

Erläuterungen zum Pflegeüberleitungsbogen im Kreis Siegen-Wittgenstein Stand 7/2017

Für eine personenbezogene Pflege ist es wichtig, dass bei einem Krankenhausaufenthalt oder einem Umzug in ein Pflegeheim alle Beteiligten über die individuellen Bedürfnisse der Klienten gut informiert sind. Zu diesem Zweck hat die Konferenz Gesundheit, Alter und Pflege im Kreis Siegen-Wittgenstein die AG Pflegeüberleitung beauftragt, einen Pflegeüberleitungsbogen für alle Beteiligten zu entwickeln. Der Bogen bündelt die wichtigen Informationen zur Pflege und erleichtert die Kommunikation und Koordination an den Übergängen zwischen der häuslichen und stationären Versorgung. Mit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde der Bogen im Jahr 2017 von der AG Überleitung neu überarbeitet und steht nun in der Fassung von 7/2017 zur Verfügung.

Der Pflegeüberleitungsbogen besteht aus drei Seiten. Sie erhalten den Bogen als PDF-Format oder beschreibbare Word-Vorlage (<http://www.siegen-wittgenstein.de/Kreisverwaltung/Themen-und-Projekte/Gesund-in-Siegen-Wittgenstein/>)

The image displays three pages of the 'Pflegeüberleitungsbogen' (Care Transition Form) for the Kreis Siegen-Wittgenstein, dated July 2017. The pages are filled with various checkboxes and text fields for data entry.

- Page 1 (Left):** Contains personal information (Name, Vorname, PLZ, Ort), contact details (Krankenkasse, Hausarzt), and care status (Pflegegrad, Pflegeleistungen, Sozialleistungen).
- Page 2 (Middle):** Focuses on 'Mobilität' (Mobility) and 'körperbezogene Pflegemaßnahmen' (Body-related care measures). It includes a table for mobility assessment and sections for activities of daily living, nutrition, and medication.
- Page 3 (Right):** Focuses on 'Sinnliche und kommunikative Fähigkeiten' (Sensory and communication skills). It includes a table for sensory assessment and sections for cognitive functions, communication, and safety.

Each page has a footer with the text: 'Pflegeüberleitungsbogen im Kreis Siegen-Wittgenstein Seite 1 von 3 Stand 07/2017'.

Die folgenden Erläuterungen dienen dazu, den überarbeiteten Pflegeüberleitungsbogen vorzustellen und ausgewählte Aspekte zu erläutern. Dies soll einem möglichst einheitlichen Verständnis der Pflegeüberleitung im Kreis Siegen-Wittgenstein dienen.

Auszüge aus dem Bogen sind unter dem Ausschnitt des Bogens durch kurze Kommentare erläutert. Diese Kommentare sind farbig hinterlegt.

Institution:

Absender	Empfänger

Der Stempel, bzw. das LOGO der überleitenden Einrichtung / Institution ist unter **Absender** auf der ersten Seite oben links einzufügen. In der Spalte **Empfänger** ist Name und Adresse der aufnehmenden Institution einzutragen.

Stammdaten und klinische Diagnosen:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Klinische Diagnosen
Name, Vorname	Geburtsdatum	
Straße	PLZ, Ort	
Krankenkasse	Krankenversicherungs-Nummer	
Patienten-Telefon	Hausarzt	
Konfession		

- Die Stammdaten werden in der linken Spalte erfasst. Alternativ kann der Patientenaufkleber im linken Feld platziert werden.
- Unter den **klinischen Diagnosen** sollen die vier wichtigsten ärztlichen und pflegerelevanten Diagnosen lt. ICD-10 eingetragen sein.
- Ergänzend ist der Arztbrief als Anlage des Bogens relevant (siehe Überleitungsbogen Seite 3 "Anlagen"). Ärztliche Diagnosen werden nur dort gesichert vom Arzt eingetragen

Entlassungsdatum:

Voraussichtliches Entlassungsdatum/Verlegungsdatum: _____

In diesem Feld ist das Datum der voraussichtlichen Entlassung bzw. Verlegung einzutragen.

Infektionen:

aktuell bestehende Besiedelung/Infektion: nein ja Erreger: Art: _____ siehe Anlage:

Falls akut eine Infektion bzw. Besiedelung besteht, ist dies hier zu vermerken. Dabei sind **alle** Besiedelungen und Infektionen, z.B Pilzinfektionen, Hepatitiden, HIV, MRSA zu vermerken. Bei MRSA bitte auch den Überleitungsbogen Seite 3 „Anlagen“ MRE, ESBL beachten.

