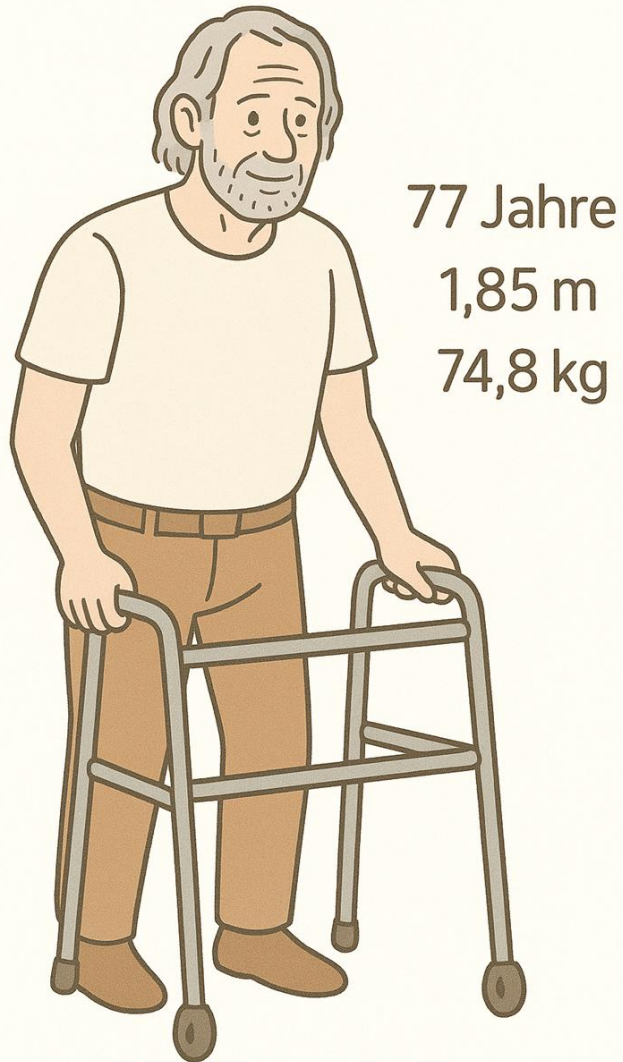




Falldarstellung Herr L.

Mangelernährung & Sturzgefahr
bei Diabetes mellitus Typ 2

Christine Drauschke, M.A.

Weiterbildung „Pflegeexpert*in Ernährungsmanagement“
– Aufbaukurs DAGS Berlin

Anamnese

- Herr L., 77 Jahre, wurde mit sehr starken Schmerzen bei Z. n. Sturz vor 5 Monaten (Mai 2025) mit vorderer Beckenringfraktur mit dem Krankenwagen in die Klinik gebracht. Er hatte die letzten 14 Tage nur noch auf dem Sofa liegen können. Er ist nun auf der Geriatrie zur Schmerzeinstellung.
- Herr L. lebt allein mit seinem Hund in einer Wohnung im Haus seines Ziehsohnes. Seine Lebensgefährtin ist vor 5 Jahren während der Corona-Pandemie (06/2020) verstorben. Er hatte kurz nach dem Tod der Lebensgefährtin einen Schlaganfall (11/2020) und hat eine Hemiparese links. Er ist Linkshänder.
- Er hat den Pflegegrad 3 und erhält 2x wöchentlich Unterstützung beim Duschen durch einen ambulanten Pflegedienst, die letzten zwei Wochen wurde er auf dem Sofa gewaschen. 2x wöchentlich erhält er Hilfe bei der Haushaltsführung. Der Ziehsohn hat eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung liegt nicht vor. Er kümmert sich jetzt auch um den Hund.
- Herr L. wirkt sehr schlank und berichtet, dass er früher viel mehr gewogen habe (ca. 90 kg), aber über die letzten Monate viel Gewicht verloren habe (ca. 16 kg Gewichtsverlust).

Medizinische Diagnosen

- Z. n. Sturz, vordere Beckenring-Fraktur 05/2025
- Stand- und Gangstörung
- Z. n. Apoplex und Hemiparese links 11/2020
- Arterielle Hypertonie
- Polyneuropathie und diabetisches Fußsyndrom bei Diabetes mellitus Typ II, Z. n. Teil-Vorfuß-Amputation rechts
- Prostatahyperplasie

Medikation

- Metformin 500 mg 1-0-1-0 Tbl. seit 08.09.2025 (Antidiabetikum)
- Toujeo s.c. 0-0-0-15 IE (Insulin)
- Humalog s.c. (Insulin) nach Plan:
- Targin 5/2,5 mg 1-0-1-0
- Novalgin 500 mg 1-1-1-1 Tbl.
- bei Bedarf Oxygesic 5 mg Tbl. 3x/d
- ASS 100 mg 0-1-0-0 Tbl. (Thrombozytenaggregationshemmer)
- Ramipril 2,5 mg 2-0-2-0 Tbl. (ACE-Hemmer)
- Tamsulosin 0,4 0-0-1-0 Kps. (Prostatahyperplasie)
- Dekristol 20.000 IE Kps. 1x wö. mittwochs (Vitamin D)
- Fragmin P forte 1x tgl. s.c. 19:00 Uhr (Thromboseprophylaxe)

Blutzucker-Wert mg%	IE
> 200	2
250	4
300	6
350	8 + Arztinfo + Kontrolle

Laborwerte & Blutzucker-Profil

- HbA_{1c} 6,0% (4,1 – 5,6%) bzw. 42mmol/mol Hb (21 -38 mmol/mol Hb) *V. a. vermehrte Hypoglykämie-Zustände!*
- Gesamt-Eiweiß 61 g/l (64 – 83 g/l) *Hinweis auf Protein-Energie-Mangelernährung*
- Albumin 36 g/l (32 – 46 g/l) *milde Protein-Energie-Mangelernährung*
- CRP 1,4 mg/l (<5 mg/l) *Normalbereich*
- Harnstoff 22 mg/dl (8- 26 mg/dl) *Cave: Nierenfunktion*
- Kreatinin 0,66 mg/dl (0,73 – 1,18 mg/dl) *Muskelmasseabbau!*
- Transferrin 1,95 g/l (1,6 – 3,4 g/l) *Proteinverlust; Schwäche, Antriebslosigkeit*
- Hb 11,9 g/dl (13-17 g/dl) *Anämie*
- Folsäure 3,8 ng/ml (>3,1 ng/ml) *V.a. unzureichende Zufuhr, Kontrolle nötig!*
- Vitamin B₁₂ 253 pg/ml (190 – 880 pg/ml) *V.a. unzureichende Zufuhr; Anämie; Kontrolle nötig!*

Blutzucker-Tagesprofil		
Tag	Uhrzeit	Blutzucker-Wert mg%
1	07:00	150
	16:00	149
	21:00	105
2	07:00	115
3	12:00	198

Assessments – Kognition & Depression

- **MMST:** 22/30 Punkten (Hinweis auf leichte Demenz) Jahr, Datum und Stockwerk konnten nicht benannt werden; Zeichnung mit rechts wegen der Hemiparese links (Er ist Linkshänder und muss nun mit rechts schreiben! Cave: Neigung zu Hypoglykämie)
- **Dem Tect:** 14 Punkte (altersgemäße kognitive Leistung, deutet auf keine kognitive Beeinträchtigung hin; Cave: Neigung zu Hypoglykämie)
- **Uhrentest:** 3 Punkte (nach Shulman: Fehlerhafte Uhrzeit trotz richtiger Uhr) Cave: Er ist Linkshänder und muss nun wegen der Hemiparese links mit rechts schreiben und zeichnen!
- **15-GDS:** 9 Punkte (leichte bis mäßige Depression)
- **Cornell Depressionsskala** (bei kognitiven Einschränkungen): 5 Punkte (kein Hinweis auf Depression)

Barthel-Index

Assessments – Mobilität & Selbstversorgung

- **Tinetti** (14.03.2025): 11 Punkte (Sturzgefahr)
- **Bewegungsanalyse** (01.09.2025): Aufsitzen mit viel Unterstützung, Aufstellen des linken Beines mit viel Unterstützung
- **Braden-Skala**: 16 Punkte + Risikofaktoren (hohes Risiko)
- **Barthel-Index**: 70 Punkte (erhebliche Einschränkung der Selbstständigkeit, die Unterstützung bei vielen täglichen Aktivitäten erfordert)

- **Handkraftmessung**

Messung	rechts	links
1.	17,9	20,5
2.	19,8	20,1
3.	22,2	19,7

Ernährung

- Körpergröße 1,85 m, aktuelles Gewicht 74,8 kg (09.09.2025)
- **BMI** (09.09.2025): BMI 21,86 kg/m² (Normalgewicht); laut MDS sollte BMI zwischen 24 – 29 kg/m² liegen in Relation zum Alter
- **Gewichtsverlauf**: ungewollte Gewichtsabnahme von 90 kg auf 72 kg über die letzten Monate (konnte nur unbestimmt benannt werden); am 05.09. 72,7kg
- Angabe zu **Essgewohnheiten** zu Hause:
 - morgens: Er kochte sich selbst einen großen Teller Porridge mit Milch, Salz und Rosinen, manchmal mit Banane.
 - mittags: Der Menübringdienst bringt gegen 11:00 Uhr das Mittagessen („könnte mehr sein“); er bereitet sich selbst ein Brot mit Butter und Mus vor (wegen Neigung zur Hypoglykämie)
 - abends: Er isst 2 Brotscheiben mit Wurst und Käse und einen Tomaten-Gurken-Salat.
 - Getränke: Er gibt an, ca. 1 Liter/Tag zu trinken; bis vor ½ Jahr (vor dem Sturz) noch abends ein Glas Rotwein zum Abendbrot.
 - Er trank mit seiner Partnerin sehr gerne Wein (unklarer C₂-Abusus; zeigte bei letztem Klinikaufenthalt herausforderndes Verhalten).

Ernährung

- **Selbsteinschätzung:** Er habe abgenommen, die Hosen sind alle zu weit.
- **Dysphagie:** Er gibt an, keine Schluckstörungen zu haben.
- **beeinträchtigter Zahnstatus:** Er hat eine Zahnteilprothese oben, die er aber ungern trägt, weil sie zu eng sei. Im Oberkiefer sind nur noch der 16er und 26er vorhanden, im Unterkiefer sind noch 8 Zähne vorhanden (31er – 34er, 41er – 44er); die Zähne sind alle gelblich verfärbt.
- Er habe nicht geraucht, aber er sei **Passivraucher** gewesen, weil seine Lebensgefährtin eine starke Raucherin gewesen sei.
- Er neige zu **Unterzuckerung** und mache sich deshalb immer eine Extra-Scheibe Brot.

