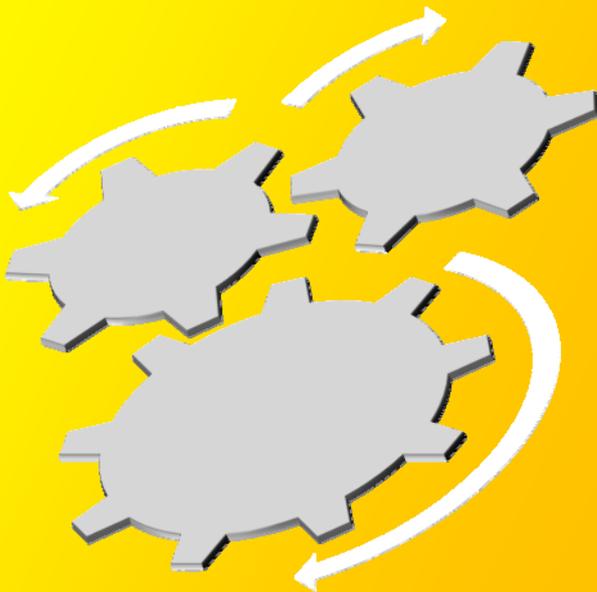


**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation



**IM AUFTRAG DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT**

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation

2009

Projektleitung

Elisabeth Rappold
Ingrid Rottenhofer

Gruppe der Autorinnen und Autoren

Allmer Franz
Burger Veronika
Chukwuma-Lutz Simone
Oswald Michael
Rappold Elisabeth
Rottenhofer Ingrid
Stauer Denisa
Von Musil Judith
Weissenbacher Margret
Wild Monika

Mit freundlicher Unterstützung vom:

Österreichischen Roten Kreuz
Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband

Im Auftrag des
Bundesministeriums für Gesundheit

ISBN-10: 3-85159-122-4
ISBN-13: 978-3-85159-122-4
EAN 9783851591224

Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG; A-1010 Wien, Stubenring 6; Telefon
+43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72; E-Mail: nachname@goeg.at

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Vorwort



Qualität in der Pflege muss ein zentrales Anliegen sein. Eine punktgenaue und ausreichend detaillierte Dokumentation des Pflegebereichs ist ein wesentliches Merkmal der Qualitätssicherung in allen Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege. Ziel einer standardisierten Informationsaufbereitung und -weitergabe ist ein funktionierendes Nahtstellenmanagement zwischen intra- extramuralem Bereich (Stichwort koordinierte Entlassung) sowie die institutionalisierte Kooperation und Koordination der mobilen Dienste in der Versorgungsregion (z. B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte etc.).

Um diesem Ziel gerecht zu werden und sowohl die Vergleichbarkeit als auch den Leistungsnachweis betreffend Personal- und Qualitätscontrolling sowie eine Effizienzsteigerung in der Pflege zu forcieren, ist eine bundesweit einheitliche Dokumentation notwendig.

Wenn auch die dauerhafte und nachvollziehbare Sammlung und Dokumentation von ökonomischen Kennzahlen aus der Gesundheits- und Krankenpflege noch Entwicklungspotential aufweist, so ist mit der vorliegenden Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation dennoch ein wichtiger Schritt in Richtung Qualitätssicherung gelungen.

Ich bedanke mich bei allen Personen und Organisationen, die mit ihrer Praxiserfahrung und Expertise an der Entwicklung der vorliegenden Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation mitgewirkt haben und so einen Beitrag für mehr Qualität im Gesundheitswesen geleistet haben.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alois Stöger'.

Alois Stöger dipl.
Bundesminister für Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Anwendungshinweise	2
1.2	Allgemeine Aspekte der Pflegedokumentation	3
1.2.1	Rechtliche Grundlagen	3
1.2.2	Pflegedokumentation als Urkunde.....	4
1.2.3	Dokumentengerechte Schreibweise.....	4
1.2.4	Dokumentationsfehler.....	5
1.2.5	Einbettung der Pflegedokumentation	5
2	Pflegeprozess.....	8
	Das Pflegeassessment	10
	Die Pflegediagnostik.....	13
	Die Pflegeziele	16
	Die Pflegemaßnahmen.....	19
	Die Evaluation	21
	Der Pflegebericht.....	24
	Der Durchführungsnachweis.....	26
	Die Pflegevisite.....	28
3	Literaturverzeichnis	30
4	Glossar	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG	9
--------------	--	---

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Tabellarische Darstellung der Pflegeprozessschritte	2
Abbildung 1.2:	Patienten-, Klienten-, Bewohnergeldokumentation	7
Abbildung 2.1:	Ursachenanalyse im Rahmen der Evaluation	23

Abkürzungsverzeichnis

A. ö. KH	Allgemein öffentliches Krankenhaus
Abb.	Abbildung
ADL	Activities of daily life
AG	Auftraggeber
AN	Auftragnehmer
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familien und Jugend
CM	Case Management
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
DSB	Diplomierte Sozialbetreuer/in
ECTS	European Credit Transfer System
EU	Europäische Union
FSB	Fachsozialbetreuer/in
GKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GuK	Gesundheits- und Krankenpflege
GuK-AV	Gesundheits- und Krankenpflege – Ausbildungsverordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuK-SV	Gesundheits- und Krankenpflege – Sonderausbildungsverordnung
GuK-SV	Gesundheits- und Krankenpflege – Spezialaufgaben-Verordnung
Guk-WV	Gesundheits- und Krankenpflege – Weiterbildungsverordnung
HH	Heimhilfe
Hrsg.	Herausgeber
ICNP	International Classification of Nursing Practice
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltenges. m.b.H.
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
KH	Krankenhaus
LKH	Landeskrankenhaus
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association. Nordamerikanische Pflege-diagnosen Vereinigung
NIC	Nursing Intervention Classification
NOC	Nursing Outcome Classification
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
PÄSR	Problem – Ätiologie – Symptom – Ressourcen
Pat/Klien/Bew	Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohner
PH	Pflegehilfe
PP	Pflegeprozess
SHD	Sanitätshilfsdienste
UKH	Unfallkrankenhaus
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1 Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG), eine bundesweit abgestimmte Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation zu erstellen, um so die Praxisorientierung und Umsetzbarkeit der Pflegedokumentation zu erhöhen und in weiterer Folge zu erreichen, dass eine vollständige, systematische und übersichtliche Pflegedokumentation gewährleistet wird. Mehr als zehn Jahre nach Einführung des GuKG 1997 ist die Umsetzung der Pflegedokumentation in der Praxis verbesserungsbedürftig, dies ergab der Pflegebericht 2006 sowie Gespräche mit Expertinnen/Experten. Als nachteilig wird der Zeitaufwand in Relation zum Nutzen sowie die daraus resultierende Abwesenheit bei den Patientinnen/Patienten (Pat), Klientinnen/Klienten (Klien), Bewohnerinnen/Bewohner (Bew) beschrieben (vgl. ÖBIG 2006, S. 58–62).

Über die Einbindung der in der Pflegepraxis Tätigen, konnte eine bundesweit abgestimmte Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation entwickelt werden. Auf Basis einer Projektumfeldanalyse¹ wurden Organisationen und Personengruppen mit Interesse an der Arbeitshilfe identifiziert und zur Mitarbeit eingeladen (Pflegepersonen aus allen Sparten der Gesundheits- und Krankenpflege, aus allen Settings und Bundesländern, darüber hinaus Aufsichtsbehörden aus den Ländern und Interessenvertretungen, Trägerorganisationen). Alle Interessierten hatten die Möglichkeit, lokal verwendete Unterlagen zur Pflegedokumentation an die GÖG/ÖBIG zu senden. Insgesamt wurden 18 Dokumente übermittelt und analysiert. Das Ergebnis der Analyse bildete die Basis für alle weiteren Arbeitsschritte. Im Oktober 2008 fand eine Auftaktveranstaltung statt, an der 120 Personen teilnahmen. Im Rahmen dieser Veranstaltung konnten die Teilnehmer/innen ihre Erwartungen an eine Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation formulieren. Diese Inhalte wurden gesammelt und in die folgenden Arbeitsschritte integriert. Am 21. 10. 2008 fand ein weiteres Treffen statt. In diesem wurden die Inhalte der Arbeitshilfe definiert. Es nahmen 62 Personen teil (die sogenannte Leitliniengruppe). Im Anschluss daran wurden die Inhalte verschriftlicht und den Teilnehmerinnen/Teilnehmern zum Kommentar gemailt. Im November 2008 trafen sich acht Personen aus der Leitliniengruppe sowie zwei Personen aus der GÖG/ÖBIG (Gruppe der Autorinnen und Autoren), um anhand der Rückmeldungen die Arbeitshilfe fertigzustellen.

Das übergeordnete Ziel ist, Entscheidungshilfen für die verschiedenen Fachbereich der Pflege zu liefern. Dabei kann und wird nicht auf pflegfachliche Inhalte eingegangen, sondern auf den Prozess und die damit verbundenen Dokumentationsaufgaben. Daher werden einleitend die rechtlichen Grundlagen, die die Pflegedokumentation in Österreich regeln, beschrieben und der Pflegeprozess als Regelkreis dargestellt. Die einzelnen Pflegeprozessschritte werden überblicksmäßig deskriptiv und grafisch dargestellt. Die Arbeitshilfe ist als solche zu verstehen. Lokale und organisatorische Abweichungen sind immer möglich, da die Anforderungen an eine Pflegedokumentation über die fachliche und rechtliche Notwendigkeit hinausgehen, z. B. wenn die Pflegedokumentation als Leistungsnachweis von Einzelaktivitäten herangezogen wird. Dennoch soll sie als Grundlage dienen, damit die Pflegedokumenta-

¹ * Sterne weisen auf die Begriffserklärung im Glossar hin.

tion möglichst einfach aber ausreichend detailliert, zeitsparend und effizient umgesetzt werden kann.

1.1 Anwendungshinweise

Die Arbeitshilfe ist in zwei Abschnitte gegliedert. Der erste Abschnitt umfasst die einleitenden und erklärenden Hinweise. In diesem werden die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die Einbettung der Pflegedokumentation in eine umfassende Patienten-, Klienten- und Bewohnerdokumentation dargestellt. Im zweiten Abschnitt werden entlang des Pflegeprozesses die Empfehlungen zur Pflegedokumentation erläutert. Die Inhalte wurden zusammengefasst und von der Gruppe der Autorinnen und Autoren aufbereitet. In je zwei bis drei Seiten übersichtlich und soweit möglich grafisch aufbereitet werden die einzelnen Pflegeprozessschritte, der Durchführungsnachweis und der Pflegebericht dargestellt. In Abbildung 1.1 ist erklärt, wie die tabellarische Darstellung der Pflegeprozessschritte zu lesen ist. Zusätzlich werden Begriffe, die entweder in ihrer Verwendung nicht eindeutig oder wenig bekannt sind, im Glossar näher beschrieben. Die Begriffe sind bei der ersten Nennung mit einem Stern versehen und können so im Kapitel 4 „Glossar“ nachgeschlagen werden.

Abbildung 1.1: Tabellarische Darstellung der Pflegeprozessschritte

Bezeichnung des Pflegeprozessschrittes	
Bezeichnung	Pflegeassessment
Definition lt. GuKG	Erhebung der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der vorhandenen Ressourcen (Pflegeanamnese)
Erläuterungen im GuKG	Definition aus dem GuKG mit den entsprechenden Erläuterungen Diese sind die Grundlage für die Pflegeplanung der Patientin/den Patienten, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient. Die Pflegeplanung umfasst die Festlegung von Maßnahmen, die den Verordnungen, den körperlichen Zustand, individuellen Bedürfnissen, dem kognitiven Zustand, dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Fähigkeit zur Selbstpflege berücksichtigen (S. 212) schreibt „Bei jedem Assessment sollte das Assessment-Ergebnis als Basis zuverlässige Informationen benötigt werden, das Assessment-Ergebnis sollte in der Dokumentation festgehalten werden, es kann auch zu anderen Problemen führen.“
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Definition des Prozessschrittes für die Arbeitshilfe
Empfehlungen zur Durchführung	
Formale Grundlage	Hier sind Zweck dieses Prozessschrittes und die dafür verantwortliche Berufsgruppe angeführt
Inhalt	Anhand von „W-Fragen“ wird der Inhalt der jeweiligen Prozessschritte kurz und übersichtlich erklärt
Wie	Gespräche, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen, Informationen durch anderen Quellen z. B. Angehörige, Krankengeschichte usw.
Was	a) individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse, Beeinträchtigungen, Ängste, Sorgen, Wünsche/Gewohnheiten b) Risiken [z.B. Dekubitusrisiko, Sturz...] c) Ressourcen d) Die Situation des sozialen Umfelds das beinhaltet: - Mobilität, Essen, Toilettbenutzung, Kontinenz, Mobilität, Essen) - Essenszubereitung, Einkaufen, Kommunikation, Hausarbeit, Medikamentenvorbereitung, -
Wie oft	ressourcenorientierung, sind abhängig vom jeweiligen Pflegeleitbild der Organisation T-Zustandsbeschreibung bei Wiederaufnahme Langzeitpflege mindestens alle 6-12 Monate
Wie viel (Umfang) / Wann	<u>abhängig der Aufenthaltsdauer</u> a) für kurz dauernden - ist settingspezifisch zu definieren - Aufenthalt: nur für diesen Zeitraum notwendigen Basisdaten sowie wenn nötig eine Risikoeinschätzung <i>diese Einschätzung muss sofort erfolgen</i> b) für längerfristige Aufnahmen (über mehrere Tage bis Monate) eine ausführliche Erhebung mit ggfs. biographischen Aspekten <i>diese Einschätzung erfolgt über längere Zeiträume, diese müssen settingspezifisch [z.B.: interne Vorgaben] definiert werden</i>

Der Aufbau der Tabelle orientiert sich an den sogenannten „W-Fragen“, diese wurden gewählt, da offene Punkte, die mit der Dokumentation in Zusammenhang stehen, so am besten erklärt werden können. Eine Darstellung nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erscheint in diesem Kontext nicht sinnvoll, zudem sind alle Prozessschritte anhand entsprechender ON-Regeln* aufbereitet und können in diesen nachgelesen werden.

1.2 Allgemeine Aspekte der Pflegedokumentation

Mehrere Gesetze bilden die rechtlichen Grundlagen, die die Dokumentation im Rahmen der Berufsausübung erforderlich machen.

1.2.1 Rechtliche Grundlagen

Dazu zählen das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG), das Ärztegesetz, das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG), die Altenwohnheimgesetze, Heimgesetze und/oder Pflegeheimgesetze der Länder, das Dienstrecht sowie Patientencharta.

Die Pflegedokumentation ist die Verschriftlichung der u. a. im Rahmen des Pflegeprozesses gesetzten Aktivitäten und zählt zu den **Berufspflichten** der Angehörigen von Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 (GuKG) §5). Die gesetzliche Regelung sieht vor, dass

- a) alle gesundheits- und krankenpflegerischen Interventionen, sowie die Schritte des Pflegeprozesses dokumentiert werden müssen;
- b) dem Patienten / der Patientin sowie deren gesetzlichen Vertreterinnen/Vertretern auf Verlangen Einsicht zu gewähren ist;
- c) bei freiberuflicher Berufsausübung die Dokumentation zehn Jahre aufzubewahren ist.

