ENP-Praxisleitlinien

Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegemaßnahmen

Herausgegeben von
Pia Wieteck



Leseprobe

Thieme

RECOM

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 21

I ENP-Wissen 23

1 Mit Pflegediagnosen arbeiten 24

1.1 Pflegediagnosen – Fundament der pflegerischen Entscheidungsfindung und Ausgangspunkt im Pflegeprozess 24

1.2 Ein historischer Abriss über Pflegediagnosen .. 25

1.3 Der Prozess des pflegerischen Diagnostizierens 27

1.4 Zum Verständnis: ein kurzes Fallbeispiel 28

1.4.1 Der pflegediagnostische Prozess bei Herrn P. .. 29

1.5 Voraussetzungen des pflegerischen Diagnostizierens 29

1.5.1 Fähigkeiten zum Beziehungsaufbau und zur effektiven Kommunikation 29

1.5.2 Fachwissen / klinische Erfahrung / Pflegeverständnis 30

1.5.3 Critical Thinking 31

1.6 Pflegediagnosen – frei formuliert oder standardisiert? 32

1.6.1 Frei formulierte Pflegediagnosen 32

1.6.2 Der Nutzen einer standardisierten Pflegefachsprache / eines Pflegeklassifikationssystems ... 33

2 European Nursing care Pathways (ENP) 35

2.1 Was ist ENP? 35

2.1.1 ENP – eine Pflegefachsprache 35

2.1.2 ENP als Hilfestellung bei der Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses 36

2.2 Aufbau und Struktur von ENP: Pflegeklassifikation mit Besonderheiten 37

2.3 Begriffsbestimmungen: die Bausteine von ENP 43

2.4 ENP in der pflegerischen Praxis und Ausbildung – welche Vorteile bieten sich? 45

2.4.1 Formulierungsunterstützung bei der Planung des Pflegeprozesses 45

2.4.2 „Up to date“: fachlich richtig planen, handeln und lernen auf dem Stand des Fachwissens ... 45

2.4.3 Weitere Vorteile beim Arbeiten mit ENP 46

2.4.4 Was ENP nicht leisten kann und soll 47

2.5 Die Weiterentwicklung von ENP 48

2.5.1 Umsetzung von Expertenstandards, Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen 49

2.5.2 Durchführung von Praxisprojekten und Übersetzungen 51

2.5.3 Durchführung von Literaturanalysen und Forschungsarbeiten 51

2.5.4 Rückmeldungen aus der Praxis 53

2.6 Evidenzlevel in ENP 53

2.7 Veröffentlichungen zu ENP 56

3 Mit ENP-Praxisleitlinien arbeiten 59

3.1 Ein Hinweis zum Umfang der ENP-Inhalte in diesem Buch 59

3.2 Risikodiagnosen vs. Pflegediagnosen zu aktuellen Gesundheitsproblemen/Lebensprozessen 60

3.3 Arbeiten mit ENP Online 61

3.3.1 Die Bedienung von ENP Online 62

4 Fallbeispiele 65

4.1 Fokusbeispiel – Pflegediagnostik bei einem Pflegeempfänger mit COPD: Herr S. 65

4.1.1 Lösungsvorschlag: Fallbeispiel Herr S. 67

4.2 Umfassendes Fallbeispiel: Frau M. 69

4.2.1 Lösungsvorschlag: Fallbeispiel Frau M. 73

5 Literatur zu ENP-Wissen 77

II ENP-Praxis 81

Index 1227

ENP-Praxis ... 81

Körperpflege / Kleiden ... 83

Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung ... 84

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen ... 84

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen ... 86

» Der/die Pflegeempfänger(in) darf sich bei der Körperwaschung aufgrund einer verminderten Herzleistung nicht anstrengen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung ... 89

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Bewegungseinschränkung nicht selbstständig waschen ... 91

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund einer eingeschränkten Handfunktion die Gebrauchsgegenstände zur Körperwaschung nicht nutzen, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung ... 93

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten ... 95

» Der/die Pflegeempfänger(in) soll aufgrund einer Wirbelsäulenverletzung Bewegungen zwischen Becken und Rumpf vermeiden, es besteht ein Selbstfürsorgedefizit bei der Körperwaschung ... 97

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Vigilanzminderung nicht selbstständig waschen ... 98

» Der/die Pflegeempfänger(in) führt die Körperwaschung aufgrund einer Selbstvernachlässigung (Self-Neglect) nicht adäquat durch ... 100

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund einer Wunde im Intimbereich die Intimpflege nicht in gewohnter Weise durchführen ... 102

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen ... 103

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer sensorischen Integrationsstörung nicht selbstständig waschen ... 105

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist bei der selbstständigen Körperwaschung beeinträchtigt ... 107

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich nicht selbstständig duschen/baden ... 109

Selbstfürsorgedefizit Mundpflege ... 111

» Der/die Pflegeempfänger(in) trägt eine Zahnprothese und kann die Mund-/Zahnprothesenpflege nicht selbstständig durchführen ... 111

» Der/die Pflegeempfänger(in) trägt eine Zahnspange und kann diese nicht selbstständig pflegen ... 113

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund einer Ruhigstellung des Kiefers den Mund nicht öffnen, Selbstfürsorgedefizit Mundpflege ... 114

» Der/die Pflegeempfänger(in) öffnet den Mund zur Durchführung der Mundpflege nicht, Selbstfürsorgedefizit Mundpflege ... 114

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Mundpflege beeinträchtigt ... 116

Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Fuß-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege ... 117

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Fingernagelpflege beeinträchtigt ... 117

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Fußpflege beeinträchtigt ... 118

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Ohrenpflege beeinträchtigt ... 119

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Augenpflege beeinträchtigt ... 120

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Augenprothesenpflegebeeinträchtigt ... 121

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Nasenpflege beeinträchtigt ... 122

Selbstfürsorgedefizit Haarpflege ... 123

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist in der selbstständigen Haarpflege beeinträchtigt ... 123

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist bei der selbstständigen Rasur/Bartpflege beeinträchtigt ... 124

Selbstfürsorgedefizit Kleiden ... 125

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer Hemiplegie beim An-/Auskleiden beeinträchtigt ... 125

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer beeinträchtigten Handlungs-/Bewegungsplanung und -ausführung beim An-/Auskleiden beeinträchtigt ... 126

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist beim selbstständigen An-/Ausziehen der Kompressionsstrümpfe/-hose/medizinischen Thromboseprophylaxe-Strümpfe beeinträchtigt ... 128

» Der/die Pflegeempfänger(in) zeigt kein Interesse an sauberer/ordentlicher Kleidung, es besteht das Risiko der Selbstvernachlässigung (Self-Neglect) im Bereich Kleidung/äußere Erscheinung ... 129

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist beim selbstständigen An-/Auskleiden beeinträchtigt ... 130

Atmung ... 133

Beeinträchtigte Atemwegsclearance ... 134

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist beim Abhusten von Bronchialsekret beeinträchtigt, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance ... 134

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat einen unproduktiven Husten, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance ... 135

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer Mundatmung das Risiko der Austrocknung der oberen Atemwege 137

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat eine beeinträchtigte Atemwegsclearance ... 139

Insuffiziente Atmung ... 141

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat eine Dyspnoe, es besteht eine insuffiziente Atmung ... 141

» Der/die Pflegeempfänger(in) wird beatmet, es besteht eine insuffiziente Atmung ... 144

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von Bradypnoe eine insuffiziente Atmung ... 147

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund eines Lungenödems einen insuffizienten Gasaustausch 148

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat eine insuffiziente Atmung 150

Risiko der respiratorischen Insuffizienz 152

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von Asthma bronchiale mit intermittierendem Bronchialspasmus das Risiko einer respiratorischen Insuffizienz 152

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat das Risiko einer respiratorischen Insuffizienz..... 155

Risiko der Erstickung..... 156

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat das Risiko der Erstickung... 156

Risiko der Aspiration..... 158

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund unzureichender Schutzreflexe das Risiko einer Aspiration 158

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund eines Ösophagusstents das Risiko einer Aspiration..... 159

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von postoperativer Nausea (Übelkeit) und/oder Emesis (Erbrechen) das Risiko einer Aspiration 160

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat das Risiko einer Aspiration... 161

Risiko der Atelektasenbildung/Pneumonie..... 163

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge) das Risiko einer Atelektase/Pneumonie 163

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von Schmerzen eine oberflächliche Atmung, es besteht das Risiko einer Atelektase/Pneumonie..... 165

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von festsitzendem Bronchialsekret das Risiko einer Atelektase/Pneumonie . 167

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer liegenden Trachealkanüle/eines Tubus das Risiko der Pneumonie .. 170

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer Immunabwehrschwäche das Risiko einer Pneumonie..... 171

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat das Risiko einer Atelektase/Pneumonie 173

Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ.... 174

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund eines chirurgischen Eingriffes das Risiko respiratorischer Komplikationen 174

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund eines operativen Eingriffs an der Lunge das Risiko respiratorischer Komplikationen..... 176

Ernährung..... 179

Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme 180

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt 180

» Der/die Pflegeempfänger(in) wird enteral über Sonde ernährt, es besteht eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme 183

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund von Kauschwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt..... 187

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer schlecht sitzenden Zahnprothese eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme 189

» Der/die Pflegeempfänger(in) kann entwicklungsbedingt die Selbstfürsorge im Bereich der Ernährung nicht selbstständig erfüllen 190

Beeinträchtigtes Schlucken 191

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer eingeschränkten Bolusformung/-kontrolle/-beförderung beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/Transportphase beeinträchtigt 191

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund eines Zungenstoßes/-pressens beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/Transportphase beeinträchtigt..... 194

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer hypotonen Wangen-/Lippen-/Mundmuskulatur beim Schlucken in der oralen Vorbereitungs-/Transportphase beeinträchtigt... 197

» Der/die Pflegeempfänger(in) aspiriert häufig bei der Nahrungsaufnahme, das Schlucken ist in der oralen Transport-/pharyngealen Phase beeinträchtigt 199

» Der/die Pflegeempfänger(in) aspiriert ausschließlich Flüssigkeiten, das Schlucken ist in der oralen Transport-/pharyngealen Phase beeinträchtigt..... 202

» Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund der reduzierten/veränderten Peristaltik beim Schlucken in der pharyngealen/ösophagealen Phase beeinträchtigt..... 205

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund von Odynophagie (Schmerzen beim Schlucken) ein beeinträchtigtes Schlucken. 208

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat eine Dysphagie (Schluckstörung) 210

Mangelernährung..... 213

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung eine Mangelernährung 213

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer Essstörung eine Mangelernährung 217

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat eine Mangelernährung..220

Risiko der Mangelernährung..... 224

» Der/die Pflegeempfänger(in) lehnt die Nahrungsaufnahme ab, es besteht das Risiko einer Mangelernährung 224

» Der/die Pflegeempfänger(in) zeigt eine Vernachlässigung der Nahrungszufuhr (Self-Neglect), es besteht das Risiko einer Mangelernährung 228

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer kognitiven Beeinträchtigung das Risiko einer Mangelernährung 230

» Die Pflegeempfängerin hat eine Hypogalaktie, es besteht das Risiko einer Mangelernährung des Säuglings..... 234

» Der Säugling ist beim Schlucken/Saugen beeinträchtigt, es besteht das Risiko der Mangelernährung 237

» Der Säugling hat aufgrund einer Nahrungsmittel-/Muttermilchintoleranz das Risiko der Mangelernährung 241

» Der Säugling hat aufgrund von erschwertem Stillen das Risiko einer Mangelernährung 243

» Der/die Pflegeempfänger(in) hat das Risiko einer Mangelernährung..... 246

Einleitung

Dr. Pia Wieteck

Mit dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG) wurde im Jahr 2017 ein Grundstein für eine zukunftsfähige Pflegeausbildung in Deutschland in allen Sektoren gelegt. Erstmalig sind nun dem Pflegeberuf vorbehaltliche Tätigkeiten zugesprochen. Zahlreiche Verordnungen sind mittlerweile in Kraft getreten, so z. B. die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung oder die Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung.
Zudem hat die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Pflegeberufe (PflAPrV) nicht nur die Ausbildung der Pflegeberufe bezüglich der Struktur gravierend verändert, sondern es wurden auch inhaltliche neue Schwerpunkte mit der Gesetzgebung definiert. Die neue Verordnung legt die Ausbildungsstrukturen, den Ausbildungsinhalt, die Ausbildungsvergütung und die Prüfungen sowie die Anerkennung ausländischer Berufsabschlüsse fest. Schließlich wurde mit den Rahmenplänen der Fachkommission nach § 53 des Pflegeberufegesetz es (Ammende et al., 2019) auch erstmalig für Deutschland ein bundesweit einheitlicher Rahmen mit Blick auf die fachlichen Inhalte der Pflegeausbildung festgelegt. Mit Wirkung zum Jahresbeginn 2020 findet nach den neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen nun die generalistische Pflegeausbildung statt.
Ein wesentlicher inhaltlicher Aspekt der Veränderungen sind nun legislativ definierte vorbehaltliche Tätigkeitsbereiche der Pflege:

> *„Im praktischen Teil der Kenntnisprüfung hat die zu prüfende Person in mindestens zwei und höchstens vier Pflegesituationen nachzuweisen, dass sie die vorbehaltenen Tätigkeiten wahrnehmen und damit die erforderlichen Pflegeprozesse und die Pflegediagnostik verantwortlich planen, organisieren, gestalten, durchführen, steuern und evaluieren kann" (§ 45 Abs. 4 PflAPrV).*

Die Vermittlung der Kernkompetenzen zum pflegerischen Diagnostizieren sowie zur Umsetzung und inhaltlichen Ausgestaltung des Pflegeprozesses sind damit ein wesentlicher, explizit geforderter Schwerpunkt. Sowohl in der Praxisanleitung als auch in der Lehre muss daher der Unterricht und die pflegerische Versorgung seither mit Pflegediagnosen stattfinden. Das nachfolgende Werk soll anknüpfend an die vorherige Auflage die pflegerische Berufsausbildung dabei unterstützen, sich auf diesen neuen Schwerpunkt optimal vorzubereiten. Lehrende und Praxisanleitende erhalten zudem zahlreiche Anregungen, wie evidenzbasiertes Wissen oder „best practice" zu pflegediagnostischen Fragestellungen in den Unterricht oder die Praxisanleitung eingebunden werden kann. Die European Nursing care Pathways (ENP) als Pflegeklassifikationssystem eignen sich hierzu in besonderer Weise, da das Instrument durch die Entwicklungszeit von 1989 bis heute bereits einen hohen Standard hinsichtlich der Wissensbasierung erreicht hat und seither sektorenübergreifend in zahlreichen Einrichtungen im praktischen Einsatz ist.
Neben Lehrenden und Auszubildenden richtet sich das vorliegende Buch gleichermaßen auch an Pflegefachpersonen in allen praktischen Bereichen der Pflege zum Einstieg in die Themengebiete Pflegediagnostik, Pflegeklassifikation und Pflegedokumentation. Planen, Formulieren, Dokumentieren – diese Tätigkeiten nehmen für die Pflege einen immer größeren Stellenwert ein. Der Anspruch an die Nachvollziehbarkeit von Pflege steigt von Seiten der Gesetzgeber, der Kranken- und Pflegekassen, der Patient(inn)en und Angehörigen. Pflegefachpersonen in der Praxis können dieser Anforderung gerecht werden, indem sie eine systematisch erarbeitete und kontinuierlich weiterentwickelte, standardisierte Fachsprache als Instrument verwenden. ENP bietet hierzu nicht nur das notwendige einheitliche Vokabular in Form von 580 Praxisleitlinien, sondern repräsentiert zudem das aktuelle Pflegefachwissen.
Dieses Buch gliedert sich in zwei Teile: Im Teil ENP-Wissen werden zunächst der theoretische Hintergrund sowie die notwendigen Voraussetzungen zur Arbeit mit Pflegediagnosen und Pflegeklassifikationssystemen beleuchtet. Eine ausführliche Darstellung der Pflegeklassifikation ENP vermittelt die theoretischen Hintergründe zum sich anschließenden Teil ENP-Praxis und den darin aufgeführten Praxisleitlinien. Anhand von Fallbeispielen können anschließend erste Erfahrungen mit dem Pflegeklassifikationssystem ENP gewonnen werden. Diese eignen sich gleichermaßen für die Anwendung in der Praxis wie auch für die Aus- und Weiterbildung. Eine Fallgeschichte thematisiert die Durchführung des pflegediagnostischen Prozesses. Ein weiteres Fallbeispiel dient als Grundlage für die Erstellung eines vollständigen Pflegeplans mit ENP. Anhand von eingestreuten Arbeitsaufträgen kann das Verständnis der vorgestellten Inhalte noch einmal überprüft werden und für die bereits im Feld tätigen Pflegepersonen können diese Fragestellungen zur Reflexion des eigenen Handelns im Team anregen.
Der zweite Teil ENP-Praxis beinhaltet alle ENP-Pflegediagnosen für alle Settings der Pflege in der ENP-Version 3.3 (2022). Die Sortierung der Pflegediagnosen entspricht der spezifischen ENP-Hierarchie. An die Pflegediagnosen fügt sich der jeweilige Versorgungspfad an, der die dazugehörigen Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen, Behandlungsziele und Pflegeinterventionen mit handlungsweisenden Informationen bzw. Detailinformationen beinhaltet. Zusätzlich finden Sie zu über 1.300 Einträgen in den Kategorien der Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen Definitionen, Erklärungen oder Beschreibungen im Glossar zu ENP am Ende des Buches. Diese sollen Fachbegriffe erklären, Fachwissen festigen und eine korrekte Anwendung der Items sicherstellen.
Nutzen Sie auch die Gelegenheit, ENP in der digitalen Anwendung ENP Online auszuprobieren und Pflegepläne anlegen, bearbeiten und drucken zu können, indem Sie sich auf www.enp-online.org registrieren und den Lizenzcode auf der Umschlagseite eingeben. Die Lizenz gilt für einen Einzeluser in der PREMIUM-Variante für ein Jahr. Wir bedanken uns im Rahmen der Entwicklung von ENP 3.3 abermals für das anhaltende und rege Kunden- und Anwenderfeedback, sowie auf Hochschulebene für die Durchführung von Bachelor/-Masterarbeiten zum Thema ENP, die weiterhin zur Güte und inhaltlichen Weiterentwicklung beigetragen haben.
Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg bei der Arbeit mit ENP.

