

# ENP<sup>®</sup> – European Nursing care Pathways

---

**Standardisierte Pflegefachsprache  
zur Abbildung von pflegerischen  
Behandlungspfaden**

Leistungstransparenz und Qualitäts-  
steuerung im Gesundheitswesen

Herausgegeben von Pia Wieteck

Mit einem Vorwort von  
Sabine Bartholomeyczik

Texte von Pia Wieteck

Mit Textbeiträgen von  
Simon Berger (1.7.2, S. 60–69)  
Reto Odermatt (3.5–3.5.6, S. 1185–1199)  
Britta Opel (1.6.2, S. 35–50)

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

**Wieteck, Pia (Hg.):**

**ENP® – European Nursing care Pathways**

Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von  
pflegerischen Behandlungspfaden

Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im  
Gesundheitswesen

1. Auflage, 2004

Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004

ISBN: 3-89752-100-8

Autoren: Pia Wieteck, Simon Berger, Reto Odermatt, Britta Opel

Mit einem Vorwort von Sabine Bartholomeyczik

Redaktionelle Bearbeitung: Monika Matthes, Claudia Schaumlöffel

Satz und Gestaltung: Verena Schlemmer

Produktionsleitung: Jörg Gohl

Druck: Druckerei + Verlag Ahrend GmbH, Baunatal

© 2004 RECOM Verlag

RECOM GmbH

34308 Bad Emstal

Dieses Werk ist urheberrechtlich und verlagsrechtlich geschützt. Jede Art der Verwendung außerhalb der Grenzen des Urheberrechts, auch von Auszügen, ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags untersagt und strafbar. Insbesondere gilt dies für Vervielfältigungen, Übersetzungen sowie die Speicherung und Weiterverwertung in Datenverarbeitungssystemen.

Der Verlag sowie alle an der Entstehung des Buchs beteiligten Personen haben größte Mühe darauf verwendet, die Inhalte entsprechend dem aktuellen Wissensstand bei Fertigstellung des Werks wiederzugeben. Manuskriptbearbeitung und Satzkorrektur wurden aufs Sorgfältigste durchgeführt. Dennoch sind Fehler nicht völlig auszuschließen. Redaktion und Verlag übernehmen daher keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die aus der Benutzung der in dem Buch enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Danksagung</b>	<b>9</b>
	<b>Vorwort</b>	<b>10</b>
	<b>Standardisierung, Klassifizierung und die Pflegesprache</b>	<b>12</b>
<b>1</b>	<b>Entstehungsgeschichte</b>	<b>17</b>
<b>1.1</b>	<b>Einführung</b>	<b>17</b>
<b>1.2</b>	<b>Entwicklung der ENP® und Projektverlauf im Überblick</b>	<b>18</b>
<b>1.3</b>	<b>Wissenschaftstheoretische Einordnung der ENP®</b>	<b>19</b>
<b>1.4</b>	<b>Was ist eine modifizierte „praxisnahe Pflege Theorie“?</b>	<b>20</b>
<b>1.5</b>	<b>Definitionen der einzelnen Bausteine von ENP®</b>	<b>21</b>
<b>1.5.1</b>	<b>Definition in ENP®: Nursing Diagnoses (Pflege diagnosen)</b>	<b>22</b>
<b>1.5.2</b>	<b>Definition in ENP®: Characteristics (Kennzeichen)</b>	<b>22</b>
<b>1.5.3</b>	<b>Definition in ENP®: Etiologies (Ursachen)</b>	<b>23</b>
<b>1.5.4</b>	<b>Definition in ENP®: Resources (Ressourcen)</b>	<b>24</b>
<b>1.5.5</b>	<b>Definition in ENP®: Objectives (Ziele)</b>	<b>24</b>
<b>1.5.6</b>	<b>Definition in ENP®: Interventions (Interventionen)</b>	<b>25</b>
<b>1.6</b>	<b>Methodische Vorgehensweise</b>	<b>25</b>
<b>1.6.1</b>	<b>Induktive Entwicklung</b>	<b>27</b>
1.6.1.1	Forschungsfrage	28
1.6.1.2	Praxisanleitung – Qualitative, teilnehmende Beobachtung (1989–1998)	29
1.6.1.3	Analyse der individuellen Pflegeprozessplanungen – Dokumentenanalyse	31
1.6.1.4	Pflegeproblemformulierung und der Weg zur Pflege diagnosenformulierung der heutigen ENP®	32
1.6.1.5	Aufnahme der Ressourcenformulierungen in die ENP®-Struktur	34
1.6.1.6	Literaturabstützung der ENP®-Formulierungen	35
<b>1.6.2</b>	<b>Die Entwicklung von ENP®-Pflege diagnosen durch eine Begriffsanalyse nach Walker/Avant</b>	<b>35</b>
1.6.2.1	Begriffsanalyse nach Walker/Avant	36

1.6.2.2	Begriffsanalyse am Beispiel des Begriffs <i>verzögerter Trauerprozess</i>	37
1.6.2.3	Ziel und Zweck der Analyse	37
1.6.2.4	Verwendung der Begriffe	37
1.6.2.5	Festlegung der bestimmenden Attribute	42
1.6.2.6	Entwicklung eines Modellfalls und zusätzlicher Fallbeispiele	44
1.6.2.7	Bestimmung der Voraussetzungen und Folgen	45
1.6.2.8	Bestimmung empirischer Referenten	46
1.6.2.9	Ergebnisse für die Benutzung in ENP®	48
<b>1.6.3</b>	<b>Hinweise zur sprachlichen Realisierung</b>	<b>50</b>
<b>1.7</b>	<b>Standardisierte Pflegefachsprache zur Pflegeprozessdokumentation: Verliert Pflege die Individualität? – Oder gewinnt Pflege an Bedeutung?</b>	<b>53</b>
<b>1.7.1</b>	<b>Zielsetzung von ENP® für Pflege und Gesundheitswesen</b>	<b>54</b>
1.7.1.1	Nutzen/Zielsetzung für die Pflegepraktiker	54
1.7.1.2	Nutzen innerhalb des interdisziplinären Pflege- und Behandlungsteams	57
1.7.1.3	Nutzen aus gesellschaftspolitischer und ökonomischer Perspektive	58
<b>1.7.2</b>	<b>Unterstützung der Überleitungspflege durch eine einheitliche Pflegefachsprache</b>	<b>60</b>
1.7.2.1	Kurzdefinition Überleitungspflege	60
1.7.2.2	Zur Bedeutung der Pflegeüberleitung in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion	61
1.7.2.3	Besondere Anforderungen an Überleitungspflegende	62
1.7.2.4	Die Problematik der Kontinuitätsbrüche	64
1.7.2.5	Inter- und intraprofessionelle Kommunikation in der Überleitungspflege	65
1.7.2.6	Ansatzpunkt einer einheitlichen Pflegefachsprache	66
1.7.2.7	Zusammenfassung	68
<b>1.7.3</b>	<b>Wo liegen die Gefahrenpunkte beim Einsatz einer „standardisierten Pflegefachsprache“?</b>	<b>69</b>
1.7.3.1	Unsichtbarkeit von Pflegephänomenen und Interventionen, die noch nicht in einem Klassifikationssystem aufgenommen sind	69
1.7.3.2	Normierung – Standardisierung	69
1.7.3.3	Defizitorientierung	70
<b>1.7.4</b>	<b>Ableitende Anforderungen an den Einsatz einer standardisierten Pflegefachsprache</b>	<b>71</b>

