

2024/2025

Pflegedokumentation Neu Tirol 2024

Standardversion



Herausgeber:

Amt der Tiroler Landesregierung
Abteilung Pflege
Adamgasse 2a
6020 Innsbruck
E-Mail: pflege@tirol.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Monika Reiter, MBA

Zitiervorschlag:

Strukturentwicklung Pflege Tirol (2024): Handbuch „Pflegedokumentation neu Tirol 2024“. Im Auftrag der Abteilung Pflege, Amt der Tiroler Landesregierung

Vorwort

LRⁱⁿ Hagele



Fotonachweis; Land Tirol/Sedlak

Geschätzte Leserinnen und Leser!

Wer den Weg in die Pflege wählt, entscheidet sich für mehr als nur einen Beruf. Fürsorge, Aufmerksamkeit und Fachwissen bestimmen den Arbeitsalltag in der Pflege – und damit haben Sie sich ganz dem Mitmenschen verschrieben. Denn Ihr Engagement trägt unsere Gesellschaft. Eine Gesellschaft, die Menschlichkeit und Würde in den Mittelpunkt stellt – und dafür möchte ich Ihnen meinen tief empfundenen Dank aussprechen.

Bei aller Hingabe wissen wir auch: Pflege braucht klare Strukturen. Gerade eine saubere Dokumentation ist dafür unverzichtbar – sie macht Qualität sichtbar, sorgt für Transparenz und ist Grundlage Ihrer professionellen Zusammenarbeit. Die „Pflegedokumentation NEU“ steht dabei unter dem Grundsatz „Weniger ist mehr“. Konkret heißt das: weniger Bürokratie, weniger Unklarheiten. Dafür mehr Übersicht, mehr Klarheit und mehr Zeit für das Wesentliche: den Menschen.

Dieses neue Handbuch soll die administrative Seite der Pflege auf neue Beine stellen. Es handelt sich um einen praxisnahen Leitfaden, der im Arbeitsalltag Orientierung gibt, entlastet und zugleich höchste Standards sichert. Zwei zentrale Ziele sind uns dabei besonders wichtig: Zum einen sichern wir die Qualität auf einem einheitlichen Niveau ab, damit Pflege in Tirol überall verlässlich und nachvollziehbar dokumentiert wird. Zum anderen bietet das Handbuch klare Handlungsvorschläge – gerade auch für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich den stetig wachsenden Pflegeteams anschließen.

Dass dieser Leitfaden entstanden ist, verdanken wir der engagierten Zusammenarbeit des Landesinstituts für Integrierte Versorgung Tirol, der Abteilung Pflege des Landes Tirol und zahlreichen weiteren Pflegedienstleistern aus dem ganzen Land. Mein Dank gilt allen Beteiligten, die ihre Expertise und Erfahrung eingebracht haben, um dieses Handbuch auszuarbeiten und damit den heimischen Pflegestandort weiterzuentwickeln. Die „Pflegedokumentation NEU“ soll Ihnen eine wertvolle Unterstützung im Arbeitsalltag sein – damit in Tirol auch zukünftig Professionalität, Kompetenz und Menschlichkeit das Bild der Pflege prägen.

Ihre
Cornelia Hagele

Landesrätin für Gesundheit, Pflege, Bildung, Wissenschaft und Forschung

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele der Pflegedokumentation NEU	5
2	Grundlagen	6
3	Anwendungsbereich	6
4	Leitsätze für die Pflegedokumentation NEU Tirol 2024	7
5	Exkurs: Unterscheidung Pflegeplanung – Pflegeplan	7
6	Dokumentation entlang des Pflegeprozesses.....	8
6.1	Pflegeassessment	8
6.1.1	Initiales Assessment.....	9
6.1.2	Exkurs: Fortlaufendes Assessment (Re-Assessment).....	11
6.2	Pflegediagnostik	12
6.2.1	Aktuelle Pflegediagnose versus Risikodiagnose.....	12
6.2.2	Exkurs: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen.....	15
6.2.3	Pflegeziele	16
6.2.4	Pflegeinterventionen	16
6.2.5	Pflegeinterventionen durchführen.....	19
6.3	Evaluation der Pflegeziele	20
7	Pflegebericht	21
7.1	Exkurs: Grundsätze zur Dokumentation von Berichtseinträgen	22
7.2	Berichtskategorien	23
8	Optional verwendbare Zusatzinformationen / -formulare	24
8.1	Risikofaktoren / Merkblatt	24
8.2	Pflegerichtlinien / Expertenstandards	24
8.3	Pflegevisite	24
8.4	Sturzprotokoll.....	25
9	Verlegungs-, Transferierungsstatus in der Pflegedokumentation	26
10	Projektorganisation	26
11	Literatur	27
12	Quellen für Standards/Leitlinien.....	28
13	Anhang	29

Handbuch

„Pflegedokumentation NEU Tirol 2024“

Hintergrund und einleitende Anmerkungen

„Die Pflegedokumentation ist ein fachliches Arbeitsinstrument, das die systematische, kontinuierliche und schriftliche Erfassung sowie die Auswertung von pflege- und behandlungsrelevanten Daten ermöglicht.“¹

Die Aufgaben und Herausforderungen für die Mitarbeiter:innen in der Altenpflege nehmen seit vielen Jahren kontinuierlich zu. Das kontinuierliche Dokumentieren zu erbringender und erbrachter Leistungen ist dabei integraler Bestandteil der täglichen pflegerischen Praxis, wird häufig aber als zeitaufwändig und als (über-)bürokratische Last empfunden. Daher wurde durch das Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol gemeinsam mit der Abteilung Pflege des Landes Tirol mit der „Pflegedokumentation NEU Tirol 2024“ ein gemeinsamer Mindeststandard erarbeitet, welcher durch eine Vereinfachung und Reduzierung des Aufwandes für die Dokumentation sowie eine Optimierung der administrierenden Tätigkeiten eine spürbare Entlastung der Mitarbeiter:innen bedeuten soll. Außerdem soll die „Pflegedokumentation NEU Tirol 2024“ eine praxisnahe und effiziente (digitale) Pflegedokumentation ermöglichen, welche den im Sinne der Qualitätssicherung geforderten Kriterien der Nachvollziehbarkeit und Transparenz Folge leistet.

Folgende Anmerkungen sollen im Kontext der Entscheidungsfindung, die Pflegedokumentation NEU Tirol 2024 organisationsintern als Grundlage für die Pflegedokumentation ggf. zu implementieren, berücksichtigt werden:

- Das in diesem Handbuch beschriebene Vorgehen bei der Formulierung von Pflegediagnosen, die dargestellten Formulierungshilfestellungen, die erläuterten, pflegerischen Handlungsvorschläge und die exemplarisch dargestellten Assessmentinstrumente sollen ausdrücklich als fachliche Empfehlungen verstanden werden.
- Im Handbuch werden zu den einzelnen Inhalten Beispiele angeführt, welche im Kontext des eigenen Dokumentationssystems umgesetzt werden können – entsprechende Anpassungen sind allerdings ggf. notwendig.
- Das Dokumentieren gem. Pflegedokumentation NEU Tirol 2024 ist optional, das Dokumentieren gem. der vorgeschlagenen Struktur wird jedenfalls als Erfüllung eines dokumentationsbezogenen Mindeststandards akzeptiert.
- Die Entscheidung für oder gegen die im Handbuch dargestellte Dokumentationsstruktur muss jeweils organisationsintern vereinbart werden. Eine Entscheidung gegen die Verwendung des in der Pflegedokumentation NEU Tirol 2024 vorgeschlagenen Dokumentationsstruktur ist selbstverständlich (weiterhin) möglich, solange die Dokumentation entsprechend des aktuellen State-of-the-Art fachlich korrekt durchgeführt wird.

¹ Grimm, 2010, S. 8

1 Ziele der Pflegedokumentation NEU

Die Anwendung der in diesem Handbuch beschriebenen Handlungsvorschläge im Rahmen der Pflegedokumentation NEU soll nachfolgende Vorteile mit sich bringen und folgenden Zielsetzungen gerecht werden:

1. SICHERSTELLUNG ARBEITSRECHTLICHER ANFORDERUNGEN

Die Pflegedokumentation NEU gibt Sicherheit und ermöglicht auf einfache Weise den Nachweis der täglich erbrachten Leistung.

2. QUALITÄTSSICHERUNG

Die Pflegedokumentation NEU definiert die erforderlichen Dokumentationsanforderungen und ermöglicht so einen Nachweis für die erbrachte Pflege.

3. EINSCHULUNGEN VON NEUEN MITARBEITERINNEN

Die Pflegedokumentation NEU kann neuen Pflegekräften eine klare Anleitung zur korrekten Dokumentation bieten, was die Einarbeitungszeit verkürzt und die Qualität der Dokumentation von Anfang an sicherstellt.

4. DEFINITION EINES GEMEINSAMEN FORMALEN MINDESTSTANDARDS DER PFLEGEDOKUMENTATION

Die Pflegedokumentation NEU definiert einen Mindeststandard für die Pflegedokumentation und legt die grundlegende Anforderungen fest, die erfüllt werden müssen, um die Qualität, Klarheit und Vollständigkeit der Dokumentation sicherzustellen.

2 Grundlagen

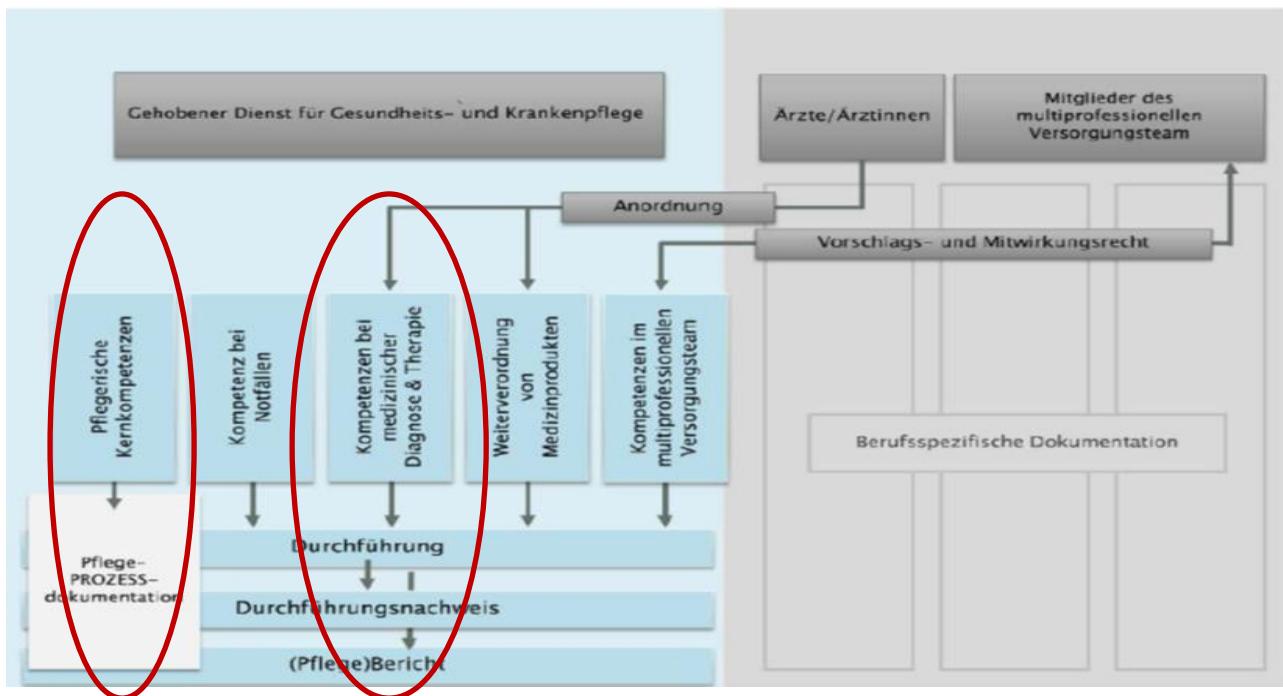
Neben den Berufsgesetzen waren die Empfehlung des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz für die Erstellung des Handbuchs leitend. Bezug genommen wurde somit vorrangig auf

- das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz idgF,
- das Tiroler Heim- und Pflegeleistungsgesetz idgF,
- das Heimaufenthaltsgesetz idgF und
- die Arbeitshilfe Pflegedokumentation (GÖG 2017).

3 Anwendungsbereich

Das Handbuch ist ein Leitfaden zur Bewohnerdokumentation im Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen (Pflegeprozessdokumentation) und im Bereich der „Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik & Therapie“ (siehe Abbildung 1)².

Abbildung 1: Schematische Darstellung der Patientendokumentation (Quelle: Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017)



² Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, S.7

4 Leitsätze für die Pflegedokumentation NEU Tirol 2024

- Bei der Dokumentation wird auf höchstmögliche Effizienz geachtet. „Weniger ist mehr!“ - dies gilt sowohl für die zu dokumentierenden Informationen als auch für die dazu notwendigen Werkzeuge.
- Besonderes Augenmerk liegt auf einer berufsgruppenübergreifenden, gemeinsamen Dokumentation.
- Das primäre Ziel der Dokumentation ist die Sicherstellung einer geordneten Weitergabe von Informationen und Wissen zwischen allen Berufsgruppen.
- Das sekundäre Ziel der Dokumentation ist die Nachvollziehbarkeit des Handelns im Rahmen der Versorgung.
- Durch die strukturierte Dokumentation wird die Betreuungs- und Pflegequalität messbar und damit kontinuierlich weiterentwickelt.
- Die in diesem Handbuch definierte Dokumentationsstruktur und die fachlichen Empfehlungen geben den Mitarbeiter:innen einen sicheren Handlungsrahmen.

5 Exkurs: Unterscheidung Pflegeplanung - Pflegeplan

„Unter **Pflegeplanung** wird der kognitive Planungsprozess verstanden. Dieser basiert auf der Fähigkeit des kritischen Denkens und findet immer statt, ungeachtet dessen, ob alle Schritte des Pflegeprozesses im schriftlich festgelegten **Pflegeplan** abgebildet werden.“

Der schriftlich festgelegte Pflegeplan ist das Ergebnis aus dem Pflegeassessment und der Pflegeplanung, er stellt die pflegerelevanten Informationen für die Durchführung pflegerischer Interventionen (**mit oder ohne Pflegediagnosen**) aller an der Pflege Beteiligten bereit und sichert damit die Kontinuität“.³ Abbildung 2 stellt diesen Zusammenhang grafisch dar.

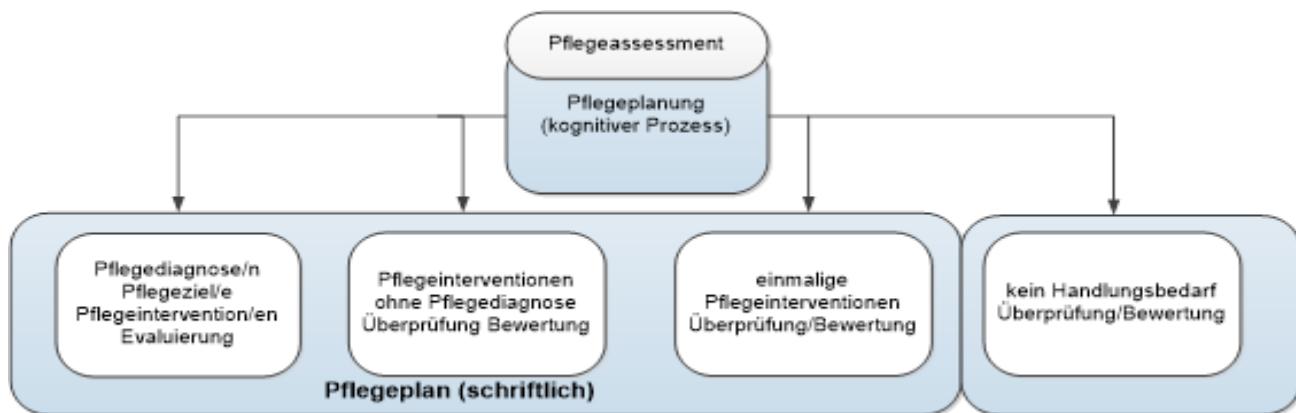


Abbildung 2: Unterscheidung Pflegeplanung und Pflegeplan (Quelle: Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017)

³ Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, S. 9

6 Dokumentation entlang des Pflegeprozesses

„Der Pflegeprozess ist ein logischer, klientenzentrierter, zielgerichteter, universell anwendbarer und systematischer Denk- und Handlungsansatz, den Pflegende während ihrer Arbeit nutzen.“⁴

Entsprechend der Empfehlung der Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 wird als Grundlage für die Pflegeprozessdokumentation in der Pflegedokumentation NEU Tirol 2024 der 4-schrittige Pflegeprozesszyklus verwendet⁵. Die einzelnen Schritte werden in den nachfolgenden Kapiteln beschrieben und sind jeweils punktuell, z.T. mit pflegefachlichen Empfehlungen zur detaillierten Umsetzung, ergänzt.



6.1 Pflegeassessment

Grundsätzlich erfolgt die Erhebung des Pflegeassessments in Kooperation mit den Bewohner:innen. Zusätzlich bzw. bei mangelnder oder fehlender Auskunftsfähigkeit der Bewohnerin/ des Bewohners werden Informationen auch von An- und Zugehörigen, bzw. unter Berücksichtigung sekundärer Daten (dazu gehören Informationen von anderen Berufsgruppen, Befunde, medizinische Diagnosen, Entlassungs-/Transferierungsberichte, etc.), erhoben.

