

## Downloadmaterialien

BAPP-Tätigkeitskatalog der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

Behandlungsplan BAPP für die Erstverordnung – Musterformular

Behandlungsplan BAPP für die Folgeverordnung – Musterformular

Behandlungsplan gemäß Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der Häuslichen Krankenpflege – Beispiel Glaus

Dokumentation ambulante Pflege – Musterformular der AG Bürokratie in der Pflege Rheinland-Pfalz

Einschätzung der Basis-Suizidalität mithilfe der NGASR-Skala

Entscheidungspfad: Klinikeinweisung veranlassen oder nicht?

Entscheidungspfad: Was tun, wenn der Klient nicht öffnet?

Entscheidungspfad: Was ist bei Suizidalität zu tun?

GEPPSY-Bogen Frauen

GEPPSY-Bogen Männer

GEPPSY-Handbuch

Mustervertrag von AOK + BKK mit psychiatrischem Fachpflegedienst

Pflegeplanung – Beispiel Depression

Pflegeplanung – Beispiel Psychose

Verordnungsformular Häusliche Krankenpflege

## **TÄTIGKEITSINHALTE DER AMBULANTEN PSYCHIATRISCHEN PFLEGE (APP)**

### **1. Erstgespräch / Hilfebedarfsplanung (Assessment)**

- 1.1 Vorstellung / Abklärung von Inhalten, Leistungen und Möglichkeiten ambulanter psychiatrischer Pflege, sowie Bedürfnissen und Erwartungen des Klienten
- 1.2 Klärung der Leistungsfinanzierung
- 1.3 Pflegeüberleitung (stationär <> ambulant)
- 1.4 Erhebung von notwendigen Informationen

### **2. Beziehungsgestaltung**

- 2.1 Aufbau und Pflege eines Vertrauensverhältnisses
- 2.2 Kennenlernen von Lebensgewohnheiten, Biographien und Bedürfnissen des Klienten
- 2.3 Erarbeitung von Compliance, Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung

### **3. Feststellen, beobachten und dokumentieren des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung (Pflegeprozess)**

- 3.1 Pflegeanamnese (Erhebung von Ressourcen und Problemen)
- 3.2 Pflegediagnose
- 3.3 Pflegeplanung (mit Evaluation)

### **4. Wahrnehmen und beobachten von Krankheitszustand und –entwicklung**

- 4.1 Wahrnehmen von behandlungsbedürftigen Erkrankungen (auch somatischen)
- 4.2 Wahrnehmen, zuordnen und reagieren auf psychiatrische Symptome und Syndrome (z.B. Wahn, Aggression, Antriebsstörungen, Unruhe)
- 4.3 Beobachten von Verhaltensweisen, Äußerungen und Umgehensweisen unter Beachtung psychiatrischer Beobachtungskriterien (z.B. äußere Erscheinung, Sozialverhalten, Stimmung, Orientierung, Fertigkeiten)

### **5. Anregung / Abstimmung therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Massnahmen**

- 5.1 Erkennen und Benennen von notwendigen Maßnahmen, Therapien und Diensten
- 5.2 Abstimmen der individuellen Inhalte, Möglichkeiten und Ziele der ambulanten psychiatrischen Pflege mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen
- 5.3 Abstimmen ärztlicher, pflegerischer und anderer Maßnahmen



## **6. Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt**

- 6.1 Motivierung und Sicherstellung notwendiger Arztbesuche
- 6.2 Begleitung zu Arztbesuchen, wenn dies geboten ist
- 6.3 Kooperation / Informationsaustausch mit behandelnden Ärzten

## **7. Hilfe bei der Medikamenteneinnahme**

- 7.1 Ergänzende Beratung über Wirkungen und Nebenwirkungen
- 7.2 Motivierung zur (regelmäßigen) Einnahme
- 7.3 Anleitung zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten
- 7.4 Verabreichung von Medikamenten
- 7.5 Beobachten / Registrieren der Einnahme aller Medikamente
- 7.6 Beobachten / Registrieren der Einnahme von abhängigkeiterzeugenden Substanzen
- 7.7 Hilfe bei / Übernahme der Vorratshaltung
- 7.8 Beobachten von Wirkungen und Nebenwirkungen

## **8. Vorsorge bei Eigen- oder Fremdgefährdung**

- 8.1 Erkennen und Benennen von Selbsttötungsabsichten
- 8.2 Eruieren der konkreten Gefährdungssituation
- 8.3 Erarbeiten möglicher Maßnahmen zur Gefahrenabwendung (z.B. Vereinbarungen, Hilfepläne, Einbeziehen des sozialen Umfeldes, Einweisung nach PsychKG)

## **9. Krisenintervention**

- 9.1 Erkennen und Benennen von kritischen Situationen und Frühwarnzeichen
- 9.2 Eruieren der krisenauslösenden Faktoren
- 9.3 Erarbeiten neuer Copingstrategien und Krisenpläne
- 9.4 Erarbeiten von Möglichkeiten zur Krisenbewältigung
- 9.5 Beruhigung von Patienten und Beteiligten
- 9.6 Kontaktaufnahme / Begleitung zu Arzt, Krankenhaus, anderen Institutionen
- 9.7 Medikamentenverabreichung nach Anweisung des Arztes
- 9.8 Erwirkung notwendiger stationärer / teilstationärer Behandlung

## **10. Aktivierung zu elementaren Verrichtungen, Training von Alltagsfertigkeiten**

- 10.1 Erhalten / Aktivieren / Trainieren der Kontaktfähigkeit
- 10.2 Erhalten / Aktivieren / Trainieren lebenspraktischer Tätigkeiten
- 10.3 Erhalten / Aktivieren / Trainieren von Inanspruchnahme und Erfüllung sozialer Rechte und Pflichten



### **11. Psychiatrische Entlastung im Alltag**

- 11.1 Erkennen und Benennen von Belastungen im Alltag
- 11.2 Erarbeiten von adäquaten Handlungsalternativen
- 11.3 Entlastungs- und Orientierungsgebende Gespräche

### **12. Kognitives und psychisches Training**

- 12.1 Erkennen und Benennen der psychischen und kognitiven Beeinträchtigung
- 12.2 Training der zeitlichen Orientierung
- 12.3 Training der personellen und situativen Orientierung
- 12.4 Training der räumlichen Orientierung
- 12.5 Training angstbesetzter Alltagstätigkeiten
- 12.6 kognitives Training

### **13. Hilfe beim Umgang mit beeinträchtigenden Gefühlen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen**

- 13.1 Erkennen und Benennen beeinträchtigender Gefühle, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen
- 13.2 Erarbeiten von Akzeptanz und entsprechendem Umgang
- 13.3 Unterstützung der Selbstreflexion
- 13.4 Erarbeiten von alternativen Handlungsstrategien
- 13.5 Heranführung an neue oder angstbesetzte Themen oder Aufgaben
- 13.6 Erstellen einer Problemhierarchie
- 13.7 Hilfe bei Erhaltung / Herstellung des Realitätsbezugs

### **14. Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung**

- 14.1 Erkennen und Benennen von mangelnden Tages- und Wochenstrukturen
- 14.2 Erarbeiten von möglichen Strukturen
- 14.3 Förderung sinnvoller Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten (Hilfe beim Finden, Kontaktabbau, Begleitung)
- 14.4 Unterstützung bei Planung und Umsetzung beruflicher Perspektiven

### **15. Zusammenarbeit mit Familienangehörigen / Partnern**

- 15.1 Information über Inhalte, Methoden und Möglichkeiten psychiatrischer Versorgung
- 15.2 Kooperationsangebote und Absprachen
- 15.3 Information über Selbsthilfe für Angehörige
- 15.4 Aktivierung familiärer Hilfspotentiale
- 15.5 Aufklärung über psychiatrische Krankheit, deren Auswirkungen und Behandlungsmöglichkeiten
- 15.6 Erkennen und Benennen von belastenden Zusammenhängen, Wertschätzung
- 15.7 Erarbeiten entlastender Maßnahmen / Verhaltensweisen



## **16. Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten, Fachpersonal und Institutionen**

### 16.1 im klinischen Bereich

- 16.1.1 Aufrechterhaltung des Kontaktes während stationärer / teilstat. Behandlung
- 16.1.2 Information und Austausch mit beteiligtem Klinikpersonal
- 16.1.3 Beratungsgespräche in der Klinik
- 16.1.4 Aufnahme- und Entlassungsgespräche

### 16.2 im außerklinischen Bereich

- 16.2.1 Kooperation mit weiteren an der Betreuung beteiligten Personen und Institutionen
- 16.2.2 Therapie- und Arbeitsabsprachen (z.B. WfB, Tagesklinik)
- 16.2.3 Abstimmung mit einer zentralen Person im Sinne des „Case Management“
- 16.2.4 Koordination pflegerischer, hauswirtschaftlicher, therapeutischer und diagnostischer Maßnahmen
- 16.2.5 Koordination bei Wechsel der Versorgungsform

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Arztstempel / Unterschrift

## Fähigkeitsstörungen

- Antrieb
- Ausdauer und Belastbarkeit
- Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen
- formaler Denkablauf
- inhaltlicher Denkablauf
- Kontaktfähigkeit
- Konzentration/Merkfähigkeit
- Lernleistung
- Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ, zur Person)
- problemlösendes Denken
- Realitätsbezug
- Tagesstrukturierung
- Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik

## Behandlungsplan: Ziele

- Erreichen einer Pflegeakzeptanz** unter anderem durch anamnestische Arbeit mit dem Patienten und dessen Umfeld sowie Identifizieren beziehungsweise Aufdecken von Konfliktthemen und -feldern
- Zeitnahe Bewältigung von Krisensituationen** durch begleitende Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten, mit nach Möglichkeit abnehmender Frequenz
- Entwicklung kompensatorischer Hilfen** durch Vermittlung von adäquaten Copingstrategien; Alltagskompetenztraining, Psychoedukation, Beziehungsarbeit und Vermittlung sozialer Kompetenzen
- Erreichen einer höchstmöglichen Selbstständigkeit / Verbleib in häuslicher Umgebung**
- Erreichen einer zeitlichen, örtlichen, situativen und persönlichen Orientierung**
- Erreichen von Autonomie und eigenverantwortlicher Lebensführung**



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

## Behandlungsplan/Folgeverordnung für häusliche psychiatrische Krankenpflege

Behandlungsfähigkeit /  Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik

- nicht** gegeben.
- Patient kann Alltag nicht allein bewältigen.
- Patient erkennt Behandlungsbedarf.
- Patient akzeptiert Pflegeplanung/Behandlungsplanung.
- Patient arbeitet aktiv an Behandlung mit.

Vorhandene Fähigkeitsstörungen und deren Ausprägung

(GAF-Wert)

	Aufnahme	aktuell
<input type="checkbox"/> Antrieb		
<input type="checkbox"/> Erkennen und Überwinden von Konfliktsituationen und Krisen		
<input type="checkbox"/> Ausdauer und Belastbarkeit		
<input type="checkbox"/> inhaltlicher Denkablauf		
<input type="checkbox"/> formaler Denkablauf		
<input type="checkbox"/> Kontaktfähigkeit		
<input type="checkbox"/> Konzentration/Merkfähigkeit/Lernleistung		
<input type="checkbox"/> problemlösendes Denken		
<input type="checkbox"/> Realitätsbezug		
<input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung		
<input type="checkbox"/> Zugang zur eigenen Krankheitssymptomatik		

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

**Identifizierte Problemfelder/Krisenthemen**

•	•
•	•
•	•

**Aktuelle Behandlungsziele:**

- Aushandeln der Behandlungsziele und Akzeptanz des Behandlungsplans/Pflegeplans
- Ausbauen und Vertiefen der therapeutischen Beziehung, Kennenlernen der Rahmenbedingungen der Behandlung
- Zeitnahe Bewältigung der identifizierten Krisensituationen durch begleitende Gespräche, Hilfe bei der Planung der Aktivitäten des täglichen Lebens (AEDLs) unter Ausweitung der Ressourcen des Patienten
- Verbleib in häuslicher Umgebung / Vermeiden von Krankenhauseinweisung
- Stärkung des Selbsthilfepotenzials; Erlernen von Copingstrategien; Alltagskompetenz, Tages-/Wochenstrukturierung und Vermittlung sozialer Kompetenzen
- Integration in Gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem / soziale Anbindung herstellen
- Anleitung und Vermittlung im Umgang zwischen Angehörigen und Patient
- Erreichen von Autonomie und eigenverantwortlicher Lebensführung

**Ressourcen und Kompetenzen des Patienten**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

**Maßnahmen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege APP / Angaben des Dienstes**

- Umsetzung der Pflegeplanung
- Beziehungsgestaltung / Festigung von Compliance und Kooperationsbereitschaft
- Anregung/Abstimmung therapeutischer, pflegerischer und ergänzender Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem verordnenden Arzt
- Anleitung/Sichern der Medikamenteneinnahme, Überleitung in die Eigenverantwortung
- Aktivierung zu elementaren Verrichtungen, Training von Alltagsfertigkeiten
- Psychiatrische Entlastung im Alltag, kognitives und psychisches Training / Psychoedukation
- Hilfe beim Umgang mit beeinträchtigenden Gefühlen, Wahrnehmungen und Verhaltensweisen
- Hilfe bei der Tages- und Wochenstrukturierung
- Kontaktaufnahme und Kooperation mit anderen Diensten und Institutionen (Selbsthilfe)
- Vorsorge bei Eigen- oder Fremdgefährdung / Suizidrisiko einschätzen
- Krisenintervention / Entwickeln von präventiven Strategien /  
Fördern von Bewältigungskompetenzen / Festigung erlernter Kompetenzen
- Zusammenarbeit mit Familienangehörigen/Partnern => Nutzungsphase

**Erläuterung der pflegerischen Behandlungssituation:**

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Frequenzintervalle in Vorplanung für die **gesamte** Verordnungsdauer:

1.	bis	2.	Woche bis zu	___	Einheiten wöchentlich
3.	bis	4.	Woche bis zu	___	Einheiten wöchentlich
5.	bis	6.	Woche bis zu	___	Einheiten wöchentlich
7.	bis	10.	Woche bis zu	___	Einheiten wöchentlich
11.	bis	12.	Woche bis zu	___	Einheiten wöchentlich
13.	bis	15.	Woche bis zu	___	Einheiten wöchentlich
16.	Woche		1 Abschlusskontakt mit max.	___	Einheiten

Datum:

Stempel/Unterschrift  
Pflegedienst

# Behandlungsplan

gem. Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der HKP

Glaus, Elenora

Datenfeld Versichertenkarte

Stempel, Unterschrift des Arztes

Angaben entsprechend den Richtlinien Häusliche Krankenpflege	vorhanden/ nicht vorhanden	Bemerkungen
Ausreichende Behandlungsfähigkeit (positive oder negative Aussage)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Ist motiviert, sucht Hilfe</i>
Verordnungsbegründende Diagnose(n) nach ICD-10	<b>F 25.1</b>	
Diagnosesicherung durch einen Gebietsarzt (Neurologie / Nervenheilkunde / Psychiatrie / Psychotherapie) liegt vor	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Verordner ist Gebietsarzt
Feststellungsdatum der Diagnose durch Gebietsarzt	_____	<input type="checkbox"/> Verordner ist Gebietsarzt
Häufigkeit (Einheiten pro Woche, teilbar nach Maßgabe des Pflegedienstes)	7 E. / Woche	
Dauer	vom _____ bis _____	
Fähigkeitsstörungen liegen in folgenden Bereichen vor:		
- Antrieb/Ausdauer/Belastbarkeit, wenn damit die Unfähigkeit der Tagesstrukturierung bzw. Einschränkungen des planenden Denkens bzw. des Realitätsbezugs verbunden sind	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Hilfe bei der Tagesstrukturierung</i>
- es liegen Einbußen bei Kontaktfähigkeit bzw. kognitiven Fähigkeiten vor, wie Konzentration, Merkfähigkeit, Lernleistung bzw. problemlösendes Denken	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Konzentrations- und Kontaktstörungen</i>
- der Patient hat keinen eigenen Zugang zur Krankheitssymptomatik bzw. kann Konfliktsituationen bzw. Krisen nicht erkennen oder überwinden	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Behandlungsziele		
Erreichen einer Pflegeakzeptanz unter anderem durch anamnestische Arbeit mit dem Patienten und dessen Umfeld sowie Identifizieren beziehungsweise Aufdecken von Konfliktthemen und -feldern	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Familiäre Konflikte identifizieren und aufarbeiten</i>
Zeitnahe Bewältigung von Krisensituationen durch begleitende Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens unter Berücksichtigung der Ressourcen des Patienten, mit nach Möglichkeit abnehmender Frequenz	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Krise in der jungen Vergangenheit</i>
Entwicklung kompensatorischer Hilfen durch Vermittlung von adäquaten Copingstrategien; Alltagskompetenztraining, Psychoedukation, Beziehungsarbeit und Vermittlung sozialer Kompetenzen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Stabilisierende Beziehung aufbauen</i>
Erreichen einer höchstmöglichen Selbstständigkeit / Verbleib in häuslicher Umgebung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Gespräche mit Familie</i>
Erreichen einer zeitlichen, örtlichen, situativen und persönlichen Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein	
Erreichen von Autonomie und eigenverantwortlicher Lebensführung	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<i>Konfliktlösungsstrategien erarbeiten</i>
Maßnahmen		
Erarbeiten der Pflegeakzeptanz (= Beziehungsaufbau)	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Zeitgleich somatische häusliche Krankenpflege	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (nicht vom Unterzeichner verordnet)	
Zeitgleiche Erbringung von Soziotherapie	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein (nicht vom Unterzeichner verordnet)	
Begründung bei zeitgleich erbrachter Soziotherapie liegt bei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



**Januar 2011**

## **Musterdokumentation für die ambulante Pflege**



**Rheinland-Pfalz**

MINISTERIUM FÜR ARBEIT,  
SOZIALES, GESUNDHEIT,  
FAMILIE UND FRAUEN

**Januar 2011**

## **Musterdokumentation für die ambulante Pflege**

**Verfasserin:**

**Arbeitsgruppe Bürokratie in  
der Pflege Rheinland-Pfalz**

<b>Inhalt</b>	<b>Seite</b>
<b>1. Vorwort Ministerin Malu Dreyer</b>	<b>3</b>
<b>2. Erläuterungen zur Musterdokumentation für die ambulante Pflege</b>	<b>4</b>
<b>3. Formulare der Musterpflegedokumentation</b>	<b>14</b>
A. Stammblatt	
B. Pflegeunterbrechung	
C. Pflegeanamnese und Biographie	
D. Hilfsmittel/Leihgeräte	
E. Pflegeplanung	
F. Individueller Ablaufplan	
G. Pflegebericht	
<b>4. Impressum und Nutzungsrechte</b>	<b>36</b>



Sehr geehrte Damen und Herren,

ein Ziel meiner Initiative „Menschen pflegen“ ist es, die Pflegepraxis in der täglichen Arbeit zu unterstützen und damit mehr Zeit für die Pflege am Menschen zu gewinnen.

Die von mir bereits im Jahr 2003 eingesetzte Arbeitsgruppe „Bürokratie in der Pflege“ hatte den Auftrag, eine schlanke Pflegedokumentation zu entwickeln. Die erste Musterdokumentation, speziell für die ambulante Pflege, ist im Jahr 2006 von Vertreterinnen und Vertretern der Pflegeeinrichtungen und -träger, der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz und der damaligen Heimaufsicht im Konsens fertiggestellt worden.

Die Arbeitsgruppe hat nun – wie schon in der ersten Auflage der Dokumentation angekündigt – eine zweite Auflage erstellt. Die Rückmeldungen und Ergebnisse aus der Praxis wurden aufgegriffen und umgesetzt. Die neue Musterdokumentation ist noch übersichtlicher geworden. Sie umfasst die Basiselemente der Pflegedokumentation, welche im Einzelfall pflegefachlich sinnvoll zu ergänzen sind. Auch die EDV-Tauglichkeit wurde systematisch erhöht. Alle Formulare können sowohl handschriftlich als auch elektronisch ausgefüllt werden. Zudem können die Anwenderinnen und Anwender die Formulare in ein EDV-Programm einbinden.

Mein Dank richtet sich an die vom Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung geleitete Arbeitsgruppe, die in der bewährten Zusammensetzung die Neuüberarbeitung der Musterdokumentation vorgenommen hat.

A handwritten signature in black ink that reads "M. Dreyer".

**Malu Dreyer**

Ministerin für Arbeit, Soziales,  
Gesundheit, Familie und Frauen  
des Landes Rheinland-Pfalz

## **ERLÄUTERUNGEN ZUR MUSTERDOKUMENTATION FÜR DIE AMBULANTE PFLEGE**

Die vorliegende Musterdokumentation umfasst sieben Formulare zur Abbildung biografischer Daten, der Pflegeanamnese und des Pflegeprozesses.

Die Formulare können als ganzes Paket übernommen oder auch nur teilweise genutzt werden. Sie bilden nur einen Teil der Pflegedokumentation ab und beschränken sich auf die Abbildung biografischer Daten, die Pflegeanamnese und auf den Pflegeprozess. Gegebenenfalls müssen sie durch andere, bereits bei Ihrem Pflegedienst vorhandene Formulare ergänzt werden.

Die Formulare sind nicht in jedem Fall selbsterklärend. Daher organisieren die Verbände der Leistungserbringer eigenverantwortlich die Präsentation der Musterdokumentation und die Schulung der Anwender.

Die dargestellte Reihenfolge der Formulare ist als Empfehlung zu verstehen. Es wird außerdem empfohlen, die Formulare auf farblich unterschiedlichem Papier auszudrucken.

Die „Checkliste MDK-Prüfung“ dient der Selbstüberprüfung – unabhängig davon, welches Dokumentationssystem Sie verwenden – ob alle geforderten Inhalte mit Ihrem Pflegedokumentationssystem abgebildet werden können.

Den Anwendern steht es frei, die Formulare der Musterdokumentation in ihr bestehendes EDV-System einzubinden. In diesem Fall ist vom Hersteller der Software deutliche auf die Herkunft der Formulare hinzuweisen.

Alle Formulare können handschriftlich oder elektronisch ausgefüllt werden.

## Übersicht der in der Musterdokumentation enthaltenen Formulare

Name des Formulars	Hinweise zur Anwendung
Stammblatt	Alle erforderlichen Stammdaten sind auf einen Blick zu erkennen.
Pflegeunterbrechung	Das Formular kann zur Dokumentation von Pflegeunterbrechungen genutzt werden.
Pflegeanamnese und Biografie (nach AEDL)	<p>Fragen zur Anamnese (Ressourcen, Wünsche und Gewohnheiten). Das Formular kann zur möglichen Selbstausfüllung dem Pflegebedürftigen/Angehörigen ausgehändigt werden (weiß hinterlegte linke Spalten des Formulars).</p> <p>Der Hilfebedarf und die Zuständigkeiten in der Versorgung werden anschließend durch die Pflegefachkraft festgestellt und dokumentiert (rechte grau hinterlegte Spalten).</p> <p>Die Notwendigkeit zur Übernahme der Ergebnisse in den individuellen Ablaufplan und/ oder die Pflegeplanung wird übersichtlich zur späteren Weiterbearbeitung dokumentiert.</p>
Hilfsmittel/ Leihgeräte	Das Formular kann genutzt werden, wenn der dafür vorgesehene Platz auf dem Stammblatt nicht ausreicht.
Pflegeplanung	Auf die übliche Darstellung der Maßnahmen an dieser Stelle wurde verzichtet. Die Maßnahmen, die der Pflegedienst ausführt, finden sich im individuellen Ablaufplan.
Individueller Ablaufplan	<p>Für jede Versorgung wird der konkrete Ablauf mit dem Pflegebedürftigen vereinbart und handlungsanleitend beschrieben.</p> <p>Abweichungen vom geplanten Ablauf werden im Pflegebericht dokumentiert. Ansonsten wird von der Durchführung der vereinbarten Maßnahmen ausgegangen. Der Leistungsnachweis reicht zur Durchführungskontrolle.</p>
Pflegebericht	Pflegeverlauf, Besonderheiten (z.B. Sturz etc.), Handlungen und sich daraus ergebende Veränderungen z.B. in dem individuellen Ablaufplan oder der Pflegeplanung werden dokumentiert.

## Checkliste MDK- Prüfung

„Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?“<sup>1</sup>

Mit dieser Checkliste können Sie unabhängig von der Wahl Ihres Dokumentationssystems überprüfen, ob alle geforderten Inhalte mit Ihrem Pflegedokumentationssystem abgebildet werden können.

Nr.	Inhalt	Nachweis Musterdokumentation	Nachweis anderes Dokumentationssystem/ Ergänzung der Musterdokumentation
a.	Stammdaten	Dokument: <i>Stammblatt</i> , ggf. <i>Ergänzung</i>	
b.	Pflegeanamnese/ Informationssammlung	Dokument: <i>Pflegeanamnese und Biografie</i>	
c.	Biografie	Dokument: <i>Pflegeanamnese und Biografie</i>	
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie Evaluation der Ergebnisse	Dokumente: <i>Pflegeplanung</i> , <i>Individueller Ablaufplan</i>	
e.	Verordnete Behandlungspflege		
f.	Gabe verordneter Medikamente		
g.	Durchführungsnachweis		
h.	Pflegebericht	Dokument: <i>Pflegebericht</i>	
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan		
j.	Trink/ Bilanzierungsplan		
k.	Ernährungsplan		
l.	Überleitungsbogen		
m.	Wunddokumentation		
n.	Dekubitusrisiko/ Dekubitusrisikoskala	Dokument: <i>Pflegeanamnese</i> (Risikofeststellung, allgemein)	
o.	Fixierung	Dokument: <i>Stammdaten</i> (rechtliche Aspekte)	
p.	Gewichtsverlauf	Dokument: <i>Pflegeanamnese</i> ( <i>Ersterhebung Gewicht</i> )	
q.	Miktionsprotokoll		
r.	Sturzrisiko	Dokument: <i>Pflegeanamnese</i> (Risikofeststellung, allgemein)	
s.	Sonstiges		

<sup>1</sup> vgl. MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November 2009, 7.2, S. 99

## Anleitung zum Ausfüllen der Formulare

### Formular

#### Stammblatt

The screenshot shows a complex form titled 'Stammblatt' (Patient Data Sheet) with multiple sections and checkboxes. The sections include:

- Pflegezustand** (Care Status)
- Persönliche Daten** (Personal Data)
- Krankheitsdaten** (Medical Data)
- Pflegezustand: Befragter** (Care Status: Interviewee)
- Pflegezustand: Betreuer** (Care Status: Caregiver)
- Pflegezustand: Begleitperson** (Care Status: Accompanying Person)
- Pflegezustand: Bewusstseinslage** (Care Status: Consciousness)
- Wichtige Pflegedaten** (Important Care Data)

### Ausfüllanleitung

Hier werden alle wesentlichen personenbezogenen und abrechnungstechnischen Daten des Klienten erfasst:

- Angaben zur Person, den Angehörigen
- Angaben über Betreuer und Betreuungsumfang
- Informationen zu Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung
- Informationen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Versicherungsdaten
- Kostenübernahmeregelungen
- Hilfsmiteileinsatz
- Hausarzt / Fachärzte
- Pflegerelevante medizinische Diagnosen
- Allergien und Unverträglichkeiten
- Kostform
- Weitere Pflegerelevante Informationen
- Datum Erstbesuch
- Beginn der Betreuung

### Bezug zu / Vernetzung mit anderen Formularen

Angaben zu Pflegeunterbrechungen werden auf dem Formular **Pflegeunterbrechung** dokumentiert.

Sollte der Platz für die Angabe von Hilfsmitteln nicht ausreichend sein, steht ein weiteres Formular **Hilfsmittel/Leihgeräte** zur Verfügung.



## Pflegeanamnese und Biografie (nach AEDL)

The screenshot shows a software window titled 'Pflegeanamnese und Biografie'. The interface is divided into several sections:

- Resources, Wünsche, Gewohnheiten:** A section for documenting resources, wishes, and habits.
- Hilfbedarf:** A section for documenting the need for assistance, with sub-sections for 'schwerhörig', 'taub', 'blinden', and 'Hörgerät'.
- Wichtige Informationen (sprachliche Aspekte):** A section for important information regarding language aspects.
- versorgt durch:** A section for documenting who provides care, with columns for 'A', 'P', 'S', 'F', and 'MSP'.
- dokumentiert in:** A section for documenting where the care is documented, with columns for 'A', 'P', 'S', 'F', and 'MSP'.

The form is designed for data entry, with checkboxes and text input fields. The interface is split into two columns, with the left column being white and the right column being grey.

Die Pflegeanamnese orientiert sich an den AEDL nach dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel. Pro AEDL steht eine Seite zur Verfügung. Fragen zur Biografie (Gewohnheiten) sind integriert. Für darüber hinaus gehende Angaben zur Biografie steht ein zusätzliches Blatt mit Freitext zur Verfügung.

Die Formulare sind in 2 Spalten geteilt. Auf der linken (weißen) Seite werden Ressourcen, Wünsche und Gewohnheiten dokumentiert. Das Formular kann zur möglichen Selbstausfüllung dem Klienten /Angehörigen ausgehändigt werden.

Sollte dies nicht möglich sein, sind die vorgegebenen Fragen für die Pflegefachkraft gut als Gesprächsleitfaden zu nutzen.

Rechts (grau hinterlegt) wird differenziert der Hilfebedarf dokumentiert. Durch Ankreuzen wird dokumentiert, in welchem Bereich ein Hilfebedarf besteht.

In der Spalte „versorgt durch“ wird deutlich gemacht, wer im Versorgungsablauf für den dokumentierten Hilfebedarf zuständig ist. Gegebenenfalls ist hier noch eine Erläuterung notwendig; hierfür stehen die Freitextstellen zur Verfügung.

In der letzten Spalte „dokumentiert in“ wird die Verknüpfung zu den weitergehenden Formularen „Pflegeplanung“ und „Individueller Ablaufplan“ deutlich. Hierdurch entsteht ein deutlicher Hinweis zur Weiterbearbeitung.

Um die Beratungsinhalte während des Erstgespräches zu dokumentieren, steht eine zusätzliche Seite der Pflegeanamnese zur Verfügung. Vorhandene Hilfsmittel / Leihgeräte können im entsprechenden Formular erfasst werden.

Ressourcen und Gewohnheiten werden dann in die **Pflegeplanung** übernommen.

Bezug zu **Pflegeplanung** und **Individuellen Ablaufplan**

**Hilfsmittel/ Leihgeräte**









Pflegedienst				Jahr		Lfd. Nr.
<b>Persönliche Daten</b>		<b>Kassendaten</b>		<b>Pflegerelevante Daten</b>		
Name		Versicherter		<b>Behandelnde Ärzte (Hausarzt / Facharzt)</b>		
Geburtsname		Vers. Nr.				
Vorname	Geb.datum	Krankenkasse				
Straße		Pflegekasse				
PLZ/Wohnort		Beihilfe		<b>Pflegerelevante Diagnosen</b>		
Telefon/Mobil		Pflegestufe				
Familienstand	Konfession	beantragt am				
Staatsangehörigkeit		geändert am				
Lebt in	<input type="checkbox"/> Lebt allein	geändert am				
Haustiere		<b>SGB XI</b>				
<b>Angehörige / Bezugsperson(en)*</b>		<input type="checkbox"/> Geldleistung <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombileistung				
Name		<input type="checkbox"/> <b>Betreuungsleistung nach § 45 b SGB XI</b>				
Straße		<input type="checkbox"/> Grundbetrag <input type="checkbox"/> erhöhter Betrag				
Wohnort		<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege				
Telefon		<input type="checkbox"/> Selbstzahler				
Mobil		<input type="checkbox"/> SGB XII <input type="checkbox"/> SGB V				
<b>Gesetzliche Betreuer/ in</b>		<b>Hilfsmittel</b>		<b>Pflegerelevante Besonderheiten</b>		
Name		<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen		<input type="checkbox"/> Anfallsleiden		
Straße		<input type="checkbox"/> Hörgerät		<input type="checkbox"/> insulinpflichtig		
Wohnort		<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher		Besondere Kostform		
Telefon		Typ		Sonstiges		
Mobil		<input type="checkbox"/> Armprothese(n) <input type="checkbox"/> Beinprothese(n)				
Wirkungskreis		<input type="checkbox"/> Zahnprothese(n)		<b>Weitere Pflegedaten</b>		
		<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge				
		<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung				
		<input type="checkbox"/> Vermögenssorge				
<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Behördengänge		<b>Weitere Hilfsmittel / Leihgeräte</b>				
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht		Aufbewahrungsort		Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung				Eigentümer		
<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen</b>				1 = Kasse		
<input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Gurt <input type="checkbox"/> Medikamente		<input type="checkbox"/> Gehstütze(n)		2 = Pflegedienst		
Sonstiges		<input type="checkbox"/> Rollator		3 = Klient		
		<input type="checkbox"/> Rollstuhl				
		<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl				
<input type="checkbox"/> mit Einwilligung <input type="checkbox"/> richterlicher Beschluss		<input type="checkbox"/>		<b>Aufnahme</b>		
<input type="checkbox"/> keine freiheitsentziehende Maßnahme		<input type="checkbox"/>		Erstgespräch am:		
				Geführt von:		
				Pflegebeginn:		
				Pflegevertrag geschlossen am:		

\* für weitere Bezugspersonen bitte die Rückseite nutzen





Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.	
				von					
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in		
				A	PD	S	P	IAP	
<b>2. Sich bewegen</b>		<b>a) Risikofaktoren</b> (ggf. Assessment anwenden)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen Sie spazieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kontrakturengefährdung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie sich selbst bewegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kontrakturen vorhanden		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Wo?							
gehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Dekubitusgefährdung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Dekubitus vorhanden		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein					
stehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Wo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sturzgefahr		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Thrombosegefahr		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laufen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>b) Bewegungseinschränkung</b>		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich hinsetzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kann nicht alleine:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich hinlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	gehen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		stehen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen Sie hierzu Hilfsmittel? (Stock, Rollator, Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	sitzen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen Sie damit zurecht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Nein		Treppen steigen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögen Sie körperliche Aktivitäten? (Sport, Gymnastik)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ist bettlägerig		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Informationen (biografische Aspekte)</b>		Kann nicht selbstständig Position verändern		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Kann <input type="checkbox"/> Transfer <input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Hinlegen nicht selbstständig bewältigen			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.	
				von					
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in		
				A	PD	S	P	IAP	
<b>3. Vitale Funktionen aufrechterhalten</b>		Hat <input type="checkbox"/> erhöhten <input type="checkbox"/> niedrigen Blutdruck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird regelmäßig Blutdruck gemessen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat Durchblutungsstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird regelmäßig Blutzucker gemessen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> friert leicht <input type="checkbox"/> hat ständig kalte Füße <input type="checkbox"/> hat ständig kalte Hände		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Kompressionsstrümpfe?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> hat Diabetes <input type="checkbox"/> neigt zu Unterzucker <input type="checkbox"/> Überzucker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Umgebungs-/Zimmertemperatur ist Ihnen angenehm?		Leidet unter Sauerstoffmangel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> über 25° C (eher warm) <input type="checkbox"/> über 22° (eher kühl)		Fühlt sich matt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat Schwindelanfälle	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Schmerzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Braucht Hilfe bei der Medikamentenversorgung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmittel ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kann Bronchialsekret <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> nicht abhusten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Informationen (biografische Aspekte)		Hat starken Auswurf	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat Atemnot bei leichter Anstrengung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat Schmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst	Erstellt am		Lfd. Nr.	
			von			
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	Hilfebedarf	versorgt durch			dokumentiert in	
		A	PD	S	P	IAP
<b>4. Sich pflegen</b>	<b>a) Braucht Hilfe beim / bei der</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie handhaben Sie es mit dem Duschen und Baden (Häufigkeit)?	<input type="checkbox"/> Waschen <input type="checkbox"/> Duschen <input type="checkbox"/> Baden <input type="checkbox"/> Oberkörper <input type="checkbox"/> Unterkörper <input type="checkbox"/> Intimpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Körperpflegemittel benutzen Sie?	<input type="checkbox"/> Hautpflege <input type="checkbox"/> Gesichtspflege <input type="checkbox"/> Rasur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie rasieren Sie sich?	<input type="checkbox"/> Haarpflege <input type="checkbox"/> Frisur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie pflegen Sie Ihre Haare?	<input type="checkbox"/> Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Fingernagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Vorlieben haben Sie bei der Zahnpflege/ Prothesenpflege?	<input type="checkbox"/> Ohrenpflege <input type="checkbox"/> Nasenpflege <input type="checkbox"/> Augenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Mundpflege <input type="checkbox"/> Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie pflegen Sie Ihre Fingernägel?	<b>b) Risikofaktoren</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Soor <input type="checkbox"/> Parotitis <input type="checkbox"/> Intertrigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie betreiben Sie Ihre Fußpflege?	<b>c) Vorhandene Hautdefekte/Veränderungen</b> (s. Wunddokumentation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schminken Sie sich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Informationen (biografische Aspekte)</b>						

