

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil1)

Prophylaxen

Elena Schock

DGKP, Pflegepädagogin



WIENER ROTES KREUZ

AKADEMIE

Aus Liebe zum Menschen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
Prophylaxen	5
Risikoeinschätzung.....	5
Dekubitusprophylaxe	6
Prädelektionstellen	7
Dekubitus erkennen	8
Schweregrade des Dekubitus.....	8
Dekubitus vorbeugen	9
Kontrakturprophylaxe.....	11
Prädelektionstellen	11
Arten.....	11
Ursachen.....	12
Kontrakturen vorbeugen.....	13
Intertrigoprophyllaxe	14
Prädelektionsstellen.....	15
Ursachen.....	16
Intertrigo vorbeugen	16
Thromboseprophylaxe.....	17
Entstehung einer Thrombose.....	18
Ursachen.....	19
Folgen einer Thrombose	19
Thrombose erkennen	21
Thrombose vorbeugen	22
Das Anziehen von Kompressionsstrümpfen	22

Pneumonieprophylaxe	25
Aspirationspneumonie	25
Pneumonie erkennen	25
Folgen einer Pneumonie	26
Pneumonie vorbeugen	26
Obstipationsprophylaxe	28
Ursachen.....	28
Obstipation erkennen	28
Folgen einer Obstipation.....	29
Obstipation vorbeugen	30
Sturzprophylaxe	31
Entstehung	31
Ursachen.....	31
Erstmaßnahmen nach einem Sturz	33
Folgen eines Sturzes.....	33
Stürze vorbeugen	34
Recht auf Freiheit und Autonomie vs. Stürze verhindern	35
Infektionsprophylaxe	36
Entstehung	37
Nosokomiale Infektionen	37
Ursachen.....	37
Infektionen erkennen.....	38
Folgen einer Infektion	39
Infektionen vorbeugen	40
Soorprophylaxe	41
Entstehung	41
Ursachen.....	41

Soor erkennen	42
Folgen einer Soorinfektion	42
Soor vorbeugen	42
Parotitisprophylaxe	43
Entstehung	43
Ursachen.....	44
Parotitis erkennen	45
Folgen einer Parotitis	46
Parotitis vorbeugen	46
Literaturverzeichnis	48
Bilderverzeichnis	49

Prophylaxen

Prophylaxen spielen in der Pflege eine wichtige Rolle. Ihr Ziel ist es, die Gesundheit der zu pflegenden Person zu fördern, zu erhalten und das Auftreten von Erkrankungen oder gesundheitlichen Schäden möglichst zu vermeiden.

Unter dem Begriff Prophylaxen werden unterschiedliche vorbeugende Maßnahmen zusammengefasst, die sich am Gesundheitszustand sowie an den Bedürfnissen der zu pflegenden Person orientieren und entsprechend angepasst werden müssen.

Pflegeassistent*innen tragen in diesem Zusammenhang eine **große Verantwortung**, da sie durch ihre tägliche Nähe zu den Patient*innen, Bewohner*innen und Klient*innen eine wichtige Rolle in der Vorbeugung sowie in der frühzeitigen Erkennung von gesundheitlichen Veränderungen haben.

Unzureichend durchgeführte prophylaktische Maßnahmen oder nicht rechtzeitig erkannte Veränderungen können häufig auf **Fehler oder Versäumnisse in der Pflege** zurückzuführen sein. Diese können **schwerwiegende Folgen** für die zu pflegenden Personen haben und deren Gesundheitszustand nachhaltig beeinträchtigen.

Daher ist ein hohes Maß an Fachwissen, Aufmerksamkeit und Verantwortungsbewusstsein erforderlich, um Risiken frühzeitig zu erkennen und geeignete Maßnahmen zu setzen.

Risikoeinschätzung

Assessmentinstrumente sind standardisierte Hilfsmittel, die im Pflegeprozess eingesetzt werden, um Risiken von Patient*innen systematisch, objektiv und nachvollziehbar einzuschätzen. Sie unterstützen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen (DGKP) dabei, pflegerelevante Gefährdungen wie Sturz-, Dekubitus-, Mangelernährungs- oder Schmerzrisiken frühzeitig zu erkennen (ÖGKV 2020).

Durch den gezielten Einsatz dieser Instrumente können präventive Maßnahmen rechtzeitig geplant, umgesetzt und evaluiert werden, was wesentlich zur Qualität und Sicherheit der Pflege beiträgt.

Die Pflegeassistenz (PA) übernimmt im Rahmen ihrer Kompetenzen eine unterstützende Rolle bei der Anwendung von Assessmentinstrumenten. Obwohl die fachliche Beurteilung sowie die Auswahl und Interpretation der Instrumente in der Verantwortung der DGKP liegen, ist die PA wesentlich an der **Datenerhebung** beteiligt (GuKG 2022).

Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten **beobachten** den **Gesundheitszustand** der Patientinnen und Patienten im Rahmen der täglichen Pflege, **erkennen Veränderungen** und Auffälligkeiten und **leiten diese Informationen** gezielt an die DGKP **weiter** (ÖGKV 2020).

Ziel des Einsatzes von Assessmentinstrumenten ist es, **Risiken frühzeitig zu identifizieren**, Pflegekomplikationen zu vermeiden und die Pflegequalität nachhaltig zu verbessern. Durch die strukturierte Risikoerfassung, die fachliche Einschätzung durch die DGKP und die unterstützende Mitwirkung der Pflegeassistenz kann eine sichere, bedarfsgerechte und patientenorientierte Pflege gewährleistet werden (WHO 2017).

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:

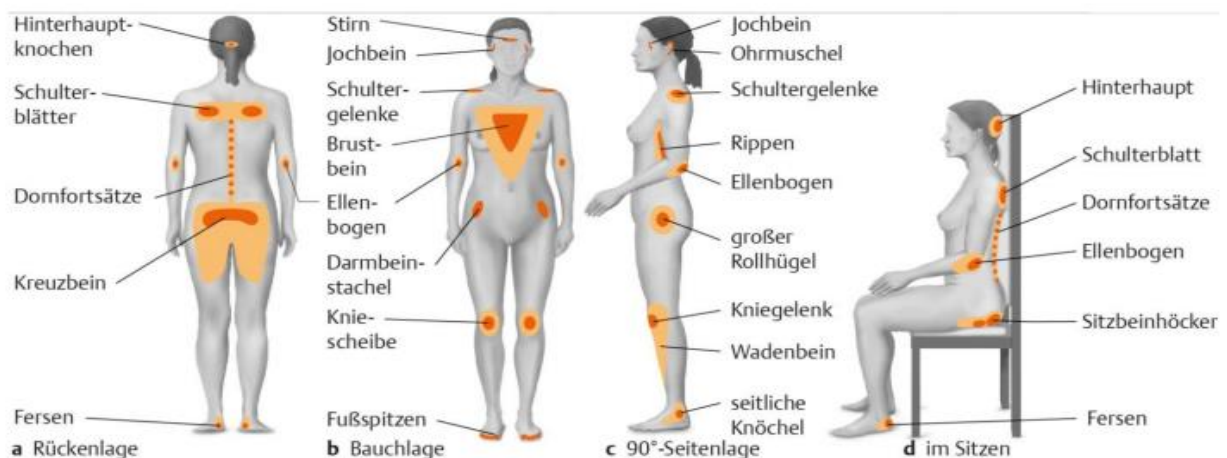
- **Druck und Zeit** → über eine längere Zeit ausgeübter Druck führt zu einer Mangel durchblutung
- **Scherkräfte** → entstehen dadurch, dass sich die Hautschichten verschieben (z.B. beim Hochziehen im Bett)

(Thieme, 2020, S. 195)

Die Wahrscheinlichkeit, einen Dekubitus zu entwickeln (**Risikofaktor**) steigt bei sehr trockener dünner Haut, eingeschränkte Beweglichkeit (Immobilität), Durchblutungsstörungen, Herz- Kreislauferkrankungen, 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

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



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).

