

FACHBEREICHSARBEIT

Schule für allg. Gesundheits- und Krankenpflege
des Österreichischen Bundesheeres,
Van Swieten-Kaserne, Brünner Straße 238, 1210 WIEN

ERSTELLUNG EINES PFLEGEANAMNESEBOGENS FÜR DIE SANEINRICHTUNGEN DES ÖBH

Verfasser:

APPELIUS Andreas Horst, Wm

Betreuungslehrer:

LGKP VONWALD Günter, OStv

Abgabetermin:

240103

INHALTSVERZEICHNIS

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	5
VORWORT	6
EINLEITUNG	7
1. WAS IST PFLEGEANAMNESE ?	8
1.1 Begriffserklärung.....	8
1.2 Welche Informationen soll die Pflegeanamnese beinhalten?... 8	8
1.3 Wer führt die Pflegeanamnese durch?.....	10
1.4 Wie ist die Pflegeanamnese durchzuführen?.....	10
1.5 Was ist wichtig bei der Durchführung einer Pflegeanamnese?11	11
1.6 Dauer der Pflegeanamnese	11
2. WO KOMMT IM ÖBH PFLEGEANAMNESE ZUM TRAGEN ? ..	12
2.1 Die „medizinische Diagnosestraße“ als Teilbereich der Stellungskommission	12
2.2 Krankenreviere (Truppenärztliche Ambulanzen und Truppensanitätsanstalten)	13
2.3 Sanitätsanstalten der Militärkommanden	14
2.4 Militärspitäler.....	15
2.5 Heeresspital WIEN.....	15
3. PROJEKTARBEIT	17
3.1 Entwurf des Pflegeanamnesebogens	17
3.2 Erläuterungen zum Pflegeanamnesebogen.....	17
3.2.1 Allgemeine Form:	18
3.2.2 Personaldaten:	18
3.2.3 Grund des Aufenthaltes:.....	19
3.2.4 Allgemeine Angaben:	19
3.2.5 Biographische Angaben:	20
3.2.6 Pflegerelevante Angaben	21
3.2.6.1 Ausscheidung	21
3.2.6.2 Essen und trinken	23
3.2.6.3 Atmen	23

3.2.6.4 Schlafen	24
3.2.6.5 Sich bewegen	25
3.2.6.6 Sich Waschen und Kleiden	25
3.2.6.7 Kommunikation	25
3.2.6.8 Schmerzen	26
3.2.6.9 Hautzustand	26
3.2.6.10 Bewusstseinslage	26
3.3 Fragebogen und Auswertung	27
3.3.1 Der Fragebogen	27
3.3.2 Auswertung des Fragebogens	27
3.3.3 Bemerkungen	29
4. NEUER PFLEGEANAMNESEBOGEN	32
4.1 Entwurf des überarbeiteten Pflegeanamnesebogen	32
4.2 Bemerkungen und Erklärungen zum neuen Pflegeanamnesebogen	32
4.2.1 Textfluss und Gliederung	32
4.2.2 Bestätigung durch den Patienten	32
4.2.3 Schulbildung/ ausgeübte Berufe	33
4.2.4 Selbstfürsorge/ Ressourcenerhebung	33
4.2.5 Relevants für Krankenrevier und Ablage	33
4.2.6 Zeitfaktor	33
4.2.7 Kommunikation	34
4.2.7 Sonstige	34
KURZZUSAMMENFASSUNG	35
LITERATURVERZEICHNIS	36
Bücher	36
Bögen und Sonstiges	36
ANHANG	38
Gesundheits- und Krankenpflegegesetz	38
§5.	38
Erläuterungen:	38
§ 14.	41

Erläuterungen:	42
Pflegeanamnesebogen der Projektarbeit	45
Neuer Überarbeiteter Pflegeanamnesebogen.....	49

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
ATL	Aktivitäten des täglichen Leben
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FBI	Formblatt
gem.	gemäß
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
GWD	Grundwehrdiener oder Grundwehrdienst
HebG	Hebammengesetz
HNO	Hals Nasen Ohren
idgF	in dem gegebenen Fall
KAG-Bund	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KrRev	Krankenrevier
lit	litera
o.a.	oben angeführt
ÖBH	Österreichisches Bundesheer
Pers. Daten	Personaldaten
PP	Pflegeperson
SanA/MilKdo	Sanitätsanstalt des Militärkommando
SanUO	Sanitätsunteroffizier
stat.	stationär
usw.	und so weiter
VBI	Verlautbarungsblatt
vgl.	vergleiche
Z	Zahl
z.B.	zum Beispiel

VORWORT

Während eines Praktikums im Heeresspital WIEN, auf der chirurgischen Station, bekamen wir den Auftrag für die Station einen Pflegeanamnesebogen zu erstellen, da es bis dato im Heeresspital noch keinen gab. Unter Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal der chirurgischen Station, der Anästhesie und unter Betreuung eines Lehrers für Gesundheits und Krankenpflege entwarfen wir einen Pflegeanamnesebogen. Dieser wurde im Heeresspital auf den Stationen getestet und stellte sich als „gar nicht so schlecht“ heraus. Der Pflegeanamnesebogen wurde dann mit einem Fragebogen an alle Sanitätseinrichtungen des ÖBH verschickt.

Es hat mich verwundert, das im ÖBH fast keine Pflegeanamnese praktiziert wird, obwohl es seit dem neuen Krankenpflegegesetz Pflicht ist. Aus diesem Grund habe ich mich entschlossen meine Fachbereichsarbeit mit diesem Thema zu beschäftigen, auf die Kritiken die von den San-Einrichtungen kamen (nicht nur negative) einzugehen und den Pflegeanamnesebogen zu verbessern.

Für die Unterstützung der Projektgruppe spreche ich an Herrn Vzlt DEUTSCHMANN; Herrn Wm HUBER und Herrn Wm ZAUNER sowie dem Pflegepersonal des Heeresspitals und den Kameraden die sich die Zeit genommen haben und auf den Fragebogen geantwortet haben meinen Dank aus.

Vielen Dank auch an Herrn LGKP VONWALD Ostv für die Unterstützung bei dem Projekt und die Betreuung bei der Fachbereichsarbeit.

EINLEITUNG

Durch das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz seit 1997 hat sich für „Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ einiges geändert.

Unter die ganzen Änderungen fällt auch die verpflichtende Erhebung der Pflegeanamnese und die Dokumentation dieser (vgl. GuKG § 5 und § 14) wie auch im Verlautbarungsblatt I 27. Folge 2001 Punkt 59 darauf hingewiesen wird.

Um eine Möglichkeit zu finden dieses Thema im Österreichischen Bundesheer umzusetzen, wurde von einer Projektgruppe ein Pflegeanamnesebogen erarbeitet und zur Testung an alle Sanitätseinrichtungen des Österreichischen Bundesheeres versendet.

Diese Fachbereichsarbeit beschäftigt sich mit dieser Projektarbeit und den Rückmeldungen der Sanitätseinrichtungen. Der Pflegeanamnesebogen wird erklärt, die Rückmeldungen werden ausgewertet und der Pflegeanamnesebogen wird verbessert. Es wird auch auf die Pflegeanamnese allgemein eingegangen und näher gebracht, wie, wer, wozu und wo Pflegeanamnese anzuwenden ist.

1. WAS IST PFLEGEANAMNESE ?

1.1 Begriffserklärung

Die Pflegeanamnese ist der erste Schritt im Pflegeprozess und bietet die Basis für das Erstellen von Pflegediagnosen und damit das Erarbeiten einer effektiven Pflegeplanung.

Pflegeanamnese ist eine systematische Methode der Datensammlung über die physiologischen, physischen, sozialen und kulturellen Lebensbedürfnisse und Lebensbedingungen des Patienten um eine qualitativ hochwertige Pflege durchführen zu können.

Die Hauptinformationsquelle ist der Patient selbst. Es können aber auch Angehörige (z.B. wenn der Patient nicht ansprechbar ist) oder Beobachtungen des Pflegepersonals als wichtige Informationen bzw. Hinweise herangezogen werden.

Die Pflegeanamnese ist nicht nur das Erstgespräch mit dem Patienten sondern gehört dem jeweiligen Ist-Stand des Patienten angeglichen.

