



Pflegeprozess

Elena Schock
DGKP, Pflegepädagogin



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

Aus Liebe zum Menschen.

Inhaltsverzeichnis

Lernziele	4
1. Gesundheit.....	6
1.1. Dimensionen der Gesundheit	6
1.2. Determinanten der Gesundheit	8
2. Gesundheitsförderung.....	9
2.1. Salutogenese	9
2.2. Kohärenzgefühl	10
3. Prävention.....	12
Verhaltens- und Verhältnisprävention.....	13
4. Krankheit.....	14
4.1. Ursachen von Krankheiten	14
4.2. Symptome von Krankheiten.....	15
4.3. Diagnose.....	15
5. Menschenbilder	16
5.1. Bedeutung für die Praxis	18
6. Pflege.....	19
6.1. Selbstpflege	19
6.1.1. Bedürfnispyramide nach Maslow	20
Physiologische Bedürfnisse	21
Sicherheitsbedürfnisse	22
Soziale Bedürfnisse.....	23
Individualbedürfnisse	23
Selbstverwirklichung	24
6.2. Laienpflege	24

6.3.	Professionelle Pflege	25
6.3.1.	Kennzeichen professioneller Pflege	27
6.3.2.	Ethikkodex für Pflegekräfte	28
7.	Pflegetheorien, Pflegemodelle und Pflegekulturen	29
7.1.	Pflegetheorien	29
7.2.	Pflegemodelle.....	29
7.2.1.	Pflegemodell nach Monika Krohwinkel.....	30
7.2.2.	Pflegemodell nach Böhm	33
7.2.3.	Mäeutisches Pflegemodell	33
7.3.	Pflegekonzept.....	35
7.3.1.	Bezugspflege.....	37
7.3.2.	Funktionspflege	39
8.	Pflegeprozess	41
8.1.	Pflegeprozess nach Fiechter und Meier	41
1.	Schritt – Informationssammlung	42
2.	Schritt – Erkennen von Probleme (Pflegediagnosen)	43
	Pflegediagnosen nach POP®	43
3.	Schritt – Festlegung der Ziele (Zielsetzung)	45
4.	Schritt – Planung der Maßnahmen	46
5.	Schritt – Durchführung.....	46
6-	Schritt – Beurteilung der Wirkung (Evaluation).....	46
9.	Pflegedokumentation	47
9.1.	Rechtliche Grundlagen	47
9.2.	Anforderungen und Prinzipien der Pflegedokumentation	47
9.3.	Der Pflegebericht.....	49
	Literaturverzeichnis.....	50
	Grafiken.....	53
	Bilder	54
	Anhang.....	55

Lernziele

1. Die Auszubildenden beschreiben die Begriffen Gesundheit und Krankheit.
2. Die Auszubildenden kennen den Begriff Salutogenese und erklären den Sinn hinter einer ressourcenorientierten, ganzheitlichen Pflege.
3. Die Auszubildenden erklären den Begriff Prävention und nennen präventive Maßnahmen (z.B. Schulungen, Beratung, Impfung, Vorsorgeuntersuchungen).
4. Die Auszubildenden kennen den Begriff Menschenbilder und erklären die Relevanz im Pflegealltag.
5. Die Auszubildenden definieren die drei Formen der Pflege — Selbstpflege, Laienpflege und professionelle Pflege und erklären Unterschiede.
6. Die Auszubildenden kennen Florence Nightingale und zählen ihre grundlegenden Beiträge zur Entwicklung der modernen Pflege auf.
7. Die Auszubildenden nennen Kennzeichen der Professionellen Pflege.
8. Die Auszubildenden beschreiben das Pflegemodell nach Krohwinkel (ABEDL).
9. Die Auszubildenden beschreiben das Pflegemodell nach Böhm (ganzheitlichpsychobiografischen Ansatz).
10. Die Auszubildenden kennen die Pflegekonzepte Bezugspflege und Funktionspflege und können Unterschiede erklären.
11. Die Auszubildenden beschreiben das 6 Schritte Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier.

12. Die Auszubildenden erklären, warum die Dokumentation in der Pflege wichtig ist.

13. Die Auszubildenden kennen die Prinzipien der Pflegedokumentation (Echtheit, Sicherheit, Eindeutigkeit, zeitliche Nähe, Datenschutz).

14. Die Auszubildenden beschreiben den Begriff Pflegebericht und nenne wichtige Voraussetzungen (Lückenlos, übersichtlich, objektiv, überprüfbar).

1. Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit wie folgt:

„einen Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1946).

Diese Definition zeigt, dass Gesundheit mehr ist als das Fehlen von Krankheit. Sie umfasst **verschiedene Bereiche des menschlichen Lebens**. Im engeren Sinne kann Gesundheit jedoch auch als **subjektives Empfinden** verstanden werden. Das bedeutet, dass jeder Mensch selbst beurteilt, wie gesund er sich fühlt. Dieses individuelle Erleben kann von Person zu Person unterschiedlich sein und ist **nicht objektiv messbar**.

Gesundheit wird in der Pflegewissenschaft unterschiedlich definiert. Nach Liliane Juchli ist Gesundheit „die Kraft, mit der Realität zu leben“, womit die Fähigkeit des Menschen gemeint ist, sein Leben trotz Belastungen zu bewältigen (Juchli, 1997).

Dorothea Orem beschreibt Gesundheit als einen Zustand des Menschen, der durch ganzheitlich entwickelte Strukturen sowie durch funktionierende körperliche und geistige Prozesse gekennzeichnet ist (Orem, 2001).

Nach Monika Krohwinkel sind Gesundheit und Krankheit keine festen Zustände, sondern dynamische Prozesse. In der Pflege werden sie als Fähigkeiten (Ressourcen) und Defizite (Probleme) erkannt, die sich im Verlauf verändern können (Krohwinkel, 2007).

1.1. Dimensionen der Gesundheit

Gesundheit umfasst verschiedene Dimensionen, die gemeinsam das Wohlbefinden eines Menschen bestimmen.

Die **physische Gesundheit** beschreibt die Funktionsweise des Körpers und seine Leistungsfähigkeit (WHO, 1946).

Die **psychische Gesundheit** bezieht sich auf die Fähigkeit, klar und zusammenhängend zu denken (Hurrelmann, 2006).

Die **emotionale Gesundheit** umfasst die Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen, auszudrücken und zu bewältigen (Antonovsky, 1979).

Die **soziale Gesundheit** beschreibt die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen einzugehen und aufrechtzuerhalten (WHO, 1946).

Die seelische beziehungsweise **spirituelle Gesundheit** bezieht sich auf persönliche Werte und Prinzipien sowie das Leben im Einklang mit diesen (Hurrelmann, 2006).

Die **gesellschaftliche Gesundheit** beschreibt die Beziehung des Menschen zu seiner Umwelt und Gesellschaft (Hurrelmann, 2006).

Die verschiedenen Dimensionen stehen immer in Wechselwirkung zueinander, wodurch eine **ganzheitliche Sicht auf Gesundheit** entsteht.



Grafik 1 (KI- generiert)

1.2. Determinanten der Gesundheit

Die Gesundheit hängt von einer Vielzahl verschiedener Faktoren ab. Lebensgewohnheiten, Umweltbedingungen und soziale Beziehungen sind Faktoren, die unsere Gesundheit wesentlich beeinflussen. Expert*innen bezeichnen diese **Einflussfaktoren** auch als Gesundheitsdeterminanten. Die einzelnen Faktoren lassen sich zu fünf Gruppen zusammenfassen, von individuellen bis hin zu gesellschaftlichen Einflussfaktoren (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2023).

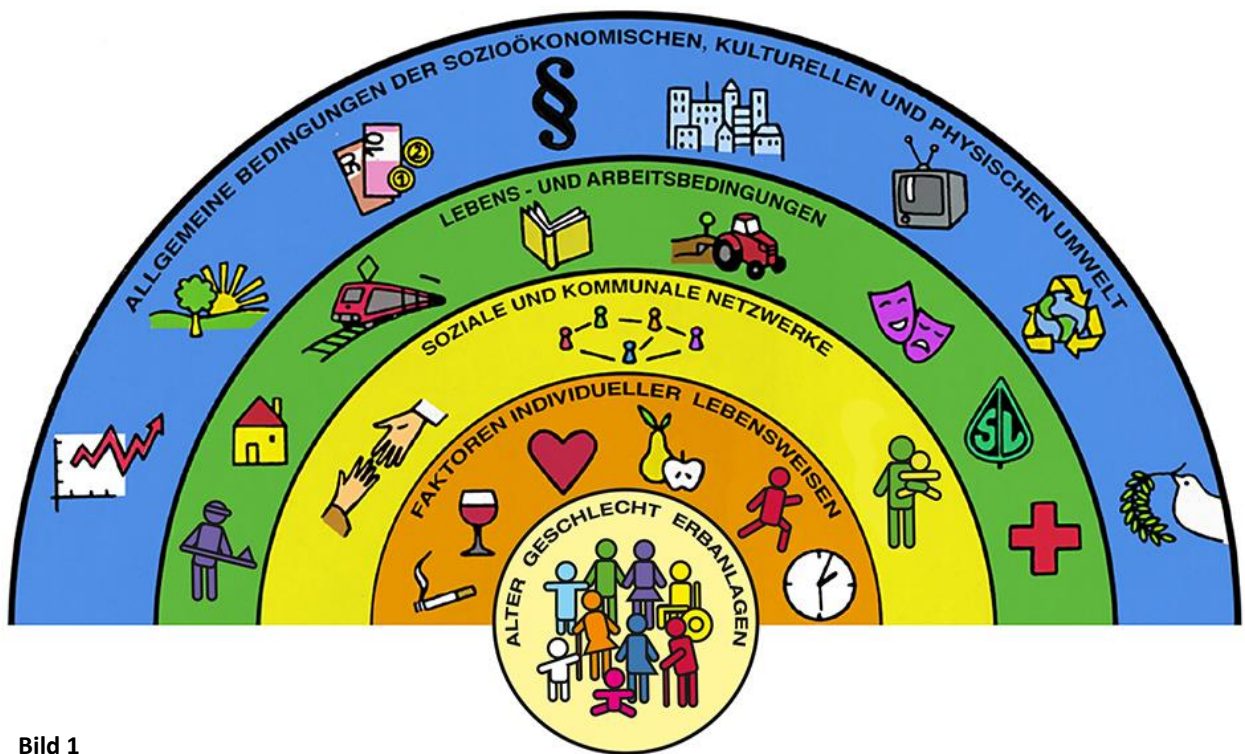


Bild 1

2. Gesundheitsförderung

2.1. Salutogenese

Beim traditionellen Ansatz in der Medizin und Pflege fragt man: „**Was macht uns krank?**“

Dabei geht es darum zu verstehen, wie Krankheiten entstehen und was die Ursachen für eine Erkrankung sind. Man konzentriert sich also vor allem auf die Krankheit selbst und darauf, sie zu behandeln oder zu verhindern.

Das Konzept der Salutogenese, entwickelt von Aaron Antonovsky (1970), geht einen anderen Weg. Hier wird gefragt: „**Was hält uns gesund?**“

Es geht darum zu verstehen, wie Gesundheit entstehen kann und welche Faktoren Menschen helfen, gesund zu bleiben, selbst wenn sie schwierige Situationen im Leben erleben zum Beispiel Stress, Krankheit oder Belastungen im Alltag.

In der Pflege bedeutet das, dass man nicht nur darauf schaut, was krank macht, sondern auch, was Menschen stärkt und gesund hält.

Faktoren wie **soziale Unterstützung**, **Selbstvertrauen**, ein Gefühl von **Kontrolle** und ein **Sinn** im Leben können helfen, die Gesundheit zu fördern.

Pflegeassistenten kann diese salutogenen Faktoren unterstützen, indem sie **Ressourcen erkennt** und stärkt, z. B. durch Gespräche, Motivation, Aktivierung und Hilfe bei Alltagsaufgaben.

Kurz gesagt: Traditionell behandelt man Krankheiten – Salutogenese stärkt Gesundheit.

2.2. Kohärenzgefühl

Das Kohärenzgefühl („Sense of Coherence“) ist eine grundlegende **Einstellung**, die Menschen **hilft**, Stress und **Herausforderungen im Leben besser zu bewältigen**.

Es bedeutet, dass man Vertrauen in **die eigene Fähigkeit** hat, schwierige Situationen zu meistern. Dieser Ansatz konzentriert sich weniger darauf, Krankheiten zu bekämpfen, sondern darauf, die eigenen Ressourcen zu stärken, also auf Gesundheitsförderung (Antonovsky, 1979).

Für das Gesundheitswesen und die Pflege bedeutet das einen **Perspektivwechsel**. Es geht mehr um **Prävention**, also darum, Krankheiten vorzubeugen. Es geht um die Förderung von Resilienz und **gesundheitsfördernden Verhaltensweisen**, damit Menschen auch in schwierigen Situationen gesund bleiben können.

Das Kohärenzgefühl nach Antonovsky umfasst **drei wichtige Dimensionen** (Bereiche):

1. Verstehbarkeit – das Gefühl, dass die Welt verständlich und vorhersehbar ist.
2. Handhabbarkeit – das Gefühl, dass man über Ressourcen verfügt, um mit den Anforderungen des Lebens umzugehen.
3. Bedeutsamkeit – das Gefühl, dass es Sinn macht, sich mit den Herausforderungen auseinanderzusetzen.

Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl können **besser mit Stress umgehen** und gesund bleiben, selbst unter schwierigen Umständen (Antonovsky, 1979).

Warum ist die Salutogenese wichtig für den Pflegeprozess?

Die Salutogenese ist wichtig für den Pflegeprozess, weil sie den **Fokus auf die Ressourcen** der Menschen legt, statt nur auf die Krankheitsursachen zu schauen. In der Pflege geht es nicht nur darum, Krankheiten zu behandeln, sondern auch den **Gesundheitszustand zu erhalten** und zu **fördern**. Das bedeutet, die Pflege richtet sich darauf, die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen der Patient*innen zu unterstützen, das nennt man **ressourcenorientierte Pflege**. Außerdem fördert die Salutogenese eine **ganzheitliche Pflege**, bei der der Mensch als Ganzes betrachtet wird, also körperlich, psychisch, sozial und geistig.



Grafik 2 (KI- generiert)

3. Prävention

Prävention bedeutet **Krankheiten vorbeugen**, bevor sie entstehen oder sich verschlimmern. Ziel ist die Entstehung von Krankheit zu vermeiden, dies kann durch die **frühe Erkennung** und Behandlung erreicht werden. Ein gutes Mittel dafür ist die Beseitigung von Risikofaktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel oder ungesunde Ernährung (Roth, 2020).

Man unterscheidet **drei Arten der Prävention**:

1. **Primärprävention** – bevor Anzeichen einer Krankheit sichtbar sind.
Ziel: Gesundheit erhalten und Krankheit verhindern
Beispiel: Schutzimpfungen
2. **Sekundärprävention** – wenn bereits erste Anzeichen vorhanden sind.
Ziel: Krankheit früh erkennen und behandeln
Beispiel: Vorsorgeuntersuchungen
3. **Tertiärprävention** – wenn die Krankheit bereits ausgebrochen ist.
Ziel: Folgeerkrankungen verhindern und Lebensqualität erhalten
Beispiel: Diabetesberatung

(Roth, 2020)



Verhaltens- und Verhältnisprävention

Verhaltensprävention richtet sich an die gesamte Bevölkerung und hat das Ziel, gesundheitsschädigendes Verhalten zu verändern. Dazu gehören Maßnahmen wie Schulungen, Ernährungsberatung oder Fahrsicherheitstrainings, die Einzelpersonen helfen, gesündere Entscheidungen zu treffen (Roth, 2020).

Die **Verhältnisprävention** zielt dagegen darauf ab, Gesundheitsrisiken auf gesellschaftlicher Ebene zu reduzieren, insbesondere durch politische oder rechtliche Maßnahmen. Beispiele sind Rauchverbote, Tabaksteuern oder gesetzliche Regelungen zur Lebensmittelsicherheit (Roth, 2020).

Beide Ansätze ergänzen sich. Während die Verhaltensprävention den Einzelnen stärkt, sorgt die Verhältnisprävention dafür, dass die Rahmenbedingungen für Gesundheit verbessert werden.



Grafik 4 (KI- generiert)

4. Krankheit

Eine Krankheit ist eine **Störung des körperlichen, seelischen und/ oder sozialen Wohlbefindens** (Roth, 2020).

Sie kann den gesamten Menschen betreffen und wirkt sich auf verschiedene Lebensbereiche aus. Als Pflegekraft ist es wichtig, die Ursachen, Symptome und die Art der Erkrankung zu erkennen, um Patient*innen bestmöglich zu unterstützen (Pschyrembel, 2023).