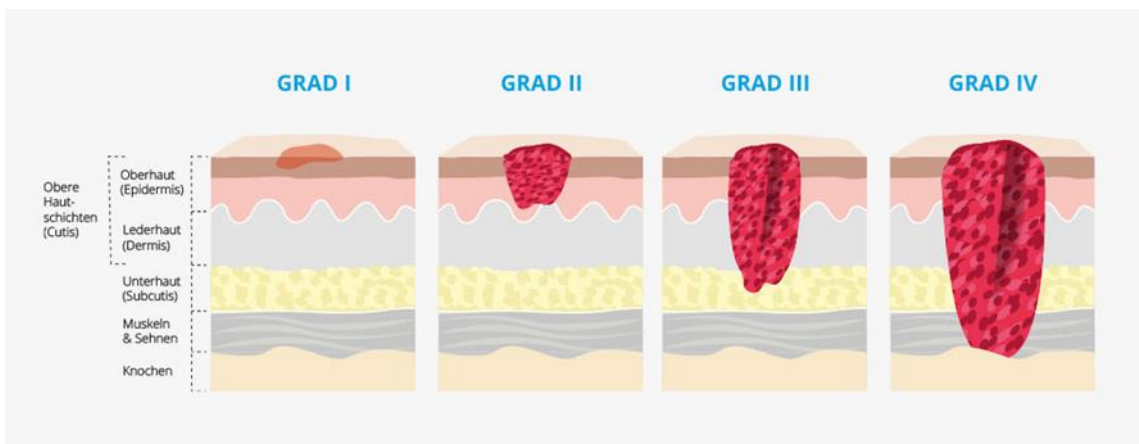


Bild 2

Dekubitus vorbeugen

- Bewegung/ Mobilisation
- Seitenpositionierungen 10°, 30° 135° bei Bettlägerigkeit
 - Bei Bettlägerigkeit regelmäßiger Positionswechsel alle 2 Stunden
 - Bei bestehendem Dekubitus Grad 3-4 stündlich
- Fersen frei positionieren
- Hautbeobachtung → Rötung?
- Hautpflege –nur bei intakter Haut!
 - Haut trocken halten
 - Haut sanft abtrocknen – nicht reiben!
 - Sanfte Reinigung mit ph- neutralen Produkten
 - Anwendung von hautschützenden Pflegeprodukten
- Inkontinenzversorgungswechsel
- Ausreichend Flüssigkeit zuführen
- Eiweißreiche Ernährung
- Faltenfreie Bettwäsche
- Keine Krümel oder harte Gegenstände im Bett liegen lassen
- Hilfsmittel einsetzen
 - Antidekubitusmatratzen (Wechseldruckmatratzen)
 - Sitzringe
 - Antidekubitussitzkissen
 - Fersenschuhe
 - Decken, Pölster, Handtücher
- Dokumentation und Weiterleitung von Auffälligkeiten



Bild 3



Bild 4



Bild 5



Bild 6

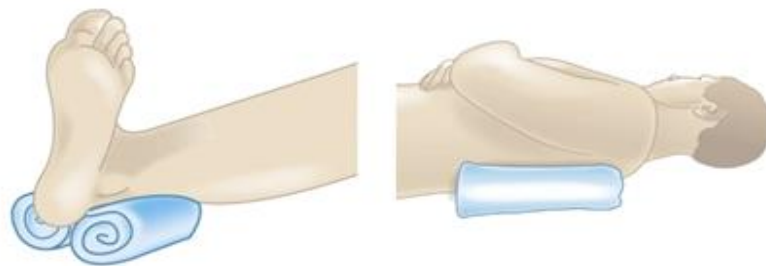


Bild 7

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).

Prädelektionstellen

- Schultergelenk
- Ellenbogengelenk
- Hand- und Fingergelenke
- Hüftgelenk
- Kniegelenk
- Sprunggelenk – Spitzfußstellung

Arten

Es kann allgemein zwischen einer Streckkontraktur und einer Beugekontraktur unterschieden werden. Bei einer **Beugekontraktur** ist ein Gelenk dauerhaft in Beugestellung eingeschränkt. Eine vollständige Streckung des betroffenen Gelenks ist nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich. Beugekontrakturen entstehen häufig durch längere Immobilität, Schonhaltungen oder fehlende Mobilisation (Büscher& Schnepf, 2019).

Eine **Streckkontraktur** liegt vor, wenn ein Gelenk dauerhaft in gestreckter Position fixiert ist. In diesem Fall ist die Beugung des Gelenks eingeschränkt oder nicht mehr möglich. Auch diese Form kann durch mangelnde Bewegung, falsche Positionierung oder langandauernde Ruhigstellung entstehen (Büscher& Schnepf, 2019).

Beide Formen der Kontraktur führen zu einer erheblichen Einschränkung der Beweglichkeit und Selbstständigkeit der Patient*innen (Büscher& Schnepf, 2019).



Bild 8



Bild 9

Ursachen

Ursachen für eine Kontraktur sind:

- Immobilität
- Längere Ruhigstellung/ Schonhaltung z.B. durch Gips
- Unzureichende Positionierung
- Schonhaltung aufgrund von Schmerzen
- Großflächige Narben
- Lähmungen (z.B. Querschnittslähmung)
- Schmerzen
- Erhöhter Muskeltonus/ Spastiken (z.B. durch neurologische Erkrankungen)

(Thieme, 2020, S. 191)

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

- Bewegung (aktiv/ passiv)
 - Gelenke an Armen und Beinen kreisen
 - Physiotherapie
- Positionierung
 - Gelenk physiologisch richtig positionieren
 - Spitzfußprophylaxe
 - Füße durch einen Polster in einer 90° Stellung positionieren
 - Zur Dekubitusprophylaxe wird die Ferse zusätzlich frei positioniert
- Hilfsmittel verwenden
 - Pölster Handtücher
 - Rollen
 - Handtrainer
 - Gymnastikbälle
- Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten



Bild 10



Bild 11

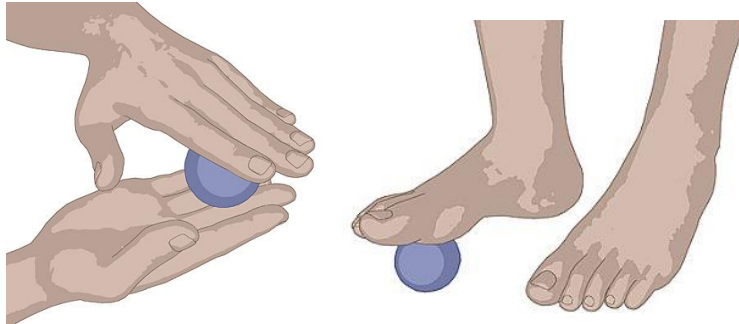


Bild 12

Intertrigoprophylaxe

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.

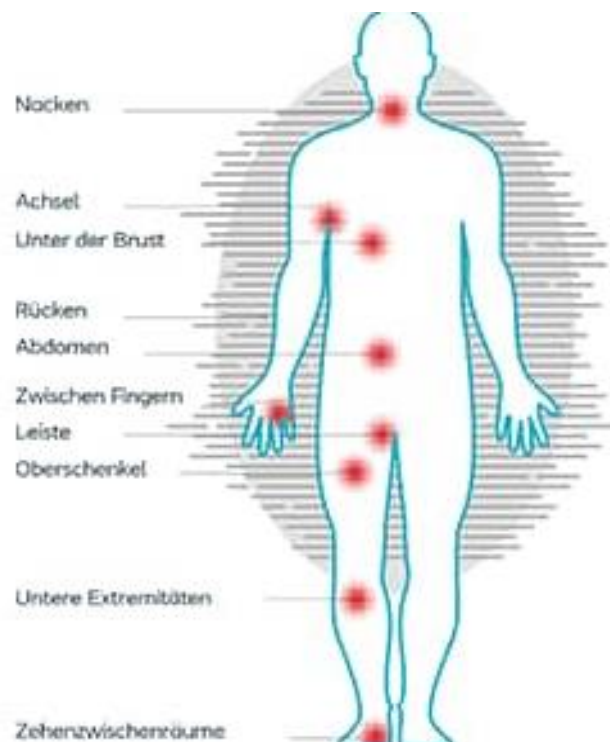
Bei einer Intertrigo klagen die Betroffenen über ein **brennen** oder **jucken** im Bereich der entzündeten Hautbereiche. Pflegeassistent*innen bemerken bei der Beobachtung, dass die Hautentzündung wässriges Wundsekret abgibt. Die Haut ist **gerötet** oder auch **weißlich belegt** (=Pilz). Intertrigo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



Bild 13

Prädelektionsstellen

- Nacken/ Halsfalte
- Achseln
- Unter der Brust
- Unter der Bauchfalte
- Zwischen den Fingern
- Leiste (inguinal)
- Kniekehle
- Ellenbogen
- Zwischen den Zehen
- Anal/ Gesäßfalte
- Oberschenkel



Ursachen

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 (Pflegeassistenz 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 (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 208).

