



RICHTLINIEN-KATALOG

für die Handhabung der Pflegedokumentation in den Kärntner Krankenanstalten (analog §14 GuKG)

entstanden aus dem Basisprojekt:

„Erarbeitung von verbindlichen Kriterien
für die Pflegedokumentation
in den Kärntner Krankenanstalten“

erstellt von Vertreterinnen und Vertretern der Pflege der Kärntner Krankenanstalten
unter der Leitung von Frau Mag. Veronika Burger
Mitarbeiterin Frau Mag. (FH) Waltraud Gritsch

Amt der Kärntner Landesregierung
Abteilung 12 - Sanitätswesen



INHALTSVERZEICHNIS

VORWORT	2
KURZZUSAMMENFASSUNG	3
1 SINN EINER GEMEINSAMEN KRITERIENENTWICKLUNG DER PFLEGEDOKUMENTATION.....	4
2 GESETZLICHE GRUNDLAGEN	5
2.1 BUNDESGESETZ FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE	5
2.1.1 <i>Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	5
2.1.2 <i>Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich</i>	6
2.1.3 <i>Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich</i>	7
2.1.4 <i>Berufspflichten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege</i>	8
2.1.5 <i>Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe</i>	9
2.2 ANDERE RELEVANTE GESETZE ZUR DOKUMENTATION	9
<i>Datenschutz und Patientenrechte</i>	9
3 BEGRIFFSERKLÄRUNGEN.....	10
3.1 PFLEGEDOKUMENTATION	10
3.2 PFLEGEPROZESS	10
3.3 PFLEGEBEDÜRFNIS	11
4 SCHRITTE DES PFLEGEPROZESSES	12
4.1 EINLEITUNG	12
4.2 ANAMNESEERHEBUNG	13
4.3 PFLEGEANAMNESE	13
4.4 ERKENNEN VON RESSOURCEN UND PROBLEMEN DES PATIENTEN	13
4.5 STELLEN DER PFLEGEDIAGNOSE.....	14
4.6 PLANUNG DER PFLEGEMAßNAHMEN.....	14
4.7 DURCHFÜHRUNG DER PFLEGE.....	14
4.8 BEURTEILUNG DER PFLEGEWIRKUNG/ EVALUATION.....	14
5 PFLEGEANAMNESE	17
5.1 ALLGEMEINE INFORMATIONEN	17
5.2 SPEZIELLE INFORMATIONEN – BEDÜRFNISSE	18
5.2.1 <i>Sicherheit</i>	18
5.2.2 <i>Kommunizieren*</i>	18
5.2.3 <i>Atmen</i>	18
5.2.4 <i>Essen und Trinken</i>	18
5.2.5 <i>Ausscheiden</i>	19
5.2.6 <i>Körperpflege und Kleiden</i>	19
5.2.7 <i>Haut</i>	20
5.2.8 <i>Körpertemperatur</i>	20
5.2.9 <i>Bewegung</i>	20
5.2.10 <i>Beschäftigen</i>	20
5.2.11 <i>Rollenwahrnehmung</i>	20
5.2.12 <i>Schlafen</i>	20
5.2.13 <i>Sinn finden</i>	21
5.2.14 <i>Schmerz</i>	21
6 PFLEGEPLANUNG	22
6.1 ALLGEMEINES	22
6.2 PFLEGEDIAGNOSE.....	22
6.3 PFLEGEPLANUNG.....	22
6.4 DURCHFÜHRUNG DER PFLEGEMAßNAHMEN	22
6.5 PFLEGE-EVALUATION	22
7 GLOSSAR	23
8 LITERATURVERZEICHNIS	26

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird nachfolgend nur die männliche Schreibweise verwendet.

Vorwort

Im Amt der Kärntner Landesregierung ist die Abteilung 12 – Sanitätswesen mit pflegfachlichen Angelegenheiten betraut. Die Thematik „Pflegefachliche Angelegenheiten“ umfasst unter anderem auch die Mitwirkung bei der sanitären Aufsicht nach § 60 KAKuG.

Die sanitäre Aufsicht ist laut § 60 KAKuG von der Bezirksverwaltungsbehörde unter Beziehung des jeweiligen Amtsarztes wahrzunehmen. Für die sanitäre Aufsicht hinsichtlich pflegerischer Belange wird die Abteilung 12 – Sanitätswesen hinzugezogen. Ein Schwerpunkt der sanitären Aufsicht hinsichtlich pflegerischer Belange liegt in der Feststellung der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Pflegedokumentation analog dem GuKG.

Durch die Wahrnehmung dieser Aufgabe konnten Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Krankenanstalten gezogen werden. Bezüglich der Pflegedokumentation wurde ein breites Feld an Dokumentationsinhalten und –tiefen vorgefunden. Da Pflegequalität auch messbar sein muss, wurde in Kooperation und Zusammenarbeit mit der ARGE Pflegedirektoren Kärnten beschlossen, einen Arbeitskreis, in dem Pflegeexperten von allen Kärntner Krankenanstalten mitarbeiten, zu gründen, um gemeinsam einen Richtlinienkatalog für die Handhabung der Pflegedokumentation in Kärntens Krankenanstalten zu schaffen.