Darüberhinaus ist im **KAKuG** festgehalten, dass in der Krankengeschichte wesentliche Leistungen aus dem pflegerischen Bereich zu dokumentieren sind (KAKuG § 10 Abs 1). Im **GQG** wird auf eine bundeseinheitliche, bundesländer-, berufs- und sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung hingewiesen, für die die Dokumentation eine wesentliche Grundlage darstellt. Darüber hinaus ist im Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und über die Standesvertretung der Ärzte im § 50 b (1) des **Ärztegesetz** die Übertragung von ärztlichen Tätigkeiten im Einzelfall an Betreuungskräfte im Anwendungsbereich des Hausbetreuungsgesetzes bzw. an Gewerbetreibende i. S. der Personenbetreuung geregelt. Ebenfalls geregelt ist im § 50 (7), dass diese Personen die geleisteten Tätigkeiten dokumentieren müssen und die Aufzeichnungen den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betreute Person behandeln und pflegen, zugänglich zu machen sind.

Es finden sich Hinweise auf die Notwendigkeit der Dokumentation im Heimaufenthaltsgesetz – HeimAufG über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen.

Ausgehend von den Bundesgesetzen werden die Inhalte in den diversen Landesgesetzen bzw. Verordnungen aufgegriffen und ebenfalls dargestellt.

1.2.2 Pflegedokumentation als Urkunde

Die Pflegedokumentation ist eine Urkunde und damit der rechtsgültige Beweis für die geleistete Pflege. Sie wird in zivil- oder strafrechtlichen Verfahren von u. a. Sachverständigen, Patientenanwaltschaften^{*}, Versicherungen und Gerichten zur Klärung von z. B. Unterlassung, Fahrlässigkeit, Körperverletzung oder Kunstfehlern herangezogen. Aus diesem Grund muss der Pflegedokumentation in Schulung sowie in Aus-/Durchführung – neben einer qualitätsvollen Pflegearbeit – der nötige Stellenwert eingeräumt werden.

Der Inhalt der Pflegedokumentation unterliegt den Bestimmungen des Datenschutzes. Insofern sind nur befugte Personen berechtigt, Einsicht in die Pflegedokumentation zu nehmen. Dazu zählen der/die Patient/in^{*}, Klient/in^{*}, Bewohner/in^{*}, deren gesetzliche Vertreter/innen und von ihnen ermächtigte Personen sowie Vertreter/innen der pflegenden bzw. behandelnden Berufsgruppen¹. Unberechtigten Dritten gegenüber gilt die Verschwiegenheitspflicht. Das heißt auch, dass die Pflegedokumentation so aufbewahrt werden muss, dass die Bestimmungen des Datenschutzes erfüllt sind. Dies gilt für die Dokumentation auf Papier ebenso wie für die elektronische.

1.2.3 Dokumentengerechte Schreibweise

Der Informationsgehalt der Pflegedokumentation ist gegeben, wenn der Sachverhalt kurz, prägnant, logisch, nachvollziehbar und wertfrei/wertneutral – mit Angabe von Datum, Uhrzeit und Handzeichen – formuliert ist. Nachdem die Pflegedokumentation formal als Urkunde zu klassifizieren ist, verlangt sie darüber hinaus auch eine dokumentengerechte Schreibweise. Das bedeutet,

- es dürfen nur dokumentenechte Schreibgeräte verwendet werden (u. a. blauer/ schwarzer Kugelschreiber, keine Leuchtstifte);
- Korrekturen müssen nachvollziehbar sein, d. h. Durchstreichen der betreffenden Stelle und mit Datum und Handzeichen versehen;
- es darf nicht überschrieben, überklebt, auseinandergeschnitten, zusammengeklebt, ausgelackt (u. a. Tipp-ex) werden;

¹ Siehe dazu im Glossar: Gesetzliche Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger; Sachwalterschaft und Vorsorgevollmacht

- dass bei Verwendung von Abkürzungen ein organisationspezifisch definiertes Abkürzungsverzeichnis angelegt werden muss;
- dass in der Organisation/Institution eine aktuelle Handzeichenliste aufliegen muss;
- Leerzeilen/-spalten müssen im Pflegebericht entwertet sein;
- in der Pflegeplanung können Zeilen für die Aktualisierung freigelassen werden. Z. B. wenn eine Ursache für das Pflegeproblem entdeckt wird, kann diese mit Datum und Handzeichen an gegebenem Ort nachgetragen werden.

Für die elektronische Pflegedokumentation gelten die gleichen Prinzipien. Im elektronischen Dokumentationssystem muss sichergestellt werden, dass Einträge eindeutig Personen zugeordnet werden können und Manipulationen unbefugter Personen unmöglich sind.

1.2.4 Dokumentationsfehler

Dokumentationsfehler können sich einerseits negativ auf die Pflegequalität d. h. auf die Pat/Klien/Bew auswirken und andererseits die Glaubwürdigkeit der Pflegedokumentation in rechtlichen Angelegenheiten in Frage stellen.

Fehlerhafte Pflegedokumentation sind:

- lückenhafte Aufzeichnungen: Werden z. B. einmalig gesetzte Pflegemaßnahmen oder pflege- und behandlungsrelevante Beobachtungs-/Überwachungsparameter nicht dokumentiert, könnte das im Falle eines Rechtsstreites negative Konsequenzen für die pflegenden Personen haben;
- die Verschriftlichung von persönlichen Ansichten und Deutungen ist grundsätzlich zu vermeiden, da primär Tatsachen, objektive Beobachtungen, Befunde und Aussagen von Pat/Klien/Bew zu dokumentieren sind;
- Eintragungen von vagen, nichtssagenden und mehrdeutigen Beobachtungen und Informationen wie z. B. „der Patient hatte einen guten Tag“ oder „schlecht geschlafen“, „o. B.“;
- unleserliche Eintragungen sowie die Verwendung von unbekanntem Begriffen;
- Einträge in anderen Sprachen als Deutsch. Die Pflegefachsprache als solche ist damit nicht gemeint.

1.2.5 Einbettung der Pflegedokumentation

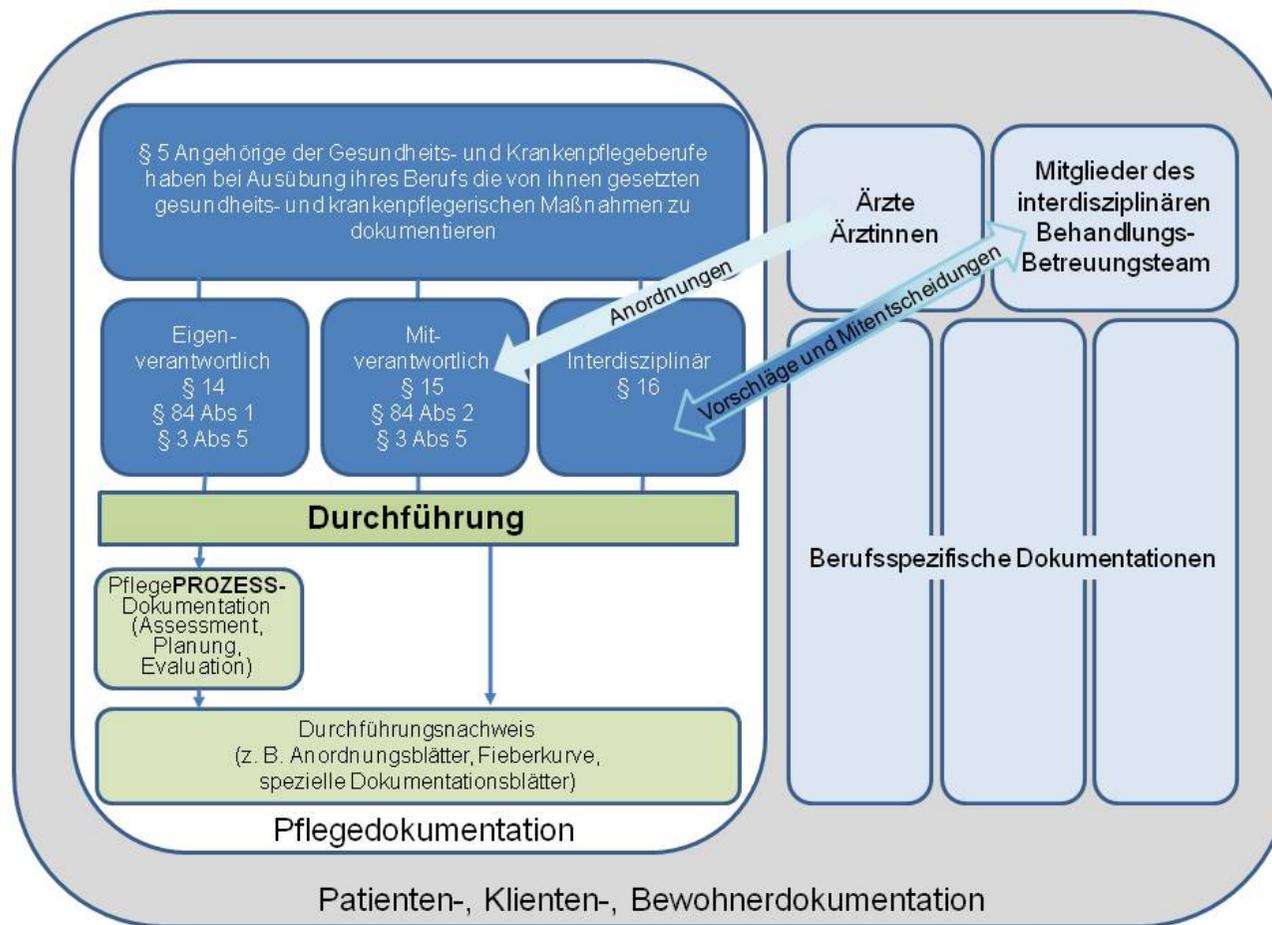
Die Pflegedokumentation ist eingebettet in die Patienten-, Klienten- und Bewohnerdokumentation, in der alle involvierten Berufsgruppen entsprechend den (gesetzlichen) Vorgaben dokumentieren (vgl. Abbildung 1.2). Eine berufsgruppenübergreifende personenbezogene Dokumentation ist für den reibungslosen Ablauf und den Informationstransfer sowie für ein gutes und effizientes Zeitmanagement sinnvoll und hilfreich. In der Pflegedokumentation müs-

sen alle Tätigkeiten des eigenverantwortlichen, mitverantwortlichen sowie interdisziplinären Aufgabenbereiches erfasst werden. Aufgrund der **Berufspflichten** müssen alle gesundheits- und krankenschwägerischen Interventionen sowie die Schritte des Pflegeprozesses dokumentiert werden. Daraus folgt, dass die Pflegedokumentation aus

- der Pflegeprozessdokumentation (eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich) und
- der Dokumentation der mitverantwortlichen oder interdisziplinären Tätigkeitsbereiche

besteht. Eine Beschreibung, wie die Dokumentation zu erfolgen hat, wird im Gesetz nicht festgelegt, dies zu definieren, obliegt den Organisationen. Aus den fachlichen und rechtlichen Klarstellungen zum GuKG geht jedoch hervor, dass die Pflegedokumentation in Bereichen, in denen medizinische Handlungen dominieren (Ambulanzen, Operationsbereich) „in erster Linie die Durchführung der ärztlich angeordneten Tätigkeiten beinhaltet“ (Weiss-Faßbinder / Lust 2006, S. 40). Eine umfassende Pflegedokumentation, die den Pflegeprozess abbildet, erfolgt in pflegeintensiveren Settings, aber selbst in diesen kann der Umfang inhaltlich variieren. Aus dem GuKG geht nicht hervor, inwieweit bei allen Pat/Klien/Bew zwingend eine Pflegeprozessdokumentation zu verfassen ist. Dies ist vom Pflegebedarf und den pflegerischen Interventionsmöglichkeiten abhängig, denn nicht bei jeder Person, die mit Pflegepersonen in Kontakt tritt, besteht Pflegebedarf, der zur Entfaltung des Pflegeprozesses führt. Dieser kommt nur dann zum Tragen, wenn Probleme vorliegen, die in die Kompetenz des gehobenen Dienstes fallen und innerhalb der vorgesehenen Pflegebeziehung bearbeitet werden können; egal, ob Personen über einen längeren Zeitraum in die stationäre Pflege aufgenommen werden oder über einen längeren Zeitraum immer wieder (auch punktuell) von Pflegepersonen betreut werden (Hauskrankenpflege, Tageszentren oder Ambulanzen). Voraussetzung für die Anwendung des Pflegeprozesses ist jedoch, dass Aktivitäten gesetzt werden, die im Kompetenzbereich der Pflegepersonen liegen und dazu beitragen, Pflegeziele zu erreichen. Dabei ist zu beachten, dass der Pflegeprozess eine Methode ist, um systematisch vorzugehen, die Arbeit einzuschätzen, zu planen, zu organisieren und zu bewerten. Fachverständnis und Pflegekompetenz sind Grundvoraussetzungen, damit die praktische Implementierung und fachgerechte Anwendung gelingen.

Abbildung 1.2: Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation



Quelle: ÖBIG-eigene Darstellung

2 Pflegeprozess

Die Organisation der Pflege entlang der Pflegeprozessschritte ist Kernaufgabe des gehobenen Dienstes. Diese ist im eigenverantwortlichen Aufgabenbereich (GuKG § 14) festgehalten und kann bzw. darf nicht delegiert werden, wogegen die Durchführung pflegerischer Maßnahmen an die Pflegehilfe delegiert werden kann (GuKG § 84). Seit der Problemlösungsprozess als Arbeitsmethode in der Gesundheits- und Krankenpflege eingesetzt wird, wurden dazu verschiedene Modelle beschrieben. Die Autorinnen/Autoren haben diesen Prozess im Laufe der Jahre immer wieder modifiziert und verfeinert, wenngleich die grundlegende Systematik unverändert ist. Der Pflegeprozess wird als vier-, fünf- oder sechsstufiges Phasenmodell beschrieben (vgl. Tabelle 2.1).

Das **vierstufige Modell** von Yura und Walsh (1967) fand Einzug in die Publikationen der WHO¹. In diesem Modell ist das Assessment* von Patientinnen/Patienten, Familien oder Gemeinden, in dem der Pflegebedarf und die Ressourcen* erhoben werden, der erste Schritt. Gefolgt von der Pflegeplanung (2. Schritt), in der die Zielformulierung und die Maßnahmenplanung subsumiert werden. Daran schließen die Implementierung des Pflegeplans (3. Schritt) und die Evaluierung bzw. das Feedback (4. Schritt) an.

Gordon (1994) hat den Pflegeprozess in zwei Hauptkomponenten und **fünf Stufen** unterteilt: die Problemidentifikation und die Problemlösung. Zur Problemidentifikation zählen die Prozessschritte 1) Assessment und 2) Diagnose*, daran schließt als zweite Komponente die Problemlösung mit den Aspekten der 3) Pflegezielbestimmung, der 4) Interventionen und 5) Ergebnisbewertung an.

Fiechter und Meier (1981) haben in einer der ersten deutschsprachigen Publikationen zur Pflegeplanung den in Österreich verbreiteten **sechsstufigen Pflegeprozess** beschrieben. Die sechs Phasen umfassen 1) Informationen sammeln, 2) Probleme und Ressourcen finden oder beschreiben, 3) Ziele festlegen, 4) Maßnahmen planen, 5) Maßnahmen durchführen, 6) überprüfen und verbessern.