Intertrigo vorbeugen

Pflegeassistent*innen achten beim Kontakt mit Hautbereichen, die von Intertrigo betroffen sind auf die **Hygiene**. Die Hände müssen desinfiziert werden. Zusätzlich müssen Einmalhandschuhe getragen werden (Pflegeassistenz 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 wird, 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.

weitere prophylaktische Maßnahmen:

- atmungsaktive, lockere Kleidung → Baumwolle
- Synthetische Stoffe vermeiden
- Hautfalten täglich kontrollieren --> frühzeitige Erkennung von Veränderungen
- Bei vermehrtem Schwitzen → Hautfalten öfter reinigen und trocken halten
- Auf parfümierte Pflegeprodukte verzichten
- Körpergewicht kontrollieren → Übergewicht erhöht Risiko für Intertrigo
- ersten Anzeichen einer Hautveränderung dokumentieren und weiterleiten

Thromboseprophylaxe

Als Thrombose wird die **Bildung eines Blutgerinnsels** (Thrombus) in einem Blutgefäß durch lokale Gerinnung bezeichnet. Je nach Lokalisation des Thrombus wird zwischen arterieller oder venöser Thrombose entschieden (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 215)

Wir sprechen bei der Thromboseprophylaxe aber nur von der Thrombose welche in den Venen entstehen. Arterielle Thrombosen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall gibt es zwar auch, aber sie können nicht durch pflegerische Maßnahmen verhindert werden.

Die venöse Thrombose ist die häufigste Form der Thrombose. Dabei sind vor allem die tiefen **Venen der Beine und des Beckens** betroffen. Bezeichnet wird das in der Medizin als **Phlebothrombose**. Die Phlebothrombose ist also der Verschluss einer tiefen Bein- oder Beckenvene durch einen Thrombus. Eine Phlebothrombose kann **lebensbedrohliche** Folgen (z.B. Lungenembolie) haben (Pflegeassistenz heute, 2021, 215).

Entstehung einer Thrombose

Thrombosen entstehen durch **drei wesentliche Faktoren**, die unter dem Namen **Virchow-Trias** zusammengefasst werden. Verschiedene (Risiko)Faktoren begünstigen die Entstehung einer Thrombose. Sie sind drei Hauptursachen zuzuordnen → Virchow-Trias:

1. Verlangsamte Blutströmung

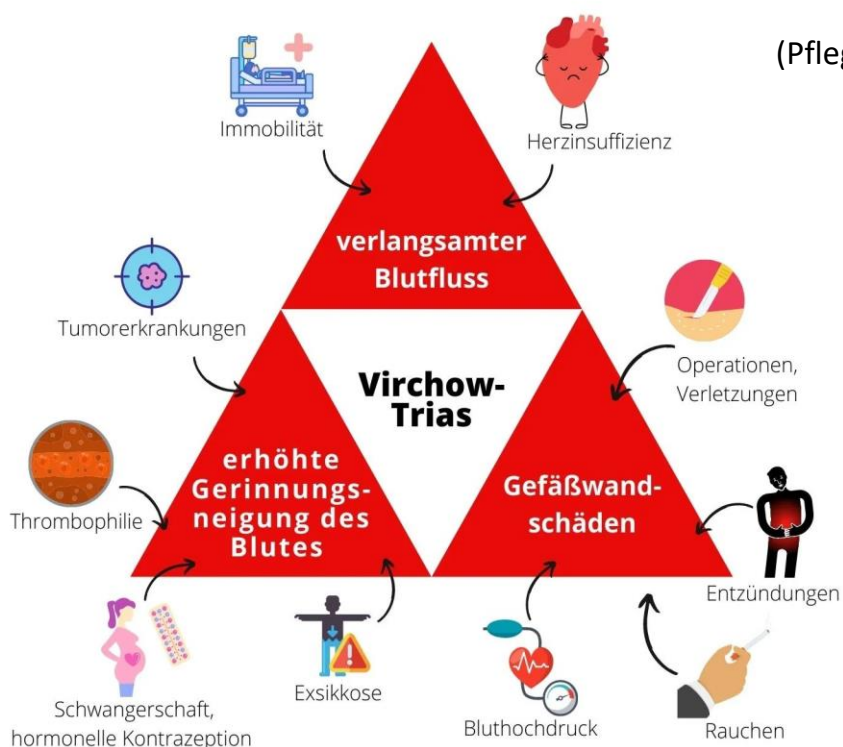
Je langsamer das Blut fließt, desto leichter lagern sich Thrombozyten an der Venenwand an und setzen die Thrombusbildung in Gang.

2. Gefäßwandschaden

Die Schädigung der Gefäßinnenwand löst eine Thrombozytenaggregation (Zusammenballen der Blutplättchen) aus. Ursachen sind z.B. Verletzungen der Gefäßwand.

3. Erhöhte Gerinnungsneigung

Hier verändert sich das normale Gleichgewicht zwischen Blutgerinnung und Gerinnungsauflösung im Blut. Eine erhöhte Gerinnungsneigung kann z.B. bei Einnahme bestimmter Medikamente (z.B. hormonelle Kontrazeptiva) auftreten.



(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 216)

Bild 15

gelegt

Ursachen

Risikofaktoren einer Thrombose sind:

- Immobilität
- Lähmung
- Operationen
- Schmerzbedingte Schonhaltung
- Schwangerschaft
- Herzinsuffizienz
- Chronisch- venöse Insuffizienz
- Adipositas
- Altersbedingte Veränderungen der Beinvenen → Krampfadern (Varikosis)
- Flüssigkeitsmangel bzw. Flüssigkeitsverlust
- Rauchen
- Bluthochdruck
- Personen über 65 Jahre
- Personen mit bösartigen Erkrankungen (Tumore)
- Diabetes mellitus

Folgen einer Thrombose

Löst sich ein Thrombus aus den tiefer gelegenen Venen von Knie, Oberschenkel oder Becken, gelangt er mit dem Blutstrom in die Lunge und kann dort eine lebensbedrohliche **Lungenembolie** verursachen (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 216)

Symptome einer Lungenembolie sind:

- Plötzliche Atemnot (Dyspnoe)
- Beschleunigte Atmung (Tachypnoe)
- Herzrasen (Tachykardie)
- Blutdruckabfall (Hypotonie)
- Kreislaufschock

Sofortmaßnahmen bei einer Lungenembolie:

- Arzt*in/ DGKP verständigen
- Patient*in beruhigen
- Atemerleichternde Position → Oberkörper hoch
- Sauerstoffgabe und Schmerzmittelgabe nach Anordnung
- Stabile Seitenlage bei Bewusstlosigkeit
- Herz- Lungen- Wiederbelebung bei Herzstillstand

(Pflegeassistent heute, 2021, S. 246)

