



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Spitzenverband

Expertenstandards Übersicht



Reiner Henrich
-Die Pflegedienstberater-



Zielsetzung:

**Jeder dekubitusgefährdete Patient/
Bewohner erhält eine Prophylaxe, die die
Entstehung eines Dekubitus verhindert**

Begründung

Ein Dekubitus gehört zu den gravierenden Gesundheitsproblemen pflegebedürftiger Patienten. Das vorhandene Wissen zeigt, dass das Auftreten eines Dekubitus weitgehend verhindert werden kann. Ausnahmen können in pflegerisch oder medizinisch notwendigen Prioritätensetzungen, im Gesundheitszustand oder in der selbstbestimmten, informierten Entscheidung des Patienten begründet sein. Von herausragender Bedeutung für eine erfolgreiche Prophylaxe ist, dass das Pflegefachpersonal die systematische Risikoeinschätzung, Information, Schulung und Beratung von Patient/Bewohner und gegebenenfalls seinen Angehörigen, Bewegungsförderung, Druckentlastung und -verteilung sowie die Kontinuität und Evaluation prophylaktischer Maßnahmen gewährleistet.



ENTWICKLUNG DES EXPERTENSTANDARDS

2004	S1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie Einschätzungskompetenz des Dekubitusrisikos.	P1 Die Pflegefachkraft beurteilt das Dekubitusrisiko aller Patienten, bei denen die Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u. a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala, z. B. nach Braden, Waterlow oder Norton.	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitus gefährdung liegt vor.
2010	S1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.	P1 Die Pflegefachkraft beurteilt mittels eines systematischen Vorgehens das Dekubitusrisiko aller Patienten, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann ¹ Dies geschieht unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags, und danach in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität oder bei Einwirkung von externen Faktoren (z. B. Sonden, Katheter) , die zur erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen.	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitus gefährdung liegt vor.
2017	S1 Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Dekubitusentstehung sowie über die Kompetenz, das Dekubitusrisiko einzuschätzen.	P2 Die Pflegefachkraft schätzt unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags systematisch das Dekubitusrisiko, aller Patienten ein. Diese Einschätzung beinhaltet ein initiales Screening sowie eine differenzierte Beurteilung des Dekubitusrisikos , wenn eine Gefährdung im Screening nicht ausgeschlossen werden kann. Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung in individuell festzulegenden Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität oder externer Einflussfaktoren , die zu einer erhöhten und/oder verlängerten Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften führen können .	E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des individuellen Dekubitusrisikos liegt vor.



LEITLINIEN DEKUBITUS-BERATUNGSGREMIEN

- ▶ AWMA - Australien
- ▶ KCE - Belgien
- ▶ Children's Hospital - Großbritannien
- ▶ Spinal Cord Medicine - Großbritannien
- ▶ NICE - Großbritannien
- ▶ NPUAP - USA
- ▶ EPUAP - EUROPA
- ▶ PPPIA - Australien/Neuseeland/
Singapore/Hongkong

	AWMA 2012	KCE 2012	Children's Hospital 2012	Spinal Cord Medicine 2014	NICE 2014	NPUAP/ EPUAP/ PPPIA 2014
Verminderte Aktivität und Mobilität	x	x	x	-	x	x
Hautzustand	-	-	-	-	-	x
Kategorie I Dekubitus	-	-	-	-	-	x
Vorhandener Dekubitus	-	-	-	x	x	x
Schlechter Ernährungszustand	x	x	x	x	x	x
Erhöhte Hautfeuchtigkeit/Inkontinenz	x	x	x	x	-	x
Erhöhtes Lebensalter	x	x	-	x	-	x
Erhöhte Körpertemperatur	-	-	-	-	-	x
Erhöhte Hauttemperatur	x	-	-	-	-	-
Verminderte Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Haut	x	-	x	-	-	x
Verminderte sensorische Wahrnehmung	x	-	x	-	x	x
Blutwerte: erhöhtes C-reaktives Protein, Lymphopenie, niedriges Albumin und Hämoglobin	-	-	-	-	-	x
Allgemein schlechter Gesundheitszustand	-	x	-	-	-	x
Ethnische Zugehörigkeit	x	-	-	x	-	x
Geschlecht (Mann vs. Frau)	x	-	-	x	-	x
Hohe Intensität und lange Dauer von Druck	-	-	x	-	-	-
Verminderte Toleranz der Haut	-	-	x	-	-	-
Erhöhte Reibungs- und Scherkräfte, Druck	x	x	x	-	-	-
Familienstand (Single vs. verheiratet)	-	-	-	x	-	-
Geringe Bildung	-	-	-	x	-	-
Höhe und Dauer der Querschnittsverletzung (SCI)	-	-	-	x	-	-
Nutzung medizinischer Geräte	-	-	-	x	-	-
Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes)	x	x	-	x	x	x
Kognitive Einschränkungen	-	x	-	x	x	-
Soziales Umfeld	-	-	-	x	-	-
Drogenmissbrauch	-	-	-	x	-	-
Compliance	-	-	-	x	-	-

Tabelle 6: Auswahl häufig genannter Risikofaktoren in Leitlinien



HAUTINSPEKTION

Leitlinien empfehlen ein:
engmaschiges Hautassessments

Kontrolle der Haut auf:

- nicht wegdrückbare Rötungen
- Ödeme
- Schmerz oder
- Erhöhung der Hauttemperatur

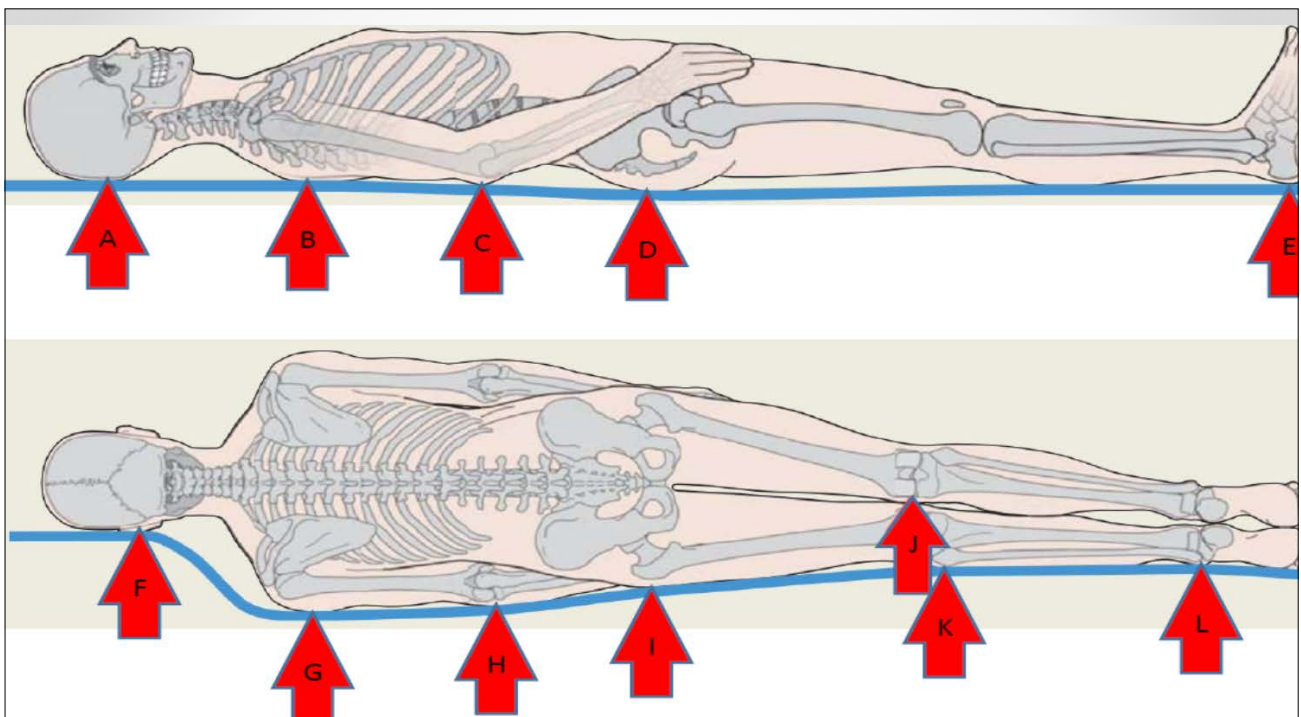
Dabei sind besonders die Areale der
Knochenvorsprünge auf:

- Veränderungen der Hautfarbe und
- Hautbeschaffenheit hin zu untersuchen



HAUTINSPEKTION

- Eine Hautinspektion sollte als Teil des Risikoassessments so schnell wie möglich nach Aufnahme erfolgen, spätestens aber nach 8 Stunden.
- Weitere Hautinspektionen sollten im Zusammenhang mit jedem Risikoassessament durchgeführt werden. Bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes sollte die Frequenz erhöht werden.
- Die AWMA-Leitlinie (2012) empfiehlt eine Hautinspektion bei jedem Lagerungswechsel durchzuführen.