Ernährungsplan der Klinik/Geriatrie

Datum	Dienstag, 09.09.2025	Mittwoch, 10.09.2025	Donnerstag, 11.09.2025
morgens	Standard-Frühstück: 1 Tasse Früchtetee (200ml), 2 Brötchen, 1 Stück Butter, 1 Konfitüre, 1 Quark	Standard-Frühstück: 1 Tasse Früchtetee (200ml), 2 Brötchen, 1 Stück Butter, 1 Konfitüre, 1 Quark	Standard-Frühstück: 1 Tasse Früchtetee (200ml), 2 Brötchen, 1 Stück Butter, 2 Konfitüre, 1 Quark
mittags	Leichte Vollkost: Eieromelette mit Spinat, Kartoffeln und Salat	Leichte Vollkost: Gebratenes Seelachsfilet an weißer Soße, Brokkoli- Gemüse, Langkornreis	Leichte Vollkost: Rindergulasch mit Spiralnudeln und Salat, Banane
abends	Standard-Abendbrot: Brot, Butter, Wurst oder Käse, Salat oder Obst der Saison	Standard-Abendbrot: Brot, Butter, Wurst oder Käse, Salat oder Obst der Saison; Zusätzliche Scheibe Brot	Standard-Abendbrot: Brot, Butter, Wurst oder Käse, Salat oder Obst der Saison

Berechnung Grundumsatz - Leistungsumsatz

Energiebedarf	
Ist-Gewicht aktuell	74,8 kg
Soll-Gewicht	85 kg
Mittelwert	79,9 kg
Grundumsatz/Schätzformel mit Soll-Gewicht	2040 kcal
Grundumsatz aktuell (74,8 kg) (Harris & Benedict)	1458 kcal
Leistungsumsatz (1/3 d. GU)	486 kcal
Gesamtenergiebedarf (GU + LU)	1944 kcal
Gesamtenergiebedarf (GU x PAL 1,2)	1750 kcal

Berechnung Energie- & Protein- Zufuhr

LEKuP-Richtwerte der Energie- & Proteinzufuhr bei Mangelernährung	
Energiezufuhr <u>30</u> kcal/kg KG/Tag	2244 kcal
Energiezufuhr <u>35</u> kcal/kg KG/Tag	2618 kcal
Proteinzufuhr 1,2–1,5g/kg KG/Tag	89,76 – 112,2 g

Abb. 3: Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus

Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421

Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

Vorscreening:

- Ist der Body Mass Index $< 20,5 \text{ kg/m}^2$? ☐ ja ☒ **nein**
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren? ☒ ja ☐ nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert? ☒ ja ☐ nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie) ☐ ja ☒ **nein**

- ⇒ Wird eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren
- ⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.
- ⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
Keine	0
Mild	1
Gewichtsverlust $> 5\%$ / 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr $< 50\text{-}75\%$ des Bedarfes in der vergangenen Woche	
Mäßig	2
Gewichtsverlust $> 5\%$ / 2 Mo. <u>oder</u> BMI 18,5-20,5 kg/m^2 <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr 20-60% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
Schwer	3
Gewichtsverlust $> 5\%$ / 1 Mo. ($> 15\%$ / 3 Mo.) <u>oder</u> BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0-25% des Bedarfes in der vergangenen Woche	

+

Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0
Mild	1
z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	
Mäßig	2
z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	
Schwer	3
z.B. Kopfverletzung, Knochenmarktransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II > 10)	

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

≥ 3 Punkte
 < 3 Punkte

Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes

wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

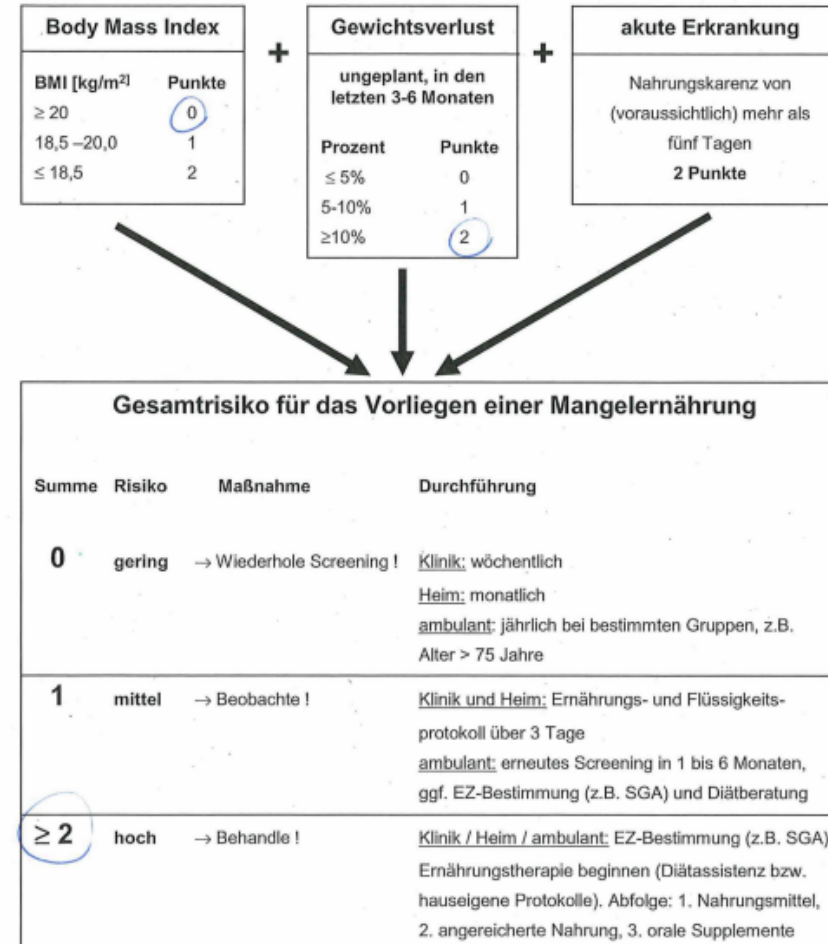
Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tatjana Schütz, Dr. Luzia Valentini und Prof. Dr. Mathias Plauth. Kontakt: elke-tatjana.schuetz@charite.de, Tel. 030-450 514 059

Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) für Erwachsene

nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421

Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)



T. Schütz, L. Valentini, M. Plauth. Screening auf Mangelernährung nach den ESPEN-Leitlinien 2002. *Aktuel Ernähr Med* 2005; 30: 99-103.

Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tatjana Schütz, Dr. Luzia Valentini und Prof. Dr. Mathias Plauth. Kontakt: tatjana.schuetz@medizin.uni-leipzig.de, Tel. 0341-97 15 957

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Name: Herr L. Vorname:
Geschlecht: m Alter (Jahre): 77 Gewicht (kg): 74,8 Größe (m): 185 Datum: 11.09.2025

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen des Screenings. Ist der Wert ≤ 11 , fahren Sie mit dem Assessment fort, um den Mangelernährungs-Index zu erhalten.

Screening

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

0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme
1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme
2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme **2** ☐

B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

0 = Gewichtsverlust > 3 kg
1 = nicht bekannt
2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg
3 = kein Gewichtsverlust **0** ☐

C Mobilität

0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert
1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen
2 = verlässt die Wohnung **1** ☐

D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?

0 = ja 2 = nein **0** ☐

E Neuropsychologische Probleme

0 = schwere Demenz oder Depression
1 = leichte Demenz
2 = keine psychologischen Probleme **1** ☐

F Body Mass Index (BMI): Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m)²

0 = BMI < 19
1 = $19 \leq \text{BMI} < 21$
2 = $21 \leq \text{BMI} < 23$
3 = BMI ≥ 23 **2** ☐

Ergebnis des Screenings (max. 14 Punkte) **6** ☐

12-14 Punkte: Normaler Ernährungszustand
8-11 Punkte: Risiko für Mangelernährung
0-7 Punkte: Mangelernährung

Für ein tiefergehendes Assessment fahren Sie bitte mit den Fragen G-R fort

Assessment

G Lebt der Patient eigenständig zu Hause?

1 = ja 0 = nein **1** ☐

H Nimmt der Patient mehr als 3 verschreibungspflichtige Medikamente pro Tag?

0 = ja 1 = nein **0** ☐

I Hat der Patient Druck- oder Hautgeschwüre?

0 = ja 1 = nein **1** ☐

J Wie viele Hauptmahlzeiten isst der Patient pro Tag?

0 = 1 Mahlzeit
1 = 2 Mahlzeiten
2 = 3 Mahlzeiten **2** ☐

K Eiweißzufuhr: Isst der Patient

• mindestens einmal pro Tag Milchprodukte (Milch, Käse, Joghurt)? **ja** ☒ nein ☐
• mindestens zweimal pro Woche Hülsenfrüchte oder Eier? **ja** ☐ nein ☒
• täglich Fleisch, Fisch oder Geflügel? **ja** ☒ nein ☐
0,0 = wenn 0 oder 1 mal «ja»
0,5 = wenn 2 mal «ja» **0,5** ☐
1,0 = wenn 3 mal «ja» **1,0** ☐

L Isst der Patient mindestens zweimal pro Tag Obst oder Gemüse?

0 = nein 1 = ja **1** ☐

M Wie viel trinkt der Patient pro Tag?

(Wasser, Saft, Kaffee, Tee, Milch ...)
0,0 = weniger als 3 Gläser / Tassen
0,5 = 3 bis 5 Gläser / Tassen
1,0 = mehr als 5 Gläser / Tassen **0,5** ☐

N Essensaufnahme mit / ohne Hilfe

0 = braucht Hilfe beim Essen
1 = isst ohne Hilfe, aber mit Schwierigkeiten
2 = isst ohne Hilfe, keine Schwierigkeiten **1** ☐

O Wie schätzt der Patient seinen Ernährungszustand ein?

