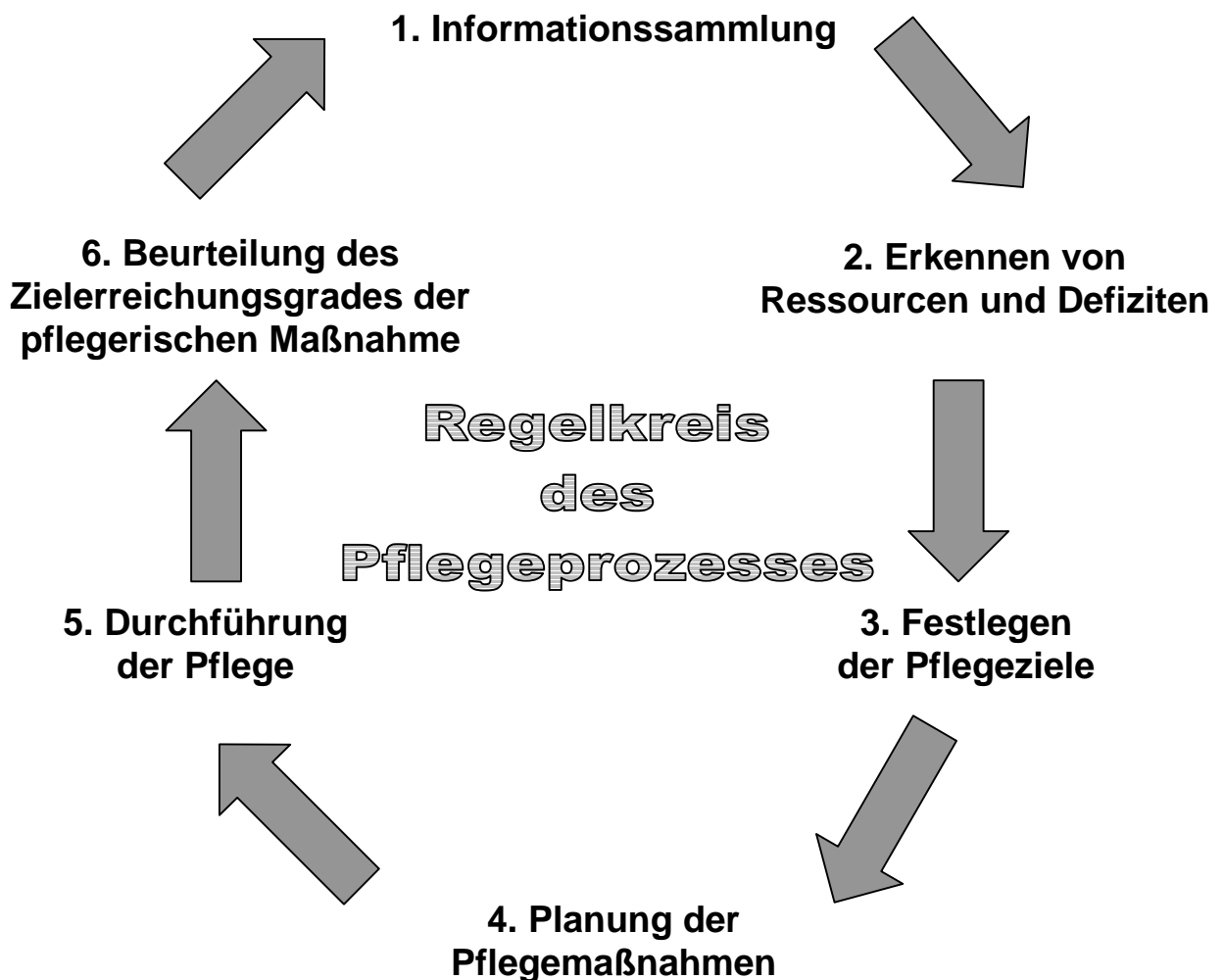


Handbuch zum Pflegeüberleitungsbrief

Ein Projekt der Braunschweiger
Pflegekonferenz 2002-2003



Herausgeber: Stadt Braunschweig
Seniorenbüro
Am Fallersleber Tore 1
38100 Braunschweig
<http://www.braunschweig.de/senioren>

Braunschweiger Pflegekonferenz – Arbeitgruppe 1

<u>Teilnehmer:</u>	<u>Institution</u>
Bernhard Blankschyn	Seniorenrat Braunschweig
Ralf Dörsing	Rudolfstift
Hans Golmann	ambet e.V.
Ingrid Graßmann-Hahn	Gesundheitsamt Braunschweig
Ullrich Heller	Städtisches Klinikum
Edda Hotopp	LAG Freie Wohlfahrtspflege
Dieter Kasper	Diemed
Kirsten Kemper	DRK Altenzentrum
Stephanie Krüger	Alzheimer Gesellschaft
Christa Kühn	HEH/Orthopädische Klinik
Christine Michael	Pflegedienst LichtBlick
Michaela Picker	BA e.V
Helmut Reise	Institut für Weiterbildung/ Städtisches Klinikum
Martina Springer	Der Paritätische Braunschweig
Taina Viiala	BA e.V/ Städtisches Klinikum

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lenkungsgruppe¹

Name	Institution
Ulrike Bauschke	DPWV BS, Lessingplatz
Heide Cavar	KH St.Vinzenz
Ralf Dörsing	Rudolfstift
Renate Heinemann	Städtisches Klinikum Wolfenbüttel
Edda Interthal	Ambulanter Pflegedienst, Pfingststr. 10, BS
Käthe Kolkmann	Diakonisches Werk
Martina Springer	Paritätische Sozialarbeit, BS
Taina Viiala	Städtisches Klinikum BS

Vom Krankenhaus-Sozialdienst abwechselnde Beteiligung:

Petra Feldmann	Städtisches Klinikum 54.1
Birgit Päselt	Städtisches Klinikum 54.2
Dagmar Samatin	Städtisches Klinikum 54.4
Gisela Wustmann	Marienstift

¹ Die Lenkungsgruppe setzt sich aus Mitarbeitern unterschiedlicher Einrichtungen im Gesundheitswesen im Bezirk Braunschweig zusammen. Sie wurde in der Erprobungsphase des Pflegeüberleitungsbriefes zur Koordination bzw. Auswertung einberufen.

Vorwort

Mit der Einrichtung der Braunschweiger Pflegekonferenz ist auf kommunaler Ebene ein Forum geschaffen worden, das sich mit der Umsetzung der Aufgaben, die sich aus dem Pflegeversicherungsgesetz und dem Landespflegegesetz ergeben, befasst.

Aus Sicht des Teilnehmerkreises sind die Strukturqualität, die Prozeßqualität und die Ergebnisqualität Hauptthemen der Pflegekonferenz. Dabei sind die Schnittstellen zwischen den Leistungserbringern ein wichtiges Thema.