1.2 Welche Informationen soll die Pflegeanamnese beinhalten?

Im folgenden werden Informationen aufgelistet, die die Pflegenden während des gesamten Pflegeprozesses sammeln:

(vgl. Professionelle Pflege, Theoretische und praktische Grundlagen, J.Arets, F.Obex, J. Vaessen, F. Wagner, Neicanos Verlag, Bocholt,1997, 2.Auflage)

- ❖ Personalien:
 - Name, Adresse, Alter
- ❖ Gründe für die Pflege, Reaktionen des Patienten auf Gesundheitsprobleme sowie Konsequenz auf die Selbst- und Laienpflege

- ❖ Gesundheitsproblem:
 - Beschwerden und Symptome
- ❖ Wahrnehmung und Bewertung des Gesundheitszustandes durch den Patienten
- ❖ Beobachtungen der Pflegenden bezüglich
 - verstärkender und bedrohlicher Effekte der Selbst- und Laienpflege
 - der Konsequenz der Reaktionen auf die Gesundheitsproblematik für Selbst- und Laienpflege
- ❖ Körperliche Untersuchung
- ❖ Lebensgewohnheiten und Einstellungen des Patienten:
 - normaler Tagesablauf
 - Beruf, Ausbildung
 - Hobbys
 - Familie
 - Lebensanschauung
 - Lebensphase (Kind, Erwachsener, älterer Mensch)
 - Schlafgewohnheiten, Essen und Trinken, Hygiene, Ausscheidung, Mobilität, Entspannung
- ❖ Prioritäten, Fähigkeiten und Fertigkeiten des Patienten
- ❖ Psychischer Zustand
 - Verhalten
 - Orientierung
 - Kennzeichen der Person
 - Interessensgebiete
 - Gemütszustand
 - Bedeutung der Faktoren für den Patienten
- ❖ Medizinische Anamnese
 - welche Krankheiten hatte der Patient bisher?
 - Krankenhausaufenthalte
 - Medikamenteneinnahmen
 - Bedeutung der Gegebenheiten für den Patienten
 - der Einblick des Patienten in seine gegenwärtige Erkrankung

1.3 Wer führt die Pflegeanamnese durch?

Laut dem neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 14 Abs.2 (siehe Anhang) umfasst der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich insbesondere die Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der zur Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen.

Somit ist jede Kraft des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (auch jeder SanUO der seit 2001 ja das Gesundheits- und Krankenpflegediplom haben muss) dazu verpflichtet eine Pflegeanamnese durchzuführen.

1.4 Wie ist die Pflegeanamnese durchzuführen?

Dieses schreibt das Gesetz nicht vor, außer das die Pflegeanamnese dokumentiert werden muss.

Deshalb steht die Form ob es im Rahmen eines Aufnahmegespräches oder eines Fragebogens (der durch den Patienten ausgefüllt, soweit es ihm möglich ist) frei. Genauso frei steht es ob die Pflegeanamnese schriftlich oder mit zu Hilfenahme moderner Kommunikationsmittel (z.B. EDV) dokumentiert werden muss.

Das Erheben der Pflegeanamnese sollte aber nicht als „Interview“ verstanden werden, sondern als aktiver Dialog mit dem Patienten. Der Patient soll ermuntert werden, seinerseits Fragen zu stellen, die ihm wichtig erscheinen. Dazu bedarf es eines Vertrauensverhältnisses, das herzustellen Einfühlungsvermögen, Toleranz und Offenheit verlangt.

1.5 Was ist wichtig bei der Durchführung einer Pflegeanamnese?

- ❖ eine Intime Umgebung schaffen: also nicht im Krankenzimmer wo auch andere Patienten zuhören können, da auch intime Lebensbereiche besprochen werden
- ❖ ein Vertrauensverhältnis gestalten: besonders bei Grundwehrdienern bzw. Frauen im Ausbildungsdienst, sollte die jeweilige Pflegeperson oder der Sanitätsunteroffizier versuchen, das sonst eher straff gestaltete Dienstverhältnis für den Patienten/in angenehm zu gestalten.
- ❖ klare und kurze Fragen stellen
- ❖ systematisch alle Pflegebedürfnisbereiche befragen
- ❖ dem Patienten die Möglichkeit geben, subjektive Probleme und Wünsche zu nennen.

1.6 Dauer der Pflegeanamnese

Die Dauer des Aufnahmegespräches ist Abhängig von der Menge der Pflegeprobleme des Patienten, zwischen 10 bis 20 Minuten. Die gut geführte Pflegeanamnese ist ein sehr wichtiger Ausgangspunkt zum Erkennen der Pflegeprobleme und zur optimalen Planung des Pflegeprozesses. Deshalb darf die Pflegeanamnese nicht unterschätzt werden und die PP sollte sich die paar Minuten mehr Zeit nehmen bzw. die Pflegeanamnese dann durchführen wenn sie Zeit hat.

2. WO KOMMT IM ÖBH PFLEGEANAMNESE ZUM TRAGEN ?

Da es im Österreichischen Bundesheer eine Vielzahl an verschiedenen Sanitätseinrichtungen gibt, in denen die Pflegeanamnese praktiziert werden sollte folgt hier eine Kurzbeschreibung der Sanitätseinrichtungen mit Rechtsstatus.

Herausgenommen kann davon die medizinische Diagnosestraße der Stellungskommission werden die aber zwecks Vollständigkeit trotzdem angeführt wird.

(vgl. Wiedner Gerald, Hausarbeit im Rahmen des 27. Universitätslehrganges für Krankenhausmanagement, Organisationsformen, Bezeichnungen und Rechtsstatus der heereigenen Sanitätseinrichtungen 1999)

2.1 Die „medizinische Diagnosestraße“ als Teilbereich der Stellungskommission

Es gibt bundesweit 6 Untersuchungszentren wo jährlich etwa 60 000 Stellungspflichtige auf die Leistungsfähigkeit und Eignung für den Militärdienst untersucht werden.

Im Prinzip werden die bei der eineinhalb Tage dauernden Stellungsuntersuchung erarbeiteten Ist-Daten mit standardisierten Sollwerten verglichen. Mittels EDV werden dann alle daraus resultierenden Dienstverwendungen, die für den Dienst im Bundesheer in Frage kommen, festgestellt.

Auf Grund der durchgeführten medizinischen Tätigkeiten und der Innenorganisation erscheint ein Vergleich zu den durch die Gebietskrankenkassen eingerichteten „Jugenduntersuchungsstellen“ durchaus als zulässig und entspräche auch den gesetzlichen Bestimmungen des §2Abs. 1 lit.7 des Krankenanstaltengesetzes des Bundes (KAG-Bund) sowie auch den jeweils anzuwendenden Ausführungsgesetzen der Länder.

2.2 Krankenreviere (Truppenärztliche Ambulanzen und Truppensanitätsanstalten)

Der Organisationsplan des ÖBH bestimmt die Krankenreviere (im Folgenden kurz KrRev bezeichnet) als kleinste medizinische Versorgungsebene der ortsgebundenen Einrichtungen des territorialen Sanitätsdienstes.

- ❖ KrRevA: keine Bettenstation
- ❖ KrRevB1: 5-10 Krankenbetten
- ❖ KrRevB2: 15-20 Krankenbetten
- ❖ KrRevB3: 25-30 Krankenbetten
- ❖ KrRevB4: 35-40 Krankenbetten

Bedingt durch die Strukturanpassung der Heeresgliederung im ÖBH werden die oa. „KrRevA in Truppenärztliche Ambulanzen“ und die „KrRevB in Truppensanitätsanstalten“ unbenannt. Im Bezug auf ihren zukünftigen Aufgabenbereich treten jedoch keine wesentlichen Änderungen ihrer kurativen und nicht kurativen Tätigkeiten auf, sondern lediglich auf ihre Dislokation und Anzahl.

Aufgabenbereiche: KrRev A sind nur für ambulante Untersuchungen/ Behandlungen leichtkranker Soldaten eingerichtet. Ihnen kommt grundsätzlich der Auftrag eines militärischen Hausarztes zu. Bei den KrRev B erhöht sich der Leistungsumfang um die Möglichkeit einer stationären Aufnahme im Sinne einer „militärischen Hauskrankenpflege“

Nach § 2 Abs. 3 des KAG-Bund unterliegen den Bestimmungen dieses Gesetzes Einrichtungen, deren Zweck den in §1 KAG-Bund genannten Zweck entspricht, die eine gleichzeitige Behandlung von mehreren Personen ermöglichen und deren Organisation der Anstalt entspricht.

