

Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

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

Projektassistentz:

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.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'P. Rendi-Wagner'.

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 Pflege-diagnostik und -planung, veränderte stationäre Aufenthaltsdauern sowie letztlich die GuKG-Novelle 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 Dokumentationserfordernisse 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 Kuranstaltengesetz (KAKuG) verwendet ausschließlich den Begriff *Krankengeschichte*, worin Leistungen aller Berufsgruppen zu dokumentieren sind, und beschreibt, dass u. 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*.

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

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

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 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 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 an-

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

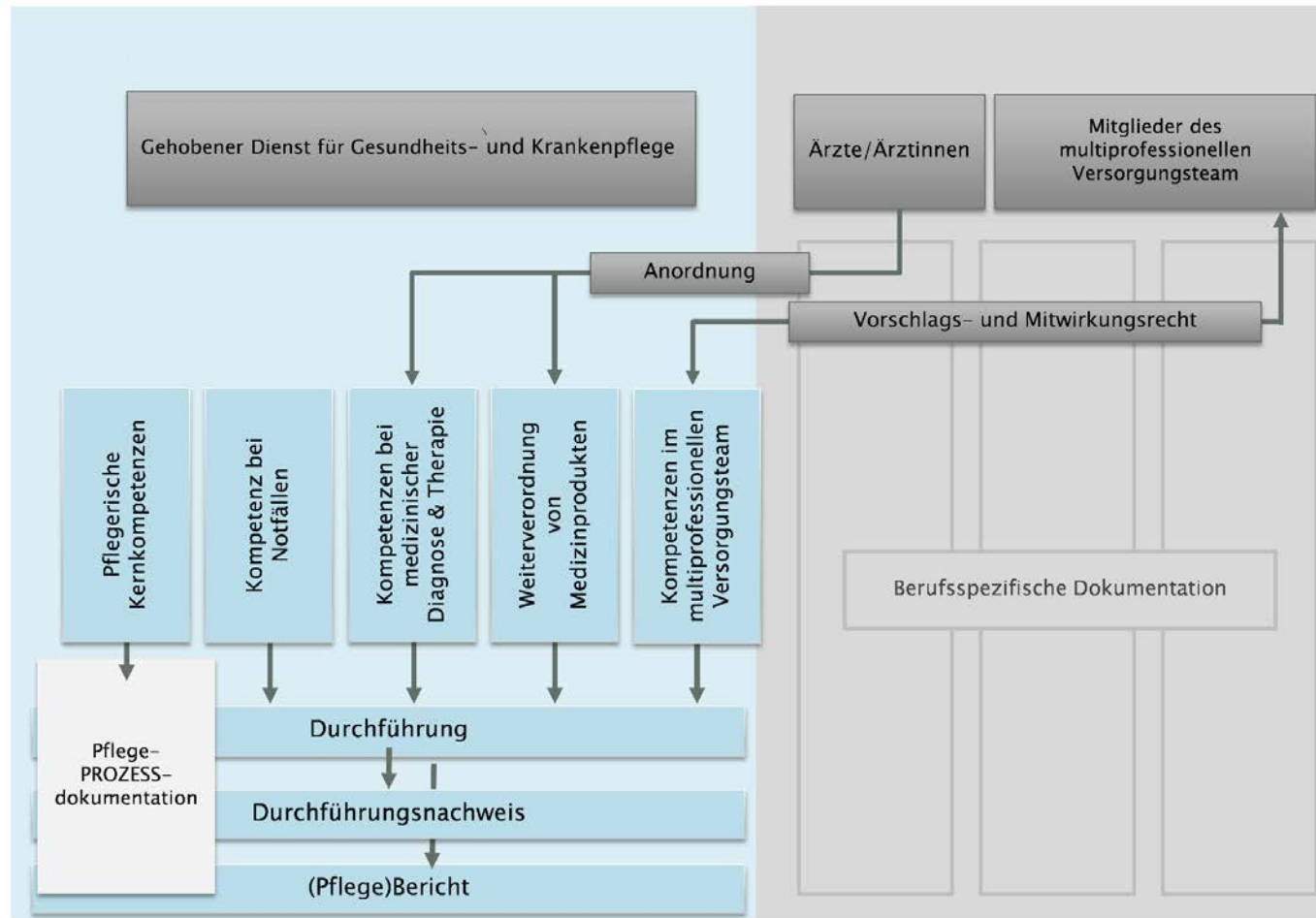
⁵
siehe § 74 Abs. 1 Z 7 StGB: Urkunde ist eine Schrift, die errichtet worden ist, um ein Recht oder ein Rechtsverhältnis zu begründen, abzuändern oder aufzuheben oder eine Tatsache von rechtlicher Bedeutung zu beweisen.