Datum	Uhrzeit	Lokalisation	links	rechts	Rötung bleibt	Rötung verblasst	Hdz.
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	
			☐	☐	☐	☐	





EMPFOHLENE DEKUBITUS RISIKOFAKTOREN

Eingeschränkte Mobilität ⇨ Mobilitätseinschätzung

Dekubitus vorhanden ⇨ Wunddokumentation

⇨ Neigt zu Hautrötungen

⇨ Erhöhte Hauttemperatur

⇨ Neigt zu Ödemen

⇨ Trockene, empfindliche Haut

⇨ Haut ist schmerzempfindlich

⇨ Erhöhte Hautfeuchtigkeit

⇨ Verminderte sensorische Wahrnehmung

⇨ Verhärtungen / Läsionen

⇨ Diabetes mellitus

⇨ Beeinträchtigter Ernährungszustand

⇨ Eingeschränkter Gesundheitszustand

⇨ Katheter / Sonden

⇨ Fest / schlechtsitzende Verbände / Schienen

⇨ Arm- oder Beinprothese



DEKUBITUSRISIKO

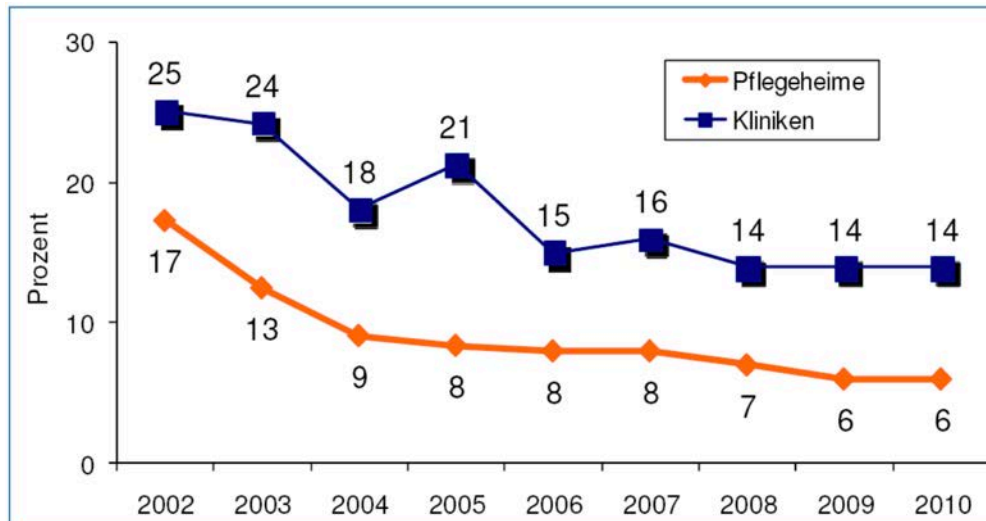
Datum:							Dekubitusrisiko unverändert	
							Datum	Hdz.
Eingeschränkte Mobilität ⇨ Mobilitätseinschätzung	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
Dekubitus vorhanden ⇨ Wunddokumentation	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Neigt zu Hautrötungen	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Erhöhte Hauttemperatur	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Neigt zu Ödemen	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Trockene, empfindliche Haut	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Haut ist schmerzempfindlich	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Erhöhte Hautfeuchtigkeit	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Verminderte sensorische Wahrnehmung	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Verhärtungen / Läsionen	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Diabetes mellitus	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Beeinträchtigter Ernährungszustand	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Eingeschränkter Gesundheitszustand	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Katheter / Sonden	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Fest / schlechtsitzende Verbände / Schienen	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
⇨ Arm- oder Beinprothese	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
Dekubitusrisiko liegt vor:	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
Handzeichen Pflegefachkraft:								

Betroffene Prädispositionsstellen:	Datum	Hdz.
☐ Weichlagerungssystem		
☐ Wechseldruckmatratze		
☐ Druckverteilende Sitzauflage		
☐ Lagerungshilfsmittel		
☐ Beratungsbedarf ist vorhanden		



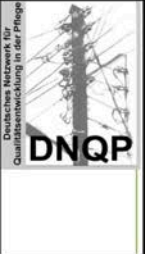
DEKUBITUSPRÄVALENZ BEI RISIKOPATIENTEN

Die Dekubitusprävalenz ist seit Einführung des Expertenstandard kontinuierlich gesunken



Quelle: T. Dassen, Berlin 2011

Prävalenz: Anzahl (Prozentsatz) Patienten mit einem Dekubitus zu einem bestimmten Zeitpunkt

Kategorie	EPUAP/NPUAP/PPPIA	 				
1	Nicht wegdrückbare Rötung	Epidermis				
2	Teilverlust der Haut	Epidermis	Dermis			
3	Verlust der Haut	Epidermis	Dermis	Subcutis		
4	Vollständiger Gewebeverlust	Epidermis	Dermis	Subcutis	Muskel	Knochen
2014 auch EPUAP	Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt					
2014 auch EPUAP	Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt					

Jeder pflegebedürftige Mensch erhält eine pflegerische Unterstützung, die zur Erhaltung und/oder zur Förderung der Mobilität beiträgt.

Eine eingeschränkte Mobilität ist ein Risiko für pflegebedürftige Menschen. Sie kann zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu einer Ortsfixierung und Bettlägerigkeit führen und mit dem Risiko weiterer gesundheitlicher Beeinträchtigungen (wie z.B. Dekubitus, Sturz) einhergehen. Durch eine regelmäßige Einschätzung der Mobilität, differenzierte Informations- und Edukationsangebote, eine motivierende und mobilitätsfördernde Umgebungsgestaltung, das Angebot sowie die Koordination zielgerichteter, die Eigenaktivität fördernder Maßnahmen kann zur Erhaltung und Förderung der Mobilität beigetragen werden. Eine so verstandene pflegerische Unterstützung hat gesundheitsfördernden Charakter. Die damit erreichte Mobilität hat eine große Bedeutung für die gesellschaftliche Teilhabe.



MOBILITÄTSEINSCHÄTZUNG

Patient:	Geb.-Dat.:				Jahr: 20	Lf-Nr.:
Datum:						Risikofaktoren unverändert
⇒ Immobilität	☐ vollständig / ☐ teilw.	☐ vollständig / ☐ teilw.	☐ vollständig / ☐ teilw.	☐ vollständig / ☐ teilw.		Datum
⇒ selbst. Lagewechsel im Liegeposition	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe		Hdz.
⇒ selbst. Halten aufrechter Sitzposition	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.		
⇒ Transfer Bett / Stuhl / Sessel / Toilette	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe		
⇒ selbst. Stehen	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.	☐ ja / ☐ nein / ☐ 10 Sek.		
⇒ selbst. Fortbewegen (Wohnräume)	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe		
☐ Wegstrecke einmalig ohne Hilfe	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m		
☐ Wegstrecke einmalig mit Hilfe	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m	☐ >5m ☐ >10m ☐ >25m		
☐ Wegstrecke pro Tag	☐ >5m ☐ >50m ☐ >150m	☐ >5m ☐ >50m ☐ >150m	☐ >5m ☐ >50m ☐ >150m	☐ >5m ☐ >50m ☐ >150m		
⇒ nutzt Gehhilfe / Rollator	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.		
⇒ nutzt Rollstuhl	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.		
⇒ selbst. Treppensteigen	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe	☐ ja / ☐ nein / ☐ m. Hilfe		
⇒ ist motiviert sich zu bewegen	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.		
⇒ kognitive / psych. Beeinträchtigung	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.	☐ ja / ☐ nein / ☐ teilw.		
☐ Sitzintervall in Minuten	☐ >5 ☐ >15 ☐ >30 ☐ >60	☐ >5 ☐ >15 ☐ >30 ☐ >60	☐ >5 ☐ >15 ☐ >30 ☐ >60	☐ >5 ☐ >15 ☐ >30 ☐ >60		
☐ Sitzt an der Bettkante	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
☐ Seitenlage alle	Stunden	Stunden	Stunden	Stunden		
☐ Mobilisation	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
☐ läuft zur Toilette	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
☐ nutzt Toilettenstuhl	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag	mal pro Tag		
Beratungsbedarf	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein	☐ ja / ☐ nein		
Handzeichen:						

Bewegungsplan

	Start-Datum	Bewegung/Lagerung	Hdz.
Bewegungsplan 1 (Bp1)	23.09.2017	OL, BK, St, G, TG, KW, EK	Hdz
Bewegungsplan 2 (Bp2)	23.09.2017	Se, St, G, BK, OL, (Li / Re)	Hdz
Bewegungsplan 3 (Bp3)			
Bewegungsplan 4 (Bp4)			

Abläufe wie oben - Nur Abweichungen werden unten dokumentiert

[illegible]

Li = 30° li	Re = 30° re	OL = 60° Oberkörperhochlagerung	RÜ = Rückenlagerung	Bk = Sitzen Bettkante	PS = Positionswechsel im Sitzen	X = lehnt Positionswechsel ab	G = gehen	St = stehen
TG = Toilettengang	Iv = Inkontinenzversorgung	KbT = Körperpflege Bett	KW = Körperpflege Waschbecken	KW = Körperpflege Waschbecken	KBa = Körperpflege Bad	KD = Körperpflege Dusche		
EK = Ernährung Küche	EB = Ernährung Bett	ET = Ernährung Tisch	RS = Rollstuhl	TS = Toilettenstuhl		Se = Sessel	LF = Lifter	
Rb = Rutschbrett	Ds = Drehscheibe	Mg = Mobilisationsgurt	Ki = Kissen	K = Keile				

Zielsetzung:

Jeder Patient/Bewohner mit einem erhöhten Sturzrisiko erhält eine Sturzprophylaxe, die Stürze weitgehend verhindert und Sturzfolgen minimiert.