Der nun vorliegende Richtlinienkatalog ist ein wichtiger Schritt zur Qualitätssicherung in der Pflege. Durch das Mitwirken der ARGE Pflegedirektoren Kärnten an diesem Richtlinienkatalog gelang es, eine gemeinsame Fachsprache bzgl. der Pflegedokumentation zu finden. Die gemeinsame Fachsprache ermöglicht es der intramuralen Pflege, auf einem qualitätsgesicherten Niveau Vergleiche (Benchmarking) anzustellen.

Die Erarbeitung von Richtlinien für die Pflegedokumentation gilt nicht als abgeschlossen, sondern bedarf einer ständigen Weiterentwicklung.

Weiterentwicklung im Sinne der Qualität kann und darf, solange sie dem Wohle des Patienten in einem Krankenhaus dient, niemals aufhören.

Für den Landeshauptmann

Dr. Gerhard Olexinski

Kurzzusammenfassung

Der Richtlinienkatalog kann in zwei ineinander inhaltlich übergreifende Bereiche gegliedert werden. Zum einem wurde versucht, die Pflegedokumentation theoretisch aufzuarbeiten (z.B. durch die Erläuterung über die Bedeutung einer gemeinsamen Kriterienentwicklung der Pflegedokumentation, gesetzliche Grundlagen, Begriffserklärungen, Schritte des Pflegeprozesses,...) und zum anderen wurden darauf aufbauend die Anforderungen an die Pflegedokumentation in den Kärntner Krankenanstalten entwickelt.

1 Sinn einer gemeinsamen Kriterienentwicklung der Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentation ist in Österreich gesetzlich geregelt. Trotz dieser Tatsache schätzen nach einer Umfrage des ÖBIG (2006) die Experten/innen die Umsetzung der Dokumentation noch immer nicht als optimal ein. Ein wesentlicher Grund dafür ist in der uneinheitlichen und nicht standardisierten Fachsprache zu sehen. Dokumentiertes pflegerisches Wissen und Handeln sind dadurch oft zu wenig aussagekräftig, weil es zum Teil schwer nachvollziehbar ist. Die Kommunikation mit anderen Einrichtungen gestaltet sich folglich als schwierig.

Somit sind hohe Anforderungen an ein Dokumentationssystem gestellt. Der Blickwinkel ist aber auch in die Zukunft gerichtet, wobei beim Einsatz von EDV-Systemen in der Pflege noch Entwicklungsbedarf herrscht (ÖBIG 2006).

Für die Weiterentwicklung einer standardisierten Pflegedokumentation lassen sich folgende Argumente finden:

- Qualitätssicherung aufgrund transparenter nachvollziehbarer pflegerischer Handlungen;
- Die Pflegedokumentation erleichtert die Dienstübergabe wesentlich, weil sie binnen kürzester Zeit ein genaues Bild über den Patienten, die Entwicklung sowie die Therapie in ihrer Kontinuität verschafft;
- Senkung der Fehlerhäufigkeit
- Messbarer Erfolg für Pflegenden und Patienten ist sichtbar,
- Verbesserung der Betreuungs-Kontinuität durch Gewährleistung einer durchgehenden kontinuierlichen Pflege (vgl. Verworner 1997).

Durch eine transparente, nachvollziehbare Dokumentation lassen sich Ziele der optimalen Patientenbetreuung erreichen, und die Verantwortung gegenüber der eigenen und anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gewährleisten. Zudem ist die Transparenz der Betreuung gegenüber allen Akteuren im Gesundheitswesen gegeben.

2 Gesetzliche Grundlagen

Die Aufzeichnung von pflegerischen Daten im Rahmen der Krankenbehandlung in den Krankenanstalten ist durch gesetzliche Rahmenbedingungen bestimmt. In der folgenden Ausführung werden die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen aufgeführt.

2.1 Bundesgesetz für Gesundheits- und Krankenpflege

2.1.1 *Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich*

§ 14 GuKG

(1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche* Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozeß), die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege.

(2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt insbesondere:

1. 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),
2. Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose),
3. Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung),
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen,
5. Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation),
6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen,
7. psychosoziale Betreuung,
8. Dokumentation des Pflegeprozesses,
9. Organisation der Pflege,
10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,
11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und
12. Mitwirkung an der Pflegeforschung.

* Eigenverantwortlichkeit bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes aber auch die Selbsthaftung für den Schaden infolge einer nicht fachgemäßen Behandlung (GuKG 2006).

Zu den Tätigkeitsbereichen gehören neben dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich auch der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich (§ 15) sowie der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich (§ 16). Auch diese Tätigkeitsbereiche spielen eine große Rolle bei der Pflegedokumentation.

2.1.2 Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich

§ 15 GuKG

(1) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfaßt die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.

(2) Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit (Durchführungsverantwortung).

(3) Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahme schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.

(4) Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.

(5) Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Verabreichung von Arzneimitteln,
2. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen,
4. Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung,
6. Durchführung von Darmeinläufen und
7. Legen von Magensonden.

(6) Im Rahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach Maßgabe ärztlicher Anordnungen gemäß Abs. 1 bis 4 folgende Tätigkeiten weiter zu übertragen und die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen:

1. an Angehörige der Pflegehilfe sowie an Teilnehmer eines Pflegehilflehrganges im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten gemäß § 84 Abs. 4,
2. an Schüler einer Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der praktischen Ausbildung Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches,
3. an Rettungssanitäter gemäß SanG (Sanitätsgesetz) Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung zum Notfallsanitäter und
4. an Notfallsanitäter mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre gemäß SanG Tätigkeiten im Rahmen des Krankenanstaltenpraktikums der Ausbildung in der allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion.

