



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Themenfeld 6

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

Elena Schock
DGKP, Pflegepädagogin

Grundzüge der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik Teil 2

Bezeichnung/ Inhalt	Leistungsbeurteilung
Komplementäre Pflege/ Kognition und Perzeption	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung
Perioperative Pflege	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung
Psychiatrische Pflege	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung
Pflege bei Menschen mit einer Essstörung	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung
Pflege bei Menschen mit Diabetes mellitus	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung
Onkologische Pflege	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung
Pflege bei Wahrnehmungs- und Kommunikationseinschränkungen	Praktische/ mündliche Abschlussprüfung

komplementäre Pflege

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und
Langzeitpflege einschließlich Pflorgetechnik (Teil 2)

Definition

- pflegerische Maßnahmen, die **ergänzend** eingesetzt werden,
- Ziel:
 - Wohlbefinden
 - Selbstheilungskräfte
 - Lebensqualität fördern

WICHTIG → komplementär ist keine Alternative!!
Zusätzlich zur Schulmedizin !

Wichtige Merkmale

- Ergänzt die klassische Pflege und Medizin
- Orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen
- Bezieht Körper, Geist und Seele mit ein
- Fördert Entspannung, Sicherheit und Vertrauen

Beispiele für komplementäre Pflege

- Basale Stimulation
- Aromapflege
 - Wickel und Auflagen (Wärme/Kälte)
- Therapeutic Touch
- Kinästhetik

Ziele

- Schmerzen lindern
- Unruhe/ Angst reduzieren
- Wohlbefinden steigern
- Beziehung stärken

Aromapflege

Definition

- Aromapflege ≠ Aromatherapie
- gezielter Einsatz von ätherischen Ölen in der Pflege

Wirkung von Aromapflege

- Ätherische Öle wirken über:
 - Geruchssinn
 - Haut
 - Nervensystem (beruhigend oder anregend)

- Wirkung kann sein:
 - Beruhigend
 - Schmerzlindernd
 - Angstlösend
 - Aktivierend
 - schlaffördernd

Beispiele für ätherische Öle

- **Lavendel** → beruhigend, schlaffördernd
- **Pfefferminze** → erfrischend, gegen Übelkeit/
Migräne
- **Zitrone** → aktivierend, stimmungsaufhellend
- **Rose** → emotional stabilisierend
- **Thymian** → schleimlösend, stärkend

Anwendungsformen

- Einreibungen (z. B. Rücken, Hände)
- Duftlampe / Diffuser
- Kompressen / Wickel
- Waschungen

Wichtige Regeln

- **Nie unverdünnt auf die Haut!**
- Auf **Allergien** achten
- **Dosierung einhalten**
- Qualität der Öle beachten
- Einwilligung der Patient*innen einholen

Grenzen

- ersetzt keine Medikamente
- Wirkung individuell unterschiedlich
- Fachwissen nötig → kann auch Schaden anrichten!

Therapeutic Touch

Therapeutic Touch

- Berührungstechnik zur Entspannung, Angst, Stress und Schmerzlinderung
- Ergänzend anzuwenden
- Weiterbildungsmöglichkeit nach GUKG §64

Was ist Therapeutic Touch?

- Komplementäre, ergänzende Pflegemethode
- Basiert darauf Pflegemodell nach M. Rogers.
 - Mensch als „Energiefeld“
- durch Berührungen kann Energiefeld ausgeglichen, Blockaden gelöst und die Selbstheilungskräfte angeregt werden

Ursprung

- 1970er Jahren von Dolores Krieger und Dora Kunz
- ist inspiriert von traditionellen Heilmethoden (wie Reiki, Qi Gong)
- Weltweit wird TT ergänzend eingesetzt
 - Wien → Rudolfinerhaus

Therapeutic Touch

- Lt. GuKG können Pflegepersonen komplementäre Techniken anwenden → Weiterbildung

- Einsatzgebiete
 - Unterstützung der Entspannung
 - Begleitung in Palliativ- und Hospizsettings
 - Förderung des Wohlbefindens

Erklärungsansätze zur Wirkung von Therapeutic Touch

*„Ohne Berührungen kann der
Mensch nicht leben“*

Dr. Martin Grunwald

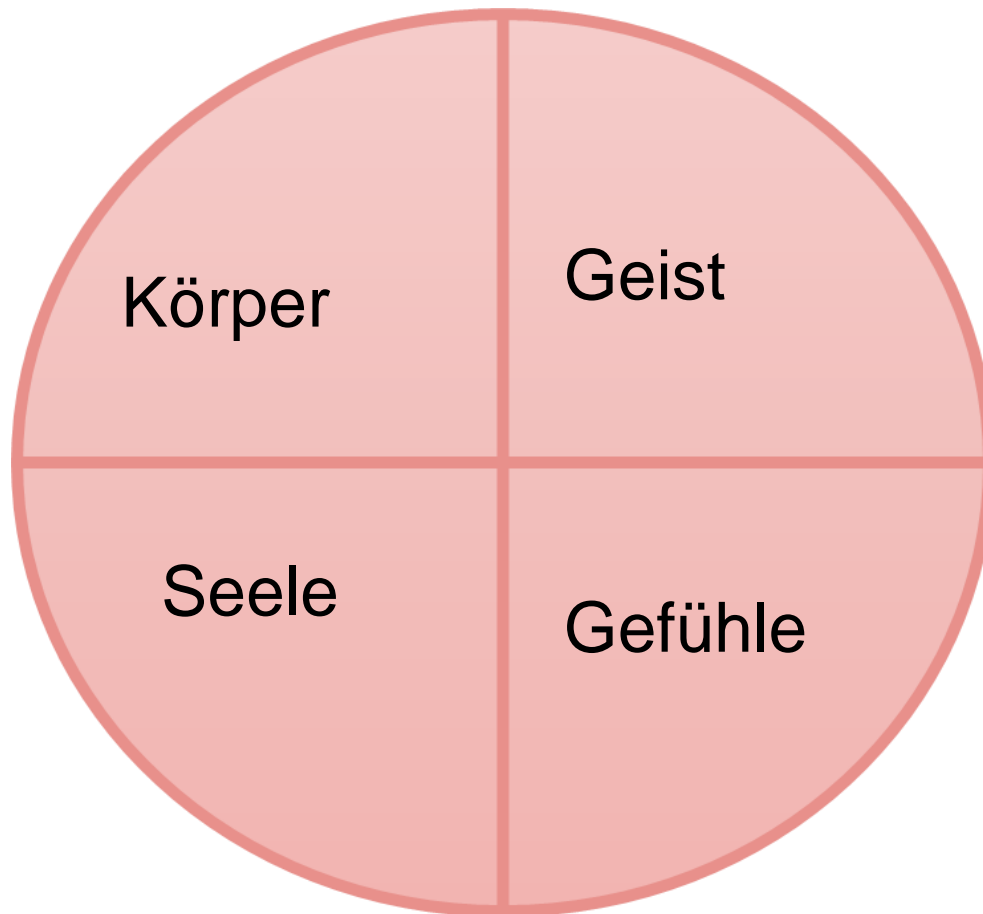
Erklärungsansätze zur Wirkung von Therapeutic Touch

- ohne Berührung kein Leben
- Gehirn reift nur unter Berührungsreize
- Jeder Mensch braucht Berührungen
- Eigenberührungen können Fremdberührungen **nicht** vollständig ersetzen

Erklärungsansätze zur Wirkung von Therapeutic Touch

- Jedes Lebewesen ist ein Energie – Transformator
- „in guten Händen sein“ – menschliches Grundbedürfnis

Ganzheitlichkeit



Spiritualität und Menschenwürde

- Übertragung von Lebensenergie zur Heilung
 - Pflegekraft als Übermittler

Leibphänomenologie

- Achtsamkeit
- Vermittlung von
 - Mitgefühl
 - Trost
 - Geborgenheit
 - Fürsorge
 - Lebensenergie
- Förderung der Selbstheilungskraft

Wittener Werkzeuge

- Patient Care

- Achtsamkeit
- Mitgefühl
- Ermutigung
- Berührung

- Self- Care

- Intuition
- Selbstwahrnehmung
- Selbststärkung
- Selbstermutigung

Therapeutic Touch vermittelt

- Fürsorge
- Zuwendung
- Mitgefühl

Comfort- Care nach K. Kolbaca

- Mitgefühl und Berührung fördern das Wohlbefinden (Comfort)
- Wichtiger Bestandteil besonders in der palliativen Pflege

Die Wissenschaft des unitären Feldes nach M. E. Rogers

- Das menschliche Feld reicht über die Wahrnehmungsebene des Körpers hinaus
- Therapeutic Touch harmonisiert dieses Feld

Berührungen

Berührung

- grundlegendsten Formen menschlicher Kommunikation.

Wann entwickelt sich unter Tastsinn?

- Tastsinn erster ausgeprägter Sinn → vorgeburtlich (7-8.SSW)
- Grundlage für:
 - Bindung und Vertrauen
 - Selbstwahrnehmung („Körperschema“)
 - emotionale und soziale Entwicklung

Wirkung von Berührung

- **Körperlich:**
 - Schmerzlinderung
 - Muskelentspannung
 - Förderung der Durchblutung
 - Regulation von Atmung und Kreislauf
- **Emotional:**
 - Gefühl von Sicherheit und Nähe
 - Stressreduktion (Senkung von Cortisol)
 - Förderung von Bindung (Ausschüttung von Oxytocin)

Berührung im Pflegealltag

- nicht nur funktional (z. B. beim Waschen,..) sondern auch **Form nonverbaler Kommunikation.**
- überträgt Informationen wie:
 - „Ich sehe Sie.“
 - „Ich bin für Sie da.“
 - „Sie sind nicht allein.“

Worauf Pflegende achten sollten

- **Ankündigen von Berührung**
 - "Ich berühre jetzt Ihre Schulter."
 - Besonders wichtig bei kognitiv eingeschränkten oder blinden Personen.

- **Respekt vor persönlichen Grenzen**
 - Jeder Mensch hat individuelle Wohlfühl- und Tabuzonen.
 - Nicht jeder möchte z. B. an Händen, Gesicht oder Intimbereich berührt werden – auch im Pflegekontext nicht ohne Notwendigkeit und Zustimmung.

Worauf Pflegende achten sollten

- **Achtsamkeit und innere Haltung**
 - Berührungen wirken je nachdem, wie bewusst sie ausgeführt werden.
 - Hektische oder distanzierte Berührungen können als unangenehm oder abweisend empfunden werden.
- **Beziehung durch Berührung stärken**
 - Einfühlsame Berührung kann Nähe, Vertrauen und Sicherheit fördern – besonders bei älteren, dementen oder schwer kranken Menschen.

Berührung als therapeutisches Mittel

- In der **Palliativpflege** kann Berührung helfen, Angst und Schmerz zu lindern.
- In der **Demenzbetreuung** kann sie Orientierung und Stabilität geben.
- Bei Menschen mit **Sprachbarrieren oder Bewusstseins Einschränkungen** wird Berührung zur wichtigen „Sprache“.

Grenzen & Risiken im Pflegealltag

- **Professionelle Distanz wahren**
 - Zuviel Nähe kann unangemessen wirken – zu wenig kann kalt und gleichgültig erscheinen.
 - Die Balance ist wichtig.
- **Keine Übergriffigkeit**
 - Jede Berührung braucht Zustimmung.
 - Besonders bei Menschen mit Traumaerfahrungen oder religiöse oder kulturelle Besonderheiten im Umgang mit Berührung
- **Eigene Haltung reflektieren**
 - Wie gehe ich selbst mit Nähe, Körperkontakt und Intimität um?
 - Welche Berührungen empfinde ich als schwierig – und warum?

Folgen von Berührungsmangel

- Was passiert, wenn Berührung fehlen?
- Haben Sie schon einmal Situationen erlebt, in denen Berührung gemieden wurde? Wie hat sich das angefühlt?“

Berührungsmangel durch Corona

- Mai 2020: Studie: Prof. Merle Fairhurst
- Auswirkungen der Selbstisolation auf das mentale, psychologische und emotionale Wohlbefinden der Menschen
- 1.700 getestete Personen
- großes Bedürfnis nach Berührung (speziell von Familie)
- Aktive Vermeidung von Berührungen durch Fremde → wahrgenommenes Gesundheitsrisiko

Berührungsmangel durch Corona

- jüngere Menschen sind einsamer
 - Hypothese: Jüngere Menschen waren vor Ausbruch der Pandemie an mehr täglichen sozialen Kontakt gewöhnt und hatten daher Erwartungen, die nicht erfüllt wurden.
- 85% der Befragten → weniger Kontakt als gewollt
- 15% der Befragten → immer noch zu oft berührt
 - unterschiedliche Bedürfnisse nach Berührung

Berührungsmangel durch Corona

- deutlicher Anstieg von Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Bereits vor Corona wenig Berührung → Digitalisierung und Vereinzelung
- während Corona: Hunde- und Katzenboom



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Basale Stimulation

MIT UNS KOMMEN SIE WEITER!

AUSBILDUNGSZENTRUM

Was ist Basale Stimulation?

- Pflegekonzept zur Förderung von Wahrnehmung & Kommunikation
- Für Menschen mit eingeschränkter Wahrnehmung & Bewegung
- Vermittlung von Sicherheit und Orientierung
- Beziehungsförderung

Zielgruppen

- Menschen mit Demenz
- Menschen im Koma oder Wachkoma
- Menschen mit geistiger/körperlicher Behinderung
- Palliativpatient*innen

Begründer*in



Andreas Fröhlich

- Sonderpädagoge
- 1970er: Arbeit mit mehrfach schwerstbehinderten Kindern

Christel Bienstein

- Übertragung auf Pflege

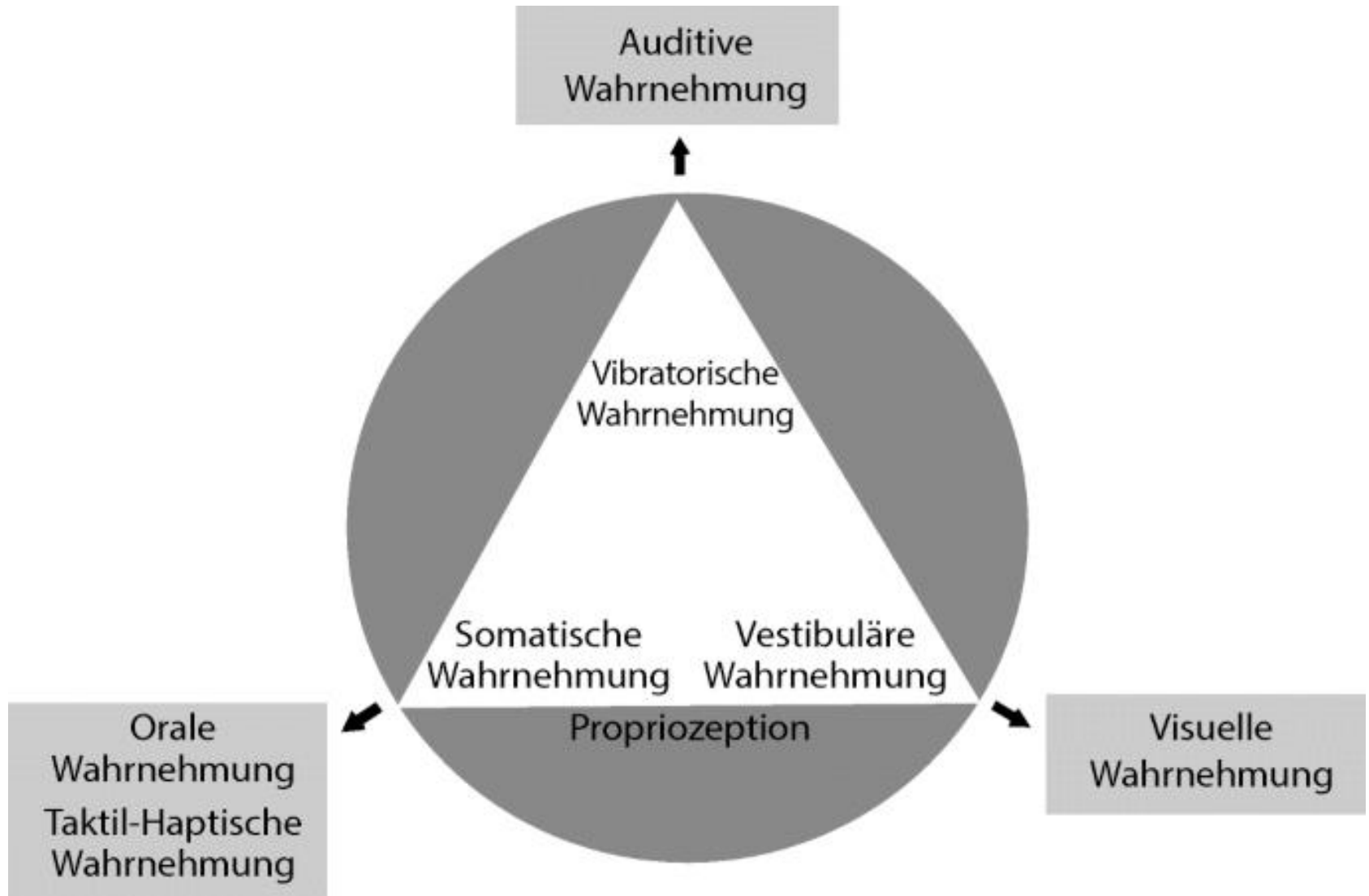


Ziele der Basalen Stimulation

- Kontakt zur Umwelt herstellen
- Kommunikation über Berührung
- Vertrauen und Sicherheit schaffen
- Orientierung und Selbstwahrnehmung fördern

Wahrnehmungsbereiche

- 1. Somatisch: Haut, Berührung, Bewegung
- 2. Vestibulär: Gleichgewicht, Lageveränderung
- 3. Vibratorisch: Vibration



Wahrnehmungsbereiche in der Pflege



Tastsinn (haptisch)

Hauttemperatur fühlen,
Schwellungen abtasten,
beruhigende Berührung



Sehsinn (visuell)

Hautfarbe, Gesichtsausdruck
beobachten



Hörsinn (auditiv)

Atemgeräusche,
Schmerzlaute
hören



Geruchssinn (olfaktorisch)

Infektionen oder
Wundgeruch
wahrnehmen



Gleichgewichtssinn (vestibulär)

Hilfe beim
Aufstehen
und Gehen



Somatischer Wahrnehmungsbereich

- Reize werden über Haut aufgenommen
 - Berührungen, Druck, Temperatur, Bewegung (vibrationen)
- **Grundlage** für Beziehung, Vertrauen und Selbstwahrnehmung, besonders bei Menschen mit Kommunikationseinschränkungen
- **Haut** ist größtes Sinnesorgan und letzte erhaltene Kommunikations- und Wahrnehmungsebenen
- **Tastsinn** schon im Mutterleib ausgeprägt

Ziele der somatischen Stimulation

- Förderung der Körper- und Selbstwahrnehmung
- Aufbau eines Sicherheits- und Körpergefühls
- Unterstützung bei der Lage- und Raumorientierung
- Vermittlung von Nähe und Beziehung
- Aktivierung bei passiven oder immobilen Personen
- Linderung von Angst, Unruhe und Schmerz durch gezielte Berührung

Prinzipien der somatischen Stimulation

1. Klarheit und Struktur

- Berührungen sollen deutlich, rhythmisch und nachvollziehbar sein

2. Ganzheitlichkeit

- Pflege erfolgt in klaren Reihenfolge

3. Ruhiges Umfeld

- Störfaktoren (Lärm, Eile) vermeiden

4. Ritualisierung

- Wiederkehrende Abläufe fördern Sicherheit und Orientierung

Beruhigende Körperwaschung (Basale Waschung)

ZIEL:

- Wahrnehmungsförderung
- Beziehungsaufnahme
- Kommunikation über Berührung

(Bienstein & Fröhlich 2018)

Vorbereitung

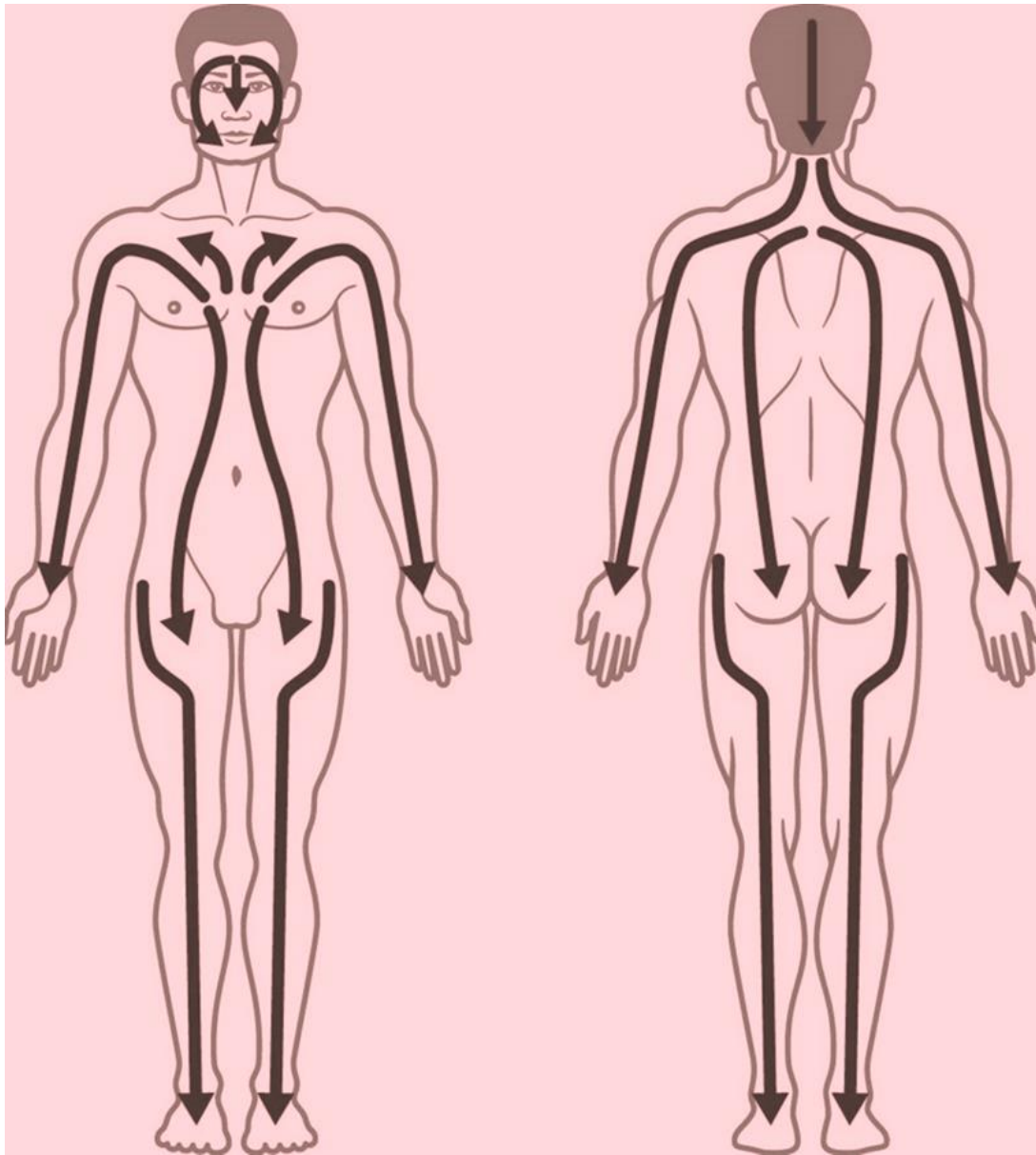
- Ruhige Atmosphäre (Tür schließen, störende Reize vermeiden)
- Hände waschen und wärmen
- Wasser- und Raumtemperatur angenehm einstellen
- Materialien bereitlegen (2 Waschhandschuhe, 2 Handtücher, ggf. Öl oder Waschzusatz)

Ablauf bei jeder basalen Waschung

- Kontaktaufnahme
 - Initialberührung
- Waschtätigkeit immer ankündigen
 - fördert Sicherheit und Orientierung
- Waschrichtung & Reize
 - Von oben nach unten, von der Körpermitte nach außen (in Haarwuchsrichtung)
 - Großflächig, rhythmisch, langsam
 - klar spürbare Berührungen unterstützen die Körperwahrnehmung

Durchführung

- mit der Haarwuchsrichtung („mit dem Strich“)
- Wenn Waschbewegung durchgeführt ist, wird Hand vom Körper abgehoben und erneut aufgesetzt
- Waschbewegungen mit gleichbleibenden Rhythmus
- Hand wird großflächig auf Haut aufgelegt
- Sie passt sich bei Bewegung Körperkonturen an
- während Durchführung wenig reden
- **Der Intimbereich wird ausgespart**
- Bei Insult Patienten*innen wird die weniger betroffene Körperseite zuerst gewaschen
- Die basale Ganzkörperwaschung muss nicht unbedingt komplett durchgeführt werden (Teilwaschung)



Belebende Körperwaschung

ZIEL

- **Aktivierung der somatischen Wahrnehmung**
- **Anregung von Wachheit und Aufmerksamkeit**
→ Besonders geeignet am Morgen oder bei Menschen mit Antriebslosigkeit, Inaktivität oder apathischer Wirkung
- **Förderung der Durchblutung und des Kreislaufs**
- **Verbesserung der Eigenwahrnehmung und Körperorientierung**

Durchführung

- **entgegen der Haarwuchsrichtung** („gegen den Strich“)
- Waschbewegungen mit gleichbleibenden Rhythmus durchführen
- Hand wird großflächig auf Haut aufgelegt.
- Maßnahme sollte nur von **einer** Pflegekraft durchgeführt werden
- Der Intimbereich wird ausgespart.
- Bei Insult Patienten*innen wird zuerst die weniger betroffene Körperseite gewaschen
- Die basale Ganzkörperwaschung muss nicht komplett durchgeführt werden (Teilwaschung)

ASE (atemstimulierende Einreibung)

Ziele:

- Förderung einer **tieferen und bewussteren Atmung**
- Verbesserung der **Körperwahrnehmung**
- Unterstützung bei **Angst, Atemnot oder Unruhe**
- Anregung der **Durchblutung** im Brust- und Rückenbereich
- Einreibung dient sowohl der **physiologischen** der als auch der **emotionalen Zuwendung**

Grundprinzipien der Durchführung

- Ruhige, rhythmische Bewegungen
- Druck anpassen
- Durchführung immer im Atemrhythmus des Patienten/ der Patientin
- Kommunikation über Berührung, Sprache sparsam einsetzen
- Optional mit ätherischen Ölen (z. B. Thymian, Lavendel) – nur nach Absprache

Vorbereitung und Durchführung

- Angenehme Raumtemperatur
- Warmes Öl oder Lotion bereitstellen
- Pflegekraft wärmt die Hände

Durchführung

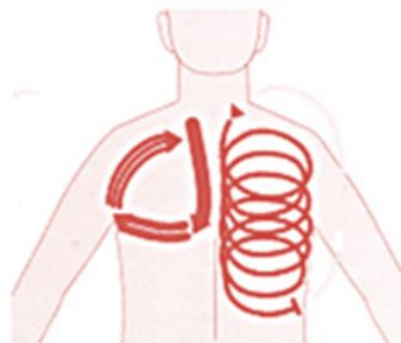
- Kontaktaufnahme
 - Erste Berührung flächig vom Schulterblatt über Rücken
- Einreibungsbewegungen
 - Lange, ausstreichende Bewegungen entlang des Rückens
 - Bewegungen in Atemrichtung: von oben nach unten beim Ausatmen
 - großflächiges, rhythmisches Streichen (spiralförmig)



Ausatmung



Einatmung



**Spiralförmige
Bewegungen**

Indikationen

- Atemwegserkrankungen (z. B. COPD, Bronchitis)
- nach Infekten
- Förderung der Körperwahrnehmung bei bettlägerigen Personen
- Unterstützung bei Unruhe, Angst oder innerer Anspannung

Kontraindikationen

- Fieber, akute Infekte mit Schüttelfrost
- Allergien oder Unverträglichkeit gegen verwendete Öle
- Akute Schmerzen oder offene Hautstellen im Einreibungsbereich

Handstreichungen

Ziele

- Förderung der somatischen Wahrnehmung und des Körperbewusstseins
- Anregung der Durchblutung und des Lymphflusses
- Unterstützung der Entspannung und des Wohlbefindens
- Verbesserung der Kommunikation durch nonverbale Berührung
- Aktivierung von Sensorik und Motorik, besonders bei neurologischen Beeinträchtigungen

Durchführung der Handmassage

1. Vorbereitung:

- Hände des Patienten*in werden warm und bequem positioniert.
- Pflegekraft wärmt die Hände (mit etwas Öl oder Lotion)

2. Kontaktaufnahme:

- Sanfte, großflächige Berührungen zur Orientierung und Kontaktaufnahme.