Begründung

Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar. Sie gehen häufig mit schwerwiegenden Einschnitten in die bisherige Lebensführung einher, die von Wunden und Frakturen über Einschränkung des Bewegungsradius infolge verlorenen Vertrauens in die eigene Mobilität bis hin zur Aufgabe einer selbstständigen Lebensführung reichen. Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren, eine systematische Sturzerfassung, Information und Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen sowie gemeinsame Maßnahmenplanung und Durchführung kann eine sichere Mobilität gefördert werden.

Definition Sturz

Bisher

Sturz ist ein Ereignis:

...in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“

Neu:

“...auf dem Boden oder einer tieferen Ebene aufkommt“



Die Pflegefachkraft

P1 - identifiziert unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrages systematisch die personen-, medikamenten- und umgebungsbezogenen Sturzrisikofaktoren aller Patienten/Bewohner, bei denen ein Sturzrisiko nicht ausgeschlossen werden kann (siehe Tabelle „Sturzrisikofaktoren“ in der Kommentierung).

- überprüft die Einschätzung des Sturzrisikos bei Veränderungen der Pflegesituation und nach einem Sturz.

P2 - informiert den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen über das festgestellte Sturzrisiko und bietet Beratung und ggf. Schulung zu den Interventionen an.

P3 - entwickelt gemeinsam mit dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen einen individuellen Maßnahmenplan.

P4 - gewährleistet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen und dem Patienten/Bewohner gezielte Interventionen auf der Grundlage des Maßnahmenplans.

- sorgt für eine individuelle Umgebungsanpassung sowie für den Einsatz geeigneter Hilfsmittel zur Sturzprophylaxe.

P5 - informiert die an der Versorgung beteiligten Berufs- und Personengruppen über das Sturzrisiko des Patienten/ Bewohners und gibt Hinweise zum situativ angemessenen Umgang mit diesem.

P6 - dokumentiert und analysiert jeden Sturz, gegebenenfalls mit anderen an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen.

Aktualisierung Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

Die Sturzrisikofaktoren zur Erfassung des Sturzrisikos wurden tabellarisch in

- personenbezogene,
- medikamentenbezogene
- umgebungsbezogene

Sturzrisikofaktoren eingeteilt.

Eine Einteilung in intrinsische und extrinsische Faktoren **entfällt**.



Aktualisierung Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege

- Alter und Geschlecht wurden als Faktoren aufgrund der Stellungnahmen der Fachöffentlichkeit wieder **herausgenommen**.
- Auch die Verwendung von Hilfsmitteln wird **nicht** mehr als Risikofaktor aufgeführt.



1. Personenbezogene Risikofaktoren:

- Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten, z. B. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance, z. B. Einschränkungen der Gehfähigkeit, Balance-Störungen (u. a. auch Schwindel)
- Depression
- Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen
- Kognitive Beeinträchtigungen (akut und/oder chronisch)
- Kontinenzprobleme
- Sehbeeinträchtigungen
- Sturzangst
- Stürze in der Vorgeschichte

2. Medikamentenbezogene Sturzsrisikofaktoren

- Antihypertensiva
- Psychotrope Medikamente
- Polypharmazie (mehr als 4 Medikamente)

3. Umgebungsbezogene Sturzsrisikofaktoren

- Freiheitsentziehende Maßnahmen
- Gefahren in der Umgebung (z. B. Hindernisse auf dem Boden, zu schwache Kontraste, geringe Beleuchtung)
- Inadäquates Schuhwerk

Sturz - Risikofaktoren



[illegible]

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege



- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (März 2014)
- Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
1. Aktualisierung 2011
- Expertenstandard [Schmerzmanagement](#) in der Pflege bei akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen (2005)

Definition

AKUT

- Jeder Patient/Bewohner mit **akuten** oder zu **erwartenden** Schmerzen erhält ein **angemessenes** Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen **vorbeugt**, sie auf ein **erträgliches Maß reduziert oder beseitigt**.

CHRONISCH

- Jeder Patient/Bewohner mit **chronischen** Schmerzen erhält ein **individuell angepasstes** Schmerzmanagement, das zur **Schmerzlinderung**, zu Erhalt oder Erreichung einer **bestmöglichen Lebensqualität** und **Funktionsfähigkeit** sowie zu einer **stabilen** und **akzeptablen** Schmerzsituation beiträgt und schmerzbedingten **Krisen vorbeugt**.



Aktualisierung Schmerz

Es wird nunmehr zwischen **Ruhe-** und **Belastungsschmerz** unterschieden. Eine Schmerztherapie soll ab einem Ruheschmerz von **3/10** gemäß der Numerischen Rang-Skala (NRS, siehe nächste Seite) und ab einem Belastungsschmerz von mehr als **5/10** gemäß NRS eingeleitet werden. Ziel hierbei ist es, **physische** und **psychische Funktionsstörungen** zu vermeiden sowie einer **Chronifizierung** des Schmerzes vorzubeugen.



Schmerzbeschreibung (Mehrfachnennung möglich):

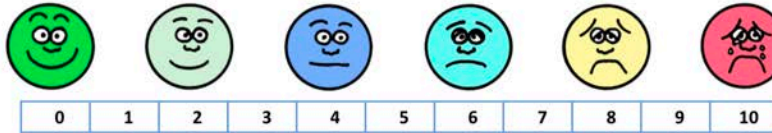
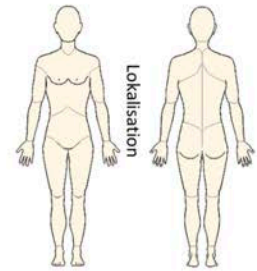
a1) Schmerzlindernde Faktoren:

a2) Schmerzfördernde Faktoren:

b) Schmerzcharakter:

- ☐ dumpf ☐ klopfend ☐ heiß ☐ schauerhaft
☐ drückend ☐ stechend ☐ brennend ☐ scheußlich
☐ pochend ☐ ziehend ☐ elend ☐ furchtbar

Der Patient hat chronische Schmerzen seit: _____



NRS - Numerische Rating-Skala

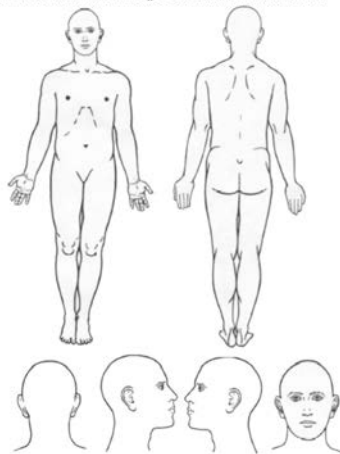
Jahr: _____

Datum	Uhrz.	NRS Ruhe	NRS Belastung	Hdz.	Datum	Uhrz.	NRS Ruhe	NRS Belastung	Hdz.	Datum	Uhrz.	NRS Ruhe	NRS Belastung	Hdz.



Schmerzanamnese Differenziertes Schmerzassessment

5. Schmerzlokalisierung: „Wo haben Sie Schmerzen?“



Quelle: SBL © Korb 2006

Schmerz * 1: _____

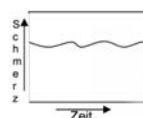
Schmerz * 2: _____

Schmerz * 3: _____

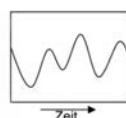
7. Seit wann bestehen diese Schmerzen?

Die Schmerzen sind erstmals aufgetreten vor ca. _____ Jahren/ _____ Monaten

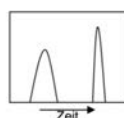
8. Art der Schmerzen:



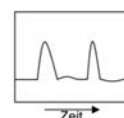
1) Dauerschmerzen mit leichten Schwankungen
☐



2) Dauerschmerzen mit starken Schwankungen
☐



3) Schmerzattacken, dazwischen schmerzfrei
☐



4) Schmerzattacken, auch dazwischen Schmerzen
☐



Schmerzanamnese Differenziertes Schmerzassessment

Wenn Sie an Schmerzattacken leiden (Bilder 3 und 4), beantworten Sie bitte zusätzlich noch folgende Fragen:
Wie oft treten die Attacken durchschnittlich auf?