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.	
				von					
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in		
				A	PD	S	P	IAP	
<b>5. Essen und Trinken</b>		Sieht Notwendigkeit von <input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Trinken <input type="checkbox"/> einer Diät nicht ein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Lieblings Speisen/-getränke haben Sie?		Hat <input type="checkbox"/> Kau- <input type="checkbox"/> Schluckstörungen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Isst sehr langsam		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Speisen/Getränke lehnen Sie ab?		Erbricht häufig		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat häufig Bauchschmerzen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel trinken Sie gewöhnlich am Tag?		Benötigt Unterstützung beim Einkaufen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann nehmen Sie Ihr Frühstück gewöhnlich ein?		Benötigt Hilfestellung bei der Mahlzeiteinnahme		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag gewöhnlich ein?		Benötigt mundgerechtes Zubereiten der Nahrung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfe beim Einkaufen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat <input type="checkbox"/> Sonde <input type="checkbox"/> PEG komplett		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfestellung bei der Zubereitung der Mahlzeiten?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Benötigt Unterstützung und Überwachung zur ausreichenden Flüssigkeitsaufnahme		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie die Mahlzeiten selbstständig einnehmen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Benötigt Sondenernährung in Kombination mit oraler Ernährung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie eine <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> Sondenernährung?		Benötigt Unterstützung bei der Zubereitung der Mahlzeiten		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Informationen (biografische Aspekte)</b>		<b>Risikofaktoren (ggf. Assessment anwenden):</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Mangelernährung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gewicht		Dehydratation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Größe							

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst	Erstellt am		Lfd. Nr.		
			von				
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf	versorgt durch			dokumentiert in	
			A	PD	S	P	IAP
<b>6. Ausscheiden</b>		Ist <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> urininkontinent <input type="checkbox"/> stuhlinkontinent (ggf. Assessment anwenden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Blase kontrollieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat <input type="checkbox"/> ständige <input type="checkbox"/> gelegentliche Verstopfungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat <input type="checkbox"/> ständige <input type="checkbox"/> gelegentliche Durchfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihren Darm kontrollieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hat einen <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> suprapubischen Katheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Zeiten, zu denen Sie gewohnheitsmäßig die Toilette aufsuchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Neigt zu Infektionen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat einen Anus Praeter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfsmittel? (Vorlagen, Windelhosen, Katheter, Steckbecken, Toilettenstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kann <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl nicht selbständig benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfe beim Toilettengang?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kann Inkontinenzartikel nicht selbstständig handhaben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zur Regulierung von Blasen- und Darmfunktion?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Informationen (biografische Aspekte)							

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.	
				von					
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in		
				A	PD	S	P	IAP	
<b>7. Sich kleiden</b>	Braucht Hilfe bei der Kleiderauswahl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Kleidung tragen Sie gerne (auch Hausschuhe, Sonntagskleidung, Freizeitkleidung, Schmuck)?	Zieht sich wegen Desorientiertheit öfters aus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fehlende Einsicht für angemessene Kleidung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tagsüber?	Fehlende Einsicht für notwendigen Wäschewechsel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann Verschlüsse nicht handhaben	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts	Kann Kleidung nicht über Kopf ausziehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kann Kleidung nicht über Füße ausziehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewohnter Wäschewechsel:	Braucht Hilfe bei der Pflege der Wäsche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brauchen Sie Hilfe bei der Pflege Ihrer Wäsche? (Waschen, Bügeln...)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							
Weitere Informationen (biografische Aspekte)									

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.		
				von						
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in			
				A	PD	S	P	IAP		
<b>8. Ruhen und Schlafen</b>		Hat <input type="checkbox"/> Einschlaf- <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Von wann bis wann schlafen Sie üblicherweise nachts?		Hat <input type="checkbox"/> psychische <input type="checkbox"/> krankheitsbedingte Schlafstörungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halten Sie regelmäßig Mittagsschlaf?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Hat gestörten Tag-Nacht-Rhythmus		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es Besonderheiten, die zu beachten sind (Unruhe, Tag-, Nacht-Umkehr, Geräuschempfindlichkeit)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente zum Schlafen?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Gewohnheiten (Belüftung, Beleuchtung)?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Informationen (biografische Aspekte)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)	Pflegedienst	Erstellt am	Lfd. Nr.			
		von				
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	Hilfebedarf	versorgt durch			dokumentiert in	
		A	PD	S	P	IAP
<b>9. Sich beschäftigen</b>	Strukturierung des Tagesablaufs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Beruf haben Sie gearbeitet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Womit haben Sie sich gerne beschäftigt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sah Ihr Tagesablauf aus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche Hobbies haben Sie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Informationen (biografische Aspekte)						

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.		
				von						
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in			
				A	PD	S	P	IAP		
<b>10. Sich als Mann / Frau fühlen</b>		Hilfe bei <input type="checkbox"/> Nassrasur <input type="checkbox"/> Trockenrasur <input type="checkbox"/> Bartpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bevorzugen Sie gleichgeschlechtliche Pflegeperson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kann Schmuck nicht selbst anlegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tragen Sie Schmuck?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kann Make-up nicht selbst auflegen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Kann Frisur nicht selbst herrichten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verwenden Sie Make-up?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Welche Haar- und ggf. Barttracht bevorzugen Sie?										
Weitere Informationen (biografische Aspekte)										

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.	
				von					
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in		
				A	PD	S	P	IAP	
<b>11. Für eine sichere Umgebung sorgen</b>		Benötigt Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Mobilität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Benötigt <input type="checkbox"/> Hilfestellung <input type="checkbox"/> Anleitung bei Handhabung der Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wünschen Sie ein Bettgitter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Kann Gefahren nicht einschätzen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie Hilfe herbeirufen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<b>Selbstgefährdung durch:</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finden Sie sich in der Häuslichkeit ohne Hilfe zurecht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gefahrmissachtung <input type="checkbox"/> Weglaufen <input type="checkbox"/> Stolperfallen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Weitere Informationen (biografische Aspekte)</b>		<input type="checkbox"/> schlechte Beleuchtung <input type="checkbox"/> ungünstige Raumgestaltung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Medikamenteneinnahme muss überwacht werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst		Erstellt am				Lfd. Nr.		
				von						
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten		Hilfebedarf		versorgt durch			dokumentiert in			
				A	PD	S	P	IAP		
<b>12. Soziale Bereiche des Lebens sichern</b>		Benötigt Aktivierung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu welchen Verwandten, Bekannten pflegen Sie Kontakt?		Benötigt Hilfe bei der Kontaktpflege		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Personen, zu denen Sie keinen Kontakt wünschen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es Zeiten, zu denen Sie keinen Besuch wünschen?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es weitere soziale Kontakte wie Vereine, Kirchengemeinde, bestimmter Geistlicher?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Kontakte selbstständig herstellen?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Informationen (biografische Aspekte)</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)		Pflegedienst	Erstellt am				Lfd. Nr.	
			von					
<b>Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten</b>		<b>Hilfebedarf</b>		versorgt durch			dokumentiert in	
				A	PD	S	P	IAP
<b>13. Mit existenziellen Fragen des Lebens umgehen</b>		Kann <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Behinderung nicht akzeptieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Wünsche zur Betreuung in der Sterbephase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Leidet an Verlust von:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ist misstrauisch gegen:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat Angst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wer soll Sie in dieser Zeit versorgen?		Hat Schmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Leidet unter unbewältigten Lebenserfahrungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Informationen (biografische Aspekte)</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Vermisst:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hat Sorge um:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)	Pflegedienst	Erstellt am	Lfd. Nr.		
		von			
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	Hilfebedarf	versorgt durch		dokumentiert in	
		A	PD	S	P IAP
Weitere biografische Daten					

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan

Klient(in) /Patient(in)	Pflegedienst	Erstellt am	Lfd. Nr.	
		von		
Ressourcen, Wünsche, Gewohnheiten	Hilfebedarf	versorgt durch		dokumentiert in
		A	PD	S
Beratung im Rahmen des Erstgesprächs	Leistungen des Pflegedienstes			
	Leistungen Dritter			
	Einsatz von Hilfsmitteln			
Sonstiges				

Legende: A= Angehörige, Nachbarn, Freunde | PD = Pflegedienst | S = Sonstige ( z. B. Krankengymnastik, Logopäde etc.) | P = Pflegeplanung | IAP = Individueller Ablaufplan



Klient(in) / Patient(in)	Pflegedienst	Jahr	lfd. Nr.

Datum/ HZ	AEDL	Fähigkeiten (1) Ressourcen (2) Problembeschreibung (3)	Pflegeziel / Evaluationsdatum	Versorgung durch			Datum der Evaluation (1) Hinweis auf Veränderung (2)	HZ
				PD	A <sup>1</sup>	S		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Legende: HZ = Handzeichen, PD = Pflegedienst, A = Angehörige, S = Sonstige, Spalte Evaluation / Veränderung P = Pflegeplanung, IAP = individueller Ablaufplan, k = keine Veränderung

<sup>1</sup> Angehörige Nachbarn, Freunde





## Musterdokumentation für die ambulante Pflege

### IMPRESSUM

Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,  
Familie und Frauen Rheinland-Pfalz  
Referat für Reden und Öffentlichkeitsarbeit  
Bauhofstraße 9  
55116 Mainz  
[www.masgff.rlp.de](http://www.masgff.rlp.de)  
[www.menschen-pflegen.de](http://www.menschen-pflegen.de)



Verfasserin: Arbeitsgruppe Bürokratie in der Pflege Rheinland-Pfalz

Fickus, Gudrun (bpa - Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)  
Ihrig-Schöneck, Sieglinde (Ökumenische Sozialstation Frankenthal)  
Dr. Canzler, Martin (MDK-Rheinland-Pfalz)  
Roczynski, Manuela (AOK Direktion Eisenberg)  
Menn, Andrea (Diakonisches Werk Pfalz)  
Spitaler, Gabi (ASB Landesverband Rheinland-Pfalz)  
Grimm, Christian (Senioren pension Grimm)  
Böning, Anneliese (Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung,  
Zweigstelle Koblenz)

Gestaltung: Arbeitsgruppe Bürokratie in der Pflege

2. Auflage Januar 2011

**Bitte beachten Sie den folgenden Hinweis zu den Nutzungsrechten:**

Die Rechte an der Musterdokumentation liegen beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Eine Nutzung der Musterdokumentation zu nicht kommerziellen Zwecken durch Dritte ist zulässig. In diesem Fall muss deutlich auf die Herkunft der Formulare hingewiesen werden. Eine Veröffentlichung durch Dritte bedarf der vorherigen Zustimmung des Ministeriums. Eine Nutzung der Musterdokumentation zu kommerziellen Zwecken (gegen Entgelt) ist unzulässig.

Diese Druckschrift wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Landesregierung Rheinland-Pfalz herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch Wahlbewerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Kommunal-, Landtags-, Bundestags- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Landesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden.

# Typische Risikofaktoren und Interventionsmaßnahmen bei Suizidalität

## NGASR-Skala

Risikofaktoren	Punkte
Vorhandensein, Einfluss von Hoffnungslosigkeit	3
Kürzlich eingetretene mit Stress verbundene Lebensereignisse	1
Deutliche Hinweise auf Stimmenhören, Verfolgungsideen	1
Deutliche Hinweise auf Depression, Verlust von Interesse oder Verlust von Freude	3
Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1
Äußerung von Suizidabsichten	1
Deutliche Hinweise auf einen Plan zur Suizidausführung	3
Familiengeschichte von ernsthaften psychiatrischen Problemen o. Suizid	1
Kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
Vorliegen einer psychotischen Störung	1
Witwenschaft, Witwerschaft	1
Frühere Suizidversuche	3
Vorliegen schlechter sozioökonomischer Verhältnisse	1
Vorliegen von Alkohol- oder anderem Substanzmissbrauch	1
Bestehen einer terminalen Krankheit	1
Mehrere psychiatrische Klinikaufenthalte in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	1
<b>SUMME</b>	

## Bewertung

4 Punkte oder weniger: niedriges Risiko

5 – 8 Punkte: mäßiges Risiko

9 – 11 Punkte: hohes Risiko

12 und mehr Punkte: sehr hohes Risiko

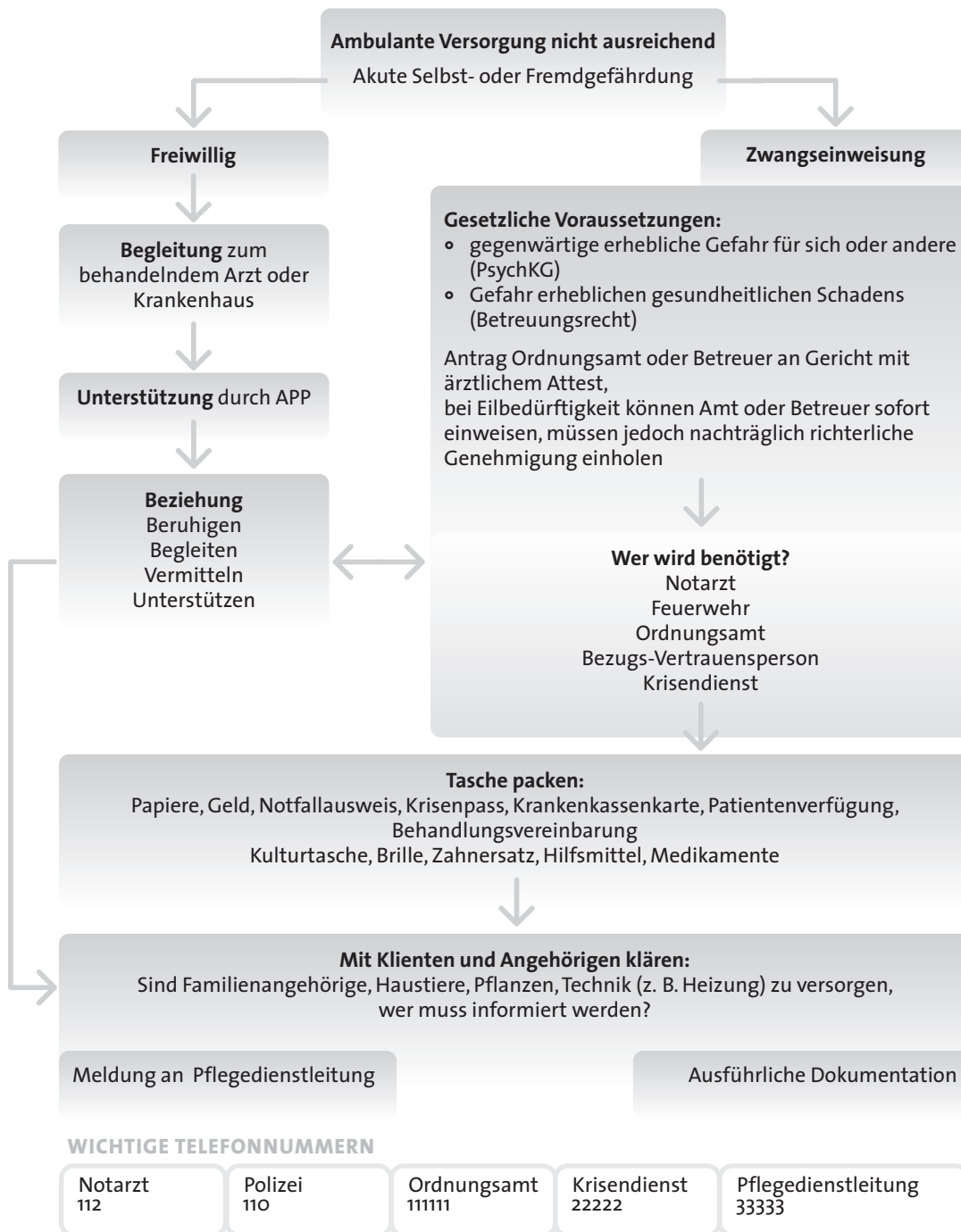
## Subjektive pflegerische Einschätzung des Suizidrisikos

Wie groß ist nach Ihrer subjektiven, gefühlsmäßigen, intuitiven Einschätzung das Suizidrisiko?

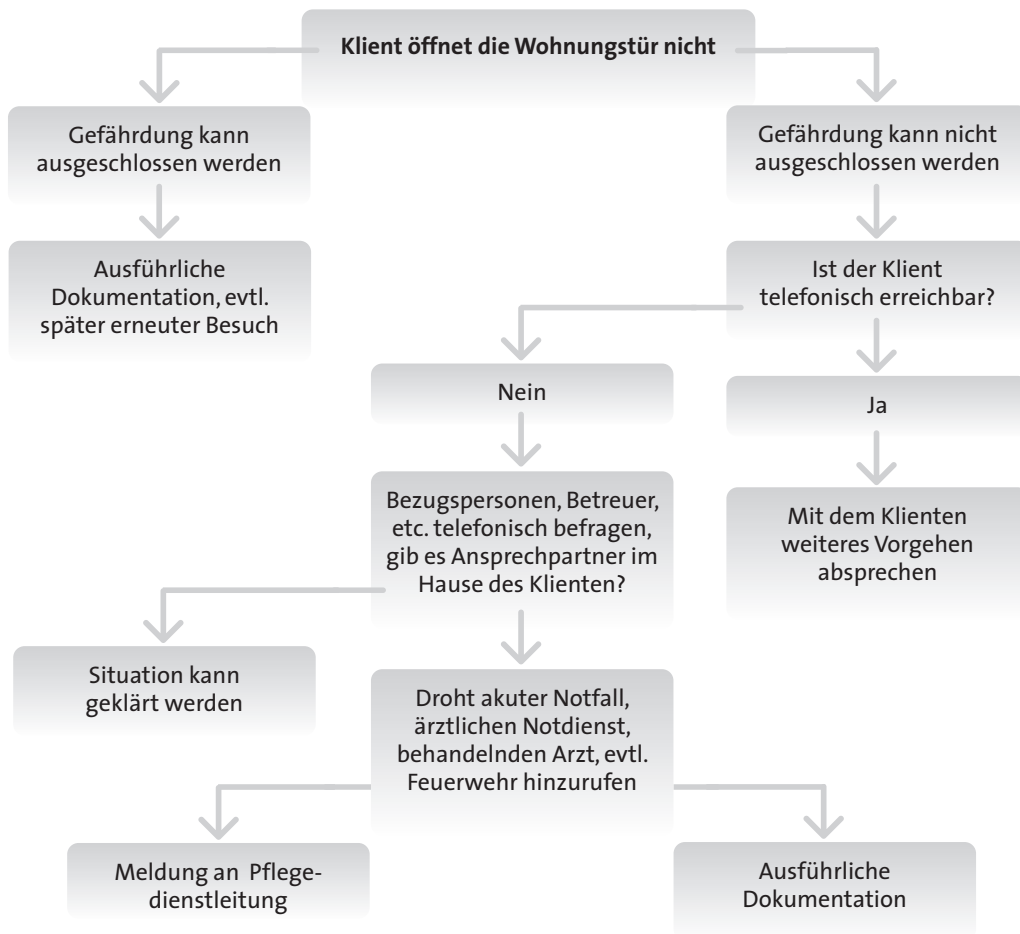
Bitte markieren:



# Klinikeinweisung veranlassen oder nicht?



# Was tun, wenn der Klient nicht öffnet?



## WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Notarzt  
112

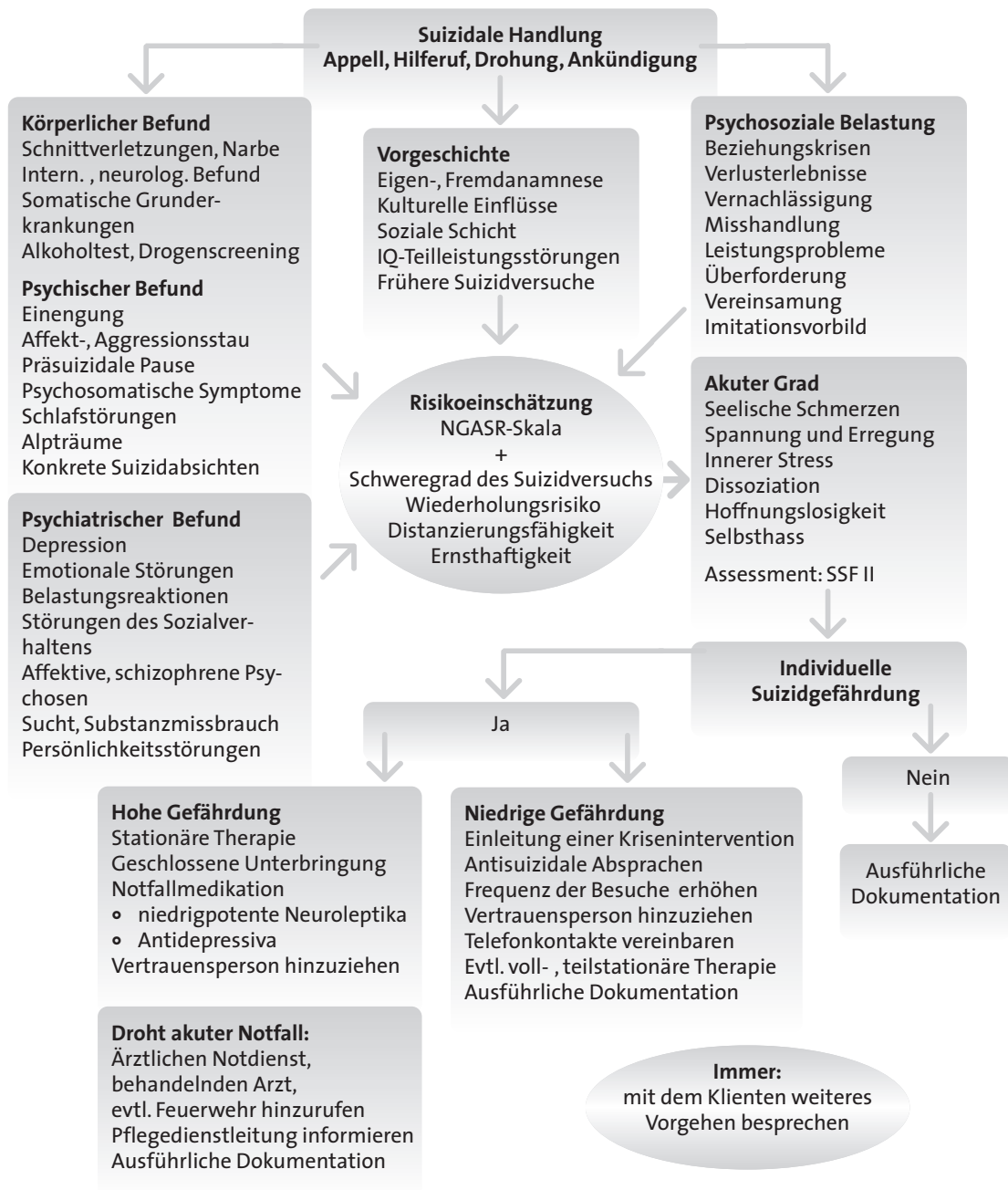
Polizei  
110

Ordnungsamt  
11111

Krisendienst  
22222

Pflegedienstleitung  
33333

# Was ist bei Suizidalität zu tun?



## WICHTIGE TELEFONNUMMERN

Notarzt 112	Polizei 110	Ordnungsamt 11111	Krisendienst 2222	Pflegedienstleitung 3333
----------------	----------------	----------------------	----------------------	-----------------------------

Gesundheitsparameter		Grün	Rot	Vorgeschlagene Interventionen bei erhöhtem Risiko (Details siehe Handbuch)
Laborwerte	<b>1.1 Leberfunktion</b> GOT: .....U/l GPT: .....U/l Alk Phos:.....U/l γ-GT: .....U/l	<input type="checkbox"/> GOT: 10 – 35 U/l <input type="checkbox"/> GPT: 10 – 35 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: 35 – 104 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: 5 – 39 U/l	<input type="checkbox"/> GOT: > 35 U/l <input type="checkbox"/> GPT: > 35 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: < 35 od. > 104 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: < 5 od. > 39 U/l	<input type="checkbox"/> Alkoholstatus und Lebererkrankungen in der Anamnese überprüfen <input type="checkbox"/> Wenn Blutwerte leicht abnorm, Test nach 6 Mt. wiederholen <input type="checkbox"/> Beratung zu Reduktion von Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Überweisung an HA
	<b>1.2 Lipide</b> Cholesterin: .....mmol/l LDL-C: .....mmol/l HDL-C: .....mmol/l TG: .....mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterin: ≤ 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: ≤ 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: > 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: ≤ 2.0 mmol/l <input type="checkbox"/> Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: ≤ 4,5 mmol/l LDL-C ≤ 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterin: > 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: > 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: ≤ 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: > 2.0 mmol/l <input type="checkbox"/> Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: > 4,5 mmol/l LDL-C > 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Beratung zu Ernährung, Gewichts- und Kalorienreduktion <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Überweisung an HA (medikamentöse Therapie), Überprüfung nach 6 Monaten)
	<b>1.3 Blutzucker</b> HbA1c: .....%	<input type="checkbox"/> HbA1c: 4.8 – 5.9% Zielwert bei Diabetes mellitus: < 7% (nüchtern Glucose: 3.9 - 5.6mmol/l)	<input type="checkbox"/> HbA1c: ≥ 6% Patienten mit Diabetes mellitus: ≥ 7% (nü Gluc: < 3.8 mmol/l od. > 5.6 mmol/l)	<input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt oder Diabetologe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung / Diabetessprechstunde <input type="checkbox"/> Beratung (Ernährung, Bewegung, Insulinhandhabung) <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben
Vitalzeichen / Gewicht	<b>2.1 Puls</b> .....Min	<input type="checkbox"/> 60-100 Schläge/Minute rhythmisch	<input type="checkbox"/> < 60 od. > 100 Schläge/Minute Arrhythmie	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen / überprüfen <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG)
	<b>2.2 Blutdruck</b> ...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> < 140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: < 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> ≥ 140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: ≥ 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen (Verlauf) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG / BE / Ursache abklären) <input type="checkbox"/> Beratung zu Gewichtsreduktion, Bewegung, Salzreduktion
	<b>2.3 Temperatur</b> .....°C	<input type="checkbox"/> 35,8° – 37,3° C	<input type="checkbox"/> < 35,8° <input type="checkbox"/> > 37,3	<input type="checkbox"/> Ursache abklären/behandeln <input type="checkbox"/> Bei Behandlung mit Clozapin: notfallmässig Blutbild bestimmen, Überweisung Psychiater <input type="checkbox"/> Weitere Abklärung/Behandlung der Ursache durch HA / Internisten
	<b>2.4 Gewicht</b> .....kg BMI: ..... Bauchumfang:.....cm	<input type="checkbox"/> 18.5-24.99 <input type="checkbox"/> < 80 cm	<input type="checkbox"/> < 18.5 <input type="checkbox"/> ≥ 25 <input type="checkbox"/> ≥ 80 cm	<input type="checkbox"/> Beratung und Unterstützung zu Ernährung und Bewegung <input type="checkbox"/> Überweisung an Ernährungsberatung, Gewichts-/Bewegungs-/Ernährungsgruppe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Psychiater zur weiteren Abklärung
Ärztliche	<b>3.1 Augenärztliche Kontrolle</b>	<input type="checkbox"/> < 40 Jahre alt: ≤ 2 Jahre	<input type="checkbox"/> ≥ 40 Jahre alt: > 2 Jahre	<input type="checkbox"/> Information/Beratung <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt
	<b>3.2 Zahnkontrolle</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 12 Monate	<input type="checkbox"/> > 12 Monate	<input type="checkbox"/> Beratung Zahnpflege, Ernährung, ungesüsste Kaugummi <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt/Dentalhygiene <input type="checkbox"/> Unterstützung im finanziellen Prozedere
	<b>3.3 Zervikalabstrich</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 3 Jahre (25-50 j.) ≤ 5 Jahre (50-64 j.)	<input type="checkbox"/> > 3 Jahre (25-50 j.) > 5 Jahre (50-64 j.)	<input type="checkbox"/> Überweisung Gynäkologe oder Frauenpoliklinik <input type="checkbox"/> Begleitung organisieren oder anbieten
Selbstuntersuchung (SU)	<b>4.1 SU Füsse</b>	<input type="checkbox"/> Regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Keine regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Beratung zu Fusspflege, Fussbad, Hornhautobel, Nägelschneiden, Cremes <input type="checkbox"/> Überweisung Podologie: Diabetiker/Menschen, welche Mühe haben, Füsse zu erreichen <input type="checkbox"/> Unterstützen im finanziellen Prozedere
	<b>4.2 SU Brüste</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 1x pro Monat	<input type="checkbox"/> < 1x/Monat	<input type="checkbox"/> Risikofaktoren erheben, Informieren über Früherkennung <input type="checkbox"/> Broschüre zur Selbstuntersuchung abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung Gynäkologe / Frauenpoliklinik
	<b>4.3 Menstruation</b>	<input type="checkbox"/> Menstruationszyklus 24 - 35 Tage <input type="checkbox"/> keine Blutung nach Menopause	<input type="checkbox"/> Unregelmässig / Keine < 24 Tage Abstand > 35 Tage Abstand <input type="checkbox"/> Blutung nach Menopause	<input type="checkbox"/> Kalender abgeben zum Eintragen des Zyklus <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Gynäkologe / Frauenpoliklinik
Aktivitäten des täglichen Lebens	<b>5.1 Ernährung:</b> Gemüse /Früchte Fettkonsum	<input type="checkbox"/> > 2 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> < 3 Portion Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> ≤ 2 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> ≥ 3 Portionen Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu ausgeglichener Ernährung, Menü- und Einkaufsplanung <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung (mit ärztlicher Verordnung) <input type="checkbox"/> Überweisung in Ernährungs- oder Kochgruppe <input type="checkbox"/> Broschüre abgeben
	<b>5.2 Trinkmenge</b>	<input type="checkbox"/> 1-3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag > 3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag (ohne Alkohol): auf Zeichen von Austrocknung achten <input type="checkbox"/> Beratung, mindestens 1-2 Liter/Tag trinken, bei Sport oder hohen Temperaturen mehr. <input type="checkbox"/> > 3 Liter/Tag: Gewichtszunahme, Oedeme, BD, BZ überprüfen. <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt.
	<b>5.3 Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> Keine Obstipation kein Durchfall kein Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Durchfall / Obstipation Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Information über Ernährung, Bewegung, Flüssigkeitsaufnahme (Obstipation) <input type="checkbox"/> Laxantien: Füll- und Quellstoffe mit genügend Flüssigkeit, Reizstoffe max. 7-10 Tage <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Information über Diät, isotonische Getränke (Diarrhoe) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.4 Wasserlösen</b>	<input type="checkbox"/> 1-2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag > 2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> Fragen nach Beschwerden beim Wasser lösen, Beurteilen der Störung <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.5 Bewegung</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 30 min./Tag an ≥ 4 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/> < 30 min./Tag an < 4 Tagen der Woche	<input type="checkbox"/> Grund abklären <input type="checkbox"/> Beratung zu Bewegung in Alltag integrieren <input type="checkbox"/> Überweisung in Bewegungsgruppe
	<b>5.6 Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> 6-8 h pro Nacht	<input type="checkbox"/> < 6h pro Nacht <input type="checkbox"/> > 8h pro Nacht	<input type="checkbox"/> Schlafanamnese erheben <input type="checkbox"/> Beratung bezüglich Schlafhygiene <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt zur weiteren Abklärung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater
Noxen	<b>6.1 Koffeinkonsum</b>	<input type="checkbox"/> < 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu Wirkung und Empfehlung einer langsamen Reduktion des Kaffeekonsums
	<b>6.2 Alkoholkonsum</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 20g Alkohol	<input type="checkbox"/> > 20g Alkohol pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung, Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Motivation zum Entzug (Keine unbegleiteten Entzüge !!!) <input type="checkbox"/> Überweisung an Entzugsklinik oder Alkoholberatungsstelle
	<b>6.3 Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Rauchen / Passivrauchen	<input type="checkbox"/> Infobroschüren abgeben <input type="checkbox"/> Beratung: Bereitschaft aufzuhören, Rauchstopp tag vereinbaren, Strategien erarbeiten <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt zur medikamentösen Begleitung <input type="checkbox"/> Überweisung Rauchstoppprogramm oder Rauchstopp telefon
	<b>6.4 Cannabiskonsum</b>	<input type="checkbox"/> Kein Cannabis Konsum	<input type="checkbox"/> Gelegentlich / Regelmässig	<input type="checkbox"/> Information und Beratung zur Wirkung von Cannabis <input type="checkbox"/> Prüfen, ob Patient bereit ist, den Konsum zu reduzieren. <input type="checkbox"/> Information über die Angebote des Contact Netz, Bern
Sexualität	<b>7.1 Safer Sex</b>	<input type="checkbox"/> Immer geschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Inkonsequent geschützt oder ungeschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Beratung: Schwangerschaft, psychische Erkrankung und Medikamente, Verhütung <input type="checkbox"/> Beratung zu Ansteckungsgefahren und Safer – Sex. <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Gynäkologen
	<b>7.2 Sexuelle Zufriedenheit</b>	<input type="checkbox"/> Eher ja oder ja	<input type="checkbox"/> Eher nein oder nein	<input type="checkbox"/> Ursachen klären / Beratung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Psychologe, Sexualtherapeut, Gynäkologe oder Hausarzt <input type="checkbox"/> Online-Sexualberatung: www.lilli.ch <input type="checkbox"/> Anmeldung in Workshop „Sexualität“ der UPD

Bemerkungen:

Gesundheitsparameter		Grün	Rot	Vorgeschlagene Interventionen bei erhöhtem Risiko (Details siehe Handbuch)
Laborwerte	<b>1.1 Leberfunktion</b> GOT: .....U/l GPT: .....U/l AlkPhos:.....U/l γGT: .....U/l	<input type="checkbox"/> GOT: 10 – 50U/l <input type="checkbox"/> GPT: 10 – 50 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: 40 – 129 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: 10 – 66 U/l	<input type="checkbox"/> GOT: > 50 U/l <input type="checkbox"/> GPT: > 50 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: < 40 od. > 129 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: < 10 od. > 66U/l	<input type="checkbox"/> Alkoholstatus und Lebererkrankungen in der Anamnese überprüfen <input type="checkbox"/> Wenn Blutwerte leicht abnorm, Test nach 6 Mt. wiederholen <input type="checkbox"/> Beratung zu Reduktion von Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Überweisung an HA
	<b>1.2 Lipide</b> Cholesterin: .....mmol/l LDL-C: .....mmol/l HDL-C: .....mmol/l TG: .....mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterin: ≤ 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: ≤ 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: > 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: ≤ 2.0 mmol/l <input type="checkbox"/> Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: ≤ 4,5 mmol/l LDL-C ≤ 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterin: > 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: > 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: ≤ 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: > 2.0 mmol/l <input type="checkbox"/> Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: > 4,5 mmol/l LDL-C > 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Beratung zu Ernährung, Gewichts- und Kalorienreduktion <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungberatung <input type="checkbox"/> Überweisung an HA (medikamentöse Therapie), Überprüfung nach 6 Monaten
	<b>1.3 Blutzucker</b> HbA1c: .....%	<input type="checkbox"/> HbA1c: 4.8 – 5.9% Zielwert bei Diabetes mellitus: < 7% (nüchtern Glucose: 3.9 - 5.6mmol/l)	<input type="checkbox"/> HbA1c: ≥ 6% Patienten mit Diabetes mellitus: ≥ 7% (nü Gluc: < 3.8 mmol/l od. > 5.6mmol/l)	<input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt oder Diabetologe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung /Diabetessprechstunde <input type="checkbox"/> Beratung (Ernährung, Bewegung, Insulinhandhabung) <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben
Vitalzeichen / Gewicht	<b>2.1 Puls</b> .....Min	<input type="checkbox"/> 60-100 Schläge/Minute rhythmisch	<input type="checkbox"/> < 60 od. > 100 Schläge/Minute Arrhythmie	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen / überprüfen <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG)
	<b>2.2 Blutdruck</b> ...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> < 140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: < 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> ≥140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: ≥ 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen (Verlauf) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG / BE / Ursache abklären) <input type="checkbox"/> Beratung zu Gewichtsreduktion, Bewegung, Salzreduktion
	<b>2.3 Temperatur</b> .....°C	<input type="checkbox"/> 35,8° – 37,3° C	<input type="checkbox"/> < 35,8°C <input type="checkbox"/> > 37,3°C	<input type="checkbox"/> Ursache abklären/behandeln <input type="checkbox"/> Bei Behandlung mit Clozapin: notfallmässig Blutbild bestimmen, Überweisung Psychiater <input type="checkbox"/> Weitere Abklärung/Behandlung der Ursache durch HA / Internisten
	<b>2.4 Gewicht</b> .....kg BMI: ..... Bauchumfang:.....cm	<input type="checkbox"/> 18.5-24.99 <input type="checkbox"/> < 94 cm	<input type="checkbox"/> < 18.5 <input type="checkbox"/> ≥ 25 <input type="checkbox"/> ≥ 94 cm	<input type="checkbox"/> Beratung und Unterstützung zu Ernährung und Bewegung <input type="checkbox"/> Überweisung an Ernährungsberatung, Gewichts-/Bewegungs-/Ernährungsgruppe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Psychiater zur weiteren Abklärung
Ärztliche	<b>3.1 Augenärztliche Kontrolle</b>	<input type="checkbox"/> < 40 Jahre alt: ≤ 2 Jahre	<input type="checkbox"/> ≥ 40 Jahre alt: > 2 Jahre	<input type="checkbox"/> Information/Beratung <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt
	<b>3.2 Zahnkontrolle</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 12 Monate	<input type="checkbox"/> >12 Monate	<input type="checkbox"/> Beratung Zahnpflege, Ernährung, ungesüsste Kaugummi <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt/Dentalhygiene <input type="checkbox"/> Unterstützung im finanziellen Procedere
	<b>3.4 Prostata Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/> (<50 jährige): ≤ 2 Jahre	<input type="checkbox"/> (>50 jährige): >2 Jahre	<input type="checkbox"/> Überweisung zur Untersuchung Prostata an Hausarzt oder Urologen
Selbstuntersuchung	<b>4.1 SU Füsse</b>	<input type="checkbox"/> Regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Keine regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Beratung zu Fusspflege, Fussbad, Hornhautobel, Nägelschneiden, Cremes <input type="checkbox"/> Überweisung Podologie: Diabetiker/Menschen, welche Mühe haben, Füsse zu erreichen <input type="checkbox"/> Unterstützen im finanziellen Procedere
	<b>4.2 SU Brüste</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 1x/Monat	<input type="checkbox"/> < 1x/Monat	<input type="checkbox"/> Information über Brustkrebs-Früherkennung bei Männern <input type="checkbox"/> Broschüre zur Selbstuntersuchung abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung Urologe
	<b>4.4 SU Hoden</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 1x/Monat	<input type="checkbox"/> < 1x/Monat	<input type="checkbox"/> Infobroschüre zur Selbstuntersuchung abgeben <input type="checkbox"/> Bei jeder Veränderung Überweisung Urologe
Aktivitäten des täglichen Lebens	<b>5.1 Ernährung:</b> Gemüse /Früchte Fettkonsum	<input type="checkbox"/> > 2 Portionen/Tag <input type="checkbox"/> < 3 Portion Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> ≤ 2 Portionen/Tag <input type="checkbox"/> ≥ 3 Portionen Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu ausgeglichener Ernährung, Menü- und Einkaufsplanung <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung (mit ärztlicher Verordnung) <input type="checkbox"/> Überweisung in Ernährungs- oder Kochgruppe <input type="checkbox"/> Broschüre abgeben
	<b>5.2 Trinkmenge</b>	<input type="checkbox"/> 1-3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag >3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag (ohne Alkohol): auf Zeichen von Austrocknung achten <input type="checkbox"/> Beratung, mindestens 1-2 Liter/Tag trinken, bei Sport oder hohen Temperaturen mehr. <input type="checkbox"/> >3 Liter/Tag: Gewichtszunahme, Oedeme, BD, BZ überprüfen. <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt.
	<b>5.3 Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> Keine Obstipation / kein Durchfall, kein Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Durchfall / Obstipation Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Information über Ernährung, Bewegung, Flüssigkeitsaufnahme (Obstipation) <input type="checkbox"/> Laxantien: Füll- und Quellstoffe mit genügend Flüssigkeit, Reizstoffe max. 7-10 Tage <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Information über Diät, isotonische Getränke (Diarrhoe) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.4 Wasserlösen</b>	<input type="checkbox"/> 1-2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag > 2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> Fragen nach Beschwerden beim Wasser lösen, Beurteilen der Störung <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.5 Bewegung</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 30 min./Tag an ≥ 4 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/> < 30 min./Tag an < 4 Tagen proWoche	<input type="checkbox"/> Grund abklären <input type="checkbox"/> Beratung zu Bewegung in Alltag integrieren <input type="checkbox"/> Überweisung in Bewegungsgruppe
	<b>5.6 Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> 6-8 h pro Nacht	<input type="checkbox"/> < 6h pro Nacht <input type="checkbox"/> > 8h pro Nacht	<input type="checkbox"/> Schlafanamnese erheben <input type="checkbox"/> Beratung bezüglich Schlafhygiene <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt zur weiteren Abklärung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater
Noxen	<b>6.1 Koffeinkonsum</b>	<input type="checkbox"/> < 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu Wirkung und Empfehlung einer langsamen Reduktion des Kaffeekonsums
	<b>6.2 Alkoholkonsum</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 40g Alkohol	<input type="checkbox"/> > 40g Alkohol pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung, Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Motivation zum Entzug (Keine unbegleiteten Entzüge !!!) <input type="checkbox"/> Überweisung an Entzugsklinik oder Alkoholberatungsstelle
	<b>6.3 Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Rauchen / Passivrauchen	<input type="checkbox"/> Infobroschüren abgeben <input type="checkbox"/> Beratung: Bereitschaft aufzuhören, Rauchstopp tag vereinbaren, Strategien erarbeiten <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt zur medikamentösen Begleitung <input type="checkbox"/> Überweisung Rauchstoppprogramm oder Rauchstopptelefon
	<b>6.4 Cannabiskonsum</b>	<input type="checkbox"/> Kein Cannabis Konsum	<input type="checkbox"/> Gelegentlich / Regelmässig	<input type="checkbox"/> Information und Beratung zur Wirkung von Cannabis <input type="checkbox"/> Prüfen, ob Patient bereit ist, den Konsum zu reduzieren. <input type="checkbox"/> Information über die Angebote des Contact Netz, Bern
Sexualität	<b>7.1 Safer Sex</b>	<input type="checkbox"/> Immer geschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Inkonsequent geschützt oder ungeschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Beratung: Schwangerschaft, psychische Erkrankung und Medikamente, Verhütung <input type="checkbox"/> Beratung zu Ansteckungsgefahren und Safer – Sex. <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Urologen
	<b>7.2 Sexuelle Zufriedenheit</b>	<input type="checkbox"/> Eher ja oder ja	<input type="checkbox"/> Eher nein oder nein	<input type="checkbox"/> Ursachen klären / Beratung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Psychologe, Sexualtherapeut, Urologe oder Hausarzt <input type="checkbox"/> Online-Sexualberatung: www.lilli.ch <input type="checkbox"/> Anmeldung in Workshop „Sexualität“ der UPD

Bemerkungen:

---

**Gesundheitsförderungsprofil**  
**Psychiatrie**  
**GEP<sup>PSY</sup>**  
**Handbuch**

---

Korrigierte Auflage September 2012

Projekt Körperliche Gesundheit

Sulin Bänziger

Christoph Abderhalden



# Gesundheitsförderungsprofil

## Psychiatrie

**GEP<sup>PSY</sup>**

## Handbuch

Projekt Körperliche Gesundheit

Sulin Bänziger

Christoph Abderhalden (Hrsg.)

Projekt Körperliche Gesundheit  
Sulin Bänziger, Christoph Abderhalden (Hrsg.)

**Instrument zur Erfassung von körperlichen Gesundheitsrisiken: Handbuch**

Bestelladresse:

Gesundheitsprofil GEP<sup>PSY</sup>

*c/o Abteilung Forschung / Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,  
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60  
E-Mail: [anna.hegedues@gef.be.ch](mailto:anna.hegedues@gef.be.ch)*

*Verlag Abteilung Forschung/Entwicklung Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern,  
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60*

1. Auflage, September 2011

### **Projektgruppe Körperliche Gesundheit**

Zwischen Januar und August 2011 arbeitete die Projektgruppe an der Übersetzung, Anpassung und Einführung des Fragebogens „Health Improvement Profile (HIP)“ zum „Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie GEP<sup>PSY</sup>“. Parallel dazu wurde das vorliegende Handbuch verfasst.

### **Kontaktadresse**

*Dr. Christoph Abderhalden, Forschungsstelle Pflege und Pädagogik, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60, E-Mail: [abderhalden@puk.unibe.ch](mailto:abderhalden@puk.unibe.ch)*

### **Dank**

Die Entwicklung des Gesundheitsförderungsprofils GEP<sup>PSY</sup> wurde von folgenden Personen besonders unterstützt:

Projektgruppe „Körperliche Gesundheit“:

Annina Sahli

Regina Bucher

Edith Hürlimann

Markus Eisendraut

Andreas Etzensberger

Stefanie Urech

Ruth Archer

Dank für Gegenlesen und kritische Rückmeldungen:

Eva Tola

Daniela Hubl

Christian Burr

Anna Hegedüs

Regine Steinauer

Funda Akkus

Katrin Kambli

Agnes Kocher

Bodil Eichmann

*Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Pflege und Pädagogik, CH*



## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>9</b>
<b>Anwendung des GEP<sup>PSY</sup></b> .....	<b>10</b>
Häufigkeit der Erfassung	10
Zuständigkeit	10
Vorgehen	10
<b>Die Gesundheitsparameter</b> .....	<b>13</b>
<b>1 Laborwerte</b> .....	<b>13</b>
1.1 Leberfunktion	13
1.2 Lipide	15
1.3 Blutzucker	17
<b>2 Körperliche-Untersuchung</b> .....	<b>19</b>
2.1 Puls	19
2.2 Blutdruck	21
2.3 Temperatur	23
2.4 Gewicht	25
<b>3 Medizinische Kontrollen</b> .....	<b>27</b>
3.1 Augenärztliche Kontrolle	27
3.2 Zahnkontrolle	29
3.3 Zervikalabstrich	31
3.4 Prostata Untersuchung	33
<b>4 Selbstuntersuchungen (SU)</b> .....	<b>35</b>
4.1 SU Füße	35
4.2 (SU) Brust	37
4.3 Menstruation	39
4.4 (SU) Hoden	41
<b>5 Aktivitäten des täglichen Lebens</b> .....	<b>43</b>
5.1 Ernährung	43
5.2 Trinkmenge	45
5.3 Stuhlgang	47
5.4 Wasserlösen	49
5.5 Bewegung	51
5.6 Schlaf	53
<b>6 Noxen</b> .....	<b>55</b>
6.1 Koffeinkonsum	55
6.2 Alkoholkonsum	57
6.3 Rauchen	59
6.4 Cannabiskonsum	61

<b>7</b>	<b>Sexualität</b> .....	<b>63</b>
7.1	Sicherer Sex	63
7.2	Sexuelle Zufriedenheit	65
	<b>Hintergrundinformationen</b> .....	<b>67</b>
	<b>Literatur</b> .....	<b>73</b>
	<b>GEP<sup>PSY</sup> – Frauen</b> .....	<b>77</b>
	<b>GEP<sup>PSY</sup> – Männer</b> .....	<b>79</b>

## Einleitung

Bei Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung ist die Prävalenz körperlicher Gesundheitsrisiken und bereits bestehender körperlicher Gesundheitsprobleme hoch.

Leider werden somatischen Begleiterkrankungen bei dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe häufig zu wenig beachtet und/oder nicht frühzeitig erkannt. Auch wird nur ein kleiner Teil der körperlichen Beschwerden, unter welchen Patienten<sup>1</sup> leiden, in der Krankengeschichte dokumentiert.

Im Kapitel „Hintergrundinformationen“ am Ende dieses Handbuches wird näher auf die Gründe und Auswirkung dieser Problematik mit den dazugehörenden Quellen eingegangen.

Von zahlreichen Autoren, welche Studien zur körperlichen Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durchführten, wird ein regelmässiges Screening der körperlichen Gesundheit dieser Population empfohlen. Im englischsprachigen Raum werden bereits verschiedene solche Erhebungsinstrumente angewandt.

Um diesen Erkenntnissen gerecht zu werden, entschied die Leitung der Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (Schweiz), ein regelmässiges Monitoring der körperlichen Gesundheit der ambulant und tagestationär behandelten Patienten einzuführen. Als Basis für dieses Monitoring dient der in Grossbritannien entwickelte Fragebogen „Health Improvement Profile“ (HIP).

Das Instrument HIP wurde in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (Schweiz) ins Deutsche übersetzt und in einem Praxisentwicklungsprojekt mit dem pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Basel auf schweizerische Verhältnisse angepasst. Daraus entstand das in diesem Handbuch beschriebene Instrument, das „Gesundheitsförderungsprofil Psychiatrie GEP<sup>PSY</sup>“.

Das Screening mit GEP<sup>PSY</sup> soll die Möglichkeit bieten, die spezifischen Risiken von Menschen mit schweren psychischen Störungen zu erkennen. Somit wird eine Grundlage für die pflegerische Beratung und interdisziplinäre Behandlung geschaffen.

Mit dem vorliegenden Handbuch werden die körperlichen Bereiche des Fragebogens genauer erläutert, damit sich Pflegende rasch und gezielt über die Inhalte der Fragebogen informieren können.

September 2011

---

<sup>1</sup> Obwohl aus Gründen der Lesbarkeit im Text die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben auf Angehörige beider Geschlechter.

## Anwendung des GEP<sup>PSY</sup>

Das Instrument umfasst 27 Gesundheitsthemen, unterteilt in Laborwerte, Körperliche Untersuchung, medizinische Kontrollen, Selbstuntersuchung, Aktivitäten des täglichen Lebens, Noxen und Sexualität. Im Kapitel „Gesundheitsparameter“ wird auf jeden einzelnen Gesundheitsbereich eingegangen. Es werden kurze Hintergrundinformationen beschrieben, die zu erhebenden Messungen oder Fragen aufgeführt und mögliche Interventionen benannt.

Der GEP<sup>PSY</sup>-Bogen ist geschlechterspezifisch. Es gibt somit je einen Fragebogen für Frauen und für Männer (s. Anhang). Die Bogen enthalten vier Spalten. In der ersten Spalte sind die Gesundheitsparameter aufgeführt. In dieser Spalte sind auch die erhobenen Werte des Patienten einzutragen. In der zweiten Spalte (grün) sind die dazugehörigen ziel-/normal-Werte und in der dritten Spalte (rot) die von der Norm oder Empfehlungen abweichenden Werte aufgelistet. Der erhobene Wert wird durch ankreuzen des jeweiligen Kästchens entweder der grünen oder der roten Spalte zugeordnet. In der vierten Spalte werden mögliche Interventionen zur Auswahl vorgeschlagen.

### Häufigkeit der Erfassung

Die Erfassung des vollständigen Fragebogens soll bei neu aufgenommenen Patienten innert der ersten zwei Wochen (ambulante Einheiten: innerhalb der ersten zwei Monate) und danach einmal pro Jahr durchgeführt werden. Davon abgeleitet sollen neben den Interventionen auch individuell häufigere Nachkontrollen, z.B. einzelner Blutwerte, durchgeführt werden.

### Zuständigkeit

Ausgebildete Pflegefachkräfte führen das Screening durch.

Sozialarbeiter, Kunsttherapeuten, Psychologen, Ergotherapeuten werden gebeten, die Patienten, für welche sie verantwortlich sind, aktiv den Pflegenden zum jährlichen Screening zu überweisen.

Praktikanten werden nicht einbezogen. Studierende der Pflege im letzten Ausbildungsjahr können jedoch nach sorgfältiger Einführung das Screening auf Delegation durchführen.

Die Assistenzärzte in den Einheiten werden das Screening nicht selber durchführen, aber sie bekommen eine Kopie des Fragebogens, auf welchem zur Übersicht die Problembereiche markiert sind. Je nach Einheit und individueller Situation des Patienten werden direkt durch die Pflege zusätzlich Termine mit dem Hausarzt oder dem behandelnden Psychiater vereinbart, wie das heute schon teilweise üblich ist.

### Vorgehen

#### Vorbereitung

Sind keine aktuellen Laborwerte vorhanden, wird der zuständige Assistenzarzt gebeten, im Computerportal nachzusehen, ob die Blutwerte für GEP<sup>PSY</sup> (Lipide, Leberwerte, Glucose) innerhalb der vergangenen drei Monate erhoben wurden. Werte, welche während der Referenzfrist in Überweisungsdokumenten als „bland“ oder „in Ordnung“ bezeichnet wurden, werden nicht wiederholt, sondern als „grün“ gezählt. Der Assistenzarzt gibt auch an, welche zusätzlichen Messwerte (Blutbild, Kreatinin, Medikamentenspiegel...) er mit der gleichen Blutentnahme bestimmen möchte.

Der Patient wird über den Sinn und Zweck der Erhebung informiert und um sein Einverständnis gebeten. Ist das Einverständnis eingeholt, wird ein Termin für die Erhebung und falls nötig für die Blutentnahme vereinbart.

## **Erhebung**

Die zuständige Pflegefachperson führt die Befragung und die Messungen mit GEP<sup>PSY</sup> durch. Die erhobenen Werte werden entweder dem grünen oder dem roten Bereich zugeordnet. Während der Erhebung wird noch keine Beratung durchgeführt. Dieses Vorgehen ermöglicht eine effiziente Erhebung innerhalb eines realistischen Zeitbudgets. In welcher Art die Fragen gestellt werden, bleibt in der Kompetenz der Fachperson. Die Reihenfolge der gestellten Fragen innerhalb der Erhebung kann variiert werden.

## **Intervention**

Zu Bereichen, welche rot markiert sind (=erhöhtes Risiko), werden von GEP<sup>PSY</sup> evidenzbasierte Interventionen vorgeschlagen. Diese sind als Hinweise für mögliche Massnahmen zu verstehen. Ob und welche Massnahmen zur individuellen Patientensituation passen, entscheiden die zuständigen Pflegefachpersonen unter Einbezug des interdisziplinären Behandlungsteams aufgrund ihrer Expertise. Passende Interventionen werden angekreuzt, nach Priorität geplant und umgesetzt.

Interventionen können an die Bezugsperson, Studierende oder andere Teammitglieder delegiert werden.

Es werden vier Durchschläge oder Kopien des ausgefüllten GEP<sup>PSY</sup> Bogen gemacht. Einen Durchschlag erhält der Patient, die übrigen sind für den Assistenzarzt und die Patientendokumentation, sowie für externe Behandler (Hausarzt, externer Psychiater, Ernährungs-/Diabetesberatung), sowie für den Studienordner (Prävalenzstudie UPD; 2011) bestimmt.



## Die Gesundheitsparameter

### 1 Laborwerte

#### 1.1 Leberfunktion

##### Hintergrund

Eine erhöhte AP (Alkalische Phosphatase) deutet auf eine Gallenwegserkrankung hin. Die GOT (Glutamat-Oxalazetat-Transaminase) ist ein nichtleberspezifisches Enzym, welche u.a. auch bei Herz- und Skelettmuskelschäden erhöht sein kann. GGT (Gamma-Glutamyl-Transferase) ist bei Leber- und Gallenwegserkrankungen erhöht. Die GGT ist bei alkoholtoxischer Lebererkrankung typischerweise bis um das Dreifache erhöht, GOT > GPT. Die GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase) ist ein leberspezifisches Enzym, dessen Erhöhung mit der Anzahl geschädigten Leberzellen korreliert [1].

Über verschiedene Kontinente wurden wesentlich erhöhte Hepatitisraten von Menschen mit schweren psychischen Störungen, verglichen mit der Allgemeinbevölkerung, beschrieben. Hepatitis-Viren kommen bei Menschen mit schweren psychischen Störungen ungefähr 5 bzw. 11 Mal so häufig vor wie in der Allgemeinbevölkerung [2].

Antipsychotische Medikation kann Veränderungen der Leberenzyme verursachen. Hepatische Erkrankungen sollten früh erkannt werden, um weiteren ernsthaften Komplikationen vorzubeugen. Als stark abnorme Leberwerte wird mehr als das Doppelte der oberen Limite betrachtet [3].

##### Messung

Venöse Blutentnahme 1ml Serum, Patienten brauchen nicht nüchtern zu sein.

GEP<sup>PSY</sup> – rot:

GOT: Männer > 50 U/l, Frauen > 35 U/l

GPT: Männer > 50 U/l, Frauen > 35 U/l

Alkalische Phosphatase: Frauen < 35 od. > 104 U/l, Männer < 40 od. > 129 U/l

γ-GT: Frauen < 5 od. > 39 U/l, Männer < 10 od. > 66 U/l

##### Empfohlene Interventionen

Alkoholstatus und Lebererkrankungen in der Anamnese überprüfen

Wenn Blutwerte leicht abnorm sind, Test nach 6 Mt. wiederholen vor Überweisung

Überweisung an Hausarzt

Beratung zu Reduktion von Alkoholkonsum



## 1.2 Lipide

### Hintergrund

Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie sind schwerwiegende Risikofaktoren für Atherosklerose und damit für kardiovaskuläre Ereignisse und Schlaganfälle. Neben Gewichts- und Kalorienreduktion gehört die Pharmakotherapie von erhöhten Blutfettwerten daher zur modernen Basistherapie kardiovaskulärer und metabolischer Krankheiten (Medikamente wie Statine oder Fibrate).

High Density Lipoprotein (HDL): transportiert Cholesterin aus den Zellen zur Leber. Besonders bei Frauen gilt: je weniger HDL, desto mehr KHK (Koronare Herzkrankheit) -Ereignisse [4].

Besonders Clozapine (Leponex) und Olanzapine (Zyprexa) werden mit Hypercholesterinämie und Hypertriglyceridämie assoziiert. Eine Übersicht über die Blutfettwerte sollte für jeden Patienten mit Schizophrenie mindestens alle 2 Jahre vorliegen [5].

### Messung

Venöse Blutentnahme, 1ml Serum, morgens: Der Betroffene sollte 12 bis 14 Stunden vor der Blutabnahme nüchtern sein und 24 Stunden vorher keine schwere körperliche Arbeit (auch kein Sport) geleistet haben (<http://www.medizininfo.de/kardio/lipide/cholesterin.htm>, 15.5.2011).

GEP<sup>PSY</sup> – rot:

Cholesterin > 5.0 mmol/l

LDL-C: > 3.0 mmol/l

HDL-C: ≤ 1.0 mmol/l

TG: > 2.0 mmol/l

Patienten mit Diabetes mellitus

Cholesterin: > 4,5 mmol/l

LDL-C > 2,5 mmol/l

### Empfohlene Interventionen

Beratung zu Ernährung, Gewichts- und Kalorienreduktion

Überweisung Ernährungsberatung

Überweisung an HA (medikamentöse Therapie), Überprüfung nach 6 Monaten



### 1.3 Blutzucker

#### Hintergrund

Menschen mit schweren psychischen Störungen haben eine Diabetes mellitus-Rate von 11-13%, die Allgemeinbevölkerung eine von 3-7% [6, 7].

Atypische Neuroleptika und verschiedene Antidepressiva können den Blutzuckerstoffwechsel und damit das Diabetesrisiko für Patienten mit schweren psychischen Störungen erhöhen. Die American Diabetes Association und die American Psychiatric Association gaben die Empfehlung ab, vor und während der Therapie mit atypischen Neuroleptika alle Patienten auf Blutzucker und Lipidwerte zu testen [8, 9].

Eine Labordiagnostik kann über die Bestimmung der Glucose im Plasma vorgenommen werden. Gelegenheitsblutzucker oder Urinbestimmung sind zur Diagnostik nicht geeignet. Die Bestimmung des Hämoglobin A<sub>1c</sub> gibt Auskunft über den durchschnittlichen Glucosewert der vergangenen 2 Monate [1].

#### Messung

Wenn ein unauffälliger Nüchtern-Blutzucker oder HbA<sub>1c</sub> von den vergangenen 3 Monaten vorhanden ist, kann dieser Wert als „grün = kein erhöhtes Risiko“ übernommen werden.

Gemäss den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Endokrinologie und Diabetologie wird das HbA<sub>1c</sub> als Messwert bestimmt [10].

HbA<sub>1c</sub>: venöse Blutentnahme, 1ml EDTA-Blut, Patienten müssen nicht nüchtern sein.

GEP<sup>PSY</sup> – rot:

HbA<sub>1c</sub>: ≥ 6%, Patienten mit Diabetes mellitus: ≥ 7%

oder

Nüchtern Glucose: < 3.8 mmol/l od. > 5.6 mmol/l)

#### Empfohlene Interventionen

Überweisung an Hausarzt oder Diabetologen

Überweisung Psychiater zur Überprüfung der Medikamente

Überweisung Ernährungsberatung / Diabetessprechstunde

Edukation (Ernährung, Bewegung, Insulinhandhabung)

Diabetesbroschüren: [www.diabetesgesellschaft.ch](http://www.diabetesgesellschaft.ch)



## 2 Körperliche-Untersuchung

### 2.1 Puls

#### Hintergrund

Tachykardie: > 100 Herzschläge pro Minute. Ursache: U.a. Körperliche oder seelische Belastung, Fieber, Anämie, Hyperthyreose, Medikamente, Absetzen von Betablockern, übermässiger Genuss von Kaffee, Nikotin, Alkohol. Ursache abklären (Untersuchung, EKG, BE) und behandeln, bei Gesunden sonst keine Behandlung. Bei Kindern ist ein erhöhter Puls physiologisch.

Bradykardie: Definition < 60 Herzschläge pro Minute. Bei jungen und alten Menschen sowie Sportlern können nächtliche Frequenzabfälle bis 40/Min. physiologisch sein. Pathologisch z.B. bei Hypothyreose oder durch Medikamente wie Betablocker oder Antiarrhythmika. Meist asymptomatisch, gelegentlich Schwindel/Synkopen. Therapie: Behandlung der Ursache, bei Schwindel/Synkopen Herzschrittmacher [11].

Verschiedene Antipsychotika, z.B. Thioridazin (Melleril), Ziprasidon (Zeldox) oder Pimozide (Orap), sowie einige trizyklische Antidepressiva werden mit einem erhöhten Risiko für eine QT-Intervall-Verlängerung und Arrhythmie assoziiert [5].

#### Messung

Zur Pulskontrolle werden die Beere des Zeige- und Mittelfingers an das Handgelenk bei der Arteria Radialis gelegt und die Pulsschläge während 15 Sekunden gezählt. Die Zahl multipliziert mit vier ergibt die Anzahl Pulsschläge pro Minute. Ist die Frequenz ungewöhnlich langsam, schnell, oder arrhythmisch, soll 60 Sekunden lang gezählt werden [12].

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Puls < 60 od. > 100 Schläge/Minute und/oder Arrhythmie

#### Empfohlene Interventionen

Regelmässig messen / überprüfen

Überweisung Hausarzt / Internist (EKG)



## 2.2 Blutdruck

### Hintergrund

Bluthochdruck ist ein wesentlicher Risikofaktor für Schlaganfall, kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt, Herzinsuffizienz sowie Nieren- und Gefässerkrankungen. Risikofaktoren für eine arterielle Hypertonie sind eine familiäre Neigung zu erhöhtem Blutdruck, Übergewicht, Bewegungsmangel, Stress, Rauchen und hoher Salzkonsum. Hypertoniebedingte Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems bilden die häufigste Ursache für Morbidität und Mortalität in Deutschland. Dennoch ist bei mehr als 80% aller Hypertoniepatienten der Blutdruck unzureichend kontrolliert! Da die medikamentöse Therapie in der Regel eine Dauertherapie über Jahre bedeutet, ist eine ausreichende Adhärenz ausgesprochen wichtig [4].

	Systolisch	Diastolisch
Optimaler Blutdruck	< 120	< 80
Normaler Blutdruck	120 – 129	und/oder 80 – 84
Hochnormaler Blutdruck	130 – 139	und/oder 85 – 89
Hypertonie 1. Grades (leicht)	140 – 159	und/oder 90 – 99
Hypertonie 2. Grades (mässig)	160 – 179	und/oder 100 – 109
Hypertonie 3. Grades (schwer)	>=180	und/oder >= 110

[13]

Behandlungsziel:

Generell Blutdruck < 140/90 mmHg

Diabetiker und Nierenpatienten < 130/80 mmHg

Isolierte systolische Hypertonie (gilt auch für Betagte und Hochbetagte) < 150 mmHg  
[http://www.swisshypertension.ch/docs/guidelines\\_2009\\_d\\_leaflet.pdf](http://www.swisshypertension.ch/docs/guidelines_2009_d_leaflet.pdf), 24.6.2011)

**Messung**

Zu kurze oder zu schmale Manschetten können zu hohe Messwerte ergeben. Je nach Umfang des Arms kleine, normale oder breite Manschette verwenden!

Der Patient sollte idealerweise 30 Minuten vor dem Messen des Blutdrucks weder rauchen noch Koffein zu sich nehmen und mindestens fünf Minuten gesessen haben. Der Arm, an dem die Messung vorgenommen wird, sollte so auf einer Unterlage ruhen, dass die Ellenbeuge auf Herzhöhe ist [12].

Idealerweise wird der Mittelwert dreier Messungen an verschiedenen Tagen bzw. Wochen – Monaten verwendet [13].

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Blutdruck  $\geq 140/90$  mmHg; Patienten mit Diabetes mellitus:  $\geq 130/80$  mmHg

**Empfohlene Interventionen**

Regelmässiges Messen (Verlauf).

Beratung:

- Nikotinabstinenz
- Alkoholeinschränkung
- Ernährung «salzarm» ( $< 6$  g NaCl/Tag = 24h-Urin Na+  $< 100$  mmol), reich an Früchten und Gemüse
- Körpertraining: Gehen, Laufen, Radfahren, Schwimmen, Langlaufen,...
- Gewichtskontrolle
- Selbstmessung Blutdruck

Rasche Überweisung an Hausarzt / Internist (EKG / BE, Behandlung).

## 2.3 Temperatur

### Hintergrund

Allgemeine Gründe für eine erhöhte Temperatur sind das Vorliegen einer Infektion (bsp. Harnwegsinfekt), Hitzeschlag, Alkoholentzug, anticholinerge Medikamente, allergische Reaktion auf Medikamente. Besonders im psychiatrischen Bereich zu beachten ist die Möglichkeit des Malignen Neuroleptischen Syndroms.

Das Maligne Neuroleptische Syndrom (MNS) ist eine seltene, aber potenziell letale, unerwünschte Arzneimittelwirkung der Behandlung mit konventionellen und atypischen Neuroleptika, besonders Clozapin (Leponex) [4]. Es ist gekennzeichnet durch

- Extrapyramidal-motorische Störungen
  - o Akinese, Rigor (typisch); extreme Muskelsteife (Rigidität) (ähnlich dem Befund bei maligner Hyperthermie)
  - o nur gelegentlich: Tremor
  - o Hyporeflexie
  - o Opisthotonus, Trismus
  - o Blickkrämpfe, u. a.
- Vegetative Entgleisung - beispielsweise mit
  - o Fieber (typisch), starkem Schwitzen
  - o Tachykardie, Tachypnoe, Blutdruckänderungen
  - o Inkontinenz oder Harnverhalt
- Psychische Störungen - z. B.
  - o Stupor
  - o Verwirrtheit
  - o Mutismus
  - o Bewusstseinsstörungen bis zum Koma
  - o Katatonie
- Auffällige Laborbefunde - etwa
  - o extreme CK- sowie Transaminasen-Erhöhung
  - o Myoglobinurie (bei Rhabdomyolyse)
  - o Leukozytose
  - o metabolische Azidose [3].

### Messung

Die Temperatur wird mit dem vorliegenden Thermometer nach den Empfehlungen des Herstellers gemessen.

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Körpertemperatur axillär, oral oder im Ohr < 35.8°C oder > 37.3°C

### Empfohlene Interventionen

Ursache abklären/behandeln (Infektion, Alkoholentzug?)

Bei Behandlung mit Clozapin (Leponex) und Temperatur: sofort notfallmässig Blutbild bestimmen.

Weitere Abklärung/Behandlung der Ursache durch HA / Internisten



## 2.4 Gewicht

### Hintergrund

Übergewicht ist ein Risikofaktor für zahlreiche Erkrankungen. Dazu zählen Diabetes mellitus Typ II, arterielle Hypertonie, kardiovaskuläre Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Darmkrebs [25].

Medikamente wie Olanzapin (Zyprexa) und Clozapin (Leponex) können einen ungünstigen Einfluss auf den Metabolismus ausüben, mit Gewichtszunahme und Insulinresistenz in der Folge. Auch trizyklische Antidepressiva und Lithium können Gewichtszunahmen zur Folge haben, wobei Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eher zu 1-2kg Gewichtsverlust führen [4].

Bei Behandlungsbeginn mit oder Neueinstellung von Neuroleptika sollte das Gewicht einmal wöchentlich überprüft werden, um Personen zu identifizieren, die eine frühe Gewichtszunahme aufweisen. Eine frühe Zunahme ist ein anerkannter Indikator für eine ausgeprägte neuroleptikabedingte Gewichtszunahme [9].

Ursachen eines Gewichtsverlusts können Malignome, Diabetes mellitus, Hyperthyreose, chronische Infektionen, Depressionen, Diurese und erfolgreiche Diäten sein [12].

### Messung

Gewicht:

Das Gewicht soll wenn möglich stets mit derselben Waage, zu derselben Tageszeit, mit derselben Kleidung gemessen werden, um einen Vergleich zu ermöglichen [14].

In den ambulanten und tagesstationären Einheiten wird das Gewicht nach dem Toilettengang, mit Kleidern und Schuhen, aber ohne Mantel, gemessen.

Grösse:

Die Grösse wird vor Ort mit einem korrekt an der Wand angebrachten Längenmassband gemessen. Dazu stellt sich der Patient ohne Schuhe aufrecht an eine Wand so dass Fersen und Hinterkopf die Wand berühren. Der Grössenschieber wird auf Höhe des Kopfes geschoben und die Grösse abgelesen.