Ein KrRevB, in dem mehr als ein Militärarzt gleichzeitig ordiniert, verfolgt zwar grundsätzlich die gleichzeitige Behandlung mehrerer Personen, als weiteres wesentliches Kriterium ist jedoch auch deren Organisations- bzw. Gesamterscheinungsbild zu werten, ob dieses einer Anstalt gem. der anzuwendenden KAG- Ausführungsgesetzgebung der zuständigen Landesregierung entspricht.

Auf Grund der beschränkten apparativen und personellen Ausstattung und damit zusammenhängend der zu erbringenden Leistungen, ist der Charakter einer Krankenanstalt nicht gegeben sondern diese Einrichtungen dienen lediglich der Vereinfachung bzw. Rationalisierung der medizinischen Versorgung und ärztlicher Betreuung bettlägeriger Präsenzdienst leistender Wehrpflichtiger und Frauen im Ausbildungsdienst, die einer intensiveren Betreuung auf Stufe einer Krankenanstalt nicht bedürfen. Es handelt sich daher vielmehr um die Betreuung bettlägeriger Kranker, die vergleichbar einem Hausbesuch eines Arztes außerhalb einer Krankenanstalt versorgt werden können.

2.3 Sanitätsanstalten der Militärkommanden

Als nächst höheres Glied der territorialen Sanitätsversorgungskette im Frieden nach den KrkRev sind die Sanitätsanstalten der Militärkommanden (im Folgenden kurz SanA/MilKdo bezeichnet) eingerichtet.

Je Militärkommando, sofern in diesem Bundesland kein Militärspital oder Heeresspital eingerichtet ist, wird eine SanA/MilKdo betrieben (Ausnahme VORARLBERG)

Den Sanitätsanstalten obliegt die Durchführung poliklinischer ambulanter, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (im Sinne einer Tagesklinik), die stationäre Behandlung von Patienten die einer laufenden ärztlichen Betreuung zwar grundsätzlich nicht permanent bedürfen, jedoch in Ermangelung der im zivilen Bereich gängigen Hauskrankenpflege bei Präsenzdienst leistenden Wehrpflichtigen und Frauen im Ausbildungsdienst bis auf wenigen Ausnahmen nicht anzuwenden ist, sowie die Ausbildung der Sanitätshilfsdienste für einen festgelegten Einzugsbereich.

Sanitätsanstalten entsprechen privaten Sonderkrankenanstalten im Sinne §2 Abs. 1 des KAG-Bund (gem. der jeweiligen Ausführungsgesetzgebung des Landes), ausgenommen das Bundesland Salzburg das die SanA/MilKdoS dem Kompetenztatbestand des Art. 10 Abs.1 Z. 15 des B-VG (militärische Angelegenheiten) zuordnet.

2.4 Militärspitäler

Nächst höheres Glied der medizinischen Versorgungskette (aus quantitativer und qualitativer Sicht) sind die Militärspitäler. (Graz und Innsbruck).

Aufgaben im stationären Bereich sind die Führung einer Fachabteilung für Innere Medizin, Chirurgie einschließlich einer Anästhesie- und Wachstation.

Im ambulanten Bereich sind es die Führung und der Betrieb vom den o.a. Ambulanzen und außer denen noch für Augenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, HNO, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Urologie und Physikalische Medizin.

Zusätzliche Aufgabenbereiche sind noch der Betrieb eines Labors, die Durchführung von operativen Eingriffen, prä- und postoperative Betreuung von Patienten, die in zivilen Gesundheitseinrichtungen operiert werden/ wurden und die praktische Ausbildung von Sanitätshilfsdiensten.

Die Militärspitäler sind im Sinne des §2 Abs.1 Z. 2 des KAG-Bund, als Sonderkrankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht zu klassifizieren und unterliegen somit den jeweils anzuwendenden krankenanstaltenrechtlichen Landesgesetzen.

2.5 Heeresspital WIEN

Das Heeresspital- WIEN unterteilt sich in die Heereskrankenanstalt und das Heeresfachambulatorium.

Es ist auf Grund seiner Vielfalt an medizinischen Fachabteilungen und dem für heeres-eigene Krankenanstalten relativ hohen Stand an systemisierten Krankenbetten als die Schwerpunktkrankenanstalt des österreichischen Bundesheeres zu beurteilen.

Aufgaben im stationären Bereich sind die Führung einer Internen, Chirurgischen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahn und Kiefererkrankungen Abteilungen und Anästhesie- und Wachstation.

Im ambulanten Bereich, die Führung und der Betrieb eines Röntgeninstitutes und von Ambulanzen im Rahmen der Fachabteilungen sowie Ambulanzen für Augenerkrankungen, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Urologie, physikalisch Medizin, Fliegermedizin und Fliegerpsychologie.

Zusätzlich der Betrieb eines Labor, prä- und postoperative Betreuung von Patienten die in zivilen Gesundheitseinrichtungen operiert werden/wurden, die praktische Ausbildung von Sanitätshilfsdiensten, Sanitätsfachpersonal, sowie für Präsenzdienst leistende Ärzte.

Bei der Anstaltsbezeichnung Heeresspital-WIEN, handelt es sich lediglich um die militärische Bezeichnung.

Das HSp-Wien besteht aus krankenanstaltenrechtlicher Sicht aus der gem.§1. Abs.3 Z. 2 des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 idgF. (Sonderkrankenanstalten) betriebsbewilligten Heereskrankenanstalt WIEN und Heeresfachambulatorium WIEN.

3. PROJEKTARBEIT

Im Rahmen eines Praktikums wurde von den Schülern des 3.Ausbildungsjahres der Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Österreichischen Bundesheeres (APPELIUS Andreas, DEUTSCHMANN Albin, HUBER Joachim, ZAUNER Georg) und unter Betreuung eines Lehrers für Gesundheits- und Krankenpflege (VONWALD Günther) im Heeresspital auf der chirurgischen Station eine Projektarbeit gestartet. Der Arbeitsauftrag war das Erstellen eines Pflegeanamnesebogens speziell auf die chirurgische Station des Heeresspitals zugeschnitten.

Nach der Erstellung wurde der Pflegeanamnesebogen mit Fragebogen an alle Sanitätseinrichtungen des Österreichischen Bundesheeres verschickt mit der Bitte diesen zu testen und zu beurteilen und den Fragebogen bis Ende September 2002 wieder an die Gesundheits- und Krankenpflegeschule des Österreichischen Bundesheeres zurück zu senden.

3.1 Entwurf des Pflegeanamnesebogens

Formular siehe Anhang

3.2 Erläuterungen zum Pflegeanamnesebogen

Hier wird nun der Pflegeanamnesebogen in all seinen Punkten beschrieben und Möglichkeiten der Schlussfolgerungen geboten. Diese sind aber nicht vollständig, da dies den Rahmen dieser Fachbereichsarbeit gesprengt hätte.

3.2.1 Allgemeine Form:

Der Pflegeanamnesebogen wurde so entworfen das er auch, wenn notwendig, von den Patienten eigenständig ausgefüllt werden kann. Aus diesem Grund wurde eine Begrüßung und eine kurze Aufklärung, was für ein Fragebogen das ist, am Anfang angeführt.

Am Ende des Anamnesebogens wird auch daran erinnert das der Aufenthalt auf der Station als Patient für den GWD auch Dienst ist.

Um die administrativen Tätigkeiten zu erleichtern wurde auch der Kastenschlüssel inkludiert.

Mit der Unterschrift des Patienten/in bestätigt der Patient/in nicht die Durchführung der Pflegeanamnese sondern die Belehrung über die Pflichten und den Empfang des Schlüssels.

3.2.2 Personaldaten:

Da es sich um Patienten handelt die im militärischen Dienst stehen, kommen zu den normalen Pers.Daten wie Name, Wohnanschrift, nächster Angehöriger und Telefonnummer auch die militärischen Daten wie Einheit, Garnisationsort, Kaserne, und Funktion hinzu.

Von Bedeutung ist auch das Glaubensbekenntnis, da man dadurch auf einige Punkte aufmerksam gemacht werden kann, was Ernährung oder das Verabreichen von Blutkonserven und Sonstiges betrifft.