0 = mangelernährt
1 = ist sich unsicher
2 = gut ernährt **1** ☐

P Im Vergleich mit gleichaltrigen Personen schätzt der Patient seinen Gesundheitszustand folgendermaßen ein:

0,0 = schlechter
0,5 = weiß es nicht
1,0 = gleich gut
2,0 = besser **0,0** ☐

Q Oberarmumfang (OAU in cm)

0,0 = OAU < 21
0,5 = $21 \leq \text{OAU} \leq 22$
1,0 = OAU > 22 **0,5** ☐

R Wadenumfang (WU in cm)

0 = WU < 31
1 = WU ≥ 31 **0,5** ☐

Assessment (max. 16 Punkte) **9** ☐

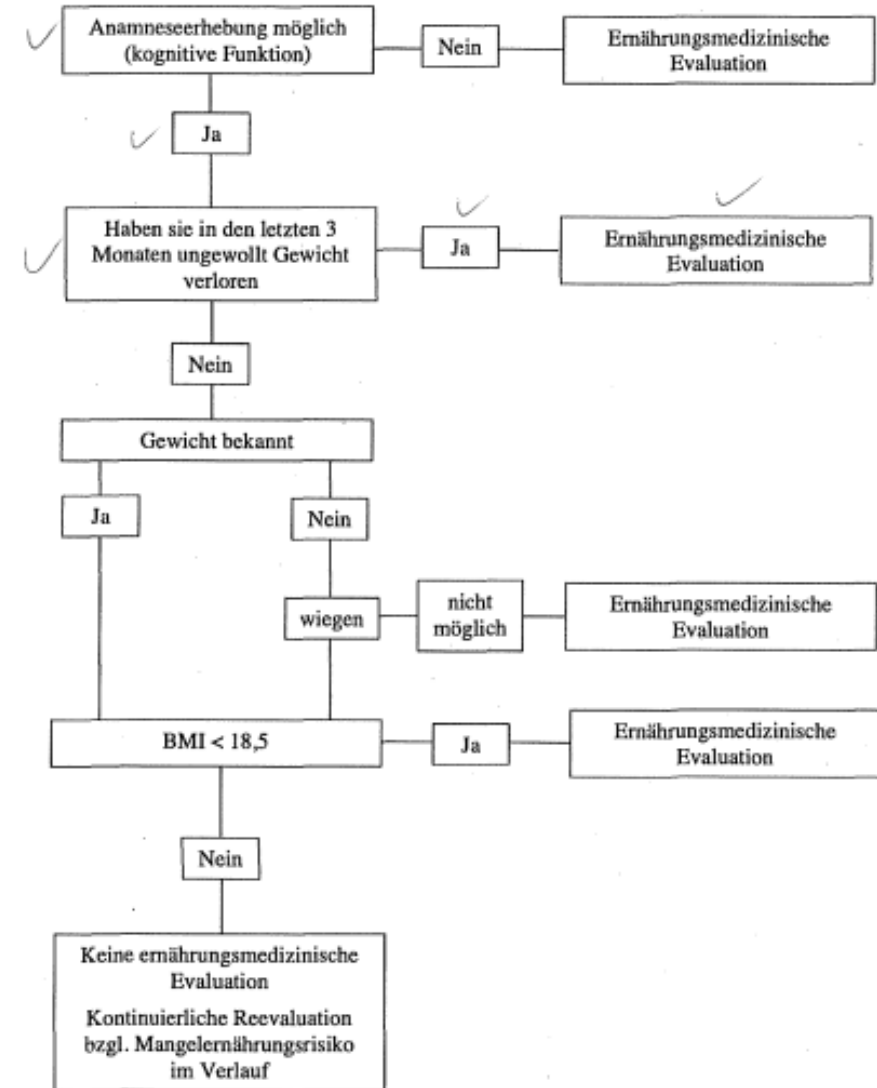
Screening **6** ☐

Gesamtauswertung (max. 30 Punkte) **15** ☐

Auswertung des Mangelernährungs-Index

24-30 Punkte ☐ Normaler Ernährungszustand
17-23,5 Punkte ☒ Risiko für Mangelernährung
Weniger als 17 Punkte ☒ Mangelernährung

Mainzer Mangelernährungs-Screening „MMS“



Ref. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of MNA® - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10: 456-465.
Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J Gerontol 2001; 56A: M366-377.
Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA)® Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10: 466-467.
© Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
© Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.

Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com



Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) (Patientenbezogenes Ernährungsassessment)

Krankengeschichte: Die Kästchen 1–4 sind vom Patienten auszufüllen.
(Kästchen 1–4 werden auch als Kurzform [Short Form] des PG-SGA bezeichnet [PG-SGA SF])

1. Gewicht (siehe Arbeitsblatt 1)

Zusammenfassung meines derzeitigen und kürzlichen Gewichts:

Ich wiege derzeit etwa 75 kg.
Ich bin etwa 185 cm groß.

Vor einem Monat habe ich etwa 72 kg gewogen.
Vor sechs Monaten habe ich etwa 90 kg gewogen.

In den vergangenen zwei Wochen hat sich mein Gewicht:

☒ verringert (1) ☐ nicht verändert (0) ☐ erhöht (0)

Kästchen 1 ☒

3. Symptom: Bei mir traten die folgenden Probleme auf, die mich in den vergangenen zwei Wochen davon abgehalten haben, ausreichend zu essen (alles Zutreffende ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| ☐ keine Probleme mit dem Essen (0) | ☐ Erbrechen (3) |
| ☒ kein Appetit, mir war einfach nicht nach Essen (3) | ☐ Durchfall (3) |
| ☐ Übelkeit (1) | ☐ trockener Mund (1) |
| ☒ Verstopfung (1) | ☐ Gerüche stören mich (1) |
| ☐ Schmerzen im Mund (2) | ☐ fühle mich schnell satt (1) |
| ☐ Dinge schmecken komisch oder haben keinen Geschmack (1) | ☐ Müdigkeit (1) |
| ☐ Probleme mit dem Schlucken (2) | |

☒ Schmerzen – wo? (3) lin. Bein (NRS 6-8)
☒ Sonstiges (1)** V.a. depressive Verstimmung/Probleme
**Beispiele: Depression, Geldsorgen oder Zahnprobleme

Kästchen 3 ☒

Der Rest dieses Bewertungsbogens ist von Ihrem Arzt, Ihrer Pflegekraft, Ihrem Diätassistenten* oder Therapeuten auszufüllen.
Vielen Dank.

©FD Ottery 2005, 2006, 2015 v3.22.15 German 18-006 v05.10.18

E-Mail: faithotterymdphd@aol.com oder info@pt-global.org

* oder Ökotrophologen, Diätologen, Ernährungsberatern

Patientenkenntung

Heinrich

2. Nahrungsaufnahme: Im Vergleich zu meiner normalen Nahrungsaufnahme würde ich diese im vergangenen Monat wie folgt bewerten:

- ☐ unverändert (0)
☐ mehr als gewöhnlich (0)
☒ weniger als gewöhnlich (1)

Derzeit nehme ich folgende Nahrung auf:

- ☒ normale Nahrung, aber kleinere Mengen als normal (1)
☐ kleine Mengen fester Nahrung (2)
☐ nur Flüssigkost (3)
☐ nur Trinknahrung/Astronautennahrung (3)
☐ sehr wenig Nahrung irgendeiner Art (4)
☐ nur Sondennahrung oder nur künstliche Ernährung über die Vene (parenteral) (0)

Kästchen 2 ☒

4. Aktivitäts- und Funktionsniveau: Mein Aktivitätsniveau in den letzten vier Wochen würde ich allgemein wie folgt bewerten:

- ☐ normal ohne Einschränkungen (0)
☐ nicht wie gewohnt, aber ich war auf den Beinen und konnte Aktivitäten wie üblich nachgehen (1)
☐ fühlte mich den meisten Dingen nicht gewachsen, aber verbrachte weniger als den halben Tag im Bett oder Sessel (2)
☒ konnte nur wenig aktiv sein und verbrachte die meiste Zeit des Tages im Bett oder im Sessel (3)
☐ größtenteils bettlägerig, nur selten außerhalb des Bettes (3)

Kästchen 4 ☒

Addierter Score der Kästchen 1–4 ☒ A

Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA)

14

Arbeitsblatt 1 – Bewertung des Gewichtsverlusts

Der Score für die Stoffwechselbelastung wird durch eine Reihe von Variablen ermittelt, die bekanntermaßen den Protein- und Kalorienbedarf erhöhen. Hinweis: Fieberintensität oder -dauer bewerten, je nachdem, was den höheren Wert ergibt. Der Score wird addiert, so dass ein Patient mit einem Fieber von 38,8 °C (3 Punkte), das < 72 Std. (1 Punkt) andauert, und der eine Langzeitbehandlung mit 10 mg Prednison (2 Punkte) erhält, für diesen Abschnitt einen addierten Score von 5 Punkten aufweisen würde.

Gewichtsverlust in 1 Monat	Punkte	Gewichtsverlust in 6 Monaten
10 % oder mehr	4	20 % oder mehr
5–9,9 %	3	10–19,9 %
3–4,9 %	2	6–9,9 %
2–2,9 %	1	2–5,9 %
0–1,9 %	0	0–1,9 %

Numerischer Score von Arbeitsblatt 1 ☒ 3

6. Arbeitsblatt 3 – Stoffwechselbedarf

Der Score für die Stoffwechselbelastung wird durch eine Reihe von Variablen ermittelt, die bekanntermaßen den Protein- und Kalorienbedarf erhöhen. Hinweis: Fieberintensität oder -dauer bewerten, je nachdem, was den höheren Wert ergibt. Der Score wird addiert, so dass ein Patient mit einem Fieber von 38,8 °C (3 Punkte), das < 72 Std. (1 Punkt) andauert, und der eine Langzeitbehandlung mit 10 mg Prednison (2 Punkte) erhält, für diesen Abschnitt einen addierten Score von 5 Punkten aufweisen würde.

Belastung	keine (0)	gering (1)	mäßig (2)	hoch (3)
Fieber	kein Fieber	> 37,2 und < 38,3	≥ 38,3 und < 38,8	≥ 38,8 °C
Dauer des Fiebers	kein Fieber	< 72 Stunden	≥ 72 Stunden	> 72 Stunden
Kortikosteroide	keine Kortikosteroide	niedrige Dosis (≤ 10 mg Prednison-Äquivalente/Tag)	mittlere Dosis (≥ 10 mg und < 30 mg Prednison-Äquivalente/Tag)	hohe Dosis (≥ 30 mg Prednison-Äquivalente/Tag)

Numerischer Score von Arbeitsblatt 3 ☒ C

7. Arbeitsblatt 4 – Körperliche Untersuchung

Die Untersuchung umfasst eine subjektive Beurteilung von 3 Aspekten der Körperzusammensetzung: Fett, Muskeln und Flüssigkeit. Da dies subjektiv ist, wird für jeden Aspekt der Untersuchung der Grad bewertet. Ein Muskeldefizit/-verlust wirkt sich stärker auf den Score aus als ein Fettdefizit/-verlust. Definition der Kategorien: 0 = keine Abweichung, 1+ = leicht, 2+ = mäßig, 3+ = schwer. Die Bewertung in diesen Kategorien wird nicht addiert, sondern zur klinischen Einschätzung des Defizitgrades (bzw. des Vorhandenseins überschüssiger Flüssigkeit) verwendet.