Entlassungsplanung und Überleitungspflege sind zwei zentrale Konzepte zur Schließung der Lücke, etwa zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, die den Pflegebedürftigen wie Pflegepersonal helfen, den Alltag zu meistern. Hier entstehen häufig Schwierigkeiten, die sich aus dem Zusammenwirken beteiligter Institutionen ergeben.

Ich freue mich, dass Ihnen nun als Ergebnis der Arbeitsgruppe 1 der Braunschweiger Pflegekonferenz der auf der Basis des Kieler Modells erarbeitete Pflegeüberleitungsbriefes und dieses Handbuch zur Verfügung gestellt werden kann.

Der Pflegeüberleitungsbrief bietet u. a. umfangreiche Anknüpfungspunkte für die Planung des Pflegeprozesses und die damit verbundene Einsatzplanung. Der Bogen fordert zur ganzheitlich respektierenden Sicht des Pflegekunden auf. Es werden sehr viele persönliche Bereiche abgefragt, sodass eine „Reduzierung“ des Menschen zum Pflegefall entfällt.

Er orientiert sich an den Anforderungen des Pflegeversicherungsgesetzes und an den Begutachtungsrichtlinien des MDK, so dass Fehleinstufungen und damit die Gefahr einer unzureichenden Pflege weitgehend vermieden werden können.

Die konsequente Arbeit mit dem Pflegeüberleitungsbrief führt so beinahe zwangsläufig zu konstruktiven Prozessen der internen Qualitätssicherung. Der Bogen wird zum Instrument, Lücken, Schwierigkeiten und Fehler in der Pflege zu erkennen und zu vermeiden, weil alle wichtigen Indikatoren einer angemessenen Pflege abgefragt werden.

Ich bin sicher, dass mit Einführung des Pflegeüberleitungsbriefes ein weiterer Schritt für die optimale Versorgung unserer pflegebedürftigen Mitbürgerinnen und Mitbürger getan wurde.



Dr. Bernd Gröttrup
Sozialdezernent

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung: Pflegeüberleitung und Qualitätsentwicklung	S. 5
2. Entwicklung des Pflegeüberleitungsbriefs	S. 7
3. Besondere Strategie: Pflegeüberleitung in Braunschweig	S. 8
3.1 Informationssammlung	S. 8
3.2 Zielsetzung: Pflegequalität soll durch Überleitung gesichert werden	S. 8
3.3 Umsetzungskonzept / Ablaufplanung	S. 9
3.4 Evaluation	S. 9
4. Anleitung zum Ausfüllen des Pflegeüberleitungsbriefs	S. 9
4.1 Personalien	S. 9
4.2 Angehörige / Vertrauenspersonen	S. 9
4.3 Gesetzlicher Betreuer	S. 9
4.4 Verlegung von	S.10
4.5 Verlegung nach	S.10
4.6 Behandelnder Arzt	S.10
4.7 Pflegerelevante Vorerkrankungen	S.10
4.8 Allergien / Unverträglichkeiten	S.10
4.9 Behandlungspflegehinweise	S.10
4.10 Aktuelle Medikation	S.10
4.11 Vorhandene / verordnete Hilfsmittel	S.11
4.12 Hautzustand	S.11
4.13 Besondere Pflegeprobleme	S.11
4.14 Mobilität	S.11
4.15 Vitalfunktion	S.12
4.16 Ruhen und Schlafen	S.12
4.17 Atmung	S.12
4.18 Kommunikation	S.12
4.19 Essen und Trinken	S.12
4.20 Körperpflege	S.12
4.21 Für Sicherheit sorgen	S.13
4.22 Sich Beschäftigen	S.14
4.23 Sich als Mann oder Frau fühlen	S.14
4.24 Ausscheiden	S.14
4.25 Pflegeübernahme durch Angehörige	S.15
5. Legende	S.16
6. Anmerkungen zum Datenschutz	S.17
7. Fallbeispiel	S.20

1. Vorbemerkung: Pflegeüberleitung und Qualitätsentwicklung

Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe der Braunschweiger Pflegekonferenz hat mit dem Pflegeüberleitungsbrief² ein Ergebnis erarbeitet, das sich sehen lassen kann. Das Hauptziel, alle notwendigen Informationen für die Sicherstellung der Pflege auf 2 Seiten zusammen zu stellen, konnte erreicht werden. Gleichzeitig wurde die Diskussion über aktuelle Themen der Pflege konstruktiv aufgegriffen, so dass die Qualitätsentwicklung in den Braunschweiger Einrichtungen beinahe zwangsläufig angestoßen wird.

Die Pflege zeigt damit ein neues Selbstbewusstsein und ist ein Beitrag zur Lösung der erheblichen epidemiologischen und gesundheitspolitischen Herausforderungen:

- a. Der Pflegeüberleitungsbrief fordert zur „ganzheitlich respektierenden Sicht“, des Pflegekunden auf. Es werden so viele persönliche Bereiche abgefragt und zusammengetragen, dass eine Reduzierung eines Menschen zum Pflegefall entfällt.
- b. Der Pflegeüberleitungsbrief bietet umfangreiche Anknüpfungspunkte für die Planung des Pflegeprozesses, weil wichtige Informationen nicht verloren gehen und die professionelle Arbeit von einer Einrichtung in der Nächsten weitergeführt werden kann. Vielleicht entsteht so eine gesunde Konkurrenz zwischen Pflegediensten, stationären Einrichtungen und Kliniken, in der mit jeder Überleitung ein weiterer Aspekt für eine angemessene Pflege hinzukommt.
- c. Die Informationen geben wichtige Hinweise zur Einsatzplanung, da sich ein erhöhter Bedarf an Zeit und anderen Ressourcen auf einen Blick erkennen lässt.
- d. Der Pflegeüberleitungsbrief orientiert sich an den Anforderungen und Formulierungen des Pflegeversicherungsgesetzes und an den Begutachtungsrichtlinien des MDK, so dass Fehleinstufungen und damit die Gefahr einer unzureichenden Pflege in Folge einer Finanzlücke weitgehend vermieden werden kann. Erschwernisfaktoren können in der Begutachtung und für die Zeitplanung der Einrichtung sofort berücksichtigt werden.
- e. Ein immer wieder auftretendes Pflegeproblem ist der Dekubitus. Der Bogen greift dieses Problem auf. Er unterstützt die Dokumentation und fachliche Einschätzung möglicher Einflussfaktoren auf Dekubitalulzerationen. Ein „Vergessen“, oder „Übersehen“, ist somit nicht möglich, denn die Entstehung eines Dekubitus lässt sich bereits problemlos zurückverfolgen. Schon zur Absicherung der eigenen Pflegequalität wird ein „übersehener“, Dekubitus an die entsendende Einrichtung zurückgemeldet, entsprechende Defizite können dort aufgearbeitet werden.

² Dem Braunschweiger Pflegeüberleitungsbrief liegt der erarbeitete Pflegeüberleitungsbrief aus Neumünster zugrunde.