2.1.3 Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich

GuKG § 16

(1) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst jene Bereiche, die sowohl die Gesundheits- und Krankenpflege als auch andere Berufe des Gesundheitswesens betreffen.

(2) Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere:

1. Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. Vorbereitung der Patienten oder pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen auf die Entlassung aus einer Krankenanstalt oder Einrichtung, die der Betreuung pflegebedürftiger Menschen dient, und Hilfestellung bei der Weiterbetreuung,
3. Gesundheitsberatung und
4. Beratung und Sorge für die Betreuung während und nach einer physischen oder psychischen Erkrankung.

2.1.4 Berufspflichten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

§ 5 GuKG

(1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben nach den allgemeinen Berufspflichten bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.

(2) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.

(3) Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren.

§ 6 GuKG

Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind nach § 6 GuKG zur Verschwiegenheit verpflichtet: Weiters ist hiezu festgehalten, dass

(1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. die durch die Offenbarung des Geheimnisses betroffene Person den Angehörigen eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufes von der Geheimhaltung entbunden hat oder
2. die Offenbarung des Geheimnisses für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung und zur Verhinderung von strafbaren Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist oder
3. Mitteilungen des Angehörigen eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufes über den Versicherten an Träger der Sozialversicherung und Krankenanstalten zum Zweck der Honorarabrechnung, auch im automationsunterstützten Verfahren, erforderlich sind.

§ 9 GuKG

(1) Darüber hinaus haben nach § 9 GuKG Angehörige von Gesundheits- und Krankenpflegeberufe die Auskunftspflicht.

Auskunftspflicht besteht gegenüber

1. den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen,
2. deren gesetzlichen Vertretern oder

3. Personen, die von den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen als auskunftsberechtigt benannt wurden, alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu erteilen.

(2) Sie haben anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen behandeln oder pflegen, die für die Behandlung und Pflege erforderlichen Auskünfte über Maßnahmen gemäß Abs. 1 zu erteilen.

2.1.5 Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe

Die Pflegehilfe ist nach **§ 84 (2) GuKG** zur Durchführung von pflegerischen Maßnahmen nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt.

Im **§ 84 (3) GuKG** ist unter anderem festgehalten, dass die durchgeführten Pflegemaßnahmen entsprechend zu dokumentieren sind.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hat insbesondere für den Pflegeprozess die Anordnungsverantwortung sowie die Durchführungsverantwortung, dass im Einzelfall für die geplanten Pflegemaßnahmen im Sinne des § 84 GuKG zur Durchführung an die Pflegehilfe delegiert werden kann (Allmer G. 1999).

2.2 Andere relevante Gesetze zur Dokumentation

Datenschutz und Patientenrechte

Jeder Mensch hat in einem demokratischen Staat Grundrechte, die vor allem im Datenschutz und im Speziellen in den Patientenrechten zum Tragen kommen. Jeder Mensch hat einen Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten. Die Einsichtnahme in die Krankengeschichte durch nicht mit der Betreuung des Patienten befasste Personen ist nur mit Zustimmung des Patienten möglich. Die Weitergabe von Daten und Informationen ist nur bei gesetzlicher Ermächtigung oder bei Meldepflicht erlaubt. Die Umsetzung der Grundrechte im Gesundheitswesen ist in den Krankenanstaltengesetzen verankert (Sladeczek et al. 2001).

3 Begriffserklärungen

Damit ein Richtlinienkatalog für die Pflegedokumentation, geltend für alle Kärntner Krankenanstalten, erarbeitet werden kann, bedarf es der Klärung zentraler Begriffe, welche in diesem Zusammenhang Verwendung finden:

3.1 Pflegedokumentation

Basis jeder Pflegedokumentation in der Pflege ist der Pflegeprozess. Die bereits gesetzlich verankerten Begrifflichkeiten wie den Pflegeprozess, normieren die Pflegedokumentation in all ihren Stufen. (vgl. Jansen & Mostert 1997).

3.2 Pflegeprozess

Die aktuelle Fachliteratur definiert den Pflegeprozess kaum einheitlich, wobei es sich bei den Definitionsversuchen zusammengefasst um eine systematische, zielgerichtete und problem-lösende Arbeitsweise handelt (Georg & Frohwein 2001). Die exemplarische Wiedergabe einer Definition macht das oben Genannte deutlich:

Nach Fiechter & Meier (1993) (zit. nach Kellnhauser (2000), S. 127) hat der Pflegeprozess zum Ziel,

„auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu entsprechen. Der Krankenpflegeprozess besteht aus einer Reihe von logischen, voneinander abhängigen Überlegungs-, Entscheidungs- und Handlungsschritten, die auf eine Problemlösung, als auch auf ein Ziel hin ausgerichtet sind und im Sinne eines Regelkreises einen Rückkoppelungseffekt (Feed-back) in Form von Beurteilung und Neuanpassung enthalten.“

Die Definition von Fiechter & Meier (1993) zwingt eine weitere Diskussion folgender Begriffe auf:

Von einem **Prozess** spricht man, wenn es sich um einen Verlauf, Ablauf, Hergang, Entwicklung handelt (Duden Fremdwörterlexikon 2001). Er ist eine unumkehrbare Serie von Veränderungen im Laufe der Zeit, die eine Kontinuität in eine bestimmte Richtung aufweisen. Diese Richtung der Veränderung wird durch das Ziel bestimmt (Arets et al. 2001).

