

Pflegedokumentation: Interpretation der Arbeitshilfe

Im Auftrag 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

Patientendokumentation pflegerischer Kompetenzbereich

Interpretation der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010 für den akutstationären und rehabilitativen Bereich und Diskussionsvorschlag für die Überarbeitung

Autorinnen/Autoren:

2015

Regina Aistleithner

Beate Czegka

Roman Gaal

Beate Heiß

Inge Hiebler

Gerlinde Mayer

Claudia Oberdorfer

Renate Ranegger

Elisabeth Rappold

Franz Rauchegger

Regina Sluka

Magdalena Tauschitz

Astrid Waiboda

Brigitte Walzl

Ingrid Wimmer

2010

Regina Aistleithner

Franz Allmer

Veronika Burger

Simone Chukwuma-Lutz

Elisabeth Marcher

Michael Oswald

Markus Poik

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

Fachliche Begleitung:

Elisabeth Rappold

Regina Aistleithner

Fachliche Begleitung:

Elisabeth Rappold

Ingrid Rottenhofer

Projektassistenz:

Heike Holzer

Wien, im Januar 2016

Im Auftrag 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

Zitiervorschlag:

Rappold Elisabeth; Aistleithner, Regina; Czegka, Beate; Gaal, Roman; Heiß, Beate; Hiebler, Inge; Oberdorfer, Claudia; Ranegger, Renate; Sluka, Regina; Wimmer, Ingrid (2016):
Pflegedokumentation: Interpretation der Arbeitshilfe . Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Zl. P1/4/4745-1/16

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin:

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

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

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Einbettung dieses Dokumentes	1
2	Pflegerischer Kompetenzbereich der Patientendokumentation	3
3	Pflegeprozess und Pflegeplanung.....	4
4	Pflegeprozess	6
	Das Pflegeassessment.....	6
	Die Pflegediagnostik	12
	Die Pflegeziele.....	18
	Die Pflegeinterventionen	23
	Die Evaluation.....	28
5	Der Pflegebericht.....	32
6	Der Durchführungsnachweis	36
	Literatur	39
	Anhang	41

Abbildung

Abbildung 3.1: Differenzierung zwischen Pflegeplanung und Pflegeplan	4
--	---

Abkürzungen

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Body Mass Index
DiZiMa	DiagnosenZieleMaßnahmen
ENP	European Nursing Care Pathways
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
h	Stunden
ICNP®	International Classification of Nursing Practice
ISO/FDISIT	Internationale Organisation für Normung/ Final Draft International Standard
NANDA-I®	North American Nursing Diagnosis Association-International
Pat/Klient/Bew	Patienten/Klienten/Bewohner
POP	Praxisorientierte Pflegediagnostik
SOP	standard operating procedure

1 Einleitung

Die im Jahr 2010 fertiggestellte und publizierte Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation (Rappold/Rottenhofer 2010) wird von der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege 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 erarbeitet. Ziel war dabei, Empfehlungen zum Thema Pflegedokumentation für das gesamte Handlungsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege zu geben.

Die Veränderungen im akutstationären Setting in den letzten Jahren, v. a. hinsichtlich verkürzter Aufenthaltsdauer, veranlasste im Jahr 2014 die Pflegeverantwortlichen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., zum „1. Treffen der Pflegeverantwortlichen der Krankenanstaltenträger Österreichs“ einzuladen. Zur Debatte stand die „effiziente Pflegedokumentation“, wobei Umfang, Ausmaß und Notwendigkeit der Pflegedokumentation sowohl aus pflegfachlicher als auch aus juristischer Perspektive diskutiert und der Aufwand in der Praxis kritisch beleuchtet wurden.

Ergebnis dieses Treffens war ein definiertes Projektziel zur Realisierung einer erweiterten Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation, die **hinsichtlich des Bedarfs im akutstationären Setting und in der Rehabilitation konkretisiert** werden sollte. Um österreichweit zu einer publizierten fachlichen Meinung zu gelangen, sollen Experten und Expertinnen aus den beteiligten Einrichtungen die „Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010“ überarbeiten. Neue gesetzliche Rahmenbedingungen und Erkenntnisse aus der Fachliteratur wurden berücksichtigt. Zunächst soll das Ergebnis als Ergänzung zur Arbeitshilfe 2010 publiziert werden.

Es ist angedacht, das Ergebnis des Jahres 2016 mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) abzustimmen und in die Überarbeitung der Arbeitshilfe 2010 zu integrieren.

Die Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. koordinierte das Projekt österreichweit, die fachliche Begleitung übernahm die Gesundheit Österreich Gesellschaft / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG), die bereits die Erstellung der Arbeitshilfe 2010 leitete.

1.1 Einbettung dieses Dokumentes

Das vorliegende Dokument dient der Präzisierung der *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010*. Deren Kapitel 3, 4 und 5 („Pflegeprozess“, „Der Pflegebericht“ und „Der Durchführungsnachweis“) wurden bearbeitet, die Originalversion und die Überarbeitung sind einander in diesem Dokument gegenübergestellt.

Die Kapitel 2 „rechtliche Grundlagen“ und 6 „Die Pflegevisite“ wurden nicht aktualisiert, ebenso wenig wie das Literaturverzeichnis und das Glossar. Diese Teile können in der Arbeitshilfe 2010 nachgelesen werden und sind nicht Bestandteil des vorliegenden Dokuments.

Kapitel 2 „Patientendokumentation pflegerischer Kompetenzbereich“ ist als Einführung in das Thema zu verstehen. Kapitel 3 „Pflegeprozess und Pflegeplanung“ ist als Ergänzung des Kapitels 3 der Arbeitshilfe 2010 zu verstehen und präzisiert dessen Inhalte.

Daran anschließend werden die Pflegeprozess-Schritte tabellarisch dargestellt. Die Tabellen bestehen aus vier Spalten, wobei die zwei linken Spalten die Inhalte der Arbeitshilfe 2010 wiedergeben und die zwei rechten Spalten die Präzisierung für den akutstationären und rehabilitativen Bereich. Wurden Inhalte verändert, sind sie in den beiden rechten Spalten neben dem ursprünglichen Inhalt nachzulesen. Wurden gänzlich neue Inhalte formuliert, wurde dafür eine eigene Zeile eingefügt.

Aufgrund des Wandels der Dokumentation von der Papier- zur elektronischen Dokumentation beziehen sich die hier formulierten Empfehlungen auf Inhalte, nicht jedoch auf das Dokumentationssystem oder den Ort der Dokumentation.

Die einseitigen Übersichtstabellen bilden nur mehr die überarbeitete Version ab. Die Originaltabellen aus der Arbeitshilfe 2010 befinden sich im Anhang. Die Tabellen im Querformat sind immer im Zusammenhang mit den davor beschriebenen Inhalten zu lesen.

2 Patientendokumentation pflegerischer Kompetenzbereich

Im Rahmen eines Aufenthaltes von Patienten und Patientinnen in einer Krankenanstalt sind alle beteiligten Berufsgruppen aufgrund diverser gesetzlicher Grundlagen verpflichtet ihre Leistungen zu dokumentieren. Diese Dokumentationsverpflichtung ergibt sich z. B. aus dem Berufs-, Krankenanstalten-, Arbeitsrecht sowie anderen Spezialgesetzen wie Heimaufenthalts-, Unterbringungs-, Medizinprodukte- oder Suchtmittelgesetz. Darüber hinaus können sich durch die Anstaltsordnung, (Pflege)Leitbilder, Richt- und/oder Leitlinien sowie anderen organisationsspezifischer Vorgaben Dokumentationsanforderungen ergeben.

Diese Dokumentationsanforderungen ergeben sich also einerseits aufgrund der Befugnis(se) einer Profession; diese sind in der Regel inkl. der damit verbundenen Verantwortung im Berufsrecht verankert. Sie ergeben sich andererseits aufgrund der Zuständigkeit einer Person, also aufgrund eines „Amtes“, einer Stelle, Position, Funktion oder Rolle. Sowohl zum Wahrnehmen der Befugnisse als auch der Zuständigkeiten muss ausreichendes Können, d. h. Fertigkeiten auf fachlicher/methodischer, sozial-kommunikativer und persönlicher Ebene vorhanden sein. Diese Kompetenztrias spannt den Rahmen beruflichen Handelns auf und ermöglicht professionelles Handeln.

Der pflegerische Kompetenzbereich der Patientendokumentation stellt einen Aspekt der Krankengeschichte dar. Die Verpflichtung zum Führen einer Krankengeschichte ist im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verankert. In § 10 (1) b wird festgehalten, dass sonstige angeordnete sowie erbrachte **wesentliche** Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind. Im § 5 (1) GuKG ist festgehalten, dass Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren haben: (2) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese (Pflegeassessment), die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten. Die Art und Weise der Darstellung ist in keiner der beiden gesetzlichen Grundlagen geregelt.