- f. Der Pflegeüberleitungsbrief fordert die Pflegekräfte auf, sich unter anderem mit folgenden Fragen zu beschäftigen:
- Welche Bedürfnisse hat der Mensch als Mann oder Frau in seiner Rolle als Pflegekunde?
 - Wie geht dieser Mensch mit seiner / ihrer Krankheit um?
 - Welche Bedeutung hat eine Patientenverfügung für die Pflege?
 - Werden freiheitseinschränkende und fixierende Maßnahmen wie z. B. ein Bettgitter nach geltendem Recht gehandhabt?
 - Werden alle pflegerelevanten Diagnosen vom Arzt an die Pflege weitergegeben und nachvollziehbar behandelt?
 - Werden die Angehörigen angemessen in die Pflege einbezogen?
 - Wo sind Versorgungslücken zu erwarten?
 - Ist der Pflegekunde angemessen mit Hilfsmitteln versorgt?
 - Werden die Grundsätze des Datenschutzes beachtet?
- g. Der Bogen gibt wichtige Informationen zum Umgang mit dementiellen Erkrankungen und Verwirrtheit, denn es müssen folgende Fragen beantwortet werden:
- Liegt ein Durchgangssyndrom vor, also eine zeitlich begrenzte Verwirrtheit, meist die Folge einer Operation oder einer behandelbaren Krankheit?
 - Gibt es offensichtliche Diskrepanzen u. a. zwischen Diagnosen, ärztlichen Anordnungen, Erschwernisfaktoren und Ressourcen?
 - Wie lassen sich aus der Kombination unterschiedlicher Beobachtungen individuelle Behandlungs- und Betreuungsansätze erarbeiten?
 - Gibt es behandlungsrelevante gerontopsychiatrische Verhaltensstörungen, die z. B. gezielte milieutherapeutischen Maßnahmen erforderlich machen?
 - In welchem Alltagsbereich benötigt der dementiell erkrankte Mensch Anleitung und Beaufsichtigung, wo kann er/sie gefördert oder gestützt werden, so dass die Selbstständigkeit trotz aller Defizite erhalten bleibt?
 - Wird die Emotionalität und die Verarbeitung der z. T. noch bewusst erlebten kognitiven Ausfälle erkannt?
 - Welche Form der weiteren Betreuung ist notwendig, um z. B. Schwierigkeiten in der Tagesstruktur zu behandeln?

Die konsequente Arbeit mit dem Pflegeüberleitungsbrief führt beinahe zwangsläufig zu konstruktiven Prozessen der internen Qualitätssicherung. Der Bogen wird zum Instrument, Lücken sowie Schwierigkeiten und Fehler in der Pflege zu erkennen, weil alle wichtigen Indikatoren einer angemessenen Pflege abgefragt werden. Diese Informationen haben einen hohen Aufforderungscharakter für die Pflegeanamnese und Pflegeplanung in den Einrichtungen.

2. Entwicklung des Pflegeüberleitungsbriefs

Die Entwicklung eines gemeinsamen Pflegeüberleitungsbriefs für alle Pflegeeinrichtungen ist eine Initiative der Pflegekonferenz in der Stadt Braunschweig.

Mit der Einrichtung der Braunschweiger Pflegekonferenz ist auf kommunaler Ebene ein Forum geschaffen worden, das sich mit der Umsetzung der Aufgaben und Funktionen beschäftigt, welche sich aus dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) und dem Landespflegegesetz (NpflegeG) ergeben.

Die Braunschweiger Pflegekonferenz versteht sich als Fachgremium zur Klärung genereller Fragen und Problemfelder in der Pflege. Zur Mitarbeit konnten Vertreter des ambulanten und stationären Pflege- und Altenhilfeangebots, Vertreter der Krankenhäuser, des BA e.V.³, der niedergelassenen Ärzte, des MDK, der Pflegekassen und der Stadt Braunschweig gewonnen werden.

In der Diskussion stellte sich die derzeit in Braunschweig praktizierende Pflegeüberleitung als Problem dar. Daher wurde im Jahr 2000 der Entschluss gefasst, einen einheitlichen Pflegeüberleitungsbrief zu entwickeln. Als eine vordringliche Aufgabe hat sich die AG 1 der Pflegekonferenz (*Koordinierung der unterschiedlichen Leistungen im Pflegebereich zur Optimierung und Effektivierung der Angebote, Schnittstellen, Pflegeüberleitungsbrief*) vorgenommen, die Qualität und Kontinuität in der Pflege bei der professionellen Überleitung von Pflegebedürftigen zu verbessern.

Teilnehmer der zentralen Pflegekonferenz sowie interessierte Mitarbeiter ambulanter und stationärer Pflegedienste bildeten die Arbeitsgruppe 1. Es sollte garantiert werden, dass ein für **alle** nutzbarer Pflegeüberleitungsbrief entsteht. Ziel dieses gemeinsamen Pflegeüberleitungsbriefs ist die Optimierung der pflegerischen Versorgung durch eine einheitliche und aussagefähige Weitergabe von Erkenntnissen in der Betreuung, Pflege, Behandlung und Rehabilitation der Patienten an andere Einrichtungen und Beteiligte (z.B. pflegende Angehörige).

Es konnte Frau Prof. Dr. Höhmann von der Evangelischen Fachhochschule Darmstadt zur Unterstützung dieses Projektes gewonnen werden. Nach intensiver Literaturrecherche und Sichtung⁴ bereits vorhandener Überleitungsbögen wurde der Bogen aus Neumünster als Grundlage für den zu entwickelnden Braunschweiger Pflegeüberleitungsbrief herangezogen.

³ Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe

⁴ Die Bögen wurden nach Erteilung der freundlichen Genehmigung der Ersteller im Rahmen der Arbeitsgruppe gesichtet.

3. Besondere Strategie: Pflegeüberleitung in Braunschweig

3.1 Informationssammlung

Nachdem die Kliniken, die Pflegedienste, und die teilstationären und stationären Einrichtungen der Pflege- und Altenhilfe Braunschweigs über ihre Vertreter in der Braunschweiger Pflegekonferenz von dem Projekt in Kenntnis gesetzt wurden, stellten sie die Arbeitsgruppe ihre derzeit zur Pflegeüberleitung genutzten Formulare zur Verfügung. In einem ersten Arbeitsschritt wurden von der Arbeitsgruppe die vorhandenen Überleitungsbögen auf ihre Form und ihren Inhalt hin gesichtet und qualitative als auch quantitative Anforderungen festgelegt:

Qualitativ: Erforderlich sind personenbezogene Stammdaten, die aktuellen Pflegeprobleme und Ressourcen mit dem sich daraus ergebenden aktuellen Hilfebedarf. Die Darstellung soll unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und dem derzeitigen pflegerischen Erkenntnisstand erfolgen.

Quantitativ: Die Darstellung soll in übersichtlicher Form und auf nur zwei Seiten erfolgen. Weiterhin wurde festgestellt, dass die Informationen zum aktuellen Hilfebedarf anhand der aktuellen Aktivitäten des täglichen Lebens dargestellt werden. Die Arbeitsgruppe setzt voraus, dass die Pflegenden zur Darstellung des Pflegeprozesses bedürfnisorientierte Pflegemodelle verwenden.