Muskelstatus	0	1+	2+	3+	Fettpolster	0	1+	2+	3+
Schläfen (m. temporalis)	0	1+	2+	3+	Orbitale Fettpolster	0	1+	2+	3+
Schulterblatt (m. latissimus dorsi)	0	1+	2+	3+	Trizeps-Hautfalte	0	1+	2+	3+
Schultern (m. deltoideus)	0	1+	2+	3+	Fettschicht über den unteren Rippen	0	1+	2+	3+
Zwischenknochenmuskeln (m. interosseus)	0	1+	2+	3+	Gesamtbewertung des Fettdefizits	0	1+	2+	3+
Schulterblatt (m. latissimus dorsi)	0	1+	2+	3+	Flüssigkeitsstatus	0	1+	2+	3+
m. trapezius, m. deltoideus	0	1+	2+	3+	Knöchelödem	0	1+	2+	3+
Oberschenkel (m. quadriceps)	0	1+	2+	3+	Sakralödem	0	1+	2+	3+
Wade (m. gastrocnemius)	0	1+	2+	3+	Aszites	0	1+	2+	3+
Gesamtbewertung des Muskelstatus	0	1+	2+	3+	Gesamtbewertung des Flüssigkeitsstatus	0	1+	2+	3+

Der Score für die körperliche Untersuchung wird durch die allgemeine, subjektive Bewertung des Gesamtkörperdefizits bestimmt.
Kein Defizit Score = 0 Punkte
Geringes Defizit Score = 1 Punkt
Mäßiges Defizit Score = 2 Punkte
Schweres Defizit Score = 3 Punkte

Numerischer Score für Arbeitsblatt 4 ☒ D

PG-SGA-Gesamtscore (Gesamter numerischer Score von A+B+C+D) ☒ 19

Unterschrift des Arztes Dr. _____

Sonstiges _____ Datum _____

Kategorie-Gesamtbewertung anhand des PG-SGA (Stadium A, Stadium B oder Stadium C) ☒ C

Arbeitsblatt 5 – PG-SGA-Kategorien zur Allgemeinbeurteilung

Kategorie	Stadium A guter Ernährungszustand	Stadium B Mäßiger Verdacht auf Mangelernährung	Stadium C Schwere Mangelernährung
Gewicht	Kein Gewichtsverlust oder klinische nicht-flüssigkeitsbedingte Gewichtsabnahme	≤ 5 % Verlust in 1 Monat (≤ 10 % in 6 Monaten) ODER progressiver Gewichtsverlust	> 5 % Verlust in 1 Monat (> 10 % in 6 Monaten) ODER progressiver Gewichtsverlust
Nahrungsaufnahme	Kein Defizit ODER kürzlich aufgetretene signifikante Verbesserung	Eindeutig geringere Nahrungsaufnahme	Schweres Defizit bei der Nahrungsaufnahme
Symptome mit Einfluss auf Nahrungsaufnahme (Nutrition Impact Symptoms, NIS)	Keine	Vorliegen von Symptomen mit Einfluss auf Nahrungsaufnahme (Kästchen 3 des PG-SGA)	Vorliegen von Symptomen mit Einfluss auf Nahrungsaufnahme (Kästchen 3 des PG-SGA)
Funktionsfähigkeit	Kein Defizit ODER kürzlich aufgetretene signifikante Verbesserung	Mäßiges Funktionsdefizit ODER kürzlich aufgetretene Verschlechterung	Schweres Funktionsdefizit ODER kürzlich aufgetretene Verschlechterung
Körperliche Untersuchung	Kein Defizit ODER chronisches Defizit, aber mit kürzlich aufgetretener klinischer Verbesserung	Nachweis eines geringen bis mäßigen Verlusts der Muskelmasse und/oder des Muskeltonus bei Palpation und/oder Verlust des subkutanen Fettgewebes	Offensichtliche Anzeichen einer Mangelernährung (z. B. schwerer Muskell- oder Fettverlust bzw. mögliches Ödem)

Ernährungsbezogene Triage-Empfehlungen: Der addierte Score wird verwendet, um die speziellen Ernährungsinterventionen zu definieren, einschließlich Patienten- und Familienunterweisung, Symptombehandlung einschließlich pharmakologischer Intervention und entsprechende Ernährungsintervention (Triage in Bezug auf Nahrung, Trinknahrung, enterale oder parenterale Ernährung).

Zur Erstlinien-Ernährungsintervention gehört ein optimales Symptom-Management.

Triage auf Grundlage des PG-SGA-Scores

- 0–1 Keine Intervention zu diesem Zeitpunkt erforderlich. Routinemäßige und regelmäßige Neuabschätzung während des Behandlungsverlaufs.
- 2–3 Aufklärung von Patient und Familie durch einen Diätassistenten, eine Pflegekraft oder einen Arzt hinsichtlich pharmakologischer Intervention, wie im Symptombogen angegeben (Kästchen 3) und ggf. gemäß den Laborwerten.
- 4–8 Erfordert Intervention durch einen Diätassistenten in Verbindung mit einer Pflegekraft oder einem Arzt, abhängig von den Symptomen (Kästchen 3).

≥ 9 Zeigt einen kritischen Bedarf für eine verbesserte symptomatische Behandlung und/oder für Ernährungsinterventionen an.

©FD Ottery 2005, 2006, 2015 v3.22.15 German 18-006 v05.10.18

E-Mail: faithotterymdphd@aol.com oder info@pt-global.org

Kriterien für Screening & Assessment (DNQP-Expertenstandard Mundgesundheit)

Bewohner (Vor- und Nachname)

Ausgefüllt von (Vor- und Nachname)

Datum

Screening-Kriterien

Gehört der Betroffene einer Risikogruppe für Probleme im Mundbereich an?

- ☒ Körperliche Beeinträchtigung
- ☐ Kognitive Beeinträchtigung
- ☒ Neurologische Erkrankung (z. B. Parkinson, Schlaganfall)
- ☒ Multimedikation
- ☐ Hohes Lebensalter
- ☐ Ernährungsprobleme / Trinknahrung zur Nahrungsergänzung
- ☐ Sauerstoffzufuhr oder Beatmung
- ☐ Chemotherapie / Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich
- ☐ Erkrankung im Mundbereich
- ☐ Nach Operation im Mundbereich
- ☐ Immunsuppression
- ☐ Terminale Lebensphase
- ☐ Substanzabhängigkeit
- ☐ Prekäre Lebenssituation (Obdachlosigkeit, Armut)

Besteht ein objektiv wahrnehmbarer oder subjektiv geäußelter pflegerischer Unterstützungsbedarf bzw. ein Problem im Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich?

- ☒ Schmerzen / Schwellungen / Verletzungen
- ☐ Probleme beim Essen / Kauen (auch Nahrungskarenzen)
- ☐ Probleme mit herausnehmbarem Zahnersatz
- ☐ Probleme bei der Mundpflege
- ☐ Trockene / rissige Lippen / Rhagaden
- ☒ Mundtrockenheit
- ☐ Mundgeruch

mund-pflege

Assessment-Kriterien (nach positivem Screening)

Probleme im Bereich Mund, Mundhöhle und Zähne

- ☒ Lippen, Mundwinkel, Mundschleimhaut, Zunge sind belegt / gerötet / geschwollen / verletzt / trocken / auffällig verändert
- ☐ Zahnfleisch ist geschwollen / gerötet / blutet / auffällig verändert
- ☐ Zähne, Zahnzwischenräume, Zahnersatz zeigen weiche oder harte Beläge oder Speisereste
- ☒ Zähne sind stark beweglich / stark verfärbt / defekt / abgebrochen / scharfkantig / auffällig verändert / fehlend
- ☐ Bei Schmerzen / Schwellungen / Verletzungen: Lokalisation und gegebenenfalls Ursache

Probleme mit dem Zahnersatz

- ☒ Zahnersatz fehlt / wurde längere Zeit nicht getragen *nimmt er immer wieder heraus: stört*
- ☐ Zahnersatz ist beschädigt / scharfkantig / gesprungen / gebrochen
- ☐ Herausnehmbarer Zahnersatz sitzt zu locker / Probleme bei Ein- oder Ausgliederung
- ☐ Herausnehmbarer Zahnersatz hält auch mit angemessener Menge Haftcreme nicht / verursacht Druckstellen

Mundtrockenheit und reduzierter Speichelfluss

- ☒ Flüssigkeitsaufnahme unzureichend
- ☐ Medikamente mit Nebenwirkung
- ☐ Mundatmung aufgrund gestörter Nasenatmung
- ☐ Speicheldrüsen-Funktion beeinträchtigt

Mundgeruch

- ☐ Nahrungsmittel / Diäten
- ☒ Auffälligkeiten an Zähnen / Zahnfleisch / Zahnersatz (v.a. Beläge)
- ☐ Auffälligkeiten an Zunge / Mundschleimhaut
- ☒ Diabetes, Reflux, Antibiotika, Tumor

Pflegerischer Unterstützungsbedarf bei der Mundpflege

- ☒ Körperlich / kognitiv bedingte Beeinträchtigung
- ☐ Erschwerter Zugang zur Mundhöhle
- ☐ Fehlende / nicht angemessene Hilfs- und Pflegemittel / unangemessener Umgang

*elektrische Zahnbürste
→ will er benutzen*

www.mund-pflege.net

OAG & ROAG (Fremdeinschätzungsinstrument – Validierte Deutsche Version)

Bewohner (Vor- und Nachname)

Ausgefüllt von (Vor- und Nachname)

Datum

Kriterien (OAG)	Keine Intervention = 0 Punkte	Intervention Pflege = 1 Punkt	Intervention Arzt = 2 Punkte	Punktzahl
Stimme	<u>normal</u>	tief und rauchig	sprechen schwierig oder schmerzhaft	
Lippen	<u>weich und rosig</u>	trocken und gerissen	ulzeriert und blutend	
Schleimhaut	<u>rosig und befeuchtet</u>	gerötet oder weißlich belegt	sehr rot oder dick, weiß belegt, Ulzeration mit und ohne Blutung	
Zunge	rosig, befeuchtet, Papillen vorhanden	trocken, keine Papillen oder <u>Farbänderung rot oder weiß</u>	sehr dicke weiße Beläge, Ulzeration	
Zahnfleisch	<u>rosig und gestippelt</u>	ödematös mit oder ohne Rötung	spontanes Bluten oder Bluten unter Druck	
Zähne / Zahnersatz	<u>sauber, keine Beläge</u>	Plaque oder Beläge lokalisiert	Plaque oder Beläge generalisiert	
Speichel	<u>kein Anhaften des Mundspiegels</u>	leicht erhöhte Friktion, keine Tendenz des Anhaftens	signifikant erhöhte Friktion, Spiegel haftet an	
Schlucken	<u>normales Schlucken</u> <i>leicht Dysphagie</i>	leichter Schmerz beim Schlucken	Schlucken nicht möglich	
Zusatzkriterien (ROAG)				
Karies	keine Verfärbung	<u>Braunfärbung oder verfärbter Füllungs-Kronenrand</u>	Braunfärbung mit Defektbildung oder Restorationsdefekt / Randspalt	
Prothesenpassung OK / UK	<u>schaukelt nicht</u> <i>aus/steht</i>	schaukelt fühlbar	schaukelt sichtbar	
Prothesenhalt OK / UK	kein <u>Lösen bei mäßigem Zug</u>	Lösen bei mäßigem Zug oder Bewegung der Muskulatur	spontanes Lösen	
Frakturen am ZE	keine Frakturen	Defekte an Verblendungen	Defekte an Prothesenbasis oder Verankerung	

0

Gesamtpunkte

Eilers, J., & Berger, A. (1988). Oral Assessment Guide.

