



# Tätigkeits- und Kompetenzkatalog

für die mobilen Pflege- und  
Betreuungsdienste in der Steiermark

September 2025



**volkshilfe.**



Das Land  
Steiermark

→ Gesundheit und Pflege

# Tätigkeits- und Kompetenzkatalog

für die mobilen Pflege- und  
Betreuungsdienste in der Steiermark

# Impressum

## Medieninhaber, Herausgeber und Verleger

Amt der Steiermärkischen Landesregierung  
Abteilung 8 Gesundheit und Pflege  
Referat Pflegemanagement  
Friedrichgasse 9, 8010 Graz

1. Auflage, April 2003

3., überarbeitete Auflage, September 2025

## Projektleitung und Gesamtkoordination

Monika Klampfl-Kenny, MPH<sup>1</sup>

## Konzeption, Inhalt und Berichterstellung

Monika Klampfl-Kenny, MPH<sup>1</sup>; Johanna Reinisch-Gratzer, BSc MSc<sup>2</sup>

## Juristische Beratung

Abteilung 8 Gesundheit und Pflege, Referat Gesundheitsberufe

## Inhaltliche Abstimmung mit

Doris Koini<sup>3</sup>; Manuela Steiner, MSc<sup>4</sup>; Ulrike Wechtitsch, MSc<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 Gesundheit und Pflege,  
Referat Pflegemanagement

<sup>2</sup> Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark

<sup>3</sup> Sozialmedizinischer Pflegedienst Hauskrankenpflege Steiermark  
gemeinnützige Betriebs GmbH

<sup>4</sup> Volkshilfe Steiermark Gemeinnützige Betriebs GmbH

<sup>5</sup> Hilfswerk Steiermark GmbH

## Grafische Gestaltung

Bernhard Jobst – [visionmedia.at](http://visionmedia.at)

## Korrekturat

Edith Hochegger, MA – [lektorei.at](http://lektorei.at)

## Bezugsadresse

Amt der Steiermärkischen Landesregierung  
Abteilung 8 Gesundheit und Pflege  
Friedrichgasse 9, 8010 Graz  
Tel.: +43 (0)316 877-3550  
[pflegemanagement@stmk.gv.at](mailto:pflegemanagement@stmk.gv.at)

ISBN 978-3-200-10707-6

## Download

[www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at)

Vervielfältigung und Nachdruck nur mit Zustimmung des Herausgebers

Sämtliche Angaben im Katalog erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr.  
Eine Haftung der Autorinnen sowie des Herausgebers ist ausgeschlossen.

## Vorwort

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sind für mich weit mehr als ein Baustein unseres Gesundheitssystems. Sie sind ein Stück gelebter Menschlichkeit. Dort, wo Pflegepersonen täglich in die Lebenswelt der Menschen eintreten, entstehen Vertrauen, Nähe und oft auch Hoffnung. Diese unmittelbare Form der Unterstützung ist etwas ganz Besonderes – und sie verdient klare und verlässliche Rahmenbedingungen.



© Michaela Lorber

Der Tätigkeits- und Kompetenzkatalog bildet seit 2003 genau dieses Fundament. Er schafft Orientierung, stärkt die professionelle Zusammenarbeit und gibt allen Berufsgruppen Rückhalt in einem Arbeitsalltag, der anspruchsvoll, vielfältig und oft herausfordernd ist.

Die nun vorliegende Aktualisierung trägt den Entwicklungen der letzten Jahre Rechnung: den erweiterten Kompetenzen der Pflege, der Einführung der Pflegefachassistenz, der gestärkten Rolle der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie den neuen Formen der Alltagsbegleitung. Diese Veränderungen spiegeln wider, wie dynamisch und verantwortungsvoll sich Pflege weiterentwickelt – und wie wir in der Steiermark bereit sind, diesen Weg konstruktiv zu begleiten.

Mein besonderer Dank gilt allen, die an der Überarbeitung mitgearbeitet haben. Dass dieser Katalog trotz der Herausforderungen der letzten Jahre mit so viel Fachwissen, Sorgfalt und Ausdauer erstellt wurde, verdient große Anerkennung. Er zeigt, was möglich ist, wenn Expertise, Erfahrung und Engagement zusammenkommen.

Ich wünsche mir, dass dieser Tätigkeits- und Kompetenzkatalog den mobilen Pflege- und Betreuungsteams weiterhin jene Sicherheit gibt, die sie brauchen. Und ich wünsche mir, dass er zugleich sichtbar macht, wie wichtig die Arbeit ist, die täglich in den Wohnungen und Häusern unserer Mitmenschen geleistet wird – für die Menschen, die auf Unterstützung angewiesen sind und für all jene, die ihnen diese Unterstützung mit Herz und Kompetenz geben.

***Dr. Karlheinz Kornhäusl***

Landesrat für Gesundheit, Pflege, Kultur

## Geleitworte

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark werden vom Bestreben ihrer Akteure geprägt, Umfang und Qualität der pflegerischen Leistungserbringung für die Menschen zu Hause ständig zu verbessern. Pflegefachpersonen der unterschiedlichsten Verantwortungsbereiche nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein. In bewährter guter Zusammenarbeit des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark mit den Pflegedirektorinnen der mobilen Pflege und Betreuung konnten so in den vergangenen Jahren viele wichtige Qualitätsschritte für die häusliche Versorgung gesetzt werden.

Der nun in der 3. Auflage vorliegende Tätigkeits- und Kompetenzkatalog begleitet diesen kontinuierlichen Verbesserungsprozess seit mehr als 20 Jahren. Bei jeder bisherigen Anpassung stand die Prämisse im Vordergrund, eine Pflege und Betreuung sicherzustellen, die sich nicht nach Gewohnheit und Praxis, sondern nach den wandelnden Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung ausrichtet und den gesetzlichen Rahmen, den die relevanten Berufsgesetze vorgeben, umfassend ausschöpft.

Die GuKG-Novellen des letzten Jahrzehnts haben die Kompetenzen des Pflegepersonals in Österreich wesentlich erweitert. Die neue Berufsgruppe der Pflegefachassistenz sowie die Stärkung der Rolle des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind hervorzuheben und finden ihren Niederschlag im nun aktualisierten Katalog. Der gehobene Dienst in Funktion der Fallführung koordiniert und begleitet den Pflegeprozess sowie das Pflege- und Betreuungsteam fachlich um den »Fall« und übernimmt dafür die Gesamtverantwortung.

In Zeiten knapper Personalressourcen in der Pflege und der zunehmenden Komplexität von Pflegesituationen sind korrekte Delegationsentscheidungen und damit der richtige Berufsgruppeneinsatz unerlässlich für eine effektive und effiziente Leistungserbringung. Höchste Bedeutung kommt diesbezüglich dem im GuKG formulierten Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation zu. Der vorliegende Katalog nimmt diese drei Dimensionen ganz besonders in den Blickpunkt.

Eine Pflege im häuslichen Umfeld, die nicht auch die Lebensqualität der Menschen berücksichtigt, bleibt unzureichend. Eine Pflege hingegen, die Menschen mit Beeinträchtigungen und Abhängigkeiten ein möglichst selbstbestimmtes Leben mit guter Lebensqualität ermöglicht, bringt Nutzen für alle am Pflegeprozess Beteiligten. Sie ist oberstes Ziel in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten und macht diese in Verbindung mit breitem Fachwissen für ihre Beschäftigten sinnvoll und attraktiv.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, Ihre Arbeit in der mobilen Pflege und Betreuung erfordert ein hohes Maß an Engagement und Empathie sowie körperliche und psychische Belastbarkeit. Wir wünschen Ihnen als »mobile« Pflege- und Betreuungspersonen, dass Sie die Inhalte dieses Kataloges als verlässliche Orientierungshilfe in Ihrem Berufsalltag nutzen können und dies Ihre professionelle Arbeit erleichtert.

**Monika Klampfl-Kenny und Johanna Reinisch-Gratzner**

Autorinnen

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
Geleitworte .....	4
Abkürzungsverzeichnis .....	7
<b>1 EINLEITUNG .....</b>	<b>9</b>
1.1 Zweck des Tätigkeits- und Kompetenzkataloges .....	10
1.2 Grundlagen der Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung .....	11
<b>2 GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGESETZ (GUKG) .....</b>	<b>16</b>
2.1 Allgemeine Bestimmungen, Berufspflichten, Strafbestimmungen .....	16
2.1.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe .....	16
2.1.2 Datenverarbeitung .....	16
2.1.3 Geltungsbereich .....	16
2.1.4 Allgemeine Berufspflichten .....	17
2.1.5 Pflegedokumentation .....	18
2.1.6 Verschwiegenheitspflicht .....	19
2.1.7 Anzeigepflicht .....	19
2.1.8 Auskunftspflicht .....	20
2.1.9 Fortbildung .....	21
2.1.10 Strafbestimmungen .....	21
2.2 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege .....	22
2.2.1 Berufsbezeichnungen .....	22
2.2.2 Berufsbild .....	22
2.2.3 Kompetenzbereich .....	23
2.2.4 Pflegerische Kernkompetenzen .....	23
2.2.5 Kompetenz bei Notfällen .....	25
2.2.6 Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie .....	25
2.2.7 Verordnung von Medizinprodukten .....	28
2.2.8 Verordnung von Arzneimitteln .....	29
2.2.9 Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam .....	29
2.3 Pflegeassistentenberufe .....	30
2.3.1 Berufsbezeichnungen .....	30
2.3.2 Berufsbild .....	31
2.3.3 Tätigkeitsbereich der Pflegeassistenten .....	31
2.3.4 Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenten .....	35
<b>3 STEIERMÄRKISCHES SOZIALBETREUUNGSBERUFEGESETZ (STSBBG) .....</b>	<b>38</b>
3.1 Allgemeines, Berufspflichten, Strafbestimmungen .....	38
3.1.1 Gegenstand .....	38
3.1.2 Berechtigung zur Berufsausübung und zur Führung von Berufsbezeichnungen .....	38

3.1.3	Fortbildung .....	39
3.1.4	Strafbestimmungen .....	39
3.2	Heimhilfe .....	40
<b>4</b>	<b>PRÄZISIERUNGEN UND EINGRENZUNGEN .....</b>	<b>42</b>
4.1	Delegation, Subdelegation und Aufsicht .....	43
4.1.1	Zu berücksichtigende Dimensionen bei Delegation/Subdelegation .....	44
4.1.2	Intensität der Aufsicht bei Delegation/Subdelegation .....	48
4.1.3	Delegations- und Aufsichtsbeispiele .....	51
4.2	Handlungsrahmen für medizinische Diagnostik und Therapie .....	61
4.2.1	Möglichkeiten und Grenzen für den gehobenen Dienst .....	62
4.2.2	Möglichkeiten und Grenzen für Pflegeassistentenberufe .....	63
4.3	Handlungsrahmen bei der Basisversorgung .....	65
4.4	Handlungsrahmen für Haushaltsführung und soziale Betreuung .....	66
4.5	Mehrstündige Alltagsbegleitung .....	68
<b>5</b>	<b>QUALITÄTSGRUNDSÄTZE, VERANTWORTUNGS- UND HANDLUNGSBEREICHE .....</b>	<b>70</b>
5.1	Qualitätsgrundsätze .....	70
5.2	Verantwortungsbereiche und Fallführung .....	74
5.3	Handlungskompetenzbereiche und Handlungsfelder .....	77
<b>6</b>	<b>TÄTIGKEITSZUORDNUNG .....</b>	<b>84</b>
6.1	Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme / Mund- und Zahnstatus .....	87
6.2	Sturzprophylaxe .....	91
6.3	Bewegung / Persönliche Hygiene / Sich-Kleiden / Hautstatus .....	94
6.4	Harn- und Stuhlausscheidung / Kontinenzförderung .....	98
6.5	Vitalfunktionen / Körpertemperatur / Gesundheitsvorsorge .....	102
6.6	Schmerzmanagement / Medikation .....	106
6.7	Kommunikation / Wahrnehmung .....	110
6.8	Kognitive Fähigkeiten / Stimmungslage / Verhalten .....	113
6.9	Soziale Funktion / Laienpflege .....	117
6.10	Haushaltsführung .....	121
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>125</b>
<b>8</b>	<b>KONTAKTADRESSEN .....</b>	<b>126</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>127</b>
9.1	Wichtige Gesundheitsbegriffe .....	127
9.2	Tätigkeiten der Basisversorgung .....	128
9.3	Personenbetreuung .....	130
9.4	Persönliche Assistenz .....	133

## Abkürzungsverzeichnis

AB .....	(mehrstündige) Alltagsbegleitung
AB 2022 ...	Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (1616 BlgNR 27. GP)
AB 2023 ...	Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales (2146 BlgNR 27. GP)
AB 2024 ...	Bericht des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (11559 BlgBR 27. GP)
ABl. ....	Amtsblatt
Abs. ....	Absatz
ÄrzteG .....	Ärztegesetz
Art. ....	Artikel
ASVG .....	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBL. ....	Bundesgesetzblatt
BlgNR .....	Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates
BlgBR .....	Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Bundesrates
B-VG .....	Bundes-Verfassungsgesetz
CAPs .....	Client Assessment Protocols (Abklärungshilfen)
DGKP .....	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DSGVO ...	Datenschutz-Grundverordnung
GP .....	Gesetzgebungsperiode
GuKG .....	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HH .....	Heimhilfe
Hrsg. ....	Herausgebende
ICN .....	International Council of Nurses
NANDA ...	North American Nursing Diagnosis Association
PA .....	Pflegeassistenz
PCA .....	Patientenkontrollierte Analgesie
PEG .....	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PFA .....	Pflegefachassistenz
RAI HC ....	Resident Assessment Instrument – Home Care
RIS .....	Rechtsinformationssystem des Bundes
RV .....	Regierungsvorlage
StSBBG ....	Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz
WHO .....	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Z .....	Zahl





# 1 EINLEITUNG

Gemäß Landesförderungsrichtlinien (Qualitätskriterien) für die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark ist der Tätigkeitsrahmen der mobilen Pflege und Betreuung/Hauskrankenpflege so zu gestalten, dass er den Vorgaben des Tätigkeits- und Kompetenzkataloges für die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark – im Folgenden kurz Tätigkeits- und Kompetenzkatalog oder Katalog bezeichnet – entspricht. Dieser ist in der jeweils geltenden Fassung zu berücksichtigen.

Der Tätigkeits- und Kompetenzkatalog wurde erstmals im Jahr 2003 vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark in Zusammenarbeit mit leitenden Mitarbeiterinnen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste erstellt. Im Jahr 2011 erfolgte eine Aktualisierung des Kataloges unter Berücksichtigung der Struktur des in der Steiermark für die Pflegebedarfsabklärung verwendeten Instruments »Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC)«<sup>1</sup>. Unter der Leitung der ehemaligen Sanitätsdirektion Steiermark wurden dazu mehrere Workshops mit Pflegeexpertinnen der Träger der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sowie der RAI HC-Expertin *Dr.<sup>in</sup> P.H. Kathrin Engel*, damals tätig für die Center for Scientific Health Care Support GmbH, Berlin, durchgeführt.

Die Novelle zum Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG) im Jahr 2016 brachte eine tiefgreifende Reform der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich und erforderte eine neuerliche Aktualisierung des Tätigkeits- und Kompetenzkataloges. Insbesondere die Auswirkungen der durch die GuKG-Novelle 2016 eingeleiteten Tertiärisierung der Ausbildung im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (Überführung in den Fachhochschulbereich), die Weiterentwicklung der pflegerischen Kernkompetenzen und Formulierung von (erweiterten) Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie für den gehobenen Dienst sowie das neue Berufsbild der Pflegefachassistenz machten schließlich eine umfassende Überarbeitung des bestehenden Kataloges notwendig. Dazu kamen der neue Leistungsbereich der mehrstündigen Alltagsbegleitung sowie die steigende fachliche und ökonomische Bedeutung korrekter Delegationsentscheidungen in der Pflege- und Betreuungspraxis. Mit der GuKG-Novelle 2024, die unter anderem eine Flexibilisierung in der Schriftlichkeit von Anordnungen, eine noch stärkere Kompetenzorientierung für den gehobenen Dienst und eine Neugestaltung des Tätigkeitsbereiches der Pflegefachassistenz zum Inhalt hat, trat ein zusätzlicher größerer Aktualisierungsbedarf ein.

---

1 Informationen zum **Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC)** sind im Internet abrufbar unter: [www.interrai.org](http://www.interrai.org) (letzter Zugriff: 27.07.2025). Darüber hinaus bietet Kapitel 4.1.3 in Fußnote 90 einen Kurzüberblick zur derzeit in der Steiermark verwendeten Version des Instruments (RAI HC 2.0). Die Umstellung auf die letztaktuelle Version befindet sich seitens des Landes Steiermark in der Planungsphase mit den Trägern der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste.

Die vorliegende 3. Auflage des Tätigkeits- und Kompetenzkataloges berücksichtigt alle für den Katalog wesentlichen Änderungs- und Entwicklungsschritte der vergangenen Jahre und entspricht dem Rechtsstand vom September 2025. Einerseits sind die relevanten GuKG-Novellen seit 2016 erfasst, andererseits die zuletzt in das Landesrecht übernommene Änderung der Bund-Länder-Vereinbarung zu den Sozialbetreuungsberufen. Diese Änderungsvereinbarung führte auch zur Änderung des Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetzes (StSBBG-Novelle 2025).

Dem Zweck des Tätigkeits- und Kompetenzkataloges entsprechend (siehe Kapitel 1.1), wurde weitgehend an seinem bisherigen Aufbau und – trotz stärkerer Kompetenzorientierung und zunehmendem Wegfall von Tätigkeitsauflistungen im GuKG – am klaren Bezug zur Tätigkeitsebene festgehalten. Dieser Bezug schließt alle Berufsgruppen, auch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, ein.

Die Überarbeitung des Kataloges erfolgte in kleinem Kreis und wurde aufgrund der Covid-19-Pandemie sowie der seit 2022 durch die Bundesregierung getroffenen Maßnahmen im Rahmen der Pflegereform mehrfach neu gestartet. Inhaltlich wurde der Katalog mit den Pflegedienstleitungen der Träger in mehreren Runden abgestimmt.

## 1.1 Zweck des Tätigkeits- und Kompetenzkataloges

Der Tätigkeits- und Kompetenzkatalog wurde für die Praxis der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark konzipiert und soll die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen unterstützen sowie ein koordiniertes und gesetzeskonformes Handeln sicherstellen. Er soll Führungskräften (Einsatzleitungen<sup>2</sup>, Pflegedienstleitungen) sowie den Pflege- und Betreuungspersonen vor Ort die Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung erleichtern. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege soll Hilfestellung bei seinen Delegationsentscheidungen (Delegation von Pflegeinterventionen und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie) und den damit gegebenenfalls in Verbindung stehenden Verpflichtungen zur Aufsicht sowie Anleitung und Unterweisung erhalten. Im Vordergrund steht dabei der gehobene Dienst mit Funktion der Fallführung (die fallführende DGKP). Der Katalog dient somit auch zur Darstellung der besonderen Verantwortung und Stellung der fallführenden DGKP im Pflege- und Betreuungsteam. Schließlich soll der Katalog die Breite des Tätigkeits- bzw. Leistungsspektrums im Setting der mobilen Pflege und Betreuung aufzeigen.

2 Unter **Einsatzleitung** wird ein gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verstanden, der mit der unmittelbaren Leitung einer Organisationseinheit der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste (Einsatz-/Sozialzentrum, Stützpunkt) betraut ist. Sie/Er verfügt im Regelfall über die Weiterbildung im basalen und mittleren Pflegemanagement gemäß Anlage 1 der Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung (GuK-WV). Verordnung und Anlage sind im Internet über das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

In der Steiermark werden die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste von vier Organisationen (Trägern), die die Förderungsrichtlinien des Landes erfüllen und den Landeskostenzuschuss für ihre Kundinnen und Kunden mit dem Land Steiermark verrechnen, flächendeckend erbracht. Diese sind:

- Hilfswerk Steiermark GmbH
- Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark
- Sozialmedizinischer Pflegedienst Hauskrankenpflege Steiermark gemeinnützige Betriebs GmbH
- Volkshilfe Steiermark Gemeinnützige Betriebs GmbH

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste bieten den Menschen im gesamten Bundesland professionelle und kompetente Hilfe bei der Bewältigung ihrer persönlichen Pflege- und Betreuungssituation. Wenngleich die Dienste für Menschen aller Altersgruppen vorgesehen sind, stellen die älteren Menschen den doch weitaus größten Teil der Kundinnen und Kunden dar und es konzentrieren sich die Pflege- und Betreuungsdienstleistungen vor allem auf den Bedarf und die Bedürfnisse dieser Hauptzielgruppe.

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste dienen im Wesentlichen dazu,<sup>3</sup>

- den Verbleib in der häuslichen Umgebung möglichst lange zu gewährleisten,
- die Qualität der häuslichen Pflege zu sichern,
- die Angehörigen bzw. andere Betreuungspersonen zu entlasten,
- die Pflege- und Betreuungskontinuität zu sichern,
- die stationäre Aufnahme in Krankenanstalten bzw. Pflegeheime zu vermeiden bzw. hinauszuzögern sowie
- eine frühe Entlassung aus der stationären Versorgung zu ermöglichen.

Die Pflege- und Betreuungsdienste werden von folgenden Berufsgruppen erbracht:

- gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege
- Pflegefachassistenz
- Pflegeassistenz
- Heimhilfe

## 1.2 Grundlagen der Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung

In der alltäglichen Berufspraxis der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste stellt sich häufig die Frage, welcher Qualifikations- und damit Kompetenzlevel für die Erbringung der jeweils erforderlichen bzw. gewünschten Pflege- und/oder

<sup>3</sup> Diese Zielsetzungen sind in den **Förderungsrichtlinien (Qualitätskriterien)** des Landes für mobile Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark enthalten. Die Richtlinien sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at) → Dienststellen → A8 Gesundheit und Pflege → Referat Pflegemanagement → Pflegeanbieter → Mobile Pflege- und Betreuungsdienste → Rechtsgrundlagen (letzter Zugriff: 27.07.2025).

Betreuungsdienstleistung nötig ist. Es geht um die Zuordnung der richtigen Berufsgruppe zur jeweiligen Leistung und um eine korrekte Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung sowie Delegationsentscheidung.

In Beantwortung dieser Frage ist im Einzelfall eine Reihe von Grundlagen zu berücksichtigen. Diese Grundlagen stellen gleichzeitig die Kapitel in diesem Tätigkeits- und Kompetenzkatalog dar und umfassen die relevanten berufsrechtlichen Bestimmungen, die diesbezüglich erforderlichen Präzisierungen und Eingrenzungen, klare Verantwortungs- und definierte Handlungsbereiche sowie die strukturierte Tätigkeitszuordnung an die einzelnen Berufsgruppen. Die nachstehenden Ausführungen geben zu genannten Grundlagen/Kapiteln einen Überblick.

### Berufsrechtliche Bestimmungen

Die relevanten berufsrechtlichen Bestimmungen sind im Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG 1997) sowie im Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG 2007) enthalten. Beide Gesetze sind in der derzeit geltenden Fassung auszugsweise in diesem Tätigkeits- und Kompetenzkatalog dargestellt. Die Auswahl der Gesetzestexte in Kapitel 2 und 3 geschah im Hinblick auf deren Bedeutung für die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste/Hauskrankenpflege.

Gesetzestexte unterliegen im Zuge von Novellierungen immer wieder Abänderungen. Über die Internetadresse [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) (diese führt zum digitalen Rechtssystem des Bundes – RIS) lassen sich jegliche Gesetzestexte/Novellen zum gewünschten Zeitpunkt abrufen. Betreffend das GuKG und StSBBG wird folgendes Vorgehen empfohlen (am besten nacheinander anklicken bzw. eingeben):

#### Suche nach dem GuKG und StSBBG

GuKG: [www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) → Bundesrecht → Bundesrecht konsolidiert → bei Titel/Abkürzung »GuKG« eingeben → Suche starten → gewünschte Paragraphen des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes anklicken.

StSBBG: Für die Suche nach dem Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetz anstelle »Bundesrecht« in der oberen Menüleiste »Landesrecht« anklicken, das Bundesland Steiermark auswählen und die Abkürzung »StSBBG« bei Titel/Abkürzung eingeben.

#### Suche nach Bundesgesetzblättern zum GuKG bzw.

#### Landesgesetzblättern zum StSBBG

[www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) → Bundesrecht → Bundesgesetzblatt authentisch ab 2004 → bei Titel/Abkürzung »GuKG« eingeben → Suche starten → entsprechendes BGBl. anklicken → Dokument anzeigen (als Webseite, RTF- oder PDF-Dokument).

Wenn die Bundesgesetzblattnummer bekannt ist:

[www.ris.bka.gv.at](http://www.ris.bka.gv.at) → Bundesrecht → Bundesgesetzblatt authentisch ab 2004 → bei Bundesgesetzblatt Nr. die entsprechende Nummer eingeben → Suche starten → entsprechendes BGBl. anklicken → Dokument anzeigen (als Webseite, RTF- oder PDF-Dokument).

Die GuKG-Novelle 2016 sowie die zuletzt erfolgten GuKG-Novellen 2022, 2023 und 2024 wurden in folgenden Bundesgesetzblättern veröffentlicht: BGBl. I Nr. 75/2016, BGBl. I Nr. 128/2022, BGBl. I Nr. 108/2023, BGBl. I Nr. 109/2024.

Für die Suche nach Landesgesetzblättern anstelle »Bundesrecht« in der oberen Menüzeile »Landesrecht« und unter der Rubrik »Landesgesetzblätter authentisch« beim Bundesland Steiermark »ab 2014« anklicken; danach die Abkürzung »StSBBG« oder – falls bekannt – die entsprechende Nummer des Landesgesetzblattes eingeben. Die StSBBG-Novelle 2025 und die diesbezüglich relevante Änderung der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundesverfassungsgesetz (B-VG) zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe wurden in folgenden Landesgesetzblättern veröffentlicht: LGBL Nr. 67/2025 bzw. LGBL Nr. 66/2025.

Die **Sonderausgabe »Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG«** von *Mag. Dr. Susanne Weiss* und *Mag. Alexandra Lust* (MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, 9. Auflage, Wien: 2021) gibt hilfreiche Erläuterungen zur Judikatur und bietet eine informative Hilfestellung für die Praxis. In vorliegendem Tätigkeits- und Kompetenzkatalog wird insbesondere in den Fußnoten zu Kapitel 2 eine Auswahl dieser Erläuterungen dargestellt und es erfolgt eine weitestgehend wortgetreue Wiedergabe derselben. Die geringfügigen formalen Änderungen dienen vor allem der Vereinfachung und damit besseren Lesbarkeit, textlichen Vereinheitlichung und Priorisierung relevanter Passagen oder Satzteile. Selbiges gilt für die Begründungen in den Ausschussberichten zu den GuKG-Novellen der Jahre 2022 bis 2024.<sup>4</sup> Sämtliche Fußnoten – sei es unter Bezugnahme auf die Erläuterungen von *Weiss/Lust* oder die Begründungen in den Ausschussberichten – sollten zum besseren Verständnis der Gesetzestexte unbedingt gelesen werden. Darüber hinaus ergab sich die Notwendigkeit von Eigenkommentaren. Diese sind daran ersichtlich, dass keine Quellenangabe beigefügt ist. Wird in den Fußnoten (oder auch Gesetzestexten) auf bestimmte Paragraphen des GuKG

<sup>4</sup> Bei den genannten **Ausschussberichten** handelt sich um die Berichte des Ausschusses für Arbeit und Soziales bzw. des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (enthalten in den Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates bzw. Bundesrates). In den Kapiteln 2 und 9.3 werden in Kurzform Hinweise auf die jeweiligen Berichte unter Angabe der Jahreszahl (z. B. AB 2024) gegeben; nähere Erklärungen zur Kurzform finden sich im Abkürzungsverzeichnis.

oder anderer Gesetze hingewiesen, so finden sich nähere Informationen zu diesen direkt in Kapitel 2 oder können mittels des oben beschriebenen Suchvorgehens im Internet abgerufen werden.

## Präzisierungen und Eingrenzungen

Die Präzisierungen und Eingrenzungen zu den berufsrechtlichen Bestimmungen in Kapitel 4 befassen sich mit dem – bei jeder Delegation und Subdelegation zu berücksichtigenden – Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation sowie mit der Intensität der Aufsicht. Die Handlungsrahmen für ausgewählte Leistungsbereiche (z. B. der medizinischen Diagnostik und Therapie) sind im Kapitel ebenfalls dargestellt. Enthalten sind auch Fallbeispiele, die unterschiedliche Pflege- und Betreuungssituationen mit den jeweiligen Delegationsentscheidungen und Aufsichtserfordernissen beschreiben.

## Verantwortungs- und Handlungsbereiche

Kapitel 5 spricht das Thema der Verantwortung (insbesondere auch jene im Zusammenhang mit der Funktion der Fallführung) an und nimmt damit Bezug auf wichtige Aspekte der Delegation und Subdelegation. Darüber hinaus werden zehn Handlungskompetenzbereiche definiert und fünf Handlungsfelder in ihren wichtigsten Eckpunkten vorgestellt. Diese bilden die Grundstruktur für die Tätigkeitszuordnung in Kapitel 6. Eingangs zu Kapitel 5 sind übergeordnete Qualitätsgrundsätze sowie Qualitätsgrundlagen und -prämissen angeführt.

## Tätigkeitszuordnung

Die Tätigkeitszuordnung in Kapitel 6 gibt konkrete Hinweise zu den Vorbehaltstätigkeiten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (mit und ohne Funktion der Fallführung) sowie zu Delegations- und Subdelegationsmöglichkeiten an die anderen Berufsgruppen des Pflege- und Betreuungsteams. Es erfolgt die Zuordnung mittels definierter Symbole/Zeichen, die auch etwaige Erfordernisse betreffend die Aufsicht sowie Anleitung und Unterweisung im Rahmen der Delegation/Subdelegation in den Blick nehmen.

Bei Unsicherheit in der Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung ist in jedem Fall mit der unmittelbar vorgesetzten Einsatzleitung Rücksprache zu halten. Sollte eine befriedigende, das heißt rechtlich einwandfreie sowie fachlich und ökonomisch vertretbare Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung auf Basis der zuvor genannten Grundlagen nicht möglich sein, so empfiehlt sich das Einholen einer rechtlichen Stellungnahme über das Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Abteilung 8 Gesundheit

und Pflege, Referat Gesundheitsberufe und/oder die Rücksprache mit dem Kostenträger Land Steiermark, Referat Pflegemanagement. Das Einholen einer Stellungnahme obliegt der Pflegedienstleitung des jeweiligen Trägers (zu den Kontaktadressen siehe Kapitel 8).



## 2 GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEGESETZ (GUKG)

### 2.1 Allgemeine Bestimmungen, Berufspflichten, Strafbestimmungen

#### 2.1.1 Gesundheits- und Krankenpflegeberufe

§ 1. Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind:

1. der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege,
2. die Pflegefachassistenz und
3. die Pflegeassistenz.

#### 2.1.2 Datenverarbeitung

§ 2b. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind ermächtigt, die im Rahmen der Berufsausübung nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes erforderlichen personenbezogenen Daten zum Zweck

1. der Dokumentation (§ 5),<sup>5</sup>
2. der Honorarabrechnung (§ 6 Abs. 2 Z 3),
3. der Anzeige (§ 7),
4. der Auskunftserteilung (§ 9)

unter Einhaltung der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 04.05.2016 S.1, (im Folgenden: DSGVO) und des Datenschutzgesetzes (DSG), BGBl. I Nr. 165/1999, zu verarbeiten.

#### 2.1.3 Geltungsbereich

§ 3. (1) Die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe dürfen nur nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes ausgeübt werden.

(2) Auf die Ausübung dieser Berufe findet die Gewerbeordnung 1994, BGBl. Nr. 194, keine Anwendung.

(3) Hilfeleistungen in der Nachbarschafts-, Familien- und Haushaltshilfe<sup>6</sup> sowie die der Gewerbeordnung 1994 unterliegenden Tätigkeiten der Fußpfleger, Kosmetiker und Masseure werden durch dieses Bundesgesetz nicht berührt.

---

5 Die Führung einer **Pflegedokumentation** (§ 5) sowie die Rechte zur Einsicht in diese und die Aufbewahrungspflicht dienen der qualitätsgesicherten Berufsausübung, dem Schutz der Patientinnen/Patienten sowie der Beweissicherung zur Wahrnehmung von Rechtsansprüchen. (Weiss/Lust, 2021, S. 57)

6 Die in Abs. 3 angeführten »Hilfeleistungen in der Nachbarschafts-, Familien- und Haushaltshilfe« sind nicht berufsmäßig ausgeübte Tätigkeiten, die üblicherweise von Angehörigen oder Freunden zur Hilfestellung für kranke oder behinderte Menschen durchgeführt werden. Die Grenze dieser »Hilfeleistungen«

## Unterstützung bei der Basisversorgung

§ 3a. (1) Angehörige von Sozialbetreuungsberufen nach der Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe, BGBl. I Nr. 55/2005, die

1. nicht zur Ausübung der Pflegeassistenten berechtigt sind<sup>7</sup> und
2. das Ausbildungsmodul gemäß Anlage 2 Punkt 2 der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe absolviert haben,

sind zur Durchführung unterstützender Tätigkeiten bei der Basisversorgung gemäß Anlage 2 Punkt 3 der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe berechtigt.<sup>8</sup>

(2) Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat durch Verordnung nähere Bestimmungen über die Durchführung des Ausbildungsmoduls gemäß Abs. 1 Z 2, insbesondere über Lehrkräfte, Prüfungen und Zeugnisse, festzulegen.<sup>9</sup>

§ 3b regelt die Personenbetreuung und § 3c die persönliche Assistenz (siehe Anhang, Kapitel 9.3 und 9.4).

### 2.1.4 Allgemeine Berufspflichten

§ 4. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben ihren Beruf ohne Unterschied der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen unter Einhaltung der

---

liegt dort, wo die Fähigkeiten eines Laien typischerweise ihr Ende finden, wobei aber im Einzelfall subjektive Kenntnisse und Fertigkeiten zu berücksichtigen sind (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 73)

Zur Abgrenzung von **Laientätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin** erging seitens des Bundesministeriums für Gesundheit am 02.03.2011 eine Information (mit einem Nachtrag vom 30.06.2014). Beide Dokumente sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at) → Themen → Gesundheit → Medizin und Gesundheitsberufe → Erlässe, Empfehlungen und Informationen → Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (letzter Zugriff: 27.07.2025).

- 7 Dies betrifft die **Heimhilfe** sowie Angehörige der Fach- und Diplom-Sozialbetreuungsberufe der Ausbildungsrichtung Behindertenbegleitung. § 3a ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen auch Personen, die im Rahmen eines Dienstverhältnisses zu Trägern von Einrichtungen der Behindertenbetreuung tätig sind, sowie Zivildienstleistenden die Durchführung unterstützender Tätigkeiten bei der Basisversorgung. Diese Voraussetzungen sind in – in diesem Tätigkeits- und Kompetenzkatalog nicht angeführten – Abs. 3 bis 6 näher dargestellt.
- 8 **Anlage 2** der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe regelt in Punkt 2 die Inhalte des Ausbildungsmoduls »Unterstützung bei der Basisversorgung« und in Punkt 3 die Tätigkeiten, die nach erfolgreicher Absolvierung des Moduls erbracht werden dürfen (zu den konkreten Tätigkeiten siehe Anhang, Kapitel 9.2). Diese Anlage ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2). Im Steiermärkischen Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG) ist die Anlage 2 betreffend die Heimhilfe unter Bezugnahme auf die bundesrechtlichen Bestimmungen (somit u. a. obigen § 3a) erfasst.
- 9 Nähere Informationen dazu gibt die **Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (GuK-BAV)**. Diese Verordnung ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. Jede eigenmächtige Heilbehandlung ist zu unterlassen.

(2) Sie haben sich über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der medizinischen und anderer berufsrelevanter Wissenschaften regelmäßig fortzubilden.<sup>10</sup>

(3) Sie dürfen im Falle drohender Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung eines Menschen ihre fachkundige Hilfe nicht verweigern.

### 2.1.5 Pflegedokumentation

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

(2) Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.<sup>11</sup>

(3) Auf Verlangen ist

1. den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen,
2. deren gesetzlichen Vertretern oder
3. Personen, die von den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen bevollmächtigt wurden,

Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren und eine erste Kopie unentgeltlich zur Verfügung zu stellen.<sup>12</sup>

10 Aus Abs. 2 ergibt sich bereits explizit die Verpflichtung aller Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, sich durch entsprechende ständige Fort- und Weiterbildung Kenntnisse über den jeweiligen Stand der berufsrelevanten Wissenschaften anzueignen. Diese Bestimmung ist im Zusammenhang mit der in §§ 63 und 104c verankerten **Fortbildungsverpflichtung** zu sehen (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 102–103)

11 Zur Erstellung einer umfassenden, interdisziplinär geführten **Patientinnen- und Patientendokumentation** [...] muss auch der **Pflegeprozess** [...] aufgezeichnet werden (RV). Die Dokumentation hat daher – entsprechend den Bestimmungen über die pflegerischen Kernkompetenzen [§ 14] – die Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen zu enthalten. Die Pflegedokumentation hat auch die Durchführung der im Rahmen der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie übernommenen ärztlichen Tätigkeiten (§ 15), die Anordnung pflegerischer Tätigkeiten an Angehörige der Pflegeassistentenberufe (§§ 83 und 83a), die Personenbetreuung (§ 3b), die persönliche Assistenz (§ 3c), Heimhilfen [...] (§ 3a) sowie die Weiterdelegation ärztlich angeordneter Tätigkeiten (§ 15 Abs. 5 bis 7) [seit der GuKG-Novelle 2024 nunmehr Abs. 4 und 5] zu enthalten. (Weiss/Lust, 2021, S. 106–107)

Von der Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (GÖG/ÖBIG) wurde eine **Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation** herausgegeben. Diese stellt ein Grundlagen- und Nachschlagewerk für die Dokumentation des pflegerischen Kernkompetenzbereichs dar und ist im Internet wie folgt abrufbar: [www.goeg.at](http://www.goeg.at) → Publikationen → Publikationen Suche → bei Title (Titel) »Arbeitshilfe Pflegedokumentation« eingeben (letzter Zugriff: 27.07.2025).

12 Der [bis zur GuKG-Novelle 2024] vorgesehene Kostenersatz steht [nunmehr stand] im **Widerspruch zu Artikel 15 DSGVO**, wonach die/der Verantwortliche eine Kopie der personenbezogenen Daten, die Gegenstand der Verarbeitung sind, zur Verfügung stellt und für alle weiteren Kopien, die die betroffene Person

(4) Bei freiberuflicher Berufsausübung (§ 36) sind die Aufzeichnungen sowie die sonstigen der Dokumentation dienlichen Unterlagen mindestens zehn Jahre aufzubewahren.<sup>13</sup>

### 2.1.6 Verschwiegenheitspflicht

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

(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

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

(3) Weiters besteht die Verschwiegenheitspflicht nicht, soweit der Berufsangehörige

1. der Anzeigepflicht gemäß § 7 oder
2. der Mitteilungspflicht gemäß § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 (B-KJHG 2013), BGBl. I Nr. 69/2013,

nachkommt.

### 2.1.7 Anzeigepflicht

§ 7. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind zur Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft verpflichtet, wenn sich in Ausübung der beruflichen Tätigkeit der begründete Verdacht ergibt, dass durch eine gerichtlich strafbare Handlung

1. der Tod, eine schwere Körperverletzung oder eine Vergewaltigung herbeigeführt wurde oder

---

beantragt, ein angemessenes Entgelt verlangen kann. Es erfolgt[e] daher eine Anpassung an die unionsrechtliche Vorgabe (AB 2024).

13 Die für die Freiberuflichkeit normierte **Aufbewahrungspflicht von zehn Jahren** gilt zur Sicherstellung der Dokumentation analog für die Träger der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark. Die Dokumentation ist durch sachgerechte Aufbewahrung vor unbefugter Einsichtnahme, Beschädigung, Zerstörung und Verlust zu schützen.