Die Patientendokumentation pflegerischer Kompetenzbereich beginnt mit der Aufnahme und endet mit der Entlassung des Patienten / der Patientin. Sie stellt den fachlichen Aspekt pflegerischer Arbeit dar und dient der Nachvollziehbarkeit pflegerischen Agierens. Keinesfalls dient sie dazu, inter- bzw. multiprofessionelle Konflikte abzubilden.

Vorliegende Interpretation der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010 gilt für alle Fachbereiche im akutstationären und rehabilitativen Bereich und richtet sich in erster Linie an Experten/Expertinnen und Führungskräfte.

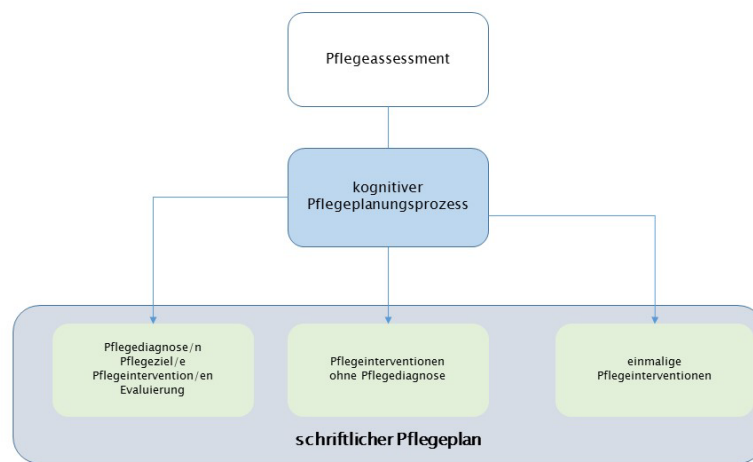
3 Pflegeprozess und Pflegeplanung

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.

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 der Patienten/Patientinnen ist Rücksicht zu nehmen. Sie sollen entsprechend ihrer Möglichkeiten in die Planung miteinbezogen und das soll im schriftlichen Pflegeplan ausgewiesen werden. Der Planungsprozess erfolgt gemeinsam mit Patienten/Patientinnen und/oder deren Bezugspersonen.

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

Abbildung 3.1:
Differenzierung zwischen Pflegeplanung und Pflegeplan



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Wenn Expertenstandards, Leitlinien, SOP (Standard operating procedure) und ähnliches zur Anwendung gelangt, 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 Mitarbeiter / die Mitarbeiterin vor Ort die Letztentscheidung.

4 Pflegeprozess

Das Pflegeassessment

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen
		Definition	Assessment bedeutet generell: beurteilen, bewerten, einschätzen. Dabei handelt es sich um eine umfassende, systematische Erhebung von relevanten Daten, anhand derer ein Zustand laufend eingeschätzt werden kann. Pflegeassessments (das sind Erstassessments und fokussierte Assessments) können aus mehreren Teilen bestehen und unter Benutzung verschiedener Instrumente stattfinden. Assessments liefern Daten zur informationsbasierten Entscheidungsfindung. Die Ergebnisse daraus sind handlungsleitend (müssen aber nicht zwingend in eine Pflegediagnose münden). Assessmentinstrumente unterstützen die pflegerische Entscheidung, können sie aber nicht ersetzen.
Teile des pflegerischen Erstassessments	Das pflegerische Erstassessment findet im Rahmen des Eintritts- oder Erstgespräches statt und wird bei Bedarf in weiteren Zusammentreffen vervollständigt. Zu den zentralen Anliegen im Durchführen des Assessments bei Pat/Klient/Bew zählt der Informationserwerb, der die Basis für den pflegediagnostischen Prozess* und die Pflegeplanung darstellt ¹ .	Erstassessments	Das pflegerische Erstassessment findet im Rahmen des Erstgespräches bzw. im Rahmen der Krankenbeobachtung statt und wird bei Bedarf in weiteren Kontakten vervollständigt. Der zentrale Zweck von Assessments ist der systematische Informationserwerb, der die Basis für den pflegediagnostischen Prozess* (welcher aber nicht zwingend Pflegediagnosen ergeben muss) und/oder die Pflegeplanung darstellt ² .

¹
vgl. Bartholomeyczik 2007, 212

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen
Ist-Zustand Risikoeinschätzung Pflegevorgeschichte Körperliche Beurteilung	Inhalt und Umfang des Erstassessments orientieren sich an der konkreten Situation, die zur Aufnahme führt. Das Assessment umfasst den Ist-Zustand inklusive Risikoeinschätzungen (u. a. vorhandene Ressourcen, individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Beeinträchtigungen im Bereich der Lebensaktivitäten, Ängste, Sorgen und Wünsche bzw. Gewohnheiten), die Beurteilung des körperlichen Zustandes sowie die Pflegevorgeschichte.	Ist-Zustand Risikoeinschätzung Pflegevorgeschichte Körperliche Beurteilung	Inhalt und Umfang des/der ersten Informationssammlung/Erstassessments orientieren sich an der individuellen/persönlichen oder auch medizinischen Situation. Dieser Schritt beinhaltet die Einschätzung des Ist-Zustands inklusive Risiko, 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. Die medizinische Diagnose bzw. Therapie sind mit zu berücksichtigen. Sind Patienten/Patientinnen nicht auskunftsfähig (z. B. auf Intensivstationen), können Informationen nur teilweise bzw. unter Berücksichtigung sekundärer Daten erhoben werden.
Umfang des Erstassessments Kurzdauernde Kontakte Kurzdauernde Aufnahmen	Der Umfang der gesammelten Daten hängt von der geplanten bzw. absehbaren pflegerischen Beziehung ab. In Bereichen, in denen die ärztliche Behandlung dominiert (z. B. Ambulanzen, Operationsbereich) ist zu entscheiden, ob eine Risikoeinschätzung erforderlich ist. Ein umfassendes Assessment ist nicht notwendig. Für routinemäßige und kurzdauernde geplante Auf-	Kurzdauernde Patientenkontakte	In Bereichen, in denen die ärztliche Behandlung dominiert (z. B. Ambulanzen, Operationsbereich), ist ein umfassendes Assessment nicht notwendig. Ob jedoch eine Risikoeinschätzung erforderlich ist, hängt vom jeweiligen Zustand der Patientinnen und Patienten ab und liegt im Ermessen der jeweiligen Fachexpertise.

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen
Längerfristige Aufnahmen	nahmen ist das Risikoassessment um relevante Basisinformationen zu erweitern. Verlängert sich die pflegerische Beziehung und/oder tritt ein unvorhergesehener Pflegebedarf auf, so ist über eine Erweiterung und Vertiefung des Assessments individuell zu entscheiden. Längerfristige Pflegebeziehungen erfordern ein ausführliches pflegerisches Erstassessment.		
Zeitraumen für das Erstassessment sofort > 24-48 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. Informationen, die in eine Pflegediagnose (ohne Risiko) münden, sind in akutstationären Settings innerhalb von 24 h bis maximal 48 h zu erheben.	Zeitraumen für das Erstassessment 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 in bestimmten Bereichen wie z. B. Rehabilitation, Psychiatrie sind möglich und einrichtungsspezifisch festzulegen. Damit ist die erste Informationssammlung abgeschlossen. Davon zu unterscheiden ist die laufende Informationssammlung.

