

■ **Wissenschaftliche Hintergründe
European Nursing care Pathways**

Autor/in:
Pia Wieteck et al.

Stand:
Mai 2007

Wissenschaftliche Hintergründe

■ 1. Einleitung

An der Entwicklung einer einheitlich genutzten Pflegesprache wird bereits seit Jahren gearbeitet. So wird beispielsweise seit 1989 das Projekt des Weltbunds der Krankenschwestern und Krankenpfleger (ICN – International Council of Nurses) mit der Entwicklung einer internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP® – International Classification for Nursing Practice) vorangetrieben (Nielsen 2003).

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Forderung, 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, Derek und Casey 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 EDV-gestützten, dokumentierten Pflegeprozess mithilfe von Klassifikationssystemen abzubilden, wurde das ENP®-Projekt 1989 unter der Leitung von Pia Wieteck ins Leben gerufen. Bei der Entwicklung der ENP® war der Fokus sehr stark auf die spätere Praxisanwendung der formulierten Pflegefachsprache gerichtet. So genannte modifizierte „praxisnahe Theorien“ (Dickoff, James und Wiedenbach 1968; Walker und Avant 1998, S. 14; Abderhalden 2000, S. 26) oder von den ENP®-Entwicklern als „pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade“ bezeichnet, resultierten aus der systematischen Beobachtung des pflegerischen Leistungsprozesses in der Pflegepraxis.

Erstes Ziel der Projektgruppe, die sich aus Lehrern und Lehrerinnen für Pflegeberufe konstituierte, war es, ein Instrument im Hinblick auf die Pflegeprozessesstruktur zu entwickeln, das Formulierungsschwierigkeiten überwinden hilft und den Pflegeprozess mit fachlichen Inhalten füllt. Denn die 1985 in Kraft getretenen gesetzlichen Richtlinien zur **Umsetzung des Pflegeprozesses** stellten insbesondere Lehrer und Lehrerinnen für Pflegeberufe vor die Schwierigkeit, den Pflegeprozess zu veranschaulichen und ihn im Unterricht sowie in der Praxisanleitung zu vermitteln.

Aus diesem Grund sollte ENP® den Anspruch erfüllen, als Pflegefachsprache Formulierungshilfen zur Pflegeprozessdokumentation bereitzustellen. Um dies zu erreichen, wurden zunächst konkrete Pflegeplanungen aus der Pflegepraxis analysiert und standardisierte Inhalte erarbeitet. Die dabei entstandenen Formulierungshilfen wurden der Praxis u. a. in Form von Publikationen (Wieteck und Velleuer 1994; Wieteck und Velleuer 2001) zur Verfügung gestellt. Der permanente Dialog zwischen den Anwendern und den wissenschaftlichen Mitarbeitern ermöglichte ein immer differenzierteres Abbild der Pflegerealität.

Schließlich entstand eine **wissenschaftlich fundierte Pflegefachsprache**, die zugleich den Erfordernissen eines **Klassifikationssystems** gerecht wird.

Die Pflegefachsprache ENP[®] klassifiziert Pflegewissen und bringt somit Vorteile sowohl für die Pflegepraxis als auch für die Pflegewissenschaft insbesondere in Hinblick auf Datenauswertungen mit sich. Sie ist mit dem Ziel entwickelt worden, überall, wo professionelle Pflege stattfindet, einsetzbar zu sein.

■ 2. Was ist ENP[®] ?

ENP[®] steht für European Nursing care Pathways und stellt als Pflegefachsprache den Pflegenden Pflegewissen zur Abbildung des Pflegeprozesses in einem Klassifikationssystem bereit. Die Pflegeklassifikation ENP[®] besteht vertikal aus den Klassen Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen, Pflegeinterventionen und handlungsleitenden Angaben. Innerhalb der einzelnen Klassen ist das Ordnungsprinzip entweder hierarchisch oder nebengeordnet.

2.1 Klassifikationssystem ENP[®]

Die Klasse der Pflegediagnosen ist wiederum hierarchisch in vier Domänen untergliedert (Pflegediagnosen im funktionalen/physiologischen Bereich; Pflegediagnosen im emotionalen/psychologischen Bereich; Pflegediagnosen mit mehrdimensionalen Risiken und umfeldbezogene Pflegediagnosen).

Die Domäne „Pflegediagnosen im funktionalen/physiologischen Bereich“ ist in 11 Kategorien gegliedert, denen wiederum 66 verschiedene Subkategorien zugeordnet wurden. Inhaltlich sind die Subkategorien der Bestandteil der nachfolgenden, zugeordneten Pflegediagnosen, der als Pflegeproblem bezeichnet werden kann. Die letzte Stufe der hierarchischen Struktur bilden die ENP[®]-Pflegediagnosen, die präkombiniert eine Spezifikation und das Pflegeproblem (Subkategorienbegriff) beinhalten (vgl. 4.1 Definition ENP[®]-Pflegediagnosen).

Unter <http://www.recom-verlag.de/index.php?id=120&L> kann exemplarisch die Zuordnung der ENP[®]-Pflegediagnosen zu den Subkategorien, den Kategorien und den Domänen nachvollzogen werden (ENP[®] Version 2.3).

Die Klasse der Pflegediagnosen (Domäne, Kategorie, Subkategorie, Pflegediagnose) ist monohierarchisch aufgebaut. In Tabelle 1 werden die Elemente der Klasse Pflegediagnosen in den vier Domänen quantifiziert dargestellt.

Domänen	Kategorien	Subkategorien	ENP®-Pflegediagnosen
Pflegediagnosen im funktionalen/physiologischen Bereich	11	66	255
Pflegediagnosen im emotionalen/psychologischen Bereich	8	55	201
Pflegediagnosen mit mehrdimensionalen Risiken	1	1	59
Umfeldbezogene Pflegediagnosen	1	1	1
Summe	21	123	516

Tabelle 1: Anzahl der Elemente auf den hierarchischen Stufen in der Klasse der Pflegediagnosen

Die Klassen der Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Ziele, Pflegeinterventionen und handlungsanleitenden Angaben sind nebengeordnet strukturiert. In der ENP® Version 2.3 beinhaltet die Klasse der Kennzeichen 2.289 Begriffe, die Klasse der Ursachen 1.719, die Klasse der Pflegeziele 1.380, die Klasse der Ressourcen 369 und die Klasse der Interventionen 2.289 Begriffe. Jeder Begriff/jede Begriffskombination ist im System ENP® nur einmal existent. Bei der Entwicklung der Klassen wurden Deskriptoren in Form von Begriffen/Begriffskombinationen gewählt, die sich den verschiedenen pfegetheoretischen Ordnungssystemen zuordnen lassen.

Die Klasse der Pflegeinterventionen ist auf der Begriffsebene mit 2.542 handlungsleitenden Angaben verknüpft. Diese handlungsleitenden Angaben beziehen sich auf Häufigkeiten, Tages- und Uhrzeiten, Pflegeproduktklassen, Angaben zur Art und Weise der Intervention, sowie Hinweise zu Ort, Körperregion und benötigte Hilfsmittel.

Ebenso können Hinweise zu den benötigten Pflegepersonen und die Zeitdauer der Leistungserbringung mit den Pflegeinterventionen verknüpft sein. Die enumerativen Notationen (zugewiesene Zahlencodes) der einzelnen Items werden innerhalb einer Klasse automatisiert und objektorientiert durch das Datenbankmanagement vergeben. Jedes Item im ENP®-System hat eine eindeutige Kodierung innerhalb seiner Klasse. In der nachfolgenden Abbildung wird die vertikale Struktur der ENP®-Pflegeklassifikation dargestellt.

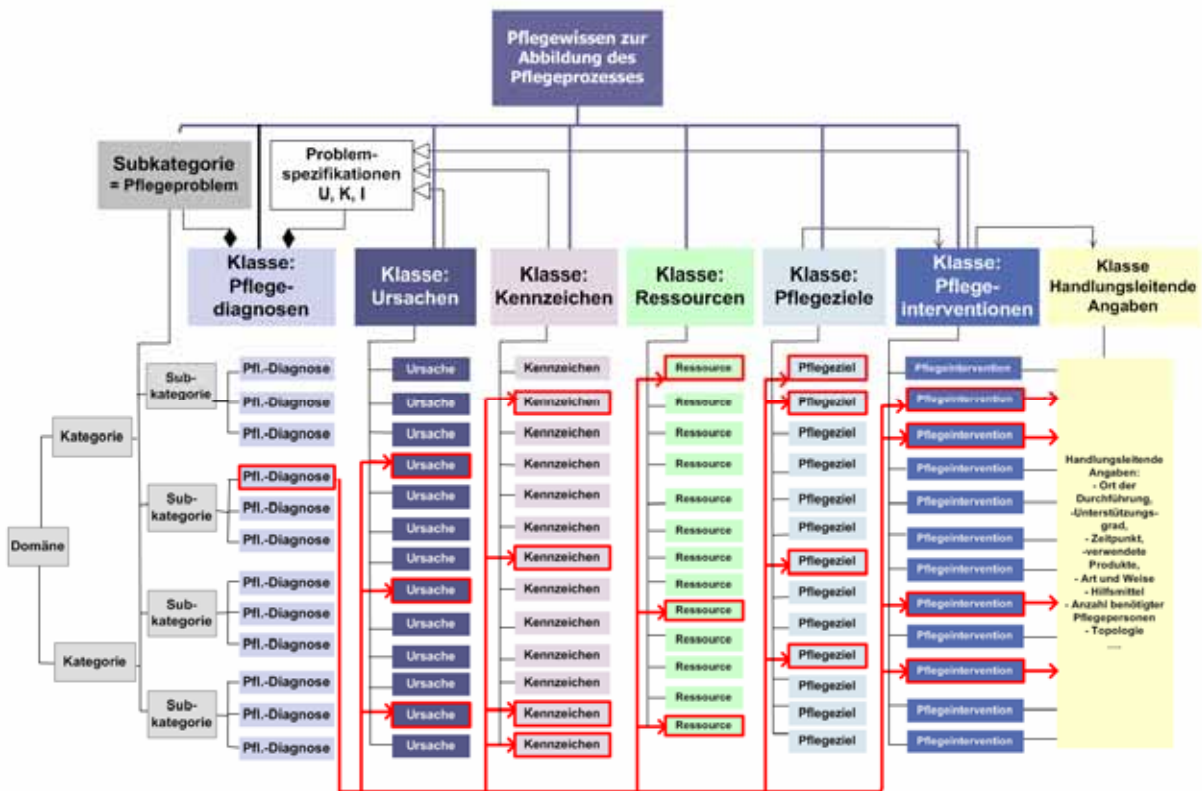


Abbildung 1: Vertikale Struktur von ENP[®] (Stand 2007)

2.2 Einordnung von ENP[®] als Pflegeklassifikationssystem

In der Literatur wurde bisher noch kein passender Klassifikationsbegriff für die Ordnungslogik von ENP[®] gefunden. Im Folgenden wird versucht, in Anlehnung an die Ordnungslehre ENP[®] aus klassifikatorischer Perspektive einzuordnen. Entsprechend der Einteilung von Terminologien in Interfaceterminologie, Referenzterminologie und administrative Terminologie kann ENP[®] zu den Interfaceterminologien gezählt werden. Interfaceterminologien sind zur Anwendung im Front-End-Einsatz vorgesehen, sollen also von den Endnutzern, den Pflegenden, in der direkten Pflege eingesetzt werden (Bakken et al. 2000).

ENP[®] ist ein präkombiniertes Klassifikationssystem, das innerhalb der Klassen monohierarchisch strukturiert ist. Klassenübergreifend gibt es pflegfachlich begründete Relationen zwischen den einzelnen Begriffen. So betrachtet kann ENP[®] auch als *objektorientiertes* Klassifikationssystem bezeichnet werden. Das ENP[®]-System folgt einem *objektorientierten* Paradigma, wie es Rumbaugh 1991 und Helbig 2001 beschrieben haben (Helbig 2001, S. 45 ff., Rumbaugh et al. 1991, S. 3 ff.). Das Pflegewissen, das zur Entscheidungsfindung und Abbildung des Pflegeprozesses benötigt wird, wird durch Relationen zwischen den einzelnen Objekten¹ angeboten.

¹ Als Objekt kann etwas bezeichnet werden, dass in einem Anwendungszusammenhang Sinn hat. Die Autoren definieren *object* als Abstraktion eines Konzeptes, oder als Gegenstand mit eindeutiger abgrenzbarer Bedeutung für ein Problem (Rumbaugh, James; Michael Blaha; William Premerlani; Frederick Eddy; William Lorensen: Object-Oriented Modelling and Design. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1991. Jedes Objekt hat eine eindeutige Identität. Verschiedene Objekte können zu einer Gruppe zusammengefasst werden, wenn sie die gleichen Attribute und Verhaltensmuster aufweisen. Hier wird dann von einer *object class* gesprochen. In ENP[®] wird hier von Klasse gesprochen. Eine *object's class* ist eine implizite Eigenschaft des Objektes.

Wie bereits erwähnt, entstehen durch die horizontalen, klassenübergreifenden Relationen die modifizierten „praxisnahen Theorien“ oder auch pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade.

■ 3. Der ENP[®] - Behandlungspfad

Im System ENP[®] steht jede einzelne ENP[®]-Pflegediagnose pflegefachlich begründet, horizontal klassenübergreifend in Beziehung zu den anderen Objekten (Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Interventionen).

In Abbildung 1 „Vertikale Struktur von ENP[®]“ (siehe Seite 5) ist dies durch die rote Umrandung der Begriffe sowie die roten Verbindungslinien angedeutet. Das ENP[®]-Projektteam spricht hier von einer modifizierten „praxisnahen Theorie“, anders ausgedrückt handelt es sich um einen pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfad, oder „eine ENP[®]“. Anhand der nachfolgenden Abbildung 2 wird die horizontale Struktur einer ENP[®] verdeutlicht.

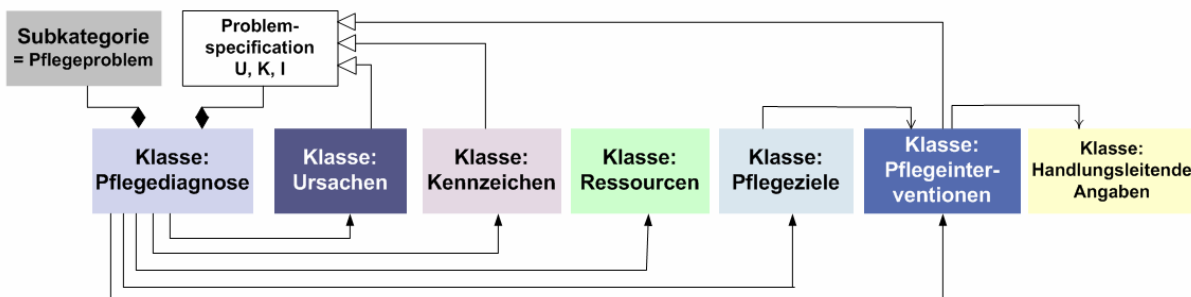


Abbildung 2: Horizontale Struktur einer ENP[®] (Stand 2007)

Diese pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade repräsentieren gemäß dem Anspruch der ENP[®]-Entwickler das aktuelle pflegerische Fachwissen. Die Entwicklung eines pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfades basiert einerseits auf induktiven Methoden und andererseits auf Literaturarbeit/-analysen. In dem Buch „ENP[®] European Nursing care Pathways, Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden“, kann die Entwicklung von ENP[®], die 1989 begonnen hat, nachgelesen werden (Wieteck 2004).