Der Umfang des Pflegeassessments ist generell abhängig von den individuellen Erfordernissen. Die Entscheidung liegt bei der diplomierten Pflegekraft!

Durch den systematischen und umfassenden Informationserwerb kann der Zustand der/ des Pflegebedürftigen eingeschätzt werden. Die Ergebnisse des Pflegeassessments bilden die Basis für den pflegediagnostischen Prozess. Assessmentinstrumente unterstützen die pflegerische Entscheidung, sie können diese aber nicht ersetzen!

⁴ Wilkinson, 2007

⁵ Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017, S. 8

Zum Pflegeassessment gehören das Erstassessment, Reassessments und fokussierte Assessments. Diese können aus mehreren Teilen bestehen und unter zur Hilfenahme verschiedener Instrumente stattfinden.

6.1.1 *Initiales Assessment*

Das initiale Assessment (auch als Anamnese, Erstgespräch oder Infosammlung bezeichnet) umfasst das Erstassessment, das mit dem Erst-/Aufnahmegespräch beginnt. Dazu gehören auch die Beobachtung des Gesundheits- und Allgemeinzustandes und bei Bedarf die Einbeziehung von Informationen durch weitere Kontaktpersonen.

Dieser Schritt beinhaltet die Einschätzung des Ist-Zustands, insbesondere Risiken, vorhandener Ressourcen, individueller Verhaltensweisen, Bedürfnisse und Beeinträchtigungen im Bereich der Lebensaktivitäten, Ängste, Sorgen und Wünsche bzw. Gewohnheiten; die pflegerische Beurteilung des körperlichen und/oder kognitiven Zustandes, der psychischen Situation und des sozialen Umfeldes sowie die Pflegevorgeschichte/Pflegeanamnese (z. B. Tag-Nacht-Umkehr, psychosoziale Verhaltensweisen, ...). Die medizinischen Diagnosen, wie z. B. bekannte Sucherkrankungen, Stürze in der Vergangenheit bzw. Therapien, wie Dauermedikation (z. B. Schlaf-, Schmerzmedikamente) sind mit zu berücksichtigen.

Eine Risikoeinschätzung ist erforderlich, in welchem Umfang hängt vom jeweiligen Zustand des Bewohners ab und liegt im Ermessen der jeweiligen Fachexpertise. Festgestellte Risiken sind zu dokumentieren.

Längerfristige Pflege- und Betreuungsbeziehungen erfordern ein ausführliches pflegerisches Erstassessment inklusive sozio-biografischer Erhebungen.

Der Zeitrahmen, in dem das Erstassessment abgeschlossen werden soll und kann, hängt im Wesentlichen von der Dauer der geplanten Pflegebeziehung ab. Generell gilt jedoch, dass die wichtigsten Informationen, die unmittelbar relevant sind, sofort zu erheben sind. In der Langzeitpflege sind alle Informationen innerhalb der ersten 14 Tage bis zu maximal einem Monat zu erheben.

6.1.1.1 *Optional verwendbare Formulare Pflegeassessment*

Es werden im Anhang der Pflegedokumentation NEU Tirol 2024 folgende optional verwendbare Formulare zur Erhebung wesentlicher Informationen über die pflege-/betreuungsbedürftige Person zur Verfügung gestellt:

- Pflegerische Infosammlung
- Biografiebogen
- Statischer Assessmentbogen

Der Biografiebogen ist ein Instrument, das kontinuierlich weiter ergänzt werden kann. Es wurden sechs Hauptkategorien definiert (Leib, Soziales, Ökologie, wichtige Lebensereignisse, Ressourcen, Pallium).

Vorlagen dieses Biografiebogens und der pflegerischen Infosammlung sind im Anhang angefügt.

Die Entscheidung der Verwendung dieser Formulare obliegt der jeweiligen Einrichtung. Die Formulare können jedenfalls auch in Kombination verwendet werden.

6.1.1.2 Assessmentinstrumente

Grundsätzlich obliegt die Entscheidung über den Einsatz von Assessmentinstrumenten der fachlichen Einschätzung diplomierter Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP). Die im Folgenden beispielhaft angeführten Instrumente werden als geeignet zur strukturierten Einschätzung unterschiedlicher pflegerrelevanter, gesundheitsbezogener Phänomene empfohlen. Auswahl, Einsatzindikation, Anwendungszeitpunkt- und Häufigkeit sowie der mögliche Einsatz alternativer oder ergänzender weiterer Assessmentinstrumente liegen im Verantwortungsbereich der zuständigen DGKP bzw. orientieren sich an organisationsspezifischen Vorgaben.

Dekubitusrisikoeinschätzung:

Die Einschätzung kann z.B. mittels Braden Skala anlassbezogen bei Vorliegen von Risikofaktoren erfolgen. Ergänzend dazu wird empfohlen, den „Wegdrücktest“ (Jen-Philips-Test) anzuwenden, da dieser v.a. bei Vorliegen eines potenziellen Risikos als Assessment einfach und effektiv anzuwenden ist und das Ergebnis kontinuierlich dokumentiert werden kann.

Ernährungsassessment:

Die Einschätzung des Risikos einer Mangelernährung mittels MNA (**Mini Nutritional Assessment**) Short Form kann bei Bedarf im Rahmen des Erstassessments beim Einzug eines Bewohners oder bei Veränderung des Gesundheitszustandes und einer damit potenziell einhergehenden Veränderung des Ernährungsstatus einhergehen. Wird das Risiko einer Mangelernährung damit bestätigt, empfiehlt sich die Durchführung der Langversion des MNA. Besteht der Verdacht einer Dysphagie, wird die Anwendung z.B. der EAT10 (Eating Assessment Tool), bei vorangegangenem Insult z.B. das GUSS (Gugging Swallowing Screening) empfohlen.

Sturzassessment:

Eine standardmäßige Durchführung eines Sturzassessments wird in der Literatur nicht empfohlen. Ein Sturzassessment sollte anlassbezogen unter Verwendung z.B. der Morse Fall Scale oder des Tinetti-Tests durchgeführt werden.

Folgende Kriterien können beispielhaft die Anwendung von Sturzassessmentinstrumenten indizieren:

- Bei unkontrollierten Stürzen in Anwesenheit von Pflegepersonen
- Wenn Bewohner nach einem Sturzgeschehen vorgefunden werden und **keine** nachvollziehbaren Angaben zum Sturzgeschehen machen können
- Wenn sichtbare Verletzungen vorhanden sind bzw. es Anzeichen für Verletzungen gibt, die auf einen Sturz hindeuten

Schmerzassessment:

Die in den Organisationen potenziell vorhanden Assessmentinstrumente zur allgemeinen Schmerzeinschätzung [z.B. VAS (Visuelle Analog Skala), Numerische Rating Skala (NRS), Visuelle Rating Skala (VRS)] bzw. Assessmentinstrumente für spezifische Zielgruppen [z.B. BESD (**Beurteilung von Schmerzen bei Demenz**) bei kognitiver Einschränkung bzw. wenn keine verbale Kommunikation möglich ist], sollten bei Vorliegen nachfolgender Kriterien zur Anwendung kommen:

- Akute Schmerzen
- Vor Einzelfall-Schmerzmedikation und zur Evaluierung der Wirksamkeit der Einzelfall-Schmerzmedikation gem. fachlicher Vorgaben
- Evaluierung Dauerschmerzmedikation – Intervall je nach Einschätzung der verantwortlichen DGKP
- Evaluierung Schmerzmedikation bei akuten Schmerzen

Tabelle: Darstellung exemplarischer Assessmentinstrumente zum Einsatz bei unterschiedlichen Phänomenen

Risiko	Assessmentinstrument
Dekubitus	Braden Skala
Ernährung inkl. Dysphagie	MNA Short; EAT10, GUSS
Sturz	MORSE Fall Scale, Tinetti-Test
Schmerzeinschätzung – Selbsteinschätzung durch Pflegeempfänger möglich	VAS (Visuelle Analog Skala)
Schmerzeinschätzung – Fremdeinschätzung durch Pflegeperson erforderlich (bei kognitiver Einschränkung bzw. wenn keine verbale Kommunikation möglich ist)	BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)

6.1.2 **Exkurs: Fortlaufendes Assessment (Re-Assessment)**

Bei längerfristiger Pflege und Betreuung ist über eine Erweiterung und Vertiefung des Assessments individuell zu entscheiden.

Eine Neueinschätzung des Ist-Zustandes sollte individuell und bedarfsoorientiert (z. B. bei Veränderung des Gesundheitszustandes bzw. Pflegebedarfs) durchgeführt werden.

Im Langzeitpflegebereich wird empfohlen, zusätzlich zur bedarfsoorientierten Neueinschätzung mindestens alle zwölf Monate als Basis für die Pflegeprozessevaluation eine Neueinschätzung des Ist-Zustandes durchzuführen.

6.2 Pflegediagnostik

Aus dem Pflegeassessment leiten sich, falls ein Pflegebedarf besteht, Pflegediagnosen und/oder Pflegeinterventionen ab. **Liegt während der Betreuungsdauer kein pflegerisch zu beeinflussender Unterstützungsbedarf bzw. kein pflegerischer Förderungsbedarf vor, sollten KEINE Pflegediagnosen gestellt werden** (siehe Kapitel Pflegeinterventionen).

Entstehen im Laufe des Aufenthaltes neue Situationen, die zu Pflegediagnosen führen können, werden diese mit einer klassischen Pflegediagnose oder einer Interventionsplanung (wenn es keine realistisch erreichbaren Ziele gibt) ergänzt.

Exkurs: In der Einschätzung sind medizinische Diagnosen bzw. Therapien ggf. mit zu berücksichtigen; medizinische Diagnosen bzw. Therapien alleine führen jedoch nicht zwingend zu einer Pflegediagnose. Beispielsweise wird bei Anordnungen, die aus dem medizinisch - therapeutischen Kompetenzbereich resultieren (z. B. Wundversorgung bei Dekubitus), keine Pflegediagnose gestellt. Leistungen aus dem medizinisch - therapeutischen Kompetenzbereich, die von Pflegepersonen erbracht werden, werden in der Behandlungsplanung über Behandlungsaufträge geplant. Für mit einem Hautdefekt verbundene Pflegeinterventionen aus dem pflegerischen Kompetenzbereich (z. B. Positionierungswechsel) werden die erforderlichen Pflegeinterventionen im Pflegeplan abgebildet.

Eine Pflegediagnose besteht typischerweise aus der Darstellung des pflegerelevanten IST-Zustands, resultierend aus Kennzeichen/Symptomen, Ursachen/Ätiologie und vorhandenen Ressourcen.

Pflegediagnosen werden dann formuliert, wenn

- ein individuell erhöhtes Risiko besteht (z. B. Immunsuppression in Zusammenhang mit einem Infektionsrisiko, Risiko von Flüssigkeitsdefizit aufgrund mangelndem Durstgefühl).
- eine Lösung/Beeinflussung der Pflegebedürfnisse innerhalb des Betreuungsverhältnisses möglich ist **und** kontinuierliche Pflegeinterventionen länger als 24 Stunden erforderlich sind.

6.2.1 Aktuelle Pflegediagnose versus Risikodiagnose

Die Entscheidung, ob erforderliche Pflegeinterventionen in einer Risiko- oder aktuellen Pflegediagnose abgebildet werden, obliegt grundsätzlich der fachlichen Einschätzung der planenden Pflegefachkraft.

Empfehlung dazu:

Wenn das Risiko eine vordergründige Aufmerksamkeit der Pflegepersonen erfordert, ist es sinnvoll, eine Risikodiagnose zu wählen. Wenn die Intervention, die einem Risiko entgegenwirken soll, in einer anderen aktuellen Diagnose subsumiert werden kann, weil keine realistischen Ziele mehr erreichbar sind, ist es auch zulässig, diese dort zu verorten.

Wichtig ist, dass die erforderlichen Maßnahmen sich im Pflegeplan wiederfinden!

So können pflegerische Interventionen, die ein Sturzrisiko minimieren sollen, beispielsweise in einer Risikodiagnose „Sturz“ oder in einer aktuellen Pflegediagnose zur „Mobilität“ geplant werden.

Da in vielen EDV-Systemen entweder NANDA (**North American Nursing Diagnosis Association**)- oder POP (**PraxisOrientierte Pflegediagnostik**)-Pflegediagnosen zur Verfügung stehen, werden

nachfolgend beispielhaft für die „Pflegedokumentation NEU Tirol 2024“ vorrangig relevante Pflegediagnosen dieser beiden Klassifikationen aufgelistet. Selbstverständlich kann das nachfolgend beschriebene Pflegeplanungsprozedere ebenso auf Basis anderer, organisationsspezifisch vorliegender Klassifikationssysteme durchgeführt werden

Durch folgende (zu Demonstrationszwecken exemplarisch den Klassifikationssystemen POP und NANDA entnommene) Pflegediagnosetitel kann der Pflege- und Betreuungsbedarf von Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen leben, gut sichtbar gemacht werden:

Aktuelle Pflegediagnosen nach POP	Aktuelle Pflegediagnosen nach NANDA
• Energie / Kraft beeinträchtigt	• Aktivitätsintoleranz
• Mobilität beeinträchtigt	• Mobilität, körperliche beeinträchtigte
• Denkprozess verändert	• Denkprozesse, gestörte
• Atmen beeinträchtigt	• Atemvorgang, unwirksamer
• Schlucken beeinträchtigt	• Schluckstörung, Aspirationsgefahr
• Gewebeintegrität beeinträchtigt	• Hautschädigung
• Schmerzen	• Schmerzen, akut / chronisch
• Selbstschutz beeinträchtigt	• Selbstschutz, unwirksamer
Risiko Pflegediagnosen nach POP	Risiko Pflegediagnosen nach NANDA
• Sturz, Risiko	• Sturzgefahr
• Aspiration, Risiko	• Aspiration, Gefahr einer
• Flüssigkeitshaushalt defizitär, Risiko	• Flüssigkeitshaushalts, Gefahr eines unausgeglichenen
• Mangelernährung, Risiko	• Mangelernährung
• Gewebeintegrität beeinträchtigt, Risiko	• Hautschädigung, Gefahr einer

Zur Auswahl der passenden Hauptpflegediagnose sollte die Definition der priorisierten Pflegediagnosetitel berücksichtigt werden (zu Demonstrationszwecken exemplarisch den Klassifikationssystemen POP und NANDA entnommen):

Aktuelle Pflegediagnosen nach POP	Definition
• Energie / Kraft beeinträchtigt	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch in der geistigen und/oder körperlichen Fitness beeinträchtigt ist.
• Körperliche Mobilität beeinträchtigt	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch in der Durchführung von eigenständigen und zielgerichteten Bewegungen beeinträchtigt ist.
• Denkprozess verändert	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch beeinträchtigt ist, Bewusstseinsinhalte miteinander zu vernetzen und zu interpretieren und sich daraus Probleme in der Alltagsbewältigung ergeben.
• Atmen beeinträchtigt	Ein Pflegephänomen, bei dem der Ein- und/oder Ausatmungsvorgang eines Menschen beeinträchtigt ist.
• Schlucken beeinträchtigt	Ein Pflegephänomen, bei dem die Beförderung von Flüssigkeiten und/oder festen Nahrungsmitteln von der Mundhöhle in die Speiseröhre beeinträchtigt ist.

<ul style="list-style-type: none"> • Gewebeintegrität beeinträchtigt 	Ein Pflegephänomen, bei dem die Haut- und/oder die darunter liegenden Gewebeschichten und/oder die Schleimhäute beeinträchtigt sind.
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen 	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch eine Sinnes- oder Gefühlswahrnehmung von unangenehmer bis unerträglicher Intensität erlebt.
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstschutz beeinträchtigt 	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch beeinträchtigt ist wirksame Maßnahmen zu setzen, um in Risikosituationen seine Gesundheit zu erhalten.
Risiko Pflegediagnosen nach POP	Definition
<ul style="list-style-type: none"> • Sturz, Risiko 	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch das Risiko hat, zu Boden oder auf ein anderes Höhenniveau zu stürzen und dadurch gesundheitliche Beeinträchtigungen zu erleben.
<ul style="list-style-type: none"> • Aspiration, Risiko 	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch dem Risiko ausgesetzt ist, dass Sekrete, Fremdkörper, Nahrungsbestandteile und/oder Flüssigkeiten in den tracheobronchialen Raum eintreten.
<ul style="list-style-type: none"> • Flüssigkeitshaushalt defizitär, Risiko 	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch dem Risiko ausgesetzt ist, durch erhöhten Flüssigkeitsverlust oder zu geringe Flüssigkeitsaufnahme eine Beeinträchtigung seiner Körperfunktionen zu erleben.
<ul style="list-style-type: none"> • Mangelernährung, Risiko 	Ein Pflegephänomen, bei dem das Risiko besteht, dass ein Mensch dem Körper mit der Ernährung weniger Kalorien und Nährstoffe zuführt als dieser benötigt.
<ul style="list-style-type: none"> • Gewebeintegrität beeinträchtigt, Risiko 	Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch das Risiko für eine Beeinträchtigung der Haut und/oder der darunter liegenden Gewebeschichten und/oder der Schleimhäute hat. ⁶

EXKURS: Pflegediagnosen sind nicht zwingend für alle Pflegeinterventionen notwendig,

dies gilt insbesondere für:

1. Pflegeinterventionen, die sich primär aus der Folge der medizinischen Behandlung bzw. der multiprofessionellen Versorgung ergeben und kein pflegerischer Förderungsbedarf vorliegt (z. B. postoperative Unterstützung bei der Körperpflege oder bei der Ausscheidung),
2. entwicklungsphysiologisch bedingte Pflege (z. B. Übernahme der Selbstpflege bei gemindertem Wahrnehmungsvermögen, z. B. bei fortgeschrittener Demenz, ...)
3. einmalige Pflegeinterventionen,
4. Pflegesituationen, die im Rahmen des Aufenthaltes/der Betreuung nicht beeinflussbar sind (seit Jahren bestehender Pflegebedarf, durch pflegerische Interventionen nicht beeinflussbar) sowie
5. bei generellen Risiken.