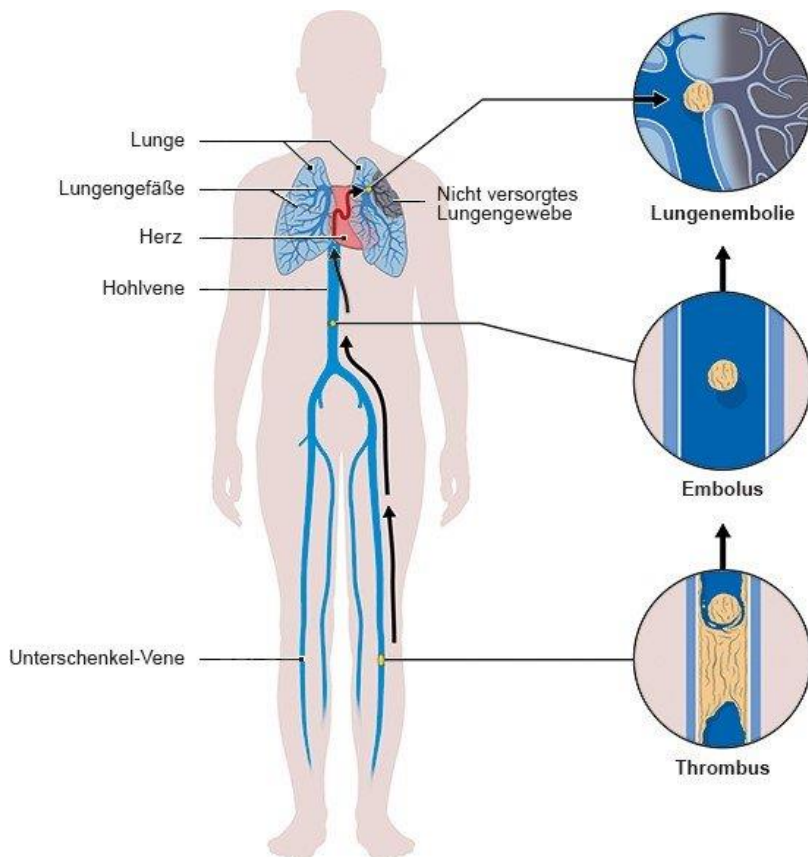


Bild 16

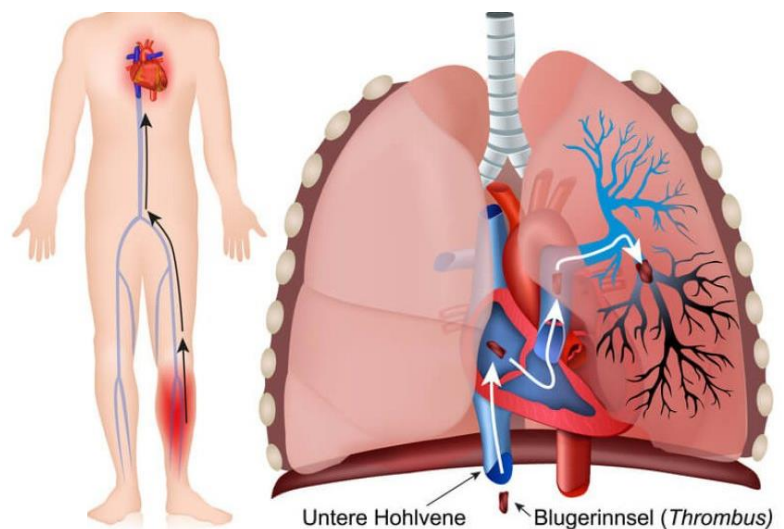


Bild 17

Thrombose erkennen

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

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 18

Thrombose vorbeugen

Pflegerisches Ziel ist vor allem die Verbesserung des venösen Rückflusses, da Gerinnungseigenschaften und Venenwandschädigungen durch pflegerische Maßnahmen nur schwer beeinflussbar sind.

- Aktivierung der Muskel- Venen- Pumpe durch Mobilisation
- Bewegungsübungen
- Venenkompression durch medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe (MTPS/ MTS)
- Medikamentöse Thromboseprophylaxe → Antikoagulanzen
 - Niedermolekulares Heparin s.c. → z.B. Fragmin, Inhixa
 - Orale Antikoagulanzen → z.B. Marcomar, Eliquis
- Flüssigkeitszufuhr
- Veränderung der Lebensweise (z.B. Raucherentwöhnung)
- Gewichtsreduktion und Ernährungsumstellung
- Beine auf Herzhöhe positionieren
- Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 218)

Das Anziehen von Kompressionsstrümpfen

Vor dem Anziehen 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 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 Pflegeassistenz. Die Kontrolle der Durchblutung wird durch das Sichtfenster am Ende des Strumpfes ermöglicht.



Bild 19

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.



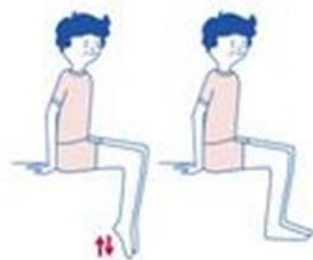
Füße beugen und strecken

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 nen 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.



Pneumonieprophylaxe

Unter einer Pneumonie (Lungenentzündung) versteht man die Entzündung des Lungenparenchyms durch Bakterien, Viren, Pilze oder Aspiration (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 208).

Aspirationspneumonie

Bei einer Schluckstörung legt sich der Kehldeckel nicht schützend über die Luftröhre, sodass für Die Patient*innen die Gefahr besteht, dass Bestandteile der Nahrung in die Lunge gelangen. Da die Lunge ein steriler Ort ist und keine Möglichkeit zur Abwehr von Fremdstoffen besteht, verursachen dies Fremdkörper dort eine sogenannte Aspirationspneumonie, also eine Lungenentzündung durch „eingeatmete“ Fremdstoffe wie z.B. Nahrung (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 355).

Pneumonie erkennen

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 auch die Immobilität, chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, COPD), Schluckstörungen (Gefahr der Aspirationspneumonie), schlechte Mundhygiene (Gefahr der Pneumonie durch z.B. Soor) eine verminderte Immunabwehr, Linksherzinsuffizienz, mangelnde Mundpflege und Störungen des Atemzentrums (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 209).

Folgen einer Pneumonie

Bei Menschen, die vor der Entstehung einer Pneumonie gesund waren, ist die Prognose einer bakteriellen oder viralen Pneumonie meist gut. Entsteht aber die Pneumonie aufgrund bestehender Herz- Lungenerkrankungen oder einer Immunschwäche, treten häufiger Komplikationen auf. Hierzu zählen die respiratorische Insuffizienz, Lungenabszesse, Pleuraerguss, Pleuraempyem, Herzinsuffizienz, Kreislaufprobleme, Schock, Thrombosen und systematische Erregerausbreitung (z.B. Meningitis) (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 210).

Pneumonie vorbeugen

Die Pneumonieprophylaxe ist Aufgabe aller Mitglieder des therapeutischen Teams, die an der Betreuung der Patient*innen beteiligt sind (Pflege, Physiotherapie Ergotherapie, Medizin, Logopädie). Alle Maßnahmen verfolgen die vier LISA- Ziele:

- L** – Lungenbelüftung verbessern
- I** – Infektion vermeiden
- S** – Sekret verflüssigen, lösen und entleeren
- A** – Aspiration vermeiden

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 210)

Prophylaktische Maßnahmen um eine Pneumonie vorzubeugen sind:

- Mobilisation
- Bewegungsübungen
- Atemübungen
 - Glas Wasser durch Strohhalm pusten
 - Gegen Windrad pusten
 - Watte vom Tisch pusten
- Kontaktatmung
 - Durch verschieden hohe Positionierung der Hände wird der Patient*in dazu angehalten, die Bauch oder Brustatmung zu intensivieren
- Atemtrainer
- Ausreichend Trinken
- Sekretlösende Maßnahmen z.B. Inhalationen
- Sitzposition bei Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Aspirationsprophylaxe)
- Mundhygiene! (Soorprophylaxe)
- Atemstimulierende Einreibung (ASE) = Basale Stimulation
- Atemerleichternde Positionierungen
 - Oberkörper 30° hoch in Rückenlage
 - Seitenlage
 - VATI Positionierung
- Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten



Bild 20

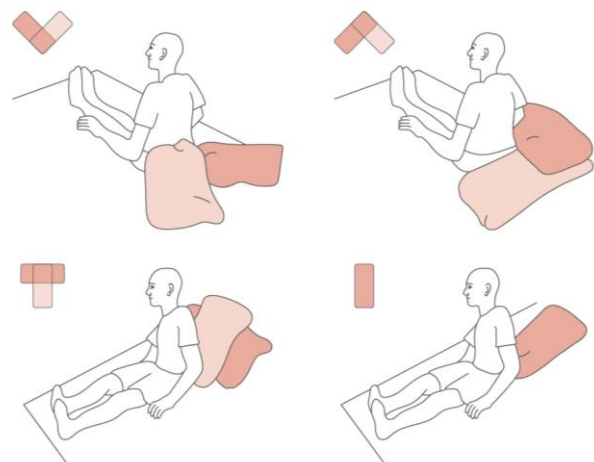


Bild 21

Obstipationsprophylaxe

Als Obstipation bezeichnet man die verzögerte oder mangelhafte Darmentleerung höchstens alle 3-4 Tage mit harter Stuhlkonsistenz durch vermehrten Entzug von Wasser im Dickdarm, oft verbunden mit Schmerzen beim Stuhlgang und dem Gefühl der unvollständigen Entleerung des Darms (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 222).

Achtung!

Eine Obstipation ist oft eine Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen (z.B. Darmerkrankungen, Depressionen und Veränderungen der Lebensgewohnheiten (z.B. Umzug in eine stationäre Einrichtung) (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 222).