Der pflegediagnostische Prozess wie auch der Prozess der Entwicklung eines pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfades wird bei der ENP[®]-Entwicklung als ein Prozess der Hypothesenbildung verstanden. Schrems schreibt, „[...] dass die Annahme einer Pflegeexpertin für eine bestimmte Pflegediagnose auf wissenschaftlich fundierten Kenntnissen, also auf Fachwissen beruht, somit kann diese Annahme auch als Theorie aufgefasst werden.“ (Schrems 2003, S. 257)

Auch Gordon und Bartholomeyczik verstehen unter der Aufstellung einer Pflegediagnose eine *diagnostische Hypothese* (Gordon und Bartholomeyczik 2001, S. 265). 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, S. 14), die bereits zentrale Bausteine des Pflegeprozesses wie die Zielsetzung für pflegerische Handlungen und daraus resultierende Handlungsanleitungen enthält, wurden im Verlauf des ENP®-Projektes um die Dimensionen der Pflegediagnosen mit Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen entsprechend dem Pflegeprozessmodell modifiziert.

Während Dickoff und James die praxisnahe Theorie an die letzte Stelle des vierstufigen Prozesses der Theoriebildung setzen, ordnen die ENP®-Entwickler die modifizierte praxisnahe Theorie auf der zweiten Stufe des Prozesses ein (siehe Abbildung 3). Die Annahme dabei ist, dass die pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade, 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. Durch die induktive Entwicklung der ENP®, ihrer Literaturabstützung und ihrer kontinuierlichen Überprüfung in der Pflegepraxis kann von einer empirischen Fundierung ausgegangen werden. Siehe dazu die Beschreibung der Entwicklung von ENP® in Wieteck (2004). Die aufgestellten Hypothesen können bestätigt, widerlegt oder durch neue Erkenntnisse modifiziert werden.



Abbildung 3: Modifizierte „praxisnahe Theorie“; in Anlehnung an Dickoff et al. 1968

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.

■ 4. Die ENP[®]-Klassenbegriffe

4.1 Definition: ENP[®]-Pflege­diagnosen

ENP[®] ist eine auf der Basis der in Abbildung 2 dargestellten Struktur entwickelte Pflegefachsprache, mit deren Hilfe eine klinische Beurteilung der aktuellen und potenziellen Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse in Form einer Pflege­diagnose erfasst werden kann. Auf der Grundlage der klinischen Beurteilung des Individuums werden die Pflege­diagnosen mit Kennzeichen und Ursachen/beeinflussenden Faktoren und Ressourcen sowie Pflege­ziele und Pflege­interventionen ausgewählt, um so den pflegerischen Behandlungspfad abzubilden.

Im Laufe der ENP[®]-Entwicklung wurde die Definition einer ENP[®]-Pflege­diagnose wie folgt festgelegt:

Unter einer Pflege­diagnose wird in ENP[®] ein sprachlicher Ausdruck für eine professionelle Beurteilung pflegerelevanter Aspekte, des Gesundheitszustandes und dessen psychischen, physiologischen und entwicklungsbedingten Auswirkungen oder der Reaktion auf Gesundheitsprobleme bei einem konkreten Individuum (Betroffenen) verstanden, auf dessen Grundlage die Entscheidungen über Pflege­ziele und Interventionen getroffen werden. (Wieteck 2004, S. 22)

Eine ENP[®]-Pflege­diagnose beschreibt mögliche pflege­diagnostische Urteile in einer standardisierten Form. Die Bestandteile einer ENP[®]-Pflege­diagnose sind ein pflegerisches Problem und eine Spezifikation. Eine Spezifikation kann eine Ursache, ein Kennzeichen/Symptom oder eine Pflege­intervention sein. Ein kleiner Anteil, ca. 8 % (n=40), der ENP[®]-Pflege­diagnosen beinhaltet keine Spezifikation. In Abbildung 4 wird die Struktur einer ENP[®]-Pflege­diagnose dargestellt.

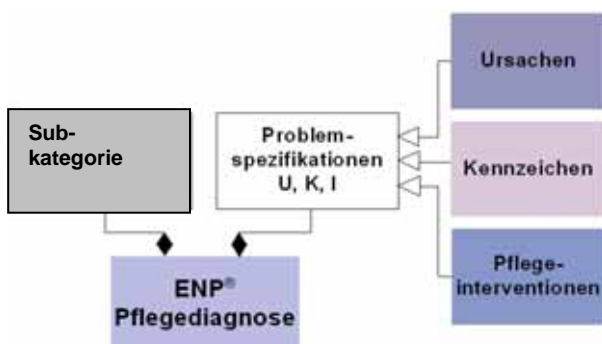


Abbildung 4: Struktur einer ENP[®]-Pflege­diagnose (Stand 2007)

Ein **Pflegeproblem** in ENP[®] bezieht sich auf die Gesundheitsprobleme eines Patienten/Bewohners, die durch pflegerische Interventionen behandelt werden können. Die Begriffe ‚Pflegeproblem‘ und ‚Pflege diagnose‘ unterscheiden sich in ENP[®] ausschließlich durch die zusätzliche Spezifikation, die präkombiniert mit dem Pflegeproblem als ENP[®]-Pflege diagnose angeboten wird. Gordon und Bartholomeyczik (2001) schreiben, dass wenn sich das Pflegeproblem auf ein Gesundheitsproblem eines Patienten bezieht, die Begriffe Pflegeproblem und Pflege diagnosen synonym verwendet werden können (Gordon 2001, S. 35). Auf der anderen Seite schreiben die Autoren, dass eine Pflege diagnose aus drei essentiellen Elementen besteht, *„[...] die auch als PÄS-Schema bezeichnet werden. Diese drei Komponenten sind: Gesundheitliches Problem (P), Ätiologische bzw. damit verbundene Faktoren (Ä) [und] Definierende Merkmale oder Cluster von Zeichen und Symptomen (S)“*. (Gordon und Bartholomeyczik 2001, S. 38 f.)

Die Subkategorie in ENP[®] beschreibt inhaltlich Pflegeprobleme, die die disjunkten Merkmalsträger darstellen, denen die Pflege diagnosen zugeordnet sind. Aufgrund der Zusammensetzung einer ENP[®]-Pflege diagnose aus einem Pflegeproblem und einer Spezifikation beinhaltet diese bereits mindestens zwei essentielle Elemente einer Pflege diagnose, wie von Gordon (2001, S. 38) definiert.

In der nachfolgenden Tabelle werden exemplarisch die ENP[®]-Pflege diagnosen der Kategorie 1.1 Körperpflege/Kleiden und die Subkategorie 1.1.1 Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung, aus der Domäne 1 Pflege diagnosen aus dem funktionalen/physiologischen Bereich vorgestellt, um den Unterschied zwischen Pflegeproblem und Pflege diagnose in ENP[®] zu verdeutlichen.

Kategorie	Subkategorie (=Pflegeproblem)	ENP®-Pflegediagnosen
1.1 Körperpflege/ Kleiden	1.1.1 Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung	Der Patient-- kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen
		Der Patient-- kann aufgrund einer Hemiplegie/-parese die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen
		Der Patient-- kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen
		Der Patient-- darf sich bei der Körperpflege aufgrund einer verminderten Herzleistung nicht anstrengen, Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Der Patient-- kann aufgrund einer Bewegungseinschränkung die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht halten , Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Der Patient-- kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten
		Der Patient-- soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung
		Der Patient-- ist aufgrund einer quantitativen Bewusstseinsbeschränkung bei der Körperwaschung voll abhängig
		Der Patient-- führt die Körperwaschung nicht adäquat durch, Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung
		Der Patient-- kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen
		Das Patient-- kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen
		Der Patient-- kann sich nicht selbstständig waschen
		Der Patient-- kann sich nicht selbstständig duschen/baden

Tabelle 2: Exemplarische ENP®-Pflegediagnosen aus der Kategorie Körperpflege/Kleiden

Bis auf die beiden letzten ENP®-Pflegediagnosen, die blau markiert sind, sind alle Pflegediagnosen entweder durch eine Ursache (hellgrau hinterlegt) oder ein Kennzeichen (dunkelgrau hinterlegt) als Spezifikation ergänzt. Die hier vorgestellte Operationalisierung des Selbstfürsorgedefizits Körperwaschung ist durch die Entwicklung des Behandlungspfades bestimmt. Wird während der Entwicklung eines pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfades erkannt, dass es z. B. bei dem Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung bei Hemiplegie ganz spezielle Interventionskonzepte gibt, so wird die ENP®-Pflegediagnose präkombiniert weiterentwickelt werden.

In einer noch unveröffentlichten Literaturanalyse, die im Rahmen der ENP[®]-Entwicklung erstellt wurde, wird gezeigt, dass für die derzeitigen in Tabelle 2 aufgeführten ENP[®]-Pflegediagnosen aus der Klasse des *Selbstfürsorgedefizits* Körperwaschung spezielle Handlungskonzepte existieren. Damit der Nutzer der ENP[®]-Fachsprache zur Abbildung des Pflegeprozesses differenzierte und zielgerichtete Interventionskonzepte erhält, wurde die beschriebene Struktur der ENP[®]-Pflegediagnosen gewählt. Der Anteil der ENP[®]-Pflegediagnosen, der keine Spezifikation beinhaltet, ist im Vergleich zur ordnenden Pflegeproblemformulierung konkretisiert und im Bedeutungsumfang schmaler formuliert. Als Beispiel kann hier die Pflegeproblemformulierung *Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung* und die Pflegediagnose *Der Patient kann sich nicht selbstständig duschen/ baden* aufgeführt werden.

Damit verhindert wird, dass eine Pflegeperson zwei Möglichkeiten durch die ENP[®]-Pflegediagnosen erhält, einen Patientenzustand/ein Pflegeproblem zu beschreiben, kann die Spezifikation in präkombinierten Pflegediagnosen bei den ENP[®]-Pflegediagnosen, die keine Spezifikation beinhalten, nicht mehr ausgewählt werden. So kann eine Pflegeperson z. B. bei der Pflegediagnose „*Der Patient-- kann sich **nicht selbstständig waschen***“ keine Ursachen wie Hemiplegie, Schlaganfall oder Ähnliches auswählen, da es hier die spezifischere ENP[®]-Pflegediagnose „*Der Patient-- kann **aufgrund einer Hemiplegie/-parese die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen***“ gibt.

ENP[®]-Pflegediagnosen werden vom betroffenen Individuum ausgehend formuliert. Familien oder Gemeinschaften sind nicht Ausgangspunkt einer Pflegediagnosenformulierung. Ist z. B. die Beziehung innerhalb einer Familie beeinträchtigt, wird das pflegerische Problem des betroffenen Individuums, das Pflege benötigt, beschrieben. Die Entscheidung, keine Gemeinschaftsdiagnosen einer Gruppe in ENP[®] zu formulieren, ist vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Perspektiven eines bestehenden Problems innerhalb einer Gemeinschaft gefällt worden. So ergeben sich z. B. aus einer Stillproblematik für die Mutter andere Pflegediagnosen als für das Neugeborene. Als Beispiel könnten sich folgende Pflegediagnosen für Mutter und Kind ergeben: Die Wöchnerin *ist aufgrund eines **Kaiserschnittes** (Sectio caesarea) beim **Stillen eingeschränkt*** und für das Neugeborene könnte die Pflegediagnose relevant sein, *hat aufgrund von **erschwertem Stillen** das **Risiko einer Mangelernährung***.

Im Folgenden wird die Syntax einer ENP[®]-Pflegediagnose vorgestellt.

Syntax der ENP[®]-Pflegediagnosen

Die Festlegung der Syntax der verschiedenen Sprachbausteine in ENP[®] dient der Vereinheitlichung der Struktur der Fachsprache.

Beispiel:

Der Patient hat aufgrund eines liegenden Tracheostomas das Risiko einer Hautschädigung.

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

"aufgrund eines liegenden Tracheostomas" = Präpositionalobjekt (Genitiv)

"das Risiko" = direktes Objekt (Akkusativ)

"einer Hautschädigung" = Artergänzung (Genitiv)

Der Patient kann aufgrund einer Hemiplegie /-parese die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen.

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"kann" = Modalverb (Teil 1 der Verbkammer)

"aufgrund einer Hemiplegie/-parese" = Präpositionalobjekt (Genitiv)

"die Körperwaschung" = direktes Objekt (Akkusativ)

"nicht selbstständig" = negierte Adverbialphrase (der Art & Weise)

"durchführen" = Vollverb (Teil 2 der Verbkammer, hier Infinitiv)

Bei den Pflegediagnosen in ENP[®], die keine Spezifikation haben, setzt sich die Syntax wie folgt zusammen.

Der Patient-hat ein Dekubitusrisiko

"Der Patient" = Subjekt (Nominativ)

"hat" = Vollverb / Prädikat

"ein Dekubitusrisiko" = direktes Objekt (Akkusativ)

Syntaktisch gesehen besteht eine ENP[®]-Pflegediagnose aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband, dessen Zusammensetzung von der Einfügung einer Spezifikation abhängig ist. In der Regel setzt sich der Prädikatsverband aus einem Prädikat (dem Verb), einem Objekt (bzw. den Objekten) und/oder einer Ergänzung zusammen.

Da die Pflegediagnosen, wie auch alle weiteren Klassen in ENP[®], gegenwärtige Zustände beschreiben, ist das Tempus im Präsens gehalten. Das Genus ist die 3. Person Singular. Die Organisation der Satzglieder folgt pragmatischen und sprachstilistischen Erwägungen. In den ENP[®]-Pflegediagnosen mit Spezifikation steht das Präpositionalobjekt vor dem Akkusativobjekt. (Die ENP[®]-Pflegediagnose könnte genauso gut lauten: *Der Patient kann die Körperwaschung nicht selbstständig durchführen, aufgrund einer Hemiplegie.*) Diese vorgezogene Position erlaubt es dem Anwender in der Praxis, z. B. die 13 „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschungsdiagnosen“ schneller voneinander zu unterscheiden, um somit das zutreffende Unterscheidungskriterium für die Planung und Dokumentation schneller zu finden.

4.2 Definition: ENP[®]-Kennzeichen

Jede Analyse eines Begriffes führt zwangsläufig zu den bestimmenden Merkmalen des Begriffes. Zur Feststellung eines Begriffsinhaltes und zur Festlegung eines pflegediagnostischen Konzeptes, wie z. B. den ENP[®]-Pflegediagnosen, ist die Benennung der Kennzeichen, die die Pflegediagnose repräsentieren 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 et al. 2004, S. 53 f). Dieses Wissen über den Begriff unterstützt, 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 2001). Im Rahmen der Entwicklung der ENP[®]-Pflegediagnosen werden die Merkmale zur Konzeptualisierung dieser eingesetzt.

Im Folgenden wird die Definition der ENP[®]-Kennzeichen vorgestellt.

