

# Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2017

Elisabeth Rappold

4. Tag der Pflege und Gesundheitsberufe

06.05.2017, Wolfsberg

# Hintergrund

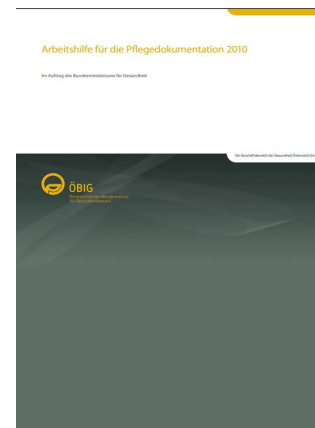
---

- » 2008 Erste Auflage *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation*
- » 2010 2. und erweiterte Auflage der *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation*
- » 2015 Überarbeitung ausgewählter Teile der Arbeitshilfe für den akutstationären und rehabilitativen Bereich
- » 2016 Überarbeitung der Arbeitshilfe für die PD im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) auf Basis der Arbeiten von 2015
- » 2016 GuKG Novelle

## Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017

---

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen



## Pflegedokumentation: Interpretation der Arbeitshilfe

Im Auftrag der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Allgemeinen Landesversicherungsanstalten, der MD Landesärztl. -Komm. - und Spezial-Ärztl., der Vitos (Gemeinsame Krankenversicherungsanstalt) und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BVA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

## Die Arbeitshilfe für die PD

---

.... ist eine bundesweit und zwischen allen Bereichen der Gesundheits- und Krankenpflege **abgestimmte Empfehlung** zur Dokumentation des **pflegerischen Kompetenzbereichs**.

Die Autorinnen und Autoren empfehlen jedoch **grundsätzlich eine integrierte berufsgruppenübergreifende Dokumentation**.

Der Begriff "Dokumentation im Gesundheitsbereich" umfasst nicht nur die Krankengeschichte im Spitalsbereich, sondern auch die ärztlichen Aufzeichnungen (Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht (2014), 1/158).

Dass verschiedene Personen für die Dokumentation verantwortlich sind, ändert jedoch nichts daran, dass hier eine Einheit vorliegt (Aigner/Kletecka/Kletecka-Pulker/Memmer, Handbuch Medizinrecht (2014), IV/30).

## Für den Inhalt 2017 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

# Aufbau des Vortrages

- » Darstellung wesentlicher Veränderungen/Klärungen
- » kombiniert mit den Irrtümern zur Pflegedokumentation aus dem Artikel in der Zeitschrift für Pflegerecht Aistleithner/Rappold Pflegeprozess und Dokumentationspflicht; ÖPZR 2/16

Die Irrtümer nicht chronologisch gereiht!