BMI:

Der Body-Mass-Index bezeichnet das Verhältnis von Körpergrösse und Gewicht ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

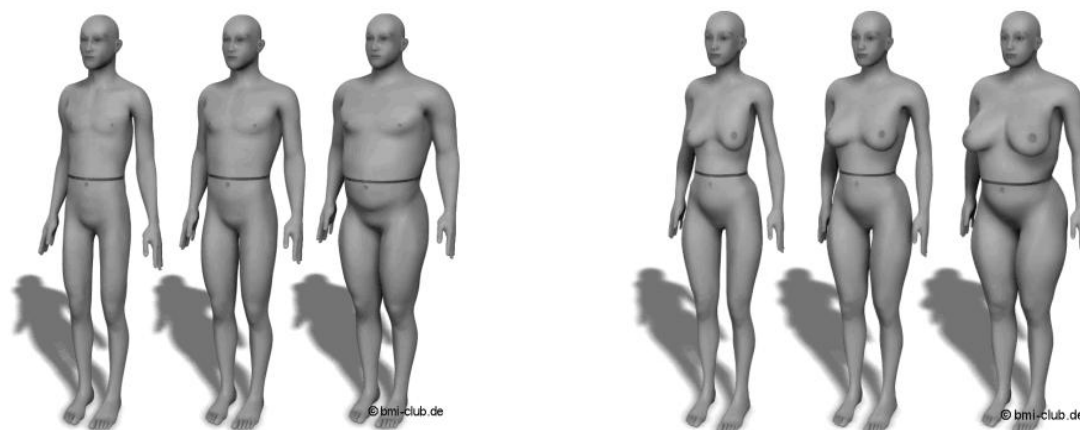
BMI	Bedeutung
BMI < 18.5	<b>Untergewicht</b>
18.5 - 24.9	<b>Normalgewicht, wünschenswerter Bereich.</b> Keine mit Körpergewicht verbundenen Gesundheitsrisiken zu erwarten.
25.0 - 29.9	<b>Leichtes bis mittleres Übergewicht.</b> Bedarf bei weiteren Risikofaktoren einer medizinischen Kontrolle.
30.0 - 39.9	<b>Schweres Übergewicht</b> (Adipositas oder Fettleibigkeit). Bedarf unabhängig von weiteren Risikofaktoren einer medizinischen Kontrolle.
BMI > 40.0	<b>Stark gefährdendes Übergewicht</b> (massive Adipositas). Hohes gesundheitliches Risikopotential.

([http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes\\_Koerpergewicht/Tipps\\_Tools/bmi\\_erwachsene.php](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundes_Koerpergewicht/Tipps_Tools/bmi_erwachsene.php), 15.5.2011). Auf dieser Website steht ein online-BMI-Rechner und Patientinformationen zu Gewichtskontrolle zur Verfügung.

GEP<sup>PSY</sup> - rot: BMI < 18.5 oder ≥ 25

Bauchumfang:

Der Bauchumfang liefert Informationen über die Verteilung des Körperfetts. In den vergangenen 15 Jahren deuteten einige Studien darauf hin, dass der Bauchumfang besser als der BMI das Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses vorhersagt.



Taillenumfang bei Männern mit verschiedenem Körperbau. Bei Frauen mit verschiedenem Körperbau.

(<http://www.bmi-club.de/taillenumfang.html>, 20.5.2011).

Für das Messen des Bauchumfangs muss ein Messband um die Taille gelegt werden, zwischen dem oberen Rand des Beckens und dem unteren der Rippen. Der Patient sollte beim Abmessen den Bauch nicht einziehen. Der Umfang sollte abgelesen werden, wenn das Band waagrecht um den Rumpf anliegt, die Haut jedoch nicht komprimiert. Bei sehr übergewichtigen Patienten kann das Band auf Höhe des Bauchnabels angelegt werden.

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Bauchumfang ≥ 80 cm (Frauen); ≥ 94 cm (Männer)

### Empfohlene Interventionen

BMI < 18.50 – Überweisung Hausarzt zur weiteren Abklärung.

BMI ≥ 25.00 und/oder Bauchumfang ≥ 80 cm (Frauen) oder ≥ 94 cm (Männer):

- Regelmässige Gewichtskontrolle: gleiche Waage, möglichst gleiche Kleidung und Tageszeit
- Beratung und Unterstützung zu Ernährung und Bewegung
- Überweisung Ernährungsberatung, z.B. Inselspital (mit ärztlicher Verordnung)
- Überweisung an Gewichtsgruppe / Bewegungsgruppe/ Ernährungsgruppe
- Überweisung Psychiater zur Überprüfung der Medikamente

### 3 Medizinische Kontrollen

#### 3.1 Augenärztliche Kontrolle

##### Hintergrund

Antipsychotische Medikation kann Pigmenteinlagerungen in Cornea (Hornhaut) und Linse verursachen, und wird als Risikofaktor für Katarakte („grauer Star“) gesehen [15]. Katarakte sind Linsentrübungen, welche zu Sehverlust bis Blindheit führen können. Alter, Diabetes, Kortikosteroide, Medikamente auf Goldbasis, Amiodaron (Cordarex), Allopurinol (Zyloric), Phenothiazine (Thioridazin) und möglicherweise auch Quetiapine (Seroquel), erhöhen das Risiko eines Kataraktes. Für den Ausschluss eines Kataraktes muss das Auge mit einer Spaltlampe untersucht werden, da mit einem Ophthalmoskop nur grosse, meist bereits symptomatische Katarakte gesehen werden können [5].

##### Fragen

Waren Sie im vergangenen Jahr (<40: in den vergangenen 2 Jahren) beim Augenarzt?

Sehen Sie scharf?

Hat sich Ihre Sehfähigkeit, speziell über Distanz, im vergangenen Jahr verändert?

GEP<sup>PSY</sup> – rot:  $\geq 40$  Jahre alt: Zeit seit letzter augenärztlichen Kontrolle  $> 2$  Jahre

##### Empfohlene Interventionen

###### Beratung

- Früherkennung von Katarakten
- Sonnenschutzbrille

Überweisung Facharzt



## 3.2 Zahnkontrolle

### Hintergrund

Antipsychotika und Antidepressiva können einen reduzierten Speichelfluss zur Folge haben. Dies führt zu Karies, Zahnfleischentzündung und Parodontitis. Der verminderte Speichelfluss ist verantwortlich für die Demineralisation der Zahnhartsubstanzen. Der Zahnschmelz wird kreidig und brüchig, das Dentin gummiartig weich. Die Progredienz ist schnell. Bei einer ausgeprägten Mundtrockenheit können als Folge bis zu zwei neue kariöse Läsionen pro Monat entstehen [16-18]. Die dentale Gesundheit leidet auch unter einer Mangelernährung, mangelnder Zahnhygiene, sowie Rauchen [15]. Das Ausmass dentaler Erkrankungen hängt auch mit der Intensität von psychischen Erkrankungen, Auswirkungen negativer Symptome und Dauer von Hospitalisationen zusammen [19].

Erwachsene sollten einmal, Risikopatienten zweimal täglich gründlich Zähne putzen. Um Putzschäden zu vermeiden, soll nach dem Essen saurer Speisen 30 bis 60 Minuten gewartet werden. Weiche bis mittelharte Zahnbürsten sowie Zahnseide werden empfohlen, elektrische Zahnbürsten sind bei motorischen Einschränkungen sinnvoll. Weiter soll eine fluoridhaltige schwach abrasive Zahnpaste mit einem sogenannten RDA-Wert unter 50 verwendet werden.

Die Wirkung von Zahnpflegekaugummi ist nicht in Langzeitstudien bewiesen, sie alkalisieren und spülen jedoch jedenfalls durch vermehrte Speichelbildung.

Mundspülung: Plaque- und entzündungshemmende Mittel auf Chlorhexetidinbasis (CHX) sind als Mundspülungen, Zahnpasta, Spray, Gel, Kaugummis oder Lutschtabletten erhältlich. CHX-haltige Produkte sollten nicht verwendet werden von schwangeren und stillenden Frauen. Spülen mit Wasser zum Entfernen von Speiseresten ist sinnvoll, entfernt jedoch keine Plaque [11].

### Fragen

Wann waren Sie zum letzten Mal in der zahnärztlichen oder dentalhygienischen Untersuchung?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Zeit seit letzter zahnärztlichen Untersuchung >12 Monate

### Empfohlene Interventionen

Beratung:

- Zahnpflege
- Ernährung
- Das Kauen von zuckerfreien Kaugummis

Überweisung Zahnarzt / Dentalhygiene (auch für Instruktion Zahnpflege).

Unterstützung im finanziellen Procedere.



### 3.3 Zervikalabstrich

#### Hintergrund

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) sieht eine Abstrichfrequenz alle 3 Jahre nach 2 unverdächtigen jährlichen Kontrollen vor. Eine erhöhte Untersuchungsfrequenz (jährlich) ist bei Vorliegen von Risikofaktoren vorgesehen. Als Risikofaktoren für die Entwicklung eines Karzinoms an der Zervix gelten:

- frühe erste sexuelle Beziehung
- erhöhte Anzahl von Sexualpartnern bzw. -partnerinnen
- Partner mit seinerseits mehreren Sexualpartnern
- Status nach venerischen Infektionen
- Status nach HPV-Infektion
- Nikotinabusus
- niederer Sozialstatus
- Langzeiteinnahme oraler Kontrazeptiva
- Mangel an Vitaminen A, C, B, Karotin
- Folsäure
- Immunsuppression
- pathologischer Zervixabstrich in der Anamnese
- Frauen nach einer Hysterektomie gelten als sogenannte Low-risk-Fälle [20]

#### Frage

Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Frauenarzt zur Kontrolle?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Zeit seit letztem Zervikalabstrich > 3 Jahre (25-64 j.); > 5 Jahre (50-64 j.)

#### Empfohlene Interventionen

Überweisung Gynäkologe oder Frauenpoliklinik

Begleitung organisieren oder anbieten



### 3.4 Prostata Untersuchung

#### Hintergrund

In der Schweiz wird momentan kein Prostatakrebs-Screening angeboten. Das familiäre Risiko für Prostatakrebs spielt eine wichtige Rolle. Wenn der Vater, Bruder oder Sohn eines Mannes Prostatakrebs hat oder hatte, ist das eigene Risiko dreifach erhöht.

In der medizinischen Fachwelt herrscht keine Einigkeit darüber, ob und in welcher Form Früherkennungsmassnahmen empfohlen werden sollen.

Die Schweizerische Gesellschaft für Urologie (SGU) empfiehlt «eine regelmässige Überprüfung der Prostata durch Tastuntersuchung mit Kontrolle des PSA (Prostata-spezifisches Antigen)». Die Abstände zwischen den einzelnen Untersuchungen sind je nach individuellem Risiko festzulegen. Massnahmen zur Früherkennung von Prostatakrebs unterstehen nicht der Leistungsverordnung der obligatorischen Grundversicherung ([http://www.krebsliga.ch/de/uber\\_krebs/krebsarten/prostatakrebs/](http://www.krebsliga.ch/de/uber_krebs/krebsarten/prostatakrebs/), 7.7.2011).

Digitale rektale Untersuchung (DRU): Bei der DRU führt der Arzt seinen Zeigefinger in den After des Patienten ein und betastet durch die Darmwand die dahinter liegende Prostata nach Knoten. Die DRU ist eine sehr ungenaue Untersuchungsmethode, nur etwa 20 Prozent aller Prostatakrebse können damit ertastet werden.

Prostata-Spezifisches Antigen (PSA)-Messung: PSA ist ein Protein, das nur in der Prostata gebildet wird und das dazu dient, das Ejakulat zu verflüssigen. Bei verschiedenen Erkrankungen der Prostata, zum Beispiel bei Entzündungen, einer gutartigen Prostatavergrösserung oder auch Prostatakrebs, wird mehr PSA als üblich abgegeben und der PSA-Wert im Blut steigt an (Krebsliga Schweiz).

#### Fragen

- Haben Sie schon einmal eine Prostata-Untersuchung gehabt? Wann zum letzten Mal?
- Waren Sie einmal bei einem Urologen? Wenn ja, warum?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Zeit seit letzter Untersuchung der Prostata durch den Arzt >2 Jahre (Berücksichtigung Risikofaktoren)

#### Empfohlene Interventionen

Überweisung Hausarzt oder Urologen

Zu empfehlende Broschüre: <http://assets.krebsliga.ch/downloads/1074.pdf>



## 4 Selbstuntersuchungen (SU)

### 4.1 SU Füsse

#### Hintergrund

Einige Patienten mit psychischen Erkrankungen haben Mühe damit, ihre persönliche Pflege durchzuführen. Mangelnde Pflege, schlecht sitzende Schuhe, und generelle Vernachlässigung der Füsse sind für die Mehrheit der Probleme mit Füssen verantwortlich [3].

Diabetiker bemerken aufgrund von Schäden der feinen Nervenendigungen teilweise Fussverletzungen zu spät. Auch Blasen durch zu enge oder schlecht sitzende Schuhe sowie Verbrennungen durch heisse Bäder werden häufig zu spät erkannt und verursachen grosse Probleme. Wichtig ist deshalb, die Füsse täglich auf kleinste Verletzungen oder Veränderungen am Fuss zu kontrollieren und diese sofort zu behandeln ([http://www.diabetesgesellschaft.ch/de/regionen/ostschweiz/beratungen/diabetes\\_fusspflege/](http://www.diabetesgesellschaft.ch/de/regionen/ostschweiz/beratungen/diabetes_fusspflege/), 5.5.2011).

Menschen, welche Mühe haben, ihre Füsse zu erreichen, solche mit Fussproblemen oder mit Diabetes mellitus, Osteoarthritis und/oder rheumatischen Erkrankungen sollten regelmässig von einem Podologen (= medizinische Fusspflege, Podologie SPV ist eine 3-jährige Ausbildung) behandelt werden.

#### Fragen

Kontrollieren Sie ihre Füsse regelmässig? Wie häufig?

Cremen Sie sie ein? Wie häufig?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Keine regelmässige Selbstuntersuchung der Füsse

#### Empfohlene Interventionen

Beratung zur Fusspflege, Fussbad, Hornhauthobel, Nägelschneiden zeigen, Cremen

Überweisung Podologie

Unterstützung im finanziellen Procedere (Ergänzungsleistungen)



## 4.2 (SU) Brust

### Hintergrund

In der Forschungsliteratur werden niedrige Brustkrebsraten bei Menschen mit schweren psychischen Störungen beschrieben. Da die meisten Brustkarzinome nach der Menopause auftreten, die Mehrzahl der Studien jedoch jüngere Frauen untersuchten, müssen diese Resultate kritisch beurteilt werden [21].

Bestimmte Antipsychotika führen zu erhöhten Prolaktinwerten: Amisulprid = Haloperidol > Risperidon > Clozapin = Olanzapin = Quetiapin = Aripiprazol [22]. Hyperprolaktinämie kann zu einem Wachstum der Brustdrüse und zu Galaktorrhoe (Milchfluss) führen (siehe auch „Menstruationszyklus“) [5]. Hyperprolaktinämie und Adipositas erhöhen unter anderem das Risiko für Brustkrebs bei beiden Geschlechtern [23].

Die Selbstuntersuchung der Brust ist eine einfache Methode, Veränderungen der Brust wahrzunehmen. Sie ist jedoch kein Ersatz für eine ärztliche Untersuchung oder für eine Mammografie zur Früherkennung von Brustkrebs. In Studien zur regelmässigen Selbstuntersuchung konnte keine Reduktion der Brustkrebstodesfälle aufgezeigt werden. Dennoch ist nicht ausgeschlossen, dass im Einzelfall eine Frau von der regelmässigen Selbstuntersuchung der Brüste profitieren kann. Die Empfehlung der Krebsliga lautet, eine Untersuchung mit Mammographie in folgenden Situationen einzusetzen:

- Bei einer Frau mit Beschwerden oder ungewohnten Veränderungen der Brust
- Bei familiärer Belastung (wenn Mutter, Schwester oder Tochter bereits an Brustkrebs erkrankt ist (<http://assets.krebsliga.ch/downloads/1414.pdf>, 18.5.2011))

### Fragen

Untersuchen Sie Ihre Brüste auf Knoten?

Wie häufig?

Männer: Wussten Sie, dass auch Männer regelmässig Ihre Brustdrüsen auf Knoten abtasten sollten?

Wissen Sie, wie das geht?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Keine Selbstuntersuchung der Brust oder seltener als 1x/Monat

### Empfohlene Interventionen

Risikofaktoren erheben.

Information über Früherkennung, Beratung zu monatlicher Selbstkontrolle.

- Für Frauen mit Monatsblutung eignen sich die Tage unmittelbar danach am besten.
- Frauen ohne Monatsblutung wählen einen fixen Tag im Monat – so geht die Untersuchung nicht vergessen.

Zu empfehlende Broschüre zur Selbstuntersuchung: <http://www.brustzentrum-universitaetsspital-basel.ch/pdf/Selbstuntersuchung.pdf>

Überweisung Gynäkologe / Frauenpoliklinik bei vorhandenen Risikofaktoren oder Veränderung an den Brüsten



### 4.3 Menstruation

#### Hintergrund

Eine regelmässige Ovulation entspricht einem Zyklus zwischen 24 und 32 Tagen, die Blutung dauert drei bis fünf Tage [12]. Eine starke Menstruation kann zu Anämie (Blutarmut) führen. Jede Blutung nach der Menopause muss fachärztlich abgeklärt werden [11]

Bestimmte Antipsychotika führen zu erhöhten Prolaktinwerten. Diese können zu unregelmässiger Menstruation und zu Galaktorrhoe (Milchfluss) führen. Bei Hyperprolaktinämie in Zusammenhang mit unregelmässiger Menstruation oder sexueller Dysfunktion sollte der Wechsel zu einem Prolaktin-sparenden Medikament geprüft werden, um eine teure Abklärung auf die Ursache der Hyperprolaktinämie, z.B. einen Hypophysen-Tumor, zu vermeiden [5].

Weitere Informationen: [http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de\\_menstruationsstoerungen-stoerungen-des-zyklusablaufs\\_411.html](http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_menstruationsstoerungen-stoerungen-des-zyklusablaufs_411.html).

#### Fragen

Wie regelmässig ist ihre Menstruation/Regelblutung/Periode?

In welchen Abständen?

Wie lange dauert sie?

Wie stark ist sie?

Unregelmässig / Keine

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Menstruation < 24 Tage Abstand oder >35 Tage Abstand, Blutungen nach der Menopause

#### Empfohlene Interventionen

Kalender abgeben zum Eintragen des Zyklus

Überweisung an Psychiater zur Überprüfung der Medikation.

Überweisung an Gynäkologen oder Frauenpoliklinik



## 4.4 (SU) Hoden

### Hintergrund

Hodenkrebs ist eine meistens heilbare Krankheit des Mannes. Die höchste Prävalenz ist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Jeder schmerzlose Knoten im Hoden muss als Hinweis auf einen Hodenkrebs angesehen werden. Es gibt keine eindeutige Erklärung für die Entstehung von Hodenkrebs. Jedes Jahr erkranken in der Schweiz rund 400 Männer neu an Hodenkrebs. Hodenkrebs macht etwa 1% aller Krebskrankheiten bei Männern aus. Bei Männern unter 40 Jahren ist Hodenkrebs allerdings die häufigste Krebsart (Krebsliga Schweiz).

Wichtigste Massnahme zur Früherkennung ist die Selbstabtastung, zum Beispiel während oder nach dem Duschen, wenn der Hodensack entspannt und locker ist. Die Technik der Selbstuntersuchung ist denkbar einfach: Nehmen Sie erst den einen, dann den anderen Hoden zwischen Daumen und drei Finger einer Hand und rollen Sie ihn vorsichtig hin und her. Tasten Sie auf diese Weise die gesamte Oberfläche nach Verhärtungen und Knubbeln ab. Ein gesunder Hoden hat die Konsistenz eines gekochten Eies: glatt und fest, allerdings nicht zu hart ([www.gesundheitssprechstunde.ch/Hodenkrebs](http://www.gesundheitssprechstunde.ch/Hodenkrebs)).

### Fragen

- Tasten Sie ihre Hoden regelmässig auf Knoten ab?
- Wissen Sie, wie das geht?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Keine Selbstuntersuchung der Hoden oder seltener als 1x/Monat.

### Empfohlene Interventionen

Infobroschüre zur Selbstuntersuchung abgeben

Bei jeder Veränderung Überweisung Urologe



## 5 Aktivitäten des täglichen Lebens

### 5.1 Ernährung

#### Hintergrund

Menschen mit psychischen Erkrankungen tendieren dazu, ihre Ernährung zu vernachlässigen. Sie konsumieren mehr Salz und Fett und weniger Früchte und Gemüse, als die Allgemeinbevölkerung [24-27].

Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung empfiehlt:

- Pro Tag 5 Portionen Gemüse und Früchte essen (1 Portion = mindestens 120 g bzw. 1 «Hand voll»). Eine Früchte- oder Gemüseportion kann durch 2 dl ungezuckerten Frucht- oder Gemüsesaft ersetzt werden.
- Pro Tag 2–3 Kaffeelöffel (10–15 g) hochwertigen Pflanzenöls wie Raps- oder Olivenöl für die kalte Küche verwenden (z.B. für Salatsaucen).
- Pro Tag 2–3 Kaffeelöffel (10–15 g) Pflanzenöle für das Erhitzen von Speisen verwenden (Dünsten, Braten): empfehlenswert ist z.B. Olivenöl. Bei Bedarf pro Tag 2 Kaffeelöffel (10 g) Streichfett (Butter oder Margarine aus hochwertigen Ölen) als Brotaufstrich verwenden.
- Der tägliche Verzehr von 1 Portion Nüssen ist zu empfehlen (1 Portion = 20 – 30 g Mandeln oder Baumnüsse oder Haselnüsse usw.)

([http://www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/10-gesundes\\_essen\\_trinken/Merkblatt\\_Lebensmittelpyramide.pdf](http://www.sge-ssn.ch/fileadmin/pdf/100-ernaehrungsthemen/10-gesundes_essen_trinken/Merkblatt_Lebensmittelpyramide.pdf), 6.6. 2011).

#### Fragen

Was essen Sie an einem typischen Wochentag (vom Frühstück bis ins Bett)?

Bei Angaben genau nachfragen (z.B. bei „Salatteller“ was für Salate, welche Sauce etc. genau nachfragen, was auf Teller ist).

GEP<sup>PSY</sup> – rot:

≤ 2 Portionen Gemüse oder Früchte pro Tag

Und/oder

≥ 3 Portionen Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag (1 Portion Fett entspricht einer Portion Lebensmittel mit einem hohen Anteil an gesättigten und ungesättigten Fettsäuren, z.B. Hartkäse, Butter, Biskuits, Chips, Desserts mit Rahm...)

### **Empfohlene Interventionen**

Beratung zu ausgeglichener Ernährung, Menü- und Einkaufsplanung.

Überweisung Ernährungsberatung (mit ärztlicher Verordnung).

Überweisung in Ernährungs- oder Kochgruppe. Bern: Ernährungsgruppe im Gemeindepsychiatrischen Zentrum, Weiterbildung für Pflegefachpersonen zum Führen von Ernährungsgruppen in tagesstationärer Einheit Bolligenstrasse.

Zu empfehlende Website und Broschüren: <http://www.sge-ssn.ch/ernaehrungsinfos/ernaehrungsformen-und-lebensstil-sport.html>

## 5.2 Trinkmenge

### Hintergrund

Wasser macht über zwei Drittel des Körpergewichts aus. Der Flüssigkeitshaushalt ist wesentlich für die Befeuchtung der Gelenke und Augen, hält die Haut gesund und hilft bei der Verdauung sowie bei der Ausscheidung von Abfallstoffen und Toxinen. Dehydratation geschieht, wenn der normale Flüssigkeitsgehalt des Körpers gesenkt ist, dies bringt den Elektrolythaushalt aus dem Gleichgewicht. Viele Körperzellen funktionieren nur richtig, wenn diese Mineralien im Gleichgewicht sind [3].

Einige Frühwarnzeichen für Dehydratation sind: Durst und Schwindel, konzentrierter, stark riechender Urin. Der Körper arbeitet weniger effizient, sogar nach einem moderaten Flüssigkeitsverlust [3].

Ein gesunder Mensch sollte pro Tag 1–2 Liter Flüssigkeit trinken, am besten in Form von ungezuckerten Getränken, z.B. Trink-/Mineralwasser oder ungesüßtem Früchte-/Kräutertee. Bei heissem Wetter und körperlicher Anstrengung braucht der Körper mehr Flüssigkeit (Schweizerische Gesellschaft für Ernährung, 2011).

Totale Trinkmenge beinhaltet Wasser sowie Flüssigkeit in Nicht-Alkoholischen Getränken, sowie Wasser in Nahrungsmitteln [3]. Kaffee kann entgegen der landläufigen Meinung zu der Flüssigkeit gezählt werden, wenn er regelmässig konsumiert wird (siehe auch „Koffeinkonsum“) [28].

Polydipsie bezeichnet ein verstärktes Durstgefühl, gefolgt von einer Überkonsumation von Flüssigkeit. Die Ursache dieser Erkrankung liegt meist in der verminderten Fähigkeit der Niere, den Harn zu konzentrieren. Hierdurch kommt es zu Wasserverlust über den Urin. Dies kann in Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus und anderen Stoffwechsel oder Nierenerkrankungen auftreten, ist aber auch eine ernsthafte Komplikation psychotischer Erkrankungen. Der genaue Grund, weshalb jemand Polydipsie entwickelt, ist unklar. Unbehandelt kann ein stark erhöhter Flüssigkeitskonsum zu Hyponatriämie bis zu Koma oder Tod führen. Es wurde geschätzt, dass zwischen sechs und 17% psychiatrisch hospitalisierter Patienten unter Polydipsie leiden [3].

### Fragen

Wie viel trinken Sie am Tag?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Trinkmenge, ohne Alkohol, mit Kaffee < 1 Liter/Tag oder >3 Liter/Tag

### Empfohlene Interventionen

Wenn < 1 Liter pro Tag:

Überprüfen auf Zeichen von Austrocknung (trockene Schleimhäute, „stehende“ Hautfalte) [11].

Bei Zeichen von Austrocknung ohne veränderte Urinmenge genügt Beratung: Speziell salzhaltige Flüssigkeiten (Bouillon) oder Salztengeli mit nicht-süssen Getränken, Magermilch, verdünnte Fruchtsäfte, empfehlen.

Wenn > 3 Liter pro Tag, Urinmenge, Gewichtszunahme und Ödeme überprüfen, Überweisung an Hausarzt.



### 5.3 Stuhlgang

#### Hintergrund

Obstipation (Verstopfung): In den meisten Fällen ist eine Obstipation funktionell, das heisst, es gibt keine krankhafte dahinterliegende Ursache. Ist eine Verstopfung hartnäckig, wechselt sich mit Diarrhoe (Durchfall) ab, oder wurde Blut im Stuhl beobachtet, kann das ein Hinweis auf das Vorliegen eines Reizdarmsyndroms oder Tumoren sein.

Eine funktionelle Obstipation ist vorhanden, wenn mindestens zwei der folgenden Kriterien über einen Zeitraum von mind. 3 Monaten erfüllt sind:

- Pressen
- Harter Stuhl
- Gefühl der inkompletten Entleerung
- Gefühl der anorektalen Passagestörung
- Manuelles Nachhelfen bei der Stuhlentleerung
- Weniger als drei Stühle pro Woche [29].

#### Ursachen:

- Mangel an Bewegung, Bettlägerigkeit
- Zu geringe Trinkmenge
- Mangel an Ballaststoffen
- Medikamente: Opiate, Ca-haltige Säurehemmer, Diuretika, Eisenpräparate, Anwendung von Laxantien (Abführmittel) länger als 10 Tage.
- Bestimmte Psychopharmaka führen häufig zu anticholinergen UAW, darunter Obstipation. Unter den Antidepressiva kommt dies bei trizyklischen wie Amitriptylin (Saroten), Doxepin (Siquan) und Trimipramin (Surmontil), unter den Neuroleptika bei Clozapin (Leponex), Olanzapin (Zyprexa), Chlorpromazin (Chlorazin) und Levomepromazin (Nozinan) gehäuft vor. SSRI verursachen keine, Quetiapin (Seroquel) und Risperidon (Risperdal) wenig anticholinerge unerwünschte Arzneimittelwirkungen.[4].

Diarrhoe (Durchfall): Eine schwere Diarrhoe kann aufgrund von massiven Wasser- und Elektrolytverlusten akut lebensbedrohlich sein. Als Ursachen kommen u.a. Viren, Bakterien, Antibiotika/Diuretika/Digitalis/Zytostatika, Toxine bzw. Vergiftungen oder Parasiten in Frage. Die akute Diarrhoe dauert meist nur 2-4 Tage. Zusätzliche Symptome, welche zum Arzt führen sollten, sind hohes Fieber, Benommenheit, blutige Durchfälle und schwerer Abdominalschmerz. Ersatz von Flüssigkeit und Elektrolyten: Die Kombination von Salz und Glucose wird am besten zusammen aus dem Dünndarm resorbiert [1].

**Fragen**

Wie ist es mit dem Stuhlgang?

Konkret nachfragen nach obigen Kriterien.

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Leidet unter Durchfall oder Obstipation und/oder Bedarf an Laxantien.

**Empfohlene Interventionen**

Obstipation (Verstopfung):

- Beratung zu Bewegung, Ernährung (Ballaststoffe, Gemüse und Früchte) und genügend Flüssigkeitsaufnahme.
- Überprüfung der Medikamente durch Psychiater.
- Als Laxantien können längerfristig nur Ballast- und Quellstoffe wie Weizenkleie, Metamucil, Agiolax oder Leinsamen empfohlen werden (nicht bei Einnahme von Opiaten, dort sind Lactulosepräparate geeignet!). Ballast- und Quellstoffe müssen unbedingt mit genügend Flüssigkeit eingenommen werden, da sie sonst wiederum zu Obstipation führen.
- Stimulierende Laxantien wie Senna, Feigensirup oder Bisacodyl (Dulcolax) sollten nur vorübergehend (max. 7-10Tage) eingesetzt werden [4]

Diarrhoe (Durchfall):

- Dringlichkeit einschätzen.
- Rehydratation und Elektrolytsubstitution [4]. Getränke: Isotonische, vor allem reichliche Getränke: Tee mit Glucose, Coca-Cola oder andere Süssgetränke zusammen mit Bouillon.
- Perenterol (medizinische Hefe) oder Lactoferment (Milchsäurebakterien) aus der Apotheke.
- Überweisung an Hausarzt spätestens nach 3 Tagen mit Diarrhoe.

## 5.4 Wasserlösen

### Hintergrund

Polyurie (übermässige Urinausscheidung), kann ein Zeichen für Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, Nierenversagen, Alkohol und Drogenmissbrauch, oder Stoffwechsellentgleisungen sein.

Oligurie (reduziertes Urinvolumen), kann durch Dehydratation, Kreislaufkollaps oder erniedrigtes Herzminutenvolumen verursacht sein.

Dehydratation =  $\geq 1\%$  Reduktion in totalem Körpergewicht aufgrund von Flüssigkeitsverlust. Der Körper arbeitet weniger effizient, sogar aufgrund eines relativ geringen Flüssigkeitsverlusts [3].

Bestimmte Psychopharmaka können zu anticholinergen unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) führen, darunter kann Urinverhalt sein (anticholinerge UAW siehe Kapitel „Stuhlgang“) [4].

Auf häufiges Wasser lösen von kleinen Portionen, welches ein Hinweis auf Harnwegsinfekte oder Prostatavergrösserung sein kann, wird an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

### Fragen

Wie viel, wie häufig lösen Sie Wasser?

Haben Sie Beschwerden beim Wasser lösen (Schweizer Mundart: „bisle“)?

Bei Bedarf 24-Std-Urinmenge von Patient messen lassen.

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Urinmenge  $< 1$  Liter/Tag oder  $>2$  Liter/Tag.

### Empfohlene Interventionen

Beurteilen des Ausmasses/Art und Dringlichkeit der Störung.

Auf Zeichen von Dehydratation achten: Stehende Hautfalte, trockene Schleimhäute.

Bei Verdacht auf Diabetes mellitus Glucosewert bzw. HbA<sub>1c</sub> überprüfen.

Überweisung an Hausarzt für weitere Abklärung.



## 5.5 Bewegung

### Hintergrund

- Tägliche Bewegung ist zur Erhaltung eines gesunden Körpergewichtes genauso wichtig wie zur Vorbeugung diverser Krankheiten, allen voran Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Bewegung und Sport wirken sich auch auf das psychisches Wohlbefinden positiv aus: Neben der erhöhten Stresstoleranz kann eine stimmungsaufhellende und antidepressive Wirkung nachgewiesen werden [30].
- Laut der WHO (World Health Organization, 2011) ist körperliche Inaktivität eine der häufigsten Todesursachen in den entwickelten Ländern. Studien mit psychisch erkrankten Menschen zeigen, dass diese sich weniger bewegen als die Gesamtpopulation. Depressionen, eine Negativsymptomatik, die sedierenden Effekte mancher Medikamente und die finanzielle Situation von Psychiatriepatienten können Barrieren für sportliche Betätigungen sein [15].
- Jeder auch noch so kleine Schritt weg von der Inaktivität ist wichtig und nützt der Gesundheit.
- Frauen und Männer jeden Alters sollten sich jeden Tag mindestens eine halbe Stunde mit mittlerer Intensität bewegen. Aktivitäten mittlerer Intensität sind alle Formen von Bewegung, die den Atem leicht beschleunigen. Aktivitäten, die mehr als 10 Minuten dauern, können im Laufe eines Tages zusammengezählt werden.
- Frauen und Männer, die diese Mindestempfehlung bereits erfüllen, können noch mehr für ihre Gesundheit tun, indem sie gezielt und vielfältig trainieren:
  - o Ausdauer: mindestens drei Einheiten pro Woche à 20-60 Minuten. Das Training sollte ein leichtes Schwitzen und einen beschleunigten Atem bewirken.
  - o Krafttraining: zwei Einheiten pro Woche. Die Übungen sollten so ausgewählt werden, dass 8-15 Wiederholungen möglich sind.
  - o Beweglichkeit: regelmässige Gymnastik- oder Stretchingübungen



(Bundesamt für Sport, 2009; [www.baspo.admin.ch](http://www.baspo.admin.ch) Empfehlungen für Erwachsene; eingesehen am 16.6.2011).

**Fragen**

Was sind Sie von Beruf (sitzender oder körperlich anstrengender Beruf?)

Treiben Sie in der Freizeit Sport?

Wenn ja: Was, wie lange und wie häufig?

