(9), pp. 669-687.

Baumberger, D. & Raeburn, S. (2015). LEP Nursing 3 für die Pflegedokumentation und die Sekundärnutzung von Pflegedaten. *NOVAcura, 46*(10), pp. 17-19.

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.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). (2021). Digitalisierung im Gesundheitswesen: BfArM stellt medizinische Terminologie SNOMED CT in Deutschland zur Verfügung. Retrieved from https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/pm1-2021.html (Accessed: 04.04.2022).

Burggraf, S. (2019). *Analyse der Risiken einer Dislokation bei postoperativer Mobilisation nach Osteosynthese am Beispiel einer ENP Praxisleitlinie.* (Bachelorarbeit), DIPLOMA Private Fachhochschule Nordhessen, Studiengang Medizinalfachberufe.

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.

Claaßen, A. C. et al. (2021). Handlungsfelder und Arbeitsbereiche nach dem dualen Pflegestudium – Eine Verbleibstudie an der FH Münster. *HeilberufeScience, 12*(1-2), pp. 30-38. doi: 10.1007/s16024-021-00350-2

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. (2009a). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten*. Bad Emstal: RECOM.

Haag, S. (2009b). *Effizienzoptimierung der stationären Pflege. Analyse von interventionsbezogenen Bedarfs- und Aufwandszeitwerten.* (Promotionsarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Dr. rer. pol.), Universität Trier.

Haller, J. (2017). *Das Pflegeproblem Harninkontinenz: Eine Literaturanalyse zur Weiterentwicklung der Pflegediagnose Belastungsinkontinenz des Pflegeklassifikationssystems European Nursing care Pathways (ENP).* (Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts), Fachhochschule für angewandte Wissenschaften Würzburg-Schweinfurt.

Hardenacke, D. (2007). Die Validität dreier ENP-Pflegediagnosen am Beispiel der Mangelernährung. *Pflegewissenschaft, 10*(10), pp. 530-538.

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.

Hausherr, S. (2020). *European Nursing care Pathways (ENP): Inhaltsvalidierung einer Pflegediagnose mit Fokus Gedächtnisstörung und beeinträchtigter Tages-/Lebensgestaltung.* (Masterarbeit), Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg.

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.

Jahn, P. (2021). Untergrenzen oder Personalbemessung in der Pflege. *Der Urologe, 60*(6), pp. 796-802. doi: 10.1007/s00120-021-01566-w

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

Jiang-Siebert, Q., Wieteck, P., & Kraus, S. (2024). Acupressure, a promising intervention for fatigue, within the European nursing care pathways (ENP): An integrative review. *International Nursing Review, First published: 29 May 2024*. doi: https://doi.org/10.1111/inr.12989

Kaspar, M. (2023). *Die systematische Überarbeitung und Weiterentwicklung einer Pflegediagnose des Pflegeklassifikationssystems European Nursing Care Pathways.* Bachelorarbeit an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München. Studiengang Bachelor Pflege dual.

Kerr, M. E. et al. (1993). Taxonomic Validation: An Overview. *Nursing Diagnosis, 4*(1), pp. 6-14.

Kim, J. et al. (2020). Towards implementing SNOMED CT in nursing practice: A scoping review. *Int J Med Inform, 134*, pp. 104035. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2019.104035

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`economie (ISE).

Kratschus, H. (2022). *Pflegeklassifikationssysteme und European Nursing Care Pathways - Implikationen zur Überarbeitung der Pflegediagnose Menschen mit Bewegungsblockade/Starthemmung aufgrund von Freezing.* Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheit des Fachbereichs Gesundheit an der Fachhochschule Bielefeld.

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/Grundsatzstellungnahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf (Accessed: 13.03.2024).

Meuser, M. & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. In A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Eds.), *Das Experteninterview*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, pp. 71-93.

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

Nißlein, A. (2017a). Eine Brücke zwischen Pflegewissenschaft und Praxis bauen - von der wissenschaftlichen Erkenntnis ins klinische Setting. *Pflege Professionell*(12), pp. 5-8.

Nißlein, 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

Reuschenbach, B. & Darmann-Finck, I. (2018). Pflege studieren – Intentionen, Strukturen und Erfahrungen. In K.-H. Sahmel (Ed.), *Hochschuldidaktik der Pflege und Gesundheitsfachberufe* (1. ed.). Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 63-75.

