

**Checkliste
PeA**



AMBULANTER PFLEGEDIENST
 ANGERER & BIELICH GbR
 Werkstraße 1
 84494 Neumarkt-St.Veit
 Tel: 08639 / 986 36 05
 Fax: 08639 / 986 36 07
 E-Mail: info@pflagedienst-nsv.de
 Internet: www.pflagedienst-nsv.de

Checkliste zur Feststellung Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz PeA

ITEM	Ja	Nein
1 Unkontrolliertes Verlassen der Wohnung (Weglauftendenz)		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:		
immer wieder aus der Wohnung heraus drängt		
immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte		
planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt		
2 Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie z. B. unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet		
die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung)		
3 Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder Potenziell gefährdenden Substanzen		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt, ohne diese zu benutzen zu können / wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt		
Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht		
mit kochendem Wasser Zähne putzt		
unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht		
Zigaretten isst		
unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt)		
verdorbene Lebensmittel isst		

Checkliste PeA		AMBULANTER PFLEGEDIENST ANGERER & BIELICH GbR Werkstraße 1 84494 Neumarkt-St.Veit Tel: 08639 / 986 36 05 Fax: 08639 / 986 36 07 E-Mail: info@pflagedienst-nsv.de Internet: www.pflagedienst-nsv.de
---------------------------------	--	--

ITEM	Ja	Nein
4 Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:		
andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft		
eigenes oder fremdes Eigentum zerstört		
in fremde Räume eindringt		
sich selbst verletzt		
andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt		
5 Im situativen Kontext inadäquates Verhalten		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz)		
einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z.B.: Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen)		
Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert		
andere Personen sexuell belästigt, z.B. durch exhibitionistische Tendenzen		
Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z.B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt / verlegt oder sammelt		
permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft		
Hinweis: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten im Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird		

Checkliste
PeA



AMBULANTER PFLEGEDIENST
ANGERER & BIELICH GbR
Werkstraße 1
84494 Neumarkt-St.Veit
Tel: 08639 / 986 36 05
Fax: 08639 / 986 36 07
E-Mail: info@pflegedienst-nsv.de
Internet: www.pflegedienst-nsv.de

ITEM	Ja	Nein
6 Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:		
Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann oder aufgrund mangelnden Hunger- und Durstgefühls bereit stehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt oder übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann		
aufgrund mangelnden Schmerzempfindens Verletzungen nicht wahrnimmt		
Harn- oder Stuhldrang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu jedem Toilettengang aufgefordert werden muss		
Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann		
7 Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahme als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt		
den Platz, an den er z.B. morgens durch die Pflegeperson gesetzt wird, nicht aus eigenen Antrieb wieder verlässt		
sich nicht aktivieren lässt		
die Nahrung verweigert		
Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss nervenärztlich / psychiatrisch gesichert sein.		
8 Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wieder erkennt		
mit (Wechsel-) Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann		
sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen		

Checkliste
PeA



AMBULANTER PFLEGEDIENST
ANGERER & BIELICH GbR
Werkstraße 1
84494 Neumarkt-St.Veit
Tel: 08639 / 986 36 05
Fax: 08639 / 986 36 07
E-Mail: info@pflegedienst-nsv.de
Internet: www.pflegedienst-nsv.de

eingeschränkt ist		
sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet		
Abspraken nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist, sich daran zu erinnern		
9 Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen		
nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z.B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus)		
10 Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.: aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung		
Eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann		
keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann		
Hinweis: Hier sind nur Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu berücksichtigen, die nicht bereits unter Item 7 oder 8 erfasst worden sind		
11 Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren In Alltagssituationen		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat		
sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt		
Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält		
aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht / schmeckt		
glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplotz gegen ihn schmieden		
mit Nichtanwesenden schimpft oder redet		

Checkliste PeA		AMBULANTER PFLEGEDIENST ANGERER & BIELICH GbR Werkstraße 1 84494 Neumarkt-St.Veit Tel: 08639 / 986 36 05 Fax: 08639 / 986 36 07 E-Mail: info@pflagedienst-nsv.de Internet: www.pflagedienst-nsv.de
---------------------------------	--	--

optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt		
<p>Hinweis:</p> <p>Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Item 5 nicht erfasst und durch nichtkognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei dementiell erkrankten und (seltener) depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche nervenärztlich / psychiatrisch gesichert sind.</p>		
12 Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint		
Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert		
13 Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression		
Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z.B.:		
ständig „jammert“ und klagt		
ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt		
<p>Hinweis:</p> <p>Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich / psychiatrisch gesichert sein.</p>		