

Arbeitshilfe zum Prozess der Laiendelegation durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit dem Schwerpunkt Personenbetreuung

Der österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband im Auftrag der Fachgruppe Wien
Personenberatung und Personenbetreuung

HerausgeberInnen:

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
Wilhelminenstraße 91/IIe
A-1160 Wien

Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung
Straße der Wiener Wirtschaft 1
A-1020 Wien

Copyright:

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil der Arbeitshilfe darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung der HerausgeberInnen reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Wien, Mai 2023

AutorInnen und Overhead

Overhead ÖGKV:

Mag. Elisabeth Potzmann Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands

Overhead WKO:

Dr. Tasotti Mario Fachgruppenobmann Stv. der Fachgruppe Wien
Personenberatung und Personenbetreuung -
Wirtschaftskammer Wien

AutorInnen:

Archan Tamara, MSc, BScN, DGKP, Pain Nurse; APN für Geriatrie, Palliative Care und Schmerz im Haus der Barmherzigkeit SBG, Wien, Leitung Palliativteam HB SBG, Fachhochschullektorin an der FH Joanneum und Vortragende an der Uni for Life in Graz, 2. Vizepräsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands

- *Aufgabe bei der Entwicklung:* Wissenschaftliche Begleitung, Praxiswissen

Gressl Daniel Peter, DGKP, akad. Pflegemanager; freiberuflich Pfleger; Gründer der Ö-Nurse Praxis für Gesundheits- und Krankenpfleger, Community Nurse in Judenburg, STMK, 1. Vizepräsident des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands

- *Aufgabe bei der Entwicklung:* Organisation, Koordination ExpertInnen - Panel, Praxiswissen

Hahn Elisabeth, DGKP, akad. Gesundheits- und Pflegeberaterin, Leitung operatives Pflegemanagement HB, Geschäftsführerin bei MeinPflegegeld, Dozentin an der DUK, Autorin, Vortragende, ÖQZ ZertifiziererInnen

- *Aufgabe bei der Entwicklung:* Gesetzliche Grundlagen, Praxiswissen

Riedler Karoline, MSc, BSc, DGKP, CTS, Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege; Leitung ULG Mittleres Pflegemanagement an der Akademie für Gesundheitsberufe des ÖGKV LV STMK, stv. Finanzreferentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands

- *Aufgabe bei der Entwicklung:* Pädagogische Begleitung, Praxiswissen

Externe BegutachterInnen / Praxistestung

Daniela Heidegger, Sonja Savic, Sandra Fruhmann, Christine Ornter, Raimund Toch

Wissenschaftliche Unabhängigkeit und Interessensoffenlegung

Die Arbeitshilfe wurde als Kooperationsprojekt der FG PBPB (Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung) und des ÖGKV (Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband) in Auftrag gegeben. Die AuftraggeberInnen (siehe Overhead) waren nicht an der Entwicklung der Arbeitshilfe beteiligt und hatten keinen Einfluss auf die Erstellung und Inhalte. Die Arbeitshilfe wurde durch die Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung finanziert. Alle AutorInnen der Arbeitshilfe sowie alle TeilnehmerInnen der Delphi-Runden für die Empfehlungsgraduierung haben potenzielle Interessenkonflikte dargelegt. Für die Entwicklung der Arbeitshilfe ergeben sich daraus keine Interessenskonflikte.

Danksagung

Mag. Elisabeth Potzmann

Qualitätssicherung ist, neben der Weiterentwicklung des Pflegeberufes, eine der Hauptaufgaben eines Berufsverbandes. Deshalb haben wir dieser Zusammenarbeit im Sinne einer verbesserten Versorgung im häuslichen Setting umgehend zugesagt. Das nun vorliegende Ergebnis der Arbeitsgruppe ist ein wichtiger Baustein in Richtung Versorgungssicherheit. Erstmals wird das Thema Delegation an Laien, speziell an Personenbetreuerinnen und Personenbetreuer, fachlich durchdrungen. Um die Handhabbarkeit dieser Ergebnisse zu gewährleisten, wird es im nächsten Schritt wichtig sein, ein alltagstaugliches Instrument zu synthetisieren.

Ich bedanke mich bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe dafür, dass Sie ihre Kompetenz und ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben, um dieses umfassende Dokument zu verfassen. Bei der Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung, namentlich bei Dr. Mario Tasotti, bedanke ich mich für die stets konstruktive Zusammenarbeit. Den KollegInnen und Kollegen wünsche ich bei der Anwendung der Arbeitshilfe viel Erfolg und weiterhin viel Freude an ihrer wertvollen Tätigkeit.

Dr. Mario Tasotti

„Ich bedanke mich sehr herzlich bei Frau Präsidentin Elisabeth Potzmann sowie dem AutorInnen Team für die Erarbeitung dieser Arbeitshilfe für den Delegationsprozess in der Personenbetreuung. Diese bildet eine hervorragende Basis, um dieses komplexe und kontroversielle Thema sukzessive in Richtung einer allgemein anerkannten Standardisierung zu entwickeln. Klar bringen die AutorInnen darin auch zum Ausdruck, dass eine konsequente Umsetzung des Delegationsprozesses zwar unzweifelhaft zu einer Steigerung der Pflegequalität führt, eine lege artis durchgeführte Delegation aber hohe Kompetenz sowie umfangreiche zeitlich und personelle Ressourcen erfordert. Eine zweckgebundene finanzielle Unterstützung für betroffene betreuungsbedürftige Personen für den Bereich der fachpflegerischen Begleitung in der Personenbetreuung ist daher Voraussetzung für eine flächendeckende Umsetzung in der Praxis.“

Inhaltsverzeichnis

AutorInnen und Overhead	2
Danksagung	3
Abkürzungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1 Definitionen	9
1.1.1 Pflege	9
1.1.2 Personenbetreuung	10
1.1.3 Laien	11
1.1.4 Qualität	11
1.1.5 Gesundheitsqualitätsgesetz	11
2. Delegation	13
2.1 Delegation - eine anspruchsvolle Tätigkeit	13
2.1.1 Der formale Prozess der Laiendelegation an die Personenbetreuung	14
2.1.2 Delegation im Rahmen der Personenbetreuung	15
3. Rechtlicher Rahmen	17
3.1 Hausbetreuungsgesetz (HBeG)	17
3.2 Gewerbeordnung (GewO)	17
3.2.1 Standes- und Ausübungsregeln, Maßnahmen zur Vermeidung einer Gefährdung	17
3.2.2 Zusammenfassung der Rechte und Pflichten von selbstständigen PersonenbetreuerInnen	18
3.2.3 Besonderheiten bei unselbstständigen (angestellten) PersonenbetreuerInnen	19
3.3 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)	19
3.4 Ärztegesetz (ÄrzteG)	20
3.5 Bundespflegegeldgesetz (BPGG)	20
3.6 Erwachsenenschutzgesetz	21
3.7 Medizinproduktegesetz (MPG)	21
3.8 Schutz bei psychischer Krise	22
4. Ziele	22
5. Methode	23
5.1 Literaturrecherche	23
5.2 Empfehlungsgraduierung	24
5.2.1 Likert Skala:	24
5.3 Gestaltung der Arbeitshilfe	26
5.3.1 Pflegeprozess	26
5.3.2 Clinical View	28
5.3.3 Anordnungsbeiblatt	28
5.4 Praktische Testung der Arbeitshilfe	29
6. Arbeitshilfe - Theoretischer Teil	30

6.1 Grundlagen in der Delegation	30
6.1.1 Ärztliche Delegation.....	30
6.2 Lebensaktivität <i>Sich Pflegen</i>	32
6.2.1 Definition	32
6.2.2 Ausprägung.....	32
6.2.3 Assessments	33
6.2.4 Delegationsbereich und Grenzen	34
6.2.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung	34
6.2.6 Empfehlung / Tipps:.....	35
6.3 Lebensaktivität <i>Sich Kleiden</i>	36
6.3.1 Definition	36
6.3.2 Ausprägung	36
6.3.3 Assessments	37
6.3.4 Delegationsbereich und Grenzen	38
6.3.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung	38
6.3.6 Empfehlung/Tipps:.....	39
6.4 Lebensaktivität <i>Ausscheiden</i>	40
6.4.1 Definition	40
6.4.2 Ausprägung	41
6.4.3 Assessments:	42
6.4.4 Delegationsgrenzen.....	43
6.4.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung	43
6.4.6 Empfehlung / Tipps.....	44
6.5 Lebensaktivität <i>Essen und Trinken</i>	45
6.5.1 Definition	45
6.5.2 Ausprägung	46
6.5.3 Assessments	48
6.5.4 Delegationsgrenzen.....	48
6.5.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung	48
6.5.6 Empfehlung / Tipps.....	50
6.6 Lebensaktivität <i>Sich Bewegen</i>	51
6.6.1 Definition	51
6.6.2 Ausprägung	51
6.6.3 Assessments	53
6.6.4 Delegationsgrenzen.....	54
6.6.5 Wesentliche Schulungsinhalte / Unterweisung	55
6.6.6 Empfehlung	56
6.7 Lebensaktivität <i>Vitale Funktionen aufrechterhalten</i>	57
6.7.1 Definition	57

6.7.2 Ausprägung	57
6.7.3 Assessments	58
6.7.4 Delegationsgrenzen.....	58
6.7.5 Wesentliche Schulungsinhalte / Unterweisung	59
6.7.6 Empfehlung	60
7. Weitere Empfehlungen	61
7.1 Ausblick	61
8. Literatur	62
Wichtige Links:	63
Anhang 1 – Clinical View	i
Anhang 2 – Anordnungsbeiblatt	ii

Abkürzungsverzeichnis

ÄrzteG	Ärztegesetz
ANA	American Nurses Association
ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
BP	Betreuungspersonen
BPGG	Bundespflegegeldgesetz
BVWK	Blasenverweilkatheter
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DUK	Donauuniversität Krems
EV	ErwachsenenvertreterIn
GewO	Gewerbeordnung
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GuKP	Gesundheits- und Krankenpflegeperson
HB	Haus der Barmherzigkeit
HbeG	Hausbetreuungsgesetz
ICN	International Council of Nurses
MPG	Medizinproduktegesetz
MTS	Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe
NCSBN	National Council of State Boards of Nursing
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
ÖQZ	Österreichisches Qualitätszertifikat
PAVK	Periphere arterielle Verschlusskrankheit
PP	Pflegepersonen
PEG-Sonde	Perkutane Endoskopische Gastrostomie - Sonde
Stv.	StellvertreterIn
SVS	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
u. a.	unter anderem
UbG	Unterbringungsgesetz
vgl.	vergleiche
zbP	Zu betreuende Person

1. Einleitung

Unsere Gesellschaft ist – demografisch betrachtet – eine alternde Gesellschaft. Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, ist vom Alter abhängig und steigt im hohen Lebensalter steil an. Da der Wunsch möglichst lange in der gewohnten Umgebung bleiben zu können, nach wie vor primär vorhanden ist, steigt auch die Nachfrage nach flexiblen Betreuungsleistungen. Häufig wird keine umfassende Pflege, es werden vielmehr flexible Unterstützungsleistungen im Alltag benötigt, die es ermöglichen, weiterhin zuhause zu leben. Eine dieser Unterstützungsangebote ist die 24 Stunden Betreuung durch PersonenbetreuerInnen.

Die Personenbetreuung hat sich mittlerweile als wertvoller Bestandteil der häuslichen Pflegearrangements behauptet. Zum einen als Ergänzung zur familiären Versorgung oder als Weiterführung eines häuslichen Pflegearrangements, wenn das Angebot der Hauskrankenpflege nicht mehr ausreichend ist. Mittlerweile nutzen in Österreich fast 30.000 Familien diese Form der Unterstützung.

Das Gewerbe der Personenbetreuung ist ein freies Gewerbe. Gewerbetreibende müssen keinen Befähigungsnachweis erbringen, bzw. muss für die Ausübung der Personenbetreuung kein Qualifikationsnachweis erbracht werden.

Unter Betreuung versteht das Hausbetreuungsgesetz, wie auch die Gewerbeordnung Arbeiten, die eine Hilfestellung in der Haushaltsführung und der Lebensführung für die betreuungsbedürftige Person darstellen. Das sind Tätigkeiten, wie das Reinigen der Wohnung, die Versorgung der Wäsche, das Zubereiten von Mahlzeiten oder das Begleiten zu ÄrztInnen, TherapeutInnen, Behörden und Ämtern. Pflegehandlungen, wie etwa die Unterstützung bei der Körperpflege, der Essenaufnahme oder beim Aufstehen oder Niederlegen, dürfen von den Betreuungspersonen nur dann durchgeführt werden, wenn dazu kein Fachwissen erforderlich ist oder diese Handlungen für die betreute Person keine gesundheitliche Gefahr darstellen.

Die Abgrenzung bzw. Einschätzung, wann Fachwissen erforderlich ist, und entsprechende professionelle Maßnahmen umgesetzt werden müssen, liegt bei der Profession des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Mittlerweile hat sich eine Zusammenarbeit zwischen der Personenbetreuung bzw. Vermittlungsagenturen und dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt. Nicht zuletzt hat die Einführung des ÖQZ (Österreichisches Qualitätszertifikat für Vermittlungsagenturen) diese Entwicklung gefördert.

2008 traten die Bestimmungen der Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Kraft. Damit wurde eine gesetzliche Regelung für die Delegation von ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten geschaffen. Unter einer Delegation versteht man die Übertragung pflegerischer bzw. ärztlicher Tätigkeiten an Angehörige anderer Berufsgruppen.

Folgende ärztliche Tätigkeiten können von ÄrztInnen delegiert bzw. von Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflege subdelegiert werden (§ 50b ÄrzteG):

- Arzneimittel verabreichen
- Verbände und Bandagen anlegen
- subkutane Insulinspritzen bzw. blutverdünnende Medikamente verabreichen
- Blutentnahme aus der Kapillare für die Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen
- einfache Wärme und Lichtanwendungen

Pflegerische Tätigkeiten, die delegierbar sind, werden im Gesetz nicht abschließend aufgezählt. Es gilt die Expertise der DGKP, welche die Situation und die notwendigen Maßnahmen einschätzen.

Die Betreuungskraft darf diese ärztlich oder pflegerisch übertragenen Tätigkeiten unter folgenden Voraussetzungen durchführen (§ 50b ÄrzteG; § 3b GuKG; § 15 Abs 6 GuKG):

- grundsätzlich nur nach schriftlicher Anordnung
- ausschließlich an der zu betreuenden Person in ihrem Privatraum
- wenn die Betreuungskraft dauernd oder regelmäßig täglich oder mehrmals wöchentlich über längere Zeiträume im Privathaushalt der betreuten Person anwesend ist
- nur bei rechtsgültiger Einwilligung durch die zu betreuende Person und die Betreuungsperson
- je nach Tätigkeit nur nach Anleitung und Unterweisung
- die Durchführung der Tätigkeiten ist zu dokumentieren
- der Gesundheitsverlauf ist regelmäßig zu dokumentieren und allen beteiligten Gesundheitsberufen zugänglich zu machen

Der gehobene Dienst für GuKP haftet im Rahmen der beruflichen Sorgfaltspflicht (§ 4 Abs 1 Satz 2 GuKG, § 1299 ABGB) für die delegierten Maßnahmen bzw. für das Ergebnis.

Diesen Ausführungen ist zu entnehmen, dass dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege eine hohe Verantwortung im Rahmen der Delegation zukommt. Aus diesem Grund hat sich die Fachgruppe Wien Personenberatung und Personenbetreuung in Zusammenarbeit mit dem ÖGKV entschlossen, eine umfassende Arbeitshilfe für das Verfassen der Delegationen zu entwickeln. Dabei soll auch der Pflegeprozess durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege im Setting Personenbetreuung sichtbar gemacht werden.

1.1 Definitionen

1.1.1 Pflege

Pflege umfasst gemäß ICN die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob sie krank oder gesund sind; und zwar in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheit und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein (ICN, Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK).

Im Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wird dies wie folgt definiert: „Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei“ (§ 12 Abs. 2 GuKG). Weitere Schlüsselaufgaben der Pflege sind Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse (Advocacy), Förderung einer sicheren Umgebung, Forschung, Mitwirkung in der Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie im Management des Gesundheitswesens und in der Bildung (Rappold et al, 2011, S. 67).“

In diesem Zusammenhang ist noch die Unterscheidung zwischen formeller und informeller Pflege zu treffen.

Formelle Pflege wird von qualifiziertem, also ausgebildetem Personal, in Krankenanstalten, Ambulanzen, Pflege- und Betreuungseinrichtungen, der mobilen Pflege und – soweit gesetzlich erlaubt – auch in arbeitsrechtlicher selbständiger Form erbracht.

Informelle Pflege kann mit dem Wort „Laienpflege“ übersetzt werden: nicht erwerbsmäßige Betreuung und Pflege durch nicht ausgebildete Personen, meist Angehörige. Personenbetreuung nimmt eine Sonderstellung ein: Die PersonenbetreuerInnen sind aufgrund der nicht verpflichtenden Ausbildung (manche haben beispielsweise einen Kurs im Ausmaß von 200 Stunden absolviert) der Gruppe der Laienpflege zuzuordnen, erhalten dafür jedoch eine Bezahlung.

Die professionelle Pflege hat eine pflegerische Ausbildung absolviert, besitzt besonderes Fachwissen und stützt ihre Entscheidungen auf wissenschaftlichen Grundlagen. Die professionelle Pflege erhält Geld für ihre Dienstleistung. Es gibt ein Berufsbild und einen Berufskodex (16 WHO, ICN). Die Berufsbilder der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (namentlich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegefachassistenz und der Pflegeassistenz) umfassen die gesetzlich festgelegten Tätigkeitsbereiche (§§ 13ff. und 83f. GuKG).

1.1.2 Personenbetreuung

Unter dem Begriff Betreuung bzw. Personenbetreuung wird in dieser Arbeitshilfe, angelehnt an die im §159 Gewerbeordnung 1994 aufgelisteten haushaltsnahen Tätigkeiten, der Unterstützung bei der Lebensführung, beziehungsweise der Gesellschafterfunktion verstanden. Zu den Betreuungsaufgaben zählen auch die Umsetzung einzelner pflegerischer Maßnahmen, wie etwa die Unterstützung bei der Körperpflege, dem Toilettengang und der Nahrungs- und Arzneimittelaufnahme, sofern diese nicht überwiegend erbracht werden (§ 3b Abs. 2 GuKG, § 159 Abs. 3 GewO). Auch im Rahmen der Feststellung des Pflegebedarfs nach dem Bundespflegegeldgesetz wird die „Betreuung“ definiert: „Unter Betreuung sind alle, in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu den genannten Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn (§ 1 Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz). Zudem gibt es noch im Hausbetreuungsgesetz eine Definition von Betreuung: „Betreuung im Sinne dieses Bundesgesetzes umfasst:

1. Tätigkeiten für die zu betreuende Person, die in der Hilfestellung insbesondere bei der Haushaltsführung und der Lebensführung bestehen, sowie
2. sonstige, auf Grund der Betreuungsbedürftigkeit notwendige Anwesenheiten“ (§ 1 Abs. 3 HBeG).