- ☐ mehrfach täglich ☐ einmal täglich ☐ mehrfach wöchentl. ☐ einmal wöchentl.
☐ mehrfach monatl. ☐ einmal monatl. ☐ seltener _____

Wie lange dauern diese Attacken durchschnittl. ☐ Sekunden ☐ Minuten ☐ Stunden
☐ bis zu drei Tagen ☐ länger drei Tage

9. Sind Ihre Schmerzen zu bestimmten Tageszeiten besonders stark?

- ☐ ja ☐ nein

Wenn ja: ☐ morgens ☐ mittags ☐ nachmittags ☐ abends ☐ nachts

10. Schmerzempfinden (Mehrfachnennung möglich)

Ich empfinde meine Schmerzen als:

	trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu		trifft genau zu	trifft weitgehend zu	trifft ein wenig zu	trifft nicht zu
	3	2	1	0		3	2	1	0
dumpf	☐	☐	☐	☐	heiß	☐	☐	☐	☐
drückend	☐	☐	☐	☐	brennend	☐	☐	☐	☐
pochend	☐	☐	☐	☐	elend	☐	☐	☐	☐
klopfend	☐	☐	☐	☐	schauderhaft	☐	☐	☐	☐
stechend	☐	☐	☐	☐	scheußlich	☐	☐	☐	☐
ziehend	☐	☐	☐	☐	furchtbar	☐	☐	☐	☐

12. Intensität der Schmerzen

In den letzten Wochen im Durchschnitt (Patient auf Skala markieren lassen)

- momentaner Schmerz ▼ stärkster Schmerz ○ schwächster Schmerz



Schmerzanamnese Differenziertes Schmerzassessment

Auswirkungen der Schmerzen in den letzten 3 Monaten:

a) An wie vielen Tagen konnten Sie in den letzten drei Monaten aufgrund von Schmerzen nicht Ihren üblichen Aktivitäten nachgehen?

an etwa _____ Tagen

b) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihren Alltag beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

keine

Beeinträchtigung

völlige

Beeinträchtigung

c) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Freizeitaktivitäten beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

keine

Beeinträchtigung

völlige

Beeinträchtigung

d) In welchem Maße haben die Schmerzen in den letzten 3 Monaten Ihre Arbeitsfähigkeit (einschließlich Hausarbeit) beeinträchtigt?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

keine

Beeinträchtigung

völlige

Beeinträchtigung

13. Auf welche Ursachen führen Sie Ihre Schmerzen zurück?

16. Derzeitiges allgemeines Wohlbefinden (letzten 14 Tage):

Trotz der Schmerzen würde ich sagen:

- Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.
- Ich bin innerlich erfüllt gewesen.
- Ich habe mich behaglich gefühlt.
- Ich habe mein Leben genießen können.
- Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.
- Ich war mit meiner Arbeitsleistung zufrieden.
- Ich habe mich richtig freuen können.

	trifft gar nicht zu						trifft vollkommen zu
	0	1	2	3	4	5	
1. Ich habe meine alltäglichen Anforderungen im Griff gehabt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
2. Ich bin innerlich erfüllt gewesen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
3. Ich habe mich behaglich gefühlt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
4. Ich habe mein Leben genießen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
5. Ich war mit meinem körperlichen Zustand einverstanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
6. Ich war mit meiner Arbeitsleistung zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
7. Ich habe mich richtig freuen können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	



Schmerzanamnese Differenziertes Schmerzassessment

19. Wie wurden Ihre Schmerzen bisher behandelt?

22. Gegenwärtige und frühere Schmerzmedikation

Bitte tragen Sie hier Ihre Schmerzmedikamente ein, die Sie früher genommen haben oder noch immer nehmen. Bitte bewerten Sie auch deren eventuelle Nebenwirkungen.

Ihre früheren/Jetzig Schmerz-Medikamente	wirksam? (bitte ankreuzen)			Nebenwirkungen?
	nein	etwas	ja	

24. Welche Erkrankungen haben Einfluss auf Ihre Schmerzen?

Erklärung zur Nichtbehandlung gewisser Fragen:

Dieser Schmerzanamnesebogen ist angelehnt an den deutschen Schmerzfragebogen. Er soll sich explizit an Pflegende richten. Aus diesem Grund, haben wir bewusst einige Fragen des deutschen Schmerzfragebogens ausgelassen. Diese richten sich hauptsächlich an den behandelnden Arzt und nicht an Pflegerinnen und Pfleger. Des Weiteren werden diese Aspekte in der Pflegeanamnese behandelt.



Zielsetzung des Schmerzmanagements bei chron. Schmerzen:

- steht nicht das Ziel der Schmerzfreiheit im Mittelpunkt.
- Denn häufig ist die vollständige Befreiung von chronischen Schmerzen nicht oder nicht in absehbarer Zeit zu erreichen.
- Wichtig ist es daher vor allem,
 - die Lebensqualität zu erhalten oder zu fördern und zu ermöglichen,
 - sein Leben selbstbestimmt zu gestalten.
- Jeder Patient mit chronischen Schmerzen erhält ein individuell angepasstes Schmerzmanagement ,
 - das zur Schmerzlinderung,
 - zu Erhalt oder Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit
 - sowie zu einer stabilen und akzeptable Schmerzsituation beiträgt und
 - schmerzbedingten Krisen vorbeugt.



Ziel des pflegerischen Handelns bei chronischen Schmerzen ist:

- Das Patienten ihren Alltag trotz chronischer Schmerzen gut zu meistern.
- Dazu gehören u.a. die
 - Einhaltung bestimmter Einnahmerhythmen von Medikamenten,
 - die Anwendung nicht-medikamentöser Verfahren sowie
 - ein gutes Bewusstsein für die eigenen Belastungsgrenzen.



1. Initiales Schmerz-Assessment

- ☐ Formular Schmerzerfassung wurde ausgefüllt
- ☐ Formular ECPA wurde ausgefüllt
- ☐ Formular Schmerzanamnese wurde ausgefüllt

Schmerz ist für Patienten bedeutend	☐ -ja/ ☐ -nein
Liegen schmerzbedingte Beeinträchtigungen / Einschränkungen vor?	☐ -ja/ ☐ -nein
Sind Ihre Schmerzen ausreichend gelindert?	☐ -ja/ ☐ -nein
Besteht der Schmerz länger als 3 Monate?	☐ -ja/ ☐ -nein
Hat einen ☐ - akuten Schmerz ☐ - chronischen Schmerz	Datum/Hdz.

Akuter Schmerz

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen
(DNQP 2011)

Chronischer Schmerz

Chronischer Schmerz		
Instabile Situation ☐ Schmerzsituation/-linderung ist dauerhaft nicht akzeptabel ☐ gesundheitsbezogene oder alltagsbezogene Krisen ☐ nicht kompensierte Versorgungsbrüche ☐ Komplikationen durch Therapie oder deren Nebenwirkungen ☐ Einbuße an Lebensqualität / Funktionalität / sozialer Teilhabe, die nicht mehr dem Willen des Patienten entspricht ☐ langsame Verschlechterung des Gesundheitszustandes	Stabile Situation ☐ bestehende medikamentöse und/oder nicht-medikamentöse Therapie auf Basis eines akzeptierten Behandlungsplans ☐ aus professioneller Sicht angemessener Behandlungsplan ☐ der Patient ist mit der Situation zufrieden und ist befähigt zur Teilhabe am Alltagsleben	
Hat eine ☐ - instabile Situation ☐ - stabile Situation Datum/Hdz.		
Liegt eine instabile oder stabile Schmerzsituation vor, ist die Schmerzanamnese auszufüllen. Bei einer instabilen Situation ist der Hausarzt des Patienten zu informieren.		

--> pflegerischer Schmerzexperte beratend hinzuzuziehen ist

Pflegerische Schmerzexperten sollen über eine schmerzbezogene Weiterbildung verfügen (z.B. Pain Nurse oder Algesiologischen Fachassistenz, ggf. auch andere).
 Pflegerische Schmerzexperten können in der jeweils eigenen Einrichtung angestellt sein.

Es ist aber auch möglich, Schmerzexperten von extern konsiliarisch hinzuziehen.

Denkbar sind Kooperationsmodelle – etwa zwischen Pflegediensten und Krankenhäusern – oder zukünftig sogar selbständige pflegerische Schmerzexperten, vergleichbar der Situation im Bereich Wundmanagement.



Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege

Zielsetzung: Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf gesichert und es wird einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung entgegengewirkt.

Begründung:

Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung von Anzeichen einer drohenden oder bestehenden Mangelernährung und ihrer Gründe, durch angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.



WIE KOMMT ES HIERZU?

Überschätzen
der Fähigkeiten
der Bewohner

Zeitprobleme

Mangelndes
Problem-
bewusstsein

Unterschätzen
der Bedeutung
von Ernährung



WELCHE BEDEUTUNG HAT ERNÄHRUNG?