2. Kinder oder Jugendliche misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind oder
  3. nicht handlungs- oder entscheidungsfähige oder wegen Gebrechlichkeit, Krankheit oder einer geistigen Behinderung wehrlose Volljährige misshandelt, gequält, vernachlässigt oder sexuell missbraucht werden oder worden sind.
- (2) Eine Pflicht zur Anzeige nach Abs. 1 besteht nicht, wenn
1. die Anzeige dem ausdrücklichen Willen des volljährigen handlungs- oder entscheidungsfähigen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen widersprechen würde, sofern keine unmittelbare Gefahr für diese oder eine andere Person besteht, oder
  2. die Anzeige im konkreten Fall die berufliche Tätigkeit beeinträchtigen würde, deren Wirksamkeit eines persönlichen Vertrauensverhältnisses bedarf, sofern nicht eine unmittelbare Gefahr für diese oder eine andere Person besteht, oder
  3. der Berufsangehörige, der seine berufliche Tätigkeit im Dienstverhältnis ausübt, eine entsprechende Meldung an den Dienstgeber erstattet hat und durch diesen eine Anzeige an die Kriminalpolizei oder die Staatsanwaltschaft erfolgt ist.
- (3) Weiters kann in Fällen des Abs. 1 Z 2 die Anzeige unterbleiben, wenn sich der Verdacht gegen einen Angehörigen (§ 72 Strafgesetzbuch – StGB, BGBl. Nr. 60/1974) richtet, sofern dies das Wohl des Kindes oder Jugendlichen erfordert und eine Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfeträger und gegebenenfalls eine Einbeziehung einer Kinderschutteinrichtung an einer Krankenanstalt erfolgt.

### 2.1.8 Auskunftspflicht

§ 9. (1) Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe haben

1. den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen,
2. deren gesetzlichen Vertretern oder
3. Personen, die von den betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen als auskunftsberechtigt benannt wurden,

alle Auskünfte über die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu erteilen.<sup>14</sup>

14 Diese Bestimmung ist im Zusammenhang mit der Verschwiegenheitspflicht und der Dokumentationspflicht zu sehen. Die Auskunftspflicht ist eine der Grundlagen für das notwendige **Vertrauensverhältnis** zwischen Patientin/Patienten und der Pflegeperson. Den in Abs. 1 angeführten Personen ist über sämtliche pflegerische Maßnahmen Auskunft zu erteilen. Hierbei obliegt es der sozialen und menschlichen Verantwortung der Pflegeperson, zu entscheiden, in welcher Form die notwendigen Informationen gegeben werden. Dabei ist auf die geistigen Fähigkeiten der Patientin/des Patienten Bedacht zu nehmen, wobei von der Pflegeperson erwartet werden kann, die gesetzten Maßnahmen auch in einfachen Worten darzulegen (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 122)

(2) Sie haben anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen behandeln oder pflegen, die für die Behandlung und Pflege erforderlichen Auskünfte über Maßnahmen gemäß Abs. 1 zu erteilen.<sup>15</sup>

### 2.1.9 Fortbildung

§ 63. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind verpflichtet, zur

1. Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse insbesondere der Pflegewissenschaft sowie der medizinischen Wissenschaft oder
2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 60 Stunden zu besuchen.

(2) Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung auszustellen.<sup>16</sup>

§ 104c. (1) Angehörige der Pflegeassistentenberufe sind verpflichtet, zur

1. Information über die neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse der Gesundheits- und Krankenpflege sowie
2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten innerhalb von jeweils fünf Jahren Fortbildungen in der Dauer von mindestens 40 Stunden zu besuchen.

(2) Über den Besuch einer Fortbildung ist eine Bestätigung auszustellen.

### 2.1.10 Strafbestimmungen

§ 105. (1) Eine Verwaltungsübertretung begeht und ist mit einer Geldstrafe bis zu 3.600 Euro zu bestrafen, wer

1. eine Tätigkeit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, der Pflegefachassistenz oder der Pflegeassistenten ausübt, ohne hiezu durch dieses Bundesgesetz oder eine andere gesetzliche Vorschrift berechtigt zu sein, oder
2. jemanden, der hiezu durch dieses Bundesgesetz oder eine andere gesetzliche Vorschrift nicht berechtigt ist, zu einer Tätigkeit des gehobenen Dienstes für Gesundheits- oder Krankenpflege, der Pflegefachassistenz oder der Pflegeassistenten heranzieht oder

15 Die in Abs. 2 normierte Auskunftspflicht gegenüber anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen trägt zur funktionierenden **interdisziplinären Zusammenarbeit im Gesundheitswesen** bei und entspricht der im Gesundheitsbereich typischen multiprofessionellen Teambetreuung der Patientin/des Patienten. Die Auskunft ist jedoch auf das für die Behandlung und Pflege des betroffenen Menschen erforderliche Ausmaß zu beschränken (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 123)

16 Die vom Veranstalter der Fortbildung auszustellende **Bestätigung** hat insbesondere über Inhalt und Dauer der Fortbildung Auskunft zu geben (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 342)

3. eine Tätigkeit unter einer der in diesem Bundesgesetz festgelegten Berufsbezeichnungen ausübt, ohne hiezu berechtigt zu sein.

## 2.2 Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

### 2.2.1 Berufsbezeichnungen

§ 11. (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt sind (§ 27), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung »Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger« / »Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin« zu führen.<sup>17</sup>

### 2.2.2 Berufsbild

§ 12. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Handlungsleitend sind dabei ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische Perspektiven und Grundsätze.

(2) 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.

(3) Im Rahmen der medizinischen Diagnostik und Therapie führen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die ihnen von Ärzten übertragenen Maßnahmen und Tätigkeiten durch.

(4) Im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit tragen Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität bei.

(5) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege entwickelt, organisiert und implementiert pflegerische Strategien, Konzepte und Programme zur Stärkung der

<sup>17</sup> **Berufsberechtigt in der Diplompflege** gemäß § 27 sind Personen, die unter anderem in das Gesundheitsberuferegister gemäß Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG) eingetragen sind und die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzen. Das GBRG ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2). Zum Thema der Vertrauenswürdigkeit gibt Abs. 2 des § 27 nähere Auskünfte (siehe ebenfalls im RIS).



Gesundheitskompetenz, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, im Rahmen der Familiengesundheitspflege, der Schulgesundheitspflege sowie der gemeinde- und bevölkerungsorientierten Pflege.

### 2.2.3 Kompetenzbereich

§ 13. (1) Der Kompetenzbereich<sup>18</sup> des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst

1. die pflegerischen Kernkompetenzen (§ 14),
2. Kompetenz bei Notfällen (§ 14a),
3. Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie (§ 15),
4. Verordnung von Medizinprodukten (§ 15a) und Verordnung von Arzneimitteln (§ 15b),<sup>19</sup>
5. Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16),
6. Spezialisierungen (§ 17).<sup>20</sup>

### 2.2.4 Pflegerische Kernkompetenzen

§ 14. (1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche<sup>21</sup> Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation,

18 Mit der GuKG-Novelle 2024 wurden die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege – aufbauend auf die Reform im Rahmen der Novelle 2016 – neugestaltet und einer **akademisierten Berufsgruppe** adäquat geregelt. Damit wurde wichtigen Vorgaben und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des GuKG (u. a. formuliert im Zuge der Evaluierung der Novelle 2016) Rechnung getragen, so der vollständigen Tertiärisierung der Ausbildung (Überführung in den Fachhochschulbereich), der Weiterentwicklung der professionellen Handlungsspielräume oder der Stärkung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit (siehe dazu im Näheren AB 2024).

Die Ergebnisse der **GuKG-Evaluierung** sind im Überblick im Internet wie folgt abrufbar: [www.goeg.at](http://www.goeg.at) → Fachgebiete → Gesundheitsberufe und Langzeitpflege → Projekte → Evaluierung der Umsetzung der GuKG-Novelle 2016 → 2023 (letzter Zugriff: 27.07.2025).

Die **Neugestaltung der Kompetenzen** betrifft die §§ 15, 15b und 17.

19 Die mit der GuKG-Novelle 2024 neu geschaffene Befugnis zur **Verordnung von Arzneimitteln** ist mit 01.09.2025 in Kraft getreten (siehe Kapitel 2.2.8 einschließlich Fußnote 35).

20 Auf den Kompetenzbereich der **Spezialisierungen** wird in diesem Tätigkeits- und Kompetenzkatalog nicht näher eingegangen. Hinweise dazu finden sich vor allem im Zusammenhang mit dem Spezialisierungsgrad von Pflegesituationen in Fußnote 79 in Kapitel 4.1.1.

21 Der rechtliche Begriff der **Eigenverantwortlichkeit** bedeutet die fachliche Weisungsfreiheit jedes zur Berufsausübung berechtigten 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 auch zum Ausdruck gebracht, dass der gehobene Dienst für den Schaden, den er infolge nicht fachgemäßer Behandlung verursacht hat, selbst haftet. Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auch auf die **strafrechtliche Einlassungs- und Übernahme-fahrlässigkeit**. 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). (Weiss/Lust, 2021, S. 134–135)



Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.

(2) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere:<sup>22</sup>

1. Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess,
2. Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen,
3. Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens,
4. Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes,
5. theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation,
6. Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen,
7. Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention,<sup>23</sup>
8. Erstellen von Pflegegutachten,
9. Delegation, Subdelegation und Aufsicht entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation,<sup>24</sup>
10. Anleitung und Überwachung von Unterstützungskräften sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß §§ 3a bis 3d,<sup>25</sup>
11. Anleitung, Begleitung und Beurteilung von Auszubildenden,
12. ethisches, evidenz- und forschungsbasiertes Handeln einschließlich Wissensmanagement,
13. Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz,
14. Mitwirkung an fachspezifischen Forschungsprojekten und Umsetzung von fachspezifischen Forschungsergebnissen,

22 Die Aufzählung der pflegerischen Kernkompetenzen ist **demonstrativ** [d.h. beispielhaft] und trägt damit einer Weiterentwicklung der Pflege Rechnung. In diesem Sinne fallen auch pflegerische Tätigkeiten in den Bereichen Case Management, Schnittstellen- bzw. Nahtstellenmanagement, Familiengesundheitspflege etc. in die pflegerischen Kernkompetenzen. (Weiss/Lust, 2021, S. 135–136)

23 Die Information über **Krankheitsvorbeugung** und Anwendung von **gesundheitsfördernden Maßnahmen** ist nur insoweit dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege vorbehalten, als es sich um den pflegerischen Bereich handelt. Weitergehende Informationen über Krankheitsvorbeugung und gesundheitsfördernde Maßnahmen fallen in die Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16) und bedürfen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen. (Weiss/Lust, 2021, S. 140)

24 Die Durchführung von Pflegemaßnahmen kann [vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege] an Angehörige der Pflegeassistentenberufe [...] nach Maßgabe der §§ 83 und 83a sowie an Heimhilfen [...] im Rahmen der Basisversorgung (§ 3a) unter **Aufsicht bzw. begleitender Kontrolle** [...] delegiert werden. [...] Die Delegation – das heißt Übertragung – einer pflegerischen (oder auch ärztlichen) Tätigkeit bedarf somit einer entsprechenden Anordnung, für die der gehobene Dienst (bzw. die Ärztin/der Arzt) die Entscheidungsbefugnis und -verantwortung trägt. (Weiss/Lust, 2021, S. 143).

Zum **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation siehe Kapitel 4.1.1.

25 § 3a bezieht sich auf die **Unterstützung bei der Basisversorgung**, §§ 3b und 3c auf die **Personenbetreuung bzw. persönliche Assistenz**, § 3d regelt das Pflegepraktikum von Studierenden einer Ausbildung in einem Gesundheitsberuf.

15. Anwendung komplementärer Pflegemethoden,<sup>26</sup>
16. Mitwirkung im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement,
17. psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege.

### 2.2.5 Kompetenz bei Notfällen

§ 14a. (1) Die Kompetenz bei Notfällen umfasst:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht; die unverzügliche Verständigung eines Arztes ist zu veranlassen.

(2) Lebensrettende Sofortmaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 2 umfassen insbesondere

1. Herzdruckmassage und Beatmung,
2. Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
3. Verabreichung von Sauerstoff.

### 2.2.6 Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie

§ 15. (1) Die Kompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei medizinischer Diagnostik und Therapie umfassen die eigenverantwortliche Durchführung von bzw. Mitwirkung bei medizinisch-diagnostischen und medizinisch-therapeutischen Maßnahmen und Tätigkeiten zur Behandlung, Betreuung und Beratung in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen nach ärztlicher Anordnung.<sup>27</sup> Für die

26 Die Anwendung **komplementärer Pflegemethoden** ist bereits integraler Bestandteil der Ausbildung zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege [...] (RV 2016). **Aromapflege** ist die Anwendung von Aromaölen und Aromastoffen zur Steigerung des Wohlbefindens der Patientinnen/Patienten und fällt als pflegerische Tätigkeit in die pflegerischen Kernkompetenzen [...]. Unter **Aromatherapie** ist hingegen die Anwendung von Aromaölen und Aromastoffen zur Therapie bzw. unterstützenden Therapie bei Erkrankungen zu verstehen und ist somit eine ärztliche Tätigkeit, die an den gehobenen Dienst gemäß § 15 delegiert werden kann. (Weiss/Lust, 2021, S. 144)

27 Die **ärztliche Anordnung** für die medizinische Diagnostik und Therapie wird [mit der GuKG-Novelle 2024] im Sinne des § 49 Abs. 3 ÄrzteG beibehalten. Die Vorgabe der Schriftlichkeit der ärztlichen Anordnung [...] [ist allerdings] im Sinne einer Entbürokratisierung und eines zielgerichteten Ressourceneinsatzes nicht mehr berufsrechtlich normiert [...], wobei darauf hinzuweisen ist, dass die Rechtssicherheit und Nachvollziehbarkeit durch die weiterhin bestehende **Dokumentationsverpflichtung** sowohl für die Ärztinnen/Ärzte als auch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege [§ 5] gewährleistet wird. Es wird der Praxis im jeweiligen Setting und in der jeweiligen Einrichtung obliegen, das konkrete organisationsrechtliche Prozedere festzulegen, insbesondere auch im Hinblick auf die Beweissicherung sowie haftungsrechtliche Aspekte (AB 2024).

Zur **Wahrung größtmöglicher Rechtssicherheit** sind im Setting der mobilen Pflege und Betreuung mündliche ärztliche Anordnungen jedenfalls **unverzüglich und vollständig** zu dokumentieren. Dies bedeutet, dass eine mündliche Anordnung sogleich nach Erhalt in der Pflegedokumentation mit dem Namen der Ärztin/des Arztes, dem Datum und der Uhrzeit sowie mit der konkreten Maßnahme bzw.

Durchführung standardisierter diagnostischer Maßnahmen als Vorbereitung des medizinischen Behandlungspfads oder als Überwachungsmaßnahme einer medizinischen Behandlung kann eine generelle ärztliche Anordnung erfolgen.<sup>28</sup>

(2) Der Umfang der Kompetenzen gemäß Abs. 1 ergibt sich aus den in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege, in Weiterbildungen und gegebenenfalls im Rahmen von Höherqualifizierungen erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie.<sup>29</sup>

(3) Nicht delegierbar gemäß Abs. 1 ist die eigenverantwortliche Durchführung von medizinischen Maßnahmen,

1. die nicht vom Berufsbild der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. gegebenenfalls vorliegender Höherqualifizierungen in der Gesundheits- und Krankenpflege erfasst sind oder
2. für deren fachgerechte Durchführung das Vorliegen einer ärztlichen Qualifikation bzw. berufsspezifischen Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf Voraussetzung ist.<sup>30</sup>

konkreten Tätigkeit und Zeitdimension (Zeitpunkt, Häufigkeit, Zeitspanne) erfasst wird (zu Letzterem siehe Weiss/Lust, 2021, S. 158). Dasselbe gilt unvermindert für schriftlich getroffene Anordnungen.

Selbstredend sind ärztliche Anordnungen, die in Form von **Standard Operating Procedures (SOP)** erfolgen, weiterhin für alle infrage kommenden Delegationsprozesse [...] grundsätzlich möglich (AB 2024). Weiterhin unzulässig sind Anordnungen zur **Bedarfsmedikation**. Die ärztliche Anordnung hat sich stets auf klare Parameter (z. B. die Gabe eines Medikaments im Falle der Äußerung von Kopfschmerzen) zu stützen (siehe Weiss/Lust, 2021, S. 165–166).

Für eine berufsrechtskonforme Vollziehung des in § 15 vorgegebenen Handlungsrahmens wirken sowohl die delegierende Ärztin/der delegierende Arzt im Rahmen ihrer/seiner **Anordnungsverantwortung** als auch der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen seiner **Durchführungsverantwortung**, aber auch Einlassungs- und Übernahmungsverantwortung mit (AB 2024). Zu Letzterem siehe Fußnote 21 in Kapitel 2.2.4.

Die nicht mehr datenschutzkonforme und den Regelungen des Gesundheitstelematikgesetzes widersprechende Möglichkeit der Übermittlung von Anordnungen mittels **Telefax ist weggefallen** (AB 2024).

- 28 Für die konkrete Umsetzung dieser Regelung werden entsprechende organisationsrechtliche Vorgaben festzulegen sein (AB 2024). Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung kommen **generelle ärztliche Anordnungen** beispielsweise für Blutdruck- oder Blutzuckerkontrollen infrage.
- 29 Die neue Regelung folgt nunmehr auch für die Kompetenzen der medizinischen Diagnostik und Therapie anstelle der [...] Tätigkeitsorientierung einer **Kompetenzorientierung** [...]. Entscheidend ist, dass die/der jeweilige Berufsangehörige über die entsprechenden Kompetenzen verfügt und zwar unabhängig davon, ob diese im Rahmen der Ausbildung, von Fort- oder Weiterbildungen, von Höherqualifizierungen oder durch informelles Lernen erworben worden sind (AB 2024). Zu den in der Ausbildung vermittelten Kompetenzen gibt die Fachhochschul-Gesundheits- und Krankenpflege-Ausbildungsverordnung (FH-GuK-AV) nähere Auskünfte. Die Verordnung ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2). Zu den Themen der Weiterbildung und Höherqualifizierung siehe Fußnote 79 in Kapitel 4.1.1.
- 30 Es werden in Abs. 3 die **Grenzen der Delegierbarkeit** medizinischer Maßnahmen an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege klargestellt. Auch wenn die Delegierbarkeit grundsätzlich mit den [...] erworbenen Kompetenzen positiv definiert ist, ist angesichts des breiten Aufgaben- und Einsatzgebietes des gehobenen Dienstes und des Wegfalls der beispielhaften Aufzählung der delegierbaren [...] Tätigkeiten eine Abgrenzung hinsichtlich nicht delegierbarer Tätigkeiten erforderlich (AB 2024).

(4) Im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege berechtigt,

1. Patienten und Klienten an jene Berufsangehörigen weiterzuempfehlen, die aufgrund ihrer beruflichen Kompetenzen für eine fachgerechte Behandlung, Betreuung und Beratung qualifiziert sind, bzw. über den weiteren Behandlungspfad zu informieren, sowie
2. nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung einzelne Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an Angehörige eines Pflegeassistentenberufs, der Desinfektionsassistenten, der Ordinationsassistenten und der Operationsassistenten und an in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen weiter zu übertragen und gegebenenfalls die Aufsicht über deren Durchführung wahrzunehmen, sofern und soweit diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind.<sup>31</sup>

(5) Weiters sind Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung berechtigt, einzelne Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie

1. an Personen gemäß § 3b und § 3c weiter zu übertragen, wobei § 3b Abs. 3 bis 6 und § 3c Abs. 2 bis 5 anzuwenden sind,<sup>32</sup> sowie

31 Die Regelung über die **Zusammenarbeit mit anderen [...] Gesundheitsberufen** im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie legt einerseits die bereits derzeit mögliche Weiterdelegation an Assistenzberufe sowie Auszubildende und andererseits die Möglichkeit der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe für Fallkonstellationen, in denen die weitere Betreuung der Qualifikation eines anderen gehobenen Gesundheitsberufs bedarf, fest. Bei der »Weiterempfehlung« handelt es sich nicht um eine Zu- oder Überweisung im Sinne der Vorgaben des ASVG [...], sondern um eine Empfehlung, andere Gesundheitsberufe zu konsultieren [...] (AB 2024).

Zur gegebenenfalls erforderlichen **Aufsicht** siehe Kapitel 4.1.2, zu den **Tätigkeitsbereichen der Pflegeassistentenberufe** siehe Kapitel 2.3.3 und 2.3.4.

32 § 3b regelt die **Personenbetreuung** und § 3c die **persönliche Assistenz** (siehe Anhang, Kapitel 9.3 und 9.4); in genannten Abs. 3 bis 6 bzw. 2 bis 5 sind insbesondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung (u. a. die Anleitung und Unterweisung, die Vergewisserung über die erforderlichen Fähigkeiten) festgelegt.

Mit der GuKG-Novelle 2024 entfiel die taxative (d. h. vollständige) Aufzählung der durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege **weiter übertragbaren Tätigkeiten** der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Personenbetreuung und persönliche Assistenz. Es ist davon auszugehen, dass für Subdelegationen durch den gehobenen Dienst nun § 50b ÄrzteG unmittelbar gilt. Dieser regelt die diesbezüglichen ärztlichen Delegationsmöglichkeiten.

An die **Personenbetreuung** können demnach – vorbehaltlich der Anwendung der festgelegten qualitätssichernden Maßnahmen – die Verabreichung von Arzneimitteln, das Anlegen von Bandagen und Verbänden, die Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln, die Blutabnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen, einfache Wärme- und Lichtanwendungen sowie weitere einzelne ärztliche Tätigkeiten (sub)delegiert werden, sofern diese einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad und vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweisen (siehe § 50b Abs. 2 ÄrzteG).

An die **persönliche Assistenz** können demnach – vorbehaltlich der Anwendung der festgelegten qualitätssichernden Maßnahmen – einzelne ärztliche Tätigkeiten, die Menschen mit nicht nur vorübergehenden körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen, (sub)delegiert werden (siehe § 50b Abs. 3 ÄrzteG). Eine tätigkeitsbezogene Einschränkung ist Abs. 3 nicht zu entnehmen.

2. an Personen gemäß § 50a ÄrzteG 1998 weiter zu übertragen und die erforderliche Anleitung und Unterweisung zu erteilen, wobei § 50a Abs. 1 zweiter und dritter Satz ÄrzteG 1998 anzuwenden ist.<sup>33</sup>

## 2.2.7 Verordnung von Medizinprodukten

§ 15a. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind berechtigt, nach Maßgabe der ärztlichen oder pflegerischen Diagnose Medizinprodukte in den Bereichen

1. Nahrungsaufnahme,
2. Inkontinenzversorgung,
3. Mobilisations- und Gehhilfen,
4. Verbandsmaterialien,
5. prophylaktische Hilfsmittel,
6. Messgeräte sowie
7. Ileo-, Jejun-, Colo- und Uro-Stomas

zu verordnen.<sup>34</sup>

(2) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die Medizinprodukte gemäß Abs. 1 verordnen, haben den behandelnden Arzt jedenfalls über Änderungen des Zustandsbilds des betroffenen Patienten, Klienten oder pflegebedürftigen Menschen zu informieren, soweit diese für die ärztliche Behandlung relevant sein können.

33 Gemäß § 50a ÄrzteG kann die Ärztin / der Arzt im Einzelfall einzelne **ärztliche Tätigkeiten an Laien** wie beispielsweise Angehörige von Patientinnen/Patienten übertragen. In Abs. 1 des § 50a wird im zweiten Satz auf die Verpflichtung zur Anleitung und Unterweisung sowie Vergewisserung, dass die betreffende Person über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt, hingewiesen; im dritten Satz ist festgelegt, dass die Person über die Möglichkeit der Ablehnung der Übertragung der infrage kommenden Tätigkeiten zu informieren ist. Dies ist vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Falle einer Subdelegation zu berücksichtigen.

34 Im Rahmen der GuKG-Novelle 2023 [...] wurde eine mit der Sozialversicherung abgestimmte Erweiterung auf die Möglichkeit der **Erstverordnung von bestimmten Medizinprodukten** durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege geschaffen, die seit 01.01.2024 durch die entsprechenden sozialversicherungsrechtlichen Begleitmaßnahmen wirksam geworden ist (AB 2024).

### 2.2.8 Verordnung von Arzneimitteln<sup>35</sup>

§ 15b. (1) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind zur Verordnung von Arzneimitteln gemäß Abs. 3 in den Bereichen

1. Nahrungsaufnahme,
2. Körperpflege sowie
3. Pflegeinterventionen und -prophylaxen

berechtigt.

(2) Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sind nach Maßgabe der ärztlichen Anordnung berechtigt, Arzneimittel so lange weiterzuverordnen, bis die sich ändernde Patientensituation die Einstellung der Weiterverordnung oder die Rückmeldung an den Arzt erforderlich macht oder der Arzt die Anordnung ändert. Bei Ablehnung der Weiterverordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ist dies dem anordnenden Arzt mitzuteilen. Eine Abänderung von ärztlich verordneten Arzneimitteln durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist nicht zulässig.

(3) Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister kann im Verordnungswege festlegen,

1. welche Arzneimittel (einschließlich Verabreichungsform) nach ärztlicher Anordnung in den Bereichen gemäß Abs. 1 Z 1 bis 3 weiterverordnet werden dürfen und
2. welche Arzneimittel (einschließlich Verabreichungsform) ohne ärztliche Anordnung in den Bereichen gemäß Abs. 1 Z 1 bis 3 verordnet werden dürfen.

Vor Erlassung der Verordnung sind der Gesundheits- und Krankenpflege-Beirat, die berufliche Vertretung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, die Österreichische Ärztekammer und der Dachverband der Sozialversicherungsträger zu hören.

### 2.2.9 Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam

§ 16. (1) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich umfasst die pflegerische Expertise des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Teil des multiprofessionellen Versorgungsteams bei der Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialberufen sowie anderen Berufen.<sup>36</sup>

<sup>35</sup> Mit der GuKG-Novelle 2024 wurde die Befugnis des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zur **Verordnung von Arzneimitteln** geschaffen. Die Einträge zu § 15b sind mit 01.09.2025 in Kraft getreten. Eine entsprechende Parallelbestimmung findet sich im Rezeptpflichtgesetz (§ 1 Abs. 1b RezeptPG).

Im **Verordnungswege** werden jene [sozialversicherungsrechtlich nicht erstattungsfähigen] Arzneimittel in den genannten drei Bereichen im Rahmen der pflegerischen Versorgung bestimmt, die vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit oder ohne ärztliche Anordnung (weiter)verordnet und in der Folge verabreicht werden dürfen (AB 2024). Diese ministerielle Verordnung ist derzeit (bei Herausgabe des vorliegenden Tätigkeits- und Kompetenzkataloges) noch ausständig.

<sup>36</sup> Die Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam (§ 16) umfassen Bereiche, die ein gleichberechtigtes Zusammenspiel unterschiedlicher Gesundheitsberufe zur **Erfüllung des Versorgungsauftrags**



(2) Im multiprofessionellen Kompetenzbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im multiprofessionellen Versorgungsteam das Vorschlags- und Mitwirkungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen.

(3) Der multiprofessionelle Kompetenzbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die pflegerische Expertise insbesondere bei

1. Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
2. dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement,
3. der Gesundheitsberatung,<sup>37</sup>
4. der interprofessionellen Vernetzung,
5. dem Informationstransfer und Wissensmanagement,
6. der Koordination des Behandlungs- und Betreuungsprozesses einschließlich der Sicherstellung der Behandlungskontinuität,<sup>38</sup>
7. der Ersteinschätzung von Spontanpatienten mittels standardisierter Triage- und Einschätzungssysteme,
8. der ethischen Entscheidungsfindung,
9. der Förderung der Gesundheitskompetenz.

## 2.3 Pflegeassistentenberufe

### 2.3.1 Berufsbezeichnungen

§ 84. (1) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung der Pflegeassistenten berechtigt sind (§ 85), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung »Pflegeassistentin«/»Pflegeassistent« zu führen.

(2) Personen, die nach den Bestimmungen dieses Bundesgesetzes zur Ausübung der Pflegefachassistenten berechtigt sind (§ 85), sind berechtigt, die Berufsbezeichnung »Pflegefachassistentin«/»Pflegefachassistent« zu führen.<sup>39</sup>

---

unabdingbar machen. Jeder Gesundheitsberuf trägt im Rahmen seines Berufsbildes zur Versorgung von Individuen und Bevölkerungsgruppen bei (RV 2016). (Weiss/Lust, 2021, S. 179)

37 Die **Gesundheitsberatung** erhält im Rahmen der Gesundheitsförderung eine immer wichtigere Rolle. Die Pflegepersonen sollen mit ihren Erfahrungen und ihrem Wissen aus der Pflege dazu beitragen, Informationen über positive und negative Auswirkungen von Verhaltensweisen sowie über Möglichkeiten der Betreuung zu erteilen (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 179–180)

38 Die »**Schnittstellen**« in der **gesundheitlichen Betreuung** sind von besonderer Bedeutung für die Qualität und Kontinuität. Es ist daher wichtig, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die notwendige Koordination und Beratung etwa bei der Entlassung aus Krankenanstalten in häusliche Pflege [und umgekehrt] leistet. Er übt diese Aufgaben auf der Grundlage seiner berufsspezifischen Kenntnisse und in Zusammenarbeit auch mit Angehörigen anderer Berufe aus, etwa mit diplomierten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 180)

39 **Berufsberechtigt in einem Pflegeassistentenberuf** gemäß § 85 sind Personen, die unter anderem in das Gesundheitsberuferegister gemäß Gesundheitsberuferegister-Gesetz (GBRG) eingetragen sind und die für die Erfüllung der Berufspflichten erforderliche gesundheitliche Eignung und Vertrauenswürdigkeit besitzen.

### 2.3.2 Berufsbild

§ 82. (1) Pflegeassistentenberufe sind

1. die Pflegeassistentin und
2. die Pflegefachassistentin.

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

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

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

### 2.3.3 Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentin

§ 83. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentin umfasst die Durchführung folgender Aufgaben:

1. Mitwirkung<sup>40</sup> an und Durchführung der ihnen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen (Abs. 2),
2. Handeln in Notfällen (Abs. 3),
3. Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie (Abs. 4).

(2) Die Pflegemaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 1 umfassen:

1. Mitwirkung beim Pflegeassessment,
2. Beobachtung des Gesundheitszustands,
3. Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen,<sup>41</sup>

---

Das GBRG ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2). Zum Thema der Vertrauenswürdigkeit gibt Abs. 2 des § 27 nähere Auskünfte (siehe ebenfalls im RIS; gilt gleichlautend für die Pflegeassistentenberufe).

40 Der Begriff der **Mitwirkung** ergibt sich aus der Unterstützungsfunktion der Pflegeassistentenberufe (§ 82).

41 Seit der GuKG-Novelle 2016 werden in Abs. 1 Z 1 **nicht mehr einzelne pflegerische Maßnahmen** aufgelistet, sondern eine Übertragung pflegerischer Maßnahmen an die Pflegeassistentin unter Berücksichtigung des Ausbildungsstandes durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege nach einer persönlichen Pflegeanamnese und Beurteilung der Pflegesituation (Pflegediagnose) ermöglicht [...]. (Weiss/Lust, 2021, S. 376)



4. Information, Kommunikation und Begleitung,
5. Mitwirkung an der praktischen Ausbildung in der Pflegeassistenz.

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung und unter Aufsicht von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.<sup>42</sup>

(3) Das Handeln in Notfällen gemäß Abs. 1 Z 2 umfasst:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht, insbesondere
  - a) Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,<sup>43</sup>
  - b) Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
  - c) Verabreichung von Sauerstoff;

die Verständigung eines Arztes ist unverzüglich zu veranlassen.

(4) Die Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie gemäß Abs. 1 Z 3 umfasst:<sup>44</sup>

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,<sup>45</sup>

42 Mit der GuKG-Novelle 2024 entfiel im Gesetzestext der Hinweis auf die Schriftlichkeit von **Anordnungen an die Pflegeassistenz** im extramuralen Bereich. Der Ausschussbericht (AB 2024) verweist auf eine Anpassung an die für § 15 vorgesehenen flexibleren berufsrechtlichen Vorgaben. Das Gebot der Schriftlichkeit gilt allerdings weiterhin, wenn die Aufsicht durch eine begleitende (d. h. nachträgliche) und in regelmäßigen Intervallen auszuübende Kontrolle sichergestellt wird (siehe Abs. 5 und nachstehend). Da dies im Setting der mobilen Pflege und Betreuung die übliche Aufsichtsform darstellt (siehe Kapitel 4.1.2), ändert sich somit am Erfordernis der Schriftlichkeit der Anordnung an die Pflegeassistenz – dokumentiert im Regelfall mittels Pflegeplan – grundsätzlich nichts.

Zur Frage des **Aufsichtsbegriffes** ist festzuhalten, dass diese [...] unterschiedliche Ausgestaltungen von der »Draufsicht« bis zur nachträglichen Kontrolle haben kann. Die gebotene Intensität der Aufsicht ist einzelfallbezogen und individuell zu beurteilen und hängt unter anderem von der Komplexität der jeweiligen Tätigkeit sowie den individuellen Fähigkeiten und der Berufserfahrung der/des Berufsangehörigen ab. Gegebenenfalls haben auch eine entsprechende Anleitung sowie begleitende Maßnahmen (Rückkoppelung, Kontrollmechanismus etc.) im Rahmen der Aufsicht zu erfolgen (RV 2016). Um ein sinnvolles Tätigwerden von Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten im **extramuralen Bereich** zu ermöglichen, kann sich die Aufsicht in diesem Bereich auch auf eine nachfolgende Kontrolle beschränken [...]. In diesen Fällen muss jedoch die Anordnung schriftlich erfolgen (RV). (Weiss/Lust, 2021, S. 377–378)

43 Unter »**einfache Beatmungshilfen**« werden Hilfsmittel verstanden, welche in den oberen Atemwegen zu liegen kommen. Zulässig sind insbesondere die Mund-zu-Mund-Beatmung, die Mund-zu-Nase-Beatmung und die Beutelmassenbeatmung. Ausgeschlossen ist beispielsweise die Anwendung endotrachealer Tuben (RV 2009). (Weiss/Lust, 2021, S. 378)

44 In Abs. 4 sind jene ärztlichen Tätigkeiten, die Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten durchführen dürfen, **taxativ** [d. h. vollständig] angeführt. (Weiss/Lust, 2021, S. 379) Es sind somit keine weiteren ärztlichen Tätigkeiten unter diese Aufzählung subsumierbar.

45 Die Tätigkeit des »Herrichtens« von Arzneimitteln einschließlich des »Einschachtelns« im Sinne von **Dispensieren** (Einordnen in den Tages- oder Wochendispenser) ist grundsätzlich vom Begriff »Verabreichung von Arzneimitteln« umfasst. [...] Ein Dispensieren durch Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten darf allerdings nur im Rahmen von deren Berufsbild erfolgen. So steht der Dispensierung oraler Arzneimittel durch die Pflegeassistenz beispielsweise dann nichts entgegen, wenn die Patientin/der Patient insbesondere hinsichtlich Arzneimittelwirkstoff und -dosis, Applikationszeitpunkt und -form einem stabilen

2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
- 2a. Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripheren venösen Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,<sup>46</sup>
- 2b. Entfernung von subkutanen und periphervenösen Verweilkanülen,<sup>47</sup>
3. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),<sup>48</sup>
4. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
5. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
6. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,<sup>49</sup>
7. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
8. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,<sup>50</sup>

Arzneimittelregime unterliegt bzw. seit längerer Zeit das gleiche Arzneimittel in der gleichen Dosis zum gleichen Zeitpunkt einnimmt und dieses unter dem gleichen Handelsnamen und der gleichen Dosierung verfügbar ist. (Weiss/Lust, 2021, S. 379–380)

Da **Sauerstoff** unter den Begriff des Arzneimittels gemäß § 1 AMG [Arzneimittelgesetz] fällt, das über den Respirationstrakt verabreicht wird, ist die Verabreichung von Sauerstoff grundsätzlich eine gemäß Abs. 4 an Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten delegierbare ärztliche Tätigkeit. (Weiss/Lust, 2021, S. 380)

- 46 Der [seit der GuKG-Novelle 2022 für die Pflegeassistentenz gestattete] **Ab- und Anschluss laufender Infusionen** bezieht sich auf ein kurzfristiges Unterbrechen der gegenwärtig in Verabreichung befindlichen laufenden Infusion zum Zweck beispielsweise des Toilettengangs, von pflegerischen Maßnahmen [oder] Untersuchungen. Das Spülen vermeintlich thrombosierter periphervenöser Katheter ist jedenfalls nicht umfasst. Ebenso nicht umfasst ist die venöse Verabreichung von Flüssigkeiten (z. B. Ringerlösung, NaCl oder Medikamente) (AB 2022).
- 47 Die **Entfernung von subkutanen und periphervenösen Verweilkanülen** kann [nunmehr konnte mit der GuKG-Novelle 2023] in den Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentenz aufgenommen werden, da diese Tätigkeit eine geringe Gefahren- und Risikogeneignetheit aufweist [...] (AB 2023).
- 48 Unter »**Point-of-Care-Testing (POCT)**« ist die patientennahe Durchführung von Laboruntersuchungen mit einfach zu bedienenden Messsystemen im Rahmen der unmittelbaren Krankenversorgung [...] zu verstehen. [...] Bei Harnabnahme und **Harnanalyse** ist zu unterscheiden, welche Art Harn abgenommen wird. Nur wenn es sich um die Abnahme von Spontan- oder Mittelstrahlharn und eine Harnanalyse mittels Teststreifen handelt, darf diese durch Pflegeassistentinnen/Pflegeassistenten erfolgen. (Weiss/Lust, 2021, S. 383)
- 49 Zur Unterscheidung **einfacher von komplexer Wundversorgung** siehe die Hinweise betreffend die Versorgung komplexer Wunden in Kapitel 4.2.2. Diese zeigen die diesbezüglichen Grenzen für die Pflegeassistentenberufe im Setting der mobilen Pflege und Betreuung auf. Eine einfache Wundversorgung liegt demgemäß vor allem dann vor, wenn die Wunde keine speziellen therapeutischen Maßnahmen benötigt und einen guten Heilungsverlauf zeigt. Die Rechtsmaterien selbst geben dazu keine näheren Hinweise.
- 50 Zum Begriff der **stabilen Pflegesituation** siehe Kapitel 4.1.1.

9. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie
10. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtenwendungen.<sup>51</sup>

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall<sup>52</sup> nach ärztlicher Anordnung<sup>53</sup> und unter Aufsicht von Ärzten oder Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 4 Z 2 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.<sup>54</sup>

(5) Die Aufsicht gemäß Abs. 2 und 4 kann in Form einer begleitenden in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle erfolgen, sofern

1. die Anordnung durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. den Arzt schriftlich erfolgt und deren Dokumentation gewährleistet ist,
2. die Möglichkeit der Rückfrage bei einem Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Arzt gewährleistet ist und
3. die Kontrollintervalle nach Maßgabe pflegerischer und ärztlicher einschließlich qualitätssichernder Notwendigkeiten durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. durch den Arzt schriftlich festgelegt sind.<sup>55</sup>

51 Unter die [...] angeführten »**einfachen Wärme- und Lichtenwendungen**« fallen beispielsweise Anwendungen mit Infrarotlampen oder Lichttherapielampen [...]. Nicht erfasst sind die Verabreichung von ärztlich angeordneten Medizinalbädern, das Bereitstellen und Verabreichen von Dunstwickeln und Parafango, die Applikation von Kryopackungen und das hygienische Aufarbeiten der Ingredienzien. (Weiss/Lust, 2021, S. 386)

52 Die Formulierung »**im Einzelfall**« bedeutet, dass die Delegation der angeführten [diagnostischen und] therapeutischen Verrichtungen nicht generell erfolgen darf, sondern auf die einzelne Patientin/den einzelnen Patienten und die konkrete Behandlungssituation spezifiziert werden muss. (Weiss/Lust, 2021, S. 386)

53 Mit der GuKG-Novelle 2024 **entfiel** an dieser Stelle der **Schriftlichkeitshinweis**.

54 Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung sind Direktanordnungen durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt an die Pflegeassistent nicht üblich. Es kommt so gut wie immer zur **Subdelegation und Anordnung** durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Zur Form der Anordnung einschließlich Schriftlichkeitserfordernisse siehe Fußnote 42 in vorliegendem Kapitel 2.3.3.