Ein Ergebnis des Pflegeberichts (ÖBIG 2006, 2007) ist, dass die Kompetenzaufteilung (Problemidentifikation und -lösung als Aufgabe des Gehobenen Dienstes und Umsetzung des Pflegeplans durch Delegation) nicht entsprechend dem GuKG erfolgen. Pflegehilfen übernehmen Aufgaben aus dem Pflegeprozess, die dem gehobenen Dienst vorbehalten sind. Möglicherweise ist die Differenzierung nach Fiechter und Meier, die sich bei uns durchgesetzt hat, in der praktischen Umsetzung nicht eindeutig. Die Pflegeprozessschritte sind dem gehobenen Dienst vorbehalten, lediglich Aufgaben und Tätigkeiten aus dem Schritt fünf (Durchführen der Maßnahmen) darf an andere Berufsgruppen mit Pflegekompetenz und im Einzelfall an Angehörige bzw. Laienbetreuer/innen delegiert werden. Darüberhinaus sind die Begriffe, die im GuKG (§ 14) verwendet werden, nach heutigen Erkenntnissen missverständlich. Die im GuKG beschriebene „Pflegeanamnese“ meint eigentlich das Pflegeassessment* (siehe folgendes Kapitel). Der verwendete Begriff der „Pflegeplanung“ umfasst zwei Prozess-

¹ WHO 1975, 1987

schritte, die Formulierung des Pflegeziels/-ergebnisses und die Planung pflegerischer Maßnahmen.

Tabelle 2.1: Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG

PP nach Yura & Walsh (1967)	PP nach Fiechter und Maier (1981)	PP nach Gordon (1994)		GuKG (1997)
Assessment	Informationssammlung	Problem-identifikation	Assessment	Pflegeanamnese
	Erkennen von Problemen und Ressourcen		Diagnose	Pflegediagnose
Planung	Festlegen der Pflegeziele	Problemlösung	Pflegezielbestimmung	Planung der Pflege
	Planen der Pflegemaßnahmen		Interventionen	
Implementieren	Durchführen der Pflegemaßnahmen			Ergebnisbewertung
Evaluierung/ Feedback	Beurteilung der Pflege			

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

DAS PFLEGEASSESSMENT

Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klien/Bew
Teile des Pflegeassessments Pflegeanamnese Ist-Zustand Risikoeinschätzung	Das Pflegeassessment ¹ findet im Rahmen des Eintritts- oder Erstgespräches statt und wird bei Bedarf in weiteren Zusammentreffen vervollständigt. Zu den zentralen Anliegen bei der Durchführung von Assessments bei Pat/Klien/Bew zählt das Gewinnen von Informationen, die die Basis für den pflegediagnostischen Prozess* und die Pflegeplanung darstellen ² . Im Zuge des Pflegeassessments wird die Pflegeanamnese – die Pflegevorgeschichte, also der Zustand vor Eintritt in die pflegerische Versorgung – der Ist-Zustand mit den vorhandenen Ressourcen, den individuellen Verhaltensweisen, den Bedürfnissen und Beeinträchtigungen, Ängsten, Sorgen und Wünschen bzw. Gewohnheiten sowie das persönliche als auch materielle Umfeld erhoben. Wenn notwendig wird eine Risikoeinschätzung (z. B. Sturz, Dekubitus) vorgenommen ³ .
Methoden des Pflegeassessments Gespräche Beobachten Untersuchen Lesen	Die Informationen werden durch primäre Daten, das sind a) Aussagen von Pat/Klien/Bew und b) die Inspektion des Körperzustandes und Beobachtungen des Verhaltens, durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gewonnen. Darüber hinaus dienen sekundäre Daten, das sind Aussagen von z. B. Angehörigen, Krankengeschichten, Entlassungsberichten aber auch Ergebnisse von Laboruntersuchungen dazu, das Bild abzurunden ⁴ .
Umfang des Pflegeassessments Kurzdauernde Kontakte Kurzdauernde Aufnahmen Längerfristige Aufnahmen	Der Umfang der gesammelten Daten hängt von der geplanten pflegerischen Beziehung ab. In Bereichen, in denen die ärztliche Behandlung dominiert (z. B. Ambulanzen, Operationsbereich) reichen kurze und knappe Assessments (z. B. Konzentration auf eine Risikoeinschätzung und die relevanten Basisinformationen) aus. Ein umfassendes Assessment mit einer Anamnese ist nicht zu empfehlen. Ähnliches gilt für routinemäßige und kurzdauernde geplante Aufnahmen. Verlängert sich die pflegerische Beziehung und/oder tritt ein unvorhergesehener Pflegebedarf auf, so kann/muss das Assessment erweitert und vertieft werden. Längerfristige Pflegebeziehungen hingegen können mit einem ausführlichen Assessment beginnen und umfassen abhängig vom jeweiligen Pflegeleitbild Informationen zur Biographie oder auch andere Aspekte.

¹ In Österreich hat sich der Begriff „Pflegeanamnese“ eingebürgert, vermutlich da dieser im GuKG verankert ist. Anamnese bedeutet im eigentlichen Sinn des Wortes „Vorgeschichte einer Krankheit“ (Duden 1998), daher wird in diesem Dokument der Begriff „Pflegeassessment“ verwendet, der umfassender ist und die Vorgeschichte inkludiert.

² vgl. Bartholomeyczik, 2007, S. 212

³ vgl. Spirig, et al, 2007

⁴ vgl. Lindpaintner, 2007

Zeiträumen für das Pflegeassessment

sofort

> 24–48 h

Mehrere Tage/
Besuche

Laufende
Informationen

Aktualisieren des
Ist-Zustandes

Der Zeiträumen, in dem ein Assessment abgeschlossen werden soll und kann, hängt im Wesentlichen von der Dauer der geplanten Pflegebeziehung ab. Generell gilt jedoch, dass die wichtigsten Informationen, die unmittelbar relevant sind (z. B. Risiken durch Krankheiten oder der körperliche Zustand) sofort erhoben werden. Informationen, die in eine Pflegediagnose (*ohne Risiko*) münden, sollten in akutstationären Settings innerhalb von 24 h bis maximal 48 h erhoben werden.

In der Langzeitpflege sollen alle Informationen innerhalb der ersten 14 Tage bis maximal eines Monats vorliegen. In der Hauskrankenpflege innerhalb der ersten 14 Tage bzw. innerhalb der ersten fünf Hausbesuche. Damit ist die Informationssammlung abgeschlossen. Alle weiteren relevanten Informationen fließen direkt in die Pflegeplanung ein. Für den Langzeitpflegebereich (stationär und in der Hauskrankenpflege) empfiehlt es sich, alle sechs bis zwölf Monate eine Aktualisierung/Neubewertung des Ist-Zustandes vorzunehmen.

Standardisierte Assessment-instrumente

Derzeit keine
Empfehlung

Derzeit kann keine Empfehlung für die Anwendung eines standardisierten Instrumentes gegeben werden. Meist werden organisationsweit einheitliche Formulare verwendet, die sich in der Regel an Aktivitäten des täglichen Lebens* orientieren. Alle zusätzlichen Informationen (z. B. Biographie) hängen von den jeweiligen Pflegeleitbildern ab.

Neueinschätzung des Ist-Zustandes

Der auf Organisations- und/oder Individuumsebene zu definierende Zeitraum/-punkt für die umfassende Neueinschätzung sollte in Abhängigkeit von Akut- und Langzeitpflege, stabiler bzw. instabiler Pflegesituation und Risiko entschieden werden. Es wird empfohlen für den Langzeitpflegebereich (stationär und in der Hauskrankenpflege) alle sechs bis zwölf Monate eine Aktualisierung des Ist-Zustandes durchzuführen.

Bezeichnung	Pflegeassessment
Definition lt. GuKG	Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit* des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese)
Erläuterungen im GuKG	Pflegeanamnese ist die Sammlung von Informationen über die Patientin / den Patienten, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient. Diese umfasst die Personalien, Diagnose und Therapien sowie die entsprechenden Verordnungen, den körperlichen Zustand, individuelle Bedürfnisse der Patientin / des Patienten und ihrer/seiner Angehörigen, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Fähigkeit zur Mitarbeit
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Assessment ist das Sammeln und Beurteilen von Daten. Bartholomeyczik (2007, S. 212) schreibt „Bei jedem Assessment sollte das Ziel der Information basierten Entscheidungsfindung im Vordergrund stehen, für die als Basis zuverlässige Informationen benötigt werden; das Assessment-Ergebnis sollte folglich Handlung leitend sein. Ein Assessment kann in einer oder mehreren Pflegediagnosen enden, es kann auch zu anderen Problem- oder Ressourcenbeschreibungen führen“

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Der erste Schritt im Pflegeprozess dient dem Sammeln jener Daten, die die Basis für den pflegediagnostischen Prozess darstellen und umfasst die Vorgeschichte, die Ist-Zustandsbeschreibung zum Zeitpunkt der Erhebung (hinsichtlich vorhandener Probleme und Ressourcen) sowie die Einschätzung von Risiken . Aus den Ergebnissen des Assessments folgt die Pflegeplanung
	Verantwortung	Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie	Gespräche, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen, Informationen durch anderen Quellen z. B. Angehörige, Krankengeschichte usw.
	Was	<ul style="list-style-type: none"> a) individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse, Beeinträchtigungen, Ängste, Sorgen, Wünsche/Gewohnheiten b) Risiken [z. B. Dekubitusrisiko, Sturz ...] c) Ressourcen d) Die Situation des sozialen Umfelds Das beinhaltet: → Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. Waschen, Kleiden, Toilettenbenutzung, Kontinenz, Mobilität, Essen) → Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (u. a. Essenszubereitung, Einkaufen, Kommunikation, Hausarbeit, Medikamentenvorbereitung, -einnahme, monetäre Angelegenheiten) → spezifische Schwerpunkte wie Biographie- oder Ressourcenorientierung sind abhängig vom jeweiligen Pflegeleitbild der Organisation
	Wie oft	<ul style="list-style-type: none"> a) Bei der Aufnahme – bzw. bei der Aktualisierung der Ist-Zustandsbeschreibung bei Wiederaufnahme b) Aktualisierung der Ist-Zustandsbeschreibung in der Langzeitpflege mindestens alle 6–12 Monate
	Wie viel (Umfang) / Wann	<u>Abhängig von der Aufenthaltsdauer</u> <ul style="list-style-type: none"> a) Für kurz dauernden – ist settingspezifisch zu definieren – Aufenthalt: nur für diesen Zeitraum notwendige Basisdaten sowie, wenn nötig, eine Risikoeinschätzung → <i>Diese Einschätzung muss sofort erfolgen</i> b) Für längerfristige Aufnahmen (über mehrere Tage bis Monate) eine ausführliche Erhebung mit ggfs. biographischen Aspekten → <i>diese Einschätzung erfolgt über längere Zeiträume, diese müssen settingspezifisch [z. B.: interne Vorgaben] definiert werden</i>
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung JA</i>

DIE PFLEGEDIAGNOSTIK

Grundsatz

In Kooperation und Absprache mit Pat/Klien/Bew

Pflegediagnostik

Der Prozess des Sammelns, Beurteilens und Entscheidens

Im Rahmen der Pflegediagnostik werden die Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und der individuellen Situation der Pat/Klien/Bew in Beziehung gesetzt, geordnet und beurteilt. Daraus leiten sich mögliche Pflegediagnosen ab. Aus diesen potenziellen oder hypothetischen Pflegediagnosen müssen jene gefunden werden, die tatsächlich relevant sind, über mehrere Tage bestehen und pflegerisch beeinflussbar sind.

Definition von Pflegediagnose(n)

„Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist.“¹

Anzahl/Auswahl von Pflegediagnosen

Nicht jedes Bedürfnis/Problem mündet in eine Pflegediagnose
Auswahl der relevanten Pflegeprobleme

Die Anzahl der Pflegediagnosen hängt auch von der geplanten Aufenthaltsdauer ab. Es ist denkbar, dass Probleme und Pflegebedürfnisse existieren, eine Bearbeitung dieser innerhalb der geplanten Aufenthaltsdauer unmöglich ist, in diesem Fall wird keine Pflegediagnose gestellt. Umgekehrt gibt es Situationen, in denen zunächst keine pflegerischen Probleme vorliegen, im Laufe des Aufenthaltes neue Situationen entstehen, die zu Pflegediagnosen führen. Liegen mehrere Probleme parallel vor, gilt es herauszufinden, welche innerhalb des geplanten Aufenthaltes mit den vorhandenen Ressourcen gelöst bzw. beeinflusst werden können bzw. welche der vorhandenen Probleme die wichtigsten sind oder welche Probleme zueinander in Beziehung stehen. Liegt tatsächlich kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem vor, wird KEINE Pflegediagnosen gestellt.

Risikodiagnosen erfordern eine Pflegeplanung

Jede Risikodiagnose (z. B. Infektionsrisiko) erfordert eine Pflegeplanung und die Anwendung vorhandener Standards.

Keine relevanten Probleme sind medizinische Diagnosen oder Therapien. Probleme, die einmalig auftreten oder kürzer als 24 Stunden bestehen, müssen nicht als Pflegediagnose beschrieben, sondern im Pflegebericht dokumentiert werden.

Fehlerquellen

Der Prozess des Diagnostizierens beinhaltet Fehlerquellen.

Erstens: Es liegt ein Pflegebedarf vor, aber es wird keine Pflegediagnose gestellt.

Zweitens: Es liegt de facto kein Problem vor, aber es wird eine Pflegediagnose gestellt.

Drittens: Es wird die falsche Pflegediagnose gestellt².

¹ Carroll-Johnson 1993, zit. n. Gordon, Bartholomeyczik, 2001, S. 13

² Gordon, Bartholomeyczik, 2001, S. 352

Aufbau von Pflegediagnosen

P-Ä-S-R

Kleinster gemeinsamer Nenner:

Pflegediagnosetitel und Symptom-/ Risikobeschreibung

In der Pflegefachwelt besteht über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen kein Konsens. In Österreich erfolgt die Konstruktion von Pflegediagnosen häufig mit der Beschreibung des **Problems**, den zugrunde liegenden Ursachen (**Ätiologie**) und den typischen **Symptomen**, dem sogenannten P-Ä-S-System. Hinzu kommt das „R“ für die Abbildung von **Ressourcen**. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie¹ würde eine Pflegediagnose mit der *Beschreibung des Problems* und *dessen Bewertung* ausreichend detailliert beschrieben sein. Die Empfehlung für die Mindestanforderungen an das Formulieren von Pflegediagnosen ist daher: Problembeschreibung mit der Symptom- bzw. Risikoangabe. Ursachen und Ressourcen sind, wenn sie bekannt/erhebbar sind, anzuführen. Eine Empfehlung für eine Klassifikation wie NANDA-I-Pflegediagnosen oder ICNP® kann derzeit nicht ausgesprochen werden.