4.1. Ursachen von Krankheiten

Krankheiten können viele Ursachen haben:

- Infektiöse Ursachen: z. B. Bakterien, Viren, Pilze
- Genetische Ursachen: angeborene Störungen oder Veranlagungen
- Umweltfaktoren: Schadstoffe, schlechte Luft, Lärm
- Lebensstil: ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol
- Psychische Belastungen: Stress, Traumata
- Altersbedingte Veränderungen: z. B. Gelenkverschleiß, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

(Pschyrembel, 2023)

4.2. Symptome von Krankheiten

Krankheiten äußern sich durch körperliche, psychische oder soziale Veränderungen:

- Körperlich: Schmerzen, Fieber, Müdigkeit, Funktionsstörungen
- Psychisch: Angst, Depression, Stimmungsschwankungen
- Sozial: Einschränkungen im Alltag, Beruf, Familie

(Roth, 2020)

4.3. Diagnose

Die **Diagnose wird von Ärzt*innen gestellt** und umfasst:

- Anamnese: Befragung über Beschwerden, Lebensumstände, Vorerkrankungen
- Körperliche Untersuchung: Abhören, Abtasten, Blutdruck messen
- Labor- und Bildgebende Verfahren: Bluttests, Röntgen, Ultraschall, MRT
- Spezialuntersuchungen: je nach Verdacht auf bestimmte Erkrankungen

(Pschyrembel Online, 2023)

Pflegekräfte unterstützen die Diagnose durch Beobachtung, Dokumentation von Symptomen und Informationen über Veränderungen im Zustand der Patient*innen. Krankheit ist mehrdimensional, das heißt sie betrifft die körperliche, psychische und soziale Ebene. (Roth, 2020).

5. Menschenbilder

Menschenbilder sind Vorstellungen darüber, wie der Mensch beschaffen ist, wie er denkt, fühlt und handelt. Sie **beeinflussen, wie Menschen gesehen, behandelt und gepflegt werden**. In der Pflege helfen Menschenbilder dabei, Patient*innen ganzheitlich zu verstehen, also körperlich, psychisch, sozial und spirituell. Je nach Menschenbild liegt der Fokus auf unterschiedlichen Aspekten. Wie z.B. körperliche Funktionen, seelische Bedürfnisse, soziale Beziehungen, Individualität oder die Einheit von Körper, Geist und Seele (Roth, 2020).

1. Medizinisch – naturwissenschaftliches Menschenbild

Ansicht: „Mensch als Maschine“

Fokus liegt auf körperlichen Prozessen, Organfunktionen und biologischen Ursachen von Krankheiten (Roth, 2020).

Pflegeaspekt: Symptome und Funktionsstörungen erkennen und behandeln.

2. Geisteswissenschaftliches Menschenbild

Ansicht: „Es gibt Krankheitsursachen und Behandlungsmethoden, die nicht allein naturwissenschaftlich erklärbar sind“

Fokus liegt auf psychischen, seelischen und kulturellen Aspekten von Krankheit (Roth, 2020).

Pflegeaspekt: Seelische Bedürfnisse und subjektive Krankheitswahrnehmung beachten.

3. Sozialwissenschaftliches Menschenbild

Ansicht: „Der Mensch als soziales und gesellschaftlich geprägtes Wesen“

Fokus liegt auf sozialen Beziehungen, Rollen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen

Pflegeaspekt: Unterstützung in Familie, Beruf und sozialen Netzwerken.

4. Humanistisches Menschenbild

Ansicht: „Der Mensch als einzigartiges, selbstbestimmtes und wertvolles Wesen“

Fokus liegt auf Selbstbestimmung, Individualität und persönlichen Werten (Roth, 2020).

Pflegeaspekt: Respekt vor der Persönlichkeit und Förderung der Autonomie.

5. Ganzheitliches (holistisches) Menschenbild

Ansicht: „Der Mensch als Einheit von Körper, Geist und Seele“

Fokus liegt auf der Integration aller Lebensbereiche und der Wechselwirkung zwischen körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheit (Roth, 2020).

Pflegeaspekt: Ganzheitliche Pflege, die körperliche, psychische, soziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt.

(Roth, 2020)



Grafik 5 (KI-generiert)

5.1. Bedeutung für die Praxis

Menschenbilder bilden eine wichtige Grundlage professionellen pflegerischen Handelns, da sie beeinflussen, wie Pflegekräfte Patient*innen wahrnehmen und in ihrem Handeln berücksichtigen. Sie ermöglichen eine **personenzentrierte Pflege**, indem sie den Menschen nicht ausschließlich über seine Erkrankung definieren, sondern ihn als ganzheitliches Wesen mit individuellen Bedürfnissen, Erfahrungen und Ressourcen verstehen. Dadurch wird der Pflegeprozess gezielt an die spezifischen Wünsche und Lebenssituationen der Betroffenen angepasst, was zu einer höheren Individualität pflegerischer Maßnahmen führt. Gleichzeitig prägen Menschenbilder die Haltung der Pflegekräfte und wirken sich somit direkt auf die Interaktion, Kommunikation und Entscheidungsfindung im Pflegealltag aus. Eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Menschenbild trägt folglich zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bei, da sie Empathie, Respekt und individuelle Förderung stärkt und standardisierte, rein defizitorientierte Versorgungsansätze vermeidet (Riedel & Lehmeier 2019)

6. Pflege

6.1. Selbstpflege

Selbstpflege bedeutet, dass ein Mensch für seine eigenen **Bedürfnisse** sorgt, zum Beispiel für Körperpflege, Essen, Trinken, Bewegung und Ruhe. Grundsätzlich ist jeder Mensch dazu fähig und möchte möglichst selbstständig bleiben. Dieses Verständnis ist ein wichtiger Teil der Pflege (Orem 2001).

Wenn eine Person durch Krankheit, Alter oder eine Beeinträchtigung nicht mehr alles alleine schafft, spricht man von einem **Selbstpfledefizit**. In diesem Fall brauchen Betroffene Unterstützung durch Pflegepersonen. Die Aufgabe der Pflege ist es dann, dort zu helfen, wo es nötig ist aber gleichzeitig die Selbstständigkeit so gut wie möglich zu erhalten und zu fördern (Riedel & Lehmeier 2019).

Selbstpflege ist eng mit der **Lebensqualität** verbunden. Kann ein Mensch vieles selbst erledigen, fühlt er sich oft unabhängiger, sicherer und wohler. Geht diese Fähigkeit verloren, kann das zu Unzufriedenheit, Abhängigkeit und auch zu psychischen Belastungen führen. Deshalb ist es in der Pflege besonders wichtig, die vorhandenen Fähigkeiten zu unterstützen und die Menschen zur eigenen Aktivität zu motivieren (Riedel & Lehmeier 2019).

6.1.1. Bedürfnispyramide nach Maslow

Die Bedürfnispyramide nach Maslow ist ein Modell, das menschliche Bedürfnisse in Stufen einteilt. Sie zeigt, dass grundlegende Bedürfnisse zuerst erfüllt sein müssen, bevor höhere Bedürfnisse wichtig werden:

1. Physiologische Bedürfnisse (Grundbedürfnisse)
2. Sicherheitsbedürfnisse
3. Soziale Bedürfnisse
4. Individualbedürfnisse
5. Selbstverwirklichung

(Maslow 1943)

Maslowsche Bedürfnispyramide



Bild 2

Maslow unterteilt die menschlichen Bedürfnisse in **5 Stufen**, die **aufeinander aufbauen**.

Er bezeichnet die ersten 4 Stufen als **Defizitbedürfnisse** und die höchste Stufe als **Wachstumsmotiv**. Wenn die Defizitbedürfnisse nicht realisiert werden, kann das physische und seelische Folgen haben. Das Wachstumsbedürfnis kann jedoch nie gänzlich erfüllt werden (Flandorfer, 2024).

Physiologische Bedürfnisse

Physiologische Bedürfnisse sind alle **Grundbedürfnisse**, die für das menschliche Überleben notwendig sind. Sie bilden daher die Basis der Bedürfnispyramide.

Es handelt sich dabei etwa um die Versorgung der Menschen mit

- Sauerstoff
- Wasser
- Nahrung
- Homöostase (Schutz vor Witterung, Behausung)

(Flandorfer, 2024)

Sicherheitsbedürfnisse

Sobald die physiologischen Bedürfnisse erfüllt sind, strebt der Mensch nach Sicherheit.

Die Sicherheitsbedürfnisse umfassen den Wunsch nach:

- Schutz,
- Stabilität und
- Ordnung

Maslow versteht darunter auch das Bedürfnis nach:

- körperlicher sowie seelischer,
- finanzieller und
- sozialer Sicherheit.

Zusätzlich ging Maslow davon aus, dass der Mensch das Bekannte dem Unbekannten vorziehe. Menschen verspüren den Wunsch, alles verstehen und erklären zu können.

(Flandorfer, 2024)

Soziale Bedürfnisse

Werden die ersten beiden Formen von Bedürfnissen erfüllt, dann kommt die soziale Natur des Menschen zur Geltung und sein Bedürfnis nach sozialer Bindung.

Dazu gehören die Bedürfnisse nach:

- Kommunikation,
- Gemeinschaft (Familie, Freundschaft usw.),
- sozialem Austausch,
- der Beibehaltung einer sozialen Rolle und
- einem sicheren Platz in einer sozialen Gruppe.

(Flandorfer, 2024)

Individualbedürfnisse

Wenn alle bisherigen Bedürfnisse erfüllt sind, strebt der Mensch nach:

- Macht,
- Anerkennung,
- Wertschätzung und
- Status.

Die Erfüllung dieser Bedürfnisse sind jedoch sehr individuell. Daher spricht man von Individualbedürfnissen. Für manche Menschen kann z. B. Macht eine große Bedeutung haben, während es für andere eine geringere Bedeutung einnimmt.

(Flandorfer, 2024)

Selbstverwirklichung

An oberster Stelle der Pyramide von Maslow steht das Streben nach Selbstverwirklichung. Um zu diesem höchsten Gut zu gelangen, müssen alle bisherigen Bedürfnisse erfüllt sein.

Im Rahmen des Bedürfnisses nach Selbstverwirklichung möchte der Mensch

- seine Fähigkeiten,
- seine Persönlichkeit und
- seine Kreativität entwickeln, um
- seinem Leben Sinn zu geben.

(Flandorfer, 2024)

6.2. Laienpflege

Pflege im Rahmen eines sozialen Netzwerks, wie zum Beispiel durch Familienangehörige, spielt in vielen Gesellschaften eine zentrale Rolle. Laienpflege beruht in der Regel auf Erfahrung und Intuition, da die pflegenden Personen meist keine pflegerische Ausbildung besitzen. Diese Pflege wird freiwillig erbracht und ist häufig Ausdruck von Fürsorge und familiärer Verantwortung. Historisch betrachtet handelt es sich hierbei um ein jahrhundertealtes Phänomen. Die Pflege innerhalb von Familien und Nachbarschaften ist tief in Traditionen verwurzelt und bildet in vielen Kulturen nach wie vor die Basis der Betreuung älterer oder kranker Menschen (Rothgang 2010).

Pflegende Angehörige stehen dabei oft vor körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen, weshalb Unterstützungsmöglichkeiten von großer Bedeutung sind. Dazu zählen zum Beispiel pflegerische Schulungen, die Vermittlung von Entlastungsangeboten wie Tagespflege oder Kurzzeitpflege, sowie finanzielle Leistungen wie Pflegegeld. Auch psychosoziale Beratung und Selbsthilfegruppen können helfen, die Anforderungen der Pflege besser zu bewältigen (Klie & Rothgang 2015).

Diese Maßnahmen tragen dazu bei, die Pflege im familiären Umfeld langfristig aufrechtzuerhalten und gleichzeitig die Gesundheit und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu sichern.

6.3. Professionelle Pflege

Florence Nightingale war eine Ikone, deren Arbeit das Gesundheitswesen revolutionierte und die Standards für die moderne Krankenpflege setzte. Obwohl sie aus einer wohlhabenden britischen Familie stammte, entschied sie sich für eine Karriere in der Krankenpflege, einem Beruf, der damals wenig Ansehen genoss. Ihr Engagement und ihre modernen Methoden veränderten die Patient*innenversorgung grundlegend und machten sie zu einem bleibenden Symbol für Mitgefühl und Professionalität. Ihre historische Bedeutung ist groß, da ihre Prinzipien auch heute noch weltweit als Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen dienen. Sie gilt als Begründerin der modernen Krankenpflege, da sie ihre Forschungsergebnisse und Daten nutzte, um bedeutende Reformen im Gesundheitswesen voranzutreiben. Durch die Gründung professioneller Ausbildungsstätten und die Fokussierung auf Fakten zur Verbesserung der Patient*innenversorgung trug sie maßgeblich dazu bei, die Krankenpflege zu dem hoch angesehenen Beruf zu machen.

Während des Krimkrieges wurden Florence Nightingales unermüdliche Bemühungen im britischen Militärkrankenhaus in Scutari legendär. Sie sah, dass die Zustände im Krankenhaus sehr schlecht waren und viele Soldaten starben, deshalb führte sie strenge Maßnahmen ein. Hygieneprotokolle, verbesserte Ernährung, und organisierte Patientenversorgung. In dieser Zeit wurde sie als „Die Dame mit der Lampe“ bekannt, ein Name, den sie sich durch ihre Angewohnheit verdiente, nachts nach verwundeten Soldaten zu sehen.

Nach ihrer Arbeit in Scutari erkannte Florence Nightingale die dringende Notwendigkeit, die Krankenpflege zu professionalisieren. Sie verstand, dass nachhaltiger Wandel ein strukturiertes Ausbildungssystem, klar definierte Standards und eine starke Führung erforderte. Diese Vision, die für ihre Rolle als Begründerin der modernen Krankenpflege zentral war, zielte darauf ab, die Krankenpflege als angesehenen und unverzichtbaren Beruf zu etablieren und nicht bloß als karitative Tätigkeit oder Hilfsarbeit. Ihre Bemühungen

gipfelten 1860 in der Gründung der Nightingale-Schule am St. Thomas' Hospital in London, ein Wendepunkt in der Geschichte des Gesundheitswesens.

Das Curriculum der Nightingale-Ausbildungsschule legte neben praktischen Fertigkeiten Wert auf strenge Disziplin, hohe ethische Standards und die entscheidende Bedeutung des lebenslangen Lernens. Krankenschwestern wurden in Beobachtung, Hygiene und Patient*innenversorgung sowie in der systematischen Datenerhebung geschult, wodurch die Pflege von einer anekdotischen zu einer evidenzbasierten Herangehensweise geführt wurde. Durch ihr innovatives Führungsmodell wandelte sie die Krankenpflege von einem Beruf mit niedrigem Status in eine angesehene berufliche Laufbahn um und eröffnete Frauen weltweit neue Perspektiven. (Florence Healthcare International)



Bild 3

6.3.1. Kennzeichen professioneller Pflege

Pflege ist eine professionelle Tätigkeit, die auf festgelegten Richtlinien und wissenschaftlichen Erkenntnissen basiert. Das bedeutet, dass Pflegekräfte nach aktuellen Standards, Leitlinien und Pflegetheorien handeln, um eine sichere, wirksame und qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. (Roth, 2020).

Pflege wird aufgrund eines gesellschaftlichen Auftrags durchgeführt. Das heißt, die Gesellschaft erwartet, dass Menschen, die Pflege benötigen z. B. ältere, kranke oder behinderte Menschen, versorgt, unterstützt und gefördert werden, damit ihre Lebensqualität erhalten bleibt (Roth, 2020).

Ein zentrales Kennzeichen in der professionellen Pflege ist der Pflegeprozess. Darüber hinaus wird Pflege gegen Entgelt verrichtet. Pflegekräfte erhalten ein Gehalt, das ihre fachliche Verantwortung und Leistung widerspiegelt. Damit ist Pflege nicht nur eine freiwillige Handlung, sondern ein professioneller Beruf der einer Ausbildung bedarf.

Pflegeassistent*innen sind fester und wichtiger Bestandteil der professionellen Pflege. Sie übernehmen die **Durchführungsverantwortung** für bestimmte pflegerische Maßnahmen, das heißt, sie führen Aufgaben selbstständig aus und sorgen dafür, dass die Pflege sicher, korrekt und fachgerecht umgesetzt wird (Roth, 2020).

Die Anordnungsverantwortung liegt bei diplomierten Pflegekräften (DGKP). Diese können Maßnahmen delegieren, d. h., sie weisen Pflegeassistent*innen an, bestimmte Aufgaben zu übernehmen, wobei die DGKP weiterhin die Verantwortung für Planung und fachliche Qualität trägt (Roth, 2020).

Pflegeassistent*innen unterstützen den gesamten Pflegeprozess. Durch ihre sorgfältige Durchführung von Maßnahmen, Beobachtung von Patient*innen sowie Dokumentation tragen sie dazu bei, dass der Pflegeprozess gut strukturiert, effizient und reibungslos abläuft. So wird sichergestellt, dass die Pflege zielgerichtet, individuell und bedarfsgerecht erfolgt.