1 Mit Pflegediagnosen arbeiten

Dr. Pia Wieteck, Sebastian Kraus (M. Sc.)

Die Sicherstellung einer nachhaltigen, adäquaten pflegerischen Versorgung und Therapie ist eine Kernaufgabe der Profession „Pflege". In den kommenden Jahren ist mit einer Zunahme an chronisch erkrankten Menschen und vulnerablen Bevölkerungsgruppen (z. B. Menschen mit Demenz, hochaltrige Personen, multimorbide Personen etc.) zu rechnen. Zudem ist von sich verändernden Familienkonstellationen und Lebensstilen sowie einer damit verbundenen Abnahme an familiären Unterstützungssystemen auszugehen. Auch geht mit der Zunahme an evidenzbasiertem, pflegerischem Wissen die Herausforderung einher, diesen aktuellen Wissensstand für die Pflegeausbildung und Pflegepraxis verfügbar zu machen. Ein Theorie-Praxis-Transfer ist vor diesem Hintergrund zwingend, um Pflegefachpersonen das aktuelle Wissen am Ort des Versorgungsgeschehens zur Verfügung zu stellen. Diese Konstellation erfordert ein „Neudenken" der Dienstleistungen und Handlungskonzepte in der Pflege.

Die Aufgabe Pflegender ist es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse über sinnvolle Pflegemaßnahmen in Einklang mit der individuellen Bedürfnislage der zu pflegenden Person zu bringen. Bei der Auswahl von geeigneten Pflegemaßnahmen stehen häufig mehrere Optionen zur Verfügung, zwischen denen die Pflegefachperson entscheiden muss. Dies erfordert zunehmende Kompetenzen im pflegerischen Diagnostizieren sowie die Kenntnis über evidenzbasierte pflegerische Handlungsoptionen. Die nachfolgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Frage, welchen Einfluss eine systematisch umgesetzte pflegerische Diagnostik sowohl auf die pflegerischen Versorgungsprozesse als auch auf Aspekte der Attraktivität und Professionalisierung der Pflegeberufe haben kann. Zudem wird das grundlegende Handwerkszeug vermittelt, um den pflegediagnostischen Prozess in Ausbildung und Praxis umsetzen und anwenden zu können.

1.1 Pflegediagnosen – Fundament der pflegerischen Entscheidungsfindung und Ausgangspunkt im Pflegeprozess

Pflegediagnostik gehört zu den Kernprozessen und -kompetenzen Pflegender. Dabei ist die Realisierung des pflegediagnostischen Prozesses als Grundlage für die Entscheidung über mögliche Pflegeziele und Pflegemaßnahmenangebote ausschlaggebend für die Qualität und das Ergebnis der pflegerischen Versorgung (Doenges, Moorhouse, & Murr, 2013). In den folgenden Abschnitten werden neben einer Begriffsdefinition, einem historischen Überblick und einer Abgrenzung zu medizinischen Diagnosen besonders der Nutzen des systematischen pflegerischen Diagnostizierens sowie die hierzu notwendigen Voraussetzungen herausgearbeitet.

Mit der Darstellung des Pflegeprozesses wird versucht, die pflegerische Arbeit als einen systematischen Handlungsablauf zu verdeutlichen. Dabei werden einzelne Schritte beschrieben, die zur Problemlösung und Zielerreichung führen. Durch die Systematisierung der Pflege werden Leistungen transparent, nachvollziehbar und vor allem überprüfbar. Dies stellt eine Grundvoraussetzung zur Überprüfung der Wirkung pflegerischen Handelns dar. Zentrales Anliegen bei der Realisierung des Pflegeprozessmodells „ist die Sicherung der Kontinuität einer individuellen, patientenorientierten Pflege" (Pröbstl & Glaser, 1997, S. 264). Innerhalb des Pflegeprozessmodells (Abb. 1) werden neben den einzelnen Prozessschritten auch die Pflegediagnose, Instrumente / Verfahren zur Informationssammlung und die Evaluation eingeschlossen.

Pflegende können den Pflegeprozess mithilfe der Pflegeanamnese, des Pflegeberichts sowie insbesondere der Pflegeplanung schriftlich nachvollziehen. Im Pflegeplan werden die einzelnen Phasen des Pflegeprozesses schriftlich abgebildet – der Pflegeplan kann daher auch als „verschriftlichte" Abbildung des Pflegeprozesses bezeichnet werden.

Im deutschsprachigen Raum hat sich sowohl in der Lehre als auch in der Praxis das Modell nach Fiechter & Meier (1998) durchgesetzt, das den Pflegeprozess in sechs Schritte einteilt: Informationen über die zu pflegende Person sammeln, Pflegediagnosen / Pflegeprobleme und Ressourcen erkennen, Pflegeziele vereinbaren, Pflegemaßnahmen planen, Pflegemaßnahmen durchführen sowie die Wirkung der pflegerischen Leistungen evaluieren. Diese sechs Schritte des Pflegeprozesses werden in Form eines Regelkreises dargestellt. Es ist sinnvoll, sich den Regelkreis als Spirale vorzustellen: Immer, wenn sich neue Informationen oder Veränderungen im Pflegeprozess ergeben, werden neue Pflegeprobleme bzw. Pflegeziele formuliert und Maßnahmen geplant. Im Vergleich mit anderen, zum Teil aus weniger Schritten bestehenden, Pflegeprozessmodellen stellen Pröbstl und Glaser (1997) mehr Übereinstimmungen als Gegensätze fest, weswegen an dieser Stelle auf eine detailliertere Vorstellung anderer Modelle verzichtet wird.

Der Pflegeprozess beschreibt lediglich das systematische, logische Vorgehen der Pflegenden zur Problemlösung bzw. Zielerreichung und stellt keinen Garanten für die Qualität der zu leistenden Pflege dar. Es ist davon auszugehen, dass diese von zahlreichen zusätzlichen Parametern beeinflusst wird (Krohwinkel, 1993a). Dies erklärt auch die unterschiedlichen Ansichten über den Nutzen bzw. die Wirkung des Einsatzes des Pflegeprozessmodells und der Pflegeplanung auf die Qualität der Pflege. Vielmehr wird die Qualität der geleisteten Pflege im pflegediagnostischen Prozess, dem Pflegebeziehungsprozess, durch die pflegerischen Interventionen sowie im vorangegangenen Problemlösungs- und Entscheidungsprozess bestimmt. Von verschiedenen Autoren wird gefordert, die Anwendung des Pflegeprozesses mit einem oder mehreren Pflegemodellen zu verknüpfen (Just, 2000; Krohwinkel, 1993b; Mischo-Kelling & Zeidler, 1989; Roper, Logan, & Tierney, 2002).

Die Verbindung des Pflegeprozesses mit Pflegemodellen und -theorien entwickelt das Pflegeverständnis der Pflegenden weiter und trägt zur Förderung von Schlüsselqualifikationen bei. Den Pflegediagnosen kann im Pflegeprozess eine zentrale Bedeutung zugewiesen werden, sie dienen als zentrale Grundlage für alle weiteren Schritte. Im Laufe der Zeit wurden zahlreiche Definitionen einer Pflegediagnose veröffentlicht. Die Definition der Pflegediagnosen, siehe Infobox, stellt exemplarisch den Inhalt dar, der allen Veröffentlichungen gemeinsam zugrunde gelegt werden kann (vgl. Rappold & Aistleithner, 2017; Wieteck, 2014):

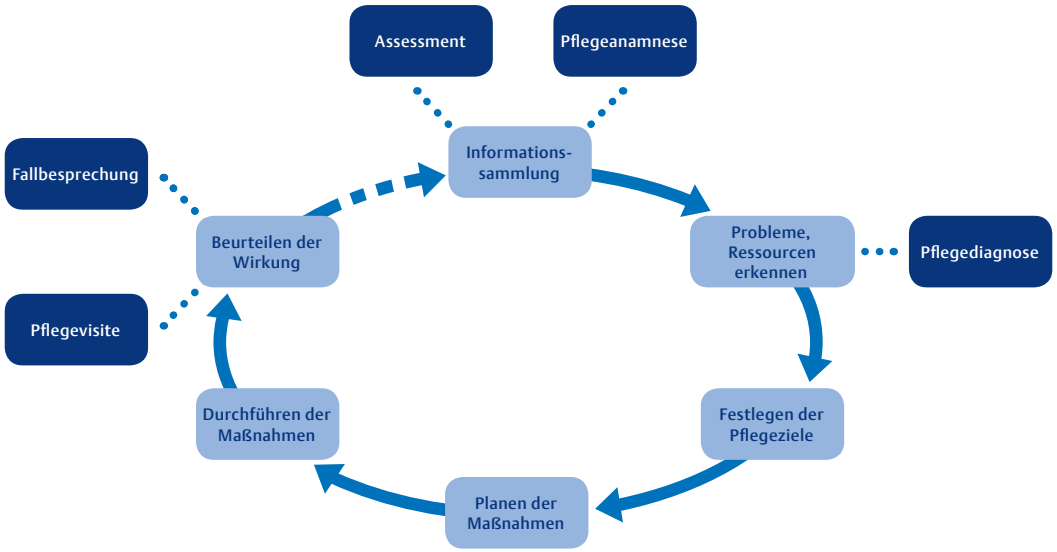


Abb. 1 Schritte des 6-stufigen Pflegeprozesses nach Fiechter & Meier (Quelle: eigene Darstellung)

[ ] Definition

Pflegediagnosen stellen eine systematische pflegerische Beurteilung der Reaktionen (Human Responses) einer zu pflegenden Person auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme und/oder Lebensprozesse dar und sind pflegerisches Ergebnis eines Beurteilungsprozesses, der auf unterschiedlichen Informationen und Äußerungen der zu pflegenden Person basiert. Die pflegerische Schlussfolgerung wird auf der Grundlage verschiedener Informationen aus Gesprächen, Ergebnissen von Untersuchungen sowie Assessmentinstrumenten unter Berücksichtigung von Ressourcen, Resilienz-Fähigkeiten, biografischen Hintergründen und persönlichen Vorstellungen über Lebensqualitätsdimensionen der zu pflegenden Person gebildet und in Form einer/mehrerer Pflegediagnose(n) im Pflegeplan formuliert. Die für bzw. mit dem/der Pflegeempfänger(in) formulierte Pflegediagnose ist der Ausgangspunkt für eine möglichst evidenzbasierte, oder zumindest „Best Practice"-basierte Entscheidung über die geeignete Pflegemaßnahme. Pflegediagnosen sind somit Bestandteil des Pflegeprozesses. Damit stellt die Pflegediagnostik eine der Kernkompetenzen jeder professionell pflegenden Person dar. Die pflegerische Zielsetzung ist dabei auf die Verbesserung, Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, Linderung von Symptomen sowie auf die Förderung der Lebensqualität, Gesundheitsförderung, Prävention und Patientenedukation gerichtet.

M Merke

Pflegediagnosen sind Ausgangslage für die pflegerische Zielsetzung und Entscheidungsfindung über geeignete Pflegemaßnahmen. Deshalb sind die adäquate Realisierung und eine hohe Genauigkeit des pflegediagnostischen Prozesses maßgeblich entscheidend für das pflegerische Outcome. Der auf der Pflegediagnostik aufbauende Entscheidungsfindungsprozess wiederum ist maßgeblich für die Qualität der Pflege (Lee, Chan & Phillips, 2006).

1.2 Ein historischer Abriss über Pflegediagnosen

Die Diskussion über Pflegediagnosen und den pflegediagnostischen Prozess ist bereits mehrere Jahrzehnte alt. Vera Fry (1953) hat den Begriff „Pflegediagnose" erstmals als einen kreativen Prozess definiert und die Entwicklung eines individuellen Pflegeplans als Hauptaufgabe der Pflegenden beschrieben. Virginia Henderson (1982) verwendete den Begriff Pflegeplanung und Pflegeprozess (Nursing Care Plan und Nursing Process) ebenfalls in den 50er Jahren erstmals. In dem 1967 veröffentlichten Buch „The nursing process: assessing, planning, implementing, evaluating" wurde das damals vierstufige Pflegeprozessmodell erstmals ausführlich beschrieben (Yura & Walsh, 1967). Im Verlauf der Jahre wurde der Pflegeprozess zu einem fünf- bzw. sechsstufigen Modell weiterentwickelt. Hintergrund dieser Entwicklung war die Feststellung, dass Pflegende im Rahmen der Informationssammlung zwar Zustände der zu pflegenden Personen und Pflegeprobleme beschreiben, dies als Grundlage für die Planung eines adäquaten pflegerischen Handelns in der Regel aber nicht ausreicht. Eine explizite systematische

2 European Nursing care Pathways (ENP)

Dr. Pia Wieteck, Sebastian Kraus (M. Sc.), Stephanie Hausherr (B. Sc.)

2.1 Was ist ENP?

European Nursing care Pathways (ENP) ist eine standardisierte Pflegefachsprache, die Pflegende bei der Pflegeplanung und Dokumentation unterstützt. Sie umfasst alle Elemente des Pflegeprozesses (Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen [= Pflegemaßnahmen]), die für eine nachvollziehbare Pflegedokumentation erforderlich sind. Durch Auswahl der für die zu pflegende Person relevanten Sprachbausteine wird der individuelle pflegerische Behandlungspfad (= care pathway) generiert. Die Pflegefachsprache ist im Sinne einer Pflegeklassifikation sortiert und geordnet. Damit wird das Auffinden von Pflegediagnosen, -zielen und -maßnahmen erleichtert.

2.1.1 ENP – eine Pflegefachsprache

Unter dem Begriff Fachsprache wird eine „Sprache, die sich vor allem durch Fachausdrücke von der Gemeinsprache unterscheidet" verstanden (Dudenredaktion, o.J.).

Die Verwendung einer Pflegefachsprache erscheint für viele Berufsangehörige bislang noch ungewohnt, auch wenn sie fraglos akzeptieren, dass andere Fachgebiete wie beispielsweise die Medizin, Psychologie oder Rechtswissenschaften sich im Rahmen ihrer Arbeit einer eigenen Fachsprache bedienen. Dies mag unter anderem daran liegen, dass die Pflegewissenschaft im Vergleich zu anderen Fachgebieten nach wie vor als „junge Wissenschaft" bezeichnet werden muss, die Entwicklungsschritte durchläuft, die andere Fachgebiete teilweise bereits abgeschlossen haben. So haben sich beispielsweise in den oben angeführten Fachgebieten Fachsprachen fest etabliert, wohingegen sich in der Pflege bislang weder Einheitlichkeit noch durchgehender Gebrauch einer Fachsprache durchgesetzt haben.

Zudem umfasst das pflegerische Handlungsfeld die Unterstützung der zu pflegenden Personen bei alltäglichen Tätigkeiten, weshalb pflegerische Begriffe auch teilweise alltagssprachlichen Ausdrücken verwandt oder entlehnt sind. So können Begriffe wie „Körperwaschung", „Ausscheidung" oder „Unterstützung beim Essen" zweifellos auch von berufsfremden Personen verstanden werden. Die Inhalte der Begriffe gehen im Bereich der Pflege jedoch über das Alltagsverständnis hinaus.

So differenzieren Pflegende beispielsweise unterschiedliche Formen der Körperwaschung wie „stimulierende Körperwaschung" oder „beruhigende Körperwaschung" oder verbinden dies mit bestimmten Konzepten, wie bei der „basalen Stimulation" oder der „Bobath-Wäsche". Auch der Kontext der Pflege, der sich aus Hilfsbedürftigkeit und/oder Krankheit der betroffenen Person ergibt, erfordert einen für das Berufsfeld der Pflege spezifischen Blick auf die Dinge sowie ein spezielles Hintergrundwissen.