Ursachen

Zu den Risikofaktoren einer Obstipation zählen:

- Nahrungskarenz
- Verminderte Flüssigkeitszufuhr oder verstärkter Flüssigkeitsverlust
- Mangelnde Bewegung
- Scham
- Schmerzen z.B. durch Fissuren oder Hämorrhoiden
- Demenz
- Immobilität
- Hohes Alter
- Einnahme von Schmerzmitteln, Antibiotika oder Antidepressiva

Obstipation erkennen

Wesentliche Zeichen einer Obstipation sind:

- Verhärtung des Stuhls
- Blähungen

- Bauchschmerzen
- Übelkeit
- Völlegefühl
- Druckgefühl im Bauch
- Kaum Darmgeräusche
- Starkes pressen beim Stuhlgang
- Appetitlosigkeit
- Unwohlsein

(Pflegeassistent heute, 2021, S. 222).

Folgen einer Obstipation

Eine chronische (immer wieder kehrende) Obstipation beeinträchtigt das Wohlbefinden erheblich. Die Folgen der Obstipation können schwerwiegend sein:

- Fissuren (kleine Einrisse) in der Analregion verursacht durch harten Stuhl
- Bildung von Hämorrhoiden
- Darmperforationen (Durchbruch der Darmwand) durch harten Stuhl verursacht
- Ileus (Darmverschluss)
- Tod

(Pflegeassistent heute, 2021, S. 223).

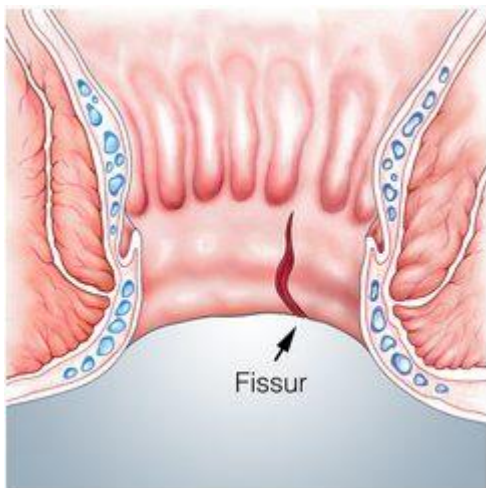


Bild 22

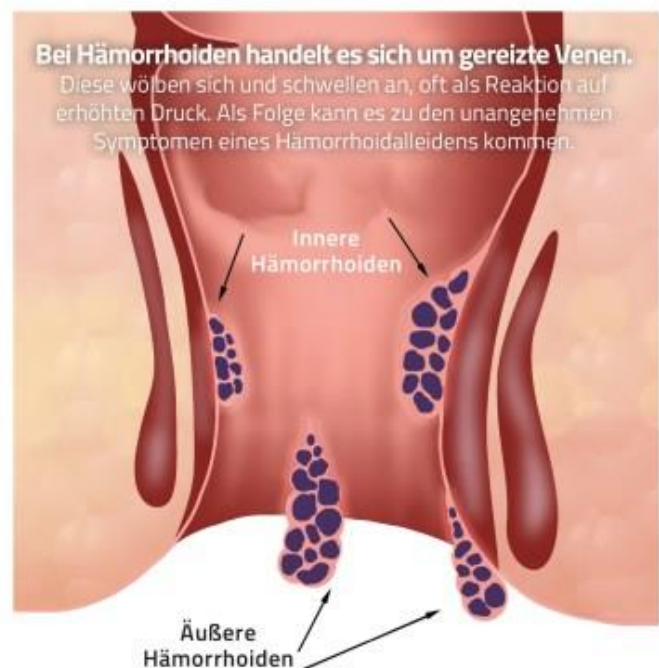


Bild 23

Obstipation vorbeugen

Wann immer der Verdacht auf eine Obstipation besteht, ist die Stuhlentleerungsfrequenz zu beobachten und zu dokumentieren, um das Ausmaß festzustellen und die Folgen einer Obstipation zu reduzieren. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege sowie den Ärzt*innen ist notwendig. (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 223).

Achtung !

Akute Lebensgefahr besteht bei **Ileus** (Darmverschluss). Zeichen dafür sind:

- Sehr schmerzhaftes Bauchkrämpfe
- Stuhl und Winde gehen nicht ab
- Brettharter, gespannter und druckschmerzhafter Bauch → akutes Abdomen
- Miserere (Stuhlerbrechen)

Sollten Sie diese Symptome beobachten ist sofort Hilfe zu holen. Die Patient*innen dürfen bei Verdacht auf Ileus nichts mehr essen oder trinken, abführende Maßnahmen z.B. Einlauf sind kontraindiziert (dürfen nicht angewendet werden) (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 223).

Maßnahmen zur Obstipationsprophylaxe sind:

- Intimsphäre wahren
- Stress und Zeitdruck vermeiden
- Gewohnheiten berücksichtigen
- Ernährungsumstellung (Ballaststoffreiche Ernährung)
- Flüssigkeitszufuhr
- Bewegung
- Bauchmuskulatur trainieren → wichtig für Bauchpresse
- Bauchmassagen

- Regelmäßige Toilettengänge
- Abführende Medikamente (Abführmittel- Laxantien)
 - Oral
 - Rektal - Zäpfchen oder Einlauf
- Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 225).

Sturzprophylaxe

Ein Sturz ist ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unnachtsichtig auf den Boden oder auf einer tieferen Ebene zu liegen kommt (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 219).

Entstehung

Stürze entstehen zumeist aufgrund einer eingeschränkten Fähigkeit zu koordinierten Bewegungen. Dieser Beeinträchtigung können zahlreiche Faktoren zugrunde liegen. Stürze sind **multifaktorielle Ereignisse**, weil meist mehrere Ursachen, Risikofaktoren und Einschränkungen zusammenwirken (Pflegeassistenz, 2021, S. 219).

Ursachen

Die Ursachen eines Sturzes können in **intrinsische Risikofaktoren** (vom Betroffenen selbst ausgehend) und **extrinsische Risikofaktoren** (vom der Umwelt, von außen ausgehend) unterteilt werden (Pflegeassistenz heute. 2021, S. 219).

Beispiele für intrinsische Risikofaktoren:

- Funktionsbeeinträchtigungen z.B. durch Gleichgewichtsprobleme, Gangunsicherheit oder reduzierte Kraft und Beweglichkeit
- Erkrankungen, die die Mobilität, Motorik und Sensibilität beeinträchtigen z.B. Multiple Sklerose
- Sehbeeinträchtigungen
- Demenz
- Depression
- Delir (akute Verwirrtheit)
- Erkrankungen die zu Bewusstlosigkeit führen können z.B. Hypoglykämie, oder Herzrhythmusstörungen
- Inkontinenz
- Angst vor Stürzen
- Hohes Alter
- Inkontinenz

Beispiele für extrinsische Risikofaktoren:

- Falsche Verwendung von Hilfsmittel
- Unpassendes Schuhwerk
- Unpassende z.B. zu weite Kleidung/ Hosen
- Medikamente z.B. Psychopharmaka, Sedativa/ Hypnotika, Antiarrhythmika
- Gefahren in der Umgebung
 - Schlechte Beleuchtung
 - Steile Treppen
 - Mangelnde Haltemöglichkeiten
 - Glatte/ nasse Böden
 - Stolperfallen

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 219)

Erstmaßnahmen nach einem Sturz

Es ist wichtig, einen gestürzten Menschen in eine Körperposition zu bringen, die er als angenehm empfindet oder die seinem Zustand angemessen ist. Bei Bewusstlosigkeit z.B. stabile Seitenlagen. Es ist ebenfalls wichtig sich als Pflegeassistent Hilfe in dieser Situation zu holen, bei der gestürzten Person zu bleiben und sie zu beruhigen. Auch auf Verletzungen oder Schmerzen muss geachtet werden (Pflegeassistent heute, 2021, S. 220).