<b>2</b>	<b>Die ENP® nach ATL geordnet</b>	<b>72</b>
	<b>Diagnosenverzeichnis</b>	<b>73</b>
	<b>Die ENP® im Überblick</b>	<b>101</b>
<b>3</b>	<b>Auswertungen, Analysen und Verknüpfungen</b>	<b>1151</b>
<b>3.1</b>	<b>Ergebnisse einer Evaluationsstudie in einer Heimeinrichtung (Wieteck 2001)</b>	<b>1151</b>
<b>3.1.1</b>	<b>Methoden und Ablauf der Evaluationsforschung</b>	<b>1151</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Ethische Reflexion des Forschungsvorhabens</b>	<b>1153</b>
<b>3.1.3</b>	<b>Auswahlverfahren für die Stichproben der Ist-Analysen</b>	<b>1153</b>
<b>3.1.4</b>	<b>Zusammenfassende Ergebnisse – inhaltliche Vollständigkeit</b>	<b>1154</b>
<b>3.1.5</b>	<b>Zusammenfassende Ergebnisse – valenzanalytische Auswertung</b>	<b>1155</b>
<b>3.1.6</b>	<b>Schlussbetrachtung der Interventionsstudie</b>	<b>1157</b>
<b>3.2</b>	<b>Sekundäranalyse auf inhaltliche Vollständigkeit der ENP®</b>	<b>1157</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Zielsetzung</b>	<b>1158</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Methode</b>	<b>1158</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>1161</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>1168</b>
<b>3.3</b>	<b>Ergebnisse einer Datenbankauswertung von ENP®-Anwendern</b>	<b>1169</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Fragestellung der Datenauswertung</b>	<b>1170</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Stichprobe der Kundendatenbanken</b>	<b>1171</b>
<b>3.3.3</b>	<b>Vorgehensweise bei einer Datenbankabfrage</b>	<b>1172</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>1173</b>
<b>3.3.4.1</b>	<b>Mittelwerte der Pflegediagnosenanzahl pro Pflegeplan</b>	<b>1174</b>
<b>3.3.4.2</b>	<b>Spektrum der verwendeten Pflegediagnosen</b>	<b>1177</b>
<b>3.3.4.3</b>	<b>Die am häufigsten verwendeten Pflegediagnosen</b>	<b>1179</b>

<b>3.3.5</b>	<b>Schlussbetrachtung</b>	<b>1182</b>
<b>3.4</b>	<b>ENP®-Forschungsvorhaben 2004–2006</b>	<b>1183</b>
<b>3.5</b>	<b>Verknüpfung von LEP® mit ENP®</b>	<b>1185</b>
<b>3.5.1</b>	<b>Entwicklung von LEP® Nursing 3</b>	<b>1186</b>
<b>3.5.2</b>	<b>Zielsetzungen von LEP® Nursing 3</b>	<b>1186</b>
<b>3.5.3</b>	<b>Zusammenarbeit zwischen der LEP AG und dem PCC (Pflege Competence Centrum) bei der Entwicklung von LEP® Nursing 3</b>	<b>1187</b>
<b>3.5.4</b>	<b>Vorgehensweise bei der Entwicklung von LEP® Nursing 3</b>	<b>1189</b>
<b>3.5.5</b>	<b>Ergebnisse der Entwicklungsarbeit</b>	<b>1192</b>
<b>3.5.6</b>	<b>Anzahl von Variablen und Leistungspositionen (Vergleich zwischen LEP® Nursing 2.1 und LEP® Nursing 3.0.0)</b>	<b>1193</b>
<b>3.5.7</b>	<b>Zusammenfassende Gedanken</b>	<b>1199</b>
<b>4</b>	<b>Bibliografie</b>	<b>1201</b>
<b>4.1</b>	<b>Literatur zu den Texten</b>	<b>1201</b>
<b>4.2</b>	<b>Literatur zu den ENP®</b>	<b>1216</b>
	<b>Autorenverzeichnis</b>	<b>1239</b>
	<b>Stichwortverzeichnis</b>	<b>1241</b>

# Standardisierung, Klassifizierung und die Pflegesprache

*Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik*

Mit der Beendigung der Unsichtbarkeit von Pflege als Teil der Gesundheitsdisziplinen wird auch die Sprache in dieser Disziplin vermehrt Gegenstand öffentlicher Diskurse (z. B. Zegelin 1997). Schließlich ist Sprache unverzichtbar, um Sichtbarkeit herzustellen. Häufig tauchen in derartigen Zusammenhängen die Begriffe *Standardisierung* und *Klassifizierung* von Fachsprache auf, welche meist sogar in einem Atemzug genannt werden.

Bevor die Notwendigkeit standardisierter Sprachsysteme diskutiert wird, sollen einige Überlegungen zu diesen Begriffen angestellt werden.

Standardisierung in dem hier genannten Zusammenhang bedeutet, die gleichen Begriffe und Sprachbestandteile bei den gleichen Gelegenheiten zu benutzen. Dies klingt selbstverständlich, gilt für die lebendige Alltags- bzw. Umgangssprache jedoch nicht, denn diese zeigt vielfältige Formen, flexible Nutzbarkeit, Veränderungen und unterschiedliche Bedeutungen bei gleich oder ähnlich lautenden Wörtern oder Begriffen. Die gleichen Inhalte werden oft unterschiedlich ausgedrückt, je nach Hintergrund der Person, die die Sprache anwendet: Schichtspezifik, Regionalspezifika, oft auch Geschlechtsspezifika, besonders aber Generationenspezifika sind hier zu nennen. Darüber hinaus schlagen sich die direkten Lebensumstände im Sprachgebrauch nieder. So verfügen beispielsweise die Beduinen anstelle des bei uns üblichen einen Worts *Sand* über zehn Ausdrücke, die jeweils unterschiedliche Arten von Sand beschreiben (Bollnow 1966). Mit der Sprache machen sich Menschen die Wirklichkeit zu einer vertrauten Welt, sie ist nicht nur ein Kommunikations-, sondern immer auch ein Gedankeninstrument, flexibel und kontextabhängig. Gerade Alltagssprachliche Begriffe sind dadurch gekennzeichnet, dass sie je nach Kontext unterschiedliche Bedeutungsinhalte haben können.