55 Grundlage für die Durchführung pflegerischer Maßnahmen durch die Pflegeassistent muss ein vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erstellter **schriftlicher Pflegeplan** sein, im Rahmen dessen die unter begleitender Kontrolle [...] durchzuführenden pflegerischen Maßnahmen entsprechend genau zu formulieren sind. [...] (RV 2009). (Weiss/Lust, 2021, S. 389) Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste arbeiten nach Pflegeplänen, die über beides – Anordnung und Kontrollintervalle – Auskunft geben.

### 2.3.4 Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz

§ 83a. (1) Der Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz umfasst die eigenverantwortliche Durchführung folgender Aufgaben:<sup>56</sup>

1. Mitwirkung an und Durchführung von Pflegemaßnahmen (Abs. 2),
2. Handeln in Notfällen (Abs. 3),
3. Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie (Abs. 4).

(2) Die Pflegemaßnahmen gemäß Abs. 1 Z 1 umfassen:

1. Mitwirkung beim Pflegeassessment,
2. Beobachtung des Gesundheitszustands,
3. Durchführung der ihnen entsprechend ihrem Qualifikationsprofil von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen,
4. Anleitung und Unterweisung von Auszubildenden der Pflegeassistentenberufe.

Die Durchführung von Pflegemaßnahmen darf nur nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.<sup>57</sup>

(3) Das Handeln in Notfällen gemäß Abs. 1 Z 2 umfasst:

1. Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen und
2. eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen, solange und soweit ein Arzt nicht zur Verfügung steht, insbesondere
  - a) Herzdruckmassage und Beatmung mit einfachen Beatmungshilfen,
  - b) Durchführung der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten oder Geräten im halbautomatischen Modus sowie
  - c) Verabreichung von Sauerstoff;

die Verständigung eines Arztes ist unverzüglich zu veranlassen.

<sup>56</sup> Durch die [mit der GuKG-Novelle 2024 herbeigeführte] **Neugestaltung des Tätigkeitsbereichs** [...] soll nunmehr die Pflegefachassistenz [...] als eigenständiger Pflegeassistentenberuf dargestellt werden. Durch die klaren Regelungen, welche pflegerischen Maßnahmen und Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Pflegefachassistenz angeordnet bzw. weiterdelegiert und von dieser eigenverantwortlich durchgeführt werden können, wird Rechtsklarheit hinsichtlich der Einsatzmöglichkeiten der Pflegefachassistenz geschaffen (AB 2024).

Die Pflegefachassistenz ist [...] zur **eigenverantwortlichen Durchführung** der ihr übertragenen pflegerischen und ärztlichen Tätigkeiten ohne verpflichtende Aufsicht berechtigt. Selbstverständlich hat die anordnende Ärztin / der anordnende Arzt bzw. der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege im Rahmen der Anordnungsverantwortung zu entscheiden, ob die Durchführung durch die Pflegefachassistenz jeweils im Einzelfall einer Aufsicht bzw. begleitenden Kontrolle bedarf (RV 2016). (Weiss/Lust, 2021, S. 391)

<sup>57</sup> Es gelten hinsichtlich der **Anordnungen an die Pflegefachassistenz** die beiden eingangs zu Fußnote 42 in Kapitel 2.3.3 angeführten Sätze. Im Gegensatz zur Pflegeassistentenz entfällt für die Pflegefachassistenz allerdings mit der – vom Einzelfall abgesehenen – fehlenden Verpflichtung zur Aufsicht (siehe vorige Fußnote) auch die Verpflichtung zur Schriftlichkeit von Anordnungen. Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung wird die aus Gründen der Praktikabilität und Effizienz eingeführte Praxis, insbesondere den Pflegeplan zur Tätigkeitszuweisung und Anordnungsdocumentation für alle Berufsgruppen (einschließlich Pflegefachassistenz) zu nutzen, beibehalten. Damit wird der allgemeinen Dokumentationsverpflichtung (§ 5) entsprochen.

(4) Die Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie gemäß Abs.1 Z 3 umfasst:<sup>58</sup>

1. Verabreichung von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichenden Arzneimitteln,
2. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
3. Legen und Entfernen von transnasalen und transoralen Magensonden sowie Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
4. Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern, ausgenommen bei Kindern,<sup>59</sup>
5. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen),
6. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of-Care-Tests),
7. Durchführung standardisierter diagnostischer Programme, wie EKG, EEG, BIA<sup>60</sup>, Lungenfunktionstest,
8. Blutentnahme aus der Vene,
9. Legen, Wechsel und Entfernung von subkutanen und periphervenösen Verweilkanülen,<sup>61</sup>
10. Verabreichung von subkutanen Injektionen,<sup>62</sup>
11. Verabreichung von subkutanen Infusionen und intravenösen Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang,<sup>63</sup>

58 Im Sinne der Rechtssicherheit der Delegationsmöglichkeiten an die Pflegefachassistenz wird der Tätigkeitsbereich der medizinischen Diagnostik und Therapie weiterhin [also auch nach der GuKG-Novelle 2024] durch **taxative** [d h. vollständige] Aufzählung geregelt. Diese umfasst den bereits durch die GuKG-Novellen 2022 und 2023 erweiterten Katalog [...] (AB 2024). Zu Letzterem siehe nachstehend.

59 Mit der GuKG-Novelle 2023 wurde das **Setzen und Entfernen von transurethralen Kathetern** für die Pflegefachassistenz auf den Mann ausgedehnt und wie folgt begründet: Das Setzen von Blasenverweilkathetern bei Männern weist zwar einen komplexeren Vorgang und eine höhere Gefahreneigtheit auf als bei Frauen, die Durchführung dieser Tätigkeit durch Angehörige der Pflegefachassistenz kann allerdings nach entsprechendem Kompetenzerwerb als fachlich vertretbar beurteilt werden (AB 2023).

60 **BIA** – Bioelektrische Impedanzanalyse.

61 Neu aufgenommen in den Tätigkeitsbereich der Pflegefachassistenz wird [nunmehr wurde mit der GuKG-Novelle 2022] das **Legen, Wechseln und Entfernen von subkutanen und periphervenösen Verweilkanülen**. [...] Das Legen einer periphervenösen Verweilkanüle (z.B. Venflon) ist im Hinblick auf die Gefahren- und Risikoeigtheit mit der venösen Punktion zur Blutentnahme vergleichbar. Dies gilt auch für den Schwierigkeitsgrad der Tätigkeit. [...] Vergleichbares gilt für das Legen subkutaner Verweilkanülen, die lediglich im Unterhautfettgewebe zu liegen kommen (AB 2022).

62 Bisher [d.h. vor der GuKG-Novelle 2022] war die **subkutane Verabreichung von Medikamenten** für die Pflegefachassistenz auf die Injektion von Insulin und blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln beschränkt. Nunmehr wird [bzw. wurde] diese Einschränkung aufgehoben [...] (AB 2022).

63 Die bereits mit der GuKG-Novelle 2022 geschaffene Möglichkeit der **Verabreichung von subkutanen Infusionen** wurde mit der Novelle 2024 um die **Verabreichung von intravenösen Infusionen** erweitert. Eingeschränkt wird die Verabreichung intravenöser Infusionen auf Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation. Dies wird wie folgt begründet: Hinsichtlich der Verabreichung von Infusionen mit

12. Ab- und Anschließen laufender Infusionen ausgenommen Zytostatika und Transfusionen mit Vollblut und/oder Blutbestandteilen, bei liegendem peripheren Gefäßzugang, die Aufrechterhaltung dessen Durchgängigkeit sowie gegebenenfalls die Entfernung desselben,
13. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen, und Assistenz bei der chirurgischen Wundversorgung,<sup>64</sup>
14. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,<sup>65</sup>
15. einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen,
16. Anlegen von Miedern, Orthesen und elektrisch betriebenen Bewegungsschienen nach vorgegebener Einstellung.

Im Rahmen der Mitwirkung bei Diagnostik und Therapie hat die Durchführung der Tätigkeiten im Einzelfall nach ärztlicher Anordnung<sup>66</sup> zu erfolgen. Nach Maßgabe des § 15 Abs. 4 Z 2 kann die Anordnung auch durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgen.<sup>67</sup>

medikamentösen Wirkstoffen durch Pflegefachassistentinnen/Pflegefachassistenten bestehen aus fachlicher Sicht gravierende Bedenken aus Patientenschutz- und Qualitätssicherungsgründen, zumal diese im Vergleich zur oralen und subkutanen Gabe ein erheblich erhöhtes Risikopotential im Hinblick auf Komplikationen und Reaktionen birgt (AB 2024).

Im Hinblick auf die strafrechtliche Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit ist darauf hinzuweisen, dass die Verabreichung von Infusionen sowie der Umgang mit Verweilkanülen selbstverständlich des entsprechenden **Kompetenzerwerbs** (z. B. im Rahmen der Ausbildung, von Fortbildungen, Schulungen) durch die Pflegefachassistenz bedürfen (siehe dazu auch Fußnote 21 in Kapitel 2.2.4).

Vom Begriff der Verabreichung ist die **Vorbereitung** dann mitumfasst, wenn es sich um ein **Fertigprodukt** handelt, das vom Hersteller verabreichungsfertig, das heißt ohne weitere Vorbereitungsarbeiten zur Zubereitung (z. B. Verdünnen, Einbringen in Trägerflüssigkeit) und zur Dosierung (z. B. Entnahme einer Teilmenge/-einheiten aus Stichampullen), angeboten wird. Die Vorbereitung umfasst in diesem Fall beispielsweise das Drücken und Schwenken des Infusionsbeutels. Die Mitteilung des BMSGPK (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz) vom 09.12.2022 betreffend die »Anfrage zu ›Fertigprodukt‹ in Zusammenhang mit der Verabreichung eines Medikamentes durch PFA lt. GuKG« gibt dazu nähere Auskünfte.

- 64 Zur Unterscheidung **einfacher von komplexer Wundversorgung** siehe Fußnote 49 in Kapitel 2.3.3 einschließlich Verweis auf Kapitel 4.2.2. Die Möglichkeit zur **Assistenz bei der chirurgischen Wundversorgung** wurde für die Pflegefachassistenz mit der GuKG-Novelle 2024 geschaffen.
- 65 Zum Begriff der **stabilen Pflegesituation** siehe Kapitel 4.1.1.
- 66 Mit der GuKG-Novelle 2024 **entfiel** an dieser Stelle der **Schriftlichkeitshinweis**.
- 67 Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung sind Direktanordnungen durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt an die Pflegefachassistenz nicht üblich. Es kommt so gut wie immer zur **Subdelegation und Anordnung** durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege. Zur Form der Anordnung einschließlich Dokumentationsanfordernisse siehe Fußnote 57 in vorliegendem Kapitel 2.3.4.



## 3 STEIERMÄRKISCHES SOZIALBETREUUNGSBERUFEGESETZ (STSBBG)

### 3.1 Allgemeines, Berufspflichten, Strafbestimmungen

#### 3.1.1 Gegenstand

§ 1 (1) Dieses Gesetz<sup>68</sup> regelt die Ausbildung zu den Sozialbetreuungsberufen, die Voraussetzungen für die Ausübung und den Tätigkeitsbereich der Sozialbetreuungsberufe sowie die Ausbildungseinrichtungen für Sozialbetreuungsberufe.

(2) Sozialbetreuungsberufe sind Diplom-Sozialbetreuer/innen, Fach-Sozialbetreuer/innen und Heimhelfer/innen.<sup>69</sup>

(3) Die Regelungen des Bundes über Gesundheitsberufe bleiben unberührt.

#### 3.1.2 Berechtigung zur Berufsausübung und zur Führung von Berufsbezeichnungen

§ 13 (1) Die Ausübung eines Sozialbetreuungsberufes nach diesem Gesetz sowie die Führung der Berufsbezeichnung »Diplom-Sozialbetreuer/in«, »Fach-Sozialbetreuer/in« und »Heimhelfer/in« dürfen nur unter folgenden Voraussetzungen erfolgen:

1. erfolgreicher Abschluss der jeweils erforderlichen Ausbildung,
2. erforderliche gesundheitliche Eignung und
3. erforderliche Vertrauenswürdigkeit.

(2) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Abs. 1 ist zu erbringen,

1. für Abs. 1 Z 1 durch ein Zeugnis einer gemäß § 18 oder einer in einem anderen Bundesland anerkannten Ausbildungseinrichtung oder eines gemäß § 15 erforderlichen ausländischen Qualifikationsnachweises und den erforderlichen Fortbildungsbestätigungen gemäß § 16 Abs. 4,
2. für Abs. 1 Z 2 durch ein ärztliches Zeugnis und
3. für Abs. 1 Z 3 durch eine Strafregisterbescheinigung.

68 Die Grundlage für das Steiermärkische Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG) bildet die **Vereinbarung gemäß Artikel 15a Bundes-Verfassungsgesetz (Art. 15a B-VG)** zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe (einschließlich Anlagen 1 und 2; Erstere regelt die Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der Sozialbetreuungsberufe, Zweitere das Ausbildungsmodul »Unterstützung bei der Basisversorgung«). Die Vereinbarung ist samt Anlagen im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

Diese im Dezember 2024 geänderte Vereinbarung wurde in das Landesrecht übernommen und führte auch zur **StSBBG-Novelle 2025**, welche im Zusammenhang mit der zuvor genannten Anlage 2 auf einige Kapitel des vorliegenden Tätigkeits- und Kompetenzkataloges Auswirkungen hat (siehe Fußnote 70 in Kapitel 3.2).

69 In diesem Tätigkeits- und Kompetenzkatalog wird von den Sozialbetreuungsberufen im Näheren der Beruf der **Heimhilfe** vorgestellt. Angehörige der Diplom- und Fach-Sozialbetreuungsberufe befinden sich in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten ebenfalls im Einsatz. Sie verfügen über unterschiedliche Spezialisierungen (insbesondere im Bereich der Altenarbeit). Eingesetzt werden sie in ihrer Qualifikation der Pflegeassistenz. Es gibt jedenfalls keine spezielle Tätigkeits- und Kompetenzzuordnung an die Diplom- und Fach-Sozialbetreuungsberufe im Rahmen ihrer sozialbetreuerischen Qualifikation.

(3) Das ärztliche Zeugnis darf zum Zeitpunkt der Vorlage nicht älter als drei Monate sein.

(4) Die Vertrauenswürdigkeit ist nicht gegeben

1. bei einer Person, die wegen einer oder mehrerer mit Vorsatz begangener strafbarer Handlungen von einem ordentlichen Gericht zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe verurteilt wurde, solange die Verurteilung nicht getilgt ist, oder
2. wenn nach der Eigenart der strafbaren Handlung und nach der Persönlichkeit der/des Verurteilten die Begehung der gleichen oder einer ähnlichen strafbaren Handlung bei der Ausübung eines Sozialbetreuungsberufes zu befürchten ist.

(5) Die Berechtigung zur Berufsausübung und zur Führung der Berufsbezeichnung geht verloren, wenn die erforderliche gesundheitliche Eignung oder die erforderliche Vertrauenswürdigkeit nicht mehr gegeben ist.

(6) Erfolgt die Berufsausübung im Rahmen eines Dienstverhältnisses, so ist die Dienstgeberin/der Dienstgeber für die Einhaltung der Voraussetzungen gemäß Abs.1 verantwortlich.

### 3.1.3 Fortbildung

§ 16 (1) Die Angehörigen eines Sozialbetreuungsberufes haben sich regelmäßig fortzubilden. Die Abstände zwischen den Fortbildungen dürfen höchstens zwei Jahre betragen. Das Ausmaß der jeweiligen Fortbildung umfasst

1. bei Diplom-Sozialbetreuer/innen und Fach-Sozialbetreuer/innen mindestens 32 Stunden und
2. bei Heimhelfer/innen mindestens 16 Stunden.

(2) Fortbildungen dürfen nur von anerkannten Einrichtungen angeboten werden.

(3) Fortbildungen haben folgende Inhalte zu vermitteln:

1. berufsbezogene Information über die neuesten Entwicklungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse oder
2. Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten.

(4) Die Einrichtung hat der/dem Fortzubildenden eine Bestätigung über den Besuch der Fortbildung auszustellen, die von der/dem Fortzubildenden der Dienstgeberin/dem Dienstgeber zu übermitteln ist.

### 3.1.4 Strafbestimmungen

§ 20 (1) Eine Verwaltungsübertretung begeht, wer

1. die Berufsbezeichnung »Diplom-Sozialbetreuer/in«, »Fach-Sozialbetreuer/in« (mit und ohne Anführung der Spezialisierung) oder Heimhelfer/in unbefugt führt oder einen Sozialbetreuungsberuf unbefugt ausübt,
2. als Dienstgeberin/Dienstgeber ihrer/seiner Verpflichtung gemäß § 13 Abs. 6 nicht nachkommt.



## 3.2 Heimhilfe

§ 11 (1) Der Heimhelfer/Die Heimhelferin unterstützt betreuungsbedürftige Menschen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens durch Unterstützung von Eigenaktivitäten und Hilfe zur Selbsthilfe. Betreuungsbedürftige Personen sind Personen aller Altersstufen, die durch Alter, gesundheitliche Beeinträchtigung oder schwierige soziale Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, die aber in ihrer Wohnung bleiben oder in einer betreuten Wohneinheit oder Wohngemeinschaft leben möchten. Der Heimhelfer/Die Heimhelferin arbeitet als wichtiges Bindeglied zwischen der betreuungsbedürftigen Person, deren sozialem Umfeld und allen anderen Bezugspersonen. Der Heimhelfer/Die Heimhelferin arbeitet im Team mit der Hauskrankenpflege und den mobilen Betreuungsdiensten.

(2) Der Heimhelfer/Die Heimhelferin führt im Rahmen der Betreuungsplanung eigenverantwortlich die Aufgaben im hauswirtschaftlichen Bereich durch. Er/Sie ist hierbei an die Anordnungen der betreuungsbedürftigen Person und der Angehörigen der Sozial- und Gesundheitsberufe gebunden. Heimhelfer/innen leisten Unterstützung bei der Basisversorgung gemäß den bundesrechtlichen Bestimmungen einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln.

(3) Der Heimhelfer/Die Heimhelferin hat folgende Aufgaben:

1. hauswirtschaftliche Tätigkeiten (insbesondere für Sauberkeit und Ordnung in der unmittelbaren Umgebung der betreuten Person zu sorgen),
2. Beheizen der Wohnung, Beschaffen des Brennmaterials,
3. Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Wohnungsbereiches (Einkauf, Post, Behörden, Apotheke u. a.),
4. Unterstützung bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten,
5. einfache Aktivierung (z. B. Anregung zur Beschäftigung),
6. Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld,
7. hygienische Maßnahmen (z. B. Wäschegebarung),
8. Beobachtung des Allgemeinzustandes und rechtzeitiges Herbeiholen von Unterstützung durch andere Berufsgruppen,
9. Unterstützung von Pflegepersonen,
10. Dokumentation,
11. Unterstützung bei der Basisversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln.<sup>70</sup>

70 Im **Ausbildungsmodul »Unterstützung bei der Basisversorgung«** werden der Heimhilfe die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, um Unterstützung bei der Durchführung bestimmter pflegerischer Tätigkeiten sowie bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln geben zu können (siehe dazu Kapitel 4.3). Die konkreten Tätigkeiten sind der Auflistung im Anhang, Kapitel 9.2, zu entnehmen. Diese Auflistung enthält bereits auch die aufgrund der Änderung der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe (siehe Fußnote 68 in Kapitel 3.1.1) zuletzt hinzugekommenen Tätigkeiten in Anlage 2 Punkt 3 der Vereinbarung. Bereits miterfasst sind die (hinzugekommenen) Tätigkeiten auch in der Tätigkeitszuordnung in Kapitel 6.

- (4) Der Beruf des Heimhelfers /der Heimhelferin darf ausschließlich im Rahmen einer Einrichtung ausgeübt werden, deren Rechtsträger der Verantwortung des Berufes entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen hat.
- (5) Mindestalter für die Ausübung der Tätigkeit als Heimhelfer/in ist 18 Jahre.

## 4 PRÄZISIERUNGEN UND EINGRENZUNGEN

Aufgrund der speziellen Rahmenbedingungen in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten und zur Sicherstellung größtmöglicher Entscheidungs- und Handlungssicherheit bei den Führungskräften (Einsatzleitungen, Pflegedienstleitungen) sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den unterschiedlichsten Pflege- und Betreuungssituationen werden nachstehende Präzisierungen und Eingrenzungen zu den in Kapitel 2 und 3 dargelegten berufsrechtlichen Bestimmungen – zusätzlich zu den dort bereits angeführten Erläuterungen, Begründungen und Kommentaren – vorgenommen. Um die rechtlichen Zusammenhänge im Folgenden gut erkennen und einordnen zu können, wird ausdrücklich empfohlen, die Wissensinhalte genannter Kapitel immer wieder vergleichend heranzuziehen.

Betreffend die ärztliche und pflegerische Anordnung finden sich die für das Setting der mobilen Pflege und Betreuung relevanten Präzisierungen und Eingrenzungen in Kapitel 2. Sie wurden infolge der Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG-Novelle 2024 erforderlich und passend zu den Rechtstexten eingefügt.<sup>71</sup>

Zu den speziellen Rahmenbedingungen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste zählen vor allem:

- Leistungserbringung in der Regel ohne unmittelbare Gegenwart weiterer Teammitglieder oder von Ärztinnen/Ärzten,
- Leistungserbringung im familiären Kontext (in enger Zusammenarbeit mit den An- und Zugehörigen),
- Leistungsempfängerin/Leistungsempfänger als beitragsleistende Kundin / beitragsleistender Kunde,
- keine durchgehende Anwesenheit am Pflege- bzw. Betreuungsort (auf Hausbesuche beschränkt),
- zumeist längere (nicht selten sogar mehrjährige) Betreuungsdauer bei gleichzeitig komplexer werdenden Pflegesituationen,
- hohe Notwendigkeit eines nicht nur fachlich korrekten, sondern auch ökonomisch sinnvollen Personaleinsatzes und daher einer gut aufeinander abgestimmten, koordinierten Pflege und Betreuung sowie personell klaren Zuweisung der Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess.

<sup>71</sup> Zu den in Kapitel 2 betreffend die **ärztliche und pflegerische Anordnung** eingefügten Präzisierungen und Eingrenzungen siehe vor allem Fußnote 27 in Kapitel 2.2.6, Fußnoten 42 und 54 in Kapitel 2.3.3 sowie Fußnoten 57 und 67 in Kapitel 2.3.4.

## 4.1 Delegation, Subdelegation und Aufsicht

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegefachassistenten, Pflegeassistenten und Heimhilfe arbeiten im Setting der mobilen Pflege und Betreuung trotz des weitgehend fehlenden gemeinsamen Vor-Ort-Einsatzes auf der Basis von Teamarbeit eng zusammen. Die Heimhilfe ist in ihren beiden Leistungsbereichen (der »klassischen« Heimhilfe und mehrstündigen Alltagsbegleitung) tätig.<sup>72</sup>

In der individuellen Pflegesituation wird das Pflege- und Betreuungsteam fachlich von einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit Funktion der Fallführung (der fallführenden DGKP) koordiniert und begleitet. Die Fallführung stellt eine Weiterentwicklung zur bisherigen Bezugspflege dar. Aufgrund ihrer besonderen Verantwortung und Stellung im Pflege- und Betreuungsteam (u. a. als Steuernde, Delegierende und Aufsichtsführende) wird die fallführende DGKP ab diesem Kapitel in den Vordergrund gerückt.<sup>73</sup>

Die fallführende DGKP entscheidet im Rahmen ihrer Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess (pflegerische Kernkompetenzen) und im Rahmen ihrer Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie im Einzelfall darüber, ob Pflegeinterventionen und/oder Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie vom gehobenen Dienst selbst zu erbringen sind oder eine Delegation bzw. Subdelegation an eine andere Berufsgruppe des Pflege- und Betreuungsteams durchzuführen ist. Sie stützt sich dabei in ihrer Entscheidung auf die Ergebnisse des Pflegeassessments (Resident Assessment Instrument – Home Care/RAI HC) sowie der Pflegediagnostik und begründet diese anhand des festgestellten Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrades der individuellen Pflegesituation (siehe Kapitel 4.1.1).

Vor Abschluss des pflegediagnostischen Prozesses sind gemäß Landesrichtlinie zum RAI HC<sup>74</sup> aus Fach- und Effizienzgründen allerdings Aufgaben zu delegieren bzw. anzuordnen, die von der Heimhilfe eigenverantwortlich durchgeführt werden (hauswirtschaftlicher Bereich). Dies gilt auch für Pflegeinterventionen und Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie, deren rasche Delegation bzw. Subdelegation an die Pflegeassistentenberufe nach sorgfältiger Einschätzung durch die fallführende DGKP

72 Die »klassische« Heimhilfe umfasst den vollen Aufgabenbereich gemäß StSBBG (siehe Kapitel 3.2), die **mehrstündige Alltagsbegleitung** ist hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und Aufgabenbereiche in Kapitel 4.5 näher beschrieben.

73 Zu den **Prämissen der Fallführung** und der besonderen Verantwortung und Stellung der **fallführenden DGKP** im Pflege- und Betreuungsteam siehe im Näheren Kapitel 5.2.

74 Die **Landesrichtlinie zum RAI HC** wurde im Herbst 2022 mit den Pflegedienstleitungen der Träger der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark überarbeitet und diesen zur Verfügung gestellt.

mit keinen Pflege- und Gesundheitsrisiken für die Kundin / den Kunden verbunden ist.<sup>75</sup> Unter dieser Voraussetzung sind auch rasche Delegationen an die Heimhilfe im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung vorzunehmen.

Bei Delegation/Subdelegation legt die fallführende DGKP dann im Einzelfall die Intensität der Aufsicht fest (siehe Kapitel 4.1.2).

#### 4.1.1 Zu berücksichtigende Dimensionen bei Delegation/Subdelegation

Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG-Novelle 2016) bestimmt den Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation als maßgeblich für die Delegation und Subdelegation. Um Anhaltspunkte zu diesen drei Dimensionen zu bieten und (möglichst einfach erklärende) Hilfestellungen zu deren Beurteilung für die pflegerische Praxis zu geben, wird auf die Erläuterungen in der Sonderausgabe zum GuKG von Weiss/Lust (2021) sowie die Erkenntnisse relevanter (Forschungs-)Literatur zurückgegriffen. Darüber hinaus werden auch Eigenkommentare zum Thema eingebracht.

Zur **Beurteilung des Komplexitätsgrades** einer Pflegesituation empfiehlt sich die Berücksichtigung folgender Faktoren:<sup>76</sup>

1. das Ausmaß und die Kontrollierbarkeit pflegerelevanter Problemstellungen bezogen auf die physische, psychische und soziale Ebene der Kundin / des Kunden,
2. die Einschätzbarkeit pflegerelevanter Problemstellungen,

75 Zu **berücksichtigende Risiken** können beispielsweise ein (noch nicht klar einschätzbares) Risiko für Druckschädigung, ineffektives Selbstmanagement des Blutzuckerprofils und/oder unzureichendes Flüssigkeitsvolumen sein. Hier ist der pflegediagnostische Prozess zu beenden, bevor allenfalls eine Delegation/Subdelegation stattfinden kann.

76 Die genannten **Faktoren** werden von Gurtner *et al.* (2018) in ihrer diesbezüglichen Forschungsarbeit als ausschlaggebend für die Beurteilung der Komplexität einer Pflegesituation (»patientenbezogene Komplexität«) erachtet. Diese Faktoren werden nachstehend kurz beleuchtet.

Bei der **Kontrollierbarkeit** pflegerelevanter Problemstellungen geht es um die Möglichkeiten zur Symptomkontrolle in erweitertem Sinne (physisch/psychisch/sozial) durch entsprechende Interventionen und damit um die Handhabbarkeit der Situation; bei der **Einschätzbarkeit** geht es darum, ob in Hinsicht auf die Problemstellungen selbst, die Zielsetzungen, die erforderlichen Pflegemaßnahmen und deren Wirksamkeit Klarheit herrscht bzw. herzustellen ist und ob Wissen zu Komorbiditäten und allfälligen Risiken besteht. **Multimorbidität und erhöhtes Alter** bei gleichzeitig ungenügender Symptomkontrolle und Einschätzbarkeit der Problemstellungen bedingen jedenfalls komplexe Pflegesituationen, die der besonderen Aufmerksamkeit bedürfen.

Die **Vertrautheit** mit der Pflegesituation und den erforderlichen Pflegemaßnahmen hängt davon ab, ob seitens der Pflegepersonen bereits Erfahrung mit vergleichbaren Situationen/Problematiken besteht oder ob diese für sie neu sind. Die Möglichkeit zur Anwendung von bekannten Routinetätigkeiten steigert die Sicherheit der Pflegepersonen im Umgang mit Pflegesituationen.

Die **Prognostizierbarkeit** des weiteren Verlaufs gibt Auskunft darüber, wie sich die Pflegesituation voraussichtlich weiter entwickeln wird. Fehlende oder schwierige Prognostizierbarkeit können stark verunsichernd wirken.

3. die Vertrautheit mit der Pflegesituation und den erforderlichen Pflegemaßnahmen,
4. die Prognostizierbarkeit des weiteren Verlaufs,
5. die Ressourcen der Kundin/des Kunden.

Je mehr physische, psychische und/oder soziale (auch familiäre) Problemstellungen gleichzeitig im Auge zu behalten/beurteilen sind und je weniger diese kontrolliert und eingeschätzt werden können, je weniger vertraut die Pflegeperson mit der Pflegesituation und den erforderlichen Pflegemaßnahmen ist, je schlechter sich der weitere Pflegeverlauf vorhersehen lässt und über je weniger Ressourcen die Kundin/der Kunde verfügt, desto komplexer stellt sich die Pflegesituation dar.

Zur **Beurteilung des Stabilitätsgrades** als wichtigen Teilbereich des Komplexitätsgrades einer Pflegesituation werden das Ausmaß und die Kontrollierbarkeit pflege-relevanter Problemstellungen herangezogen. Diese entscheiden über die Stabilität/Instabilität der Situation und damit auch maßgeblich über deren Komplexität (siehe oben).<sup>77</sup>

Hilfreich ist es, bei der konkreten Beurteilung der Stabilität darauf zu achten, ob die Situation der Kundin/des Kunden (immer wieder) ein unmittelbares/akutes pflegerisches und/oder medizinisches Einschreiten und damit auch situationsbedingtes Anpassen geplanter Pflegeinterventionen und/oder Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie erfordert (oder nicht). Wichtige Rückschlüsse auf den Stabilitätsgrad einer Pflegesituation lassen sich zusätzlich daraus ziehen, ob die Situation es erschwert (oder erleichtert), Pflegeinterventionen prozesshaft (d.h. im Rahmen des Pflegeprozesses) zu planen und durchzuführen.<sup>78</sup>

---

Vorhandene / nicht vorhandene **Ressourcen** der Patientin/des Patienten (z. B. im Hinblick auf die Selbstpflegefähigkeiten, die Entscheidungs- und Kommunikationsfähigkeiten, das Erfahrungswissen in Bezug auf die eigene Erkrankung, das familiäre/soziale Netz) wirken modifizierend (d. h. reduzierend/steigernd) auf die Komplexität.

Die »patientenbezogene Komplexität« zeigt sich in der Forschungsarbeit von Gurtner *et al.* (2018, S. 243) als ein **dynamischer Prozess**, der die Gesamtsituation der Patientin/des Patienten (einschließlich ihrer/seiner Ressourcen) sowie die Kommunikation und Interaktion zwischen ihr/ihm und den Pflegepersonen umfasst.

- 77 Der enge **Zusammenhang von Komplexität und Stabilität** in Pflegesituationen wird von Gurtner *et al.* (2018) ausführlich dargelegt.
- 78 Zur **Stabilität/Instabilität von Pflegesituationen** im dargestellten Sinne siehe Hausreither/Lust (2018) sowie Weiss/Lust (2021, S. 385).

Je häufiger ein unmittelbares/akutes pflegerisches und/oder medizinisches Einschreiten erforderlich ist und je weniger konkret die Pflegeinterventionen im Rahmen des Pflegeprozesses geplant und durchgeführt werden können, desto instabiler stellt sich die Pflegesituation dar.

Zur **Beurteilung des Spezialisierungsgrades** einer Pflegesituation ist nicht nur von Relevanz, welche berufsrechtlichen Grundqualifikationen und welchen Erfahrungshintergrund die Situation verlangt, sondern auch, ob die Situation vertiefte, erweiterte oder gar zusätzliche Kenntnisse und Fertigkeiten – erworben im Zuge von Fort-, Weiter- bzw. Sonderausbildungen/Spezialisierungen (Höherqualifizierungen)<sup>79</sup> – erfordert.

Ein höherer Spezialisierungsgrad kann beispielsweise in folgenden Situationen der Kundin/des Kunden vorliegen und den Einsatz vertiefter, erweiterter oder gegebenenfalls auch zusätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten erfordern: komplexe Bewegungssituation (Einsatz von Expertise in Kinästhetik), komplexe Wund-, Stoma- oder Kontinenzsituation (Einsatz von Expertise im jeweiligen Versorgungsbereich), spezieller Edukationsbedarf<sup>80</sup> bei Diabetes mellitus (Einsatz von Expertise in der Diabetesberatung), spezieller Kommunikationsbedarf bei Wahrnehmungsbeeinträchtigung oder demenzieller Erkrankung (Einsatz von Expertise in Basaler Stimulation, Validation).

79 Das Thema der **Fortbildungen** wurde bereits in Kapitel 2.1.9 und 3.1.3 näher behandelt. Fortbildungen dienen neben dem Informationserwerb von neuesten Entwicklungen und Erkenntnissen der Wissenschaft auch der Vertiefung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten.

Das GuKG bezieht sich in §§ 64 und 104a auf die Berechtigung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, **Weiterbildungen** zu absolvieren. Weiterbildungen dienen der Erweiterung der in der Ausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten und haben zumindest vier Wochen zu umfassen. Zu den zahlreichen (exemplarischen) Weiterbildungsmöglichkeiten geben die Anlagen 1 (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege) und 2 (Pflegeassistentenberufe) zur Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung (GuK-WV) Auskunft. Verordnung und Anlagen sind im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2). Die berufsrechtlichen Grundlagen für die Heimhilfe sehen keine Weiterbildungen vor.

Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege können darüber hinaus setting- und zielgruppenspezifische **Spezialisierungen** erwerben (§ 17). Voraussetzung für die Ausübung dieser Spezialisierungen ist die erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung oder Spezialisierung innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit.

Mit der GuKG-Novelle 2024 wurden betreffend die Spezialisierungen unter anderem **folgende Änderungen** festgelegt: Zum einen ist per 01.09.2025 die taxative (d. h. vollständige) Aufzählung der Spezialisierungen gefallen (damit sind weitere Spezialisierungen durch Verordnung möglich), zum anderen müssen einige Spezialisierungen in neuer Form angeboten werden (z. B. die Spezialisierung »Wundmanagement und Stomaversorgung« als »Wund-, Stoma- und Kontinenzmanagement«). Sonderausbildungen dürfen nur mehr bis 31.12.2032 begonnen werden (laufen danach aus). Zusätzlich wurde der Begriff »**Höherqualifizierung**« eingeführt und umfasst künftig alle Spezialisierungen sowie erlangten Diplome einer Sonderausbildung. Der gesamte Bereich der Spezialisierungen bzw. Höherqualifizierungen wird zudem dem tertiären Bereich (Hochschulbereich) zugeführt (siehe dazu im Näheren AB 2024).

80 Zum Handlungsfeld der **Pflegeedukation** siehe Kapitel 5.3 und 6.1 bis 6.10.



In bestimmten Bereichen (z. B. Kinästhetik, Basale Stimulation, Validation)<sup>81</sup> können sowohl der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als auch die Pflegeassistentenberufe über vertiefte oder erweiterte Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen. Die Heimhilfe kann im Zuge von Fortbildungen ebenfalls zu einer Vertiefung ihrer Kenntnisse und Fertigkeiten gelangen (z. B. in der Kommunikation durch Validation oder Aktivierung/Beschäftigung älterer Menschen durch Seniorenanimation).

Je höher die Grundqualifikationen und je umfangreicher oder auch spezieller die Berufserfahrungen und Zusatzqualifikationen für eine (qualitätsvolle) Leistungserbringung sein müssen, desto höher ist der Spezialisierungsgrad der Pflegesituation anzunehmen.

Vor dem Hintergrund des Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrades der individuellen Pflegesituation hat die fallführende DGKP ihre Entscheidung zur Delegation/Subdelegation auf Basis sorgfältiger Einschätzungen und Überlegungen sowohl berufsgruppen- als auch gegebenenfalls personenbezogen zu treffen – oder (z. B. aufgrund der Pflege- und Gesundheitsrisiken, mit denen die Situation für die Kundin/den Kunden verbunden ist) zu unterlassen. Bei den personenbezogenen Entscheidungen steht das Vorhandensein vertiefter, erweiterter oder zusätzlicher Kenntnisse und Fertigkeiten bei (einzelnen) Pflege- und Betreuungspersonen im Vordergrund.<sup>82</sup>

Aus Gründen der Qualitätssicherung und eines zugleich fachlich wie ökonomisch sinnvollen Personaleinsatzes kann es angezeigt sein, mehrere Berufsgruppen in eine Pflegesituation zu involvieren. Besteht beispielsweise ein erhöhtes Spezialisierungserfordernis aufgrund einer komplexen Wundsituation bei einer insgesamt gut kontrollier- und einschätzbaren sowie stabilen Pflegesituation, so wird ein gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege mit entsprechender Expertise die Wundversorgung und zugehörigen edukativen Aufgaben durchführen. Die geplanten Pflegeinterventionen zur Unterstützung bei der Körperpflege und Mobilisation sind dann an eine andere Berufsgruppe des Pflege- und Betreuungsteams zu delegieren. Das Team kann in der individuellen Pflegesituation somit auch größer sein und aus einem gehobenen Dienst,

81 **Kinästhetik, Basale Stimulation und Validation** stellen Fachkonzepte zur Förderung der Bewegung bzw. Kommunikation dar, die in Pflegesituationen unterstützend eingesetzt und deren Inhalte – über die Ausbildung hinaus – auch bei Fort- und Weiterbildungen vermittelt werden.

82 In der pflegerischen Praxis ist im Rahmen der Delegation/Subdelegation auch auf die individuellen **kommunikativen Kompetenzen und Fähigkeiten zur Reflexion** Bedacht zu nehmen. *Gurtner et al.* (2018, S. 243) zeigen auf, dass gerade komplexe Pflegesituationen – neben dem Fachwissen und der Erfahrung – ganz besonders nach den genannten Kompetenzen bzw. Fähigkeiten verlangen. Zweifelsohne gilt es, diese nicht nur im Rahmen von Delegations-/Subdelegationssituationen zu berücksichtigen, sondern auch bei der konkreten Tätigkeitszuweisung an den jeweiligen gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege selbst.

einer/einem Angehörigen der Pflegeassistentenberufe und der Heimhilfe bestehen. Die fallführende DGKP ist aufgrund ihrer Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess in jede Pflegesituation eingebunden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Qualifikations- und damit Kompetenzlevel der Berufsgruppe in der individuellen Pflegesituation umso höher sein muss, je komplexer und instabiler sich eine Situation darstellt und je mehr Kenntnisse und Fertigkeiten zu deren Bewältigung erforderlich sind. Aus qualitätssichernden sowie fachlichen und ökonomischen Gründen sind gegebenenfalls auch mehrere Berufsgruppen zur Leistungserbringung heranzuziehen.

#### 4.1.2 Intensität der Aufsicht bei Delegation/Subdelegation

Dieses Kapitel führt die wichtigsten Eckpunkte zum Thema der Aufsicht aus rechtlicher Perspektive nochmals an und erläutert diese näher im Hinblick auf die erforderliche Aufsichtsintensität.