Als Kennzeichen werden Zeichen, Merkmale und Äußerungen des betroffenen Individuums formuliert, die dazu beitragen, die Pflegediagnose zu identifizieren, oder zur Unterscheidung bei der Diagnosenstellung und Zielsetzung für den Pflegeprozess dienen. Diese Merkmale dienen als Indikatoren einer [Pflege]Diagnose und können Symptome, weitere Merkmale für das Problem, biografische oder historische Indikatoren, eine beschriebene verbale Äußerung des Betroffenen zum Problem oder beschriebene Reaktionen eines Menschen sein. (Wieteck 2004, S. 22)

Syntax der ENP[®]-Kennzeichen

Die Kennzeichenformulierungen sind Symptome (z. B. Zyanosezeichen, erhöhte Atemfrequenz, Giemen, Tachypnoe, äußert Juckreiz), Äußerungen des Betroffenen (z. B. äußert Angst vor den Schmerzen beim Abhusten; beschreibt das Gefühl der Einsamkeit/der Verlassenheit), Verhaltensreaktionen (z. B. erhöhte Reizbarkeit; kann Wut/Ärger nicht adäquat äußern und richtet diese gegen Gegenstände/Tiere, reißt sich Haare aus), physiologisch feststellbare Merkmale (z. B. Atemfrequenz beim Erwachsenen unter 12 Atemzüge/Min.), oder Beschreibungen von Fähigkeitseinschränkungen des Betroffenen (z. B. kann bestimmte Körperregionen nicht waschen, kann Worte nicht deutlich aussprechen).

Die Kennzeichen stellen syntaktisch entweder vollständige Sätze dar, die aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen und zudem in der Regel im Passiv stehen. Oder sie sind Ellipsen bestehend aus Prädikat, Objekt(en) und/oder Ergänzung(en) oder nur aus Objekten. Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: Die Fähigkeit, die Körperpartien zu waschen, ist eingeschränkt oder Infektiöse Hauterkrankung.

4.3 Definition: ENP[®]-Ursachen

Ursachen können als „Bezeichnung für ein Ereignis oder eine Menge von Ereignissen, die ein anderes Ereignis, die Wirkung, kausal (Kausalität) hervorbringen definiert werden“ (Mittelstraß 1996, S. 442). Mittelstraß definiert den Ursachenbegriff in der *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie* auf Grundlage der vier Ursachentypen des Aristoteles, dem neuzeitlichen Wirkursachenverständnis von Humes und weiteren Philosophen (Mittelstraß 1996, S. 442). Ein ähnliches Grundverständnis wurde der Definition der Ursachen bei der ENP[®]-Entwicklung zugrunde gelegt. Es werden zur weiteren Differenzierung der Pflegediagnose Ursachen formuliert, die für die Verursachung und Aufrechterhaltung des Gesundheitsproblems/-zustandes mit verantwortlich sind (Brobst et al. 1997, Gordon 2001).

Als Ursachen werden die auslösenden und/oder beeinflussenden Faktoren aufgeführt, die zur Entstehung einer Pflegediagnose führen beziehungsweise diese aufrechterhalten. Ursachen/beeinflussende Faktoren können Verhaltensweisen des Betroffenen, bestehende und bekannte Erkrankungen sowie beschreibbare Einschränkungen sowohl im psychosozialen Bereich wie auch im Bereich der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten sein. Ebenso können Ursachen/beeinflussende Faktoren im Umfeld, der Sozialisation und den Erfahrungen des betroffenen Individuums zu finden sein. (Wieteck 2004, S. 23)

Nicht immer sind Ursachen im Rahmen des diagnostischen Prozesses erkennbar oder sinnvoll, vor allem dann, wenn bereits in der ENP[®]-Pflegediagnose eine Ursache definiert ist. Ziel ist es, Ursachen dann gezielt auszuwählen, wenn die Interventionsplanung davon beeinflusst ist. Beispielsweise gilt es zu unterscheiden, ob sich ein Individuum nicht selbstständig waschen kann, weil die Ursache in der Bewegungseinschränkung postoperativ oder in einer Apraxie begründet ist. Das Ursachenverständnis in ENP[®] orientiert sich auch an der philosophischen Analyse des Begriffes der Ursachen, die folgende begriffliche Unterscheidung hervorbringt (Hügli und Lübcke 2001, S. 640 ff):

Ursachen als Kausalitätsbeziehung zwischen Ursache und Wirkung. Ursachen als Kausalkette bzw. kausaler Zusammenhang, das bedeutet ...jenes Netz von Ursachen und Wirkung, in die ein Ereignis eingeflochten ist (Hügli und Lübcke 2001, S. 642).

Mitwirkende Ursache, das heißt Ursachen, bei denen ein Zusammenhang mit der Wirkung besteht, die aber die Wirkung nicht alleine hervorrufen.

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

Wesentliche Ursachen, die eine notwendige Bedingung der Wirkung ist.

Die verschiedenen Sichtweisen und Unterscheidungen des Begriffes Ursachen werden in ENP[®] immer in Bezug auf die Pflegediagnose formuliert. Von Interesse sind die besonderen Zusammenhänge der festgestellten Gesundheitsprobleme/-zustände eines Individuums und dessen Entstehungsursachen und die Faktoren, die das Problem enthalten. Jeder Pflegediagnose können mehrere Ursachen zugeordnet werden. Das bedeutet, dass verschiedene Ursachen die Pflegediagnose beeinflussen bzw. hervorrufen können. Diese im diagnostischen Prozess ausgewählten und formulierten Ursachen zu den Pflegediagnosen bilden die Basis für die Auswahl geeigneter Interventionen.

Syntax der ENP[®]-Ursachen

Die Ursachenformulierungen können Krankheiten (z. B. Manie, Rechtsherzinsuffizienz, Essstörung, Multiple Sklerose), Motive für Verhalten (z. B. Bedürfnis nach Selbstbestätigung, Widerwille bei der Nahrungsaufnahme, fehlendes Interesse, Angst, Schamgefühl), Zustände (z. B. Verwirrheitszustand, anhaltende Appetitlosigkeit, Formveränderung am weichen Gaumen, Trinkschwäche, Belastungsdyspnoe, fehlendes Selbstwertgefühl, Bewegungseinschränkung), Wissens-, Informationsdefizite (z. B. mangelnde Kenntnis über das Stillen, fehlender Zugang zu Informationen), soziokulturelle Einflüsse (z. B. familiendynamische Faktoren, Arbeitslosigkeit), Gewohnheiten/Verhalten (z. B. ritualisierte Zwangshandlung, Kotschmierer, Aktivitätsmangel, ungenügende Grenzsetzung), beeinträchtigte Interaktion (z. B. spricht eine andere Landessprache) oder eingeschränkte/beeinträchtigte Fähigkeiten (z. B. eingeschränkte kognitive Fähigkeiten) sein.

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 Objekten.

Diese unvollständigen Sätze beziehen sich immer auf das Subjekt der Pflegediagnose. Z. B.: Der Wille, die Körperwaschung durchzuführen, fehlt oder Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit.

4.4 Definition: ENP[®]-Ressourcen

In ENP[®] werden zu den Pflegediagnosen die Ressourcen formuliert, die für die Auswahl der pflegerischen Zielsetzung und die Interventionsbestimmung von Bedeutung sind.

Ressourcenformulierungen in ENP[®] beziehen sich auf körperliche, geistige, psychosoziale Fähigkeiten, Verhaltensweisen, handlungsfördernde Einstellungen, Unterstützungsleistungen des sozialen Umfeldes oder physiologische Zustände, die dazu beitragen, Bewältigungsstrategien und Interventionen zur Behebung von Gesundheitsproblemen zu entwickeln und 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 für die gezielte Auswahl von Pflegezielen und Interventionen entscheidend zu wissen, ob ein Kunde, der ein Selbstversorgungsdefizit Körperpflege hat, sitzen oder stehen kann und z. B. den Waschlappen selbstständig führen kann. Die Ressourcen sind elliptisch gebildet und können aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen, z. B.: *Ist motiviert, die Pflegemaßnahmen zu unterstützen.*

4.5 Definition: ENP[®]-Ziele

Pflegeziele beschreiben einen (zukünftigen) Ist-Zustand, der mit dem Patienten/Bewohner innerhalb eines vereinbarten Zeitraums erreicht werden soll.

Durch die zielgerichtete Pflege und die Förderung der Ressourcen wird das Pflegeziel erreicht. Pflegeziele sollen realistisch, erreichbar, überprüfbar, positiv formuliert und auf das Pflegeproblem bezogen sein. Einer Pflegediagnose sind mehrere mögliche Pflegeziele zugeordnet. Die Formulierungen befinden sich auf einem ähnlichen Abstraktionsniveau wie die NOC. Eine Nutzung der Pflegezielformulierungen zur Outcome-Messung ist möglich (vgl. NOC, 2004). In der Pflegepraxis dienen die Zielformulierungen den Praktikern zur Auswahl der für den Patienten/Bewohner „richtigen“ Interventionen. Zur Überprüfung beispielsweise von Lernfortschritten (etwa bei Gehübungen) sind allerdings immer ergänzende Angaben in einem EDV-System zusätzlich zu den ENP[®]-Zielformulierungen aufzunehmen.

Die Pflegeziele sind elliptisch gebildet und können aus einem Subjekt und einem Prädikatsverband (der Prädikat, Objekt(e) und/oder Ergänzung(en) beinhalten kann) bestehen, z. B.: *Zeigt keine Eigeninitiative, die Körperwaschung durchzuführen.*

4.6 Definition: ENP[®]-Interventionen/Pflegehandlungen

ENP[®]-Pflegeinterventionsformulierungen beinhalten eine detaillierte Beschreibung der möglichen Pflegemaßnahmen, die zur Zielerreichung durchgeführt werden können. Zur Erhöhung des handlungsleitenden Charakters der Interventionsformulierungen werden Detailinformationen (handlungsleitende Angaben) formuliert, die sich auf die Interventionsangebote beziehen. Diese können folgende Dimensionen beinhalten: Detailbeschreibung der Pflegeinterventionen, Art und Weise der Unterstützung, Häufigkeit und geplante Uhrzeit der Interventionen, zeitliche Abstände

der Pflegemaßnahmen, verwendete Pflegeprodukte und Hilfsmittel, Reihenfolgen von vernetzten Maßnahmen, Topologie, Orts- oder Wegangaben sowie Mengenangaben, Konsistenz von Flüssigkeiten, die verabreicht werden (z. B. Flüssigkeitsmengen). Durch die aufgeführten, ergänzenden Angaben erhalten die Interventionsformulierungen erst den für die Pflegenden wertvollen handlungsweisenden Charakter.

Syntaktisch sind die Pflegeinterventionen elliptisch aufgebaut, die mit ihrem infinitiven Verbgebrauch als Imperative auf Handlungen aufmerksam machen, z. B.: *Rutschgefahr beachten und ihr vorbeugen.*

■ 5. Ziele von ENP®

Die zentralen Zielsetzungen des Einsatzes der standardisierten Pflegefachsprache ENP® beziehen sich auf die Verbesserung der Kommunikation der Professionellen in den Gesundheitsberufen untereinander, die Unterstützung von Prozessabläufen wie z. B. der Überleitung von einer Einrichtung in eine andere, die Leistungstransparenz der Pflege, die Unterstützung der Entscheidungsfindung im Pflegeprozess sowie die Datengewinnung für Qualitätsentwicklung in den Gesundheitseinrichtungen. In den folgenden Abschnitten werden die zentralen Zielsetzungen skizziert.

5.1 Unterstützung des Kommunikationsprozesses

In der Fachliteratur herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass die Formalisierung (Standardisierung) der Pflegefachsprache für die Unterstützung einer zielgerichteten Kommunikation unter den professionell Pflegenden hilfreich ist (Carpenito 1993, Etzel 2000, van Maanen 2002). Gerade weil Pflegendе häufig innerhalb einer Versorgungseinheit (z. B. Krankenhaus) in einem für Außenstehende (z. B. die Heimeinrichtung) unverständlichen Jargon (wie z. B. Extension, Thoraxschublehre, snoezeln usw.) sprechen und fachliche Abkürzungen (wie z. B. ZVK, IPP, PEG usw.) benutzen, besteht die Gefahr, dass Pflegendе sektorenübergreifend unverständlich bleiben. Gerade Auszubildende und Berufsanfänger können davon berichten, welche Schwierigkeiten sie zu Beginn ihrer Arbeit in einer Organisationseinheit haben. Das Pflegeteam, das schon lange zusammenarbeitet, hat sein stationsinternes Abstraktionsniveau und Abkürzungen der genutzten Pflegefachsprache und der Dokumentation festgelegt. Hier ist durchaus eine Risikoquelle für Fehlinterpretationen des neuen Mitarbeiters in einem Pflegeteam zu sehen.

5.2 Unterstützung der Überleitungspflege

In der Diskussion um das Entlassungsmanagement in der Pflege kann ENP® als Fachsprache einen neuen Beitrag leisten. In dem Expertenstandard *Entlassungsmanagement in der Pflege* wird der Pflege eine besondere Verantwortung zur „Sicherstellung von Maßnahmen zugeschrieben, die für eine am individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten ausgerichtete Überleitung erforderlich sind.“ (Schiemann et al. 2002) Der Pflegeprozess mit der Handlungskette: Pflegeassessment, Ermitteln des Unterstützungs- und Handlungsbedarfs, Festlegen von Zielen, Planen und Durchführen der Maßnahmen sowie Evaluation des Handlungserfolgs wird von zahlreichen Autoren als zentrales Instrument des Entlassungsmanagements aufgeführt (Schiemann et al. 2002). In dem Expertenstandard wird auf die Nutzung einer einheitlichen Pflegefachsprache zur Informationsweitergabe an die nachsorgende Organisation nicht

eingegangen, was aber gerade angesichts der Umsetzungsschwierigkeiten eines systematisierten Entlassungsmanagements diskussionswürdig ist (Just 2000, Käppeli 2000).

Denn es ist durchaus vorstellbar, – um einen Ausblick in die Zukunft zu wagen –, dass die Pflegeperson den letzten aktuellen Pflegeplan per Zahlencode auf der Gesundheitskarte und/oder per E-Mail bei der Überweisung vom Krankenhaus in die Rehabilitationsklinik/den ambulanten Pflegedienst/an die nachsorgende Organisation weitergäbe. Technisch ist diese Form der Datenübermittlung mit ENP[®] bereits möglich, wenn beide Einrichtungen die Pflegefachsprache ENP[®] zur Pflegeprozessdokumentation nutzen und so die definierten Ausleitungsstrukturen decodieren können. Pflegenden in den nachsorgenden Einrichtungen können somit direkt an der Pflegeplanung z. B. des Krankenhauses weiterarbeiten.

5.3 Unterstützung der Leistungstransparenz in der Pflege

Pflege bleibt derzeit im Gesundheitswesen noch weitestgehend unsichtbar und hat kaum Möglichkeiten, auf gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen Einfluss zu nehmen (Friesacher 2001, Kollak und Kim 1999, McCloskey und Bulechek 2000). Ein ausschlaggebender Grund dafür ist die fehlende Datenbasis, mit deren Hilfe spezifische Fragen an die Leistungserbringung und die Pflegeergebnisse beantwortet werden könnten. Zum Beispiel können die folgenden Fragen nicht oder nur mit großem Aufwand beantwortet werden:

- Welche Interventionen werden z. B. nach einer Entbindung in deutschen Kliniken mit welchem Erfolg angeboten?
- Welche pneumonieprophylaktischen Pflegeinterventionen führen Pflegepersonen in Kranken- und Altenpflegeeinrichtungen durch?
- Was genau sind die Pflegephänomene innerhalb einer DRG (Diagnosis Related Groups), die die Kosten der Pflege in die Höhe treiben?
- Wie hoch sind die Pflegekosten innerhalb einer DRG?
- Was macht die Station XY in einem Krankenhaus anders, dass bei gleichen Strukturen von Patientenfällen und Behandlungsstrategien eine kürzere Liegezeit erreicht wird?