- » Diskussion



Arbeitshilfe 2017 zur Arbeitshilfe 2010

## **ZENTRALE VERÄNDERUNGEN/KLÄRUNGEN**

## Zentrale Veränderungen in der Arbeitshilfe 2017 (1)

---

- » Anpassung an GuKG Novelle 2016

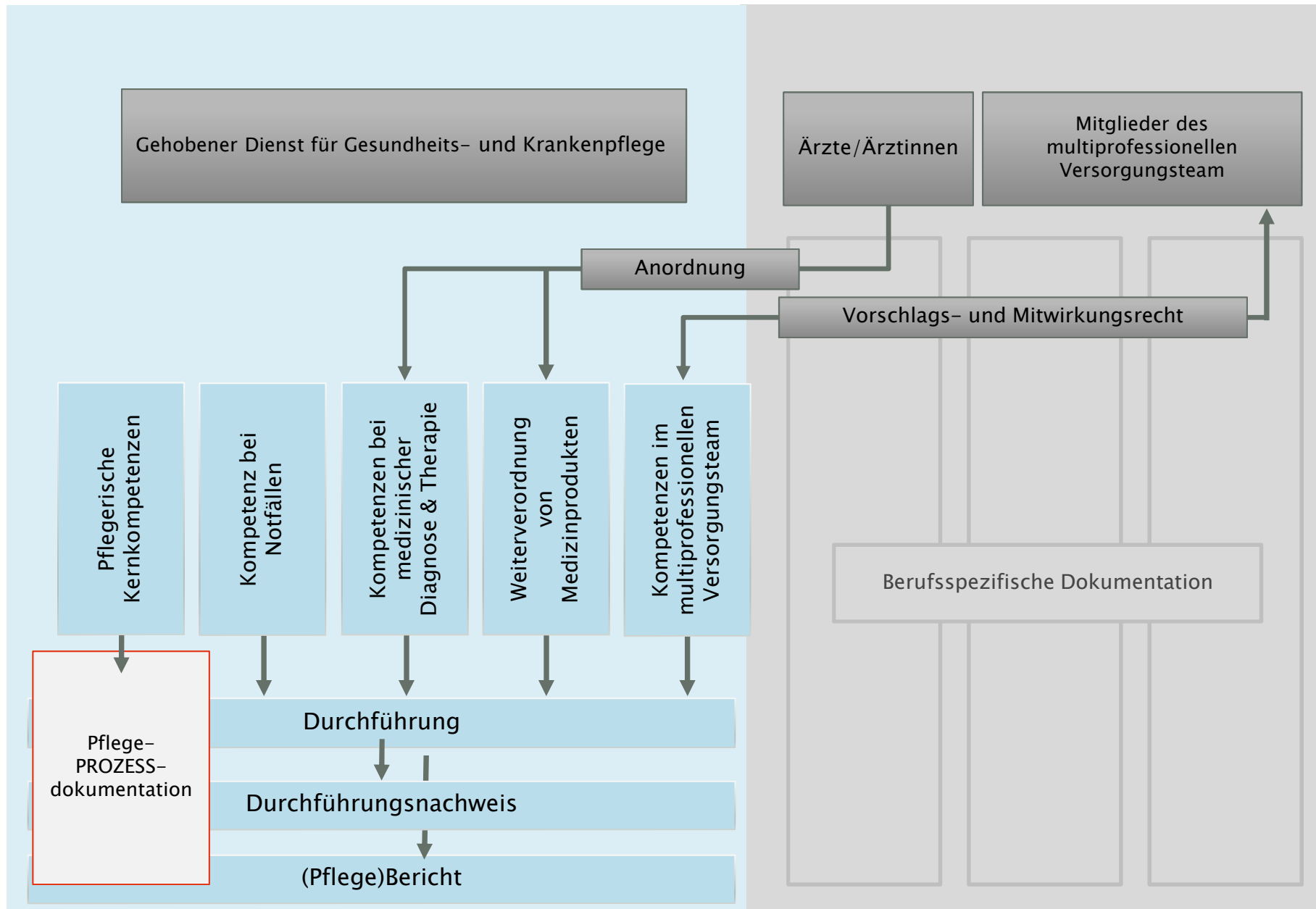
Bedeutet

- » Kompetenzorientierung vor Tätigkeitsorientierung
- » Weg von Einzeltätigkeiten zur (Teil)Prozessorientierung  
(meint: Abstand nehmen von Beschreibung einzelner  
Tätigkeiten)

## §§ 14–17 GuKG – Kompetenzbereich gehobener Dienst

Tätigkeitsbereiche – Alt	Kompetenzbereiche – Neu
<del>§ 14 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich</del>	§ 14 Pflegerische Kernkompetenzen
<del>§ 14a Lebensrettende Sofortmaßnahmen</del>	§ 14a Kompetenz bei Notfällen
<del>§ 15 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich</del>	§ 15 Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie
	§ 15a Weiterverordnung von Medizinprodukten
<del>§ 16 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich</del>	§ 16 Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam
<del>§ 17 Erweiterte und spezielle Tätigkeitsbereiche</del>	§ 17 Spezialisierungen (§§ 18–26)





# Zentrale Veränderungen in der Arbeitshilfe 2017 (2)

## AH 2010

## AH 2017

Einleitung .....

- Rechtliche Grundlagen .....
- 2.1 Dokumentationspflichtige Personen .....
- 2.2 Verschwiegenheitspflicht und Einsichtsrechte .....
- 2.3 Pflegedokumentation als Urkunde -dokumentengerechte Schreibweise .....
- 2.4 Dokumentationsfehler .....



Einleitung .....

- Rechtliche Grundlagen der (Pflege-)Dokumentation – Allgemein.....
- Gegenstand der Dokumentation pflegerischer Kompetenzbereich.....
- Anforderungen an die Pflegedokumentation .....

- Pflegeprozess .....
- Das Pflegeassessment .....
- Die Pflegediagnostik.....
- Die Pflegeziele.....
- Die Pflegeinterventionen .....
- Die Evaluation .....

Pflegeprozess und Pflegeplanung .....

- Pflegeprozess .....
- Das Pflegeassessment .....
- Die Pflegediagnostik.....
- Die Pflegeziele.....
- Die Pflegeinterventionen.....
- Die Evaluation.....

Der Pflegebericht.....

Der Pflegebericht.....

~~Die Pflegevisite .....~~

Nachweis der Durchführung .....

Literaturverzeichnis .....

Entlassungs-, Transferierungsstatus in der Pflegedokumentation .....

~~Glossar (\* Begriffe, die im Glossar erklärt werden).....~~

Literatur .....

## Zentrale Veränderungen in der Arbeitshilfe 2017 (3)

- » alle wesentlichen Begriffe sind im Kernstück erklärt, Glossar ist entfallen
- » stringente Logik – Einstieg immer über eine Definition

AH 2010

AH 2017

### Das Pflegeassessment

Grundsatz	In Kooperation mit Pat/Klient/Bew
Teile des <b>pflegerischen Erstassessments</b>	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 <sup>13</sup> .
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.
<b>Umfang des Erstassessments</b>	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 Aufnahmen ist das Risikoassessment um relevante Basisinformationen zu erweitern. Verlän-
Kurzdauernde Kontakte	

### Das Pflegeassessment

Grundsatz	In Kooperation mit den Patienten/Patientinnen, Klientinnen/Klienten, Bewohnerinnen/Bewohner
<b>Definition</b>	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 <sup>8</sup> (das sind Erstassessments, Reassessments und fokussierte Assessments) können aus mehreren Teilen bestehen und mithilfe verschiedener Instrumente stattfinden. Assessments liefern Daten zur informationsbasierten Entscheidungsfindung. Die Ergebnisse daraus sind handlungsleitend und bilden die Basis für den pflegediagnostischen Prozess. Assessmentinstrumente unterstützen die pflegerische Entscheidung, können sie aber nicht ersetzen <sup>9</sup> .
<b>Erstassessments</b>	Das pflegerische Erstassessment beginnt im Rahmen des Erst-/Aufnahmegespräches bzw. findet im Rahmen der Beobachtung des Gesundheitszustandes statt und wird bei Bedarf in weiteren Kontakten ergänzt.