¹ ISO/FDIS 18104:2003

Bezeichnung	Pflegediagnostik
Definition lt. GuKG	Feststellen der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)
Erläuterungen im GuKG	Pflegediagnose ist die Feststellung und Einschätzung der patientenbezogenen Probleme und pflegerischen Bedürfnisse insbesondere im Hinblick auf die Problemursachen. Sie liefert die Grundlage zur Auswahl der Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele und schafft Rahmenbedingungen zur Anwendung der Pflegeplanung
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	"Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist" ¹

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Pflegediagnosen dienen dazu, jene Phänomene zu beschreiben, die als relevant bewertet werden und pflegerische Konsequenzen nach sich ziehen
	Verantwortung	Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie	Eine Pflegediagnose muss zumindest aus Problemtitel (=Beschreibung des Phänomens mit einer Beurteilung) und den Symptomen bzw. Risikofaktoren bestehen. Ursachen und Ressourcen sollen, wenn bekannt, angeführt werden
	Womit	Pflegediagnosen können unter Verwendung von standardisierten Klassifikationssystemen formuliert werden
	Wieviel	Eine Mindest- oder Maximalangabe ist nicht zielführend. Es können auch Personen betreut werden, OHNE vorliegende Pflegediagnose
	Wann	Pflegediagnosen werden formuliert, wenn a) ein Risiko besteht und b) „über mehrere Tage kontinuierlich Pflegemaßnahmen erforderlich sind und die Ausarbeitung einer Pflegeplanung sinnvoll ist“ ²
	Wo/Was	Pflegediagnosen werden in allen Bereichen der Pflege gestellt unter der Voraussetzung, dass eine kontinuierliche/dauerhafte Pflegebeziehung besteht und die Evaluation/Beurteilung der Ziele (oder Zielerreichung) gewährleistet ist. Bei kurzen (< 24h) Kontakten reicht die Dokumentation der Diagnose/Probleme und der gesetzten Maßnahmen im Pflegebericht
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung JA</i>

¹ Carroll-Johnson 1993, in Gordon, Bartholomeyczik, 2001, S. 13

² Stefan et al, 2006

DIE PFLEGEZIELE

Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klien/Bew
Pflegeziele Bewertbare künftige Zustände	Pflegeziele sind bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen oder Wissen der Pat/Klien/Bew zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Diese Zustände werden durch pflegerische Maßnahmen und innerhalb der vorhergesehenen Aufenthaltsdauer erreicht. Die Differenzierung in Nah- und Fernziele ist dann sinnvoll, wenn die pflegerische Beziehung über einen längeren Zeitraum besteht. Für die längerfristige Orientierung ist das übergeordnete Ziel (Fernziel) hilfreich, die Fortschritte lassen sich durch entsprechende Nahziel(e) nachweisen (<i>siehe Beispiel 1</i>).
Zielorientierung Verbessern Erhalten Bewältigen Lindern	Ziele können der Verbesserung (Rehabilitationsziele), der Erhaltung (Erhaltungsziele), der Bewältigung (Bewältigungsziele) oder der Linderung dienen und geben damit die Richtung der Pflege vor. Die Zielauswahl hängt von den Daten, die im Rahmen des Assessments erhoben wurden, dem Wunsch von Pat/Klien/Bew sowie den pflegerischen Möglichkeiten ab.
Regeln zur Zielformulierung Messbarkeit Nachvollziehbarkeit Erreichbarkeit Zeitpunkt	Die Kunst der Zielformulierung liegt darin, dass die Ziele für alle Beteiligten relevant, eindeutig, klar, nachvollziehbar und verständlich sind. Darüberhinaus enthalten sie bewertbare Größen, die die Basis für die Evaluation darstellen. Bewertbare Größen (Indikatoren*) sind z. B. Strecken in Meter; Mengen in Liter/Gramm; Gewicht in kg/BMI, Häufigkeiten in Zahlen; aber auch Angaben wie: unter Anleitung, selbstständig. Aussagen, die sehr allgemein formuliert sind z. B. „gut“ „besser“ lassen sich kaum messen und sind somit auch nicht evaluierbar. Eine Formulierung des Ziels mit dem Inhalt „fühlt sich wohl“, ist nur dann zulässig, wenn dieses anhand definierter Indikatoren beurteilt werden kann.
Evaluation der Zielerreichung	Zum vorgesehenen Zeitpunkt (Kontrollintervall) werden die Ziele evaluiert. Das bedeutet, die Ziele werden hinsichtlich des Grades der Zielerreichung bewertet. → siehe dazu das Kapitel Evaluation S. 21
Ausschlusskriterien Einmalige Handlungen Probleme aus dem Kompetenzbereich anderer Berufe	Keine Ziele werden für Probleme formuliert, die kurzfristig bestehen oder die einmalige Handlungen nach sich ziehen, diese werden im Pflegebericht mit Problemdarstellung, Maßnahme und Ergebnisbericht beschrieben. Ebenfalls nicht beschrieben werden Ziele, die durch pflegerische Interventionen unbeeinflussbar sind und/oder in den Kompetenzbereich anderer Gesundheitsberufe fallen.

In der neueren Pflegeliteratur wird zwischen Pflegeergebnissen und -zielen unterschieden. Ergebnisse unterscheiden sich durch die bessere Bewertbarkeit von Pflegezielen. Im Allgemeinen können Ziele erreicht oder nicht erreicht werden, daher kann die Zielerreichung nur mit Ja oder Nein beantwortet werden. Ziele sind häufig auch abstrakter beschrieben, so dass eine eindeutige Bewertung nicht möglich ist. Bei der Beschreibung von Ergebnissen besteht die Möglichkeit, unterschiedliche Grade des Zustandes zu bewerten und so einen Verlauf abzubilden. Patientenbezogene Ergebnisse können durch (mehrere) Indikatoren bewertet werden (vgl. nursing outcome classification) und die Indikatoren sind mit einer Bewertungsskala versehen.

Beispiel 1

das Fernziel:

2 Tage vor der Entlassung wird der Blutzucker selbstständig gemessen.

die Nahziele:

1.1 am Tag xy wird das Blutzuckergerät selbstständig bedient,

1.2 am Tag z wird der Blutzucker unter Anleitung gemessen

Bezeichnung	Festlegen von Zielen
Definition lt. GuKG	Planen der Pflege, Festlegen von pflegerischen Zielen
Erläuterungen im GuKG	Die Pflegeplanung beinhaltet die generelle und individuelle Problemstellung, die Festlegung der Pflegeziele und die Ausarbeitung der Pflegemaßnahmen (RV)
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Pflegeziele beschreiben zukünftige Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen und zukünftiges Wissen, die innerhalb eines definierten Zeitraums erreicht werden sollen

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Ziele werden formuliert a) um aufzuzeigen, was erreicht werden soll und um b) die Pflegewirkung zu überprüfen
	Verantwortung	Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Was	Ziele umfassen Aspekte, die auf die Verbesserung, die Erhaltung, die Bewältigung oder die Linderung eines Zustandes (Verhalten, Befinden, Wissen, ...) ausgerichtet sind
	Wie	Ziele werden mit Hilfe messbarer Ergebnisse formuliert. a) Den Zustand, der erreicht werden soll <i>(misst den Blutzucker; verbalisiert ...)</i> b) Die Einheit, in der der Zustand gemessen wird <i>(kg; Meterangaben; Trinkmengen; Grad Selbstständigkeit, Wissenserwerb, Fertigkeiten)</i> c) Die Angabe des Zeitpunktes, bis wann das Ziel erreicht werden soll oder eines Kontrollintervalls <i>(2 Tage vor der Entlassung – Datumsangabe)</i> Eine Differenzierung in Nah- und Fernziele ist dann zu empfehlen, wenn die Pflegebeziehung über einen entsprechend langen Zeitraum besteht
	Wie viele	Eine Mindest- oder Maximalangabe ist nicht möglich, aber zu jeder Pflegediagnose ist zumindest ein Pflegeziel erforderlich
	Wann	Wenn ein Patienten-; Klienten-; Bewohnerzustand pflegerische Maßnahmen erfordert, werden im Rahmen der Pflegeplanung oder als Folge der Evaluation Pflegeziele formuliert.
		<i>Evaluation JA Aktualisierung JA</i>

DIE PFLEGEMASSNAHMEN

Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klien/Bew
Pflegemaßnahmen Anordnen, durchführen, delegieren Verbindlich für alle	Unter Pflegemaßnahmen werden Handlungen verstanden, die vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege aufgrund ihres Fachwissens angeordnet werden, um das festgelegte Ziel zu erreichen. Die Durchführung obliegt je nach Komplexität der Handlung und/oder Pflegesituation dem gehobenen Dienst, der Pflegemaßnahmen an andere Pflegeberufe delegieren kann. Pflegemaßnahmen stellen jene Aktivitäten dar, die während der Pflegebeziehung für alle Pflegepersonen verbindlich sind.
Mitverantwortliche Tätigkeiten	Handlungen aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich, die von Pflegepersonen durchgeführt werden können, fallen nicht in diese Kategorie. Es spricht jedoch nichts dagegen, diese Handlungen, wenn sie ebenfalls zu Zielerreichung beitragen, in die Planung aufzunehmen, unter der Voraussetzung, dass sie von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten schriftlich angeordnet und nicht an anderer Stelle bereits erfasst sind .
Beschreibung der Pflegemaßnahmen	Von der präzisen Beschreibung der angeordneten Maßnahmen hängt die erfolgreiche Umsetzung ab. Daher wird empfohlen, dass die Beschreibung der Maßnahmen aus der Art der Anwendung (was), dem Ort der Anwendung (wo), der Angabe der Häufigkeit (wie oft), der verwendeten Hilfsmittel (womit), dem Zeitpunkt/Zeitraum (wann) und von wem (Berufsgruppe) (wer) besteht.
Arten von Pflegemaßnahmen	Die pflegerischen Maßnahmen umfassen neben der stellvertretenden Übernahme von Handlungen , das kontinuierliche Beobachten und Sammeln bzw. Analysieren von Daten, das Vermitteln von Informationen und Fertigkeiten sowie das Koordinieren und Organisieren von Prozessen ¹ . Wichtige und zeitintensive Aktivitäten wie z. B. Kontrolle von Vitalzeichen (z. B. bei Fieber) im Rahmen der eigenverantwortlichen Krankenbeobachtung oder das Planen und Organisieren der Entlassung und der Pflege zu Hause sowie das Vermitteln von Wissen über die Gesundheit/Krankheit und das Erlernen des entsprechenden Verhaltens müssen in die Planung mit aufgenommen werden.
Einmalige Pflegemaßnahmen in den Pflegebericht	Einmalige Pflegemaßnahmen, die aufgrund eines punktuellen Problems gesetzt werden, werden im Pflegebericht vermerkt, eine Pflegeplanung (und daher Maßnahmenplanung) ist nicht notwendig.

¹ vgl. <http://www.sabacare.com/>

Bezeichnung	Planen von Maßnahmen
Definition lt. GuKG	Planen der Pflege, Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen
Erläuterungen im GuKG	Die Pflegeplanung beinhaltet die generelle und individuelle Problemstellung, das Festlegen der Pflegeziele und das Ausarbeiten der Pflegemaßnahmen (RV)
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Die Planung der Pflegemaßnahmen erfolgt auf Grundlage des Pflegeassessments, der Pflegediagnosen und der Pflegeziele. Unter Pflegemaßnahmen werden Handlungen verstanden, die der Aufrechterhaltung, der Verbesserung und der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes dienen oder zur Linderung von Leiden beitragen und einen Einfluss auf das gewünschte (beschriebene) Pflegeziel haben

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Die formulierten Pflegemaßnahmen stellen eine bindende Vorgabe für alle beteiligten Berufsgruppen dar. Sie können von den Pat/Klien/Bew abgelehnt und dürfen vom gehobenen Dienst nur in begründeten Fällen verändert werden. Durch diese Vorgehensweise wird die Kontinuität der Betreuung sichergestellt
	Verantwortung	Planung/Anordnung und Delegation: der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie	Sie werden so formuliert, dass eindeutig hervorgeht wer (i.S. von Berufsgruppen), was, wann, wo, womit, wie und wie oft durchführt
	Was	Pflegemaßnahmen umfassen Aktivitäten die a) direkt mit oder für den/die Pat/Klien/Bew ausgeführt werden b) die der Beobachtung dienen c) die der Information, der Beratung und der Anleitung/Schulung dienen d) die dem Case Management / Entlassungsmanagement dienen
	Was nicht	a) einmalig zu erbringende Leistungen b) settingspezifische Basisleistungen (Hotellerie, Essen bereitstellen, Betten machen, Getränke bereitstellen) c) Maßnahmen, die schon an anderer Stelle geplant/angeordnet sind
	Standards	Werden Maßnahmen laut Standard geplant, so muss (a) der entsprechende Standard nachlesbar sein und (b) darf sich die erbrachte Maßnahme in keinem Punkt von dem hierfür erarbeiteten Standard unterscheiden (c) Modifikationen des Standards müssen angeführt werden
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung JA</i>

DIE EVALUATION

Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klien/Bew
Evaluation systematisch bewerten	Die Evaluation ist die systematische Bewertung der Zielerreichung. Das geplante Ziel wird mit dem tatsächlichen Zustand zum Zeitpunkt der Evaluation verglichen und bewertet. Das Ergebnis der Evaluation zeigt den Grad der Zielerreichung. Die Evaluation erfolgt im Rahmen der Pflegebeziehung zu den bei der Zielbeschreibung festgelegten Zeitpunkten/Kontrollintervallen.
Konsequenzen PD beenden weiterführen Ziel verändern Maßnahmen verändern PD verändern	Das Evaluationsergebnis kann zu folgenden Konsequenzen führen: die Pflegediagnose wird beendet (Erfolg: das Ziel ist erreicht, die Pflegediagnose hat keine Gültigkeit mehr); die Pflegediagnose bleibt bestehen, obwohl das Ziel erreicht wurde (aber es handelt sich um Erhaltungsziele); die Maßnahmen können eventuell verändert werden, das hängt von der Bewertung dieser ab; die Pflegediagnose und die -maßnahmen bleiben bestehen, aber das Ziel wird verändert (das Problem besteht weiterhin, aber es zeigt sich, dass die Zielformulierung den Erfordernissen nicht entspricht); die Pflegediagnose und das Ziel bleiben bestehen, aber die Maßnahmen werden verändert (Problem und Ziel scheinen sinnvoll, aber die Maßnahmen wirken nicht); die Pflegediagnose wird verändert, da sich herausgestellt hat, dass die Problembeschreibung nicht passend war.
Ursachenanalyse	Um die richtige Entscheidung zu treffen, müssen die Ursachen der unvollständigen Zielerreichung herausgefunden werden, dies erfolgt im Rahmen der Ursachenanalyse. Dort werden jene Faktoren geklärt, die einen Einfluss auf die Zielerreichung haben. Diese Faktoren können entweder im Pflegeprozess liegen (eine Verkennung des Problems, die unpassenden Maßnahmen oder Schwächen in der Formulierung des Ziels) oder in strukturellen Rahmenbedingungen grundgelegt sein (z. B. räumliche Gegebenheiten, Pflegeorganisationsform, Qualifikation des Personals) (vgl. Abbildung 1.3)
Ergebnisdokumentation	Ergebnisse der Evaluation in der einen Organisation im Pflegebericht, in der anderen im Evaluierungsbericht und in der dritten direkt beim evaluierten Ziel zu finden sein.