Die Liste dieser Fragestellungen für Pflege, Management und Gesundheitspolitik ließe sich beliebig erweitern. Die meisten Instrumente, die derzeit eingesetzt werden, um Transparenz bezüglich der Pflegeleistungen zu erreichen, haben entscheidende Nachteile. Die bekannten Instrumente beziehen sich mehrheitlich auf körperliche Funktionalitäten und vernachlässigen psychosoziale Dimensionen. Hier ist die PPR (Pflege-Personal-Regelung (Schöning et al. 1993) zu erwähnen, die für eine prozesshafte Darstellung oder Entwicklung von Behandlungspfaden ungeeignet ist (Isfort 2002).

Die Abbildung der Pflegeleistung wird häufig durch eine Interventionsdokumentation, wie z. B. bei LEP[®] (Leistungserfassung in der Pflege, eine Methode zur Erfassung pflegerischer Tätigkeiten, die in der Schweiz entwickelt wurde) mit einem zusätzlichen Erfassungsaufwand dargestellt. Bartholomeyczik und Hunstein fügen an, dass „das große politische Problem“ darin liegt, dass die Systeme, die sich vorwiegend auf die Interventionsdokumentation konzentrieren, den Handlungsbedarf nicht nachweisen können. Somit laufen sie Gefahr, „nicht ernst genommen zu werden“. „Der Vorwurf, die Einschätzung von Pflegemaßnahmen beruhe auf Luxusvorstellungen [...]“, kann nicht ohne Weiteres widerlegt werden (Bartholomeyczik und Hunstein 2000, S. 107) (Abt-Zegelin 2004, Kuhlmann 2003). Mit der Nutzung der Pflegefachsprache ENP[®] zur Abbildung

des Pflegeprozesses kann durch eine differenzierte Beschreibung pflegerischen Handelns anhand standardisierter und mit Leistungskennzahlen verbundener Begriffe den aufgezeigten Forderungen nach Leistungstransparenz und Bedarfsfeststellung Rechnung getragen werden.

5.4 Strukturierung des aktuellen Pflegefachwissens

Im Gesundheitswesen, und hier im Speziellen in der Pflege, gibt es eine Vielzahl an Informationen, die Pflegehandlungen und deren Ergebnisse beeinflussen. Für Pflegende wird es zunehmend schwieriger herauszufinden, was in der konkreten Pflegesituation an Wissen benötigt wird.

Zur Unterstützung der Entscheidungsfindung und zur Verfügbarkeit von Spezialwissen in der Pflege kann das Pflege- und Entscheidungsfindungsmodell von McCloskey und Bulechek (1992) dienen (van der Bruggen und Groen 1999). Wird das aktuelle Pflegefachwissen in der Pflegeklassifikation repräsentiert und in einer Softwarelösungen zur Verfügung gestellt, kann die Klassifikation eine bedeutende Funktion im Klinikalltag/Berufsalltag übernehmen, um aktuelles Fachwissen und Studienergebnisse in der Pflegepraxis bereitzustellen. Die Unterstützung der Pflegenden in der klinischen Entscheidungsfindung durch Pflegeklassifikationen wird von mehreren Autoren als sehr hoch eingeschätzt (Bartholomeyczik 2003, Hinz et al. 2003, Johnson et al. 2001, Kesselring 1999, van Maanen 2002). Durch das strukturierte Pflegewissen, welches innerhalb der ENP® in Form von pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfaden angeboten wird, erhalten Mitarbeiter Unterstützung bei der Entscheidungsfindung im Rahmen des Pflegeprozesses und Unterstützung bei der Pflegeprozessdokumentation.

Zwei empirische Studien von Brune und Budde (2000) beschreiben die durch die Einführung der Pflegediagnostik weiterentwickelten persönlichen und fachlichen Kompetenzen der Pflegepersonen. Die Lernerfolge, die identifiziert wurden, liegen im Bereich des veränderten Denkens in Kategorien, in Einstellung und Verständnis gegenüber dem Patienten in Richtung Patientenorientierung, im Ablassen von Routinearbeit und in der Fokussierung auf die speziellen Bedürfnisse des Patienten sowie der zunehmenden fachlichen Auseinandersetzung mit Pflege Themen in den Teams (Brune und Budde 2000).

5.5 Unterstützung der Qualitätsentwicklung und Outcome-Messung

In einem nicht repräsentativen Forschungsprojekt des Instituts für Pflegewissenschaft in Bielefeld wurde im Rahmen eines bundesweiten Modellprojekts die Vollständigkeit und Kontinuität der Pflegedokumentation als wichtige Voraussetzung für die Kommunikation mit dem Patienten, mit den beteiligten Berufsgruppen sowie unter dem Aspekt der Qualitätsentwicklung untersucht. Ein Ergebnis dieser Untersuchung zeigt die geringe Vergleichbarkeit der dokumentierten Patientendaten bereits innerhalb eines Krankenhauses (Klapper et al. 2001). Anhand des dokumentierten Pflegeprozesses werden die Zusammenhänge zwischen den Entscheidungsgründen der Pflegepersonen und dem Handeln transparent. Durch die Transparenz der pflegerischen Auftragserfüllung kann die Pflegeleistung sowohl qualitativ als auch quantitativ gemessen werden (Anderegg-Tschudin 1999).

Die Nutzung der Daten des mit standardisierten Formulierungen abgebildeten Pflegeprozesses könnte in Zukunft für Outcome-Messungen (Ergebnismessungen von Leistungen im Gesundheitswesen) eine bedeutende Rolle spielen. Durch statistische Auswertungen können z. B. sehr einfach Abweichungen vom pflegerischen Behandlungspfad ermittelt werden. Werden bestimmte Outcome-Indikatoren, z. B. während eines Krankenhausaufenthalts aufgetretene Komplikationen wie Fieber, Dekubitus, Pneumonie oder die Liegezeiten mit anderen

Behandlungspfade gleicher Fallgruppen verglichen, so können Hypothesen über Verbesserungspotenziale entwickelt werden. Auch die Differenzen zwischen geplanten und durchgeführten Pflegeinterventionen sind interessante Ansatzpunkte zur Optimierung der Prozesssteuerung.

Es lässt sich erahnen, welche Steuerungsinstrumente für Pflege und Management durch solche Datenauswertungen bezüglich des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses entstehen können. So können sich beispielsweise Krankenhauseinrichtungen entscheiden, für bestimmte Tracerdiagnosen (medizinische Diagnosen, die für das Management und in gesundheitspolitischer Hinsicht relevant sind) die verschiedenen pflegerischen Versorgungspfade über Datenauswertungen und Vergleiche kontinuierlich zu optimieren. Der große Vorteil dieser Auswertungsverfahren liegt im Wegfall zusätzlicher Datenerhebungen, wie sie zum Beispiel in dem Zürcher Outcome-Projekt beschrieben werden (Blaudszun und Hochreutener 2003). Diese oben skizzierten Datenauswertungen sind derzeit bereits mit der in einer Softwarelösung genutzten standardisierten Pflegefachsprache ENP[®] möglich. Denn die Pflegefachsprache bietet Pflegediagnosen an, die mit Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Pflegezielen und Pflegeinterventionsvorschlägen verknüpft sind, womit sehr differenzierte pflegerische Behandlungspfade abgebildet werden können.

■ 6. ENP[®] - Historie

Der Fokus der ENP[®]-Entwicklung lag auf den Vorgaben aus der Literatur und auf wissenschaftlichen Diskussionen, die sich mit dem Thema der standardisierten Pflegefachsprache und dem Einsatz von Klassifikationssystemen auseinandersetzen. Die Entwicklung von ENP[®] wurde von Anfang an aber auch durch einen fachlichen Austausch des ENP[®]-Projektteams mit Pflegenden aus der Praxis begleitet. Für die Pflegenden standen die Anwendbarkeit der Formulierungen in den Pflegeplanungen und ein niedriges Abstraktionsniveau im Vordergrund. Die Konsensfindung fand in regelmäßigen Diskussionsrunden von Entwicklern und Praktikern statt. Es entstand somit eine Pflegefachsprache aus der Praxis für die Praxis.



Abbildung 5 : Der Projektverlauf seit 1989. (Stand 2007)

Im Folgenden wird die methodische Vorgehensweise im Einzelnen beschrieben.

- Induktive Entwicklung
- Praxisanleitung - Qualitative, teilnehmende Beobachtung
- Analyse der individuellen Pflegeprozessplanungen - Dokumentenanalyse
- Pflegeproblemformulierung und der Weg zur Pflegediagnosenformulierung der heutigen ENP®

6.1 Induktive Entwicklung

Ausgangspunkt unserer Arbeit bildete die Vorstellung, dass der Pflegeprozess in Form von Sprache abgebildet werden kann. Der Pflegeprozess ist ein individueller Problemlösungs- und Beziehungsprozess (Orlando 1972; Krohwinkel 1993; Wieteck und Velleuer 1994). Beeinflusst durch die Gedanken des individuell abgestimmten Pflegeprozesses von Orlando, die in ihrer zentralen These das Gelingen des Pflegeprozesses damit in Verbindung setzt, ob es der Pflegeperson gelungen ist, den unmittelbaren Hilfebedarf des Patienten/Bewohners zu erkennen und zu erfüllen, den Anregungen von Dickoff, James und Wiedenbach (1968) und von der Theorie der Kybernetik zweiter Ordnung wird bei der ENP®-Entwicklung ein pluralistischer Theorieansatz verfolgt.

Bei der induktiven Entwicklung der ENP®-Formulierungen zur Abbildung des Pflegeprozesses für einen Patienten/Bewohner wurde sehr schnell deutlich, dass die Formulierungen stark durch den Interaktionsprozess zwischen Patienten/Bewohner und den Beobachter beeinflusst sind. In der Kybernetik zweiter Ordnung und der modernen Systemtheorie (Simon, Clement und Stierlin 1999, S. 193) wird die Hypothese vertreten, dass die Interaktion zwischen Beobachter (Pflegeperson) und Beobachtetem (Patient) die Beobachtungen/Erkenntnisse beeinflusst.

Vor diesem Hintergrund wurden die ENP®-Formulierungen entgegen dem Trend der Reduzierung der Formulierungsmöglichkeit sehr breit und in einer differenzierten Formulierungsvielfalt, die sich im Feld der pflegepraktischen Arbeit ergaben, entwickelt. Ziel war es, die feinen Schattierungen und unterschiedlichen pflegerischen Ergebnisse des diagnostischen und Pflegeplanungsprozesses in Form von Formulierungen zu entwickeln und anschließend zur standardisierten Pflegeprozessdokumentation anzubieten.

Durch die gewählte induktive Entwicklung der Pflegefachsprache auf der Grundlage von empirischen Beobachtungen und einem anschließenden Prozess des Cluster- und Themenbildens anhand ständiger Vergleiche von erstellten Pflegeprozessplanungen sollten Formulierungen entwickelt werden, „[...] die unmittelbar aus der Realität abgeleitet und daher allen verständlich [sind], die von dieser Realität betroffen sind“ (van der Bruggen 2002, S. 23).

Aus diesem Grund wurde eine sehr breit angelegte Fragestellung für die Entwicklung der Pflegefachsprache gewählt. Im Mittelpunkt der Untersuchungen stand der Beziehungs- und Interaktionsprozess mit Patienten/Bewohnern im Rahmen von pflegerischer Versorgung sowie der anschließenden oder auch mit dem Patienten/Bewohnern gemeinsam erstellten Pflegediagnosen, Ressourcen, Zielsetzungen des Pflegeprozesses und den Pflegeinterventionen.

In den ersten vier Projektjahren wurde noch nicht von Pflegediagnose gesprochen, sondern von Pflegeproblemformulierung. Diese war im Gegensatz zu der heutigen ENP[®]-Formulierung deutlich differenzierter und komplexer.

Eine ENP[®]-Pflegediagnose beinhaltet neben der Spezifikation noch zusätzliche Aspekte einer präkombinierten Formulierung.

Zum Beispiel wurde die Formulierung „ein Patient -- ...kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung postoperativ nicht selbstständig waschen, die Fähigkeit, die Pflegeutensilien zu nutzen, ist eingeschränkt" dahingehend verändert, dass die Pflegeperson im ersten Schritt die Pflegediagnose „... kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen" bestimmt und anschließend kombinatorisch die zutreffenden Ursachen und Kennzeichen auswählt.

Die Fragestellungen, die heute noch genau so aktuell sind wie damals, lauten:

F1 Welche Pflegediagnosenformulierungen werden in der Pflegepraxis gestellt und zur Abbildung des individuellen Pflegeprozesses als standardisierte Formulierung benötigt?

F2 Welche Kennzeichen-, Ursachen- und Ressourcenkombinationen treten bei welcher Pflegediagnose auf und sollten als standardisierte Formulierung angeboten werden?

F3 Welche Zielsetzungen im Rahmen des Pflegeprozesses werden (mit dem Patienten/Bewohner) vereinbart und im Pflegeplan dokumentiert?

F4 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?

6.2 Praxisanleitungen – Qualitative, teilnehmende Beobachtung (1989-1998)

Zur Entwicklung der Pflegefachsprache wurde in der Rückschau eine teilnehmende, freie Beobachtung (Girtler 2001, S. 62) durchgeführt, der keinerlei inhaltliche Beobachtungsschemata zu Grunde lagen, lediglich die Leitfragen des Forschungsvorhabens und das Interesse an einer Verbesserung der Ausbildung standen im Mittelpunkt. An dieser Stelle kann die Kritik geäußert werden, dass die Praxisanleitungen keine Beobachtungsform im Sinne einer Forschungsmethode sind. Diese Kritik ist berechtigt, jedoch wird durch die Vorgehensbeschreibung und die Beschreibung der Zielsetzungen der Praxisanleitungen aufgezeigt, dass die Vorgehensweise dennoch die Anforderungen an qualitative Beobachtungen erfüllt.

Grund für diese Vorgehensweise sind zum einen die anfängliche Zielsetzung von ENP[®], Formulierungsunterstützungen für die Pflegepraktiker in der Systematik des Pflegeprozesses zu entwickeln, und der ressourcenschonende einfache Zugang zum Feld. Darüber hinaus sind ethische Probleme, die eine qualitative Beobachtung im klassischen Sinn mit sich bringen, abgeschwächt, da der Lehrer für Pflegeberufe Mitarbeiter der Einrichtung war und somit das Prinzip der Vertraulichkeit durch die Schweigepflicht geregelt ist.

Zudem wurde das Einverständnis zur Praxisanleitung individuell von den Patienten eingeholt. Da es zu dem Verfahren der Praxisanleitung gehört, einen Pflegeplan zu erstellen bzw. einen auf der Station erstellten Pflegeplan zu reflektieren, wurde das Einverständnis über diesen Weg eingeholt. Die erstellten Pflegeplanungen wurden ohne Angaben des Patienten (d. h. anonym) für die weiteren Arbeiten genutzt (vgl. Morse und Field 1998; Atteslander 2000). Bei der Beschreibung wird deutlich, dass viele Kriterien der qualitativen Beobachtung erfüllt sind und die Forschungsfragestellung mit den Zielsetzungen der Praxisanleitungen korrespondiert.

Dadurch, dass die Beobachtungen im Rahmen der Praxisanleitungen stattfanden, konnte flexibel und offen das aufgenommen und beobachtet werden, was durch den jeweiligen Kontext bestimmt war (vgl. Diekmann 1999; Atteslander 2000; Mayer 2002). Die Versorgung eines im Krankenhaus befindlichen Patienten war Gegenstand der Beobachtung. Da im Verlauf des Projekts sowohl psychiatrisch erkrankte Patienten als auch Patienten in der Chirurgie, Inneren, Intensivstation, Säuglingsstation, Gynäkologie, Wochenbettstation mit den verschiedenen Schwerpunktsetzungen im Zentrum der teilnehmenden Beobachtung standen, war das Krankenzimmer oder entsprechende Aufenthaltsräumlichkeiten und Behandlungszimmer der Aktionsraum des Geschehens.