Beispielsweise verbinden Berufsangehörige mit dem Begriff „Ausscheidung" neben den eigentlichen physiologischen Prozessen auch unterschiedliche pathologische Veränderungen (z. B. Störungen der Urinproduktion wie eine Anurie oder Polyurie), behandlungsbedingte Veränderungen (z. B. das Vorhandensein eines Anus Praeter), spezielle Interventionen (z. B. Einläufe, Katheterisieren), Hilfsmittel (z. B. Katheter, Darmrohr, Urinalkondom) sowie mögliche Risiken (z. B. Dermatitis bei der Verwendung von Inkontinenzhosen, Dehydratation bei Durchfällen).

Es wird deutlich, dass die inhaltliche Bedeutung von Begriffen im Rahmen der Pflege über die alltagssprachliche Verwendung hinausgeht und sich speziell auf den Fachbereich der Pflege bezieht. Darüber hinaus verwenden Pflegende aber auch Begriffe (wie „Herzbettlagerung", „Bolusapplikation", „Snoezelen") und Abkürzungen (wie z. B. PEG, DK, SBK, ZVD, AVK), die speziell in der Pflegepraxis verwendet und verstanden werden, wenngleich die einzelnen Abkürzungen in der pflegerischen Praxis je nach Fachbereich auch unterschiedlich verwendet werden (z. B. HWI für Harnwegsinfekt oder Hinterwandinfarkt).

Ob alltagssprachlich entlehnt oder als Fachterminus formuliert – Fachbegriffe repräsentieren immer eine Ansammlung von speziellem Fachwissen. Beispielsweise setzt die Verwendung der Begriffe „Toilettentraining" oder „Blasentraining" ein detailliertes Wissen darüber voraus, welches Bündel an Interventionen sich dahinter verbirgt, zu welchem Zweck dies durchgeführt wird und bei welchen pflegebedürftigen Personen die Durchführung sinnvoll ist. Als wichtig stellt sich in diesem Zusammenhang zudem die einheitliche Verwendung von Begriffen dar (Carpenito, 1993; Etzel, 2000; Huneke, 2000; Van Maanen, 2002).

Eine Fachsprache, die Begriffe zum einheitlichen Sprachgebrauch vorgibt, kann auch als „standardisierte Fachsprache" bezeichnet werden. Denn nur, wenn alle Pflegenden einheitliche (= standardisierte) Begriffe verwenden und die gleichen Inhalte mit diesen Begriffen verbinden, ist eine eindeutige und unmissverständliche Kommunikation möglich.

Dieser Aspekt erhält besondere Bedeutung, wenn man bedenkt, dass sich die Verwendung von pflegerischen Begriffen derzeit nicht nur regional, sondern in bestimmten Fällen sogar von Einrichtung zu Einrichtung unterscheidet. Auch in der Definition von van Maanen (2002, S. 201) wird der Aspekt der Standardisierung der Pflegefachsprache hervorgehoben: Unter einer Pflegefachsprache versteht man „die Definition von disziplinspezifischen Pflegekonzepten in einer eindeutigen, kulturell angemessenen beruflichen Sprache […], die durch Konsens von Pflegeexpert(inn)en festgelegt, überprüft und innerhalb der Disziplin akzeptiert und praktiziert" wird.

Werden nun die Begriffe der standardisierten Sprache nach einem systematischen Schema sortiert, spricht man von einer Klassifikation. Dabei sind die Begriffe der Klassifikation nach ihrer inhaltlichen Bedeutung in Gruppen (bzw. Klassen) eingeteilt und auf eine definierte Art und Weise sortiert. So kann die Sortierung hierarchisch (d. h. durch Über- und Unterordnung) oder nebengeordnet sein.

Auch die Art der Beziehungen zwischen den Elementen der Klassifikation ist eindeutig und allgemeingültig definiert (Gaus, 2005; van der Bruggen, 2002). ENP-Pflegediagnosen sind hierarchisch nach Domänen, Klassen und Kategorien geordnet. So ist z. B. die Pflegediagnose „Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen" der Kategorie „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung" zugeordnet.

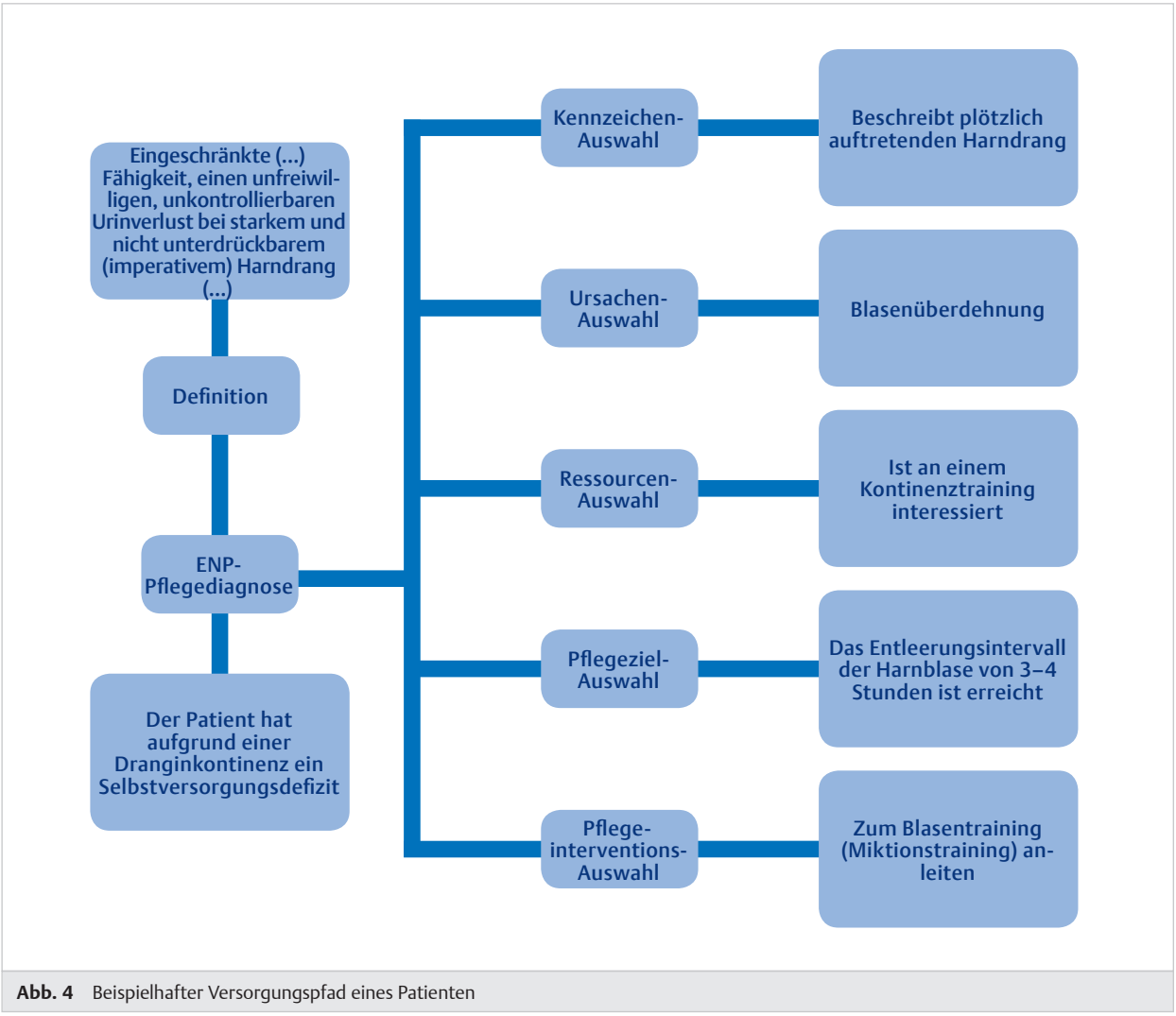


Abb. 4 Beispielhafter Versorgungspfad eines Patienten

Die Kategorie „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung" ist der Klasse „Körperpflege / Kleiden" zugeordnet und diese wiederum der Domäne Pflegediagnosen im „funktionellen / physiologischen Bereich". Ein Vorteil der Systematisierung einer Pflegefachsprache zu einer Klassifikation besteht in der Verbesserung der Übersichtlichkeit. Mithilfe der Einteilung in Gruppen können sich Anwender(innen) schneller einen Überblick über verschiedene Pflegediagnosen, -ziele, und -maßnahmen verschaffen, die sie zur Pflegeprozessplanung benötigen.

Denn auch im Alltag wenden wir tagtäglich ähnliche Verfahren an, um unsere Umwelt zu interpretieren und schneller auf sie reagieren zu können. Zudem stellt die Klassifikation einer Pflegefachsprache eine wichtige Voraussetzung zur systematischen Datenanalyse dar. Dies ist beispielsweise relevant, wenn die mithilfe einer Software erfassten Pflegeprozessplanungen ausgewertet werden sollen. Denn eine standardisierte Sprache kann als Buchveröffentlichung oder als Datenbank zur Nutzung in einer Software zur Verfügung stehen.

2.1.2 ENP als Hilfestellung bei der Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses

Da ENP zum Ziel hat, die Planung und Dokumentation innerhalb des Pflegeprozesses zu unterstützen, muss die standardisierte Fachsprache auch Begriffe für alle Planungsschritte des Pflegeprozesses enthalten. Daher sind in ENP Pflegediagnosen, Ziele und Interventionen aufgeführt, die das Berufsfeld der Pflege widerspiegeln. Inhaltlich unterscheiden sich die Begriffe: „Pflegediagnose" und „Pflegeproblem", weshalb im folgenden Abschnitt erst der Begriff der „Pflegediagnose" geklärt wird, bevor auf die Aspekte der Unterstützung bei der Planung eingegangen wird.

„Pflegediagnosen beschreiben in Verbindung mit medizinischen Diagnosen den Kern der meisten pflegerischen Handlungen" (Gordon, 1994, S. 57) und bestehen jeweils aus drei essentiellen Elementen, „die auch als PÄS-Schema bezeichnet werden. Diese drei Komponenten sind: Gesundheitliches Problem (P), Ätiologische bzw. damit verbundene Faktoren (Ä) [und] Definierende Merkmale oder Cluster von Zeichen und Symptomen (S)" (Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. 38f.). Anders ausgedrückt beschreibt eine Pflegediagnose ein Problem der betroffenen Person, das durch Pflegende

3 Mit ENP-Praxisleitlinien arbeiten

Folgender Abschnitt erläutert, wie Sie mit den ENP-Praxisleitlinien arbeiten, um Ihnen den Umgang mit ENP in diesem Buch oder auch der Webapplikation ENP Online zu erleichtern. Eine ENP-Praxisleitlinie setzt sich neben der pflegediagnostischen Aussage (Pflegediagnose, Kennzeichen, Ursachen, Ressourcen) aus fachlich-inhaltlich zugehörigen Pflegezielen und Pflegemaßnahmen zusammen. Sie erinnern sich: ENP-Pflegediagnosen sind hierarchisch in Domänen, Klassen und Kategorien geordnet. Die Ebene der Kategorien beinhaltet die Pflegeprobleme, z. B. „Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung". Darunter sind alle ENP-Pflegediagnosen geordnet, die dieses Pflegeproblem umfassen. Durch die Präkombination von Kennzeichen oder Ursachen mit dem Pflegeproblem der Kategorie ist bereits eine spezifische Pflegediagnose entstanden, die weiter auf die individuelle Situation der zu pflegenden Person hin konkretisiert werden sollte.

So können Sie z. B. „Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen" um spezifische Kennzeichen, wie z. B. „Gleichgewichtsstörung beim Sitzen", „Kann stehen, sich aber nicht gleichzeitig waschen/kleiden", und Ursachen, wie z. B. „Apoplektischer Insult", ergänzen. Ziel dieser Ergänzungen ist es, zu einer individuellen Beschreibung des Zustandes des pflegebedürftigen Menschen zu kommen und die Pflegediagnose im Sinne des PES-Ansatzes zu vervollständigen. In der Pflegepraxis findet vor der Stellung einer Pflegediagnose explizit oder implizit immer eine Sammlung von pflegerelevanten Informationen statt. Der Schritt, aus diesen Informationen auf das pflegerische Problem zu schließen und eine Pflegediagnose auszuwählen, bedarf klinischer Expertise.

Sie können dieses Buch so nutzen, dass Sie nach der Informationssammlung für Ihre(n) Pflegeempfänger(in) passende Pflegediagnosen auswählen. Dabei prüfen Sie, ob Ihre beobachteten Kennzeichen sich in den ENP-Kennzeichen wiederfinden, diese auswählen und somit die Pflegediagnose bestätigen, oder ob eher eine weitere Pflegediagnose der gleichen Kategorie zutreffender ist. Dabei ist zu beachten, dass sich die Kennzeichen auf die beiden Dimensionen „pflegerisches Problem", z. B. Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung, sowie auf die „präkombinierte Ursache", z. B. Hemiplegie, beziehen können. Nur selten treffen alle zu einer ENP-Pflegediagnose angebotenen Kennzeichen auf die vorliegende individuelle Situation zu.

Als Nächstes geben Sie die Ursachen an, sofern diese bekannt sind. Ebenso können Ressourcen in ENP ausgewählt werden. Falls in Ihrer Fallsituation Ressourcen vorhanden sind, die nicht in ENP aufgeführt sind, sollten Sie diese entweder in die Freitexteingabe in Ihrer Software eintragen oder im Pflegeplan zusätzlich niederschreiben.

In ENP sind sowohl Pflegediagnosen formuliert, die sich auf aktuell gegebene Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse beziehen, als auch solche, die potenzielle Gesundheitsprobleme bzw. Lebensprozesse (Risiken) in den Fokus rücken. Zum Umgang mit Kennzeichen und Ursachen bei diesen zwei Arten von Pflegediagnosen finden Sie in Kapitel 3.2 eine kurze Erläuterung.

3.1 Ein Hinweis zum Umfang der ENP-Inhalte in diesem Buch

ENP ist neben den Zwecken der Anwendung und der Wissensvermittlung in die Pflegepraxis auch als Pflegeklassifikationssystem zur Einbindung in digitale Akten (electronic health record, EHR) entwickelt worden. Für diesen Anwendungsbereich sind weiterführende Informationen, Strukturen und Elemente bedeutend, die für Aus- und Weiterbildung oder Wissensvermittlung nur in Ausnahmefällen relevant sind und darüber hinaus im Rahmen einer Buchveröffentlichung nicht repräsentativ und zielführend dargestellt werden können. Beispiele hierfür sind etwa die Aufforderung, zu einzelnen Pflegemaßnahmen einen Zeitwert anzugeben oder die konkrete Angabe, welche Person bzw. Profession in einem multidisziplinären Team eine konkrete (Pflege-) Leistung erbracht hat. Auch sind Eingabemöglichkeiten für sonstige Pflegemaßnahmen, die (noch) nicht in ENP formuliert sind, im Rahmen der vorliegenden Buchpublikation nur wenig hilfreich und würden die Handhabbarkeit erschweren. Vor diesem Hintergrund werden folgende Items der ENP-Praxisleitlinien auf Ebene der Pflegeinterventionen nicht mit aufgeführt:

- Angabe der Zeitdauer einer bestimmten Pflegeintervention (im Rahmen der digitalen Nutzung von ENP können beispielsweise bei allen Gesprächs- und Beratungsmaßnahmen individuelle Zeitwerte für die jeweilige Leistung kodiert werden)
- „Sonstige" Pflegemaßnahmen (eine Eingabemöglichkeit, um fallbezogen individuelle Pflegemaßnahmen zu einer ENP-Praxisleitlinie zu ergänzen)
- Angabe der eine Intervention durchführenden Person (diese Angabe ist im Kontext der Pflegeprozessdokumentation bedeutend, wenn z. B. die Daten für das Pflegecontrolling genutzt werden sollen, es handelt sich um Maßnahmen, die im multidisziplinären Team durchgeführt werden können.)
- Angabe des zu leistenden Unterstützungsgrades für die Durchführung bestimmter Pflegeinterventionen (im digitalen Kontext stehen u. a. allgemeine Spezifizierungsmöglichkeiten wie beispielsweise „Beaufsichtigen", „Durch Unterstützung anleiten", „Teilweise übernehmen", „Vollständig übernehmen", „Aktivieren/Anleiten" zur Verfügung)
- Die fünfstufige Skalierung einer Vielzahl von Pflegezielen (vollständig erreicht ... nicht erreicht), da diese im Wesentlichen der Evaluation der pflegerischen Versorgung dient und folglich ausschließlich im Rahmen einer digitalen Akte zum Tragen kommt.