Body Mass Index + Gewichtsverlust + akute Erkrankung				Bestehen Risiken/Einschränkungen bzgl. Flüssigkeitsversorgung?									
		ungeplant, in den letzten 3-6 Monaten		Nahrungskarenz von (voraussichtlich) mehr als fünf Tagen		• Hinweise auf verminderte Flüssigkeitsaufnahme • Hinweise auf erhöhten Flüssigkeitsbedarf (z.B. Fieber, Diarrhoe) • aktuelle oder beschriebene Symptome der Dehydratation (z.B. Blutdruckabfall bei gleichzeitigem Anstieg der Pulsfrequenz, stehende Hautfalten, trockene Schleimhäute, fehlender Speichelsee unter der Zunge, zunehmende Lethargie/Verwirrheitszustände, stark konzentrierter Urin)							
BMI	Punkte	Prozent	Punkte	Punkte									
≥ 20	0	< 5%	0	2									
18,5 - 20,0	1	5-10%	1										
≤ 18,5	2	≥ 10%	2										
Risiko Punkte: 0 - gering 1 - mittel ≥ 2 hoch				Größe: cm									
Datum:													
Gewicht in kg:													
BMI [kg/m²] BMI:													
Summe Punkte:													
Alternativ - nur, wenn Wiegen nicht möglich (Oberarmumfang = OAU / Wadenumfang = WAU, jeweils in der Mitte des Oberarms / der Wade)													
OAU (cm) re □ / li □:													
WAU (cm) re □ / li □:													
Risiken / Einschränkungen liegen nach pflegfachlicher Einschätzung vor:													
Ernährung	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein
Flüssigkeitsvers.	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja	☐ ja
	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein	☐ nein
Hdz.													

Liegen >>Ernährungs- oder/und Flüssigkeitsrisiken<< vor, sind die Formulare >>Problemsuche Mangelernährung<< und bei Bedarf >>Trinkprotokoll<< und >>Essprotokoll<< für jeweils 5 Tage auszufüllen. Zusätzlich ist der Betroffene dazu zu >>beraten<< und in der >>Maßnahmenplanung<< individualisiert zu beschreiben.



Wie viel Wasser braucht der ältere Mensch?

Für den individuellen Flüssigkeitsbedarf gibt es verschiedene Empfehlungen. Unter Normalbedingungen beträgt die tägliche Wasserbilanz bei älteren Menschen etwa 2,3 Liter. Wenn man von etwa 300 ml Oxidationswasser (entsteht bei der Verbrennung von Fettsäuren und von Glukose) und circa 700 ml Wasser aus fester Nahrung ausgeht, müssten dann noch etwa 1,3 Liter getrunken werden, um die Flüssigkeitsbilanz auszugleichen. Auch koffeinhaltige Getränke können in die Bilanz eingerechnet werden.

Richtwerte für die Zufuhr von Wasser pro Tag (65 Jahre und älter)

Wasseraufnahme aus Getränken	1.310 ml
Wasseraufnahme aus fester Nahrung	680 ml
Oxidationswasser	260 ml
Gesamtwasseraufnahme	2.250 ml

Quelle: D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2000

		Gewicht (kg)																														
		30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50	52	54	56	58	60	62	64	66	68	70	72	74	76	78	80	82	84	86	88	90
Größe (m)	2,00	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18,0	18,5	19	19,5	20,0	20,5	21	22	22	23
	1,98	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18,4	18,9	19	19,9	20,4	20,9	21	22	22	23
	1,96	8	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18,2	18,7	19	19,8	20,3	20,8	21	22	22	23	23
	1,94	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18,1	18,6	19	19,7	20,2	20,7	21	22	22	23	23	24
	1,92	8	9	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	17	18	18,4	19,0	19,5	20,1	20,6	21	22	22	23	23	24	24,4
	1,90	8	9	9	10	11	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	18	18,3	18,8	19	19,9	20,5	21	22	22	23	23	24	24	24,9
	1,88	8	9	10	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	16	17	18	18,1	18,7	19	19,8	20,4	20,9	22	22	23	23	24	24	24,9	25,5
	1,86	9	9	10	10	11	12	12	13	13	14	14	15	16	16	17	17	17,9	18,5	19	19,7	20,2	20,8	21	22	23	23	24	24	24,9	25,4	26
	1,84	9	9	10	11	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18	18,3	18,9	19,5	20,1	20,7	21	22	22	23	24	24	24,8	25,4	26	27
	1,82	9	10	10	11	11	12	13	13	14	14	15	16	16	17	18	18,1	18,7	19	19,9	20,5	21	22	22	23	24	24	24,8	25,4	26	27	27
	1,80	9	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	17,9	18,5	19	19,8	20,4	21,0	22	22	23	23	24	24,7	25,3	26	27	27	28
	1,78	9	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	16	17	18	18,3	18,9	19,6	20,2	20,8	21	22	23	23	24	24,6	25,2	26	27	27	28	28
	1,76	10	10	11	12	12	13	14	14	15	15	16	17	17	18,1	18,7	19,4	20,0	20,7	21	22	23	23	24	24,5	25,2	26	26	27	28	28	29
	1,74	10	11	11	12	13	13	14	15	15	16	17	17	17,8	18,5	19	19,8	20,5	21	22	22	23	24	24,4	25,1	26	26	27	28	28	29	29,7
	1,72	10	11	11	12	13	14	14	15	16	16	17	18	18,3	18,9	19,6	20,3	21,0	22	22	23	24	24,3	25,0	26	26	27	28	28	29	29,7	30,4
	1,70	10	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18,0	18,7	19,4	20,1	20,8	21	22	23	24	24	24,9	25,6	26	27	28	28	29	29	30	30,4
1,68	11	11	12	13	13	14	15	16	16	17	18	18,4	19,1	19,8	20,5	21	22	23	23	24	24,8	25,5	26	27	28	28	29	29	30	30,5	31	
1,66	11	12	12	13	14	15	15	16	17	17	18,1	18,9	19,6	20,3	21,0	22	22	23	24	24,7	25,4	26	27	28	28	29	29	30	30,5	31	31	
1,64	11	12	13	13	14	15	16	16	17	17,8	18,6	19,3	20,1	20,8	22	22	23	24	24,5	25,3	26	27	28	28	29	29,7	30	30,5	31	31	32	
1,62	11	12	13	14	14	15	16	17	18	18,3	19,1	19,8	20,6	21	22	23	24	24,4	25,1	26	27	27	28	29	29,7	30,5	31	31	32	32	33	
1,60	12	13	13	14	15	16	16	17	18,0	18,8	19,5	20,3	21,1	22	23	23	24,2	25,0	26	27	27	28	29	29,7	30,5	31	31	32	32	33	33	
1,58	12	13	14	14	15	16	17	18	18,4	19,2	20,0	20,8	22	22	23	24	24,8	25,6	26	27	28	29	29,6	30,4	31	31	32	32	33	33	34	
1,56	12	13	14	15	16	16	17	18,1	18,9	19,7	20,5	21	22	23	24	24,7	25,5	26	27	28	29	29,6	30,4	31	31	32	32	33	33	34	34	
1,54	13	13	14	15	16	17	17,7	18,6	19,4	20,2	21,1	22	23	24	24,5	25,3	26	27	28	29	29,5	30,4	31	31	32	32	33	33	34	34	35	
1,52	13	14	15	16	16	17	18,2	19,0	19,9	20,8	22	23	23	24,2	25,1	26	27	28	29	29,4	30,3	31	31	32	32	33	33	34	34	35	35	
		< 18,5 Schweres Untergewicht 18,5 – 19,9 Untergewicht 20 – 24,9 Normalgewicht 25 – 29,9 Prädispositas																														