Hassel, A. J., Leisen, J., Rolko, C., Rexroth, W., Ohlmann, B., & Rammelsberg, P. (2008). Wie verlässlich ist die klinische Erhebung von Mundgesundheitsparametern durch Ärzte bei geriatrischen Patienten?

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 41(2), 132-138.

mund-pflege

www.mund-pflege.net

Pflegediagnosen nach NANDA-I (Herdman et al., 2025)

- Ineffektives Gesundheits-Selbstmanagement (241)
- Risiko für ineffektives Selbstmanagement des Blutzuckerprofils (252)
- Ineffektives Schmerz-Selbstmanagement (271)
- Risiko für ineffektives Selbstmanagement des Untergewichts (283)
- Risiko für Frailty-Syndrom beim älteren Menschen (301)
- Unzureichende Protein-Energie-Zufuhr (310)
- Risiko für unzureichendes Flüssigkeitsvolumen (346)
- Beeinträchtigte Harnausscheidung (349)
- Risiko für beeinträchtigte intestinale Ausscheidung (364)
- Beeinträchtigte Stehfähigkeit (395)
- Beeinträchtigte Gehfähigkeit (399)
- Risiko für verminderte Aktivitätstoleranz (402)
- Risiko für das Syndrom der verminderten Selbstversorgungsfähigkeit (427)
- Ineffektive Verhaltensweise der Mundhygiene
- Risiko einer akuten Verwirrtheit (445)
- Beeinträchtigte Familienprozesse (502)
- Risiko für Druckschädigung bei einem Erwachsenen (613)
- Risiko für beeinträchtigte Integrität der Haut (622)
- Risiko für Stürze beim Erwachsenen (635)
- Risiko für Thrombose (645)
- Chronischer Schmerz (700)

Risiko für ineffektives Selbstmanagement des Blutzuckerprofils (252)

➔ stabiler Blutzucker, Vermeidung von Hypoglykämie, HbA_{1c}-Zielwert 7-8%, sichere Handhabung der Insulininjektion & BZ-Kontrolle

- Therapieregime eingeschränkt, da Linkshänder mit Hemiparese links, Polyneuropathie und somit eingeschränkter Feinmotorik; ggf. eingeschränkter Visus: Kann er die Blutzuckerkontrolle korrekt durchführen? Kann er den Insulin-Pen korrekt bedienen, d.h. die IE einstellen und die s.c.-Injektion korrekt durchführen? Kann er die Tabletten aus den Blistern drücken und nimmt die Medikamente korrekt ein?
- V.a. auf Einschränkung der Kognition bei MMST 22/30 Punkten bzw. V.a. Depression: Wie zuverlässig erfolgen die Blutzuckerkontrollen und die davon abgeleiteten Insulininjektionen? Nimmt er die Tabletten zuverlässig ein?
- Nahrungszubereitung und -aufnahme: Wie regelmäßig und zeitnah erfolgen die Insulininjektion und die Nahrungsaufnahme, v.a. mittags, wenn das Essen vom Menübringdienst bereits um 11:00 Uhr gebracht wird? Vergisst er zu essen oder dass er bereits gegessen hat?
- Mobilität: Er bewegt sich aufgrund der chronischen Schmerzen nicht mehr so viel wie vor dem Sturz, bevorzugt ein sitzendes oder liegendes Verhalten; Muskelmasseabbau (vgl. u.a. Kreatinin)
- V.a. Hypoglykämien: HbA_{1c} 6,0% ist niedrig im Verhältnis zum Alter; er macht sich zur Sicherheit immer eine Scheibe Brot; Blutzuckerspitzen sind nicht erfasst; Hypoglykämien erhöhen das Risiko eines Sturzes!
- Ungewollte Gewichtsabnahme von ca. 16 kg: Einfluss auf die Insulinresistenz ➔ mindestens drei Blutzucker-Tagesprofile sinnvoll!

Sturzrisiko & Sturzangst & chronischer Schmerz

➔ **kein Sturzereignis, sicherer Stand & Gang, Muskelaufbau & Balancesteigerung, Schmerzlinderung, erweiterter Aktionsradius**

- Z. n. Sturz 05/2025 & Beckenringfraktur; Hypoglykämie-Neigung
- Diabetisches Fußsyndrom, Polyneuropathie, Teil-Vorfuß-Amputation mit Vorfußentlastungsschuh
- Er nutzt einen Rollator und bewegt sich langsam, kann ca. 50m weit gehen; bevorzugt zu Hause auf dem Sofa zu liegen; in der Klinik liegt er viel im Bett
- Nykturie & Nachtröpfeln (Prostatahyperplasie)
- Sturzangst: Er äußert starke Angst vor Stürzen.
- Chronische, instabile Schmerzen bei Aufnahme; aktuell: starke Schmerzen bei Bewegung (NRS 6), aber unter Targin und Novalgin erträglich; nutzt Ruhezeiten, liegt viel im Bett
- V. a. depressive Verstimmung; V. a. auf Einschränkung der Kognition
- Ungewollte Gewichtsabnahme, Mangelernährung und Muskelmasseverlust (vgl. Laborwerte)

FALLS EFFICACY SCALE – INTERNATIONALE VERSION (FES-I)

Wir würden Ihnen gerne einige Fragen darüber stellen, welche Bedenken Sie haben hinzufallen, wenn Sie bestimmte Aktivitäten ausführen. Bitte denken Sie noch einmal darüber nach, wie Sie diese Aktivität normalerweise ausführen. Wenn Sie die Aktivität z. Zt. nicht ausführen (z. B. wenn jemand Ihren Einkauf erledigt), geben Sie bitte (trotzdem) eine Antwort, um anzuzeigen, ob Sie Bedenken hätten zu stürzen, wenn Sie die Aktivität ausführen würden. Markieren Sie bitte diejenige Angabe, die am ehesten Ihrem eigenen Empfinden entspricht, um anzuzeigen, welche Bedenken Sie haben zu stürzen, wenn Sie diese Aktivität ausüben.

Aktivitäten	keinerlei Bedenken	einige Bedenken	ziemliche Bedenken	sehr große Bedenken
1 Den Hausputz machen (z. B. kehren, staubsaugen oder staubwischen)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
2 Sich an- oder ausziehen	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
3 Einfache Mahlzeiten zubereiten	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
4 Ein Bad nehmen oder duschen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
5 In einem Laden einkaufen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
6 Von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	1 ☐	2 ☒	3 ☐	4 ☐
7 Eine Treppe hinauf- oder hinuntergehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
8 In der Nähe der Wohnung draußen umhergehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
9 Etwas erreichen, was sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	1 ☐	2 ☐	3 ☒	4 ☐
10 Das Telefon erreichen, bevor es aufhört zu klingeln	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
11 Auf einer rutschigen Oberfläche gehen (z. B. wenn es nass oder vereist ist)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
12 Einen Freund oder Verwandten besuchen	1 ☐	2 ☐	3 ☒	4 ☐
13 In einer Menschenmenge umhergehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
14 Auf unebenem Boden gehen (z. B. Kopfsteinpflaster, ungepflægter Gehweg)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
15 Eine Steigung hinauf- oder hinuntergehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
16 Eine Veranstaltung besuchen (z. B. ein Familientreffen, eine Vereinsversammlung oder einen Gottesdienst)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☒
Total		6	6	44
Gesamttotal		56		

Dias N, Kempen GI, Todd CJ et al. The German version of the Falls Efficacy Scale-International Version (FES-I). Z Gerontol Geriatr 2006; 39: 297–300

Checkliste Sturz-Risikoeinschätzung

Diese Checkliste ist ein Instrument zur zielgerichteten, systematischen Einschätzung der Sturzrisikofaktoren, u.a. wenn im Screening (vgl. Pflegeanamnese) ein Risiko eines Sturzes identifiziert wurde, sowie der davon abgeleitete Behandlungsplan.

Entscheidend ist immer auch die Fachkompetenz der Pflegefachperson!

Die Wiederholung der Einschätzung (Re-Assessment) erfolgt nach einem Sturzereignis, nach Veränderung der Mobilität oder nach sieben Tagen.