Sind keine realistisch erreichbaren Ziele vorhanden, wird die Verwendung einer **Interventionsplanung** empfohlen. Diese beinhaltet neben dem Pflegediagnosetitel, den

⁶ Stefan H. et. al. (2022): POP

vorhandenen Ressourcen sowie den Symptomen ggf. die Ätiologie und die durchzuführenden Interventionen. Bei der Formulierung der individuellen Ressourcen und Interventionen ist auf eine möglichst konkrete Formulierung zu achten.

Die Vorgehensweise bei Pflegeinterventionen, die nicht in einer Pflegediagnose abgebildet sind, werden in Kapitel 6.3 beschrieben.

Pflegediagnosen - es gilt der Grundsatz: so wenig wie möglich, so viele wie nötig!

Eine Empfehlung für die Mindestanzahl von Pflegediagnosen ist aus fachlicher Sicht nicht sinnvoll, da die Anzahl der erforderlichen Pflegediagnosen von der individuellen Situation der Bewohnerin/ des Bewohners abhängt und die Entscheidung somit im Ermessen der planenden Pflegeperson liegt.

Beispiele für die Auswahl der Hauptpflegediagnose:

Empfohlen wird, eine Hauptdiagnose zu wählen, die am besten beschreibt, was die Hauptursache für den Pflege-/Betreuungsbedarf ist. Diese beinhaltet alle Bereiche, die aufgrund der Einschränkung zu unterstützen sind. So kann beispielsweise die Pflegediagnose „Energie/Kraft beeinträchtigt“ auch den Pflegebedarf im Bereich der Körperpflege, der Ausscheidung, bei der Flüssigkeits-/Nahrungsaufnahme etc. beinhalten, wenn diese Einschränkungen durch die beeinträchtigte Energie/Kraft verursacht sind.

- In der Pflegediagnose „Energie/Kraft beeinträchtigt“ sind gemäß Definition folgende Aspekte umfasst:

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch in der geistigen und/oder körperlichen Fitness beeinträchtigt ist.“⁷

Diese Diagnose eignet sich gut, wenn der Hauptpflegebedarf aufgrund einer **Einschränkung der körperlichen und/oder geistigen Fitness** gegeben ist und ggf. auch daraus resultierende Risiken (wie Sturz, Dekubitus, ...) integriert werden müssen.

- In der Pflegediagnose „Denkprozess, verändert“ sind gemäß Definition folgende Aspekte umfasst:

„Ein Pflegephänomen, bei dem ein Mensch beeinträchtigt ist, Bewusstseinsinhalte miteinander zu vernetzen und zu interpretieren und sich daraus Probleme in der Alltagsbewältigung ergeben.“⁸

Besteht der Hauptpflegebedarf aufgrund einer **kognitiven Einschränkung**, kann diese Pflegediagnose gewählt werden.

Wichtig: Um die ganzheitliche Betrachtung der Bewohnerin/ des Bewohners ersichtlich zu machen, erfolgt die Integration der psychosozialen Aspekte in die Hauptpflegediagnose!

6.2.2 Exkurs: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich, sollten diese in den Interventionen angeführt und die konkrete Anwendung der Intervention unter Berücksichtigung diesbezüglicher Vorgaben im HeimAufG beschrieben werden. Anzumerken ist, dass durch die Prozessdokumentation sichtbar wird, ob ggf. freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich sind (Einsatz von Assessmentinstrumenten

⁷ Stefan H. et. al. (2022): POP

⁸ Stefan H. et. al. (2022): POP

bestätigt vorhandene Risiken), ob eine Intervention eine Freiheitsbeschränkung darstellt und welche gelinderen Mittel zum Einsatz kommen bzw. kamen.

6.2.3 Pflegeziele

Pflegeziele beziehen sich auf bewertbare Zustände, Verhaltensweisen, Wahrnehmungen, Fähigkeiten oder Wissen von Bewohner:innen zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Zukunft. Diese Zustände sollten durch pflegerische Interventionen und innerhalb einer definierten Zeitspanne erreicht werden. Pflegediagnosen bilden den gegenwärtigen, Pflegeziele den beabsichtigten Zustand ab. Daher stehen sie immer miteinander in Zusammenhang. Das Ziel wird vor der Beschreibung der dazu notwendigen Interventionen formuliert. Ziele sind der Maßstab, um die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen zu beurteilen.

Ziele können nach den **SMART–Kriterien** formuliert werden:

S – spezifisch (passend = auf die Pflegediagnose bezogen, präzise genug formuliert)

M – messbar (quantitativ, qualitativ – ist Zielerreichung überprüfbar)

A – akzeptiert, attraktiv, aktiv erreichbar (bewohner:innenorientiert, nutzer:innenorientiert)

R – realistisch (erreichbar für Bewohner:innen)

T – terminisiert (ist klarer Endtermin vorgegeben)

- Wird ein Ziel nach den SMART-Kriterien formuliert, muss es auf die Pflegediagnose und auf Kennzeichen/Symptome bezogen sein. Bewertbare Indikatoren sind z. B. Strecken in Meter; Mengen in Liter/Gramm, Häufigkeiten in Zahlen; aber auch Angaben wie: unter Anleitung oder selbstständig. Allgemein formulierte Aussagen wie „gut, ausreichend oder besser“, lassen sich nicht messen bzw. evaluieren.
- Die Ziele können sich auf das Verbessern und/oder Fördern des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensqualität sowie das Bewältigen von Pflegebedürftigkeit und Krankheit beziehen. Sie geben so die Richtung der Pflege vor.
- Der Grad der Zielerreichung wird spätestens zum festgelegten Zeitpunkt bewertet. Das Kontrollintervall richtet sich nach der individuell fachlichen Einschätzung und wird daher von der planenden Pflegeperson vorgegeben (siehe Kapitel Evaluation).

6.2.4 Pflegeinterventionen

Die im schriftlichen Pflegeplan festgehaltenen Pflegeinterventionen sind für alle Pflegepersonen verbindlich und haben Gültigkeit, bis eine veränderte Situation der zu pflegenden Person eine neue Zielsetzung und/oder Planung notwendig macht.

Die Pflegeinterventionen müssen grundsätzlich unter Beachtung der Individualität der Bewohnerin/ des Bewohners nachvollziehbar formuliert werden.

Dies kann:

- unter konkreten Angaben von Interventionen (z. B. 2x tgl. Gehübung mit dem Rollator in Begleitung einer PP über eine Ganglänge / vom Bewohnerzimmer bis zum Aufenthaltsbereich, ...),
- unter Angabe eines Handlungsspielraumes (z. B. Unterstützung bei der Körperpflege beim Waschbecken / in der Dusche / im Bett), wenn das für die Zielerreichung erforderlich ist, oder
- mit Verweis auf SOPs/Standards (z. B. Pflege bei suprapubischem Dauerkatheter) erfolgen.

Wird auf SOPs/Standards verwiesen, wird auf eine detaillierte Beschreibung der Abläufe/Tätigkeiten im Pflegeplan verzichtet. Individuell erforderliche Abweichungen von SOPs/Standards müssen immer beschrieben werden!

6.2.4.1 Formulierung pflegerischer Interventionen

Bei der Formulierung von Pflegeinterventionen sollte eine einheitliche Formulierung der zu erbringenden Leistung berücksichtigt werden.

Leistung
Anleitung ohne Anwesenheit einer Pflegeperson
Anleitung in Anwesenheit einer Pflegeperson
Unterstützung - mind. 50 % macht Bew. selbst
Übernahme - mind. 50 % macht Pflegeperson

Grundsätzlich gilt: „So viele Pflegeinterventionen wie notwendig, so konkret wie möglich. „Hilfreich dazu ist die Anwendung der „5-W-Regel“:

1.	Was ist zu tun?
2.	Wie ist es durchzuführen?
3.	Wie oft ist es zu tun?
4.	Womit ist es zu tun?
5.	Wer führt es aus?

Ein Pflegeplan kann aus den nachfolgenden Varianten bestehen:

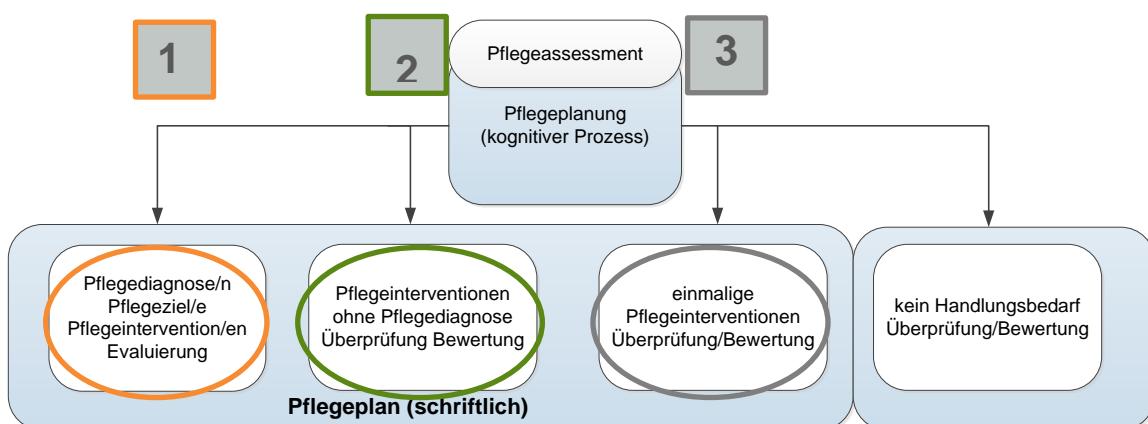


Abbildung 3: Pflegeplanung und Pflegeplan (Quelle: eigene Darstellung, Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017)

Folgende Möglichkeiten der Dokumentation von Pflegeinterventionen ergeben sich daher:

1 : Interventionen in Verbindung mit einer Pflegediagnose

- Dokumentation im Durchführungs nachweis
- bei einer Abweichung, den Unterstützungsgrad betreffend, wird der Grund im Verlaufsbericht dokumentiert. Andere Abweichungen wie z. B. eine Änderung der Örtlichkeit (Waschbecken/Dusche/Bett) müssen nicht gesondert dokumentiert werden.

2 : wiederkehrende Pflegeinterventionen ohne Pflegediagnose

Dazu gehören Pflegeinterventionen, die sich

- aus der medizinischen Behandlung bzw. der multiprofessionellen Versorgung,
- durch Pflegesituationen, die im Rahmen des Aufenthaltes nicht beeinflussbar und mit keinem Pflegeziel verbunden sind, ergeben.

3 : einmalige Pflegeinterventionen

- werden aufgrund eines punktuellen Unterstützungsbedarfs gesetzt, werden ad hoc/Leistung ohne Zeitangabe erfasst, ggf. erfolgt eine Begründung im Pflegebericht (z. B. Hilfe bei der Mobilisation aufgrund eingeschränktem Allgemeinzustand, Erbrechen).

In diesen Fällen kann entweder ein **Interventionsplan** erstellt oder eine ad-hoc Leistung/Leistung ohne Zeitangabe eingegeben werden.

Medizinisch-therapeutisch angeordnete Maßnahmen und Tätigkeiten unterliegen nicht dem pflegediagnostischen Prozess und werden deshalb nicht im schriftlichen Pflegeplan, wohl aber an einer anderen Stelle (z. B. Medikamentenblatt, Wund- und Hautdokumentation) dokumentiert.

Maßnahmen, die eine ärztliche Anordnung erfordern, gehören NICHT in den Pflegeplan!

Beispiele für Planungsarten:

Situationsbeschreibung	Kompetenzbereich	Unterstützungsbedarf	Interventionen	Planungsart
Seit Jahren bestehender Pflegebedarf, während des Aufenthalts nicht pflegerisch beeinflussbar	Pflegerische Kernkompetenz	Kann sich nicht selbstständig waschen	Pflegeintervention(en) nach Unterstützungsbedarf	Interventionsplan oder „ad hoc“-Dokumentation
Person mit besonderen Bedürfnissen, entwicklungsphysiologisch bedingt	Pflegerische Kernkompetenz	Kann entwicklungsbedingt die Selbstpflege im Bereich der Körperhygiene nicht selbstständig erfüllen	Pflegeintervention(en) nach Unterstützungsbedarf	Interventionsplan oder „ad hoc“-Dokumentation
Chron. Wunde (Dekubitus), beeinträchtigte Wundheilung	Pflegerische Kernkompetenz	Regelmäßige Positionierung bei bestehendem Dekubitus	Pflegeintervention(en) wie 4 stündlicher Positionswechsel, ...	Pflegerische Kernkompetenz
Med. Intervention bei bestehendem Ulcus	Med. Diagnostik und Therapie		Interventionen nach ärztlicher Anordnung dokumentiert im Wunddokumentationsblatt oder	Kein Pflegeplan

Situationsbeschreibung	Kompetenzbereich	Unterstützungsbedarf	Interventionen	Planungsart
			nachvollziehbar an einer anderen Stelle	
Schmerz (akut/chronisch)	Pflegerische Kernkompetenz	Unterstützung der Schmerzlinderung durch entlastende Positionierung, Bewegung, ...	Pflegeintervention(en) wie entlastende Position (individuell angepasste Formulierung), 2 x tgl. eine Ganglänge mit Rollator in Begleitung einer PP gehen, ...	Pflegeplan mit Evaluierungszeitraum
Schmerz (akut/chronisch)	Med. Diagnostik und Therapie		Interventionen nach ärztlicher Anordnung (AVO) (z.B. Medikamente), dokumentiert nachvollziehbar im Medikamentenblatt, Verlauf im Pflegebericht	Kein Pflegeplan
Atemnot bei Anstrengungen bei COPD Grad 3	Pflegerische Kernkompetenz	Ausreichend Zeit und Pausen bei pflegerischen Interventionen einplanen	Pflegeintervention(en) individuell angepasste Formulierung	Interventionsplan oder „ad hoc“-Dokumentation
Atemnot bei Anstrengungen aufgrund COPD Grad 3	Med. Diagnostik und Therapie		Interventionen nach AVO (z.B. Medikamente), dokumentiert nachvollziehbar im Medikamentenblatt, Verlauf im Pflegebericht	Kein Pflegeplan

6.2.5 Pflegeinterventionen durchführen

Die Dokumentation der erbrachten Leistungen kann bei akuten Geschehnissen im Pflegebericht erfolgen. Regelmäßig zu erbringende Interventionen werden über den Pflegeplan von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege angeordnet und sind im Durchführungsbeleg abzuzeichnen. Die angeordneten Maßnahmen sind für alle Durchführenden verbindlich. In fachlich begründeten Fällen ist eine Abweichung möglich. Erforderliche Abweichungen von geplanten Interventionen sind ebenfalls zu dokumentieren und zu begründen.

Der Durchführungsbeleg besteht in der Dokumentation direkter bzw. unmittelbar erbrachter Pflegeinterventionen sowie Maßnahmen und Tätigkeiten im Rahmen medizinischer Diagnostik und Therapie.

Eine klare Trennung der Dokumentation von pflegerischen, medizinischen und hauswirtschaftlichen Leistungen ist so weit als möglich zu empfehlen. Daher ist darauf zu achten, dass erbrachte Interventionen/Tätigkeiten nur einmal und an der dafür vorgesehenen Stelle eingetragen/dokumentiert werden. Der Durchführungsbeleg kann auch als Leistungsnachweis herangezogen werden.

Die durchführende Person bestätigt die Durchführung der Maßnahme mit vor Ort festgelegtem Handzeichen (handschriftliche Formulare) bzw. festgelegter digitaler ID und Angabe von Zeitpunkt oder Zeitraum und Datum.

Je relevanter der Zeitpunkt der Durchführung einer Pflegeintervention (z. B. Positionierung) ist, desto genauer sollte der Durchführungszeitpunkt geplant und erfasst werden, unabhängig vom Dokumentationszeitpunkt.

Laut Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 wird empfohlen, möglichst unmittelbar, d. h. zeitnah zu dokumentieren.

6.3 Evaluation der Pflegeziele

Grundsätzlich ist die fortlaufende Evaluation von der intermittierenden Evaluation zu unterscheiden.

- **Die fortlaufende Evaluation erfolgt kontinuierlich während oder direkt nach einer Pflegeintervention durch alle Professionen.** Beobachtet wird die Reaktion des Bewohners auf die Intervention, gegebenenfalls erfolgt akut eine erforderliche Anpassung durch die zuständige DGKP.
- **Die intermittierende Evaluation erfolgt zu einem bestimmten, bei der Planung festgelegten Zeitpunkt.** Der Fokus liegt hier auf dem aktuellen Status der Pflegeziele und einer ggf. erforderlichen Anpassung im Pflegeplan.