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. (2006). *Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in DRG-Fallgruppen.* (Diplomarbeit), Katholische Stiftungsfachhochschule, München.

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.

SNOMED International. (2019). SNOMED CT Starter Guide. Retrieved from https://confluence.ihtsdotools.org/display/DOCSTARTDE?preview=/61153991/87039892/doc_StarterGuide_de_INT_20190611.pdf (Accessed: 13.03.2024).

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.

Werner, G. (2021). *Die Wirksamkeit der keimarmen Ernährung zur Infektionsprophylaxe bei Neutropenie und ein Vergleich der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse mit den Empfehlungen in den European Nursing care Pathways (ENP).* Bachelorarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg.

Whitley, G. G. (1997). Three Phases of Research in Validating Nursing Diagnoses. *Western Journal of Nursing Research, 19*(3), pp. 379-399.

Wieteck, P. (2001). *Interventionsstudie zur Qualitätsentwicklung der Pflegedokumentation mit Hilfe eines EDV-gestützen Pflegeplanungsprogrammes in einer stationären Einrichtung.* (Diplomarbeit), Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft.

Wieteck, P. (2003). European Nursing care Pathways (ENP): Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. *PR-Internet, 5*(11), pp. 84-94.

Wieteck, P. (2004a). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *PrInterNet, 6*(9), pp. 486-494.

Wieteck, P. (2006a). Arbeiten mit ENP® - Pflegeprozessdokumentation der Zukunft. *Heilberufe, 58*(11), pp. 62-63.

Wieteck, P. (2006b). *Content Validity of ENP® Nursing Diagnoses through Cross Mapping of ICNP® Focus Terms*. Bad Emstal: RECOM.

Wieteck, P. (2006c). ENP®-ICNP®-Crossmapping. *PrInterNet, 08*(02), pp. 109-118.

Wieteck, P. (2007a). Dokumentation mithilfe der standardisierten Pflegefachsprache ENP®: Pflegeprozess detailliert und aktuell abbilden. *Pflegezeitschrift, 60*(5), pp. 257-259.

Wieteck, P. (2007b). Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. *PrInterNet, 9*(2), pp. 113-120.

Wieteck, P. (2007c). *Validitätsprüfung ausgewählter Bestandteile der ENP® (European Nursing care Pathways): ENP® - ein Instrument zur prozessorientierten, fallbezogenen und handlungsbegründenden Pflegeprozessdokumentation. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doctor rerum medicinalium. Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Fakultät für Medizin.*

Wieteck, P. (2008a). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP-ICNP cross-mapping. *International Nursing Review, 55*(3), pp. 296-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x

Wieteck, P. (2008b). Furthering the development of standardized nursing terminology through an ENP®-ICNP® cross-mapping. *International Nursing Review, 55*(3), pp. 296-304. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00639.x

Wieteck, P. (2008c). *Validierung von Pflegediagnosen der Pflegeklassifikation ENP (European Nursing care Pathways). Crossmappings von ENP mit ICNP und NANDA. Edition Pflegewissenschaft. Band 1*. Bad Emstal: RECOM.

Wieteck, P. (2009). Transfer der Expertenstandards in die Pflegepraxis. Ausblicke bezüglich des Nutzens einer elektronischen Patientenakte mit ENP. *Pflegewissenschaft, 11*(04), pp. 227-239.

Wieteck, P. (Ed.). (2004b). *ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden* (1. ed.). Bad Emstal: RECOM Verlag.

Wieteck, P. (Ed.). (2013). *Praxisleitlinien Pflege. Planen und Dokumentieren auf Basis von Pflegediagnosen der Klassifikation ENP* (2 ed.). Kassel: RECOM.

Wieteck, P. (Ed.). (2014). *ENP-Pflegediagnosen für die Altenpflege. Formulierungshilfen für Ausbildung und Praxis*. Kassel: RECOM.

Wieteck, P. et al. (2004). Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. *PR-Internet, 6*(9), pp. 486-494.

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.

Wieteck, P., Moantovan, F., & Rigon, L. A. (Eds.). (2015). *Percorsi per la pratica infermieristica. Pianificazione, assistenza e documentazione con i percorsi assistenziali ENP*. 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.