Da es sich im Großen und Ganzen um erwachsene vollmündige Staatsbürger handelt, die entscheiden können wer über ihren gesundheitlichen Zustand Bescheid wissen darf und wer nicht , ist der Punkt Auskunftsberechtigte Person aufgenommen worden.

3.2.3 Grund des Aufenthaltes:

Da die Pflegeanamnese oft vor dem ärztlichen Status erhoben wird und das Pflegepersonal oft nicht weiß weshalb genau der Patient/in aufgenommen wurde, aber auch als Kontrolle ob der Patient weiß warum er aufgenommen wurde wird dieser Punkt abgefragt. Es ist keine Diagnoserstellung da diese unter die ärztlichen Aufgaben fällt.

3.2.4 Allgemeine Angaben:

Für die Pflege ist es relevant zu wissen ob die pflegebedürftige Person einen Sehbehelf oder andere Hilfsmittel benützt, da auch auf folgende Punkte zu achten ist. Das zum Beispiel bei einer Operationsvorbereitung Piercings, Zahnprothesen und Kontaktlinsen entfernt werden müssen bzw. Brillen im Krankbett deponiert werden sollen oder in den Aufwachraum zu bringen sind.

Genauso wichtig ist es zu wissen ob der Patient/in raucht trinkt oder Drogen konsumiert, um richtig darauf reagieren zu können, wenn zum Beispiel ein alkoholabhängiger oder drogenabhängiger Patient/in in den Entzug kommt.

Auch kann man aus den allgemeinen Daten Rückschlüsse ziehen wie, zum Beispiel: ein Patient/in hat Übergewicht, könnte die Pflegeperson eine bestimmte Diät vorschlagen.

Allergien ist ein wichtiger Punkt, da meistens die Pflegeperson Medikamente verabreicht die vom Arzt verschrieben wurden aber doppelte Kontrolle ist besser und das Pflegepersonal ist öfter beim Patienten/in und die Krankenbeobachtung ist somit genauer. Auch um eventuelle Reaktionen auf Medikamente oder sonstigen Allergenen zu entdecken und bei der Verwendung von Pflegemittel oder für das Bestellen der Mahlzeiten ist dieser Punkt relevant.

Der letzte Krankenhausaufenthalt, damit die Pflegeperson weiß falls sie Informationen braucht wo sie diese Beschaffen kann, bzw. erfährt die Pflegeperson durch diese Frage ob es vorher irgendwelche Komplikationen gegeben hat.

Militärische Befreiungen werden in der Regel nicht Grundlos vergeben deshalb kann man von den Befreiungen einiges ableiten, z.B. wenn ein Patient eine Befreiung von tragen und heben von Lasten über 15 kg hat könnte er mit der Wirbelsäule Probleme haben und dadurch vielleicht eine bestimmte Lagerung oder eine andere Matratze benötigen. Oder man könnte die Zeit nutzen und dem Arzt vorzuschlagen eine physikalische Therapie zu verordnen oder die Beschwerden abklären zu lassen.

3.2.5 Biographische Angaben:

Das Wissen über den familiären Zustand des Patienten/in kann mir Hinweise über den seelischen Zustand des Patienten/in geben. Zum Beispiel wenn ein Patient im Heeresspital liegt der in Vorarlberg wohnt, zu Hause Frau mit zwei Kindern hat, jetzt einen vierwöchigen Assistenzeinsatz hinter sich hat und die ganzen vier Wochen nicht zu Hause war, sich den Fuß gebrochen hat und damit rechnet seine Familie noch weitere vierzehn Tage nicht zu sehen, muss sich die Pflegeperson nicht wundern, wenn der Patient leicht depressiv wird oder nicht besonders guten Gemüts ist. Man könnte dem Patienten aber auch helfen (wenn es vom Patienten gewünscht ist) einen Besuch seiner Familie zu ermöglichen oder auch nur Gesprächsbereitschaft zeigen.

Das Selbe gilt für Verpflichtungen. Man weiß das man sich nie so entspannen kann und sich auch nicht auf das auskurieren konzentriert kann, wenn etwas wichtiges zu erledigen ist.

Außerdem könnte es sein das vielleicht Kinder ohne Aufsicht wären, Haustiere zu versorgen sind oder wichtige lebensnotwendige Termine zu erledigen sind wo die Folgen die Existenz negativ betreffen bzw. Gefahr im Verzug sein würde.

Von den Liegestützen und dem 2400m Lauf kann auf die körperliche Verfassung geschlossen werden.

Persönliche Meinung zum Grundwehrdienst: dieser Punkt wurde aufgenommen da man eventuell darauf schließen kann ob ein Patient/in nur simuliert und den Willen hat das Krankenrevier nächtlich unerlaubt zu verlassen. Diese Meinung des GWD muss auf jeden Fall für die Pflegeperson emotional wertfrei sein.

Einrüstungs- und Abrüstungstermin gehören eigentlich zu den Personaldaten, aber wichtig für die Pflegeperson ist es zu handeln und zu informieren falls das Abrüstungsdatum dem Entlassungsdatum nahe tritt.

3.2.6 Pflegerelevante Angaben

Dieser Punkt umfasst einige ATL's und ist nicht ganz richtig betitelt da andere Angaben auch pflegerelevant sein können.

In diesem Punkt werden die typischen pflegerelevanten Punkte behandelt.

3.2.6.1 Ausscheidung

Die Ausscheidung lässt auf vieles Rückschlüsse ziehen. Zum Beispiel wenn der Patient/in angibt sein Stuhl sehe immer aus wie Teer, muss das für die Pflegeperson ein Warnzeichen sein das Blut im Stuhl sein könnte. Oder wenn angegeben wird, das immer Blut am Stuhl ist, könnte dieses von Blutungen im unteren Darmbereich sein. Von der Konsistenz lässt sich auch vieles ableiten. Der Stuhlgang ist normalerweise eine homogene, breiig-feste Masse. Bei eiweißreicher Ernährung ist er fester, bei kohlenhydratreicher Ernährung weicher. Spezielle krankheitstypische Veränderungen der Konsistenz sind:

Dünnflüssig-schleimig: Durchfall

Dünnflüssig-schaumig: Gärungsdyspepsie (Verdauungsstörung, bei der unverdaute Kohlenhydrate durch Darmbakterien vergoren werden)

Fest, hart: Obstipation
Extrem eingedickt, hart: Kotstein
Erbsenbreiähnlich: Typhus abdominalis
Reiswasserähnlich: Cholera
Himbeergeleeartig: z.B. Amöbenruhr
Blutig-schleimig, eitrig: Colitis ulcerosa, Morbus Crohn
Voluminös, salbenartig-glänzend: Fettstuhl (Steatorrhoe), Störung der Fettverdauung als Folge einer chronischen Pankreatitis
Bleistiftförmig: Verengungen (Stenosen) im Bereich des Enddarmes
Schafkotähnlich (sehr feste, bis ca. 3 cm große Stuhlbrocken):
Verengungen in den oberen Darmabschnitten.
(Pflege Heute, 2. Auflage, Nicole Mensche, Ulrike Bazlen, Urban Fischer Verlag, München, 2001).

Aber auch die Gewohnheiten des Patienten sind wichtig. Wenn der Patient/in zu Hause nur alle drei Tage Stuhl hat ist es Unsinn dem Patienten/in gleich am zweiten Stuhlfreien Tag ein Abführmittel zu verabreichen.

Auch ist es notwendig darüber informiert zu sein, ob der Patient/in regelmäßig abführende Mittel zu sich nimmt.

Aus dem Harn lässt sich auch viel ableiten. Zum Beispiel, ist der Harn stark konzentriert lässt dies auf zuwenig Flüssigkeitsaufnahme bzw. Probleme mit den Nieren schließen. Übelriechender Urin kann auf eine bakterielle Infektion hinweisen.

Da jetzt auch Frauen im Ausbildungsdienst beim österreichischen Bundesheer sind, fällt auch die letzte Regelblutungen zu den Ausscheidungen. Bauchschmerzen oder Erbrechen können Folgen bzw. Anzeichen für eine Schwangerschaft sein.

3.2.6.2 Essen und trinken

Wichtig für die Pflege ist das Wissen über bestimmte Essensgewohnheiten die der Patient hat.

Damit kann auf bestimmte Diäten, z.B. ohne Schweinefleisch für Angehörige des Islams oder vegetarische Kost für Vegetarier speziell eingegangen werden. Ob spezielle Speisen unverträglich sind spielt auch eine große Rolle die unbedingt zu beachten ist.