Die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen erfordert ein hohes Maß an Verantwortung und Selbständigkeit. „Kann ein Patient, der zwar im Hinblick auf seine Einsichts- und Urteilsfähigkeit (Anm.: aktueller Gesetzesbegriff: „Entscheidungsfähigkeit“) selbstbestimmt ist, die Selbstdurchführung einer ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit, z.B. in Folge eines motorischen Defizits, ohne fremde Hilfe und Handreichung nicht selbst vornehmen, so darf die Hilfestellung des Betroffenen bei der Selbstanwendung auch durch Laien erfolgen, sofern kein medizinisches oder pflegerisches Fachwissen erforderlich ist. In diesem Fall gilt daher die Substitution der eigenen Tätigkeit von selbstbestimmten Patienten als Laintätigkeit (Aigner, 2011, S. 2f).“

Ob eine Delegationspflicht vorliegt und/oder die Tätigkeiten nicht mehr durch einen Laien/ eine Betreuungsperson durchgeführt werden dürfen, liegt im Ermessen der diplomierten Pflegeperson oder von ÄrztInnen.

1.1.3 Laien

Unter Laien sind Personen zu verstehen, die nicht Angehörige eines gesetzlich geregelten Gesundheits- oder Sozialbetreuungsberufes sind. Die Grenze der Laintätigkeit liegt dort, wo medizinisches oder fachpflegerisches Wissen für die fachgerechte Durchführung der Pflege notwendig ist, um eine Selbst- und/oder Fremdgefährdung auszuschließen. Auch wenn Laien über persönliche Kompetenzen verfügen, fehlt ihnen die Qualifikation einer abgeschlossenen pflegerischen/medizinischen Ausbildung (Aigner 2011, S. 8).

1.1.4 Qualität

„Qualität braucht Qualifikation, Qualität ist dynamisch, nicht statisch. Auch das ist Qualität: etwas anzufangen“

(Georg Wilhelm Exler)

Im Sinne dieses Zitates ist die Erarbeitung einer Arbeitshilfe für die Delegationen in der Personenbetreuung ein weiterer Schritt, um einen Standard in das Berufsfeld der Personenbetreuung zu etablieren.

Für die Definition des Begriffes „Qualität“ stehen unterschiedliche Erklärungen zur Verfügung: Die Feststellung von vorhandener Qualität besteht laut Donabedian in der Übereinstimmung des Ergebnisses mit dem Geplanten. Die Betreuung/Pflege von Menschen im häuslichen Umfeld verlangt ein ganzheitliches Verständnis von Qualität, weshalb nachfolgende Definition insbesondere für das Setting der „häuslichen Betreuung durch Personenbetreuung“ Anwendung findet.

Der Bewertungsmaßstab für Pflegequalität umfasst im Allgemeinen vier Stufen:

1. optimale Pflege (ideal, erstklassig)
2. angemessene Pflege (gut)
3. notwendige Pflege (ausreichend)
4. mangelhafte Pflege (gefährlich) (Korečić, 2013).

Die Qualität der Betreuungsleistung wird von den betroffenen Familien nicht ausschließlich an der Umsetzung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen gemessen, sondern mit einem höheren Maß an der Beschaffenheit der Beziehung zwischen Betreuungsperson und zu betreuender Person. „Der Begriff Qualität ist auch deshalb interessant, weil die Qualität einer Pflegeleistung eben nicht nur in der Beschaffenheit der Pfl egetätigkeit an sich liegt, sondern auch in der Beziehung zwischen Pflegekräften und PatientInnen mitsamt deren Familien“ (Klaus et al, 2014, S. 145).

1.1.5 Gesundheitsqualitätsgesetz

Das österreichische Gesundheits- und Qualitätsgesetz hat das Ziel, zu einer flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen beizutragen, indem systematisch Qualitätsarbeit implementiert wird.

Um einige wesentliche Merkmale und Definitionen für das weiterführende Verständnis des Qualitätsanspruches darzulegen, werden aus dem §2 Gesundheitsqualitätsgesetz einige Kernaussagen zitiert:

1. „Qualität“: Grad der Erfüllung der Merkmale von PatientInnen-orientierter, transparenter, effektiver und effizienter Erbringung der Gesundheitsleistung. Die zentralen Anliegen in diesem Zusammenhang sind die Optimierung von Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität.
2. „PatientInnen Orientierung“: Im Sinne der Verbesserung der Lebensqualität sollen die jeweils betroffenen Menschen im Mittelpunkt der Entscheidungen und Handlungen stehen und befähigt werden, aktiv an Entscheidungsprozessen teilzunehmen.
3. „PatientInnensicherheit“: Umfasst Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse, die zum Schaden von PatientInnen führen können.
4. „Effizienz“: Verhältnis zwischen dem Einsatz und dem Ergebnis einer Leistung nach dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unter Berücksichtigung der Kostendämpfung.
5. „Strukturqualität“: Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.
6. „Prozessqualität“: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbareren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden.
7. „Ergebnisqualität“: Messbare Veränderungen des professionell eingeschätzten Gesundheitszustandes, der Lebensqualität und der Zufriedenheit der Patient: innen bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter Rahmenbedingungen und Maßnahmen.
8. „Gesundheitsleistung“: Jede durch Angehörige eines gesetzlich anerkannten Gesundheitsberufes oder einer gesetzlich zugelassenen Organisation am oder für den Menschen erbrachte Handlung, die der Förderung, Bewahrung, Wiederherstellung oder Verbesserung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes dient.
9. „Qualitätsstandards“: Beschreibbare Regelmäßigkeiten bzw. Vorgaben hinsichtlich Ausstattung, Verfahren oder Verhalten.
10. „Qualitätsindikator“: Messbare Größe, welche dazu geeignet ist, die Qualität der Gesundheitsleistung zu beobachten, zu vergleichen und zu evaluieren.
11. „Grundprinzipien der Gesundheitsförderung im Rahmen der Erbringung von Gesundheitsleistungen: Gesundheitsförderung zielt auf den Prozess ab, den Menschen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

1.1.5.1 Grundsätze des Qualitätsmanagements

- KundInnenorientierung
- Verantwortung von UnternehmerInnen, bzw. der Gesundheits- und Sozialpolitik
- Qualifikation der DienstleisterInnen
- Prozessorientierung / Systemorientierung
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

2. Delegation

Die Delegation wird in der Organisationslehre als vertikale Dezentralisierung der Entscheidungskompetenz bezeichnet. Bullinger (1996) beschreibt die Delegation als effektives Werkzeug, um hierarchische Strukturen durch Verlagerung von Aufgaben sowie die Verantwortung für deren Durchführung zu reduzieren (Bullinger, 1996, S. 131).

„Die Delegation beschreibt die Schnittstelle zwischen zwei Personen und ist innerhalb einer Profession und zwischen Professionen ein großes Thema.“ (Knoth et al. 2012, S. 285)

Laut Knoth (2012) gibt es **horizontale** und **vertikale** Delegationen sowie **Ad hoc** Delegation und strukturelle Delegation.

- Die horizontale Delegation entspricht einer Zusammenarbeit gleichwertiger PartnerInnen, bei der weder juristische noch fachliche Niveauunterschiede bestehen. Es ist somit eine Delegation auf Augenhöhe.
- Bei der vertikalen Delegation besteht zwischen den beiden PartnerInnen ein Gefälle bezüglich der Hierarchie oder Fachlichkeit.
- Ad hoc Delegation ist eine spontane Delegation, die über die Strukturen und Prozesse gesteigert wird, zum Beispiel im Rahmen von Stellenbeschreibungen.

2.1 Delegation - eine anspruchsvolle Tätigkeit

Delegation ist definiert als die Übertragung der Verantwortung für die Durchführung einer Tätigkeit von einer Person auf die andere. Erstere bleibt dabei weiterhin für das Ergebnis rechenschaftspflichtig (Kelly-Heidenthal, Marthaler, 2008, S. 28).

Delegation von pflegerischen Tätigkeiten wird von Kelly-Heidenthal et al, als eine der schwierigsten Aufgaben im Alltag von Pflegefachpersonen beschrieben.

Die Delegation setzt von der Pflegefachperson sowohl umfassendes Wissen über die aktuelle PatientInnensituation als auch über die Qualifikationen der Person voraus, an die delegiert wird. Die Entscheidung, wann welche Aufgaben an wen delegiert werden, liegt bei der Pflegefachperson. Sie trägt auch im Falle einer Delegation für den ganzen Pflegeprozess und entsprechend für die Resultate jeder einzelnen erbrachten oder unterlassenen Pflegehandlung die Verantwortung (Kelly-Heidenthaler, Marthaler, 2008, S. 28-32).

Bei der Delegation gilt zu beachten, dass durch jede delegierte patientInnennahe Tätigkeit eine neue Schnittstelle entsteht. Schnittstellen stellen hohe Anforderungen an Kommunikation und Dokumentation dar. Die American Nurses Association (ANA) und das National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) teilen die Ansicht über die anspruchsvolle Herausforderung einer Delegation. Diese Fähigkeit wird als Delegationskompetenz beschrieben (DBfK 2007).

International hat sich die Allokation von Aufgaben bewährt (Erfahrungen zum Einsatz von Nurse Practitioner in vielen Ländern in SVR 2007, S. 79 ff). Eine pauschale Aussage zur Delegation, die vorschreibt, welche Aufgaben an beruflich Pflegende - in der Folge auch an PersonenbetreuerInnen delegiert werden bzw. welche sie abgeben können, ist nicht möglich (DBfK 2010).

Angelehnt an die, in den USA entwickelten Grundsätze der American Nurses Association – ANA und des National Council of State Boards of Nursing - NCSBN, gilt insbesondere (DBfK 2007):

- Die DGKP entscheidet über den angemessenen Einsatz einer Personenbetreuung bei der Erbringung direkter Pflegeleistungen an der zu betreuenden Person (zbP). Untrennbar mit der Pflegepraxis verbundene Aufgaben, wie Bewertung, Planung, Evaluation und Pflegebeurteilung können nicht delegiert werden.

- Die Entscheidung darüber, ob eine Delegation von Pflegeleistungen stattfinden sollte, hängt davon ab, wie die DGKP den Zustand der zBP, die Kompetenz der Personenbetreuung und den bei der Delegation einer Maßnahme notwendigen Grad der Beaufsichtigung durch die DGKP beurteilt.
- Die DGKP delegiert ausschließlich Maßnahmen, für deren Durchführung die Personenbetreuung, nach Auffassung der DGKP, über die entsprechenden Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Dies schließen eine vorherige Anleitung und Unterweisung (Qualifikation) mit ein.
- Die Delegation verlangt nach professioneller Verantwortung.
- Die Delegation unterstützt den Versorgungsprozess nachhaltig und sichert die Qualität der Versorgung.

2.1.1 Der formale Prozess der Laiendelegation an die Personenbetreuung

(§ 50b ÄrzteG; § 3b GuKG; § 15 Abs 6 GuKG)

Die Durchführung einzelner ärztlicher Tätigkeiten kann von ärztlichem Personal an PersonenbetreuerInnen übertragen werden. Voraussetzung dafür ist, dass sich diese Personen in einem bestimmten Ausmaß regelmäßig im Haushalt aufhalten und sich nicht mehr als eine bestimmte Anzahl von zu betreuenden Personen in diesem Haushalt befinden, die zueinander in einem Angehörigenverhältnis stehen. Im Gesetz findet sich eine Auflistung der übertragbaren ärztlichen Tätigkeiten. Ärztliches Personal kann darüber hinaus die Ausübung weiterer Tätigkeiten übertragen, wenn die Leistungen einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad zu den anderen im Gesetz genannten Tätigkeiten aufweisen.

Liegt eine ärztliche Delegation an eine DGKP vor, so kann diese eine Subdelegation an die Personenbetreuung ausstellen. Dies ist insofern möglich, als die ärztlich übertragenen Tätigkeiten grundsätzlich an die Personenbetreuung delegierbar sind. Das bedeutet, dass ausschließlich folgende Tätigkeiten lt. §15 (6) GuKG von einer DGKP an eine Personenbetreuung subdelegiert werden dürfen:

1. Verabreichung von Arzneimitteln
2. Anlegen von Bandagen und Verbänden
3. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
4. Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
5. einfache Licht- und Wärmeanwendungen

Pflegerische Tätigkeiten können ausschließlich von einer DGKP an die Personenbetreuung übertragen werden. Aufgrund der Komplexität der Tätigkeit sind nachfolgende pflegerische Tätigkeiten aus pflegfachlicher Sicht grundsätzlich an die Personenbetreuung zu delegieren bzw. nach den Standards der Arbeitshilfe zu prüfen, ob eine Delegation im individuellen Fall überhaupt möglich ist:

- Pflege bei ableitenden Kontinenzhilfen (Blasenverweilkatheter, Urostoma, Suprapubischer Katheter)
- Pflege bei liegender PEG/PEJ Sonde, insbesondere das Verabreichen der Nahrung und der Medikamente
- Pflege bei Colostoma
- Pflege bei Bettlägerigkeit

Details zu diesen Tätigkeiten werden genauer in den jeweiligen Lebensaktivitäten in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben.

Die Übertragung hat grundsätzlich schriftlich zu erfolgen und ist maximal auf die Dauer des Betreuungsverhältnisses zu begrenzen. Die übertragenden Personen müssen die erforderlichen Anleitungen und Unterweisungen erteilen und sich von der Geeignetheit/Eignung der Person überzeugen (Anordnungsverantwortung). Die Verantwortung für die Durchführung der Tätigkeit liegt bei der fachkundigen Person (Durchführungsverantwortung), es sei denn, es erfolgt eine unzureichende Anweisung des ärztlichen Personals oder der DGKP.

Die Übertragung ist befristet zu erteilen und kann unter Umständen auch widerrufen werden.

Die ausführende Person ist auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung hinzuweisen. Übernimmt der Laie/die Laiin eine Tätigkeit, obwohl er/sie weiß, dazu nicht in der Lage zu sein, so haftet er/sie im Schadensfall (Einlassungsfahrlässigkeit).

Im Falle einer pflegerischen Delegation muss die zbP (bzw. deren persönliche Vertretung z.B. ErwachsenenvertreterIn) eine schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben.

Außerdem trifft die ausführende Person die Informations- und Dokumentationspflicht. Das bedeutet, dass die Durchführung der Tätigkeit regelmäßig dokumentiert werden muss. Insbesondere muss festgehalten werden, wenn eine Tätigkeit nicht durchgeführt werden konnte und welcher Grund dafür vorliegt. Die delegierende Person ist rechtzeitig über eine Verhinderung der Durchführung zu informieren. "Rechtzeitig" hängt von der Konsequenz ab, die durch die Nichterfüllung entstehen kann. Alle Informationen, die von Bedeutung sein könnten, insbesondere Veränderungen des Zustandsbildes sind unverzüglich an die delegierende Person (nicht die Organisation von Personenbetreuung) zu berichten.

2.1.2 Delegation im Rahmen der Personenbetreuung

Der DGKP kommt im Rahmen der Delegation in der Personenbetreuung die Aufgabe zu, die Situation bzw. den Gesundheitszustand der zbP einzuschätzen und notwendige Maßnahmen abzuleiten. Insbesondere sollte eine Einschätzung erfolgen, ob die zbP sich in einer stabilen oder instabilen Pflegesituation befindet.

Nach RechtsexpertInnenmeinung wird eine stabile Situation angenommen, wenn die Situation bedingt, dass kein unmittelbares/akutes medizinisches/pflegerisches Einschreiten von Fachpersonal notwendig ist, um geplante Maßnahmen situationsbedingt unmittelbar zu adaptieren, und erlaubt die Interventionen prozesshaft zu planen (Halmich 2023).

Geringfügige Veränderungen im Gesundheitszustand werden nicht als Instabilität bewertet. Verlangt die zbP selbst nach einer (sinnvollen bzw. angemessenen) Maßnahme, ist von einer stabilen Situation auszugehen.

Überraschende (nicht zu erwartende) gravierende Veränderungen, die immer wieder vorkommen und sofortiges Handeln verlangen, zeigen eine instabile Situation an. Ist es notwendig, während der Durchführung einer oder mehrerer Maßnahmen den Zustand ständig neu zu bewerten und die Umsetzung der Maßnahmen anzupassen, wird eine instabile Situation angenommen.

Des Weiteren können Umstände des Einzelfalles bewirken, dass die gleiche Tätigkeit entweder als Laintätigkeit (ohne Delegation) oder als "zu delegierende Maßnahme" einzustufen ist. Es muss nicht nur geprüft werden, ob diese Maßnahmen zu delegieren sind, sondern auch, ob sie von anderen Personen als der Personenbetreuung übernommen werden sollen.

Die Entscheidung für oder gegen eine Delegation ist so restriktiv wie möglich und so konsequent wie notwendig zu treffen, dies auch vor dem Hintergrund, dass jede Delegation zu erhöhten Kosten für die Familien führt.

Das Kernstück der Delegation in der Personenbetreuung ist die Anleitung und Unterweisung. Die Anleitung und Unterweisung (Eduktion) hat so zu erfolgen, dass die Personenbetreuung sprachlich und inhaltlich folgen kann. Da es sich bei der Personenbetreuung um Laienpflegende handelt, ist von keinem Vorwissen auszugehen. Es müssen in der Anleitung und Unterweisung also auch grundsätzliche Erklärungen erfolgen. Das Ziel der Anleitung und Unterweisung ist es, die Personenbetreuung für den Einzelfall mit Kompetenzen so auszustatten, dass eine zuverlässige Versorgung gewährleistet werden kann.

Da jede Delegation auch die Aufsicht beinhaltet, sind die Verfügbarkeiten der DGKP für Nachfragen oder Rückmeldungen zu klären. Die DGKP muss in einem, der Delegation angemessenen Ausmaß, für die BP direkt erreichbar sein. Empfehlenswert ist, einen individuellen Notfallplan zu erstellen: "Was kann die BP tun, wenn die DGKP nicht erreichbar ist?" Ebenso ist bei der Wahl des Evaluierungszeitpunktes auf das Setting und die Komplexität der Tätigkeit Rücksicht zu nehmen. Draufsicht würde bedeuten, dass die DGKP direkt vor Ort ist, aber auch, dass die Begleitung und Beobachtung in definierten, angemessenen Abständen stattfindet (= Visitenplan).