Die Standardisierung einer Sprache in einer Disziplin ist meistens mit der Entwicklung einer Fachsprache verbunden. In der Regel sind Fachsprachen meist nur auf einzelne Fachbegriffe zu reduzieren, die bestimmte Kriterien erfüllen sollten (Oertle Bürki 1997):

- Konsens über die Definition: Die Begriffe sollten eindeutig sein, die FachkollegInnen sollten alle dasselbe darunter verstehen.
- Keine Polysemie: Einem Begriff sollten nicht mehrere Bedeutungen zugeordnet sein.
- Keine Synonymie: Für eine Bedeutung sollte es nicht mehrere Ausdrücke geben.

- Kontextunabhängigkeit: Ein Fachbegriff sollte auch ohne Kenntnis von Zusammenhängen verständlich sein.

Unbestritten ist sicher, dass es eine Pflegefachsprache gibt. Es muss allerdings hinterfragt werden, ob ihre Termini den oben genannten Anforderungen entsprechen. Die Alltagssprache in der Pflegepraxis ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass sie sich einerseits zwar der medizinischen Fachtermini bedient, andererseits aber für die pflegespezifischen Sachverhalte hauptsächlich umgangssprachliche Begriffe verwendet. Während die medizinischen Begriffe sich vor allem auf fremde Sprachen, besonders auf die so genannten „toten“ Sprachen Griechisch und Latein, zunehmend aber auch auf das Englische, stützen und dadurch für Laien fremd und unverständlich klingen, gilt dies für die Termini der Pflege weniger.

Zu der zunehmenden Verwendung von Fachsprache bzw. der Entstehung von Fachkommunikation in der Pflege (Brünner 1997) haben u. a. die Notwendigkeit der Dokumentation und die Beschäftigung mit dieser häufig als lästig angesehenen Aufgabe sehr viel beigetragen. Gerade wenn Verbalsprachliches verschriftlicht werden muss, verändert sich die Fachsprache. In der Regel wird die Ausdrucksweise im Geschriebenen sparsamer als im Gesprochenen. Es existieren allerdings nach wie vor regionale und einrichtungsspezifische Fachtermini, von einer Standardisierung kann nur in Teilen ausgegangen werden.

Zur Standardisierung der Sprache gibt es verschiedene Ansätze in der Pflege. Sie betreffen unterschiedliche Ebenen, gehen teilweise weit bis zur Entwicklung standardisierter Instrumente wie z. B. Risikoskalen oder anderen Assessmentinstrumenten (Bartholomeyczik et al. 2004). Andere Ansätze stellen ein komplexes Begriffssystem zur Verfügung wie die ICNP® (International Classification of Nursing Practice), die zur Beschreibung unterschiedlichster Sachverhalte in der Pflege genutzt werden kann (ICN 2003). Die ICNP® besteht nicht nur aus einheitlich zu gebrauchenden Begriffen, sondern diese Begriffe sind auch in hierarchische Klassen eingeteilt. Ferner gibt es verschiedene Gruppen, die pflegefachlich zustande gekommen sind, wie z. B. Pflegephänomene oder Pflegeinterventionen. Die Termini für jede dieser Gruppen sind intern nach sprachlichen Regeln in Über- und Unterbegriffe geordnet.

Bekannt sind außerdem Klassifikationssysteme mit anderen Ansätzen, die standardisierte Begriffe verwenden, bei der Klassifikation aber nicht sprachlichen, sondern fachlichen Gesichtspunkten gehorchen. Dazu gehören so komplexe Systeme wie die Pflegediagnosensystematik der NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), etwas einfacher sind die Systematiken von NIC (Nursing Interventions Classification) und NOC (Nursing Outcomes Classification), die inzwischen versuchen, sich als aufeinander bezogene Systeme weiterzuentwickeln (Johnson et al. 2001).

Zu den verschiedenen Begriffen innerhalb dieser Systeme bleibt festzuhalten, dass erstens eine Fachsprache auch ohne weit gehende Standardisierung bestehen kann und dass zweitens eine Standardisierung bei einer Fachsprache, die vor allem mit Alltagsbegriffen arbeitet, besonders schwierig ist. Standardisierung heißt jedoch noch nicht Klassifizierung, denn hierzu ist ein übergeordnetes Ordnungs- bzw. Klassifikationssystem vonnöten. Die Klassifikation einer Fachsprache kann nach völlig unterschiedlichen Prinzipien erfolgen. Eine enge Standardisierung muss sie nicht voraussetzen, jedoch erleichtert diese eine Klassifizierung ganz wesentlich, denn einzelne Termini dürfen nur in einer einzigen Klasse auftauchen. Eine Klassifizierung an sich sagt noch nichts über Inhalte oder Brauchbarkeit aus, geschweige denn darüber, wie fundiert sie entwickelt wurde. Prinzipiell kann nämlich, und nichts anderes bedeutet das Wort Klassifizierung, alles in wie auch immer zu definierende Klassen eingeteilt werden.

Die in diesem Buch vorgestellte Pflegefachsprache ENP® ordnet ihre Inhalte in horizontale Klassen ein und verbindet sie nach fachlich begründeten Prinzipien. ENP® hat den Anspruch, den gesamten Pflegeprozess abbilden zu können. Dabei arbeitet es nicht nur mit einzelnen Begriffen, die der Nutzer zusammenstellen muss, sondern schlägt auch die inhaltlichen Verbindungen vor.

ENP® ist also einerseits eine standardisierte Sprache im Sinne einer Begriffssystematik und andererseits ein Fachsystem, nach dem der Pflegeprozess gestaltet werden kann – so der Anspruch. Werden Pflegediagnosen mit Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen, wie ENP® sie formuliert, in das EDV-gestützte System eingegeben, schlägt dieses mögliche zu erreichende Ziele vor und gibt die entsprechenden Maßnahmen an. Es findet also eine Verknüpfung aller Schritte des Pflegeprozesses statt.

Damit geht ENP® weit über eine Fachsprache mit einzelnen Begriffen hinaus. Idealerweise müssten diese inhaltlichen Verknüpfungen wissenschaftsbasiert im Sinne eines Evidence-Based-Nursing sein. ENP® müsste somit etwas erfüllen, was insgesamt in der Disziplin Pflege bisher nur in Ansätzen verwirklicht wird, nämlich Forschungsergebnisse zur Grundlage des Handelns zu machen. Wenn ENP® dies selbstverständlich im Vorfeld noch nicht leisten kann, bleibt die Überlegung, inwieweit es eventuell zur Produktion von Forschungsergebnissen beitragen kann. Eine Untersuchung von Qualitätskriterien, d. h. von Validität und Reliabilität, findet in Teilen des Systems derzeit statt.

