



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



**WIENER ROTES KREUZ**

**AKADEMIE**

## Einleitung

Sehr geehrte Teilnehmer\*innen, der Heimhilfeberufsausbildung,

Im Fach Grundzüge der Betreuung, Grundpflege und Beobachtung alter, behinderter und chronisch kranker Menschen (GZB) lernen Sie wichtige Grundlagen für Ihre tägliche Arbeit als Heimhelfer\*in.

Ziel ist es, dass Sie ein gutes Verständnis für die vielfältigen Aufgaben in der Betreuung entwickeln und Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen professionell begleiten können.

Das Skript ist praxisorientiert aufgebaut und enthält immer wieder Aufgaben, die Sie selbst ausfüllen müssen, ob Sie dies gewissenhaft und sorgfältig tun liegt in Ihrer eigenen Verantwortung und wird nicht von uns kontrolliert. Das Fach GZB wird auch ein großer wichtiger Teil Ihrer **kommissionellen Abschlussprüfung** sein, daher empfehlen wir die Aufgaben eigenständig zu erledigen und sich aktiv im Unterricht zu beteiligen.

Sollten sich Fragen oder Unklarheiten ergeben oder Sie etwas nicht verstanden haben Fragen Sie bitte sofort!

Für Ihre Berufsausbildung zum Heimhelfer\*in wünschen wir Ihnen viel Erfolg!

*Eva Skrabl*

Lehrgangsleiterin Heimhilfeberufsausbildungen

*Elena Schock*

DGKP, Pflegepädagogin

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.Gesundheit, Krankheit und Behinderung.....                                     | 8  |
| 1.1.Gesundheit .....                                                             | 9  |
| 1.2.Krankheit .....                                                              | 9  |
| 1.3.Schädigung, Behinderung und Beeinträchtigung.....                            | 10 |
| 2.Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)..... | 12 |
| 3.Biografie .....                                                                | 2  |
| 4.Betreuungsprozess.....                                                         | 3  |
| 4.1.Pflegeprozess nach Fiechter und Meier für die Heimhilfe.....                 | 3  |
| 4.2.Probleme und Ressourcen.....                                                 | 7  |
| 5.Falldarstellung .....                                                          | 10 |
| 6.Kommunizieren können .....                                                     | 38 |
| 6.1.Sehbehinderung .....                                                         | 38 |
| 6.1.1.Umgang mit Sehbehinderung .....                                            | 38 |
| Diabetische Netzhauterkrankung.....                                              | 40 |
| Grüner Star (Glaukom) .....                                                      | 40 |
| Grauer Star (Katarakt) .....                                                     | 41 |
| 6.2.Hörbehinderung .....                                                         | 41 |
| 6.2.1.Umgang mit Hörbehinderung .....                                            | 41 |
| 6.2.2.Ursachen für Hörbehinderung .....                                          | 43 |
| 6.2.3.Umgang mit Hörgeräten.....                                                 | 43 |
| Hörgeräte einsetzen .....                                                        | 44 |
| 7.Prophylaxen.....                                                               | 46 |
| 7.1.Dekubitusprophylaxe .....                                                    | 46 |
| 7.2.Kontrakturprophylaxe .....                                                   | 49 |
| 7.3.Intertrigoprophylaxe .....                                                   | 51 |
| 7.4.Thromboseprophylaxe .....                                                    | 53 |
| 7.5.Pneumonieprophylaxe .....                                                    | 59 |
| 7.6.Obstipationsprophylaxe .....                                                 | 61 |

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| 7.7. Sturzprophylaxe.....                                                       | 62 |
| 8. Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten können – Vitalparameter ..... | 63 |
| 8.1. Blutdruck .....                                                            | 64 |
| 8.1.1. Blutdruck messen .....                                                   | 64 |
| 8.1.3. Bluthochdruck (Hypertonie) .....                                         | 67 |
| 7.1.4. Hypotonie .....                                                          | 67 |
| 7.2. Puls .....                                                                 | 68 |
| 7.2.2. Puls messen .....                                                        | 69 |
| 7.2.4. Veränderungen des Pulses .....                                           | 71 |
| 8.3. Temperatur.....                                                            | 72 |
| 7.3.2. Temperatur messen .....                                                  | 73 |
| 7.3.3. Fieber .....                                                             | 74 |
| 7.3.4. Fieberphasen .....                                                       | 74 |
| 7.3.5. Folgen von Fieber .....                                                  | 77 |
| 7.3.6. Ernährung bei Fieber .....                                               | 78 |
| 7.3.7. Prophylaxen bei Fieber .....                                             | 78 |
| Soor- und Parotitisprophylaxe.....                                              | 80 |
| 7.4. Atmung .....                                                               | 81 |
| 7.4.1. Atmung beobachten.....                                                   | 81 |
| Sauerstoffsättigung .....                                                       | 82 |
| 7.5. Blutzucker .....                                                           | 83 |
| Blutzuckerregulation .....                                                      | 83 |
| 7.5.1. Diabetes mellitus.....                                                   | 84 |
| Diabetes Typ 1 .....                                                            | 84 |
| Diabetes Typ 2 .....                                                            | 84 |
| Hypoglykämie (Unterzuckerung) .....                                             | 85 |
| Hyperglykämie (Überzuckerung) .....                                             | 87 |
| 7.5.2 Blutzucker messen.....                                                    | 89 |
| 9. Sich pflegen können .....                                                    | 94 |
| Beobachten der Haut .....                                                       | 1  |
| 9.1.1. Veränderungen der Hautfarbe .....                                        | 1  |

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 9.1.2.Veränderungen der Hautbeschaffenheit .....                                    | 2  |
| 9.1.Altersbedingte Veränderungen der Haut und Hautanhangsgebilde .....              | 2  |
| 9.2.Ganzkörperwaschung .....                                                        | 3  |
| 9.2.1.Unterstützung bei der Körperpflege am Waschbecken .....                       | 4  |
| 9.2.2.Unterstützung bei der Körperpflege in der Dusche .....                        | 4  |
| Intimpflege bei der Frau .....                                                      | 4  |
| Intimpflege beim Mann .....                                                         | 6  |
| 9.2.3.Gesäß reinigen.....                                                           | 7  |
| 9.3.Mund- und Zahnpflege .....                                                      | 8  |
| 9.3.1.Zahnprothesenpflege .....                                                     | 9  |
| 9.4. Nasen- und Augenpflege (inkl. Verabreichung von Nasen- und Augentropfen) ..... | 9  |
| Nasenpflege .....                                                                   | 10 |
| Nasentropfen verabreichen .....                                                     | 10 |
| Augenpflege.....                                                                    | 11 |
| Augentropfen verabreichen .....                                                     | 12 |
| 9.5.Ohrenpflege (inkl. Verabreichung von Ohrentropfen).....                         | 13 |
| Ohrentropfen verabreichen .....                                                     | 14 |
| 9.6.Rasur .....                                                                     | 14 |
| Nassrasur .....                                                                     | 14 |
| Trockenrasur.....                                                                   | 15 |
| 10.Ausscheiden können.....                                                          | 15 |
| 10.1.Harnausscheidung .....                                                         | 16 |
| Harnausscheidung beobachten .....                                                   | 16 |
| Veränderungen des Harns .....                                                       | 17 |
| 10.1.1.Harninkontinenz .....                                                        | 20 |
| 10.1.2.Ödeme .....                                                                  | 21 |
| 10.2.Stuhlausscheidung.....                                                         | 2  |
| Stuhlausscheidung beobachten .....                                                  | 2  |
| Veränderungen des Stuhls .....                                                      | 2  |
| 10.2.1.Stuhlverstopfung (Obstipation).....                                          | 5  |
| 10.2.2.Durchfall (Diarrhö).....                                                     | 6  |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 10.2.3.Stuhlinkontinenz.....                             | 7  |
| 10.3.Inkontinenzversorgung (IKV) .....                   | 7  |
| 11.Essen und Trinken können .....                        | 9  |
| Durst .....                                              | 10 |
| 11.1.Dehydration (Austrocknung) .....                    | 10 |
| 11.2.Schluckstörungen .....                              | 3  |
| Hunger .....                                             | 4  |
| Appetit .....                                            | 4  |
| 11.3.Mangelernährung.....                                | 4  |
| 11.4.Übergewicht (Adipositas) .....                      | 5  |
| 12.Sich bewegen.....                                     | 8  |
| Hilfsmittel .....                                        | 8  |
| 12.1.Bewegungseinschränkungen .....                      | 9  |
| Altersbedingte Veränderungen des Bewegungsapparates..... | 9  |
| 12.2.Immobilität und Bettlägerigkeit .....               | 11 |
| 13.Schmerz .....                                         | 11 |
| 13.1.Schmerzerfassung und Diagnostik.....                | 12 |
| 13.2.    Schmerzbeschreibung .....                       | 12 |
| 13.3.    Dokumentation von Schmerz .....                 | 13 |
| 13.4.    Maßnahmen .....                                 | 13 |
| 14.Ruhen und schlafen .....                              | 14 |
| Veränderungen von Schlaf .....                           | 15 |
| Schlafstörungen.....                                     | 15 |
| Schlaffördernde Maßnahmen und Schlafrituale .....        | 15 |
| 15.Demenz.....                                           | 16 |
| Schweregrade einer Demenz.....                           | 17 |
| Umgang mit demenzerkrankten Menschen.....                | 18 |
| 15.1.Validation.....                                     | 19 |
| 16.Delir – akute Verwirrtheit.....                       | 25 |
| 17. Soziale Bereiche des Lebens .....                    | 27 |
| 18. Mann, Frau und Kind sein.....                        | 28 |

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 19. Existentielle Erfahrungen des Lebens.....                         | 29 |
| 19.1.Sterben und Tod .....                                            | 29 |
| 19.2.Trauer .....                                                     | 29 |
| 19.2.2.Unterstützung bei Trauer .....                                 | 30 |
| Praktisches Üben .....                                                | 31 |
| An- und Ausziehen einer Jacke bei Halbseitenlähmung (Hemiplegie)..... | 32 |
| Materialien für Mund- und Prothesenpflege vorbereiten .....           | 34 |
| Mahlzeit im Bett vorbereiten inkl. Positionierung .....               | 35 |
| Anlegen einer geschlossenen IKV im Bett .....                         | 36 |
| Anziehen von medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen (MTS) .....   | 37 |
| Anlegen einer IKV stehen .....                                        | 39 |
| Blutzuckermessung.....                                                | 40 |
| Blutdruckmessung .....                                                | 41 |
| Verabreichen von Augentropfen .....                                   | 42 |
| Verabreichung von Nasentropfen .....                                  | 43 |
| Verabreichen von Ohrentropfen .....                                   | 44 |
| Ganzkörperwaschung vorbereiten .....                                  | 45 |
| Nachthemd im Bett anziehen.....                                       | 47 |
| 20. Prüfungsfragen für die kommissionelle Abschlussprüfung.....       | 48 |
| Verhaltensregeln für die Abschlussprüfung .....                       | 48 |
| 20.1. theoretischen Prüfungsfragen.....                               | 49 |
| 20.2. praktische Prüfungsfragen .....                                 | 52 |
| 21. Wichtige Fachbegriffe für Heimhilfen .....                        | 54 |
| Literaturverzeichnis .....                                            | 61 |
| Grafikenverzeichnis .....                                             | 65 |
| Bilderverzeichnis.....                                                | 67 |

## 1. Gesundheit, Krankheit und Behinderung

Die ganzheitliche Betreuung bedeutet, dass jeder Mensch als einzigartiges Wesen betrachtet wird, dessen **Körper, Geist und Seele** miteinander verbunden sind. Das bedeutet, dass bei der Pflege und Betreuung nicht nur die körperlichen Bedürfnisse eines Menschen berücksichtigt werden, sondern auch seine seelischen und geistigen Bedürfnisse. Eine solche Betreuung erfordert es, den Menschen in seiner **Gesamtheit** zu sehen (Heinzmann, 2020).

**Empathie** spielt eine besonders wichtige Rolle in dieser Art der Betreuung. Empathie ist die Fähigkeit, sich in die Gefühle und Bedürfnisse einer anderen Person hineinzusetzen. Für Heimhilfen bedeutet das, dass sie die Sorgen, Ängste und Wünsche der betreuten Person verstehen und **mitfühlen** können. Dies hilft nicht nur dabei, Vertrauen aufzubauen, sondern auch eine gute Beziehung zwischen Heimhilfe und Klient\*in zu schaffen

Wenn eine Heimhilfe empathisch ist, bedeutet das, dass sie den Menschen nicht nur als "Klient\*in" oder "Kund\*in" sieht, sondern als eine Person mit einer eigenen Lebensgeschichte (Biografie), eigenen Gefühlen und Bedürfnissen. Sie hört aufmerksam zu, nimmt die Person ernst und geht respektvoll mit ihr um. Diese empathische Haltung sorgt dafür, dass sich der Mensch verstanden und respektiert fühlt, was sein Wohlbefinden steigert

Studien zeigen, dass empathische Betreuung das Gefühl von **Geborgenheit und Sicherheit** verstärken kann und die Zufriedenheit mit der Betreuung verbessert. Besonders ältere Menschen, die in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind, profitieren von einer empathischen Betreuung, da sie sich weniger allein und mehr in ihrer Menschlichkeit wahrgenommen fühlen (Gholamzadeh, 2018).

Eine deutsche Studie bestätigt, dass empathische Kommunikation in der Pflege das Vertrauen der Klient\*innen stärkt und zu einer besseren Lebensqualität führt. Es wurde gezeigt, dass empathische Pflege- und Betreuungskräfte besser in der Lage sind, die Bedürfnisse der Klient\*innen zu erkennen und entsprechend darauf zu reagieren (Rüsch et al., 2016).

## 1.1. Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als

*„einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO, 1946).*

Diese Definition macht deutlich, dass Gesundheit weit mehr bedeutet, als einfach nicht krank zu sein. Sie schließt **alle Bereiche des menschlichen Lebens** ein, den Körper, den Geist und das soziale Umfeld.

Im engeren Sinn kann Gesundheit auch als ein **subjektives Empfinden** verstanden werden. Jeder Mensch empfindet seinen Gesundheitszustand anders und bestimmt selbst, wie er sich fühlt. Was für die eine Person noch als „gesund“ gilt, kann für eine andere bereits eine Beeinträchtigung darstellen. Das subjektive Empfinden von Gesundheit ist **nicht messbar**. Gerade in der Betreuung und Pflege ist es daher wichtig, die persönliche Sichtweise und das Empfinden der Klient\*in ernst zu nehmen. Eine ganzheitliche Betreuung achtet nicht nur auf körperliche Symptome, sondern auch auf das seelische und soziale Wohlbefinden (RKI, 2023; Spuling et al., 2017).

## 1.2. Krankheit

Unter Krankheit versteht man eine **Abweichung von der normalen biologischen Funktion** eines Körpers. Sie ist das Ergebnis von **biologischen Störungen**, zum Beispiel durch Infektionen, genetische Defekte oder durch **degenerative (altersbedingte) Prozesse** wie altersbedingten Abbau (RKI, 2023).

Krankheit kann sich auf unterschiedliche Weise zeigen, sie betrifft sowohl den Körper als auch die Seele. Man unterscheidet zwischen **objektiven Störungen**, die medizinisch messbar sind (z. B. Fieber, Entzündungen, Blutwerte), und **subjektiven Störungen**, also dem persönlichen Empfinden von Unwohlsein oder Schmerzen. Ein Mensch kann sich also krank fühlen, auch wenn keine klaren medizinischen Befunde vorliegen (RKI, 2023).

### 1.3. Schädigung, Behinderung und Beeinträchtigung

Eine **Schädigung** bedeutet den **Verlust oder die Störung einer körperlichen oder psychischen Funktion**. Das kann zum Beispiel durch eine Verletzung, eine Krankheit oder einen angeborenen Defekt entstehen. Eine **Behinderung** ist die **Folge einer Schädigung**. Sie zeigt sich darin, dass die betroffene Person in ihrer **Fähigkeit eingeschränkt ist, bestimmte alltägliche Aktivitäten auszuführen**, die für andere Menschen als normal gelten. Eine Behinderung kann körperlich, geistig oder seelisch sein und sich in unterschiedlichem Ausmaß zeigen. Eine **Beeinträchtigung** entsteht, wenn eine Schädigung oder Behinderung dazu führt, dass der betroffene Mensch im gesellschaftlichen Leben **benachteiligt oder eingeschränkt** wird. Das betrifft oft die Teilnahme am sozialen Leben, am Arbeitsleben oder an Freizeitaktivitäten (ICF, 2001).

#### 1.3.1. Angeborene und erworbene Behinderung

Eine Behinderung kann entweder **erworben** oder **angeboren** sein.

- **Erworbene Behinderung** entsteht durch Krankheiten, Unfälle oder andere Einflüsse, die im Laufe des Lebens auftreten.
- **Angeborene Behinderung** beruht auf genetischen Faktoren oder pränatalen (vor der Geburt stattfindenden) Schäden, also Bedingungen, mit denen ein Mensch bereits geboren wird.

In Österreich schützt Artikel 7 der Bundesverfassung Menschen mit Behinderung vor Diskriminierung. Dort steht klar: *Niemand darf aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden.*“ Dieses **Diskriminierungsverbot** stellt sicher, dass Menschen mit Behinderung gleiche Rechte und Chancen haben und vor Benachteiligungen geschützt sind. Es ist eine wichtige Grundlage für Inklusion und Gleichbehandlung in allen Lebensbereichen (Artikel 7 österr. Bundesverfassung, Parlament Österreich, 1997).

In Österreich leben rund 1,9 Millionen Menschen im Alter zwischen 15 und 89 Jahren mit Einschränkungen aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen. Etwa 760.000 Personen besitzen eine „registrierte Behinderung“, was bedeutet, dass sie Pflegegeld bekommen, einen Behindertenpass besitzen oder einen amtlich festgestellten Grad der Behinderung aufweisen (Statistik Austria, 2022).

Diese Zahlen zeigen deutlich, wie viele Menschen in Österreich von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind, die ihre Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinflussen können.

## 1.4. Salutogenese

Üblicherweise stellt sich die Medizin, Pflege und Betreuung vor allem die Frage: **„Was macht uns krank?“** Dabei stehen die Entstehung von Krankheiten und ihre Ursachen im Mittelpunkt.

In den 1970er Jahren entwickelte Aaron Antonovsky das Konzept der **Salutogenese**, welches sich die Frage stellt: **„Was hält uns gesund?“** Es untersucht, wie Gesundheit auch in schwierigen Lebenssituationen entstehen und erhalten bleiben kann (Antonovsky, 1979).

Antonovsky sagt, dass verschiedene Faktoren, wie soziale Unterstützung und ein Gefühl von Kontrolle, dabei helfen, gesund zu bleiben. Dieses Modell stellt die **Ressourcen** und Stärken des Menschen in den Mittelpunkt, anstatt nur die Krankheit zu betrachten (Antonovsky, 1979).

**In der Heimhilfe sind wir auf diese Ressourcen der Klient\*innen angewiesen**

Daher ist es wichtig zu wissen, dass jeder Mensch, auch wenn eine Beeinträchtigung (Krankheit) vorliegt, immer einen gesunden Teil in sich trägt, also Ressourcen, welche wir in der Betreuung nützen können (ressourcenorientierte Betreuung)

#### 1.4.1. Kohärenzgefühl

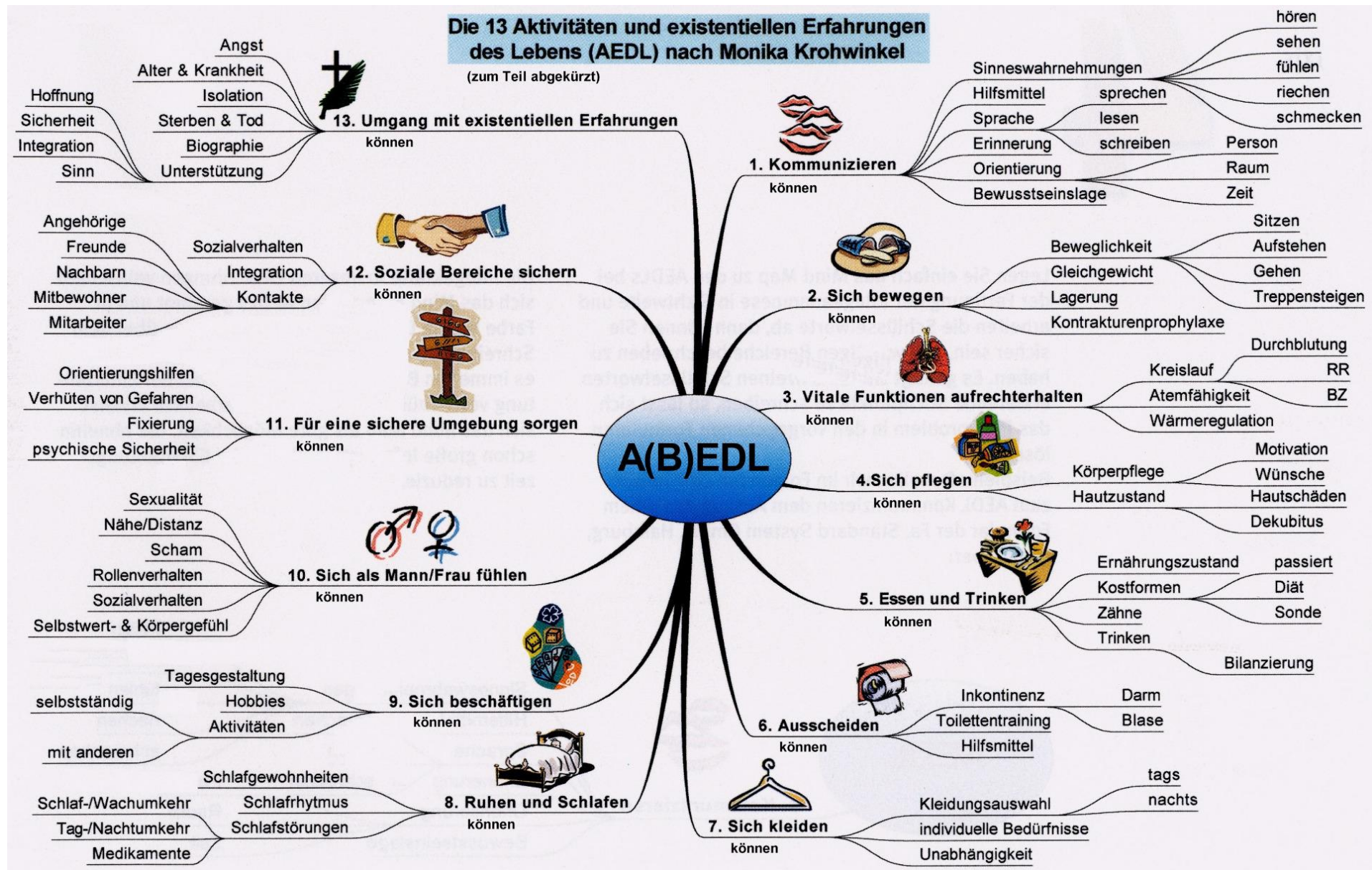
Das **Kohärenzgefühl** beschreibt eine **Einstellung, die Menschen** dabei unterstützt, **Stress und Herausforderungen besser zu bewältigen**. Es umfasst das Gefühl, dass das Leben **verstehbar, handhabbar** und **sinnvoll** ist. Dieser Ansatz betont nicht nur die Bekämpfung von Krankheit, sondern vor allem die Förderung von Ressourcen, die eine stabile Gesundheit ermöglichen, also die **Gesundheit fördert**. Das Kohärenzgefühl fordert eine Veränderung der Sichtweise im Gesundheitswesen. Es rückt die **Prävention (Vorbeugung)** und die Unterstützung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen stärker in den Vordergrund (Antonovsky, 1987).

### 2. Aktivitäten, Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens (ABEDL)

Das Konzept der **Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL)** basiert auf dem Pflegemodell von Monika Krohwinkel. Es legt den Mittelpunkt auf die **ganzheitliche Pflege und Betreuung** von Menschen.

Das Modell betrachtet den Menschen in seiner Gesamtheit und bezieht dabei **physische, psychische und soziale Bedürfnisse** mit ein. Ziel ist es, alle wichtigen Lebensbereiche der Klient\*innen zu erfassen und zu unterstützen, um ihre **Selbstständigkeit** und Lebensqualität bestmöglich zu erhalten. Die ABEDL sind in 13 verschiedene Bereiche aufgeteilt (Krohwinkel, 2015).

Bild 1



## Arbeitsblatt ABEDL zuordnen

Ordnen Sie die folgenden Aussagen/Situationen der passenden **ABEDL** zu.

Schreiben Sie den Namen der passenden ABEDL daneben.

### Situation

### Passende ABEDL

Der Klient kann sich nicht mehr selbst waschen.

---

Die Klientin klagt über Einsamkeit.

---

Der Klient möchte wieder mehr spazieren gehen.

---

Die Klientin trinkt zu wenig.

---

Der Klient spricht über seine Angst vor dem Tod.

---

Die Klientin kann ihre Kleidung nicht mehr allein anziehen.

---

Der Klient schläft nachts schlecht und ist tagsüber müde.

---

Die Klientin vergisst häufig zu essen.

---

Der Klient kann sich nach einem Schlaganfall kaum noch verständlich machen.

---

Die Klientin stolpert häufig, weil sie schlecht sieht.

---

Der Klient möchte seine Familie öfter sehen.

---

Die Klientin benötigt Hilfe beim Toilettengang.

---

Der Klient wünscht sich aus Scham mehr Privatsphäre beim Duschen.

---

Die Klientin lehnt das Essen ab und spricht über Sterben.

---

### 3. Biografie

Biografiearbeit bedeutet, sich mit der **Lebensgeschichte** eines Menschen zu beschäftigen, um ihn besser zu verstehen und individuell begleiten zu können.

Jeder Mensch bringt Erfahrungen, Werte, Gewohnheiten, Fähigkeiten und Prägungen aus dem bisherigen Leben mit. Diese spielen auch im Alter, bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit eine wichtige Rolle.

In der Heimhilfe hilft die Biografie dabei, die betreute Person nicht nur als „Klient\*in“ sondern als einzigartigen Menschen wahrzunehmen. Durch das Wissen über frühere Lebensumstände, Familie, Beruf, Interessen, Rituale, Vorlieben und Abneigungen können Betreuung und Unterstützung persönlicher, respektvoller und bedürfnisorientierter gestaltet werden.

#### **Zur Biografie gehören unter anderem:**

- Gespräche mit der betreuten Person
- Informationen von Angehörigen oder Bezugspersonen
- Wissen über Herkunft, Lebensereignisse, frühere Tätigkeiten und Hobbys
- Beachtung von Gewohnheiten, Tagesstrukturen, Essgewohnheiten und religiösen oder kulturellen Aspekten
- Wahrnehmen von Erinnerungen, Emotionen und Reaktionen

#### **Nutzen der Biografiearbeit in der Heimhilfe**

Biografiearbeit schafft Vertrauen und stärkt die Beziehung zwischen Heimhilfe und betreuter Person. Sie hilft, herausforderndes Verhalten besser zu verstehen und angemessen darauf zu reagieren. Besonders bei älteren Menschen oder bei Demenz kann biografisches Wissen Sicherheit geben, Ängste reduzieren und das Wohlbefinden steigern.

Im Alltag der Heimhilfe kann die Biografie zum Beispiel genutzt werden, um:

- vertraute Rituale zu erhalten
- Gesprächsthemen zu finden
- Ressourcen und Fähigkeiten zu fördern
- Selbstständigkeit zu unterstützen
- die Lebensqualität zu verbessern

## 4. Betreuungsprozess

### Was ist ein Prozess?

Ein Prozess ist ein bestimmter Vorgang oder Ablauf, der eine logische Abfolge von Aktivitäten umfasst, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen (vgl. Krohwinkel,2013).

### Wieso benötigen wir in der Betreuung und Pflege gewisse Prozesse?

In der Betreuung und Pflege wird nicht einfach darauf losgearbeitet, sondern gezielt überlegt, was die Klient\*innen benötigen, und anhand dessen geplant, welche Schritte zu unternehmen sind, wobei wissenschaftlich begründete Theorien als Grundlage dienen.

#### 4.1. Pflegeprozess nach Fiechter und Meier für die Heimhilfe

Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier stellt einen übersichtlichen Ablauf dar, der dazu dient, die individuellen Bedürfnisse und Anforderungen der Klient\*innen zu erkennen und gezielt darauf zu reagieren. Dieser Prozess ist besonders wichtig, um eine optimale und individuell angepasste Betreuung und Pflege zu gewährleisten.

#### 4.1.1. Informationssammlung

In der ersten Phase wird eine umfassende Informationssammlung (Anamnese) durchgeführt. Dabei werden sowohl medizinische Informationen als auch soziale und psychische Seiten berücksichtigt. Für die Heimhilfe ist es wichtig, neben den körperlichen Bedürfnissen auch die Wünsche und Gewohnheiten der Klient\*innen zu erfassen (Fiechter & Meier, 2015).

#### 4.1.2. Erkennen von Probleme (Pflegediagnosen)

Aufbauend auf den gesammelten Informationen wird eine Pflegediagnose formuliert. Diese Diagnose beschreibt die Bedürfnisse der Klient\*innen. Für die Heimhilfe ist es wichtig, neben den medizinischen auch sozialen und emotionalen Seiten zu berücksichtigen, da diese die Lebensqualität der Klient\*innen beeinflussen können (Staudinger & Engler, 2019).

#### 4.1.3. Festlegung der Ziele (Zielsetzung)

In dieser Phase werden klare und realistische Ziele formuliert. Diese Ziele sollten spezifisch, messbar, erreichbar, relevant und zeitgebunden (SMART) sein. (Fiechter & Meier, 2015).

| <h1>SMART-REGEL</h1> <h2>EINFACH ERKLÄRT FÜR HEIMHELFER</h2>                                                                                                                                    |                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>S</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Spezifisch</b><br>Das Ziel ist klar und genau beschrieben.                |
| <b>M</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Messbar</b><br>Man kann prüfen, ob das Ziel erreicht wurde.               |
| <b>A</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Attraktiv / Akzeptiert</b><br>Das Ziel ist sinnvoll und wird mitgetragen. |
| <b>R</b>                                                                                                                                                                                        | <b>Realistisch</b><br>Das Ziel ist machbar – mit den vorhandenen Mitteln     |
| <b>T</b>                                                                                                                                                                                        | Es gibt einen Zeitrahmen, bis wann das Ziel erreicht werden soll             |
| <b>BEISPIEL</b><br><div> <span>✗</span> Herr Müller soll mehr trinken           </div> <div> <span>✓</span> Herr Müller trinkt täglich bis Ende der Woche mindestens 1,5 Liter           </div> |                                                                              |

**Grafik 1 (KI-**

#### 4.1.4. Planung der Maßnahmen

Die Planung beinhaltet die Erstellung eines Betreuungsplan, der auf die individuellen Bedürfnisse der Klient\*innen abgestimmt ist und spezifische (genaue) Maßnahmen, Ressourcen sowie zeitliche Abläufe festlegt, um die zuvor definierten Ziele zu erreichen.

#### 4.1.5. Durchführung

In dieser Phase werden die geplanten Maßnahmen umgesetzt. Die Heimhilfe führt gezielte Handlungen durch, um die Ziele zu erreichen. Das kann die Unterstützung bei der Körperpflege, die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme oder die Förderung der Mobilität sein (Fiechter & Meier, 2015).

#### 4.1.6. Beurteilung der Wirkung (Evaluation)

Am Ende des Betreuungsprozesses wird die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen überprüft. Es wird überprüft (evaluiert), ob die Ziele erreicht wurden oder ob Anpassungen notwendig sind. Eine regelmäßige Dokumentation ist wichtig, um Fortschritte zu verfolgen und bei Bedarf den Betreuungsplan anzupassen (Staudinger & Engler, 2019).

#### **Wieso ist der Betreuungsprozess in der Praxis wichtig?**

Diese klare Vorgehensweise stellt sicher, dass die Betreuung einem System folgt, das heißt nicht jede\*r macht was sie/er will. Das trägt wesentlich zur Qualitätssicherung der Betreuung und Pflege bei.

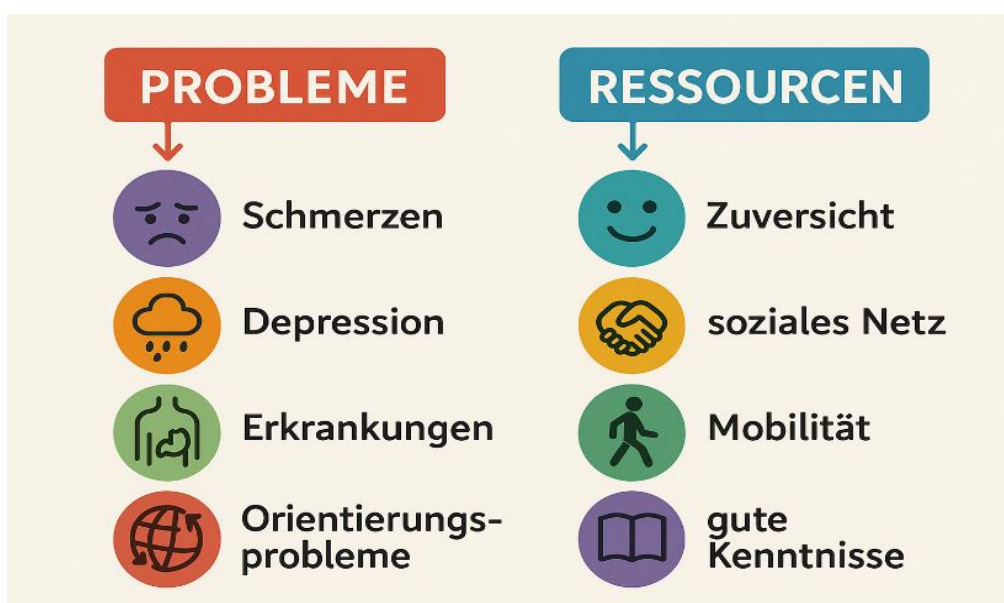
Außerdem ermöglicht der Betreuungsprozess uns auf individuelle Bedürfnisse der Klient\*innen einzugehen. Das ist wichtig, da jeder Mensch einzigartig ist.

## 4.2. Probleme und Ressourcen

Im Betreuungsprozess spielen die Begriffe "Problem" und "Ressource" eine wichtige Rolle, da sie dabei helfen, den individuellen Betreuungsbedarf der Klient\*innen zu erkennen. Das Verständnis dieser beiden Begriffe ermöglicht es, nicht nur die notwendigen Maßnahmen zu planen, sondern auch die vorhandenen Fähigkeiten und Hilfsmittel der Klient\*innen zu nutzen, um die Selbstständigkeit und die Lebensqualität der Klient\*innen zu fördern.

Ein **Problem** ist ein Zustand oder eine Situation, die die Gesundheit oder Selbstständigkeit der Klient\*innen beeinträchtigt und Maßnahmen erforderlich macht, wobei es sich entweder um tatsächliche Probleme wie Dekubitus oder Schmerzen oder um potenzielle Probleme wie ein erhöhtes Sturzrisiko handeln kann, auf deren Grundlage Pflegediagnosen erstellt werden, um gezielte Maßnahmen zu planen und umzusetzen (Grinspun & Ritchie, 2019).

Eine **Ressource** ist eine Fähigkeit oder Stärke der Klient\*innen, die bei der Planung genutzt werden kann und sowohl körperlicher, emotionaler als auch sozialer Natur sein kann; das Erkennen und die gezielte Nutzung dieser Ressourcen ist entscheidend, um die Selbstständigkeit der Pflege- und Betreuungsempfänger\*innen zu fördern und die Pflegebedürftigkeit zu verringern (Grinspun & Ritchie, 2019).



Grafik 2 (KI- generiert)

### 4.2.1. Probleme und Ressourcen erkennen

#### Aufgabenstellung:

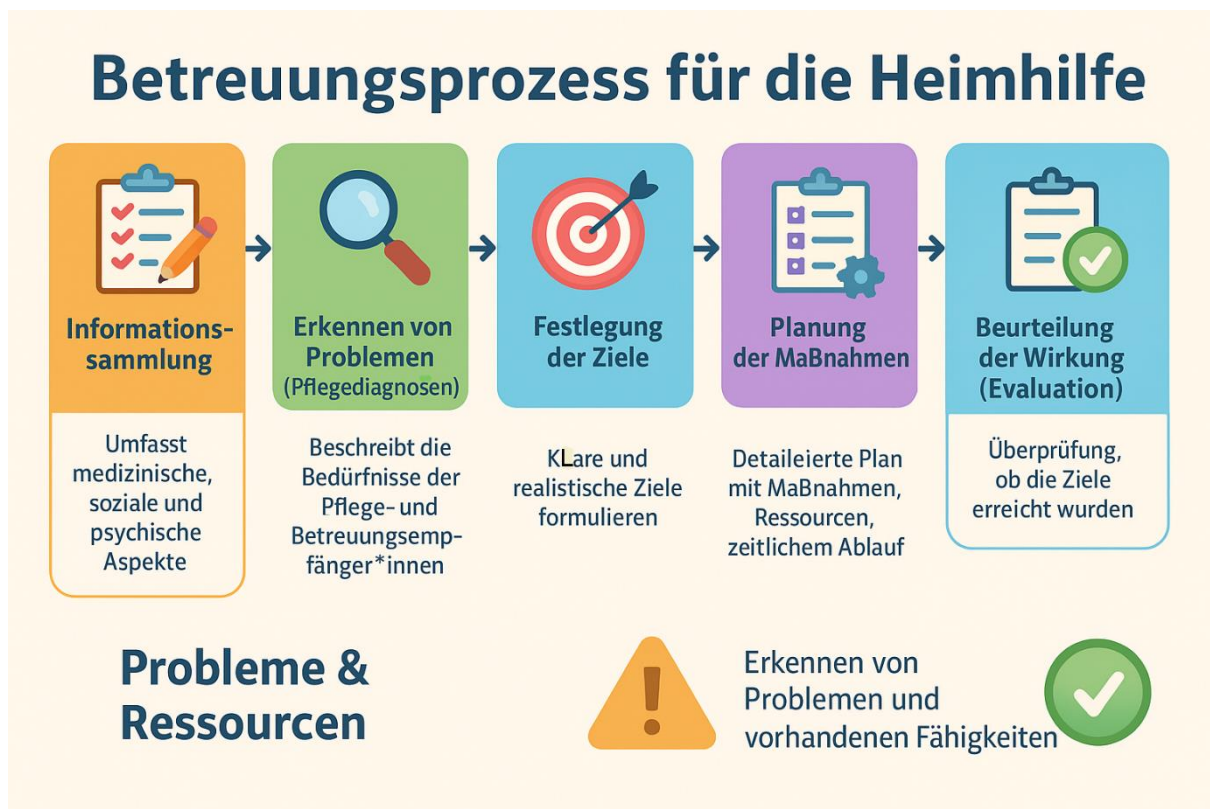
1. Lesen Sie das Fallbeispiel aufmerksam durch
2. Finden Sie die Probleme und Ressourcen von Frau Schneider
3. Markieren Sie diese (z.B. mit unterschiedlichen Farben) und tragen Sie diese in der Tabelle ein
4. Besprechen Sie diese im Anschluss Ihr Ergebnis in der Gruppe
  - a. Welche Probleme konnten Sie identifizieren?
  - b. Welche Ressourcen hat Frau Schneider?

Frau Schneider, 82 Jahre alt, lebt in einer Mietwohnung ohne barrierefreie Anpassungen. Sie hat kürzlich einen Schlaganfall erlitten und zeigt Symptome einer Halbseitenlähmung auf der rechten Körperseite sowie eine reduzierte Mobilität. Ihre kognitiven Fähigkeiten sind weitgehend erhalten, aber sie hat Schwierigkeiten mit der körperlichen Mobilität und einigen alltäglichen Aufgaben. Frau Schneider hat Schwierigkeiten beim Schneiden von Lebensmitteln und beim Halten der Gabel aufgrund der eingeschränkten Handmotorik. Sie kann nicht mehr selbstständig komplexe Mahlzeiten zubereiten. Sie ist geistig fit und hat eine gute Vorstellung davon, welche Nahrungsmittel sie gerne isst und welche für ihre Gesundheit wichtig sind. Frau Schneider benötigt Hilfe beim Waschen der rechten Körperhälfte, da sie diese Seite nicht gut bewegen kann. Sie hat Schwierigkeiten beim Ein- und Aussteigen aus der Badewanne. Sie ist in der Lage, ihre linke Körperhälfte selbstständig zu pflegen und hat ein großes Interesse an Hygiene und Wohlbefinden. Sie kann sich auf der linken Seite selbstständig anziehen und hat eine klare Vorstellung davon, welche Kleidung für sie bequem ist. Frau Schneider hat Schwierigkeiten, Kleidung auf der rechten Seite anzulegen und zu entfernen. Das An- und Ausziehen von Kleidung, besonders auf der betroffenen Seite, ist mühsam und schmerzhaft. Frau Schneider kann nur noch eingeschränkt laufen und benötigt einen Rollator zur Unterstützung. Ihre Mobilität ist stark eingeschränkt, was das Bewegen innerhalb der Wohnung und das Verlassen des

Hauses schwierig macht. Sie hat einen Rollator und kann diesen nutzen, um sich in der Wohnung und im Freien zu bewegen. Sie hat auch die Motivation, sich zu bewegen und regelmäßige Spaziergänge zu machen. Sie ist geistig klar und nutzt gerne das Telefon und den Fernseher. Frau Schneider hat keine nennenswerten Kommunikationsprobleme, aber es ist wichtig, dass sie regelmäßigen Kontakt zu ihrer Familie und ihren Freunden hat, um Isolation zu vermeiden. Frau Schneider hat aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität Schwierigkeiten, ihren Alltag abwechslungsreich zu gestalten und ihre Hobbys nachzugehen. Sie liebt das Lesen und interessiert sich für Gesellschaftsspiele. Die Wohnung von Frau Schneider ist nicht vollständig barrierefrei, was die Sicherheit beeinträchtigt. Es gibt Stolperfallen und unzureichende Unterstützungseinrichtungen. Die Wohnung ist gepflegt und Frau Schneider hat eine klare Vorstellung davon, wie sie ihre Wohnräume organisiert haben möchte.

| PROBLEME | RESSOURCEN |
|----------|------------|
|          |            |

## Zusammenfassung



Grafik 3 (KI-generiert)

## 5. Falldarstellung

Die Erstellung einer Falldarstellung ist **Vorraussetzung** für Sie, um bei der **kommissionellen Abschlussprüfung** (KAP) in Grundzüge der Betreuung antreten zu dürfen.

Sie alle werden in Ihrem **zweiten Praktikum** (extramural - Hauskrankenpflege) eine Falldarstellung verfassen. Dafür haben Sie insgesamt **4 Wochen Zeit**, nach zwei Wochen besteht die Möglichkeit Feedback zu Ihrer verfassten Falldarstellung zu erhalten und diese auszubessern.

Wird die Falldarstellung nicht form- und zeitgerecht abgegeben können Sie nicht zur kommissionellen Abschlussprüfung zugelassen werden. Ihre Ausbildung wäre somit nicht positiv zu Ende.



**Die Falldarstellung ist ein wichtiger Bestandteil, um die Ausbildung zur/ zum Heimhelfer\*in positiv abschließen zu können**

### 5.1. Was ist eine Falldarstellung?

Eine **Falldarstellung** ist eine **genaue Beschreibung einer bestimmten realen Betreuungssituation**. Sie zeigt, wie eine bestimmte Person betreut wird, und dient dazu, den **Betreuungsprozess in der Praxis nachvollziehbar darzustellen**.

### 5.2. Wie ist vorzugehen?

Im Rahmen Ihres extramuralen Praktikums (Hauskrankenpflege) erarbeiten Sie einen von Ihnen gewählten Fall, das heißt Sie suchen sich eine\*n Klient\*in aus und beschreiben den Fall anhand vorgegebener Punkte.

1. Zunächst sammeln Sie alle wichtigen Informationen zur betreuungsbedürftigen Person, die für eine individuelle Betreuung wichtig sind. (Biografie, Krankheitsgeschichte, Betreuungsgrund, Betreuungsumfang)
2. Danach beschreiben Sie die ABEDL, unter Berücksichtigung vorhandener Dokumentationen (z.B. Biografie). Probleme und Ressourcen werden ebenfalls aufgeführt.
3. Anschließend formulieren Sie Ziele und beschreiben die Maßnahmen, die zur Zielerreichung ergriffen wurden. Beachten Sie dabei die SMART Regel sowie die W Fragen (Wer macht was , wann, wie,...?)

### **Tipp für die praktische Umsetzung der Falldarstellung:**

Wählen Sie eine\*n Klient\*in aus, welche\*r in mindestens 10 Bereichen der ABEDL Unterstützung benötigt.

Beachten Sie: Es darf nur EIN\*E KLIENT\*IN ausgewählt werden!!!

## **Zusammenfassung**



# **Falldarstellung in der Betreuung als Heimhilfe**

## **1 Informationen sammeln**

- Zustimmung der Klient\*in einholen (Einverständnis!)
- Datenschutz beachten – alle Informationen vertraulich behandeln

## **2 A(B)EDL: Probleme und Ressourcen**

- Zu jeder A(B)EDL die Ressourcen der Klient\*in anführen (mind. 3, wenn kein Betreuungsbedarf 5)
- Wenn in einer A(B)EDL kein Problem besteht, bitte vermerken:  
→ Derzeit kein Betreuungsbedarf\* (max. 3-mal erlaubt)

## **3 Probleme – Ziele – Maßnahmen**

- Nur anführen, wenn ein Problem vorhanden ist oder Maßnahmen sinnvoll sind
- Ziele nach der SMART-Regel formulieren (spezifisch, messbar, erreichbar, realistisch, terminiert)
- W-Fragen beachten: Wer? Was? Wann? Wie? Womit? Warum?

**Grafik 4** (KI- generiert)

# **FALLDARSTELLUNG**

## Ausbildung in der Heimhilfe

---

**Kursbezeichnung/ Kursnummer/ Kursjahr**

---

**Vor- und Nachname Auszubildende**

---

**Begleitung durch Lehrkraft: Vor- und Nachname**

---

**Begleitung durch Fachkraft aus der Praxis: Vor- und Nachname inkl. Angabe der Berufsgruppe**

---

**Erster Abgabetermin Falldarstellung**

---

**Endabgabetermin Falldarstellung**

## **Gesetzliche Grundlagen und Informationen zur Falldarstellung**

Die Grundlage für die Erstellung der Falldarstellung bildet das Wiener Sozialbetreuungs- Berufsgesetz in der Fassung vom 01.09.2018, welches als verbindliche rechtliche Grundlage für die Ausbildung und Prüfung von Heimhelfer\*innen dient. Im Abschnitt 4 des Gesetzes, der die Abschlussprüfung regelt, findet sich im §20 (2) eine genaue Vorgabe, die die Anforderungen an die Erstellung der Falldarstellung beschreibt.

§20 (2) der Abschlussprüfungsordnung lautet:

„Für die Abschlussprüfung ist von den Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmern eine nach den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL) strukturierte Falldarstellung aus der Praxis, in der der Lernstoff vernetzt angewandt wird, schriftlich auszuarbeiten. Die Ausarbeitung der Falldarstellung wird durch die Lehrerin oder den Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege begleitet. Die Falldarstellung ist spätestens eine Woche vor der Abschlussprüfung der Lehrerin oder dem Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege abzugeben, andernfalls eine Zulassung zur Abschlussprüfung nicht möglich ist.“

Diese Regelung zeigt, wie wichtig es ist, einen realen Fall sowohl praktisch als auch theoretisch genau zu beschreiben. Die Falldarstellung ist somit ein unverzichtbarer Bestandteil Ihrer Abschlussprüfung. Ziel ist es, das Wissen aus verschiedenen Lehrveranstaltungen zu verbinden und in der Praxis anzuwenden. Die Falldarstellung geht über eine einfache Beschreibung hinaus und legt den Fokus auf die ganzheitliche Betrachtung der Bedürfnisse von betreuungsbedürftigen Menschen.

Im Rahmen Ihres extramuralen Praktikums erarbeiten Sie einen von Ihnen gewählten Fall und beschreiben ihn anhand vorgegebener Punkte. Zunächst sammeln Sie alle wichtigen Informationen zur betreuungsbedürftigen Person, die für eine individuelle Betreuung wichtig sind. Danach beschreiben Sie die A(B)EDL, unter Berücksichtigung vorhandener Dokumentationen (z.B. Biografie). Probleme und Ressourcen werden ebenfalls aufgeführt. Anschließend formulieren Sie Ziele und beschreiben die Maßnahmen, die zur Zielerreichung ergriffen wurden.

Durch eine genaue Beschreibung der wichtigsten Informationen, der A(B)EDL und der festgelegten Ziele und Maßnahmen wird der individuelle Betreuungsansatz klar und verständlich. Diese Vorgehensweise hilft dabei, die Betreuung zu überdenken und trägt dazu bei, die Qualität der Betreuung ständig zu verbessern.

**Viel Erfolg bei der Erstellung!**

**Beschreiben Sie die persönliche Lebenssituation des/der Kunden\*in.  
Beantworten Sie bitte alle Punkte.**

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Alter                                       |  |
| Herkunft (Geburtsort, Geburtsland)          |  |
| Beruf                                       |  |
| Partner*in                                  |  |
| Familie (z.B. Kinder, Enkel, Geschwister)   |  |
| Lebt allein oder mit Familie                |  |
| Sonstige wichtige Infos zur Lebenssituation |  |

**Wie ist das soziale Netzwerk aufgebaut?  
Beantworten Sie bitte alle Punkte.**

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Nachbarn                           |  |
| Bekannte                           |  |
| Freunde                            |  |
| Vereine                            |  |
| Persönliche Interessen und Hobbies |  |

|                                               |  |
|-----------------------------------------------|--|
| Sonstige wichtige Infos zum sozialen Netzwerk |  |
|-----------------------------------------------|--|

**Beschreiben Sie die Infrastruktur der Wohnumgebung des/der Kunden\*in.  
Beantworten Sie bitte alle Punkte.**

|                                          |  |
|------------------------------------------|--|
| Öffentliche Verkehrsmittel               |  |
| Einkaufsmöglichkeiten                    |  |
| Bank/Sparkasse                           |  |
| Ärzt*innen und Apotheke                  |  |
| Frisör, Fußpflege                        |  |
| Parkanlagen                              |  |
| Sonstige wichtige Infos zur Wohnumgebung |  |

**Wie wohnt der/die Kunden\*in?  
Beantworten Sie bitte alle Punkte.**

|                                                           |  |
|-----------------------------------------------------------|--|
| Zugang zur Wohnung, zum Haus (z.B. barrierefrei, Stiegen) |  |
| Stockwerk                                                 |  |

|                                           |  |
|-------------------------------------------|--|
| Sonstige wichtige Infos zur Wohnsituation |  |
|-------------------------------------------|--|

Ausstattung der Wohnung (bitte ankreuzen)

- ☐ Küche
- ☐ Bad/Dusche
- ☐ WC
- ☐ Wohnzimmer
- ☐ Schlafzimmer
- ☐ Garten / Balkon
- ☐ Heizung
- ☐ Telefon/Notfallknopf
- ☐ Haustiere

**Beschreiben Sie bitte, warum der/die Kunden\*in betreut wird.  
Beantworten Sie bitte alle Punkte.**

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen  |  |
| Körperliche Einschränkungen                 |  |
| Sonstige wichtige Infos zum Betreuungsgrund |  |

**Art und Umfang der Betreuung.**  
**Beantworten Sie bitte alle Punkte.**

|                                                     |  |
|-----------------------------------------------------|--|
| Welche Berufsgruppen betreuen den/die Klient*in     |  |
| Wie häufig kommt jede Berufsgruppe?                 |  |
| Welche sozialen Dienste sind im Einsatz?            |  |
| Welche Tätigkeiten werden durch die HH durchgeführt |  |
| An welchen Tagen kommt die HH?                      |  |
| Sonstige wichtige Infos zur Wohnumgebung            |  |

**Beschreiben Sie die Betreuung ihres/ihrer Kliente\*in strukturiert nach den A(B)EDLs = Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens anhand des Strukturmodells nach Krohwinkel**

**Beachten Sie bei allen Punkten den folgenden Aufbau:**

**G** = Gewohnheiten, **B** = Besonderheiten, **R** = Ressourcen, **P** = Probleme, **Z** = Ziele, **M** = Maßnahmen.

**WICHTIG**

- **Ressourcen** bei jeder A(B)EDL anführen! (3, wenn kein Betreuungsbedarf 5)
- **Probleme/Ziele/Maßnahmen** nur anführen, wenn ein Problem vorhanden ist oder Maßnahmen Sinn machen!
- **Gibt es in einer A(B)EDL KEIN Problem, dann schreiben Sie das bitte dazu (Derzeit kein Betreuungsbedarf)! → darf max. 3-mal geschrieben werden**

## Kommunizieren können.

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| Wie nimmt der Mensch seine Umgebung wahr?         |  |
| Wie kann der Mensch Sie verstehen?                |  |
| Wie kann der betreute Mensch kommunizieren?       |  |
| Wie ist seine Orientierung?                       |  |
| Wie kann der Mensch Gefühle und Emotionen zeigen? |  |
| Werden Hilfsmittel zur Kommunikation verwendet?   |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „Kommunizieren können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |

|            |  |
|------------|--|
| Ziele:     |  |
| Maßnahmen: |  |

## Sich bewegen können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                            |  |
|------------------------------------------------------------|--|
| Wie ist die Körperhaltung?                                 |  |
| Wie kann sich der betreute Mensch bewegen?                 |  |
| Welche Bewegungseinschränkungen zeigt der betreute Mensch? |  |
| Wie ist das Gleichgewicht des betreuten Menschen?          |  |
| Wo bewegt sich der betreute Mensch?                        |  |
| Welche Hilfsmittel für die Bewegung werden verwendet?      |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „sich bewegen können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

### **Vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können**

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie ist die Atmung?                                                       |  |
| Wie ist die Herz-Kreislaufsituation<br>(Vitalparameter: Blutdruck, Puls)? |  |
| Wie ist der Wärmehaushalt (z.B. schwitzen, frieren)?                      |  |
| Gibt es Besonderheiten bei den lebenswichtigen Körperfunktionen?          |  |

|                                                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Gibt es Erkrankungen oder Infektionen (wenn ja, welche)?                                         |  |
| Welche Hilfsmittel (z.B. Blutdruckmessgerät, Blutzuckermessgerät, Atemtrainer) werden verwendet? |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „vitale Funktionen des Lebens aufrecht erhalten können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## Sich pflegen können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Wie und von wem wird die Hautpflege durchgeführt?                |  |
| Wie und von wem wird die Körperpflege durchgeführt?              |  |
| Wie ist der Hautzustand?                                         |  |
| Gibt es Besonderheiten bei den lebenswichtigen Körperfunktionen? |  |
| Wie und von wem wird die Zahn- und Mundpflege durchgeführt?      |  |
| Gibt es Hautschädigungen?                                        |  |
| Welche Hilfsmittel werden verwendet?                             |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „sich pflegen können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |

|            |  |
|------------|--|
| Probleme:  |  |
| Ziele:     |  |
| Maßnahmen: |  |

## Essen und Trinken können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                      |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Welche Essgewohnheiten hat der betreute Mensch?                                                      |  |
| Hat der betreute Mensch Lebensmittelallergien oder verträgt er bestimmte Lebensmittel nicht?         |  |
| Muss der betreute Mensch eine Diät einhalten (z.B. Diabetikerkost, Schonkost)?                       |  |
| Hat der betreute Mensch Probleme beim Schlucken oder Kauen?                                          |  |
| Welche Vorlieben hat der betreute Mensch beim Essen und Trinken?                                     |  |
| Wie ist die Zahnsituation des betreuten Menschen?                                                    |  |
| Welche Hilfsmittel (z.B. spezielles Besteck, spezieller Trinkbecher, Zahnprothese) werden verwendet? |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „essen und trinken können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## Ausscheiden können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Welche Gewohnheiten zur Stuhlausscheidung hat der betreute Mensch?                                           |  |
| Gibt es Besonderheiten bei der Stuhlausscheidung (z.B. Obstipation, Durchfall, Blähungen)?                   |  |
| Gibt es Besonderheiten bei der Urinausscheidung?                                                             |  |
| Ist der betreute Mensch kontinent?                                                                           |  |
| Welche Hilfsmittel (z.B. Harnflasche, Inkontinenzversorgung, Toilettenstuhl, Harnkatheter) werden verwendet? |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „ausscheiden können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |

|            |  |
|------------|--|
| Ziele:     |  |
| Maßnahmen: |  |

## Sich kleiden können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Welche Vorlieben hat der betreute Mensch bezüglich der Bekleidung?                                                      |  |
| Was ist dem betreuten Menschen bezüglich seiner Kleidung wichtig?                                                       |  |
| Ist ausreichend passende Kleidung vorhanden (z.B. Sommerbekleidung, Winterbekleidung, Kleidung in der richtigen Größe)? |  |
| Erkennt der betreute Mensch, wenn Kleidung verschmutzt ist?                                                             |  |
| Wie und von wem wird die Kleidung gereinigt (z.B. gibt es eine Waschmaschine)?                                          |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „sich kleiden können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## **Ruhen und Schlafen können**

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie ist der Tag-Nacht-Rhythmus des betreuten Menschen?                                                              |  |
| Welche Schlafgewohnheiten hat der betreute Mensch (z.B. Mittagsschlaf, Schlafumgebung hell – dunkel, laut – leise)? |  |
| Gibt es Besonderheiten beim Schlaf (z.B. bestimmte Schlafrituale)?                                                  |  |

|                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Hat der betreute Mensch Probleme beim Schlafen (z.B. Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, häufige Toilettengänge in der Nacht)? |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „Ruhe und Schlafen können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## Sich beschäftigen können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie gestaltet der betreute Mensch seinen Tag?                                                                       |  |
| Welche Aktivitäten mit anderen Menschen gibt es (z.B. Freunde treffen, plaudern, Spiele, Ausflüge, Kaffee trinken)? |  |
| Welche Hobbies hat der betreute Mensch?                                                                             |  |
| Fühlt sich der betreute Mensch einsam?                                                                              |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „sich beschäftigen können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten können

Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:

|                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie gestaltet der betreute Mensch Rolle als Mann oder Frau?                                 |  |
| Wie ausgeprägt ist das Schamgefühl (z.B. Frau möchte nicht von einem Mann gepflegt werden)? |  |

Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „sich als Mann/Frau fühlen und verhalten können“ bei Ihrem/Ihrer Klient\*in:

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## Für eine sichere Umgebung sorgen können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie ist die Wohnumgebung gestaltet (z.B. Sicherheit in der Wohnung, Sturzgefahr)?                     |  |
| Welche Aktivitäten im Haushalt werden vom betreuten Menschen durchgeführt?                            |  |
| Welche Sicherheitsmaßnahmen gibt es in der Wohnung (z.B. Haltegriffe, Antirutschmatten, Rufhilfe)?    |  |
| Welche Hilfsmittel zur Orientierung gibt es in der Wohnung (z.B. Nachtlicht, Uhr, Kalender, Zeitung)? |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „für eine sichere Umgebung sorgen können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

## Soziale Bereiche des Lebens sichern können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                                                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Mit welchen Personen hat der betreute Mensch Kontakt (z.B. Lebenspartner:in, Kinder, Freunde, Geschwister, Betreuungspersonen)? |  |
| Wie werden finanzielle Aufgaben geregelt?                                                                                       |  |
| Wie werden Amtswege geregelt?                                                                                                   |  |
| Wie nimmt der betreute Mensch am gesellschaftlichen Leben Teil (z.B. Familienfeiern, Urlaub, Kultur)?                           |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „soziale Bereiche des Lebens sichern können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |

|            |  |
|------------|--|
| Maßnahmen: |  |
|------------|--|

## Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen in ganzen Sätzen:**

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie ist die Einstellung des betreuten Menschen zu Tod/Sterben?                    |  |
| Welche (belastende, fördernde) Lebenserfahrungen hat der betreute Mensch gemacht? |  |
| Welche Einstellung zu Religion und Glaube hat der betreute Mensch?                |  |
| Welche für die Betreuung wichtigen Informationen aus der Biografie kennen Sie?    |  |

**Beschreiben Sie hier nach dem Aufbau die A(B)EDL „mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“ bei Ihrem/Ihrer Klienten\*in:**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Gewohnheiten:   |  |
| Besonderheiten: |  |
| Ressourcen:     |  |
| Probleme:       |  |
| Ziele:          |  |
| Maßnahmen:      |  |

### **Persönliche Wahrnehmungen und Anmerkungen:**

Bitte beschreiben Sie hier bitte welche Beobachtungen und Veränderungen Sie beim betreuten Menschen während des Betreuungszeitraumes wahrnehmen konnten.

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen dazu in ganzen Sätzen!**

|                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Wie hat sich das Betreuungsverhältnis zwischen Ihnen und dem betreuten Menschen entwickelt oder verändert? |  |
| Welche zusätzlichen Betreuungsmaßnahmen konnten Sie entdecken?                                             |  |
| Wie war die Kommunikation mit dem betreuten Menschen möglich?                                              |  |
| Was hat aus Ihrer Sicht gut funktioniert?                                                                  |  |
| Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf im Umgang oder der Betreuung?<br>sonstige wichtige Informationen          |  |

## 6. Kommunizieren können

### 6.1. Sehbehinderung

Die Weltblindenunion (WBU) geht davon aus, dass **weltweit 253 Millionen Menschen** blind oder sehbehindert sind. Es wird angenommen, dass rund 3,4% der österreichischen Bevölkerung von Blindheit oder Sehbehinderungen betroffen sind. Dies entspricht rund **300.000 Menschen** (Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich, o.J.).

#### 6.1.1. Umgang mit Sehbehinderung

Der Umgang mit Menschen mit Sehbehinderungen stellt im Alltag häufig eine besondere Herausforderung dar. Unterstützende Geräte wie z.B. Computer oder Hilfsmittel für den Alltag, können die Selbstständigkeit der Betroffenen deutlich erhöhen. Allerdings wird ihre Nutzung häufig durch hohe Kosten oder mangelnde Verfügbarkeit eingeschränkt.

Blindheit und Sehbehinderung haben direkte Auswirkungen auf viele Bereiche des täglichen Lebens. Oft ist es nötig, sich anders einzurichten und zu organisieren, als sehende Menschen das tun, um ein ausgefülltes und selbstbestimmtes Leben zu führen (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband, o.J.).

Die Kombination aus technischen Hilfsmitteln und individueller Betreuung kann die Lebensqualität von sehbehinderten Menschen deutlich verbessern. Während technische Hilfsmittel die Selbstständigkeit fördern, spielt die Kommunikation eine wichtige Rolle.

Besonders herausfordernd ist, dass sehbehinderte Personen nonverbale Signale, wie Gestik oder Mimik nur eingeschränkt wahrnehmen können. Deshalb ist eine klare, direkte und respektvolle verbale Kommunikation sehr wichtig. Wichtig ist außerdem, sich stets mit Namen und Funktion (Heimhilfe) vorzustellen, da dies Vertrauen schafft und den Klient\*innen hilft, ihre Gesprächspartner besser einzuordnen.

### 6.1.2. Aufgaben der Heimhilfe

Für die Unterstützung von sehbehinderten Menschen ist es wichtig, verschiedene Kommunikations- und Orientierungshilfen zu nutzen. Neben der klaren verbalen Kommunikation können auch alternative Kommunikationsmittel wie taktile Zeichen, zum Beispiel durch Berührung oder auditive Signale zum Beispiel akustische Orientierungshilfen eingesetzt werden. Ebenso sollten regelmäßige Schulungen und Fortbildungen für Heimhilfen stattfinden, um den Umgang mit sehbehinderten Klient\*innen sicher und respektvoll zu gestalten. Eine angepasste Umgebung mit taktile Bodenmarkierungen oder tastbaren Schildern an Türen hilft, Unfälle zu vermeiden und fördert das Gefühl von Selbstständigkeit. Die optimale Betreuung ergibt sich aus einer Kombination von technischer Unterstützung, angepasster Kommunikation und einer barrierefreien Umgebung (Blinden- und Sehbehindertenverband Steiermark, o.J.).

## TIPPS FÜR DEN UMGANG MIT SEHBEHINDERTEN KLIENTEN

|                                                                                     |                                                                                          |                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>Pünktlich sein</b>                                                                    | Machen Sie sich beim Betreten des Raumes durch Ansprechen oder Geräusche bemerkbar                                                                                       |
|  | Sprechen Sie den Pflege- und Betreuungsempfänger*in direkt von vorne auf Gesichtshöhe an | Kündigen Sie Handlungen immer an                                                    |
|  | Greifen Sie Klient*innen nicht unangekündigt an                                          | Beseitigen Sie mögliche Hindernisse oder weise Sie auf solche hin                                                                                                        |
|  | Hilfsmittel nutzen z.B. Blindenstock, Haltegriffe                                        | Bieten Sie Hilfestellung beim Einsteigen in den öffentlichen Verkehrsmitteln an     |
|  | Platzieren Sie Gebrauchsgegenstände an den gewohnten Stellen                             | Beschreiben Sie die Platzierung der Nahrung mit Hilfe der Uhr („Erbsen auf 6 Uhr“)  |

Grafik 5 (KI- generiert)

Heimhilfeberufsausbildung: Grundzüge der Betreuung; © Akademie des Wiener Roten Kreuzes.

Autorin: Elena Schock,

Version:1/10/2025

### 6.1.3. Arten der Sehbehinderung

#### Diabetische Netzhauterkrankung

Diabetische Netzhauterkrankungen entwickeln sich in der Regel sehr langsam und anfangs unbemerkt. Sie führen bei schweren Verläufen aber zu starkem Sehverlust bis hin zur Erblindung, vor allem dann, wenn sie gar nicht oder erst sehr spät behandelt werden. Durch regelmäßige Vorsorge rechtzeitig erkannt, können derzeitige Therapien den weiteren Verlauf der Erkrankung verzögern, in vielen Fällen sogar stoppen. Eine Heilung ist aber nicht möglich. Diabetesbedingte Netzhauterkrankungen sind in Europa und Nordamerika die häufigste Erblindungsursache bei Menschen im Alter zwischen 20 und 65 Jahren. Eine wichtige Maßnahme zur Vorbeugung besteht in der Therapie des Diabetes mellitus. Der Blutdruck sowie die Blutzucker- und Blutfettwerte sollten gut eingestellt sein. Aber auch bei idealem Therapieverlauf lässt sich die Erkrankung der Netzhaut nicht immer verhindern. Darum sollte regelmäßig eine augenärztliche Kontrolle erfolgen, und zwar einmal im Jahr, wenn noch keine Schäden an der Netzhaut bestehen, und alle drei bis sechs Monate, wenn bereits Anzeichen einer diabetischen Netzhauterkrankung erkennbar sind. Denn je früher Veränderungen erkannt werden, desto besser sind die Erfolgsaussichten der Behandlung. (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband, o.J.).

#### Grüner Star (Glaukom)

Das Glaukom ist weltweit eine der häufigsten Erblindungsursachen. In Deutschland leiden geschätzt 970.000 Menschen an diesem Krankheitsbild. An einem Glaukom kann prinzipiell jeder erkranken, ab dem 40. Lebensjahr jedoch erhöht sich das Risiko.

Eine regelmäßige Vorsorgeuntersuchung beim Augenarzt\*in sollte ab dem 40. Lebensjahr erfolgen. Wenn Glaukomerkrankungen in der Familie vorkommen, ist es gut, schon früher zu ärztlichen Kontrollen zu gehen. Denn, die durch ein Glaukom verlorene Sehkraft lässt sich nicht wiederherstellen (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband, o.J.).

## Grauer Star (Katarakt)

Der Graue Star ist eine Trübung der ursprünglich klaren Augenlinse, eine verminderte Sehleistung ist die Folge. Menschen, die am Grauen Star erkrankt sind, nehmen ihre Umgebung nur noch unscharf, matt oder verschleiert wahr. Die Farben verlieren an Leuchtkraft und die Blendempfindlichkeit ist deutlich erhöht. Meistens ist der Graue Star altersbedingt und tritt häufig erst weit nach dem 60. Lebensjahr auf. Eine Operation, bei der eine künstliche Linse eingesetzt wird, ist die einzige Möglichkeit, die Sehkraft wieder zu verbessern (Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband, o.J.).

## 6.2. Hörbehinderung

In Österreich leben nach Angaben ungefähr **2 Millionen Menschen**, die von einer Hörbeeinträchtigung betroffen sind, davon werden etwa **8.000 bis 10.000 Personen** als gehörlos (taub) eingestuft. Für Wien ergibt das eine Personengruppe von ca. 375.000 Menschen mit Hörminderung (Schwerhörigen-Service,o.J.).

Laut WHO (Weltgesundheitsorganisation) rechnet man bis zum Jahr 2050 mit 900 Millionen hörbehinderten Menschen weltweit! Betrachtet man Statistiken sind in Europa ca. 119 Millionen Menschen schwerhörig, das sind etwa 16% der europäischen Gesamtbevölkerung (Österreichischer Schwerhörigenbund, o.J.).

### 6.2.1. Umgang mit Hörbehinderung

Menschen mit Hörbeeinträchtigungen stehen im Alltag oft vor besonderen Herausforderungen, da Kommunikationsschwierigkeiten leicht zu Missverständnissen und sozialer Isolation (Rückzug) führen können. Viele Betroffene erleben dadurch ein Gefühl von Ausgrenzung. Umso wichtiger ist es, in der Betreuung und im täglichen Umgang einfühlsam, geduldig und respektvoll zu sein.

Kommunikation ist gerade für hochgradig schwerhörige bis gehörlose Menschen vor allem durch **Gebärdensprache** möglich. Hilfen wie Lippenlesen, Schreiben oder Gesten können die Kommunikation erleichtern. Gebärdensprache ist eine sehr komplexe Sprache, die durch Gesten, Mimik und Körpersprache vermittelt wird. Sie ist in Österreich als eigenständige und vollwertige Sprache anerkannt (österreichische Gebärdensprache). Optimalerweise lernen gehörlose und schwerhörige Kinder in der Schule die österreichische Gebärdensprache. Das ist jedoch nicht an jeder Schule möglich. Es gibt außerdem eigene Schulen für gehörlose und schwerhörige Kinder und Jugendliche. Technische Hilfsmittel können den Alltag von Menschen mit Hörbehinderung/Gehörlosigkeit unterstützen (Gesundheit.GV, o.J.)



## Tipps im Umgang mit hörbehinderten Klienten



**Nicht schreien – deutlich und langsam sprechen**  
→ Laute Sprache ist nicht automatisch verständlicher. Deutliche, langsame Sprache hilft besser.



**Beim Sprechen Blickkontakt halten**  
→ Lippenlesen und Mimik erleichtern das Verstehen.



**Kompletten Satz wiederholen, nicht nur einzelne Wörter**  
→ Ein vollständiger Satz gibt mehr Zusammenhang und erleichtert das Erfassen.



**Nicht von hinten nähern**  
→ Unerwartetes Annähern kann erschrecken – immer von vorne ansprechen



**In Gesprächsrunden aktiv einbeziehen**  
→ Thema nennen, Namen direkt sagen und durch Blickkontakt oder Geste einbeziehen – besonders bei Lärm oder mehreren Gesprächspartner\*innen



**Wichtig:** Achten Sie stets auf eine ruhige Umgebung, ausreichend Licht und respektvollen Umgang. Kleine Anpassungen machen einen großen Unterschied!

**Grafik 6** (KI- generiert)

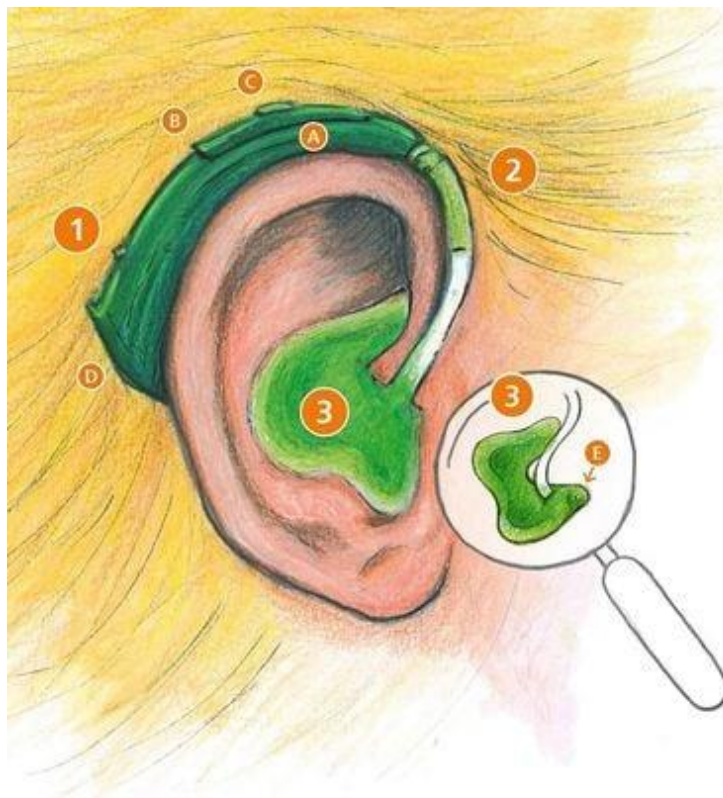
### 6.2.2. Ursachen für Hörbehinderung

Zu den Ursachen für eine Hörbehinderung zählen unter anderem, angeborene bzw. vererbte Hörschädigung, Sauerstoffmangel um den Zeitpunkt der Geburt, Lärmschwerhörigkeit (z.B. bei Jugendlichen nach Konzerten, Disco), Altersschwerhörigkeit (Presbyakusis), Meningitis (Gehirnhautentzündung), Hörsturz, Otosklerose (Erkrankung des Mittel- und Innenohrs, bei der Teile des Ohres verhärtet) sowie Verletzungen oder Tumoren (des Ohres oder des Gehirns) (Gesundheit. GV, o.J.)

### 6.2.3. Umgang mit Hörgeräten

Beim täglichen Umgang mit Hörgeräten ist sorgfältige Hygiene und richtige Handhabung besonders wichtig. Bevor die Hörgeräte eingesetzt werden, sollten die Ohren stets sauber und vollständig **trocken** sein. Ebenso sollten die Hände gewaschen und gut abgetrocknet werden, bevor Batterien gewechselt oder Geräte gereinigt werden. Hörgeräte sind in der Regel **nicht wasserdicht**. Sie dürfen daher weder beim Schwimmen noch beim Duschen oder in der Sauna getragen werden. Auch im Badezimmer sollten sie während des Duschens nicht liegen bleiben, da die **Feuchtigkeit** die empfindliche Elektronik schädigen kann. **Kälte und Hitze** wirken sich ebenfalls negativ auf die Funktion aus, im Winter sollten die Geräte daher durch eine Mütze geschützt und im Sommer niemals im heißen Auto liegen gelassen werden. Zudem ist darauf zu achten, dass Kosmetikprodukte wie Make-up, Haarspray oder Parfum nicht mit den Hörgeräten in Kontakt kommen. Am besten werden die Hörgeräte erst nach dem Auftragen von Pflege- oder Kosmetikprodukten eingesetzt. Bei **medizinischen Untersuchungen** wie Röntgen, MRT oder CT müssen Hörhilfen immer herausgenommen werden, um Schäden durch Strahlung zu vermeiden. Zur Reinigung sollten keine alkoholhaltigen oder aggressiven **Reinigungsmittel** verwendet werden, da diese die empfindlichen elektronischen Teile beschädigen können. Auch spitze Gegenstände wie Nadeln oder Scheren sind ungeeignet. Stattdessen werden spezielle **Bürstchen oder Reinigungstücher** verwendet, die für Hörgeräte vorgesehen sind. Eine tägliche, schonende Pflege trägt zur Funktionserhaltung und Hygiene der Hörgeräte bei und sorgt dafür, dass sie lange funktionieren (Hansert, 2024).

## Hörgeräte einsetzen



### Hauptbestandteile:

- 1 Prozessor
- 2 Hörwinkel
- 3 Ohrpasstück mit Schallschlauch

### Unterbestandteile:

- 4 Mikrofonöffnungen
- 5 Lautstärkeregler
- 6 LED-Anzeige
- 7 Batteriefach
- 8 Gehörgangsstöpsel mit Belüftungsbohrung

26

### Das Hörgerät einsetzen – Schritt für Schritt

Der zapfenförmige Gehörgangsstöpsel zeigt zur Nase und der kleine Zipfel schräg nach oben.



1. Das Ohrpasstück mit Daumen und Zeigefinger anfassen und den Gehörgangsstöpsel in den Gehörgang einführen. Es kann hilfreich sein, die Ohrmuschel leicht nach oben und/oder hinten zu ziehen.

**Linkes Ohrpasstück – linke Hand,  
rechtes Ohrpasstück – rechte Hand.**



2. Das Ohrpasstück bis zur Passung in der Ohrmuschel im Uhrzeigersinn drehen.



3. Das Ohrpasstück mit einem Finger andrücken. Gegebenenfalls muss die Hautfalte im oberen, äußeren Ohrmuschelbereich noch über den kleinen Zipfel des Ohrpasstückes geklappt werden.



4. Den vor dem Ohr baumelnden Prozessor hinter das Ohr schieben.

27

**Bild 2**

## Sehbehinderung



- Weltweit gibt es ca. 253 Millionen sehbehinderte oder blinde Menschen, in Österreich etwa 300.000.
- Sehbehinderung erschwert die Wahrnehmung von nonverbalen Signalen wie Mimik und Gestik
- Vorstellung mit Namen und Funktion (z.B. „Ich bin Ihre Heimhilfe...“) schafft Vertrauen
- Barrierefreie Umgebung mit taktilen Bodenmarkierungen oder tastbaren Schildern reduziert Unfallgefahr

Grafik 7 (KI-generiert)

## Hörbehinderung



In Österreich sind ca. 2 Millionen Menschen hörbeeinträchtigt, etwa 8.000 bis 10.000 sind gehörlos



Hörbehinderte Menschen erleben oft Isolation und Missverständnisse durch Kommunikationsbarrieren



Geduld, Einfühlungsvermögen und respektvolle Kommunikation sind essenziell



Gebärdensprache ist die vollwertige Sprache vieler gehörloser Menschen und in Österreich anerkannt



Hilfen sind Lippenlesen, Schreiben, Gesten und technische Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte)

Grafik 8 ( KI generiert)

## 7. Prophylaxen

Prophylaxen spielen eine wichtige Rolle in der Betreuung und Pflege. Sie haben das Ziel die **Gesundheit** der Klient\*innen zu **erhalten** und **Krankheiten** oder andere gesundheitliche Probleme zu **verhindern**.

Unter Prophylaxen werden eine Vielzahl von **Maßnahmen** zur Vorbeugung zusammengefasst, die je nach Gesundheitszustand und Bedürfnissen individuell an die/den Klient\*in angepasst werden müssen.

### 7.1. Dekubitusprophylaxe

Ein Dekubitus, auch **Druckgeschwür** genannt, ist eine **örtlich begrenzte Schädigung der Haut** und/ oder des **darunterliegenden Gewebes** (Thieme, 2020, S. 195).

Die **Dekubitusprophylaxe** umfasst alle Maßnahmen die getroffen werden können, um die Entstehung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) zu verhindern (Thieme, 2020, S. 195).

**Ursachen** für die Entstehung eines Dekubitus sind:

- **Druck und Zeit** → über eine längere Zeit ausgeübter Druck führt zu einer Mangel durchblutung
- **Scherkräfte** → entstehen dadurch, dass sich die Hautschichten verschieben (z.B. beim Hochziehen im Bett)

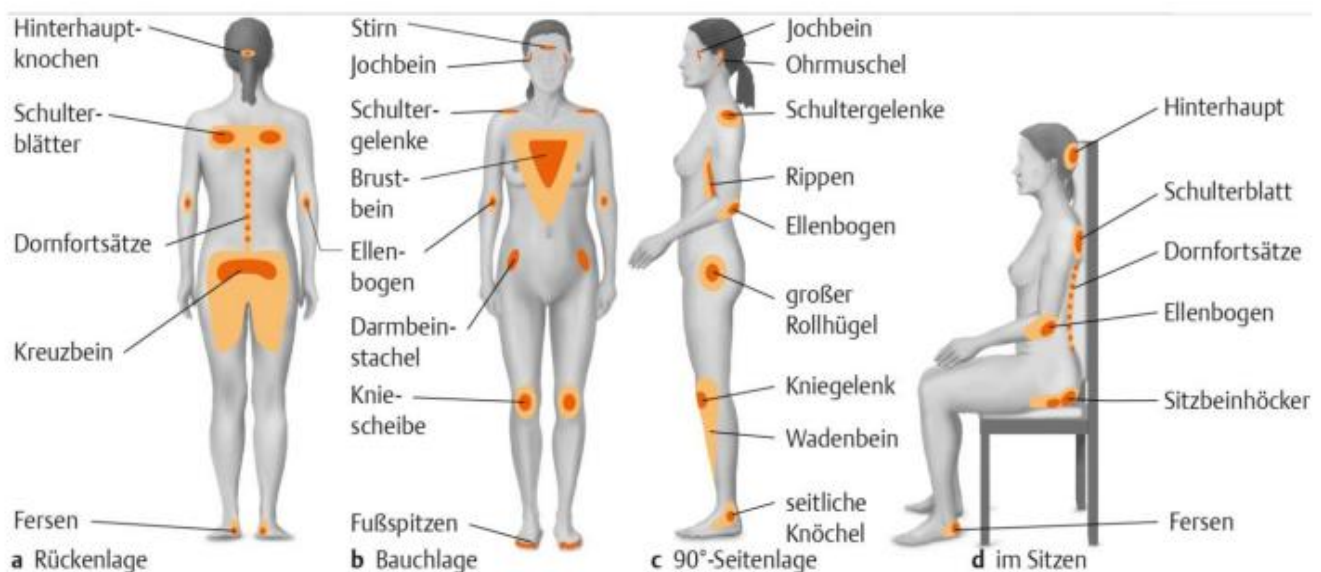
(Thieme, 2020, S. 195)

Die Wahrscheinlichkeit, einen Dekubitus zu entwickeln (**Risikofaktor**) steigt bei sehr trockener dünner Haut, eingeschränkte Beweglichkeit (Immobilität), Durchblutungsstörungen, Herz-Kreislaufferkrankungen, schlechtem Ernährungszustand (Mangelernährung) oder erhöhter Hautfeuchtigkeit z.B. durch Inkontinenz, starkes Schwitzen oder Fieber. Aber auch Erkrankungen wie Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), oder Krebserkrankungen zählen zu den Risikofaktoren (Thieme, 2020, S. 196).

### Prädelektionstellen (besonders gefährdende Stellen)

Ein Dekubitus kann überall entstehen, wo die Haut (für längere Zeit) auf eine feste Unterlage trifft und Druck entstehen kann (Thieme, 2020, S. 196).

Besonders gefährdete Stellen:



**Bild 3**

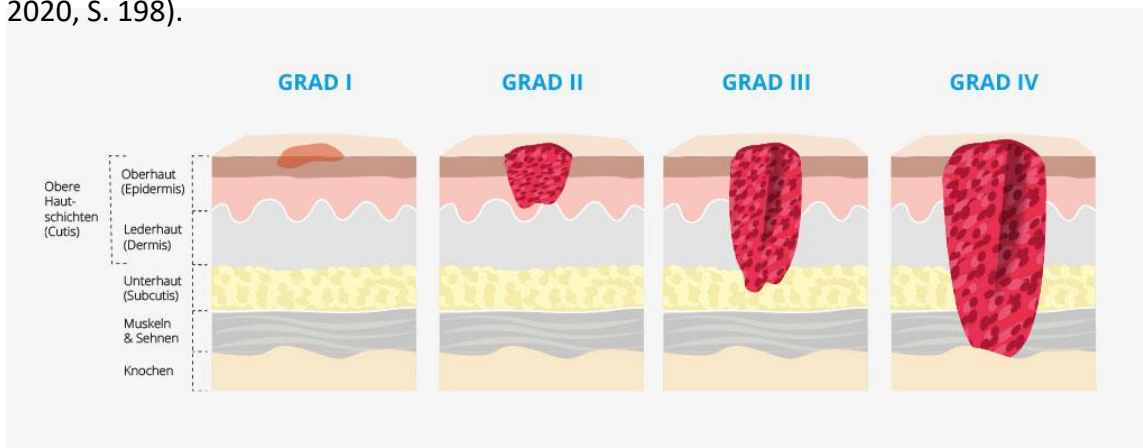
## Dekubitus erkennen

Das erste Anzeichen bei einem Dekubitus ist eine anhaltende **Rötung** der betroffenen Hautstelle. Diese Rötung geht nicht mehr weg. Um zu erkennen, ob ein beginnender Dekubitus vorliegt, wird eine Kontrolle durch den sogenannten „**Fingerdrucktest**“ gemacht (Thieme, 2020, S. 196).

Durch den Fingertest lässt sich eine vorübergehende Rötung von einem Dekubitus Grad 1 unterscheiden. Drücken Sie mit dem Finger in die Mitte der Rötung. Bleibt die Rötung, also lässt sie sich **nicht „wegdrücken“** und wird nicht weiß, gilt der Test als positiv und es liegt ein **Dekubitus Grad 1** vor (Thieme, 2020, S. 197).

## Schweregrade des Dekubitus

Der Dekubitus lässt sich je nach Ausmaß der Hautschädigung in **vier Schweregrade** (Stadien) einteilen. Der **Grad 1** ist erkennbar durch eine anhaltende, „**nicht wegdrückbare**“ **Rötung**. Die Haut ist dabei intakt (kein Hautschaden). Der **Grad 2** zeigt sich durch eine oberflächliche Hautschädigung, oft erkennbar durch eine **Blasenbildung**. Platzt diese Blase auf, bildet sich eine schmerzhaft, infektanfällige Hautverletzung. Darauf folgt **Grad 3**, erkennbar durch eine **Schädigung aller drei Hautschichten** und einer **Nekrose** (Gewebstod). Der **Grad 4** zeigt sich ebenfalls durch eine Schädigung aller Hautschichten. Hier kann das Druckgeschwür bis auf den **Knochen** reichen. **Muskeln, Sehnen und Gelenke** können auch **mitbetroffen** sein (Thieme, 2020, S. 198).



**Bild 4**

Heimhilfeberufsausbildung: Grundzüge der Betreuung; © Akademie des Wiener Roten Kreuzes.

Autorin: Elena Schock,

Version:1/10/2025

## Dekubitus vorbeugen

- Bewegung/ Mobilisation
- Bei Bettlägerigkeit regelmäßiger Positionswechsel (alle 2H)
- Fersen frei positionieren
- Haut beobachten (Rötung?)
- Haut trocken halten
- Haut sanft abtrocknen – nicht reiben!
- Ausreichend Flüssigkeit zuführen
- Eiweißreiche Ernährung
- Faltenfreie Bettwäsche
- Keine Krümel oder harte Gegenstände im Bett liegen lassen

## 7.2. Kontrakturprophylaxe

Als Kontraktur wird eine **Funktions- und Bewegungseinschränkung von Gelenken** bezeichnet. Die betroffenen Gelenke lassen sich nur mehr **begrenzt** oder in schweren Fällen **nicht mehr bewegen** (Thieme, 2020, S. 191).

Die Kontrakturprophylaxe umfasst alle Maßnahmen, um eine **Kontraktur zu verhindern** (Thieme, 2020, S. 191).



Bild 5

**Ursachen** sind:

- Immobilität
- Längere Ruhigstellung z.B. durch Gips
- Unzureichende Positionierung
- Schonhaltung aufgrund von Schmerzen
- Großflächige Narben
- Lähmungen

(Thieme, 2020, S. 191)

Heimhilfeberufsausbildung: Grundzüge der Betreuung; © Akademie des Wiener Roten Kreuzes.

Autorin: Elena Schock,

Version:1/10/2025

Zu einem der größten **Risikofaktoren** gehört die Immobilität bzw. eingeschränkte Bewegungsfähigkeit.

Kann sich ein Mensch über längere Zeit nicht bewegen oder Gelenke werden ruhiggestellt, erhöht das die Gefahr einer Kontraktur. Besonders gefährdet sind Menschen die unter allgemeinen Bewegungsmangel, Bettlägerigkeit, Ortsfixierung (durch z.B. Rollstuhl), Lähmungen (z.B. nach Schlaganfall) oder Knochenbrüchen leiden (Thieme, 2020, S. 192).

### Kontrakturen vorbeugen

Um Kontrakturen zu vermeiden, muss das Gelenk anatomisch richtig positioniert werden. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die **Positionierung** alleine Bewegungseinschränkungen nicht verhindern kann. Aber sie hilft dabei, Fehlstellungen zu vermeiden (Thieme, 2020, S. 192).

Unter der **Spitzfußprophylaxe** versteht man, wenn die Füße durch einen Polster in einer 90° Stellung positioniert werden. Zur Dekubitusprophylaxe wird die Ferse zusätzlich frei gelagert (Thieme, 2020, S. 193).

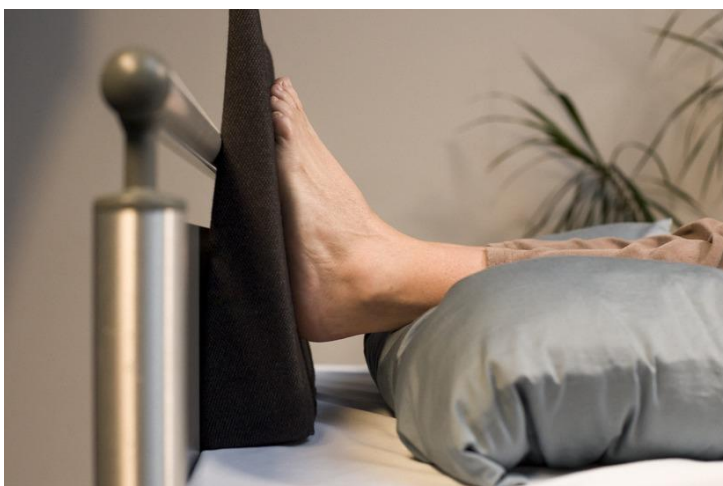


Bild 6

Weiter prophylaktische Maßnahmen sind **Gelenksbewegungen und Bewegungsübungen**. Die Klient\*innen sollten sich nach Möglichkeit selbst bewegen und von der Heimhilfe dabei unterstützt und motiviert werden (Thieme, 2020, 194).

Bewegungsübungen können leicht in den Alltag eingebaut werden. Ein einfaches Beispiel ist das Kämmen der Haare. Beim Kämmen dient die Drehbewegung des Schultergelenks der Kontrakturprophylaxe (Thieme, 2020, S. 195).

### 7.3. Intertrigoprophyaxe

Intertrigo (Wundreiben, Hautwolf) ist eine in den Körperfalten auftretende **Hautentzündung**. Sie kann überall entstehen wo **Haut auf Haut** reibt. Zum Beispiel unter den Brüsten, in der Leiste, zwischen den Fingern oder Zehen, in der Analfalte, in der Bauchfalte oder unter den Achseln.

Bei einer Intertrigo klagen die Betroffenen über ein **brennen** oder **jucken** im Bereich der entzündeten Hautbereiche. Heimhilfen bemerken bei der Beobachtung, dass die Hautentzündung wässriges Wundsekret abgibt. Die Haut ist **gerötet** oder auch **weißlich belegt** (=Pilz). Intertrigo zeigt sich oft **scharf begrenzt** und beschränkt sich auf eine Hautstelle. Intertrigo ist nicht ansteckend (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 207).



**Bild 7**

**Risikofaktoren** für die Entstehung sind unter anderem starkes Schwitzen, Übergewicht, Fieber, Harn- und Stuhlinkontinenz, Immobilität, falsche bzw. nicht ausreichende Hautpflege, erhöhte Infektanfälligkeit (z.B. durch Diabetes mellitus), oder Immunschwäche (vgl. Pflegeassistenten heute, 2021, S. 207).

Eine **Folge** kann wegen der gestörten bzw. verletzten Schutzschicht der Haut sein, dass sich an der betroffenen Körperstelle (vor allem in der Analfalte) ein Dekubitus entwickelt. Auch Hautinfektionen, besonders Pilzinfektionen (Mykosen) sind möglich (Pflegeassistenten heute, 2021, S. 208).

### Intertrigo vorbeugen

Heimhilfen achten beim Kontakt mit Hautbereichen, die von Intertrigo betroffen sind auf die **Hygiene**. Die Hände müssen desinfiziert werden. Zusätzlich müssen Einmalhandschuhe getragen werden (Pflegeassistenten heute, 2021, S. 208).

Bei Harn- und Stuhlinkontinenz sollte der Hautkontakt mit den Ausscheidungen so kurz wie möglich sein → regelmäßig **Inkontinenzversorgungssystem wechseln!**

Intertrigo macht eine **regelmäßige Hautpflege** notwendig. Das Waschwasser sollte lauwarm sein. Waschlotionen sollten **pH- neutral** sein bzw. sollte nur **klares Wasser** verwendet werden. Wenn eine pH neutrale Seife verwendet, muss immer mit klarem Wasser nachgewaschen werden. Die Haut und besonders die **Hautfalten** müssen gut **abgetrocknet** werden (tupfen nicht reiben!). **Hautsalben** dürfen **nur nach ärztlicher Anordnung** verwendet werden. Eine weitere vorbeugende Maßnahme besteht darin, Haut-auf-Haut-Kontakt zu vermeiden. Dies kann zum Beispiel erreicht werden, indem ein **Baumwolltuch** zwischen die Hautfalten gelegt wird.

#### 7.4. Thromboseprophylaxe

Als Thrombose wird eine Gefäßerkrankung bezeichnet, bei der sich ein Blutgerinnsel (Thrombus) in einem Gefäß bildet und dieses verschließt (Thieme, 2020, S. 188).

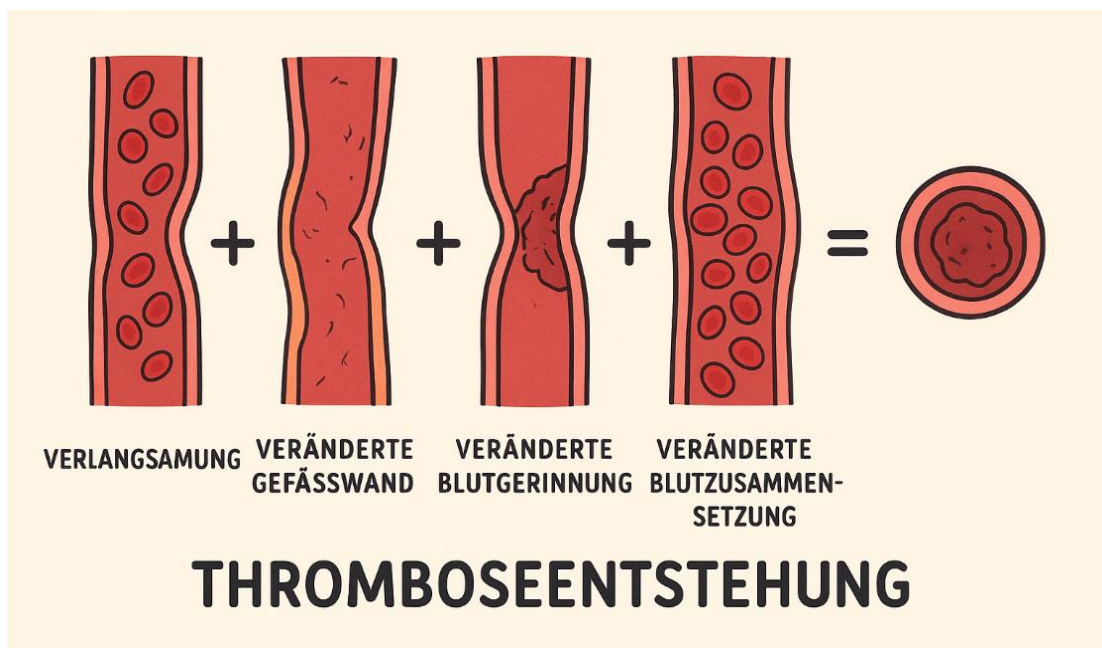
Thrombosen können in Venen und Arterien entstehen!

Wir sprechen bei der Thromboseprophylaxe aber nur von der Thrombose welche in den **Venen** (meist tiefen Beinvenen) entstehen

**Arterielle Thrombosen** wie Herzinfarkt oder Schlaganfall gibt es zwar auch, aber sie können **nicht** durch pflegerische Maßnahmen **verhindert** werden.

3 Veränderungen sind für die Entstehung einer Thrombose verantwortlich → **Virchow- Trias**

1. Die Schädigung der Gefäßwand z.B. durch Verletzungen oder Operationen
2. Die Verlangsamung des Blutes z.B. durch Immobilität
3. Die Veränderung der Zusammensetzung des Blutes z.B. durch erhöhte Blutgerinnung (durch Pille, Nikotin)



Grafik 9

## Thrombose erkennen

**Es gehört zu den Aufgaben der Heimhilfe Anzeichen einer Thrombose zu erkennen.** Es ist wichtig, dass Sie Symptome einer Thrombose erkennen um richtig und schnell reagieren zu könne.

**Symptome** sind:

- Ziehender Schmerz im betroffenen Bein
- (einseitige) Schwellung
- Blaurot verfärbte glänzende Haut
- Druck auf die betroffene Stelle löst starke Schmerzen aus
- Hitzegefühl im Bein

(Thieme, 2020, S. 188)



**Bild 8**



## Lungenembolie

Ein Blutgerinnsel (Thrombus) kann sich lösen, in die Lunge wandern und **lebensgefährlich** werden!! → Lungenembolie

Bei Verdacht auf eine Lungenembolie zählt jede Sekunde! Bewahren Sie Ruhe und wählen Sie den **Notruf (144)**

### Thrombose vorbeugen

Um eine Thrombose zu verhindern werden **Medikamente** und **Bewegungs- und Positionierungsmaßnahmen** eingesetzt (Thieme, 2020, S. 188).

Zur medikamentösen Thromboseprophylaxe können **gerinnungshemmende Medikamente** (Antikoagulanzen – Blutverdünner) genutzt werden. Diese werden entweder unter der Haut (subkutan – als Spritze) oder über den Mund (oral – als Tablette) verabreicht. Die/ Der Ärzt\*in verschreibt das passende Medikament mit der passenden Dosierung für die/ den Klient\*in (Thieme, 2020, S. 189).

**Für die Gabe von gerinnungshemmenden Medikamenten unter die Haut sind ausschließlich Pflegekräfte verantwortlich!**

**HEIMHILFEN DÜRFEN DIESE MEDIKAMENTE NICHT VERABREICHEN!**

Weitere Prophylaktische Maßnahmen sind neben den Medikamenten auch die **Kompression der oberflächlichen Venen**. Das passiert durch die sogenannten **medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfe (MTS)**. Aber auch die Aktivierung der Muskelpumpe z.B. durch **Bewegungsübungen, Mobilisation, das Hochlagern der Beine (20-30°)** und die **ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit (Wasser)** sind Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe (Thieme, 2020, S. 189).

### Das Anziehen von Kompressionsstrümpfen

Vor dem Abziehen der Kompressionsstrümpfe sollten die Beine ca. 15-20 Minuten hochgelagert werden um die Venen zu entlasten und den Blutfluss zum Herzen zu fördern.

MTS werden in verschiedenen Größen hergestellt. Um die richtige Größe für die/ den Klient\*in zu ermitteln werden die Beinlänge und der Beinumfang von einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson abgemessen, nur so kann eine optimale Wirkung erzielt werden.

Weitere wichtige Voraussetzungen für die optimale Wirkung der MTS ist neben der Passgenauigkeit auch der **faltenfreie und korrekte Sitz der Kompressionsstrümpfe an den Fersen**. Die **Kontrolle auf Einschnürungen** welche Druckstellen auslösen können, **Durchblutungsstörungen** und **Schmerzen** sind wichtige Aufgaben der Heimhilfe. Die Kontrolle wird durch das Sichtfenster am Ende des Strumpfes ermöglicht.



**Für Kompressionsstrümpfe wird immer eine ärztliche Anordnung benötigt!**

Bild 9

# Übungen für starke Venen



Bewegung ist ein wichtiger Faktor für die Venengesundheit. Aus diesem Grund sollten gerade die Fuß- und Beinmuskeln gebraucht werden, denn so werden auch die Venen fit gehalten. Hier finden Sie einfache Venenübungen, die Sie zuhause oder auf der Arbeit in der Pause durchführen können.

## Fußwippe

Stellen Sie sich gerade hin. Dann heben und senken Sie die Fersen. Die Übung 10 Mal wiederholen.



## Zehenspitzen heben

Stellen Sie sich gerade hin. Abwechselnd heben Sie dann die Zehenspitzen an. Beide Seiten 10 Mal wiederholen.



## Radfahren in der Luft

Legen Sie sich auf den Rücken und fahren Sie dann in der Luft Fahrrad für etwa 30 Sekunden. Wiederholen Sie die Übung nach einer kurzen Pause.



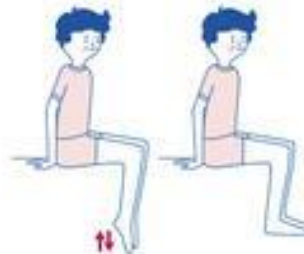
## Füße beugen und strecken

Setzen Sie sich am besten auf einen stabilen Hocker ohne Lehne. Halten Sie den Rücken gerade und schließen Sie die Beine. Ober- und Unterschenkel sollten einen 90-Gradwinkel bilden. Dann den Fuß abwechselnd nach vorn strecken und wieder zum Schienbein ziehen. Mit dem anderen Fuß wiederholen. Je 10 Wiederholungen.



## Fußwippe im Sitzen

Die Fersen so weit wie möglich anheben, so dass die Zehenspitzen noch den Boden berühren. Dann langsam senken und nun die Zehenspitzen nach oben ziehen. 10 Mal wiederholen.



## Fußkreisen in der Luft

Legen Sie sich auf den Rücken und heben Sie zunächst ein Bein im 90-Gradwinkel an. Dann kreisen Sie mit dem Fuß abwechselnd nach innen und nach außen. Wechseln Sie danach das Bein. Wiederholen Sie die Übung mit jedem Fuß 10 Mal.



## 7.5. Pneumonieprophylaxe

Unter einer Pneumonie (Lungenentzündung) versteht man die Entzündung des Lungengewebes durch Bakterien, Viren oder Pilze.

**Die Pneumonie ist die häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit**

**(Thieme, 2020, S. 471)**

**Symptome** einer Pneumonie sind:

- Hohes Fieber
- Schneller Puls
- Husten mit Auswurf (eitrig, gelb, grün)
- Atemnot
- Blaufärbung der Haut vor allem der Lippen
- Schmerzen beim Atmen

(Thieme, 2020, S. 472)

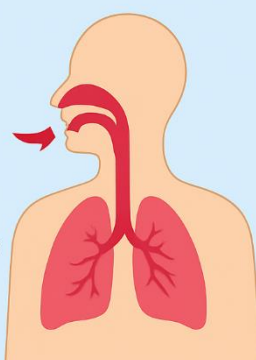
Zu den **Risikofaktoren** zählen neben dem hohen Alter (alte Menschen) auch die Immobilität, chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD), Schluckstörungen (Gefahr der Aspirationspneumonie), schlechte Mundhygiene (Gefahr der Pneumonie durch z.B. Soor) und eine verminderte Immunabwehr (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 209).

### 1. Aspirationspneumonie

**Ursache**  
Verschlucken von Essen, Trinken oder Erbrochenem, das in die Lunge gelangt

**Gefahr**  
Lunge entzündet sich

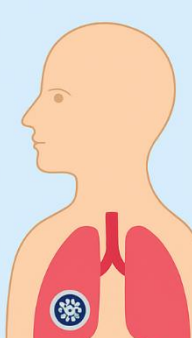
**Warnzeichen**  
Husten beim Essen, Fieber, Atemnot



### 2. Pneumonie durch Soor (Pilzinfektion)

**Ursache**  
Pilze (z. B. Candida/Soor) in der Lunge

**Gefahr**  
Lunge entzündet sich, meist bei schwachem Immunsystem



**Grafik 10**(KI- generiert)

# THERAPIE DER LUNGENENTZÜNDUNG

## ÄRZTLICHE THERAPIE

-  Antibiotika  
(z. B. Amoxicillin, Levofloxacin)
-  Sauerstoffgabe
-  Fieber- und Schmerzmittel  
(z. B. Paracetamol, Ibuprofen)
-  Krankenhausaufenthalt

## HAUSMITTEL & UNTERSTÜTZENDE MASSNAHMEN

-  Ruhe & Schonung
-  Flüssigkeit
-  Lufthuchtigkeit
-  Lufthuchtigkeit zu trocken halten
-  Inhalationen
-  Husten lindern, aber nicht unterdrücken
-  Luftfeuchtigkeit

## WANN SOFORT ZUM ARZT

-  Atemnot, schneller Puls oder Blaufärbung der Lippen/Finger
-  Hohes Fieber über mehrere Tage
- Verschlechterung des Allgemeinzustandes

Grafik 11 (KI- generiert)

## Pneumonie vorbeugen

**Prophylaktische Maßnahmen** um eine Pneumonie vorzubeugen sind:

- ✓ Mobilisation
- ✓ Bewegungsübungen
- ✓ 30° Oberkörperhochpositionierung im Bett
- ✓ Atemübungen
  - Glas Wasser durch Strohhalm pusten
  - Gegen Windrad pusten
  - Watte vom Tisch pusten

- ✓ Ausreichend Trinken
- ✓ Sitzposition bei Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Aspirationsprophylaxe)
- ✓ Mundhygiene! (Soorprophylaxe)

(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 2010)

## 7.6. Obstipationsprophylaxe

Bei der Obstipation (Stuhlverstopfung) kann Stuhl nur unregelmäßig und schwer abgesetzt werden. Die Konsistenz des Stuhls ist hart, die Betroffenen klagen über Schmerzen bei der Stuhlentleerung (Thieme, 2020, S. 267).

**Obstipation kann in einzelnen Fällen ein Hinweis auf ernsthafte Erkrankungen sein. Es ist dringend notwendig die/ den Ärzt\*in zu informieren, wenn Blut im Stuhl ist**

**Ursachen** für eine Obstipation sind verschieden. Eine Obstipation kann Ursachen haben wie z.B. Darmerkrankungen, eingeschränkte Flüssigkeitszufuhr, Störungen der Stuhlausscheidung (z.B. Scham, Schmerzen durch Hämorrhiden), Immobilität, ballaststoffarme Ernährung aber auch Medikamente wie Antibiotika, Schmerzmittel (Opioide), Antidepressiva (Thieme, 2020, S. 268).

**Während einer Therapie mit Opioiden (z.B. Morphin) ist es in der Regel erforderlich, zusätzlich ärztlich verschriebene Abführmittel (Laxanzien) zu nehmen**

## Obstipation vorbeugen

Je länger der Stuhl im Darm bleibt, desto fester wird er. Verschieden **prophylaktische Maßnahmen** können helfen, eine Verstopfung zu vermeiden (Thieme, 2020, S. 269).

- ✓ Sobald Stuhldrang verspürt wird Toilette aufsuchen – Stuhldrang nicht unterdrücken
- ✓ Ballaststoffreiche Ernährung
  - Gedörrte Früchte (Zwetschgen, Marillen)
- ✓ Stopfende Nahrungsmittel (Schokolade, Weißbrot, Bananen) vermeiden
- ✓ Viel trinken (min. 2L pro Tag)
- ✓ Bewegung

## 7.7. Sturzprophylaxe

Ein Sturz ist ein **ungewollter Fall** eines Menschen, oft mit der Folge von Verletzungen.

Die Ursachen für Stürze sind vielfältig:

- Bewegungsstörungen
  - durch Schwäche,
  - Koordinationsproblemen, etc..
- Umgebungsbedingte Faktoren
  - Rutschige Böden
  - Schlechte Beleuchtung
  - Stolperfallen
  - Schlechte Schuhwerk
- Nebenwirkungen von Medikamenten
  - Beruhigungs- und Schlafmittel

- Sehstörungen
- Alkohol- und Drogenkonsum
- Fehlende Hilfsmittel

**Risikogruppen** für Stürze sind vor allem ältere Menschen, Menschen nach schweren Erkrankungen wie z.B. Schlaganfall mit Bewegungseinschränkungen und Menschen mit Sehbehinderung. Folgen von Stürzen sind Knochenbrüche (v.a. Oberschenkelhalsknochen), Prellungen, Kopfverletzungen und psychische Folgen (Angst vor Stürzen). Dies kann alles zu einer Immobilität der/ des Klient\*in führen.

### Stürze vorbeugen

- ✓ Betthöhe so einstellen (wenn möglich) dass Klient\*in gut aufstehen kann
  - Bett nach jeder Pflegehandlung immer in die unterste Position bringen
- ✓ Passendes Schuhwerk
- ✓ Stolperfallen entfernen
- ✓ Hilfsmittel nutzen
- ✓ Rollstühle, Rollator immer feststellen damit diese nicht wegrutschen
- ✓ Auf ausreichend Beleuchtung achten

(Thieme, 2020, S. 203).

## 8. Vitale Funktionen des Körpers aufrechterhalten können – Vitalparameter

Vitalparameter sind wichtige Messgrößen, die Auskunft über den Gesundheitszustand eines Menschen geben. Für Heimhilfen ist es entscheidend, diese Parameter regelmäßig zu überwachen, um **frühzeitig Veränderungen** oder **gesundheitliche Probleme** zu **erkennen**.

Die wichtigsten Vitalparameter umfassen:

- ✓ Blutdruck
- ✓ Puls
- ✓ Temperatur
- ✓ Atmung (Sauerstoffsättigung)
- ✓ Blutzucker

## 8.1. Blutdruck

Der Blutdruck ist der Druck, den das Blut auf die Gefäßwände ausübt. Er besteht aus zwei Werten, dem oberen Wert (Systole) und dem unteren Wert (Diastole). Der erste Wert entsteht während der Auswurfsphase des Herzens, der zweite Wert während der Füllungsphase des Herzens. Die Einheit zur Angabe des Blutdrucks ist mmHG (Millimeter Quecksilbersäule). Der Normalwert des Blutdrucks beim Erwachsenen beträgt laut WHO **120/80mmHG** (Thieme, 2020, S. 324-325).

### 8.1.1. Blutdruck messen

Die richtige Messung des Blutdrucks ist eine wichtige Aufgabe für Heimhilfen, um frühzeitig Veränderungen im Gesundheitszustand der betreuten Personen zu erkennen. Dabei spielen die Vorbereitung und Durchführung eine entscheidende Rolle, um möglichst genaue und verlässliche Ergebnisse zu erhalten.

#### 1. Vorbereitung

Vor der Blutdruckmessung ist es wichtig, dass die/ der Klient\*in **10 Minuten vor der Messung keine körperliche Anstrengung** mehr ausüben. Sportliche Aktivitäten, Aufregung oder Stress können den Blutdruck erhöhen, was zu ungenauen Messergebnissen führen kann (Thieme, 2020, S- 325-328).

## 2. Positionierung

Die/ Der Klient\*in sollte während der Messung **sitzen** und eine bequeme Haltung einnehmen. Es ist wichtig, dass der Klient\*in sich nicht bewegt und während der Messung **nicht spricht**, da dies ebenfalls die Messung beeinflussen könnte. Die **Oberarme** sollten frei von engen Kleidungsstücken oder Schmuck sein, da **Ärmel oder andere Kleidungsstücke nicht einschnüren** dürfen, um den Blutdruck richtig messen zu können (Thieme, 2020, S- 325-328).

## 3. Manschette

Achten Sie darauf, die **Manschette richtig am Oberarm** zu positionieren. Die Manschette sollte sich etwa 2-3 cm oberhalb des Ellenbogens befinden. Es ist ebenfalls sehr wichtig, die **richtige Manschettengröße** zu verwenden, da eine zu kleine oder zu große Manschette zu falschen Messwerten führen kann. Für eine richtige Messung sollte die Manschette gut anliegen, aber nicht zu eng sein, um den Blutfluss nicht zu behindern (Thieme, 2020, S- 325-328).

## 4. Armpositionierung

Der Arm sollte während der Messung in etwa auf **Herzhöhe** positioniert werden. Das bedeutet, dass der Arm locker auf einem Tisch oder einer Armlehne abgelegt werden sollte, sodass sich die Manschette etwa auf gleicher Höhe wie das Herz befindet. Eine zu hohe oder zu niedrige Position des Arms kann die Messung verfälschen (Thieme, 2020, S- 325-328).

## 5. Messort

Die Messung sollte immer am gleichen Arm erfolgen. Es ist wichtig, den **Arm mit sichtbaren Veränderungen (wie z.B. Ödemen, Lähmungen oder einem Verletzungen)** nicht zu verwenden. Bei solchen Bedingungen kann die Blutdruckmessung ungenau sein. Grundsätzlich wird immer am linken Arm gemessen, da dieser sich näher zum Herzen befindet (Thieme, 2020, S- 325-328).

## 6. Dokumentation

Es ist wichtig, die gemessenen Werte zu **dokumentieren**, an welchem Arm die Messung vorgenommen wurde, um welche Uhrzeit, die exakten Werte und Handzeichen (Thieme, 2020, S- 325-328).

## 7. Wiederholung

Wenn die Messung wegen Störungen oder unklaren Ergebnissen wiederholt werden muss, ist es wichtig, dass zwischen den Messungen **mindestens 2 Minuten Pause** eingehalten werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass das Kreislaufsystem wieder in den Ruhezustand zurückkehrt, bevor eine neue Messung erfolgt. Wiederholte Messungen ohne ausreichende Pause könnten zu ungenauen oder verfälschten Werten führen (Thieme, 2020, S- 325-328).

## Fehlerquellen

Kreuzen Sie an, ob die beschriebene Situation eine **Fehlerquelle** bei der Blutdruckmessung ist.

| Situation                                                           | Fehlerquelle?<br>(Ja/Nein)                                |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Die Manschette sitzt zu locker am Oberarm.                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Klient sitzt mit verschränkten Armen.                               | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die Manschette ist zu klein oder zu groß.                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Der Arm liegt nicht auf Herzhöhe.                                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die Manschette sitzt am Oberarm ca. 2–3 cm oberhalb der Ellenbeuge. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die Klientin spricht während der Messung.                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Die Manschette sitzt über der Kleidung.                             | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Ruhezeit vor der Messung wird eingehalten.                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

### 8.1.2. Automatische Messung

Der Blutdruck kann am **Oberarm** oder am **Handgelenk** mit vollautomatischen Blutdruckmessgeräten gemessen werden. Die Werte werden **digital** angezeigt (vgl. Thieme, 2020, S. 328).



Bild 10



Bild 11

### 8.1.3. Bluthochdruck (Hypertonie)

Als Hypertonie werden chronisch (dauerhaft) erhöhte Blutdruckwerte bezeichnet. Laut WHO beginnt eine Hypertonie ab **140/90 mmHg**. Der Bluthochdruck wird in verschiedene Stadien eingeteilt. Die Einstufung erfolgt anhand unterschiedlicher Blutdruckwerte so wird ein Wert von 140/90 als **Grenzwerthypertonie** bezeichnet. Bei einem Wert von **160/95 mmHg** und mehr spricht man von einer **eindeutigen Hypertonie** (Thieme, 2020, S. 329).

**Symptome** sind Schwindel, Kopfschmerzen. Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Ohrensausen, Nasenbluten und rote Gesichtsfarbe. Später kommt es zu weiteren Symptomen, die die Folge von **Organschäden** sind, z.B. Schäden der Niere, des Herzens und des Gehirns (Thieme, 2020, S. 329).

### 7.1.4. Hypotonie

Blutdruckwert unter 100/60 mmHg, die immer wieder auftreten nennt man Hypotonie. Als akute Hypotonie wird der Kreislaufchock bezeichnet (Thieme, 2020, S. 330).

**Symptome** sind Schwindel, Kopfschmerzen, Gesichtsrötung, Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Ohrensausen, Herzklopfen, Schweißausbruch und Kreislaufkollaps (Thieme, 2020, S.330).

## 7.2. Puls

Als Puls wird die mechanische Herzaktion auf das Gefäßsystem bezeichnet. Er ist der fühlbare Anstoß der Druckwelle an der Arterienwand (Thieme, 2020, S. 319).

Der Puls wird in **Anzahl der Pulsschläge pro Minute** angegeben und beträgt beim Erwachsenen zwischen **60-80 Schläge pro Minute**. Der Puls kann beeinflusst werden durch physische Faktoren wie Alter und Geschlecht aber auch von psychischen Faktoren wie Freude oder Angst (Thieme, 2020, S. 322).

### 7.2.1. Messorte

Der Puls kann an jeder Schlagader (Arterie) gemessen werden, die nahe an der Körperoberfläche liegt. Zu den häufigsten Pulsmessstellen gehören das **Handgelenk** (radialer Puls), der **Hals** (carotider Puls) und der **Vorfuß** (dorsalis pedis Puls) (Thieme, 2020, S. 319).

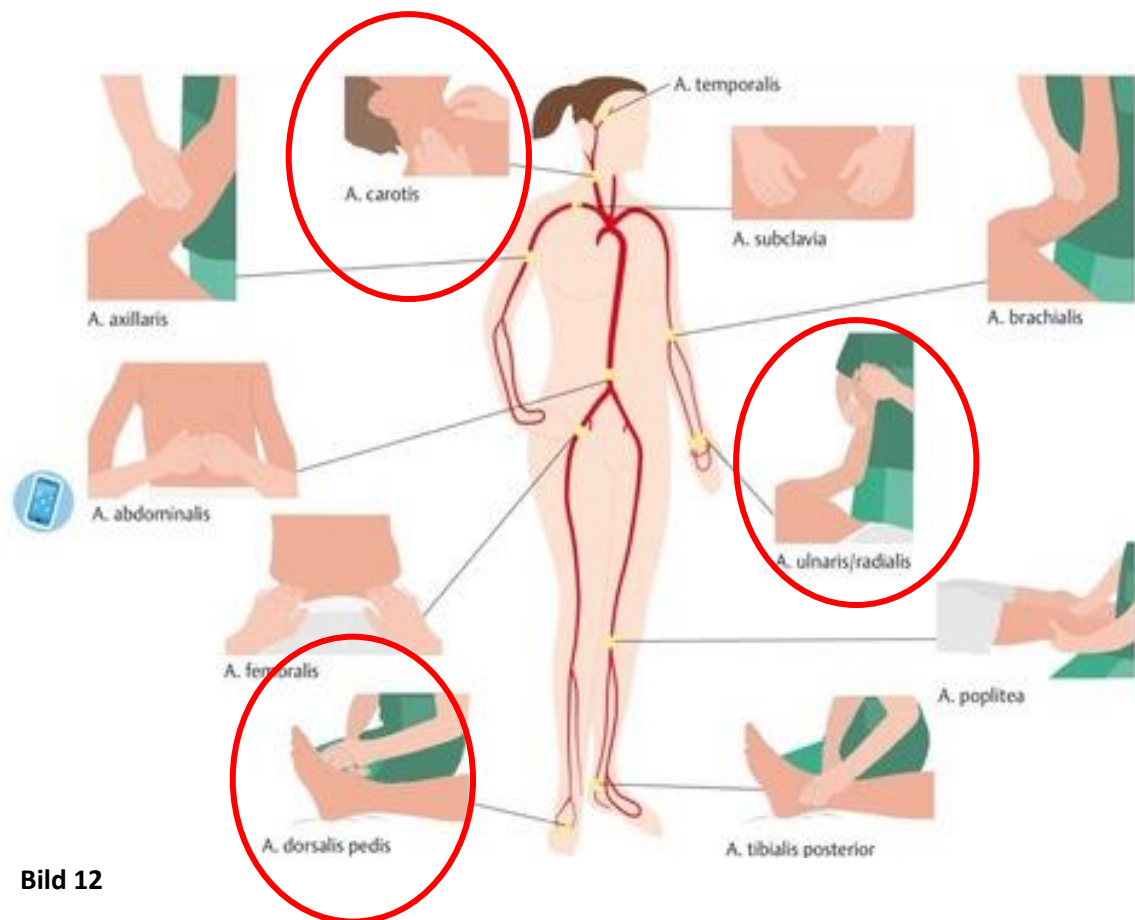


Bild 12

### 7.2.2. Puls messen

Der Puls ist ebenfalls ein wichtiger Vitalparameter und gibt Auskunft über die Herzfrequenz, den Rhythmus und die Stärke des Herzschlags. Eine richtige Messung ist wichtig, um Veränderungen im Kreislauf frühzeitig zu erkennen. Heimhilfen übernehmen dabei eine wichtige Beobachtungsaufgabe.

#### 1. Vorbereitung:

Vor der Pulsmessung sollte sich die/der Klient\*in **mindestens 30 Minuten lang körperlich nicht angestrengt** haben. Körperliche Aktivität, Aufregung oder Stress können den Puls erhöhen und so zu falschen Messergebnissen führen. Achten Sie darauf, dass der Arm und das Handgelenk frei von **beengender Kleidung oder Schmuck** sind. Eine **Uhr oder ein**

**Armband** sollte vor der Messung entfernt werden. Die Messung erfolgt in der Regel an der **Arteria radialis**, also am Handgelenk. Der **Arm liegt dabei entspannt**, am besten leicht auf einer

**Unterlage oder einem Polster**. Ein entspannter Arm sorgt für eine bessere Tastbarkeit des Pulses (Thieme, 2020, S. 319).

## 2. Durchführung:

Zum Ertasten des Pulses werden **Zeige-, Mittel- und Ringfinger** verwendet. Diese Finger werden leicht auf die Innenseite des Handgelenks gelegt, dort, wo der Daumen der/des Klient\*in liegt. Wichtig ist, dass **nicht mit dem eigenen Daumen** getastet wird, da dieser selbst eine Pulswelle. Sobald der Puls deutlich fühlbar ist, wird die Anzahl der Schläge gezählt.

- Wird **15 Sekunden lang** gezählt, wird das Ergebnis **mit 4 multipliziert**, um die Schläge pro Minute zu erhalten.
- Wird **30 Sekunden lang** gezählt, wird der Wert **mit 2 multipliziert**.

In bestimmten Situationen ist jedoch eine **vollständige Messung über eine Minute** erforderlich, beispielsweise bei **neu aufgenommenen Klient\*innen**, bei **langsamen oder unregelmäßigen Pulsen**. Nur so kann sichergestellt werden, dass Rhythmusstörungen oder Unregelmäßigkeiten erkannt werden (Thieme, 2020, S. 319).

## 3. Nach der Messung

Die ermittelten Werte müssen sorgfältig dokumentiert werden. Wenn der Puls von der Norm abweichen (z. B. zu schnell, zu langsam oder unregelmäßig), muss die Beobachtung **unverzüglich an die zuständige Pflegefachkraft oder Ärzt\*in weitergeleitet** werden.

(Thieme, 2020, S. 319)

### 7.2.3. weitere Möglichkeiten der Pulsmessung

- ✓ Automatisches Blutdruckmessgerät (zeigt neben dem Blutdruck auch den Puls an)

- ✓ Pulsoxymetrie



Bild 13

### 7.2.4. Veränderungen des Pulses

Ist der Puls **zu schnell** spricht man von einer **Tachykardie** (mehr als 100 Schläge/Min).

Es gibt unterschiedliche Gründe dafür. Zum einen können **physiologische Ursachen** (nicht krankhafte) wie z.B. körperliche Anstrengung, Angst oder Aufregung einen zu schnellen Puls verursachen. Aber auch **pathologische Ursachen** (krankhafte) wie z.B. Kreislaufschock, Störungen der Atmung, Erkrankungen des Herzens, Blutarmut (Anämie), Stoffwechselstörungen, Vergiftungen, starke Schmerzen oder Nebenwirkungen von Medikamenten können Ursache für eine Tachykardie sein (Thieme, 2020, S. 322).

Ein **zu langsamer** Puls wird als **Bradykardie** bezeichnet (weniger als 60 Schläge/ Min.).

**Physiologische Ursachen** (nicht krankhafte) dafür sind z.B. Entspannung, Schlaf aber oft haben auch sportliche Menschen eher einen niedrigen Puls. **Pathologische Ursachen** (krankhaft) für eine Bradykardie sind z.B. Bewusstlosigkeit, Schädigungen des Gehirns, Störungen des Herzreizleitungssystems, Stoffwechselstörungen, Vergiftungen oder Medikamentenüberdosierungen (Thieme, 2020, S. 232).



### Notfall – Pulslosigkeit! (Asystolie)

Der Herzmuskel zieht sich nicht mehr zusammen – das **Herz schlägt nicht mehr**

Es ist kein Puls tastbar → **Reanimation** beginnen!

(Thieme, 2020, S. 324)

## 8.3. Temperatur

Die Körpertemperatur wird in Grad Celsius (°C) angegeben. Man unterscheidet zwischen Körperkerntemperatur und Körperschalentemperatur. Die Körperkerntemperatur liegt bei 37°C. Schwankungen zwischen 36,0°C und 37,5°C sind möglich (Thieme, 2020, S. 281).

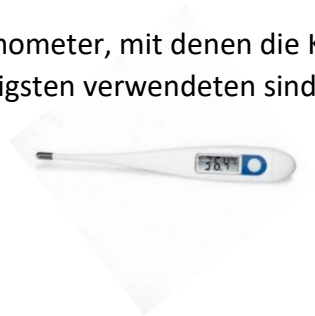
**Körperkern**= Bauchraum, Schädel und Eingeweide

**Körperschale**= Gliedmaßen, Haut und Unterhaut

### 7.3.1. Thermometerarten

Es gibt unterschiedliche Arten an Thermometer, mit denen die Körpertemperatur gemessen werden kann. Die in der Praxis am häufigsten verwendeten sind:

- Digitalthermometer



**Bild 14**

- Infrarot Ohrthermometer



**Bild 15**

- Stirnthermometer



**Bild 16**

### 7.3.2. Temperatur messen

Die Körpertemperatur kann an verschiedenen Stellen des Körpers gemessen werden, abhängig davon, welche Thermometerart verwendet wird.

| Messort                      | Thermometerart und Messdauer          |
|------------------------------|---------------------------------------|
| Im Gehörgang                 | Infrarot- Ohrthermometer 1-2 Sekunden |
| Auf der Stirn                | Stirnthermometer wenige Sekunden      |
| In der Mundhöhle (oral)      | Digitalthermometer ca. 9-90 Sekunden  |
| Unter der Zunge (sublingual) | Digitalthermometer ca. 9-90 Sekunden  |
| Unter der Achsel (axillär)   | Digitalthermometer ca. 60-60 Sekunden |
| Im After (rektal)            | Digitalthermometer ca. 60-90 Sekunden |

(Thieme, 2020, S. 291)

### 7.3.3. Fieber

Fieber ist eine Erhöhung der Körpertemperatur **über 38°C**. Fieber ist ein **Symptom** und tritt oft als ein erstes Zeichen einer Krankheit auf. Man unterscheidet zwischen **erhöhter Temperatur** (37,5-38°C), **leichtem Fieber** (38,1°C), **mäßigem Fieber** (38,6-39°C), **hohem Fieber** (39,1-39,9°C) und **sehr hohem Fieber** (über 40°C) (Thieme, 2020, S. 287).

**Ab 42,6°C beginnt die Eiweißgerinnung. Gewebe wird zerstört, es kommt zum Tod**

(Thieme, 2020, S. 287)

### 7.3.4. Fieberphasen

#### 1. Fieberanstieg

Die Körpertemperatur steigt an. Die Haut kühlt ab und erscheint blass. Möglicherweise äußert die/der Klient\*in ein Kältegefühl und Schüttelfrost (Muskelzittern) ist ersichtlich (Thieme, 2020, S. 287)

Unterstützende Maßnahmen sind:

- ✓ Fenster schließen
- ✓ Warme Getränke
- ✓ Zudecken
- ✓ Heizung aufdrehen

## **2. Fieberhöhe**

Der vom Gehirn vorgegeben Sollwert ist erreicht. Die Haut und Schleimhäute sind trocken, heiß und gerötet. Die Augen sind glänzend und häufig lichtempfindlich, die/der Klient\*in hat ein starkes Hitzeempfinden und schwitzt. Die/der Klient\*in fühlt sich schwach und schläfrig häufig verbunden mit Kopf- und Gliederschmerzen. Puls- und Atemfrequenz sind erhöht, zudem ist die/der Klient\*in appetitlos und hat meist großen Durst (Thieme, 2020, S.287).

Unterstützende Maßnahmen sind:

- ✓ Kühle Getränke
- ✓ Lüften, wenn erwünscht
- ✓ Regelmäßige Kontrollen der Vitalparameter
- ✓ Bettwäsche- und Kleidungswechsel – Klient\*in schwitzt stark!
- ✓ Heizung abdrehen
- ✓ Leichte Decke

## **3. Fieberabfall**

Die Temperatur geht langsam (mehrere Tage= Lysis) oder schnell (wenige Stunden= Krisis) zurück. Die Abgabe der Wärme erfolgt durch eine vermehrte Hautdurchblutung und starkes Schwitzen, dadurch wird auch viel Flüssigkeit abgegeben (Thieme, 2020, S.289).

Unterstützende Maßnahmen sind:

- ✓ Regelmäßige Kontrolle der Vitalparameter
- ✓ Bettwäsche- und Kleidungswechsel – Klient\*in schwitzt stark!
- ✓ Getränke anbieten – Gefahr der Austrocknung (Dehydration)
- ✓ Prophylaxen!!!

**Sinkt die Temperatur zu schnell (Krisis), kann es zu einem Kreislaufkollaps kommen!**

(Thieme, 2020, S. 289)

#### **4. Erschöpfungsschlaf**

Ist die Temperatur wieder auf ihren Normalwert angekommen (ca. 37°C) fühlt sich die/der Klient\*in erschöpft und braucht Ruhe.

Unterstützende Maßnahmen sind:

- ✓ Wäschewechsel nach starkem Schwitzen
- ✓ Klient\*in schlafen lassen
- ✓ Für Ruhe sorgen
- ✓ Zimmer abdunkeln
- ✓ Vitalparameter kontrollieren

### 7.3.5. Folgen von Fieber



**Grafik 12** (KI- generiert)

### 7.3.6. Ernährung bei Fieber

Bei Fieber verliert der Körper durch Schwitzen und eine erhöhte Körpertemperatur mehr Flüssigkeit als gewöhnlich. Daher ist es besonders wichtig, die **Flüssigkeitsaufnahme zu erhöhen**. Es wird empfohlen, mindestens **2,5 bis 3 Liter Flüssigkeit pro Tag** zu trinken, um den Flüssigkeitsverlust auszugleichen. Bei Fieber kann der Appetit oft verringert sein. Dennoch sollte die Ernährung ausgewogen und leicht verdaulich sein. Es ist sinnvoll, **mehrere kleine Mahlzeiten** über den Tag verteilt zu sich zu nehmen, statt großer Mahlzeiten. Hier einige geeignete Lebensmittel. Fieber kann durch Schwitzen zu einem Verlust von Elektrolyten führen, insbesondere von **Salz**. Es ist aber wichtig, die Salzaufnahme nicht zu übertreiben, da zu viel Salz den Blutdruck negativ beeinflussen kann. Zu vermeiden sind schwere, fettige Lebensmittel, bevorzugt werden sollten kohlenhydratreiche Lebensmittel (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, 2020).

### 7.3.7. Prophylaxen bei Fieber

Welche Prophylaxen müssen bei Fieber durchgeführt werden? Überlegen Sie in der Gruppe. Formulieren Sie pro Prophylaxe vier Maßnahmen!

1. \_\_\_\_\_

Maßnahmen:

✓

✓

✓

✓

✓

2. \_\_\_\_\_

Maßnahmen:

✓

✓

✓

✓

3. \_\_\_\_\_

Maßnahmen:

✓

✓

✓

✓

4. \_\_\_\_\_

Maßnahmen:

✓

✓

✓

✓

5. \_\_\_\_\_

Maßnahmen:

✓

✓

✓

✓

## Soor- und Parotitisprophylaxe

Die **Parotitis** ist eine Entzündung der Speicheldrüse, insbesondere der **Ohrspeicheldrüse (Parotis)**. Eine spezielle Form der Parotitis ist die **Soor-Parotitis**, bei der zusätzlich eine **Candida-Infektion** (Hefepilzinfektion) auftritt. Soor betrifft vor allem **Mund, Rachen** und die **Schleimhäute** und tritt häufig bei Personen mit **geschwächtem Immunsystem** auf, wie zum Beispiel bei **Diabetes, Antibiotikabehandlungen** oder älteren Menschen, deren Immunsystem eingeschränkt ist (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, 2019).

Typische Symptome einer **Soor-Parotitis** sind **Schmerzen, Schwellungen** und eine **beeinträchtigte Speichelproduktion**, was zu **Mundtrockenheit** führen kann. Weiße Beläge auf der Zunge und in der Mundhöhle sind ein weiteres häufiges Zeichen einer **Candida-Infektion** (Pflege heute, 2020).

Die Behandlung der Soor-Parotitis erfolgt hauptsächlich mit **Antimykotika** welche lokal (z. B. als Mundspülungen) oder systemisch (z. B. in Tablettenform) angewendet werden. Weitere Maßnahmen zur Linderung der Symptome sind **Schmerzmittel** und **Mundspülungen**, um die Beschwerden zu lindern und die Heilung zu unterstützen (Pflege heute, 2020).

Zur Vermeidung einer Soor-Parotitis sind prophylaktische Maßnahmen von entscheidender Bedeutung. Diese umfassen eine regelmäßige **Mundhygiene**, wie das **Zähneputzen**. Um **Mundtrockenheit** zu vermeiden, sollte der Mund **feucht gehalten** werden, zum Beispiel durch regelmäßiges Trinken von Wasser oder durch **Speichelersatzmittel**. Eine medikamentöse Behandlung nach ärztlicher Anordnung (AAO) kann ebenfalls zur Vorbeugung beitragen (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, 2019).

Bei Klient\*innen mit hohem Risiko für eine Soor-Parotitis, ist auf frühe Anzeichen zu achten. Eine regelmäßige Überprüfung der **Mundhygiene** und **Speichelproduktion** ist wichtig, um eine Infektion schnell zu erkennen. Bei Verdacht auf eine Candida-Infektion sollte sofort eine Pflegefachkraft oder due/der Ärzt\*in informiert werden  
(Pflege heute, 2020).

## 7.4. Atmung

Unter Atmung versteht man den **Austausch** zwischen **Sauerstoff** (O<sub>2</sub>) und **Kohlendioxid** (CO<sub>2</sub>) zwischen Körper und der Umgebung (Thieme, 2020, S. 305).

Durch das Atmen nimmt der Körper Sauerstoff auf und gibt Kohlendioxid ab. Luft (Sauerstoff) ist **lebensnotwendig**, fehlt Sauerstoff, kann das je nach Dauer zu irreversiblen (nicht mehr rückgängig zu machend) Schäden führen (Thieme, 202, S. 305).

Die normale Atmung des Erwachsenen beträgt in Ruhe 12-20 Atemzüge pro Minute.

### 7.4.1. Atmung beobachten

Die normale Atmung erfolgt unbewusst, entspannt, schmerzfrei und rhythmisch (Thieme, 2020, S.306).

Bei der Beobachtung der Atmung achten wir auf:

- ✓ Atemrhythmus (regelmäßig/ unregelmäßig)
- ✓ Atemfrequenz (Atemzüge/min)
- ✓ Atemqualität (Atemtiefe)
- ✓ Auswurf (Sputum).

### Praktische Durchführung

Beobachten Sie die Atembewegungen (Einatmung und Ausatmung) der/der Klient\*in in einem unbemerkten Moment, mit einer Uhr und zählen Sie die Atemzüge für eine Minute (Thieme, 2020, S.306).

## Sauerstoffsättigung

Die Sauerstoffsättigung gibt an, wie viel Prozent des Hämoglobins (roter Blutfarbstoff) mit Sauerstoff beladen sind. Der Normwert liegt bei über 95%. Ist der Wert kleiner als 90%, ist die Sauerstoffversorgung des Körpers nicht ausreichend. Die Sauerstoffsättigung wird mit einem Pulsoxymeter gemessen (Pflegeassistentz Heute, 2021, S. 363).

### Mögliche Fehlerquellen bei Messungen

#### **Kälte**

Führt zu einer Verengung der Blutgefäße → Messwerte können verfälscht werden

#### **Mangeldurchblutung**

Zu geringe Durchblutung (z.B. kalte Hände) → unzuverlässige Ergebnisse

#### **Bewegung**

Erschüttert den Sensor → schwankende oder fehlerhafte Messungen.

#### **Lackierte/künstliche Fingernägel**

Beeinträchtigen die Lichtdurchlässigkeit → Messfehler bei optischen Sensoren.

*Quelle: Thieme, 2020, S. 321*

## 7.5. Blutzucker

Blutzucker wird die Konzentration von Glukose (Zucker) im Blut bezeichnet. Der Blutzuckerwert wird in mg/dl angegeben (Pflegeassistentz Heute, 2021, S. 235).

Der Nüchtern- Blutzucker ist der Wert, der vor der ersten Nahrungsaufnahme bestimmt wird. Der Wert sollte zwischen **unter 100 mg/dl** beim gesunden Menschen und darf über 126mg/dl bei Menschen mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) betragen (Pflegeassistentz Heute, 2021, S. 308).

## Blutzuckerregulation

Die **Bauchspeicheldrüse** (Pankreas) bildet die Hormone **Insulin** und **Glukagon**, welche bei der Blutzuckerregulation eine wichtige Rolle spielen. Insulin senkt die Zuckerkonzentration im Blut indem Glukose (Zucker) in jede Körperzelle aufgenommen und die Verarbeitung der Glukose in den Zellen angeregt wird. Glukagon erhöht die Zuckerkonzentration und ist somit der Gegenspieler des Insulins (Pflegeassistentz heute, 2021, S. 304).

### Einfach gesagt:

Wenn wir essen, steigt unser Blutzucker, Insulin sorgt dafür, dass Zucker in unseren Zellen aufgenommen wird wo dieser als Energie genutzt und gespeichert wird.

Das Hormon Glukagon hebt des Blutzucker an, wenn dieser zu niedrig ist z.B. bei Hunger

### 7.5.1. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine chronische Stoffwechselerkrankung, bei der die Blutzuckerwerte erhöht sind. Grund dafür ist eine gestörte Blutzuckerregulation aufgrund von Insulinmangel oder die verminderte Wirksamkeit des Insulins (Insulinresistenz)(Thieme, 2020, S. 594).

Umgangssprachlich ist Diabetes mellitus auch als **Zuckerkrankheit** bekannt. Man unterscheidet zwei Arten: Diabetes mellitus **Typ 1** und Diabetes mellitus **Typ 2**.

#### Diabetes Typ 1

Aus noch unbekannter Ursache kommt es zu einer Zerstörung der Insulinbildenden Zellen. Es liegt somit bei den Betroffenen ein **absoluter Insulinmangel** vor. Diabetes mellitus Typ 1 tritt in der Regel plötzlich auf (Thieme, 2020, S. 594)

**Symptome** treten plötzlich auf. Typische Symptome sind eine vermehrte Harnausscheidung, gesteigertes Durstgefühl, Gewichtsabnahme, trockene Haut, Juckreiz und Müdigkeit (Thieme, 2020, S. 594).

#### Diabetes Typ 2

Der Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt sich völlig anders. Insulin ist nur vermindert wirksam (**Insulinresistenz**) Die Insulin Konzentration ist dauerhaft erhöht, kann aber nicht ausreichend wirken. Mit der Zeit wird die **Produktion** immer **langsamer** und es wird **weniger Insulin produziert** (Thieme, 2020, S. 594).

Das Risiko an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken kann durch **Bewegungsmangel**, schlechte Ernährung, **Übergewicht** (Adipositas) und Alkohol erhöht werden (Thieme, 2020, S.594).

Diabetes Typ 2 wird häufig zufällig festgestellt, weil die Symptome weniger auffällig sind als beim Typ 1 Diabetes. Der Körper gewöhnt sich an die erhöhten Blutzuckerwerte. **Symptome** für einen Diabetes mellitus Typ 2 sind erhöhte Blutzuckerwerte, Müdigkeit, Juckreiz, in Ausnahmefällen erhöhte Harnausscheidung und vermehrtes Durstgefühl. Bei bereits Wenn der Typ 2 Diabetes schon über längere Zeit besteht, aber nicht oder nicht ausreichend behandelt wurde, kann das zu Folgeerkrankungen führen z.B.: zu Nervenerkrankung (Polyneuropathie) (Thieme, 2020, S. 594).

### Hypoglykämie (Unterzuckerung)

Blutzuckerwerte **unter 50mg/dl** gelten als Unterzuckerung. **Anzeichen** einer Unterzuckerung (Hypoglykämie) sind Zittern, Schwitzen, Blässe Unruhe, Herzklopfen, Heißhunger, Seh- und Sprachstörungen, Schwindel bis Bewusstseinsstörungen (Thieme, 2020, S. 598).

**Ursachen** für eine Unterzuckerung sind nicht ausreichende Nahrungsaufnahme u.a. Unterernährung, unregelmäßige Nahrungsaufnahme, lange Essenspausen, zu geringe Nahrungsaufnahme oder ein falsch eingestellter Diabetes (=zu viel Insulin) (Pflegeassistent heute, 2021, S. 235).

Aber auch zu viel Bewegung in Kombination mit einer zu geringen Nahrungsaufnahme kann zu einer Unterzuckerung führen.



Unterzuckerung (Hypoglykämie) ist eine **lebensbedrohliche Situation** und immer ein **Notfall!** Fällt der Blutzuckerwert immer weiter ab verliert die/ der Klient\*in das Bewusstsein, sie/er wird komatös.

#### **Maßnahmen**

- Ist die/ der Klient\*in **ansprechbar**, ist sofort **Traubenzucker**, zuckerhaltige **Getränke** oder **Obst** anzubieten
- Ist die/ der Klient\*in **nicht mehr ansprechbar** – darf **NICHTS** verabreicht werden – es ist sofort der **Notruf** abzusetzen und erste Hilfe leisten (stabile Seitenlage bzw. Reanimation)

Eine Unterzuckerung kann sowohl bei Typ 1 als auch Typ 2 Diabetes auftreten

(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 309)

## Hyperglykämie (Überzuckerung)

Der Zuckergehalt (Glukose Konzentration) im Blut liegt bei der Hyperglykämie **über 180mg/dl**. (Thieme, 2020, S. 599).

**Ursachen** sind eine zu hohe Kalorienaufnahme oder ein falsch eingestellter Diabetes mellitus (= zu wenig Insulin) (Pflegeassistent heute, 2021, S. 236).

**Symptome** sind eine erhöhte Harnausscheidung, Durstgefühl, Übelkeit, Erbrechen bis hin zu Bewusstseinsstrübung (Pflegeassistent heute, 2021, S. 236).

Auch eine Überzuckerung kann zu einem **Bewusstseinsverlust bis hin zum Koma** führen (diabetisches Koma)

# Gefährlich ab:



**etwa  
>250–300 mg/dl**

**→ ab 400 mg/dl  
besteht akute Lebensgefahr**

**Grafik 13** (KI- generiert)

Bei einer Überzuckerung sind folgende **Sofortmaßnahmen** zu treffen (Pflegeassistenten heute, 2021, S. 236):

- ✓ Notruf absetzen
- ✓ Bei Bewusstlosigkeit → stabile Seitenlage
- ✓ Bei Herz-Kreislaufstillstand → Reanimation
- ✓ Ist die/der Klient ansprechbar → Flüssigkeit!
- ✓ Insulin nach ärztlicher Anordnung (Klient\*in selbst!)

**Abweichungen** (zu viel oder zu wenig) des Blutzuckers können **Langzeitschäden** verursachen oder zu akut lebensbedrohlichen Situationen führen (vgl. Pflegeassistenten heute, 2021, S. 236)

Langzeitschäden können sein:

- Schäden der Blutgefäße (Herzinfarkt, Schlaganfall)
- Nervenschäden (Polyneuropathie)
- Nierenerkrankungen
- Wundheilungsstörungen
  - Diabetisches Fußsyndrom
- Sehstörung bis zur Erblindung



**Bild 12** – diabetisches Fußsyndrom

## 7.5.2 Blutzucker messen

### Vorbereitung:

- ✓ Saubere Arbeitsfläche
- ✓ Händedesinfektion
- ✓ Stechhilfe
- ✓ Blutzuckermessgerät
- ✓ Messstreifen
- ✓ Hautdesinfektion
- ✓ Handschuhe
- ✓ Pflaster
- ✓ Abwurfbehälter
- ✓ Abwurfbehälter für Nadel (Sharp Behälter)
- ✓ Tupfer für die Desinfektion des Fingers
- ✓ Tupfer zum Abwischen

(Pflegassistenz heute, 2021, S. 237)

### Durchführung:

- ✓ Klient\*in informieren und Einverständnis (Zustimmung) einholen
- ✓ Anziehen der Einmalhandschuhe
- ✓ Finger desinfizieren (mit Hautdesinfektionsmittel!)
  - Warten Sie bis das Desinfektionsmittel vollständig getrocknet (eingezogen) ist  
→ sonst erhalten Sie falsche Werte!
- ✓ Geben Sie währenddessen den Messstreifen in das Blutzuckermessgerät
- ✓ Die Punktion (Einstich) seitlich am Finger → weniger schmerzhaft
- ✓ Nach dem Einstich wischen Sie den ersten Blutropfen mit einem sterilen Tupfer ab
  - Leicht massieren (nicht drücken!!) Der zweite Blutropfen wird zum Messen verwendet!

- ✓ Geben Sie den Blutropfen auf den Messstreifen und warten Sie
- ✓ Lesen Sie den Wert ab und Dokumentieren Sie

(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 237)

**Nachbereitung:**

- ✓ Geben Sie der/dem Klient\*in ein Pflaster
- ✓ Entsorgen Sie die Stechhilfe (Nadel) in den Abwurfbehälter für Nadeln
- ✓ Tupfer und Messstreifen entsorgen Sie im Abwurfbehälter (z.B.: Mistkübel)
- ✓ Ziehen Sie die Handschuhe aus und führen Sie eine Händedesinfektion durch
- ✓ Melden Sie Abweichungen des Blutzuckerwertes sofort weiter!
- ✓ Kontrollieren Sie ob genug Material für nächste Messungen vorhanden sind

(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 238)

| NORMALWERTE<br>DER VITALZEICHEN                                                     |                          |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
|    | Blutdruck                | 120/80<br>mmHg               |
|    | Puls                     | 60-80<br>Schläge pro Minute  |
|   | Temperatur               | 36°C-37,5°C                  |
|  | Atmung                   | 12-20<br>Atemzüge pro Minute |
|  | Sauerstoff-<br>sättigung | 100-95%                      |
|  | Blutzucker               | unter<br>100 mg/dl           |

Grafik 14

## Nadelstichverletzungen – Arbeitsblatt

1. Bitte kreuzen Sie die richtige Antwort an:

- ☐ Gebrauchte Nadeln dürfen offen herumliegen.
- ☐ Nadeln gehören sofort in einen stichsicheren Abwurfbehälter.
- ☐ Nadeln dürfen manuell wieder in die Schutzkappe gesetzt werden (Recapping).
- ☐ Handschuhe schützen vollständig vor Stichverletzungen.

2. **Sofortmaßnahmen** - Ordnen Sie die folgenden Schritte in die richtige Reihenfolge (1–4):

- \_\_\_ Kein Ausdrücken oder Auspressen der Wunde.
- \_\_\_ Wunde unter fließendem Wasser mit Seife waschen.
- \_\_\_ Mindestens 30 Sekunden waschen.
- \_\_\_ Wunde gründlich desinfizieren (z. B. mit Hautantiseptikum auf Alkoholbasis).

3. **Ärztliche Abklärung** – Kreuzen Sie die richtige Antwort an:

Nach einer Nadelstichverletzung soll die betroffene Person sich ...

- ☐ nach einigen Tagen untersuchen lassen.
- ☐ umgehend ärztlich untersuchen lassen.
- ☐ nur dann untersuchen lassen, wenn Schmerzen auftreten.

#### 4. Melden und Dokumentieren – Kreuzen Sie die richtige Antwort an

Nach einer Nadelstichverletzung melde ich den Vorfall ...

- ☐ erst am nächsten Tag.
- ☐ unverzüglich der Pflegeleitung oder dem/der Arbeitgeber\*in.
- ☐ nur, wenn die Wunde stark blutet.

Bei der **Unfalldokumentation** müssen folgende Punkte festgehalten werden (mehrere Antworten richtig):

- ☐ Wann, wie und wo der Unfall passiert ist.
- ☐ Welche Nadel (gebraucht oder ungebraucht) verwendet wurde.
- ☐ Ob Schutzkleidung getragen wurde.
- ☐ Name des Klienten / der Klientin (vertraulich behandeln).
- ☐ Wie viel Uhr Dienstschluss war.

## 9. Sich pflegen können

Die Körperpflege ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen Routine. Sie trägt zur Verbesserung der Hygiene, des Wohlbefindens und der Hautgesundheit bei, denn wird die Haut sauber und frei von Keimen gehalten beugt das Infektionen und Hauterkrankungen vor.

Die Körperpflege umfasst neben der Reinigung des Körpers, alle Maßnahmen, die eine wichtige Rolle für das Aussehen einer Person spielen. Dazu gehören die Haarpflege, die Gesichtspflege aber auch die Auswahl der Kleidung. Das wird oft auch als **Grundpflege** bezeichnet. Gründliche und auf die/ den Klient\*in abgestimmte Körperpflege fördert was Wohlbefinden (Thieme, 2020, S. 207).

### Was bedeutet Körperpflege für mich?

1. Beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

1 . Was verstehen Sie persönlich unter dem Begriff Körperpflege?

---

2. Welche Bedeutung hat Körperpflege für Ihr eigenes Wohlbefinden?

---

3. Welche Gefühle verbinden Sie mit gepflegt sein?

---

2. Überlegen Sie, warum Körperpflege für die Klient\*innen wichtig ist.

Notieren Sie Ihre Gedanken zu den verschiedenen Bereichen:

Körperlicher Bereich: \_\_\_\_\_

Psychischer Bereich \_\_\_\_\_

Sozialer Bereich \_\_\_\_\_

### 3. Die Rolle als Heimhilfe

1. Welche Verantwortung hat die Heimhilfe bei der Körperpflege von Klient\*innen?

---

2. Was können Sie tun, damit sich Klient\*innen bei der Körperpflege wohl und respektiert fühlen?

---

## Beobachten der Haut

Die Haut ist das größte Organ des menschlichen Körpers. Sie hat zahlreiche Aufgaben wie die Schutzfunktion. Im Zusammenhang der professionellen Betreuung gehört dazu auch die Beobachtung der Haut. Ein wichtiges menschliches Bedürfnis ist es, die Körperpflege selbstbestimmt durchzuführen und dieses so lange wie möglich ohne fremde Hilfe. Die Unterstützung bei der Körperpflege erfordert Nähe und Berührung, aber auch Distanz. Ressourcen sollen dabei gefördert und Prophylaxen miteinbezogen werden (Pflegewelten, 2023, S. 61).

Bei der Körperpflege kann der gesamte Körper der/ des Klient\*in angesehen werden. Vor allem die Beobachtung der Haut liefert eine Vielzahl von Informationen (vgl. Thieme, 2020, S. 209). Diese Veränderungen müssen der Heimhilfe auffallen und weitergeleitet werden.

Die Haut besteht aus **drei Schichten**, der Oberhaut (Epidermis), Lederhaut (Dermis) und der Unterhaut (Subkutis) (Thieme, 2020, S. 148).

### 9.1.1. Veränderungen der Hautfarbe

Veränderungen der Hautfarbe sind:

- **Blässe** (Angst, Kreislaufstörungen, Blutverlust, Durchflutungsstörung)
- **Rötung** (Anstrengung, Bluthochdruck, Entzündungen, Dekubitus)
- **Blaufärbung** (Sauerstoffmangel, Nekrose)
- **Gelbfärbung** – Ikterus (Gallenwegs-, Leber- oder Bluterkrankungen)

(Thieme, 2020, S. 209-210)

### 9.1.2. Veränderungen der Hautbeschaffenheit

Veränderungen der Hautbeschaffenheit können sein:

- **Trocken** (Flüssigkeitsmangel)
- **Feucht** (Fieber, Hypoglykämie, Herzinfarkt)
- **Schlaff und stehende Hautfalte** (Flüssigkeitsmangel)
- **Geschwollen** (Blutergüsse, Entzündungen, Ödeme; Venenerkrankungen)

(Thieme, 2020, S. 210)

### 9.1. Altersbedingte Veränderungen der Haut und Hautanhangsgebilde

Unsere Haut beginnt ca. ab dem 25. Lebensjahr zu altern. Der Alterungsprozess der Haut ist besonders am Gesicht und an den Händen zu beobachten. Beeinflusst wird er durch verschiedenen Einflüsse wie z.B. UV- Strahlungen (Sonnen), Lebensgewohnheiten (Rauchen, Ernährung) und psychische Faktoren (Stress) (Thieme, 2020, S. 213).

**Altersbedingte Veränderungen der Haut sind:**

- Verdünnung der Haut
- Nachlassender Spannungszustand der Haut – Falten
- Gestörte Wundheilung
- Trockene, schuppige Haut
- Verminderte Wärmeregulation
- Altersflecken
- Alterswarzen

(Thieme, 2020, S. 213)

Zu den Hautanhangsgebilden zählen:

- ✓ Haare
- ✓ Nägel
- ✓ Hautdrüsen (Talgdrüsen)

**Altersbedingte Veränderungen der Hautanhangsgebilde sind:**

- Trockene brüchige Haare (z.B. durch Mangelernährung)
- Graue Haare (farbstoffgehalt der Haare nimmt ab)
- Haarausfall (z.B. durch Medikamente oder Hormonveränderungen)
- Brüchige Nägel (z.B. durch Mangelernährung)
- Entzündungen der Nägel
- Fußnägel werden dicker

(Thieme, 2020, S. 213)

## 9.2. Ganzkörperwaschung

Die Unterstützung bei der Körperpflege erfordert Nähe und Berührung, aber auch Distanz und Respekt vor den persönlichen Grenzen und der Intimsphäre der/ des Klient\*in. **Unter keinen Umständen darf die Heimhilfe die/den Klient\*in zu einer Handlung zwingen oder ihr/ sein äußeres Erscheinungsbild gegen den Willen verändern** (Thieme, 2020, S. 207).

### Materialvorbereitung für die Ganzkörperwaschung

Notieren Sie mit!

- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_

- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_

### 9.2.1. Unterstützung bei der Körperpflege am Waschbecken

Die Heimhilfe begleitet die/ den Klient\*in zum Waschbecken und sorgt dafür, dass der Sitzplatz mit einem Handtuch hygienisch vorbereitet ist. Alle Pflegeutensilien werden so bereitgelegt, dass die/ der Klient\*in sie gut sehen und greifen kann. Die/ der Klient\*in übernimmt die Körperpflege so weit wie möglich selbst, um vorhandene Ressourcen zu fördern und zu erhalten. Bereiche, die sie/er nicht eigenständig erreichen kann, etwa Rücken, Beine oder Gesäß, werden von der Heimhilfe übernommen.

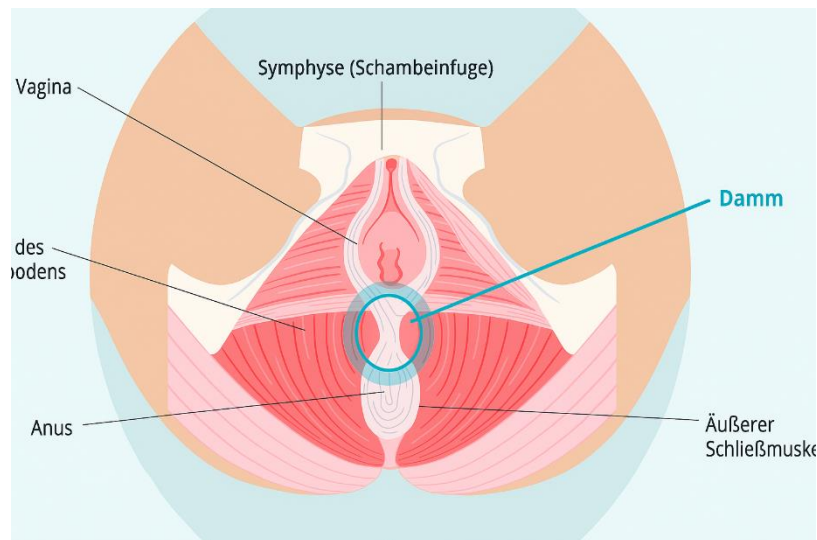
### 9.2.2. Unterstützung bei der Körperpflege in der Dusche

Eine Sitzgelegenheit wird bereitgestellt, damit die/ der Klient\*in sicher und bequem während des Duschens Platz nehmen kann. Die Heimhilfe sorgt dafür, dass die Dusche sicher vorbereitet ist. Dazu gehören eine rutschfeste Unterlage, ein stabiler Hocker und gut platzierte Haltegriffe. Die Raumluft und die Wassertemperatur werden angenehm eingestellt. Die/ der Klient\*in entscheidet über Tempo und Reihenfolge der Körperpflege und wäscht sich so weit wie möglich selbst. Bereiche, die sie nicht gut erreichen kann, werden unterstützend übernommen. Währenddessen bleibt die Heimhilfe in der Nähe, achtet auf Sicherheit und unterstützt bei Bedarf. Alle Maßnahmen erfolgen ressourcenorientiert, sodass vorhandene Fähigkeiten bestmöglich erhalten bleiben.

## Intimpflege bei der Frau

Die Vagina reinigt sich selbst, deshalb ist die natürliche Bakterienflora ein wichtiger Schutz vor Infektionen. Eine übermäßige oder falsche Reinigung kann diesen Schutzmechanismus stören und zu Infektionen führen. Daher ist es wichtig keine Seifen oder parfümierte Produkte für die Intimpflege zu verwenden. Die Reinigung des äußeren Genitalbereichs erfolgt mit lauwarmen

Wasser und/ oder einem milden, pH- neutralen Reinigungsprodukt (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2023).



**Bild 17**

### **Durchführung:**

Spreizen Sie die kleinen Schamlippen, reinigen Sie Harnröhrenöffnung und Vaginaleingang. Spreizen Sie die großen Schamlippen und reinigen Sie die kleinen Schamlippen. Reinigen Sie die großen Schamlippen und waschen den äußeren Schambereich. Trocknen Sie vorsichtig ab und entsorgen Sie den Waschlappen (vgl. Pflegewelten, 2023, S. 69).

**Waschen Sie von vorne (Schambein) nach hinten (Anus)**

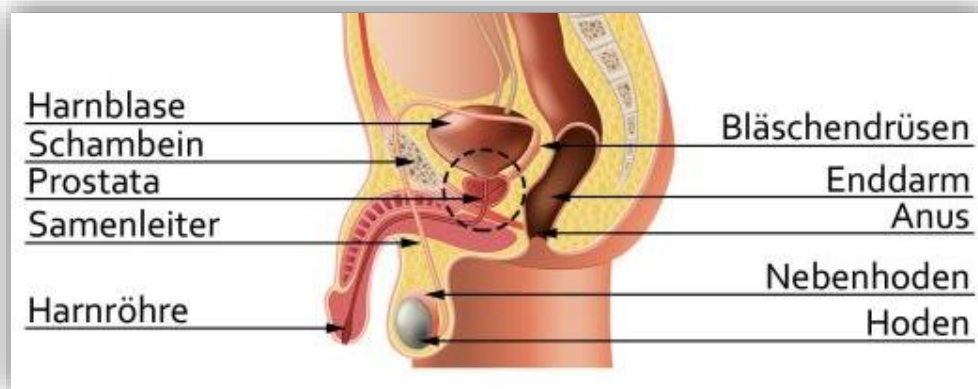


**und von innen nach außen**

Pflegewelten, 2023, S. 69).

## Intimpflege beim Mann

Penis und Vorhaut sind von empfindlichen Schleimhäuten bedeckt. Harnröhre und Hodensack haben eine eigene Bakterienflora, die vor Infektionen schützt. Die Reinigung des äußeren Genitalbereichs (Penis, Eichel, Vorhaut) erfolgt mit lauwarmen Wasser. Seifen und parfümierte Produkte reizen die Schleimhäute und dürfen nicht verwendet werden. Beschnittene Männer haben grundsätzlich weniger Risiko für Verunreinigungen trotzdem ist die Intimhygiene auch bei Männern ohne Vorhaut wichtig (Thieme, 2020).



**Bild 18**

### Durchführung:

Halten Sie den Penis mit einer Hand, schieben Sie die Vorhaut zurück. Reinigen Sie die Eichel und die Harnröhrenöffnung weg. Reinigen Sie den Penis in Richtung Hodensack. Trocknen Sie vorsichtig ab. Schieben Sie die Vorhaut wieder zurück. Entsorgen Sie den Waschlappen (Pflegewelten, 2023, S. 69).

**Waschen Sie von vorne (Schambein) nach hinten (Anus)  
und von innen nach außen**



## Allgemeines zur Intimhygiene

Der Intimbereich ist nach jedem Stuhl- oder Harnabgang zu waschen. Für die Intimhygiene dürfen **keine hautreizenden Pflegemittel** (Seife, Duschgel) verwendet werden. Schmutzige Wäsche oder Inkontinenzmaterial ist sofort zu wechseln (Thieme, 2020, S. 227).

Bei der Intimpflege sind immer **Einmalhandschuhe** sowie eine **Einmalschütze** zu tragen. Führen Sie vor und nach der Intimpflege eine **hygienische Händedesinfektion** durch (vgl. Pflegewelten, 2023, S. 69).

### 9.2.3. Gesäß reinigen

#### Vorgehen:

- ✓ Hände gründlich waschen und Einmalhandschuhe anziehen.
- ✓ Hilfsmittel bereitlegen: weicher Waschlappen oder Einmal-Waschtücher, lauwarmes Wasser, ggf. **pH-neutrales, mildes Reinigungsprodukt**
- ✓ Klient\*in zur Seite drehen, so dass die obere Gesäßhälfte zugänglich ist.
- ✓ Die Gesäß- und Analregion **von vorne (Damm) in Richtung Steißbein/Anus reinigen**
- ✓ Lauwarmes Wasser verwenden, Reinigung sanft durchführen (nicht rubbeln)
- ✓ Anschließend gründlich, aber **sanft trocknen** – am besten durch Tupfen mit weichem Tuch oder Handtuch.
- ✓ Falls erforderlich (z. B. bei Inkontinenz, Hautreizungen) eine Hautschutzcreme oder Barrierschicht nach Anordnung auftragen. Hautzustand regelmäßig prüfen.

(Pflegewelten, 2023, S. 69)

### 9.3. Mund- und Zahnpflege

Können Klient\*innen die Mundpflege nicht selbstständig durchführen, müssen sie dabei unterstützt werden. Im Idealfall führt die/ der Klient\*in die Mundpflege a, Waschbecken durch (Thieme, 2020, S. 224).

Folgendes Material wird zur Mund- und Zahnpflege benötigt:

- ✓ Handtuch
- ✓ Zahnbecher mit Wasser Zahnbürste und Zahncreme
- ✓ Nierenschale (wenn Zahnpflege im Bett durchgeführt wird)
- ✓ Handschuhe und Schürze
- ✓ Händedesinfektionsmittel
- ✓ Lichtquelle

(Thieme, 2020, S. 224)

#### Durchführung:

Vor jeder Mund- und Zahnpflege wird in die Mundhöhle geschaut und mögliche **Veränderungen** zu **beobachten**. Um möglichst viel erkennen zu können wird eine Lichtquelle (Taschenlampe) zur Hilfe genommen. Anschließend wird ein Handtuch unter das Kinn der/ des Klient\*in gelegt. Die Reinigung der Zähne erfolgt mit kleinen kreisenden Bewegungen. Danach wird mit klarem Wasser ausgespült (Thieme, 2020).

### 9.3.1. Zahnprothesenpflege

Sowohl Voll- als auch Teilprothesen müssen **nach jeder Mahlzeit gereinigt** werden. So können Speisereise entfernt werden. Können Klient\*innen dies selbstständig durchführen, müssen ihnen lediglich das benötigte Material vorbereitet werden (Thieme, 2020, S. 229).

**Zahnprothesen sollten nicht mit Zahncreme geputzt werden Die Schleifkörper der Zahncreme können die Prothesenoberflächen aufkratzen**

(Thieme, 2020, S. 229).

#### Durchführung:

- ✓ Ziehen Sie Einmalhandschuhe an
- ✓ Legen Sie das Handtuch als Kleiderschutz auf die Brust der/des Klient\*in
- ✓ Lassen die die/den Klient\*in den Mund mit Wasser oder Mundspüllösung ausspülen
- ✓ Bitten Sie die/ den Klient\*in die Zahnprothese zu entfernen und legen Sie diese in die Prothesenschale
- ✓ Kontrollieren Sie die Mundhöhle
- ✓ Reinigen Sie die Prothese über den Waschbecken
- ✓ Reinigen Sie die Prothese unter fließendem Wasser mit einer Bürste und oder legen Sie die Prothese in ein Prothesenreinigungsbad (vor allem über Nacht)
- ✓ Reinigung der noch vorhandenen Zähne und der Zunge durch Klient\*in

(Pflegewelten, 2023, S. 86).

### 9.4. Nasen- und Augenpflege (inkl. Verabreichung von Nasen- und Augentropfen)

Die Nase und die Augen sind wichtige, aber auch sehr **empfindliche Sinnesorgane** des Menschen. Die Reinigung und Pflege müssen daher mit großer **Vorsicht** durchgeführt werden, da diese Organe höchst sensibel sind und selbst auf kleinste Verletzungen oder Infektionen reagieren. Beim

Gesunden ist eine Pflege meist nicht notwendig. Verschiedene Erkrankungen können aber die Funktion von Augen und Nase beeinträchtigen, sodass eine besondere Pflege notwendig wird (Pflegewelten, 2023, S. 8).

## Nasenpflege

Informieren Sie die Klient\*innen über die verordneten Nasentropfen (6- R Regel beachten!). Bereiten Sie die Materialien vor. Sie benötigen ein Hände- und Flächendesinfektionsmittel, Abwurfbehälter, Einmalhandschuhe, sterile physiologische Kochsalzlösung (NaCl), kleine und große Wattestäbchen die verordneten Nasentropfen und einen Zellstoff. Führen Sie eine hygienische Händedesinfektion durch. Erklären Sie der dem Klient\*in kurz den Ablauf und was Sie tun möchten. Die/ der Klient\*in sollte in **Sitzposition** sein der **Kopf leicht nach hinten** geneigt. Lassen die die/ den Klient\*in die Nase schnäuzen. Ziehen sie die Einmalhandschuhe an Befeuchten Sie die großen Wattestäbchen mit der physiologischen Kochsalzlösung und befreien Sie vorsichtig mit drehenden Bewegungen die Nase von möglichem Schmutz (Pflegewelten, 2023, S. 16).

**Im Rahmen einer Sauerstofftherapie dürfen nur Produkte verwendet werden, die keine Fette und Öle enthalten**

**(Pflegewelten, 2023, S. 15)**

## Nasentropfen verabreichen

Öffnen Sie den Schraubverschluss der Nasentropfen und füllen Sie die Pipette (siehe Bild), indem Sie die Gummiklappe oberhalb des Schraubdeckels zusammendrücken und loslassen. Schieben Sie mit dem Daumen die Nasenspitze hoch. Bringen Sie die Spitze der Pipette auf ca. 1 cm **Abstand zum Nasenloch**. Lassen Sie die verordnete Tropfenzahl in das entsprechende Nasenloch fallen, indem Sie auf die Kappe der Pipette drücken. Wiederholen Sie den



**Bild 19**

Vorgang beim anderen Nasenloch. Verschließen Sie die Nasentropfenflasche. Anschließend soll die/ der Klient\*in den Kopf nach vorne beugen und kurz eine Schnäuzbewegung machen. Wischen Sie mit einem Zellstoff überschüssige Flüssigkeit weg (Pflegewelten, 2023, S. 17).

**Achten Sie darauf, dass die/ der Klient\*in den Kopf nach der Verabreichung nach vorne beugt.**

**(Pflegewelten, 2023, S. 17)**

## **Augenpflege**

Informieren Sie die Klient\*innen über die verordneten Augentropfen (6- R Regel beachten!). Bereiten Sie die Materialien vor. Sie benötigen ein Hände- und Flächendesinfektionsmittel, Abwurfbehälter, Einmalhandschuhe, sterile physiologische Kochsalzlösung (NaCl), sterile Kompressen, keimarme Tupfer und die verordneten Augentropfen. Führen Sie eine hygienische Händedesinfektion durch. Erklären Sie der dem Klient\*in kurz den Ablauf und was Sie tun möchten. Die/ der Klient\*in sollte in Sitzposition sein der **Kopf leicht nach hinten** geneigt. Ziehen sie die Einmalhandschuhe an. Bitten Sie die/ den Klient\*in, die Augen zu schließen. Reinigen Sie die Lider des geschlossenen Auges mit einem NaCl getränkten sterilen Kompressen. Reinigen Sie **ohne Druck vom äußeren zum inneren Augenwinkel**. Eine **Wiederholung** der Reinigung erfordert die Verwendung einer **neuen Kompressen**. Werfen Sie die gebrauchte Kompressen weg. Bei stark verklebten Augen ist es sinnvoll, die feuchte Kompressen für kurze Zeit auf dem Auge zu belassen, um Verklebungen aufzuweichen (Pflegewelten, 2023, S.10-11).

**Kontrollieren Sie Verfallsdatum und Öffnungsdatum.**

**Manche Augentropfen dürfen nur für kurze Zeit nach der Öffnung verwendet werden**

**(Pflegewelten, 2023, S. 11)**

## Augentropfen verabreichen

Öffnen Sie die Flasche mit den Augentropfen und legen Sie den Deckel mit dem Schraubrand nach oben ab (siehe Bild). Nehmen Sie die Flasche in eine Hand, den keimarmen Tupfer in die andere. Lassen Sie die/ den Klient\*in nach oben schauen, ziehen Sie mit einer Kompresse das untere Augenlid nach unten. Lassen Sie im **Abstand von ca. 2-3cm** einen Tropfen des Medikaments in den unteren Tränensack (Konjunktivalsack) fallen. Bitten Sie die/ den Klient\*in, das **Auge** zu schließen und **für ca. 1-3 Minuten geschlossen** zu halten. Wischen Sie mit einer Kompresse überschüssige Feuchtigkeit weg. Schließen Sie die Flasche mit den Augentropfen wieder (Pflegewelten, 2023, S. 11-12).



Bild 20



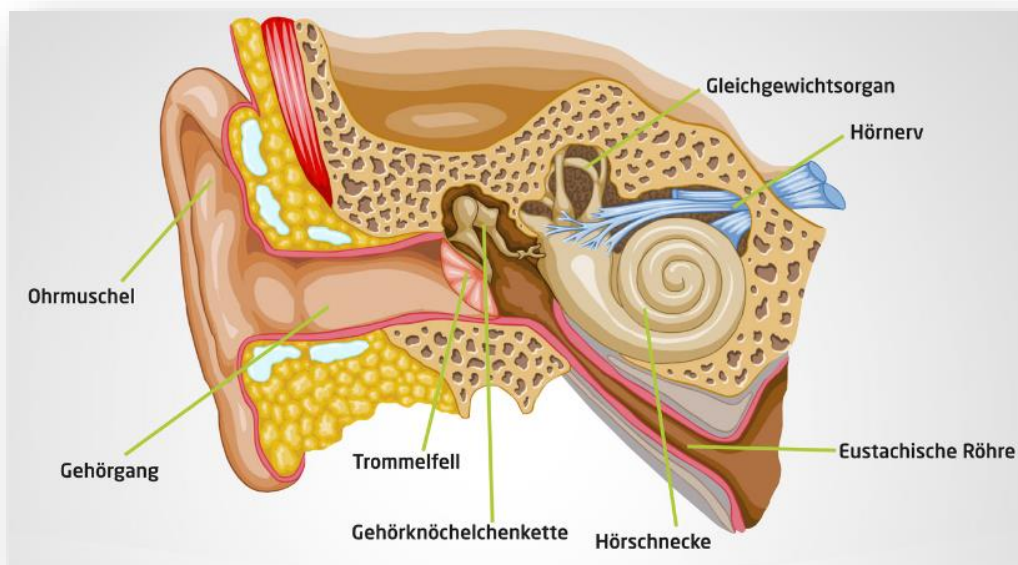
Bild 21

## 9.5. Ohrenpflege (inkl. Verabreichung von Ohrentropfen)

Die Pflege der Ohren wird in Verbindung mit der täglichen Körperpflege durchgeführt. Sie beschränkt sich nur auf die **Reinigung der Ohrmuscheln** und auf dem Bereich hinter dem Ohr. Beim Gesunden ist keine spezielle Pflege der Ohren notwendig, die Ohren werden nur äußerlich gereinigt. Trägt die/ der Klient\*in Hörgeräte, sind diese gleich nach der Ohrenpflege (Thieme, 2020, S. 234).

**Die Ohren dürfen NIEMALS mit Wattestäbchen gereinigt werden, da das Trommelfell verletzt werden kann, was zu einer DAUERHAFTEN Hörschädigung führen kann!**

(vgl. Thieme, 2020, S. 234)



**Bild 22**

## Ohrentropfen verabreichen

Vor der Verabreichung wird die Flaschen mit den Ohrentropfen in der Hand erwärmt. Die/ der Klient\*in liegt im besten Fall und wird gebeten, den Kopf zur Seite zu drehen Die Heimhilfe dehnt den Gehörgang indem sie die **Ohrmuschel leicht nach oben hinten zieht**. Die angeordnete Tropfenzahl wird dann in das Ohr geträufelt. Die Spitze der Flasche sollte dabei das Ohr nicht berühren. Nach dem Einbringe der Tropfen in das Ohr sollte die/ der Klient\*in nach ca. 5-10 Minuten auf der Seite liegen bleiben (Thieme, 2020, S. 616).

## 9.6. Rasur

Für die meisten Männer gehört die Rasur zur täglichen Körper- und Gesichtspflege. Je nach Wunsch und Hautverträglichkeit wird entweder eine **Trocken- oder Nassrasur** durchgeführt (Thieme, 2020, S. 234).

### Nassrasur

Zur Nassrasur werden folgende Materialien benötigt:

- Handtuch
- Waschlappen
- Wasser
- Rasierschaum
- Rasierer
- Ggf. Hautpflegemittel (Aftershave)
- Nierenschale mit Wasser
- Spiegel

(Thieme, 2020, S. 234)

**Durchführung:** Das Gesicht wird mit Wasser befeuchtet. Zum Schutz wird ein Handtuch über die Brust des Klienten gelegt. Rasierschaum auf den zu rasierenden Bereich auftragen. Dabei wird der Bereich der Augen und der Nasenlöcher frei gelassen. Beim Rasieren die **Haut** am besten mit zwei Fingern **spannen**. Das **Rasieren in die Haarwuchsrichtung** verhindert Schnittverletzungen. Der Rasierer wird nach jedem Zug ins Wasser getaucht, um Schaum und Haare zu entfernen. Zum Abschluss wird nochmals das Gesicht gewaschen, um Schaumreste zu entfernen. Ggf. wird noch ein Aftershave aufgetragen (Thieme, 2020, S. 234).

## Trockenrasur

Die Technik des Rasierens ist ähnlich der Nassrasur. Wenn notwendig, muss die Haut mit zwei Fingern gestrafft werden, um auch in den Hautfalten rasieren zu können. Nach Wunsch wird nach der Rasur noch ein Aftershave aufgetragen. Der Rasierkopf wird im Anschluss mit einem Bürstchen vorsichtig gereinigt (Thieme, 2020, S. 234).

## 10. Ausscheiden können

Die Ausscheidung ist ein täglicher und **natürlicher Vorgang**, bei dem Abbauprodukten den Körper verlassen. Die **regelmäßige Stuhl- und Harnentleerung** ist **wichtig** für das Wohlbefinden und gehört in den Tagesablauf. Die Ausscheidungen werden aufgrund von Geruch meist als **unangenehm bis ekelerregend** empfunden. Im Alter kommt dann häufig noch eine **Inkontinenz** belastend hinzu. Auf die **Intimsphäre** der Klient\*innen muss bei der Intimpflege ganz besonders geachtet werden. Eine **respektvolle und einfühlsame Pflege** ist dabei sehr wichtig (Thieme, 2020, S. 259).

## 10.1. Harnausscheidung

Ist die **Blase** mit mindestens 350 ml Harn **gefüllt**, wird ein **Signal an das Gehirn** gesendet, das zum **Harndrang** führt. Die täglich ausgeschiedene Harnmenge beträgt **ca. 1-1,5 Liter pro Tag**. Diese ist abhängig von der **Flüssigkeitsaufnahme** z.B. Trinken und der **Flüssigkeitsabgabe** z.B. über die Haut (Schwitzen). Beim gesunden Menschen ist die Menge der Flüssigkeitsaufnahme und die der Flüssigkeitsabgabe **fast gleich** (Thieme, s. 259).

**Bestandteile des Harns:** Im Normalfall riecht der Harn nicht, enthält keine Beimengungen und hat eine hell- bis dunkelgelbe Farbe. Der Harn enthält Großteils **Wasser (95-98%)** aber auch Elektrolyte (z.B. Natrium, Kalium), Harnstoff, Harnsäure und Kreatinin (Stoffwechselprodukt des Harns), Eiweiß und Hormone (Z.B. während einer Schwangerschaft) (Thieme, 2020, S. 259).

### Harnausscheidung beobachten

Jede Veränderung der Harnausscheidung kann ein wichtiger Hinweis auf eine Krankheit sein. Es gibt viele Ursachen dafür, dass sich unsere Harnausscheidung verändert. Um darauf richtig reagieren zu können, muss die Heimhilfe wissen, wie sie diese Veränderungen erkennen kann. Bei der Harnausscheidung werden die Häufigkeit, die Harnmenge, die Farbe, das Aussehen und der Geruch des Harns beobachtet und Dokumentiert (Thieme, 2020, S. 260).

## Veränderungen des Harns

(Thieme 2020, S. 261-262)

### Farbe

| Normal                      | Veränderungen        | Ursachen                                    |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------------|
| <b>Hell- bis dunkelgelb</b> | Dunkelgelb bis braun | Flüssigkeitsmangel                          |
|                             | Hellrot bis blutig   | Blutungen bei Nieren- und Blasenerkrankung  |
|                             | Grünlich             | Diabetes mellitus                           |
|                             | Milchig, trüb        | Eiter (Entzündungen)                        |
|                             | Rot                  | Verfärbung durch Nahrungsmittel (Rote Rübe) |
|                             | Orange               | Verfärbung durch Medikamente (Antibiotika)  |

## Geruch

| Normal             | Veränderungen            | Ursachen                         |
|--------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <b>Unauffällig</b> | Geruch nach Speisen      | z.B. Spargel                     |
|                    | Leicht süßlich           | Lebererkrankung                  |
|                    | Azetongeruch (obstartig) | Diabetes mellitus<br>Beim Fasten |
|                    | Ammoniak                 | Harnwegsinfekt                   |

## Menge

| Normal            | Veränderungen            | Ursachen                                                                                                  |
|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bis 2000ml</b> | Mehr als 2000ml          | Zu hohe Flüssigkeitsaufnahme<br>Einnahme von Diuretika<br>(Entwässerungsmedikamente)<br>Diabetes mellitus |
|                   | Weniger als 2000ml       | Flüssigkeitsverlust z.B. bei<br>starkem Schwitzen                                                         |
|                   | Mehr als 2000ml          | Große Trinkmengen z.B. Bier,<br>Kaffee, schwarzer Tee                                                     |
|                   | Weniger als 500ml am Tag | Zu wenig Flüssigkeitszufuhr<br>oder Flüssigkeitsverlust z.B.<br>bei Durchfall<br>Nierenerkrankungen       |

Heimhilfeberufsausbildung: Grundzüge der Betreuung; © Akademie des Wiener Roten Kreuzes.

Autorin: Elena Schock,

Version:1/10/2025

|  |                          |                                                                      |
|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|
|  | Weniger als 100ml am Tag | Herzschwäche<br>Nierenerkrankungen<br>Herzschwäche<br>Nierenversagen |
|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|

## Beimengungen

| Normal       | Veränderungen  | Ursachen                                                         |
|--------------|----------------|------------------------------------------------------------------|
| <b>Keine</b> | Blut           | Harnwegsinfekt<br>Nieren- Blasensteine<br>Verletzungen<br>Tumore |
|              | Eiweiß         | Nierenerkrankungen<br>Fieber, Stress                             |
|              | Schleimfäden   | Reizung der Blase<br>Harnwegsinfekt                              |
|              | Weißer Flocken | Harnwegsinfekt<br>Abgestoßene Schleimhaut                        |

### 10.1.1. Harninkontinenz

Ist ein Mensch Harn inkontinent, kann der **Harnverlust nicht mehr bewusst kontrolliert** und zurückgehalten werden (Thieme, 2020, S. 263).

**Risikofaktoren** für eine Harninkontinenz sind vielseitig. Harninkontinenz ist weit verbreitet und kann in jedem Alter auftreten. Das Risiko steigt mit zunehmenden Alter an, was aber nicht heißt, dass alle alten Menschen inkontinent sind oder es werden. Folgende Risikofaktoren können eine Harninkontinenz begünstigen:

- Kognitive Einschränkungen
- Körperliche Einschränkungen (Immobilität)
- Schlaganfall
- Demenz
- Parkinson
- Medikamente wie Diuretika, Antidepressiva, Beruhigungsmittel, starke Schmerzmittel
- Harnwegsinfektionen
- Belastung des Beckenbodens z.B. Durch Schwangerschaft/ Geburt
- Hohes Lebensalter

(Thieme, 2020, S. 264)

**Symptome** von Harninkontinenz sind unbeabsichtigter Harnverlust bei körperlicher Anstrengung, ständiger Harnverlust, Gefühl einer nicht vollständig leeren Blase, häufiger Harndrang in der Nacht (Thieme, 2020, S. 264).

### 10.1.2. Ödeme

Ein Ödem bezeichnet eine **Wasseransammlung im Gewebe**. Besonders sichtbar sind diese an den **Beinen** (Beinödeme). In schweren Fällen kann ein Ödem auch den ganzen Körper betreffen. Bei schweren Erkrankungen kann es auch zu einer Ödembildung in den inneren Organen kommen (z.B. Lunge, Gehirn, Leber) (Thieme, 2020, S. 488).

### Ödem erkennen

Es wird mit der Fingerkuppe auf die vermeintlich ödematös veränderte Stelle gedrückt, danach der Finger weggegeben. Wenn eine Delle im Gewebe bleibt, dann handelt es sich um ein Ödem.

**Ursachen** für ein Ödem sind:

- Bewegungsmangel
- Herzschwäche
- Medikamente (z.B. Cortison)
- Starke Hitze (Gefäße erweitern sich, Wasser kann ins Gewebe gelangen)
- Nierenschwäche
- Lebererkrankungen

(Thieme, 2020, S. 488).

**Maßnahmen:**

- ✓ Beine hoch positionieren
- ✓ Bewegung fördern
- ✓ Kompressionsstrümpfe/ Verbände – nach ärztlicher Anordnung
- ✓ Hautpflege
- ✓ Keine einschnürende Kleidung – Druckstelle!
- ✓ Beobachten, dokumentieren und weiterleiten

(Thieme, 2020, S. 488).

**SOFORT MELDEN, WENN:**

- Plötzlich eine starke Schwellung vorliegt
- Das Bein einseitig geschwollen ist → mögliche Thrombose
- Die/ der Klient\*in Atemnot angibt
- Die / der Klient stark Gewicht zunimmt vor allem am betroffenen Bein (Beinumfang)

## 10.2. Stuhlausscheidung

Als **Stuhlgang** wird die **Entleerung des Darminhalts** bezeichnet. Es ist die letzte Phase der Verdauung. Bei gesunden Menschen entleert sich der Darm in einem individuellen Abstand (alle 1-3 Tage). Der Stuhl ist normalerweise **weich und geformt**. Je nach dem was wir gegessen haben ist der Stuhl **hell – bis dunkelbraun** gefärbt. Eine **Stuhlentleerung alle 1-3 Tage** gilt als normal. Die Menge an Stuhl beträgt beim Erwachsenen ca. 100-300 g pro Tag. Der Stuhl besteht Großteil aus Wasser und zu 10% aus unverdauter Nahrung (Thieme, 2020, S. 260).

### Stuhlausscheidung beobachten

Beim Stuhl handelt es sich um ein Ausscheidungsprodukt. Abweichungen des Stuhls können vorkommen. Beobachtet werden können die Stuhlfärbung, der Geruch, die Form, die Konsistenz, die Häufigkeit und Beimengungen (Thieme, 2020, S. 266).

### Veränderungen des Stuhls

(Thieme, 2020, S. 266-267)

#### Farbe

| Normal                       | Veränderungen       | Ursachen                                                  |
|------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Hell- bis dunkelbraun</b> | Schwarz             | Eisenpräparate                                            |
|                              | Rötlich             | Rote Rübe                                                 |
|                              | Frisches rotes Blut | Blutungen im unteren Darmabschnitt, Hämorrhoidenblutungen |

|  |                                                          |                                                 |
|--|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  | Rotbraun bis schwarz<br>glänzend (Teerstuhl –<br>Meläna) | Blutungen im Magen oder<br>oberen Darmabschnitt |
|  | Hellgelb (Fettstuhl)                                     | Störungen der Verdauung                         |
|  | Sehr hell, lehmfarben<br>„kalkweiß“                      | Gallenzufluss fehlt                             |
|  | Grünlich                                                 | Durchfall infolge einer<br>Entzündung           |

## Geruch

| Normal                                  | Veränderungen          | Ursachen                                                                       |
|-----------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nicht übermäßig<br/>übelriechend</b> | Geruchsintensiv        | Fleischhaltige Kost                                                            |
|                                         | Sauer                  | Verdauungsstörung<br>(Nahrung wird nicht richtig<br>abgebaut – Gase entstehen) |
|                                         | Faulig                 | Verdauungsstörung<br>(Nahrung wird nicht richtig<br>verdaut)                   |
|                                         | Extrem geruchsintensiv | Zerfallsprozesse im Darm<br>(z.B. durch Krebs)                                 |

## Form/ Konsistenz/Menge

| Normal                                               | Veränderungen           | Ursachen                         |
|------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| <b>Geformt aber weich</b><br><b>100-300g pro Tag</b> | Größere Mengen          | Ernährung<br>(ballaststoffreich) |
|                                                      | Flüssige Konsistenz     | Durchfall                        |
|                                                      | Kleinere Mengen         | Ernährung (eiweißreich)          |
|                                                      | Feste/ harte Konsistenz | Verstopfung                      |
|                                                      | Bleistiftartig          | Verengung des Enddarms           |

## Beimengungen

| Normal       | Veränderungen                        | Ursachen                                              |
|--------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>Keine</b> | Möglich ist Unverdautes z.B.<br>Mais |                                                       |
|              | Blut                                 | Einrisse im Anus<br>Hämorrhoiden<br>Karzinome (Krebs) |
|              | Schleim                              | Gereizte Darmschleimhaut                              |
|              | Parasiten                            | Maden- Bandwürmer                                     |
|              |                                      |                                                       |

### 10.2.1. Stuhlverstopfung (Obstipation)

Bei einer Obstipation kann der Darminhalt nur unregelmäßig und schwer entleert werden. Die Konsistenz des Stuhls ist hart, die Betroffenen klagen über Schmerzen bei der Stuhlentleerung (Thieme, 2020, S. 267).

Symptome einer Verstopfung sind:

- Trockener, harter Stuhl
- Schwierigkeiten beim Stuhlgang
- Blähungen
- Bauchkrämpfe

(Thieme, 2020, S. 268)

**Weniger als 3 Stuhlentleerungen pro Woche können auf eine Obstipation hinweisen**

**(Thieme, 2020, S. 268)**

Eine Obstipation kann viele **Ursachen** haben. Es gibt Ursachen wie Tumore, Erkrankungen des Darms, Entzündungen im Analbereich, zu wenig Flüssigkeitszufuhr, Schamgefühl, Antibiotika, Schmerzmittel (Opiate) und Antidepressiva (Thieme, 2020, S. 268).

**Während einer Schmerztherapie mit Morphinen ist die Obstipation die häufigste Nebenwirkung. Während der Therapie ist es in der Regel erforderlich, zusätzlich Abführmittel (Laxanzien) zu verabreichen**

**(Thieme, 2020, S. 268).**

Je länger der Stuhl im Darm bleibt, desto **fester** wird er. Verschiedene Vorbeugende **Maßnahmen** können helfen, eine Stuhlverstopfung zu vermeiden:

- ✓ Keine tägliche zwanghafte Stuhlentleerung
- ✓ Sobald Stuhldrang verspürt wird auf die Toilette gehen
- ✓ Ballaststoffreiche Ernährung
  - Gedörrte Früchte (Zwetschge, Feige, Birne)
  - Vollkornprodukte
- ✓ Stopfenden Nahrungsmittel (z.B. Schokoladen, Bananen) meiden
- ✓ Viel trinken (min 2l)
- ✓ Bewegung

(Thieme, 2020, S. 269)

### 10.2.2. Durchfall (Diarrhö)

Durchfall ist die **Entleerung von flüssigem Stuhl**. Von Durchfall spricht man bei **mehr als drei flüssigen Stühlen täglich**. Von einer chronischen Diarrhö spricht man, wenn die Symptome länger als drei Wochen dauern (Thieme, 2020, S. 269).

Die Ursachen einer Diarrhö sind vielfältig. Bei Durchfall können Darmerkrankungen vorliegen. Diese können aufgrund von Infektionen, Medikamente, psychischen Gründen oder körperlichen Ursachen entstehen (Thieme, 2020, S. 269).

**Ältere Menschen haben oft keinen Durst, sie vergessen zu trinken und nehmen zu wenig Flüssigkeit zu sich.**

**BEI DURCHFALL MUSS DER HOHE FLÜSSIGKEITSVERLUST UNBEDINGT AUSGEGLICHEN WERDEN.**



**(Thieme, 2020, S. 268).**

### 10.2.3. Stuhlinkontinenz

Ist ein Mensch Stuhl inkontinent, kann der **Stuhlverlust nicht mehr bewusst kontrolliert** und zurückgehalten werden. Menschen jeden Alters können von Stuhlinkontinenz betroffen sein (Thieme, 2020, S. 270).

Stuhlinkontinenz kann verschieden stark ausgeprägt sein und reicht von unkontrolliertem Abgang von Darmgasen bis hin zu unkontrolliertem Verlust von festem Stuhl (Thieme, 2020, S. 270).

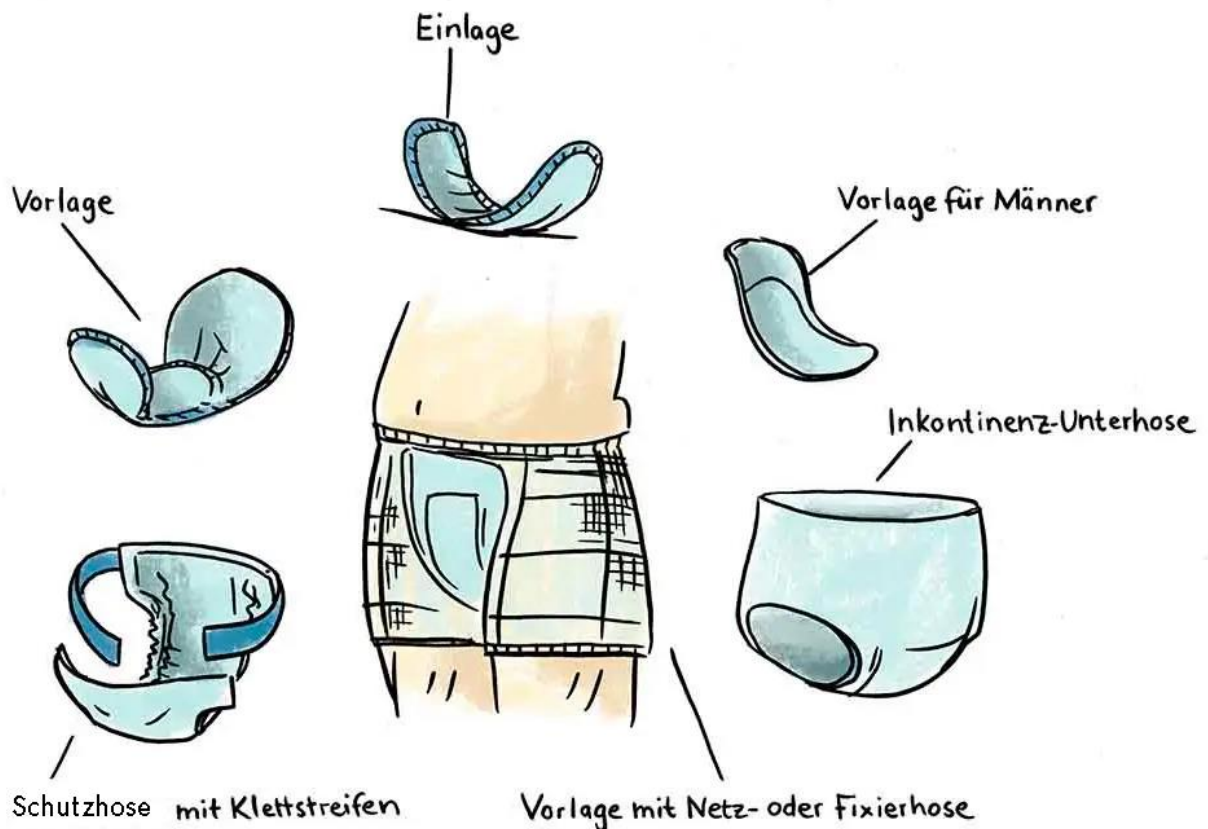
Eine Stuhlinkontinenz hat viele **Ursachen**. Oft kann **flüssiger Stuhl** schlechter gehalten werden. Durch **Darmerkrankungen** kann die Wahrnehmung der Stuhlfüllung im Darm abnehmen. Ist der **Schließmuskel** am After **geschädigt** kann es ebenfalls zu ungewolltem Stuhlverlust kommen. **Nervenschädigungen durch Erkrankungen wie Querschnittlähmung oder schwere Verletzungen bei der Geburt** können zu einem Kontrollverlust führen. Auch psychische Faktoren wie z.B. eine **Demenz** können zur Stuhlinkontinenz führen (Thieme, 2020, S. 270).

### 10.3. Inkontinenzversorgung (IKV)

Inkontinenzversorgung bedeutet, Menschen zu unterstützen, die Harn oder Stuhl nicht mehr kontrollieren können. Für Heimhilfen ist es wichtig, passende Hilfsmittel zu kennen und richtig damit umzugehen. Eine gute Inkontinenzversorgung hilft, die Haut zu schützen, unangenehme Situationen zu vermeiden und den Alltag für Betroffene angenehmer zu machen. Es gibt verschiedene Systeme die zum Einsatz kommen können. Man unterscheidet zwischen **einteiligen und zweiteiligen** Inkontinenzversorgungssysteme.

Zu den **einteiligen Systemen** zählen Schutzhosen mit Klettstreifen und Inkontinenzunterhosen. Diese sind in Unterschiedlichen Größen erhältlich.

Zu den **zweiteiligen Systemen** gehören, Vorlage für Frauen und Männer und Einlagen diese werden entweder in der Unterwäsche der Klient\*innen oder in sogenannten Netz- oder Fixierhosen befestigt.



**Bild 23**

**Weitere Hilfsmittel** für die Harn- und Stuhlausscheidung sind:

- Harnflaschen
  - Bestehen häufig aus Kunststoff. Sie haben meist seitlich eine Markierung damit die Harnmenge leicht abgemessen werden kann
- Toilettenstühle (Leibstühle)

## 11. Essen und Trinken können

Eine ausgewogene Ernährung und ausreichende Flüssigkeitsaufnahme sind wichtige Voraussetzungen für Gesundheit, Wohlbefinden und Selbstständigkeit im Alltag. Für viele Menschen, die Unterstützung durch eine Heimhilfe benötigen, kann das Essen und Trinken jedoch mit Schwierigkeiten verbunden sein, z.B. durch körperliche Einschränkungen, Krankheiten, Demenz oder fehlende Kraft im Alltag.

Die Aufgabe der Heimhilfe besteht darin, Klient\*innen dabei zu unterstützen. Dazu gehört nicht nur das Zubereiten einfacher Mahlzeiten oder das Bereitstellen von Getränken, sondern auch das Beobachten von Essgewohnheiten und Veränderungen. Heimhilfen tragen damit dazu bei, Mangelernährung, Flüssigkeitsdefizite und daraus entstehende gesundheitliche Probleme zu vermeiden.

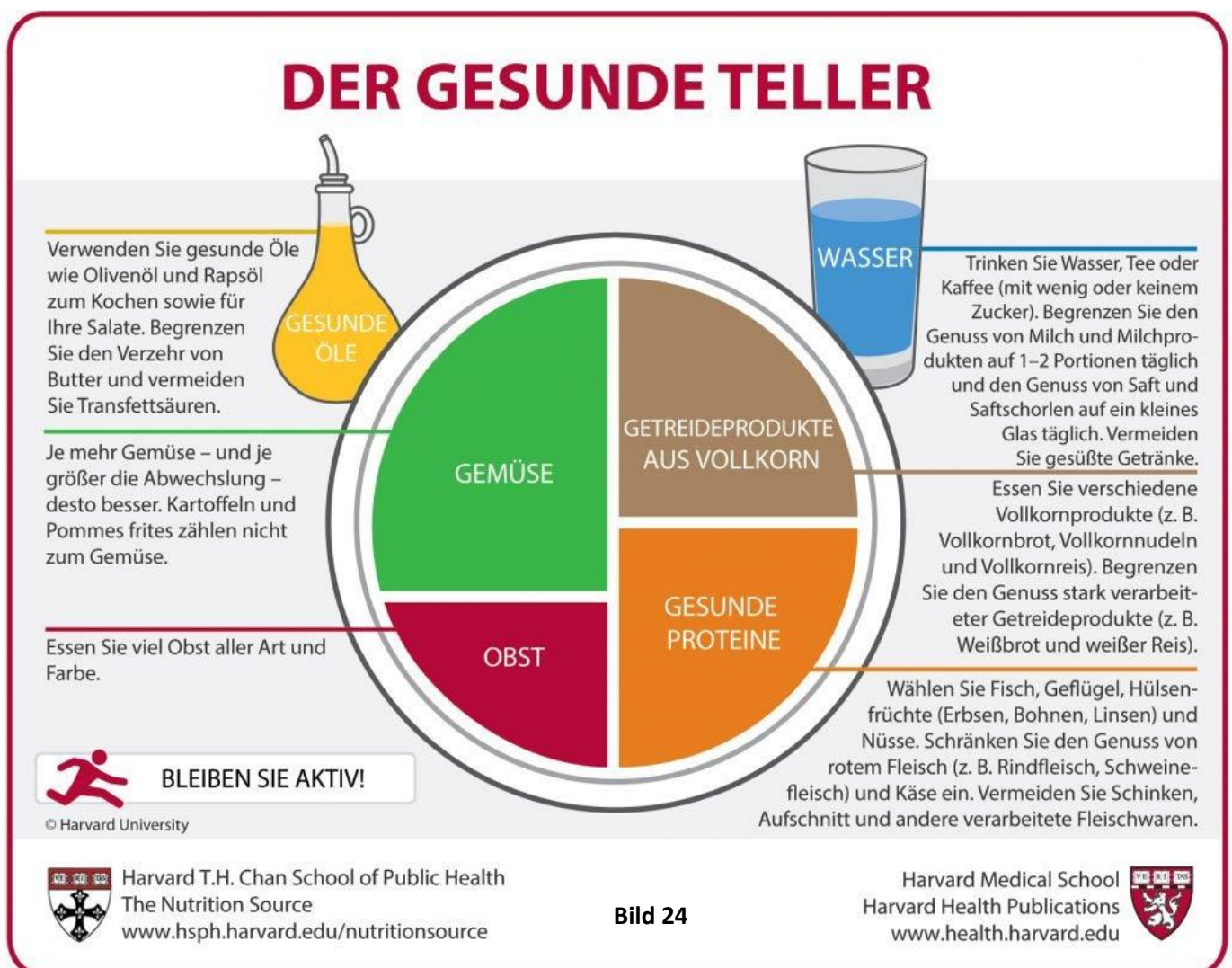


Bild 24

Der **Gesunde Teller** zeigt auf einfache Weise, wie eine **ausgewogene Ernährung** im Alltag aussehen kann. Er besteht zur Hälfte aus **Gemüse und Obst**, wobei eine bunte und abwechslungsreiche Auswahl empfohlen wird. Ein weiteres Viertel sollte aus **Vollkornprodukten** bestehen, die länger sättigen und wichtige **Ballaststoffe** liefern. Das letzte Viertel umfasst gesunde **Proteine** wie Fisch, Hülsenfrüchte, Geflügel oder Nüsse.

Ergänzend dazu spielen **gesunde Öle** wie Oliven- oder Rapsöl eine wichtige Rolle, während stark verarbeitete Fette möglichst vermieden werden sollten. Als Getränke eignen sich vor allem **Wasser, ungesüßter Tee oder Kaffee**, während gesüßte Getränke und zu viel Milch oder Saft eingeschränkt werden sollten. Der Gesunde Teller erinnert außerdem daran, **im Alltag aktiv zu bleiben**, um Gesundheit und Wohlbefinden zusätzlich zu fördern.

## Durst

Durst ist das Bedürfnis nach Flüssigkeit. Der Wassergehalt im Körper muss aufrechtgehalten werden. Durst tritt bei Flüssigkeitsmangel auf. Hat der Körper Wasser verloren, werden Signale von Gehirn (Zwischenhirn) gesendet, die das Durstgefühl wecken (Thieme, 2020, S. 234).

### 11.1. Dehydration (Austrocknung)

Unter einer Dehydration versteht man einen **Flüssigkeitsmangel**, dieser kann auftreten, wenn **zu wenig Flüssigkeit aufgenommen** wurde oder **zu viel Flüssigkeit verloren** wurde (Pflegeassistenten heute, 2021, S. 588).

**Gründe für eine verminderte Flüssigkeitsaufnahme sind:**

- der Weg auf die Toilette ist zu anstrengend
- Schmerzen beim Toilettengang
- Angst vor dem Stürzen auf dem Weg zur Toilette
- Demenz
- Reduziertes Durstgefühl
- bewusste Verweigerung „Aufgeben“ des eigenen Körpers
- Immobilität
- Das Getränk schmeckt nicht

(Thieme, 2020, S. 243)

### **Gründe für einen hohen Flüssigkeitsverlust sind:**

- Starkes Schwitzen z.B. durch Fieber, körperliche Anstrengung, starke Hitze
- Flüssigkeitsverlust z.B. durch Durchfall
- Harntreibende Medikamente (Diuretika)

(Thieme, 2020, S. 243)

### **Symptome sind:**

- Durst
- trockene Haut
- geringe Harnmenge
- sehr dunkler (konzentrierter) Harn
- Akute Verwirrtheit (Delir)

(Thieme, 2020, S. 243)

### **Gefahren/ Folgen sind:**

- Austrocknung
- Trockene Mundschleimhäute
  - Pilzinfektionen im Mund (Soor)
- Desorientierung bis zur akuten Verwirrtheit
- Schwindel
- Niedriger Blutdruck
- Schnellerer Puls
- Zittern
- Kreislaufkollaps
- Tod

**Maßnahmen:**

- regelmäßige Flüssigkeitszufuhr
- Beobachtung der Harnmenge
- Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme
- Getränke in Griffweite stellen
- das Lieblingsgetränk anbieten (Biografie)
- ans Trinken erinnern
- gemeinsam trinken
- Lieblingsbecher mit Getränken in der Wohnung aufstellen
- beim Trinken unterstützen
- Hilfsmittel verwenden (z. B. Strohhalm, Schnabeltasse)

(Thieme, 2020, S. 243)



**Bild 25**

## 11.2.Schluckstörungen

Bei einer Schluckstörung ist das Schlucken beim Essen und Trinken beeinträchtigt. Schluckstörungen treten im Alter sehr häufig auf. Es besteht die Gefahr des Verschluckens (Aspiration). Dabei gelangen Speisen und Getränke in die Lunge. Dadurch kann eine Lungenentzündung (Aspirationspneumonie) entstehen (Thieme, 2020, S. 254).

### Wie erkennen Sie eine Schluckstörung?

Neben dem Verschlucken gibt es weitere Anzeichen für eine Schluckstörung:

- Belegte raue Stimme
- Speisereste im Mundraum
- Speichelfluss aus dem Mund
- Angestregtes Schlucken

(Thieme, 2020, S. 254)



**Hat eine/ ein Klient\*in eine Schluckstörung dürfen nur ausgebildete  
Pflegkräfte die Nahrungsaufnahme begleiten!**

## Hunger

Hunger ist das Verlangen nach Nahrung. Das Hungergefühl entsteht, wenn der Zuckergehalt (Glukose) im Blut abnimmt. Ein Sättigungsgefühl kommt, wenn der Magen durch die Nahrungsaufnahme gedehnt wird und der Zuckergehalt wieder ansteigt (Thieme, 2020, S. 241).

## Appetit

Appetit kommt vom lateinischen Wort „Appetenz“, was „Lust“ „Verlangen“ bedeutet. Appetit wird stark von Sinneswahrnehmungen beeinflusst. Appetit ist stimmungsabhängig und kann auch dann noch da sein, wenn der Hunger längst gestillt ist (Thieme, 2020, S. 242).

### 11.3. Mangelernährung

Eine Mangelernährung **zeigt sich durch:**

- Geringes Körpergewicht
- Wenig Unterhautfettgewebe
- Starke Abmagerung (Kachexie)
- Verminderte Leistungsfähigkeit (Müdigkeit)

(Thieme, 2020, S. 244)

**Ursachen** einer Mangelernährung sind:

- |                                               |                                                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| • Schwere Erkrankungen des Verdauungstrakts   | • Schlecht angepasste Zahnprothesen                          |
| • Infektionskrankheiten                       | • Schluckstörungen                                           |
| • Schilddrüsenüberfunktion                    | • Altersbedingte Veränderungen (wenig bis kein Hungergefühl) |
| • Veränderungen der Zähne (z.B. Entzündungen) | • Abnahme des Geschmackssinns                                |

(Thieme, 2020, S. 244)

**Folgen** einer Mangelernährung können schwerwiegend sein. Mangelernährte Klient\*innen nehmen oft stark an Gewicht ab, es kommt zu Abmagerung, das Risiko für einen Dekubitus steigt. Wundheilungsstörungen (Wunden heilen nicht mehr) Infektionen sind weitere Folgen. Bei Frauen vor den Wechseljahren kann die Mangelernährung dazu führen, dass die Regelblutung (Menstruation) ausbleibt (Thieme, 2020, S. 245).

#### 11.4. Übergewicht (Adipositas)

Immer mehr Menschen auf der Welt leiden unter Übergewicht. In Österreich leiden laut den aktuellsten Zahlen der Statistik Austria **34,5%** der Menschen in Österreich an **Übergewicht**, **16,6% sind stark übergewichtig**. Die Tendenz ist steigend (Statistik Austria, 2019).

Übergewicht entsteht, wenn dem Körper mehr Energie (Kalorien) zugeführt wird, als er benötigt. Faktoren die bei Übergewicht eine Rolle spielen sind neben **erblichen** (genetischen) Veranlagungen auch **mangelnde Bewegung**, **Erkrankungen** (Schulddrüsenunterfunktion), **Medikamente** wie z.B. Cortison oder Pille und **psychische Ursachen** wie Essstörungen (Binge Eating- Esssucht) (Thieme, 2020, S. 245).

Jahrelanges Übergewicht kann zu Erkrankungen führen wie:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus Typ 2)
- Gelenkerkrankungen (Arthrose)
- Schädigung der Niere (Nierenschwäche bis Nierenversagen)

(Thieme, 2020, S. 245)

## Beim Essen unterstützen

Die Heimhilfe wäscht sich vor der Berührung der Nahrungsmittel die Hände oder führt eine hygienische Händedesinfektion durch. Der Esstisch wird möglichst nach den Vorstellungen der/ des Klient\*in gestaltet. Dabei werden persönliche Gewohnheiten berücksichtigt (Thieme, 2020, S. 252).

**Gemeinsames Essen kann den Appetit fördern und erhöht die Lebensfreude**

**(Thieme, 2020, S. 252).**

## Essen für sehbehinderte Menschen vorbereiten

Die Vorbereitung von Mahlzeiten für sehbehinderte Menschen erfordert ein erhöhtes Eingehen auf die Bedürfnisse der Klient\*innen

Teller, Besteck und Gläser müssen immer an der gleichen Stelle auf dem Tisch stehen, damit die/ der Klient\*in diese auch finden kann.

Um sehbehinderten Menschen zu erklären, wo sich die einzelnen Speisen auf dem Teller befinden, kann das Prinzip der Uhr sehr hilfreich sein. Dabei wird der Teller wie ein Zifferblatt einer Uhr vorgestellt. Beim Servieren kann man dann die Positionen der einzelnen Lebensmittel verbal beschreiben, zum Beispiel: „Das Fleisch liegt bei 12 Uhr, die Kartoffeln bei 3 Uhr und das Gemüse bei 9 Uhr.“

## Essenspositionierung

Die aufrechte Positionierung im Bett oder am Tisch reduziert die Gefahr, dass sich die/ der Klient\*in beim Essen verschluckt (Aspiration). Sitzen am Tisch ist optimal. Kann die/ der Klient\*in das Bett zum Essen nicht mehr verlassen z.B. bei Bettlägerigkeit muss die/ der Klient\*in in einer mindestens 70° Oberkörperhochlage positioniert werden. Beim Sitzen an der Bettkannte (Querbett) muss auf die Sicherheit der/ des Klient\*in geachtet werden. Der Rücken muss dabei gut gestützt werden. (Thieme, 2020, S. 252).



**Grafik 14** (KI- generiert)

### Selbstständigkeit fördern

Die/der Klientin soll möglichst selbstständig essen und trinken. Die Selbstständigkeit wird erhalten und gefördert, indem Tätigkeiten nicht automatisch von der Heimhilfe übernommen werden. Stattdessen wird erklärt und gezeigt, wie die Klient\*innen die Tätigkeit selbst durchführen können. Die Heimhilfe unterstützt dabei nach dem Prinzip der „**Pflege mit den Händen in der Hosentasche**“, das heißt, sie greift nur ein, wenn es wirklich nötig ist.

Für die Erhaltung der Selbstständigkeit ist auch der Einsatz von **Hilfsmittel** wichtig:

1. Tasse mit großem Griff (kann leichter gehalten werden)
2. Besteck mit dickem Griff (erleichtert das Greifen)
3. Teller mit erhöhtem Rand (verhindert das Verrutschen)
4. Schüssel mit festem Boden (verhindert das Verrutschen)
5. Antirutschmatte



Bild 25



Bild 26

## 12. Sich bewegen

Heimhelfer\*innen müssen die Bewegungen der Klient\*innen beobachten und die Unterstützungsmaßnahmen an die Person anpassen. Nur so kann die Bewegungsfähigkeit und damit auch die Selbstständigkeit unterstützt und gefördert werden (Thieme, 2020, S. 180).

### Hilfsmittel

## Gehilfen im Überblick

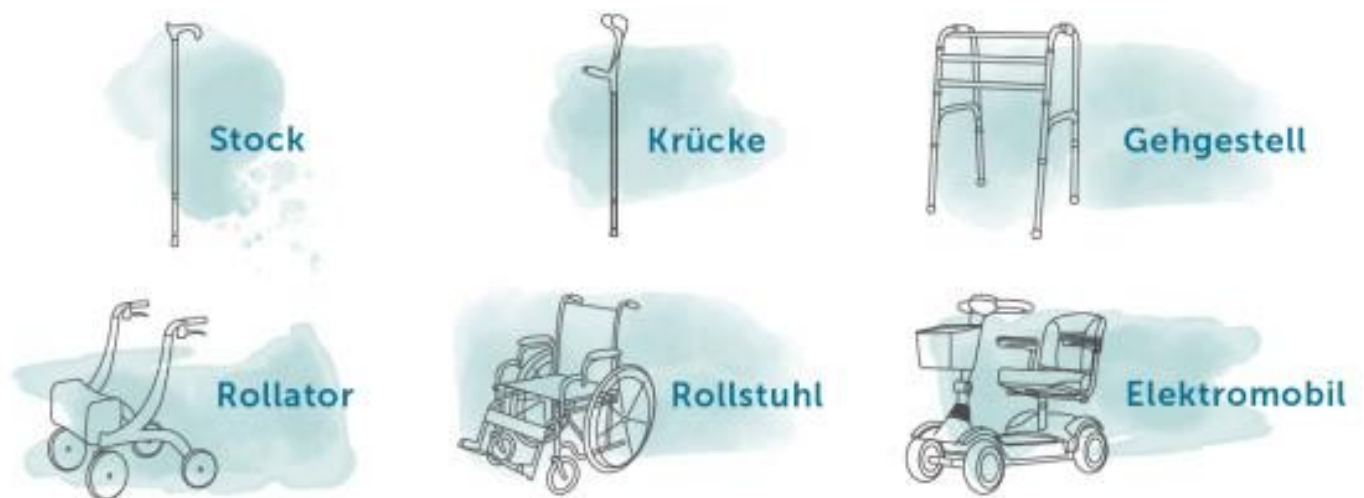


Bild 27

Heimhilfeberufsausbildung: Grundzüge der Betreuung; © Akademie des Wiener Roten Kreuzes.  
 Autorin: Elena Schock,  
 Version: 1/10/2025

## 12.1. Bewegungseinschränkungen

Neben der Körperhaltung können auch Veränderungen der Bewegung Hinweise auf eine Bewegungseinschränkung liefern. Bewegungsstörungen sind z.B. Unruhe, Zittern, Hinken, Krämpfe, Lähmung oder Schonhaltung (vgl. Thieme, 2020, S. 182).

Einflussfaktoren sind die eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, die verminderte Bewegungskontrolle und die verminderte Muskelkraft. Die/ der Klient\*in braucht zum Verlassen des Hauses Hilfsmittel bzw. Unterstützung durch Angehörige oder die Heimhilfe (Thieme, 2020, S. 182).

**Ein hohes Alter führt zu Veränderungen des Körpers.**

**Die Mobilität (Beweglichkeit) nimmt ab**

**( Thieme, 2020, S. 182)**

### Altersbedingte Veränderungen des Bewegungsapparates

Im Alter verändert sich der Körper – besonders **Knochen, Muskeln und Gelenke**. Dadurch werden ältere Menschen oft **langsamer, unsicherer** oder schneller müde (Fischer 2022).

Mit zunehmendem Alter verlieren Knochen Mineralien, werden dünner und damit brüchiger (Osteoporose) (Kuhlmey & Suhr 2018).

Das erhöht das Risiko für **Knochenbrüche**, besonders bei Stürzen. Daher sollten Heimhilfen darauf achten, Stolperfallen zu entfernen, den Klient\*innen rutschfeste Schuhe anziehen und für gute Beleuchtung sorgen.

Ab ungefähr dem 50. Lebensjahr baut der Körper langsam **Muskelmasse und Muskelkraft** ab. Dadurch werden einfache Tätigkeiten anstrengender und das **Gleichgewicht** nimmt ab. (Fischer 2022).

Der Knorpel wird dünner und weniger elastisch. **Gelenke werden steifer** und können schmerzen. Typisch sind Morgensteifigkeit und Bewegungsschmerzen (Kuhlmey & Suhr 2018).

Durch Muskelabbau und Veränderungen der Wirbelsäule kann sich eine **gebeugte Körperhaltung** entwickeln (Kuhlmey & Suhr 2018).

### **1 Knochen werden brüchiger**

Mit zunehmendem Alter verlieren Knochen Mineralien, werden dünner und damit brüchiger.



#### **Praxis für Heimhilfen**

Stolperfallen entfernen, rutschfeste Schuhe, gute Beleuchtung.

### **3 Gelenke nutzen sich ab (Arthrose)**

Knorpel wird dünner und weniger elastisch → Gelenke werden steifer und können schmerzen.



#### **Praxis für Heimhilfen**

Sanfte, langsame Bewegungen

### **2 Muskeln werden schwächer (Sarkopenie)**

Ab ungefähr dem 50. Lebensjahr baut der Körper langsam Muskelmasse und Muskelkraft ab.



#### **Praxis für Heimhilfen**

Beim Aufstehen begleiten, kleine Bewegungsübungen fördern.

### **4 Sehnen und Bänder werden unelastischer**

Im Alter verlieren sie Wasser und werden steifer, was die Beweglichkeit einschränkt.



#### **Praxis für Heimhilfen**

Beim Heben helfen. rückschonende Bewegungen unterstützen.

**Grafik 15** (KI- generiert)

## 12.2. Immobilität und Bettlägerigkeit

Ist eine Person immobil oder bettlägerig, sind ihre Bewegungen maximal eingeschränkt. Diese Immobilität ist mit vielen **Risiken und Folgen** verbunden, z.B.:

- Gefahr der Obstipation
- Pneumoniegefahr
- Infektionsgefahr
- Gefahr der Verstopfung von Blutgefäßen – Thrombose!
- Verwirrtheit/ Delir
- Körperbildstörungen
- Dekubitusgefahr
- Isolation
- Abhängigkeit von anderen Personen (Machtlosigkeit)
- Depression
- Suizidgedanken

(Thieme, 2020, S. 182)

## 13.Schmerz

Schmerz ist ein subjektives, unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder möglicher Gefahr einer Gewebeschädigung verbunden ist. Er kann **akut oder chronisch** auftreten und beeinflusst das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden erheblich. Besonders ältere Menschen sind häufig von Schmerzen betroffen, diese werden jedoch im Pflegealltag oft nicht ausreichend erkannt oder angesprochen (BMC Geriatrics, 2021).

In der Heimhilfe spielt der bewusste Umgang mit Schmerz eine zentrale Rolle, da Heimhilfen regelmäßig engen Kontakt mit den Klient\*innen haben und Veränderungen frühzeitig wahrnehmen können. Ziel ist es, Schmerzen zu erkennen, weiterzugeben und durch geeignete Maßnahmen zur Linderung beizutragen.

### 13.1. Schmerzerfassung und Diagnostik

Die Grundlage eines wirksamen Schmerzmanagements ist eine Schmerzerfassung. Wenn möglich, wird der Schmerz direkt von der/dem Klient\*in beschrieben. Dabei gilt: *Schmerz ist das, was die betroffene Person als Schmerz empfindet* (DNQP, 2020).

Die Heimhilfe unterstützt die Diagnostik vor allem durch:

- aufmerksame Beobachtung,
- gezielte Rückmeldungen an Pflegekräfte,
- Wahrnehmen von Verhaltensänderungen wie Unruhe, Schonhaltung, Rückzug oder Mimikveränderungen (Gesichtsausdruck).

Bei Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, z. B. bei Demenz, ist die Beobachtung besonders wichtig (BMC Geriatrics, 2021).

Zur Einschätzung der Schmerzstärke werden Skalen wie die Numerische Rating-Skala (NRS), die Smiley Skala oder beobachtungsbasierte Skalen verwendet, die als Grundlage für weitere pflegerische oder ärztliche Entscheidungen dienen (Thomm, 2016).

### 13.2. Schmerzbeschreibung

Eine Schmerzbeschreibung hilft, Art und Stärke des Schmerzes besser zu verstehen. Wichtige Punkte sind:

- **Schmerzintensität** (z. B. leicht, mittel, stark),
- **Schmerzqualität** (z. B. stechend, dumpf, brennend),
- **Schmerzort**,
- **Dauer und Häufigkeit**,
- **auslösende oder lindernde Faktoren**.

Diese Informationen werden entweder direkt von der/ dem Klient\*in oder durch Beobachtung erhoben. Eine regelmäßige Beobachtung und Dokumentation ermöglicht es, Veränderungen im Schmerzverlauf zu erkennen und Maßnahmen anzupassen (Kreße, 2019).

### 13.3. Dokumentation von Schmerz

Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil im Umgang mit Schmerz. Sie dient der Nachvollziehbarkeit, der Qualitätssicherung und der Zusammenarbeit.

Dokumentiert werden sollten:

- Zeitpunkt und Stärke des Schmerzes,
- Beobachtungen zum Verhalten,
- gesetzte Maßnahmen,
- Wirkung der Maßnahmen,
- Weitergabe relevanter Informationen an Pflegefachkräfte oder Ärzt\*innen.

### 13.4. Maßnahmen

Die Heimhilfe führt **keine eigenständige medikamentöse Schmerztherapie** durch. Ihre Aufgaben liegen im unterstützenden, beobachtenden und begleitenden Bereich sowie in der Umsetzung angeordneter Maßnahmen.

Zu den möglichen **nicht-medikamentösen Maßnahmen** gehören:

- bequeme Positionierung und Positionswechsel,
- Unterstützung bei Mobilisation,
- Wärme- oder Kälteanwendungen nach Anordnung,
- Förderung von Entspannung und Ruhe,
- Ablenkung durch Gespräche oder vertraute Tätigkeiten,
- Schaffen einer angenehmen, sicheren Umgebung.

## 14. Ruhen und schlafen

Etwa ein Drittel des Lebens verbringen wir mit Schlafen. Der Schlaf dient unserem Körper zur Erholung (Thieme, 2020, S. 163).

Beim Schafen sind die Augen geschlossen, die Muskelspannung und der Puls sind herabgesetzt, die Atmung ist tiefer und langsamer, der Blutdruck sinkt und die Darmtätigkeit nimmt ab. Auch die Körpertemperatur sinkt und es werden Hormone (z.B. Melatonin) ausgeschüttet (Thieme, 2020, S. 163).

| Alter       | Empfohlene Schlafdauer |
|-------------|------------------------|
| Neugeborene | 18-20 Stunden          |
| Kleinkinder | 12-14 Stunden          |
| Schulkinder | 10-12 Stunden          |
| Jugendliche | 8-9 Stunden            |
| Erwachsene  | 6-8 Stunden            |
| Senioren    | 6-8 Stunden            |

(Thieme, 2020 S. 164)

## Veränderungen von Schlaf

Verschieden Umstände können den Schlaf beeinflussen und beeinträchtigen., z.B. Umwelteinflüsse wie **Zimmertemperatur**, **schlecht gelüftete Räume**, störendes **Licht** oder **Geräusche**. Aber auch psychische Einflüsse spielen eine Rolle wie z.B. die **Stimmungslage**, **Konflikte**, **Ängste** oder **Stress** können unseren Schlaf beeinträchtigen (Thieme, 2020, S. 166).

## Schlafstörungen

Schlafstörungen können viele Ursachen haben. Man unterscheidet zwischen **Einschlafstörung** und **Durchschlafstörung**. Beträgt die Einschlafzeit länger als 30 Minuten, spricht man von Einschlafstörungen. Eine Durchschlafstörung ist vorhanden, wenn die Zeit, in der man nachts wach ist ebenfalls länger als 30 Minuten dauert (Thieme, 2020, S. 166).

## Schlaffördernde Maßnahmen und Schlafrituale

Das Schlafzimmer ist ein sehr persönlicher Ort, der meist nur mit vertrauten Menschen geteilt wird. Es soll ein Raum der Ruhe sein (Thieme, 2020, S. 167).

Bevor Schlaftablette gegeben werden, sollten andere Möglichkeiten eingesetzt werden. Da Schlafmedikamente immer mit vielen Gefahren verbunden sind z.B. erhöhte Sturzgefahr, Verwirrtheit, Abhängigkeit und Müdigkeit am nächsten Tag (Hangover- Effekt).

Folgende **Maßnahmen und Rituale** können bei Schlafstörungen helfen:

- ✓ Warme Getränke (z.B. Milch mit Honig) und Kräutertees
- ✓ Duftlampen und ätherische Öle (z.B. Lavendel)
- ✓ Einhalten fester Schlafenszeiten
- ✓ Buch lesen
- ✓ Beruhigende Musik hören
- ✓ Entspannungsübungen

- ✓ Individuelle Positionierung im Bett
- ✓ Einfühlsamen Gespräche

(Thieme, 2020, S. 172-173)

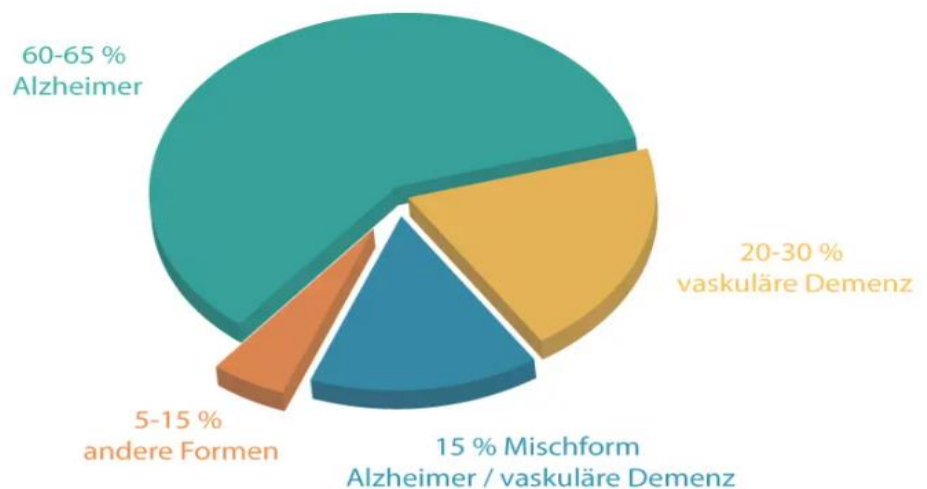
## 15. Demenz

Demenz ist eine über Monate bis Jahre zunehmende **degenerative (abbauende) Veränderung des Gehirns**. Sie ist erkennbar an den Abbau geistiger **Leistungsfähigkeit**, durch Auffälligkeiten im Verhalten und durch Probleme bei der Alltagsbewältigung. Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken steigt mit zunehmende Alter. Trotzdem ist die Demenz keine normale Alterserscheinung, sondern eine Erkrankung (Pflegeassistent heute, 2021, S. 398).

In Österreich leiden laut aktuellen Zahlen ca. **170.000 Menschen an Demenz**. Davon sind die Mehrheit **Frauen**. Bis 2050 könnten laut Gesundheit. Österreich über 290.000 Menschen in Österreich an Demenz erkrankt sein (Gesundheit. GV, 2025).

**Alzheimer Demenz:** Hier entstehen Ablagerungen von krankhaften Eiweißen (Plaques), die nach und nach die Nervenzellen im Gehirn zerstören (Pflegeassistent heute, 2021, S. 398).

**Vaskuläre Demenz:** Hier ist der Grund für die Demenz eine Veränderung der Blutgefäße im Gehirn. Die Arterien sind verkalkt und damit wird das Gehirn schlechter durchblutet. es kommt zur Unterversorgung



**Bild 28**

**Symptome** einer Demenz sind:

- Gedächtnisstörungen – Probleme neue Informationen aufzunehmen
- Denkstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Antriebsstörungen – soziale Isolation
- Verlust bestimmte Handlungen auszuführen
- reduzierte Mimik, Gestik, Sprache und Bewegung

(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 398).

### Schweregrade einer Demenz

Demenz wird in drei Schweregrade eingeteilt: Leicht, Mittel und Schwer

Bei der **leichten Demenz** zeigen Betroffene vor allem Gedächtnisprobleme, insbesondere im Kurzzeitgedächtnis, und leichte Orientierungsstörungen, zum Beispiel bei Datum oder Uhrzeit. Alltagshandlungen sind meist noch selbstständig möglich, bei schwierigen Aufgaben ist jedoch Unterstützung nötig. Bei der **mittleren Demenz** treten deutliche Gedächtnis- und Orientierungsprobleme auf, dazu kommen Schwierigkeiten bei Planung und Organisation. Betroffene benötigen häufig Hilfe bei Körperpflege, Anziehen oder Essen, und es können Stimmungsschwankungen oder Verhaltensänderungen auftreten. Die **schwere oder fortgeschrittene Demenz** ist durch starke Gedächtnisverluste und nahezu vollständige Orientierungslosigkeit gekennzeichnet. Betroffene sind auf umfassende Unterstützung im Alltag angewiesen, benötigen Hilfe bei der Körperpflege, Ernährung und Mobilität, und die Kommunikation ist meist stark eingeschränkt, oft nur noch nonverbal (Körpersprache) möglich (Pflegeassistenten heute, 2021, S. 398-399).

## Umgang mit demenzerkrankten Menschen

Menschen mit Demenz reagieren auf ihre Umwelt mit Unsicherheit und Angst, weil sie Dinge falsch einordnen und deshalb **Angst** entwickeln. Daher ist es wichtig einfühlsam mit betroffenen zu sprechen und ihnen ein **Gefühl der Sicherheit** zu vermitteln. Menschen mit Demenz zeigen Verhaltensweisen wie ziellosen Herumwandern, Schreien oder Teilnahmslosigkeit. Hierbei ist es wichtig **geduldig** zu sein und **Verständnis** für die Betroffenen zu zeigen. Die Betreuung von Menschen mit Demenz ist davon abhängig in welchem Stadium (Schweregrad) sich die betroffene Person gerade befindet. **Je fortgeschrittener** (schwerer) die Erkrankung ist, **desto mehr Unterstützung** benötigen die Betroffenen (Pflegeassistenten heute, 2021, S. 399).

### Unterstützungsangebote können sein:

- Anleitung bei der Körperpflege
- Auf angemessene Kleidung achten
- Geeignetes Schuhwerk – Sturzprophylaxe
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beobachten und. erinnern
- An Toilettengang erinnern
- Zu Bewegung motivieren
- Die Umgebung sicher gestalten (Feuerzeug, Messer, Elektrogeräte, etc. entfernen)
- Die Menschen ernst nehmen – nicht verkindlichen!
- Zeit nehmen
- Einfache Sätze verwenden
- W- Fragen stellen (wer, wie, was?) → aber **niemals Warum!**
- Sich auf die Realität der Betroffenen einlassen – nicht zwanghaft versuchen in unsere Realität zu holen
- Geduldig sein
- Biografie beachten (z.B. gemeinsam Singen, Karten spielen, Lieblings Speisen und Getränke, etc.)

(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 400).

## 15.1. Validation

Validation ist eine **Kommunikationsmethode**, die den Umgang mit dementen Personen erleichtert. Sie lehrt die **Wirklichkeit des desorientierten Menschen** zu **verstehen** und legt den Fokus auf eine **individuelle Betreuung** der/des Demenzbetroffenen. Die nonverbale Verständigung (über Körpersprache) spielt dabei eine ebenso große Rolle wie die verbale. Ziel der Validation ist es, dementen Menschen mit **Würde und Respekt** gegenüberzutreten, **Vertrauen** zu schaffen und ihnen ihr **Selbstwertgefühl** zurückzugeben (Volkshilfe- Demenzhilfe, o.J.)

Die amerikanische Gerontologin **Naomi Feil** brachte die Validationstechnik 1990 in den europäischen Raum. Sie verfolgte den Ansatz, dass Demenzerkrankte **nicht abgeschlossene Lebenssituationen** in immer wiederkehrenden Fragen, Sätzen oder Handlungen **verarbeiten**. Sie werden bevormundet und ihre Gefühle werden häufig missverstanden oder gar ignoriert. Validation lässt Verhalten und Gemütszustände Demenzbetroffener anders verstehen. Durch die Methode würde dementen Personen laut Feil **Sicherheit vermittelt** und somit ein Wohlfühl ausgelöst werden (Volkshilfe- Demenzhilfe, o.J.)

### Grundsätze, die in der Begleitung von Demenzerkrankten wichtig sind:

- Akzeptanz und Wertschätzung
- Würde bewahren
- Einfühlung und Empathie (Mitgefühl)
- spürbar ehrlich und authentisch sein

(Volkshilfe- Demenzhilfe, o.J.)

### Konflikte in der Kommunikation vermeiden

- Dem verwirrten Menschen nicht widersprechen.
- Die Kommunikation soll ruhig ablaufen, verständlich, wertschätzend.

- Eindeutige und einfache Fragen stellen: Wer? Was? Wie? Wo? Wann?
- Die Frage „warum?“ soll vermieden werden.
- Betroffene Menschen stets von vorne und in gleicher Augenhöhe ansprechen.
- Vermeiden Sie zu schreien.
- Die Zeit geben, die die Person zum Antworten braucht, sodass sie die Möglichkeit hat, zu verstehen und zu verarbeiten.
- In kurzen Sätzen sprechen, sodass pro Satz nur eine Mitteilung ausgesprochen wird.

Neben Worten auch nonverbale Kommunikation nützen (Gestik, Tonfall, Körperhaltung).

- Auf die Sprache des verwirrten Menschen eingehen (z.B. Dialekt).

(Volkshilfe- Demenzhilfe, o.J.)

### Weitere wichtige Ansichten der Validation für die Praxis:

- Der demenzerkrankte Mensch wird so respektiert, wie er ist und dabei wird der Rückzug in die Vergangenheit geschätzt.
- Die eigene Sprache wird **nicht zur Kindersprache**.
- Gefühle werden als das angenommen, was sie sind.
- Die betroffene Person wird gelobt und bestärkt, nicht getadelt.
- Es ist nicht notwendig, bei Nachrichten nach zu bohren.
- Die Pflegeperson muss die **eigenen Gefühle zurücknehmen**, versuchen in Blickkontakt zu sein und mit normaler Stimme zu sprechen
- Körperkontakt hilft, indem zu Beginn eines Gesprächs kurz die Hand der erkrankten Person berührt wird.
- Kernaussagen eines Gesprächs können wiederholt werden.

- Generell und für alle Aktivitäten wird Zeit gegeben.
- Die Körpersprache des Betroffenen wird auf respektvolle Weise, d.h. den anderen ernst nehmen, bestätigt. Der Betroffene wird so angenommen, wie sich diese/-r gerade fühlt.

(Volkshilfe- Demenzhilfe, o.J.)

## Spiegeln

Spiegeln bedeutet, dass Sie das Verhalten der demenzbetroffenen Person ernstnehmen und durch bestimmte Handlungen und Antworten bestätigen. Der/die Betroffene/-r bekommt somit das Gefühl, dass er/sie verstanden wird. Folgende Beispiele zeigen Ihnen, wie Spiegeln funktionieren kann:

- **Korrigieren Sie die/den Betroffenen nicht:**
  - **Falsch wäre:** Ihr Mann ist doch schon längst verstorben
  - **Richtig wäre:** Keine Sorge, Ihr Mann kommt abends nach Hause.
- **Lenken Sie nicht ab:**
  - **Falsch wäre:** Zuerst werden wir einmal spazieren gehen, dann suchen wir Ihre Brille.
  - **Richtig wäre:** Ihre Brille habe ich in die Lade gelegt, dort wo Sie sie immer aufbewahren.
- **Ignorieren Sie Gefühle nicht:**
  - **Falsch wäre:** Regen Sie sich doch nicht auf
  - **Richtig wäre:** Ich verstehe, dass Sie das aufregt.
- **Schimpfen und tadeln Sie nicht:**
  - **Falsch wäre:** Heute Sind sie aber grantig.
  - **Richtig wäre:** Fühlen Sie sich heute nicht wohl?

- **Stellen Sie keine offenen Fragen:**
  - **Falsch wäre:** Was möchten Sie trinken
  - **Richtig wäre:** Möchten Sie ein Glas Wasser trinken?

(Volkshilfe- Demenzhilfe, o.J.)



**Grafik 16** (KI- generiert)

## Demenztag – Aufgabenstellung

Sie verbringen einen Tag auf einer Demenzstation. Nutzen Sie die Chance um Einblicke in den Alltag von Menschen mit Demenz zu gewinnen. Ihre Beobachtungen und Überlegungen sollen Sie in den folgenden Aufgaben schriftlich festhalten.

1. Beobachten Sie die Bewohner\*innen und notieren Sie:

In welchen Situationen brauchen die Bewohner\*innen Unterstützung?

---

---

---

---

2. Beobachten Sie den Umgang des Pflegepersonals mit den Bewohner\*innen und notieren Sie:

Was konnten Sie im Umgang mit den Bewohner\*innen beobachten?

---

---

---

---

3. Beobachten Sie die Kommunikation mit Menschen mit Demenz und notieren Sie:

Welche Herausforderungen gab es und welche Strategie (Lösungen) haben die Pflegekräfte genutzt?

---

---

---

---

4. Überlegen Sie und notieren Sie:

Hat der Tag Ihre Sicht auf Menschen mit Demenz verändert, wenn ja wie, wenn nein warum nicht?

---

---

---

---

Welche Erkenntnisse konnten Sie aus diesem Tag mitnehmen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 16. Delir – akute Verwirrtheit

Ein Delir ist eine **akute Veränderung des Bewusstseins**. Es kann plötzlich (über Stunden) auftreten und ist gekennzeichnet durch eine **vorübergehende** Einschränkung der Denkfähigkeit, der Wahrnehmung und der Aufmerksamkeit. Das Delir ist ein **Symptom** und daher **behandelbar**, sobald die Ursache gefunden wurde (vgl. Pflegeassistent heute, 2021, S. 588).

Ursachen können sein:

- Dehydration
- Medikamente (z.B. Schlafmedikamente – „Hang-over“)
- Alkohol – und Drogenmissbrauch
- Unter- Überzuckerung (Hypo- Hyperglykämie)
- Schwere Kopfverletzungen (schädel- Hirn- Trauma)
- Infektionen und Entzündungen (z.B. Blutvergiftung oder Hirnhautentzündung)
- Nach Operationen
- Durch Umgebungswechsel z.B. Krankenhausaufenthalt

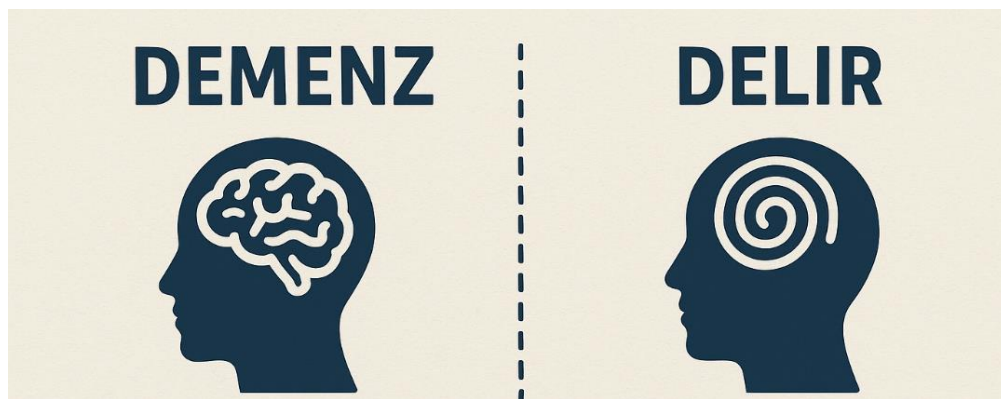
(Pflegeassistent heute, 2021, S. 588).



### Umgang mit akuter Verwirrtheit

- **Ruhe bewahren:** Eine ruhige Umgebung ohne laute Geräusche und mit vertrauten Gegenständen schaffen.
- **Einfache Kommunikation:** Langsam, deutlich und in kurzen Sätzen sprechen.
- Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme überwachen: **Dehydration vermeiden.**
- **Hilfe holen:** Besonders wichtig bei Verdacht auf eine ernste Ursache

## Zusammenfassung Demenz vs. Delir



| Merkmale           | DEMENZ                                                             | DELIR                                                           |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Beginn</b>      | Langsam und schleichend                                            | Plötzlich (innerhalb von Stunden bis Tagen)                     |
| <b>Verlauf</b>     | Chronisch fortschreitend                                           | Meist Verschlechterung über die Nacht                           |
| <b>Dauer</b>       | Langfristig (Monate bis Jahre)                                     | Kurzfristig (Stunden, Tage, selten Wochen)                      |
| <b>Behandelbar</b> | nicht heilbar                                                      | Behandelbar, wenn die Ursache behandelt wird                    |
| <b>Symptome</b>    | Hauptsächlich Gedächtnis und andere kognitive Funktionen           | Hauptsächlich Aufmerksamkeit und Bewusstsein                    |
| <b>Ursachen</b>    | Langsame Schädigung des Gehirns (z. B. neurodegenerative Prozesse) | Akute Erkrankungen, Infektionen, Medikamente, Dehydration, etc. |

## 17. Soziale Bereiche des Lebens

Die sozialen Bereiche des Lebens umfassen alle Bereiche, in denen Menschen miteinander in Beziehung stehen und Unterstützung erhalten.

Dazu gehören vor allem:

- **Familie (Angehörige)** – Unterstützung, Nähe, Kommunikation, Zusammenhalt.
- **Freundschaften und soziale Kontakte** (Vereine, Gemeinschaften)
- **Arbeit**
- **Beschäftigung und Hobbies**
- **Wohnen und Alltag** – ein stabiles Zuhause, Versorgung, Alltagsbewältigung.

Für Heimhilfen ist es wichtig, die sozialen Bereiche des Lebens ihrer Klient\*innen zu kennen, damit sie besser verstehen können, wo Unterstützung nötig ist.

Der Erhalt sozialer Kontakte ist wichtig für Lebensqualität. Heimhilfen motivieren zu Aktivitäten, unterstützen bei Kontakten zu Familie und Freunden oder begleiten gelegentlich außer Haus.

Auch die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist ein wichtiger sozialer Aspekt. Dazu gehört, aktiv am Leben außerhalb der Wohnung teilzunehmen z. B. an Freizeitangeboten, kulturellen Aktivitäten etc. Heimhilfen helfen, solche Teilnahmen zu ermöglichen oder zu organisieren.

### Warum ist es wichtig, die sozialen Bereiche des Lebens zu sichern?

Wenn soziale Bereiche stabil sind, können Menschen länger selbstbestimmt in ihrer eigenen Wohnung leben. Unterstützung durch Heimhilfe trägt dazu bei, diese Selbstständigkeit zu bewahren. Viele Klient\*innen leben allein. Werden soziale Kontakte nicht gepflegt, kann Einsamkeit entstehen, oft mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit. Durch regelmäßige Unterstützung wird soziale Isolation verhindert.

Soziale Teilhabe steigert die Lebensqualität. Durch Unterstützung beim Verlassen der Wohnung, bei Aktivitäten oder bei organisatorischen Dingen bleiben Menschen aktiv und fühlen sich als Teil der Gesellschaft.

## 18. Mann, Frau und Kind sein

Sexualität ist ein Teil der menschlichen Identität und begleitet Menschen ein Leben lang. Sie umfasst nicht nur Geschlechtsverkehr, sondern auch Nähe, Zärtlichkeit, Körperlichkeit, Gefühle, Rollenbilder sowie das Erleben von Mann-, Frau- oder Elternsein. Auch im Alter bleibt Sexualität ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeit und des Wohlbefindens.

Für Heimhilfen ist es wichtig, Sexualität im Alter als **normal und individuell** zu verstehen. Bedürfnisse nach Nähe, Berührung, Intimität oder Rückzug können sich verändern, verschwinden aber nicht automatisch. Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung, Würde und Privatsphäre, unabhängig von Alter, Krankheit oder Pflegebedürftigkeit.

Ein respektvoller Umgang mit Sexualität bedeutet:

- die **Intimsphäre zu achten** (z. B. Anklopfen, Sichtschutz, Rückzug ermöglichen),
- persönliche Grenzen wahrzunehmen und zu respektieren,
- wertfrei und professionell zu reagieren,
- eigene Scham- oder Unsicherheitsgefühle zu reflektieren.

Heimhilfen haben dabei **keine beratende oder therapeutische Rolle**, sondern handeln unterstützend, beobachtend und schützend. Auffälligkeiten, Unsicherheiten oder belastende Situationen sollen sachlich dokumentiert und an Pflegekräfte weitergeleitet werden.

Ein offener, achtsamer und würdevoller Umgang mit Sexualität und Intimität trägt wesentlich dazu bei, das Vertrauen zu stärken und die Lebensqualität der betreuten Menschen zu erhalten.

## 19.Existentielle Erfahrungen des Lebens

### 19.1. Sterben und Tod

Die meisten Menschen sterben alleine, in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Nur wenige Menschen befassen sich mit der Endlichkeit des Lebens. Sterben und der Tod sind keine Themen, über die man gerne nachdenkt oder spricht. Die Heimhilfen nehmen im Zusammenhang mit Tod und Sterben eine wichtige Rolle ein, sie kommen durch ihre Arbeit zwangsläufig mit Sterben und Tod in Berührung (Thieme, 2020, S. 391).

Als **klinischer Tod** wird das Aussetzen der Atmung mit einem völligen Kreislaufstillstand verstanden. Grundsätzlich besteht beim klinischen Tod die Chance Betroffene durch eine **Reanimation** wiederzubeleben, das heißt das Herz wieder zum Schlagen zu bringen. Daher ist das Ausbleiben der Atmung sowie des Herzschlages **nicht als eindeutiges Todeszeichen** zu sehen, weshalb die **Heimhilfe** in diesen Fällen **immer mit der Reanimation beginnen** muss (Thieme, 2020, S. 392).



Das Aussetzen der Atmung und des Herzschlages (Pulses) gilt als unsicheres Todeszeichen, daher ist in diesen Fällen immer eine Reanimation durch die Heimhilfe einzuleiten

### 19.2. Trauer

Trauer ist eine normale, menschliche Reaktion auf den Verlust eines geliebten Menschen, Sie umfasst Gefühle wie Schmerz, Wut, Traurigkeit, Angst aber auch Dankbarkeit oder Erleichterung (z.B. wenn jemand schwerkrank war). Trauer ist ein Prozess, in dem Betroffene versuchen, den Verlust zu begreifen, zu verarbeiten und sich an die veränderte Lebenssituation zu gewöhnen. Jeder Mensch trauert anders, in eigenem Tempo (Thieme, 2020, S. 401).

### 19.2.2. Unterstützung bei Trauer

Unterstützende Maßnahmen sind sehr individuell. Zu beachten ist aber immer, dass Trauer keine Krankheit ist, sondern eine normale menschliche Reaktion auf Verlust. Trauer braucht Zeit, jeder Mensch trauert in ihrem/ seinem Tempo. Es hilft Gefühle wie Schmerz, Tränen, Angst und Wut zuzulassen. Oft tut es auch gut mit der Trauer nicht alleine zu sein, Gespräche mit Verwandten, Freunde, Nachbar, Seelsorger\*innen oder anderen Trauernden (z.B. in Trauergruppen) können eine gute Unterstützung sein. Die Heimhilfe ist ebenfalls eine wichtige Ressource in der Trauerbegleitung. Sie ist da um den Klient\*innen zuzuhören und ihnen die Möglichkeit zu geben über Sorgen und Ängste zu sprechen. (Thieme, 2020, S. 402).



**Grafik 17** (KI- generiert)

# Praktisches Üben

**Beachten Sie folgende Punkte bei ALLEN praktischen Aufgaben!!**

1. **Kommunizieren** Sie mit der/ dem Klient\*in
2. **Kündigen Sie** immer **an** was Sie machen → Einverständnis einholen
3. Achten Sie auf die **Hygiene**
  - a. persönliche Hygiene
    - i. Kein Nagellack
    - ii. Kein Schmuck
    - iii. Keine Uhren
    - iv. Lange Haare zusammenbinden
  - b. Vor und nach Kontakt mit Klient\*in **Hände für 30 Sekunden desinfizieren!**
4. Achten Sie auf **ergonomisches** (körperschonendes) **Arbeiten**
  - a. Bett auf Arbeitshöhe stellen
5. Achten Sie auf die **Sicherheit** der/ des Klient\*in
  - a. Betthöhe!

## An- und Ausziehen einer Jacke bei Halbseitenlähmung (Hemiplegie)

Bei einer Hemiplegie ist eine **Körperseite gelähmt bzw. eingeschränkt**. (entweder links oder rechts). Wichtig ist, immer **mit der betroffenen Seite zu beginnen**, da diese weniger beweglich ist.

### Vorbereitung:

1. **Materialien vorbereiten** (Jacke)
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** – Einverständnis einholen

### Durchführung → Anziehen der Jacke

1. **Jacke vorbereiten**
  - Jacke öffnen und so halten, dass die Innenseite nach oben zeigt.
  - Ärmel der betroffenen Seite weit öffnen.
2. **Betroffene Seite zuerst einkleiden**
  - Den betroffenen Arm vorsichtig durch den Ärmel führen.
  - Falls nötig, den Arm unterstützen oder sanft führen – **niemals ziehen**.
3. **Jacke über Rücken ziehen**
  - Jacke über Schultern und Rücken nach hinten hochziehen, bis beide Schultern bedeckt sind.
4. **Unbetroffene (gesunde) Seite einkleiden**
  - Die Person hebt selbstständig den rechten Arm oder wird leicht unterstützt.
  - Rechten Arm durch den Ärmel führen.
5. **Jacke richten und schließen**
  - Jacke zurechtziehen, Falten glätten.
  - Bei Bedarf Reißverschluss oder Knöpfe schließen.

**ACHTUNG:** Beim Ausziehen gilt immer das Prinzip: **Zuerst die gesunde (rechte) Seite ausziehen, zuletzt die betroffene (linke) Seite.**

#### **Durchführung → Ausziehen der Jacke**

##### **1. Jacke öffnen**

- Reißverschluss oder Knöpfe vollständig öffnen.
- Sicherstellen, dass die Jacke locker sitzt.

##### **2. Unbetroffene (gesunde) Seite zuerst ausziehen**

- Die Person hebt den rechten Arm oder bekommt leichte Unterstützung.
- Jacke vorsichtig über die rechte Schulter und den Arm schieben, bis dieser frei ist.

##### **3. Jacke über den Rücken ziehen**

- Die Jacke von rechts nach links über den Rücken führen, ohne an der gelähmten Seite zu ziehen.

##### **4. Betroffene Seite zuletzt ausziehen**

- Die Jacke vorsichtig vom linken Arm abrollen oder nach vorne wegziehen.
- Den Arm niemals hochreißen oder ruckartig bewegen.
- Bewegungen langsam und dicht am Körper ausführen.

#### **Nachbereitung:**

- Hände desinfizieren (30 Sekunden!)

## **ACHTUNG merken!**

**Anziehen:** mit betroffener Seite beginnen

**Ausziehen:** mit gesunder Seite beginnen



## Mahlzeit im Bett vorbereiten inkl. Positionierung

### Vorbereitung

#### 1. Material bereitstellen:

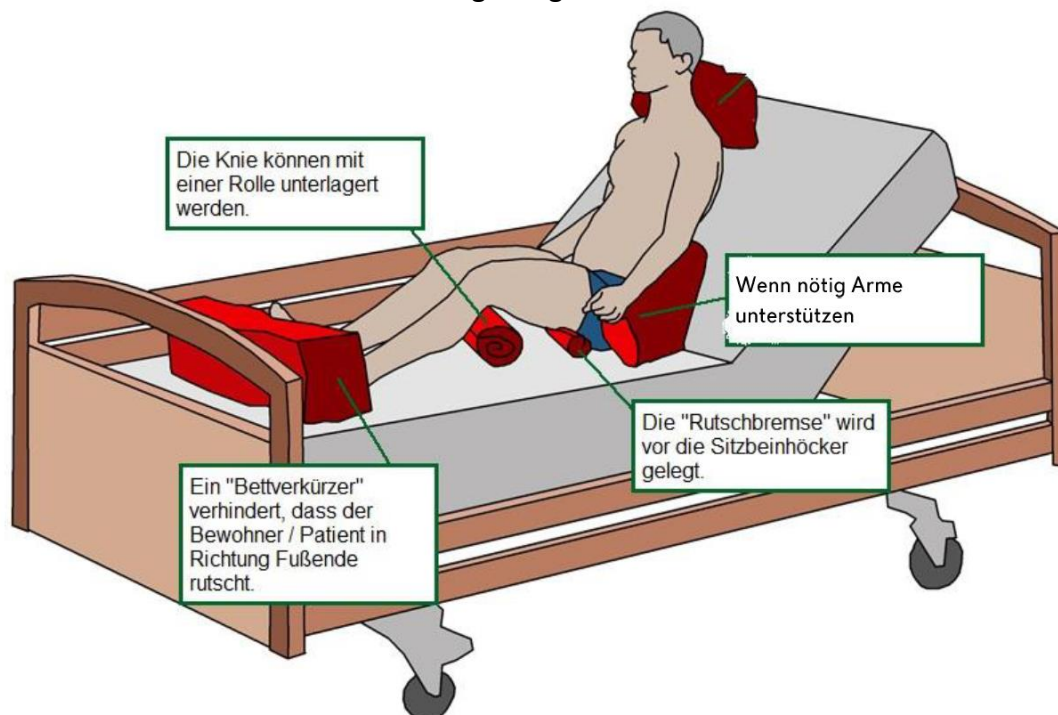
- Teller
- Glas
- Serviette
- Kleiderschutz (z.B. Handtuch)
- Polster zur Positionierung
- Antirutschunterlage
- Medikamentendispenser

#### 2. Hände desinfizieren (30 Sekunden!)

#### 3. Klient\*in informieren – Einverständnis einholen

### Durchführung Essenspositionierung im Bett:

1. Bett auf Arbeitshöhe stellen
2. Rutschbremse (z.B. mit Handtüchern) bzw. Fußteil hoch damit Klient\*in nicht nach unten rutschen kann
3. Kopfteil hochstellen bis Klient\*in aufrecht sitzt (siehe Bild)
4. Polster unter Schulter platzieren (Kopf sollte frei beweglich sein)
5. Wenn Sie mit der Positionierung fertig sind: **Bett wieder nach unten stellen!**



### Nachbereitung: Hände desinfizieren (30 Sekunden!)

Heimhilfeberufsausbildung: Grundzüge der Betreuung; © Akademie des Wiener Roten Kreuzes.

Autorin: Elena Schock,

Version:1/10/2025

## Anlegen einer geschlossenen IKV im Bett

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten:**
  - Passende IKV
  - Materialein für die Intimpflege
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Handschuhe und Schürze anziehen**
4. **Klient\*in informieren** - Einverständnis einholen

### Durchführung:

Videolink: <https://www.youtube.com/watch?v=ALatbAfG19w>

1. Bett auf Arbeitshöhe stellen
2. Drehen Sie die/ den Klient\*in zur Seite – nutzen Sie dabei vorhandene Ressourcen
3. Bereiten Sie die Inkontinenzeinlage vor:
  - a. „Schiffen formen“- Einlage wird in der Mitte **längs gefaltet**, sodass eine kleine „Rinne“ entsteht
4. Während die/ der Klient\*in weiterhin auf der Seite liegt, wird die **neue Inkontinenzhose von hinten** an das Gesäß geführt.
5. Der **größere, breitere Teil** zeigt **nach hinten**.
6. Die neue Einlage wird **flach unter das Becken geschoben**, bis sie mittig liegt.
7. Klient\*in vorsichtig wieder auf den Rücken gedreht.
8. Einlage in die richtige Position bringen
9. Klebestreifen fixieren
10. **Bett wieder nach unten stellen**

### Nachbereitung:

- Handschuhe und Schürze korrekt ausziehen und entsorgen
- Hände desinfizieren (30 Sekunden!)

## Anziehen von medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen (MTS)

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten** (MTS)
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** - Einverständnis einholen

### Durchführung:

Videolink: [https://www.youtube.com/watch?v=wQPaO1Nz\\_cw](https://www.youtube.com/watch?v=wQPaO1Nz_cw)

1. Bett auf Arbeitshöhe stellen
2. **Strümpfe vollständig auf Links drehen** – nur die Fußspitze bleibt auf Rechts.
3. **Bein anheben**
4. MTS an der Fußspitze anlegen, sodass die Zehen frei liegen (je nach Modell Sichtfenster für Zehen überprüfen).
5. Ferse kontrollieren → Fersenmarkierung muss mittig an der Ferse sitzen.
  - a. Sehr wichtig: Wenn die Ferse nicht richtig sitzt, entsteht Druck → Gefahr von Druckstellen.
6. Strumpf über den Fuß zum Knöchel ziehen
7. Den Strumpf vorsichtig hochziehen
8. Kontrolle:
  - a. Strumpf faltenfrei
  - b. Kein „Stau“ hinter dem Knie
9. **Bett wieder nach unten stellen**

### Nachbereitung:

Hände desinfizieren (30 Sekunden!)



## Anlegen einer IKV stehen

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten:**
  - Passende IKV
  - Materialein für die Intimpflege
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Handschuhe und Schürze anziehen**
4. **Klient\*in informieren** - Einverständnis einholen

### Durchführung:

1. Bereiten Sie die Inkontinenzeinlage vor:
  - „Schiffen formen“- Einlage wird in der Mitte **längs gefaltet**, sodass eine kleine „Rinne“ entsteht
2. Bitten Sie die/ den Klient\*in in breitem Stand am Bettende zu stehen und sich festzuhalten
3. Legen Sie die Inkontinenzeinlage von hinten ein
4. Der **größere, breitere Teil zeigt nach hinten**.
5. Bitten Sie (wenn möglich) die/ den Klient\*in die vordere Seite der Einlage festzuhalten
6. Einlage in die richtige Position bringen (hinten und vorne)
7. Klebestreifen fixieren
8. Kontrollieren Sie ob die Schutzhose vorne und hinten richtig sitzt

### Nachbereitung:

- Handschuhe und Schürze korrekt ausziehen und entsorgen
- Hände desinfizieren (30 Sekunden!)

## Blutzuckermessung

### Vorbereitung

#### 1. Material vorbereiten:

- Händedesinfektion
- Stechhilfe
- Blutzuckermessgerät
- Messstreifen
- Hautdesinfektion
- Handschuhe
- Pflaster
- Abwurfbehälter
- Abwurfbehälter für Nadel (Sharp Behälter)
- Tupfer für die Desinfektion des Fingers
- Tupfer zum Abwischen

#### 2. Hände desinfizieren (30 Sekunden!)

#### 3. Handschuhe und Schürze anziehen

#### 4. Klient\*in informieren und Einverständnis einholen

### Durchführung:

1. Finger desinfizieren (mit Hautdesinfektionsmittel!)
  - Warten bis Desinfektionsmittel vollständig getrocknet ist → sonst erhalten Sie falsche Werte!
2. Messstreifen in das Blutzuckermessgerät geben
3. Einstich seitlich am Finger
4. den ersten Blutropfen mit einem sterilen Tupfer entfernen
5. Geben Sie den Blutropfen auf den Messstreifen und warten Sie
6. Lesen Sie den Wert ab und Dokumentieren Sie

### Nachbereitung:

- ✓ Entsorgen Sie die Stechhilfe (Nadel) in den Abwurfbehälter für Nadeln
- ✓ Handschuhe und Schürze ausziehen
- ✓ Händedesinfektion

## Blutdruckmessung

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten:** Blutdruckmessgerät (Funktion und Batterie überprüfen)
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** und Einverständnis einholen
4. **10 Minuten vor Messung keine körperliche Anstrengung**

### Durchführung:

1. Bett auf Arbeitshöhe bringen
2. Klient\*in richtig positionieren: Sitzposition
3. **Oberarm** sollten frei von engen Kleidungsstücken oder Schmuck sein
8. **Manschette am Oberarm positionieren** ca. 2-3 cm oberhalb des Ellenbogens
9. **Armpositionierung** Der Arm sollte während der Messung auf **Herzhöhe** positioniert
10. Klient\*in informieren während der Messung nicht zu sprechen
11. Knopf am Blutdruckmessgerät drücken
12. Gemessener Wert ablesen und Klient\*in mitteilen
13. Manschette entfernen
14. **Bett wieder nach unten stellen**
15. Hände desinfizieren
16. Dokumentieren!

### Nachbereitung:

- Händedesinfektion

## Verabreichen von Augentropfen

### Vorbereitung

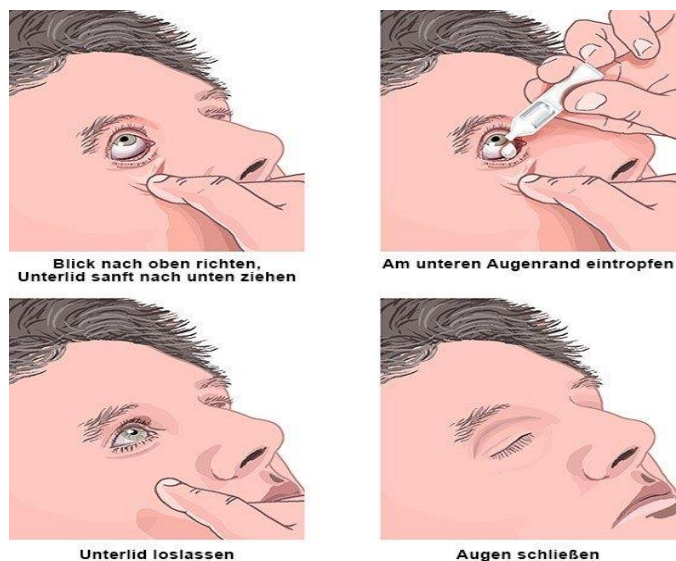
1. **Material vorbereiten:**
  - **Verordnete Augentropfen (Ablaufdatum kontrollieren!)**
  - **Tupfer/ Kompresse**
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** und Einverständnis einholen

### Durchführung:

1. Klient\*in bitten sich hinzusetzen
2. Öffnen Sie die Flasche mit den Augentropfen und legen Sie den Deckel mit dem Schraubrand nach oben ab
3. Nehmen Sie die Flasche in eine Hand, den keimarmen Tupfer in die andere
4. Lassen Sie die/ den Klient\*in nach oben schauen, ziehen Sie mit einer Kompresse das untere Augenlid nach unten
5. Lassen Sie im **Abstand von ca. 2-3cm** einen Tropfen des Medikaments in den unteren Tränensack (Konjunktivalsack) fallen
6. Bitten Sie die/ den Klient\*in, das **Auge** zu schließen und **für ca. 1-3 Minuten geschlossen** zu halten.
7. Wischen Sie mit einer Kompresse überschüssige Feuchtigkeit weg.
8. Schließen Sie die Flasche mit den Augentropfen wieder

### Nachbereitung:

- Verwendete Kompressen und Tupfer entsorgen
- Händedesinfektion



**Bild 21**

## Verabreichung von Nasentropfen

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten:**
  - **Verordnete Nasentropfen (Ablaufdatum kontrollieren!)**
  - **Zellstoff**
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** und Einverständnis einholen

### Durchführung:

1. Klient\*in bitten sich hinzusetzen
2. Öffnen Sie den Schraubverschluss der Nasentropfen und füllen Sie die Pipette
3. Schieben Sie mit dem Daumen die Nasenspitze hoch
4. Bringen Sie die Spitze der Pipette auf ca. 1 cm **Abstand zum Nasenloch**
5. Lassen Sie die verordnete Tropfenzahl in das entsprechende Nasenloch fallen, indem Sie auf die Kappe der Pipette drücken.
6. Wiederholen Sie den Vorgang beim anderen Nasenloch
7. Verschließen Sie die Nasentropfenflasche
8. Anschließend soll die/ der Klient\*in den Kopf nach vorne beugen und kurz eine Schnäuzbewegung machen
9. Wischen Sie mit einem Zellstoff überschüssige Flüssigkeit weg

### Nachbereitung:

- Zellstoff entsorgen
- Händedesinfektion

## Verabreichen von Ohrentropfen

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten: Verordnete Ohrentropfen (Ablaufdatum kontrollieren)**
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** und Einverständnis einholen

### Durchführung:

1. Klient\*in liegt im Bett
2. Bett auf arbeitshöhe bringen
3. Vor der Verabreichung wird die Flaschen mit den Ohrentropfen in der Hand erwärmt.
4. Bett auf Arbeitshöhe bringen
5. Klient\*in liegt im Bett und wird gebeten, den Kopf zur Seite zu drehen
6. Gehörgang dehnen → **Ohrmuschel leicht nach oben hinten zieht.**
7. Die angeordnete Tropfenzahl wird dann in das Ohr geträufelt.
8. Die Spitze der Flasche sollte dabei das Ohr nicht berühren.
9. Nach dem Einbringe der Tropfen in das Ohr sollte die/ der Klient\*in nach ca. 5-10 Minuten auf der Seite liegen bleiben
- 10. Bett wieder nach unten stellen**

### Nachbereitung:

- Händedesinfektion

## Ganzkörperwaschung vorbereiten

### Vorbereitung

1. **Material vorbereiten:**
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Handschuhe und Schürze** anziehen
4. **Klient\*in informieren** und Einverständnis einholen

### Materialien Zahnpflege

- Zahnbürste
- Zahncreme
- Glas mit Wasser
- Mundspüllösung
- Lippenpflege
- Nierenschale
- Spiegel

### Materialien Haarpflege

- Shampoo
- Kamm/ Bürste
- Föhn

### Materialien Rasur:

- Rasierer
- Rasierschaum
- Handtuch

### **Materialien Körperwaschung**

- Waschschüssel (2X)
- Einmalhandschuhe (2X)
- Waschlappen (2-3X)
- Handtücher (. 2–3X)
- Seife oder pH-neutrale Waschlösung
- Lotion oder Pflegecreme
- Frische Kleidung / frische Nachtwäsche
- Frische Inkontinenzvorlage (falls benötigt)
- Müllsack / Abwurfbehälter

### **Nachbereitung:**

- Schürze und Handschuhe ausziehen
- Händedesinfektion

## Nachthemd im Bett anziehen

1. **Material vorbereiten** (Nachthemd)
2. **Hände desinfizieren** (30 Sekunden!)
3. **Klient\*in informieren** und Einverständnis einholen

### Durchführung:

1. Bett auf Arbeitshöhe stellen
2. Decken entfernen – Klient\*in informieren und auf Intimsphäre achten!
3. Den von Ihnen am weitesten entfernten Arm zuerst anziehen
4. Arm leicht anheben oder führen:
  - a. Unter den Ellenbogen greifen
  - b. Gelenke nicht überstrecken
5. Ärmel vorsichtig über die Hand streifen, dann über den Unter- und Oberarm ziehen.
6. Den zweiten Arm anziehen
7. Wieder vorsichtig den Arm führen und den Ärmel überstreifen.
8. Das Nachthemd Richtung Schultern hochziehen.
9. Brust- und Rückenbereich glattstreichen,
10. Rückenbereich anpassen
  - a. Klient\*in ankündigen: „Ich drehe Sie kurz zur Seite.“
  - b. Nachthemd glatt unter den Rücken ziehen.
  - c. Klient\*in. zur anderen Seite drehen und Nachthemd komplett nach unten ziehen.
  - d. Klient\*in wieder in Rückenlage bringen
11. Knöpfe oder Verschlüsse schließen
12. Sicherstellen, dass keine Falten drücken, besonders an Schultern, Rücken und Achseln.
13. Decke zurückgeben.

## 14. Bett wieder nach unten stellen

### Nachbereitung:

- Hände desinfizieren

## 20.Prüfungsfragen für die kommissionelle Abschlussprüfung

### Verhaltensregeln für die Abschlussprüfung

- **Seien Sie pünktlich!**
- **Tragen Sie ihre Dienstkleidung korrekt**
  - **Weißer Hose**
  - **WRK Polo Shirt**
  - **Geschlossene Schuhe**
  - **Namensschild**
- **Achten Sie auf Ihre persönliche Hygiene**
  - **Kein Nagellack, keine Gel Nägel**
  - **Kein Schmuck wie Ringe und Uhren**
  - **Lange Haare müssen zusammengebunden werden**
- **Sie ziehen eine theoretische Frage und eine praktische Frage und nennen der Prüfungskommission die jeweilige Nummer der Frage**
  - **Die Fragen dürfen nicht getauscht werden!!**
  -
- **Täuschungsversuche (schummeln) ist nicht erlaubt – sollten Sie dabei erwischt werden → Prüfungsabbruch → Nicht bestanden**
- **Handy, Kopfhörer, Smartwatches und andere elektronische Geräte dürfen nicht in den Prüfungsraum mitgenommen werden (ausgeschaltet in Tasche oder Rucksack belassen)**
- **Während der Prüfung dürfen Sie den Raum nicht verlassen!**
- **Die Prüfung ist ausschließlich auf Deutsch durchzuführen! Fragen dürfen nicht mit Hilfsmittel übersetzt werden!**

## 20.1. theoretischen Prüfungsfragen

1. Erklären Sie den Begriff Intertrigo. Nennen Sie Entstehung, Risikogruppen, gefährdete Körperstellen und beschreiben Sie die vorbeugenden Maßnahmen
2. Warum ist es wichtig, die Selbstständigkeit der Klient\*innen zu erhalten? Wie können Sie das bestmöglich erreichen? Welche Maßnahmen können Sie im Alltag einsetzen?
3. Erklären Sie altersbedingte Veränderungen auf Stütz- und Bewegungsapparat Wie gehen Sie als Heimhilfe im Betreuungsalltag damit um – Was ist zu beachten?
4. Welche möglichen Gefahren der Immobilität (Folgeerkrankungen) kennen Sie? Welche prophylaktischen Maßnahmen können Sie vorbeugend gegen Immobilität einsetzen?
5. Erklären Sie den Begriff Dekubitus, nennen sie die Möglichkeiten der Erkennung, Risikofaktoren, gefährdete Körperstellen und nenne Sie vorbeugende Maßnahmen.
6. Erklären Sie den Begriff Thrombose, die Entstehung, Symptome und Maßnahmen welche zur Prophylaxe eingesetzt werden können.
7. Welche Veränderungen oder Auffälligkeiten können bei der Harnausscheidung beobachtet werden?
8. Welche Veränderungen oder Auffälligkeiten können bei der Stuhlausscheidung beobachtet werden?

9. Welche grundlegenden Aspekte berücksichtigen Sie bei der Kommunikation mit hörbehinderten und sehbehinderten Klient\*innen?
10. Erklären Sie den Begriff Obstipation? Nennen Sie Symptome sowie Risikofaktoren und beschreiben Sie, welche prophylaktische Maßnahmen gesetzt werden können?
11. Erklären Sie den Begriff Ödem? Wie können Sie Ödeme erkennen, an welchen Körperstellen treten sie am häufigsten auf und welche Maßnahmen können Sie ergreifen?
12. Wie sorgen Sie für günstige Schlafbedingungen? Was sind Schlafrituale? Nennen Sie Gefahren durch Schlafmedikamente.
13. Was versteht man unter einer Kontraktur? Nennen Sie Ursachen, Symptome und Risikofaktoren. Beschreiben Sie prophylaktische Maßnahmen
14. Nennen Sie Gründe der reduzierten Flüssigkeitsaufnahme. Erklären Sie daraus resultierende Gefahren sowie die abzuleitenden Maßnahmen.
15. Wie können Sie Wissen über biographische Daten für die Betreuung nutzen?
16. Erklären Sie die Schmerzdiagnostik, Schmerzbeschreibung, Schmerzdokumentation sowie mögliche Vorgehensweisen bei einer/ Klient\*in mit Schmerzen.
17. Was versteht man unter Fieber? Erklären Sie die Fieberphasen sowie die Betreuungsmaßnahmen je Fieberphase und zählen sie die durchzuführenden Prophylaxen auf.

18. Was versteht man unter dem Begriff Pneumonie? Nennen Sie Ursachen, Symptome und Risikofaktoren. Beschreiben Sie Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe.
19. Was versteht man unter Diabetes mellitus? Welche Unterschiede gibt es zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, welche Anzeichen deuten auf eine Unterzuckerung hin, und wie sollten Heimhilfen im Notfall angemessen reagieren?
20. Was versteht man unter Diabetes mellitus? Welche Unterschiede gibt es zwischen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, welche Anzeichen deuten auf eine Überzuckerung hin, und wie sollten Heimhilfen im Notfall angemessen reagieren?
21. Was verstehen Sie unter Durchfall? Welche Ursachen gibt es? Worauf sollten Heimhilfen bei betroffenen Klient\*innen besonders achten?
22. Erklären Sie den Begriff Inkontinenz. Welche zwei Arten gibt es und welche Ursachen können dahinterstecken? Worauf müssen Sie als Heimhelfer\*in achten?
23. Was ist ein Delir? Und welche möglichen Ursachen können zu einem Delir führen? Beschreiben Sie den Umgang mit betroffenen Klient\*innen.
24. Erklären Sie den Begriff Demenz. Welche Formen und Schweregrade kennen Sie? Nennen Sie typische Symptome sowie den richtigen Umgang mit dementen Klient\*innen.
25. Was versteht man unter einem Sturz? Nennen Sie Risikofaktoren und mögliche Folgen eines Sturzes. Beschreiben Sie prophylaktische Maßnahmen
26. Nennen Sie altersbedingte Veränderungen der Haut und Hautanhangsgebilde. Worauf müssen Sie in diesem Zusammenhang als Heimhilfe achten?

## 20.2. praktische Prüfungsfragen

- P1. Ihr\*e Klient\*in hat eine Halbseitenlähmung links. Zeigen Sie wie Sie ihr/ihm beim Anziehen einer Jacke behilflich sind unter Einbeziehung der vorhandenen Ressourcen.
- P2. Bereiten Sie vor, was Sie zur Zahnpflege benötigen. Die/ Der Klient\*in trägt eine Zahnprothese und ist bettlägerig. Positionieren Sie sie/ ihn entsprechend.
- P3. Ihr\*e Klient\*in nimmt die Mahlzeit im Bett ein. Positionieren Sie sie/ ihn entsprechend und zeigen Sie, wie Sie das Geschirr / Besteck anrichten.
- P4. Zeigen Sie das Anlegen eines geschlossenen Inkontinenzsystems bei\*m bettlägerigen Klient\*in
- P5. Demonstrieren Sie die Blutzuckermessung. Worauf müssen Sie hierbei achten?
- P6. Demonstrieren Sie das Anlegen einen Medizinischen Thromboseprophylaxe Strumpfes (MTS). Was ist dabei besonders zu beachten?
- P7. Demonstrieren Sie das Anlegen einer Schutzhose im Stehen.
- P8. Demonstrieren Sie die Unterstützung beim Blutdruck messen. Worauf ist bei der Blutdruckmessung zu achten?
- P9. Demonstrieren Sie die Verabreichung von Augentropfen. Worauf ist dabei besonders zu achten?
- P10. Demonstrieren Sie die Verabreichung von Nasentropfen. Worauf ist dabei besonders zu achten?
- P11..Demonstrieren Sie die Verabreichung von Ohrentropfen. Worauf ist dabei besonders zu achten

P12. Bereiten Sie alle benötigten Materialien für eine Ganzkörperwaschung im Bett vor und begründen Sie Ihre Auswahl?

P13 Unterstützen Sie die/ den Klient\*in beim Anziehen eines Nachthemds im Bett. Nutzen Sie vorhandene Ressourcen

## 21. Wichtige Fachbegriffe für Heimhilfen

| <b>A</b>                         |     |                                                                                                |
|----------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABEDL                            |     | Aktivitäten Beziehungen und existentielle Erfahrungen des Lebens                               |
| Adipositas                       | die | Übergewicht                                                                                    |
| Adipös                           |     | übergewichtig                                                                                  |
| Analgetikum,<br>Analgetika (Pl.) | das | Schmerzmittel                                                                                  |
| Anamnese                         | die | Krankengeschichte                                                                              |
| Antiseptikum                     | das | Desinfektionsmittel                                                                            |
| Antriebslosigkeit                | die | keinen Antrieb, keine Lust haben, irgendetwas zu tun                                           |
| A. radialis                      | die | Arterie am Unterarm wird zum Puls messen verwendet                                             |
| Arterie                          | die | Ader, die das Blut vom Herz zu den Organen führt                                               |
| Arthrose                         | die | Gelenksabnutzung                                                                               |
| Arthritis                        | die | Gelenkentzündung                                                                               |
| Aspiration                       | die | versehentliches Einatmen von flüssigen oder festen Stoffen, bspw. sich beim Essen verschlucken |

| <b>B</b>                  |     |                                                  |
|---------------------------|-----|--------------------------------------------------|
| Bettlägerig               |     | jemand kann Bett nicht verlassen                 |
| Bettlägerigkeit           | die | Zustand, in dem jemand Bett nicht verlassen kann |
| Bradykardie               | die | verlangsamter Puls                               |
| Bronchie, Bronchien (Pl.) | die | Luftwege der Lunge                               |
| Bronchitis                | die | Entzündung der Bronchien                         |
| BZ                        |     | = Blutzucker                                     |

| <b>C</b>        |     |                                                                        |
|-----------------|-----|------------------------------------------------------------------------|
| Case-Manager*in | der | Pflegeperson (DGKP) die Hauptverantwortung die die Klient*innen tragen |
| COPD            | die | chronisch obstruktive (verendende) Lungenerkrankung                    |

| <b>D</b>                    |     |                                                            |
|-----------------------------|-----|------------------------------------------------------------|
| Defizit                     | das | Mangel                                                     |
| Degenerativ                 |     | abbauend                                                   |
| Dehydration                 | die | Flüssigkeitsmangel, Austrocknung, ≠ Hydratation            |
| Dekubitus                   | der | lokale Schädigung der Haut und des Gewebes durch Druck     |
| Delir                       | das | akute Verwirrtheit                                         |
| Desorientierung             | die | Verwirrung                                                 |
| DGKP                        |     | Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in             |
| Diabetes mellitus           | der | Zuckerkrankheit                                            |
| Diastole                    | die | Phase, in der das Herz mit Blut füllt, bzw. es zurücksaugt |
| Diarrhoe                    | die | Durchfall                                                  |
| Diuretikum, Diuretika (Pl.) | das | Medikament zur Entwässerung                                |

| <b>E</b>   |     |                                           |
|------------|-----|-------------------------------------------|
| Embolie    | die | Verschluss eines Blutgefäßes              |
| Extremität | die | Gliedmaßen                                |
| Exsikkose  | die | Abnahme des Körperwassers, s. Dehydration |

| <b>F</b> |     |                                                     |
|----------|-----|-----------------------------------------------------|
| Fissur   | die | feiner Riss z. B. in der Haut, bspw. bei Intertrigo |
| Fraktur  | die | Knochenbruch                                        |

| <b>G</b>        |     |                                               |
|-----------------|-----|-----------------------------------------------|
| Gewebsuntergang | der | Absterben des Gewebes, Nekrose                |
| Glaukom         | das | Grüner Starr, überhöhter Augendruck           |
| ggt             |     | (Guttae) Abkürzung für Tropfen als Maßeinheit |

| H                        |     |                                                  |
|--------------------------|-----|--------------------------------------------------|
| Hämatom                  | das | Bluterguss                                       |
| Hämoglobin               |     | eisenhaltiges Blutprotein, Sauerstofftransporter |
| Hautanhangsgebilde (Pl.) |     | bspw. Haare, Nägel, Schweißdrüsen                |
| Hemiplegie               | die | Halbseitenlähmung, häufig nach Schlaganfall      |
| Herzinsuffizienz         | die | Herzschwäche                                     |
| hyper-                   |     | Über-, zu viel                                   |
| Hypertonie               | die | hoher Blutdruck, ≠ Hypotonie                     |
| Hyperglykämie            | die | Überzuckerung                                    |
| hypo-                    |     | Unter-, zu wenig                                 |
| Hypotonie                | die | niedriger Blutdruck, ≠ Hypotonie                 |
| Hypoglykämie             | die | Unterzuckerung                                   |

| I            |     |                                                              |
|--------------|-----|--------------------------------------------------------------|
| IKV          | die | Inkontinenzversorgung                                        |
| Ileus        | der | Darmverschluss                                               |
| Indikation   | die | Zeichen, das etwas gemacht werden soll                       |
| Inkontinenz  | die | Unfähigkeit, Harn oder Stuhl zurückzuhalten,                 |
| Inspektion   | die | Anschauen, Begutachtung                                      |
| Insuffizienz | die | Schwäche, ungenügende Funktion                               |
| Insult       | der | Schlaganfall                                                 |
| Intervention | die | Eingriff, Handlung im Verlauf von etwas                      |
| Intertrigo,  | der | rote, nässende Entzündung der Haut durch Reibung (Haut-Haut) |

|              |  |                                                                  |
|--------------|--|------------------------------------------------------------------|
| irreversibel |  | etwas, das nicht rückgängig gemacht werden kann;<br>≠ reversibel |
| -itis        |  | Entzündung, bspw. Arthritis, Bronchitis                          |

| <b>K</b>            |     |                                                                        |
|---------------------|-----|------------------------------------------------------------------------|
| Kapillare,          | die | kleinste Blutgefäße                                                    |
| Katarakt            | der | Grauer Starr, Linsentrübung                                            |
| Katheter            | der | Schläuche zum Abführen von Flüssigkeit, bspw. Harn                     |
| Kompression         | die | Zusammendrücken von außen                                              |
| Kompressionsstrumpf | der | für Venenkompression von mobilen Klient*innen<br>höherer Druck als MTS |
| Kontinenz           | die | Fähigkeit, Harn und Stuhl zurückzuhalten,                              |
| Kontraindikation    | die | Zeichen, dass etwas nicht gemacht werden soll,                         |
| Kontraktion         | die | Zusammenziehen                                                         |
| Kontraktur          | die | Verkürzung von Muskeln, Sehnen, Bändern, Faszien                       |
| Koordination        | die | Anordnung, Zusammenarbeit, bspw. der Gliedmaßen in einer Bewegung      |
| Krisis              | die | med. rascher Abfall von Fieber (24 h)                                  |

| <b>L</b>  |     |                                             |
|-----------|-----|---------------------------------------------|
| Läsion    | die | Schädigung, Verletzung                      |
| Laxantien | das | Abführmittel                                |
| Lysis     | die | med. langsamer Abfall von Fieber (2-3 Tage) |

| <b>M</b>          |     |                                                       |
|-------------------|-----|-------------------------------------------------------|
| Mazeration        | die | Schädigung der Haut durch Flüssigkeit                 |
| Miktion           | die | Entleerung der Blase                                  |
| Mimik             | die | nonverbale Kommunikation über Gesicht                 |
| mmHg              |     | Milimeter Quecksilbersäule, Einheit des Blutdrucks    |
| MTS               |     | medizinischer Thromboseprophylaxestrumpf              |
| Multimorbidität   | die | verschiedene Erkrankungen gleichzeitig haben          |
| Multiple Sklerose | die | Nervenkrankheit                                       |
| Muskelpumpe       | die | Bewegung der Muskeln, die Venenkompression verursacht |
| MS                |     | s. Multiple Sklerose                                  |

| <b>N</b>           |     |                           |
|--------------------|-----|---------------------------|
| NaCl               |     | Kochsalzlösung            |
| Nekrose            | die | Gewebsuntergang           |
| Niereninsuffizienz | die | Nierenschwäche            |
| nonverbal          |     | Kommunikation ohne Wörter |
| Nykturie           | die | nächtliches Harnlassen    |

| <b>O</b>    |     |                                                 |
|-------------|-----|-------------------------------------------------|
| Obstipation | die | Verstopfung                                     |
| Octenisept® |     | Schleimhautdesinfekt                            |
| Ödem        | das | Schwellung durch Wasseransammlung im Gewebe     |
| Osteoporose | die | Knochenschwund, erhöhte Brüchigkeit bei Knochen |

| <b>P</b>                  |     |                                                                              |
|---------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------|
| Pankreas                  | die | Bauchspeicheldrüse                                                           |
| Paravent                  | der | aufstellbare Wand zum Sichtschutz                                            |
| parenteral                |     | an Magen-Darm-Trakt vorbei, bspw. subkutan                                   |
| Parodontose               | die | Zahnfleischrückgang, s. Parodontitis                                         |
| pathologisch              |     | krankhaft, vom gesunden Zustand abweichend                                   |
| paVK                      |     | s. periphere arterielle Verschlusskrankheit                                  |
| Pediküre                  | die | Fußpflege, oder: FußpflegerIn                                                |
| Peristaltik               | die | Magen-Darm-Bewegung                                                          |
| peripher                  |     | am Rand, ≠ zentral                                                           |
| Peripherie                | die | Rand                                                                         |
| Perservation              | die | Wiederholungszwang                                                           |
| PFA                       |     | Pflegefachassistenz                                                          |
| Pharmakokinetik           | die | Lehre davon, was Organismus aus Arzneimittel macht                           |
| Pharmakodynamik           | die | Lehre von der Wirkungen von Arzneimitteln                                    |
| Pharmakon, Pharmaka (Pl.) | das | Heilmittel, Arzneimittel, Medikament                                         |
| Pharmazie                 | die | Arzneimittelkunde                                                            |
| Physio                    | die | Physiotherapie                                                               |
| Physiotherapie            | die | Behandlung, um natürliche Funktion des Körpers zu erhalten, bzw. zu steigern |
| Pigmentation              | die | Hautfärbung                                                                  |
| Plaque                    | der | AbPositionierung, bspw. von Eiweißen im Hirn, Cholesterol in Blutgefäßen     |
| Pneumonie                 | die | Lungenentzündung                                                             |

|                                       |     |                                                      |
|---------------------------------------|-----|------------------------------------------------------|
| Polyarthrit                           | die | Entzündung vieler Gelenke                            |
| post-                                 |     | zeitlich nach etwas                                  |
| postoperativ                          |     | nach einer Operation                                 |
| Potenz                                | die | Stärke, in Homöopathie: ~ Verdünnung                 |
| prä-                                  |     | zeitlich vor etwas                                   |
| Prädilektionsstelle                   | die | Stelle, an der ein Krankheitsprozess häufig auftritt |
| Präferenz                             | die | Vorliebe, ≠ Aversion                                 |
| Präparat                              | das | pharm. Arzneimittel                                  |
| präterminal                           |     | vor dem Sterben                                      |
| Prävalenz                             | die | Häufigkeit einer Krankheit                           |
| Prophylaxe                            | die | Vorbeugung, vorbeugende Maßnahme                     |
| psychogen                             |     | durch Psyche verursacht                              |
| Psychohygiene                         | die | Maßnahmen, um psychische Gesundheit zu erhalten      |
| Psychopharmakon, Psychopharmaka (Pl.) | das | Medikamente, die Psyche beeinflussen, s. Pharmakon   |
| PuB                                   |     | Pflege und Betreuung                                 |
| pulmonal                              |     | über Lunge, die Lunge betreffend                     |

| R          |  |                                            |
|------------|--|--------------------------------------------|
| rektal     |  | über Enddarm                               |
| reversibel |  | etwas, das rückgängig gemacht werden kann, |
| RR         |  | =“Riva Rocci“, Abkürzung für Blutdruck     |

| S                      |     |                                                    |
|------------------------|-----|----------------------------------------------------|
| sacral                 | das | Das Kreuzbein betreffend                           |
| Sauerstoffsättigung    | die | Anteil Sauerstoff im Blut oder Körper              |
| Sekret                 | das | Absonderung von Flüssigkeit von Zellen oder Drüsen |
| Soor                   | der | Hefepilz-Erkrankung vor allem im Mund              |
| Spasmus, Spasmen (Pl.) | der | Krampf                                             |
| spastisch              |     | verkrampft, krampfend                              |
| sublingual             |     | unter der Zunge                                    |
| Symptom                | das | Zeichen für eine Erkrankung oder Verletzung        |
| Syndrom                | das | eine Kombination von Symptomen                     |
| Systole                | die | Phase, in der das Herz Blut ausströmt              |

| T           |     |                                  |
|-------------|-----|----------------------------------|
| Tachykardie | die | beschleunigter Puls              |
| Thorax      | der | Brustkorb                        |
| Thrombose   | die | Blutgerinsbildung in Blutgefäßen |
| Thrombus    | der | Blutgerinsel, Blutspfropfen      |

| V          |     |                                                          |
|------------|-----|----------------------------------------------------------|
| Validation | die | Gesprächstechnik für Menschen mit Demenz                 |
| Vene       | die | Gefäße, die das Blut von Organen zum Herzen führt        |
| verbal     |     | mit Wörtern, gesprochene oder geschriebene Kommunikation |

## Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass.

BMC Geriatrics. (2021). *Pain assessment and management in care homes: A scoping review*. *BMC Geriatrics*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02333-4>

Blinden- und Sehbehindertenverband Österreich. (o. J.). *Statistische Daten zur Sehbeeinträchtigung in Österreich*. Abgerufen am 27. Oktober 2024 von <https://www.blindenverband.at/de/information/augengesundheit/97/Statistische-Daten>

Blinden- und Sehbehindertenverband Steiermark. (o. J.). *Sensibilisierung – der richtige Umgang: Voneinander lernen*. Abgerufen am 27. Januar 2025 von <http://stbsv.info/wissenswertes/sensibilisierung-der-richtige-umgang-voneinander-lernen/>

Deutsche Gesellschaft für Ernährung. (2020). *Ernährung und Gesundheit – Empfehlungen der DGE* (5. Aufl.).

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. (2023). *Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Prävention der bakteriellen Vaginose*. Abgerufen am 5. November 2025 von [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-028l\\_S2k\\_Bakterielle-Vaginose\\_2023-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-028l_S2k_Bakterielle-Vaginose_2023-07.pdf)

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (o. J.). *Diabetische Netzhauterkrankung*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.dbsv.org/diabetische-netzhauterkrankungen.html>

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (o. J.). *Grauer Star – Katarakt*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.dbsv.org/grauer-star-katarakt.html>

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (o. J.). *Grüner Star – Glaukom*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.dbsv.org/gruener-star-glaukom.html>

Deutscher Blinden- und Sehbehindertenverband e. V. (o. J.). *Leben mit Sehbehinderung*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.dbsv.org/alltag.html>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege* (2. Aktualisierung). Hochschule Osnabrück.

Fiechter, M., & Meier, M. (2015). *Gesundheitsförderung: Grundlagen für Pflege und Sozialarbeit*. Hogrefe.

Fischer, J. (2022). *Gerontologie für Pflege- und Gesundheitsberufe*. Elsevier.

Gesundheitsportal Österreich. (o. J.). *Hörbehinderung & Gehörlosigkeit*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/behinderung/taubheit.html>

Gholamzadeh, S., Khastavaneh, M., Khademian, Z., & Ghadakpour, S. (2018). *The effects of empathy skills training on nursing students' empathy and attitudes toward elderly people*. *BMC Medical Education*, 18, Article 198. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1297-9>

Grinspun, D., & Ritchie, J. A. (2019). *Pflegediagnosen: Leitfaden für die Praxis*. Thieme.

Hansaton. (2019, 21. Mai; aktualisiert 20. September 2024). *Wie pflege ich meine Hörgeräte richtig?* Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.hansaton.at/ohrgesundheit/leben-mit-hoergeraeten/reinigung-pflege/>

Heinzmann, C. (2020). *Grundlagenpapier: Was ist Betreuung im Alter?*

International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). (2001). World Health Organization.

Kreße, H. (2019). *100 Fragen zum Umgang mit Schmerz in der Pflege*. Deutscher Apotheker Verlag.

Krohwinkel, M. (2013). Pflegeprozess nach dem ABEDL-Modell. In M. Krohwinkel (Hrsg.), *Pflegewissenschaft und Pflegepraxis*. Kohlhammer.

Krohwinkel, M. (2015). *Pflege heute: Lehrbuch für Pflegeberufe* (10. Aufl.). Thieme.

Kuhlmey, A., & Suhr, R. (2018). *Lehrbuch Gerontologie*. Kohlhammer.

Österreichischer Schwerhörigenbund Dachverband. (o. J.). *Statistik: Anzahl Schwerhöriger weltweit, in Europa & Österreich*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.oesb-dachverband.at/schwerhoerigkeit/statistik/>

Parlament Österreich. (1997). *Artikel 7 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG)*. Abgerufen am 23. Oktober 2025 von <https://www.parlament.gv.at/>

Pflegeassistenz Heute. (2021). *Pflegeassistenz heute* (K. Altmann & C. Keller, Hrsg.; 1. Aufl.). Urban & Fischer.

Pflegewelten. (2023). *Lernbereich Training und Transfer* (3. Aufl.). Trauner.

Robert Koch-Institut. (2023). *Subjektive Gesundheit*. Abgerufen am 23. Oktober 2025 von <https://www.rki.de>

Rüsch, N., Moser, K., & Keller, F. (2016). Empathie in der Pflege: Eine empirische Untersuchung. *Pflegewissenschaft*, 18(3), 112–120.

Schwerhörigen-Service. (o. J.). *Zielgruppen und Zielgruppengröße – Statistik*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von <https://www.schwerhoerigen-service.at/projekt-ta-vox-wien/zielgruppe>

Spuling, S. M., Huxhold, O., & Wurm, S. (2017). *Heißt krank zu sein, sich auch krank zu fühlen? Subjektive Gesundheit und ihr Zusammenhang mit anderen Gesundheitsdimensionen*. Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Statistik Austria. (2019). *Übergewicht und Adipositas 2019*. Abgerufen am 20. November 2025 von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsverhalten/uebergewicht-und-adipositas>

Statistik Austria. (2022). *Menschen mit Behinderung in Österreich III*. Abgerufen am 27. Oktober 2025 von [https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Menschen mit Behinderungen in OEsterr eich III 20250213 BMSGPK.pdf](https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Menschen_mit_Behinderungen_in_OEsterr_eich_III_20250213_BMSGPK.pdf)

Staudinger, U. M., & Engler, H. (2019). *Pflegediagnosen in der Praxis: Leitfaden für Pflege und Betreuung*. Springer.

Thieme. (2020). *Pflegeassistenz: Lehrbuch für die Gesundheits- und Krankenpflegehilfe und Altenpflegehilfe* (3. Aufl.). Thieme.

Thomm, M. (Hrsg.). (2016). *Schmerzmanagement in der Pflege: Expertenstandards erfolgreich umsetzen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-45414-5>

Volkshilfe – Demenzhilfe Österreich. (o. J.). *FAQ: Validation nach Naomi Feil*. Abgerufen am 26. November 2025 von [https://www.demenzhilfe.at/fileadmin/user\\_upload/Media\\_Library\\_Demenzhilfe/validation-faq.pdf](https://www.demenzhilfe.at/fileadmin/user_upload/Media_Library_Demenzhilfe/validation-faq.pdf)

World Health Organization. (1946). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*.

## Grafikenverzeichnis

### Grafik 1

OpenAI. (2025). SMART- Regel [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

### Grafik 2

OpenAI. (2025). Probleme und Ressourcen [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

### Grafik 3

OpenAI. (2025). Betreuungsprozess für Heimhilfe [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

### Grafik 4

OpenAI. (2025). Falldarstellung für Heimhilfe [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

### Grafik 5

OpenAI. (2025). Tipps im Umgang mit Sehbehinderten Klienten [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

### Grafik 6

OpenAI. (2025). Tipps im Umgang mit hörbehinderten Klienten [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

### Grafik 7

OpenAI. (2025). Sehbehinderung [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 8

OpenAI. (2025). Hörbehinderung [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 9

OpenAI. (2025). Thromboseentstehung [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 10

OpenAI. (2025). Pneumonie- Arten [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

Grafik 11 OpenAI. (2025). Therapie der Lungenentzündung [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 12

OpenAI. (2025). Folgen von Fieber [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 13

OpenAI. (2025). Hyperglykämie [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 14

OpenAI. (2025). Normalwerte der Vitalzeichen [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 15

OpenAI. (2025). Altersbedingte Veränderungen des Bewegungsapparates [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

#### Grafik 16

OpenAI. (2025). Praktische Tipps zur Validation für Heimhilfen [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

## Grafik 17

OpenAI. (2025). Trauer [KI-generierte Infografik]. Erstellt mit ChatGPT (GPT-5).

## Bilderverzeichnis

Bild 1 <https://www.bbsozial.de/de/ueberuns/pflegekonzept/>

Bild 2 <https://www.thalia.at/shop/home/artikeldetails/A1072092208>

Bild 3:

[https://www.kh-herzjesu.at/fileadmin/Herzjesu/Dokumente/VG\\_Wundnetzwerk\\_Dekubitusbroschuere\\_2022.pdf](https://www.kh-herzjesu.at/fileadmin/Herzjesu/Dokumente/VG_Wundnetzwerk_Dekubitusbroschuere_2022.pdf)

Bild 4: <https://www.prolife.de/wunde/dekubitus>

Bild 5 <https://www.lexikon-orthopaedie.com/pdx.pl?dv=0&id=00329>

Bild 6 <https://www.tkpflgecoach.de/content/vermeidung-von-folgeerkrankungen-kontraktur?surfmode=1>

Bild 6 <https://www.omron-healthcare.de/blutdruckmessgeraete>

Bild 7 <https://www.pcds.org.uk/clinical-guidance/intertrigo>

Bild 8 <https://www.physiotest.de/erkrankung/107/beinthrombose>

Bild 9 <https://www.svital-shop.de/images/thumbnail/produkte/medium/thrombosestrumpf-mediven-thrombexin-21.jpg>

Bild 10 <https://herzstiftung.de/herz-sprechstunde/alle-fragen/blutdruck-messen-oberarm>

Bild 11 <https://quizlet.com/de/karteikarten/tce-02-b4-der-puls-pulsmessorte-742898575>

Bild 12 <https://www.lindauer-gesundheit.de/medizintechnik/pulsoxymeter>

Bild 13  
<https://ersthilfeprodukte.at/diagnostikinstrumente/fieberthermometer/969/digitaler-fieberthermometer-meditemp>

Bild 14  
[https://www.apomed.at/media/catalog/product/cache/e2687950f1909ac99bda4dac410980be/v/e/veroval\\_fieber.jpg](https://www.apomed.at/media/catalog/product/cache/e2687950f1909ac99bda4dac410980be/v/e/veroval_fieber.jpg)

Bild 15 <https://www.erste-hilfe-welt.de/product/infrarood-voorhoofdthermometer/>

Bild 16 <https://www.ortho-zentrum.de/krankheitsbilder/nach-koerperregionen/fuss/diabetischer-fuss/>

Bild 17 <https://www.familienplanung.de/schwangerschaft/geburt/rund-um-die-geburt/verletzungen/>

Bild 18 <https://www.lifeline.de/medizinwissen/prostata-die-vorsteherdruese-id31188.html>

Bild 19 <https://medlexi.de/Nasentropfen>

Bild 20  
<https://www.apothekenbedarf.at/shop/produkte.html?area=Kunststoffprodukte&subarea=Augentropfen-Flaschen>

Bild 21 <https://www.gesundheitsinformation.de/augentropfen-richtig-anwenden.html>

Bild 22 <https://www.rottler.de/ratgeber/aufbau-ohr>

Bild 23 <https://www.zqp.de/thema/inkontinenz/>

Bild 24 <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/healthy-eating-plate/translations/german/>

Bild 25 <https://www.iuvascare.de/kategorien/essen-und-trinken/esshilfen/anti-rutsch-sets>

Bild 26 <https://www.pflege-panorama.de/ratgeber/ergonomisches-besteck-und-geschirr-bei-eingeschraenkter-motorik/>

Bild 27 <https://www.pflege.de/hilfsmittel/gehhilfen/>

Bild 28 <https://www.insenio.de/ratgeber/demenzformen-die-drei-haeufigsten-im-ueberblick/?srsId=AfmBOopz71Q1HFZKjUi4PjBSCAfAb3YxFqK4uE0O2xtzGzcHWVobcxp3>

Bild 29 <https://www.kompressionsstruempfe.ch/info/kompressionsstrumpfe-anziehen>