Die Beobachtungseinheit bestand aus einem Lehrer für Pflegeberufe und einem Auszubildenden und dem zu versorgenden Patienten. Im Rahmen der Praxisanleitungen der Ausbildung zur Krankenschwester/zum Krankenpfleger wurden wie oben bereits erwähnt insgesamt 2138 Pflegeempfänger versorgt (1989-1998). Die „Ereigniseinheit[en]“ (Mayer 2002, S. 140) waren unterschiedliche, konkrete Pflegesituationen, die entsprechend dem Ausbildungsstand des Auszubildenden vereinbart wurden. Das Spektrum der im Rahmen der Praxisanleitung versorgten Patienten war sehr breit, der Pflegeprozess von Patienten mit den unterschiedlichsten Bedürfnissen, körperlichen und psycho-sozialen Einschränkungen sowie Rahmenbedingungen und Grunderkrankungen stand im Mittelpunkt der Praxisanleitungen und der Beobachtung.

Die Praxisanleitungen/Beobachtungen in der ersten Projektphase fanden in einer 1200-Betten-Klinik mit der Schwerpunktversorgung integrierte Psychiatrie und Gerontopsychiatrie in Bayern, in zwei Kliniken der Grundversorgung und einer Psychiatrie/Gerontopsychiatrie/Neurologieklinik in Baden-Württemberg und einer Klinik in Niedersachsen statt.

Die Praxisanleitungen dauerten zwischen 2,5 und 6 Stunden. Im Folgenden wird die Vorgehensweise der durchgeführten Praxisanleitungen/Beobachtung kurz skizziert. Im Rahmen der Vorbereitung wurde mit dem Auszubildenden und den Pflegepersonen auf der jeweiligen Station eine Analyse der Voraussetzungen und Erwartungen für die Praxisanleitung vorgenommen. Auf Grundlage der Analyse wurde der Patient ausgewählt. Die Auswahl des Patienten war durch den Ausbildungsstand des Schülers/Auszubildenden und durch die Analyse des Pflege- bzw. Therapiebedarfs unter Zuhilfenahme der Pflegeprozessdokumentation und den Aussagen des Pflegepersonals getroffen worden.

Zu den Vorbereitungsaufgaben des Auszubildenden gehörten die Analyse der vorhandenen Pflegedokumentation und die Erstellung einer Pflegeprozessdokumentation bzw. Aktualisierung/Reflexion der teilweise vorhandenen Pflegeplanung. Hierzu wurden die vorhandene Pflegeplanung, Anamnese und Berichterstattung des Patienten genutzt, und der Auszubildende

übertrug die Ergebnisse seiner Dokumentenanalyse und den Patientenbeobachtungen in die von der Krankenpflegeschule vorgegebenen Formulare. Nach der Begrüßung und Information des Pflegeempfängers wurde die geplante Pflege abhängig von der aktuellen Bedürfnislage des Patienten durchgeführt. Der Lehrer für Pflegeberufe (Beobachter) nahm je nach Ausbildungsstand des Auszubildenden eine beobachtende oder eine aktive Rolle ein, d. h. er führte teilweise selbst die Pflegehandlungen durch.

Im Anschluss an die Praxisanleitung wurde sowohl der Prozess der durchgeführten Tätigkeiten im Gespräch reflektiert als auch die vom Auszubildenden erstellte Pflegeprozessplanung. Diese Pflegeprozessdokumentation wurde durch die Beobachtungen im Feld durch den Lehrer für Pflegeberufe ergänzt bzw. die Formulierungen verfeinert. Teilweise wurden aufgrund der neuen Erkenntnisse durch die Beobachtungen und der Analyse der vorhandenen Pflegedokumentation neue Formulierungen erstellt. In einem anschließenden Übergabegespräch zwischen Auszubildenden, Lehrer für Pflegeberufe und der verantwortlichen Pflegefachkraft wurde neben anderen Inhalten die Pflegeplanung vorgestellt und diskutiert.

Auch hier haben sich im Expertengespräch (Lehrer für Pflegeberufe, examinierte Pflegeperson und Auszubildender) Ergänzungen und Veränderungen in der Pflegeprozessplanung ergeben. Dieser im Rahmen der Praxisanleitung erstellte individuelle Pflegeplan mit den Pflegeproblemformulierungen, Ressourcen, Zielsetzungen und Interventionsformulierungen wurde in anonymisierter Form für die anschließende Analyse der individuellen Pflegeprozessplanung (Dokumentenanalyse) genutzt.

An dieser Stelle kann die Kritik geäußert werden, dass die Pflegeprozessdokumentation, die erstellt bzw. gemeinsam reflektiert und korrigiert wurde, keine Ergebnisprotokollierung aus dem Beobachtungsprozess im Sinne eines Forschungsprozesses ist. Auf der anderen Seite konnte über diese Vorgehensweise sichergestellt werden, dass die Pflegeprozessplanungen im Rahmen eines kritischen Reflexionsprozesses durch den Lehrer für Pflegeberufe und auf der Basis von Patientenbeobachtungen im Rahmen der Praxisanleitung entstanden sind. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der begrenzten Aussagekraft von Dokumentationsanalysen bezüglich der tatsächlichen Qualität und Vollständigkeit der Pflege/Pflegeprozessdokumentation von Bedeutung (Davids, Billings und Ryland 1994; Höhmann, Weinrich und Gätschenberger 1996; Mayer 2002; Güttler und Lehmann 2003).

6.3 Analyse der individuellen Pflegeprozessplanungen – Dokumentenanalyse

Im nächsten Schritt wurden die individuellen Pflegeprozessdokumentationen inhaltlich analysiert. Dieser Prozess fand regelmäßig nach Abschluss einer Praxisanleitung statt, d. h. im Anschluss an eine Praxisanleitung wurde die erstellte Pflegeprozessplanung durch den Lehrer für Pflege analysiert. Da das Hauptinteresse auf der Analyse der Pflegeprozessplanungen, d. h. auf der Erfassung der gesamten Komplexität des schriftlich formulierten Gegenstandsbereichs Pflege lag, wurde eine inhaltliche Analyse der Pflegeplanungen durchgeführt. Dabei war der Gegenstand der Analyse nicht der pflegediagnostische Prozess und die Pflegehandlungen selber, sondern die im Pflegeplan abgebildete, gespeicherte Information in Form einer individuellen Pflegefachsprache (Mayer 2002, S. 145). Die Analyse-/Untersuchungseinheit waren die im Rahmen der Praxisanleitungen entstandenen Pflegeprozessplanungen (2138 Pflegeplanungen).

Dabei unterlag die gewählte Vorgehensweise der Hypothese, dass patienten-/bewohnerspezifisches pflegerisches Wissen (McCloskey und Bulechek 2000) und Handeln im individuellen Pflegeplan abgebildet werden kann und dass bestimmte Pflegediagnosen, -ziele, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen und Interventionen entsprechend der pflegerischen Fachsystematik immer wieder vorkommen. Die Analysedimensionen (Mayer 2002, S. 147) und -kategorien (Höhmann, Weinrich und Gätschenberger 1996, S. 73) waren durch die Struktur der modifizierten „praxisnahen Theorie“ bestimmt. Bei der Textanalyse der Pflegeprozessplanungen wurden die folgenden Regeln eingehalten: Im ersten Schritt wurde der Pflegeplan nach einer neuen Pflegediagnose untersucht. Die Analyse orientierte sich dabei streng an den Definitionen der einzelnen ENP[®]-Strukturen. Wurde eine neue Pflegediagnose identifiziert, die noch nicht in den Katalog aufgenommen war, wurde zunächst überprüft, ob diese Formulierung oder inhaltliche Beschreibung des Phänomens in der Fachliteratur ebenfalls beschrieben ist.

Ebenso wurde nach Belegen für die mit der individuellen Pflegediagnose formulierten Zielsetzungen und Interventionen gesucht. Wurden entsprechende Belege in der Literatur gefunden, wurden die neu identifizierten Formulierungen im Konsensverfahren im jeweiligen Projektteam diskutiert und verfeinert. Das Projektteam bestand aus Lehrern für Pflegeberufe. Zur Überprüfung von Verständlichkeit und Eindeutigkeit wurden in den Anfängen der ENP[®]-Entwicklung Pflegefachkräfte im Rahmen von Pflegeplanungsseminaren befragt. An einer systematischen Reliabilitätsprüfung wird seit 2003 gearbeitet.

In einem zweiten Schritt wurde die Pflegeprozessdokumentation auf bereits im Katalog aufgenommene Pflegediagnosenformulierungen untersucht. Bei den aufgefundenen sprachlich bzw. inhaltlich übereinstimmenden Formulierungen der Pflegediagnosen im individuellen Pflegeplan mit den bereits im ENP[®]-Katalog aufgenommenen Formulierungen wurden diese systematisch horizontal nach den dazu formulierten Kennzeichen, Ursachen, pflegerischen Zielsetzungen, Pflegeinterventionen und später auch Ressourcen untersucht. Sind neue Formulierungen innerhalb der Kategorien aufgetreten, wurde hier ebenfalls nach Belegen in der Literatur gesucht. Nach Bestätigung in der Literatur und Konsensfindung im Projektteam wurden die identifizierten Formulierungen in den ENP[®]-Katalog auf der horizontalen Ebene aufgenommen.

6.4 Der Weg zu den ENP[®]-Pflegediagnosen

Die sprachliche Struktur der ENP[®] hat im Projektverlauf eine Veränderung durchlaufen, die auf die Vielzahl an unterschiedlichen Problemstellungen bei den jeweiligen Patienten zurückzuführen ist. Die differenziert formulierten Pflegeproblembeschreibungen aus der Pflegepraxis bestanden häufig aus Kennzeichen, Ursachen und dem daraus resultierenden Pflegeproblem.

Vor allem die Kennzeichen- und Ursachenbeschreibungen liefern dabei der Pflegeperson wichtige Informationen für die Entscheidung über die entsprechenden Pflegeinterventionen. Diese Vermischung wurde zugunsten der Trennung von Kennzeichen, Ursachen und des Pflegeproblems entsprechend der PES-Struktur (P=Pflegeproblem, E=Etiology (Ursache) und S=Symptome) aufgegeben. Durch die mögliche kombinatorische Wahl der einzelnen Elemente konnte die Anzahl der unterschiedlichen Pflegeproblembeschreibungen drastisch reduziert werden.

In dem Buch von Pia Wietek: ENP[®] – European Nursing care Pathways (2004) ist die Entwicklung der ENP[®] von der damaligen induktiven Phase in die heutige Struktur ausführlich beschrieben.

■ 7. ENP[®] und realisierte Zusatzverknüpfungen

Eine Möglichkeit der Softwareanwendung von ENP[®] bietet z. B. RECOM[®]-GriPS. In dieser Softwareanwendung sind Verknüpfungen zu weiteren Zusatzinformationen realisiert, die in Form von Datenbanklisten vorliegen (siehe Abbildung 6: Das Klassifikationssystem ENP[®] mit Zusatzverknüpfungen).

Im Folgenden ein exemplarischer Überblick der bis dato realisierten Verknüpfungen:

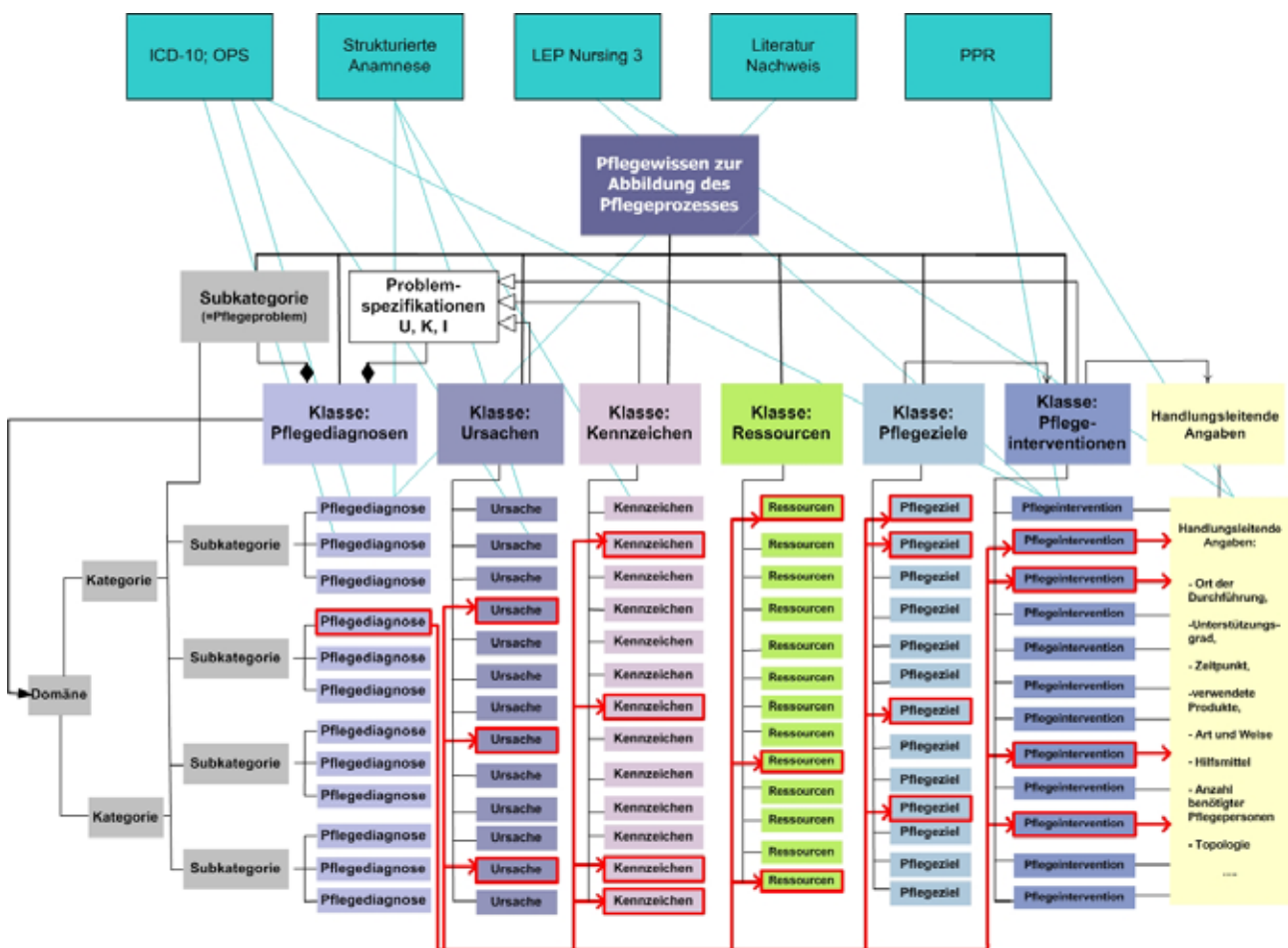


Abbildung 6: Das Klassifikationssystem ENP[®] mit Zusatzverknüpfungen (Stand 2007)

ENP[®] Interventionsverknüpfung mit LEP[®] Nursing 3

In einer Kooperation mit der LEP AG[®] (Schweiz) wurden die ENP[®]-Pflegeinterventionsformulierungen mit dem Instrument LEP (Leistungserfassung in der Pflege) verbunden. Durch inhaltliche Ergänzungen in LEP Nursing 2 entstand die so genannte Fassung LEP Nursing 3. Durch die Pflegedokumentation erfasst die Pflegeperson für den Patienten die Pflegediagnosen, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Ziele und Interventionen. Eine

Verknüpfung der Pflegeinterventionsebene mit den LEP-Leistungszahlen löst bei der Bestätigung (gemeint hier: der Durchführung einer Pflegeintervention) im EDV-gestützten System die entsprechend hinterlegten Leistungswerte aus. Über diesen Weg werden kundenbezogen die LEP-Pflegeminuten pro Fall ermittelt und stehen zur Fallkostenberechnung zur Verfügung.