Den praktischen Nutzen eines derartigen Systems, der zunächst im Vordergrund steht, möchte ich hier nicht weiter ausführen. Das geschieht an anderen Stellen des Buchs.

Auch aus wissenschaftlicher Sicht ist ein pflegfachliches Sprachsystem hochinteressant, denn völlig unabhängig davon, ob ein standardisiertes System wissenschaftsbasiert eingesetzt wird, halten standardisiert genutzte und dokumentierte Begriffe ungeahnte Möglichkeiten für die Pflegeforschung bereit. Vorausgesetzt, eine standardisierte Terminologie wird in vergleichbaren Situationen gleich genutzt

und bildet folglich vergleichbare Inhalte ab, kann sie eine wahre Fundgrube für pflegeepidemiologische Aussagen werden. Da es sich hier aber nicht nur um eine Terminologie, sondern um ein zusammenhängendes System zur Darstellung des Pflegeprozesses handelt, gibt es weitaus mehr Möglichkeiten.

An vorderster Stelle steht zunächst die Transparenz pflegerischen Handelns, sofern es sich in einer Dokumentation niederschlägt. Natürlich ist auch bei diesem System zu bedenken, dass Dokumentiertes und die Handlungsrealität nicht unbedingt identisch sind. Auf der anderen Seite unterstützen differenzierte „Dokumentationshilfen“, zu denen auch ENP® zu rechnen ist, die Wahrnehmungsfähigkeit Pflegenden. Sie lenken den Blick auf Schwerpunkte und erweitern sie je nach Art des Systems. Dies zumindest wird von der Nutzung des differenzierten Assessmentinstruments RAI behauptet (Brandenburg 2004). Andererseits stellt dies auch gleichzeitig die Schwachstelle eines schlechten Instruments dar, weil die in dem Instrument nicht enthaltenen „Gegenstände“ Gefahr laufen, auch nicht beachtet zu werden.

In verschiedenen europäischen, aber auch amerikanischen Ländern wird ein Nursing Minimum Data Set (NMDS) eingesetzt, um eine derartige Transparenz herzustellen, wobei z. B. in den USA darin auch die Pflegediagnosen enthalten sind (Werley 1989). In anderen Ländern wie z. B. Belgien werden mit großer Mühe vor allem pflegerische Maßnahmen erfasst (z. B. Nonn 2002).

Auf dieser ersten deskriptiven Ebene können in ENP® Aussagen über die Prävalenz von Pflegebedürftigkeiten in verschiedenen Einrichtungen bzw. Einrichtungstypen nach Geschlecht, Alter, Region etc. vorgenommen und somit grundlegende Daten für Struktur- und Ressourcenplanungen im Gesundheitswesen gewonnen werden.

Es kann aber auch sichtbar gemacht werden, welche pflegerischen Maßnahmen häufig vorkommen, welche selten, in welchem Umfeld und vor allem bei welchen Pflegeanlässen/Pflegediagnosen sie eingeleitet werden. Hier können die Begründungen für Maßnahmen analysiert werden.

Schließlich – und das ist eine Besonderheit dieses Systems – müsste auch untersucht werden können, mit welchen Maßnahmen bei welchen Pflegediagnosen welche Ziele erreicht werden können. Das setzt allerdings eine sehr gute und vor allem vollständige Anwendung der ENP® voraus. Auf einer epidemiologischen Ebene könnte hier die Effektivität von pflegerischem Handeln untersucht werden. Damit wäre eine Datenbasis geschaffen, die die Erkenntnisse der klinischen Pflegeforschung deutlich vorantreiben könnte.

Es versteht sich von selbst, dass diese Datengrundlage auch ein Instrument für die Qualitätsentwicklung darstellt.

Diese systematische Auswertung der ENP®-Daten kann des Weiteren die Entwicklung des Systems vorantreiben, denn es könnten sich Zusammenhänge plausibel erklären lassen, auch wenn diese im Prozess der Pflege zur Fundierung in klinischen Studien überprüft werden müssten. In dieser Komplexität genutzt ergibt sich möglicherweise die Chance, wissensbasierte Pflegepfade herauszuarbeiten.

Sinnvoll wäre es natürlich, die ENP® mit medizinischen Systemen in Verbindung zu bringen, sodass nicht disziplinspezifische, sondern patientenorientierte Pfade analysiert und entwickelt werden könnten.

Es liegt nahe, hier weiter zu denken und derartige Analysen mit Personal- ausstattungen und anderen Rahmenbedingungen in Verbindung zu setzen, sodass letztlich der Zusammenhang zwischen den Auswirkungen pflegerischen Handelns und den Strukturbedingungen, unter denen es stattfindet, festgestellt werden könnte.

Ein kleiner Schritt wäre es dann noch zu weiteren Gesundheitsindikatoren wie allgemeiner Morbidität und Mortalität und deren Zusammenhängen mit pflegerischem Handeln und seinen Strukturbedingungen, wie dies z. B. in den USA ansatzweise untersucht wurde (Aiken et al. 2002).

Die Ideen zur Nutzung derartiger Daten sind noch alle im Konjunktiv gehalten, denn auch ein standardisiertes System liefert nicht ohne zusätzliche Arbeit auswertbare Daten. Die Voraussetzung dazu ist allerdings, dass Produzenten und Nutzer eines derartigen Systems auch an Analysen und Ergebnissen interessiert sind, um letztlich selbst davon zu profitieren.

# 1 Entstehungsgeschichte

*Pia Wieteck*

Das erste Kapitel stellt die Entwicklung, den Aufbau, die Struktur sowie die wissenschaftstheoretischen Hintergründe der ENP® dar. Es werden die zentralen methodischen Vorgehensweisen bei der Entwicklung der ENP® vorgestellt und außerdem wichtige Entscheidungen des Projektteams reflektiert. Darüber hinaus werden die Zielsetzungen von ENP®, aber auch die möglichen Gefahrenpunkte, die mit einer Pflegefachsprachenstandardisierung einhergehen können, diskutiert. Die Ziele der ENP® sind gleichzusetzen mit den Vorteilen, die in der Literatur als Vorteile einer standardisierten Nutzung einer Pflegefachsprache besprochen werden.

Das Kapitel endet mit dem Versuch, unter Berücksichtigung der Pro- und Contra-Dimensionen der Anwendung einer standardisierten Pflegefachsprache die Anforderungen an eine EDV-Realisierung in einem Pflegeplanungs- und Dokumentationssystem zu formulieren. Gleichzeitig wird aufgezeigt, wie es möglich ist, diese Anforderungen mit ENP® umzusetzen.