Die Aufsicht über die Durchführung von Pflegeinterventionen und/oder Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie bei Delegation bzw. Subdelegation obliegt – wie bereits eingangs zu Kapitel 4.1 hingewiesen – der fallführenden DGKP. Dabei kann die Aufsicht unterschiedliche Ausgestaltungen von der »Draufsicht« bis zur begleitenden (d. h. nachträglichen) Kontrolle einnehmen. Die gebotene Intensität der Aufsicht ist einzelfallbezogen zu beurteilen und hängt (ebenso wie die Delegation/Subdelegation selbst) vom Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der individuellen Pflegesituation und den damit allfällig verbundenen Pflege- und Gesundheitsrisiken<sup>83</sup> ab. Auch die Komplexität von Tätigkeiten sowie Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen der/des jeweiligen Berufsangehörigen stellen maßgebliche Kriterien im Zusammenhang mit der Intensität der Aufsicht dar.

»**Draufsicht**« bedeutet, dass die fallführende DGKP bei der pflegerischen und/oder medizinischen Leistungserbringung durch eine Angehörige/einen Angehörigen der Pflegeassistentenberufe oder bei Tätigkeiten im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung durch die Heimhilfe unmittelbar anwesend ist.

83 **Pflegerisiken** wie beispielsweise das Risiko für Stürze, Druckschädigung, Thrombose, unzureichendes Flüssigkeitsvolumen, übermäßige Einsamkeit oder übermäßige Belastung durch den pflegerischen Versorgungsaufwand sind genauso mitzubedenken wie gesundheitliche Risiken, die aus **medizinischen Problemstellungen** (z. B. der Diabetes- oder Blutdruckeinstellung, der Wund- oder Schmerzsituation) oder dem **Medikamentenmanagement** (v. a. im Falle einer Polypharmazie mit erhöhtem Risiko für Neben- und Wechselwirkungen) erwachsen können. Die angeführten Pflegerisiken sind der Terminologie der NANDA-International-Pflegediagnosen in der Version 2024–2026 (Herdman et al., 2025) entnommen.

Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung ist dies ganz besonders dann erforderlich, wenn die zur Durchführung vorgesehene Person nach Wissensstand oder Einschätzung der fallführenden DGKP nicht über die nötigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Erfahrungen verfügt, um eine Pflegesituation gut bewältigen bzw. eine Pflegeintervention oder Tätigkeit der medizinischen Diagnostik und Therapie fachgerecht ausführen zu können. Es kommt hierbei die Anordnungsverantwortung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zum Tragen.<sup>84</sup>

Sollte in diesem Fall an einer Delegation/Subdelegation festgehalten werden (können), so hat die »Draufsicht« in Verbindung mit einer entsprechenden Anleitung und Unterweisung sowie gegebenenfalls weiteren Begleitmaßnahmen (z. B. Rückkoppelung, zeitnahe erneute Kontrolle) zu erfolgen. Zur Anleitung und Unterweisung kann auch ein gehobener Dienst ohne Funktion der Fallführung herangezogen werden.

Von dieser Notwendigkeit zur »Draufsicht« abgesehen, erfolgt die Aufsicht in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten seitens der fallführenden DGKP in Form der **begleitenden Kontrolle** und zwar mit den Voraussetzungen der Schriftlichkeit der Anordnung, der Rückfragemöglichkeit bei einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (oder einer Ärztin/einem Arzt) und der schriftlichen Festlegung der Kontrollintervalle nach Maßgabe pflegerischer und ärztlicher einschließlich qualitätssichernder Notwendigkeiten.<sup>85</sup> Ein häufig eingesetztes Instrument zur Ausübung der begleitenden Kontrolle stellt dabei die Pflegevisite dar.<sup>86</sup>

Bei der Delegation von Pflegeinterventionen und/oder Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Pflegeassistenz ist die begleitende, in regelmäßigen Intervallen auszuübende Kontrolle durch die fallführende DGKP verbindlich durchzuführen. Diese ergibt sich unmittelbar aus der berufsrechtlichen Aufsichtsverpflichtung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Eine Verpflichtung zur begleitenden Kontrolle liegt auch bei der Delegation von Tätigkeiten

84 Zur pflegerischen **Anordnungsverantwortung** siehe im Näheren Kapitel 5.2.

85 Zur Verschriftlichung der Anordnung und Kontrollintervalle wird neben dem **Pflegeplan** in der Praxis der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste auch der **Pflegeverlaufsbericht** genutzt. Letzterer wird dazu im Regelfall allerdings nur so lange herangezogen, bis der schriftliche Pflegeplan ausgearbeitet ist.

86 Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung werden **Pflegevisiten** sowohl in vorgeplanter als auch in spontaner Form (Letzteres z. B. bei akuten pflegerischen und/oder gesundheitlichen Ereignissen der Kundin/des Kunden, auftretenden Unsicherheiten von Pflege- und Betreuungspersonen bei der Leistungserbringung) durchgeführt. Es lassen sich zwei Schwerpunkte für Pflegevisiten im mobilen Bereich benennen, die durchaus Hand in Hand gehen: das Gespräch mit der Kundin/dem Kunden über ihren/seinen Pflegeprozess einschließlich Evaluation der Pflegeergebnisse und Zufriedenheit mit der Pflege und Betreuung (vielfach unter Einbeziehung von An- und Zugehörigen) und eben die Wahrnehmung der Aufsichtsverpflichtung im Rahmen der Delegation/Subdelegation.

im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung an die Heimhilfe vor. Es besteht jedenfalls keine Eigenverantwortlichkeit der Pflegeassistentin und der Heimhilfe bei der pflegerischen und medizinischen Leistungserbringung.<sup>87</sup>

Bei der Delegation von Pflegeinterventionen und/oder Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Pflegefachassistentin gibt es diese Verpflichtung zur Aufsicht für die fallführende DGKP nicht. Die Pflegefachassistentin ist zur eigenverantwortlichen Durchführung berechtigt. Dennoch hat die fallführende DGKP auch hier aufgrund ihrer Anordnungsverantwortung zu entscheiden, ob die Durchführung durch die Pflegefachassistentin jeweils im Einzelfall einer begleitenden, in regelmäßigen Intervallen auszuübenden Kontrolle bedarf.

Die Kontrollintervalle sind dann richtig festgelegt, wenn diese sicherstellen, dass die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess<sup>88</sup> vollumfänglich wahrgenommen werden kann. Es geht um die Angemessenheit der Zeitabstände bei den Kontrollen, um das Wohl der Kundin/des Kunden gut im Auge behalten und gegebenenfalls rechtzeitig korrigierend eingreifen zu können.<sup>89</sup>

Keinesfalls dürfen die Kontrollintervalle einfach nur routinemäßig in bestimmten zeitlichen Abständen – beispielsweise bei allen Kundinnen/Kunden einmal monatlich oder jedes Quartal – geplant werden. Ausschließlich die eingangs zu diesem Kapitel genannten Kriterien (die individuelle Pflegesituation, die Komplexität von Tätigkeiten sowie die Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen der/des jeweiligen Berufsangehörigen) entscheiden über die Häufigkeit der Kontrollintervalle.

87 Im **hauswirtschaftlichen Bereich** bedarf die Heimhilfe aufgrund der Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung von Aufgaben grundsätzlich keiner Beaufsichtigung (lediglich der Anordnung). Dennoch kann eine Aufsicht im Einzelfall nötig sein (z.B. im Falle von problematischen Wohn- und Hygienesituationen).

88 *Bretbacher* (2017) stellt zum Thema der **Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess** dar, welche gesundheitsbezogenen Folgen für die pflegebedürftige Person und gegebenenfalls welche rechtlichen Konsequenzen für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und die Führungskräfte (Einsatzleitung, Pflegedienstleitung) aus einer ungenügenden oder fehlenden Zuordnung und Wahrnehmung dieser Verantwortung erwachsen können.

89 Im Sinne des **Wohles der Kundin/des Kunden** kann es nach *Weiss/Lust* (2021, S. 389) angezeigt sein, die Aufsicht zu intensivieren oder andere geeignete Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu ergreifen. Als eine andere geeignete Maßnahme kommt beispielsweise die Leistungserbringung durch eine Berufsgruppe mit höherem Qualifikationslevel infrage.

### 4.1.3 Delegations- und Aufsichtsbeispiele

Die vier ausführlich beschriebenen, fiktiven Fallbeispiele in diesem Kapitel stellen Pflegesituationen mit unterschiedlichem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad dar. Sie sollen der fallführenden DGKP eine zusätzliche Hilfestellung im Rahmen ihrer Delegationsentscheidungen und Aufsichtsverpflichtungen (siehe Kapitel 4.1.1 und 4.1.2) bieten.

Die fallführende DGKP nutzt zur Pflegebedarfsabklärung jeweils das Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) und zur Qualitätssicherung die Pflegevisite.<sup>90</sup> Die Beispiele nehmen die Begriffe des RAI HC auf (z. B. »total abhängig« oder »verstärkte/begrenzte Hilfe«) und es entstammen die Pflegediagnosen weitestgehend der Terminologie der NANDA-International-Pflegediagnosen in der Version 2024–2026.<sup>91</sup> Mit der Einteilung der Pflegeziele in vier Kategorien (kompensativ, präventiv, rehabilitativ und palliativ) wird die Ausrichtung der individuellen Ziele bestimmt.<sup>92</sup>

Zum Leistungsbereich der mehrstündigen Alltagsbegleitung sind (kurz skizzierte) Fallbeispiele zu Ende des Kapitels 4.5 angegeben.

Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass beispielhafte Darstellungen nur Orientierungs- und niemals Richtliniencharakter haben können. In konkreten Pflegesituationen sind stets die in Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 genannten Dimensionen bzw. Kriterien betreffend die Delegation/Subdelegation und Aufsicht, die in enger Verbindung mit den berufsrechtlichen Bestimmungen zu sehen sind, zu beachten.

### Fallbeispiel 1

#### Frau W. – keine Delegation, Einsatz verbleibt beim gehobenen Dienst

Frau W., 92 Jahre alt, wird von der behandelnden Ärztin an den mobilen Pflege- und Betreuungsdienst zugewiesen. Im Vordergrund – so die Ärztin im Telefonat mit der Einsatzleitung – stehe die Versorgung eines Druckgeschwüres am Kreuzbein. Frau W. leide an einer ausgeprägten Herzinsuffizienz mit Beinödemen und Atemnot. Darüber

90 Das **Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC)** zeichnet sich durch ein schrittweises Vorgehen – orientiert am Pflegeprozess – aus. Entsprechend diesen Schritten besteht das RAI HC aus verschiedenen Bestandteilen: **1. Minimum Data Set (MDS)** zur standardisierten und strukturierten Zustandsfeststellung; **2. Risikoerkennungstafel** als eine Arbeitshilfe zum Auffinden evidenter Hinweise für den notwendigen Pflegebedarf sowie zum Identifizieren von Problemen und Potenzialen; **3. Abklärungshilfen** (Client Assessment Protocols – CAPs) mit Richtlinien für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung, die sich an Problemursachen und Ressourcen orientieren. Die schriftliche **Abklärungszusammenfassung** dient der Dokumentation des Abklärungsprozesses (pflegediagnostischer Prozess) und der Formulierung von Pflegediagnosen, die in Folge in den schriftlichen Pflegeplan übernommen werden.

Zur **Pflegevisite** in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten siehe Fußnote 86 in Kapitel 4.1.2.

91 Diese Version der **NANDA-International-Pflegediagnosen** (Herdman et al., 2025) bildet im Setting der mobilen Pflege und Betreuung in der Steiermark die aktuelle Grundlage für das Erstellen von Pflegediagnosen. Es ist vorgesehen, dass die Folgeversionen dann ebenfalls zum Einsatz kommen.

92 Zu den genannten **Kategorien der Pflegezieleinteilung** siehe im Näheren Kapitel 5.3 unter dem Handlungsfeld »Pflegeinterventionen / Soziale Betreuung / Hauswirtschaftliche Tätigkeiten«.

hinaus sei sie seit einer Pneumonie vor wenigen Wochen extrem geschwächt und benötige eine kontinuierliche Sauerstoffzufuhr. Eine weitere rasche gesundheitliche Verschlechterung sei zu erwarten. Die im selben Haushalt lebende und bereits in Pension befindliche Tochter, Frau P., stoße mit der Pflege nun an ihre Grenzen. Dennoch wolle sie die Mutter möglichst bis zuletzt zu Hause versorgen.

Es kommt zur Terminvereinbarung mit der Tochter für den nächsten Tag. Beim ersten Hausbesuch gewinnt die fallführende DGKP den Eindruck, dass Frau P. sehr froh über die externe Hilfe ist. Frau W. selbst nimmt den Besuch kaum wahr, sie ist überaus schläfrig und es fällt eine starke Kurzatmigkeit trotz Sauerstoffgabe auf. Die Erhebung der Pflegedaten mittels Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) erfolgt gemeinsam mit der Tochter und ergibt, dass Frau W. seit der Pneumonie in allen Bereichen der Aktivitäten des täglichen Lebens total abhängig ist und das Bett nicht mehr verlassen kann. Es liegt eine vollständige Inkontinenz vor, geeignete Hilfsmittel werden eingesetzt. Eine Ansprache von Frau W. ist tagsüber immer wieder möglich. Zu diesen Zeiten erhält sie von der Tochter ein wenig Flüssigkeit und breiige Nahrung. Dabei werden auch die Medikamente zur Stärkung der Herzfunktion und Entwässerung verabreicht. Frau W. zeigt eine trockene Mundschleimhaut. Das vor gut einer Woche aufgetretene Druckgeschwür bereitet Frau W. Schmerzen. Seit einem Tag werden auf Anordnung der Ärztin analgetische Tropfen gegeben. Bei Inspektion des vorhandenen Pflegebettes stellt die fallführende DGKP fest, dass dieses über eine herkömmliche Matratze mit lediglich dünner Schaumstoffauflage verfügt. Frau P. ist um die Mutter offensichtlich sehr besorgt und bemüht, möchte die Pflege auch keinesfalls zur Gänze abgeben. Sie wirkt allerdings erschöpft und äußert bedrückt, dass ihre Schwester in der nahen Stadt wohne und zuletzt kaum zu Besuch komme. Das familiäre Verhältnis sei stets ein gutes gewesen. Ihre Schwester habe wegen ihrer Berufstätigkeit wohl viel zu tun.

Die fallführende DGKP organisiert in Abstimmung mit Frau P. noch für denselben Tag über den Sanitätsfachhandel ein geeignetes Antidekubitussystem für das Pflegebett. Die nötige Instruktion von Frau P. wird von diesem zugesagt. Bei der gemeinsamen Wundversorgung erkennt die fallführende DGKP, dass Frau P. durch den Verbandswechsel sehr gestresst ist. Die vorhandenen Wundprodukte erweisen sich als unzureichend. Die fallführende DGKP hilft mit vorsorglich mitgeführten Verbandsmaterialien aus und leitet Frau P. zum erforderlichen Positionswechsel an. Das Angebot der professionellen Wundversorgung und Bestellung adäquater Produkte über die zuständige Sozialversicherung nimmt Frau P. umgehend an. Etwas zögerlicher geht sie auf das Angebot der täglich gemeinsamen Körperhygiene bei ihrer Mutter ein. Sie akzeptiert dieses erst, nachdem ihr die fallführende DGKP verdeutlichen kann, dass dadurch für sie eine weitere Entlastung eintreten und Verantwortung von ihren Schultern genommen werde (insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung vermeidbarer Komplikationen und die Möglichkeit, jederzeit Fragen stellen zu können).



Die fallführende DGKP beurteilt die Pflegesituation von Frau W. als hochgradig komplex und instabil. Neben dem Druckgeschwür, der Vielzahl anderer pflege-relevanter Problemstellungen und den fehlenden Selbstversorgungsfähigkeiten führen vor allem die zu erwartenden weiteren Zustandsverschlechterungen und deren noch schwer absehbaren Auswirkungen auf den Pflegeverlauf sowie die Erschöpfung der Tochter zu dieser Beurteilung. Die fallführende DGKP stellt einen hohen Bedarf an situationsabhängiger Begleitung und Unterstützung, ausgerichtet am Leistungsvermögen und den Wünschen der Tochter, sowie an Information und Beratung fest. Eine Delegation der Pflegeinterventionen und Subdelegation des Verbandswechsels schließt sie vorerst aus. In Abstimmung mit der Einsatzleitung ordnet sie die Folgehausbesuche sich selbst zu.

Nach Abschluss des RAI HC nimmt die fallführende DGKP folgende prioritäre, auf die Probleme der Tochter fokussierte Pflegediagnosen in den schriftlichen Pflegeplan auf:

1. Übermäßige Belastung durch pflegerischen Versorgungsaufwand
2. Unterbrochene familiäre Interaktionsmuster

Das Risiko weiterer Druckgeschwüre sollte durch das Antidekubitussystem und den Positionswechsel gebannt sein. Die palliative Versorgung von Frau W. wird im Pflegeplan mit dem Ziel der Entlastung der Tochter bei Diagnose 1 aufgegriffen, die für Frau P. belastende Situation mit ihrer Schwester zwecks Klärung bei Diagnose 2 erfasst. Mit der Ärztin vereinbart die fallführende DGKP einen zeitnahen gemeinsamen Hausbesuch, um mit ihr die pflegerelevanten Problemstellungen und palliative Ausrichtung der pflegerischen und medizinischen Leistungen zu besprechen. Die Ärztin ist mit dem Vorgehen einverstanden.

Nach den ersten Hausbesuchstagen und dem Aufbau einer Vertrauensbasis motiviert die fallführende DGKP Frau P. dazu, ihre Schwester telefonisch zu kontaktieren. Nach anfänglicher Scheu (»Ich will niemanden unter Druck setzen«) erfolgt dann aber doch in Anwesenheit der fallführenden DGKP ein Telefonat mit der Schwester. Dabei tritt deren mangelnde Information über die Ereignisse der letzten Wochen glaubhaft zutage. Sie ist bestürzt und verspricht einen raschen Besuch. Nach diesem Besuch wirkt Frau P. erleichtert und berichtet, dass die Schwester beabsichtige, nun regelmäßig nach ihrem Dienstende vorbeizukommen. Sie möchte sich dabei auch nützlich machen und zur Hand gehen.

Im Einvernehmen mit Frau P. organisiert die fallführende DGKP zusätzlich eine ehrenamtliche Hospizbegleitung.

Die eintretenden Zustandsverschlechterungen von Frau W. erfordern bereits vor Ende der ersten Betreuungswoche ein Mehr an professioneller Hilfe. Daher integriert die fallführende DGKP nach Rücksprache mit der Einsatzleitung Kolleginnen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege in die Versorgung (insbesondere



für die Abend- und Wochenendeinsätze). Frau P. benötigt bei allen Hausbesuchen sehr viel emotionalen Beistand und professionelle Unterstützung. Knapp drei Wochen nach Betreuungsaufnahme verstirbt Frau W. zu Hause im Beisein von Frau P. und der Hospizbegleitung.

## Fallbeispiel 2

### Herr O. – Delegation an die Pflegefachassistenz, aktuell kein Aufsichtserfordernis

Die zuständige Pflegedrehscheibe<sup>93</sup> ersucht den mobilen Pflege- und Betreuungsdienst um Pflegeübernahme bei Herrn O., 83 Jahre. Dessen Gattin sei mit dem Wunsch der Unterstützung an die Pflegedrehscheibe herangetreten. In telefonischer Rücksprache mit Frau O. erfährt die Einsatzleitung, dass sich Herr O. nach einem kurzen, durch einen operativen Eingriff bedingten Krankenhausaufenthalt noch recht schwach fühle und Hilfe beim vormittäglichen Duschbad sowie beim An- und Auskleiden benötige. Aufgrund einer Parkinsonerkrankung sei diese Hilfe auch schon vor dem Krankenhausaufenthalt erforderlich gewesen, für sie nun aber schwieriger geworden. Die darüber hinausgehende Betreuung ihres Gatten wolle sie trotz ihres Alters von 78 Jahren selbst durchführen.

Noch in derselben Woche findet der erste Hausbesuch durch die fallführende DGKP statt. Die dabei gemeinsam mit Herrn und Frau O. mittels Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) erhobenen Pflegedaten ergeben, dass Herr O. wegen der vorliegenden Gangunsicherheit, eines vorangegangenen Sturzes mit Knieverletzung und einiger Stolpergefahren in der Wohnung trotz Nutzung einer Gehhilfe ein anhaltend erhöhtes Sturzrisiko aufweist. Darüber hinaus lassen ein seit Kurzem verändertes Ess- und Trinkverhalten (Herr O. zeigt seit dem Krankenhausaufenthalt kaum Appetit und nimmt weniger als einen Liter Flüssigkeit pro Tag zu sich) und die krankheitsbedingte Antriebslosigkeit (es wurde vor Jahren bereits eine Depression diagnostiziert) auf die Gefahr einer unzureichenden Nährstoffzufuhr und Austrocknung des Körpers schließen. Sowohl beim Aufstehen aus dem Bett/vom Stuhl und Hinlegen/Hinsetzen als auch beim Duschbad sowie An- und Auskleiden ist Herr O. auf verstärkte Hilfe (d.h. ein starkes Stützen) angewiesen. Bei den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten, der Stimmungslage und Leistungsfähigkeit im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens sind in den letzten neunzig Tagen Zustandsverschlechterungen eingetreten. Herr O. zeigt einen intakten Mund- und Hautstatus, Blase und Darm können bislang kontrolliert werden. Es liegen keine Diagnosen zu Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems vor. Frau O. ist versiert in der Medikamentengabe, deren Anzahl mit acht verschiedenen Medikamenten allerdings beträchtlich ist und auch Psychopharmaka beinhaltet.

93 Zu den in der Steiermark auf Ebene der Bezirkshauptmannschaften bzw. der Stadt Graz angesiedelten **Pflegedrehscheiben** siehe Kapitel 5.3 (Handlungsfeld »Case Management/Integrierte Versorgung«) einschließlich Fußnote 136.

Die fallführende DGKP begleitet den Einsatz einige Tage vollumfänglich selbst, um sich einen guten Überblick über die Pflegesituation und das Leistungsvermögen von Frau O. zu verschaffen. Die Fertigkeiten von Frau O. bei der Betreuung ihres Mannes (insbesondere bei der Mobilitätsunterstützung) stellen sich als gut heraus. Sie vermittelt den Eindruck, mit ihren (verbleibenden) Betreuungsaufgaben zurechtzukommen.

Mit dem behandelnden Arzt wird für den zweiten Hausbesuchstag eine gemeinsame Visite vereinbart. Dabei wird die Medikation von Herrn O. durch ihn als korrekt bestätigt. Der Arzt ordnet eine rasche Flüssigkeitssubstitution mittels subkutaner Infusionen (vorläufig begrenzt auf sieben Tage) an. Die einmal täglich zu verabreichenden Infusionen appliziert die fallführende DGKP vorerst selbst. Sie setzt dazu eine Verweilkanüle und leitet Frau O. sogleich zur Überwachung und selbstständigen Beendigung des Infusionsvorganges an. Die Infusionen werden von Herrn O. gut angenommen, der Infusionsvorgang verläuft problemlos.

Die fallführende DGKP beurteilt die Pflegesituation von Herrn O. als höhergradig komplex und instabil. Neben den physischen und psychischen Problemstellungen und geringen Selbstversorgungsfähigkeiten führen vor allem die Zustandsverschlechterungen sowie die anhaltenden und neu hinzugekommenen Pflege- und Gesundheitsrisiken zu dieser Beurteilung. Die fallführende DGKP entscheidet sich dennoch zur Delegation der Pflegeinterventionen und Subdelegation der Infusionstherapie. Bei der einzusetzenden Berufsgruppe achtet sie auf deren Kenntnisse und Fertigkeiten zur guten Situationsbewältigung und Berechtigung zur subkutanen Infusionsverabreichung. In Abstimmung mit der Einsatzleitung bezieht sie ab dem fünften Hausbesuchstag die Pflegefachassistenz in die Betreuung ein.

Nach Abschluss des RAI HC nimmt die fallführende DGKP folgende prioritäre, auf die Probleme und Risiken von Herrn O. fokussierten Pflegediagnosen in den schriftlichen Pflegeplan auf:

1. Verminderte Fähigkeiten zur Körperhygiene und zum Sich-Kleiden
2. Risiko für unzureichende Nährstoffzufuhr
3. Risiko für unzureichendes Flüssigkeitsvolumen
4. Risiko für Stürze beim Erwachsenen

Die Situation von Frau O. erfordert wegen fehlender übermäßiger Belastung vorläufig keine eigene Pflegediagnose. Den Diagnosen von Herrn O. werden bis auf Weiteres kompensative und präventive Pflegeziele zugeordnet.

Die Anordnungen der fallführenden DGKP an die Pflegefachassistenz umfassen die tägliche Unterstützung von Herrn O. bei der Körperhygiene (beim Duschbad, bei der Haut- und Haarpflege, Rasur und – falls noch nicht durchgeführt – auch bei der Mund- und Zahnhygiene) sowie beim Sich-Kleiden. Darüber hinaus überträgt sie an diese

die Begleitung und Beaufsichtigung der ihrerseits mit Herrn und Frau O. bereits vorbesprochenen und bei den ersten Hausbesuchen implementierten Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr sowie zur Sturzvermeidung (u. a. das kontinuierliche Angebot von Getränken und kleinen Speisen, die Beseitigung von Stolpergefahren und einfache Gleichgewichtsübungen). Im Rahmen der Diagnose 3 subdelegiert die fallführende DGKP zusätzlich die Verabreichung der Infusionen.

Es ist mit der Pflegefachassistenz vereinbart, dass sie über negative Veränderungen im Zustand von Herrn O. und/oder Auffälligkeiten im Rahmen der Infusionstherapie (z. B. Entzündungszeichen an der Einstichstelle der subkutanen Verweilkanüle) nicht nur in der Pflegedokumentation, sondern auch umgehend mündlich bzw. telefonisch berichtet. Die fallführende DGKP bespricht mit ihr in diesem Zusammenhang die möglichen Neben- und Wechselwirkungen der zahlreichen Medikamente und trägt ihr auf, diesbezüglich besonders aufmerksam zu sein.

Eine erste Pflegevisite ist durch die fallführende DGKP bereits am dritten Einsatztag der Pflegefachassistenz anberaumt. Diese sollte dann auch einer Erstevaluation der bei Herrn O. eingeleiteten Pflegeinterventionen und Fortschritte in der Infusionstherapie dienen. Eine Notwendigkeit zur Aufsicht (unmittelbare Anwesenheit im Sinne einer »Draufsicht« oder begleitenden Kontrolle) über die Durchführung der pflegerischen und medizinischen Leistungen sieht die fallführende DGKP aktuell nicht.<sup>94</sup> Die im Team tätigen Berufsangehörigen der Pflegefachassistenz sind in Pflegesituationen wie dieser und auch in der Verabreichung von subkutanen Infusionen erfahren.

Die Häufigkeit der weiteren Pflegevisiten (falls dann nötig, in Verbindung mit einer Aufsicht) ist noch nicht festgelegt und wird sich hauptsächlich nach den Entwicklungen im Gesundheitszustand von Herrn O. richten.

### Fallbeispiel 3

#### Frau S. – Delegation an die Pflegeassistenz, Aufsichtserfordernis

Der Sohn von Frau S. (87 Jahre) wird im Büro des mobilen Pflege- und Betreuungsdienstes vorstellig. Er ersucht im Gespräch mit der Einsatzleitung um morgendliche Unterstützung seiner Mutter beim Aufstehen aus dem Bett und bei der persönlichen Hygiene. Seine Mutter habe nach einer Hüftgelenkoperation vor drei Monaten zwar gute Fortschritte gemacht, könne jedoch nicht mehr ohne Hilfe sein. Nach dem Krankenhausaufenthalt und einer stationären Folgetherapie hätten vorrangig seine im Haushalt der Mutter lebende Schwester und eine Nachbarin die Betreuung übernommen. Die Schwester sei nun kürzlich verzogen und stehe daher weniger zur Verfügung. Er selbst und seine Gattin seien in der Nähe wohnhaft, beide aber berufstätig.

94 Grundsätzlich kann die **Pflegefachassistenz ohne Aufsicht** tätig werden. Dies ergibt sich aus ihrer Berechtigung zur eigenverantwortlichen Durchführung übertragener Tätigkeiten. Allerdings kann sich ein Aufsichtserfordernis in bestimmten Situationen ergeben (z. B. bei Verschlechterungen im Gesundheitszustand von Kundinnen und Kunden, auftretenden Unsicherheiten bei der Leistungserbringung).

Es kommt zu einem zeitnahen Vor-Ort-Besuch der fallführenden DGKP. Der Sohn ist anwesend. Die Erhebung der Pflegedaten mittels Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) ergibt, dass Frau S. keine nennenswerten kognitiven, kommunikativen und sinnesbezogenen Beeinträchtigungen zeigt. Durch die verbliebenen physischen Einschränkungen und immer wiederkehrenden, bewegungsunabhängigen Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich (Behandlung durch Einreibungen) fühlt sie sich allerdings seelisch belastet. Die meisten der erforderlichen instrumentellen Verrichtungen (u. a. Versorgung mit dem Mittag- und Abendessen, Müllentsorgung, Wohnungsreinigung, Einkäufe) sowie die abendliche Betreuung (einschließlich Vorbereitung des Frühstücks für den nächsten Tag) werden weiterhin familiär und mit Unterstützung besagter Nachbarin abgedeckt. Frau S. bewegt sich innerhalb der Wohnung etwas schwerfällig, im Großen und Ganzen aber mittels einer Gehhilfe recht sicher. Stolpergefahren können nicht identifiziert werden. Toilette und Dusche sind mit stabilen Haltegriffen ausgestattet. Frau S. äußert, beim Verlassen des Bettes aufgrund von Unsicherheit auf stärkeres Stützen angewiesen zu sein und schildert die erforderliche Hilfestellung beim Duschbad und Sich-Kleiden. Letzteres stellt sich als begrenzte Hilfe dar. Frau S. gibt eine seit Jahren bestehende Blasenschwäche an. Für den regelmäßigen Vorlagenwechsel ist durch die jeweils anwesenden An- und Zugehörigen gesorgt. Ihre Auskünfte zu Ess- und Trinkverhalten sowie Mund- und Hautstatus ergeben keine Auffälligkeiten. Morgens nimmt Frau S. vier Medikamente ein, die der Sohn in einem Wochendispenser vorbereitet hat. Der Grund für die Einnahme eines Protonenpumpen-Inhibitors zur Magensäure-Blockade bleibt unklar.

Die fallführende DGKP nimmt in Abstimmung mit Frau S. und ihrem Sohn sogleich Kontakt mit der behandelnden Ärztin auf. Dabei stellt sich heraus, dass der Protonenpumpen-Inhibitor aufgrund mittlerweile fehlender Indikation abzusetzen ist. Von den Schmerzzuständen weiß die Ärztin nichts und sie ersucht, man möge Frau S. deswegen bei ihr vorstellen. Der Sohn sichert zu, dies zu übernehmen.

Die fallführende DGKP beurteilt die Pflegesituation von Frau S. als insgesamt nur wenig komplex und weitgehend stabil. Neben der überschaubaren Anzahl an pflegerelevanten Problemstellungen und den trotz hohen Alters noch recht guten Selbstversorgungsfähigkeiten führen vor allem die Zustandsverbesserungen, die fehlenden Pflege- und Gesundheitsrisiken sowie die unvermindert gute soziale Einbindung zu dieser Beurteilung. Die Problemstellungen (auch die psychische Belastung) sollten sich unter weiterer privater und nun zusätzlich professioneller Unterstützung sowie mit ärztlicher Hilfe gut kontrollieren lassen. Die fallführende DGKP entscheidet sich zur raschen Delegation der Pflegeinterventionen. In Abstimmung mit der Einsatzleitung bezieht sie ab dem Folgetag die Pflegeassistenz in die Betreuung ein.

Die (vorläufig) durchzuführenden Pflegeinterventionen (Hilfestellung beim Transfer/Aufstehen, beim Duschbad, bei der Hautpflege und beim Sich-Kleiden) werden mittels Pflegeverlaufsbericht an die Pflegeassistenten angeordnet.

Nach Abschluss des RAI HC nimmt die fallführende DGKP folgende prioritäre, auf die Probleme von Frau S. fokussierten Pflegediagnosen in den schriftlichen Pflegeplan auf, der von ihr auch zur Konkretisierung der Tätigkeitsanordnung an die Pflegeassistenten genutzt wird:

1. Verminderte Fähigkeiten zur Körperhygiene und zum Sich-Kleiden
2. Beeinträchtigte Transferfähigkeit

Die vieljährige Blasenschwäche von Frau S. erfordert vorläufig keine eigene Pflegediagnose, der Vorlagenwechsel wird als Intervention bei Diagnose 1 miterfasst. Mit der Formulierung einer schmerzbezogenen Pflegediagnose wartet die fallführende DGKP zu. Es steht die ärztliche Abklärung im Vordergrund (dieser folgt schließlich eine Injektionstherapie). Die Pflegeziele sind bis auf Weiteres kompensativ ausgerichtet.

Die fallführende DGKP legt aufgrund ihrer Aufsichtsverpflichtung<sup>95</sup> eine Woche nach Pflegebeginn eine begleitende Kontrolle fest. Bereits nach dem zweiten Hausbesuch meldet sich die vorrangig eingesetzte Mitarbeiterin der Pflegeassistenten jedoch bei ihr und berichtet, dass sich der Transfer von Frau S. aus dem Bett für sie sehr schwierig gestaltet und ihre Hilfestellung zunehmend auf Ablehnung stößt. Die fallführende DGKP legt daher für den nächsten Tag einen gemeinsamen Hausbesuch mit der Mitarbeiterin fest und übt dabei unmittelbare Aufsicht (»Draufsicht«) über die Durchführung des Transfers aus. Dabei bestätigen sich die Angaben der Mitarbeiterin in Bezug auf die geschilderten Schwierigkeiten. Trotz umgehend vorgenommener Instruktion erkennt die fallführende DGKP, dass ein Mehr an Anleitung noch nötig sein wird. Sie beschließt gemeinsam mit der Einsatzleitung, der Mitarbeiterin zur weiteren Unterweisung eine Kollegin mit Kinästhetik-Expertise im Rahmen zweier Hausbesuche zur Seite zu stellen.

Nachdem diese Maßnahme zum Erfolg führt (rückgemeldet von der Mitarbeiterin und Kollegin sowie festgestellt durch die fallführende DGKP bei einem weiteren Kontrollbesuch nach fünf Tagen), wird die nächste begleitende Kontrolle nach drei Wochen anberaumt.

Je nach Ergebnis derselben wird dann eine Ausdehnung (oder auch Verkürzung) der Kontrollintervalle – festgelegt im schriftlichen Pflegeplan und möglichst in Verbindung mit den vorgeplanten Pflegevisiten – vorzunehmen sein.

95 Eine **Aufsichtsverpflichtung betreffend die Pflegeassistenten** besteht immer bei der Delegation von Pflegeinterventionen und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie.

## Fallbeispiel 4

### Frau L. – Delegation an die Heimhilfe, Aufsichtserfordernis

Frau L., 76 Jahre alt, wird vom Entlassungsmanagement des Krankenhauses an den mobilen Pflege- und Betreuungsdienst zugewiesen. Die Einsatzleitung erfährt im Zuweisungstelefonat, dass der stationäre Kurzaufenthalt, veranlasst durch den behandelnden Arzt von Frau L., durch eine Durchfallerkrankung und damit verbundene Austrocknung des Körpers bedingt gewesen sei. In ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit zeige Frau L. keine Einbußen, auch sei sie vollständig bewegungsfähig. Bei Überstellung mit dem Rettungsdienst habe sie allerdings einen sehr ungepflegten Eindruck gemacht. Das Entlassungsmanagement ersucht um Kontaktaufnahme mit ihr. Das Einverständnis von Frau L. liege dazu vor.

Die häusliche Situation stellt sich für die fallführende DGKP beim ersten Hausbesuch schließlich wie folgt dar: Die Wohnung ist unaufgeräumt und stark verunreinigt. Frau L. ist nicht frisiert und wohl auch nicht gewaschen. Sie trägt ein verschmutztes Hauskleid. Die mittels Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) erhobenen Pflegedaten bestätigen die Angaben des Entlassungsmanagements zu Kognition und Bewegungsfähigkeit. Ein Gespräch ist gut möglich. Frau L. wohnt seit jungen Jahren alleine. Sie zeigt im Vergleich zu früher jedoch eine verminderte Teilnahme an sozialen Aktivitäten. Eine Freundin – so Frau L. – sei kürzlich verstorben, und es seien auch das Einkaufen und die Erledigung der finanziellen Angelegenheiten für sie mühevoller geworden. Es bedrücke sie, nur wenig Ansprache zu haben und kaum außer Haus zu kommen. Die Zubereitung kleiner Mahlzeiten schafft Frau L., zum Aufräumen und Putzen fehlt ihr ganz offensichtlich die Motivation. In der Küche stehen Lebensmittel und Speisen auf diversen Ablageflächen, die der Kühlung bedürfen. Im Entlassungsbrief des Krankenhauses, der von Frau L. gebracht wird, ist eine Lebensmittelvergiftung als Ursache der Durchfallerkrankung angegeben. Weitere Diagnosen oder Medikationshinweise sind dem Brief nicht zu entnehmen. Frau L. bestätigt, keine Medikamente zu nehmen. Die zunehmende häusliche Unordnung und Verunreinigung stören sie, auch schämt sie sich dafür, nicht mehr so gepflegt wie früher zu sein, als sie beruflich noch täglich außer Haus musste. Sie wünscht sich eine Verbesserung ihrer Situation und erhofft sich einen Ansporn zur Wiedererlangung ihrer Selbstständigkeit. Frau L. äußert, keinerlei Probleme mit der Blasen- und Darmkontrolle zu haben. Ein diesbezüglicher Geruch ist in der Wohnung nicht wahrnehmbar. Ernährungsstatus und Flüssigkeitsaufnahme stellen sich als unauffällig dar.

Um sich einen vertieften Überblick über den gesundheitlichen Zustand von Frau L. zu verschaffen, tritt die fallführende DGKP während des Erstbesuches telefonisch an den behandelnden Arzt heran. Er gibt an, dass Frau L. seine Dienste höchstens ein paar Mal im Jahr in Anspruch nehme. Sie verfüge über eine sehr gute körperliche Verfassung und benötige in der Tat keine regelmäßige Medikation.



Die fallführende DGKP beurteilt die Pflegesituation von Frau L. als nicht komplex und grundsätzlich stabil. Neben der geringen Anzahl an pflegerelevanten Problemstellungen und den offensichtlich gegebenen Selbstversorgungsfähigkeiten führen vor allem das noch recht »junge« Alter und kooperative Verhalten sowie die ärztlichen Auskünfte zu dieser Beurteilung. Die fallführende DGKP entscheidet sich zur raschen Delegation der Pflegeinterventionen und Implementierung der hauswirtschaftlichen Unterstützung. Insbesondere gilt es, das Wiederauftreten von Durchfällen zu vermeiden und die soziale Einbindung zu stärken. In Abstimmung mit der Einsatzleitung bezieht sie ab dem Folgetag die Heimhilfe in die Betreuung ein. Darüber hinaus organisiert sie im Einvernehmen mit Frau L. einen ehrenamtlichen Besuchs- und Begleitdienst.

4 Nach Abschluss des RAI HC und in Anbetracht der Äußerungen und Wünsche von Frau L. nimmt die fallführende DGKP folgende prioritäre, auf die gesundheitsbezogenen Verbesserungspotenziale und Risiken von Frau L. fokussierten Pflegediagnosen in den schriftlichen Pflegeplan auf:

1. Bereitschaft für verbesserte Verhaltensweisen bei der Haushaltsführung
2. Bereitschaft für verbesserte Selbstversorgungsfähigkeiten
3. Risiko für übermäßige Einsamkeit

Das Risiko des Wiederauftretens von Durchfällen sollte durch mitgeplante Interventionen bei Diagnose 1 zu minimieren sein. Es werden den Diagnosen ausschließlich rehabilitative und präventive Pflegeziele zugeordnet.

Die Anordnungen der fallführenden DGKP an die Heimhilfe umfassen die (vorläufig) zweimal wöchentliche Unterstützung von Frau L. bei den erforderlichen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (einschließlich Maßnahmen zur adäquaten Vorratshaltung von Lebensmitteln und Speisen) sowie Assistenzleistungen bei der Basisversorgung (u. a. die Körperwäsche, Haarpflege und den Wechsel der Kleidung betreffend).