Bezeichnung	Evaluation
Definition lt. GuKG	Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)
Erläuterungen im GuKG	Pflegeevaluation ist die Bewertung der geleisteten Pflege sowie der erreichten Fortschritte im Hinblick auf die angestrebten Ziele. Durch kontinuierliche Pflegeevaluation wird es der Pflegeperson ermöglicht, die Effektivität der gesetzten pflegerischen Maßnahmen in Bezug auf die Bedürfnisse der Patientin/des Patienten zu steuern (RV)
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Die Evaluation dient der Beurteilung der Zielerreichung. Es wird festgestellt, inwieweit die vereinbarten Pflegeziele erreicht wurden

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Dient der Ermittlung und Beurteilung der Zielerreichung. Wurde das Ziel nicht erreicht, dann wird nach den Ursachen gesucht und die Pflegeplanung entsprechend angepasst. Darüber hinaus liefert das Ergebnis der Evaluation Daten für die pflegewissenschaftliche Auswertung
	Verantwortung	Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie	Die Beurteilung der Zielerreichung erfolgt, wenn möglich, gemeinsam mit den Pat/Klien/Bew Die Beurteilung ist nachzuweisen, indem der Grad der Zielerreichung dokumentiert und eindeutig ausgewiesen wird
	Wann	Die Evaluation findet zu den festgelegten Zeitpunkten oder Kontrollintervallen statt. In fachlich begründeten Fällen kann sie vorgezogen werden
	Wo	Die Definition des Ortes, wo die Beurteilung festgehalten wird, obliegt der Organisation (z. B: direkt beim Zielformulierung, im Pflegebericht, auf einem eigenen Blatt)
	Was nicht	Von der Evaluation (die Ermittlung und Beurteilung eines Ergebnisses und die daran anschließende Festlegung neuer Ziele, Maßnahmen oder Pflegediagnosen) ist die laufende Beobachtung zu unterscheiden (Monitoring), diese dient dazu, während der gesamten Pflegebeziehung steuernd einzugreifen, falls der Verlauf nicht der geplanten Richtung entspricht
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung NEIN</i>

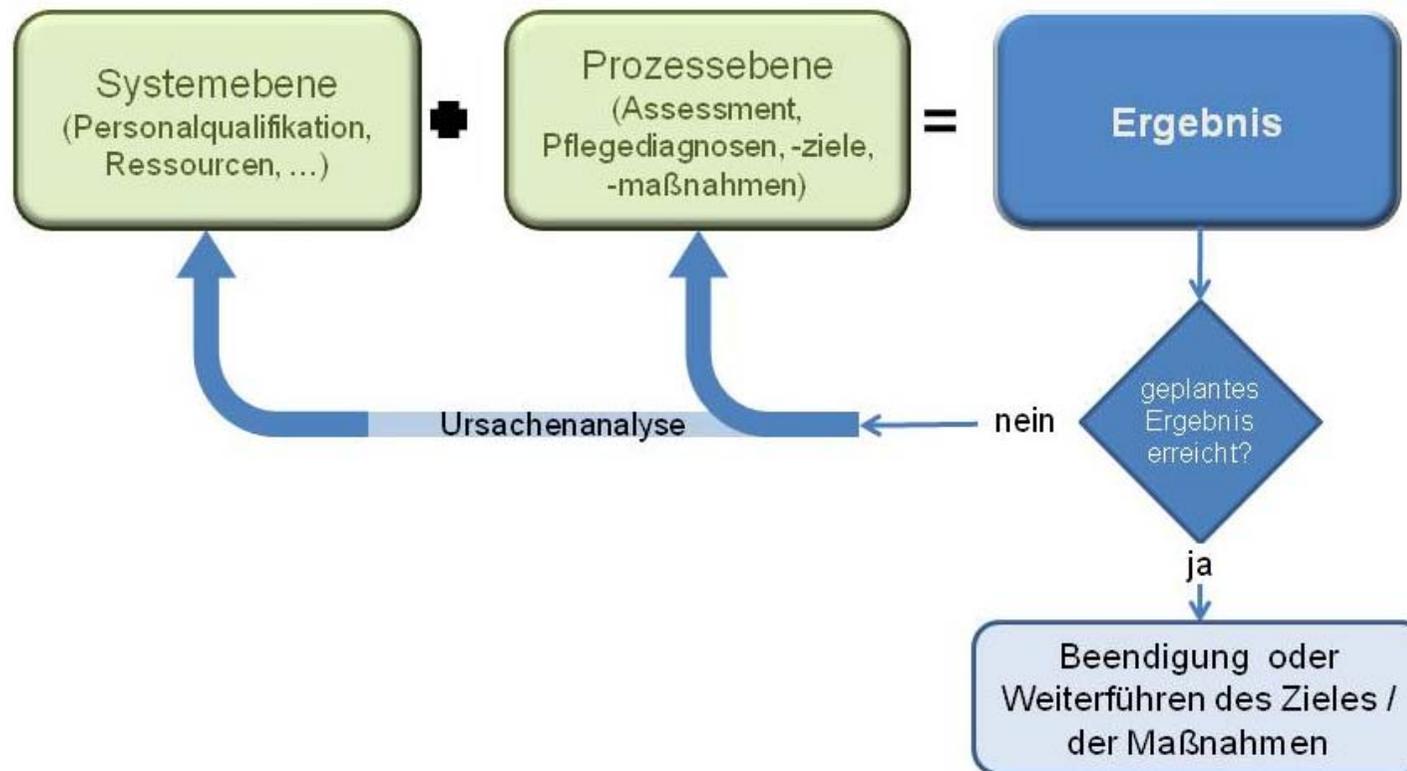
Beispiel 2:

Ziel der Diabetesschulung ist, dass am Ende der Schulungsdauer von vier Wochen das selbstständige Messen des Blutzuckers und das autonome Interpretieren der Messwerte sowie die daraus resultierenden Anpassungen im Diabetesmanagement selbstständig erfolgen.

Evaluert wird: am Ende der vier Wochen die Fähigkeit, selbstständig den Blutzucker zu messen; die Darstellung der Messergebnisse und die daraus resultierende Anpassung der Insulindosis mit der Begründung, warum diese notwendig ist.

Das Monitoring findet während der gesamten Betreuungs-/Schulungszeit statt und ermöglicht durch laufende Beobachtungen und ständiges Überprüfen der Fähigkeiten und des Wissens, die Schulungsinhalte an den Bedarf anzupassen (z. B. könnte eine Person rasch die Handhabung des Blutzuckermessgerätes erlernen, einen andere braucht mehr Unterstützung).

Abbildung 2.1: Ursachenanalyse im Rahmen der Evaluation



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

DER PFLEGEBERICHT

Verlaufsbericht über Besonderheiten

Wichtiges

Nicht Regelhaftes

Maßnahmen, die einmalig gesetzt werden

Der Pflegebericht ist ein situationsbezogener Verlaufsbericht über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten von Pat/Klien/Bew. Besonderheiten sind wichtige und nicht regelhafte Informationen. Sie resultieren aus u. a. Beobachtungen, Gesprächen, Ereignissen, Inspektionen und Überwachung, die sonst an keiner Stelle der Dokumentation ihren Platz finden bzw. abgebildet werden können oder sollen. Unabhängig davon sind im Pflegebericht alle einmalig gesetzten Handlungen mit einer Beschreibung von Ursache und Wirkung der Maßnahmen zu dokumentieren.

Beobachtungsergebnisse

Abweichungen, wenn sie nicht regelhaft sind (einmalige und wiederkehrende unterscheiden)

Ist der Auftrag der Pflegebeziehung die Beobachtung, dann können diese Informationen entsprechend den Kriterien, die dieser Beobachtung zugrunde liegen, auch im Pflegebericht stehen. Er eignet sich auch zur Dokumentation von Abweichungen von der Norm bzw. vom Standard (= nicht regelhaft). Treten Abweichungen aber häufiger auf, sollten sie entweder in Pflegediagnosen übergehen oder eine medizinische Handlung/Diagnose nach sich ziehen.

„Floskeln“ und persönliche Ansichten bzw. Interpretationen sind zu vermeiden!

Der Pflegebericht ist ungeeignet, um mit Floskeln gefüllt zu werden, die kaum Informationsgehalt bieten. Beispiele dafür sind „gut geschlafen“, „Patient o. B.“ oder „alles in Ordnung“. Weiters zu vermeiden sind persönliche Ansichten und Interpretationen der Pflegenden (z. B. „Patient/in ist verwirrt“ oder „Klient/in ist nett und kooperativ“). Es sind nur Tatsachen, objektive Beobachtungen, Befunde und Aussagen der Pat/Klien/Bew (bzw. deren Bezugspersonen) festzuhalten. Fachliche Interpretationen auf Grund von Beobachtungen von Symptomen, Zeichen oder Phänomenen sind als solche auszuweisen und zu dokumentieren.

Grundlage für Neueinschätzung

Nachdem der Pflegebericht als Verlaufsbericht konzipiert ist, der nur über oben genannte Besonderheiten im Rahmen einer definierten Pflegebeziehung berichtet, liefert er Informationen für eine vorzunehmende Neueinschätzung des Ist- Zustandes.

Platz/Ort/Stelle der Dokumentation kann unterschiedlich sein

Der Platz / die Stelle für den Pflegebericht ist abhängig vom jeweiligen Dokumentationssystem. Wichtig dabei ist, dass es zu keiner Doppeldokumentation kommt und der Zusammenhang der einzelnen Informationen nötigenfalls durch Querverweise aufgezeigt wird.

Bezeichnung	Pflegebericht
Definition lt. GuKG	nicht vorhanden
Erläuterungen im GuKG	nicht vorhanden
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Der Pflegebericht ist ein situationsbezogener Verlaufsbericht über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten (= Besonderes, Wichtiges und nicht Regelgeleitetes in Bezug auf u. a. Beobachtungen, Ereignisse, Informationen, Ergebnisse)

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Er dient der nachvollziehbaren Darstellung des Pflegeverlaufs sowie der Informationsweitergabe und dem Informationsaustausch innerhalb und zwischen den zuständigen Berufsgruppen und involvierten Personen
	Verantwortung	Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (DGKP/PH), Sozialbetreuungsberufe (HH, FSB, DSB) und Auszubildende; settingspezifisch ist die Eintragung durch andere Berufsgruppen, Angehörige und ehrenamtlich Tätige (u. a. Besuchsdienste) möglich

Inhalt	Was	<p>Eingetragen werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) relevante Besonderheiten mit einer nachvollziehbaren Beschreibung der Situation (was ist passiert, wer war involviert, was wurde von wem veranlasst und wie hat die Maßnahme gewirkt) b) Abweichungen vom Standard und/oder von der Pflegeplanung mit Begründung (z. B. warum Pflegemaßnahmen nicht oder in veränderter Form stattfanden) c) Veränderungen im Allgemeinzustand, Krankheits-/Zustandsbild sowie Wohlbefinden, sofern diese pflege-, betreuungs- und/oder behandlungsrelevant erscheinen d) einmalig gesetzte Maßnahmen (inkl. Begründung und Wirkung), die nicht Teil der Pflegeplanung sind e) relevante Informationen und Mitteilungen u. a. von/vom und an Patientinnen/Patienten, aus dem / an das soziale Umfeld, an/von Bezugs- sowie Vertrauenspersonen f) relevante Vereinbarungen mit u. a. Patienten-, Klienten-, Bewohnergeldokumentation, Vertrauenspersonen, Sachwaltern g) Reaktionen, die aufgrund des kontinuierlichen Monitorings beobachtet wurden, aber (noch) keine unmittelbare Relevanz für die Pflegeplanung haben wie z. B. Reaktionen auf pflegerische, therapeutische und medizinische Maßnahmen h) Beobachtungs- und Überwachungsergebnisse, sofern sie nicht an anderer Stelle einzutragen sind
	Was nicht	<ul style="list-style-type: none"> a) routinemäßige Einträge mit Standardfloskeln wie: "ohne Besonderheit" oder "äußert keine Beschwerden" usw. b) Leistungen, die im Durchführungsnachweis bzw. an anderen Stellen der Patienten-, Klienten-, Bewohnergeldokumentation (z. B. Fieberkurve) vermerkt werden c) Informationen, die bereits an anderer Stelle (z. B. im Aufnahme- oder Entlassungsbericht oder im Evaluierungsblatt) festgehalten sind
	Wie oft	Es ist von der Organisation zu entscheiden, ob Mindestanforderungen (z. B. jeder Dienst muss einen Eintrag vornehmen) verlangt werden. Aus fachlicher Sicht besteht dazu jedoch keine Veranlassung
	Wann	zeitnah – d. h. möglichst knapp nach dem Ereignis, der Beobachtung aber spätestens bis Dienstende

DER DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS

Definition	Der Durchführungsnachweis vollzieht den § 5 des GuKG und ist in allen Tätigkeitsbereichen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (§§ 14, 15, 16 sowie §§ 84 und 3) zu erbringen. Es handelt sich hierbei um die personenbezogene Dokumentation aller direkten bzw. unmittelbar erbrachten Pflegeleistungen/-maßnahmen/-interventionen. Er ist nicht gleichzusetzen mit dem Leistungsnachweis*, obwohl er zur Erstellung eines solchen herangezogen werden kann.
Hauptzweck	Der Durchführungsnachweis dient der Identifikation der durchführenden Personen und deren rechtlichen Absicherung im Rahmen der Durchführungsverantwortung. Darüber hinaus macht er transparent (intra- und interprofessionell sowie gegenüber den Pat/Klien/Bew), welche Maßnahmen, an welchem Tag, zu welchem Zeitpunkt, von welcher Person erbracht wurden. Er dient somit der Qualitätssicherung und kann, so wie alle anderen in der Pflegedokumentation enthaltenen Informationen, Forschungszwecken dienen.
Inhalt	Die erfolgte Durchführung angeordneter (eigen- und mitverantwortlich) sowie vereinbarter Maßnahmen (interdisziplinär) ist mittels vor Ort festgelegtem Handzeichen, mit Angabe von Uhrzeit/Zeitraum und Datum schriftlich bzw. elektronisch zu bestätigen. Wo die Eintragung vorzunehmen ist, hängt vom jeweils verwendeten Dokumentationssystem ab.
Effizienz	Außerhalb der Pflegeprozessdokumentation finden somit zahlreiche Dokumentationsleistungen statt, die häufig administrativen Charakter haben und zu erheblichen Arbeitsbelastungen führen. Umso wichtiger ist, dass die Dokumentationsleistung möglichst einfach und effizient geschieht. Ein Hauptkriterium dafür ist, dass jeder Eintrag nur einmal und an der dafür vorgesehen Stellen zu finden ist.