Patient:innenaufkleber
Name: Hr. L.
Vorname:
Geburtsdatum: 1948 (77 Jahre)
Station:

1. Datum Handzeichen CD 2. Datum Handzeichen _____

Personenbezogene Sturzrisikofaktoren	Datum	Datum
Lebensalter > 65 Jahre	☒	☐
Funktionseinbußen und -beeinträchtigungen		
• Schmerzen	☒	☐
• Probleme mit der Körperbalance / dem Gleichgewicht	☒	☐
• Gangveränderungen	☒	☐
• Eingeschränkte Beweglichkeit	☒	☐
• Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität / Motorik / Sensibilität einhergehen	☒	☐
<i>Diabetes mellitus Hemiparese 2.</i>		
Sehbeeinträchtigungen / Hörbeeinträchtigung		
• Reduzierte Kontrastwahrnehmung / Sehschärfe / Blindheit	☐	☐
• Nicht genutzte Brille / Hörgeräte	☐	☐
• Ungenügende Beleuchtung	☐	☐
Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung		
• Depression <i>v.a.</i>	☒	☐
• Demenz	☐	☐
• Delir	☐	☐
• Schlafstörung	☐	☐
Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen oder mit ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen		
• Diabetes mellitus (Hypoglykämie)	☒	☐
• Mangelernährung	☒	☐
• haltungsbedingte Hypotension, Schwindel	☐	☐
• Herzrhythmusstörungen, TIA, Epilepsie	☐	☐
Ausscheidungsverhalten		
• Dranginkontinenz	☒	☐
• Nykturie	☒	☐
• Probleme beim selbständigen Toilettengang	☐	☐
• Diarrhö	☐	☐
Vorausgegangene Sturzgeschehen (letzten 12 Monate)	☒	☐
Angst vor Stürzen	☒	☐

Prophylaktische Maßnahmen	Datum	Datum
ATLs und Aktivitäten fördern	☒	☐
Medikamentöse & nicht-medikamentöse		
Schmerztherapie n. Behandlungsplan	☒	☐
Regelmäßige Bewegung fördern	☒	☐
Frühmobilisation	☐	☐
Gezielte Mobilisationsunterstützung	☒	☐
Gehübungen, evtl. Physiotherapie anregen	☒	☐
Rollator anbieten	☒	☐
Patient trägt seine Brille / Hörgeräte	☐	☐
Orientierungshilfe: deutliche optische Zeichen	☐	☐
Erreichbarkeit der Klingel und des Lichtschalters	☒	☐
Gute, angepasste Beleuchtung	☐	☐
Berücksichtigung der verstärkten emotionalen		
Ansprechbarkeit und der kognitiven Kompetenz z.B. geschlossene Fragen: Ja / Nein	☒	☐
person-zentrierte Pflege	☐	☐
Intensive Krankenbeobachtung		
Regelmäßige Kontrollen der Vitalzeichen	☒	☐
Ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	☒	☐
Ausreichende Ruhezeiten	☐	☐
Toilettengang nach Mahlzeit/vor der Nachtruhe / vor Besuchszeit		
Einlagen / Inkontinenzhosen / Toilettentraining	☒	☐
WC-Sitzerhöhung, Toilettenstuhl / Urinflasche am Bett	☒	☐
Schuhe ans Bett stellen	☒	☐
Patienten begleiten	☒	☐
Krankenbeobachtung; z.B. Hypo- oder Hyperglykämie		
Vertrauensbasis aufbauen: Gesprächsbereitschaft signalisieren, ausreden lassen, Ängste ernst nehmen	☒	☐
Einweisung in und Unterstützung mit Hilfsmitteln	☒	☐

Ziele: kein Sturzereignis!
Verringerung der Risikofaktoren
Schmerzlinderung
Kraftaufbau, Balanceförderung
Pat. erklärt Absicht, Übungen durchzuführen & tägliche Aktivitäten zu steigern
Brille /Hörgeräte werden getragen
Optimale Sichtverhältnisse
Förderung der individuellen Bedürfnisse
Frühzeitiges Erkennen von Veränderungen
Inkontinenzprofil bekannt
Sicherheit auf dem Weg zur Toilette
Ursachen erkannt
Kann über seine Angst reden, wird ernst genommen, angstfreie Mobilität

Medikamentenbezogene Sturzrisikofaktoren	Datum 11.09.2025	Datum
• z. B. Antiarrhythmika / Antihypertensiva / Diuretika	☒	☐
• Psychotrope Medikamente (Sedativa, Neuroleptika, Hypnotika)	☐	☐
• Medikamenten-Umstellung	☒	☐
• Multimedikation (mehr als 4 Medikamente)	☒	☐

Prophylaktische Maßnahmen	Datum 11.09.2025	Datum
Information / Beobachtung dem Arzt melden	☒	☐
Evtl. Medikamentenumstellung je nach Arztanordnung	☐	☐
Information an den Patienten / Angehörige	☐	☐
Nebenwirkungsmanagement	☐	☐

Ziele
Nebenwirkungen kennen und erhöhtes Sturzrisiko berücksichtigen

Umgebungsbezogene Sturzrisikofaktoren	Datum 11.09.2025	Datum
Hilfsmittel		
• Verwendung von Gehstützen / Rollator	☒	☐
• Rollstuhl	☐	☐
• Unsicherer Gebrauch der Hilfsmittel	☐	☐
Inadäquates Schuhwerk / Kleidung		
• z.B. ungeeignete Schuhe / glatte Sohlen	☐	☐
• Unpassende Kleidungsstücke, z.B. zu lang, zu eng <i>zu weit</i>	☒	☐
Bettniveau nicht dem Patienten angepasst	☐	☐
Freiheitsentziehende Maßnahme (FeM)	☐	☐
Gefahren in der Umgebung		
• z.B. Mängel bei	☐	☐
• Beleuchtung		
• Haltemöglichkeiten		
• Erreichbarkeit der Klingel, des Lichtschalters		
• Bremsen an Nachttischen, Betten, WC-Stühlen		
• Zu- und Ableitungen (z. B. Drainagen)	☐	☐
• unbekannter Raum / Zimmer	☐	☐

Prophylaktische Maßnahmen	Datum 11.09.2025	Datum
Korrekte Hilfsmittelauswahl	☒	☐
Umgang mit Hilfsmittel einüben	☒	☐
ggf. Angehörige mit einbeziehen	☐	☐
ggf. Physiotherapie anregen	☒	☐
Geschlossene, feste Schuhe	☒	☐
Schuhe mit Klettverschluss	☐	☐
Rutschfeste Sohlen, Stoppersocken	☒	☐
Hilfe beim An- und Ausziehen	☒	☐
Patient/Angehörige darauf aufmerksam machen	☒	☐
Fußböden frei und trocken halten	☒	☐
Bethöhe auf Patientenbedarfsniveau einstellen	☐	☐
Siehe Verfahrensweisung (FeM)	☐	☐
Handwerker und Reinigungspersonal informieren	☐	☐
Gegenstände vor den Haltegriffen entfernen	☐	☐
Fußboden frei und trocken halten	☒	☐
Klingel/Lichtschalter in Reichweite positioniert	☒	☐
ggf. Tragebeutel anbieten	☐	☐
Orientierung fördern bzgl. Zimmer / Bad / Station	☐	☐

Ziele
Hilfsmittel werden korrekt und gebrauchsgerecht angewendet
Adäquate Bekleidung
Identifikation und Behebung der Gefahrenquelle
Angepasstes Bettenniveau
Sicherheit gewährleistet
Identifikation und Behebung der Gefahrenquelle, z.B. der Fußboden ist eine frei begehbare Fläche

Beratung/Information: Patient:in und / oder Angehörige sind auf die Sturzgefahr hingewiesen und die geplanten Maßnahmen sind gemeinsam festgelegt worden.

☒ Ja

☐ Nein

Die Informationsbroschüre „Sturzprävention“ wurde dem Patienten / der Patientin und/oder die Angehörige ausgehändigt.

☒ Ja

☐ Nein

Bemerkung:

11.09.2025 *Christine Drauschke*
Datum / Handzeichen



001013011

Kennzeichnung der Sturzgefährdung: Wenn sich aus der Erhebung des Sturzrisikos eine erhöhte Sturzgefährdung ergibt, wird dieses durch den Stempel: „Sturzgefährdung“ auf der medizinischen

Tageskurve und ggf. auf dem Transport- / Diagnostikanforderungsschein gekennzeichnet. Sollten diese Anforderungen online erfolgen, kennzeichnen Sie bitte mit roter Schrift in der Spalte Bemerkungen die erhöhte „Dekubitus- und Sturzgefährdung“.

UKM 33-001 04.2018

Risiko für ineffektives Selbstmanagement des Untergewichts (283)

➔ **Stabiles Gewicht, Gewichtszunahme (Taillenumfang < 102 cm; Zielgewicht 82kg bzw. BMI 24 kg/m²), adäquate Nahrungsaufnahme**

- Herr L. hat seit dem Tod seiner Lebensgefährtin vor 5 Jahren und nach seinem Schlaganfall und vor allem in den letzten Wochen ungewollt an Gewicht verloren, so dass er ca. 16 kg weniger wiegt als früher. Seine Hosen sind zu groß und rutschen im Stehen zu den Knöcheln herunter.
- BMI 21,86 kg/m² (Normalgewicht); laut MDS sollte BMI zwischen 24 – 29 kg/m² liegen in Relation zum Alter!
- Laborwerte deuten auf Protein-Energie-Mangelernährung und Muskelmasseabbau hin. Die lange Liegezeit in den letzten Tagen aufgrund der starken Schmerzen hat zu einem Kraftverlust geführt (vgl. Laborwerte, z.B. Kreatinin).
- Den Gewichtsverlust der letzten Zeit hatte er nicht mit Muskelmasseverlust und dem Sturzrisiko in Verbindung gebracht. Die Gewichtsabnahme kann sich günstig auf Glukoseintoleranz auswirken.
- Schmerzen (NRS 6 in Bewegung); hatte seit dem Sturz im Mai 2025 mit der vorderen Beckenringfraktur zunehmend starke Schmerzen, so dass er sich die letzten 2 Wochen kaum noch bewegen konnte und nur noch auf dem Sofa lag.
- V.a. depressive Verstimmung: leichte bis mäßige Depression lt. 15-GDS; wählt bewegungsarmen Tagesablauf; ist nur wegen des Hundes & gelegentlich zum Einkauf im Ortsladen aus dem Haus gegangen, welches an einem steilen Hang liegt.
- V.a. kognitive Veränderungen (vgl. MMST/Dem Tect/Uhrenergänzungstest)
- Er hat bereits einen Menübringdienst, der mittags das Essen bringt. Seine übrigen Mahlzeiten hat er trotz Hemiparese selbst zubereitet. Er isst gerne Käse & Brot.
- Er lehnte bisher die Teilnahme an Tagespflege bzw. Seniorencafé ab.
- beeinträchtigter Zahnstatus: Prothesen sitzen nicht gut.
- Er äußert in der Klinik Appetit und isst seine Mahlzeiten komplett auf.
- Die Beziehung zum Ziehsohn scheint beeinträchtigt zu sein – dieser will sich aus der Unterstützung zurückziehen (wohl auch aus eigenen gesundheitlichen Gründen).