## Irrtum 2:

### Ein Pflegeplan ist dasselbe wie Pflegeplanung

Der **schriftlich festgelegte Pflegeplan** ist das Ergebnis aus dem

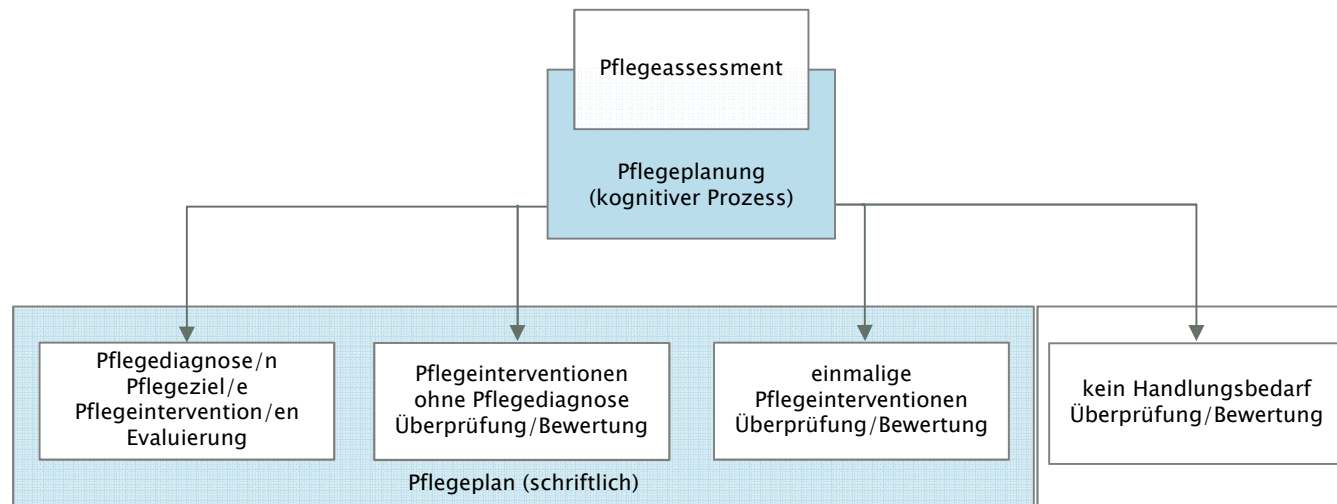
- » Pflegeassessment und der
- » Pflegeplanung

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

# Pflegeplanung und Pflegeplan

---



## Zentrale Klärungen in der Arbeitshilfe 2017

---

- „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 sind erforderlich**. Notwendiger Inhalt und Umfang der konkret erforderlichen Dokumentation können nur anhand der konkreten Situation beurteilt werden.“ S. 4
- „Detaillierungsgrad und Umfang der Dokumentation von den konkreten Aufgaben gemäß Aufgabenprofil der jeweiligen Stelle bzw. des jeweiligen Arbeitsplatzes an. **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**“. S. 5
- „Liegt im Rahmen des Aufenthaltes / der Betreuungsdauer **kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem bzw. kein pflegerischer Förderungsbedarf** vor, werden **KEINE Pflegediagnosen** gestellt. Im Zuge der Entlassung kann jedoch eine Empfehlung für die nachfolgende Versorgungseinheit gegeben werden.“ S. 13

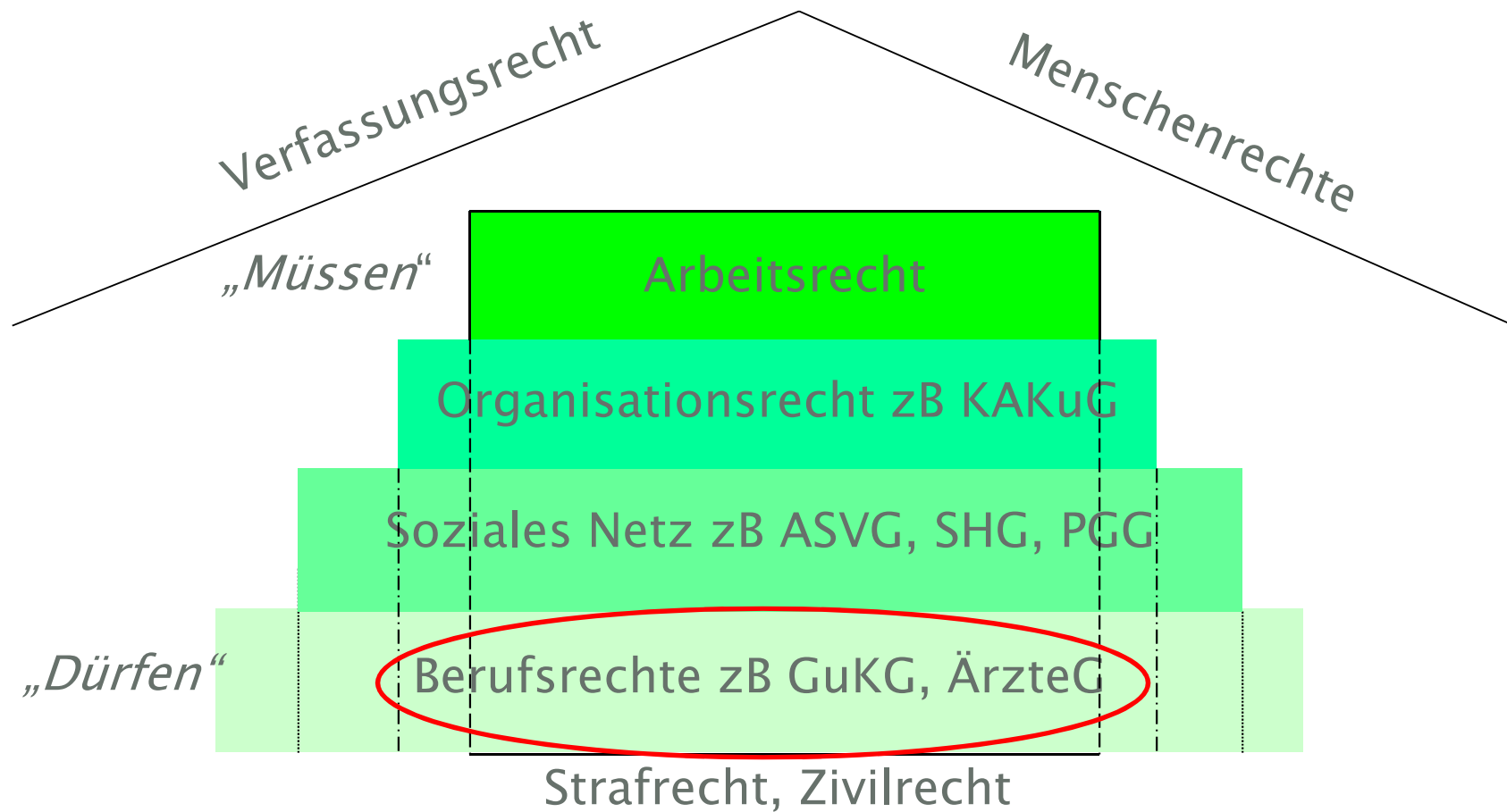
## Irrtum 1:

# Es müssen immer alle Schritte des Pflegeprozesses durchgeführt und dokumentiert werden

---

- » Der Irrtum beruht auf der Meinung, dass § 5 GuKG dazu *verpflichtet*, bei jedem/r Patienten/Patientin alle Schritte des Pflegeprozesses durchzuführen und auch zu dokumentieren
- » Berufsrecht ist „Lizenzrecht“ d.h.
  - » eine *Berechtigung*, nicht eine *Verpflichtung* zur Durchführung gesetzlich beschriebener Aufgaben
- » Arbeitgeber kann entscheiden welche konkreten Schritte des Pflegeprozesses jedenfalls durchgeführt werden müssen und wie konkret zu dokumentieren ist
- » Für jeden einzelne/n Mitarbeiter/in: *individuelle* Verpflichtung Dokumentationsinhalt und Grad der Detaillierung variiert und ist situationsabhängig
  - » und von den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson aus pflegerischer Sicht zu entscheiden

# Zusammenhang Berufsrecht

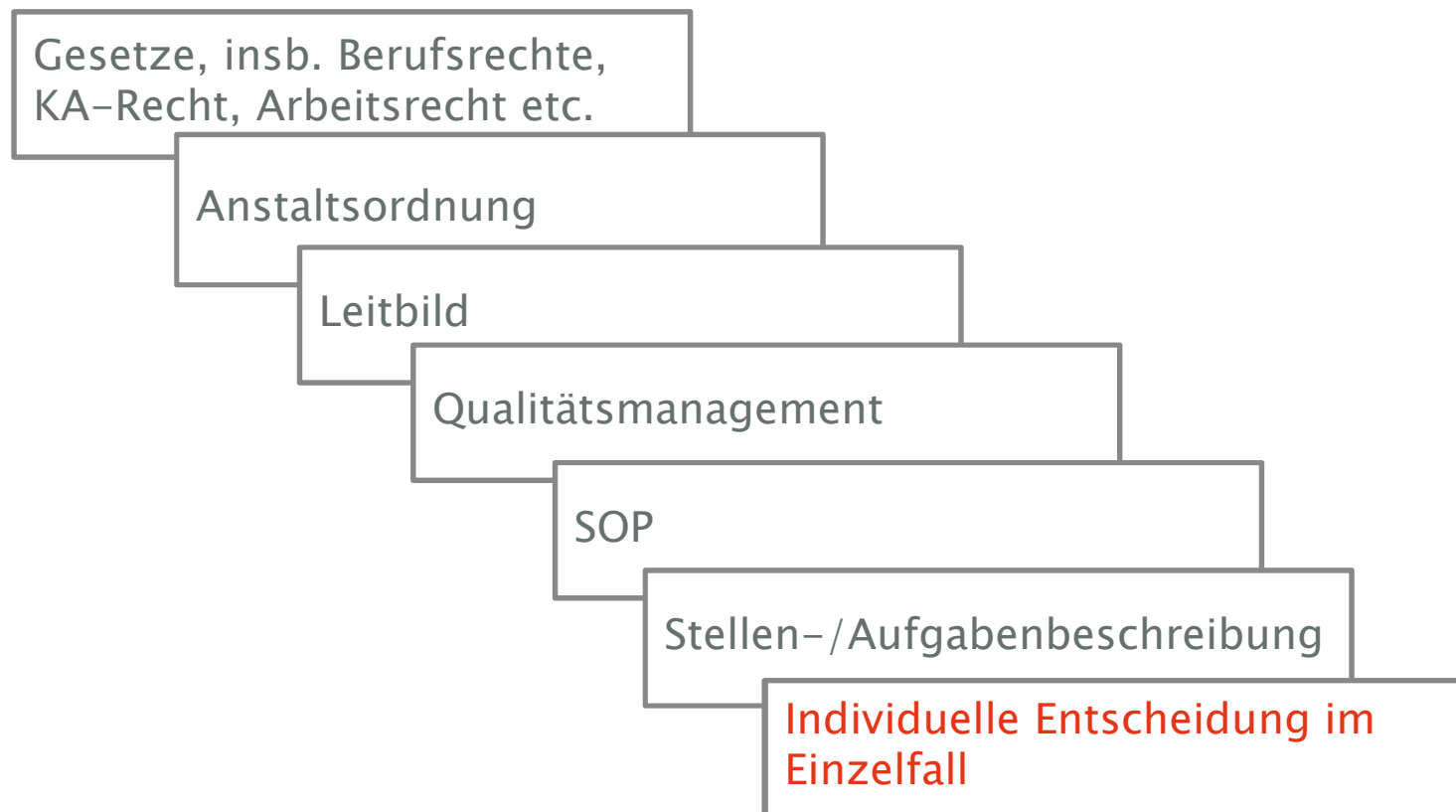


Quelle und Darstellung: Aistleithner, 2015



# Dokumentationspflicht: Von der gesetzlichen zur individuell-konkreten Verpflichtung

---



## Einschub: GuKG § 14 Pflegerische Kernkompetenzen

---

Ein Auszug...

Abs 1. die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die

- » eigenverantwortliche **Erhebung des Pflegebedarfes** sowie
- » Beurteilung der **Pflegeabhängigkeit**,
- » die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen,

Abs. 2.

- » **Gesamtverantwortung** für den Pflegeprozess,
- » Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation**
- » ....

## Einschub:

# GuKG § 82. (1) Pflegeassistentenberufe : Berufsbild

## Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten

Sie sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur **Unterstützung** von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten und Ärztinnen.

Die Pflegeassistentenberufe umfassen die **Durchführung der ihnen nach Beurteilung** durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen des Pflegeprozesses **übertragenen Aufgaben und Tätigkeiten** in verschiedenen Pflege- und Behandlungssituationen bei Menschen aller Altersstufen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie auf allen Versorgungsstufen.

Im Rahmen der **medizinischen Diagnostik und Therapie** führen Pflegeassistentenberufe die ihnen von Ärzten **übertragenen** oder von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege weiterübertragenen Maßnahmen durch.