Wenn nein: Was hindert Sie daran?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Weniger Bewegung als 30 min /Tag an < 4 Tagen der Woche

**Empfohlene Interventionen**

Beratung:

- Herausfinden, welche Art von Bewegung Freude macht.
- Bewegung in Alltag integrieren:
  - o Eine Station früher aussteigen / zügiges Gehen / Velo fahren / Treppen steigen / Haus- und Gartenarbeiten (alle Aktivitäten während denen Sie ein wenig ins Schwitzen kommen).
- Sport zum selber ausüben:
  - o Vita Parcours / Schwimmen / Spazieren / Walking / Jogging / Velo fahren

Überweisung in Bewegungsgruppe

- Yoga
- Bewegungsgruppen, z.B. in Bern: Turnen für jedermann der Stadt Bern / Ambulante Einheit Bern Mitte: Bewegungsgruppe, Ambulante Einheit Bern Ost: PingPong-Gruppe, Ernährungsberatung  
Inselspital: verschiedene Bewegungsgruppen, Metro UPD, Standort Bolligenstrasse: "Fitness"

## 5.6 Schlaf

### Hintergrund

Die meisten Menschen haben gelegentlich Schlaf- oder Wachstörungen. Diese äussern sich in:

- Schwierigkeiten einzuschlafen
- Unruhigem, oberflächlichem Schlaf mit Aufwachen nachts oder vorzeitigem Erwachen morgens
- Tagesmüdigkeit, Schläppheit, Konzentrationsschwierigkeiten oder einer erhöhten Einschlafneigung ([http://www.swiss-sleep.ch/dokumente/grundlage\\_disorders\\_d.pdf](http://www.swiss-sleep.ch/dokumente/grundlage_disorders_d.pdf), 3.5.2011)

Verhalten tagsüber, welche Schlaflosigkeit verstärken:

- Längere Liegezeiten, Inaktivität, ausgedehnter Mittagsschlaf
- Ungenügend Licht
- Viele Reisen und Schichtarbeit [31]

Regeln, um den Schlaf zu verbessern oder guten Schlaf zu erhalten:

- Regelmässige Bettgehzeit. Der Schlaf ist Teil eines biologischen Rhythmus. Häufige Verschiebungen der Schlafzeit vermindern die Schlafqualität.
- Persönliche Schlafquote erfüllen. Schlafen Sie so lange, dass Sie sich morgens ausgeruht und erholt fühlen. Finden Sie selbst heraus, wie viel Schlaf Sie persönlich brauchen. Es gibt Menschen, die mit wenig Schlaf auskommen, und andere, die viel Schlaf benötigen.
- Günstige Schlafumgebung. Schlafen Sie in einem dunklen, gut gelüfteten Raum auf nicht zu weicher Unterlage.
- Nicht schlaflos im Bett liegen. Sollten Sie einmal nachts nicht schlafen können, so stehen Sie auf und beschäftigen Sie sich (z.B. Lesen, Handarbeit), bis Sie müde sind.
- Mässigung und Ruhe abends. Vermeiden Sie abends übermässigen Genuss von Kaffee, Alkohol und Rauchwaren sowie schwere Mahlzeiten. Vermeiden Sie abends auch anstrengende und anspruchsvolle geistige oder körperliche Tätigkeiten

([http://www.swiss-sleep.ch/dokumente/grundlage\\_disorders\\_d.pdf](http://www.swiss-sleep.ch/dokumente/grundlage_disorders_d.pdf), 3.5.2011)

### Fragen

- Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?
- Erwachen sie in der Nacht?
- Fühlen Sie sich tagsüber manchmal müde?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Schlafdauer < 6h pro Nacht oder > 8h pro Nacht

### Empfohlene Interventionen

Schlafanamnese erheben

Beratung bezüglich Schlafhygiene

Überweisung Facharzt zur weiteren Abklärung



## 6 Noxen

### 6.1 Koffeinkonsum

#### Hintergrund

Koffein ist weltweit die am häufigsten konsumierte pharmakologisch aktive Substanz. Die Hauptwirkungen des Koffeins sind:

- Anregung des Zentralnervensystems (ab ca. 150 mg)
- Erhöhung der Herztätigkeit, Pulssteigerung
- Erhöhung des Blutdrucks
- Bronchodilatation
- Diuretische Wirkung
- Anregung der Darmperistaltik
- Verringerung der Blutfließgeschwindigkeit im Gehirn und im Darmbereich

(<http://www.deingesundheitsmanager.de/training/ernaehrung/koffein-allgemeines.html>, 14.6.2011)

Der Körper scheint sich nach wenigen Tagen regelmässigen Kaffeetrinkens an die diuretische Wirkung anzupassen. Kaffee kann daher entgegen der allgemeinen Meinung zum Flüssigkeitskonsum gezählt werden [28].

Koffein verstärkt die Wirkung von Arzneimitteln gegen Spannungskopfschmerzen wie Paracetamol (Panadol) und Acetylsalicylsäure (Aspirin)[4]. Koffein hemmt die Aufnahme von Eisen aus Nahrungsmitteln [32].

Es wurde ein blutdruckerhöhender und pulssenkender Effekt von Koffein und koffeinhaltigen Lebensmitteln festgestellt [33]. Kaffee erhöht auch die Cholesterolverwerte im Blut. Gleichzeitig konnte aber beobachtet werden, dass eher weniger kardiovaskuläre Erkrankungen bei Kaffeetrinkern auftreten [34]. Die Ursache für dieses Phänomen liegt möglicherweise in den Antioxidantien, welche ebenfalls im Kaffee vorkommen [35]. Moderater Kaffeegenuss scheint keinen Einfluss auf das Risiko, an Magen- Darm- Krebs zu erkranken, zu haben [36]. Es gibt Hinweise, dass Kaffeekonsum einen protektiven Einfluss auf die Entwicklung von Parkinson und bestimmten Lebererkrankungen (Zirrhose und hepatozelluläres Karzinom) hat [37, 38]. Ebenso paradox ist die Tatsache, dass Koffein eine Insulinresistenz fördert, aber gewohnheitsmässiger Kaffee- oder Teekonsum das Risiko senkt, an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken [39, 40].

Bei Schlafstörungen scheint der Verzicht auf Kaffee eine positive Wirkung zu erzielen [41].

Bei Überdosierung (Dosen über 1 g) treten Erregungserscheinungen, psychotische Symptome, Angstsymptome, ein stark beschleunigter Puls und Extrasystolen auf; im Akutfall können als Gegenmittel Kohletabletten, Verapamil (Isoptin) und Diazepam (Valium) gegeben werden [3]

Koffeingehalt:

- 1 Tasse (150ml) Kaffee enthält 30-100mg Koffein
- 1 Tasse Espresso (30ml) enthält 40mg Koffein
- 1 Tasse Schwarztee enthält bis zu 50mg Koffein

- 1 Tafel Milkschokolade (100g) enthält 50mg Koffein
- 1 Dose Redbull (250ml) enthält 80mg Koffein
- 1 Flasche Coca Cola (500ml) enthält 50mg Koffein
- 1 Tablette Aspirin forte enthält 50mg pro Tabletten

(<http://www.deingesundheitsmanager.de/training/ernahrung/koffein-allgemeines.html>, 14.6.2011).

### **Fragen**

Trinken Sie Kaffee oder andere koffeinhaltige Getränke wie Red Bull?

Wie viele Tassen, wie grosse Tassen, wie stark ist der Kaffee?

Bei Schlafproblemen: zu welcher Tageszeit?

GEP<sup>PSY</sup> – rot:  $\geq 500$ mg pro Tag

### **Empfohlene Interventionen**

Beratung zu Wirkung und Empfehlung einer langsamen Reduktion des Kaffeekonsums, um Entzugerscheinungen zu vermeiden.

Zu empfehlende Websites:

[http://www.sucht-ar.ch/pdf\\_popups/koffein.pdf](http://www.sucht-ar.ch/pdf_popups/koffein.pdf)

<http://www.deingesundheitsmanager.de/training/ernahrung/koffein-allgemeines.html>

## 6.2 Alkoholkonsum

### Hintergrund

Drei der folgenden Diagnosekriterien müssen nach ICD-10 für das Vorliegen einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen im vergangenen Jahr gleichzeitig erfüllt sein:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zum Konsum
- Verminderte Kontrollfähigkeit in Bezug auf Beginn, Beendigung, Menge des Konsums
- Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion
- Toleranz
- Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen oder erhöhter Zeitaufwand zur Substanzbeschaffung oder um sich von Folgen zu erholen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen [42].

Eine Erhöhung der Gamma-GT und der Lebertransaminasen GOT/GPT und des mittleren Erythrozytenvolumens finden sich bei ca. 70% der Alkoholabhängigen [1]. Die Grenzwerte für einen chronischen Risikokonsum liegen bei 20 g reinen Alkohols pro Tag für Frauen bzw. 40 g pro Tag für Männer (zwei bzw. vier Standardgläser) (<http://www.sucht-info.ch/de/infos-und-fakten/alkohol/konsum/risikokonsum>, 7.7.2011).

Bei plötzlichem Absetzen des Alkohols kann es nach 1 - 3 Tagen zu einer dramatischen Fehlschaltung im Gehirn kommen; das gefürchtete Delirium tremens. Damit verbundene Symptome sind:

- Gedächtnisstörungen
- Desorientiertheit
  - o Illusionäre Verkennungen mit Beziehung zum Alkohol (Pfleger wäre der Kellner)
  - o Optische und taktile Halluzinationen (Würmer, Käfer, kleine Elefanten auf der Haut)
  - o Suggestibilität (Patient liest von einem leeren Blatt ab, trinkt aus dem imaginären Glas, bindet Knoten ohne Faden)
- Motorische Unruhe, Übererregbarkeit und Schlafstörungen
- Bewusstseinsstörungen, selten Koma.
- Affektive Störungen mit Heiterkeit oder Angst (Selbst- und Fremdgefährdung!)
- Epileptische Anfälle bei 20%, bevorzugt im anlaufenden Delir („Prädelir“)
- Vegetative Symptome:
  - o Fieber bis 38,5 °C
  - o Hypertonie bis 180/110 mmHg
  - o Tachykardie
  - o Schwitzen
  - o Tremor

Ein Entzugsdelir muss intensivmedizinisch überwacht und behandelt werden

([http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/II08kap\\_092.pdf](http://www.dgn.org/images/stories/dgn/leitlinien/LL2008/II08kap_092.pdf) , 8.7.2011).

Um die Entwicklung eines Alkoholdelirs zu verhindern, können Clonidin (Catapressan), Benzodiazepine (Valium) und hochpotente Neuroleptika eingesetzt werden. Clomethiazol (Distraneurin): wirkt stark sedierend und antikonvulsiv. Es besteht ein ausgeprägtes Risiko für Gewöhnung und Missbrauch. Daher wird das Medikament nur unter ärztlicher /pflegerischer Überwachung eingesetzt, ist auf 5 bis 10 Tage beschränkt und muss wegen der Gefahr von Krampfanfällen langsam ausgeschlichen werden [4].

### Fragen

Trinken Sie Alkohol? Was? Wie viel im Tag (Liter, Gläser, wie grosse Gläser)?

- 1 Liter Bier (5%), enthält ca. 50ml = 40g Alkohol
- 1 Glas = 1dl Wein enthält ca. 8g Alkohol
- 1 Glas = 40ml Cognac enthält ca. 12g Alkohol

Haben Sie sich schon einmal überlegt, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren oder ganz aufzuhören?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: > 20g Alkohol pro Tag (Frauen); > 40g Alkohol pro Tag (Männer)

### Empfohlene Interventionen

Beratung (siehe auch „Rauchen“):

- Wichtig: Bei beabsichtigtem Entzug auf Gefahr eines Entzugsdelirs aufmerksam machen: begleitende Medikation (Überweisung Psychiater oder Hausarzt) empfehlen.
- Alkoholberatungsstelle bzw. Entzugsklinik empfehlen.
- Nachsorgephase: Ärzte, Psychologen, Beratungsstelle, Selbsthilfegruppen, therapeutische WG.

Zu empfehlende Website und Broschüren: <http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/alkohol/konsum/risikokonsum/>

## 6.3 Rauchen

### Hintergrund

Der Tabakkonsum unter den Menschen mit psychischen Störungen beläuft sich auf bis zu 85 Prozent aller Untersuchten. Entsprechend hoch ist die Sterberate der genannten Population aufgrund von Rauchen (Vreeland, 2007). Der Konsum von Zigaretten beeinflusst den Dopaminhaushalt, weshalb Rauchen auch als Selbstmedikation verstanden werden kann. Versuche, das Rauchen aufzugeben, scheitern oft daran, dass sich psychotische Symptome mit dem Rauchstopp verstärken. Das Risiko für verschiedene Krebsarten, Gefässverengungen und Atemwegserkrankungen ist deshalb gefährlich hoch [2].

Sorgfältige Unterstützung und regelmässige Bestärkung von Menschen, welche aufhören möchten zu rauchen, hilft diesen, bei ihrem Entschluss zu bleiben [26]. Auch Nikotinersatztherapie ist wirksam: das atypische Antidepressivum Bupropion, wie auch Varenicline erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass ein Rauchstopp erfolgreich ist und bleibt [43].

### Fragen

Rauchen Sie? Wie viele Zigaretten im Tag, seit wie vielen Jahren?

Haben Sie Husten oder Atemprobleme?

Möchten Sie aufhören zu rauchen? Wie möchten Sie dabei vorgehen?

Haben Sie schon einmal aufgehört zu rauchen? Was war der Grund für den Rückfall?

Bisherige Erfahrung mit medikamentöser Unterstützung?

Woran könnte der Rauchstopp scheitern? [44]

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Rauchen oder Passivrauchen

## Empfohlene Interventionen

### Beratung:

- Es gilt, Patienten darin zu unterstützen, Vor- und Nachteile ihres Verhaltens (Entscheidungs-Balance) zu überdenken, ohne ihnen ein Verhalten vorzuschreiben. So wird verhindert, dass Patienten mit Widerstand reagieren, weil sie sich unter Druck fühlen, eine bestimmte Sichtweise zu akzeptieren. Wenn Fachpersonen, welche Patienten instruieren, dies in einer direktiven und vorschreibenden Weise tun, wird häufig Non-compliance hervorgerufen (Fogarty & Youngs 2000).
- Möchte der Patient Unterstützung darin, aufzuhören, vereinbaren Sie mit ihm einen Rauchstopp-tag. Einen Tag, an dem er oder sie mit dem Rauchen aufhören darf. Dieser Tag sollte ca. 1 – 2 Wochen nach dem ersten Beratungsgespräch sein. Der Patient soll für sich einen fixen Tag suchen, an dem er zum „Nichtraucher“ wird.
- Das Erarbeiten von Strategien kann helfen:
  - Verzögerung: Warten, bis der Drang zu rauchen nachlässt
  - Flucht: Verlassen von Hoch-Risikosituationen
  - Vermeiden: Vermeiden von Hoch-Risikosituationen– besonders in den ersten Wochen nach dem Aufhören
  - Ablenken: Finden einer Aufgabe, die den Rauchstoppwilligen beschäftigt [45]

Überweisung an den Hausarzt bei Patienten, welche medikamentöse Unterstützung möchten.

Infobroschüren Berner Gesundheit oder Krebsliga abgeben.

Gruppen- und Einzelgespräch (kostenlos) bietet die „Berner Gesundheit“ an:

<http://www.bernergesundheit.ch/de/themen/tabak.37/beratung-und-therapie.72.html>

Rauchstopplinie der Krebsliga: 0848 00 181,

[http://www.krebsliga.ch/de/praevention/nicht\\_rauchen/tabakpraevention /](http://www.krebsliga.ch/de/praevention/nicht_rauchen/tabakpraevention/)

Onlinecoaching, weitere Informationen: <http://www.at-schweiz.ch>

## 6.4 Cannabiskonsum

### Hintergrund

In der Regel bewirkt Cannabis unmittelbar einer gehobenen Stimmungslage bis hin zur Euphorie, Reduktion von Angst, Angespanntheit, Hemmungen und Wachheit sowie gesteigerte Kontaktfreudigkeit. Diese Wirkungen sind dosisabhängig und dauern ca. 2-3 h.

Der Konsum von Cannabis kann zu Toleranzentwicklung mit Dosissteigerung, Entzugssymptomen und Abhängigkeit führen. Auch Einschränkungen des Konzentrationsvermögens, der geteilten Aufmerksamkeit, des Neulernens, des Kurzzeitgedächtnisses, des Reaktionsvermögens und der motorischen Koordination wurden beobachtet. Es besteht ein erhöhtes Unfallrisiko.

Cannabiskonsum kann zu dysphorischen Reaktionen führen und mit Angst und Panikanfällen sowie paranoidem Erleben verbunden sein. Diese Reaktionen sind dosisabhängig. Chronischer Konsum und Konsum von hohen Cannabisdosen, ist mit einem erhöhten Risiko einer organischen Psychose und einer schizophreniformen Krankheitsepisode verbunden und kann die Krankheitszeichen und den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung verschärfen. Es wird aber vermutet, dass psychosoziale Probleme häufiger für den Konsum von Cannabis verantwortlich sind als umgekehrt [68].

Off-label werden Cannabinoide gegen neuropathische Schmerzen, Tourette-Syndrom, Epilepsie und Glaukom eingesetzt. Für diese Indikationen gibt es aber meist bessere pharmakologische Alternativen. Die Evidenz für diese off-label Behandlungen ist aufgrund hochwertiger Studien fragwürdig, wobei zu beachten ist, dass THC als seit Jahrzehnten illegale Droge abwechselnd unkritisch als Allheilmittel oder als extrem gefährlich stigmatisiert wird [4].

Zu empfehlende Websites:

<http://www.sucht-info.ch/infos-und-fakten/cannabis/>

<http://www.contactnetz.ch/de/newsdetail---1--1001--1--5--66.html>

### **Fragen**

Konsumieren Sie Cannabis? „Kiffen“ Sie?

Wie viel, wie häufig?

Möchten Sie etwas über die Wirkung von Cannabis erfahren? Sind Sie interessiert an Hilfe, um ihren Konsum zu reduzieren?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Gelegentlicher oder regelmässiger Konsum von Cannabis.

### **Empfohlene Interventionen**

Information und Beratung zur Wirkung von Cannabis

Prüfen, ob Patient bereit ist, den Konsum zu reduzieren

Information über Beratungsangebote, z.B.

- Contact Netz, Bern, Stiftung für Jugend-, Eltern- und Suchtarbeit abgeben: Contact Netz, Monbijoustrasse 70, 3000 Bern 23, Tel. 031 378 22 22, [contact@contactmail.ch](mailto:contact@contactmail.ch) (auch bei anderen Substanzabhängigkeiten).

## 7 Sexualität

### 7.1 Sicherer Sex

#### Hintergrund

Zu den oral-genital übertragenen Infektionen gehören nebst HIV (Humanes Immundefizienz-Virus) und Hepatitis auch Gonorrhoe (Tripper), Chlamydia, Syphilis und Herpes. Neben Geschlechtskrankheiten gibt es auch viele Hauterkrankungen, die sich an den Genitalien manifestieren. Umgekehrt kann auch eine Geschlechtskrankheit völlig ohne Symptome oder Anzeichen vorliegen [12].

Es gibt Hinweise, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für HIV haben. Depressivität wird mit einem Verlust an sexuellem Interesse assoziiert, und psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen mögen es schwerer machen, stabile Beziehungen zu unterhalten. Diese Probleme heben jedoch das Bedürfnis nach sexuellem Kontakt nicht auf [46].

Substanzmissbrauch, riskantes sexuelles Verhalten (Sex ohne Kondome, Sex für Geld oder Drogen), und ein reduziertes Wissen über HIV/AIDS tragen zu dieser erhöhten Rate von HIV bei [2].

Massnahmen zur Schwangerschaftsverhütung umfassen – mit unterschiedlicher Effektivität – folgende Bereiche:

- Natürliche Methoden (Verzicht auf den Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen des Zyklus, Coitus interruptus, Stillen)
- Barrieremethoden (Kondom, Scheidendiaphragma, Okklusivpessar)
- Kontrazeption mit Implantaten (Intrauterinpessare, subdermale Implantate)
- Pharmakologische Massnahmen (Spermizide, Pille, subdermale Implantation oder Injektion von Depot-Hormonen)
- Chirurgische Methoden (Tubensterilisation, Vasektomie)

Eine zu Schwangerschaftsverhütung beratende Person muss sich die Zeit nehmen, um die Interessen und Präferenzen des Paares zu verstehen, und diese respektieren. Die fortgesetzte Anwendung einer bevorzugten Methode ist einer wirksameren Methode überlegen, die wieder aufgegeben wird [12].

#### Fragen

Wie schützen Sie sich bei sexuellen Handlungen?

Benutzen Sie beim Sex ein Kondom/ein Präservativ?

Wie verhüten Sie?

Haben Sie Fragen zu sicherem Sex, Geschlechtskrankheiten oder Verhütung?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Inkonsequent geschützter oder ungeschützter Geschlechtsverkehr.

### **Empfohlene Interventionen**

Information über Safe-Sex-Regeln:

- Eindringen immer mit Kondom
- Kein Sperma, kein Menstruationsblut in den Mund, nicht schlucken

Zu empfehlende Websites:

<http://www.lovelife.ch>: Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten.

<http://www.gesundheitsprechstunde.ch/Verhütung>: Schwangerschaftsverhütung.

Zu empfehlende Broschüren:

[http://www.aids.ch/shop/produkte/infomaterial/grundinformationen/artikelliste\\_grundinfo.php?lang=d](http://www.aids.ch/shop/produkte/infomaterial/grundinformationen/artikelliste_grundinfo.php?lang=d):  
(Verhütung sexuell übertragbarer Krankheiten).

<http://www.verhuetungsinfo.ch/de/download/index.php>: (Schwangerschaftsverhütung).

Überweisung an Hausarzt oder Gynäkologen/Urologen.

Siehe auch: „Sexuelle Zufriedenheit“.

## 7.2 Sexuelle Zufriedenheit

### Hintergrund

Sexualität ist ein lebenslanger Lernprozess und somit weit mehr als nur Geschlechtsverkehr. Männer und Frauen sind immer wieder herausgefordert, sich damit auseinanderzusetzen (Familienplanung, Wechseljahre, Sexualität im Alter...). Lustlosigkeit ist auch in der Allgemeinbevölkerung ein grosses Problem. Menschen lassen sich sehr viel weniger auf die Sexualität ein, als Bilder und Zeitungen das vermuten lassen könnten. Besonders Krisen und Krankheiten können für Betroffene eine Chance sein, auch in der Sexualität Neues zu lernen und sich weiterzuentwickeln, indem sie die vorhandenen Ressourcen nutzen (Rahel Zurbrügg, Email vom 8.Juli 2011).

Sexuelle Störungen verhindern die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung [47]. Einige Menschen haben aufgrund ihrer psychischen Erkrankung ein vermindertes oder auch erhöhtes sexuelles Verlangen. Sexuelle Störungen können auch aus einem problematischen Alkoholkonsum entstehen. Generell wurde ungesundes Verhalten wie Übergewicht, körperliche Inaktivität in der Freizeit, Cannabiskonsum, harte Drogen und bei Frauen sogar Tabakrauchen mit vermehrten sexuellen Problemen in Verbindung gebracht [48]. Die Prävalenz von Störungen des Verlangens, der Erregung oder des Orgasmus sind bei Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Die Art dieser Störungen sind jedoch vergleichbar [49]. Erhöhte Prolaktinwerte als unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Neuroleptika können sexuelle Funktionsstörungen bei beiden Geschlechtern verursachen [5, 47]. Auch trizyklische Antidepressiva und SSRI können sexuelle Störungen verschiedener Art verursachen [4].

### Fragen

Sind Sie in einer Partnerschaft? Oder: Wünschen Sie sich eine Partnerschaft?

Wenn Sie Ihre aktuelle Sexualität mit derjenigen vor der Erkrankung/vor der Einnahme von Medikamenten verglichen, haben Sie Veränderungen wahrgenommen? Wenn ja, welche?

Wie gehen Sie mit den Veränderungen in der Sexualität um? Können Sie mit ihrem Partner/ihrer Partnerin darüber sprechen?

Sind Sie mit ihrem Sexualleben zufrieden?

GEP<sup>PSY</sup> – rot: Nicht oder eher nicht zufrieden mit Sexualleben.

### Empfohlene Interventionen

Eine erste Beratung kann durch die Pflege durchgeführt werden, wenn die entsprechende Vertrauensbeziehung besteht. Vielleicht genügt dies bereits, wenn z.B. lediglich Wissenslücken zu Verhütung oder einem sinnvollen Umgang mit Phantasien bestehen. Beratung: Fantasien sind o.k., nicht jede muss umgesetzt werden, wenn einer der Partner nein sagt.

Aus einer solchen Erstberatung wird klar, wann und an wen Patienten weiter verwiesen werden sollten.

- Psychiater zur Medikamentenüberprüfung bei entsprechendem Verdacht: z.B. verursachen die Antidepressiva Mirtazapin (Remeron) und Trazodon (Trittico) weniger sexuelle Unerwünschte Arzneimittelwirkungen als SSRI.
- Hausarzt, Urologe oder Gynäkologe zum Ausschluss oder Therapie von körperlichen Ursachen bzw. Schwangerschaftsverhütung.
- Ist eine körperliche Ursache aufgrund der geschilderten Schwierigkeiten unwahrscheinlich, kann auch direkt eine Sexualberatung empfohlen werden:
  - o [www.ziss.ch](http://www.ziss.ch)
  - o Sexualmedizinische und -pädagogische Sprechstunde des Inselspitals: [http://frauenheilkunde.insel.ch/fileadmin/frauenheilkund/frauenheilkund\\_user/pdf/ueber\\_die\\_klinik/informationsmaterial/SexSprechstunde\\_web.pdf](http://frauenheilkunde.insel.ch/fileadmin/frauenheilkund/frauenheilkund_user/pdf/ueber_die_klinik/informationsmaterial/SexSprechstunde_web.pdf).
  - o Weitere Adressen sind auf <http://www.praxis-info.ch/sexualberatung.htm> erhältlich.
- Von Selbstverschreibung Viagra bei Erektionsstörungen über Internet ist dringend abzuraten:
  - a) Solche Medikamente können mehr, weniger, oder andere Wirkstoffe enthalten
  - b) Sildenafil (Viagra) kann mit anderen Medikamenten interagieren (bsp. Nitrate: gefährliche Hypotonie).

Zu empfehlende Websites:

<http://www.lilli.ch> (Online-Beratung und Information zu Sexualität und sexueller Gewalt, Beziehungen, Frauen- und Männerthemen, Körperfragen, Verhütung und sexuell übertragbaren Infektionen.)

Zu empfehlende Broschüre (kostet Fr.10.-):

[http://www.promentesana.ch/page.php?pages\\_id=47&produkt=28](http://www.promentesana.ch/page.php?pages_id=47&produkt=28)

## Hintergrundinformationen

### Lebenserwartung und Todesursachen

Menschen mit Schizophrenie sterben früher als Menschen ohne psychische Erkrankung. Mortalitätsrisiken werden häufig über standardisierte Mortalitätsraten (SMR) angegeben. Diese wird berechnet durch die Anzahl beobachteter Fälle, dividiert durch die Anzahl erwarteter Fälle. SMR von 1.2 (SD  $\pm$  1.7-2.0) bis 3.3 (SD  $\pm$  3.1-3.5) wurden gemäss der Metaanalyse von Brown (1997) bei Menschen mit Schizophrenie erhoben [50]. Auch Tidemalm (2008) berechnete bei Menschen mit psychischen Erkrankungen eine SMR von 3.3 (SD 3.0-3.7) für Männer bzw. 2.3 (SD 2.0-2.5) für Frauen. Bei der Interpretation dieser Zahlen muss beachtet werden, dass die meisten zusätzlichen Todesfälle dieser Patientengruppe auf Selbstmord und Unfälle zurückzuführen sind. Es zeigt sich jedoch auch eine bei Männern 2.8 fach, bei Frauen 2.0 fach erhöhte Mortalität aufgrund körperlicher Ursachen [51]. Kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Adipositas und Atemwegserkrankungen sind die häufigsten körperlichen Todesursachen dieser Population [51, 52].

### Anzahl somatischer Begleiterkrankungen und Gesundheitsrisiken

In einer retrospektiven Dokumentenanalyse von 174 Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen in Grossbritannien wurde bei 74% mindestens eine chronische Begleiterkrankung diagnostiziert. 50% waren es zwei oder mehr chronische Begleiterkrankungen [53]. In einer U.S.-Amerikanischen Untersuchung von 1424 Patienten mit Schizophrenie fanden die Autoren bei 58% mindestens eine, bei 9% sogar vier oder mehr somatische Krankheiten [6]. In einer Dokumentenanalyse von 31 ambulanten Patienten in England, welche mit dem Instrument „Health Improvement Profile“ befragt worden waren, wurden durchschnittlich 6 Gesundheitsrisiken festgestellt. 77% der Patienten hatten einen BMI  $\geq$  25 und 74% führten keine regelmässige Brustuntersuchung durch. Der Ruhepuls lag bei 45.2% der Patienten bei  $\geq$  90 Schlägen pro Minute [54]. In der Schweiz wurden 23 Patienten mit schweren psychischen Störungen mit demselben Instrument untersucht. Im Mittel wurden dabei 10 Gesundheitsrisiken pro Patient beschrieben. Mehr als die Hälfte der Patienten gaben an, mehr als einmal täglich Nahrungsmittel mit einem erhöhten Fettgehalt und weniger als drei der empfohlenen fünf Früchte- / Gemüseportionen zu konsumieren, 65% der Befragten rauchten [24]. Die am besten beschriebenen Gesundheitsrisiken von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind kardiovaskuläre und metabolische Risikofaktoren, insbesondere Adipositas, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, und Diabetes mellitus [9]. Es werden jedoch auch erhöhte Raten von Atemwegserkrankungen, Krebs und Infektionen beschrieben [15, 55].

### Diabetes und metabolisches Syndrom

In der Studie von Correll et al. (2006) waren die Kriterien des metabolischen Syndroms bei 37.3% der von ihnen untersuchten Patienten einer psychiatrischen Klinik in den USA erfüllt. Diese Rate ist wesentlich höher als jene der U.S.- Population, welche bei 23.7% liegt [56]. Auch das Risiko, einen manifesten Diabetes mellitus zu entwickeln, ist in der Population von Menschen mit schweren psychischen Störungen erhöht. In einer Studie von Chwastiak lag bei 11% der untersuchten Menschen mit Schizophrenie ein Diabetes mellitus vor, bei der psychisch gesunden Kontrollgruppe lediglich bei 3% [6]. Daumit et al. untersuchten die Dokumentationen von 55'479 medizinischen Konsultationen in den USA, davon wurden 292 Patienten mit schweren psychischen Störungen identifiziert. Die Forscher stellten fest, dass von diesen 15.8% adipös waren, von den übrigen Patienten litten nur 8.4% unter Adipositas. Die Diagnose eines Diabetes mellitus war bei 13.4% der Menschen mit, bei 7.3% der Menschen ohne schwere psychische Störung gestellt worden [7].

## Kardiovaskuläre Erkrankungen

Die Population der Menschen mit schweren psychischen Krankheiten weist eine erhöhte Prävalenz von Diabetes mellitus, Hypertonie, Dyslipidämie, Rauchen und Adipositas auf. Dies sind die klassischen Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen [9]. Das von Correll et al. errechnete 10-Jahres-Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses lag bei Männern mit psychischer Erkrankung bei 8.3%, bei Frauen bei 2.3%. Dieses Risiko entspricht etwa dem doppelten Risiko der U.S. – Allgemeinbevölkerung [56]. Goff et al. zeigten, dass bei einer Kohorte von mit schweren psychischen Störungen das zehnjährige Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses im Vergleich mit der Kontrollgruppe bei Frauen um 50%, bei Männern um 34% erhöht war [57]. In einer retrospektiven Kohortenstudie wird auch über 1.86 - 3.22 Mal mehr Menschen mit Schizophrenie, affektiven und wahnhaften Störungen berichtet, welche an einem kardiovaskulären Ereignis starben, als in der Vergleichsgruppe aus der Allgemeinbevölkerung [58].

## Atemwegserkrankungen

Asthma, chronische Bronchitis und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) kommen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sehr häufig vor. Chronische Lungenerkrankungen waren in der retrospektiven Dokumentenanalyse von Jones [53] mit einer Prävalenz von 31% die häufigsten Komorbiditäten eines Samples von Menschen mit schwerer psychischer Störung. Patienten mit bipolarer Störung oder Schizophrenie weisen eine Prävalenz von chronischer Bronchitis von 15-25% und Asthma bronchiale von 16-19% auf [15]. Dagegen liegt in der Allgemeinbevölkerung die Prävalenz von chronischer Bronchitis bei 3.5% [59], diejenige von Asthma bronchiale bei 4.2 - 8.2% [60]. Lungenerkrankungen als Todesursachen von Menschen mit Schizophrenie kamen in einer schwedischen Untersuchung 4.01 Mal häufiger vor, als in der Allgemeinbevölkerung [61].

## Karzinome

Zur Prävalenz von Tumoren wurden sehr unterschiedliche Studienresultate publiziert. Lungenkarzinome wurde bei Patienten mit Schizophrenie doppelt so häufig beobachtet, wie in der Allgemeinbevölkerung [52]. Diese Raten sind aber nur signifikant unterschiedlich, solange der Raucherstatus bei den Berechnungen nicht berücksichtigt wird [58]. Brustkrebsraten bei Menschen mit schweren psychischen Störungen wurden in der Literatur als niedrig beschrieben, da aber die meisten Brustkarzinome nach der Menopause auftreten, die Mehrzahl der Studien jedoch eine jüngere Population untersuchten, müssen diese Resultate kritisch beurteilt werden [21]. Patienten, welche bestimmte Neuroleptika und Antidepressiva einnehmen, leiden häufig unter Adipositas, sowie einem erhöhten Prolaktinspiegel [4]. Dies wiederum erhöht unter anderem das Risiko Brustkarzinom bei beiden Geschlechtern (Halbreich & Kahn, 2003). Robson et al. führten niedrigere Tumorraten darauf zurück, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen häufiger aus anderen Gründen sterben, bevor sie das Alter erreichen, in dem Karzinome als häufige Todesursache vorkommt. Es gibt jedoch auch Autoren, welche antipsychotischen Medikamenten eine antikarzinogene Wirkung zuschreiben [15].

## Sexuelle Störungen

Nach ICD-10 verhindern sexuelle Störungen die von der betroffenen Person gewünschte sexuelle Beziehung [47]. Die Prävalenz von Störungen des Verlangens, der Erregung oder des Orgasmus sind bei Menschen mit Schizophrenie gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht. Die Art dieser Störungen sind jedoch vergleichbar [49]. Erhöhte Prolaktinwerte als unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Neuroleptika können einen unregelmässigen Menstruationszyklus bei Frauen verursachen, sowie Galaktorrhoe und sexuelle Funktionsstörungen bei beiden Geschlechtern [5, 47]. Zentralwirksame Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva, können auf die Sexualzentren wirken und dadurch die Libido hemmen [47].

## Weitere Gesundheitsprobleme

Die Gesundheit der Zähne scheint bei Menschen mit schweren psychischen Störungen wesentlich schlechter zu sein, als in der Allgemeinbevölkerung [2]. So traten in einer Untersuchung von Stiefel et al. (1990) Mundtrockenheit, verminderter Speichelfluss, Läsionen von Mundschleimhaut, Lippen und Zunge, Oberflächenkaries, Plaques sowie Zahnstein signifikant häufiger auf bei einer Gruppe von Menschen mit psychischer Erkrankung als bei der Vergleichsgruppe [62]. Es gibt Hinweise, dass vermehrt Katarakte unter Neuroleptika vorkommen [5].

Das Problem der Obstipation von Menschen mit schweren psychischen Störungen wurde bisher wenig erforscht. Dies, obwohl Obstipation eine häufige unerwünschte Arzneimittelwirkung von Neuroleptika ist. Obstipation kommt in randomisierten kontrollierten Studien bei Behandlung mit Zotepin bei 39.6%, mit Clozapin bei 21.3%, mit Haloperidol bei 14.6% und mit Risperidon bei 12% der Patienten vor [2].

## Ursachen körperlicher Gesundheitsrisiken und Gesundheitsprobleme

Fünf zumindest teilweise beeinflussbare Faktoren tragen wesentlich zur erhöhten Prävalenz körperlicher Gesundheitsrisiken von Menschen mit schweren psychischen Störungen bei: die Einnahme von Psychopharmaka, mangelhafte Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und eine ungenügende medizinische Prävention.

### Psychopharmaka

Insbesondere Olanzapin und Clozapin können einen ungünstigen Einfluss auf den Metabolismus ausüben, mit Gewichtszunahme und einer Insulinresistenz in der Folge. Auch Antidepressiva können Veränderungen im Glukose- und Fettstoffwechsel zur Folge haben [8, 63]. Obstipation ist eine bekannte unerwünschte Arzneimittelwirkung von Neuroleptika [2]. Neuroleptika und Antidepressiva können einen reduzierten Speichelfluss verursachen. Verminderter Speichelfluss und Mundtrockenheit führen zu Karies, Gingivitis und Parodontitis [15].

### Lebensstil: Ernährung, Bewegung, Rauchen

Viele Menschen mit schweren psychischen Störungen führen einen ungesunden Lebensstil. So war in der Studie von Goff der Anteil an Rauchern mit 68% signifikant höher ( $p < 0.001$ ) als in der psychisch gesunden Vergleichsgruppe (35%) [57]. Auch in einer retrospektiven Dokumentenanalyse von 370 Menschen mit Schizophrenie bestätigte sich, dass der Konsum von Zigaretten einen grossen Teil der Todesfälle verursacht hatte [52].