Titel	Durchführungsnachweis
Definition (lt GuKG)	Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufs die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren (§ 5)
Definition (lt. Erläuterungen des GuKG)	In Krankengeschichten (§ 10 KAKuG) sind neben ärztlichen Leistungen auch sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen – insbesondere pflegerische – darzustellen. Auch in einigen Pflegeheimgesetzen der Länder ist die Pflegedokumentation bereits normiert. Zur Erstellung einer umfassenden interdisziplinär geführten Patientendokumentation muss auch der Pflegeprozess aufgezeichnet werden
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Es handelt sich hierbei um die personenbezogene Dokumentation der erbrachten direkten/unmittelbaren Pflegeleistungen (in allen Tätigkeitsbereichen §§ 3, 14, 15, 16, 84), egal in welchem Teil der Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation diese festgehalten werden (u. a. Fieberkurve, Pflegebericht oder Pflegeplanung). Die indirekten Pflegeleistungen (u. a. Essen bestellen) benötigen keinen personenbezogenen Durchführungsnachweis und sind daher auch nicht in der Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation zu verankern. Der Durchführungsnachweis kann als Leistungsnachweis herangezogen werden, was jedoch vom System der Leistungserfassung vor Ort abhängig ist

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Der Durchführungsnachweis dient der Identifikation der durchführenden Personen, der rechtlichen Absicherung, der Transparenz (intra- und interprofessionell, Leistungsempfänger), der Qualitätssicherung, der Forschung und ggf. Leistungsdokumentation (für Personalberechnung, Finanzierung, Benchmarking)
	Verantwortung	Gehobener Dienst für GuKP, Pflegehilfe, Sozialbetreuungsberufe (HH*, FSB, DSB) und Auszubildende

Inhalt	Was	Es ist entweder die erfolgte Durchführung der geplanten oder angeordneten Maßnahmen zu dokumentieren oder das Ergebnis der erfolgten Maßnahme (z. B. <i>ist die gemessene Körpertemperatur als "Wert"</i>) einzutragen
	Was nicht	Nicht geplante und einmalige Maßnahmen können auch nur im Pflegebericht dokumentiert werden
	Wie	Die Einträge müssen so verfasst sein, dass diese eindeutig einer Person zuordenbar sind, sofern nicht nur das Ergebnis der Maßnahme zu dokumentieren ist (<i>Beispiel Fieber / Blutdruck messen</i>) Mindestanforderung: die Durchführung der im Pflegeprozess geplanten Maßnahmen ist mindestens einmal pro Dienst pro Patientin/Patient mit einem Handzeichen abzuzeichnen Maßnahmen aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich sind bei jeder Durchführung abzuzeichnen
	Wann	Unmittelbar – d. h. möglichst zeitnah nach der Durchführung der Maßnahme aber spätestens bis Dienstende
	Wo	Der Nachweis erfolgt an jenem Platz, der dafür in der Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation vorgesehen ist (u. a. Pflegeprozessdokumentation, Pflegebericht, Durchführungsnachweis, Fieberkurve, Positionierungsplan, Miktions- oder Schmerzprotokoll etc.) Dieser Platz kann daher organisations- oder settingspezifisch variieren

DIE PFLEGEVISITE

Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klien/Bew
Definition Instrument der Qualitätssicherung	In der Literatur werden für die Pflegevisite unterschiedliche Aufgaben und Funktionen beschrieben. Dies reicht von regelmäßigen Besuchen bei Pat/Klien/Bew über die Kontrolle des Ablaufs und Umsetzung des Pflegeprozesses, Dienstübergabe am Bett bis hin zu Steuerung und Führung durch das Pflegemanagement. In dieser Arbeitshilfe wird die Pflegevisite als ein mögliches Instrument zur Qualitätssicherung verstanden. Im Mittelpunkt stehen die erbrachte Leistung und das Pflegeergebnis bei Pat/Klien/Bew.
Verantwortung Gehobener Dienst Führungspersonal Pflegeexpertinnen/ -experten	Abhängig vom Ziel der Pflegevisite kann diese vom gehobenen Dienst im Rahmen der Anordnungs- und Aufsichtspflicht durchgeführt werden. Führungskräfte wie Stationsleitungen, Bereichsleitungen, Pflegedienstleitungen, Stützpunktleiter/innen usw. können Pflegevisiten im Rahmen ihrer Führungsverantwortung durchführen und Pflegevisiten von Pflegeexpertinnen/-experten und -beraterinnen/beratern werden im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklungsfunktion angeboten.
Durchführung der Pflegevisite Gemeinsam mit Betroffenen	Hauptaugenmerk bei der Pflegevisite liegt in der Begutachtung des Ergebnisses der geleisteten Pflege sowie in der Zufriedenheit der Pat/Klien/Bew (Ergebnisqualität). Dies umfasst neben Gesprächen, die körperliche Inspektion und die Beurteilung der realen Situation. Pflegevisiten können umfassend oder für spezifische Fragestellungen durch Pflegeexpertinnen/-experten erfolgen. Zum Beispiel bei komplexen Pflegephänomenen* in Bezug auf Diabetes von Diabetesberaterinnen/-beratern. Daraus ergibt sich, dass die Pflegevisite, egal ob umfassend und allgemein oder spezifisch immer gemeinsam mit oder bei den Betroffenen durchgeführt werden muss. Neben der Besprechung der Ergebnisse der Pflegevisite mit den Betroffenen (wenn dies möglich ist) ist eine Vor- bzw. Nachbesprechung im Pflegeteam notwendig.
Übergeordnete Ergebnisse der Pflegevisite Steuerung von Personalmix Schulungsbedarf	Neben der Ergebnisqualität können aufgrund der Pflegevisite auch Rückschlüsse auf die Fachlichkeit der Pflegepersonen, die Qualität der Durchführung und den korrekten Personalmix gezogen werden. Darüberhinaus können die Qualität der Pflegedokumentation und die Richtigkeit des Pflegeprozesses (Roter Faden; Logik und Verständlichkeit) beurteilt werden. Allerdings handelt es sich dabei um Steuerungsinstrumente der Personal- und Qualitätsentwicklung, die als Zusatzergebnis der Pflegevisite zu werten sind. Aus diesem Prüfungsergebnis kann unter anderem Schulungsbedarf abgeleitet werden.
Dokumentation personenbezogen organisationsbezogen	Die Dokumentation (Verschriftlichung) der Resultate der Pflegevisite finden sich einerseits in der gegebenenfalls veränderten Pflegeplanung wieder. Darüberhinaus kann sie als Leistung im Durchführungsnachweis vermerkt werden. Die relevanten und besonderen Ergebnisse, die mit den Pat/Klien/Bew besprochen wurden, sind im Pflegebericht vermerkt. Darüberhinaus können organisationsrelevante Ergebnisse in Schulungspläne oder Projekte und strukturelle Veränderungen einfließen.

Titel		Pflegevisite
Definition (lt GuKG)		
Definition (Erläuterungen)		
Definition der Gruppe der Autorinnen und Autoren	Die Pflegevisite ist ein Instrument des Qualitätsmanagements. Sie dient der Planung, Steuerung und Überprüfung von direkten (bei Pat/Klien/Bew) und indirekten (Pflegedokumentation, Fachkompetenz) pflegerischen Leistungen	

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Zur Qualitätssicherung Führungskräfte aller Ebenen (Stationsleitung, Bereichsleitung, Pflegedienstleitung) im Rahmen ihrer Führungsverantwortung Pflegeexpertinnen/-experten und -berater/innen im Rahmen ihrer Qualitätsentwicklungsfunktion
	Verantwortung	Bei der Pflegevisite wird die Situation / der Zustand der Pat/Klien/Bew eingeschätzt, die Pflegedokumentation sowie die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern beurteilt, um planend und steuernd wirken zu können

Inhalt	Was	Auf der Ebene der Ergebnisqualität werden das Ergebnis der geleisteten Pflege sowie die Zufriedenheit der Pat/Klien/Bew beurteilt und gegebenenfalls einer Ursachenanalyse zugeführt Auf der Ebene der Strukturqualität wird beurteilt, ob a) der Personalmix für die individuelle Pflegesituation der Richtige ist und b) die situative Handlungskompetenz der Pflegepersonen den gegebenen Anforderungen gerecht wird. Aus diesem Prüfungsergebnis kann unter anderem Schulungsbedarf abgeleitet werden Auf Ebene der Prozessqualität werden die Anwendung und der Ablauf des Pflegeprozesses, die Pflegedokumentation sowie der Mitteleinsatz beurteilt
	Wie	Information aller Beteiligten; Vorbesprechung im Team; Visite bei Pat/Klien/Bew; Nachbesprechung im Team und Information der Pat/Klien/Bew; gegebenenfalls Überarbeitung der Pflegeplanung; Dokumentation der Pflegevisite
	Wie nicht	Nicht als Fallbesprechung (ohne Betroffene); als Übergabe am Krankenbett; als reine Pflegedokumentationskontrolle
	Wie oft	Regelmäßige Durchführung, die Häufigkeit hängt von individuellen Rahmenbedingungen und Bedarf ab

3 Literaturverzeichnis

BARTHOLOMEYCZIK, S.: Pflegediagnosen aus wissenschaftlicher Sicht. In: Lindemeyer, T. et al. (Hg.): Tagungsband, Pflegekongress 2002, S. 14–18

BARTHOLOMEYCZIK, S.: Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessment-instrumenten in der Pflege. In: Pflege. 04/20. 2007, S. 211–217

BERGER, S., ET AL. (Hg): NANDA-I Pflegediagnosen Definitionen & Klassifikation 2007-2008. Recom-Verlag, 2008

BROBST, R., ET AL.: Der Pflegeprozess in der Praxis. Basel, Hans Huber, 1997

CAROLL-JOHNSON: Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the tenth Conference, Philadelphia 1993, In: GORDON M., BARTHOLOMEYCZIK S.: Pflegediagnosen – Theoretische Grundlagen. München. Urban&Fischer 2001

DIJKSTRA, A., BUIST, G., DASSEN, TH.: A criterion-related validity study of the Nursing-Care Dependency (NCD) scale. In: International Journal of Nursing Studies. 1998, 35(3), S. 163–170

DIJKSTRA, A., BUIST, G., DASSEN, TH.: Nursing-Care Dependency: Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients. In: Scandinavian Journal of Caring Science. 1996/10, S. 137–143

FIECHTER, V., MEIER, M.: Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel, Recom. 1981 2.A; 1985, 4. Auflage

GORDON, M.: Nursing Diagnosis – process and Application. Mosby, 1994 deutsche Übersetzung: GORDON, M., BARTHOLOMEYCZIK, S.: Pflegediagnosen – Theoretische Grundlagen. München. Urban&Fischer 2001

HINZ ET AL.: ICNP® – Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis. Hans Huber, Bern, 2003

ICN: ICNP® Version 1, Genf. 2005

JOHNSON M. ET AL. (Hg): Pflegeergebnisklassifikation (NOC). Huber, Bern 2005

KATZ, S. ET AL.: Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, 1963, S. 914–919

KROMREY, H.: Evaluation ein Überblick. In: SCHÖCH, H. (HG.): Was ist Qualität. Die Entzauberung eines Mythos. Berlin. Wissenschaftl. Verlag, S. 31–85. *Online-Version: Download am 23.10.2008: http://www.profkromrey.de/Kromrey_Evaluation_-_ein_Uberblick.pdf*

LAWTON, M.P., BRODY, E.M.: Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: Gerontologist. 1969, S. 179–186

LINDPAINTNER, L.: Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. In: Pflege. 04/20. 2007, S. 185–190

LOHRMANN, C., BALZER, K., DASSEN, TH.: Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim – eine psychometrische Studie. Acendio Conference, 3. Europäische Konferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse. 23.–24.03, 2001 Berlin

MAYER, W.: Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung (2. Auflage). Saarbrücken. Centrum für Evaluation, 2004. (CEval-Arbeitspapiere; 10)

MCCLOSKEY, J., BULECHEK G.: Nursing Intervention Classification (NIC) – IOWA Intervention Project. 3. Auflage, Mosbey 2000

MERTENS, E.: Die Pflegeabhängigkeitsskala als Screening-Instrument zur Erfassung des Sturz- und Dekubitusrisikos in der stationären Pflege. Charité – Universitätsmedizin Berlin (Dissertation) 2008

NIELSEN, G.H.: ICN/TELENURSE: ICNP-Arbeitsübersetzung: Teil C, INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE (ICNP) Erweiterte Fassung des Referats der vom Institut für Medizinische Informatik und Biometrie im Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden veranstalteten Tagung, 1997

ÖBIG: Österreichischer Pflegebericht. 2006. Wien 2006

ÖBIG: Österreichischer Pflegebericht. 2007. Wien 2007

SPIRIG, R. ET. AL.: Editorial: Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. In: Pflege. 4/20. 2007, S. 182–184

STEFAN H. ET. AL.: Praxishandbuch Pflegeprozess. Lernen – verstehen – anwenden. Wien. Springer 2006

WEISS-FAßBINDER, S., LUST, A.: GuKG, Gesundheits- und KrankenpflegeG. (5., aktualisierte und überarbeitete Auflage), Manz 2006

WHO: People's need for nursing care: a European study: a study of nursing care needs and of the planning, implementation and evaluation of care provided by nurses in two selected groups of people in the European Region. Copenhagen, 1987

WHO: The definition of parameters of efficiency in primary care and the role of nursing in primary care. Report on two working groups. Copenhagen 1975

WILD, M.: Arbeitshilfe Pflegediagnostik. In: ÖPZ 04/05. S. 14–18

ZIEGLER, S. M. (Hg.): Theoriegeleitete Pflegepraxis. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1997

Ergänzende Literaturhinweise:

CARROLL-JOHNSON, R. (Hg.): Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the Tenth Conference. Philadelphia: Lippincott, 1993

DOENGES, M. E. ET AL.: Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern: Huber, 2002

KÄPPELI, S. (Hg.): Pflegediagnostik unter der Lupe: Wissenschaftliche Evaluation verschiedener Aspekte des Projekts Pflegediagnostik am Universitätsspital Zürich. Zürich: Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege. 2000

LUNNEY, M.: Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. In: International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 14/3. S. 96-107

VAN DER BRUGGEN, H.: Pflegeklassifikationen. Bern: Huber, 2002

WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva 2001

WIETECK, P (HG.): European Nursing care Pathway. Recom Verlag, 2004

Unterlagen für die Analyse und Entwicklung des Rahmenkonzeptes wurden uns von folgenden Organisationen zur Verfügung gestellt:

Amt der Kärntner Landesregierung Abteilung 12 – Sanitätswesen Pflegefachliche Angelegenheiten

Amt der NÖ Landesregierung Abt. Sanitäts- und Krankenanstaltenrecht; Pflegeaufsicht NÖ Pflege-Servicezentrum

AUVA- UKH Kalwang

KAGES Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

KAV Wiener Krankenanstaltenverbund

KH der Elisabethinen (Linz)

KRAGES Burgenländische Krankenanstalten Ges.m.b.H.; A.ö. KH Oberwart

Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder (Graz Eggenberg, St. Veit an der Glan, Eisenstadt)

Landesheime Niederösterreich (Berndorf und Wiener Neustadt)

Landeskrankenhaus Feldkirch

Musterdokumentation Christine Pöschl

Österreichisches. Rotes Kreuz: Gesundheits- und Soziale Dienste und sowie Landesverband Niederösterreich

SALK Landeskliniken Salzburg

St. Anna Kinderspital GmbH (Wien)

TILAK Landeskrankenhaus Universitätskliniken Innsbruck

4 Glossar

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
A	
Aktivitäten des täglichen Lebens	<p>Aktivitäten des täglichen Lebens umfassen Handlungen, die jeder Mensch täglich durchführt. Diese alltagsgestaltenden Grundaktivitäten kommen in verschiedenen Abwandlungen in diversen Pflegemodellen vor bzw. werden von Autorinnen/Auroren aufgegriffen, z. B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebensaktivitäten (LA): Roper, Logan Tierney • Grundbedürfnisse: Henderson • Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens (AEDL): Krohwinkel • Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL): Juchli <p>Abhängig von den jeweiligen Pflegephilosophien werden diese Kategorien in den Pflegeassessmentinstrumenten mit abgebildet.</p> <p>Das Ursprungsmodell geht auf Katz et al. (1963) zurück, in diesem sind 7 Aktivitäten beschreiben: Duschen/Baden, Transfer, Essen, Kontinenz, Mobilität, Kleiden, Toilettengang). Ergänzend dazu wurden die → IADL (instrumental activities of daily living) entwickelt.</p>
Assessment	Bedeutet: Beurteilung, Bewertung, Einschätzung. Dabei handelt es sich um eine umfassende, systematische Erhebung von relevanten Daten, anhand derer der Zustand eingeschätzt werden kann.
Pflegeassessment	Ist das systematische Erheben von Daten, die die aktuelle und vergangene Pflegesituation (→ ATL, → IADL) abbilden und die Grundlage für die Pflegeplanung darstellen. Skalen können, wenn notwendig, angewandt werden. Der Umfang des Assessments wird vom Bedarf bestimmt.
B	
Berufe mit Pflegekompetenz Pflegeberufe	In diesen Berufen werden jene Berufsgruppen subsumiert, die nach dem GuKG zumindest eine Ausbildung zur Pflegehilfe abgeschlossen haben. Dazu zählen neben der Pflegehilfe lt. GuKG auch alle → Sozialbetreuungsberufe.
Bewohnerinnen/ Bewohner	<i>Jemand, der etwas bewohnt</i> ; die Bewohnerinnen/Bewohner eines Gebietes, Hauses, einer Insel, einer Wohnung Der Begriff Bewohner/in wird auch für Menschen verwendet, die in Alten- und Pflegeheimen betreut und gepflegt werden.
D	
Diagnose/ Pflegediagnose	<p>Der Begriff Diagnose kommt aus dem Griechischen und bedeutet im eigentlichen Sinn des Wortes: Durchforschen, Unterscheiden, Entscheiden, Urteilen. Vorhandene Zeichen oder Symptome werden beurteilt und Phänomenen zugeordnet.</p> <p>Pflegediagnosen werden von verschiedenen Autorinnen/Autoren durchaus unterschiedlich beschrieben. Allen gemeinsam ist jedoch das Grundanliegen, dass durch die Beschreibung und damit schriftliche Abbildung eines Problems/Phänomens diese erfasst und bearbeitet werden können und dadurch die Grundlage für Pflegedaten gelegt wird. Bei Pflegediagnosen handelt es sich immer um Zustände, die von der Berufsgruppe Pflege beeinflusst werden können. Daher unterscheiden sich die Pflegediagnosen weltweit, denn der Umfang pflegerischer Leistungen variiert.</p>
Diagnostischer Prozess Analysieren Interpretieren Selektieren Verknüpfen	<p>(griech.), etwas zergliedern, untersuchen, Einzelpunkte herausstellen (lat.), auslegen, erklären, deuten (lat.), aus einer Anzahl von Informationen diejenigen heraussuchen, die für einen bestimmten Zweck besonders geeignet sind eine Synthese herstellen; Synthese: (gr.-lat.), Zusammenfügung, Verknüpfung zu einem Ganzen (Meyers Neues Lexikon. Band 1: A-Bo, VEB Verlag 1963, S. 115)</p>