Behandlungsplan/Klinik

Pflegefachperson:

- **Überprüfung der Handmotorik & Kognition** bzgl. selbständiger Blutzuckerkontrolle und Insulininjektion: Kann Herr L. das noch sicher selbst umsetzen?! Kann er die Anzeige auf dem Stix-Gerät und dem Pen lesen?! Wählt er die korrekte Insulineinheit aus? Kann er den Pen richtig einstellen und die Injektion sicher durchführen? Kann er die Patronen wechseln? Isst er zeitnah nach der Injektion oder vergisst er zu essen? Oder vergisst er, dass er sich schon gespritzt hat?
Schulung von Insulininjektion
- **Ernährungsanamnese** (vgl. Expertenstandard „Ernährungsmanagement“, DNQP, 2017): Abstimmung mit Herrn L., welche Kost er vom Speiseplan der Klinik bevorzugt, und gezielt Speisen auswählen, die er gerne isst; Anleitung zur Führung eines Teller- & Trinkprotokolls (oder Übernahme); tgl. Gewichtskontrolle
- Blutzuckerkontrolle nüchtern, 2 Std. nach den Mahlzeiten bzw. abends vor dem Schlafen & bei Gefühl von Hypoglykämie; mehrtägige **Blutzucker-Tagesprofile** mit mind. 4 Messungen/Tag n. AO; Schulung von Blutzucker-Kontrolle
- **Essen & Trinken:** Beratung zu Spezialbesteck mit Griffverstärkung, Spezial-Geschirr (wg. Hemiplegie); Kontrolle auf Anzeichen des Verschluckens (u.a. Husten)

Behandlungsplan/Klinik

Pflegefachperson:

- **Schmerzmanagement** (vgl. Expertenstandard „Schmerzmanagement“, DNQP, 2020): Anleitung zur Nutzung von NRS/VRS; Assessment in Ruhe UND Bewegung (vor & nach Physiotherapie), mind. 1x/pro Schicht; Festlegung individuelle Schmerz- und Interventionsgrenze
- **Sturzprophylaxe** (vgl. Expertenstandard „Sturzprophylaxe“, DNQP, 2022): Information über Sturzrisiko (Patientenbroschüre); passende und gut handhabbare Kleidung und Schuhe durch Ziehsohn besorgen lassen; Begleitung bei Mobilisation (v.a. nachts), Fortführung von Kräftigungs- und Balanceübungen; Re-Assessment nach 7 Tagen bzw. bei Bed.
- **Darmmanagement/Obstipationsprophylaxe**: 1x tgl. Abfrage Stuhlgang unter Nutzung der Bristol-Stuhlformen-Skala; Laxans n. AO regelmäßig bei Opioid-Gabe; Flüssigkeitsmanagement (zuckerfreie Getränke; ca. 1,3 l/Tag)
- **Kontinenzförderung** (vgl. Expertenstandard „Kontinenzförderung“, DNQP, 2024): „unabhängig kompensierte Inkontinenz“; Ziel-Kontinenzprofil „unabhängig erreichte Kontinenz“; Information zu aufsaugendem Tröpfchenfänger; Kleidung mit Gummizug; Toilettentraining; Flüssigkeitsmanagement (s.o.)
- **Mundhygiene** (vgl. Expertenstandard „Mundgesundheit“, DNQP, 2023): Pflege der verbliebenen Zähne und der Zahnprothesen; Beratung zu Hilfsmitteln (Interdentalbürstchen, elektrische Zahnbürste mit dickem Griff); Zahnarztbesuch anregen
- **Körperpflege & Hautpflege** (vgl. Expertenstandard „Hautintegrität“, DNQP, 2024): Unterstützung & Beratung bei Körperpflege (aktivierende Pflege der stärker betroffenen Seite, Anbahnung physiologischer Bewegungen); Pflege von Xerosis cutis an den Unterschenkeln (max. alle 2 Tage waschen, W/O-Lotion mit Urea 10% 1-2x tgl.); Anleitung zur Fußkontrolle; Beratung zu Fußpflege
- **Delirmanagement**: Delir-Screening „CAM“ & Maßnahmen zur Delir-Prävention (u.a. Tagesstruktur, Mobilisation, Schmerzmanagement; auch: Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (DNQP, 2019))

Behandlungsplan/Klinik

Interprofessionelle Teambesprechung & Koordination durch Pflegefachperson:

- **Stations-Arzt/Ärztin:** Überprüfung & Anpassung der Medikation (Antidiabetikum, Insulin etc.); Laborkontrolle; Konsil: Ernährungsteam, Diabetesfachkraft etc.
- zeitnahe Einbindung einer **Diabetesfachkraft**, da die Diabetestherapie nicht mehr adäquat ist: HbA_{1c} von 6,0% lässt vermehrte Hypoglykämien vermuten, diese sollten unbedingt vermieden werden v.a. bei erhöhter Sturzgefahr (vgl. DDG-Leitlinien Diabetes mellitus); HbA_{1c}-Zielwert mit Herrn L. festlegen (zwischen 7-8%); Kontrolle Blutzucker-Kontrolle & Insulininjektion; Maßnahmen gegen Unterzuckerung (Diabetes-Pass); Anleitung zu Fußkontrolle; Beratung zu Fußpflege; Beratung zu Schuhversorgung
- Zeitnahe Einbindung des **Ernährungsteams:** BIA-Messung (Körperzusammensetzung, v.a. Muskelmasse); Ernährungsplan mit Anreicherung der Speisen (Klinikküche; Rezepte für Daheim); proteinreiche Trinknahrung (Diabetes-konform), die den Blutzuckerspiegel stabil hält; Trinknahrung ausprobieren lassen (Geschmacksrichtung); ungesüßte Whey-Protein-Pulver
- **Barrierefreie Unterstützung** im Diabetesmanagement, d.h. Pen überprüfen (bisher Einmal-Pen): ggf. neuer Pen mit akustischer Hilfe; leichtgängiger Pen oder Injektionshilfe, d.h. weniger Kraftaufwand zur Injektion; Einstell-Hilfe; Insulin-Smart-Pen mit Speicherung der abgegebenen Insulinmenge (Datum & Uhrzeit); Sensor-Messung mit Übertragung aufs Smartphone

Nutricomp® Drink D

Normokalorische Trinknahrung mit Ballaststoffen

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät), zur vollständigen oder zusätzlichen Ernährung

- Normokalorische, vollständig bilanzierte Trinknahrung (1 kcal/ml)
- Mit Ballaststoffen und Süßungsmitteln
- Mit Omega-3-Fettsäuren EPA und DHA, reich an langsam verdaulichen Kohlenhydraten aus Stärke
- Glutenfrei, laktosefrei
- Geschmacksrichtung Vanille
- Zum Diätmanagement bei Mangelernährung mit der Möglichkeit zur oralen Nahrungsaufnahme, besonders geeignet bei Glukosetoleranzstörungen

Erstattungs- und verordnungsfähig (AM-RL, Kap. I)

Ab dem 4. Lebensjahr geeignet

- Therapiebedürftige Mangelernährung
- Konsumierende Erkrankungen
- Erschwerte oder eingeschränkte Nahrungsaufnahme
- Phase der Rekonvaleszenz

- Kompletter Ausfall des Gastrointestinaltraktes, z.B. Ileus, Darmatonie
- Stoffwechselerkrankungen, die eine spezielle Nährstoffauswahl erfordern, z.B. chronische Niereninsuffizienz
- Dekompensierte Leberzirrhose, akute Pankreatitis
- Unverträglichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe

- Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden
- Nicht zur parenteralen Infusion!
- Zur ausschließlichen Ernährung geeignet

- Die empfohlene Menge richtet sich nach dem individuellen Energie- und Nährstoffbedarf des Patienten
- Ist Trinknahrung die einzige Nahrungsquelle, sind i.D. 7–10 Flaschen am Tag empfehlenswert. Wird sie als Zusatz zur normalen Ernährung verwendet, sind ca. 2–4 Flaschen pro Tag zu empfehlen

- Vor Gebrauch schütteln
- Bei Raumtemperatur lagern ($\geq 5^{\circ}\text{C}$ und $\leq 25^{\circ}\text{C}$)
- Geöffnete Behälter können 24 Stunden im Kühlschrank aufbewahrt werden
- Schmeckt gekühlt am besten

Indikationen (Beispiele)

Kontraindikationen

Besondere Hinweise

Dosierung

Gebrauchsinformation

<https://www.bbraun.de/de/products/b64/nutricomp-drink-d.html>

**FRESENIUS
KABI**

Produktinformation

Diben® Drink

Hochkalorische eiweißreiche Trinknahrung bei gestörter Glukosetoleranz



Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät).

Produktmerkmale

- Hochkalorisch (1,5 kcal/ml)
- Eiweißreich (7,5 g/100 ml)
- Mit Ballaststoffen
- Mit komplexen Kohlenhydraten für eine verbesserte glykämische Kontrolle
- Reich an einfach ungesättigten Fettsäuren
- Mit Fischöl
- 3 Geschmacksrichtungen
- Laktosearm, glutenfrei, natriumarm

Dosierung / Empfohlene Tagesmenge

2–3 Flaschen zur ergänzenden Ernährung oder 5 Flaschen zur ausschließlichen Ernährung oder nach ärztlicher Empfehlung.

Anwendungshinweise

Bei Raumtemperatur lagern. Geöffnete Flaschen im Kühlschrank bis zu 24h haltbar. Vor Gebrauch gut schütteln. Langsam trinken!

Verordnungsfähig

Bei fehlender oder eingeschränkter Fähigkeit zur ausreichenden normalen Ernährung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen.

Indikation

Zum Diätmanagement bei Patienten mit bestehender oder drohender Mangelernährung, insbesondere bei gestörter Glukosetoleranz.

Kontraindikationen

Nicht geeignet, wenn eine enterale Ernährung kontraindiziert ist sowie bei Intoleranz gegen einen in Diben® Drink enthaltenen Inhaltsstoff. Nicht geeignet bei Galaktosämie. Nicht geeignet für Kinder < 3 Jahren. Bei Kindern < 6 Jahren mit Vorsicht verwenden.

Wichtige Hinweise

Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden. Zur ausschließlichen Ernährung geeignet.