Das **systematische** Vorgehen wird wörtlich übersetzt, als dass es planmäßig, gezielt, absichtlich oder in ein System gebracht wird. Ein systemisches Handeln wird in der Pflege durch ein bewusstes, planmäßiges pflegerisches Handeln verstanden, welches Schritt für Schritt durchgeführt wird (Arets et al. 2001).

3.3 Pflegebedürfnis

Das Wort **Bedürfnis** wird aus dem Blickwinkel verschiedener Wissenschaften gedeutet. In der Psychologie spricht man von einem Bedürfnis, das infolge von Bedarfs- und Mangelzuständen (z.B. Machtstreben, Hunger) auftretende psychische Spannungsgefälle (Bedürfnisspannung) hervorruft, das die Aktivität des Individuums stimuliert und zu konkreten Zielvorstellungen führt, welches auf die Beseitigung des zugrunde liegenden Mangels gerichtet ist. In der Wirtschaftstheorie geht die Empfindung eines Mangels verbunden mit dem Wunsch ihn zu beheben einher (Meyers Lexikon 1997).

4 Schritte des Pflegeprozesses

Die nachfolgende theoretische Erläuterung der Schritte des Pflegeprozesses erleichtert den inhaltlichen Zugang zur Erarbeitung des Richtlinienkataloges für die Pflegedokumentation.

4.1 Einleitung

Der Pflegeprozess wird als Regelkreis verstanden und meist in einzelnen Schritten dargestellt (vgl. Jung-Heintz 2000). Die Anzahl der einzelnen Schritte ist aber unterschiedlich. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz von 1997 wird der Pflegeprozess in 5 Phasen beschrieben. In der Literatur finden sich zudem ein 4-Phasen-Modell nach Yura & Walch/ WHO, das 5-Phasen-Modell nach Collier (1998), sowie ein 6-Phasen-Modell nach Fiechter & Meier (1993). Der strukturelle Aufbau der verschiedenen Modelle ist sehr ähnlich.

Im deutschsprachigen Raum wird meist das 6-Phasen-Modell bzw. das Regelkreismodell von Fiechter & Meier zur Veranschaulichung des Pflegeprozesses verwendet. Da im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz der Pflegeprozess in 5 Phasen aufgezeigt ist, wird auch die nachstehende Prozessstruktur als 5-Phasen-Modell dargestellt (siehe Abbildung: Schritte des Pflegeprozesses nach Collier 1998).



Abb.: Schritte des Pflegeprozesses nach Collier 1998

Abhängig von der Situation des/der Patienten/in wird der Pflegeprozess als Regelkreis in einer Spirale durchlaufen, in der immer wieder neue Informationen einfließen, weil neue Bedürfnisse des/r Patienten/in aufgetreten sind, oder weil die geplante Pflege nicht zum formulierten Ziel führte, etc. (vgl. Jung-Heintz 2000).

4.2 Anamneseerhebung

Die Pflegeanamnese ist eine Sammlung von Informationen über den/die Patienten/in, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient. Das schließt mit ein, dass die Erhebung von Pflegebedürfnissen und der Grad der Pflegeabhängigkeit des/r Patienten/in sowie die Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen durchgeführt werden (Allmer F. (k.A.).

In dieser ersten Phase des Pflegeprozesses gehören allgemeine Beobachtungen über den Patienten, die Erfassung der Gesundheitsgeschichte und die Durchführung einer körperlichen Untersuchung. Diese Phase wird als kritisch betrachtet, weil die Qualität der Pflegeerhebung den Erfolg der nachfolgenden Stufen bestimmt (Reimer & Füller 1998).

4.3 Pflegeanamnese

Der pflegerische Prozess nimmt seinen Anfang in der Informationssammlung beim ersten Kontakt mit dem Patienten. Idealerweise ist das in Form eines Aufnahmegesprächs. Ist der Patient aufgrund des Krankheitszustandes (z.B. Atemnot, Schmerzen) nicht in der Lage ein Aufnahmegespräch zu führen, so werden weitgehend Informationen von Angehörigen und vorliegenden Dokumenten eingeholt (z.B. Überleitungsbögen, etc.). Das Aufnahmegespräch mit dem Patienten bzw. die Vervollständigung der Informationssammlung muss sodann zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Die Informationssammlung wird während des Aufenthalts des Patienten fortlaufend aktualisiert (vgl. Budnik 2003).

4.4 Erkennen von Ressourcen und Problemen des Patienten

Nach der Informationssammlung beginnt die Schwester/der Pfleger mit der Einschätzung der erhaltenen Informationen und beurteilt die Ressourcen und das Ausmaß der Probleme, die danach durch Stellen einer Pflegediagnose definiert werden. In dieser Phase wird ein Vergleich zwischen dem Ist – und Sollzustand durchgeführt. Jung-Heintz (2000) beschreiben das Pflegeproblem und die daraus entstehenden Bedürfnisse des/r Patienten/in ausführlich und bilden den Bedarf der Pflegeperson sehr deutlich ab:

„Ein Pflegeproblem besteht, wenn die Selbstständigkeit eines Patienten in einem Lebensbereich eingeschränkt ist, er das Problem nicht selbst lösen kann und das Problem durch pflegerische Maßnahmen ausgeglichen oder aufgehoben werden kann.“

(Jung-Heintz 2000, S. 131)

4.5 Stellen der Pflegediagnose

Die Ermittlung der Pflegediagnose kann in zwei Phasen eingeteilt werden. Als erstes werden die möglichen Pflegebedürfnisse des/r Patienten/in erhoben. Die dabei festgestellten patientenbezogenen Gesundheitsdefizite bzw. Probleme und pflegerischen Bedürfnisse liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegebehandlungen (Allmer G. 1999).