Die DGKP kann nach Abklärung, ob eine Delegation auszustellen ist, ablehnen, diese Delegation an die anwesende BP zu erteilen. Gründe dafür können sein:

- zu geringe sprachliche Kenntnisse der BP, es besteht die Gefahr, dass wesentliche Teile der Anleitung und Unterweisung nicht verstanden werden.
- Die Beobachtungen während der Visiten lassen den Schluss zu, dass die BP notwendige z.B. hygienische Maßnahmen nicht umsetzt.
- Die dominante Präsenz des/der Angehörigen lässt vermuten, dass die BP an der Umsetzung der Delegation gehindert wird.
- Die BP gibt verbal zu verstehen, dass sie, ihren eigenen Vorstellungen entsprechend, die Betreuung fortsetzen wird.
- Die BP kann auf intellektueller Ebene der Anleitung und Unterweisung nicht folgen.

3. Rechtlicher Rahmen

Die Tätigkeit als Personenbetreuerin bzw. Personenbetreuer kann entweder selbstständig oder im Rahmen eines Dienstverhältnisses (unselbständig) erbracht werden. Folgend werden die relevanten Rechtsgrundlagen in aller Kürze dargestellt.

3.1 Hausbetreuungsgesetz (HBeG)

Das HBeG wurde in Folge der Legalisierung der Personenbetreuung in Österreich eingeführt und gilt für die Betreuung von Personen in deren Privathaushalten. Das HBeG umfasst alle Richtlinien für PersonenbetreuerInnen, sowie die unterschiedliche Vorgehensweise bei einer unselbständigen oder einer selbständigen Erwerbstätigkeit. Für den Bereich der unselbständigen Erwerbstätigkeit enthält es arbeitsrechtliche Sonderbestimmungen. Das HBeG schreibt auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Betreuung vor. Diese betreffen das Formulieren von Handlungsleitlinien insbesondere für den Notfall, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die Verschwiegenheit.

3.2 Gewerbeordnung (GewO)

Die Gewerbeordnung (§§ 159 und 160 GewO) regelt die Details zur selbständigen Erwerbstätigkeit im Rahmen des freien Gewerbes der Personenbetreuung. Sie beinhaltet die Tätigkeiten der PersonenbetreuerInnen, die im Rahmen des freien Gewerbes ausgeübt werden können, sowie die Verschwiegenheitspflicht, die verpflichtende Vereinbarung von Handlungsleitlinien und die Führung eines Haushaltsbuches. Zudem gibt es in diesem Zusammenhang eine eigene Gewerbeberechtigung zur Organisation von Personenbetreuung, die im § 161 GewO geregelt ist. Inhalt dieser Gewerbeberechtigung ist die Vermittlung von Gewerbetreibenden, die das Gewerbe der Personenbetreuung ausüben, an betreuungsbedürftige Personen.

3.2.1 Standes- und Ausübungsregeln, Maßnahmen zur Vermeidung einer Gefährdung

Im Hinblick auf das Gewerbe der Personenbetreuung wurden zwei relevante Verordnungen erlassen:

1. Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft über Standes- und Ausübungsregeln für Leistungen der Personenbetreuung
2. Verordnung des Bundesministers für Wirtschaft und Arbeit über Maßnahmen, die Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung ausüben, zur Vermeidung einer Gefährdung von Leben oder Gesundheit bei der Erbringung ihrer Dienstleistung zu setzen haben

Die erste Verordnung regelt u.a., dass stets das Wohl der zu Betreuenden gewahrt werden muss, die berufliche Stellung nicht zur Erlangung persönlicher Vorteile missbraucht werden darf, die Leistungen zu dokumentieren sind und stets ein Betreuungsvertrag in schriftlicher Form abzuschließen ist.

Die zweite Verordnung regelt, dass der/die Gewerbetreibende bei der Erbringung von Dienstleistungen in der Personenbetreuung für eine Vermeidung der Gefährdung von Gesundheit und Leben der zu betreuenden Person sorgt. Dies umfasst etwa Maßnahmen zur Unfallverhütung, Vorsicht bei der Zubereitung von Mahlzeiten und die Berücksichtigung der körperlichen Mobilität.

3.2.2 Zusammenfassung der Rechte und Pflichten von selbstständigen PersonenbetreuerInnen

Die Rechte selbständiger PersonenbetreuerInnen:

- Recht auf das vertraglich vereinbarte Entgelt für die erbrachte Leistung
- persönliche Weisungsfreiheit (gewisse Dienstleistungen können sanktionslos abgelehnt werden)
- Recht auf Vertretung (PersonenbetreuerInnen können sich generell vertreten lassen bzw. Hilfskräfte hinzuziehen)
- Recht, in der Wohnung der Betreuten zu wohnen (ausschließlich nach vertraglicher Vereinbarung)
- Recht, Werbung für die von ihr oder ihm angebotenen Dienste zu machen und auch mit potenziellen Kunden: innen in Kontakt zu treten

Die Pflichten selbständiger PersonenbetreuerInnen

- Anmeldung des Gewerbes der Personenbetreuung
- Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen
- Einhaltung der Handlungsleitlinien für den Alltag und für den Notfall
- Verpflichtung zur Zusammenarbeit mit anderen in die Pflege und Betreuung involvierten Personen und Einrichtungen zum Wohle der zu betreuenden Personen
- Verschwiegenheitspflicht
- Verpflichtung zur Führung des Haushaltsbuches
- Einhalten der Standesregeln
- Vermeidung von Gefahren
- Beachten der verpflichtenden Schriftlichkeit des Betreuungsvertrages sowie die Informationspflicht nach dem Konsumentenschutzgesetz bei Vertragsabschluss
- Meldepflicht
- Anmeldung bei der Sozialversicherung
- Anzeige der unternehmerischen Tätigkeit beim Finanzamt und steuerliche Abgabenleistung
- Mitgliedschaft bei der Wirtschaftskammer (mit gesetzlich normiertem Beitrag)

Die Pflichtversicherung in der Kranken-, Pensions- und Unfallversicherung beginnt für Gewerbetreibende mit dem Tag der Gewerbeanmeldung. Die Meldung des Versicherungsbeginns ist innerhalb eines Monats der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVS) des jeweiligen Bundeslandes bekannt zu geben. Zudem gilt eine Meldepflicht. Wer eine Wohnung in Österreich bezieht, ist nach dem Meldegesetz verpflichtet, sich bei der zuständigen Meldebehörde anzumelden; dies binnen drei Tagen nach Bezug der Unterkunft in Österreich. Die 24-Stunden-Betreuungskraft hat nach vertraglicher Festlegung das Recht, für die Dauer der Betreuungsleistung in den Wohnräumen der betreuten Person einzuziehen. Daraus ergibt sich die Meldepflicht für die Betreuungsperson. In der Praxis wird die Betreuungskraft dabei von den Organisationen von Personenbetreuung unterstützt. (WKO-Gründerservice 2023)

3.2.3 Besonderheiten bei unselbstständigen (angestellten) PersonenbetreuerInnen

Wenn die Betreuungsperson unselbstständig beschäftigt werden soll, was in der Praxis äußerst selten zur Anwendung gelangt, müssen folgende Schritte vorgenommen werden:

- Abschluss eines Arbeitsvertrags (dabei sind die arbeitsvertraglichen Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetz bzw. des Hausgehilfen- und Hausangestelltengesetz einzuhalten; weiters ist gegebenenfalls das Ausländerbeschäftigungsgesetz zu beachten)
- Anmeldung der ArbeitnehmerInnen bei der Sozialversicherung (bei der Gebietskrankenkasse des Ortes, an dem die "24-Stunden-Betreuung" erfolgt; dies jedenfalls vor Dienstantritt) Folgende Erledigungen haben die PersonenbetreuerInnen dann nicht zu leisten:
 - Gewerbeanmeldung
 - Anzeige der unternehmerischen Tätigkeit beim Finanzamt
 - Mitgliedschaft bei der Wirtschaftskammer

3.3 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz beschreibt im §3b die Voraussetzungen, unter denen einzelne pflegerische Tätigkeiten von diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen an PersonenbetreuerInnen im Einzelfall übertragen werden dürfen. Im GuKG sind die Kompetenzbereiche der drei gesetzlich geregelten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geregelt. Die genauen Tätigkeitsfelder dienen der Abgrenzung gegenüber anderen Berufen und auch der Laintätigkeit bzw. sind dadurch Vorbehaltstätigkeiten normiert. Zu den pflegerischen Tätigkeiten gemäß Abs. 1 zählen auch:

- die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme,
- die Unterstützung bei der Körperpflege,
- die Unterstützung beim An- und Auskleiden,
- die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten und
- die Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen,

sobald Umstände vorliegen, die aus medizinischer Sicht für die Durchführung dieser Tätigkeiten durch Laien eine Anordnung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich machen (§ 3b Abs. 2 GuKG). Ist aber diese Erforderlichkeit nicht gegeben, so können die oben genannten Maßnahmen auch von einem Laien (z.B. einer/m PersonenbetreuerIn) befugter Weise erbracht werden, ohne dass hierfür eine Anordnung eines Gesundheitsberufes erforderlich wäre. Dies wird dann unter dem Aspekt „Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen“ (§ 159 Abs. 1. Ziffer 2 litt. b GewO) eingeordnet. Die Beurteilung, ob im Einzelfall diese Umstände vorliegen, obliegt bei Fragestellungen aus pflegerischer Sicht (§14 GuKG) einer diplomierten Pflegeperson.

Wenn Personen mit einer pflegerischen Grundausbildung (z.B. DGKP ohne Nostrifikation oder als PA, PFA) oder Sozialberufe (FachsozialbetreuerInnen, Heimhilfen) in der Personenbetreuung arbeiten, unterliegen sie der Gewerbeordnung und nicht dem GuKG. Diese Personengruppen benötigen nach Prüfung des in dieser Arbeitshilfe dargelegten Rahmen ebenso eine Delegation. Bei der Anleitung und Unterweisung bestimmter Tätigkeiten kann auf die Qualifikationen zurückgegriffen werden.

3.4 Ärztegesetz (ÄrzteG)

Im § 50b ÄrzteG (und auch im §15 Abs. 6 GuKG) sind die Voraussetzungen geregelt, unter denen einzelne ärztliche Tätigkeiten an PersonenbetreuerInnen im Einzelfall übertragen werden dürfen.

Die übertragbaren Tätigkeiten sind im Detail aufgelistet:

- die Verabreichung von Arzneimitteln - dies schließt das Herausnehmen der ärztlich verordneten Medikamente aus den Medikamentenschachteln mit ein!
- das Anlegen von Bandagen und Verbänden,
- die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
- die Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens,
- einfache Wärme- und Lichtenwendungen sowie
- weitere einzelne ärztliche Tätigkeiten, sofern diese einen zu den genannten Tätigkeiten vergleichbaren Schwierigkeitsgrad sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweisen

(§50b Abs. 2 ÄrzteG).

Ergänzend dazu eine Information des zuständigen Bundesministeriums (GZ: BMASGK-92100/0041-IX/A/3/2018): Das Entleeren des Urinbeutels mittels Ablaufventils sowie der Wechsel desselben ist aus Sicht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz von PersonenbetreuerInnen gem. §3b Abs. 2 Z 4 GuKG durchführbar bzw. kann an diese delegiert werden.

Der Wechsel eines Colostomabeutels kann dann an PersonenbetreuerInnen delegiert werden, wenn es sich um zweiteilige Systeme handelt (d.h. Basisplatte und Beutel separat). Andernfalls ist der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege beizuziehen, da mit Wechsel der Basisplatte auch stets eine Kontrolle des Stomarandes verbunden ist.

Ebenso kann die Verabreichung von Sondenernährung über eine liegende Sonde unter Einhaltung der gesetzlich normierten Voraussetzungen grundsätzlich an PersonenbetreuerInnen übertragen werden. Eine Entscheidung im Einzelfall hat immer durch ärztliches Personal bzw. den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Sowohl eine entsprechende Schulung als auch deren Dokumentation sind jedenfalls erforderlich.

3.5 Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Im §21b regelt das Bundespflegegeldgesetz die Voraussetzungen, unter denen finanzielle Förderungen im Zusammenhang mit der 24-Stunden-Betreuung pflege- und betreuungsbedürftigen Personen oder deren Angehörigen gewährt werden. Zu den Voraussetzungen: Wenn die betreuungsbedürftige Person rund um die Uhr betreut werden muss, Pflegegeld nach inländischen Rechtsvorschriften ab Stufe 3 bezieht und das monatliche Nettoeinkommen 2.500 Euro nicht übersteigt, hat sie – bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen – Anspruch auf eine Förderung. Die Förderhöhe variiert je nachdem, ob es sich um die Inanspruchnahme einer selbständigen oder unselbständigen (angestellten) Personenbetreuung handelt. Zudem können auf Bundesländerebene durch Zuschüsse des Landes unter Umständen abweichende Förderungsbedingungen bestehen. Für genauere Informationen können Informationen im jeweiligen Amt der Landesregierung eingeholt werden.

3.6 Erwachsenenschutzgesetz

Das Erwachsenenschutzgesetz, welches seit 1. Juli 2018 in Kraft ist, regelt den Schutz von erwachsenen Personen, die aufgrund einer eingeschränkten oder fehlenden Entscheidungsfähigkeit Hilfe, Unterstützung und gegebenenfalls Vertretung in ihren Angelegenheiten benötigen. Die gesetzlichen Bestimmungen, die in den §§239ff. des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) zu finden sind, stellen den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt, um Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit möglichst lange und umfassend zu erhalten.

Durch das Erwachsenenschutzrecht wurden folgende vier Vertretungsmodelle eingeführt:

1. Vorsorgevollmacht
2. Gewählte Erwachsenenvertretung
3. Gesetzliche Erwachsenenvertretung
4. Gerichtliche Erwachsenenvertretung

Die Regelungen haben die Sachwalterschaft und die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger abgelöst. ErwachsenenvertreterInnen nicht zur Betreuung der vertretenen Person verpflichtet. Ist sie aber nicht umfassend betreut, so hat sie/er sich, unabhängig von ihrem/seinem Wirkungsbereich, darum zu bemühen, dass die gebotene medizinische und soziale Betreuung gewährt wird (§251 ABGB).

3.7 Medizinproduktegesetz (MPG)

Das MPG regelt u.a. die Funktionstüchtigkeit, die Sicherheit und Qualität sowie die Anwendung und Instandhaltung von Medizinprodukten. Dabei sind Medizinprodukte Gegenstände, die im pflegerischen/medizinischen Bereich eingesetzt werden. Medizinprodukte dürfen nur von Personen angewendet werden, die am Medizinprodukt oder an einem Medizinprodukt dieses Typs unter Berücksichtigung der Gebrauchsanweisung sowie der beigefügten sicherheitsbezogenen Informationen in die sachgerechte Handhabung eingewiesen und auch auf besondere anwendungs- und medizinproduktespezifische Gefahren hingewiesen worden sind.

Die Einweisungen haben folgende Informationen zu enthalten:

- alle relevanten Aspekte für die sachgerechte Handhabung des Medizinprodukts
- die Anwendung gemäß der Gebrauchsanweisung sowie notwendige sicherheitsrelevante Kriterien
- die sachgemäße Aufbereitung, Auf- und Umrüstung und zulässige Gerätekombinationen
- die allfällig vor jeder Anwendung durchzuführenden Kontrollen
- die allfällig vom Anwender durchzuführende Wartung und deren Intervalle

Für die verwendeten Medizinprodukte müssen Gebrauchsanweisungen in deutscher – bzw. in der jeweils verständlichen - Sprache aufliegen. Desinfektion, Reinigung, Kontrolle und Sterilisation sind unter Beachtung der Herstellerangaben durchzuführen.

3.8 Schutz bei psychischer Krise

Setzt die betreuungsbedürftige Person im Rahmen einer psychischen Krise ein gefährliches Verhalten (erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung), so ist grundsätzlich eine Unterbringung auf einer psychiatrischen Krankenhausabteilung zu erwägen. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist das Unterbringungsgesetz (UbG). Für die Verbringung auf eine psychiatrische Krankenhausabteilung ist die Polizei nach den Regelungen der §§8, 9 UbG zuständig.

PersonenbetreuerInnen haben keine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung zur Anwendung freiheitsbeschränkender Schutzmaßnahmen. Eine Ausnahme stellt einen Rückgriff auf die strafrechtlichen Rechtfertigungsgründe (etwa Notwehr, §3 Strafgesetzbuch) dar. Jedenfalls gilt das Heimaufenthaltsgesetz nicht im häuslichen Betreuungsumfeld. PersonenbetreuerInnen jedenfalls jegliche Art von Gefahren im Rahmen der Möglichkeiten abzuwenden; dies vordergründig ohne Anwendung von Freiheitsbeschränkungen.

4. Ziele

Die Ziele der vorliegenden Arbeitshilfe sind:

- die Qualitätsverbesserung in der Personenbetreuung,
- die Erstellung eines Qualitätsleitfadens
- die Verbesserung der Kooperation zwischen DGKP und PersonenbetreuerInnen.

Ein weiteres Ziel ist es, die DGKP in ihrer Rolle als Qualitätssicherungsorgan in der Personenbetreuung zu sensibilisieren.

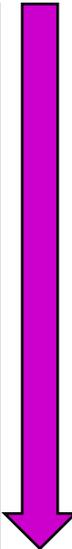
Die Arbeitshilfe dient als Grundlage, um diese Ziele zu erreichen.

5. Methode

In diesem Methodenpapier werden die verschiedenen Schritte zur Erarbeitung dieses Papiers und der Arbeitshilfen zum Thema Delegation in der Personenbetreuung durch DGKP beschrieben. Dazu wurden die folgenden methodischen Schritte (siehe Tabelle 1) durchgeführt.

Tabelle 1 methodischen Schritte der Entwicklung einer Arbeitshilfe für die DGKP in der (Sub-)Delegation an Personenbetreuer: innen

Teamfindung
Festlegung der Arbeitsweise
Darlegung von Interessenkonflikten
Definition von Zielen und Zielgruppe
Definition der Methode
Literaturrecherche
Erarbeitungen der Schulungsinhalte
Empfehlungsgraduierung
Gestaltung der Arbeitshilfe
Testung in der Praxis
Externe Begutachtung durch Experten: innen
Umsetzung in der Praxis [nicht im Projekt]
Evaluierung [nicht im Projekt]



Die Koordination der Teamfindung wurde durch den ÖGKV durchgeführt. Weiters wurde in einem ersten gemeinsamen Meeting der AutorInnen grundlegende Fragen zur Zielsetzung, Zielgruppe, Methodik und des gesetzlichen Rahmens geklärt.

5.1 Literaturrecherche

In diesem Abschnitt werden das Vorgehen der Literaturrecherche nach Synthesen (systematische Übersichtsarbeit, Primärstudien, HTA-Berichte, Fachbeiträgen...), die Ein- und Ausschlusskriterien, die kritische Bewertung sowie die Datenextraktion beschrieben.

Literaturrecherche nach Synthesen

Die Literaturrecherche erfolgte in folgenden Datenbanken: Pubmed, CINAHL, ZQP, Cochrane Database. Weiters wurde eine Handsuche nach Grauer Literatur in einschlägigen Fachzeitschriften, wie auch in Google Scholar, mit einer Seitendichte von 10 durchgeführt. Für die Recherche von Gesetzestexten wurde die online Datenbank RIS, wie auch ministeriale Stellungnahmen verwendet.