< 18,5
Schweres Untergewicht

18,5 – 19,9
Untergewicht

20 – 24,9
Normalgewicht

25 – 29,9
Prädisposition



Frage	Datum/Hdz.	Datum/Hdz.	Maßnahmen	Datum/Hdz.		Datum/Hdz.		Überprüfung: Daten unverändert	
				PD	ANG	PD	ANG	Datum	Hdz.
Haben Sie zurzeit verminderten Appetit?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Grund abklären	☐	☐	☐	☐		
Haben Sie in den letzten Monaten an Gewicht verloren?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Wöchentliche Gewichtskontrolle veranlassen	☐	☐	☐	☐		
Können Sie nicht allein die Wohnung verlassen, um einkaufen zu gehen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	BMI bei jeder Visite ermitteln	☐	☐	☐	☐		
Leiden Sie unter Depressionen, Demenz oder Verwirrtheit?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Bei Bedarf Arzt informieren	☐	☐	☐	☐		
Leben Sie allein in Ihrer Wohnung?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Ernährungsprotokoll führen	☐	☐	☐	☐		
Nehmen Sie weniger als 3 Mahlzeiten pro Tag zu sich?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Patienten und Angehörige beraten	☐	☐	☐	☐		
Nehmen Sie täglich Milchprodukte, Obst, Gemüse und Brot zu sich?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Begleitsdienst zum Einkaufen organisieren	☐	☐	☐	☐		
Nehmen Sie täglich 1 warme Mahlzeit zu sich?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Einkaufsdienst organisieren	☐	☐	☐	☐		
Benötigen Sie Hilfe bei der Essensaufnahme oder beim Zerkleinern der Nahrung?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Wunschnahrungsmittel kaufen	☐	☐	☐	☐		
Haben Sie beim Schlucken Beschwerden?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	„Essen auf Rädern“ organisieren	☐	☐	☐	☐		
Haben Sie Probleme mit den Zähnen?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Gesellschaft beim Essen organisieren	☐	☐	☐	☐		
Nehmen Sie mehr als 3 Medikamente pro Tag zu sich?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	zum Essen auffordern	☐	☐	☐	☐		
Leiden Sie unter Verstopfung und essen Sie deshalb weniger?	Ja ☐ Nein ☐	Ja ☐ Nein ☐	Arzt informieren und Medikation prüfen lassen	☐	☐	☐	☐		
			Besuchsdienst organisieren	☐	☐	☐	☐		
			Ernährungsplan erstellen	☐	☐	☐	☐		
			Ernährungsprotokoll ausfüllen	☐	☐	☐	☐		
			ggf. Zusatznahrung	☐	☐	☐	☐		
			Essen durch Pflegedienst zubereiten lassen	☐	☐	☐	☐		
			Hilfe bei der Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐	☐		
			Hilfsmittel organisieren	☐	☐	☐	☐		
			Esstraining organisieren (Krankengymnastik, Ergotherapie, Mobilisation)	☐	☐	☐	☐		
			Konsistenz der Nahrung beachten / ändern	☐	☐	☐	☐		
			Schlucktraining mit Logopäden	☐	☐	☐	☐		
			Zahnarztbesuch organisieren	☐	☐	☐	☐		
			Zahnprothese erneuern oder richten lassen	☐	☐	☐	☐		
			Zähne sanieren lassen	☐	☐	☐	☐		
			Arzt informieren und Verordnung überprüfen	☐	☐	☐	☐		
			Verringerung der Medikamentenzahl	☐	☐	☐	☐		
			Nahrung umstellen	☐	☐	☐	☐		

Haben sich mehr als 2 Veränderungen ergeben, muss ein neues Blatt genommen werden.

PD: Pflegedienst / Ang.: Angehörige

43

Name: Vorname:

Geschlecht: Alter (Jahre): Gewicht (kg): Größe (cm): Datum:

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis des Screenings zu erhalten.

0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme 1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme 2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme	☐
0 = Gewichtsverlust > 3 kg 1 = nicht bekannt 2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg 3 = kein Gewichtsverlust	☐
0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung	☐
0 = ja 2 = nein	☐
0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme	☐
0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	☐

WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.
WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN.

0 = WU < 31 3 = WU ≥ 31	☐
----------------------------	--------------------------

(max. 14 Punkte) ☐ ☐

☐ Normaler Ernährungszustand
☐ Risiko für Mangelernährung
☐ Mangelernährung

Mini Nutritional Assessment® - SF

Wurde das Screening mit Beantwortung der Frage F2 (Wadenumfang) durchgeführt, ist die MNA - Long Form für ein tiefer gehendes Assessment nicht geeignet, bei Bedarf ein anderes Assessment (z.B. PEMU) durchführen.

Instrument zur zweiphasigen Erfassung der Ernährungssituation
in der stationären Langzeit-/ Altenpflege
(Screening und Assessment, incl. Leitfaden)

Screening / Risikoerfassung

Vor-/Nachname: _____ Geb.-Dat.: _____
Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____
Datum: _____

Risiko für Nahrungsmangel

1. Zeichen von Nahrungsmangel:
⇒ Äußerer Eindruck: unterernährt/untergewichtig ☐ ja ☐ nein
⇒ Nur wenn ermittelbar: BMI ≤ 20 ☐ ja ☐ nein
⇒ Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
($\geq 5\%$ in 1 Monat; $\geq 10\%$ in 6 Monaten oder weit gewordene Kleidung) ☐ ja ☐ nein
2. Auffällig geringe Essmenge
(z. B. mehr als 1/4 Essensreste bei 2/3 d. Mahlzeiten) ☐ ja ☐ nein
3. Erhöhter Energie-/Nährstoffbedarf u. Verluste ☐ ja ☐ nein
(z. B. Hyperaktivität, Stresssituationen, akute Krankheit, Fieber, offene Wunden wie Dekubitus, Ulcus Cruris, Diarrhö, Erbrechen, Blutverlust)

Risiko für Flüssigkeitsmangel

1. Zeichen von Flüssigkeitsmangel ☐ ja ☐ nein
(z. B. plötzliche/unerwartete Verwirrtheit, trockene Schleimhäute, konzentrierter Urin)
2. Auffällig geringe Trinkmengen ☐ ja ☐ nein
(z. B. weniger als 1000 ml /Tag über mehrere Tage)
3. Erhöhter Flüssigkeitsbedarf ☐ ja ☐ nein
(z. B. Fieber, stark geheizte Räume, Sommerhitze)

Einschätzungshilfe: Zeichen für Nahrungsmangel

Körpergröße: _____ m
Körpergewicht: aktuell _____ kg
vor 1 Monat _____ kg vor 6 Monaten _____ kg vor 1 Jahr _____ kg
Ödeme (sichtbar oder begründete Vermutung): ☐ keine ☐ leicht ☐ stark
Grobe äußere Einschätzung: ☐ unterernährt ☐ normal ernährt ☐ überernährt
(untergewichtig) (normal gewichtig) (übergewichtig)
Kleidung (Rock, Hose) zu weit geworden: ☐ ja ☐ nein

PEMU

Assessment - Nahrungsmangel

Vor-/Nachname: _____ Geb.-Dat.: _____
Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____
Datum: _____

Gründe für eine geringe Nahrungsaufnahme

- Warum isst die/der Betroffene zu wenig? -

1. Körperlich oder kognitiv (geistig) bedingte Beeinträchtigung

- a. Kognitive Überforderung
(z. B. durch Demenzerkrankung; weiß nichts mit Essen anzufangen, vergisst zu schlucken etc.)
- b. Funktionseinschränkungen der Arme oder Hände (z. B. Erreichbarkeit von Speisen, kann Besteck nicht greifen, kann nicht schneiden)
- c. Schlechter Zustand des Mundes
(z. B. Mundtrockenheit, Schleimhautdefekte)
- d. Beeinträchtigung der Kaufunktion/Zahnprobleme
- e. Schluckstörungen
(z. B. verschluckt sich leicht, hustet oft beim Essen, vermeidet bestimmte Konsistenz)
- f. Müdigkeit beim Essen
(z. B. Verdacht auf Medikamentennebenwirkung, veränderter Schlaf-/Wachrythmus)
- g. Beeinträchtigung der Seh- oder Hörfähigkeit
- h. Andere Gründe/Ursachen

2. Fehlende Lust zum Essen, kein Appetit, Ablehnen des Essens

- a. Besondere psychische Belastung
(z. B. Einsamkeit, Depressivität)
- b. Akute Krankheit
- c. Schmerzen
- d. Bewegungsmangel
- e. Verdacht auf Medikamentennebenwirkungen
(z. B. Art, Anzahl der verschiedenen Präparate)
- f. Auffallend reduzierter Geschmacks- und Geruchssinn
- g. Keine ausreichenden Informationen über Speisen und ihre Zusammensetzung
- h. Kulturelle, religiöse Gründe
- i. Individuelle Abneigungen, Vorlieben, Gewohnheiten
- j. Angst vor Unverträglichkeiten oder Allergien
- k. Andere Gründe/Ursachen

PEMU

3. Umgebungsfaktoren

- a. Esssituation wird als unangenehm empfunden (z. B. Geräusche, Gerüche, Tischnachbarn)
- b. Inadäquate Essenszeiten (z. B. Zeitpunkt, Dauer, Anpassungsmöglichkeit)
- c. Hilfsmittelangebot
- d. Beziehung zu den Versorgungspersonen
- e. Andere Gründe/Ursachen

4. Essensangebot

- a. Unzufriedenheit mit dem üblichen Angebot (z. B. Gewohnheiten, soziale, kulturelle, religiöse Bedürfnisse hinsichtlich Lebensmittelauswahl, Menge, Geschmack, Temperatur, Aussehen)
- b. Unangemessene Konsistenz (z. B. hart, weich)
- c. Nicht akzeptierte verordnete Diät (welche?)
- d. Verdacht auf inadäquate Diät
- e. Einschätzung des Angebots (Speisenplanung hinsichtlich Abwechslung, Menüzusammenstellung, Angemessenheit etc.)
- f. Andere Gründe/Ursachen