Die zweite Phase ist die Erstellung der Pflegediagnose. Die Phase besteht aus der Analyse der Erhebungsbefunde und der Formulierung von Aussagen über die aktuellen oder möglichen Gesundheitsprobleme (Pflegediagnose(n)). Jede Pflegediagnose beinhaltet die Komponenten Diagnose (= das Pflegeproblem) und einer zugehörigen Ätiologie (= die Ursache des Problems) (Reimer & Füller 1998).

4.6 Planung der Pflegemaßnahmen

Pflegeplanung ist die Planung der Pflege, die Festlegung von pflegerischen Zielen und die Entscheidung über die zu treffenden pflegerischen Maßnahmen (Allmer G. 1999).

Auf Basis der Pflegediagnose wird ein Betreuungsplan erstellt, mit dem Ziel, den Gesundheitszustand des/r Patienten/in zu verbessern, Instand zu halten oder wiederherzustellen. Patient/in und/oder Angehörige sollten in die Entwicklung des Plans miteinbezogen werden, damit bei informierter Zustimmung die aktive Mitarbeit von Patienten/in und Angehörigen sichergestellt werden (Reimer & Füller 1998).

Zu den spezifischen Aufgaben der Planung gehören die

- Priorisierung der Pflegediagnosen,
- Pflegeziele zu setzen,
- Pflegeinterventionen auszuwählen, und einen
- Zeitrahmen für das Erreichen der Ziele festzusetzen (Reimer & Füller 1998).

4.7 Durchführung der Pflege

Die Durchführung der Pflegemaßnahmen wird mittels Durchführungsnachweis der Pflegenden bestätigt und dient so als Legitimation für die durchgeführten Maßnahmen (Allmer G. 1999).

4.8 Beurteilung der Pflegewirkung/ Evaluation

Die Pflegeevaluation ist die Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen. Durch kontinuierliche Pflegeevaluation wird es der Pflegeperson möglich, die Effektivität der

gesetzten pflegerischen Maßnahmen in Bezug auf die Bedürfnisse des/r Patienten/in zu steuern (Allmer G. 1999).

In dieser Phase wird die Wirkung der Pflege auf den Patienten beurteilt und eine neuerliche Bestandsaufnahme durchgeführt, ob und in welchem Ausmaß die erwarteten Ergebnisse durch die Betreuung erreicht wurden. Im Rahmen der Evaluation kann es auch notwendig sein, dass der Pflegeplan überarbeitet, ergänzt oder umgestaltet wird (Reimer & Füller 1998).

Für die Erarbeitung des Richtlinienkataloges ist eine nähere Auslegung der theoretischen Grundlagen bzgl. der Pflegemodelle nicht sinnvoll, da der Pflegeprozess *nicht* an eine bestimmte Theorie oder an ein Modell gebunden ist.

**Anforderungen an die
Pflegedokumentation
in
Kärntens Krankenanstalten**

5 Pflegeanamnese*

5.1 Allgemeine Informationen

[1] **Zuname/ Vorname/ Geburtsdatum des/der Patient/in:** [freies Eingabefeld]

[2] **Name der Vertrauensperson/ Erreichbarkeit der Vertrauensperson:** [freies Eingabefeld]

[3] **Durchführung der Pflegeanamnese mit Patienten/in oder Vertrauensperson**

[4] **Angaben bzgl. Station,** d.h. welche Station

[5] **Datum und Zeitpunkt der Aufnahme**

[6] **Datum und Zeitpunkt der Anamneseerhebung***

[7] **Handzeichen, Unterschrift der gesprächsführenden Pflegeperson***

[8] **Angaben zur häuslichen/extramuralen Betreuung:** [freies Eingabefeld]

[9] **Optional: Auskunft durch Kennwort/ Codewort*: J/N**
Wenn JA, welches Kennwort: [freies Eingabefeld]/KEINES erwünscht

* siehe Glossar

5.2 Spezielle Informationen – Bedürfnisse

5.2.1 Sicherheit

[13]	Sicherheit* <ul style="list-style-type: none">a. Informationen über Tagesablauf: [freies Eingabefeld]b. Maßnahmen zur Unterstützung der individuellen Sicherheit: N/Jc. wenn JA, welche: [freies Eingabefeld]
------	--

5.2.2 Kommunizieren*

[10]	Verbale Kommunikation uneingeschränkt möglich: J/N <ul style="list-style-type: none">a. Wenn NEIN, welche Einschränkung(en): [freies Eingabefeld]b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]c. Ressourcen*: [freies Eingabefeld]
[11]	Orientierung (zum Zeitpunkt der Aufnahme) und Bewusstseinslage: <ul style="list-style-type: none">a. zur Person – Zeit – Ort – Situationb. Wachheit – Benommenheit – Somnolenz – Sopor – Koma
[12]	Hörgerät* : N/J <ul style="list-style-type: none">d. MITGEBRACHT: links/ rechts
[13]	Sehbehelf : N/J <ul style="list-style-type: none">e. MITGEBRACHT: [freies Eingabefeld] (Angabe des jeweiligen Hilfsmittels)