Bei Betreuungsübernahme durch die Heimhilfe ist die fallführende DGKP anwesend und leitet diese zu einem konsequent aktivierenden Vorgehen an. Frau L. wird in das Gespräch miteinbezogen und erhält ausführliche Beratung zu den Gefahren mangelnder häuslicher und persönlicher Obsorge.

Der Besuchs- und Begleitdienst tritt mit Frau L. etwa eine Woche später in Kontakt. Mit der Mitarbeiterin des Dienstes wird vereinbart, vor allem auf die Gesprächsbedürfnisse von Frau L. einzugehen und Begleitung bei Besorgungen zu bieten. Zusätzlich wird der gemeinsame Besuch eines von der Gemeinde organisierten regelmäßigen Seniorennachmittags ins Auge gefasst.



Den ersten Kontrollbesuch plant die fallführende DGKP im Rahmen ihrer Aufsichtsverpflichtung<sup>96</sup> am vierten Hausbesuchstag der Heimhilfe ein. Sie legt die Besuchszeit so fest, dass sie vor Ort erneut auf die Heimhilfe trifft. Obwohl sie weiß, dass die im Team tätigen Heimhilfen über Erfahrung im Umgang mit problematischen Wohn- und Hygienesituationen verfügen und versiert in der Unterstützung bei der Basisversorgung sind, möchte sie sich unmittelbar von den Fortschritten in der Aktivierung von Frau L. überzeugen.

In Abhängigkeit vom Ergebnis dieses ersten Kontrollbesuches wird dann die weitere begleitende Kontrolle – festgelegt im schriftlichen Pflegeplan und möglichst in Verbindung mit den vorgeplanten Pflegevisiten – auszuüben sein.

## 4.2 Handlungsrahmen für medizinische Diagnostik und Therapie

Die beständige und sehr enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ist in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten Voraussetzung für ein berufsrechtlich abgesichertes Leistungsangebot im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie und ergibt sich aus den diesbezüglich vielfältigen Aufgaben der Dienste in der Praxis.

Die fallführende DGKP nimmt bei der Zusammenarbeit eine Schlüsselrolle ein (siehe Kapitel 5.2). Diese umfasst vor allem die Besprechung des Gesundheitszustandes der Kundin/des Kunden und ihres/seines Behandlungsplans (auch im Rahmen von gemeinsamen Visiten), die Koordination der Medikamenten- und Hilfsmittelversorgung sowie die Klärung und Sicherstellung der notwendigen ärztlichen Anordnungen. Sie entscheidet über die Berufsgruppe, die eine konkrete Tätigkeit der medizinischen Diagnostik und Therapie durchführt, und somit gemäß den in Kapitel 4.1.1 und 4.1.2 angeführten Dimensionen bzw. Kriterien über die Weiterübertragung (Subdelegation) von Tätigkeiten und die nötige Beaufsichtigung. Der Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation ist dabei von besonderer Relevanz.

In den beiden folgenden Kapiteln werden für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. die Pflegeassistentenberufe die Möglichkeiten und Grenzen bei der Durchführung von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie im Setting der mobilen Pflege und Betreuung dargestellt. Die Befugnisse der Heimhilfe im Rahmen der Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln werden in Kapitel 4.3 erläutert.

96 Eine **Aufsichtsverpflichtung betreffend die Heimhilfe** besteht immer bei der Delegation von Tätigkeiten im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung. Darüber hinaus kann sich ein Aufsichtserfordernis auch im hauswirtschaftlichen Bereich ergeben (z. B. im Falle problematischer Wohn- und Hygienesituationen oder aufgrund anderer spezieller Betreuungsanforderungen, wie die Aktivierung von Kundinnen/Kunden).

#### 4.2.1 Möglichkeiten und Grenzen für den gehobenen Dienst

Mit der im Rahmen der Novelle zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG-Novelle 2024 vorgenommenen Neuregelung der Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie und dem Wegfall der demonstrativen (d.h. beispielhaften) Aufzählung der ärztlich delegierbaren Tätigkeiten ergeben sich für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erweiterte Handlungsspielräume in der Praxis. Diese Handlungsspielräume gilt es, in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten vor dem Hintergrund der Zielsetzungen des Settings<sup>97</sup> zu nutzen (z.B. um stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder eine frühzeitige Entlassung aus dem Krankenhaus zu ermöglichen).

Der Umfang der Kompetenzen und damit das Tätigkeitsspektrum hängen grundsätzlich von den in der Ausbildung der Gesundheits- und Krankenpflege, in Weiterbildungen und gegebenenfalls im Rahmen von Höherqualifizierungen erworbenen Kenntnissen und Fertigkeiten im Bereich der medizinischen Diagnostik und Therapie ab.<sup>98</sup>

Werden ärztlicherseits Tätigkeiten angeordnet, zu welchen beim jeweiligen Träger oder in einzelnen Organisationseinheiten des Trägers (Einsatz-/Sozialzentrum, Stützpunkt) keine (ausreichenden) Kenntnisse und Fertigkeiten seitens des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege vorhanden sind<sup>99</sup>, so ist die Pflegedienstleitung damit zu befassen. Aufgrund ihrer berufsrechtlichen Verantwortung für die Qualität der Pflege und die Organisation der pflegerischen Maßnahmen in der gesamten Einrichtung<sup>100</sup> klärt diese, ob die Tätigkeit übernommen wird bzw. übernommen werden kann, und falls ja, ob ein entsprechender (externer) Kompetenzerwerb (basierend z.B. auf einer Fortbildung oder auch Einschulung im Krankenhaus) erforderlich und damit vorzunehmen ist. Bei Unsicherheit tritt sie diesbezüglich an die zuständigen Abteilungen des Landes Steiermark (siehe Kapitel 8) heran.

Die Grenzen der Delegierbarkeit von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie ergeben sich primär aus den berufsrechtlichen Bestimmungen selbst. So muss eine Tätigkeit vom Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bzw. gegebenenfalls vorliegender Höherqualifizierung erfasst sein. Tätigkeiten, die eine ärztliche Qualifikation (z.B. die medizinische Anamnese, Diagnose und

97 Diese Zielsetzungen sind in den **Förderungsrichtlinien (Qualitätskriterien)** des Landes für mobile Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark (2004) enthalten und in Kapitel 1.1 angeführt.

98 Zu den Themen der **Weiterbildung und Höherqualifizierung** siehe Fußnote 79 in Kapitel 4.1.1.

99 Damit in enger Verbindung steht die **strafrechtliche Einlassungs- und Übernahme-fahrlässigkeit** (siehe dazu Fußnote 21 in Kapitel 2.2.4).

100 Die **berufsrechtlich festgelegten Führungsaufgaben** der Pflegedienstleitung und ihr Verantwortungsbereich sind im Näheren dem GuKG zu entnehmen. Der diesbezügliche § 26 ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

Aufklärung) oder eine berufsspezifische Qualifikation in einem anderen Gesundheitsberuf (z. B. medizinisch-technischer Dienst) voraussetzen, dürfen weder delegiert noch übernommen werden.

Eingrenzungen in der Tätigkeitsübernahme ergeben sich ganz besonders auch aus der Gefahreneigtheit von Tätigkeiten und den speziellen, eingangs zu Kapitel 4 aufgezählten Rahmenbedingungen des Settings (v. a. aus der in der Regel fehlenden unmittelbaren ärztlichen Verfügbarkeit). So sind beispielsweise vor Verabreichung von Arzneimitteln durch intravenöse Injektionen und Infusionen im Einzelfall mit der Ärztin/dem Arzt die möglichen Nebenwirkungen und deren etwaige Schwere zu klären, und es ist danach die Übernahme oder Ablehnung der Tätigkeit auszurichten. Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie, die eines akutstationären Settings bedürfen, sind von vornherein ausgeschlossen (z. B. Verabreichung von Vollblut und/oder Blutbestandteilen, Punktion von Arterien).

Werden Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen der medizinischen Hauskrankenpflege (»Med. HKP«) gemäß den Regelungen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)<sup>101</sup> erbracht, so ist die Tätigkeit ausschließlich vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zu erbringen. Es ist allerdings zu beachten, dass laut GuKG bestimmte medizinische Tätigkeiten auch von Angehörigen der Pflegeassistentenberufe durchgeführt werden dürfen und somit an diese weiter zu übertragen (zu subdelegieren) sind. Diese Subdelegationsmöglichkeit ist in der individuellen Pflegesituation immer zu prüfen. Tätigkeiten mit geringem Komplexitätsgrad (z. B. einfache Wundversorgung einschließlich Anlegen von Verbänden und Bandagen) sind somit grundsätzlich an die Pflegeassistentenberufe weiter zu übertragen.<sup>102</sup>

#### 4.2.2 Möglichkeiten und Grenzen für Pflegeassistentenberufe

Die GuKG-Novelle 2024 hat für die Pflegeassistentenberufe am taxativen (d. h. vollständigen) Charakter der Tätigkeitsaufzählung im Rahmen der Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie nichts geändert. Die Tätigkeiten sind nicht erweiterbar

101 Gemäß § 151 ASVG ist die **medizinische Hauskrankenpflege** zu gewähren, wenn und solange es die Art der Krankheit erfordert. Sie wird durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege auf der Basis ärztlicher Anordnung erbracht. Die Tätigkeit umfasst medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen wie die Verabreichung von Injektionen oder Dekubitusversorgung. Die medizinische Hauskrankenpflege wird für die Dauer von längstens vier Wochen gewährt (darüber hinaus Weitergewährung nach Vorliegen einer cheförztlichen Bewilligung). Für die Kundinnen und Kunden in der Steiermark reduziert sich in diesem Fall der Selbstbehalt für die mobilen Pflegeleistungen um die Zuzahlung des Sozial- bzw. Krankenversicherungsträgers pro medizinischem Hauskrankenpflege-Hausbesuch.

102 Bei Leistungserbringung durch einen Pflegeassistentenberuf erfolgt **keine Zuzahlung** vom Sozial- bzw. Krankenversicherungsträger. Es erfolgt die Verrechnung des Pflegeassistententarifes.

und die Möglichkeiten zu deren Weiterübertragung (Subdelegation) klar festgelegt. Ein hoher Komplexitäts-, Instabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation sowie auch die Komplexität von Tätigkeiten wirken jedenfalls eingrenzend.

Die Durchführung folgender Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie ist den Pflegeassistentenberufen – aufgrund berufsrechtlicher Grenzen und der (teils settingbezogen erhöhten) Gefahreneignetheit von Tätigkeiten – nicht gestattet, und zwar weder der Pflegefachassistenten noch der Pflegeassistenten:

1. Dispensierung von Arzneimitteln bei komplexem und/oder instabilem Arzneimittelregime (d. h., wenn die Kundin / der Kunde täglich eine Vielzahl an verschiedenen Medikamenten<sup>103</sup> mit erhöhtem Risiko für Neben- und Wechselwirkungen einnimmt und/oder Medikamente, Dosierungen, Applikationszeitpunkte und -formen häufigen Veränderungen unterworfen sind),<sup>104</sup>
2. Durchführung von subkutanen Insulininjektionen bei blutzuckerinstabilen Personen (es sei denn, es liegt eine exakte ärztliche Anordnung hinsichtlich Blutzuckerhöhe und zu verabreichender Insulindosis vor),
3. Durchführung von subkutanen Insulininjektionen mit Anpassung der Insulindosis unter Verwendung eines kontinuierlichen Glukosemesssystems (CGM-Systeme) oder eines GlucoTab-Systems,<sup>105</sup>

103 Die Abklärungshilfe betreffend das **Management der Medikation** zum Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) listet die Einnahme von fünf oder mehr verschiedenen Medikamenten unter den Alarmzeichen auf und dient zur Orientierung bei Subdelegationsentscheidungen (zur Funktion der Abklärungshilfen – Client Assessment Protocols / CAPs – im Rahmen des RAI HC siehe Fußnote 90 in Kapitel 4.1.3 und Fußnote 130 in Kapitel 5.3).

104 Zu den Möglichkeiten der **Dispensierung oraler Arzneimittel** durch die Pflegeassistenten bei stabilem Arzneimittelregime siehe Fußnote 45 in Kapitel 2.3.3. Dies gilt auch für die Pflegefachassistenten.

105 **CGM-Systeme** messen nicht direkt den Blutzucker, sondern über Sensoren den Glukosegehalt in der Zwischenzellflüssigkeit des Unterhautfettgewebes, den sogenannten »Gewebezucker«. Das (komplexe) Diabetesmanagement mit flexibler Anpassung von Insulindosis, Ernährung und Bewegung richtet sich insbesondere nach den mittels eines Pfeiles angezeigten Glukosetrends. *Thurm/Gehr* (2020) beleuchten das Thema in ihrer CGM-Fibel in seiner gesamten Breite.

Die Anpassung der Insulindosis unter Verwendung eines **GlucoTab[-Systems]** ist nicht vom Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentenberufe umfasst, da die Ausbildung keine ausreichenden Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, um die ermittelten Blutzucker-Werte *lege artis* validieren/beurteilen bzw. auf deren Plausibilität hin prüfen sowie die – die Blutzucker-Werte beeinflussenden – Faktoren berücksichtigen zu können. (*Weiss/Lust*, 2021, S. 382)

Pflegeassistentenberufe dürfen bei Einsatz eines CGM- oder GlucoTab-Systems **nur im Rahmen** der Kontrolle des Gewebe- und/oder Blutzuckers und der Dokumentation/Erfassung der Werte sowie – nach Validierung des jeweils ermittelten Wertes durch einen gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege – bei der Verabreichung von Insulininjektionen nach der vom gehobenen Dienst im Einzelfall vorgegebenen Dosierung tätig werden. Dazu bedarf es jedenfalls der Rückfragemöglichkeit beim gehobenen Dienst und der ärztlichen Anordnung.

4. Klistiere in Form von »hohen« Darmeinläufen oder zur Darmspülung,<sup>106</sup>
5. Versorgung komplexer Wunden (dies sind v. a. Wunden mit gestörtem/ verzögertem Heilungsverlauf, Bedarf an spezieller Wundreinigung und Wundbehandlung).

In diesen Fällen verbleibt die Durchführung der Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie unter Berücksichtigung der jeweiligen Spezialisierungserfordernisse gemäß Kapitel 4.1.1 beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege.

### 4.3 Handlungsrahmen bei der Basisversorgung

Die Unterstützung bei der Basisversorgung als wichtiger Aufgabenbereich der Heimhilfe umfasst sowohl die Unterstützung bei der Durchführung bestimmter pflegerischer Tätigkeiten als auch die Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln. Mit der Änderung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe<sup>107</sup> sind zuletzt weitere Tätigkeiten in Anlage 2 Punkt 3 der Vereinbarung zum Ausbildungsmodul »Unterstützung bei der Basisversorgung«, wie beispielsweise die Unterstützung bei der Vitalzeichenkontrolle, hinzugekommen (siehe dazu im Näheren Anhang, Kapitel 9.2).

Die Mitwirkung an der pflegerischen und medizinischen Versorgung von Kundinnen und Kunden ist der Heimhilfe allerdings nur in einfachen (d. h. nicht komplexen) und stabilen Pflegesituationen gestattet. Darüber hinaus darf die Pflegesituation lediglich ein pflegerisches Grundwissen verlangen, wie dieses der Heimhilfe im Ausbildungsmodul vermittelt wird, und es darf die Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln ebenfalls nicht über die im Ausbildungsmodul vermittelten Inhalte (Darreichungsformen und Wirkungsweisen, Gefahren und Vorsichtsmaßnahmen bei der Verabreichung von Arzneimitteln) hinausgehen.<sup>108</sup> Die Pflegesituation darf keine vertieften, erweiterten oder zusätzlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im Sinne eines erhöhten Spezialisierungsgrades erfordern. In diesem Fall ist die Pflege der Kundin/ des Kunden bei einer Berufsgruppe mit höherem Qualifikationslevel anzusiedeln.

106 Weiss/Lust (2021, S. 384) führen an, dass in der Ausbildung zur Pflegeassistentin keine ausreichenden Kenntnisse und Fertigkeiten für die Durchführung von »hohen« Darmeinläufen und Darmspülungen vermittelt werden und diese Tätigkeiten daher an die Pflegeassistentin nicht subdelegierbar sind. Selbiges gilt für die Pflegefachassistentin, der hier keine berufsrechtliche Befugnisserweiterung zukommt.

107 Zur Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe siehe Kapitel 2.1.3 einschließlich Fußnote 8 sowie Fußnote 68 in Kapitel 3.1.1 (Letztere gibt auch Auskunft über die Änderung der Vereinbarung vom Dezember 2024). Diese Änderungsvereinbarung wurde in das Landesrecht übernommen und führte auch zur StSBBG-Novelle 2025.

108 Nähere Informationen dazu gibt die Gesundheits- und Krankenpflege-Basisversorgungs-Ausbildungsverordnung (GuK-BAV). Diese Verordnung ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

Um den Begriff »Unterstützung« im Zusammenhang mit der Basisversorgung zu präzisieren, wird auf die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit (2009)<sup>109</sup> Bezug genommen. Demnach sind unter dem Begriff der Unterstützung jene additiven Hilfestellungen zu verstehen, die einer überwiegend selbstständigen und in vollem Umfang selbstbestimmten zu betreuenden Person ermöglichen, eine begonnene Tätigkeit in selbstbestimmter Art und Weise abschließen zu können. Merkmale einer Unterstützung sind, dass besagte Tätigkeiten zum überwiegenden Teil durch die zu betreuende Person aus freiem Willen begonnen und durchgeführt, aus physischen Gründen jedoch nicht abgeschlossen werden können. Die Art und Weise der Durchführung der Tätigkeiten wird durch die zu betreuende Person selbst bestimmt.

Es geht im Bereich der Unterstützung bei der Basisversorgung also insbesondere um Assistenzleistungen für die Kundin / den Kunden, wie diese auch in der zuvor genannten Anlage 2 Punkt 3 explizit angeführt sind. Die diesbezüglichen Leistungen/Tätigkeiten der Heimhilfe dürfen – dies ist für das Setting der mobilen Pflege und Betreuung hervorzuheben – ausschließlich unter Aufsicht (begleitender Kontrolle) sowie nach Anleitung und Unterweisung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege durchgeführt werden.<sup>110</sup>

#### 4.4 Handlungsrahmen für Haushaltsführung und soziale Betreuung

Die Unterstützung von Kundinnen und Kunden bei der **Haushaltsführung** gehört zu den wesentlichen Aufgaben der Heimhilfe. Es ist der Heimhilfe jedoch nicht gestattet,

1. einen Großputz von Wohnungen oder Häusern durchzuführen (lediglich Reinhaltung des unmittelbaren persönlichen Lebensumfeldes);<sup>111</sup>
2. eine Wohnungs- oder Hausentwesung (Ungezieferbeseitigung) vorzunehmen;<sup>112</sup>

109 Die **Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit** vom 14.10.2009 bezieht sich auf eine Anfrage der Tiroler Landesregierung in Bezug auf landeseinheitliche Vorschriften betreffend die Sozialbetreuungsberufe.

110 Auf die diesbezüglichen **Aufsichts- und Anleitungsverpflichtungen** durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege verweist das GuKG in § 14 Abs. 2. Ein berufsgruppenbezogen pauschaler Hinweis findet sich in Anlage 1 Punkt 2 der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe (»Anleitung und Aufsicht von Angehörigen der Gesundheitsberufe«). Diese Anlage ist im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

111 Die **Reinhaltung des unmittelbaren persönlichen Lebensumfeldes** bedeutet, dass die Heimhilfe auf Anordnung im Individualfall auch die Fenster im unmittelbaren Umfeld der Kundin / des Kunden (z.B. in Küche, Schlafzimmer, Bad) putzt. Der Individualfall ergibt sich beispielsweise aus den unzureichenden privaten personellen und/oder finanziellen Ressourcen der Kundin / des Kunden und wenn dies zur Steigerung ihrer/seiner Lebensqualität beiträgt. Selbiges gilt auch für andere Haushaltstätigkeiten, die sich unter der Reinhaltung des unmittelbaren persönlichen Lebensumfeldes subsumieren lassen (z. B. Böden wischen, Kästen abstauben).

112 Diese Maßnahme fällt in den **Aufgabenbereich der Gesundheitsbehörde**.



3. zeitaufwendige Speisen zuzubereiten, da es Angebote durch Essenszustelldienste in jeder Region/Gemeinde gibt (lediglich Zubereitung kleiner Mahlzeiten);
4. für Nicht-Kundinnen/-Kunden im gleichen Haushalt (z. B. Familienmitglieder) hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie beispielsweise Wäschepflege, Einkäufe oder Reinigungsdienste durchzuführen.<sup>113</sup>

Dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege sowie den Pflegeassistentenberufen sind Tätigkeiten im Bereich der Hauswirtschaft (z. B. Zubereitung von kleinen Mahlzeiten, Reinigungstätigkeiten) nur in begründeten Ausnahme- bzw. Akutfällen, nicht aber im Routinefall gestattet. Solche Ausnahme- bzw. Akutfälle umfassen Situationen, in welchen die Tätigkeit nicht aufschiebbar ist und dafür weder An- und Zugehörige noch die Heimhilfe oder Reinigungs- und Zustelldienste zur Verfügung stehen. Im Ausnahmefall rechtfertigen auch Effizienzgründe wie beispielsweise eine Tätigkeitskombination die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten durch den gehobenen Dienst oder die Pflegeassistentenberufe (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege mit anschließender Frühstückszubereitung und gegebenenfalls Frühstücksgabe).

Die **soziale Betreuung** (insbesondere der alltägliche Umgang mit den Kundinnen/Kunden, die Führung von Gesprächen, Förderung von Sozialkontakten und der Beschäftigung sowie Berücksichtigung individueller religiöser Bedürfnisse) stellt in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten für alle Berufsgruppen ein wichtiges Aufgabengebiet dar. Die Förderung von Sozialkontakten und der Beschäftigung hat sich dabei weitgehend auf die Anregung und Motivation sowie kurzzeitige Unterstützung (z. B. die Vermittlung/Übernahme von Telefonaten) zu beziehen.

In jedem Fall ist auf vorhandene Ressourcen wie Familien- und Nachbarschaftshilfe oder Besuchs- und Begleitdienste Bedacht zu nehmen. Diese Ressourcen sind im Zuge der Bedarfsabklärung sorgfältig zu prüfen und bei der Planung von Tätigkeiten der sozialen Betreuung miteinzubeziehen.

Bei Einsatz der Heimhilfe im Rahmen der mehrstündigen Alltagsbegleitung kommt der sozialen Betreuung der Kundinnen und Kunden allerdings zentrale Bedeutung zu. Diese beinhaltet dann ein – auch zeitlich – wesentlich erweitertes Tätigkeitsspektrum (siehe nachfolgend).

<sup>113</sup> In Fällen, in denen **zwei oder mehr Haushaltsangehörige** Unterstützung bei der Haushaltsführung benötigen (z. B. ein Ehepaar), sind alle betreffenden Personen als Kundinnen/Kunden in die Betreuung aufzunehmen und es erfolgt eine bestmögliche Leistungszuordnung.



## 4.5 Mehrstündige Alltagsbegleitung

Heimhelferinnen und Heimhelfer sind in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten in der Steiermark einerseits im vollen Aufgabenbereich gemäß Steiermärkischem Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG) eingesetzt (Leistungsbereich der »klassischen« Heimhilfe), andererseits im Leistungsbereich der mehrstündigen Alltagsbegleitung.<sup>114</sup> Folgende Abgrenzungen sind zu treffen:

Die mehrstündige Alltagsbegleitung unterscheidet sich von der für die Kundinnen und Kunden zeitlich knapper begrenzten »klassischen« Heimhilfe durch einen längeren Anwesenheitsblock von zumindest vier und maximal zehn Stunden am Tag und durch das Ziel des Einsatzes. Im Gegensatz zur »klassischen« Heimhilfe mit ihrem stark tätigkeitsbezogenen Fokus auf die Haushaltsführung und Unterstützung bei der Basisversorgung handelt es sich bei der mehrstündigen Alltagsbegleitung um einen niederschweligen Anwesenheits- und Begleitdienst für ältere pflege- und betreuungsbedürftige Menschen. Dabei stehen die Unterstützung im Zuge der Alltagsgestaltung und Alltagsbewältigung, die Sicherstellung gesellschaftlicher Teilhabe in der Gemeinde und damit Vorbeugung von sozialer Isolation/Vereinsamung sowie die Entlastung der An- und Zugehörigen im Vordergrund, damit diese sich Auszeiten verschaffen, von der Pflege erholen und selbst am gesellschaftlichen und beruflichen Leben teilnehmen können.

Für die mehrstündige Alltagsbegleitung sind ein primärer und ein erweiterter Aufgabenbereich definiert:

1. Der primäre Aufgabenbereich umfasst vorrangig die Entlastung An- und Zugehöriger durch stundenweise Anwesenheit im Haushalt, Begleitung der Kundin / des Kunden bei Aktivitäten und der Aufrechterhaltung von gesellschaftlichen Kontakten in der näheren Umgebung<sup>115</sup> (z. B. Gespräche führen, gemeinsame Besuche), gezielte Förderung durch körperliche und geistige Aktivierung (z. B. Spaziergänge, Kartenspielen, gemeinsames

114 Die mehrstündige Alltagsbegleitung wird seit Mitte des Jahres 2019 vom Land Steiermark als **reguläres Leistungsangebot** geführt. Diesbezüglich umfassende Informationen (einschließlich Voraussetzungen für die Inanspruchnahme, u. a. betreffend das Mindestalter und den Pflegegeldbezug) sind dem Versorgungskonzept des Landes für die mehrstündige Alltagsbegleitung zu entnehmen. Dieses wurde 2019 ausgearbeitet und den Trägern der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste zur Verfügung gestellt.

115 Grundsätzlich ist die mehrstündige Alltagsbegleitung im Zuhause der Kundin / des Kunden tätig und kann sie / ihn bei Aktivitäten in der **näheren Umgebung** begleiten. Diese bezieht sich im Regelfall auf die Wohnsitzgemeinde der Kundin / des Kunden, kann aber auch Örtlichkeiten außerhalb derselben umfassen, wenn andernfalls eine Leistung (z. B. Kontaktpflege zu Angehörigen, ärztliche Kontrolle und Behandlung) nicht adäquat abgedeckt oder wesentlich erschwert würde. Dazu sind im Vorfeld mögliche Alternativressourcen (u. a. Taxi- oder Krankentransportdienste, familiäre Hilfe) zu prüfen und eine entsprechende Begründung in der Pflegedokumentation vorzunehmen.

Kochen), Mobilitätshilfe im weiteren Sinne (Begleitung bei Terminen, beim Einkaufen oder bei sonstigen Wegen außer Haus) sowie Unterstützung bei der Befriedigung von Informationsbedürfnissen (z. B. Zeitunglesen).

2. Der erweiterte Aufgabenbereich umfasst hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie die Unterstützung bei der Basisversorgung gemäß StSBBG.

Bei der Tätigkeitszuordnung in Kapitel 6 wird – bezogen auf die Durchführung hauswirtschaftlicher Tätigkeiten und die Unterstützung bei der Basisversorgung – größtenteils nicht zwischen dem Leistungsbereich der »klassischen« Heimhilfe und jenem der mehrstündigen Alltagsbegleitung unterschieden. Den Hinweisen insbesondere in vorliegendem Kapitel 4.5 kommt somit besondere Bedeutung zu. Die Erbringung von Leistungen des erweiterten Aufgabenbereiches durch die mehrstündige Alltagsbegleitung erfolgt jedenfalls nur in Verbindung mit Leistungen des primären Aufgabenbereiches.

Nachstehend werden vier kurze Fallbeispiele skizziert, in welchen – nach sorgfältiger Bedarfsabklärung – der Einsatz der mehrstündigen Alltagsbegleitung angezeigt ist:

1. Eine berufstätige Frau, die mit ihrer hochbetagten Mutter zusammenlebt und den Großteil der Woche für sie sorgt, ersucht um Entlastung an zwei Werktagen pro Woche im Umfang von jeweils acht Stunden. Die Mutter bedarf vor allem der Beaufsichtigung, Beschäftigung, Essensversorgung und eines regelmäßigen Wechsels der Inkontinenzprodukte. Mit dieser Entlastung möchte die Tochter ihre in Teilzeitbeschäftigung ausgeübte Berufstätigkeit bis auf Weiteres aufrechterhalten.
2. Ein in Pension befindlicher Mann benötigt für seinen zwar mobilen, jedoch in einem frühen Stadium an Demenz erkrankten Vater wöchentlich für vier Stunden eine Betreuungsperson. Diese sollte auch in der Lage sein, basale pflegerische Unterstützung (u. a. Assistenz beim Toilettengang) zu geben. In der freien Zeit beabsichtigt der Sohn die Erledigung seiner Einkäufe.
3. Zur Vorbeugung von übermäßiger Einsamkeit und Erhöhung der Sicherheit wünscht sich eine alleinlebende, betagte Frau einmal monatlich eine Begleitung zu einem Treffen von Seniorinnen und Senioren in der Gemeinde sowie beim anschließenden Friedhofsbesuch. Die Begleitung wird insgesamt fünf Stunden umfassen.
4. Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste leisten bei einer im Familienverband lebenden älteren Frau dreimal wöchentlich Hilfestellung beim Duschbad. Die darüber hinausgehende Betreuung wird von der Schwiegertochter durchgeführt. Anlässlich einer bevorstehenden Familienfeier ersucht diese für ihre Schwiegermutter um einen einmaligen Anwesenheits- und Aufsichtsdienst im Umfang von sechs Stunden.

## 5 QUALITÄTSGRUNDSÄTZE, VERANTWORTUNGS- UND HANDLUNGSBEREICHE

Die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste umfassen alle Bestrebungen und Maßnahmen, Personen mit Pflege- und Betreuungsbedarf den Verbleib in ihrem gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen und die Pflege und Betreuung sowie Behandlung vor und nach einem Krankenhausaufenthalt sicherzustellen. Damit dies auf hohem Versorgungsniveau gelingen kann, baut das Pflege- und Betreuungsverständnis der Träger in der Steiermark auf elementaren Qualitätsgrundsätzen sowie klaren Verantwortungs- und definierten Handlungsbereichen auf. Dazu geben die nun folgenden Kapitel 5.1 bis 5.3 nähere Auskünfte.

### 5.1 Qualitätsgrundsätze

Die nachstehenden Qualitätsgrundsätze richten sich nach dem »Europäischen Qualitätsrahmen für die Langzeitpflege« aus, der im Zuge des WEDO-Projektes (»Für Würde und Wohlbefinden älterer Menschen«), koordiniert durch die AGE Platform Europe, erstellt wurde.<sup>116</sup> Das Land Steiermark und die vier Träger als Anbieter mobiler Pflege- und Betreuungsdienstleistungen orientieren sich an diesen Grundsätzen.

#### Die Versorgungsangebote ...

##### **... achten die Menschenrechte und Menschenwürde.**

Die Grundrechte und Freiheiten älterer Menschen, ihrer Familien sowie pflegender An- und Zugehöriger werden geachtet. Die Leistungen werden ohne Diskriminierung aus Gründen des Alters, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, des Glaubens, des Geschlechtes, der sexuellen Orientierung und Identität oder des erforderlichen Umfangs der Hilfe erbracht.

##### **... sind personenzentriert.**

Die Dienstleistungen orientieren sich an den Bedürfnissen älterer Menschen und gegebenenfalls ihrer An- und Zugehörigen. Es wird zeitgerecht und flexibel auf deren sich verändernde Bedürfnisse eingegangen und dabei die persönliche Integrität geachtet.

<sup>116</sup> Die **AGE Platform Europe** mit Sitz in Brüssel ist der Dachverband von Seniorenorganisationen aus vielen Ländern Europas und vertritt die Interessen der älteren Menschen in der Europäischen Union. Der »European Quality Framework for long-term care services«, der im Rahmen eines transnationalen Projektes erstellt und zu Jahresende 2012 herausgegeben wurde, ist im Internet in Originalsprache abrufbar unter: [www.age-platform.eu](http://www.age-platform.eu) (letzter Zugriff: 27.07.2025).

Die österreichische **Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger** stellt – aufbauend auf den Qualitätsrahmen – Checklisten zur Beurteilung der Qualität von Pflege und Betreuung für unterschiedliche Interessengruppen zur Verfügung. Diese Checklisten wurden 2013 ausgearbeitet und sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.ig-pflege.at](http://www.ig-pflege.at) → Service → Downloads (letzter Zugriff: 27.07.2025).

Ziel ist es, die Lebensqualität zu steigern und die Chancengleichheit beim Zugang zu den Leistungen zu garantieren. Die Dienstleistungsanbieterinnen/-anbieter stellen sicher, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die notwendige Unterstützung, die Ressourcen und die Hilfsmittel zur Verfügung stehen, die für eine personenzentrierte Pflege und Betreuung erforderlich sind.

**... sind präventiv und rehabilitativ.**

Die Dienstleistungen sollen verhindern, dass sich der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden älterer Menschen verschlechtern, sowie ihre Fähigkeit erhalten, selbstständig zu leben, bzw. diese Fähigkeit so weit wie möglich wiederherstellen. Ältere Menschen werden dabei unterstützt, mit ihren Einschränkungen umgehen zu lernen. Soziale Isolation aufgrund einer Pflegebedürftigkeit ist zu vermeiden und pflegende An- und Zugehörige sollen bei ihrer Betreuungstätigkeit entlastet werden.

**... sind verfügbar.**

Die Dienstleistungen werden in ausreichender Menge, flächendeckend, professionell und ohne lange Wartezeiten angeboten, damit die Bedürfnisse älterer Menschen und gegebenenfalls jene ihrer Familien sowie pflegender An- und Zugehöriger angemessen erfüllt werden können.

**... sind zugänglich.**

Die Dienstleistungen sind für ältere Menschen leicht zu erreichen. Informationen und unabhängige Beratung über die verfügbaren Leistungen und Anbieterinnen/Anbieter sind gut zugänglich und werden in verständlicher Form aufbereitet.

**... sind erschwinglich.**

Die Dienstleistungen werden zu einem Preis angeboten, der für ältere Menschen ohne unangemessene Einschränkung der Lebensqualität erschwinglich ist.

**... sind umfassend.**

Die Dienstleistungen werden ganzheitlich konzipiert und umgesetzt. Die verschiedenen Bedürfnisse, Fähigkeiten, Ressourcen und Vorlieben älterer Menschen, ihrer Familien sowie pflegender An- und Zugehöriger werden berücksichtigt und sind auf eine Verbesserung des Wohlbefindens angelegt. Die Dienstleistungsanbieterinnen/-anbieter streben einen partnerschaftlichen Ansatz innerhalb der eigenen Organisation und mit anderen Organisationen an, die mit älteren Menschen arbeiten.

**... sind kontinuierlich.**

Die Dienstleistungen sind so organisiert, dass die Versorgung lückenlos gesichert ist – von den ersten Interventionen über die Pflege und Betreuung bis zu Palliativpflege und Hospiz. Ein reibungsloser Übergang zwischen unterschiedlichen Gesundheits- und Pflegeleistungen ist möglich.

**... sind ergebnisorientiert und evidenzbasiert.**

Die Dienstleistungen konzentrieren sich auf den Nutzen für ältere Menschen und sind auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes und des Wohlbefindens sowie die Unabhängigkeit älterer Menschen ausgerichtet. Sie ziehen gegebenenfalls den Nutzen für die Familien und pflegenden An- und Zugehörigen sowie die Bevölkerung in Betracht. Die Leistungserbringung wird durch periodische Evaluationen und Ad-hoc-Prüfungen sowie durch Rückmeldungen der älteren Menschen sowie An- und Zugehörigen optimiert. Diese Ergebnisse werden zur Verbesserung und Optimierung der Leistungen herangezogen. Auf allen Ebenen wird mit Bildungseinrichtungen wie beispielsweise Universitäten zusammengearbeitet.

**... sind transparent.**

Es gibt klare und umfassende Informationen zu den Dienstleistungen, den Kosten, dem Zugang und der Kündigung von Leistungen. Die Informationen sind verlässlich, aktuell und auch über Kommunikationsmittel öffentlich zugänglich. Ältere Menschen werden über Änderungen der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen informiert und bekommen gegebenenfalls Alternativen angeboten.

**... berücksichtigen Geschlechtsunterschiede und kulturelle Bedürfnisse.**

Die Dienstleistungen sind sensibel für spezifische Bedürfnisse von Frauen und Männern. Die Dienstleistungsanbieterinnen/-anbieter achten die Rechte der älteren Menschen sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ziehen ihren kulturellen und sozialen Hintergrund sowie ihre religiösen Werte angemessen in Betracht. Die Konzepte der kultursensiblen Pflege und Betreuung achten die biografischen, sprachlichen, kulturellen und religiösen Unterschiede der älteren Menschen sowie jener, die Pflege und Betreuung leisten.

**Weitere wichtige Qualitätsgrundlagen/-voraussetzungen**

- Die Pflege- und Betreuungspersonen beachten bei ihrer Arbeit die ethischen Leitlinien des »ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen«.<sup>117</sup>
- Die Pflege- und Betreuungspersonen beachten bei ihrer Arbeit die Berufsgesetze (siehe auszugsweise in Kapitel 2 und 3) sowie andere, für sie wichtige rechtliche Bestimmungen (z. B. Datenschutzgesetz, Arbeitszeitgesetz). Es werden ihnen dazu von ihrer Dienstgeberin / ihrem Dienstgeber die erforderlichen Rechtsmaterien/-informationen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus

117 Der **ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen** ist im Internet wie folgt abrufbar: [www.oegkv.at](http://www.oegkv.at) → Berufsverband → Netzwerke → Internationale Netzwerke → ICN – International Council of Nurses (letzter Zugriff: 27.07.2025).

berücksichtigen sie qualitätsrelevante Richtlinien, Leitfäden und Standards (z. B. die Landesrichtlinien betreffend die Förderung und Qualität der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sowie betreffend die Einkommensermittlung und Tarifgestaltung<sup>118</sup>, Expertenstandards für die Pflege<sup>119</sup>, organisationsinterne Fachgrundlagen und dienstliche Vorgaben/Anweisungen).

- Die Pflege- und Betreuungspersonen achten aus eigenem Antrieb darauf, ihre fachliche, soziale und persönliche Kompetenz durch Selbstreflexion und kontinuierliche Fortbildung sicherzustellen und zu stärken. Sie werden dabei von ihrer Dienstgeberin / ihrem Dienstgeber in angemessenem Umfang unterstützt.
- Die Pflege- und Betreuungsqualität wird durch ein strukturiertes Vorgehen nach den Schritten des Pflegeprozesses (siehe Kapitel 2.2.4) gewährleistet und fortlaufend optimiert. Für die professionelle Pflegebedarfsabklärung wird das wissenschaftlich geprüfte Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) eingesetzt und es werden im Rahmen der Pflegediagnostik die NANDA-International-Pflegediagnosen verwendet (zu beidem siehe eingangs zu Kapitel 4.1.3).
- Die Steuerung des Pflegeprozesses erfolgt durch einen im Bereich der Fallführung qualifizierten gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (die fallführende DGKP) und schließt die Aufgaben der Delegation und Subdelegation mit ein. Die damit in Verbindung stehenden Verantwortungsbereiche werden sorgfältig wahrgenommen (siehe Kapitel 5.2).
- Die Pflege und Betreuung wird unter Beachtung der hygienischen Anforderungen in der Häuslichkeit erbracht.<sup>120</sup>
- Es wird stets auf die Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung und den effizienten Einsatz von Sachmitteln und personellen Ressourcen geachtet.

118 Genannte **Landesrichtlinien** betreffend die mobilen Pflege- und Betreuungsdienste sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at) → Dienststellen → A8 Gesundheit und Pflege → Referat Pflegemanagement → Pflegesuchende → Mobile Pflege- und Betreuungsdienste → Hauskrankenpflege → Rechtsgrundlagen (letzter Zugriff: 27.07.2025).

119 Insbesondere sind hier die **Expertenstandards** des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege hervorzuheben. Nähere Informationen dazu sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.dnqp.de](http://www.dnqp.de) → Expertenstandards und Auditinstrumente (letzter Zugriff: 27.07.2025).