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen
Mehrere Tage/Besuche Laufende Informationen	In der Langzeitpflege sind alle Informationen innerhalb der ersten 14 Tage bis zu maximal einem Monat zu erheben; in der Hauskrankenpflege innerhalb der ersten 14 Tage bzw. innerhalb der ersten fünf Hausbesuche. Damit ist die erste Informationssammlung abgeschlossen. Alle weiteren relevanten Informationen fließen direkt in die Pflegeplanung ein.		Für akutstationären und rehabilitativen Bereich nicht anwendbar
Methoden von Pflegeassessments Gespräch Beobachtung Untersuchung Lesen	Informationen werden durch primäre Daten – das sind a) Aussagen von Pat/Klient/Bew und b) die Inspektion des Körperzustandes und Beobachtungen des Verhaltens – durch den Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege gewonnen. Darüber hinaus dienen sekundäre Daten – das sind Aussagen von z. B. Angehörigen oder anderen Berufsgruppen, Krankengeschichten, Entlassungsberichte, aber auch Ergebnisse von Laboruntersuchungen – dazu, das Bild abzurunden ³ .	Methoden von Pflegeassessments Gespräch beobachten untersuchen informieren	Informationen werden durch primäre Daten – das sind Aussagen von Patienten/Patientinnen, 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. ⁴

³
vgl. Lindpaintner 2007

⁴
vgl. Lindpaintner 2007

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen
Screening Fokussiertes Assessment	Screeninginstrumente* können eingesetzt werden, um gefährdete Personen sofort zu erkennen und um im Anlassfall fokussierte* Assessments oder Risikoeinschätzungen durchzuführen ⁵ .	Screening	Screeninginstrumente* können zusätzlich eingesetzt werden.
		Fokussiertes Assessment	Fokussierte* Assessments sowie Risikoeinschätzungen können für spezifische Themen/Phänomene/Zustände zur pflegfachlichen Einschätzung eingesetzt werden.
Standardisierte Assessmentinstrumente Derzeit keine Empfehlung	Derzeit kann keine Empfehlung für die Anwendung von bestimmten standardisierten Instrumenten gegeben werden. Die Nutzung wissenschaftlich geprüfter Assessmentinstrumente, die seit der Etablierung der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum vorhanden sind, ist zu diskutieren.		Bleibt gleich
Neueinschätzung des Ist-Zustandes	Der auf Organisations- und/oder Individuums-ebene zu definierende Zeitraum/-punkt für die umfassende Neueinschätzung sollte in Abhängigkeit von Akut- und Langzeitpflege, stabiler bzw. instabiler Pflegesituation und Risiko entschieden werden. Es wird empfohlen, für den Langzeitpflegebereich (stationär und in der Hauskrankenpflege) alle sechs bis zwölf Monate eine Neueinschätzung des Ist-Zustandes durchzuführen.	Neueinschätzung des Ist-Zustandes	Der Zeitraum/-punkt für die umfassende Neueinschätzung eines Patienten / einer Patientin sollte individuell und bedarfsorientiert (z. B. bei Veränderung des Gesundheitszustandes) entschieden werden.

⁵
vgl. Spirig et al. 2007.

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	Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
	Mitwirkung	Andere Pflegeberufe gemäß GuKG

Inhalt	Wie	Gespräche, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen, Informationen durch andere Quellen, z. B. Angehörige, Krankengeschichte
	Was muss erhoben werden	Ist-Zustand Risikoeinschätzungen vorhandene Ressourcen individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse Beeinträchtigungen im Bereich der Lebensaktivitäten Ängste, Sorgen und Wünsche bzw. Gewohnheiten körperlicher und/oder kognitiver Zustand psychische Situation soziales Umfeld Pflegevorgeschichte. Die medizinische Diagnose bzw. Therapie sind mit zu berücksichtigen.
	Wann / Wie oft	Bei der Aufnahme bzw. wenn fachlich begründet: Aktualisierung
	Wie viel (Umfang)	Der Umfang ist generell abhängig von den individuellen Erfordernissen, die pflegefachlich einzuschätzen sind.
		<i>Evaluation NEIN⁶ Aktualisierung JA</i>

⁶
Evaluation NEIN bedeutet: Dieser Schritt des Pflegeprozesses wird nicht evaluiert, sondern – wenn notwendig – aktualisiert (Aktualisierung JA).

Die Pflegediagnostik

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Pflegediagnostik Der Prozess des Sammelns, Beurteilens und Entscheidens	Im Rahmen der Pflegediagnostik* werden die Daten aus dem Assessment mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und der individuellen Situation der Pat/Klient/Bew in Beziehung gesetzt, geordnet und beurteilt. Daraus leiten sich mögliche Pflegediagnosen ab. Aus diesen potenziellen oder hypothetischen Pflegediagnosen müssen jene gefunden werden, die tatsächlich relevant sind, über mehrere Tage bestehen und pflegerisch beeinflussbar sind.	Pflegediagnostik 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 der Patienten/Patientinnen in Beziehung gesetzt, geordnet und individuell beurteilt. Daraus leiten sich gegebenenfalls Pflegediagnosen und/oder Pflegeinterventionen ab.

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Definition von Pflegediagnose(n)	<p>„Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar.</p> <p>Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist.“⁷</p>	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 gemein 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 eines Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität oder der Gesundheitsförderung dienen oder zur Linderung von Leiden beitragen.</p>

⁷

Carroll-Johnson 1993, zit. n. Gordon/Bartohlomeyczik, 2001, 13

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
<p>Anzahl/Auswahl von Pflege-diagnosen</p> <p>Nicht jedes Bedürfnis/ Problem mündet in eine Pflegediagnose</p>	<p>Die Anzahl der Pflegediagnosen hängt auch von der geplanten Aufenthaltsdauer ab. Es ist denkbar, dass Probleme und Pflegebedürfnisse existieren, eine Bearbeitung dieser innerhalb der geplanten Aufenthaltsdauer unmöglich ist; in diesem Fall wird keine Pflegediagnose gestellt. Umgekehrt gibt es Situationen, in denen zunächst keine pflegerischen Probleme vorliegen, im Laufe des Aufenthaltes neue Situationen entstehen, die zu Pflegediagnosen führen. Liegen mehrere Probleme parallel vor, gilt es herauszufinden, welche innerhalb des geplanten Aufenthaltes mit den vorhandenen Ressourcen gelöst bzw. beeinflusst werden können, welche der vorhandenen Probleme die wichtigsten sind oder welche Probleme zueinander in Beziehung stehen. Liegt tatsächlich kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem vor, werden KEINE Pflegediagnosen gestellt.</p>	<p>Anzahl/Auswahl von Pflege-diagnosen</p> <p>Nicht jedes Bedürfnis/ Problem mündet in eine Pflegediagnose</p>	<p>Es ist denkbar, dass Probleme und Pflegebedürfnisse existieren, eine Bearbeitung dieser innerhalb der geplanten Aufenthaltsdauer jedoch unmöglich ist. Somit wird keine Pflegediagnose gestellt, aber es kann im Zuge der Entlassung eine Empfehlung für die nachfolgende Versorgungseinheit gegeben werden. Umgekehrt gibt es Situationen, in denen zunächst keine pflegerischen Probleme 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 der vorhandenen Probleme die wichtigsten sind oder welche Probleme zueinander in Beziehung stehen.</p> <p>Bei der Einschätzung ist die medizinische Diagnose bzw. Therapie jedenfalls mit zu berücksichtigen; die medizinische Diagnose bzw. Therapie alleine führt jedoch nicht zwingend zu einer Pflegediagnose.</p> <p>Liegt tatsächlich im Rahmen des Aufenthaltes kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem vor, werden KEINE Pflegediagnosen gestellt.</p>
<p>Auswahl der relevanten Pflegeprobleme</p>	<p>Keine relevanten Probleme sind medizinische Diagnosen oder Therapien per se, sofern diese keine pflegerelevanten Probleme mit sich bringen. Probleme, die aus fachlicher Einschätzung einmalig auftreten oder voraussichtlich kürzer als 24 Stunden bestehen, müssen nicht als Pflegediagnose beschrieben, sondern im Pflegebericht dokumentiert werden.</p>		

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Risikodiagnosen erfordern eine Pflegeplanung	Jede Risikodiagnose (z. B. Infektionsrisiko) erfordert eine Pflegeplanung und/oder die Anwendung vorhandener Standards.	Individuelle Risiken erfordern eine Risikodiagnose	Jedes Risiko, welches auf erhöhten individuellen Risiken basiert, erfordert eine Risikodiagnose und einen schriftlichen Pflegeplan. Situationen wie z. B. ein venöser Zugang werden durch die Anwendung von allgemeinen Standards/Leitlinien/SOP gedeckt und erfordern nicht zwingend eine Pflegediagnose. Sollte jedoch ein zusätzlich individuell erhöhtes Risiko vorliegen (z. B. Immunsuppression), ist eine Pflegediagnose zielführend.
Aufbau von Pflegediagnosen P-Ä-S-R Kleinster gemeinsamer Nenner: Pflegediagnosetitel und Symptom-/ -	In Österreich erfolgt die Konstruktion von Pflegediagnosen häufig mit der Beschreibung des Problems, den zugrunde liegenden Ursachen (Ätiologie) und den typischen Symptomen, dem sogenannten P-Ä-S-System. Hinzu kommt das „R“ für die Abbildung von Ressourcen. In der Pflegefachwelt besteht über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen kein Konsens. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie ⁸ würde eine Pflegediagnose mit der Darstel-	Aufbau von Pflegediagnosen	In Österreich werden Pflegediagnosen häufig konstruiert aus der Beschreibung des Problems, den zugrunde liegenden Ursachen (Ätiologie) und den typischen Symptomen, dem sogenannten P-Ä-S-System. Hinzu kommt das „R“ für die Abbildung von Ressourcen. In der Pflegefachwelt besteht über die formale Beschreibung von Pflegediagnosen kein Konsens. Nach dem ISO-Referenzmodell für Pflegeterminologie ⁹ würde eine Pflegediagnose mit der Darstellung des Fokus* und dessen Bewertung ausreichend detailliert beschrieben sein.