Informationen für die Anschlussversorgung zu Leistungsbezügen und Ansprechpartnern des Klienten:

Pflegegrad <input type="checkbox"/> ohne Pflegegrad <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> vorläufiger Pflegegrad seit: _____			
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 5	
<input type="checkbox"/> Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt	
Reha-Maßnahme: <input type="checkbox"/> ja beantragt am: _____			
Schulung (z.B. familiäre Pflege, Diabetes, Stoma) Art der Anleitung: _____ Wer wurde geschult: _____ Was wurde geschult: _____			
Soziale Aspekte/Rechtliche Aspekte			
<input type="checkbox"/> zu Hause alleine <input type="checkbox"/> zu Hause mit Angehörigen <input type="checkbox"/> zu Hause mit Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim			
Angehörige/Hauptbezugsperson Verwandtschaftsgrad (z.B. Frau, Sohn): _____			
Name, Vorname	Straße	PLZ, Ort	Telefon
<input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter Anmerkungen: _____			
Name, Vorname	Straße	PLZ, Ort	Telefon

Vor allem die Krankenhäuser bieten **Schulungs**programme für pflegende Angehörige an. Diese finden häufig unter dem Stichwort familiäre Pflege statt. In Pflegeeinrichtungen wird das Feld „Schulungen“ selten auszufüllen sein.
Unter **Anmerkungen** ist der Verweis auf die Anlage zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, sowie zum Betreuungsbeschluss relevant (siehe Überleitungsbogen Seite 3 „Anlagen“).

Informationen zur bisherigen Versorgung:

bisherige Versorgung (Bemerkungen, Besonderheiten, z.B. Biographische Merkmale, Vorlieben, Abneigungen, Behinderungen): _____
ergänzende Hilfen zur Pflege (z.B. Einkaufshilfe, Haushaltshilfe): _____

Die Angaben in diesem Feld sollen Informationen zur bisherigen Versorgung (auch beispielsweise vor dem Krankenhausaufenthalt) geben und sind vor allem unter sozialpflegerischen Aspekten von Bedeutung.

Informationen zu Wertsachen und Hilfsmitteln:

Wertsachen/Hilfsmittel mitgegeben				
<input type="checkbox"/> Brille	Zahnprothese: <input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> unten	Hörgerät: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> Geldbörse <input type="checkbox"/> Uhr
<input type="checkbox"/> Kreditkarte	<input type="checkbox"/> Versicherungskarte	<input type="checkbox"/> Orientierungs- und Erinnerungshilfen		
Sonstiges: _____				
Hilfsmittel: _____				
beantragt <input type="checkbox"/> geliefert <input type="checkbox"/> Versorger: _____				

Ergänzend zu der Rubrik „Anlagen“ am Ende des Überleitungsbogens kann hier dokumentiert werden, wenn Wertsachen und Hilfsmittel dem Klienten mitgegeben werden. Dies dient der eigenen Absicherung. Wenn Hilfsmittel zwar beantragt aber z.B. noch nicht geliefert sind, sollte dies vermerkt werden.

Mobilität:

Mobilität	Aktivität selbstständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktueller Hilfe möglich	Aktivität mit geringer Eigenbeteiligung: überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbstständig , wird fremd übernommen
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umsetzen (Transfers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In Anlehnung an die Begutachtungsrichtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist hier einzuschätzen, in wie weit die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen oder zu wechseln und sich fortzubewegen.

Körperbezogene Pflegemaßnahmen:

Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen vorderer Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden des Unterkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautbeschaffenheit: <input type="checkbox"/> intakt <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> fettig <input type="checkbox"/> Juckreiz <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				
Pflegemittel/Sonstiges: _____				
Rituale/Gewohnheiten: _____				

- Bei der Einschätzung bezüglich der körperbezogenen Pflegemaßnahmen ist wie bei der Mobilität vorzugehen.
- Unter **Sonstiges** kann bei der Hautbeschaffenheit, z.B. eine Pilzerkrankung angegeben werden. Die Lokalisation kann in einem Schema im Anhang angefügt werden.
- **Sonstiges bei Pflegemittel** sind z.B. Perücken oder Haarteile.
- **Rituale und Gewohnheiten** sind insbesondere bei Menschen mit dementiellem Hintergrund bedeutend

Ernährung:

Ernährung: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> braucht Anregung <input type="checkbox"/> braucht Hilfe <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> mundgerechte Zubereitung <input type="checkbox"/> vollständige Hilfe <input type="checkbox"/> parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> Nahrungskarenz <input type="checkbox"/> Trinkverhalten selbständig <input type="checkbox"/> Anhalten zum Trinken <input type="checkbox"/> erkennt Essen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostform: _____ Sondentyp: _____ Sonde gelegt am: _____
Verabreichung per: <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe <input type="checkbox"/> Schwerkraft <input type="checkbox"/> Spritze
tägliche Menge Sondenkost: _____ kcal Flüssigkeit: _____ ml tägliche Trinkmenge: _____ ml BMI: _____
orale Ernährung zusätzlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorlieben/Abneigungen: _____
Rituale und Gewohnheiten: _____

Die **tägliche Trinkmenge** ist häufig in Altenpflegeeinrichtungen vom Hausarzt angeordnet. Falls hierzu keine Anordnungen vorliegen, ist dieses Feld nicht auszufüllen.

Ausscheidung:

Ausscheidung: Flüssigkeitsbilanzierung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gewichtskontrolle	Gewicht: _____ Größe: _____
Stuhlgang: <input type="checkbox"/> neigt zu Verstopfung <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> neigt zu Durchfällen <input type="checkbox"/> digitale Ausräumung	
Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise Form: _____	
Versorgungssystem: <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> transur. BDK _____ CH <input type="checkbox"/> suprapub. Harnblasenkatheter <input type="checkbox"/> Anus praeter <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ gelegt/gewechselt am: _____ <input type="checkbox"/> bisher versorgt mit: _____ erkennt Toilette: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise	
Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Urinflasche <input type="checkbox"/> Steckbecken <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl <input type="checkbox"/> offene Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/> geschlossene Inkontinenzartikel	
Besonderheiten: _____	
Rituale/Gewohnheiten: _____	

- Häufige Harninkontinenzformen sind beispielsweise Dranginkontinenz und Stressinkontinenz. Falls die Inkontinenzform bekannt ist, kann dies hier eingetragen werden.
- Das Legen eines Blasendauerkatheters (BDK) bedarf einer engen Indikationsstellung. Gerade bei Verlegungen in die stationären Pflegeeinrichtungen muss die Indikationsstellung sehr eng gesehen werden, eine Inkontinenz alleine ist nicht ausreichend.
- Charrière (CH) ist die Maßeinheit für den Außendurchmesser des Katheters.

Schlaf:

Schlaf: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhezustände
Besonderheiten: _____
Rituale/Gewohnheiten: _____

Besonderheiten bezüglich des Schlafes können z.B. sein: Schlaflagen, Oberkörperhochlagerung, Stufenbett, usw.

Bewusstseinslage:

Bewusstseinslage: <input type="checkbox"/> wach/ansprechbar <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> soporös <input type="checkbox"/> komatös

Die Einschätzung der Bewusstseinslagen ist beispielsweise für das Sturzassessment von Relevanz.

Kommunikation und kognitive Fähigkeiten:

Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vor- handen
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutschkenntnisse: <input type="checkbox"/> nein Sprache: _____				
Laftendenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise				
Besondere Verhaltensweisen mit pflegerischem Interventionsbedarf: Bestehen z.B. Unruhezustände, abwehrendes/herausforderndes Verhalten, Ängste? Wenn ja, wie häufig (täglich, gelegentlich, selten)? _____ _____				

- Aussagen zur **Orientierung** geben Hinweise auf Anzeichen einer Demenz. Da Demenzen häufig nicht diagnostisch abgeklärt sind, kann dieser Punkt auch ohne Nennung der Diagnose „Demenz“ diesbezüglich wichtige Hinweise geben.
- Gerade bei einer fortschreitenden Demenz werden im Lebenslauf erworbene Sprachkenntnisse häufig wieder verloren. Hier ist es wichtig, den **aktuellen Kenntnisstand** bzgl. der Sprache (z.B. **Deutschkenntnisse**) zu dokumentieren.
- Der Begriff der **Laftendenz** greift das Verhalten von verwirrten Menschen mit Bewegungsdrang auf. Durch die neutrale Formulierung werden Wertungen vermieden.
- Falls **Besondere Verhaltensweisen** wie z.B. herausforderndes Verhalten einer pflegerischen Intervention bedarf, kann dies beschrieben werden. Hierbei sollte eine wertfreie Beschreibung angestrebt werden.