Es gibt auch zahlreiche Hinweise, dass Menschen mit Schizophrenie sich häufiger mit viel Fett und Zucker ernähren, dafür wenig Nahrungsfasern, Früchte und Gemüse konsumieren [25]. Die von Bradshaw befragten Patienten mit Schizophrenie gaben an, durchschnittlich täglich 27 Zigaretten zu rauchen und lediglich 1.9 Portionen Früchte oder Gemüse (im Vergleich zu den empfohlenen 5 x täglich) zu konsumieren [26]. 32% der von Smith [27] befragten Menschen mit schweren psychischen Störungen gaben an, unregelmässige Mahlzeiten, grosse Mengen Süssigkeiten und Nahrungsmittel mit hohem Fettgehalt, sowie keine Gemüse und Früchte zu konsumieren. 34% von ihnen bewegten sich auch nie intensiv [27]. Bei den von Faulkner et al. befragten Menschen mit einer Schizophrenie gaben 75% an, sich nie so zu bewegen, dass sie leicht schwitzen oder ausser Atem kommen [64]. Bewegungsmangel und gesundheitsschädigende Ernährung erklärt einen Teil der überdurchschnittlichen Adipositas-Rate und der hohen Lipidwerte dieser Population [63]. Auch die Zahngesundheit kann ausser durch die oben erwähnten Medikamente durch eine mangelhafte Ernährung und Zahnhygiene, sowie Rauchen beeinträchtigt sein [15].

## **Durch das Fachpersonal nicht erkannte Gesundheitsrisiken und -probleme**

Die körperlichen Komorbiditäten dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe werden im Alltag häufig nicht diagnostiziert. Brown et al. [52] identifizierten unter anderem das Nichterkennen somatischer Erkrankungen als Hintergrund vermeidbarer Todesfälle von Menschen mit Schizophrenie. Dixon et al. befragten 279 hospitalisierte und 440 ambulante Patienten mit Schizophrenie. Von den Patienten, welche koronare und pulmonale Beschwerden angegeben hatten, waren weniger als 70% in Behandlung, von den Patienten mit Hörstörungen und dentalen Problemen weniger als 50% [55]. Daraus kann geschlossen werden, dass bei Menschen mit psychischen Beschwerden das Management von körperlichen Gesundheitsbeschwerden tendenziell vernachlässigt wird. Nur ein kleiner Teil der körperlichen Beschwerden, unter welchen Patienten leiden, wird in der Krankengeschichte dokumentiert [6]. Von 966 untersuchten Patienten mit schweren psychischen Störungen in England hatten 69% im vergangenen Jahr keine körperliche Gesundheitsuntersuchung durchgeführt [27]. In Anbetracht der festgestellten überdurchschnittlichen somatischen Befunde bei der Zielgruppe erscheint diese Zahl als hoch.

## **Gründe für das Nicht-Erkennen und -Erfassen**

Die Zuständigkeit für das Monitoring körperlicher Symptome ist unter Fachpersonen unklar geregelt. Auch bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sind Hausärzte für die Behandlung körperlicher Probleme zuständig. Es ist jedoch denkbar, dass es manche Hausärzte schwierig finden, mit Menschen mit schweren psychischen Störungen zu kommunizieren. Sie erwarten, dass der Psychiater die Nebenwirkungen der von ihnen verschriebenen Psychopharmaka erkennt und behandelt [27]. Wie De Hert, et al. (2010) ausführen, ist für einige Patienten das psychiatrische Team auch der einzige Kontakt zur Gesundheitsversorgung. Dennoch betrachten manche Psychiater die Behandlung psychiatrischer Symptome als ihre primäre oder sogar einzige Aufgabe, und sind sehr zurückhaltend in Bezug auf körperliche Untersuchungen [25]. Möglicherweise sind auch nicht alle im Assessment körperlicher Probleme genügend geschult [27]. Dazu kommt, dass viele Menschen mit schweren psychischen Störungen glauben, sie würden nicht ernst genommen, wenn sie sich mit körperlichen Beschwerden an einen Arzt wendeten [27]. Auch psychiatrisch Pflegende sehen sich häufig als nicht zuständig für das Management körperlicher Risiken [65]. Es darf angenommen werden, dass all diese Gründe dazu beitragen, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen eine schlechtere medizinische Versorgung erhalten als psychisch Gesunde.

## **Screening körperlicher Gesundheit**

Zahlreiche Autoren empfehlen ein regelmässiges ärztliches Monitoring der körperlichen Gesundheit von Menschen mit schweren psychischen Störungen [5, 8]. Folgende körperliche Bereiche sollten bei Menschen mit schweren psychischen Störungen regelmässig kontrolliert werden: Gewicht und Taillenumfang, Blutdruck, Ernährung, Bewegung, Konsum von Tabak, Alkohol und anderen Substanzen, Nüchternblutwerte von Glukose und Lipiden, insbesondere Triglyceriden und High-density (HDL)-Cholesterol, Prolaktinwert (als Ausgangswert, später wenn durch Symptome angezeigt), Zahngesundheit, Leberwerte [25].

Instrumente für ein solches Monitoring sind für die Erfassung von Medikamentennebenwirkungen bekannt. Die meisten davon wurden jedoch für die Anwendung durch Psychiater entwickelt und benötigen bis zu einer Stunde Zeit pro Fallaufnahme [66]. Teams der Gemeindepsychiatrie entwickelten mit Jordan [67] eine Checkliste für Nebenwirkungen von Neuroleptika, speziell für die Anwendung durch Pflegende. Die Checklisten erfassten Gewicht, Vitalzeichen, Haltung und Bewegung, sowie Mundtrockenheit und Obstipation. Ausserdem wurde das Gesundheitsverhalten der Patienten erfragt, wie gesunde Ernährung und Zahnarztbesuche.

Ein weiteres Instrument zum Erfassen körperlicher Gesundheitsrisiken durch die Pflege ist das in Grossbritannien entwickelte „Health Improvement Profile“ (HIP), das eine Übersicht über 27 Aspekte der körperlichen Gesundheit liefert. Das Instrument wurde eigens für Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, mit je einer Version für Frauen und Männer, entwickelt [65]. Ausser Medikamentennebenwirkungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren wird auch das Gesundheitsverhalten erfasst. Es wird nach Ernährung, Bewegung und Raucherstatus, aber unter anderem auch nach Zahnarztbesuch, Besuch des Augenarztes, Fusspflege, sexueller Zufriedenheit, Brustuntersuchung und Kaffeekonsum gefragt. Zu jeder Frage wird eine mögliche Intervention vorgeschlagen, wie z.B. Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm, Instruktion zur Fusspflege oder Überweisung an den Hausarzt [54, 65]. Das Instrument wurde in den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern (Schweiz) ins Deutsche übersetzt (Gesundheitsförderungsprofil GEP<sup>PSY</sup>) und in einem Praxisentwicklungsprojekt mit dem pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Basel auf schweizerische Verhältnisse angepasst. Das Screening mit GEP<sup>PSY</sup> bietet die Möglichkeit, die spezifischen Risiken von Menschen mit schweren psychischen Störungen zu erkennen. Somit wird eine Grundlage für die pflegerische Beratung und interdisziplinäre Behandlung geschaffen.



## Literatur

1. Greten, H., ed. *Innere Medizin*. 12 ed. 2005, Thieme: Stuttgart New York. 1218, S. 843.
2. De Hert, M. *Physical Illness in Patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care*. WPA Educational Module 2010 [cited 2010].
3. Hardy and R. Grey, *Primary Care Physical Health Checks for people with Severe Mental Illness (SMI) - Best practice guide*, in *The Northampton Physical Health and Wellbeing Project (PhyHWell)*, N.H.S.N. Northhamptonshire, Editor. 2009, Sheila Hardy, University of East Anglia: Northampton.
4. Herdegen, T., ed. *Kurzlehrbuch Pharmakologie*. 2008, Georg Thieme Verlag: Stuttgart New York. 576.
5. Marder, S.R., et al., *Physical health monitoring of patients with schizophrenia*. *Am J Psychiatry*, 2004. **161**(8): p. 1334-49.
6. Chwastiak, L.A., et al., *Interrelationships of psychiatric symptom severity, medical comorbidity, and functioning in schizophrenia*. *Psychiatr Serv*, 2006. **57**(8): p. 1102-9.
7. Daumit, G.L., et al., *Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample*. *Gen Hosp Psychiatry*, 2002. **24**(6): p. 391-5.
8. Mitchell, A.J. and D. Malone, *Physical health and schizophrenia*. *Curr Opin Psychiatry*, 2006. **19**(4): p. 432-7.
9. Müller, B., D. Baciu, and H. Saner, *Kardiovaskuläres Risikomanagement bei schweren psychischen Störungen*. *Schweiz Med Forum*, 2010. **10**(40): p. 679-682.
10. Henzen, C., *Messung des HbA1c zur Diagnose des Diabetes mellitus*. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 2011. **11**(13).
11. Gesenhues, S. and R. Ziesché, eds. *Praxisleitfaden Allgemeinmedizin*. 4 ed. 2003. 1672.
12. Bickley, L., ed. *Bates grosses Untersuchungsbuch*. 3. ed. 2000: Stuttgart, S. 19.
13. Hypertoniegesellschaft, S., *Broschüre ARTERIELLE HYPERTONIE, Empfehlungen für Ärzte*, in [www.swisshypertension.ch](http://www.swisshypertension.ch), S.S.o. Hypertension, Editor. 2009.
14. Juchli, L., ed. *Pflege*. 9. ed., ed. Thieme. 2000.
15. Robson, D. and R. Gray, *Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper*. *Int J Nurs Stud*, 2007. **44**(3): p. 457-66.
16. Tomiak, C. and T. Dorner, *[Sjogren-Syndrome. Current developments from a rheumatologists point of view]*. *Hautarzt*, 2008. **59**(12): p. 1011-23; quiz 1024-5.
17. Stiller, M., *Die orale Komponente des Sjögren-Syndroms – diagnostische Aspekte und zahnmedizinisch-therapeutische Konsequenzen*. *Aktuelle Rheumatologie*, 2005. **30**: p. 41-45.
18. Rath, C. and T. Imfeld, *[Dry mouth--oral care for patients with oligoliasia and xerostomia]*. *Therapeutische Umschau*, 2008. **65**(2): p. 91-6.
19. Hardy and R. Gray, *Adapting the severe mental illness physical Health Improvement Profile for use in primary care*. *Int J Ment Health Nurs*, 2010. **19**(5): p. 350-5.
20. (SGGG), S.G.f.G.u.G., *Guideline Zervixabstrich 2004*: Schweizerische Ärztezeitung.
21. Seeman, M.V., *Preventing breast cancer in women with schizophrenia*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2011. **123**(2): p. 107-17.
22. Derungs, A., *Neuroleptika*. 2011, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät: Basel.
23. Halbreich, U. and L.S. Kahn, *Hyperprolactinemia and schizophrenia: mechanisms and clinical aspects*. *J Psychiatr Pract*, 2003. **9**(5): p. 344-53.
24. Sahli, A. and A. Schmid, *Körperliche Gesundheit bei ambulant behandelten Menschen mit anhaltenden psychiatrischen Störungen; Bachelor-These*. 2009, Fachhochschule Gesundheit: Bern.
25. De Hert, M. *Physical Illness in Patients with Severe Mental Disorders: Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level*. WPA Educational Module 2010.
26. Bradshaw, T., K. Lovell, and N. Harris, *Healthy living interventions and schizophrenia: a systematic review*. *J Adv Nurs*, 2005. **49**(6): p. 634-54.

27. Smith, S., et al., *A well-being programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort*. Int J Clin Pract, 2007. **61**(12): p. 1971-8.
28. Armstrong, L.E., et al., *Fluid, electrolyte, and renal indices of hydration during 11 days of controlled caffeine consumption*. International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 2005. **15**(3): p. 252-65.
29. Longstreth, G.F., et al., *Functional bowel disorders*. Gastroenterology, 2006. **130**(5): p. 1480-91.
30. Ernährung, S.G.f., *Grundprinzipien eines gesunden Lifestyles*. Merkblatt, 2011.
31. Doghramji, K., *The evaluation and management of insomnia*. Clinics in Chest Medicine, 2010. **31**(2): p. 327-39.
32. Zijp, I.M., O. Korver, and L.B. Tijburg, *Effect of tea and other dietary factors on iron absorption*. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 2000. **40**(5): p. 371-98.
33. Nurminen, M.L., et al., *Coffee, caffeine and blood pressure: a critical review*. European Journal of Clinical Nutrition, 1999. **53**(11): p. 831-9.
34. Riksen, N.P., P. Smits, and G.A. Rongen, *The cardiovascular effects of methylxanthines*. Handbook of Experimental Pharmacology, 2011. **200**: p. 413-37.
35. Cornelis, M.C. and A. El-Sohemy, *Coffee, caffeine, and coronary heart disease*. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care, 2007. **10**(6): p. 745-51.
36. Botelho, F., N. Lunet, and H. Barros, *Coffee and gastric cancer: systematic review and meta-analysis*. Cadernos de Saude Publica, 2006. **22**(5): p. 889-900.
37. Higdon, J.V. and B. Frei, *Coffee and health: a review of recent human research*. Critical Reviews in Food Science and Nutrition, 2006. **46**(2): p. 101-23.
38. Muriel, P. and J. Arauz, *Coffee and liver diseases*. Fitoterapia, 2010. **81**(5): p. 297-305.
39. Beaudoin, M.S. and T.E. Graham, *Methylxanthines and human health: epidemiological and experimental evidence*. Handbook of Experimental Pharmacology, 2011. **200**: p. 509-48.
40. Huxley, R., et al., *Coffee, decaffeinated coffee, and tea consumption in relation to incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis*. Archives of Internal Medicine, 2009. **169**(22): p. 2053-63.
41. Sin, C.W., J.S. Ho, and J.W. Chung, *Systematic review on the effectiveness of caffeine abstinence on the quality of sleep*. Journal of Clinical Nursing, 2009. **18**(1): p. 13-21.
42. Brunnhuber, F., Lieb, *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. 2004, Elsevier.
43. Zeller, A., *[Medical therapy for smoking cessation]*. Therapeutische Umschau, 2010. **67**(8): p. 419-25.
44. Schuurmans, M.M., et al., *[Smoking cessation training for physicians and other health professionals in Switzerland]*. Therapeutische Umschau, 2010. **67**(8): p. 409-14.
45. Meyer, A. and D. Stolz, *[Motivating discussions, change of attitude and handling with stress - nursing aspects of smoking cessation]*. Therapeutische Umschau, 2010. **67**(8): p. 415-8.
46. Gray, R., et al., *A review of the literature on HIV infection and schizophrenia: implications for research, policy and clinical practice*. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2002. **9**(4): p. 405-9.
47. Bitzer, J. and J. Alder, *[Female sexual dysfunction]*. Therapeutische Umschau, 2010. **67**(3): p. 105-16.
48. Christensen, B.S., et al., *Associations of Unhealthy Lifestyle Factors with Sexual Inactivity and Sexual Dysfunctions in Denmark*. Journal of Sexual Medicine, 2011.
49. Harley, E.W., J. Boardman, and T. Craig, *Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2010. **45**(7): p. 759-66.
50. Brown, S., *Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis*. Br J Psychiatry, 1997. **171**: p. 502-8.
51. Tidemalm, D., et al., *Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services*. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2008. **4**: p. 23.
52. Brown, S., H. Inskip, and B. Barraclough, *Causes of the excess mortality of schizophrenia*. Br J Psychiatry, 2000. **177**: p. 212-7.
53. Jones, D.R., et al., *Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness*. Psychiatr Serv, 2004. **55**(11): p. 1250-7.
54. Shuel, F., et al., *Using the serious mental illness health improvement profile [HIP] to identify physical problems in a cohort of community patients: a pragmatic case series evaluation*. Int J Nurs Stud, 2010. **47**(2): p. 136-45.

55. Dixon, L., et al., *The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health*. J Nerv Ment Dis, 1999. **187**(8): p. 496-502.
56. Correll, C.U., et al., *Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs*. J Clin Psychiatry, 2006. **67**(4): p. 575-83.
57. Goff, D.C., et al., *A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls*. Schizophr Res, 2005. **80**(1): p. 45-53.
58. Osborn, D.P., et al., *Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database*. Archives of General Psychiatry, 2007. **64**(2): p. 242-9.
59. Fuhrman, C., et al., *[Chronic bronchitis: prevalence and quality of life. Analysis of data from the French Health Interview Survey 2002-2003]*. Rev Mal Respir, 2009. **26**(7): p. 759-68.
60. Akinbami, L., J. Moorman, and L. Xiang, *Asthma Prevalence, Health Care Use, and Mortality: United States, 2005–2009*. National Health Statistics Reports, 2011. **32**.
61. Saha, S., D. Chant, and J. McGrath, *A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?* Arch Gen Psychiatry, 2007. **64**(10): p. 1123-31.
62. Stiefel, D.J., et al., *A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings*. Special Care in Dentistry, 1990. **10**(1): p. 6-12.
63. De Hert, M., et al., *Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC)*. Eur Psychiatry, 2009. **24**(6): p. 412-24.
64. Faulkner, G., T. Cohn, and G. Remington, *Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia*. Schizophrenia Research, 2006. **82**(2-3): p. 225-31.
65. White, J., R. Gray, and M. Jones, *The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2009. **16**(5): p. 493-8.
66. Jordan, S., R. Jones, and M.P. Sargeant, *Adverse drug reactions: managing the risk*. J Nurs Manag, 2009. **17**(2): p. 175-84.
67. Jordan, S., C. Tunnicliffe, and A. Sykes, *Minimizing side-effects: the clinical impact of nurse-administered 'side-effect' checklists*. J Adv Nurs, 2002. **37**(2): p. 155-65.
68. Strasser, H., *Facts Sheet Cannabis*, Unterrichtsunterlage Clinical Assessment, HS 2010



GEP<sup>PSY</sup> – Frauen

Gesundheitsparameter		Grün	Rot	Vorgeschlagene Interventionen bei erhöhtem Risiko (Details siehe Handbuch)
Laborwerte	<b>1.1 Leberfunktion</b> GOT: .....U/l GPT: .....U/l Alk.Phos:..... U/l γ-GT: .....U/l	<input type="checkbox"/> GOT: 10 – 35 U/l <input type="checkbox"/> GPT: 10 – 35 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: 35 – 104 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: 5 – 39 U/l	<input type="checkbox"/> GOT: > 35 U/l <input type="checkbox"/> GPT: > 35 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: < 35 od. > 104 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: < 5 od. > 39 U/l	<input type="checkbox"/> Alkoholstatus und Lebererkrankungen in der Anamnese überprüfen <input type="checkbox"/> Wenn Blutwerte leicht abnorm, Test nach 6 Mt. wiederholen <input type="checkbox"/> Beratung zu Reduktion von Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Überweisung an HA
	<b>1.2 Lipide</b> Cholesterin: ..... mmol/l LDL-C: ..... mmol/l HDL-C:..... mmol/l TG: .....mmol/l	<input type="checkbox"/> Chol: ≤ 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: ≤ 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: > 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: ≤ 2.0 mmol/l Patienten mit Diab mell: Cholesterin: ≤ 4,5 mmol/l LDL-C ≤ 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterin: > 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: > 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: ≤ 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: > 2.0 mmol/l Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: > 4,5 mmol/l LDL-C > 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Beratung zu Ernährung, Gewichts- und Kalorienreduktion <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung <input type="checkbox"/> Überweisung an HA (medikamentöse Therapie), Überprüfung nach 6 Monaten)
	<b>1.3 Blutzucker</b> HbA1c: .....%	<input type="checkbox"/> HbA1c: 4.8 – 5.9% Zielwert bei Diabetes mellitus: < 7% (nüchtern Glucose: 3.9 - 5.6 mmol/l)	<input type="checkbox"/> HbA1c: ≥ 6% Patienten mit Diabetes mellitus: ≥ 7% (nü Gluc: < 3.8 mmol/l od. > 5.6 mmol/l)	<input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt oder Diabetologe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung / Diabetessprechstunde <input type="checkbox"/> Beratung (Ernährung, Bewegung, Insulinhandhabung) <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben
Vitalzeichen / Gewicht	<b>2.1 Puls</b> .....Min	<input type="checkbox"/> 60-100 Schläge/Minute rhythmisch	<input type="checkbox"/> < 60 od. > 100 Schläge/Minute Arrhythmie	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen / überprüfen <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG)
	<b>2.2 Blutdruck</b> ...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> < 140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: < 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> ≥ 140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: ≥ 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen (Verlauf) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG / BE / Ursache abklären) <input type="checkbox"/> Beratung zu Gewichtsreduktion, Bewegung, Salzreduktion
	<b>2.3 Temperatur</b> .....°C	<input type="checkbox"/> 35,8° – 37,3° C	<input type="checkbox"/> < 35,8° <input type="checkbox"/> > 37,3	<input type="checkbox"/> Ursache abklären/behandeln <input type="checkbox"/> Bei Behandlung mit Clozapin: notfallmässig Blutbild bestimmen, Überweisung Psychiater <input type="checkbox"/> Weitere Abklärung/Behandlung der Ursache durch HA / Internisten
	<b>2.4 Gewicht</b> .....kg BMI: ..... Bauchumfang:..... cm	<input type="checkbox"/> 18.5-24.99 <input type="checkbox"/> < 80 cm	<input type="checkbox"/> < 18.5 <input type="checkbox"/> ≥ 25 <input type="checkbox"/> ≥ 80 cm	<input type="checkbox"/> Beratung und Unterstützung zu Ernährung und Bewegung <input type="checkbox"/> Überweisung an Ernährungsberatung, Gewichts-/Bewegungs-/Ernährungsgruppe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Psychiater zur weiteren Abklärung
Ärztliche Kontrolle	<b>3.1 Augenärztliche Kontrolle</b>	<input type="checkbox"/> < 40 Jahre alt: ≤ 2 Jahre	<input type="checkbox"/> ≥ 40 Jahre alt: > 2 Jahre	<input type="checkbox"/> Information/Beratung <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt
	<b>3.2 Zahnkontrolle</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 12 Monate	<input type="checkbox"/> > 12 Monate	<input type="checkbox"/> Beratung Zahnpflege, Ernährung, ungesüsste Kaugummi <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt/Dentalhygiene <input type="checkbox"/> Unterstützung im finanziellen Procedere
	<b>3.3 Zervikalabstrich</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 3 Jahre (25-50 j.) ≤ 5 Jahre (50-64 j.)	<input type="checkbox"/> > 3 Jahre (25-50 j.) > 5 Jahre (50-64 j.)	<input type="checkbox"/> Überweisung Gynäkologe oder Frauenpoliklinik <input type="checkbox"/> Begleitung organisieren oder anbieten
Selbstuntersuchung	<b>4.1 SU Füsse</b>	<input type="checkbox"/> Regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Keine regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Beratung zu Fusspflege, Fussbad, Hornhauthobel, Nägelschneiden, Cremes <input type="checkbox"/> Überweisung Podologie: Diabetiker/Menschen, welche Mühe haben, Füsse zu erreichen <input type="checkbox"/> Unterstützen im finanziellen Procedere
	<b>4.2 SU Brüste</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 1x pro Monat	<input type="checkbox"/> < 1x/Monat	<input type="checkbox"/> Risikofaktoren erheben, Informieren über Früherkennung <input type="checkbox"/> Broschüre zur Selbstuntersuchung abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung Gynäkologe / Frauenpoliklinik

	<b>4.3 Menstruation</b>	<input type="checkbox"/> Menstruationszyklus 24 - 35 Tage <input type="checkbox"/> keine Blutung nach Menopause	<input type="checkbox"/> Unregelmässig / Keine < 24 Tage Abstand <input type="checkbox"/> > 35 Tage Abstand <input type="checkbox"/> Blutung nach Menopause	<input type="checkbox"/> Kalender abgeben zum Eintragen des Zyklus <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Gynäkologie / Frauenpoliklinik
Aktivitäten des täglichen Lebens	<b>5.1 Ernährung:</b> Gemüse /Früchte Fettkonsum	<input type="checkbox"/> > 2 Portionen pro Tag  <input type="checkbox"/> < 3 Portion Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> ≤ 2 Portionen pro Tag  <input type="checkbox"/> ≥ 3 Portionen Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu ausgeglichener Ernährung, Menü- und Einkaufsplannung <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung (mit ärztlicher Verordnung) <input type="checkbox"/> Überweisung in Ernährungs- oder Kochgruppe <input type="checkbox"/> Broschüre abgeben
	<b>5.2 Trinkmenge</b>	<input type="checkbox"/> 1-3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag <input type="checkbox"/> >3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag (ohne Alkohol): auf Zeichen von Austrocknung achten <input type="checkbox"/> Beratung, mindestens 1-2 Liter/Tag trinken, bei Sport oder hohen Temperaturen mehr. <input type="checkbox"/> >3 Liter/Tag: Gewichtszunahme, Oedeme, BD, BZ überprüfen. <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt.
	<b>5.3 Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> Keine Obstipation kein Durchfall kein Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Durchfall / Obstipation Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Information über Ernährung, Bewegung, Flüssigkeitsaufnahme (Obstipation) <input type="checkbox"/> Laxantien: Füll- und Quellstoffe mit genügend Flüssigkeit, Reizstoffe max. 7-10 Tage <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Information über Diät, isotonische Getränke (Diarrhoe) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.4 Wasserlösen</b>	<input type="checkbox"/> 1-2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag <input type="checkbox"/> > 2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> Fragen nach Beschwerden beim Wasser lösen, Beurteilen der Störung <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.5 Bewegung</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 30 min./Tag <input type="checkbox"/> an ≥ 4 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/> < 30 min./Tag <input type="checkbox"/> an < 4 Tagen der Woche	<input type="checkbox"/> Grund abklären <input type="checkbox"/> Beratung zu Bewegung in Alltag integrieren <input type="checkbox"/> Überweisung in Bewegungsgruppe
	<b>5.6 Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> 6-8 h pro Nacht	<input type="checkbox"/> < 6h pro Nacht <input type="checkbox"/> > 8h pro Nacht	<input type="checkbox"/> Schlafanamnese erheben <input type="checkbox"/> Beratung bezüglich Schlafhygiene <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt zur weiteren Abklärung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater
Noxen	<b>6.1 Koffeinkonsum</b>	<input type="checkbox"/> < 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu Wirkung und Empfehlung einer langsamen Reduktion des Kaffeekonsums
	<b>6.2 Alkoholkonsum</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 20g Alkohol	<input type="checkbox"/> > 20g Alkohol pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung, Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Motivation zum Entzug (Keine unbegleiteten Entzüge !!!) <input type="checkbox"/> Überweisung an Entzugsklinik oder Alkoholberatungsstelle
	<b>6.3 Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Rauchen / Passivrauchen	<input type="checkbox"/> Infobroschüren abgeben <input type="checkbox"/> Beratung: Bereitschaft aufzuhören, Rauchstoptag vereinbaren, Strategien erarbeiten <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt zur medikamentösen Begleitung <input type="checkbox"/> Überweisung Rauchstoppprogramm oder Rauchstopptelefon
	<b>6.4 Cannabiskonsum</b>	<input type="checkbox"/> Kein Cannabis Konsum	<input type="checkbox"/> Gelegentlich / Regelmässig	<input type="checkbox"/> Information und Beratung zur Wirkung von Cannabis <input type="checkbox"/> Prüfen, ob Patient bereit ist, den Konsum zu reduzieren. <input type="checkbox"/> Information über die Angebote des Contact Netz, Bern
Sexualität	<b>7.1 Safer Sex</b>	<input type="checkbox"/> Immer geschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Inkonsequent geschützt oder ungeschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Beratung: Schwangerschaft, psychische Erkrankung und Medikamente, Verhütung <input type="checkbox"/> Beratung zu Ansteckungsgefahren und Safer – Sex. <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Gynäkologen
	<b>7.2 Sexuelle Zufriedenheit</b>	<input type="checkbox"/> Eher ja oder ja	<input type="checkbox"/> Eher nein oder nein	<input type="checkbox"/> Ursachen klären / Beratung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Psychologe, Sexualtherapeut, Gynäkologie oder Hausarzt <input type="checkbox"/> Online-Sexualberatung: <a href="http://www.lilli.ch">www.lilli.ch</a> <input type="checkbox"/> Anmeldung in Workshop „Sexualität“ der UPD

Bemerkungen:

GEP<sup>PSY</sup> – Männer

Gesundheitsparameter		Grün	Rot	Vorgeschlagene Interventionen bei erhöhtem Risiko (Details siehe Handbuch)
Laborwerte	<b>1.1 Leberfunktion</b> GOT: .....U/l GPT: .....U/l Alk.Phos:..... U/l γ-GT: .....U/l	<input type="checkbox"/> GOT: 10 – 50U/l <input type="checkbox"/> GPT: 10 – 50 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: 40 – 129 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: 10 – 66 U/l	<input type="checkbox"/> GOT: > 50 U/l <input type="checkbox"/> GPT: > 50 U/l <input type="checkbox"/> Alk Phos: < 40 od. > 129 U/l <input type="checkbox"/> γ-GT: < 10 od. > 66U/l	<input type="checkbox"/> Alkoholstatus und Lebererkrankungen in der Anamnese überprüfen <input type="checkbox"/> Wenn Blutwerte leicht abnorm, Test nach 6 Mt. wiederholen <input type="checkbox"/> Beratung zu Reduktion von Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> Überweisung an HA
	<b>1.2 Lipide</b> Cholesterin: ..... mmol/l LDL-C: ..... mmol/l HDL-C:..... mmol/l TG: .....mmol/l	<input type="checkbox"/> Chol: ≤ 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: ≤ 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: > 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: ≤ 2.0 mmol/l Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: ≤ 4,5 mmol/l LDL-C ≤ 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Cholesterin: > 5.0 mmol/l <input type="checkbox"/> LDL-C: > 3.0 mmol/l <input type="checkbox"/> HDL-C: ≤ 1.0 mmol/l <input type="checkbox"/> TG: > 2.0 mmol/l Patienten mit Diabetes mellitus Cholesterin: > 4,5 mmol/l LDL-C > 2,5 mmol/l	<input type="checkbox"/> Beratung zu Ernährung, Gewichts- und Kalorienreduktion <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungberatung <input type="checkbox"/> Überweisung an HA (medikamentöse Therapie), Überprüfung nach 6 Monaten
	<b>1.3 Blutzucker</b>  HbA1c: .....%	<input type="checkbox"/> HbA1c: 4.8 – 5.9% Zielwert bei Diabetes mellitus: < 7% (nüchtern Glucose: 3.9 - 5.6mmol/l)	<input type="checkbox"/> HbA1c: ≥ 6% Patienten mit Diabetes mellitus: ≥ 7% (nü Gluc: < 3.8 mmol/l od. > 5.6mmol/l)	<input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt oder Diabetologe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung /Diabetessprechstunde <input type="checkbox"/> Beratung (Ernährung, Bewegung, Insulinhandhabung) <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben
Vitalzeichen / Gewicht	<b>2.1 Puls</b> .....Min	<input type="checkbox"/> 60-100 Schläge/Minute rhythmisch	<input type="checkbox"/> < 60 od. > 100 Schläge/Minute Arrhythmie	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen / überprüfen <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG)
	<b>2.2 Blutdruck</b> ...../.....mmHg	<input type="checkbox"/> < 140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: < 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> ≥140/90 mmHg Pat. mit Diabetes mellitus: ≥ 130/80 mmHg	<input type="checkbox"/> Regelmässig messen (Verlauf) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt / Internist (EKG / BE / Ursache abklären) <input type="checkbox"/> Beratung zu Gewichtsreduktion, Bewegung, Salzreduktion
	<b>2.3 Temperatur</b> .....°C	<input type="checkbox"/> 35,8° – 37,3° C	<input type="checkbox"/> < 35.8°C <input type="checkbox"/> > 37.3°C	<input type="checkbox"/> Ursache abklären/behandeln <input type="checkbox"/> Bei Behandlung mit Clozapin: notfallmässig Blutbild bestimmen, Überweisung Psychiater <input type="checkbox"/> Weitere Abklärung/Behandlung der Ursache durch HA / Internisten
	<b>2.4 Gewicht</b> .....kg BMI:..... Bauchumfang:.....cm	<input type="checkbox"/> 18.5-24.99  <input type="checkbox"/> < 94 cm	<input type="checkbox"/> < 18.5 <input type="checkbox"/> ≥ 25  <input type="checkbox"/> ≥ 94 cm	<input type="checkbox"/> Beratung und Unterstützung zu Ernährung und Bewegung <input type="checkbox"/> Überweisung an Ernährungsberatung, Gewichts-/Bewegungs-/Ernährungsgruppe <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Psychiater zur weiteren Abklärung
Ärztliche Kontrolle	<b>3.1 Augenärztliche Kontrolle</b>	<input type="checkbox"/> < 40 Jahre alt: ≤ 2 Jahre	<input type="checkbox"/> ≥ 40 Jahre alt: > 2 Jahre	<input type="checkbox"/> Information/Beratung <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt
	<b>3.2 Zahnkontrolle</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 12 Monate	<input type="checkbox"/> >12 Monate	<input type="checkbox"/> Beratung Zahnpflege, Ernährung, ungesüsste Kaugummi <input type="checkbox"/> Überweisung Zahnarzt/Dentalhygiene <input type="checkbox"/> Unterstützung im finanziellen Procedere
	<b>3.4 Prostata Untersuchung</b>	<input type="checkbox"/> (<50 jährige): ≤ 2 Jahre	<input type="checkbox"/> (>50 jährige): >2 Jahre	<input type="checkbox"/> Überweisung zur Untersuchung Prostata an Hausarzt oder Urologen
Selbstuntersuchung (SU)	<b>4.1 SU Füße</b>	<input type="checkbox"/> Regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Keine regelmässige SU	<input type="checkbox"/> Beratung zu Fusspflege, Fussbad, Hornhauthobel, Nägelschneiden, Cremes <input type="checkbox"/> Überweisung Podologie: Diabetiker/Menschen, welche Mühe haben, Füße zu erreichen <input type="checkbox"/> Unterstützen im finanziellen Procedere
	<b>4.2 SU Brüste</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 1x/Monat	<input type="checkbox"/> < 1x/Monat	<input type="checkbox"/> Information über Brustkrebs-Früherkennung bei Männern <input type="checkbox"/> Broschüre zur Selbstuntersuchung abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung Urologe
	<b>4.4 SU Hoden</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 1x/Monat	<input type="checkbox"/> < 1x/Monat	<input type="checkbox"/> Infobroschüre zur Selbstuntersuchung abgeben <input type="checkbox"/> Bei jeder Veränderung Überweisung Urologe
Aktivitäten des täglichen Lebens	<b>5.1 Ernährung:</b> Gemüse /Früchte Fettkonsum	<input type="checkbox"/> > 2 Portionen/Tag  <input type="checkbox"/> < 3 Portion Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> ≤ 2 Portionen/Tag  <input type="checkbox"/> ≥ 3 Portionen Nahrungsmittel mit erhöhtem Fettgehalt pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu ausgeglichener Ernährung, Menü- und Einkaufsplanung <input type="checkbox"/> Überweisung Ernährungsberatung (mit ärztlicher Verordnung) <input type="checkbox"/> Überweisung in Ernährungs- oder Kochgruppe <input type="checkbox"/> Broschüre abgeben
	<b>5.2 Trinkmenge</b>	<input type="checkbox"/> 1-3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag >3 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag (ohne Alkohol): auf Zeichen von Austrocknung achten <input type="checkbox"/> Beratung, mindestens 1-2 Liter/Tag trinken, bei Sport oder ho-