8
ISO/FDIS 18104:2003

9
ISO/FDIS 18104:2003

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Risikobeschreibung	<p>lung des Fokus* und dessen Bewertung ausreichend detailliert beschrieben sein.</p> <p>Die Empfehlung für die Mindestanforderungen an das Formulieren von Pflegediagnosen ist daher: Pflegediagnosetitel (beinhaltet eine Beurteilung) mit der Symptom- bzw. Risikoangabe. Ursachen und Ressourcen sind, wenn sie bekannt/erhebbar sind, anzuführen.</p> <p>Eine Empfehlung für die Klassifikation kann derzeit nicht ausgesprochen werden.</p>		<p>Die Empfehlung für die Mindestanforderungen an das Formulieren von Pflegediagnosen ist daher: Pflegediagnose-Titel (beinhaltet eine Beurteilung) mit der Symptom- bzw. Risikoangabe. Ursachen und Ressourcen sind, wenn sie bekannt/erhebbar sind, anzuführen.</p> <p>Eine Empfehlung für eine spezielle Klassifikation kann derzeit nicht ausgesprochen werden.</p>
Fehlerquellen	<p>Der Prozess des Diagnostizierens beinhaltet Fehlerquellen.</p> <p>Erstens: Es liegt Pflegebedarf vor, aber es wird keine Pflegediagnose gestellt.</p> <p>Zweitens: Es liegt de facto kein Problem vor, aber es wird eine Pflegediagnose gestellt.</p> <p>Drittens: Es wird die falsche Pflegediagnose gestellt¹⁰.</p>		Bleibt gleich

¹⁰
Gordon/Bartholomeyczik 2001, 352

Bezeichnung Pflegediagnostik

Empfehlungen zur Durchführung

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

Inhalt	Wie	Empfohlen wird: Pflegediagnosetitel (beinhaltet eine Beurteilung) mit der Symptom- bzw. Risikoangabe. Ursachen und Ressourcen sind, wenn sie bekannt/erhebbar sind, anzuführen. Ärztlich gestellte Diagnosen können Ursachen bzw. Risikofaktoren von Pflegediagnosen sein. Pflegediagnosen können unter Verwendung von standardisierten Klassifikationen formuliert werden.
	Wann	Pflegediagnosen werden formuliert, wenn a) ein individuelles Risiko besteht, b) eine Lösung/Beeinflussung der Pflegebedürfnisse/Probleme innerhalb der geplanten Aufenthaltsdauer 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 „Wann“) 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. postoperative 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 nicht beeinflussbar sind.
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung JA</i>

Die Pflegeziele

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
<p>Pflegeziele</p> <p>Bewertbare künftige Zustände</p>	<p>Pflegeziele sind bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen oder Wissen der Pat/Klient/Bew zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Diese Zustände werden durch pflegerische Interventionen und innerhalb der vorhergesehenen Aufenthaltsdauer erreicht. Pflegediagnosen bilden den gegenwärtigen, Pflegeziele den beabsichtigten Zustand ab. Die Formulierung des Zieles erfolgt vor der Beschreibung der dazu notwendigen Interventionen. Ziele sind der Maßstab, um die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen zu beurteilen. Eine Differenzierung in Nah- und Fernziele ist dann sinnvoll, wenn die pflegerische Beziehung über einen längeren Zeitraum besteht. Für die längerfristige Orientierung ist das übergeordnete Ziel (Fernziel) hilfreich, die Fortschritte lassen sich durch entsprechende Nahziele nachweisen (<i>siehe Beispiel 1</i>).</p>	<p>Pflegeziele</p> <p>Bewertbare künftige Zustände</p> <p>Pflegediagnosen und -ziele stehen im Zusammenhang</p> <p>Nah- und Fernziele</p>	<p>Pflegeziele sind bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten oder Wissen der Patienten/Patientinnen zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Diese Zustände sollten durch pflegerische Interventionen und innerhalb der erwarteten/geschätzten Aufenthaltsdauer 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. Eine Differenzierung in Nah- und Fernziele ist dann sinnvoll, wenn die pflegerische Beziehung über einen längeren Zeitraum besteht. Für die längerfristige Orientierung ist das übergeordnete Ziel (Fernziel) hilfreich, die Fortschritte lassen sich durch entsprechende Nahziele nachweisen (<i>siehe Beispiel 1</i>).</p>

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Zielorientierung Verbessern Erhalten Bewältigen Fördern Lindern	Ziele können der Verbesserung (Rehabilitationsziele), der Erhaltung (Erhaltungsziele), der Bewältigung (Bewältigungsziele), der Gesundheitsförderung oder der Linderung dienen und geben damit die Richtung der Pflege vor. Die Zielauswahl hängt von den Daten, die im Rahmen des Assessments erhoben wurden, dem Wunsch von Pat/Klient/Bew sowie den pflegerischen Möglichkeiten ab.	Zielorientierung verbessern erhalten bewältigen fördern lindern	Ziele können der Verbesserung, der Erhaltung, der Bewältigung, der Gesundheitsförderung oder der Linderung dienen und geben damit die Richtung der Pflege vor.
Regeln zur Zielformulierung Messbarkeit Nachvollziehbarkeit Erreichbarkeit Zeitpunkt	Die Kunst der Zielformulierung besteht darin, Ziele für alle Beteiligten relevant, eindeutig, klar, nachvollziehbar und verständlich zu machen. Darüber hinaus enthalten sie bewertbare Größen, die die Basis für die Evaluation darstellen. Bewertbare Größen (Indikatoren*) sind z. B. Strecken in Meter; Mengen in Liter/Gramm; Gewicht in kg/BMI, Häufigkeiten in Zahlen; aber auch Angaben wie: unter Anleitung, selbstständig. Aussagen, die sehr allgemein formuliert sind, z. B. „gut“ oder „besser“, lassen sich kaum messen und sind somit auch nicht evaluierbar. Eine Formulierung des Ziels mit dem Inhalt „fühlt sich wohl“, ist nur dann zulässig, wenn dieses anhand definierter Indikatoren beurteilt werden kann.		Bleibt gleich
Evaluation der Zielerreichung	Zum vorgesehenen Zeitpunkt (Kontrollintervall) werden die Ziele evaluiert. Das bedeutet, die Ziele werden hinsichtlich des Grades der Zielerreichung bewertet. → Siehe dazu das Kapitel Evaluation	Evaluation der Zielerreichung	Das Ziel wird spätestens zum festgelegten Zeitpunkt bewertet. Das Kontrollintervall richtet sich nach der individuell fachlichen Einschätzung. → Siehe dazu das Kapitel Evaluation

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Ausschlusskriterien Einmalige Handlungen Probleme aus dem Kompetenzbereich anderer Berufe	Keine Ziele werden für Probleme formuliert, die kurzfristig bestehen oder die einmalige Handlungen nach sich ziehen; diese werden im Pflegebericht mit Problemdarstellung, Maßnahme und Ergebnisbericht beschrieben. Ebenfalls nicht beschrieben werden Ziele, die durch pflegerische Interventionen unbeeinflussbar sind und/oder in den Kompetenzbereich anderer Gesundheitsberufe fallen.		Siehe Kapitel Pflegediagnosen
Pflegeergebnis	In der neueren Pflegeliteratur wird zwischen Pflegeergebnissen und -zielen unterschieden. Ergebnisse unterscheiden sich durch die bessere Bewertbarkeit von Pflegezielen. Im Allgemeinen können Ziele erreicht oder nicht erreicht werden, daher kann die Zielerreichung nur mit Ja oder Nein beantwortet werden. Ziele sind häufig auch abstrakt beschrieben, sodass eine eindeutige Bewertung nicht möglich ist. Bei der Beschreibung von Ergebnissen besteht die Möglichkeit, unterschiedliche Grade des Zustandes zu bewerten und so einen Verlauf abzubilden. Patientenbezogene Ergebnisse können durch (mehrere) Indikatoren bewertet werden (vgl. nursing outcome classification), die Indikatoren sind mit einer Bewertungsskala versehen.		Bleibt gleich

Beispiel 1

Fernziel: Zwei Tage vor der Entlassung wird der Blutzucker selbstständig gemessen.

Nahziele: Am Tag x wird das Blutzuckergerät selbstständig bedient.

Am Tag y wird der Blutzucker unter Anleitung gemessen.