Ebenfalls aus Gründen der Praktikabilität und Handhabbarkeit nicht mit in diesem Buch abgedruckt sind die Referenzen zur jeweiligen Fachliteratur, die bei der inhaltlichen Bearbeitung oder Neuentwicklung von ENP-Praxisleitlinien herangezogen wird, um die Weiterentwicklungsaktivitäten wissenschaftlicher Arbeiten abzusichern. Die Zahl an Literaturangaben, die ENP zugrunde liegt, beträgt vor dem Hintergrund der zunehmenden Evidenzbasierung mittlerweile annähernd 7.000. Die Literaturverweise sind online als PDF-Datei unter www.recom.eu/literatur-enp einsehbar.

3.2 Risikodiagnosen vs. Pflegediagnosen zu aktuellen Gesundheitsproblemen / Lebensprozessen

Bei Pflegediagnosen mit Bezug auf aktuelle Gesundheitsprobleme / Lebensprozesse können sich die Kennzeichen sowohl auf das pflegerische Problem als auch die Spezifikation in der Pflegediagnose beziehen. Hierzu ein Beispiel:

▸**Pflegediagnose.** Der / die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten
Kennzeichen: Unfähigkeit, die Körperpflege selbstständig und strukturiert durchzuführen
Ursache: Morbus Alzheimer

Auch bei Pflegediagnosen, die sich auf noch nicht gegebene, jedoch potenziell mögliche Gesundheitsrisiken beziehen (auch „Risikodiagnosen" genannt), werden in ENP häufig bereits Kennzeichen angegeben, obwohl die zu pflegende Person „nur" ein Risiko für das Pflegeproblem hat. Man könnte vermuten, dass keine Kennzeichen formuliert werden können, da das Pflegeproblem noch gar nicht aktuell vorliegt.

B Beispiel

Der/die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer trockenen Haut ein Risiko der Hautschädigung

Das Risiko der Hautschädigung als potentielles Pflegeproblem ist nicht sichtbar, folgerichtig können hierzu keine Kennzeichen formuliert werden. In der ENP-Pflegediagnose wurde das Risiko der Hautschädigung bereits präkombiniert mit der Ursache „aufgrund einer trockenen Haut". Hierzu jedoch können Kennzeichen angegeben werden, z. B. „Schuppende Haut" und „Haut fühlt sich rau an".

Ursache: „Altersbedingte Veränderung der Haut". Liegen diese Kennzeichen vor, spricht das dafür, dass das potentielle Pflegeproblem „Risiko der Hautschädigung" vorliegt

Bei den Risikodiagnosen in ENP sind die Kennzeichen folglich ausschließlich auf die Spezifikation, z. B. ein Symptom, bezogen. Ein Beispiel zur Erklärung: Bei der Pflegediagnose „Der / die Pflegeempfänger(in) hat aufgrund einer Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge) das Risiko einer Atelektase / Pneumonie".
Die Kennzeichen der ENP-Pflegediagnose beziehen sich auf die „Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge)", die z. B. durch die Kennzeichen „Vermeidet es, tief Luft zu holen", „Schonhaltung im Oberkörperbereich", „Oberflächliche Bauchatmung" usw. gekennzeichnet ist.
Die zusätzlich erfassten Ursachen „Rippenprellung, Immobilität" usw. sind Krankheitsbegriffe oder Zustände, die für sich genommen keine alleinige Ursachenformulierung für das Pflegeproblem „Risiko einer Atelektase / Pneumonie" sind. Die Ursache „Rippenprellung" ist in diesem Beispiel eine Ursache in zweiter Instanz, also die Begründung für die eigentliche pflegerisch relevante Ursache im Titel, nämlich die „Dystelektase (Minderbelüftung der Lunge)".
Im nächsten Schritt werden für beide Arten von Pflegediagnosen die Ressourcen der zu pflegenden Person dokumentiert. Die Auswahl in ENP bietet hierfür standardisierte Vorschläge. Gerade bei den Ressourcen, deren Ausprägung von Mensch zu Mensch sehr individuell ausfallen kann, ist eine Standardisierung jedoch besonders schwer. Eine Vollständigkeit der Ressourcenangebote wird und kann vom ENP-Entwicklerteam daher nicht angestrebt werden. Es ist folglich oftmals notwendig, hier eine freitextliche Ergänzung zu verfassen. Sie sollten bei der Auswahl der Ressourcen auf eine Abstimmung mit den Pflegemaßnahmen achten, da neben den pflegerischen Zielsetzungen die verfügbaren Ressourcen maßgeblich die Maßnahmenauswahl beeinflussen können.
Die Zielauswahl stellt den nächsten Schritt dar. So können Sie z. B. zur Pflegediagnose „Der / die Pflegeempfänger(in) kann aufgrund von Desorientierung die Körperwaschung nicht selbstständig gestalten" als pflegerisches Ziel „Kann den Oberkörper selbstständig waschen und abtrocknen" gemeinsam mit dem Patienten vereinbaren. An dieser Stelle ist es sinnvoll, das Ziel z. B. durch eine Datumsangabe oder andere Angaben zu ergänzen. Die Ziele sind als positive Aussagen und möglichst konkret formuliert. Sie können zu einer Pflegediagnose mehrere Ziele auswählen. Bedenken Sie jedoch, dass die ausgewählten Ziele mit der nachfolgend bestimmten Maßnahme korrespondieren sollten. Es ist durchaus möglich, dass ein Ziel zu mehreren Interventionen aus einer ENP-Praxisleitlinie passt.
Nach der nun folgenden Auswahl einer geeigneten Maßnahme könnte das nächste Ziel und anschließend wieder eine hierzu passende Intervention ausgewählt werden. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass Interventionen und Ziele miteinander harmonieren. Die Pflegeziele können darüber hinaus zur Evaluation der Pflegeplanung genutzt werden, hierzu wird die Zielerreichung der pflegebedürftigen Person auf einer fünfstufigen Skalierung eingeschätzt. Die Evaluationszeiträume orientieren sich an den Vorgaben der Einrichtung und sind abhängig von den individuellen Gegebenheiten der pflegerischen Versorgungssituation.
Bei der Interventionsauswahl finden Sie zweierlei Ebenen vor. Auf der ersten Ebene wird in ENP die eigentliche Pflegeintervention angeboten, auf der zweiten Ebene die zugehörigen und zur Durchführung notwendigen Detailinformationen. Die ENP-Pflegeintervention ist das pflegerische Interventionskonzept, z. B. „Ganzkörperwaschung individuell durchführen". Die Detailinformationen dienen der Formulierung einer handlungsleitenden Maßnahme. Grundsätzlich ist zwischen Maßnahmen zu unterscheiden, die eher informativen Charakter haben, wie z. B. „Heißes Duschen vermeiden", und Maßnahmen, die eine konkrete Maßnahmen- und Durchführungsplanung darstellen, wie zum Beispiel „Aktivierende, therapeutische Körperwaschung nach dem Bobath-Konzept durchführen; Im stabilen Sitz im Bett, Haltungskontrolle durchführen".
Maßnahmen mit primär informativem Charakter sind zum einen nutzbar, um bei einer bestimmten Pflegediagnose über relevante Vorgehensweisen zu informieren, zum anderen können diese durchaus in die Pflegeplanung aufgenommen werden, wenn es pflegefachlich von Bedeutung ist, dass die Pflegenden diesen

Hinweis beachten. Zusätzlich ist darauf zu achten, dass bestimmte Interventionsangaben individuell ergänzt werden müssen, wie zum Beispiel die Beschreibung des Waschrituals bei der Intervention „Ganzkörperwaschung nach dem individuell vereinbarten Waschritual durchführen“. Insbesondere bei Maßnahmen, die ohne handlungsleitende Detailinformationen bereitgestellt werden, ist eine weitere Konkretisierung notwendig. Auch kann es je nach gegebener Pflegesituation punktuell erforderlich und angemessen sein, eine individuelle Pflegemaßnahme über das Angebot von ENP hinaus freitextlich zu formulieren.

Zusatzinfo

Wichtig zu wissen

ENP wurde zur Pflegeprozessdokumentation konzipiert. Das bedeutet u. a., dass die angebotenen Interventionskonzepte knapp und prägnant beschrieben sind. Die Art und Weise, wie eine Intervention, z. B. eine aktivierende, therapeutische Körperwaschung nach dem Bobath-Konzept, durchgeführt wird, welche Vor-/Nachbereitung und Beobachtung im Zusammenhang durchzuführen sind, wird in ENP nicht beschrieben. Da ENP zunehmend auch internationale Interventionskonzepte berücksichtigt, können in ENP durchaus Pflegemaßnahmen vorgeschlagen werden, die im deutschsprachigen Kulturkreis noch verhältnismäßig unbekannt sind. Solche Pflegeinterventionen werden in ENP immer dann aufgenommen, wenn aufgrund der aktuellen Studienlage die Interventionskonzepte für die jeweilige Pflegediagnose pflegefachlich relevant und gesichert erscheinen.

3.3 Arbeiten mit ENP Online

Sicher bedarf es ein wenig der Übung, bevor die Erstellung einer Pflegeplanung mit ENP zur Routine geworden ist. Neben der gedruckten Fassung in Form des vorliegenden Buches ist ENP unter anderem vor diesem Hintergrund auch in einer speziell für die Pflegeausbildung und die Praxisanleitung, aber auch für die Pflegepraxis konzipierten webbasierten Form verfügbar: „ENP Online“[12].

ENP Online (zu erreichen unter www.enp-online.org) als Werkzeug zum Kennenlernen von ENP sowie zur Übung des Erstellens von Pflegeplanungen mit ENP steht in zwei Varianten zur Verfügung. Einerseits in einer kostenfreien Version, in welcher der gesamte ENP-Katalog sowie das zu jeder ENP-Praxisleitlinie zugehörige Literaturverzeichnis ohne zeitliche Begrenzung in der jeweils aktuellen Fassung studiert werden kann. Die Suche nach Pflegediagnosen kann dabei über die hierarchische Baumstruktur von ENP erfolgen, oder aber über eine stichwortbasierte Suchfunktion. In dieser Basisversion besteht jedoch keine Möglichkeit, Pflegepläne anzulegen oder abzuspeichern, die kostenfreie Variante ist als eine Art „Viewer“ oder Nachschlagekatalog zu betrachten. Andererseits gibt es eine mittels kostenpflichtigem Lizenzschlüssel freizuschaltende Premium-Variante von ENP Online. Diese erlaubt neben der Anlage von Pflegeplänen mit ENP auch deren Speicherung sowie den Export und Import zu bzw. auf ein anderes Endgerät. So können bereits begonnene Pflegepläne mit einem anderen Gerät weiterbearbeitet werden. Auch das Ausdrucken der Pflegepläne oder das Abspeichern als PDF- oder wahlweise HTML-Datei gehören zum Funktionsumfang der Premium-Version von ENP Online.

Nutzen Sie den auf der linken Umschlagseite aufgedruckten Lizenzcode, um alle Vorteile der PREMIUM-Variante für ein Jahr in der Einzeluserlizenz nutzen zu können.

Als rein webbasierte Anwendung erfordert die Nutzung von ENP Online lediglich eine aktive Internetverbindung sowie einen aktuellen Webbrowser. Darüber hinaus ist ENP Online auf jedem beliebigem Endgerät (z. B. Computer, Notebook, Smartphone, Tablet …) und jedem beliebigen Betriebssystem (z. B. Microsoft Windows, Mac OS, Android, iOS …) verwendbar und stellt keinerlei weitere Anforderungen an die gegebene Hardware- oder Softwareumgebung, sodass technische Hürden weitgehend ausgeschlossen sind. Die Darstellung der Nutzeroberfläche passt sich bei mobilen Endgeräten automatisch an.
Für die Nutzung von ENP Online gleich ob in der Basis- oder der Premiumversion ist die Registrierung eines Benutzerkontos erforderlich, da es sich bei ENP Online um urheberrechtlich geschützte Inhalte handelt. Die Anlage eines Benutzerkontos erfordert lediglich die Angabe des Vor- und Nachnamens sowie einer gültigen E-Mail-Adresse.
Der Schutz aller für die Nutzung notwendigen Daten sowie die strikte Einhaltung aller Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind zentrale Anliegen bei der Bereitstellung und Weiterentwicklung von ENP Online. Sämtliche Daten werden zu keinem Zeitpunkt an Dritte weitergegeben, auch nicht zu Werbezwecken. Auch werden wo immer möglich alle Daten lokal auf Ihrem Endgerät und nicht auf den Servern von ENP Online gespeichert, etwa:

- Anwendungseinstellungen
- Mit der Premium-Version von ENP Online gespeicherte Pflegepläne. Diese werden ausschließlich beim Erstellen einer PDF-Datei an uns gesendet und lediglich für den Bearbeitungsprozess temporär genutzt, jedoch niemals auf dem ENP Online-Server gespeichert.[13]
- Informationen über verworfene Benachrichtigungen
- Die Genehmigung, Cookies speichern zu lassen.

Zu den, um die Funktion von ENP Online ermöglichen zu können, notwendigerweise auf den Servern von ENP Online gespeicherten Daten gehören unter anderem die E-Mail-Adresse, der volle Name, die gewünschte Anrede und das verschlüsselt hinterlegte Passwort.

[12] Darüber hinaus ist ENP selbstverständlich auch als Datenbank in Softwarelösungen wie RECOM-GRIPS, aber auch in zahlreichen Software-Produkten verschiedener Anbieter aus den Bereichen Krankenhausinformationssysteme, Systeme für die Altenpflege wie auch Systeme für ambulante Pflegedienste verfügbar. Darüber hinaus ist die ENP-Datenbank in derzeit vier Sprachen erhältlich. Bei Interesse an weiteren Informationen sprechen Sie uns an oder senden Sie uns eine E-Mail an info@recom.eu

[13] Dieser Schutz ggf. sensibler, personenbezogener Daten hat zur Konsequenz, dass mit einem bestimmten Gerät erstellte Pflegepläne auf einem anderen Rechner/Endgerät nicht aufgerufen werden können. Um gespeicherte Pflegepläne auf ein anderes Gerät zu übertragen, müssen diese als Datei exportiert und auf dem neuen Endgerät importiert werden.

ENP Online ermöglicht maximale Flexibilität in Sachen Unterrichtsmaterial, Aufgabenstellung oder Erstellen von Pflegeplänen anhand von ausgewählten ENP-Pflegediagnosen. Ein „learning by doing-Effekt“ mit großem Nutzen für eine Gruppe, z. B. beim Bearbeiten von Aufgabenstellungen im Klassenverbund oder auch für Einzelpersonen. Gleich ob ENP Online im privaten Umfeld verwendet werden soll oder als Gruppenlizenzen für ganze Klassen oder Kurse im Rahmen der pflegerischen Aus- und Weiterbildung, die verfügbaren Lizenzmodelle sind ebenso vielfältig wie das Einsatzgebiet!

Einzeluser-Account

Eine Premium-Lizenz für eine Einzelperson ist bereits ab 5,90 Euro inkl. MwSt. mit einer vierwöchigen Gültigkeitsdauer erhältlich* und direkt aus ENP Online heraus buchbar. Alle Premium-Lizenzmodelle für Einzelpersonen sind auf der Webseite von ENP Online unter www.enp-online.org einsehbar. Die Abrechnung erfolgt bequem über den Zahlungsdienstleister Klarna.

Bundles z. B. für den Einsatz in Ausbildung & Lehre

Gruppenlizenzen als sogenannte Bundles für Ausbildungsstätten sind gestaffelt nach den tatsächlich benötigten Accounts erhältlich (z. B. pro Schüler einen Account). Verfügbar ab einer Laufzeit von einem Jahr – oder auch für einen gesamten Ausbildungszeitraum von drei Jahren, sodass für einen Ausbildungsjahrgang nur einmal gebucht werden muss. Die für die institutionelle Nutzung von ENP Online in Aus- und Weiterbildungseinrichtungen der Pflege gültigen Lizenzmodelle erhalten Sie gerne auf Nachfrage unter der E-Mail-Adresse enp-online@recom.eu.

Um vor dem Erwerb einer kostenpflichtigen Lizenz die Premium-Funktionen von ENP Online in Ruhe ausprobieren zu können, ist es für alle interessierten Personen möglich, im Internet unter www.recom.eu/ausbildung/enp-online oder via E-Mail (enp-online@recom.eu) eine zweiwöchige Testlizenz anzufordern. Wichtig ist hierbei der Hinweis, dass es sich hier um ein Kulanzangebot der RECOM GmbH handelt, das nicht dazu dient, ganze Klassen und Kurse für den Unterricht auszustatten. Die RECOM GmbH behält sich daher vor, die Ausgabe der Testlizenzen zu limitieren.

3.3.1 Die Bedienung von ENP Online

Ein ausführliches Handbuch zur Nutzung und Bedienung von ENP Online ist über die Website aufrufbar (www.enp-online.org/client/manual). Dort finden sich unter anderem Erläuterungen zur Navigation, zur Verwaltung des eigenen Benutzeraccounts, zum Studieren der Pflegeklassifikation ENP innerhalb der Webanwendung sowie zum Anlegen und Verwalten von Pflegeplänen.

Grundsätzlich empfiehlt es sich bei der Anlage oder Überarbeitung von Pflegeplänen mit ENP Online, den Schritten des Pflegeprozesses zu folgen: Fundament der Entscheidungsfindung über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen und damit Ausgangspunkt des Pflegeprozesses ist die Pflegediagnose. Aus diesem Grund führt die Navigation durch die hierarchische Struktur von ENP bzw. die Nutzung der Stichwortsuche immer zunächst zu ENP-Pflegediagnosen, auch wenn etwa eine Pflegemaßnahme als Suchbegriff eingegeben wurde. Die Praxisleitlinienstruktur zu einer ENP-Pflegediagnose öffnet sich in der unteren Bildschirmhälfte[14] nach dem Klick auf eine Pflegediagnose in der hierarchischen Struktur von ENP im oberen Bildschirmbereich. Hier sind zunächst hinter den Schaltflächen K, U und R die zugehörigen Kennzeichen, Ursachen und Ressourcen zu finden. Darüber hinaus ist die Definition der Pflegediagnose sowie das zugehörige Literaturverzeichnis der Praxisleitlinie einsehbar. Zudem ist es möglich, die momentan geöffnete Diagnose wieder in der hierarchischen Baumstruktur zu öffnen.

Die Pflegeziele und Pflegeinterventionen zur ausgewählten Pflegediagnose werden darunter nebeneinander aufgelistet (Abb. 10). Bei der Gegenüberstellung von Zielen und Maßnahmen handelt es sich um keine feste Zuordnung, sondern lediglich um eine kleine Hilfestellung bei der Auswahl. Ein Klick auf ein Interventionskonzept öffnet einen Dialogfenster mit den Interventionsdetails, mit denen die jeweilige Pflegemaßnahme konkretisiert werden kann. Auch wenn in den einzelnen Dialogfenstern Elemente der jeweiligen ENP-Praxisleitlinie selektierbar sind, werden in der kostenfreien Basisvariante von ENP Online entsprechende Auswahlen nicht gespeichert. Die Anlage und Verwaltung von Pflegeplänen ist erst mit dem Erwerb einer Lizenz für die Premium-Version von ENP Online möglich (Abb. 11).

Weiterführende Hinweise zur Anlage und Verwaltung von Pflegeplänen sind im eingangs dieses Kapitels angesprochenen Handbuch zu ENP Online einsehbar.

[14] Die Darstellung auf Mobilgeräten weicht hiervon ab und ist der kleineren Bildschirmfläche entsprechend angepasst.

* Stand: Januar 2023, Änderungen vorbehalten.

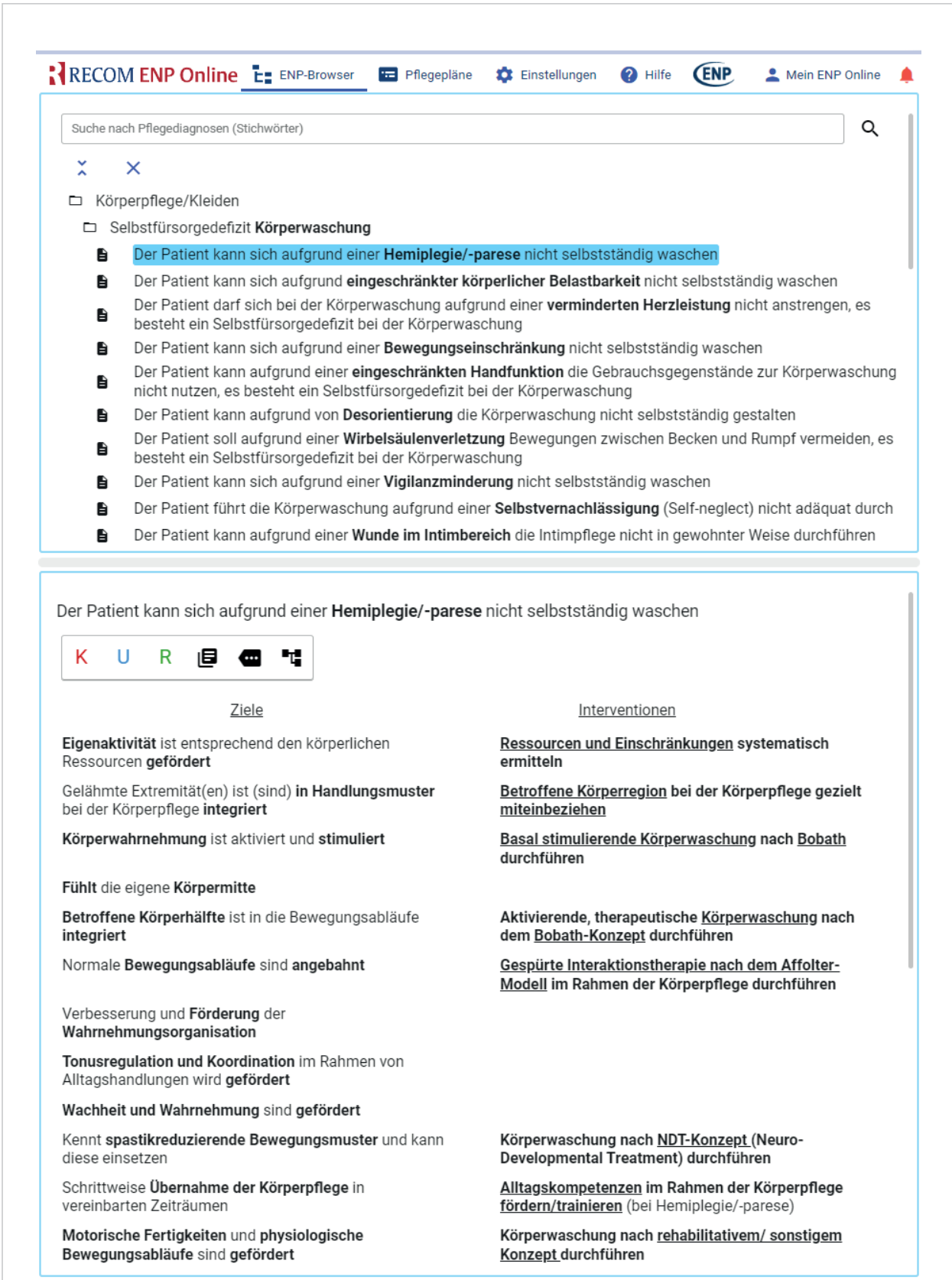


Abb. 10 Oberfläche von ENP Online in der kostenfreien Basis-Variante

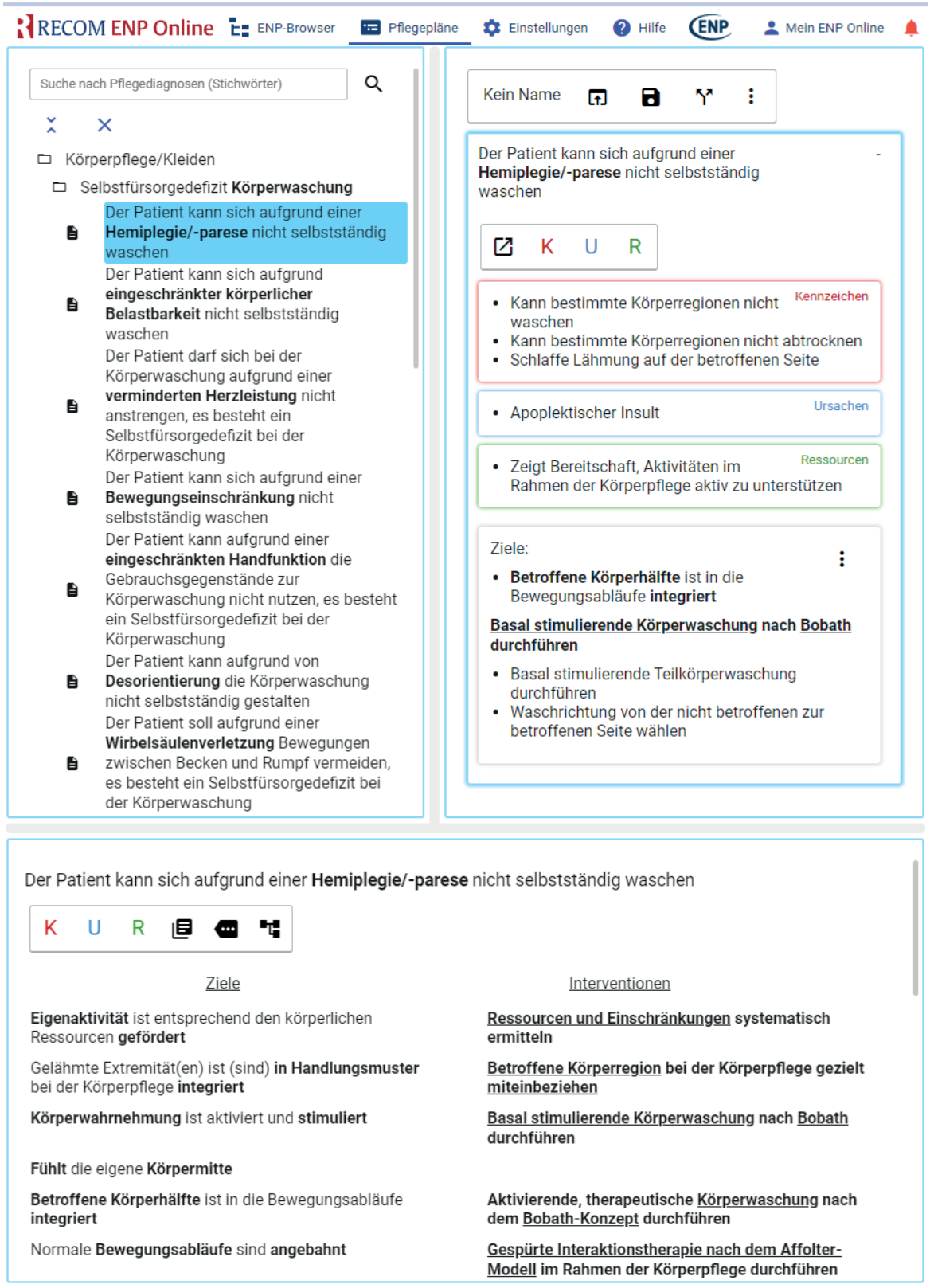


Abb. 11 Oberfläche von ENP Online mit Pflegeplanung in der Premium-Variante

4 Fallbeispiele

Ziel der nachfolgenden und für diese Auflage komplett erneuerten Fallbeispiele ist es, erste Erfahrungen mit dem Pflegeklassifikationssystem ENP zu sammeln. Sie eignen sich gleichermaßen für Anwender(innen) in der Praxis wie auch für die Aus- und Weiterbildung. Das erste Fallbeispiel fokussiert die Durchführung des pflegediagnostischen Prozesses mit ENP als Grundlage für eine valide, dem tatsächlichen Pflegebedarf entsprechenden Auswahl an Pflegezielen und Pflegemaßnahmen, bei einem Pflegeempfänger mit der chronischen Erkrankung COPD. Das zweite Fallbeispiel zeigt die Herausforderung der Umsetzung des pflegediagnostischen Prozesses bei einer Pflegeempfängerin mit komplexen Versorgungsbedarfen. Dabei wird die Methode der „Concept Map" vorgestellt, mit deren Anwendung die pflegefachliche Analyse und Bewertung durch eine anschauliche Darstellung von Zusammenhängen zwischen verschiedenen Informationen unterstützt werden kann.
Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung der Fallbeispiele voraussetzt, dass entsprechende Inhalte über Krankheitsbilder und die damit verbundenen pflegespezifischen Problemstellungen und Interventionskonzepte für die jeweiligen Pflegeempfänger(innen) bereits in der Ausbildung vermittelt wurden. Falls dies nicht der Fall sein sollte, können Sie die Fallbeispiele mit der Lösung ansehen und versuchen, die Methode der Concept Map auf einfachere Fallbeispiele aus Ihrem Unterricht zu übertragen. Sie werden erstaunt sein, wie sich der Blick auf die jeweilige Fallsituation verändern kann.

4.1 Fokusbeispiel – Pflegediagnostik bei einem Pflegeempfänger mit COPD: Herr S.

Sabine Kopp, Renate Berner

Aufnahmesituation

Herr S. ist 57 Jahre alt und auf einer internistischen Allgemeinstation wegen Dyspnoe und einer akuten Verschlechterung seiner COPD in Behandlung. Bereits seit Tagen fühlte er sich zu Hause durch einen Atemwegsinfekt zunehmend abgeschlagen und auch die Sputumfarbe war grünlich verändert. Als sich bei der Zubereitung des Abendessens dann die Dyspnoe stark verschlimmerte und auch seine bisherigen Medikamente nur wenig Linderung brachten, alarmierte er den Rettungsdienst. Im Krankenhaus wurde mit einer antibiotischen Therapie begonnen und es erfolgte eine Umstellung seiner bisherigen Medikamente. Zusätzlich erhält Herr S. bei Bedarf Sauerstoff über eine Nasenbrille.

Vorgeschichte / Anamnese

Gemeinsam mit seiner Ehefrau lebt Herr S. in einer Wohnung im dritten Stock eines alten Mehrfamilienhauses. Er ist seit zwei Jahren Frührentner und arbeitete zuvor seit seinem 16. Lebensjahr als Schweißer in der Automobilindustrie. Er liebte das gesellige Zusammensein mit seiner Frau und Freunden bei gutem Essen und Zigaretten. Auch mit seinen ehemaligen Kollegen hatte er die Gespräche in den kleinen Raucherpausen bei einer Tasse Kaffee genossen. Er raucht in der Regel bis zu eineinhalb Schachteln täglich.

Als er immer häufiger hustet und morgens verschleimt ist, misst er dem zunächst keine größere Bedeutung bei. Schließlich kenne er keinen Raucher, der nicht huste. Mit den Jahren wird sein Husten chronisch und körperliche Anstrengung fällt ihm zunehmend schwerer. Die Treppe zu seiner Altbauwohnung wird immer mehr zur Herausforderung und er muss die Stufen langsamer hinaufgehen, weil ihm sonst zunehmend „die Luft wegbleibt". Seine Frau drängt ihn schließlich zu einem Arztbesuch. Dieser diagnostiziert eine COPD und rät ihm eindringlich, mit dem Rauchen aufzuhören, was Herrn S. jedoch erst nach mehreren Versuchen dauerhaft gelingt. In den folgenden Jahren verschlechtert sich sein Allgemeinzustand stetig. Inzwischen nimmt Herr S. aufgrund seines deutlich reduzierten Allgemeinzustands vermehrt medizinische Hilfe in Anspruch. Die Medikamente und Sprays, die ihm verschrieben werden, helfen bei der Atemnot meist ganz gut, so dass er seine Arbeit verrichten kann. In den folgenden Jahren verschlechtert sich sein Allgemeinzustand kontinuierlich, weswegen er mit 55 Jahren Frührente beantragt. Zu der Atemnot kommt häufig ein starkes Engegefühl in der Brust. Er verliert kontinuierlich Gewicht (Gewichtsabnahme 10 kg im letzten Jahr, BMI aktuell 20). Um eine präzisere Einschätzung vornehmen zu können, wurde Herr S. gebeten, ein Assessment zur Selbsteinschätzung der Erkrankung und der Lebensqualität auszufüllen (COPD Assessment Test – CAT), das daraufhin von Ihnen und einem ärztlichen Kollegen gemeinsam mit dem Pflegeempfänger besprochen wurde. Hierbei zeigt sich, dass Herr S. sich häufig energielos, „kaputt" und deprimiert fühlt. Er hat wegen der Anstrengung und der Angst vor der Atemnot immer weniger Lust, die Wohnung zu verlassen. Seine Frau versucht ihn so gut es geht zu unterstützen und erledigt die meisten Besorgungen und Einkäufe. Allerdings ist er besorgt, dass diese sich damit übernimmt und ihr alles zu viel werden könnte. Er würde sich gerne wieder mehr am alltäglichen Leben beteiligen, er weiß nur nicht, wie er seiner Krankheit entgegenwirken kann. Morgens fühlt er sich immer seltener erholt und ausgeschlafen. Besonders schlimme Nächte verbringt er aufgrund seiner Atemnot fast ausschließlich im Sitzen, begleitet von der Angst zu ersticken. Auch der Umstand, dass er häufig den Schleim nur schwer abhusten kann, beeinträchtigt ihn.

Aktuelle Pflegesituation

Bei der pflegerischen Versorgung stellen Sie fest, dass Herr S. bei Anstrengung, beispielsweise bei der Mobilisation oder bei der Körperpflege am Waschbecken, unter Dyspnoe leidet und häufig kleine Pausen vornimmt. Die Mahlzeiten möchte er am liebsten am Bettrand sitzend einnehmen, da er angibt, so am besten beim Essen Luft zu bekommen. Sie stellen fest, dass er seine Mahlzeit sehr hastig einnimmt und das Essen fast nicht kaut. Als Sie ihn auf Ihre Beobachtung ansprechen, antwortet er, dass er durch die Atemnot das Essen sehr anstrengend empfindet und daher versucht, möglichst viel in kurzer Zeit einzunehmen. Ausgerechnet er, der sonst gerne und gut gegessen habe, könne das Essen nicht mehr genießen. Er leidet stark unter der ständigen Dyspnoe und hat selbst bei leichter Anstrengung wie beispielsweise einer Mobilisation in das Badezimmer starke Hustenanfälle. Er äußert ein starkes Bedürfnis nach Ruhe und Erholung und klagt über die Einschränkungen in seiner

II

ENP-Praxis

» Körperpflege / Kleiden 83
» Atmung 133
» Ernährung 179
» Ausscheidung 311
» Kreislauf 389
» Bewegung / Mobilität 427
» Entspannen / Schlafen / Ruhen 491
» Gewebeintegrität 507
» Stoffwechsel 611
» Fortpflanzung 629
» Körpertemperatur 639
» Empfindung / Emotionen 647
» Wahrnehmung 741
» Soziale Interaktion 777
» Handlung / Verhalten 825
» Aktivität / Alltagsgestaltung 905
» Persönliche Entwicklung 1019
» Wissen / Information 1069
» Gesellschaft 1085
» Gesundheitsrisiken (unspezifisch) 1113
» Gesundheitsrisiken für das Umfeld 1179
» Glossar zu ENP 1189

1

Körperpflege / Kleiden

» Selbstfürsorgedefizit Körperwaschung 84
» Selbstfürsorgedefizit Mundpflege 111
» Selbstfürsorgedefizit Nagel-, Fuß-, Ohren-, Augen- und Nasenpflege 117
» Selbstfürsorgedefizit Haarpflege 123
» Selbstfürsorgedefizit Kleiden 125

Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund einer Hemiplegie/-parese nicht selbstständig waschen

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund einer vollständigen oder inkompletten Lähmung einer Körperhälfte, den ganzen Körper oder Körperteile mit Wasser und/oder geeigneten Pflegeutensilien zu reinigen.

Kennzeichen

- Kann den Körper nicht waschen
- Kann den Körper nicht abtrocknen
- Kann bestimmte Körperregionen nicht waschen
- Kann bestimmte Körperregionen nicht abtrocknen
- Kann die Waschgelegenheit/das Badezimmer nicht selbstständig aufsuchen
- Integriert die betroffene Seite nicht in Bewegungsabläufe
- Schwäche auf der betroffenen Seite
- Tonus reicht nicht aus, um aktiv beim Waschen/Kleiden zu unterstützen*
- Schlaffe Lähmung auf der betroffenen Seite
- Spastische Lähmung auf der betroffenen Seite
- Gleichgewichtsstörung beim Sitzen
- Sitzt unsicher auf dem Stuhl/in der Badewanne
- Kann während des Waschens und Kleidens nicht symmetrisch sitzen
- Kann stehen, sich aber nicht gleichzeitig waschen/kleiden
- Ignoriert die betroffene Seite
- Ignoriert Objekte auf der betroffenen Seite
- Vernachlässigt bei der Körperpflege die betroffene Seite
- Spürt die Temperatur des Wassers wegen Hyposensibilität nicht
- Ablauf der Körperpflege ist nicht bekannt

Selbstständigkeit bei der Körperpflege

- Stufe 1: Selbstständige Körperpflege mit Hilfsmitteln/Aufforderung/Transfer in das Bad
- Stufe 2: Geringe Beeinträchtigung bei der Körperpflege
- Stufe 3: Mäßige Beeinträchtigung bei der Körperpflege
- Stufe 4: Schwere Beeinträchtigung bei der Körperpflege
- Stufe 5: Fehlende Fähigkeit, Körperpflegeaktivitäten durchzuführen

Ursachen

- Wahrnehmungsstörung*
- Neglect*
- Pusher-Syndrom*
- Neuromuskuläre Beeinträchtigung*

Krankheitsbedingte Ursachen

- Apoplektischer Insult*
- Neurologische Erkrankung
- Gehirntumor/Metastasen im Gehirn
- Zerebrale Blutung*
- Schädel-Hirn-Trauma*
- (Infantile) Zerebralparese*
- Entzündliche Prozesse im Gehirn

Ressourcen

- Ist motiviert, Teile der Körperpflege selbstständig zu übernehmen
- Zeigt Bereitschaft, Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege aktiv zu unterstützen
- Ist motiviert, neue Bewegungsmuster zu lernen
- Kennt Möglichkeiten, den Muskeltonus zu regulieren
- Erkennt die Erforderlichkeit von Pflegemaßnahmen an
- Schätzt eigene Selbstpflegekompetenzen realistisch ein
- Äußert Wünsche und Vorstellungen über die Unterstützung bei der Körperpflege und fordert diese ein
- Äußert eigene Vorstellungen zum Erscheinungsbild
- Kann Hilfsmittel gezielt einsetzen
- Kann selbstständig sitzen
- Kann (sicher) stehen
- Kann sich mit Unterstützung am Waschbecken haltend hinstellen
- Entwickelt kreative Möglichkeiten, die Bewegungseinschränkung zu kompensieren
- Kann den Wasserhahn bedienen und regulieren
- Kann Pflegeutensilien selbstständig benutzen
- Akzeptiert die Unterstützung
- Akzeptiert die Unterstützung von Angehörigen
- Angehörige/Bezugspersonen unterstützen den Pflegeprozess

Resilienz-Fähigkeiten*

- Zeigt Ausdauer, neue Fähigkeiten zu erwerben
- Bereitschaft, Neues zu lernen
- Glaubt an ihre/seine Selbstwirksamkeit
- Positives Selbstkonzept
- Lebenserfahrung
- Positiv erlebte soziale Kontakte/Beziehungen
- Gefühl der persönlichen Würde
- Angepasste Aktivität
- Physiologische Resilienz
- Fähigkeit zur effektiven Kommunikation
- Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit
- Flexibilität
- Setzt sich Ziele und arbeitet daran, diese zu erreichen
- Sinn für Humor

Pflegeziele

- Eigenaktivität ist entsprechend den körperlichen Ressourcen gefördert
- Gelähmte Extremität(en) ist (sind) in Handlungsmuster bei der Körperpflege integriert
- Körperwahrnehmung ist aktiviert und stimuliert
- Fühlt die eigene Körpermitte
- Betroffene Körperhälfte ist in die Bewegungsabläufe integriert
- Normale Bewegungsabläufe sind angebahnt
- Verbesserung und Förderung der Wahrnehmungsorganisation
- Tonusregulation und Koordination im Rahmen von Alltagshandlungen wird gefördert
- Wachheit und Wahrnehmung sind gefördert

- Kennt spastikreduzierende Bewegungsmuster und kann diese einsetzen
- Schrittweise Übernahme der Körperpflege in vereinbarten Zeiträumen
- Kann ohne Seiten- oder Rückenunterstützung sitzen und das Gleichgewicht halten
- Muskeltonus ist im Rahmen der Bewegungsabläufe im Alltag reguliert
- Motorische Fertigkeiten und physiologische Bewegungsabläufe sind gefördert
- Empfindet nach der (Pflege-)Aktivität ein aktuelles physisches Wohlbefinden
- Kann den Oberkörper selbstständig waschen und abtrocknen
- Kann Gesicht und Hände selbstständig waschen und abtrocknen
- Akzeptiert die Körperwaschung durch eine Pflegeperson/Bezugsperson
- Kann Körperpflegeutensilien und/oder Armaturen selbstständig nutzen bzw. regulieren
- Erlernt neue Fertigkeiten, um vorhandene körperliche Einschränkungen zu kompensieren
- Kann den Körper selbstständig waschen und abtrocknen
- Abgestimmter und harmonischer Ablauf der Körperpflege ist gefördert
- Kann die Waschgelegenheit selbstständig aufsuchen/verlassen

Pflegeinterventionen

Ressourcen und Einschränkungen systematisch ermitteln

- Pflegeintervention konkretisieren
  - Beweglichkeit der Gelenke ermitteln
  - Arm-/Hand-/Fingerfunktion einschätzen
  - Koordinationsvermögen ermitteln
  - Kraft und Ausdauer ermitteln
  - Grad der Abhängigkeit ermitteln
  - Sitzhaltungskontrolle und Gleichgewicht einschätzen
  - Standhaltungskontrolle einschätzen
  - Hilfsmittelbedarf ermitteln

Betroffene Körperregion bei der Körperpflege gezielt miteinbeziehen

- Pflegeintervention konkretisieren

Basal stimulierende Körperwaschung nach Bobath durchführen

- Pflegeintervention konkretisieren
  - Basal stimulierende Teilkörperwaschung durchführen
  - Basal stimulierende Ganzkörperwaschung durchführen
  - Intimwaschung im Anschluss an die stimulierende Waschung durchführen
- Besonderheiten bei der Durchführung beachten
  - Raue Waschhandschuhe/Handtücher verwenden
  - Waschwasser nach Wunsch vorbereiten
  - Waschrichtung von der nicht betroffenen zur betroffenen Seite wählen
  - Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmung richten
  - Spastik auslösende Berührungen vermeiden
  - Haarwuchsrichtung beachten
  - Diffuse Berührungen vermeiden
- Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Aktivierende, therapeutische Körperwaschung nach dem Bobath-Konzept durchführen

- Pflegeintervention konkretisieren
  - Im stabilen Sitz im Bett
  - Sitzend vor dem Waschbecken
  - Sitzend vor dem Waschbecken mit einer Sequenz stehend vor dem Wachbecken
  - In Seitenlage auf der mehr betroffenen Seite
- Individuelle Aspekte des Bobath-Konzeptes beachten
  - Haltungskontrolle durchführen
  - Auf Einhaltung normaler Bewegungsabläufe achten
  - Aufmerksamkeit durch Strategieänderungen fördern
  - Schulter-Schutz-Handling durchführen

Gespürte Interaktionstherapie nach dem Affolter-Modell im Rahmen der Körperpflege durchführen

- Pflegeintervention konkretisieren
  - „Elementares/einfaches Führen“ während der Handlung
  - Durch „Elementares Führen“ die Handlung einleiten
  - „Pflegerisches Führen“ bei der Aktivität
  - Durchgeführte Handlung mit der betroffenen Person repetieren
- Geführte Aktivitäten im Rahmen der Körperpflege nach dem Affolter-Modell
  - Geführte Ganzkörperwaschung
  - Geführte Teilkörperwaschung
  - Geführte Rasur
  - Geführte Mundpflege
  - Geführte Haarpflege
  - Geführte Hautpflege

Alltagskompetenzen im Rahmen der Körperpflege fördern/trainieren (bei Hemiplegie/-parese)

- Pflegeintervention konkretisieren
  - Wochenziele über die Aktivierungsfortschritte vereinbaren
  - Gezielt zu Kompensationstechniken beim Waschtraining anleiten
  - Halten des paretischen Armes am Waschbecken
  - Halten des paretischen Armes aufgelegt auf dem Bein
  - Sitzhaltungskontrolle durchführen und Korrektur der Sitzhaltung bei Bedarf
  - Auf Stabilität und physiologische Stellung der Körperabschnitte achten und bei Bedarf korrigieren
  - Physiologische Bewegungsabläufe inhibieren/faszilitieren
  - Greiffunktion für Körperpflegegegenstände/-mittel fördern
- Anzuleitende Person(en) festlegen

Körperwaschung nach NDT-Konzept (Neuro-Developmental Treatment) durchführen

- Lernebene ermitteln
  - 1. Lernebene Waschen und Kleiden im Bett liegend durchführen, Pflegeperson übernimmt die Durchführung
  - 2. Lernebene Waschen und Kleiden im Bett liegend durch Pflegeperson durchführen, betroffenen Arm gezielt stimulieren
  - 3. Lernebene Waschen und Kleiden mit aufgerichtetem Oberkörper durch Pflegeperson durchführen

- 4. Lernebene Waschen und Kleiden mit aufgerichtetem Oberkörper durchführen, wäscht die Körperregionen im Sitzen selbstständig, Pflegeperson kontrolliert (ggf. Inhibieren) Schulterblatt, Bewegungsabläufe ggf. fazilitieren
- 5. Lernebene Waschen und Kleiden im Sitzen mit Anziehtraining durchführen, Oberkörper selbstständig waschen, Pflegeperson beobachtet und faziliert bei Bedarf
- 6. Lernebene Waschen und Kleiden im Sitzen und teilweise im Stand durchführen, Bewegungsabläufe inhibieren
- 7. Lernebene Waschen und Kleiden im Stand durchführen, zur selbstständigen Durchführung anleiten, bei Bedarf Bewegungsabläufe inhibieren

» Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Körperwaschung nach rehabilitativem/sonstigem Konzept durchführen

» Pflegeintervention konkretisieren
- MRP (Motor Relearning Programme)
- Ganzkörperwaschung nach den Grundsätzen von Inhester und Zimmermann
- Körperpflege/-waschung nach dem Aktivitas-Pflegekonzept durchführen
- Sonstige rehabilitative Konzepte anwenden

» Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Ganzkörperwaschung durchführen

» Ort der Ganzkörperwaschung angeben
- Im Bett
- Am Bettrand sitzend
- Am Waschbecken
- In der Dusche
- In der Duschbadewanne

» Unterstützungsgrad angeben

» Besonderheiten beachten
- Körperpflege/-waschung nach dem Aktivitas-Pflegekonzept durchführen
- Körperwaschung nach pflegetherapeutischem Konzept durchführen
- Ritualisierung einhalten
- Kompensatorische Fähigkeiten fördern

» Hilfsmittel einsetzen
- Trittstufe
- Duschliege

» Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Teilkörperwaschung durchführen

» Zu waschendes Körperteil
- Gesicht
- Hände
- Arme
- Ein Arm
- Brust
- Bauch
- Rücken
- Beine
- Ein Bein
- Füße
- Ein Fuß
- Intimbereich vorne
- Intimbereich Gesäß

» Unterstützungsgrad angeben

» Ort der Teilkörperwaschung
- Im Bett
- Am Bettrand sitzend
- Am Waschbecken/Lavabo
- In der Dusche

» Besonderheiten beachten
- Ritualisierung einhalten

» Verwendetes Pflegeprodukt angeben

Waschschüssel und Pflegeutensilien zur Körperwaschung bereitstellen

» Körperpflegeutensilien bereitstellen
- Eigene Pflegeutensilien verwenden
- Waschschüssel mit Waschwasser
- Pflegeutensilien
- Handtücher
- Waschlappen

» Vorbereitungsort bestimmen
- Im Bad/am Waschbecken vorbereiten
- Am Nachttisch/Tisch vorbereiten

» Pflegeprodukte bereitstellen

Beim Aufsuchen/Verlassen der Waschgelegenheit unterstützen

» Pflegeintervention konkretisieren
- Zum Bad und zurück begleiten
- Mit dem Rollstuhl zum Bad fahren
- Beim Gehen zum Waschbecken unterstützen
- Mit dem Rollator zur Waschgelegenheit begleiten
- Mit dem Rollstuhl zur Waschgelegenheit fahren

Der/die Pflegeempfänger(in) kann sich aufgrund eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit nicht selbstständig waschen

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, aufgrund einer reduzierten muskuloskelettalen/kardiorespiratorischen Toleranzschwelle für physische Belastungen, den ganzen Körper oder Körperteile am Waschbecken oder anderen geeigneten Waschmöglichkeiten mit Wasser und/oder geeigneten Pflegemitteln zu reinigen.

Kennzeichen

» Kann die Waschgelegenheit/das Badezimmer nicht selbstständig aufsuchen
» Sitzt unsicher auf dem Stuhl/in der Badewanne
» Kann den Körper nicht waschen
» Kann den Körper nicht abtrocknen
» Kann bestimmte Körperregionen nicht waschen
» Kann bestimmte Körperregionen nicht abtrocknen

2

Atmung

» Beeinträchtigte Atemwegsclearance 134
» Insuffiziente Atmung 141
» Risiko der respiratorischen Insuffizienz 152
» Risiko der Erstickung 156
» Risiko der Aspiration 158
» Risiko der Atelektasenbildung / Pneumonie 163
» Risiko der beeinträchtigten Atmung postoperativ 174

Der/die Pflegeempfänger(in) ist beim Abhusten von Bronchialsekret beeinträchtigt, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Es besteht, aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Fähigkeit, willkürlich oder infolge eines Reizes einen durch die Atemmuskulatur hervorgerufenen, explosionsartigen Ausstoß von Luft zum Abtransport von dünnflüssigen und/oder schleimigen Absonderungen aus dem Hauptast der Luftröhre zu erreichen, eine eingeschränkte oder fehlende Selbstreinigungsfunktion der Atemwege, um Partikel, Sekret oder Mikroorganismen aus tiefer gelegenen Abschnitten der Lunge/Bronchien in Richtung Pharynx zu transportieren.

Kennzeichen

- Äußert ein Wissensdefizit über die Technik des produktiven Abhustens
- Fehlende Kraft zum Abhusten
- Äußert Angst vor den Schmerzen beim Abhusten
- Erfolgloser Hustenversuch
- Dyspnoe*
- Zyanosezeichen*
- Unphysiologische Atemgeräusche
- Giemen*
- Erhöhte Atemfrequenz*
- Fehlender Hustenreflex

Ursachen

- Abdominaler Eingriff
- Brustchirurgischer Eingriff
- Postoperative Schmerzen/Ängste
- Bewusstlosigkeit*
- Beatmung
- Tracheostoma*
- Neurologische Störung
- Mechanische Obstruktion*
- Postoperative Obstruktion*

Krankheitsbedingte Ursachen

- Muskelerkrankung

Ressourcen

- Zeigt Interesse, die Abhusttechnik zu lernen
- Zeigt Verhaltensweisen, welche die Therapie unterstützen
- Erkennt die Notwendigkeit der getroffenen Intervention und kooperiert mit dem therapeutischen Team
- Toleriert die atemunterstützende Lagerung
- Toleriert die atemunterstützenden Interventionen
- Angehörige/Bezugspersonen unterstützen den Pflegeprozess

Pflegeziele

- Komplikationen sind frühzeitig erkannt und abgewendet
- Ausdehnung der Lungensegmente ist sichergestellt
- Atemfrequenz bei erwachsenen Personen liegt zwischen 12–20 Atemzügen/Min.
- Atemfrequenz beim Kind liegt zwischen 15–30 Atemzügen/Min.
- Atemfrequenz beim Neugeborenen liegt zwischen 30–50 Atemzügen/Min.
- Kennt Möglichkeiten, aktiv den Therapieerfolg zu unterstützen
- Abhusten von Sekret ist erleichtert und produktiv
- Bronchialsekret ist gelöst
- Bronchialsekret kann mobilisiert werden
- Sekret kann mobilisiert werden
- Atemwege sind frei
- Reinigungsfunktion der Atemwege ist unterstützt
- Atemluft ist angefeuchtet
- Therapie ist sichergestellt
- Abhusten und Sekrettransport aus den Bronchien sind unterstützt
- Bronchialsekret wird abgehustet

Pflegeinterventionen

Atmung beobachten und Ergebnisse dokumentieren

- Pflegeintervention konkretisieren
  - Atemfrequenz und Atemqualität beobachten
  - Beurteilung der Atemwegsclearance
  - Viskosität/Beschaffenheit des Bronchialsekrets
  - Husten-Assessment durchführen
  - COPD Assessment durchführen
  - Peak-Flow-Messung durchführen
  - Blutgasanalyse (BGA) durchführen
  - Auf Zyanosezeichen beobachten
  - Pulsoximetrie durchführen
  - Atemarbeit/-anstrengung beobachten

Zu produktivem Abhusten anleiten

- Pflegeintervention konkretisieren
- Unterstützungsgrad angeben
- Anzuleitende Person(en) festlegen

Beim produktiven Abhusten unterstützen

- Pflegeintervention konkretisieren

Oszillierende Atemtechnik mit PEP-Systemen durchführen

- Oszillierende PEP (Positive Expiratory Pressure)-Geräte auswählen
  - Flutter (VRP1) (Vario-Resistance-Pressure-Gerät)
  - RC-Cornet
  - Acapella
  - Blubberflasche einsetzen
- Unterstützungsgrad angeben
- Durchführende Person(en) angeben

Zellstoff und Abwurfschale bereitstellen, Expektoration regelmäßig unter Beachtung der Hygienerichtlinien entsorgen

- Pflegeintervention konkretisieren

Mund-/Nasenraum unter Beachtung der Hygienevorschriften absaugen

» Bronchialsekret absaugen

Bronchialsekret absaugen

» Pflegeintervention konkretisieren
  › Endotracheal absaugen
  › Transnasales Absaugen
  › Orales Absaugen
  › Subglottisches Absaugen
  › Absaugvorgang mit Einmalkatheter unter sterilen Kautelen durchführen
  › Geschlossenes Absaugsystem einsetzen

Quincke-Hängelag e durchführen

» Pflegeintervention konkretisieren

Atemluft anfeuchten

» Pflegeintervention konkretisieren
  › Ultraschallvernebler einsetzen
  › Wärme-/Feuchtigkeitsaustauscher
  › Kaskaden
  › Künstliche Nase einsetzen
  › Warmluftvernebler
  › Mit physiologischer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
  › Heizbefeuchter des Beatmungsgerätes
» Zeitangaben zum Anfeuchten der Atemluft machen
  › Kontinuierlich
  › Intermittierend
» Hinweise zum Aufbau/Wechsel der Systeme
  › Ultraschallvernebler auf-/abbauen
  › Schlauchsystem des Ultraschallverneblers wechseln
  › Schlauchsystem am Heizbefeuchter wechseln

Kontinuierlichen axialen Lagewechsel in einem motorbetriebenen Spezialbett durchführen

» Pflegeintervention konkretisieren

Inhalation durchführen/unterstützen

» Pflegeintervention konkretisieren
  › Die 6-R-Regel vor der Medikamentenverabreichung anwenden
  › Mit Wasserdampf inhalieren
  › Mit physiologischer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
  › Mit hyperosmolarer Kochsalzlösung und Düsenvernebler inhalieren
  › Mit Medikament laut ärztlicher Anordnung und Düsenvernebler inhalieren
  › Vor der Inhalation bei der Einnahme der richtigen Körperposition unterstützen
  › Zu korrekten Atemmanövern anleiten/anhalten
» Applikationsart bestimmen
  › Offenes Inhalationssystem
  › Geschlossenes Inhalationssystem mit Mundstück
  › Inhalationsmaske
  › Vernebler
» Unterstützungsgrad angeben
» Anzuleitende Person(en) festlegen
» Grund für die Medikation bestimmen
  › Angeordnete Dauermedikation
  › Bedarfsmedikation
  › Medikation zur Vorbereitung von Untersuchungen
  › Akute Notfallmedikation

Inhalationsgerät aufbauen

» Pflegeintervention konkretisieren

Hustenunterstützung mit dem Cough Assist durchführen

» Pflegeintervention konkretisieren

Manuelle Vibrationsmassage durchführen

» Pflegeprodukt zur Vibrationsmassage angeben
» Pflegeintervention konkretisieren
» Durchführen durch
  › Pflegepersonal
  › Physiotherapeut(in)
» Lagerungsposition bei der Vibrationsmassage bestimmen
  › Sitzend, Arme auf der Rückenlehne eines Stuhls aufgestützt
  › Angelehnt, im Bett sitzend
  › In 135°-Lagerung r. und l. wechselnd
  › In 90°-Lagerung r. und l. wechselnd
  › In 30°-Lagerung r. und l. wechselnd
  › In Quincke-Hängelage

Der/die Pflegeempfänger(in) hat einen unproduktiven Husten, es besteht eine beeinträchtigte Atemwegsclearance

LOE PD: 2.1 a); LOE PL: 2.1 b)

Definition Es besteht, aufgrund eines ineffizienten, durch die Atemmuskulatur hervorgerufenen, explosionsartigen Ausstoßens von Luft und/oder Schleim, eine eingeschränkte oder fehlende Selbstreinigungsfunktion der Atemwege, um Partikel, Sekret oder Mikroorganismen aus tiefer gelegenen Abschnitten der Lunge/Bronchien in Richtung Pharynx zu transportieren.

Kennzeichen

» Akuter Husten
» Chronischer Husten > 3 Wochen Dauer
» Unproduktiver Husten (ohne Auswurf)
» Trockener Husten
» Kratzender Husten
» Krampfartiger Husten
» Brodelnde Atemgeräusche
» Rasselnde Atemgeräusche
» Berichtet über festsitzendes Bronchialsekret*

Ursachen

» Funktionsbeeinträchtigung der Bronchialschleimhaut durch Staub/Allergene/Noxen*

3

Ernährung

» Beeinträchtigte Nahrungsaufnahme 180
» Beeinträchtigtes Schlucken 191
» Mangelernährung 213
» Risiko der Mangelernährung 224
» Beeinträchtigtes Ernährungsverhalten 250
» Dehydratation / Störung des Elektrolythaushalts 256
» Risiko der Beeinträchtigung des Flüssigkeits- / Elektrolythaushalts 264
» Risiko des beeinträchtigten Stillens 279
» Beeinträchtigtes Stillen 285
» Risiko von ernährungsbedingten Komplikationen 299

Der/die Pflegeempfänger(in) ist aufgrund einer eingeschränkten Selbstständigkeit beim Essen/Trinken beeinträchtigt

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit, ohne die Hilfe Dritter die Organisation und Koordination der eigenen Ernährung in Form der mundgerechten Zubereitung von Lebensmitteln, des Bewegens der Lebensmittel zum Mund sowie des Einführens in den Mund eigenständig durchzuführen.

Kennzeichen

- Kann die Nahrung nicht selbstständig zum Mund führen
- Kann ein Glas, eine Tasse nicht selbstständig zum Trinken anheben und zum Mund führen
- Kann Flüssigkeit nicht selbstständig mit Strohhalm/anderen Hilfsmitteln aufnehmen
- Kann keine Nahrungsprodukte schneiden/putzen/kochen
- Kann Nahrungsmittelverpackungen nicht öffnen
- Kann die Nahrungsmittel nicht mundgerecht schneiden
- Kann die Nahrung nicht kauen
- Eingeschränkte Fähigkeit, die Nahrung mit dem Besteck aufzunehmen
- Fehlende oder eingeschränkte Fähigkeit, Nahrung zuzubereiten
- Kann die Nahrung auf dem Teller/Tablett nicht sehen
- Schläft bei der Nahrungsverabreichung immer wieder ein
- Kennt die Abläufe der Nahrungsaufnahme nicht
- Zeitverzögerte Reaktion bei der Aufforderung, den Mund zu öffnen, Nahrung zu kauen oder zu schlucken
- Kann die Gebrauchsgegenstände zur Nahrungsaufnahme nicht nutzen
- Beeinträchtigte Hand-Mund-Koordination
- Störung der sequentiellen Anordnung komplexer Handlungsfolgen (Ideatorische Apraxie)

Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme

- Unfähigkeit, eine Sitzposition bei der Nahrungsaufnahme einzunehmen
- Kann die Sitzposition zur Nahrungsaufnahme nicht selbstständig halten
- Instabile Sitzposition

Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme

- Stufe 1: Selbstständige Nahrungsaufnahme bei mundgerechter Vorbereitung
- Stufe 2: Geringe Beeinträchtigung, die durch Hilfsmittel kompensiert werden kann
- Stufe 3: Erhebliche Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme
- Stufe 4: Schwere Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme
- Stufe 5: Verlust der Fähigkeit, Nahrung selbstständig aufzunehmen

Ursachen

- Eingeschränkte körperliche Belastungsfähigkeit*
- Fehlende Kraft zur Eigenbewegung
- Schmerzzustände*
- Unsicheres/ungerichtetes Bewegungsmuster
- Angstzustände*
- Antriebslosigkeit
- Frailty-Syndrom*
- Desorientierung*
- Eingeschränkte Sehfähigkeit
- Bewegungseinschränkung*
- Bewegungseinschränkung durch Zu-/Ableitungssysteme
- Orthese der unteren Extremität/en*
- Wirbelsäuleninstabilität*
- Wirbelsäuleninstabilität (Stützkorsagenversorgung)
- Extensionsbehandlung*
- Gilchrist-Verband*
- Briefträgerverband*
- Gipsverband oder Schienenlagerung
- Behandlung mit Körpergipsschale
- Quantitative Bewusstseinsveränderung*
- Entwicklungsbedingte(s) Selbstfürsorgedefizit/-fähigkeit*
- Behinderungsbedingte(s) Selbstfürsorgedefizit/-fähigkeit
- Wahrnehmungsstörung*
- Sensorische Integrationsstörung*
- Depressive Verstimmung*
- Apraxie*
- Lähmung (nicht näher bezeichnet)
- Hemiparese*
- Hemiplegie*
- Paraplegie*
- Tetraplegie*
- Belastungs-/Ruhedyspnoe*
- Ausgeprägte Kontraktur*
- Ausgeprägte Spastik*
- Gesichtsfeldeinschränkung

Krankheitsbedingte Ursachen

- Alzheimer-Demenz*
- Demenz (nicht weiter spezifiziert)*
- Hypotone Kreislaufveränderung*

Ressourcen

- Akzeptiert die Unterstützung von Angehörigen
- Akzeptiert die Unterstützung
- Kann Wünsche zur Speisenvorbereitung äußern
- Isst gern
- Ist bereit, mit Hilfsmitteln das Essen und Trinken neu zu lernen
- Lässt sich die Nahrung gern verabreichen
- Ist motiviert, ein Ess- und Trinktraining zu absolvieren
- Isst täglich frisches Obst
- Nimmt regelmäßig Nahrungsergänzungsstoffe ein

Resilienz-Fähigkeiten*

- Zeigt Ausdauer, neue Fähigkeiten zu erwerben
- Bereitschaft, Neues zu lernen
- Glaubt an ihre/seine Selbstwirksamkeit
- Positives Selbstkonzept
- Lebenserfahrung
- Positiv erlebte soziale Kontakte/Beziehungen

- Gefühl der persönlichen Würde
- Angepasste Aktivität
- Physiologische Resilienz
- Fähigkeit zur effektiven Kommunikation
- Problemlösungs- und Entscheidungsfähigkeit
- Flexibilität
- Setzt sich Ziele und arbeitet daran, diese zu erreichen
- Sinn für Humor
- Familiäre Resilienz

Pflegeziele

- Ernährungszustand ist eingeschätzt
- Ernährungsbedingten Komplikationen ist vorgebeugt
- Fortschritt der vereinbarten Gewichtsveränderung ist beurteilt
- Bedarfsgerechte Tagesmenge an Nährstoffen ist ermittelt
- Bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr
- Bedarfsgerechte orale Energie- und Nährstoffzufuhr
- Biographischer Hintergrund ist berücksichtigt
- Zubereitung und Darreichung der Nahrung entsprechen den Bedürfnissen und sind vertraut
- Umgebungssituation der Nahrungsaufnahme entspricht den Bedürfnissen
- Essenszeiten sind dem Bedürfnis i ndividuell angepasst
- Verbesserung und Förderung der Wahrnehmungsorganisation
- Erhält angemessene Spürinformationen in der Interaktion mit der Umwelt
- Tonusregulation und Koordination im Rahmen von Alltagshandlungen wird gefördert
- Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme ist gefördert
- Setzt Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme effektiv ein
- Erreicht einen höheren Grad an Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme
- Autonome Entscheidungsfindung über Hilfsmitteleinsatz/Strategien zur Nahrungsaufnahme ist gefördert
- Selbstständigkeit und Selbstverantwortung bei der Flüssigkeitszufuhr sind gefördert
- Flüssigkeitsdefizit ist sofort erkannt
- Einem Flüssigkeitsdefizit ist vorgebeugt
- Trinkt selbstständig, ohne zu aspirieren
- Trinkt, ohne zu aspirieren
- Findet die Speisen/Getränke und kann diese selbstständig einnehmen
- Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist beurteilt
- Ist in die selbstständige Nahrungszufuhr zurückgeführt
- Angehörige(r)/Bezugsperson kann Nahrungsverabreichung selbstständig durchführen

Pflegeinterventionen

Ernährungszustand ermitteln

- Pflegeintervention konkretisieren
  - BMI errechnen
  - Körpergröße ermitteln
  - Hautfaltendicke-Messung zur Ermittlung des Körperfettanteils durchführen
  - Muskelmasse einschätzen
  - Bioelectrical impedance analysis (BIA) durchführen
  - Sonstiges
- Genutzte Assessmentinstrumente/Vorgehensweise angeben
  - Mini Nutritional Assessment (MNA)
  - Subjective Global Assessment (SGA)
  - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
  - Nutritional Risk Screening (NRS)
  - Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen (PEMU)
  - Sonstiges standardisiertes Assessment
- Art- und Weise der Gewichtskontrolle angeben
  - Gewicht mit Sitzwaage kontrollieren
  - Gewicht mit Stehwaage kontrollieren
  - Gewicht mit Lifterwaage kontrollieren
  - Gewicht mit integrierter Bettwaage kontrollieren

Bedürfnis-/bedarfsgerechte Kostform auswählen/bestellen

- Kostform angeben
  - Vollkost
  - Schonkost
  - Wunschkost
  - Hochkalorische Kost
  - Fingerfood
  - Pürierte Kost
  - Weiche Kost
  - Diabeteskost
  - Diätetische Kost
- Zwischenmahlzeit festlegen
  - Obst
  - Joghurt
  - Dessertspeise
  - Brot mit Auflage
  - Trinknahrung
  - Zwischenmahlzeit für Diabetiker
  - Kalorienreiche Snacks und Getränke
- Kalorienbedarf
  - Vereinbarte tägl. Kalorienzufuhr
  - Von Ernährungsberatung ermittelte Kalorienzufuhr

Biografische Hintergründe ermitteln und dokumentieren

- Pflegeintervention konkretisieren
  - Individuelle Vorlieben und Abneigungen beim Essen ermitteln
  - Bevorzugte Geschmacksrichtung
  - Einstellung gegenüber den Lebensmitteln und nachhaltiger Ernährung
  - Praktizierte Esskultur

Bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit) unterstützen

- Lagerung/Sitzposition angeben
  - Lagerung zur Nahrungsaufnahme durchführen
  - Therapeutische Sitzposition nach Bobath durchführen
  - Sitzposition in Neutralstellung (LiN) durchführen
  - Beim Transfer in den Lehn-/Rollstuhl/Rehabuggy unterstützen, zum Tisch fahren
  - Zur Nahrungsaufnahme zum Tisch führen

- In den Speisesaal fahren/begleiten
- Kind zum Füttern auf den Schoß setzen
- Nahrungsaufnahme im Hochstuhl

» Ort der Mahlzeiteneinnahme
- Essenstablett ins Zimmer bringen
- Essenstablett in den Speisesaal bringen
- Essen am Tisch ermöglichen
- Essen im Bett ermöglichen

» Unterstützungsgrad angeben
- Essen mundgerecht vorbereiten
- Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr beaufsichtigen
- Verabreichung teilweise übernehmen
- Nahrung/Flüssigkeit verabreichen
- Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme anleiten

» Besonderheiten der Nahrungsvorbereitung
- Bei Mahlzeiten und Getränken Verzehrtemperatur herstellen
- Kontrastreiche Präsentation der Speisen
- Energieanreicherung der Mahlzeiten
- Mundgerechte Nahrungsvorbereitung gemeinsam durchführen
- Ermutigung/Motivation zur Nahrungsaufnahme

Bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit) unterstützen

» Lagerung/Sitzposition angeben
- Lagerung zur Nahrungsaufnahme durchführen
- Therapeutische Sitzposition nach Bobath durchführen
- Sitzposition in Neutralstellung (LiN) durchführen
- Beim Transfer in den Lehn-/Rollstuhl/Rehabuggy unterstützen, zum Tisch fahren
- Zur Nahrungsaufnahme zum Tisch führen
- In den Speisesaal fahren/begleiten
- Kind zum Füttern auf den Schoß setzen
- Nahrungsaufnahme im Hochstuhl

» Ort der Mahlzeiteneinnahme
- Essenstablett ins Zimmer bringen
- Essenstablett in den Speisesaal bringen
- Essen am Tisch ermöglichen
- Essen im Bett ermöglichen

» Unterstützungsgrad angeben
- Essen mundgerecht vorbereiten
- Nahrungs-/Flüssigkeitszufuhr beaufsichtigen
- Verabreichung teilweise übernehmen
- Nahrung/Flüssigkeit verabreichen
- Zur selbstständigen Nahrungsaufnahme anleiten

» Besonderheiten der Nahrungsvorbereitung
- Bei Mahlzeiten und Getränken Verzehrtemperatur herstellen
- Kontrastreiche Präsentation der Speisen
- Energieanreicherung der Mahlzeiten
- Mundgerechte Nahrungsvorbereitung gemeinsam durchführen
- Ermutigung/Motivation zur Nahrungsaufnahme

Gespürte Interaktionstherapie bei der Nahrungsaufnahme durchführen (Affolter-Modell)

» Auswahl des problemlösenden Alltagsgeschehnisses
- Gespürte Interaktionstherapie beim Einnehmen einer Mahlzeit
- Gespürte Interaktionstherapie beim Einnehmen einer Zwischenmahlzeit
- Gespürte Interaktionstherapie beim Trinken

» Maßnahmen konkretisieren
- „Elementares/einfaches Führen“ während der Handlung
- Durch „Elementares Führen“ die Handlung einleiten
- „Pflegerisches Führen“ bei der Aktivität
- Durchgeführte Handlung mit der betroffenen Person repetieren

» Durchführende Person(en) angeben

Nahrung innerhalb des Gesichtsfelds platzieren

» Pflegeintervention konkretisieren

Zum selbstständigen Essen/Trinken mit Hilfsmitteln anleiten

» Pflegeintervention konkretisieren

» Esshilfen auswählen
- Gummimatte/Haftmatte
- Frühstücksbrett
- Spezialteller
- Spezialbesteck
- Trinkhilfen

» Anzuleitende Person(en) festlegen

Getränke einschenken/in erreichbarer Nähe bereitstellen

» Pflegeintervention konkretisieren

Flüssigkeitszufuhr unterstützen

» Pflegeintervention konkretisieren
- Getränk anreichen
- Hand mit dem Trinkgefäß führen/zum selbstständigen Trinken anleiten
- Flüssigkeit mit Tasse/Glas zuführen
- Flüssigkeit mit Teelöffel zuführen
- Flüssigkeit mit Esslöffel zuführen
- Flüssigkeit mit Trinkhalm zuführen
- Flüssigkeit mit Schnabelbecher zuführen
- Flüssigkeit mit der Pipette zuführen

» Unterstützungsgrad angeben

Zur Flüssigkeitsaufnahme vorbereiten

» Pflegeintervention konkretisieren
- Oberkörperhochlagerung (ca. 70 Grad) durchführen
- An den Bettrand aufsetzen
- In den Lehn-/Roll-/Stuhl setzen

» Unterstützungsgrad angeben

Platzierung der Speisen/Getränke auf dem Tisch/Tablett genau beschreiben

» Pflegeintervention konkretisieren

Nahrungseinnahme bei flacher Rückenlage unterstützen

» Lagerung/Vorbereitung bestimmen
- Bettebene schief stellen
- Kleines Nackenkissen anbieten
- Essenstablett richtig positionieren

» Beim Trinken helfen
- Löffel verwenden

- › Trinkhalm verwenden
- › Schnabelbecher verwenden

Nahrungseinnahme bei ungerichteten/unsicheren Bewegungsmustern unterstützen

- » Pflegeintervention konkretisieren
  - › Zeit lassen und nicht drängen
  - › Brote vorbereiten und maximal einmal zerteilen
- » Hilfsmittel beim Essen einsetzen
  - › Teller mit hohen Seitenrändern
  - › Tassen mit zwei Henkeln
  - › Gummimatte unter dem Teller
  - › Spezialbesteck
  - › Spezielles Frühstückstablett
- » Beim Trinken helfen
  - › Löffel verwenden
  - › Trinkhalm verwenden
  - › Schnabelbecher verwenden

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kontrollieren und dokumentieren

- » Pflegeintervention konkretisieren
  - › Eingenommene Nahrung auf einem Ernährungsprotokoll dokumentieren
  - › Auffälligkeiten und Probleme dokumentieren
  - › Nahrungsaufnahme beobachten
  - › Nahrungsvorlieben und Abneigungen beobachten

Fingerfood anbieten

- » Pflegeintervention konkretisieren

Maßnahmen zur Vorbereitung der Mobilisation an den Tisch durchführen

- » Prothese an-/ablegen
  - › Oberschenkelprothese
  - › Unterschenkelprothese
  - › Mittelfußprothese
  - › Prothesenfuß
  - › Knieexartikulationsprothese
  - › Hüftexartikulationsprothese
- » Orthese an-/ablegen
  - › Knieorthese
  - › Hüft-Bein-Orthese
  - › Unterschenkelorthese
  - › Handgelenkorthese
  - › Ellenbogenorthese
  - › Ober- und Unterarmorthese
  - › Unterarmorthese
  - › Fußgelenkorthese
  - › Schulterorthese
  - › LWS-Orthese
  - › Beckenorthese
- » Stützkorsett an-/ablegen
  - › Doppelschalenkorsett
  - › Rumpforthese
  - › Beckenbodenorthese
  - › Rumpfwickel anlegen
- » Ortsangabe
  - › Links/sinister
  - › Rechts/dexter
  - › Beidseitig
- » Unterstützungsgrad angeben
  - › Zum selbstständigen An-/Ablegen anleiten
  - › Erschwernisfaktoren beachten

Angehörige/Bezugspersonen zur Nahrungsverabreichung anleiten

- » Pflegeintervention konkretisieren
- » Anzuleitende Person(en) festlegen

Der/die Pflegeempfänger(in) wird enteral über Sonde ernährt, es besteht eine beeinträchtigte Nahrungsaufnahme

LOE PD: 3.2; LOE PL: 3.2

Definition Es besteht, im Rahmen einer vollständigen oder teilweisen künstlichen Zufuhr von dünnbreiiger oder flüssiger Nahrung über eine nasogastral bzw. durch die Bauchdecke angebrachte Magen-, Duodenal- oder Jejunalsonde, eine eingeschränkte oder fehlende Fähigkeit zur oralen Zufuhr von Lebensmitteln zur Aufrechterhaltung der Stoffwechselprozesse und zur Deckung des Nährstoffbedarfs des Körpers.

Kennzeichen

Beeinträchtigte orale Nahrungsaufnahme bei liegender Ernährungssonde

- » Sichtbare Anzeichen einer bestehenden Schluckbeeinträchtigung
- » Odynophagie*
- » Äußert erschwertes Schlucken durch die orale/nasale Sonde
- » Zeigt fehlenden Willen/Einsicht, Nahrung zu sich zu nehmen
- » Führt keine Aktivitäten zur Nahrungsaufnahme aus
- » Vermehrter Drang zum Räuspern
- » Hustenreiz
- » Berichtet über einen Würgereiz
- » Emesis (Erbrechen)*
- » Blutbeimengung im Speichel
- » Pharyngitis*
- » Sinusitis*
- » Berichtet über Sodbrennen

Beeinträchtigte enterale Sondenernährung

- » Äußert Schmerzen im Bereich der Eintrittsstelle der Ernährungssonde
- » Schmerzen im Abdomen*
- » Abwehrspannung der Bauchdecke
- » Magenkrämpfe
- » Meteorismus*
- » Diarrhö*
- » Obstipation*

22

Glossar zu ENP

» Kennzeichen 1190
» Ursachen 1201
» Ressourcen 1226

Kennzeichen

1 = leichte Übelkeit Die Übelkeit tritt durch Ablenkung und/oder Ruhe in den Hintergrund.

2 = mäßige Übelkeit Die Übelkeit ist latent spürbar, die Aktivitäten des täglichen Lebens können aber noch geregelt werden.

3 = starke Übelkeit Alltagsaktivitäten sind durch die Übelkeit stark beeinflusst.

4 = unerträgliche Übelkeit Alltagsaktivitäten können nicht mehr selbstständig gemanagt werden, die Übelkeit beeinträchtigt massiv die Lebensqualität.

Äußert das Gefühl, nichts zurückgeben zu können
Reziprozität

Äußert ein Beklemmungsgefühl Beklemmungsgefühl kann grundsätzlich auch eine Form von Angstäußerung sein, im Kontext der Atemstörungen und Herz-Kreislauf-Störungen geht es um ein Beklemmungsgefühl (Gefühl des Eingeschnürtseins) im Brustkorb.

ASA-Klassifikation III ASA: American Society of Anaesthesiologists; Klassifikation des Operationsrisikos unter Einbeziehung von Komorbiditäten, ASA I gesunder Mensch, ASA II Patient mit einer Systemerkrankung geringen Ausmaßes, z. B.: gut eingestellte Hypertonie, ASA III Patient mit mindestens einer ernsthaften Systemerkrankung, ASA IV Patient mit einer ernsthaften lebensbedrohlichen Systemerkrankung, ASA V Patient würde ohne Operation nicht überleben.

ASA-Klassifikation IV ASA: American Society of Anaesthesiologists; Klassifikation des Operationsrisikos unter Einbeziehung von Komorbiditäten, ASA I gesunder Mensch, ASA II Patient mit einer Systemerkrankung geringen Ausmaßes, z. B.: gut eingestellte Hypertonie, ASA III Patient mit mindestens einer ernsthaften Systemerkrankung, ASA IV Patient mit einer ernsthaften lebensbedrohlichen Systemerkrankung, ASA V Patient würde ohne Operation nicht überleben.

ASA-Klassifikation V ASA: American Society of Anaesthesiologists; Klassifikation des Operationsrisikos unter Einbeziehung von Komorbiditäten, ASA I gesunder Mensch, ASA II Patient mit einer Systemerkrankung geringen Ausmaßes, z. B.: gut eingestellte Hypertonie, ASA III Patient mit mindestens einer ernsthaften Systemerkrankung, ASA IV Patient mit einer ernsthaften lebensbedrohlichen Systemerkrankung, ASA V Patient würde ohne Operation nicht überleben.

Adaptionsstörungen des Darms Der Prozess, durch den der Darm sein funktionelles und morphologisches Gleichgewicht im Rahmen von Veränderungen aufrechterhält.

Adipositas (BMI > 30) Fettleibigkeit; beginnt mit einem BMI von größer/gleich 30, Adipositas-Grad I ist definiert mit 30 bis < 35; Grad II 35 bis < 40 und Grad III größer/gleich 40.

Aerophagie Häufiges leeres Schlucken

Affektive Verflachung Zeigt sich durch eine Beeinträchtigung, gegenüber anderen Menschen positive und/oder negative Gefühle zu zeigen, bzw. tiefergehende Gefühlsregungen zu empfinden.

Affektlabilität Auch als Stimmungslabilität bezeichnet, ist ein psychischer Zustand, bei dem durch geringe Reize starke Stimmungsschwankungen auftreten können.

Affektstarre Modulationsfähigkeit/Anpassungsfähigkeit der Stimmung/Gefühlslage ist eingeschränkt.

Agitiertheit Pathologisch gesteigerte und unproduktive motorische Aktivität

Akinese (Bewegungslosigkeit) Ausgeprägte Bewegungsarmut bis Bewegungslosigkeit, Hauptsymptom bei Parkinson und Nebenwirkung von Arzneimitteln aus der Gruppe der Neuroleptika

Akinetischer Mutismus Ein durch eine schwere Störung des Antriebs gekennzeichnetes neurologisches Syndrom, wobei die betroffene Person zwar an sich wach ist und keine organisch bedingten Lähmungen aufweist, sich aber selbst nicht bewegt (Akinese), nicht spricht (Mutismus) und auch keine Emotionen zeigt. In der Regel sind Wahrnehmung und Gedächtnis nicht betroffen.

Akustische Sinneseindrücke z. B. Töne

Amenorrhö Das Ausbleiben der Regelblutung

Anaphylaktische Reaktion Eine auf einer Allergie beruhende, potenziell lebensbedrohliche systemische Reaktion des Körpers

Anaphylaktischer Schock Die maximale Ausprägung einer anaphylaktischen Reaktion, also der auf einer Allergie beruhenden systemischen Reaktion des Körpers mit akuter Lebensgefahr

Anarthrie Völlige Unfähigkeit, sprachähnliche Laute zu produzieren

Anasarka Bezeichnet die Ansammlung von Gewebsflüssigkeit im Bindegewebe der Unterhaut.

Angestiegene Blutdruckwerte Folgende Referenzwerte werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den systolischen wie auch diastolischen Blutdruck formuliert: optimal: systolisch < 120 mmHg, diastolisch < 80 mmHg; normal: systolisch < 130 mmHg, diastolisch < 85 mmHg; hochnormal: systolisch 130–139 mmHg, diastolisch 85–89 mmHg; Hypertonie Grad 1: syst. 140–159 mmHg, diast. 90–99 mmHg; Hypertonie Grad 2: syst. 160–179 mmHg, diast. 100–109 mmHg; Hypertonie Grad 3: systolisch > 180 mmHg, diastolisch > 110 mmHg.

Anhedonie Die Unfähigkeit, Freude und Lust zu empfinden. Es kommt zu einer Abnahme in der Qualität und Anzahl positiver Reaktionen.

Anlage einer Ureterokutaneostomie Es handelt sich um eine Harnleiter-Haut-Fistel, bei der der Harnleiter einseitig oder zweiseitig über die Haut ausgeleitet wird.

Anlage einer kontinenten Urostomie Aus verschiedenen Darmteilen wird ein Beutel (Pouch) als Urin-Reservoir (Neoblase) geschaffen, welcher in ein dicht schließendes Stoma im Unterbauch oder im Bauchnabel mündet. Je nach angewendeter Technik und verwendeten Darmteilen wird von einem Kock-Pouch, Mainz-Pouch, Indiana-Pouch gesprochen. Die Entleerung des Reservoirs erfolgt mittels Katheter direkt in die Toilette.

Anlage eines (Ileum-)Conduit Die Harnleiter werden in ein Segment des Dünndarms, welches ausgeschaltet wurde, eingeleitet und mit der Bauchdecke verbunden.

Anlage eines Ileostomas Stomaanlage im Bereich des Dünndarms

Anlage eines Kolostomas Künstlicher Darmausgang im Dickdarmbereich