# Kompetenzstufen verschiedener Pflegeberufe am Beispiel des Pflegeassessments

<b>Pflegeassistentenz</b>	<b>Pflegfachassistentenz</b>	<b>Gehobener Dienst für GuK</b>	<b>Spezialisierung in Intensivpflege</b>	<b>Advanced Practice Nursing</b>
<p>... wirkt beim Einsatz von standardisierten Assessments sowie Risikoskalen zu bestimmten Indikatoren (wie Decubitus, Sturz, Schmerz) mit.</p>	<p>... setzt für den Fachbereich standardisierte Assessments sowie Risikoskalen zu bestimmten Indikatoren (wie z. B. Decubitus, Sturz, Schmerz, Mobilität) ein, kann die Ergebnisse für den unmittelbaren Handlungsbedarf interpretieren und bringt diese argumentiert in die Planung ein.</p>	<p>... trifft auf Basis von Einschätzungs- und Beurteilungsinstrumenten fachlich begründete Entscheidungen. ... benennt auf Basis von Beobachtungen/ Erhebungen pflegerelevante Phänomene in Bezug auf Gesundheit und Krankheit, interpretiert diese und trifft differenzierte Unterscheidungen, die u. a. in akkurat gestellte Pflegediagnosen münden.</p>	<p>... schätzt pflegerelevante Variablen und Phänomene in kritischen Situationen, gegebenenfalls unter Verwendung von pflegerischen Assessmentinstrumenten, zum Zweck der Bewertung und/oder der nachfolgenden Handlungsinitiierung ein.</p>	<p>... unterstützt im Falle außergewöhnlicher Pflegesituationen unterschiedlicher Pflege- und/oder therapeutischer Teams im Fachbereich (in Form eines Expertengutachtens). Sie kann Maßnahmen vorschlagen bzw. anordnen und evaluieren.</p>

## Zentrale Veränderung in der Arbeitshilfe 2017 (3) = Irrtum 3

---

Kapitel Pflegeinterventionen verschränkt mit dem Kapitel Pflegediagnostik → „**Basisinterventionen**“ werden nicht mehr angeführt. Auf Seite 15 ist jedoch zu lesen:

Pflegediagnosen sind **nicht zwingend für alle Pflegeinterventionen notwendig**, dies gilt insbesondere für

- » 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)
- » Entwicklungsphysiologisch bedingte Pflege (z. B. Baden eines Säuglings)
- » Einmalige Pflegeinterventionen
- » Pflegesituationen, die im Rahmen des Aufenthaltes / der Betreuung nicht beeinflussbar sind
- » Bei generellen Risiken

# Beispiele Pflegeinterventionen, die sich primär aus der Folge der medizinischen Behandlung ergeben

<b>00108 Waschen u. Sauberhalten</b>			4.4.	
a/v eingeschränkter Mobilität		Pat. erkennt pers. Ressourcen und erreicht wieder zunehmend selbstst	→	~bereitstellen von Wasser u. Waschutensilien
post operativen Schmerzen				
a/d kann sich Wasser u. Waschutensilien nicht selbstständig herrichten		Pat. Fühlt sich wohl - Körperhygiene ist gewährleistet		~Hilfestellung bei KpB, KpW und KpD
kann sich Körperteile nicht selbstständig waschen				~Hilfestellung beim Erreichen des Badezimmers
Ress: kann sich <u>Gesicht Oberkörper und obere betroffene Extremität</u> selbstständig waschen				~Hilfestellung bei Zahn- u. Zahnprothesenpflege ~Wahrung der Intimsphäre

*fachlich nicht notwendig*



Sind in der Regel nicht zu planen

Abhängig vom Einzelfall reicht Aufgabenliste

## Beispiel ‚Pflegediagnose‘ Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

---

Pflegediagnose:

Akuter Schmerz

A: OS fract. li.

S: verbale und nonverbale Schmerzäußerung des Pat.

Ressourcen: Pat. meldet sich über zunehmende Schmerzen

Pflegeziel:

VAS unter 3

Pflegemaßnahmen:

- Schmerzeinschätzung mittels VAS bei den Erwachsenen oder Kindern mit Gesichtern um die Intensität zu messen, bzw. die Wirksamkeit der Therapie zu prüfen (? , wie oft?)
- Vorbereiten/Verabreichen **Sie** i.v. Schmerzmittel lt. ärztlicher Anordnung (? – siehe Fieberkurve!)
- **Wenden Sie** lokal Kälte an (Coolpack/Topfen/Salbenwickel/kühlende Umschläge mit Wasser (? Was?; tw. ärztliche Anordnung))

*fehlt nicht notwendig*

## Beispiel: entwicklungsphysiologisch bedingte Pflege

---

Pflegediagnose:

Das Kind ist aufgrund ihres Alters auf die Hilfe anderer angewiesen.

- Ressource: Kind ist nicht ausreichend zur Mahlzeit.
- Ziel: Kind ist ausreichend versorgt.
- Maßnahme: Hilfe von Eltern, bzw. Pflegepersonal regelmäßig versorgt.

*fehlt nicht notwendig*



# Irrtum 7: Pflegedokumentation ist ident mit der Leistungsdokumentation

- » Die Pflegedokumentation auf Basis des Pflegeprozesses orientiert sich am Patientenprozess und ist nicht mit einer Leistungsdokumentation gleichzusetzen

Leistungserfassung kann vom Betrieb verlangt werden, ist aber nicht Teil des Schriftlichen Pflegeplans



Zeit	Maßnahme
08:51	Bettwäsche teilweise wechseln
08:24	Tablette/Kapsel verabreichen
06:06	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
03:21	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
01:19	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
00:12	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
21:11	Tablette/Kapsel verabreichen
16:56	Tablette/Kapsel verabreichen
11:38	Tablette/Kapsel verabreichen
11:17	Feedback-Gespräch durchführen
11:17	Motivationsgespräch durchführen
09:07	Motivationsgespräch durchführen
	Befindlichkeitsrunde:
08:08	Blutdruck messen
08:07	Tablette/Kapsel verabreichen
07:28	Bettwäsche vollständig wechseln
05:44	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
03:28	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
01:30	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
23:52	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
22:26	Nachdienstkontrollgang durchgeführt
20:55	Tablette/Kapsel verabreichen
17:07	Tablette/Kapsel verabreichen
15:49	Motivationsgespräch durchführen
	Genußgruppe
12:48	Transportieren intern
10:08	Feedback-Gespräch durchführen
10:08	Motivationsgespräch durchführen
09:08	Motivationsgespräch durchführen
	Befindlichkeitsrunde,