Bezeichnung Festlegen von Zielen

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Pflegeziele beschreiben einen Sollzustand bzw. ein angestrebtes Ergebnis, welches der zu Pflegende alleine oder mit Unterstützung einer Pflegeperson erreichen kann bzw. soll.
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Was	Ziele sind relevant, eindeutig, klar, messbar, nachvollziehbar und verständlich zu formulieren. Sie enthalten bewertbare Größen, 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 ein Pflegeproblem bezogen. » Patientenorientiert und realistisch: Für diese/n Patienten/Patientin tatsächlich erreichbar. » Positiv: Legt fest, was erreicht, nicht, was vermieden werden soll. » Überprüfbar: Enthält eine Zeitangabe, bis wann es erreicht sein soll, und eine präzise Beschreibung des bis dahin erreichten Zustandes. <p>Eine Differenzierung in Nah- und Fernziele ist dann zu empfehlen, wenn die Pflegebeziehung über einen entsprechend langen Zeitraum besteht.</p>
	Wie viele	Eine Maximalangabe ist nicht möglich, aber zu jeder Pflegediagnose ist zumindest ein Pflegeziel erforderlich.
		<i>Evaluation JA Aktualisierung JA</i>

Die Pflegeinterventionen

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
<p>Pflegeinterventionen</p> <p>Anordnen, durchführen, delegieren</p> <p>Verbindlich für alle</p>	<p>Unter Pflegeinterventionen* werden Handlungen verstanden, die vom Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege aufgrund seines Fachwissens angeordnet bzw. durchgeführt werden, um das festgelegte Ziel zu erreichen. In Abhängigkeit vom Komplexitätsgrades der Pflegeintervention und/oder Pflegesituation werden sie vom Gehobenen Dienst selbst durchgeführt oder von diesem an die Pflegehilfe bzw. an jene, an die entsprechend den berufsrechtlichen Regelungen delegiert wird darf, übertragen. Pflegeinterventionen stellen jene Aktivitäten dar, die während der Pflegebeziehung für alle Pflegepersonen verbindlich sind.</p>	<p>Pflegeinterventionen</p> <p>Anordnen, durchführen, delegieren</p> <p>Verbindlich für alle</p>	<p>Unter Pflegeinterventionen* werden Handlungen verstanden, die im Verantwortungsbereich des gehobenen Dienstes- und Krankenpflege liegen.</p> <p>Im schriftlichen Pflegeplan festgehaltene Pflegeinterventionen sind für alle Pflegepersonen verbindlich. In begründeten Fällen können Pflegeinterventionen verändert werden.</p> <p>In Abhängigkeit vom Komplexitätsgrad der Pflegeintervention und/oder Pflegesituation werden sie vom Gehobenen Dienst selbst durchgeführt oder entsprechend rechtlicher und fachlicher Grundlagen delegiert.</p>
<p>„Mitverantwortliche“ Pflegeinterventionen</p>	<p>Aus der medizinischen Behandlung resultierende Interventionen, die dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege zugeordnet werden, sind ebenfalls als Pflegeinterventionen zu bezeichnen. Diese sind grundsätzlich nicht in die Planung aufzunehmen, da sie von den behandelnden Ärztinnen/Ärzten schriftlich angeordnet werden. Es spricht jedoch nichts dagegen, diese, wenn sie ebenfalls zur Zielerreichung beitragen, in die Planung aufzunehmen, unter der Voraussetzung, dass sie nicht an anderer Stelle bereits erfasst sind.</p>	<p>Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie</p>	<p>Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung medizinisch-diagnostischer und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und Tätigkeiten nach ärztlicher Anordnung.</p> <p>Diese Maßnahmen und Tätigkeiten unterliegen in der Regel nicht dem pflegediagnostischen Prozess und werden deshalb nicht im schriftlichen Pflegeplan, wohl aber an anderer Stelle (z. B. Durchführungsnachweis, Therapie-, Fieberkurve) festgehalten.</p>

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Beschreibung der Pflegeinterventionen	Von der präzisen Beschreibung der angeordneten bzw. durchzuführenden Interventionen hängt die erfolgreiche Umsetzung ab. Daher wird empfohlen, dass die Beschreibung dieser aus der Art der Anwendung (was), dem Ort der Anwendung (wo), der Angabe der Häufigkeit (wie oft) oder dem Zeitpunkt/Zeitraum (wann) der verwendeten Hilfsmittel (womit) und von wem (Berufsgruppe) (wer) besteht.	Beschreibung der Pflegeinterventionen	Von der präzisen Beschreibung der angeordneten bzw. durchzuführenden Interventionen hängt die erfolgreiche Umsetzung ab. Daher wird empfohlen, die Interventionen nachvollziehbar zu beschreiben; dies umfasst u. a. Angaben zur Art der Anwendung (was), zur Lokalisation der Anwendung (wo), zur Häufigkeit (wie oft) oder zum Zeitpunkt/Zeitraum (wann) sowie zu den verwendeten Hilfsmitteln (womit).
Arten von Pflegeinterventionen	Die pflegerischen Interventionen umfassen neben der stellvertretenden Übernahme von Handlungen das kontinuierliche Beobachten und Sammeln bzw. Analysieren von Daten, das Vermitteln von Informationen und Fertigkeiten, das Koordinieren und Organisieren von Prozessen sowie die Beratung, Anleitung und Beaufsichtigung. Im Rahmen der eigenverantwortlichen Krankenbeobachtung sind wiederkehrende Aktivitäten/Interventionen in die Planung mit aufzunehmen.		Bleibt gleich

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Pflegerische Basisinterventionen	Pflegerische Basisinterventionen sind Leistungen, die nicht zwingend auf eine Pflegediagnose zurückzuführen sind, sich aus der medizinischen Behandlung oder aus der interdisziplinären Arbeit ergeben, häufig durchzuführende Routinetätigkeiten darstellen oder aus der Institutionalisierung des Wohnens/Lebens (z. B. Pflegeheim, Betreutes Wohnen) resultieren. Diese Interventionen sind settingspezifisch zu definieren und organisationsintern abzustimmen. Sie müssen nicht individuell geplant werden. Leistungen im Rahmen der Hotellerie sind keine pflegerischen Basisinterventionen.		Siehe Ausführungen in der Pflegediagnostik (Tabelle im Querformat)
Einmalige Pflegeinterventionen in den Pflegebericht	Einmalige Pflegeinterventionen, die aufgrund eines punktuellen Problems gesetzt werden, werden im Pflegebericht/Durchführungsnachweis vermerkt, eine Pflegeplanung (und daher Maßnahmen- bzw. Interventionsplanung) ist nicht notwendig.	Einmalige Pflegeinterventionen	Einmalige Pflegeinterventionen, die aufgrund eines punktuellen Problems gesetzt werden, werden nach organisationspezifischer Vorgabe dokumentiert.
		Nicht im individuellen schriftlichen Pflegeplan zu erfassen	
Handlungsschemata	Handlungsschemata* sowie die Vor- und Nachbereitung von Pflegeinterventionen müssen in der Interventionsplanung nicht im Detail beschrieben werden. Diese wurden im Rahmen der Ausbildung und/oder Einschulung erlernt und sind Inhalt von Lehrbüchern und/oder Einschulungsmappen.		Bleibt gleich

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
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 Pflegefachkraft vorauszusetzen, daher nicht zu planen und auch nicht im Leistungsnachweis zu bestätigen.		Bleibt gleich
		Hotel- und Serviceleistungen	Zu den Hotel-, Serviceleistungen zählen unter Berücksichtigung einrichtungs-/krankenhausspezifischer Erfordernisse insbesondere Betten aufbereiten, leere Betten machen, Essen-service, Reinigung, Routinedesinfektion, Material- und Wäschegebarung. Des Weiteren zählt dazu die Informationsweitergabe über z. B. den stationären Ablauf, allgemeine patientenunabhängige Fakten, Wertgegenstände, räumlich-bauliche Gegebenheiten etc.