			<p>hen Temperaturen mehr.</p> <input type="checkbox"/> >3 Liter/Tag: Gewichtszunahme, Oedeme, BD, BZ überprüfen. <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt.	
	<b>5.3 Stuhlgang</b>	<input type="checkbox"/> Keine Obstipation / kein Durchfall, kein Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Durchfall / Obstipation Bedarf an Laxantien	<input type="checkbox"/> Information über Ernährung, Bewegung, Flüssigkeitsaufnahme (Obstipation) <input type="checkbox"/> Laxantien: Füll- und Quellstoffe mit genügend Flüssigkeit, Reizstoffe max. 7-10 Tage <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Information über Diät, isotonische Getränke (Diarrhoe) <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.4 Wasserlösen</b>	<input type="checkbox"/> 1-2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> < 1 Liter/Tag <input type="checkbox"/> > 2 Liter/Tag	<input type="checkbox"/> Fragen nach Beschwerden beim Wasser lösen, Beurteilen der Störung <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt
	<b>5.5 Bewegung</b>	<input type="checkbox"/> ≥ 30 min./Tag an ≥ 4 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/> < 30 min./Tag an < 4 Tagen proWoche	<input type="checkbox"/> Grund abklären <input type="checkbox"/> Beratung zu Bewegung in Alltag integrieren <input type="checkbox"/> Überweisung in Bewegungsgruppe
	<b>5.6 Schlaf</b>	<input type="checkbox"/> 6-8 h pro Nacht	<input type="checkbox"/> < 6h pro Nacht <input type="checkbox"/> > 8h pro Nacht	<input type="checkbox"/> Schlafanamnese erheben <input type="checkbox"/> Beratung bezüglich Schlafhygiene <input type="checkbox"/> Überweisung Facharzt zur weiteren Abklärung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater
Noxen	<b>6.1 Koffeinkonsum</b>	<input type="checkbox"/> < 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> ≥ 500mg pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung zu Wirkung und Empfehlung einer langsamen Reduktion des Kaffeekonsums
	<b>6.2 Alkoholkonsum</b>	<input type="checkbox"/> ≤ 40g Alkohol	<input type="checkbox"/> > 40g Alkohol pro Tag	<input type="checkbox"/> Beratung, Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Motivation zum Entzug (Keine unbegleiteten Entzüge !!!) <input type="checkbox"/> Überweisung an Entzugsklinik oder Alkoholberatungsstelle
	<b>6.3 Rauchen</b>	<input type="checkbox"/> Nichtraucher	<input type="checkbox"/> Rauchen / Passivrauchen	<input type="checkbox"/> Infobroschüren abgeben <input type="checkbox"/> Beratung: Bereitschaft aufzuhören, Rauchstopptag vereinbaren, Strategien erarbeiten <input type="checkbox"/> Überweisung Hausarzt zur medikamentösen Begleitung <input type="checkbox"/> Überweisung Rauchstopprogramm oder Rauchstopptelefon
	<b>6.4 Cannabiskonsum</b>	<input type="checkbox"/> Kein Cannabis Konsum	<input type="checkbox"/> Gelegentlich / Regelmässig	<input type="checkbox"/> Information und Beratung zur Wirkung von Cannabis <input type="checkbox"/> Prüfen, ob Patient bereit ist, den Konsum zu reduzieren. <input type="checkbox"/> Information über die Angebote des Contact Netz, Bern
Sexualität	<b>7.1 Safer Sex</b>	<input type="checkbox"/> Immer geschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Inkonsequent geschützt oder ungeschützter Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> Beratung: Schwangerschaft, psychische Erkrankung und Medikamente, Verhütung <input type="checkbox"/> Beratung zu Ansteckungsgefahren und Safer – Sex. <input type="checkbox"/> Broschüren abgeben <input type="checkbox"/> Überweisung an Hausarzt oder Urologen
	<b>7.2 Sexuelle Zufriedenheit</b>	<input type="checkbox"/> Eher ja oder ja	<input type="checkbox"/> Eher nein oder nein	<input type="checkbox"/> Ursachen klären / Beratung <input type="checkbox"/> Überprüfung der Medikamente durch Psychiater <input type="checkbox"/> Überweisung Psychologe, Sexualtherapeut, Urologe oder Hausarzt <input type="checkbox"/> Online-Sexualberatung: <a href="http://www.lilli.ch">www.lilli.ch</a> <input type="checkbox"/> Anmeldung in Workshop „Sexualität“ der UPD

Bemerkungen:

**Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V  
für die  
Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege  
mit einem spezialisierten Pflegedienst**

**zwischen**

**AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Landwirtschaftlichen Krankenkasse Niedersachsen-Bremen  
BKK Landesverband Mitte, Siebstraße 4, 30171 Hannover  
- im folgenden als Krankenkassen bezeichnet -**

**und**

**als Träger des spezialisierten Pflegedienstes**

**– im folgenden als Psychiatrischer Fachpflegedienst bezeichnet –**

# Kapitel I

## § 1 Gegenstand des Vertrages

Zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege regelt dieser Vertrag insbesondere:

1. Gegenstand und Geltungsbereich des Vertrages (Kapitel I, §§ 1 bis 3)
2. Allgemeine Grundsätze (Kapitel II, §§ 4 bis 8)
3. Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege einschließlich deren Abgrenzung (Kapitel III, §§ 9 und 10)
4. Eignung des Leistungserbringers (Kapitel IV, §§ 11 bis 23)
5. Maßnahmen zur Qualitätssicherung (Kapitel V, §§ 24 bis 26)
6. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten (Kapitel VI, §§ 27 bis 30).
7. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung (Kapitel VII, §§ 31 und 32)
8. Abrechnung (Kapitel VIII, §§ 33 bis 35)
9. Vergütung und Schiedsperson (Kapitel IX, §§ 36 und 37)
10. Inkrafttreten (Kapitel X, §§ 38 bis 42)

## § 2 Geltungsbereich

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst erhält mit diesem Vertrag nach § 132 a Abs. 2 SGB V die Berechtigung, häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege gemäß § 37 SGB V zu Lasten der vertragschließenden Krankenkassen zu erbringen.
- (2) Dieser Vertrag gilt ausschließlich für den im Rubrum genannten psychiatrischen Fachpflegedienst. Für dessen Filialen, von denen aus Pflege erbracht wird, ist ein gesonderter Vertrag erforderlich, auch wenn diese zwar organisatorisch mit dem Fachpflegedienst verbunden, rechtlich aber nicht selbständig sind.
- (3) Mit diesem Vertrag ist keine Inanspruchnahmegarantie durch die Krankenkassen oder durch die Versicherten verbunden.

## § 3 Einzugsbereich

- (1) Der Einzugsbereich umfasst:
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst stellt im Rahmen seiner Kapazitäten die Versorgung der Versicherten in seinem Einzugsbereich mit Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege sicher, hierzu können auch Anlaufstellen eingerichtet werden.
- (3) Die Festlegung des Einzugsbereiches schließt den Abschluss von Verträgen mit anderen Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit psychiatrischer Fachkrankenpflege im selben Einzugsbereich nicht aus.

- (4) Der Versicherte ist in der Wahl des psychiatrischen Fachpflegedienstes frei, soweit der psychiatrische Fachpflegedienst zur Erbringung der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege berechtigt ist. Wählt er nicht einen der nächst erreichbaren Fachpsychiatrischen Pflegedienste, kann die Krankenkasse die Übernahme der hierdurch entstehenden Mehrkosten ablehnen. Über die Höhe der Mehrkosten hat der psychiatrische Fachpflegedienst den Versicherten vor Beginn der Leistungserbringung zu informieren.

## **Kapitel II**

### **- Allgemeine Grundsätze -**

#### **§ 4**

#### **Ziele der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege**

- (1) Die Krankenkassen und der psychiatrische Fachpflegedienst gemäß § 11 haben auf der Grundlage der Richtlinien über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen und pflegfachlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst erbringt häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung
- zur Vermeidung oder Verkürzung einer Krankenhausbehandlung oder wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist (37 Abs. 1 SGB V, Krankenhausvermeidungspflege) oder
  - zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung (37 Abs. 2 SGB V, Sicherungspflege)
- soweit der Versicherte die erforderlichen Verrichtungen nicht selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person den Versicherten in dem erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.
- (3) Ziel der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege ist es, dem Versicherten das Verbleiben oder die möglichst frühzeitige Rückkehr in seinen häuslichen Bereich zu ermöglichen sowie die ambulante, ärztliche Behandlung und deren Ziel zu sichern. Durch diesen ambulanten Versorgungsschwerpunkt ist es zugleich auch das Ziel, die Krankenhausbehandlung und die Versorgung durch die psychiatrische Institutsambulanz zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Bei der Leistungserbringung ist die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten zu respektieren und zu fördern. In der Regel wird daher häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege als Rückzugspflege durchgeführt (vgl. § 6 Abs. 3).
- (4) Durch Kooperation aller im Pflege- und Behandlungsprozess Beteiligten ist eine effiziente Leistungserbringung zu gewährleisten.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Versicherten und seinen Bezugspersonen hinzuwirken.

## **§ 5 Leistungsgrundlagen**

- (1) Art, Umfang und Dauer der vom psychiatrischen Fachpflegedienst zu Lasten der Krankenkassen zu erbringenden Leistungen ergeben sich aus der von der im Einzelfall zuständigen Krankenkasse genehmigten Verordnung einschließlich des beigefügten Behandlungsplans des behandelnden Vertragsarztes (Ärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie oder psychotherapeutische Medizin, Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie). Die Verordnung durch den Hausarzt erfordert eine vorherige Diagnose-sicherung durch einen Arzt der o. g. Fachgebiete. Basis der Verordnung sind § 27 BMV-Ä bzw. die entsprechenden Regelungen im Arztvertrag und die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Änderungen oder Ergänzungen der vertragsärztlichen Verordnung von häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege bedürfen einer erneuten Arztunterschrift mit Stempel und Datumsangabe.
  
- (2) Die vertragsärztliche Verordnung für Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege ist vor dem Tätigwerden des psychiatrischen Fachpflegedienstes der zuständigen Krankenkasse zur Prüfung und Genehmigung, ggf. zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes, vorzulegen. Diese Krankenkasse übernimmt vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und verordnungsfähigen und vom psychiatrischen Fachpflegedienst erbrachten Leistungen, wenn die ordnungsgemäß ausgefüllte Verordnung (Nummer 10 und 11 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 7 SGB V) spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorliegt (vorläufige Kostenzusage). Ist in begründeten Fällen, die nicht vom psychiatrischen Fachpflegedienst zu vertreten sind, die Unterschrift des Versicherten oder seines gesetzlichen Vertreters zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich, wird die Unterschrift unverzüglich nachgereicht. Die vorläufige Kostenzusage gilt nicht
  - für Leistungen der Grundpflege und Hauswirtschaftlichen Versorgung,
  - wenn für den psychiatrischen Fachpflegedienst offensichtlich erkennbar die Leistung nach § 37 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen ist,
  - für bereits abgelehnte Leistungen, die erneut beantragt werden, ohne dass sich die leistungsrelevanten Rahmenbedingungen geändert haben oder
  - wenn Leistungen zu Lasten einer nicht zuständigen Krankenkasse verordnet wurden. Die vertragsschließenden Krankenkassen verpflichten sich, bei Unzuständigkeit den Pflegedienst unverzüglich zu informieren.
  
- (3) Für eine zielgerichtete qualitätsgesicherte Versorgung der Versicherten mit häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege ist eine enge Abstimmung des psychiatrischen Fachpflegedienstes mit dem verordnenden Arzt erforderlich:
  - Nach Erhalt der Erstverordnung ist der psychiatrische Fachpflegedienst verpflichtet, unverzüglich einen Hausbesuch durchzuführen, eine vorläufige Pflegeplanung auf der Grundlage des ärztlichen Behandlungsplanes mit der Einschätzung des vorläufigen wöchentlichen Pflegebedarfes dem verordnenden Arzt rechtzeitig vor Ablauf des genehmigten Verordnungszeitraums bekannt zu geben und die weitere Vorgehensweise mit ihm abzustimmen.
  - Nach Erhalt der Anschlussverordnung muss der psychiatrische Fachpflegedienst unverzüglich eine angepasste Pflegeplanung auf der Grundlage des aktuellen ärztlichen Behandlungsplanes erstellen, aus der ersichtlich ist, ob und in welchem Umfang die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege möglich ist.

- Veränderungen in der Pflegesituation sind dem verordnenden Arzt unverzüglich mitzuteilen. Kurz vor Ablauf des verordneten Zeitraumes erstellt der psychiatrische Fachpflegedienst einen Abschluss- bzw. Verlängerungsbericht mit einer Beschreibung der durchgeführten und den ggf. weiterhin erforderlichen Pflegemaßnahmen sowie eine Darstellung des erreichten bzw. angestrebten Pflegezieles für den verordnenden Arzt. Auf Anforderung ist der zuständigen Krankenkasse ein aussagekräftiger Krankenpflegebericht zur Verfügung zu stellen.
- (4) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat eine fachlich kompetente und bedarfsgerechte häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege nach den allgemein anerkannten medizinischen und pflegefachlichen Erkenntnissen als aktivierende Pflege zu gewährleisten.
- (5) Die in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege in der jeweils gültigen Fassung getroffenen Festlegungen sind Bestandteil dieses Vertrages, soweit durch diesen Vertrag nichts anderes geregelt ist.

## **§ 6**

### **Eigenverantwortung des Versicherten**

- (1) Der Versicherte erhält vom psychiatrischen Fachpflegedienst psychiatrische Fachkrankenpflege ausschließlich im Rahmen der medizinischen Notwendigkeit. Dabei sind der Eigenverantwortungsbereich des Versicherten zu stärken und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu berücksichtigen.
- (2) Die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege wird unter Berücksichtigung des behandlungs- und pflegeunterstützenden Umfeldes des Versicherten erbracht. Sie kann auch dazu dienen, den unmittelbaren Bezugspersonen des Versicherten Hilfestellung und Unterstützung für den Umgang mit dem Versicherten und seiner Erkrankung zu geben.
- (3) Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege ist nicht auf Dauer ausgerichtet. Sie soll eine akut behandlungsbedürftige Phase im Krankheitsverlauf des Versicherten auf ärztliche Weisung hin begleiten und die Selbstversorgungskompetenz des Versicherten stärken. Bei Krankheitsbildern, bei denen das ärztliche Behandlungsziel nicht erreichbar erscheint, ist eine häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege ausgeschlossen.

## **§ 7**

### **Datenschutz**

Der psychiatrische Fachpflegedienst und die Krankenkassen verpflichten sich, den Schutz der personenbezogenen Daten (Sozialdaten) sicherzustellen. Der psychiatrische Fachpflegedienst unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und seines Umfeldes der Schweigepflicht, ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der leistungspflichtigen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Der psychiatrische Fachpflegedienst hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten und dies zu dokumentieren. Die §§ 35, 37 SGB I, §§ 276, 284 SGB V sowie §§ 67 bis 85 a SGB X bleiben unberührt.

## **§ 8**

### **Buchführungs- und Rechnungswesen**

Der psychiatrische Fachpflegedienst hat die Grundsätze der Buchführung nach den Regeln des HGB zu beachten und seine Bücher nach der kaufmännischen doppelten Buchführung zu führen.

## **Kapitel III**

### **- Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege einschließlich deren Abgrenzung -**

#### **§ 9**

#### **Inhalt der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege**

- (1) Die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege kann als Krankenhausvermeidungs- oder als Sicherungspflege erbracht werden.
- (2) Die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege ist im Rahmen der Richtlinien über die Verordnung Häuslicher Krankenpflege verordnungsfähig. Sie verfolgt das Ziel der Heilung einer bestehenden Krankheit, der Verhütung der Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit oder der Linderung von Krankheitsbeschwerden.
- (3) Sie umfasst
  - Erarbeiten der Pflegeakzeptanz,
  - Durchführen von Maßnahmen zur Bewältigung von Krisensituationen,
  - Entwickeln kompensatorischer Hilfen bei krankheitsbedingten Fähigkeitsstörungen.
- (4) Alle Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege beinhalten die Wahrnehmung und Beobachtung, die Kommunikation, die Pflegeplanung und Pflegedokumentation, die jeweilige Vor- und Nachbereitung der Pflege, die erforderliche Information der am Pflegeprozess Beteiligten sowie ggf. das Zur-Verfügung-Stellen von Unterlagen.

#### **§ 10**

#### **Abgrenzung**

- (1) Für die Zeit des voll- oder teilstationären Aufenthaltes bzw. der Behandlung insbesondere in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen, Alten- und Pflegeheimen sowie Behindertenheimen und psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken kann häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege nicht erbracht werden.
- (2) Die Leistungen der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V und der Häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege können nicht quartalsgleich abgerechnet werden. Im Einzelfall ist eine einmalige quartalsgleiche Abrechnung zulässig, soweit der Versicherte bereits mehrere Quartale vorab in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt wurde oder mehrere Behandlungstermine in demselben Quartal stattgefunden haben, um einen Übergang aus der Psychiatrischen Institutsambulanz in die ambulante ärztliche Versorgung zu ermöglichen.

## **Kapitel IV**

### **- Eignung der Leistungserbringer -**

#### **Abschnitt 1**

##### **- psychiatrischer Fachpflegedienst -**

### **§ 11**

#### **Psychiatrischer Fachpflegedienst**

- (1) Ein psychiatrischer Fachpflegedienst ist eine auf Dauer angelegte organisatorische Zusammenfassung von Personen und Sachmitteln, der unabhängig von der Zahl seiner Mitarbeiter in der Lage sein muss, eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege für einen wechselnden Kreis von Versicherten zu gewährleisten.
- (2) Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung der Versicherten mit häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege hat der psychiatrische Fachpflegedienst Anforderungen an die Struktur- (§§ 12 - 18), Prozess- (§§ 19 - 22) und Ergebnisqualität (§ 23) zu erfüllen.

#### **Abschnitt 2**

##### **- Strukturqualität -**

### **§ 12**

#### **Organisatorische Voraussetzungen**

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist eine selbständig wirtschaftende Einrichtung, die unter der ständigen Verantwortung einer Pflegefachkraft gemäß § 16 die Versorgung der Versicherten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie bei Tag und Nacht einschließlich an Sonn- und Feiertagen mit häuslicher psychiatrischer Fachkrankenpflege sicherstellt. Der psychiatrische Fachpflegedienst muss ständig erreichbar sein. Soweit der psychiatrische Fachpflegedienst im Einzelfall die fachlichen oder organisatorischen Voraussetzungen nicht erfüllt, hat er die Versorgung abzulehnen.
- (2) Als personelle Mindestbesetzung gemäß §§ 16 - 18 sind insgesamt 5 Pflegefachkräfte mit mindestens 115,5 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit vorzuhalten.
- (3) Der psychiatrische Fachpflegedienst muss über eigene Geschäftsräume verfügen.
- (4) Der psychiatrische Fachpflegedienst übernimmt nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften die Haftung für Schäden, die die Pflegefachkräfte in Ausübung ihrer Tätigkeit verursachen und stellt die Krankenkassen von Ansprüchen frei, die in diesem Zusammenhang von Dritten geltend gemacht werden.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat den Krankenkassen zum Vertragsabschluss und auf Anforderung nach Vertragsabschluss verbindlich folgende Nachweise vorzulegen:

- a) Anzeige der Aufnahme der Tätigkeit bei den zuständigen Behörden (z. B. Gesundheitsamt, Finanzamt)
- b) Mitgliedschaft bei der zuständigen Berufsgenossenschaft
- c) Abschluss einer ausreichenden Betriebshaftpflicht für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die regelmäßig an die aktuelle Betriebsgröße angepasst wird
- d) Beglaubigte Kopien der Auszüge aus dem Bundeszentralregister der Generalbundesanwaltschaft (polizeiliches Führungszeugnis; nicht älter als 3 Monate) für die verantwortliche Pflegefachkraft und deren Vertretung sowie den Leiter bzw. den Inhaber des psychiatrischen Fachpflegedienstes
- e) Angaben über die Gesellschafter des psychiatrischen Fachpflegedienstes
- f) Beglaubigte Kopien der Qualifikationsnachweise der Pflegefachkräfte
- g) Institutionskennzeichen des psychiatrischen Fachpflegedienstes
- h) Kopie der Kooperationsvereinbarungen
- i) Arbeitsverträge der beschäftigten Pflegefachkräfte ab Beschäftigungsbeginn im psychiatrischen Fachpflegedienst bzw. eine jeweils von Arbeitnehmer und Arbeitgeber unterschriebene Bescheinigung über das Beschäftigungsverhältnis
- j) Sozialversicherungsnachweise der beschäftigten Pflegefachkräfte ab Beschäftigungsbeginn im Pflegedienst
- k) entsprechende Arbeitsbescheinigungen und Sozialversicherungsnachweise der verantwortlichen Pflegefachkraft, die belegen, dass sie ihren Beruf innerhalb der letzten 5 Jahre mindestens drei Jahre hauptberuflich ausgeübt hat
- l) vom Arbeitsamt vergebene Betriebsnummer.

Der psychiatrische Fachpflegedienst hält außerdem eine Liste über das eingesetzte Personal mit Namen, Qualifikation und Handzeichen vor.

Der psychiatrische Fachpflegedienst hat eine Mitarbeiterdokumentation, die u. a. die gültigen Arbeitsverträge sowie Nachweise über die Qualifikation, Fortbildung und Sozialversicherung der Mitarbeiter/-innen enthält, entsprechend den datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu führen und Personaleinsatzpläne zu erstellen.

Der psychiatrische Fachpflegedienst beschäftigt hauptberuflich keine Pflegefachkräfte, die zeitgleich in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer psychiatrischen Institutsambulanz beschäftigt sind.

## **§ 13 Praxis- und Betriebseinrichtung**

- (1) Alle im Rahmen der psychiatrischen Fachkrankenpflege nach diesem Vertrag verwendeten Materialien und Gerätschaften müssen für den Einsatz fachlich geeignet und funktionsfähig sein sowie Sicherheits- und anderen gesetzlichen Bestimmungen entsprechen.

- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat
  - eine zweckmäßige Büroausstattung vorzuhalten sowie
  - eine ausreichende und geeignete Mobilität des Personals sicherzustellen.
- (3) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, für die Akutversorgung ausreichende Sachmittel vorzuhalten. Leistungsansprüche des Versicherten nach §§ 31, 33 SGB V bleiben unberührt.

## **§ 14**

### **Fachliche Anforderungen**

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes stellt sicher, dass die vom psychiatrischen Fachpflegedienst angebotenen Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 16 erbracht werden.
- (2) Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege unter ständiger Verantwortung einer Pflegefachkraft nach § 16 bedeutet, dass diese u. a. verantwortlich ist für
  - die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
  - die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der geeigneten Pflegefachkräfte,
  - die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
  - die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des psychiatrischen Fachpflegedienstes,
  - Einsatz- und Routenplanung,
  - Koordination bzw. Zusammenarbeit aller am Pflegeprozess Beteiligter (psychiatrische Fachkrankenschwester, Arzt, Patient und andere).
  - Erstellung von Fachkonzepten.
  - kontinuierliche Fortbildung in ihrem Bereich.
  - fachliche Leitung und Dokumentation von Teambesprechungen.
  - Prozess- und Ergebnisqualität (bezogen auf ihren Patientenkreis).
- (3) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes gewährleistet, dass die Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege nur durch dazu fachlich qualifiziertes Personal entsprechend dieses Vertrages erbracht werden.
- (4) Die Durchführung der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege durch freie Mitarbeiter ist unzulässig.

## § 15 Fortbildung

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes ist verpflichtet, die Fachlichkeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und aller in der psychiatrischen Fachpflege Beschäftigten, die länger als ein Jahr bei dem Pflegedienst tätig sind, durch regelmäßige Teilnahme an berufs- bzw. aufgabenbezogenen, internen und externen Fort- oder Weiterbildungsmaßnahmen sicherzustellen. Die Maßnahmen sollen insbesondere den aktuellen pflegewissenschaftlichen und medizinischen Stand der psychiatrischen Fachpflege vermitteln und nicht ausschließlich als interne Schulungen aller Beschäftigten durchgeführt werden. Fachbezogene Literatur ist vorzuhalten.
- (2) Der Umfang der Fort- und Weiterbildungen beträgt durchschnittlich 20 Zeitstunden pro Vollzeitstelle innerhalb von zwei Kalenderjahren.
- (3) Der Nachweis hierüber hat bei Aufforderung durch eine vertragschließende Krankenkasse im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen oder einen vertragschließenden Landesverband der Krankenkassen im Namen aller Krankenkassen und Landesverbände der Krankenkassen innerhalb eines Monats für die zurückliegenden zwei Kalenderjahre zu erfolgen. Der Nachweis erfolgt durch den Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes. In diesem sind die Vor- und Nachnamen der Beschäftigten, Thema, Umfang – in Zeitstunden – und die Termine der Fort- oder Weiterbildungen aufzuführen. In begründeten Fällen können auch über den Nachweiszeitraum hinaus Nachweise oder Teilnahmebescheinigungen angefordert werden.
- (4) Kommt der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes seiner Nachweispflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird durch Bescheid eine Nachfrist von mindestens sechs Monaten gesetzt. Innerhalb der Nachfrist ist die Krankenkasse berechtigt, die Vergütung ab dem der Zustellung des Bescheides folgenden Monatsersten bis zum Monatsende der Vorlage des Nachweises über die nachgeholten Fortbildungen um 10 % des Umsatzes im Leistungsbereich SGB V zu kürzen, der dem Anteil der nicht ausreichend fortgebildeten MitarbeiterInnen (in VZ-Stellen) entspricht. Im Wiederholungsfall verdoppelt sich der Prozentsatz nach Satz 2. Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes ist verpflichtet, den Rechnungsempfängern bei Rechnungslegung die festgestellte Kürzung anzuzeigen. Die nachgeholten Fort- und Weiterbildungen werden auf die nach Absatz 2 erforderlichen laufenden Fort- und Weiterbildungsverpflichtungen nicht angerechnet.
- (5) Wird der Nachweis nicht bis zum Ablauf der Nachfrist geführt, ist der Vertrag zu kündigen.

### Protokollnotiz:

Die Vereinbarungspartner stimmen darin überein, dass die Regelungen gemäß § 15 nach einer Erprobungsphase von 3 Jahren bewertet und gegebenenfalls angepasst werden.

## **§ 16**

### **Verantwortliche Pflegefachkraft**

Die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft erfüllen Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung "Krankenschwester" oder "Krankenpfleger", "Kinderkrankenschwester" oder "Kinderkrankenpfleger" entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung besitzen<sup>1</sup> und
- b) eine staatlich anerkannte oder zertifizierte sozialpsychiatrische Zusatzausbildung, gerontopsychiatrische Zusatzausbildung (jeweils mindestens 700 Stunden) oder eine Weiterbildung zur/zum Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie gemäß der DKG-Weiterbildungsempfehlung absolviert haben und
- c) innerhalb der letzten fünf Jahre mindestens drei Jahre eine praktische, hauptberufliche Vollzeittätigkeit nach erteilter Erlaubnis in dem oben genannten Beruf in einem psychiatrischen Krankenhaus, in einer psychiatrischen Fachabteilung eines Krankenhauses oder in einer ambulanten, psychiatrischen Einrichtung (z. B. psychiatrische Institutsambulanz, gerontopsychiatrischer Fachpflegedienst) ausgeübt haben – erfolgte die vorgenannte dreijährige berufspraktische Tätigkeit als Teilzeitbeschäftigung, verlängert sich die erforderliche berufspraktische Tätigkeit entsprechend – und
- d) in dem psychiatrischen Fachpflegedienst hauptberuflich (mindestens 30 Wochenarbeitsstunden) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen; die Voraussetzung eines sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses gilt nicht für Personen, die als Eigentümer oder Gesellschafter oder als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, als Diakonissen oder Kirchenbeamte im jeweiligen psychiatrischen Fachpflegedienst hauptberuflich tätig sind und
- e) den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden nachweisen oder eine abgeschlossene Ausbildung im Rahmen eines Studienganges Pflegemanagement an einer Fachhochschule oder Universität erworben haben. Managementkompetenzen im Rahmen der Zusatzausbildung nach Buchstabe b) sind entsprechend anzurechnen.
- f) Abweichend von den Voraussetzungen gemäß Buchstabe a) erfüllt ein Altenpfleger oder eine Altenpflegerin mit dreijähriger Berufsausbildung die fachlichen Voraussetzungen als verantwortliche Pflegefachkraft, wenn er/sie in einem gerontopsychiatrischen Fachpflegedienst tätig ist.

Die Voraussetzungen der Buchstaben b) bis e) müssen ebenfalls erfüllt sein.

## **§ 17**

### **Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft**

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes stellt sicher, dass bei vorübergehendem Ausfall (z. B. durch Verhinderung, Krankheit, Urlaub oder Kündigung) der verantwortlichen Pflegefachkraft die Vertretung durch eine Pflegefachkraft gewährleistet ist.

---

<sup>1</sup> **Zukünftig: Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger**

- (2) Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft hat die Voraussetzungen gemäß § 16 Buchstaben a) und c) zu erfüllen. Sie muss in dem psychiatrischen Fachpflegedienst hauptberuflich (mindestens 20 Wochenarbeitsstunden) sozialversicherungspflichtig beschäftigt und mit mindestens 200 Stunden in allgemeinpsychiatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Pflege fortgebildet sein.
- (3) Abweichend von den Voraussetzungen gemäß Buchstabe a) erfüllt ein Altenpfleger oder eine Altenpflegerin mit dreijähriger Berufsausbildung die fachlichen Voraussetzungen als stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft, wenn er/sie in einem gerontopsychiatrischen Fachpflegedienst tätig ist.

Die Voraussetzung nach § 16, Buchstabe c) muss ebenfalls erfüllt sein.

## **§ 18 Pflegefachkräfte**

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Vertretung ständig mindestens drei weitere sozialversicherungspflichtige Pflegefachkräfte zu beschäftigen, die die Voraussetzungen gemäß § 16 Buchstabe a) erfüllen und mindestens 200 Stunden in allgemeinpsychiatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Pflege fortgebildet sind. Hinsichtlich der Sozialversicherungspflicht sind Eigentümer und Gesellschafter, die hauptberuflich im psychiatrischen Fachpflegedienst mitarbeiten, sowie Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen und Kirchenbeamte gleichgestellt.
- (2) Bei Verhinderung der Pflegefachkräfte nach Abs. 1 ist entsprechendes Vertretungspersonal einzusetzen.
- (3) Abweichend von den Voraussetzungen gemäß § 16 Buchstabe a) erfüllt ein Altenpfleger oder eine Altenpflegerin mit dreijähriger Berufsausbildung die fachlichen Voraussetzungen als Pflegefachkraft, wenn er/sie in einem gerontopsychiatrischen Fachpflegedienst tätig ist.

## **Abschnitt 3 - Prozessqualität -**

### **§ 19 Pflegeprozess**

Die häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege wendet die Pflegeprozessmethode an. Diese umfasst:

- Informationssammlung/Pflegeanamnese
- Erfassen von vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie der prioritären Probleme und Gefährdungen
- Festlegung der Pflegeziele unter Berücksichtigung der ärztlichen Verordnung und der im Behandlungsplan benannten Behandlungsziele
- Planen der Maßnahmen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege

- Durchführen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege
- Evaluation der durchgeführten Maßnahmen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege unter Berücksichtigung des Behandlungsplanes und Rückkopplung mit dem verordnenden Facharzt.

Die Schritte des Pflegeprozesses sind nachvollziehbar und aktuell zu dokumentieren. Der Versicherte und seine Bezugsperson(en) sind an den Schritten des Pflegeprozesses zu beteiligen.

## **§ 20 Pflegeplanung**

Der psychiatrische Fachpflegedienst erstellt bei Leistungsbeginn auf der Grundlage der ärztlichen Verordnung und des Behandlungsplanes eine vorläufige Pflegeplanung (vgl. § 5 Abs. 3). Eine angepasste Pflegeplanung ist zu erstellen, sofern eine längerfristige häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege verordnet wird. Der Versicherte und seine Bezugspersonen sind an der Planung der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege zu beteiligen. Die Pflegeplanung ist kontinuierlich an die individuelle Situation der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege unter Bezug auf den Behandlungsplan anzupassen. Die Pflegeplanung nennt die vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen sowie der prioritären Probleme und Gefährdungen, beschreibt die pflegerischen Maßnahmen in Abstimmung mit der Verordnung und dem Behandlungsplan und legt die Pflegeziele auf dieser Grundlage fest. Sie wird kontinuierlich, entsprechend der Entwicklung des Pflegeprozesses, aktualisiert.

## **§ 21 Pflegedokumentation**

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat ein geeignetes, dem aktuellen Standard entsprechendes Pflegedokumentationssystem anzuwenden, das die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten und des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglicht. Alle Eintragungen sind nachvollziehbar und eindeutig mit Handzeichen abzuzeichnen. Die Pflegedokumentation ist unter Berücksichtigung der speziellen Krankheitssymptomatik entweder beim Versicherten oder beim Fachpflegedienst aufzubewahren.
- (2) Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z. B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen verwendet werden.
- (3) Die Pflegedokumentation ist dem behandelnden Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zugänglich zu machen. Auf Anforderung ist der zuständigen Krankenkasse ein aussagekräftiger Krankenpflegebericht zur Verfügung zu stellen.
- (4) Die Aufbewahrungsfrist für die Pflegedokumentation entspricht der Regelung in § 26 Abs. 2 dieses Vertrages.

## **§ 22 Kontinuität**

Durch die Bildung überschaubarer Pflgeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit die Leistungen für den Versicherten von möglichst wenigen Personen erbracht werden. Die Einsatzorganisation von Pflegefachkräften orientiert sich an der individuellen Lebenssituation des Versicherten und ist durch die verantwortliche Pflegefachkraft vorzunehmen.

### **Abschnitt 4 - Ergebnisqualität -**

## **§ 23 Ergebnisqualität**

Das Ergebnis des Pflegeprozesses ist anhand des ärztlich definierten Behandlungs- und Pflegeziels regelmäßig zu überprüfen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, inwieweit die Ziele der aktivierenden Pflege sowie die angemessenen Wünsche des Versicherten im Pflegeprozess Berücksichtigung gefunden haben. Dabei sind auch das soziale und räumliche Umfeld, in dem die Pflege stattfindet, sowie die Leistungen der anderen an der Pflege Beteiligten zu berücksichtigen. Das Ergebnis einschließlich der daraus resultierenden Maßnahmen ist in der Pflegedokumentation festzuhalten.

### **Kapitel V - Maßnahmen zur Qualitätssicherung -**

## **§ 24 Qualitätssicherung**

- (1) Qualitätssicherung erfolgt in internen und externen Maßnahmen.
- (2) Der Fachpsychiatrische Pflegedienst ist für die Qualität seiner Leistungen verantwortlich. Er ist verpflichtet, interne Qualitätssicherung durchzuführen.
- (3) Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement umfasst alle Managementprozesse (Verantwortung der Leitung, Ressourcenmanagement, Leistungserstellung, Analyse/Verbesserung), die Qualität entwickeln, festlegen und sichern. Es bezieht sich auf alle Handlungen und Leistungen, die einer zielorientierten, fachgerechten und effektiven Leistungserbringung dienen. Die Verantwortlichkeit für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement liegt auf Leitungsebene in der Einrichtung, und zwar auch dann, wenn ein Qualitätsmanagementbeauftragter benannt ist.
- (4) Die externe Qualitätssicherung umfasst unterschiedliche Formen der Beratung und Außenkontrolle. Diese werden im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Prüfung realisiert.

## **§ 25 Maßnahmen**

- (1) Der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden.
- (2) Er soll sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.
- (3) Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom psychiatrischen Fachpflegedienst dokumentiert und aufbewahrt.
- (4) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen auf Anforderung den Krankenkassen nachzuweisen.

## **§ 26 Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen**

- (1) Wird von den Krankenkassen die Notwendigkeit einer Qualitätsprüfung auf der Grundlage der Regelungen in den §§ 112, 114 und 115 SGB XI als gegeben angesehen, sind sie berechtigt, die Qualität der Leistungserbringung der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege durch den MDK oder andere Sachverständige überprüfen zu lassen.
- (2) Grundlage der Prüfung sind insbesondere
  - a) die Pflegedokumentation nach § 21,
  - b) die Qualifikationsnachweise des Pflegepersonals,
  - c) Nachweise über interne Qualitätssicherungsmaßnahmen (wie Fort- und Weiterbildungspläne, Dokumentationen pflegerischer Themen in Dienstbesprechungen),
  - d) Kostenübernahmeerklärungen,
  - e) Leistungsnachweise und weitere Abrechnungsunterlagen.
  - f) die aktuellen Personaleinsatzpläne/Tourenpläne nach § 12 Abs. 4.