## Irrtum 4: Alles, was nicht dokumentiert ist, ist nicht geschehen

---

Dieser Satz ist unvollständig und muss lauten:

- » Alles, was nicht dokumentiert ist, ist **im Zweifel** nicht geschehen
- » Richtig ist hingegen, dass alle *wesentlichen* diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren sind

### Merksatz

Was wesentlich ist, ist aus pflegerischer Sicht zu beurteilen

- » ABER Regelwidrigkeiten und Zwischenfälle sind jedenfalls zu dokumentieren

## Irrtum 6: Trotz Expertenstandards/Leitlinien/SOPs muss immer ausführlich dokumentiert werden.....

» Verweis auf Standards reicht aus

ABER

» Abweichungen vom jeweiligen Standard, Regelwidrigkeiten  
und Zwischenfälle müssen beschrieben werden.

## Zentrale Klärung in der Arbeitshilfe 2017 (2)

---

Die 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. (S. 20)

## Zentrale Klärung in der Arbeitshilfe 2017 (3)

---

- » Die Pflegedokumentation macht pflegerisches Handeln nachvollziehbar und somit in fachlicher und rechtlicher Hinsicht überprüfbar.

(S. 5)

# Beispiel fehlender fachlicher Nachvollziehbarkeit SELBSTVERSORGUNGSDEFIZIT TOILETTENBENUTZUNG

## Beeinflussende Faktoren

- » Schwäche

## Bestimmende Merkmale

- » Unfähigkeit, auf der Toilette oder dem Nachtstuhl zu sitzen
- » Unfähigkeit, die Kleidung für den Toilettengang zu handhaben
- » Unfähigkeit, die Toilette zu servieren oder den Nachtstuhl zu leeren
- » Unfähigkeit, eine angemessene Toilettenshygiene durchzuführen
- » Unfähigkeit, vor dem Nachtstuhl aufzusitzen
- » Unfähigkeit, zur Toilette oder zum Nachtstuhl zu gelangen

## Pflegeziele

- » Versorgt Colo-/Ileostoma (?) was

## Pflege Maßnahmen

- » Entscheidung unterstützen
- » Durchführung: Vollständig übernehmen
- » Stomabeutel wechseln/entleeren
- » Pflege bei künstlichem Darmausgang
- » Reinigung mit: Wasser
- » Art der Platte: Plane Platte
- » Hilfsmittel/Zubehör: Hautschutzpaste
- » Art: Colostoma
- » Versorgung mit: Einteilsystem
- » Art d. Durchführung: Vollständig übernehmen

*fachlich fraglich*

## Ressourcen

- » Toleriert die Interventionen

Welche anderen Fähigkeiten?

Wie kann durch diese Maßnahmen das Ziel erreicht werden?  
Passt Pflegediagnose?

## Zentrale Veränderungen in der Arbeitshilfe 2017 (3)

---

### Rolle der Organisationen

- » Einmalige Pflegeinterventionen [...] werden nach **organisationsspezifischer Vorgabe** dokumentiert.  
(S. 18)
- » Das Ergebnis der Evaluation und die Begründung für eine Anpassung [...] in der Pflegedokumentation vermerkt werden. **Dies ist organisationsspezifisch zu definieren.**  
(S. 22)
- » Der Entlassungs-, bzw. Transferierungsstatus [...] Die dafür **vorgesehene Stelle wird von der Organisation** vorgegeben.  
(S.28)

Es wird empfohlen [...] alle sechs bis zwölf Monate eine Neueinschätzung des Ist-Zustandes durchzuführen (S. 12)  
→ Varianten wählen: das gleiche Formular wie beim Erstassessment mit einem anderen Datum, zusätzliche Spalten am Assessmentformular, ein gänzlich eigenes Formular mit variablen Informationen (Biographie bleibt gleich) → Ziel Ist-Zustand soll auf eine Blick ersichtlich sein.

## Merke

---

In der Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation gibt es keine Empfehlungen für

- » Dokumente, Formulare, Vorlagen
- » Klassifikationssysteme
- » Skalen
- » Einschätzungsinstrumente
- » usw.

Die für die Dokumentationspflichten relevanten Instrumente wie Formulare, Vorlagen, Dokumente in gedruckter oder elektronischer Form sind jedoch zu entwickeln.



## Irrtum 5: Bei einer Verletzung der Dokumentationspflicht haftet immer die einzelne diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

---

- » Liegt bspw. ein Schaden vor und ist ein Dokumentationsmangel erheblich für den Schadenseintritt, kommt es zur Beweislast-Umkehr
  - » In diesem Fall muss eine beklagte Person oder Organisation beweisen, dass sie am Schadenseintritt keine Schuld trifft.
  - » Gibt es jedoch aufgrund anderer Beweise keinen Zweifel am zugrundeliegenden Sachverhalt, ist ein Dokumentationsmangel haftungsrechtlich irrelevant.

