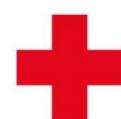




# **Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen**



**WIENER ROTES KREUZ**

**AKADEMIE**

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
Hinweise zur Verwendung des Lernbehelfes	7
<b>Körperpflege</b>	<b>8</b>
Arten Körperpflege	8
Ziele Körperpflege	8
Prinzipien und Vorbereitung	8
Durchführung Körperpflege	10
Rasur	12
Körperpflege beim Waschbecken	12
Duschen	12
Mundpflege	13
Nasenpflege	14
Ohrenpflege	15
<b>Blick zurück</b>	<b>15</b>
<b>Prophylaxen</b>	<b>16</b>
Definition	16
Dekubitusprophylaxe	16
Weitere begünstigende Faktoren	17
Besonders dekubitusgefährdet sind...	17
Dekubitusstadien (nach Seiler)	18
Fingerdruckprobe	18
Dekubitusprophylaxe	18
Intertrigoprophylaxe	20
Pneumonieprophylaxe	23
Kontrakturenprophylaxe	26
Thromboseprophylaxe	28
<b>Ödem</b>	<b>34</b>
Definition Ödem	34
Ursache & Entstehung	34
Erkrankungen die zu Ödemen führen können	34
Behandlung (Therapie)	34
Flankierend	34
Diagnose	34

<b>Hautveränderungen im Alter</b>	<b>35</b>
Ursachen:	35
Haar- und Nagelveränderungen im Alter	35
Pflege Altershaut	35
<b>Unterstützung Blutdruck(selbst)messung</b>	<b>37</b>
Definition Blutdruck	37
Systole	37
Symptome Hypertonie	38
<b>Unterstützung Puls(selbst)messung</b>	<b>39</b>
Definition Puls	39
Pulsmessstellen sind z.B.	39
Abweichungen vom Pulsnormalwert	39
Materialien zum Pulsmessen	40
Nachsorge	40
<b>Fieber</b>	<b>42</b>
Definition Fieber	42
Thermometerarten	42
Messarten	43
Fieberphasen	44
Symptome Fieberabfall	45
Ernährung bei Fieber	46
Prophylaxen bei Fieber	46
<b>Schmerz</b>	<b>47</b>
Definition	47
Schmerzursachen	47
Chronischer Schmerz	47
Schmerzkrankheit	47
Schmerzdiagnostik	48
Schmerzäusserungen	48
Smiley Analogue Scale (SAS)	49
Wong Baker Skala	49
Schmerzdokumentation	50
Schmerzlinderung durch HeimhelferInnen	50
<b>Ruhens und Schlafen</b>	<b>51</b>
Definition „gesunder „Schlaf“	51
Schlafstörungen	51
Schlafförderung	52

Medikamentöse Therapie	53
<b>Essen und Trinken</b>	<b>54</b>
Bedeutung Essen & Trinken	54
Besonderheiten Ernährung im Alter	54
Beobachtung Ess- und Ernährungsverhalten	54
Innensteuerung	54
Appetit	55
Esskultur im Altenheim	56
Damit es besser schmeckt	56
Betreuung & Unterstützung	56
<b>Heimhelfer dürfen Bewohnern/Klienten mit Schluckstörungen kein Essen/Getränke verabreichen!</b>	<b>56</b>
Trinkbeschränkung	57
Essen verabreichen beim Blinden	57
Einfuhr- Ausfuhr/Flüssigkeitsbilanz	58
EIN- AUSFUHRPROTOKOLL	60
<b>Ausscheidung</b>	<b>61</b>
Erbrechen	61
Harnbeobachtung	63
Stuhlbeobachtung	66
Diarrhoe (Durchfall)	67
Obstipation (Stuhlverstopfung)	69
<b>Inkontinenz</b>	<b>71</b>
Bedeutung der Inkontinenz	71
Harninkontinenz	72
Stuhlinkontinenz	73
Betreuung bei Inkontinenz	74
Kontinenzförderung	77
<b>Altersbedingte Veränderungen im Körper</b>	<b>81</b>
Stütz- Bewegungsapparat	82
Magen- Darmtrakt	82
Stoffwechsel / Hormonhaushalt	82
Grundumsatz	82
Flüssigkeitsbedarf / Durstempfinden lässt im Alter nach	82
Sinnesorgane	83
Immunsystem	84
Haut	84

Gehirn / Gedächtnis	84
Zusammenfassung der fünf Sinne	85
Organe	86
Urogenitalorgane	87
<b>Gesundheit, Krankheit und Behinderung im Betreuungsalltag</b>	<b>89</b>
WAS ist Gesundheit?	89
Was ist Krankheit?	89
<b>AEDL für eine sichere Umgebung sorgen</b>	<b>94</b>
Bedeutung	94
Gefährdungen	95
Sturzprophylaxe	96
Definition Sturz	96
Durchführung	96
<b>Frau, Mann sein</b>	<b>99</b>
Geschlechtsmerkmale	99
Beeinflussende Faktoren	100
Beobachtungen	102
Situation der Klienten im Zusammenhang mit Sexualität	103
<b>Betreuungsprozess</b>	<b>105</b>
Gliederung in 13 ABEDL	105
Ressourcen	106
Probleme	106
Ziele	106
Maßnahmen	107
Überprüfung (Evaluierung)	107
Pflegemodelle	107
Falldarstellung	109
<b>Anhang</b>	<b>130</b>
Theoretische Prüfungsfragen für die kommissionelle Abschlussprüfung im Fach	130
„Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung	130
„alter, behinderter und chronisch kranker Menschen“	130
Praktische Prüfungsfragen für die kommissionelle Abschlussprüfung im Fach	130
„Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung	130
„alter, behinderter und chronisch kranker Menschen“	130
Information zur kommissionellen Prüfung	132

## **Einleitung**

Sehr geehrte Teilnehmerin,  
sehr geehrter Teilnehmer der Heimhilfeberufsausbildung.

Sie halten den Lernbehelf für den Gegenstand „Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen“ in Händen. Mit 68 Unterrichtseinheiten handelt es sich dabei um das umfangreichste Fach Ihrer Berufsausbildung.

Bedenken Sie in diesem Zusammenhang, dass es sich hierbei um ein Stichwortskriptum und damit lediglich um ein ergänzendes Hilfsmittel zum Unterricht handelt. Häufig werden erst während dem Unterricht Inhalte erarbeitet. Prüfungsrelevant ist das Skriptum UND die im Unterricht vorgetragenen Inhalte.

Daher wird seitens der Lehrgangsleitung empfohlen, im Vortrag aktiv mitzuarbeiten und das vorliegende Skriptum durch die eigene Mitschrift zu ergänzen. Ein weiteres Instrument zur Leistungsfeststellung sind Stundenwiederholungen. Aus diesem Grund wird Ihnen empfohlen, sich durch tägliches Mitlernen am Laufenden zu halten.

Um diesen Lernbehelf erstellen zu können, bedurfte es der Zusammenarbeit mit einigen Experten/innen im Gesundheits- und Sozialbereich. Aus diesem Grund bedanke ich mich auf das Herzlichste bei meinen Mitautorinnen Fr. Astrid Mayer, Fr. Betina Rauscher MSc, Fr. Mag. Alder MBA und Fr. Mag. Schediwy MBA für deren Engagement beim Verfassen der Lernunterlage.

Die Autoren/innen dieses Lernbehelfes haben sich bemüht, für Sie ein lernfreundliches und praxisnahes Skriptum zu verfassen. Eine Weiterentwicklung dieser Lernunterlage ist jedoch nur durch das Feedback der Anwender/innen möglich. Daher bitte ich Sie Ihren Lehrern/innen Rückmeldung im Sinne von Verbesserungsvorschlägen zu machen.

Für Ihre Berufsausbildung zum Heimhelfer/in wünsche ich Ihnen viel Erfolg!

Mag. Günter Puchner  
Lehrgangsleiter Heimhilfeberufsausbildungen  
Akademie des Wiener Roten Kreuzes

Wien, Dezember 2015

## **Hinweise zur Verwendung des Lernbehelfes**

Kursiv geschriebene Inhalte sind nicht lern- und prüfungsrelevant.  
D.h. diese Inhalte, zumeist medizinische Fachbegriffe, werden nicht abgeprüft.

Zur besseren Differenzierung der einzelnen Kapitel sind diese in der Kopfzeile jeweils durchgehend mit einheitlichen Pictogrammen versehen.

Im Inhaltsverzeichnis finden Sie das Pictogramm



Dieses Symbol stellt einen Querverweis zwischen dem im Lernbehelf beschriebenen Inhalt zu anderen Fächern in denen Sie vertiefende Informationen dazu finden dar.

# Körperpflege

## Körperpflege umfasst

Beobachtung von

Haut, Haaren und Hautanhangsorganen, Hautspannung, Mund, Nase, Ohren

Pflegeutensilien und Hilfsmittel erheben / organisieren

Örtlichkeiten (Badezimmer, Dusche ..) berücksichtigen

Situationseinschätzung, Ressourcenförderung



## Arten Körperpflege

- Körperpflege beim liegenden Klienten
- Körperpflege beim sitzenden Klienten (Waschbecken, Bett)
- Duschen
- Wannenbad

## Ziele Körperpflege

Reinigung Körper, Beseitigung Gerüche, Steigerung Wohlbefinden,

Förderung Ressourcen, Klientenbeobachtung, Gesundheitsförderung

Kommunikationsmöglichkeit

## Ganzkörperwaschung im Bett - Zielgruppe

Unterstützung bei der Körperpflege bei Klienten, die (weitgehend) unselbstständig sind und sich nicht selbst waschen können oder dürfen.

## Prinzipien und Vorbereitung

### Information

(woher bekommen wir Informationen zu den Kl-Gewohnheiten?)

### Informationsquellen:

Klient, Kollegen, HH-Kollegin, Angehörige, Überleitungsbogen, Vorgesetzte, Dokumentationssystem

### Information des Klienten

(wie informieren wir, welche Informationen?)

Selbst vorstellen, Klienten mit Namen begrüßen,

Adaptionszeit, Information was geplant,

Einverständnis

## Lagerung im Bett

Damit Klient eigene Ressourcen einbringen und die Handlungen der Pflegekraft beobachten kann, wird er im Bett mit erhöhtem Oberkörper auf dem Rücken gelagert. Lagerungshilfen entfernen (Nässeschutz).

#### Räumliche Rahmenbedingungen

Nachttisch frei räumen, Alle Materialien klientennahe anordnen, Türschild, Raumtemperatur, Türen & Fenster schließen, Mitbewohner aus Zimmer bitten, Vorhänge zuziehen, Paravent aufstellen, Trennvorhang, Sichtschutz mit eigenem Körper, Besucher aus Zimmer bitten, genügend Licht, „Bitte nicht stören“

#### Materialvorbereitung

- 2 Paar Einmalhandschuhe / Einmalschürze / Händedesinfektionsmittel
- 1 od. 2 Waschschüssel für die Ganzkörperwäsche im Bett
- 2 Handtücher 2 (Einmal-)Waschlappen
- Waschlotion bzw. Seife

#### Ergänzend

- Pflegemittel für Haut und prophylaktische Maßnahmen
- Zahnpflegeset
- Kosmetika nach den Wünschen des Klienten ev. Rasiermaterialien
- Frische Bettwäsche und Kleidung Kamm, Bürste,
- Spiegel, Inkontinenzprodukte

#### Wohlbefinden des Klienten fördern durch

- Klienten fragen, ob er vor Ganzkörperwaschung Darm/ entleeren will
- Wassertemperatur überprüfen
- Hände anwärmen
- Eigenen Materialien des Klienten bevorzugen
- Nicht zu zweit waschen - verwirrt Klienten
- Nur den Körperteil abdecken, der gerade gewaschen wird (Schamgefühl, Auskühlung)
- Unter zu waschenden Körperteil Handtuch legen (Nässeschutz).
- Waschrituale berücksichtigen
- Beim Waschen viel Hautkontakt halten, d.h. die Hand nicht unnötig oft wegnehmen und wieder aufsetzen

#### Hygienerichtlinien beachten

- Zu Beginn und zum Abschluss der Waschung die Hände desinfizieren;
- Waschwasser, Waschlappen und Handtuch vor der Intimpflege wechseln
- Handschuhe: vor allem während Intimpflege & bei Hauterkrankungen (Fußpilz).
- Bei Hauterkrankungen (Hautpilz) betroffenen Körperteil zuletzt waschen & getrennte Utensilien verwenden (Einmalartikel)
- Waschschüssel nach Gebrauch desinfizieren und reinigen

## Durchführung Körperpflege

### Gesicht

Ist empfindlich, erfordert behutsames Handeln:

- Seife nur auf Wunsch des Klienten verwenden, keinesfalls in Augenregion, keine ätherischen Öle in Wasser.
- Beim Waschen der Augen vom äußeren zum inneren Augenwinkel wischen (Richtung Tränenfluss).
- Zuerst Gesicht von Stirn über Wangen zum Kinn, dann Nase und Mundpartie waschen und abtrocknen.
- Ohrmuscheln und hinter Ohren waschen und abtrocknen.
- Mund = Intimbereich

### Oberkörper, Arme, Hände

- Hemd des Klienten ausziehen, über Oberkörper legen.
- Hals, Achselhöhlen, Arme und Hände waschen und trocknen.
- Falten und Fingerzwischenräume genau waschen/trocknen, damit kein Intertrigo entsteht,
- Brustkorb & Bauch waschen/trocknen.
- Rückenwaschen davon abhängig, ob Klient in Lage ist, sich aufzusetzen oder sich ohne großen Aufwand zu drehen.
- Frisches Nachthemd oder Schlafanzug-Oberteil anziehen.
- Mit dem Waschen der Beine können pflegerische Maßnahmen kombiniert werden,
- z.B. das Ausstreichen der Beine zur Thromboseprophylaxe oder das Waschen in Haarwuchsrichtung bei der beruhigenden Ganzkörperwaschung.
- Füße und Zehenzwischenräume inspizieren, reinigen und gründlich abtrocknen, damit sich kein Fußpilz bildet.

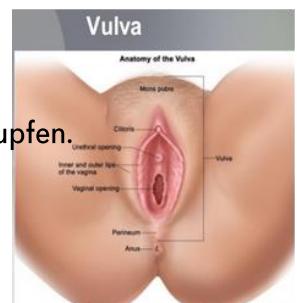
### Nach Füßen: Wechsel von Wasser, Handschuhen, Waschlappen, Handtuch

### Waschen Genitalbereich

- Handschuhe! Waschwasser, Waschlappen und Handtuch wechselt die Betreuungsperson vor und nach dem Waschen des Intimbereiches. Nach Wasserwechsel -> Klient soll Wassertemperatur prüfen. Wegen der Keimverschleppung ist es am besten, Einmalwaschlappen zu verwenden.
- Bei Mann und Frau wäscht die Betreuungsperson zunächst den Bauch ab dem Nabel abwärts. Die Leisten trocknet sie danach gut ab, um das Entstehen von Intertrigo zu verhindern.

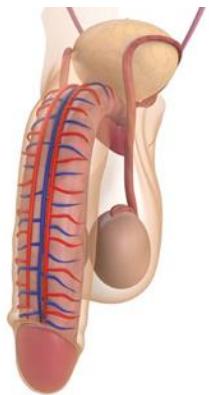
### Intimpflege Frau

- Beine aufstellen und locker auseinanderfallen lassen.
- Bauchdecke, Leisten und Oberschenkel waschen und abtrocknen.
- Große Schamlippen spreizen, von vaginal nach anal hin reinigen und trockentupfen.
- Waschlappen, Handtuch „drehen“ um Keimverschleppung zu vermeiden.
- Übriges äußeres Genitale reinigen und trocknen.



## Intimpflege Mann

- Bauchdecke, Leisten und Oberschenkel waschen und abtrocknen.
- Penis waschen und trocknen, dabei Vorhaut ganz zurückziehen, Eichel säubern, Belag entfernen und Vorhaut wieder zurückziehen nicht vergessen, sonst kann Vorhautverengung entstehen!
- Hodensack von vorne in Richtung Gesäß waschen und trocknen.
- Hoden zum Waschen anheben und dann abtrocknen.
- Immer darauf achten ob ein Dekubitus oder Hämorrhoiden vorhanden sind.



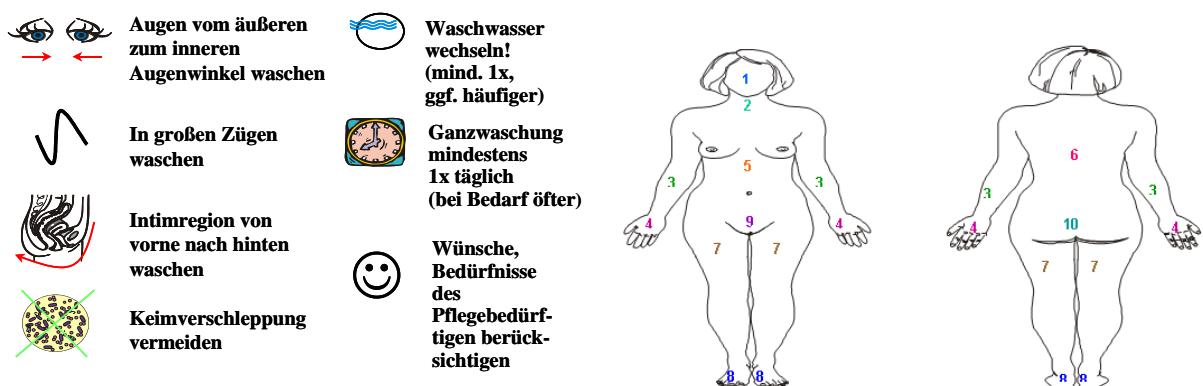
## Waschen Gesäß

- Zum Waschen des Gesäßes im Bett wird Klient zumeist auf Seite gedreht.
- Anus wäscht die Betreuungsperson in Richtung Steißbein, damit keine Darmbakterien in den Genitalbereich gelangen.
- Wird Klient zur Seite gedreht, ist der Teil des Gesäßes unzugänglich, auf dem er liegt. Nicht vergessen, nach erneuter Drehung auch diesen Teil zu waschen und die Haut zu beobachten.

## Nachsorge

Zum Abschluss wird der Klient vollständig angekleidet und frisiert (Haarpflege). Danach werden die Materialien entsorgt, aufgeräumt, der Nachttisch mit Desinfektionslösung abgewischt und die persönlichen Dinge des Klienten wieder aufgestellt.

### Prinzipien



## **Rasur**

Bei Männern gehört die tägliche Rasur zur Gesichtspflege.

Nassrasur: Gesicht mit Wasser nass machen. Bart mit Rasierschaum eincremen. Einwirkzeit Schaums beachten. Danach spannt sie Gesichtshaut mit einer Hand. Die andere Hand entfernt die Haare mit einem Einmalrasierer, und zwar mit kurzen Bewegungen in Haarwuchsrichtung (Koteletten-Wange-Kinn-Hals-Unterlippe-Oberlippe). Nach Rasur wird die Haut mit Wasser & Waschlappen von Rasierschaumresten gesäubert und auf Wunsch des Klienten Rasierwasser aufgetragen. Alkoholgehalt (ca. 70%) desinfiziert und beugt Entzündungen vor.

Kontraindikationen: Hauterkrankungen, Marcoumar, Warzen, keine Anordnung durch DGKS/P, neurolog. Erkrankungen (Parkinson).

Trockenrasur mit Elektrorasierer ist weniger aufwendig. Es wird nur der eigene Rasierapparat des Klienten verwendet (Hygiene). Barthaare müssen trocken sein, nasse Haare würden das Scherblatt verkleben. Nach Gebrauch des Rasierapparates wird der Rasierkopf geöffnet und mittels eines speziellen Pinsels gesäubert.

## **Körperpflege beim Waschbecken**

- Hilfe bei der Körperpflege für Klienten, die teilweise selbstständig sind und das Bett verlassen können.
- Mobilisation und Körperpflege werden sinnvoll verknüpft.
- Mobilisation langsam, Kreislaufkontrolle.

Viele Klienten benötigen beim Gang zum Waschbecken Hilfe oder werden mit dem Rollstuhl dahingefahren

Die Sitzgelegenheit dort deckt die Pflegekraft mit einem Handtuch ab, ehe sich der Klient hinsetzt.

Danach vergewissert sie sich, dass der Klient an alle benötigten Utensilien herankommt, und zieht den Vorhang am Waschplatz zu bzw. stellt eine spanische Wand davor.

Damit auf der Haut keine Seifenrückstände verbleiben, wäscht sich der Klient mit fließendem Wasser.

Er wäscht sich, soweit er kann selbst, und nur die von ihm nicht erreichbaren Körperpartien übernimmt die Betreuungsperson. Sollte sie den Klienten vorübergehend allein lassen, platziert sie die Klingel vorher in seiner Reichweite.

## **Duschen**

Empfinden die meisten Klienten angenehmer als Waschen, weil ihr Körper dabei nicht nur befeuchtet, sondern richtig nass wird.

Vorteil des Duschens ist, dass der "Schmutz" gleich weggespült wird und der Wasserverbrauch nur ein Drittel des beim Baden benötigten Wassers beträgt. Außerdem regt Duschen den Kreislauf an, vor allem, wenn sich der Klient abschließend kurz mit kaltem Wasser abduscht. Ein Hocker ermöglicht den Klienten, sich in der Dusche auch im Sitzen zu waschen.

#### **Beim Duschen beachten:**

- Rutschfeste Unterlage in die Dusche legen,
- rutschfester Stuhl oder Hocker
- Klingel erreichbar deponieren
- Selbständige Klienten alleine duschen lassen
- Auf Haltegriffe hinweisen.
- Lufttemperatur

#### **Ablauf Duschen:**

Temperaturkontrolle (HH-Unterarm), Temperaturkontrolle (Klient-Beine), Füsse & Beine abduschen (lassen), Reihenfolge bestimmt Klient, auf Wunsch einseifen, abduschen, wenn Klient aufsteht, um aus Dusche zu steigen: Intimpflege, Gesäß + Eincremen + Inkontinenzversorgung.

#### **Mundpflege**

##### **Ziele**

- Erhöht das Wohlbefinden, besonders morgens (Durchführung vor Beginn aller Aktivitäten des Tages)
- Intaktes (gesundes) Gebiss erhalten, krankmachende Faktoren beseitigen (Bakterien in Zahn- und Zungenbelägen)
- Mindestens zweimal täglich Zahnpflege (nach dem Essen)

##### **Materialien Mundpflege**

- Zahnbürste
- Zahnpasta und Mundwasser
- Zahnglas oder Becher
- Handtuch, Zellstoff oder Papiertaschentücher
- Nierentasse evtl. Prothesenschale mit Deckel und Kukident o.ä.
- Handschuhe, Schürze, Händedesinfektionsmittel, Lichtquelle

### Durchführung der Zahnpflege

- Alle Bereiche des Mundes vor Beginn der Zahnpflege inspizieren,
- Rot-Weiß-Technik
- Handtuch unters Kinn legen
- Reinigung der Zähne durch kleine Kreisbewegungen von der Außenseite zur Kaufläche, zur Innenseite, immer von hinten nach vorne
- Ausspülen (versuchen durch die Zähne zu pressen)

### Prothesenpflege

- Waschbecken halb voll mit Wasser (um zu verhindern, dass Prothese ins Waschbecken fällt während der Reinigung und kaputt ist) Prothesenpflege lt. Klientenwunsch z.B. mit Zahnbürste und Zahnpaste (ohne Granulat)
- Über Nacht in Prothesenschale und Kukident geben
- Mundpflege als Prophylaxe

### **Nasenpflege**

#### Indikationen

- Bewusstlose Klienten (Klient kann die Nase nicht selber putzen)
- Verletzungen der Nase
- Trockene Nasenschleimhaut
- Klienten mit (Nasen)Sonden
- Vermehrte Nasensekretproduktion
- Klienten mit Schädel-Hirn-Verletzungen

Häufigkeit: mindestens 1mal täglich und bei Bedarf

#### Durchführung

- Inspektion der Nase mit einer Lichtquelle
- Lagerung (wenn möglich flache Rückenlage / halbhohe Oberkörperhochlagerung)
- Vorbereitung der Materialien
- Nase mit NaCL (sterile Kochsalzlösung) und Watteträger reinigen durchdrehende Bewegungen
- Salbe auftragen auf die Nasenschleimhaut

#### Bei Borken

- Borken vorher mit Salbe aufweichen
- Borken mit Komresse oder Pinzette abtragen

#### Nachsorge: (Aufräumen, Dokumentation)

- Nasentropfen nur nach Arztanordnung verabreichen
- Vorsicht vor ätherischen Ölen/ Benzin besonders bei Kindern
- (ev. Auslösung eines Asthmaanfalls)

## **Ohrenpflege**

Brauchen eigentlich keine besondere Pflege, da sich der Gehörgang von selber reinigt

Vorbereitung Klient Information, Inspektion der Ohren

Material Waschlappen, Seife, evtl. Wattestäbchen

Durchführung

- Reinigung der sichtbaren Teile des äußeren Gehörgangs mit Wasser und Seife, Wasser und Seife sollen nicht in die Ohren dringen, von innen nach außen
- Zerumen (Ohrentschmalz) mit Wattestäbchen entfernen, dazu evtl. ölige Flüssigkeit verwenden (Babyöl)
- gerade, nicht zu tief einführen und leicht drehend wieder heraus
- Für jedes Ohr ein eigenes Wattestäbchen verwenden (Infektionsgefahr)
- Das Wattestäbchen nicht in den Gehörgang einführen (Verletzungsgefahr)

Nachsorge Material aufräumen, Dokumentation, Veränderungen / Auffälligkeiten Arzt / DGKP mitteilen)

Komplikationen Schmerzen, Verletzungen (Gehörgang, Trommelfell), Infektionen, Bildung von Zerumenpropfen

## **Blick zurück**

vergewissern, dass der Klient gut versorgt ist, also

- Etwas zu trinken hat (sofern er nicht nüchtern bleiben muss)
- Klingeln kann
- Richtig, bequem und schmerzfrei liegt
- Eine Hilfe zum Aufrichten ergreifen kann
- Seine persönlichen Dinge auf dem Nachttisch erreichen kann.
- Handy in der Nähe?
- Fernbedienung?
- Lesematerial?
- Notrufknopf?
- Brille?
- Harnflasche?

## Prophylaxen

Prophylaxe: Vorbeugung, Vorsorgung

### Definition

Als Prophylaxe wird die Gesamtheit aller Maßnahmen bezeichnet, die dazu dienen, eine Beeinträchtigung der Gesundheit durch Risikofaktoren, Krankheiten oder Unfälle zu verhindern.

- Dekubitusprophylaxe
- Intertrigoprophylaxe
- Kontrakturprophylaxe
- Pneumonieprophylaxe
- Thromboseprophylaxe

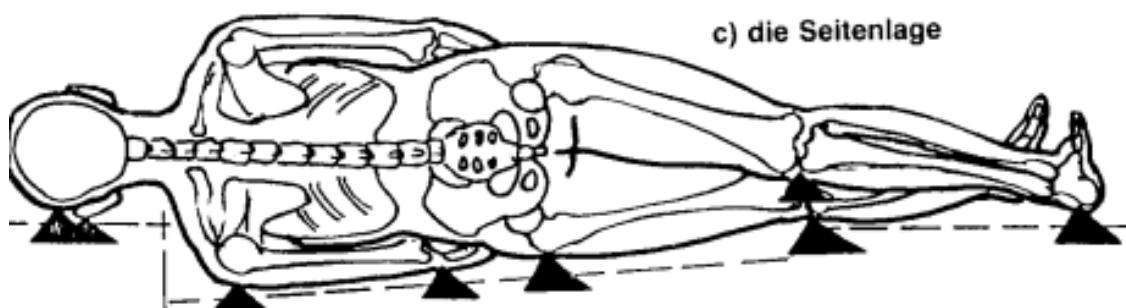
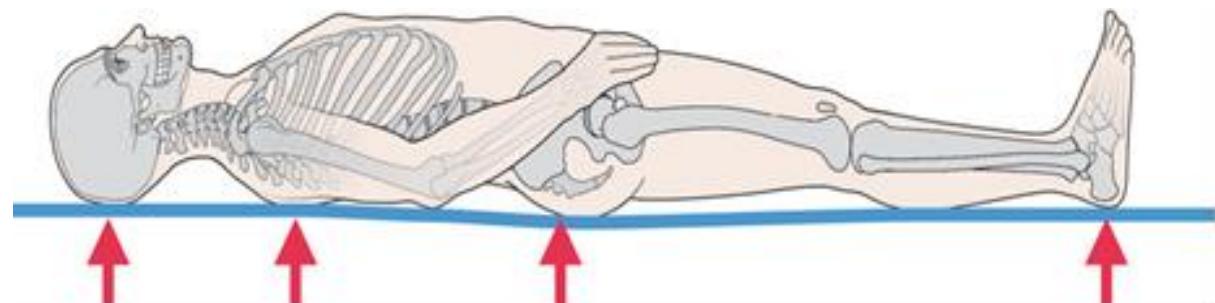


### Dekubitusprophylaxe

Definition Dekubitus: (von lat. *Decubare*) = "Geschwür durch Liegen" genannt) ist definiert als "Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/ oder des darunterliegenden Gewebes, i.d.R. über knöchernen Vorsprüngen, in Folge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften".

Dekubitusentstehung: Blutgefäße werden zusammengedrückt -> kein Blut, kein Sauerstoff, keine Nährstoffe können durch Blutgefäße gelangen -> Zellen werden nicht mit Blut, O<sub>2</sub>, Nährstoffen versorgt -> Zellen sterben nach einer gewissen Zeit ab.

Prädilektionsstellen Dekubitus:



## **Dekubitus Risikofaktoren**

### Druck

Adipositas  
Kachexie  
Matratze, Falten im Leintuch, Brösel  
Katheter, Schienen, starre Verbände

### Feuchtigkeit

Inkontinenz  
Fieber  
Schilddrüsenüberfunktion  
Adipositas  
Krankhaft übersteigertes Schwitzen

### Temperatur

Fieber (hoher O<sub>2</sub> u. Nährstoffbedarf)  
Inkontinenzprodukte  
entstehen Reibungskräfte

### Reibung

Beim Ziehen über das Bett oder  
Herunterschlüpfen des Klienten von Sessel

### Scherkräfte

Wirken parallel zum Gewebe. Es kommt zur Verschiebung zwischen den Gewebeschichten.  
Die obere Hautschicht folgt der Bewegung der darunterliegenden nicht.  
Führt zu Mikroverletzungen in Haut. Begünstigt Dekubitus Entstehung.

## **Weitere begünstigende Faktoren**

hohes Alter	Immobilität	pAVK
Herzinsuffizienz	Diabetes Mellitus	Mangelernährung (EWmangel)
Krebs (Ablagerung)	Schmerzen/Schonhaltung	Dehydrierung (Austrocknung)
Depressionen	Rauchen	Haut vorgeschieden (Wunden, Risse, trockene Haut)

## **Besonders dekubitusgefährdet sind...**

Alte Menschen

Immobile

- physisch bedingt
- psychisch bedingt

Menschen mit Durchblutungsstörungen

- pAVK
- Diabetes Mellitus
- Herzinsuffizienz
- niedrigem Blutdruck
- Raucher

Menschen mit Gewichts- und Ernährungsproblemen

- Übergewichtige
- Untergewichtige
- Menschen die unter Mangelernährung leiden
- Flüssigkeitsmangel

Menschen die unter Schmerzen leiden

- Inkontinente
- Fiebernde

### Dekubitusstadien (nach Seiler)

Der Schweregrad des Dekubitus richtet sich nach seiner Ausdehnung in die Tiefe.

#### Stadium I

Scharf begrenzte Rötung die sich nicht wegdrücken lässt (Fingerdruckprobe). Klient keine Schmerzen, keine Zellen abgestorben, Haut intakt, durch Druckentlastung völlig reversibel.

#### Stadium II

Oberhaut geschädigt. Klient gibt brennende Schmerzen an. Zellen abgestorben, nicht reversibel. Druckschaden erkennbar als Blase, Hautabschürfung oder flaches Geschwür.

#### Stadium III

Alle Hautschichten beschädigt. Der Schaden reicht bis zu Muskeln und Sehnen. Nekrotische Inseln können sichtbar sein. Es handelt sich um ein tiefes, offenes Geschwür. Infektionsgefahr!

#### Stadium IV

Alle Hautschichten zerstört, Muskulatur und Sehnen betroffen (sichtbar), Nekrosen sichtbar. Schädigung von Knochenhaut, Knochen- und Gelenken. Infektionsgefahr! Gefahr einer Sepsis!

### Fingerdruckprobe

Sie drücken mit dem Finger 3 Sekunden auf den roten Fleck. Danach lassen Sie los, der rote Fleck bleibt (lässt sich nicht wegdrücken) = Dekubitus Stadium I nach Seiler (ein nicht wegdrückbarer roter Fleck).

### Dekubitusprophylaxe

#### Bei Immobilität

- Mobilisation
- Druckentlastung
  - Positionieren (Lagewechsel)
  - Mobilisation
  - Entlastung gefährdeter Stellen (frei Lagerung)
  - Weichlagerung
  - Bewegungsübungen (aktiv, passiv)
  - Gewichtsreduktion
  - Vergrößerung Auflagefläche
    - Gelkissen,
    - Wechseldruckmatratzen,
    - Würfelmatratzen
    - Fersenpatscherl



#### Bei Inkontinenz

- Wechsel IKV
- Waschen, (Abtrocknen: Tupfen nicht rubbeln)
- rückfettende Salben



### Bei Schwitzen

- Fieber-kühlende Waschung
- Adipositas
- Krankhaft starkem Schwitzen (Hyperhydrosis)
- Schilddrüsenüberfunktion
- Wechsel Bekleidung,
  - Bettwäsche wechseln
  - Körperpflege (Waschungen)
  - anbieten – Schweiß beseitigen

### Bei Schmerzen

- Unterstützung bei der Analgetika einnahme lt. ÄAO
- so schmerzarm wie möglich positionieren
- Nicht alleine lassen,
- psychische Unterstützung

### Bei Austrocknung (Dehydrierung)

- Trinken aktiv anbieten
- Erinnern
- Mehrere Trinkbecher in Wohnung aufstellen
- Lieblingsgetränk
- „Anstossen“
- Dehydrierung melden

Fremdkörper vermeiden

Dauerkatheter

Sonden

Brösel

Falten (Leintuch)

Wechseldruckmatratzen

Würfelmatratzen

Lagerungsmaterialien

Fersenpatscherl

Polster

Gel(sitz)kissen

Matratzensysteme

## **Intertrigoprophylaxe**

### Definition Intertrigo:

(von lat. **inter** zwischen, lat. **terere** reiben Plural: *Intertrigines*) ist eine rote, nässende Entzündung der Haut, die durch Haut-auf-Haut-Reibung entsteht und durch Aufweichung der Haut gefördert wird. Kurz: Wundreiben durch Haut-auf-Haut-Reibung.

### Intertrigoentstehung

Durch die Reibebewegung kommt es zu einer Schädigung der Haut und zu (schmerzhaften) Entzündungen.

### Prädilektionsstellen Intertrigo

Brustfalte, Bauchfalte, Achselhöhle, Kniekehle, Zwischen Zehen, Leiste, zwischen Fingern Innenseite

### Intertrigo Risikofaktoren

Inkontinenz, Fieber, Krankhaft gesteigertes Schwitzen (Hyperhydrosis), Schilddrüsenüberfunktion, Adipositas, Fieber, Immobilität (Kombination mit Kontrakturen, Lähmungen, Bewusstlosigkeit,...), Neurologische Störung (Schlaganfall, M. Parkinson), starre Verbände, nachlässiges Abtrocknen, zu langes Baden (aufweichen der Haut), luftundurchlässige Inkontinenzmaterialien, Durchfall

### Besonders intertrigogefährdet sind...

- Menschen mit Harn- oder Stuhlinkontinenz (chemisch-toxische Irritantien zerstören)
- Hautschutzmantel, Urin erzeugt feucht-warmes Milieu-begünstigt Keimwachstum)
- Menschen die stark Schwitzen
  - Das sind Menschen mit ...  
Fieber, Hyperhydrosis, Schilddrüsenüberfunktion, Übergewicht
- Bettlägerige Menschen (mangelnde Belüftung feuchter Kammern)
- Menschen mit Schlaganfall/M. Parkinson -> mangelnde Belüftung feuchter Kammern/vermehrte Reibung
- Menschen mit starren Verbänden -> schränken Bewegung ein.
- Nachlässiges Abtrocknen -> Haut wird aufgeweicht, begünstigt Intertrigoentstehung
- Luftundurchlässige Inkontinenzmaterialien -> Feuchtigkeit kann nicht verdunsten.

### Intertrigo Erscheinungsbilder

- Es handelt sich um eine diffus, verlaufende Rötung.  
Also NICHT so wie beim Dekubitus um eine scharf begrenzte Rötung.
- Bei Feuchtigkeitsentwicklung (Schweiß, Urin, ...) wird die Haut aufgeweicht (mazeriert)
- Wird gegen die Haut-auf-Haut-Reibung nichts unternommen kann es zu einem fadenförmigen Einriss der Haut kommen (=Fissur).
- Dies stellt eine Eintrittspforte für Keime dar. Pilzinfektion -> weißlicher Belag – Mykosen durch *Candida albicans*.

### Ziel Intertrigoprophylaxe

- Klient über Entstehungsmechanismen informiert
- Intertrigogefahr wird frühzeitig erkannt
- Klient ist motiviert, aktiv an der Vermeidung eines Intertrigo mitzuarbeiten
- Risikofaktoren sind ausgeschaltet oder minimiert



### Maßnahmen Intertrigoprophylaxe

Kenntnisse aktualisieren:

- Auswahl richtiger Hautpflege- und Reinigungsmittel
- Information über Pflegemittel, die auf der Station verwendet werden
- Information darüber, welche Produkte der Klient verträgt oder nicht
- Klienten informieren und motivieren
  - Was ist Intertrigo?
  - Wodurch entsteht Intertrigo?
  - Welche Maßnahmen fördern/ verhindern die Entstehung?
  - Welche Maßnahmen sind für den Klienten sinnvoll?



Mobilität erhalten und fördern

- Spezielle Mobilisation ist nicht erforderlich
- Bettlägerigkeit muss verhindert werden bzw.
- Eigenmobilität so weit wie möglich erhalten bleiben

Hautatmung ermöglichen

- bei Lagerung dafür sorgen, dass gefährdete Regionen genügend Luft bekommen (Kissen zw. Beine, in Rückenlage Beine leicht gespreizt)
- atmungsaktive Kleidung, die Körperschweiß aufnehmen kann ->
- Baumwolle, keine synthetischen Fasern
- Unterwäsche täglich wechseln
- Inkontinenzversorgung darf die Hautatmung nicht behindern -> möglichst keine Plastikfolie
- Feuchte Inkontinenzprodukte sofort wechseln
- Hautfalten müssen trocken gehalten werden, es darf nicht Haut auf Haut liegen
- Baumwoll- BH's ohne Bügel
- Baumwollunterhosen mit angesetzten Bein
- ggf. Baumwoll- Oder Leinenstreifen in gefährdete/ betroffene Hautfalten einlegen

Hautpflege optimieren

- Kühle Waschungen (bis ca. 10°C unter Körpertemperatur) um die Durchblutung anzuregen und Schweiß zu reduzieren
- Zur Reinigung der Haut PH - neutrale, alkalifreie Produkte verwenden
- Scharfe Reinigungsmittel nur bei grober Verunreinigung einsetzen
- Weiches Handtuch beim Abtrocknen verwenden, nur tupfen – nicht reiben
- Kein Deo oder Parfum benutzen; Rückfettung der Haut mit Wasser in Öl Emulsionen

## Pneumonieprophylaxe

### Definition Pneumonie

Entzündung von Lungengewebe.

### Ursachen können

- Bakterien (bakterielle Pneumonie)
- Viren (virale Pneumonie)
- Pilze (Pilzpneumonie)
- Aspiration (Aspirationspneumonie) sein.



### Risikofaktoren / entstehungsfördernde Umstände sind ...

#### **Allgemeine Abwehrschwäche durch**

Infektiöse Erkrankungen  
Mangelernährung  
Auszehrende Erkrankungen (Krebs)  
Erkrankungen des Immunsystems

#### **Sekretstau in Bronchien durch**

Lungenerkrankungen  
(Bronchitis, Asthma)  
Linksherzinsuffizienz  
Schwächung Hustreflex z.B. durch Schmerzen oder  
Bewusstseinsstörung)

#### **Aspiration durch**

Bewusstseinsstörung  
Schluckstörung (Schlaganfall)  
Schonatmung (Schmerzen)

#### **Verminderte Lungenbelüftung durch**

Bettlägerigkeit  
Lähmungen (Hemiplegie durch Schlaganfall)  
Bewusstseinsstörungen

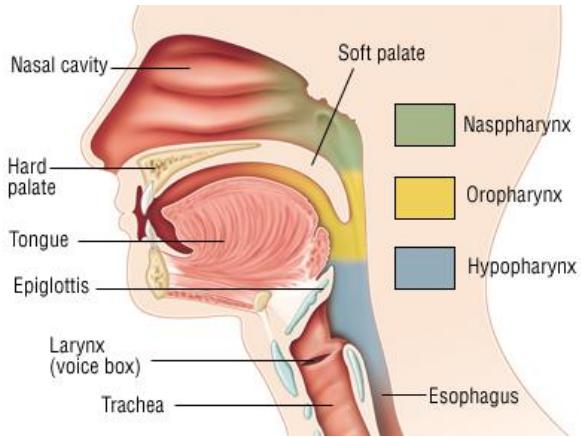
#### **Absteigende Infektion aus Mund- Nasen- Rachenraum durch/wegen**

Schlechte Mundpflege  
Infektionen der Schleimhäute (Soor)  
Austrocknung der Schleimhäute  
Störung der Mundflora

#### **Weitere Risikofaktoren /entstehungsfördernde Ursachen**

Alter  
Lungengefährdender Beruf  
Rauchen  
Vorschädigung der Lunge  
COPD, Asthma,  
Operationsbelastung (Schmerzen)

**Exkurs Aspiration & Aspirationspneumonie**  
 Wenn die Epiglottis (Kehldeckel) die Luftröhre beim Schlucken nicht (ausreichend) verschließt können Speichel, Essen, Getränke, Erbrochenes, usw. in die Luftröhre kommen.  
Mögliche Folge: Pneumonie.



### Symptome bei Aspiration

Husten, Würgen, Speichelfluss aus Mundwinkel, Nahrungsverweigerung & Gewichtsverlust, Essen im Mund sammeln, Atemnot, Klient wird Blau im Gesicht, Panik, Bewusstlosigkeit, Ausspucken der Nahrung.

### Ursachen für inkompletten Kehldeckelschluss

- Schluckstörung durch Schädigung von Hirnnerven (Schlaganfall),
- Bewusstseinsstörung,
- Hastiges Essen

**Heimhelfer dürfen Klienten mit Schluckstörung kein Essen verabreichen!**

### Maßnahmen zur Aspirationsprophylaxe

- Beim Essen aufrecht sitzen
- Nach Essen aufrechte Haltung ca. 30 Minuten beibehalten.
- Während Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme Klienten beaufsichtigen
- Anleitung bei Nahrungsaufnahme
- Nahrungskonsistenz: weich, keine groben Stücke od. Körner enthalten.
- Zeit und Ruhe geben.
- Nicht ablenken (Fernseher, Radio, ...)
- Nach Essen: Kontrolle ob Wangentaschen entleert sind.

### Besonders pneumoniegefährdet sind...

Alte Menschen, frisch Operierte, Bewusstseinstörte Klienten, Immobile, Klienten mit Schmerzen, Klienten mit Schluckstörung, Klienten mit Sekretstau in Bronchien, Klienten mit Schwächung Immunsystem, Klienten mit reduziertem Allgemeinzustand, Klienten mit vorgesägelter Lunge

### Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe

- Pneumonierisiko wird frühzeitig erkannt
- Klient ist über Entstehungsmechanismen der Pneumonie informiert
- Klient ist motiviert, an der Pneumonievermeidung mitzuarbeiten
- Belüftung der Lunge ist dauerhaft optimiert
- Risikofaktoren sind ausgeschaltet od. minimiert

## **Klienteninformation**

- Was ist eine Pneumonie?
- Maßnahmen zur Verhinderung
- Was kann der Klient alles selbstständig durchführen?
- Manche Prophylaxen kontraindiziert, Absprache mit Arzt!
- Information über entstehungsfördernde Umstände / Verhalten

## **Atemübungen zur Verbesserung der Lungenbelüftung**

- Voratmen
- Gemeinsam Atmen
- Gegen Windrad blasen lassen
- Luftballon wegblasen lassen
- Luftballon aufblasen lassen
- Durch Strohhalm blasen lassen
- Mit Strohhalm in Wasserglas blasen lassen
- Kontraindikation: Lungenemphysem



## **Mobilität erhalten / fördern**

- Bewegung erhöht Grundumsatz und O2-Bedarf -> Atmung wird vertieft und beschleunigt.
- Einfache Bewegungen und Restmobilität erhalten.
- Positionierung

Weitere prophylaktische Maßnahmen:

- Flüssigkeitszufuhr
- Oberkörper hoch lagern
- Fenster öffnen
- Luftbefeuchtung
  - Nasses Handtuch
  - Inhalator
  - Luftbefeuchter

## Kontrakturenprophylaxe



GZ Ergo&Mobil

### Definition:

Kontraktur (lat. *contrahere* „zusammenziehen“), wird eine Funktions- und Bewegungseinschränkung von Gelenken bezeichnet. Sie entsteht durch die Verkürzung umliegender Muskeln, Sehnen, Bändern und Faszien. Die betroffenen Gelenke lassen sich sowohl aktiv wie auch passiv nicht oder nur schwer und in geringem Maße bewegen. Die Bewegung kann schmerhaft sein.

### Einteilung nach Entstehungsmechanismus

#### Vom Gelenk ausgehend, wenn Gelenk geschädigt ist durch

- Arthrose (Gelenkverschleiß)
- Entzündungen
- Frakturen
- Operationen am Gelenk (Schmerzen-Schonhaltung)



#### Ursprung im umgebenden Weichteilapparat

- Muskelerkrankungen
- Verletzungen von Bändern, Sehnen, Kapseln und Muskeln, Sehnen-, Bänder- und Kapselerkrankungen
- Verbrennungen der Haut, Narben

#### Störung der nervösen Versorgung der Muskulatur

- Ist die Erregungsleitung vom Nervensystem zur Muskulatur gestört, so kommt es zur "Fehlinformation" an der Muskulatur
- Schlaganfall, Querschnittslähmung, Multiple Sklerose

#### Unsachgemäße, nicht fachgerechte Lagerung

- Beugekontraktur: Gelenk in Beugestellung fixiert
- Streckkontraktur: Bsp.: Spitzfuß

#### Gefährdete Personen

- Alle immobilen Kl. (die wegen Schmerzen eine Schonhaltung annehmen und sich deshalb kaum bewegen (Rheuma, Arthrose, Arthritis))
- Kl. mit Nerven- oder Querschnittslähmungen
- Apoplex (Durchblutungsstörung Gehirn), MS
- Kl. mit Verbrennungen in Gelenksnähe
- Kl. mit stark reduziertem Allgemeinzustand
- Schwere Allgemeinerkrankungen oder ältere Kl.
- Bewusstlose Kl., bewusstseingestörte Kl.
- SHT, Koma Diabetikum
- Kl. in Gips-, Schienen- oder Streckverbänden
- Jede längere Ruhigstellung und/oder Bettlägerigkeit

### Symptome

- Zwangshaltung des Gelenks
- Schmerzhafte Bewegungseinschränkungen
- Unharmonisierter Bewegungsablauf
- Eingeschränkte passive Beweglichkeit

### Prophylaktische Maßnahmen

- Mobilisation:
  - Stufenweise oder der Situation entsprechend
  - Sitzen an der Bettkante
  - Stehen vor dem Bett
  - Gehen über den Flur
- Bewegungsübungen:
  - Passiv
  - Assistierend
  - Aktiv
  - Erhöhung der Muskelspannung
  - Bsp für Spannungsübung: Hände und Arme in Bewegung entsteht, Matratze drücken lassen ohne das gegen Füße drücken
- Prinzipien, die bei der Durchführung beachtet werden müssen
  - Nur Bewegungen, die das Gelenk physiologisch zulässt
  - Nicht mit Gewalt arbeiten
  - Nicht gegen Widerstand arbeiten
  - Den Klienten beobachten und mit ihm kommunizieren



## **Thromboseprophylaxe**

### Definition Thrombose

von griechisch: thrombos - Klumpen

Als Thrombose wird eine intravasale Blutgerinnung im lebenden Organismus bezeichnet. Dies bedeutet nichts Anderes als eine Blutpfropfenbildung innerhalb der Blutgefäße und dadurch eine Blutflussbehinderung im Gefäßsystem. Vorwiegend venöse Gefäße, im Bein- und Beckenvenenbereich betroffen.

### **Thromboseentstehung**

#### Drei ausschlaggebende Faktoren (Virchow'schen Trias)

- Die Gefäßwandschädigung (Wandfaktor)
- Die Gerinnungsstörung (Blutfaktor)
- Die Blutströmungsverlangsamung (Kreislauffaktor)

#### Gefäßwandschädigung

Verursacht durch: Traumen und Entzündungen führen zu Schäden der innersten Schicht eines Gefäßes. Dies führt zu einer erleichterten und vermehrten Ablagerung von Thrombozyten. Es bildet sich ein Thrombus. Daraus folgt ein teilweiser bzw. totaler Gefäßverschluss.

Risikofaktoren: Nikotin, hohes Lebensalter, Schwangerschaft, Adipositas.

#### Gerinnungsstörung

Z.B. bei malignen Tumoren oder Verbrennungen, kann die Blutgerinnung verändert sein. Auch bestimmte Medikamente oder eine Schwangerschaft können die Blutgerinnung beeinflussen und zu einem erhöhten Thromboserisiko beitragen.

#### Blutströmungsverlangsamung

Die Erhöhung der Blutviskosität kann zu einer Strömungsverlangsamung des Blutes führen.

Risikofaktoren: Erhöhter Hämatokritwert (durch eine krankhafte Vermehrung von roten oder weißen Blutkörperchen sowie Bluteiweißkörpern), vermehrte Flüssigkeitsausscheidung, zu wenig Trinken, Erbrechen, Durchfall, Fieber, Diuretika). Verbrennungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Varikosis, Schwangerschaft, Immobilität, Adipositas und Tumore.

Die Strömungsverhältnisse im Blutgefäßsystem sind sehr wichtig. Die Sogwirkung des Herzens saugt das Blut von den großen Venen an. Im ganzen Körper verteilt, arbeitet die Muskelpumpe (zwischen Muskeln liegende Venen werden Richtung Herzen ausgedrückt). Venenklappen verhindern ein zurückfließen des Blutes.

Die verminderte Fließgeschwindigkeit des Blutes begünstigt die Entstehung von Thromben.

## **Symptome, Folgen, Gefahren einer Thrombose**

### Thrombosesymptome

Schmerzen, Schwellung, Überwärmung und bläuliche Verfärbung der betroffenen Extremität geachtet werden, gespannte Haut, eingeschränkte Funktion

### Symptome Lungenembolie

Pulsanstieg, Atemnot, Husten, Fieber und plötzliche Brustschmerzen.

### Erkennen gefährdeter Klienten

Für HH ist es wichtig, die Gesamtsituation und den Allgemeinzustand des Klienten zu sehen und daraus auf ev. Thrombosegefahr zu schließen.

### Risikofaktoren für die Entstehung einer Thrombose sind

<b>verlangsamte Blutströmung</b>	<b>Schäden der Gefäßinnenwand</b>	<b>erhöhte Gerinnungsneigung</b>
Bettlägerigkeit	Verletzungen	Medikamente
Lähmungen	Operationen	Kortison
Schonhaltung	Sklerosierungen	Ovulationshemmer „Pille“
Bewegungsarmut	Venenentzündungen	Gerinnungsfaktoren
Dehydrierung		Krebs
Herzinsuffizienz		
erhöhter HK		
Varikosis (Krampfadern)		

### Risikogruppen

Alte Menschen, Bettlägerige Menschen, Übergewichtige Personen, Schwangere, Personen mit Antriebsverminderung, Raucher, Herzkrank Menschen, Menschen mit Krampfadern, Dehydrierte Menschen, Menschen mit Stoffwechselerkrankungen (Diab. mell.), Pille & Rauchen, Personen mit Thrombosen in der Anamnese

## **Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe**

### Mobilisation

Durch Gehen wird die Muskelpumpe betätigt. Das Blut in den Venen wird in Richtung Herz ausgedrückt. Der venöse Rückfluss beschleunigt sich. Sollte mehrmals täglich durchgeführt werden.

### Lagerung

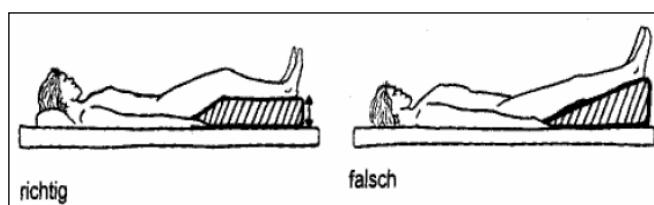
Hochlagern der Beine steigert den venösen Rückfluss und beugt Ödembildung vor. 20 Minuten, vor dem Anlegen eines Kompressionsstrumpfes / ATS zur Entstauung der Beine.

### Kontraindikationen

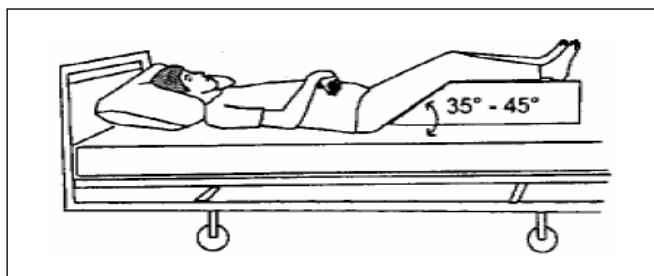
Herzinsuffizienz, arterielle Durchblutungsstörungen in den Beinen Beschwerden im Hüftgelenk. Bei dekubitusgefährdeten Klienten keine Hochlagerung wegen des erhöhten Druckes und der Scherkräfte im Steißbeinbereich.

### Möglichkeiten

Verwendung von Kissen und Decken bzw. Venenkissen. Wichtig ist die Beugung der Knie- und Hüftgelenke um ca. 20°. Die Beinhochlagerung sollte nicht länger als zwei Stunden dauern. Danach ist Lagewechsel und Kontrolle der Haut im Sakralbereich notwendig.



Oberschenkel soll in einem 35° bis 45° Winkel zur Bettebene lagern. Die Unterschenkel liegen dann 15 bis 25 cm parallel zum Bett. Unterschenkel muss über Herzniveau gelagert werden ohne die Blutgefäße in der Kniekehle abzudrücken.



### Venenkompression

#### Antithrombosestrumpf (ATS)

Anforderungen an den ATS

- Anatomische Passform
- in Länge und Breite elastisch
- Sichtfenster
- in mehreren Größen vorhanden
- Antiallergisch
- Andruck darf 21 mmHg nicht überschreiten.
- Mind. 15x waschbar ohne Kompressionsqualität zu verlieren
- Aufgrund der Verwechslungsgefahr mit Kompressionsstrümpfen sollte der ATS weiß sein



#### Wirkung ATS

Der ATS bewirkt eine dauerhafte Steigerung des venösen Rückflusses. Durch die Kompression der oberflächlichen Beinvenen und damit verbundener Einengung des Gefäßlumens erhöht sich die Fließgeschwindigkeit des venösen Blutes. Um den Rückfluss zum Herzen zu

gewährleisten, muss der Druck, den der Strumpf auf das Bein ausübt, von distal nach proximal um 50 bis 60% abnehmen. Da der ATS nur eine geringe Druckstärke besitzt, fördert dieser den venösen Rückfluss nur im Liegen. Im Stehen reicht der Druck des ATS nicht aus um eine effektive Kompression der Venen zu gewährleisten.

**Deshalb ist der ATS auch nur für bettlägerige und immobile Patienten geeignet.**

**Bei mobilen Patienten ist der Strumpf wirkungslos.**

Effektive Thromboseprophylaxe nur bei Tragdauer der ATS über 24 Std..

#### Kontraindikationen für ATS:

Rechtsherzinsuffizienz, arterielle Durchblutungsstörungen, Beinödeme, Hauterkrankungen im ATS-Bereich und materialbedingte, allergische Hautreaktionen.

#### Überprüfung

Faltenfreier, rutschfester Sitz, Inspektion darunterliegender Beinhaut, mehrmals täglich Zeheninspektion zur Beurteilung der Durchblutung der Beine.

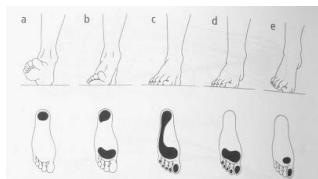
### Rückstromfördernde Bewegungsübungen

#### Mechanismen des venösen Rückstroms

- Venenklappen: verhindern das Zurückfließen des Blutes innerhalb der Venen
- Muskelpumpe: bei jeder Muskelaktion wird durch die Bewegung die Vene komprimiert -> Druckerhöhung in der Vene -> Rückstrom wird unterstützt
- Sogwirkung des Herzens: bei der Kontraktion der Herzkammer in der Systole, wird das Lumen der Vorhöfe vergrößert -> Blut wird aus den Hohlvenen und den Lungenarterien angesaugt
- Druck- und Sogwirkung der Atmung:
- Einatmung: durch Ausdehnung des Thorax entsteht ein Unterdruck -> Druck setzt sich über Venen fort. Ausatmung: durch Absenken des Zwerchfells steigt der Druck im Bauchraum -> überträgt sich auf die Venen und drückt das Blut Richtung Bauchraum

#### Rückstromfördernde Bewegungsübungen im Sitzen

- Zehen krallen
- Erhöhung Fußsohlendruck
- Abrollen Fußsohle
- Heranziehen Vorfuß, Vorfußkreisen



Führt zur Aktivierung der Muskelpumpe. Für diese Übungen gilt, je fester und stärker die Durchführung, desto günstiger für den venösen Rückfluss. Bewegungsübungen lassen sich bei bettlägerigen Klienten im Sitzen bei der Mobilisation in den Stuhl integrieren. Da dies meist 3x/tgl. durchgeführt wird, sollte der Klient dazu angeleitet werden, selbstständig diese Übungen durchzuführen. Ist Beitrag des Klienten zur Thromboseprophylaxe.

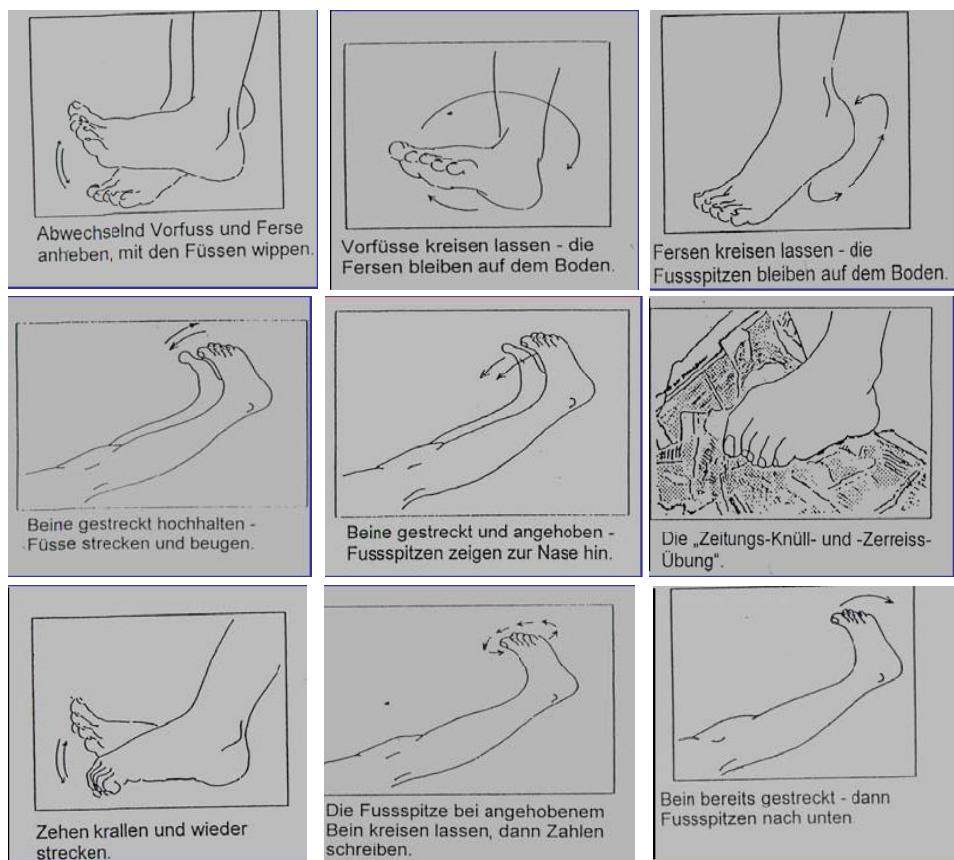
#### Rückstromfördernde Bewegungsübungen im Liegen

Rückstromfördernde Bewegungsübungen im Liegen können von den meisten KI durchgeführt werden, selbst wenn diese aufgrund einer Erkrankung bzw. auf Anordnung des Arztes zur Bettruhe gezwungen sind.

Bewegungsübungen im Liegen können vom Klienten eigenständig durchgeführt werden und fördern den venösen Blutrückfluss. Ausschlaggebend: dass die Übungen mehrmals täglich durchgeführt werden. Die Anleitung des Klienten zur selbstständigen Durchführung ist wichtig!

Übungen: Füße strecken und beugen, Zehen krallen, Füße links und rechts kreisen oder Bein gestreckt hochheben. Ist ein Patient selbst nicht in der Lage diese aktiv durchzuführen, so können diese auch als passive Bewegungsübungen von Pflegepersonen durchgeführt werden.

### Übungen zur Aktivierung der Muskelpumpe



### Bettradfahren

Bettfahrrad besteht aus zwei Pedalen und einer Achse. Führt zu starker Strömungsbeschleunigung des venösen Blutes. Hat Klient keine Einschränkungen in seiner Beweglichkeit, kann er selbstständig Bettradfahren. Voraussetzung dafür ist die kardiale Belastbarkeit des Klienten. Bettradfahren sollte ca. fünf bis zehn Minuten 2-3x/Tag durchgeführt werden.



### Aktivierung Fußsohlendruckes

Im Liegen kann der venöse Blutfluss auch durch Erzeugen eines Sohlendruckes beschleunigt werden. Dadurch werden die Venen in diesem Bereich entleert und somit der venöse Rückfluss beschleunigt. Weiters wird der Venenweiterstossung durch die Muskelanspannung entgegengewirkt. Zur Durchführung der Maßnahme wird z.B. eine Bettkiste benötigt, außer der Klient erreicht aufgrund seiner Körpergröße das Fußende des Bettes auch so. Nun soll der Klient die Fußsohlen abwechselnd gegen einen Widerstand drücken. Eine Beugung im Knie- und Hüftgelenk führt zu einer verstärkten Wirkung der Übung.

### Kontraindikationen

bei Klienten mit neurologischen Erkrankungen, wie z.B. Hemiplegie. Gefahr einen Spasmus auszulösen oder zu verstärken.

Das Erzeugen des Sohlendruckes ist eine Maßnahme, die vom Kl. selbstständig mehrmals täglich durchgeführt werden kann. Alternativ zur Bettkiste kann natürlich auch eine feste Decke oder Ähnliches verwendet werden.

### Allgemeine Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität

Sinnvolle Maßnahmen zur Erhaltung der Mobilität

- Tagesbekleidung anlassen
- Nutzung von Aufenthaltsräumen, Klientengarten
- bewegungsintensive Aktivitäten anbieten
- Bewegungsdrang nicht unterdrücken -> sinnvolle Aktivitäten
- gezielte Bewegungsübungen anbieten z.B. Gruppenaktivitäten
- keine Fixierung von Klient (außer: schriftl. ärztl. Anordnung mit Begründung)

### 2.6 Heparinisierung lt. AO

Ist dem Arzt und der DGKS/PFA/PA vorbehalten.

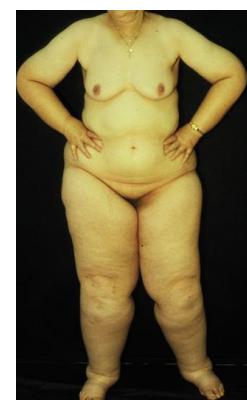


Arzneimittellehre/  
Antikoagulantien

# Ödem

## Definition Ödem

- von griechisch: οιδημα (eudäma) - Schwellung
- Austritt von Flüssigkeit (Wasser, Lymphe) aus dem Gefäßsystem in den Raum zwischen Organen, Gewebe und Zellen (Interstitium).
- Ein Ödem ist kein eigenes Krankheitsbild, sondern Zeichen bestimmter Grunderkrankungen.



## Ursache & Entstehung

- Erhöhter hydrostatischer Druck in den kleinsten Blutgefäßen (Kapillaren)
- Erniedrigter onkotischer Druck in Kapillaren (Eiweißmangel)
- erhöhter onkotischer Druck außerhalb der Kapillaren, verursacht durch erhöhte Durchlässigkeit Kapillarwand mit Austritt von Eiweiß in das Interstitium.
- Behinderung des Lymphabflusses.

## Erkrankungen die zu Ödemen führen können

Herzschwäche, Nierenfunktionsstörungen, Leberzirrhose, Allergien, Fettsucht, Schilddrüsenunterfunktion, Tumoren (Krebs), Schwangerschaft (keine Erkrankung),

## Behandlung (Therapie)

Beseitigung der Ursache, entwässernde Medikamente (beseitigen nicht Ursache)

## Flankierend

Bewegung, Anregung der Muskelpumpe (Wasser aus Gewebe herausgepresst), Hochlagern betroffener Gliedmaßen (Wasser kann abfließen), nicht bei Herzinsuffizienz, ggf. bei Beinödemen Kompressionstherapie, Lymphdrainage um Gewebewasser so schnell wie möglich abzutransportieren

## Diagnose

- Eindrücken des Gewebes mit einem Finger -> Finger entfernen -> bleibt Delle im Gewebe zurück = Ödem.
- Die Delle bildet sich nach einiger Zeit wieder zurück.





## Hautveränderungen im Alter

Hautalterung ist fortschreitende Eintrocknung der Gewebe, einhergehend mit Gewebsverdichtung. lebensnotwendige Stoffwechselvorgänge werden gehemmt / verlangsamt. Damit geht ein Wasserentzug (Dehydratation) einher.

Beginn Hautalterung: ca. 25. Lebensjahr

**Ursachen:** chemische und mechanische Belastungen, UV-Bestrahlung, Lebensweise (Rauchen, Alkohol, Hitze, Kälte, Stress, Ernährung), genetische Faktoren,

Folgen

- Kollagene Fasern werden immer weniger bzw. beschädigt -> Haut weniger straff
- Elastische Fasern quellen auf -> Haut verliert an Dehnbarkeit.
- UVA/UVB-Bestrahlung bewirkt Schädigung in Epidermis -> kann Hautkrebs verursachen
- „Erschöpfung“ der Zellteilung -> Minderversorgung der Haut -> Haut bekommt Falten, Runzeln,
- Talgdrüsen produzieren weniger Fett -> Haut trocknet aus, wird schuppig -> Juckreiz
- Oberhaut wird dünner -> Blutgefäße treten deutlicher hervor
- Muskelspannkraft lässt nach -> verstärkt Faltenbildung
- Flüssigkeitsverlust im Bindegewebe + Fettverlust -> Haut wird ca. 25 % dünner (Pergamenthaut) -> Risse -> ev. Wundheilungsstörungen
- Altersflecken durch chronische UV-Bestrahlung
- Sensibilitätsstörungen durch Reduktion der Meißnerschen Tastkörperchen (ca. 25 %)

## Haar- und Nagelveränderungen im Alter

- Abnahme Pigmentierung -> Farbverlust -> Graue Haare -> kein gesundheitliches Problem
- Verlust Haarwurzeln -> Glatzenbildung
- Langsameres Haarwachstum
- Teilweise wird auf Kopf normale Behaarung durch Haarflaum ersetzt
- Finger- und Fußnägeln -> wachsen langsamer -> Nagelplatte dünner, weicher, rauer.
- Veränderungen individuell sehr unterschiedlich.



### **Pflege Altershaut**

- Austrocknung Körperhaut vermeiden -> zu heißes, zu langes Waschen, Baden vermeiden.
- Glättung, Einfettung der Haut -> bei Baden/Duschen rückfettende Seifen, Ölbäder, ölhaltige Duschgele verwenden -> Sie hinterlassen pflegenden Film auf Haut.
- Gesichtsreinigung mit hautschonenden Milchen, Emulsionen, Cremes mit rückfettenden Substanzen.
- Besonders trockene, juckende Haut an Armen und Beinen (Selbstverletzungsgefahr) -> eincremen, ev. Verwendung v. Duschölen mit zusätzlich Feuchthaltesubstanzen und juckkreisstillenden/hautberuhigenden Stoffen (ärztliche Anordnung).
- Wenn die Haut spannt -> unbedingt eincremen.
- Während Heizperiode häufiger Hauthaustrocknung. Die „Wintercreme“ sollte der Haut vor allem Fettstoffe und Feuchthalter zuführen, die das Wasserbindevermögen der Hornschicht verbessern.
- Beim Abtrocknen nicht „rubbeln“ (reiben) sondern tupfen (Pergamenthaut, Verletzungsgefahr).

## Unterstützung Blutdruck(selbst)messung

### Definition Blutdruck

Der Begriff Blutdruck oder Gefäßdruck bezeichnet den Druck, der durch den Herzschlag und den damit verbundenen Transport des Bluts in den Blutgefäßen entsteht.

**Systole** = „erster Wert“ während der Auswurfphase des Herzens. Systolischer Blutdruck während der Austreibungsphase der linken Herzkammer entstehendes Druckmaximum.

**Diastole** = „zweiter Wert“ während der Füllungs- Entspannungsphase des Herzens. Diastolischer Blutdruck der am Ende der Anspannung der linken Herzkammer niedrigste gemessene arterielle Druck.

“mm Hg” (Millimeter Quecksilbersäule) ist die Einheit des Blutdruckes.

Der normale systolische arterielle Blutdruck beträgt in Ruhe 100-130 mm Hg.

Der normale diastolische arterielle Blutdruck beträgt in Ruhe 60-85 mm Hg.

Abkürzung für den Blutdruck ist RR (Riva Rocci).

Erhöhter Blutdruck wird Hypertonie genannt.

Erniedrigter Blutdruck wird Hypotonie genannt.

Blutdrucknormalwert (WHO): 120/80

Hypertonie (WHO): über 160/90

Hypotonie (WHO): ab 95/65

„Grauzone“ (Dr. Renate Mayer): Syst: 140-160mmHg und Diastole: 85-95mmHg

Therapie nur bei bestimmten Erkrankungen notwendig

- Mindestens 10 Minuten vor der Messung keine körperliche Anstrengung
- Für Ruhe und Entspannung des KI während der Messung sorgen
- Ärmel darf nicht einschnüren (oberhalb der Manschette)
- Klient soll während der Messung sitzen
- Klient soll bei der Messung nicht reden
- Manschette richtig am Arm positionieren
- Arm in Herzhöhe gelagert (entspannt, nicht bewegen) besonders aufpassen bei Unterarmmessgeräten -> falsch hoher Wert angezeigt
- Nicht an einem Arm messen wo sichtbare Veränderungen sind (z.B. Ödem, Lähmung)
- Festhalten an welchem Arm gemessen wurde (immer gleichen Arm verwenden um Vergleiche ziehen zu können)
- Die richtige Manschettengröße beachten (Über- Untergewicht)
- Messwiederholungen mit weniger als 1 Minute Pause zwischen einzelnen Messungen vermeiden
- Intervalle zwischen den Messungen zu lange (keine Aussagekraft)
- Abgelesene Werte weder ab- noch aufrunden
- Wert unbedingt dokumentieren (eigene Tabelle / Buch)

Weiters zu beachten:

- Selbe Zeit
- Selber Arm
- Niemals an Stellen mit
  - Schwellungen
  - Ödemen
  - Lähmungen,
  - peripher Venösen Zugängen,
  - Schmerzen
  - Dialyse-Shunt messen

**Symptome Hypertonie**

Schwindelgefühl

Kopfschmerzen

Übelkeit, Erbrechen

Nervosität

Schlafstörungen

Ohrensausen

Müdigkeit

Nasenbluten

Rote Gesichtsfarbe

Sehstörungen

**Symptome Hypotonie**

Schwindel (Schwarzwerden vor Augen)

Kopfschmerzen (Kältegefühl, Kribbeln in Fingern/Füßen)

Gesichtsblässe

Müdigkeit, Mattigkeit

Antriebslosigkeit

Ohrensausen

Herzklopfen

schneller Puls

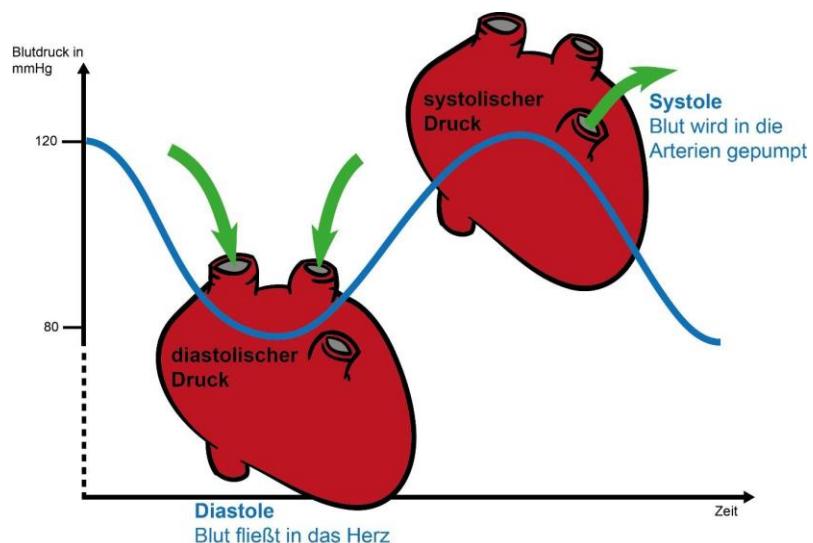
Schweißausbruch

Kreislaufkollaps

**Dokumentationsaufgaben Blutdruck**

Zu dokumentieren ist:

Datum, Uhrzeit, exakte Werte, wo gemessen, Handzeichen ggf. Befindlichkeit Klient



## **Unterstützung Puls(selbst)messung**

(lat. pulsus = der Stoß)

### **Definition Puls**

Als Puls bezeichnet man die mechanische, rhythmische Ausdehnung und Kontraktion der Gefäßwände, die durch die Herzaktion und die von ihr ausgelöste Druckwelle bedingt ist.

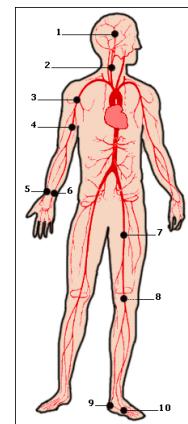
Bei jedem Herzschlag wird Blut in das Blutgefäßsystem ausgestoßen. Dieser Stoß setzt sich als Blut- oder Druckwelle an den elastischen Gefäßen (Arterien) fort. Diese Druckwelle kann getastet und gemessen werden. Puls ist ein Vitalzeichen und dient zur Beurteilung der Herz- und Kreislauffunktionen.

### **Pulsmessstellen sind z.B.**

- A. radialis (Speichenarterie) 5
- A. carotis (Halsschlagader) 2
- A. femoralis (Leistenarterie) 7

### Puls-Normalwerte sind bei

Neugeborenen	ca. 140 Schläge/Min.
Kindergartenkindern	ca. 100 Schläge/Min.
Jugendlichen	ca. 85 Schläge/Min.
Erwachsenen	ca. 60-80 Schläge/Min.