ENP[®]-Verknüpfung mit ICD-10 und OPS

Die Verknüpfungen von ENP[®] mit den ICD-10-Codierungen sowie dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zielen auf die Optimierung der Erlössituation. Die Pflegeperson führt entsprechend den Dokumentationsanforderungen die Pflegeprozessplanung durch und generiert automatisiert fallbezogene ICD-10-Listen wahrscheinlicher „pflegerelevanter“ Nebendiagnosen und OPS-Vorschläge. Diese werden den Medizinem im Kodiersystem fallbezogen über eine Programmschnittstelle angezeigt. Sie erhalten somit eine Liste relevanter Nebendiagnosen, die als Kodierunterstützung genutzt werden kann.

ENP[®]-Verknüpfung mit der Anamnese

Die Nutzung einer Softwareanwendung wie RECOM[®]-GriPS ermöglicht es, dass alle patienten- und gesundheitsrelevanten Daten in einer strukturierten Anamnese gesichert werden. Durch die Verknüpfung der standardisierten Anamneseeinhalte mit den ENP[®]-Behandlungspfaden wird der Pflegeperson eine differenzierte Vorauswahl aus den 516 ENP[®]-Pflegediagnosen basierend auf der pflegerischen Informationssammlung angeboten. Die Anamneseeinhalte sind mit Kennzeichen, Ursachen oder auf Ebene der Pflegediagnose mit ENP[®] verbunden. Diese Verknüpfung standardisierter Inhalte der Informationssammlung mit ENP[®] unterstützt den pflegediagnostischen Prozess.

ENP[®]-Verknüpfung mit den Literaturangaben

Zu den einzelnen Pflegediagnosen sind in der Softwareanwendung RECOM[®]-GriPS Literaturangaben hinterlegt. Mit einem Klick auf den Titel der Pflegediagnose öffnet sich ein Menü mit dem Unterpunkt „Literaturverzeichnis“. Das sich öffnende Fenster zeigt in alphabetischer Reihenfolge alle für diesen Behandlungspfad berücksichtigten Literaturquellen. Dieses Verzeichnis wird aufgrund der permanenten ENP[®]-Weiterentwicklung kontinuierlich aktualisiert. Zum jetzigen Zeitpunkt basiert ENP[®] hauptsächlich auf deutschsprachiger Literatur. Im Zuge der Validierungsstudien fließen auch internationale Fachliteratur und Studien in die Weiterentwicklung von ENP[®] ein.

ENP[®]-Verknüpfung mit den Suchbegriffen

Die Softwareanwendung von ENP[®], RECOM[®]-GriPS, lässt eine gezielte Suche nach Begriffen zu. Jede einzelne Pflegediagnose ist mit einer Stichwortliste verknüpft, die z. B. Krankheitsbilder, Pflegemaßnahmen, Risiken, Medikamente, Hilfsmittel, anatomische Begriffe oder Symptome beinhaltet. Alle Begriffe stehen der Pflegeperson in einer zentralen Suchfunktion alphabetisch sortiert zur Verfügung. Das System filtert nach einer Suchanfrage die mit dem Suchbegriff verknüpften Pflegediagnosen und zeigt sie im gewählten Ordnungsprinzip, z. B. ATL, an.

■ 8. Stand der Forschungsprojekte/-arbeiten

Zur Sicherstellung der Zuverlässigkeit von Klassifikationssystemen und Taxonomien, die zur Abbildung des Pflegeprozesses genutzt werden, wird in der Pflegewissenschaft eine Validierung derselben gefordert (Fehring, 1987a; van der Bruggen, Groen, 1999). In einem Vortrag auf dem Pflegeforschungskongress in Hall wurde am 23. Juni 2006 ein Überblick über den Stand der Validierungsarbeiten zum Thema ENP[®] gegeben. In dem Vortrag wurden bereits durchgeführte sowie laufende Validierungsprojekte zu ENP[®] vorgestellt und Teilergebnisse präsentiert. Das zu diesem Zeitpunkt laufende Forschungsprojekt des ENP[®]-NANDA Mappings wurde ausführlicher vorgestellt.

Die Validierungsprojekte zu ENP[®] konzentrieren sich derzeit auf Inhalts- und Kriteriumsvaliditätsprüfungen bezüglich der Pflegeklassifikation. Darüber hinaus werden in anderen Forschungsprojekten die Verknüpfungen z. B. zu LEP Nursing 3, ICD-10 und OPS evaluiert. Im Folgenden werden die Forschungsprojekte kurz vorgestellt.

Interventionsstudie mit summativem, evaluativem Design

- Methode: Vorher-Nachher-Messung
- Ziel der Studie: Überprüfung der qualitativen und quantitativen Dimensionen der Pflegeprozessdokumentation durch die Umstellung der handschriftlichen Pflegeprozessdokumentation auf eine EDV-gestützte Pflegeprozessdokumentation mit der Pflegefachsprache ENP[®]
- Veröffentlichung: Wieteck, Pia (2001): Ergebnisse einer Evaluationsstudie in einer Heimeinrichtung. In: Wieteck, Pia (Hg.): ENP[®] – European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden. 1. Auflage, Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004, S. 1151-1157.

ENP[®]-ICNP[®]-Crossmapping

- Methode: Deskriptive Querschnittstudie; Parallelmappingmethode
- Ziel der Studie: Diese Forschungsarbeit reiht sich in die Studien zur Inhaltsvaliditätsprüfung von ENP[®]-Pflegediagnosen ein. In der Studie wird die Vollständigkeit und Aussagekraft der in ENP[®] genutzten Begriffe zur Beschreibung von Pflegediagnosen (n=557; Version 2.0) inklusive Kennzeichen und Ursachen mithilfe eines ICNP[®]-Crossmappings überprüft.
- Veröffentlichung: Wieteck, Pia: ENP[®]-ICNP[®]-Crossmapping. In: PrInterNet Jg. 08, 02/2006 (Februar), S. 109-118, <http://www.printernet.info/artikel.asp?id=610>

Crossmapping of ENP[®] (European Nursing care Pathways), Final report, Content Validity of ENP[®] through Cross Mapping with ICNP[®] Focus Terms) with ICNP[®]. Download unter <http://www.icn.ch/database1.htm#Germany>

ENP[®]-NANDA-Crossmapping

Methode: Nicht experimentelle, deskriptive Querschnittstudie mit Raterbeurteilung der Mappingqualität

- Ziel der Studie: Diese Forschungsarbeit reiht sich in die Studien zur Inhaltsvaliditätsprüfung von ENP[®]-Pflegediagnosen ein. Ziel der Studie ist es, durch das

ENP[®]-NANDA-Crossmapping die beiden präkombinierten Pflegeklassifikationen bezüglich der Aussagekraft, Vollständigkeit und Eindeutigkeit zu vergleichen und zu bewerten.

Veröffentlichung: Erste Zwischenergebnisse der Studie wurden auf dem Pflegeforschungskongress in Hall (2006) vorgestellt. Ein Fachartikel wurde für die Kongressdokumentation eingereicht. Weitere Veröffentlichungen sind nach Abschluss der Arbeit von Pia Wieteck in 2007 geplant.

Inhaltsvaliditätsprüfung von 13 pflegediagnosenbezogenen ENP[®]-Behandlungspfaden, zu dem Pflegeproblembereich des Selbstversorgungsdefizits Körperwaschung

- Methode: Expertenrating und Inhaltsvalidierung nach DDV (Differential diagnostic validation nach Fehring, 1987b)
- Ziel der Studie: Überprüfung der Trennschärfe der 13 pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfade untereinander.
- Status: Literatarbeit zu den pflegediagnosenbezogenen Behandlungspfaden ist abgeschlossen. Die Fragebögen für das Expertenrating sind in Entwicklung. Fachartikel von Dr. Anke Helmbold ist in Vorbereitung.

Kriteriumsvaliditätsprüfung von ENP[®]

- Methode: Deskriptive Validierungsstudie mit Querschnittsdesign
- Ziel der Studie: Das Ziel der Studie ist, eine Aussage zur Kriteriumsvalidität von ENP[®] zu erhalten. Die Fragestellung lautet: Wie gut lassen sich Pflegepläne, die in einer nicht-standardisierten Sprache verfasst wurden, mit ENP[®] abbilden und wie hoch ist die Übereinstimmung in der Bewertung der Qualität der Bedeutungsaussagen?
- Status: Die Forschungsarbeit wird im Rahmen einer Masterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke erstellt. Die Veröffentlichung durch Simon Berger ist in 2007 geplant.

Forschungsarbeiten im Rahmen von Diplomarbeiten an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München

Schmid, Bernd: Homogenitätsprüfung des Pflegeaufwandes in DRG-Fallgruppen. Unveröffentlichte Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung, Katholische Stiftungsfachhochschule Abt. München Fachbereich Pflegemanagement, München, 14. Oktober 2006.

Schütze, Frank: Interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Erlössicherung. Unveröffentlichte Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung, Katholische Stiftungsfachhochschule Abt. München Fachbereich Pflegemanagement, München, 14. Oktober 2006.

Gärtner, Regina: Von der Pflegeprozessdokumentation zur Leistungstransparenz? Überprüfung der mit ENP[®] verbundenen LEP Nursing 3 Zeitwerte in einer orthopädischen Klinik. Unveröffentlichte Diplom- und Prüfungsarbeit für die staatl. Abschlussprüfung, Katholische Stiftungsfachhochschule, Pflegemanagement, München, 12. November 2006.

■ Literatur zur Pflegefachsprache ENP®

- Bartholomeyczik, Sabine: Standardisierung, Klassifizierung und die Pflegesprache. In: Wieteck, Pia (Hg.): ENP® - European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen. Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004
- Berger, Simon; Britta Opel; Oliver Schuler; Pia Wieteck: Ergebnisse einer quantitativen Datenauswertung mittels ENP® in deutschen und österreichischen Einrichtungen. In: PR-Internet Jg. 6, 9/2004 (September), S. 486-494.
- Odermatt, Reto: Verknüpfung von LEP mit ENP. In: Wieteck, Pia (Hg.): ENP - European Nursing care Pathways, Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden. Bad Emstal: Recom Verlag, 2004, S. 1185-1199.
- Opel, Britta: Gelungener Spagat. In: Altenpflege 30 (Jg.), Heft 8/2005 (August), S. 36-38
- Wieteck, Pia et al.: Übereinstimmung von Interventionsdokumentationen mit tatsächlich durchgeführten pflegerischen Leistungen. In: PR-Internet 8 (Jg.), Heft 2/2007 (Februar), S. 113-120.
- Wieteck, Pia: Arbeiten mit ENP®. In: Heilberufe Jg. 58, 11/2006, S. 62-63.
- Wieteck, Pia: ENP®-ICNP®-Crossmapping. In: PR-Internet 8 (Jg.), Heft 2/2006 (Februar), S. 109-118.
- Wieteck, Pia: Crossmapping of ENP® (European Nursing care Pathways) with ICNP®. 2006. Unter dem angegebenen Link steht unter dem Stichwort „Forschungsprojekte Germany“ der Final Report (Content Validity of ENP through Cross Mapping with ICNP® Focus Terms) als Download bereit <http://www.icn.ch/database1.htm#Germany>
- Wieteck, Pia; Britta Opel: Planen, Formulieren, Dokumentieren. Pflegediagnosen für die Altenpflege auf Grundlage der standardisierten Pflegefachsprache ENP®. Bad Emstal: RECOM, 2006.
- Wieteck, Pia: Zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Kontext der DRG. Ein Diskussionsbeitrag zur optimierten Prozesssteuerung. In: Pflege & Gesellschaft Jg. 10, 3/2005 (August), S. 115-124.
- Wieteck, Pia: Pflegeprozessdokumentation mit der Fachsprache ENP®. In der Diskussion: ENP® (European Nursing care Pathways) könnte ein Weg sein, Missverständnisse auszuschließen und die Qualität der Pflege im Alltag zu verbessern. In: Pflege Aktuell Jg. 59, 3/2005 (März), S. 158-162.
- Wieteck, Pia (Hg.): ENP® - European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden. 1. Auflage, Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004a.

- Wieteck, Pia: European Nursing care Pathways (ENP®): Aus der Praxis für die Praxis. In: Pflegezeitschrift Jg. 57, 4/2004b (April), S. 266-269.
- Wieteck, Pia: European Nursing care Pathways (ENP®). Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. In: PR-Internet Jg. 5, 11/2003 (November), S. 84-94.

■ Literaturverzeichnis

A

Abderhalden, Christoph: Pflegediagnosen – sinnvolles Instrument für die Pflege? In: Etzel, Birgit S. (Hg.): Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version). Entwicklung in der Diskussion. Stuttgart et al.: Kohlhammer, 2000, S. 19–37.

Abt-Zegelin, Angelika (Hg.): Fokus: Intensivpflege. Hannover: Schlütersche GmbH & Co. KG, 2004.

Anderegg-Tschudin, Hedy: Vom komplexen Zusammenhang zwischen Pflegediagnostik und Pflegemanagement. In: Pflege 12 (Jg.), Heft 4/1999, S. 216–222.

Arntz, Reiner; Heribert Picht; Felix Mayer: Einführung in die Terminologearbeit. 5. Aufl., Hildesheim u. a.: Georg Olms Verlag AG, 2004.

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. 9. neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: de Gruyter, 2000.

B

Bakken, Suzanne et al.: Model Formulation Representing Nursing Activities within a Concept-oriented Terminological System: Evaluation of a Type Definition. In: Journal of American Medical Informatics Association 7 (Jg.), Heft 1/2000 (Jan./Feb.), S. 81–90.

Bartholomeyczik, Sabine: Standardisierung, Klassifizierung und die Pflegesprache. In: Wieteck, Pia (Hg.): ENP® – European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden. Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen. Bad Emstal: RECOM, 2004, S. 12–16.

Bartholomeyczik, Sabine: Zur Formalisierung der Sprache in der Pflege. In: Hinz, Matthias; Frank Dörre; Peter König; Peter Tackenberg (Hg.): ICNP®. Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag, 2003, S. 77-86.

Bartholomeyczik, Sabine; Dirk Hunstein: Erforderliche Pflege - zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege & Gesellschaft, Deutscher Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und -forschung e.V. Jg. 5, 4/2000 (Nov.), S. 105-109.

Blaudszun, Annette; Marc-Anton Hochreutener: Outcome-Messung. In: Pflege Magazin Jg. 4, Heft 1 Februar/2003, S. 4-13.

Brobst, Ruth A.; Arlene M. Clarke Coughlin; Diane Cunningham; Joyce Martin Feldman; Robert G. Hess Jr.; Joan E. Mason; Lois A. Fenner McBride; Renne Perkins; Carol A. Romano; Judith J. Warren; Wendy Wright: Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern: Verlag Hans Huber, 1997.

Brune, Adelheid; Alexandra Budde: Ergebnisse aus zwei empirischen Studien zum Stand der Einführung aus Sicht der Patienten und der Pflegenden. In: Käppeli, Silvia (Hg.): Pflegediagnostik unter der Lupe Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes

Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich. Zürich CH: Verlag des Pflegedienstes am UniversitätsSpital Zürich, 2000, S. 62-102.