Suchbegriffe

- **Intervention:** je nach Schlüsselfrage definiert
- **Outcome:** process of delegation OR Delegationsprozess AND
- **Setting:** home care [MeSH/MH] OR informal care* OR Personenbetreu* AND

Dabei wurden die Bool'schen Operatoren AND und OR verwendet.

Folgende **Limitationen** für wissenschaftliche Datenbanken wurden gesetzt:

- Sprache: Deutsch, Englisch
- Design: keine Einschränkungen
- Zeitraum: 2012 bis 2022

Folgende Ein-/ Ausschlusskriterien wurden für Synthesen festgelegt (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	
Personengruppe	PersonenbetreuerInnen, DGKP
Setting	häusliche Pflege
Interventionen /Issue of Interest	Delegationspflichtige pflegerische Interventionen - spezifisch je nach Bereich
Outcome/Endpunkt	Delegation, Lebensqualität, Kosten, Wissen / Skills
Studiendesign	Übersichtsarbeiten, Primärstudien, HTA Berichte, Fachbeiträge
Ausschlusskriterien	
Setting	institutionalisierte Pflege, Hauskrankenpflege
Personengruppe	Angehörigenpflege

5.2 Empfehlungsgraduierung

Die Empfehlungsgraduierung wird nach Ausarbeitung der Inhalte den verschiedenen Lebensaktivitäten durch die AutorInnen durchgeführt. Die Stärke des Empfehlungsgrades basiert auf folgenden Kriterien:

- Stabilität des Gesundheitszustandes
- Grad der Einschränkung der zu pflegenden Personen
- Kompetenz der Betreuungsperson
- Aufwand bzw. den erforderlichen Ressourcen für die beschriebenen Maßnahmen der zbP
- mögliche unerwünschte Wirkungen
- Komplexität der notwendigen Maßnahme
- bestehende Risiken

5.2.1 Likert Skala:

Die verwendete Likert-Skala wurde vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse, die ein neues Begutachtungsinstrument der Sozialen Pflegeversicherungen in Deutschland entwickelt hat, abgeleitet. Hierbei wird die motorische und kognitive Einschätzung verwendet (MDS 2020).

Tabelle 3 Likert-Skala in der Empfehlungsgraduierung

Motorische Einschätzung
0 ... selbstständig
1 ... überwiegend selbstständig – Anleiten
2 ... überwiegend unselbstständig – Unterstützen
3 ... unselbstständig – Übernehmen
Kognition
0 ... vorhanden
1 ... größtenteils vorhanden
2 ... in geringen Maßen vorhanden
3 ... nicht vorhanden

Für eine einfache und übersichtliche Graduierung der Empfehlung werden die Empfehlungen, wie folgt bewertet:

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

Tabelle 4 Delegationsgraduierung

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <p>I. Kognition <i>vorhanden bis überwiegend vorhanden</i> und Mobilität <i>selbstständig</i></p> <p>II. Kognition ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen</p> <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zBP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <p>I. Kognition 0-1 Mobilität 0</p> <p>II. Kognition 0 Mobilität 1-2</p>
<p>Delegation möglich:</p> <p>I. Kognition ist <i>größtenteils vorhanden</i> und Mobilität <i>überwiegend selbstständig bis überwiegend unselbstständig</i></p> <p>II. Kognition ist <i>nur in geringen Maßen vorhanden</i> und Mobilität ist <i>selbstständig bis überwiegend selbstständig</i></p> <p>III. Kognition ist <i>vorhanden bis größtenteils vorhanden</i> und Mobilität <i>überwiegend unselbstständig bis unselbstständig</i></p> <p>Merke: Hierbei ist Expert: innen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der PersonenbetreuerIn. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.</p>	<p>Likert Skala</p> <p>I. Kognition 1 Mobilität 1-2</p> <p>II. Kognition 2 Mobilität 0-1</p> <p>III. Kognition 0-1 Mobilität 2-3</p>

<p>Delegation notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition nur <i>in geringen Maßen vorhanden</i> bis <i>nicht vorhanden</i> und Mobilität <i>überwiegend unselbstständig</i> bis <i>unselbstständig</i> II. Kognition <i>nicht vorhanden</i> und Mobilität <i>selbstständig</i> bis <i>überwiegend selbstständig</i> <p>Merke: Die zbP weist hohe Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP benötigen Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflorgetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zbP ist stabil.</p>	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 2-3 Mobilität 2-3 II. Kognition 2-3 Mobilität 0-1
---	--

Weiters werden ExpertInnentipps für wichtige Informationen in die Arbeitshilfe eingearbeitet. Sie wurden in einem Konsensustreffen formuliert und mit FachexpertInnen erweitert. Die ExpertInnentipps geben den NutzerInnen zusätzliche nützliche Hinweise zur Optimierung des Delegationsprozesses in der häuslichen Pflege.

5.3 Gestaltung der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe setzt sich aus zwei Komponenten zusammen. Der erste Teil umfasst gesetzliche Grundlagen und Begriffsklärungen, sowie die Methodenbeschreibung. Im weiteren Verlauf enthält die Arbeitshilfe wesentliche Empfehlungen und Tipps zur Umsetzung der Delegation in der häuslichen Pflege für die jeweiligen Lebensaktivitäten.

Weiters wurden folgende Dokumente und Prozesse zur Unterstützung der DGKP bei der Laiendelegation entwickelt und beigelegt:

5.3.1 Pflegeprozess

Die Pflegeprozess stellt auch in der Laiendelegation ein essenzielles Arbeitsinstrument für die DGKP dar. Hierfür wurde folgender Pflegeprozess erarbeitet:

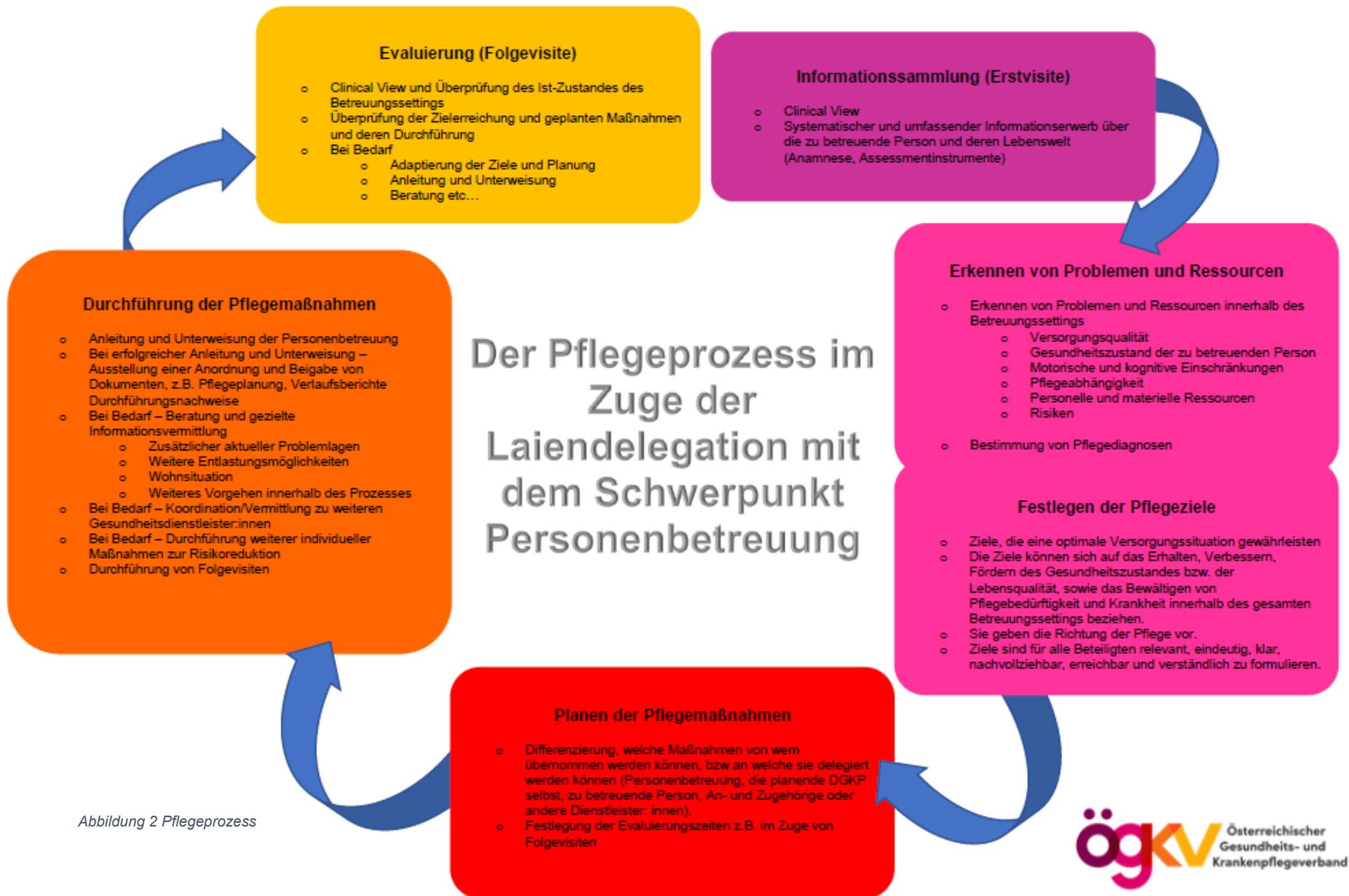


Abbildung 2 Pflegeprozess

5.3.2 Clinical View

Das Arbeitsblatt Clinical View dient zur Unterstützung der DGKP zur Ersteinschätzung der zBP und inkludiert die Lebensaktivitäten der Arbeitshilfe. Weiterhin beinhaltet das Arbeitsblatt Clinical View eine Ersteinschätzung bzgl. Versorgung, motorische und kognitive Einschränkungen, Hilfsmittel, ärztliche Delegation und Risiken. Das Arbeitsblatt Clinical View ist im Anhang 1 – Clinical View ersichtlich.

5.3.3 Anordnungsbeiblatt

Das Anordnungsbeiblatt bietet der DGKP eine Unterstützung bei der Anordnung, Anleitung und Unterweisung an Personen gemäß §3a bis 3c (GuKG). Hierbei werden jeweils nach Lebensaktivität die durchgeführte Delegation, Anleitung und Unterweisung mittels einer Checkliste strukturiert (siehe Abbildung 1).

Anordnung, Anleitung und Unterweisung an Personen gemäß §3a bis 3c, des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, durch den Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege

Zu betreuende Person	
Adresse	
Geburtsdatum & SV-Nr.	
Telefonnummer:	

Sich Pflegen			
Pflegerische Maßnahmen¹		Medizinische Maßnahmen²	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	Anlegen von Verbänden
		<input type="checkbox"/>	Hilfestellung ³
		<input type="checkbox"/>	Subdelegation ⁴
		<input type="checkbox"/>	Verabreichung von lokalen Arzneimitteln
		<input type="checkbox"/>	Hilfestellung
		<input type="checkbox"/>	Subdelegation
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen	
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken		
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel		

Abbildung 3 Anordnungsbeiblatt - Delegationsprozess an Personen gemäß §3a bis 3c des GuKG

Das vollständige Anordnungsbeiblatt befindet sich im Anhang 2 – Anordnungsbeiblatt.

5.4 Praktische Testung der Arbeitshilfe

Die vorläufigen Arbeitshilfen werden durch drei in der direkten Pflegeberatung und Qualitätssicherung tätigen freiberuflich Pflegenden getestet. Diese werden über ein Feedbacksystem folgende Kriterien beurteilen:

- (1) Inhalt
- (2) Handhabung
- (3) Layout
- (4) Praktikabilität
- (5) Weitere Anmerkungen

Dieses Feedback der FachexpertInnen wird anschließend von den AutorInnen in die Arbeitshilfe eingearbeitet.

6. Arbeitshilfe - Theoretischer Teil

Aufgrund der Praktikabilität und des weit verbreiteten bekannten Wordings wurde die Arbeitshilfe nach verschiedenen Aktivitäten des täglichen Lebens strukturiert. Bei jeder Lebensaktivität werden die einzelnen Begriffe geklärt, Delegationsbereiche, wie auch deren Grenzen beschrieben.

6.1 Grundlagen in der Delegation

Wesentlich ist, zu erkennen, ob das Unvermögen aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen beeinträchtigt ist, um die Betreuungsleistung und damit die Unterstützung individuell anzupassen. Leitsatz ist, die zbP insofern zu unterstützen, dass die noch vorhandenen Fähigkeiten möglichst lange erhalten bleiben. Der Auftrag der BP ist es nicht, sämtliche Alltagsfertigkeiten zu bedienen, sondern die zbP bei einer individuellen Lebensführung zu begleiten, um ein größtmögliches Maß an Lebensqualität zu erreichen.

Wenn die **Komplexität der Betreuungssituation** jenen Grad erreicht, wo bei der Durchführung von Interventionen eine Einschätzung erforderlich ist, aus der geänderte Maßnahmen abgeleitet werden müssen, stellt das immer eine Limitierung einer möglichen Delegation dar (= instabile Pflegesituation).

Wenn hingegen immer wieder in größeren Abständen oder auch gelegentlich zu erwartende Veränderungen im Gesundheitszustand festzustellen sind, wird in diesem Dokument keine instabile Situation angenommen. Zum Beispiel: Eine zbP mit kardialer Insuffizienz erlebt immer wieder Phasen, in denen es in den Unterschenkeln zur Wassereinlagerung kommt. In diesen Fällen wird der Maßnahmenplan adaptiert und eine entsprechende Delegation ausgestellt.

Ärztlich verordnete Hilfsmittel (z.B. Inkontinenzprodukte, Hörgeräte, ect.) benötigen per se keine Delegation durch die DGKP. Hilfestellung bei der adäquaten Anwendung kann durch die DGKP geleistet werden. Dies stellt keine Delegation oder Subdelegation dar.

Beispiel: nur die Unterstützung bzw. die notwendige Hilfe, weil die Beweglichkeit eingeschränkt ist, beim Wechsel des Inkontinenzproduktes bei intakter Haut z. B. bei einer mobilen zbP muss nicht delegiert werden, wenn jedoch ein pflegerisches Kontinenzmanagement (Intimpflege, Hautpflege, ...) stattfindet, kann/muss auch eine Delegation durch die DGKP stattfinden.

Bei Bettlägerigkeit der zu betreuenden Person ist **immer** eine Delegation auszustellen. Es ist professionell abzuwägen, ob nicht zusätzliche Pflegedienste hinzugezogen werden sollen (Hauskrankenpflege, mobiles Palliativteam).

6.1.1 Ärztliche Delegation

Die Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der adäquaten Durchführung und Anwendung von ärztlichen Tätigkeiten an die PersonenbetreuerInnen ist durch den/der Arzt/Ärztin durchzuführen. Bei offenen Fragen der PersonenbetreuerInnen kann die DGKP hinsichtlich der Durchführung Hilfestellung geben. Dies ist keine Subdelegation.

Im Rahmen des GuKG sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt, nach ärztlichen Anordnungen an PersonenbetreuerInnen einzelne ärztliche Tätigkeiten weiter zu übertragen und die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen. Folgende Tätigkeiten sind dabei inkludiert:

- Verabreichung von Arzneimitteln
- Anlegen von Bandagen und Verbänden
- Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln

- Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens
- einfache Wärme- und Lichtenwendungen

Für die Subdelegation dieser Tätigkeiten benötigt die subdelegierende DGKP eine ärztliche Anordnung.

Für die Erinnerung und Hilfestellung zur Einnahme von Medikamenten ist keine ärztliche Delegation notwendig. Der/die Arzt/Ärztin stellt ein Rezept aus bzw. schreibt eine Medikationsliste, die als Basis für die Erinnerung an die Einnahme dient. Die DGKP kann im Rahmen ihrer Sorgfaltspflicht Hilfestellung betreffend die Einnahme von bestimmten Medikamenten leisten.

Temperaturmessen bedarf keiner ärztlichen Anordnung.

Eine einfache Wundversorgung, die sich aus der Erstversorgung bzw. dem Aufkleben eines einfachen Wundpflasters zusammensetzt, ist nicht ärztlich delegationspflichtig.

6.2 Lebensaktivität *Sich Pflegen*

6.2.1 Definition

Im Aktivitätsspektrum von "Sich Pflegen" spielen vor allem Funktionen im Bereich der Haut (Heil- und Schutzfunktion, Haare- und Nägel, Schweißproduktion) und die Funktionen der Selbstwahrnehmung, sowie Kontrolle motorischer und psychologischer Vorgänge (Selbstwahrnehmung, Hygienebewusstsein, Motorik) eine wesentliche Rolle. Bei Beeinträchtigung dieser Körperfunktionen sind Einschränkungen und Risiken bei der Durchführung der Aktivitäten vorhanden. Das Aktivitätsspektrum von "Sich Pflegen" beinhaltet folgende Beurteilungskriterien:

- Beobachtung der Haut
- Hautreinigung und Hautpflege
- Durchführung der Körperpflege
- Mund- und Zahnpflege
- Augen- Ohren- und Nasenpflege
- Haarpflege
- Nagelpflege
- Durchführung von Prophylaxen (Dekubitus, Parotitis, Zystitis, Intertrigo)
- Behandlung von Hauterkrankungen und Wunden

(Keller & Menche 2021)

6.2.2 Ausprägung

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition <i>vorhanden</i> bis <i>überwiegend vorhanden</i> und Mobilität <i>selbstständig</i> II. Die kognitive Fähigkeit ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zbP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 0-1 Mobilität 0 II. Kognition 0 Mobilität 1-2
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zbP vergisst gelegentlich Handlungsabläufe bei der Körperpflege und benötigt Erinnerungsimpulse. • Der zbP wird beim Waschen des Rückens und der Beine oder beim Duschen geholfen, die zbP kann benötigte Hilfestellungen einschätzen und klar verbal an die BP kommunizieren. 	

<p>Delegation möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition größtenteils vorhanden + Mobilität überwiegend selbstständig bis überwiegend 	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 1, Mobilität 1-2
---	--

<p>unselbstständig</p> <p>II. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig</p> <p>III. Kognition vorhanden bis überwiegend vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig</p> <p>Merke: Hierbei ist ExpertInnen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der BP. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.</p>	<p>II. Kognition 2 Mobilität 0-1</p> <p>III. Kognition 0-1 Mobilität 2-3</p>
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die zbP ist mobil, jedoch übergewichtig, schwitzt sehr viel und hat eine beginnende Demenz und benötigt Koordinationshilfe bei den Handlungsabläufen innerhalb der Körperpflege. Die zbP hat eine beginnende Demenz und nutzt Hilfsmittel wie Haltegriffe, Duschmatten und Einstiegshilfen in Dusche und Badewanne. Die zbP ist querschnittsgelähmt und im Rollstuhl mobil, benötigt unter Miteinbeziehung von Hilfsmittel Unterstützung bei der Körperpflege. 	