## Zentrale Veränderungen in der Arbeitshilfe 2017 (3)

---

### Schnittstelle zu ELGA

Liegt im Rahmen des Aufenthaltes / der Betreuungsdauer kein pflegerisch zu beeinflussendes Problem bzw. kein pflegerischer Förderungsbedarf vor, werden KEINE Pflegediagnosen gestellt. Im Zuge der Entlassung kann jedoch eine Empfehlung für die nachfolgende Versorgungseinheit gegeben werden. (S. 13)

Sowie Abschnitt zum Entlassungs- bzw. Transferierungsstatus

# ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

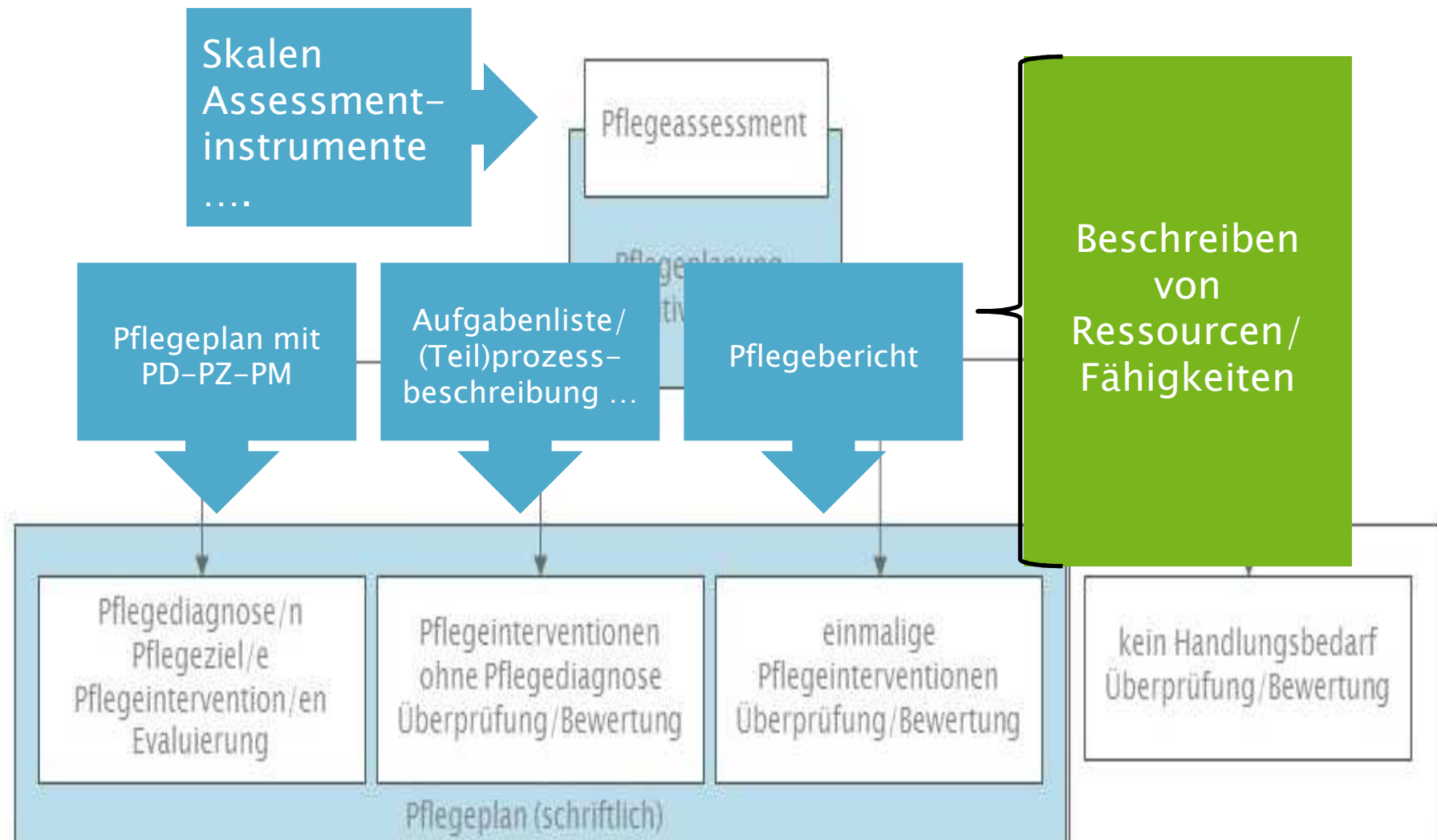
## Zusammenfassung und Ausblick (I)

---

### Paradigmenwechsel insb. durch die GuKG Novelle

- » Herausforderung für DGKP
  - » Nach jahrzehntelanger umfassender und detaillierter Pflegepläne (jede Pflegemaßnahme an eine PD gekoppelt) geht es jetzt darum diese zu fokussieren ohne relevante Aspekte zu vergessen.
  - » Es gilt zu differenzieren, welche pflegerische Leistungen tatsächlich im Rahmen des Pflegeprozesses abgebildet und welche an anderer Stelle abgebildet werden (bzw. was eine ausgebildete DGKP/PFA/PA mitbringen muss).
  - » Fachbereichsspezifische Bedarfe kennen Pflegepersonen erst nach einiger Erfahrung in diesem Bereich.

## Zusammenfassung und Ausblick (II)



## Zusammenfassung und Ausblick (III)

---

### Veränderung braucht

- » **Fachliches Know-How** für punktgenaue und individuelle Pflegeplanung (beherrschen des pflegediagnostischen Prozesses – pflegefachlichen & bildungspolitischen Handlungsbedarf, professionelles Verständnis bei allen Beteiligten schaffen, )
  - » Laufende fachliche Weiterbildung (im Team, im Rahmen von Schulungen.....)
- » **Kritische Reflexion der Pflegepläne**: Konzentration auf die Frage: wo ist durch prozesshaftes Vorgehen eine Veränderung erwirkbar?
- » Rahmenbedingungen für das Diagnostizieren schaffen (technisch attraktive Lösungen, Praktikabilität, Pragmatismus)
- » Pflegeprozess an Patienten/Bewohner/Klientenerfordernisse knüpfen, **nicht abschaffen**

## Zusammenfassung und Ausblick (IV)

---

- » Durch Aufsicht **Qualität verbessern** – fachliche Nachvollziehbarkeit und Prozessorientierung in den Vordergrund (weniger formale Vorgaben),
- » Gemeinsames Ziel: Pflegedokumentation hinsichtlich der Dokumentationsqualität evaluieren, fachliche Qualität verbessern: strukturierte Workshops, Fallanalysen, Peer Review ....