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

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

fallen, 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.

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



Quelle und Darstellung: GÖG

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

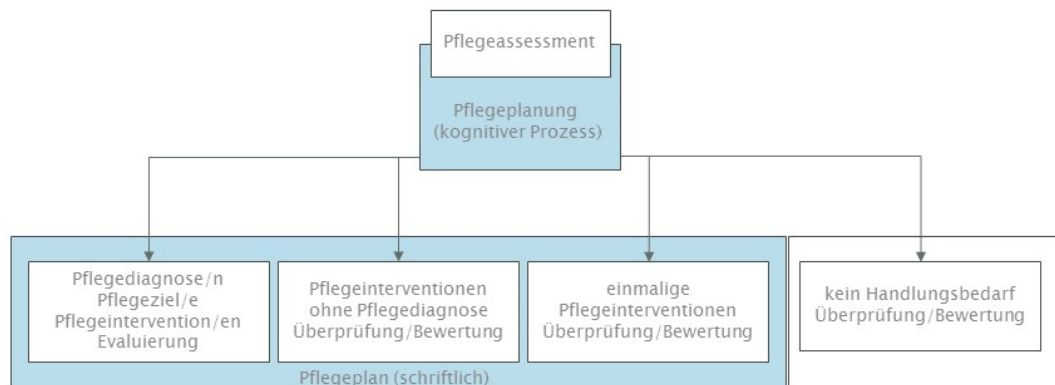
Arbeitshilfe Pflege- dokumentation 2017	GuKG	4-Phasenmodell: Yura & Walsh (1967)	5-Phasenmodell: Gordon (1994)		6-Phasenmodell: Fiechter und Maier (1981)
Pflegeassessment	Pflegeanamnese	Assessment	Problem- identifi- kation	Assessment	Informations- sammlung
	Pflegediagnose			Diagnose	Erkennen von Problemen und Ressourcen
Pflegeplanung Pflegediagnostik Festlegen der Pflegeziele Festlegen von Pflegeinterven- tionen	Planung der Pflege	Planung	Problem- lösung	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 mit Hilfe 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. 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. Bei mangelnder oder fehlender Auskunftsfähigkeit von Pat/Klient/Bew können Informationen auch von An- und Zugehörigen bzw. unter Berücksichtigung sekundärer Daten erhoben werden.
Umfang des Erstassessments	Der Umfang der gesammelten Daten hängt von der geplanten bzw. absehbaren pflegerischen Beziehung ab.
Kurzdauernde Kontakte	In Bereichen, in denen die ärztliche Behandlung dominiert (z. B. Ambulanzen, Operationsbereich, medizinische Hauskrankenpflege), ist ein umfassendes Assessment nicht notwendig.

8

Verweis GuKG § 5 (dort steht Pflegeanamnese)

9

vgl. Bartholomeyczik (2007), 212

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Längerfristige Pflege und Betreuung	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.
Zeitraumen für den Abschluss des Erstassessments Risiken sofort; 24 bis max. 48 h	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. 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.
Mehrere Tage/Besuche	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. Damit ist die erste Informationssammlung abgeschlossen. Davon zu unterscheiden ist die laufende Informationssammlung.
Neueinschätzung des Ist-Zustandes	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. Es wird empfohlen für den Langzeitpflegebereich/Behindertenbereich (stationär und in den mobilen Diensten) alle sechs bis zwölf Monate eine Neueinschätzung des Ist-Zustandes durchzuführen.
Methoden von Pflegeassessments Gespräch beobachten untersuchen informieren	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.
Fokussiertes Assessment	Fokussierte Assessments sowie Risikoeinschätzungen können für spezifische Themen/Phänomene/Zustände zur Unterstützung pflegefachlicher Einschätzung eingesetzt werden.

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Standardisierte Assessmentinstrumente	Die Nutzung wissenschaftlich geprüfter Assessmentinstrumente, die seit der Etablierung der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum vorhanden sind, ist zu diskutieren.
Screening¹⁰	Screeninginstrumente können zusätzlich eingesetzt werden.