<p>Delegation notwendig:</p> <p>I. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden bis nicht vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig</p> <p>II. Kognition nicht vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig</p> <p>Merke: Die zbP weist Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP verlangen nach Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflorgetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zbP ist stabil.</p>	<p>Likert Skala</p> <p>I. Kognition 2-3 Mobilität 2-3</p> <p>II. Kognition 2-3 Mobilität 0-1</p>
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die zbP leidet unter einer beginnenden Demenz und die Körperpflege wird aufgrund von Mobilitätseinschränkungen überwiegend im Bett durchgeführt. Die zbP leidet unter einer mittelschweren Demenz und weist auch Risiken, wie Sturz, Dekubitus und/oder Parodontitis auf. 	

6.2.3 Assessments

Im Bereich "Sich Pflegen" ist die Likert-Skala anzuwenden, die den Grad der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege misst. **Des Weiteren werden Risikoassessments im Bereich Sturz, Schmerz und Dekubitus empfohlen.** Schmerzen oder Sturzrisiken können die Ausführung von pflegerischen Maßnahmen im Bereich der Körperpflege hemmen.

6.2.4 Delegationsbereich und Grenzen

Solange die Pflegeabhängigkeit sich nur auf motorische Einschränkungen bezieht, sind insofern keine Grenzen in der Laienpflege bei der Körperpflege gesetzt, wenn Grundpflegetechniken und der Umgang mit technischen Hilfsmitteln gewährleistet sind, weil die zu betreuende Person kognitiv nicht eingeschränkt ist und Anleitung, Anweisung und Beobachtung selbst übernehmen kann (Aigner 2011).

Je höher der Grad der Pflegeabhängigkeit im kognitiven Bereich in Kombination mit der Abhängigkeit im motorischen Bereich ist, desto schneller werden die Grenzen zur Übernahme der Aktivität im Bereich "Sich Pflegen" erreicht. Eine Delegation kann bei folgenden Beispielen ausgeschlossen werden:

- komplexe Versorgung bei (chronischen) Wunden
- therapeutische Körperwaschungen
- Spezielle Pflege bei Augenprothesen
- Spezielle Nasenpflege z.B. bei Verletzungen
- Spezielle Mundpflege z.B. starker Soorbefall
- Nagelpflege bei spezifischen Krankheitsbildern und der Einnahme von spezifischen Medikamenten wie z.B. Diabetes Mellitus, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder die Einnahme von Gerinnungshemmern

6.2.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung

6.2.5.1 Pflegetechniken

- Ganzkörperwaschung im Bett
- Intimpflege bei Mann und Frau
- Unterstützung bei der Körperpflege am Bettrand
- Unterstützung bei der Teilwäsche im Bett und am Waschbecken
- Duschen
- Baden
- Mund- und Zahnpflege inkl. Reinigung von Zahnprothesen
- Augen-, Nasen- und Ohrenpflege
- Haarpflege
- Rasur und Bartpflege
- Nagelpflege

6.2.5.2 Beobachtung des Gesundheitszustandes

- Beobachtung äußerer Hautveränderungen wie z.B. Hautrötungen, Spannungen und Wunden
- Beobachtung von Veränderungen in der Mundhöhle
- Beobachtung von Veränderungen von Haaren und Nägeln
 - inkl. Meldung an pflegerisches und medizinisches Fachpersonal und Dokumentation

6.2.5.3 Prophylaktischen Maßnahmen

- Dekubitusprophylaxe
- Parodontitisprophylaxe
- Intertrigoprophyllaxe
- Mykosenprophylaxe

6.2.5.4 Heilbehelfe & Hilfsmittel

- Badelifter
- Verbandsmaterialien
- Dreh- und Übersetzhilfe

- Badewannendrehsitz und -Brett
- Pflegeprodukte

6.2.5.5 Medizinische Interventionen

- Anlegen von Verbänden (Durchführung einfacher Wundversorgung)
- Arzneimittel lokal verabreichen (z.B. Pflaster, Salben, Cremes, Tropfen)

6.2.6 Empfehlung / Tipps:

Zu prüfen ist auch, ob ein gut ausgestatteter Sanitärbereich zur Verfügung steht, die Hygienegrundsätze beachtet werden und ausreichend Pflegeutensilien für die Körperpflege vorhanden sind.

Des Weiteren sollte auch geprüft werden, ob die BP Grundpflegetechniken in der Körperpflege im Detail beherrscht und hygienische Aspekte berücksichtigt z.B. das Tragen von Handschuhen bei der Intimpflege oder den bedarfsgerechten Wasserverschleiss. Ebenso ist ein Augenmerk darauf zu legen, ob Hautpflegeprodukte adäquat angewendet werden, um z.B. eine Überpflege der Haut zu verhindern.

Wichtig ist darauf zu achten, ob eine Pflegehandlung von einer Person allein durchgeführt werden kann, z.B. Vollbad, Ganzkörperpflege im Bett, schwer mobilisierbare, zu betreuende Person und davon abgeleitet andere Personen hinzugezogen werden müssen. Dies können auch Angehörige sein jedenfalls aber professionelle Pflegedienste.

6.3 Lebensaktivität *Sich Kleiden*

6.3.1 Definition

Die Lebensaktivität "sich Kleiden" hängt oft von subjektiven Faktoren, wie Glaubenssätzen, kulturellem Hintergrund, Erziehung und der Lebensgeschichte der zBP ab (Keller & Menche 2021). Die Kleidung schützt vor äußeren Einflüssen, vor Kälte, vor übermäßiger Sonneneinstrahlung etc. ab. Sie sagt auch etwas über die Persönlichkeit eines Menschen aus, wann welche Kleidung getragen werden soll, ist auch immer abhängig vom Anlass und dem individuellen Geschmack.

Das Aktivitätsspektrum von "Sich Kleiden" beinhaltet folgende Hilfestellungen bis zur vollständigen Übernahme:

- Unterstützung beim An- und Auskleiden abhängig individueller Lebenssituationen
- Beobachtung der Haut, wenn diese nicht schon bei der Aktivität "Sich Pflegen" berücksichtigt wurde
- Unterstützung beim Binden von Schleifen, Öffnen/Schließen von Knöpfen/Druckknöpfen
- Unterstützung bei Zusatzerkrankungen (Tremor/Parkinson/Hemiplegie)
- Hilfestellung bei Wechsel der Leibwäsche
- Hilfestellung/Wechsel der Bettwäsche
- Anwendung von Anziehhilfen (Knöpflhilfe/Strumpfanzieher/Schuhanzieher)
- An- und Ausziehen spezieller Kleidung und Schuhwerk (z.B. Orthopädische Schuhe)
- Anlegen von einfachen Bandagen und Kompressionsstrümpfen

(Halmich 2021)

6.3.2 Ausprägung

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kognition vorhanden bis überwiegend vorhanden und Mobilität selbstständig Die kognitive Fähigkeit ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zBP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> Kognition 0-1 Mobilität 0 Kognition 0 Mobilität 1-2
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zBP vergisst gelegentlich Handlungsabläufe beim Anziehen und Ausziehen (inkl. Leibwäsche), kann sich mit wenig Anleitung jedoch selbst an- und ausziehen. • Die zBP hat eine motorische Einschränkung und kann genau Anweisungen an die BP weitergeben. 	

<p>Delegation möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kognition größtenteils vorhanden + Mobilität überwiegend selbstständig bis überwiegend 	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> Kognition 1, Mobilität 1-2
--	---

<p>unselbstständig</p> <p>II. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig</p> <p>III. Kognition vorhanden bis überwiegend vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig</p> <p>Merke: Hierbei ist ExpertInnen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der BP. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.</p>	<p>II. Kognition 2 Mobilität 0-1</p> <p>III. Kognition 0-1 Mobilität 2-3</p>
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zbP weist körperliche Degenerationen auf, hat leichte sensorische Einschränkungen in der Wahrnehmung und kann diese nur teilweise äußern, z.B. MS- oder Insult PatientInnen. • Die zbP weist ein Risiko der Hautschädigung durch die Scherkräfte der Kompressionsstrümpfe auf. • Die zbP hat sensorische Einschränkungen und trägt orthopädische Schuhe, welche eine Hautschädigung wie Druckstellen hervorrufen können. 	

<p>Delegation notwendig:</p> <p>I. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden bis nicht vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig</p> <p>II. Kognition nicht vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig</p> <p>Merke: Die zbP weist Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP verlangen nach Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflorgetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zbP ist stabil.</p>	<p>Likert Skala</p> <p>I. Kognition 2-3 Mobilität 2-3</p> <p>II. Kognition 2-3 Mobilität 0-1</p>
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zbP weist körperliche Degenerationen auf, hat sensorische Einschränkungen in der Wahrnehmung und kann diese nicht äußern, z.B. MS- oder Insult Patient: innen. • Die zbP äußert Schmerzen beim Umkleiden. • Die zbP ist bettlägerig und es liegen weitere Erschwerungsfaktoren wie z.B. Kontraktoren und Adipositas vor. 	

6.3.3 Assessments

Im Bereich "Sich Kleiden" ist die Likert-Skala anzuwenden, die den Grad der Selbstständigkeit im Bereich des An- und Ausziehens messen. **Des Weiteren werden Risikoassessments im Bereich Sturz, Schmerz und Dekubitus empfohlen.** Schmerzen oder Sturzrisiken können die Ausführung von pflegerischen Maßnahmen im Bereich des An- und Ausziehens hemmen.

6.3.4 Delegationsbereich und Grenzen

Solange die Pflegeabhängigkeit sich nur auf motorische Einschränkungen beruft, sind insofern keine Grenzen in der Laienpflege beim Umkleiden gesetzt, wenn Grundpflegetechniken und der Umgang mit technischen Hilfsmitteln gewährleistet sind, weil die zbP kognitiv nicht eingeschränkt ist und Anleitung, Anweisung und Beobachtung selbst übernehmen kann (Aigner 2011).

Je höher der Grad der Pflegeabhängigkeit im kognitiven Bereich in Kombination mit der Abhängigkeit im motorischen Bereich ist, desto schneller werden die Grenzen zur Übernahme der Aktivität im Bereich "Sich Kleiden" gesetzt.

Beispiele für Delegationsgrenzen:

- Anlegen von Miedern und Orthesen
- Instabile Schmerzsituation
- Umkleiden bei Fixateur externa
- Anziehtrainings z.B. nach Bobath-Konzept

6.3.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung

6.3.5.1 Pflegetechniken

- An- und Ausziehen im Bett
- An- und Auszieh-Techniken bei Zusatzerkrankungen wie z.B. Hemiplegie
- Einbeziehung von Hilfsmitteln beim An- und Auskleiden
- Unterstützung beim Anlegen von Bandagen
- Unterstützung beim Anlegen von medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen (MTS)
 - **CAVE** bei Diabetes Mellitus und PAVK

6.3.5.2 Beobachtung des Gesundheitszustandes

- Beobachtung äußerer Hautveränderungen
- Erkennen von Schmerzen
- Erkennen von Schwellungen
- Erkennung von Veränderung von Fein- und Grobmotorik
 - inkl. Meldung an pflegerisches und medizinisches Fachpersonal und Dokumentation

6.3.5.3 Prophylaktischen Maßnahmen

- adäquate Kleidung (passende Hosen, Röcke, Kleider, Schuhe, ...)
- Keine beengende Kleidung (Strümpfe, Leibwäsche)
- Adäquate Kleidung (Winter-Sommer)
- Dekubitusprophylaxe
- Sturzprophylaxe

6.3.5.4 Heilbehelfe & Hilfsmittel

- Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe (MTS)
- Bandagen
- An- und Ausziehhilfen (z.B. Strumpfanzieher)
- Hör- und Sehhilfen
- Spezielle Kleidung und Schuhe (z.B. Orthopädische Schuhe)

6.3.5.5 Medizinische Interventionen

- Anlegen von Bandagen inkl. MTS

6.3.6 Empfehlung/Tipps:

Im Wesentlichen ist noch zu empfehlen, dass BP sensibilisiert werden sollen, die Kleidung passend der Jahreszeit und nach individuellen Bedürfnissen der zbP auszuwählen.

Des Weiteren ist anzumerken, dass das Anlegen von Bandagen sehr viel Übung braucht und Kompetenz verlangt. Eine engmaschige Draufsicht durch die DGKP wird deshalb empfohlen.

Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte sollten regelmäßig vor Nutzung auf ihre Funktion überprüft werden (z.B. ob ein Batteriewechsel angezeigt ist), BP sollten aufmerksam gemacht werden, wie wichtig funktionierende Hilfsmittel für die Kommunikation und Lebensqualität der zbP sind und deshalb z.B. auch Batterien vorrätig zu halten.

6.4 Lebensaktivität *Ausscheiden*

6.4.1 Definition

Die Lebensaktivität "Ausscheiden" umfasst alle Ausscheidungen von Urin und Stuhl. In der Lebensaktivität "Ausscheiden" werden die wesentlichen Aspekte der Urinausscheidung und der Defäkation zusammengefasst. Das Aktivitätsspektrum von "Ausscheiden" beinhaltet folgende Hilfestellungen bis zur vollständigen Übernahme:

- Beobachtung der Haut, wenn diese nicht schon bei der Aktivität "Sich Pflegen" berücksichtigt wurde
- Motivation und Anleitung zum Toilettengang und Sicherstellung angemessener Beleuchtung
- Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich:
 - Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten und Reinigen des Intimbereichs
 - Saubere Toilette
- Hilfe bei der Benutzung der Harnflasche
- Hilfe bei der Benutzung des Leibstuhls inkl. Entleerung und Reinigung
- Anleitung zur regelmäßigen Blasenentleerung zur Vermeidung von Drang-, Stress- oder funktionaler Inkontinenz
- Kontinenzfördernde Kleidung (bei 60°C waschbar)
- Verwendung einer Leibschüssel
- Inkontinenzversorgung
- Katheterpflege und Stomaversorgung
- Verabreichung von rektalen und vaginalen Arzneimitteln

6.4.1.1 Urin

Normalwerte:

- Miktion, Häufigkeit und Urinmenge
- Urinfarbe: hellgelb
- Geruch: nicht übelriechend
- pH-Wert (5-6)

(Keller 2021)

Flüssigkeitsbilanzierung bzw. Aufzeichnungen über die Ein- und/oder Flüssigkeitsausfuhr im häuslichen Bereich ist notwendig bei:

- Sondenernährung
- Herz- und Nierenerkrankungen
- Ödemen
- bei Selbstversorgungsdefizit der Flüssigkeitsaufnahme aufgrund von Demenz

Die BP werden angeleitet, um Fehlerquellen zu minimieren.

6.4.1.2 Stuhl

Die Häufigkeit (Defäkationsfrequenz) des Stuhlgangs ist individuell. Als normale Häufigkeit gilt drei- bis viermal wöchentlich bis zu zwei- bis dreimal täglich (Keller 2021). Auch hinsichtlich der Konsistenz des Stuhls gibt es eine sehr weite Bandbreite, die als „normal“ einzustufen ist.

Stuhlkontinenz: Fähigkeit, den Darminhalt willentlich zu entleeren (Keller 2021).

Beobachtungskriterien (Keller 2021):

- Defäkation
- Menge

- Häufigkeit (Defäkationsfrequenz), Zeitpunkt
- Konsistenz
- Farbe
- Geruch
- Beimengungen
- Blähungen

6.4.1.3 Intertrigo

Bei inkontinenten Menschen besteht immer die Gefahr einer Mazeration, bzw. eines Intertrigo, diese begünstigen die Vermehrung von Bakterien und Pilzen. Es kann sich daraus eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis entwickeln.

6.4.2 Ausprägung

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition <i>vorhanden</i> bis <i>überwiegend vorhanden</i> und Mobilität selbstständig II. Die kognitive Fähigkeit ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zbP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 0-1 Mobilität 0 II. Kognition 0 Mobilität 1-2
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zbP vergisst gelegentlich Handlungsabläufe beim Toilettengang z.B. Reinigung des Intimbereichs, Wechsel der Leibwäsche, Wechsel eines Inkontinenz Produktes (Vorlage), Wechsel der Inkontinenzversorgung. • Anleitung zur regelmäßigen Blasenentleerung zur Vermeidung von Drang-, Stress- oder funktionaler Inkontinenz. • Hilfestellung bei der Entleerung des Urinbeutels bei liegendem BVWK. • Die zbP vergisst gelegentlich Handlungsabläufe nach Absetzen von Stuhl, z.B. Reinigung des Analsbereiches. • Hilfestellung beim Toilettengang. • Hilfestellung bei der Entleerung des Stomabeutels. 	

<p>Delegation möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition <i>größtenteils vorhanden</i> + Mobilität <i>überwiegend selbstständig</i> bis <i>überwiegend unselbstständig</i> II. Kognition nur <i>in geringen Maßen vorhanden</i> + Mobilität <i>selbstständig</i> bis <i>überwiegend selbstständig</i> III. Kognition <i>vorhanden</i> bis <i>überwiegend vorhanden</i> + Mobilität <i>überwiegend unselbstständig</i> bis <i>unselbstständig</i> 	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 1 Mobilität 1-2 II. Kognition 2, Mobilität 0-1 III. Kognition 0-1 Mobilität 2-3
--	---

Merke: Hierbei ist ExpertInnen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der BP. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.

Beispiele:

- Die zBP weist körperliche Degenerationen auf, hat leichte sensorische Einschränkungen in der Wahrnehmung und kann diese nur teilweise äußern, z.B. MS- oder Insult Patient: innen
- Die zBP hat sensorische Einschränkungen und braucht Unterstützung bei der Handhabung der Urinflasche, des Toilettensitzes, des Leibstuhls, des Inkontinenzprodukts (Inkontinenzhose), Entleerung des Urinbeutels bei liegendem BVWK, Beobachten der Harnmenge, der Harnfarbe und des Geruchs und Dokumentation, Anleitung bei Verwendung einer Leibschüssel, Reinigung des Intimbereichs inkl. Beobachtung des Hautzustandes und Dokumentation / Meldung bei Abweichungen.
- Die zBP hat eine mittlere kognitive Einschränkung und kann Handlungsabläufe der Ausscheidung nicht adäquat umsetzen.

Delegation notwendig:

- I. Kognition nur *in geringen Maßen vorhanden* bis *nicht vorhanden* + Mobilität *überwiegend unselbstständig* bis *unselbstständig*
- II. Kognition *nicht vorhanden* + Mobilität *selbstständig* bis *überwiegend selbstständig*

Merke: Die zBP weist Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP verlangen nach Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflorgetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zBP ist stabil.