Beim Erstgespräch kann die PP sehen ob der Patient adipös oder kachektisch ist und ihm eine andere Ernährungsweise vorschlagen bzw. über die Möglichkeiten informieren.

Die Trinkmenge soll durch die Abfrage auch überprüft werden und der Patient/die Patientin daran erinnert werden wie wichtig eine tägliche Flüssigkeitsaufnahme von mindestens zwei Litern am Tag ist (wenn kein anderer medizinischer Grund dagegen spricht wie z.B. die Niereninsuffizienz).

3.2.6.3 Atmen

Beim Beobachten der Atmung kann man feststellen ob ein Patient eine beschleunigte Atmung (Tachypnoe $>20/\text{Min.}$ pathologische Ursachen sind z.B. Schmerzen, Fieber (Frequenz steigt pro $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ um etwa 7 Atemzüge/Min.), Herzerkrankungen, Lungenerkrankungen und Anämie) oder eine verminderte Atmung (Bradypnoe $< 12/\text{Min.}$ Physiologisch ist eine Bradypnoe im Schlaf oder während tiefer Entspannung (Meditation, autogenes Training) hat. Pathologisch tritt sie auf bei Schädigung des Zentrales Nervensystem, z.B. Schädel-Hirn-Trauma, Vergiftungen (z.B. durch Benzodiazepine), Stoffwechselerkrankungen wie ausgeprägter Hypothyreose)im Ruhezustand hat.

Genauso bemerkt man ob der Atemrhythmus pathologisch ist.

Die Kussmaul-Atmung (Azidose-Atmung) ist eine abnorm vertiefte, aber regelmäßige Atmung.

Die Kussmaul-Atmung tritt bei einer stoffwechselbedingten (metabolischen) Azidose auf, z.B. beim diabetischen oder urämischen Koma. Der Körper versucht, verstärkt CO_2 abzuatmen, um den niedrigen pH-Wert zu korrigieren.

Für die Cheyne-Stokes-Atmung ist ein periodisch wiederkehrendes An- und Abschwollen der Atmung mit kurzen Pausen typisch: Flache Atemzüge werden immer tiefer und flachen dann wieder ab.

Zusätzlich kann sich auch die Atemfrequenz verändern. Nach einer Atempause von manchmal mehr als 10 Sekunden setzen zunächst wieder flache, dann tiefer werdende Atemzüge ein. Die Cheyne-Stokes-Atmung tritt bei einer schweren Schädigung des Atemzentrums auf, aber auch bei Herzerkrankungen infolge der verlangsamten Blutzirkulation. Sie kommt ohne Krankheitswert im Schlaf oder bei einem raschen Aufstieg in große Höhen vor.

Die Schnappatmung tritt vor allem kurz vor dem Tod auf, oft geht ihr die Cheyne-Stokes-Atmung voraus. Die Schnappatmung ist gekennzeichnet durch einzelne schnappende Atemzüge, zwischen denen lange Pausen liegen.

Bei der Biot-Atmung wechseln sich mehrere gleichmäßig tiefe und kräftige Atemzüge mit der regelmäßig wiederkehrenden typischen Atempause ab. Ohne Krankheitswert kann sie bei Neugeborenen, vor allem bei Frühgeborenen, auftreten. Bei Erwachsenen kommt sie bei Patienten mit Hirndrucksteigerung, z.B. bei Meningitis oder Schädel-Hirn-Trauma, vor. (Pfleger heute, 2. Auflage, Nicole Mensche, Ulrike Bazlen, Urban Fischer Verlag, München, 2001).

Auch ist es wichtig zu wissen ob der Patient/die Patientin Asthma haben und ob Medikamente eingenommen werden.

3.2.6.4 Schlafen

Das Pflegepersonal sollte darüber informiert sein ob der Patient/ die Patientin Probleme mit dem Schlafen hat und ob regelmäßig oder ab und zu Medikamente genommen werden.

Auch über Gewohnheiten z.B. eine Zigarette vorm einschlafen, Musik hören oder Fernsehen sollte das Pflegepersonal wissen.

Da sich das Patientengut beim österreichischen Bundesheer hauptsächlich um achtzehn bis vierundzwanzig jährige Personen handelt und es bei diesen nicht selten ist das sie im zivilen Beruf nachts arbeiten und am Tag schlafen, kommt die Schlafumkehr häufiger d.h. das sie nachts aktiver sind und gewohnt sind am Tag zu schlafen, vor.

3.2.6.5 Sich bewegen

Dieser Punkt tritt meist nur im Zusammenhang mit Verletzungen oder Erkrankungen auf, da wenn es chronisch wäre der Patient/ die Patientin nicht beim Österreichischen Bundesheer wäre (ausgenommen Personen im aktiven Stand).Trotzdem ist es wichtig, dies zu hinterfragen und Hilfsmittel die benötigt werden zu notieren.

3.2.6.6 Sich Waschen und Kleiden

Häufigkeit und Einschränkungen können aussagekräftig werden wenn ein Patient zum Beispiel Hauterkrankungen hat. Hilfestellungen werden bei Verletzungen oder strikter Bettruhe nötig sein. Und Unverträglichkeiten sind zu berücksichtigen, wenn der Patient/ die Patientin mit Pflegemittel von der Station gewaschen wird oder diese verwendet, damit man den Patienten/ die Patientin darauf hinweisen kann, dass er seine privaten Waschutensilien verwendet oder die Pflegeperson diese besorgt bzw. besorgen lässt.

3.2.6.7 Kommunikation

Da Österreich ein multikultureller Staat ist, gibt es auch im österreichischen Bundesheer Personen, die nicht sehr gute bzw. wenig Deutschkenntnisse haben.

Deshalb sollte die Kenntnis über die Muttersprache vorhanden sein da es notwendig werden kann einen Dolmetscher zu organisieren. Auch ist von Wichtigkeit andere Kulturen zu respektieren und das Ausleben dieser soweit es geht, möglich machen.

Zur Kommunikation gehören auch Höreinschränkungen und Spracheinschränkungen. Diese können die Kommunikation beeinträchtigen und bei Nichtwissen zu falschen Reaktionen führen.

3.2.6.8 Schmerzen

Die Schmerztoleranz ist bei jedem Menschen verschieden, deshalb ist eine Schmerzskala besonders dazu geeignet den Schmerz bildhaft zu machen. Art des Schmerzes, Lokalisation, und Auftreten können bei der Schmerzbekämpfung ausschlaggebend sein.

3.2.6.9 Hautzustand

Dieser Punkt ist eng mit Waschen und Kleiden verknüpft. Es geht aber darum die richtigen Pflegemittel zu finden und den Hautzustand während des stationären Aufenthaltes zu verbessern.

3.2.6.10 Bewusstseinslage

Da der Begriff normal bzw. nicht normal sehr relativ ist und schwer feststellbar und von jedem anderen individuell bewertet wird, wurden nur Auffälligkeiten zum Notieren der Pflegeperson und Bewusstlosigkeit angeführt, da die Bewusstlosigkeit für die Pflegeperson feststellbar ist.

3.3 Fragebogen und Auswertung

3.3.1 Der Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus 5 Fragen die jeweils mit Felder zum Ankreuzen und mit Platz für Bemerkungen ausgestattet wurde.

Insgesamt wurden 80 Fragebögen an die Sanitätseinrichtungen des österreichischen Bundesheeres versendet und es kamen 26 beantwortet zurück (das sind 32.5%).

3.3.2 Auswertung des Fragebogens

Frage 1: Ist die Gliederung ausreichend?

- Ja : 24
- Nein: 2
- Bemerkungen: 5

Frage 2: Ist die Gliederung des Pflegeanamnesebogen klar und verständlich?

- Ja : 20
- Nein: 6
- Bemerkungen: 13

Frage 3: Sind die pflegerelevanten Angaben des Pflegeanamnesebogens klar und verständlich?