5.2.3 Atmen

[14]	Gesundheitsdefizit beim Atmen : N/J <ul style="list-style-type: none">a. Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]c. Behelfe/ Hilfsmittel*: N/Jd. Wenn JA, welche: [freies Eingabefeld]e. Behelfe/ Hilfsmittel mitgebracht: N/Jf. Ressourcen: [freies Eingabefeld]
------	---

5.2.4 Essen und Trinken

[15]	Gesundheitsdefizit bei Ernährungs- und Trinkgewohnheiten* : N/J <ul style="list-style-type: none">a. Wenn JA, welches*: [freies Eingabefeld]b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]c. Diät/ Kostform: [freies Eingabefeld]d. Grad der Pflegeabhängigkeit*: [0-4]e. Behelfe/Hilfsmittel: N/J
------	---

* siehe Glossar

- f. Wenn JA; welche: [freies Eingabefeld]
- g. Behelfe/ Hilfsmittel mitgebracht: N/J
- h. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.5 Ausscheiden

[16] **Gesundheitsdefizit bei der Harnausscheidung: N/J**

- a. Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]
- b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
- c. Grad der Pflegeabhängigkeit: [0-4]
- d. Behelfe/ Hilfsmittel: [freies Eingabefeld]
- e. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

Übelkeit: N/J

- a. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
- b. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

Erbrechen: N/J

- a. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
- b. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

Gesundheitsdefizit bei der Stuhlausscheidung: N/J

- a. Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]
- b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
- c. Grad der Pflegeabhängigkeit: [0-4]
- d. Behelfe/ Hilfsmittel: [freies Eingabefeld]
- e. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.6 Körperpflege und Kleiden

[17] **Gesundheitsdefizit bei der Körperpflege: N/J**

- a. Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]
- b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
- c. Grad der Pflegeabhängigkeit: [0-4]
- d. Behelfe/ Hilfsmittel: [freies Eingabefeld]
- e. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

[18] **Gesundheitsdefizit beim Kleiden: N/J**

- a. Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]
- b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
- c. Grad der Pflegeabhängigkeit: [0-4]
- d. Behelfe/ Hilfsmittel: [freies Eingabefeld]
- e. Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.7 Haut

- [19] **Normale Haut* : J/N**
- Wenn NEIN, welche Veränderung(en): [freies Eingabefeld]
(Beschreibung der Veränderungen)
 - Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
 - Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.8 Körpertemperatur

- [20] **Gesundheitsdefizit bei Regulierung der Körpertemperatur:** [freies Eingabefeld]
- Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
 - Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.9 Bewegung

- [21] **Gesundheitsdefizit bei Bewegung: N/J**
- Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]
 - Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
 - Grad der Pflegeabhängigkeit: [0-4]
 - Behelfe/ Hilfsmittel: [freies Eingabefeld]
 - Wenn JA; welche: [freies Eingabefeld]
 - Behelfe/ Hilfsmittel mitgebracht: N/J
 - Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.10 Beschäftigen

- [22] **Sich Beschäftigen*:** [freies Eingabefeld]
- Unterstützungsbedarf: N/J
 - Wenn JA, welcher: [freies Eingabefeld]

5.2.11 Rollenwahrnehmung

- [23] **Gesundheitsdefizit hinsichtlich der Rollenwahrnehmung: N/J**
- Wenn JA, welches: [freies Eingabefeld]
 - Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
 - Ressourcen: [freies Eingabefeld]

5.2.12 Schlafen

- [24] **Gesundheitsdefizit beim Schlafen: N/J**
- Wenn JA, welche(s): [freies Eingabefeld]
 - Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]
 - Ressourcen: [freies Eingabefeld]

* siehe Glossar

5.2.13 Sinn finden

- | | |
|------|---|
| [25] | Sinn finden <ul style="list-style-type: none">a. Religionsbekenntnis: [freies Eingabefeld]b. Religiöse Betreuung erwünscht*: N/Jc. Wenn JA, welche: [freies Eingabefeld]d. Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes*: [freies Eingabefeld]
(Gefühls- und Gesundheitszustand)e. Ressourcen: [freies Eingabefeld] |
|------|---|

5.2.14 Schmerz

- | | |
|------|--|
| [26] | Schmerzen: N/J <ul style="list-style-type: none">a. Wenn JA, welche: [freies Eingabefeld]b. Seit wann bestehend: [freies Eingabefeld]c. Lokalisation: [freies Eingabefeld]d. Schmerzintensität: [freies Eingabefeld]e. Ressourcen: [freies Eingabefeld] |
|------|--|

6 Pflegeplanung

6.1 Allgemeines

[27]	Datum der Erstellung der Pflegeplanung ist anzugeben
[28]	Patient/in: Zuname/ Vorname/ Geburtsdatum
[29]	Angaben bzgl. Station, d.h. welche Station
[30]	Handzeichen, Unterschrift der erhebenden Pflegeperson

6.2 Pflegediagnose

[31]	Diagnosetitel, Ursachen, Symptome, Risikofaktoren <ul style="list-style-type: none">• Titel (Grad der Pflegeabhängigkeit*)• Definition• Ressourcen: Diese sind dann anzugeben, wenn keine Übereinstimmung mit der Pflegeanamnese zu finden ist.
------	--

6.3 Pflegeplanung

[32]	Ziel(e) mit Zeitgrenze
[33]	Durchführung der Maßnahmen <ul style="list-style-type: none">a. Was?b. Wie oft?c. Wer?d. (Wo?)