## 1.1 Einführung

An der Entwicklung einer einheitlich genutzten Sprache in der Pflege wird bereits seit Jahren gearbeitet. So wird beispielsweise seit 1989 das Projekt des Weltbunds der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN) mit der Entwicklung einer internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP®) vorangetrieben (Nielsen 2003a).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Forderung an die Verwaltung von Gesundheitseinrichtungen, Daten über die Pflege zu quantifizieren, die elektronische Patientenakte zu entwickeln und die Entwicklung von Wissensdatenbanken über Pflege und Pflegepraxis voranzutreiben, hat die Terminologieentwicklung in den frühen Neunzigerjahren den größten Entwicklungssprung gemacht (Hardiker et al. 2000). Dennoch gibt es bislang keine Pflegefachsprache, die sich international als Standard durchsetzen konnte.

Angesichts der Schwierigkeiten, den Pflegeprozess in der Pflegepraxis umzusetzen, d. h. sowohl den handschriftlichen als auch den Pflegeprozess mithilfe von Klassifikationssystemen abzubilden, wurde ENP® entwickelt. Bei der Entwicklung der ENP® war der Fokus sehr stark auf die spätere Praxisanwendung der formulierten Pflegefachsprache gerichtet. So genannte modifizierte „praxisnahe Theorien“ (Dickoff et al. 1968; Walker und Avant 1998, S. 14; Abderhalden 2000, S. 26) bildeten die Basis für eine systematische Beobachtung von Vorgängen in der Pflegepraxis.

### 1.2 Entwicklung der ENP® und Projektverlauf im Überblick

Seit Ende 1989 werden so genannte modifizierte „praxisnahe Theorien“ in einer erweiterten Form (Dickoff et al. 1968; Evers 1997; Walker und Avant 1998; Meleis 1999) in der Pflegepraxis beobachtet, formuliert und anschließend in einem weiteren Prozess mithilfe von Fachliteratur gestützt. Hierzu wurde zunächst die Praxisanleitung von Auszubildenden genutzt. Diese sehr pragmatische Vorgehensweise hat zwei Gründe. Zum einen bot sich über die Praxisanleitungen ein sehr einfacher Zugang zum Feld. Zum anderen entwickelte sich die Zielsetzung der heutigen ENP® schrittweise weiter. So war in den Anfängen der primäre Grund für die Beobachtung, Dokumentation und Entwicklung der diagnosenbezogenen Behandlungspfade pragmatischer Art. Vorrangiges Ziel war es, den Auszubildenden und Pflegepraktikern eine Formulierungsunterstützung zu bieten, die die Pflegeprozessdokumentation erleichtern sollte.

Im weiteren Projektverlauf veränderten und erweiterten sich die Zielsetzungen (vgl. 1.7.1 ff.). Zwischen Ende 1989 und 1998 wurden insgesamt 2138 Praxisanleitungen mit Auszubildenden durchgeführt, die von Pflegeexperten sowie Lehrkräften begleitet wurden. Im Rahmen dieser Praxisanleitungen wurde jeweils ein Pflegeempfänger versorgt und eine Pflegeplanung erstellt bzw. vorhandene Pflegeplanungen wurden reflektiert. Die einzelnen Pflegeplanungen stellten die Grundlage für die späteren Veröffentlichungen dar. Unter dem Titel *Handbuch zur Pflegeplanung* (Wieteck und Velleuer 1994) erschien ein Teil der so entwickelten Formulierungen (335 modifizierte „praxisnahe Theorien“) 1994 erstmals im RECOM-Verlag. Das Folgebuch *Pflegeprobleme formulieren – Pflegemaßnahmen planen* befindet sich derzeit in der 7. Auflage (Wieteck und Velleuer 2001). Die in der Zeit bis 1998 entwickelten modifizierten „praxisnahen Theorien“ kamen durch empirische Beobachtungen und einen anschließenden Prozess des Cluster- und Themenbildens (van der Bruggen 2002) sowie durch ständige Vergleiche bei sich wiederholenden Phänomenen zustande. Sie wurden demnach induktiv durch empirische Beobachtungen an Patienten/Bewohnern in der Pflegepraxis entwickelt. Eine genaue Beschreibung der Methoden der Entwicklung können Sie unter 1.6 nachlesen. 1996 wurden die auf diese Weise kontinuierlich erweiterten Inhalte in Form einer EDV-Anwendung ebenfalls im RECOM Verlag veröffentlicht und in den praktischen Einsatz geführt. Mit den ersten Anwendungen der ENP® in der Pflegepraxis 1996 konnte das Projekt entscheidend erweitert werden. Diese ersten praktischen Erfahrungen mit ENP® in einer EDV-Einbindung wurden im Kreiskrankenhaus Rinteln im Landkreis Schaumburg gesammelt (Zielke-Nadkarni 1997; Deppmeyer 1999).

Damals bezeichnete man die Elemente der neu entstehenden Pflegefachsprache (der Begriff *Pflegefachsprache* wird entsprechend der Definition von van Maanen (2002) benutzt) noch als Textbausteine. Der heutige Name ENP® (European

Nursing care Pathways) wurde erst im Jahr 2002 eingeführt, als die Projektarbeit eine neue Ebene erreicht hatte: Seit diesem Zeitpunkt werden die ENP® als praxisnahe, handlungsleitende und EDV-kompatible Pflegefachsprache auch auf wissenschaftlicher Ebene diskutiert. Neue Einrichtungen aus den unterschiedlichsten Gesundheitsbereichen sind hinzugekommen und wenden ENP® in der Pflegepraxis zur Pflegeprozessdokumentation an.

Seit 1998 haben sich auch Arbeitsweise und Weiterentwicklung der ENP® verändert. Es wurden systematische Auswertungen der Datenbankeinträge mit dem Ziel durchgeführt, neu aufgenommene Formulierungen von Projektpartnern zu analysieren und in die ENP® einfließen zu lassen. Durch Auswertung der Anwenderhinweise, Analysen von Hausstandards und Hinweise auf inhaltliche Lücken entstand ein immer feineres Bild der Pflegerealität in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen. Die einzelnen Behandlungspfade wurden durch die Pflegeexperten und deren Anspruch, Pflegerealität möglichst genau abzubilden und den Entscheidungsfindungsprozess der Pflegepraktiker so zu unterstützen, systematisch weiterentwickelt.

Im Laufe der Entwicklung der ENP® als Pflegefachsprache haben sich die modifizierten „praxisnahen Theorien“ verändert. Gerade der Einsatz von ENP® in einer EDV-Anwendung und damit verbunden in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitssystems (Akutkliniken, Heimeinrichtungen, ambulante Dienste, psychiatrische Kliniken) ließ deutlich werden, welche Pflegediagnosen für spezielle Fachbereiche noch entwickelt werden mussten. Durch die Auswertung der Kundendatenbanken bezüglich der Freitexteingabe und die kontinuierliche Rückmeldung von Anwendern sind die ENP® auf 720 modifizierte „praxisnahe Theorien“ angewachsen. 557 von ihnen werden in diesem Buch veröffentlicht.