C

Carpenito, Lynda Juall: Nursing diagnosis in critical care: impact on practice and outcomes. In: Heart & Lung: Journal of Critical care 16 (Jg.), Heft 6/1987 (November), S. 595–600.

Carpenito, Lynda Juall: Nursing Diagnosis – Application to clinical Practice. Philadelphia: J. P. Lippincott, 1993.

D

Davids, B.; J. Billings; R. Ryland: Evaluation of Nursing Process Documentation. In: Journal of Advanced Nursing, 19 (Jg.), Heft 5/1994, S. 960–968.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hg.): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege, Osnabrück: DNQP, 2002.

Dickoff, James; James, Patricia und Wiedenbach, Ernestine: Theory in a Practice Discipline. In: Nursing Research 17 (Jg.), Heft 5/1968, S. 415–435.

Diekmann, Andreas: Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 5. durchgesehene Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1999.

E

Evers, Georg C. M.: Theorien und Prinzipien der Pflegekunde. Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1997.

Etzel, Birgit S. (Hg.): Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICPN Beta-Version). Entwicklung in der Diskussion. Stuttgart, Berlin, Köln: W.Kohlhammer Druckerei GmbH + Co., 2000.

F

Friesacher, Heiner: Bedeutung und Möglichkeiten von Diagnostik und Klassifikation in einer praktischen Wissenschaft. In: Kollak, Ingrid; Georg, Margret (Hg.): Pflegediagnosen: Was leisten sie – was leisten sie nicht? 3. Aufl., Frankfurt a. M.: Mabuse, 2001, S. 27–38.

Früh, Werner: Inhaltsanalyse: Theorie und Praxis. 4. überarbeitete Auflage, Konstanz: UVK Medien, 1998.

G

Gaus, Wilhelm: Dokumentations- und Ordnungslehre. Theorie und Praxis des Information Retrieval. 2. Aufl., Heidelberg: Springer, 1995.

Gaus, Wilhelm: Dokumentations- und Ordnungslehre. Berlin, Heidelberg: Springer, 2005.

Girtler, Roland: Methoden der Feldforschung. Wien, Köln, Weimar: Böhlau, 2001.

Gordon, Marjory: Manual of Nursing Diagnosis, 1986–1987. München: Elsevier, 1987.

Gordon, Marjory: Handbuch Pflegediagnosen. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998.

Gordon, Marjory: Handbuch Pflegediagnosen. Das Buch zur Praxis. München, Jena: Urban & Fischer, 2001.

Gordon, Marjory; Sabine Bartholomeyczik: Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. München, Jena: Urban & Fischer, 2001.

Güttler, Karen; Almut Lehmann: Eine Typologie für Pflegeprozesse am Beispiel des Projektes „Pflegeprozess, Standardisierung und Qualität im Dienstleistungssektor Pflege“. In: Pflege 16 (Jg.), Heft 3/2003, S. 153–160.

H

Hardiker, Nicholas R.; Hoy Derek; Anne Casey: Standards for Nursing Terminology, In: Journal of the American Medical Informatics Association 7, Heft 6/2000 (Nov./Dez.), S. 523–528.

Helbig, Herrmann: Die semantische Struktur natürlicher Sprache: Wissensrepräsentation mit MultiNet. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 2001.

Hinz, Matthias; Frank Dörre: Einheit in Vielfalt – Wie die ICNP® der Pflege eine gemeinsame professionelle Sprache gibt. In: Oud, Nico: ACENDIO 2002 – Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse in Wien. Bern: Hans Huber, 2002.

Hinz, Matthias; Frank Dörre; Peter König; Peter Tackenberg (Hg.): ICNP®

Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, 2003.

Höhmman, Ulrike; Heidi Weinrich; Gudrun Gätschenberger: Die Bedeutung des Pflegeplans zur Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht 261. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1996.

Hügli, Anton; Poul Lübcke: Philosophie-Lexikon. 4. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2001, S. 640.

I

Isfort, Michael: Leistungserfassung Die drei ??? und die pflegerischen Erfassungsinstrumente. In: Die Schwester Der Pfleger Jg. 41, Heft 7 Juli/2002, S. 578-583.

J

Johnson, Marion; Gloria Bulechek; Joanne McClosey Dochterman; Meridean Maas; Sue Moorhead: Nursing Diagnoses, Outcomes & Interventions. NANDA, NOC and NIC Linkages. St. Louis, Missouri: Mosby Inc., 2001.

Just, Alexandra: Theoriegeleitete Pflegediagnostik? In: Käppeli, Silvia (Hg.): Pflegediagnostik unter der Lupe. Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich. Zürich CH: Verlag des Pflegedienstes am UniversitätsSpital Zürich, 2000, S. 103-164.

K

Käppeli, Silvia (Hg.): Pflegediagnostik unter der Lupe. Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projektes Pflegediagnostik am UniversitätsSpital Zürich. 2. Auflage, Zürich (CH-8091): Verlag des Pflegedienstes am UniversitätsSpital Zürich, 2000.

Kesselring, Annemarie: Psychosoziale Pflegediagnostik: Eine interpretativ-phänomenologische Perspektive. In: Pflege Jg. 12, Heft 4 August/1999, S. 223-228.

Klapper, Bernadette; Silke Lecher; Doris Schaeffer; Uwe Koch: Patientendokumentation. Sicherung interprofessioneller Kommunikation im Krankenhaus. In: Pflege Jg. 14, 6/2001 (Dezember), S. 387-393.

Kollak, Ingrid; Hesook Suzie Kim (Hg.): Pflege theoretische Grundbegriffe. Bern u. a.: Verlag Hans Huber, 1999.

Kollak, Ingrid; Margret Georg (Hg.): Pflegediagnosen: Was leisten sie – was leisten sie nicht? Frankfurt a. M.: Mabuse, 1999.

Krohwinkel, Monika: Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken. Bonn: Bundesministerium für Gesundheit, 1993, S. 550.

Kuhlmann, Harald: Kosten- und Leistungsrechnung, Pflege im DRG-System - Wie kann pflegerische Leistung erfasst werden? Teil 2 PPR und LEP. In: Die Schwester/ Der Pfleger Jg. 42, 10/2003 (Oktober), S. 760-765.

L

Lorenz, Bernd: Klassifikatorische Sacherschließung: Eine Einführung. Wiesbaden: Harrassowitz, 1998.

M

Mayer, Hanna: Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas, 2002.

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

Morse, Janice M.; Peggy Anne Field: Qualitative Pflegeforschung: Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998.

McCloskey Joanne. C.; Gloria M. Bulechek: Nursing Interventions Classification (NIC). St. Louis, Missouri: Mosby, 2000.

McCormick, Kathleen A.; Cheryl B. Jones (1998): Is one taxonomy needed for health care vocabularies and classifications? In: Online Journal of Issues in Nursing, Internet: www.nursingworld.org/oJin/tpc7/tpc7_2.htm (Stand: 06.07.2005).

N

Nielsen, Gunnar Haase: ICNP – Architektur und Systematik. In: Hinz, Matthias et al. (Hg.): ICNP® Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Bern et al.: Hans Huber, 2003, S. 23–41.

O

Opel, Britta: Gelungener Spagat. In: Altenpflege Jg. 30, 8/2005 (August), S. 36-38.

Opel, Britta: Die Entwicklung von ENP®-Pflegediagnosen durch eine Begriffsanalyse nach Walker/Avant. In: Wieteck, Pia (Hg.): ENP - European Nursing care Pathways Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004, S. 37 -50.

Orlando, Ida Jean: The discipline and teaching of nursing process. An evaluation study. New York: Putnam, 1972.

R

Rumbaugh, James et al.: Object-Oriented Modelling and Design. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1991.

S

Schiemann, Doris; Martin Moers; Petra Blumenberg; Jörg Schemann; Hrsg.: Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2002.

Schöning, Brigitte; Eberhard Luithlen; Hanns Scheinert: Pflege-Personalregelung (Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis). Köln: Verlag W. Kohlhammer GmbH, 1993.

Schrems, Berta: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien: Facultas, 2003.

Simon, Fritz B.; Ulrich Clement; Helm Stierlin: Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Kritischer Überblick und Integration systemtherapeutischer Begriffe, Konzepte und Methoden. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999.

Stefan, Harald; Franz Allmer: Praxis der Pflegediagnosen. Wien, New York: Springer, 2000.

Stemmer, Renate: Pflegeergebnismessung und Klassifikationssysteme. In: Perspektiven 2 (Jg.), Heft 1/2003, S. 1–3.

V

Van der Bruggen, Harry: Pflegeklassifikationen. Bern: Hans Huber, 2002.

Van Maanen, Hanneke: Die Entwicklung einer Pflegefachsprache aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive: Das Warum und Wozu. In: Pflege 15 (Jg.), Heft 4/2002, S. 198–207.

W

Walker, Lorraine Olszewski; Kay Coalson Avant: Theoriebildung in der Pflege. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998.

Wieteck, Pia: Arbeiten mit ENP®. In: Heilberufe Jg. 58, 11/2006, S. 62-63

Wieteck, Pia: Pflegeprozessdokumentation mit der Fachsprache ENP®. In der Diskussion: ENP® (European Nursing care Pathways) könnte ein Weg sein, Missverständnisse auszuschließen und die Qualität der Pflege im Alltag zu verbessern. In: Pflege Aktuell Jg. 59, 3/2005 (März), S. 158-162.

Wieteck, Pia (Hg.): ENP® – European Nursing care Pathways. Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden Leistungstransparenz und Qualitätssteuerung im Gesundheitswesen, Bad Emstal: RECOM, 2004.

Wieteck, Pia: European Nursing care Pathways (ENP®). Pflegerische Behandlungspfade auf der Basis von praxisnahen Theorien entwickeln. In: PR-Internet Jg. 5, 11/2003 (November), S. 84-94.

Wieteck, Pia; Hans-Jürgen Velleuer: Handbuch zur Pflegeplanung. Baunatal: RECOM, 1994.

Wieteck, Pia; Hans-Jürgen Velleuer: Pflegeprobleme formulieren – Pflegemaßnahmen planen. Leitfaden zur Dokumentation pflegerischer Interventionen. 7. Aufl., Bad Emstal: RECOM, 2001.

Internetquellen:

- <http://www.lep.ch>
- <http://www.nanda.org>
- <http://www.nursing.uiowa.edu/centers/cncce/noc/index.htm>
- <http://pflegen-online.de/download/lex-Dateien/lexikon.html>
- <http://www.mdk.de/index2.html>

<p>Administrative Terminologie</p>	<p>Administrative Terminologien verfügen über den höchsten Abstraktionsgrad und liefern Pflege- und Medizindaten aus verschiedenen Settings (Akutpflege, Langzeitpflege, ambulanter Pflege etc.) auf regionaler, nationaler oder internationaler Ebene. Es geht darum, eine universelle Sprachebene zu entwickeln, die ihr Wissen und ihre Informationen aus den Einsatzorten des Front-End-Einsatzes gewinnt.</p>
<p>Assessment</p>	<p>1) Im Allgemeinen wird unter Wirkungsanalyse oder Assessment die Abschätzung von Auswirkungen einer Aktivität und deren Bewertungen verstanden. 2) In der Pflege meint Assessment die standardisierte und dokumentierte Einschätzung und Beurteilung des Patienten/Bewohners. Grundlage bilden standardisierte Daten, die aus den Informationen abgeleitet wurden, die während des Pflegeprozesses kommuniziert, gesammelt und geprüft werden. 3) In der Psychologie meint Assessment die Betrachtung physiologischer, psychischer, sozialer und biografischer Ebenen.</p>
<p>ATL</p>	<p>Das Pflegemodell der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli beschreibt die Grundbedürfnisse des Menschen.</p>
<p>Begriff</p>	<p>Ein Begriff ist eine gedankliche Vorstellung von einem Gegenstand oder Sachverhalt aufgrund bestimmter Eigenschaften und/oder Beziehungen. In der Alltagssprache versteht man unter Begriff meist auch einfach ein Wort oder eine Bezeichnung.</p>
<p>Begriffskombination (Multiaxiale Klassifikation als auch Facettenklassifikation)</p>	<p>Der Kern der Begriffskombination besteht darin, dass ein Sachverhalt mit vielen Deskriptoren beschrieben wird. Deskriptoren fassen Begriffe in Klassen (Achsen) zusammen. Aus diesen Klassen (Achsen) werden die Begriffe zur Beschreibung des Sachverhalts zusammengesetzt. Dafür müssen Deskriptoren gewählt werden, die möglichst vielseitig kombiniert werden können. Sie müssen sich allerdings nicht ausschließen, sondern können sich auch überschneiden. Bei einer Facettenklassifikation wird jeder Facette ein Deskriptor zugeordnet. Die Facettenklassifikation zählt zu den postkombinatorischen Klassifikationen.</p>

Clusteranalyse	Bei diesem Verfahren werden Elemente nach bestimmten Ähnlichkeiten mit anderen Elementen in Gruppen (Clustern) zusammengefasst.
Deskriptor	Ein Deskriptor ist ein Kenn- oder Schlüsselwort, durch das der Inhalt einer Information charakterisiert wird und das zur Bestimmung von Daten im Speicher eines Computers dient. Damit der Nutzer auf die einzelnen <i>Klassen</i> eines <i>Klassifikationssystems</i> zugreifen zu kann, werden sie hierarchisch oder anderweitig systematisch angeordnet und durch einen Deskriptor repräsentiert.
disjunkt	Disjunkte Teilmengen sind Teilmengen, die sich nicht überschneiden.
DRG	Die Diagnosis Related Groups (DRG) stellen ein pauschaliertes Vergütungssystem dar. Das bedeutet, dass die stationären und teilstationären Krankenhausfälle in medizinisch sinnvolle, nach ihrem ökonomischen Aufwand vergleichbare DRG-Gruppen eingeteilt werden.
Evaluation	<p>1) Evaluation (Evaluierung) bedeutet im Allgemeinen die Bewertung/Beurteilung von Prozessen, Outcomes und Organisationseinheiten. Nach Reischmann (2003) umfasst Evaluation das Erfassen und Bewerten von Prozessen und Ergebnissen zur Wirkungskontrolle, Steuerung und Reflexion. Für eine Evaluation werden Daten systematisch erhoben und dokumentiert, um die Untersuchung, das Vorgehen und die Ergebnisse nachvollziehbar und überprüfbar zu machen. Eine Evaluation soll bestimmte Gütekriterien erfüllen: <i>Objektivität, Reliabilität, Validität, Ökonomie</i> und Normierung.</p> <p>2) In Bezug auf den Pflegeprozess bedeutet Evaluation, dass die durchgeführten Pflegemaßnahmen daraufhin bewertet und geprüft werden, inwieweit die Pflegeziele erreicht wurden.</p>
Evidenzbasierte Pflege	Durch Studien belegte evidenzbasierte Pflege und Medizin führt zur Formulierung von Standards (Leitlinien), nach denen Mitarbeiter einer Berufsgruppe ggf. sogar gesetzlich verbindlich ihre Behandlung richten müssen.
Generische Relation	Die generische Relation wird auch Abstraktionsrelation genannt. Sie ist eine hierarchische Relation zwischen zwei Begriffen, von denen der untergeordnete Begriff alle Merkmale des übergeordneten Begriffs übernimmt und mindestens ein zusätzliches Merkmal aufnimmt.
Gleichgeordnete Begriffe	Gleichgeordnete Begriffe haben einen gemeinsamen

