

1.4.3 Dokumentation

In der **Pflegedokumentation** werden die einzelnen Schritte des Pflegeprozesses festgehalten, damit die Pflege **nachvollziehbar, überprüfbar** und **nachweisbar** wird.

Ziele der Dokumentation

- Darstellung der systematischen und individuellen Pflege
- Unterstützung bei der Informationsweitergabe zur Ermöglichung einer einheitlichen und kontinuierlichen Pflege
- Nachweis der pflegerischen Leistungen

Auf dem Markt werden unterschiedliche Dokumentationssysteme und EDV-gestützte Dokumentationsprogramme angeboten. Einige Einrichtungen verwenden auch selbst konzipierte Formulare.

Alle für die Pflege notwendigen Informationen können auf fünf Formularen erfasst werden:

- Stammblatt
- Pflegeanamnese
- Pflegeplanung
- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht

1.4.4 Strukturmodell zur Modifizierung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation

Nach Erhebungen des Statistischen Bundesamts wenden Pflegekräfte rund 13 % ihrer Arbeitszeit für die Pflegedokumentation auf. Um die professionelle Pflege von übermäßiger Bürokratie zu befreien und wieder mehr Zeit für die eigentliche Pflege zu haben, wurde das „Strukturmodell“ entwickelt, das sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Altenpflege angewandt werden kann. Dieses Modell ist wieder vierschrittig und löst sich vom Sechs-Phasen-Modell, das sich an den ABEDL's orientiert.

Mit dem Strukturmodell wird der Dokumentationsaufwand erheblich reduziert, ohne den fachlichen Qualitätsanspruch bzw. haftungsrechtliche Aspekte zu vernachlässigen.

Merke

Die Dokumentation wird so abgefasst, dass alle mit der Pflege befassten Personen sie verstehen. Der Dokumentierende sollte sich stets fragen, welche Angaben der Kollege benötigt, um eine Pflege weiterführen zu können.

Die Abbildung zeigt fünf überlappende Formulare für die Pflegedokumentation:

- Pflegebericht**: Ein Dokument mit dem Titel 'DURCHFÜHRUNGSNACHWEIS FÜR BESONDERE PFLEGE für...'. Es enthält Felder für 'Angordnet von', 'am', 'Pflegekraft' und 'PROBLEM'.
- Pflegeplanung**: Ein Formular mit dem Titel 'Pflegeplanung'. Es enthält eine Tabelle mit den Spalten 'Nr.', 'Datum', 'Hz.', 'Pflegeproblem', 'Ressourcen' und 'Pflegeziele'.
- Pflegeanamnese**: Ein Formular mit dem Titel 'ANAMNESE für...'. Es enthält eine Einleitung: 'Die Anamnese ist im Detail ergänzt durch die Dokumentation. Die Pflege leistet Hilfe und Begleitung in allen Angelegenheiten...'.
- Stammblatt**: Ein Formular mit dem Titel 'STAMMBLATT für...'. Es enthält Felder für 'Einrichtung', 'Hilfsmittel/Leihgeräte', 'Angehörige/Bezugsperson' und persönliche Daten wie Name, Geburtsdatum, etc.
- AEDL's**: Ein Formular mit dem Titel 'AEDL's für...'. Es enthält Felder für 'Sie/Er', 'Schwa', 'mit/Be', 'bestim', 'Wörter', 'Bewert'.

Abb. 1 Fünf Formulare zur Dokumentation

Die vier Phasen des Strukturmodells und ihre wesentlichen Inhalte:

1. Strukturierte Informationssammlung (SIS®)

- Einschätzung der derzeitigen Situation und Vorstellungen bzw. Erwartungen aus Sicht des Pflegebedürftigen (im O-Ton des Pflegebedürftigen dokumentieren)
- Pflegefachliche Beurteilung zum Hilfebedarf anhand von sechs Themenfeldern
 - Kognition und Kommunikation
 - Mobilität und Bewegung
 - krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
 - Selbstversorgung
 - Leben in sozialen Beziehungen
 - stationär: Wohnen/Häuslichkeit
ambulant: individuelle häusliche Versorgungssituation

- Matrix für Einschätzung von pflegerelevanten Risiken und Phänomenen

2. Maßnahmenplanung

- Individuelle Maßnahmenplanung auf der Grundlage der erstellten SIS®
- Probleme, Ressourcen und Ziele werden nicht mehr schriftlich formuliert, müssen aber gedanklich erfasst werden
- Behandlungspflege wird wie bisher vollständig dokumentiert

3. Berichteblatt

- Aufzeichnungen im Berichteblatt nur bei Abweichungen von der Maßnahmenplanung und aktuellen Ereignissen
- Das Berichteblatt wird von allen an der Therapie und Pflege Beteiligten genutzt

4. Evaluation

- Überprüfung und Erfolgskontrolle des pflegerischen und therapeutischen Handelns nach festgelegten Evaluationszeiträumen

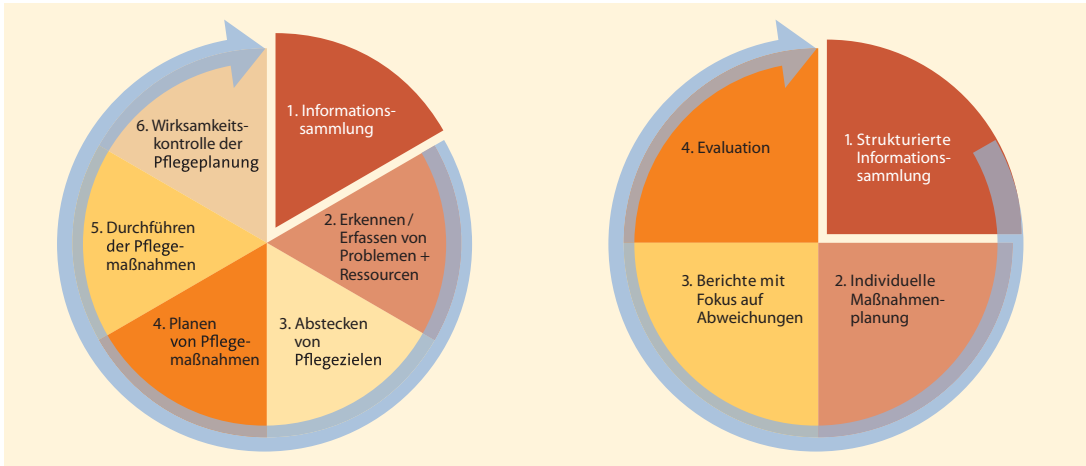


Abb. 1 Gegenüberstellung des neuen Strukturmodells (rechts) gegenüber dem bisher gängigen Sechs-Phasen-Modell nach Fiechter und Meier

Aufgaben

1. Erläutern Sie den Begriff Pflegeprozess.
2. Erstellen Sie eine Informationssammlung während eines Rollenspiels. Wählen Sie dazu sechs Aktivitäten des Lebens als Grundlage aus. Überlegen Sie, welche Informationen wichtig für die Pflege wären.
3. Stellen Sie sich Pflegebedürftige mit folgenden Einschränkungen vor:
 - Gelenkversteifung
 - Diabetes mellitus

Welche Ressourcen fallen Ihnen zu diesen pflegebedürftigen Menschen ein? Nutzen Sie dazu Ihre Praxiserfahrungen.

4. Für die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation wurde das „Strukturmodell“ entwickelt, das sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Altenpflege angewandt werden kann. Dieses Modell ist wieder 4-schrittig und löst sich vom 6-Phasen-Modell, das sich an den ABEDLs orientiert.
 - a) Erarbeiten Sie eine Gegenüberstellung der beiden Modelle mit den jeweiligen Teilschritten.
 - b) Fallen die zwei zusätzlichen Teilschritte des 6-Phasen-Modells im Strukturmodell ersatzlos weg?
5. Die Strukturierte Informationssammlung (SIS®) besteht aus drei Kernelementen und erfasst den aktuellen Pflegebedarf. Erklären Sie kurz die Inhalte der drei Kernelemente.

1.5 Wahrnehmen und Beobachten



Die Qualität der Pflege und Betreuung hängt in großem Umfang von einer guten Wahrnehmungs- und Beobachtungsgabe der Pflegenden ab. Durch Wahrnehmen und Beobachten können u. a. Informationen gewonnen werden, die die Grundlage im Pflegeprozess bilden.

Daher hat die Schulung der Wahrnehmungs- und Beobachtungsfähigkeiten in der Ausbildung eine große Bedeutung.

- ▶ Beschreiben Sie Ihre ersten Eindrücke beim Betrachten des Bildes.

1.5.1 Wahrnehmen

Definition

Wahrnehmung ist ein Prozess, bei dem mithilfe der Sinnesorgane aus Umwelt- und Körperreizen Informationen gewonnen werden. Diese Informationen werden durch seelische und geistige Prozesse beeinflusst bzw. bearbeitet.

Im Pflegealltag werden viele Informationen zufällig und unbewusst wahrgenommen.

Beispiel

Beim Gang über die Station nimmt eine Pflegekraft wahr, dass Frau M. in der Sitzecke eine Zeitung liest, Herr K. und Frau L. sich unterhalten, das Kalenderblatt noch nicht abgerissen wurde.

Der Wahrnehmungsprozess

Die **Wahrnehmung** läuft in zwei Schritten ab:

- Aufnahme von Reizen
- Verarbeitung der Reize

Die Sinnesorgane nehmen zunächst einen Reiz (eine Information) auf. Der Reiz wird dann im Gehirn verarbeitet (▶ s. Tab. 1, Seite 42). Das bedeutet, dass alles, was je über diesen Reiz (Information)

gelernt und erfahren wurde, Einfluss nimmt. Die Wahrnehmung ist **zufällig** und **ungezielt**. Sie kann aber in eine gezielte Beobachtung (des Betroffenen oder der Situation) übergehen.

Einwirkung auf die Wahrnehmung

In die Wahrnehmung fließen erlerntes Wissen, eigene Erfahrung und persönliche Empfindungen ein. Dadurch ergeben sich Schlussfolgerungen, die **subjektiv** geprägt sind. Meistens läuft dieser Prozess nicht bewusst ab.

Übung

Die Altenpflegerin Frau Arndt bemerkt in der Gymnastik-Übungsstunde, dass der Bewohner Herr Schmidt immer teilnahmsloser wird. Sie denkt sich: „Ach, der Arme, vielleicht denkt er wieder an seine verstorbene Frau, die war ja eine begeisterte Sportlerin.“ Die anwesende neue Praktikantin Kerstin bemerkt dies auch und denkt: „Das ist typisch, Männer machen bei solchen Angeboten nie gern mit.“

- ▶ Was kann Ursache für die unterschiedliche Schlussfolgerung sein?

1.7 Biografiearbeit

Definition

Der Begriff „Biografie“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet Lebensbeschreibung.



Eine Biografie ist immer individuell, bei jedem Menschen verläuft sie anders. Das Hier und Jetzt eines jeden Menschen erschließt sich aus seiner Vergangenheit, aus seiner Lebensgeschichte. Je länger eine Lebensgeschichte ist, desto stärker beeinflusst sie das gegenwärtige Verhalten. Professionelle Pflege nutzt die Biografie als Hilfsmittel, um zielgerichtet zu planen und zu handeln.

1.7.1 Wertvorstellungen und Lebensumstände früher und heute

Lebensphasen und Lebensbereiche

Von Biografen wird die Lebensgeschichte häufig in vier Phasen eingeteilt (▶ s. Abb. 1, Seite 61):

- die Kindheit
- die Jugendzeit
- das Erwachsenen(Erwerbs-)alter
- der Ruhestand

Neben den **Lebensphasen**, also dem zeitlichen Ablauf, spielen die Lebensverhältnisse eine bedeutende Rolle. Sie können in **vier Lebensbereiche** gegliedert werden:

- Wohnen
- Arbeit
- Freizeit
- Bildung

Diese Bereiche stellen den räumlichen, sozialen und individuellen Lebensrahmen eines Menschen dar.

Übung

Vergleichen Sie die Fotos in Abb. 1, S. 59 und stellen Sie die Unterschiede mithilfe einer Tabelle heraus.

Wohnen

▶ s. auch **Wohnformen im Alter**, Seite 389 ff.

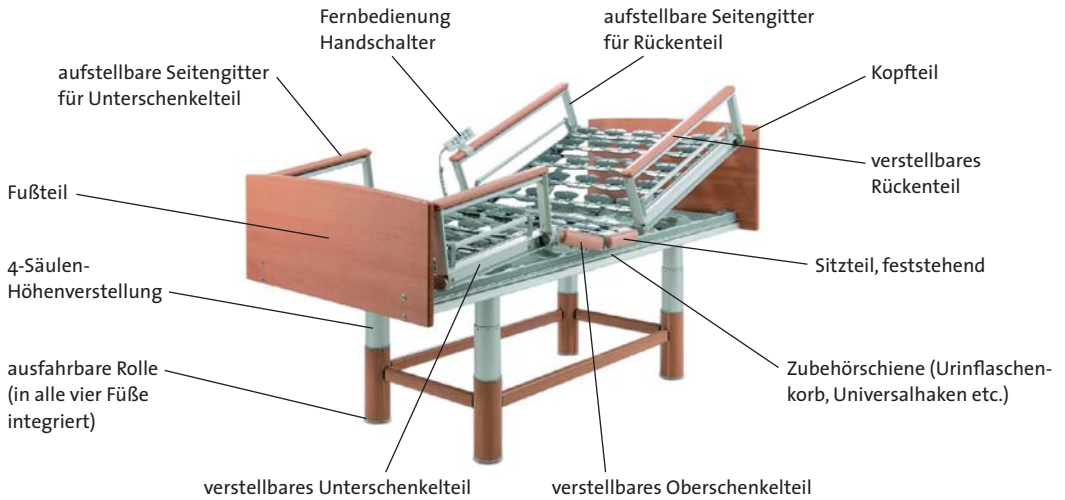
Wohnen heißt, dass eine Zeitspanne in einer Wohnung verbracht wird. Sie ist ein Ort der Individualität, des Rückzugs, der Gestaltung und der Selbstdarstellung – ein Bereich, in dem sich Menschen wohlfühlen sollten.

Welchen Stellenwert das Wohnen für einen Menschen hat, hängt von seiner Lebenssituation ab. Ein älterer Mensch, der nur mit fremder Hilfe die Wohnung verlassen kann, hält sich überwiegend in seiner Wohnung auf. Bei einem jüngeren Menschen ist die Zeitspanne des Wohnens vielleicht nur sehr kurz, weil er außerhalb der Wohnung arbeitet, sich bildet oder seine Freizeit verbringt.



Abb. 1 Lebensbereich Wohnen

2.1.2 Aufbau und Zubehör eines Pflegebetts



Zubehör	Anmerkungen
Matratze übliche Größe: 0,90 x 2 m	<ul style="list-style-type: none"> aus Schaumstoff in verschiedenen Härtegraden Spezialmatratzen, z.B. Antidekubitusmatratze
Matratzenschutzbezug	<ul style="list-style-type: none"> bei Inkontinenz oder starkem Schwitzen
Kopfkissen, Bettdecke	<ul style="list-style-type: none"> bis 95 °C waschbare Synthetikmaterialien
Beistelltisch / Nachttisch	<ul style="list-style-type: none"> zur Ablage für Gegenstände, die erreichbar sein müssen, z. B. Taschentücher, Getränke, Uhr usw. evtl. auch mit ausklappbarem Tisch zum Essen oder zum Abstellen der Waschschüssel
Klingelanlage / Fernbedienung	<ul style="list-style-type: none"> in Reichweite des Pflegebedürftigen
Weitere Ausstattungsmöglichkeiten	Anmerkungen
Bettbügel mit Haltegriff oder Bettleiter	<ul style="list-style-type: none"> zum aktiven Aufrichten bei einigen Erkrankungen nicht geeignet, z.B. Schlaganfall
Seitengitter / gepolsterter Bettrahmen	<ul style="list-style-type: none"> nur bei notwendiger Indikation, z. B. Sturzgefahr (Voraussetzung richterlicher Beschluss, da freiheitsberaubende Maßnahme. Halboffene Systeme ermöglichen einen Ausstieg aus dem Bett)
Lagerungshilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> je nach Bedarf
Bettverlängerung / Bettverkürzer / Fußaktivstütze	<ul style="list-style-type: none"> bei großer oder kleiner Körpergröße zur Prophylaxe der Spitzfußkontraktur

Tab. 1 Ausstattung des Pflegebetts

2.4.2 Dekubitusprophylaxe

Merke

Ein **Dekubitus** ist ein Druck- oder Wundliegeschwür.
Die **Dekubitusprophylaxe** umfasst alle pflegerischen Maßnahmen zur Vermeidung eines Dekubitus.



Abb. 1 Dekubitus mit ausgedehnten Nekrosen

Risikofaktoren / Ursachen

Die häufigste Ursache für das Entstehen dieser Hautdefekte sind **Druck- oder Schereinwirkungen** auf Körperregionen mit wenig Unterhautfettgewebe (▶ s. Abb. 2). Wird die daraus folgende Mangel durchblutung nicht rechtzeitig erkannt, kommt es zum Untergang des Gewebes, der sogenannten Nekrose.

▶ **Krankheitsbild und Therapie des Dekubitus**, s. Seite 267ff.

Des Weiteren:

- Immobilität
- Harn- und Stuhlinkontinenz
- geschwächtes Immunsystem (z. B. Hochbetagte, Pflegebedürftige mit Tumor- oder anderen schweren Allgemeinerkrankungen)
- schlechter Ernährungsstatus (z. B. bei Kachexie und Eiweißmangel)
- Diabetes mellitus (Empfindungsstörungen)

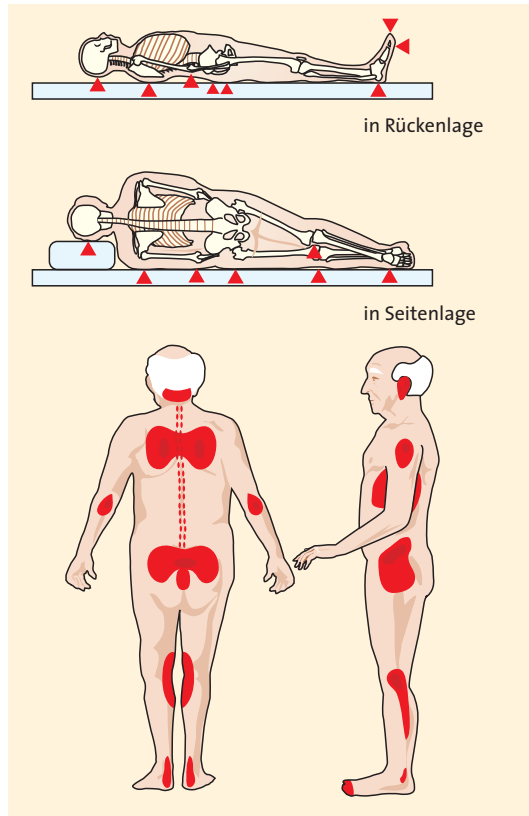
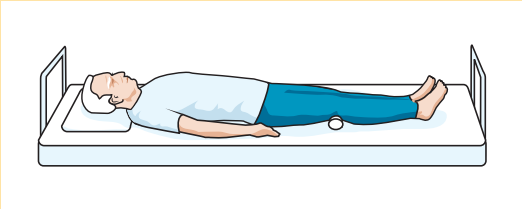
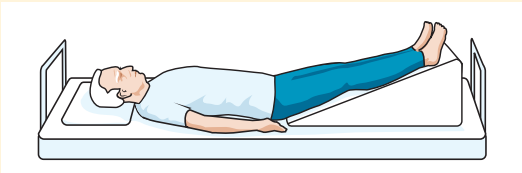
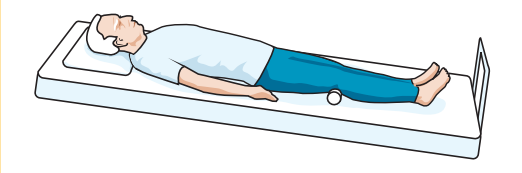
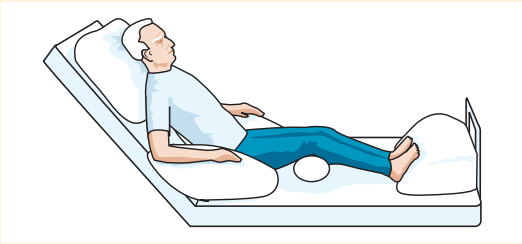



Abb. 2 Dekubitusgefährdete Körperstellen

Lange Zeit wurden Skalen eingesetzt, mit denen das Risiko für einen Dekubitus ermittelt werden sollte. Am gängigsten waren die **Norton-Skala** sowie die **Braden-Skala**. Im **Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“** heißt es „die Anwendung eines spezifischen standardisierten Assessmentinstruments für die Erfassung des Dekubitusrisikos wird sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nicht empfohlen, da vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse keine Belege für patienten-/bewohner-relevante Vorteile durch die Anwendung eines solchen Instrumentes für die Dekubitusrisikoeinschätzung enthalten.“

Quelle: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Konsultationsfassung zum Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung. Osnabrück 2017, S. 17

Lagerungsarten	Erläuterungen
<p>Grundstellung / Flachlagerung</p> 	<p>Bei dieser Einstellung wird das Bett flach gestellt. Lagerung in Rücken- und Bauchlage sind möglich. Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Position zum Schlafen und Ruhen ● Wirbel-, Beckenfrakturen, Operationen in diesen Bereichen ● Bauchlage, u. a. eine Lagerungsmöglichkeit bei der Dekubitusprophylaxe
<p>Beinhochlagerung</p> 	<p>Das Fußteil des Bettes leicht erhöhen oder Nutzen eines Keilkissens. Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● bei leichtem Kreislaufkollaps; bei Kreislaufversagen (Schock) gesamtes Bett in Kopftiefe ● bei Venenerkrankungen <p>Nicht bei arteriellen Gefäßerkrankungen!</p>
<p>Beintieflagerung</p> 	<p>Das gesamte Bett wird in Richtung Füße tief gestellt. Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● bei arteriellen Durchblutungsstörungen zur besseren Versorgung der peripheren Bereiche
<p>Oberkörperhochlagerung</p> 	<p>Das Kopfteil wird erhöht. Zusätzlich kann kleine Knierolle genutzt werden. Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● bequeme Position zum Einnehmen der Mahlzeiten ● bei Herz- und Lungenerkrankungen
<p>Herzbettlagerung</p> 	<p>Das Kopfteil ist erhöht und das Fußteil wird abgesenkt. Das Becken bildet den tiefsten Punkt. Anwendung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● zur Entlastung des Herzens (z. B. bei Herzinsuffizienz) ● bei Verdacht auf einen Herzinfarkt ● zur Atem erleichterung
<p>Spezielle Lagerungen im Rahmen der Dekubitusprophylaxe (30–40°-Lagerung, 135°-Lagerung, Freilagerung, Hohlagerung, Mikrolagerung ▶ s. Seite 92 f.)</p>	

Tab. 1 Wichtige Lagerungsarten

Richtiges Heben



Abb. 1 Mögliche Schädigung der Bandscheibe

Im Rahmen einer **Rückenschule** werden Muskelkraft und rückengerechte Bewegungsabläufe durch gezielte Übungen trainiert.

Beispiel



Schritt 1: Aufrechte Körperhaltung, Beine hüftbreit stellen, Fußspitzen zeigen leicht nach außen.

Schritt 2: Knie und Hüfte beugen, Oberschenkel bei gerade gestreckter Wirbelsäule nach vorn neigen. Beine gehen in die Hocke, Arme Richtung Boden.

Schritt 3: Gegenstand vom Boden aufheben.

Schritt 4: Gegenstand möglichst körpernah halten. Die Wirbelsäule bleibt beim Erheben gestreckt. Übung: Ganz allmählich das Gewicht steigern.

Tipp

Geeignete Übungen für das eigene Training finden sich unter: <http://www.medizininfo.de/ruecken/schule/kurzprogramm.shtml>.

Rückenschonendes Verhalten im Alltag



Abb. 2 Rückengerechte Haltung beim Zähneputzen



Abb. 3 Diese Haltung schadet dem Rücken

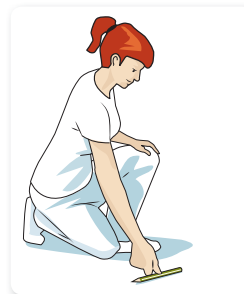


Abb. 4 So heben Sie leichte Gegenstände richtig auf

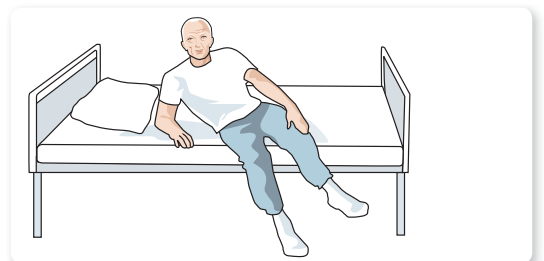

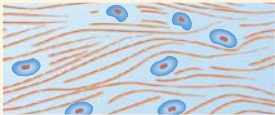
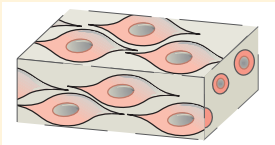
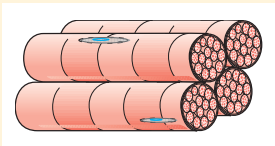
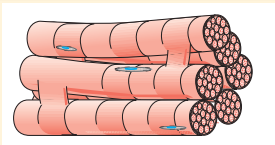
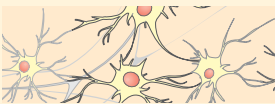


Abb. 5 Zuerst auf die Seite rollen, dann Beine nach unten und mit gestrecktem Oberkörper nach oben in den Sitz kommen

Gewebe	Vorkommen	Aufgabe
Binde- und Stützgewebe	im gesamten Körper	Schutzfunktion, Umhüllung der Organe, Verbindung der Organe mit Blut- und Nervengewebe
 <p>Knochengewebe</p>	Knochen	Stützfunktion
 <p>Knorpelgewebe</p>	Gelenke	Schutz der Gelenkflächen, Verbesserung von deren Gleitfähigkeit
Muskelgewebe	im gesamten Körper	Vermittlung von Bewegung
 <p>glattes Muskelgewebe</p>	Innere Organe (Magen-Darm-Trakt, Blutgefäße, Harnleiter, Drüsen) Haarbalgmuskel	Bewegungen, welche nicht vom Willen gesteuert werden
 <p>quergestreiftes Muskelgewebe</p>	Skelettmuskulatur	Bewegungen, welche willentlich ablaufen
 <p>Herzmuskelgewebe</p>	Herz	Pumparbeit des Herzens
Nervengewebe	im gesamten Körper	Weiterleitung elektrischer Impulse
 <p>Nervenzellen</p>	im Gehirn und Rückenmark	Wahrnehmung von Sinneseindrücken, Steuerung aller Körperfunktionen, Ermöglichung von Organfunktionen

Tab.1 Gewebearten und Funktion (Fortsetzung)

5.2 Herz-Kreislauf-System



Einfühlsames Verhalten

Durch die Möglichkeiten der Transplantation scheint das Herz zu einem austauschbaren Organ geworden zu sein. Trotzdem hat es seinen zentralen Platz im Denken der Menschen nicht verloren.

„Das Schwierigste am Leben ist, Herz und Kopf dazu zu bringen, zusammenzuarbeiten. In meinem Fall verkehren sie noch nicht mal auf freundschaftlicher Basis.“ (Woody Allen)

Herzerkrankungen können den Menschen in seinem Kern treffen, bei der Pflege ist hier also ganz besonders die Berücksichtigung der seelischen Befindlichkeit gefordert.

5.2.1 Aufbau und Funktion

Die **Hauptaufgabe** von Herz und Kreislauf ist die Versorgung der Organe und Gewebe mit Blut.

Aufbau des Herzens

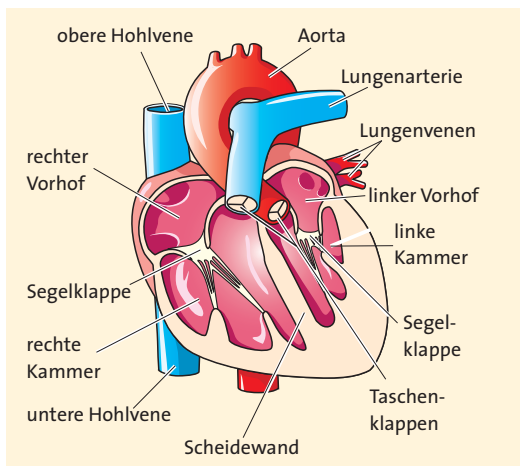


Abb. 1 Aufbau des Herzens

Das Herz ist ein **Hohlmuskel** aus spezialisierten Muskelzellen. Die dicke Muskelschicht heißt **Myokard** (myos, gr. Muskel, kardia, gr. Herz). Im Inneren wird das Herz von einer glatten Epithelschicht aus-

gekleidet, dem **Endokard** (endo, gr. innen). Außen wird das Herz von einer bindegewebigen gedoppelten Haut umschlossen, dem sogenannten Herzbeutel (**Perikard**, peri, gr. um herum). Durch eine kleine Menge Flüssigkeit sind die Schichten gut gegeneinander verschiebbar und gestatten so die ungehinderte Arbeit des Herzens.

Durch die Scheidewand wird das Herz in zwei Hälften geteilt. Aus der rechten Herzhälfte gelangt das Blut in den **Lungenkreislauf**, aus der linken Herzhälfte in den **Körperkreislauf**.

Jede Herzhälfte besteht aus einem dünnwandigen **Vorhof (Atrium)** und einer dickwandigen **Kammer (Ventrikel)**. In den rechten Vorhof münden die untere und die obere **Hohlvene**. In den linken Vorhof münden je zwei **Lungenvenen** (► s. Abb. 1).

Aus den Herzkammern, somit vom Herzen fort, führen die großen Arterien: aus der rechten Herzkammer die **Lungenarterien (Arteria pulmonalis)**, aus der linken Herzkammer die **Körperschlagader (Aorta)**.

Die Blutversorgung des Herzens erfolgt über die **Herzkranzgefäße (Koronarien)**, die kurz über der

Erkenntnisstörung (Agnosie)

Der Betroffene kann Gegenstände nicht mehr benennen oder kennt ihre Bedeutung nicht. Eine Erdbeere wird z. B. als runder, roter Gegenstand beschrieben, aber nicht als Nahrungsmittel oder gar Erdbeere erkannt. In anderen Fällen können Gegenstände nicht mehr ihrer Funktion zugeordnet werden. Eine Gabel wird z. B. zum Kämmen benutzt.

Pflegemaßnahmen zur Umsetzung der Basalen Stimulation®

Definition

Die Basale Stimulation® geht auf ein 1975 von Prof. A. Fröhlich entwickeltes sonderpädagogisches Konzept zur Persönlichkeitsförderung schwer körperlich und geistig beeinträchtigter Kinder zurück. Prof. Christel Bienstein hat diesen Ansatz aufgenommen und für die Pflege von Menschen mit Wahrnehmungsstörungen weiterentwickelt.

Das Konzept findet Anwendung

- bei Personen mit neurologischen Beeinträchtigungen (z. B. Schlaganfall, Wachkoma),
- bei degenerativen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z. B. Demenz),
- bei Personen mit schweren Depressionen.

Das Konzept basiert auf der Erkenntnis, dass neurologische Verknüpfungen im Gehirn immer wieder durch Reizwahrnehmungen bestätigt und aktiviert werden müssen.



Abb. 1 Wachkoma-Patienten sind auf die Stimulation ihrer Sinne angewiesen

Das Konzept der Basalen Stimulation® versucht, durch gezielte Ansprache (Stimulation) der grundlegenden (basalen) Sinne, das Körpergefühl des Betroffenen, seine Orientierung und seine Kontaktmöglichkeiten zur Umwelt zu verbessern.

Zentrales Ziel: Leben spüren



Abb. 2 Leben mit allen Sinnen spüren – das tut gut

Die Basale Stimulation® versteht sich als Angebot für den wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen, sich mit all seinen Sinnen zu erleben und zu spüren. Dies trägt zum Kontaktaufbau mit der Umwelt bei und versetzt den Betroffenen wieder in die Lage, sein Leben selbstbestimmt zu gestalten. Darüber hinaus erfährt er durch angenehme körperlich erfahrbare Erlebnisse eine Wertschätzung seiner Person (► s. Abb. 2).

Methodik

Zunächst muss der Kontakt zum Pflegebedürftigen aufgebaut werden. Dies geschieht zum einen mit Worten, aber auch durch eine **Initialberührung** (fester Händedruck oder Berührung an der Schulter). Zur gezielten Anregung der Wahrnehmung müssen die Reize angenehm und vor allem eindeutig erfolgen. Angedeutete Reize verwirren den Betroffenen.

Durch die Angebote wird jeweils ein bestimmter Sinn angesprochen:

- **somatische Stimulation:** Wahrnehmen des Körpers in seinen äußeren Grenzen und seiner Abgrenzung zur Umwelt



Abb. 1 Position des Schlaganfall-Betroffenen am Tisch

Rückenlagerung: Muss der Betroffene im Bett gelagert werden, sollte das Kopfteil möglichst flach gestellt werden. Generell sollte die Lagerung auf dem Rücken die Ausnahme (z.B. zur Körperpflege) sein, weil sie die Streckspastik ungünstig beeinflussen kann. Außerdem rutscht der Betroffene bei erhöhtem Oberkörper leicht nach unten, wobei der Druck auf die am Fußende anstoßende Fußsohle dann die Muskelanspannung im Bereich der Waden verstärkt. Der Kopf und die Schultern werden mit flachen Kissen unterstützt (► s. Abb. 2). Der mehr betroffene Arm wird etwas abgespreizt und in ganzer Länge mit einem Kissen unterstützt. Die Hüfte wird mit einem flachen Kissen unterlagert und das gelähmte Bein im Bereich des Oberschenkels mit einer Rolle unterstützt, damit es nicht in Außenrotation fällt. Knie und Sprunggelenk werden unterstützt, damit die Muskulatur entspannt ist.



Abb. 2 Rückenlagerung

Lagerung auf der stärker beeinträchtigten Seite:

- Der Betroffene bewegt sich auf dem Rücken so weit wie möglich an die Bettkante seiner weniger betroffenen Seite.
- Der gelähmte Arm wird vor der Drehung auf die Seite abgewinkelt, damit er später nicht unter der Person liegt.
- Das Kopfkissen wird so platziert, dass der Betroffene nach der Drehung noch immer darauf liegt.
- Mit Unterstützung der Pflegeperson werden die Beine aufgestellt. Zur Einleitung der Drehung werden die Beine leicht zur Seite gedrückt, der Oberkörper folgt der Bewegung.
- Danach wird der Betroffene gelagert und mit Kissen unterstützt (► s. Abb. 3).



Abb. 3 Lagerung des Schlaganfall-Betroffenen auf der beeinträchtigten Seite

Lagerung auf der weniger beeinträchtigten Seite: Das Drehen des Betroffenen auf die weniger betroffene Seite entspricht im Wesentlichen den



Abb. 4 Lagerung des Schlaganfall-Betroffenen auf der weniger beeinträchtigten Seite

5.12.1 Krankheitsentstehung – primäre und sekundäre Demenzformen

Definition

Primäre Demenzen (80–90 % aller Demenzen)

Bei den primären Demenzen handelt es sich um Demenzerkrankungen, bei denen das Gehirn das zuerst betroffene und erkrankte Organ ist. Unter den primären Demenzen werden wiederum je nach Ursache unterschieden:

- **degenerative Demenzen** (durch Abbau des Hirngewebes): etwa 60–70 %, die Alzheimerkrankheit ist die häufigste Ursache
- **vaskuläre Demenzen** (durch Blutgefäßschäden): etwa 15–20 %, z. B. Lewy-Körperchen-Demenz, frontotemporale Demenz, Multiinfarktdemenz, Mischformen

Sekundäre Demenzen (etwa 10 % aller Demenzen)

Bei diesen Demenzformen treten die geistigen Beeinträchtigungen als Folgeerscheinung einer anderen fortgeschrittenen organischen Erkrankung auf, z. B.

- Stoffwechselerkrankungen, z. B. Unterfunktion der Schilddrüse
- Vergiftungen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholabusus
- Autoimmunerkrankungen
- Morbus Parkinson
- Gehirntumor

Merke

Wenn ein Delir übersehen wird, kann sich eine Demenz verschlimmern.

Primäre Demenzformen

Im Verlauf der **primären Demenzformen** gehen aus noch teilweise unbekanntem Gründen Nervenzellen im Gehirn allmählich zugrunde. Immer mehr Nervenzellen im Gehirn funktionieren nicht

mehr richtig und führen dann zu den Einschränkungen der Gehirnleistungen.

Demenz bei Alzheimerkrankheit

Die **Alzheimerkrankheit** ist die häufigste Ursache einer Demenz. Sie ist durch einen langsam fortschreitenden Verlust von Nervenzellen gekennzeichnet, der bevorzugt den Schläfenlappen und Scheitellappen im Gehirn befällt. Diese Bereiche im Gehirn sind wichtig für Gedächtnisleistungen, Sprache und Orientierungsfähigkeit. Es gibt aber auch selteneren Varianten der Alzheimerkrankheit, bei denen andere Gehirnbereiche betroffen sind. Beim Verlust der Nervenzellfunktion sind Eiweiße beteiligt, die sich in den Zellen ablagern. Zusätzlich ist eine veränderte Konzentration bestimmter Botenstoffe (Neurotransmitter) im Gehirn zu beobachten, welche die Übertragung von Reizen im Gehirn erheblich beeinträchtigt.

Da die Gene eine Rolle für die Alzheimerkrankheit spielen, tritt die Krankheit gehäuft familiär auf.

Lewy-Körperchen-Demenz

Die **Lewy-Körperchen-Demenz** ist der Alzheimerkrankheit sehr ähnlich und kommt in etwa 10 % der Fälle als Ursache in Betracht. In den Nervenzellen der Großhirnrinde lassen sich Lewy-Körperchen nachweisen. Das sind runde Einschlüsse in der Zellflüssigkeit von Nervenzellen, die aus nicht normalen Eiweißen bestehen. Diese abnormalen Eiweiße verursachen die Funktionsstörungen in der Informationsverarbeitung.

Frontotemporale Demenz (Erkrankungen Stirnhirn)

Bei der **frontotemporalen Demenz (FTD)**, welche auch schon in früheren Lebensjahren auftreten kann, beginnt der Abbau von Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich (Temporal- und Frontallappen des Gehirns). In diesen Gehirnregionen werden auch Emotionen und das Sozialverhalten gesteuert. Daher beginnt die Erkrankung häufig mit Veränderungen der Persönlichkeit und des sozialen Verhaltens. Zu den Symptomen zählen Aggressivität, Distanzlosigkeit, Motivationsverlust, maßloses Essen sowie Wortfindungsstörungen,

Oft sind Delir und Demenz nicht sicher abzugrenzen und können erst im Verlauf der Erkrankung voneinander unterschieden werden. Vereinfacht werden Unterschiede in Tab. 1 genannt.

Die Abgrenzung zwischen Demenz und Depression ist nicht immer deutlich erkennbar. Bei der Diagnostik können einfache Fragebögen helfen, um eine Depression festzustellen. Demenziell bedingte Erkrankungen gehen mit Desorientierung einher, wogegen sich depressive Menschen orientieren können. Datum und Uhrzeit werden in der Regel korrekt angegeben.

5.12.4 Therapie

Therapie der Demenz bei Alzheimerkrankheit

Die **Therapie** kann in zwei große Bereiche eingeteilt werden (► Abb. 1)

- die **medikamentöse Behandlung** und
- die **psychosoziale Behandlung** für Betroffene und Angehörige

Die medikamentöse Behandlung

- **Acetylcholinesterase-Hemmer:** Durch den Untergang von Nervenzellen entsteht ein Mangel an Acetylcholin. Dieser Botenstoff (Neurotransmitter) vermittelt zwischen Nerven- und Muskelfaser und steuert viele Körperfunktionen. Ein Mangel des Botenstoffs verursacht viele Störungen, die bei einer Demenz zu beobachten sind. Durch die Arzneimittel (Acetylcholinesterase-Hemmer) wird die Konzentration des Botenstoffs wieder erhöht. Die folgenden Nebenwirkungen sollten beachtet werden: Erbrechen, Schwindel, Durchfall, Appetitlosigkeit und Kopfschmerzen.
- **Memantin:** schützt vor dem Einstrom von Glutamat (auch ein Botenstoff) in die Nervenzellen, denn zu viel Glutamat kann die Nervenzellen schädigen. Einige Studien zeigen, dass sich Denkprozesse wie Lern- und Merkfähigkeit und Alltagsfunktionen unter der Therapie über einen gewissen Zeitraum etwas verbessern können. Bei Nierenproblemen sollte das Medikament nicht eingenommen werden.

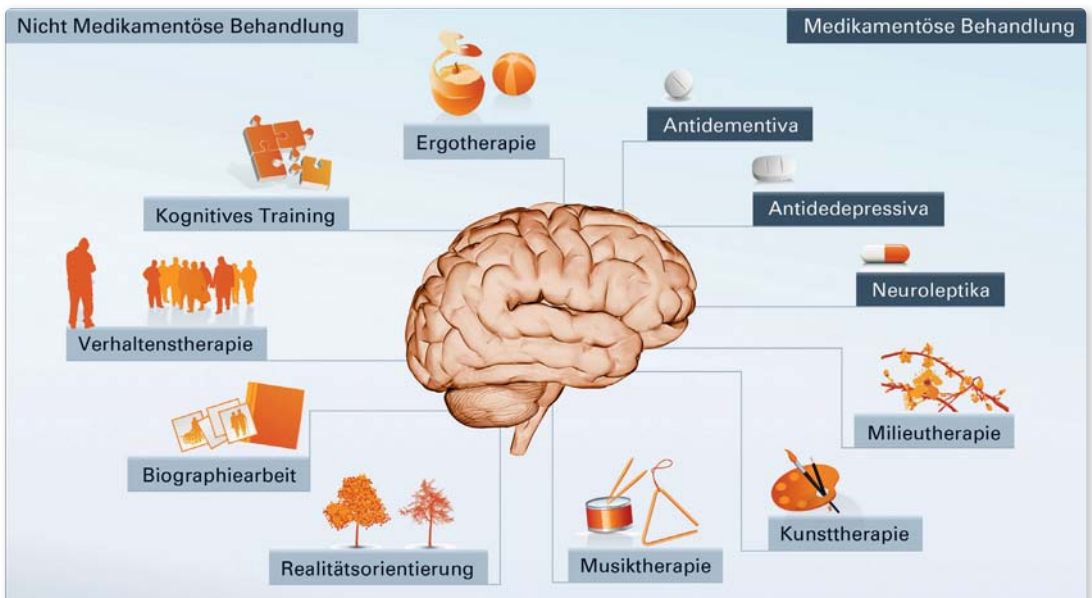


Abb. 1 Es gibt zahlreiche Therapieformen, die für die Behandlung von Demenzen infrage kommen. Die Grafik zeigt eine Auswahl. Welche Therapien der Arzt oder die Ärztin empfiehlt, ist von Patient zu Patientin unterschiedlich. Oft verspricht aber ein Mix aus verschiedenen Methoden den größten Erfolg.

zuführen. Die Pflegenden benötigen viel Geduld. Auch wenn sie so manche Aufgabe schneller selbst erledigen könnten, beteiligen sie den Patienten so viel wie möglich am Alltag. Eine **aktivierende Pflege** fördert den Erhalt von Kenntnissen und Fähigkeiten des Erkrankten. Zudem fördert die **Selbstständigkeit** des Erkrankten sein Selbstwertgefühl.

Merke

Die Fähigkeiten eines Demenzkranken können sich von Tag zu Tag und sogar von Stunde zu Stunde ändern. Die Altenpflegehelferin beachtet, wo der Pflegebedürftige gerade in seinem Handlungsablauf steht und holt ihn dort ab.



Abb. 1 Wenn der Mensch Gegenstände nicht mehr erkennt, hilft ihm die Altenpflegehelferin, sie richtig einzusetzen.

Validation

Da der Mensch mit Demenz sich in einer anderen Wirklichkeit befindet, sollte die Altenpflegehelferin zu dieser Wirklichkeit eine Brücke bauen.

Eine Weg, um diese Brücke zu bauen, ist die **Validation** nach **Naomi Feil** oder die **Integrative Validation (IVA)** nach **Richard**[®]. Validation bedeutet zunächst, jemandem eine uneingeschränkte Wertschätzung entgegenzubringen. Bei der Validation konzentriert sich die Altenpflegehelferin auf die Gefühle oder Bedürfnisse des Patienten. Auf eine Bewertung der gehörten Äußerungen wird verzichtet. Ein Gespräch könnte folgendermaßen ablaufen: Ein an Demenz Erkrankter formuliert den folgenden Satz „Heute Mittag kommt mein bester Freund zu Besuch“. Obwohl die Altenpflegehelferin

weiß, dass der beste Freund nicht mehr kommen wird, könnte sie sagen: „Wann genau wird Ihr bester Freund kommen?“ Dadurch wird die Wirklichkeit des Patienten ernst genommen. Bei der IVA nach Richard[®] wird die Kompetenz in der Kommunikation entwickelt, nicht die Einschränkungen zu unterstreichen, sondern die Handlungen und Empfindungen zu fördern, die der Demenzkranke noch leben kann. Zum Erlernen der Validation und der IVA werden spezielle Weiterbildungen angeboten.

Kommunikation mit den Angehörigen

Es ist sehr wichtig, die **Angehörigen** in den Pflegeprozess einzubeziehen.

In der Kommunikation mit den Angehörigen besteht **Schweigepflicht**. Es ist besonders wichtig, vorliegende Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen oder Patientenverfügungen zu beachten (► s. Seite 422 f.).

Der **Arzt** sollte die Angehörigen

- über den Verlauf und die Auswirkungen der demenziellen Erkrankung informieren,
- Hinweise zum Umgang mit auffälligem oder herausforderndem Verhalten geben,
- Hinweise zum Fördern der Alltagskompetenzen geben,
- die Bedeutung eines biografischen Gesprächs erläutern,
- Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige geben.

Die Altenpflegehelferin holt sich vom Arzt die Informationen über das Gespräch, um daran anknüpfen zu können.

Das Umfeld gestalten

Menschen mit einer Demenz benötigen ein **förderliches Umfeld (Milieu)**. Die Umgebung sollte ihr **Wohlbefinden** fördern und ihnen **Sicherheit** vermitteln. Ist dies nicht der Fall, kann es zu Angst und Stresssituationen kommen, auf die der Pflegebedürftige mit herausforderndem Verhalten reagiert. Die Altenpflegehelferin nimmt den Pflegebedürftigen als Mensch mit vielfältigen und indi-

Merke

Der Bewegungsdrang kann bei einer Tag-Nacht-Umkehr auch nachts auftreten. Auch in diesem Fall sorgt die Altenpflegehelferin dafür, dass der Pflegebedürftige sich bewegen kann, ohne andere Personen beim Schlafen zu stören.

Tipp

In einer Studie konnte gezeigt werden, dass durch ein gezieltes Kraft- und Bewegungstraining die Sturzhäufigkeit gesenkt werden konnte. Einige Pflegeeinrichtungen erzielen mit Tanzveranstaltungen sehr gute Erfolge.



Abb. 1 Der Altenpflegehelfer ermöglicht Bewegung im Freien.

Durch einen erhöhten Bewegungsdrang erhöht sich auch der Energiebedarf. Die Altenpflegehelferin sorgt für eine ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (▶ s. Seite 370).

Schmerzmessung bei Menschen mit Demenz

Demenziell erkrankte Menschen haben genauso Schmerzen wie nicht erkrankte Menschen. Allerdings ist die Schmerztoleranz etwas erhöht und die vegetativen Begleiterscheinungen wie die Steigerung von Blutdruck, Puls und Atemfrequenz entstehen etwas verlangsamt. Die Demenzpatienten

Skala DOLOPLUS-2-Short		Untersucher		Untersucher	
		Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit	Datum/ Uhrzeit
Name:		.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...
Vorname:	hhhh
1. Verbaler Schmerz- ausdruck	• Keine Äußerungen	0	0	0	0
	• Äußerungen nur bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• Gelegentliche Äußerungen	2	2	2	2
	• Dauernde spontane Schmerzüßerungen	3	3	3	3
2. Schon- haltung in Ruhe	• Keine Schonhaltung	0	0	0	0
	• Vermeidet gelegentlich gewisse Haltungen	1	1	1	1
	• Ständig, wirksame Schonhaltung	2	2	2	2
	• Ständig, ungenügend wirksame Schonhaltung	3	3	3	3
3. Schutz von schmerz- haften Kör- perzonen	• Kein Schutz	0	0	0	0
	• Bei Patientenkontakt, ohne Hinderung von Pflege und Untersuchung	1	1	1	1
	• Bei Patientenkontakt, mit Hinderung jeglicher Handlungen	2	2	2	2
	• Schutz auch in Ruhe, ohne direkten Kontakt	3	3	3	3
4. Soziale Aktivitäten	• Teilnahme an gewohnten Aktivitäten (Essen, Ergotherapie, Anlässe)	0	0	0	0
	• Gewohnte Aktivitäten nur auf Anregung oder Drängen	1	1	1	1
	• Teilweise Ablehnung gewohnter Aktivitäten	2	2	2	2
	• Ablehnung jeglicher sozialer Aktivitäten	3	3	3	3
5. Verhaltens- störungen	• Gewohntes Verhalten	0	0	0	0
	• Wiederholte Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	1	1	1	1
	• Dauernde Verhaltensstörungen bei Patientenkontakt	2	2	2	2
	• Dauernde Verhaltensstörungen ohne äußeren Anlass	3	3	3	3
Total score:		.../...	.../...	.../...	.../...

Name:	Datum:
Uhrzeit	
0. Keine Anzeichen	
1. Lautäußerungen	
Stöhnen/Klagen	
Brummen	
2. Gesichtsausdruck	
Verzerrter, gequälter Gesichtsausdruck	
Starrer Blick	
Zähne zusammengepresst (Tubus beißen)	
Augen zusammenknäueln	
Tränenfluss	
3. Körpersprache	
Ruhelosigkeit	
Massieren oder Berühren eines Körperteils	
Angespannte Muskeln	
4. Physiologische Indikatoren	
Änderungen in den Vitalzeichen	
Blutdruck/Puls	
Atemung	
Veränderung der Gesichtsfarbe	
Schwitzen/Röte	

Abb. 2 Für die Demenzpatienten sind verschiedene spezielle Schmerzskalen, z.B. die Doloplus-Schmerzskala, entwickelt worden.

„(1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben **Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.**“

(Sozialgesetzbuch V, § 37b)

5.12.2 Sterbehilfeproblematik

Der nur im Deutschen gebrauchte Begriff „Sterbehilfe“ ist vieldeutig und sollte durch die unten erläuterten Begriffe ersetzt werden.

Das Töten einer Person im Rahmen medizinischer oder pflegerischer Interventionen ist eindeutig Mord, da die notwendige Voraussetzung der Einwilligung und Freiwilligkeit fehlt.

Töten auf Verlangen wird definiert als ärztliche Handlung, die mit der Absicht erfolgt, eine Person auf deren freiwilliges und begründetes Verlangen hin zu töten, indem eine Medikation verabreicht wird. Dies ist in Deutschland nicht erlaubt.

Wird das Sterben zugelassen sollte man von der Nichteinleitung oder Nichtfortführung lebenserhaltender Maßnahmen sprechen. Hierunter werden ärztliche Unterlassungen oder der Abbruch von Maßnahmen verstanden, welche das Leben eines Menschen mit tödlicher Erkrankung verlängern würden, wie

- Wiederbelebung,
- künstliche Ernährung,
- Beatmung.

Folgende ärztliche Maßnahmen gehören nach heutiger Auffassung zu den Behandlungsmaßnahmen:

- Therapieverzicht bei aussichtsloser Prognose. Beendigung von aussichtslosen Maßnahmen
- Terminale Sedierung (terminus, lat. Grenze, Ende), d.h. Einsatz von Schmerz- und Beruhigungsmitteln zur Linderung unerträglichen Leidens in den letzten Tagen des Lebens

Diese Entscheidungen setzen die Einbeziehung aller Beteiligten voraus. Der mutmaßliche Wille des Betroffenen muss für die Ärztin/den Arzt deutlich

erkennbar sein. Am besten gelingt dies mit einer Patientenverfügung oder einem mit einer Vorsorgevollmacht legitimierten Vertrauten.

Übung

Informieren Sie sich über das Thema im Internet unter www.bmj.de

Assistierter Suizid wird als Handlung definiert, die mit der Absicht erfolgt, einer Person auf deren freiwilliges und begründetes Verlangen hin die eigenständige Selbsttötung zu ermöglichen, indem Medikamente zur Selbstverabreichung bereitgestellt werden. Da die Selbsttötung nicht strafbar ist, ist auch die Beihilfe dazu nicht strafbar.

Eine intensive gesellschaftliche Debatte wurde durch das Tätigwerden von Sterbehilfevereinen, wie Dignitas in Deutschland oder Exit in der Schweiz, ausgelöst.

Als Lösung beschloss der Bundestag am 06. November 2015 ein Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Im § 217 Strafgesetzbuch (StGB) wird die geschäftsmäßige Handlung unter Strafe gestellt. Straffrei bleibt wer nicht geschäftsmäßig handelt und entweder Angehöriger oder Nahestehender ist.

Das Gesetz ist umstritten und hat zu mehreren Verfassungsbeschwerden geführt, sodass eine Klärung durch das Bundesverfassungsgericht für 2017 in Aussicht steht.

5.12.3 Sterbephasen

Medizinische Phasen des Sterbens

Sterben und Tod sind voneinander zu unterscheiden. Der Tod steht am Ende des Sterbeprozesses, er ist abstrakt, er ist das Ende des Lebens. Sterben ist ein Teil des Lebens.

Nachdem bei einem Patienten eine infauste Diagnose (infaustus, lat. aussichtslos, unglücklich) gestellt wurde, werden medizinisch drei Phasen bis zum Tod beschrieben:

7.1.4 Migration und kultursensible Altenpflege

Migration und Alter

Übung



Tauschen Sie sich in Kleingruppen aus:

- ▶ Haben Sie oder Ihre Eltern Migrationserfahrung?
- ▶ Haben Sie Freunde, die migriert sind? Was war der Grund für die Migration?

Definition

Migration bedeutet Wanderung.

Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe, es gibt nicht „die“ Migranten, ebenso wenig wie es „die“ Deutschen gibt. Viele Migranten sind heute Einheimische und besitzen einen deutschen Pass. Für diejenigen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft haben, gilt das Ausländerrecht oder das Asylrecht, wenn sie als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind. Zu den Migranten zählen auch die Spätaussiedler: Personen deutscher Herkunft, die in den Nachfolgestaaten der GUS, in Polen, Rumänien und Ungarn sowie in der ehemaligen Tschechoslowakei und im ehemaligen Jugoslawien lebten und wieder nach Deutschland zurückgewandert sind.