Likert Skala

- I. Kognition 2-3
Mobilität 2-3
- II. Kognition 2-3
Mobilität 0-1

Beispiele:

- Die zBP ist bettlägrig und kognitiv stark eingeschränkt z.B. Handhabung der Urinflasche oder Leibschüssel, Wechsel des Inkontinenzprodukts (Inkontinenzhose), Entleerung des Urinbeutels bei liegendem BVWK: Beobachten der Harnmenge, der Harnfarbe und des Geruchs inklusive Dokumentation von Ein- und Ausfuhr können nicht selbstständig umgesetzt werden.
- Die zBP kann aufgrund der kognitiven und motorischen Einschränkung den Anal- und Intimbereich nicht reinigen.
- Die zBP ist bettlägrig und/oder hat eine kognitive Einschränkung und kann eine adäquate BVWK-Pflege nicht durchführen.

6.4.3 Assessments:

Im Bereich "Ausscheiden" ist im Bereich Inkontinenz ein Inkontinenzfragebogen (<https://www.geriatrie-bochum.de/assessment/inkontinenz-fragebogen.php>) empfohlen (Medizinisch Geriatriische Klinik der Evangelischen Stiftung Augusta 2023). Des Weiteren werden Risikoassessments im Bereich Dekubitus empfohlen.

6.4.4 Delegationsgrenzen

Solange die Pflegeabhängigkeit sich nur auf motorische Einschränkungen beruft, sind keine Grenzen in der Laienpflege bei der LA "Ausscheiden" gesetzt, wenn Grundpflegetechniken und der Umgang mit technischen Hilfsmitteln gewährleistet sind, weil die zBP kognitiv nicht eingeschränkt ist und Anleitung, Anweisung und Beobachtung selbst übernehmen kann (Aigner 2011).

Je höher der Grad der Pflegeabhängigkeit im kognitiven Bereich in Kombination mit der Abhängigkeit im motorischen Bereich ist, desto schneller werden die Grenzen zur Übernahme der Aktivität im Bereich "Ausscheiden" gesetzt.

Bei Bettlägerigkeit ist immer eine Delegation auszustellen.

Beispiele für Delegationsgrenzen:

- Wechsel von 1-teiligem Stoma
- Wechsel eines Suprapubischen- oder Blasenverweilkatheters
- Setzen eines Einmalkatheters
- Spülungen bei liegendem System
- Komplexes Beckenbodentraining
- Durchführung von Darmeinläufen

6.4.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung

6.4.5.1 Pflegetechniken

- Wechsel der Inkontinenzversorgung
- Inkontinenzversorgung im Bett
- Anleitung und Hilfe beim Toilettengang
- Hilfe bei der Benutzung von Hilfsmittel (Urinflasche, Leibstuhl)
- Anleitung zur regelmäßigen Blasenentleerung
- Verwendung einer Leibschüssel
- Inkontinenzpflege bei liegendem Blasenverweilkatheter
- Katheterpflege
- Entleerung und Handhabung des Ausstreifbeutels eines Stomas
- Entleerung und Handhabung des Urinbeutels

6.4.5.2 Beobachtung des Gesundheitszustandes

- Beobachtung von Hautveränderungen wie z.B. Dermatitis, Intertrigo, Hautspannung
- Beobachtung von abnormem Ausfluss innerhalb des Genitalbereiches
- Veränderung des Intervalls des Stuhlgangs oder der Konsistenz, Farbe und Geruchs
- Miktionsstörungen
- Veränderung der Urinfarbe- und Geruch
- Ausfuhrblatt
- Erkennen von Obstipation, Diarrhö und Schmerzen im Unterleib
 - inkl. Meldung an pflegerisches und medizinisches Fachpersonal und Dokumentation

6.4.5.3 Prophylaktischen Maßnahmen

- Dekubitusprophylaxe
- Zystitisprophylaxe
- Intertrigoprophyllaxe
- Prophylaxe von Mykosen im Genital- und Analbereich

- Obstipationsprophylaxe

6.4.5.4 Heilbehelfe & Hilfsmittel

- Kondomurinale
- Leibstuhl
- Toilettensitz
- Urinflaschen für Frauen und Männer
- Inkontinenzeinlagen/-vorlagen
- Inkontinenzhosen/-slips
- Inkontinenzunterlagen
- Urinbeutel
- Pessare
- Katheter
- Leibschüssel
- Stomaprodukte
- Urinsammelgefäß
- Urinflaschenhalter- und Bürsten
- Schleimhautdesinfektionsmittel

6.4.5.5 Medizinische Interventionen

- Verabreichen von rektalen oder vaginalen Arzneimitteln z.B. Suppositorium, Klistiere.

6.4.6 Empfehlung / Tipps

Zu prüfen ist auch, ob ein gut ausgestatteter Sanitärbereich vorhanden ist, ob die Hygienegrundsätze beachtet werden und ausreichend Pflegeutensilien für die Körperpflege vorhanden sind.

Des Weiteren sollte auch geprüft werden, ob die BP Grundpflegetechniken im Detail beherrscht und hygienische Aspekte berücksichtigt werden z.B. das Tragen von Handschuhen bei der Anal- und Intimpflege oder der bedarfsgerechte Waschwasserwechsel.

Ebenso ist ein Augenmerk darauf zu legen, ob Hautpflegeprodukte adäquat angewendet werden, um zum Beispiel ein Überpflegen der Haut oder eine Funktionseinschränkung der Inkontinenzprodukte zu verhindern.

Wichtig ist darauf zu achten, ob eine Pflegehandlung von einer Person allein durchgeführt werden kann, z.B. Wechsel von Inkontinenzprodukten, Mobilisation auf den Leibstuhl oder weitere Personen hinzugezogen werden sollen. Dies kann auch ein Angehöriger sein.

Die BP muss in dieser ATL insbesondere auf das Normalitätsprinzip (z.B. Stuhl muss nicht täglich abgesetzt werden) hingewiesen werden. Ebenso wesentlich erscheint der Hinweis auf die Relevanz der Echtheit der Daten bei der Flüssigkeitseinfuhr, um Schäden der zbP zu verhindern.

6.5 Lebensaktivität *Essen und Trinken*

6.5.1 Definition

Die Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit ist für den Menschen einerseits lebensnotwendig, andererseits für viele Menschen auch eine ausgesprochen genussvolle Tätigkeit.

- Essen und Trinken dient der Befriedigung der physiologischen Bedürfnisse
- Gefühl der Sättigung
- Geschmackserlebnis
- Geborgenheit
- Gefühl des geliebten Werdens
- Kommunikatives Geschehen
- Essenszeiten sind zentrale Punkte der Tagesstruktur
- Zusammenhang zwischen Essen und Befindlichkeit
- Ersatzbefriedigung
- Genuss

Wissen über anatomische und physiologische Grundlagen

Essen soll dem Körper alle von ihm benötigten Stoffe in ausreichendem Maße und in ausgewogener Zusammenstellung zuführen. Dadurch wird die Gesundheit erhalten respektive gefördert und der Entstehung von Krankheit vorgebeugt. Ausgewogene, gesunde Nahrung soll in etwa aus 15% Eiweiß, 30 bis 35% Fett und 50 bis 55% Kohlenhydrate bestehen und Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente enthalten. Der menschliche Organismus besteht durchschnittlich zu ca. 60% aus Wasser. Im Alter nimmt das Gesamtkörperwasser ab. Die tägliche Flüssigkeitszufuhr sollte mind. 2,5 Liter betragen, mit der Nahrung werden ca. 1000ml der benötigten Flüssigkeit zugeführt (ZQP 2022).

Bei älteren pflegebedürftigen Menschen ist das Risiko für Probleme beim Essen und Trinken erhöht. Dafür gibt es vielfältige mögliche Ursachen (ZQP 2022):

- Abnehmender Hunger, Durst, Geruchs- und/oder Geschmackssinn
- Verdauungsprobleme
- Schmerzen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Depression und Einsamkeit
- Probleme beim Schlucken oder Kauen
- Mangelnde Kraft oder Beweglichkeit
- Sehprobleme
- Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes Mellitus

Auch geistige Einschränkungen können die Ernährung erschweren. Menschen mit Demenz vergessen zu essen und zu trinken. Sie erinnern sich nicht an die Verwendungsmöglichkeit von Besteck oder erkennen Speisen nicht als solche. Das kann dazu führen, dass pflegebedürftige Menschen zu wenig essen und trinken oder sich einseitig ernähren. Die Folge können Mangelernährung oder Flüssigkeitsmangel sein. Besondere Berücksichtigung soll dabei auch die Verwendung von angemessenen Hilfsmitteln finden (ZQP Stiftung, online).

Als Ernährungszustand (EZ) wird der ernährungsbedingte Körperzustand bezeichnet. Er wird beurteilt nach Größe, Gewicht, Stärke des Hautfettpolsters und Hautturgor. Ältere Menschen haben aufgrund des verlangsamten Stoffwechsels rund 30% weniger Energiebedarf. Eine Unterernährung führt sehr häufig zu Muskelschwund. Der Muskelerhalt und -aufbau wird sehr stark durch eiweißreiche Ernährung unterstützt. Der normale Eiweißbedarf beträgt 0,8 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht (ZQP 2022).

6.5.1.1 Erbrechen/Emesis

Erbrechen ist ein Schutzreflex des Körpers. Erbrechen ist nur ein Symptom, keine Erkrankung.

Ursachen können sein: Gehirnerkrankungen, Zentral toxische Substanzen, Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts, Gastritis, Überdehnung des Magens, Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Psychogen (Angst, Ekel, Bulimie, Drehschwindel, Nierenkolik)

- Akutes Erbrechen tritt innerhalb von Minuten oder Stunden nach dem Einwirken des Stoffes auf.
- Verzögertes Erbrechen tritt 1 bis 4 Tage nach Exposition auf (z.B. bei Chemotherapie)
- Länger anhaltendes Erbrechen über 24 Stunden wird als rezidiert oder persistierend bezeichnet.

Muss angenommen werden, dass ein Erbrechen immer wieder auftritt, ist dies in den Notfallplan aufzunehmen und die BP entsprechend anzuleiten und zu unterweisen.

Beobachtungskriterien

- Häufigkeit, Zeitpunkt, Menge und Beschaffenheit des Erbrochenen, ev. Begleitsymptome bzw. Umstände
- Rote Beimengung spricht für eine frische Blutung: zeitnahe Abklärung durch ärztliches Personal.

CAVE:

- Bräunliches Erbrochenes und Obstipation können einen Notfall darstellen. Es ist sofort die Rettung zu rufen.
- Risiko der Dehydration bei anhaltender Übelkeit und Erbrechen
- Gefahr der Aspiration

Wenn eine zbP eine instabile Situation bei einem bestehenden Risiko der Aspiration aufweist und mit den präventiven logopädischen Maßnahmen keine ausreichende Absicherung gewährleistet werden kann, kann keine Delegation erfolgen. Das möglicherweise notwendige Notfallmanagement kann und darf durch die Personenbetreuung nicht geleistet werden.

6.5.2 Ausprägung

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <p>I. Kognition <i>vorhanden</i> bis <i>überwiegend vorhanden</i> und Mobilität <i>selbstständig</i></p> <p>II. Die kognitive Fähigkeit ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen</p> <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zbP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <p>I. Kognition 0-1 Mobilität 0</p> <p>II. Kognition 0 Mobilität 1-2</p>
---	---

Beispiele:

- Die zbP vergisst gelegentlich die Tageszeit, daraus resultierend die Essenszeit.
- Die zbP kann eine warme gekochte Mahlzeit nicht selbständig vorbereiten.
- Die zbP nimmt die Unterstützung gerne an. Gewicht sowie Ess- und Trinkverhalten zeigen sich stabil.
- Die zbP wünscht sich bestimmtes Essen, kann dieses aber nicht selbst vorbereiten.
- Die zbP kann aufgrund einer motorischen Einschränkung das Essen nicht selbst wärmen und von der Küche zum Essplatz transportieren.

Delegation möglich:

- I. Kognition größtenteils vorhanden + Mobilität überwiegend selbständig bis überwiegend unselbstständig
- II. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden + Mobilität selbständig bis überwiegend selbständig
- III. Kognition vorhanden bis überwiegend vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig

Merke: Hierbei ist ExpertInnen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der BP. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.

Likert Skala

- I. Kognition 1
Mobilität 1-2
- II. Kognition 2,
Mobilität 0-1
- III. Kognition 0-1
Mobilität 2-3

Beispiele:

- Die zbP weist eine fortgeschrittene Demenz auf und isst und trinkt nicht aus eigener Motivation. (Kriterien: positive Beziehung zur BP? Motivation durch BP wird akzeptiert?).
- Die zbP kann aufgrund motorischer oder/und kognitiver Einschränkungen nicht selbständig essen und trinken. (Kriterien: stabiles Gewicht, lässt Unterstützung zu, Umsetzung der Maßnahmen durch BP?).
- Die zbP nimmt nur drei bestimmte Nahrungsmittel zu sich, dadurch besteht die Gefahr der Mangelernährung.

Delegation notwendig:

- I. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden bis nicht vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig
- II. Kognition nicht vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig

Merke: Die zbP weist Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP verlangen nach Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflorgetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zbP ist stabil.

Likert Skala

- I. Kognition 2-3
Mobilität 2-3
- II. Kognition 2-3
Mobilität 0-1

Beispiele:

- Die zbP hat eine Schluckstörung.
- Die zbP hat eine enterale Ernährung über eine PEG-Sonde / Gastrotube / Button.
- Ist trotz des Risikos der Aspiration die Situation als stabil einzuschätzen, das mit den präventiven Maßnahmen ausreichend Stabilität hergestellt werden kann, muss eine Delegation durch die DGKP an die BP erfolgen (**CAVE** instabile Situation - siehe Delegationsgrenze).

6.5.3 Assessments

- Mini Nutritional Assessment – MNA Elderly
- Bauchumfangmessung
- Gewicht
- BMI Body Mass Index: lt. WHO ist ein Erwachsener mit einem BMI zwischen 18,5 und 24,9 als normalgewichtig einzustufen. Ab einem Wert von 30 spricht man von Adipositas. Unter 18,5 spricht man von Kachexie (WHO 2023)
- THV Taillen-Hüft-Verhältnis: Gibt Aufschluss über die Fettverteilung. Gemessen wird der Umfang der Taille, der Hüftumfang in Zentimetern. Der Taillenumfang wird dann durch den Hüftumfang dividiert. Der THV sollte bei der Frau kleiner 0,85 und beim Mann kleiner 1 sein.

Eine Mangelernährung im Alter liegt gemäß S3-Leitlinie bei Vorliegen von folgenden Parametern vor:

- ungewollter Gewichtsverlust > 5% in 3 Monaten oder
- ungewollter Gewichtsverlust > 10% in 6 Monaten oder
- deutlich reduzierte Körpermasse (BMI < 20)

6.5.4 Delegationsgrenzen

- Mangelernährung in Verbindung mit einer bestehenden Demenz und ablehnendem Verhalten
- Schluckstörung mit ausgeprägter Aspirationsgefahr und erforderlichem Notfallmanagement
- Instabile Pflegesituationen z.B. dauerndes Erbrechen
- Vorliegen mehrerer Erkrankungen und Risiken im Zusammenhang mit der Ernährung: Mangelernährung, Aspirationsgefahr, wiederkehrende Fieberschübe, herabgesetzte Flüssigkeitszufuhr, bestehende massive Ödeme, Schmerzen im höheren Bereich.
- End of Life Phase bei bestehender Überforderung der BP
- Pflege bei liegender PEG/PEJ Sonde, wenn die BP die Anforderungen nicht umsetzen kann (z.B. Essen per Bolusgabe und bestehendes Erbrechen nach der Essensgabe)

6.5.5 Wesentliche Inhalte der Anleitung und Unterweisung

6.5.5.1 Pflorgetechniken

- Mundhygiene inkl. Zahnreinigung
- Eiweißzufuhr bzw. Anreichern von Nahrung - Notwendigkeit einer ärztlichen Anordnung prüfen
- Nahrungsempfehlungen bezogen auf eine spez. Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus)
- Vollwertiges Nahrungsangebot unter Berücksichtigung der Essensvorlieben
- Pflege bei einer liegenden PEG/PEJ Sonde
- Begleitung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr in der End of Life Phase
- Eingabe von Trinken und Essen ohne Schluckprobleme
- Eingabe von Trinken und Essen mit Eindickungsmittel und Schluckproblemen
- Anleitung zur Blutzuckerkontrolle

- Anleitung bei der Verabreichung von Insulininjektionen
- Pflege bei Übelkeit und Erbrechen
- Messen des Bauchumfanges

6.5.5.2 Beobachtung des Gesundheitszustandes

- Das Körpergewicht ist immer in Abhängigkeit zur Gesamtsituation zu bewerten.
- **CAVE:**
 - Ödembildungen beeinflussen das Gewicht
 - Wassereinlagerung im Bauch (Aszites) beeinflussen das Gewicht
 - Körpergewicht sollte in der Regel 1x monatlich gemessen werden. Engmaschigere Kontrollen sind zu begründen.
- Dokumentation der Beobungskriterien (Gewichtstabelle, Ernährungsprotokoll, Flüssigkeitseinfuhrblatt, Bauchumfangmessungen)
- Beobachtung/Dokumentation der Ernährungszufuhr
- Zustand der Zähne/Zahnprothese
- Vergessen von Essen und Trinken oder ständige Suche nach Nahrung bei bestehender Demenz / kognitiver Einschränkung
- zusätzliche Erkrankungen mit erhöhtem Eiweiß und Kalorienbedarf (Krebserkrankungen, große bzw. tiefe Wunden)
 - Lebensmittelqualität
 - Hautturgor und Schleimhäute
 - weniger Aktivität, Müdigkeit, Obstipation
 - End of Life Phase
- Anzeichen von Schluckstörungen erkennen
- Über- und Unterzuckerung inkl. setzen entsprechender Notfallmaßnahmen
 - inkl. Meldung an pflegerisches und medizinisches Fachpersonal und Dokumentation

6.5.5.3 Prophylaktischen Maßnahmen

- mehrere kleine Mahlzeiten anbieten - ev. Fingerfood an mehreren Plätzen anbieten
- bei Menschen mit Demenz ist es ev. notwendig Essen zu versperren
- Behebung vorliegender Ursachen (schlecht sitzende Zahnprothese, Schmerzen,...)
- Prophylaxe der Mangelernährung
- Prophylaktische Maßnahmen, um ein Über- und Untergewicht zu verhindern oder zu reduzieren
- Physiologische Position während des Essens und Trinkens

6.5.5.4 Heilbehelfe & Hilfsmittel

- div. Trinkhilfen und Esshilfen
- Fixierungshilfen von Teller und Trinkgefäßen
- Warmhalteteller
- Trinknahrung zur diätischen Behandlung
- Applikationssysteme für die enterale Ernährung
- Eindickungsmittel
- Blutzuckermessgeräte
- Insulinpens
- Lanzetten und Stechhilfen
- Blutzuckerteststreifen

6.5.5.5 Medizinische Interventionen

- Verabreichung von oralen oder enteralen Arzneimitteln einschließlich Heil- und Zusatznahrung

- Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen
- Verabreichen von subkutanen Insulininjektionen

6.5.6 Empfehlung / Tipps

Gemeinsames Essen macht immer mehr Spaß. Im Zweifelsfall sollten Lieblingsessen/-getränke auch mehrfach wöchentlich angeboten werden, um die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu sichern. Ein Glas Bier oder Wein darf durchaus angeboten werden.