Folgen eines Sturzes

Stürze sind ein großes Problem vor allem im Alter. Stürze gehen mit verschiedenen Ursachen und Risikofaktoren einher. Etwas mehr als die Hälfte der Patient*innen bleiben nach einem Sturz unverletzt. Es kommt aber doch immer wieder zu **teils schweren Verletzungen** nach einem Sturz wie z.B.:

- Kleinere Verletzungen wie Abschürfungen oder kleine Wunden (20-30%)
- Erhebliche Verletzungen die weiter behandelt werden müssen z.B. Kopfverletzungen oder Schädel- Hirn- Trauma (10%)
- Frakturen (Knochenbrüche an Handgelenk, Fuß- und Sprunggelenk oder Becken (5%)
- Hüftgelenksnahe Frakturen z.B. Oberschenkelhalsfraktur (1%)

(Pflegeassistent heute, 2021, S. 589)

Verletzungen durch einen Sturz beeinträchtigen die körperliche und psychische Verfassung des Betroffenen. Die **Angst** vor erneuten Stürzen bewirkt oft, dass die Betroffenen sich so wenig wie möglich bewegen und ihre gewohnte Umgebung nicht verlassen möchten. **Immobilität** und **Bettlägerigkeit** entsteht, was mit vielen weiteren **körperlichen Folgen** wie z.B. Muskelabbau, Schmerzen, erhöhtes Risiko für Dekubitus, Kontraktur, Pneumonie und Thrombose und **psychische Folgen** wie z.B.

Isolation, Depression und Suizidgedanken einhergeht (Pflegeassistent heute 2021, S. 219)

Stürze vorbeugen

- Mobilisation und Bewegung
- Einsatz geeigneter Hilfsmittel
- Rutschfeste Schuhe/ Socken
- Hüftprotektoren
- Langsames aufstehen
- Brille
- Gute Lichtverhältnisse
- Stolperfallen beseitigen
- Vitalzeichen kontrollieren bei Risikopatient*innen
- Langsame Mobilisation
- Bei Inkontinenz Zimmer WC/ Harnflasche zum Bett stellen
- Sicherheit vermitteln bei Angst
- Physiotherapie
- **Bett nach jeder Pflegehandlung immer in die unterste Position bringen**
- Rollstühle, Rollator bei Transfer immer feststellen damit diese nicht wegrutschen
- Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten

Bild 24

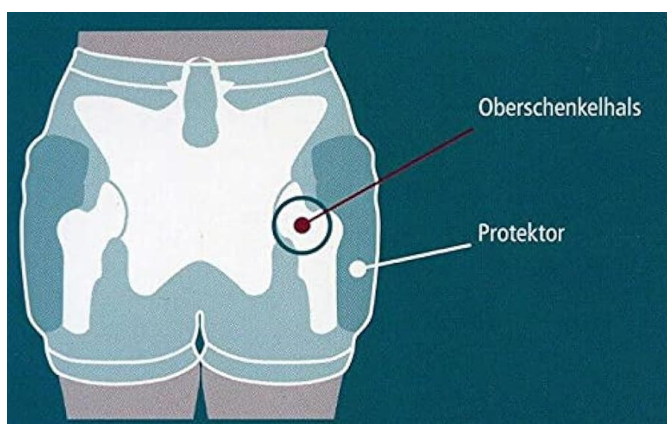


Bild 25

(Thieme, 2020, S. 203).



Recht auf Freiheit und Autonomie vs. Stürze verhindern

Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung (Autonomie) und Freiheit, auch wenn damit ein Risiko zu stürzen verbunden ist. **Das Ziel pflegerischen Handelns ist nicht, Stürze um jeden Preis zu verhindern**, sondern die Autonomie der betroffenen Person zu wahren und sie gleichzeitig bestmöglich zu unterstützen.

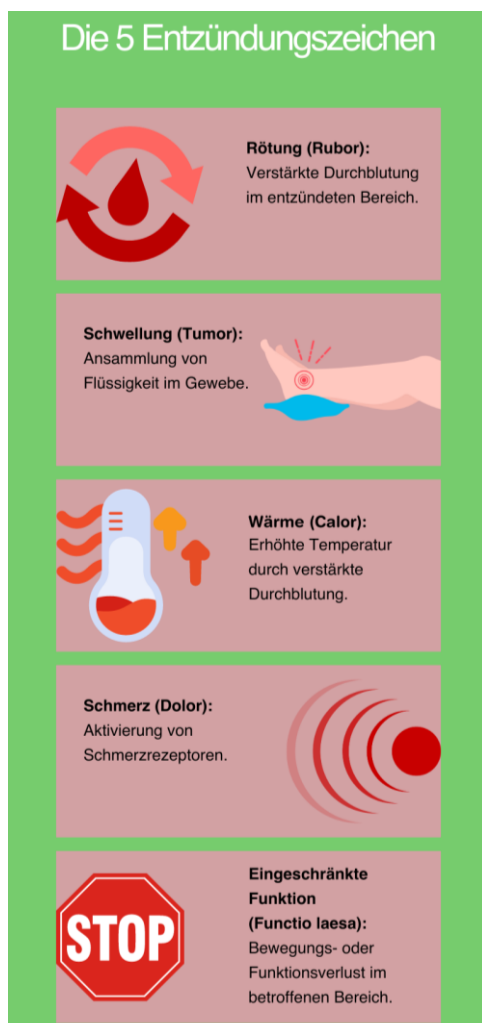
Das **Freiheitsrecht** wiegt grundsätzlich höher als das Bestreben, jede mögliche Gefährdung auszuschließen. **Ein völliger Schutz vor Stürzen ist weder realistisch noch ethisch vertretbar**, wenn dadurch die persönliche Freiheit, Bewegungsfreiheit oder Lebensqualität eingeschränkt wird.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z. B. Fixierungen, Bettgitter, Bewegungseinschränkungen) sind nur unter **strengen Voraussetzungen** zulässig. Sie dürfen ausschließlich angewendet werden, wenn eine **akute Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung** besteht und keine milderen Maßnahmen ausreichen. Zudem müssen sie zeitlich begrenzt, regelmäßig überprüft und rechtlich abgesichert sein.

Infektionsprophylaxe

Infektion bedeutet haftenbleiben/ Besiedelung und/ oder Eindringen von Mikroorganismen wie **Bakterien, Viren oder Pilze**. Eine Infektion geht mit einer **Entzündung** einher. Eine Entzündung ist eine Reaktion des Körpers auf eine Reaktion einer Infektion am Ort der Infektion. Sie erkennen eine Infektion an den fünf **Entzündungszeichen**:

1. Rubor (Rötung)
2. Dolor (Schmerz)
3. Calor (Wärme)
4. Tumor (Schwellung)
5. Functio laesa (Funktionseinschränkung)



(Pflegeassistenten heute, 2021, S. 171)

Bild 26

Entstehung

Eine Infektion geht mit der Übertragung und dem Eindringen eines Krankheitserregers in den Körper einher. Die Übertragung von Krankheitserregern kann auf mehrere Arten stattfinden. Sie kann durch **direkten Kontakt** zwischen infizierten und noch nicht infizierten Personen erfolgen (direkte Übertragung) oder durch den Kontakt einer nicht infizierten Person und ihrer Umwelt (indirekte Übertragung) Ein Beispiel für die **indirekte Übertragung** ist z.B. die Waschschüssel wurde nach der Grundpflege nicht desinfiziert nachdem sie bei einer Person mit einem Krankheitserreger verwendet wurde und wird dann bei einer nicht infizierten Person verwendet. Die Übertragung von Krankheitserregern kann aber auch durch das Einatmen dieser Erreger erfolgen (Pflegeassistenz heute, 2021, S. 108).

Nosokomiale Infektionen

Im Krankenhaus erworbene Infektionen werden als nosokomiale Infektionen bezeichnet. Folgende nosokomiale Infektionen treten sehr häufig in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen auf:

- Harnwegsinfekt
- Pneumonie
- Infektionen durch Gefäßkatheter
- Infektionen von Wunden

Diese Infektionen werden reduziert, indem korrektes **hygienisches Arbeiten** eingehalten wird (Pflegeassistenz heute, 2021, S: 108).