3. Massagebewegungen:

- Sanftes Streichen und Kneten der Handinnenflächen, Finger und Handrücken.
- Bewegungen in Richtung der Herzseite, um den Rückfluss zu unterstützen.
- Finger einzeln massieren, um die Beweglichkeit und Wahrnehmung zu fördern.

4. Abschluss:

- Ruhiges Nachspüren

1. Hände eincremen



Creme die Hände der betreuten Person mit einer hochwertigen Handcreme ein. Ergreife dann ihre Hand und streiche wiederholt ihren Unterarm mithilfe des „Zangengriffs“ in Richtung zum Herzen hin sanft aus.

2. Seitlich ausstreichen



Nun ergreifst du die Hand der betreuten Person mit beiden Händen und streichst unter sanftem Druck mit den Daumen von der Mitte nach außen.

3. Finger massieren



Dann massierst du sanft jeden einzelnen Finger und die Fingerzwischenräume.

4. Sanfter Abschluss



Zum Abschluss cremst du die Hände eventuell noch einmal ein und streichst sie mit sanften Berührungen aus.

Tipp: Die Handmassage kann durch leise Entspannungsmusik, Aroma-Diffuser, LED-Kerzenlicht oder gedämpftes Licht begleitet werden.

Illustrationen 1–4: © Astrid Wilkesmann/Verlag an der Ruhr

Vestibuläre Wahrnehmungsbereich

- bezieht sich auf **Gleichgewichtssystem**
- liegt im **Innenohr**
- hilft **Körperlage im Raum**
 - z. B. ob wir sitzen, liegen, stehen oder uns bewegen.
- besonders wichtig für Orientierung, Gleichgewicht und Bewegungskoordination

Ziele der vestibulären Stimulation

- Förderung der Raum-Lage-Wahrnehmung
- Unterstützung des Gleichgewichtsgefühls
- Verbesserung der Orientierung und Sicherheit
- Anregung von Bewegung und Aktivierung des Körpers
- Förderung des Körperbewusstseins

Praktische Anwendungsmöglichkeiten

- **Schaukeln, Wiegen, Rollen** (z. B. mit Hängematte, Schaukelstuhl)
- **Positionsveränderungen** – z. B. vom Rücken in die Seitenlage
- **Gleichgewichtsübungen**
- **Sicheres Drehen oder Bewegen im Bett** (immer mit Orientierung und Ankündigung)

Diese Maßnahmen sollten langsam, rhythmisch und mit klarer Begleitung durchgeführt werden, da plötzliche Bewegungen Ängste auslösen können.

Vibratorischer Wahrnehmungsbereich

- umfasst das Spüren von Schwingungen und Vibrationen über Haut, Muskeln und Knochen
- Reize werden über sogenannte Tiefensensoren aufgenommen und fördern das Körperbewusstsein
- wirken besonders auf Menschen mit eingeschränkter Selbstwahrnehmung

Ziele der vibratorischen Stimulation

- Förderung der Tiefenwahrnehmung
- Verbesserung der Körpergrenzenwahrnehmung
- Anregung der Muskulatur und Knochenrezeptoren
- Unterstützung bei der Lagerung und beim Spüren des eigenen Körpers
- Erhöhung der Wachheit und Aktivierung bei zurückgezogenem Verhalten

Praktische Anwendungen

- Einsatz eines Brummkreisels, eines Elektromassagegeräts oder einer Stimmgabel
- Vibration kann auf Knochenreiche Stellen (z. B. Brustbein, Handgelenke, Schulterblatt) aufgesetzt werden
- Rhythmisch, ruhig und gezielt – wichtig ist, die Anwendung anzukündigen und achtsam zu beobachten, wie der Mensch darauf reagiert

Literatur

Fröhlich, A. (2005). *Basale Stimulation*. Reinhardt Verlag.

Fröhlich, A. (2005). *Basale Stimulation – Wahrnehmung, Kommunikation, Bewegung*. München: Reinhardt.

Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2018). *Basale Stimulation in der Pflege*. Thieme.

Kuderna, W. (2016). *Basale Stimulation in der Pflegepraxis*. Springer.

Klees, M. & Wenker, T. (2020). *Pflege konkret – Pflegehandlungen sicher durchführen*. Elsevier.

Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2018). *Basale Stimulation in der Pflege*. Thieme.

Pfaff, H. & Willig, S. (2015). *Aromapflege – Grundlagen und Praxis*. Urban & Fischer.



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Kognition und Perzeption

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und
Langzeitpflege einschließlich Pflege-technik (Teil 2)

Wahrnehmen und Beobachten

Wahrnehmen

- passiert unbewusst oder nebenbei
- basiert auf Sinneseindrücken
- stark von Erfahrung, Stimmung und Erwartungen beeinflusst
- nicht systematisch überprüft

Beispiel:

Eine Pflegekraft „nimmt wahr“, dass ein Patient blass wirkt oder unruhig erscheint, ohne es genauer zu analysieren.

Beobachten

- **gezielter, geplanter und strukturierter Prozess**
- bewusstes und systematisches Erfassen von Veränderungen
- wird dokumentiert und oft überprüft
- Grundlage für pflegerische Entscheidungen
- **Beispiel:**
Die Pflegekraft beobachtet gezielt die Atmung eines Patienten

Wahrnehmung (der Patient*innen)

- Aufnahme und Verarbeitung von Reizen durch Sinnesorgane:
 - Sehen
 - Hören
 - Riechen
 - Schmecken
 - Tasten
 - Gleichgewicht, Lageempfinden Schmerzempfinden
- Wahrnehmung beeinflusst Erleben, Orientierung und Entwicklung

Einfluss- und Risikofaktoren

Einflussfaktor

Auswirkungen

Alter

Abbau von Sinnesfunktionen

Erkrankungen

Demenz, Delir, Depression,
Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma

Medikamente

Beruhigungsmittel, Schmerzmittel,
Narkotika

Umgebung

Reizarmut, Reizüberflutung

Isolation

Vereinsamung, Desorientierung

Schlafmangel

Konzentrationsstörungen

Stress / Trauma

psychische Überforderung

Beobachtung und Beschreibung

- Bewusstseinslage: wach, ansprechbar, verwirrt, schläfrig
- Orientierung:
 - zeitlich: Datum, Tageszeit
 - örtlich: Aufenthaltsort
 - situativ: warum bin ich hier?
 - zur Person: Name, Identität
- Wahrnehmung:
 - Halluzinationen, Wahrnehmungsstörungen
- Emotionale Reaktionen: Angst, Freude, Aggression
- Sprache: zusammenhängend, stockend, unverständlich
- Psychomotorik: unruhig, gehemmt, ziellos, gezielt

Bedeutung für die Pflegepraxis

- zwischen Beobachtung und Interpretation unterscheiden
 - Nur objektive Beobachtungen dürfen dokumentiert werden
 - Interpretationen können zu Fehlentscheidungen führen
 - Verhalten muss immer im Kontext gesehen und ggf. weiter abgeklärt werden
- Merksatz: Ich beschreibe, was ich sehe – nicht, was ich glaube.

Hilfsmittel

- Glasgow Coma Scale (GCS)
- Mini-Mental-State-Examination (MMSE)
- Uhrentest

Förderung von Denken, Wahrnehmen und Entwicklung (Basale Stimulation)

- Reizangebote an individuelle Bedürfnisse anpassen
 - Taktil: Berührungen, Massagen, Waschungen
 - Vestibulär: Lagewechsel, Schaukeln
 - Vibratorisch: Summen, Singen
 - Auditiv: Musik, vertraute Stimmen
 - Olfaktorisch: Düfte (Aromatherapie)
 - Visuell: Bilder, Farben, Licht
- Rituale und bekannte Abläufe einhalten
- Sicherheit und Vertrauen schaffen

Orientierung

- Fähigkeit eines Menschen, sich zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person zurechtzufinden.
- Formen der Orientierung:
 - Zeitlich → Datum, Uhrzeit, Jahreszeit
 - Örtlich → Aufenthaltsort (z. B. Krankenhaus, Zuhause)
 - Situativ → Verstehen der aktuellen Situation
 - Zur Person → Wissen über die eigene Identität

Wie kann Orientierung beeinträchtigt sein?

- teilweise oder vollständig
- **Mögliche Ursachen:**
 - Neurologische Erkrankungen
 - z. B. Demenz oder Schlaganfall
 - Akute Verwirrtheitszustände
 - Delir
 - Medikamente / Intoxikation
 - Infektionen
 - Flüssigkeitsmangel
 - Schmerzen oder Stress
 - Umgebungswechsel (z. B. Krankenhaus)

Wichtige Beobachtungen

- Verhalten & Kommunikation
- Verwirrtheit, Desorientierung
- Unruhe oder Apathie
- Verändertes Sprechverhalten
- Halluzinationen oder Wahnvorstellungen

- Orientierung prüfen
 - Kennt Patient Zeit, Ort, Situation und Person?
 - Kann er einfache Fragen beantworten?

- Bewusstseinslage
 - Wach, schläfrig, somnolent, bewusstlos
 - Reagiert die Person auf Ansprache oder Schmerzreiz?

Veränderungen erkennen

- Plötzlicher Beginn (Hinweis auf Delir!)
- Schwankender Verlauf (typisch bei Delir)
- Verschlechterung im Tagesverlauf
- Körperliche Hinweise
 - Fieber, Schmerzen
 - Dehydratation
 - Nebenwirkungen von Medikamenten

Bedeutung für die Pflege

- Frühzeitiges Erkennen von Veränderungen
- Vermeidung von Gefahren (z. B. Stürze)
- Weitergabe der Beobachtungen an das Behandlungsteam

Prophylaktische Pflegeinterventionen

→ Verwirrtheitsprophylaxe

- geregelte Tagesstruktur
- gleichbleibende Pflegepersonen
- Ruhe und Orientierungshilfen
- Schlaf-Wach-Rhythmus fördern
- Überforderung vermeiden

→ Orientierungsförderung

- Uhr, Kalender,
- Fenster (Tag/Nacht)
- Namensschilder, Fotos von Angehörigen
- klare Kommunikation, Informationen wiederholen
- Angehörige einbeziehen

Unterstützende Pflegeinterventionen (inkl. Aktivierung)

Maßnahme

Ziel

Biographiarbeit

Erinnerungen aktivieren, Identität stärken

Erinnerungspflege

Gespräche über frühere Erlebnisse

Gedächtnistraining

Kognitive Fähigkeiten erhalten

Bewegungsübungen

Förderung der Mobilität, Muskelkraft

Kreative Angebote (Malen, Basteln)

Förderung der Feinmotorik,
Ausdrucksmöglichkeiten

Musiktherapie

Emotionale Stabilisierung

Spaziergänge

Orientierung, Anregung der Sinne

Aktivierende Pflege

Ressourcen fördern, Selbständigkeit
erhalten

Psychosoziale Alltagsbegleitung und -betreuung

→ Ziel

- emotionale Unterstützung
- soziale Teilhabe ermöglichen
- Einsamkeit vorbeugen
- Sicherheit und Geborgenheit vermitteln

→ Maßnahmen

- Gespräche, Zuhören
- Spiele, Vorlesen
- Gottesdienst besuche, Feste und Feiern
- Kontakt mit Angehörigen fördern
- Gruppenangebote (Singen, Bewegung, Basteln)

Biografiearbeit

- Biografiearbeit hilft, kognitive Ressourcen zu aktivieren:
 - z. B. Erinnerungsvermögen,
 - zeitliche Orientierung,
 - Identität,
 - Lebensgeschichte
- Durch biografische Gespräche nehmen Pflegepersonen
 - individuelle Wahrnehmung und Bedeutung von Lebensereignissen wahr.
- Auch emotionale Wahrnehmung wird gefördert.
- Erzählen kann Wahrnehmung, Denken und Gefühle anregen.
 - Besonders bei Menschen mit Demenz ist das sehr hilfreich.

Sinn und Nutzen der Biografiearbeit

- Pflege richten sich an Bedürfnissen, Gewohnheiten und Vorlieben des Patienten
- bei Menschen mit Demenz oder kognitiven Einschränkungen wird das Selbstwertgefühl und die Erinnerung gestärkt
- Pflegende können leichter passende Gesprächsthemen wählen.
- Vertraute Themen, Musik oder Rituale können beruhigend wirken
- Wissen über Vorlieben und Abneigungen hilft, Pflegehandlungen zu gestalten.

Beispiele

- Beschäftigungsangebote passend zur Biografie
- Essensvorlieben berücksichtigen
- Lieblingsgetränke anbieten
- Rituale (Morgewäsche, Kaffeezeit) einplanen
- Vertraute Gegenstände, Fotos oder Kleidung im Zimmer → beugt Delir vor

Literatur

- DNQP (2021): Expertenstandard Beziehungsgestaltung bei Demenz.
DNQP (2020): Expertenstandard Erhaltung und Förderung der Mobilität.
AWMF (2022): S3-Leitlinie Delirmanagement.
Fröhlich, W. (2021): Basale Stimulation in der Pflege. Thieme Verlag.
Bartholomeyczik, S. (2021): Lehrbuch Pflegeassistenz. Thieme Verlag.
ZQP (2023): Demenz und psychosoziale Betreuung.



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflege von Menschen mit Diabetes mellitus

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

Diabetes mellitus

- chronische Stoffwechselerkrankung
- Blutzuckerspiegel dauerhaft erhöht
- Ursachen
 - absoluter Insulinmangel (Typ 1)
 - relativer Insulinmangel (Typ 2)

Diabetes in Österreich



800.000

leiden an Diabetes mellitus

350.000

leiden an Prädiabetes



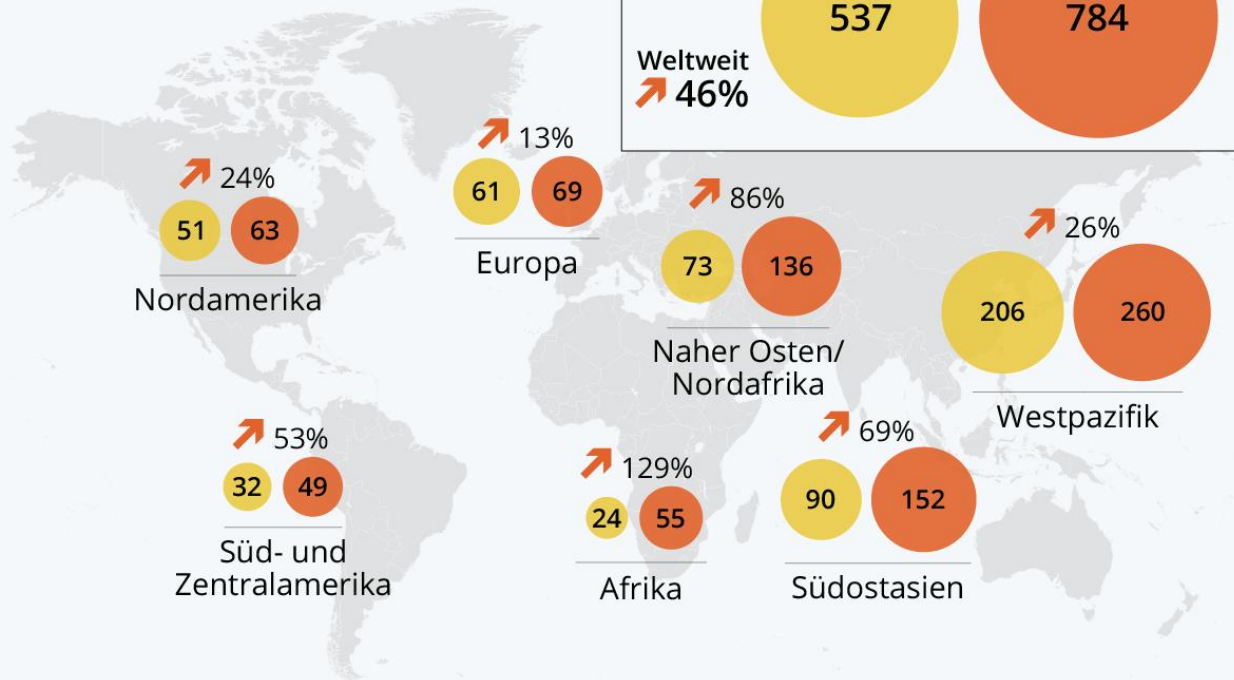
Jeder **10.** Mensch in Österreich ist betroffen



Diabetes nimmt weltweit zu

Geschätzte Anzahl der Diabetesfälle (20-79 Jährige)
nach Region (in Mio.)

● 2021 ● 2045



Quelle: International Diabetes Federation



Symptome

Spezifische Symptome

- Polyurie (häufiges Wasserlassen)
- Polydipsie (starker Durst)
- Heißhunger
- Gewichtsverlust (v. a. bei Typ 1)
- Müdigkeit, Schwäche

unspezifische Symptome

- Juckreiz
- Sehstörungen
- Infektanfälligkeit (z. B. Pilzinfektionen)
- Konzentrationsstörungen
- Hautveränderungen

Hypoglykämie

- Unterzuckerung < 70 mg/dl

Ursachen:

- Zu viel Insulin
- Mahlzeiten ausgelassen oder zu wenig gegessen
- Erhöhte körperliche Aktivität
- Alkoholkonsum

▪ Symptome:

- Zittern,
- Schwitzen
- Herzrasen
- Unruhe,
- Bewusstseinsstörungen bis Koma

Hypoglykämie

- **Maßnahmen:**
 - DGKP/Arzt*in verständigen
 - Vitalzeichen kontrollieren
 - Traubenzucker oder süße Getränke → Achtung
Bewusstsein!!!
 - Bewusstlosigkeit:
 - Erste Hilfe! Stabile Seitenlage/ Reanimation)
 - i.v. Glucose → DGKP

Hyperglykämie

- Überzuckerung über 180 mg/dl
- ab 250 mg/dl → Notfall → Hyperglykämisches Koma
- Ursachen:
 - unzureichende Medikamenteneinnahme
 - Vergessene Insulindosis
 - Ernährungsfehler (zu viele Kohlenhydrate)
 - Bewegungsmangel
 - Infekte oder akute Erkrankungen
 - Stress (körperlich oder psychisch)– Z. B. Operation, Schmerz
 - Hormonelle Veränderungen– Z. B. Pubertät, Schwangerschaft

Hyperglykämie

- **Symptome:**
 - Starker Durst, häufiges Wasserlassen
 - Trockene Haut, Azetongeruch (bei Ketoazidose)
 - Müdigkeit, Übelkeit
 - Bewusstseinsstörungen
- **Pflegemaßnahmen:**
 - Arzt informieren
 - Vitalzeichen überwachen
 - Keine Nahrung/Trinken bei Bewusstlosigkeit
 - Blutzuckersenkern nach AAO
 - Insulin s.c.
 - Bei starker Hyperglykämie i.v. → Intensivstation

Hyperglykämisches Koma

1. Ketoazidotisches Koma

Ursache:

- **Insulinmangel** → Zellen können keinen Zucker aufnehmen
→ **Azidose** (Übersäuerung)
- **Blutzuckerwerte:** > 300–600 mg/dl
- **Symptome:**
 - Übelkeit, Erbrechen
 - Azetongeruch (Nagellack)
 - Kussmaul-Atmung
 - Bewusstseinsstörung → Koma

Hyperglykämisches Koma

- **Pflegemaßnahmen (Notfall!):**
 - Sofort **Hilfe holen**
 - **BZ-Wert dokumentieren**
 - **Bewusstsein & Atmung kontrollieren**
 - **Die weitere Behandlung muss auf der Intensivstation erfolgen!**

Achtung

BZ darf nur LANGSAM gesenkt werden!!!!

- **1. Gefahr einen Hirnödem**
 - Wenn BZ sehr hoch war, hat sich Körper daran gewöhnt.
→ Senkt man ihn **zu schnell**, kann Wasser ins Gehirn ziehen
 - **BZ maximal 50–75 mg/dl pro Stunde senken**
- **2. Störungen des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts**
- **3. Hypoglykämie**

Hautpflege bei Diabetes

- **Sanfte Reinigung**

- Lauwarmes Wasser verwenden (nicht heiß!)
- Milde, pH-neutrale oder rückfettende Waschlotionen
- Nicht zu lange baden oder duschen (max. 5–10 Min.)

- **Tägliches Eincremen**

- Nach Duschen Haut gründlich eincremen
- Rückfettende, feuchtigkeitsspendende Cremes ohne Parfüm oder Alkohol
- Keine fetthaltigen Salben auf offenen oder entzündeten Stellen

- **Besondere Fußpflege**

- Täglich Füße kontrollieren (Druckstellen, Risse, Blasen)
- Zehenzwischenräume gut trocknen
- Keine Hornhauthobel oder scharfen Werkzeuge selbst benutzen

Was man vermeiden sollte

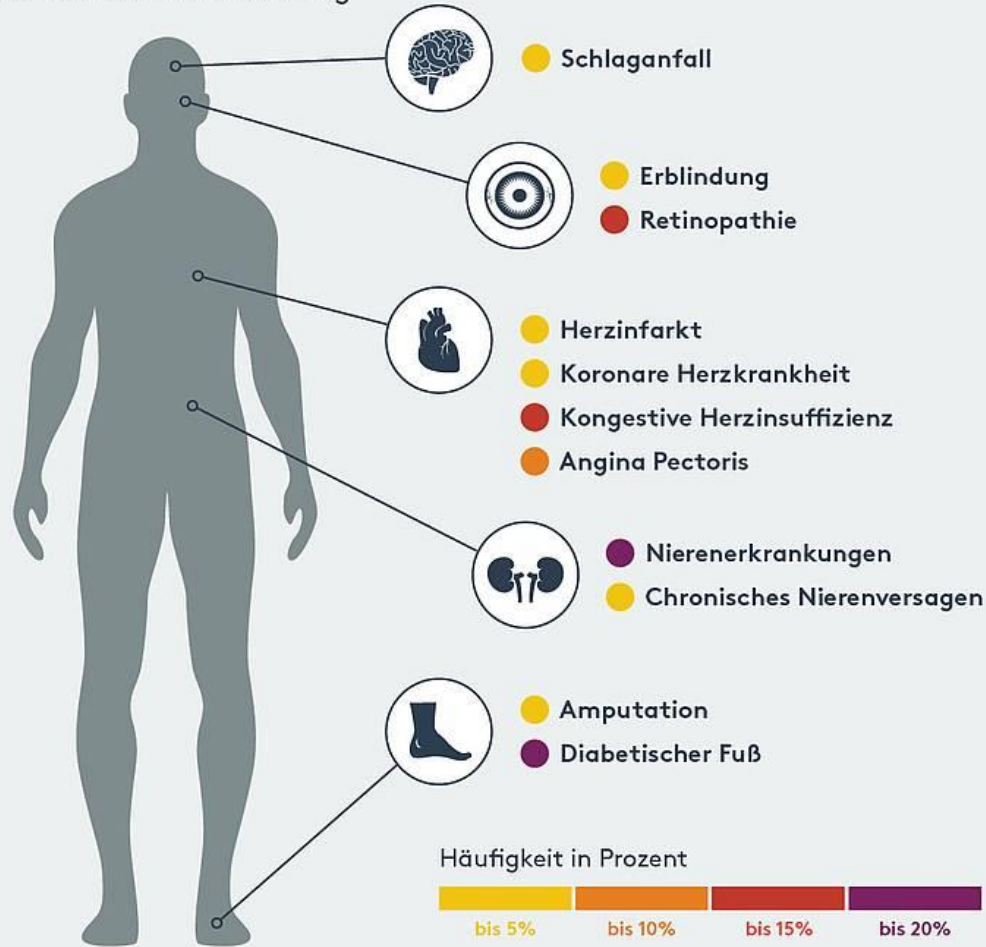
- Barfuß laufen (Verletzungsgefahr!)
- Kratzen bei Juckreiz → lieber Pflegeprodukte gegen trockene Haut
- Pflaster auf empfindlicher Haut
- Enge, einschnürende Kleidung

Erleben und Bedeutung von Diabetes

- Psychische Belastung
 - Lebenslange Erkrankung,
 - Angst vor Folgeerkrankungen
- Einschränkungen im Alltag
 - Ernährung,
 - Spritzen
 - ständige Kontrolle
- Soziale Dimension: Stigmatisierung, Rückzug
- Pflegeziel: Förderung der Selbstkompetenz, Einfühlungsvermögen

Diabetes – die häufigsten Folgeerkrankungen

Diabetes schädigt auf Dauer den gesamten Organismus. Herz, Nieren und Blutgefäße leiden besonders unter zu hohen Glukosewerten. Innovative Glukosemesssysteme sind die wichtigsten Instrumente für eine erfolgreiche Prävention und Früherkennung.