6.3.2. Ethikkodex für Pflegekräfte

Der International Council of Nurses (ICN) ist der weltweite Verband der professionell Pflegenden. Er hat einen Ethikkodex entwickelt, der die **grundlegenden Werte und Aufgaben der Pflege** zusammenfasst.

Pflegende sollen gemäß diesem Kodex:

1. Gesundheit fördern
2. Krankheit verhüten
3. Gesundheit wiederherstellen
4. Leiden lindern
5. Achtung vor dem Leben und der Würde des Menschen

Der ICN-Ethikkodex dient als Richtschnur für die professionelle Pflegepraxis weltweit und hilft Pflegekräften, ethisch korrekt, **verantwortungsvoll** und **patientenorientiert** zu handeln (International Council of Nurses, 2021).

Der International Council of Nurses (ICN) stellt internationale Berufsstandards für die Pflege auf, die jedoch kein eigenes Gesetz darstellen. In Österreich sind die grundlegenden Prinzipien dieser Standards im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG) verankert. Laut GUKG müssen Pflegekräfte die **Würde** und Rechte der Patient*innen respektieren, sorgfältig und fachgerecht arbeiten sowie die Schweigepflicht einhalten (GUKG, 1997).

7. Pflege-theorien, Pflegemodelle und Pflege-theorien

Pflege-theorien, Pflegemodelle und Pflege-konzepte bilden die theoretische Grundlage professioneller Pflege. Sie dienen dazu, pflegerisches Handeln erklärbar, planbar sowie überprüfbar zu machen und sorgen so für eine wissenschaftlich- basierende und einheitliche Versorgung (Telekonnect, o.J.).

7.1. Pflege-theorien

Eine **Pflege-theorie** ist ein theoretisches Konzept, das grundlegende Erklärungen zur Pflege-praxis liefert. Sie dient der Wissenschaft und soll das Verständnis von Pflege-prozessen und Pflege-handlungen verbessern. Theorien in der Pflege beruhen auf systematisch gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen und unterstützen sowohl die praktische Pflege als auch die Ausbildung von Pflege-fachpersonen (Müller, 2015).

7.2. Pflegemodelle

Pflegemodelle sind theoretische Konzepte, die pflegerisches Handeln strukturieren, erklären und in der **Praxis anwendbar** machen. Sie unterstützen Pflege-kräfte bei der Einschätzung, Planung und Dokumentation, mit Fokus auf Selbstständigkeit, persönliche Beziehungen sowie individuelle Bedürfnisse. Bekannte Pflege-modell stammen unter anderem von Dorte-a Orem, Moni-ka Kroh-winkel oder Lili-ane Juchli. Sie basieren auf unterschiedlichen Pflege-theorien. Pflege-modelle fördern Pflege-quality, Transparenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit. Pflege-modelle helfen uns in der Pflege dabei, komplexe Situationen strukturiert zu erfassen und gezielt zu handeln. Sie unterscheiden sich je nach theoretischer Ausrichtung, Schwerpunkt und Zielsetzung. (Telekonnect, o.J.).

Pflegetheorie vs. Pflegemodell



Grafik 6 (KI- generiert)

7.2.1. Pflegemodell nach Monika Krohwinkel

Das ABEDL-Modell wurde von Monika Krohwinkel entwickelt. **ABEDL steht für „Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens“** und hilft uns im Pflegeprozess dabei, den Pflegebedarf von Menschen **ganzheitlich** zu erfassen und zu planen.

Das Modell gliedert in 13 Bereiche, die alle Lebensaktivitäten und existenzielle Erfahrungen abdecken:

1. Kommunizieren können
2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen aufrechterhalten können
4. Sich pflegen können

5. Essen und Trinken können
6. Ausscheiden können
7. Sich beschäftigen können
8. Sich kleiden können
9. Ruhen und Schlafen können
10. Sich als Frau / Mann fühlen können
11. Für eine sichere Umgebung sorgen können
12. Soziale Bereiche des Lebens sichern können
13. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

In der Pflege nutzen wir dieses Modell, um **Stärken, Ressourcen und Probleme der pflegebedürftigen Person zu erkennen**. Daraus ergeben sich Pflegeziele und -maßnahmen, die die Selbstständigkeit und Lebensqualität fördern. (Krohwinkel, 2013).

Die 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel

(zum Teil abgekürzt)

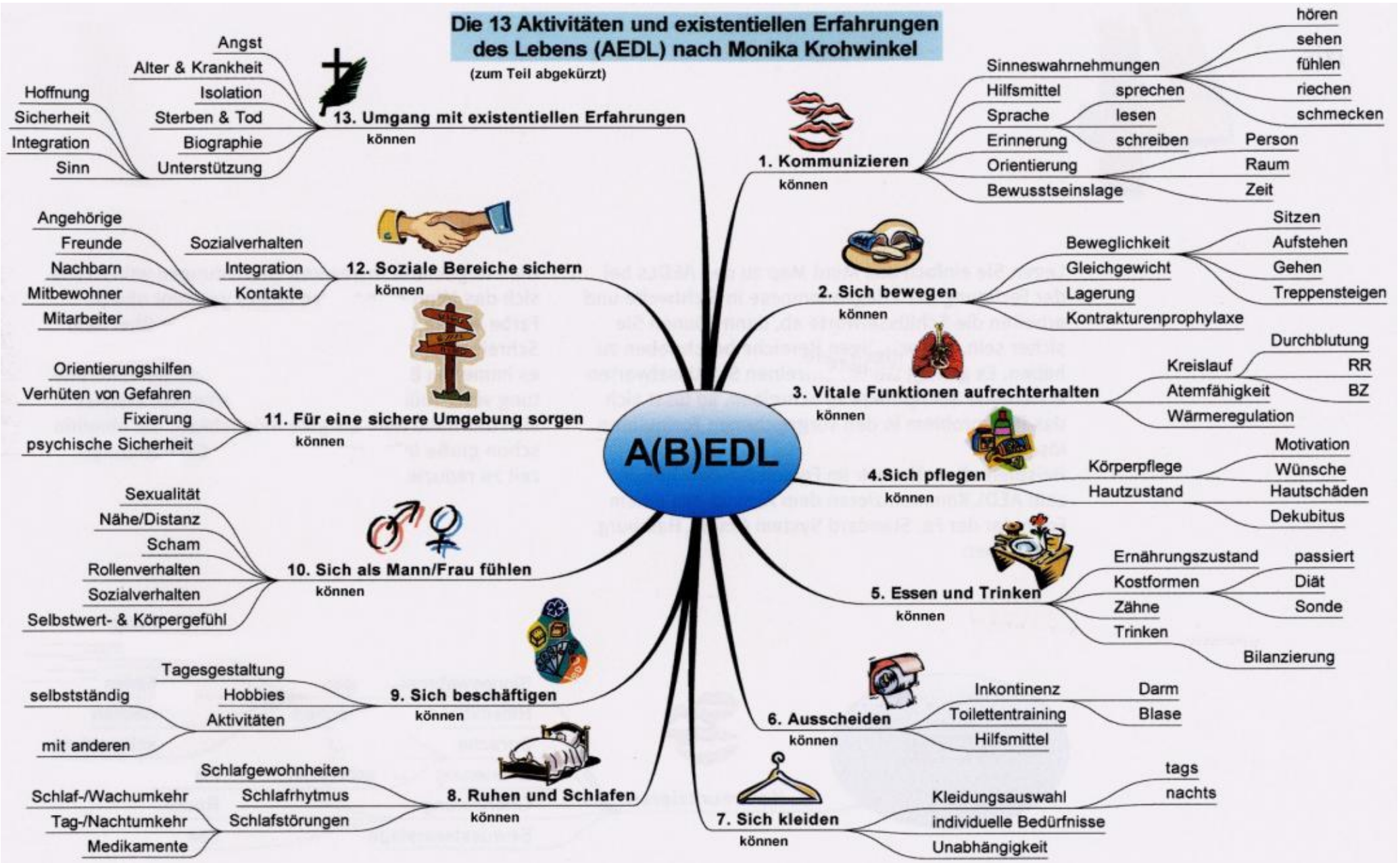


Bild 4

7.2.2. Pflegemodell nach Böhm

Das **psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm** ist ein ganzheitliches Pflegemodell, das besonders die **Lebensgeschichte** und persönlichen Erfahrungen von Menschen in den Mittelpunkt stellt. Es eignet sich besonders für die Pflege und Betreuung von Menschen mit **Demenz**. Böhm betrachtet in seinem Modell jede Person als **einzigartige Lebensgeschichte**. Frühere Erfahrungen, Gewohnheiten, Werte und Vorlieben fließen in die Pflege(planung) ein. Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen) der Pflegebedürftigen werden erkannt und gefördert, statt nur Defizite (Probleme) zu behandeln. Körperliche, geistige, emotionale und soziale Aspekte werden in der Pflege berücksichtigt (Ganzheitlichkeit). Pflegeziele und Maßnahmen werden an die Bedürfnisse und Lebensgeschichte der Person angepasst. Die **Selbständigkeit** soll so lange wie möglich erhalten und gefördert werden um die **Lebensqualität** zu erhalten (Böhm, 2018).

7.2.3. Mäeutisches Pflegemodell

Das mäeutische Pflegemodell ist ein **erlebensorientierter Ansatz** nach Dr. Cora van der Kooij, der auf wertschätzender Kommunikation, Biographiearbeit und dem Aufbau positiver Beziehungen basiert. Es stellt die Bedürfnisse von Bewohner*innen, Angehörigen und Pflegenden in den Mittelpunkt, um Lebensqualität, Würde und Wohlbefinden in der Geriatrie zu fördern. Das mäeutische Pflegemodell legt den **Fokus auf den ganzen Menschen**, also nicht nur auf seine Krankheit, sondern auch auf seine Gefühle, Bedürfnisse und sozialen Beziehungen (Meätschek, 2007).

Das Menschenbild in diesem Modell betrachtet den Menschen nicht nur als krank, sondern stellt die individuelle Begleitung und Förderung des zu betreuenden Menschen in den Mittelpunkt. Ziel ist es, pflegebedürftige Menschen zu begleiten, zu stützen und ihre Selbstständigkeit soweit wie möglich zu erhalten. Das mäeutische Modell wird auch als erlebensorientierte Pflege bezeichnet, da es die Erlebenswelten von Bewohner*innen einbezieht. Verschiedene pflegerische und therapeutische Konzepte wie personenzentrierte Pflege, Kinästhetik, basale Stimulation, Aromapflege, Validation oder Palliative Care können in dieses Modell integriert werden, um das Wohlbefinden der Bewohner*innen zu fördern (Akademie für Mäeutik Schweiz, o. J.).

Orem

Selbstpflege



- Selbstpflege fördern
- Defizite erkennen & unterstützen



Roper

Lebensaktivitäten



- 12 Lebensaktivitäten
- Ganzheitliche Pflege

Juchli

Pflegediagnosen



- Körper, Psyche & Soziales
- Pflegediagnosen & Grundpflege

Peplau

Interaktion & Beziehung



- Therapeutische Beziehung
- Berater & Unterstützer

Rogers

Energie & Ganzheit



- Mensch als Energiefeld
- Harmonie & Balance

Henderson

14 Grundbedürfnisse



- 14 Grundbedürfnisse
- Hilfe zur Unabhängigkeit

Grafik 7 (KI- generiert)

7.3. Pflegekonzept

Ein Pflegekonzept beschreibt die Planung, Durchführung und Evaluation pflegerischer Maßnahmen innerhalb einer Einrichtung und dient als **Grundlage für ein einheitliches und professionelles Pflegehandeln**. Es orientiert sich an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und stellt sicher, dass Pflege nachvollziehbar, zielgerichtet und qualitätsgesichert erfolgt. Für die Pflegeassistenz ist das Pflegekonzept von zentraler Bedeutung, da es **klare Handlungsrichtlinien** vorgibt und die tägliche Arbeit strukturiert. Pflegeassistent*innen handeln im Rahmen dieser Konzepte, indem sie geplante Maßnahmen durchführen, Beobachtungen weitergeben und zur Erreichung der Pflegeziele beitragen. Ein wichtiges Element eines Pflegekonzepts ist das zugrundeliegende Pflegeverständnis, welches das Menschenbild sowie ethische Prinzipien wie Würde, Autonomie und Ganzheitlichkeit umfasst. Darüber hinaus beinhaltet ein Pflegekonzept **konkrete pflegerische Methoden** und Interventionen. Das Pflegekonzept stellt die **Verbindung zwischen pflegewissenschaftlicher Theorie und praktischer Anwendung** dar. Während Pflegetheorien die wissenschaftliche Grundlage liefern und Pflegemodelle diese strukturieren, zeigt das Pflegekonzept genau, wie Pflege im Alltag umgesetzt wird. Für die Pflegeassistenz bietet es somit eine wichtige Orientierung und unterstützt ein sicheres, strukturiertes und qualitativ hochwertiges Pflegehandeln (Pflegeassistenz, 2021).

Pflegetheorien ↓

werden konkretisiert durch...

Pflegemodelle ↓

werden konkretisiert durch...

Pflegekonzepte

© Forum Verlag Herkert GmbH

Bild 5

7.3.1. Bezugspflege

In der Bezugspflege geht es darum, eine Beziehung zu Patient*innen/ Bewohner*innen aufzubauen und Verantwortung zu übernehmen. Dabei stellt die Bezugspflege eines von vielen Pflegesystemen dar. Weiteres gibt es auch unter anderem die Funktionspflege. Meist liegen Mischformen dieser Pflegesysteme vor, wobei die Funktionspflege eine funktionell orientierte Arbeitsform und die Bezugspflege **patientenorientiert** ist. Das bedeutet, dass die Arbeitsabläufe in dieser personenzentrierten Organisationsform nicht um einzelne Tätigkeiten organisiert werden, sondern um Personen, für die diese Tätigkeiten ausgeübt werden. Damit soll die **ganzheitlich-fördernde und aktivierende pflegerische Arbeit** in den Mittelpunkt gestellt werden. Die Bezugspflege wurde als eine Form der Pflegeorganisation entwickelt und besteht aus vier Kernelementen:

1. Professionelle Beziehung
2. Zuständig sein und Verantwortung übernehmen
3. Kontinuität und Koordination
4. Kommunikation

Dabei basiert die pflegerische Beziehung in einem professionellen Setting auf dem **richtigen Maß von Nähe und Distanz**, fachlichem Wissen und Fertigkeiten, Beziehungsfähigkeit, Akzeptanz des Gegenübers, Verantwortungsfähigkeit und die Bereitschaft diese zu übernehmen und die Miteinbeziehung der Patient*innen/ Bewohner*innen in den Pflegeablauf. Ziel der Bezugspflege ist eine **individuelle, koordinierte und kontinuierliche Betreuung** und Pflege, die sich auf eine unterstützende und professionelle Beziehung stützt. Individuelle Bedürfnisse und die Biografie werden dabei im Pflegeprozess aufgenommen und berücksichtigt, wodurch

ein reibungsloser Arbeitsablauf gewährleistet und die interdisziplinäre Zusammenarbeit optimiert werden kann. Dabei übernimmt die Bezugspflegerperson die **Gesamtverantwortung** für den Pflegeprozess inklusive der Steuerung und Kontrolle aller Teilschritte. Sie ist außerdem Schlüsselperson für die gesamte Kommunikation, die den pflegebedürftigen Menschen betrifft und stellt einen gezielten Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten in der Gesundheitsversorgung sicher. Die **Hauptbezugsperson** übernimmt also viele wichtige Aufgaben und setzt sich dabei für die Anliegen und das Wohl der pflegebedürftigen Person ein. Ziel der Bezugspflege ist es, den Patient*innen/ Bewohner*innen möglichst selbstständig und mitfühlend im Alltag zu begleiten und ihnen bei der Bewältigung von Problemen und Schwierigkeiten zur Seite zu stehen. Die Pflegefachperson bietet hierbei nicht nur Unterstützung beim Umgang mit dem Alltag, sondern auch auf emotionaler Ebene. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Bezugspflege ein sehr wertvolles Instrument ist, um hilfsbedürftige Menschen zu unterstützen. Durch ihre fokussierte und individuelle Betreuung kann sie eine wichtige Rolle bei der Unterstützung der Patient*innen/ Bewohner*innen im Alltag spielen. An (Pflegezukunft, 2024).