Die intermittierende Evaluation ist die systematische Bewertung und Überprüfung der Zielerreichung. Es wird das geplante Pflegeziel (Soll) mit dem Pflegeergebnis (Ist) verglichen und bewertet. Die intermittierende Evaluation erfolgt zum festgelegten Evaluationszeitpunkt, bei Veränderung des Pflegezustandes, oder bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses. Die Ergebnisse dieser Beurteilung werden im Verlaufsbericht dokumentiert. Eine intermittierende Evaluation sollte mindestens einmal innerhalb von zwölf Monaten (ggf. auch z.B. im Rahmen einer Pflegevisite) erfolgen.

Bei einer unvollständigen Zielerreichung wird eine Ursachenanalyse durchgeführt, um zielbeeinflussende Faktoren zu identifizieren und Konsequenzen abzuleiten.

Die Evaluation der Zielerreichung kann zu folgenden Konsequenzen führen:

- Die Pflegediagnose wird beendet (Das Ziel ist erreicht. Die Pflegediagnose hat keine Gültigkeit mehr).
- Die Pflegediagnose wird verändert, da sich herausgestellt hat, dass sie nicht passend war.
- Die Pflegediagnose und -interventionen bleiben bestehen, aber das Ziel wird verändert, die Zielformulierung entsprach nicht.
- Die Pflegediagnose und das -ziel bleiben bestehen, aber die Pflegeinterventionen werden angepasst.
- Die Interventionen wirken, Pflegediagnose(n) und Ziel(e) bleiben bestehen.
- Die Überprüfung wiederkehrender Pflegeinterventionen ohne Pflegediagnose erfolgt anlassbezogen. Die geplanten wiederkehrenden Pflegeinterventionen werden auf ihre Aktualität, Angemessenheit und Wirksamkeit überprüft und gegebenenfalls angepasst.

7 Pflegebericht

Der Pflege- oder Verlaufsbericht hat das Ziel, aktuell auftretende Probleme, deren Verlaufsbeschreibung sowie die Beschreibung des Befindens der/des Pflegebedürftigen zu erfassen. Der Pflegebericht weist in der Regel, sofern keine Besonderheiten zu verzeichnen sind, keine täglichen Eintragungen auf⁹.

Der Pflegebericht ist somit Teil des patientenbezogenen Verlaufsberichtes, der über behandlungs- und pflegerelyante Besonderheiten nachvollziehbar und chronologisch Auskunft gibt. Weiters wird empfohlen, im Pflegebericht alle einmalig gesetzten Interventionen, sofern sie nicht an anderer Stelle festgehalten sind, mit einer Beschreibung von Ursache und Wirkung der Intervention („DAR-Schema“¹⁰) zu dokumentieren.

Die Beschreibung von Verläufen nach dem „**DAR-Schema**“ folgt der Logik „Beobachten/Informationen sammeln“ (was nehme ich wahr?, was wird mir übermittelt?) – „Handeln/Aktion setzen“ – „Reaktion auf Handlung prüfen“ (welche Wirkung ist eingetroffen?).

- **Daten:** Beobachtungen in Bezug auf Status und Verhalten (subjektive und objektive Informationen)
- **Aktionen:** durchgeführte Interventionen, Maßnahmen zum weiteren Vorgehen
- **Reaktionen:** Effekte, die auf pflegerische und medizinische Interaktionen beim Bewohner zurückzuführen sind¹¹

DAR-Schema (eigene Darstellung nach Fürthaller 2017) ¹²

Datum/Uhrzeit	Verlaufsbericht	Merkhilfe
19.11. 2020 08:30 Uhr	Frau M. lehnte Frühstück ab: „Mir ist nicht gut, ich möchte nichts essen“. Um 08:15 Uhr zweimal erbrochen (200 ml, klare gelbe Flüssigkeit).	Daten
	Nach Rücksprache mit DGKP Mayer Einzelfall-Medikament laut Medikamentenblatt verabreicht.	Aktionen
10:00 Uhr	Übelkeit ist laut Aussage von Frau M. besser, hat eine Tasse Kaffee und ein Kipferl gegessen und gut vertragen.	Reaktionen

⁹ MDS, 2005, S. 37

¹⁰ Wilkinson, J. (2012): Das Pflegeprozess-Lehrbuch. S. 400

¹¹ Wilkinson, 2012, S. 398

¹² Fürthaller, E. (2017): Präsentation „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 – Verein Pflegemanagement OÖ“

Beispiele zu aussagekräftigen Formulierungen im Pflegebericht

Beispiel aus Pflegebericht	kritische Anmerkung	Formulierungsüberlegungen
Herr F. hat gut gegessen und getrunken	Dieser Eintrag ist nicht aussagekräftig und beliebig interpretierbar.	Was ist gemeint? Hat der Bewohner seine Solltrinkmenge erreicht? Hat er mit Appetit gegessen, weil es etwas Besonderes gab?
Herr F. war aggressiv	Dieser Eintrag stellt eine Bewertung des Verhaltens dar.	Beschreiben Sie die Situation z.B.: Beim Betreten des Zimmers warf Herr F. einen Schuh nach mir und sagte laut: „Gehen Sie weg.“
Bewohner war unruhig	Der Eintrag ist vage und kann vieles bedeuten.	Wie hat sich die Unruhe geäußert, z.B.: Bewohner lief im Zimmer umher und wollte während der Körperpflege 3-mal das Badezimmer verlassen.
Frau K. hat gut beim Waschen geholfen	Was hat Frau K. konkret gemacht? Wurde die Pflege zugelassen oder aktiv mitgewirkt?	Frau K. hat versucht, sich das Gesicht selbstständig zu waschen.
Frau D. jammert viel und ist heute weinerlich	Dieser Eintrag stellt eine Bewertung des Verhaltens dar.	Frau D. hat Tränen in den Augen, als ich zu ihr ins Zimmer komme. Sie äußert Angst, kann nicht sagen, wovor. Nach Unterstützung bei der Basispflege sagt sie mehrmals: „Bitte gehen Sie noch nicht, bleiben Sie doch hier.“
Wie in der Tabelle ersichtlich, sollen Eintragungen im Pflegebericht exakt/präzise BESCHREIBEN, was von der Pflegeperson wahrgenommen wurde. Nicht sinnvoll ist es, abstrakte, verkürzte eigene Interpretationen der wahrgenommenen Situation bzw. des wahrgenommenen Verhaltens zu formulieren!		

7.1 Exkurs: Grundsätze zur Dokumentation von Berichtseinträgen

- Die Dokumentation soll **zeitnah** erfolgen. Laut Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 bedeutet dies möglichst knapp nach dem Ereignis oder der Beobachtung, aber spätestens bis Dienstende bzw. bis zum Transfer des Bewohners in einen anderen Bereich.
- **Füllwörter und Doppeldokumentation sollen vermieden werden!**
- **Wichtig: Je gefahrenrächtiger eine Situation, desto höher der Detaillierungsgrad der Dokumentation. Je akuter/relevanter das Ereignis/die Beobachtung ist, umso rascher muss der Eintrag erfolgen.**

➤ **NICHT in den Pflege-/Verlaufsbericht gehören:**

- Inhalte, die bereits an einem anderen Ort (z. B. Medikamentenblatt) dokumentiert sind
- Floskeln, die kaum Informationsgehalt bieten, z. B. „keine Besonderheiten“, „keine Beschwerden“, „Bewohner o. B.“ „alles in Ordnung“
- persönliche Ansichten und Wertungen
- multi- und intraprofessionelle Konflikte

- **Abkürzungen** sollten generell vermieden werden. Werden jedoch Abkürzungen verwendet, dann müssen diese in einem Abkürzungsverzeichnis der Organisation ersichtlich gemacht werden. Bei Abkürzungen in der Dokumentation ist zu beachten, dass auch im pflegerischen Entlassungsbefehl gewährleistet sein muss, dass etwaige Abkürzungen von den übernehmenden Einrichtungen verstanden werden.
- Erforderliche Pflegemaßnahmen während der Nacht (Positionswechsel, Unterstützung beim Toilettengang, ...) sind im Pflegeplan schriftlich festgelegt. Die durchgeföhrten Leistungen werden im Durchführungsbeleg dokumentiert, besondere Vorkommnisse bzw. Veränderungen während dieser Rundgänge im Pflegebericht.

7.2 Berichtskategorien

Die Verwendung der systemspezifischen Berichtskategorien obliegt der jeweiligen Organisation; ggf. können zusätzliche als erforderlich/sinnvoll erachtete Berichtskategorien generiert werden.

8 Optional verwendbare Zusatzinformationen / -formulare

Im Folgenden werden ausgewählte, in unterschiedlichen EDV-Systemen potenziell integrierte/integrierbare Informationen und Formulare/Rubriken beschrieben. Diese wurden in der Projektgruppe analysiert und Vorschläge zur Ausgestaltung formuliert.

8.1 Risikofaktoren / Merkblatt

Zur besseren Übersicht und raschen Information für alle Pflegepersonen können wichtige Informationen über die Bewohnerin/den Bewohner mit folgenden Schlagworten gekennzeichnet werden:

Kennzeichnung
Allergien
Antikoagulation
Vorsorgedialog
Freiheitsbeschränkende Maßnahmen
Plan für Krisen und Notfälle
Keine Reanimation
Patientenverfügung

8.2 Pflegerichtlinien / Expertenstandards

Qualitätsvolles Arbeiten, entsprechend dem aktuellen pflegewissenschaftlichen Stand, kann durch die Verfügbarkeit der hier exemplarisch/demonstrativ aufgelisteten Pflegerichtlinien/Expertенstandards in den EDV-Systemen unterstützt werden.

Expertenstandards	Pflegerichtlinien
Schmerzmanagement	IDDSI-Stufen (um Konsistenz von Speisen und Flüssigkeiten festzulegen)
Sturzprophylaxe	Handbuch „Pflegedokumentation NEU Tirol 2024“
Ernährungsmanagement	
Dekubitusprophylaxe	

8.3 Pflegevisite

Die Pflegevisite ist als Führungs- und Qualitätssicherungsinstrument zu verstehen. Die regelmäßige Durchführung ermöglicht eine strukturierte Begutachtung des Ergebnisses der geleisteten Pflege sowie der Kund:innenzufriedenheit (Ergebnisqualität).

Pflegevisiten können als „Mikro –und Makrovisite“ durchgeführt werden.

- Bei der **Mikrovisite** steht die Überprüfung des Teilbereiches Pflegeprozessdokumentation im Vordergrund. Mikrovisiten werden meist von einer betreuenden Pflegeperson (z. B. PA/FSB A oder PFA) und einer Diplompflegeperson durchgeführt.
- Die **Makrovisite** umfasst die Überprüfung des gesamten Pflegeprozesses und der Bereiche „Umgebung der Bewohnerin/ des Bewohners“, „Pflegezustand/Zufriedenheit der Bewohnerin/ des Bewohners“ und „Personal“. Bei der Makrovisite sind neben einer betreuenden Pflegeperson (z. B. FSB A) und einer Diplompflegeperson (z. B. WBL, ggf. PDL) natürlich auch

der/die Bewohner:in und ggf. deren Bezugsperson/Angehörige involviert. Weiters können auch Mitarbeiter:innen aus anderen Berufsgruppen, falls es dort pflegerelevante Zusammenhänge gibt, und/oder Auszubildende bei einer Pflegevisite anwesend sein.

Eine Pflegevisite kann anlassbezogen bei

- Einzug eines Bewohners,
- Rückverlegung aus dem Krankenhaus,
- unerwarteter gesundheitlicher Veränderung,
- schwer kalkulierbaren gesundheitlichen Risikofaktoren (Dekubitus-/Sturzrisiko),
- Wunsch des Bewohners/der Angehörigen, der Bezugspflegeperson und auch
- als eine routinemäßige Pflegevisite (z. B. einmal pro Jahr je Bewohner) durchgeführt werden.

Im Rahmen der Pflegevisite wird die Qualität der Pflegedokumentation und die Richtigkeit des Pflegeprozesses „Roter Faden“; Logik und Verständlichkeit beurteilt.

Die Dokumentation der Resultate der Pflegevisite sollte in einem eigenen Pflegevisitenprotokoll erfolgen und als Leistung im Durchführungs nachweis vermerkt werden. Je nach Themen und Inhalten der Pflegevisite wird dabei entweder das gesamte Pflegevisitenformular ausgefüllt oder nur die bearbeiteten Themen. Die relevanten Ergebnisse, die mit der Bewohnerin/dem Bewohner besprochen wurden, werden im Pflegebericht vermerkt, ggf. wird der Pflegeplan angepasst.

Eine Vorlage für ein Pflegevisitenformular ist im Anhang einsehbar.

8.4 Sturzprotokoll

Die WHO definiert einen Sturz als ein Ereignis, bei dem eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt.¹³

Daher werden folgende Kriterien herangezogen, welche zum Ausfüllen eines Sturzprotokolls führen sollten:

- Bei unkontrollierten Stürzen in Anwesenheit von Pflegeperson
- Wenn Bewohnerinnen/ Bewohner nach einem Sturzgeschehen vorgefunden werden und keine nachvollziehbaren Angaben zum Sturzgeschehen machen können

Bei Mehrfachstürzen an einem Tag, die in vergleichbaren Situationen entstehen, wird empfohlen, nur einmal ein Sturzprotokoll auszufüllen.

Wenn aufgrund der fachlichen Einschätzung der zuständigen DGKP eine gesundheitliche Gefährdung durch das Sturzgeschehen zu erwarten ist, ist eine Einweisung in ein Krankenhaus zu empfehlen bzw. bei fachlich begründeter Notwendigkeit zu veranlassen.

Lehnt eine Bewohnerin/ein Bewohner die empfohlene Abklärung im Krankenhaus ab, ist dringend anzuraten, dies ebenfalls zu dokumentieren.

Eine Vorlage für ein Pflegevisitenformular ist im Anhang einsehbar.

¹³ Medizinische Universität Graz Institut für Pflegewissenschaft (2018): Evidenzbasierte Leitlinie Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen, 3. aktualisierte und methodisch adaptierte Auflage, Graz, Seite 11

9 Verlegungs-, Transferierungsstatus in der Pflegedokumentation

Der Verlegungs- bzw. Transferierungsstatus sollte dann dokumentiert werden, wenn das Pflege- bzw. Betreuungsverhältnis endet oder (länger) unterbrochen wird. Liegen zur Bewohnerin/zum Bewohner pflegerelevante Informationen vor, sollten der pflegerische Entlassungsbefehl oder der Pflegesituationsbericht elektronisch übermitteln oder (ggf. in Papierform) mitgegeben werden.

Ein pflegerischer Entlassungsbefehl oder Pflegesituationsbericht beinhaltet **relevante Informationen aus dem pflegerischen Kompetenzbereich** für weiterbehandelnde Gesundheitsdienstleister oder Pflegedienste.

Bei der Erstellung eines pflegerischen Entlassungsbefehls oder Pflegesituationsberichts sollten folgende Kriterien berücksichtigt werden:

- Beschreibung der Erkrankung/Veränderungen zum Verlegungszeitpunkt
- Aktuelle Medikation (ggf. im ärztlichen Begleitschreiben vorhanden)
- Aktivitätsgrad und Selbstversorgungsfähigkeiten
- Unterstützungssysteme/Bezugspersonen (¹⁴)

Im Pflegebericht ist ebenfalls ein Eintrag über die Verlegung zu verfassen.

