

Pflegebericht – Herr Karl Mulfing, 82 Jahre



Datum: 08.04.2025

Schicht: FD

Pflegekraft: M. Schneider, exam. Altenpflegerin

Wohnbereich: WB2 – Zimmer 214

Herr M. zeigt deutliche Zeichen eines akuten Delirs bei bestehender fortgeschrittener vaskulärer Demenz (ICD-10: F01.2). Heute erneut wechselnde Orientierung zu Zeit, Ort und Person. Mehrfach wurde die Tageszeit verwechselt, z. B. bestand um 12:00 Uhr die Überzeugung, es sei früher Morgen.

Patient wirkt zeitweise ängstlich und misstrauisch, verweigert teilweise die Einnahme von Getränken und Nahrung mit der Begründung, es handle sich um „vergiftetes Essen“. Im Gespräch häufig inadäquate Antworten, Themenwechsel, sowie optische Halluzinationen („Da sitzt ein Hund auf dem Tisch“).

Phasenweise Unruhe mit Nestelbewegungen, Herausziehen der Bettdecke, ständiges Aufstehen trotz Sturzgefahr. Keine Fremd- oder Autoaggression.

Medikation:

- Memantine 20 mg 1-0-0
- Quetiapin 25 mg 1-0-1
- Metoprolol 50 mg 1-0-0
- ASS 100 mg 1-0-0
- Torasemid 10 mg 1-0-0
- Amlodipin 10mg 1-0-0
- Atorvastatin 10mg 0-0-1

Hinweis: Quetiapin wurde heute um 08:00 Uhr verabreicht, mit leichter Sedierung ab ca. 09:30 Uhr, aber weiterhin bestehender kognitiver Fluktuation.

Vorerkrankungen (Auszug aus Pflegeakte):

- Vaskuläre Demenz (diagnostiziert 2020)
- Zustand nach Apoplex (2021)
- Arterielle Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Herzinsuffizienz NYHA II

Aktueller Verlauf:

Heute Morgen gegen 06:45 Uhr wurde Herr M. im Nachthemd auf dem Flur angetroffen, er war auf der Suche nach „dem Zug“. Dabei kam es zu einem **Sturz ohne Fremdeinwirkung** im Bereich des Wohnbereich-Flurs. Patient wurde kniend vorgefunden, klagte initial über leichte Schmerzen im rechten Knie. Sichtkontrolle ergab keine offenen Verletzungen oder Hämatome. Vitalzeichen stabil. Sturzprotokoll wurde ausgefüllt. Angehörige (Tochter) wurde telefonisch über die aktuelle Verfassung informiert.

Pflegeinterventionen:

- Reorientierung durch vertraute Gegenstände (Fotoalbum, Radio), verbale Anleitung
- Sturzprophylaxe: Sitzwache zeitweise eingesetzt
- Flüssigkeitsangebot in kleinen Mengen alle 30 Minuten
- Dokumentation im Delir-Assessment-Bogen erfolgt
- Nachbetreuung nach Sturz: Bewegungsbeobachtung, Knie regelmäßig kontrolliert, kein vermehrter Schmerz oder Schwellung bis Dienstende

Zur aktuellen Verfassung:

- Seit wann zeigt der Patient dieses Verhalten/ besteht der aktuelle Zustand (Desorientierung / Delir)?
- Gab es einen Auslöser (Flüssigkeitsmangel?) Haben Sie etwas beobachtet, was das Delir ausgelöst haben könnte? (wenig getrunken?)
- Was hat der Nachtdienst über den Schlaf des Patienten berichtet?
- Hat der Patient Halluzinationen oder Wahnvorstellungen geäußert?
- Ist der Patient aggressiv oder selbstgefährdend aufgetreten?
- Haben Sie zusätzliche Medikamente gegeben?

Zum Sturzereignis:

- Wann und wo genau ereignete sich der Sturz? Wie ist der Patient gestürzt?
- War der Sturz fremdbeobachtet?/ Haben Sie den Vorfall beobachtet?
- Gab es sichtbare Verletzungen oder Schmerzäußerungen?
- Wurde interveniert? (Pflaster, Kühlen, etc.)

Zur Grunderkrankung / Vorerkrankungen:

- Wie ist der allgemeine kognitive Zustand im Vergleich zu den Vortagen?
- Welche Demenzform liegt vor und wie weit ist sie fortgeschritten?
- Gibt es frühere Delirepisoden? Wenn ja, wie wurden diese behandelt?
- Unter welchen Vorerkrankungen leidet der Patient?

Zur Medikation und Allergien:

- Welche Medikamente nimmt der Patient aktuell ein (inkl. Uhrzeiten)?
- Wurde in letzter Zeit etwas an der Medikation verändert?
Wie waren die letzten Vitalzeichen (RR, Puls, Temperatur)?
- Gab es Anzeichen von Exsikkose oder Infekten (z. B. Fieber, Husten, Harnwegsbeschwerden)?
- Sind Allergien beim Patienten bekannt?

Zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:

- Wie hoch war die Trinkmenge in den letzten 24 Stunden?
- Nimmt der Patient aktuell Nahrung zu sich?

Zur Angehörigenkommunikation:

- Wurden Angehörige über den Zustand informiert?
- Ist eine Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vorhanden?