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 delegiert werden.
	Verantwortung	Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie formuliert	Nachvollziehbar: u. a. Angaben zur Art der Anwendung (was), zur Lokalisation der Anwendung (wo), Angabe zu Häufigkeit (wie oft) oder Zeitpunkt/Zeitraum (wann) sowie zu den verwendeten Hilfsmitteln (womit)
	Was	Pflegeinterventionen, die mit oder für den Patienten / die Patienten ausgeführt werden
	Nicht im individuellen schriftlichen Pflegeplan zu erfassen sind	Handlungsschemata; Prinzipien und Grundhaltungen, Service-, Hotelleistungen
	Standards/SOPs/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

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Evaluation systematisch bewerten	Die Evaluation ist die systematische Bewertung der Zielerreichung. Das geplante Ziel wird mit dem tatsächlichen Zustand zum Zeitpunkt der Evaluation verglichen und bewertet. Das Ergebnis der Evaluation zeigt den Grad der Zielerreichung. Sie erfolgt zu den bei der Zielbeschreibung festgelegten Zeitpunkten/Kontrollintervallen.	Evaluation systematisch bewerten	Die Evaluation ist die systematische Bewertung und Überprüfung der Zielerreichung. Das geplante Ziel wird mit dem tatsächlichen Zustand zum Zeitpunkt der Evaluation (entweder zu einem festgelegten Zeitpunkt, bei Veränderung des Pflegezustandes oder bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses) verglichen und bewertet.
		Evaluierungszeitpunkt	Ist individuell festzulegen
Konsequenzen Pflegediagnose beenden verändern weiterführen	Das Evaluationsergebnis kann zu folgenden Konsequenzen führen: 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. Die Pflegediagnose bleibt bestehen, obwohl das Ziel erreicht wurde (aber es handelt sich z. B. um Erhaltungsziele); die Interventionen können eventuell verändert werden, das hängt von der Bewertung dieser ab.		Bleibt gleich

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
Pflegeziel verändern	Die Pflegediagnose und die -interventionen bleiben bestehen, aber das Ziel wird verändert (das Problem besteht weiterhin, die Zielformulierung entsprach nicht).		
Pflegeinterventionen verändern	Die Pflegediagnose und das -ziel bleiben bestehen, aber die Interventionen werden verändert (Problem und Ziel scheinen sinnvoll, aber die Interventionen wirken nicht).		
Ursachenanalyse	Um die richtige Entscheidung zu treffen, müssen die Ursachen der unvollständigen Zielerreichung herausgefunden werden, dies erfolgt im Rahmen der Ursachenanalyse. Dort werden jene Faktoren geklärt, die einen Einfluss auf die Zielerreichung haben. Diese Faktoren können entweder im Pflegeprozess liegen (eine Verkennung des Problems, die unpassenden Interventionen oder Schwächen in der Formulierung des Ziels) oder in strukturellen Rahmenbedingungen grundgelegt sein (z. B. räumliche Gegebenheiten, Pflegeorganisationsform, Qualifikation des Personals) (vgl. Anhang Seite 46).	Ursachenanalyse	Um eine Entscheidung treffen zu können, müssen die Ursachen der unvollständigen Zielerreichung herausgefunden werden, dies erfolgt im Rahmen der Ursachenanalyse. Dort werden jene Faktoren geklärt, die Einfluss auf die Zielerreichung haben.
Ergebnisdokumentation	Ergebnisse der Evaluation können in einen Organisation im Pflegebericht, in der anderen im Evaluierungsbericht und in der dritten direkt beim evaluierten Ziel zu finden sein.	Dokumentation des Evaluationsergebnisses	Das Ergebnis und die Begründung, warum etwas verändert wurde, muss an der dafür definierten Stelle in der Pflegedokumentation vermerkt werden. Dies kann organisationspezifisch definiert sein.

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit Pat/Klient/Bew	Grundsatz	In Kooperation und Absprache mit den Patienten/Patientinnen
		Zielevaluierung bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses	Pflegeziele müssen mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses evaluiert werden. Das Ergebnis dieser Beurteilung mündet ggf. in den pflegerischen Entlassungsbrief.

Bezeichnung Evaluation

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Überprüfung und systematische Bewertung der Zielerreichung
	Verantwortung	Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Inhalt	Wie	Die Beurteilung der Zielerreichung wird – wenn möglich – gemeinsam mit den Patientinnen/Patienten bzw. deren Bezugspersonen durchgeführt. Die Beurteilung ist in Form eines schriftlichen Evaluierungsberichtes nachzuweisen.
	Wann	Die Evaluation findet zu dem – auf Basis der fachlichen Expertise – festgelegten Evaluierungszeitpunkt statt. In fachlich begründeten Fällen kann/muss die Evaluation schon vor dem festgelegten Zeitpunkt erfolgen.
	Wo	Das Ergebnis der Evaluation und die Begründung für eine Anpassung (Pflegediagnose, Pflegeziel, Pflegeinterventionen) muss 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.

5 Der Pflegebericht

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
<p>Verlaufsbericht über Besonderheiten</p> <p>Wichtiges</p> <p>Nichts Regelhaftes</p> <p>Interventionen, die einmalig gesetzt werden</p>	<p>Der Pflegebericht ist ein situationsbezogener Verlaufsbericht über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten von Pat/Klient/Bew.</p> <p>Besonderheiten sind wichtige und nicht regelhafte Informationen. Sie resultieren u. a. aus Beobachtungen, Gesprächen, Ereignissen, Inspektionen und Überwachung, die sonst an keiner Stelle der Dokumentation ihren Platz finden bzw. abgebildet werden können oder sollen. Unabhängig davon sind im Pflegebericht alle einmalig gesetzten Handlungen mit einer Beschreibung von Ursache und Wirkung der Intervention zu dokumentieren.</p>	<p>Verlaufsbericht über Besonderheiten</p> <p>Wichtiges</p> <p>Nichts Regelhaftes</p> <p>Interventionen, die einmalig gesetzt werden</p>	<p>Der Pflegebericht ist Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes, der über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten Auskunft gibt. Je gefahrenträchtiger die 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>Persönliche Ansichten bzw. Interpretationen sind ebenso zu vermeiden wie multi- bzw. interprofessionelle Konflikte.</p> <p>Hilfreich ist, zu überlegen: Worum geht es beim Pflegeberichteintrag? Was steht im Fokus des Eintrages und ist der Pflegeberichteintrag nachvollziehbar? (Ereignis erkennen und analysieren, reagieren und bewerten)</p>

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
<p>Beobachtungsergebnisse</p> <p>Abweichungen, wenn sie nicht regelhaft sind (einmalige und wiederkehrende unterscheiden)</p>	<p>Ist der Auftrag der Pflegebeziehung die Beobachtung, dann können diese Informationen entsprechend den Kriterien, die dieser Beobachtung zugrunde liegen, auch im Pflegebericht stehen. Insbesondere im Fachbereich der Psychiatrie stellen Verhaltensbeobachtung und Beschreibung des Verhaltens zentrale Elemente der Pflege dar. Diese Beobachtungsergebnisse können im Pflegebericht festgehalten und somit für alle Berufsgruppen nachvollziehbar dargestellt werden. Er eignet sich auch zur Dokumentation von Abweichungen von der Norm bzw. vom Standard (= nicht regelhaft). Treten Abweichungen aber häufiger oder mit besonderer Intensität auf, sollten sie entweder in Pflegediagnosen übergehen oder eine medizinische Handlung/Diagnose nach sich ziehen.</p>		<p>Ist im Verlaufsbericht über Besonderheiten enthalten</p>
<p>„Floskeln“ und persönliche Ansichten bzw. Interpretationen sind zu vermeiden!</p>	<p>Der Pflegebericht ist ungeeignet, um mit Floskeln gefüllt zu werden, die kaum Informationsgehalt bieten. Beispiele dafür sind „gut geschlafen“, „Patient o. B.“ oder „alles in Ordnung“.</p> <p>Weiters zu vermeiden sind persönliche Ansichten und Interpretationen der Pflegenden (z. B. „Patient/in ist verwirrt“ oder „Klient/in ist nett und kooperativ“). Es sind nur Tatsachen, objektive Beobachtungen, Befunde und Aussagen der</p>	<p>„Floskeln“ und persönliche Ansichten bzw. Interpretationen sind zu vermeiden!</p>	<p>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“.</p> <p>Abkürzungen sollten generell vermieden werden. Werden jedoch Abkürzung verwendet, dann nur entsprechend einem aktuellen Abkürzungsverzeichnis der Organisation¹¹ sowie jene, die im Duden stehen.</p>

11

Abkürzungsverzeichnis muss gemäß gesetzlicher Bestimmungen archiviert werden.