3.2 Zielsetzung: Pflegequalität soll durch Überleitung gesichert werden

- Die Stammdaten und die pflegerische Situation der Pflegekunden sollen übersichtlich in 2 Bögen dargestellt werden.
- Der Pflegeüberleitungsbrief soll alle pflegerelevanten Informationen enthalten, so dass sie für alle Beteiligten in der Pflege nutzbar sind.
- Durch die Organisation der Pflegeüberleitung soll die pflegefachliche Diskussion zwischen den Anbietern gefördert werden.
- Die Darstellung des Hilfebedarfes soll unmissverständlich beschrieben werden und zu einem einheitlichen Sprachgebrauch in der Pflege führen.
- Durch eine Auflistung möglicher Erschwernisfaktoren, soll der notwendige Zeitbedarf in der Pflege, die erforderlichen Hilfsmittel und der nötigen Wohnumfeldanpassung sofort ersichtlich sein.
- Die Probleme und Ressourcen bei gerontopsychiatrisch bedingten Veränderungen sollen im Pflegeüberleitungsbrief angemessen berücksichtigt werden.
- Die gesetzlichen Vorgaben, z. B. der Datenschutz und die Problematik der freiheitsentziehenden Maßnahmen (z. B. Bettgitter) sollen in der täglichen Umsetzung hinterfragt und das Selbstverständnis in der Pflege diskutiert werden.

3.3 Umsetzungskonzept – Ablaufplanung

- Diskussion und Ausarbeitung eines ersten Entwurfes
- Evaluation des ersten Bogens durch Stellungnahmen der Nutzer
- Überarbeiten des ersten Entwurfes anhand der Stellungnahmen
- Organisation von 3 Fachtagungen zur Einführung des Bogens
- Erprobungsphase von 6 Monaten: 01.01. – 30.06.2003
- Begleitung in der Erprobungsphase durch die Lenkungsgruppe
- Kostenlose Ausgabe von 5 000 Bögen an die Pflegedienste und Kliniken
- Nachfolgend Fortbildung und Evaluation, bzw. Expertenvalidierung des Fragebogens zur Handhabung, Akzeptanz und Verständlichkeit
- Auswertung der Evaluation und Anpassung des Pflegeüberleitungsbriefs
- Abstimmung des Einführungskonzeptes mit der Leitstelle der Braunschweiger Pflegekonferenz
- Um den beteiligten Einrichtungen einen verlässlichen Rahmen über Inhalte, Form und verbindliche Umgangsweisen in der Handhabung des Pflegeüberleitungsbriefs zu geben, wurden dieses in einer verbindlichen Vereinbarung festgehalten, die diesem Handbuch beigelegt ist.
- Ende Oktober 2003 Einführung des regionalen Pflegeüberleitungsbriefs

3.4 Evaluation

Experten der Lenkungsgruppe „Pflegeüberleitungsbrief“ der Braunschweiger Pflegekonferenz führen anschließend eine Befragung zur Akzeptanz, zur Nutzerzufriedenheit, zum Implementierungsgrad und dem Zielreichungsgrad der Maßnahmen durch.

Wir (Arbeitsgruppe 1, siehe Anhang) bedanken uns bei allen Beteiligten für ihre aktive Mitarbeit und hoffen, dass der Pflegeüberleitungsbrief nach der Modellphase langfristig zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung beitragen wird.

4. Anleitung zum Ausfüllen des Pflegeüberleitungsbriefs

Es werden im Folgenden nicht alle Rubriken ausführlich erklärt.

Die erste Seite enthält neben den allgemein – biographischen und medizinischen Daten notwendige Informationen zu Pflegehilfsmitteln, zur Pflegeversicherung und zu den Maßnahmen der Behandlungspflege.

4.1 Personalien

4.2 Angehörige/ Vertrauenspersonen

4.3 Gesetzlicher Betreuer

Die Patientenverfügungen fordern dazu auf, einen festgelegten Willen des Pflegekunden zu respektieren. Liegt ein entsprechendes Dokument vor, ist es dem Pflegeüberleitungsbrief beizufügen.

Der Hinweis auf den Haustürschlüssel ist für eine reibungslose Pflegeübernahme durch den Ambulanten Dienst bedeutsam.

4.4 Verlegung von ...

Als Ansprechpartner ist eine Person gemeint, die konkret Auskunft über den Pflegebedürftigen geben kann, nicht den Ansprechpartner der Institution.

4.5 Verlegung nach ...

Idealerweise erfolgt eine Kontaktaufnahme vor der Verlegung. In diesem Fall ist eine Kontaktperson im Pflegeüberleitungsbrief namentlich zu vermerken.

4.6 Behandelnder Arzt

Einweisender Haus-/ Facharzt oder Hausarzt bei Noteinweisung

4.7 Pflegerelevante Vorerkrankungen

Die Betonung liegt auf pflegerelevant.

4.8 Allergien/ Unverträglichkeiten

4.9 Behandlungspflegehinweise

Diese Rubrik ersetzt nicht die ärztliche Verordnung von Behandlungspflegemaßnahmen. Sie liefert erste Hinweise über den Behandlungspflegeumfang.

4.10 Aktuelle Medikation

Zuletzt gegebene Medikamente / Injektionen – Bedarfsmedikation

Diese Seite gilt als Hilfestellung für die jeweils aufnehmende Institution,

- da es Grundlage für die Weiterbehandlung sein kann.
- Patienten / Pflegekunden können sich nicht immer an die Namen von Medikamentennamen (grüne, blaue, weiße Pille) und die tägliche Einnahmedosis erinnern.
- Für die ambulanten Einrichtungen kommt hinzu, dass sie zum Teil keinen Einblick in den Arztbrief erhalten.
- Die Einweisung in ein Krankenhaus findet größtenteils ohne den Hausarzt statt.

Die Pflegekraft hier hat mit dieser ausgefüllten Liste

- die Möglichkeit sofort krankenbeobachtend tätig zu werden (Beispiel: Reaktionen, wenn ein Medikament nicht kontinuierlich weiter gegeben wird, z. B. Psychopharmaka, blutdrucksenkende Mittel u. ä.)
- kann besonders am Wochenende oder am Mittwoch Nachmittag dem Ärztlichen Notdienst diese Liste zwecks eventueller Rezeptierung vorlegen.

Sollte die vorgezeichneten Spalten nicht ausreichend sein, ist eine Anlage bei zu-fügen.

Eine Medikamentengabe bei Aufnahme eines Patienten / Kunden muss weiterhin vom behandelnden Dienst (Hausarzt / Klinikarzt) vorgegeben werden.