	<p>Oberbegriff und sind gleich viele Knoten vom obersten Begriffsknoten entfernt, d. h. sie liegen auf demselben Begriffsniveau.</p>
Hierarchie	<p>Eine Hierarchie bezeichnet ein System von Elementen, die einander über- bzw. untergeordnet sind, sodass jedem Element nur höchstens ein anderes unmittelbar übergeordnet ist. Bezogen auf soziale Systeme sind Hierarchien oft mit Verhältnissen von Herrschaft und Autorität verbunden - beispielsweise der Entscheidungsstruktur in einem Unternehmen. Hierarchien werden auch allgemein zur Ordnung von Objekten zum Beispiel in einer <i>Systematik</i> verwendet. Formal lässt sich die Struktur einer Hierarchie als Baum beschreiben. Bildlich werden Hierarchien häufig mit einer Pyramide verglichen.</p>
hierarchisch	<p>Der Begriff hierarchisch bezeichnet ein elementares Strukturprinzip, bei dem die Elemente in vertikalen Ebenen angeordnet sind. Hierarchische Begriffsstrukturen sind bei allen Ordnungsprinzipien und –systemen zu berücksichtigen, sie beschreiben die Beziehungen zwischen den Begriffen.</p>
ICD	<p>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD): Ursprünglich eine Todesursachenstatistik der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt die ICD heute eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme dar. In dem Verzeichnis der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen sind die einzelnen Gruppen nach verschiedenen Prinzipien (z. B. Ätiologie, Morphologie, klinische Fächer, Organe, Regionen) eingeteilt. Eine Folge von Buchstaben und Zahlen codiert die Krankheiten sowie deren Manifestationsort und Ausprägung, was die statistische Auswertung erleichtern soll. Aktuell liegt die 10. Revision (ICD-10), Version 2005 vor. Die ICD-10 ist seit dem 01.01.2000 ein verbindlicher Diagnoseschlüssel für die ambulante und stationäre Versorgung. Die Klassifikation dient als Grundlage der <i>Diagnosis Related Groups</i> (DRG).</p>
ICN	<p>International Council of Nurses; Weltbund der Krankenschwestern und Krankenpfleger: Der ICN ist ein Zusammenschluss von 122 nationalen Berufsverbänden der Pflege und vertritt weltweit Millionen von Pflegenden. Seit 1899 verfolgt der von Pflegenden für Pflegenden geführte Verband das Ziel, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und</p>

	sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik weltweit einzusetzen. Der Vertreter Deutschlands ist der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.
ICNP	International Classification for Nursing Practice: Seit 1989 arbeitet der <i>ICN</i> an der Entwicklung einer Internationalen Klassifikation für die Pflegepraxis (ICNP). Die deutschsprachigen ICNP-Nutzergruppen befassen sich seit 1997 mit der Entwicklung einer Pflegefachsprache im Allgemeinen und speziell mit der Entwicklung des Pflegeklassifikationssystems ICNP, aber auch anderer Pflegeklassifikationssysteme.
Interfaceterminologie	Interfaceterminologien sind als Terminologien zu verstehen, die in der Schnittstelle ("Interface") zwischen dem Ort des pflegerischen Geschehens und den Pflegern angewendet werden sollen. Sie werden somit speziell für den Einsatz im Front-End-Bereich entwickelt.
Klasse/n	Eine Gesamtmenge von Sachverhalten/Objekten wird in einer <i>Klassifikation</i> in Klassen eingeteilt. Die Klassen enthalten Elemente, die mindestens durch ein gemeinsames Merkmal gekennzeichnet sind.
Klassifikation	Eine Klassifikation ist ein Ordnungsprinzip, das Sachgebiete in einzelne getrennte Sachverhalte einteilt, die man als <i>Klassen</i> bezeichnet. Die einzelnen Klassen sind <i>disjunkt</i> , d. h. sie schließen sich gegenseitig aus. Die Klassen können unterschiedlich große Sachverhalte abdecken. Jede Klasse wird durch einen <i>Deskriptor</i> repräsentiert. Auch wenn die Klassen disjunkt sind, kann eine Dokumentationseinheit mehreren Klassen zugeordnet werden.
Klassifikationssystem	Ein Klassifikationssystem ist ein Ordnungssystem, das Elemente nach bestimmten Kriterien klassifiziert. Ein Klassifikationssystem muss vollständig sein, d. h. alle denkbaren Sachverhalte müssen im Ordnungssystem auffindbar sein.
Klinischer Behandlungspfad	Der klinische Behandlungspfad bildet den Prozess aller ärztlichen, pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Leistungen ab, die eine Gruppe von Patienten mit einer bestimmten Diagnose oder Therapie im Verlauf einer Abklärung und/oder Behandlung aufgrund von Vorgaben (evidence based medicine) erhalten sollte.
Kongruenz	bedeutet „Echtheit“, auch „Selbstaufrichtigkeit“ oder

	<p>„Stimmigkeit“. Kongruenz setzt in der Humanistischen Psychologie eine gereifte Persönlichkeit voraus, welche sich nicht hinter einer Rolle oder Fassade verstecken muss, sondern sich wahrhaftig in eine Situation einbringen kann. Kongruentes Verhalten zeichnet sich z. B. dadurch aus, dass verbale Äußerungen mit Gestik, Mimik, Tonfall usw. übereinstimmen.</p>
LEP®	<p>Leistungserfassung in der Pflege. Die Methode LEP® umfasst statistische Erfassungs- und Darstellungsverfahren für die Gesundheits- und Krankenpflege. Als Management- und Controlling-Instrument stellt LEP® Prozessdaten für die Führung, die betriebsinterne Planung und Optimierung sowie die Kostenrechnung zur Verfügung.</p>
Modifizierte praxisnahe Theorien	<p>Walker/Avant verstehen unter einer „praxisnahen Theorie“, dass zu gewünschten Pflegezielen Handlungsanweisungen formuliert werden, um diese Zielsetzung zu erreichen. Der Begriff der „praxisnahen Theorie“ ist bei der Entwicklung der ENP® wie folgt erweitert worden: Unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten/Bewohners können einem Pflegeziel mehrere/unterschiedliche Maßnahmen zugeordnet werden. Hintergrund dieses erweiterten Verständnisses ist die Feststellung, dass die isolierte Betrachtung von Zielsetzung und Intervention dazu führen kann, dass diese Planung für den Patienten/Bewohner nicht stimmig ist.</p>
NANDA	<p>North American Nursing Diagnoses Association: Die 1982 gegründete Nordamerikanische Pflegediagnosen Vereinigung befasst sich mit der Förderung der Identifikation, Entwicklung, Formulierung, Klassifizierung, Prüfung und Verbreitung von Pflegediagnosen.</p>
nebengeordnet:	<p>Elementares Strukturprinzip, bei dem die Elemente in horizontalen Ebenen angeordnet sind.</p>
Nebengeordnete Klassifikation	<p>Eine Beziehung ist nebengeordnet oder koordinativ, wenn alle Elemente einer Menge (Klasse) den gleichen Wert haben und auf derselben Ebene eingeordnet werden</p>
NIC	<p>Die Klassifikation zur Abbildung von Pflegeinterventionen NIC (Nursing Intervention Classification) wird seit 1987 an der University of Iowa entwickelt. Die vierte Auflage der NIC beinhaltet 514 Interventionen, jeder dieser Interventionen sind wählbare Einzelaktivitäten zugeordnet.</p>
NOC	<p>Die Klassifikation der Pflegeergebnisse NOC (Nursing</p>

	<p>Outcomes Classification) ist eine Klassifikation zur Beschreibung von Pflegeergebnissen sowie zur Überprüfung der Wirksamkeit von Pflegeinterventionen. Sie wird seit 1991 an der University of Iowa entwickelt. Die Klassifikation beinhaltet 330 Ergebnisse, wobei jedem Ergebnis eine 5-Punkte-Likertskala und ein Set von Ergebnisindikatoren zugeordnet sind.</p>
Objekt	<p>Ein Objekt ist eine Sache oder ein Sachverhalt, die/der in einem bestimmten Anwendungskontext eine Bedeutung besitzt. Alle Objekte besitzen eine Identität und sind unterscheidbar.</p>
Objektivität	<p>Objektivität bezeichnet ein Merkmal und Prinzip der wissenschaftlichen Forschung, das darauf gerichtet ist, in den von ihr abgebildeten Aussagen, Theorien, Thesen u. a. die Realität objektiv widerzuspiegeln. Im weiteren Sinne spricht man von der Objektivität von Aussagen und Theorien, um damit zum Ausdruck zu bringen, dass für ihre Aufstellung nicht subjektive Wünsche, Meinungen, Neigungen, Vorurteile maßgeblich sind, sondern allein die Sachverhalte, auf die sich die Aussagen, Theorien u. a. beziehen.</p>
Objektorientierte Programmierung	<p>ist ein Verfahren zur Strukturierung von Computerprogrammen, bei dem zusammengehörige Daten und die darauf arbeitende Programmlogik zu Einheiten zusammengefasst werden, den so genannten <i>Objekten</i>.</p>
Objektorientierung	<p>Objektorientierung bedeutet, dass Beziehungen zwischen <i>Objekten</i> hergestellt werden. Die Objekte vereinen in sich sowohl Datenstruktur als auch Verhalten.</p>
Outcome-Messung	<p>Die durch die Dokumentation des Pflegeprozesses gewonnenen Daten geben Aufschluss über die Wirkungsweise der Maßnahmen und den voraussichtlichen pflegerischen Bedarf. Die Outcome-Messung stellt ein wichtiges Instrument des Qualitätsmanagements dar.</p>
Partitive Hierarchie	<p>Von einer partitiven Hierarchie wird gesprochen, wenn die Struktur dadurch entsteht, dass ein Ganzes in seine Einzelteile zerlegt wird.</p>
Pflegediagnosenbezogener Behandlungspfad	<p>ENP[®] ist eine Pflegefachsprache, mit deren Hilfe eine klinische Beurteilung der aktuellen und potentiellen Gesundheitsprobleme und Lebensprozesse in Form einer Pflegediagnose erfasst werden kann. Auf der Grundlage der klinischen Beurteilung der Pflegediagnosen und Ressourcen</p>

	des Individuums werden Pflegeziele und Pflegeinterventionen ausgewählt, um so den pflegerischen Behandlungspfad abzubilden.
Pflegefachsprache	Eine Fachsprache dient der zielgerichteten Kommunikation über die Inhalte eines Fachgebiets. Eine Pflegefachsprache enthält disziplinspezifische Pflegekonzepte in einer eindeutigen Sprache, die durch Pflegeexperten festgelegt, überprüft und praktiziert worden sind.
Pluralismus	Unter Pluralismus versteht man eine Theorie, nach der die Wirklichkeit aus vielen selbstständigen Prinzipien besteht, denen kein gemeinsames Grundprinzip zugrunde liegt.
Polyhierarchie	Hat ein Begriff zwei oder mehr unmittelbare Oberbegriffe, so spricht man von einer Polyhierarchie .
Präkombinierte Klassifikation	In präkombinierten Klassifikationen wurden bereits die einzelnen Begriffe zusammengesetzt, die zur Beschreibung eines Phänomens erforderlich sind.
Postkombinatorische Klassifikation	Durch das Verknüpfen der Begriffe aus verschiedenen Achsen entsteht eine zusammengesetzte, z.B. pflegerische Aussage (Begriffskombinatorik). Es handelt sich dabei um einen neuen und speziellen Begriff, der in der Teilklassifikation nicht enthalten ist. In diesem Fall spricht man von einer postkombinatorischen Klassifikation
Referenzterminologien	Bei Referenzterminologien handelt es sich um konzeptorientierte Terminologien , die durch ihre umfangreichen Beschreibungen klinischer Begebenheiten und den Versuch, internationale Datenvergleiche zu ermöglichen, eine Metaebene pflegerischer Ordnungssysteme darstellen.
Reliabilität	Die Reliabilität ist das Maß für die Zuverlässigkeit wissenschaftlicher Untersuchungen. Nimmt man (wie in der klassischen Testtheorie) an, dass es einen objektiven, „wahren Wert“ gibt, so beschreibt die Reliabilität den Grad der Übereinstimmung zwischen diesem wahren Wert und dem gemessenen Wert. Ein Test ist dann reliabel, wenn bei der Wiederholung unter gleichen Bedingungen gleiche Ergebnisse erzielt werden. Die Reliabilität stellt neben der <i>Validität</i> und der <i>Objektivität</i> eines der drei wichtigsten Gütekriterien für empirische Untersuchungen dar.
Subklasse	Klassen können von anderen Klassen abgeleitet werden. Eine abgeleitete/untergeordnete Klasse wird als Subklasse

	bezeichnet. Jede Subklasse erbt alle Eigenschaften und Methoden der ihr übergeordneten Klasse, sie besitzt aber mindestens eine weitere Eigenschaft oder Methode.
Systematik	ist eine planmäßige Darstellung von Klassen, Kategorien oder anderen Konzepten, welche nach bestimmten Ordnungsprinzipien gestaltet ist.
Taxonomie	Die Taxonomie ist die Einteilung von Dingen, insbesondere Organismen, in Taxa (Gruppen). In der Biologie erfolgt diese Einteilung traditionell in einen bestimmten Rang, wie Art, Gattung oder Familie. In der Linguistik beschäftigt sich die Taxonomie mit der Segmentierung und Klassifikation sprachlicher Einheiten, um mit diesen ein Sprachsystem zu beschreiben. Auch andere Fachbereiche verwenden den Begriff der Taxonomie allgemein für ein Klassifikationssystem, eine Systematik oder den Vorgang des Klassifizierens.
Validität	Die Validität ist ein Qualitätskriterium zur Untersuchung der Zuverlässigkeit eines Versuchs/einer Theorie. Die Überprüfung der Gültigkeit (Validierung) wird mithilfe der Korrelation zu einem Außenkriterium vorgenommen.

Begriffsdefinitionen in Anlehnung an:

- Bußmann, Hadumod: Lexikon der Sprachwissenschaft, 2. überarb. Aufl., Stuttgart: Kröner, 1990.
- Gaus, Wilhelm: Dokumentations- und Ordnungslehre. Theorie und Praxis des Information Retrieval. 2. neubearbeitete Aufl., Berlin, Heidelberg et al.: Springer, 1995.
- Margareta Halek: Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Hannover: Schlütersche, 2003.
- Maanen, Hanneke van: Die Entwicklung einer Pflegefachsprache aus einer pflegewissenschaftlichen Perspektive: Das Warum und Wozu. In: Pflege 15 (Jg.), Heft 4/2002 (August), S. 201.
- Menche, Nicole et al.: Pflege heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. 2. Aufl., München, Jena: Urban & Fischer, 2001.
- Reischmann, Jost: Weiterbildungs-Evaluation. Lernerfolge messbar machen. Neuwied: Luchterhand 2003.
- Rumbaugh, James; Michael Blaha et al.: Objektorientiertes Modellieren und Entwerfen. Doris Martin (Übers.). München, Wien: Hanser, 1993.
- Wied, Susanne, Angelika Warmbrunn: Pschyrembel. Wörterbuch Pflege. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 2003.

Kontakt

RECOM GmbH & Co. KG – Pflege Competence Centrum



RECOM GmbH & Co. KG
Pflege Competence Centrum
Falterstraße 17
85107 Baar-Ebenhausen
Deutschland

Telefon +49 (0)8453 339968-4
Telefax +49 (0)8453 332717
E-Mail: info@recom-verlag.de



www.recom-verlag.de



Knowledge
for **Healthcare**
is our Business