10 Projektorganisation

Folgende Personen waren, als Vertreter: innen der jeweiligen Organisationen, aktiv am Projekt „Pflegedokumentation neu Tirol 2024“ beteiligt:

PROJEKTMITGLIEDER

Figallo Janine (Beauftragte der GuKG-Schulen, Bildungszentrum für Pflegeberufe Schwaz)
Gebhart Stephanie (Alten- und Pflegeheime der Barmherzigen Schwestern Innsbruck GmbH,
Heim Santa Katharina)
Huber-Hölzl Silvia (Altenwohnheim Kitzbühel GmbH)
Klaunzer Annemarie (Wohn- & Pflegeheim Nußdorf-Debant)
Kuel Simone (Alten- und Pflegeheime der Barmherzigen Schwestern Innsbruck GmbH, Heim
Santa Katharina)
Meier Daniela (Wohn- & Pflegeheime Osttirol, Heim Lienz)
Pfister Bernhard (Soziale Dienste Vorderes Zillertal, Franziskusheim Fügen)
Drolle Naschberger Sonja (Soziale Dienste Vorderes Zillertal, Franziskusheim Fügen)
Schwaiger Siegfried (Wohn- & Pflegeheim Zillertal GmbH)
Storf Katharina, MScN (Bezirkspflegeheim Haus Ehrenberg)
Wanka Johannes (Fachexperte Abteilung Pflege)
Hauser Martina (Wohn- & Pflegeheim Zillertal GmbH)
Wahrstätter Theresa (Altenwohnheim Kitzbühel GmbH)

ORGANISATORISCHE und INHALTLCHE VERANTWORTUNG

Hörschläger Kathrin - Projektleitung
Monika Reiter, MBA – Fachliche Leitung
Kellerer Jan Daniel Dr. Phil. Abteilung Pflege

¹⁴ Wilkinson, 2012, S. 396

11 Literatur

Alfaro-LeFevre, R. (2013). Pflegeprozess und kritisches Denken. Praxishandbuch zum kritischen Denken, Lösen von Problemen und Fördern von Entwicklungsmöglichkeiten. Bern: Verlag Hans Huber

BMSGPK-Gesundheit - VI/A/2 (Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe) (2023): Anfrage betreffend Auslegung des GuKG bzw. der PA-PFA-AV Geschäftszahl: 2023-0.478.946, 10.07.2023

Carepatron, Morse-Fall-Skala www.carepatron.com/de/templates/morse-fall-scale

Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation (2023): ALLGEMEINE GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE. Wecken in der Nacht: nur wenn nötig statt regelmäßig. Universität für Weiterbildung Krems

Fürthaller, E. (2017). Präsentation „Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017 – Verein Pflegemanagement OÖ“

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz idgF

Grimm, NA. (2010). Die Pflegedokumentation aus Sicht der Pflegekräfte. Eine qualitative Studie. Bachelorarbeit: Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg

MDS (2005). Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen: MDS-Verlag

Medizinische Universität Graz Institut für Pflegewissenschaft (2018): Evidenzbasierte Leitlinie Sturzprävention bei älteren und alten Menschen in Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen, 3. aktualisierte und methodisch adaptierte Auflage, Graz

Nestle Nutricon Institute, Ernährungsscreening so einfach wie mna. Anleitung zum Ausfüllen des Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA®-SF), La Tour-de-Peilz

PPM PRO PflegeManagement Verlag & Akademie (2024): Die richtige Schmerzskala: Wie Emoticons in der Pflege eingesetzt werden; Bonn

Rappold E. et al. (2010). Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation. ÖBIG- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien

Rappold E.; Aistleitner R. (2017). Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2017. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 3.überarbeitete Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Stefan H., Allmer F., Schalek K., Eberl J., Hansmann R. (2022): POP - PraxisOrientierte Pflegediagnostik Pflegediagnosen, Ziele und Maßnahmen nach der Version POP2, 3. Auflage, Verlag Springer Berlin

Wilkinson, Judith. (2012). Das Pflegeprozess-Lehrbuch. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben von Jürgen Georg und Jörn Fischer.1.Auflage 2012 ©2012 der deutschsprachigen Ausgabe by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

12 Quellen für Standards/Leitlinien

Austrian Standards International - Standardisierung und Innovation, Heinestraße 38, 1020 Wien,
<https://www.austrian-standards.at/de/themengebiete/gesundheit-pflege>

Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e.V., German Society of Nursing Science,
Bürgerstr. 47, 47057 Duisburg, <https://dg-pflegewissenschaft.de/leitlinien-2/>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Hochschule Osnabrück,
Albrechtstr. 30, 49076 Osnabrück, <https://www.dnqp.de/>

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative, Leopoldstr. 9/4, 6020 Innsbruck,
<https://www.iddsi.at/>

Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin, <https://cwar.nestlenutrition-institute.org/>
https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html;jsessionid=4FBDBF78D21AD9E607DEE6C66260468B.internet101

Ludwig Boltzmann Institut Health Technology Assessment LBI-HTA, HTA Austria - Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH, Garnisongasse 7/20, 1090 Wien,
<https://aihta.at/page/homepage/de>

Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) e.V., Birkenstr. 67, 10559 Berlin,
<https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>

Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten,
<http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/index.html>

Zentrum für Qualität in der Pflege, Reinhardtstraße 45, 10117 Berlin,

Herausgeber:

Amt der Tiroler Landesregierung
Abteilung Pflege
Adamgasse 2a
6020 Innsbruck
[E-Mail: pflege@tirol.gv.at](mailto:pflege@tirol.gv.at)

Für den Inhalt verantwortlich: Monika Reiter, MBA

Zitievorschlag:

Strukturentwicklung Pflege Tirol (2024): Handbuch „Pflegedokumentation neu Tirol 2024“. Im Auftrag der Abteilung Pflege, Amt der Tiroler Landesregierung

13 Anhang

Assessmentinstrumente inklusive Beschreibungen (exemplarische Zusammenstellung)

Morse Fall Scale

Morse JM. Preventing patient falls. 1 ed. Thousand Oaks. California. SAGE Publications, Inc 1997.

Palm S. Vermeidung von Patientenstürzen. In: Holzer E et al. Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Facultas Verlag. Wien 2005.

Schwendimann R et al. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. Age Ageing 2006;35(3):311-3.

	Punkte
Ist der Patient während oder in der Zeit kurz vor dem stationären Aufenthalt bereits einmal ohne äussere Gewalteinwirkung gestürzt?	0 = Nein 25 = Ja
Ist bei dem Patienten mehr als eine Erkrankung bekannt?	0 = Nein 15 = Ja
Wird bei dem Patienten eine i.v. – Therapie durchgeführt?	0 = Nein 20 = Ja
Welche Aussage zur Gehhilfe trifft zu: • der Patient geht ohne Gehhilfe/muss gestützt werden/benutzt einen Rollstuhl/hat Betruhe • der Patient benutzt Krücken/einen Gehstock/eine andere mechanische Gehhilfe • der Patient stützt sich an Möbeln und Wänden ab	0 15 30
Welche Aussage zur Gangsicherheit trifft zu: • der Patient geht sicher oder verlässt das Bett gar nicht (Betruhe) • der Patient geht unsicher • der Patient ist in seiner Gangsicherheit erheblich beeinträchtigt	0 10 20
Welche Aussage zur Orientiertheit trifft zu: • der Patient schätzt seine Mobilität richtig ein, befolgt Anweisungen und erbittet wenn nötig Hilfe • der Patient überschätzt sich/vergisst Anweisungen	0 15
Gesamtpunktzahl	

Auswertung: Bei einer Gesamtpunktzahl von 45 – 55 Punkten und grösser besteht beim Patienten ein erhöhtes Sturzrisiko.

Morse Fall Scale

Die Morsefall-Skala ist ein schnelles und einfach zu bedienendes Instrument zur Bewertung des Sturzrisikos bei Patienten. Wie bereits erwähnt, besteht die Skala aus sechs Punkten, die anhand bestimmter Kriterien bewertet werden (Brigham and Women's Hospital, n.d.):

- **Geschichte des Fallens:** Wenn der Patient während eines Krankenhausaufenthalts und/oder innerhalb der letzten drei Monate gestürzt ist, erhält er eine Punktzahl von 25 Punkten; andernfalls ist die Punktzahl Null.
- **Sekundäre Diagnose:** Die Punktzahl ist Null, wenn der Patient eine aktive Diagnose hat, oder 15 Punkte, wenn er für seine aktuelle Aufnahme mehrere medizinische Diagnosen hat.
- **Ambulante Hilfe:** Die Punktzahl ist Null, wenn der Patient ohne Hilfsmittel gehen kann, einen Rollstuhl benutzt oder in vollständiger Bettruhe ist. Der Punktewert ist 15, wenn der Patient Krücken oder eine Gehhilfe benutzt, und 30, wenn er beim Gehen ein Möbelstück in der Hand hält.
- **Intravenöse Therapie:** Der Wert ist Null, wenn der Patient nicht über eine Infusionsschleuse, eine Heparinsperre (Kochsalzlösung) oder andere angeschlossene Geräte verfügt. Der Wert liegt bei 20, wenn der Patient eine Infusionstherapie oder eine Heparinsperre (Kochsalzlösung) hat oder wenn er an Geräte wie Überwachungsgeräte oder Foley-Katheter angeschlossen ist.
- **Gangart:** Die Punktzahl ist Null für einen Patienten mit normalem Gang, selbstbewusstem Gehen, erhobener Kopf, frei schwingenden Armen und einem selbstbewussten Schritt. Bei einem Patienten mit schwachem Gang, der leicht gebeugt ist, aber in der Lage ist, den Kopf zu heben, ohne das Gleichgewicht zu verlieren, bei leichter Berührung Möbel als Richtschnur verwendet und kurze Schritte macht oder schlurft, liegt der Wert bei 10. Schließlich wird ein Patient mit eingeschränktem Gang, der Schwierigkeiten hat, von einem Stuhl aufzustehen, mit gesenktem Kopf geht, Hilfe benötigt und einen kurzen, schlurfenden Gang hat, einen Score von 20 vergeben.
- **Psychischer Status:** Die Punktzahl ist Null, wenn sich der Patient vollständig an Zeit, Ort und Person orientiert. Ein Punktewert von 15 wird vergeben, wenn der Patient seine Fähigkeiten überschätzt, Einschränkungen vergisst und Schwierigkeiten hat, Anweisungen zu verstehen oder angemessen zu reagieren.

Um die Gesamtpunktzahl zu berechnen, addieren Sie die Ergebnisse aus jeder Kategorie. Ein Wert von 0—24 bedeutet, dass kein Sturzrisiko besteht, ein Wert von 25—45 steht für ein niedriges bis mittleres Risiko und ein Wert von 46 oder höher für ein hohes Risiko.

Quelle 1: www.carepatron.com/de/templates/morse-fall-scale

Motilitätstest nach Tinetti (modifiziert)

I. Balancetest

Punkte	0	1	2	3	4
Gleichgewicht im Sitzen	unsicher	sicher, stabil			
Aufstehen vom Stuhl	nicht möglich	nur mit Hilfe	diverse Versuche; rutscht nach vorn	braucht Armlehne oder Halt (nur 1 Versuch)	in einer fließenden Bewegung
Balance in den ersten 5 Sek.	unsicher	sicher, mit Halt	sicher, ohne Halt		
Stehsicherheit	unsicher	sicher, aber ohne geschlossene Füße	sicher, mit geschloss. Füßen		
Balance mit geschl. Augen	unsicher	sicher, ohne Halt			
Drehung 360° mit offenen Augen	unsicher; braucht Halt	diskontin. Beweg; bd. Füße am Boden vor dem nächsten Schritt	kontin. Bewegung; sicher		
Stoß gegen die Brust (3x leicht)	fällt ohne Hilfe oder Halt	muß Füße bewegen, behält aber Gleichgewicht	gibt sicheren Widerstand;		
Hinsetzen	läßt sich plumpsen; braucht Lehne; unzentriert	flüssige Bewegung			

Punkte Balancetest: /15 Punkten

II. Gehprobe

Punkte	0	1	2
Schrittauslösung (Patient wird aufgefordert zu gehen)	Gehen ohne fremde Hilfe nicht möglich	zögert; mehrere Versuche; stockender Beginn	beginnt ohne Zögern zu gehen; fließende Bewegungen
Schrifthöhe (von der Seite beobachtet)	kein selbständiges Gehen möglich	Schlurfen, oder übertriebenes Hochziehen	Fuß total vom Boden gelöst, max. 2-4 cm über Boden
Schrittänge (von Zehen des einen bis Ferse des anderen Fußes)		weniger als Fußlänge	mindestens Fußlänge
Schrittsymmetrie	Schrittänge variiert, Hinken	Schrittänge bds. gleich	
Gangkontinuität	kein selbständiges Gehen möglich	Phasen mit beiden Füßen am Boden; Diskontinuierlich; Pausen	beim Absetzen des einen wird der andere Fuß gehoben, keine Pausen
Wegabweichung	kein selbständiges Gehen möglich	Schwanken, einseitige Abweichung	Füße werden entlang einer imaginären Linie abgesetzt
Rumpfstabilität	Abweichung, Schwanken, Unsicherheit	Rücken u. Knie nicht flektiert, kein Schwanken des Rumpfes, Arme werden nicht zur Stabilisierung abgewinkelt	
Schrittbreite	Gang breitbeinig oder über Kreuz	Füße berühren sich beinahe	

Punkte Gehprobe: /13 Punkten

Gesamtpunktzahl: /28 Punkten

Welche Hilfsmittel wurden benutzt?

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Skala	Beschreibung	Besonders geeignet für ...
Visuelle Analog-Skala (VAS)	Selbsteinschätzungsskala: Auf einer 10 cm langen Linie angelegt. Der Anfangspunkt wird mit „kein Schmerz“ betitelt, der Endpunkt mit „stärkster vorstellbarer Schmerz“. Nun kann der Betroffene auf der Linie angeben, wo seine Schmerzintensität gerade liegt. Mithilfe eines Lineals kann die Schmerzstärke dann genau ermittelt werden. Die Anzahl der cm entspricht der jeweiligen Schmerzstärke	– Betroffene, die nicht mehr gut mit Zahlen umgehen können und für die eine numerische Skala weniger gut geeignet ist – Ältere und kognitiv beeinträchtigte Menschen

Gütekriterien

Die Beobachtungsskala wurde aus dem Amerikanischen übersetzt. Die Originalversion wird beschrieben in folgender Publikation:

Warden, V., Hurley, A.C. Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 9 – 15.

Beobachtungsanleitung und Auswertung

Geben Sie an, in welcher Situation die Beobachtung stattfindet (z.B. im Sitzen, im Bett liegend, während des Waschens oder Gehens). Bitte beobachten Sie die/den BewohnerIn in dieser Situation zwei Minuten lang und achten Sie darauf, ob sich die beschriebenen Verhaltensweisen zeigen. Kreuzen Sie anschließend in dem Beobachtungsbogen die zutreffenden Verhaltensweisen an (Spalte „ja“). Markieren Sie bitte zur Kontrolle auch die Spalte „nein“, wenn Sie ein Verhalten nicht beobachtet haben. Zu den einzelnen Begriffen gibt es eine ausführliche Beschreibung, die Sie vor dem Ausfüllen gewissenhaft durchlesen sollten.

Die Beobachtung bezieht sich auf fünf Kategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie sind maximal 2 Punktewerte zu vergeben. Für die Auswertung addieren Sie die in der rechten Spalte angegebenen Werte über die einzelnen Kategorien, wobei Sie nur den jeweils höchsten erzielten Wert pro Kategorie berücksichtigen. Es ist ein maximaler Gesamtwert von 10 für Schmerzverhalten möglich. Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitäts situation wird von uns als behandlungsbedürftig angesehen.

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)

Name des/der Beobachteten:

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehenen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich.

- Ruhe
- Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Beobachter/in:

Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	nein	ja	Punkt-wert
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Negative Lautäußerung			
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gesichtsausdruck	nein	ja	Punkt-wert
lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache			
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trost			
trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
TOTAL	/ von max.		—/10

ATMUNG

1. Normal

Als „normal“ wird ein geräuschloses, gleichmäßiges Ein- und Ausatmen ohne Anstrengung bezeichnet.

2. Gelegentlich angestrengt atmen

„Gelegentlich angestrengtes Atmen“ ist charakterisiert durch gelegentliches Auftreten von anstrengenden, ermüdenden oder schweren Atemzügen.

3. Kurze Phasen von Hyperventilation

„Kurze Phasen von Hyperventilation“ sind schnelle und tiefe Atemzüge von insgesamt kurzer Dauer.

4. Lautstarkes, angestrengt atmen

„Lautstarkes, angestrengtes Atmen“ ist gekennzeichnet durch Geräusche beim Ein- oder Ausatmen, die laut, gluckernd oder pfeifend sein können und anstrengend zu sein scheinen.

5. Lange Phasen von Hyperventilation.

„Lange Phasen von Hyperventilation“ sind übermäßig schnelle und tiefe Atemzüge. Die Phasen dauern recht lange.

6. Cheyne Stoke Atmung

„Cheyne Stoke Atmung“ ist gekennzeichnet durch immer tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen.

NEGATIVE LAUTÄUERUNG

1. Keine

Die Kategorie „keine“ bezeichnet Sprache oder Lautäußerungen mit angenehmem oder neutralem Klang.

2. Gelegentlich stöhnen oder ächzen

Unter „stöhnen“ ist jammern oder vor sich hinmurmeln wie auch klagen oder schreien zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden. Beides sollte nur gelegentlich auftreten.

3. Sich leise negativ oder missbilligend äußern

„Sich leise negativ oder missbilligend äußern“ ist gekennzeichnet durch leises Murren, Jammern, Fluchen oder Schimpfen mit einem klagenden, sarkastischen oder bissigen Unterton.

4. Wiederholt beunruhigt rufen

Die Kategorie „Wiederholt beunruhigt rufen“ bezeichnet Phrasen oder Worte, die wiederholt in einer Art geäußert werden, die Angst, Unbehagen oder Verzweiflung vermuten lässt.

5. Laut stöhnen oder ächzen

Unter „stöhnen“ ist jammern oder murmeln wie auch klagen oder schreien deutlich lauter als üblicherweise zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden.

6. Weinen

Unter „Weinen“ wird eine emotionale Ausdrucksform verstanden, die mit Tränen einhergeht. Der Betroffene kann schluchzen oder weinerlich wirken.

GESICHTSAUSDRUCK

1. Lächelnd oder nichts sagend

„Lächelnd“ ist gekennzeichnet durch nach oben gerichtete Mundwinkel, leuchtende Augen und einen Ausdruck von Zufriedenheit.

„Nichts sagend“ bedeutet ein neutraler, ruhiger, entspannter oder leerer Gesichtsausdruck.

2. Traurig

„Traurig“ ist gekennzeichnet durch einen unglücklichen, einsamen, niedergeschlagenen oder deprimierten Ausdruck. Tränen in den Augen können zusätzlich auftreten.

3. Ängstlich

Unter „ängstlich“ versteht man einen Ausdruck von Furcht, Schreck oder Besorgnis. Die Augen sind weit geöffnet.