Gründe für einen erhöhten Energie- und Nährstoffbedarf bzw. Verluste

- a. Krankheit (z. T. Fieber, Infektion, Tumor, offene Wunden, Dekubitus, psychischer Stress, Blutverlust, starkes Erbrechen, anhaltende Durchfälle)
- b. Hyperaktivität (z. B. ständiges Umherlaufen, evtl. in Verbindung mit kognitiven Erkrankungen)
- c. Andere Gründe/Ursachen

PEMU

Assessment - Flüssigkeitsmangel

Vor-/Nachname: _____ Geb.-Dat.: _____
Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____
Datum: _____

Gründe für eine geringe Flüssigkeitsmenge

- Warum trinkt die/der Betroffene zu wenig? -

1. Körperlich oder kognitiv (geistig) bedingte Beeinträchtigung

- a. Kognitive Überforderung (z. B. durch Demenzerkrankung; weiß nichts mit Getränk anzufangen, vergisst zu schlucken etc.)
- b. Funktionseinschränkungen der Arme oder Hände (z. B. Erreichbarkeit von Getränken, kann Tasse/Becher nicht greifen)
- c. Schluckstörungen (z. B. verschluckt sich leicht, hustet oft beim Trinken, vermeidet bestimmte Konsistenz)
- d. Andere Gründe/Ursachen

2. Fehlende Lust zum Trinken

- a. Schmerzen
- b. Reduziertes Durstgefühl
- c. Wunsch nach geringer Urinausscheidung (z. B. Angst vor Inkontinenz, häufige Toilettengänge)
- d. Keine ausreichenden Informationen über Getränke und ihre Zusammensetzung
- e. Kulturelle, religiöse Gründe, Gewohnheiten
- f. Angst vor Unverträglichkeiten oder Allergien
- g. Andere Gründe/Ursachen

PEMU

3. Umgebungsfaktoren	
a. Hilfsmittelangebot	
b. Beziehung zu den Versorgungspersonen	
c. Andere Gründe/Ursachen	
4. Trinkangebot	
a. Allgemeine Unzufriedenheit (z. B. nicht beachtete Gewohnheiten, kulturelle Bedürfnisse, Art der Getränke, Menge, Geschmack, Temperatur, Aussehen)	
b. Andere Gründe/Ursachen	
Gründe für einen erhöhten Flüssigkeitsbedarf/-verlust	
1. Starkes Schwitzen	
a. Hitze (z. B. stark geheizte Räume, Sommerhitze)	
b. Unzweckmäßige Kleidung	
c. Andere Gründe/Ursachen	
2. Krankheitsbedingter Flüssigkeitsverlust	
a. Fieber	
b. Starkes Erbrechen	
c. Blutverlust	
d. Anhaltende Durchfälle (Häufigkeit)	
e. Medikamente zur Entwässerung oder zum Abführen	
f. Andere Gründe/Ursachen	

PEMU

Expertenstandard Förderung der **Harn**kontinenz in der Pflege

Standardaussage:

Bei jedem Patienten und Bewohner wird die Harnkontinenz erhalten oder gefördert. Identifizierte Harninkontinenz wird beseitigt, weitestgehend reduziert bzw. kompensiert.



LET`S TALK ABOUT....



ABER DRAN DENKEN:

Vor der Information der Angehörigen ist der Betroffene um Erlaubnis zu fragen

(DNQP Osnabrück 2007)



Einen Überblick zu den patientenabhängigen Risikofaktoren gibt die folgende Tabelle:

Risikofaktor	geschlechts-unabhängig	Frauen	Männer
Kognitive Einschränkungen	X		
Körperliche Einschränkungen, insbesondere in der Mobilität	X		
Erkrankungen z. B.: Apoplex, Demenz, Diabetes mellitus, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose	X		
Erkrankungen der Prostata/ Operation der Prostata			X
Medikamente z. B.: Anticholinergika, Diuretika, Opiate, Psychopharmaka	X		
Obstipation	X		
Harnwegsinfektion	X		
Belastung des Beckenbodens durch z. B. Schwangerschaft/Entbindung, Adipositas, Lageveränderung/ Vergrößerung der Gebärmutter		X	
Sexualisierte Gewalt mit Verletzungen im Beckenboden-/ Vaginalbereich		X	

Tab. 1: Ausgewählte Risikofaktoren für Harninkontinenz

• **nicht mehr Alter und Sturzrisiko**

• 53

Profil	Merkmal	Beispiel
Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Hilfe notwendig. Keine Hilfsmittel.	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung notwendig. Selbständige Durchführung von Maßnahmen.	z.B. Pflegebedürftige, die durch eigenständige Medikamenteneinnahme, eigenständigen Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen, intermittierenden Selbst-Katheterismus oder Durchführung von Trainingsmaßnahmen (z.B. Blasentraining) keinen unwillkürlichen Urinverlust haben.
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig.	z.B. Pflegebedürftige mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/festgelegten Zeiten oder bei denen ein Fremdkatheterismus durchgeführt wird.
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln (aufsaugende Hilfsmittel, Kondomurinal, Blasenverweilkatheter) erfolgt selbständig.
Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen.
Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen.	Dieses Profil trifft beispielsweise auf Betroffene zu, die nicht über ihre Inkontinenz sprechen wollen und deshalb keine personelle Hilfe oder Hilfsmittel in Anspruch nehmen bzw. aufgrund kognitiven Fähigkeiten nicht akzeptieren.



Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden

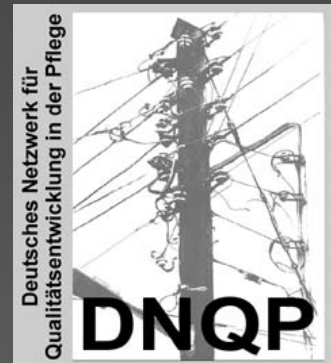
Definition – chronische Wunden

„Wunden werden als
chronisch beschrieben,
wenn sie nach

4 -12 Wochen

trotz konsequenter Therapie nicht
beginnen zu heilen“

(Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der
Pflege, 2008, S.43)



Zielsetzung:

Jeder Patient/Bewohner mit einer chronischen Wunde vom Typ Dekubitus, Ulcus cruris venosum/arteriosum/mixtum oder Diabetischem Fußulcus erhält eine pflegerische Versorgung, die das individuelle Krankheitsverständnis berücksichtigt, die Lebensqualität fördert, die Wundheilung unterstützt und die

Begründung

Chronische Wunden sind häufig Symptome einer chronischen Krankheit, die maßgeblich den Alltag der betroffenen Person beeinflusst. Sie führen, insbesondere durch Schmerzen, Einschränkungen der Mobilität, Wundexsudat und -geruch, zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität. Durch Anleitung und Beratung der Patienten/Bewohner und ihrer Angehörigen zu alltagsorientierten Maßnahmen im Umgang mit der Wunde und den wund- und therapiebedingten Auswirkungen können die Fähigkeiten zum gesundheitsbezogenen Selbstmanagement so verbessert werden, dass sich positive Effekte für Wundheilung und Lebensqualität ergeben. Des Weiteren verbessern sachgerechte Beurteilung und phasengerechte Versorgung der Wunde sowie regelmäßige Dokumentation des Verlaufs unter Berücksichtigung der Sichtweise der Patienten auf ihr Kranksein die Heilungschancen.



ZWEI Kernfragen zu Beginn

**Welches Problem belastet sie
zur Zeit durch Ihre Wunde am
meisten?**

Was erwarten Sie von uns?

Einfluß der Lebensqualität auf die Wundheilung

Der Einfluss der Patientencompliance auf den Wundheilungsverlauf
Eine Verlaufsanalyse - H. Janßen, R. Becker
Institut für Gesundheits- und Pflegeökonomie (IGP), Bremen

- Wundzentrum Bremen
- 04/2007 bis 06/2008
- U. Cruris o. Dekubitus

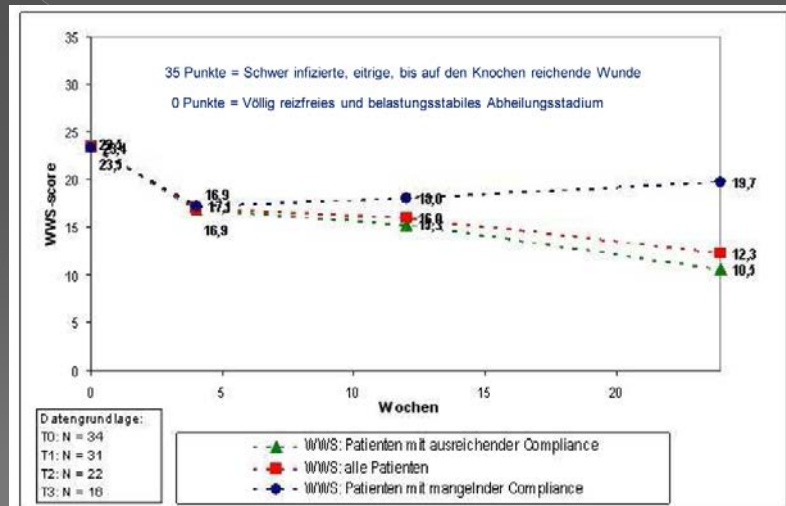


Abbildung 2. Auswertung des Würzburger Wundscores (medizinischer Teil)