Schmerz:

Schmerz akut chronisch Ruhe Belastung

Falls die Schmerzerfassung weiterhin wichtig ist, kann dies weiter unten unter „Spezielle Überwachung“ angegeben werden. Informationen zur Schmerzlokalisierung sind dem Arztbrief zu entnehmen.

Atmungsparameter:

Atmung **Tracheostoma** Silberkanüle Silikonkanüle Raucher(in) absaugen
Kanülenart: _____ Kanülengröße: _____ letzter Wechsel: _____ O²-Gabe: _____ l/min

Falls Sprachaufsätze für das Tracheostoma verwendet werden, können diese unter der Rubrik „Kommunikation“ unter Hilfsmittel notiert werden.

Beobachtung:

spezielle Überwachung Blutdruck Port Atmung Puls Schmerz Temperatur
Besonderheiten: _____

Besonderheiten können hier beispielsweise der Luftdruck bei der Beatmung sein.

Therapien

Therapien Physiotherapie Ergotherapie Logopädie Sonstiges: _____

Bitte hier nur aktuell laufende Therapien angeben.

Palliative Aspekte:

Palliative Aspekte: ja welche: _____

Palliative Pflege wird sehr individuell gestaltet, daher können diese individuellen Gegebenheiten hier in Form eines freien Textes eingefügt werden.

Allergien:

Allergien: ja _____

Allergiepass

Auch wenn kein Allergiepass vorliegt, können in dem freien Feld die bekannten Allergien aufgeführt werden.

Herzschrittmacher:

Herzschrittmacher: ja

Schrittmacherpass vorhanden: nein

ja

Nur ausfüllen, wenn ein Herzschrittmacher vorhanden ist.

Wunden:

Wundart (z.B. OP-Wunden, Ulcus cruris, Dekubitus): _____
(Lokalisation siehe Wunddokumentation)

Grad/Größe: _____

Hier können Wunden kurz beschrieben werden.
Im Rahmen der Aufnahme erstellt jede Einrichtung eine Wunddokumentation. Daher wurde auf eine ausführlichere Dokumentation im Pflegeüberleitungsbogen verzichtet.

Medikamente:

Medikamente

Einnahme: selbständig Bereitstellen der Tagesration Überwachung der Einnahme letzte Medikation: _____ Uhr

Injektion: selbständig mit Anleitung vollständige Übernahme mit: Pen Spritze Pumpe

Medikamente über Ernährungssonde/Port:

Diese Angaben ersetzen nicht den Arztbrief. Sie stellen aber pflegerelevante Aspekte dar.

Ansprechpartner in der Überleitung:

Ansprechpartner/Name:	Station/Bereich:
zuletzt bearbeitet/Datum:	Telefon:

Die Angaben sind vor allem für Rückfragen wichtig und müssen dem nächsten Ansprechpartner in der Überleitung bekannt sein.

Wer ist kompetenter **Ansprechpartner** für evtl. Fragen?

Unter welcher **Telefon**nummer können Fragen zur Überleitung gestellt werden?

Anlagen:

Anlagen:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arztbrief | <input type="checkbox"/> Infobogen Angehörige Alzheimer Gesellschaft | <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht |
| <input type="checkbox"/> ärztliches Zeugnis Infektionsschutzgesetz | <input type="checkbox"/> Medikamentenplan | <input type="checkbox"/> Wunddokumentation |
| <input type="checkbox"/> Betreuungsbeschluss | <input type="checkbox"/> MRE/ESBL Bogen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsplan | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittelverordnung | <input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss FEM | |

Die Anlagen wurden alphabetisch sortiert. Es ergibt sich keine „Gewichtung“ durch die Reihenfolge.

Abkürzungsverzeichnis

Folgende Abkürzungen wurden verwendet:

Abtl.	Abteilung
amb.	ambulant
b/g	b= beantragt und g = genehmigt
BMI	Body-Mass-Index
BZ	Blutzucker
CH	Charrière
ESBL	Extended-Spectrum Beta-Lactamase
HA	Hausarzt
HIV	human immunodeficiency virus
INR	International Normalized Ratio (Wert der Blutgerinnung)
Kcal	Kilokalorien
KV-Nr.	Krankenversicherten Nummer
Ltr./min	Liter pro Minute
ml	Milliliter
MRE	M ulti R esistente E rreger
MRSA	MultiResistente Staphylococcus Aureus
NRS	Die Numerische Rating Skala
Piz	Postleitzahl
suprapub.	Suprapubisch
transurt. BDK	Transuretraler Blasendauerkatheter
z.B.	Zum Beispiel