120 Das **Hygienehandbuch Mobiler Pflege- und Betreuungsdienste** der Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG) ist im Internet wie folgt abrufbar: [www.freiewohlfahrt.at](http://www.freiewohlfahrt.at) → Informationen (letzter Zugriff: 27.07.2025).

## 5.2 Verantwortungsbereiche und Fallführung

Von großer Bedeutung für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung ist das Bewusstsein der einzelnen Teammitglieder betreffend ihre Verantwortung, die sie in Bezug auf das Wohl der Kundinnen und Kunden tragen. Im Zentrum dieser Verantwortung stehen die Anordnungs- und Durchführungsverantwortung.<sup>121</sup> Die sorgfältige Wahrnehmung dieser Verantwortungsbereiche ist nicht nur eine wichtige Qualitätsvoraussetzung, sondern auch unabdingbar für eine rechtskonforme Zusammenarbeit im Pflege- und Betreuungsteam.

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (die fallführende DGKP) trägt im Rahmen der Delegation von Pflegeinterventionen und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie die **Anordnungsverantwortung**. Dies gilt auch für jegliche weitere Anordnungen (z.B. von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten). Die Anordnungsverantwortung geht nicht nur mit der Verantwortung für die Auswahl der jeweiligen Tätigkeit und richtigen Berufsgruppe, sondern auch mit der Verantwortung für die gegebenenfalls erforderliche Aufsicht sowie Anleitung und Unterweisung einher. Im Zuge jeder Anordnung ist somit zu prüfen, ob den genannten Zusatzverpflichtungen nicht ebenfalls nachzukommen ist. Kapitel 4.1.2 und 6 geben dazu nähere Auskünfte.

Die ausführende Berufsgruppe trägt die **Durchführungsverantwortung**, das heißt die Verantwortung für die fachgerechte Durchführung einer (übertragenen) Tätigkeit.<sup>122</sup> In der individuellen Pflegesituation kann dies sowohl der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege selbst als auch die Pflegefachassistenz, Pflegeassistentz oder die Heimhilfe in ihren beiden Leistungsbereichen (siehe Kapitel 4.5) sein.

Für beides (Anordnung und Durchführung) ist in der Pflegedokumentation ein entsprechender Nachweis zu führen (d.h., es muss jedenfalls nachvollziehbar sein, welcher gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Tätigkeit delegierte bzw. anordnete und welche Pflege- oder Betreuungsperson die Tätigkeit durchführte). Der schriftliche Pflegeplan dient dabei vor allem der Anordnungs- und der Leistungsnachweis der Durchführungsdokumentation. Es ist der Nachweis mittels Unterschrift oder eines eindeutig zuordenbaren Handzeichens zu gewährleisten.

121 Zur Begrifflichkeit der **Anordnungs- und Durchführungsverantwortung** in Analogie zur ärztlichen Delegation und Anordnung siehe Fußnote 27 in Kapitel 2.2.6.

122 In enger Verbindung mit der Durchführungsverantwortung steht die **strafrechtliche Einlassungs- und Übernahmefahrlässigkeit** der einzelnen Berufsgruppen (siehe dazu Fußnote 21 in Kapitel 2.2.4).



Die Fallführung als spezieller Bereich pflegerischer Verantwortung stellt sehr hohe Ansprüche an den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und verlangt nach fachbezogener Führungsverantwortung.

### Prämissen der Fallführung

Die Träger der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste in der Steiermark arbeiten bereits vieljährig nach dem Bezugspflegekonzept (d.h., jeder Kundin/jedem Kunden wird ein namentlich benannter und dokumentierter gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege als Hauptansprechperson für ihren/seinen Pflegeprozess und dessen Steuerung zugeordnet). Dieses Konzept erfährt nun eine Weiterentwicklung zur Fallführung.<sup>123</sup>

Die Fallführung geht über die genannte Funktion der Hauptansprechperson hinaus und ordnet die Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess als wichtige pflegerische Kernkompetenz (siehe Kapitel 2.2.4) einem bestimmten gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, der fallführenden DGKP, zu. Es werden der fallführenden DGKP daher nicht nur die Steuerung des Pflegeprozesses, sondern auch das Case Management und die Pflegeedukation im Bereich der Information und Beratung – mit erweitertem Fokus auf die Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention – zugeordnet (siehe zu diesen Handlungsfeldern im Näheren Kapitel 5.3 und 6). Die fallführende DGKP agiert in all ihren Verantwortungs- bzw. Zuordnungsbereichen proaktiv (d.h. vorausschauend und im Hinblick auf zukünftige Herausforderungen frühzeitig planend und handelnd). Die Fähigkeit zur Proaktivität ist in der Fallführung von ebenso großer Wichtigkeit wie die Fähigkeit, die Pflegesituation der Kundin/des Kunden und ihre/seine diesbezüglichen Bedürfnisse und Ziele eingehend zu erfassen und im Rahmen des Pflegeprozesses weitestmöglich zu berücksichtigen.

Ein zentrales Element der Fallführung stellt die theoretisch fundierte Fallarbeit dar.<sup>124</sup> Sie kommt insbesondere in komplexen Pflegesituationen zum Einsatz und unterstützt den Prozess der Entscheidungsfindung und Problemlösung. Im Kontext einer »Verstehenden Pflegediagnostik« verfolgt die Fallarbeit das Ziel, die Bedeutung eines

123 Die Träger orientieren sich in ihren **Konzeptentwicklungen zur Fallführung** an den Vorgaben des Landes Steiermark, die unter anderem das in Erprobung befindliche Konzept des Roten Kreuzes Steiermark sowie die Erfahrungen von Verbänden und Organisationen der Spitex Schweiz berücksichtigen. Nähere Informationen zur Spitex Schweiz als nationalem Dachverband für professionelle Pflege und Unterstützung zu Hause sind im Internet abrufbar unter: [www.spitex.ch](http://www.spitex.ch) (letzter Zugriff: 27.07.2025).

124 Schrems (2022) setzt sich mit den Grundlagen, Formen und Anwendungsbereichen **pflegerischer Fallarbeit** auseinander. Sie beschreibt Zweck und Methodik der Fallarbeit, stellt deren wesentliche Bestandteile theoretisch dar und illustriert diese durch Beispiele aus der Praxis.

Problems (besser) zu verstehen und zu fachlich angemessenen und für die Kundinnen/Kunden annehmbaren Lösungen zu gelangen.<sup>125</sup> Es ist darauf hinzuweisen, dass sich das Fallgeschehen aus der Situation, in der sich ein Mensch befindet, ergibt.

Die fallführende DGKP ist in besonderem Maße gefordert, eine professionelle, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhende Versorgung mit individuellen Bedürfnislagen und organisatorischen Anforderungen zu vereinen und Entscheidungen zu treffen. Sie verfügt möglichst über Expertise in wichtigen Fachbereichen (z. B. Wund-, Stoma- und Kontinenzmanagement, Diabetes Care). Den jeweils in die individuelle Pflegesituation involvierten Pflege- und Betreuungspersonen (auch den Kolleginnen und Kollegen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ohne Funktion der Fallführung<sup>126</sup>) steht sie fachlich vor und ist mit Weisungsbefugnis ausgestattet. Sie berät und unterstützt diese und nimmt ihre Ansprechfunktion nicht nur den Kundinnen und Kunden, sondern auch den Teammitgliedern gegenüber intensiv wahr. In der kooperativen Zusammenarbeit mit den (pflegenden) An- und Zugehörigen sowie dem multiprofessionellen Versorgungsteam (insbesondere Ärztinnen/Ärzten) nimmt sie eine Schlüsselrolle ein.

Die fallführende DGKP ist der Einsatzleitung unterstellt und stimmt sich mit ihr vor allem in Fragen der Dienstorganisation und der Personaleinsatzplanung sowie bei Fällen, die durch einen hohen Komplexitäts-, Instabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation (siehe Kapitel 4.1.1) gekennzeichnet sind, ab. Die einzelnen Fälle werden der fallführenden DGKP von der Einsatzleitung mit Blick auf den sogenannten Fallzahlenschlüssel (Caseload) zugewiesen. Dieser ist so zu gestalten, dass die Anzahl der zugewiesenen Fälle für die fallführende DGKP gut zu begleiten und beaufsichtigen ist. In Abwesenheit der fallführenden DGKP übernimmt eine vertretende fallführende DGKP ihre Funktion in vollem Umfang.

Die fallführende DGKP nutzt bereits bekannte und wichtige qualitätssichernde Instrumente wie die Pflegevisite<sup>127</sup> und die Fallbesprechung. Letztere ist in der Fallarbeit

125 Zum Thema der Interpretativen Fallarbeit im Rahmen der **Verstehenden Pflegediagnostik** führt Schrems (2022, S. 121–122) aus, dass es dabei um das Schaffen eines gemeinsamen Verständnisses der Situation zwischen der Pflegeperson und der zu pflegenden Person geht. Als zentrale theoretische Grundlage nennt sie die hermeneutische Phänomenologie. Vor dem Hintergrund von Fachwissen werden das Erleben und die Erfahrungen der zu pflegenden Person ausgelegt und interpretiert. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass hinter jeder Lebensäußerung ein subjektiver Sinn steht, den es (professionell) zu deuten gilt.

126 Jeder gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege **ohne Funktion der Fallführung** kann sich zur fallführenden DGKP weiterentwickeln. Voraussetzung dafür ist ein Beschäftigungsausmaß, das eine ausreichende dienstliche Anwesenheit und damit eine profunde Fallführung sicherstellt. Darüber hinaus zählen Faktoren wie die Berufserfahrung des gehobenen Dienstes sowie die Bereitschaft zur beständigen Wissenserweiterung und Wissensanwendung.

127 Zur Pflegevisite in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten siehe Fußnote 86 in Kapitel 4.1.2.

unerlässlich und kann je nach Problem oder Fragestellung mit dem unmittelbaren Pflege- und Betreuungsteam, interdisziplinär (z. B. mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt) oder auch mit (pflegenden) An- und Zugehörigen stattfinden.<sup>128</sup>

Um als fallführende DGKP auf hohem Niveau tätig sein zu können und das Verständnis für die Bedeutung und Breite dieser Funktion zu stärken, bedarf es bestimmter Wissensinhalte wie beispielsweise die Methodiken der Fallarbeit und Beratung, die Fallarbeit im Rahmen der »Verstehenden Pflegediagnostik«, die Erfassung von Komplexität in Pflegesituationen sowie das Hinterfragen und kritische Denken<sup>129</sup> als diesbezüglich wichtige Voraussetzungen. Der Wissenserwerb in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention sowie Case Management soll darüber hinaus die profunde Ausübung der Fallführung unterstützen.

### 5.3 Handlungskompetenzbereiche und Handlungsfelder

Die nachfolgend definierten zehn Handlungskompetenzbereiche und fünf Handlungsfelder bilden die Grundlage für die strukturierte Tätigkeitszuordnung in Kapitel 6.

Die **Handlungskompetenzbereiche** werden dabei anhand der Abklärungshilfen (CAPs) des Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) zusammengestellt.<sup>130</sup> Nicht alle Abklärungshilfen finden sich allerdings in dieser Zusammenstellung wieder.

So sind die Abklärungshilfen »Institutionalisierungsrisiko« und »Unabhängigkeit von organisierten Diensten und Angeboten« nicht angegeben. Sie stellen gewissermaßen den Rahmen für den Umfang und die im individuellen Fall vorhandenen Möglichkeiten der mobilen Leistungserbringung dar.

128 Schrems (2022, S. 87–93) zeigt zum Ablauf einer **Fallbesprechung** drei Hauptphasen auf: die Fallschilderung und Entwicklung eines gemeinsamen Bildes zum Fall, die Fallbearbeitung und die Fallauswertung mit der Vereinbarung zu möglichen Maßnahmen.

129 **Kritisches Denken** stellt eine wichtige Grundlage zur Erfassung komplexer Situationen dar. In Anlehnung an den Pflegeprozess hebt Schrems (2022, S. 41) dabei vor allem folgende kognitive (erkennende) Fähigkeiten hervor: Informationssuche, Unterscheiden, analytisches Denken, Anwendung von Richtlinien und Standards, Ableitung von Konsequenzen (d. h. Schlussfolgerung) sowie Wissensübertragung und -transformation.

130 Die **Abklärungshilfen (Client Assessment Protocols – CAPs)** des RAI HC beinhalten Richtlinien für die individuelle Pflege- und Versorgungsplanung, die sich an Problemursachen und Ressourcen orientieren (zum RAI HC und seinen Bestandteilen siehe Fußnote 90 in Kapitel 4.1.3). Über insgesamt 30 CAPs lässt sich die Verbindung zwischen dem Minimum Data Set (MDS) als Erhebungsinstrument des RAI HC und dem schriftlichen Pflegeplan herstellen.

Die gemeinsam mit leitenden Mitarbeiterinnen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste im Jahr 2006 ausgearbeiteten **Arbeitshilfen zu den Abklärungshilfen – CAPs** sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at) → Dienststellen → A8 Gesundheit und Pflege → Referat Pflegemanagement → Pflegeanbieter → Mobile Pflege- und Betreuungsdienste → Relevante Unterlagen/Informationen (letzter Zugriff: 27.07.2025).

Die Abklärungshilfe »Palliative Versorgung« ist ebenfalls nicht explizit angeführt, vielmehr wirken sich die Intentionen der palliativen Versorgung auf die individuelle Maßnahmengestaltung in allen Bereichen aus (Verschiebung der pflegerischen Intention von der Heilung zur Linderung bis zum ausschließlichen Erhalt der verbliebenen Lebensqualität).

Die Abklärungshilfe »Gesundheitsförderung« findet sich zum einen im Handlungskompetenzbereich »Vitalfunktionen/Körpertemperatur/Gesundheitsvorsorge« wieder, zum anderen wird das Thema auch in allen zehn Handlungskompetenzbereichen – insbesondere im Handlungsfeld »Pflegeedukation« – berücksichtigt.

Die Zusammenstellung der Handlungskompetenzbereiche stellt einen Bezug zu den jeweils zugeteilten CAPs her und gibt Hinweise zu weiteren Inhalten, die in der Tätigkeitszuordnung in Kapitel 6 mitaufgegriffen werden. Siehe hierzu die Tabelle auf der Folgeseite.

## Darstellung der Handlungskompetenzbereiche

Nr.	Handlungskompetenzbereich	Zugeteilte CAPs	Weitere Inhalte
1	<b>Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme / Mund- und Zahnstatus</b>	Dehydratation, Ernährung, Mundgesundheit	Diabetes mellitus, Diätetik, Aspiration, Soor, Magensonde, Gastrostoma
2	<b>Sturzprophylaxe</b>	Stürze, Umwelt	ADL/(Fort-)Bewegung, Gleichgewicht, Muskelkraft, Freiheitseinschränkung
3	<b>Bewegung / Persönliche Hygiene / Sich-Kleiden / Hautstatus</b>	Rehabilitationspotenziale/ADL, Haut und Füße, Druckgeschwüre	Bewegungskonzept / Kinästhetik, Positionierung, Thrombose, Wunde
4	<b>Harn- und Stuhlausscheidung / Kontinenzförderung</b>	Darmkontrolle/Stuhlinkontinenz, Blasenkontrolle/Urininkontinenz	ADL/Toilettenbenutzung, Diarrhoe, Obstipation, Nephro-, Uro-, Ileo-, Jejun-, Colostoma
5	<b>Vitalfunktionen / Körpertemperatur / Gesundheitsvorsorge</b>	Herz und Atmung, medizinische Prävention: Impfung und Screening, Gesundheitsförderung	Thermoregulation, Pneumonie, Sucht, Tracheostoma
6	<b>Schmerzmanagement / Medikation</b>	Schmerzen / Schmerzmanagement, Management der Medikation, Psychopharmaka	Medikamentenabusus / Vergiftung
7	<b>Kommunikation / Wahrnehmung</b>	kommunikative Fähigkeiten, Sehfähigkeit	Basale Stimulation, Validation, Sicherheit / Wohnumfeld
8	<b>Kognitive Fähigkeiten / Stimmungslage / Verhalten</b>	geistige (kognitive) Fähigkeiten, Depression und Ängstlichkeit, Verhalten, Alkoholmissbrauch	Biografie, Tagesstrukturierung, Beschäftigung, Sucht, suizidales Verhalten, Freiheitseinschränkung
9	<b>Soziale Funktion / Laienpflege</b>	soziale Funktion, Zerbrechlichkeit des sozialen Netzes, Zusammenarbeit mit dem professionellen Helfersystem, Vernachlässigung/Misshandlung	Spiritualität, familiäre Interaktionsmuster, pflegerischer Versorgungsaufwand
10	<b>Haushaltsführung</b>	instrumentelle Aktivitäten/IADL	Hygiene, Sauberkeit

Quelle: eigene Darstellung

Für die Handlungsfähigkeit in diesen zehn Handlungskompetenzbereichen sind fünf grundlegende **Handlungsfelder** erforderlich, die zumeist mehrere Themen vereinen. Diese sind:

1. Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung
2. Pflegeedukation
3. Case Management / Integrierte Versorgung
4. Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie / Verordnung von Medizinprodukten (und künftig auch von Arzneimitteln, siehe nachfolgend)
5. Pflegeinterventionen / Soziale Betreuung / Hauswirtschaftliche Tätigkeiten

Die Fokussierung auf die genannten Handlungsfelder entspricht den praktischen Anforderungen in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten und gewährleistet, dass die derzeit wesentlichen Tätigkeiten in diesem Setting erfasst und den einzelnen Berufsgruppen des Pflege- und Betreuungsteams zugeordnet werden können. Das Tätigkeitsspektrum wird gemäß den zukünftigen Entwicklungen immer wieder neu zu gestalten sein und sich erweitern, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung sicherzustellen.

Die Steuerung des Pflegeprozesses, die Pflegeedukation im Bereich der Information und Beratung sowie das Case Management fallen – wie in Kapitel 5.2 und teils in Kapitel 4 bereits dargelegt – in die Kompetenz der fallführenden DGKP. Sie ist damit auch weitestgehend die Durchführende von Tätigkeiten in diesen Handlungsfeldern. Dies bedeutet, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ohne Funktion der Fallführung dabei in der Regel mitwirkende (d. h. die fallführende DGKP unterstützende) Tätigkeiten übernimmt. Selbiges gilt für die Pflegeassistentenberufe und – auf sehr niederschwelliger Ebene – für die Heimhilfe. In den anderen genannten Handlungsfeldern und im Anleitungsbereich der Pflegeedukation sind die einzelnen Berufsgruppen mitwirkend<sup>131</sup> und/oder durchführend tätig. Über den konkreten Einsatz entscheidet der Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation.

Das Handlungsfeld **Steuerung des Pflegeprozesses** greift neben den einzelnen Prozessschritten (siehe Kapitel 2.2.4) das Thema der **Delegationsentscheidung** auf. Die Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen und die Einschätzung von Pflege- und Gesundheitsrisiken (gegebenenfalls unter Zuhilfenahme von fokussierten Assessments<sup>132</sup>) sind in diesem Handlungsfeld ebenso wichtig wie die Bedarfsprüfung betreffend unter anderem die Versorgung mit Hilfsmitteln und – soweit zutreffend – mit Pflegeartikeln,

131 Zum Begriff der **Mitwirkung** betreffend die Pflegeassistentenberufe siehe Fußnote 40 in Kapitel 2.3.3.

132 **Fokussierte Assessments** stellen in Ergänzung zum Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) zusätzliche Informationen für die Pflegeplanung bereit. Sie werden beispielsweise zur tiefergehenden Einschätzung eines Dekubitusrisikos oder einer unklaren Schmerzsituation bei demenzieller Erkrankung genutzt.

die Einbeziehung von ergänzenden Diensten, die kooperative Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen und dem multiprofessionellen Versorgungsteam sowie die Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe.

Das Handlungsfeld **Pflegeedukation** beinhaltet die Information, Beratung und Schulung/Anleitung von Kundinnen und Kunden sowie ihrer An- und Zugehörigen. Wenn gleich infolge nicht näher ausgeführt, so spielen schriftliche und digitale Medien bei edukativen Aufgaben eine wichtige Rolle. Dieses Handlungsfeld richtet den Blick vor allem auf den Zusammenhang des einzelnen Handlungskompetenzbereiches mit den Aspekten Gesundheit und/oder Lebensqualität<sup>133</sup> sowie Wissenserweiterung (z. B. auch über die geplanten weiteren Schritte in der Behandlung und Versorgung) und Selbstständigkeit. Die Förderung der Gesundheitskompetenz, die Gesundheitsförderung und die Prävention zählen zu den pflegerischen Kernkompetenzen und Kompetenzen im multiprofessionellen Versorgungsteam. Die für die Gesundheits- und Krankenpflege damit in Zusammenhang stehenden Aufgaben werden im Anhang näher erläutert (siehe Kapitel 9.1 – »Wichtige Gesundheitsbegriffe«).

Das **Case Management**<sup>134</sup> und die Mitwirkung an der Optimierung einer **Integrierten Versorgung** sind im Setting der mobilen Pflege und Betreuung ein zentrales Handlungsfeld. Es konzentriert sich einerseits auf die Abstimmungs- und Koordinationsprozesse mit den unterschiedlichsten Professionen (z. B. mit Ärztinnen und Ärzten, der Sozialarbeit), andererseits auf die Förderung und Koordination informeller Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe), die Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen und das Schnitt-/Nahtstellenmanagement<sup>135</sup> bei Überleitung in ein anderes bzw. Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting wie dem Krankenhaus. Hinzu kommt die Koordination der Versorgung mit Hilfsmitteln, Pflegeartikeln und Medikamenten. Um eine adäquate Unterstützung und Begleitung für chronisch und mehrfach

133 Die Wirkung von Pflegediensten auf die **Lebensqualität** lässt sich über Bereiche wie Selbstbestimmung, körperliches Wohlbefinden, persönliche Sicherheit, Sozialleben, Würde und Selbstwertgefühl erfassen. Ein bereits erprobtes Erfassungsinstrument stellt dazu ASCOT (Adult Social Care Outcomes Toolkit) dar. Weitergehende Informationen dazu sind der Publikation von *Trukeschitz et al.* (2018) zu entnehmen.

134 **Case Management** soll Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen institutionellen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen. [...] Case Management kann [...] von Personen mit unterschiedlichen Qualifikationen berufsspezifisch ausgeübt werden. Dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. (*Weiss/Lust*, 2021, S. 136)

135 Die gute Bewältigung von **Schnitt-/Nahtstellen** stellt einen kritischen Erfolgsfaktor in der Kontinuität der gesundheitlichen Versorgung von Menschen dar. Im Zentrum steht dabei der Informationstransfer zwischen den Settings. Bereits etablierte Wege wie der Pflegeverlegungsbericht sind zu nutzen, neue Wege wie die Teilnahme an der elektronischen Gesundheitsakte / ELGA (auch in der Unterstützung von Kundinnen/Kunden) zu forcieren. Siehe zum Thema auch Fußnote 38 in Kapitel 2.2.9.



erkrankte Menschen sicherzustellen, wird im Case Management eng mit den Pflegedrehscheiben<sup>136</sup> des Landes Steiermark und der Stadt Graz sowie dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement des stationären Bereiches zusammengearbeitet.

Das Handlungsfeld **Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie** erfasst neben den zum jeweiligen Handlungskompetenzbereich gehörenden medizinischen Tätigkeiten auch die **Verordnung von Medizinprodukten**. Die Medizinprodukteverordnung wird – als Vorbehaltsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege – in den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten ebenfalls von der fallführenden DGKP durchgeführt. Noch keinen Eingang in dieses Handlungsfeld hat die mit der GuKG-Novelle 2024 beschlossene Befugnis zur **Verordnung von Arzneimitteln** gefunden. Die Einträge zu § 15b (siehe Kapitel 2.2.8) sind zwar mit 01.09.2025 in Kraft getreten, es gilt jedoch, dazu die Verordnung des zuständigen Bundesministers abzuwarten. Jedenfalls wird auch diese Befugnis dann in die Durchführungskompetenz der fallführenden DGKP fallen.

Das Handlungsfeld **Pflegeinterventionen/ Soziale Betreuung/ Hauswirtschaftliche Tätigkeiten** nimmt einerseits Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL),<sup>137</sup> andererseits beinhaltet es auch Tätigkeiten der sozialen Unterstützung für die Kundinnen und Kunden sowie ihrer An- und Zugehörigen. Hauswirtschaftliche Tätigkeiten sind (von den in Kapitel 4.4 geschilderten Ausnahmefällen abgesehen) von der Heimhilfe durchzuführen. Die im Einzelfall erforderlichen Pflegeinterventionen sollen – je nach Ausrichtung der Pflegeziele – zur Kompensation von Defiziten, Prävention/Prophylaxe<sup>138</sup> von Erkrankungen und Krankheitsfolgen, Rehabilitation (Stärkung von Fähigkeiten/Ressourcen) oder Palliation (Vorbeugung und Linderung von Leiden) führen oder dazu beitragen.<sup>139</sup>

136 Die **Pflegedrehscheiben** des Landes Steiermark und der Stadt Graz, die auf Ebene der Bezirkshauptmannschaften bzw. des Magistrates angesiedelt sind, stellen wichtige Anlauf- und Servicestellen für ältere Menschen, die Pflege und Unterstützung benötigen, sowie für deren An- und Zugehörige dar. Sie nehmen vielfältige Aufgaben wahr. Weitergehende Informationen dazu sind im Internet wie folgt abrufbar: [www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at) → Dienststellen → A8 Gesundheit und Pflege → Referat Pflegemanagement → Pflegesuchende → Case- und Caremanagement (letzter Zugriff: 27.07.2025).

137 In den mobilen Pflege- und Betreuungsdiensten werden die im Resident Assessment Instrument – Home Care (RAI HC) gelisteten **ADL und IADL** zur individuellen Pflegebedarfsfeststellung und Erleichterung der Systematisierung und Ganzheitlichkeit der Pflegeplanung genutzt.

138 Die eigenverantwortliche **Durchführung von Prophylaxen** – insbesondere die Thrombose-, Pneumonie-, Dekubitus-, Obstipations- und Kontrakturenprophylaxe einschließlich der Aufklärung, Pflegeberatung und Anleitung – als präventive Maßnahme der Gesundheits- und Krankenpflege ist unter § 14 [GuKG] zu subsumieren. (Weiss/Lust, 2021, S. 142)

139 Weitergehende Informationen zur möglichen **Ausrichtung von Pflegezielen** im Rahmen einer zielorientierten Pflegeplanung sind im Internet abrufbar unter: [www.pflegeplanung.net/pflegeziele](http://www.pflegeplanung.net/pflegeziele) (letzter Zugriff: 27.07.2025).

Nicht als Handlungsfeld dargestellt oder einem solchen zugeordnet sind die Beobachtung des Gesundheitszustandes, die Pflegedokumentation sowie Notfallmaßnahmen.

Die **Beobachtung des Gesundheitszustandes** gehört zum Pflegeprozess und zählt – gemäß jeweiligem Ausbildungsumfang – zu den wesentlichen Aufgaben aller Berufsgruppen des Pflege- und Betreuungsteams. Sie ist als wichtige Berufspflicht wahrzunehmen. Allen Berufsgruppen kommt auch eine diesbezügliche Berichtspflicht zu. Die Beurteilung der Beobachtungen/Wahrnehmungen mit Einschätzung allfälliger Pflege- und Gesundheitsrisiken sowie Ableitung konkreter Handlungsbedarfe (z.B. betreffend die Informationsweitergabe an die Ärztin/den Arzt, Festlegung von prophylaktischen Pflegeinterventionen) ist wiederum der Kompetenz der fallführenden DGKP zugeordnet.

Die **Pflegedokumentation** stellt eine allgemeine Berufspflicht dar (siehe Kapitel 2.1.5 und 3.2). Es fällt die (gemeinschaftliche) Führung des Pflegeverlaufsberichts und die Dokumentation der durchgeführten Interventionen/Tätigkeiten somit in die Zuständigkeit einer jeden Berufsgruppe bzw. eines jeden Teammitgliedes. Die fallführende DGKP übernimmt die Pflegeprozessdokumentation in folgenden Schritten: Pflegeassessment, Pflegediagnostik, Pflegeplanung (mit Pflegezielen und Pflegeinterventionen) sowie Pflegeevaluation. Im Zentrum steht der schriftliche Pflegeplan, der von der fallführenden DGKP auch zur Verschriftlichung von Anordnungen bzw. Anordnungsdokumentation sowie zur Dokumentation der Kontrollintervalle im Rahmen der Aufsicht genutzt wird.

**Notfallmaßnahmen** sind im Rahmen der Kompetenzen bei Notfällen (gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege) bzw. des Handelns in Notfällen (Pflegeassistentenberufe) zu setzen (siehe dazu die jeweiligen berufsrechtlichen Vorgaben in Kapitel 2.2.5 bzw. 2.3.3 und 2.3.4). Darüber hinaus gilt für alle Berufsgruppen die allgemeine gesetzliche Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notsituationen.<sup>140</sup>

<sup>140</sup> Diese **Verpflichtung zur Hilfeleistung** ist im Strafgesetzbuch (§ 95 StGB) verankert.

## 6 TÄTIGKEITSZUORDNUNG

Mit den beiden großen Novellen zum Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG-Novellen 2016 und 2024) ist es insbesondere vor dem Hintergrund der Erweiterung von Handlungsspielräumen zum zunehmenden Wegfall von Tätigkeitsauflistungen gekommen.<sup>141</sup> Gleichzeitig wurden für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege Schritte in Richtung einer verstärkten Kompetenzorientierung gesetzt. Der Wegfall berufsrechtlicher Tätigkeitsauflistungen bedeutet nicht, dass diese für die Pflege- und Betreuungspraxis nicht von großem Nutzen sind. Im Setting der mobilen Pflege und Betreuung helfen sie, ein koordiniertes und gesetzeskonformes Handeln sicherzustellen und die Tätigkeits- und Kompetenzabgrenzung zu erleichtern (siehe dazu auch Kapitel 1.1).

Aufbauend auf den Ausführungen in Kapitel 5.3 erfolgt in vorliegendem Kapitel 6 nun anhand der zehn Handlungskompetenzbereiche und der fünf Handlungsfelder die Zuordnung von Tätigkeiten an die einzelnen Berufsgruppen des Pflege- und Betreuungsteams. Im Zuge dessen werden die Delegations- und Subdelegationsmöglichkeiten aufgezeigt.

Für die Delegation und Subdelegation sind neben den diesbezüglichen berufsrechtlichen Ausführungen in Kapitel 2 und 3 ganz besonders jene in Kapitel 4 von Relevanz. Das grundlegende Verständnis dieses Kapitels mit den darin angeführten Präzisierungen und Eingrenzungen zu den berufsrechtlichen Bestimmungen ist Voraussetzung für das Verständnis der Tätigkeitszuordnung und deren korrekte Anwendung in der individuellen Pflege- und Delegationssituation.

Einmal mehr ist zu betonen, dass der Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation die wichtigste Grundlage für Delegationsentscheidungen darstellt. Es können somit in der pflegerischen Praxis – je nach Pflegesituation – Tätigkeiten, wie beispielsweise die Unterstützung bei der Körperpflege oder bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln, vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, von einer/einem Angehörigen der Pflegeassistentenberufe oder von der Heimhilfe durchzuführen sein.

Tätigkeiten, die von der fallführenden DGKP als Gesamtverantwortliche für den Pflegeprozess zu leisten sind, werden in der Zuordnung gesondert angeführt. Bei der Tätigkeitszuordnung an die Heimhilfe wird größtenteils nicht zwischen dem

---

141 Zum **Wegfall von Tätigkeitsauflistungen** siehe im Näheren Fußnote 30 in Kapitel 2.2.6 sowie Fußnote 41 in Kapitel 2.3.3. Beim gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege dominiert die Festlegung von Kompetenzen, bei den Pflegeassistentenberufen gibt es umfangreiche Tätigkeitsauflistungen (nur noch) im Bereich der Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie.

Leistungsbereich der »klassischen« Heimhilfe und jenem der mehrstündigen Alltagsbegleitung unterschieden. In Delegationssituationen sind dazu unbedingt die Hinweise in Kapitel 4.5 zu berücksichtigen.

Begriffe in der Tätigkeitszuordnung wie »beraten«, »anleiten«, »abstimmen« und »unterstützen« beziehen sich auf die Kundinnen und Kunden sowie deren An- und Zugehörige und nicht auf andere Berufsgruppen. Mit dem Begriff der Laienpflege sind in diesem Kapitel ausschließlich Leistungen von An- und Zugehörigen umfasst.

Die im jeweiligen Handlungsfeld »Steuerung des Pflegeprozesses/Delegationsentscheidung« exemplarisch angeführten Pflege- und Gesundheitsrisiken sind der Terminologie der NANDA-International-Pflegediagnosen in der Version 2024–2026 entnommen. Weitere auf das Handlungsfeld zutreffende Pflege- und Gesundheitsrisiken sind der Gesamtterminologie der NANDA-International-Pflegediagnosen zu entnehmen.<sup>142</sup>

### Abkürzungen für die Berufsgruppen

Für die **Bezeichnung der einzelnen Pflege- und Betreuungsberufe** werden in der Tätigkeitszuordnung die in der Praxis gängigen Abkürzungen unter geschlechtsneutraler Formulierung verwendet:

**DGKP** ..... Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege bzw.  
Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson

**PFA** ..... Pflegefachassistenz

**PA** ..... Pflegeassistenz

**HH/AB** ... Heimhilfe (eingesetzt im Leistungsbereich der »klassischen« Heimhilfe oder der mehrstündigen Alltagsbegleitung)

### Zeichenerklärung

Für die **Zuordnung der Tätigkeiten** zu den einzelnen Berufsgruppen werden nachstehende Symbole/Zeichen verwendet:<sup>143</sup>

**DF** ..... Diese Tätigkeit fällt in die Durchführungskompetenz der fallführenden DGKP.

**D** ..... Diese Tätigkeit fällt in die Durchführungskompetenz der DGKP (mit oder ohne Funktion der Fallführung), da eine Delegation/Subdelegation nicht zulässig ist. Die Durchführung durch die DGKP ist aufgrund des hohen Komplexitäts-, Instabilitäts- und/oder Spezialisierungsgrades der Pflegesituation

<sup>142</sup> Zum Einsatz der **NANDA-International-Pflegediagnosen** im Setting der mobilen Pflege und Betreuung siehe Fußnote 91 in Kapitel 4.1.3.

<sup>143</sup> **Quellen für Symbole/Zeichen:** Es sind dies Eigendarstellungen, ausgenommen das Symbol/Zeichen mit Blatt und Stift: [www.flaticon.com](http://www.flaticon.com)

erforderlich. Der von der fallführenden DGKP erstellte schriftliche Pflegeplan bildet dazu die Grundlage. Für die DGKP ohne Funktion der Fallführung ergeben sich auch mitwirkende (d. h. die fallführende DGKP unterstützende) Tätigkeiten.

- ☞ ..... Diese Tätigkeit wird von der fallführenden DGKP angeordnet (dokumentiert in der Regel mittels Pflegeplan<sup>144</sup>). Die Durchführung obliegt der PFA, PA oder HH/AB. Der Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt bzw. welcher Qualifikations- und damit Kompetenzlevel erforderlich ist. Dieser muss umso höher sein, je komplexer und instabiler sich eine Pflegesituation darstellt und je mehr Kenntnisse und Fertigkeiten zu deren Bewältigung erforderlich sind. Die Anordnung ist gegebenenfalls auch mit der Verpflichtung zur Aufsicht sowie Anleitung und Unterweisung verbunden.

Die Verpflichtung zur **Aufsicht/begleitenden Kontrolle** besteht bei Durchführung von Pflegeinterventionen und Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie durch die PA sowie Tätigkeiten im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung durch die HH/AB. Darüber hinaus (z. B. bei Tätigkeitsdurchführung durch die PFA oder im hauswirtschaftlichen Bereich der HH/AB) besteht ein Aufsichtserfordernis nur im Einzelfall aufgrund der Anordnungsverantwortung.

Die Verpflichtung zur **Anleitung und Unterweisung** besteht bei Durchführung von Tätigkeiten im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung durch die HH/AB. Darüber hinaus besteht ein Anleitung- und Unterweisungserfordernis nur im Einzelfall zur Sicherstellung einer fachgerechten Tätigkeitsdurchführung durch die betreffende Pflege- oder Betreuungsperson. Zur Anleitung und Unterweisung können auch DGKP ohne Funktion der Fallführung herangezogen werden.

- U** ..... Diese Tätigkeit wird im Rahmen der Unterstützung bei der Basisversorgung (UBV) als Assistenzleistung für überwiegend selbstständige und in vollem Umfang selbstbestimmte Kundinnen und Kunden auch von der HH/AB durchgeführt.<sup>145</sup>
- AB** ..... Diese Tätigkeit wird ausschließlich im Rahmen der mehrstündigen Alltagsbegleitung durchgeführt.

144 Die Dokumentation von Anordnungen im Pflegeplan dient sowohl der **Verschriftlichung von Anordnungen** (Schriftlichkeitsgebot jedenfalls betreffend die Pflegeassistenz und Heimhilfe im Rahmen der begleitenden Kontrolle) als auch der Erfüllung der **allgemeinen Dokumentationsverpflichtung** bezüglich Anordnungen (so auch betreffend die Pflegefachassistenz). Siehe dazu im Näheren Fußnote 42 in Kapitel 2.3.3 sowie Fußnote 57 in Kapitel 2.3.4. Zur Anordnungsdokumentation wird auch der Pflegeverlaufsbericht genutzt (insbesondere bis der schriftliche Pflegeplan ausgearbeitet ist).

145 Miterfasst sind bereits auch die in Anlage 2 Punkt 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über Sozialbetreuungsberufe **zuletzt hinzugekommenen** und in das Landesrecht übernommenen Tätigkeiten (siehe dazu v. a. Kapitel 4.3 sowie Anhang, Kapitel 9.2).