Wound-QoL Fragebogen zur Lebensqualität bei chronischen Wunden

In den letzten 7 Tagen...

		gar nicht	etwas	mittelmäßig	ziemlich	sehr
1	...hatte ich Schmerzen an der Wunde	0	0	0	0	0
2	...hatte ich einen unangenehmen Geruch an der Wunde	0	0	0	0	0
3	...hatte ich störenden Wundausfluss	0	0	0	0	0
4	...war mein Schlaf durch die Wunde beeinträchtigt	0	0	0	0	0
5	...war die Behandlung der Wunde für mich belastend	0	0	0	0	0
6	...war ich wegen der Wunde niedergeschlagen	0	0	0	0	0
7	...hat es mich frustriert, dass die Heilung so lange dauert	0	0	0	0	0
8	...habe ich mir Sorgen wegen meiner Wunde gemacht	0	0	0	0	0
9	...hatte ich Angst vor einer Verschlechterung oder vor neuen Wunden	0	0	0	0	0
10	...hatte ich Angst, mich an der Wunde zu stoßen	0	0	0	0	0
11	...konnte ich mich wegen der Wunde schlecht fortbewegen	0	0	0	0	0
12	...war das Treppensteigen wegen der Wunde mühsam	0	0	0	0	0
13	...hatte ich wegen der Wunde Probleme mit Alltagstätigkeiten	0	0	0	0	0
14	...waren meine Freizeitaktivitäten wegen der Wunde eingeschränkt	0	0	0	0	0
15	...musste ich wegen der Wunde Aktivitäten mit Anderen einschränken	0	0	0	0	0
16	...fühlte ich mich wegen der Wunde abhängig von der Hilfe Anderer	0	0	0	0	0
17	...war die Wunde für mich eine finanzielle Belastung	0	0	0	0	0

Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz

Zielsetzung:

Jeder pflegebedürftige Mensch mit Demenz erhält Angebote zur Beziehungsgestaltung, die das Gefühl, gehört, verstanden und

Begründung:

Beziehungen zählen zu den wesentlichen Faktoren, die aus Sicht von Menschen mit Demenz Lebensqualität konstituieren und beeinflussen. Durch person-zentrierte Interaktions- und Kommunikationsangebote kann die Beziehung zwischen Menschen mit Demenz und Pflegenden sowie anderen Menschen in ihrem sozialen Umfeld erhalten und gefördert werden.



Die wichtigsten psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz

(Kitwood 1997)

Der Expertenstandard geht zunächst nicht von den Herausforderungen der Folgen von Demenz für die Pflege aus, sondern

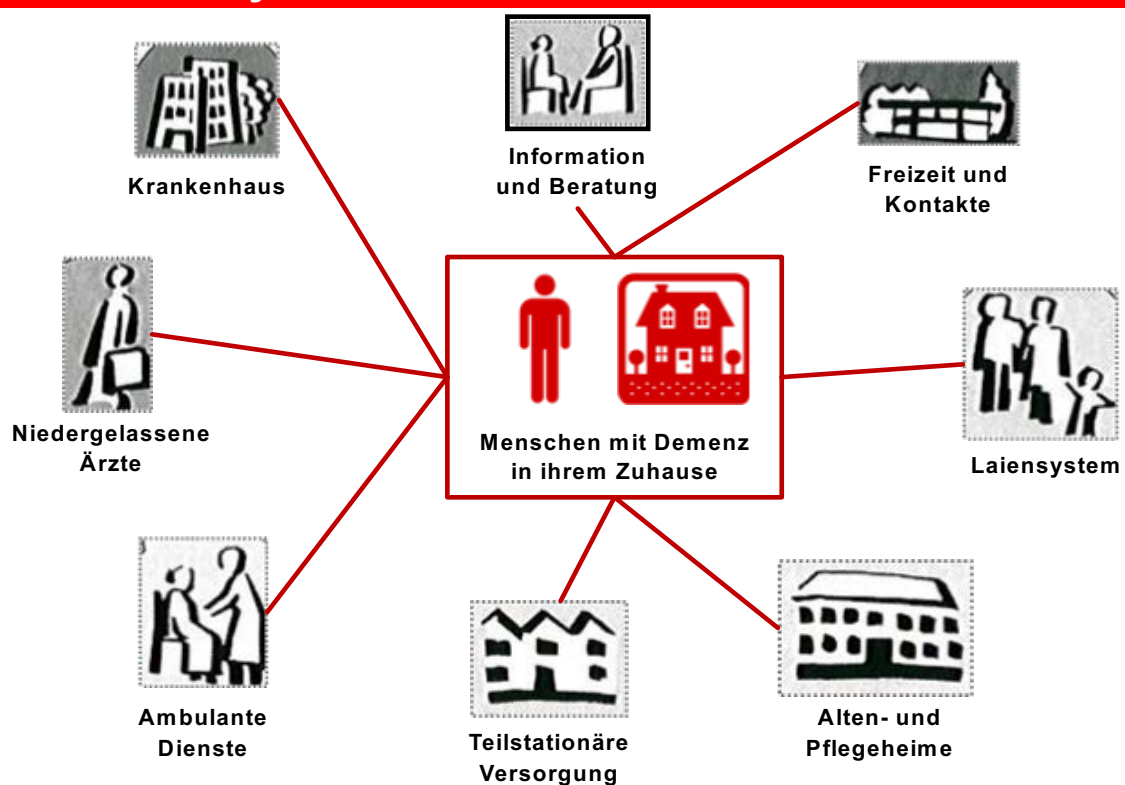
- stellt das Bedürfnis und den Bedarf von Menschen mit Demenz nach dem Erhalt und der Förderung ihrer sozialen und personalen Identität und die Stärkung ihres Person-Seins in den Mittelpunkt
- durch individuelle Interaktions- und Kommunikationsangebote
- ein Beitrag zur Beziehungsgestaltung und damit der Lebensqualität von Menschen mit Demenz geleistet wird.

Die Verstehende Diagnostik sprich Verstehenshypothese z. B. in Form einer interdisziplinären Fallbesprechung stellt hierbei einen wesentlichen Qualitätsindikator dar.

- Das Verhalten eines 'Menschen mit Demenz (u.a. Gründe, Anlässe für das herausfordernde Verhalten) zu verstehen.
- Bewusst werden eigener Fähigkeiten und Wissensbestände/ Unterstützungs- und Bildungsbedarfe (Individuum und Team)
- Das Team macht sich gemeinsam auf die Suche nach Lösungen, was auch die Zusammenarbeit im Team voranbringt.
- Finden von umsetzbaren Handlungsoptionen (Beziehungsebene und Intervention)
- Der Umgang mit 'MENSCHEN mit Demenz wird reflektierter und entwickelt sich im Prozess der regelmäßig stattfindenden Fallbesprechungen weiter.
- Finden einer gemeinsamen Handlungsbasis (Verständnis – Zielsetzung – Maßnahmen)



Menschen mit Demenz an den Schnittstellen des Gesundheitssystems



P1 Die Pflegefachkraft erfasst zu Beginn des pflegerischen Auftrags sowie anlassbezogen, schrittweise und unter Einbeziehung der Angehörigen bzw. anderer Berufsgruppen kriteriengestützt mit der Demenz einhergehende Unterstützungsbedarfe in der Beziehungsgestaltung, deren Auswirkungen auf die Lebens- und Alltagswelt sowie Vorlieben und Kompetenzen des Menschen mit Demenz.

P2 Die Pflegefachkraft plant auf Basis einer Verstehenshypothese unter Einbeziehung des Menschen mit Demenz und seiner Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen individuell angepasste beziehungs-fördernde und -gestaltende Maßnahmen.

P3a Die Pflegefachkraft informiert, leitet an oder berät den Menschen mit Demenz entsprechend seiner Fähigkeiten über beziehungsfördernde und -gestaltende Angebote.

P3b Die Pflegefachkraft informiert, leitet an und berät die Angehörigen pro-aktiv und anlassbezogen über beziehungsfördernde und -gestaltende Maßnahmen in Alltags- und Ausnahmesituationen.

P4 Die Pflegefachkraft gewährleistet und koordiniert das Angebot sowie die Durchführung von beziehungsfördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Gegebenenfalls unterstützt sie andere an der Pflege des Menschen mit Demenz Beteiligte.

P5 Die Pflegefachkraft überprüft laufend die Wirksamkeit der beziehungs-fördernden und -gestaltenden Maßnahmen. Sie nimmt in Absprache mit dem Menschen mit Demenz, seinen Angehörigen sowie allen an der Pflege Beteiligten gegebenenfalls Änderungen am Maßnahmenplan vor.

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