Quelle: Kähm et al., Health Care Costs Associated With Incident Complications in Patients With Type 2 Diabetes in Germany. Diabetes Care, 2018 May; 41(5):971-978. doi:10.2337/dc17-1763. Epub 2018 Jan 18. Stand: 9/2018

IPF vorsorge-online.de

Überernährung

- dauerhafte Aufnahme von mehr Kalorien als der Körper benötigt.
- Besonders problematisch:
 - Überversorgung mit Kohlenhydraten und gesättigten Fetten ist.
- Überernährung wichtigster Risikofaktoren für Entwicklung von Typ-2-Diabetes.
- Adipositas → Insulinresistenz

Überernährung

- Überernährung begünstigt außerdem:
 - Hypertonie
 - erhöhte Triglyzeride, LDL-Cholesterin
 - Arteriosklerose
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall Nierenschäden
- Pflegeaspekte:
 - Ernährungsberatung fördern
 - ausgewogene Kost
 - Unterstützung bei der Gewichtskontrolle

Genießen Sie jeden Tag eine abwechslungsreiche, gesunde Ernährung

Essen Sie viel Gemüse und Obst

Essen Sie eiweißhaltige Lebensmittel

Trinken Sie bevorzugt Wasser

Wählen Sie Vollkornlebensmittel



Mangelernährung

- tritt häufig bei älteren Menschen oder Schwerkranken auf
- kann auch bei Diabetes problematisch sein

- Folgen bei Diabetes:
 - Mangel an Nährstoffen → Hypoglykämien, da
 - Verzögerte oder schlecht verlaufende Wundheilung (Eiweisaufnahme!)
 - Muskelabbau (Sarkopenie) → Sturzrisiko
 - Schwächung des Immunsystems
 - Störungen im Elektrolythaushalt → Herzrhythmusstörungen

Mangelernährung

- Ursachen
 - Appetitlosigkeit
 - Kau- oder Schluckstörungen
 - Soziale Isolation
 - finanzielle Einschränkungen
 - Unzureichendes Ernährungswissen
- Pflegeaspekte
 - Ernährungssituation regelmäßig beurteilen
 - Bedarfsgerechte, energiedichte und proteinreiche Kost
 - Kleine, häufige Mahlzeiten
 - Flüssigkeitszufuhr
 - Zusammenarbeit mit Diätolog*innen und Ärzt*innen

Kohlenhydrateinheiten (KE)

- Früher Broteinheiten (BE)
- Maßeinheit zur Berechnung der Kohlenhydratmenge in Lebensmitteln
- hilft beim Berechnen der **Insulindosis vor Mahlzeiten.**

- **1 KE = 10 g Kohlenhydrate**
- **1 BE = 12g Kohlenhydrate**

- **Beispiel:** 2 KE = 20 g Kohlenhydrate → bei einem KE-Faktor von 1 IE/KE → 2 IE Insulin notwendig

Literaturverzeichnis

- Österreichische Diabetes Gesellschaft (ÖDG). (2023). Leitlinien Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.URL: <https://www.oedg.at/leitlinien>
- Riedl, M. & Brunner, A. (2023). Pflegewissen kompakt für Pflegeassistenten. Facultas Verlag, Wien.
- Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG). (2022). Leitlinien zur Therapie des Diabetes mellitus.URL: <https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/leitlinien>
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Österreich (BMSGPK). (2024). Diabetes mellitus – Informationen für Patient:innen und Angehörige.URL: <https://www.sozialministerium.at>
- American Diabetes Association (ADA). (2023). Standards of Medical Care in Diabetes – 2023. Diabetes Care, 46(Supplement 1).DOI: 10.2337/dc23-S001
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). (2023). Ernährungsempfehlungen für Menschen mit Diabetes mellitus.URL: <https://www.dge.de>
- Mühlhauser, I. & Bruckner, T. (2021). Diabetes mellitus – Grundlagen und Pflege. Springer Verlag.
- Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2022). Pflegebericht Diabetes in Österreich.URL: <https://www.oebig.at>
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDo). (2023). Diabetes und Ernährung – Praxisleitfaden.URL: <https://www.wido.de>
- European Association for the Study of Diabetes (EASD). (2023). Management of Hyperglycaemic Emergencies.URL: <https://www.easd.org>



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflege von Menschen mit geschlechtsspezifischen Erkrankungen am Beispiel Brustkrebs

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

Spezifische und unspezifische Symptome von Brustkrebs

Spezifisch

- tastbarer Knoten in der Brust
- Hautveränderungen (z. B. „Orangenhaut“)
- Einziehung der Brustwarze
- blutige oder klare Sekretion aus der Mamille

Unspezifisch

- Schmerzen
- Spannungsgefühl
- allgemeine Abgeschlagenheit
- Appetitlosigkeit

Beobachtung und Beschreibung

- Regelmäßige Inspektion und Palpation der Brustregion
 - Selbstuntersuchung zur Früherkennung!!!
 - 2-3 Tage nach Menstruation
 - https://www.youtube.com/watch?v=l4FpUG_xnf4
- Dokumentation von Veränderungen
- Kommunikation auffälliger Befunde an Pflegefachpersonen oder ärztliches Personal

Erleben und Bedeutung

- Überlegen Sie was bedeutet es für eine Frau an Brustkrebs zu erkranken?
- Welche Sorgen, Ängste und Einschränkungen bringt eine Brustkrebserkrankung mit sich?

Erleben und Bedeutung

- Diagnose Brustkrebs als Lebenskrise
- Betroffene erleben Angst, Unsicherheit, Ohnmachtsgefühle
- Verlust der körperlichen Unversehrtheit
- wirkt sich auf das Selbstbild und soziale Rolle aus

Bedeutungen der weiblichen Brust

- **Fruchtbarkeit und Mutterschaft:**
 - essenziell für Ernährung des Säuglings und steht eng mit Fruchtbarkeit und Mutterschaft in Verbindung
- **Nahrungsquelle:**
 - dient als primäre Nahrungsquelle für Neugeborene
- **Wohlstand:**
 - In einigen Kulturen wurde die Brust als Zeichen für Wohlstand und Reichtum interpretiert
- **Körperbild:**
 - ist tief in das weibliche Körperbild und Selbstwertgefühl integriert und spielt eine wichtige Rolle für die Identität einer Frau
- **Schönheitsideal:**
 - Darstellung der Brust hat sich im Laufe der Zeit gewandelt, wobei verschiedene Formen und Größen als attraktiv galten

Körperbildstörungen

- **Operationen** (z. B. **Mastektomie**) können Körperbild erheblich beeinträchtigen
- **Folgen:**
 - Scham,
 - Rückzug,
 - gestörtes Selbstwertgefühl
- **Unterstützung durch:**
 - Gespräche,
 - Akzeptanz und Ressourcenförderung

Körperbildstörungen

■ Haarverlust

- Haarverlust für viele sichtbares Zeichen der Erkrankung
- Verlust der Weiblichkeit: Kopfhaare, aber auch Wimpern und Augenbrauen
- Stigmatisierung: Sichtbarer Haarverlust führt zu sozialem Rückzug, Scham oder Angst
- Angst und Kontrollverlust: Alopezie oft als unfreiwilliger Kontrollverlust erlebt

Körperbildstörungen

- **Haarverlust**
 - Ursachen → **Zytostatika** greifen Haarwurzeln an
- **Haarausfall beginnt 2–4 Wochen nach Therapiebeginn**
- **Kopfhaare, Augenbrauen, Wimpern und Körperbehaarung** betroffen
- **Nicht alle Brustkrebstherapien** führen zu Haarausfall – z. B. Hormontherapien selten

Körperbildstörungen

- **Haarverlust-** Pflegemaßnahmen bei bestehendem Haarverlust
 - **Schonende Haarpflege:**
 - Milde Shampoos
 - Föhnen mit kalter Luft, nicht färben oder glätten.
 - **Kopfbedeckung, Perücken oder Tücher:**
 - Krankenkasse beteiligt an den Kosten
 - **Kopfhygiene:**
 - Pflege der Kopfhaut, um Trockenheit, Juckreiz oder Infektionen vorzubeugen.
 - Sanftes Eincremen mit neutralen Lotionen
 - **UV-Schutz beachten**
 - Kopfbedeckung im Freien

Kosten einer Echthaar-Perücke

- Preise von 1.500 - 3.000 Euro
- Übernahme der Krankenkassa mit Rezept
 - Bei Chemo Patientinnen: 90% → max. 1.200 Euro brutto
- **Wichtig:** Nur Leistungen Vertragspartner der Kasse oder qualifizierte Perückenspezialisten werden übernommen
- Internet-Shops zählen nicht!

Körperbildstörungen

■ Haarverlust

- Psychosoziale Unterstützung
 - Gesprächsangebote
- Selbsthilfegruppen
- psychoonkologischer Beratung
- Förderung eines positiven Körperbilds
 - z. B. Kosmetikseminare (Feel Again)
 - <https://www.youtube.com/watch?v=181s3UQTRok>

Breast Care Nurse

- spezialisierte Pflegekraft (DGKP)
- Konzentriert sich auf Betreuung von Patientinnen mit Brustkrebs
- unterstützt Betroffene während der gesamten Erkrankung (Diagnose – Nachsorge)

Aufgaben der BCN

- **Beratung und Aufklärung**
- **Psychosoziale Unterstützung**
 - Begleitung bei Ängsten, Sorgen und emotionalen Belastungen.
- **Koordination**
 - Organisation Behandlungsabschnitte
 - Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegepersonal und anderen Fachbereichen.
- **Schulung**
 - z.B. Umgang mit Nebenwirkungen oder Wundpflege.
- **Dokumentation**
 - Erfassung und Überwachung des Behandlungsverlaufs.
- **Prävention**
 - Förderung von Früherkennung und gesundheitsbewusstem Verhalten.

Brustprothetik

- Im KH: textile Erstprothese → wird im BH getragen
 - ÖGK zahlt 100%
- Ca. 3 Wochen nach OP → Silikon Brustprothese mit Prothesen BH (z.B. Bständig)
 - ÖGK übernimmt Silikonprothese zu 10% und Teil des Prothesen Bhs

Brustprothetik

- Je nach Kostenträger Anspruch auf neue Prothese bzw. BH
 - WGKK
 - BH alle 6 Monate
 - Prothese alle zwei Jahre
 - Gewicht verändern sich (dadurch auch Brustgröße):
 - sofort Anspruch aber Verordnungsschein mit Diagnose notwendig+ Bewilligung der ÖGK
- Badeanzüge mit Prothese: keine Kassenleistung

Erstversorgung

- Baumwolle oder Mikrofaser → OP Wunde empfindlich auf Druck
- Sind befüllbar und individuell anzupassen

Erstversorgung



SANFTE, WEICHE PROTHESE ZUR ERSTVERSORGUNG

Brustausgleich und Teilprothesen

- Bei Brusterhaltender OP → Volumensdefizid
-
- Ausgleich durch Silikon



AUSGLEICHSMÖGLICHKEITEN

Brustausgleich und Teilprothesen



TEILPROTHESE IN TRAPEZFORM



TEILPROTHESE IN DREIECKSFORM

Vollsilikon Prothesen

Man unterscheidet zwischen Voll-, Leicht- und gewichtsreduzierten Komfortprothesen, die es in Dreiecksform, Tropfenform und asymmetrischer Form gibt. So kann je nach Operationstechnik und Aussehen der erhaltenen Brust die passende Versorgung gewährleistet werden.



PROTHESE FÜR
NARBENUNEVENHEITEN



BRUSTPROTHESE

SuperSoft Prothesen

- Luftkammer- Technologie
 - Durch hinzufügen und ablassen von Luft kann Prothese angepasst werden

Prothese Adapt Air Xtra Light 2SN



Selbsthaftende Prothesen

- Haften direkt auf der Haut – wie die natürliche Brust
- Haftkraft – Prothese kann lt. Hersteller täglich ohne Pause getragen werden
- Tägliche gründliche Reinigung – aktiviert Haftkraft

Selbsthaftende Prothesen



SELBSTHAFTENDE BRUSTPROTHESE

Prothesen BH

- Passender BH Voraussetzung für sicheren Sitz der Prothese

Kompressions- BH

- Postoperativ
- Unterstützt Heilungsprozess durch kontrollierte Kompression und Entlastung der Lymphabschlusswege



Entlastungs- BH

- Höher ausgeschnittener Achselbereich
- Weicher Unterbrustbund
- Besonders gut zur Lymphödem Versorgung
- Kann auch als Spezial BH für Prothesenhalterung verwendet werden

Entlastungs- BH



Pflegemaßnahmen und Krebspatient*innen

Immunsuppression

- Durch Chemotherapie, Bestrahlung → Erhöhtes Infektionsrisiko!
- **Pflegeinterventionen bei Immunsuppression**
 - **Hygienemaßnahmen strikt einhalten:**
 - Händehygiene + Mundschutz, ggf. Schutzisolierung.
 - **Frischblumen, Topfpflanzen, ungewaschene Lebensmittel vermeiden**
 - **Temperatur regelmäßig kontrollieren** (mind. 1x täglich)
 - **Symptome von Infektionen frühzeitig erkennen**
 - **Auf Anzeichen einer Sepsis achten,**
 - Infektionen bei immunsupprimierten Patient*innen schnell lebensbedrohlich

Ernährung

- **Hygienische Zubereitung der Nahrung:**
 - keine rohen tierischen Produkte
 - Ausgewogene Ernährung
 - Mundpflege
 - Ernährung anpassen (z. B. bei Übelkeit durch Therapie)

Mundpflege

- entwickeln häufig Entzündungen durch Chemotherapie oder Bestrahlung
- Regelmäßige Mundinspektion
- Weiche Zahnbürsten
- alkoholfreie Mundspülungen (z. B. mit Kamillenextrakt, Chlorhexidin)
- Verzicht auf gewisse Lebensmittel (scharf, sauer, heiß)

Prophylaxen

- **Thromboseprophylaxe**
- **Dekubitusprophylaxe**
- **Infektionsprophylaxe**
- **Soor- Parotitisprophylaxe**

Schmerzen

- treten bei bis zu **80 % der Patient*innen** auf
- resultieren aus:
 - **Tumorinfiltration** (z. B. Knochen, Nerven)
 - **Therapiebedingten Schmerzen** (Chemo, Strahlentherapie)
 - **Begleitphänomenen** (z. B. Dekubitus, Muskelverspannungen)
 - **Psychosomatischen Faktoren** (Angst, Stress, Depression)

Total Pain

- Begriff **Cicely Saunders** geprägt
- Schmerz vielschichtig und umfasst verschiedene Dimensionen:

1. Physischer Schmerz

- körperliche Schmerz, z. B. Tumorschmerzen, Nervenschmerzen, Nebenwirkungen von Therapien

2. Psychischer Schmerz

- Angst, Depression, Verzweiflung, Trauer oder Stress

3. Sozialer Schmerz

- Probleme in Familie, Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen oder Gefühl der Isolation

4. Spiritueller Schmerz

- Krise im Glauben, Sinnverlust, existenzielle Fragen, Angst vor Tod oder Verlust des Lebenssinns

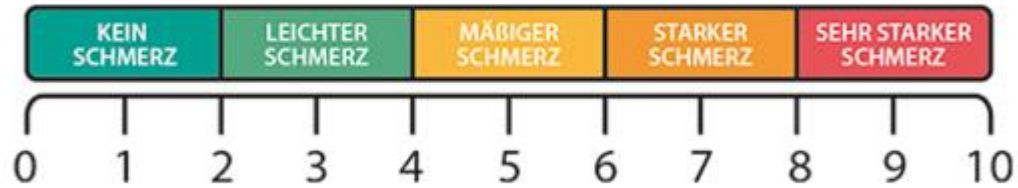
Warum ist das wichtig?

- Nur wenn alle Dimensionen erkannt und behandelt werden, kann Schmerz gelindert werden
- **ganzheitlich** denken und handeln
- gute palliative Versorgung bezieht körperliche, seelische, soziale und spirituelle Bedürfnisse mit ein.

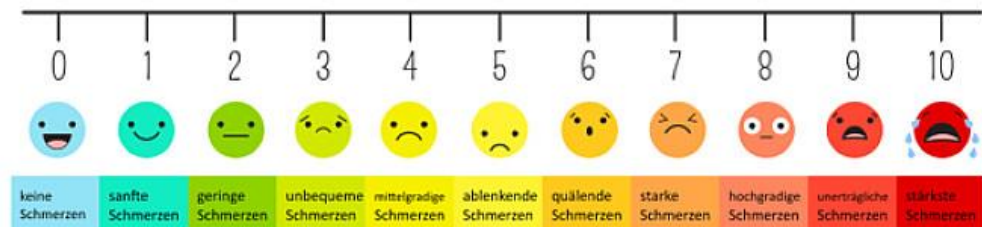
Praktische Umsetzung Schmerzassessment

- regelmäßig und ganzheitlich durchführen
- Gespräche führen über Ängste, Sorgen und Wünsche
- Angehörige einbeziehen und soziale Unterstützung
- Zusammenarbeit mit Psychoonkologie, Seelsorge, Sozialdienst
- Symptomkontrolle medikamentös und nicht-medikamentös

Die Schmerzskala



Schmerzskala



WHO-Stufenschema der Schmerztherapie

- WHO entwickelte 1986 das 3-Stufen-Schema
- aktualisiert 2022
- zur **oralen** medikamentösen Schmerzbehandlung

WHO Stufenschema

Stufe	Schmerzgrad	Medikamentöse Maßnahme
1	Leichte Schmerzen	Nicht-Opioide (z. B. Paracetamol, NSAR)
2	Mäßige Schmerzen	Schwache Opioide + Nicht-Opioide (z. B. Tramadol + Ibuprofen)
3	Starke Schmerzen	Starke Opioide (z. B. Morphin, Fentanyl) + ggf. Co-Analgetika

Aufgaben der PA beim Schmerzmanagement

- **Beobachtung & Dokumentation**
 - Schmerzen regelmäßig mit Skalen (z. B. NRS) erfassen
 - Veränderungen der Vitalzeichen (RR, Puls, Atmung)
 - Wirkung/Nebenwirkungen der Medikamente dokumentieren
- **Kommunikation**
 - Weitergabe von Schmerzangaben
 - Empathischer Umgang mit Patient*innen

Aufgaben der PA beim Schmerzmanagement

- **Medikamentengabe**
 - Verabreichung oraler Medikamente laut Anordnung
 - Kontrolle der Einnahmezeiten
- **Nicht-medikamentöse Maßnahmen**
 - Positionierung
 - Wärmeanwendungen
 - Entspannungstechniken
 - Anleiten einfacher Atemübungen

Bedeutung der Angst in der Onkologie

- Krebspatient*innen → Angststörungen bei 10 %
- depressive Störungen → bei 20 %
- „Progredienzangst“ – Angst vor Rezidiv zählt zur häufigsten psychischen Belastung

Was ist Angst?

- normale Reaktion auf Bedrohung
- kann körperlich, psychisch und sozial
- In Onkologie besonders häufig
 - Angst vor Diagnose
 - Angst vor Therapie
 - Angst vor Nebenwirkungen
 - Angst vor Schmerzen
 - Angst vor Tod
 - Angst vor Kontrollverlust

Ziel der Pflegeinterventionen bei Angst

- Angstsymptome lindern
- Sicherheit und Orientierung geben
- Ressourcen aktivieren
- Weiterleitung bei starker Belastung (z. B. an Psychologie)

Kommunikation bei Angst

Aktives Zuhören

Patient ausreden lassen, nonverbale Signale beachten (Blickkontakt, Nicken, Körperhaltung)

Validierung

Gefühle spiegeln und benennen: „Ich sehe, dass Sie sehr besorgt sind...“

Offene Fragen stellen

Z. B. „Was genau macht Ihnen Sorgen?“ oder „Was beschäftigt Sie gerade am meisten?“

Angst benennen

Hilft, Unsagbares in Worte zu fassen: „Haben Sie Angst vor dem, was kommt?“

Ruhige Sprache & Körpersprache

Stimme, Mimik und Haltung vermitteln Ruhe und Kontrolle

Information geben

Aufklärung reduziert Angst – z. B. über Abläufe, Nebenwirkungen, Optionen

Psychoedukation & Ressourcenarbeit

Erklären von Angstsymptomen

Z. B. Herzrasen, Zittern, Unruhe – als normale körperliche Reaktion

Entspannungsimpulse

Atemübungen, progressive Muskelentspannung, beruhigende Musik (wenn möglich)

Stärken und Bewältigungsstrategien ansprechen

Erinnern an frühere Krisen, „Was hat Ihnen früher geholfen?“

Tagesstruktur fördern

Sicherheit durch Abläufe: Zeiten für Aufstehen, Pflege, Aktivität, Ruhephasen

Ressourcen aktivieren

Angehörige einbeziehen, Lieblingsmusik, gewohnte Rituale (z. B. Tee, Kreuz, Foto)

Emotionale und soziale Begleitung

Beziehungsaufbau & Kontinuität

Vertrauensvolle Beziehung reduziert Ängste

Einfühlsames Dasein

Schweigen aushalten, Nähe anbieten

Ermutigung & Unterstützung bei Selbstfürsorge

Patient*innen das Gefühl geben, handlungsfähig zu sein

Einbezug von Angehörigen

Familienmitglieder sind wichtige emotionale Stütze

Kontaktaufnahme zur Seelsorge / Psychologie

Weiterleitung bei schwerer Belastung oder Gesprächstiefe

Organisatorische und teambezogene Maßnahmen

Beobachtung & Dokumentation

Frühwarnzeichen (Unruhe, Schlafstörung, Rückzug, Weinen) schriftlich festhalten

Team-Feedback

Übergabe bei Veränderung des psychischen Zustands, Einbezug von Palliativteam

Standardisierte Angst-Screenings (z. B. PHQ-4)

Instrumente, um Angst oder Depression frühzeitig zu erkennen

Gesundheitsfragebogen (PHQ-4)

[PHQ-4 englisch](#) [PHQ-4 polnisch](#) [PHQ-4 arabisch](#) [PHQ-4 türkisch](#) [PHQ-4 russisch](#)

PHQ-4 angewendet in folgender Sprache:

Frage: **Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit

- 0 = überhaupt nicht
- 1 = an einzelnen Tagen
- 2 = an mehr als der Hälfte der Tage
- 3 = beinahe jeden Tag

Ergebnis

Gesamtbelastung PHQ-4 (Items 1-4) schwer 0 - 5: unauffällig
6 - 8: mittelgradig
>=9 : schwer

Ängstlichkeit GAD-2 (Item 1&2) schwer 0 - 2: unauffällig
3 - 4: mittelgradig
>=5 : schwer

Depressivität PHQ-2 (Item 3&4) schwer 0 - 2: unauffällig
3 - 4: mittelgradig
>=5 : schwer

Folgende Frage kann nur beantwortet werden wenn mind. 1 Ergebnis mit "mittelgradig" gekennzeichnet ist.

Frage: **Möchten Sie Hilfe für diese Beschwerden in Anspruch nehmen?**

- ja
- nein

zusätzliche Informationen (max. 1500 Zeichen)

Telefonnummer der Station/ für Rückfragen

Sobald die Frage mit "JA" beantwortet und das Formular im Status "vollständig" gespeichert wird, erhält der Konsildienst der Psychosomatik automatisch eine Anforderung.