7.3.2. Funktionspflege

Funktionspflege beschreibt eine **tätigkeitsorientierte Vorgehensweise** innerhalb der Arbeitsorganisation der Kranken- und Altenpflege, bei der die pflegerische Maßnahme den Arbeitsablauf innerhalb einer Pflegeeinheit, beispielsweise einer Station, strukturiert. Wesentliches Prinzip der Funktionspflege ist die Aufteilung komplexer Pflegeaufgaben in Einzeltätigkeiten, die jeweils einzelnen Pflegekräften zugeordnet werden. Die Grundlagen dieser Arbeitsweise soll einer höheren Produktivität des Einzelnen dienen. Die Arbeitsteilung basiert auf einem **hierarchischen System**. Dieses Pflegesystem steht im Gegensatz zum ganzheitlichen Ansatz der prozessorientierten Arbeitsweise der Bezugspflege. Bei der Funktionspflege werden bestimmte pflegerische Tätigkeiten durchgehend an allen Patient*innen beziehungsweise Bewohner*innen durchgeführt. Hier steht die Funktion im Vordergrund. Die Vorteile der Funktionspflege liegen in der **Routine**, einer klaren hierarchischen Struktur und der eindeutigen Zuordenbarkeit. Für die Funktionspflege ist ein geringerer Anteil an diplomierten Personal nötig und ist damit **kostengünstiger** als die Bezugspflege. Die Nachteile dieser Pflegestrukturen liegen für die Pflegekräfte einerseits in der Überlastung, andererseits in der Unterforderung insbesondere der diplomierten Pflegekräfte durch gleichförmige Tätigkeiten und die Nichtanwendbarkeit erlernten Wissens und die Einschränkung des Entscheidungs- und Handlungsspielraums des Einzelnen. Der Zeitaufwand für die Funktionspflege ist oft höher als in der Bezugspflege, da die Wegezeiten und ablaufbedingte Wartezeiten sich erhöhen. Für die Patient*innen oder den Bewohner*innen kann die Anpassung an die Tagesstruktur der Pflege schwierig sein, **ständig wechselnde Pflegekräfte** erschweren den persönlichen Bezug und den Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses zur Pflegekraft (pflege.at, 2026).

Bezugspflege vs. Funktionspflege



Persönliche Beziehung



Verantwortung & Kontinuität



Individuelle Betreuung



Kommunikation & Koordination

Patient:innen im Mittelpunkt

Ganzheitlich & individuell



Standardisierte Aufgaben



Hierarchische Struktur



Kosteneffizient



Funktion & Routine

Tätigkeiten im Fokus

Routine & Aufgaben

Grafik 8 (KI- generiert)

8. Pflegeprozess

Unter dem Pflegeprozess wird eine **Lösungsstrategie** verstanden, nach der Pflegepersonen zusammen mit den Patient*innen zielgerichtet und strukturiert arbeiten. Im Pflegeprozess wird der jeweilige Pflegebedarf einer Person erhoben, um die Selbstpflegemöglichkeit zu erhalten oder Defizite in der Selbstpflege auszugleichen. Der Pflegeprozess wird personenbezogen, also individuell auf die jeweilige Person gestaltet (Pflegeassistenz, 2021).

8.1. Pflegeprozess nach Fiechter und Meier

Das in Österreich am weitesten verbreitete Modell ist das 6- Schritte- Modell nach Fiechter und Meier. Es wird als **fortlaufender Kreis** gesehen. Nachdem alle Schritte durchlaufen sind, beginnt der Prozess von Neuem aber wahrscheinlich mit anderen Schwerpunkten als zuvor (Pflegeassistenz, 2021).

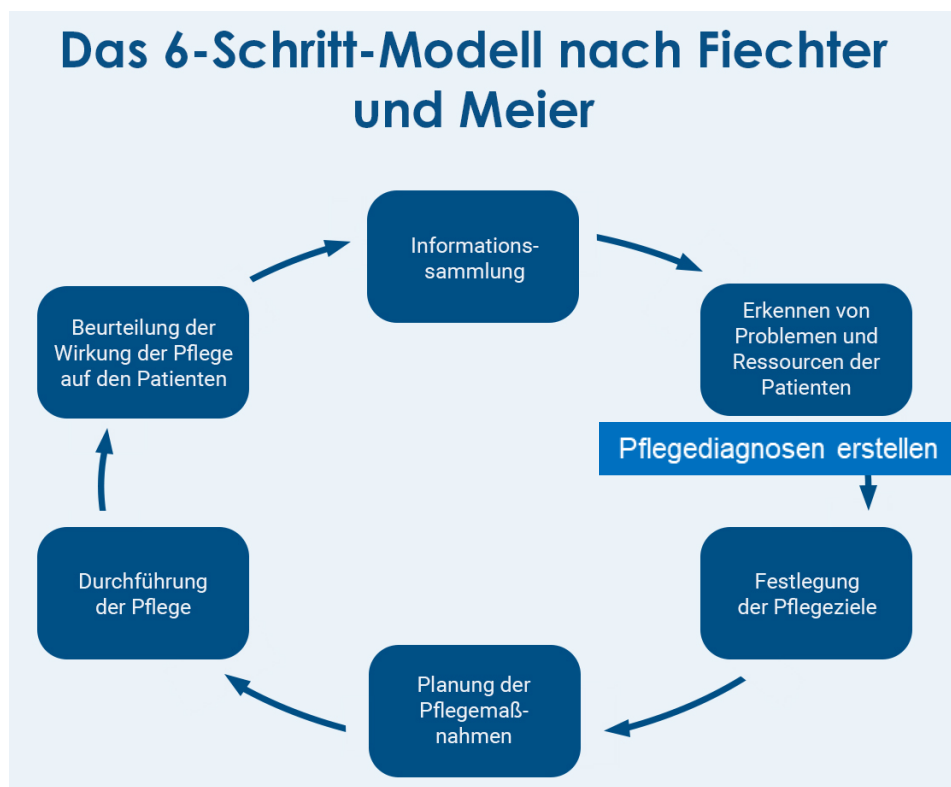


Bild 6

1. Schritt – Informationssammlung

In der ersten Phase wird eine umfassende **Informationssammlung** (Anamnese) durchgeführt. Dabei werden alle relevanten Daten über die Patient*innen erfasst, beispielsweise körperliche, psychische, soziale und kulturelle Aspekte, die Biografie sowie aktuelle Erkrankungen. Methoden der Datenerhebung sind Beobachtung, Gespräche, Befragungen und Pflegedokumentationen. Ziel ist es, ein vollständiges Bild der Situation der Patient*innen zu erhalten (Fiechter & Meier, 2015).

Pflegephänomene

Pflegephänomene sind beobachtbares Verhalten, Erleben oder eine Reaktion eines Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Beispiele sind Schmerzen, Atemnot, Bewegungseinschränkung, Angst, Verwirrtheit oder Traurigkeit.

Informationsweitergabe

In der Pflege ist die schriftliche Dokumentation und mündliche Übergabe entscheidend. Bei der **schriftlichen Dokumentation**, wie sie im Pflegebericht üblich ist, werden alle relevanten Informationen über den Patienten systematisch erfasst. Dies umfasst Beobachtungen, durchgeführte Maßnahmen, Reaktionen des Patienten sowie Änderungen im Gesundheitszustand. Ziel ist es, eine nachvollziehbare und vollständige Informationsbasis für alle Mitarbeitenden zu schaffen, die an der Pflege beteiligt sind. Die **mündliche Übergabe** erfolgt häufig nach dem **ISBAR-Schema**, das eine klare und strukturierte Kommunikation gewährleistet. ISBAR steht für:

I – Identifikation	Um wen geht es?
S – Situation	Was ist das aktuelle Problem?
B – Background	Wichtige Informationen aus der Vorgeschichte
A – Assessment	Beobachtungen
R – Recommendation	Was soll passieren?

(Risch& Kaiser, 2018)

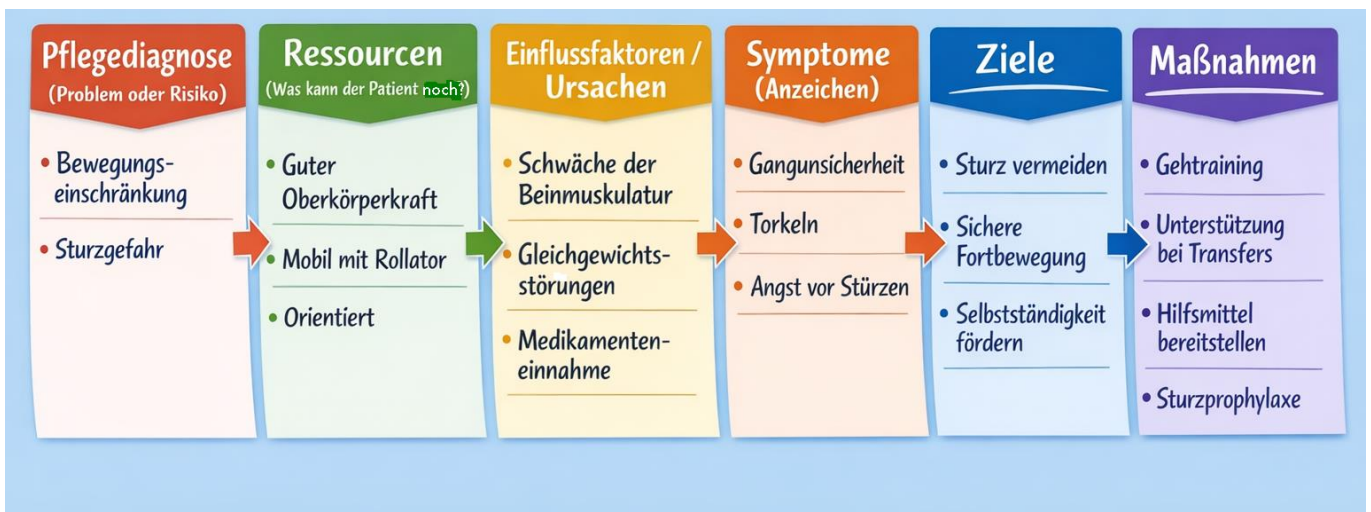
2. Schritt – Erkennen von Probleme (Pflegediagnosen)

Im zweiten Schritt werden die gesammelten Informationen analysiert, um pflegerische **Probleme** aber auch vorhandene **Ressourcen** zu identifizieren. Dabei geht es nicht um die medizinische Diagnose, sondern um pflegerische Bedürfnisse, wie etwa Dekubitusgefahr, Hilfebedarf bei Ernährung oder Mobilität. Aus den pflegerischen Bedürfnissen werden dann die Pflegediagnosen abgeleitet (Fiechter & Meier, 2015).

Pflegediagnosen nach POP®

In der Praxisorientierten Pflegediagnostik (POP®) wird die Pflegeplanung anhand von sechs zentralen Punkten strukturiert. Pflegediagnose, Ressourcen, Einflussfaktoren/Ursachen, Symptome, Ziele und Maßnahmen. Als erster Schritt erfolgt die Pflegediagnose, bei der ein **Problem oder Risiko** identifiziert wird. Dies kann beispielsweise ein Risiko für Dekubitus bei einem bettlägerigen Patienten sein. Die Pflegediagnose bildet die **Grundlage** für alle weiteren Planungsschritte.

Im zweiten Schritt werden die **Ressourcen** erfasst. So kann z.B. ein Patient, der seinen Oberkörper und Kopf selbstständig bewegen kann und kognitiv orientiert ist, aktiv in die Pflegeplanung einbezogen werden. Darauf folgt die Analyse der **Einflussfaktoren und Ursachen**, welche die Entstehung des Problems begünstigen. Im Beispiel eines Dekubitusrisikos sind dies beispielsweise Bettlägerigkeit nach einer Hüftoperation, eingeschränkte Sensibilität, verminderte Durchblutung und fehlende Eigenbewegung. Anschließend werden die **Symptome** oder Anzeichen dokumentiert. Bei der Dekubitusprophylaxe könnten das Rötungen an Fersen und Kreuzbein sowie eine erhöhte Druckempfindlichkeit sein. Eine präzise Erfassung der Symptome ermöglicht eine frühzeitige Intervention. Die **Ziele** der Pflege beschreiben die angestrebten Ergebnisse. Schließlich werden die konkreten **Maßnahmen** festgelegt, um die gesetzten Ziele zu erreichen. Die Anwendung des POP-Schemas ermöglicht eine **strukturierte und patientenzentrierte Pflegeplanung**, die sowohl Risiken minimiert als auch vorhandene Ressourcen optimal einsetzt. (Müller- Staub, 2020)



Grafik 9 (KI- generiert)

3. Schritt – Festlegung der Ziele (Zielsetzung)

In dieser Phase werden klare und realistische Ziele formuliert. Diese Ziele sollten spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitgebunden (SMART) sein. (Fiechter & Meier, 2015).

S	Spezifisch Das Ziel ist klar und genau beschrieben.
M	Messbar Man kann prüfen, ob das Ziel erreicht wurde.
A	Attraktiv / Akzeptiert Das Ziel ist sinnvoll und wird mitgetragen.
R	Realistisch Das Ziel ist machbar – mit den vorhandenen Mitteln
T	Es gibt einen Zeitrahmen, bis wann das Ziel erreicht werden soll

BEISPIEL

- ✘ Herr Müller soll mehr trinken
- ✔ Herr Müller trinkt täglich bis Ende der Woche mindestens 1,5 Liter

Grafik 10 (KI- generiert)

4. Schritt – Planung der Maßnahmen

Der dritte Schritt ist die Planung der konkreten Pflegemaßnahmen. Hier werden die zuvor definierten Pflegeziele herangezogen und daraus ergeben sich die entsprechenden Maßnahmen. Die Maßnahmen müssen **genau und präzise formuliert** werden. Dafür werden sogenannte „**W- Fragen**“ zur Hilfe genommen z.B. Wer macht was, wann, wie, womit? So ist für jede Pflegekraft im Anschluss klar welche Maßnahmen bei der/ dem Patient*in durchzuführen sind (Fiechter & Meier, 2015).

5. Schritt – Durchführung

In dieser Phase werden die geplanten Maßnahmen umgesetzt. Die Pflegeassistenz führt gezielte Handlungen durch, um die Ziele zu erreichen. Das kann die Unterstützung bei der Körperpflege, die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder die Förderung der Mobilität sein. Wichtig ist auch die **Dokumentation** der durchgeführten Maßnahmen (Fiechter & Meier, 2015).

6- Schritt – Beurteilung der Wirkung (Evaluation)

Abschließend erfolgt die **Evaluation (Beurteilung)**. In diesem Schritt wird überprüft, ob die Pflegeziele erreicht wurden und ob Anpassungen notwendig sind. Eine regelmäßige Dokumentation ist wichtig, um Fortschritte zu verfolgen und bei Bedarf die Pflegeplanung anzupassen (Staudinger & Engler, 2019).

9. Pflegedokumentation

In der Pflege ist es besonders wichtig, dass alle relevanten **Informationen schriftlich festgehalten** werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass keine wichtigen Details vergessen werden und die **Pflegequalität** erhalten bleibt. Schriftliche Dokumentation sorgt für **Sicherheit, Nachvollziehbarkeit** und **Klarheit** im Pflegealltag.

9.1. Rechtliche Grundlagen

Gesetzlich sind Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberuf zur Dokumentation **verpflichtet**. Die Dokumentationsverpflichtung ergibt sich insbesondere aus berufsrechtlichen Regelungen wie z. B. das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und organisationsrechtlichen Regelungen wie z. B. die Krankenanstaltengesetze. Es ist Aufgabe von Führungskräften in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens diese Dokumentationspflicht, die sich aus unterschiedlichen Gesetzen und allfälligen Anforderungen des Arbeitgebers und/oder Kostenträgers ableiten, zu berücksichtigen. Daraus sind entsprechende Instrumente wie Formulare, Vorlagen, Dokumente in gedruckter oder elektronischer Form zu entwickeln (Rappold & Aistleithner, 2017).

9.2. Anforderungen und Prinzipien der Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation macht pflegerisches Handeln nachvollziehbar und somit überprüfbar. Die Pflegedokumentation ist daher in erster Linie ein Instrument der **Qualitätssicherung**. Ergänzend dient die Pflegedokumentation der **Beweissicherung** und der Rechenschaftslegung. 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 herangezogen. **Wird z. B. eine Maßnahme oder eine wesentliche Beobachtung nicht dokumentiert, begründet dies die Vermutung, dass diese nicht ergriffen bzw. ein Phänomen nicht erkannt wurde.**

Damit kommt der Dokumentation eine wesentliche Beweisfunktion im Rahmen eines allfälligen Haftungsprozesses zu. Der Zweck ist nur erfüllt, wenn die Dokumentation **vollständig, richtig, zeitnah, chronologisch, der verantwortlichen Person zuordenbar und lesbar** ist. Die Dokumentation unterliegt den Regelungen über die **Verschwiegenheit** (Rappold & Aistleithner, 2017).

Im Anhang finden Sie die „*Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017*“. Dabei handelt es sich um ein praxisorientiertes Handbuch bzw. einen Leitfaden, der speziell für Pflegekräfte erstellt wurde. Die Arbeitshilfe wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt und von Pflegeexpert*innen erarbeitet, um Pflegekräften ein praktisches Instrument zur Orientierung im Pflegealltag an die Hand zu geben.

9.3. Der Pflegebericht

Der Pflegebericht ist **Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes**, der über behandlungs- und pflegerrelevante **Besonderheiten** Auskunft gibt. Im Pflegebericht beschreibt man Besonderheiten **nachvollziehbar** und **chronologisch**. Persönliche Ansichten bzw. **Interpretationen sind zu vermeiden**. Beobachtungen, Abweichungen von der Norm bzw. vom Standard, Reaktionen auf Maßnahmen und/oder Verhaltensbeobachtungen müssen im Pflegebericht nachvollziehbar festgehalten und somit für alle Berufsgruppen dargestellt werden, sofern sie nicht an anderer Stelle dokumentiert sind. Der Pflegebericht ist ungeeignet, um mit Floskeln gefüllt zu werden, die kaum Informationsgehalt bieten. Beispiele dafür sind „hat die ganze Nacht nicht geläutet“, „keine Besonderheiten“, „keine Beschwerden“, „Patient o. B.“ oder „alles in Ordnung“. **Abkürzungen sollten generell vermieden werden**. Werden jedoch Abkürzungen verwendet, dann nur entsprechend einem aktuellen Abkürzungsverzeichnis der Organisation sowie jene, die im Duden stehen. Der Pflegebericht muss **zeitnah** d. h. möglichst knapp nach dem Ereignis / der Beobachtung, aber spätestens bis Dienstende erfolgen. Es gilt, je akuter/relevanter das Ereignis / die Beobachtung ist, umso rascher muss der Eintrag erfolgen (Rappold & Aistleithner, 2017).

Literaturverzeichnis

Akademie für Mäeutik Schweiz. (o. J.). Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell.

<https://www.maeetik-schweiz.ch/maeetik/das-maeeutische-pflege-und-betreuungsmodell>

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

Böhm, E. (2018). *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I: Grundlagen* (5. Aufl.). Facultas / Maudrich Verlag.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *Gesundheit und Lebenswelten – Gesundheitsdeterminanten*. Gesundheit.gv.at.

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesunde-lebenswelten.html#gesundheitsdeterminanten>

Fiechter, M., & Meier, M. (2015). *Gesundheitsförderung: Grundlagen für Pflege und Sozialarbeit*. Hogrefe.

Flandorfer, P. (2024, 10. September). Die Bedürfnispyramide von Maslow verstehen und anwenden. Scribbr. <https://www.scribbr.at/modelle-konzepte-at/beduerfnispyramide-maslow/>

Florence Healthcare International. (o. J.). Über Florence Nightingale. Florence Healthcare International. Abgerufen am 20. März 2026, von <https://florencehealthcare.international/de/%C3%BCber-Florence-Nightingale/>

Hurrelmann, K. (2006). *Gesundheit und Krankheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

International Council of Nurses (ICN). (2021). *Code of Ethics for Nurses*. Genf: ICN. <https://www.icn.ch/what-we-do/code-ethics-nurses>

Klie, T., & Rothgang, H. (2015). „Pflegerische Angehörige: Belastungen und Unterstützungsbedarfe.“ *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(1), 3–11.

Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis*. Huber Verlag.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396.

Meätschek, H. (2007). *Das meätische Pflegemodell: Theorie und Praxis der ganzheitlichen Pflege*. Berlin: Springer.

Müller, B. (2015). *Pflegewissenschaft: Grundlagen, Theorien und Praxis*. Berlin: Springer.

Müller-Staub, M. (2020). *Praxisorientierte Pflegediagnostik (POP): Konzepte, Methoden und Anwendung in der Pflegepraxis*. Bern: Hans Huber Verlag.

Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*. London: Harrison.

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6. Aufl.). St. Louis: Mosby.

Pflegeassistenz Heute. (2021). *Pflegeassistenz heute* (K. Altmann & C. Keller, Hrsg.; 1. Aufl.). Urban & Fischer.

pflge.at. (2026). Funktionspflege. <https://www.pflge.at/lexikon/funktionspflege>

Pflege Zukunft. (2024, 14. März). Konzept zur Bezugspflege. <https://pflge-zukunft.at/konzept-zur-bezugspflege/>

Pschyrembel Online. (2023). Krankheit. <https://www.pschyrembel.de/Krankheit>

Rappold, E., & Aistleithner, R. (2017). *Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017: Dokumentation pflegerischer Kernkompetenzen* (3. überarb. Aufl., im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen). Gesundheit Österreich GmbH. <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/47/1/Arbeitshilfe%20Pflegedokumentation%202017.pdf>

Riedel, A., & Lehmeyer, S. (2019). *Pflegewissenschaft: Grundlagen und Anwendungen* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Risch, A., & Kaiser, C. (2018). *Kommunikation in der Pflege: Professionelle Übergabe und Dokumentation*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Roth, R. (2020). *Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege*. Berlin: Springer.

Rothgang, H. (2010). „Pflegebedürftigkeit und Pflegeversorgung im internationalen Vergleich.“ In: *Altenpflege*, 33(4), 142–148.

Staudinger, U. M., & Engler, H. (2019). *Pflegediagnosen in der Praxis: Leitfaden für Pflege und Betreuung*. Springer.

Telekonnect GmbH. (o. J.). Wichtige Pflegemodelle im Überblick. TELE KONNEKT. <https://www.telekonnect.de/artikel/pflegemodelle>

World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*.

Grafiken

Grafik 1 OpenAI. (2026). Dimensionen der Gesundheit [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 2 OpenAI. (2026). Salutogenese [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 3 OpenAI. (2026). Arten der Prävention [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 4 OpenAI. (2026) Verhaltens- und Verhältnisprävention [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 5 OpenAI. (2026). Menschenbilder [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 6 OpenAI. (2026). Pflgeetheorie vs. Pflegemodell [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 7 OpenAI. (2026). Pflegemodelle [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 8 OpenAI. (2026). Bezugspflege vs. Funktionspflege [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 9 OpenAI. (2026). Pflegediagnosen [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 10 OpenAI. (2025). SMART- Regel [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Bilder

Bild1

<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitsfoerderung/gesunde-lebenswelten.html#imageURL>

Bild 2 <https://www.scribbr.at/modelle-konzepte-at/beduerfnispyramide-maslow/>

Bild 3 [Über Florence Nightingale – Florence Healthcare International](#)

Bild 4 <https://www.bbsozial.de/de/ueberuns/pflegekonzept/>

Bild 5 <https://www.forum-verlag.com/fachwissen/gesundheitswesen-und-pflege/pflegetheorien/>

Bild 6 [Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier | Medi-Karriere](#)

Anhang

Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Gesundheit Österreich
GmbH 

 MINISTERIUM
FRAUEN
GESUNDHEIT

Themenfeld 2- Pflegeprozess
Version_01_2026

Dokumentation pflegerischer

Kernkompetenzen

Projektleitung: Gesundheit Österreich GmbH

Elisabeth Rappold (Projektleitung)

Regina Aistleithner

Für den Inhalt verantwortlich

Regina Aistleithner

Christine Bretbacher

Beate Czegka

Ernst Fürthaller

Roman Gaal

Marion Gasser

Brigitte Gazos

Gerlinde Göschelbauer

Gabriela Hackl

Beate Heiß

Inge Hiebler

Christiane Jenewein

Gerlinde Mayer

Claudia Oberdorfer

Franziska Moser

Roland Nefischer

Brigitte Neumüller

Renate Ranegger

Franz Rauchegger

Elisabeth Rappold

Rosina Richter

Michael Scheffknecht

Manfred Scherzer

Reinhard Schmidt

Regina Sluka

Magdalena Tauschitz

Judith von Musil

Astrid Waiboda

Brigitte Walzl

Ingrid Wimmer

Fachliche Begleitung durch das BMGF:

Meinhild Hausreither

Paul Resetarics Ludmilla

Gasser

Projektassistenz: Heike

Holzer

Wien, im März 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Zitiervorschlag:

Rappold, Elisabeth; Aistleithner, Regina (2017): Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen. 3. überarbeitete Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

ISBN-13: 978-3-85159-210-8

3. überarbeitete Auflage

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –

Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Dokumentationspflichten dienen primär dazu, die Qualität der Gesundheits- und Krankenpflege für die Betroffenen sicherzustellen. Die Überarbeitung und Neuauflage der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation tragen den Neuerungen in der Gesundheits- und Krankenpflege, insbesondere der GuKG-Novelle 2016 wie auch den aktuellen Anforderungen an die Dokumentation im pflegerischen Kompetenzbereich, Rechnung. Eine qualitätsvolle Dokumentation erleichtert die Zusammenarbeit wie auch den fachlichen Diskurs. Sie ist für das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätskontrolle unverzichtbare Voraussetzung und kann auch Grundlage wissenschaftlicher Arbeiten sein. Die Arbeitshilfe unterstützt Pflegepersonen in allen Praxisfeldern wie auch in deren Ausbildung. Sie schafft Klarheit und Sicherheit und gibt einen Handlungsrahmen vor. Dennoch ist die Arbeitshilfe lediglich eine fachliche Handreichung. Die Qualität des Pflegeplans hängt letztendlich immer von der individuellen Fachkompetenz der diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen ab, die die Pflegepläne erstellen und umsetzen.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen und Organisationen bedanken, die zur Überarbeitung und Aktualisierung der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation beigetragen haben.

Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Rechtliche Grundlagen der (Pflege-)Dokumentation – Allgemein	2
3	Gegenstand der Dokumentation pflegerischer Kompetenzbereich.....	4
4	Anforderungen an die Pflegedokumentation	5
5	Pflegeprozess und Pflegeplanung	8
6	Pflegeprozess	10
	Das Pflegeassessment	10
	Die Pflegediagnostik	14
	Die Pflegeziele	17
	Die Pflegeinterventionen	19
	Die Evaluation	22
7	Der Pflegebericht	24
8	Nachweis der Durchführung	27
9	Entlassungs-, Transferierungsstatus in der Pflegedokumentation	29
10	Literatur	30
11	Arbeitsgruppe für die Ausgabe 2010	31

Abbildungen

Abbildung 4.1: Schematische Darstellung der Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation...	7
Abbildung 5.1: Phasenmodelle des Pflegeprozesses	8
Abbildung 5.2: Pflegeplanung und Pflegeplan	9

Abkürzungen

BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DiZiMa®	DiagnosenZieleMaßnahmen
ENP®	European Nursing Care Pathways
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
h	Stunden
ICNP®	International Classification of Nursing Practice
ISO/FDISIT	Internationale Organisation für Normung/ Final Draft International Standard
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
NANDA-I®	North American Nursing Diagnosis Association-International
Pat/Klient/Bew	Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohner
POP®	Praxisorientierte Pflegediagnostik
SOP	Standard Operating Procedure
StGB	Strafgesetzbuch u. a. unter anderem
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

Die im Jahr 2010 fertiggestellte und publizierte Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation (Rappold et al. 2010) wird von der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege intensiv genutzt und stellt mittlerweile ein wichtiges Grundlagen- und Nachschlagewerk dar. Die Arbeitshilfe wurde von einer Autorengruppe sektoren-, setting- und fachübergreifend auf Basis von Fachliteratur, gesetzlichen Grundlagen und Erfahrungen entwickelt. Ziel war dabei Empfehlungen zur Pflegedokumentation für das gesamte Handlungsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege zu geben. Erfahrungen in der Anwendung der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, Entwicklungen im Bereich elektronischer Dokumentationssysteme und Erfassungsinstrumente wie auch in Pflegediagnostik und -planung, veränderte stationäre Aufenthaltsdauern sowie letztlich die GuKGNovelle 2016 führten zur Überarbeitung der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. Im Jahr 2015 wurden bereits Teile der Arbeitshilfe zum akutstationären und rehabilitativen Bereich überarbeitet. Diese Tätigkeiten wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Kärntner Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft, der NÖ Landeskliniken-Holding, der O.Ö. Gesundheits- und Spitals AG, der Vinzenz Gruppe Krankenhausbeteiligungs- und Management GmbH, der Pensionsversicherungsanstalt, der Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und der Tirol Kliniken GmbH getragen. Daran anschließend beauftragte das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) die Aktualisierung der Teile zur Langzeit- und mobilen Pflege. Die vorliegende Arbeitshilfe stellt nun eine bundesweit und zwischen allen Gesundheits- und Krankenpflege-Bereichen abgestimmte Empfehlung zur Dokumentation des pflegerischen Kompetenzbereichs dar. Inhaltlich fokussiert die Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2017 auf pflegerische Kernkompetenzen für Patientinnen/Patienten, Klientinnen/Klienten bzw. Bewohnerinnen/Bewohner (Pat/Klient/Bew). Die Autorinnen und Autoren empfehlen grundsätzlich eine integrierte und berufsgruppenübergreifende Dokumentation des

gesamten therapeutischen Teams. Die vorliegenden empfohlenen Vorgehensweisen lassen sich in berufsgruppenübergreifende Dokumentationen integrieren.

2 Rechtliche Grundlagen der (Pflege–)

Dokumentation – allgemein

Die Rechtsgrundlagen der (Pflege–)Dokumentation sind vielfältig. Gesetzlich sind sowohl Angehörige der Gesundheits–/Pflege– und Sozialbetreuungsberufe als auch Einrichtungen wie Krankenanstalten, Langzeitpflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Hauskrankenpflege etc. zur Dokumentation bezogen auf Pat/Klient/Bew verpflichtet.

Die Dokumentationsverpflichtung ergibt sich insbesondere aus berufsrechtlichen Regelungen wie z. B. das Gesundheits– und Krankenpflegegesetz (GuKG)¹ und organisationsrechtlichen Regelungen wie z. B. die Krankenanstaltengesetze oder die Pflegeheimregelungen der Länder. Dazu kommen viele andere gesetzliche Bestimmungen, wie z. B. das Heimaufenthaltsgesetz. Zudem leitet sich die Dokumentationspflicht aus dem Behandlungsvertrag zwischen Einrichtungsträger oder dem einzelnen Berufsangehörigen und Pat/Klient/Bew ab. Zusätzlich sind allfällige weitere Dokumentationsanforderungen des Arbeitgebers und/oder Kostenträgers zu beachten. Der Begriff der Pflegedokumentation findet sich auf bundesgesetzlicher Ebene ausdrücklich in § 5 GuKG, in § 25a Bundespflegegeldgesetz, in den §§ 9, 12 und 19a Heimaufenthaltsgesetz sowie in § 11 Volksanwaltschaftsgesetz 1982. In § 5 Abs. 2 GuKG bezieht sich der Begriff insbesondere auf den Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG. Zu dokumentieren ist jedoch der gesamte Kompetenzbereich gemäß den §§ 14–16, sowie 17ff GuKG.

Der Begriff Pflegedokumentation ist in den Pflegeheimregelungen der Länder unterschiedlich definiert.² Das Krankenanstaltenrecht auf bundesgesetzlicher Ebene kennt den Begriff der Pflegedokumentation nicht. Das Krankenanstalten– und Krankenanstaltengesetz (KAKuG) verwendet ausschließlich den Begriff Krankengeschichte, worin Leistungen aller Berufsgruppen zu dokumentieren sind, und beschreibt, dass u.

¹ siehe z. B. §§ 3a, 3b, 3c, 5, 14, 14a, 15, 15a, 16, 83, 83a GuKG

² z. B. § 6 Abs. 1 Z 3 Burgenländisches Altenwohn– und Pflegeheimgesetz

a. die „erbrachten wesentlichen pflegerischen Leistungen“ zu dokumentieren seien und dies der jeweils dafür verantwortlichen Person obliege. Die Krankenanstaltengesetze der Länder sind uneinheitlich. Entweder folgen sie der bundesgesetzlichen Regelung des KAKuG oder sie verwenden wie z. B. das NÖ Krankenanstaltengesetz den Begriff Pflegedokumentation ausdrücklich für die pflegerischen Leistungen als Teil der Krankengeschichte.³ Das Bundespflegegeldgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz und das Volksanwaltschaftsgesetz enthalten z. B. sowohl den Begriff der Pflegedokumentation als auch den der Krankengeschichte. Es ist Aufgabe von Führungskräften in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens diese Dokumentationspflichten, die sich aus unterschiedlichen Gesetzen und allfälligen Anforderungen des Arbeitgebers und/oder Kostenträgers ableiten, zu berücksichtigen. Daraus sind entsprechende Instrumente wie Formulare, Vorlagen, Dokumente in gedruckter oder elektronischer Form zu entwickeln.

³ § 21 Abs. 1 lit. b) NÖ Krankenanstaltengesetz

3 Dokumentation pflegerischer

Kernkompetenzen

Die vorliegende Arbeitshilfe Pflegedokumentation greift aus der Fülle an gesetzlichen und allfälligen vertraglichen Vorgaben hinsichtlich der Dokumentationspflicht insbesondere den Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG heraus. Die Arbeitshilfe knüpft damit an den Begriff der Pflegedokumentation im Sinn des § 5 Abs. 2 GuKG an. Die Arbeitshilfe stellt allgemeine Dokumentationserfordernisse, die aus der Anwendung des Pflegeprozesses resultieren, in den Mittelpunkt. Ergänzend wird die Schnittstelle zu den Aufgaben bei medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß § 15 GuKG berücksichtigt. In der Arbeitshilfe werden die Anforderungen an die Pflegedokumentation aus rechtlicher und fachlicher Sicht für alle Settings beschrieben. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass sich Pflegeverständnis, Pflegeleitbilder bzw. zu Grunde gelegte Pflegemodelle in einer professionellen Pflegedokumentation bzw. in dem Pflegeplan widerspiegeln.

Die Arbeitshilfe enthält allgemeine Empfehlungen zur Pflegedokumentation, insbesondere zu den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses. Die Arbeitshilfe kann hingegen keine Aussagen treffen, was konkret von wem in welcher Situation zu dokumentieren ist. Die Entscheidung, ob und welche Schritte des Pflegeprozesses durchzuführen und zu dokumentieren sind, ist aus pflegerischer Sicht zu beurteilen und kann je Organisationseinheit und/oder Patienten/Patientinnen, Bewohner/innen bzw. Klienten/Klientinnen (im Folgenden Pat/Klient/Bew) variieren. Je weniger ein Aufenthalt z. B. in einer Krankenanstalt oder deren Organisationseinheit pflegerisch begründet ist und/oder je kürzer ein Aufenthalt – wie z. B. bei ambulanter Betreuung oder im Operationssaal –, desto weniger Pflegeprozess-Schritte können erforderlich sein. Notwendiger Inhalt und Umfang der konkret erforderlichen Dokumentation können nur anhand der konkreten Situation beurteilt werden. Zielgruppe der

Arbeitshilfe sind diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, unabhängig von Setting, Aufgabenbereich oder Funktion. Die Ausführungen der Arbeitshilfe beziehen sich allerdings auch auf die anderen Gesundheits-/Krankenpflege- und Sozialbetreuungsberufe im Rahmen ihrer gesetzlichen Befugnisse.

4 Anforderungen an die Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation macht pflegerisches Handeln nachvollziehbar und somit in fachlicher Hinsicht überprüfbar. Die Pflegedokumentation ist daher in erster Linie ein Instrument der Qualitätssicherung. Ergänzend dient die Pflegedokumentation der Beweissicherung und der Rechenschaftslegung.⁴ Die Pflegedokumentation ist eine Urkunde⁵ und damit der rechtsgültige Beweis für die geleistete Pflege. Sie wird in zivil- oder strafrechtlichen Verfahren von u. a. Sachverständigen, Patientenanwaltschaften, Versicherungen und Gerichten herangezogen. Wird z. B. eine Maßnahme oder eine wesentliche Beobachtung nicht dokumentiert, begründet dies die Vermutung, dass diese nicht ergriffen bzw. ein Phänomen nicht erkannt wurde. Damit kommt der Dokumentation eine wesentliche Beweisfunktion im Rahmen eines allfälligen Haftungsprozesses zu. Der Zweck ist nur erfüllt, wenn die Dokumentation vollständig, richtig, zeitnah, chronologisch, der verantwortlichen Person zuordenbar und lesbar ist.⁶ Die Dokumentation unterliegt den Regelungen über die Verschwiegenheit. Detaillierungsgrad und Umfang der Dokumentation werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen unter anderem der Allgemeinzustand von Pat/Klient/Bew, das individuelle gesundheitliche Risiko, das mit einer Maßnahme verbundene Gefährdungspotenzial, die erforderliche Zusammenarbeit und Abstimmung mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe und die Aufenthaltsdauer. Darüber hinaus hängen Detaillierungsgrad und Umfang der Dokumentation von den konkreten Aufgaben gemäß Aufgabenprofil der jeweiligen Stelle bzw. des jeweiligen Arbeitsplatzes ab. Daher sind die Anforderungen an Detaillierung und Umfang z. B. für Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in der Leitstelle einer Spitalsambulanz anders als in einem OP oder in einem Pflegeheim. Pflegedokumentation soll möglichst einfach und effizient

⁴ OGH vom 28. 8. 1997, 3 Ob 2121/96 z = EvBl 1998/24 = RdM 1998, 57; Stellamor/Steiner (1999)

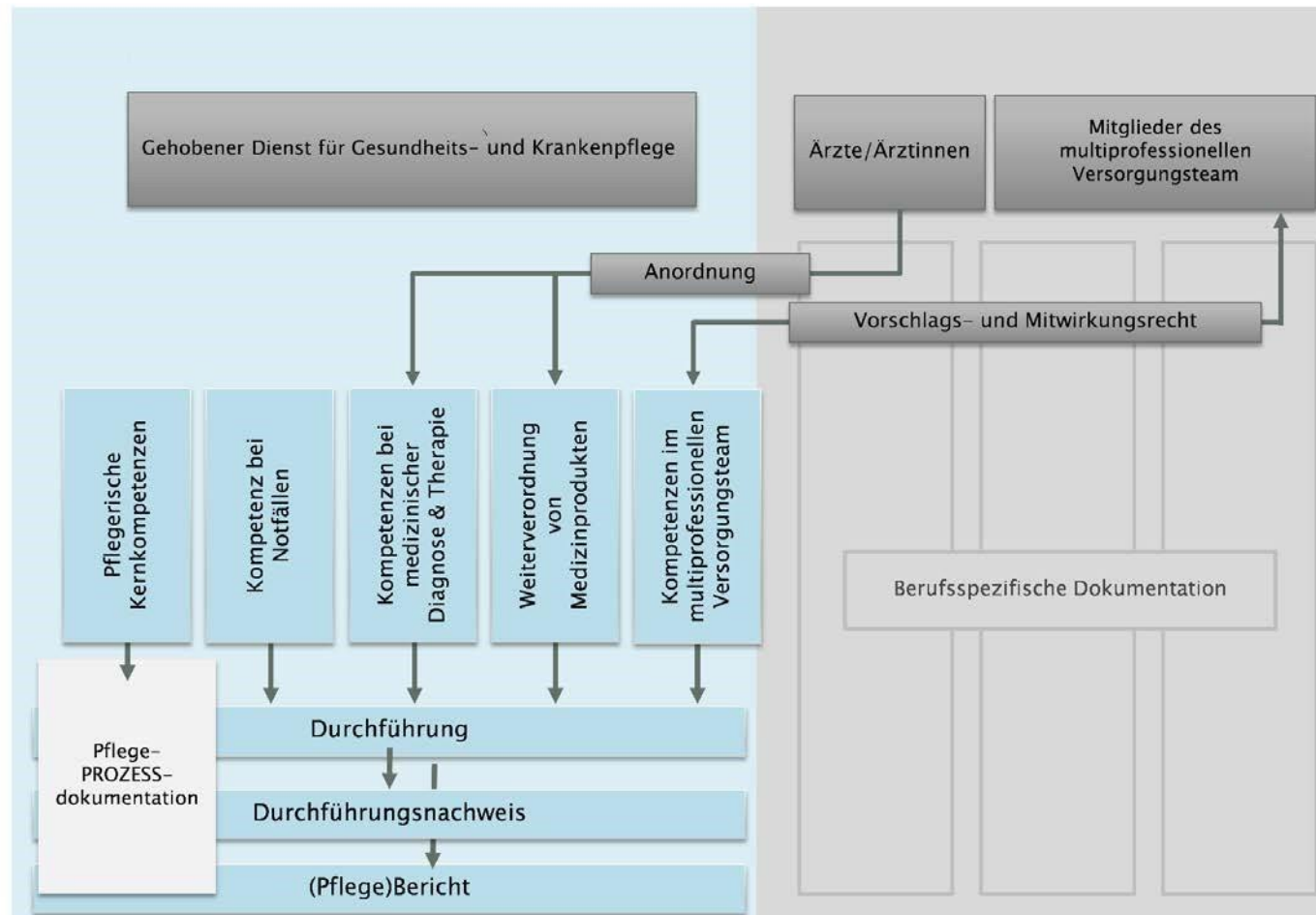
⁵ siehe § 74 Abs. 1 Z 7 StGB: Urkunde ist eine Schrift, die errichtet worden ist, um ein Recht oder ein Rechtsverhältnis zu begründen, abzuändern oder aufzuheben oder eine Tatsache von rechtlicher Bedeutung zu beweisen.

⁶ Kletečka-Pulker, Dokumentation und Datenschutz, in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker /Memmer, Handbuch Medizinrecht, 2016, I/161, I/167 und I/169.

sein. Das GuKG als Berufsrecht verschafft einer Berufsgruppe bloß eine Berechtigung, nicht eine Verpflichtung zur Durchführung gesetzlich beschriebener Maßnahmen.⁷ Das heißt Berufsangehörige erhalten damit die Erlaubnis oder die Lizenz, die vom Berufsrecht erfassten Inhalte, wenn sie anfallen, zu erfüllen. Die Pflegeprozessschritte gemäß § 5 Abs. 2 GuKG sind nur dann zu dokumentieren, sofern diese aus fachlicher Sicht anfallen. Welche Pflegeprozessschritte aus fachlicher Sicht erforderlich sind, hängt von den konkreten Erfordernissen ab.

⁷ Hausreither, Gesundheits- und Krankenpflege, in Aigner/Kletečka/Kletečka-Pulker /Memmer, Handbuch Medizinrecht, 2016, III/549.

Abbildung 4.1:
Schematische Darstellung der Patienten-/Klienten-, Bewohnerdokumentation



Quelle und Darstellung: C

5 Pflegeprozess und Pflegeplanung

Die Dokumentation der pflegerischen Kernkompetenzen beginnt mit der Aufnahme und endet mit der Entlassung von Pat/Klient/Bew. Sie stellt den fachlichen Aspekt pflegerischer Arbeit dar und dient insbesondere der Qualitätssicherung und Nachvollziehbarkeit pflegerischen Agierens.

Das Pflegeassessment, die Pflegediagnostik, das Festlegen der Pflegeziele, die Planung von Pflegeinterventionen, das Durchführen von Pflegeinterventionen und die Beurteilung der Ergebnisse (die Evaluierung) sind die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses.

Untenstehende Grafik gibt einen Überblick über die verschiedenen Perspektiven auf den Pflegeprozess. Allen gemeinsam ist der Problemlösungsansatz.

Abbildung 5.1: Phasenmodelle des Pflegeprozesses

Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017	GuKG	4- Phasenmodell: Yura & Walsh (1967)	5-Phasenmodell: Gordon (1994)		6-Phasenmodell: Fiechter und Maier (1981)
Pflegeassessment	Pflegeanamnese	Assessment	Problem- identifi- kation	Assessment	Informationssammlung
	Pflegediagnose			Diagnose	Erkennen von Problemen und Ressourcen
Pflegeplanung Pflegediagnostik Festlegen der Pflegeziele Festlegen von Pflegeinterven- tionen	Planung der Pflege	Planung	Problemlösung	Pflegeziel- bestimmung	Festlegen der Pflegeziele
Durchführen der Pflegeinterventionen				Interventionen	Planen der Pflegemaßnahmen
	Durchführen der Pflegemaß- nahmen	Implementieren			Durchführen der Pflegemaßnahmen
Evaluation	Pflegeevaluation	Evaluierung/ Feedback		Ergebnis- bewertung	Beurteilung der Pflege

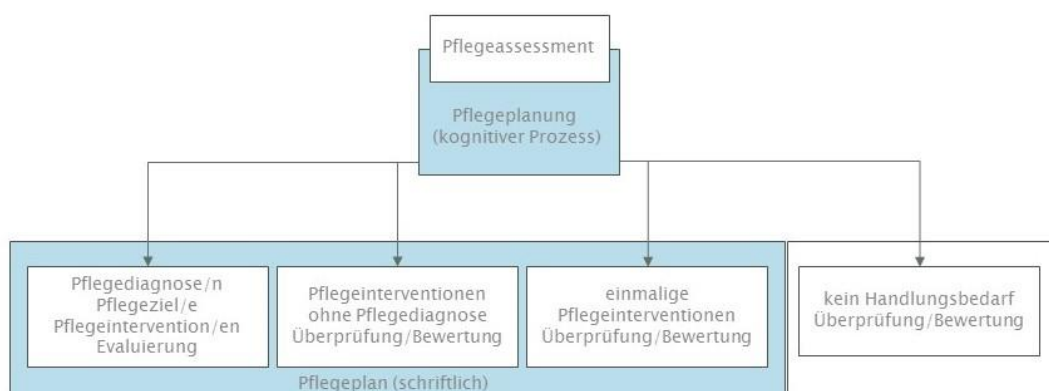
Quelle und Darstellung: GÖG

Der schriftlich festgelegte Pflegeplan ist das Ergebnis aus dem Pflegeassessment und der Pflegeplanung, er stellt die pflegerelevanten Informationen für die Durchführung pflegerischer Interventionen (mit oder ohne Pflegediagnosen) aller an der Pflege Beteiligten bereit und sichert damit die Kontinuität. Insbesondere auf die vorhandenen Ressourcen von Pat/Klient/Bew ist Rücksicht zu nehmen. Der Planungsprozess erfolgt gemeinsam mit Pat/Klient/Bew und/oder deren Bezugspersonen.

Unter Pflegeplanung wird der kognitive Planungsprozess verstanden. Dieser basiert auf der Fähigkeit des kritischen Denkens und findet immer statt, ungeachtet dessen, ob alle Schritte des Pflegeprozesses im schriftlich festgelegten Pflegeplan abgebildet werden.

Abbildung 5.2 stellt diesen Zusammenhang grafisch dar.

Abbildung 5.2:
Pflegeplanung und Pflegeplan



Quelle und Darstellung: GÖG 2016

Wenn durch das jeweilige Unternehmen legitimierte Expertenstandards, Leitlinien, SOP (Standard operating procedure) und Ähnliches zur Anwendung gelangen, muss auf diese im individuellen schriftlichen Pflegeplan verwiesen werden. Abweichungen davon müssen immer beschrieben werden.

Aufgaben-, Tätigkeits- und Arbeitslisten sind umfassender als der schriftliche Pflegeplan und enthalten auch Tätigkeiten, die aus der Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen bzw. interdisziplinären Behandlungsteam resultieren.

Grundsätzlich gilt jedoch: Unabhängig von etwaigen vorgelagerten Einschätzungsinstrumenten und unterstützenden Maßnahmen durch die IT trifft der/die diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/in vor Ort die Letztentscheidung.

6 Pflegeprozess

Das Pflegeassessment

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Definition	Assessment bedeutet generell: beurteilen, bewerten, einschätzen. Der zentrale Zweck von Assessments ist der systematische und umfassende Informationserwerb, anhand dessen ein Zustand eingeschätzt werden kann. Pflegeassessments ⁸ (das sind Erstassessments, Reassessments und fokussierte Assessments) können aus mehreren Teilen bestehen und mithilfe verschiedener Instrumente stattfinden. Assessments liefern Daten zur informationsbasierten Entscheidungsfindung. Die Ergebnisse daraus sind handlungsleitend und bilden die Basis für den pflegediagnostischen Prozess. Assessmentinstrumente unterstützen die pflegerische Entscheidung, können sie aber nicht ersetzen ⁹ .
Erstassessments	Das pflegerische Erstassessment beginnt im Rahmen des Erst-/Aufnahmegesprächs bzw. findet im Rahmen der Beobachtung des Gesundheitszustandes statt und wird bei Bedarf in weiteren Kontakten ergänzt.
Ist-Zustand Risikoeinschätzung Pflegevorgeschichte Körperliche Beurteilung	Inhalt und Umfang der/des ersten Informationssammlung/Erstassessments orientieren sich an der individuellen/persönlichen Pflege- und/oder auch medizinischen Situation. Dieser Schritt beinhaltet die Einschätzung des Ist-Zustands inklusive Risiken, vorhandener Ressourcen, individueller Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Beeinträchtigungen im Bereich der Lebensaktivitäten, Ängste, Sorgen und Wünsche bzw. Gewohnheiten; die pflegerische Beurteilung des körperlichen und/oder kognitiven Zustandes, der psychischen Situation und des sozialen Umfeldes sowie die Pflegevorgeschichte (Pflegeanamnese). Die medizinische Diagnose bzw. Therapie sind mit zu berücksichtigen.

⁸ Verweis GuKG § 5 (dort steht Pflegeanamnese)

⁹ vgl. Bartholomeyczik (2007), 212

<p>Umfang des Erstassessments</p> <p>Kurzdauernde Kontakte</p>	<p>Eine Risikoeinschätzung ist erforderlich, in welchem Umfang hängt vom jeweiligen Zustand von Pat/Klient/Bew ab und liegt im Ermessen der jeweiligen Fachexpertise. Festgestellte Risiken sind zu dokumentieren.</p> <p>Bei mangelnder oder fehlender Auskunftsfähigkeit von Pat/Klient/Bew können Informationen auch von An- und Zugehörigen bzw. unter Berücksichtigung sekundärer Daten erhoben werden.</p> <p>Der Umfang der gesammelten Daten hängt von der geplanten bzw. absehbaren pflegerischen Beziehung ab.</p> <p>In Bereichen, in denen die ärztliche Behandlung dominiert (z. B. Ambulanzen, Operationsbereich, medizinische Hauskrankenpflege), ist ein umfassendes Assessment nicht notwendig.</p>
<p>Grundsatz</p>	<p>In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern</p>
<p>Längerfristige Pflege und Betreuung</p>	<p>Bei längerfristiger Pflege und Betreuung oder wenn sich der Aufenthalt bzw. die Betreuungsdauer durch einen unvorhergesehen Bedarf verlängern, ist über eine Erweiterung und Vertiefung des Assessments individuell zu entscheiden. Längerfristige Pflege- und Betreuungsbeziehungen erfordern ein ausführliches pflegerisches Erstassessment inklusive sozio-biografischer Erhebungen.</p>
<p>Zeitraumen für den Abschluss des Erstassessments</p> <p>Risiken sofort;</p> <p>24 bis max. 48 h</p>	<p>Der Zeitrahmen, in dem das Erstassessment 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, sofort erhoben werden.</p> <p>Alle relevanten weiteren Informationen sind in akutstationären bzw. rehabilitativen Settings innerhalb von 24 h bis maximal 48 h zu erheben. Ausnahmen für den Abschluss des Erstassessments sind möglich und träger- bzw. einrichtungsspezifisch festzulegen.</p>

Mehrere Tage/Besuche	<p>In der Langzeitpflege und im Behindertenbereich sind alle Informationen innerhalb der ersten 14 Tage bis zu maximal einem Monat zu erheben; in der mobile Pflege und Betreuung innerhalb der ersten 14 Tage bzw. innerhalb der ersten fünf Hausbesuche.</p> <p>Damit ist die erste Informationssammlung abgeschlossen. Davon zu unterscheiden ist die laufende Informationssammlung.</p>
Neueinschätzung des Ist-Zustandes	<p>Der Zeitraum/-punkt für die umfassende Neueinschätzung zu Pat/Klient/Bew sollte individuell und bedarfsorientiert (z. B. bei Veränderung des Gesundheitszustandes bzw. Pflegebedarfs) entschieden werden.</p> <p>Es wird empfohlen für den Langzeitpflegebereich/Behindertenbereich (stationär und in den mobilen Diensten) alle sechs bis zwölf Monate eine Neueinschätzung des Ist-Zustandes durchzuführen.</p>
Methoden von Pflegeassessments Gespräch beobachten untersuchen informieren	<p>Informationen werden durch primäre Daten – das sind Aussagen von Pat/Klient/Bew, die Inspektion des Körperzustandes und Beobachtungen des Verhaltens durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – und durch Mitwirkung von anderen Pflegeberufen gemäß GuKG gewonnen. Darüber hinaus dienen sekundäre Daten – das sind Aussagen von z. B. Angehörigen, anderen Berufsgruppen, Krankengeschichten (Befunde, medizinische Diagnose etc.), Entlassungs-/Transferierungsberichte – dazu, das Bild abzurunden.</p>
Fokussiertes Assessment	<p>Fokussierte Assessments sowie Risikoeinschätzungen können für spezifische Themen/Phänomene/Zustände zur Unterstützung pflegfachlicher Einschätzung eingesetzt werden.</p>
Kapitel 6 / Pflegeprozess	
Grundsatz	<p>In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern</p>
Standardisierte Assessmentinstrumente	<p>Die Nutzung wissenschaftlich geprüfter Assessmentinstrumente, die seit der Etablierung der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum vorhanden sind, ist zu diskutieren.</p>
Screening ¹⁰	<p>Screeninginstrumente können zusätzlich eingesetzt werden.</p>

Unter Screening versteht man Filteruntersuchungen, die dazu dienen Personen zu identifizieren, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Erkrankung oder ein Risiko bzw. eine Gefährdung aufweisen. In der Literatur werden 3 Strategien beschrieben:

1. Screening der gesamten Bevölkerung (Massenscreening)
2. Selektives Screening von Untergruppen mit erhöhtem Risiko
3. Opportunistisches Screening (Casefinding) sind in der Regel einfache Einschätzungs- oder Messinstrumente, um Gefährdungen systematisch zu identifizieren.

Bezeichnung

Pflegeassessment

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Informationssammlung, Beurteilung und Einschätzung des IST-Zustandes sowie der Risiken zum Zeitpunkt der Erhebung (hinsichtlich vorhandener Probleme und Ressourcen) sowie der pflegerelevanten Vorgeschichte. Weiterführende Interventionen werden auf Basis des Assessment-Ergebnisses eingeleitet (Interventionen mit oder ohne Pflegediagnose)
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
	Mitwirkung	Andere Pflegeberufe gemäß GuKG

Inhalt	Wie	Primäre Daten – Aussagen von Pat/Klient/Bew, die Inspektion des Körperzustandes und Beobachtungen des Verhaltens Sekundäre Daten – Aussagen von z. B. Angehörigen, anderen Berufsgruppen, Krankengeschichten (Befunde, medizinische Diagnose, etc.), Entlassungs- / Transferierungsberichte
	Was	Je nach fachlicher Einschätzung: Ist-Zustand Risikoeinschätzungen Vorhandene Ressourcen Individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse Beeinträchtigungen im Bereich der Lebensaktivitäten Ängste, Sorgen und Wünsche bzw. Gewohnheiten Körperlicher und/oder kognitiver Zustand Sozio-biografische Informationen Psychische Situation Soziales Umfeld

	Pflegevorgeschichte; medizinische Diagnose bzw. Therapie sind mit zu berücksichtigen
Wann / wie oft	Bei der Aufnahme bzw. wenn fachlich begründet: Aktualisierung Zusätzlich in der Langzeitpflege / im Behindertenbereich (stationär und in den mobilen Diensten) alle sechs bis zwölf Monate aktualisieren
Wie viel (Umfang)	Umfang ist generell abhängig von den individuellen Erfordernissen, die pflegefachlich einzuschätzen sind

Die Pflegediagnostik

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Definition Der Prozess des Analysierens, Beurteilens und Entscheidens	Im Rahmen der Pflegediagnostik werden die relevanten Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und der spezifischen Situation von Pat/Klient/Bew in Beziehung gesetzt, geordnet und individuell beurteilt. Daraus leiten sich gegebenenfalls Pflegediagnosen und/oder Pflegeinterventionen ab.
Definition von Pflegediagnose(n)	<p>In der Literatur liegen zahlreiche Definitionen von Pflegediagnosen vor. Im deutschsprachigen Raum sind Definitionen nach NANDA-I®, ICNP®, POP®, ENP® und DiZiMa® gängig.</p> <p>Allen gemeinsam ist, dass Pflegediagnosen das Ergebnis einer systematischen Beurteilung/Einschätzung pflegerelevanter Zustände eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde/Gemeinschaft sind, das systematisch/theoriegeleitet verschriftlicht wird. In der Pflegediagnose wird die Richtung der Pflegeinterventionen vorgeben. Daher beziehen sich Pflegediagnosen auf pflegerelevante Aspekte, die der Aufrechterhaltung, der Verbesserung und der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität oder der Gesundheitsförderung dienen oder zur Linderung von Symptomen beitragen.</p>
Anzahl/Auswahl von Pflegediagnosen Nicht jedes Bedürfnis/Problem mündet in eine Pflegediagnose	<p>Liegt im Rahmen des Aufenthalts / der Betreuungsdauer kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem bzw. kein pflegerischer Förderungsbedarf vor, werden KEINE Pflegediagnosen gestellt (siehe Abschnitt Die Pflegeinterventionen). Im Zuge der Entlassung kann jedoch eine Empfehlung für die nachfolgende Versorgungseinheit gegeben werden.</p> <p>Umgekehrt gibt es Situationen, in denen zunächst keine pflegerischen Probleme, kein pflegerischer Förderungsbedarf vorliegen, im Laufe des Aufenthaltes entstehen aber neue Situationen, die zu Pflegediagnosen führen können. Liegen mehrere Probleme parallel vor, gilt es herauszufinden, welche innerhalb des geplanten Aufenthaltes beeinflusst</p>

	<p>werden können bzw. welche die wichtigsten sind oder zueinander in Beziehung stehen.</p> <p>In der Einschätzung sind medizinische Diagnose bzw. Therapie jedenfalls mit zu berücksichtigen; medizinische Diagnose bzw. Therapie alleine führen jedoch nicht zwingend zu einer Pflegediagnose.</p>
<p>Individuelle Risiken erfordern eine Risikodiagnose</p>	<p>Jedes individuell erhöhte Risiko erfordert eine Risikodiagnose und einen schriftlichen Pflegeplan.</p> <p>Generelle Risiken, die durch die Anwendung allgemeiner Standards/Leitlinien/SOP abgedeckt werden, erfordern keine Pflegediagnose. Sollte jedoch ein zusätzlich individuell erhöhtes Risiko vorliegen (z. B. Immunsuppression im Zusammenhang mit Infektionsrisiko; demenzielle Beeinträchtigung im Zusammenhang mit Flüssigkeitsdefizit), ist eine Pflegediagnose zielführend.</p>

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Aufbau von Pflege- diagnosen	<p>In der Pflegefachwelt besteht über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen kein Konsens. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie¹⁰ würde eine Pflegediagnose mit der Darstellung des Fokus und dessen Bewertung ausreichend detailliert beschrieben sein.</p> <p>In Österreich werden Pflegediagnosen häufig konstruiert aus der Beschreibung des Problems, den zugrunde liegenden Ursachen (Ätiologie) bzw. Risikofaktoren und den typischen Symptomen. Hinzu kommen die Ressourcen.</p> <p>Die Empfehlung für die Mindestanforderungen an das Formulieren von Pflegediagnosen ist daher: Pflegediagnose-Titel (beinhaltet eine Beurteilung) mit den Risikofaktoren bzw. Symptomen. Sollten die Ursachen bekannt sein, müssen diese angeführt werden.</p> <p>Eine Empfehlung für ein spezielles Pflegeklassifikationssystem kann derzeit nicht ausgesprochen werden.</p>

¹⁰ ISO (2003)

Bezeichnung

Pflegediagnostik

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Im Rahmen der Pflegediagnostik werden die relevanten Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und der spezifischen Situation von Pat/Klient/Bew in Beziehung gesetzt, geordnet und individuell beurteilt. Daraus leiten sich gegebenenfalls Pflegediagnosen und/oder Pflegeinterventionen ab.
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Wie	<p>Empfohlen wird: Pflegediagnosetitel (beinhaltet eine Beurteilung) mit Risikofaktoren bzw. Symptomangabe. Sollten die Ursachen bekannt sein, müssen diese angeführt werden.</p> <p>Pflegediagnosen können unter Verwendung von standardisierten Klassifikationen gestellt werden. Ärztlich gestellte Diagnosen können Ursachen bzw. Risikofaktoren von Pflegediagnosen sein.</p>
Wann	<p>Pflegediagnosen werden formuliert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ein individuell erhöhtes Risiko besteht, b) eine Lösung/Beeinflussung der Pflegebedürfnisse/Probleme / des Förderbedarfs innerhalb der geplanten Aufenthalts-/Betreuungsdauer möglich ist. <p>Medizinische Diagnosen/Therapien sind jedenfalls bei der Erstellung einer Pflegediagnose mit zu berücksichtigen, diese alleine führen jedoch nicht zwingend zu einer Pflegediagnose.</p>
Wieviel	<p>Eine Mindest- oder Maximalangabe ist nicht zielführend.</p> <p>Bei Vorliegen mehrerer möglicher Pflegediagnosen wird die Auswahl (zusätzlich zu Punkt Wann) unter Berücksichtigung folgender Aspekte getroffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Welche Pflegediagnosen sind die wichtigsten? b) Wie stehen die möglichen Pflegediagnosen zueinander in Beziehung?

	Wann nicht	<p>Pflegediagnosen sind nicht zwingend für alle Pflegeinterventionen notwendig, dies gilt insbesondere für</p> <ul style="list-style-type: none">a) Pflegeinterventionen, die sich primär aus der Folge der medizinischen Behandlung bzw. der multiprofessionellen Versorgung ergeben (z. B. post-operative Unterstützung bei der Körperpflege oder bei der Ausscheidung)b) Entwicklungsphysiologisch bedingte Pflege (z. B. Baden eines Säuglings)c) Einmalige Pflegeinterventionend) Pflegesituationen, die im Rahmen des Aufenthaltes / der Betreuung nicht beeinflussbar sind e) Bei generellen Risiken
--	------------	--

Die Pflegeziele

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Definition Bewertbare künftige Zustände Pflegediagnosen und -ziele stehen im Zusammenhang	Pflegeziele sind bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten oder Wissen von Pat/Klient/Bew zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Diese Zustände sollten durch pflegerische Interventionen und innerhalb der erwarteten/geschätzten Aufenthalts-/Betreuungsdauer erreicht werden. Pflegediagnosen bilden den gegenwärtigen, Pflegeziele den beabsichtigten Zustand ab. Daher stehen sie immer miteinander in Zusammenhang. Das Ziel wird vor der Beschreibung der dazu notwendigen Interventionen formuliert. Ziele sind der Maßstab, um die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen zu beurteilen.
Zielorientierung verbessern erhalten bewältigen fördern	Die Ziele können sich beziehen auf das Erhalten, Verbessern, Fördern des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität sowie das Bewältigen von Pflegebedürftigkeit und Krankheit. Sie geben damit die Richtung der Pflege vor.
Regeln zur Zielformulierung Bewertbar Nachvollziehbarkeit Erreichbarkeit Zeitpunkt	Ziele sind für alle Beteiligten relevant, eindeutig, klar, nachvollziehbar, erreichbar und verständlich zu formulieren. Sie enthalten bewertbare qualitative und quantitative Indikatoren ¹¹ , die die Basis für die Evaluation darstellen. Bewertbare Indikatoren sind z. B. Strecken in Meter; Mengen in Liter/Gramm; Gewicht in Kilogramm, Häufigkeiten in Zahlen; aber auch Angaben wie: unter Anleitung, selbstständig. Aussagen, die sehr allgemein formuliert sind, z. B. gut, ausreichend oder besser, lassen sich kaum messen und sind somit auch kaum evaluierbar.
Evaluation der Zielerreichung	Das Ziel wird spätestens zum festgelegten Zeitpunkt bewertet. Das Kontrollintervall richtet sich nach der individuell fachlichen Einschätzung. → Siehe dazu Abschnitt Die Evaluation

¹¹ 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 (Zielerreichungsperspektive) möglich (vgl. Meyer 2004).

Bezeichnung

Festlegen von Pflegezielen

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Pflegeziele sind bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten oder Wissen von Pat/Klient/ zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Diese Zustände sollten durch pflegerische Interventionen und innerhalb einer definierten Zeitspanne erreicht werden.
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Was	Ziele sind relevant, eindeutig, klar, messbar, nachvollziehbar und verständlich zu formulieren. Sie enthalten bewertbare qualitative und quantitative Indikatoren, die die Basis für die Evaluation darstellen.
	Wie	<p>Folgende Anforderungen gelten für ein korrekt formuliertes Pflegeziel:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Passend: auf die Pflegediagnose bezogen » Patientenorientiert: sie werden, abhängig von der Pat-/Klient-/Bew-Situation, mit Pat/Klien/Bew vereinbart » Erreichbar: für diese/n Pat/Klient/Bew » Bewertbar: enthält eine Zeitangabe, bis wann es erreicht sein bzw. evaluiert werden soll. Sowie eine präzise Beschreibung des bis dahin erreichten Zustandes.
	Wie viele	Eine Maximalangabe ist nicht möglich, aber zu jeder Pflegediagnose ist zumindest ein Pflegeziel erforderlich.

Die Pflegeinterventionen

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Definition anordnen durchführen übertragen	Unter Pflegeinterventionen werden Handlungen verstanden, die im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege liegen.
Verbindlich für alle	<p>Im schriftlichen Pflegeplan festgehaltene Pflegeinterventionen sind für alle Pflegepersonen verbindlich. Dadurch wird die Kontinuität der Pflege gewährleistet und gilt, bis die sich veränderte Pat-/Klient-/Bew-Situation eine neue Beurteilung und Planung notwendig macht.</p> <p>In Abhängigkeit vom Komplexitätsgrad der Pflegeintervention und/oder Pflegesituation werden Interventionen vom gehobenen Dienst für GuK selbst durchgeführt oder entsprechend rechtlicher und fachlicher Grundlagen übertragen bzw. delegiert.</p>
Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie	Da ärztlich angeordnete Maßnahmen und Tätigkeiten nicht dem Pflegeprozess unterliegen, sind sie nicht im schriftlichen Pflegeplan enthalten. Die Durchführung der Maßnahmen ist aber an einer anderen Stelle (z. B. Therapie-, Fieberkurve, Durchführungsnachweis) zu dokumentieren.
Beschreibung der Pflegeinterventionen	<p>Pflegeinterventionen müssen grundsätzlich nachvollziehbar und handlungsleitend formuliert werden. Dies kann</p> <ul style="list-style-type: none">» unter konkreten Angaben von Maßnahmen,» unter Angabe eines Handlungsspielraumes oder» mit Bezug auf Leitlinien/SOP/Standards erfolgen.
Arten von Pflegeinterventionen	Die pflegerischen Interventionen umfassen neben der stellvertretenden Übernahme von Handlungen das kontinuierliche Beobachten und Sammeln bzw. Analysieren von Daten, das Fördern und Unterstützen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, das Vermitteln von Informationen und

	Fertigkeiten, das Koordinieren und Organisieren von Prozessen sowie die Beratung, Anleitung und Beaufsichtigung.
Einmalige Pflegeinterventionen	Einmalige Pflegeinterventionen, die aufgrund eines punktuellen Problems gesetzt werden, werden nach organisationsspezifischer Vorgabe dokumentiert.
Pflegeinterventionen ohne Pflegediagnosen	Wiederkehrende Pflegeinterventionen ohne Pflegediagnosen sind auch Bestandteil des Pflegeplans.

Nicht im individuellen schriftlichen Pflegeplan zu erfassen sind

Handlungsschemata	Handlungsschemata ¹² sowie die Vor- und Nachbereitung von Pflegeinterventionen müssen im Pflegeplan nicht im Detail beschrieben werden. Diese wurden im Rahmen der Ausbildung und/oder Einschulung erlernt und sind Inhalt von Lehrbüchern und/oder Einschulungsmappen.
Prinzipien und Grundhaltungen	Prinzipien und Grundhaltungen, die handlungsleitend für Pflegeinterventionen sind (z. B. das Wahren der Intimsphäre, Informieren von Betroffenen, angemessene Kommunikation, sterile Arbeitsweise), sind bei einer ausgebildeten Pflegeperson vorauszusetzen, daher nicht zu planen und die Durchführung auch nicht zu bestätigen.
Hotel-, Logistik- und Serviceleistungen	Zu den Hotel-, Logistik-, Serviceleistungen zählen unter Berücksichtigung einrichtungs-/krankenhausspezifischer Erfordernisse insbesondere Betten aufbereiten, leere Betten machen, Essenservice, Reinigung, Routinedesinfektion, Material- und Wäschegebarung.

¹² Sind Hilfsmittel zum Erlernen von Fertigkeiten bestehend aus: den Handlungsrichtlinien und der Begründung dazu, um das WIE und WARUM einzelner Schritte zu verstehen. Sie leiten zum schrittweisen Lernen der Fertigkeit an. Wird eine Fertigkeit beherrscht, so kann das Handlungsschema durch eine Checkliste ersetzt werden.

Bezeichnung

Festlegen von Pflegeinterventionen

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Pflegeinterventionen sind verbindliche Handlungen, die vom gehobenen Dienst veranlasst und abhängig vom Komplexitätsgrad und/oder der Pflegesituation vom gehobenen Dienst selbst durchgeführt oder entsprechend der rechtlichen Grundlage übertragen werden.
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie formuliert	Die Pflegeinterventionen müssen grundsätzlich nachvollziehbar und handlungsleitend beschrieben werden. Dies kann » unter konkreten Angaben von Maßnahmen, » unter Angabe eines Handlungsspielraumes oder » mit Bezug auf Leitlinien/SOP/Standards erfolgen.
	Was	Pflegeinterventionen, die mit oder für Pat/Klient/Bew ausgeführt werden
	Was nicht	Handlungsschemata; Prinzipien und Grundhaltungen, Service-, Logistik-, Hotelleistungen
	Standards/SOP/Leitlinien etc.	Werden Interventionen laut organisationsspezifischen Vorgaben durchgeführt, so muss dies nachlesbar sein, es darf sich die erbrachte Intervention in keinem Punkt von den Vorgaben unterscheiden; eventuelle Abweichungen müssen angeführt werden.

Die Evaluation

Definition systematisch bewerten	<p>Die Evaluation ist die systematische Bewertung und Überprüfung der Zielerreichung. Es wird das geplante Pflegeziel (Soll) mit dem Pflegeergebnis (IST) verglichen und bewertet.</p> <p>Evaluiert wird zum festgelegten Evaluationszeitpunkt, aber auch bei Veränderung des Pflegezustandes oder bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses.</p>
Ursachenanalyse	<p>Um eine Entscheidung treffen zu können, müssen die Ursachen der unvollständigen Zielerreichung herausgefunden werden, dies geschieht im Rahmen der Ursachenanalyse. Dort werden jene Faktoren geklärt, die Einfluss auf die Zielerreichung haben und Konsequenzen abgeleitet.</p>
Konsequenzen Pflegediagnose	<p>Die Evaluation der Zielerreichung kann zu folgenden Konsequenzen führen:</p> <p>Die Pflegediagnose wird beendet (Erfolg: Das Ziel ist erreicht, die Pflegediagnose hat keine Gültigkeit mehr).</p> <p>Die Pflegediagnose wird verändert, da sich herausgestellt hat, dass sie nicht passend war.</p>
Pflegeziel	<p>Pflegediagnose und -interventionen bleiben bestehen, aber das Ziel wird verändert, die Zielformulierung entsprach nicht.</p>
Pflegeinterventionen	<p>Die Pflegediagnose und das -ziel bleiben bestehen, aber die Pflegeinterventionen werden angepasst.</p>
Keine Veränderung im Pflegeplan	<p>Interventionen wirken, Pflegediagnose(n) und Ziel(e) bleiben bestehen.</p>
Dokumentation des Evaluationsergebnisses	<p>Das Ergebnis und die Begründung, warum etwas verändert wurde, muss an der dafür definierten Stelle in der Pflegedokumentation vermerkt werden. Dies ist organisationsspezifisch zu definieren.</p>
Zielevaluierung bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses	<p>Formulierte Pflegeziele müssen mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses evaluiert werden und das Ergebnis dieser Beurteilung wird ggf. in den pflegerischen Entlassungsbrief/Verlegungs-, Transferierungsbericht/Pflegesituationsbericht mitaufgenommen.</p>

Überprüfung
wiederkehrender
Pflegeinter-
ventionen ohne
Pflegediagnose

Die geplanten wiederkehrenden Pflegeinterventionen werden auf ihre Aktualität, Angemessenheit, Wirksamkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Bezeichnung

Evaluation

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Überprüfung und systematische Bewertung der Zielerreichung oder der Interventionsplanung
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie	Die Beurteilung der Zielerreichung wird – wenn möglich – gemeinsam mit Pat/Klient/Bew bzw. deren Bezugspersonen durchgeführt. Die Beurteilung ist in Form eines schriftlichen Evaluierungsberichtes nachzuweisen.
	Wann	Bis zum vorab individuell festgelegten Evaluationszeitpunkt In fachlich begründeten Fällen kann/muss die Evaluation schon vor dem festgelegten Zeitpunkt geschehen.
	Wo	Das Ergebnis der Evaluation und die Begründung für eine Anpassung (Pflegediagnose, Pflegeziel, Pflegeinterventionen) müssen schriftlich an der dafür definierten Stelle in der Pflegedokumentation erfasst werden.
	Was nicht	Von der schriftlichen Evaluation (Überprüfung/Bewertung der Zielerreichung zu einem definierten Zeitpunkt) ist die Krankenbeobachtung zu unterscheiden. Diese dient dazu, während der gesamten Pflegebeziehung steuernd einzugreifen.

7 Der Pflegebericht

<p>Definition Verlaufsbericht über Besonderheiten Wichtiges Nichts Regelmäßiges Einmalige Pflege- interventionen</p>	<p>Der Pflegebericht ist Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes, der über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten (z. B. wichtige und nicht regelhafte Informationen/Vereinbarungen/Abweichungen) Auskunft gibt.</p> <p>Je gefährlicher eine Situation, desto höher der Detaillierungsgrad der Dokumentation.</p> <p>Unabhängig davon sind im Pflegebericht alle einmalig gesetzten Interventionen, sofern sie nicht an anderer Stelle festgehalten sind, mit einer Beschreibung von Ursache und Wirkung der Intervention zu dokumentieren.</p>
<p>Grundsätzliches</p>	<p>Der Pflegeberichteintrag beschreibt Besonderheiten nachvollziehbar und chronologisch.</p> <p>Ereignisse mit erforderlichen weitergehenden Maßnahmen, erfordern das Ereignis selbst und die daraufhin gesetzten Maßnahmen und die Reaktion festzuhalten. Bzw. muss dies aus der Gesamtdokumentation nachvollziehbar sein.</p> <p>Persönliche Ansichten bzw. Interpretationen sind ebenso zu vermeiden wie multi- bzw. interprofessionelle Konflikte.</p>
<p>Beobachtungs- ergebnisse Abweichungen, wenn sie nicht regelmäßig sind (einmalige und wiederkehrende unterscheiden)</p>	<p>Beobachtungsergebnisse, Abweichungen von der Norm bzw. vom Standard, Reaktionen auf Interventionen und/oder Verhaltensbeobachtungen müssen im Pflegebericht nachvollziehbar festgehalten und somit für alle Berufsgruppen dargestellt werden, sofern sie nicht an anderer Stelle dokumentiert sind.</p>

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 „hat die ganze Nacht nicht geläutet“, „keine Besonderheiten“, „keine Beschwerden“, „Patient o. B.“ oder „alles in Ordnung“.

Abkürzungen sollten generell vermieden werden. Werden jedoch Abkürzungen verwendet, dann nur entsprechend einem aktuellen Abkürzungsverzeichnis der Organisation¹³ sowie jene, die im Duden stehen. Bei Abkürzungen in der Dokumentation ist zu beachten, dass die Dokumentation über mehrere Schnittstellen weitergeleitet wird. Auch im pflegerischen Entlassungsbrief muss gewährleistet sein, dass etwaige Abkürzungen von den übernehmenden Einrichtungen verstanden werden.

Wann

Zeitnah, d. h. möglichst knapp nach dem Ereignis / der Beobachtung, aber spätestens bis Dienstende bzw. Transfer des Pat/Klient/Bew in einen anderen Bereich. Es gilt, je akuter/relevanter das Ereignis / die Beobachtung ist, umso rascher muss der Eintrag erfolgen.

¹³ Abkürzungsverzeichnis muss gemäß gesetzlicher Bestimmungen archiviert werden.

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Der Pflegebericht ist Teil des individuellen Verlaufsberichtes, der über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten von Pat/Klient/Bew Auskunft gibt.
	Verantwortung	Alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Inhalt	Was	Relevante Besonderheiten (z. B. wichtige und nicht regelhafte Informationen/Vereinbarungen/Abweichungen) mit einer nachvollziehbaren Beschreibung der Situation (was ist passiert, wer war involviert, was wurde von wem veranlasst und wie hat die Maßnahme gewirkt). Einmalig gesetzte Maßnahmen, sofern sie nicht an anderer Stelle festgehalten sind, mit einer Beschreibung von Ursache und Wirkung der Maßnahme
	Was nicht	<ul style="list-style-type: none"> a) Inhalte, die bereits an einem anderen Ort (z. B. Fieberkurve) dokumentiert sind b) Floskeln, die kaum Informationsgehalt bieten z. B. „hat die ganze Nacht nicht geläutet“, „keine Besonderheiten“, „keine Beschwerden“, „Patient o. B.“ „alles in Ordnung“ c) Persönliche Ansichten und Wertungen durch Pflegepersonen d) Inter- und intraprofessionelle Konflikte
	Wie oft	Aus fachlicher Sicht besteht keine Mindestanforderung an die Häufigkeit eines Eintrags im Pflegebericht. Kein Eintrag in den Pflegebericht ist notwendig, wenn aufgrund einer anderen (multiprofessionellen) Dokumentation der Verlauf nachvollziehbar ist. Organisationsspezifisch können Anforderungen vorgegeben werden.
	Wann	Zeitnah, d. h. möglichst knapp nach dem Ereignis / der Beobachtung, aber spätestens bis Dienstende bzw. Transfer des Pat/Klient/Bew in einen anderen Bereich. Es gilt, je akuter/relevanter das Ereignis / die Beobachtung ist, umso rascher muss der Eintrag erfolgen.

8 Nachweis der Durchführung

Definition	<p>Der Durchführungs-Nachweis besteht in der Dokumentation direkter bzw. unmittelbar erbrachter Pflegeinterventionen sowie der Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie.</p> <p>Die dafür vorgesehenen Stellen werden von der Organisation vorgegeben.</p> <p>Dieser Nachweis kann – abhängig von der Regelung der organisationsinternen Leistungserfassung – als Leistungsnachweis herangezogen werden.</p>
Hauptzweck	<p>Die Dokumentation der Durchführung dient dazu festzuhalten, dass die geplanten bzw. angeordneten Maßnahmen tatsächlich erbracht wurden.</p>
Inhalt	<p>Die verantwortliche bzw. durchführende Person bestätigt die Durchführung der Maßnahme mit vor Ort festgelegtem Handzeichen / festgelegter digitaler ID und Angabe von Zeitpunkt oder Zeitraum und Datum.</p> <p>Je relevanter der Zeitpunkt der Durchführung einer Pflegeintervention (z. B. Positionierung) ist, desto genauer muss der Durchführungszeitpunkt erfasst werden, unabhängig vom Dokumentationszeitpunkt.</p>
Effizienz	<p>Die Dokumentation der Durchführung soll möglichst einfach und effizient durchgeführt werden. Daher ist darauf zu achten, dass erbrachte Interventionen/Tätigkeiten nur einmal und an der dafür vorgesehen Stelle eingetragen/dokumentiert werden. Es wird empfohlen möglichst unmittelbar d. h. zeitnah zu dokumentieren.</p>
Zeitnah	<p>Zeitnah bedeutet möglichst knapp nach dem Ereignis, der Beobachtung, der erbrachten Leistung, spätestens aber bis Dienstende bzw. Übergabe eines Pat/Klient/Bew in einen anderen Bereich. Es gilt, je akuter oder relevanter das Ereignis, desto rascher muss der Eintrag erfolgen.</p>

Bezeichnung

Nachweis der Durchführung

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Die Dokumentation der Durchführung dient dazu festzuhalten, dass die geplanten bzw. angeordneten Maßnahmen erbracht wurden.
	Verantwortung	Alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Inhalt	Was	Es wird festgehalten, dass die geplanten bzw. angeordneten Maßnahmen erbracht wurden.
	Wie	Die erfolgte Durchführung der Interventionen/Tätigkeiten wird mit Angabe von Zeitpunkt oder Zeitraum und Datum schriftlich bzw. elektronisch festgehalten. Je relevanter der Zeitpunkt für die Durchführung der Pflegeintervention (z. B. Positionierung) ist, desto genauer muss der Zeitpunkt der Durchführung erfasst werden, unabhängig vom Zeitpunkt der Dokumentation.
	Wann	Es wird empfohlen, die Durchführung möglichst zeitnah nach Interventionen/Tätigkeiten festzuhalten, spätestens aber bis Dienstende bzw. Übergabe eines Pat/Klient/Bew in einen anderen Bereich.
	Wo	Die dafür vorgesehenen Stellen werden von der Organisation vorgegeben.

9 Entlassungs-, Transferierungsstatus in der Pflegedokumentation

Der Entlassungs- bzw. Transferierungsstatus wird dokumentiert, wenn das Pflege- bzw. Betreuungsverhältnis endet oder unterbrochen wird. Die dafür vorgesehene Stelle wird von der Organisation vorgegeben. Bei Beurlaubung/Ausgang von Pat/Klient/Bew ist von der Organisation zu definieren was zu dokumentieren ist.

Liegen zu Pat/Klient/Bew pflegerelevante Informationen vor, ist der pflegerische Entlassungsbrief oder Pflegesituationsbericht oder das dementsprechende Dokumente zu übermitteln bzw. mitzugeben.

10 Literatur

Aigner, Gerhard; Kletečka, Andreas; Kletečka –Pulker, Maria; Memmer, Michael (2016):
Handbuch Medizinrecht für die Praxis MANZ Verlag Wien

Bartholomeyczik, Sabine (2007): Einige kritische Anmerkungen zu
standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. In: Pflege 20/4:211–217

ISO (2003): Health informatics — Integration of a reference terminology model for nursing.
Bd. 18104. International Organization for Standardization, Geneva

Meyer, Wolfgang (2004): Indikatorenentwicklung. Eine praxisorientierte Einführung. CEval
Arbeitspapier, Nr 10; 2. Aufl., Centrum für Evaluation – Universität des Saarlandes,
Saarbrücken

Rappold, Elisabeth; Rottenhofer, Ingrid; et al. (2010): Arbeitshilfe für die
Pflegedokumentation 2010. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 2. Aufl.,
Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Stellamor, Kurt; Steiner, Wolfgang (1999): Handbuch des österreichischen Arztrechts.
MANZ'sche Wien