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Altenarbeit	<p>Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Altenarbeit übernimmt zusätzlich zu den Aufgaben und Tätigkeiten, die bei den Fachsozialbetreuerinnen/-betreuern beschrieben sind, die Konzeption und Planung der Betreuungsarbeit, die Koordination und fachliche Anleitung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Helferinnen/Helfern in Fragen der Sozialbetreuung, sie wirken an der fachlichen Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebotes der eigenen Organisation/Einrichtung mit und führen Maßnahmen und Prozesse der Qualitätsentwicklung durch. Sie führen diese Tätigkeiten eigenverantwortlich durch, wobei hier insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • die altersgerechte Umgestaltung der Wohnumgebung inkl. Beratung über und Besorgung von entsprechenden Hilfsmitteln und Behelfen sowie Organisation der dafür nötigen Behörden- bzw. Versicherungswege; • spezielle Animationsprogramme für Kleingruppen und Einzelpersonen zur Förderung motorischer Fähigkeiten durch Bewegungsübungen und zur Förderung der Hirnleistungsfähigkeit; • die Anregung von Kommunikationsprozessen in Kleingruppen und für Einzelne zur Verbesserung des sozialen Klimas unter den Bewohnern und zu den Pflegepersonen; • die Erarbeitung von Strategien im Fall akuter Krisensituationen, wie z. B. bei Tod von Angehörigen oder Mitbewohnern, Depression und Suizidgefährdung, Verwirrung und Desorientierung, Suchtproblematik <p>angeführt sind. Die „methodische Kompetenz“ der/des Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuers Altenarbeit besteht vor allem hinsichtlich Validation, Kinästhetik und Biographiearbeit. Die Durchführung der geplanten Maßnahmen kann an dazu befugte Berufsgruppen delegiert werden. Mit zunehmender Komplexität der Betreuungs- und Pflegesituation ist die Durchführung der geplanten Maßnahmen von der/dem Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Altenarbeit zu übernehmen.</p> <p>Nachdem in die Ausbildung zur/zum Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Altenarbeit das Pflegehilfemodul implementiert ist, besitzt diese/dieser auch die Kompetenzen der Pflegehilfe nach GuKG 1997.</p> <p>(BGBl I 55/2005)</p> <p>http://ris1.bka.gv.at/Appf/findbgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_129870</p> <p>www.berufsbilder.org</p>
Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Behindertenbegleitung (BB) oder Behindertenarbeit (BA)	<p>Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer „BA“ und „BB“ übernehmen zusätzlich zu den Aufgaben und Tätigkeiten, die bereits bei den Fachsozialbetreuerinnen/-betreuern beschrieben sind, die Konzeption und Planung der Betreuungsarbeit, die Koordination und fachliche Anleitung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Helferinnen/Helfern in Fragen der Sozialbetreuung, sie wirken an der fachlichen Weiterentwicklung des Dienstleistungsangebotes der eigenen Organisation/Einrichtung mit und führen Maßnahmen und Prozesse der Qualitätsentwicklung durch. Insbesondere angeführte Maßnahmen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die eigenverantwortliche Durchführung der „personenzentrierten Lebensplanung“; • die eigenverantwortliche Anwendung der aktuell anerkannten und wissenschaftlich fundierten Konzepte und Methoden der Basalen Pädagogik, wie z. B. Basale Stimulation, Basale Kommunikation, Basale Aktivierung; • die eigenverantwortliche Anwendung unterstützender, erweiternder und alternativer Kommunikationsmittel (z. B. Gebärden und Symbole) unter Einsatz elektronischer Hilfsmittel. <p>Darüber hinaus obliegen ihnen die eigenverantwortliche Entwicklung, Durchführung und Evaluation von Konzepten und Projekten – auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse – im Bereich Sozialbetreuung.</p> <p>Diplom-Sozialbetreuerinnen/-betreuern – BA besitzen die Qualifikation der Pflegehelferinnen/Pflegehelfer lt. GuKG. Diplom-Sozialbetreuerinnen/-betreuer – BB leisten Unterstützung bei der Basisversorgung lt. GuKG. (BGBl I 55/2005)</p> <p>http://ris1.bka.gv.at/Appf/findbgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_129870</p>

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
	www.berufsbilder.org
Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Familienarbeit	<p>Diplom-Sozialbetreuerinnen/-betreuer – Familienarbeit arbeiten im Rahmen von mobilen Diensten und üben ihre Tätigkeit im Privatbereich der Familie oder familienähnlicher Lebensformen aus. Die Betreuung erfolgt mit dem Ziel, den gewohnten Lebensrhythmus aufrecht zu erhalten und die Familie / familienähnliche Gemeinschaft dabei zu unterstützen, ihre schwierige Lebenssituation (u. a. durch Krankheit, Krisensituationen) zu überwinden.</p> <p>Die Aufgaben im Detail sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planung und Organisation des Alltags (Zeitplan, Haushaltskassa, Familienorganisation, gesunde Lebensführung) • Haushaltsorganisation und -führung (z. B. Wohnungspflege, Wäschepflege, Zubereitung von Mahlzeiten bzw. Diätkost im Tagesablauf auch für Säuglinge und Kleinkinder) • Altersspezifische Betreuung der Kinder und Jugendlichen, Spiel- und Lernanimation sowie Hausaufgabenbegleitung • Anleitung, Beratung und Unterstützung der Betreuungsperson(en) von Familienangehörigen • Mitbetreuung von älteren, kranken oder behinderten Familienmitgliedern • Begleitung und Unterstützung bei der Bewältigung von Krisensituationen • Beratung, Begleitung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen sowie öffentlichen Stellen, Ämtern und Behörden • Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam und mit Einrichtungen der öffentlichen und freien Wohlfahrt im sozialen Umfeld (Teilnahme an Helferkonferenzen und Vernetzungsgesprächen) <p>Da in die Ausbildung zur/zum Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Familienarbeit das Pflegehilfemodul implementiert ist, besitzt dieser/diese auch die Kompetenzen der Pflegehilfe nach GuKG 1997.</p> <p>(BGBl I 55/2005)</p> <p>http://ris1.bka.gv.at/Appf/findbgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_129870</p> <p>www.berufsbilder.org</p>
E	
Evaluation	<p>Evaluation bezeichnet eine „methodisch kontrollierte, verwertungs- und bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen“ (Kromrey 2001, S. 4). Sie kann summativ sein, d. h. vorhandene Ergebnisse bewerten oder formativ, d. h. gestaltend und prozessbegleitend wirken. Häufig laufen beide Prozesse parallel ab.</p>
Evaluation im Rahmen des Pflegeprozesses	<p>Es handelt sich um eine umfassende Bewertung der Zielerreichung mit abgeschlossener Ursachenanalyse in Bezug auf die Planung, die Durchführung von Pflege nach fachspezifischen Gesichtspunkten.</p>
F	
Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer	<p>Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer zählen zu den in der „15a-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe“ geregelten Berufen. Sie verfügen neben einer breiten spartenübergreifenden Grundausbildung für den Betreuungsbereich über zumindest eine der folgenden Fachbereichskompetenzen: Altenarbeit („A“); Behindertenarbeit („BA“) oder Behindertenbegleitung („BB“). Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer mit den Spezialisierungen A und BA verfügen auch über eine Qualifikation als Pflegehelferin/Pflegehelfer gemäß GuKG 1997. Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer mit der Spezialisierung „BB“ haben das Modul „Basisversorgung“ gemäß GuKG absolviert und besitzen daher Pflegekompetenzen in nur minimalem Ausmaß (siehe Heimhilfe). Das in der 15a-Vereinbarung geregelte Mindestalter für die Tätigkeit als Fach-Sozialbetreuerin/betreuer beträgt 19 Jahre. (BGBl I 55/2005)</p>

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
	<p>Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer fühlen sich den Grundsätzen der sozialen Betreuung – Normalisierung der Lebensbedingungen, Integration und Selbstbestimmung – verpflichtet. Sie arbeiten mit Menschen aller Altersstufen mit (andauernden) Einschränkungen im Selbstpflegebereich. Dazu gehören hilfs- und betreuungsbedürftige alte Menschen, Menschen mit Behinderung sowie chronisch kranke Menschen. Sie arbeiten im primären Lebensumfeld der hilfs- und betreuungsbedürftigen Menschen, aber auch in alternativen Lebensumgebungen. Zu den Aufgaben zählen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Mitgestaltung (Begleitung, Unterstützung und Hilfe im Rahmen bei Daseinsgestaltung und Alltagsbewältigung) der Lebenswelt von Menschen, die aufgrund von Alter, Behinderung oder einer anderen schwierigen Lebenslage in ihrer Lebensgestaltung benachteiligt sind; • die umfassende, lebensweltorientierte Begleitung in den unmittelbaren Lebensbereichen der betreffenden Menschen; • die ganzheitliche Erfassung der spezifischen Lebenssituation älterer oder behinderter bzw. benachteiligter Menschen und Setzen von gezielten Maßnahmen im Sinne der individuellen Bedürfnisse (u. a. zur Erhöhung und/oder Erhaltung ihrer Lebensqualität, Gestaltung eines lebenswerten sozialen Umfeldes, Ermöglichung eines Lebens in Würde). <p>http://ris1.bka.gv.at/App/findebgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_129870</p> <p>www.berufsbilder.org</p>
<p>Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer Behindertenbegleitung (BB) bzw. Behindertenarbeit (BA)</p>	<p>Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer mit den Schwerpunkten Behindertenarbeit (BA) und Behindertenbegleitung (BB) arbeiten mit Menschen aller Altersstufen, deren Teilhabe am Leben in der Gesellschaft durch ihre körperliche(n) Funktion(en), geistigen Fähigkeiten oder seelische Gesundheit beeinträchtigt sind. Sie üben ihre Tätigkeit in den zentralen Lebensfeldern von behinderten Menschen, wie Wohnen, Arbeit/Beschäftigung, Freizeit und Bildung, aus. Zu den Maßnahmen der Sozialbetreuung gehören Anleitung, Anregung, Beratung, Assistenz, Förderung und erforderlichenfalls das Setzen von Interventionen in den Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • soziale Bedürfnisse: Unterstützung bei Kontakten zu anderen Menschen, Förderung der Teilnahme am sozialen Leben sowie Begleitung in Fragen der Partnerschaft und Sexualität; • Beschäftigung/Arbeit: Interessenabklärung, Förderung und Training; • Freizeit: Freizeitgestaltung, Entspannung und Erholung, Hobbys, Feste und Feiern; • Bildung – Persönlichkeitsentfaltung: Einsatz musisch-kreativer Mittel und Bewegung. Förderung von Wahrnehmung, Kreativität, Sinnesschulung und ästhetischer Bildung; • kritische Lebensereignisse: Begleitung bei Krankheit, Trauer, Tod (z. B. von Angehörigen) mit dem Ziel der Sinnstiftung, Sterbebegleitung. <p>Bei Bedarf übernehmen Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer eine weitergehende oder gänzliche stellvertretende Durchführung von Verrichtungen.</p> <p>Pflegerische Aufgaben nehmen Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer mit Schwerpunkt Behindertenarbeit (BA) entsprechend ihrer Qualifikation als Pflegehelferinnen/Pflegehelfer gem. GuKG wahr. Fach-Sozialbetreuerinnen/-betreuer mit Schwerpunkt Behindertenbegleitung (BB) leisten Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln. (BGBl I 55/2005)</p> <p>http://ris1.bka.gv.at/App/findebgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_129870</p> <p>www.berufsbilder.org</p>

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
G	
Gesetzliche Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger	<p>Wenn eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens (z. B. Alltagsgeschäfte des täglichen Bedarfs und zur ordentlichen Führung des Haushalts) nicht mehr besorgen kann und kein Sachwalter oder keine Sachwalterin bestellt wurde, kann ein nächster Angehöriger oder eine nächste Angehörige die Vertretung der Person für das jeweilige Rechtsgeschäft übernehmen.</p> <p>Wer sind nahe Angehörige?</p> <p>Eltern; volljährige Kinder; die/der im gemeinsamen Haushalt mit der vertretenen Person lebende Ehegattin/Ehegatte; die/der seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt mit der vertretenen Person lebende Lebensgefährtin/Lebensgefährte.</p> <p>www.help.gv.at</p>
Grad der Pflegeabhängigkeit	<p>Pflegeabhängigkeit ist ein Prozess, bei dem Pflegende einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedürfnisse ihn zu einem bestimmten Grad abhängig machen, Unterstützung bieten (Dijkstra et al. 1998).</p> <p>Der Grad der Pflegeabhängigkeit ist definiert als Art und Ausmaß des Bedarfs an Unterstützung im Bereich von Pflege und Betreuung, um ein Selbstpflegedefizit zu kompensieren. Die Einschätzung der Pflegeabhängigkeit ist sowohl für Pflegende als auch für Patientinnen/Patienten in Krankenhäusern und Menschen in der stationären und ambulanten Altenpflege von Bedeutung (Mertens 2008).</p> <p>Um Art und Ausmaß differenziert beschreiben und einschätzen zu können, wurde z. B. in den Niederlanden 1996 (Dijkstra et al. 1996) die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) entwickelt. PAS als Einschätzungsinstrument enthält 15 Items, die mit Punktwerten zwischen 1 und 5 eingeschätzt werden (Essen und Trinken, Kontinenz, Körperhaltung, Mobilität, Tag- und Nachtrhythmus, An- und Auskleiden, Körpertemperatur, Körperpflege, Vermeiden von Gefahren, Kommunikation, Kontakte mit anderen, Sinn für Regeln und Werte, Alltagsaktivitäten, Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung und Lernfähigkeit). Die Skala wird von Lohrmann et al. (2001) für die Anwendung in Alten- und Pflegeheimen empfohlen.</p> <p>Die Klassifikation nach Jones (in Stefan, H. et al. 2006) wird in der Literatur ebenfalls angeführt</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 = selbstständig (auch in Verwendung von Hilfsmitteln), keine direkte Pflegeleistung zu erbringen • 1 = großteils selbstständig, der Patient bedarf nur geringer Hilfestellung und/oder Anleitung, direkte Pflegeleistungen sind nur in geringem Ausmaß zu erbringen • 2 = teilweise selbstständig und teilweise auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen; der Patient ist etwa zu 50 % selbstständig, das Ausmaß der zu erbringenden direkten Pflegeleistung/Anleitung liegt ebenfalls bei 50 % • 3 = geringfügig selbstständig, der Patient beteiligt sich nur in geringem Ausmaß an der Aktivität und ist großteils auf Hilfestellung/Anleitung angewiesen, der Patient ist aber kooperativ • 4 = unselbstständig/abhängig, der Patient ist nicht in der Lage, sich an der Aktivität zu beteiligen und ist vollständig abhängig; bzw. mehrmals täglich sind intensive Selbsthilfetrainings mit maximaler Unterstützung und Anleitung zu absolvieren
H	
Heimhilfe	<p>Die/der Heimhelferin/Heimhelfer unterstützt betreuungsbedürftige Menschen (Personen aller Altersstufen), die durch Alter, gesundheitliche Beeinträchtigung oder schwierige soziale Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen. Vorrangig werden Personen betreut, die in ihrer Wohnung bzw. der betreuten Wohneinheit oder Wohngemeinschaft bleiben möchten. Heimhelferinnen/ Heimhelfer unterstützen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens im Sinne der Unterstützung von Eigenaktivitäten und der Hilfe zur Selbsthilfe. Zu den Aufgaben zählen</p>