Rolle der PA

Pflegeassistentenz darf:

Zuhören, beruhigen, begleiten

Emotionen spiegeln, Gespräche führen

Symptome dokumentieren

Gespräche weiterleiten

Pflegeassistentenz darf NICHT:

Psychologische Therapie durchführen

Diagnosen stellen oder Medikamente verordnen

Entscheidungen ohne ärztliche/pflegerische Anordnung treffen

Schweigen bei auffälligem Verhalten oder Suizidgedanken

Palliativ Care

- erste Definition der WHO 1990
- ist ein ganzheitliches Versorgungskonzept
- für Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Erkrankungen
- Ziel ist es, die Lebensqualität zu verbessern
- Palliativ kommt von „pallium“ = der Mantel, das Umhüllende

Geschichte

- Palliative Care hat sich aus der Hospizbewegung entwickelt
- im Laufe der Zeit zu eigenständigen Bereich der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung
- Mittelalter Hospize entlang von Pilgerwegen, in denen Sterbende betreut wurden
- „Hospiz“ → lat. *hospitium* → Gastfreundschaft

Geschichte

- moderne Palliativversorgung durch Cicely Saunders (1918–2005) geprägt
- gründete 1967 erste moderne Hospiz, St. Christopher's Hospice in London
- In den 1970er wurde Palliativversorgung zunehmend medizinisch etabliert → erste Lehrstuhl für Palliativmedizin in England
- seitdem ist die Palliativmedizin eine eigenständige Fachdisziplin

Cicely Saunders (1918- 2005)



Geschichte in Österreich

- 1980er Jahre begannen erste Aktivitäten im Bereich Hospiz und Palliative Care in Österreich
- 1987 wurde an der Universitätsklinik Innsbruck das erste Projekt zur Palliativversorgung gestartet
- Ab 1990 wurde die Hospiz- und Palliativversorgung professionalisiert
- 1992 entstand die erste Palliativstation im AKH Wien
- 1995 Gründung der Österreichischen Palliativgesellschaft (ÖPG)

Zahlen und Fakten

- **Wie viele Menschen sterben jährlich weltweit?**
 - ca. 60 Mio. Menschen (WHO, 2023)
 - ca. min. 40 Mio. davon brauchen eine Form von Palliative Care
 - nur 14% erhalten diese tatsächlich
- **Sterben in Österreich**
 - jährlich ca. 90.000 Menschen (Statistik Austria, 2023)
 - ca. 75–80 % sterben in Krankenhäusern oder Pflegeheimen
- **Angst vor dem Tod**
 - 50–60 % der Menschen in Europa haben Angst vor dem Sterben
 - nicht so sehr vor dem Tod selbst, sondern vor dem Leiden, Kontrollverlust oder Alleinsein

Kombination kurativer/palliativer Maßnahmen

- Ziel:
 - Lebensqualität erhalten,
 - Schmerzen lindern,
 - Symptome behandeln
- Kombination von kurativen Maßnahmen (z. B. Chemotherapie) mit palliativen (z. B. Schmerztherapie)
- PA unterstützt durch Nähe, Begleitung, Hilfe bei Alltagsverrichtungen

End-of-Life-Care

- Pflege und Begleitung von Patient*innen in der letzten Lebensphase
- Ziel → Lebensqualität erhalten, Schmerzen und Leiden lindern
- Unterstützung der Angehörigen, die während dieser Zeit eine wichtige Rolle spielen

Zentrale Ziele

- **Schmerzlinderung und Symptomkontrolle**
 - Morphine, Antiemetika oder Benzodiazepine
 - würdiges Sterben ermöglichen
- **Psychosoziale und emotionale Unterstützung**
- **Spiritualität**
 - z.B. Krankensalbung

Herausforderungen

- **Autonomie vs. Fürsorge**
- **Lebensverlängernde Maßnahmen**
 - Fortsetzung oder Abbruch von lebensverlängernden Maßnahmen
- **Sterbehilfe**
 - **Aktive/ passive Sterbehilfe/ assistierten Suizid**
 - **rechtlichen und moralischen Aspekten**

Aktive Sterbehilfe

- gezieltes Herbeiführen des Todes durch medizinische Handlung

→ Verabreichen eines tödlichen Medikaments

- In Österreich **illegal**
- wird als Tötung auf Verlangen betrachtet
 - **Freiheitsstrafe von bis zu 5 Jahren**

Passive Sterbehilfe

- Unterlassen oder Abbrechen von lebenserhaltenden Maßnahmen
 - Abschalten von Beatmungsgeräten
 - Nicht-Weiterführen von Behandlungen
- in Österreich **rechtlich zulässig**
- Entscheidung im Einklang mit dem **Patientenwillen** oder in Übereinstimmung mit **Patientenverfügung**

Assistierter Suizid

- tödliches Medikament wird verschrieben, damit Patient sich selbst das Leben nehmen kann
- **2021 Verfassungsgerichtshof → Verbot der Hilfe zur Selbsttötung verfassungswidrig**
- Seit 1. Dezember 2022 ist assistierte Suizid in Österreich **unter bestimmten Bedingungen erlaubt**

Rolle der Pflege in der End- of Life-Care

- **zentrale Rolle**
- medizinische Versorgung,
- emotionale und psychologische Betreuung
- **Bindeglied** zwischen Patienten, Ärzten und Angehörigen, um ein **ganzheitliches Versorgungskonzept** sicherzustellen
- In der letzten Lebensphase ist **Empathie und Achtsamkeit** entscheidend.

Die Bedeutung der Angehörigen

- **Emotionale Unterstützung**

Angehörige sind oft ebenso erschöpft und belastet wie die Patient*innen

- **Entscheidungsfindung**

stehen häufig vor schwierigen Entscheidungen.

gute Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Angehörigen ist entscheidend

- **Praktische Unterstützung**

Unterstützung bei der Organisation von Hilfe, wie z. B. bei der Anmeldung von Hospizdiensten etc.

Häufige Ängste Angehöriger

- **Angst vor Ungewissheit**
 - „Was wird alles noch auf uns zukommen?“
- **Angst vor dem Leiden**
 - „Am schlimmsten ist, dass sie mir so leid tut.“
- **Angst vor Verlusten**
 - „Ich verlier nicht nur meinen Mann, in meinem Leben wird nichts mehr so sein wie davor!“
- **Angst vor dem Versagen**
 - „Wenn ich mehr darauf gedrängt hätte, dass sie zum Arzt geht, wäre die Erkrankung vielleicht noch heilbar gewesen“

Patientenverfügung ein Überblick

- <https://www.youtube.com/watch?v=eSaJEqR7aZA>
- rechtliches Dokument
- legt im Voraus fest, welche medizinischen Maßnahmen in bestimmten gesundheitlichen Situationen gewünscht oder ablehnt werden
- gilt wenn ein Mensch selbst nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen
- in Österreich seit 2006 gesetzlich geregelt

Inhalt der Patientenverfügung

- Festhaltung aller medizinischen Maßnahmen die im Falle einer schweren Erkrankung oder Verletzung abgelehnt werden
- **Lebenserhaltende Maßnahmen** wie künstliche Beatmung, Wiederbelebung oder Ernährungsmaßnahmen
- **Schmerzbehandlung und Palliativversorgung**, um das Leiden zu lindern
- **Organspende**, wenn der Wille zur Organspende vorliegt
 - **In Österreich gilt grundsätzlich die Widerspruchsregelung!**

Gültigkeit und Voraussetzungen

- nur gültig, wenn von einer volljährigen, geschäftsfähigen Person abgegeben und in schriftlicher Form
- muss klar und eindeutig formuliert sein
- keine Unklarheiten über den Willen des Patienten bestehen

Rechtliche Stellung

- ist in ein **rechtlich bindendes Dokument**.
- kann jederzeit geändert oder zurückgezogen werden
- solange die Person noch voll geschäftsfähig ist
- **Grundsätzlich in Österreich unbefristet gültig, sollte alle 5 Jahre überprüft und gegebenenfalls erneuert werden**
- Nach 5 Jahren nicht mehr automatisch **verbindlich**

DNR, AND, RID

- **medizinische Anordnungen, die vom Arzt/ Ärztin ausgesprochen und dokumentiert** werden.
- basieren auf **geäußerten Willen** des Patienten etwa durch eine **Patientenverfügung (wenn vorhanden)**
- **DNR (Do Not Resuscitate)** → keine Wiederbelebensmaßnahmen
- **AND (Allow Natural Death)** → natürlichen Sterbeprozess Lauf lassen
–mit palliativmedizinischer Begleitung zur Linderung von Leid
- **RID (Refusal of Invasive Diagnostics)** Verzicht auf belastende oder invasive diagnostische Maßnahmen (Blutabnahmen, CTs, Endoskopie oder chirurgische Eingriffe) – besonders dann, wenn sie nicht mehr zur Lebensverlängerung beitragen.

Feststellung des Todes

- offizielle Todesfeststellung durch Arzt/Ärztin
- Pflegekräfte:
 - Beobachtung + Info an Arzt/ Ärztin
 - Atemstillstand
 - fehlender Puls
 - keine Reaktion
 - Totenflecken
 - Totenstarre

Versorgung des Körpers

- Augen sanft schließen
- Mund verschließen
- Intimpflege durchführen
 - oft Harn- oder Stuhlverlust
- Haare kämmen

- Wunden und Zugänge versorgen
 - müssen meist im Körper bleiben

- Hand und Fußpässe anbringen

- Kleidung und Positionierung
 - Nachthemd anziehen oder nach Wunsch der Angehörigen
 - Körper in ruhiger, würdevoller Haltung positionieren
 - Rückenlage

 - Körper in Leichentuch einhüllen
 - für späteren Transport
 - Meist 2h verbleib auf der Station

**Es gilt:
SOP/Standard der
jeweiligen Einrichtung
beachten!**

Umgang mit Verstorbenen

- Ruhig, achtsam, mit Respekt Versorgen
- Angehörige einbinden (Zeit, Raum geben zum Verabschieden)
- Würde!

Abschied gestalten

Letzte Rituale:

- Musik, Worte, Umarmung
- Würdevoller Umgang mit dem Verstorbenen
- Was sagt die Kultur/Religion?
- Was sagt der Mensch selbst?

Welche Rituale sind Ihnen bekannt?

Wie können diese in der Praxis umgesetzt werden?

Wie stelle ich mir eine würdevolle Begleitung in der Sterbephase vor?

Trauer

- Reaktion auf Verlust eines geliebten Menschen
- verschiedene Formen und Intensitäten
- sehr individuell
- Trauerprozess umfasst emotionale körperliche und geistige Herausforderungen

Trauerphasen - fünf Phasen der Trauer

- Modell nach Elisabeth Kübler-Ross (1960er)
 1. **Leugnung:** Verlust wird zunächst nicht wahrgenommen oder akzeptiert
 2. **Zorn:** Trauernde empfindet Wut, oft auch auf sich selbst oder andere
 3. **Verhandlung:** Versuch, Verlust rückgängig zu machen oder zu umgehen
 4. **Depression:** Trauernde erlebt tiefe Traurigkeit und Hoffnungslosigkeit
 5. **Akzeptanz:** Verlust wird anerkannt, und der Trauernde lernt, mit dem Verlust zu leben

Verlaufen nicht linear, es ist möglich, Phasen zu überspringen oder mehrfach zu durchlaufen

Begegnung mit Trauer

Denken Sie an eine Situation, in der Sie selbst Trauer erlebt haben oder jemanden in Trauer begleitet haben

- Wie haben Sie sich gefühlt?
- Wie sind Sie damit umgegangen?
- Welche Unterstützung hätten Sie gebraucht oder bekommen?
- Wie gehen Sie mit Trauer im beruflichen Kontext um?
- Welche Ängste oder Unsicherheiten haben Sie im Umgang mit trauernden Menschen?

Trauerritualen

- Helfen beim Abschiednehmen und Verarbeiten des Verlusts
- Geben Struktur und Sinn in emotional belastenden Situation
- kulturell, religiös oder individuell geprägt
- Wichtig für Würde, Respekt und Umgang mit Tod

Beispiele für Trauerrituale

- Kerze anzünden
- Schweigeminute
- Waschen des Verstorbenen (z. B. im Islam oder Christentum)
- Gebet, Segen oder Segnung
- Erinnerungsrituale wie Gedenkbücher oder Fotoalben
- Kulturelle Rituale:
 - Totenwache
 - Blumen
 - Musik

In der Pflegepraxis wichtig

- Individuelle Wünsche/ religiöse Überzeugungen respektieren
- Angehörige aktiv einbinden und begleiten
- Würdevolle Gestaltung des Abschieds
 - Rückzugsraum für Angehörige zur stillen Verabschiedung

Literatur

- OnkoZert / Deutsche Krebsgesellschaft (2023): Handlungsempfehlungen für onkologische Pflege. <https://www.krebsgesellschaft.de>
- Robert Koch-Institut (RKI) (2022): Empfehlungen zur Infektionsprävention bei immunsupprimierten Patienten. <https://www.rki.de>
- Pape, H. / Aulenkamp, P. (2020): Pflege bei onkologischen Erkrankungen, in: Pflege Heute, Elsevier, 7. Aufl.
- Keppler, A. / Timm, H. (2021): Pflege von Menschen mit Krebs, Springer Verlag.
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) (2024): Infektionsprophylaxe bei onkologischen Patientinnen*. <https://www.dgho.de>
- Schäfer, J. / Schmid, M. (2019): Hygienemanagement in der Pflege, Thieme Verlag.
- Müller-Mundt, G. et al. (2021): Pflege heute. 7. Auflage. Elsevier Verlag.
- Aulenkamp, J., Voss, U. (2020): Pflegeassistenz – Das Lehrbuch. Elsevier, Urban & Fischer.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK): Informationen zur palliativen Pflege, abrufbar unter: <https://www.dbfk.de>
- Cicely Saunders: Konzept des „Total Pain“, in: Saunders, C. (2006): Hospice and Palliative Care. Oxford University Press.
- WHO (2022). *Cancer Pain Relief – With a Guide to Opioid Availability* (3rd ed.). World Health Organization.
- Husebø, B. S., & Klaschik, E. (2019). *Palliative Care: Schmerz- und Symptomkontrolle*. Schattauer.
- WHO (2022). *Cancer Pain Relief* (s. o.)
- Breivik, H., et al. (2009). Cancer-related pain: A pan-European survey. *Annals of Oncology*, 20(8), 1420–1433.
- Springer Pflege (2023): Umgang mit Angst und Depression in der Onkologie
- Pflege Heute (Elsevier): Psychische Pflegebedürfnisse
- GuKG Österreich: Aufgaben- und Kompetenzbereiche der PA / PFA
- Universimed.at: Rolle der Pflegeassistenz in der onkologischen Betreuung
- Lungenunion.at: Psychoedukation bei Krebs
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan Publishing.
- Kübler-Ross, E. (2003). *Interviews mit Sterbenden: Was Sterbende uns über das Leben lehren*. München: Knaur.



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Perioperative Pflege

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege
einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

Arten von Operationen

1. **akut** (Notfall)
2. **geplant** (elektiv)
 - **Offene Operationen** (konventionell)
 - z.B. Bauch- Brustoperationen
 - **Minimalinvasive Operationen** (Laparoskopie)
 - Z.B. Gallenblasenentfernung (laparoskopische Cholezystektomie)
 - **Endoskopische Operation**
 - z.B. , Darm-Polypenentfernung mittels Koloskopie

Arten von Operationen

- **Roboterassistierte Operation**
 - z.B. Prostataentfernung mit da Vinci-Roboter
- **Diagnostische Operation**
 - Biopsie von Lymphknoten
 - Wichtiger Schritt zur Diagnosestellung (z. B. bei Krebsverdacht)

Definitionen

- perioperative Pflege umfasst alle pflegerischen Maßnahmen **vor**, **während** und **nach** operativen Eingriffen
- **Präoperative Phase:** Zeitraum vor der Operation
 - Vorbereitung: körperlich, psychisch und organisatorisch
 - Übergabe an das OP Team
- **Intraoperative Phase:** Zeitraum während der Operation
 - Vorbereitung des OP-Saals
 - Unterstützung beim Lagern und einfache hygienische Tätigkeiten
- **Postoperative Phase:** Zeitraum nach der Operation
 - Überwachung, Schmerzeinschätzung, Wundkontrolle,
 - Mobilisation und Unterstützung bei der Körperpflege und Ausscheidung

Ziele der perioperativen Pflege

- Sicherheit und Wohlbefinden der Patient*innen während gesamten OP-Prozess
- Prävention von Komplikationen (z. B. Infektionen, Thrombose, Dekubitus)
- Förderung einer schnellen Genesung durch gezielte Vorbereitung und Nachsorge
- Reduktion von Ängsten und psychischer Belastung
- Sicherstellung eines reibungslosen Ablaufs

Aufgaben der PA laut GuKG

- Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie sowie an der Basisversorgung berechtigt – unter Anleitung
- Relevante Aufgaben im perioperativen Kontext lt. GuKG:
 - Mitwirkung bei der Körperpflege
 - Durchführung einfacher hygienischer Maßnahmen
 - Mitwirkung bei Mobilisation und Lagerung
 - Mitwirkung bei der Vorbereitung und Nachsorge operativer und diagnostischer Maßnahmen
 - Unterstützung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
 - Mitwirkung bei der Anwendung von Maßnahmen zur Infektionsprävention

Präoperative Vorbereitung

- **Körperpflege und ankleiden** (OP-Hemd, MTS)
 - antiseptische Mittel (z. B. Octenisan) wenn verordnet
 - **Keine Hautcremes oder -lotionen verwenden!**
 - können Wirkung von Desinfektionsmitteln vermindern und erhöhen Infektionsrisiko
 - kein **Deo, Parfums oder Make-up** verwenden
- **Persönliche Vorbereitung**
 - **Schmuck, Zahnprothesen, Brille, Hörgeräte, Nagellack entfernen**
- **Rasur**
 - bei Bedarf und nach ärztlicher Anordnung
 - Verletzungsrisiko vermeiden
 - möglichst kurz vor OP
- **Kontrolle der Nüchternheit:**
 - 6-8 h keine feste Nahrung (meist ab 0 Uhr nüchtern)
 - 2 h keine Flüssigkeit

Präoperative Vorbereitung

- **Leeren der Blase** (Toilettengang vor OP)
- **Abführmaßnahmen:** vor Bauchoperationen
 - Laxanzien, Klistier oder Einlauf nach AAO
- Bei Diabetiker → **Blutzuckerkontrolle!!**
- **Katheterisierung** nach AAO
 - Indikation: lange OP-Dauer, urologische Eingriffe, genaue Ausscheidungskontrolle

Präoperative Vorbereitung

- **Prämedikation** nach AAO (z.B. Dormicum)
- **Vorbereitung Infusionen nach AAO**
 - z.B. Flüssigkeit
- **Zugang legen**
 - bereits vorhanden – Durchgängigkeit überprüfen
- **Dokumentation**
- **Erklärung der Abläufe**
 - Beruhigung, Empathie, aktives Zuhören
 - Umgang mit Angst und Unsicherheit

Übergabe an das OP-Team

- Unterstützung vor Transport in den OP
- Mitwirkung bei der Lagerung (z. B. Rückenlage)
- Patientendokumentation mit Einverständniserklärung, OP Freigabe etc. mitgeben
- **Identitätskontrolle!!**

Identitätskontrolle

- Name
- Geburtsdatum
- Eingriff – auch am OP-Plan prüfen
- Markierung der OP-Stelle (durch Ärzt*innen)
- Patientenarmband kontrollieren
 - Angaben korrekt?
 - Allergien bekannt (rotes Armband)

intraoperative Pflege

- beginnt mit dem Einbringen des Patienten in den OP-Saal
- endet mit dem Verlassen des OPs
- In dieser Zeit findet der eigentliche operative Eingriff statt

Was passiert im OP-Saal?

- Erneute **Identitätskontrolle** und **Sicherheitscheck**
 - OP-Seite wird nochmals kontrolliert
- **Lagerung des Patienten**
 - Patient wird in die richtige Lage gebracht (je nach OP)
- **Anschluss an Monitor**
 - EKG Elektroden Blutdruckmanschette, Pulsoximeter
- **Hygienemaßnahmen im OP**
 - absolute Keimfreiheit (Asepsis)
 - sterile Bereiche (OP-Tisch, Instrumente) → **dürfen nicht berührt werden!!**
 - ALLE tragen: Mundschutz, Haube und spezielle OP Kleidung und Schuhe (grün)
 - Operateur*in und Assistenz – sterile Handschuhe und steriler Mantel

Narkose

- Zustand, bei dem Patient*in **bewusstlos** und/ oder **schmerzfrei** gemacht wird
- Um Operation durchführen zu können
- Vollnarkose
- Teilnarkose
- Lokalanästhesie (Verabreichung lokal, Pat. wach und ansprechbar)
- Analgosedierung (Verabreichung i.v., Bewusstsein gedämpft)

Allgemeinanästhesie (Vollnarkose)

- Patient*in schläft tief und merkt nichts
- **künstliche Beatmung** erforderlich
- Medikamente **über Vene** (z. B. Propofol)
- Narkosegas **über eine Maske** (z.B. Lachgas)
- Wichtig
 - Nach der OP: Patient*in kann **schläfrig oder verwirrt** sein.
 - **Kontrolle von Vitalzeichen, Bewusstsein, Atmung** wichtig
 - **Nüchternheit** vor der OP sehr wichtig!

Atemwegssicherung bei Vollnarkose

■ Endotracheale Intubation

- Tubus wird durch Mund oder Nase in die Luftröhre eingeführt.
- Sicherste Methode bei längeren oder risikoreichen

■ Larynxmaske

- in Rachen eingelegt, ohne die Luftröhre zu durchdringen.
- Schonender als Tubus, aber weniger sicher bei vollem Magen
- Typisch bei: kurzen, Eingriffen (z. B. ambulante OPs)

■ Maskenbeatmung

- Kurzzeitige Beatmung über Gesichtsmaske
- Meist nur zur Einleitung oder bei sehr kurzen Eingriffen.
- Keine sichere Aspirationprophylaxe → nur in Ausnahmefällen

Regionalanästhesie (Teilnarkose)

- Nur bestimmter Körperbereich betäubt
- Patient*in wach aber schmerzfrei
- Formen
 - **Spinalanästhesie**: Rückenmarksnerv wird betäubt → z. B. bei Bein- oder Kaiserschnitt-OPs.
 - **Periduralanästhesie** (PDA): ähnlich, aber mit Katheter → z. B. bei langen Geburten.
 - **Nervenblockade**: Betäubung einzelner Nerven, z. B. bei OPs an Hand oder Arm
- **Wichtig**
 - Nach der OP: Patient*in kann Beine oder Arme nicht bewegen
 - Hilfe beim Positionieren, Aufstehen, und Toilettengang.
 - Kontrolle: Sensibilität, Bewegung, Hautfarbe, Temperatur.

Lokalanästhesie (örtliche Betäubung)

- Nur kleine Stelle wird betäubt
- Patient*in ist wach
- Einsatz z. B. bei Zahnarzt, kleinen Wunden oder Haut-Ops
- Medikament wird gespritzt oder aufgetragen (Creme/Spray)
 - Lidocain
- **Wichtig**
 - Patient*in fühlt kurzzeitig kein Schmerzempfinden an der Stelle

Analgosedierung ("Dämmerschlaf")

- Patient*in ist beruhigt und schläft leicht, aber atmet selbstständig
- Kombi aus Schmerzmitteln (Analgetika) und Beruhigungsmitteln (Sedativa)
- Einsatz z. B. bei Gastro- oder, Koloskopien
- **Wichtig**
 - Nach der Sedierung Patient*in evtl. verwirrt oder müde
 - Kontrolle von Atmung, Kreislauf
 - Sicherheit beim Aufstehen

Übernahme aus dem Aufwachraum

- Patientenidentität prüfen
- Übergabe aktiv mitverfolgen
- Kontrolle von:
 - OP-Gebiet
 - Zugängen
 - Drainage
 - Infusionen (postoperative Medikation lt. AAO)
 - Verband (Nachblutungen)
- Positionierung

Vitalzeichen & Bewusstsein

- Vitalzeichen kontrollieren und dokumentieren
- Bewusstseinslage kontrollieren und dokumentieren
 - wach, schläfrig
 - Orientiert, desorientiert
 - Pupillenreaktion

Beobachtung der Atmung

- Atemtiefe (flach/tief)
- Atemgeräusche (Rasseln, Röcheln)
- Atemfrequenz
- Hautfarbe, Lippen (Zyanose?)

→ Auffälligkeiten: sofort melden!

Frühmobilisation

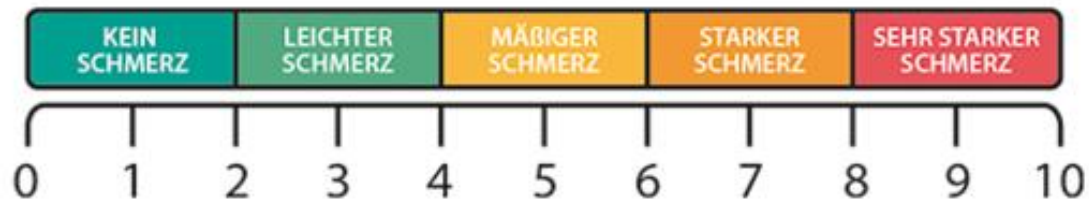
- Ärztliche Anordnung!
- Warum wichtig?
 - Thromboseprophylaxe
 - Kreislauf anregen
 - Pneumonieprophylaxe
- Aufgaben PA
 - Hilfe beim Aufsetzen, Aufstehen, Gehen
 - Kreislauf beobachten
 - Sicherheit geben

Schmerzbeobachtung

- Achte auf:
 - Mimik
 - Körperhaltung
 - Unruhe
 - Schmerzáußerungen
- Skalen nutzen (z. B. NRS 0–10)
- Beobachtungen weitergeben und dokumentieren

Schmerzskalen

Die Schmerzskala



Postoperativer Nahrungsaufbau

- schrittweisen Wiederherstellung der normalen Ernährung nach einer Operation
- Ziele:
 - Verdauungstrakt entlasten
 - Komplikationen wie Übelkeit, Erbrechen oder paralytischer Ileus vermeiden
 - Heilungsprozess zu fördern

Grundprinzipien

Phase	Inhalt	Pflegebezug
Nüchternphase	Direkt nach der OP – meist 6–12 Stunden, je nach Eingriff.	Kontrolle auf Übelkeit, Erbrechen, Bewusstseinslage.
Anflutphase (sog. "Teekost")	Kleine Mengen Flüssigkeit: Tee, Wasser, klare Brühe.	Flüssigkeitsbilanz führen, auf Verträglichkeit achten.
Übergangsphase	Leicht verdauliche Kost: Zwieback, Haferschleim, Kartoffelbrei.	Unterstützung beim Essen, Beobachtung auf Völlegefühl, Blähungen.
Aufbaukost/Vollkost	Rückkehr zur normalen Ernährung.	Beobachtung auf Verträglichkeit, ggf. Diätformen beachten.

Wichtige Aspekte

- **Kommunikation mit Patient*innen:**
 - über Nahrungsaufbau informieren
- **Beobachtung:**
 - Bauchumfang
 - Übelkeit
 - Stuhlgang
 - Reflux
- **Mobilisation:**
 - Frühmobilisation fördert Darmtätigkeit
- **Dokumentation:**
 - Was wurde vertragen?
 - Flüssigkeitsbilanz wichtig!

Besondere Situationen

- Nach **Bauchoperationen** kann Kostenaufbau verzögert beginnen
- **Risikopatientinnen** (z. B. Diabetiker*innen, ältere Menschen)
 - besondere Aufmerksamkeit auf **Blutzucker**, **Flüssigkeitshaushalt** und **Energiezufuhr**

Überwachung der Darmtätigkeit postoperativ

- **Operation am Bauch oder Darm →**
Darmfunktion überwachen
- Darm durch Operation und Narkose oft
verlangsamt (Ileus)
- gestörte Darmfunktion → Schmerzen, Blähungen,
Übelkeit und Komplikationen

Wichtige Punkte zur Überwachung

- **Beobachtung von Bauchumfang und -spannung:**
 - aufgeblähter, gespannter Bauch → Darmträgheit oder Darmverschluss
- **Auskultation (Abhören) der Darmgeräusche:**
 - Darmgeräusche Zeichen für Bewegung im Darm.
 - Fehlende oder sehr schwache → verlangsamte Darmfunktion
- **Beobachtung der Stuhlabgabe**
 - erstmaliges Absetzen von Stuhl zeigt Wiederaufnahme der Darmfunktion (innerhalb von 2-3 Tagen)
- **Beobachtung von Übelkeit und Erbrechen**
 - Kann Zeichen für Darmverschluss sein
- **Flüssigkeitsaufnahme und -abgabe**
 - Wichtig für Beurteilung des Allgemeinzustandes.

Aufgaben der Pflegeassistenz

- Beobachtung und Dokumentation von Bauchbeschaffenheit und Darmgeräuschen
- Unterstützung Positionswechsel und Mobilisation
- Meldung von Auffälligkeiten
- Assistenz bei der Einhaltung der Nahrungs- und Trinkvorgaben bis zur Wiederaufnahme der normalen Ernährung

Literaturverzeichnis

- Hafner, J., & Jagsch, H. (2020). *Pflegewissen kompakt für Pflegeassistenten und Pflegefachassistenten*, S. 220–223.
- Vogler, R. (Hrsg.) (2018). *Pflege Heute – für Pflegeassistentenberufe*, S. 388–391.
- Macheiner, I., et al. (2022). *Pflegeassistenten. Lehrbuch für Schule und Praxis*, S. 245–247.
- WHO (2021). *Pain and perioperative care guidelines*.
- DGF (2019). *Standard postoperative Überwachung*.
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 idgF – §§ 3 und 14GuKG im RIS
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). (o. J.). *Informationen zur Anästhesie*. Abgerufen von: <https://www.dgai.de>
- Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA). (o. J.). *Patienteninformationen zur Narkose*. Abgerufen von: <https://www.bda.de>
- Mikat, M. & Quintel, M. (2021). *Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin – für Pflegeberufe*. Urban & Fischer Verlag.
- Rieck, B. (2019). *Pflegewissen Anästhesie und Intensivpflege*. Springer Verlag.
- Thieme Pflegebuchreihe. (2020). *Pflege heute* (7. Auflage). Thieme Verlag.
- Rieck, S., & Kraus, S. (2021). *Pflege Heute* (7. Aufl.). Elsevier Urban & Fischer.
- Kraneburg, M. (2020). *Pflegeassistenten heute – Grundlagen, Kompetenzen, Beispiele* (3. Aufl.). Elsevier.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Hochschule Osnabrück. <https://www.dnqp.de>
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI). (2017). *Leitlinie: Postoperative Überwachung von Patienten* (AWMF-Registernummer 001-012). <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-012.html>
- Höffken, K., et al. (Hrsg.) (2019): *Klinische Ernährung in der Gastroenterologie, Hepatologie und Onkologie*. Springer Medizin Verlag.
- Striebel, B. (2022): *Pflege heute*. Elsevier, 7. Aufl. – Kapitel: Postoperative Pflege.
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2020): *Pflegewissen kompakt: Ernährung und Flüssigkeit*.
- DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung) (aktuell): www.dge.de – Fachinformationen zu Ernährung in der Klinik.
- Riolo-Blanco, L., Baral, P., Schulte-Schrepping, J., et al. (2023). *Mast cell-derived BH4 is a critical mediator of postoperative pain*. Science Immunology, Preprint. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10245978/pdf/>
- Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). *Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery*. The Lancet, 362(9399), 1921–1928. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14966-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14966-5)
- Leaper, D. J., & Edmiston, C. E. (2017). *World Health Organization: Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. Journal of Hospital Infection, 95(2), 135–136. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2016.11.001>
- Schweizer, M. L., Chiang, H.-Y., Septimus, E., et al. (2015). *Association of a bundled intervention with surgical site infections among patients undergoing cardiac, hip, or knee surgery*. JAMA, 313(21), 2162–2171. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.5387>
- Fischer, J. E. (Hrsg.). (2022). *Fischer's Mastery of Surgery* (8. Aufl.). Wolters Kluwer.
- Schellongowski, P., & Valentin, A. (2016). *Chirurgische Intensivmedizin – Ein Leitfaden für Klinik und Pflege*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-46703-6>
- Bittner, J., & Klose, A. (2019). *Pflege heute*. Urban & Fischer Verlag. (Kapitel: Postoperative Pflege, Darmfunktion)
- Krüger, T., & Kessler, I. (2017). *Basiswissen Pflege*. Thieme Verlag. (Kapitel: Pflege bei operativen Eingriffen)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) (2018). *Leitlinien zur perioperativen Versorgung*. Online verfügbar unter: www.dgch.de



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflege bei Wahrnehmungs- und Kommunikationseinschränkungen

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

Verwirrtheit

- **akut einsetzende** Störung von Bewusstsein, Aufmerksamkeit und Kognition
- Häufige Auslöser sind
 - Infektionen
 - Medikamente
 - Dehydratation
 - Operationen
 - Stoffwechselentgleisungen
- Unterschiede zur Demenz:
 - **zeitlich begrenzt** und reversibel
 - allerdings können sich Verwirrtheit (Delir) und Demenz gegenseitig verstärken

Symptome

- Desorientiert in Zeit, Ort Situation und/oder Person
- Beeinträchtigte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Stimmungslabilität (Agressivität)
- Halluzinationen
- Tages-Nacht-Verlust

Pflegemaßnahmen bei Verwirrtheit

- **Orientierung fördern:**
 - Tageslicht
 - Kalender,
 - Uhren,
 - vertraute Gegenstände,

- **Kommunikation:**
 - ruhige Stimme,
 - kurze klare Sätze,
 - Wiederholung bei Bedarf

Pflegemaßnahmen bei Verwirrtheit

- Reizregulation:
 - Überstimulation vermeiden,
 - Rückzugsräume anbieten
- Schlaf-Wach-Rhythmus:
 - tagsüber mobilisieren,
 - nachts Lichter dimmen
- Medikationscheck:
 - Delir-induzierende Wirkstoffe vermeiden
- **Sturzprävention!!**

Definition

- fortschreitender Verlust kognitiver Fähigkeiten
- häufigste Form: Alzheimer-Demenz

Formen

1. Alzheimer-Demenz

- Häufigste Form der Demenz (ca. 60–70%)
- Verlauf: Langsam fortschreitend
- Ursache: Eiweißablagerungen im Gehirn, die Nervenzellen schädigen

2. Vaskuläre Demenz

- Zweithäufigste Form
- Ursache: Durchblutungsstörungen im Gehirn, z. B. durch Schlaganfall

Formen

3. Lewy-Body/Parkinson-Demenz

- Symptome: Schwankende Aufmerksamkeit, Halluzinationen,
- Ursache: Ablagerungen von Eiweißen (Lewy-Körperchen) in den Gehirnzellen

4. Frontotemporale Demenz (FTD)

- Symptome: Persönlichkeitsveränderungen, unpassendes Verhalten, Sprachprobleme.
- Häufig bei Jüngeren (zwischen 40–65 Jahren).
- Ursache: Schrumpfung von vorderen Gehirnbereichen (Stirn- und Schläfenlappen)

5. Wernicke- Korsakow- Syndrom (Alkoholdemenz)

- 5% der alkoholkranken Menschen betroffen

ALTERSABHÄNGIGE HÄUFIGKEIT VON DEMENZ

Österreich 2018						
Alter	Bevölkerung gesamt	Männer	Männer mit Demenz	Frauen	Frauen mit Demenz	Menschen mit Demenz gesamt
30-59	3.785.059	1.897.779	3.036	1.887.280	1.699	4.735
60-64	523.556	253.644	507	269.912	2.429	2.936
65-69	448.191	211.851	2.345	236.340	3.546	5.891
70-74	380.051	173.824	5.384	206.227	7.017	12.402
75-79	383.384	168.992	11.791	214.392	19.138	30.929
80-84	210.513	85.112	9.079	125.401	16.368	25.447
85-89	144.461	51.017	8.312	93.444	23.221	31.533
90+	80.392	20.484	6.083	59.908	26.844	32.927
Bevölkerung 30-90+	5.955.607	2.862.703	46.537	3.092.904	100.263	146.801
Bevölkerung gesamt	8.822.267	% von Gesamtbevölkerung 1,66				

Quelle: Vereinigung Alzheimer Europe, 2018



Was sagt diese Grafik?

- Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl der Menschen mit Demenz stark an.
 - 60–64: 2.936 Menschen mit Demenz
 - 75–79: 30.929 Menschen
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer, besonders ab 75 Jahren
 - 75–79 Jahre: 19.138 Frauen vs. 11.791 Männer mit Demenz
- Gesamtbevölkerung vs. Demenz
 - Insgesamt leben in Österreich (2018) 8.822.267 Menschen.
 - Davon haben ca. 146.801 Menschen (1,66 %) Demenz.



Alzheimer-Krankheit
Gesundes und erkranktes Gehirn

Die Präparate zeigen ein gesundes
und ein an Alzheimer erkranktes Gehirn im Vergleich.

Charakteristisch für die Erkrankung ist
der allmähliche fortschreitende Untergang
von Nervenzellen und Nervenzellkontakten.
Dadurch schrumpft das Gehirn
und die Furchen in der Rinde verbreitern sich.

Typischerweise lassen sich typische kleine

Alzheimer's Disease
Healthy and Diseased Brains

These specimens compare a healthy brain
with one affected by Alzheimer disease.

In the diseased brain,
brain cells and the connections between them
are irreversibly destroyed.
This leads to a significant shrinkage of the brain
and widening of the grooves (sulci) of the cortex.

Typically, small microscopic protein deposits



Symptome (Allgemein)

- Gedächtnisverlust
- Sprachstörungen
- Desorientierung
- Persönlichkeitsveränderungen
- Eingeschränkte Alltagskompetenz

Verlauf

- verläuft in der Regel **chronisch** und **fortschreitend**
- Wird in **unterschiedlich Stadien** unterteilt

Pflege von Menschen mit Demenz

- hohes Maß an Einfühlungsvermögen, Fachwissen und interdisziplinärer Zusammenarbeit.
- **Ziele der Pflege:**
 - Erhalt der Selbstständigkeit und Lebensqualität
 - Sicherheit und Orientierung gewährleisten
 - Förderung sozialer Interaktion
 - Prävention von Komplikationen (z. B. Sturzprophylaxe, Mangelernährung)
- **Wichtiges Pflegekonzept bei Demenz :Validation** nach Naomi Feil

Besonderheiten bei Demenz

- Geduldiger und respektvoller Umgang
- Förderung der noch vorhandenen Ressourcen
- Kenntnis über herausforderndes Verhalten und Umgang damit
- Unterstützung bei der Alltagsstrukturierung

Herausforderungen

- Umgang mit herausforderndem Verhalten (z. B. Aggression, Weglaufen)
- Belastung für Pflegepersonen
- Notwendigkeit regelmäßiger Fortbildung
- Umgang mit ethischen Fragestellungen (z. B. Freiheitsbeschränkung)

WIE KOMMUNIZIERE ICH RICHTIG?

Menschen sind sozial orientierte Wesen. Damit wir uns verständigen können, nutzen wir unter anderem die Sprache als Werkzeug. Mit ihr können wir zum Beispiel Gemütszustände, Wünsche und Ideen ausdrücken, aber auch Missverständnisse klären.

Mit Demenz lebende Menschen haben oft Schwierigkeiten, sich zu verständigen. Sie leiden an Wortfindungsstörungen, können nur kurze Zeit konzentriert zuhören und lassen sich durch Hintergrundgeräusche leicht ablenken. Oft können sie ihr eigenes Verhalten auch nicht mehr reflektieren. Das kann leicht zu Konflikten führen:

- Die Betroffenen erkennen ihr Gegenüber nicht. Eine Abwehrhaltung ist die Folge.
- Die Betroffenen haben Angst und verhalten sich irrational.
- Frustration entsteht z. B. durch die mangelnde Fähigkeit sich zu artikulieren.
- Die Betroffenen verhalten sich aggressiv.
- Es kann zu unbegründeten Anschuldigungen kommen, z. B. Sie hätten etwas gestohlen.

TIPPS

Um die Kommunikation mit einem Menschen mit Demenz zu erleichtern, gibt es praktische Hilfsmittel:

- Berührungen können Vertrauen schaffen.
- Fotos und Videos sind eine visuelle Gedankenstütze (z. B. Erinnerungsalbum).
- Musik weckt Erinnerungen und spricht Gefühle an.
- Kunst kann helfen, Emotionen auszudrücken.

MACHEN SIE SICH BEWUSST, DASS DEMENZ EINE KRANKHEIT IST, NEHMEN SIE SIE NICHT PERSÖNLICH.

- Begegnen Sie Ihrem Gegenüber immer mit Respekt.
- Nehmen Sie Stimmungsschwankungen nicht persönlich.
- Nehmen Sie auf die psychischen Bedürfnisse von Demenzbetroffenen, beispielsweise auf den Gemütszustand, Rücksicht. Ist sie/er gut oder schlecht gelaunt? Braucht sie/er Ruhe?
- Kritisieren Sie nicht Fehler, sondern loben Sie, wenn etwas richtig gemacht wurde (z. B. „Heute hast du dich wieder schön gekämmt“).
- Nicht überfordern: Stellen Sie, wenn möglich, geschlossene Fragen (z. B. „Möchtest du ein Wurstbrot haben?“ nicht „Was möchtest du denn essen?“).
- Wiederholen Sie wichtige Informationen mehrmals mit denselben Formulierungen.
- Vermeiden Sie störende Hintergrundgeräusche (z. B. Fernseher).
- Sprechen Sie deutlich und langsam, in kurzen und einfachen Sätzen.
- Begleiten Sie das Gesagte durch Mimik, Gestik und Körpersprache.
- Lassen Sie Brille und Hörapparate kontrollieren und eventuell anpassen.

Prävention

- Noch keine Heilungsmethode gefunden!
 - Studien belegen: vorbeugende Maßnahmen senken Demenzrisiko
1. Gesunde Ernährung
 2. Regelmäßige Bewegung
 3. Geistige Aktivität
 4. Aktives Sozialleben

Definition Insult

- plötzliche Durchblutungsstörung im Gehirn
- Es gibt zwei Hauptarten:
 - **Ischämischer Schlaganfall** – ein Blutgefäß im Gehirn ist verstopft (ca. 80% aller Schlaganfälle)
 - **Hämorrhagischer Schlaganfall** – ein Blutgefäß reißt, Blut tritt ins Gehirn aus.
- Ergebnis: Gehirnzellen sterben, Funktionen wie Sprache, Bewegung oder Sehen können plötzlich ausfallen.



Ursachen/Risikofaktoren

- Bluthochdruck
- Vorhofflimmern
- Diabetes mellitus
- Hoher Cholesterinspiegel
- Rauchen,
- Übergewicht,
- Bewegungsmangel
- Alter > 60 Jahre

Symptome

F FACE Gesicht

Lähmung einer Gesichtshälfte?

Schiefer Mund



A ARME Arme

Kann der Betroffene beide Arme heben?

Arm sinkt ab



S SPRACHE Sprache

Ist die Sprache verwaschen oder unverständlich?

Verwaschene Sprache



T TIME Zeit

Sofort Notruf absetzen!

Zeit zählt!



Maßnahmen

- Time is Brain!!!
- Hilfe holen
- Vitalzeichen überwachen
- Keine Nahrung oder Getränke → Schluckstörung möglich ist.
- Keine Medikamente ohne ärztliche Anweisung

Beeinträchtigte verbale Kommunikation

- Patient*innen mit **Sprachstörungen (Aphasie)**
- eingeschränkte Verständigungsmöglichkeit

Aphasie

- Sprachstörung nach Schädigung des Gehirns
- betrifft **Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben** (Sprache insgesamt)
 - nicht die Intelligenz!!

Ursachen einer Aphasie

- Schlaganfall (häufigste Ursache)
- Schädel-Hirn-Trauma
- Hirntumor
- Entzündungen im Gehirn (z. B. Enzephalitis)

Formen der Aphasie

- abhängig welcher Teil des Gehirns betroffen ist
- **Broca-Aphasie (motorische Aphasie)**
 - Verstehen weitgehend erhalten
 - Sprechen stark eingeschränkt (Telegrammstil, kurze Sätze)
 - Patient*in ist sich der Sprachprobleme bewusst
- **Wernicke-Aphasie (sensorische Aphasie)**
 - Flüssiges, aber inhaltlich oft sinnloses Sprechen
 - Schweres Sprachverständnis
 - Patient*in erkennt oft nicht, dass er/sie falsch spricht

Formen der Aphasie

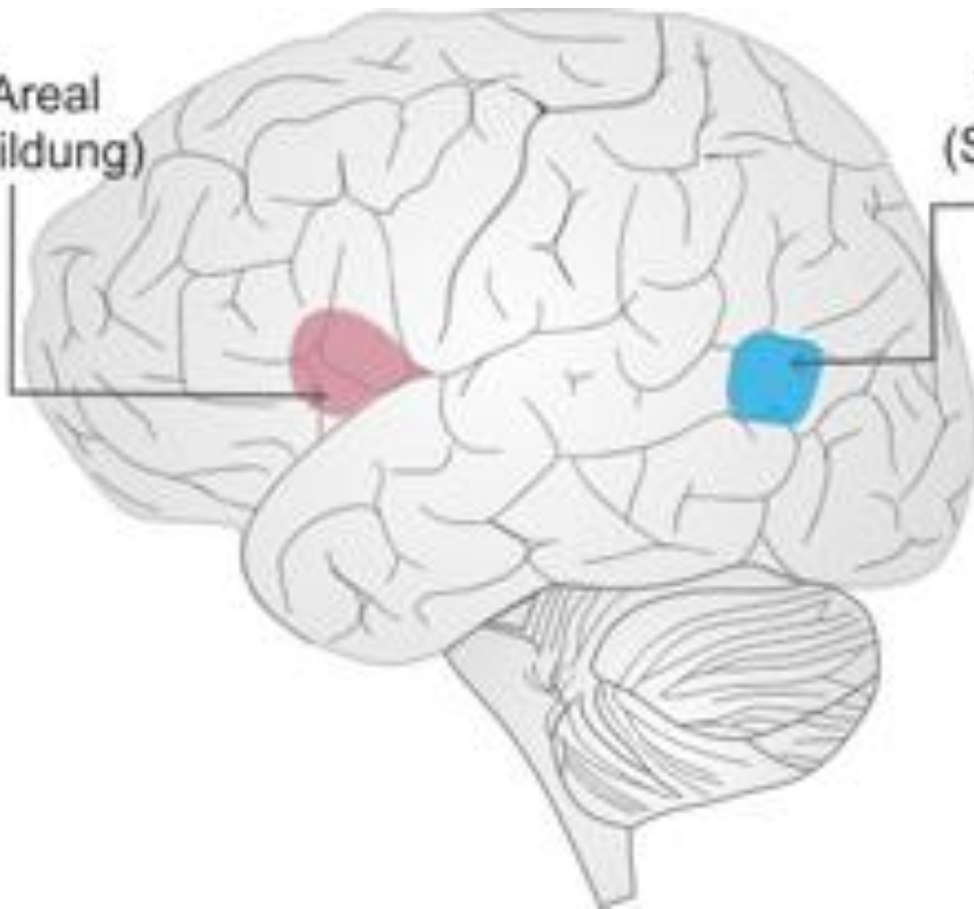
- **Globale Aphasie**

- Schwerste Form
- Kaum Sprachproduktion oder –verständnis
- nach schwerem Schlaganfall

- **Amnestische Aphasie**

- Wortfindungsstörungen
- Sprache ist grammatikalisch korrekt, aber manchmal stockend

Broca-Areal
(Sprachbildung)



Wernicke-Areal
(Sprachverstehen)

Pflege

- Nonverbale Kommunikation nutzen:
 - Mimik, Gestik
 - Schreib-/Zeichensymbole
- Einfache, kurze Sätze mit langsamer Sprechweise → Lippenlesen ermöglichen
- Aktiv zuhören, wiederholen lassen
- Verstehen prüfen

Wichtig!

**Aphasie ist keine geistige
Behinderung**

**Betroffene denken ganz
normal, können sich aber
sprachlich oft nicht
ausdrücken**

Neglect

- neurologische Aufmerksamkeitsstörung
- unbewusst wird eine Körper- oder Raumhälfte vernachlässigt
- Häufig nach Insult
 - Schädigung des Parietal- oder Temporallappens auf rechten Hirnhälfte

Relevanz

Beeinträchtigung der Selbstpflegefähigkeit

▪ **Nahrungsaufnahme**

- essen nur sichtbare Hälfte des Tellers (z. B. nur rechte Seite bei linksseitigem Neglect)
- Folge: Unterernährung, Dehydration, Frustration

▪ **Körperpflege**

- betroffene Körperseite wird bei Körperpflege übersehen oder vergessen
- Risiken: Hautprobleme, schlechter Geruch, Infektionen durch unentdeckte Läsionen oder Druckstellen

Relevanz

- **Ankleiden**

- Kleidung wird nur halb angezogen
- kann zu Sturzgefahr oder sozialer Ausgrenzung führen

- **Mobilität**

- Patient*innen „sehen“ Hindernisse auf der betroffenen Seite nicht
- drehen sich beim Aufstehen oft zur gesunden Seite – Gleichgewicht und Sicherheit sind gestört.
- Sturzgefahr stark erhöht – Stürze häufigste Komplikation bei Neglect

Relevanz

▪ Raumwahrnehmung

- orientieren sich ausschließlich an der „intakten“ Seite.
- Bett, Rollstuhl, Waschbecken, Nachtkästchen etc. werden nicht vollständig genutzt.
- Orientierung in der Umgebung fällt schwer, was zu Vermeidung von Bewegung führen kann

▪ Psychosoziale Folgen

- bemerken selbst nicht, dass sie etwas „auslassen“.
- Andere nehmen das Verhalten als „Faulheit“ oder „Unwillen“ wahr
- führt häufig zu Missverständnissen, Frustration, sozialem Rückzug oder Depression

Pflege

- Beobachtung & Dokumentation
- Unterstützung bei Integration betroffener Seite
 - Bobath
 - Orientierungshilfen
- Förderung der Selbstständigkeit durch Training der Aufmerksamkeit
 - Hinweisen auf vernachlässigte Seite
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Ergotherapie, Physiotherapie, Medizin
- Sicherheitsmanagement → Sturzprophylaxe!!

Hemiparese

- Schwäche (Parese) einer Körperhälfte
- Restfunktion der betroffenen Seite erhalten ist erhalten
- tritt häufig nach Schädigung des ZNS :
 - Schlaganfall
 - Schädel-Hirn-Trauma (SHT)
 - Hirntumoren oder
 - Entzündungen (z. B. Meningitis, Enzephalitis)
 - Multiple Sklerose

Symptome

- Muskelschwäche auf einer Körperseite (Arm, Bein, Gesicht)
- Spastik oder erhöhter Muskeltonus
- Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen
- Sensibilitätsstörungen (z. B. Taubheitsgefühle)
- massive Auswirkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens
- hohe pflegerische Herausforderung

Hemiplegie

- Lähmung einer Körperhälfte
- Infolge eines Schlaganfalls oder traumatischen Hirnschadens
- Beeinträchtigt:
 - Bewegungsfähigkeit
 - Muskeltonus (Hypotonie → Spastik),
 - Gleichgewicht
- Unbehandelt drohen **Folgeprobleme:**
 - Gelenkkontrakturen
 - Schmerzen
 - Dekubitus
 - psychische Belastungen durch eingeschränkte Selbstständigkeit
 - soziale Isolation

Pflege

Beobachtung & Dokumentation

- Beobachten von:
 - Bewegungsmustern (aktive/passive Mobilität)
 - Muskeltonus (Hypotonie, Spastik)
 - Schmerzverhalten
 - Mobilisationsfähigkeit

Pflege

Positionierung & Mobilisation (nach Bobath-Prinzip)

- **Ziel:** Vermeidung von Kontrakturen, Förderung der Wahrnehmung und aktiven Nutzung der betroffenen Seite
- **Positionierung:**
 - Hemiparetische Seite nicht vernachlässigen!
 - Seitenposition auf betroffener Seite fördert Körperwahrnehmung
- **Mobilisation**
 - Transfers immer mit Integration der betroffenen Seite
 - Vermeidung kompensatorischer Bewegungen (z. B. Übernutzung der gesunden Seite)
 - Steh- und Gehtraining unter Anleitung der Physiotherapie

Alltagsaktivierung

- Förderung der Selbstständigkeit
- **An- und Auskleiden:**
 - Kleidung mit Klett- oder Reißverschluss
- **Körperpflege:**
 - betroffene Seite mit einzubeziehen
- **Essen:**
 - Teller mit erhöhtem Rand,
 - rutschfeste Unterlagen,
 - Löffel mit verdicktem Griff

Sicherheit & Sturzprophylaxe

- Sturzrisiko erhöht durch Muskelschwäche und Gleichgewichtsprobleme
- **Maßnahmen:**
 - Einsatz rutschfester Schuhe und Antirutschmatten
 - Haltegriffe und Mobilitätshilfen
 - Bett auf sichere Höhe einstellen
 - Umgebung barrierefrei gestalten

Bobath Konzept

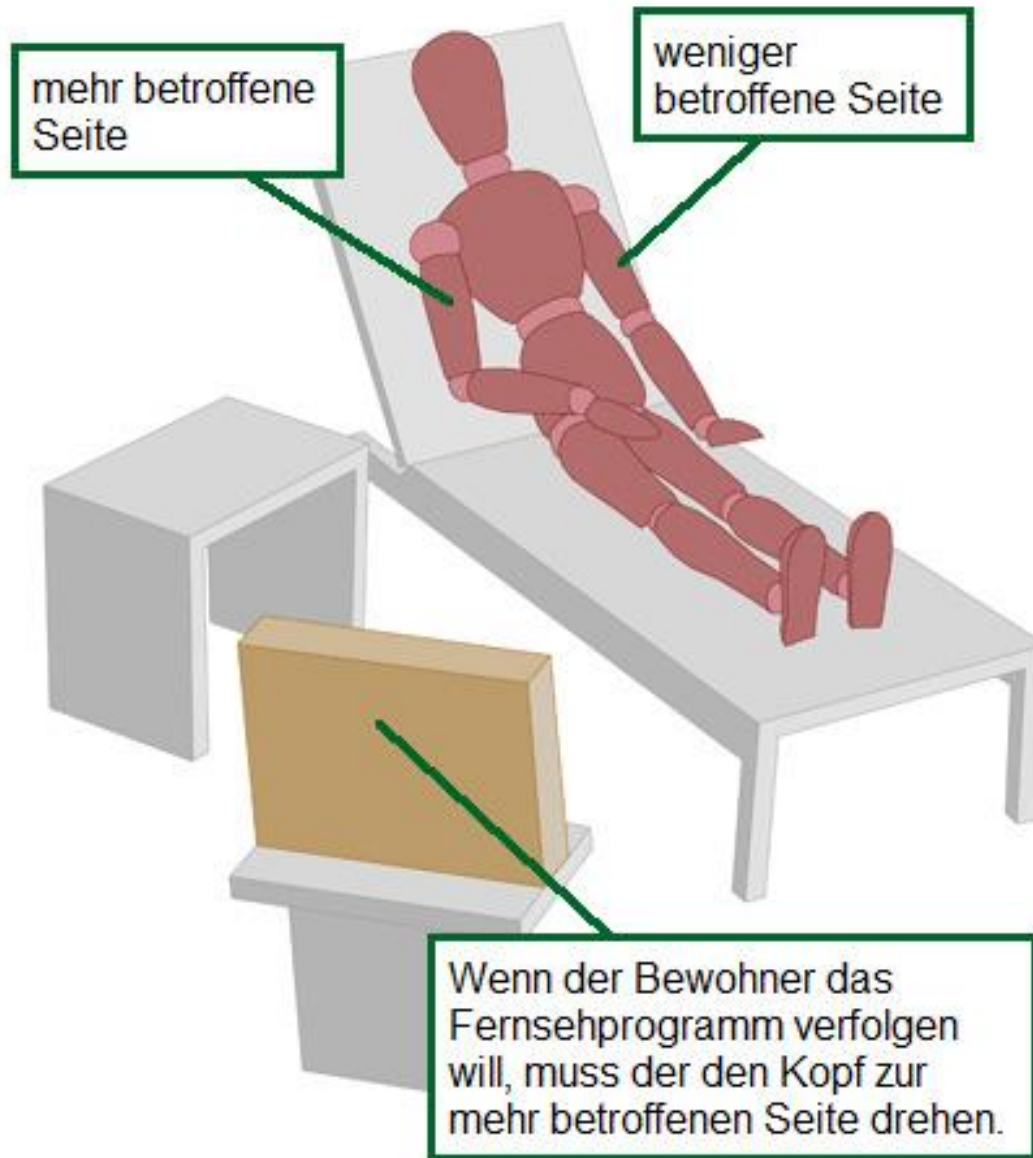
- ganzheitliches, bewegungstherapeutisches Pflege- und Rehabilitationskonzept
- für Menschen mit neurologischen Erkrankungen (vor allem Schlaganfall)
- von Berta und Karel Bobath entwickelt
- basiert auf dem Prinzip der **Neuroplastizität**,
 - Fähigkeit des Gehirns, sich nach Schädigungen neu zu organisieren

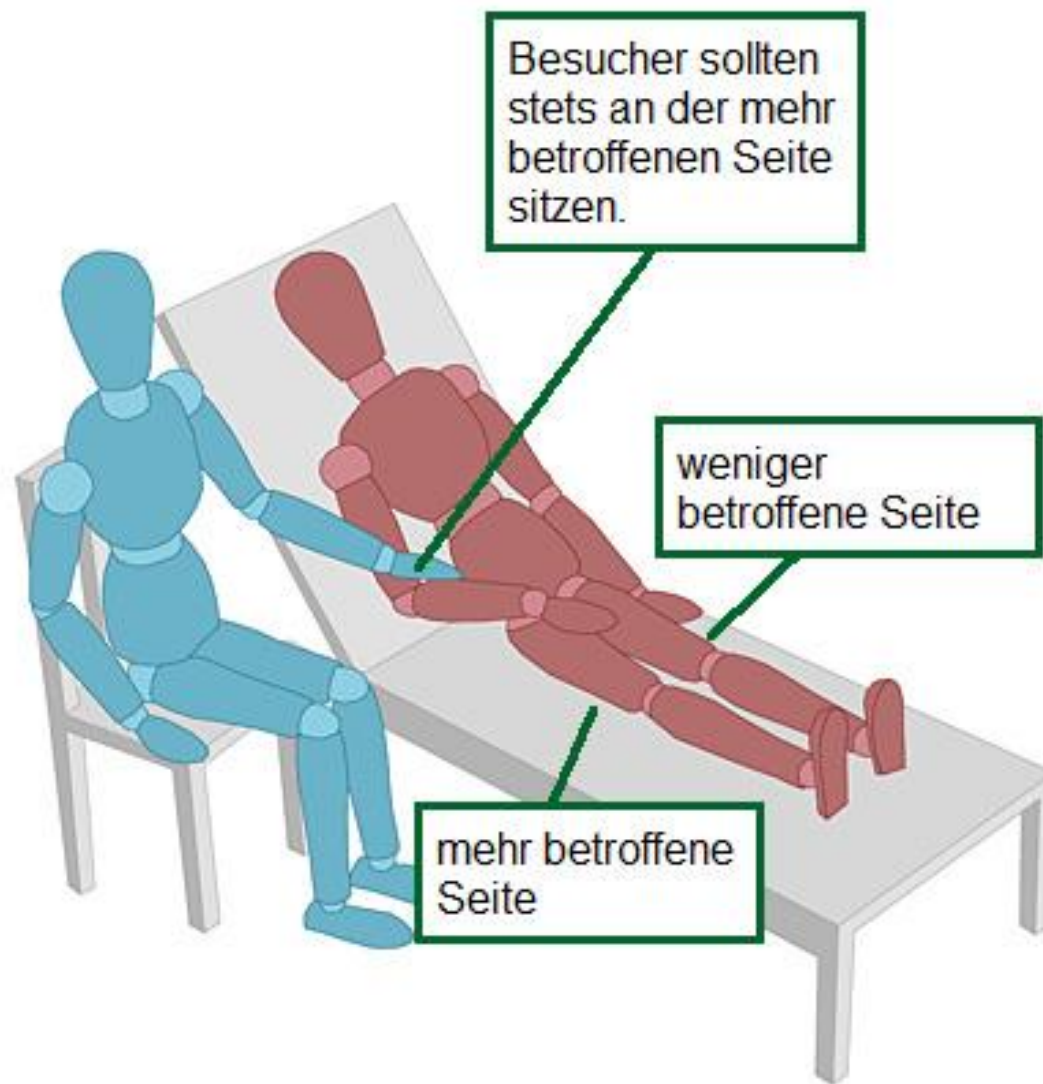
Grundlagen des Bobath-Konzepts

- Förderung von physiologischen Bewegungsabläufen
- Hemmung pathologischer Bewegungsmuster
- Normalisierung Muskeltonus
- Förderung der Selbstständigkeit und Teilhabe im Alltag

Positionierung und Mobilisation

- Positionierung **erfolgt bewusst**
 - Spastiken vermeiden
 - Wahrnehmung fördern
- **betroffene Körperhälfte** wird **integriert** und **unterstützt**





Formen der Aggression

Form	Beschreibung	Beispiel in der Pflege
Verbale Aggression	Drohungen, Beleidigungen, lautes Schreien	Patient beschimpft Pflegekraft wegen Wartezeit
Physische Aggression	Schlagen, Stoßen, Treten	Patient versucht, Pflegekraft zu schlagen, wenn er sich nicht waschen lassen will
Selbstaggression	Selbstverletzendes Verhalten	Patient beißt sich selbst oder zieht an Schläuchen

Ursachen

- **kein persönlicher Angriff**
- Ausdruck von:
 - **Angst oder Unsicherheit** (z. B. durch Schmerzen oder Orientierungslosigkeit)
 - **Frustration** (z. B. Einschränkungen durch Krankheit, Hilflosigkeit)
 - **Demenz oder neurologische Erkrankungen** (z. B. Alzheimer, Schlaganfall)
 - **Kommunikationsprobleme** oder Überforderung

Prävention & Deeskalation

- **Ruhe bewahren:** Nicht zurückschreien, ruhige Stimme
- **Distanz wahren:** Sicherheitsabstand einhalten
- **Situation einschätzen:** Ursache der Aggression erkennen
(Schmerz, Angst, Hunger, Müdigkeit)
- **Kommunikation anpassen:** Einfach sprechen, klare Anweisungen, Blickkontakt
- **Rückzugsoptionen:** Patient nicht bedrängen, Zeit geben
- **Teamarbeit:** Kolleg:innen informieren, gemeinsame Strategie entwickeln
- **Raum sichern:** Gefährliche Gegenstände entfernen

Literatur

- Alzheimer Austria (2024): *Informationen zur Demenz und Angehörigenarbeit*.
Online verfügbar unter: <https://www.alzheimer-austria.at>
- Bartolome, G. (2013): *Neglect – Eine Einführung in Diagnostik und Therapie*. Springer.
- Bobath, B. & Bobath, K. (2001): *Das Bobath-Konzept in der Pflege neurologischer Patienten*. Thieme.
(Doppelte Version entfernt)
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2024): *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG*.
Online verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at>
- Cochrane Collaboration: *Interventions for unilateral spatial neglect following stroke*.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2021): *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2. Aktualisierung*.
- Fachsozialbetreuer.co.at: *Neurologische Störungsbilder – Pflegeassistenz*.
- Feil, N. (2021): *Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. Reinhardt Verlag.
- Klaus, D. et al. (2021): *Pflege Heute – Lehrbuch für Pflegeberufe*. Elsevier/Urban & Fischer.
- Medizinfo Pflegewissen: *Pflege bei Hemiparese und Bobath-Konzept*.
Online verfügbar unter: www.medizinfo.de/pflege/konzepte/bobath.shtml
- Müller, B. (2020): *Bewegung und Mobilisation in der Pflege*. Springer Pflege.
- ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) (2023): *Pflegepersonal in Österreich – Zahlen, Daten, Fakten*.
- Pflege.de: *Bobath-Konzept und Mobilisation bei Halbseitenlähmung*.
Online verfügbar unter: www.pflege.de
- Schreiber, S. & Müller, H. (2020): *Grundlagen der Pflegeassistenz*. Facultas Wien.
- Wancata, J. et al. (2019): *Pflegeleitfaden Neurologie & Geriatrie*. Springer Verlag Wien.
- Wancata, J. et al. (2020): *Pflegeleitfaden für die psychiatrische und neurologische Pflege*. Springer Verlag Wien.



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

TRAURIGKEIT vs. DEPRESSION

TRAURIGKEIT

Eine normale, vorübergehende Reaktion auf schwierige Situationen.



DAUER

Vorübergehend – Stunden, Tage oder wenige Wochen.



AUSLÖSER

Klare Gründe (z.B. Verlust, Enttäuschung, Stress).



STIMMUNG

Wechselhaft – gute Momente sind weiterhin möglich.



ALLTAG

Eingeschränkt, aber bewältigbar.



SOZIALE KONTAKTE

Rückzug möglich, aber Kontakt tut gut.



HILFE

Oft hilft Zeit, Unterstützung durch Freunde/Familie, Ablenkung.



DEPRESSION

Eine ernsthafte, anhaltende Erkrankung, die behandelt werden sollte.



DAUER

Anhaltend – mindestens 2 Wochen, oft Monate oder länger.



AUSLÖSER

Oft ohne klaren Auslöser, kann auch „aus heiterem Himmel“ auftreten.



STIMMUNG

Anhaltend gedrückt, Interessen und Freude gehen verloren.



ALLTAG

Stark beeinträchtigt – Arbeit, Schule, Freizeit fallen schwer.



SOZIALE KONTAKTE

Starker Rückzug, Kontakt fühlt sich belastend an.



HILFE

Professionelle Hilfe notwendig (z.B. Psychotherapie, ärztliche Behandlung).



Wichtig: Traurigkeit ist eine natürliche Emotion. Depression ist eine Erkrankung – und sie ist behandelbar. ♥

Depressionen

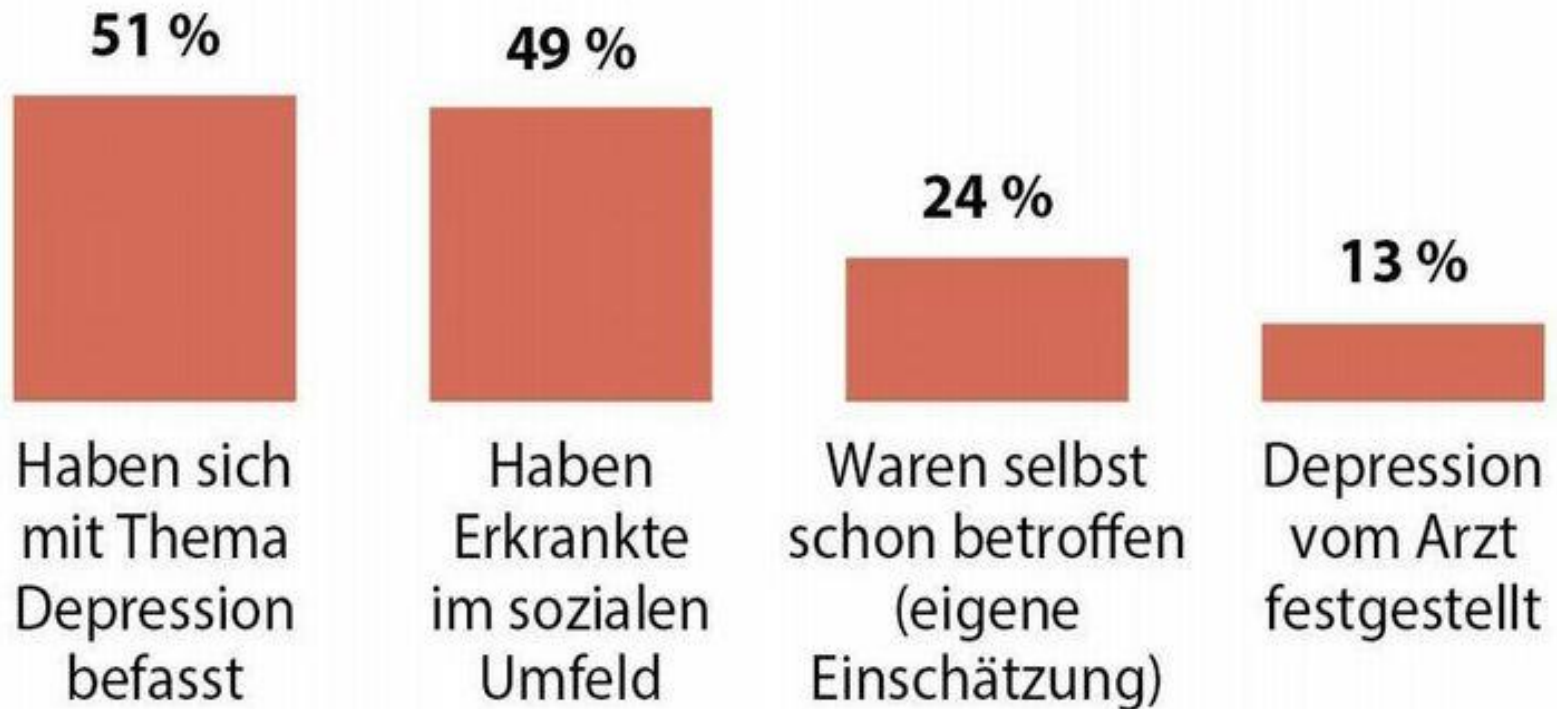
- medizinisch: Depressio
- zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit.

Aktueller Stand (2023)

- Österreich → 730.000 Menschen mit Depression
- 5% der Bevölkerung (min. 400.000), benötigen Behandlung
- **Jeder 5. in Österreich erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Depression.**

Von Depression Betroffene

Anteil der Befragten



Grafik: © APA, Quelle: APA/Spectra

500 Befragte, 2018



Symptome

- mehr als „nur Traurigkeit!!“
- umfasst **Symptome** wie
 - Antriebslosigkeit
 - Interessenverlust
 - Schlafstörungen
 - Appetitverlust
 - Schuldgefühle
 - Suizidgedanken

Diagnose

- **obliegt ärztlichem oder psychologischem Fachpersonal**
 - in der Regel Psychiater*innen oder Hausärzt*innen
- **standardisierte Diagnosekriterien** (z.B. ICD-10)
- **zentrale Diagnoseinstrumente**
 - Klinische Gespräche und Anamnese
 - Beobachtungsbasierte Einschätzungsskalen
 - z. B.: Geriatrische Depressionsskala (GDS)
- **Ausschluss organischer Ursachen**
 - z. B. Schilddrüsenerkrankungen oder Demenz

Depressive Störungen: Diagnose nach ICD-10

F32 Depressive Episode

F32.0 Leichte depressive Episode

F32.1 Mittelgradige depressive Episode

F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychothische Symptome

F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen

F32.8 Sonstige depressive Episode

F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

F33.0 Rezidivierende depressive Störung

F33.0 Rezidivierende depressive Störung, ggf. leichte Episode

F33.1 Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode

F33.2 Rezidivierende depressive Störung, ggf. schwere Episode
ohne psychotische Merkmale

F34 Anhaltende affektive Störung

F34.0 Zylothyme Störung (Zyklothymia)

F34.1 Dysthyme Störung (Dysthymia)

F34.8 Sonstige anhaltende affektive Störung

F34.9 Anhaltende affektive Störung

Sonstige

F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt

F31 Bipolare Störungen (siehe dort)

Dr-Elze.com

Rolle der Pflegeassistenz

- **keine Diagnosestellung**
- leisten wichtigen Beitrag zur Früherkennung
 - durch genaue Beobachtung
 - Weitergabe auffälliger Veränderungen

Therapie

- erfolgt multidisziplinär
- richtet sich nach Schweregrad
- **Medikamentöse Therapie**
 - **Antidepressiva** (z. B. SSRI, SNRI)
 - Beginn unter ärztlicher Aufsicht → Beobachtung auf Nebenwirkungen → **erhöhte Suizidgefahr!!**
 - Regelmäßige Einnahme und Geduld (Wirkungseintritt oft nach 2–4 Wochen)

Umgang mit Antidepressiva

- **Beobachtung**
 - Wirkung, Nebenwirkungen, Veränderungen im Verhalten
- **Motivation und Erinnerung zur Einnahme**
- **Dokumentation von Auffälligkeiten** (z. B. Unruhe, Schläfrigkeit, Appetit)
- **Informationsweitergabe**
- **Sturzprophylaxe**
- **Achtsamkeit bei Suizidgefahr**

Therapie

- **Psychotherapie**
 - z.B. Kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
- **Soziale und pflegerische Unterstützung**
 - Tagesstruktur und Aktivierung durch Pflegekräfte
 - Einbindung der Angehörigen
 - Betreuung durch Sozialdienste
- **Weitere Verfahren**
 - **Lichttherapie** bei saisonaler Depression
 - **Ergotherapie**, Kunst- und Musiktherapie
- **In schweren Fällen:**
 - **Elektrokonvulsionstherapie (EKT)**
 - gezielter und kontrollierter ausgelöster Krampfanfall - begünstigt Konzentration von Hormonen und Botenstoffe im Gehirn
 - **stationäre psychiatrische Behandlung**

Bedeutung für die Pflege

- **ganzheitliche Betreuung**
- unbehandelte Depression kann Pflegebedürftigkeit verstärken
- Lebensqualität erheblich mindern
- Somatische (körperliche) Erkrankungen negativ beeinflussen

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Früherkennung**
- **Beobachtung und Dokumentation:**
 - Veränderungen im Verhalten
 - Schlaf
 - Appetit
 - Stimmung
- **Beziehungsarbeit und Kommunikation:**
 - Empathische Gespräche
 - aktives Zuhören
- **Struktur und Aktivierung:**
 - Unterstützung beim Tagesablauf
 - Motivation zu Aktivitäten und soziale Teilhabe
- **Wahrung von Nähe und Distanz:**
 - eigene Grenzen wahren!!

Definition Sucht

- psychische und oft auch körperliche Erkrankung
- **zwanghafter Gebrauch**
 - einer Substanz (Drogen, Alkohol)
 - eines Verhaltens (z. B. Glücksspiel)
- WHO → **Syndrom mit Kontrollverlust**,
Toleranzentwicklung und Entzugerscheinungen.

Formen der Sucht

- **Substanzgebundene Sucht:**
 - Alkohol
 - Nikotin
 - Medikamente (v. a. Benzodiazepine, Schmerzmittel)
 - Illegale Drogen (z. B. Heroin, Kokain, Cannabis)

- **Nicht-substanzgebundene Sucht**
(Verhaltenssüchte):
 - Glücksspiel
 - Internet-/Mediensucht
 - Kaufsucht
 - Essstörungen (z. B. Binge Eating)

Merkmale einer Sucht

- min. 3 Kriterien über einen Monat hinweg:
 - Starkes Verlangen (Craving)
 - Kontrollverlust (Menge, Dauer)
 - Entzugerscheinungen
 - Toleranzentwicklung
 - Vernachlässigung anderer Interessen
 - Fortgesetzter Gebrauch trotz schädlicher Folgen

Zahlen aus Österreich

- **5 % (370.000) der Erwachsenen sind alkoholabhängig**
- **15 % (ca. 1 Million Menschen) ab 16 Jahren zeigen ein problematisches Trinkverhalten,**
- **21% (ca. 2 Million Menschen) gelten als abhängig von Nikotin**
- **40% geben an, min. einmal Cannabis konsumiert zu haben)**
- **3-6% haben schon einmal Ecstasy, Kokain oder Amphetamine ausprobiert**
- **35 000–40 000 Personen sind opioidabhängig**
- **100.000 Menschen mit riskantem Spielverhalten**
- **50.000 Menschen Spielsüchtig**
- **10% der Jugendlichen zeigen ein problematisches Nutzverhalten von Social- Media Plattformen**

Pflegebezogene Aspekte

- Sucht in der Pflege betrifft zwei Bereiche:

1. Pflegebedürftige mit Suchtproblemen

- Älteren Menschen mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit
- Chronisch Kranke oder einsamen Menschen
- Menschen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen

2. Pflegekräfte mit Suchtproblemen

- Tabuthema, aber real!
- Medikamentenzugang
- Stress, Schichtdienst
- emotionale Belastung

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Beobachtung und Dokumentation:**
 - Veränderungen im Verhalten Stimmungsschwankungen
 - Ansprechen im Team, keine Konfrontation alleine
- **Unterstützung bei der Tagesstruktur:**
- **Vermeidung von Stigmatisierung:**
 - respektvoller, nicht-wertender Umgang
- **Einnahmekontrolle bei Medikamenten,**
 - v.a. Medikamentensucht – sammeln oft Tabletten
- **Suizidprävention:**
 - viele leiden zusätzlich an Depressionen
- **Grenzen erkennen und wahren:**
 - keine therapeutische Aufgabe, aber mitfühlende Begleitung

Therapieformen bei Abhängigkeit

- **Entgiftung** (körperlicher Entzug)
 - stationär oder ambulant
- **Entwöhnungstherapie**
 - Langfristige psychotherapeutische Unterstützung (stationär oder ambulant)
- **Selbsthilfegruppen:** z. B. Anonyme Alkoholiker
- **Sozialarbeiterische Hilfe:**
 - Schulden, Wohnsituation, Arbeitsplatz
- **Medikamentöse Rückfallprophylaxe,**
 - z. B. mit Naltrexon bei Alkoholabhängigkeit

Naltrexon

- Gruppe der **Opioid -Antagonisten**
 - blockiert Opioidrezeptoren im Gehirn, aktiviert sie aber nicht.
 - **verhindert berauschende und belohnende Wirkung von Alkohol und Opioiden**
- Alkoholabhängigkeit → verringert Verlangen (Craving)
- Opioidabhängigkeit → blockiert die Wirkung von Opioiden
 - Rückfall bleibt ohne „High“-Effekt
- wirkt nicht bei akuter Entgiftung
 - vor Beginn muss Patient*in opioidfrei sein (mindestens 7–10 Tage)
 - sonst kann es zu Entzugserscheinungen kommen
- wirkt nicht gegen akuten Suchtdruck
 - Rückfallprophylaxe gedacht.

Pflegerische Aufgaben im Umgang mit Naltrexon

- NUR geben, wenn Patient*in opioidfrei (DGKP)
- blockiert jegliche Opioidwirkung, auch bei Notfällen (z. B. Schmerzmittel!)
- Psychische Begleitung
 - Stimmungsschwankungen
 - Reizbarkeit
- Überwachung von Leberwerten bei Langzeiteinnahme (Naltrexon ist lebertoxisch)
- Anzeichen von Depression oder Suizidalität ernst nehmen → sofort weiterleiten

Substitol

- **Opioid- Agonist**
- **Ersatztherapie** bei Abhängigkeit von illegalen Opioiden wie Heroin
- Wirkung
 - Linderung von Entzugssymptomen
 - Vermeidung von Craving (Suchtdruck)
 - Ermöglicht soziale und berufliche Stabilisierung
 - Reduziert Risiken durch illegalen Drogenkonsum (HIV, Hepatitis, Überdosierungen)

Pflegerische Aufgaben im Umgang mit Substio

- Vergabe unter Sichtkontrolle (DGKP)
- Vitalzeichenkontrolle
 - besonders Atemfrequenz (Atemdepression!)
- Beobachtung auf Intoxikationszeichen (Schläfrigkeit)
- Dokumentation der Einnahme und Auffälligkeiten
- Sichere Lagerung
- Zugang nur für befugtes Personal → Suchtgiftschrank!

**WICHTIG:
Naltrexon und Substitol dürfen
nicht gleichzeitig verabreicht
werden!**

Gleichzeitige Gabe führt zu Entzugssymptomen und
kann lebensgefährlich sein!

Suchtprävention

- Maßnahmen, die helfen Abhängigkeit von Substanzen zu verhindern oder frühzeitig zu erkennen
- Schmerzen, psychische Belastungen oder chronische Krankheiten → gefährdet Suchtmittel zu missbrauchen
- Medikamente wie Schmerzmittel (z. B. Opioide) können abhängig machen
- Früherkennung kann verhindern, dass sich eine Sucht entwickelt

Wichtige Punkte zur Medikamentengabe

- Genaues Einhalten der Verordnung (keine eigenmächtige Dosiserhöhung)
- Vermeidung unnötiger Verlängerung von Schmerzmitteln
- Kontrolle der Wirkung und Nebenwirkungen
- Aufklärung über Nebenwirkungen und Suchtgefahren

Aufgaben der PA bei der Suchtprävention

- Aufklärung über Risiken von Medikamentenmissbrauch
- Beobachtung
 - Veränderungen im Verhalten, z. B. vermehrtes Nachfragen nach Schmerzmitteln,
 - Stimmungsänderungen
 - vermehrte Unruhe
- Dokumentation
 - Auffälligkeiten genau festhalten weiterleiten
- Unterstützung im Umgang mit Schmerzen
- Zusammenarbeit im Team

Jede **40** Sekunden

beendet ein Mensch
weltweit sein Leben



Alle 40 Sekunden
ein **Suizid**

Definition Suizid

- **Bewusster vorsätzlicher Versuch**, das eigene Leben zu beenden
- oft die Folge von psychischen Erkrankungen
- Suizidgedanken und -versuche sind Warnsignal und **müssen ernst genommen** werden

Suizid

- Depression gilt als größter Risikofaktoren für Suizid
- Suchterkrankungen erhöhen das Suizidrisiko
 - Substanzen können Hemmschwelle senken,
 - Impulsivität steigern

Österreich

- 2023 nahmen sich 1.212 Menschen das Leben
 - etwa dreimal so viele wie Verkehrsunfälle
- Besonders betroffen Männer → 80 % der Suizidtoten
- Suizidgedanken oft Ausdruck unerträglichen Leidenszustands
- Betroffene suchen meist nicht den Tod, sondern Ausweg aus Verzweiflung
- Suizidgedanken ernst nehmen und frühzeitig Unterstützung anbieten

Wichtige Hinweise für die Pflege

- **Frühzeitiges Erkennen von Warnzeichen entscheidend:**
 - Äußerungen von Hoffnungslosigkeit, Wertlosigkeit oder Gedanken an Tod/Selbstmord
 - Verändertes Verhalten (Rückzug, Aggressivität, Stimmungsschwankungen)
 - Zunahme von Substanzkonsum oder Rückfall
 - Vorbereitungshandlungen (z.B. Schenken von Besitztümern)
- **Suizidale Menschen ernst nehmen** – alle Suizidgedanken oder -äußerungen müssen ernst genommen werden
- **Sicherheitsmaßnahmen treffen:**
 - Entfernen von potenziell gefährlichen Gegenständen (Medikamente, scharfe Gegenstände)

Was können wir tun um einen Suizid zu verhindern?

- Gruppendiskussion
 - Ideensammlung Maßnahmen zu Suizidprävention

Suizidprävention

- Regelmäßige Risiko-Evaluation:
 - Suizidrisiko einschätzen und dokumentieren (z.B. durch strukturierte Fragen)
- Förderung von sozialen Kontakten
- Ermutigung zur Teilnahme an Therapie und Selbsthilfegruppen
- Stressbewältigung und Umgang mit Rückfällen
- Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten
- Angehörige und Team informieren, um eine gemeinsame Betreuung sicherzustellen

Rechtliche Situation

- **Was passiert wenn ein Pat. Während meines Dienstes Suizid begeht?**
- grundsätzlich kein strafrechtliches Vergehen
 - solange keine grobe Fahrlässigkeit oder
 - Verstoß gegen deine Sorgfaltspflichten vorliegt
- Fürsorgepflicht heißt → alle zumutbaren Maßnahmen ergreifen um Patient*in zu schützen
- Suizid ist meldepflichtiges Ereignis
- umfassende Dokumentation aller Umstände und Maßnahmen die getroffen wurden
- bei grober Fahrlässigkeit oder Verletzung der gesetzlichen Sorgfaltspflichten kann strafrechtlich ermittelt werden

Literatur

- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). Psychische Gesundheit im Alter – Grundlagen und Empfehlungen für die Pflege. Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2022). Suchtprävention in der Pflege.
- Deutsche Depressionshilfe. (2024). Depression erkennen und behandeln. Online verfügbar: <https://www.deutsche-depressionshilfe.de>
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (Hrsg.). (2018). Suizidprävention in der Pflege: Ein Praxisleitfaden.
- DGSP Verlag.Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2023). Sucht – Basiswissen für die Pflege.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2023). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hogrefe.
- Gesund.at. (2024). Suizid in Österreich: Häufigkeit, Methoden und Präventionsangebote. Abgerufen von [https://www.gesund.at/ICD-10-GM Version 2024: F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen](https://www.gesund.at/ICD-10-GM-Version-2024-F10-F19-Psychische-und-Verhaltensstoerungen-durch-psycho trope-Substanzen).
- JASMIN GÖG – Österreichische Gesundheitsbefragung. (2024). Suizidprävention und Risikofaktoren. Abgerufen von <https://jasmin.goeg.at>
- Lamm, G. (2019). Haftung im Gesundheitswesen. Manz Verlag.
- Meyer, G., Köpke, S., & Mühlhauser, I. (2021). Pflege evidenzbasiert: Grundlagen und Anwendung. Urban & Fischer.
- Möller, H.-J., Laux, G., & Deister, A. (2021). Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Urban & Fischer.
- OTS Nachrichtenagentur. (2024). Aktuelle Zahlen zu Suiziden in Österreich. Abgerufen von <https://www.ots.at>
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV). (o.J.). Rechtliche Fragen in der Pflege. <https://www.oegkv.at/recht>
- Republik Österreich. (1974). Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001838>
- Republik Österreich. (1974). Strafgesetzbuch (StGB). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001803>
- Republik Österreich. (2016). Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011052>
- Rechberger, A. (2021). Pflege- und Gesundheitsrecht. Facultas Wien.
- Statistik Austria. (2024). Gesundheitsstatistik – Suizidrate in Österreich. Abgerufen von <https://www.statistik.at>
- Vatican News. (2024). Gesellschaftliche Herausforderungen durch Suizid. Abgerufen von <https://www.vaticannews.va>
- Sozialministerium Österreich. (2024). Suizidstatistik 2023: Zahlen und Fakten. Abgerufen von <https://www.sozialministerium.gv.at>



WIENER ROTES KREUZ

AUSBILDUNGSZENTRUM

Pflege von Menschen mit Essstörungen

Grundzüge und Prinzipien der Akut- und Langzeitpflege
einschließlich Pflegetechnik (Teil 2)

Veränderung der Körperwahrnehmung

- Wahrnehmung des Körpers kann durch psychische, neurologische oder somatische Ursachen verändert sein
- Beispiele:
 - Anorexia nervosa (Magersucht)
 - Bulimia nervosa
 - Adipositas

Anorexia nervosa (Magersucht)

- **gestörte Selbstwahrnehmung**
- **ausgeprägter Wunsch nach Gewichtsabnahme**
 - Trotz Untergewichts → „zu dick“
 - Angst vor Gewichtszunahme
- Symptome sind:
 - **Stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme**
 - **Zwanghaftes und übermäßiges Sporttreiben**
 - **Soziale Isolation,**
- **körperlichen Folgeerscheinungen**
 - Unterkühlung
 - Haarausfall,
 - Zyklusstörungen,
 - Knochenschwund (Osteoporose)
 - Herz-Kreislauf-Problemen

ohne professionelle Hilfe kann Erkrankung lebensbedrohlich bis tödlich verlaufen!

- **Wie viele Menschen sterben jährlich in Österreich an Magersucht?**
- lässt sich nicht exakt belegen → laut Experten vermutlich im Bereich von **30–50 Todesfällen pro Jahr**
- psychiatrische Fachgesellschaften → Sterberate von **etwa 10 % in 10 Jahren**

Pflegerische Maßnahmen

- **Ernährung & Nahrungsaufnahme**
 - Kleine, häufige Mahlzeiten anbieten
 - Essensprotokolle führen (ärztliche Anordnung)
 - Flüssigkeitsbilanz beobachten
- **Vitalzeichenkontrolle**
 - Regelmäßige Kontrolle von Gewicht, Puls, Blutdruck
 - Beobachtung von Kreislaufsymptomen
 - **Sturzrisiko** beachten
- **Umgang mit Essstörungsspezifischen Verhaltensweisen**
 - Erbrechen, übermäßige Bewegung, Nahrungsverweigerung beobachten → Dokumentation!
- **Prävention von Komplikationen**
 - Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt kontrollieren (ärztliche Anordnung)
 - Hinweise auf Herz- oder Kreislaufprobleme sofort melden
 - Hautpflege

Prophylaxen bei Magersucht

- Sturz
- Dekubitus
- Infektion
- Soor
- Obstipation
- Thrombose
- Dehydration

Bulimia nervosa

- wiederkehrende Heißhungerattacken
- große Mengen Nahrung in kurzer Zeit
 - Gefühl des Kontrollverlusts
- Gewichtszunahme verhindern → kompensatorischen Maßnahmen (z.B. **selbstinduziertes Erbrechen**)
- Trotz häufig **normalen Körpergewicht** → stark gestörtes Verhältnis zum Essen und Körperbild
- psychische Belastung erheblich
- äußert sich oft in **Scham, Schuldgefühlen, Angstzuständen und depressiven Verstimmungen.**

Pflegerische Risiken und Probleme

Körperliche Risiken

- Elektrolytstörungen
- Herzrhythmusstörungen
- Entzündungen im Mund/Rachen/Speiseröhre
- Dehydration
- Sturzrisiko

Psychische Risiken

- Scham
- Schuldgefühle
- Rückzug

Komplikationen

- Abführmittelmissbrauch
- Elektrolytstörungen (Kaliummangel)
- Dehydration
- Herzprobleme
- Verletzungen durch Erbrechen

Soziale Probleme

- Rückzug
- Scham
- Konflikte in der Familie

Pflegerische Maßnahmen

- Vitalzeichen beobachten,
- Flüssigkeitshaushalt kontrollieren
- Hautzustand prüfen
- Prophylaxen durchführen
- Beobachtung (Medikamenteneinnahme)
- Dokumentation
- Psychosoziale Unterstützung
- Angehörige einbeziehen
- Ressourcen fördern

Binge-Eating-Störung (BES)

- regelmäßige unkontrollierte Essanfällen
- Im Gegensatz zur Bulimia nervosa erfolgt kein kompensatorisches Verhalten
- Störung führt häufig zu Übergewicht oder Adipositas
- Risiko für körperliche Folgeerkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht
- Körperbild negativ
- Selbstakzeptanz stark beeinträchtigt
- Betroffene leiden unter Scham und Isolation

Pflegerische Probleme und Risiken

Körperliche Risiken

- Übergewicht / Adipositas
- Bluthochdruck
- Herzrhythmusstörungen
- Diabetes mellitus Typ 2
- Gelenkprobleme (Knie, Hüfte)
- Fettleber,
- Verdauungsprobleme

Psychische Probleme

- Schuld- und Schamgefühle
- Kontrollverlust über Essen
- Depressionen, Angststörungen
- Niedriges Selbstwertgefühl

Esssverhaltensbezogene Probleme

- Essanfälle → häufig heimlich
- Keine regelmäßigen Mahlzeiten
- Emotional gesteuertes Essen
- Schwierigkeit, Hungergefühl und Sättigung wahrzunehmen

Soziale Probleme

- Rückzug, Isolation
- Konflikte in Familie
- Einschränkungen im Alltag

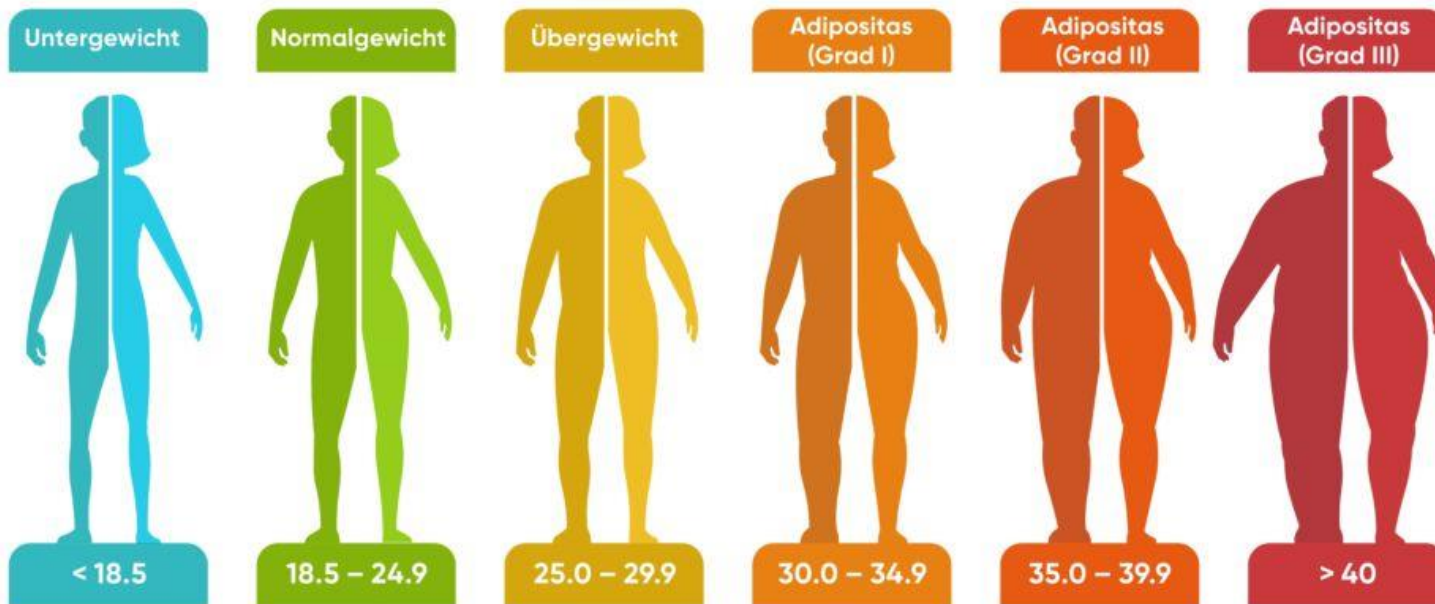
Pflegerische Maßnahmen

- **Beobachtung & Dokumentation**
 - BMI und Vitalzeichen regelmäßig kontrollieren
 - Stimmung, psychische Verfassung und Verhaltensänderungen dokumentieren
 - Begleiterkrankungen beachten (Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf)
- **Unterstützung bei Ernährung**
 - regelmäßige Essenszeiten
 - ausgewogene, ballaststoffreiche Ernährung
- **Psychosoziale Unterstützung**
- **Bewegung & körperliche Gesundheit**
 - Leichte Bewegung fördern
 - Ressourcen fördern

Prophylaxen bei BES

- Obstipation
- Thrombose
- Intertrigo
- Sturz

Body – Mass- Index



Kritikpunkte am BMI

- **Unterscheidet nicht zwischen Fett und Muskelmasse**
 - Muskulöse Menschen können laut BMI "übergewichtig" sein, obwohl sie kaum Körperfett haben
- **Keine Aussage über Fettverteilung**
 - BMI sagt nichts über Verteilung des Körperfetts aus
- **Kein individueller Gesundheitsindikator**
- BMI berücksichtigt nicht:
 - Alter
 - Geschlecht
 - Muskelmasse vs. Fettmasse
 - Lebensstil oder Fitnessniveau
- **Stigmatisierung durch „Zahlenklassifikation“**
 - Einteilung in „übergewichtig“ oder „fettleibig“ kann zu psychischem Druck führen

Alternativen zum BMI

Methode

Vorteil

Taillenumfang

Aussage über **viszerales Fett**
(Risikofaktor)

Körperfettanteil (z. B. BIA)

Genauere Unterscheidung
zwischen Fett und Muskel

Individuelle Beurteilung

Lebensstil, **Blutwerte**, Bewegung,
Ernährung

Assessmentinstrumente bei Essstörungen

- Essstörungen erfordern strukturierte **Diagnostik**
- Assessmentinstrumente helfen:
 - Risikopersonen zu identifizieren
 - Symptome zu erfassen
 - Schweregrad zu bestimmen.

SCOFF-Fragebogen

- Kurzes Screening (5 Ja-/Nein-Fragen)
- Ziel: Frühzeitige Erkennung von Essstörungen
- Auswertung: ≥ 2 Ja-Antworten \rightarrow Verdacht auf Essstörung

SCOFF Questionnaire

Name:	
Age:	Gender:
Date of Birth:	Date of Assessment:

Instructions: Select the answer that best aligns with your experience related to the question.

	Yes	No
1. Do you make yourself sick because you feel uncomfortably full?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you worry that you have lost control over how much you eat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Have you recently lost more than one stone (14 lb) in a 3-month period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you believe yourself to be fat when others say you are too thin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Would you say that food dominates your life?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Binge Eating Scale (BES)

- Ziel: Erfassung des Schweregrads der Binge-Eating-Symptomatik
- Besonders geeignet bei: Adipositas, Verdacht auf Binge-Eating-Störung

Behandlungsmethoden

- **Ambulante Psychotherapie**
 - kognitive Verhaltenstherapie (CBT)
 - ergänzt werden Ernährungsberatung, Logopädie, Körper- und Bewegungstherapie
- **Stationäre Therapie / Tagesklinik**
 - schwerem Verlauf oder wenn ambulant nicht ausreicht
 - Kombination aus ärztlicher Betreuung, Psychotherapie, medizinischer Überwachung und Ernährungstherapie

Behandlungsmethoden

- **Gruppentherapie und Selbsthilfegruppen**
 - bieten Austausch, Unterstützung und soziale Motivation
- **Multidisziplinäre Betreuung**
 - Zusammenspiel von Ärztinnen, Therapeutinnen, Psychologinnen, Ernährungsberaterinnen und Pflegefachkräften
- **Familienbasierte Ansätze** (z. B. bei Jugendlichen)
 - Einbeziehung des familiären Umfelds

Behandlungsmethoden

- **Medikamentöse Unterstützung**
 - Einsatz z. B. bei Depressionen oder Angststörungen
- **Prävention**
 - Workshops in Schulen oder Jugendzentren

Hilfsangebote in Wien

- **Hotline für Essstörungen (WiG)**
 - Tel. 0800 20 11 20 (Mo–Do 12–17 Uhr)
- **sowhat (Institut für Essstörungen)**
 - Ambulant (bis zu 3 Jahre) Diagnostik, Gruppentherapie & Prävention

Hilfsangebote in Wien

Einrichtung / Angebot

Leistungen

Kontakt/Details

Hotline für Essstörungen (WiG)

Kostenlose, anonyme Telefon- & E-Mail-Beratung, Info & Erstkontakt

Tel. 0800 20 11 20 Mo–Do 12–17 Uhr;
E-Mail: hilfe@essstoerungshotline.at
([WiG Wiener Gesundheitsförderung, Netzwerk Essstörungen](#))

sowhat (Institut für Essstörungen)

Ambulant (bis zu 3 Jahre), Diagnostik, Gruppentherapie & Prävention

Standorte: Wien-Westbahnhof
(Gerstnerstraße 3, 1150 Wien)

Essstörungenambulanz AKH

Ambulante Versorgung ab 17 Jahren

Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien;
Tel.: 01/40400-3543

F.E.M. Frauengesundheitszentrum

Ambulante Hilfe & Beratung bei Essstörungen

Bastiengasse 36-38, 1180 Wien; Tel.: 01/47615-5771

Netzwerk Essstörungen

Telefon-/E-Mailberatung, Selbsthilfegruppen für über 17-Jährige

Tel.: +43 512 57 60 26 Mo/Mi/Fr 9–13 Uhr, Di/Do 13–18 Uhr

Ressourcenorientierte Pflege

- Fokus auf **vorhandene Fähigkeiten**
- nicht nur auf Defizite
- **Motivation** durch **realistische Zielsetzungen**
- Förderung von **Selbstwirksamkeit** (z. B. eigenes Essprotokoll führen)
- **Biografiearbeit**: frühere Essgewohnheiten und Vorlieben einbeziehen

Überwachung bei Essstörungen

- Regelmäßige Gewichtskontrollen
- Beobachtung des Essverhaltens
 - Wegwerfen
 - Verstecken
- Begleitete Mahlzeiten
 - (z. B. in Gruppensettings)
- Vitalzeichenkontrolle bei Unter- oder Übergewicht

Dokumentation des Essverhaltens

- Welche Möglichkeiten gibt es?
- Warum ist das wichtig?

Dokumentation des Essverhaltens

- **Ernährungsprotokolle:** Uhrzeit, Menge, Verhalten, Begleitumstände
- **Flüssigkeitsbilanz**
- **Pflegebericht:** Verhalten vor/nach Mahlzeiten, Auffälligkeiten

Ernährungsprotokoll

Ernährungsprotokoll



Name: _____ Vorname: _____ Geboren: _____ Blatt N°

Auswertung von möglichen Punkten (210) 0-84 Unterernährung 85-126 Mangelernährung 126-168 mäßige Ernährung 169-210 adäquate Ernährung

Legende: 1 Pkt. nichts 2 Pkt. wenig (ca. 1/4) 3 Pkt. etwa die Hälfte 4 Pkt. fast alles (ca. 3/4) 5 Pkt. alles

Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme	Mo.		Di.		Mi.		Do.		Fr.		Sa.		So.	
	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.
Frühstück														
Zwischenmahlzeit														
Mittagessen														
Zwischenmahlzeit														
Abendessen														
Zwischenmahlzeit														
Tagessumme:														

Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme	Mo.		Di.		Mi.		Do.		Fr.		Sa.		So.	
	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.
Frühstück														
Zwischenmahlzeit														
Mittagessen														
Zwischenmahlzeit														
Abendessen														
Zwischenmahlzeit														
Tagessumme:														

Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme	Mo.		Di.		Mi.		Do.		Fr.		Sa.		So.	
	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.	Menge	Hdz.
Frühstück														
Zwischenmahlzeit														
Mittagessen														
Zwischenmahlzeit														
Abendessen														
Zwischenmahlzeit														
Tagessumme:														

Ernährungstagebuch



Ernährungstagebuch

Name: Jane Doe

Datum: 1.7.2022

Mo Di Mi Do **Fr** Sa So

aktuelles Gewicht: 69kg

	Lebensmittel Was? Wie viel?	Getränke Was? Wie viel?	Anmerkung Warum?	Wo? In welcher Situation?
Frühstück Uhrzeit: 6:30	Schokomüsli Vitalis Dr. Oetker 100g mit Milch 3,5% 250ml	große Tasse Kaffee mit Milch, 2 Stück Zucker	<input checked="" type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust	
Snack Uhrzeit: 9:30	belegtes Brötchen vom Bäcker mit Käse, Butter und Tomate	große Tasse Kaffee mit Milch, 2 Stück Zucker	<input type="checkbox"/> Hunger <input checked="" type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust	auf Arbeit Frühstückspause
Mittagessen Uhrzeit: 12:00	paniertes Fischfilet (handtellergroß), 6 Kartoffeln (so gross wie ein Ei), ca. 3 Ei Remouladensauce, gemischtes Gemüse (ca. 1 Hand voll) Nachtisch: Schokopudding	Apfelschorle 500ml	<input checked="" type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust	Kantine mit Kollegen
Snack Uhrzeit: 15:00	1 Zimtschnecke vom Bäcker	große Tasse Kaffee mit Milch, 2 Stück Zucker	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input checked="" type="checkbox"/> Lust	im Büro
Abendessen Uhrzeit: 19:30	2 Scheiben Toast mit Butter und Gouda, 2 Scheiben Toast mit Salami 1 hartgekochtes Ei, etwas Rohkost (Paprika 5 Gurke)	1 Glas Wasser	<input type="checkbox"/> Hunger <input checked="" type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input type="checkbox"/> Lust	Zuhause mit der Familie
Snack Uhrzeit: 21:00	Kartoffelchips (ca. halbe Tüte) 2 Riegel Milka Vollmilchschokolade	1 Glas Weißwein	<input type="checkbox"/> Hunger <input type="checkbox"/> Gewohnheit <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Frust <input checked="" type="checkbox"/> Lust	beim Fernsehen
Besonderheiten	20 Minuten spazieren gegangen			

Systematische Nahrungszufuhr und Nahrungsaufnahme

- Planung regelmäßiger Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten
- Bilanzierung von Ein- und Ausfuhr
- Einsatz von Trinknahrung oder hochkalorische Kost (nach ärztlicher Anordnung)

Überredungsversuche

Wie könnten Sie das in der Praxis gestalten?

- Klare Abgrenzung von Rollen
 - Pflege ist keine Kontrollinstanz
- Gespräche mit wertschätzender, aber konsequenter Haltung führen
- Bei Gefährdung → Rücksprache mit interdisziplinärem Team

Künstliche Ernährung

- umfasst Maßnahmen die Nahrungsaufnahme ersetzen/ ergänzen
- Dazu zählen:
 - **Enterale** Ernährung (über Magensonde, PEG)
 - **Parenterale** Ernährung (über die Vene)

Enterale Ernährung

- Nahrungszufuhr über Ernährungssonde
- Nahrung gelangt in Magen-Darm-Trakt ohne Nahrungsaufnahme über Mund-Rachen-Raum

Indikation:

- orale Ernährung ist nicht möglich:
 - Patient*in kann nicht essen, z. B. Schluckstörungen...
 - Patient*in darf nicht essen, z. B. postoperativ
 - Patient*in will nicht essen, z. B. Anorexie, Demenz...

Definition Nasogastrale Sonde (Magensonde)

- Nasogastrale Sonde (Magensonde)
 - flexibler Kunststoffschlauch,
 - durch **Nase - Rachen** und **Speiseröhre** in den **Magen** gelegt
- dient als kurzfristige Lösung (7-14 Tage)
 - **künstlichen Ernährung**
 - Medikamentengabe
 - Magenentlastung

Nase



Nasensonde



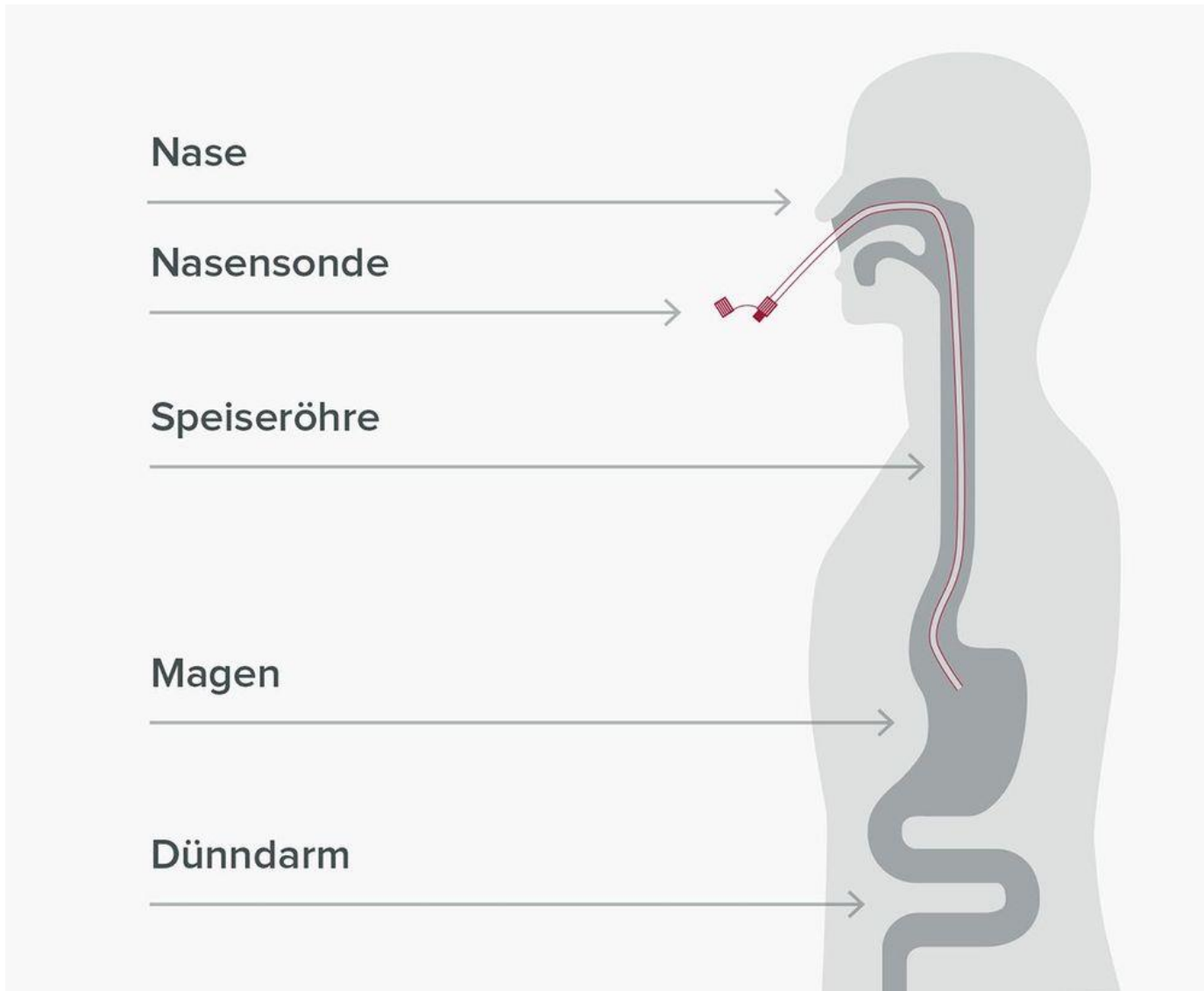
Speiseröhre

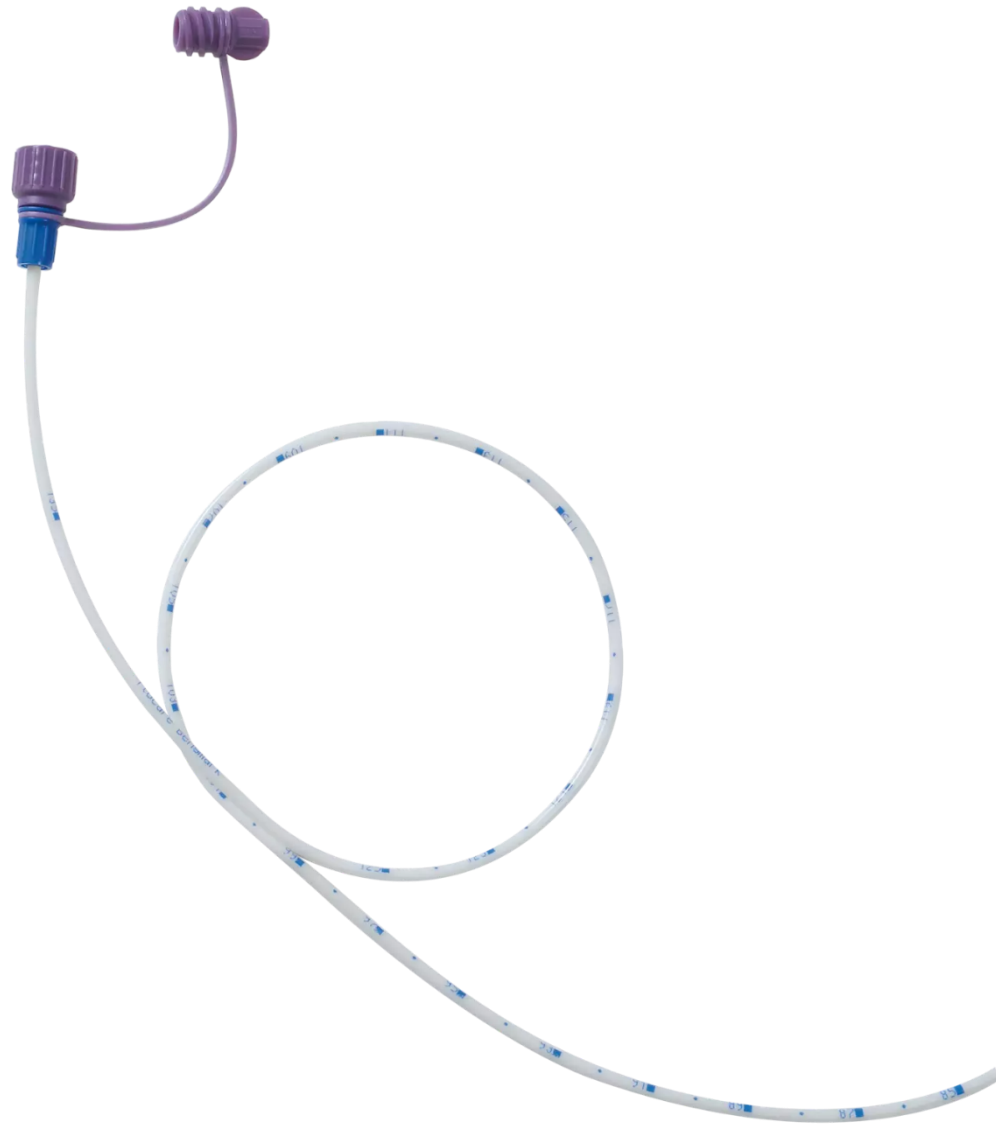


Magen



Dünndarm

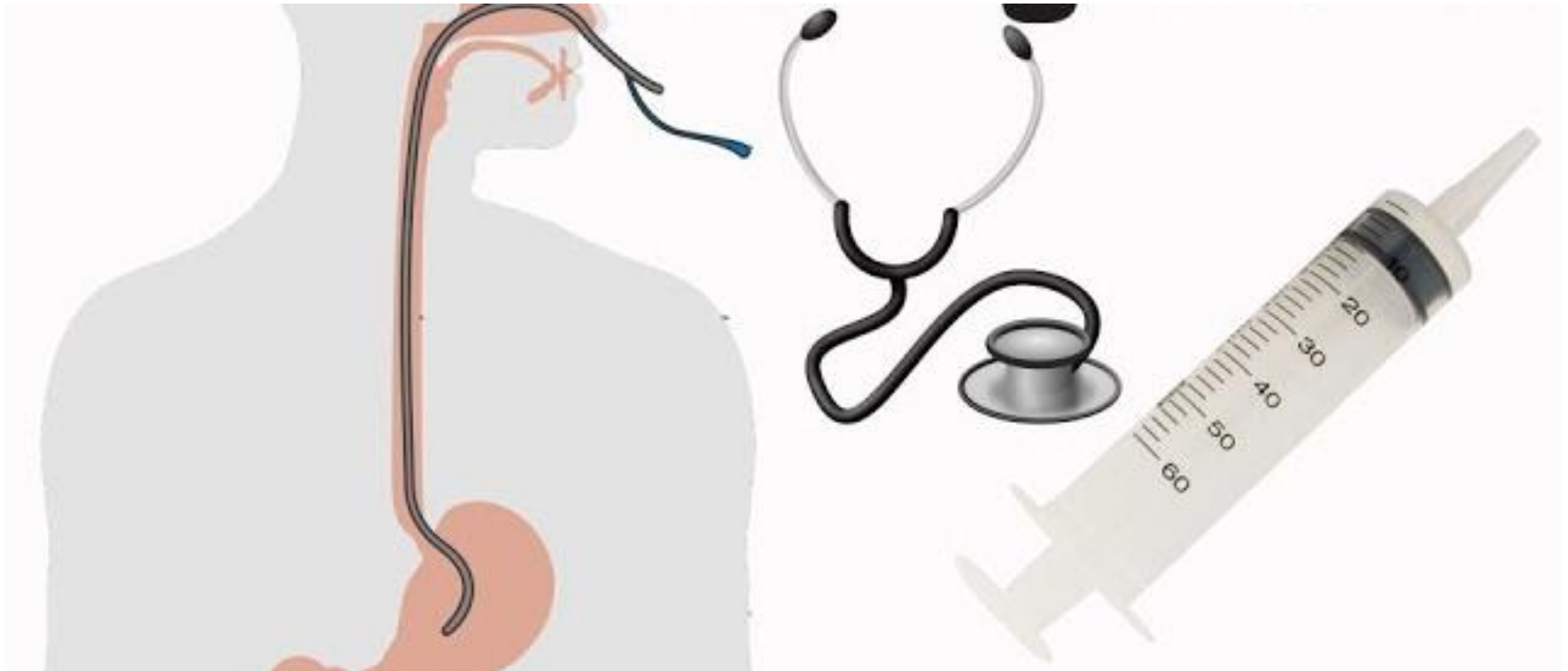




Indikationen

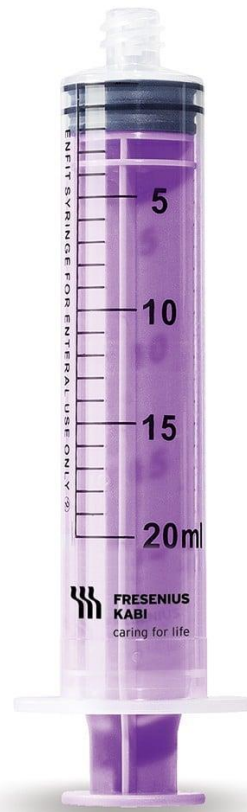
- Schluckstörungen
- Bewusstseinsstörungen
- Tumorerkrankungen im Mund-Rachen-Bereich
- Postoperative Ernährung
- Entlastung bei Magen-Darm-Erkrankungen (z. B. Ileus, Erbrechen)

Setzen einer nasogastralen Sonde



<https://www.youtube.com/watch?v=kW47SIADJDI>

Ernährungsspritze



Komplikationen

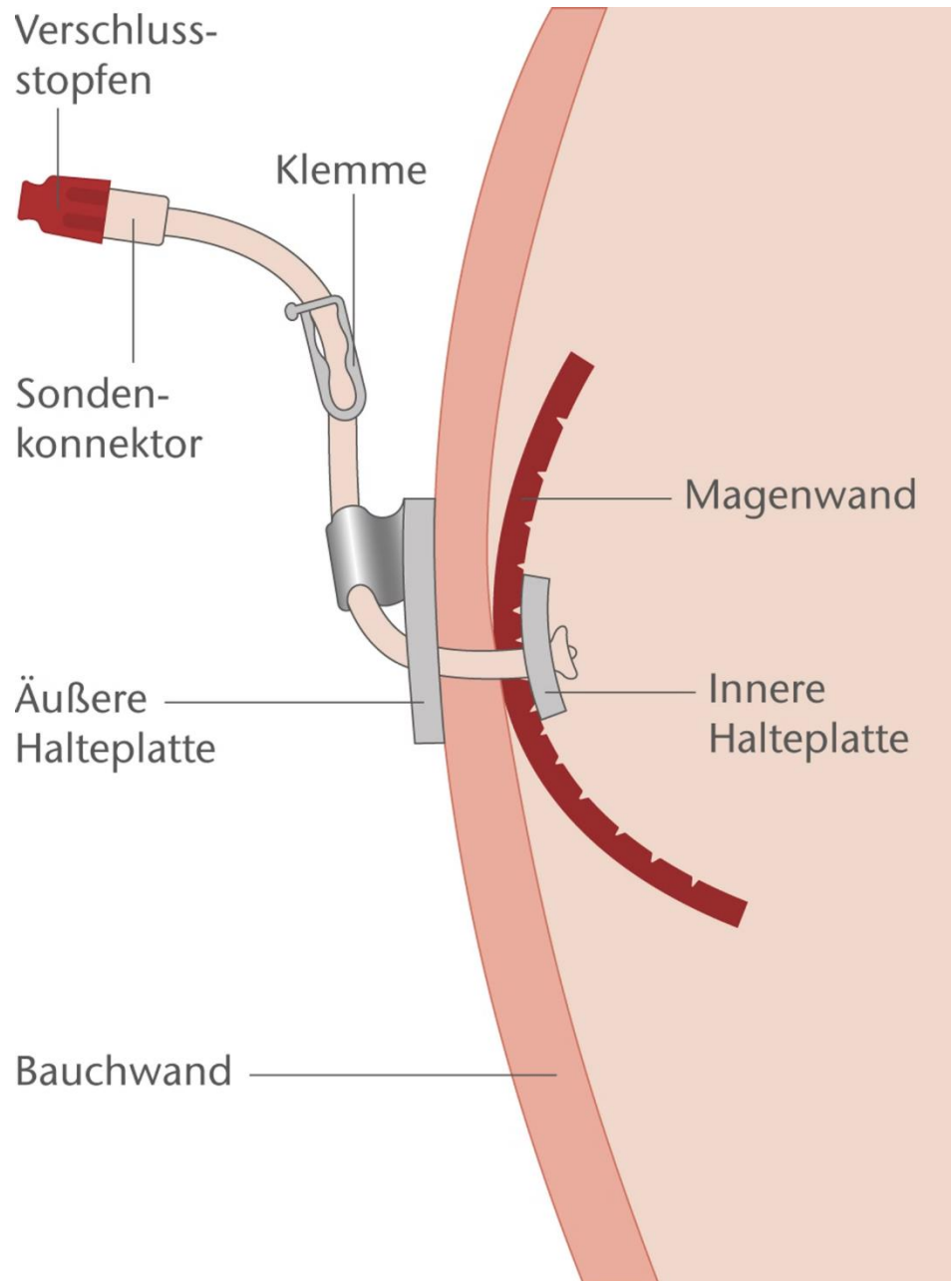
- Austrocknung der Schleimhäute
- Druckstellen, Hautirritationen durch die Klebefixierung an Nase oder Mund
- Pneumonie
- Dislokation
- Aspiration von Mageninhalt
- Verstopfung der Magensonde

Aufgaben der Pflegeassistenz

- PA dürfen **keine Magensonde** setzen!
- **Beobachtung und Dokumentation:**
 - Überwachung der Sondenlage (Markierung)
- **Unterstützung bei der Pflege:**
 - Hygienemaßnahmen wie Mund- und Nasenpflege,
 - Beobachtung der Hautintegrität rund um die Sonde
- **Assistenz bei der Ernährung:**
 - Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten und Sondennahrung
- **Meldung von Auffälligkeiten oder Veränderungen**
 - Falsche Lage
 - Verstopfung, etc..

Definition PEG Sonde

- **perkutane endoskopische Gastrostomie**
 - künstlich angelegte Verbindung zwischen Haut und Magen
 - zur Nahrungs, Flüssigkeits- und Medikamentenverabreichung
- mithilfe eines Endoskops durch Bauchdecke in Magen gelegt
- **langfristige Ernährung**

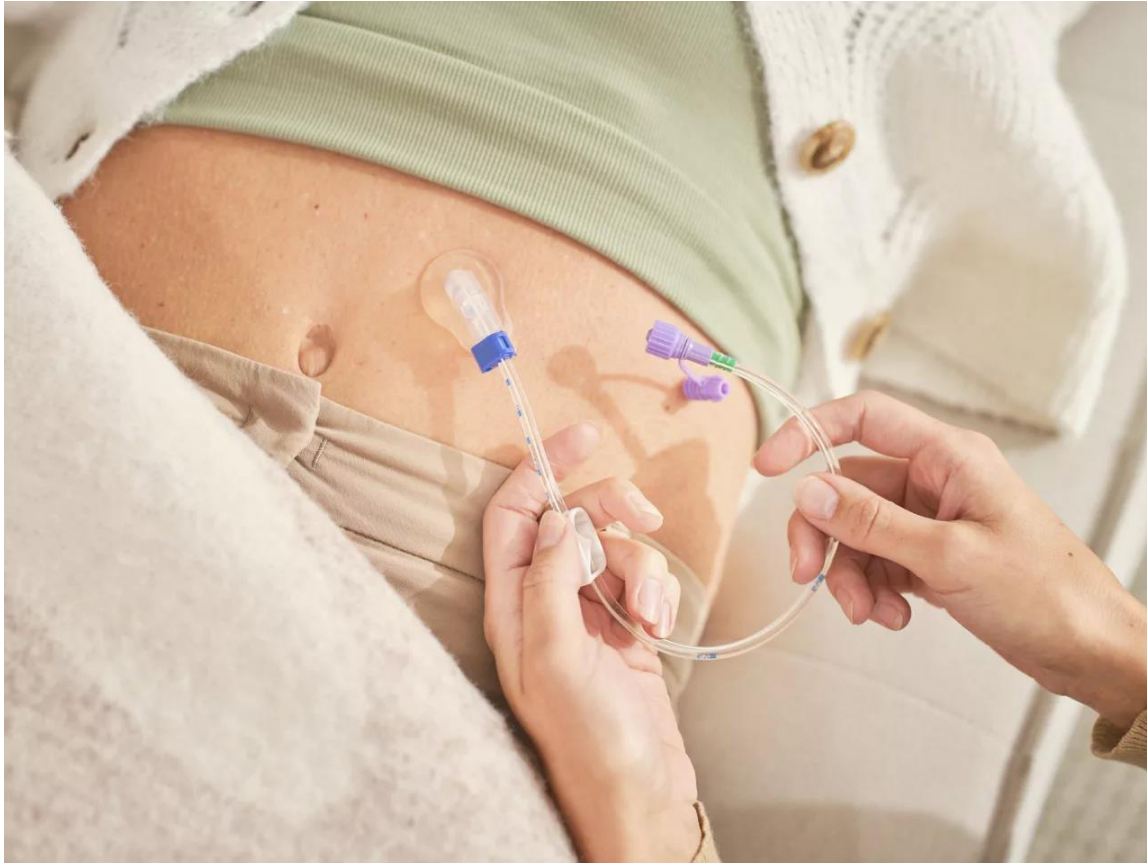


Indikationen

- Schluckstörungen
- neurolog. Erkrankungen, die Nahrungsaufnahme beeinträchtigen (z. B. ALS)
- Tumoren im Mund-, Rachen- oder Speiseröhrenbereich
- Langfristiger Mangelernährung bei chronisch kranken oder bettlägerigen Menschen

Vorteile einer PEG-Sonde

- Langfristige Lösung für die Ernährung
- Geringeres Risiko für Aspiration
- Höherer Komfort
- Ermöglicht genaue Kontrolle über Nährstoffzufuhr



Lageüberprüfung

**Vor Nahrungs-, Flüssigkeits-, oder
Medikamentenverabreichung muss PEG-
Sonde kontrolliert werden**

Überprüfung der Lage:

- Sichtkontrolle Einstichstelle
- Kontrolle der Durchgängigkeit des Schlauchsystems

Komplikationen

- Wundinfektion an der Einstichstelle
- Hautrötungen, Hautschäden
- Druckstellen
- Dislokation
- Verstopfung des Sondenschlauchs

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Hautpflege rund um die Einstichstelle:**
 - Reinigen mit NaCl/ Hautdesinfektionsmittel (z.B. Kodan)
 - Kein Ziehen oder Verdrehen der Sonde
 - Beobachtung auf Rötung, Druckstellen, Entzündungen
- **Positionierung während der Sondennahrung:**
 - Oberkörperlagerung (mind. 30–45)

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Beobachtung und Dokumentation:**
 - Kontrolle auf Austritt von Mageninhalt, Schmerzen, Übelkeit
 - Beobachtung der Konsistenz, Farbe und Menge der verabreichten Nahrung
 - Hautbeobachtung rund um die Sonde
- **Hygiene beachten**
 - Händedesinfektion + Handschuhe!
 - Keine Manipulation an der Sonde ohne Anweisung
 - Auffälligkeiten melden

Aufgaben der Pflegeassistenz

- **Korrektur und regelmäßiger Verbandwechsel**
 - steriles Wundmaterial
 - Handschuhpflege

Verbandwechsel PEG-Sonde:

<https://www.youtube.com/watch?v=AxZX5idp4kk>

Rechtliche Situation

- **Einwilligung**
 - Jede Maßnahme bedarf einer Einwilligung
- **Patientenverfügung**
 - künstliche Ernährung Ja/Nein?
- **Einwilligungsfähigkeit**
 - Einwilligungsfähig → rechtliche Vertreter oder Gericht entscheidet basierend auf mutmaßlichem Patientenwillen

Ethische Aspekte

- Künstliche Ernährung ist medizinische Behandlung
- nicht als **Lebenserhaltung** ohne Aussicht auf Besserung
- Entscheidung interdisziplinär und im Einvernehmen mit Patient*in und Angehörigen

Literatur

- Müller, M. J. et al. (2020). Critical analysis of the use of BMI in clinical practice. *Obesity Reviews*.
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft (2022). S3-Leitlinie Adipositas. <https://www.adipositas-gesellschaft.de>
- WHO. (2023). Obesity and overweight. <https://www.who.int>
- Morgan, J. F., Reid, F., & Lacey, J. H. (1999). SCOFF: a useful tool for screening eating disorders.
- Deutsche Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) (2023). S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von Essstörun
- Deutsches Zentrum für Essstörungen (DZE): <https://www.dz-e.de/>
- Leitlinien der DGPM/DGPPN: "Diagnostik und Therapie von Essstörungen"
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022): „Ausbildungsrichtlinien Pflegeassistentenberufe“
- Peplau, H.E. (1997): „Beziehungen in der Pflege“, Urban & Fischer
- Längle, A. (2016): „Existenzanalyse: Praxis der Personzentrierten Psychotherapie“, Facultas
- Pflegebibel Österreich (2023), Kapitel: Ernährung und Beobachtung
- Schulz, W. (2019): „Essstörungen: Krankheitsbilder, Diagnostik und Behandlung“, Springer Medizin
- Schweda-Nicholson, Nicole, u.a. (2019): *Pflege bei Mangelernährung und künstlicher Ernährung*. Urban & Fischer Verlag.
- Deutsches Ärzteblatt (2020): *Künstliche Ernährung – rechtliche und ethische Aspekte*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Österreich): *Patientenrechte in der Medizin* (Online verfügbar).
- WHO (2019): *Management of Severe Malnutrition – Guidelines* (auch für Pflege relevant).
- Arbeitskreis Ernährung im Gesundheitswesen (AKG): *Pflege bei enteraler und parenteraler Ernährung: Standards und Praxisleitfaden*.
- Helfferich, Claudia (2016): *Essstörungen verstehen und begleiten*. Springer Verlag.