Gerade beim Essen und Trinken steht die Lebensqualität der zBP immer im Vordergrund. Diätvorgaben und andere Regelwerke sind sensibel zu prüfen und gegebenenfalls im Sinne der Lebensqualität anzupassen.

Die Gabe von eiweißreicher Zusatznahrung ist mit dem Arzt/der Ärztin abzusprechen, da nicht alle Menschen diese vertragen.

Die Personenbetreuung soll über die Notwendigkeit der Datenechtheit in Bezug auf die Flüssigkeits- und Ernährungszufuhr informiert werden.

Aufwerten von Mahlzeiten mit „normalen“ Lebensmitteln kann der Betreuungsperson gezeigt werden. Verschiedene Konsistenzen und die Verwendung von Eindickungsmittel muss wiederholt thematisiert werden.

6.6 Lebensaktivität *Sich Bewegen*

6.6.1 Definition

Bewegung und Aktivitäten gehören zu den Voraussetzungen menschlichen Lebens und zum täglichen Leben jedes einzelnen Menschen. Bewegung ist zudem lebensnotwendig für viele Aktionen des Körpers wie z.B. Herzfunktion, Atmung oder auch Darmperistaltik (Asmussen - Clausen, Huhn & Zegelin 2011).

“Bewegung ist für den Menschen in jeder Lebensphase wichtig, unabhängig von Alter und Gesundheitszustand.”

(Asmussen - Clausen, Huhn & Zegelin 2011, p.459)

Laut zahlreichen Studien zeigt sich, dass Mobilitätseinschränkungen durch gezielte Förderung beeinflusst werden können. Somit stellen die Mobilitätserhaltung und Mobilitätsverbesserung einen wesentlichen Bereich der professionellen Pflege dar (Büscher et al. 2020) und sind dementsprechend auch an Angehörige und BP zu delegieren. Diese leisten darüber hinaus einen wichtigen Beitrag, um die Entstehung neuer Funktionseinschränkungen und gesundheitlicher Auswirkungen zu verhindern, die sich ihrerseits auf die Mobilität auswirken und somit einen Prozess befördern, der zu einer zunehmenden Pflegeabhängigkeit führt (Büscher et al 2020).

Stürze und sturzbedingte Verletzungen zählen zu den häufigsten Ereignissen, die zu Hause lebende ältere Menschen in ihrer Selbstständigkeit bedrohen. Nach einem Sturz steigen die Hospitalisationen und die Einweisung in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Weiters ergeben sich nach einem Sturz oftmals bei den Betroffenen psychische und physische Folgen, wie z.B. Sturzangst, bewegungsvermeidendes Verhalten, Einschränkungen anderer Lebensaktivitäten aufgrund von Verletzungen oder auch weitere Stürze (Becker & Blessing-Kapelke 2011).

Mit dem steigenden Alter und bei Pflegebedürftigkeit nehmen Sturzrisikofaktoren zu. Dazu gehören verringerte Muskelkraft, Sehschwäche, Schlafprobleme und Tagesmüdigkeit, Inkontinenz und Schwindel. Außerdem beeinflussen äußere Faktoren das Sturzrisiko wie z.B. schlechte Beleuchtung, Stolperfallen, eine neue Brille, eine ungewohnte Umgebung spezifische Medikamente (für Blutdruck, zur Beruhigung oder zum Schlafen). Besonders Menschen mit Demenz können an Angst- und Unruhezuständen sowie Gleichgewichtsstörungen leiden. Hinzu kommt, dass sie Gefahren nicht adäquat einschätzen können, oder die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit beeinträchtigt sein kann (Stiftung ZQP 2021).

6.6.2 Ausprägung

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Kognition <i>vorhanden</i> bis <i>überwiegend vorhanden</i> und Mobilität <i>selbstständig</i> II. Die kognitive Fähigkeit ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zBP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <ul style="list-style-type: none"> I. Kognition 0-1 Mobilität 0 II. Kognition 0 Mobilität 1-2
--	--

Beispiele:

- Die zbP vergisst gelegentlich Handlungsabläufe im Handling von Gehhilfen (z.B. Bremsen lösen am Rollator oder Rollstuhl).
- Die zbP benötigt Unterstützung bei der Bereitstellung von Geh- und Mobilisationshilfen, kann seine / ihre Bedürfnisse auch klar äußern.
- Die zbP benötigt Unterstützung beim Einsatz von e-Rollstühlen, e-Mobile.

Delegation möglich:

- I. Kognition ist größtenteils vorhanden + Mobilität ist überwiegend selbstständig bis überwiegend unselbstständig
- II. Kognition ist nur in geringen Maßen vorhanden + Mobilität ist selbstständig bis überwiegend selbstständig
- III. Kognition ist vorhanden bis überwiegend vorhanden + Mobilität ist überwiegend unselbstständig bis unselbstständig

Merke: Hierbei ist ExpertInnen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der BP. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.

Likert Skala

- I. Kognition 1
Mobilität 1-2
- II. Kognition 2
Mobilität 0-1
- III. Kognition 0-1
Mobilität 2-3

Beispiele:

- Die zbP weist beim Gehen pathologische Bewegungsmuster auf und äußert eine Unsicherheit beim Einsatz von Hilfsmitteln.
- Die zbP hat ein Sturzrisiko, ist aber in der Lage sturzpräventive Maßnahmen zu verstehen und umzusetzen.
- Fehlende Kenntnisse der BP zur Sturzprävention.
- Fehlende Kenntnisse der BP bei der Beobachtung des Gesundheitszustandes, z.B. das Erkennen von Hautveränderungen bei bestehenden Risiken (inkl. Dokumentation und Weiterleitung).

Delegation notwendig:

- I. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden bis nicht vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig
- II. Kognition nicht vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig

Merke: Die zbP weist Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP verlangen nach Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflorgetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zbP ist stabil.

Likert Skala

- I. Kognition 2-3
Mobilität 2-3
- II. Kognition 2-3
Mobilität 0-1

Beispiele:

- Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Bereich der Mobilisation z.B. Sitzgurt, Seitenteile-Hoch beidseits, Oberkörpergurt, ect.
- Die zbP hat ein Sturzrisiko und kann sturzpräventive Maßnahmen nicht verstehen und umsetzen.
- Die zbP weist pathologische Bewegungsmuster auf, z.B. Mb. Parkinson, Multiple Sklerose, Ataxie und benötigt Unterstützung bei der Mobilität.
- Die zbP weist bestehende Risiken auf und bedarf einer Beobachtung des Gesundheitszustandes.
- Die zbP ist bettlägrig.
- Die BP hat keine Kenntnisse zu prophylaktischen Maßnahmen, z.B. Dekubitusprophylaxe und Pneumonieprophylaxe bei bestehenden Risiken.

6.6.3 Assessments

6.6.3.1 Bewegungsanamnese

Stellen Sie den Bewegungsradius der zbP fest.

- Eigenbewegung
- Passive Bewegung
- Kontrakturen
- Bewegungseinschränkung anderer Ursachen (siehe unten)

6.6.3.2 Körperhaltung

- Schonhaltung: z.B. durch Schmerzen, Operationswunden, Verletzungen, Narben, Verbände
- Angeborene Haltungsveränderungen
- Degenerative Haltungsveränderungen (z.B. Arthrosen, Skoliose, Morbus Bechterew)

CAVE: Eine veränderte Körperhaltung bedingt im Laufe der Zeit eine dauerhafte Fehllhaltung mit typischen Folgen wie Schmerzen, Kontrakturen, Sturzgefahr.

6.6.3.3 Gangbild und Gangsicherheit

- Unsicherer Gang: z.B. vorsichtig, schleppend, taumelnd, wankend, stolpernd, steif, schleichend
- Krankheitsbedingte Einschränkungen:
 - Hinkend z.B. durch Hüft- oder Kniegelenkerkrankungen
 - Schleppend z.B. durch Lähmungen
 - Watschelnd z.B. bei Fußfehlbildungen, Fehlstellung oder Fehlbildung der Wirbelsäule oder Hüften
 - Ataktisch, z.B. bei ZNS-Erkrankungen oder Multiple Sklerose
 - Trippelnd z.B. bei betagten Menschen oder Morbus Parkinson
 - Schlurfend, häufig bei betagten Menschen

6.6.3.4 Gleichgewicht

Störungen des Gleichgewichts äußern sich v.a. durch Schwindel. Des Weiteren sind Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen und / oder Unwohlsein eine Begleiterscheinung.

TIPP: Weisen Sie auf eine weitere Abklärung der Ursache hin.

6.6.3.5 Muskelkraft

- Erniedrigter Muskeltonus: Rumpf, Kopf, Arme oder Beine können nicht gehalten werden, bei passiver Bewegung ist kein Muskelwiderstand spürbar.

- Erhöhter Muskeltonus: bei passiver Bewegung ist ein deutlicher Widerstand erkennbar; Ruhetonus erhöht.

6.6.3.6 Bewegungskoordination

Störung der Bewegungskoordination (Ataxie) nach betroffenen Bewegungen:

- Standataxie
- Gangataxie
- Zeigeataxie
- Rumpfataxie

Abnorme Bewegungen:

- Tremor
- Hyperkinesien, Dyskinesien
- Chorea
- Athetose
- Myoklonien
- Tics

(Asmussen - Clausen, Huhn & Zegelin 2011)

6.6.3.7 Sturzrisiko-Assessment

Laut derzeitiger Evidenz zeigen Sturzrisiko-Assessment-Instrumente (z.B. Time up & Go Test) bei älteren Menschen keine ausreichende Genauigkeit bei Unterscheidung zwischen sturzgefährdeten und wenig sturzgefährdeten Personen (Meyer 2021). Jedoch kann die Betrachtung der häufigsten Risikofaktoren eine gezielte Umsetzung der zu delegierenden Maßnahmen erleichtern und eine individuelle Anpassung der Maßnahmen erlauben.

Die multifaktorielle Bewertung kann Folgendes umfassen:

- Ermittlung der Sturzanamnese (Stürze in den letzten 6 Monaten)
- Bewertung des Gangs, des Gleichgewichts (z.B. Schwindel) und der Mobilität sowie der Muskelschwäche
- Bewertung des Osteoporoserisikos
- Bewertung der von der älteren Person wahrgenommenen funktionellen Fähigkeiten und der Angst vor Stürzen
- Beurteilung der Sehbehinderung
- Beurteilung der kognitiven Beeinträchtigung und neurologische Untersuchung
- Beurteilung der Harninkontinenz
- Beurteilung der häuslichen Gefahren
- Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems
- Überprüfung der Medikation

(NICE Guidelines 2013)

6.6.4 Delegationsgrenzen

- **Personen mit Frailty**

Frailty stellt ein multidimensionales geriatrisches Syndrom dar, welches durch einen Verlust an individuellen Reservekapazitäten und einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber internen und externen Stressoren gekennzeichnet ist. Frailty korreliert mit einem erhöhten Sturzrisiko, Autonomieverlust sowie erhöhter Mortalität (Benzinger, Eidam & Bauer 2021).

CAVE: Personen mit Frailty weisen ein herausforderndes multidimensionales Zustandsbild auf, welches für die Delegation an BPs oftmals zu komplex ist. Hier muss

eine weitere Empfehlung zu professionellen Pflegediensten durchgeführt werden, wie auch auf mögliche Komplikationen hingewiesen werden.

- Die Fähigkeit eine pflegerische Handlung umzusetzen, übersteigt die Möglichkeiten der BP. Die Pflegehandlung kann deshalb nicht umgesetzt werden.

6.6.5 Wesentliche Schulungsinhalte / Unterweisung

6.6.5.1 Pflegetechniken

- **Positionierung:** Durchführung, Positionierungshilfsmittel (z.B. Pölster, Positionierungsblöcke), Intervall / Häufigkeit, Prophylaxen
- **Mobilisation / Transfer:** Durchführung, Mobilisationshilfsmittel und technische Hilfssysteme, Häufigkeit, Prophylaxen
- **Bewegungsübungen:** Durchführen, Hilfsmittel, Prophylaxen, Risiken, passive und aktive Bewegungsübungen

6.6.5.2 Beobachtung des Gesundheitszustandes

- vor jeder Mobilisation muss der aktuelle Allgemeinzustand beurteilt werden z.B. Schwindel, Schwäche
- Beobachtung äußerer Hautveränderungen durch die BP und sofortige Meldung an die DGKP oder an das ärztliche Personal.

Erkennen von:

- Hautrötung
 - Hautspannung
 - Ödemen
- Veränderungen in der Mobilität z.B. Zunahme der Bewegungseinschränkung, Zunahme der Kontrakturen

6.6.5.3 Prophylaktische Maßnahmen

- Thromboseprophylaxe
- Pneumonieprophylaxe
- Dekubitusprophylaxe
- Kontrakturenprophylaxe
- Sturzprävention

Sturzmanagement: Information und Unterstützung: Informieren der BP und der zbP, wie auch deren Familienangehörigen mündlich und schriftlich (z.B. Broschüren). Berücksichtigung der Fähigkeit der zbP, Informationen zu verstehen und zu behalten. Die Informationen sollten Folgendes umfassen:

- Aufklärung über die individuellen Risikofaktoren für Stürze.
- Information von Familienmitgliedern und BP darüber, wann und wie Bettgitter hoch- und heruntergezogen werden sollen.
- Einheitliche Hinweise darauf, wann eine zbP um Hilfe bitten sollte, bevor er/sie aufsteht oder sich bewegt:
- Unterstützung der zbP bei der Teilnahme an einer multifaktoriellen Intervention, die auf die Behebung der individuellen Risikofaktoren abzielt.
- Aufklärung des adäquaten Einsatzes von Hilfsmittel und Unterstützungssystemen.
- Verhalten im Falle eines Sturzes einschließlich der Frage, wie man Hilfe herbeiruft und wie man eine lange Liegezeit vermeidet.

(NICE Guidelines 2013)

6.6.5.4 Heilbehelfe & Hilfsmittel

- Rollatoren & Gehwägen, Rollstühle
- Diverse Gehhilfen, z.B. Krücken, Gehstock, Arthritis-Gehstütze
- Hebehilfen und Aufstehhilfen
- Mobile Rampensysteme
- Treppenlift-Systeme
- Elektrorollstühle- und Mobile
- Dekubitus- und Spezialmatratzen
- Lagerungshilfen

6.6.5.5 Medizinische Interventionen

- Verabreichung von subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln

6.6.6 Empfehlung

Ältere Menschen, die mit Angehörigen der Gesundheitsberufe in Kontakt stehen, sollten routinemäßig gefragt werden, ob sie im vergangenen Jahr gestürzt sind, und nach der Häufigkeit, dem Kontext und den Merkmalen des Sturzes/der Stürze gefragt werden.

Ältere Menschen, die einen Sturz melden oder als sturzgefährdet gelten, sollten auf Gleichgewichts- und Gangstörungen beobachtet und daraufhin untersucht werden, ob sie von Maßnahmen zur Verbesserung von Kraft und Gleichgewicht profitieren können.

Alle älteren Menschen, die wiederholt stürzen oder bei denen ein erhöhtes Sturzrisiko festgestellt wurde, sollten für eine individualisierte multifaktorielle Intervention, wie z.B. den Lebensbereich von Sturzfallen zu befreien, in Betracht gezogen werden.

In erfolgreichen multifaktoriellen Interventionsprogrammen sind die folgenden spezifischen Komponenten üblich (vor dem Hintergrund der allgemeinen Diagnose und Behandlung von Ursachen und anerkannten Risikofaktoren): Kraft- und Gleichgewichtstraining, Beurteilung der häuslichen Gefährdung und Intervention, Beurteilung der Sehkraft und Überweisung, Überprüfung der Medikation und gegebenenfalls Anpassung der Medikamente durch das ärztliche Personal.

(NICE Guidelines 2013)

6.7 Lebensaktivität *Vitale Funktionen aufrechterhalten*

6.7.1 Definition

Unter der Aktivität "Vitale Funktionen aufrechterhalten" werden Themenbereiche wie Atmung, Herz- und Kreislauf, Körpertemperatur und Schmerz zusammengefasst. Im Detail umfasst das Aktivitätsspektrum:

- Beobachtung und Messung der Vitalparameter
 - Puls
 - Blutdruck
 - Körpertemperatur
 - Sauerstoffsättigung
- Durchführung von kreislaufunterstützenden Maßnahmen und Prophylaxen
- Beobachtung der Atmung
- Beobachtung von Schmerzen
- Durchführung von atemunterstützenden Maßnahmen und Prophylaxen
- Verabreichung von Arzneimittel über den Respirationstrakt
- Sauerstofftherapie
- Thermoerapie

(Keller & Menche, 2021)

6.7.2 Ausprägung

MERKE: Anleitung und Unterweisung (§3b, §14(10) GuKG) führen immer zu einer Delegation

<p>Keine Delegation notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition <i>vorhanden</i> bis <i>überwiegend vorhanden</i> und Mobilität <i>selbstständig</i> II. Die kognitive Fähigkeit ist <i>vorhanden</i> und die Mobilität ist bis zu <i>überwiegend unselbstständig</i> - es bestehen keine Risiken und die BP hat die notwendigen Kompetenzen <p>Merke: Die Kompetenz der BP ist gegeben. Es besteht kein Risiko bzw. kann die zBP sein/ihr Risiko selbst einschätzen und präventive Maßnahmen setzen bzw. die BP darum bitten.</p>	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 0-1 Mobilität 0 II. Kognition 0 Mobilität 1-2
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Die zBP benötigt aufgrund einer Halbseitenlähmung die Unterstützung bei der einmal wöchentlichen präventiven Blutdruckmessung. ● Die zu betreuende Person kann ihren Gesundheitszustand selbstständig einschätzen und klar verbal Hilfestellungen an die BP kommunizieren. 	
<p>Delegation möglich:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition größtenteils vorhanden + Mobilität überwiegend selbstständig bis überwiegend unselbstständig II. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig III. Kognition vorhanden bis überwiegend vorhanden + 	<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 1 Mobilität 1-2 II. Kognition 2 Mobilität 0-1 III. Kognition 0-1 Mobilität 2-3

	<p>Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig</p> <p>Merke: Hierbei ist ExpertInnen-Wissen gefragt. Die Einschätzung I bis III ist in Zusammenhang zu setzen mit den vorhandenen Risiken (multifaktoriell) und Höhe der Risiken, wie auch die individuellen Kompetenzen der BP. Eine mögliche Delegation kann sich auch auf das Handling mit komplexen Hilfsmitteln beziehen.</p>
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zBP hat eine beginnende Demenz, ist an COPD erkrankt und nutzt Langzeit-Sauerstofftherapie. • Die zBP ist überwiegend im Rollstuhl mobil, halbseitig gelähmt und leidet an chronischem Husten. 	