4.11 Vorhandene/ Verordnete Hilfsmittel

Die Hilfsmittelliste hat einen hohen Aufforderungscharakter, zeitnah notwendige Hilfsmittel zu organisieren und erlaubt für eine Klinik den Rückschluss auf die Ausstattung in der privaten Wohnung des Pflegebedürftigen

4.12 Hautzustand

Ist der Hautzustand nicht intakt, muss dies stichwortartig beschrieben werden (z. B. trocken, feucht, rissig, schuppig, Pergamenthaut, Hautflechten, Ekzeme, Soor, Neigung zu Unterhautblutung, Neurodermitis, allergische Hautreaktionen, Hautwolf, schlecht heilende Wunden, usw.). Die verwendete Dekubitus-Skala muss namentlich erwähnt werden, da es sonst zu Missverständnissen führen kann.

Hinweis: Ein Dekubitus darf nicht per se als Pflegefehler bezeichnet werden. Trotz umfangreicher pflegerischer Maßnahmen ist oftmals ein Dekubitus nicht zu vermeiden, wie z.B. bei Durchblutungsstörungen, Diabetes und onkologischen Erkrankungen.

4.13 Besondere Pflegeprobleme

In der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) ist der Medizinische Dienst aufgefordert so genannte Erschwernisfaktoren für einen erhöhten Zeitbedarf zu berücksichtigen. Wir haben diese Formulierung übernommen, um sofort eine angemessene Touren- und Einsatzplanung im ambulanten und stationären Altenpflegebereich zu ermöglichen.

Wir empfehlen, die einzelnen Erschwernisfaktoren in den Schulungen aufzugreifen und in diesem Zusammenhang auf entsprechende Pflegestandards zu verweisen.

4.14 Mobilität

Gehen möglich

- A** bei Sehbehinderung Begleiten und auf Stolperfallen hinweisen.
- B** bei einer bekannten Sturzgefahr das Risiko einschätzen und gegebenenfalls Maßnahmen einleiten. Die PP muss nicht ständig anwesend sein.
- U** Den Rollator zurechtstellen; den Handstock anreichen und den Umgang mit der Bremse des Rollators erklären,
- TÜ** den Pflegekunden führen; beim Aufstehen und Hinsetzen behilflich sein; Gehübungen beaufsichtigen.
- VÜ** nicht selbstständige Fortbewegung mit dem Rollstuhl, Lifter usw.

Bewegung im Bett

- A** die Pflegekunden zu aktiven Bewegungsübungen anhalten
- B** bei Unruhe, das Risiko aus dem Bett zu fallen einschätzen, und gegebenenfalls Maßnahmen einleiten, z. B. Rundgang einer Nachtwache
- U** Dem Pflegekunden den Umgang mit einer Aufrichthilfe erklären, das Bett zur Nahrungsaufnahme hoch stellen
- TÜ** Bei Bewegungsübungen zur Kontrakturprophylaxe kann der Pflegekunde die Finger selbst durchbewegen, alle anderen Körperteile muss die PP bewegen.
- VÜ** das Lagern, das Betten

4.15 Vitalfunktion

4.16 Ruhen und Schlafen

4.17 Atmung

4.18 Kommunikation

4.19 Essen und Trinken

Hilfe beim Essen

- A** während der gesamten Nahrungsaufnahme muss die PP anwesend sein, um verbal die Nahrungsaufnahme zu steuern.
- B** die Nahrungsmenge kontrollieren, die PP muss nicht während der gesamten Verrichtung anwesend sein
- U** Dem Pflegekunden wird behindertengerechtes Essbesteck angeboten
- TÜ** die PP führt den Arm des Pflegekunden; kontrolliert die mundgerechte Zubereitung der Nahrung
- VÜ** Esshilfe

Hilfe bei Trinken

- A** während der gesamten Trinkmengenaufnahme muss die PP anwesend sein
- B** die Trinkmenge kontrollieren, die PP muss nicht während der gesamten Verrichtung anwesend sein.
- U** dem Pflegekunden wird ein Trinkhalm oder eine Schnabeltasse angeboten
- TÜ** die PP führt den Arm des Pflegekunden; schenkt die Getränke ein
- VÜ** Trinkhilfe

Unter Bemerkungen und/oder besondere Probleme und Ressourcen können Hilfsmittel wie Schnabeltassen oder Strohhalm genannt werden, weiterhin ist auf den Zustand des Gebisses zu verweisen, wenn dies für die Pflege relevant ist. (z.B. Druckstellen, zu große Zahnprothesen)

4.20 Körperpflege

Baden/Duschen/Waschen

- A** die PP ist während der gesamten Verrichtung anwesend und begleitet die Verrichtung verbal
- B** der Pflegekunde wird zur selbstständigen Verrichtung aufgefordert, die PP kontrolliert die Durchführung der Verrichtung, muss aber nicht dauernd anwesend sein
- U** Waschutensilien müssen angereicht oder vorbereitet werden, z. B. Zahnpasta auf der Zahnbürste verteilen
- TÜ** der Pflegekunde wäscht sein Gesicht, die Hände und den Oberkörper vorn selbstständig, die restliche Körperpflege übernimmt die PP
- VÜ** Ganzkörperwäsche im Bett oder am Waschbecken

An - und Auskleiden

- A** der Pflegekunde ist sehbehindert und wird während der gesamten Verrichtung zum An- bzw. Auskleiden angeleitet.
- B** der Pflegekunde wird aufgefordert sich an- oder auszukleiden
- U** die Kleidung wird zurechtgelegt, dem Pflegekunden wird eine Strumpfanziehhilfe angeboten
- TÜ** der Pflegekunde benötigt nur beim An- bzw. Auskleiden der Unterbekleidung Hilfe
- VÜ** der Pflegekunde muss vollständig an- und ausgekleidet werden

Natürlich sind jederzeit auch mehrere Kreuze möglich, da die Art des Hilfebedarfes innerhalb einer Verrichtung, in Abhängigkeit von den Ressourcen und Problemen, unterschiedlich sein kann.

4.21 Für Sicherheit sorgen

In diesem Bereich werden wichtige gerontopsychiatrische Einzelhinweise zusammengetragen. Dabei wurde der Versuch unternommen, die einzelnen Informationen so zu komprimieren, dass unter Berücksichtigung der Querbezüge in anderen AEDL's / ATL's eine Abschätzung der gerontopsychiatrischen Problematik möglich wird.

Fragen zur psychischen Situationen beziehen sich auf Störungen und Beeinträchtigungen des Bewusstseins, der Wahrnehmung und Wahrnehmungsverarbeitung.

Bei orientiert nein...ist die zeitlich, örtlich, situativ und personale Orientierung anzugeben.

Tagesstrukturierende Maßnahmen

weisen auf einen Hilfebedarf z.B. bei einer Beeinträchtigung der zeitlichen Orientierung hin.

Kreuze bei Hypermobilität (psychomotorische Unruhe bis hin zur Agitiertheit) und die Unruhezustände (eher affektiv) sollten im Stichwort unter Rubrik „Besondere Probleme und Ressourcen“ ausgeführt werden, z.B.:

Manierismen, Bewegungstereotype, zwanghafte Rituale, oder weitere Symptome, die unter dem Begriff "Hospitalismus" zusammengefasst werden.

Ein Hinweis auf die vermutete Ursache der Antriebsstörung ist sinnvoll.