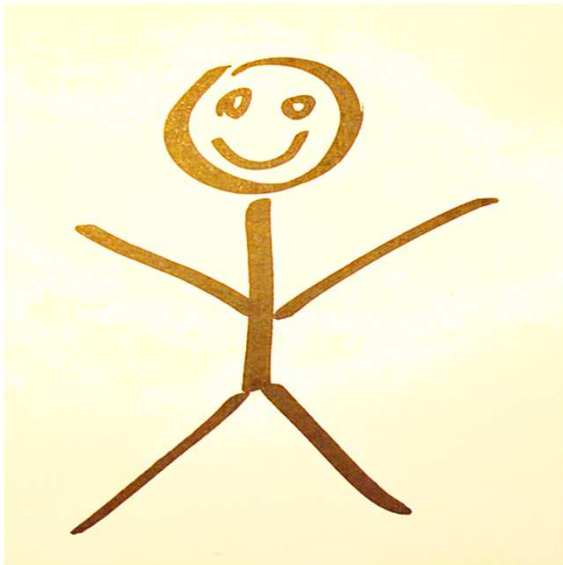
Die Zukunft der Pflege ist eine qualifizierte, professionelle  
Pflege, oder es gibt keine Zukunft der Pflege

Liliane Juchli



# Diskussion

---





**ÖBIG**  
Österreichisches  
Bundesinstitut für  
Gesundheitswesen



**BIQG**  
Bundesinstitut  
für Qualität im  
Gesundheitswesen

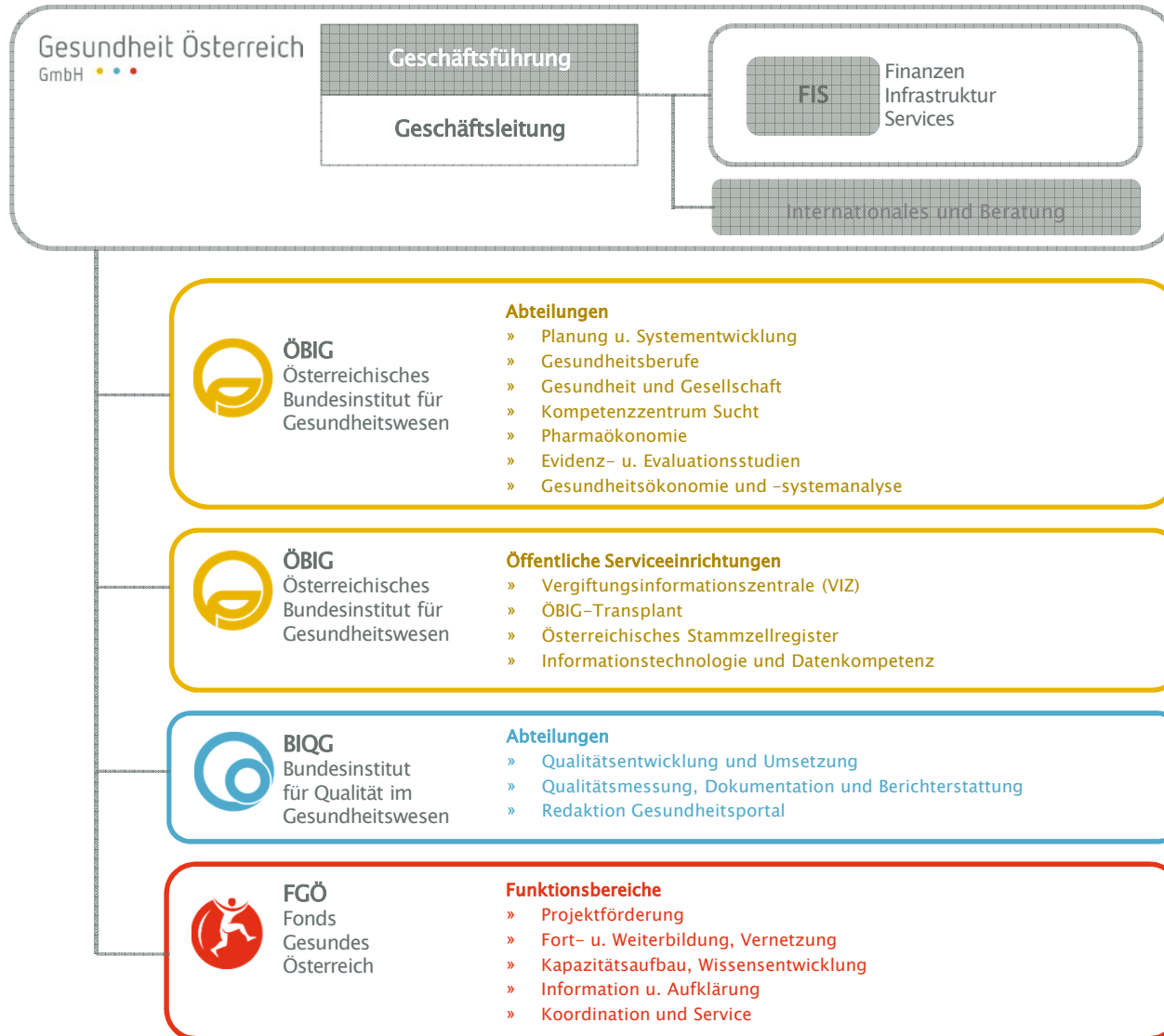


**FGÖ**  
Fonds  
Gesundes  
Österreich

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

Gesundheit Österreich Beratungs GmbH

Gesundheit Österreich Zielsteuerung Gesundheit GmbH



**Tochtergesellschaften**  
 Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (non profit)  
 Gesundheit Österreich Beratungs GmbH (for profit)

# Kontakt

---

Mag. Mag. Dr. Elisabeth Rappold

Mag. Regina Aistleithner

Stubenring 6

1010 Wien, Österreich

T: +43 1 515 61- 242

F: +43 1 513 84 72

E: [elisabeth.rappold@goeg.at](mailto:elisabeth.rappold@goeg.at)

[regina.aistleithner@goeg.at](mailto:regina.aistleithner@goeg.at)

[www.goeg.at](http://www.goeg.at)