### 1.3 Wissenschaftstheoretische Einordnung der ENP®

ENP® ist erklärtermaßen kein Klassifikationssystem, da zwischen den einzelnen Pflegediagnosen keine hierarchischen Beziehungen bestehen. Wenn überhaupt von Klassifizierung im Rahmen der ENP® gesprochen werden kann, dann insofern, als es sich um nebengeordnete, in der Wertigkeit gleiche Pflegediagnosen handelt, die durch Kennzeichen-, Ursachen- und Ressourcenauswahl die Möglichkeit bieten, den Gesundheitszustand eines Patienten oder Bewohners zu beschreiben, Pflegezielsetzungen aus pflegerischer oder Patienten-/Bewohnerperspektive festzulegen und Pflegeinterventionen zur Zielerreichung aus den Angeboten auszuwählen. Darüber hinaus werden zur genauen Beschreibung der Interventionen handlungsleitende Angaben zur Verfügung gestellt.

Das Ordnungsprinzip der ENP® ist nicht festgelegt. Sie unterliegen in der Struktur keiner einzelnen Pflgetheorie, sondern verfolgen einen pluralistischen Theorieansatz. Das heißt, dass die unterschiedlichen Sichtweisen der Pflege mit der ENP®-Pflegefachsprache abgebildet werden sollen. So kann die Sortierung

der ENP® nach Alphabet oder nach Roper, Logan und Tierneys Lebensaktivitäten (Roper et al. 2002) erfolgen oder auch Gordons Gesundheitsmuster („health patterns“) (Gordon 1994) abbilden. Die ATL-Struktur nach Juchli (Kellnhauser et al. 2000) sowie die AEDL nach Krohwinkel (Hellmann 2003) können gleichfalls zugeordnet werden. Auch eine Ordnung im Sinne der ICNP® (Hinz et al. 2003) oder der ICF (ICF 2002) ist denkbar. Für die vorliegende Veröffentlichung der ENP® wurde beispielhaft die Sortierung nach ATL gewählt, da diese ein in Deutschland sehr gängiges Modell darstellt.

Zurzeit erfüllt ENP® noch nicht die Forderung, alle möglicherweise zur Abbildung von Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Interventionen benötigten Texte anzubieten, speziell vor dem Hintergrund des pluralistischen Theorieansatzes. Die Vollständigkeit ist eine Zielsetzung, die im fortwährenden Prozess der Datenauswertung und -überarbeitung angestrebt wird, denn neue Forschungsarbeiten werden neue Möglichkeiten der pflegerischen Zielsetzungen und Interventionen sowie der Differenzierung der Pflegebedarfe hervorbringen.

### 1.4 Was ist eine modifizierte „praxisnahe Pflegetheorie“?

Vor dem Hintergrund der Theorie des individuell abgestimmten Pflegeprozesses nach Orlando (1972) (vgl. Marriner-Tomey 1992; Fawcett 1998; Fawcett 1999) wurde eine Pflegefachsprache, bestehend aus Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Pflegeinterventionen zur Abbildung des individuellen Pflegeprozesses entwickelt. Die Fachsprache sollte als Formulierungshilfe für die Pflegepraktiker dienen sowie die Nutzung von Daten, die bei der EDV-technischen Pflegeprozessdokumentation zur Abbildung der Pflegeleistungen und Handlungsbegründungen entstehen, ermöglichen.

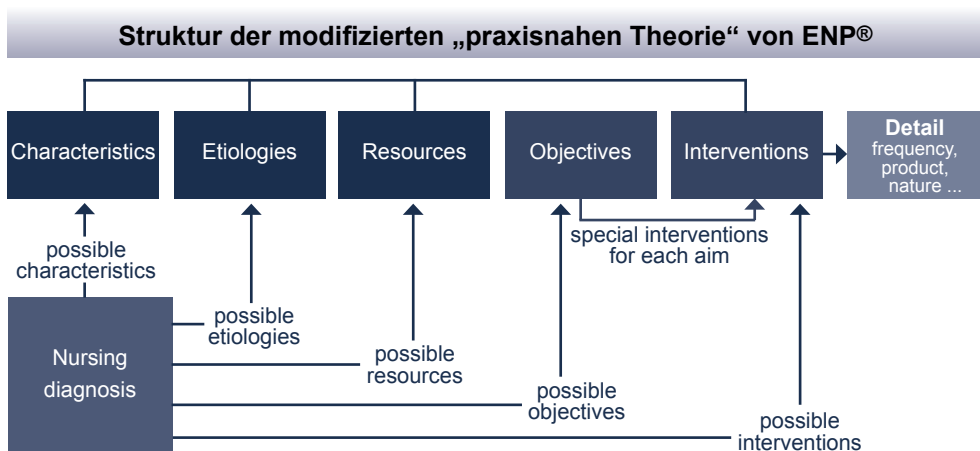
Die Anregungen von Dickoff, James und Wiedenbach und ihre Definition der „situationsschaffenden Theorie“ („situation-producing theories“, „prescriptive theories“, Dickoff et al. 1968, S. 420–422) oder auch „praxisnahe Theorie“ (Walker und Avant 1998), die bereits zentrale Bausteine des Pflegeprozesses wie den Zielinhalt pflegerischer Handlungen und daraus resultierende Handlungsanleitungen enthält, wurden im Verlauf des ENP®-Projekts erweitert und modifiziert. Die erweiterte Sicht der modifizierten „praxisnahen Theorien“ wurde durch den Pflegeprozessgedanken entwickelt, der als individueller Problemlösungs- und Beziehungsprozess in einzelnen Phasen beschrieben wird (Fiechter und Meier 1998; Krohwinkel 1993; Orlando 1972; Wietek und Velleuer 1994).

Die ENP®-Entwickler verstehen unter einer modifizierten „praxisnahen Theorie“ einen pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfad, der folgende pflegerelevante Dimensionen in Beziehung zueinander setzt: Die Definition der Pflegediagnose mit möglichen Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen; die Beschreibung der erwünschten Zielsetzung und die Vorschläge der infrage kommenden Pflegeinterventionen, die zur Zielerreichung dienlich sein können (siehe Abbildung 1). Der pflegediagnostische und -therapeutische Prozess wird bei der ENP®-Entwicklung

als ein Prozess der Hypothesenbildung verstanden (Gordon und Bartholomeyczik 2001; Schrems 2003). Die modifizierten „praxisnahen Theorien“, die durch induktive empirische Beobachtung und Literaturarbeit entwickelt wurden, müssen demnach als Hypothesen gesehen werden. Von zentraler Bedeutung ist es dabei, dass es sich bei diesen entwickelten Hypothesen um vorläufige Erkenntnisse des Gegenstandsbereichs Pflege handelt. Die existierenden Hypothesen können bestätigt, widerlegt oder durch neue Erkenntnisse modifiziert werden (Popper 1994). Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die EDV-Umsetzung von ENP® immer auch eine Freitexteingabe zu den einzelnen Bausteinen einer ENP® ermöglichen muss. Ebenso sollen komplette Formulierungskonstrukte entsprechend der Struktur einer ENP® im System aufgenommen werden können. Diese Anforderung an die EDV-Anbieter bei der Realisierung von ENP® in den verschiedenen Anwendungen stellt sicher, dass ein kontinuierlicher Verbesserungs- und Erweiterungsprozess der ENP®-Fachsprache ermöglicht wird.