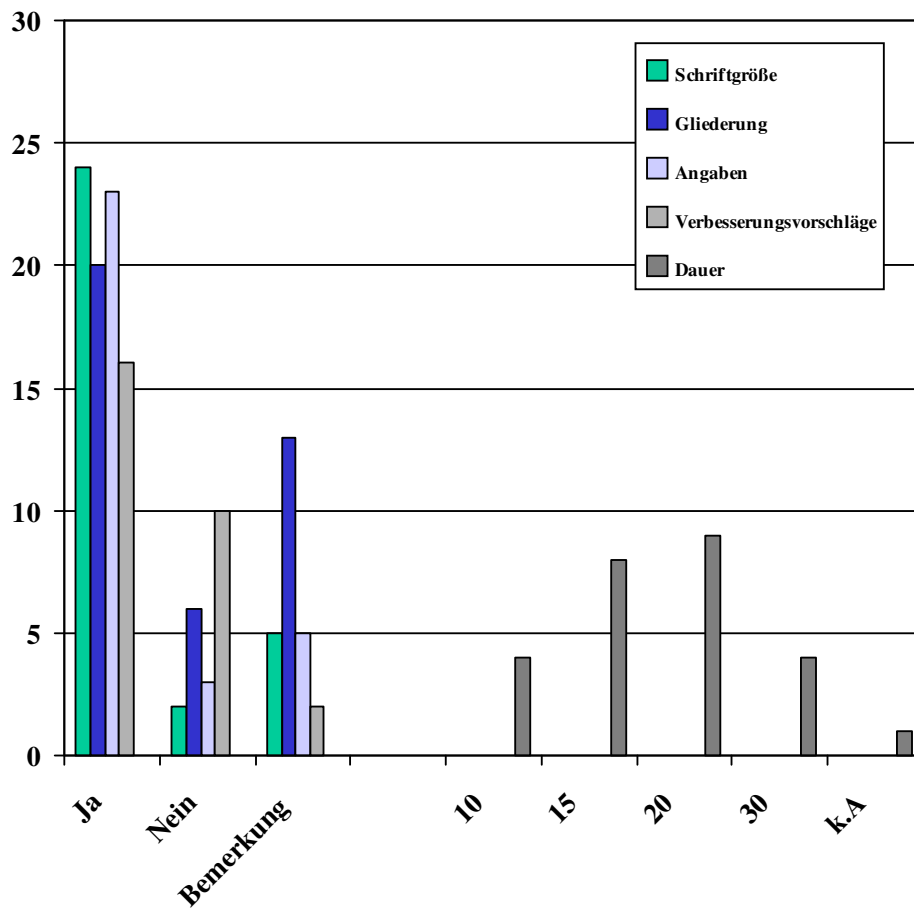
- Ja : 23
- Nein: 3
- Bemerkungen: 5

Frage 4: Wie lang brauchen Sie für das Ausfüllen des Pflegeanamnesebogens?

- 10 Minuten: 4
- 15 Minuten: 8
- 20 Minuten: 9
- 30 Minuten: 4
- keine Angabe: 1

Frage 5: Haben Sie zusätzliche Verbesserungsvorschläge?

- Ja : 16
- Nein: 10
- Bemerkungen: 16



3.3.3 Bemerkungen

Hier werden nun die Bemerkungen zu den Antworten aufgelistet,

zu Frage 1:

- bei Gewohnheiten wenig Platz
- die Schrift ist gut lesbar
- ausreichend, genug Platz für Eintragungen

zu Frage 2:

- gut aufgeteilt
- pflegerelevante Angaben sollten auf Seite1 stehen (Allergie, DM, Gerinnung, zur Zeit Medikamenten Einnahme)
- zu umständlich
- Textfluss manchmal unterschiedlich
- zuviel vorgegeben und zuviel Papier (Ablage?)
- viel zu Intensiv ⇒die Auflistung
- allgemeiner Teil zu unübersichtlich
- zusammenhängende Textblöcke schwer erkennbar
- Platznot
- rechte Spalte nicht immer klar der linken zuordenbar, bei Allergien Überschriftengröße klar gestalten⇒Zuordnung
- übersichtlich und gut verständlich
- Sinn teils fraglich
- Es werden zu viele Informationen die für die Pflege irrelevant sind abgefragt

zu Frage 3:

- Pflegerelevanz
- z.B. Essen und Trinken (siehe Kostform und Diäten)
- Zahnersatz welchen?
- 2400 Meter Wozu?
- Liegestütz Wieso
- per. Meinung zum GWD irrelevant
- einige Fragen gehen zu sehr ins Private

- sehr umfangreiche Anamnese
- vielleicht zu umfangreich für KrRev

zu Frage 5:

- für KrRev zu aufwendig da es nur zur Behandlung von Leichtkranke (gem. VBI 99/85) kommt
- Anamnesebogen für ein KH super aber für GWD zu viel
- RR, P, Messung bei der stat. Aufnahme v E + Temp.
- bei den biographischen Angaben sind Aussagen über Schulbildung, Lehre, letzte Leistungsüberprüfung sowie persönliche Meinung GWD sicherlich nicht erforderlich
- Anführung der mitgenommenen Wertgegenstände ins KrRev
- gut gemacht
- Relevanz der letzten Leistungsüberprüfung und der persönlichen Meinung zum GWD
- statt Glaubenbekenntnis: Religiöse Bekenntnisse
- Warum Familienstand? Schulbildung?
- Sind gewisse Angaben Notwendig? z.B. pers. Meinung GWD, Schulbildung
- zu Umfangreich
- für KrRev nicht verwendbar
- Zuordnung der jeweiligen Zeilen
- Biographische Angaben sehr heikel
- für KrRev zu umfangreich (kein Platz am FBI San 55a)
- bei der Entlassung ist der Kasten sowie das Bett vom Pflegepersonal zu reinigen
- Schlüsselnummer weglassen
- maximal doppelseitig, fürs Krankenrevier zu aufwendig.
- Ablage da noch Pflegeplanung, Pflegedurchführung, Pflegebericht, Abschlussgespräch dazukommen
- zu sehr angelehnt an das KAV- Wien
- Biographische Angaben präzisieren!(Geschwister: Alter Name notwendig oder nicht?)
- bei Haut ebenfalls Unverträglichkeiten, die nicht mit Waschen im Zusammenhang stehen

- bei Schmerzen: Entwicklung, Trigger, Bewegungsschmerz,
- bei Bewusstsein: Auffälligkeiten Platz für genaue Angaben
- bei Punkt Biographische Angaben schlechte Gliederung und Platzmangel
- kein Platz in Spalte Verpflichtungen
- Trennung der ärztlichen und pflegerischen Anamnese

4. NEUER PFLEGEANAMNESEBOGEN

4.1 Entwurf des überarbeiteten Pflegeanamnesebogen

Formular siehe Anhang

4.2 Bemerkungen und Erklärungen zum neuen Pflegeanamnesebogen

Es werden hier nur noch die Änderungen erläutert da die Punkte schon im Kapitel 3 erklärt wurden und es eine reine Wiederholung wäre.

4.2.1 Textfluss und Gliederung

Es wurde oft kritisiert das der Textfluss unübersichtlich und verwirrend sei und zusammenhängende Textblöcke schwer erkennbar wären. Deshalb wurde probiert dies zu korrigieren und die Zusammenhänge klarer erscheinen zu lassen.

4.2.2 Bestätigung durch den Patienten

Um ein Blatt Papier weniger in der Ablage zu haben und den Bürokratismus zu verringern wurde die Bestätigung des Patienten für die Belehrung und Aufklärung über das Verhalten in der Sanitätseinrichtung und den Empfang des Kastenschlüssels inkludiert.

Mit der Unterschrift bestätigt der Patient aber nur das oben Genannte und nicht die Richtigkeit seiner Angaben.

4.2.3 Schulbildung/ ausgeübte Berufe

Trotz häufiger Kritik wurde dieser Punkt wieder angeführt.

Er kann auf das Wie einen Patienten etwas erklärt werden soll Auskunft geben. Das Wissen über ausgeübte Berufe kann bei Schlussfolgerungen über Beschwerden sehr Hilfreich sein.

4.2.4 Selbstfürsorge/ Ressourcenerhebung

Die Klassifikation (lt. Ärztlich pflegerisches Anamneseblatt des Sozialmedizinischen Zentrum Ost der Stadt Wien- Donauspital) gibt schnell über wichtige pflegerelevante Punkte wie Essen, Körperpflege, Kleiden und Ausscheiden Auskunft.

4.2.5 Relevants für Krankenrevier und Ablage

Der Entwurf des Pflegeanamnesebogens wurde oft gelobt aber gleichzeitig kritisiert das er für ein Krankenrevier zu umfangreich bzw. zu informativ wäre. Das Hauptargument war aber die Größe und der Platz von der benötigten Ablage.