© Fresenius Kabi Deutschland GmbH | www.fresenius-kabi.de | kundenberatung@fresenius-kabi.de | T 0800 / 788 7070

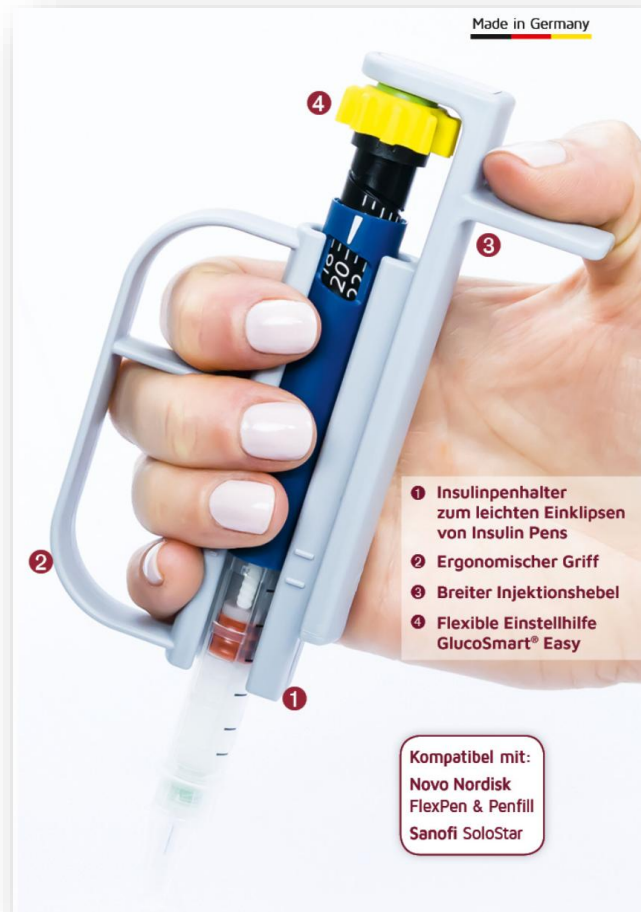
Version 05 | März 2025

Seite 1 von 2

<https://www.fresubin.com/de/produkte/diben-drink>

Christine Drauschke, M.A.

Injektions- & Einstellhilfen – Smart-Pen



<https://www.novonordisk.de/disease-areas/smartpens.html>

Behandlungsplan/Klinik

- **Physiotherapie:** ggf. Einstellungen des Rollators überprüfen; Maßnahmen zum Muskelaufbau, Tonusregulation, Kraftübungen, Balance-Übungen (Prüfung Vorfuß-Entlastungsschuh); Re-Assessment (Tinetti, Timed Up & Go); Beckenbodengymnastik (Prostatahyperplasie, Nachtröpfeln)
- **Logopädie:** Schluckassessment; Klärung & Modifizierung der Kost-Konsistenz
- **Ergotherapie:** ggf. Einstellungen des Rollators überprüfen; Assessment „Geldzähltest nach Nikolaus“; Alltags- und Esshilfen bei Schlaganfall, z. B. kann Herr L. Flaschen, Konserven & Packungen öffnen

Esshilfen

(<https://www.iuvascare.de/Aktuell/Esshilfen>)



Herkömmlicher Becher



Becher »Vital 205«

Ornamin Becher mit Trink-Trick



Besteck-Set Flexy-Grip, rot - 4-teilig

Das Besteck Flexy-Grip mit extra dickem Griff eignet sich mit seiner auffälligen roten Farbe ideal als...

Produktnummer: 534015

43,54 €*



Besteck-Set mit Gewicht Biegsam 4-tlg.

Besteck-Set 4-tlg. bestehend aus: 1x Suppenlöffel, 1x Teelöffel, 1x Gabel, 1x Messer mit Wellenschliff. Besteck-Set...

Produktnummer: 317144

47,20 €*



Einhänderbrett / Schneidebrett mit...

Das Einhänderbrett mit Saugnäpfen eignet sich sowohl für das bestreichen von Broten mit nur einer Hand, als au...

Produktnummer: 506275

86,09 €*

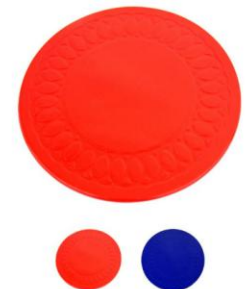


unisonoPLUS Spezial Speiseteller Porzellan mit...

Der unisonoPLUS Spezialteller aus Porzellan ist die perfekte Esshilfe für Senioren oder Personen mit Handica...

Produktnummer: 333025-50

39,09 €*



Tenura Anti-Rutsch-Unterlage rund, 14 cm, rot

Die Anti-Rutsch Unterlage erleichtert den einhändigen Gebrauch von vielen Gegenständen in unzähligen...

Produktnummer: 800272-50

12,59 €*

Alltagshilfen Küche

(<https://www.iuvascare.de/kategorien/essen-und-trinken/kuechenhelfer>)



Brotmesser mit abgewinkeltem Griff, fein...

Abgewinkeltes Messer mit rutschfestem Griff – eine tolle Küchenhilfe für Senioren und Menschen mit...

Produktnummer: 522812

30,79 €*

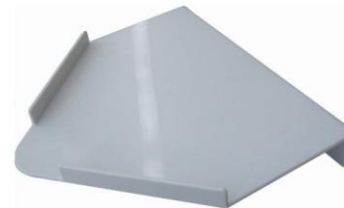


Flaschenöffner / Deckelöffner blau

Rutschfester Öffner z.B. für Flaschendeckel. Der Knauf mit 4 abgerundeten Ecken lässt sich sehr g...

Produktnummer: 522440-26

5,73 €*



Brotschmierbrett mit Anlegekante

Dieses Küchenbrett aus Kunststoff besitzt einen Rand, der mit der Kante der Arbeitsfläche abschließt sowie...

Produktnummer: 506264

10,40 €*



Deckelöffner / Verschlussöffner Universa...

Praktischer Deckelöffner für Schraubdeckel bis ca. 7 cm Durchmesser sowie für...

Produktnummer: 522471

9,95 €*



Flaschenhalter Bottle Monkey

Der Flaschenhalter Bottle Monkey erleichtert das Einschenken von Getränken aus PET-Flaschen. Die...

Produktnummer: 558071

5,20 €*

Entlassungsmanagement (vgl. DNQP, 2019)

- **Pflege- und Sozialdienst:** Anmeldung geriatrische Reha (Barthel-Index 70 Punkte, dort Fortführung der Diabetes- & Ernährungsberatung, Physiotherapie & ggf. Kochkurs); Abklärung finanzieller Situation & Wohnsituation (SGB XI, ggf. Wohnraumanpassung Bad, Haltegriffe, Duschstuhl, Urinflaschenset o.ä.); Hausnotruf
- **ambulanter Pflegedienst:**
 - Übernahme des Medikamentenmanagements, d.h. Richten der Medikamente, Einnahme-Kontrolle und Insulin-Injektionen (3-4x tgl., zeitnah zu den Mahlzeiten)
 - Beratung zur Selbstversorgung, evtl. Erhöhung der Hausbesuche für die Körperpflege (3x wö. bis 1x tgl.), Gewichtskontrolle, Taillenumfangs-Messung, Hautkontrolle, Schmerzkontrolle, Kontrolle der Kognition und Mobilität
 - Haushaltshilfe zur Hauswirtschaftlichen Versorgung 2x wö.
- **Hausarzt (ggf. Hausbesuch):**
 - Verordnung der (neuen) Medikamente (vgl. Medikamentenplan der Klinik), Laborkontrolle
 - Verordnungen für Richten & Einnahmekontrolle der oralen Medikation sowie der s.c.-Injektion 3-4x tgl. (SGB V)
 - Verordnung für Physiotherapie (z.B. in der Tagespflege)
 - Verordnung von Trinknahrung, ggf. Esshilfen
 - Verordnung Schuhversorgung/Orthopädie-Schuhtechnik

Entlassungsmanagement (vgl. DNQP, 2019)

- **Physiotherapie:** Hausbesuch/Tagespflege; Muskelaufbau, Kraftübungen, Balance-Übungen
- **Apotheke:** Bestellung und Hauslieferung der Medikamente und Insulin-Pen
- **Ziehsohn:** Beratung & Klärung der Bereitschaft für Übernahme der Betreuung (vgl. DEGAM-Leitlinie); Fahrdienste, Einkauf, Hauswirtschaftlichen Unterstützung; Insulininjektion; Anleitung & Beratung zur Pflege; Hundebetreuung
- **Nachbarschaftshilfe:** Besuchsdienst zum Mittagessen, Hundebetreuung
- Erneutes Angebot zur **Tagespflege:** z.B. 3x wö. in Kombination mit Physiotherapie; Friseur; med. Fußpflege
- **Fahrdienst:** 3x. wö. zur Tagespflege/Hausarzt
- **Einkaufsservice & Lieferung:** telefonisch/online
- **Zahnarzt:** Kontrolle der Prothesen und Zahnstatus

Literatur (letzter Zugriff 12.10.2025)

- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2023). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Langfassung. Version 3.0. https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-001l_S3_Typ-2-Diabetes_2024-12.pdf
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2023). Nationale VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Wie soll der Blutzucker eingestellt sein? Information für Patientinnen und Patienten. https://register.awmf.org/assets/guidelines/Nationale_Versorgungs-Leitlinie/nvl-001patb3_S3_Typ-2-Diabetes_2023-05.pdf
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (2018). S2k-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter“. 2. Auflage. https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-017l_S2k_Diabetes_mellitus_im_Alter_2018-09-abgelaufen.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2018). S3-Leitlinie „Pflegerische Angehörige von Erwachsenen“. https://register.awmf.org/assets/guidelines/053-006l_S3_Pflegerische-Angehoeerige-von-Erwachsenen_2019-03-abgelaufen.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). DGE/ÖGE-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. <https://www.dge.de/wissenschaft/referenzwerte/>
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (2025). S3-Leitlinie Klinische Ernährung und Hydratierung im Alter. https://register.awmf.org/assets/guidelines/073-019l_S3_Klinische-Ernaehrung-Hydratierung-im-Alter_2025-09.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) et al. (2023). Empfehlungen für das Delir- und Demenz-Screening sowie Delir-Management im Krankenhaus. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/64ae1aff1699729ec43864b9692224a07fa59091/Empfehlung_Demenz%20und%20Delir%20im%20Krankenhaus+Anhang%20Instrumente.pdf

Literatur

(letzter Zugriff 12.10.2025)

<https://www.dnqp.de/>

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2024). Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Hautintegrität in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2024). Expertenstandard Kontinenzförderung in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2023). Expertenstandard Förderung der Mundgesundheit in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2022). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2020). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2019). Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2017). Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP.

Literatur (letzter Zugriff 12.10.2025)

- Gallwitz, B. et al. (2014). Therapie des Typ-2-Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 19(S 02), S186–S202. <https://doi.org/10.1055/a-2312-0315>
- Hauner, H. et al. (2019). Leitfaden Ernährungstherapie in Klinik und Praxis (LEKuP). *Aktuelle Ernährungsmedizin* 44(6), 384–419. <https://doi.org/10.1055/a-1030-5207>
- Müssig, K. et al. (2024). Diabetes im Krankenhaus. DDG-Praxisempfehlung. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 19(S 02), S437-S450. <https://doi.org/10.1055/a-2312-1160>
- Schlüter, S. et al. (2024). Glukosemessung und -kontrolle bei Patienten mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. DDG-Praxisempfehlung. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 19(S 02), S138–S154. <https://doi.org/10.1055/a-2312-1073>