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
	<ul style="list-style-type: none"> • hauswirtschaftliche Tätigkeiten (insbesondere für Sauberkeit und Ordnung in der unmittelbaren Umgebung der Klientin / des Klienten zu sorgen); • beheizen der Wohnung, Beschaffen des Brennmaterials; • Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches (Einkauf, Post, Behörden, Apotheke, u. a.); • Unterstützung bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, einfache Aktivierung (z. B. Anregung zur Beschäftigung); • Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld; • hygienische Maßnahmen (z. B. Wäschepflege); • Beobachtung des Allgemeinzustandes und rechtzeitiges Herbeiholen von Unterstützung durch andere Berufsgruppen; • Unterstützung von Pflegepersonen; • Dokumentation; • Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln (gemäß GuKG). <p>Die Heimhelferinnen/Heimhelfer sind ein wichtiges Bindeglied zwischen der Klientin / dem Klienten, deren/dessen sozialem Umfeld und dem professionellen Betreuungs- und Behandlungssystem. Sie arbeiten mit der Hauskrankenpflege und den Angehörigen der Mobilen Betreuungsdienste zusammen. (BGBl I 55/2005)</p> <p>http://ris1.bka.gv.at/Appf/findbgbl.aspx?name=entwurf&format=html&docid=COO_2026_100_2_129870</p> <p>www.berufsbilder.org</p>
I	
Indikatoren	Indikatoren sind Kenngrößen, die über einen festgelegten messbaren Sachverhalt Auskunft geben sollen. Durch die ermittelten quantitativen oder qualitativen Informationen sind Vergleiche mit früheren Messwerten (Entwicklungsperspektive) oder vorher bestimmten Zielwerten (Zielereichungsperspektive) möglich (vgl. Mayer 2004).
Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens	Die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) entwickelt von Lawton und Brody (1969) umfassen: Telefonieren, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, Haushaltsarbeiten, Wäsche waschen, Transport, Medikamenteneinnahme, Umgang mit finanziellen Angelegenheiten. Diese Aktivitäten sind in Assessmentinstrumenten u. a. RAI, SMAF abgebildet.
K	
Klientinnen/Klienten	<p>Der Begriff Klientin/Klient wird im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege immer mehr verwendet, um zum Ausdruck bringen zu können, dass die pflegebedürftigen Menschen den Pflegenden zwar anvertraut sind, jedoch im Sinne einer/ eines „Kundin/Kunden“ den Pflegeauftrag nach Möglichkeit selbst entscheiden und mitgestalten.</p> <p>Für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist diese Zielgruppe vorwiegend in Einrichtungen zu finden, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen (Langzeitpflege, rehabilitative Pflege) sowie in Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten.</p>
L	
Leistungsnachweis	Aufzeichnungen der erbrachten Leistungen durch die/den Leistungserbringerin/-erbringer. Abhängig von der Gestaltung der Formulare kann der Durchführungsnachweis gleichzeitig der Leistungsnachweis sein.

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
M	
Monitoring	Ist die kontinuierliche oder periodische Überwachung und Analyse des Fortschritts in Hinblick auf die Realisierung der vorgesehenen Aktivitäten und die Erreichung der gesetzten Ziele. Monitoring umfasst zudem ein entsprechendes Informationssystem bzw. Berichtswesen und liefert wesentliche Grundlagen für eine aussagekräftige Evaluation.
O	
ÖNORM	<p>Entstehung einer Norm</p> <p>Damit ein Regelwerk den Status einer Norm (ÖNORM) erlangen kann, ist eine Reihe von international anerkannten Grundprinzipien einzuhalten, die sicherstellen, dass die Inhalte einer Norm allgemein akzeptiert werden und für die tägliche Praxis geeignet sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) neutrale Gemeinschaftsarbeit Vertreterinnen und Vertreter aller betroffenen Kreise (z. B. Wirtschaft, Verwaltung, Verbraucher) können und sollen an der Normungsarbeit auf allen Ebenen teilnehmen. b) Konsens Konsens bedeutet: allgemeine Zustimmung, keine Widersprüche gegen wesentliche Inhalte des Dokuments, Berücksichtigung der Gesichtspunkte aller wichtigen Parteien, Ausräumen aller Gegenargumente. In Österreich dürfen (nationale) ÖNORMEN vom zuständigen Komitee grundsätzlich nur einstimmig verabschiedet werden. c) Publizität Vor Veröffentlichung muss ein Normungsdokument als Entwurf der Öffentlichkeit zur Stellungnahme vorgelegt werden. Berechtigte Einwände werden vom zuständigen Normungsgremium berücksichtigt. d) Widerspruchsfreiheit Bei der Erarbeitung jeder Norm ist auf Widerspruchsfreiheit und Einheitlichkeit des Normenwerks auf nationaler und europäischer Ebene zu achten (z. B. müssen nationale Normen, die Europäischen Normen widersprechen, zurückgenommen werden). <p>Nach einem öffentlichen Stellungnahmeverfahren wird ein Normenentwurf – bei Erfüllung aller Grundprinzipien – als (Ö)NORM herausgegeben.</p> <p>http://www.help.gv.at/Content.Node/286/Seite.2860200.html</p>
ON-Regel	<p>Eine ON-Regel ist eine der Öffentlichkeit zugängliche qualifizierte Empfehlung. Das Österreichische Normungsinstitut bietet durch die ON-Regel die Möglichkeit, eine rasche Lösung eines Problems zu erzielen. ON-Regeln müssen nicht alle strengen Kriterien einer ÖNORM erfüllen. Die Übereinstimmung aller interessierten Kreise ist dabei nicht zwingend notwendig, es soll aber der Stand einer neuen, sich schnell verändernden Entwicklung dokumentiert werden. Mit der ON-Regel kann der spätere Einstieg zur Normung vorbereitet werden.</p> <p>Es gibt zwei Wege, die zur ON-Regel führen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dem ON wird ein bereits ausgearbeiteter Text als Vorschlag für eine ON-Regel vorgelegt. • Das ON wird mit der Projektbetreuung zur Erarbeitung einer ON-Regel beauftragt. <p>http://www.help.gv.at/Content.Node/286/Seite.2860200.html</p>
P	
Patientinnen/Patienten	<p>Der Begriff Patientin/Patient gilt für den Personenkreis, der ärztliche Behandlungen oder generell ärztliche Leistungen in Anspruch nimmt. Für den Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege ist diese Zielgruppe vorwiegend in Krankenhäusern zu finden.</p> <p><i>Duden: Das Fremdwörterbuch. Band 5, 5. Auflage, Dudenverlag, Mannheim-Leipzig-Wien-Zürich 1990</i></p>

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
Patientenadvokatur	Unabhängige und weisungsfreie Einrichtung zur Wahrung und Sicherung der Rechte und Interessen von Personen in allen Angelegenheiten des Gesundheitswesens und Pflegebereiches
Pflegeanamnese	Anamnese; (griech.), Erinnerung Erhebung der Vorgeschichte von pflegebezogenen Fertigkeiten und Fähigkeiten eines Menschen. Der Zeitrahmen der Vorgeschichte umfasst jedenfalls den Zustand vor Eintritt in die pflegerische Versorgung.
Pflegeassessment	Siehe Assessment
Pflegediagnostik, Pflegediagnostischer Prozess	Der Ablauf, in dem Pflegephänomene erhoben, zu einander in Beziehung gesetzt werden und an dessen Ende Pflegediagnosen stehen.
Pflegephänomene	Phänomen (griech.): Gegenstand, Ereignis oder Prozess, der wahrgenommen werden kann, weil es/er in Erscheinung tritt. Phänomene sind beobachtbare Regelmäßigkeiten, die voneinander unterschieden werden können. Pflegephänomene bezeichnen somit unterscheidbare Regelmäßigkeiten, die in der Pflegepraxis von kundigen Pflegepersonen wahrgenommen werden (Gunnar H. Nielsen: Einführung in die ICNP – Klassifikation 1996).
Projektumfeldanalyse	Dient der Identifizierung von betroffenen Interessengruppen/Stakeholdern in Bezug auf ein spezielles Projekt, mit dem Ziel, Betroffene zu Beteiligten zu machen, indem sie eingebunden werden.
R	
Ressourcen	Ressourcen können als „allgemeine“ oder „spezielle“ vorhanden sein und der Erreichung der Pflegeziele dienen. Unter allgemeinen Ressourcen sind all jene Möglichkeiten und Fähigkeiten zu verstehen, die die Erreichung verschiedenster Pflegeziele unterstützen können, z. B. Angehörige, die die Pflege übernehmen, finanzielle Mittel, die zur Verfügung stehen, die Ausstattung des Wohnumfeldes und der Infrastruktur sowie die Motivation der Pat/Klien/Bew. Spezielle Ressourcen sind jene Möglichkeiten und Fähigkeiten, die zur Erreichung eines bestimmten Pflegeziels herangezogen werden können (Wild 2005). Beispiele: Der 90-jährige Herr Maier im Krankenhaus erhält abends tgl. Besuch von seiner Tochter, die ihm dann das Essen gibt. Diese Ressource muss eingetragen werden. Dann ist es nachvollziehbar, warum nie eine Pflegeperson im Durchführungsnachweis einträgt, dass sie Hr. Maier abends das Essen eingegeben hat. Dasselbe, wenn z. B. eine türkische Frau jeden Morgen kommt, um ihren kranken Mann zu waschen. Ressourcen bringen zum Ausdruck, welche Fähigkeiten der Mensch (noch) besitzt, einen eigenen Beitrag zur Gesundheitsförderung bzw. Krankheitsbewältigung zu leisten.
Risikoskalen	Einschätzungshilfen/-instrumente anhand deren Ergebnissen festgestellt werden kann, ob eine Situation vorliegt, die gefährliche oder schädliche Folgen haben könnte.
S	
Sachverständige	Allgemein beeidete und gerichtlich zertifizierte Sachverständige (SV) sind solche, die nach einem Zertifizierungsverfahren in die Sachverständigenliste der Landesgerichte aufgenommen wurden.
Sachwalterschaft	Regelt die Entziehung oder Einschränkung der Rechte einer Person Eine Sachwalterin oder ein Sachwalter wird für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres bestellt, wenn diese auf Grund <ul style="list-style-type: none"> • einer geistigen Behinderung oder • einer psychischen Krankheit nicht fähig sind, ihre Geschäfte ohne Nachteil für sich selbst zu besorgen. Dies kann sowohl Rechtsgeschäfte (Vermögenssorge) als auch ärztliche oder soziale Betreuung (Personensorge) betreffen.

Begriffe	Definitionen und/oder Erläuterungen
	<p>Sachwalterinnen oder Sachwalter übernehmen die Besorgung aller oder einzelner Angelegenheiten der betroffenen Person, die diese nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst besorgen kann</p> <p>(www.help.gv.at)</p>
Sozialbetreuungsberufe	<p>Darunter werden jene Berufsgruppen subsumiert, die in der 15a-Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe geregelt sind. Siehe auch:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Fachsozialbetreuerin/Fachsozialbetreuer → Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Altenarbeit → Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Behindertenbegleitung oder Behindertenarbeit → Dipl. Sozialbetreuerin/-betreuer Familienarbeit → Fachsozialbetreuerin/-betreuer Behindertenbegleitung oder Behindertenarbeit
V	
Vorsorgevollmacht	<p>Mit einer Vorsorgevollmacht kann eine Person schon vor dem Verlust der Geschäftsfähigkeit, der Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder der Äußerungsfähigkeit selbst bestimmen, wer als Bevollmächtigter bzw. Bevollmächtigte für sie entscheiden und sie vertreten kann.</p> <p>Eine Vorsorgevollmacht kann beispielsweise dann sinnvoll sein, wenn eine Person an einer Krankheit leidet, die mit fortschreitender Entwicklung das Entscheidungsvermögen beeinträchtigen kann. Dies betrifft etwa Menschen, die an Alzheimer oder Altersdemenz leiden. Mit der Vorsorgevollmacht kann aber auch für mögliche Einschränkungen nach einem Unfall vorgesorgt werden.</p> <p>www.help.gv.at</p>
W	
W-Fragen	<p>Sind klassische Fragewörter, deren Anwendung in Gesprächen oder Situation dazu dient, Sachverhalte zu erkennen und zu beschreiben. In der Arbeitshilfe dienen sie als Strukturierungshilfe zur Klärung der Bedeutung der Pflegeprozessschritte.</p>

Gruppe der Autorinnen und Autoren

Name	Organisation	Diplom/sonstiges	Bundesland
Allmer Franz	KAV WIEN - Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel; Riedelgasse 5, 1130 Wien	Allgemein Management Intensiv	Wien
Burger Veronika, Mag.	Amt der Kärntner Landesregierung Abteilung 12 - Sanitätswesen Pflegefachliche Angelegenheiten Hasnerstraße 8, 9020 Klagenfurt	Allgemein Verwaltung	Kärnten
Chukwuma-Lutz Simone, Mag.	Schule für allgemeine GuK LKH Bregenz Carl-Pedenz-Strasse 1, 6900 Bregenz	Allgemein Intensiv Pfle gewissenschaft	Vorarlberg
Oswald Michael	KH der Barmherzigen Brüder Wien Akutgeriatrie Station A 2.2 Große Mohrengasse 9, 1020 Wien	Allgemein Geriatrie	Österreich
Staufer Denisa	PRO MENTE OÖ Sachverständige für GuK Gürtelstr. 20a, 4020 Linz	Allgemein Erfahrung in der Psychiatrie	Oberösterreich
Von Musil Judith	Volkshilfe Steiermark Bereich Langzeitpflege Leiterin der Fachstelle Pflege und Betreuung Albrechtgasse 7/I, 8010 Graz	Allgemein Public Health Management Langzeit	Steiermark
Weissenbacher Margret	Stabsstelle Pflegequalitätsentwicklung St. Anna Kinderspital Kinderspitalgasse 6, 1090 Wien	Kinder- Jugendlichenpflege Lehre Qualitätssicherung	Wien
Wild, MAS MSc Monika, Mag.	Österr. Rotes Kreuz Gesundheits- und Soziale Dienste Wiedner Hauptstraße 32, 1040 Wien	Allgemein Management Hauskrankenpflege	Österreich
Rappold Elisabeth, Mag. Mag. Dr.	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG Stubenring 6, 1010 Wien	Allgemein Pfle gewissenschaft	Österreich
Rottenhofer Ingrid	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG Stubenring 6, 1010 Wien	Allgemein Intensiv Lehre	Österreich