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
	Pat/Klient/Bew (bzw. deren Bezugspersonen) festzuhalten. Fachliche Interpretationen auf Grund von Beobachtungen von Symptomen, Zeichen oder Phänomenen sind als solche auszuweisen und zu dokumentieren.		
		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.
Platz/Ort/Stelle der Dokumentation kann unterschiedlich sein	Der Platz / die Stelle für den Pflegebericht ist abhängig vom jeweiligen Dokumentationssystem. Wichtig dabei ist, dass es zu keiner Doppeldokumentation kommt und der Zusammenhang der einzelnen Informationen nötigenfalls durch Querverweise aufgezeigt wird.	Platz/Ort/Stelle der Dokumentation kann unterschiedlich sein	Der Platz / die Stelle für den Pflegebericht ist abhängig vom jeweiligen Dokumentationssystem. Wichtig dabei ist, dass es zu keiner Doppeldokumentation kommt (auch unter Berücksichtigung einer multiprofessionellen Dokumentation) und der Zusammenhang zwischen den einzelnen Informationen nötigenfalls durch Querverweise aufgezeigt wird.
Grundlage für Neueinschätzung	Nachdem der Pflegebericht als Verlaufsbericht konzipiert ist, der nur über oben genannte Besonderheiten im Rahmen einer definierten Pflegebeziehung berichtet, liefert er Informationen für eine vorzunehmende Neueinschätzung des Ist-Zustandes.		Kann weggelassen werden

Bezeichnung **Pflegebericht**

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Der Pflegebericht ist Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes, der über behandlungs- und pflegerelevante Besonderheiten von Patienten/Patientinnen Auskunft gibt.
	Verantwortung	Alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Inhalt	Was	<p>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 Intervention gewirkt).</p> <p>Einmalig gesetzten Interventionen, sofern sie nicht an anderer Stelle festgehalten sind, mit einer Beschreibung von Ursache und Wirkung der Intervention</p>
	Was nicht	<ul style="list-style-type: none"> a) Floskeln, die kaum Informationsgehalt bieten z. B. „hat die ganze Nacht nicht geläutet“, „keine Besonderheiten“, „keine Beschwerden“, „Patient o. B.“ „alles in Ordnung“ b) Persönliche Ansichten und Wertungen der Pflegepersonen c) 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. Übergabe des Patienten / der Patientin an einen anderen Bereich. Es gilt, je akuter/relevanter das Ereignis / die Beobachtung ist, umso rascher muss der Eintrag erfolgen.

6 Der Durchführungsnachweis

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Definition	Der Durchführungsnachweis bezieht sich auf alle Tätigkeitsbereiche der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sowie der Berufe mit Pflegekompetenz. Es handelt sich hierbei um die personenbezogene Dokumentation aller direkten bzw. unmittelbar* erbrachten Pflegeinterventionen. Das Festhalten der pflegerischen Basisinterventionen im Durchführungsnachweis wird settingspezifisch entschieden.	Definition	Der Durchführungsnachweis ist das schriftliche Festhalten direkter bzw. unmittelbar* erbrachter Pflegeinterventionen sowie Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie. Die dafür vorgesehene Stelle wird von der Organisation vorgegeben. Der Durchführungsnachweis ist nicht notwendigerweise mit dem Leistungsnachweis gleichzusetzen. Leit-/Richtlinien zur Leistungserfassung können organisationsintern festgelegt werden.
Hauptzweck	Der Durchführungsnachweis dient laut GuKG der Identifikation der durchführenden Personen und macht transparent (intra- und interprofessionell sowie gegenüber den Pat/Klient/Bew), welche Interventionen an welchem Tag, zu welchem Zeitpunkt, von welcher Person erbracht wurden. Er dient somit der Qualitätssicherung.	Hauptzweck	Im Durchführungsnachweis wird festgehalten, welche Intervention/Tätigkeiten an welchem Tag, zu welchem Zeitpunkt, von welcher Person erbracht wurden.
Inhalt	Die erfolgte Durchführung aller Interventionen ist mittels vor Ort festgelegtem Handzeichen / festgelegter digitaler ID*, mit Angabe von Uhrzeit, Zeitraum und Datum schriftlich bzw. elektronisch zu bestätigen. Wo die Eintragung vorzunehmen ist, hängt vom jeweils verwendeten Dokumentationssystem ab.	Inhalt	Dass eine Intervention/Tätigkeiten durchgeführt worden ist, ist mittels vor Ort festgelegtem Handzeichen / festgelegter digitaler ID* mit Angabe von Uhrzeit, Zeitraum und/oder Datum schriftlich bzw. elektronisch zu bestätigen.

Arbeitshilfe 2010		Interpretation akutstationär/Rehabilitation	
Effizienz	Außerhalb der Pflegeprozessdokumentation finden somit zahlreiche Dokumentationsleistungen statt, die häufig administrativen Charakter haben und zu erheblichen Arbeitsbelastungen führen. Umso wichtiger ist, dass die Dokumentationsleistung möglichst einfach und effizient geschieht. Ein Hauptkriterium dafür ist, dass jeder Eintrag nur einmal und an der dafür vorgesehenen Stelle zu finden ist.	Effizienz	Die Dokumentationsleistung soll möglichst einfach und effizient erfolgen, 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 Patienten / einer Patientin in einen anderen Bereich. Es gilt, je akuter oder relevanter das Ereignis, desto rascher muss der Eintrag erfolgen.

Bezeichnung Durchführungsnachweis

Empfehlungen zur Durchführung

Formale Grundlage	Zweck	Ist der Nachweis direkter bzw. unmittelbar erbrachter Pflegeinterventionen sowie Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen von medizinischer Diagnostik und Therapie.
	Verantwortung	Alle Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

Inhalt	Was	Es wird festgehalten, welche Interventionen/Tätigkeiten an welchem Tag, zu welchem Zeitpunkt, von welcher Person erbracht wurden.
	Wie	Die erfolgte Durchführung der Interventionen/Tätigkeiten ist mittels vor Ort festgelegtem Handzeichen / festgelegter digitaler ID*, mit Angabe von Uhrzeit/Zeitraum und Datum schriftlich bzw. elektronisch zu bestätigen.
	Wann	Es wird empfohlen, möglichst zeitnah nach der Durchführung der Interventionen/Tätigkeiten die Leistungserbringung festzuhalten.
	Wo	Die dafür vorgesehene Stelle wird von der Organisation vorgegeben.

Literatur

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

Caroll–Johnson, R.M. (1993): Classification of Nursing Diagnoses: Proceedings of the tenth Conference, Philadelphia. In: Gordon M., Bartholomeyczik S. (2001): Pflegediagnosen – Theoretische Grundlagen. München. Urban&Fischer

Gordon, Marjory; Bartholomeyczik, Sabine (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. 1. Aufl., Urban & Fischer, München, Jena

ISO (2003): Health informatics — Integration of a reference terminology model for nursing. In: ISO/FDIS 18104/

Lindpaintner, Lyn S (2007): Der Beitrag der Körperuntersuchung zum klinischen Assessment: Wirksames Instrument der professionellen Pflege. In: Pflege 20/4:185–190

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

Spirig, Rebecca; Fierz, Katharina; Hasemann, Wolfgang; Vincenzi, Christine (2007): Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. In: Pflege 20/4:182–184

Anhang

Pflegeassessment	
Bezeichnung	
Definition lt. GuKG	Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit* des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese)
Fachliche Erläuterungen	Assessment ist das Sammeln und Beurteilen von Daten. Bartholomeyczik (2007, 212) schreibt „Bei jedem Assessment sollte das Ziel der Information basierten Entscheidungsfindung im Vordergrund stehen, für die als Basis zuverlässige Informationen benötigt werden; das Assessment-Ergebnis sollte folglich Handlung leitend sein. Ein Assessment kann in einer oder mehreren Pflegediagnosen enden, es kann auch zu anderen Problem- oder Ressourcenbeschreibungen führen.“

Empfehlungen zur Durchführung

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

Inhalt	Wie	Gespräche, Beobachtungen, körperliche Untersuchungen, Informationen durch anderen Quellen z. B. Angehörige, Krankengeschichte usw.
	Was	Individuelle Verhaltensweisen, Bedürfnisse, Beeinträchtigungen, Ängste, Sorgen, Wünsche/Gewohnheiten Risiken* [z. B. Dekubitusrisiko, Sturz ...] Ressourcen Die Situation des sozialen Umfelds Das beinhaltet: →Lebensaktivitäten* (u. a. Waschen, Kleiden, Toilettenbenutzung, Kontinenz, Mobilität, Essen) →Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens* (u. a. Essenszubereitung, Einkaufen, Kommunikation, Hausarbeit, Medikamentenvorbereitung und -einnahme, monetäre Angelegenheiten) →Spezifische Schwerpunkte wie Biografie- oder Ressourcenorientierung sind abhängig vom jeweiligen Pflegeleitbild der Organisation
	Wie oft	a) Bei der Aufnahme bzw. wenn fachlich begründet eine Aktualisierung bei Wiederaufnahme* b) Neueinschätzung des Ist-Zustands in der Langzeitpflege mindestens alle 6-12 Monate
	Wie viel (Umfang) / Wann	Abhängig von der Aufenthaltsdauer Für kurz dauernden Aufenthalt (ist settingspezifisch zu definieren): Screening und darauf aufbauende Risikoeinschätzung sollten sofort erfolgen, gegebenenfalls zusätzlich Basisdaten Für längerfristige Aufnahmen eine ausführliche Erhebung mit ggfs. biografischen Aspekten bzw. fokussiertem Assessment → <i>diese Einschätzung erfolgt über längere Zeiträume, diese müssen settingspezifisch [z. B.: interne Vorgaben] definiert werden</i>
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung JA</i>

Pflegediagnostik	
Bezeichnung	
Definition lt. GuKG	Feststellen der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose)
Fachliche Erläuterungen	"Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle und potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist" ¹²

Empfehlungen zur Durchführung

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

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

¹²
Carroll-Johnson 1993, in Gordon, Bartoholomeyczik, 2001, 13.