### 1.5 Definitionen der einzelnen Bausteine von ENP®

ENP® ist eine auf der Basis der unten abgebildeten Struktur entwickelte Pflegefachsprache, mit deren Hilfe eine klinische Beurteilung der aktuellen und potenziellen Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse in Form einer Pflegediagnose (Nursing Diagnosis) erfasst werden kann. Auf der Grundlage der klinischen Beurteilung der Pflegediagnosen mit Kennzeichen (Characteristics), Ursachen/beeinflussenden Faktoren (Etiologies) und Ressourcen (Resources) des Individuums werden Pflegeziele (Objectives) und Pflegeinterventionen (Interventions) ausgewählt, um so den pflegerischen Behandlungspfad abzubilden.



**Abb. 1**

Im Folgenden werden die Definitionen der einzelnen Bausteine einer modifizierten „praxisnahen Theorie“ vorgestellt.

## Die ENP® im Überblick

### Pflegediagnosen: Selbstversorgungsdefizit Körperwaschung und Baden

#### Pflegediagnose

#### 000001 Der Patient kann sich nicht selbstständig waschen

Kennzeichen	Ursachen	Ressourcen
000529 Die Fähigkeit, die Körperpartien zu waschen, ist eingeschränkt	000165 Apraxie	000150 Ist motiviert, die Pflegemaßnahme zu unterstützen, und zeigt entsprechende Verhaltensweisen
001798 Pflegeutensilien können nicht selbstständig oder adäquat benutzt werden	000163 Angstzustände	001657 Kann sitzen
000809 Kann die Waschgelegenheit nicht selbstständig aufsuchen	002211 Schmerzzustände	005656 Kann selbstständig sitzen
000810 Zeigt keine Eigeninitiative, die Körperwaschung durchzuführen	007348 Reifungsfaktoren	005797 Akzeptiert die Unterstützung von Angehörigen
	000602 Bewegungseinschränkung	005061 Kann Aufforderungen folgen und hält sich an Vorgaben
	000164 Depressive Verstimmung	000826 Kann Oberkörper/ Gesicht selbstständig waschen
	007347 Veränderte Wahrnehmung	001812 Kann unter Aufsicht und Anleitung die Körperwaschung selbstständig durchführen
	000251 Belastungs-/Ruhe-dyspnoe	
	000822 Postoperative Einschränkung	
	000166 Hypotone Kreislaufveränderung	
	000537 Neuromuskuläre Beeinträchtigung	
	000820 Der Wille, die Körperwaschung durchzuführen, fehlt	
	006183 Kognitive Fähigkeiten sind eingeschränkt	
	000158 Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit	
	002538 Anordnung des behandelnden Arztes	

#### ► Pflegeziele

- 000025 Äußert Wohlbefinden
- 000190 Fühlt sich angenommen und verstanden
- 005012 Körperhygiene ist gewährleistet
- 005060 Bedürfnisse und Wünsche sind beachtet

### Pflegeintervention

000001

Ganzkörperwaschung (GW)  
individuell durchführen

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

#### Ganzkörperwaschung (GW) durchführen

- 007453 GW im Bett durchführen
- 007454 GW am Bettrand durchführen
- 007455 GW am Waschbecken durchführen
- 007456 GW in der Dusche durchführen

#### Bei der Körperwaschung helfen

- 008065 Beaufsichtigen
- 007459 Durch Unterstützen helfen
- 007460 Teilweise übernehmen
- 007544 Vollständig übernehmen
- 010377 Aktivieren/anleiten

#### Besonderheiten beachten

- 007464 Ritualisierung einhalten

#### Verwendete Pflegeprodukte auswählen

### ► Pflegeziele

000029 Führt die Körperpflege selbstständig durch

### Pflegeintervention

002763

Teilkörperwaschung (TW)  
individuell durchführen

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

#### Teilkörperwaschung (TW) Oberkörper/Unterkörper durchführen

- 011103 TW Oberkörper im Bett
- 011104 TW Oberkörper am Bettrand
- 011105 TW Oberkörper am Waschbecken
- 011107 TW Unterkörper im Bett
- 011108 TW Unterkörper am Bettrand
- 011109 TW Unterkörper am Waschbecken

#### Teilkörperwaschung (TW) Gesicht/Hände durchführen

- 011111 TW Gesicht/Hände im Bett
- 011112 TW Gesicht/Hände am Bettrand
- 011113 TW Gesicht/Hände am Waschbecken

#### Bei der Körperwaschung helfen

- 008065 Beaufsichtigen
- 007459 Durch Unterstützen helfen
- 007460 Teilweise übernehmen
- 007544 Vollständig übernehmen
- 010377 Aktivieren/anleiten

#### Besonderheiten beachten

- 007464 Ritualisierung einhalten

#### Verwendete Pflegeprodukte auswählen

### ► Pflegeziele

005147 Fühlt sich durch den bekannten Ablauf der Pflegeintervention sicher

### Pflegeintervention

000002

Körperwaschung planvoll  
durchführen

► **Pflegeziele**

- 005846 Äußert Wohlbefinden nach der Pflegeintervention  
 005059 Fühlt sich erfrischt und sauber

**Pflegeintervention**

002756  
 Beim Duschen individuell unterstützen

**Handlungsleitende Pflegeinterventionen**

- 010367 Teilwaschung Oberkörper durchführen  
 010368 Teilwaschung Unterkörper durchführen  
 010369 Ganzwaschung in der Dusche durchführen  
 010370 Haarwäsche beim Duschen durchführen

**Beim Duschen helfen**

- 010372 Materialien bereitlegen  
 008065 Beaufsichtigen  
 007459 Durch Unterstützen helfen  
 007460 Teilweise übernehmen  
 007544 Vollständig übernehmen  
 010377 Aktivieren/anleiten

**Besonderheiten beachten**

- 007464 Ritualisierung einhalten

**Art und Weise des Duschens bestimmen**

- 010381 Im Sitzen/auf dem Duschstuhl duschen  
 010382 Im Stehen duschen  
 014272 Im Liegen mithilfe eines Duschwagens duschen

► **Pflegeziele**

- 005162 Kann sich beim Baden entspannen  
 005059 Fühlt sich erfrischt und sauber