6.4 Durchführung der Pflegemaßnahmen

[34]	Durchführungsnachweis <ul style="list-style-type: none">a. Was?b. Wie oft?c. Wer? (Handzeichen, Unterschrift der Pflegeperson)d. Wann? (Datum <u>mit</u> Uhrzeit)
------	---

6.5 Pflegeevaluation

[35]	Evaluierung Pflegeziel(e) Ist das Ziel erreicht, jedoch die Maßnahmen werden bei gleich bleibender Zielverfolgung weitergeführt, so ist dies entsprechend bei der Evaluierung zu begründen.
------	---

* Glossar

7 GLOSSAR

Anamnese:

- In der Anamnese ist KEINE Unterschriftsleistung des/der Patienten/In vorgesehen.
- Die Pflegeanamnese ist bei Eintritt in ein Krankenhaus einmalig und abschließend innerhalb von 72 Stunden erfassen. (In dem Zeitraum ist auch die aus der Pflegeanamnese resultierende Pflegeplanung zu erstellen.)

Auskunft durch Kennwort/ Codewort: ist optional zu führen, d.h. den Krankenanstalten steht es frei, ob ein Kennwort geführt wird.

Behelfe/ Hilfsmittel:

§ 154 ASVG: ... als Hilfsmittel sind hierbei solche Gegenstände oder Vorrichtungen anzusehen, die geeignet sind,

1. die Funktion fehlender oder unzulänglicher Körperteile zu übernehmen oder
2. die mit einer Verstümmelung, Verunstaltung oder einem Gebrechen verbundene körperliche oder psychische Beeinträchtigung zu mildern oder zu beseitigen. ...

Telefonat K-GKK am 7.Dezember 2006: Heilbehelfe dienen eigentlich der Krankenbehandlung und zur Besserung des Zustandes. Ist der Zustand abgeschlossen, so ist der Heilbehelf als Hilfsmittel zu sehen, da der Zustand nicht mehr medizinisch beeinflussbar ist.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass unter dem Begriff „Hilfsmittel“ sämtliche Gegenstände in Bezug auf die Mobilität verstanden werden.

Bedürfnis: In der Psychologie spricht man von einem Bedürfnis, das infolge von Bedarfs- und Mangelzuständen (z.B. Machtstreben, Hunger) auftretende psychische Spannungsgelände (Bedürfnisspannung), das die Aktivität des Individuums stimuliert und zu konkreten Zielvorstellungen führt, die auf die Beseitigung des zugrunde liegenden Mangels gerichtet sind. In der Wirtschaftstheorie geht die Empfindung eines Mangels, verbunden mit dem Wunsch, ihn zu beheben einher (Meyers Lexikon 1997).

Datum und Zeitpunkt der Anamneseerhebung: Die Erfassung des Zeitpunktes der Anamneseerhebung ist notwendig, weil zwischen der Aufnahmezeit und der Anamneseerhebungszeit eine zeitliche Diskrepanz entstehen kann. Aus der Pflegeanamnese muss klar ersichtlich sein, wann die Anamnese erhoben worden ist.

Essen und Trinken

Gesundheitsdefizit bei Ernährungs- und Trinkgewohnheiten*: N/J

Wenn JA, welches*: [freies Eingabefeld]: Darunter sind unter anderem auch Nahrungsunverträglichkeiten zu verstehen.

Entwertung der Dokumentation: Wenn eine Erhebung nicht möglich ist, wird: „Zur Zeit nicht erhebbar“ dokumentiert. Ist eine weitere Pflegeplanung aufgrund der Pflegeanamnese nicht notwendig, so wird mit „Zur Zeit nicht relevant für eine weitere Pflegeplanung“ entwertet.

.

Gesundheitsdefizit: Differiert die Aussage des Patienten mit der Beobachtung der Pflegeperson (z.B. Gesundheitsdefizit Essen und Trinken), so wird die jeweilige Beobachtung in der Pflegeanamnese festgehalten.

Grad der Pflegeabhängigkeit – Definition: wird in Anlehnung nach Gordon & Bartholomeyczik (2001) verwendet:

Die Definition des Grades der Pflegeabhängigkeit lautet wie folgt:	
Grad 0	Kann alle Aktivitäten selbstständig durchführen.
Grad I	Benötigt Hilfsmittel oder –vorrichtungen.
Grad II	Ist darauf angewiesen, dass eine oder mehrere Personen helfen, beaufsichtigen oder anleiten.
Grad III	Benötigt Unterstützung durch eine andere Person und Hilfsmittel oder –vorrichtungen.
Grad IV	Ist vollständig abhängig und kann bei den Bewegungen nicht mithelfen.

Grad der Pflegeabhängigkeit – Pflegediagnosekriterium: Wenn die Pflegeplanung sofort nach abgeschlossener Pflegeanamnese erfolgt, wird der Grad der Pflegeabhängigkeit aufgrund der Pflegeanamnese abgeleitet.