	<p>Delegation notwendig:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition nur in geringen Maßen vorhanden bis nicht vorhanden + Mobilität überwiegend unselbstständig bis unselbstständig II. Kognition nicht vorhanden + Mobilität selbstständig bis überwiegend selbstständig <p>Merke: Die zBP weist Risiken auf und die vorhandenen Kompetenzen der BP verlangen nach Anleitung und Unterweisung hinsichtlich der Pflegetechniken, der Beobachtung des Gesundheitszustands und präventiven Maßnahmen. Der Gesundheitszustand der zBP ist stabil.</p>
<p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die zBP hat eine mittelschwere Demenz, eine Hypertonie und benötigt Unterstützung bei der regelmäßigen Vitalzeichenkontrolle, in stabiler Pflegesituation. • Die zBP leidet unter einer mittelschweren Demenz und COPD und benötigt Unterstützung bei der Anwendung der Sauerstofftherapie. • Die zBP leidet an einer beginnenden Demenz, COPD und ist in ihrer Mobilität teilweise eingeschränkt und benötigt regelmäßige Positionswechsel im Rollstuhl und im Bett. 	
<p>Likert Skala</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Kognition 2-3 Mobilität 2-3 II. Kognition 2-3 Mobilität 0-1 	

6.7.3 Assessments

Um zusätzlich zur Anwendung der Likert-Skala im Bereich "Vitale Funktionen aufrechterhalten" die pflegerische Einschätzung zu vertiefen, können Instrumente wie z.B. die Atem-Erfassung-Skala nach Bienstein, diverse Schmerzskaalen hinzugezogen werden oder auch Clinical Assessments im Bereich Lunge oder Herz- und Kreislaufsystem angewendet werden.

6.7.4 Delegationsgrenzen

Im Bereich "Vitale Funktion aufrechterhalten" entstehen Grenzen der Delegierbarkeit, da für einige pflegerische Interventionen medizinisches Hintergrundwissen vonnöten ist. In diesem ATL wird eher auf die Überwachung und Beobachtung des Gesundheitszustandes fokussiert (Kontrolle der Vitalzeichen). Häufig werden z.B. Blutdruckmessung präventiv oder ritualisiert durchgeführt. Manchmal ist es auch notwendig div. Messungen zu bestimmten Zeitpunkten nach oder vor einer medikamentösen Intervention durchzuführen. Zumeist stellt die Durchführung der Messung kein Problem dar, jedoch die Interpretation der Werte im

Zusammenhang mit dem einzuschätzenden Gesundheitszustand der zbP sind für eine Betreuungsperson nicht zumutbar. Grundsätzlich kann mit ärztlich vorgegebenen „Ranches“ gearbeitet werden, jedoch nur dann, wenn die Situation als stabil einzuschätzen ist.

Beispiele an Interventionen, die nicht an eine BP delegiert werden können, sind:

- Atemstimulierende Einreibung
- Komplexes Atemtraining
- Absaugung von Atemwegssekreten
- Tracheostomapflege
- Blutdruck**management**
- Schmerz**management**
- Perkussion und Vibration

6.7.5 Wesentliche Schulungsinhalte / Unterweisung

6.7.5.1 Pflegetechniken

- Einfache atemunterstützende Positionierungen
- Unterstützung bei Sekretentleerung
- Techniken zur Überprüfung der Vitalzeichen

6.7.5.2 Beobachtung des Gesundheitszustandes

- Aufzeichnung von Vitalparametern
- Schmerzerfassung z.B. durch Skalen/Schmerztagebücher
- Wissen über Normwerte der Vitalparameter
- Erkennen von Gefährdung z.B. Atemveränderungen, akute Schmerzen
 - inkl. Meldung an pflegerisches und medizinisches Fachpersonal

6.7.5.3 Prophylaktischen Maßnahmen

- Pneumonieprophylaxe
- Schmerzprophylaxe

6.7.5.4 Heilbehelfe & Hilfsmittel

- elektronische Blutdruckmessgerät
- Pulsoximeter
- Fieberthermometer
- Inhalationsgeräte
- Infrarotlampe
- Wärmflasche
- O2-Konzentrator
- Kälte- und Wärme Gelkissen

6.7.5.5 Medizinische Interventionen

- Durchführung von einfachen Kälte- und Wärmeanwendungen
- Arzneimittel über den Respirationstrakt verabreichen

6.7.6 Empfehlung

Bei chronischen SchmerzpatientInnen sollten Fachexperten im Bereich des Schmerzmanagements hinzugezogen werden. Gerade bei immer wieder auftretenden instabilen Schmerzsituationen ist ein angemessenes Schmerzmanagement von Vorteil, um unnötiges Leid zu ersparen. (DNQP 2020)

Des Weiteren ist zu empfehlen, dass in diesem Bereich auf mögliche Akutsituationen hingewiesen und ein individuelles Notfallprozedere besprochen wird.

Zusätzlich sollten auch technische Hilfsmittel zur Überprüfung der Vitalzeichen, wie z.B. elektronische Blutdruckmessgeräte, regelmäßig auf ihre Tauglichkeit geprüft werden.

7. Weitere Empfehlungen

- Pocket Cards
- Webinare
- Adaption des Pflegeprozesses auf verschiedenen Ebenen der häuslichen Betreuung (häusliches Umfeld, DGKP und Personenbetreuung und zbP).
- Format
- Schulungsinhalte für Fortbildungen für ein Zertifikat nach §63 GuKG
- DGKP brauchen vor Ort ein Handlungsinstrument
- Qualitätssicherungsprozesses sollen sich weiterentwickeln
- Eine adaptierte Version dieser Handlungsempfehlung kann auch auf den Bereich der persönlichen Assistenz angelegt werden.
- Die Delegationskompetenz (wie in Kap. Delegation dargelegt) seitens der DGKP muss für den Delegationsprozess vorhanden sein (durch Aneignung der entsprechenden Expertise).
- Erstellung von einfachen Handlungsanweisungen (in einfacher Sprache) für sämtliche Pflegeleistungen auf Grundlage aktueller Literatur

7.1 Ausblick

Anhand dieser Arbeitshilfe zum Prozess der Laiendelegation wird die benötigte Kompetenz und der Aufwand der pflegerischen Delegation (Anleitung und Unterweisung) in der Praxis sichtbar. Dies führt zur Transparenz wie auch der Vereinheitlichung des Delegationsprozesses. Durch eine vollständige und durchgehende Verwendung der Arbeitshilfe von allen Pflegekräften, die über Delegationen in der Personenbetreuung entscheiden, kann die Qualität in der häuslichen Betreuung gewährleistet werden.

8. Literatur

Aigner, G. (2011), Information betreffend die Abgrenzung von Liantätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin. In: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/4/1/CH1170/CMS1414488935186/laientaetigkeiten-und-vorbehaltstaetigkeiten.pdf> [28.04.2018].

Asmussen - Clausen, M. Huhn, S. & Zegeln, A. (2011), 12.8 Bewegung, in Pflege Heute. 5.Auflage, Urban & Fischer Verlag.

Becker C. & Blessing - Kpelke U. (2011), Empfehlungspapier für das körperliche Training zur Sturzprävention bei älteren, zu Hause lebenden Menschen, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Springer - Verlag, 44:121-128.

Benzinger P., Eidam A. & Bauer JM (2021), Klinische Bedeutung der Erfassung von Frailty, Zeitung Gerontol. Geriatr. 54 (3): 285 - 296 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8006639/#:~:text=Frailty%20ist%20ein%20multidimensionales%20geriatisches,und%20externen%20Stressoren%20gekennzeichnet%20ist.> (3.10.2022)

Bullinger, Hans-Jörg (1996), Erfolgsfaktor Mitarbeiter. Motivation – Kreativität – Innovation. Stuttgart: B.G. Teubner Stuttgart.

Büscher A., Blumenberg P., Krebs M., Stehling H. & Stomberg D. (2020), Expertenstandard nach §113a SGB XI "Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege", Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/expertenstandard/20201119_Aktualisierung-Entwurf-Expertenstandard-ExMo.pdf (02.08.2022).

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK] (2007), Joint Statement on Delegation – Gemeinsame Erklärung zum Thema Delegation der American Nurses Association – ANA und des National Council of State Boards of Nursing – NCSBN. Üb. und hrsg. vom DBfK-Bundesverband Berlin.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe [DBfK] (2010), Position des DBfK zur Neuordnung von Aufgaben im Krankenhaus, https://www.dbfk.de/media/docs/download/DBfK-Positionen/Position-zu-Delegation-im-Krankenhaus_2010-03-29.pdf [16.05.2023].

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), (2020), Expertenstandard - Schmerzmanagement in der Pflege, Hochschule Osnabrück

Halmich, M. (2021) Personenbetreuung-Rechtlicher Rahmen.

Halmich, M. (2023) Update Berufsrecht GuKG, Pflege-Management Forum 2023. [Pflege-Management Forum in Wien: Michael Halmich zu GuKG 2023 - FORUM Gesundheitsrecht](#) (13.05.2023)

ICN (2023): Definitionen, Definition der Pflege – International Council of Nurses ICN, Deutsche Übersetzung konsentiert von DBfK, ÖGKV und SBK, <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Definition-der-Pflege-ICN-deutsch.pdf> (15.04.2023)

Keller, C. & Menche N. (Hrsg.), 2021, Pflegen, Grundlagen und Interventionen, 3. Auflage, Elsevier GmbH, Deutschland.

Kelly-Heidenthal, P. Marthaler, MT. (2008), Pflege delegieren. Bern: Verlag Hans Huber.

Knoth, S. Von Allmen, U. Radnic, S. & Riggerbach, U. (2012), Exzellenzmanagement. Bausteine eines strategischen und operativen Managements im Krankenhaus. Bern: Verlag Hans Huber.

Korečić, J. (1996), Pflegequalität und Qualitätssicherung. In: Pflegestandards Altenpflege. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-12685-1_4 (05.02.2023)

Medizinisch Geriatrische Klinik der Evangelischen Stiftung Augusta (2023), Inkontinenzfragebogen, <https://www.geriatrie-bochum.de/assessment/inkontinenz-fragebogen.php> (02.03.2023).

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkasse (MDS), (2020), Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit – Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung, https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info.pdf

Meyer G. (2021) Sturzrisiko Assessment bei älteren Menschen - Ritual oder wissenschaftlich begründet?, EbM Netzwerk, KVH – Journal.

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Guidelines (2013) Assessment and prevention of falls in older people, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/falls-full-guidance-190033741> (02.09.2022).

Rechtsinformation des Bundes [RIS] (2022), Heilmittel Bewilligungs- und Kontrollverordnung, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003801> (27.08.2022).

Stiftung ZQP (2021), Stürze vermeiden - Tipps gegen Stürze, <https://www.pflege-praevention.de/tipps/stuerze-pflegebeduerftige/> (02.09.2022).

Zentrum für Qualität in der Pflege [ZQP] (2022), Essen und Trinken – Praxistipps für den Pflegealltag, 10. Aktualisierte Auflage, Berlin.

Wirtschaftskammer Österreich Gründerservice [WKO Gründerservice] (2023), Infoblatt Personenbetreuung, [Infoblatt-Personenbetreuung Februar 2023.pdf](https://www.daheimbetreut.at/infoblatt-personenbetreuung-februar-2023.pdf) (daheimbetreut.at) [17.07.2023]

WHO (2023): A healthy lifestyle - WHO recommendations. Online: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations> (4.3.2023)

Wichtige Links:

Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch [ABGB]:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001622>

Ärztegesetz:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz [GuKG]:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>

Gewerbeordnung [GewO]:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10007517>

Hausbetreuungsgesetz [HBeG]:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20005362>

Medizinproduktegesetz:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011580>

Unterbringungsgesetz [UbG]:

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936>

Wirtschaftskammer – selbständige Personenbetreuer:innen:

<https://www.wko.at/branchen/gewerbe-handwerk/personenberatung-betreuung/selbstaendige-personenbetreuer.html>

Anhang 1 – Clinical View

Lebensaktivitäten	Versorgung gewährleistet		Motorische Einschränkung ¹				Kognitive Einschränkung ²				Heilbehelfe und Hilfsmittel	Risiken		Delegationen notwendig		
	JA	NEIN	0	1	2	3	0	1	2	3		JA	NEIN	JA	NEIN	
Sich Pflegen												Dekubitus				
												Parodontitis				
												Mykose				
												Intertrigo				
Sich Kleiden												Durchblutungsstörung				
												Überhitzung				
												Unterkühlung				
Ausscheidung												Dermatitis / IAD				
												Zystitis				
												Obstipation				
												Diarrhoe				
Essen und Trinken												Mangelernährung				
												Aspiration				
												Meteorismus				
												Unter-/Überernährung				
Sich Bewegen												Sturz				
												Thrombose				
												Frailty				
Vitale Funktionen												Pneumonie				
												Abnorme Vitalzeichen				
												Schmerz				

¹ Motorisch: 0 unabhängig; 1 überwiegend unabhängig; 2 überwiegend abhängig; 3 völlige Abhängigkeit

² Kognitiv: 0 vorhanden; 1 größtenteils vorhanden; 2 in geringen Maßen vorhanden; 3 nicht vorhanden

Anhang 2 – Anordnungsbeiblatt

Anordnung, Anleitung und Unterweisung an Personen gemäß §3a bis 3c, des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, durch den Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege

Zu betreuende Person	
Adresse	
SV-Nr. & Geburtsdatum	
Telefonnummer:	

Sich Pflegen					
Pflegerische Maßnahmen³		Medizinische Maßnahmen⁴			
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Körperpflege	<input type="checkbox"/>	Anlegen von Verbänden		
		<input type="checkbox"/>	Hilfestellung ⁵	<input type="checkbox"/>	Subdelegation ⁶
		<input type="checkbox"/>	Verabreichung von lokalen Arzneimitteln		
		<input type="checkbox"/>	Hilfestellung	<input type="checkbox"/>	Subdelegation
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen			
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken				
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes				
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen				
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel				

Sich Kleiden			
Pflegerische Maßnahmen		Medizinische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	Anlegen von Bandagen oder Kompressionsstrümpfen
		<input type="checkbox"/>	Hilfestellung
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen	
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken		
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel		

³ Pflegerische Maßnahmen erfolgen im Detail nach aktueller Pflegeplanung

⁴ Medizinische Maßnahmen erfolgen im Detail nach aktuellen ärztlichen Verordnungen

⁵ Hilfestellung umfasst die Schulung, Beratung und/oder Informationsvermittlung zu pflegerischen und medizinischen Themen durch die DGKP

⁶ Subdelegationen erfolgen durch die DGKP nach ärztlicher Anordnung

Ausscheiden			
Pflegerische Maßnahmen		Medizinische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/>	Verabreichung von rektalen oder vaginalen Arzneimitteln
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen	
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken		
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel		

Essen und Trinken			
Pflegerische Maßnahmen		Medizinische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme	<input type="checkbox"/>	Verabreichung von oralen oder enteralen Arzneimitteln einschließlich Heil- und Zusatznahrungen
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen	
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken		
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel		

Sich Bewegen			
Pflegerische Maßnahmen		Medizinische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen	<input type="checkbox"/>	Verabreichung von subkutanen Injektionen blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen	
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken		
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel		

Vitale Funktionen aufrecht erhalten			
Pflegerische Maßnahmen		Medizinische Maßnahmen	
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Erhebung und Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen	<input type="checkbox"/>	Verabreichung von Arzneimitteln über den Respirationstrakt
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
		<input type="checkbox"/>	Durchführung von einfachen Kälte- und Wärmeanwendungen
		<input type="checkbox"/> Hilfestellung	<input type="checkbox"/> Subdelegation
Anleitung & Unterweisung		Anmerkungen	
<input type="checkbox"/>	Pflegetechniken		
<input type="checkbox"/>	Beobachtung des Gesundheitszustandes		
<input type="checkbox"/>	Prophylaktische Maßnahmen		
<input type="checkbox"/>	Heilbehelfe & Hilfsmittel		

Weitere Hilfestellung (Schulung/Beratung- und Informationsvermittlung)	

Die Anordnung, Anleitung und Unterweisung erfolgt durch den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege

Name	
GBR- Nummer	
Datum & Unterschrift	

Die Durchführung der angeordneten Maßnahmen erfolgt durch:

Name	
Berufssitz	
Datum & Unterschrift	

Qualifikation	
<input type="checkbox"/>	Pflegeassistentenberuf (PA/PFA)
<input type="checkbox"/>	Sozialbetreuungsberuf mit Ausbildung in der Basisversorgung
<input type="checkbox"/>	Personenbetreuung/Persönliche Assistenz mit Ausbildung in der Basisversorgung
<input type="checkbox"/>	Sozialbetreuungsberuf ohne Ausbildung in der Basisversorgung
<input type="checkbox"/>	Personenbetreuung/Persönliche Assistenz ohne Ausbildung in der Basisversorgung

Die anordnende Gesundheits- und Krankenpflegeperson, bestätigt mit der Unterschrift, dass sie sich im erforderlichen Ausmaß vergewissert hat, dass der/die EmpfängerIn der Anordnung über die erforderlichen Kenntnisse zur Durchführung verfügt. Im Bedarfsfall wurde eine Unterweisung/Anleitung für die jeweils angeordnete Maßnahme durchgeführt. Des Weiteren wurde die EmpfängerIn über die Dokumentations- und Informationspflicht informiert.

Der/Die EmpfängerIn der Anordnung, bestätigt mit der Unterschrift, dass die Anforderungen der übertragenen Maßnahmen verstanden wurden. Die EmpfängerIn kann die Delegation ablehnen, tut sie das nicht, stimmt sie der Delegation ausdrücklich zu.

Die Dauer der Anordnung ist

- befristet bis einschließlich: _____
- unbefristet

Jedenfalls endet die Anordnung mit Beendigung des Betreuungsverhältnisses! Die Anordnung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der zu betreuenden Person erforderlich ist. In begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf auch mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist der Widerruf unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren

Der/Die EmpfängerIn hat die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten ausreichend und regelmäßig zu dokumentieren und die Dokumentation den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betreute Person pflegen und behandeln, zugänglich zu machen, sowie der anordnenden Person unverzüglich alle Informationen zu erteilen, die für die Anordnung von Bedeutung sein könnten, insbesondere Veränderung des Zustandsbildes der betreuten Person oder Unterbrechung der Betreuungstätigkeit.

Die Einwilligung zur Durchführung der angeordneten Maßnahmen erfolgt durch:

<input type="checkbox"/>	Zu betreuende Person selbst
<input type="checkbox"/>	Gesetzliche Vertretung der zu betreuenden Person
Name	
Adresse	
Datum & Unterschrift	