Die Unterlagen nach Buchstaben a) bis e) sind zwei Jahre nach Ende des Kalenderjahres der Leistungserbringung aufzubewahren, sofern nicht aufgrund gesetzlicher oder tarifvertraglicher Regelungen längere Fristen gelten.

- (3) Ergeben sich bei der Qualitätsprüfung Feststellungen, dass die Leistungen nicht den allgemein anerkannten Qualitätsstandards entsprechen, leitet die Krankenkasse geeignete Maßnahmen ein.

## **Kapitel VI**

### **- Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit den an der Versorgung Beteiligten -**

#### **§ 27 Allgemeines**

- (1) Zur Sicherstellung der Leistungserbringung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege wirkt der psychiatrische Fachpflegedienst mit dem Vertragsarzt, ggf. dem somatischen Pflegedienst, dem Krankenhaus, dem soziotherapeutischen Leistungserbringer, dem sozialpsychiatrischen Verbund bzw. vergleichbarer regionaler Arbeitsgemeinschaften, anderen an der Versorgung Beteiligten und der zuständigen Krankenkasse des Versicherten eng zusammen. Dabei soll auch das Ziel erreicht werden, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. Abweichende Regelungen von den Bestimmungen der §§ 27 bis 30 sind möglich, wenn der psychiatrische Fachpflegedienst in die integrierte Versorgung durch einen Vertrag gemäß § 140 b SGB V einbezogen ist.
- (2) Eine Beeinflussung der Versicherten und Vertragsärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, ist unzulässig.
- (3) Die Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile) ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die regelmäßige Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Pflegeaufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

#### **§ 28 Zusammenarbeit mit dem Vertragsarzt**

- (1) Die Koordination der Zusammenarbeit liegt beim behandelnden Vertragsarzt (§ 73 Abs. 1 SGB V).
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst berichtet dem behandelnden Vertragsarzt unverzüglich über Veränderungen im gesundheitlichen Status und über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation aufgrund der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege; § 31 Abs. 2 ist zu beachten.
- (3) Wird der psychiatrische Fachpflegedienst vom Vertragsarzt, der zuständigen Krankenkasse oder vom Versicherten über Veränderungen der Verordnung, über von der Verordnung abweichende Genehmigungen oder über neue pflegerelevante Befunde informiert, hat der psychiatrische Fachpflegedienst diese Information unverzüglich zu berücksichtigen.
- (4) Der psychiatrische Fachpflegedienst ermöglicht dem Vertragsarzt, sich an der Führung der Pflegedokumentation zu beteiligen und gewährleistet nach Absprache die unmittelbare Einsichtnahme.

## **§ 29**

### **Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus (Überleitungspflege)**

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst stellt im Rahmen seiner Möglichkeiten sicher, dass die notwendigen krankenpflegerischen Informationen auf der Grundlage der Pflegedokumentation bei Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus unverzüglich schriftlich zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Der psychiatrische Fachpflegedienst berücksichtigt bei der Planung und Durchführung der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege den vom Krankenhaus bei der Entlassung des Versicherten erstellten Bericht oder Überleitungsbogen.

## **§ 30**

### **Pflegebedürftigkeit**

Ist nach Auffassung des psychiatrischen Fachpflegedienstes der Versicherte erheblich pflegebedürftig, hat aber noch keinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt, wirkt der psychiatrische Fachpflegedienst auf die erforderliche Antragstellung hin.

## **Kapitel VII**

### **- Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung -**

## **§ 31**

### **Wirtschaftlichkeit**

- (1) Die Leistungen des psychiatrischen Fachpflegedienstes sind im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, Krankenkassen nicht bewilligen und der psychiatrische Fachpflegedienst nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringen.
- (2) Sind die verordneten Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege im Hinblick auf das Behandlungsziel im bisherigen Umfang nicht mehr notwendig oder wirksam (Ergebnisqualität), sind der behandelnde Vertragsarzt und die zuständige Krankenkasse umgehend zu informieren.

## **§ 32**

### **Wirtschaftlichkeitsprüfung**

- (1) Die Krankenkasse kann die Wirtschaftlichkeit überprüfen, sofern Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass ein psychiatrischer Fachpflegedienst die Anforderungen an die wirtschaftliche Leistungserbringung nicht oder nicht mehr erfüllt.
- (2) Die Krankenkasse bestellt einen Sachverständigen im Einvernehmen mit dem Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes. Kommt innerhalb einer Frist von zehn Werktagen keine Einigung zustande, kann die Krankenkasse den Sachverständigen alleine bestellen. Die Kosten sind von dem Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes zu übernehmen und in den folgenden Entgeltverhandlungen zu berücksichtigen.
- (3) Der Auftrag ist gegenüber dem Sachverständigen von der Krankenkasse schriftlich zu erteilen. Im Auftrag sind das Prüfungsziel, der Prüfungsgegenstand und der Prüfungszeitraum zu konkretisieren.
- (4) Der Prüfungsauftrag kann sich auf Teile eines Prüfungsgegenstandes, auf einen Prüfungsgegenstand oder auf mehrere Prüfungsgegenstände erstrecken.
- (5) Der psychiatrische Fachpflegedienst benennt dem Sachverständigen für die zu prüfenden Bereiche Personen, die ihm auf Verlangen die für die Prüfung notwendigen Auskünfte erteilen und Unterlagen vorlegen. Hierzu gehören insbesondere Kostenübernahmeerklärungen, Leistungsnachweise, Pflegedokumentation gemäß § 21, Personaleinsatzpläne, Abrechnungen von Pflegeleistungen und die Mitarbeiterdokumentation gemäß § 12 Abs. 4. Einzelheiten zur Abwicklung der Prüfung sind zwischen dem Sachverständigen und dem psychiatrischen Fachpflegedienst abzusprechen.
- (6) Die an der Prüfung Beteiligten sind nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben die Datenschutzbestimmungen zu berücksichtigen.
- (7) Vor Abschluss der Prüfung findet grundsätzlich ein Abschlussgespräch zwischen den Beteiligten statt.
- (8) Über die durchgeführte Prüfung ist ein Prüfungsbericht zu erstellen. Dieser beinhaltet den Prüfungsauftrag, die Vorgehensweise bei der Prüfung, die Einzelergebnisse der Prüfung der Prüfungsgegenstände, die Gesamtbeurteilung, ggf. eine Empfehlung zur Umsetzung der Prüfungsfeststellung.
- (9) Der psychiatrische Fachpflegedienst bzw. der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienstes sind von der Krankenkasse über das Ergebnis der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu informieren und ggf. anzuhören. Auf Wunsch händigt die Krankenkasse dem psychiatrischen Fachpflegedienst den Prüfbericht aus.
- (10) Ergeben sich bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung Feststellungen, dass die Leistungen nachweislich unwirtschaftlich erbracht werden, so werden zwischen den Vertragsparteien geeignete Maßnahmen vereinbart.

## Kapitel VIII - Abrechnung -

### § 33 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgt monatlich und ist bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.
- (2) Der Genehmigungsvermerk/das Genehmigungskennzeichen und der vollständig ausgefüllte Leistungsnachweis gemäß § 35 sind mit der Abrechnung einzureichen.
- (3) Abgerechnet werden dürfen nur genehmigte, tatsächlich erbrachte und dokumentierte Leistungen. Ein in der Klinik erbrachtes Erstgespräch ist am Entlassungstag abzurechnen.
- (4) Überträgt der psychiatrische Fachpflegedienst die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkassen unverzüglich schriftlich zu informieren. Den Krankenkassen ist der Beginn und das Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle mitzuteilen (ggf. der Vertrag vorzulegen). Es ist eine Erklärung des Pflegedienstes beizufügen, dass die Zahlungen der Krankenkassen an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgen (siehe Anlage 1).

Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem den Krankenkassen mitgeteilten Ende der Abrechnung durch die beauftragte Abrechnungsstelle keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zu Gunsten der den Krankenkassen gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus.

Zahlungen an eine Abrechnungs-/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen, wenn die Abrechnungs-/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, der Krankenkasse liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Trägers des Pflegedienstes vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle und dem Träger des Pflegedienstes mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Entsteht den Krankenkassen durch die Abrechnung über die Abrechnungsstelle ein Schaden, so haften Pflegedienst und Abrechnungsstelle gesamtschuldnerisch.

- (5) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle übertragen werden soll, ist die mit der beauftragten Abrechnungsstelle getroffene Vereinbarung einschließlich der Regelungen über Datenschutz und Datensicherung vorzuhalten und auf Anforderung den Krankenkassen vorzulegen.
- (6) Der psychiatrische Fachpflegedienst ist verpflichtet, in der Abrechnung folgende Daten anzugeben bzw. Unterlagen zu liefern:
  - a) die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und der Uhrzeit der Leistungserbringung ggf. unter Beachtung von Abschlägen bei einsatzgleicher Leistungserbringung von Leistungen der Häuslichen Pflege nach dem SGB XI
  - b) das bundeseinheitliche Kennzeichen gemäß § 293 SGB V
  - c) die Krankenversicherungsnummer des Versicherten
  - d) Genehmigungsvermerk/-kennzeichen
  - e) der Originalleistungsnachweis nach § 35

- (7) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die Abrechnung entsprechend der Richtlinie gemäß § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern einschließlich der technischen Anlage für die maschinelle Abrechnung in der jeweils gültigen Fassung zu liefern. Dazu zählt auch die Lieferung der Segmente „Tag und Uhrzeit der Leistungserbringung“ und „Verordnungsdatum“ (Nutzsegmente/Nachrichtentyp SLLA) als Feld-Art M (Mussfeld).
- (8) Werden die Leistungen der häuslichen psychiatrischen Fachkrankenpflege nicht entsprechend der Richtlinie nach § 302 SGB V im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, werden die Krankenkassen für die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten eine pauschale Rechnungskürzung gemäß § 303 SGB V vornehmen.
- (9) Rechnungen, die den Anforderungen nicht entsprechen, können von den Krankenkassen zur Berichtigung zurückgegeben werden.
- (10) Abweichend von § 34 Abs. 1 verkürzt sich die Zahlungsfrist bei Übermittlung der Abrechnungen in digitalisierter Form mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung auf 14 Kalendertage. Bei Abrechnung in Papierform mittels maschinenlesbarer Abrechnungsfomulare verlängert sich die Frist auf 28 Kalendertage (vgl. § 7 Abs. 2 der Richtlinien nach § 302 Abs. 2 SGB V).

## **§ 34 Zahlung, Beanstandung**

- (1) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der zuständigen Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (2) Alle Zahlungen erfolgen grundsätzlich nur bei Vorlage von Originalabrechnungsunterlagen und unter dem Vorbehalt der sachlichen und rechnerischen Prüfung. Erstreckt sich die Genehmigung einer Verordnungen für häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege über mehrere Monate, ist der ersten Abrechnung für diesen Genehmigungszeitraum die Genehmigung im Original oder das Genehmigungskennzeichen der Abrechnung beizufügen.
- (3) Bei Unstimmigkeiten in der Abrechnung hat die zuständige Krankenkasse das Recht, den zu beanstandeten Betrag einzubehalten oder zurückzufordern
- (4) Beanstandungen i. S. von Abs. 3 müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden. Einsprüche gegen Beanstandungen können innerhalb von einem Monat nach Mitteilung geltend gemacht werden.
- (5) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen kann die Krankenkasse dem psychiatrischen Fachpflegedienst die Rechnungen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Das ursprüngliche Zahlungsziel ist in diesen Fällen ausgesetzt. Mit Einreichen einer korrigierten Rechnung beginnt die in Abs. 1 benannte Zahlungsfrist erneut.

Forderungen aus Vertragsleistungen können von Seiten des Leistungserbringers längstens bis zum Ablauf von 6 Monaten, gerechnet vom Ende des Monats in dem sie erbracht wurden, erhoben werden.

- (6) Forderungen der Krankenkassen gegen den Träger des Pflegedienstes können gegenüber diesem oder der Abrechnungs-/Verrechnungsstelle unter Angabe von Art, Höhe und Grund aufgerechnet werden.

- (7) Forderungen gegenüber den Krankenkassen können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.
- (8) Zahlungen an eine durch den Träger des Pflegedienstes ermächtigte Abrechnungs-/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass der Krankenkasse eine Ermächtigungserklärung vorliegt (siehe § 33 Abs. 4).

## **§ 35 Leistungsnachweis**

- (1) Der psychiatrische Fachpflegedienst hat die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen in einem Leistungsnachweis aufzuzeigen. Dieser beinhaltet:
  - Name des Versicherten
  - Krankenversicherungsnummer
  - Institutionskennzeichen des psychiatrischen Fachpflegedienstes
  - Art und Menge der erbrachten Leistungen
  - Datum und Uhrzeit der Leistungserbringung, sofern diese Angaben nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt werden
  - Angabe der gleichzeitigen Leistungserbringung nach SGB XI
  - Handzeichen nach Abs. 2
- (2) Alle vom psychiatrischen Fachpflegedienst erbrachten Leistungen sind jeweils unmittelbar nach der Leistungserbringung im Leistungsnachweis von der durchführenden Pflegefachkraft durch Handzeichen, entsprechend der bei dem psychiatrischen Fachpflegedienst hinterlegten Handzeichenliste, einzutragen. Die Leistungserbringung ist durch den Versicherten/Bevollmächtigten bzw. bestellten Betreuer zeitnah – mindestens wöchentlich – unterschrieben zu bestätigen.
- (3) Der Leistungsnachweis ist zwingender Bestandteil der Abrechnung.
- (4) Bei EDV-gestützter Dokumentation der Leistungserbringung kann von handschriftlich erstellten Leistungsnachweisen abgesehen werden. Der Leistungsnachweis einschließlich der Bestätigung des Versicherten wird in diesen Fällen EDV-technisch hergestellt. Die sachliche Richtigkeit wird vom Leistungserbringer auf dem Monatsausdruck, der der Rechnung beigelegt wird, durch Unterschrift bestätigt.

## **Kapitel IX - Vergütung und Schiedsperson-**

### **§ 36 Vergütung**

Die Vergütung der psychiatrischen Fachkrankenpflege richtet sich nach der gesondert abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung.

## **§ 37 Schiedsperson**

- (1) Kommt zwischen den Vertragspartnern keine Einigung über die Inhalte dieses Vertrages und die Vergütung der Leistungen zustande, einigen sich die Vertragspartner auf ein Verfahren zur Bestellung einer unabhängigen Schiedsperson nach § 132 a Abs. 2 Satz 6 SGB V, die dann diesen Vertragsinhalt festlegt. Die unabhängige Schiedsperson muss die Befähigung zum Richteramt oder zum höheren allgemeinen Verwaltungsdienst besitzen.
- (2) Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von den für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden bestimmt. Für diesen Fall stimmen die Vertragsparteien darin überein, dass Abs. 1 Satz 2 gilt und die Schiedsperson von den zuständigen Aufsichtsbehörden nicht im Losverfahren zu bestimmen ist.

## **Kapitel X - Inkrafttreten -**

### **§ 38 Inkrafttreten**

Dieser Vertrag tritt am                      in Kraft.

### **§ 39 Kündigung des Vertrages**

- (1) Der Vertrag kann von jeder Vertragspartei ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Der Vertrag kann auch nach Abs. 1 gekündigt werden, wenn in der Person der verantwortlichen Pflegefachkraft oder ihrer Vertretung oder des Trägers oder Geschäftsführers des psychiatrischen Fachpflegedienstes Tatsachen vorliegen, die die Annahme rechtfertigen, dass sie für die Tätigkeit im psychiatrischen Fachpflegedienst im Sinne des § 3 HeimPersV ungeeignet ist.
- (3) Für den Fall eines schweren Verstoßes nach § 41 haben die Krankenkassen das Recht, diesen Vertrag nach § 132 a Abs. 2 SGB V mit sofortiger Wirkung zu kündigen.
- (4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- (5) Einvernehmlich vereinbarte Änderungen des Vertrages und seiner Anlagen treten zum vereinbarten Zeitpunkt in Kraft, ohne dass es vorher einer Kündigung des Vertrages bedarf.

### **§ 40**

- nicht belegt -

## **§ 41 Vertragsverstöße**

- (1) Bei Verstoß gegen gesetzliche und vertragliche Pflichten können die vertragsschließenden Krankenkassen eine Verwarnung oder Abmahnung aussprechen, eine Vertragsstrafe in Geld in Höhe von maximal einem Zwölftel des Jahresumsatzes vor dem Vertragsverstoß verhängen oder den Vertrag kündigen.
- (2) Besteht der Verdacht eines Verstoßes gegen Pflichten aus diesem Vertrag, ist der Träger des psychiatrischen Fachpflegedienst schriftlich anzuhören; §§ 24, 25 SGB X werden angewandt. Der psychiatrische Fachpflegedienst ist berechtigt, seinen Verband zu beteiligen.
- (3) Als schwere Vertragsverstöße gelten insbesondere:
  - grobe Verletzungen der gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem Patienten oder den Krankenkassen, so dass ein Festhalten an einer Vertragsbeziehung nicht zumutbar ist; dies gilt insbesondere dann, wenn
    - der Patient infolge der Pflichtverletzung zu Schaden kommt,
    - nicht erbrachte Leistungen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden,
    - die fachlichen und/oder die persönlichen Voraussetzungen (§ 12 Abs. 4 dieses Vertrages) dauerhaft nicht erfüllt werden,
    - für nicht erbrachte Leistungen eine Vorquittierung gefordert wird,
    - Vertragsverstöße wiederholt auftreten,
    - die gezielte Beeinflussung der Versicherten und Vertragsärzte, insbesondere hinsichtlich der Verordnung von Leistungen, erfolgt.
  - Forderung bzw. Annahme von Zahlungen oder sonstiger geldwerter Vorteile von den Versicherten für Leistungen nach diesem Vertrag.
- (4) Der durch die Vertragsverletzung verursachte Schaden ist zu ersetzen.

## **§ 42 Salvatorische Klausel**

- (1) Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.
- (2) Auf der Grundlage der Regelung des § 132 a Abs. 1 SGB V entwickeln die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit den Bundesverbänden der Leistungsanbieter eine Rahmenempfehlung zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege. Nachdem diese Rechtskraft erlangt hat, verpflichten sich die Vereinbarungspartner, evtl. Anpassungen vorzunehmen. Einer Kündigung bedarf es hierzu nicht.

Anlagen:

Anlage 1 – Ermächtigungserklärung zur Abrechnung über Abrechnungsstelle  
Anlage 2 – Nachweis über die vertraglichen Voraussetzungen

---

Ort, Datum

---

Psychiatrischer Fachpflagedienst

---

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
zugleich handelnd für den BKK Landesverband Mitte, Vertretung Niedersachsen und die  
Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen

Vertrag ausgefertigt am

**Anlage 1  
zum Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkranken-  
pflege mit einem spezialisierten Pflegedienst**

**Ermächtigungserklärung  
nach § 33 Abs. 4 der Vereinbarung**

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) folgende Abrechnungs-/Verrechnungsstelle

Firma

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ an, sämtliche von mir (uns) nach den Bestimmungen dieses Ver-  
trages für Versicherte erbrachten Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit diesen Kran-  
kenkassen abzurechnen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers

## Nachweis der vertraglichen Voraussetzungen

**Beglaubigte Kopien** sind vorzulegen  
bei der AOK

AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
Unternehmensbereich Pflege,  
Postfach 11 42, 38001 Braunschweig

**Kopien** sind vorzulegen  
bei vdek, IKK und Knappschaft

vdek Landesvertretung Niedersachsen,  
An der Börse. 1, 30159 Hannover

IKK classic Landesbereich Vertragspolitik Nieder-  
sachsen, Vahrenwalder Str. 4, 30165 Hannover

Knappschaft – Regionaldirektion Hannover -,  
Siemensstr. 7, 30173 Hannover

Der LKK Niedersachsen-Bremen und dem  
BKK Landesverband Mitte  
sind keine Unterlagen zu übersenden

<b>NAME DER EINRICHTUNG:</b>			
<b>ANSCHRIFT:</b>			<b>IK - NR.:</b> <input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>PLZ, ORT:</b>			
<b>TELEFON:</b>		<b>FAX:</b>	
<b>GESELLSCHAFTSFORM:</b>	<input type="checkbox"/> Freiberufler <input type="checkbox"/> Einzelunternehmen <input type="checkbox"/> GbR <input type="checkbox"/> GmbH <input type="checkbox"/> Verein <input type="checkbox"/> anders:		
<b>INHABER / TRÄGER:</b>			
<b>GESELLSCHAFTER:</b>			
<b>GESCHÄFTSFÜHRER:</b>			
<b>EINZUGSBEREICH</b>	(z.B. Landkreis, Teile eines Landkreises oder Städte)		

<b>ich bin/ wir sind Mitglied in dem Pflegedienst -/Träger verband:</b>	
---	--

✓ **Polizeiliche Führungszeugnisse liegen zur Einsichtnahme vor für:**

	NAME, VORNAME, GEBURTSDAT. UND ANSCHRIFT
<b>INHABER / TRÄGER</b>	
<b>GESELLSCHAFTER</b>	
<b>PFLEGEDIENSTLEITUNG</b>	
<b>STELLV. PFLEGEDIENSTLEITG.</b>	



## ERKLÄRUNG

Die unter organisatorische Voraussetzungen sowie Praxis- und Betriebseinrichtung in §§ 12 und 13 genannten Materialien sind in meinem/unserem Pflegedienst vollständig vorhanden und werden entsprechend des Vertrages gehandhabt.

Ich verpflichte mich / wir verpflichten uns hiermit, die Kündigung oder den Wechsel der Pflegedienstleitung oder deren Stellvertretung sowie eine Unterschreitung der personellen Mindestvoraussetzungen unverzüglich und unaufgefordert der AOK mitzuteilen.

Ich versichere / wir versichern, dass die hier geleisteten Angaben der Wahrheit entsprechen und ich/wir alle im Vertrag genannten Voraussetzungen zum Abschluss dieses Vertrages erfüllen.

---

Ort

Datum

Unterschrift/en

---

Stempel der Einrichtung

<b>Pflegeplanung</b>				
<b>Mustermann, Heinz</b>	<b>Geburtsdatum: 24.01.1953</b>			
<b>Pflegediagnose: Was ist das Problem?</b>	<b>Einflussfaktoren: Wann tritt es auf?</b>	<b>Symptome: Wie zeigt es sich im Alltag?</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Datum, Zeichen</b>
<b>1. Gesundheit und Krankheit</b>				
<b>1.1 Gesundheits- und Krankheitsverhalten</b>				
<i>schädigendes Gesundheitsverhalten</i>	<i>Überforderungssituationen am Arbeitsplatz</i>	<i>körperliche Verwahrlosung</i>	<i>unterstützende, motivierende Gespräche</i>	
<i>unwirksames Therapiemanagement</i>		<i>Herr M. isoliert sich zunehmend, fühlt sich wertlos, als Versager</i>	<i>Hilfe bei der Tagesstrukturierung</i>	
<i>Rückzugstendenzen</i>		<i>lässt sich krankschreiben, traut sich oft danach nicht mehr zur Arbeit</i>	<i>evtl. Hilfestellung bei der Wiederaufnahme der Arbeit</i>	
<i>medizinische Diagnose: schwere Depression</i>		<i>Arbeitgeber bisher noch tolerant</i>		
<b>1.2 Krankenhausaufenthalt</b>				
<i>3x Klinik X</i>	<i>in der Vergangenheit mehrfach suizidal gewesen</i>			
<b>1.3 Selbst- und Fremdgefährdung</b>				
<i>momentan nicht akut suizidal</i>		<i>zieht sich dann völlig zurück</i>		
<i>latente Suizidalität</i>	<i>bei extremer Überforderung</i>	<i>bleibt tagelang im Bett, pflegt sich nicht mehr</i>	<i>in den Kontakten immer wieder Suizidalität nachfragen</i>	
<b>2. Körper</b>				
<b>2.1 Ausscheidung</b>				
<i>Hang zur Verstopfung, mangelnde Bewegung, mangelnde Flüssigkeitszufuhr</i>	<i>in extremen depressiven Phasen</i>	<i>liegt dann fast nur noch im Bett, isst kaum, trinkt kaum</i>	<i>nach Absprache mit Herrn M. mit leichtem Druck dazu motivieren, zu essen, zu trinken, aufzustehen, spazieren zu gehen, u.U. begleiten</i>	
<b>2.2 Bewegung und Mobilität</b>				
<i>siehe 2.1</i>				
<b>2.3 Essen und Trinken</b>				
<i>siehe 2.1</i>				
<b>2.4 Körperpflege und Kleidung</b>				
<i>phasenweise problematisch</i>	<i>in extremen depressiven Phasen</i>	<i>wäscht sich kaum noch, wechselt die Kleidung nicht</i>	<i>Motivation und ggf. Hilfestellung</i>	
<b>2.5 Ruhen und Schlafen</b>				
<i>phasenweise gestörter Tag- und Nachtrhythmus</i>	<i>in extremen depressiven Phasen</i>	<i>bleibt tagsüber im Bett, kann dann oft nachts nicht schlafen</i>	<i>Aktivierung am Tag</i>	

<b>2.6 Sexualität, Sexualfunktionen</b>				
<b>2.7 Vitale und Sinnesfunktionen</b>				
<b>3. Psyche</b>				
<b>3.1 Antrieb, Psychomotorik</b>				
<i>verminderter Antrieb</i>	<i>abhängig von der Depression</i>	<i>kann das gut selbst beschreiben, fragt nach Hilfestellung</i>	<i>Motivation und ggf. Hilfestellung</i>	
<b>3.2 Kognitive, mentale Funktionen</b>				
<b>3.3 Persönlichkeit, Selbstwahrnehmung</b>				
<i>im allgemeinen gut reflektiert</i>				
<b>3.4 Stimmung, Affekt</b>				
<i>gedrückt, depressiv</i>	<i>phasenweise, je nach äußeren Anforderungen</i>	<i>flieht vor den täglichen Anforderungen</i>	<i>unterstützende, motivierende Gespräche, Hilfe bei der Tagesstrukturierung</i>	
<b>4. Sinn und Werte</b>				
<b>4.1 Lebenssinn und -ziele</b>				
<b>4.2 Spiritualität und Kultur</b>				
<b>4.3 Sterben</b>				
<b>5. Soziales Leben</b>				
<b>5.1 Alltagsbewältigung</b>				
<i>braucht phasenweise Unterstützung</i>				
<b>5.2 Kommunikation</b>				
<i>redet offen über seine Probleme</i>				
<b>5.3 Lebensbereiche</b>				
<b>5.4 Soziale Kompetenzen, Sozialverhalten</b>				
<i>in guten Phasen sehr ausgeprägtes Sozialverhalten, hilfsbereit</i>				
<i>gute Beobachtungsgabe</i>				
<b>5.5 Soziales Milieu</b>				
<i>lebt seit zehn Jahren allein, vereinsamt, wenig Sozialkontakte, keine Hobbys</i>	<i>sieht sehr viel fern</i>	<i>weiß kaum etwas mit sich und seiner Zeit anzufangen</i>	<i>motivierende Gespräche, z.B. sich wieder beim Sportverein, anzumelden (möchte er eigentlich!)</i>	

Erstellt:

Genehmigt:

Wiedervorlage:

<b>3.2 Kognitive, mentale Funktionen</b> <i>eingeschränkt (Tunnelblick)</i>	<i>in psychotischen Phasen</i>	<i>kennt dann nur noch das eine Thema</i>	<i>Angebote zur Tagesstruktur machen</i>	
<b>3.3 Persönlichkeit, Selbstwahrnehmung</b> <i>eingeschränkt</i>	<i>kann in gesunden Phasen gemeinsam mit Bezugsperson reflektieren</i>		<i>Hilfestellung bei der Erkennung von Frühwarnzeichen, psychoedukative Unterstützung</i>	
<b>3.4 Stimmung, Affekt</b> <i>affektlabil</i>	<i>abhängig von äußeren Reizen</i>	<i>wird zunehmend »dünnhäutiger«</i>	<i>mit ihr gemeinsam festlegen, von welchen Situationen sie sich fernhalten sollte</i>	
<b>4. Sinn und Werte</b>				
<b>4.1 Lebenssinn und -ziele</b> <i>möchte gerne wieder arbeiten</i>			<i>kleinschrittige Heranführung: Ergotherapie, dann <b>fehlt noch</b></i>	
<b>4.2 Spiritualität und Kultur</b>				
<b>4.3 Sterben</b>				
<b>5. Soziales Leben</b>				
<b>5.1 Alltagsbewältigung</b> <i>braucht phasenweise Unterstützung</i>				
<b>5.2 Kommunikation</b> <i>in gesunden Phasen relativ gut reflektiert</i>			<i>siehe 3.3</i>	
<b>5.3 Lebensbereiche</b>				
<b>5.4 Soziale Kompetenzen, Sozialverhalten</b> <i>eingeschränkt</i>	<i>in psychotischen Phasen</i>			
<b>5.5 Soziales Milieu</b> <i>vereinsamt, wenig Sozialkontakte, keine Hobbys</i>			<i>motivierende Gespräche, Hilfe bei der Tagesstrukturierung</i>	

Erstellt:

Genehmigt:

Wiedervorlage:

<b>Pflegeplanung</b>				
<i>Musterfrau, Katrin</i>	<b>Geburtsdatum: 11.11.1975</b>			
<b>Pflegediagnose: Was ist das Problem?</b>	<b>Einflussfaktoren: Wann tritt es auf?</b>	<b>Symptome: Wie zeigt es sich im Alltag?</b>	<b>Maßnahmen</b>	<b>Datum, Zeichen</b>
<b>1. Gesundheit und Krankheit</b>				
<i>schädigendes Gesundheitsverhalten</i>	<i>bei unregelmäßiger Medikamenteneinnahme</i>	<i>Verfolgungsideen</i>		
<i>unwirksame Krankheitsbewältigung</i>	<i>in Stresssituationen</i>	<i>spricht lauter und aggressiver als sonst, erzählt vermehrt von Geheimdiensten und von Politik allgemein</i>		
<i>medizinische Diagnose: chronische Psychose</i>		<i>besorgt sich Alkohol</i>		
<b>1.1 Gesundheits- und Krankheitsverhalten</b>				
<b>1.2 Krankenhausaufenthalt</b> <i>1x Klinik X</i> <i>1x Klinik Y</i>		<i>keine normale Kommunikation mehr möglich, Frau M. ist dann nicht mehr zugänglich</i>	<i>gemeinsamer Arztbesuch, u.U. Klinikeinweisung</i>	
<b>1.3 Selbst- und Fremdgefährdung</b> <i>in Akutphasen Selbstgefährdung, verbale Aggressivität in der Öffentlichkeit, Alkoholkonsum</i>	<i>wenn die Verfolgungsideen zu extrem</i>	<i>beschimpft alle und jeden, vermutet überall Verschwörung gegen die eigene Person</i>	<i>ist durch vertraute Bezugsperson oft noch lenkbar, lässt sich beruhigen</i>	
<b>2. Körper</b>				
<b>2.1 Ausscheidung</b>				
<b>2.2 Bewegung und Mobilität</b>				
<b>2.3 Essen und Trinken</b>				
<b>2.4 Körperpflege und Kleidung</b> <i>phasenweise problematisch</i>	<i>in psychotischen Phasen</i>	<i>wäscht sich kaum, wechselt die Kleidung nicht</i>	<i>Motivation, ggf. Hilfestellung</i>	
<b>2.5 Ruhen und Schlafen</b>				
<b>2.6 Sexualität, Sexualfunktionen</b> <i>klagt über Libidoprobleme</i>	<i>unter Neuroleptika</i>		<i>mit behandelndem Arzt besprechen</i>	
<b>2.7 Vitale und Sinnesfunktionen</b>				
<b>3. Psyche</b>				
<b>3.1 Antrieb, Psychomotorik</b> <i>erhöhter Antrieb</i>	<i>in psychotischen Phasen</i>	<i>läuft stundenlang schimpfend durch die Innenstadt</i>	<i>tägliche Kontakte, beruhigende Gespräche</i>	

<b>3.2 Kognitive, mentale Funktionen</b> <i>eingeschränkt (Tunnelblick)</i>	<i>in psychotischen Phasen</i>	<i>kennt dann nur noch das eine Thema</i>	<i>Angebote zur Tagesstruktur machen</i>	
<b>3.3 Persönlichkeit, Selbstwahrnehmung</b> <i>eingeschränkt</i>	<i>kann in gesunden Phasen gemeinsam mit Bezugsperson reflektieren</i>		<i>Hilfestellung bei der Erkennung von Frühwarnzeichen, psychoedukative Unterstützung</i>	
<b>3.4 Stimmung, Affekt</b> <i>affektlabil</i>	<i>abhängig von äußeren Reizen</i>	<i>wird zunehmend »dünnhäutiger«</i>	<i>mit ihr gemeinsam festlegen, von welchen Situationen sie sich fernhalten sollte</i>	
<b>4. Sinn und Werte</b>				
<b>4.1 Lebenssinn und -ziele</b> <i>möchte gerne wieder arbeiten</i>			<i>kleinschrittige Heranführung: Ergotherapie</i>	
<b>4.2 Spiritualität und Kultur</b>				
<b>4.3 Sterben</b>				
<b>5. Soziales Leben</b>				
<b>5.1 Alltagsbewältigung</b> <i>braucht phasenweise Unterstützung</i>				
<b>5.2 Kommunikation</b> <i>in gesunden Phasen relativ gut reflektiert</i>			<i>siehe 3.3</i>	
<b>5.3 Lebensbereiche</b>				
<b>5.4 Soziale Kompetenzen, Sozialverhalten</b> <i>eingeschränkt</i>	<i>in psychotischen Phasen</i>			
<b>5.5 Soziales Milieu</b> <i>vereinsamt, wenig Sozialkontakte, keine Hobbys</i>			<i>motivierende Gespräche, Hilfe bei der Tagesstrukturierung</i>	

Erstellt:

Genehmigt:

Wiedervorlage:

# Verordnung häuslicher Krankenpflege

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**!** Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht nicht, soweit der Versicherte die erforderlichen Maßnahmen selbst durchführen oder eine im Haushalt lebende Person diese übernehmen kann. **!**

Die Beurteilung, ob eine im Haushalt lebende Person die verordnete(n) Maßnahme(n) übernehmen kann, ist nicht möglich.

Erstverordnung

Folgeverordnung

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Unfall Unfallsfolgen

**Begründung bei Verordnungsdauer über 14 Tagen:** \_\_\_\_\_

**Verordnungsrelevante Diagnose(n)**  
Besonderheiten lt. Verzeichnis: \_\_\_\_\_

**Häusliche Krankenpflege erfolgt:**  statt Krankenhausbehandlung  zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung

**Folgende Maßnahmen sind notwendig** (siehe Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen):

**Behandlungspflege:**

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Behandlungspflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Dekubitusbehandlung	_____	_____	_____
Lokalisation/Grad/Größe: _____			
<input type="checkbox"/> Injektionen:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> i.m. <input type="checkbox"/> s.c.	_____	_____
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> herrichten <input type="checkbox"/> verabreichen	_____	_____
Präparate: (auch bei Injektionen): _____			
Verbände:	<input type="checkbox"/> Anlegen von stützenden/stabilisierenden Verbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen von Kompressionsverbänden	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Anlegen und Wechseln von Wundverbänden	_____	_____
Lokalisation / Wundbefund: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege (einschl. Häufigkeit und Dauer):	_____	_____	_____

**Grundpflege:**

	folgende Leistungen	Anzahl/Einsätze	
		Häufigkeit x tgl. / x wtl.	Dauer vom bis
<input type="checkbox"/> Anleitung zur Grundpflege	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ausscheidungen (Hilfe, Kontrolle und Training)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ernährung	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Körperpflege	_____	_____	_____

**Hauswirtschaftliche Versorgung:**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes  
Ausfertigung für die Krankenkasse