Festlegen von Zielen	
Bezeichnung	
Definition lt. GuKG	Planen der Pflege, Festlegen von pflegerischen Zielen
Fachliche Erläuterungen	Pflegeziele beschreiben zukünftige Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen und zukünftiges Wissen, die alle innerhalb eines definierten Zeitraums erreicht werden sollen

Empfehlungen zur Durchführung

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

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

Bezeichnung		Planen von Pflegeinterventionen
Definition lt. GuKG	Planen der Pflege, Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen	
Fachliche Erläuterungen	Die Planung der Pflegeinterventionen erfolgt auf Grundlage des Pflegeassessments, der Pflegediagnosen und der Pflegeziele. Unter Pflegeinterventionen werden Handlungen verstanden, die der Aufrechterhaltung, der Verbesserung und der Wiederherstellung des Gesundheitszustandes, der Gesundheitsförderung dienen oder zur Linderung von Leiden beitragen und einen Einfluss auf das gewünschte (beschriebene) Pflegeziel haben.	

Empfehlungen zur Durchführung

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

Inhalt	Wie	Sie werden so formuliert, dass eindeutig hervorgeht wer (i.S. von Berufsgruppen), was, wann bzw. wie oft, wo, womit und wie durchführt.
	Was	Pflegeinterventionen umfassen Aktivitäten, die a) direkt mit oder für Pat/Klient/Bew ausgeführt werden; b) die dem Monitoring* dienen; c) die der Information, der Beratung, der Anleitung bzw. Schulung dienen; d) die dem Case Management oder Entlassungsmanagement dienen.
	Was nicht	a) Einmalig zu erbringende Leistungen b) Settingspezifische pflegerische Basisinterventionen c) Interventionen, die schon an anderer Stelle geplant/angeordnet sind. d) Handlungsschemata, Prinzipien und Grundhaltungen e) Hotellerieleistungen
	Standards	Werden Interventionen laut Standard geplant, so muss (a) der entsprechende Standard nachlesbar sein und (b) darf sich die erbrachte Intervention in keinem Punkt von dem hierfür erarbeiteten Standard unterscheiden; (c) die Abweichung vom Standard angeführt werden.
		<i>Evaluation NEIN Aktualisierung JA</i>

Evaluation	
Bezeichnung	
Definition lt. GuKG	Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation)
Fachliche Erläuterungen	Die Evaluation dient der Beurteilung der Zielerreichung. Es wird festgestellt, inwieweit die vereinbarten Pflegeziele erreicht wurden. Kontinuierliche Pflegeevaluation ermöglicht der Pflegeperson, die Effektivität der gesetzten pflegerischen Interventionen zu steuern.

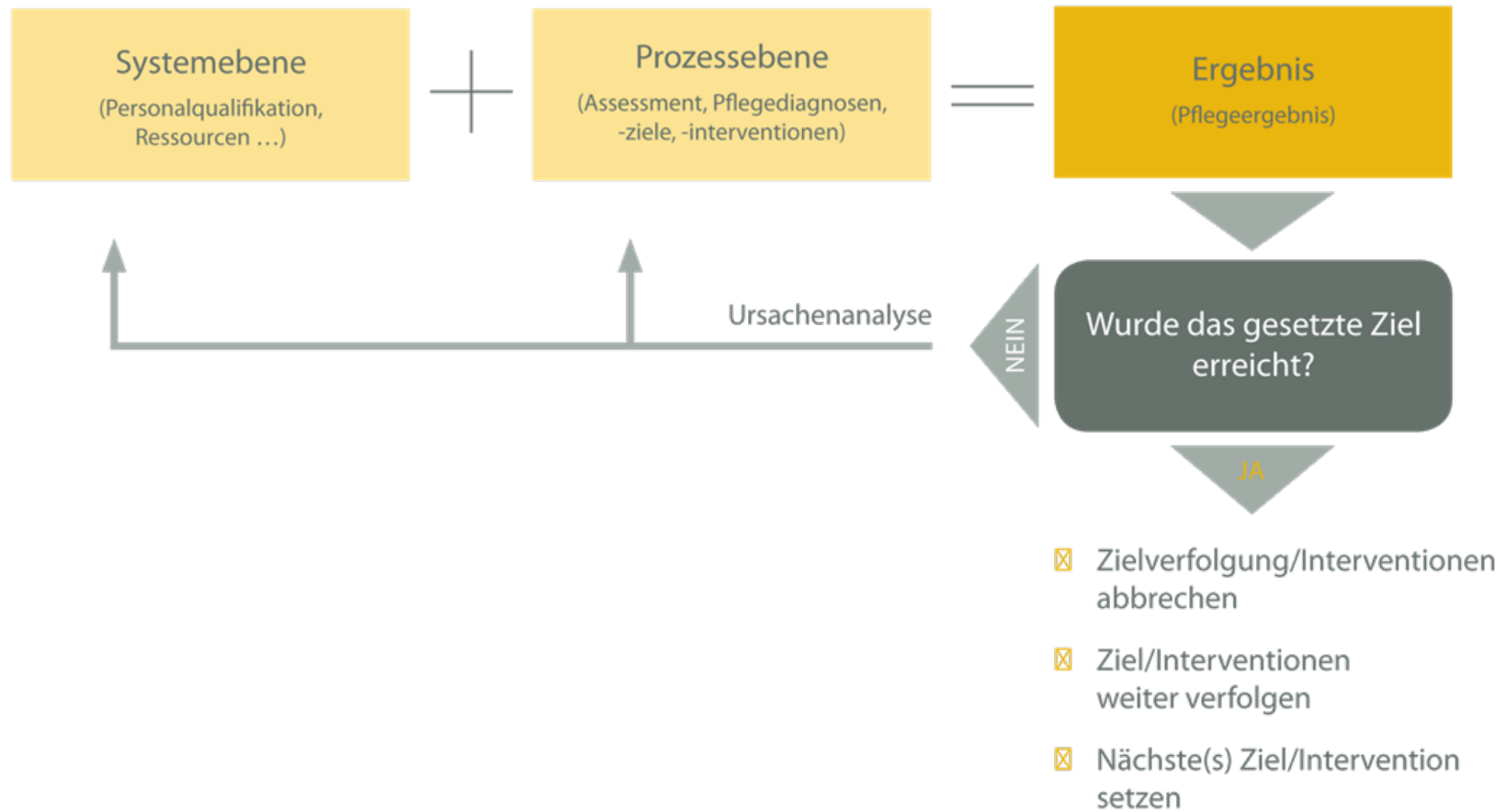
Empfehlungen zur Durchführung

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

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

Beispiel 2:
Ziel der Diabeteschulung ist, Pat/Klient/Bew am Ende der Schulungsdauer von vier Wochen zum selbstständigen Messen des Blutzuckers und autonomen Interpretieren der Messwerte sowie der daraus resultierenden Anpassungen im Diabetesmanagement selbstständig zu befähigen.
Evaluiert wird am Ende der vier Wochen die Fähigkeit, selbstständig den Blutzucker zu messen; die Darstellung der Messergebnisse und die daraus resultierende Anpassung der Insulindosis inkl. Begründung, warum diese notwendig ist.
Das Monitoring findet während der gesamten Betreuungs-/Schulungszeit statt und ermöglicht durch laufende Beobachtungen und ständiges Überprüfen der Fähigkeiten und des Wissens, die Schulungsinhalte an den Bedarf anzupassen (z. B. erlernt eine Person die Handhabung des Blutzuckermessgerätes rascher, eine andere braucht mehr Unterstützung).

Ursachenanalyse im Rahmen der Evaluation



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

Empfehlungen zur Durchführung

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

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

Titel		Durchführungsnachweis
Definition (lt GuKG)	Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufs die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.	
Fachliche Erläuterungen	Es handelt sich hierbei um die personenbezogene Dokumentation der erbrachten direkten/unmittelbaren Pflegeinterventionen (in allen Tätigkeitsbereichen, unabhängig in welchem Teil der Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation diese festgehalten werden; u. a. Fieberkurve, Pflegebericht oder Pflegeplanung). Die indirekten Pflegeleistungen (u. a. Medikamente bestellen) benötigen keinen personenbezogenen Durchführungsnachweis und sind daher auch nicht in der Patienten-, Klienten-, Bewohnerdokumentation zu verankern. Der Durchführungsnachweis kann als Leistungsnachweis herangezogen werden, was jedoch vom System der Leistungserfassung vor Ort abhängig ist.	

Empfehlungen zur Durchführung

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

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