4. Sorgenvoller Blick

Ein „sorgenvoller Blick“ ist gekennzeichnet durch nach unten gerichtete Mundwinkel. Falten auf der Stirn und um den Mund können sich stärker als üblich zeigen.

5. Grimassieren

„Grimassieren“ ist gekennzeichnet durch einen verzerrten und verzweifelten Gesichtsausdruck. Die Stirn weist stärkere Falten auf als die Mundpartie. Die Augen können fest zugekniffen sein.

KÖRPERSPRACHE

1. Entspannt

„Entspannt“ meint eine ruhige und gelassene Körperhaltung. Die Person wirkt sorgenfrei.

2. Angespannt

„Angespannt“ beschreibt eine angestrenzte, verkrampte oder besorgte Körperhaltung. Das Gebiss kann fest zusammengebissen sein. (Kontraktionen sind auszuschließen)

3. Nervös hin und her gehen

„Nervös hin und her gehen“ meint eine ruhelose Aktivität. Sie kann mit ängstlichem, besorgtem oder beunruhigtem Ausdruck einhergehen. Die Gehgeschwindigkeit kann langsam oder schnell sein.

4. Nesteln

„Nesteln“ meint, sich ruhelos bewegen. Wälzen im Stuhl oder das Rücken eines Stuhls durch das Zimmer sowie wiederholtes Berühren, Ziehen oder Reiben von Körperteilen können beobachtet werden.

Schmerzeinschätzung: VAS / BESD

5. Starr

„Starr“ meint eine steife Körperhaltung. Die Arme und/oder Beine sind angespannt und unbeweglich. Der Rumpf imponiert gestreckt und unbeugsam. (Kontrakturen sind auszuschließen)

6. Geballte Fäuste

„Geballte Fäuste“ sind fest geschlossene Hände. Die Hände können sich allerdings auch wiederholts öffnen und schließen oder fest geschlossen bleiben.

7. Angezogene Kniee

„Angezogene Kniee“ bedeuten in Richtung Brust gezogene Kniee. Die Person wirkt insgesamt aufgewühlt. (Kontrakturen sind auszuschließen)

8. Sich entziehen, wegstoßen

Personen wehren Annäherung oder Fürsorge ab. Sie versuchen, der Annäherung zu entkommen, sich zu entwinden oder zu entreißen bis dahin, dass sie andere wegstoßen.

9. Schlagen

Unter „Schlagen“ werden alle Formen der körperlichen Auseinandersetzung verstanden: u.a. schlagen, hauen, treten, zupacken, beißen.

TROST

1. Trösten nicht notwendig

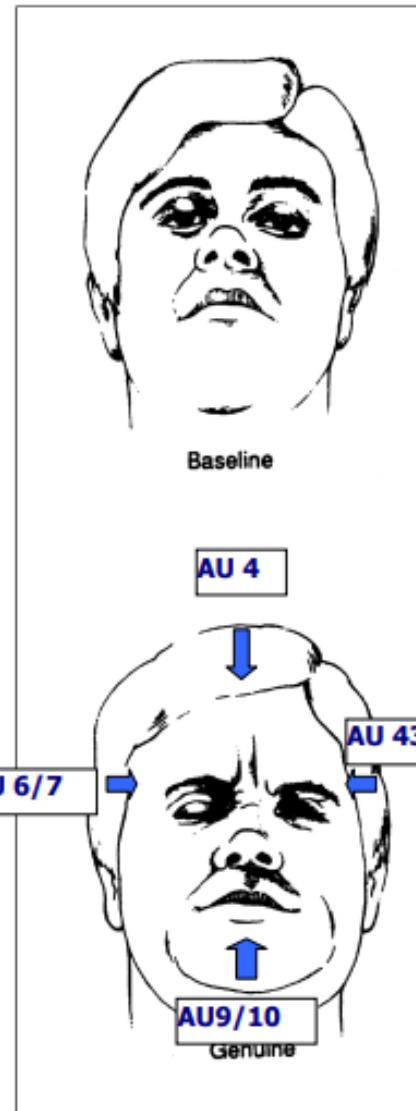
Die Person scheint sich wohl zu fühlen und zufrieden zu sein.

2. Ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich

Ein auffälliges Verhalten kann unterbrochen werden, indem die Person angesprochen oder berührt wird. Die Unterbrechung des auffälligen Verhaltens dauert über die gesamte Phase der Zuwendung an. Die Person wirkt dabei sorglos.

3. Trösten, ablenken oder berühren nicht möglich

Die Person kann nicht beruhigt werden. Das auffällige Verhalten kann durch Ansprache oder Berührung nicht unterbrochen werden. Es ist jedoch möglich, dass das auffällige Verhalten durch Ansprache oder Berührung abgeschwächt wird. Das auffällige Verhalten ist zumindest zeitweise auch während der Zuwendung noch zu erkennen.



Mimische Schmerzreaktion „grimassieren“

- Kontraktion der Augenbrauen (AU4)
- Kontraktion der Muskelgruppen um die Augen herum (AU6/7)
- Levatorkontraktion/Rümpfen der Nase (AU9/10)
- schließen der Augen für mindestens 1/2 Sekunde (AU 43)

Dekubituseinschätzung Braden Skala

Braden-Skala zur Bewertung der Dekubitusrisiken*

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	<p>fehlt</p> <ul style="list-style-type: none"> keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit, Sedierung <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt) 	<p>stark eingeschränkt</p> <ul style="list-style-type: none"> eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzerzeile Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. durch Stöhnen oder Unruhe) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist 	<p>leicht eingeschränkt</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaktion auf Ansprache oder Kommandos Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind 	<p>vorhanden</p> <ul style="list-style-type: none"> Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> keine Störung der Schmerzempfindung
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständig feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen 	oft feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist oft feucht, aber nicht immer Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden 	manchmal feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt 	selten feucht <ul style="list-style-type: none"> die Haut ist meist trocken neue Wäsche wird selten benötigt
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität	bettlägerig <ul style="list-style-type: none"> ans Bett gebunden 	sitzt auf <ul style="list-style-type: none"> kann mit Hilfe etwas laufen kann das eigene Gewicht nicht allein tragen braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl) 	geht wenig <ul style="list-style-type: none"> geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen braucht für längere Strecken Hilfe verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl 	geht regelmäßig <ul style="list-style-type: none"> geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht bewegt sich regelmäßig
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	komplett immobil <ul style="list-style-type: none"> kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen 	Mobilität stark eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern 	Mobilität gering eingeschränkt <ul style="list-style-type: none"> macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten 	mobil <ul style="list-style-type: none"> kann allein seine Position umfassend verändern
Ernährung Ernährungsgewohnheiten	sehr schlechte Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist kleine Portionen nie auf, sondern nur 2/3 ist nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch) trinkt zu wenig nimmt keine Ergänzungskost zu sich <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> darf oral keine Kost zu sich nehmen <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> nur klare Flüssigkeiten <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> erhält Infusionen länger als 5 Tage 	mäßige Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist selten eine normale Essensportion auf, ist aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung ist etwa 3 Eiweißportionen nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> erhält zu wenig Nährstoffe über Sonderkost oder Infusionen 	adäquate Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen nimmt 4 Eiweißportionen zu sich verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen 	gute Ernährung <ul style="list-style-type: none"> ist immer die gebotenen Mahlzeiten auf nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich ist auch manchmal zwischen den Mahlzeiten braucht keine Ergänzungskost
Reibung und Scherkräfte	Problem <ul style="list-style-type: none"> braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich rutscht ständig im Bett oder im Roll-/Stuhl herunter, muss immer wieder hochgezogen werden hat spastische Kontrakturen oder ist sehr unruhig (scheuert auf den Laken) 	potentielles Problem <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben) kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl) rutscht nur selten herunter 	kein Problem zur Zeit <ul style="list-style-type: none"> bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen 	

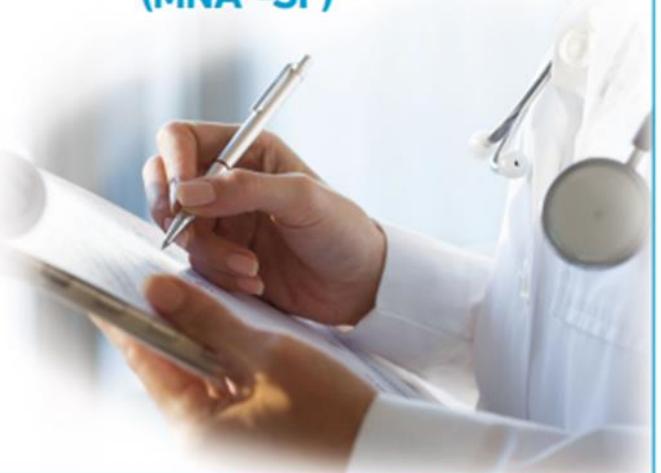
* Tabelle aus: Zegelin 1997: 91-93

Risikograde:	Allgemeines Risiko	18-15 Punkte
	Mittleres Risiko	14-13 Punkte
	Hohes Risiko	12-10 Punkte
	Sehr hohes Risiko	< 9 Punkte

Ernährungsscreening

so einfach wie mna

Anleitung zum Ausfüllen des Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA®-SF)



**Screening und Intervention.
Ernährung kann den
Unterschied ausmachen.**

NestléNutritionInstitute

Einleitung

Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA®-SF)

Der MNA®-SF ist ein Screeninginstrument, mit dessen Hilfe eine bestehende Mangelernährung bzw. das Risiko für Mangelernährung bei älteren Personen erkannt werden kann. Die Ausfüllanleitung soll Ihnen dabei helfen, den MNA®-SF-Bogen korrekt und vollständig auszufüllen. Es wird erklärt, wie jede Frage zu beantworten ist und wie die Punkte zu vergeben und auszuwerten sind.

Einleitung:

Während die Verbreitung von Mangelernährung bei zu Hause lebenden älteren Menschen eher niedrig ist, steigt die Gefahr einer Mangelernährung bei Senioren in Altenheimen und Krankenhäusern dramatisch an.¹

Bei kognitiv eingeschränkten, älteren Menschen ist die Häufigkeit der Mangelernährung sogar noch höher und steht in direktem Zusammenhang mit dem Abbau der kognitiven Fähigkeiten.²

Tendenziell sind bei mangelernährten Patienten im Falle einer Krankenhauseinweisung eine längere Dauer des Aufenthalts, häufigere Komplikationen und ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko zu verzeichnen als bei Senioren mit normalem Ernährungszustand.³

Das MNA®-SF-Beurteilungsverfahren gestattet es dem Arzt und/oder Pflegepersonal dank der Feststellung einer Mangelernährung bzw. des Risikos für eine Mangelernährung, sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch bei zuhause lebenden Senioren frühzeitig mit einer geeigneten Ernährungstherapie einzutreten, weiteren Verschlechterungen vorzubeugen und die Gesamtentwicklung des Patienten positiv zu beeinflussen.⁴

Mini Nutritional Assessment – Short Form (MNA®-SF)

Der MNA®-SF bietet eine einfache und rasche Methode für die Erkennung mangelnährter oder gefährdeter Senioren. Bei rechtzeitigen Einsatz wird das Risiko für die Mangelernährung erkannt, bevor es zu erheblichem ungewolltem Gewichtsverlust oder zu Veränderungen des Serumweißspiegels kommt.

Der MNA®-SF wurde von Nestlé in Zusammenarbeit mit international führenden Geriatern entwickelt und zählt zu den wenigen validierten Screeninginstrumenten für Senioren. Er wurde durch internationale Studien mit einer Vielzahl unterschiedlicher Versuchsbedingungen⁵⁻⁷ validiert und korreliert mit Morbidität und Mortalität.

Im Jahr 2009 wurde der MNA®-SF als eigenständiges Screeninginstrument auf der Basis des vollständigen MNA® validiert.⁸ Der MNA®-SF sollte in regelmäßigen Abständen sowohl bei zuhause lebenden Senioren als auch bei Patienten in Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt werden. Das empfohlene Intervall beträgt bei zuhause lebenden Senioren ein Jahr, bei Heimpatienten drei Monate sowie bei jeder Veränderung des klinischen Zustands. Bei Krankenhauspatienten wird ggf. eine erneute Überprüfung auch in kürzeren Abständen empfohlen.

Anleitung zum Ausfüllen des MNA®-SF

Bevor mit dem Ausfüllen des MNA®-SF begonnen wird, bitte die Patientendaten in den Kopf des Formulars einsetzen:

- Name, Vorname • Geschlecht • Alter
- Gewicht (kg) – Zum genauen Wiegen bitte Schuhe und schwere Oberbekleidung ablegen. Verwenden Sie eine geeichte, zuverlässige Waage.

Ernährungsscreening MNA

- Größe (m) – Die Größe ohne Schuhe mit Hilfe eines Stadiometers (Höhenmessgerät) oder bei bettlägerigen Patienten mittels Demispan, halber Armspanne oder Kniehöhe (siehe Anhang 2 messen).
- Datum

Früherkennung

Der MNA®-SF ist ein leistungsfähiges Instrument für die Früherkennung von Patienten, die ein Risiko für Mangelernährung aufweisen oder bereits mangelernährt sind.

✓ Das bewährteste Instrument für Sensoren

- Aussagekräftig und zuverlässig
- Von nationalen und internationalen Organisationen empfohlen
- Durch mehr als 450 veröffentlichte Studien belegt

✓ Schnell und einfach in der Verwendung

- Screening in weniger als 5 Minuten
- Keine besondere Schulung erforderlich
- Keine Labordaten nötig

✓ Wirksam

- Risikopatienten werden vor Beginn eines ungewollten Gewichtsverlustes erkannt

✓ Frühzeitige Intervention wird erleichtert

Maßnahmen

Empfehlen Sie Nestlé-Trinknahrungen zur Verbesserung des Ernährungszustands Ihrer Patienten.

Überwachung

✓ Kostengünstiges Diagnoseinstrument

- Der MNA®-SF gewährt eine standardisierte, reproduzierbare und zuverlässige Bestimmung des Ernährungszustands.
- Verwenden Sie den MNA®-SF regelmäßig zur Prüfung des Ernährungszustands Ihrer Patienten und leiten Sie die ggf. erforderlichen Maßnahmen ein.

Screening (MNA®-SF)

Bitte tragen Sie im Screening-Bogen die zutreffenden Zahlen in die hierfür vorgesehenen Kästchen ein. Addieren Sie die Zahlen, um das Screeningergebnis zu erhalten.

Wichtige Aspekte:

Bitten Sie den Patienten, die Fragen A – F zu beantworten, indem Sie die in den dunkel-schattierten Bereichen aufgeführten Vorgaben verwenden. Ist der Patient nicht in der Lage, eine Frage zu beantworten, fragen Sie seine Betreuungsperson oder nehmen Sie seine Krankenakte zu Hilfe.

A

Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

Punktzahl 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme

1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme

2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme

Fragen Sie den Patienten, seine Betreuungsperson oder prüfen Sie die Krankenakte:

- „Haben Sie im Laufe der letzten 3 Monate weniger gegessen als normal?“
- Falls ja, „Lieg das an Appetitmangel, Kau- oder Schluckbeschwerden?“
- Falls ja, „Haben Sie erheblich weniger oder nur ein bisschen weniger als früher gegessen?“

B

Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten?

Punktzahl 0 = Gewichtsverlust > 3 kg

1 = nicht bekannt

2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg

3 = kein Gewichtsverlust

Patientenbefragung / Krankenakte

- „Haben Sie in den letzten 3 Monaten ungewollt Gewicht verloren?“
- „Hat sich Ihr Hosen-/Rockbund gelockert?“
- „Wie viel haben Sie Ihrer Ansicht nach abgenommen? Mehr oder weniger als 3 kg?“

Bei übergewichtigen älteren Menschen kann eine Gewichtsabnahme zwar wünschenswert, dennoch das Anzeichen für Mangelernährung sein. Wird die Frage zum Gewichtsverlust weggelassen, verliert der MNA® seine Aussagekraft. Daher ist es wichtig, die Frage zum ungewollten Gewichtsverlust auch an Übergewichtige zu stellen.

Ernährungsscreening MNA

C	<p>Mobilität?</p> <p>Punktzahl 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert 1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen 2 = verlässt die Wohnung</p>	<p>Patientenbefragung / Krankenakte / Betreuungsperson</p> <ul style="list-style-type: none">„Wie würden Sie momentan Ihre Mobilität beschreiben?“„Sind Sie in der Lage, ohne Hilfe vom Bett, Stuhl oder Rollstuhl aufzustehen?“ – falls nicht, Punktzahl 0„Sind Sie in der Lage, vom Bett oder Stuhl aufzustehen, jedoch nicht in der Lage, außer Haus zu gehen?“ – falls ja, Punktzahl 1„Sind Sie in der Lage, außer Haus zu gehen?“ – falls ja, Punktzahl 2	F1	<p>Body-Mass-Index (BMI)? (Körpergewicht in kg / Körpergröße in m²)</p> <p>Punktzahl 0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23</p>	<p>Bestimmung des BMI</p> <p>Der BMI wird als Indikator für ein der Körpergröße angemessenes Gewicht verwendet. (Anhang 1)</p> <p>BMI-Formel – Metrische Einheiten</p> <ul style="list-style-type: none">BMI = Gewicht in Kilogramm / [Größe in Meter x Größe in Meter] <p>Zur Berechnung des BMI sind zunächst Gewicht und Größe des Patienten aus dem MNA®-Formular zu entnehmen.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Falls die Größe nicht gemessen wurde, ist dies jetzt mithilfe eines Stadiometers oder eines Höhenmessergeräts nachzuholen (siehe Anhang 2).2. Falls der Patient nicht stehen kann, wird die Größe anhand indirekter Methoden ermittelt, z.B. durch das Messen von Demispan, halber Armspanne oder Kniehöhe. (siehe Anhang 2)3. Größe und Gewicht des Patienten in der beiliegenden BMI-Tabelle (Anhang 1) suchen und den entsprechenden BMI ermitteln.4. Den so ermittelten BMI des Patienten in das hierfür vorgesehene Kästchen des MNA® einsetzen.5. Zur Bestimmung des BMI für Patienten mit Amputationen, siehe Anhang 3.
D	<p>Akute Krankheit oder psychischer Stress während de letzten 3 Monate?</p> <p>Punktzahl 0 = Ja 2 = Nein</p>	<p>Patientenbefragung / Krankenakte / eigene Berufserfahrung</p> <ul style="list-style-type: none">„Waren Sie in den letzten 3 Monaten gestresst?“„Waren Sie in den letzten 3 Monaten ernsthaft krank?“			
E	<p>Neuropsychologische Probleme?</p> <p>Punktzahl 0 = schwere Demenz oder Depression 1 = leichte Demenz 2 = keine psychologischen Probleme</p>	<p>Krankenakte / Einschätzung aufgrund eigener Erfahrung / Befragung von Patient, Pflegepersonal oder Betreuungsperson</p> <ul style="list-style-type: none">„Leiden Sie an Demenz?“„Haben Sie lang anhaltende oder schwere Traurigkeit erlebt?“ <p>Betreuungspersonen, Pflegepersonal oder die Krankenakte können Aufschluss über die Schwere der neuropsychologischen Probleme (Demenz) des Patienten geben.</p>		<p>WENN KEIN BMI-WERT VORLIEGT, BITTE, FRAGE F1 MIT FRAGE F2 ERSETZEN.</p> <p>WENN FRAGE F1 BEREITS BEANTWORTET WURDE, FRAGE F2 BITTE ÜBERSPRINGEN</p>	

Ernährungsscreening MNA

F2 Nur beantworten, falls keine Ermittlung des BMI möglich ist.	
Wadenumfang (WU) in cm	Messen des Wadenumfangs 1. Der Patient sollte entweder mit lose herunterhängendem linkem Bein sitzen oder mit gleichmäßig auf beiden Beinen verteiltem Gewicht stehen. 2. Bitten Sie den Patienten die Wade freizumachen. 3. Legen Sie das Band an der breitesten Stelle um die Wade und notieren Sie den gemessenen Wert. 4. Messen Sie zur Kontrolle auch oberhalb und unterhalb der Stelle, um zu prüfen, dass die Messung tatsächlich an der dicksten/käfigtigsten Stelle ausgeführt wurde. 5. Eine genaue Messung kann nur erzielt werden, wenn das Band im rechten Winkel zur Wadenlänge angelegt wird. Aufgezeichnet wird der nächste 0,1 cm-Wert. Zum Messen des Wadenumfangs bei bettlägerigen Patienten siehe Anhang 4
Punktzahl 0 = WU < 31 3 = WU ≥ 31	

Die Punktzahlen addieren, um die Gesamtwertung zu erhalten.

Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte)

12-14 Punkte: Normaler Ernährungszustand

8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung

0-7 Punkte: Mangelernährung

Für die empfohlenen Maßnahmen siehe Algorithmus auf der nächsten Seite.

Weitere Informationen unter www.mna-elderly.com

Empfohlene Maßnahmen



1. Milne AC, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2009;2:CD003288

2. Gariballa S, et al. Am J Med. 2006;119:693-699

Gewicht und Größe sind bei älteren Patienten sehr wichtig, da sie mit Morbidität und Mortalität korrelieren.

Hinweis: Oftmals sind Gewichts- und Größenmessungen bereits in der Krankenakte vorhanden. Diese Daten sollten erstrangig verwendet werden. Nur wenn Größe und/oder Gewicht nicht ermittelbar sind, sollte der Wadenumfang (WU) anstelle des BMI verwendet werden.

Wichtig: Wenn der Wadenumfang zur Vervollständigung des MNA-SF eingesetzt wird, darf der ausführliche MNA® nicht verwendet werden. Andernfalls fällt die Punktzahl des MNA® ungenau aus, weil der Wadenumfang zweimal gezählt

wird, einmal im MNA-SF und erneut bei Frage R des vollständigen MNA®. Bei Bedarf ein anderes Assessment (z.B. PEMU) verwenden.

Follow-Up

Senioren in Heimumgebung sollten alle ein bis drei Monate erneut, normal ernährte und zuhause lebende Senioren jährlich kontrolliert werden. Bei Krankenhauspatienten ist eine erneute Überprüfung ggf. auch in kürzeren Abständen empfohlen.

Die Ergebnisse der ersten und erneuten Kontrolle sollten an die zuständige Ernährungsfachkraft und den Hausarzt übermittelt und in der Krankenakte vermerkt werden.

Anhang

Anhang 1 • Body-Mass-Index-Tabelle

MNA® BMI-Tabelle für Senioren (ab 65 Jahren)																	
Gewicht (kg)	Größe (m)																
	1,50	1,52,5	1,55	1,57,5	1,60	1,62,5	1,65	1,67,5	1,70	1,72,5	1,75	1,77,5	1,80	1,82,5	1,85	1,88	1,90
45	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14	14	14	13	13	13
48	21	21	20	19	19	18	17	17	16	16	16	15	15	15	14	14	13
50	22	22	21	20	20	19	18	18	17	17	16	16	15	15	15	14	14
52	23	23	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15	14
55	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17	16	16	15	15
57	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	17	17	17	16	16
59	26	25	25	24	23	22	22	21	20	20	19	19	18	18	17	17	16
61	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	17	17
64	28	27	26	26	25	24	23	23	22	21	21	20	19	19	18	18	18
66	29	28	27	27	26	25	24	23	23	22	21	21	20	20	19	19	18
68	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19	19
70	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	20	20	19
73	32	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21	20
75	33	32	31	30	29	28	28	27	26	25	24	24	23	22	22	21	21
77	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	23	22	22	21	21
80	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23	22
82	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23	23
84	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24	23
86	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	27	26	25	24	24
89	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	24
91	40	39	38	37	35	34	33	32	31	31	30	29	28	27	26	25	25
93	41	40	39	38	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27	26	26
95	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	29	28	27
98	43	42	41	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28	27
100	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	28
102	45	44	43	41	40	39	37	36	35	34	33	32	31	31	30	29	28
105	47	45	44	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	31	30	30	29
107	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29
109	48	47	45	44	43	41	40	39	38	37	35	34	34	33	32	31	30
111	49	48	46	45	43	42	41	40	38	37	36	35	34	33	32	32	31
114	51	49	48	46	44	43	42	40	39	38	37	36	35	34	33	32	32

■ 0 = BMI < 19

■ 1 = 19 ≤ BMI < 21

■ 2 = 21 ≤ BMI < 23

■ 3 = BMI ≥ 23

Diese BMI-Tabelle ist beigelegt, um Ihnen das Ausfüllen des MNA®-SF zu erleichtern. Die Genauigkeit ist ausreichend für die Zwecke des MNA®-SF. In einigen Fällen kann eine BMI-Berechnung zu einem präziseren Resultat führen.

Anhang 2 • Methoden zur Größenmessung

2.1 • Größenmessung mit Stadiometer

- Prüfen Sie, dass der Boden eben und fest ist.
- Weisen Sie die Person an, die Schuhe auszuziehen, mit aneinander liegenden Fersen zu stehen und dabei Fersen, Gesäß und Schultern ans Stadiometer anzulegen.
- Die Arme sollen frei herunterhängen, die Handflächen dabei zu den Oberschenkeln weisen.
- Lesen Sie den Messwert ab, während die Person mit aufrechtem, nicht nach hinten gelegtem Kopf gerade steht und geradeaus nach vorne schaut.
- Kontrollieren Sie, ob die Fersen flach auf dem Boden stehen.
- Senken Sie den Messschieber des Stadiometers ab, bis er oben auf dem Kopf aufliegt.

Stadiometer



Nähtere Angaben:

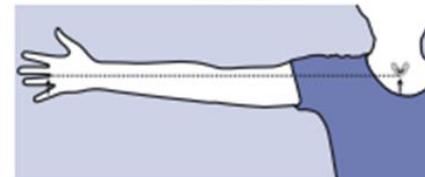
http://www.ktlfi-publications.ehrm/product2/part_iii5.htm
Stand 15. Januar 2011

2.2 • Größenmessung anhand von Demispan

Als Demispan gilt der Abstand von der Mitte des Brustbeinausschnitts zur Basis zwischen Mittel- und Ringfinger am ausgestreckten Arm. Die Körpergröße wird dann aus diesem Wert anhand einer Standardformel berechnet.⁹

- Lokalisieren und markieren Sie die Mitte des Brustbeinausschnitts mit einem Stift.
- Bitten Sie den Patienten, den linken Arm horizontal auszustrecken.
- Prüfen Sie, dass der Arm horizontal und linear mit der Schulter ausgerichtet ist.
- Messen Sie mit Hilfe eines Maßbands den Abstand zwischen der Markierung an der Mitten des Brustbeinausschnitts und der Basis zwischen Mittel- und Ringfinger.
- Kontrollieren Sie, ob der Arm flach und das Handgelenk gerade ist.
- Lesen sie den Zentimeterwert ab.

Demispan



Quelle:

Wiedergabe mit Genehmigung von BAPEN (Britischer Verband für Parenterale und Enterale Ernährung). Auszug aus dem Leitfaden „MUST“. Nähere Informationen unter www.bapen.org.uk oder <http://www.bapen.org.uk/pdfs/must must explan.pdf>

Ernährungsscreening MNA

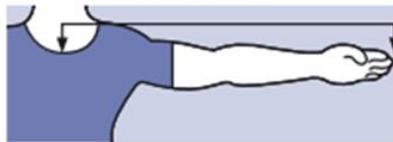
2.3 • Größenmessung anhand der halben Armspanne

Die halbe Armspanne ist die Distanz zwischen der Mittellinie des Brustbeinausschnitts und der Spitze des Mittelfingers. Die Größe wird dann berechnet, indem die halbe Armspanne verdoppelt wird.¹⁰

1. Lokalisieren Sie die Kante des rechten Schlüsselbeinknochens (im Brustbeinausschnitt) und markieren Sie diese mit einem Stift.
2. bitten Sie den Patienten, den nicht dominanten Arm horizontal auszustrecken.
3. Prüfen Sie, dass der Arm horizontal und linear mit der Schulter ausgerichtet ist.
4. messen Sie mit dem Maßband die Distanz zwischen der Markierung an der Mittellinie des Brustbeinausschnitts bis zur Spitze des Mittelfingers.
5. Kontrollieren Sie, ob der Arm flach und das Handgelenk gerade ist.
6. Lesen sie den Zentimeterwert ab.

Die Größe berechnen, indem der Messwert der halben Armspanne mit 2 multipliziert wird.

Halbe Armspanne

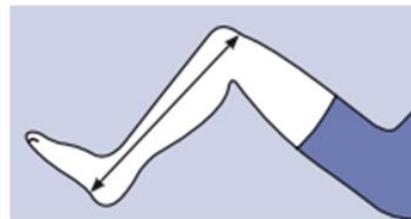


Quelle:

http://www.rxkinetics.com/height_estimate.html
Stand 15. Januar 2011

2.4 • Größenmessung anhand der Fersen-Kniehöhe

Die Messung der Fersen-Kniehöhe ist eine weitere Methode zur Bestimmung der Körpergröße bei bettlägerigen oder an den Rollstuhl gebundenen Patienten und wird gemessen, in dem eine speziell entwickelte Schublehre verwendet wird. Die Person muss in der Lage sein, Knie und Sprunggelenk im 90-Gradwinkel zu beugen.



Quelle:

http://www.rxkinetics.com/height_estimate.html
Stand: 15. Januar 2011

1. bitten Sie den Patienten, Knie und Sprunggelenk eines Beins im rechten Winkel zu beugen, während er auf dem Rücken liegt oder mit seitlich herunterhängenden Beinen auf einem Tisch sitzt.
2. Das feste Blatt der Schublehre in Ausrichtung mit dem Knöchel unter die Ferse des Fußes schieben. Das andere Blatt der Messlehre ca. 3,0 cm oberhalb der Kniestie auf die Vorderseite des Oberschenkels schieben.
3. Sicherstellen, dass der Schaft der Schublehre parallel mit dem Schienbein ausgerichtet ist und über dem seitlichen Knöchel verläuft. Arretierung des beweglichen Schublehrenteils mittels Feststellschraube. Die Messung am nächsten 0,1cm-Wert ablesen.
4. Direkt nacheinander zwei Messungen vornehmen. Diese sollten sich um nicht mehr als 0,5 cm voneinander unterscheiden. Dann den Mittelwert dieser beiden Messungen in Verbindung mit dem Alter verwenden, um die Größe anhand der bevölkerungs- und geschlechtsspezifischen Formeln der rechts stehenden Tabelle zu berechnen.
5. Der anhand der ausgewählten Formel berechnete Wert stellt eine Schätzung der wirklichen Körpergröße dar. Die 95-prozentige Zuverlässigkeit dieser Schätzung beträgt +/- 2SEE für jede Gleichung.

Berechnung der Körpergröße mittels Standardformel unter Verwendung von bevölkerungsspezifischen Formeln:

Bevölkerungsgruppe und Geschlecht	Gleichung: Größe (cm) =
Nicht-hispanische, weiße Männer (U.S.) ¹¹ [SEE = 3,74 cm]	$78,31 + (1,94 \times \text{Kniehöhe}) - (0,14 \times \text{Alter})$
Nicht-hispanische, schwarze Männer (U.S.) ¹¹ [SEE = 3,80 cm]	$79,69 + (1,85 \times \text{Kniehöhe}) - (0,14 \times \text{Alter})$
Mexikanisch-amerikanische Männer (U.S.) ¹¹ [SEE = 3,68 cm]	$82,77 + (1,83 \times \text{Kniehöhe}) - (0,16 \times \text{Alter})$
Nicht-hispanische, weiße Frauen (U.S.) ¹¹ [SEE = 3,98 cm]	$82,21 + (1,85 \times \text{Kniehöhe}) - (0,21 \times \text{Alter})$
Nicht-hispanische, schwarze Frauen (U.S.) ¹¹ [SEE = 3,82 cm]	$89,58 + (1,61 \times \text{Kniehöhe}) - (0,17 \times \text{Alter})$
Mexikanisch-amerikanische Frauen (U.S.) ¹¹ [SEE = 3,77 cm]	$84,25 + (1,82 \times \text{Kniehöhe}) - (0,26 \times \text{Alter})$
Taiwanische Männer ¹² [SEE = 3,86 cm]	$85,10 + (1,73 \times \text{Kniehöhe}) - (0,11 \times \text{Alter})$
Taiwanische Frauen ¹² [SEE = 3,79 cm]	$91,45 + (1,53 \times \text{Kniehöhe}) - (0,16 \times \text{Alter})$
Ältere italienische Männer ¹³ [SEE = 4,3 cm]	$94,87 + (1,58 \times \text{Kniehöhe}) - (0,23 \times \text{Alter}) + 4,8$
Ältere italienische Frauen ¹³ [SEE = 4,3 cm]	$94,87 + (1,58 \times \text{Kniehöhe}) - (0,23 \times \text{Alter})$
Französische Männer ¹⁴ [SEE = 3,8 cm]	$74,7 + (2,07 \times \text{Kniehöhe}) - (-0,21 \times \text{Alter})$
Französische Frauen ¹⁴ [SEE = 3,5 cm]	$67,00 + (2,2 \times \text{Kniehöhe}) - (0,25 \times \text{Alter})$
Mexikanische Männer ¹⁵ [SEE = 3,31 cm]	$52,6 + (2,17 \times \text{Kniehöhe})$
Mexikanische Frauen ¹⁵ [SEE = 2,99 cm]	$73,70 + (1,99 \times \text{Kniehöhe}) - (0,23 \times \text{Alter})$
Philippinische Männer ¹⁶ [SEE = 3,8 cm]	$96,50 + (1,38 \times \text{Kniehöhe}) - (0,08 \times \text{Alter})$
Philippinische Frauen ¹⁶ [SEE = 3,5 cm]	$89,63 + (1,53 \times \text{Kniehöhe}) - (0,17 \times \text{Alter})$
Malaysische Männer ¹⁷ [SEE = 3,51 cm]	$(1,924 \times \text{Kniehöhe}) + 69,38$
Malaysische Frauen ¹⁷ [SEE = 3,40 cm]	$(2,225 \times \text{Kniehöhe}) + 50,25$

SEE = Standardfehler
(Standard Error of Estimate)¹¹

Ernährungsscreening MNA

Anhang 3 • Bestimmung des BMI bei Patienten mit Amputationen

Zur Bestimmung des BMI bei Patienten mit Amputationen muss zunächst das geschätzte Patientengewicht einschließlich des Gewichts des fehlenden Körperteils bestimmt werden.^{14,15}

Anschließend wird der BMI mithilfe von geschätztem Gewicht und Größe berechnet.

- Verwenden Sie ein Standardwerk (siehe Tabelle rechts), um den Anteil des Körperteils am Gesamtkörpergewicht zu bestimmen.
- Subtrahieren Sie den prozentualen Anteil des Körpergewichts, den der fehlende Körperteil repräsentieren würde, würde, von 1,0.
- Dann dividieren Sie das momentane Gewicht durch die Differenz von 1 minus des Prozentsatzes des fehlenden Gewichtes, das der fehlende Körperteil ausmachen würde.

Danach den BMI mithilfe von geschätzter Größe und geschätztem Gewicht berechnen.

Den BMI anhand nachstehender Formel berechnen:

1. Geschätztes Körpergewicht: momentanes Gewicht + (1 - Anteil des fehlenden Beins)

2. Berechnung des BMI: Geschätztes Körpergewicht / Körpergröße (m)²

Beispiel: ein 80-jähriger Mann, Amputation des linken Unterschenkels, 1,72 m, 58 kg

$$58 \text{ (kg)} + (1 - 0,059) = 58 \text{ (kg)} + 0,941 = 61,6 \text{ kg}$$

$$61,6 \text{ (kg)} + (1,72 \text{ (m)} \times 1,72 \text{ (m)}) = 20,8$$

Anhang 4 • Messung des Wadenumfangs (WU) bei bettlägerigen Patienten

1. Der Patient sollte entweder mit lose herunterhängendem linkem Bein sitzen oder mit gleichmäßig auf beiden Beinen verteiltem Gewicht stehen.
2. Bitten Sie den Patienten, die Wade freizumachen.
3. Legen Sie das Maßband an der breitesten Stelle um die Wade und notieren Sie den gemessenen Wert.
4. Messen Sie zur Kontrolle auch oberhalb und unterhalb der Stelle, um zu prüfen, dass die Messung tatsächlich an der dicksten/kräftigsten Stelle ausgeführt wurde.
5. Eine genaue Messung kann nur erzielt werden, wenn das Band im rechten Winkel zur Wadenlänge angelegt wird. Aufgezeichnet wird der nächste 0,1cm-Wert.



© SIGVARIS

EAT-10

(Eating Assessment Tool)

Dysphagie-Screeningbogen

Datum : _____

Persönliche Daten

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

ZIELSETZUNG

Das validierte Dysphagie-Screening-EAT-10-Formular hilft schnell und einfach den Schweregrad der Dysphagie-Symptome zu messen. Behandlungsmöglichkeiten sollten gegebenenfalls mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

ERKLÄRUNG

Füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig nach dem folgenden Schema aus:

 trifft nicht zu trifft sehr zu**Screening:**

- 1** Hat Ihr Bewohner bzw. Patient Schluckbeschwerden, die zu ungewolltem Gewichtsverlust geführt haben?

- 2** Haben die Schluckbeschwerden Ihres Bewohners bzw. Patienten in der Vergangenheit zu einem Verzicht auf Besuche von öffentlichen Restaurants geführt?

- 3** Erfordert das Schlucken von Flüssigkeiten von Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?

- 4** Erfordert das Schlucken von fester Nahrung von Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?

- 5** Erfordert das Schlucken von Medikamenten (z.B. Tabletten/Dragees) Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?

- 6** Ist das Schlucken im Allgemeinen für Ihren Bewohner bzw. Patienten schmerhaft?

- 7** Ist die Freude am Essem im Allgemeinen für Ihren Bewohner bzw. Patienten durch Schluckbeschwerden beeinträchtigt?

- 8** Bleibt das Essen während des Schluckvorgangs im Hals Ihres Bewohners bzw. Patienten stecken?

- 9** Hustet Ihr Bewohner bzw. Patient während dem Essem?

- 10** Ist das Schlucken für Ihren Bewohner bzw. Patienten anstrengend?

Addieren Sie anschliessend sämtliche Punktwerte der Fragen aus dem Screeningbogen und tragen Sie die Summe in die Box ein:

Gesamt**Empfehlung nach der Auswertung des Gesamtergebnisses**

3 oder mehr Punkte: Möglicher Verlust der Kontrolle über die Dysphagie-Symptome, die therapiert werden können. Besprechen Sie diesen EAT-Fragebogen mit dem behandelnden Arzt.

2 oder weniger Punkte: Füllen Sie diesen Fragebogen erneut aus, wenn Sie eine Änderung der Dysphagiesymptome feststellen.

Bemerkung: _____

Referenzliteratur : 1. Belafsky PC, Mevadé DA, Rees CJ, Pryor JC, Pestma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otolaryngology & Laryngology 2008; 117 (12): 919-924

GUSS

(Gugging Swallowing Screen)¹

Patientenetikett	Datum: Zeit: Untersucher:
------------------	---

1. Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch

	JA	NEIN
VIGILANZ <i>(Der Patient muss mindestens 15 Minuten wach sein können)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
HUSTEN und/oder RÄUSPERN <i>(Willkürlicher Husten! Der Patient soll zweimal räuspern oder husten)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SPEICHEL SCHLUCKEN <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-bottom: 5px;">• Schlucken erfolgreich <li style="margin-bottom: 5px;">• Drooling <i>(Herausrinnen von Speichel aus dem Mund)</i> <li style="margin-bottom: 5px;">• Stimmänderung <i>(heiser, gurgelnd, schwach, röchelnd bzw. Verschlucken am eigenen Speichel)</i> 	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SUMME:	(5)	
		1 – 4 = Weitere Untersuchungen² 5 = Fortsetzung „Direkter Schluckversuch“

¹The Gugging Swallowing Screen. *Stroke.* 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen, PhD Michael

GUSS

(G u g g i n g S w a l l o w i n g S c r e e n)¹

2. Direkter Schluckversuch

(Material: Aqua bi, flacher Teelöffel, Eindickungsmittel, Brot)

Reihenfolge:	1 →	2 →	3 →
	BREIIG*	FLÜSSIG**	FEST ***
SCHLUCKAKT:			
▪ Schlucken nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Verzögerter Schluckakt (> 2 sec.) (Festes > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Schlucken erfolgreich	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
HUSTEN (unwillkürliche): (vor, während oder nach dem Schlucken - bis 3 Minuten später)			
▪ Ja	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Nein	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
DROOLING:			
▪ Ja	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Nein	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
STIMMÄNDERUNG: (Vor und nach dem Schluckakt auf die Stimme hören - Patient soll „O“ sprechen)			
▪ Ja	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Nein	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUMME:	(5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Weitere Untersuchungen ² 5 = Fortsetzung Flüssig	1 – 4 = Weitere Untersuchungen ² 5 = Fortsetzung Fest	1 – 4 = Weitere Untersuchungen ² 5 = NORMAL

¹The Gugging Swallowing Screen. *Stroke.* 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen, PhD Michael Brainin, MD

GUSS **(G u g g i n g S w a l l o w i n g S c r e e n)¹**

Anleitung zum „Direkten Schluckversuch“

- * Zuerst verabreicht man $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{2}$ Teelöffel eingedicktes Aqua bi (Pudding-ähnliche Konsistenz). Wenn keine Symptome erkennbar, dann werden weitere 3-5 Teelöffel eingenommen. Beurteilt wird nach dem 5. Teelöffel.
- ** 3, 5, 10, 20 ml Aqua bi – wenn keine Symptome auftreten, dann fortsetzen mit 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Beurteilt und gestoppt wird die Untersuchung wenn einer der oben genannten Punkte auffällig wird.
- *** Klinisch: Trockenes Brot ohne Rinde ; FEES: Trockenes Brot mit grüner Flüssigkeit leicht getränkt
- ² Empfohlen werden funktionelle Untersuchungsmethoden wie : Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) , Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)

A U S W E R T U N G / S U M M E N

Summe Indirekter Schluckversuch: **(5)**

Summe Direkter Schluckversuch: **(1 5)**

Summe GESAMT: **(2 0)**

¹The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen, PhD Michael Brainin, MD

GUSS

(G u g g i n g S w a l l o w i n g S c r e e n)¹

ERGEBNISSE		SCHWEREGRAD	EMPFEHLUNGEN
20	Breiig/ flüssig und feste Konsistenzen erfolgreich	Minimale / Keine Dysphagie Minimales Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> • Normales Essen • Flüssigkeiten uneingeschränkt • Das erste Mal unter Supervision eines Logopäden oder einer neurologisch ausgebildeten Schwester/Pfleger.
15-19	Breiig und flüssig erfolgreich / Festes nicht möglich	Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> • Schluckkost 1 oder 2 (Pürierte und weiche Nahrung) • Flüssigkeiten schluckweise • Weiteres funktionelles Assessment wie Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES) • Zuweisung zum Logopäden (SLT)
10-14	Breiig erfolgreich / Flüssig nicht möglich	Mittelgradige Dysphagie mit Aspirationsrisiko	<p>Dysphagie Diät beginnend mit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Breiige Konsistenzen wie Babynahrung (HIPP) und zusätzliche parenterale Ernährung. • Schluckkost 1 • Alle Flüssigkeiten müssen eingedickt werden! • Medikamente müssen zerstoßen werden und mit eingedickter Flüssigkeit gemischt verabreicht werden • Keine flüssigen Medikamente!! • Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES) • Zuweisung zum Logopäden (SLT) <p style="text-align: right;"><i>Nahrungsergänzung mit Nasogastraler Sonde oder parenteral</i></p>
0-9	Voruntersuchung nicht möglich oder Breischluck auffällig	Schwere Dysphagie mit einem hohen Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> • NPO (non per os = nothing by mouth = nichts über den Mund) • Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES) • Zuweisung zum Logopäden (SLT) <p style="text-align: right;"><i>Nahrungsergänzung mit Nasogastraler Sonde oder parenteral</i></p>

¹The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*. 2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen, PhD Michael Brainin, MD

Pflegerische Infosammlung

BEWOHNERIN:

Anwesend bei Gespräch/Erhebung:

Klient/Bewohner:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Angehörige/Begleitperson/sonstige Vertretung:	
------------------	--	---	--

Aktueller Zustand des Bewohners – Einschätzung/Wahrnehmung der Pflegefachkraft:

Pflegerische Informationssammlung:

Pflegerische Infosammlung

Selbstauskunft Bewohner/Klient und/oder Information begleitende Person / Informationssammlung:

Selbstauskunft Bewohner/Klient und/oder Information begleitende Person / Ressourcensammlung:

Pflegerische Risikobereiche:

Biografiebogen inkl. Pallium

BEWOHNERIN:

LEIB - Körper, Seele (Gefühle, Glauben,...), Geist (Ziele, Erfahrungen, Ausbildung/Beruf)	
SOZIALES - Ursprungsfamilie, aktuelle Familie, Freunde/Beziehungen	
ÖKOLOGIE - Wo/Wie aufgewachsen? Wo/Wie gelebt?	
WICHTIGE LEBENSEREIGNISSE - sowohl positives als auch negatives	
RESSOURCEN - Tragendes, Hobbies, positive Ereignisse, positive Errinnerungen	
ZENTRALE FRAGEN ZUR BETREUUNG - Herkunfts米尔ieu, Worauf ist der Bewohner besonders stolz? Welcher Reaktionstyp ist der Bewohner (dominant, cholerisch...)?, Welche Krisenstrategie wendet der Bewohner an, wenn es ihm nicht gut geht? Welche "kleinen Tröster" helfen dem Bewohner?	
PALLIUM - Wissen um und Umgang mit Erkrankungen / Einschränkungen, Erwartungen / Wünsche an / von An- und Zugehörigen, Konkrete Wünsche zum Abschied nehmen (Seelsorge, Verabschiedung, wie, mit wem)	

Biografiebogen

Vorhandene Dokumente (im System vorliegend ja / nein)	Vorhanden		Falls ja, vorliegend	
• Patientenverfügung (verbindlich, beachtlich)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> verbindlich			
• Erwachsenenvertreter (wer in welchen Belangen)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
• Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
• Willenserklärung (vorhanden, der Wunsch danach?)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
	Wunsch: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			

Pflegevisite

BEOHNERIN:**PFLEGEVISITE AM:****ANWESENDE PERSONEN:****ANLASS DER PFLEGEVISITE:** **ROUTINEMÄÙIG** **ANLASSBEZOGEN:** _____

Allgemeine Daten	ja	nein	Anmerkung / erforderliche Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
An-/Zugehörige / Erwachsenenvertreter definiert?				
Allergien und medizinische Diagnosen aktuell				
Letzte Krankenhausaufenthalte, Krankenhauswunsch definiert				
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht vorhanden?				
FBM	ja	nein	Anmerkung / erforderliche Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
freiheitsbeschränkende Maßnahmen				
FBM gemeldet und dokumentiert				
Wirksamkeit gelindere Mittel				
Pflegeprozess	ja	nein	Anmerkung / erforderliche Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
Biografie				
Assessment Sturz				
Assessment Schmerz				
Pflegerische Maßnahmen bei erhöhter Sturzgefahr				
Pflegerische Maßnahmen bei Schmerzgeschehen				
allgemeine Gefährdung (Haut, ...)				
Sind durchgeführte Maßnahmen im Durchführungsnachweis zeitnah abgezeichnet				
Sind Fall- / Bewohnerbesprechungen dokumentiert				
Wird herausforderndes Verhalten dokumentiert				
Ist Inkontinenzversorgung passend				
Sonstiges				

Pflegevisite

Pflegeplan/-bericht	ja	nein	Anmerkung / erforderliche Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
Pflegeplan inkl. Tagesstruktur ist vollständig				
Pflegebericht ist nachvollziehbar				
Einträge sind neutral und wertfrei formuliert				
Weitere Dokumentation	ja	nein	Anmerkung / erforderliche Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
Sind ärztliche Verordnungen aktuell				
Behandlungspflege aktuell				
Beschreibung Bedarfsfall für Einzelfallmedikation korrekt (Indikation (Kopfschmerz, VAS 4), Medikamenten- name, Dosis, max. Dosis in 24h, Applikationsart)				
Vitalwerte – ausreichende Häufigkeit, Veränderungen				
Wunddokumentation korrekt				
Ernährung - Gewichtsverlauf				
Sonstiges				
BewohnerInnenzimmer	Ja	nein	Anmerkung / erforderliche Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
BewohnerInnenzimmer ist eingerichtet, sauber				
Sind Maßnahmen zur Wohnraumanpassung notwendig				
Nasszelle ist sauber				
Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl...) sind sauber, beschriftet und funktionstüchtig				
Weitere Hilfsmittel erforderlich				
Rufanlage griffbereit				
Pflegematerialien beschriftet, ...				
Orientierungshilfen (Kalender, Uhr)				

Pflegevisite

Gespräch BewohnerIn / An-Zugehörige	Ja	nein	Beurteilung / Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ
Wird äußereres Erscheinungsbild als angemessen empfunden (Fingernägel, Frisur, Kleidung)				
Werden Wünsche des Bewohners berücksichtigt				
Wünsche An-/Zugehörige				
Sind Betreuungsangebote auf BewohnerIn abgestimmt und ausreichend				
Wie erlebt BewohnerIn den Heimaufenthalt				
Entspricht die Pflegestufe dem Bedarf				
Bemerkungen zur Pflegevisite				

ERGEBNISPROTOKOLL / AUSWERTUNG

To do	Maßnahmen	erledigt, Datum, HZ

in Absprache mit WBL/DGKP:

Die angeführten Punkte werden bis erledigt und der Leitung Betreuung und Pflege (LBP) vorgelegt.

Name und Unterschrift der an der Pflegevisite beteiligten Personen:

.....

.....

.....

Sturzereignis - Protokoll**Blatt-Nr.:**

BewohnerIn: Geburtsdatum: Pflegestufe:	Jahr: Datum: Hausarzt:
Zeitpunkt des Sturzes: Datum: _____ Uhrzeit: _____ War jemand anwesend? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Wer war dabei (Name): _____ <input type="radio"/> Gang <input type="radio"/> Zimmer <input type="radio"/> Bad <input type="radio"/> anderer Ort:	Lichtverhältnisse während des Sturzes?
Kann sich der Bewohner zum Sturzhergang äußern? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Was sagt der/die BewohnerIn dazu? _____	Körperumgebung (Kleidung, Schuhwerk, Inko-Versorgung...):
Sind aus der Vorgeschichte Stürze bekannt? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> IM HEIM <input type="radio"/> ZU HAUSE <input type="radio"/> IM KRANKENHAUS <input type="radio"/> siehe Sturzrisiko - Erhebungsbogen (Pflegeplanung) Prophylaktische Maßnahmen dazu? <input type="radio"/> JA (siehe Pflegeplan) <input type="radio"/> NEIN	Hat der/die BewohnerIn eines der folgenden Hilfsmittel benutzt? <input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Rollwagen <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Sonstiges:
Wie kam es zu diesem Sturz? Situationsbeschreibung: _____	Verlaufsbericht über die Zeit nach dem Sturz: Folgen des Sturzes: <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> JA, folgende:
Wurde der/die BewohnerIn bedrängt? - Wodurch? War ein Hindernis vorhanden? - Welches?	Verletzungen: Schmerzen: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN - Lokalisation? Hämatome: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN - Lokalisation? Offene Wunden: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN - Lokalisation?
Ist der/die BewohnerIn aus dem Bett gefallen? Hatte der Bewohner ein Bettseitenteil oben (FBM)?	Maßnahmen: Vitalzeichenkontrolle: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Wundversorgung: _____
Sonstiges:	KH – Kontrolle: <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Hausarzt informiert? <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN Sonstiges: