

Strukturierte Pflegebedarfs- und Sozialanamnese als ein Baustein der Pflegeplanung: Entwicklung eines Pflegeanamnesebogens

Zusammenfassung

Hintergrund und Ziel

Eine umfassende pflegerische Informationssammlung bildet gerade in Pflegeorganisationsmodellen wie dem Primary Nursing (Prozessverantwortliche Pflege; PP) die Grundlage für alle nachfolgenden Schritte des Pflegeprozesses. Eine strukturierte Vorgehensweise unter Verwendung entsprechender Erhebungsbögen ist sinnvoll, jedoch sind diese bisher in Deutschland unzureichend vorhanden und beschrieben. Ziel dieser Arbeit war die Entwicklung eines strukturierten Pflegeanamnesebogens für die Intensivpflege.

Methodik

Im Zuge der Entwicklung des PP-Konzeptes für drei Intensivstationen (ITS) in einem Universitätsklinikum wurde im Zeitraum von 2021–2023 ein Pflegeanamnesebogen entwickelt. Hierzu erfolgte adaptiert an Squire 2.0 zunächst eine explorative Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl, Livivo, Medline via PubMed sowie eine Handsuche in einer medizinischen Bibliothek. Die Ergebnisse wurden gebündelt, mit weiteren praxisrelevanten Inhalten ergänzt, in einer intradisziplinären Arbeitsgruppe konsentiert und in einen Pflegeanamnesebogen überführt. Die Evaluation fand im Rahmen von wöchentlich stattfindenden Besprechungen narrativ und protokollbasiert durch Rückmeldungen der teilnehmenden Pflegefachpersonen ($n \geq 3$ je Besprechung) statt. Die Ergebnisse flossen in die Weiterentwicklung des Anamnesebogens ein.

Intensivmedizin

Intensive Care Medicine

Structured Assessment of Nursing Needs and Social History as a Component of Nursing Care Planning: Development of a Nursing Assessment Tool

L. Krüger* · T. Mannebach* · J. Halstenberg · A. Pörner · B. Sarx · L.-C. Kurz · C. Höke · C. Wittemeier · D. Brinkmann · A. Mühring · A.-C. Seppel · E. Mertins · C. Siegling · G. Langer

► **Zitierweise:** Krüger L, Mannebach T, Halstenberg J, Pörner A, Sarx B, Kurz L-C et al: Strukturierte Pflegebedarfs- und Sozialanamnese als ein Baustein der Pflegeplanung: Entwicklung eines Pflegeanamnesebogens. Anästh Intensivmed 2025;66:454–460. DOI: 10.19224/ai2025.454

Ergebnisse

Auf rund elf DIN-A4-Seiten werden Patientinnen und Patienten und/oder ggf. An- und Zugehörige zu ihrer persönlichen Situation befragt. In 7 Kategorien mit 13 Subkategorien werden unterschiedliche pflegerelevante Aspekte aufgegriffen. Dazu gehören neben allgemeinen Informationen wie Alter, Größe und Gewicht auch Aspekte wie Bezugspersonen, primäre Ansprechpersonen und deren Kontaktdaten, Besuchswünsche, Kommunikationsbarrieren, Schlafgewohnheiten und bevorzugte Speisen. Entsprechende Antwortoptionen sind dabei vorformuliert oder es stehen Freitextmöglichkeiten zur Verfügung. Die narrativen Rückmeldungen durch Pflegefachpersonen waren nach der Finalisierung positiv.

Schlussfolgerungen

Die pflegerische Informationssammlung ist ein unverzichtbares Instrument in der professionellen Pflege. Sie ermöglicht es, Ressourcen effizient einzusetzen und die pflegerische Versorgung gezielt an die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten anzupassen. Zukünftige Forschungsprojekte sollten diesen Aspekt adressieren.

Summary

Background and Aim

A comprehensive collection of nursing-related patient information forms the basis for all subsequent steps of the nursing process, especially in nursing organisation models such as Primary

* Thomas Mannebach und Lars Krüger teilen sich die Erstautorenschaft

Finanzierung

Die Entwicklung des Pflegeanamnesebogens wurde ausschließlich durch Eigenmittel der beteiligten Einrichtung (Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum und Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld) getragen. Eine Finanzierung durch Drittmittel oder kommerzielle Sponsorinnen und Sponsoren erfolgte nicht.

Danksagung

Wir bedanken uns bei allen Personen, die im Rahmen der Arbeitsgruppen PP sowie den PP-Talks auf den ITS im HDZ NRW bei der Entwicklung, Pilotierung und Überarbeitung des Pflegeanamnesebogens mitwirkten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Schlüsselwörter

Familie – Intensivpflege – Intensivstation – Krankenbehandlungsplanung – Primärkrankenpflege

Keywords

Family – Intensive care nursing – Intensive care unit – Patient care planning – Primary nursing

Nursing (PN). A structured approach using appropriate assessment forms seems useful, but these are currently insufficiently available and described in Germany. The aim of this study was to develop a structured nursing assessment form for intensive care.

Methods

As part of the development of a Primary Nursing (PN) model for three intensive care units (ICUs) within a university hospital, a structured nursing assessment form was designed between 2021 and 2023. Following an adapted SQUIRE 2.0 framework, an initial exploratory literature search was conducted in the databases CINAHL, Livivo, and MEDLINE via PubMed, supplemented by a manual search in a medical library. The findings were consolidated, enriched with additional practice-relevant content, and subjected to consensus-building within an intradisciplinary working group. This process resulted in the creation of the nursing assessment form. Evaluation was carried out during weekly meetings through both narrative discussion and protocol-based feedback from participating registered nurses ($n > 3$ per meeting). The insights gained directly informed iterative refinements of the assessment form.

Results

The nursing assessment form spans approximately eleven A4 pages and invites patients and, where applicable, relatives or significant others to provide information about their personal circumstances. Across seven categories comprising thirteen subcategories, the assessment form addresses a broad range of nursing-relevant aspects. In addition to general demographic data such as age, height, and weight, it captures information on reference persons, primary contacts and their details, visitation preferences, communication barriers, sleep habits, and dietary preferences. Response options are pre-formulated where appropriate, with free-text fields available for individualized input. Narrative feedback from registered nurses, collected following finalization of the assessment form, was consistently positive.

Conclusions

Comprehensive nursing assessments are an indispensable tool in professional nursing. They enable efficient allocation of resources and the targeted alignment of nursing care with the specific needs of patients. Future research should further explore this aspect.

Hintergrund

In der professionellen Pflege bildet eine umfassende, strukturierte und regelmäßig aktualisierte pflegerische Informationssammlung das Fundament des Pflegeprozesses [1,2]. Sie ermöglicht es, den individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten zu bestimmen und so eine maßgeschneiderte Pflegeplanung zu erstellen.

In der Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflAPrV) wird hierzu in Anlage 5, Absatz A, Satz 2 beschrieben, dass angehende Pflegefachpersonen „... den individuellen Pflegebedarf, potentielle Risiken und Gesundheitsgefährdungen in komplexen und hochkomplexen akuten und dauerhaften Pflegesituationen (erheben und beurteilen) und (dafür) (...) spezifische wissenschaftsorientierte Assessmentverfahren nutzen...“. Aktuelle Lehrbücher für die grundständige fachschulische und hochschulische Pflegeausbildung heben den elementaren Bestandteil der pflegerischen Informationssammlung als ersten Schritt im Pflegeprozess hervor [3,4]. Zusätzlich ist das Vorgehen prüfungsrelevant [5] für die staatliche Abschlussprüfung in der Pflege. Gleiches gilt beispielsweise für die Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie, welche landesrechtlich und, wenn wie in NRW vorhanden, durch die Pflegekammer geregelt wird [6,7].

Im Rahmen des pflegerischen Organisationsmodells Primary Nursing (Prozessverantwortliche Pflege; PP) auf Intensivstationen (ITS), in denen Patientinnen und Patienten mit hochkomplexen und teilweise sehr langwierigen Verläufen betreut werden, ist eine möglichst umfassende Erfassung entsprechender Informationen von hoher Bedeutung [8–10].

Eine Pflegefachperson übernimmt dabei für den Aufenthalt auf der ITS bis zur Verlegung in eine weiterbehandelnde Abteilung die pflegerische Prozessverantwortung als zentrale Ansprechperson. Innerhalb von PP wird der Fokus somit auf eine kontinuierliche und ganzheitliche Betreuung der Patientinnen und Patienten durch eine Hauptpflegefachperson gelegt [11].

Die intensive und persönliche Betreuung setzt grundsätzlich eine detaillierte Kenntnis der individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten voraus. Das umfasst mehrere wichtige Bereiche, die zum Beispiel Aspekte wie eine ausführliche Erhebung der aktuellen gesundheitlichen Situation, Beschwerden und Symptome, Einschränkungen in der Mobilität und Selbstständigkeit, den Ernährungszustand sowie das Schlafmuster und die Schlafqualität beinhalten [12]. Wichtig sind auch psychosoziale Faktoren wie die Lebenssituation und mögliche Besuche durch Kinder [13]. Parallel müssen berufliche und finanzielle Aspekte ebenso wie die psychische Gesundheit, kulturelle und spirituelle Bedürfnisse sowie persönliche Vorlieben und Gewohnheiten berücksichtigt werden, um eine ganzheitliche und individuell angepasste Pflege zu gewährleisten [12,14].

International wird in unterschiedlichen Kontexten und Settings die Wichtigkeit der pflegerischen Informationssammlung beschrieben. Häufig gibt es eine Verbindung mit dem Einsatz von Pflegediagnosen [15–17]. Fernandez-Alcantara et al. [18] listen hierzu im Rahmen einer Übersichtsarbeit virtuelle Möglichkeiten für das Training von Kommunikationsfähigkeiten bei Fachpersonen im Gesundheitswesen auf. Im Kontext der Anamnese liegt der Fokus dabei vor allem auf Ärztinnen und Ärzten, während Pflegefachpersonen allgemeine Kommunikationsschulungen erhalten [18]. Ammenwerth et al. [19] beschreiben Vorteile einer digitalen pflegerischen Dokumentation, durch welche die Ergebnisse der Anamnese u. a. besser lesbar und verfügbar sind.

In Deutschland existieren Berichte von z. B. der Übernahme der ärztlichen

Anamnese durch Personen in der Rolle als rheumatologische Fachassistentz [20]. Dabei scheint u. a. die Verwendung eines strukturierten Fragebogens hilfreich zu sein. Geschulte Fachpersonen kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie Ärztinnen und Ärzte [20]. Bartoszek und Nydahl [12] beschreiben den Einsatz eines Anamnesebogens auf der Intensivstation. Patientinnen und Patienten füllen diesen idealerweise aus, wenn sie in der Klinik aufgenommen werden. Die pflegerische Versorgung kann dann individuell angepasst werden [12]. Georg [21] hebt die pflegerische Biographiearbeit als wichtigen Teil des Assessments im Rahmen der Pflegediagnostik hervor. Hoffmann et al. [22] stellen zusätzlich die Rolle der An- und Zugehörigen in den Fokus der Anamnesearbeit.

Im Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen (HDZ NRW) erfolgte die pflegerische Informationssammlung bisher primär situationsbezogen zu spezifischen Fragestellungen. Ein Pflegeanamnesebogen existierte bislang nicht. Überdies fehlt es an verfügbaren pflegerischen Anamnesebögen für die ITS im deutschsprachigen Raum, welche im Rahmen der pflegerischen Informationssammlung zusätzlich eine umfassende Sozialanamnese berücksichtigen.

Ziel der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines strukturierten Pflegeanamnesebogens zur pflegerischen Informationssammlung im Rahmen von PP auf der ITS im HDZ NRW.

Methodik

Die Berichterstattung folgt den Standards for Quality Improvement Reporting Excellence guideline (Squire 2.0) [23].

Setting

Das HDZ NRW ist ein Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum sowie der Medizinischen Fakultät Ostwestfalen (Universität Bielefeld) und fokussiert sich auf Herz-, Kreislauf-, Gefäß-, endokrinologische und Diabeteserkrankungen. Die für diese Arbeit eingeschlossenen drei ITS der Kliniken

für Thorax- und Kardiovaskularchirurgie; Allgemeine und Interventionelle Kardiologie/Angiologie sowie Elektrophysiologie/Rhythmologie verfügen über insgesamt 71 Intensivbetten.

Innerhalb der jeweiligen Abteilungen sind Pflegefachpersonen mit mindestens einer abgeschlossenen dreijährigen fachschulischen Ausbildung beschäftigt. Viele von ihnen verfügen über weitere Qualifikationen wie z. B. eine abgeschlossene Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie (FWB), Praxisanleitung, Wundexpertise, Palliative Care, Atemungstherapie oder ein abgeschlossenes Bachelor- oder Masterstudium in der Pflege.

Prozessverantwortliche Pflege

Im HDZ NRW wird seit 2022 PP auf einer der drei beschriebenen ITS (ITS 1) umgesetzt [11]. Parallel wurde PP nach einer Vorbereitungszeit von jeweils neun Monaten im Jahr 2023 sukzessive auf zwei weiteren ITS (ITS 2 und ITS 3) ausgerollt.

Mit Unterstützung einer monoprofessionellen Arbeitsgruppe im Skill-Grade-Mix wurde die Veränderung von der bisher praktizierten Zimmerpflege hin zu PP mit entsprechenden Rollenprofilen für prozessverantwortliche Pflegefachpersonen und Pflegefachpersonen ohne Prozessverantwortung entwickelt. Dieser Prozess wurde im Mixed-Methods-Design evaluiert [11] und fand für jede Abteilung separat statt.

Zusammenfassend übernimmt eine prozessverantwortliche Pflegefachperson die Verantwortung für die Planung und Steuerung des gesamten Pflegeprozesses einer pflegebedürftigen Person ab dem dritten Tag ihres Aufenthalts auf der ITS. Zu ihren Kernaufgaben zählt neben der regelmäßigen Überprüfung und Aktualisierung der Pflegeplanung auch die Einbeziehung der Patientinnen und Patienten inkl. ihrer An- und Zugehörigen in den Pflegeprozess sowie die Dokumentation und Evaluation der Pflegeziele und -ergebnisse [11]. Hierzu ist eine möglichst umfassende pflegerische Informationssammlung obligat.

Entwicklung eines strukturierten Pflegeanamnesebogens

Im Rahmen der Entwicklung des PP-Konzeptes wurde innerhalb der jeweiligen Arbeitsgruppen auf jeder der drei ITS auch ein spezieller Pflegeanamnesebogen erstellt, der eine strukturierte Durchführung der pflegerischen Informationssammlung ermöglicht. Hierbei sollten alle für die pflegerische Versorgung relevanten Punkte möglichst umfänglich abgebildet werden, ohne dabei zu langwierig oder unübersichtlich zu sein. Dabei wurde darauf geachtet, vorwiegend mit Auswahloptionen zum Ankreuzen zu arbeiten, um die Durchführung auch für ältere Menschen so leicht wie möglich zu gestalten.

Im ersten Schritt wurde hierzu eine explorative Literaturrecherche in den Datenbanken Cinahl, Livivo, Medline via PubMed sowie eine Handsuche in der medizinischen Bibliothek des HDZ NRW im Juni 2021 und 2022 mit ergänzendem Schneeballverfahren durchgeführt. Dazu wurden die Suchbegriffe Intensive Care Units, Patient Care Planning, Nursing Diagnosis, Nursing Process und Standardized Nursing Terminology verwendet. Ziel war es, Publikationen zur pflegerischen Informationssammlung zu identifizieren, welche als Grundlage für die Entwicklung eines eigens erstellten Pflegeanamnesebogens dienen sollten. Die Ergebnisse wurden durch den korrespondierenden Autor zusammengefasst und bildeten die Grundlage für die weitere Erstellung des Pflegeanamnesebogens. Im Jahr 2021 entwickelte die Arbeitsgruppe der ITS 1 daraufhin einen umfassenden Pflegeanamnesebogen Version 1, der 2022 pilotiert wurde (Abb. 1).

Die Evaluation des Pflegeanamnesebogens Version 1 fand im Rahmen von wöchentlich stattfindenden schriftlich protokollierten Besprechungen von prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen (PP-Talks) narrativ durch Rückmeldungen der Teilnehmenden statt. An den PP-Talks, welche im Rahmen der Arbeitszeit in Besprechungsräumen auf den ITS stattfanden, nahmen mindestens drei Pflegefachpersonen in der Rolle

als prozessverantwortliche Pflegefachperson teil. Leitfragen waren dabei: Wie stellt sich die Handhabbarkeit des Pflegeanamnesebogens dar? Welche Aspekte sind positiv? Welche Punkte müssen angepasst oder geändert werden? Die Ergebnisse wurden gebündelt, im Rahmen der PP-Talks konsentiert und flossen in die Weiterentwicklung des Pflegeanamnesebogens ein. Zusätzlich erhielten Pflegefachpersonen der betei-

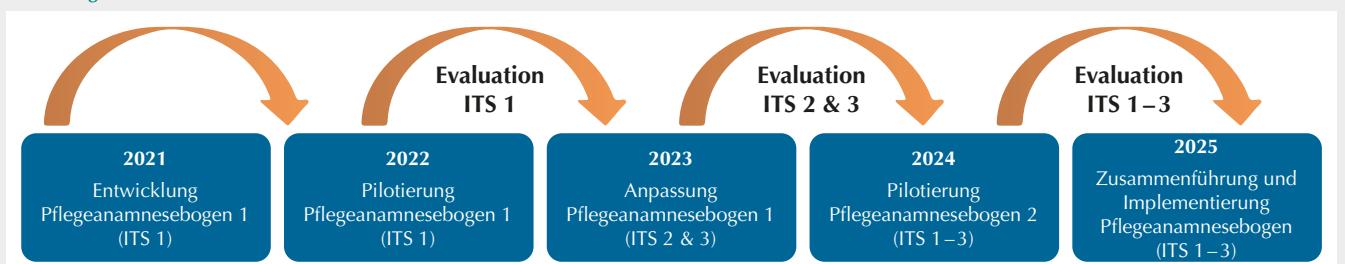
ligten ITS das Protokoll via E-Mail und konnten eine mündliche oder schriftliche Rückmeldung dazu geben.

Im Jahr 2023 erfolgte eine erneute Anpassung durch die Arbeitsgruppen der ITS 2 und ITS 3, welche methodisch identisch vorgingen. Nach erfolgreicher Pilotierung der neuen Version 2 im Jahr 2024 auf allen drei ITS befindet sich der finale Pflegeanamnesebogen seit 2025 in der Implementierung (Abb. 1).

Durchführung/praktischer Einsatz der Pflegeanamnese

In der Praxis wird der Pflegeanamnesebogen von den jeweils zuständigen prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen idealerweise mit den Patientinnen und Patienten und deren An- und Zugehörigen gemeinsam besprochen und ausgefüllt [11,24]. Da aber gerade im Intensivbereich die Patientinnen und Patienten häufig noch analgosediert

Abbildung 1



oder kognitiv beeinträchtigt sind, wird die pflegerische Informationssammlung teilweise auch zunächst nur mit den An- und Zugehörigen durchgeführt. Sind keine An- und Zugehörigen vorhanden, werden verfügbare Informationen aus z. B. Verlegungs- und Überleitungsberichten verwendet. Im Verlauf erfolgen dann, sobald möglich und nötig, weitere Angaben durch die Patientinnen und Patienten. Die erhobenen Daten überträgt die prozessverantwortliche Pflegefachperson anschließend in das elektronische Patientinnen- und Patientendatenmanagementsystem (ePDMS), sodass alle an der Pflege und Versorgung beteiligten Berufsgruppen jederzeit Einblick nehmen können [8]. Dies stellt sicher, dass alle am Versorgungsprozess beteiligten Personen den gleichen Zugang zu den Informationen haben, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation erleichtert wird und Maßnahmen entsprechend angepasst und koordiniert werden können.

Ethikvotum und Registrierung

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Ruhr-Universität Bochum mit Sitz in Ostwestfalen bewertete die Entwicklung von PP im Rahmen der Forschungsprojekte, welche gleichermaßen die Entwicklung des Pflegeanamnesebogens beinhaltete, positiv (AZ 2020 – 714 und AZ 2022 – 987). Überdies wurden die Forschungsprojekte im Deutschen Register klinischer Studien registriert: (DRKS-ID: DRKS00024612; DRKS00030966). Die Studien wurden in Übereinstimmung mit der Deklaration von Helsinki durchgeführt.

Ergebnis

Durch die Umsetzung des PP-Talks innerhalb der Arbeitszeit auf den jeweiligen ITS konnte durch eine gute Erreichbarkeit der prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen eine fortlaufende Evaluation sichergestellt werden. Im Rahmen der PP-Talks wurde der zuerst erstellte Pflegeanamnesebogen Version 1 (Abb. 1) als besonders hilfreich für die pflegerische Informationssammlung und Erstellung der Pflegeplanung bewertet.

Im Verlauf zeigte sich jedoch, dass die Anordnung einzelner Fragen oder auch Antworten innerhalb des Bogens angepasst werden sollte, um die Praktikabilität zu verbessern. Die Anpassungen fokussierten sich dabei auf eine Reduktion von Freitextinhalten und zum Teil auf eine neue Gliederung der Inhalte. Dadurch sollten auch die Praktikabilität und das Design verbessert werden.

Während der Entwicklung des Pflegeanamnesebogens gab es wenig ergänzende Antwortoptionen aus den Arbeitsgruppen der ITS 2 und 3 sowie von weiteren Pflegefachpersonen, welche sich auf die Bitte um Rückmeldung via E-Mail meldeten. Diese hielten neben einer weiteren Neustrukturierung Einzug in den Pflegeanamnesebogen Version 2, welcher erfolgreich auf allen drei ITS pilotiert wurde (Abb. 1).

Die prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen berichteten in den PP-Talks von einer besseren Handhabbarkeit in der Praxis und auch während des Anamnesegesprächs mit Patientinnen und Patienten und/oder An- und Zugehörigen. Zudem sei das Layout ansprechender und freundlicher.

Der finale pflegerische Anamnesebogen ist sowohl digital als auch als Druckversion erhältlich. Auf rund 10 Seiten werden Patientinnen und Patienten und/oder ggf. An- und Zugehörige zu ihrer persönlichen Situation befragt (Anhang (Pflegeanamnesebogen)). In 7 Kategorien mit insgesamt 13 Subkategorien werden unterschiedliche pflegerelevante Aspekte aufgegriffen. Entsprechende Antwortoptionen sind dabei vorformuliert oder es stehen Freitextmöglichkeiten zur Verfügung.

Auf der ersten Seite gibt es im Rahmen eines Anschreibens einen Überblick zum Pflegeanamnesebogen. Anschließend folgt ein kurzer Überblick mit Schwerpunkten wie Alter, Größe und Gewicht, Vorsorgevollmacht, gesprächsführende Person, Allergien (außer Medikamente), Kommunikationsbarrieren, primäre Ansprechperson und deren Kontaktdaten. Ab der dritten Seite werden weiterführenden Kategorien abgefragt, welche in Box 1 aufgelistet werden.

Box 1

Kategorien und Subkategorien des finalen Pflegeanamnesebogens

1. Erfahrungen mit Medikamenten und Operationen
2. Kostform
 - a. Nahrungsmittel
 - b. Getränke
3. Beschäftigungsmöglichkeiten
4. Belastende und motivierende Faktoren
 - a. Familie und Freunde
 - b. Direkte Umgebung
 - c. Wohnungsumgebung
 - d. Psychologische Aspekte
 - e. Stressfaktoren
 - f. Religiöse und spirituelle Aspekte
 - g. Mobilität
 - h. Hören und sehen
5. Pflegerische Aspekte
 - a. Hautpflege
 - b. Rasur und Zähne
 - c. Ausscheidung
6. Kontaktaufnahme bei komatösen Zuständen
7. Selbstbestimmung und Fürsorge

Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, einen strukturierten Pflegeanamnesebogen zur pflegerischen Informationssammlung im Kontext des Pflegeprozesses und von PP zu erstellen. Über einen Zeitraum von insgesamt drei Jahren wurde dazu innerhalb einer Arbeitsgruppe mit Pflegefachpersonen eine erste Version erstellt, pilotiert und im Rahmen von zwei weiteren Arbeitsgruppen ergänzt und neu strukturiert. Als Ergebnis wurde ein Pflegeanamnesebogen mit 7 Kategorien und 13 Subkategorien entwickelt. Die narrativen Rückmeldungen der prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen waren durchgehend positiv, sodass der finale Pflegeanamnesebogen implementiert wird.

Während die Anamnese fester Bestandteil der medizinischen Versorgung ist [25], gestaltet sich die Umsetzung der pflegerische Informationssammlung im Rahmen des Pflegeprozesses nicht im-

mer leicht [26]. Im Zuge der Entwicklung des Pflegeanamnesebogens zeigte sich, dass Art und Umfang der pflegerischen Informationssammlung sorgfältig auf die Besonderheiten und das spezielle Klientel einer Einrichtung angepasst und abgestimmt werden sollten. Dies kann bedeuten, dass die benötigten und relevanten Informationen je nach Institution und auch je nach Abteilung innerhalb einer Institution teilweise stark unterschiedlich sind. Parallel sind individuell weiterführende Assessmentinstrumente wie z. B. die Confusion Assessment Method for the Intensive Care Units (CAM-ICU) zum Delirscreening obligat [27]. Diese sollten im ePDMS hinterlegt werden [28] und müssen daher nicht zwingend Bestandteil des Pflegeanamnesebogens sein. International werden im Kontext der pflegerischen Planung auf der ITS Pflegediagnosen eingesetzt [15,16]. Dieses Vorgehen wird bisher im HDZ NRW noch nicht praktiziert. Dennoch benötigt es auch im Zuge von Pflegediagnosen eine gründliche pflegerische Informationssammlung.

Die positiven Auswirkungen der pflegerischen Informationssammlung auf die pflegerische Versorgung spiegelte sich auch im Rahmen der Prozessevaluation des PP-Projektes wider. Pflegefachpersonen berichteten hierbei, dass ihnen neben der Pflegeanamnese auch die pflegerische Planung für ihre Arbeit mit den Patientinnen und Patienten hilft [8]. Ein begünstigender Faktor könnte hierbei zusätzlich die klare Zuständigkeit der prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen [11] sein.

Für die Überleitung auf einen weiterbehandelnden Bereich, sei es klinikintern oder zu externen Einrichtungen des Gesundheitswesens, kann die Übermittlung der erhobenen Daten ein wichtiges Hilfsmittel darstellen, um eine kontinuierliche Weiterführung der individuellen Pflege zu gewährleisten. Eine detaillierte pflegerische Informationssammlung ermöglicht es dem Pflegepersonal wichtige Informationen über die Patientinnen und Patienten, wie etwa Vorerkrankungen, aktuelle Beschwerden und spezielle Bedürfnisse, weiterzugeben. Dies ist

u. a. ein elementarer Baustein für pflegerische Maßnahmen im Rahmen der Delirprävention und -behandlung sowie der familienzentrierten Versorgung [22, 29–31]. Zudem trägt eine sorgfältig dokumentierte pflegerische Informationssammlung dazu bei, die Kommunikation zwischen den verschiedenen Einrichtungen im Gesundheitswesen zu verbessern. Das kann z. B. im Kontext des Post Intensive Care Syndroms (PICS) oder der generellen psychischen Gesundheit der Patientinnen und Patienten von besonderem Nutzen sein [14]. Parallel besteht die Chance, Informationen zu beispielsweise kulturellen Hintergründen der Patientinnen und Patienten zu erfassen. Dadurch kann möglichen Herausforderungen bei An- und Zugehörigenbesuchen präventiv begegnet werden [32].

Zum Aufbau der dafür notwendigen Kompetenzen können z. B. webbasierte Schulungen helfen [33]. Parallel sollte dieser Aspekt vor allem auch intensiv in der grundständigen fachschulischen oder hochschulischen Pflegeausbildung aufgegriffen werden [33].

Zusätzlich ist eine Digitalisierung in der Anamnesearbeit hilfreich [19] und könnte in Zukunft auch den pflegerischen Workload reduzieren. Dazu erfordert es entsprechende Ressourcen in der digitalen Patientinnen- und Patientenakte [28], damit die eingegebenen Daten auch dorthin transferiert werden können.

Ein zusätzlicher interdisziplinärer Ansatz wäre ebenfalls hilfreich [34,35]. Beachtet werden muss dabei jedoch, dass das persönliche Gespräch zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten bzw. ggf. An- und Zugehörigen im Anamneseprozess weiterhin geführt wird. Offen bleibt auch, ob ein interdisziplinäres Anamnesegespräch und die anschließende Planung [35] in der Praxis zeitsparend und gleichwertig effektiv ist. Hieraus ergibt sich weiterer Forschungsbedarf.

Stärken und Limitationen

Die strukturierte Entwicklung des Pflegeanamnesebogens durch Pflegefachpersonen im Skill-Grade-Mix und unter

Berücksichtigung aktueller Literatur kann als Stärke gewertet werden.

Der entwickelte Pflegeanamnesebogen hat gleichermaßen Limitationen. Die Evaluation erfolgte narrativ im Rahmen von PP-Talks sowie über E-Mails, mündliche Rückmeldungen und ohne den Einsatz weiterführender Forschungsmethoden. Eine standardisierte schriftliche Befragung hätte hier beispielsweise weitere Erkenntnisse generieren können. Die Umsetzung findet primär papiergestützt statt, wodurch die derzeitigen Digitalisierungsbemühungen im Gesundheitswesen nicht berücksichtigt werden und zusätzliche Zeit für die Übertragung der Inhalte in das ePDMS benötigt wird. Inhaltlich werden im Pflegeanamnesebogen nicht alle benötigten Assessments und Kriterien abgebildet, da viele bereits im ePDMS verankert sind und hier Doppelungen vermieden werden sollen.

Schlussfolgerungen und Transfer

Die pflegerische Informationssammlung ist ein unverzichtbares Instrument in der professionellen Pflege. Sie bildet die Grundlage für eine bedarfsgerechte und individuelle Pflegeplanung und ist nicht nur für die Versorgung im Rahmen von PP von entscheidender Bedeutung. Durch die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände der Patientinnen und Patienten kann eine optimale und qualitativ hochwertige Pflege gewährleistet werden. Eine sorgfältig durchgeführte pflegerische Informationssammlung ermöglicht es, Ressourcen effizient einzusetzen und die Pflegeergebnisse zu verbessern, was letztlich zu einer höheren Zufriedenheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten führen kann. Zukünftige Forschungsprojekte sollten diesen Aspekt adressieren.

Der Transfer des entwickelten Pflegeanamnesebogens in Bereiche von ITS außerhalb des im Setting beschriebenen medizinischen Schwerpunkts ist möglicherweise eingeschränkt. Dies begründet sich damit, dass die benötigten und relevanten Informationen je nach

Institution und auch je nach Abteilung innerhalb einer Institution teilweise stark unterschiedlich sind.

Ausblick

Langfristig sollte über eine primär digitale Lösung nachgedacht werden, sodass Patientinnen und Patienten ggf. mit An- und Zugehörigen beispielsweise bereits im Aufnahmeprozess gemeinsam mit prozessverantwortlichen Pflegefachpersonen die erforderlichen Informationen mit Hilfe eines Tablets digital zur Verfügung stellen. Ergänzend sind zukünftig ggf. weitere Anpassungen im Pflegeanamnesebogen notwendig, da mittelfristig der Einsatz von Pflegediagnosen im Kontext der Pflegeplanung im Rahmen eines neuen ePDMS im HDZ NRW Einzug halten soll. Ein zusätzlicher interdisziplinärer Ansatz [34] könnte ggf. Anamneseprozesse optimieren. Im Zuge von Folgestudien sollte die Auswirkung des Pflegeanamnesebogens auf den Pflegeprozess fokussiert werden.

Literatur

- Schrems B: Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Wien: facultas; 2021
- Herdman TH, Kamitsuru S, Hrsg.: Nanda International Pflegediagnosen. Definition und Klassifikationen 2018–2020. Kassel: Recom; 2019
- Spranger C: Pflege als Prozess gestalten. I care Pflege. Stuttgart: Thieme; 2020 78–99
- Gügel M, Schlieben S, Reuschenbach B: Vorbehaltsaufgaben und Pflegeprozesssteuerung. In: Menche N, Keller C, Teigeler B, Hrsg. Pflege heute. München: Elsevier; 2023;4–23
- Schneider K, Hamar C: Pflegeplanung erstellen: Ein Muster für Prüflinge und ein Instrument zur Beurteilung für Fachprüfende. Forum Ausbildung 2022;24–29
- Müller-Wolff T, Larsen R: Intensivpflege: Aufgaben und Qualitätssicherung. In: Larsen R, Fink T, Müller-Wolff T, Hrsg. Larsens Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Berlin: Springer; 2021 563–567
- WBO. Weiterbildungsordnung der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen (WBO) vom 24. Oktober 2023 2023 07.03.2024. <https://www.pflegekammer-nrw.de/>
- downloads/#sec-titles-amtliche-bekanntmachungen-N1669073896875 (Zugriffsdatum: 07.03.2024)
- Krüger L, Mannebach T, Wefer F, Langer G, Schramm R, Luderer C: Primary nursing in the intensive care unit. Pflege 2025;38:207–215
- Fröhlich MR, Becker C, Handel E, Spirig R: Die Implementierung von Bezugspflege im intensivpflegerischen Setting-Evaluation mit dem Instrument zur Erfassung von Pflegesystemen (IzEP). Pflege 2013;26:357–367
- Mannebach T, Krüger L, Beyer D, Lohmeier S, Mertins E, Siegling C et al: Chancen der Prozessverantwortung. PflegenIntensiv 2025;22:40–43
- Krüger L, Wefer F, Mannebach T, Zwiener C, Beyer D, Ramos y Soto A et al: Entwicklung und Implementierung von Prozessverantwortlicher Pflege auf der Intensivstation. Pflege 2024;37:275–283
- Bartoszek G, Nydahl P: Der persönliche Fragebogen zur Pflegeanamnese – ein Update*. intensiv 2003;11:264–270
- Brauchle M, Deffner T, Brinkmann A, Finkeldei S, Gatzweiler B, Hermes C et al: Kinderbesuche im Krankenhaus. Empfehlungen zur sinnvollen Umsetzung. CNE Fortbildung 2024;17:2–16
- Nydahl P, Boehnke D, Denke C, Hoffmann M, Jeitziner M-M, Krampe H et al: Die Zeit nach der Intensivstation. intensiv 2024;32:309–323
- Bertocchi L, Dante A, La Cerra C, Masotta V, Marcotullio A, Jones D, et al: Impact of standardized nursing terminologies on patient and organizational outcomes: A systematic review and meta-analysis. J Nurs Scholarsh 2023;55:1126–1153
- Abi Khalil C, Saab A, Redjdal A, Rahme J, Jammal M, Seroussi B: Optimizing ICU Care: Advancing Nursing Diagnoses with a Decision Support System. Stud Health Technol Inform 2025;327:188–192
- Chianca TC, Salgado Pde O, Albuquerque JP, Campos CC, Tannure MC, Ercole FF: Mapping nursing goals of an intensive care unit to the Nursing Outcomes Classification. Rev Lat Am Enfermagem 2012;20:854–862
- Fernandez-Alcantara M, Escribano S, Julia-Sanchis R, Castillo-Lopez A, Perez-Manzano A, Macur M, et al: Virtual Simulation Tools for Communication Skills Training in Health Care Professionals: Literature Review. JMIR Med Educ 2025;11:e63082
- Ammenwerth E, Rauchegger F, Ehlers F, Hirsch B, Schaubmayr C: Effect of a nursing information system on the quality of information processing in nursing: An evaluation study using the HIS-monitor instrument. Int J Med Inform 2011;80:25–38
- Kiltz U, Spiller I, Sieper J, Braun J: Ist eine Delegation ärztlicher Leistungen auf rheumatologische Fachassistenten bei der Evaluierung von Patienten mit Verdacht auf ankylosierende Spondylitis möglich? – Ergebnisse der PredAS-Studie. Z Rheumatol 2020;79:729–736
- Georg J: Advanced Care Planning. PADUA 2022;17:3–7
- Hoffmann M, Exl MT, Brauchle M, Amrein K, Jeitziner M-M: Herausforderungen und Perspektiven der Angehörigenbegleitung auf der Intensivstation: Fokus auf vulnerable Angehörige. Med Klin Intensivmed Notfmed 2025;120:403–410
- Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden P, Davidoff F, Stevens D: SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process. BMJ quality & safety 2016;25:986–992
- Mannebach T, Krüger L, Lohmeier S, Rinsche N, Beyer D, Ramos y Soto A et al: Zielgerichtete Projektinformationen kompakt vermitteln. PADUA 2024;19:51–56
- Grüne S: Anamnese und körperliche Untersuchung. Dtsch Med Wochenschr 2016;141:24–27
- Gonzalez-Alcantud B: Barriers to the application of the nursing methodology in the Intensive Care Unit. Enferm Intensiva (Engl Ed) 2022;33:151–162
- Hermes C, Ottens T, Knitter P, Hauss O, Bellgardt M, von Dossow V: Delir – Beurteilung, Vorbeugung und Behandlung: Aufgabe im interprofessionellen Team der Intensivstation. Med Klin Intensivmed Notfmed 2022;117:479–488
- Riessen R, Kumpf O, Auer P, Kudlacek F, Rohrig R, von Dincklage F: Functional requirements of patient data management systems in intensive care medicine. Med Klin Intensivmed Notfmed 2024;119:171–180
- Hwang DY, Oczkowski SJW, Lewis K, Birriel B, Downar J, Farrier CE, et al: Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. Crit Care Med 2025;53:e465–e482

30. Ho MH, Choi HR: Family auditory stimulation: A promising family-centered care strategy for preventing ICU delirium. *Intensive Crit Care Nurs* 2025;89:104016
31. Lange S, Medrzycka-Dabrowska W, Friganovic A, Oomen B, Krupa S: Non-Pharmacological Nursing Interventions to Prevent Delirium in ICU Patients-An Umbrella Review with Implications for Evidence-Based Practice. *J Pers Med* 2022;12
32. Nydahl P, Brauchle M, Deffner T, Hoffmann M, Jeitziner M-M, Ufelmamn M et al: Wie sich Konflikte mit Familien und Bezugspersonen proaktiv lösen lassen. *intensiv* 2025;33:178–185
33. Demiray A, Ilaslan N, Kiziltepe SK, Acil A: Web-based standardized patient simulation for taking anamnesis: an approach in nursing education during the pandemic. *BMC Nurs* 2023;22:325
34. Hillewerth K, Schonbachler Marcar C, Rettke H, van Holten K: Erfahrungen bei der Anwendung einer interprofessionellen Anamnese im Krankenhaus. *Pflege* 2021;34:103–112
35. Perera AC, Joseph S, Marshall JL, Olson DM: Exploring Plan of Care Communication With a Multidisciplinary Rounding Plan to Nursing Care Plans. *J Neurosci Nurs* 2023;55:49–53.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. medic.

Lars Krüger

B.A., M.Sc.



Stabsstelle Projekt- und Wissensmanagement/Pflegeentwicklung Intensivpflege, Pflegedirektion Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein-Westfalen, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld) Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen, Deutschland
Tel.: 05731 973280
E-Mail: lkrueger@hdz-nrw.de
ORCID-ID: 0000-0003-4234-0022

An der Erstellung des Beitrags „Strukturierte Pflegebedarfs- und Sozialanamnese als ein Baustein der Pflegeplanung: Entwicklung eines Pflegeanamnesebogens“ haben maßgeblich mitgewirkt:

Lars Krüger

Stabsstelle Projekt- und Wissensmanagement/Pflegeentwicklung Intensivpflege, Pflegedirektion, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen / Institut für Gesundheits-, Hebammen- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale)

Thomas Mannebach

Stabsstelle Pflegeentwicklung, Pflegedirektion, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Janine Halstenberg

Intensivstation E 0.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Almut Pörner

Intensivstation A 1.4, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Benjamin Sarx

Intensivstation A 1.4, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Laura-Carina Kurz

Intensivstation A 1.2, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Christian Höke

Intensivstation A 1.2, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Christine Wittemeier

Intensivstation E 0.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Davina Brinkmann

Intensivstation E 0.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Andrea Mühring

Intensivstation B 4.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Ann-Catherin Seppel

Intensivstation B 4.1, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Esther Mertins

Pflegedirektion, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Christian Siegling

Pflegedirektion, Herz- und Diabeteszentrum NRW, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum; Medizinische Fakultät OWL (Universität Bielefeld), Georgstraße 11, 32545 Bad Oeynhausen

Gero Langer

Institut für Gesundheits-, Hebammen- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale)

Anhang



UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM
MEDIZINISCHE FAKULTÄT OWL UNIVERSITÄT BIELEFELD

Sehr geehrte/r Frau/ Herr

Aufgrund Ihres Krankheitsverlaufes hat ein längerer stationärer Aufenthalt für Sie beziehungsweise Ihre/n Angehörige/n begonnen. Dies kann für Sie und die Ihnen nahestehenden Menschen eine Zeit mit vielfältigen Herausforderungen werden.

Bitte helfen Sie uns, Sie bzw. Ihre/n Angehörige/n kennenzulernen, indem Sie den beigefügten Fragebogen ausfüllen und zurückgeben.

Ihre Angaben tragen dazu bei,

- Sie auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt zu pflegen;
- uns für Ihre persönliche Situation zu sensibilisieren;
- Sie in Situationen zu unterstützen, in denen Sie sich vielleicht nur eingeschränkt äußern können.

Im Krankenhaus können aufgrund von organisatorischen Abläufen und/oder hygienischen Vorgaben gewisse Einschränkungen notwendig sein. Trotzdem möchten wir Ihren Aufenthalt unter Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse und Wünsche so angenehm wie möglich gestalten.

Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Falls Ihnen im Verlauf noch weitere Informationen einfallen sind wir offen für Ihre Mitteilung.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen.

Ihr Team der Prozessverantwortlichen Pflege

Alter: _____

Gewicht: _____

Größe: _____

Vorsorgevollmacht/Verfügung: ja nein (genaueres siehe Seite 10)

Wertsachen: ja nein (genaueres siehe Seite 10)

Gespräch geführt am (Datum)_____ mit:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Zugehörige | <input type="radio"/> Erstgespräch: _____ |
| <input type="radio"/> Ehemensch | <input type="radio"/> Folgegespräch: _____ |
| <input type="radio"/> Lebensmensch | |
| <input type="radio"/> Tochter | |
| <input type="radio"/> Sohn | |
| <input type="radio"/> Geschwisterteil | |
| <input type="radio"/> Befreundete Person | |
| <input type="radio"/> Zu pflegende Person | |

Allergien/ Unverträglichkeiten (keine Medikamente):

Kommunikationsbarriere(n):

Primäre Ansprechperson (Entscheidungsfindung):

Kontaktdaten der Ansprechperson:

Anmerkungen: z.B. Erreichbarkeit der Prozessverantwortlichen Pflegefachperson

Meine bisherigen Erfahrungen mit Medikamenten und Operationen**1. Medikamente gegen Schmerzen**

Diese Medikamente nehme ich zuhause bei Bedarf gegen Schmerzen ein:

2. Allergien

Auf folgende Wirkstoffe/Medikamente reagiere ich allergisch:

3. Meine bisherigen Erfahrungen mit Operationen

Ich habe bereits Erfahrungen gemacht mit akuten Belastungen und/oder Verwirrtheitszuständen nach Operationen:

- ja nein

Wenn ja, welche:

- Übelkeit Erbrechen Verwirrtheitszustände Sonstiges: _____

Während Ihres Aufenthaltes bei uns kann eine Veränderung der Kostform notwendig sein**3a. Nahrungsmittel**

Ich bevorzuge folgende Nahrungsmittel:

Meine Lieblingsspeise:

Gewünschte Kostform:

- Diabeteskost
 ohne Schweinefleisch
 vegetarisch/vegan
 glutenfrei

Sonstiges:

Das mag ich gar nicht / das vertrage ich nicht:

Falls ich weiche Kost zu mir nehmen muss, bevorzuge ich:

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> Fruchtjoghurt | <input type="radio"/> Naturjoghurt | | |
| <input type="radio"/> Kompott | <input type="radio"/> Fruchtmus | | |
| <input type="radio"/> Pudding | <input type="radio"/> Milchsuppe | | |
| <input type="radio"/> Kartoffelpüree | <input type="radio"/> Gemüsepüree | | |
| <input type="radio"/> Trinknahrung: | <input type="radio"/> Schoko | <input type="radio"/> Vanille | <input type="radio"/> Frucht |

3b. Getränke

Die Einhaltung der verordneten Trinkmenge:

Fällt mir schwer ja nein

Ich leide unter einem starken Durstgefühl: ja nein manchmal

Wenn ja, wann:

Gegen Durst ergreife ich folgende Maßnahmen:

Ich leide unter Mundtrockenheit:

häufig selten nie

Gegen Mundtrockenheit ergreife ich folgende Maßnahmen:

Am liebsten trinke ich folgende Getränke:

Kaffee (schwarz) mit: Milch Süßstoff Zucker

Milchprodukte: Milch Kakao

Tee Sorte:

Saft Sorte:

Sonstige:

Auch die Frage nach Beschäftigungsmöglichkeiten kann zunehmend wichtig werden**4. Freizeitgestaltung**

Lebensphase (aktuelle Situation):

Ich habe folgende Hobbies:

Diese Hobbies könnte ich auch während meines Aufenthaltes im HDZ NRW umsetzen:

Ich benutze folgende Medien:

Fernsehen: häufig selten nie

Lieblingssender:

Radio: häufig selten nie

Lieblingssender:

- | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Laptop/Tablet: | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Smartphone: | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Spielekonsole: | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Hörbücher: | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Bücher/Ebook Reader: | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |
| Gesellschaftsspiele: | <input type="radio"/> häufig | <input type="radio"/> selten | <input type="radio"/> nie |

Während Ihres Aufenthaltes bei uns können vielfältige Faktoren als belastend aber auch als sehr motivierend empfunden werden

5a. Familie und Freunde

Familienstand:

in Partnerschaft lebend seit: _____ verheiratet seit: _____

Ledig getrennt lebend seit: _____ verwitwet seit: _____

Angehörige:

(Ehe-)Partner:

Kinder: _____ Enkel: _____

weitere Angehörige:

Folgende Personen dürfen Auskunft erhalten:

Folgende Personen dürfen keinesfalls Auskunft erhalten:

Besuchsintensität:

- Ich verbringe gerne Zeit für mich alleine
- Ich freue mich über Besuch, wie viele max.: _____
- Ich bitte um den Besuch von Kindern: _____
- Besucherregelung → besondere Absprache: _____

5b. Meine direkte Umgebung

In meinem Alltag werde ich unterstützt durch:

Angehörige:

Nachbarn: _____ Freunde: _____ Gemeinde: _____

Pflegedienst: _____ Ich habe folgenden Pflegegrad: _____

Psychologische Betreuung:

Sonstige:

Beschäftigungsverhältnis:

Mein erlernter Beruf:

Mein derzeitiger/zuletzt ausgeübter Beruf:

Ich bin arbeitsunfähig seit: _____ Ich bin berentet seit: _____

Meine Wohnumgebung:

Ich lebe alleine Ich wohne zusammen mit: _____

Ich habe folgende Tiere:

Ich wohne ebenerdig mit Treppen erreichbar mit Aufzug erreichbar

Meine Wohnung befindet sich im _____ Stockwerk

6. Psychologische Aspekte

Dinge, die mich motivieren (z.B. Familie, Tiere):

Dinge, die mich entspannen (z.B. Musik, gedämmtes Licht):

Was ich nicht mag (z.B. laute Musik):

In meiner direkten Umgebung sind mir wichtig:

Bilder eigenes Kissen Glücksbringer: _____ Kuscheltiere: _____

Sonstiges:

Meine Schlafgewohnheiten:

Ich schlafe zu Hause bis: _____ Uhr Ich gehe um _____ Uhr zu Bett

Ich benötige _____ Stunden Schlaf

Ich habe Probleme beim Einschlafen ja nein

Bei Einschlafproblemen hilft mir:

Ich kann nicht durchschlafen ja nein

Bei Durchschlafproblemen hilft mir:

Meine liebste Schlafposition:

In dieser Position kann ich keinesfalls schlafen (mit Begründung):

Wünschen sie während Ihres Aufenthaltes psychologische Unterstützung?

- ja nein

7. Stressfaktoren

Folgende Dinge lösen bei mir Angst oder Stress aus: [Ausprägung bitte auf einer Skala von 0 (Keine Angst) bis 10 (maximal vorstellbare Angst) als Zahl angeben]:

- Atemnot: _____
 Verlust der Selbstbestimmung: _____
 Einsamkeit: _____

Sonstiges:

8. Möchten Sie Angaben machen zu Aspekten Ihres religiösen und spirituellen Lebens?

Religionsangehörigkeit: ja nein Konfession: _____

Religion ist mir: wichtig unwichtig

Ich besuche regelmäßig Gottesdienste ja nein

Ich bete zu festen Zeiten ja nein

Seelsorge erwünscht ja nein

9. Mobilität

Ich habe folgende Bewegungseinschränkungen:

Ich habe bereits Erfahrung mit Stürzen gemacht: ja nein

Bei Bewegung habe ich Schmerzen an folgende Körperstellen:

Meine maximale Gehstrecke zu Hause betrug:

Ich habe Gelenkersatz an folgenden Körperstellen:

Hüfte: rechts links Knie: rechts links

Sonstige:

Ich habe bei früheren Operationen bereits folgende Mobilisationserfahrungen gemacht:

Ich benötige folgende Hilfsmittel:

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> Rollator | <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Gehstock | <input type="radio"/> Unterarmgehstützen |
| <input type="radio"/> Orthesen/Schienen | <input type="radio"/> orthopädische Schuhe | <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | |
| Dominierende Hand: | <input type="radio"/> Rechtshänder | <input type="radio"/> Linkshänder | |

10. Hören und Sehen

Ich benötige Hörgeräte

- ja nein

Falls ja:

ohne Hörgeräte höre ich: ausreichend nichts

Ich benötige eine Brille:

- nein ja immer zum Lesen

Falls ja:

ohne Brille sehe ich: ausreichend nur schemenhaft

Die nachfolgenden Fragen beschäftigen sich mit pflegerischen Aspekten in Zeiten in denen Sie sich nicht ausreichend selbstständig äußern und/oder pflegen können. Wir werden dies gerne nach Ihren Bedürfnissen für Sie übernehmen.

11a. Körperpflege

Ich wasche mich:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> morgens | <input type="radio"/> abends | |
| <input type="radio"/> Waschbecken | <input type="radio"/> Dusche | |
| <input type="radio"/> täglich | <input type="radio"/> _____ mal pro Woche | <input type="radio"/> Sonstiges: _____ |

Zum Waschen benutze ich:

- warmes Wasser kaltes Wasser lauwarmes Wasser

Waschlotion: _____ Sonstiges: _____

Ich benutze Creme:

Gesicht: täglich bei Bedarf Creme: _____

Körper: täglich bei Bedarf Creme: _____

Ich bevorzuge folgende Duftstoffe: _____

Ich lehne folgende Duftstoffe ab:

Ich reagiere allergisch auf folgende Zusatzstoffe:

Ich wasche meine Haare: _____ mal pro Woche, mit folgendem Shampoo: _____

- föhnen lufttrocknen sonstiges: _____

11b. Körperpflege

Ich rasiere mich:

- im Gesicht täglich _____ mal pro Woche nie
 Nassrasur Trockenrasur

Andere Körperregionen:

Ich putze mir die Zähne:

- _____ mal täglich morgens abends nach dem Essen
 mit warmem Wasser mit kaltem Wasser

Ich benutze Mundspülösung: ja nein

Ich leide unter Zahnfleischproblemen: ja nein

Ich trage Zahnprothesen

Vollprothese: Oberkiefer Unterkiefer

Teilprothese: Oberkiefer Unterkiefer

Ich trage meine Prothesen: nur tagsüber 24 Stunden am Tag

Ich benutze folgende Pflegemittel:

Folgendes ist mir in Bezug auf meine Körperpflege besonders wichtig:

12. Ausscheidung

Ich leide unter Inkontinenz: ja (bitte auswählen) nein
 Harninkontinenz Stuhlinkontinenz

Ich benutze folgende Inkontinenzvorlagen:

Ich benutze regelmäßig Abführmittel: ja nein

Folgende Mittel:

Haben sie besondere Wünsche bei der Versorgung ihrer Periode:

Besonders in Situationen, in denen Sie nicht in ausreichendem Maß wach sind oder sich selbstständig äußern können, ist es hilfreich vor und nach den geplanten Pflegehandlungen Kontakt aufzunehmen.

Dies kann über eine sog. Initialberührung erfolgen, die immer zu Beginn und am Ende von Pflegemaßnahmen an derselben Körperstelle durchgeführt wird. Ähnlich dem Händeschütteln.

Übliche Körperstellen hierfür sind Schulter, Arme und Hände.

Schulter: rechts links egal

Oberarm: rechts links egal

Unterarm: rechts links egal

Hand: rechts links egal

Sonstige:

Das wünsche ich auf keinen Fall:

Die nachfolgende Frage beschäftigt sich mit dem Thema Selbstbestimmung und Fürsorge

13. Patientinnen und Patientenverfügung und Vorsorgeregelungen

Ich besitze eine Patientinnen-/Patientenverfügung:

- ja in meiner Akte bereits hinterlegt
- ich habe Interesse an einer HDZ NRW - spezifischen Ergänzung
- nein ich möchte gerne eine Verfügung erstellen

Ich besitze eine Vorsorgevollmacht

- ja in meiner Akte hinterlegt
- nein ich möchte gerne eine Vorsorgevollmacht erstellen

Ich befinde mich unter gesetzlicher Betreuung:

- nein ja Name: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Wertsachen/ Gepäck:
