

Gewissenskonflikte fördern. Die Pflegeassistentin möchte einfühlsam auf einen Patienten eingehen, der große Sorgen hat, und sich für diesen Patienten Zeit nehmen. Die Stationsleitung muss aber dafür sorgen, dass die Pflege aller Patienten gewährleistet ist, und untersagt ein längeres Gespräch. Die Pflegeassistentin wird sich entsprechend ihrer Entscheidung entweder vor ihrem Gewissen oder vor der Stationsleitung schuldig machen (Beispiel S. 2).

MERKE Wenn sich das Gewissen meldet, besteht häufig ein echtes ethisches Problem, welches strukturiert bearbeitet werden muss.



Abb. 1.13:
Innerer
Gewissens-
konflikt

1.3 Ethische Entscheidungsfindung in Medizin und Pflege

BEISPIEL Eine nicht umfassend orientierte (fortgeschrittene Alzheimer-Demenz) Patientin (74 Jahre) wird mit der Indikation zur operativen Entfernung eines Darmkarzinoms ins Krankenhaus eingewiesen. Da die Patientin nur sehr wenig Nahrung aufnimmt, würde postoperativ eine PEG-Sonde erforderlich werden, um die Ernährung sicherzustellen. Bisher hat sich die Patientin aber alle Zugänge gezogen und wehrt alle Nahrungsversuche ab. Auch ist zu vermuten, dass die Operation nicht eine komplette Heilung bewirken wird und die Demenz noch zusätzlich verstärkt. Zur Sicherstellung der Ernährung müsste die Patientin fixiert werden. Der selbstbestimmte Wille ist in einer Patientenverfügung formuliert und besagt, dass die Patientin keine Darmoperation möchte, wenn sie danach fixiert werden muss und der Erfolg der Operation nicht eindeutig zu bestimm-

men ist. Der behandelnde Chirurg möchte aber unbedingt die Operation durchführen. Die vom Betreuungsgericht eingesetzte Tochter schließt sich der Meinung an. Die für die Pflege verantwortliche Pflegeassistentin hält es aber für geboten, dem Willen der Patientin zu entsprechen, und beruft sich auf den ICN-Ethikkodex und das Patientenrechtegesetz vom 26. Februar 2013.

Nun sind in dieser Situation folgende Handlungssituationen möglich:

- Die Operation wird durchgeführt und die Patientin wird nach der Operation fixiert, um mithilfe einer PEG ernährt zu werden.
- Die Operation wird nicht durchgeführt und die Patientin wird palliativ und ambulant versorgt.

Aufgaben

Welche Handlungsmöglichkeit entspricht dem Willen der Patientin?

Zu welcher Handlung ist das Behandlungsteam moralisch verpflichtet?

Welche Handlung ist medizinisch geboten, um die Lebensqualität zu verbessern?

Diskutieren Sie diese Fragen in Kleingruppen.

Der niederländische Pflegewissenschaftler und Ethiker **Arie van der Arend** begreift Pflegeethik als ein „Nachdenken über verantwortliches Handeln im Rahmen der Berufsausübung von Pflegenden“. Eine vergleichbare Sichtweise gibt es auch für Ärzte. Deshalb ist es sehr wichtig, dass alle Berufsgruppen gemeinsam an der Lösung eines ethischen Problems beteiligt werden.

MERKE Die folgende Leitfrage hat auch für Pflegeassistentinnen eine große Bedeutung:

Zu welcher medizinischen/pflegerischen Handlung sind Pflegendе in einer konkreten Situation am Patienten moralisch verpflichtet?

Der ICN-Ethikkodex (S. 4) ist unmissverständlich formuliert: „Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegendе ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“

Autonomie und Fürsorge stehen miteinander in Beziehung. D.h., die fürsorgliche Zuwendung zum alten Menschen tut der Achtung vor seiner Autonomie keinen Abbruch. Im Gegenteil, sie ist vielmehr die Voraussetzung, damit die Pflegefachkraft verstehen kann, was der Wille und die Wünsche eines (alten) Menschen sind. Die Pflegeassistentin im Eingangsbeispiel versucht, entsprechend dieser Prinzipien zu handeln.

1.3.2 Ethische Konflikte am Lebensanfang

BEISPIEL Frühgeburt

Von den rund 702 000 Kindern, die im Jahr 2014 in den deutschen Krankenhäusern geboren wurden, kamen 70 000 vor Ablauf der 37. Schwangerschaftswoche zur Welt. Dann sprechen Mediziner von einer Frühgeburt. Für die meisten frühgeborenen Kinder ist das nicht weiter schlimm. Denn ob diese dann tatsächlich als Frühchen gelten, die in speziellen Behandlungseinrichtungen – sogenannten Perinatalzentren – intensiv betreut werden müssen, hängt nicht nur von der Schwangerschaftswoche ab, sondern auch vom Geburtsgewicht. Babys, die vor Ablauf der 29. Schwangerschaftswoche geboren wurden und bei der Geburt weniger als 1 500 Gramm wiegen – das waren im Jahr 2014 rund 9 000 Kinder –, gelten als Risikopatienten, die nicht mehr auf normalen Geburtsstationen versorgt werden sollten ... Sofort nach der Geburt kommen die Frühchen in einen Inkubator, einen Brutkasten. Denn ihre unfertigen Körper brauchen viel mehr ärztliche, pflegerische und medizintechnische Hilfe als reife Neugeborene. Ein Inkubator ist ein Kasten aus Plexiglas mit 35 x 60 cm Kantenlänge und großen Löchern in der Seite, durch die man ins Innere fassen kann. Der Hightech-Brutkasten hat es in sich: Er filtert die Luft, reichert sie mit Sauerstoff und Feuchtigkeit an und hält die Körperwärme der Kinder bei konstanten 37 Grad – ein Mikroklima, das der Gebärmutter nachempfunden ist.

Bei der Geburt können die plötzlichen Druckunterschiede die Gefäße überfordern, sie platzen. Weiten sich Blutungen bis in das Hirngewebe aus, sind bleibende Behinderungen möglich. [3]



Abb. 1.16: Frühgeburt in der 26 SSW mit 990 g

MERKE Viele Frühchen können sich dank des medizinischen Fortschritts und intensiver Betreuung ganz normal entwickeln.

Mögliche Komplikationen nach einer Frühgeburt:

- Es können Hirnblutungen auftreten. Folgen der Blutungen sind häufig Intelligenzminderungen unterschiedlichen Ausmaßes, Bewegungsstörungen und Krampfleiden.
- Augen und Lunge sind besonders anfällig für Schädigungen.
- Eine Netzhautablösung kann schlimmstenfalls zur Erblindung führen.
- Viele Frühchen müssen maschinell beatmet werden, weil die Lunge noch sehr unreif ist.
- Später ergeben sich möglicherweise Wachstumsstörungen, Asthma oder mangelnde Leistungsfähigkeit.

In der Leitlinie „Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit“ (Stand: 30.04.2014, gültig bis 28.02.2018) ist folgender Satz formuliert:

„Bei Entscheidungen über Maßnahmen zu Lebenserhaltung und Wiederbelebung bei extrem früh geborenen Kindern sind dieselben rechtlichen Rahmenbedingungen und ethischen Aspekte zu beachten wie bei allen anderen medizinischen Entscheidungen.“

Damit wird klar zum Ausdruck gebracht, dass auch hier der Prozess einer ethischen Entscheidungsfindung unverzichtbar ist. Es gibt nur einen entscheidenden Unterschied: Das Frühgeborene kann seiner Autonomie noch keinen Ausdruck verleihen. Die Eltern sind die Ansprechpartner für den ethischen Entscheidungsprozess.

TIPP Beratung bei Frühgeburt:
<http://www.fruehgeborene.de>

TIPP Mehr Informationen zur Barrierefreiheit unter: <http://www.barrierefreiheit.de>

Ab einem gewissen Grad der Behinderung (GdB) kann ein **Schwerbehindertenausweis** beim Versorgungsamt beantragt werden. Ein Mensch gehört zu den schwerbehinderten Menschen, wenn ein Grad der Behinderung von mindestens 50 (GdB 50) vorliegt. Bei einem Grad der Behinderung ab 20 bekommt man einen Feststellungsbescheid. Antragsformulare sind bei den Versorgungsämtern oder den Bezirksämtern erhältlich. Der Besitzer eines Schwerbehindertenausweises erhält zum Ausgleich seiner Einschränkungen einige Vergünstigungen, z. B. 5 Tage mehr Urlaub ab GdB 50.

Für körperlich eingeschränkte Kinder wurde eine spezielle Körperbehindertenpädagogik (Lehre von der Erziehung und Bildung) entwickelt sowie spezielle Fördereinrichtungen und Berufsausbildungen.

1.4.2 Geistige Behinderung

In Deutschland leben nach Schätzungen der WHO ca. 450 000 Menschen mit geistiger Behinderung.

Was versteht man unter **geistiger Behinderung**? Es existieren viele Definitionen. Das medizinische Klassifikationssystem geht nicht von geistigen Behinderungen aus, sondern von **Intelligenzminderung**.

DEFINITION Eine **Intelligenzminderung** ist ein: „Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. (...)“ [7]

Ursachen zur Entwicklung einer geistigen Behinderung können sein:

- Frühgeburt
- genetische Faktoren
- Umweltgifte, Alkohol, bestimmte Medikamente während der Schwangerschaft
- Unfälle während der Schwangerschaft
- Infektionserkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, z. B. Röteln, Herpes simplex
- Infektionskrankheiten des Kindes, z. B. Enzephalitis

Eine Behinderung hat immer auch eine **soziale Dimension**. Die Menschen einer Gesellschaft erwarten ein bestimmtes Verhalten voneinander. Bei einer geistigen Behinderung kann das Verhalten von der Norm abweichen, was zu Konflikten führen kann. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Ursachen für abweichendes Verhalten offen anzusprechen.

Ein Mensch mit geistiger Behinderung muss immer als Mensch respektiert werden, der die Welt aus für ihn sinnhaften Erfahrungen sieht und dementsprechend handelt. Er ist ein gleichberechtigtes Mitglied unserer Gesellschaft. Aus dieser Einsicht resultiert der Gedanke der **Inklusion**.

1.4.3 Inklusion

Inklusion ist ein Menschenrecht. Inklusion bedeutet, dass kein Mensch ausgeschlossen, ausgegrenzt oder an den Rand gedrängt werden darf [8]. Im Gegensatz zu Integration heißt Inklusion, dass niemand außerhalb der Gesellschaft steht. Menschen mit Behinderungen sind von Anfang an gleichberechtigter Teil der Gesellschaft. Der Fokus der Inklusion liegt damit auf der Verschiedenheit menschlichen Daseins. Verschiedenheit bedeutet gleichzeitig Vielfalt. Aus dieser Vielfalt schöpft die Gesellschaft nicht nur ihre Kraft, sondern auch die Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln. Folgt man diesem Ansatz konsequent, ist Behinderung nur ein Merkmal von Individualität, so wie der Fingerabdruck eines Menschen oder seine Haarfarbe ein Merkmal von Individualität ist.

Daraus resultiert ein anderes Verständnis von Normalität: Normal in einer Inklusionsgesellschaft ist allein die Tatsache, dass es keine Normalität gibt. „Normal“ ist, dass die Menschen unterschiedlich sind. Diese Unterschiede werden als Bereicherung aufgefasst.

In letzter Konsequenz würde eine selbstverständlich gelebte Inklusion den Begriff „Behinderung“ nach der heutigen Bedeutung überflüssig machen, da eine Behinderung eben nur eines, aber kein besonderes, von vielen menschlichen Merkmalen wäre.

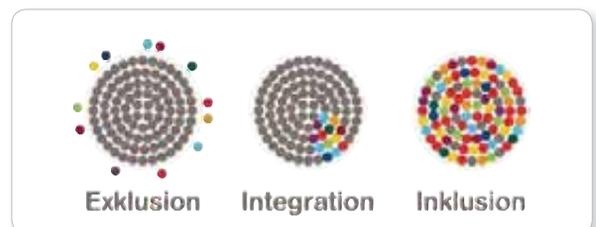


Abb. 1.19: Unterschied Exklusion, Integration, Inklusion

DEFINITION **Pflegebedürftig** im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen (SGB XI, § 14).

Pflegestärkungsgesetz II

Seit Januar 2017 sind durch das neue **Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)** und ein **neues Begutachtungsverfahren** (Neues Begutachtungsassessment = **NBA**) die bisherigen Pflegestufen in **fünf Pflegegrade** eingeteilt worden. Die Einstufung in einen Pflegegrad erfolgt durch eine Begutachtung in acht Bereichen. Von diesen acht Bereichen fließen jedoch nur sechs in die Bewertung ein. In diesen wird der jeweilige Grad der Selbstständigkeit gemessen und mit unterschiedlicher Gewichtung zu einer Gesamtbewertung zusammengeführt. Körperliche, geistige und psychische Einschränkungen werden gleichermaßen erfasst und in die Einstufung einbezogen.

Einstufungsverfahren:

Leistungen aus der Pflegeversicherung werden nur auf Antrag des Versicherten gewährt. Deshalb besteht der erste Schritt für den Pflegebedürftigen immer darin, einen **Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad** bei seiner Pflegekasse zu stellen. Im Anschluss an diesen Antrag erfolgt eine Begutachtung des Pflegebedürftigen mit dem **Neuen Begutachtungsassessment (NBA)** durch den MDK vor Ort, in der Regel also in der häuslichen Umgebung. Bei dieser Begutachtung werden die Fähigkeiten der Menschen in den folgenden acht Lebensbereichen begutachtet. Aufgrund dieser Begutachtung erfolgt die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade. In den einzelnen Bereichen werden je nach Schweregrad der Beeinträchtigungen Punkte vergeben, zusammengezählt und gewichtet, da die einzelnen Bereiche mit unterschiedlichem Gewicht in die Gesamtbewertung einfließen. Eine Besonderheit sind die Bereiche 2 und 3. Hier wird nur der Bereich mit dem höheren Punktwert in die Berechnung einbezogen.

Eine Zeiterfassung spielt in der neuen Begutachtung für die Einstufung keine Rolle mehr.

Folgende Bereiche werden begutachtet und fließen in die Gesamtbewertung mit ein:

1. Mobilität (10 %)
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten (ggf. 15 %)
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen (ggf. 15 %)
4. Selbstversorgung (40 %)
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 %)
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 %)

Neben diesen sechs Bereichen werden noch zwei weitere Bereiche begutachtet. Das Ergebnis dieser Begutachtung fließt aber nicht in die Gesamtbewertung ein. Es sind die Bereiche 7. außerhäusliche Aktivitäten und 8. Haushaltsführung.

In diesen beiden Bereichen können die Pflegebedürftigen in Bezug auf weitere Angebote oder Sozialleistungen beraten werden. Die Pflegekräfte erhalten wichtige Informationen für die Gestaltung einer individuell angepassten Pflegeplanung.

Erhält ein Pflegebedürftiger bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung, die vor 2017 galt, wird per Gesetz automatisch in das neue System übergeleitet. Es muss also kein neuer Antrag auf Begutachtung gestellt werden. Die Leistungen erfolgen weiterhin mindestens in gleichem Umfang, die meisten Betroffenen erhalten sogar deutlich mehr.

Konkret bedeutet dies:

- Menschen mit ausschließlich körperlichen Einschränkungen werden automatisch in den nächsthöheren Pflegegrad übergeleitet, z. B. Pflegestufe I wird in Pflegegrad 2, Pflegestufe III in Pflegegrad 4 übergeleitet.
- Menschen mit geistigen Einschränkungen kommen automatisch in den übernächsten Pflegegrad, z. B. Pflegestufe 0 in Pflegegrad 2, Pflegestufe II mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Pflegegrad 4.

MERKE Pflegebedürftige sollen selbst darüber entscheiden, wie und von wem sie gepflegt werden möchten. Sie haben deshalb die Möglichkeit, Sachleistungen (Hilfe von Pflegediensten) oder Geldleistung zu beantragen und nach Genehmigung in Anspruch zu nehmen.

MERKE Erforderliche Pflege ist nicht Aufgabe eines Betreuers.

Gerichtliche Genehmigung

Auch der Betreuer kann überfordert sein, wenn Entscheidungen anstehen, die gravierende Konsequenzen haben können, z. B. eine Operation. Für diese Fälle sieht das Gesetz eine Genehmigung durch das Betreuungsgericht vor. Eine Ausnahme besteht lediglich bei einer lebenserhaltenden Notoperation.

Beendigung einer Betreuung

Die Betreuung endet

- mit dem Tod des Betreuers,
- auf Antrag des Betreuten oder
- wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Vorsorgeverfügungen

Um die Einrichtung einer Betreuung zu vermeiden oder um eine Vertrauensperson als Betreuer zu bekommen, sollte man rechtzeitig Vorsorge durch entsprechende Verfügungen treffen (Abb. 3.12). Zu unterscheiden sind:

Betreuungsverfügung

In einer Betreuungsverfügung kann der Wunsch geäußert werden, wer bei Einrichtung einer Betreuung als Betreuer bestellt werden soll. Es können auch Anweisungen zur Gestaltung der Betreuung festgelegt werden.

Vorsorgevollmacht

In diesem Dokument wird einer oder mehreren Vertrauenspersonen umfassende Vollmacht für die eigene Gesundheitsfürsorge und Vermögensverwaltung gegeben. Auch hier können für den Fall einer Betreuung entsprechende Anordnungen getroffen werden.

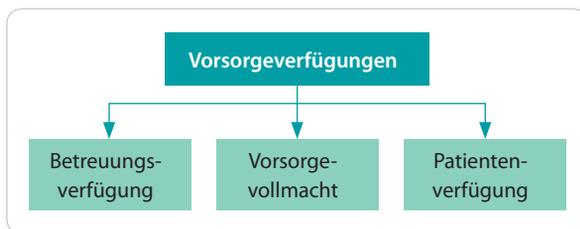


Abb. 3.12: Vorsorgeverfügungen

Patientenverfügung

Mit einer Patientenverfügung werden Fragen der **medizinischen Versorgung** für den Fall geregelt, dass der Betroffene sich in einer Behandlungssituation nicht mehr äußern kann (z. B. Koma oder Demenz). In der Verfügung müssen Vorgaben gemacht werden zu Art und Umfang der Behandlung sowie dem Ausschluss lebenserhaltender Techniken (z. B. Beatmung, Dialyse).

TIPP Hilfe bei der Formulierung unter www.patientenverfuegung.de. Ein zentrales Vorsorgeregister stellt sicher, dass die Patientenverfügung berücksichtigt wird: www.vorsorgeregister.de.

3.4.3 Heimrecht

1975 trat das erste **bundesweite Heimgesetz** in Kraft, welches 1990 novelliert wurde. Dennoch gab es weiterhin Klagen über die unzureichende Qualität in Heimen. Ein neues, völlig überarbeitetes Heimgesetz wurde zum 1. Januar 2002 in Kraft gesetzt.

Als Folge der Föderalismusreform vom September 2006 ist seither die Zuständigkeit für die ordnungsrechtlichen Fragen des Heimrechts, wie Voraussetzungen für den Betrieb, bauliche und personelle Mindestanforderungen sowie die staatliche Aufsicht, auf die Bundesländer übergegangen. Für Bereiche, die in den Landesgesetzen fehlen, gelten die bisherigen Bundesregelungen.

Regelungen zu Verträgen zwischen Trägern und Bewohnern sind im bundesweit geltenden **Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz** enthalten.

Der stigmatisierende und veraltete Begriff des Heims verschwindet in den neueren rechtlichen Regelungen immer mehr und wird durch die Benennung der einzelnen Wohnformen, insbesondere der stationären Einrichtung, ersetzt. Dies spiegelt sich auch in der Benennung der meisten Gesetze und Verordnungen der einzelnen Bundesländer wider (Tab. 3.5).

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

Präparat als auch nach der Art der potenziellen Keimbeseidlung.

Schutzhandschuhe

Das Tragen von Schutzhandschuhen ist in der Pflege in vielen Situationen Pflicht, schützt jedoch nicht grundsätzlich vor der Verbreitung von Keimen und somit vor nosokomialen Infektionen. Erst in der Kombination mit der hygienischen Händedesinfektion stellt diese Maßnahme einen wirksamen Schutz dar.

Obwohl Handschuhe nach modernsten Herstellungsverfahren gefertigt werden, führt das Tragen von Handschuhen oft zu einer Irritation (Reizung) der Haut. Auf lange Zeit werden sehr häufig Hautschäden oder Allergien ausgelöst.

Grundsätzlich gilt für das Tragen von Schutzhandschuhen:

- Schutz- und OP-Handschuhe sind wegen des Risikos der Hautschädigung nur auf vollständig trockenen Händen anzulegen und nur so oft und lange wie nötig zu tragen.
- Bei Kontamination und Durchfeuchtung müssen die Handschuhe gewechselt werden.
- Ungepuderte Handschuhe sind generell hautverträglicher als gepuderte.
- Gepuderte Latexhandschuhe sind wegen der hohen Allergiegefahr verboten.
- Vor dem Anlegen und nach Ablegen der Handschuhe ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen, um eine Keimverschleppung zu vermeiden.

TIPP Pflegende tragen

- Handschuhe zum Selbstschutz, z. B. beim Entsorgen von Körperausscheidungen,
- Haushaltshandschuhe zum Schutz der Haut bei der Flächendesinfektion oder Reinigungsarbeiten,
- sterile Handschuhe zum Schutz des Patienten, z. B. beim Verbandwechsel.

An- und Ausziehen steriler Handschuhe

Sterile Handschuhe werden so angezogen, dass dabei die Außenfläche nicht mit den Händen berührt und somit nicht kontaminiert wird. Beim Ausziehen ist ebenfalls darauf zu achten. Dies erfordert eine spezielle Technik, die vor dem ersten „echten“ Einsatz geübt werden sollte.

MERKE Vor dem Anlegen steriler Handschuhe zunächst den Arbeitsplatz vollständig einrichten, dann die Hände desinifizieren und gut trocknen lassen. Sind die Hände feucht, fällt das Anziehen schwer und die Sterilität bleibt nicht gewährleistet.



1. Handschuhbriefchen aus der Umverpackung entnehmen und aufklappen. Briefchen nur an den Rändern berühren.
2. Handschuhbriefchen an den umgeklappten Rändern auseinanderfalten. Achtung! Schlägt das Papier zurück, gelten die Handschuhe nicht mehr als steril.



3. Briefchen wie ein Buch aufschlagen. Handschuhe liegen mit den Daumen nach oben.
4. Mit den Fingerspitzen einen Handschuh am umgeschlagenen Rand greifen, mit der anderen Hand (Handfläche zeigt nach oben) in den Handschuh gleiten.
5. Handschuh hochziehen.



6. Mit der behandschuhten Hand unter den umgeklappten Rand des anderen Handschuhs greifen, Daumen abstreifen und mit der anderen Hand in den Handschuh gleiten.



7. Rand über das Handgelenk ziehen.



8. Ggf. Finger oder Sitz der Handschuhe korrigieren.

TIPP Anziehen von sterilen Handschuhen und weitere berufliche „Tipps von Dr. Findig“ finden Sie auch auf www.klinikfinder.de

Vier Minuten für Heinz

Alte Menschen brauchen Zuwendung, doch die Pflege ist durchgetaktet. Wie Chef und Mitarbeiter eines Pflegedienstes mit diesem Dilemma umgehen.

Es ist 6.34 Uhr, als Patrick Scheithauer in ein fremdes Schlafzimmer tritt und das Licht anschaltet. Vor dem 26-Jährigen liegt unter Federbetten mit Blümchenbezug ein altes Ehepaar. „Guten Morgen, Heinz“, sagt Scheithauer leise. Die Frau rührt sich nicht, doch der Mann ist wach und streckt seine Hand aus. „Patrick!“ – „Gut geschlafen?“ – „Ja.“ Scheithauer schlägt die Bettdecke am Fußende zurück und zieht dem Mann Kompressionsstrümpfe an. Dann Socken darüber. „Tschüss, Heinz, bis morgen“, sagt er. Noch einmal geben sie sich die Hand. Um 6.38 Uhr tritt er bereits ins nächste Schlafzimmer. Fünf Patienten besucht er in diesem Haus für betreutes Wohnen. Insgesamt braucht er dafür 15 Minuten. Auf seinem Smartphone hakt er alle Arbeitsschritte ab, die er erledigt hat.

(...) Der Pflegemanager Jakob ruft auf dem Bildschirm vor sich ein Programm mit Patientendaten

auf. Für die Pflegezeiten gibt es wie bei einem Konto eine Soll- und eine Ist-Spalte. Was Patrick Scheithauer geleistet hat, wird hier aufgeführt: Bei einem Patienten war er heute von 9.52 bis 10.24 Uhr. Das sind 32 Minuten, vorgesehen waren aber 25. Der Mann ist groß und schwer, ihn zu waschen, ist nicht einfach. Scheithauer hat außerdem ein wenig mit der Frau des Patienten geredet – über das Geburtstagsgeschenk für ihren Enkel, das sie gerade in Geschenkpapier einpackte. Sie freute sich, ein paar Worte zu wechseln, denn mit ihrem dementen Mann kommt sie nur selten raus. Als Scheithauer ging, war er sieben Minuten im Minus.

(...) In der Pflege trifft aufeinander, was nicht zusammenpasst. Auf der einen Seite stehen Menschen, denen das Alter die Muskeln von den Beinen frisst, den Rücken krümmt, die Hände steif werden lässt. Die oft einsam sind und geduldige Zuwendung brauchen. Auf der anderen Seite stehen die Zahlen: die Minuten und Stunden im Computerprogramm. [1]

Aufgaben

Bilden Sie Kleingruppen zu je 4 Personen und nummerieren Sie die Gruppen. Bearbeiten Sie anschließend den Arbeitsauftrag.

Versetzen Sie sich in die Lage des Pflegebedürftigen Heinz (Gruppen mit ungerader Nummer) oder des Pflegers Patrick (Gruppen mit gerader Nummer). Wie zufrieden wären Sie mit der geschilderten Begegnung? Hätten Sie sich einen anderen Verlauf gewünscht? Schildern Sie diesen.

Suchen Sie eine Gruppe, die sich in die Lage der anderen Person versetzt hat, und tauschen Sie sich über Ihre Ergebnisse aus. Fassen Sie die Gemeinsamkeiten und Unterschiede stichwortartig zusammen.

5.1 Miteinander kommunizieren

Im Pflegealltag dient Kommunikation unterschiedlichen Zielen:

- Kontakte knüpfen
- Beziehungen pflegen
- Pflegehandlungen begleiten
- Informationen geben
- Probleme lösen
- Angehörige begleiten



Abb. 5.1: Im Pflegealltag gibt es viele Gelegenheiten und Anlässe für Gespräche.

6.2.4 Kinästhetik

DEFINITION **Kinästhetik** (auch Kinaesthetics, griech. kinesis = Bewegung und aesthesis = Wahrnehmung): „Kunst von der Bewegungswahrnehmung“

Die **Kinästhetik** hat ihren Einzug in die Kranken- und Gesundheitspflege Mitte der 1980er-Jahre gefunden. Kinästhetik ist ein Konzept, das Vorteile für den Patienten und die Pflegenden bietet. Sie ist ein Bewegungskonzept, dessen Ziel darin besteht, die Beziehungsaufnahme zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegenden zu verbessern und ihre Handlungsfähigkeit zu erweitern.

Pflegende erfahren eine Entlastung durch die Möglichkeit, Bewegungsabläufe mit möglichst geringem Kraftaufwand und in rückschonender Weise durchführen zu können. Statt mit hohem Kraftaufwand durch die Pflegenden aus dem Bett in den Stuhl gesetzt zu werden, kann ein Pflegebedürftiger z. B. über die Seitenlage zum Sitzen gebracht werden oder auch auf dem Umweg über die Bauchlage aufstehen. Die Eigenbeweglichkeit des Pflegebedürftigen wird optimal genutzt.

Bewegungsabläufe, z. B. das Drehen einer Person im Bett, werden in diesem Konzept über die Verlagerung der einzelnen Massen (Abb. 6.19) realisiert. Die Massen des Pflegebedürftigen werden angefasst und die Zwischenräume genutzt, um auch stark bewegungseingeschränkte Personen optimal und rückschonend passiv zu bewegen.

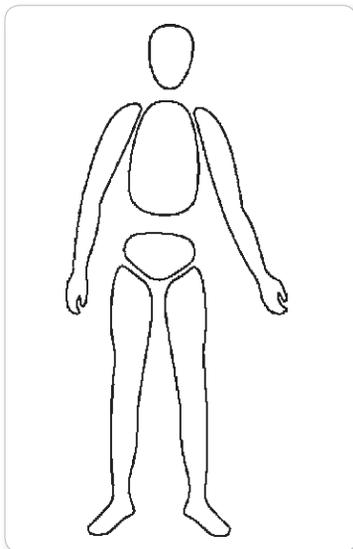


Abb. 6.19:
Massen und
Zwischenräume in der
Kinästhetik

In der Kinästhetik werden komplexe Bewegungsabläufe in einzelne Bewegungsschritte aufgeteilt. Der Pflegebedürftige wird also nicht als Ganzes bewegt, sondern in Teilen von einer Position in die nächste gebracht. Es werden die Bewegungsressourcen, die der Pflegebedürftige besitzt, sowie die Tatsache, dass Teile leichter zu bewegen sind als das Ganze, genutzt.

TIPP Erfahrungen mit Kinaesthetics

- Die Erfahrungen einer pflegebedürftigen Frau mit Kinästhetik: <https://www.youtube.com/watch?v=NiM1KO5xAO4> (9.1.2015).
- European Kinaesthetics Association: <https://www.youtube.com/user/KinaestheticsEurope>

6.2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die **Ziele betrieblicher Gesundheitsförderung** sind:

- Verringerung der Arbeitsbelastung
- Verringerung von arbeitsbedingten Beschwerden
- Absenkung des Krankenstands
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit
- Erhöhung der Arbeitsleistung

Der Krankenstand in einer Einrichtung hat wahrscheinlich nicht nur medizinische Ursachen, sondern hängt auch von der Einstellung und der Motivation der Mitarbeiter ab. Wer sich in seiner Arbeit ernst genommen fühlt und Wertschätzung erfährt, ist womöglich auch bereit, bei kleineren Befindlichkeitsstörungen seiner Arbeit nachzukommen. Bei schlechten Arbeitsbedingungen hingegen würde er sich vielleicht schon bei einer leichten Erkältung krankschreiben lassen.

Aus diesem Grund spielen die **Arbeitsbedingungen** in einem Betrieb eine wichtige Rolle. Wesentliche Faktoren sind:

- Zeitrahmen der Tätigkeit (Schichtsystem, Feiertagsarbeit)
- Führungsverhalten der Vorgesetzten
- Art der Tätigkeiten
- Möglichkeit, auf die eigene Arbeit Einfluss zu nehmen und sie mitzugestalten
- Stress durch Überforderung

Arbeitsabläufe sollten gestaltbar, beeinflussbar und vor allem verstehbar sein. Dies erhöht die Motivation für die Arbeit, die Arbeitsbereitschaft steigt und Fehlzeiten sinken.



Abb. 7.4: Russlanddeutsche Spätaussiedler

Aufgaben

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?

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.

Von den im Jahre 2013 rund 15 Millionen deutschen und ausländischen Mitbürgern mit Migrationshintergrund sind 1,5 Millionen über 65 Jahre alt, davon 48 % männlich. Es wird erwartet, dass die ältere Bevölkerung mit Migrationshintergrund bis zum Jahr 2040 auf 2,3 Millionen anwächst. [5]

Menschen kultursensibel pflegen

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 Pflege ist deshalb ein Schwerpunkt, der sowohl von den Trägern als auch von den Pflegekräften verlangt, die besonderen Bedürfnisse von Migranten zu berücksichtigen.

Nimmt man das Pflegemodell von **Monika Krohwinkel** als Grundlage (S. 28) und betrachtet dies aus dem Blickwinkel der **kultursensiblen Pflege**, ergeben sich Besonderheiten bei einigen Lebensaktivitäten:

Kommunizieren können

Ältere Migranten haben oft schlechte Deutschkenntnisse. Um eine gemeinsame Kommunikationsbasis zu finden, ist deshalb der Einsatz von Dolmetschern, von bildlichen Darstellungen oder von nonverbaler Kommunikation zu erwägen. Zu beachten ist jedoch, dass Mimik und Gesten in unterschiedlichen Kulturen verschieden sind.

BEISPIEL



Abb. 7.5: Diese Geste hat unterschiedliche Bedeutungen

- in Nordamerika, in Teilen Europas: „o.k.“, „gut so“
- in Frankreich, Belgien: „null“, „wertlos“
- in Japan: „Geld“
- in Tunesien, Griechenland, der Türkei und in Russland ist dies eine sehr obszöne Geste

Sich bewegen können



Abb. 7.6: Türkische Seniorin im Pflegeheim

Das Bild von mobilen Senioren, die bis ins hohe Alter sportlich aktiv sind, wird nicht von allen Kulturen geteilt. Dort, wo Alter mit Würde gleichgesetzt wird, können aktivierende Angebote wie Senioren-

- Welche Angebote gibt es?
- Wann kann ich in Gesellschaft sein oder auch alleine etwas tun?

Somit bietet die Tagesstruktur einen Rahmen, der die Orientierung erleichtert und Sicherheit gewährt (Abb. 7.10).

Tages- und Wochenpläne

Im **Tages- oder Wochenplan** werden verschiedene Angebote einer Einrichtung aufgeführt. Sie sind an den unterschiedlichen Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einschränkungen der Bewohner ausgerichtet. Es werden gemeinschaftsorientierte Gruppen und individuelle Aktivitäten angeboten.

Der Plan muss strukturiert und übersichtlich gestaltet sein und in lesbarer großer Schrift gut sichtbar an einem zentralen Ort aufgehängt werden.

Angebote für bettlägerige Bewohner

Die **Aktivierung von Bettlägerigen** ist noch notwendiger als die Beschäftigung mit mobilen älteren Menschen. Sie brauchen Anregungen ihrer Sinne, geistige Aktivierung und körperliche Bewegung.

Zur Anregung der Sinne wird die Umgebung des Bettes nach den Prinzipien der **Basalen Stimulation**[®] (S. 534) gestaltet. Der Bettlägerige wird, so oft es geht, aus dem Zimmer in Gemeinschaftsräume geschoben, die Zimmertür bleibt hin und wieder geöffnet, damit die Außenwelt auch wahrgenommen werden kann. Mitbewohner können motiviert werden, Bettlägerige zu besuchen.



Abb. 7.11: Geistige Aktivierung

Viele der üblichen Beschäftigungsangebote eignen sich auch für Bettlägerige. Es sollte täglich eine Einzelaktivierung angeboten werden. Es eignen sich:

- Brett-, Karten- und Gedächtnisspiele
- gemeinsam Fotos anschauen, vorlesen oder gemeinsam singen
- interessenorientierte Rundfunk- und Fernsehsendungen

Allgemeine Planungskriterien für tagesstrukturierende Maßnahmen

Folgende Planungsschritte sind nötig, um ein Angebot erfolgreich durchzuführen.

Vorüberlegungen

- Auswahl
- Anleitungsgrundlagen (Bastelanleitung, Gymnastikübungen, Spielanleitung, Liedgut etc.)
- Zielstellungen (allgemeine und angebotsspezifische)
- Zeitplanung
- Teilnehmer (Anzahl, Interessen, Ressourcen und Einschränkungen)

Vorbereitung

- Sachbezogene Vorbereitung
 - Einladung (Aushang, persönliche Einladung), Materialien zusammenstellen
 - Räumlichkeit vorbereiten (Licht, Raumtemperatur, ggf. Stolperstellen beseitigen, ggf. Sitzordnung)
 - Getränke bereitstellen
- Personenbezogene Vorbereitung
 - Hilfsmittel (Brille, Hörgeräte)
 - persönliche Utensilien (Taschentuch, kleine Tasche ...)
 - Toilettengang vor dem Angebot ermöglichen

Durchführung

- Begrüßung der Teilnehmer
- Erläuterung des Angebots
- Durchführung, Motivation und ggf. Hilfestellung, Ausklang des Angebots

Nachbereitung, Auswertung

- Aufräumen, ggf. mit Unterstützung der Teilnehmer
- Teilnehmer in ihre Zimmer begleiten, Auswertung anhand der Zielstellungen

Betten und Wäschewechsel mit einem bettlägerigen Patienten

	<ul style="list-style-type: none"> • Materialien vorbereiten und Grundsätze dabei beachten (S. 166) • Bett auf Arbeitshöhe bringen und Arbeitsfreiheit schaffen • Ablagefläche für Kissen und Bettdecke schaffen • Kissen und Decke entfernen, falls vom Pflegebedürftigen toleriert, ggf. kleines Kopfkissen anbieten
	<ul style="list-style-type: none"> • Kopfteil so flach wie möglich stellen, Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen beachten • Den Pflegebedürftigen zur Seite drehen und sicher halten • Laken auf der freien Seite ausspannen und zum Rücken des Bewohners hin einrollen • Neues Laken auf der Arbeitsseite einspannen, danach längsseitig einrollen und dicht bis an den Rücken des Pflegebedürftigen vorschieben • Bei Verwendung eines Stecklakens oder einer Vliesunterlage wird diese mit eingespannt und eingerollt
	<ul style="list-style-type: none"> • Den Pflegebedürftigen vorsichtig über die Rolle hinweg zur anderen Seite drehen und halten • Das benutzte Laken und ggf. die Unterlage herausziehen und im Wäschesack bzw. im Abfallbehälter entsorgen • Das frische Laken (und ggf. Stecklaken oder Vliesunterlage) zur freien Seite hin glatt ziehen und einspannen • Ggf. prophylaktische Maßnahmen durchführen • Person wieder zurückdrehen • Kopfteil hochstellen
	<ul style="list-style-type: none"> • Dauberer Nachthemd oder Schlafanzug anziehen • Kopfkissen und Lagerungsmittel positionieren • Bettdecke richten • Nach Wohlbefinden und Wünschen fragen • Nachtschrank zurückstellen • Benötigte Gegenstände in Reichweite stellen, Getränk anbieten • Zimmer lüften, Blick durch das Zimmer: „Alles okay?“ • Material nachbereiten

Tab. 9.6: Wäschewechsel von der Seite

Wünschenswert ist die Ausstattung des Raums mit persönlichen Bildern, Mobiles und Pflanzen, die als Sinnesreiz dem mitunter monotonen Alltag entgegenwirken sollen. Es ist darauf zu achten, dass die Gegenstände auch aus dem Sichtfeld des im Bett liegenden Menschen wahrgenommen werden. Eine zusätzliche Anregung bietet der freie Ausblick aus dem Fenster. Bei der farblichen Gestaltung des Zimmers und z.B. auch der Bettwäsche sind freundliche, helle Töne zu wählen.

Zur **Ausstattung eines Pflegebetts** gehören:

- Matratze (übliche Größe 90 x 200 cm)
 - aus Schaumstoff in verschiedenen Härtegraden
 - Spezialmatratzen, z. B. Antidekubitusmatratze
- Matratzenschutzbezug, z. B. bei Inkontinenz oder starkem Schwitzen
- Kopfkissen, Bettdecke aus waschbaren (bis 95 °C) Synthetikmaterialien
- Beistelltisch, Nachttisch

Der Pflegeprozess in vier Schritten

Die wichtigste „Neuheit“ bei der Strukturierten Informationssammlung besteht darin, den Pflegeprozess in vier Schritten darzustellen (Abb. 10.8). Gleichwohl ist der vierschriftige Pflegeprozess an sich nicht neu – die Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet ihn nämlich auch.

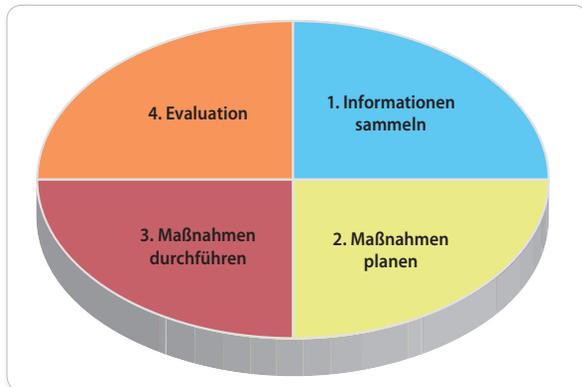


Abb. 10.8: Der vierschriftige Pflegeprozess der WHO

Im Vergleich zum sechsschriftigen Pflegeprozess fehlen beim vierschriftigen Pflegeprozess folgende Schritte:

- Pflegeprobleme und Ressourcen benennen
- Pflegeziele festlegen

Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Pflegenden sich nach der Informationssammlung keine Gedanken über Probleme und Ressourcen machen. Auch streben die Pflegenden trotzdem ein Pflegeziel an. Der Grund dafür, dass die beiden oben genannten Schritte hier fehlen, ist vielmehr: Diese Schritte sollten selbstverständlich sein und aufgrund des Fachwissens der Pflegenden immer mitgedacht werden. Zeigt sich bei der Informationssammlung beispielsweise, dass der Pflegebedürftige eine verstopfte Nase hat und im Gespräch immer wieder pausieren muss, weil ihm das Luftholen schwerfällt, brauchen Pflegenden nicht lange zu überlegen: Aufgrund ihres Fachwissens ist ihnen schnell klar, dass der Pflegebedürftige

- a) ein **Problem** mit einer erschwerten Atmung hat und dass
- b) das **Pflegeziel** darin besteht, dem Pflegebedürftigen die Atmung so weit wie möglich zu erleichtern.

Strukturierte Informationssammlung (SIS)

Die **Strukturierte Informationssammlung (SIS)** wird im Rahmen des Erstgesprächs bzw. der Anamnese eingesetzt. Sie umfasst folgende Bereiche:

- Kognition und Kommunikation
- Mobilität und Bewegung
- krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen
- Selbstversorgung
- Leben in sozialen Beziehungen
- zusätzlich für die ambulante Pflege: Haushaltsführung

Diese sieben Punkte stammen aus dem sogenannten **Neuen Begutachtungsassessment (NBA)**, mit dem der Grad der Selbstständigkeit von Pflegebedürftigen ermittelt wird. Viele Einrichtungen haben zuvor ein Modell der Alltagsaktivitäten genutzt, z. B. ABEDL, ATL oder ADL.

Neben den oben genannten Bereichen erfasst die Pflegende im Rahmen der Strukturierten Informationssammlung auch, ob der Pflegebedürftige ein relevantes Risiko hat,

- einen Dekubitus zu bekommen,
- zu stürzen,
- Schmerzen zu entwickeln,
- eine Inkontinenz oder
- Mangelernährung zu bekommen oder
- in anderen individuellen Bereichen ein Risiko zu erleiden.

Diese Risiken werden von den Pflegefachkräften in der sogenannten **Risikomatrix** dokumentiert.

Im Gegensatz zur Pflegeplanung (S. 176) werden die Informationen bei der SIS nur im Anamnesebogen notiert – und zwar möglichst im Wortlaut des Pflegebedürftigen. Die Probleme und Ressourcen werden hier nicht erneut aufgeschrieben – weil sie eben schon schriftlich festgehalten sind.

Maßnahmenplan

Wie sich der Maßnahmenplan von der Pflegeplanung abgrenzt, zeigt Tab. 10.4.

Der Maßnahmenplan ist also wesentlich weniger aufwendig zu schreiben als die Pflegeplanung. Zudem bietet er den Vorteil, dass er leicht in die Tagesstruktur des Pflegebedürftigen eingetragen werden kann und auf diese Weise schnell erkennbar ist, wann welche Maßnahmen zu erledigen sind.

TIPP Aktuelle Version (Auszug) des Expertenstandards **Dekubitusprophylaxe in der Pflege** des DNQP: www.dnqp.de

Dekubitusgefährdete Körperstellen: Kap. 15, S. 382

MERKE Zentrales Element, um einen Dekubitus frühzeitig zu erkennen, ist die regelmäßige Beobachtung der Haut (S. 353). Ein Dekubitus ersten Grades ist an einer nicht wegdrückbaren Rötung erkennbar.

Stadien des Dekubitus: Abb. 15.28, S. 383

Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe

Damit die Hauptursachen für die Entstehung eines Dekubitus (Druck und Zeit) minimiert werden, gilt der Druckentlastung und -verteilung das Hauptaugenmerk. Diese erfolgt durch:

1. Bewegungsförderung als oberstes Ziel
2. Positionierung nach dem Bewegungsförderungskonzept
3. Einsetzen von Mobilisationshilfsmitteln

Bewegungsförderung hat das Ziel, die Selbstständigkeit des Patienten zu erhalten und zu fördern. Bewegung führt zur Entlastung einzelner Körperpartien, erhöht die Durchblutung sowie die Sauerstoffversorgung im Körper, verteilt das Gewicht auf größere Flächen, reduziert den Auflagedruck und die Dauer der Druckeinwirkung und führt insgesamt zur Steigerung des Wohlbefindens und zur Minimierung der Risikofaktoren. Zur Bewegungsförderung gehö-

ren alle Bewegungen und Bewegungsanbahnungen, selbst Mikrobewegungen. Je nach Bewegungsmöglichkeit des Patienten werden entsprechende Maßnahmen zur Bewegungsförderung geplant. Im Vordergrund steht die Förderung der Eigenbewegung des Patienten. Hierbei erscheint die Einbeziehung und professionelle Nutzung der kinästhetischen Konzepte sinnvoll (S. 116).

Positionierungsmöglichkeiten

Der **Positionswechsel** sollte in individuell festgelegten Intervallen durchgeführt werden, um eine völlige Druckentlastung der gefährdeten Körperregionen zu gewährleisten.

30°-Lage mit 2 Kissen

Zur **Durchführung** der 30°-Lagerung stellt die Pflegende zunächst das Bett flach und positioniert den Kopf des Patienten mit seinem Einverständnis auf einem Kopfkissen. Ist der Patient selbstständig dazu in der Lage, so lässt sie ihn an die Bettkante rutschen, bei Bedarf unterstützt sie ihn dabei. An den Rücken des Patienten legt sie von der Schulter bis zum Knochenvorsprung am Oberschenkel (Trochanter) ein langes Kissen oder einen Bettkeil unter die Matratze. Die aufliegende Schulter entlastet sie mithilfe des Kopfkissens.

Um die Lage zu überprüfen, kontrolliert die Pflegende, ob der Patient seinen Arm frei bewegen kann. Damit die Knie nicht aufeinander Druck ausüben, legt die Pflegende ein flaches Kissen zwischen die Beine. Das aufliegende Bein ist im Hüftgelenk leicht gestreckt und im Kniegelenk leicht gebeugt (Abb. 10.16).

10

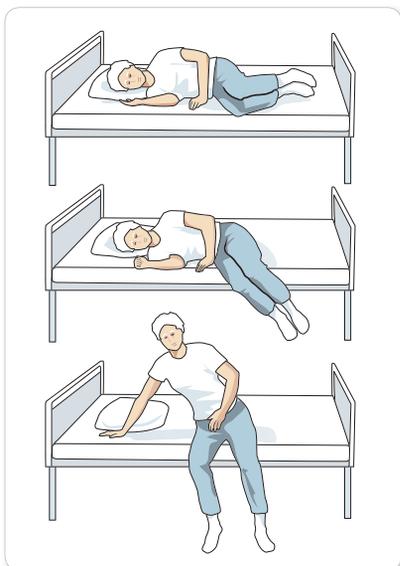


Abb. 10.15: Bewegungsablauf beim Aufstehen aus dem Bett

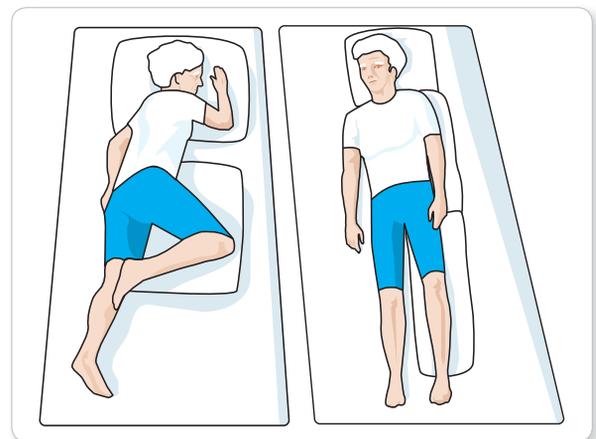


Abb. 10.16: a) Die 135°-Seitenlage entlastet den Rücken. Das Blickfeld ist allerdings stark eingeschränkt. Daher wird die Lage nicht von allen Menschen toleriert. **b)** Die 30°-Seitenlage hat zum Ziel, die hoch gelagerte Körperseite von Druck zu entlasten.

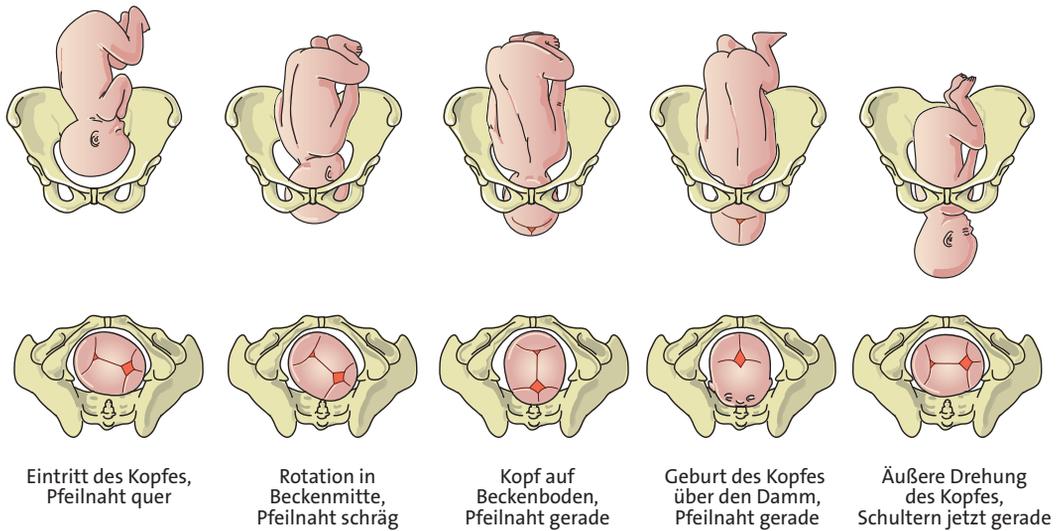


Abb. 11.13: Austreibungsperiode

- **Nachgeburts- und Plazentaperiode:** Einige Minuten nach der Geburt des Kindes setzen erneut Wehen ein, welche den Uterus verkleinern und die Plazenta von der Uteruswand ablösen. Die Plazenta wird ausgestoßen und die Hebamme kontrolliert diese auf Vollständigkeit (Abb. 11.7). In der Plazentaperiode werden evtl. Geburtsverletzungen oder Dammschnitt versorgt. Das Pflegepersonal oder die Hebamme unterstützt die Mutter bei der Körperpflege, kontrolliert die Vitalzeichen, die Nachblutungen und bietet Getränke und einen kleinen Imbiss an. Nach ca. 20 bis 30 Minuten sollte die Frau das erste Mal aufstehen, zur Thromboseprophylaxe und um den Kreislauf zu aktivieren. Geht es Mutter und Kind gut, können sie nach ca. zwei Stunden auf die Wöchnerinnen- bzw. Neugeborenenstation verlegt werden.



Abb. 11.14: Mutter und Kind geht es gut, sodass sie auf die Wöchnerinnenstation verlegt werden können.

11.7.3 Schwangerschaftsbedingte Erkrankungen (Gestosen)

MERKE Gestosen sind Erkrankungen, deren Ursachen in der Schwangerschaft liegen.

Hyperemesis gravidarum

Hyperemesis gravidarum bezeichnet ein Krankheitsbild, welches zumeist im ersten Schwangerschaftstrimenon auftritt und mit übermäßigem Erbrechen einhergeht. Durch das übermäßige und zum Teil unstillbare Erbrechen verlieren Mutter und Kind viel Flüssigkeit und wertvolle Elektrolyte in kürzester Zeit, somit besteht u. U. Lebensgefahr für Mutter und Kind.

Symptome und potenzielle Probleme:

- unstillbares Erbrechen, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, ab der ca. 6. SSW
- Gewichtsabnahme
- Durch den Flüssigkeitsmangel besteht
 - Exsikkosegefahr,
 - Kollapsneigung,
 - Stoffwechsellentgleisung.
- Fieber (Durstfieber)
- Leberschäden mit Ikterus (Gelbfärbung der Haut und Skleren)
- Nierenschädigung
- Benommenheit bis hin zur Bewusstlosigkeit

Therapie und Pflegeschwerpunkte:

- Gesprächsbereitschaft signalisieren
- Vitalzeichenkontrolle (bei Bedarf 3 x täglich)

- Verlauf der Geburt
- Art der Entbindung (Kaiserschnitt, physiologische Geburt etc.)
- psychisches Befinden der Wöchnerin
- ggf. Medikation (Schmerzmedikation)
- Dammschnitt (Episiotomie) oder Dammriss ja/nein
- erste Mobilisation
- Blasenentleerung ja/nein
- Name und Geschlecht des Kindes
- Zustand des Kindes
- Beziehung zwischen Mutter und Kind (Wunschkind, gute Kontaktaufnahme, Ablehnung des Kindes, ggf. Adoption)
- Stillen ja/nein, wenn ja, wurde das Kind bereits an die Brust angelegt
- Unterbringungswunsch, z. B. Familienzimmer, ggf. Entlassung nach Hause
- Bezugspersonen (Name, Telefon)
- Besucherregelung (wann und wer darf Mutter und Kind besuchen)

11



Abb. 11.15: Neugeborenenzimmer



Abb. 11.16: Rooming-in/Familienzimmer

Nachdem die Wöchnerin auf der Station aufgenommen wurde und es ihr und dem Kind gut geht, wird gemeinsam entschieden, welche Unterbringungsform für Mutter und Kind sinnvoll erscheint.

Beim **Rooming-in** ist das Neugeborene ganztägig oder teilweise (Teilzeit-Rooming-in) bei der Mutter. Ideal für die evtl. noch von der Geburt geschwächte Mutter ist das „**offene Rooming-in**“, bei dem das Kind je nach Ruhebedarf der Mutter im Neugeborenenzimmer abgegeben werden kann.

Das physiologische Wochenbett

Beim **Wochenbett** (Puerperium, Kindbett) handelt es sich um die Zeit unmittelbar nach der Ausstoßung der Plazenta, bis zur Rückbildung aller Schwangerschaftsveränderungen. Dauer etwa 6 bis 8 Wochen.

In dieser Zeit kommt es:

- zur Rückbildung des Uterus (Uterusinvolution)
- zur Ausscheidung der Wassereinlagerungen, Ödeme bilden sich zurück
- zur Festigung der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur
- dazu, dass die Haut an Elastizität und Spannkraft gewinnt
- zur Vernarbung von Schwangerschaftsstreifen
- zur Festigung des Bindegewebes, der Sehnen und Bänder
- zum Abheilen der Wunde im Uterus und Wochenfluss (Lochien)

DEFINITION **Lochien (Wochenfluss)** ist das uterine Wundsekret nach der Geburt. Zellreste, Leukozyten und Blutgerinnsel werden mithilfe der Lochien nach außen abtransportiert.

Uterusgröße/ Fundusstand	Wochen nach der Geburt	Lochien
	1. Woche	blutig (lochia rubra)
	2. Woche	rotbraun (lochia fusca)
	3. Woche	gelb (lochia flava)
	Ende der 3. Woche	weiß-grau (lochia alba)
	4.–6. Woche	versiegend

Tab. 11.9: Lochien und Uterusrückbildung

Die Nabelpflege

In der Neugeborenenpflege wird der **Nabelpflege** besondere Aufmerksamkeit geschenkt, denn sie dient der Infektionsprophylaxe.

Nach dem Abnabeln bleibt noch ein 2 bis 10 cm langer Nabelstumpf zurück, welcher innerhalb von 7 bis 10 Tagen eintrocknet und abfällt. Die verbleibende Wunde heilt (ohne bestehende Infektion) schnell ab und es bleibt eine normale Hautfalte (der Bauchnabel) zurück.



Abb. 11.31:
Nabelpflege

11

Je nach „Hausstandard“ wird der Nabel meist trocken versorgt:

- Händedesinfektion/Handschuhe tragen bei infektiösem Nabel und zur Infektionsprophylaxe
- die Wundabdeckung, z. B. kleine Kompresse, wird entfernt
- Schmutz oder Wundsekret werden mit z. B. isotonischer Kochsalzlösung und einem Tupfer/Wattestäbchen entfernt
- Haut und Wunde um den Nabelstumpf werden getrocknet
- neue saubere/sterile Kompresse wird unter und auf den Nabelstumpf gelegt
- der Nabelstumpf wird nicht von der Windel überdeckt (Bildung einer feuchten Kammer)
- Materialien zur Nabelpflege werden entsorgt

Das Säuglingsbad

Vorbereitung:

- Wärmelampe einschalten
- Händedesinfektion und ggf. Einmalhandschuhe bereitstellen
- Fenster und Türen schließen
- Raumtemperatur anpassen (ca. 23 °C)
- Spielutensilien für die Pflegezeit nach dem Bad bereitlegen
- Wickelutensilien und Kleidung bereitlegen
- Handtuch und großen Waschlappen (zum Abdecken des Oberkörpers im Bad)
- Po des Säuglings vor dem Bad reinigen



Abb. 11.32:
Handling
Baby-Bad

Durchführung:

- Hände desinfizieren
- Säugling unter Wärmelampe entkleiden
- Säugling auf den Arm nehmen (Verweis auf Handling)
- mit den Füßen zuerst in das Wasser tauchen
- Säugling langsam ins Wasser gleiten lassen
- der Kopf/Nacken des Kindes ruht auf dem Unterarm und die Hand umklammert mit angepasstem Griff das Schultergelenk
- Gesicht und Oberkörper werden mit der freien Hand vorsichtig gewaschen
- Ohren vorsichtig an der Ohrmuschel reinigen
- Hautfalten vorsichtig reinigen und z. B. Krümel oder Schmutz entfernen
- Hände und Arme, Beine und Füße waschen, auch zwischen den Fingern und Zehen
- anschließend den Oberkörper mit einem Waschlappen abdecken (Schutz vor Auskühlung)
- Säugling entspannt sich und kann frei strampeln
- danach den Säugling kinästhetisch über die Seite auf den Bauch drehen
- dabei unterstützt der unten liegende Arm den Brustkorb, die Hand umfasst den Rumpf oder das Schultergelenk
- nun werden der Rücken und der Po gewaschen
- anschließend den Säugling aus der Wanne heben
- ins Handtuch kuscheln, gründlich abtrocknen/-tupfen
- Hautfalten, Achseln, Leisten, Pofalten und zwischen den Zehen und Fingern trocknen
- Hautbeobachtung durchführen
- Windel anlegen und ankleiden
- Spielzeit, freies Strampeln und Sinnesaktivierung während der Körperpflege nie vergessen

Getränke

Solange dem Säugling ausschließlich Mutter- oder industrielle Säuglingsmilch gegeben wird, ist zusätzliche Flüssigkeit nur dann evtl. notwendig, wenn das Kind stark schwitzt oder eine fiebrige Erkrankung hat. Mit der Einführung der Beikost wird die Nahrung fester, der Säugling kann häufiger Durst haben. Spätestens aber mit der Einführung der Familienkost sollte das Kind regelmäßig zusätzlich Flüssigkeit zu sich nehmen.

MERKE Mit einem Jahr benötigt ein Kind mindestens 600 ml zusätzliche Flüssigkeit am Tag.

Gesunde Durstlöscher sind:

- Trinkwasser aus dem Wasserhahn
- Mineralwasser, anfangs ohne Kohlensäure
- ungesüßte Kräuter- und Früchtetees
- Rotbuschtee
- Frucht- oder Gemüsesaft-Schorlen (2/3 Wasser und 1/3 Saft) ohne Salz- und Zuckerzusatz

Zum Schutz vor Karies und Allergien sollten Kinder keine Getränke mit Zusätzen, z. B. Zucker oder Aromen, erhalten. Auch wenn eine Verpackung die Aufschrift „kristallzuckerfrei“ trägt, kann sich Zucker

hinter vielen anderen Namen verbergen, z. B. Glukose. Fruchtsäfte enthalten von Natur aus Zucker und sollten deshalb stark verdünnt werden.



Abb. 11.39: Auch kleine Kinder sind bei etwas geduldiger Anleitung und Übung geschickt beim Trinken aus dem Becher oder der Tasse, gegebenenfalls ist etwas Unterstützung von der Bezugsperson notwendig. Schnabeltassen oder Flaschen mit Sauger sind nicht notwendig und sollten für die zusätzlichen Getränke nicht verwendet werden.

[4]

11.8.4 Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

Lebensmonat	Motorik	Sinne/Sprache	Sozialverhalten
0–1 	<ul style="list-style-type: none"> • Extremitäten sind angezogen, gebeugt • Hände zu Fäusten geschlossen • Kopfkontrolle schwach 	<ul style="list-style-type: none"> • gutturale (lat. guttur = Kehle) Laute • zeigt erste Reaktion auf Geräusche 	<ul style="list-style-type: none"> • vollkommen abhängig • Entwicklung von Vertrauen vs. Misstrauen • schreit bei Unwohlsein, z. B. Hunger, Angst
2–3 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenstabilität wächst • hebt den Kopf in Bauchlage • Ellenbogen-Beckenstütz entwickelt sich 	<ul style="list-style-type: none"> • verfolgt Spielzeug mit den Augen • entdeckt seine Hände und ertastet sie mit dem Mund • dreht den Kopf in Richtung Geräuschquelle 	<ul style="list-style-type: none"> • zeigt spontanes Lächeln bei Freude und Zuwendung durch vertraute Personen



Abb. 15.13: Waschen des Rückens in Seitenlage

MERKE Durch das Hinsetzen bzw. Drehen erlebt der Pflegebedürftige einen Lagewechsel. Dieser verändert die Orientierung im Raum und kann – gerade beim Hinsetzen – zum Versacken des Bluts in die Beine führen. Die in dem Moment verminderte Gehirndurchblutung kann zu Schwindel und Kreislaufproblemen führen.

Anschließend legt sie die Decke, die die Füße bedeckt, zur Seite und legt das Schutzhandtuch unter die Beine und das Gesäß. Dann entkleidet sie den Unterkörper und bedeckt den Intimbereich mit einem Handtuch.

Sie wäscht die **Unter- und Oberschenkel** und trocknet sie ab. Dazu stellt sie sich auf die Seite des jeweiligen Beins, um ihren Rücken zu schonen. Schließlich wäscht sie die **Füße**. Dabei achtet sie besonders auf die Zehenzwischenräume, in denen sich leicht Flusen und Schmutz sammeln. Gleichzeitig beobachtet sie, ob eine Nagelpflege (S. 378) notwendig ist.

TIPP Wie bei den Armen fasst die Pflegeassistentin beim Heben der Beine nicht in die Beuge-seite des Kniegelenks, sondern sie unterstützt den Unter- bzw. Oberschenkel.

Einige Menschen sind an den Fußsohlen sehr empfindlich. Mit etwas stärkerem Druck gewaschen zu werden, empfinden viele als angenehmer als ein leichtes „Streicheln“ mit dem Waschlappen.

Die Pflegeassistentin deckt die Füße des Pflegebedürftigen wieder zu, wechselt Handtuch, Waschlappen und Wasser und führt die **Genital- und Analpflege** durch (S. 376). Danach desinfiziert sie ihre Hände, kleidet den Menschen an und lässt nur, sofern die Zehennägel zu kürzen sind, die Strümpfe

zunächst weg, um die **Nagelpflege** durchzuführen. Anschließend zieht sie die Strümpfe an.

Sie **frisiert** (S. 374) den Pflegebedürftigen und **rasiert** ihn bei Bedarf (S. 373). Danach führt sie bei Bedarf eine **Nagelpflege der Fingernägel** durch.

Die Pflegeassistentin übernimmt die **Mund- und Zahnpflege** (S. 368) nach den Wünschen des Pflegebedürftigen. Es wird empfohlen, die Zähne nach dem Essen zu putzen. Manche Menschen sind es jedoch ihr Leben lang gewohnt, die Zähne vor dem Essen zu reinigen.

Die Pflegende verbindet die Ganzkörperpflege bei Bedarf mit folgenden Maßnahmen:

- Notwendige Prophylaxen (S. 186) werden in die Körperpflege eingebaut, wenn sie den Pflegebedürftigen nicht überfordern.
- Mobilisation (S. 472)
- Hautpflege (S. 358)
- Kleidungswechsel, Bettwäschewechsel, Richten des Betts

Allgemeine Nachbereitung der Körperpflege

- Die Pflegeassistentin reinigt, desinfiziert und entsorgt die benötigten Utensilien sowie Flächen fachgerecht.
- Sie erfragt die aktuellen Bedürfnisse des Pflegebedürftigen, z.B. zu Lagerung, Getränken, Informationen, Frischluft und zu seinem Befinden, z.B. Schmerzen, Übelkeit, Schwindel.
- Bei Verdacht auf Kreislaufprobleme kontrolliert sie die Vitalzeichen (S. 288) und zieht bei Bedarf eine Pflegefachkraft hinzu.
- Sie dokumentiert die durchgeführten Maßnahmen und Wahrnehmungen während der Ganzkörperpflege.
- Sie prüft die Rufanlage sowie die Erreichbarkeit von Telefon, Klingel und benötigten Gegenständen.
- Bei Bedarf organisiert sie Maßnahmen zur Sturzprophylaxe (S. 193).
- Abschließend desinfiziert die Pflegeassistentin ihre Hände.

Waschen am Waschbecken

TIPP Für das Waschen am Waschbecken kann ergänzend zu den allgemeinen Materialien (S. 376) eine Sitzmöglichkeit notwendig sein, auf die sich der Pflegebedürftige bei Bedarf setzen kann. Die Sitzfläche sollte desinfizierbar sein.

bei fachlich nicht korrekter Durchführung Fußschäden entstehen. Die Formulierung „gebotene Sorgfalt“ bedeutet auch, dass die Pflegeassistentin sich bei auftretender Unsicherheit fachliche Hilfe holt. Die medizinische Fußpflege durch einen Podologen (speziell ausgebildeter Fußpfleger) ist auf jeden Fall geboten bei:

- Gerinnungsstörungen, z. B. Menschen mit einer Hämophilie (Bluterkrankheit) oder bei Einnahme von Antikoagulanzen (S. 309)
- Diabetes mellitus (S. 425)
- arterielle Durchblutungsstörungen (S. 295)

In Zweifelsfällen fragt die Pflegeassistentin den Arzt, welcher auch die Verordnung für den Podologen ausstellen kann.

MERKE Besteht der Verdacht auf eine Fußkrankung, z. B. einen eingewachsenen Zehennagel oder Sensibilitätsstörungen, informiert die Pflegeassistentin eine Pflegefachkraft.

Folgende Maßnahmen **beugen** Fußkrankungen vor:

- Schuhe mehrmals täglich wechseln
- ausreichend weite Schuhe tragen
- moderater Schuhabsatz, hochhackige Schuhe dosiert einsetzen
- Strümpfe täglich wechseln, bei starken Schweißfüßen häufiger
- auf luftdurchlässige Strümpfe aus Baumwolle achten

Ziele

Die **Indikation** zur Fußpflege besteht regelmäßig im Rahmen der Körperpflege, da Fußkrankungen den gesamten Organismus beeinträchtigen können. Daher achtet die Pflegeassistentin bei jeder Körperpflege auf die Füße. Erkrankungen des Fußes bzw. der Zehennägel stellen eine besondere Indikation zur Fußpflege nach ärztlicher Anordnung dar.

Die Ziele der Fußpflege bestehen darin,

- den Fuß gesund zu erhalten,
- die Beweglichkeit des Fußes zu erhalten bzw. zu fördern und
- Infektionen sowie Verletzungen am Fuß früh zu erkennen.

Material

Das Material der Fußpflege entspricht dem der Fingernagelpflege (S. 378), ggf. sind spezielle Instrumente für Fußnägel aus dem Nagelset notwendig,

z. B. ein Nagelknipser. Zusätzlich werden ein Waschlappen und ggf. ein Bimsstein benötigt.

Durchführen

Die Pflegeassistentin desinfiziert ihre Hände und zieht Einmalhandschuhe an. Dann geht sie wie folgt vor:

- Pflegebedürftigen bequem auf einen Stuhl oder Sessel setzen
- Nagellackreste entfernen
- Schüssel mit warmem Wasser bereitstellen, Temperatur durch den Pflegebedürftigen mit der Hand prüfen lassen, bei Bedarf nachregulieren, dann Waschlotion hinzugeben
- Nach etwa 10-minütigem Fußbad die Füße mit einem Waschlappen abreiben, um Schuppen zu lösen
- Zehennägel vorsichtig mit weicher Nagelbürste reinigen
- Füße sorgfältig abtrocknen, auf Besonderheiten wie Verletzungen oder Infektionszeichen achten, besonders in den Zehenzwischenräumen
- Füße auf dem Handtuch platzieren
- Hornhaut vorsichtig mit dem Bimsstein abreiben
- Nagelhaut vorsichtig mit dem Handtuch oder einem Holz- oder Gummistäbchen zurückschieben
- Schmutzreste unter den Nägeln vorsichtig mit einem abgerundeten Instrument entfernen
- Nägel in gerader Form schneiden oder knipsen, um das Einwachsen zu vermeiden, scharfe Kanten feilen
- Gesunde Nägel auf Wunsch lackieren
- Füße sorgfältig mit Fußcreme einreiben, ggf. spezielles Produkt gegen Schweißfüße benutzen

Entsteht im Rahmen der Fußpflege versehentlich eine Verletzung, desinfiziert die Pflegeassistentin diese umgehend.



Abb. 15.24: Nagelpflege durch Fachexperten (Podologen), um Verletzungen zu vermeiden

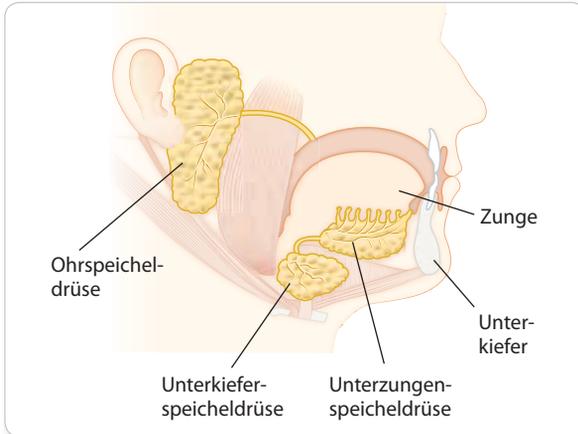


Abb. 16.3: Die drei paarigen Speicheldrüsen

Auch dient der Speichel dazu, den Zahnschmelz zu erhalten, indem er saure Bakterienprodukte neutralisiert. Die Fähigkeit des Speichels, Krankheitserreger abzuwehren, beruht auf den im Speichel enthaltenen Immunglobulinen und Lysozym, einem Enzym, das Bakterienwände auflöst. Im Magen angelangt, unterstützt der Speichel dort die Fettverdauung.

16.1.2 Speiseröhre (Ösophagus)

Die **Speiseröhre** ist mit einer glatten Schleimhaut ausgekleidet. Sie beginnt in Höhe des **Kehlkopfs** (Pharynx). Verschließt sich der Kehlkopf, kann keine Nahrung in die Atemwege gelangen (Abb. 16.4). Der Nahrungsbrei wird in ca. 10 Sekunden in den Magen befördert.

Der **Schluckvorgang** (Schluckakt) ist ein durch Muskeln erzeugter, vom Schluckzentrum (Schluckzentrum im Hirnstamm und bestimmte Areale im Großhirn) kontrollierter, physiologischer Vorgang, der den Speisebrei von der Mundhöhle in den Magen befördert. Dabei wird der Nasenrachenraum und der Kehlkopf verschlossen (Nr. 2 in Abb. 16.4), damit kein Speisebrei in die Nase, Luftröhre und Lunge gelangen kann. Während des Schluckens setzt die Atmung aus. Der Schluckakt verläuft in verschiedenen Phasen, damit der Speisebrei kontrolliert weitergeleitet wird.

ACHTUNG Ein gestörter Schluckvorgang führt zum Verschlucken und zur Aspiration von Speisebrei in die Bronchien. Es besteht die akute Gefahr für eine Lungenentzündung. Aus diesem Grund muss das Schlucken bei gefährdeten Patienten immer genau beobachtet werden. Bei Störungen wird umgehend der Arzt informiert.

Die Speiseröhre ist etwa 25 cm lang und verläuft in dem zwischen den Lungenflügeln (S. 256) liegenden Raum, dem **Mediastinum**. Ab der Speiseröhre ist der Magen-Darm-Trakt aus **drei Schichten** aufgebaut:

- **innere Schleimhautschicht** mit sehr unterschiedlichen Aufgaben
- **mittlere Muskelschicht** aus innen ringförmig und außen längs angeordneten Muskeln
- **äußere glatte Schicht**, die ein Verschieben gegenüber anderen Organen ermöglicht, z.B. bei der Atmung

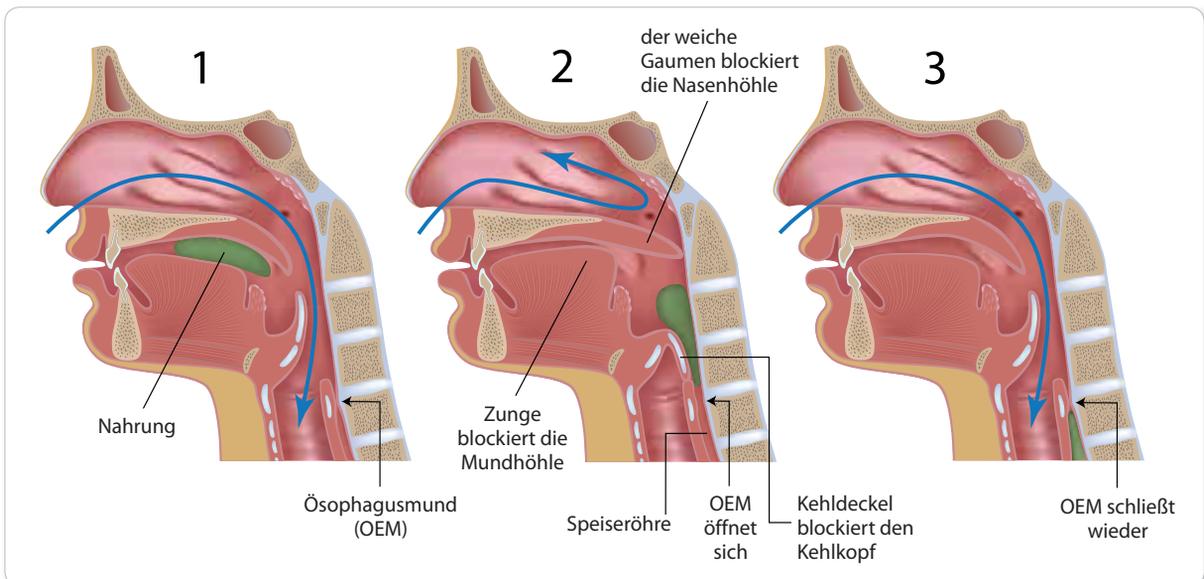


Abb. 16.4: Verschiedene Phasen des Schluckvorgangs (OEM = Eingang in die Speiseröhre)



Abb. 16.12: Die acht verschiedenen Hormondrüsen mit Beispielen für die entsprechenden Hormonfunktionen

Aktuell sind in Deutschland Arzneimittel, die Melatonin enthalten, grundsätzlich verschreibungspflichtig, weil die Nebenwirkungen noch nicht ausreichend erforscht sind.

16

► **Geschlechtshormone**

Sexualhormone: Kap. 11.3, S. 214

Östrogen

Östrogene werden vorwiegend in den Eierstöcken und im Mutterkuchen (Plazenta) gebildet. Auch die Nebennierenrinde produziert geringe Mengen. Wichtige Funktionen sind:

- Verursachung des Eisprungs, Aufbau der Gebärmutter-schleimhaut in der ersten Zyklushälfte
- Transport der Eizelle durch den Eileiter
- Beeinflussung der Scheidenschleimhaut und der Gebärmuttersekrete
- Förderung des Brustwachstums
- Ausbildung typischer weiblicher Geschlechtsmerkmale (Brüste, hohe Stimme, Behaarung) in der Pubertät
- Förderung der Knochenreifung

- Senken des Cholesterinspiegels
- Auswirkung auf Stimmung und das Verhalten

Der Östrogenspiegel im Blut schwankt und hängt vom weiblichen Zyklus ab.

Progesteron

Es wird vorwiegend in den Eierstöcken und im Mutterkuchen gebildet. Die Nebennierenrinde produziert bei Erwachsenen beider Geschlechter geringe Mengen. Progesteron überwiegt während der zweiten weiblichen Zyklushälfte und hat die folgenden wichtigen Wirkungen:

- Vorbereitung der Gebärmutter auf das Einnisten der befruchteten Eizelle
- Vorbereitung der Brustdrüse auf die Milchproduktion und die Milchabgabe
- Temperaturerhöhung morgens nach dem Aufwachen (Basaltemperatur)
- Progesteron ist auch ein Baustein für viele andere Hormone, wie Östrogen, Testosteron, Aldosteron

Auch der Blutspiegel des Progesterons hängt vom Zyklus ab und zeigt entsprechende Schwankungen.

Folgende Faktoren können sich schlaffördernd auswirken:

- warmes Bad
- Kräutertee oder warme Milch
- Einschlafrituale
- klärendes Gespräch, sodass der Pflegebedürftige ohne zu grübeln einschlafen kann
- gut gelüftetes Zimmer
- Entspannungsübungen

20.4.2 Wahrnehmung ermöglichen und fördern

Basale Stimulation®

Die **Basale Stimulation®** war ursprünglich ein Konzept zur Förderung der Persönlichkeit. Für die Pflege wurde das Vorgehen für Patienten mit Wahrnehmungsstörungen weiterentwickelt (Abb. 20.22). Die Basale Stimulation® wird vor allem eingesetzt bei:

- neurologischen Erkrankungen, z. B. nach einem Schlaganfall (S. 537)
- degenerativen und gerontopsychiatrischen Erkrankungen, z. B. Demenz
- Depressionen

MERKE Die Basale Stimulation® ist keine Technik, die die Pflegeassistentin für einige Minuten anwendet und dann wieder beendet. Vielmehr ist sie eine Haltung, nach der die Pflegenden alle ihre pflegerischen Tätigkeiten ausrichten. [6]

Die Basale Stimulation® basiert auf der Erkenntnis, dass die Verknüpfungen der Nerven im Gehirn immer wieder durch Reizwahrnehmungen bestätigt und aktiviert werden müssen. Ist die Reizwahrnehmung gestört oder fehlen Reize, werden die Verknüpfungen der Nerven mit der Zeit deaktiviert, da sie scheinbar nicht mehr benötigt werden. Der Pflegebedürftige reagiert auf diese Reizverarmung mit einer sogenannten **sensorischen Deprivation**.

DEFINITION **Sensorische Deprivation:** Der Mensch verliert seine sensorische Wahrnehmung. Sinneseindrücke über seine Haut kann er zunehmend weniger wahrnehmen.

Folgen der sensorischen Deprivation können sein:

- **Autostimulation**, z. B. sich wiederholende Bewegungen wie Schaukeln des Oberkörpers

- **Abwehrreaktionen**, z. B. Zusammenschrecken bei Berührungen
- **Gewöhnung**, gleichbleibende Reize, z. B. die immer gleiche Zimmerdecke, werden nicht mehr wahrgenommen
- **Halluzinationen**, Sinneswahrnehmungen ohne den entsprechenden Reiz



Abb. 20.22: Beziehungsaufbau für eine stressarme, bedürfnisorientierte Pflege durch Basale Stimulation®

Ein gesunder Mensch empfindet seinen Körper, seine Seele und seinen Geist als Einheit. Er weiß um seine Person, kann mit seiner Umwelt Kontakt aufnehmen und weiß, wie er auf Reize reagiert und sich dabei fühlt. Durch ein traumatisches Ereignis, z. B. durch einen Schlaganfall (S. 537), kann diese Fähigkeit abnehmen oder ganz verschwinden. Das, was der Pflegebedürftige wahrnimmt, stimmt nicht mehr mit seinen Erfahrungen überein. Er ist verunsichert, weil er seinen Körper nicht mehr einschätzen kann und seine Beziehung zur Umwelt gestört ist. Es fällt ihm schwer, seine Bedürfnisse mitzuteilen, weil er sie selbst nicht mehr ausreichend spürt. Umgekehrt bezieht er an ihn gerichtete Worte oft nicht mehr auf sich und reagiert nicht. Auf diese Weise können leicht Missverständnisse und Fehlinterpretationen entstehen, die auf beiden Seiten leicht zu Frust führen können.

Ziele

Die Basale Stimulation® versucht, durch gezielte Stimulation (Anregung) der basalen (grundlegenden) Sinne folgende Ziele zu erreichen:

- Lernprozesse fördern und begleiten
- das Körpergefühl und die Selbstwahrnehmung erhöhen

„Ich weiß, dass es unverzeihlich ist“, berichtete die Frau unter Tränen. „So etwas tut man nicht.“ Sie tat es trotzdem immer wieder: Sie schlug ihre alte, verwirrte Mutter, wenn diese widersprach oder nicht gehorchen wollte oder wenn

sie wieder in Schlappen und Morgenmantel beim Bäcker nebenan gewesen war. Immer dann, wenn sie noch stärker überfordert war als üblich mit der Betreuung der kranken Frau. [4]

Aufgaben

Warum hat die Tochter ihre Mutter wiederholt geschlagen? Diskutieren Sie die Frage in einer Kleingruppe.

Beschreiben Sie eine ähnliche Situation, die möglicherweise von Ihnen beobachtet wurde.

Überlegen Sie alternative Verhaltensweisen, die Sie der Tochter als Tipp geben können.

21.1 Demenz

Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungen, die das Denken, Erinnern, die Orientierung und das Verknüpfen von Denkinhalten einschränken und die dazu führen, dass alltägliche Handlungen nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können.

Häufigkeit und Bedeutung

Aktuell sind über 1,2 Millionen Menschen in Deutschland an einer Demenz erkrankt. Die Anzahl der Neuerkrankungen an Demenz werden in Deutschland auf ca. 244 000 pro Jahr geschätzt. Mit einem Alter von 80 Jahren ist derzeit jeder Sechste von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Frauen erkranken nach derzeitigem Stand häufiger als Männer. Einige Wissenschaftler schätzen, dass sich die Zahl in den nächsten 35 Jahren verdoppeln wird.

Das schwere Stadium der Demenz ist häufig durch vollständige Hilflosigkeit und Abhängigkeit von der Familie und anderen Menschen bestimmt. Auch das Risiko von Begleiterkrankungen ist erhöht und die Lebenserwartung ist verkürzt. Deshalb sind Demenzen bei den Betroffenen und den Angehörigen von Ängsten begleitet. Die emotionale und körperliche Belastung von Angehörigen und Pflegenden ist als besonders hoch einzustufen. Deshalb haben auch pflegende Angehörige ein erhöhtes Risiko, körperlich oder psychisch zu erkranken, und sollten im pflegerischen Prozess Beachtung finden. [3]

Da für Demenzerkrankungen bisher keine absolute Heilung möglich ist, sind die Betroffenen in besonders hohem Maß pflegebedürftig und von Mittel-

verknappungen und Unterversorgung bedroht. Die Pflegestufen-Reform 2017 (S. 52) soll eine Verbesserung in der Pflege bewirken.

21.1.1 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

Unterschiede zwischen Demenz und Delir		
Störungsbeginn	Delir	Demenz
Symptombdauer	aktu, häufig nachts	schleichend
Störung im Tagesablauf	Stunden bis Tage	Jahre
Orientierung	eher unauffällig, v. a. zeitliche Desorientierung	häufig
Sprache	inkohärent, Redefluss gesteigert oder reduziert	Verarmung, Wortfindungsstörungen
Wahn/Halluzination	meist visuell und/oder auditiv	selten
Psychomotorik	ruhelos oder hypoaktiv	meist unauffällig
Schlaf-Wachrhythmus	Tagesschläfrigkeit, Albträume	eher nächtliche Unruhe
körperliche Symptome	vegetative Symptome	meist keine

Tab. 21.2: Unterschiede zwischen Demenz und Delir



Abb. 21.2: In einem frühen Stadium der Demenzerkrankung ist oft noch keine pflegerische Unterstützung notwendig. Die Pflegeassistentin ist sich bei ihrer späteren Versorgung der Patientin jedoch bewusst, dass sie – nach der Diagnose – eine schwierige Zeit gehabt hat.

Prädiktiver Gentest

Wenn bei einem Demenzerkrankten eine **genetische Veränderung** nachgewiesen wurde, können auch die gesunden Geschwister und Kinder genetisch untersucht werden.

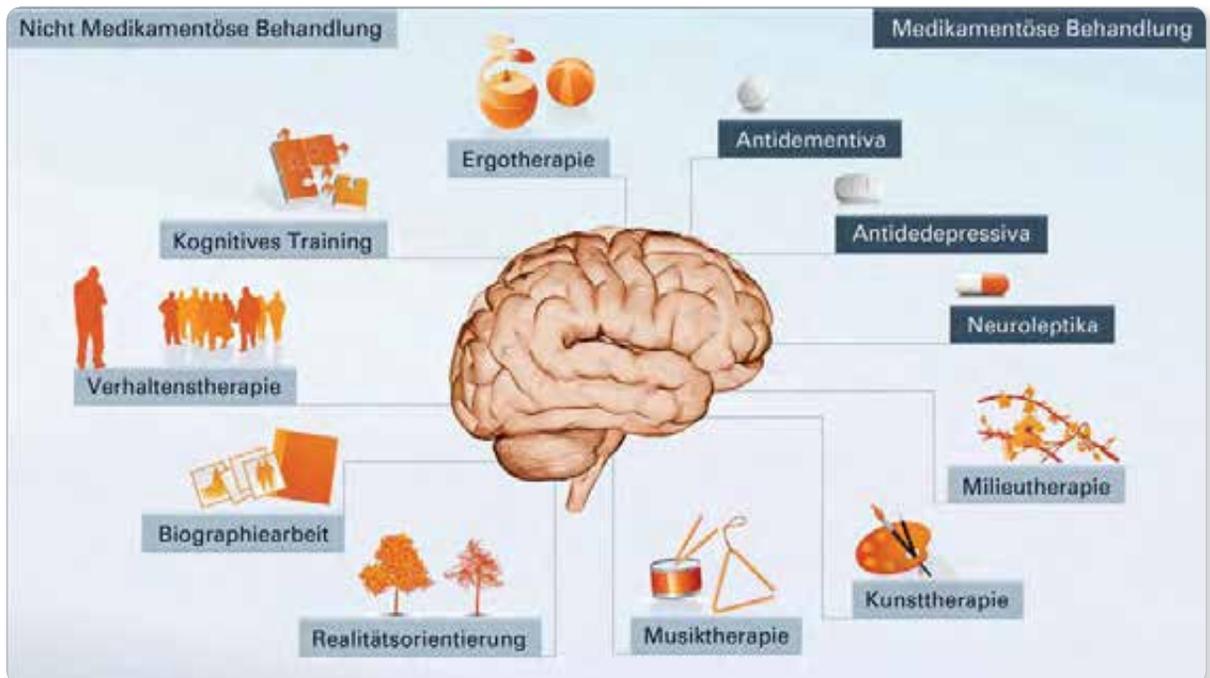


Abb. 21.3: Es gibt zahlreiche Therapieformen, die für die Behandlung von Demenzen infrage kommen. Die Grafik zeigt eine Auswahl. Welche Therapien der Arzt oder die Ärztin empfiehlt, ist von Patient zu Patientin unterschiedlich. Oft verspricht aber ein Mix aus verschiedenen Methoden den größten Erfolg.

Muskelsteifigkeit, Bewegungsarmut, Unruhe; sehr selten Darmverschluss oder Kreislaufversagen.

- **Atypische Neuroleptika** wie Risperidon und Olanzapin: blockieren die Andockstellen von Dopamin an den Nervenzellen. Folgende Nebenwirkungen sind zu beachten: Schläfrigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen oder Parkinson-Symptome.
- Stehen vegetative Symptome im Vordergrund, z. B. Herzrasen, werden folgende Medikamente gegeben: Alpha-2-Agonisten (Clonidin oder Dexmedetomidin) oder Betablocker.
- Bei schweren Verläufen erfolgt eine intensivmedizinische Behandlung.

21.2.5 Wichtige Pflegemaßnahmen

- Beobachtung der Frühzeichen: wachsende Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Rückzugsneigung
- Messung der Vitalzeichen, der Sauerstoffsättigung, des Blutzuckerspiegels
- Beobachtung und Ausgleich des Flüssigkeitshaushalts nach Verordnung
- Schmerzerfassung und Schmerzmanagement nach Verordnung
- Orientierung geben: Hörgerät, Brille, Uhr, Kalender
- Unterstützung beim Essen und Trinken
- Kontinuierliche Beobachtung der zeitlichen, personellen und räumlichen Orientierung, der Stimmungslage und der Aufmerksamkeit
- Frühmobilisation und Aktivierung, z. B. zur selbstständigen Körperpflege
- Thromboseprophylaxe (S. 190)
- Obstipationsprophylaxe (S. 199)
- ggf. Pflege bei Fieber (S. 334)
- Angehörige über das Delir informieren und wenn möglich in den Pflegeprozess einbinden

MERKE Eine freiheitsentziehende Maßnahme des Patienten darf auf keinen Fall angewendet werden, weil diese das Fortschreiten des Delirs beschleunigt und eine hohe Verletzungsgefahr provoziert.

Der Pflegeassistentin fällt ein verständnisvoller Umgang mit Patienten mit einem Delir leichter, wenn sie sich klar macht, dass hinter den unverständlichen Handlungen kein böser Wille steckt, sondern eine Störung der Gehirnfunktion mit der damit verbundenen Angst.

TIPP Weitere Informationen:

- www.wegweiser-demenz.de
- Praxis Wissen Demenz: www.kbv.de/demenz
- https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das_wichtigste_ueber_alzheimer_und_demenzen.pdf
- Projekte zum demenzsensiblen Krankenhaus: z. B. Empfehlungen für Hamburger Krankenhäuser zur Verbesserung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen
- www.demenz-leitlinie.de/pflegende

21.3 Anker zum Kapitel

- Bei der Demenz leben viele Erkrankte in einer von außen schwer nachvollziehbaren Wirklichkeit.
- Die Pflege bei Demenz oder psychischen Erkrankungen benötigt ein sehr hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Kommunikationsfähigkeit.
- Auch Pflegende und Angehörige sind der Gefahr einer körperlichen und seelischen Überforderung ausgesetzt.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen lassen sich vermeiden.
- Ein Delir lässt sich frühzeitig erkennen und im Ausbruch abschwächen.

21.4 Wissen festigen und vertiefen

1. Definieren Sie, was unter einer Demenz zu verstehen ist. (→ 21.1.1)
2. Beschreiben Sie zwei Ursachen für eine Demenz. (→ 21.1.1)
3. Beschreiben Sie wichtige Pflegemaßnahmen für einen demenziell erkrankten Menschen. (→ 21.1.5)
4. Nennen Sie Unterschiede zwischen einer Demenz und einem Delir. (→ 21.2.1)
5. Überlegen Sie Möglichkeiten, wie ein Mensch mit einer Demenz auch seinen nächtlichen Bewegungsdrang ausleben kann. (→ 21.1.5)
6. Nennen Sie verschiedene Auslöser für ein Delir und den häufigsten Auslöser für ein Delir im Alter. (→ 21.2.1)
7. Nennen Sie Beobachtungskriterien, welche auf die Entwicklung eines Delirs hindeuten. (→ 21.2.1)

24.7 Prä- und postoperative Pflege

Jeder invasive Eingriff ist für die meisten Patienten und deren Angehörige mit Angst und Unsicherheit verbunden. Sie machen sich Gedanken über die bevorstehende Operation oder Untersuchung. Für die Pflegenden, die täglich mit invasiven Eingriffen in Berührung kommen, mag dies Routine sein, für den Patienten ist es das nicht. Daher ist es erforderlich, dem Patienten individuelle Unterstützung und Begleitung durch die für ihn schwierige und zum Teil bedrohliche Zeit zu ermöglichen.

24.7.1 Präoperative Pflege

Alle **Maßnahmen der präoperativen Pflege** dienen der Vorbereitung des Patienten auf die Operation:

- Aufnahmegespräch (Pflegeplanung, S. 176)
- Aufklärungsgespräch über pflegerische Maßnahmen, z.B. Verhalten am Operationstag und danach, Medikamenteneinnahme, Schmerzstillung, zeitliche Planung, mögliche Bewegungseinschränkungen; dieses Gespräch bezieht sich sowohl auf den Operationstag selbst als auch auf die postoperativen Tage
- psychische Betreuung
- Schulung und Aufklärung des Patienten über postoperative Fertigkeiten, z.B. das schmerzfreie Aufstehen aus dem Bett nach einer Operation oder prophylaktische Maßnahmen (S. 186)
- am Vorabend der Operation
 - verordnete Medikamente verabreichen
 - ggf. Darmreinigung durchführen (lassen)
 - über Nahrungskarenz informieren
 - ggf. Rasur des OP-Felds
- am Tag der Operation
 - Vitalzeichenkontrolle
 - Patientenakte und Befunde bereitlegen, ggf. vorab Blutwerte abrufen und eintragen
 - ggf. Rasur des Operationsfelds, wenn nicht am Vortag erfolgt
 - Bereitlegen der Operationskleidung (OP-Hemd, Einmalslip, OP-Haube, ggf. Kompressionsstrümpfe)
- vor der Operation
 - Hilfe beim Anlegen der Operationskleidung
 - Ablegen von Schmuck und ggf. Prothesen (für sichere und verwechslungsfreie Aufbewahrung sorgen)
 - Entleeren der Harnblase, wenn noch nicht erfolgt, ermöglichen

- Unterzeichnung aller OP- und Anästhesiedokumente vor der Prämedikation
- Verabreichen der Prämedikation
- Transport in den Operationsbereich durch zwei Pflegenden inklusive aller nötigen Dokumente (Patientenakte, OP- und Anästhesieeinwilligung) sowie psychische Betreuung des Patienten (Abb. 24.30)
- Vorbereitung des Zimmers und des Betts für die Rückkehr des Patienten, z.B. Bett frisch beziehen, Infusionsständer, Stethoskop, Blutdruckgerät, Nierenschale mit Zellstoff, Steckbecken, Urinflasche, Mundpflegeset bereitlegen



Abb. 24.30: Patientenschleuse im OP

24.7.2 Postoperative Pflege

Im Anschluss an eine Operation werden die Patienten während der Aufwachphase im sogenannten „Aufwachraum“ betreut (Abb. 24.31). Die Pflegenden überwachen diese Phase intensiv und in festgelegten zeitlichen Abständen, um Komplikationen rechtzeitig zu erkennen.



Abb. 24.31: Aufwachraum für Patienten nach der Operation