### **Abweichungen vom Pulsnormalwert**

- Beschleunigter Puls (Tachycardie) über 100 Schläge/Min, normal b. Anstrengung
- Verlangsamter Puls (Bradycardie) unter 60 Schläge/Min, normal z.B. bei Schlaf, Entspannung,
- „Grauzone“ (Dr. Renate Mayer) 80-100/Min.

### Tachycardie krankhaft bei

- Fieber (pro °C Erhöhung um 8-12 Schläge/Min.)
- Blut- und Flüssigkeitsverlust (z.B. massiver Durchfall)
- Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenüberfunktion)
- Vergiftungen
- starke Schmerzen
- Arzneimittelnebenwirkungen (z.B. nach Adrenalin)
- Herzrhythmusstörungen



### Bradycardie krankhaft bei

- Bewusstlosigkeit, Koma
- Schädigung des Zentralen Nervensystems (z.B. Schädel-Hirn-Trauma)
- Störungen des Herzreizleitungssystems
- Stoffwechselstörungen (z.B. Schilddrüsenunterfunktion)
- Hirndrucksteigerung

### **Materialien zum Pulsmessen**

- Automatisches Blutdruckmessgerät
- Pulsuhr oder
- Uhr mit Sekundenzeiger
- Pflegedokumentation mit letzten Werten
- Stift (rot)

### Vorbereitung des Klienten zur Pulsmessung (Messung: DGKS/P, PH od. Klient selbst)

- Klienteninformation, Kl.-Zustimmung einholen
- Der Klient soll vor der Messung mindestens 30 Minuten nicht körperlich aktiv gewesen sein
- Keine engende Kleidung an dem Arm an dem gemessen wird, Uhr entfernen
- Bewohner soll Puls eigenständig messen bzw. vom RR-Gerät ablesen
- Beim Messen des Radialispulses sollte der Bewohner sein Handgelenk entspannen und leicht vorgebeugt sitzen. Ggf. kann er mit einer Unterlage (Polster) unterstützt werden.

### Durchführung (Pflegepersonal oder Klienten selbst vorbehalten bzw. unterstützend durch HH)

- Mit Zeige-, Mittel- und Ringfinger den Puls üblicherweise an der A. radialis ertasten
- NICHT mit dem Daumen tasten
- Frequenz, Qualität und Rhythmus ermitteln
- Bei Pulsuhr 15 Sekunden – ermittelten Wert x 4, um den Puls/Min zu bestimmen
- Wert notieren

### Durchführung bei Arrhythmien

auf die Uhr schauen und eine volle Minute lang die Pulswellen zählen

### **Nachsorge**

Klienten zudecken / Anziehen, Wert mitteilen, Wert dokumentieren (unterstützend-überprüfend)

Persönliche Hygiene (Händedesinfektion).

**Von der Norm abweichende Werte TL / CM melden**

# Blutdrucktabelle

# Fieber

## Definition Fieber

Fieber ist keine Krankheit, sondern ein Symptom, welches anzeigt, dass im Körper eine Störung vorliegt (Störung der Wärmeregulation, Abwehrmechanismus des Körpers). Typisch z. B. bei Grippe. Fieber wird als eine Erhöhung der Körperfunktionstemperatur über 38°C definiert.

## Thermometerarten

### Quecksilber

Beschreibung: Messskala von 35 - 42 °C. Das Gerät besteht aus einem luftleeren Glasröhrchen, das am unteren Ende eine Engstelle aufweist. Quecksilberthermometer verboten. Eingefügt ist ein Depot mit Quecksilber. Bei Wärmeaufnahme dehnt es sich aus, steigt auf und bleibt auf der maximalen Temperaturhöhe entsprechend der Körpertemperatur stehen.

Vorteil: Von keiner Stromquelle abhängig.

Nachteil: Quecksilberthermometer sind leicht zerbrechlich und es kann zur Freisetzung giftiger Quecksilberdämpfe kommen. Nachteil ist, dass im Gegensatz zu anderen Thermometern Messende nicht mittels akustischen Signals angekündigt wird. Komplizierter, langsamer Messvorgang.

### Digital-Thermometer

Beschreibung: Die Messung erfolgt via Mikroprozessor. Der Messbereich liegt in der Regel zwischen 32 und 42°C. Diese Thermometer führen eine automatische Funktionskontrolle durch, die Messwerte können auf einem Display abgelesen werden.

Vorteil: Ende Messvorgangs durch Piepton signalisiert, genauere Messung als bei Quecksilberthermometer, Werte abspeicherbar, nicht zerbrechlich, kein Glas, kein giftiges Quecksilber, schneller Messvorgang. Genaueres Ergebnis wie bei Quecksilberthermometer.

Nachteil: Abhängigkeit von Stromquelle.

### Infrarot-Ohrthermometer

Beschreibung: Messung am äußeren Gehörgang. Gemessen wird die Temperatur der vom Trommelfell abgegebenen Infrarotstrahlung. Diese entspricht Temperatur im Körperinneren. Nach Aufsetzen einer Messhülle auf den Messkonus, wird dieser so auf den Gehörgang aufgesetzt, damit Ohrkanal abgedichtet ist. Messergebnis auf Digitaldisplay ablesbar.

Vorteil: Wie Digital-Thermometer.

Nachteil: Von Stromquelle abhängig, Messhülle=Einwegprodukt, wird nach Verwendung weggeworfen.

## **Messarten**

### Axillär

Norm: 36,1-36,9°C

Vorteil: leicht erreichbar, angenehm für Patient

Nachteil: Manipulierbar

### Oral

Norm: 36,4-37,2°C

Vorteil: rel. Angenehm, leicht erreichbar

Nachteil: manipulierbar, Infektionsrisiko

### Rektal

Norm: 36,6-37,4°C

Vorteil: genauer Wert, entspricht weitgehend Körperkerntemperatur

Nachteil: unangenehm, aufwendig, mögliche Keimverschleppung

### Gehörgang

Norm: Messgenauigkeit: entspricht der Körperkerntemperatur

Vorteil: sehr kurze Messdauer

Nachteil: Achtung Messfehler durch fehlerhafte Anwendung, Platzierung

## **Allgemeine, beobachtbare**

### **Fiebersymptome**

glänzende Augen

Erhöhung Atemfrequenz

Erhöhung Puls

Frösteln, Schüttelfrost

Trockene, Heiße Haut

Verwirrtheit

## **Später beobachtbare Fiebersymptome**

Hautrötung

Schweiß

Trockene belegte Zunge

Flüssigkeitsverlust

Appetitlosigkeit, Obstipation

Konzentrierter Urin

Unruhe, Schlaflosigkeit

## Subjektives Fieberempfinden des Klienten im Anfangsstadium

Lichtempfindlichkeit Augen (später: Lichtscheue), Allgemeines Krankheitsgefühl, Müdigkeit, Leistungsabfall, Schwäche, Muskel- Gliederschmerzen, Kopfschmerzen

## **Gefahren/Folgen Fieber**

Austrocknung (Flüssigkeitsverlust)

Dekubitus

Kollaps

Schwindel

Austrocknung Schleimhaut & Haut

Fieberblasen, Appetitlosigkeit

Muskel- u. Gliederschmerzen

Teilnahmslosigkeit

## **Pflegerische Maßnahmen allgemein**

Keine Mobil. erzwingen

Ruhe, Schlaf ermöglichen

beruhigen

In Ruhe lassen, Schlaf ermöglichen

Information, Beratung

Getränke anbieten

Flüssigkeitszufuhr, elektrolythaltig

Abdunkeln

## **Fieberphasen**

Phase 1: Fieberanstieg  
Phase 2: Fieberhöhe  
Phase 3: Fieberabfall  
Phase 4: Erschöpfungsschlaf

### **Phase 1 Fieberanstieg**

In der ersten Phase bemüht sich der Körper den vom Gehirn angepeilten Sollwert zu erreichen. Die Muskeln beginnen sich in rascher Folge zusammenzuziehen und zu erschlaffen. Die erhöhte Muskelarbeit ist für ältere bereits geschwächte Menschen sehr anstrengend. Langsamer Anstieg wird leichter verkraftet.

#### Symptome Fieberanstieg

Frösteln, Schüttelfrost, Hautfarbe blass, Zittern, dem Klienten ist kalt

#### Unterstützende Maßnahmen bei Fieberanstieg

Beim Zubettgehen unterstützen, Fenster schließen, warme Getränke, Warm zudecken (ev. 2. Decke), Abdunkeln, Tür schließen, Für ruhige Umgebung sorgen, warme Socken, Heizung aufdrehen, Wärmeflasche (Abklärung mit CM), Klienten nicht alleine lassen

### **Phase 2 Fieberhöhe**

Schüttelfrost verebbt. Die vom Temperaturregulationszentrum im Gehirn angepeilte Temperatur ist erreicht.

#### Symptome Fieberhöhe

Dem Klienten ist heiß, Hautfarbe rosig/rot, Kl. fühlt sich matt, Atmung/Puls schneller, Klient schwitzt, schlaftrig, appetitlos

#### Unterstützende Maßnahmen bei Fieberhöhe

Wärmespender entfernen, kühle Getränke reichen, Lüften (Fenster auf), lauwarme Körperwaschung, Bettruhe, Wadenwickel, Regelmäßige Kontrolle von Puls, Blutdruck und Körpertemperatur, gute Hautpflege, leichte Kleidung bzw. Bettwäsche und Bekleidungswechsel, Heizung ab, Zimmertemperatur auf 17°-19° reduzieren, 2. Decke weg

#### Feucht-kühle Wadenwickel

nur auf ärztl. Anordnung, bei Temperaturen ab 39° C, Nach 8-10 min erneuern, normales Leitungswasser (lauwarm!), Wadenwickel sollen nicht um die Gelenke gelegt werden  
Temp. sollte max. 1-1,5° C sinken – Fieberabfall belastet den Kreislauf sehr stark!

#### Material für feucht-kühle Wadenwickel

- Schüssel mit Wasser (Wassertemperatur ca. 10°C unter Fiebertemperatur)
- Stecklaken mit Nässeeschutz (Gummi/Folie)
- 2 Handtücher

Indikationen:

Fieber > 39°C Unruhe, Schlafstörungen (dann nur einmal anlegen, nicht erneuern)

Kontraindikationen:

Kalte Hände und Füße Frösteln Schüttelfrost

### **Phase 3 Fieberabfall**

Sobald sich der vom Gehirn vorgegebene Sollwert auf den Normalwert senkt, wird Wärme abgegeben, die Haut fühlt sich daher warm an (stärkere Durchblutung), der Stoffwechsel normalisiert sich, der Blutdruck sinkt, Flüssigkeit wird abgegeben (Schwitzen).

Es beginnt der Fieberabfall.

#### 2 Typen Fieberabfall

- Lysis: langsamer Abfall. Belasten Organismus nicht so stark (Abfall über 2-3 Tage)
- Krisis: rascher Abfall innerhalb von 24 Std.  
Belastet Klienten sehr stark, Kollapsgefahr, Kl. nicht alleine lassen, gut überwachen.  
Belastet den Kreislauf sehr stark, kann zu Kreislaufversagen führen.  
Klienten fühlen sich matt und benötigen Ruhe, daher sofern möglich alle anstrengenden Maßnahmen verschieben.

#### **Symptome Fieberabfall**

Kleinperliger, kalter Schweiß, Flüssigkeitsverlust (Schwitzen), Durst, Atmung/Puls normalisieren sich, Überwärmung Haut, Blutdruckabfall

#### Unterstützende Maßnahmen bei Fieberabfall

- Regelmäßige Kontrolle von Puls, Blutdruck und Körpertemperatur
- Regelmäßigen Bettwäsche und Bekleidungswechsel
- Getränke anbieten–Beobachtung Flüssigkeitshaushalt & Ausscheidung
- Schaffung einer ruhigen Atmosphäre Beschränken, Beruhigen, nicht alleine lassen,
- Dekubitus- Intertrigoprophylaxe

### **Phase 4 Erschöpfungsschlaf**

- Klient ist nach Strapaze erschöpft.
- Er braucht Ruhe.
- Gefahr von Kreislaufkollaps bei alten Menschen.

#### Unterstützende Maßnahmen bei Erschöpfungsschlaf:

Wäschewechsel, Kl. frisch eincremen, schlafen lassen, für Ruhe sorgen, Zimmer abdunkeln  
Getränke anbieten, Vitalwerte kontrollieren

### **Ernährung bei Fieber**

- Mindestens 2,5-3 Liter Flüssigkeit/Tag (salzreiches Mineralwasser – Elektrolytausgleich),
- Salzhaltige Nahrung,
- Haferschleim, Früchte, Pudding,
- Mehrere kleine Mahlzeiten,
- Kohlenhydratreich, eiweiß- und fettarm

### **Prophylaxen bei Fieber**

- Thrombose
- Decubitus
- Pneumonie
- Intertrigo
- Soor-Paroditis
- Obstipation

# Schmerz

## Definition

unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird".

„Laut der Österreichischen Schmerzgesellschaft leiden **43 % der Über-50-Jährigen** an chronischen, also drei und mehr Monate andauernden Schmerzen, in der Altersgruppe ab 65 sind bereits 50 Prozent davon betroffen, bei den Über-74-Jährigen sogar 75 %. **Situation in Pflegeheimen:** Dort sei laut der Internationalen Gesellschaft für Schmerzforschung (IASP) **Schmerz ständiger Begleiter von 80 Prozent der alten Menschen**" (**ÖSG und IASP**).

## Schmerzursachen

- mechanischen Zug oder Druck (Knochenbruch, Scherkräfte, ...)
- thermische Beeinflussung (Verbrennung, Erfrierungen)
- entzündliche Prozesse (Bakterien, Viren)
- pathogene Veränderung (Bauchschmerzen, Atemnot ...)
- einen Tumor (= das Karzinom selbst oder Metastasen)
- einen chirurgischen Eingriff (OP)
- Psychodynamik (emotional, Verlusterlebnis, ...)

## Chronischer Schmerz

Länger 3 Monate dauernd oder intervallartig  
Oft schwer zu therapieren  
Wird nach einer gewissen Zeit zur  
Schmerzkrankheit

## Akuter Schmerz

Reaktiv oder wenige Stunden bis Tage  
Warn- und Schutzmechanismus

## Schmerzkrankheit

Nervenzellen reagieren überempfindlich -> Gehirn sendet Schmerzsignale, auch wenn die Ursache des Schmerzes nicht mehr besteht. Häufig durch Erkrankungen des Bewegungsapparats wie Rückenleiden, Osteoporose, Rheuma, Arthrose oder Arthritis verursacht.

## Folgen von chronischen Schmerz

- Angst
- Schlaflosigkeit
- Schonhaltung
- Immobilität
- Kontrollverlust
- Einsamkeit
- Antriebslosigkeit
- Verzweiflung



## Schmerzdiagnostik

- Lokalisation (Wo?)
- Ausstrahlung (Wohin?)
- Zeitliches Muster (Wann?)
- Schmerzstärke (Wie stark?)
- Was stärkt/lindert den Schmerz? Warum schmerzt es?
- Häufigkeit (Immer? Manchmal? Wie oft?)
- Schmerzcharakter (Wie ist er?)
  - brennend
  - stechend
  - dumpf
  - kolikartig
  - bohrend
  - krampfartig

## Verbale Schmerzäusserungen

Ich habe Schmerzen  
Ich habe starke Schmerzen  
Ich halte das nicht mehr aus  
Wie soll das nur weitergehen  
Der Schmerz macht mich fertig  
Ich fühle mich so elend  
Ich will niemanden sehen  
zusammenkneifen

## Nonverbale Schmerzäusserungen

Gesichtsausdruck, Weinen  
angespannte Mimik  
angstvoll geweitete Augen  
weinerlicher Ausdruck  
Unsicherheit  
ärgerlich  
Körper zusammenrollen, Augen

**Schmerzäusserungen** ohne Interpretationen dokumentieren.

## Schmerzbeobachtungen

Verhaltensauffälligkeiten  
Unruhe Wandern  
  
Weinen, Jammern  
Anhaltendes Rufen  
Aggression, Abwehr, Wut  
um Hilfe bitten  
Schlaflosigkeit

## Verhaltensänderungen

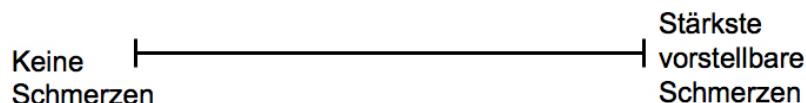
Nahrungsverweigerung  
Will nicht aus dem Bett;  
will nicht stehen oder gehen  
Stiller als sonst  
Ballt die Fäuste  
Hand auf der schmerzenden Stelle  
Angst bei Körperberührungen  
Schonhaltung  
Vermeidung von bestimmten Bewegungen

## Vegetative Zeichen

Tachykardie  
Schwitzen  
Übelkeit  
Erbrechen  
beschleunigter  
Atemrhythmus

## Schmerzintensität

wird z.B. auf einer Skala von 1 – 10 gemeinsam mit dem Klienten festgestellt  
Visuelle Analog-Skala (VAS)



## Smiley Analogue Scale (SAS)



## Wong Baker Skala



## Unter jedem Gesicht ist eine kurze Beschreibung

- Gesicht 0: die Person hat keine Schmerzen
- Gesicht 1: hat wenig Schmerzen
- Gesicht 2: hat Schmerzen
- Gesicht 3: hat große Schmerzen
- Gesicht 4: hat sehr große Schmerzen
- Gesicht 5: So viel Schmerzen wie sich Klient nur vorstellen kann

## Numerische Rating-Skala (NRS)

1	2	3	4		6	7	8	9	10
---	---	---	---	--	---	---	---	---	----

Kein Schmerz

Stärkste vorstellbare Schmerzen

## Schmerzdokumentation

### Schmerzbeschreibung/Dokumentation:

- Lokalisation
- Schmerzstärke
- Schmerzqualität
- Schmerzdauer
- Schmerzauslöser
- Schmerzverstärker
- Schmerzverminderer
- Schmerzverlauf

### Schmerzlinderung:

- Geduld
- Gespräche
- Trost und Zuwendung
- Schöne Lebensgewohnheiten
- Zeit
- Auf Schmerzsignale achten
- Musik- oder Aromatherapie
- Akupunktur, Meditation, Autogenes Training .....



Arzneimittellehre/  
Wirkung/NW  
Analgetika

### **Schmerzlinderung durch HeimhelferInnen**

- Förderung von Vertrauen in das schmerzmildernde Medikament
- Regelmäßiges erinnern und wenn nötig Hilfestellung bei der Einnahme nach Zeitschema
- Wahrnehmung von Wirkung (Schmerz wird weniger?) und Nebenwirkung (Brechreiz, Obstipation, Diarrhoe, ....)
- Dokumentation der Wirkung (oder Nichtwirkung) des Medikamentes
- Dokumentation von erfolgreichen Strategien
- Informationsweitergabe an Dienststelle



Haushaltsführung

## Ruhen und Schlafen

### Definition „gesunder „Schlaf“

„Schlaf ist ein regelmäßig wiederkehrender, physiologischer Erholungszustand mit zeitweiliger“ Bewusstlosigkeit“. Er ist als Aufbau- und Erholungsphase lebensnotwendig“. Die Schlafdauer ist individuell und vom Lebensalter abhängig.

### Schlafdauer

18-20 Std.: Säugling	12-14 Std.: Kleinkind
10-12 Std.: Schulkind	8-9 Stunden: Schulkind
6-8 Std.: Erwachsene	6 Std.: ältere Menschen, ca. 12 Std inkl. Nickerchen

Es wird zwischen „Frühaufstehern“ und „Morgenmuffeln“ unterschieden. Das Schlafverhalten, wird von Faktoren wie soziale Umwelteinflüsse (zB Schulbeginn), Arbeitszeit, Art und Dauer der körperlichen Arbeit, Einstellung zum Schlaf, unterschiedliche Tagesrhythmen beeinflusst.

### Schlafphasen

Einschlafphase – Dämmerzustand zwischen Wachsein und leichten Schlaf

Leichter Schlaf (oberflächlicher Schlaf) – Das Bewusstsein ist „ausgeschaltet“

Beginnender (mitteltiefer) Tiefschlaf – ca. 30 min. nach dem Einschlafen

Tiefschlaf

Jeder Zyklus (Einschlaf bis Tiefschlaf) dauert ca. 90 bis 120 Minuten. Nach einem kurzen Erwachen, an das man sich häufig morgens nicht mehr erinnern kann, beginnt der nächste. Während einer Nacht können etwa 3 bis 5 solcher Zyklen aufeinanderfolgen, je nach Dauer des Schlafes. Kurze Aufwachphasen (12 bis 15 Minuten) am Ende jeder Phase, sind normal. Meistens erinnert man sich am darauffolgenden Morgen nicht mehr daran. Es handelt sich um die „Übergangsphase“.

### Schlafstörungen

Zu wenig Schlaf: Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühes Erwachen

Zu viel Schlaf: trotz ungestörter Nachtruhe erhöhte Schlafneigung tagsüber, Störungen des Wach- Schlafrhythmus: der Biorhythmus des Betroffenen wird nicht mehr durch den natürlichen Wechsel von Hell-Dunkel bestimmt (Schichtarbeiter, Interkontinentalflüge).

Krankhafte Begleitsymptome wären z.B. Bettnässen, Schlafwandeln, Alpträume ...

Häufig sind Menschen mit einer Schlafstörung „froh, dass die Nacht vorüber ist“. Doch bei Beginn der Dunkelheit haben viele Angst wieder nicht Einschafen zu können und es wird häufig zu Schlafmitteln gegriffen.

### Körperliche Ursachen

wären z.B. Schmerzen, Atemnot Übelkeit, Bewegungseinschränkung durch Verbände, Katheter, Sonden etc. .

Neben der medikamentösen Therapie sind betreuerische Maßnahmen sehr wichtig: schmerzlindernde, bequeme Lagerungen (z.B. Nestlagerung), atemstimulierende Einreibung und Oberkörperhochlagerung sind nur einige Beispiele.

Es ist auf ein „frisch gemachtes Bett“ zu achten. Falten, Brösel oder ein verschwitztes Leintuch genügen häufig, dass sich ein Klient unwohl fühlt und Schlafprobleme hat.

Auch das Vermitteln von Sicherheit ist wichtig, es ist eine Betreuungsperson in der Nähe oder erreichbar (Klientenrufanlage, Telefon, Notfallpiepser bzw. Uhr). In der Altenpflege treten Schlafstörungen häufig infolge mangelnder Tagesaktivität auf.

Hier können tagesstrukturierende Maßnahmen mit einem Wechsel von Bewegungs- bzw. Beschäftigungsangebot und Ruhephasen helfen.

Das reduzierte Schlafbedürfnis von älteren Menschen führt häufig bei zeitiger Bettruhe (nachmittags!) dazu, dass die Klienten oft schon ab 3 oder 4 Uhr morgens wach werden. Anstatt Schlafmittel sollten sie aber den veränderten Tagesrhythmus beibehalten.

Teilweise oder vollständig immobile Klienten verbringen den größten Teil des Tages im Bett. Diesen Menschen muss besonders viel Anregung geboten werden, da sie sonst das Körpergefühl verlieren.

Räumliche und zeitliche Desorientierung sind die Folge.

Ein häufiges Problem bei ältern Menschen ist nächtlicher Harndrang.

Klienten raten abends (ca. 2 Stunden vor der Bettruhe) nicht zu viel zu trinken.

Harntreibende Mittel sollten morgens genommen werden.

Bei mobilen Klienten ist es wichtig dafür Sorge zu tragen, dass sie schnell und ungehindert zur Toilette kommen (Sturzgefahr).

In der gewohnten Umgebung „Stolperfallen“ entfernen (Kabel, Teppiche etc.), in einer ungewohnten Umgebung den Weg zur Toilette trainieren, ev. nachts Begleitung anbieten. Ev. auch Leibsäckel, Harnflasche, Nachtstuhl anbieten.

### Psychische Ursachen

Angst, Stress, Sorgen, Aufregung, bevorstehende Ereignisse, andauernde Traurigkeit gehören zu den häufigsten psychischen Ursachen.

Hier können zuhören, entlastende Gespräche, entspannende Massagen, beruhigende Tees (Melisse, Lavendel, Baldrian...) zielführend sein.

Wichtig ist auch das kennen der Einschlafrituale des Klienten und die ev. Unterstützung dabei.

### **Schlafförderung**

Der Mensch kann nicht abrupt zwischen seinen Tagesaktivitäten und dem Schlaf wechseln. Um den Tag „ausklingen zu lassen“ haben viele ein individuelles Schlafritual wie z.B. Fernsehen, Lesen, ein Glas Milch, ein entspannendes Bad, Lavendaroma, Beruhigende Tees (Melisse, Lavendeltee etc... )

Wichtig ist es in der Betreuung diese Schlafrituale zu kennen (Biographie) und bei der Umsetzung zu unterstützen.

Die Betreuenden sollen nach scheinbar bedeutungslosen und doch für einen erholsamen Schlaf so wichtigen Dingen fragen wie: Raumtemperatur, offenes oder geschlossenes Fenster, Kopfpolster, Schlafkleidung, Einschlafposition, gewohnte Einschlafzeit, Licht ja/nein, Körperhygiene morgens oder abends, vielleicht ist ein beruhigendes Gespräch vonnöten?

### **Medikamentöse Therapie**

Wenn dieser nicht unproblematische Weg gewählt wird, dann nur für kurze Dauer. Es muss die Gefahr einer physischen und psychischen Abhängigkeit bedacht werden.

Es kann zu zeitlichen und / oder örtlichen Orientierungsstörungen kommen und häufig kommt es zum sogenannten „Hang over“. Die Klienten schlafen oft lange bis in den Tag hinein, es kommt zu Bewusstseins- und Orientierungsstörungen, Kreislaufproblemen und die Klienten fühlen sich matt und antriebslos. Folgen sind eingeschränkte Tagesaktivität, erhöhte Sturzgefahr. Die Betroffenen haben in der Nacht erneut Schlafprobleme

Notizen



Arzneimittellehre/  
Schlafmittel

## **Essen und Trinken**

### **Bedeutung Essen & Trinken**

Befriedigung physiologischer Bedürfnisse, Kommunikatives Geschehen, Sättigungsgefühl. Essenszeit zentraler Punkte der Tagesstruktur, Geschmackserlebnis / Genuss, Geborgenheit, Gefühl des Geliebtwerdens, Ersatzbefriedigung, Zusammenhang zwischen Essen und Befindlichkeit

### **Besonderheiten Ernährung im Alter**

- Ältere Menschen benötigen rund 30% weniger Kalorien als jüngere
- Gleichzeitig bleibt der Bedarf z.B. an Eiweiß, Calcium und anderen Mineralstoffen und Vitaminen unverändert
- Das bedeutet, der Bedarf an Kohlenhydraten und Fetten sinkt im Alter um 35- 40%.
- Für ältere Menschen ist eine eiweißreiche, fettarme Mischkost am günstigsten
- Ballaststoffe beugen einer Obstipation vor, Milch und Milchprodukte sorgen für ausreichend Calcium
- Bei Neigung zu einem erhöhten Blutdruck (Hypertonie) und zu Ödemen sollte mit Salz sparsam umgegangen werden

### **Beobachtung Ess- und Ernährungsverhalten**

- Begriff „Essen“ bezieht sich auf den Vorgang der Nahrungsaufnahme und die damit verbundenen Erlebnisse und Empfindungen
- der Begriff „Ernährung“ wird eher für die kognitiven, gesundheitsbezogenen Aspekte der Nahrungsaufnahme (Zusammensetzung und Wirkung, Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel) verwendet

### **Innensteuerung**

die biologische Regulation des Essverhaltens durch Wahrnehmung innerer Signale (Hunger, Sättigungsgefühl) wird als Innensteuerung bezeichnet

### **Außensteuerung**

Die Lenkung des Essverhaltens durch das Ergebnis der kulturell-familiären Einflüsse und Anforderungen wird als Außensteuerung oder -lenkung bezeichnet

### **Sekundäre Motive und Gewohnheiten, die das Essverhalten bestimmen**

Rhythmus der Mahlzeiten, generelle Wertschätzung von Lebensmittel, häusliche Gemeinschaft, Belohnung (z.B. durch bestimmte Speisen), Verträglichkeit, Bevorzugung regional und familiär üblicher Speisen

## Kognitive Steuerung

Kognitive Steuerung: Die bewusste, den Erkenntnissen entsprechende Lenkung des eigenen Ernährungsverhaltens wird als kognitive Steuerung bezeichnet

Bewusste Entscheidung für oder gegen bestimmte Lebensmittel

Nicht direkt ernährungsbezogene Motive (Wunsch nach einer schlanken Figur) können der kognitiven Steuerung zugrunde liegen

Auswahl der Lebensmittel geprägt durch

### **Subjektive Bewertung der Nahrungsmittel**

### **Kulturelle und jahreszeitliche Einflüsse**

Im Alter werden Ess- und Ernährungsgewohnheiten durch die soziale Lebenssituation beeinflusst. Ess- und Ernährungsverhalten können Informationen über das seelische und körperliche Befinden geben.

Appetit

**Appetit**  
Definition: lustvolle Motivation zu Essen (Esslust)

## Appetitstörungen

- Können körperlicher oder seelischer Natur sein
  - Begleitsymptom bei Erkrankungen des Magen- Darmtraktes, Fieber, Schmerzen
  - Abneigung gegen bestimmte Speisen

## Physiologische Appetitsteigerung

Physiologische Appetitstörung: Phasen der Genesung (Rekonvaleszenz), im Wachstum (Adoleszenz).

Übermäßig gesteigerter Appetit kann Ausdruck von Unlustgefühlen wie Angst, Niedergeschlagenheit, Kränkung sein

## Hunger

- Physiologisches Verlangen nach Nahrung; wird durch einen absinkenden Glucose(Zucker)-gehalt im Blut ausgelöst
  - Lang andauernder Hunger -> Mangelerscheinungen im Bereich der Eiweiß- und Vitaminversorgung
  - Kurzfristiges Hungern häufig aus religiösen, gesundheitlichen oder kosmetischen Gründen
  - Langfristiges Fasten (Null Diät) darf nur unter ärztlicher Kontrolle oder klinischer Überwachung durchgeführt werden. Indikation: Therapie einer ausgeprägten Adipositas
  - Heißhunger (Bulimie) Symptom für körperlich oder seelische Störung
  - Bulimia nervosa (Ess- Brechsucht) psychisch bedingte Essstörung, die durch heimliche „Fressanfälle“ im Wechsel mit Erbrechen oder Fasten gekennzeichnet sind

## Nahrungsverweigerung

- Signal des Protestes, Trotzes oder des Leidens
  - Seelische Störungen können zur Nahrungsverweigerung führen
  - Konsequente Verweigerung geschieht manchmal in suizidaler Absicht

### Durst

- Bedürfnis nach Wasser Aufnahme
  - Reguliert den Wasserhaushalt
  - Störungen des Durstgefühls treten in Zusammenhang mit Bewusstseinsstörungen auf

- Im Alter lässt sich häufig ein verringertes Durstgefühl beobachten

### **Esskultur im Altenheim**

- Nahrungsaufnahme des Bewohners im Altenheim unterscheidet sich erheblich von seinen Gewohnheiten zu Hause
- Essenszeiten sind festgelegt, die Zeitspannen dazwischen mitunter lang: Zwischen Abendessen und Frühstück liegen manchmal mehr als 12 Stunden
- Zubereitung und Zusammenstellung der Nahrung sind oft ungewohnt
- Tischnachbarn, Umgebung und ggf. Esshaltung (im Bett) sind fremd
- diese Änderungen der üblichen Eßgewohnheiten bedeuten die Änderung des Lebensrhythmus und die Einschränkung der Selbstbestimmung

### **Damit es besser schmeckt**

- Zimmer vor dem Essen lüften
- Bewohner bequem hinsetzen
- Appetitlosen Bewohnern eher kleine als große Portionen bestellen
- Auf warmes Essen achten (ggf. in Mikrowelle erwärmen)
- Ruhige Atmosphäre schaffen und Störungen vermeiden
- Geburtstage und Feiertage durch besondere Gestaltung des Tisches bzw. Tabletts hervorheben
- Appetitliches Anrichten (Servietten, Blumen, schönes Geschirr)

### **Betreuung & Unterstützung**

- Ressourcen (Restfähigkeiten) bewusst wahrnehmen und einbeziehen
- Selbständigkeit so weit wie möglich erhalten und fördern
- Einfühlungsvermögen, Geduld und Geschick in der Pflege erleichtern die Situation
- Bettlägerige Menschen in aufrecht sitzende Position bringen
- Die Reihenfolge und das Tempo werden vom Patient bestimmt
- Nach dem Essen Gelegenheit geben zum Hände waschen und zur Mundhygiene
- Besonderheiten werden dokumentiert

**Heimhelfer dürfen Bewohnern/Klienten mit  
Schluckstörungen kein Essen/Getränke verabreichen!**



## **Trinkbeschränkung**

z.B. bei Nierenerkrankung

- Betroffene haben meist ein verstärktes Durstgefühl
- Zitronenstückchen oder -stäbchen lutschen
- kleine Eiswürfel lutschen (evtl. aus Tee)
- Mund mit Mundspray erfrischen
- Medikamente mit dem Essen einnehmen
- Bonbon und Kaugummi ohne Zucker
- Kontrolle der zugeführten Menge
- Trinken nur bei Durst, nicht aus Gewohnheit
- Einführkontrollbogen
- Mundspülen mit Wasser (ohne das Wasser zu schlucken)
- salzige, stark gewürzte Speise und süße Getränke meiden
- verzehrtes Obst und stark wasserhaltige Speisen berücksichtigen

## **Nahrungskarenz**

Der Verzicht auf feste Nahrung ist bei bestimmten Erkrankungen des Verdauungsapparates vorübergehend erforderlich (z.B: akuter Pankreatitis, akuter Magen-Darminfektion).

Operationen und bestimmte Untersuchungen, vor allem am Magen-Darmtrakt, stellen eine weitere Indikation dar.

## **Diäten**

Kostform, die therapeutische Ziele verfolgt

Entweder sollen belastende oder krankheitsauslösende Stoffe gemieden, bestimmte Organe geschont oder eine Körpergewichtsreduktion erreicht werden

Natriumarme Kost      »     bei Nierenerkrankungen

Fasten (Nulldiät)      »     bei Magen-Darmerkrankungen

Lebenslange Diät      »     bei Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus)

## **Essen verabreichen beim Blinden**

- Den eigenen Namen beim Begrüßen nennen
- Rechtzeitig auf die Essenszeiten hinweisen
- Information über Speiseplan
- Information über Essgewohnheiten einholen
- Hände waschen
- Schutzkleidung anlegen
- Tisch oder Nachttischfläche abwischen
- Geeignetes Besteck bereitlegen
- Getränke bereitstellen
- Serviette
- Sitzmöglichkeiten vorbereiten
- Toilettengang und sonstige Wünsche erfragen
- Klienten Möglichkeit zum Händewaschen geben
- Zum Tisch begleiten
- Beim Betreten des Zimmers auf Anwesende hinweisen
- Stuhl zum Hinsetzen zurechtrücken. Bei körperlich mobilen Sehbehinderten genügt es, dessen Hand auf die Sitzfläche zu legen
- Gute Sitzposition einnehmen lassen
- evtl. Zahnersatz auf richtigen Sitz prüfen
- Serviette umbinden oder bereitlegen

- Genaue Beschreibung wo sich was am Tisch befindet (Getränk, Teller, Besteck, ...)
- Nachfragen, ob es geschmeckt hat und ausreichend war
- Sitzposition möglichst noch 15 Minuten belassen (bessere Verdauung)
- Toilettengang erfragen
- Händewaschen ermöglichen
- Mundpflege anbieten
- Essplatz aufräumen und reinigen
- Esstablett in den Speisewagen stellen
- Serviette weglegen oder in die Wäsche geben
- Schutzkleidung ablegen
- Hände waschen
- Nahrungsmenge und Besonderheiten dokumentieren

### **Einfuhr- Ausfuhr/Flüssigkeitsbilanz**

Eine Flüssigkeitsbilanz dient der getrennten Erfassung von Ein- und Ausfuhr verschiedener Flüssigkeiten beim Klienten.

Sie ist wie eine Tabelle aufgebaut, in der Klient oder Betreuungs-/Pflegepersonal die zugeführte und die abgegebene Flüssigkeit in die dafür vorgesehenen Spalten einträgt.

Meistens wird nach 24 Stunden zusammengerechnet wie viel ausgeschieden, und wie viel zugeführt wurde.

Als Resultat erhält die Betreuungs-/Pflegeperson eine ausgeglichene, eine negative oder eine positive Bilanz.

#### **Ausgeglichene Bilanz**

Es wurde gleich viel ausgeschieden wie getrunken

#### **Positive Bilanz**

Es wurde mehr Flüssigkeit zugeführt als ausgeschieden

#### **Negative Bilanz**

Es wurde weniger Flüssigkeit zugeführt als ausgeschieden

Bei dauerhaft negativer Flüssigkeitsbilanz kommt es zur allmählichen Exikkose.

Nachfolgende Flüssigkeiten sind in der Einfuhrspalte (Flüssigkeit) zu dokumentieren:

Jede Art von Getränken (Wasser, Tee, Kaffee, Säfte, Milch, Bier, usw.),

Suppen, Kompott, Infusionsflüssigkeit, Transfusionen, usw.

Nachfolgende Körperflüssigkeiten sind in der Ausfuhrspalte zu dokumentieren:

Wenn die Menge nicht gemessen werden kann, ist sie zu schätzen.

Harn, Erbrochenes, Stuhlwasser, Durchfälle, Blut, Wundsekret, Sputum,

Die Angaben der Flüssigkeitsaufnahme (Stoffwechsel, Getränke und Nahrung) und der Flüssigkeitsabgabe werden in der Regel in Milliliter (ml) notiert. Die Genauigkeit der Messung kann erhöht werden, indem die Flüssigkeit in Sammelgefäß (Leibstuhl, Harnflasche, Leibschnüsel, Harnsackerl) abgeleitet wird.

Im Zusammenhang mit der Ein- und Ausfuhrkontrolle können auch tägliche, genaue Gewichtskontrollen des Klienten hilfreich sein.

## EIN- AUSFUHRPROTOKOLL

Name: Moser Vorname: Hans Geb.: 06.08.1880 Blatt Nr.: 4  
Station: Reblaus

Datum:	Zeit	Art Flüssigkeit	Menge (ml)	Art Flüssigkeit	Menge (ml)	HZ
11.12.15	8.00	Kaffee	200			Pu
11.12.15	8.30			Harn	150	Pu
11.12.15	9.00	Tee	150			Pu
11.12.15	10.00			Durchfall	Ca. 200	Pu
11.12.15	11.00	Orangensaft	250			Weil
11.12.15	11.30	Suppe	200			Weil
11.12.15	12.30	Tee	100			Pu
11.12.15	15.00	Kaffee	200			Pu
11.12.15	15.20			Durchfall	Ca. 250	Gra
11.12.15	16.10			Erbrechen	Ca. 200	Gra
11.12.15	17.00	Tee	75			May
11.12.15	18.00	Tee	45			May
11.12.15	21.00			Harn	250	May
12.12.15	01.00			Durchfall	Ca. 150	May
12.12.15	02.35			Durchfall	Ca. 250	May
12.12.15	04.40	Tee	120	Erbrechen	Ca. 250	May
12.12.15	05.00			Schwitzen/Fieber	Mind. 500	May
12.12.15	05.15	NaCl-Infusion	500			May
12.12.15	06.00	Tee	100			May
12.12.15	08.00	Kompott	200			May

Berechnen Sie:

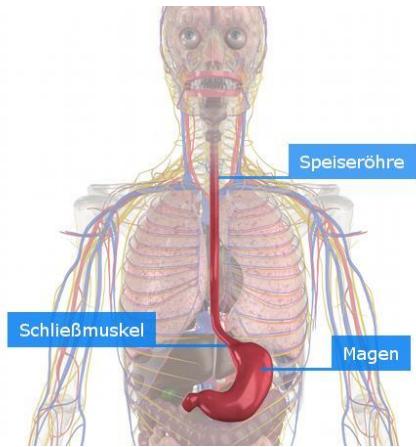
1. Die Gesamteinfuhrmenge in 24 Stunden
2. Die Gesamtausfuhrmenge in 24 Stunden
3. Wie gross ist die Differenz zwischen Ein- und Ausfuhr?
4. Handelt es sich um eine ausgeglichen, positive oder negative Bilanz?

Ergebnis 1:

Ergebnis 2:

Ergebnis 3:

Ergebnis 4:



NetDoktor

## Ausscheidung

### Erbrechen

#### Definition Erbrechen

Beim Erbrechen ziehen sich Magen und Zwerchfell und auch die Bauchmuskulatur zusammen, der Magenschließmuskel öffnet sich, so dass Mageninhalt, in schweren Fällen auch Darminhalt, über die Speiseröhre in den Mund und dann weiter nach außen gelangt. Es ist meist mit einem brennenden Gefühl in der Speiseröhre (Sodbrennen) verbunden, das durch die Magensäure verursacht wird.

Erbrechen ist keine eigenständige Krankheit sondern Symptom einer anderen Erkrankung.

#### Mögliche Ursachen für Erbrechen

Vergiftungen (Lebensmittel, Alkohol, Nikotin, Drogen), Herzinfarkt, eingeklemmter Leistenbruch, Bauchfellentzündung, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Magenschleimhautentzündung, Geschwür im Bereich Magen/12-Fingerdarm, Magenkrebs, Magendurchbruch, Darmverschluss, Darmarterieninfarkt, Leberversagen, Gallenkolik, Bauchspeicheldrüsenentzündung, Bauchspeicheldrüsenkrebs, Nierenkolik, Nierenbeckenentzündung, Eileiterriss, Hodenverdrehung, Akute Herzschwäche, Chron. Herzschwäche, Migräne, Hitzschlag, Hirnblutung, Gehirnhautentzündung, Hirntumor, Hirnprellung, Grüner Star, Schwangerschaft,.....

#### Vorzeichen für Erbrechen

Übelkeit, Starkes Würgen, Magendruck, Heftige Leibscherzen, Schweissausbruch, Speichelfluss

#### Vorgehensweise bei Erbrechen des Klienten

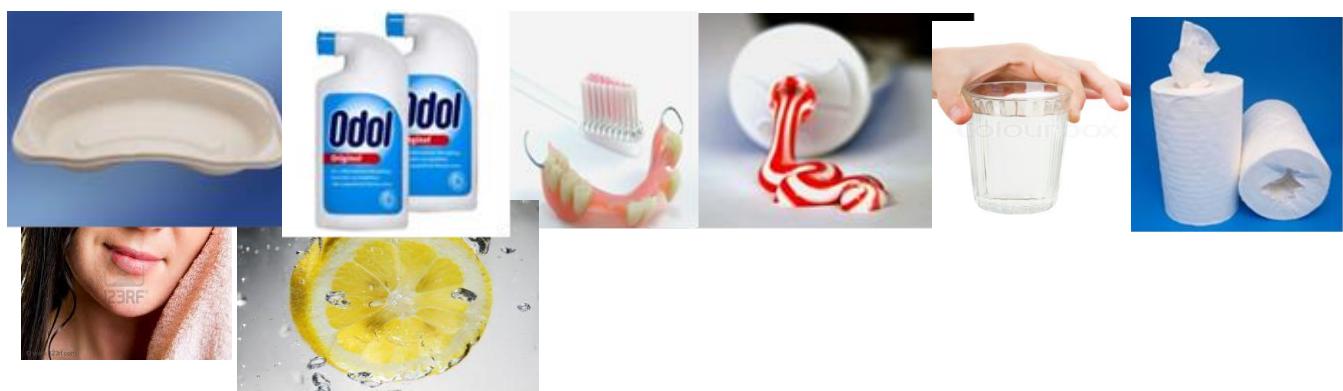
##### **Klient bei Bewusstsein**

- OK hoch lagern
- Nierenschale, Waschschüssel, Eimer
- Zellstoff/Papiertücher reichen
- Klient auffordern, tief & ruhig durchzuatmen
- Klient nicht alleine lassen
- Kopf stützen
- Beengende Kleidung und Zahnprothese entfernen

##### **Bewusstloser Klient**

- stabile Seitenlage, damit er Erbrochenes nicht aspiriert
- Kopf stützen
- Mundpflege

#### Materialien:



**Nachsorge**

Mundpflege  
Klienten ruhen lassen  
Verunreinigungen (Kleidung abdecken)  
Nicht sofort zu Trinken geben und Bett machen  
Gefahr: Neuerliches Erbrechen  
Schluckweise Tee/Wasser  
Wechsel verunreinigter Kleidung  
Bei unklarer Ursache & Beimengungen (Blut, Stuhl): Rettung

**Beimengungen**

Nahrungsreste mit Schaum (Einengung Magenpfortner)  
Blut (Hämatemesis) z.B. bei Magenruptur  
Ösophagusvarizenblutung, Magengeschwür  
Kot (Miserere) beim Darmverschluss  
Galle, z.B. bei Allergie, 12-F-Geschwür (z.B. Alkoholismus, Gastritis)

nicht gelöste Arzneimittel

**Dokumentation**

- Menge des Erbrochenen messen / schätzen.
- Wenn Klient erbrochen hat, notwendig, die Menge in Vergleichsgrößen (z.B. etwa 1/2 Nierenschale) angeben.
- Aussehen, Geruch und Farbe des Erbrochenen dokumentieren.
- Häufigkeit, Uhrzeit des Erbrechens.
- Situation, die Klient zum Übergeben veranlasst hat, dokumentieren.

**Beobachtung & Dokumentation**

Beimengungen  
Geruch  
Dokumentation

**Geruch**

Säuerlich -> Magensaft  
Faulig -> Verdorbene Lebensmittel  
abgestorbenes Gewebe  
Kotgeruch  
Alkohol / Medikamente  
Acetongeruch -> b. Fettabbau (bei Schleim)  
Klienten, die über längeren Zeitraum Fremdkörper, nüchtern sind, bei Fastenden, bei Diabetikern

## Harnbeobachtung

### Steuerung Blasenentleerung (Miktion)

Blasenentleerung ist willkürliche, schmerzlose Entleerung von ca. 200 – 400 ml Urin im Strahl



### Definition Urin-Kontinenz

Fähigkeit, die Blase willkürlich zu entleeren und den Urin bis zu diesem Zeitpunkt zu halten

### Entwicklung

- Säugling und Kleinkind: kann die Darm und Blasenentleerung noch nicht bewusst steuern
- Ab ca. 2 Jahren: Beginn Reinlichkeitserziehung, man lernt die Entleerung unter Kontrolle zu halten.
- Mit ca. 3 Jahren: weiß Kind, Entleerung Blase / Darms auf Toilette
- Ende Lebensspanne: durch Alterungsprozess Blase / Darm Tonusverlust & Ausscheidungsproblemen

### Voraussetzungen für physiologische Miktion

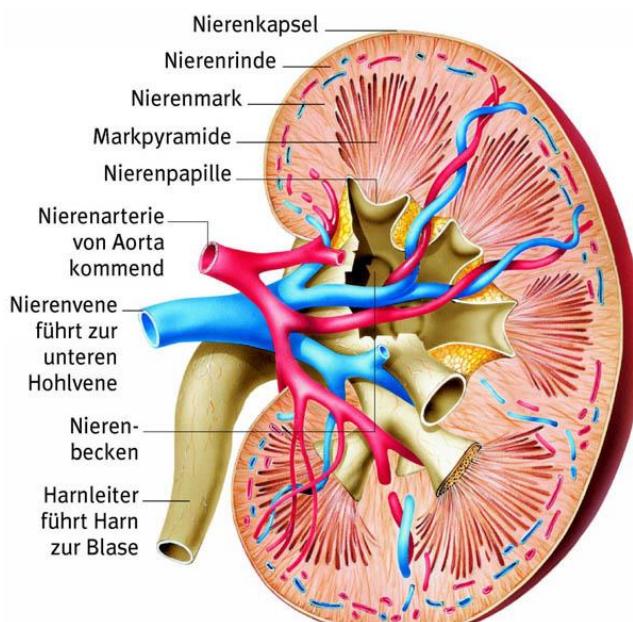
- Funktionsfähiger Blasenschließmuskel u. Harnblasenmuskel
- Einsatzfähige Bauch- und Beckenbodenmuskulatur
- Keine Abflussbehinderung
- Nervale Versorgung

### Bestandteile gesunden Harns

- 95% Wasser
- Harnstoff
- Harnsäure
- Kreatinin
- Hormone
- wasserlösliche Vitamine
- organische und anorganische Salze
- organische Säuren
- (Kalksalze, Kochsalz, Phosphate)
- Farbstoffe (natürliche Harnfarbstoffe)

### Harnbeurteilung

- Menge
- Frequenz & Zeitpunkt
- Farbe
- Beimengungen
- Geruch
- Konzentration
- Geräusch(e)
- Urinmenge



### Tagesmenge 1,5-2 Liter; Abhängig von ...

- der Menge der Flüssigkeitszufuhr (Trinken/Infusionen)
  - Wassergehalt aufgenommener Nahrungsmittel
  - Flüssigkeitsverluste über Haut
  - Atemluft
  - Funktionsfähigkeit Niere
- 
- Viel Harn (Polyurie) > 3 000 ml/24 h
  - Wenig Harn (Oligurie) < 100 – 500 ml/24 h
  - Kein Harn (Anurie) < 100 ml/24 h

### Veränderungen zu Frequenz & Zeitpunkt

Blase kann nicht vollständig entleert werden ..... (Restharnbildung)  
Unfähigkeit, gefüllte Blase zu entleeren ..... (Harnverhalt)  
Häufiges Wasserlassen kleiner Mengen ..... (Pollakisurie)  
Nächtliches Einnässen ..... (Enuresis nocturna)  
Schmerhaftes und/oder erschwertes Wasserlassen ..... (Dysurie/Strangurie)  
Vermehrtes nächtliches Wasserlassen ..... (Nykturie)

### Farbe

Normal: hellgelb, - bis dunkelgelb, strohgelb, goldgelb, mit zunehmender Trinkmenge heller und klarer

#### **Physiologische Farbabweichungen:**

rotbraun, braungrün bis schwarz:

rote Rüben, Bären-traubenblättertee

Zitronengelb: Senna, Rhabarber

Orangengelb: Vitamintabletten

#### **Pathologische Farbabweichungen:**

rötlich bis fleischfarben, trüb:

(=Makrohämaturie), Urs.: Tumore,

Nierensteine

Pyurie: (=Infektion): schlierig, flockig, trüb

(=Hämoglobinurie) Urs.: Hämolyse

Blutfarbstoff im Urin (z.B. bei Verletzungen)

bierbraun-grünlich-schwarz mit gelben

Schaum (=Bilirubinurie) z.B. bei Hepatitis,

### Geruch

**Typischer** Uringeruch entsteht durch Harnsäure

und Spuren von **Ammoniak**

**Übelriechender** Urin bei bakteriellen Harnwegsinfektionen

**Säuerlich** riechender Urin bei Stoffwechselstörungen, z.B. Diabetes mellitus „Zucker“.

**Faulig** riechender Urin bei Tumornekrosen in der Harnblase

### Beimengungen

Schleim (Blasenentzündung); Eiter (flockig-trüb) z.B. bei Nierenabszess; Hämoglobin (bierbraun); Gewebe (zerfallende Tumore); Blut (rötlich) Ursache im Bereich Niere, Blase, Prostata...

### Konzentration

**Strohgelb:** normale Konzentration

**Weiß:** (annähernd) sehr niedrige Konzentration Ursachen z.B. große Trinkmenge, Nierenkrankheit

**Dunkelgelb:** niedrige Konzentration z.B. bei kleiner Trinkmenge

**Braun - Dunkelbraun:** sehr niedrige Konzentration, oft mit kleinen TM verbunden  
Nierenversagen andeuten (Dialysepatienten)

### Geräusche

- im Strahl
- tröpfelnd
- absetzend
- Schmerzäußerungen des Klienten (Brennen, Stechen)

### Veränderung der Harnausscheidung

Dokumentation – Was?

- Menge,
- Frequenz & Zeitpunkt,
- Farbe,
- Geruch,
- Beimengungen,
- Konzentration,
- Geräusch(e)

→ Melden

## **Stuhlbeobachtung**

### Normale Stuhlausscheidung / Zusammensetzung

Stuhl ist Ausscheidungsprodukt des Darms

Besteht aus

- 75% Wasser
- 7% abgeschilferten Epithelien, Salzen und Schleim
- 8% Bakterien
- 10% Abfallprodukten der Nahrung (Zellulose)

Konsistenz Stuhls abhängig von Beschaffenheit Nahrung

Kann fest, weich oder dickbreiig sein. Entscheidend Anteil Faserstoffe

Stuhlgang (jd. 2. -3- Tag) sorgt für Wohlbefinden

Gesunder Stuhlgang –regelmäßig, schmerzfrei, beeinträchtigt nicht Tagesablauf!

### Stuhlausscheidung / Farbe

Stuhl normalerweise dunkelbraun (Sterkobilin-Gallenfarbstoff)

Braunton variiert je nach Nahrungsaufnahme, ev. durch Medikamenteneinnahme

Z.B. Spinat / Blaubeeren	-> braunschwarz
Eisenpräparaten oder Kohle	-> schwarz
Eier / Stärke	-> gelbbraun
Erster Stuhl / Neugeborenen	-> grünlich-schwärzlich
Kontrastmitteleinlauf	-> Stuhl weiß
Ernährung mit Milch (Säugling)	-> gelblichweißlich.

### Stuhlausscheidung / Geruch

Geruch durch Fäulnis- bzw. Gärungsprozesse im Darm verursacht

Diese abhängig von nicht resorbierbaren Resten der Nahrung, die von Bakterien zersetzt werden.

Bei kohlenhydratreicher Kost entsteht durch Gärungsprozesse ein säuerlicher Geruch.

Eiweißreiche Kost -> fauliger, schwefelwasserstroffartiger Geruch.

Bei gesunden Menschen Stuhlgerüche nicht übermäßig übelriechend.

### Stuhlausscheidung

Stuhl kann nicht verdaute Speisereste, die als solche erkennbar sind, enthalten.

Ursachen z.B. ungenügendes Kauen der Nahrung.

Stuhlmenge (100-500 Gr.) von Nahrungsbeschaffenheit abhängig

### Vorgang Darmentleerung (Defäkation)

Kann für längere Zeit unterdrückt werden.

Defäkation reflektorisch und ist willkürlich beeinflussbar, ähnlich dem Urinieren.

Reflex=unwillkürliche Körperreaktion auf Auslösereiz.

In dem Fall reagieren Nerven, die auf Dehnung reagieren (wenn Mastdarm gefüllt/gedehnt) ist.

Entleerung kann nur eintreten, wenn über Entscheidung des Großhirns willkürlich der äußere Schließmuskel erschlafft.

#### Abweichungen Defäkation / Beobachtungskriterien

- Menge
- Farbe
- Geruch
- Beimengungen
- Frequenz

#### Mengenabweichungen Stuhl

**Geringe Stuhlmengen** (<100g/Tag) beim Fasten oder ballaststoffarmer Ernährung normal.

Bei normaler Ernährung -> Hinweis auf eine Obstipation.

**Große Stuhlmengen** (bei normaler Ernährung) ev. ungenügende Aufnahmen der Nahrungsbestandteile aus Darm.

- *Maldigestion* z.B. Bei chronischer Pankreatitis -> Fettstühle
- *Malabsorption* z.B. als Folge von Darmresektion oder chronischen Entzündungen des Darms (Blähungen, Bauch-schmerzen).

#### Farbabweichungen Stuhl

gelblich-grün -> Typus

reiswasserähnliche Farbe & Konsistenz -> Cholera

Lehmfarben -> mangelnde Fettverdauung, (Fehlens Galle)

Graue Stühle -> Fettresorptionsstörungen z.B. Sprue.

Rotbraun marmoriert -> Blutungen, oberer Dickdarmabschnitt

Rotbraun -> Blutungen, oberer Dickdarmabschnitt

Hellrote Auflagen -> Blutungen Enddarm (v.a. Hämorrhoiden)

Schwarz (Teerstuhl oder Melena) -> Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren  
(Blut wurde von Salzsäure des Magens zersetzt).

#### Abweichung Geruch Stuhl

stark übelriechender Stuhl/Darmgasabgänge -> Verdauungsstörung (=Dyspepsie),

Stuhlgeruch stechend sauer -> Störung Kohlenhydratverdauung

Stuhlgeruch jauchig faulig -> Störung Eiweißverdauung

#### Abweichung Beimengungen Stuhl

Schleimaufslagerungen -> Reizungen & Entzündungen Dickdarmschleimhaut

Schleim- & Blutbeimengungen -> Ev. entzündliche Darmerkrankungen/Darmtumore

Blutig-eitriger Schleim -> Bei Geschwüren der Dickdarmschleimhaut

Blutige Stuhlaufslagen / Auflagerungen -> Bei blutenden Tumoren/Hämorrhoiden

Blutspritzer -> Typisch bei Hämorrhoiden / Einrisse an Analsschleimhaut

Unverdaute Speisereste -> bei starkem Durchfall.

Madenwürmer -> wenige Millimeter lang, fadenförmig, Juckreiz am After.

Spulwürmer -> Bleistiftdick, 15-25 cm lang

Bandwürmer -> 3-10 Meter lang, 1-2mm langen Kopf, kürbiskernförmige Glieder von 10-20mm Länge

#### Abweichung Stuhlfrequenz

Viele Menschen gehen immer zur gleichen Zeit auf die Toilette. Normal: 1-2x/Tag

#### Diarrhoe (Durchfall) Häufige Darmentleerungen, meistens von flüssig schleimigem Stuhlgang

Obstipation (Verstopfung): Seltene Darmentleerung in der Regel von festem Stuhlgang.  
Diarrhoe (Durchfall):

#### Definition

> 3 Stuhlentleerungen/24Std.

Stühle haben hohen Wasseranteil.

Kommt zu Elektrolytverlusten

Auf Flüssigkeitszufuhr achten

Kommt zu Flüssigkeitsverlust

Austrocknungsgefahr (Exikkose)

#### Ursachen Diarrhoe

- Bei entzündlichen / tumorösen Darmerkrankungen  
-> ev. Eiweißverlusten -> Abmagerung
- Infektionen
- Vergiftungen
- Verdorbenes Essen



#### Ursachen Diarrhoe

Akut chronischer Durchfall kann Zeichen von chronischen Erkrankungen sein:

Dünner- oder Dickdarm, Fehlen von Verdauungssäften, Lebensmittelallergien, Angeborenen Verdauungsstörungen

#### Symptome Diarrhoe

Begleitsymptome / Gefahren

Krampfartige Bauchschmerzen, Dehydrierung, Elektrolytverlust, körperliche Schwäche, Kollapsneigung, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Mangelernährung, Gewichtsverlust, Völlegefühl, Blähungen

#### Betreuungsmaßnahmen bei Diarrhoe

- Massive Durchfälle-> Kreislaufstörungen -> Kollapsgefahr!
- Ev. Nachtstuhl/ Toilettensitz zum Bett stellen
- Gute Hautpflege der Analregion nach jeder Stuhlentleerung - Haut beobachten: mit feuchten Reinigungstüchern, weichem Toilettensitzpapier, Reinigungsschaum,
- Wund- und Heilsalben bei gereizter Haut.
- Hautreinigung von Stuhl, nicht rubbeln sondern tupfen,
- Ev. Vorübergehende Anwendung von Inkontinenzmaterial
- regelmäßiger Wäschechsel
- für ruhige Umgebung sorgen
- ausreichend Flüssigkeit
- leichte Kost
- körperliche Anstrengung meiden
- regelmäßige Körperpflege



### Kost Diarrhoe

Ballaststoffarm, Zum Trinken motivieren, (Tee, Zwieback, klare Suppen), salzreich (Salzstangerl, Soletti)

### **Reichlich Flüssigkeit anbieten und bereitstellen (aber keine stuhlfördernde Getränke wie Apfelsaft, Alkohol, Kaffee, Cola, ...)**

#### Kontrollen bei Diarrhoe

- Blutdruck
- Bewusstsein
- Ausscheidungen
- Puls
- Ev. Gewichtskontrolle
- Haut
- Temperatur
- Schmerzen

#### Hygienemaßnahmen bei Diarrhoe

Hände waschen, hygienische Händedesinfektion, Handschuhe, Schürze

### **Obstipation (Stuhlverstopfung)**

Definition: Verstopfung, die zur verzögerten Darmentleerung, oft mit Schmerzen verbunden, führt. Wenn Defäkation länger als 3 Tage ausbleibt (über mindestens 3 Monate).

#### Symptome bei Obstipation

- verzögerte Entleerung des eingedickten Stuhls
- Entleerung max. jed. 4. Tag
- Kot hart, trocken und knotig (bei Wasserentzug)
- Menge geringer als üblich & langer Verweildauer im Dickdarm
- Schmerzen bei Entleerung
- Druckgefühl, Blähungen und Leibscherzen

#### Obstipationsursachen

Ursache der funktionellen Störungen Kombination aus

- zu wenig Flüssigkeitszufuhr,
- zu wenig Ballaststoffen in Ernährung
- zu wenig geringer körperlicher Bewegung
- Schwangerschaft und der Stillzeit.
- Bei extrem übergewichtigen Menschen
- Depressionen,
- Unterdrückung des Entleerungsreflexes
- Reduzierte Kraft der Bauchpresse,
- Bei Zeitnot, Hektik, Schamgefühl und Störungen der Intimsphäre



Arzneimittellehre/  
Abführmittel



### Krankheitsbedingte Obstipation bei

- Reizdarmsyndrom,
- Darmerkrankungen wie Dickdarm- / Mastdarmkrebs,
- Verengungen und Aussackungen der Darmwand.
- Stoffwechselerkrankungen
- Diabetes mellitus, Schilddrüsenunterfunktion
- Elektrolytverschiebungen wie Hyperkalzämie oder Hypokaliämie
- Krampfadern / Einrisse der Schleimhaut
- Erkrankungen Nervensystems / Rückenmark

### Medikamente als Obstipationsursache

Analgetika, Betäubungsmittel, Substanzen die Tonus der Darmmuskulatur herabsetzen, langjähriger Missbrauch von Abführmitteln (Darmträgheit).

### Betreuungsmaßnahmen & Ernährung bei Obstipation

- Ausgewogene , gesunde Ernährung
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Ballaststoffreiche Kost in Kombination mit reichlich Flüssigkeit
- Hausmittel anwenden (Sauerkraut, Dörrpfauen, Leinsamen...)
- Müsli
- Bewegung & Mobilisation
- Keine stopfende Nahrungsmittel wie Bananen, Schokolade
- Verdacht Medikamentennebenwirkung – Gespräche mit Hausärztin oder diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal.
- Klient soll Medikament nicht einfach absetzen!
- Rituale und Gewohnheiten berücksichtigen.
- Darm massieren, um die Peristaltik anzuregen.
- Bei Körperpflege Dickdarmmassage
- Prophylaktische Gabe von Abführmitteln wenig sinnvoll, wenn Ursache der Obstipation beseitigt werden kann.
- Obstipationsprophylaxe erfolgreich wenn Klient mind. jeden 2. Tag weichen Stuhlgang hat.



## Inkontinenz

### Bedeutung der Inkontinenz

Folgen / Belastungen bei Stuhl- und/oder Harninkontinenz

#### Psychosoziale Auswirkungen

- Tabuthema
- Verlust an Selbstvertrauen und Selbstachtung,
- Angst vor Stigmatisierung Diskriminierung
- Niedergeschlagenheit, Depression, Isolation,
- Schuldgefühle, Kontrollverlust - wenn sich andere um Ausscheidungen kümmern müssen.
- Verschweigen
- Einschränken Flüssigkeitsaufnahme

#### Auswirkungen der Inkontinenz bei bestehender Pflegebedürftigkeit

- Für Angehörige Inkontinenz belastend.
- Inkontinenz Eingriff in Intimsphäre des Klienten
- Kontakt mit Ausscheidungen, mangelnde Frei- und Ruhezeiten sowie Schamgefühle sind Belastungen
- Sexuelle Beziehung leidet
- Mehr Wäsche, steigender Körperpflegebedarf, Anstieg Pflegezeit
- Pflegebedürftige inkontinente Menschen müssen sich durch Abhängigkeit b. Ausscheidung/vor anderen Menschen entblößen  Verletzlichkeit im Hinblick auf Würde und Autonomie.

#### Finanzielle Belastung

- Direkte und indirekte Kosten für
- Inkontinenzversorgung,
- Hilfsmittel,
- Waschen der Wäsche,
- pflegende Angehörige/Pflege & Betreuungspersonal,
- pflegerelevante Tätigkeiten (z.B. Toilettengang, Reinigung WC-Stuhl)

#### Psychologische Bedeutung Inkontinenz

- häufig psychisches Problem
- soziale Isolation
- hohe Dunkelziffer vermutet
- Klienten verunsichert
- Klienten fühlen sich unverstanden/mit Problem alleine gelassen,
- Sauberkeit -> hoher Stellenwert in Gesellschaft,
- Scham (häufig vor Arzt, der Inkontinenzproblem klären könnte),

## Harninkontinenz

Definition: Unvermögen den Harn zu halten, unwillkürlicher Urinabgang.

Insbesondere bei älteren Klienten häufige Erkrankung.

Tabuthema

Hohe Dunkelziffer

### Inkontinenzformen

#### Streßinkontinenz (Belastungsinkontinenz)

bei Druckerhöhung im Bauchraum (Niesen, Husten, Pressen) -> Harnverlust ohne Harndrang

#### Urge – Inkontinenz (Dranginkontinenz)

starker zwanghafter Harndrang, man erreicht Toilette nicht rechtzeitig, Einnässen kann nicht verhindert werden

#### Reflexinkontinenz (neurogene Blase)

Verbindung zwischen Gehirn und den für die Blasenfunktion verantwortlichen Rückenmarkszentren gestört z.B. Querschnittslähmung

#### Überlaufinkontinenz

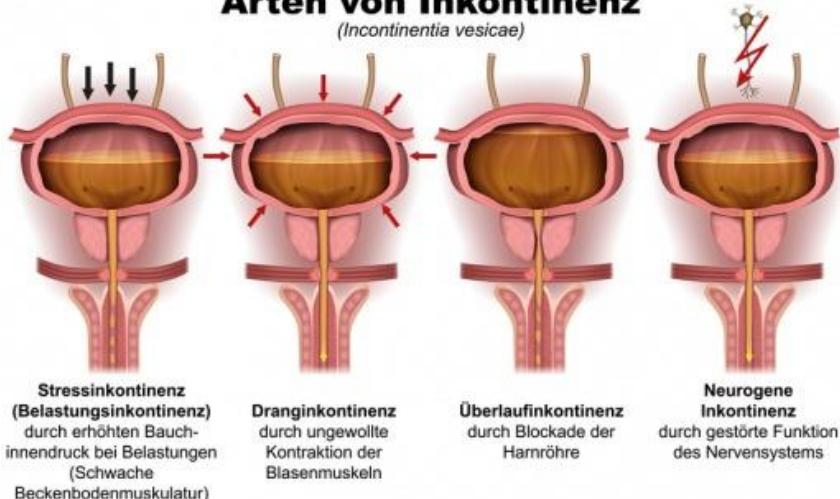
Verengungen des Blasenausganges z.B. Prostatavergrößerung oder bei bestimmten Schädigungen des Rückmarks weitet sich die Blase aus und kann sich nicht mehr zusammenziehen. Bei max. Füllung „läuft die Blase über“.

### Ursachen für Harninkontinenz

- Blasenentzündung
  - Nervenschädigung
  - Krebs
  - psychische Erkrankung
  - bestimmte Arzneimittel
  - Prostatavergrößerung/Prostatakrebs
- 
- Frauen: verschleppte/nicht behandelte Blasenentzündung
  - Geburt, Schwächung Beckenbodenmuskel
  - Blasenentzündung kann zu Reizblase und dann zu Dranginkontinenz werden
  - Prostatavergrößerung führt zu Abflussbehinderung und zur Überlaufinkontinenz
  - Prostatektomie führt häufig zur Schwächung der Beckenbodenmuskulatur und Stressinkontinenz

### **Arten von Inkontinenz**

(Incontinentia vesicae)



## **Stuhlinkontinenz**

### Stuhlinkontinenz Definition

- unfreiwilliger Abgang von Stuhl
- willkürliche Kontrolle über Schließmuskel verloren

### Stadien Stuhlinkontinenz

- unwillkürlicher Windabgang,
- leichtes Stuhlschmieren bis
- komplettes Schließmuskelversagen

### Stadien Stuhlinkontinenz

#### Grad 1

- leichte Form, unkontrollierter Abgang von Winden,
- leichte Verschmutzung der Wäsche (Stuhlschmieren)

#### Grad 2

- mittlere Form,
- unkontrollierter Abgang von dünnflüssigem Stuhl, von Winden,
- gelegentlich unkontrollierter Stuhlabgang

#### Grad 3

- schwere Form,
- Stuhl und Winde gehen völlig unkontrolliert ab

### **Ursachen Stuhlinkontinenz**

Durchblutungsstörung Gehirn

Nervenschäden

Schlaganfall

Postoperativer Zustand

Tumoren im Enddarm, -> Schließmuskel  
beeinträchtigt

Atrophie Großhirns im Alterungsprozess

Verloren gegangene Fähigkeit willkürlicher  
Schließmuskelbetätigung

### **Vorkommen Stuhlinkontinen**

in allen Altersgruppen

Häufigkeit nimmt mit Alter zu  
betrifft Frauen und Männer fast gleichsam  
(Männer ein wenig mehr)

## Betreuung bei Inkontinenz

- Hautschutz und Hautpflege
- Inkontinenzversorgung anwenden
- Säure- und Fettschutzmantel der Haut erhalten
- Toilettentraining
- Intertrigoprophylaxe
- Miktionstraining
- Dekubitusprophylaxe
- langes Baden und Sitzbäder vermeiden
- möglichst nur Wasser verwenden
- keine Seifen mit hohem pH-Wert
- pH-neutrale Waschlotion
- Klarwäsche immer vornehmen
- Wasser in Öl Präparate zur Pflege bevorzugen
- „Weniger Waschlotionen ist mehr“

## Vorbeugende Maßnahmen

- Stärkung Beckenbodenmuskulatur
- Wirbelsäule stärken – um Rücken zu stärken
- richtiges Heben
- keine schweren Lasten tragen
- wenn Lasten zu tragen sind, diese Körpernah tragen
- Lasten gleichmäßig verteilen



## Konservative Inkontinenztherapie (durch Physio oder DGKS)

- Beckenbodentraining
- Elektrotherapie
- Bio-Feedback
- Fußreflexzonenmassage



## Anforderungen an Inkontinenzmaterial

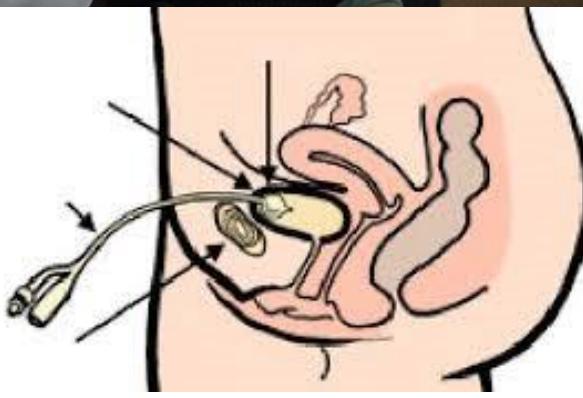
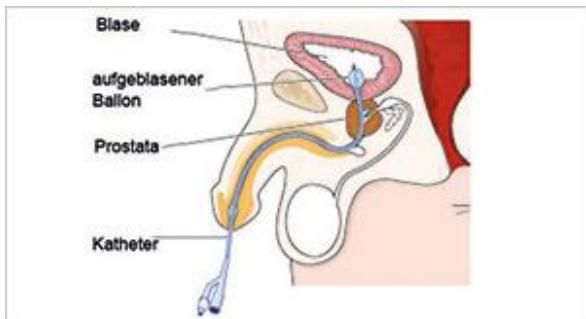
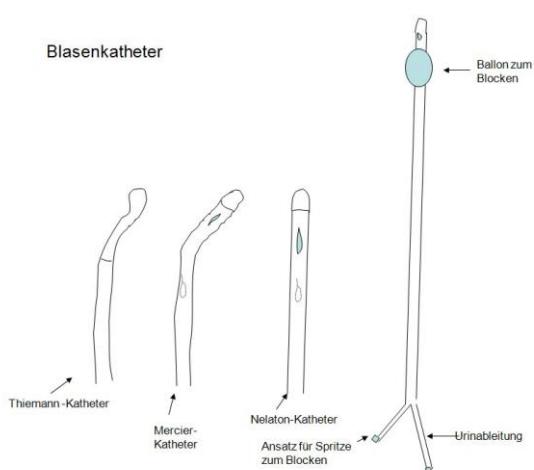
- Sicherheit
- Tragekomfort
- Unauffälligkeit
- Umweltverträglichkeit
- Vermeidung von Folgeerkrankungen
- Geruchssicher
- Aufsaugend
- Antiallergisch
- Kostengünstig

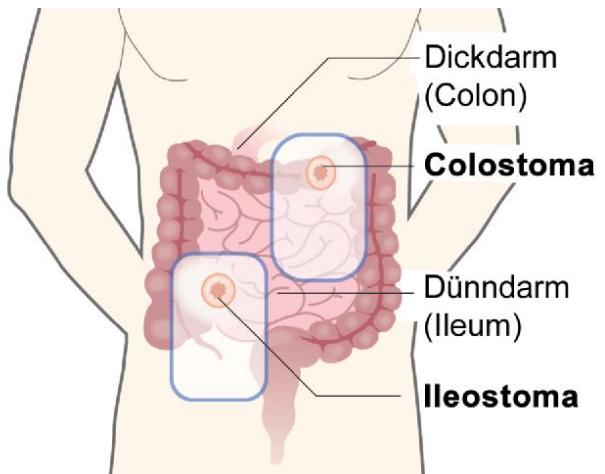
## Unterteilung aufsaugendes Material

ableitende Systeme  
instrumentelle Harnableitung

**Auswahl Inkontinenzmaterial**  
dem Form und Grad der Inkontinenz  
anpassen  
Hilfsmittel soll Therapie unterstützen  
Hilfsmittel soll es dem Betroffenen  
ermöglichen sich selbst zu versorgen

## Ableitende Systeme





## **Kontinenzförderung**

Beckenbodenmuskulatur altert.

Elastizität Bänder nimmt ab.

Beckenboden weniger elastisch -> Haltefähigkeit lässt nach.

Risikofaktoren, die Nachlassen der Haltefähigkeit Beckenbodens begünstigen:

Alter: Je älter, desto mehr lässt Muskelkraft nach.

Übergewicht: Je schwerer, desto mehr muss sich Beckenboden anstrengen, um Arbeit nachgehen zu können.

Geburten: Bei Geburt wird Beckenboden extrem belastet, wird er danach nicht trainiert, lässt Haltefähigkeit stark nach.

Häufiges Heben und Tragen schwerer Lasten: belastet Beckenboden stark.

Untrainierter Beckenboden: verliert leichter seine Haltbarkeit.

### Ziele Kontinenzförderung

- Trinkmenge 1,5-2 L./Tag.
- Die Ursache der Inkontinenz ist erkannt und beseitigt, reduziert oder kompensiert)
- Die Anwendung entsprechender Hilfsmittel wird beherrscht.
- Die Intimpflege, vor allem nach Stuhlgang, wird regelmäßig und sorgfältig durchgeführt

### Informationssammlung

Erheben von:

- Alter, Erkrankungen und Beeinträchtigungen des Klienten in Bezug auf Kontinenz, Ressourcen (Problembewusstsein, Mobilität, Gefühl für Harndrang); Schamgefühle, Isolation, Inkontinenzart (Belastungs-, Drang- od. Stress-Inkontinenz)
- Ursachen (Blasenentzündung, Unterleibsoperation);
- Umfang der Inkontinenz (Frequenz, Menge),
- tageszeitliche Schwankungen,
- beobachtete Störungen (fehlendes Gefühl für den Blasen-füllungsstand, Nachträpfeln, stetiger Urinverlust)
- bisher eingesetzte Hilfsmittel

### Allgemeine Maßnahmen

- Flüssigkeitszufuhr regulieren
- 2-3 L/Tag; mehr vormittags trinken als nachmittags/abends
- Ernährung anpassen
- Obstipation -> Druck auf die Blase; eventuell Gewichtsreduktion (Übergewicht erhöht Druck im Bauchraum und auf Blase)
- Bewegung
- Optimierung von Umgebungs faktoren
- Förderung der Autonomie

### Spezielle Maßnahmen

- Kontinenzprofil und Miktionsprotokoll anlegen
- individuelle Beratung und Anleitung  
Beispiele: angemessene Kleidung, Umgang mit Hilfsmitteln
- eventuell das Wiegen der gebrauchten Vorlagen/Schutzhosen über 24 Stunden
- Beckenbodentraining
- Blasentraining
- Toilettentraining
- Einsatz von Ausscheidungshilfen und Hilfsmitteln zur Kompensation von Inkontinenz (z.B. aufsaugende Schutzhosen, Kondomurinale)

### Spezielle Maßnahmen

Toilettentraining (TT) = Methode zur (Wieder)-Erlangung der Kontrolle über Ausscheidungen von Blase und Darm. Bei TT geht es u.a. darum, den optimalen Zeitpunkt für Blasen- und Darmentleerung zu finden & das Gefühl für Blase und Darm zurück zu erlangen.  
Insbesondere bei älteren Menschen, welche Kontrolle über Ausscheidungen verloren haben.

Durch konsequent durchgeführtes TT stellen sich bald Erfolge ein.

TT setzt sich aus **Miktionstraining**, **Blasentraining** und **Verhaltenstraining** zusammen.

Um beim TT erfolgreich zu sein, ist es wichtig, Klienten zu motivieren und dem Erfolg Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.

### **Ziele Blasentraining**

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| ▪ Verbesserung der Wahrnehmung des Harndrangs<br>abbauen | häufige Toilettenbesuche        |
| ▪ Harn bewusst zurückhalten zu können                    | Blasenkapazität erhöhen         |
| ▪ falsche Ausscheidungsgewohnheiten korrigieren          | Ausscheidungsintervalle erhöhen |
| ▪ Bestimmte Toilettenzeiten einhalten                    |                                 |

### Zielgruppe Blasentraining

Frauen mittleren Lebensalter bei

- Belastungskontinenz
- Dranginkontinenz
- Mischinkontinenz

### Blasentraining funktioniert nur bei orientierten Menschen!

Voraussetzungen Blasentraining:

- frei von Harnwegsinfekten
- Fähigkeit Harndrang bewusst wahrzunehmen
- gesicherte medizinische Diagnose

### Durchführung Blasentraining

- Wesentlich, dass Klienten eine Wahrnehmung für ihren Harndrang verspüren und ihre Blasenkapazität bewusst beeinflussen können.
- Diese Fähigkeit ist nicht bei allen Menschen mit Inkontinenz erhalten.
- Wahrnehmungsfähigkeit kann durch z.B. Demenz verloren gehen.
- In dem Fall kann Toilettentraining, die Inkontinenz reduzieren.
- Beim Toilettentraining wird der betroffene Mensch zu vorab festgelegtem Zeitpunkt zum Toilettengang aufgefordert.
- Blase steht hauptsächlich Einfluss unwillkürlichen Nervensystems, wird auch von willkürlichen Nerven kontrolliert. Blase lässt sich daher „erziehen“.
- Blasentraining kann teilweise Kontrolle über Blase zu erlangen.
- Blasenmuskel kann trainiert sich stärker zu dehnen und mehr Harn zu speichern.
- Zu Blasentraining gehören verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze sowie ein konkreter Trink- und Toilettenplan.
- Grundlage für Blasentraining ist ein Tagebuch.  
Darin kann man für zwei bis vier Tage aufschreiben
  - Wie häufig man zur Toilette geht,
  - Wie viel Urin abgeht und
  - Wie viel Flüssigkeit, Art der Flüssigkeit man über den Tag verteilt trinkt
  - „freiwilliger/unfreiwilliger Harnverlust“.

### Blasentraining: regelmäßiger Rhythmus

- Um Blase an Rhythmus zu gewöhnen, wichtig, regelmäßig in festen Zeitabstand zur Toilette gehen.
- Dabei kann Toilettenplan hilfreich sein.
- Oft wird empfohlen, nach morgendlicher Entleerung nach Aufstehen gegebenenfalls noch einmal nach dem Frühstück die Abstände zwischen Toilettengängen gleichmäßig einzurichten.

### Blasentraining: vorbeugende Toilettengänge vermeiden

- Wer in zu kurzen Abständen auf Toilette geht, könnte in Stress geraten oder Urin verlieren.
- Dadurch könnten sich Beschwerden einer überaktiven Blase verschlimmern, da Blase dadurch darauf „trainiert“ wird, bei geringen Füllung Harndrang anzumelden.

### Blasentraining: Nicht sofort Wasser lassen

- Wenn Harndrang sehr stark ist, hält er meist nur einige Minuten an.
- Dann beruhigt sich die Blase wieder.
- Die Blase nicht sofort entleeren, wenn sie sich meldet – kann geübt werden.
- Ruhig, langsam zur Toilette gehen–nicht laufen–kann hilfreich sein.

### Blasentraining: Zeit zwischen Toilettengängen ausdehnen

- Abstände zwischen Toilettengängen ausdehnen.
- Dabei kann ein Toilettenplan helfen.
- Dort kann man festhalten, dass in den ersten Tagen das WC alle 5 Minuten aufgesucht wird.
- Diesen Rhythmus etwa eine halbe Woche lang beibehalten.
- Später kann Zeitraum von 5 Min. auf 10, 15, 20 Minuten ausgedehnt werden, in denen man es schafft, den Harndrang zurückzustellen.

### Blasentraining: Ablenkungstechniken

- Wenn sich Blase meldet, entspannen, sich mit positiven Vorstellungen ablenken.
- „In 5 Minuten werde ich auf die Toilette gehen, bis dahin werde ich an etwas Anderes denken“.
- Auf einen Stuhl setzen, Oberkörper aus Hüfte nach vorne beugen, bis Drang nachlässt.
- Dadurch ändern sich Druckverhältnisse im Bauchraum Harnröhre kippt dadurch ab, Harndrang lässt nach.
- Es hilft auch im Sitzen mit geradem Rücken den Beckenboden anzuspannen und nach innen hoch zu ziehen.

### Miktionstraining

#### Ziele

- Harndrang reduzieren
- Weniger Harnverlust
- größere Blasenkapazität
- Blasenentleerung vor Harndrang

#### Vor Beginn: Miktionsstagebuch anlegen.

Entleerungszeiten (Vermerk "freiwilliger"/"unfreiwilliger Harnverlust,")

Menge, Art zugeführter Getränke, Anzahl verwendeter Einlagen festhalten.

Anhand dessen lassen sich Regelmäßigkeiten im Ausscheidungsrhythmus feststellen.

Für Toilettengang Zeitplan erarbeiten (halbe Stunde vor vermutlicher Blasenentleerung), welcher möglichst genau eingehalten werden sollte.

### Maßnahmen bei sehr starkem Harndrang (mit/ohne Harnverlust) auf Weg zu WC

Ziel: am Weg zu WC geringerer Harndrang, kein Harnverlust

- Bei Harndrang nicht sofort auf WC gehen, sondern sitzen oder stehen bleiben
- Harndrang gedanklich verdrängen (Autos zählen, an Urlaub denken)
- Ruhig durchatmen
- Beckenboden mehrmals hintereinander kurz anspannen.
- Wenn Harndrang nachgelassen hat, in Ruhe zu WC gehen und Blase entleeren.

## Maßnahmen bei kleinen Harnmengen oder Reizblase

Ziel: größere Blasenkapazität.

- Bei Harndrang nicht sofort auf WC gehen, sondern sitzen oder stehen bleiben.
- Harndrang gedanklich verdrängen (Autos zählen, an Urlaub denken).
- Ruhig durchatmen.
- Beckenboden mehrmals hintereinander kurz anspannen, bis Sie keinen Harndrang mehr verspüren.
- Erst dann Blase entleeren, wenn wieder Harndrang auftritt.

## Spezielle Maßnahmen-Beckenbodentraining

Auf Rücken legen, Beine schulterbreit aufstellen.

Gesäß so weit anheben, bis Oberschenkel und Oberkörper eine Linie bilden. Dabei werden Bauch und Rückenmuskeln beansprucht. Gewicht ruht auf Schulterblättern. Füße viermal abwechselnd wenige Zentimeter vom Boden heben. Becken waagerecht halten!

Hinknien. Auf Arme stützen und Füße nach hinten ausstrecken. Knie langsam vom Boden abheben und ausatmen. Der Rücken bleibt gerade. Spannung einen Moment halten und dann die Knie wieder absenken.

In Kniestand aufrichten. Hände locker im Nacken zusammenfalten. Oberkörper anspannen - sich beim Ausatmen leicht nach hinten neigen. Gesäß und Rücken bilden eine Linie.

Auf die Seite legen, unterer Arm liegt unter dem Kopf, oberer Arm ist vor Brust aufgestellt, Füße liegen aufeinander. Fersen aufeinander drücken und das obere Knie abspreizen. Dabei ausatmen, die Position einen Moment halten, beim Einatmen die Knie wieder schließen.

Aufrecht und mit leicht gespreizten Beinen auf einen Stuhl setzen. Rechtes Knie mit beiden Händen umfassen, Knie leicht an Körper heranziehen in der Stellung für einige Sekunden halten.

Dann Knie plötzlich loslassen und beide Arme hochstrecken. Danach Übung mit linken Knie durchführen.



## Altersbedingte Veränderungen im Körper

### Stütz- Bewegungsapparat

- Der Fettanteil im Körper erhöht sich / Die fettfreie Zellmasse wird weniger
- Die Körperflüssigkeit wird weniger / Verringerung der Körperhöhe (Bandscheibe)
- Es kommt zu einer Wirbelsäulenverkrümmung
- Gelenksbeschwerden (Arthrose -Arthritis)
- Abnehmende Beweglichkeit der Gelenke / Elastizität reduziert
- Abnehmende Körperkraft
- Abnehmende Fingerfertigkeit/ Feinmotorik
- Verlangsamung von Bewegungen und motorischer Reaktionen
- Erschwertes Balancehalten / unsicherer Gang

### Magen- Darmtrakt

- Mund (Mundtrockenheit durch Medikamente wie Diuretika, Antidepressiva, Antihistaminika) Kauprobleme treten häufig auf
- Magen (verminderte Magensäure und Magenmotorik)
- Dünndarm (Milchzuckerunverträglichkeit nimmt zu, verminderte Ca-Resorption)
- Dickdarm (Obstipationsneigung durch verminderte Flüssigkeitsaufnahme, Muskelschwäche)
- Fettverdauung nimmt ab

### Stoffwechsel / Hormonhaushalt

- Der Appetit wird weniger (es gibt Ausnahmen!)

**Grundumsatz** (diejenige Energiemenge, die der Körper pro Tag bei völliger Ruhe, bei *Indifferenztemperatur* ( $28^{\circ}\text{C}$ ) und nüchtern zur Aufrechterhaltung seiner Funktion benötigt)

bei einer Frau:  $\text{kg} \times 24(\text{Stunden des Tages}) \times 0,9$

bei einem Mann:  $\text{kg} \times 24(\text{Stunden des Tages}) \times 1,0$

Der Kalorienbedarf verändert sich wie folgt:

bis 33 Jahre	100%	33-55 Jahre	- 10%
55-75 Jahre	- 15%	ab 75 Jahre	- 10%

### Flüssigkeitsbedarf / Durstempfinden lässt im Alter nach

- Im Alter von 19 bis 51 Jahre =  $30 \text{ ml} / \text{pro kg Körpergewicht / Tag}$
- Im Alter ab 51 Jahren =  $25 \text{ ml} / \text{pro kg Körpergewicht / Tag}$
- kann sich erhöhen durch: z.B. Fieber, Hitze und vermindern bei z.B. Herzerkrankungen
- Veränderte Hormonsituation bei Mann und Frau ab 50 (beim Mann sinkt der Testosteronspiegel, Östrogen steigt an, bei der Frau sinkt der Östrogenspiegel und der Testosteronspiegel steigt)
- Verminderte Glucosetoleranz / Insulinempfindlichkeit

## Sinnesorgane

### A) Sehen

- Alterssichtigkeit = Presbyopie (griech. "altes Auge") bezeichnet man den fortschreitenden, altersbedingten Verlust der Nahanspassungsfähigkeit des Auges. Sehen in der Nähe ist deshalb ohne geeignete Korrektur nicht mehr möglich. Presbyopie ist dabei jedoch keine Krankheit, sondern ein normaler, altersbedingter Funktionsverlust.
- Verminderung der Sehschärfe
- Vermehrter Lichtbedarf
- Schlechtere Kontrastwahrnehmung
- Zunehmende Empfindlichkeit gegenüber blendendem Licht und Lichtreflexionen
- Veränderungen der Augelinse (zunehmendes Härterwerden und abnehmende Elastizität) = mehr Zeit wird benötigt bis ein Objekt scharf gesehen werden kann)
- Verzögerte Hell-Dunkel-Adaptation
- Schlechtere Farbwahrnehmung (Gelbfärbung der Linse dadurch wird mehr Licht vom Blau-violetten Teil des Farbspektrums absorbiert, so dass Grün, Blau und Violett nicht mehr so gut unterschieden werden können)
- Einengung des Gesichtsfelds

### B) Hören

- Altersschwerhörigkeit = Presbyakusis ist eine Art der Schwerhörigkeit, die durch physiologische Alterungsprozesse entsteht und etwa ab dem fünften und sechsten Lebensjahrzehnt auftritt. Typischerweise handelt es sich um eine beidseitige, symmetrische, zunehmende Innenohrschwerhörigkeit bei hohen Frequenzen.
- Beeinträchtigung der Sprachwahrnehmung, Verzerrungen häufig bei synthetischen Stimmen, undeutlicher Sprache, schneller Sprechweise und Hintergrundgeräuschen, hochtönende weiche Konsonanten und Konsonantengruppen wie f, g, s, sch und t werden nur undeutlich wahrgenommen und miteinander verwechselt.
- Probleme bei der Lokalisation von Geräuschquellen

### C) Fühlen / Tasten

- Wegen Verminderung der Anzahl funktionierender Meißnerschen Tastkörperchen nimmt der Tastsinn im Alter etwas ab.
- Deutliche Verschlechterungen in der taktilen Sensitivität, wie sie bei ca. 25% der älteren Menschen auftreten, sind in der Regel auf vaskuläre Erkrankungen zurückzuführen und nicht als altersbedingt anzusehen.



Altersveränderungen /  
Haut

### D) Riechen

Verminderte Riechwahrnehmung durch z.B. Diabetes mellitus, Hypertonie, Mb. Parkinson, Alzheimer Demenz

### E) Schmecken

Geschmacksknospen auf der Zunge nehmen ab (süß,sauer, bitter ,salzig)



## **Immunsystem**

Im höheren Alter wird das Knochenmark, das für die Produktion der weißen und roten Blutkörperchen zuständig ist, zunehmend durch Fettgewebe ersetzt. Daher nimmt die Anzahl der im Blut schwimmenden roten und weißen Blutkörperchen ab. Der Körper älterer Menschen ist nicht nur anfälliger für Infektionen. Auch das Krankheitsbild der Infektionen kann verändert sein, das typische Fieber kann fehlen.

## **Haut**

- Haut wird dünner um 25 % und trockener
- Verlangsamung der Regeneration nach Verletzungen
- Veränderung der Hautanhangsgebilde (Haare und Nägel)
- Zunahme der Pigmentflecke (sog. Altersflecken)



Altersveränderungen /  
Haut

## **Gehirn / Gedächtnis**

Aufbau des Gedächtnisses (dieses kann unterschieden werden in):

Das sensorische Gedächtnis (Ultrakurzzeitgedächtnis)  selektive Wahrnehmung

Behält Informationen für ca. 1 Sekunden und dient dazu, einmal begonnene Handlungen fortsetzen zu können.



EH Fibel „unser Gehirn

### Das Arbeitsgedächtnis

Einzelheiten können für rund 15 Sekunden bis wenige Minuten gespeichert werden (z.B. Telefonnummer)

### Das Kurzzeitgedächtnis

(wird manchmal auch als Teil des Arbeitsgedächtnisses gesehen)

Behält Informationen mehrere Stunden bis wenige Tage (am Beispiel: was esse ich -> wichtig während der Mahlzeit, zwei Tage später jedoch ohne Bedeutung für mich)

### Das Langzeitgedächtnis

Speichert Informationen dauerhaft im Gehirn. Informationen werden nicht in einer bestimmten Gehirnregion gespeichert, sondern sind auf verschiedene Gehirnabschnitte verteilt.

## **Veränderungen von Gedächtnis (Lernen) im Zuge des Alterns**

(Verlauf nicht bei jedem Menschen gleich)

1. Informationsaufnahme und –verarbeitung  
nachlassende Aufnahme- und Verarbeitungsgeschwindigkeit
2. Abnehmendes Informationsverarbeitungsvermögen  
Die Menge an Information, die gleichzeitig aufgenommen und verarbeitet werden kann, nimmt mit zunehmendem Alter ab. Zudem kommt es zu Schwierigkeiten bei der Unterscheidung zwischen wichtigem und unwichtigem Material, wenn nicht genügend Zeit zur Verfügung steht.

3. Nachlassende Reaktionsgeschwindigkeit
4. Erhöhte Störempfindlichkeit bei Reizüberflutung, Ablenkungen und Irritationen
5. Koordination  
Mit dem Alter wird es zunehmend schwieriger zwei Dinge schnell hintereinander oder gleichzeitig zu tun.
6. Starke Einbußen im Kurzzeitgedächtnis (KZG), sowie im Langzeitgedächtnis (LZG)
7. Abnahme der Problemlösungsfähigkeit  
Es ist möglich (bis zu einem gewissen, individuell unterschiedlichem Grad)
  - die Abnahme der körperlichen Fähigkeiten durch Training zu verlangsamen,
  - die psychischen Fähigkeiten zu erhalten,
  - die sozialen Fähigkeiten auszubauen,
  - die geistigen Fähigkeiten, durch lebenslanges Lernen, so weit als möglich, zu erhalten.

Es ist möglich, bis ins hohe Alter ein aktives, erfülltes Leben zu führen, wenn eine positive „Vision“ vom Altern entwickelt werden kann. „für immer jung“

### **Zusammenfassung der fünf Sinne**

#### **Sehen:**

##### Veränderungen

- verringerte Sehkraft, geringeres Farbsehen,
- Sehschärfe nimmt im Nahbereich ab, erhöhte Lichtempfindlichkeit
- Verlängerte Hell-Dunkeladaptierungszeit

##### Probleme und Risiken

- Sicherheit im Haushalt und Straßenverkehr sinkt,
- eingeschränkte Freizeitaktivitäten (PC, lesen, Autofahren...)
- Störungen und Erkrankungen:
- Makuladegeneration, Glaukom, Katarakt

#### **Hören:**

##### Veränderungen

- o Abnahme des Hörvermögens in bestimmten Frequenzen
- o Probleme beim Hören, wenn viele Nebengeräusche vorhanden sind
- Probleme und Risiken:
- o Unsicherheit im Kontakt mit Anderen (Isolationsgefahr)
- Störungen und Erkrankungen:
- o Altersschwerhörigkeit

## Riechen und Schmecken

### Veränderungen

- Verminderter Geruchssinn, Verminderte Anzahl der Geschmacksknospen,
- Verminderte Speichelproduktion

### Probleme und Risiken

- Einschränkung der Genussfähigkeit, Appetit lässt nach,
- Kau und Schluckprobleme
- Verringertes Durstgefühl

### Störungen und Erkrankungen

- Dehydrierung, (zuwenig Flüssigkeit im Gewebe, Blut),
- cerebrale Durchblutungsstörungen

## Tasten:

### Veränderungen

- Abnahme der Sinneszellen in Haut,
- Muskeln Gewebe, Organe und Gelenken

### Probleme und Risiken

- gesteigerte oder verminderte Berührungs-, Schmerz und Temperaturwahrnehmung.

### Störungen und Erkrankungen

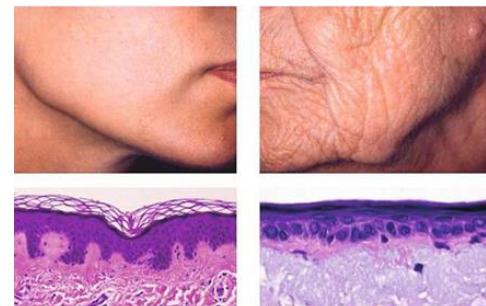
- Dekubitus
- Verbrennung
- Verbrühung
- Erfrierung

## Organe

### Haut

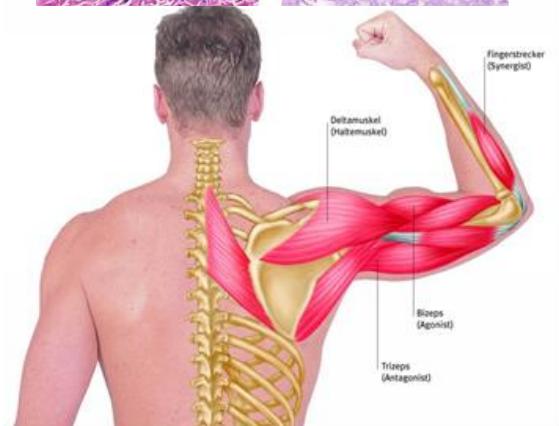
#### Veränderungen

- Faltenbildung durch die Abnahme des subkutanen Fettgewebes, des Wassergehaltes und Reduktion der Elastischen Fasern, Pigmentbildungsstörung (Altersflecken)
- Rückgang der Anzahl und der Aktivität der Schweißdrüsen, Schlechtere Hautdurchblutung
- Dünneres Haar, dicke Finger - und Fussnägel, verlangsamte Wundheilung



#### Probleme und Risiken

- negative Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls,
- Hitze wird schlechter vertragen,
- rasches Frieren bei körperlicher Ruhe
- Schwierigkeiten bei Maniküre und Pediküre
- Störungen und Erkrankungen:
- Ulcus cruris, Ekzem



## **Muskeln , Gelenke und Knochen**

### Veränderungen

- Muskelmasse nimmt ab
- Verminderte Beweglichkeit der Gelenke (Abrieb des Knorpelgewebes ),
- Demineralisierung des Knochengewebes

### Probleme und Risiken

- Verlust von Kraft, Weniger Sport, Bewegung- soziale Verluste- körperliche
- Folgen- Immobilität – Pflegebedürftigkeit!
- Verletzungen, Frakturen
- Schwierigkeiten bei Maniküre und Pediküre

### Störungen und Erkrankungen

- Arthritis
- Arthrose,
- Frakturen
- Osteoporose

## **Urogenitalorgane**

### Veränderungen

- Verlangsamung des Stoffwechsels,
- häufiges nächtliches Harnlassen (Herzschwäche , Blasenschwäche, Prostatahypertrophie),
- Harninkontinenz

### Frauen

- Gewebeatrophie durch hormonelle Störungen,
- Bindegewebsschwäche

### Männer

- Durchblutung des Penis nimmt ab (Erektionsprobleme)

### Probleme und Risiken

- Kumulation von Medikamentenwirkstoffen,
- verkürzte Ruhephase in der Nacht –Verletzungs bzw. Sturzgefahr beim nächtlichen Aufstehen,
- soziale Isolation Partnerschaftsprobleme

### Störungen und Erkrankungen

Intoxikationen , Harnwegsinfekte, Prostatahypertrophie. Gebärmuttervorfall

## Verdauungssystem

- Mundhöhle
- Magen
- Dünndarm
- Dickdarm
- Pankreas

## Veränderungen

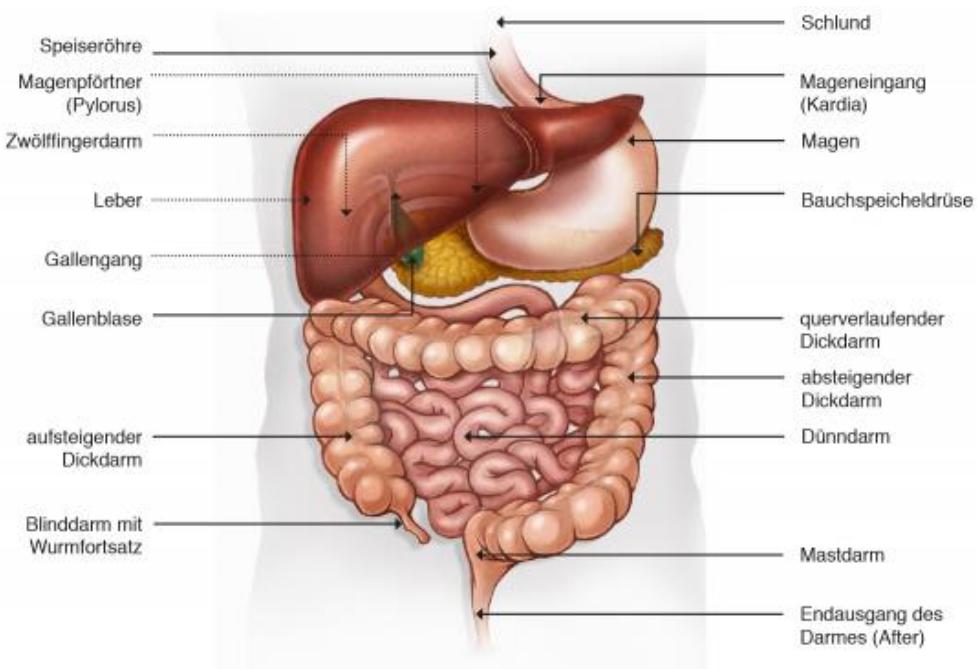
Abnutzung und Verlust der Zähne, Zahnfleischschwund, Beeinträchtigung der Kaufunktion, verminderte Nährstoffaufnahme, verminderte Motilität und Peristaltik schlechte Fettverdauung

## Probleme und Risiken

- Schmerzen,
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten,
- gesundheitliche Probleme durch mangelnde Nahrungs- und Nährstoffaufnahme

## Störungen und Erkrankungen

- Diabetes,
- Parodontose,
- Stomatitis,
- Soor,
- Kachexie,
- Obstipation



## Gesundheit, Krankheit und Behinderung im Betreuungsalltag

Jeder Mensch ist ein Individuum und muss ganzheitlich erfasst werden!

D.h. Körper Geist und Seele der Klienten stehen in ständiger Wechselbeziehung zur Umwelt.

Hat der Mensch ein körperliches Problem, kann es auch Geist und Seele beeinflussen und umgekehrt.

Das wiederum hat Auswirkungen auf seine Umwelt, wie z. B. die Familie und wie Sie mit diesem Problem umgeht. Positiv oder negativ.

Aufgabe der ganzheitlichen Betreuung ist es den Menschen als ganze Person zu betrachten.

Dazu braucht man viel Einfühlungsvermögen (Empathie).

### WAS ist Gesundheit?

- „Gesundheit ist die Fähigkeit, lieben und arbeiten zu können!“ (Sigmund Freud)
- „Wer gesund ist, ist nur nicht genau genug untersucht worden“ (Hausarzt)
- „Gesundheit ist das Schweigen der Organe“ (Hausarzt)
- „Gesundheit ist kein Zustand, sondern eine Verfasstheit, ist kein Ideal und nicht einmal ein Ziel. „Gesundheit ist ein Weg, der sich bildet, indem man in geht.“ (Medizinhistoriker 1982)
- „Gesund ist, wenn Ich nur abends ins Bett muss“ (9jährige Schülerin)
- „Gesundheit ist unser höchstes Gut, aber auch eines der teuersten“ (Pressezitat)

Lt. WHO Definition ist Gesundheit „Der Zustand des völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Im engeren Sinne kann Gesundheit verstanden werden als das subjektive Empfinden des Fehlens körperlicher, geistiger, seelischer und sozialer Störungen oder Veränderungen.“ (Roche PC Lexikon Medizin, Vers. 3.5)

Der Mensch selbst bestimmt wie er sich heute fühlt. Das subjektive Empfinden ist nicht messbar.

### Was ist Krankheit?

- Krankheit meint dass objektive und/oder subjektive Bestehen körperlicher und/oder geistig –seelischer Störungen oder Veränderungen.
- Im Sinne des Arbeits- und Sozialversicherungsrechtes ist der regelwidrige Verlauf leiblicher, seelischer oder geistiger Vorgänge gemeint, welcher Krankenpflege notwendig macht und Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben kann.
- Pensionsversicherung sieht in dem Begriff Krankheit, die eingeschränkte Erwerbsfähigkeit.

### Wir unterscheiden

- Schädigung,
- Behinderung und
- Beeinträchtigung

**Schädigung** ist ein Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physischen oder anatomischen Struktur oder Funktion.

**Behinderung** (als Folge einer Schädigung) ist jede Einschränkung, oder jeder Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten so auszuführen, die für einen Menschen als normal angesehen werden kann.

**Beeinträchtigung** ist eine sich aus einer Schädigung oder Behinderung ergebene Benachteiligung des betroffenen Menschen, die die Erfüllung der Rolle einschränkt oder verhindert.

Grobeinteilung	Ursachen
Körperliche	Ererbte Behinderungen
Sinnes	durch z.B. perinatale Schäden
Psychische (seelische)	Krankheiten
Lernbehinderung	Unfälle
Geistige Behinderung	

### Angeborene Behinderungen durch Vererbung, pränatale Schäden.

Der behinderte Mensch (oder Mensch mit besonderen Bedürfnissen), benötigt Akzeptanz und Solidarität um Stigmatisierung zu verhindern und eine Eingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen.

Der Artikel 7 der Österreichischen Bundesverfassung lautet:

Niemand darf aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden.

Das Bundesbehindertengleichstellungsgesetz, und das Behinderteneinstellungsgesetz, konkretisieren das Diskriminierungsverbot.

### Bewegungsbehinderte Klienten

z.B. Amputation

Das Wissen auf Hilfe angewiesen zu sein beeinträchtigt das Selbstwertgefühl des Klienten. Rituale wie der Sonntägliche Kirchengang, Besorgungen können nicht mehr selbstständig oder nur eingeschränkt ausgeführt werden.

Wichtig: Ressourcen erhalten und fördern, Anpassung von Hilfsmitteln. Vermeidung von Unfällen (Stürzen) steht im Vordergrund.

### Sprachbehinderte Klienten

Dem Klienten soll die Möglichkeit einer normalen Kommunikation geboten werden!

Hilfsmittel: Papier, Stift, Körpersprache.

- o BLINDHEIT trennt von den Dingen,
- o TAUBHEIT trennt von den Menschen

### Sehbehinderte Klienten

Sehbehinderte und blinde Klienten „sehen“ mit den Händen. Sie erkennen z.B. schon anhand des Umdrehens des Schlüssels im Schloss welche/r Heimhelferin/Heimhelfer heute kommt.

## **Regeln**

- Tätigkeiten gut ankündigen
- Sich nicht durch Gesten, Blicke mit dritten verständigen
- Besonders die Gewohnheiten beachten
- Hilfsmittel wären Blindenstock, Blindenhund, Blindenschleife, Blindenschrift (Braille).
- Stufen, Stiegen bei Ausgängen vorher ankündigen!

## **Kommunikation bei einer Sehbehinderung**

Ein wichtiger Bestandteil der Kommunikation ist die Sehkraft. Zwei Drittel der Informationsaufnahme finden über die Augen statt. Ab dem 40. Lebensjahr lässt im Allgemeinen die Sehkraft nach, so dass das Nah-sehen insoweit beeinträchtigt ist, dass eine Lesebrille notwendig wird. Fast jeder 2. benötigt eine Lesehilfe! Fehlsichtigkeit der Sehkraft kann angeboren oder erworben sein.

## **Mögliche Beeinträchtigungen**

Alterssichtigkeit, Hornhautverkrümmung, Blindheit, Kurz- und Weitsichtigkeit,

## **Beeinträchtigungen entstehen durch**

Grauer Star, Grüner Star, Diabetes mellitus, Hypertonie, Verletzungen, Infektionen, Tumorerkrankungen

## **Tipps für den Umgang mit Sehbehinderten**

- Machen Sie sich beim Betreten des Raumes durch Ansprechen oder Geräusche bemerkbar.
- PUNKTLICHKEIT!
- Sprechen Sie den Pflegebedürftigen direkt von vorne und auf Gesichtshöhe an, kündigen Sie Handlungen, vor allem die Pflege betreffend, immer an.
- Keinesfalls einfach Arm oder den Körper anfassen, sondern den Arm anbieten.
- Beseitigen Sie mögliche Hindernisse oder weisen Sie auf solche hin.
- Zimmer, Schranktüren etc. immer ganz zu oder ganz offenhalten!
- Geben Sie Sicherheit durch Begleitung, reichen Sie ihm zum Führen den Arm. Schieben oder stoßen Sie ihn nicht vorwärts, kündigen Sie Absätze, Treppen, An- und abstiege immer rechtzeitig an.
- Beim Steigen steigen, Bus, Straßenbahn etc. die Hand der zu führenden Person auf die Griffstange legen, beim Fahrer vorne einsteigen.
- Beim Gehen durch eine Tür oder Engstelle ca. einen Schritt vor dem zu führenden vorrausgehen.
- Beim gemeinsamen Einkaufen Waren befühlen lassen.
- Wert von Banknoten (Einkauf unaufgefordert mitteilen, ev. Geld in die Hand des Sehbehinderten zählen).
- Beim Vorlesen den ganzen Text vorlesen, auch Titel, Kleingedrucktes etc.
- Platzieren Sie Gebrauchsgegenstände immer an gewohnter Stelle und griffbereit
- Platzieren Sie Speisen und Getränke immer gleich, bzw. beschreiben Sie dem Pflegebedürftigen die Platzierung. Nehmen Sie dafür die Vorstellung einer Uhr zu Hilfe (z. B. „Erbsen auf 6 Uhr“)
- Helfen Sie Ihrem Angehörigen in seiner Vorstellungskraft durch gute und ausgemalte Beschreibungen seiner Umwelt.
- Beobachten Sie die Augen genau! Nehmen Sie kleinste Veränderungen wie Rötungen, Schwellungen etc. und Äußerungen Ihres Angehörigen über Schmerzen ernst und informieren Sie den behandelnden Arzt.
- Regelmäßige Besuche beim Augenarzt

- Sinnvolle Kommunikationsmittel und Medien zur Information zur Verfügung stellen, wie z. B. ein Telefon mit besonders großen Tasten oder ein Radio statt einer Tageszeitung.
- Hilfsmittel wie z. B. starke Vergrößerungsgläser oder Luppen.

### **Hörbehinderte Klienten**

- Schlechtes Hören erweckt oft den Eindruck, dass ein Mensch gewisse Dinge nicht hören will. Hörvermögen hängt aber auch von der Frequenz der Stimme, Lautstärke und Sprechrichtung ab.
- Hörgeräte sind wie Brillen, Prothesen.

### **Gründe für die Ablehnung**

- Kosmetische Gründe
- Neue Technologie
- Ideale Einstellung oder Beratung der Hörgerätekundin
- Druckstellen
- Kann die Klientin das Hörgerät selbst einsetzen oder benötigt sie Hilfe?

### **Regeln**

- Sichtkontakt herstellen
  - Modulation der Stimme
  - Ev. Lichtsignal im Vorzimmer
- Ev. anliegen aufschreiben



## **Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung**

Schreien ist der falsche Weg, sich Schwerhörigen verständlich zu machen. Mit deutlichem Sprechen erreicht man mehr. Das liegt daran, dass Menschen mit Hörproblemen besonders die hohen Töne nicht mehr so gut hören wie früher. Damit die Kommunikation von normal Hörenden mit Schwerhörigen besser klappt, folgende sechs Tipps:

1. Schreien bringt nichts: Sprechen Sie deutlich und in langsamem, gleichmäßigem Tempo sowie in kurzen Sätzen.
2. Sie machen es Hörgeräteträgern leichter, Sie zu verstehen, wenn Sie sie beim Sprechen ansehen, möglichst im Licht stehen und Sie Ihren Mund nicht verdecken. Die Bewegungen von Mund und Lippen helfen Menschen mit Hörproblemen, die gesprochenen Worte im Kontext zu erkennen.
3. Wenn Ihr Gesprächspartner etwas nicht versteht, wiederholen Sie den vollständigen Satz und nicht nur das letzte Wort. Bleiben Sie geduldig!
4. Nähern Sie sich einem Menschen mit Hörproblemen nicht von hinten. Er könnte Sie nicht hören und sich erschrecken.
5. Helfen Sie Schwerhörigen in Gesprächsrunden mit mehreren Gesprächspartnern oder starken Hintergrundgeräuschen. Informieren Sie ihn über das Thema und ziehen Sie ihn durch direkte Ansprache ins Gespräch.
6. Wenn Sie das Gespräch schwierig finden, denken Sie bitte daran, dass Menschen mit Hörproblemen es viel schwerer haben als Sie.

Diese Regeln gelten im Umgang von Normalhörenden mit Schwerhörigen und Hörgeräteträgern. Letztere brauchen Ihre Unterstützung besonders, wenn sie die Geräte erst seit kurzem tragen oder in schwierigen Hörsituationen in Restaurants und bei Konferenzen sind. Denn man muss immer bedenken: Moderne Hörgeräte gleichen Hörverluste zwar weitgehend aus, können aber einmal zerstörte Hörsinneszellen nicht wieder zum Leben erwecken.

## AEDL für eine sichere Umgebung sorgen

### Bedeutung

Der Wunsch nach Sicherheit gehört zu den grundlegenden Bedürfnissen des Menschen. Betrachtet man die Sicherheit, so ist das keine messbare Größe und wird individuell empfunden, daher sind sämtliche Maßnahmen auf das individuelle Bedürfnis hin abzustimmen.

Der Bereich "Für eine sichere Umgebung sorgen" beinhaltet Aspekte wie **Schutz vor Gefahr (Sturzgefahr, Verletzungsgefahr, Weglaufgefahr, Verwahrlosungsgefahr, usw.), Vor- und Nachsorge und Prophylaxen sowie Vermittlung von Geborgenheit und Erhaltung der Selbstständigkeit**. Bei dieser AEDL geht es in erster Linie darum, den Menschen vor Verletzungen und Einschränkungen zu schützen und **mit ihm gemeinsam** zu überlegen, welche Einrichtungen, Hilfsmittel oder Orientierungshilfen usw. dienlich sein könnten.

Eine Gefährdung von Klienten sollte nicht nur in Hinblick auf einen körperlichen Schaden berücksichtigt werden, sondern auch bestehende oder mögliche Ängste (z.B. vor dem Alleinsein, vor Schmerz, bei Atemnot) miteinbeziehen.

Von pflegerischem Interesse ist, ob eine Person sich selbst ausreichend vor konkreten Gefahren schützen oder wie der Selbstschutz gefördert werden kann, bzw. wie und in welchem Ausmaß selbstschützende Vorkehrungen getroffen werden müssen. Dazu dient die Pflegeanamnese mit der Feststellung der Ressourcen und Probleme. Außerdem muss immer abgewogen werden zwischen dem, was für den Klienten Lebensqualität bedeutet, und den möglichen Einschränkungen, die eventuelle Sicherheitsmaßnahmen mit sich bringen.

Beispiel: Ein Klient steht immer wieder alleine auf, ohne vorher zu klingeln, obwohl er sturzgefährdet ist. Ist er zudem in seiner Orientierung beeinträchtigt, so wird häufig eine freiheitsentziehende Maßnahme (Fixierung) angewandt. Damit würden mögliche Ängste und Aggressionen des Klienten noch verstärkt, evtl. ist dann eine zusätzliche Sedierung notwendig. Eine Alternative wäre, eine Matratze vor das Bett zu legen, was einen möglichen Sturz zwar nicht verhindern, aber weniger schwerwiegende Folgen nach sich ziehen würde. Solche Maßnahmen müssen im Vorfeld möglichst auch mit den Angehörigen besprochen werden, die manchmal unrealistische Vorstellungen von der "Beaufsichtigung" im Krankenhaus, Pflegeheim oder Hospiz haben.

### **Gefährdungen**

- Bei unruhigen oder gangunsicheren Personen eine hohe Sturzgefahr
  - Verletzungsgefahr beim Umgang mit scharfen/spitzen/schweren Gegenständen, Maschinen
  - Brandgefahr bei Rauchern
  - Vergiftungsgefahr (Medikamente, Reinigungsmitteln )
  - Infektionsgefahr (Blasendauerkatheter, etc.)
- Zudem gibt es längerfristige Gefährdungen der körperlichen Gesundheit, z.B. durch Mangelernährung, falsche Ernährung, Süchte oder Bewegungsmangel.

Oft außer Acht gelassen oder unterschätzt werden

### **Gefahren durch gestörtes Sozial-Verhalten**

- Umgang mit Emotionen, Aggressivität , Trauer
- materielle Belange - Großzügigkeit/Geiz, Gutgläubigkeit
- psychotische Anteile wie Verarmungswahn oder unangepasstes Einkaufsverhalten ("Kaufrausch")
- Nichteinhalten von Umgangsnormen, Distanzlosigkeit, Verletzung von Grenzen

### **Ziele**

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Sicherheit vermitteln
- Akzeptieren von unterstützenden Maßnahmen
- Einsicht in die Gefährdung
- Vermeiden angstauslösender Situationen
- Vermeidung gefährdenden Verhaltens
- Akzeptieren von Hilfsmitteln
- Vermeiden von Infektionen

## **Sturzprophylaxe**

### Allgemein

Mit zunehmendem Alter nimmt naturgemäß die Reaktionsfähigkeit des Menschen ab, was u. a. zu einem erhöhten Sturzrisiko führt. Kommen außerdem körperlich/ geistige Erkrankungen oder Behinderungen hinzu (z.B. Sehbehinderungen, Gangstörungen) kann mitunter jede Eigenaktivität des Bewohners, wie das Ein- und Aussteigen aus dem Bett, der Gang zur Toilette u. a. zur Gefahr werden. Neben Prellungen, Frakturen etc. ist für den Bewohner mit einem Sturz oft auch ein seelisches Trauma verbunden, das zusätzliche Verunsicherung und Hilflosigkeitsgefühle auslöst.

### **Definition Sturz**

„Ein Sturz ist ein Ereignis, durch welches der Klient, oder ein Teil seines Körpers, versehentlich den Boden oder eine andere Fläche berührt, die tiefer liegt als er, aber auch ein Ereignis, bei dem der Klient liegend auf dem Boden vorgefunden wird, ohne dass er sich die Situation erklären kann.“(Corrigan et al. in Abraham et al. 2001)

### Ziel der Maßnahmen

Das Sturzrisiko so gering wie möglich halten.

### **Durchführung**

#### **a) Einschätzung des Risikos und allgemeine Hilfestellung**

- Bei beobachteter Reaktions- und Bewegungsunsicherheit, den Bewohner ansprechen, z. B. „Kann ich Ihnen helfen?“ Im Notfall unaufgefordert Soforthilfe leisten.
- Bei bekannter Sturzneigung dem Bewohner eine sichere Hilfe und Begleitung anbieten und mit ihm vereinbaren, dass er sich vor dem Aufstehen oder anderen „gefährlichen“ Aktivitäten melden soll.
- Soviel Hilfe wie nötig, jedoch so wenig Hilfe wie möglich!

#### **b) Technische Hindernisse/ Gefahren beseitigen**

- Unebenheiten im/ auf dem Fußboden, wie z. B. Schwellen, herumliegende Kabel
- Rutschgefahr von Teppichen verhindern (Stolperfallen)
- Verschüttete Flüssigkeiten aufwischen
- Auf defekte Beleuchtung achten: dem Hausmeister melden, ggf. selber auswechseln, auch in Nebenräumen auf funktionierende Nachtbeleuchtung achten.
- Die Festigkeit von Haltegriffen regelmäßig überprüfen.
- Rollstühle/ Toilettenshüle immer feststellen, auch wenn diese unbenutzt am Bett stehen.
- Bewegliche Transportgeräte (z.B. Wäschewagen, Getränkewagen), die in Flurbereichen oder Nebenräumen stehen, feststellen.
- Stufenkanten mit Antirutschprofil versehen und/ oder farbig markieren.

### **c) Medizinische Gefahren beachten**

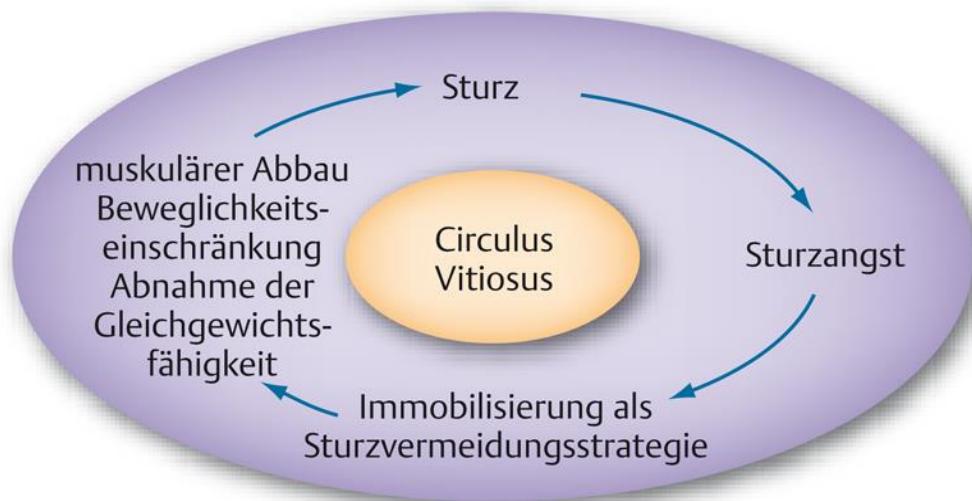
- Bei Einnahme von Medikamenten, die die Wahrnehmung, Koordination oder Motorik beeinträchtigen (z.B. Sedativa, Schlafmittel) sind erhöhte Aufmerksamkeit und gezielte Hilfestellung erforderlich.
- Bei Einnahme von Diuretika und Abführmitteln besteht erhöhte Gefahr, weil der Bewohner mitunter in großer Eile noch rechtzeitig die Toilette zu erreichen versucht und nicht auf Hilfe wartet. Für diese Zeiten sollten gemeinsam mit dem Bewohner Alternativen gesucht werden (z.B. Toilettenstuhl am Bett).
- Prothesen, orthopädische Halte-/ Stützapparate werden ausschließlich von Fachleuten angepasst. Die richtige Benutzung und Handhabung muss mit dem Bewohner sowie mit dem Pflegeteam eingeübt werden.

### **d) Pflegerische Gefahren ausschließen**

- Betthöhe so einstellen, dass ein bequemes Ein-/ Aussteigen möglich ist.
- Auf langen Fluren Sitzmöglichkeiten bereitstellen.
- Auf Erschöpfungszeichen und Alkoholisierungszustände achten.
- Reichlich zu trinken anbieten (siehe P 07 Dehydrationsprophylaxe)
- Funktionsfähigkeit von Schuhen, Brille, Hörgerät, Gehhilfe, Stock, Rollstuhl, Beinprothesen regelmäßig überprüfen.
- Toilettenstuhl wenn erforderlich ans Bett stellen, feststellen und die Festigkeit der beweglichen Armlehnen überprüfen.

### Allgemein zu beachten

Die Mobilität durch Bewegungsübungen, Gymnastik etc. solange wie möglich erhalten und fördern. Fixierungen zum Selbstschutz des Bewohners sind nur in bestimmten Ausnahmesituationen zulässig.



Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Thiemes Pflege, 11. Auflage · 2009

### Morse Fall Scale

Morse JM. Preventing patient falls. 1 ed. Thousand Oaks. California. SAGE Publications, Inc 1997.

Palm S. Vermeidung von Patientenstürzen. In: Holzer E et al. Patientensicherheit – Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Facultas Verlag. Wien 2005.

Schwendimann R et al. Evaluation of the Morse Fall Scale in hospitalised patients. Age Ageing 2006;35(3):311-3.

	<b>Punkte</b>
Ist der Patient während oder in der Zeit kurz vor dem stationären Aufenthalt bereits einmal ohne äussere Gewalteinwirkung gestürzt?	0 = Nein 25 = Ja
Ist bei dem Patienten mehr als eine Erkrankung bekannt?	0 = Nein 15 = Ja
Wird bei dem Patienten eine i.v. – Therapie durchgeführt?	0 = Nein 20 = Ja
Welche Aussage zur Gehhilfe trifft zu: • der Patient geht ohne Gehhilfe/muss gestützt werden/benutzt einen Rollstuhl/hat Betruhe • der Patient benutzt Krücken/einen Gehstock/eine andere mechanische Gehhilfe • der Patient stützt sich an Möbeln und Wänden ab	0 15 30
Welche Aussage zur Gangsicherheit trifft zu: • der Patient geht sicher oder verlässt das Bett gar nicht (Bettruhe) • der Patient geht unsicher • der Patient ist in seiner Gangsicherheit erheblich beeinträchtigt	0 10 20
Welche Aussage zur Orientiertheit trifft zu: • der Patient schätzt seine Mobilität richtig ein, befolgt Anweisungen und erbittet wenn nötig Hilfe • der Patient überschätzt sich/vergisst Anweisungen	0 15
<b>Gesamtpunktzahl</b>	

**Auswertung:** Bei einer Gesamtpunktzahl von 45 – 55 Punkten und grösser besteht beim Patienten ein erhöhtes Sturzrisiko.

# Frau, Mann sein

## Geschlechtsmerkmale

### Primäre Geschlechtsorgane

Frau	Mann
Chromosomales Geschlecht (XX)	Chromosomales Geschlecht (XY)
Keimdrüsen: Ovarien	Keimdrüsen: Hoden, Nebenhoden
Vulva, Uterus, Eileiter	Hodensack, Prostata, Samenleiter
Geschlechtsorgan: Vagina	Geschlechtsorgan: Penis
Hormon: Östrogen	Hormon: Testosteron

### Sekundäre Geschlechtsmerkmale

Frau	Mann
Beginn Pubertät: Brustwachstum & Schambehaarung	Pubertät: vermehrte Körperbehaarung an Brust, Bauch, Rücken, Achseln, Schambereich, Bartwuchs
Menstruation, breite Hüften, schmale Taille, schmale Schultern	Stimmbruch, Hervortreten Adamsapfel, breite Schultern, schmale Hüften, Aufbau von Muskulatur

### Tertiäre Geschlechtsmerkmale (Gender)

In den Bereich der tertiären Geschlechtsmerkmale, im englischen auch als Gender bezeichnet, fallen die psychischen, soziokulturellen und sich im Verhalten äußernden spezifischen Geschlechtsmerkmale.

Diese können je nach Kulturreis stark variieren, sodass der Begriff des tertiären Geschlechtsmerkmals umstritten ist, da die gesellschaftlich auferlegten Rollenvorstellungen/-zwänge einem stetigen Wandel untergeben sind und sich, im Gegensatz zu den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen (engl.: sex), nicht auf jedes beliebige Individuum anwenden lassen.

In diese Kategorie werden geschlechtsspezifische Berufswahl, Familienrolle, Kleidung und Verhalten eingeordnet.

## **Beeinflussende Faktoren**

### Biologisches Geschlecht

Vom Moment an der Zeugung unterscheiden sich Mann und Frau. Zellen bei Männer enthalten ein X und ein Y-Chromosom, Frauen haben zwei X-Chromosomen. Da auf beiden Chromosomen eine Vielzahl von Genen liegen gibt es im biologischen Sinn zwei verschiedene Erscheinungsformen (biologisch: Phänotypus) von menschlichen Organismen: die Geschlechter. Unterschiede zwischen Mann und Frau können also nicht allein auf die unterschiedliche Erziehung oder gesellschaftliche Zwänge zurückgeführt werden.

### Sozialisation

Summe der Erwartungen der Gesellschaft an einen Menschen (z.B. an sein Verhalten), der in dieser Gesellschaft eine bestimmte Position einnimmt.

Es gibt die z.B. die Rollen in der Familie: die der Mutter, des Vaters, der Tochter oder des Sohnes. Aber auch die im Berufsleben, der Vorgesetzte, des Angestellten. In der Schulkasse gibt es ebenfalls verschiedene Rollen: die des Organisators, des Klassensprechers, manchmal auch die des Klassenclowns. Eine Person hat zumeist mehrere Rollen inne.

Rollen, spielen: Im Beruf Abteilungsleiter, in der Familie Vater um im Kegelclub Vorstandsmitglied. Jeder Mensch hat eine Rolle: die des Mannes oder die der Frau. Soziologisch ausgedrückt: die Geschlechterrolle.

### Sexualität

Der Begriff hat unterschiedliche Bedeutungen. Das Spektrum reicht von sexuellen Handlungen, erotischen Gefühlen, Fortpflanzung, Sexualtrieb bis zum Bedürfnis nach Liebe, Geborgenheit und persönlicher Erfüllung.

Sexualität ist nicht nur das Erleben und Ausleben sexueller Wünsche, sondern wirkt als Motor der Menschen aufeinander zuzugehen und einen Partner, also Nähe, Geborgenheit und Bindung suchen. Sexualität ist nicht auf bestimmte Lebensphasen beschränkt, sondern beeinflusst menschliches Verhalten von der Geburt bis zum Tod.

### Gesellschaft im Wandel der Zeit

Gesellschaftliche Entwicklung. Geburtenrate geht zurück. Menschen werden immer älter. Folge: Anzahl Pflegebedürftiger steigt, aber weniger Fachkräfte. Alterspyramide

### Die gesetzlichen Regelungen in der Gesellschaft

- Verbot sexueller Beziehungen mit Minderjährigen
- Verbot sexueller Nötigung und Vergewaltigung
- Verbot Zuhälterei
- Verbot Exhibitionismus

### Persönliche Neigung

Die meisten Menschen bevorzugen als Partner einen etwa gleichaltrigen Menschen des anderen Geschlechts (heterosexuelle Beziehung)

Ein kleinerer Teil der Menschen bevorzugt gleichgeschlechtliche Partner, man spricht von Homosexualität. Neigung zu Partner beiderlei Geschlechts = Bisexualität. Lesbisch = Beziehung zwischen Frauen, schwul = Beziehung zwischen Männern.

Wer Sexualität als Lebensäußerung, als Bedürfnis nach Geborgenheit und Zuwendung begreift, kann nicht bestimmen wollen, wer mit wem Geborgenheit erlebt oder Zärtlichkeit austauscht.

### Sexuelles Selbstbild

Kulturelle, spirituelle, religiöse Faktoren:

Laut Gesetz sind Frauen und Männer gleich. Frauen werden trotzdem auch bei uns oft benachteiligt (gleiche Arbeit, weniger Lohn).

Die katholische Kirche verbietet z.B. bestimmte Verhütungsmittel oder der Islam schreibt den Schleier der Frauen vor.

### Umwelt

Dazu gehört die Familie, der Arbeitsplatz, das Selbstbewusstsein, der Freundeskreis



Berufskund

Sexueller Missbrauch bezeichnet strafbare sexuelle Handlungen an Menschen, die entweder an Minderjährigen vorgenommen werden oder an erwachsenen, widerstandsunfähigen Personen (Kranke, Behinderte, Hilfsbedürftige, Gefangene), wenn dies ohne deren Einverständnis geschieht.

Sich selbst oder andere verletzende Handlungen, Rückzug, Berührungsängste, Distanzlosigkeiten, stark sexualisierte Sprache, auffälliges Spielen mit den eigenen Genitalien.

Zu beachten sind jeweils die individuell immer unterschiedlichen Situationen von Familien und Persönlichkeiten und Reaktionen der Kinder.

Im Rahmen einer medizinischen Anamnese und Untersuchung geben die Zusammenschau von Aussagen des Kindes, Verletzungen der Genital- und Analregion, der Nachweis von Sperma, das Auffinden von Fremdkörpern in Vagina oder After, der Nachweis sexuell übertragbarer Krankheiten und sexuell auffälliges Verhalten des Kindes Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch. Hinweis gebend sind auch Spuren von Verletzungen bei gleichzeitiger körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch. Dazu gehören sturzuntypische Verletzungen, unterschiedlich alte und zum Teil unbehandelte Verletzungen, verzögertes Aufsuchen eines Arztes und häufige Arztwechsel sowie Zeichen der Vernachlässigung (reduzierter Allgemein- und Ernährungszustand, Untergewicht und Entwicklungsstörungen). Beim Gespräch mit den Eltern finden sich oft Schutzbehauptungen, die das vorliegende Verletzungsmuster nicht erklären können.

## **Beobachtungen**

### Ausdrucksformen der Sexualität

Sexualität ist eine jedem Menschen mitgegeben Kraft. Diese äußert sich von Geburt an bis zum Tod. Sie zeigt sich unter vielen verschiedenen Ausdrucksformen: der Wunsch, in den Armen gehalten zu werden; jemanden küssen; geschmust werden; einander begehren; lustvoll genießen; Kinder zeugen und in die Welt setzen; sich gegenseitig Zuneigung und Anerkennung schenken; sich aneinander und am Leben freuen; sich mit Kraft und Eifer für etwas einsetzen...

### Veränderungen in den Lebensphasen und durch spezielle Lebenssituationen, z.B. Stress, Erkrankung, Behinderung

Klienten können unterschiedlich reagieren, mit Unsicherheit oder Aggression. In besonderem Maß gilt dies für Erkrankungen oder Behinderungen, die das „Frau oder Manngefühl“ direkt betreffen. Beispiele für solche Erkrankungen sind nicht nur entstellende OP's an den Geschlechtsorganen oder Behandlungsmethoden, die zum Verlust der Zeugungsfähigkeit führen. Auch bei einer schmerzhaften Arthrose des Hüftgelenks oder nach einem Herzinfarkt haben die Betroffenen Angst, die Erwartung als (Sexual-) Partner nicht mehr erfüllen zu können. In diesem Fall sind die Pflegenden besonders gefordert, den Patienten auf dem Weg zu Akzeptanz zu begleiten.

In einigen Einrichtungen sind Stationen nach Männern und Frauen getrennt. Betreuungspersonen und Pflegende, die auf solchen Stationen arbeiten, begegnen häufig Vorurteilen und Klischees, wie der „typische Mann oder die typische Frau auf Krankheit reagiert:

„Frauen leiden bei einem Krankhausaufenthalt besonders, weil sie sich meist Sorgen um ihren Mann oder die Kinder zu Hause macht“. Auch nach der Entlassung lässt sich eine Frau nicht krankschreiben, weil sie sich gezwungen fühlt wieder die Hausarbeit zu übernehmen. Hier macht sich das weit verbreitet Vorurteil wieder bemerkbar, dass Hausarbeit keine Arbeit ist. Ältere Männer sind „pflegeleichter“ weil sie es gewohnt sind sich von ihrer Frau verwöhnen zu lassen.

Für Männer mittleren Alters spielt es eine wichtige Rolle ob sich durch die Erkrankung in ihrer Männlichkeit eingeschränkt sind. Ist dies der Fall reagieren diese besonders wehleidig aber auch aggressiv.

Krankheit betrifft den ganzen Menschen in allen Lebenslagen, nicht nur – aber auch – die Geschlechterrolle und die Sexualität

## **Situation der Klienten im Zusammenhang mit Sexualität**

### **Nähe, Berührung, Distanz, Abgrenzung, Intimität, Nacktheit**

Pflegen heißt berühren und sich berühren lassen, bedeutet nah, aber nicht distanzlos zu sein. Eine Berührung, Körperpflege, oder die tröstende Geste können missverstanden werden. Es verlangt Fingerspitzengefühl, die feinen Nuancen verschiedener Berührungen zu beachten und die Unterschiede zwischen Zärtlichkeit und Hilfestellung zu erkennen.

Menschen, die sich frei bewegen können, halten Abstand. Wie nah Menschen z.B. einen Partner an sich heranlassen hängt auch von der Beziehung zwischen beiden ab:

Intim: Direkter Kontakt bis etwa 15-50cm – bedeutet die engste Stufe zwischenmenschlichen Abstands (z.B. Kind, Ehepartner)

Persönlich: 50cm-75cm – so nahe lässt man einen guten Freund an sich herankommen

Gesellschaftlich: 1m-3,5m – der übliche Abstand auf Partys, in Büros oder Sitzungen, im Schwimmbad

Öffentlich: Mindestens 3,5m dieser Abstand versucht man in der Regel in Straßen, öffentlichen Verkehrsmitteln, Kaufhäusern einzuhalten (zu viele Menschen werden als bedrückend empfunden)

Nun kann man die Betreuungspersonen nicht unbedingt als die engsten Freunde des Klienten bezeichnen und doch überschreiten sie tagtäglich sogar die Stufe zum intimen Abstand. Außerhalb der Betreuungsbeziehung würde sich jeder Mensch wehren.

Wenn sich Betreuungsperson und Klient aufgrund von Pflegebedürftigkeit nähern, als es ihrer Beziehung entspricht, stellen sich unangenehme Gefühle ein, die teils auf die Erziehung oder gesellschaftliche Normen zurückzuführen sind. Manche Klienten schämen sich, wenn sie nackt sind, fühlen sich ausgeliefert und bloßgestellt, manche Betreuungspersonen empfinden Ekel vor dem entblößten Körper oder schämen sich, wenn sie bei der Körperpflege Klienten im Intimbereich waschen müssen.

Auch wenn viele Patienten situationsbezogen bereit sind, sich etwa für eine Untersuchung zu entkleiden, sich zu Körperpflege auch im Intimbereich berühren zu lassen und dabei das Gefühl der Nacktheit zu erdulden, so erfordert es doch psychische Kraft von ihnen, dies auszuhalten. Vor diesem Hintergrund wird eine Pflegeperson auf die eine oder andere Bemerkung des Patienten gelassener reagieren, wenn sie weiß, dass er damit nur seine eigene Unsicherheit überspielt.

- Intimsphäre wahren (besprochen)
- Tabuzonen (besprochen)
- Eigene Handlungen und Werte reflektieren

### **Sexuelle Belästigung**

Sexuelle Belästigung ist eine Form von Belästigung, die insbesondere auf das Geschlecht der betroffenen Person abzielt.

Sie gilt heute in den meisten westlichen Ländern als Diskriminierung und ist z. B. im Sinne des Arbeitsrechts rechtswidrig, ist aber abzugrenzen von sexuellem Missbrauch sowie körperlicher Gewaltanwendung, die ihrerseits Straftatbestände erfüllen. Als sexuelle Belästigung gelten unter anderem sexistische und geschlechtsbezogene entwürdigende bzw. beschämende Bemerkungen und Handlungen, unerwünschte körperliche Annäherung, Annäherungen in Verbindung mit Versprechen von Belohnungen und/oder Androhung von Repressalien.

Gemäß einer im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführten Studie sind etwa 40 bis 50 % der weiblichen und etwa 10 % der männlichen Arbeitnehmer schon einmal Ziel sexueller Belästigung gewesen.

## Betreuungsprozess

Der Betreuungsprozess ist ein Prozess des „Pflegens“ das heißt er ist das, was zwischen und im Hinblick auf KlientInnen, Angehörige und Pflegekundige entsteht und sich von der ersten Kontaktaufnahme bis zum Ende der Beziehung abspielt.

Der Betreuungsprozess besteht aus sechs Schritten, wird aber auch häufig in vier Schritten dargestellt:

### **4 Schritte des Betreuungsprozess (Krohwinkel orientiert sich an diesen 4 Schritten)**

### **6 Schritte des Pflegeprozesses (Regelkreismodell der WHO)**

- Information sammeln
- Probleme/ Ressourcen erfassen und formulieren
- Betreuungsziele definieren
- Betreuungsmaßnahmen planen
- Betreuungsmaßnahmen durchführen
- Betreuungserfolg bewerten = Evaluation

### **Gliederung in 13 ABEDL**

- Kommunizieren können
- Sich bewegen können
- Vitale Funktionen des Körpers aufrecht erhalten können
- Sich pflegen können
- Essen und trinken können
- Ausscheiden können
- Sich kleiden können
- Ruhen und schlafen können
- Sich beschäftigen können
- Für Sicherheit in der Umgebung sorgen können
- Sich als Mann/ Frau fühlen können
- Soziale Bereiche des Lebens sichern können
- Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

## **Ressourcen**

Hierbei sollen die Fähigkeiten und Möglichkeiten des Klienten, die AEDL's zu bewältigen dargestellt werden.

Es gibt ...

- Körperlichen Ressourcen (z.B. kann Arme / Hände bewegen, kann gehen, ...)
- Familiäre Ressourcen (Angehörige)
- Soziale Ressourcen (z.B. Freunde, Nachbarn, Bekannte)
- Professionelle Ressourcen (z.B. bezahlte Pflege / Unterstützung, z.B. Heimhilfe, Essen auf Rädern, ...)
- Geistig-kognitive Ressourcen (z.B. Fähigkeit zur Problemlösung, Fähigkeit zur Kommunikation und Orientierung, Fähigkeit sich auszurücken)
- Monetäre / ökonomische Ressourcen (z.B. Möglichkeit sich Hilfe und Unterstützung / Hilfsmittel zu kaufen)
- Spirituelle Ressourcen (Glaube an Gott, ein Leben nach dem Tod, Glaube an das Gute im Menschen, der Glaube daran wieder gesund zu werden, ...)
- Hilfsmittel (z.B. Rollator, Hörapparat)
- Strategien zur Krankheitsbewältigung (Coping)

## **Probleme**

Die Probleme ergeben sich aus dem nicht-Vorhandensein von Ressourcen und der daraus resultierenden nicht-Befriedigung von Bedürfnissen. Z.B.

Problem: „Klient kann der Anleitung der Betreuungsperson nicht folgen“. Als Ziel kann in dem Zusammenhang z.B. „Der Klient soll der Anleitung der Betreuungsperson folgen können“ heißen.

## **Ziele**

Betreuungsziele werden formuliert, um den Erfolg der Maßnahmen kontrollieren zu können. Sie sollen an die Problemlösung heranführen.

Unser beispielhaftes Ziel lautet: „Der Klient soll der Anleitung der Betreuungsperson folgen können“.

Ist die Ursache für das Problem Schwerhörigkeit des Klienten dann können als Maßnahmen zur Zielerreichung z.B.

- Termin beim HNO-Arzt ausmachen
- Hörapparat verordnen lassen
- Verordnung an die Krankenkasse zur Bewilligung schicken
- Hörapparat abholen
- Funktionstüchtigkeit des Hörapparates prüfen
- Regelmäßige Reinigung des Hörapparates
- Regelmäßiger Wechsel der Batterien des Hörapparates lauten.

Ist die Ursache für das Problem eine demenzielle Veränderung dann lauten die Maßnahmen anders. Z.B.:

- Langsam und deutlich mit Klienten sprechen
- In kurzen Sätzen mit Klienten sprechen
- Gesprochene Sätze mit Gesten verstärken
- Wiederholen der Anleitung

### **Maßnahmen**

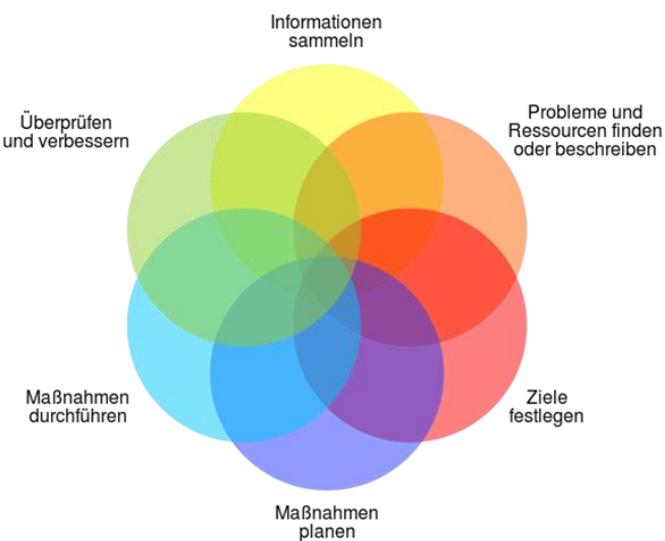
Die Betreuungsmaßnahmen sollen also immer zur Zielerreichung führen. *Maßnahmen müssen so formuliert sein, dass alle Betreuungs- und Pflegepersonen genau wissen was zu tun ist.*

### **Überprüfung (Evaluierung)**

Die Evaluierung dient zur Prüfung ob und in welchem Ausmaß die Ziele erreicht wurden. Wurde ein Ziel nicht oder teilweise erreicht muss analysiert werden warum das geschehen ist. Die Gründe dafür können vielfältig sein. Z.B. Der Gesundheitszustand des Klienten hat sich verschlechtert, die Ziele waren zu hoch gesteckt (sehr schwer erreichbar) usw. . Dementsprechend muss die Betreuungsplanung mit neuer Ziel- und Maßnahmenformulierung angepasst werden (Puchner, 2018).

### **Pflegemodele**

Pflegemodele sind die Wiedergabe der Pflegekunde selbst. Sie wurden entwickelt um herauszufinden, WAS, WARUM und WIE Pflegekundige tun beziehungsweise tun können!! Sie sind ein wichtiger Teil des Pflegprozesses und sind für den ersten Schritt (Information sammeln)

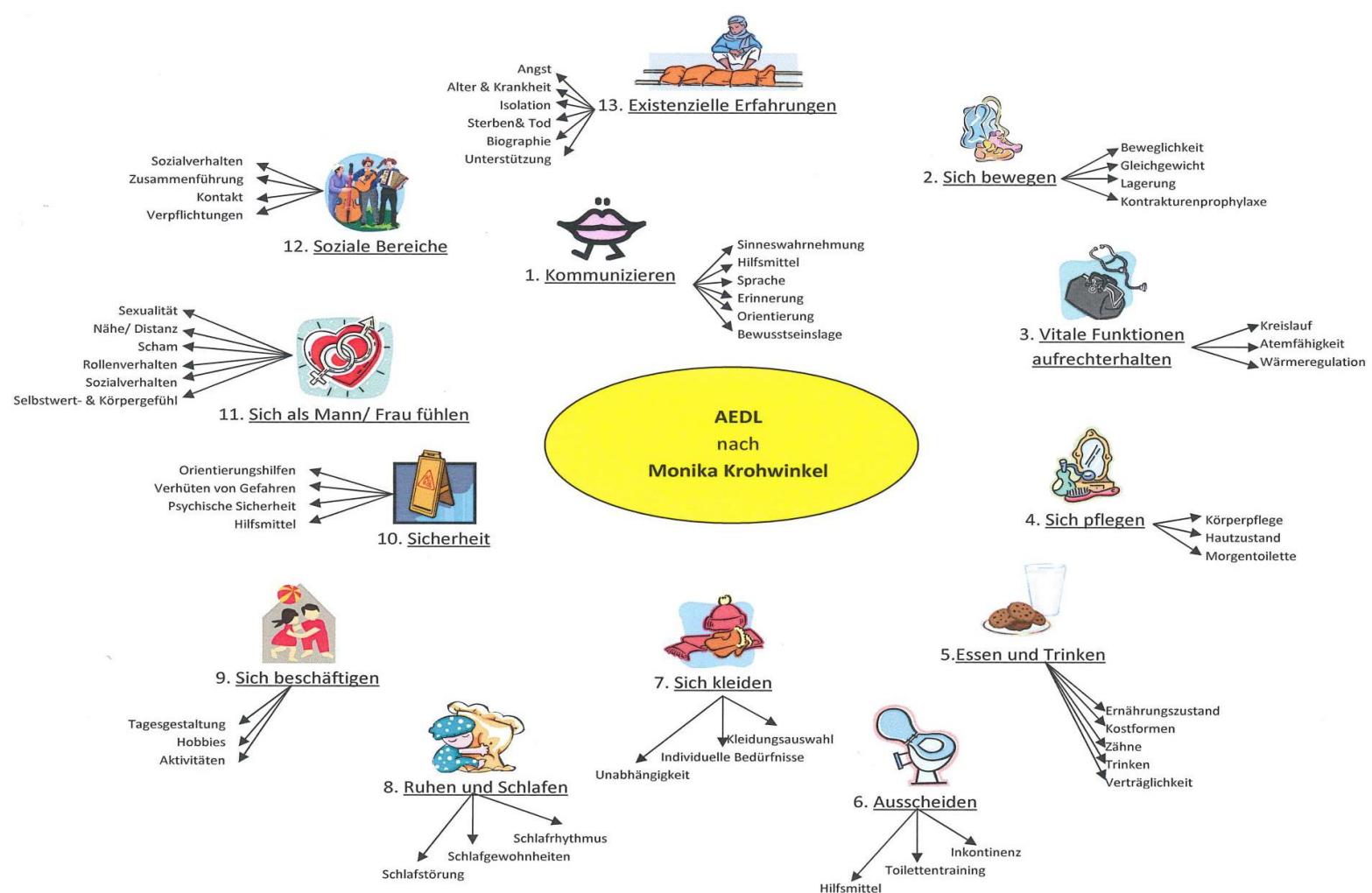


## DIE ABEDL's im EINZELNEN

Die ABEDL's dienen als Stütze roter Faden um bei der Informationssammlung an alle pflegerelevanten Inhalte zu denken und keine wichtigen Aspekte der ganzheitlichen Pflege zu vergessen.

Im Mittelpunkt dieses Modells steht immer der Klient/Klientin mit seinen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Defiziten. Primäre Einflussfaktoren wie Umwelt und Lebensverhältnisse, Prozesse der Gesundheit, diverse Diagnosen und Therapien sowie vorhandene Ressourcen sind von großer Bedeutung!

*„So viel Selbständigkeit wie möglich, so viel Hilfe wie nötig!“*



## **Falldarstellung**

Ihre Falldarstellung darf keine persönlichen Meinungen beinhalten (die Wohnung ist „sehr schön“ → jeder hat eine andere Meinung/Bewertung von einer „schönen“ Wohnung).

Besser in dem Zusammenhang: „die Wohnung ist Süd-West-seitig ausgerichtet, daher hat die Kl. Morgen- und Nachmittagssonne im Wohnbereich, in jedem Zimmer stehen 3-4 Blumenstöcke (Orchideen), die Möbel sind über 80 Jahre alt, wurden vor 5 Jahren restauriert und sind voll funktionstüchtig, die weißen Spitzenvorhänge wurden von der Kl. (sie war Schneiderin) selbst angefertigt. Die Zimmer sind 3,5 Meter hoch und mit Deckenstuck verziert. Im Wohnzimmer steht ein 3 Meter hoher funktionstüchtiger Kachelofen. In der gesamten Wohnung liegen renovierte Parkettböden“.

D.h. bleiben Sie bei objektiven, sachlichen, wertfreien, ausschließlich beschreibenden Formulierungen.

### **In der Falldarstellung keine Meinungen, keine persönlichen Bewertungen verwenden!**

#### **1. Beschreiben Sie die persönliche Lebenssituation der Klientin / des Klienten (z.B. Partnerschaft, Familie, ...).**

- Wann und wo wurde der KlientIn geboren?
- Familienstand (verheiratet, verwitwet, geschieden, wie oft verheiratet)
- Hat der KlientIn Kinder (Beziehung zu den Kindern? Wie oft sieht er die Kinder?)
- Hat der KlientIn Geschwister? Wie alt sind diese? Leben sie noch? Wie oft sieht der KlientIn Familienangehörige, Wie ist die Beziehung zur Familie?
- Welchen Beruf hat der KlientIn erlernt und ausgeübt?
- Was sind die Eltern von Beruf? Wie ist/war die Beziehung zu den Eltern.
- Ist der KlientIn frei von Sorgen & Problemen (finanziell, gesundheitlich, ...) aufgewachsen?
- Besonders prägende Ereignisse im Leben (Krieg, Verlust von Angehörigen und Kindern, Krankheit, Unfall, Enttäuschungen, ...)
- Warum braucht der KlientIn Heimhilfe Krankheit(en), seit wann hat er Heimhilfe?

#### **Beispiel**

- Frau S. wurde 1957 in Wien geboren, sie ist verwitwet und hat einen 40jährigen, verheirateten Sohn den sie regelmäßig (1x/Woche/sonntags) sieht.
- Sie hat 5 Geschwister, von den Schwestern (56 und 58 Jahre) war sie die älteste. Sie hat 2 Brüder (66 und 68 Jahre). Alle Geschwister leben noch. Jeden Sonntag gibt es ein Familientreffen bei ihr.
- Beruflich war Fr. S. bei der Fabrik Altmann als Fließbandarbeiterin tätig.
- Der Vater von Frau S. war Schlosser, ihre Mutter als Bügelfrau.
- Ihr Mann ist 1975 an einem Herzinfarkt gestorben. Seit dem Tod Ihres Mannes fühlt sie sich einsam. Sie hat den Tod ihres Gatten nie überwunden, so sagt sie. Im Krieg hatten sie sehr wenig zum Essen. Darum werden von ihr auch noch heute keine Nahrungsmittel verschwendet oder weggeworfen.
- Vor 2 Jahren hatte sie einen Schlaganfall. Seither kommt die Heimhilfe zu ihr.

#### **2. Wie ist das soziale Netzwerk aufgebaut (z.B. Nachbarn, Bekannte, Interessengemeinschaft, ...)?**

- Wie ist das Verhältnis zu Nachbarn/innen & Familie (Geschwister, Enkel, ...)?
- Hat KlientIn Freunde? (die ihn besuchen) (wie oft besuchen ihn diese)

- Geht der KlientIn in einen Pensionistenclub, Tageszentrum, Selbsthilfegruppe, in die Kirche? (wie oft)?
- Kommt ein Friseur oder Maniküre/Pediküre zum KlientInen? (wie oft)?
- Kommt eine Reinigungskraft, Arzt, Physio- oder Ergotherapeut zum KlientInen (wie oft)?

### **Beispiel**

- Frau S. „liebt alle Menschen“ so sagt sie, und sie kommt auch mit allen sehr gut aus. Möglicherweise liegt das daran, dass sie so kommunikativ ist.
- Montags kommt die Nachbarin von Fr. S. seit vielen Jahren um 15 Uhr zum Kaffetrinken.
- Dienstags und freitags geht sie in das Tageszentrum „Waldblume“ (11-15 Uhr). Dort kann sie auch Mittag essen.
- Mittwochs am Vormittag kommt die Physiotherapeutin für eine Stunde und macht mit Frau S. Bewegungsübungen und Gehtraining.
- Jeden 1. Donnerstag im Monat kommt der Friseur zu Frau S.,
- Jeden 2. Donnerstag im Monat kommt die Maniküre und Pediküre zu Fr. S.
- Jeden 3. Donnerstag im Monat kommt der Arzt im nachmittags zu Fr. S.
- Jeden 4. Donnerstag im Monat kommt
- Vormittags der Essenslieferant vom Speisenzusteller des Wiener Roten Kreuzes.
- Nachmittags kommt die Reinigungskraft von 14-17 Uhr.
- Samstag nachmittags zwischen 14 und 18 Uhr kommen langjährige Freunde (das Ehepaar Frau und Herr L. oder Frau N.)
- Sonntags kommen abwechselnd ihre Brüder, Schwestern, Kinder und Enkel auf Besuch. Zumeist wird gemeinsam Mittag gegessen und Kaffee getrunken.
- Frau S. ist sehr gläubig und geht daher am Sonntag vormittag in die heilige Messe.
- Die Heimhelferin kommt Mo-Mi-Sa jeweils von 8-9 Uhr

### **3. Beschreiben Sie die Infrastruktur in der Wohnumgebung der KlientIn / des Klienten (z.B. öffentliche Verkehrsmittel, Einkaufsmöglichkeiten, Apotheke, Ärzte, Frisör, Fußpflege, Bank, Parkanlagen, ...).**

- Wie weit entfernt (Gehminuten, Meter, Kilometer) von der KlientIn sind ...
- Einkaufsmöglichkeiten wie Billa, Hofer, Pennymarkt, DM, Drogerie, (...)
- Medizinische Versorgung (Hausarzt, Fachärzte, Krankenhaus, Apotheke (...))
- Tageszentrum, Seniorenclick, Selbsthilfegruppe
- Öffentliche Verkehrsmittel: Bus, Straßenbahn, U-Bahn, Taxistand
- Bankinstitut, Bankomat, Postamt, Post-Partnerunternehmen?
- Friseur, Fußpflege, Maniküre?
- Park

### **Infrastruktur im Haus/Wohnung**

- Steht ein Aufzug,
- Balkon, Terrasse oder eine
- Rollstuhlrampe zur Verfügung?

### **Beispiel**

- Ca. 300 Meter von der Wohnung von Frau S. ist ein Einkaufszentrum (Millenniumtower) mit einem Supermarkt (Merkur), DM, Maniküre, Pediküre, Friseur und Apotheke. Die Heimhelferin begleitet sie 1x/Monat in das Einkaufszentrum.
- Ihr Hausarzt und Kardiologe hat seine Ordination ca. 600 Meter von ihrer Wohnung entfernt (Kreuzung Enghartstr/Traisengasse).
- Direkt vor der Haustür bleibt der 10A stehen, ca. 200 Meter vom Wohnhaus von Frau S. ist eine Station der U6 und S-Bahn (Handelskai). Mit öffentlichen Verkehrsmitteln fährt sie nie.
- 2x/Woche fährt sie mit dem Taxi in das ca. 5 Kilometer entfernte Tageszentrum („Waldblume“).
- Sas persönliche Bankinstitut (Raiffeisenkasse) von Frau S. ist in der Dresdnerstraße, Höhe U6 Dresdnerstraße (ca. 1 Kilometer von Ihrer Wohnung entfernt).
- Frau S. hat mehrere Bankomaten im Millenniumtower wo sie Bargeld beheben kann.
- Im Millenniumtower befindet sich eine Trafik. Diese ist Postpartner. Dort kann Frau S. Briefe und Pakete aufgeben bzw. abholen.
- Friseur, Fußpflege und Maniküre steht ihr ebenfalls im Millenniumtower zur Verfügung.
- In einer Entfernung von ca. 800 Meter ist ein Park mit Sitzgelegenheiten. Diesen besucht Frau S. aber nie. Sie geht lieber in den Hof der Wohnhausanlage mit Bäumen, Sträuchern und Sitzbänken.
- Ihre Wohnung kann Frau S. bequem mit dem Aufzug erreichen. Die Wohnung selbst ist mit einer ca. 10 m<sup>2</sup> großen Terrasse ausgestattet. Nach dem Mittagessen sitzt Frau S. gerne auf der Terrasse zum Mittagschlafchen.
- Eine Rollstuhlrampe gibt es nicht, da das gesamte Gebäude behindertengerecht gebaut ist.

### **4. Welche Wohnsituation haben Sie bei Ihrer/-m Klientin/Klienten vorgefunden (z.B.: Zugang zur Wohnung, Wohnung/Stockwerk, Wohnräume, Heizung, Ausstattung –Küche, Bad, WC, Wohnzimmer, Schlafzimmer, Telefon, Hilfsmittel, Unfallgefahr, Haustier, Garten, Balkon, ...)?**

Beschreibung der Wohnsituation:

- Lebt der KlientIn in einem Haus oder einer Wohnung?
- Wie groß ist die Wohnfläche, wie viele Zimmer?
- Heizungsart?
  - Allesbrenner?
  - Holzofen?
  - Fernwärme?
  - Strom?
  - Gasetagenheizung?
  - ...
- In welchem Stock wohnt der KlientIn?
- Gibt es einen Aufzug?
- Ist die Wohnung/Haus mit einer Terrasse, Balkon, Garten ausgestattet?
- Hat der KlientIn Haustiere (welche)? Wer kümmert sich um die Haustiere falls KlientIn ins Krankenhaus muss?
- Wie ist der Zugang zum Gebäude und der Wohnung sowie den Einzelnen Räumen?
  - Barrierefrei?

- Stolperfallen (Teppiche, Kabel, Türstaffeln, herumliegender Unrat)?
- Beleuchtung?
- Wie ist der Zustand und die Ausstattung der Räume?
  - Vorzimmer:
    - Art des Bodens (Teppich, Fliesen, Parkett, Laminat, ...),
    - Kleiderablage vorhanden?
    - Schuhablage vorhanden?
    - Spiegel vorhanden?
    - Schirmständer vorhanden?
    - Schlüsselablage? Schlüsselbrett?
  - Wohnzimmer:
    - Art des Bodens (Teppich, Fliesen, Parkett, Laminat,...)?
    - Bilder, Buchregal, Tisch, Sitzgelegenheiten (Couch), Fernseher, Blumenvasen, Spiegel, Pokale, Auszeichnungen, ...?
    - Vorhänge, Jalousien?
  - Schlafzimmer:
    - Art des Bodens (Teppich, Fliesen, Parkett, Laminat,...)?
    - Bilder, Buchregal, Tisch, Sitzgelegenheiten (Couch), Fernseher, Blumenvasen, Spiegel?
    - Bett (Doppelbett, Einzelbett, Krankenbett, Antidekubitusmatratze, ...)?
    - (Kleider)schränke?
    - Nachttisch(e)?
    - Beleuchtung vom Bett aus zum Ein- und Ausschalten?
    - Vorhänge, Jalousien?
  - Küche:
    - Art des Bodens (Teppich, Fliesen, Parkett, Laminat,...)?
    - Gasherd, Ceranfeld vorhanden?
    - Dunstabzug vorhanden?
    - Kühlzschrank, Gefrierschrank, Kühl- Gefrierkombination vorhanden?
    - Mikrowellenherd vorhanden?
    - Geschirrspüler vorhanden?
    - Abwaschbecken (1 oder 2teilig) vorhanden?
  - WC & Dusche
    - Sind in WC und Dusche Haltegriffe vorhanden?
    - Ist eine rutschfeste Matte vorhanden?
    - Ist eine Toiletsitzerhöhung vorhanden?
    - Gibt es eine barrierefreie Duschtasse?
    - Ist eine Badewanne vorhanden?
    - Ist ein Duschsessel vorhanden?
  - Allgemeine Frage zu allen Geräten, Schränken, Böden Räumen, Einrichtung und Geräte
    - neu bzw. neuwertig?
    - abgenutzt? beschädigt?
    - defekt? (was genau ist defekt)?

### **Beispiel**

Fr. S. lebt seit 50 Jahren in einer 61 m<sup>2</sup> großen 3-Zimmerwohnung im 4. Stock mit Aufzug in einem Gemeindebau in 1190 Wien. Die Wohnung ist mit Fernwärme ausgestattet und hat einen 6 m<sup>2</sup> großen südseitigen Balkon. Haustiere hat Fr. S. keine. Der Zugang zum Wohnhaus ist nicht barrierefrei. Es sind 3 Stufen zu überwinden. Das ist für Fr. S. kein Problem. In der Wohnung selbst befinden sich zwischen allen Räumen Türstaffeln (jeweils ca. 2 cm hoch), im

Vorzimmer sind „Fleckerlteppiche“ und im Wohnzimmer ein ca. 150x200 cm großer und ca. 1,5 cm dicker, weicher Teppich über den Fr. S. schon 1x gestützt ist. Herumliegende Kabel oder Unrat gibt es nicht. Die Wohnung ist sehr sauber und aufgeräumt. Die Ausleuchtung aller Räume ist gut da die südseitige Wohnung vom Tageslicht hell erleuchtet ist und viele Lampen (Stehlampen, Deckenlampen, Wandlampen) zur Verfügung stehen.

### **Ausstattung der Räume:**

#### Vorzimmer

Der Vorzimmerboden besteht aus leicht zu reinigenden Fliesen, es gibt eine Kleiderablage mit 4 Kleiderhaken und eine ca. 2 Meter hohe, aus 10 Ebenen bestehende Schuhablage. Schirmständer gibt es keinen, aber ein Schlüsselbrett und einen ca. 50x50 cm großen Spiegel auf Augenhöhe von Fr. S. Im Vorzimmer liegen 3 „Fleckerlteppiche“.

#### Wohnzimmer

Im Wohnzimmer und der Küche ist Laminatboden verlegt. Auf einer ca. 80 Jahre alten Kommode stehen Familienbilder (vom verstorbenen Ehemann, Geschwistern, Sohn und Enkelkindern). Auf dem Fensterbrett des Wohnzimmers hat Fr. S. Blumenkisten mit Belagonien. Diese sind von der HH immer zu gießen. Das Wohnzimmer ist in einen Wohn- und Essbereich (mit Tisch und Sesseln) unterteilt. Im Wohnzimmerbereich ist eine ausziehbare Couch für 4 Personen mit Bettzeugraum. Gegenüber der Couch ist ein Wohnzimmerschrank bestehend aus 3 neuwertigen Schränken (kirschfarben) und 1 Glasvitrine. In der Glasvitrine steht eine Sammlung von Gläsern und Kaffeegeschirr mit Zwiebelmuster. Die Familie von Fr. S. bringt jedes Wochenende Blumen mit. Dafür hat sie im Wohnzimmer 3 große Glasvasen stehen. Vor den beiden Wohnzimmerfenstern gibt es als Blickschutz nur einen dünnen Vorhang. Jalousien hat sie im Wohnzimmer keine.

#### Schlafzimmer

Im Schlafzimmer ist Laminatboden verlegt. An der Wand über dem Ehebett ist ein Bild der heiligen Maria mit dem Jesuskind. Auf beiden Seiten des Ehebettes sind Nachtkästchen. Auf dem Nachtkästchen von Fr. S. steht das Hochzeitsbild von ihr mit Ihrem Mann. Eine Antidekubitusmatratze hat Fr. S. nicht. In dem 220x200 (Höhe x Breite) großem Kleiderschrank mit Kleiderlift sind Unterwäsche, Röcke, Strümpfe, Kopftücher, Hauben, Westen, Kleiderschützen, Socken Hosen, Hosenröcke und einige Dirndl von Fr. S. . Auf beiden Seiten des Ehebettes ist eine Nachtlampe. Das Deckenlicht kann direkt neben dem Bett eingeschaltet werden. Fr. S. kann nur gut schlafen wenn es völlig dunkel im Schlafzimmer ist. Daher hat sie für beide Schlafzimmerfenster Jalousien und lichtdichte Vorhänge.

### Küche

In der Küche sind am Boden und der Küchenrückwand Fliesen verlegt. Die Küche ist funktional eingerichtet. Vor ca. 5 Jahren hat Fr. S. ein Cerankochfeld bekommen, darüber befindet sich ein Dunstabzug mit einer zusätzlichen Lichtquelle. Die Kühl- Gefrierkombination ist ca. 200 cm hoch. Fr. S. sagt dass die Kombination ein Volumen von 300 Litern hat (220 Liter Kühlbereich, 80 Liter Gefrierbereich). Der Mikrowellenherd ist defekt. Er kann zwar eingeschaltet werden, die Uhr steckt jedoch (d.h. er schaltet sich nicht automatisch aus).

In der Küche ist ein sogenannter „Singlegeschirrspüler“ mit einer Breite von ca. 50 cm und ein einteiliges Abwaschbecken.

### WC & Dusche

WC & Dusche ist bei Frau S. nicht getrennt (d.h. in einem Raum). Die Badewanne wird von Fr. S. nicht benutzt weil sie nicht mehr über den Badewannenrand kommt und Angst hat noch einmal in ihr auszurutschen. Aufgrund dieses Erlebnisses hat Fr. S. jetzt unmittelbar neben dem WC und in der barrierefreien Dusche je einen (1) Haltegriff. In der Duschtasse hat sie auch eine rutschfeste Matte und einen Duschsessel. Da sie sich beim Aufstehen und Hinsetzen schwer tut, hat sie eine WC-Sitzerhöhung.

### **5. Machen Sie Angaben zum Betreuungsgrund (z.B. Einschränkungen / Behinderungen der Klientin / des Klienten) und zum Umfang der Betreuung (z.B. Berufsgruppen und deren Tätigkeiten, Betreuungszeiten – Dauer und Häufigkeit der Einsätze, Wochentage, ... andere soziale Dienste, ...).**

Was gehört nicht in den Betreuungsgrund (was sind keine Betreuungsgründe):

Diagnosen sind keine Betreuungsgründe wie z.B.

„Schlaganfall“, „Probleme mit der Wirbelsäule“, „COPD (Lungenkrankheit)“

Es geht bei den Angaben zum Betreuungsgrund darum darzustellen, welche

- Probleme der Klient/die Klientin hat
- Welche Maßnahmen werden durchgeführt (Wann, wie oft, wie, von wem?)

Was gehört noch in den Betreuungsgrund?

- Darstellung welche Berufsgruppen zur Klientin/zum Klienten kommen und was diese bei ihr/ihm machen.
- Einsatzplan

## **Beispiel/e**

### **Ressourcen**

- die Klientin ist geistig orientiert, kann die Anweisungen des Betreuungs- und Pflegepersonals folgen.
- Sie ist mobil, kann sich selbstständig in der Wohnung bewegen.
- Auf der Straße kann sie sich mit einem Rollator und mit Begleitung bewegen.
- Klientin kann sich selbst Hände, Gesicht und die Brüste waschen, kann sich alleine an- und ausziehen.
- Klientin kann alleine essen, hat gute Appetit.

### **Probleme**

- Sie hatte von 3 Jahren einen Schlaganfall, seitdem ist sie vergesslich.
- Sie vergisst oft genug zu trinken und die Medikamente einzunehmen
- Sie bewegt sich langsam und ist manchmal schwindelig.
- Alleine duschen für sie wäre sehr gefährlich. (Sturzgefahr)
- Sie hat Harninkontinenz.
- Ihre Haut ist ziemlich sensibel, hat oft Rötungen. (Intertrigo-Gefahr)
- Sie erreicht bei der Körperpflege den Rücken, das Gesäß und die Füße alleine nicht.
- Sie hat Hochblutdruck aber kann nicht alleine Blutdruck messen.

### **Maßnahmen**

- Täglich Frühstück und Mittagessen vorbereiten.
- Täglich Getränke vorbereiten und beim Trinken motivieren.
- Täglich Erinnern auf die Einnahme von Medikamente.
- Einmal täglich Unterstützung bei der Körperpflege
- Klientin beim Schutzhose wechseln unterstützen (täglich)
- Einmal täglich Hautbild kontrollieren, eincremen
- Klientin beim Blutdruckmessen unterstützen. (2x täglich), Ergebnisse dokumentieren. Über 180 systolischer Wert muss die Schwiegertochter und die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin informiert werden.
- Nach Bedarf Wohnung putzen, Wäsche waschen

<b>Einsatzplan</b>					
<b>Wochentag</b>	<b>HH</b>	<b>DGKP</b>	<b>PA</b>	<b>PT/ET</b>	<b>Arzt/ Ärztin</b>
Montag	9h-13h-17h	Jed. 1. Montag im Monat	--		
Dienstag	9h-13h-17h		--		
Mittwoch	9h-13h-17h		--	11h	
Donnerstag	9h-13h-17h		--		14h
Freitag	9h-13h-17h		--		
Samstag	9h-13h-17h		--		
Sonntag	9h-13h-17h		--		

Anmerkungen:  
Die DGKP kommt jeden 1. Montag im zur Visite.

Legende: HH=Heimhelfer/in, DGKP=Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/in,  
PT/ET=Physiotherapeut/in/Ergotherapeut/in

**Beschreiben Sie die Betreuung strukturiert nach den AEDLs (Aufbau: Gewohnheiten / Besonderheiten / R: Ressourcen / P: Probleme / Z: Ziele / M: Maßnahmen).**

- Führen Sie bei jedem AEDL immer zuerst **alle Ressourcen** sehr ausführlich aus (physische, psychische, soziale, Familie, monetäre, ...)
- Danach fahren Sie mit der Darstellung **eines** (1) Problems, dem dazugehörigen Ziel und den Maßnahmen fort.
- Führen Sie unbedingt die Ursache des Problems an.
- Danach führen Sie drei (3 – **nicht mehr und nicht weniger**) Betreuungsmaßnahmen an.

<b>Ressourcen (R)</b> <b>AUSFÜHLICHE AUFZÄHLUNG DER RESSOURCEN</b>	R1: R2: R3: R4: R5: R6: R7: R8: R9:
<b>Betreuungsproblem (P)</b>	P:
<b>Ursache des Problems (U)</b>	U:
<b>Betreuungsziel (Z)</b> <b>REALISTISCH ÜBERPRÜFBAR</b>	Z:
<b>Betreuungsmaßnahmen (M)</b> <b>WER macht WAS WANN WIE OFT?</b>  <b>Das Betreuungsziel muss mit den Maßnahmen erreicht werden</b>  <b>Das Betreuungsproblem muss mit den Maßnahmen gelöst werden</b>	M1: M2: M3:

## **6.1 Kommunizieren**

Beispiel:

- R** Klient kann Wünsche, Probleme, Sorgen & Empfindungen ausdrücken
- R** Klient hat eine Brille
- R** Klient hat einen Hörapparat / kann mit Hörapparat umgehen
- R** Klient kann mit Brille & Sehhilfen umgehen
- R** Klient kann mit Hörapparat umgehen
- R** Lieblingsgesprächsthema / Interessen der Klient sind ....
- R** Klient wird regelmäßig von Angehörigen / Besuchsdienst / FreundInnen besucht
- R** Klient fühlt sich nicht alleine / fühlt sich sozial integriert / hat FreundInnen /
- R** Klient ist zeitlich / örtlich / zur Person orientiert
- R** Klient kann sich durch ... verständigen
- R** Klient kann Schmerz äußern (Puchner, 2018)

**P Klient sieht schlecht**

- Z** Klient soll gut sehen
- M** Termin beim Augenarzt & Optiker vereinbaren
- M** Klient dazu animieren & motivieren die Brille zu verwenden
- M** Regelmäßiges Säubern der Brille
- M** Begleitung der Klient zum Zielort (Puchner, 2018)

**P Klient kennt die Funktion des Hörapparates nicht**

- Z** Klient soll die Funktionsweise des Hörapparates kennen
- M** Klient die Funktionsweise & Anwendung des Hörapparates erklären (Puchner, 2018)

## **6.2 Sich bewegen**

Beispiel:

- R** Klient kann Arme / Hände / Kopf / Rumpf / Oberschenkel / Unterschenkel / Füße ohne Einschränkung / mit leichter Einschränkung bewegen
- R** Klient besitzt Hilfsmittel: Gehstock / Krücken / Rollator / reziprokes Gehgestell / Rollstuhl / Prothese / Patientenlift
- R** Klient kann mit Hilfsmittel (welches Hilfsmittel?) gehen
- R** Klient kann mit / ohne Hilfsmittel Treppen steigen / sich in der Wohnung / im Freien Bewegen
- R** Klient braucht für Transfer von ..... nach... Bett / Sessel / Leibstuhl / ...keine / leichte Unterstützung
- R** Klient kann Mobilitätshilfe anfordern
- R** Klient hat Angehörige / Nachbarn / Hilfspersonen die Mobilitätshilfe geben
- R** Klient ist zeitlich / örtlich / zur Person orientiert (Puchner, 2018)

**P Klient kann Arme / Hände / Kopf / Rumpf / Oberschenkel / Unterschenkel / Füße nicht / mit großer Einschränkung bewegen**

- Z** Vermeidung von Immobilität
- M** Mobilisation
- M** Ressourcenförderndes Betreuen
- M** Physiotherapie verordnen lassen / Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten/in
- M** Klient zu / zur Mitarbeit animieren / motivieren
- M** aktive / passive Bewegungsübung: (Puchner, 2018)

**P** Klient hat Angst wieder zu stürzen / Gangunsicherheit / Unsicherheit beim Stehen

**Z** Klient soll nicht Stürzen

**M** Stolperfallen beseitigen / Beleuchtung verbessern / Haltegriffe anbringen lassen / Duschhocker / rutschfeste Matte im Badezimmer / ... Gleichgewichtsübungen / Gehübungen / Stehübungen (beschreiben Sie welche Übungen) (Puchner, 2018)

### **6.3 Vitale Funktionen**

Beispiel:

**R** Klient kann sich selbstständig / mit Unterstützung An- & Auskleiden & Zu- oder Abdecken

**R** Klient kann sich die Atemwege reinigen

**R** Klient kann sich die Nase reinigen

**R** Klient kann Hilfe zur Temperaturregulation anfordern bzw selbst Maßnahmen durchführen, (Fenster öffnen, Heizung auf-, abdrehen, warmes Getränk organisieren)

**R** Klient kleidet sich selbstständig / mit Unterstützung temperaturadäquat

**R** Klient kleidet sich adäquat zur Tageszeit / zu diversen Anlässen

**R** Klient entscheidet selbstständig über Ihre Tages- Nachtbekleidung

**R** Klient erkennt eine hypertone Krise & kann selbst Hilfe anfordern

**R** Klient kann selbstständig / mit Unterstützung: Blutdruck / Puls / Körpertemperatur messen

**R** Klient erkennt Hitze- oder Kältegefühl & kann sich selbstständig aufdecken / abdecken – Hilfe anfordern

**R** Klient kann verbal / nonverbal Hilfe anfordern (Puchner, 2018)

**P** Klient kann sich nicht selbstständig / nicht mit Unterstützung An- & Auskleiden & Zu- oder Abdecken

**Z** Klient soll zum An- & Auskleiden / Zu- oder Abdecken Unterstützung erhalten

**M** Klient soll zum An- & Auskleiden / Zu- oder Abdecken Unterstützung erhalten

**M** Klient beim An- & Auskleiden unterstützen / anleiten

**M** Klient beim Zu- & Abdecken unterstützen / anleiten (Puchner, 2018)

**P** Klient leidet unter (starker) Transpiration (Schwitzen)

**Z** Klient soll Wohlbefinden äußern

**M** Bettwäsche wechseln / Leibwäsche wechseln

**M** Kühlende Waschungen anbieten / Körperpflege anbieten

**M** Atmungsaktive Kleidung anbieten (Puchner, 2018)

## **6.4 Sich pflegen**

Beispiel:

- R** Klient kann selbstständig / mit Anleitung / (leichter) Unterstützung Toilettenartikel vorbereiten
- R** Waschen beim Waschbecken: Klient kann selbstständig / mit Anleitung / leichter Unterstützung: Gesicht / Hals / Schultern / Brust / Bauch / Oberschenkel / Unterschenkel / Füße / Rücken / Gesäß / Analbereich / Intimbereich, waschen / abtrocknen
- R** Duschen: Klient kann selbstständig / mit Anleitung / (leichter) Unterstützung: Gesicht / Hals / Schultern / Brust / Bauch / Oberschenkel / Unterschenkel / Füße / Rücken / Gesäß / Analbereich / Intimbereich waschen, abtrocknen
- R** Klient kann selbstständig / unter Anleitung / (leichter) Unterstützung Haare waschen
- R** Klient kann selbstständig / unter Anleitung / (leichter) Unterstützung Zähne / Zahnpflege reinigen
- R** Klient kann selbstständig / unter Anleitung / (leichter) Unterstützung Nägel feilen / schneiden
- R** Klient kann selbstständig / unter Anleitung / (leichter) Unterstützung die Haut mit ... eincremen
- R** Klient kann die benutzten Toilettenartikel wegräumen
- R** Klient geht gerne Duschen / zur Körperpflege beim Waschbecken
- R** Klient kann verbal / nonverbal Hilfe anfordern
- R** Klient kann sich zur Körperpflege Auskleiden / nach der Körperpflege Ankleiden
- R** Klient kann sich Unterwäsche / Tagesbekleidung / ... selbstständig mit (leichter) Unterstützung auswählen / vorbereiten / anziehen / ausziehen
- R** Klient wird bei der Körperpflege von Angehörigen unterstützt
- R** Klient besitzt einen / eine Duschhocker / rutschfeste Matte / Badewannensitzbrett / Rückenbürste mit langen Stiel / Sockenanzieher / Strumpfanzieher
- R** Klient hat intakte Haut / Schleimhaut
- R** Klient ist orientiert
- R** Klient hat keine Probleme (Puchner, 2018)

### **P Klient kann Toilettenartikel nicht selbstständig vorbereiten**

- Z** Klient soll Toilettenartikel teilweise selbstständig / unter Anleitung vorbereiten können
- M** Klient zeigen wo sich die Toilettenartikel befinden
- M** Klient bei der Vorbereitung von ... anleiten
- M** Klient Toilettenartikel zureichen
- M** Den Ablauf der Körperpflege & Materialbedarfe mitkommentieren (Puchner, 2018)

### **P Klient kann nicht selbstständig Unterwäsche / Tagesbekleidung / ... auswählen / vorbereiten / anziehen / ausziehen**

- Z** Klient soll Unterwäsche / Tagesbekleidung / ... unter Anleitung / mit (leichter) Unterstützung auswählen / vorbereiten / anziehen / ausziehen können
- M** Klient über die bevorstehende Pflege / Betreuungsintervention informieren
- M** Klient bei der Vorbereitung der Bekleidung anleiten / unterstützen
- M** Klient bei der Auswahl der Bekleidung anleiten / unterstützen
- M** Klient zur Selbstauswahl der Bekleidung motivieren (Puchner, 2018)
- M** Klient beim Ankleiden / Auskleiden anleiten / unterstützen
- M** Ablauf des Ankleidens / Auskleidens mitkommentieren
- M** Klient tageszeitliche Orientierung geben (Puchner, 2018)

## **6.5 Essen und Trinken**

### Beispiel

- R** Klient ist normalgewichtig
- R** Klient hat Appetit
- R** Klient kann selbstständig essen / trinken
- R** Klient trinkt jeden Tag genug Flüssigkeit, angepasst an den Flüssigkeitsbedarf
- R** Klient hat eine Zahnprothese / hat eine gut sitzende Zahnprothese
- R** Klient kann sich Essen & Trinken selbst vorbereiten
- R** Klient kann selbst Einkaufen gehen
- R** Klient kann Essbesteck / Teller / Gläser (...) selbst vorbereiten / wegräumen / abwaschen
- R** Klient kann den Tisch vor / nach dem Essen selbst sauber machen
- R** Klient kann Einkaufshilfe (z.B. Familienangehörige) anfordern
- R** Klient kann selbstständig Menüauswahl / Kostauswahl treffen
- R** Klient kann eine Einkaufsliste schreiben
- R** Klient hat keine Schluckbeschwerden
- R** Klient hat eine Lieblingsspeise / Lieblingsgetränk (...) (Puchner, 2018)

### **P Klient leidet unter Adipositas**

- Z** Klient soll Gewicht abnehmen
- M** Diätberatung organisieren
- M** Ernährungstabelle anlegen
- M** Gewichtstabelle anlegen
- M** Regelmäßige Gewichtskontrollen durchführen
- M** Klienten über die gesundheitlichen Risiken von Adipositas informieren
- M** Klienten zur Gewichtsreduktion motivieren (Puchner, 2018)

### **P Klient kann wegen Sehbeeinträchtigung nicht selbstständig Essen / Trinken / Kochen / ...**

- Z** Klient soll mit Appetit essen / trinken
- M** Klienten beschreiben was es zu essen gibt
- M** Klienten beschreiben wohin Essen / Getränke / Medikamente gestellt werden
- M** Regelmäßige Gewichtskontrollen durchführen
- M** Gegenüber dem Klienten den Ablauf der Unterstützung mitkommentieren
- M** Lieblingsgetränk / Lieblingsessen anbieten
- M** Essen / Getränke appetitlich herrichten
- M** Klienten beim Kochen anleiten / (leicht) unterstützen
- M** Teller mit hohem Rand anbieten
- M** „Schnabeltassen“ anbieten (Puchner, 2018)

## **6.6 Ausscheiden**

### Beispiel

- R Klient kann das WC selbstständig benutzen
- R Klient findet den Weg zum WC
- R Klient ist harnkontinent / Klient ist stuhlkontinent
- R Klient spürt Harndrang / Klient spürt Stuhldrang
- R Klient kann Inkontinenzprodukte selbst wechseln
- R Klient hat regelmäßig Stuhlgang (geben sie die durchschnittliche Häufigkeit an)
- R Klientin ist orientiert & kommunikationsfähig
- R Klient hat intakte Haut / Klient hat intakte Schleimhaut
- R Klient kann sich nach der Defäkation (Stuhlgang) / nach der Miktion (Harn Absetzen) selbst reinigen
- R Klientin kann mit Urininkontinenz / Stuhlinkontinenz gut umgehen
- R Klient kann über Urininkontinenz / Stuhlinkontinenz sprechen
- R Klient hat trotz Urininkontinenz / Stuhlinkontinenz gesellschaftliche Kontakte
- R Klient gibt an sich sozial- & gesellschaftlich integriert zu fühlen
- R Klient kann mit dem Bidet umgehen / das Bidet benutzen
- R Klient verfügt über eine Erhöhung für das WC (WC-sitzerhöhung)
- R Klient verfügt über Haltegriffe / einen Haltegriff am WC
- R Klient besitzt eine Zimmer-WC / Leibstuhl
- R Klient besitzt eine Harnflasche
- R Klient empfindet die räumlichen Bedingungen für den Vorgang des Ausscheidens als angenehm
- R Klient leidet aufgrund von Harninkontinenz / Stuhlinkontinenz unter keiner Geruchsbelastung
- R Klient hat keine Sorge / Angst, andere Menschen könnten seine Harninkontinenz / Stuhlinkontinenz bemerken
- R Klient schämt sich nicht vor Pflegeperson / Betreuungsperson bei der Intimpflege / Inkontinenzversorgung
- R Klient kann Hilfe anfordern (Puchner, 2018)

### **P Klient ist harninkontinent / Klient ist stuhlinkontinent**

- Z zu P 03 Klient soll längere „Trockenzeiten“ haben
- M Toilettentraining (beschreiben)
- M Training der Beckenbodenmuskulatur (beschreiben)
- M Anlegen eines Miktionssprotokolls (Puchner, 2018)

## **6.7 Sich kleiden**

### Beispiel

- R Klient kann sich selbstständig ankleiden / auskleiden: Socken / Strümpfe / Hose / Rock / BH / Hemd / Bluse / R Krawatte / T-Shirt / Pyjama / Nachthemd / Kopftuch /
- R Klient kann selbst entscheiden welche Kleidung er anziehen will
- R Klient kleidet sich temperaturadäquat
- R Klient kleidet sich entsprechend Jahreszeit / Festtagen
- R Klient kann Wünsche äußern
- R Klient kann sich selbstständig Ankleiden / Auskleiden
- R Klient erkennt saubere/unsaubere Kleidung
- R Klient kann zwischen sauberer & unsauberer Kleidung unterscheiden

- R** Klient kann selbständig Wäsche waschen / trocknen / bügeln / wegräumen
- R** Klient kann sich selbständig Kleidung aussuchen / vorbereiten
- R** Klient erkennt beschädigte Kleidung
- R** Klient kann beschädigte Kleidung reparieren
- R** Klient ist mit seinem Erscheinungsbild zufrieden
- R** Klient besitzt Hilfsmittel (z.B. Sockenanzieher)
- R** Klient kann mit Hilfsmittel (z.B. Sockenanzieher) umgehen
- R** Angehörige unterstützen Klienten beim Ankleiden / Auskleiden (Puchner, 2018)

#### **P 04 Klient kleidet sich nicht entsprechend Jahreszeit / Festtagen**

- Z** zu **P 04** Klient soll sich passend zur Jahreszeit / Festtagen gemäß biografischer Informationen kleiden
- M** Klient informieren welcher Festtag / Feier bevorsteht
- M** Klient über aktuelle Jahreszeit informieren
- M** Klient beim Ankleiden / Auskleiden (leicht) unterstützen / anleiten
- M** Anhand der Biografie Bekleidungsvorschläge machen / Bekleidungsvorauswahl treffen
- M** Klient / Angehörige fragen, was er anziehen möchte
- M** Klient Bekleidungsstücke zur Selbstauswahl vorzeigen
- M** Klient bei der Auswahl der Bekleidung (leicht) unterstützen / anleiten / beraten (Puchner, 2018)

#### **P Klient kann nicht zwischen sauberer & unsauberer Kleidung unterscheiden**

- Z** Klient soll immer saubere Kleidung tragen
- M** Klient nur saubere Kleidung anbieten
- M** Unsaubere / verunreinigte Kleidungsstücke reinigen / waschen
- M** Klient bei der Auswahl der Bekleidung (leicht) unterstützen / anleiten / beraten
- M** Saubere Bekleidungsstücke zur Selbstauswahl vorzeigen / anbieten (Puchner, 2018)

### **6.8 Ruhen und schlafen**

#### Beispiel

- R** Klient nimmt sich tagsüber Ruhepausen
- R** Klient schläft in der Nacht ohne Unterbrechungen
- R** Klient nimmt sich nach Bedürfnissen Ruhepausen
- R** Klient wacht am Morgen erholt auf
- R** Klient leidet unter keinen Einschlafstörungen / Durchschlafstörungen
- R** Klient braucht keine Schlafmittel
- R** Klient hat einen geregelten Tag-Nachtrhythmus
- R** Klient hat einen regelmäßigen Schlafrhythmus
- R** Klient kann selbständig zu Bett gehen
- R** Klient hat Schlaufrituale
- R** Klient kann sich selbständig zur Nachtruhe begeben
- R** Klient nimmt Schlafmittel, leidet aber unter keinem Hang-over
- R** Klient kennt die Einnahmeverordnung für die Schlafmittel
- R** Klient kann Hilfe anfordern
- R** Klient kann seine Schlafbedürfnisse äußern
- R** Klient hat die Möglichkeit sich zurückzuziehen
- R** Klient ist tagsüber körperlich / geistig aktiv
- R** Die Nachtruhe entspricht den persönlichen Bedürfnissen des Klienten (Puchner, 2018)

**P Klient kann sich tagsüber keine Ruhepausen nehmen**

- Z** Klient soll tagsüber zur Ruhe finden
- M** Für angenehme Ruhebedingungen sorgen: Fenster schließen / Fernseher & Radio abdrehen / Fenster abdunkeln / angenehme Schlaf oder Sitzposition vorbereiten, (...)
- M** Klienten vor Ruhephase auf WC begleiten
- M** Auf Wunsch des Klienten: entspannende Musik einschalten
- M** Klienten Ruheplatz / Ruhemöglichkeit vorbereiten & anbieten
- M** Aromatherapie anbieten / Meditation / Musik / Entspannungsübungen anbieten (Puchner, 2018)

**P Klient leidet unter Einschlafstörungen / Durchschlafstörungen**

- Z** Klient soll unter keinen Einschlafstörungen leiden
- M** Klienten vor Schlafen gehen WC anbieten
- M** Klienten an Medikamenteneinnahme erinnern
- M** Klienten Schlafmedikamente anbieten / Klienten zur Medikamenteneinnahme anleiten
- M** Tagsüber für körperliche Aktivität sorgen
- M** Abends so lange wie möglich beschäftigen
- M** Validation anbieten
- M** Beruhigende Körperwaschung anbieten
- M** Abendliche Beschäftigung anbieten
- M** Zum Einschlafen Entspannungsmusik anbieten
- M** Schlafzimmer entsprechend den persönlichen Bedürfnissen des Klienten herrichten
- M** Rahmenbedingungen für das Schlafen den persönlichen Bedürfnissen des Klienten anpassen
- M** Tagsüber Bewegungsübungen durchführen
- M** Krankengymnastik anbieten
- M** Für angenehme Schlafbedingungen sorgen: Fenster schließen / Fernseher & Radio abdrehen / Fenster abdunkeln
- M** Abendrituale beachten (beschreiben Sie das Ritual) (Puchner, 2018)

## 6.9 Sich beschäftigen

### Beispiel

- R** Klient nimmt selbständig Kontakt mit anderen Menschen auf
- R** Klient hat Interesse an ...
- R** Klient setzt bei Aktivitäten eigene Fähigkeiten / Fertigkeiten / Ressourcen ein
- R** Klient kann seinen Tagesablauf selbst gestalten
- R** Klient erhält Besuch von Angehörigen / Besuchsdienst / Freunden / Nachbarn
- R** Klient benötigt leichte Motivation / Anregung bei der Tagesgestaltung
- R** Klient lässt sich einfach zu ... motivieren
- R** Klient benötigt leichte Anregung & oder Anleitung bei der Tagesgestaltung & im Einsetzen von Fähigkeiten & Fertigkeiten
- R** Klient setzt Hilfsmittel zur Beschäftigung ein (z.B. Computer / Spiele / Bücher / Fernsehen ...) (Puchner, 2018)

**P Klient nimmt nicht Kontakt mit anderen Menschen auf**

- Z** Klient soll mit anderen Menschen Kontakte pflegen
- M** Klienten zu Kontakten mit anderen Menschen motivieren / animieren
- M** Nach Absprache mit ... : Angehörige / Nachbarn einladen
- M** Besuchsdienst / Tageszentrum organisieren

- M** Klienten zur verbalen Kommunikation motivieren / animieren
- M** Mit Klienten über seine Biografie sprechen
- M** Klienten ständig über aktuelle Ereignisse informieren (Puchner, 2018)

**P Klient fühlt sich einsam**

- Z** Klient soll sich nicht einsam fühlen
- M** Kontaktaufbau mit Familienangehörigen / Freunden / Bekannten / Nachbarn
- M** Besuchsdienst organisieren / Tageszentrum organisieren (Puchner, 2018)

## 6.10 Sich als Mann / Frau fühlen und verhalten

Beispiel:

- R** Klient kann die eigene Geschlechterrolle akzeptieren
- R** Klient kann Wünsche in Bezug auf Nähe und Sexualität zum Ausdruck bringen
- R** Klient kann Probleme in Bezug auf Nähe und Sexualität zum Ausdruck bringen
- R** Klient kann Zuneigung / Zärtlichkeit / Sympathie zeigen / geben
- R** Klient kann seine sexuellen Bedürfnisse (er/aus)leben
- R** Klient nimmt Merkmale wie z.B. Hygiene, Kleidung, Verhalten etc. wahr
- R** Klient kann sich entsprechend der Geschlechterrolle (z.B. BH / Rock / Krawatte / Bluse/ ...) kleiden
- R** Klient verwendet, Schminke, Make-up, Lippenstift, Schmuck, Rasierwasser, ... (Puchner, 2018)

**P** Klient möchte sich zur ... (Körperpflege) nicht ausziehen / Klient schämt sich

- Z** Wahrung der Intimsphäre
- M** Bezugspflegeperson / Bezugsbetreuungsperson zum Klienten schicken
- M** Wünsche des Klienten hinsichtlich männlichen / weiblichen Betreuungspersonen berücksichtigen
- M** Klienten beim Auskleiden / bei der Körperpflege ablenken
- M** Klienten beim Auskleiden / bei der Körperpflege alleine lassen & nur anleiten
- M** Sichtschutz aufstellen (Puchner, 2018)

**P** Klient nimmt Merkmale wie z.B. Hygiene, Kleidung, Verhalten etc. nicht wahr

- Z** Klient soll Merkmale wie z.B. Hygiene, Kleidung, Verhalten etc. wahrnehmen können
- M** Gemäß biografischer Informationen Klienten auf persönliche Hygiene & Kleidung aufmerksam machen
- M** Klienten entsprechend biografischer Informationen Angebote zur persönlichen Hygiene machen (Rasur / Rasierwasser / Eau de Toilette / ...)
- M** Klient entsprechend biografischer Informationen Angebote zur Bekleidung machen
- M** Klient beim Ankleiden unterstützen / anleiten / beraten
- M** Klient bei der Auswahl der Auswahl der Kleidung unterstützen / anleiten / beraten
- M** Klient anhand seiner Biografie Bekleidungsvorschläge machen (Puchner, 2018)

## **6.11 Für eine sichere Umgebung sorgen (z.B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Einkäufe/Besorgungen, Thema „Sturz“ / „Hilfe bei einem Notfall“, ärztliche Versorgung, Finanzielles/Bankwege, Sachwalterschaft,...)**

### Beispiel

- R** Klient ist (zeitlich / örtlich / persönlich) orientiert
- R** Klient ist nicht besachwaltet
- R** Klient kann selbstständig Entscheidungen treffen
- R** Klient kann bei Notfällen selbstständig Hilfe (z.B. Rettung) anfordern
- R** Klient kann Hilfe anfordern
- R** Klient kann Bankwege erledigen
- R** Klient kann Postwege erledigen
- R** Klient kann die Wohnung sauber halten
- R** Klient kann abgelaufene Medikamente und oder Nahrungsmittel erkennen und entsorgt diese
- R** Klient kann sich selbst mit Nahrungsmitteln/Lebensmitteln versorgen
- R** Klient hat einen „Türspion“
- R** Klient verfügt über eine Sicherheitstür
- R** Klient stehen Hilfsmittel wie rutschfeste Matte / Haltegriffe / WC-Sitzerhöhung / Rollator / reziprokes Gehgestell / Gehstock / Krücken / 4-Punkt-Stock / Rollstuhl / Treppenlift / Patientenlift / barrierefreie Wohnung, rutschsichere Sohle auf Schuhen, festes Schuhwerk ... zur Verfügung (Puchner, 2018)

### **P Klient kann keine Hilfe anfordern**

- Z** Klient soll Über Infrastruktur verfügen um Hilfe herbeizuholen
- M** Anschaffung von Hilfsmitteln um die Sicherheit bei Notfällen zu erhöhen (Gasmelder / Rauchmelder / Notfallknopf / Sturzmatte / Sensormatten / ...) (Puchner, 2018)

### **P Klient kann abgelaufene Medikamente und oder Nahrungsmittel nicht erkennen**

- Z** Klient soll keine abgelaufene Medikamente / Nahrungsmittel zu sich nehmen
- M** Klienten informieren das abgelaufene Medikamenten / Nahrungsmitteln gesundheitsgefährdend sind
- M** Abgelaufene Medikamente / Nahrungsmittel aussortieren & in Apotheke zurückbringen / entsorgen (Puchner, 2018)

## **6.12 Soziale Bereiche des Lebens sichern**

### Beispiel

- R** Klient setzt sich mit Fragen und Problemen des eigenen Lebens bewusst auseinander
- R** Klient setzt sich mit Fragen und Problemen der Umwelt bewusst auseinander
- R** Klient kann Hilfe / Beratung anfordern
- R** Klient fordert Hilfe und Beratung an, wenn nötig
- R** Klient ist (zeitlich / örtlich / persönlich) orientiert
- R** Klient akzeptiert deren Krankheit oder Behinderung
- R** Klient kann eigene (Leistungs-)Grenzen wahrnehmen
- R** Klient kann sich als Ausländer mit der Situation einer fremden Kultur auseinandersetzen
- R** Klient ist schmerzfrei / kann mit deren Schmerzsituation umgehen
- R** Klient kennt Maßnahmen zur Schmerzreduktion
- R** Klient kann Schmerzen äußern und oder beschreiben
- R** Klient kann Hilfe annehmen
- R** Klient kann Hilfe anfordern

- R** Klient kann problemlos über Türstaffeln / Stufen steigen
- R** Klient besitzt einen Duschhocker / rutschfeste Matte in der Dusche bzw. Badewanne / Haltegriffe im Badezimmer bzw. am WC / ausreichend Beleuchtung / WC-Sitzerhöhung
- R** Klient pflegt soziale Beziehungen zu Angehörigen / Freunden / Nachbarn ... (Puchner, 2018)

#### **P Klient akzeptiert seine Krankheit / Behinderung nicht**

- Z** Klient soll seine Krankheit / Behinderung annehmen können
- M** Klienten nicht alleine lassen
- M** Dem Klienten Zeit geben, seine Fragen / Sorgen zu formulieren
- M** Auf Fragen des Klienten eingehen
- M** Fragen im Rahmen des Kompetenzbereiches beantworten
- M** Klient aktiv fragen ob er Wünsche / Sorgen hat oder Beratung benötigt
- M** Zeit für Gespräche in die Betreuung einplanen
- M** Klienten über seine Krankheit / Betreuung / Leistungsgrenzen / Altersgrenzen informieren
- M** Arzt / DGKP in den Informationsprozess einbeziehen
- M** Arzt / DGKP über Fragen des Klienten informieren / Fragen dokumentieren / weiterleiten
- M** Spirituelle Begleitung anbieten (Pfarrer / Rabbiner / Imam / Pfarrerin / ... in die Betreuung einbinden)
- M** Psychologen / Sozialarbeiter in die Betreuung mit einbinden (Puchner, 2018)

#### **P Klient ist nicht schmerzfrei**

- Z** 27 zu P 09 Schmerzfreiheit / Schmerzreduktion
- M** Klienten schmerzfrei / schmerzarm positionieren
- M** Klienten an Einnahme von Schmerzmedikamenten (Analgetika) erinnern
- M** Klienten Analgetika anbieten
- M** Einnahme der Analgetika überprüfen
- M** Wärmende / kühlende Umschläge anbieten (nach Anordnung)
- M** Klienten mit Gesprächen / Beschäftigung ablenken
- M** Zeit für Gespräche in die Betreuung einplanen (Puchner, 2018)
- M** Klienten nicht alleine lassen
- M** Klienten nach Schmerzstärke / Schmerzqualität / Schmerzlokalisation & auslösenden Faktoren fragen
- M** Schmerzstärke / Schmerzqualität / Schmerzlokalisation & auslösenden Faktoren dokumentieren / weiterleiten
- M** Spirituelle Begleitung anbieten (Pfarrer / Rabbiner / Imam / Pfarrerin / ... in die Betreuung einbinden)
- M** Gemeinsam Beten anbieten
- M** Aromatherapie lt. Anordnung anbieten
- M** Meditation anbieten
- M** Klient je nach Wunsch alleine lassen / nicht alleine lassen
- M** Laufende Scherzbeobachtung und Schmerzdokumentation (Puchner, 2018)

### **6.13 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen**

#### Beispiel

- R** Klient glaubt an ein Leben nach dem Tod
- R** Klient hat Lebensmut, findet Gleichgesinnte
- R** Klient ist psychisch stabil
- R** Klient hat positive Grundeinstellung zum Leben
- R** Klient hat regelmäßige Sozialkontakte

**R** Klient fühlt sich von ... gut angenommen  
**R** Klient hat positives Selbstwertgefühl  
**R** Klient findet Sinn im Leben  
**R** Klient kann eigene Endlichkeit annehmen  
**R** Klient akzeptiert deren Alter, Krankheit, Behinderung  
**R** Klient bezeichnet sich als ein spirituell erfüllter Mensch und kann deren Spiritualität (aus)leben  
**R** Klient sieht dessen Lebenserfahrungen als Ressourcen die ihn stärker gemacht haben  
**R** Klient konnte nach eigenen Angaben persönliche Verluste (Tod von Familienangehörigen) gut verkraften  
**R** Klient hat nach eigenen Angaben Kriegserfahrungen gut verarbeitet  
**R** Klient ist vom Krieg nicht traumatisiert  
**R** Klient lebt nach eigenen Angaben in einem gewissen Wohlstand  
**R** Klient kann ein Leben ohne finanzielle Sorgen leben  
**R** Klient/in ist mit deren Leben zufrieden (Puchner, 2018)

**P** Klient leidet unter dem Verlust des sozialen Umfeldes  
**Z** zu P 02 Klient soll sich nicht isoliert / einsam fühlen  
**M** Aktives Zuhören  
**M** Kommunikationsregeln beachten  
**M** Klienten nicht unterbrechen wenn er spricht / sich öffnet  
**M** Klienten nicht alleine lassen  
**M** Klienten Gespräche anbieten / Zeit für Gespräche nehmen  
**M** Angebot von Tageszentrum / Besuchsdienst machen  
**M** Kontakt mit NachbarInnen / Angehörigen aufbauen (Puchner, 2018)

**P** Klient hat finanzielle Sorgen  
**Z** Klient soll über die Möglichkeit finanzieller Förderungen / Pflegegeld / Förderung 24-Stunden-Betreuung / Mietkostenzuschuss / usw. bescheid wissen  
**M** Klienten über finanzielle Förderungsmöglichkeiten / Pflegegeld / Förderung 24-Stunden-Betreuung / Mietkostenzuschuss / usw. informieren.  
**M** Klienten darüber informieren wie und wo er / Pflegegeld / Förderung 24-Stunden-Betreuung / Mietkostenzuschuss / usw. beantragen kann (Puchner, 2018)

## **7. Persönliche Stellungnahme**

Beobachtung von / und Veränderung beim Klienten/in / dem/r BewohnerIn während der Betreuung. Was würden Sie an der Betreuung der Kl. verändern?/optimieren? – und warum?

### **Richtlinien für das Verfassen der Falldarstellung**

**bitte bedenken Sie beim Verfassen der Falldarstellung nachfolgendes:**

- **Stellen Sie alle Ressourcen (Auch Angehörige, professionelle Dienste, Hilfsmittel usw.) ausführlich dar.**
- **Stellen Sie alle Probleme und deren Grund dar.**
- **Je weniger Probleme ein Klient hat, umso mehr Ressourcen muss er haben!**  
Bitte um dementsprechend ausführliche Darstellung der Ressourcen.
- **Hat ein Klient keine Probleme dann ist immer das Ziel die Ressourcen zu erhalten! Dafür müssen dann Maßnahmen geplant werden.**
- **Ziele: müssen auf das Problem abzielen, erreichbar und realistisch und überprüfbar sein.**  
**Sind Ihre Ziele erreichbar, realistisch und überprüfbar?**
- **Maßnahmen: um die Ziele zu erreichen müssen Sie Maßnahmen planen.**  
Mindestens 1 Maßnahme pro Ziel.  
**Haben Sie pro Ziel mehrere Maßnahmen geplant?**
- **Maßnahmen müssen so geplant sein, dass sich andere Mitarbeiter auskennen.**  
D.h. jeder der den Klienten betreut muss im Detail wissen was er oder sie zu hat.  
Z.B. „Intertrigoprophylaxe“ ist zu wenig – sie müssen im Detail darstellen welche Maßnahmen zur Intertrigoprophylaxe gemacht werden müssen.

**Fragen Sie sich ob Ihre Maßnahmen so geplant sind das sich jeder genau auskennt!**  
(Puchner, 2018)

**Es muss erkennbar sein, welche Maßnahmen zu welchen Zielen gehören.**

**Es muss erkennbar sein, welche Ziele zu welchen Problemen gehören.**

**Daher: Halten Sie die vorgegebene Struktur ein!**

**Beispiel Kurzfalldarstellung. Dauer in freier Rede: Maximal 3 Minuten**

Fr. N. wurde 1920 in Budapest geboren. Sie ist verwitwet, lebt alleine in einer 65m<sup>2</sup> Wohnung im 3. Liftstock in 1200 Wien und hat 2 Söhne die sie 1x/Monat besuchen. Sie hatte vor 3 Jahren einen Schlaganfall. Seitdem leidet Sie unter Harninkontinenz und Halb-seitenlähmung rechts. Daher ist sie in ihrer Bewegung eingeschränkt und benötigt 7x/ Woche je 45 Minuten Unterstützung durch die Heimhilfe bei der Haushaltsführung, Körper-pflege, Einkauf und Essensvorbereitung. Jeden Mittwoch besucht sie das Tageszentrum von 9-17 Uhr. Dafür müssen Inkontinenzprodukte und frische Kleidung vorbereitet werden. Abgeholt wird sie vom Behindertenfahrtendienst. Jeden 1. Montag im Monat kommt die Fuß-pflegerin und Friseurin in ihre Wohnung. Im Umkreis von 300 Metern liegt eine Apotheke, Hausarzt, U6 Dresdnerstraße, Merkur, Postamt, Kirche und DM. In der Wohnung befinden sich Türstaffeln, Teppiche und am Boden herumliegender Unrat. Sie verfügt über keine Hilfsmittel wie Rollator, rutschfeste Matte, WC-Sitzerhöhung, Badewannenrutschbrett usw. Infolge des Schlaganfalls hat sie verwischte Sprache und ist in der Bewegung eingeschränkt. Es ist erforderlich ihr beim Reden viel Zeit zu geben. Weiters hört sie schlecht. Das Hörgerät muss vom Heimhelfer vorbereitet, gesäubert und der Kl. eingesetzt werden. Lieblingsgesprächsthemen sind ihre beiden Söhne und Politik. Sie kann sich in der Wohnung nur mit Hilfe des Rollators, außerhalb der Wohnung nur mit personeller Hilfe bewegen. Bei der Körperpflege muss die Kl. beim Waschen von Füßen, Beinen, Gesäß, Rücken, Intim- und Analbereich unterstützt werden. Sie leidet unter trockener Haut und Juckreiz. Daher muss die Haut nach jeder Körperpflege eingecremt werden. Fr. N. hat einen BMI von 24, trinkt täglich 2 Liter Zitronensaft mit H2O und hat eine Oberkieferzahnprothese. Zum Trinken muss sie besonders mit „gemeinsam trinken“ & „zuprosten“ motiviert werden. Die Trink-mengen werden im Trinkprotokoll v.d. HH vermerkt. Ihr Lieblingsessen ist Schnitzel mit Erdäpfelsalat. Dazu trinkt sie gerne Bier. Fr. N. ist harninkontinent und benötigt Einlagen. Diese kann sie nicht selbst wechseln. Das wird von der HH durchgeführt. Die Haut muss vor dem Einlagenwechsel gewaschen, abgetrocknet, eingecremt werden. Das WC wird bei jedem Einsatz v.d. HH gereinigt. Fr. N. wird beim An- und Auskleiden unterstützt. Vor dem Schlafengehen liest Fr. N. den Kurier im Bett. Die Zeitung muss die HH aus der Trafik mitnehmen. Morgens isst sie ein Butterbrot und Ovomaltine, abends ein Marmeladebrot. Staubaugen- und Wischen, Nassbereich reinigen und Essen vorbereiten wird von der HH erledigt. Besonders auffällig war bei dem Einsatz die Stolpergefahr in der Wohnung der Kl. . Ich empfehle die Beseitigung der Türstaffeln, und Teppiche sowie die Anschaffung von Rollator, rutschfester Matte, WC-Sitzerhöhung, Badewannensitzbrett sowie wegen der Sprachstörung die Verordnung eines Logopäden.

## Anhang

### Theoretische Prüfungsfragen für die kommissionelle Abschlussprüfung im Fach „Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen“

1. Wodurch und an welchen Körperstellen entsteht Intertrigo?  
Wie kann man der Entstehung von Intertrigo vorbeugen?
2. Warum ist es wichtig, die Selbstständigkeit eines Klienten zu erhalten?  
Wie können Sie das bestmöglich erreichen?
3. Erklären Sie Veränderungen im Alter bezogen auf Sinnesorgane, Stütz- und Bewegungsapparat, und Verdauung.
4. Wie verändern sich die Haut und Hautanhangsgebilde im Alter (physiologisch / pathologisch)?  
Wie können Sie in Pflege und Betreuung darauf eingehen?
5. Welche möglichen Gefahren der Immobilität (Folge- oder Zweiterkrankung) kennen Sie?  
Was können Sie vorbeugend gegen Immobilität unternehmen?
6. Was verstehen Sie unter Dekubitus, nennen sie die Möglichkeiten der Erkennung.  
Welche Maßnahmen setzen Sie zur Dekubitusprophylaxe?
7. Wodurch entsteht eine Thrombose?  
Wie kann der Entstehung vorgebeugt werden?  
Symptome einer Thrombose.
8. Was können Sie im Bereich der Harnausscheidung und der Stuhlausscheidung beobachten?
9. Warum sind Durchfallserkrankungen beim alten Menschen gefährlich?  
Welche Maßnahmen setzen Sie bei Durchfall?
10. Welche grundlegenden Aspekte berücksichtigen Sie bei der Kommunikation mit hörbehinderten und sehbehinderten Klienten?
11. Erklären Sie den Umgang mit dementen Menschen.
12. Welche Gründe kommen für eine akute Verwirrtheit in Betracht?
13. Wie kann Stuhlverstopfung vorgebeugt werden?
14. Woran können Sie Ödeme erkennen?  
Wo sind die häufigsten Lokalisationen?  
Maßnahmen der Heimhelferin/des Heimhelfers.
15. Wie gehen Sie vor, wenn Ihr Klient akut ins Krankenhaus muss?
16. Wie sorgen Sie für günstige Schlafbedingungen?  
Was sind Schlafrituale?  
Gefahren durch Schlafmedikamente.
17. Nennen Sie Gründe der reduzierten Flüssigkeitsaufnahme.  
Erklären Sie daraus resultierende Gefahren sowie die abzuleitenden Maßnahmen.
18. Wie können Sie Wissen über biographische Daten für die Betreuung nutzen?
19. Erklären Sie die Schmerzdiagnostik, Schmerzbeschreibung, Schmerzdokumentation sowie mögliche Vorgehensweisen für Betreuungspersonen bei einem Klienten mit Schmerzen.
20. Erklären Sie die Betreuungsmaßnahmen je Fieberphase, die Ernährung und zählen Sie die durchzuführenden Prophylaxen auf.
21. Beschreiben Sie Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe.

### Praktische Prüfungsfragen für die kommissionelle Abschlussprüfung im Fach „Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen“

- P1. Ihr Klient hat eine Halbseitenlähmung links. Zeigen Sie wie Sie ihm beim Anziehen einer Jacke behilflich sind unter Einbeziehung seiner Ressourcen.
- P2. Bereiten Sie vor, was Sie zur Zahnpflege alles benötigen. Ihr Klient trägt eine Zahnprothese und ist bettlägerig. Positionieren Sie ihn entsprechend und zeigen Sie, wie Sie die Materialien vorbereiten.
- P3. Ihr Klient nimmt seine Mahlzeit im Bett ein. Positionieren Sie ihn entsprechend und zeigen Sie, wie Sie das Geschirr / Besteck anrichten.
- P4. Zeigen Sie, wie Sie ihren Klienten beim Wechsel vom Rollstuhl in einen Sessel unterstützen können. Ihr Klient kann sein Körpergewicht selbst übernehmen.
- P5. Zeigen Sie das Anlegen eines geschlossenen Inkontinenzsystems beim bettlägerigen Klienten.
- P6. Ihr Klient ist bettlägerig und in Rückenplage. Führen Sie folgende Prophylaxen durch:
  - a) Thromboseprophylaxe (die Unterschenkel hoch positionieren),
  - b) Spitzfußprophylaxe,
  - c) Dekubitusprophylaxe (Fersen frei positionieren)
- P7. Was bereiten Sie sich für eine Ganzkörperwaschung im Bett vor?
- P8. Ziehen Sie Ihrem Klienten Stützstrümpfen (ATS) an. Was ist dabei besonders zu beachten?
- P9. Zeigen Sie das Anziehen eines Nachthemdes beim bettlägerigen Klienten.
- P10. Demonstrieren Sie das Anlegen einer Schutzhose im Stehen.

## **Information zur kommissionellen Prüfung**

Alle 3 kommissionellen Abschlussprüfungsgegenstände müssen an 2 aufeinanderfolgenden Tagen abgehalten werden.

Dabei handelt es sich um nachfolgende Fächer:

- GZ der Ergonomie und Mobilisation (GZ EM)
- GZ Betreuung (GZ Betreuung)
- Arzneimittellehre (AML)

Alle PrüferInnen dürfen pro Prüfungstag nur 50 % der Klasse prüfen  
(so will es die Aufsichtsbehörde des Landes Wien)

D.h. es müssen 6 Prüfungsgruppen bestehend aus den TeilnehmerInnen aus der Heimhilfeberufsausbildung gebildet werden

- Prüfungsgruppe 1: **GZ EM** Tag 1
- Prüfungsgruppe 2: **GZ EM** Tag 2
- Prüfungsgruppe 3: **GZ Betreuung** Tag 1
- Prüfungsgruppe 4: **GZ Betreuung** Tag 2
- Prüfungsgruppe 5: **AML** Tag 1
- Prüfungsgruppe 6: **AML** Tag 2

Diese Prüfungsgruppen werden der Gruppen A und der Gruppe B zugeteilt.

Der Prüfungsablauf (wann geht wer an welchem Tag zu welchem Gegenstand) wird durch diese Zuteilung bestimmt

Alle TeilnehmerInnen müssen

- an einem Tag eine (1) Prüfung ablegen (GZ Betreuung)
- am anderen Tag zwei (2) Prüfungen ablegen (GZ EM und AML)

Wer an Tag 1 zwei Prüfungen ablegt bzw. an Tag 2 zwei Prüfungen ablegt,  
wird durch die Gruppenzuordnung (G. A oder G. B) siehe oben, und Tabelle unten, bestimmt

Die Prüfungen werden wie nachfolgend für die Zuordnung zu den Tagen benannt (T=Tag):

Die jeweiligen Prüfungen werden 2 Gruppen (G. A und G. B),  
die Gruppen den Tagen (T1 und T2) zugeordnet

Ablauf:

Fach	Tag 1	Tag 2
GZ EM	Gruppe <b>A</b> (Raum 1)	Gruppe <b>B</b> (Raum 1)
GZ Betreuung	Gruppe <b>B</b> (Raum 1)	Gruppe <b>A</b> (Raum 1)
AML	Gruppe <b>A</b> (Raum 2)	Gruppe <b>B</b> (Raum 2)

### **Sie entscheiden Ihre Zuordnung zu Gruppe A oder Gruppe B**

TeilnehmerInnenzuordnung zu Gruppen:

- Grundsätzlich gilt das Freiwilligkeitsprinzip
- Wir sind in der Erwachsenenbildung
- Seitens der Lehrgangsleitung wird erwartet dass sie einen Konsens bei der Zuordnung zu den Gruppen A und B finden

Nachfolgende Vorgehensweise gilt als Rahmen für diese Zuordnung:

1. Freiwillig - wenn 1. nicht möglich (jemand ist mit seiner Zuordnung nicht einverstanden)
2. Los - wenn 2. nicht möglich oder erwünscht
3. Zuordnung durch Lehrgangsleitung

Die Punkte 1. und 2. Sind also innerhalb der Lehrgangsgemeinschaft völlig selbstorganisiert. Sie teilen gegenüber der Lehrgangsleitung Ihr Ergebnis mit.

### **Zielsetzung bei freiwilliger Zuteilung:**

es müssen 2 Gruppen (G1 und G2) in selber Größe gebildet werden

Bei „gerader“ Zahl an Kandidaten z.B. 18, 20, 22, 24... muss die Klasse in 2 gleich große Gruppen geteilt werden (Gruppe A, Gruppe B)

Bei „ungerader“ Zahl an Kandidaten z.B. 19, 21, 23, 25... muss die Klasse in gleich Gruppen geteilt werden. In einer Gruppe darf nur ein (1) Kandidat mehr sein als in der anderen.

Abweichungen von diesen Modellen sind unmöglich.

### **Die Prüfungskommission**

Kommission bestehend aus:

- 1 Kommissionsvorsitzenden (VertreterIn der Ausichtsbehörde)
- 1 InteressensvertreterIn (Gewerkschaft)
- 1 Leitung der Heimhilfeberufsausbildung

PrüferInnen:

- 1 PrüferIn im Fach GZ EM
- 1 PrüferIn im Fach AML
- 1 PrüferIn im Fach GZ Betreuung

Anwesende bei jeder Prüfung:

1 Prüfer + 1 Kommissionsmitglied

Welches Kommissionsmitglied bei welcher Prüfung anwesend ist bestimmt die Kommissionsvorsitzende um 8:00 am Prüfungstag.

### **Prüfungsräume:**

Es gibt drei (3) Prüfungsräume.

1. Prüfungsraum (1. Stock):  
Arzneimittellehre
2. Prüfungsraum (Krankenzimmer):  
Ergonomie & Mobilisation
3. Prüfungsraum:  
Grundzüge der Betreuung (1. Stock)

Kommissionszimmer:

- Hier bereitet sich die Kommission und die PrüferInnen auf deren Prüfungen vor.
- Die Kommission berät hier nach den Prüfungen über die Ergebnisse.
- Hier wird ihnen das Prüfungsergebnis mitgeteilt.

D.h. sie erhalten keine Auskunft über Ihr Prüfungsresultat unmittelbar nach der Prüfung oder im Prüfungsraum.

Mindestanwesenheit während der beiden komm. Abschlussprüfungstage:

An den beiden angesprochenen Tagen müssen Sie auf jeden Fall bis mindestens 13 Uhr anwesend sein (auch wenn sie ihre Prüfungen bereits abgeschlossen haben). Dabei handelt es sich um eine Vorgabe des AMS. Sie können selbstverständlich Raum 115 für Ihren Aufenthalt nutzen.

#### **Allgemeine Informationen:**

- Bitte seien sie am Prüfungstag um 7:45 im Ausbildungszentrum!
- Sollten sie sich verspäten noch von unterwegs melden  
(an Kundenzentrum – Mail & Anruf)
- Im Krankheitsfall melden sie sich bitte bis spätestens 7:45 bei der Ausbildungsleitung oder im Kundenzentrum, ansonsten gilt die Prüfung als nicht bestanden!

#### Bekleidung bei zu den komm. Abschlussprüfungen:

Bringen sie Ihre

- saubere Praktikumskleidung (weiße Hose und Poloshirt) und
- saubere Praktikumsschuhe mit
- Vergessen sie Ihre Namensschilder nicht, bzw. melden sie sich rechtzeitig wenn sie welche brauchen!

#### Persönliche Hygiene für die komm. Abschlussprüfungen:

- Haare zusammenbinden (Haarband, Haargummi)
- kurze, saubere Fingernägel
- kein Nagellack (auch kein farbloser)
- keine Gelnägel oder Nagelverlängerungen
- keine Piercings,
- keine Ohrgehänge, Ohrstecker, Creolen, ...
- keine Halsketten
- keine Armbänder
- keine Freundschaftsbänder
- keine Uhren
- nur dezente Schminke

### Was dürfen sie in den Prüfungsraum mitnehmen / was nicht?

- Es dürfen in den Prüfungsraum keine Taschen, Skripten, Handy, Tablet, oder sonstige elektronische Geräte mitgenommen werden
- Papier, Stifte usw. dürfen auch nicht mitgenommen werden (wird alles bereitgestellt, auch Getränke).

### Prüfungsablauf grundsätzliches:

- Die Prüfung soll zügig vorangehen, daher wird genau festgelegt wer wann bei welcher Prüfung hineingeht.

### Ablauf beim Betreten des Prüfungsraums (AML)

1. Sie werden nicht aufgerufen
2. Sie klopfen nicht an
3. Sie betreten den Raum wenn ein anderer Teilnehmer/Teilnehmerin herauskommt („sie geben sich die Türschnalle in die Hand“)
4. Sie sehen die Prüferin „fragend an“ ob sie näher treten dürfen  
Prüfer gibt ihnen zu verstehen ob sie näher treten dürfen oder noch Platz nehmen sollen
5. Wenn sie näher treten dürfen kurze Vorstellung:  
„Guten Tag, mein Name ist VORNAME, FAMILIENNAME“
6. Sie ziehen die Fragen, übergeben die Fragen sofort der Prüferin. Die Prüferin notiert die Fragen und Prüferin übergibt ihnen die Fragen, sie dürfen Platz nehmen und sich Ca. 10 Min. auf die Prüfung vorbereiten.  
Schreiben sie Ihre Notizen nicht auf die Frage. Papier für Notizen liegt bereit.
7. Während sie sich auf die Prüfung vorbereiten Prüft die Prüferin weiter.
8. Blickt die Prüferin zu ihnen oder werden sie gefragt ob sie mit ihrer Vorbereitung fertig sind, geben sie ein Zeichen (Nicken, Daumen nach oben, ...) oder sie sagen z.B. „geht schon“

### Ablauf Prüfung (AML)

9. Sie nehmen ihre Notizen von der Prüfungsvorbereitung mit und beginnen die Fragen zu Beantworten. Vertiefungsfragen zu diesen Themenbereichen sind sowohl durch die Prüferin und durch den Prüfungsbeisitz erlaubt.
10. Beendet wird die Prüfung durch die Prüferin
11. Im Prüfungsraum wird ihnen das Prüfungsergebnis nicht mitgeteilt.
12. Sie verlassen den Prüfungsraum, der nächste Kandidat / Kandidatin betritt in dem Augenblick den Raum. D.h. die Tür geht nur 1x auf

### Wenn sie noch Platz nehmen müssen

(Punkt 4. „Ablauf beim Betreten des Prüfungsraumes (AML):

- Setzen sie sich auf einen vorbereiteten Platz für die Prüfungsvorbereitung und warten sie bis sie von der Prüferin aufgerufen werden.
- Sie werden aufgerufen: sie treten an den Prüfungstisch heran und stellen sich vor:  
„guten Tag, mein Name ist VORNAME, FAMILIENNAME“ (...) dann geht es so weiter wie oben beschrieben bis zum Verlassen des Prüfungsraumes

### Ablauf beim Betreten des Prüfungsraums (GZ EM & GZ Betreuung)

1. Sie werden nicht aufgerufen
2. Sie klopfen nicht an
3. Sie betreten den Raum wenn ein anderer Teilnehmer/Teilnehmerin herauskommt  
„sie geben sich die Türschnalle in die Hand“
4. Sie sehen die Prüferin „fragend an“ ob sie nähertreten dürfen  
Prüfer gibt ihnen zu verstehen ob sie näher treten dürfen oder noch Platz nehmen sollen
5. Wenn sie näher treten dürfen kurze Vorstellung:  
„Guten Tag, mein Name ist VORNAME, FAMILIENNAME“
6. Sie ziehen die Fragen, übergeben die Fragen sofort der Prüferin, Prüferin notiert die Fragen, Prüferin übergibt ihnen die Fragen, sie dürfen Platz nehmen und sich Ca. 10 Min. auf die Prüfung vorbereiten.  
Inklusive Prüfungsmaterial für die praktische Prüfungsfrage!  
Schreiben Sie Ihre Notizen nicht auf die Frage. Papier für Notizen liegt bereit.
7. Während sie sich auf die Prüfung vorbereiten Prüft die Prüferin weiter.
8. Blickt die Prüferin zu ihnen oder werden sie gefragt ob sie mit ihrer Vorbereitung fertig sind, geben sie ein Zeichen (Nicken, Daumen nach oben, ...) oder sie sagen z.B. „geht schon“

### Ablauf Prüfung (GZ EM und GZ Betreuung)

9. Sie nehmen ihre Notizen von der Prüfungsvorbereitung mit und beginnen die Fragen zu Beantworten. Vertiefungsfragen zu diesen Themenbereichen sind sowohl durch die Prüferin und durch den Prüfungsbeisitz erlaubt.
10. Beendet wird die Prüfung durch die Prüferin
11. Im Prüfungsraum wird ihnen das Prüfungsergebnis nicht mitgeteilt.
12. Sie verlassen den Prüfungsraum, der nächste Kandidat / Kandidatin betritt in dem Augenblick den Raum. D.h. die Tür geht nur 1x auf

### Wenn sie noch Platz nehmen müssen

(Punkt 4. „Ablauf beim Betreten des Prüfungsraumes (GZ EM und GZ Betreuung):

- Setzen sie sich auf einen vorbereiteten Platz für die Prüfungsvorbereitung und warten sie bis sie von der Prüferin aufgerufen werden.
- Sie werden aufgerufen: sie treten an den Prüfungstisch heran und stellen sich vor: „guten Tag, mein Name ist VORNAME, FAMILIENNAME“ (...) dann geht es so weiter wie oben beschrieben bis zum Verlassen des Prüfungsraumes

D.h. Prüfungsabläufe in AML mit GZ EM und GZ Betreuung ident.

Ausnahme: in GZ EM und GZ Betreuung müssen sie auch Materialien für die praktische Prüfungsfrage vorbereiten!

### Allgemeine Informationen & Empfehlungen für den Prüfungstag und den Vortag:

- Verzichten sie auf Beruhigungsmittel
- Konsumieren sie am Prüfungstag keinesfalls Alkohol oder andere Substanzen die Ihr Bewusstsein beeinträchtigen könnten
- Verzichten sie am Vorabend der Prüfungen auf Schlafmittel
- Gehen sie früh schlafen (lernen bis spät in die Nacht hat zu dem Zeitpunkt einen geringen Nutzen)
- Kommen sie pünktlich ins ABZ
- Verspätungen oder Krankheit so früh wie möglich melden (KuZ)
- Sie haben für jede Prüfung eine Vorbereitungszeit von 10 Minuten
- In der Prüfungsvorbereitungszeit ist auch die Materialvorbereitung für praktische Prüfungsfragen enthalten (GZ EM, GZ Betreuung)
- Achten sie auf Ihre persönliche Hygiene
- Bei der Prüfung: Geben sie nie auf! „habe keine Ahnung“ „Black out“ gibt es nicht! Versuchen sie es!
- Wenn sie nicht verstehen was die PrüferInnen wissen wollen, fragen sie nach.

## Literaturverzeichnis

Günter Puchner (2018). Formulierungshilfen für die Falldarstellung in der Heimhilfeberufsausbildung. 1. Auflage.

M. Reiter, R. M. Fenzl, I. Hollinger, M. Aiglesberger, M. Paminger, (2018) Lehrbuch für die Pflegeassistenz und das 1. Jahr Pflegefachassistenz, Facultas Verlag: Wien