Handzeichen oder Unterschriftleistung: Zuordnung der erhebenden Pflegeperson muss eindeutig und zweifelsfrei sein.

Haut, normale: PFLEGE HEUTE (2004), Seite 187: „Normale Haut ist elastisch, glatt, intakt, warm, rosig und trocken. Bei der Hautbeobachtung lassen sich unterscheiden: Hautalter, -typ, -farbe, -spannung.“

Informationen über Tagesablauf – Sicherheit des/r Patienten/in: Informationen über den Tagesablauf bezüglich Sicherheitsfaktoren sind krankenhausspezifisch durchzuführen (z.B. durch Broschüren, Checklisten)

Kommunikation, verbale: Pflege HEUTE (2004); S. 306: “Kommunikation ist unmöglich oder gestört, wenn: * der „Sender“ nicht senden kann, z.B. durch Sprach- und Sprechstörungen, Lähmungen oder Bewusstseinstörungen, * der „Empfänger“ nicht empfangen kann, z.B. bei Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit, Blindheit, * der „Empfänger“ etwas anderes versteht, als der „Sender“ aussagen wollte, z.B. ein Missverständnis bei unverständener Ironie. Ein häufiges Problem im Pflegealltag sind Störungen der verbalen Kommunikation. Die Störungen können hier auf allen drei Ebenen auftreten. Die wichtigsten verbalen Kommunikationsstörungen sind die Aphasie (Sprachstörungen) und die Dysarthrie (Sprechstörung). Auch durch eine Fremdsprache kann die verbale Kommunikation eingeschränkt sein.

Pflegediagnose: Diagnose versteht sich als „unterscheiden“. Nach Duden wird Diagnose mit unterscheidender Beurteilung, Erkenntnis auf Grund genauer Beobachtungen, Untersuchungen, abgegebener Feststellung, Beurteilung über den Zustand, die Beschaffenheit, beschrieben.

Pflegeevaluation: Die Pflegeevaluation ist die Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen in Bezug auf die Pflegezielsetzung.

Pflegeplanung: ist die Planung der Pflege, die Festlegung von pflegerischen Zielen und die Entscheidung über die zu treffenden pflegerischen Maßnahmen (Allmer G. 1999).

Religiöse Betreuung: Informationsweitergabe bezüglich der Möglichkeiten von religiöser Betreuung wird in den jeweiligen Krankenanstalten geregelt.

Ressource: „Die Ressourcen eines Menschen können als Hilfsmittel, Hilfsquelle, Reserve definiert werden“ (Duden Fremdwörterbuch 2001).

Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes: Trauer, Trauma, Angst, Verzweiflung und Furcht beziehen sich auf den psychischen Gesundheitszustand und das soziale Umfeld des/der Patienten/in.

Sich Beschäftigen: Bei der Definition für „Sich Beschäftigen“ sind für den Krankenhausaufenthalt relevante Beschäftigungsmöglichkeiten des/der Patienten/in in den Krankenanstalten anzugeben.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Allmer, G. (1999):** Die rechtliche Interaktion zwischen dem medizinischen Prozess und dem Pflegeprozess:
[http://www.oegvp.at/1999g.pdf#search=%22Unterschrift%20des%20Patienten%20Pflege dokumentation%22](http://www.oegvp.at/1999g.pdf#search=%22Unterschrift%20des%20Patienten%20Pflege%20dokumentation%22); 18. September 2006; 16.30 Uhr.
- Arets, J.; Obex, F. & Vaessen, J. & Wagner, F. (2001):** Professionelle Pflege 1. Theoretische und praktische Grundlagen. 3. Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Budnik, B. (2003):** Pflegeplanung leicht gemacht. 4. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Duden Fremdwörterbuch (2001).** 7. Auflage. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag
- Georg, J.; Frohwein, M. (Hrsg.) (2001):** Pflegelexikon. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.
- Gordon, M.; Bartholomeyczik, S. (2001):** Pflegediagnosen. Theoretische Grundlagen. 1. Auflage. München, Jena: Urban & Fischer. S. 532.
- Jansen, J. & Mostert, H. (1997):** Pflegeprozess Wiesbaden Urban & Fischer Verlag.
- Jung-Heintz, H. (2000):** Grundlagen und Schritte des Pflegeprozesses. In: Kellnhauser, E. (Hrsg.). Pflege entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. 9. Auflage. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Kellnhauser, E. et al. (2000):** Thiemes Pflege. Entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.
- Menche, N. (2004)** Pflege Heute 3. Auflage Urban&Fischer Verlag Elsevier GmbH München.
- Meyers Lexikon in drei Bänden (1997):** Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG, Mannheim.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hrsg.(2006):** Österreichischer Pflegebericht 2006.
- Weiss-Faßbinder, S. (Hrsg.) (2006):** Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG 5. Auflage. Wien: Manz.
- Reimer, W.; Füller, F. (1998):** Der Pflegeprozess. Theoretischer Hintergrund und Klassifikation mit Vorschlägen für die praktische Arbeit. Ulm: Universitätsverlag Ulm.
- Sladeczek, E.; Marzi, LM.; Schmiedbauer, T. (2001):** Recht für Gesundheitsberufe. Wien: Orac Verlag.
- Verworner, H. (1997):** Wichtig für den Pflegeprozess ist die Pflegedokumentation. In: Österreichische Krankenpflegezeitschrift. 50 (1); 18-21.