Selbststimulation, hirnorganisch bedingte Unruhezustände, Folge von Austrocknung, Schilddrüsenerkrankung, Über- od. Unterzuckerung etc.

Bei depressiver Verstimmung ist zu prüfen, ob eine Depression als pflegerelevante Vorerkrankung vorliegt, bzw. eine depressive Reaktion im Rahmen der Krankheitsbewältigung zu vermuten ist.

4.22 Sich beschäftigen

Unter besondere Interessen sind Hobbys, Vorlieben und individuelle Beschäftigungsmöglichkeiten zu nennen, ggf. mit dem Verweis auf biographische Daten (früherer Beruf o.ä.)

4.23 Sich als Mann oder Frau fühlen

Liliane Juchli bezeichnet diese ATL auch als „Sich als Mensch fühlen“.

Sich als Mensch fühlen umschließt Selbstbewusstsein (sich seiner selbst bewusst sein) und Selbstwahrnehmung (sich selbst fühlen, wahrnehmen)

Bei folgenden Fragebeispielen muss es zu einem Vermerk im Pflegeüberleitungsbrief kommen:

- Wünscht der / die Pflegekundin / Patientin eine männliche oder weibliche Pflegekraft?
- Besteht ein ausgeprägtes Schamgefühl?
- Möchte der / die Pflegekundin nur die zu waschenden Körperbereiche aufgedeckt bekommen?
- Legt die Kundin großen Wert auf Kleidung, möchte sie Schminkutensilien in der Nähe haben?
- Fühlt sich die Kundin durch eine Brustamputation nicht mehr als Frau angenommen?
- Liegt eine gestörte Sexualität vor? Zum Beispiel durch eine schmerzhafte Erkrankung des Bewegungssystems, Coxathrose?
- Legt der oder die Kundin großen Wert auf eine gepflegte Erscheinung?
- Mag sich der oder die Kundin aufgrund eines Stomabeutels nicht in Gesellschaft bewegen? Meint sie das sie riecht oder das andere ihre Gesellschaft nicht mögen?
- Schämt sich der / die Kundin / Patientin, da sie aufgrund einer Inkontinenz Vorlagen bzw. Einlagen tragen muss?

4.24 Ausscheiden

Ein Kontinenztraining sollte immer mit einem Kontinenzplan transparent gemacht werden.

Anforderungsprofil Kontinenzplan

Der Kontinenzplan soll zur Ermittlung eines individuellen Miktionsschemas, zur Sicherstellung der größtmöglichen Kontinenz und zur Optimierung des Einsatzes von Inkontinenzmitteln genutzt werden.

Daher sollten auf dem Kontinenzplan, je nach Bedarf, folgende Daten dokumentiert werden können.

- | | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| - Name | Art des gewählten Inkontinenzmittels |
| - Datum | |
| - Fortlaufende Nummer | Erfolg der Maßnahme |
| - Zeitpunkt | Handzeichen |

Die individuellen Vorgaben für ein Kontinenztraining ergeben sich aus der Pflegeplanung.

4.25 Pflegeübernahme durch Angehörige

Angehörige werden zunehmend als wichtige Ressource in der Pflege anerkannt. Die Information, welche Pflegetätigkeiten durch Angehörige übernommen werden, gehört bei der Aufnahme in die Informationssammlung.

Im stationären Bereich sowie im ambulanten Bereich ist es aufgrund dessen unumgänglich, eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen zu fördern. Sie sind für den Pflegekunden als emotionale Unterstützung und zur Motivation wichtig. Als Gesprächspartner und vertraute Person sind sie oft noch der letzte Kontakt zur „Außenwelt“.

Außerdem sind Informationen eines Angehörigen über den Pflegekunden wertvoll für ihre / seine Pflege und Betreuung.

Die Entscheidung ob ein Pflegekunde nach Hause entlassen werden kann, ist oft davon abhängig ob die Angehörigen bereit sind, in der Pflege bestimmte Tätigkeiten zu übernehmen.

Eine Pflegeübernahme durch Angehörige wird durch die Krankenkasse zunehmend vorausgesetzt.

Die Häusliche Krankenpflege wird seit 01.06.00 durch die Einführung der neuen Richtlinien in den Leistungen sehr eingeschränkt. Leistungen wie z.B. Sauerstoffgabe oder RR-Kontrollen werden nicht mehr durch die Kassen übernommen. Bei anderen Leistungen sind die Zeiträume für eine mögliche Verordnung streng vorgeschrieben.

Deshalb wird in Zukunft ein weiterer Schwerpunkt der Kassen in der Schulung und Anleitung von Angehörigen in der Behandlungspflege liegen. Das heißt, wenn Angehörige mit in demselben Haushalt leben werden sie zunehmend dazu angehalten, die Behandlungspflege auszuführen.

- Aus pflegerischer Sicht ist die Einbeziehung der Angehörigen als Pflegepartner sinnvoll, es muss allerdings sorgfältig abgefragt werden, ob die Angehörigen emotional und fachlich dazu bereit und in der Lage sind, diese Verantwortung zu tragen.

5. Legende

Für die Bereiche Mobilität, Essen & Trinken, Körperpflege und Ausscheiden wurde der notwendige Hilfebedarf in einzelne Teilaspekte aufgeschlüsselt und lässt sich so differenziert einschätzen. Da die Terminologie (Anleitung, Beaufsichtigung, Unterstützung teilweise und vollständige Übernahme) für einige Kliniken noch unüblich ist, haben wir eine Legende eingeführt und geben in diesem Text ausführliche Definitionen.

Definition des Pflegebedarfs / Hilfebedarfes:

Im Pflegeüberleitungsbrief sollen Begriffe einheitlich und für alle Beteiligten eindeutig verwendet werden.

- Anleitung (**A**)
- Beaufsichtigung (**B**)
- Unterstützung (**U**)
- Teilweise / vollständige Übernahme (**TÜ**) / (**VÜ**)

Die Begriffe Unterstützung, teilweise oder vollständige Übernahme, Beaufsichtigung und Anleitung sollen wie folgt verwendet werden.

Anleitung

Anleitung zielt, ebenso wie die Beaufsichtigung, darauf, dass die täglichen Verrichtungen sinnvollerweise von Pflegebedürftigen selbst durchgeführt werden. Die Pflegeperson ist während der gesamten Durchführung anwesend und gibt bei Bedarf die entsprechenden Hinweise.

Beaufsichtigung

Beaufsichtigung zielt darauf, dass die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise von Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Der Pflegebedürftige muss z. B. zur Durchführung aufgefordert werden, oder es ist eine Kontrolle der Durchführung erforderlich.

Unterstützung (U)

Hierzu zählt das Assistieren der Pflegeperson bei grundpflegerischen Verrichtungen, z. B. dem Anreichen von Waschutensilien oder Kleidungsstücken.

Zur Unterstützung gehört auch, den Pflegebedürftigen zur Nutzung der ihm überlassenen Hilfsmittel anzuleiten.