Ursachen

Risikofaktoren sind:

- Geschwächtes Immunsystem
- Chronische Vorerkrankungen (z. B. Diabetes, COPD)

- Wunden oder offene Hautstellen
- Mangelernährung und Untergewicht
- Hohes Alter
- Unsachgemäße Hygiene → Händedesinfektion, Schutzkleidung, persönliche Hygiene
- Einsatz von Kathetern
- Falsche Wundversorgung

Infektionen erkennen

- Fieber
- Müdigkeit/ Abgeschlagenheit
- Schwäche
- Wundinfektionen/ Infektion von Gefäßzugängen/ Einstichstelle
 - Rötung
 - Schwellung
 - Überwärmung
 - Schmerzen
 - Eiter
- Atemwegsinfektionen: Husten, Atemnot, Auswurf
- Harnwegsinfektion: Brennen beim Wasserlassen, häufiges Wasserlassen, trüber oder übelriechender Urin
- Magen-Darm Infektionen: Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen
- Erhöhte Herzfrequenz (Tachykardie)
- Schnelle Atmung (Tachypnoe)
- Blutwerte: z. B. erhöhte Leukozyten, CRP (C-reaktives Protein)
- Urinuntersuchung, Wundabstriche oder Blutkulturen auffällig

Folgen einer Infektion

Eine Infektion kann körperliche, psychische und soziale Folgen haben. Körperlich äußern sich diese häufig durch Fieber, Schüttelfrost, Abgeschlagenheit oder Schmerzen in Kopf, Muskeln oder Gelenken. Abhängig vom betroffenen Organ können spezifische Beschwerden auftreten, wie Atemnot bei einer Pneumonie, Brennen beim Harnwegsinfekt oder Eiter und Rötung bei Wundinfektionen. Schwere Infektionen können sogar zu einer Sepsis (Blutvergiftung) führen, während chronische Infektionen langfristig Organschäden verursachen können.

Neben den körperlichen Symptomen kann eine Infektion auch psychische und soziale Belastungen nach sich ziehen. Betroffene fühlen sich oft erschöpft und schwach, entwickeln Ängste oder Sorgen um ihre Gesundheit und erleben durch Isolation bei ansteckenden Erkrankungen soziale Einschränkungen.

Für die Pflege bedeutet eine Infektion in der Regel einen erhöhten Aufwand. Es müssen zusätzliche Maßnahmen wie Wundversorgung, Vitalzeichenkontrolle oder die Einhaltung von speziellen Hygienestandards und Isolationsmaßnahmen durchgeführt werden. Schwere oder wiederholte Infektionen können zudem die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus oder Pflegeheim verlängern und die medizinischen Kosten erhöhen.

Langfristig können Infektionen die Lebensqualität einschränken, zu chronischer Müdigkeit führen oder, im Falle von Antibiotikaresistenzen, die Behandlung erschweren.

Infektionen vorbeugen

Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe sind:

- Händehygiene: gründliches Waschen und Desinfizieren nach Richtlinien
- Tragen von Schutzkleidung: Handschuhe, Kittel, ggf. Maske
- Flächendesinfektion: regelmäßig Arbeitsflächen, Pflegeutensilien, Patientenumgebung reinigen
- aseptisches und steriles Arbeiten z.B. bei Wundversorgung/ Verbandwechsel
- Frühzeitiges Erkennen von Infektionszeichen
- Isolierung bei Infektionen
- Katheter- und Wundversorgung korrekt durchführen
- Impfungen
- Antibiotikaprophylaxe nach ärztlicher Anordnung
- Desinfektion von Pflegeutensilien: Waschschüsseln, Instrumente, Spritzen
- Saubere Patientenumgebung
- regelmäßiges Lüften
- saubere Bettwäsche
- Müllentsorgung
- Ausgewogene Ernährung, Flüssigkeitsversorgung
- Bewegungsförderung und Mobilisation zur Stärkung der Abwehrkräfte
- regelmäßige Hygiene- und Infektionsschutzschulungen
- Information über Infektionsrisiken, richtige Handhygiene, Impfungen
- Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten

Soorprophylaxe

Unter Soor versteht man eine **Pilzinfektion der Mundschleimhaut** (Thieme, 2020, S. 228).

Entstehung

Soor ist eine Pilzinfektion, die meist durch den Hefepilz ***Candida albicans*** verursacht wird. Begünstigt wird die Vermehrung und Ausbreitung des Pilzes unter anderem durch ein geschwächtes Immunsystem, die Einnahme von Antibiotika, Mangelernährung, Diabetes sowie durch schlecht gereinigte Zahnprothesen bzw. unzureichende Mundpflege. Besonders häufig sind Säuglinge, ältere Menschen und pflegebedürftige Personen betroffen (Thieme, 2020, S. 228).

Bild 27



Ursachen

Soor entsteht, wenn das natürliche Gleichgewicht der Körperflora gestört ist und sich der Pilz stark vermehren kann. Ursachen dafür sind vor allem ein geschwächtes Immunsystem, zum Beispiel durch hohes Alter, schwere Erkrankungen oder Stress. Auch die Einnahme von Antibiotika begünstigt die Entstehung von Soor, da sie nützliche Bakterien zerstören, die normalerweise das Pilzwachstum hemmen. Weitere Ursachen sind Mangelernährung und Flüssigkeitsmangel, da sie die Schleimhäute anfälliger machen, sowie Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus. Zusätzlich können mangelnde Mundhygiene und schlecht gereinigte Zahnprothesen zur Entwicklung von Mundsoor beitragen.

Soor erkennen

Soor lässt sich vor allem durch typische Veränderungen der Schleimhäute erkennen. Typisch sind **weißliche, Beläge** in der Mundhöhle, vor allem auf der Zunge. Diese Beläge lassen sich meist nicht abwischen. Betroffene klagen häufig über ein **Brennen** oder **Schmerzen** im Mund, ein trockenes Gefühl, **Schluckbeschwerden** oder einen unangenehmen Geschmack. Auch **Mundgeruch** kann auftreten (Thieme, 2020, S. 228).

Folgen einer Soorinfektion

Bleibt Soor unbehandelt, kann es zu verschiedenen gesundheitlichen Folgen kommen. Durch die entzündete und schmerzhafteste Schleimhaut haben Betroffene häufig Schmerzen beim Essen und Schlucken, was dazu führen kann, dass sie weniger Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen. In der Folge drohen **Mangelernährung, Gewichtsverlust** und **Dehydration**, besonders bei älteren oder pflegebedürftigen Menschen. Außerdem können beim **Schlucken** oder bei **Schluckstörungen** Bestandteile der Soorbeläge **aspiriert** werden, also in die Atemwege gelangen. Dadurch können **Keime in die Lunge** gelangen und dort eine **Aspirationspneumonie** auslösen. Meist sind dabei zwar **Bakterien** beteiligt, der Soor wirkt jedoch als **begünstigender Faktor**, da er die Keimzahl im Mund erhöht und die Schutzfunktion der Schleimhaut schwächt.

Soor vorbeugen

Maßnahmen zur Soorprophylaxe sind:

- Regelmäßige und gründliche Mundpflege durchführen
- Mundschleimhaut täglich beobachten
- Zähne, Zunge und Schleimhäute sorgfältig reinigen

- Zahnprothesen täglich reinigen und nachts herausnehmen
- Auf gute Mundhygiene achten
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr sicherstellen
- Auf ausgewogene und ausreichende Ernährung achten
- Mundschleimhaut feucht halten (z. B. bei Mundtrockenheit)
- Saubere Mundpflegematerialien verwenden
- Mundpflegematerial regelmäßig wechseln (z.B. Zahnbürsten)
- Besonders sorgfältige Mundpflege bei Antibiotika- oder Kortisontherapie
- Auffälligkeiten frühzeitig erkennen und weitermelden

Parotitisprophylaxe

Als Parotitis wird in der Medizin eine **Entzündung der Ohrspeicheldrüse** bezeichnet. Diese äußert sich durch Schwellung, Rötung und Druckempfindlichkeit vor und unter dem Ohr mit Spannungsschmerz beim Kauen. Die Erkrankung ist sichtbar an abstehenden Ohrläppchen (Pflegeassistentz heute, 2021, S. 220).

Entstehung

Viele Krankheiten der Mundhöhle sind auf bakterielle Infektionen zurückzuführen. Zur natürlichen Mundflora gehören mehrere hunderte Bakterienarten (Pflegeassistentz heute, 2021, S. 220).

Die Entzündung der Ohrspeicheldrüse (Glandula parotis) kann akut oder chronisch auftreten. Ihre Entstehung hängt maßgeblich von der Ursache ab.

Bei der viralen Parotitis, am häufigsten durch das Mumpsvirus verursacht, gelangt das Virus über die Atemwege in den Körper. Dort vermehrt es sich zunächst in den

oberen Atemwegen und den lymphatischen Geweben. Über das Blut erreicht das Virus schließlich die Ohrspeicheldrüse.

Bei der bakteriellen Parotitis, häufig durch *Staphylococcus aureus*, kommt es meist durch einen verminderten Speichelfluss oder Speichelstau zu einer Infektion der Drüse.

Sowohl die virale als auch die bakterielle Parotitis bewirkt ein Ödem der Drüse, das die typischen Schwellungen und Druckschmerzen verursacht.

Ursachen

Normalerweise herrscht in der Mundhöhle ein Gleichgewicht zwischen Bakterien und Pilze (Mundflora). Wird dieses Gleichgewicht gestört, können sich Krankheitserreger stark vermehren. Diese Keime können über den Ausführungsgang der Ohrspeicheldrüse aufsteigen und eine Parotitis verursachen. Folgende Risikofaktoren stören dieses Gleichgewicht:

- Verminderte Immunabwehr
- Mangelerscheinungen z.B. Vitaminmangel
- Verminderte Kau- und Schlucktätigkeit z.B. Schluckstörungen
- Verminderte Speichelproduktion
- Dehydration, Unterernährung
- Virus- Bakterien – oder Pilzbefall
- Nicht sanierte Zähne oder umfassende Zahnprothese
- Erkrankungen der Mundhöhle, Bestrahlung, operative Eingriffe
- Orale Magensonde, transoraler Tubus zur Beatmung

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 221).

Diese Risikofaktoren begünstigen daher nicht nur Veränderungen der Mundschleimhaut (z.B. Soor), sondern erhöhen auch das Risiko für eine Parotitis.

Parotitis erkennen

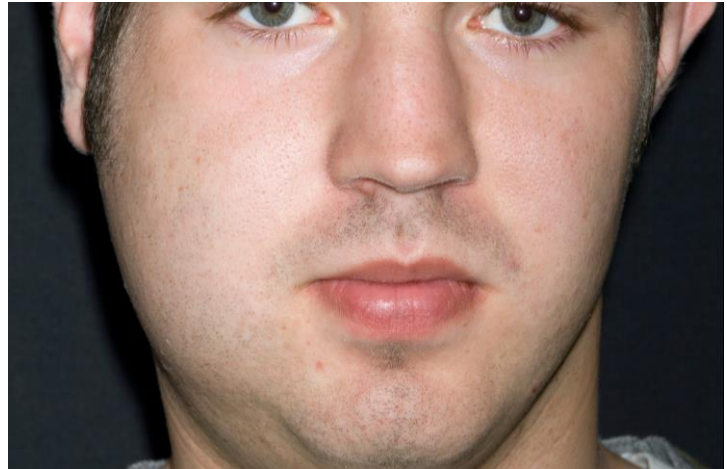


Bild 28

Eine Parotitis kann **ein- oder beidseitig** auftreten. Typischen Anzeichen und Symptome sind:

- Schwellung im Wangen- oder Ohrbereich
- Schmerzen im Bereich der Schwellung
 - verstärken sich beim Kauen oder Schlucken
- Rötung und Überwärmung der Haut über der Drüse
- Spannungsgefühl im Gesicht
- Fieber und allgemeines Krankheitsgefühl
- Mundtrockenheit
- Eitriges Sekret aus dem Ausführungsgang der Speicheldrüse
 - sichtbar in der Mundhöhle gegenüber dem oberen Backenzahn
- Unangenehmer Geschmack oder Mundgeruch

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 221).

Folgen einer Parotitis

Eine Parotitis kann bei fehlender oder verspäteter Behandlung zu verschiedenen Folgen führen. Zunächst kommt es häufig zu einer zunehmenden Schwellung und **starken Schmerzen** im Bereich der Ohrspeicheldrüse, was das Kauen und Schlucken erschwert. Dadurch essen und trinken Betroffene weniger, was zu **Dehydration** und **Unterernährung** führen kann. Die Entzündung kann sich außerdem **auf das umliegende Gewebe** im Wangen-, Kiefer- und Halsbereich **ausbreiten**. In schweren Fällen bildet sich ein **Abszess mit Eiteransammlung in der Speicheldrüse**.

Besteht die Entzündung über längere Zeit oder tritt sie wiederholt auf, kann sich eine **chronische Parotitis** entwickeln, bei der das Drüsengewebe dauerhaft geschädigt wird. Dies führt häufig zu einer verminderten Speichelproduktion und anhaltender **Mundtrockenheit**, wodurch das Risiko für weitere Infektionen in der Mundhöhle steigt. Zusätzlich können **Fieber** und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl auftreten. In seltenen Fällen kann sich die bakterielle Infektion über die Blutbahn ausbreiten und zu einer lebensbedrohlichen **Sepsis** führen.

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 221).

Parotitis vorbeugen

Maßnahmen zur Parotitisprophylaxe sind:

- Tägliche Mundpflege
- Zahnprothesenpflege
- Mundtrockenheit verhindern
 - Ausreichend trinken
 - Mund feucht halten
- Speichelfluss anregen

- Zum Kauen motivieren z.B. Kaugummi
 - Massage der Speicheldrüse
 - Zitronenstäbchen
 - Eiswürfel lutschen lassen
- Spezielle Mundpflege bei hohem Risiko (= Mundpflege all 2 Stunden)
 - Antiseptische Spüllösungen nach ärztlicher Anordnung
 - Auf Rötung, Schwellung oder Schmerzen achten
 - Mund- wangen- und Ohrenbereich beobachten
 - Auffälligkeiten dokumentieren und weiterleiten

(Pflegeassistenz heute, 2021, S. 222).

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2022). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). Wien.

Büscher, A., & Schnepf, W. (2019). *Grundlagen der Pflege*. München: Elsevier.

Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV) (2020). *Pflegeprozess und Pflegediagnostik in der professionellen Pflege*. Wien: ÖGKV.

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

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

World Health Organization (WHO) (2017). *Patient safety: Making health care safer*. Geneva: World Health Organization.

Bilderverzeichnis

Bild 1 Icare Pflege 2020

Bild 2: <https://www.prolife.de/wunde/dekubitus>

Bild 3 <https://rehaservice.at/dekubitus-wundversorgung>

Bild 4 <https://www.dekubitus.de/aktuelles/dekubitus/sitzringe-nicht-mehr-zulaessig-in-der-dekubitus-therapie>

Bild 5 <https://rehashop.at/pflege/anti-dekubitus/>

Bild 6 <https://www.hardloverz.com/produit-p-576069.html>

Bild 7 <https://www.draco.de/dekubitus/prophylaxe-positionierung-hilfsmittel/>

Bild 8 <https://www.orthoracle.com/de/library/handgelenksfusion-bei-ischamischer-volkmann-kontraktur-mit-synthes-fusionsplatte/>

Bild 9 <https://www.moso-gmbh.de/fachberichte/supinationskorrektursystem/supinationskorrektursystem-korrektur-und-kontrolle-der-fussstellung/>

Bild 10 <https://www.tkpflgecoach.de/content/vermeidung-von-folgeerkrankungen-kontraktur?surfmode=1>

Bild 11

<https://prowalk.de/hilfsmittel-uebersicht/airpro-handorthese-lagerungsschiene/>

Bild 12

<https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-bewegungsuebungen-kontraktionen-gegenstaende.htm>

Bild 13

<https://step1.medbullets.com/dermatology/112086/intertrigo>

Bild 14

<https://www.coloplastprofessional.at/wissens-bibliothek/wissens-bibliothek/Wundwissen/wundarten/intertrigo/?legalconsented=true>

Bild 15 <https://die-zwei-in-reflexstreifen.blog/2023/02/21/factsheed-virchow-trias/>

Bild 16 <https://www.gesundheitsinformation.de/lungenembolie.html>

Bild 17 <https://www.dasrehaportal.de/erkrankungen/lungenembolie>

Bild 18 <https://www.physiotest.at/erkrankung/107/beinthrombose>

Bild 19 <https://www.svital->

<shop.de/images/thumbnail/produkte/medium/thrombosestrumpf-mediven-thrombexin-21.jpg>

Bild 20 <https://pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-kontaktatmung.htm>

Bild 21 <https://www.draco.de/vati-lagerung/>

Bild 22 <https://www.edz-maintaunus.de/portfolio-item/analfissur/>

Bild 23 <https://www.apo-vital.at/hilfe-fuer-den-allerwertesten-haemorrhoiden-behandlung/>

Bild 24

<https://www.amazon.de/SUPRIMA-Suprima-Weichschaum-H%C3%BCftprotektoren/dp/B00BM41K7K>

Bild 25 <https://www.seniorenfachhandel.de/Hueftprotektoren/>

Bild 26

<https://dermolex.com/de/was-sind-die-5-entzuendungszeichen/>

Bild 27

<https://www.lecturio.de/lexikon/soor>

Bild 28

<https://health811.ontario.ca/static/guest/medical-library/condition?name=parotitis>