**Pflegeintervention**

002225  
 Beim Baden unterstützen

**Handlungsleitende Pflegeinterventionen**

- 010387 Bad und Pflegeutensilien vorbereiten  
 010388 Beim Wanneneinstieg/-ausstieg helfen  
 010389 Lifter für den Transfer einsetzen  
 010390 Vom Stuhl in die Badewanne transferieren

**Art des Bads bestimmen**

- 010392 Warmes Vollbad  
 010393 Heißes Vollbad  
 010394 Ansteigendes Halbbad  
 010395 Absteigendes Halbbad

**Bei der Körperwaschung helfen**

- 008065 Beaufsichtigen  
 007459 Durch Unterstützen helfen  
 007460 Teilweise übernehmen  
 007544 Vollständig übernehmen  
 010377 Aktivieren/anleiten

**Besonderheiten bestimmen**

- 007464 Ritualisierung einhalten

**Hilfsmittel einsetzen**

- 007561 Badewannensitz  
 007564 Badewannen-Sicherheitsmatten  
 014273 Badewannenbrett

## ATL Sich waschen und kleiden

### ► Pflegeziele

005145 Kann sich im Bad waschen

005845 Transfer in das Bad und zurück ist sicher durchgeführt

### Pflegeintervention

002195

Beim Aufsuchen und Verlassen des Bads individuell unterstützen

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

010212 Zum Bad und zurück begleiten

010213 Beim Gehen zum Waschbecken unterstützen

010214 Mit dem Rollstuhl zum Bad fahren

Literatur: 50, 75, 98, 121, 140, 163, 164, 168, 172, 272, 273, 278

## Pflegediagnose

**000005 Der Patient hat ein erhöhtes Risiko, dass sich durch Keimverschleppung bei der Körperwaschung die Augen entzünden**

### Kennzeichen

000469 Gerötete Skleren

000470 Gerötete Bindehaut

000661 Juckreiz

000472 Verklebungen und Verkrustungen an Lidern und Wimpern

### Ursachen

000474 Nichteinhaltung der Wischrichtung bei der Augenpflege

000475 Benutzung von verschmutzten Materialien (Waschwasser/Waschlappen)

005582 Immunabwehrschwäche

### Ressourcen

001939 Nimmt die vereinbarten Veränderungen der Pflegeintervention an

002747 Kann die Maßnahme nach Anleitung selbstständig durchführen

### ► Pflegeziele

000005 Bindehaut ist intakt

### Pflegeintervention

000009

Therapeutische Augenpflege durchführen

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

#### Therapeutische Augenpflege durchführen

007549 Mit sterilen, nicht fasernden Tupfern durchführen

007550 Mit 0,9%iger Kochsalzlösung durchführen

007551 Mit steriler Spritze durchführen

007552 Mit steriler Schale durchführen

### ► Pflegeziele

000005 Bindehaut ist intakt

### Pflegeintervention

002193

Augenpflege durchführen

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

#### Augenpflege durchführen

010160 Frischen Waschlappen/frisches Waschwasser ohne Seifenzusätze verwenden

- 010161 Wischrichtung von außen nach innen einhalten  
 010162 Bei bestehender Augenentzündung am gesunden Auge beginnen

Literatur: 50, 75, 98, 121, 140, 163, 164, 168, 172, 272, 273, 278

### Pflegediagnose

#### 000006 Der Patient hat ein erhöhtes Risiko der Keimverschleppung bei der Körperwaschung

Kennzeichen	Ursachen	Ressourcen
000494 Infektiöse Hauterkrankungen	000497 Mangelnde Hygiene	000150 Ist motiviert, die Pflegemaßnahme zu unterstützen, und zeigt entsprechende Verhaltensweisen
007165 Einsicht der Notwendigkeit einer Veränderung der Körperpflege fehlt	000498 Fehlender Waschwasserwechsel	001939 Nimmt die vereinbarten Veränderungen der Pflegeintervention an
006650 Kotschmieren (Koprophilie)	000499 Infizierte Hautbereiche und fehlende Veränderung der Waschrhythmen	002747 Kann die Maßnahme nach Anleitung selbstständig durchführen
000481 Äußert Unverständnis über die geforderten Verhaltensmaßnahmen	000500 Feuchte Waschlappen/Handtücher, die nicht gewechselt werden	

#### ► Pflegeziele

005023 Die natürliche Hautflora ist erhalten

#### Pflegeintervention

002192

Hygienische Aspekte bei der Körperpflege (z. B. Reihenfolge oder Verwendung von Einmalmaterial) einhalten

#### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

##### Reihenfolge bei der GW einhalten

007475 Einmalmaterial verwenden

007476 Infizierte/keimbesiedelte Körperregionen am Schluss waschen

007477 Einmalhandschuhe tragen

#### ► Pflegeziele

000066 Einer Keimverschleppung ist vorgebeugt

#### Pflegeintervention

002198

Haut sorgfältig auf Veränderungen beobachten

### ► Pflegeziele

005023 Die natürliche Hautflora ist erhalten

### Pflegeintervention

002199

Waschrichtung bei der Augenpflege beachten

### ► Pflegeziele

000066 Einer Keimverschleppung ist vorgebeugt

### Pflegeintervention

000011

Waschrichtung beim Waschen des Intimbereichs beachten

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

#### Reihenfolge der Intimwaschung festlegen

007486 Reihenfolge der Intimwaschung einhalten

007475 Einmalmaterial verwenden

007489 Handschuhe anziehen

Literatur: 50, 75, 98, 121, 140, 163, 164, 168, 172, 272, 273, 278

### Pflegediagnose

**000009 Der Patient hat eine erhöhte Rutschgefahr beim Duschen/Baden**

Kennzeichen	Ursachen	Ressourcen
002407 Beeinträchtigte Bewegungskoordination	012753 Fehlende Antirutschbeschichtung in Bad/Badewanne/Duschwanne	000150 Ist motiviert, die Pflegemaßnahme zu unterstützen, und zeigt entsprechende Verhaltensweisen
002489 Äußert Angst vor einem Sturz		
		007159 Antirutschutensilien sind vorhanden (Matten, Badeschuhe etc.)
		007160 Es sind Griffe zum Festhalten vorhanden

### ► Pflegeziele

000008 Sicherheit ist gewährleistet

### Pflegeintervention

000019

Rutschgefahr beachten und ihr vorbeugen

### Handlungsleitende Pflegeinterventionen

#### Ausrutschen vermeiden

010154 Badematten verwenden

010155 Hausschuhe/festes Schuhwerk anziehen

010156 Für trockenen Fußboden sorgen

010157 Füße beim Duschen nur im Sitzen einseifen

Literatur: 50, 75, 98, 121, 140, 163, 164, 168, 172, 272, 273, 278