Um Platz zu sparen wurde die Schrift verkleinert, der Bogen besser aufgeteilt und einige Punkte offener gelassen.

So wurden aus vier Seiten zwei Seiten, die wenn die Blätter auch rückseitig bedruckt werden sich auf ein Blatt Papier beschränken. Somit kann die Ablage kein Problem mehr sein .

4.2.6 Zeitfaktor

Eine Pflegeanamnesegespräch dauert je nach den Pflegebedürfnisse des Patienten im Normalfall zwischen zehn und zwanzig Minuten.

Und diese zwanzig Minuten sollten es der Pflegeperson wert sein bzw. sollte sich die Pflegeperson nehmen um eine qualifizierte Pflege zu ermöglichen.

4.2.7 Kommunikation

Dieser Punkt wurde in den Punkten „Allgemeine Angaben“ und „Pers. Daten“ inkludiert.

4.2.7 Sonstige

Die persönliche Meinung zum Grundwehrdienst wurde weggelassen da dies zu einer persönlichen Qualifizierung des Pflegepersonals kommen könnte.

Die Belehrung am Schluss des ersten Bogens wurde weggelassen da der Anamnesebogen ausschließlich vom Pflegepersonal ausgefüllt werden sollte.

Die Belehrung wird jetzt mündlich durchführt und vom Patienten/in bestätigt.

Das Reinigen des Nachtkästchens und des Kastens sind Aufgaben des Pflegepersonals und wurden deshalb weggelassen.

KURZZUSAMMENFASSUNG

In dieser Fachbereichsarbeit wird das Thema Pflegeanamnese im ÖBH bearbeitet.

Zuerst wird allgemein auf die Pflegeanamnese eingegangen.

In Punkt 2 werden die Sanitätseinrichtungen wo Pflegeanamnese notwendig ist erklärt und mit dem zivilen Krankenanstalten verglichen (Rechtsstatus).

Punkt 3 bezieht sich auf eine Projektarbeit während eines Praktikums in der ein Pflegeanamnesebogen entwickelt wurde. Es werden die Einzelheiten erklärt und näher gebracht. Auch die Auswertung der Umfrage in den Sanitätseinrichtungen des ÖBH ist Teil dieses Punktes.

Das Resultat, ein neuer überarbeiteter Pflegeanamnesebogen befindet sich in Punkt 4 dieser Fachbereichsarbeit, welcher für den Gebrauch im ÖBH geeignet ist. Im Anhang befinden sich unter anderem der alte und der neue Pflegeanamnesebogen sowie § 5 und § 14 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes.

Die Erstellung des neuen Pflegeanamnesebogens stellte sich in der Prioritätensetzung als schwierig heraus. Das Ziel war, ihn auf ein Blatt Papier zu beschränken.

LITERATURVERZEICHNIS

Bücher

J. Arets, F. Obex, J.Vaessen, F. Wagner. Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. 2. Auflage. Bocholt. Neicanos Verlag. 1997
Joe Arets, Franz Obex, Lei Ortsmans, Franz Wagner: Professionelle Pflege. Fähigkeiten und Fertigkeiten. Kempten. Verlag Hans Huber. 1999
Nicole Menche Ulrike Bakzen Tilman Kommerell. Pflege Heute. , 2.Auflage. München. Urban Fischer Verlag. 2001
Ruth Brobst et al.. Der Pflegeprozess in der Praxis. Bern. Verlag Hans Huber. 1997
Sabine Walther. Abgefragt?! Pflegerische Erstgespräche im Krankenhaus. Bern. Verlag Hans Huber. 2001
W. Maletzki A. Stegmayer. Klinikleitfaden Pflege. 3. Auflage. Lübeck. Gustav Fischer Verlag. 1998
Weiss, Fassbinder, Lust. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. 3.Auflage. Wien. Manzsche Verlags und Universitätsbuchhandlung. 2000
Wiedner Gerald. Hausarbeit im Rahmen des 27. Universitätslehrganges für Krankenhausmanagement der Wirtschaftsuniversität Wien. , Rechtliche Qualifikation der territorialen Sanitätseinrichtungen im österreichischen Bundesheer in Friedenszeiten. Aschbach Markt. 1999

Bögen und Sonstiges

Ärztlich pflegerisches Anamneseblatt des SMZOst- Donauspital
Aufnahmegespräch/ Kurzaufnahmebogen Rudolfinerhaus
Erstgespräch im Rahmen der Pflegeanamnese Rudolfinerhaus
Erstgesprächsblatt. des Krankenrevier Lienz, Zwettmig Hans Hermann Vzlt, Zwettmig Eugen, OStv.
Persönlicher Fragebogen zur Pflegeanamnese der Intensivstation für Neurologie des Klinikum der Christa-Albrechts-Universität Kiel

Pflegeanamnese A.Ö.KH Baden
Pflegeanamnese Institut Haus der Barmherzigkeit
Pflegeanamnese von Manuela Haimberger
Pflegeanamnesebogen des LKH Gmunden
Pflegerische Anamnese des KH Hollabrunn
Verlautbarungsblatt I des BMLV ´2001 27.Folge, 59

ANHANG

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz

(GuKG MANZsche Sonderausgabe, 3., durchgesehene und ergänzte Auflage, Weiss-Faßbinder-Lust , Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung)

§5.

- (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. ¹⁾
- (2) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose und die Pflegemaßnahmen zu enthalten. ²⁾
- (3) Den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertreter ist auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren. ³⁾
- (4) Bei freiberuflicher Berufsausübung (§36) sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren. ⁴⁾

Erläuterungen:

1) Erstmals wird auch für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe eine Dokumentationspflicht normiert, die für alle Formen der Berufsausübung, sowohl im intra- als auch im extramuralen Bereich, gilt.

Die gesetzliche Normierung der Pflegedokumentation trägt der Professionalisierung, die in der Gesundheits- und Krankenpflege in den letzten Jahren auf internationaler Ebene auch in Österreich stattgefunden hat, Rechnung.

Eine eigenständige Pflegedokumentation ist unverzichtbar für Maßnahmen der Qualitätssicherung, die auch im Krankenanstaltengesetz verankert sind, und trägt zur Verbesserung der Pflegequalität im intra- und extramuralen Bereich bei. Mit dieser Bestimmung wird für den Bereich der Krankenanstalten dem §10 Krankenanstaltengesetz Rechnung getragen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die bereits in einigen Pflegeheimgesetzen der Länder nominierte Pflicht zur Pflegedokumentation hingewiesen. Eine korrespondierende bundesgesetzliche Bestimmung als Berufspflicht für Gesundheits- und Krankenpflegeberufe trägt somit auch zur Qualitätssicherung bei (RV).

Gemäß §10 Abs1 KAG sind die Krankenanstalten durch die Landesgesetzgebung zu verpflichten, Krankengeschichten anzulegen, in denen unter anderem sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch-technischen Dienste, darzustellen sind.

2) Zur Erstellung einer umfassenden interdisziplinär geführten Patientendokumentation und zur ganzheitlichen Erfassung der PatientInnen oder KlientInnen muss auch der Pflegeprozess –abgestimmt auf den Behandlungsprozess- aufgezeichnet werden. Die Dokumentation hat daher – entsprechend der Bestimmungen über eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich – die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten. (RV)

Die Pflegedokumentation kann selbstverständlich auch mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung geführt werden. Das GuKG schreibt keine näheren Details über die Form der Pflegedokumentation vor, diese sind daher organisationsintern festzulegen.

So ist auch insbesondere nicht durch das Gesetz festgelegt, ob die Unterschrift durch die Pflegeperson mit vollständigen Namen oder beispielsweise mit „Handzeichen“ erfolgen muss. Es muss aber jedenfalls gewährleistet sein, dass die Aufzeichnung zweifelsfrei einer bestimmten Pflegeperson zuordenbar ist.

3) Das in Abs. 3 normierte Recht zur Einsichtnahme in die Pflegedokumentation ist im Zusammenhang mit der Auskunftsperson gemäß § 9 zu sehen. Während die Einsicht in die Pflegedokumentation nur auf Verlangen zu gewährleisten ist, sind Auskünfte gemäß § 9 jedenfalls und ohne Aufforderung zu erteilen. Durch diese Maßnahme sind den Betroffenen alle über sie gemachten schriftlichen Aufzeichnungen betreffend die Pflege zugänglich

4) Abs. 4 regelt die Aufbewahrungspflicht der Pflegedokumentation im Zuge der freiberuflichen Berufsausübung. Die Dauer der Aufbewahrung wird analog § 22a Abs. 2 Ärztegesetz 1984 [Anm.: jetzt § 51 Abs. 3 Ärztegesetz 1998] mit 10 Jahren festgelegt. Nähere Bestimmungen über die Weiterführung der Dokumentation bei Ableben oder Beendigung der freiberuflichen Berufsausübung der Berufsangehörigen bleiben einer späteren Regelung vorbehalten. Hierzu wären in den kommenden Jahren Erfahrungswerte zu sammeln (RV).

Nach der derzeitigen Rechtslage steht daher den Erben bzw. der Pflegeperson frei zu entscheiden, was mit der Pflegedokumentation nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht geschieht. Jedenfalls ist das verfassungsgesetzlich gewährleistete Recht auf Datenschutz (vgl. § 1 DSG 2000) zu beachten. Gemäß § 1 DSG 2000 hat jedermann, insbesondere auch im Hinblick auf die Achtung seines Privat- und Familienlebens, Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten, soweit ein schutzwürdiges Interesse daran besteht. Beschränkungen sind nur zu Wahrung berechtigter Interessen eines anderen oder der auf Grund von Gesetzen zulässig, die aus den in Art 8 Abs. 2 EMRK genannten Gründen notwendig sind (vgl. § 6 Abs. 2 GuKG).

Auch im Falle zulässiger Beschränkungen darf der Eingriff in das Grundrecht jeweils nur in der gelindesten, zum Ziel führenden Art vorgenommen werden.

§ 14.

- (1) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche 1) Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess)²⁾, die Gesundheitsförderung und –beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der Pflege ³⁾

- (2) Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere :⁴⁾
 - 1) Erhebung der Pflegebedürfnisse und des Grades der Pflegeabhängigkeit des Patienten oder Klienten sowie Feststellung und Beurteilung der Deckung dieser Bedürfnisse zur Verfügung stehenden Ressourcen (Pflegeanamnese), ⁵⁾
 - 2) Feststellung der Pflegebedürfnisse (Pflegediagnose), ⁶⁾
 - 3) Planung der Pflege, Festlegung von pflegerischen Zielen und Entscheidung über zu treffende pflegerische Maßnahmen (Pflegeplanung), ⁷⁾
 - 4) Durchführung der Pflegemaßnahmen, ⁸⁾
 - 5) Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen (Pflegeevaluation), ⁹⁾
 - 6) Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, ¹⁰⁾
 - 7) 7. psychosoziale Betreuung, ¹¹⁾
 - 8) Dokumentation des Pflegeprozesses, ¹²⁾
 - 9) Organisation der Pflege,
 - 10) Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals,

- 11) Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung¹³⁾ und
- 12) Mitwirkung an der Pflegeforschung.

Erläuterungen:

1) Zum richtigen Verständnis des Begriffes „Eigenverantwortlichkeit“ ist klarzustellen, dass die Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei der Ausübung der Tätigkeiten, die ihr Berufsbild umfasst, eigenverantwortlich handeln. Der rechtliche Begriff der Eigenverantwortlichkeit bedeutet fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seines Berufsbildes, freilich unbeschadet allfälliger grundlegender Anordnungen im Rahmen der Organisation des Pflegedienstes. Mit dem Wort „eigenverantwortlich“ wird aber zum Ausdruck gebracht, dass Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für den Schaden, den sie infolge nicht fachgemäßer Behandlung verursacht haben, selbst haften. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auch auf die strafrechtliche Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit. Entsprechend diesem Grundsatz muss jede Person, die eine Tätigkeit übernimmt, erkennen, ob sie die dafür erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, und danach handeln. Die Eigenverantwortlichkeit ist nicht als verzichtbares Recht, sondern als eine unverzichtbare Pflicht bei der Berufsausübung zu sehen (RV).

2) Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet die patienten- bzw. klientenorientierte Pflege nach dem Pflegeprozess, der mit der Einschätzung der Pflegebedürfnisse beginnt und mit der Auswertung der Resultate der Pflegemaßnahmen endet. (RV)

3) Die Umschreibung des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches basiert im wesentlichen auf dem Positionspapier zu Gesundheits- und Krankenpflege.

Dieser Bereich umfasst Maßnahmen, die PatientInnen oder KlientInnen bei der Ausübung ihrer Lebensaktivität unterstützen bzw. für diese übernommen werden, wenn sie wegen Krankheit, Alter, geistiger oder körperlicher Behinderung oder sozialer Umstände dazu selbst nicht in der Lage sind. (RV)

4.) Analog zu den Bezeichnungen im medizinischen Behandlungsprozess sind im Abs. 2 die einzelnen Stufen des Pflegeprozesses entsprechend der bereits in Fachliteratur gebräuchlichen Terminologie aufgelistet (RV).

5.) Pflegeanamnese ist die Sammlung von Informationen über die Patientin/den Patienten, die als Grundlage für die Pflegeplanung dient. Diese umfasst die Personalien, Diagnosen und Therapien sowie die entsprechenden Verordnungen, den körperlichen Zustand, individuelle Bedürfnisse der Patientin/ des Patienten und ihrer/ seiner Angehörigen, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und die Fähigkeit zur Mitarbeit (RV).

6.) Pflegediagnose ist die Feststellung und Einschätzung der patientenbezogenen Probleme und pflegerischen Bedürfnisse insbesondere im Hinblick auf die Problemursachen. Sie liefert die Grundlage zur Auswahl von Pflegebehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele und schafft Rahmenbedingungen zur Anwendung der Pflegeplanung (RV).

7.) Die Pflegeplanung beinhaltet die generelle und individuelle Problemstellung, die Festlegung der Pflegeziele und die Ausarbeitung der Pflegemaßnahmen (RV).

8.) Zur Durchführung der Pflegemaßnahmen ist selbstredend auch die Beschaffung und Verwendung von Verbandsmaterial und anderen pflegerischen Hilfsmittel zu zählen. Klarzustellen ist allerdings, dass der Verkauf und Vertrieb derartiger Hilfsmittel an die gewerblichen Normen gebunden ist (RV).

Die eigenverantwortliche Durchführung von Pflegemaßnahmen ist grundsätzlich dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten. Berührungspunkte bzw. Überschneidungen gibt es in diesem Bereich lediglich mit der Hebamme hinsichtlich der Pflege von Wöchnerinnen (vgl. § 2 Abs. 1 Z 10 HebG).

9.) Pflegeevaluation ist die Bewertung der geleiteten Pflege sowie der erreichten Fortschritte im Hinblick auf die angestrebten Ziele. Durch kontinuierliche Pflegeevaluation wird es der Pflegeperson ermöglicht, die Effektivität der gesetzten pflegerischen Maßnahmen im Bezug auf die Bedürfnisse der Patientinnen/ des Patienten zu steuern (RV).

10.) Die Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist nur soweit es sich um den pflegerischen Bereich handelt dem Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten. Weitergehende Informationen über Krankheitsvorbeugung und gesundheitsfördernde Maßnahmen fallen in den interdisziplinären Tätigkeitsbereich und bedürfen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.

11.) Bei der in Abs. 2 Z 7 angeführten „psychosozialen Betreuung“ kann es zu Überschneidungen mit dem Berufsbild anderer Gesundheitsberufe kommen. Insbesondere sind die Berufe des Psychologen und Psychotherapeuten sowie allfällige Sozialberufe zu erwähnen (vgl. Anm. 2 zu § 19).

12.) Pflegedokumentation ist die Niederschrift aller Stufen des Pflegeprozesses (siehe auch § 5) (RV).

13.) Im Gegensatz zur Ausbildung der SchülerInnen im Rahmen der Lehraufgaben, für die eine Sonderausbildung verpflichtende Voraussetzung ist, zählt die in Z 11 genannte Anleitung und Begleitung im Rahmen der Ausbildung zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Hierzu zählen wie bisher insbesondere Tätigkeiten von Lehrschwestern/ Lehrpflegern (RV).

Pflegeanamnesebogen der Projektarbeit

Neuer Überarbeiteter Pflegeanamnesebogen