## 6.1 Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme / Mund- und Zahnstatus

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme (z. B. bzgl. Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme, erforderlicher Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf den Mund- und Zahnstatus (z. B. bzgl. Fähigkeit zur Mund- und Zahnhygiene) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für unzureichende Nährstoffzufuhr, ineffektives Selbstmanagement des Blutzuckerprofils, unzureichendes Flüssigkeitsvolumen, eines beeinträchtigten Wasser-Elektrolyt-Haushalts, für chronische funktionelle Obstipation, Aspiration, Infektion (z. B. Mundsoor) und/oder beeinträchtigte Integrität der Mundschleimhaut einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie in Bezug auf die Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme sowie den Mund- und Zahnstatus entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Speiseplan nach den Grundsätzen einer gesunden Ernährung und unter Einbeziehung von etwaigen diätologischen Empfehlungen erstellen	DF			
Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll auswerten	DF			
Bedarf an Ess- und Trinkhilfen (z. B. Spezialbesteck, rutschfeste Unterlage) sowie Pflegeartikeln zur Mund- und Zahnhygiene (z. B. Mundspüllmittel, Mundpflegestäbchen) prüfen und Einsatz planen	DF			
Bedarf an einer zahnprothetischen Versorgung sowie das Tragen der Prothese prüfen, gegebenenfalls Anpassung/Reparatur und Einsatz bzw. Nutzung planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			

Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Diätologin/Diätologe) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Essen auf Rädern, Einkaufs-/Zustelldienst, Zahntechnik) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zur Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme sowie zum Mund- und Zahnstatus mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von ausgewogener Ernährung, adäquater Flüssigkeitsaufnahme, intaktem Mund- und Zahnstatus und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Grundlegende Auskünfte im Rahmen der Ernährungsberatung (z. B. im Sinne der Benennung und Begründung der für die jeweilige Kostform geeigneten Lebensmittel und Speisen) geben und Ernährungsprinzip der jeweiligen Kostform erläutern	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste, Hilfsmittel und Pflegeartikel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Durchführung einer Infusionstherapie zu Ernährungszwecken, Vorstellung auf einer Diabetes-Ambulanz) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten)	D			
Zu Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie (z. B. zur Insulininjektion, Gewebe-/Blutzuckerkontrolle, Überwachung und Beendigung von Infusionen) anleiten	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zur Mund- und Zahnhygiene, Essensgabe, Führung eines Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokolls) anleiten	D			
Zum Einsatz von Ess- und Trinkhilfen, Pflegeartikeln zur Mund- und Zahnhygiene sowie der Zahnprothese anleiten	D			
<b>Case Management/ Integrierte Versorgung</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Mit der Ärztin/ dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung des Ernährungsstatus, Flüssigkeitsvolumens und Wasser-Elektrolyt-Haushalts sowie des Mund- und Zahnstatus besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Diätologin/Diätologen) und ergänzende Dienste (z. B. Essen auf Rädern) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			



Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit Diabetes mellitus, Adipositas, Magersucht) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegeartikeln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
<b>Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie / Verordnung von Medizinprodukten</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Transnasale und transorale Magensonde legen und entfernen	D			
Perkutanes gastrales Austauschsystem (z. B. GastroTube, Button-Sonde) wechseln	D			
Sondenernährung bei liegender Magensonde (transnasal, PEG, perkutanes gastrales Austauschsystem) durchführen	D			
Infusion zu Ernährungszwecken (z. B. mittels Verdünnung, Mischung, Einbringung von Nährstoffen) vorbereiten	D			
Infusion (Fertigprodukt) zu Ernährungszwecken für den Infusionsvorgang (z. B. durch Anbringung des Infusionsbestecks, Drücken und Schwenken des Infusionsbeutels) vorbereiten	D			
Subkutane und periphervenöse Verweilkanüle zu Ernährungszwecken legen, wechseln und entfernen (PA: Befugnisse eingeschränkt auf die Entfernung der Kanüle)	D			
Subkutane und intravenöse Infusion zu Ernährungszwecken verabreichen (PFA: Befugnisse bei intravenöser Infusion eingeschränkt auf Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang)	D			
Laufende intravenöse Infusion zu Ernährungszwecken (auch mit medikamentösem Wirkstoff) bei liegendem periphervenösen Gefäßzugang ab- und anschließen, Durchgängigkeit des Gefäßzugangs aufrechterhalten sowie diesen entfernen	D			
Intravenöse Infusion zu Ernährungszwecken über einen Port-a-Cath verabreichen, dazu Port punktieren und spülen	D			
Blutzuckerkontrolle mittels digitalem Gerät durchführen / dabei unterstützen	D			U
Subkutane Insulininjektion (mit Pen oder Spritze) durchführen	D			
Blutzuckerkontrolle und subkutane Insulininjektion einschließlich Anpassung der Insulindosis bei klarem Insulindosis-Regime durchführen	D			

Gewebe- und/oder Blutzuckerkontrolle sowie subkutane Insulininjektion einschließlich Anpassung der Insulindosis unter Verwendung eines kontinuierlichen Glukosemesssystems (CGM-Systems) oder eines GlucoTab-Systems durchführen (PFA/PA: Befugnisse eingeschränkt auf die Gewebe-/Blutzuckerkontrolle, Dokumentation/Erfassung der festgestellten Werte, Verabreichung von Insulininjektionen nach im Einzelfall vorgegebener Dosierung)	D			
Gewichtskontrolle durchführen / dabei unterstützen	D			U
Zusatznahrung (z. B. kalorien-/eiweißreiche Nahrung und Getränke) verabreichen / dabei unterstützen	D			U
Medizinprodukte in den Bereichen Nahrungsaufnahme (Technik und Nahrung für enterale Ernährung) und Messgeräte (Blutzuckermessgeräte einschließlich Diabetes-Zubehör) verordnen – für beide Bereiche nur Folgeversorgung	DF			
<b>Pflegeinterventionen</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll führen	D			U
Zur Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme anhalten (einschließlich Erinnerungsanrufe tätigen)	D			U
Bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unterstützen	D			U
Nahrung und Flüssigkeit bei Kau- und Schluckstörungen darreichen/eingeben	D			
Ess- und Trinkhilfen einsetzen/bereitstellen	D			U
Beim Einsetzen der Zahnprothese unterstützen und zum Tragen anhalten	D			U
Bei der Mundhygiene/Reinigung von Zähnen bzw. Prothese unterstützen	D			U
Professionelles Reinigen und Pflegen der Mundhöhle/Zähne durchführen	D			
Pflegeartikel zur Mund- und Zahnhygiene anwenden / dabei unterstützen	D			U
Sondennahrung zu- bzw. vorbereiten	D			
Nasenpflege bei liegender nasaler Magensonde durchführen	D			
Gastrostoma (z. B. bei PEG, GastroTube, Button) pflegen sowie gegebenenfalls Schutzverband anlegen und wechseln	D			
Subkutanen und periphervenösen Infusionszugang pflegen sowie Schutzverband anlegen und wechseln	D			
Bei Punktion des Port-a-Cath Schutzverband anlegen und wechseln	D			

## 6.2 Sturzprophylaxe

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Sicherheit im Wohnumfeld und bei der Bewegung (z. B. bzgl. Wohnraumausstattung/Gefahrenmomenten, Mobilität, Gleichgewicht, Muskelkraft, beeinflussender Faktoren wie Wahrnehmung und Kognition) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Allfällige Freiheitseinschränkungen (z. B. Einsperren in der Wohnung, Anbringung von durchgehenden Bettseitenteilen, Fixierung durch körpernahe mechanische Vorrichtungen, Einsatz von sedierenden Medikamenten) erheben und dazu mögliche Alternativen (z. B. Hilfsmittel wie Niederflur-Pflegebett) planen	DF			
Risiko für Stürze beim Erwachsenen, physische Verletzung und/oder Frailty-Syndrom beim älteren Menschen einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) in Bezug auf die Sicherheit im Wohnumfeld und bei der Bewegung entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Sturzprotokoll auswerten	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Erhöhung der Sicherheit (z. B. Niederflur-Pflegebett, geteiltes Bettseitenteil, Sensormatte als Aufsteherkennung, Gehhilfe, Notruftelefon/-system, Haltegriffe, Handläufe, rutschfeste Schuhe, Nachtlicht) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit /erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit /erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Physiotherapeutin/-therapeut, Personenbetreuerin/-betreuer) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			

Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Wohnberatung, Handwerks-/Reparaturdienst, Besuchs- und Begleitsdienst) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zur Sicherheit im Wohnumfeld und bei der Bewegung mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von sicherem Wohnumfeld, sicherer Bewegung und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über Gefährdungspotenziale bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen (z. B. physische Verletzung, psychische Beeinträchtigung wie Angst, Stress und Aggression) aufklären und dazu mögliche Alternativen aufzeigen	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Durchführung einer Therapie bei Schwindelzuständen, Kontaktaufnahme mit An- und Zugehörigen zur Wohnraumadaptierung) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten und haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen)	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zu Bewegungs- und Gleichgewichtsübungen, Übungen zur Stärkung der Muskelkraft) anleiten	D			
Zur sicheren Gestaltung des Wohnumfeldes durch Beseitigung von Gefahrenmomenten/Stolpergefahren anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Erhöhung der Sicherheit anleiten (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Anleitung zu haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen)	D			
<b>Case Management / Integrierte Versorgung</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Mit der Ärztin / dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der Bewegungsfähigkeit, des Gleichgewichts und der Muskelkraft besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Mit der Ärztin / dem Arzt allfällige freiheitseinschränkende Maßnahmen (z. B. Fixierung, Medikamente) und deren Notwendigkeit besprechen und dazu mögliche Alternativen abstimmen bzw. festlegen	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Physiotherapeutin/-therapeuten) und ergänzende Dienste (z. B. Handwerks-/Reparaturdienst) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			

Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit Behinderung/Beeinträchtigung, Epilepsie) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Remobilisations-/Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
<b>Verordnung von Medizinprodukten</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Medizinprodukte im Bereich Mobilisations-/Gehhilfen (einschließlich Standard-Rollstühle) verordnen	DF			
<b>Pflegeinterventionen</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Sturzprotokoll führen	D			U
Beim Aufstehen, Niedersetzen, Transfer, Stehen und Gehen unterstützen	D			U
Bei der Fortbewegung außerhalb der Wohnung / des Hauses unterstützen	D			U
Bewegungsübungen (aktiv/passiv) durchführen	D			
Gleichgewichtsübungen durchführen	D			
Übungen zur Stärkung der Muskelkraft (z. B. isometrische Übungen) durchführen	D			
Hilfsmittel zur Erhöhung der Sicherheit einsetzen/bereitstellen (HH/AB: grundsätzlich im Rahmen der UBV, Einsatz von haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen in Eigenverantwortung)	D			U
Wohnumfeld durch Beseitigung von Gefahrenmomenten/Stolpergefahren sicher gestalten	D			

### 6.3 Bewegung / Persönliche Hygiene / Sich-Kleiden / Hautstatus

! Zur Erklärung der Symbole/Zeichen DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Bewegung und Positionierung (z. B. bzgl. Mobilität im Bett und außerhalb, Transferfähigkeit, Fähigkeit zum Positionswechsel) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die persönliche Hygiene, das Sich-Kleiden und den Hautstatus (z. B. bzgl. Fähigkeit zum Duschen/Baden, An- und Auskleiden, zur Hautpflege) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für beeinträchtigte physische Mobilität, Druckschädigung beim Erwachsenen, Thrombose, chronische funktionelle Obstipation und/oder beeinträchtigte Integrität der Haut / des Gewebes einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie in Bezug auf die Bewegung und Positionierung, persönliche Hygiene, das Sich-Kleiden und den Hautstatus entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Bewegungs- und Positionierungsplan unter Einbeziehung von Bewegungskonzepten (z. B. Kinästhetik) und etwaigen physiotherapeutischen Empfehlungen erstellen	DF			
Bewegungs- und Positionierungsprotokoll auswerten	DF			
Bedarf an Mobilisations- und Positionierungshilfen (z. B. Pflegebett, Antidekubitussystem, Kissen, Gehhilfe, Rollstuhl), Hilfsmitteln für Bad und Dusche (z. B. Badewannenlifter/-brett), zum Sich-Kleiden (z. B. Strumpfanziehhilfe) sowie Pflegeartikeln zur Hautreinigung/-pflege (z. B. Waschlotion, Pflegecreme) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			

Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Physiotherapeutin/-therapeut, Ergotherapeutin/-therapeut) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Fahrtendienst, mobiler Friseur-/Fußpflegedienst) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zur Bewegung und Positionierung, zur persönlichen Hygiene, zum Sich-Kleiden und Hautstatus mit dem Fokus auf die Gesundheit und/ oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von regelmäßiger Bewegung, guter Körper-/Hautpflege, (jahreszeitlich) geeigneter Kleidung und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste, Hilfsmittel und Pflegeartikel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Notwendigkeit einer dermatologischen Abklärung, einer professionellen Fußpflege) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten)	D			
Zu Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie (z. B. zur einfachen Wundversorgung, zum Anlegen eines Mieders) anleiten	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zur Mobilität im Bett, zum Transfer, zu Positionierungsmaßnahmen, zur Körperwäsche, Hautpflege, zum Sich-Kleiden) anleiten	D			
Zum Einsatz von Mobilisations- und Positionierungshilfen, Hilfsmitteln für Bad und Dusche, zum Sich-Kleiden sowie Pflegeartikeln zur Hautreinigung/-pflege anleiten	D			
<b>Case Management / Integrierte Versorgung</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Mit der Ärztin/dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und des Hautstatus besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Ergotherapeutin/-therapeuten) und ergänzende Dienste (z. B. Fahrtendienst) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			



Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit Morbus Parkinson, Multipler Sklerose, Polyarthritits, Neurodermitis) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegeartikeln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Remobilisations-/Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
<b>Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie / Verordnung von Medizinprodukten</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Einfache Wundversorgung durchführen / Verband anlegen und wechseln	D			
Komplexe Wundversorgung (d. h. mit spezieller Wundreinigung und Wundbehandlung, Fotodokumentation der Wunde, gegebenenfalls Wundabstrich) durchführen / Verband anlegen und wechseln	D			
Drainage, Nähte und Wundverschlussklammern entfernen	D			
Stütz- und Kompressionsverband (einschließlich Rippengurt, Schulterbandage/Gilchrist) anlegen und wechseln	D			
Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen / dabei unterstützen	D			U
Mieder, Orthese und elektrisch betriebene Bewegungsschiene nach vorgegebener Einstellung des Bewegungsausmaßes anlegen	D			
Medizinische Salbe, Creme, Lotion etc. applizieren / dabei unterstützen	D			U
Medizinisches Voll-, Sitz-, Hand- und Fußbad durchführen	D			
Medizinprodukte in den Bereichen Mobilisations-/Gehhilfen (einschließlich Bade- und Toilethilfen, Standard-Rollstühle), Verbandsmaterialien (Wund- und Verbandstoffe, elastische Binden) und prophylaktische Hilfsmittel (Anti-Dekubitus-Versorgung, Kompressionsstrümpfe) verordnen	DF			
<b>Pflegeinterventionen</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Bewegungs- und Positionierungsprotokoll führen	D			U
Bei der Mobilität im Bett (d. h. Aufsetzen, Hinlegen, Hinauf-/Hinunterrutschen, Drehen) unterstützen	D			U
Beim Aufstehen, Niedersetzen, Transfer, Stehen und Gehen unterstützen	D			U
Transfer (z. B. vom Bett in den Rollstuhl) durchführen	D			
Bewegungskonzepte (z. B. Kinästhetik) anwenden	D			

Bei der Fortbewegung außerhalb der Wohnung / des Hauses unterstützen	D			 U
Mobilisations-/Gehhilfen einsetzen/bereitstellen	D			 U
Bewegungsübungen (aktiv/passiv) durchführen	D			
Bei einfachen Positionierungsmaßnahmen (z. B. mittels Einsatz von Kissen) unterstützen	D			 U
Positionierungsmaßnahmen zur Dekubitusprophylaxe sowie bei speziellen Erkrankungen (z. B. Apoplexie) im Sitzen/Rollstuhl und Pflegebett durchführen	D			
Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe einsetzen/bereitstellen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf den Hilfsmiteileinsatz im Rollstuhl)	D			 U
Antidekubitussystem im Pflegebett überprüfen und individuell einstellen	D			
Bei der Körperwäsche (Ganz-/Teilwaschung einschließlich Haarwäsche) unterstützen	D			 U
Beim Duschen und Baden (d. h. Voll-, Sitz-, Hand- und Fußbad) unterstützen	D			 U
Bei der Haut-, Augen-, Ohren-, Nasen- und Lippenpflege unterstützen	D			 U
Pflegeartikel zur Hautreinigung/-pflege anwenden / dabei unterstützen	D			 U
Bei der Rasur, Nagelreinigung/-pflege und beim Frisieren unterstützen	D			 U
Finger- und Zehennägel schneiden	D			
Ganz- und Teilkörperpflege durchführen (d. h., jeweilige Intervention / deren einzelne Schritte verstärkt, überwiegend oder vollständig übernehmen)	D			
Beim An- und Auskleiden (einschließlich Kleiderauswahl) unterstützen und dabei die Feinmotorik (z. B. durch selbstständiges Zu- und Aufknöpfen) fördern	D			 U
Beim An- und Ausziehen von Stützstrümpfen unterstützen	D			 U
An- und Auskleiden durchführen	D			
Hilfsmittel für Bad und Dusche sowie zum Sich-Kleiden einsetzen / bereitstellen	D			 U

## 6.4 Harn- und Stuhlausscheidung / Kontinenzförderung

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Harn- und Stuhlausscheidung/ Kontinenzförderung (z. B. bzgl. Blasen- und Darmkontrolle, beeinflussender Faktoren wie Ernährung, Flüssigkeitsaufnahme und Bewegung) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für Harnretention, Drangharninkontinenz, Infektion (z. B. Harnwegsinfektion), beeinträchtigte gastrointestinale Motilität, beeinträchtigte Stuhlkontinenz und/oder chronische funktionelle Obstipation einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie in Bezug auf die Harn- und Stuhlausscheidung/ Kontinenzförderung entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Plan für das Kontinenz-/Toilettentraining unter Einbeziehung von etwaigen physiotherapeutischen Empfehlungen (z. B. zum Beckenbodentraining) erstellen	DF			
Ausscheidungs-/Miktionsprotokoll auswerten	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Unterstützung der Ausscheidung (z. B. Toilettensitzerhöhung, Harnflasche, Leibschüssel, Leibstuhl, Inkontinenzprodukte), Einmalschutzmaterialien (z. B. Schutzschürze/-mantel, Handschuhe) sowie Pflegeartikeln zur Hautreinigung/-pflege im Intimbereich (z. B. Waschlotion, Pflegecreme) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit/erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit/erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Physiotherapeutin/-therapeut) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Kontinenz-/Stomaberatung durch den Krankenversicherungsträger, Hilfsmittelberatung durch den Sanitätsfachhandel, Zustelldienst) prüfen und Einbeziehung planen	DF			

Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zur Harn- und Stuhlausscheidung/Kontinenzförderung mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von physiologischer Ausscheidung und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste, Hilfsmittel und Pflegeartikel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Notwendigkeit einer urologischen Abklärung, Änderungen im Hilfsmittelbereich) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten)	D			
Zu Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie (z. B. zum Selbstkatheterismus, Einmal-/Mikroklistier) anleiten	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zur Intimtoilette, zum Wechsel von Inkontinenzprodukten, Anlegen des Urinals, Kontinenz-/Toiletten-training, Stomaversorgung) anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Ausscheidung, Einmalschutzmaterialien sowie Pflegeartikeln zur Hautreinigung/-pflege im Intimbereich anleiten	D			
<b>Case Management / Integrierte Versorgung</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Mit der Ärztin / dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der Blasen- und Darmfunktion besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Physiotherapeutin/-therapeuten) und ergänzende Dienste (z. B. Hilfsmittelberatung, Zustelldienst) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit Inkontinenz, Stoma) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegeartikeln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			

Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie / Verordnung von Medizinprodukten	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Transurethralen Katheter (Einmal-/Blasenverweilkatheter) zur Harnableitung bei beiden Geschlechtern setzen und entfernen (PFA: Befugnisse eingeschränkt auf Erwachsene)	D			
Instillation und Spülung der Blase bei beiden Geschlechtern sowie Restharnbestimmung mittels Einmalkatheter durchführen	D			
Suprapubischen Katheter wechseln	D			
Nephrostoma spülen	D			
Stuhlförderndes Suppositorium verabreichen	D			
Einmalklistier ohne Katheter und Mikroklistier verabreichen	D			
Einmalklistier mit Katheter verabreichen	D			
Darminlauf/-spülung durchführen	D			
Digitale Enddarmentleerung durchführen	D			
Spontanharn und Mittelstrahlharn abnehmen sowie Harnanalyse mittels Teststreifen (z. B. Harnzuckerkontrolle) durchführen	D			
Stuhlprobe für diverse Tests (z. B. für die Untersuchung auf okkultes Blut) gewinnen	D			
Dialyselösung im Rahmen der Peritonealdialyse wechseln	D			
Medizinprodukte in den Bereichen Inkontinenzversorgung (saugende Produkte) und Stomaversorgung (Uro-, Ileo-, Jejun- und Colostoma) verordnen	DF			
Pflegeinterventionen	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Ausscheidungen messen und Ausscheidungs-/Miktionsprotokoll führen	D			U
Beim Aufsuchen der Toilette / bei der Benutzung des Leibstuhls unterstützen	D			U
Beim Toilettentraining unterstützen / zum Toilettengang anhalten	D			U
Kontinenz-/Toilettentraining (z. B. Beckenbodentraining, Blasentraining zur Erhöhung der Kapazität) durchführen	D			
Harnflasche und Leibschüssel einsetzen/bereitstellen	D			U
Beim Anlegen bzw. Wechsel von Inkontinenzprodukten unterstützen	D			U
Inkontinenzprodukte anlegen bzw. wechseln	D			
Bei der Intimtoilette unterstützen	D			U
Intimtoilette durchführen	D			

Pflegeartikel zur Hautreinigung/-pflege im Intimbereich anwenden / dabei unterstützen	D			U
Einmalschutzmaterialien einsetzen	D			
Kondomurinal anpassen und anlegen	D			
Urinbeutel an den Katheter bzw. das Urinal anschließen, fixieren (z. B. am Bett oder Bein) und wechseln	D			
Urinbeutel entleeren (d. h. Ablassventil öffnen)/dabei unterstützen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Entleerung des Bett-/Beinbeutels)	D			U
Blasenverweilkatheter (transurethral, suprapubisch) pflegen	D			
Nephrostoma pflegen sowie Schutzverband anlegen und wechseln, Beutel entleeren und wechseln	D			
Uro-, Ileo-, Jejun- und Colostoma pflegen, Beutel (bei Ablass-/Ausstreifvariante) entleeren und wechseln	D			
Harnflasche, Leibschüssel und Leibstuhleinsatz reinigen und desinfizieren	D			

## 6.5 Vitalfunktionen / Körpertemperatur / Gesundheitsvorsorge

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Vitalfunktionen/Körpertemperatur (z. B. bzgl. Atmung, Herz-Kreislauf-Tätigkeit, Regulation der Körpertemperatur) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf eine gesunde Lebensführung und die Gesundheitsvorsorge (z. B. bzgl. Ernährung, Bewegung, Ruhe und Schlaf, Schutzimpfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Umgang mit Suchtmitteln) erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für Infektion (z. B. Pneumonie), beeinträchtigte kardiovaskuläre Funktion, schwankenden Blutdruck, verminderte Körpertemperatur, der Hyperthermie, für Vergiftungsunfälle (z. B. durch Alkohol), ineffektive Verhaltensweisen der Schlafhygiene, ineffektive Verhaltensweisen zur Erhaltung der Gesundheit und/oder einer unzureichenden Gesundheitskompetenz einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie in Bezug auf die Vitalfunktionen/Körpertemperatur sowie gesunde Lebensführung und Gesundheitsvorsorge entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Protokoll zu den Vitalfunktionen / zur Körpertemperatur auswerten	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Kontrolle und Unterstützung der Vitalfunktionen/Körpertemperatur (z. B. Inhalations-/Absauggerät, Blutdruckmessgerät, Fieberthermometer, Geräte zur Wärme-, Kälte- und Lichtenwendung wie Thermophor, Kältekomresse und Infrarotlampe – therapiebezogen oder zur Steigerung des Wohlbefindens) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			



Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Diätologin/Diätologe, Physiotherapeutin/-therapeut) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Gesundheits-/Impfberatung, Suchtberatung, Bewegungs-/Turnkurs für Seniorinnen/Senioren) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zu den Vitalfunktionen / zur Körpertemperatur sowie zur gesunden Lebensführung und Gesundheitsvorsorge mit dem Fokus auf die (Stärkung der) Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von normalen Vitalfunktionen / normaler Körpertemperatur und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über eine gesunde Lebensführung und Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge informieren und beraten sowie Möglichkeiten zur Stärkung der Gesundheitskompetenz aufzeigen	DF			
Über das Verhalten bei Infektionskrankheiten aufklären	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Durchführung einer Therapie zur Blutdrucksenkung, Vorsorgeuntersuchung) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten)	D			
Zu Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie (z. B. zur medikamentösen Inhalation, Sauerstoffgabe, Absaugen aus den oberen Atemwegen) anleiten	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zum Abhusten von Sekret, zu erleichternden Positionierungsmaßnahmen, Atemübungen) anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Kontrolle und Unterstützung der Vitalfunktionen/Körpertemperatur anleiten (PFA/PA: Befugnisse eingeschränkt auf die Anleitung zu einfachen Hilfsmitteln wie Blutdruckmessgerät und Fieberthermometer sowie Hilfsmitteln zur Steigerung des Wohlbefindens)	D			

Case Management / Integrierte Versorgung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Mit der Ärztin / dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der Vitalfunktionen sowie zur Regulation der Körpertemperatur besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Mit der Ärztin / dem Arzt Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge und Stärkung der Gesundheitskompetenz besprechen und festlegen, Vorsorgetermine organisieren	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Diätologin/ Diätologen) und ergänzende Dienste (z. B. Gesundheits-/Impfberatung) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit Lungenfibrose, chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, Alkohol-/Nikotinsucht) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Kur-/Rehabilitationseinrichtung) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Aus den oberen Atemwegen und dem Tracheostoma absaugen	D			
Aus dem Brustraum absaugen	D			
Trachealkanüle wechseln (einschließlich Kanüle reinigen)	D			
Heimbeatmungsgerät an- und abhängen	D			
Sauerstoff verabreichen (einschließlich Sauerstoffflasche tauschen, Sterilwasserbehälter befüllen)	D			
Medikamentöse Inhalation durchführen	D			
Wärme-, Kälte- und Lichtanwendung (z. B. mittels Gerät, Wickel, Auflage) zur unterstützenden Therapie durchführen (PFA/PA: Befugnisse eingeschränkt auf einfache Anwendungen, z. B. mit Infrarotlampe)	D			
Blutentnahme aus der Vene durchführen	D			
Atem-, Blutdruck-, Puls- und Temperaturkontrolle durchführen / dabei unterstützen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Kontrolle von Blutdruck, Puls und Temperatur)	D			U
(Tele-)Monitoring mit medizintechnischem Überwachungsgerät (z. B. betreffend verschiedene Vitalparameter) durchführen und dieses bedienen	D			

Pflegeinterventionen	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Protokoll zu den Vitalfunktionen /zur Körpertemperatur führen	D			U
Bei einfachen atemerleichternden Positionierungsmaßnahmen (z. B. durch Hochstellen des Kopfteils des Pflegebettes) unterstützen	D			U
Atemerleichternde Positionierungsmaßnahmen (z. B. Unterlagerung/ Dehnung des Brustkorbs mittels Kissen/VATI-Lagerung) durchführen	D			
Zum Abhusten von Sekret anregen und manuelle Hilfestellung geben	D			
Zu Atemübungen anregen und manuelle Hilfestellung geben	D			
Atemstimulierende Einreibung durchführen	D			
Tracheostoma pflegen sowie Schutzverband anlegen und wechseln (PFA/PA: Befugnisse eingeschränkt auf Interventionen ohne Öffnung des Haltebandes, z. B. Wechsel durchfeuchteter Kompresse)	D			
Nasenpflege bei Verwendung einer Sauerstoffbrille durchführen	D			
Inhalation ohne medikamentösen Zusatz durchführen	D			
Wärme-, Kälte- und Lichtanwendung zur Steigerung des Wohlbefindens durchführen	D			
(Jahreszeitlich) geeignete Bettwäsche und Kleidung auswählen / dabei unterstützen	D			U
Inhalations- und Absauggerät reinigen und desinfizieren	D			

## 6.6 Schmerzmanagement / Medikation

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf das Schmerzmanagement und die Medikation (z. B. bzgl. Schmerzkontrolle, Sicherheit im Umgang mit Medikamenten) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für beeinträchtigtes spirituelles Wohlbefinden (aufgrund von Schmerzen) und/oder Vergiftungsunfälle (durch Medikamente) einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) und Subdelegation von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie in Bezug auf das Schmerzmanagement und die Medikation entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Schmerzprotokoll/-tagebuch auswerten	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln/Produkten zur unterstützenden Therapie bei Schmerzen und zur Steigerung des Wohlbefindens (z. B. Geräte zur Wärme-, Kälte- und Lichtanwendung, Aromaöle/Aromastoffe) sowie einfachen Medikation (z. B. Tages-/Wochendispenser, Tablettenzerteiler/-mörser) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit /erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit /erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt einer Schmerzzambulanz, Palliativmedizinerin/-mediziner, Physiotherapeutin/-therapeut) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Blister-/Zustellservice von Apotheken, Suchtberatung) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zum Schmerzmanagement und zur Medikation mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			

Pflegeedukation	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Über den Zusammenhang von effektivem Schmerzmanagement, sicherer Medikation und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Vorstellung auf einer Schmerzambulanz, Durchführung einer medikamentösen Neueinstellung) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten)	D			
Zu Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie (z. B. zur Verabreichung/Applikation von Medikamenten, zum Umgang mit Medikationsgeräten wie Schmerz-/PCA-Pumpe, Spray und Pen) anleiten	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zur Führung eines Schmerzprotokolls/-tagebuchs, zu schmerzlindernden Positionierungsmaßnahmen, zur Aromapflege) anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur unterstützenden Therapie bei Schmerzen anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Steigerung des Wohlbefindens und einfachen Medikation anleiten	D			
Case Management / Integrierte Versorgung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Mit der Ärztin / dem Arzt den Behandlungsplan zur Kontrolle oder Reduktion von Schmerzen besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Mit der Ärztin / dem Arzt die Medikation im Sinne eines umfassenden Medikamentenmanagements (z. B. bzgl. Neben- und Wechselwirkungen, Polypragmasie) besprechen und festlegen	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Physiotherapeutin/-therapeuten) und ergänzende Dienste (z. B. Blister-/Zustellservice von Apotheken) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit chronischen Schmerzen, Krebserkrankung, Medikamentenmissbrauch) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln und Medikamenten koordinieren	DF			

Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, stationäre Palliativ-einrichtung / Hospiz) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
<b>Tätigkeiten medizinischer Diagnostik und Therapie</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Medikamente in Dispenser bei einfachem/stabilem Arzneimittelregime voreinteilen	D			
Medikamente in Dispenser bei komplexem/instablem Arzneimittelregime voreinteilen	D			
Medikamente im Rahmen der Verabreichung kontrollieren, die von An- und Zugehörigen voreingeteilt wurden (PFA/PA: Befugnisse eingeschränkt auf die Kontrolle beim einfachen/stabilen Arzneimittelregime)	D			
Medikamente oral verabreichen / dabei unterstützen (einschließlich aus dem Tages-/Wochendispenser herausnehmen)	D			U
Medikamente über die Magensonde verabreichen	D			
Augen-/Nasen-/Ohrenmedikament (z. B. Tropfen, Salbe) applizieren / dabei unterstützen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Augen-, Nasen- und Ohrentropfen, keine unmittelbar postoperative Gabe)	D			U
Medikament rektal/vaginal (z. B. Salbe, Suppositorium) verabreichen	D			
Medizinische Salbe, Creme, Lotion etc. applizieren / dabei unterstützen	D			U
Medizinisches Pflaster (z. B. Schmerzpflaster) applizieren / dabei unterstützen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Unterstützung in Notsituationen, z. B. Ablösen des Pflasters beim Duschen)	D			U
Medizinisches Voll-, Sitz-, Hand- und Fußbad durchführen	D			
Subkutane Insulin-/Heparininjektion (mit Pen oder Spritze) verabreichen	D			
Andere subkutane Injektion (z. B. Schmerzmittel) verabreichen	D			
Intramuskuläre Injektion verabreichen	D			
Intravenöse Injektion verabreichen	D			
Infusion (z. B. mittels Verdünnung, Mischung, Einbringung von Substanzen) vorbereiten	D			
Infusion (Fertigprodukt) für den Infusionsvorgang (z. B. durch Anbringung des Infusionsbestecks, Drücken und Schwenken des Infusionsbeutels) vorbereiten	D			
Subkutane und periphervenöse Verweilkanüle legen, wechseln und entfernen (PA: Befugnisse eingeschränkt auf die Entfernung der Kanüle)	D			

Subkutane und intravenöse Infusion verabreichen (PFA: Befugnisse bei intravenöser Infusion eingeschränkt auf Infusionen ohne medikamentösen Wirkstoff zur Hydratation bei liegendem peripheren Gefäßzugang)	D			
Laufende intravenöse Infusion (auch mit medikamentösem Wirkstoff) bei liegendem peripheren Gefäßzugang ab- und anschließen, Durchgängigkeit des Gefäßzugangs aufrechterhalten sowie diesen entfernen	D			
Intravenöse Infusion über einen Port-a-Cath verabreichen, dazu Port punktieren und spülen	D			
Zu- und ableitendes System (z. B. Infusionspumpe, Infusionsspritzenpumpe, Schmerz-/PCA-Pumpe, Drainage) bedienen und überwachen	D			
Wärme-, Kälte- und Lichtanwendung (z. B. mittels Gerät, Wickel, Auflage) zur unterstützenden Therapie bei Schmerzen durchführen (PFA/PA: Befugnisse eingeschränkt auf einfache Anwendungen, z. B. mit Infrarotlampe)	D			
Aromatherapie mit Aromaölen/Aromastoffen zur unterstützenden Therapie bei Schmerzen und verschiedenen Erkrankungen durchführen	D			
<b>Pflegeinterventionen</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Schmerzprotokoll/-tagebuch unter Verwendung einer Schmerzskala führen	D			
Bei einfachen schmerzlindernden Positionierungsmaßnahmen (z. B. mittels Einsatz von Kissen) unterstützen	D			U
Schmerzlindernde Positionierungsmaßnahmen (z. B. Freilagerung von schmerzenden Körperteilen/-stellen) durchführen	D			
Wärme-, Kälte- und Lichtanwendung zur Steigerung des Wohlbefindens durchführen	D			
Aromapflege mit Aromaölen/Aromastoffen zur Steigerung des Wohlbefindens durchführen	D			
Einreibung zur Steigerung des Wohlbefindens (z. B. mit Körper-/Hautpflegeöl) durchführen	D			
Medikamenteneinnahme (aus dem Dispenser) kontrollieren/überwachen	D			U
Zur Medikamenteneinnahme anhalten (einschließlich Erinnerungsrufe tätigen)	D			U
Hilfsmittel zur einfachen Medikation einsetzen/bereitstellen	D			U
Subkutanen und peripheren Infusionszugang pflegen sowie Schutzverband anlegen und wechseln	D			
Bei Punktion des Port-a-Cath Schutzverband anlegen und wechseln	D			



## 6.7 Kommunikation / Wahrnehmung

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Kommunikation und Wahrnehmung (z. B. bzgl. Sprechfähigkeit, Sprachverständnis, Fähigkeit zur non-verbalen Kommunikation, taktiler Wahrnehmung, Seh-/Hörvermögen, Sicherheit) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für beeinträchtigte verbale Kommunikation, Augentrockenheit, physische Verletzung, Brandverletzungen und/oder Stürze beim Erwachsenen einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) in Bezug auf die Kommunikation und Wahrnehmung entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Unterstützung der Kommunikation und Wahrnehmung (z. B. Schreibtafel, Lupe, Telefon mit großen Tasten / Ruftonverstärkung, Signalanlage bei Seh-/Hörbeeinträchtigung, Augensteuerungsgerät) sowie Erhöhung der Sicherheit (z. B. Notruftelefon/-system, Haltegriffe, Handläufe, Beleuchtungsmittel, Temperaturregler) prüfen und Einsatz planen	DF			
Bedarf an einer Brille / einem Hörgerät sowie das Tragen selbiger/selbigem prüfen, gegebenenfalls Anpassung/Reparatur und Einsatz bzw. Nutzung planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Logopädin/Logopäde) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Besuchs- und Begleitsdienst, Augenoptik, Hörakustik, Wohnberatung für Menschen mit Seh-/Hörbeeinträchtigung) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zur Kommunikation und Wahrnehmung mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			

Pflegeedukation	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Über den Zusammenhang von intakter Kommunikation, guter Wahrnehmung und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Notwendigkeit einer neurologischen Abklärung, Einbeziehung von Wohnberatung) informieren	DF			
Über die Möglichkeiten und Grenzen der mobilen Pflege- und Betreuungsdienste, ihre Finanzierung (insbesondere durch Land/Gemeinde, Eigenbeitrag) und Kostenzuschüsse (z. B. Pflegegeld, medizinische Hauskrankenpflege) informieren	DF			
Über die Inhalte der Betreuungsvereinbarung und allgemeinen Geschäftsbedingungen informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten, einfachen Kommunikationshilfsmitteln und haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen)	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zur nonverbalen Kommunikation, validierenden Gesprächsführung, Basalen Stimulation) anleiten	D			
Zur (sicheren) Gestaltung des Wohnumfeldes bei Seh-/Hörbeeinträchtigung anleiten (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Anleitung zur Beseitigung von Gefahrenmomenten/Stolpergefahren)	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Kommunikation und Wahrnehmung sowie Erhöhung der Sicherheit anleiten (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Anleitung zu einfachen Kommunikationshilfsmitteln und haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen)	D			
Case Management / Integrierte Versorgung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Mit der Ärztin / dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der Fähigkeiten zur Kommunikation und Wahrnehmung besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Logopädin/ Logopäden) und ergänzende Dienste (z. B. Augenoptik, Hörakustik) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit Seh-/Hörbeeinträchtigung, Tinnitus) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln koordinieren	DF			

Beantragung von Kostenzuschüssen zur häuslichen Pflege abstimmen und koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
<b>Pflegeinterventionen / Soziale Betreuung</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Alltäglichen Umgang und Konversation pflegen sowie aktives Zuhören einsetzen	D			
Entlastungs- und Motivationsgespräch führen	D			
Kommunikation gezielt an die kommunikativen Fähigkeiten (z. B. durch langsames und deutliches Sprechen, Verwendung bestimmter Wörter) anpassen	D			
Pflegebegleitend Tätigkeiten gut erklären	D			
Nonverbale Kommunikation anwenden	D			
Konzept der Validation anwenden (HH/AB: Anwendung nur bei entsprechender Fortbildung)	D			
Konzept der Basalen Stimulation anwenden	D			
Konkrete Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. durch Unterstützung bei Telefonaten) schaffen	D			
Hilfsmittel zur Unterstützung der Kommunikation und Wahrnehmung einsetzen/bereitstellen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf den Einsatz von einfachen Kommunikationshilfsmitteln)	D			
Zum Tragen von Brille und Hörgerät anhalten	D			
Einstellung des Hörgerätes überprüfen und gegebenenfalls korrigieren	D			
Hilfsmittel zur Erhöhung der Sicherheit einsetzen/bereitstellen (HH/AB: Einsatz von haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen in Eigenverantwortung)	D			
Wohnumfeld in Bezug auf die Seh-/Hörbeeinträchtigung (sicher) gestalten	D			

## 6.8 Kognitive Fähigkeiten / Stimmungslage / Verhalten

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten, Stimmungslage und das Verhalten (z. B. bzgl. Gedächtnisleistung, Orientierung, Regulation von Emotionen, Compliance, Sozial- und Suchtverhalten, Sicherheit) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Allfällige Freiheitseinschränkungen (z. B. Einsperren in der Wohnung, Anbringung von durchgehenden Bettseitenteilen, Fixierung durch körpernahe mechanische Vorrichtungen, Einsatz von sedierenden Medikamenten) erheben und dazu mögliche Alternativen (z. B. Hilfsmittel wie Niederflur-Pflegebett) planen	DF			
Risiko einer akuten Verwirrtheit, für Weglaufversuche, physische Verletzung, Brandverletzungen, Stürze beim Erwachsenen, beeinträchtigtes spirituelles Wohlbefinden (z. B. aufgrund von depressiven Symptomen, Angst, Stress), suizidales, selbstverletzendes Verhalten und/oder einer gegen andere Personen gerichteten Gewalttätigkeit einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) in Bezug auf die kognitiven Fähigkeiten, Stimmungslage und das Verhalten entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Biografische Bezüge/Besonderheiten in die Pflegeplanung integrieren	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Unterstützung der kognitiven Fähigkeiten / Orientierung (z. B. Zeitungen, Bücher, Fernseher, digitale Programme / Übungsunterlagen für Gedächtnistraining) und Erhöhung der Sicherheit (z. B. Niederflur-Pflegebett, geteiltes Bettseitenteil, Sensormatte als Aufsteherkennung, Schutzschalter bei E-Geräten, Nachtlicht) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Psychotherapeutin/-therapeut, Personenbetreuerin/-betreuer) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			

Bedarf an einer Vorsorgevollmacht oder Erwachsenenvertretung prüfen und (Beratungs-)Schritte zur Errichtung bzw. Anregung sowie infolge Zusammenarbeit mit der vertretungsbefugten Person planen	DF			
Bedarf an einem Vorsorgedialog (zur Klärung der Wünsche betreffend Krisensituationen/Lebensende), einer Patientenverfügung oder Sterbeverfügung (assistierter Suizid) prüfen, als Ergebnis einer freien Willenserklärung erkennen und Dialog bzw. (Beratungs-)Schritte zur Errichtung planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. Demenzberatung, Suchtberatung, Besuchs- und Begleitdienst) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zu den kognitiven Fähigkeiten, zur Stimmungslage und zum Verhalten mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von guten kognitiven Fähigkeiten, emotionaler Stabilität, sozial angemessenem Verhalten und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über Gefährdungspotenziale bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen (z. B. physische Verletzung, psychische Beeinträchtigung wie Angst, Stress und Aggression) aufklären und dazu mögliche Alternativen aufzeigen	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Notwendigkeit einer psychiatrischen Abklärung, Einbeziehung von Demenzberatung) informieren	DF			
Über die Vorgehensweise zur Errichtung einer Vorsorgevollmacht, Anregung (oder Wahl) einer Erwachsenenvertretung, Errichtung einer Patientenverfügung (mit/ohne Vorsorgedialog) oder Sterbeverfügung informieren und beraten	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten, einfachen kognitiven Hilfsmitteln und haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen)	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zum Realitätsorientierungs- und Gedächtnistraining, zur Tagesstrukturierung, validierenden Gesprächsführung, Basalen Stimulation) anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung der kognitiven Fähigkeiten/Orientierung und Erhöhung der Sicherheit anleiten (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Anleitung zu einfachen kognitiven Hilfsmitteln und haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen)	D			

Case Management / Integrierte Versorgung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Mit der Ärztin / dem Arzt den Behandlungsplan zur Stabilisierung oder Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, Stimmungslage und des Verhaltens besprechen und festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Mit der Ärztin / dem Arzt allfällige freiheitseinschränkende Maßnahmen (z. B. Fixierung, Medikamente) und deren Notwendigkeit besprechen und dazu mögliche Alternativen abstimmen bzw. festlegen	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Psychotherapeutin/-therapeuten) und ergänzende Dienste (z. B. Besuchs- und Begleitsdienst) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Errichtung einer Vorsorgevollmacht, Patienten- oder Sterbeverfügung (z. B. im Rahmen der Kontaktaufnahme mit Ärztin/Arzt, Notariat, Erwachsenenschutzverein) abstimmen und koordinieren	DF			
Vorsorgedialog abstimmen und koordinieren (Durchführung des Dialogs nur bei Vorhandensein palliativpflegerischer Kompetenz)	DF			
Erwachsenenvertretung anregen und bei Bestellung durch das Pflegeschaftsgericht Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. für Personen mit demenzieller Erkrankung, Depression, Alkoholsucht, Medikamentenmissbrauch) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes / Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus / Memory Klinik, Rehabilitationseinrichtung, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements / der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			
Mit vertretungsbefugter Person gemäß festgelegtem Wirkungskreis zusammenarbeiten	D			
Pflegeinterventionen / Soziale Betreuung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Alltäglichen Umgang und Konversation pflegen sowie aktives Zuhören einsetzen	D			
Entlastungs- und Motivationsgespräch führen	D			
Nonverbale Kommunikation anwenden	D			
Konzept der Validation anwenden (HH/AB: Anwendung nur bei entsprechender Fortbildung)	D			
Konzept der Basalen Stimulation anwenden	D			
Biografieblatt führen/ergänzen	D			

Kommunikation auf Basis der Biografie führen	D			
Biografiebedingte Gewohnheiten (d. h. Routinen, Vorlieben und Abneigungen) berücksichtigen	D			
Pflegebegleitendes Realitätsorientierungs- und Gedächtnistraining (z. B. durch Benennung von Datum, Tages- und Jahreszeit, Beibehaltung der schrittweisen Abfolge von Tätigkeiten, Wachrufen von Erinnerungen) durchführen	D			
Realitätsorientierungs- und Gedächtnistraining im Rahmen von zeitlich ausgedehnten Aktivitäten (z. B. bei gemeinsamer Zubereitung von Mahlzeiten, Ausflügen, beim Lesen von Zeitungen und Büchern, Fernsehen, Kreuzworträtseln) durchführen				AB
Bei der Tagesstrukturierung bzw. Gestaltung des Tagesablaufs unterstützen				AB
Zu biografisch begründeter und/oder kreativer Beschäftigung (z. B. Hand-/Gartenarbeit, Lesen, Zeichnen, Malen, Musizieren) anregen/motivieren	D			
Bei biografisch begründeter und/oder kreativer Beschäftigung unterstützen				AB
Stundenweise Anwesenheit und Aufsicht sicherstellen				AB
Hilfsmittel zur Unterstützung der kognitiven Fähigkeiten/Orientierung einsetzen/bereitstellen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf den Einsatz von einfachen kognitiven Hilfsmitteln)	D			
Hilfsmittel zur Erhöhung der Sicherheit einsetzen/bereitstellen (HH/AB: grundsätzlich im Rahmen der UBV, Einsatz von haushaltsbezogenen Schutzvorrichtungen in Eigenverantwortung)	D			U



## 6.9 Soziale Funktion / Laienpflege

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.

! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die soziale Funktion (z. B. bzgl. sozialer Rolle, Sozialleben, Teilnahme an sozialen, religiösen und kulturellen Aktivitäten, Spiritualität) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen in Bezug auf die Laienpflege (z. B. bzgl. Unterstützung, Entlastung und Ermutigung der An- und Zugehörigen, Vereinbarkeit mit dem Erwerbsleben, eigenem Sozialleben und Freizeitgestaltung, Konfliktsituationen in der Pflegebeziehung, Sicherheit im Pflegehandeln) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko für übermäßige Einsamkeit, beeinträchtigte Resilienz, beeinträchtigte Religiosität, beeinträchtigtes spirituelles Wohlbefinden (z. B. aufgrund unzureichender sozialer Unterstützung), gestörte familiäre Interaktionsmuster, einer gegen andere Personen gerichteten Gewalttätigkeit und/oder übermäßige Belastung durch den pflegerischen Versorgungsaufwand einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen (einschließlich edukativer Aufgaben) in Bezug auf die soziale Funktion und Laienpflege entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen, Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Unterstützung der sozialen Funktion (z. B. Telefon/Handy, EDV/Internet) und Laienpflege (z. B. Pflegebett, Badewannenlifter, Transfer-/Aufstehhilfe, Einmalschutzmaterialien) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit / erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Sozialarbeiterin/-arbeiter, Personenbetreuerin/-betreuer) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			

Möglichkeit/Bedarf an einer Zusammenarbeit mit Anlauf- und Servicestellen für die häusliche Pflege (z. B. Entlassungsmanagement des stationären Bereiches, Pflegedrehscheibe, Community Nursing) prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Bedarf an einer Fallbesprechung mit an der häuslichen Pflege und Versorgung beteiligten professionellen und informellen Personen (auch im Rahmen von gemeinsamen Visiten) prüfen und Besprechung planen	DF			
Bedarf an einer beruflichen und finanziellen Entlastung für pflegende Angehörige (z. B. Pflege-/Hospizkarenz, Selbstversicherung in der Pensionsversicherung, Förderung der Ersatzpflege, Pflegegeld) prüfen und (Beratungs-)Schritte zur Beantragung planen	DF			
Bedarf an (kostenlosen) Angehörigengesprächen durch Psychologinnen/ Psychologen im Rahmen der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege (Sozialministerium) prüfen und (Beratungs-)Schritte zur Inanspruchnahme planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. psychosoziale Beratung, Besuchs- und Begleitedienst, Seniorencafé/-nachmittag, Betreutes Reisen, Pflegestammtisch) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen betreffend die Zielerreichung zur sozialen Funktion und Laienpflege mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			
<b>Pflegeedukation</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Über den Zusammenhang von befriedigenden sozialen Kontakten/ Aktivitäten und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/ Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
An- und Zugehörige bei pflege- bzw. krankheitsbezogenen Informations- und Wissensdefiziten sowie über Maßnahmen zur eigenen Gesundheitsvorsorge informieren und beraten	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, Anlauf- und Servicestellen für die häusliche Pflege, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung, Organisation einer Fallbesprechung) informieren	DF			
Möglichkeiten zur beruflichen, finanziellen und psychologischen Entlastung für pflegende Angehörige (mit Rechtsanspruch) aufzeigen	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten und Hilfsmitteln zur Unterstützung der sozialen Funktion)	D			
Zu Pflegeinterventionen (z. B. zu Pflege Techniken, rücken- und kräfteschonendem Arbeiten unter Einbeziehung von Bewegungskonzepten wie Kinästhetik) anleiten	D			

Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung der sozialen Funktion anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Laienpflege anleiten	D			
<b>Case Management / Integrierte Versorgung</b>	<b>DGKP</b>	<b>PFA</b>	<b>PA</b>	<b>HH/AB</b>
Mit der Ärztin/dem Arzt die soziale bzw. familiäre (Pflege-)Situation vor dem Hintergrund gesundheitlicher Belastungen/Erkrankungen (z. B. Depression, Burn-out) besprechen und gegebenenfalls Maßnahmen zur Stabilisierung oder Verbesserung der Situation festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Mit der Ärztin/dem Arzt Anzeichen von Vernachlässigung und Miss-handlung besprechen und gegebenenfalls Schritte (z. B. Anzeige an die Polizei, Staatsanwaltschaft) einleiten	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Sozialarbeiterin/-arbeiter) und ergänzende Dienste (z. B. Seniorencafé/-nachmittag, Pflegestammtisch) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Anlauf- und Servicestellen für die häusliche Pflege kontaktieren, Informationen einholen/weitergeben, Aufgabenverteilung abstimmen und Zusammenarbeit koordinieren (gegebenenfalls Koordination übergeben)	DF			
Fallbesprechung/gemeinsame Visite organisieren und durchführen	DF			
Mit pflegenden Angehörigen die Beantragung einer beruflichen, finanziellen und/oder psychologischen Entlastung abstimmen und nach Bedarf koordinieren/organisieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. zu einer Angehörigen-gruppe für Menschen mit demenzieller Erkrankung, zur Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes/Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Tagesbetreuung, Kurzzeitpflege, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements/der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			

Pflegeinterventionen/ Soziale Betreuung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Empathie und Wertschätzung für die veränderte Lebenssituation/ soziale Rolle (z. B. als ein alter Mensch, Hilfe-/Pflegeempfänger) ausdrücken und in der Rollenannahme/-akzeptanz (z. B. durch Benennen von Potenzialen, neu erworbenen Fähigkeiten) bestärken/fördern	D			
Zur regelmäßigen Pflege des sozialen Netzes/von familiären und nachbarschaftlichen Beziehungen sowie Freundschaften (z. B. durch Telefonate, Besuche) sowie zu sozialen, religiösen und kulturellen Aktivitäten anregen/motivieren	D			
Bei der unmittelbaren Kontaktaufnahme zu Personen des sozialen Netzes (z. B. durch Vermittlung/Übernahme von Telefonaten, Herstellen eines Videochats, Empfang und Versand von E-Mails) unterstützen	D			
Beim (zeitlich ausgedehnten) Einsatz von digitalen Medien (z. B. Videochatting, Nutzung von Social Media, intensivem E-Mail-Verkehr) unterstützen				AB
Bei außerhäuslichen sozialen Aktivitäten (z. B. beim Besuch von Familienmitgliedern, Nachbarn, Gottesdiensten, Veranstaltungen) begleiten				AB
Aktivitäten zur Förderung des Miteinanders wie Karten-/Gesellschaftsspiele oder gemeinsames Basteln anbieten und durchführen				AB
Stundenweise Anwesenheit (insbesondere auch zur Entlastung von An- und Zugehörigen) sicherstellen				AB
An- und Zugehörige durch Übernahme konkreter Pflege- und Betreuungstätigkeiten unterstützen und entlasten (HH/AB: grundsätzlich im Rahmen der UBV, Übernahme/Durchführung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in Eigenverantwortung)	D			U
An- und Zugehörige in ihrer Rolle als Pflegende/Betreuende unterstützen und ermutigen	D			
Hilfsmittel zur Unterstützung der Laienpflege einsetzen/bereitstellen	D			U

## 6.10 Haushaltsführung

! Zur **Erklärung der Symbole/Zeichen** DF, D, , U, AB siehe eingangs zu Kapitel 6.





! Der **Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad** der Pflegesituation entscheidet darüber, welche Berufsgruppe zum Einsatz kommt.

Steuerung des Pflegeprozesses / Delegationsentscheidung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Pflegebedarf/-abhängigkeit, Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen/Tätigkeiten in Bezug auf die Haushaltsführung (z. B. bzgl. Pflege/Instandhaltung der häuslichen Umgebung, Hygiene, Zubereitung von Mahlzeiten, Besorgungen, Erledigung finanzieller Angelegenheiten) unter Berücksichtigung von vorhandenen Ressourcen erheben bzw. festlegen – dazu Pflegeassessment und Pflegeplanung durchführen	DF			
Risiko ineffektiver Verhaltensweisen bei der Haushaltsführung (mit der möglichen Folge von Verwahrlosung), für Infektion (z. B. Durchfallerkrankung), Kontamination und/oder Vergiftungsunfälle (durch gefährliche Substanzen) einschätzen sowie Prophylaxemaßnahmen festlegen	DF			
Bei der Erhebung von Daten im Rahmen des Pflegeassessments mitwirken – dazu Informationen bereitstellen und Daten dokumentieren (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf die Informationsbereitstellung)	D			
Über die Delegation von Pflegeinterventionen/Tätigkeiten (einschließlich edukativer Aufgaben) in Bezug auf die Haushaltsführung entsprechend dem Komplexitäts-, Stabilitäts- und Spezialisierungsgrad der Pflegesituation entscheiden, die durchführende Berufsgruppe bestimmen (hauswirtschaftliche Tätigkeiten: Einsatz grundsätzlich der HH/AB), Anordnung treffen und Intensität der Aufsicht festlegen	DF			
Bedarf an Hilfsmitteln zur Unterstützung der Haushaltsführung (z. B. Dosen-/Flaschenöffner bei beeinträchtigter Handkraft, Greifzange, rutschfestes Schneidebrett, Mikrowelle, Warmhaltegeschirr) prüfen und Einsatz planen	DF			
Möglichkeit/erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit An- und Zugehörigen prüfen und Zusammenarbeit planen	DF			
Möglichkeit/erforderlichen Umfang der kooperativen Zusammenarbeit mit dem multiprofessionellen Versorgungsteam (z. B. Ärztin/Arzt, Sozialarbeiterin/-arbeiter) sowie der Weiterempfehlung an andere Gesundheitsberufe prüfen und Zusammenarbeit bzw. Vorgehen planen	DF			
Bedarf an ergänzenden Diensten (z. B. psychosoziale Beratung, Reinigungsdienst, Handwerks-/Reparaturdienst, Essen auf Rädern, Einkaufs-/Zustelldienst) prüfen und Einbeziehung planen	DF			
Wirksamkeit der durchgeführten Pflegeinterventionen/Tätigkeiten betreffend die Zielerreichung zur Haushaltsführung mit dem Fokus auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität evaluieren	DF			

Pflegeedukation	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Über den Zusammenhang von adäquater Haushaltsführung und Gesundheit/Lebensqualität sowie Maßnahmen zur Erhaltung/Förderung der Gesundheit und/oder Verbesserung der Lebensqualität informieren und beraten	DF			
Über multiprofessionelle Versorgungsmöglichkeiten, ergänzende Dienste und Hilfsmittel sowie deren Nutzen informieren und beraten	DF			
Über geplante weitere Schritte in der Behandlung und Versorgung (z. B. Notwendigkeit einer psychosozialen Beratung, Organisation eines Reinigungsdienstes) informieren	DF			
Bei Informationstätigkeiten mitwirken (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Informationen zu ergänzenden Diensten und Hilfsmitteln zur Unterstützung der Haushaltsführung)	D			
Zu Pflegeinterventionen/hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z. B. zur Reinigung des unmittelbaren Wohnumfeldes, zu Hygiene-/Desinfektionsmaßnahmen, zur Zubereitung von Mahlzeiten, richtigen Lagerhaltung von Lebensmitteln) anleiten	D			
Zum Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung der Haushaltsführung anleiten	D			
Case Management / Integrierte Versorgung	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Mit der Ärztin/dem Arzt die Haushaltsführung vor dem Hintergrund gesundheitlicher Belastungen/Erkrankungen (z. B. Durchfallerkrankung) besprechen und gegebenenfalls Maßnahmen zur Stabilisierung oder Verbesserung der Situation festlegen, Untersuchungs- und Behandlungstermine koordinieren	DF			
Mit der Ärztin/dem Arzt den Zustand von (zunehmender) Verwahrlosung (einschließlich Schädlingsbefall in den Wohnräumen) besprechen und gegebenenfalls Schritte (z. B. Information an die Gemeinde, das Gesundheitsamt, Pflegeschaftsgericht) einleiten	DF			
Erweiterte multiprofessionelle Versorgung (z. B. durch Sozialarbeiterin/-arbeiter) und ergänzende Dienste (z. B. Einkaufs-/Zustelldienst) abstimmen, vernetzen und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Informelle Dienste (z. B. Familien-/Nachbarschaftshilfe) fördern und Zusammenarbeit koordinieren	DF			
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen (z. B. zum Verband für Messie-Syndrom Betroffene) abstimmen bzw. anregen	DF			
Versorgung mit Hilfsmitteln koordinieren	DF			
Überleitung in ein anderes/Übernahme aus einem anderen Versorgungssystem/Setting (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) abstimmen und koordinieren	DF			
Bei Tätigkeiten des Case Managements/der Integrierten Versorgung (z. B. durch die Übernahme von Telefonaten, Erledigung von organisatorischen Schritten und Besorgungen) mitwirken	D			

Pflegeinterventionen/ Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	DGKP	PFA	PA	HH/AB
Zur Sauberkeit und Ordnung im Haushalt anhalten/motivieren	D			
Bei der Reinigung des unmittelbaren Wohnumfeldes (einschließlich Fensterputzen, Abstauben) unterstützen				
Hygiene-/Desinfektionsmaßnahmen (z. B. Desinfektion von Flächen/ Gegenständen) durchführen	D			
Bei der Wäscheversorgung (einschließlich Bügeln der Wäsche) unterstützen				
Leeres Bett machen/Bettwäsche wechseln	D			
Bett bei Bettlägerigen machen/Bettwäsche wechseln	D			
Brennmaterial beschaffen und bei der Beheizung der Wohnung unterstützen				
Für Frischluftzufuhr/ein gesundes Raumklima sorgen (HH: Einsatz, wenn Hausbesuch nur zum Lüften dient)	D			
Für die richtige Lagerhaltung von Lebensmitteln sorgen				
Bei der Zubereitung von kleinen Mahlzeiten (z. B. Frühstück, Jause) und dem Aufwärmen von Speisen unterstützen				
Zeitaufwendige Speisen zubereiten/gemeinsam kochen				AB
Bei der Geschirrversorgung unterstützen				
Bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches (z. B. beim Einkauf, Post-, Behörden- und Bankenweg) unterstützen/begleiten				
Bei (zeitlich ausgedehnten) Besorgungen und Terminen (z. B. Einkaufsrunde durch mehrere Geschäfte, Gerichtstermin) unterstützen/begleiten				AB
Bei Telefon-/Online-Bestellungen (z. B. von Lebensmitteln, Speisen, Kleidung, diversen Waren) unterstützen				
Bei der Führung eines Haushaltsbuches (handschriftlich/digital) unterstützen				
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen (d. h. jeweilige Tätigkeit/ deren einzelne Schritte umfassend oder vollständig übernehmen)				
Rezept/Verordnungsschein für (bereits festgelegte/angeordnete) Medikamente, Medizinprodukte und Heilbehelfe in der ärztlichen Ordination holen und diese bei der Apotheke bzw. beim Krankenversicherungsträger und/oder Sanitätsfachhandel beschaffen				
Frei verkäufliche Hilfsmittel beim (Sanitätsfach-)Handel beschaffen (HH/AB: Befugnisse eingeschränkt auf Hilfsmittel ohne speziellen Beratungs-/Auswahlbedarf und zur Unterstützung der Haushaltsführung)	D			
Hilfsmittel zur Unterstützung der Haushaltsführung einsetzen/bereitstellen				



Müll/Abfall gemäß den geltenden Vorschriften trennen und entsorgen				
Haushalt durch Beseitigung von Gefahrenmomenten (z. B. Chemikalien, kontaminierten Müll/Abfall) sicher gestalten	D			

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

Bretbacher, Christine: *Auswirkungen der GuKG-Novelle 2016 auf die Pflegeorganisation im extramuralen Setting*. In: *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht*, 2/2017, S. 56–58.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) in der Fassung vom 27.07.2025:  
[www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&FassungVom=2025-07-27](http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026&FassungVom=2025-07-27)

Gurtner, Caroline / Spirig, Rebecca / Staudacher, Diana / Huber, Evelyn:  
*Patientenbezogene Komplexität in der Pflege – kollektive Case Studies im Akutspital*.  
In: *Pflege*, 5/2018 (Jg. 31), S. 237–244.

Hausreither, Meinhild / Lust, Alexandra: *Aktuelles und Wichtiges aus dem Berufsrecht. Zum Begriff »stabile Pflegesituation«*. In: *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht*, 1/2018, S. 11–12.

Herdman, T. Heather / Kamitsuru, Shigem / Takao Lopes, Camila (Hrsg.):  
*NANDA International, Inc. Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2024–2026*.  
Kassel: Thieme RECOM, 2025.

Schrems, Berta: *Fallarbeit in der Pflege. Grundlagen, Formen und Anwendungsbereiche in der Pflege*. 4., überarbeitete Auflage. Wien: Facultas, 2022.

Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz (StSBBG) in der Fassung vom 21.09.2025:  
[www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000427&FassungVom=2025-09-21](http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrStmk&Gesetzesnummer=20000427&FassungVom=2025-09-21)

Thurm, Ulrike / Gehr, Bernhard: *CGM- und Insulinpumpenfibeln oder: Bei Dir piept's ja!*  
4., überarbeitete Auflage. Mainz: Kirchheim, 2020.

Trukeschitz, Birgit / Hajji, Assma / Litschauer, Judith / Kieninger, Judith /  
Linnoosmaa, Ismo: *Wie wirken sich Pflegedienste auf die Lebensqualität aus?*  
In: *Trendreport*, 1/2018, S. 15–17. [www.forba.at/wp-content/uploads/2018/11/1305-Trendreport\\_1\\_2018-Onlineversion-1.pdf](http://www.forba.at/wp-content/uploads/2018/11/1305-Trendreport_1_2018-Onlineversion-1.pdf)

Weiss, Susanne / Lust, Alexandra (Hrsg.): *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG samt ausführlichen Erläuterungen*. MANZ'sche Gesetzausgaben, Sonderausgabe Nr. 95. 9., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Wien: MANZ, 2021.

## 8 KONTAKTADRESSEN

### **Amt der Steiermärkischen Landesregierung • Abteilung 8 Gesundheit und Pflege**

#### ***Referat Pflegemanagement***

8010 Graz, Friedrichgasse 9

Tel.: +43 (0)316 877-3550

E-Mail: [pflegemanagement@stmk.gv.at](mailto:pflegemanagement@stmk.gv.at)

Web: [www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at)



#### ***Referat Gesundheitsberufe***

8010 Graz, Friedrichgasse 9

Tel.: +43 (0)316 877-3356

E-Mail: [gesundheitsberufe@stmk.gv.at](mailto:gesundheitsberufe@stmk.gv.at)

Web: [www.verwaltung.steiermark.at](http://www.verwaltung.steiermark.at)

### **Hilfswerk Steiermark GmbH**

#### ***Hilfe & Pflege daheim***

8055 Graz, Paula-Wallisch-Straße 9

Tel.: +43 (0)316 813 181-4032

E-Mail: [office@hilfswerk-steiermark.at](mailto:office@hilfswerk-steiermark.at)

Web: [www.hilfswerk.at/steiermark](http://www.hilfswerk.at/steiermark)



### **Österreichisches Rotes Kreuz • Landesverband Steiermark**

#### ***Pflege und Betreuung***

8055 Graz, Herrgottwiesgasse 281

Tel.: +43 (0)50 144 5-10200

E-Mail: [gsdpost@st.roteskreuz.at](mailto:gsdpost@st.roteskreuz.at)

Web: [www.st.roteskreuz.at](http://www.st.roteskreuz.at)



### **Sozialmedizinischer Pflegedienst Hauskrankenpflege**

#### **Steiermark gemeinnützige Betriebs GmbH**

8042 Graz, St.-Peter-Hauptstraße 208

Tel.: +43 (0)316 81 73 00

E-Mail: [office@smp-stmk.at](mailto:office@smp-stmk.at)

Web: [www.smp-stmk.at](http://www.smp-stmk.at)



### **Volkshilfe Steiermark Gemeinnützige Betriebs GmbH**

#### ***Dienstleistungsmanagement Betreuung-Pflege-Kids***

8010 Graz, Albrechtgasse 7

Tel.: +43 (0)316 8960-79000

E-Mail: [buero-dlm@stmk.volkshilfe.at](mailto:buero-dlm@stmk.volkshilfe.at)

Web: [www.stmk.volkshilfe.at](http://www.stmk.volkshilfe.at)



## 9 ANHANG

### 9.1 Wichtige Gesundheitsbegriffe

Nachstehende Begriffserläuterungen sind dem öffentlichen Gesundheitsportal Österreichs auszugsweise entnommen. Das Lexikon des Portals ist im Internet abrufbar unter: [www.gesundheit.gv.at/lexikon.html](http://www.gesundheit.gv.at/lexikon.html) (letzter Zugriff: 27.07.2025)

#### **Gesundheit**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als einen Zustand des umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. In der Gesundheitsförderung wird Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens gesehen und nicht vorrangig als Lebensziel. Sie ist der Zustand eines Gleichgewichts zwischen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren. Gesundheit entsteht, wenn Menschen ihre Mittel und Möglichkeiten optimal entfalten können, um so den inneren und äußeren Anforderungen zu begegnen. Sie ist ein dynamischer Prozess, der sich ständig verändert und in konkreten Lebenssituationen immer wieder neu gestaltet und ausbalanciert werden muss.

#### **Gesundheitskompetenz**

Gesundheitskompetenz (Health Literacy) bedeutet, dass Menschen das Wissen, die Motivation und die Fähigkeit haben, wesentliche Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Dies unterstützt dabei, Entscheidungen in Bezug auf die Gesundheit zu treffen. Gesundheitskompetenz soll zu einer besseren Lebensqualität sowie Gesundheit während des Lebens beitragen.

#### **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen und Programme, die Menschen unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern. Laut der Ottawa Charta, dem Schlussdokument der ersten Gesundheitsförderungskonferenz der WHO aus dem Jahr 1986, zielt Gesundheitsförderung »auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen«. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens (z.B. durch Bewegungsprogramme oder Ernährungsberatung) oder der Lebensverhältnisse (z.B. der Arbeitswelt durch betriebliche Gesundheitsförderung) ab.

#### **Prävention**

Prävention hat das Ziel, durch vorbeugende Maßnahmen eine Erkrankung zu verhindern oder zu verzögern bzw. Krankheitsfolgen zu vermeiden. Die Prävention setzt also an konkreten Gesundheitsrisiken für eine Person durch bestimmte Krankheiten an. Unterschieden wird je nach Zeitpunkt der Maßnahmen und Gesundheitszustand

zwischen Primärprävention (gezielte Förderung der Gesundheit, um bestimmte Krankheiten zu vermeiden), Sekundärprävention (Früherkennung) und Tertiärprävention (Rehabilitation). Präventionsmaßnahmen, die im Gesundheitssystem durchgeführt werden, bezeichnet man auch als Gesundheitsvorsorge.

## 9.2 Tätigkeiten der Basisversorgung

Nach Anlage 2 Punkt 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zwischen dem Bund und den Ländern über Sozialbetreuungsberufe<sup>146</sup> berechtigt die erfolgreiche Absolvierung des Ausbildungsmoduls »Unterstützung bei der Basisversorgung« zur Durchführung nachstehender Tätigkeiten (die aufgrund der Änderung der Vereinbarung vom Dezember 2024 – siehe Fußnote 68 in Kapitel 3.1.1 – zuletzt hinzugekommenen und in das Landesrecht übernommenen Tätigkeiten sind mittels Kursivschrift gekennzeichnet):

1. Unterstützung bei der Körperpflege
  - Assistenz beim Aufstehen aus dem Bett
  - Assistenz beim Waschen
  - Assistenz beim Duschen
  - Assistenz beim Baden in der Badewanne
  - Assistenz bei der Zahnpflege
  - Assistenz bei der Haarpflege
  - Assistenz beim Rasieren
  - Erkennen von Veränderungen des Allgemeinzustands oder der Haut und sofortige Meldung an die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt oder an die zuständige Angehörige / den zuständigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
2. Unterstützung beim An- und Auskleiden
  - Assistenz bei der Auswahl der Kleidung
  - Bereitlegen der Kleidung
  - Assistenz beim Anziehen bzw. Ausziehen von
    - Kleidungsstücken
    - Strümpfen, Strumpfhosen, Socken etc.
    - Stützstrümpfen
    - *Kompressionsstrümpfen nach Anordnung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege*

<sup>146</sup> Diese Anlage sowie auch die Vereinbarung sind im Internet über das RIS abrufbar (zum Vorgehen siehe Kapitel 1.2).

3. Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
  - Zubereiten und Vorbereiten von Mahlzeiten wie
    - Wärmen von Tiefkühlkost
    - Portionieren und eventuell Zerkleinern der Speisen
    - Herrichten von Zwischenmahlzeiten etc.
  - Beachtung von Diätvorschriften
  - Assistenz beim Essen
  - Assistenz beim Trinken
  - Achten auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr
  - Erkennen von Essstörungen, Schluckstörungen, nicht ausreichender Flüssigkeitsaufnahme und sofortige Meldung an die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt oder an die zuständige Angehörige / den zuständigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
4. Unterstützung im Zusammenhang mit Ausscheidungen
  - Assistenz beim Toilettengang
  - Assistenz bei der Intimpflege nach dem Toilettengang
  - Versorgung mit Inkontinenzhilfsmitteln wie
    - Wechseln von Schutzhosen
    - Assistenz bei der Verwendung von Einlagen
  - Erkennen einer Veränderung von Ausscheidungen und sofortige Meldung an die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt oder an die zuständige Angehörige / den zuständigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege
5. Unterstützung und Förderung der Bewegungsfähigkeit
  - Assistenz beim Aufstehen und Niederlegen
  - Assistenz beim Niedersetzen
  - Assistenz beim Gehen
6. Unterstützung beim Positionieren
  - Anwendung von Hilfsmitteln zur Dekubitusprophylaxe bei Menschen im Rollstuhl
  - Anwendung von Hilfsmitteln bei Menschen mit rheumatischen Veränderungen zur Erleichterung täglicher Verrichtungen
7. Unterstützung bei der Einnahme und Anwendung von Arzneimitteln
  - Assistenz bei der Einnahme von oral zu verabreichenden Arzneimitteln, dazu zählt auch das Erinnern an die Einnahme von Arzneimitteln oder das Herausnehmen der Arzneimittel aus dem Wochendispenser

- Assistenz bei der Applikation von ärztlich verordneten Salben, Cremes, Lotionen etc. oder von Pflegeprodukten, die von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angeordnet wurden
  - *Assistenz bei der Applikation von ärztlich verordneten Augen-, Nasen- und Ohrentropfen, die von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angeordnet wurden (davon ausgenommen ist die unmittelbar postoperative Gabe von Augen-, Nasen- und Ohrentropfen)*
8. *Unterstützung bei der Vitalzeichenkontrolle*
- *Durchführung der ärztlich angeordneten Vitalzeichenkontrolle (Blutdruck, Puls, Temperatur) sowie Kontrolle des Blutzuckers mittels digitalen Geräten, die von Angehörigen des gehobenen Dienstes angeordnet wurden*
  - *Erkennen von Abweichungen von Grenzwerten und sofortige Meldung an die zuständige Ärztin/den zuständigen Arzt oder an die zuständige Angehörige/den zuständigen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege*

### 9.3 Personenbetreuung

Nachstehend folgen die diesbezüglichen Rechtsgrundlagen des GuKG.

#### § 3b. (1) Personen, die betreuungsbedürftige Menschen

1. als Betreuungskräfte nach den Bestimmungen des Hausbetreuungsgesetzes, BGBl. I Nr. 33/2007, oder
2. im Rahmen des Gewerbes der Personenbetreuung nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung 1994,

unterstützen, sind befugt, einzelne pflegerische Tätigkeiten an der betreuten Person im Einzelfall nach Maßgabe der Abs. 2 bis 6 durchzuführen, sofern sie zur Ausübung dieser Tätigkeiten nicht ohnehin als Angehöriger eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufs oder eines Sozialbetreuungsberufs berechtigt sind.<sup>147</sup>

147 Die Information des Bundesministeriums für Gesundheit betreffend die Abgrenzung von Laientätigkeiten und Vorbehaltstätigkeiten der Pflege und Medizin vom 02.03.2011 verweist darauf, dass die pflegerischen Tätigkeiten, die im Rahmen der Personenbetreuung übertragen werden dürfen, in § 3b nicht aufgelistet sind. Je nach Grad und Schwere der Betreuungsbedürftigkeit können **unterschiedliche pflegerische Tätigkeiten** anfallen. Einzeln angeführt sind in Abs. 2 lediglich jene pflegerischen Tätigkeiten, die im Falle einer Übertragung aus medizinischer Sicht eine Anordnung durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich machen (zum Abrufen der Information im Internet siehe Fußnote 6 in Kapitel 2.1.3).



(2) Zu den pflegerischen Tätigkeiten gemäß Abs. 1 zählen auch<sup>148</sup>

1. die Unterstützung bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie bei der Arzneimittelaufnahme,
2. die Unterstützung bei der Körperpflege,
3. die Unterstützung beim An- und Auskleiden,
4. die Unterstützung bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten und
5. 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 einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erforderlich machen.

(3) Tätigkeiten gemäß Abs. 1 dürfen nur

1. an der jeweils betreuten Person im Rahmen deren Privathaushalts,
2. auf Grund einer nach den Regeln über die Entscheidungsfähigkeit gültigen Einwilligung durch die betreute Person selbst oder durch die gesetzliche Vertretung,
3. nach Anleitung und Unterweisung im erforderlichen Ausmaß durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege,
4. nach schriftlicher, und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, in begründeten Fällen auch nach mündlicher Anordnung durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, bei unverzüglicher, längstens innerhalb von 24 Stunden erfolgender nachträglicher schriftlicher Dokumentation, unter ausdrücklichem Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übernahme der Tätigkeit,

im Einzelfall ausgeübt werden, sofern die Person gemäß Abs. 1 dauernd oder zumindest regelmäßig täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich über längere Zeiträume im Privathaushalt der betreuten Person anwesend ist und in diesem Privathaushalt höchstens drei Menschen zu betreuen sind.<sup>149</sup> In begründeten Ausnahmefällen ist eine Betreuung dieser Menschen auch in zwei Privathaushalten zulässig, sofern die Anordnung durch denselben Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und

<sup>148</sup> Die Durchführung der in Abs. 2 angeführten Tätigkeiten durch Laien ist gemäß *Weiss/Lust* (2021, S. 89) nur dann zulässig, wenn sie **kein Fachwissen erfordern bzw. keine gesundheitliche Gefahr** für die betreuten Menschen wie auch die Betreuerinnen/Betreuer **darstellen**. Die Beurteilung, ob im Einzelfall diese Umstände vorliegen, obliegt bei Fragestellung aus pflegerischer Sicht einem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, bei ärztlichen Fragestellungen einer Ärztin/einem Arzt.

<sup>149</sup> Die derzeitige Einschränkung [...] der Betreuung von bis zu drei betreuungspflichtigen Menschen, die zueinander in einem Angehörigenverhältnis stehen müssen, in deren Privathaushalt verhindert die gemeinsame Betreuung von beispielsweise befreundeten alten Menschen in einem gemeinsamen Haushalt (»Pensionisten-WGs«). Diese Möglichkeit soll [wurde nunmehr mit der GuKG-Novelle 2023] durch das **Weglassen der Voraussetzung des Angehörigenverhältnisses** der betreuten Menschen unter Wahrung der sonstigen qualitätssichernden Maßnahmen eröffnet [...] (AB 2023).

Krankenpflege oder durch mehrere Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege, die vom selben Anbieter von Hauskrankenpflege entsandt worden sind, erfolgt.

(4) Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat sich im erforderlichen Ausmaß zu vergewissern, dass die Person gemäß Abs. 1 über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt. Dies ist ebenso wie die Anleitung und Unterweisung und die Anordnung gemäß § 5 zu dokumentieren.

(5) Die Anordnung ist nach Maßgabe pflegerischer und qualitätssichernder Notwendigkeiten befristet, höchstens aber für die Dauer des Betreuungsverhältnisses, zu erteilen. Sie ist schriftlich zu widerrufen, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der betreuten Person erforderlich ist; in begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist dieser unverzüglich, längstens innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

(6) Personen gemäß Abs. 1 sind verpflichtet,

1. die Durchführung der angeordneten Tätigkeit ausreichend und regelmäßig zu dokumentieren und die Dokumentation den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betreute Person pflegen und behandeln, zugänglich zu machen, sowie
2. der anordnenden Person unverzüglich alle Informationen zu erteilen, die für die Anordnung von Bedeutung sein können, insbesondere Veränderungen des Zustandsbildes der betreuten Person oder Unterbrechung der Betreuungstätigkeit.

Zu den Möglichkeiten und Grenzen der Weiterübertragung (Subdelegation) von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen der Personenbetreuung siehe Fußnote 32 in Kapitel 2.2.6.

## 9.4 Persönliche Assistenz

Nachstehend folgen die diesbezüglichen Rechtsgrundlagen des GuKG.

§ 3c. (1) Einzelne pflegerische Tätigkeiten an Menschen mit nicht nur vorübergehenden körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet sind, diesen Menschen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Lebensführung zu verwehren, dürfen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Einzelfall nach Maßgabe der Abs. 2 bis 5 Laien angeordnet und von diesen ausgeübt werden.<sup>150</sup> Dies gilt nicht

1. im Rahmen institutioneller Betreuung, wie in Krankenanstalten, Wohn- und Pflegeheimen, sowie
2. bei einem Betreuungsverhältnis des Laien zu mehr als einer Person.

(2) Eine Anordnung gemäß Abs. 1 ist nur zulässig, sofern

1. eine nach den Regeln über die Entscheidungsfähigkeit gültige Einwilligung durch die betreute Person selbst oder durch die gesetzliche Vertretung vorliegt,
2. eine Anleitung und Unterweisung durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt ist,
3. ein Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege unter ausdrücklichem Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Übernahme der Tätigkeit diese Tätigkeit schriftlich, in begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, mündlich bei unverzüglicher, längstens innerhalb von 24 Stunden, erfolgender schriftlicher Dokumentation, anordnet.

(3) Der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege hat sich im erforderlichen Ausmaß zu vergewissern, dass die Person gemäß Abs. 1 über die erforderlichen Fähigkeiten verfügt. Dies ist ebenso wie die Anleitung und Unterweisung und die Anordnung gemäß § 5 zu dokumentieren.

(4) Die Anordnung ist nach Maßgabe pflegerischer und qualitätssichernder Notwendigkeiten befristet, höchstens aber für die Dauer des Betreuungsverhältnisses, zu erteilen. Sie ist schriftlich zu widerrufen, wenn dies aus Gründen der Qualitätssicherung oder auf Grund der Änderung des Zustandsbildes der betreuten Person erforderlich ist; in begründeten Fällen und, sofern die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind, kann der Widerruf mündlich erfolgen. In diesen Fällen ist dieser unverzüglich, längstens innerhalb von 24 Stunden, schriftlich zu dokumentieren.

150 Die in Fußnote 147 in Kapitel 9.3 genannte Information des Bundesministeriums für Gesundheit schließt in vielen Punkten die persönliche Assistenz mit ein, so auch betreffend die Delegation von pflegerischen Tätigkeiten. Nicht nur in § 3b, sondern auch in § 3c wird von einer Auflistung der übertragbaren pflegerischen Tätigkeiten abgesehen. Je nach dem Grad und der Schwere der Betreuungsbedürftigkeit können hier ebenfalls **unterschiedliche pflegerische Tätigkeiten** anfallen.

(5) Die Person gemäß Abs. 1 ist verpflichtet, der anordnenden Person unverzüglich alle Informationen zu erteilen, die für die Anordnung von Bedeutung sein könnten, insbesondere Veränderung des Zustandsbilds der betreuten Person oder Unterbrechung der Betreuungstätigkeit.

Zu den Möglichkeiten und Grenzen der Weiterübertragung (Subdelegation) von Tätigkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie im Rahmen der persönlichen Assistenz siehe Fußnote 32 in Kapitel 2.2.6.





ISBN 978-3-200-10707-6