Teilweise/vollständige Übernahme (TÜ/VÜ)

Teilweise oder vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtung des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige nicht mehr selbst ausführen kann

Beispiele:

Am Beispiel „**Ausscheiden**“ werden nachfolgend praxisbezogene Hinweise dargestellt.

Ziel ist eine einheitliche Verwendung der Begriffe in Anleitung an die Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes für die Pflege in den Altenhilfeeinrichtungen und den Kliniken.

Richten der Kleidung

- A** Die Pflegeperson (PP) bleibt während der gesamten Verrichtung und gibt verbale Hilfen
- B** Die PP beobachtet, ob die Pflegekunden zurecht kommen und interveniert bei Bedarf
- U** Verwendung von Hosenträgern zum selbstständigen Richten der Kleidung
- TÜ** Der Pflegekunde ist nur im Anschluss an den Toilettengang auf Hilfe beim Richten der Kleidung angewiesen
- VÜ** Die Kleidung muss vor und nach dem Toilettengang gerichtet werden.

Hygienische Nachsorge

- A** Die PP begleitet die Verrichtung verbal
- B** Die PP beobachtet, ob der Pflegekunde zurechtkommt und interveniert bei Bedarf
- U** Die PP reicht Toilettenpapier oder einen Waschlappen an
- TÜ** Hygienische Nachsorge ist nur nach Stuhlgang nicht selbstständig möglich
- VÜ** hygienische Nachsorge muss vollständig von der PP übernommen werden

6. Anmerkung zum Datenschutz

Die im Pflegeüberleitungsbrief erfassten Daten dürfen nur zur Sicherstellung der Pflege und zum Zweck der Überleitung weitergegeben werden.

Die erhobenen Daten dürfen nur für die Sicherstellung der Pflege und die Überleitung / Verlegung genutzt werden.

1. Erforderlichkeit:

Es dürfen nur die erforderlichen Daten erfasst und übermittelt werden.

2. Verhältnismäßigkeit:

Es dürfen nur soviel Daten weitergeleitet werden, wie notwendig.

So sind detaillierte biographische und anamnestische Daten, sowie eine umfangreiche Pflegeplanung in der Regel für eine Überleitung nicht notwendig.

3. Transparenzangebot:

Wunsch kann der Pflegekunde jederzeit alle gesammelten Daten einsehen. Die Informationen dürfen nicht verschlüsselt werden und Fachbegriffe sind zu erläutern.

Hinweise zur Überleitung mit dem Faxgerät:

Der Pflegeüberleitungsbrief soll am folgenden Werktag in der neuen Einrichtung sein. Dadurch wird sichergestellt, dass in jedem Fall eine kompetente Fachkraft die Erfassung und Übermittlung der Informationen beaufsichtigt. Eine unverzügliche Weitergabe der Informationen lässt sich nur durch ein Fax sicherstellen. Da in dem Bogen extrem sensible Persönlichkeitsdaten erfasst werden, sind folgende Grundsätze zu beachten:

1. Vergewissern Sie sich vor der Sendung, ob der Adressat noch unter der Ihnen bekannten Anschlussnummer erreichbar ist.
2. Verständigen Sie sich vor der Sendung mit dem Adressaten über den genauen Zeitpunkt der Übermittlung, damit ausschließlich die autorisierte Empfangsperson die Unterlagen erhält.
3. Vergleichen Sie immer die eingegebene Anschlussnummer auf dem Display mit der bekannten Faxnummer vor dem Absenden.
4. Gewährleisten Sie, möglichst durch persönliche Anwesenheit am Gerät, dass während der Übertragung dieser Dokumente kein Unbefugter Einsicht nehmen kann.
5. Überprüfen Sie die gespeicherte Ziel- oder Gruppenwahl vor jeder Absendung auf Ihre Richtigkeit, alle Nummern sind nach einem bekannten Netzwerkausfall zu überprüfen.
6. Vergleichen Sie die Nummer mit dem Übertragungsprotokoll. Heften oder drucken Sie das Übertragungsprotokoll an /auf das übermittelte Dokument.

Bei einem Datentransfer durch E-Mail sind die Daten durch eine sichere Software zu verschlüsseln.

Praktische Empfehlung zur Weitergabe von Daten bei der Pflegeüberleitung

Der Schutz der für die Pflege notwendigen Daten der Pflegebedürftigen ist zu sichern.

Zur erfolgreichen Durchführung der häuslichen Krankenpflege ist einerseits unbedingt erforderlich, dass die Beteiligten gemeinsam Daten erheben und auswerten. Die Datenquelle ist hierbei in aller Regel der Pflegebedürftige. Sämtliche Daten, die dem Pflegedienst, stationären Einrichtungen, dem behandelnden Arzt oder auch der Kranken- und Pflegekasse zur Verfügung stehen, kommen letztlich von ihm.

Andererseits dürfen diese Daten nicht für jedermann zugänglich sein, weshalb der Gesetzgeber diese Daten unter einen besonderen Schutz gestellt hat.

Artikel 1 und 2 des Grundgesetzes garantieren dem Pflegebedürftigen das Recht auf informationelle Selbstbestimmung. Strafrechtlich ist ein Verstoß gegen die Schweigepflicht zu verfolgen und auch die Datenschutzgesetze sind zu beachten. Im Sozialgesetzbuch sind ebenfalls Schutzvorschriften für die erhobenen Daten des Pflegebedürftigen / Versicherten normiert. In der Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO-Ä-1997) gibt es auch eine standesrechtliche Verpflichtung zur Schweigepflicht.

Kein Verstoß gegen die Rechte des Pflegebedürftigen liegt jedoch vor, wenn der Austausch von Daten zur Pflege – Behandlung notwendig ist. Demgemäss ist eine Weitergabe von Pflegebedürftigen-/Patientendaten in bestimmten Fällen dann zulässig, wenn Gründe vorliegen, die eine solche Maßnahme erfordern und rechtfertigen. Die Pflicht zur Verschwiegenheit kann in folgenden Fällen aufgehoben sein:

- Es liegt eine rechtswirksame Entbindung von der Schweigepflicht vor
- Die Zustimmung zur Weitergabe von Informationen ergibt sich durch „schlüssiges“ Verhalten.
- Die Schweigepflicht ist durch gesetzliche Anzeige- und Meldepflichten aufgehoben
- Bei pflichtgemäßen Ermessen zur Wahrung eines Interesses, das höher zu bewerten ist als das berechnete Interesse des Pflegebedürftigen / Patienten an der Wahrung der Schweigepflicht (sog. Rechtfertigender Notstand)

In diesem Zusammenhang ist darauf besonders hinzuweisen, dass grundsätzlich auch eine Schweigepflicht für die Angehörigen der Heilberufe untereinander und auch gegenüber den Familienangehörigen der Pflegebedürftigen / Patienten besteht.