Viele der heute hier lebenden älteren Migranten kamen als Arbeitsmigranten in den Jahren 1955 bis 1973, als insbesondere aus den Mittelmeerländern Arbeitskräfte als sogenannte Gastarbeiter angeworben wurden, um den westdeutschen Wirtschaftsaufschwung zu unterstützen.



Abb. 1 „Gastarbeiter“ kommen in Deutschland an

Von den rund 6,7 Millionen ausländischen Mitbürgern sind 740.000 über 60 Jahre alt, davon 56 % männlich. Es wird erwartet, dass die ältere ausländische Bevölkerung bis zum Jahr 2040 auf 2,3 Millionen anwächst.

Kultursensible Altenpflege

Integration darf nicht als Anpassung an die vorherrschende Kultur verstanden werden, sondern verlangt auch von der Aufnahmegesellschaft die Bereitschaft und **Sensibilität**, die eingewanderten Menschen und ihre Kultur besser zu verstehen und ihnen näherzukommen. Eine kultursensible Altenpflege ist deshalb ein Schwerpunkt, der sowohl von den Trägern der Altenhilfe als auch von den Altenpflegekräften verlangt, die besonderen Bedürfnisse von Migranten zu berücksichtigen.

Nimmt man das Pflegemodell von **Monika Krohwinkel** als Grundlage (▶ s. Seite 20 ff.) und betrachtet dies aus dem Blickwinkel der **kultursensiblen Altenpflege**, ergeben sich Besonderheiten bei einigen Lebensaktivitäten:

Kommunizieren können

Ältere Migranten haben oft schlechte Deutschkenntnisse. Um eine gemeinsame Kommunika-

7.2.2 Ernährung im Alter

Einflüsse auf die Ernährung

Allgemeine physiologische Veränderungen

- geringerer Energiebedarf
- vermindertes Durst- und Hungerempfinden
- Nachlassen von Geschmack und Geruch

Veränderungen im Mund- und Rachenbereich

- verminderte Speichelproduktion
- Rückbildung der Schleimhäute mit Schluckstörungen
- Zahnverlust, Kauprobleme

Allgemeine körperliche Faktoren

- Immobilität
- Einschränkung der Motorik
- Koordinationsprobleme
- Sehstörungen
- Schwäche

Krankheitsbedingte Faktoren

- Infekte
- Veränderungen der Mundschleimhaut
- Appetitlosigkeit
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfälle

Psychische Faktoren

- Verwirrtheit, Vergesslichkeit
- starke Unruhe
- Nahrungsverweigerung
- fehlende Motivation zum Kochen

Soziale Faktoren

- eingeschränkte finanzielle Ressourcen
- Wohnsituation
- Gemeinschaftverpflegung
- Hilfsbedürftigkeit

Sowohl Über- als auch Untergewicht können gesundheitliche Folge haben.

Gewichtsveränderungen im Alter sind nichts Ungewöhnliches. Sie müssen allerdings, möglichst im Wochenabstand, erfasst werden um die Hintergründe aufzudecken und eventuelle Interventionen zu ermöglichen. Ein Maß für die Beurteilung ist der sog. **Body-Mass-Index (BMI)**.

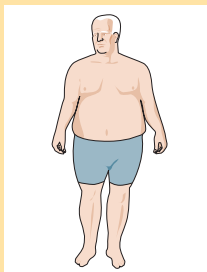
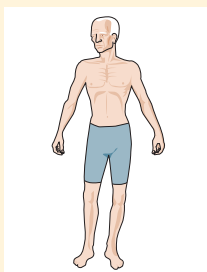
$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße} \times \text{Körpergröße (m}^2\text{)}}$$

Merke

Im Alter, d. h. über 64 Jahre, wird ein BMI von 24–29 als optimal angesehen.

Der BMI unterscheidet allerdings nicht, ob das Gewicht durch Muskelmasse oder durch Fett bestimmt wird. Zusätzlich sind also Angaben zum Fettanteil (spezielle Waagen) und zur Fettverteilung (äußere Form) erforderlich, um das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen zu bestimmen.

Dieses Problem löst das sog. **Taille-Hüft-Verhältnis**. Es beruht auf dem Ergebnis der Messung des Taillenumfanges zwischen Beckenkamm und Rippenbogen, geteilt durch das Ergebnis für den Hüftumfang an der dicksten Stelle.

<p>Übergewicht</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Bluthochdruck • Diabetes mellitus • Arteriosklerose • Gelenkverschleiß
<p>Untergewicht</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Infektionen • Dekubitalgeschwüre • erhöhtes Operationsrisiko

Tab.1 Gesundheitliche Risiken bei Über- und Untergewicht

Durchführung einer 10-Minuten-Aktivierung

Die Teilnehmer der Gruppe sollten ähnliche Interessen haben. Eine günstige Zeit ist kurz vor dem Mittagessen oder nach dem Nachmittagskaffee, wenn alle Bewohner aufgestanden sind und nicht extra geholt werden müssen.

Nach der Begrüßung mit Namen wird der Karton zum ausgewählten Thema gezeigt, um die Neugier zu wecken. Jeder darf sich etwas herausnehmen. Die Pflegekraft ergreift einen Gegenstand, befühlt ihn, riecht an ihm, veranschaulicht somit die Handlungen. Jeder untersucht nun seinen Gegenstand, während die Pflegekraft ein Gespräch in Gang zu bringen versucht, um die Erinnerungen wachzurufen. Dazu stellt sie einfache Fragen:

- Was ist das für ein Gegenstand?
- Aus welchem Material ist er? Wie fühlt er sich an? Wie riecht er? Wie hört er sich an?
- Welche Farbe hat er? Wie ist er gearbeitet?
- Wozu wird dieser Gegenstand verwendet?
- Welche Erinnerungen werden damit verbunden?

Die Antworten jedes Einzelnen werden bestätigt und positiv unterstrichen, es wird eine Atmosphäre zum Wohlfühlen geschaffen. Die Teilnehmer werden nicht korrigiert. Mit den Alltagsgegenständen können auch Bewegungsübungen durchgeführt werden: Mit Schraubenziehern können die typischen Drehbewegungen durchgeführt werden, Kaffeemühlen regen zu Mahlbewegungen an, Taschentücher können ordentlich zusammengefaltet und Kreisel in Bewegung gesetzt werden.



Abb. 1 Interessierte Teilnehmerin während einer 10-Minuten-Aktivierung

Thema der Sammlung	Materialien
Kochen und Haushalt	Geräte wie Kochlöffel, Quirl, Fleischklopfer, Spätzleschaber, Schneebesen, Fleischwolf, Kaffeemühle, Einmachgläser oder Einmachringe, Wäscheklammern, Waschbrett und Kernseife
Schule	Alte Schulbücher, Schiefertafel, Griffel, Griffelkasten, Schwamm, Kreide, Federhalter, Tinte, Füller, Bleistift, Anspitzer, Lineal, Schreibheft und Lesezeichen
Heimwerker	Werkzeug wie Handbohrer, Schraubenzieher, Hammer, Zange, Hobel, Zollstock, große Schrauben und Nägel
Handarbeiten	Unterschiedliche Stoffe und Wolle, große Knöpfe, Stopfgarn, Nähgarn, Nähseide, Twist, Fingerhut, Nadelkissen, Knöpfe, Einfädler (keine Nadeln, keine zu kleinen Knöpfe)
Kindheit	Altes Spielzeug, Puppenhaus, Puppen, Teddys, Stofftiere, Puppenherd mit Zubehör, Modelleisenbahn
Gürtel oder Handtaschen	Unterschiedliche Gürtel, verschiedene Materialien und Größen (z. B. schmaler goldener für ein Abendkleid, Ledergürtel für eine Herrenhose), unterschiedliche Handtaschen (Samttäschchen für den Theaterbesuch, weiße Ledertasche passend zum Sommerkleid)

Tab. 1 Mögliche Sammlungen zu unterschiedlichen Themen

- Ausweitung der Pflegeberatung für Betroffene und deren Angehörige
- Steigerung des Beitrags zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte

Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren

Die Entwicklung und Einführung des **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs** hatte die Gleichbehandlung von Menschen mit körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen zum Ziel. Bis dahin wurden lediglich körperliche Probleme beurteilt und Pflegestufen zugeordnet.

Seit dem **01.01.2017** greift ein **neues Begutachtungsverfahren** (Neues Begutachtungsassessment = **NBA**). Es ermöglicht durch Einschätzung in sechs Bereichen (Modulen), dass der Pflegebedarf nicht nur Defizite im körperlichen Bereich aufdeckt, sondern dass das Hauptaugenmerk auf die Erfassung der individuellen Beeinträchtigungen und der Fähigkeiten bei der selbstständigen Verrichtung alltäglicher Abläufe gerichtet ist. Somit erhalten Menschen mit demenziellen Erkrankungen oder anderen geistigen oder psychischen Einschränkungen die gleichen Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung wie Menschen mit körperlichen Defiziten.

Merke

Die Kernfragen dabei sind:
„Was kann ein Mensch noch alleine? Wobei benötigt er personelle Unterstützung?“

Durch diese Herangehensweise wird der Hilfebedarf für den Betroffenen nicht mehr wie bisher in Minuten/Pflegeaufwand eingeschätzt, sondern am **Grad der Selbstständigkeit bzw. Alltagskompetenz** ermittelt. Auch die noch vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten werden im persönlichen Gespräch erfasst und durch Punktevergabe im neuen Begutachtungsassessment fixiert.

Das Begutachtungsassessment umfasst 8 Module:

Die ersten 6 Module werden zur Einstufung in die Pflegegrade genutzt, Module 7 und 8 für weitere Pflegeplanungen bzw. Pflegeberatungen.

1. Mobilität

- u. a. körperliche Beweglichkeit, Treppensteigen, Mobilität innerhalb des Wohnbereichs

2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- u. a. Verstehen und Reden, Beteiligung an Gesprächen, Orientierung (zeitlich, örtlich, situativ), Verstehen von Sachverhalten

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

- u. a. nächtliche Unruhe, Ängste, verbale Aggressionen, Abwehr von Pflegemaßnahmen

4. Selbstversorgung

- u. a. bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden, beim Zubereiten und Aufnehmen von Essen und Trinken

5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen oder Belastungen

- u. a. selbstständiges Richten und Einnehmen von Medikamenten, selbstständige Kontrolle des Blutzuckers, Arztbesuche

6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte

- u. a. selbstständige Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Kontaktpflege zu Personen

7. Außerhäusliche Aktivitäten

- u. a. selbstständige Organisation und Teilnahme an Veranstaltungen außerhalb des eigenen Wohnraums

8. Haushaltsführung

- u. a. selbstständige Führung des Haushalts wie Einkaufen, Umgang und Planung mit Finanzen

Bei der Einschätzung und Punktevergabe in den einzelnen Modulen erfolgt eine Abstufung in:

- selbstständig,
- geringe Beeinträchtigungen,
- erhebliche Beeinträchtigungen,
- schwere Beeinträchtigungen und
- völliger / weitgehender Verlust von Selbstständigkeit.

Die Module untereinander werden unterschiedlich gewichtet (► **s. Abb. 1, Seite 426**), damit Beeinträchtigungen im körperlichen, geistigen und psychischen Bereich sachgerecht und angemessen berücksichtigt werden. Die sich daraus ergebende Punktzahl ist Grundlage für die Einstufung in die Pflegegrade.

Die fünf Pflegegrade und Überleitung von bestehenden Pflegestufen in die Pflegegrade

Seit dem 01.01.2017 ersetzen **fünf Pflegegrade** die bis dahin gängigen drei Pflegestufen (§ 15 SGB XI).

Nach Ermittlung der individuellen Punktzahl aus dem Begutachtungsassessment ergeben sich folgende Einstufungen für den Pflegegrad (▶ s. Abb. 1, Seite 426):

- **Pflegegrad 1:**
geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 2:**
erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 3:**
schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 4:**
schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit (ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
- **Pflegegrad 5:**
schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)

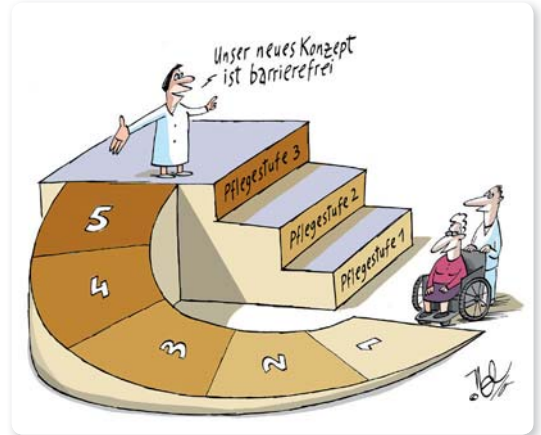


Abb. 2 Reibungsfreier Übergang in die Pflegegrade

Durch die Umstellung werden die Pflegebedürftigen, die bisher eine Pflegestufe haben, nicht schlechter gestellt. Das PSG II garantiert ihnen Leistungs- und Bestandschutz. Im Regelfall wird die Pflegestufe in den nächsthöheren Pflegegrad überführt, bei zusätzlichen Einschränkungen in der Alltagskompetenz kann eine Einstufung in den übernächsten Pflegegrad erfolgen.

Die Überleitung von Pflegestufen in die Pflegegrade und die aktuellen Sach- und Geldleistungen für die Pflegegrade sind in der nachfolgenden Abbildung veranschaulicht.

Pflegestufen (Bis 31.12.2016)	0 (+PEA)	I	I (+PEA)	II	II (+PEA)	III	III (+PEA)	Härtefall
Geldleistung	123 Euro	244 Euro	316 Euro	458 Euro	545 Euro	728 Euro	728 Euro	----
Sachleistung ambulant	231 Euro	468 Euro	689 Euro	1.144 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Sachleistung stationär	231 Euro	1.064 Euro	1.064 Euro	1.330 Euro	1.330 Euro	1.612 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro

Pflegegrade (Ab 01.01.2017)	1	2	3	4	5
Geldleistung ambulant	125 Euro	316 Euro	545 Euro	728 Euro	901 Euro
Sachleistung ambulant	----	689 Euro	1.298 Euro	1.612 Euro	1.995 Euro
Leistungsbetrag stationär	125 Euro	770 Euro	1.262 Euro	1.775 Euro	2.005 Euro

Abb. 1 Gegenüberstellung und Überführung Pflegestufen in Pflegegrade (PEA = Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz)

Bauliche Mindestanforderungen

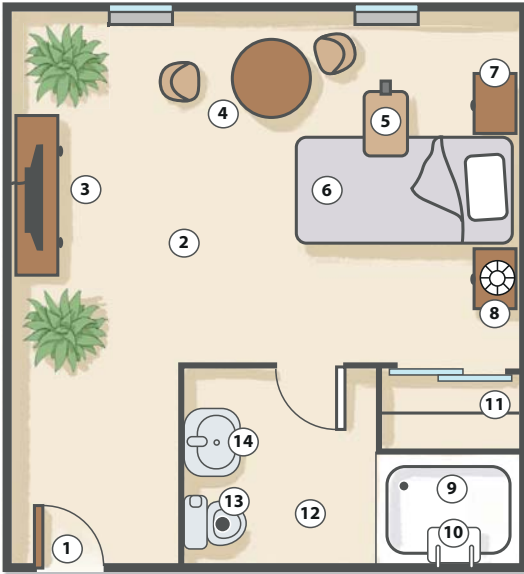


Abb. 1 Grundriss eines Bewohnerzimmers

In der **Landesheimbauverordnung** sind bauliche Mindeststandards für stationäre Einrichtungen aufgestellt.

Bei der Gestaltung der Bau- und Raumkonzepte muss vorrangig die Erhaltung von Würde, Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bewohner berücksichtigt werden. Dazu gehört eine geschützte Privat- und Intimsphäre der Bewohner. Stationäre Einrichtungen werden in erster Linie als Wohnraum betrachtet. Die Standorte stationärer Einrichtungen sollen möglichst zentral in der Gemeinde oder im Stadtteil liegen, sicher und barrierefrei erreichbar und gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden sein.

Für neue Einrichtungen gilt, dass Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Mindestgröße muss dabei 14 m² ohne Vorflur- und Sanitärbereich betragen.

Jede Einrichtung soll einen Außenbereich in Form eines Gartens, einer Terrasse oder eines Balkons zur gemeinschaftlichen Nutzung haben.

Für ältere Einrichtungen besteht eine Übergangsfrist bis zu 25 Jahren, in denen die Einrichtung angepasst werden muss.

Für kleine Einrichtungen von weniger als 15 Bewohnern und für Einrichtungen mit besonderen Konzeptionen für Schwerstpflegebedürftige bestehen Ausnahmeregelungen.

Personelle Anforderungen

In der **Landespersonalverordnung** sind personelle Anforderungen für stationäre Einrichtungen festgelegt.

Einrichtungsleitung

Jede stationäre Einrichtung muss über eine **Einrichtungsleitung** verfügen, der für die Erfüllung ihrer Aufgaben ausreichend Zeit zur Verfügung stehen muss. In großen Einrichtungen mit mehr als 90 Bewohnern wird hierfür eine Vollzeitstelle als erforderlich angesehen.

Die Einrichtungsleitung muss fachlich geeignet sein. Voraussetzung ist eine dreijährige Berufsausbildung oder ein Hochschulabschluss. Weiter wird eine mindestens zweijährige hauptberufliche Tätigkeit in einer stationären oder vergleichbaren Einrichtung gefordert. Personen, die keine Ausbildung oder kein Studium im Gesundheits- oder Sozialwesen vorweisen können, müssen außerdem eine Weiterbildung für Einrichtungsleitungen absolviert haben.

Ausschlussgründe für die Beschäftigung in einer stationären Einrichtung

Alle Beschäftigten in einer stationären Einrichtung müssen persönlich geeignet sein und ein besonders hohes Maß an Zuverlässigkeit besitzen.

In einer stationären Einrichtung dürfen keine Personen arbeiten, die wegen einer Straftat vorbestraft sind, die auf eine persönliche Unzuverlässigkeit schließen lässt. Dazu gehören insbesondere Vermögensstraftaten und Straftaten gegen Personen. Eine Vorstrafe ist jedoch nur dann ein Ausschlussgrund für eine Beschäftigung, solange sie nicht aus dem Bundeszentralregister getilgt wurde.

Der Träger einer stationären Einrichtung muss sich vor der Einstellung einer Einrichtungsleitung durch die Vorlage eines Führungszeugnisses ver-