¹⁰

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 pflegfachlich 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)	In der Literatur liegen zahlreiche Definitionen von Pflegediagnosen vor. Im deutschsprachigen Raum sind Definitionen nach NANDA-I®, ICNP®, POP®, ENP® und DiZiMa® gängig. Allen gemeinsam ist, dass Pflegediagnosen das Ergebnis einer systematischen Beurteilung/Einschätzung pflegerrelevanter 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 pflegerrelevante Aspekte, die der Aufrechterhaltung, der Verbesserung und der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität oder der Gesundheitsförderung dienen oder zur Linderung von Symptomen beitragen.
Anzahl/Auswahl von Pflegediagnosen Nicht jedes Bedürfnis/Problem mündet in eine Pflegediagnose	Liegt im Rahmen des Aufenthalts / der Betreuungsdauer kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem bzw. kein pflegerischer Förderungsbedarf vor, werden KEINE Pflegediagnosen gestellt (siehe Abschnitt <i>Die Pflegeinterventionen</i>). Im Zuge der Entlassung kann jedoch eine Empfehlung für die nachfolgende Versorgungseinheit gegeben werden. 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 werden können bzw. welche die wichtigsten sind oder zueinander in Beziehung stehen. In der Einschätzung sind medizinische Diagnose bzw. Therapie jedenfalls mit zu berücksichtigen; medizinische Diagnose bzw. Therapie alleine führen jedoch nicht zwingend zu einer Pflegediagnose.
Individuelle Risiken erfordern eine Risikodiagnose	Jedes individuell erhöhte Risiko erfordert eine Risikodiagnose und einen schriftlichen Pflegeplan. 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.

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohnern
Aufbau von Pflegediagnosen	In der Pflegefachwelt besteht über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen kein Konsens. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie¹¹ würde eine Pflegediagnose mit der Darstellung des Fokus und dessen Bewertung ausreichend detailliert beschrieben sein. 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. 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. Eine Empfehlung für ein spezielles Pflegeklassifikationssystem kann derzeit nicht ausgesprochen werden.

¹¹
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

Inhalt	Wie	Empfohlen wird: Pflegediagnosetitel (beinhaltet eine Beurteilung) mit Risikofaktoren bzw. Symptomanzeige. Sollten die Ursachen bekannt sein, müssen diese angeführt werden. Pflegediagnosen können unter Verwendung von standardisierten Klassifikationen gestellt werden. Ärztlich gestellte Diagnosen können Ursachen bzw. Risikofaktoren von Pflegediagnosen sein.
	Wann	Pflegediagnosen werden formuliert, wenn a) ein individuell erhöhtes Risiko besteht, b) eine Lösung/Beeinflussung der Pflegebedürfnisse/Probleme / des Förderbedarfs innerhalb der geplanten Aufenthalts-/Betreuungsdauer möglich ist. Medizinische Diagnosen/Therapien sind jedenfalls bei der Erstellung einer Pflegediagnose mit zu berücksichtigen, diese alleine führen jedoch nicht zwingend zu einer Pflegediagnose.
	Wieviel	Eine Mindest- oder Maximalangabe ist nicht zielführend. Bei Vorliegen mehrerer möglicher Pflegediagnosen wird die Auswahl (zusätzlich zu Punkt <i>Wann</i>) unter Berücksichtigung folgender Aspekte getroffen: a) Welche Pflegediagnosen sind die wichtigsten? b) Wie stehen die möglichen Pflegediagnosen zueinander in Beziehung?
	Wann nicht	Pflegediagnosen sind nicht zwingend für alle Pflegeinterventionen notwendig, dies gilt insbesondere für 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 Pflegeinterventionen d) 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 Indikatoren¹², 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. <i>gut</i>, <i>ausreichend</i> oder <i>besser</i>, 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 <i>Die Evaluation</i>

¹²

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	Folgende Anforderungen gelten für ein korrekt formuliertes Pflegeziel: » 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 Verbindlich für alle	Unter Pflegeinterventionen werden Handlungen verstanden, die im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege liegen. 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. 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.
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	Pflegeinterventionen müssen grundsätzlich nachvollziehbar und handlungsleitend formuliert werden. Dies kann » 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 ¹³ 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-/krankenhauspezifischer Erfordernisse insbesondere Betten aufbereiten, leere Betten machen, Essensservice, Reinigung, Routinedesinfektion, Material- und Wäschegebarung.

¹³

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	Die Evaluation ist die systematische Bewertung und Überprüfung der Zielerreichung. Es wird das geplante Pflegeziel (Soll) mit dem Pflegeergebnis (IST) verglichen und bewertet. Evaluiert wird zum festgelegten Evaluationszeitpunkt, aber auch bei Veränderung des Pflegezustandes oder bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses.
Ursachenanalyse	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.
Konsequenzen	Die Evaluation der Zielerreichung kann zu folgenden Konsequenzen führen:
Pflegediagnose	Die Pflegediagnose wird beendet (Erfolg: Das Ziel ist erreicht, die Pflegediagnose hat keine Gültigkeit mehr). Die Pflegediagnose wird verändert, da sich herausgestellt hat, dass sie nicht passend war.
Pflegeziel	Pflegediagnose und -interventionen bleiben bestehen, aber das Ziel wird verändert, die Zielformulierung entsprach nicht.
Pflegeinterventionen	Die Pflegediagnose und das -ziel bleiben bestehen, aber die Pflegeinterventionen werden angepasst.
Keine Veränderung im Pflegeplan	Interventionen wirken, Pflegediagnose(n) und Ziel(e) bleiben bestehen.
Dokumentation des Evaluationsergebnisses	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.
Zielevaluierung bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses	Formulierte Pflegeziele müssen mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses evaluiert werden und das Ergebnis dieser Beurteilung wird ggf. in den pflegerischen Entlassungsbrief/Verlegungs-, Transferierungsbericht/Pflegesituationsbericht mitaufgenommen.
Überprüfung wiederkehrender Pflegeinterventionen 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

Definition Verlaufsbericht über Besonderheiten Wichtiges Nichts Regelhaftes Einmalige Pflegeinterventionen	Der Pflegebericht ist Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes, der über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten (z. B. wichtige und nicht regelhafte Informationen/Vereinbarungen/Abweichungen) Auskunft gibt. Je gefahrenträchtiger eine Situation, desto höher der Detaillierungsgrad der Dokumentation. 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.
Grundsätzliches	Der Pflegeberichteintrag beschreibt Besonderheiten nachvollziehbar und chronologisch. 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. Persönliche Ansichten bzw. Interpretationen sind ebenso zu vermeiden wie multi- bzw. interprofessionelle Konflikte.
Beobachtungsergebnisse Abweichungen, wenn sie nicht regelhaft sind (einmalige und wiederkehrende unterscheiden)	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.
<i>Floskeln</i> 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 Organisation¹⁴ 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.

¹⁴

Abkürzungsverzeichnis muss gemäß gesetzlicher Bestimmungen archiviert werden.

**Häufigkeit von
Einträgen**

Aus fachlicher Sicht besteht keine Mindestanforderung an die Häufigkeit eines Eintrags im Pflegebericht. Wenn aufgrund einer anderen (multiprofessionellen) Dokumentation der Verlauf nachvollziehbar ist, ist kein Eintrag im Pflegebericht notwendig.

Organisationsspezifisch können Anforderungen vorgegeben werden.

Bezeichnung **Pflegebericht**

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	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	Der Durchführungs-Nachweis besteht in der Dokumentation direkter bzw. unmittelbar erbrachter Pflegeinterventionen sowie der Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie. Die dafür vorgesehenen Stellen werden von der Organisation vorgegeben. Dieser Nachweis kann – abhängig von der Regelung der organisationsinternen Leistungserfassung – als Leistungsnachweis herangezogen werden.
Hauptzweck	Die Dokumentation der Durchführung dient dazu festzuhalten, dass die geplanten bzw. angeordneten Maßnahmen tatsächlich erbracht wurden.
Inhalt	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. Je relevanter der Zeitpunkt der Durchführung einer Pflegeintervention (z. B. Positionierung) ist, desto genauer muss der Durchführungszeitpunkt erfasst werden, unabhängig vom Dokumentationszeitpunkt.
Effizienz	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.
Zeitnah	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.

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 pflegerrelevante 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

11 Arbeitsgruppe für die Ausgabe 2010

Regina Aistleithner
Franz Allmer
Veronika Burger
Simone Chukwuma-Lutz
Elisabeth Marcher
Michael Oswald
Markus Poik
Elisabeth Rappold
Ingrid Rottenhofer
Monika Reiter
Cornelia Scheiber
Denisa Staufer
Friederike C.Stewig
Magdalena Tauschitz
Susanne Ursli
Judith Von Musil
Margret Weissenbacher
Monika Wild
Ingrid Wimmer
Elisabeth Wuitz
Franz Zeiner

Projektleitung Arbeitsgruppe für die Ausgabe 2010

Elisabeth Rappold, Ingrid Rottenhofer