Zu beachten ist auch, dass selbst dann, wenn Voraussetzungen für eine zulässige Weitergabe von Informationen vorliegen, immer mit der nötigen Zurückhaltung zu verfahren ist. Es ist nur das notwendigste mitzuteilen, was mit der Pflege / Behandlung im direkten Zusammenhang steht. Dabei ist auch darauf zu achten, dass die Mitteilungen von Einzelheiten in der Regel zu unterlassen ist, soweit sie nicht mit der Pflegebedürftigkeit oder der zu behandelnden Krankheit unmittelbar zusammenhängen und deren Weitergabe dem Pflegebedürftigen / Patienten schaden kann.

7 .Fallbeispiel:

Verlegung vom Ambulanten Pflegedienst in das Krankenhaus.

Frau B., 73 Jahre alt, Parkinson- Syndrom seit 5 Jahren, jetzt beginnende Lungenentzündung

- zuletzt gegebene Medikamente: Madopar 1- 0- 0, keine Allergien
- Größe: 1,67 m, Gewicht 65 kg, aktueller Blutdruck 140/ 90
- Pflegehilfsmittel: Rollator, Badewannenlifter
- mitgebrachte Gegenstände: Zahnprothese oben und unten, Personalausweis,
- Krankenversicherungskarte, Rollator
- Haustürschlüssel beim Pflegedienst hinterlegt
- Pflegestufe 1 bewilligt

Frau B. hat keine direkten Angehörigen, lediglich einen Neffen in Bremen. Sie lebt allein und sehr zurück gezogen, mag nicht viel reden, will am liebsten in Ruhe gelassen werden. Mit Unterstützung des Pflegedienstes kommt sie mit dieser Situation zurecht. Frau B. kann sich mit Hilfe des Rollators allein fort bewegen, grundsätzlich ist sie durch ihre Erkrankung Sturz gefährdet.

Frau B. hat Durchschlafstörungen, nimmt aber keine Schlafmittel. Frau geht deshalb erst gegen 23.00 h zu Bett und steht schon gegen 4.00 h wieder auf.

Erwähnenswert ist noch, dass sie grundsätzlich ihre Handtasche bei sich trägt und diese auch mit ins Bett nimmt, wo sie dann unter dem Kopfkissen liegt. Die Kommunikation ist erschwert, da sie nur ungern spricht.

Frau B. benötigt Unterstützung beim Essen und Trinken. Sie kann Nahrung nicht schneiden und hat ein eingeschränktes Durstgefühl. Unter Anleitung kann Frau B. täglich circa 2 Liter trinken. Außerdem verschluckt sie sich häufiger, so dass die Pflegeperson beim Essen in der Nähe sein muss. Spezielle Abneigungen in Bezug aufs Essen hat Frau B. nicht, allerdings äußert sie sich, wenn sie etwas nicht mag.

Am Waschbecken kann Frau B. sich bis auf den Rücken und den Unterkörper allein waschen, benötigt aber Zeit dabei. Duschen und Baden sind nur möglich mit vollständiger Hilfe unter Verwendung von Dusch- Hocker, bzw. Badewannenlifter. Frau B. hat ein ausgeprägtes Schamgefühl und lässt sich bei der Körperpflege nicht von männlichen Pflegepersonen unterstützen. Fuß- und Handpflege muss voll übernommen werden auf Grund mangelnder Feinmotorik.

Beim An- und Auskleiden benötigt Frau B. Hilfe, beim Strümpfe anziehen, bei Knöpfen und Reißverschlüssen, bei Haken am BH. Frau B. ist ansprechbar, zeitlich und örtlich orientiert. Allerdings ist sie durch voran gegangene schlechte Krankenhauserlebnisse sehr misstrauisch und lehnt Hilfe durch „Fremde,, erst einmal ab. Insgesamt neigt sie zu depressiver Verstimmung und hat sicher Angst vor dem Krankenhausaufenthalt. Die Bewältigung der Krankheit ist nicht zu beurteilen, da Frau B. darüber nicht spricht. Frau B. liest gerne „Frau im Spiegel“, hört NDR 1, und sieht täglich die Sendung „Glücksrad“.

Pflegeüberwachungsbrief Pflegeüberwachungsbrief Pflegeüberwachungsbrief Pflegeüberwachungsbrief Pflegeüberwachungsbrief Pflegeüberwachungsbrief

<p>1. Verlegung von: Anspruchgeber: Der ambulante Pflegedienst ausgeführt von: Fr. Meyer Tel. 73222 Krankenkasse: Städt. Krankenhaus</p>	<p>4. Behandelnder Arzt (Name, Fachbereich): Or. Eisenbarth Krankheit / Verletzung / Fallnummer: Parkinson-Syndrom</p>	<p>5. Aktuelle Medikation / sonst. Dokumentation vom: 01.04.16 Medikation / Injektion: <input type="checkbox"/> Steril-Analyse Madepar 1 - 0 - 0</p>
<p>2. Adresse (Name, Vorname): Berg Ida 01.04.16 Straße: Elisabethstr. 8 PLZ und Ort: 38100 BRAUNLITWEIG</p>	<p>7. Weitere Befunde und Ergebnisse: beginnende Lungenentzündung RR 140/90, T 37.5°C</p>	<p>10. Vorstufen / sonst. Details: Rollator, Bademantel-litter</p>
<p>3. Anamnese (Krankheitsgeschichte): Klaus Berg (Neffe) Tätigkeit (beruflich): Handtasche</p>	<p>8. Persönliche Daten (Geburtsdatum, -ort, -zeit): keine bekannt</p>	<p>11. Hautzustand: Dermatitis: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Lokalisation: keine</p>
<p>12. Mobilität: Stehen möglich: A B U 10 10 Gehen möglich: A B U 10 10 Bewegung im Bett: A B U 10 10</p>	<p>17. Inkontinenz (Stuhl, Urin): Stuhlfunktion: 2000 Bemerkung: mit Rollator</p>	<p>19. Für Sicherheit sorgen / psychische Situation: grundätzlich besteht Sturzgefahr</p>
<p>13. Ernährung: Speisen/Diät: keine Bemerkung: Sturzgefahr!</p>	<p>18. Ernährung (Nahrungsaufnahme): Nahrungsaufnahme: selbständig Bemerkung: Beobachtung wegen Schluckstörung</p>	<p>21. Sticht als Mann / Frau (ja/nein): ja Bemerkung: ausgeprägtes Schamgefühl !!</p>
<p>14. Körperpflege: Körperpflege: selbständig</p>	<p>19. Körperpflege (Körperpflege): Körperpflege: selbständig</p>	<p>22. Körperpflege (Körperpflege): Körperpflege: selbständig</p>
<p>15. Kleidung: Kleidung: selbständig</p>	<p>20. Kleidung (Kleidung): Kleidung: selbständig</p>	<p>23. Kleidung (Kleidung): Kleidung: selbständig</p>
<p>16. Schuhe: Schuhe: selbständig</p>	<p>21. Schuhe (Schuhe): Schuhe: selbständig</p>	<p>24. Schuhe (Schuhe): Schuhe: selbständig</p>

Für Notizen, Bemerkungen, Wünsche: