gestufe, im wöchentlichen Tagesdurchschnitt bestimmte Zeitwerte erreichen. Gleichzeitig darf der hauswirtschaftliche Unterstützungsbedarf nie im Vordergrund stehen:

- Pflegestufe I: mindestens 90 Minuten Unterstützungsbedarf im Tagesdurchschnitt – davon mehr als 45 Minuten in der Grundpflege
- Pflegestufe II: mindestens drei Stunden im Tagesdurchschnitt – davon mindestens zwei Stunden in der Grundpflege
- Pflegestufe III: mindestens fünf Stunden im Tagesdurchschnitt – davon mindestens vier Stunden in der Grundpflege

1.5.3 Leistungen der Pflegeversicherung

Leistungen der Pflegeversicherung ►LF 3.1, Kap. 3.4.1, S. 1087 f.

Sowohl aus Sicht des Betroffenen und seiner Angehörigen, aber auch aus Sicht der Pflegefachkräfte kommt der Pflegestufe eine wichtige Bedeutung zu: Die Pflegestufe entscheidet darüber, welche **Sachleistungen** oder **Pflegegeld** einem Pflegebedürftigen zustehen.

Für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, z.B. demenziell Erkrankte, gibt es auch ohne Pflegestufe Leistungen (§ 45 SGB XI). Je nach Schweregrad der Einschränkung sind dies € 100,– (Grundbetrag) oder € 200,– (erhöhter Betrag).

Nach dem **Pflegeneuausrichtungsgesetz** (seit 01.01.2013) besteht zusätzlich ein Anspruch im Rahmen der jeweiligen Pflegestufe. Dabei gibt es nur für diesen Personenkreis die sogenannte **Pflegestufe 0**, also Leistungen, auch wenn die Kriterien der erheblichen Pflegebedürftigkeit nicht erfüllt sind (Tab. 1.1). Eingeführt sind darüber hinaus Leistungen der häuslichen Betreuung, d.h. Hilfen bei der Alltagsgestaltung, wie Spazierengehen oder Vorlesen.

! Merke

Pflegesachleistungen sind Leistungen, die Pflegefachkräfte oder Pflegehilfskräfte im Rahmen der häuslichen Pflege für den Pflegebedürftigen erbringen. § 36 SGB XI

Pflegegeld ist eine finanzielle Leistung, mit der der Pflegebedürftige seine grundpflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung selbst sicherstellen kann. § 37 SGB XI

Um sicherzustellen, dass das Pflegegeld zum Wohl des Pflegebedürftigen eingesetzt wird und dieser sich in einem guten Pflegezustand befindet, schreibt das **Pflegeversicherungsgesetz** in § 37 eine Beratung des Pflegebedürftigen vor (►LF 1.4, Kap. 2.3, S. 818). Diese Beratung wird durch bestimmte Einrichtungen, z.B. ambulante Pflegedienste, die eine entsprechende Zulassung besitzen, durchgeführt. Je nach Pflegestufe gilt eine unterschiedliche Beratungsfrequenz:

- Pflegestufe I und II: eine Beratung pro Halbjahr
- Pflegestufe III: eine Beratung im Vierteljahr

Pflegebedarf	Sachleistungen zur Pflege/mtl.	Pflegegeld/ mtl.	bei stationärer Pflege/mtl.
Pflegestufe 0 Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	225 €	120 €	
Pflegestufe 1 Mind. 90 Min. täglich, davon Grundpflege 45 Min.	450 € 665 €[1]	235 € 305 €[1]	1023 €
Pflegestufe 2 Mind. 3 Std. täglich, davon Grundpflege 2 Std.	1100 € 1250 €[1]	440 € 525 €[1]	1279 €
Pflegestufe 3 Mind. 5 Std. täglich, davon Grundpflege 4 Std. Zur Vermeidung von Härten	1550 € 1918 €	700 €	1550 € 1918 €

Tab. 1.1: Leistungen der Pflegeversicherung ([1] = Pflegestufe sowie Vorliegen einer dauerhaften erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz)

1.5.4 Diskussion um einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Bereits seit einigen Jahren ist bekannt, dass der aktuelle **Pflegebedürftigkeitsbegriff** nicht ausreicht. Der größte Kritikpunkt ist, dass er einseitig den körperlichen Unterstützungsbedarf betrachtet. 2009 wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums von einem Beirat ein Gutachten für einen neuen **Pflegebedürftigkeitsbegriff** vorgelegt. Die Mitglieder dieses Beirates kamen aus verschiedenen Bereichen, z. B. Pflegewissenschaft, Interessenverbände, Gesetzgebung, Krankenkassen, Ministerien. Der Bericht ließ allerdings noch zahlreiche Fragen offen. Im März 2012 nahm der Expertenbeirat seine Arbeit zur konkreten Ausgestaltung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs wieder auf. Am 27. Juni 2013 legte er einen Bericht zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsberichts vor (www.bmg.bund.de). Dort empfiehlt der Expertenbeirat z. B. »die Schaffung eines neuen Begriffs der Pflegebedürftigkeit, der fünf Pflegegrade anstelle der bisherigen drei Pflegestufen umfasst. Die neuen Pflegegrade sind maßgebend für die Höhe der Sach- und Geldleistungen. Sie erlauben unter Berücksichtigung des Teilleistungssystems der Pflegeversicherung eine differenziertere Einstufung von erwachsenen Pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Kindern und führen zu mehr Gerechtigkeit.“ (10, S. 8)

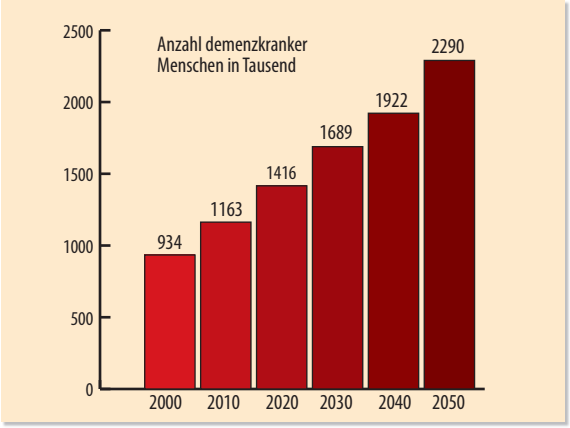

Abb. 1.14: Entwicklung der Anzahl der Demenzkranken (MDK).

Im Koalitionsvertrag „Deutschlands Zukunft gestalten“ der Bundesregierung heißt es, dass „der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff auf der Grundlage der Empfehlungen des Expertenbeirates in dieser Legislaturperiode so schnell wie möglich eingeführt“ (11, S. 59) werden soll.

Aufgaben

- Nennen und erläutern Sie verschiedene Altersmodelle.
- Erklären Sie die Unterschiede zwischen kalendarischem, biologischem und sozialem Alter.
- Welche Funktion hat ein soziales Netzwerk?
- Nennen Sie Beispiele für anatomische und physiologische Veränderungen im Alter. Welche Ursachen können diesen Veränderungen zugrunde liegen?
- Erklären Sie, welche Faktoren die Zunahme der Lebenserwartung beeinflussen.
- Was bedeuten die Singularisierung, die Feminisierung und die Zunahme älterer Migranten für die Pflege?
- Wie definiert die WHO den Begriff »Gesundheit«?
- Welcher Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen ist in § 11 des 5. Sozialgesetzbuchs (SGB V) festgehalten?
- Wie wird der Begriff »Pflegebedürftigkeit« im Pflegeversicherungsgesetz definiert? Erläutern Sie diese Definition.
- Wie viele Pflegestufen gibt es? Was sind die Kriterien für die Eingruppierung in eine Pflegestufe?

3.4.2 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)

Das **Deutsche Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)** (www.dnqp.de) hat es sich zur Aufgabe gemacht,

- evidenzbasierte Expertenstandards zu entwickeln,
- in der Fachöffentlichkeit einen Konsens zum jeweiligen Expertenstandard herzustellen und
- Expertenstandards in den verschiedenen Pflegeeinrichtungen einzuführen (10).

Entwicklung der Expertenstandards

Mit der Entwicklung des ersten **Expertenstandards** wurde im Jahr 1999 begonnen. Das Thema des ersten Expertenstandards lautete »**Dekubitusprophylaxe in der Pflege**«, der bereits in der 1. Aktualisierung von 2010 vorliegt.

Seither sind weitere Expertenstandards mit den folgenden Themen entwickelt worden:

- **Entlassungsmanagement in der Pflege**
- **Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen**
- **Sturzprophylaxe in der Pflege**
- **Förderung der Harnkontinenz in der Pflege**
- **Pflege von Menschen mit chronischen Wunden**
- **Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege**
- **Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen**

Der Expertenstandard »**Erhaltung und Förderung der Mobilität**« ist derzeit in Arbeit.

Die Entwicklung der Expertenstandards unterliegt einem festgelegten Vorgehen:

Zunächst wird eine unabhängige **Expertenarbeitsgruppe** gebildet. Zu jedem Thema arbeitet eine 8 bis 12-köpfige Expertenarbeitsgruppe, die etwa zu gleichen Teilen aus Mitgliedern der Pflegepraxis und -wissenschaft mit ausgewiesener Fachexpertise zusammengesetzt ist. Hinzu kommt eine Vertretung aus einem Patienten- und/oder Verbraucherschutzverband.

Im nächsten Schritt wird die für das Thema relevante Fachliteratur national und international recherchiert. Im Anschluss wird sie hinsichtlich ihrer Evidence (►LF 1.1, Kap. 3.4.1, S. 40) bewertet. Nur Literatur mit einem ausreichenden Evidence-Grad wird in der weiteren **Literaturstudie** berücksichtigt.

Aus den Aussagen der Literatur wird ein **Standard-Entwurf** gebildet.

Der Standard-Entwurf wird im Rahmen einer sogenannten **Konsensus-Konferenz** präsentiert. An dieser Konferenz kann die gesamte Fachöffentlichkeit nach Anmeldung teilnehmen. Nach der Präsentation besteht für das Fachpublikum die Möglichkeit, Anregungen, Gedanken und Meinungen vorzutragen. Die Anmerkungen werden protokolliert und anschließend in der Expertenarbeitsgruppe diskutiert. Je nach Entscheid der Expertenarbeitsgruppe werden die Anregungen anschließend verworfen oder eben in den Expertenstandard aufgenommen.

Der nun **endgültige Expertenstandard** ist als Buch, in dem die Methode sowie die Ergebnisse aus der Literaturstudie bewertet werden, käuflich zu erwerben.

Im nächsten Schritt findet die **modellhafte Einführung** des Expertenstandards in etwa 25 Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und Pflegeheimen statt. Die an diesem Prozessschritt teilnehmenden Einrichtungen können sich freiwillig melden und werden durch das DNQP sowie die Expertenarbeitsgruppe wissenschaftlich begleitet. Auf diese Weise wird getestet, ob der Expertenstandard in der Praxis umgesetzt werden kann.

Am Ende der modellhaften Einführung findet ein **Qualitätsaudit** statt, bei dem gemessen wird, ob der Expertenstandard positive Ergebnisse in der Praxis zeigt. Für diese Bewertung werden zum jeweiligen Thema passende Frage- bzw. Beurteilungsbögen, sogenannte **Auditinstrumente**, verwandt.

Die **Auditinstrumente** werden vom DNQP ausgewertet und die Ergebnisse veröffentlicht.

In einem sogenannten **Netzwerk-Workshop** können sich die Modell-Einrichtungen austauschen.

gestellt werden. Wenn die Spannungsbewältigung glückt, wirkt sie gesundheitserhaltend oder -fördernd.

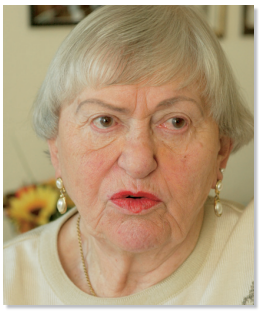

Abb. 4.5: Stressor und Spannungszustand. Frau Behrens denkt: »Die Altenpflegerin heut Morgen war ziemlich unfreundlich zu mir. Soll ich sie noch einmal ansprechen?«

Widerstandsressourcen

Widerstandsressourcen erleichtern eine erfolgreiche Spannungsbewältigung. Sie erhöhen die Widerstandskraft eines Menschen und haben Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung der Gesundheit.

Widerstandsressourcen können sein:

- individuelle Faktoren, wie ein gesundes Immunsystem, Intelligenz, finanzielle Mittel,
- soziale Faktoren, z. B. Unterstützung durch die Familie,
- kulturelle Faktoren, z. B. ein Rollenverhalten, das Sicherheit gibt.

Die Widerstandsressourcen ermöglichen es einem Menschen, positive Erfahrungen zu machen und Herausforderungen zu bewältigen.

Abb. 4.6: Spannungszustand und Widerstandsressource. Frau Behrens denkt weiter: »Ach, so schlimm war es auch nicht, jeder kann ja mal einen schlechten Tag haben, ich frage einfach, was los war.«

! Merke Nach dem Modell der Salutogenese ist das **Ziel pflegerischer Intervention**, jedem Menschen Wissen und Werkzeuge zu geben, damit er in der Lage ist, die eigene Gesundheit zu beeinflussen. Nicht die Anforderungen des Lebens machen demnach krank, sondern unbearbeitete Spannungen, die sich in Belastungen umwandeln. Ein starkes Kohärenzgefühl ist dabei der entscheidende Faktor, um alltägliche Anforderungen und Stressoren zu bewältigen.

4.1.2 Resilienz oder Selbstkompetenz

Definition **Resilienz** ist »die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken« (1, S. 18)

Es gibt eine große Bandbreite der Reaktionsweisen auf psychische Konflikte und traumatische Erfahrungen. Menschen können mit fortgesetzter Panik und starken Ängsten, mit tiefer depressiver Verstimmung, mit paranoiden Verhaltensweisen oder auch mit körperlicher Krankheit reagieren.

Wie ausgeprägt die psychische Widerstandskraft ist, hängt von vielen inneren und äußeren Faktoren ab. Insbesondere eine stabile und empathische Beziehung und ein stabiles Konfliktlösungsmuster haben Einfluss darauf, ob und wie belastende Situationen verarbeitet werden können.

Die **emotionale Widerstandsfähigkeit** wird als **Resilienz** bezeichnet. Sie beruft sich auf individuelle und soziale Ressourcen, die helfen, Belastungserfahrungen zu verarbeiten. Resiliente Menschen sind fähig, sich an veränderte Lebensbedingungen anzupassen und die traumatische Erfahrung in ihr Selbstkonzept und Weltverstehen zu integrieren.

Die Bewältigung von Verlusten und Belastungen im Alter ist von den sozialen und individuellen Ressourcen abhängig. Der erfolgreiche Umgang mit Stress kann die Entwicklung von Depression und Verwirrtheit verhindern. Resilienz ist somit eine schützende Kraft in der Auseinandersetzung mit dem Älterwerden. Alte Menschen können darin un-

LF 1.2

2.3 Der Regelkreis des Pflegeprozesses

Je nach Autor besteht der Pflegeprozess aus vier, fünf oder **sechs Schritten**. Das im deutschen Sprachraum wohl geläufigste **Modell des Pflegeprozesses** enthält sechs Schritte und stammt von Fiechter und Meier. Im Kern beinhalten jedoch alle Modelle folgende Schritte:

- Die Pflegefachkraft sammelt **Informationen** über den Zustand und das Befinden des pflegebedürftigen Menschen sowie über seine Situation. Man spricht von **Anamnese**.
- Anschließend bewertet sie die Informationen. Handelt es sich um Fähigkeiten und Voraussetzungen, so spricht man von **Ressourcen**. Bei fehlenden Fähigkeiten, körperlichen oder seelischen Zuständen, die den alten Menschen einschränken oder ihm gar schaden, sowie bei ungünstigen Situationen, spricht man von **Pflegeproblemen**. Insgesamt wird dieser Schritt als **Pflegediagnostik** bezeichnet.
- Auf Basis der festgestellten Ressourcen und Pflegeprobleme legt die Pflegefachkraft fest, welcher Zustand bzw. welche Situation als **Ziel** erreicht werden soll.
- Im nächsten Schritt erstellt die Pflegefachkraft den **Maßnahmenplan**.
- So wie die Maßnahmen geplant wurden, findet auch ihre **Durchführung** statt. Dieser Schritt wird als **Intervention** bezeichnet.
- Im letzten Schritt des Pflegeprozesses **bewertet** die Pflegefachkraft, ob der angestrebte Zustand bzw. die angestrebte Situation erreicht wurde. Man spricht von **Evaluation**.

Stellt die Pflegefachkraft fest, dass der angestrebte Zustand bzw. die angestrebte Situation des alten Menschen nicht erreicht wurde, so beginnt der Pflegeprozess von vorn. Bei den Ressourcen sowie aktuellen Pflegeproblemen können sich zwischenzeitlich **Änderungen** ergeben haben.

Jeder Schritt im Pflegeprozess hat seine Bedeutung. Wird ein Schritt vergessen oder nicht fachgerecht ausgeführt, so ergeben sich daraus Probleme (Tab. 2.1).

✔ **Tipp** Der Pflegeprozess gibt eine Handlungsreihenfolge vor, die jedoch nicht unumstößlich ist. Möglicherweise bemerkt die Pflegefachkraft, während sie eine Pflegemaßnahme durchführt, ein neues, bisher unbekanntes Problem. In diesem Fall führt die Pflegefachkraft die geplanten Maßnahmen nicht stur weiter durch, sondern sie überlegt, ob die angestrebten Ziele und geplanten Maßnahmen trotz des neuen Problems noch aktuell sind oder angepasst werden müssen.

! **Merke** Um den Pflegeprozess verständlich zu machen, stellt die Auflistung der sechs Schritte des Pflegeprozesses nur die Sicht der Pflegefachkraft dar. Im Rahmen einer professionellen Pflege bezieht die Pflegefachkraft jedoch den alten Menschen und bei Bedarf seine Angehörigen mit ein. Auf diese Weise kann sie gewährleisten, dass

- keine Informationen übersehen werden,
- die aus Sicht des alten Menschen wichtigsten Probleme im Vordergrund stehen,
- die verfolgten Pflegeziele im Sinne des alten Menschen sind und
- die geplanten und durchgeführten Maßnahmen von dem alten Menschen akzeptiert werden.

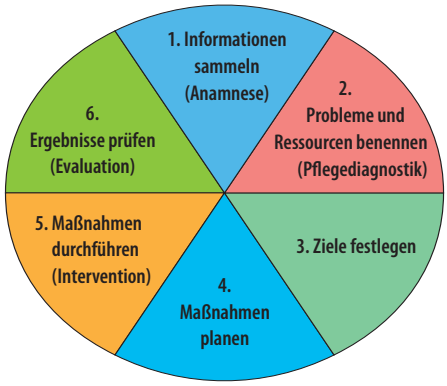

Abb. 2.2: Der Pflegeprozess in sechs Schritten. Manche Autoren fassen die Informationssammlung sowie die Festlegung von Ressourcen und Problemen in einem Schritt zusammen. Andere Autoren fassen die Planung und Durchführung der Maßnahmen in einem Schritt zusammen. Aus diesem Grund wird der Pflegeprozess teilweise auch in vier oder fünf Schritten dargestellt.

Der inoffizielle Weltrekord eines sogenannten **Apnoetauchers** lag, bei vorheriger Einatmung von 100 %igem Sauerstoff, im Jahr 2007 bei 16 Minuten und 14 Sekunden. Ohne vorherige Sauerstoffgabe kam dieselbe Person nur rund 9 Minuten aus, ohne zu atmen (1). Im Normalfall kommt es schon nach einer erheblich kürzeren Apnoedauer zu massiven körperlichen Schädigungen.

! Merke Die Atmung unterliegt dem vegetativen Nervensystem (►LF 1.3, 18.1.3, S. 645), d. h., der Mensch atmet auch, wenn er nicht bewusst daran denkt. Menschen, die nicht selbstständig atmen können, können nur mithilfe einer künstlichen Beatmung am Leben gehalten werden.

✔ Tipp Bei Atemproblemen richtet die Pflegefachkraft immer eine erhöhte Aufmerksamkeit auf den alten Menschen.

1.1.1 Beobachtung der Atmung

Die Pflegefachkraft **beobachtet** die Atmung des Pflegebedürftigen gezielt bei

- der Neuaufnahme,
- Herzerkrankungen,
- Lungenerkrankungen,
- der Gabe von Sauerstoff,
- Schock,
- Schluckstörungen und
- Bewusstlosigkeit.

✔ Tipp Ein Mensch, der sich seiner Atmung bewusst ist, beeinflusst seine Atmung. Für die Beobachtung der Atemfrequenz ist die unbewusste Atmung entscheidend. Daher misst die Pflegefachkraft die Atmung so, dass es der alte Mensch nicht bemerkt. Dies ist möglich, indem die Pflegefachkraft direkt im Anschluss an die Pulsmessung (►LF 1.3, Kap. 1.2.3, S. 146) für eine weitere Minute das Handgelenk hält, dabei jedoch unauffällig zählt, wie oft sich der Brustkorb hebt bzw. senkt.

Atemfrequenz

Die **Atemfrequenz** zeigt an, wie oft der Mensch atmet. Üblicherweise misst die Pflegefachkraft die Anzahl der Atemzüge im Zeitraum einer Minute. Die Ein- und Ausatmung wird gemeinsam als ein Atemzug gezählt.

Auch im **Schlaf** kann die Atemfrequenz unbemerkt gemessen werden. Bei ruhigem Schlaf ist die Atemfrequenz allerdings niedriger als beim wachen Menschen.

Weist der Betroffene eine sehr **flache Atmung** auf, z. B. aufgrund einer Bewusstlosigkeit, so erfühlt die Pflegefachkraft die Atembewegungen. Dazu legt sie ihre flache Hand auf den unteren Rippenbogen des alten Menschen. Die Atmung auf diese Weise unbemerkt zu messen, ist erheblich schwieriger.

Atmung	Atemfrequenz	Mögliche Ursache
Tachypnoe (beschleunigte Atmung)	> 20	• Anstrengung • Aufregung • Schmerzen • Fieber • Schock • Lungenerkrankungen
Normale Atmung	16–20	
Bradypnoe (verlangsamte Atmung)	< 12	• Schlaf • Schädigung des Zentralnervensystems (►LF1.3, Kap. 18.1.2, S. 643) • Vergiftung • Stoffwechselstörung
Apnoe (Atemstillstand)	0	• Tod • als sogenannte Schlafapnoe = längere Atempausen zwischen zwei Atemzügen • bei erweitertem Herz-Kreislaufschock

Tab. 1.1: Veränderung der Atemfrequenz.

✔ Tipp Die Pflegefachkraft dokumentiert:

- Atemfrequenz und Messdauer
- Zeitpunkt sowie Situation vor und während der Messung, z. B. Messung im Schlaf
- bewusste Beeinflussung der Atemfrequenz durch den alten Menschen
- Atemtiefe

Abb. 1.146: Aktive Gymnastik zur Thromboseprophylaxe

Die Pflegefachkraft stellt das Fußende des Bettes hoch und das Kopfteil flach. Eine Pflegefachkraft hebt das auszustreichende Bein über Herzniveau. Die zweite Pflegefachkraft umfasst nun mit beiden Händen den Oberschenkel und streicht diesen herzwärts mit sanftem Druck und in gleichmäßiger Geschwindigkeit aus. Ausgehend von der Ferse bis oberhalb des Knies streicht sie dann den Unterschenkel aus. Sie wiederholt den Ausstreichvorgang fünfmal.

! Merke Einige Maßnahmen der Thromboseprophylaxe, z. B. die Hochlagerung der Beine oder das Ausstreichen der Venen (Vorsicht bei Herzinsuffizienz), sind **kontraindiziert,** wenn bereits eine Thrombose vorliegt. Die Pflegefachkraft bespricht die Thromboseprophylaxe daher mit dem Arzt, bevor sie sie durchführt.

✔ Tipp Die Pflegefachkraft dokumentiert zusätzlich zur allgemeinen Dokumentation bei Prophylaxen:
- Einschätzung des Thromboserisikos
- Änderungen der Situation, die auf ein erhöhtes Thromboserisiko hinweisen

1.9.3 Sturzprophylaxe

Ein **Sturz** kann in jedem Alter auftreten. Bewohner von Alten- und Pflegeheimen haben jedoch ein erhöhtes Risiko zu stürzen. Gleiches gilt für ältere Personen, die in der häuslichen Umgebung leben (28, S. 23). Das DNQP widmet der **Sturzprophylaxe** aus diesem Grund einen eigenen Expertenstandard (►LF 1.1, Kap. 3.4.2, S. 41), der seit 2013 bereits in der 1. Aktualisierung vorliegt.

✔ Tipp Auf der Seite des DNQP (www.dnqp.de) können Sie einen Auszug der aktuellen Version des Expertenstandards »Sturzprophylaxe in der Pflege« herunterladen.

Assessment

Ein Sturz kann viele Ursachen haben. Der Expertenstandard unterteilt in **personen-, medikamenten- und umgebungsbezogene Sturzrisikofaktoren**. Die Pflegefachkraft erfasst bei dem Pflegebedürftigen im Rahmen des pflegereischen Aufnahmegesprächs systematisch alle Sturzrisikofaktoren, bei denen ein Sturzrisiko gegeben ist (28, S.23, 26). Dazu geht sie die folgenden Sturzrisikofaktoren durch und klärt, ob sie bei dem jeweiligen Pflegebedürftigen zutreffen:

- personenbezogen:
  - Beeinträchtigung funktioneller Fähigkeiten, z. B. Einschränkungen in den ABEDL
  - Beeinträchtigung sensomotorischer Funktionen und/oder der Balance, wie eingeschränkte Gehfähigkeit oder Balance-Störungen
  - Depression
  - Gesundheitsstörungen, die mit Schwindel, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust oder ausgeprägter körperlicher Schwäche einhergehen

Händewaschen

Im Alltag genügt es meist, die Hände mit Seife zu waschen und die Fingernägel zu reinigen, um Schmutz zu entfernen. Hierdurch wird die Zahl potenziell krank machender Erreger verringert.

! Merke Die Händewaschung reduziert den natürlichen Schutzmantel Haut und sollte nur wenn notwendig durchgeführt werden.

Da auch Handtücher und Seifenstücke Träger von Erregern sein können, werden in der Pflege Einmalhandtücher, Flüssigseife und Einhandarmaturen bevorzugt. Bei den Spendern für Seife und Desinfektionsmittel wird Wert auf eine »handfreie« Betätigung gelegt. Sie werden wie die Einhandarmaturen mit dem Ellbogen bedient, um eine Erregerverschleppung zu vermeiden (Abb. 5.1).

Abb. 5.1: Wandspender und spezielle Armatur

Flüssigseife wird beim Händewaschen immer in die bereits angefeuchteten Hände gegeben, mit Wasser aufgeschäumt und abgespült. In der Pflege ist das Händewaschen nur dann ausreichend, wenn die Hände lediglich schmutzig und nicht mit Krankheitserregern kontaminiert (verunreinigt) sind.

! Merke Ausnahme: Händewaschen nach Kontakt mit bakteriellen Sporen, z. B. Clostridien.

Hygienische Händewaschung

Mit der **hygienischen Händewaschung** wird zusätzlich die Zahl der **Anflugorganismen** – Keime, die nicht zur physiologischen Hautflora gehören, sondern durch Berühren von Alltagsgegenständen und durch die Luft auf die Haut gelangt sind – verringert. Das **hygienische Händewaschen** wird genau wie das Händewaschen durchgeführt, nur statt der Flüssigseife verwendet man ein **antimikrobielles Präparat**, also ein Präparat, das gegen Mikroben wirkt.

5.5 Desinfizieren

Eine Desinfektion ist nur so gut, wie das Desinfektionsmittel selbst sowie dessen Anwendung. Die Pflegefachperson beachtet:

- Haltbarkeit des Desinfektionsmittels
- vorgeschriebene Anwendungsdauer / Standzeit
- vorgeschriebene Einwirkzeit
- ggf. vorgeschriebene Zubereitung
- vorgeschriebene Anwendungsgebiete

5.5.1 Händedesinfektion

✓ Tipp Hände sind der Risikofaktor Nr. 1 zur Keimübertragung zwischen Menschen. Vom bundesministerium für Gesundheit sowie anderen Organisationen wurde deshalb im Jahr 2008 die »Aktion Saubere Hände« ins Leben gerufen: www.aktion-sauberehaende.de

Mit der **Händedesinfektion** wird versucht, die Hände wesentlich weitgehender von Krankheitserregern zu befreien. Bei den **Händedesinfektionsmitteln** handelt es sich um alkoholische Präparate. Damit sie hautverträglicher sind, enthalten sie zusätzlich rückfettende Substanzen. Die **Einwirkzeit** des Desinfektionsmittels muss unbedingt eingehalten werden, damit die Krankheitserreger abgetötet werden.

! Merke Eine schlechte Desinfektion ist genauso unwirksam wie gar keine Desinfektion!

Wie?

Lange wurde die Händedesinfektion nach einem strikten Schema vorgegeben. Inzwischen ist bekannt, dass es effektiver ist, wenn eine Pflegefach-

(Zeit zwischen Abendessen bzw. letzter Mahlzeit und Frühstück), sollte möglichst kurz sein. Ziel: nicht mehr als 10 Stunden. Am Morgen vor körperlicher Anstrengung ist ein kalorienreiches Getränk, z. B. Saft oder Kakao, sinnvoll, da dann die Energiereserven nicht aus den Muskeln geholt werden. Im nächsten Schritt werden dem Essen **Nährstoffkonzentrate** wie Maltodextrin oder Eiweißpulver zugegeben. Spezielle energiereiche Trinknahrung kann zusätzlich angeboten werden. In besonders schwierigen Fällen wird **künstlich** über implantierte Sonden, z. B. eine PEG-Sonde, ernährt (► LF 1.3, Kap. 13.5.6, S. 533).

✔ **Tipp** Die meiste energiereiche Trinknahrung schmeckt gekühlt besser!

6.3 Energiehaushalt

Alle Lebensvorgänge – sowohl auf der Ebene der Zellen als auch der Ebene der Organe und Organsysteme – verbrauchen **Energie**. Und das nicht nur bei körperlicher und geistiger Aktivität, sondern auch in Ruhe.

Die im Körper benötigte Energie wird im Wesentlichen aus **Kohlenhydraten**, **Fetten** und **Eiweißen** gewonnen. Eiweiß nimmt dabei eine Sonderrolle ein: Es ist nicht nur Energieträger, sondern wird auch zum Aufbau von Körperstrukturen benötigt.

In einem chemischen Prozess in den Zellen werden die kleinsten Bausteine der Nährstoffe aufgespalten und unter Wärmeabgabe in Energie umgewandelt. Dabei entstehen Kohlendioxid und Wasser, bei den Eiweißen zusätzlich Harnstoff.

6.3.1 Energiebedarf

➔ **Definition**
➔ **Joule** (J): Standardeinheit für Energie
➔ **Kalorie** (cal): Wärmemenge, um 1 g Wasser von 14,5 auf 15,5 °C zu erwärmen. Statt Joule wird meistens **Kilokalorien** (kcal) verwendet.

Um die tägliche Energiemenge zu berechnen, bestimmt man zunächst den Grundumsatz.

! **Merke** 1 Joule (J) = 0,239 Kalorie (cal)
4,187 J = 1 cal.

Grundumsatz

➔ **Definition** **Grundumsatz:** Energie, die bei völliger Ruhe verbraucht wird, also für die notwendigen Stoffwechselvorgänge und zum Aufrechterhalten der Körpertemperatur.

Der Grundumsatz wird folgendermaßen berechnet:
- ♂: (11,2 × Gewicht) – (3,47 × Alter) + 1010 = Grundumsatz in kcal
- ♀: (11,2 × Gewicht) – (3,47 × Alter) + 770 = Grundumsatz in kcal

Beispiel 70-jährige Frau mit 65 kg Körpergewicht: (11,2 × 65) – (3,47 × 70) + 770 = 1255 kcal.

Leistungsumsatz

Um auf den täglichen Energiebedarf zu kommen, wird zum Grundumsatz der **Leistungsumsatz** addiert. Dieser ergibt sich aus der Summe der täglichen Aktivitäten. Hierzu gehören:
- Muskeleinsatz wie körperliche Arbeit, Sport, Muskelzittern oder Unruhe
- Wärmeregulation, also das Anpassen an unterschiedliche Temperaturen
- krankheitsbedingter Energiemehrbedarf, z. B. bei Fieber, Tumorleiden und Entzündungen
- geistige Tätigkeit

Der Leistungsumsatz ist eine variable Größe, die sich von Tag zu Tag ändert. Man rechnet deshalb mit Durchschnittswerten.

Für die Altenpflege gut einsetzbar sind die **PAL-Werte** (PAL = physiologischer Aktivitätslevel).

➔ **Definition** **PAL** (Physical Activity Level): Maß für die körperliche Aktivität. Körperliche Aktivitäten werden je nach Energiebedarf entsprechenden PAL-Werten zugeordnet (Tab. 6.3).

7.1.5 Arzneimittel für spezifische Indikationen

Stoffgruppen, Wirkstoffe (Beispiele)	Wirkung	Unerwünschte Wirkungen und Kontraindikationen
Analgetika, Antirheumatika. Indikation: Schmerzen, Entzündungen		
• Opioide (Fentanyl, Morphin) • Analgetika, z. B. Paracetamol • Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR, NSAID), z. B. Azetylsalizylsäure, Ibuprofen, Diclofenac	• Schmerzempfinden ausschalten • entzündungshemmend	• Opioide: Obstipation, Atemdämpfung, Asthma-Anfälle, Beruhigung, Blutdruckabfall, Übelkeit, Erbrechen • Nichtsteroidale Antirheumatika: Sodbrennen, Nierenversagen, Diarrhö, Magen-Darm-Blutungen • Paracetamol: Leberschäden Kontraindikationen: • bekannte Magengeschwüre • Asthma • Leber- bzw. Nierenfunktionsstörungen
Antiallergika. Indikation: Allergien		
• Antihistaminika, z. B. Cetirizin, Dimetinden, Ebastin (symptomatisch) • Cromoglicinsäure (prophylaktisch)	• Milderung von Nesselsucht, Heuschnupfen, Juckreiz • Antihistaminika: Hemmung der Histaminwirkung • Cromoglicinsäure: Hemmung der Histaminfreisetzung	• Müdigkeit • Mundtrockenheit • Schleimhautreizung Kontraindikationen: • Glaukom • Prostataadenom (Prostatakrebs)
Antiarrhythmika. Indikation: Herzrhythmusstörungen		
• β-Rezeptorenblocker, z. B. Metropolol • Natriumkanalblocker, z. B. Ajmalin, Lidocain, Propafenon • Kaliumkanalblocker, z. B. Amiodaron, Sotalol • Kalziumkanalblocker (Kalziumantagonisten), z. B. Verapamil	• Rhythmisierung des Herzens	• Herzrhythmusstörungen • Blutdruckschwankungen • Herabsetzung des Reaktionsvermögens • Kammerflimmern • Schwindel, Kopfschmerz Kontraindikationen: • dekompensierte Herzinsuffizienz • Hypokaliämie • Hypomagnesiämie
Antibiotika. Indikation: Infektionen mit Bakterien		
• Aminoglykoside, z. B. Gentamicin, Neomycin • Carbapeneme, z. B. Imipenem • Cephalosporine, z. B. Cefaclor, Cefazolin, Cefotaxim, Cefuroxim • Gyrasehemmer, z. B. Ciprofloxacin, Norfloxacin • Glykopeptidantibiotika, z. B. Vancomycin • Lincosamine, z. B. Clindamycin • Makrolide, z. B. Clarithromycin, Erythromycin, Roxithromycin • Nitroimidazole, z. B. Metronidazol • Penicilline, z. B. Penicillin G (i. v.), Penicillin V (oral), Amoxicillin, Piperacillin • Sulfonamide, z. B. Sulfamethoxazol • Tetrazykline, z. B. Doxycyclin	• Tötung von Bakterien • (bakterizide Wirkung) • Hemmung der Vermehrung von Bakterien (bakteriostatische Wirkung)	• Allergien, Hautausschlag • Leber-, Nierenschäden • Magen-Darm-Unverträglichkeit • Müdigkeit, herabgesetztes Reaktionsvermögen • Gefahr der Resistenzbildung • Schädigung der Darmflora • Pilzerkrankungen • Aminoglykoside: Gehörschaden, Nierenschaden • Tetrazykline: Photodermatose (Hautveränderung durch Lichteinstrahlung) Kontraindikationen je nach Gruppe: • bekannte Allergie • Leber- bzw. Nierenschaden • Hörschaden • Schwangerschaft, Stillzeit

bis dem Menschen selbst oder seinen Angehörigen die Symptome bewusst werden. Nicht selten möchten er und seine Angehörigen nicht wahrhaben, dass die zunehmende **Vergesslichkeit**, die Probleme, sich zu orientieren, und ein auffälliges **Sozialverhalten** krankhaft und nicht mehr selbst steuerbar sind.

Sicherung der Diagnose

Zur **Sicherung der Diagnose** erfragt der Arzt zunächst bei dem Menschen sowie seinen Angehörigen ihre Einschätzung hinsichtlich der geistigen Leistungsfähigkeit des Menschen und seiner Stimmung. Weiterhin informiert er sich über die Funktion der Sinnesorgane.

Gezielt stellt er **Fragen** zur Bewältigung von Alltagsaufgaben im häuslichen und außerhäuslichen Bereich, zur Kommunikation sowie zur Stimmung.

Eine Störung des visuell-räumlichen Denkens macht sich oft früh und vielfältig bemerkbar. So reduziert sich die Fähigkeit die Uhrzeit erkennen zu können. Der Arzt überprüft dieses über den sogenannten Uhrentest, er lässt Ziffern und Zeiger einer Uhrzeit in einem Kreis eintragen. (5, S. 159)

Abb. 8.2: Der Uhrentest wurde bei drei Menschen mit Demenzerkrankungen in unterschiedlichen Schweregraden durchgeführt.

Der **Mini-Mental-Status-Test** (MMST) gibt eine gute Ersteinschätzung, er dauert nur ca. 10 Minuten und ist weitverbreitet. Im Rahmen des Tests stellt der Arzt gezielt bestimmte Fragen und führt in den folgenden Bereichen Übungen durch:

- Orientierung, z. B. Wochentag
- Aufnahmefähigkeit, z. B. Informationen im Kurzzeitgedächtnis behalten
- Sprache, z. B. Aufforderung nachzusprechen
- Rechnen, z. B. von 100 jeweils 7 abziehen
- Lesen, z. B. eine Aufforderung
- Ausführung, z. B. der Aufforderung Abzeichnen einer Figur
- Schreiben, z. B. einen vollständigen Satz
- Gedächtnis, z. B. Begriffe, die der Arzt gesagt hat, nachsprechen

Je nach **Ergebnis** der einzelnen Fragen vergibt der Arzt Punkte. Maximal sind 30 Punkte zu erreichen. Wird diese Zahl erreicht, so ist davon auszugehen, dass der Mensch keine Demenz aufweist. Aus den Punktwerten ist relativ zuverlässig ablesbar, ob eine geistige Erkrankung vorliegt. Um die Diagnose genau festzulegen, wird der Mensch neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch untersucht, z. B. auch durch eine Computertomografie. Generell achtet der Arzt darauf, ob die Demenz Folge einer anderen Grunderkrankung ist, z. B. einer Stoffwechselstörung. In diesen Fällen spricht man von einer **sekundären Demenz** und eine gezielte Therapie kann die Demenz abwenden.

Abb. 8.3: In einem frühen Stadium der Demenzerkrankung ist oft noch keine pflegerische Unterstützung notwendig. Die Pflegefachkraft ist sich bei ihrer späteren Versorgung des Menschen jedoch bewusst, dass er – nach der Diagnose – auch eine schwierige Zeit gehabt hat und sich mit der Erkrankung auseinandersetzen musste.

Formen der Demenz

Demenz ist nicht gleich Demenz, unterschieden werden einerseits die Demenzen im Erwachsenenalter von den – wesentlich selteneren – Demenzen im Kindesalter.

8.2 Pflege des Demenzkranken

Die **Pflege** von Menschen mit einer Demenz unterscheidet sich in vielen Bereichen von der Pflege von Menschen, die akut krank oder gebrechlich und daher pflegebedürftig sind.

LF 1.3

Gerade in der Anfangsphase, wenn die Demenz noch einen **leichten Schweregrad** (►LF 1.3, Kap. 8.1, S. 394) aufweist, benötigt der Mensch vor allem **Ansprache** und **Anleitung**, um Alltagstätigkeiten durchführen zu können. Von der Pflegefachkraft ist in diesem Zusammenhang viel **Geduld** gefordert. So manche Aufgabe könnte sie schneller erledigen, wenn sie sie für den Menschen übernehmen würde. Dadurch würde sie jedoch den Verlust der Kenntnisse und Fähigkeiten des Menschen nur beschleunigen. Auf der anderen Seite trägt die Selbstständigkeit des Menschen dazu bei, sein **Selbstwertgefühl** zu stärken.

Abb. 8.5: Wenn der Mensch Gegenstände nicht mehr erkennt, hilft ihm die Pflegefachkraft, sie richtig einzusetzen.

Die Pflegefachkraft handelt daher nach dem Motto: So viel **Unterstützung** wie nötig, so wenig wie möglich. Alle Tätigkeiten, die der Mensch selbst durchführen kann, führt er selbst durch. Bei Bedarf leitet die Pflegefachkraft ihn an. Verunsicherung, Angst, Aufregung sowie Unruhe können auf diese Weise vermieden werden und sich positiv auf das Verhalten des Menschen auswirken.

! Merke Die Fähigkeiten eines Demenzkranken können sich von Tag zu Tag und sogar von Stunde zu Stunde ändern. Die Pflegefachkraft beachtet, wo der Mensch gerade in seinem Handlungsablauf steht, und holt ihn dort ab.

Das psychobiografische Pflegemodell nach Erwin Böhm

Erwin Böhm, ein österreichischer Pflegeforscher, entwickelte das psychobiografische Pflegemodell und stellte es 1999 vor. Es ist konzipiert für verhaltensauffällige alte Menschen mit Demenz. Danach ist der Mensch ein selbstbestimmtes Wesen. Körper, Geist und Seele stehen im Zusammenhang und wirken aufeinander. Nach Böhm wird das Handeln des Menschen bestimmt durch

- die Noopsyche (noos, gr. Verstand), die sich die Welt über den Geist erklärt, durch die Thymopsyche (thymos, gr. Gemüt), die sich die Welt über das Gefühl erklärt, und
- die Biografie, die durch den Lebensraum, in dem ein Mensch sich aufhält, seine Bedürfnisse und Interessen, seine Lebenserkenntnisse und die Erfahrungen, die er im Alter macht, geprägt wird.

Abb. 8.6: Böhm geht davon aus, dass der Mensch in seinen ersten 25 Lebensjahren durch die Lebensereignisse geprägt wird und Strategien für sein Verhalten lernt. Der Mensch lebt in der Interaktion mit anderen Menschen und der Umgebung. Sie beeinflussen sich gegenseitig. Dadurch werden nach dem Modell Mensch und Umgebung kontinuierlich verändert.

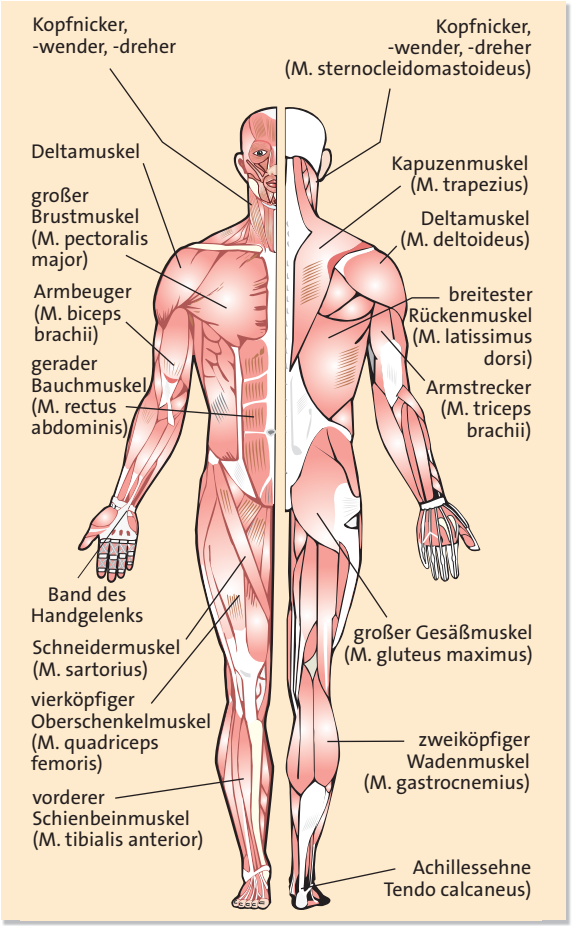

Abb. 12.10: Die Muskulatur des Menschen

Muskeln ab und ermöglicht ein Gleiten der Muskeln aneinander.

Funktionsweise der Skelettmuskulatur

So kompliziert und elegant unsere Bewegungen auch sein mögen, die dafür verantwortlichen Muskeln können nur eins: sich zusammenziehen. Bei den spindelförmigen Muskeln, z. B. dem Oberarmmuskel, ist die **Muskelkontraktion** sichtbar, da sich der Muskelbauch verdickt.

Zum Beispiel schwillt der Armbeuger an, wenn der Unterarm gebeugt wird, um ein Gewicht zu heben. Erschlafft der Muskel, sinkt der Unterarm der Schwerkraft folgend herab. Was passiert aber, wenn kein Gewicht am Unterarm wirkt? Nur mit dem Armbeuger allein wäre es nicht möglich, den Unterarm zu strecken, da der Muskel sich nicht aktiv verlängern kann. Hier kommt der Armstrecker (M. triceps) an der Rückseite des Oberarms ins Spiel. Auch er hat seinen Ansatz am Unterarm. Mithilfe beider Muskeln kann jetzt der Unterarm dosiert bewegt werden. Das Prinzip der entgegengesetzt arbeitenden Muskeln nennt man **Antagonismus**. Der jeweils arbeitende Muskel ist der **Agonist**, sein Gegenspieler der **Antagonist**. Als **Synergist** werden Muskeln bezeichnet, die sich gegenseitig in ihrer Arbeit unterstützen (►Abb. 12.12)

Um funktionieren zu können, benötigt der Muskel Anspannung und Entspannung. Die Anspannung eines Skelettmuskels kommt nur dann zustande, wenn er durch eine motorische Nervenzelle, dem Motoneuron, ein »Kommando« erhält. Die Impulsübertragung erfolgt an der motorischen Endplatte (►LF 1.3, Kap. 3.3.3., S. 302). Geht keine Meldung ein, ist der Muskel entspannt.

Die Muskeln besitzen allerdings eine gewisse Grundspannung, den **Ruhetonus**, der sicherstellt, dass ein Mensch z. B. beim Gehen oder Sitzen nicht in sich zusammensinkt. In diesem Fall sind nur einzelne Muskelfasern in den Muskeln kontrahiert. Genau genommen sind es ständige, feine Ausgleichbewegungen, die reflexhaft über Nervenbahnen gesteuert werden. Sie laufen sehr schnell ab, über das Rückenmark gesteuert, unterliegen aber auch der Kontrolle durch das Gehirn.

Wenn der Muskeltonus krankhaft erhöht ist, liegt im Extremfall eine **Spastik** vor. Hierbei steigt die reflexgesteuerte Anspannung, weil die übergeordnete Kontrolle durch das Gehirn für längere Zeit fehlt, z. B. einige Wochen nach einem Schlaganfall. Umgekehrt kann der Muskeltonus krankhaft vermindert sein, wenn das Motoneuron beschädigt wurde und die »Kommandos« an den Muskel ausbleiben; die Folge ist dann eine **schlaffe Lähmung**. Zu einem kurzzeitigen Verlust des Muskeltonus kommt es bei der Ohnmacht, wenn die Nervensteuerung mangels Blutversorgung vorübergehend unterbrochen ist.

Die Kraft eines Muskels ist abhängig von seiner Masse. Die **Muskelmasse** hängt von der Versorgung des Körpers mit Eiweißen und Kohlenhydraten ab sowie vom Trainingszustand. Wie alle biologischen Systeme braucht die Muskulatur den Wechsel von Aktivität und Ruhe.

15 Pflege bei Beeinträchtigung der hormonellen Steuerung

Frau Hüter wohnt mit ihrem Mann Klaus in den Allgäuer Alpen. Beide sind 70 Jahre alt und noch recht rüstig. Sie leben in einem kleinen Haus am Dorfrand, haben einen Garten und sechs Hasen. Ihre Kinder wohnen etwas weiter entfernt in München. Einmal pro Monat besuchen die Kinder abwechselnd die Eltern. Seit vier Monaten sind die Enkel zu dritt, Herr und Frau Hüter freuen sich immer über die Kinder, die im Garten mit den Hasen spielen oder mit dem Dackel Fipps Gassi gehen.

Vor fünf Jahren ist bei Frau Hüter Diabetes mellitus Typ II diagnostiziert worden. Bei einer Routineuntersuchung wurde der erhöhte Blutzucker festgestellt. Zuerst war sie sehr erschrocken darüber. Nach einer guten Aufklärung durch ihre langjährige Hausärztin Frau Dr. Weichsel und dem Besuch bei der Diabetesberatung weiß Frau Hüter mittlerweile gut über die Krankheit und die nötige Therapie Bescheid. Sie nimmt ihre Antidiabetika regelmäßig ein und kontrolliert selbstständig ihren Blutzucker. Sie hat ihre Ernährung umgestellt und isst viel frisches Gemüse und weniger Fleisch, sehr zum Leidwesen ihres Mannes. Sie hat damit sechs Kilo abgenommen. Bei Kuchen und Torten hält sie sich meist zurück. Nur bei großen Festen, wie Geburtstagen oder der Taufe des Enkels, hat sie »gesündigt«. Da Dackel Fipps sowieso zu dick wurde, haben sich Herr und Frau Hüter angewöhnt, jeden Tag einen langen Spaziergang mit ihm zu machen. Beide sind der Nordic-Walking-Gruppe des Ortes beigetreten. Sogar ein befreundetes Ehepaar macht nun mit.

In letzter Zeit fühlt sich Frau Hüter nicht gut. Sie ist schwach und hat in der vergangenen Woche zwei Kilo abgenommen, obwohl sie normal gegessen hat. Manchmal schlägt ihr Herz schneller als normal, ab und zu stolpert es. Außerdem schläft Frau Hüter in den letzten Wochen schlecht, sie ist nervös, manchmal zittern ihre Hände leicht. Besonders die Herzrhythmusstörungen beunruhigen Frau Hüter. Sie entschließt sich daher zu einem Besuch bei Frau Dr. Weichsel.

Nachdem Frau Hüter ihr die Beschwerden geschildert hat, untersucht die Ärztin manuell den Halsbereich von Frau Hüter, macht einen Ultraschall von der Schilddrüse und nimmt Frau Hüter Blut ab, um die Schilddrüsenhormone und mögliche Entzündungsparameter zu bestimmen. Sie vermutet eine Hyperthyreose. Frau Hüter wird wahrscheinlich eine Schilddrüsenoperation benötigen.

15.1 Grundlagen

15.1.1 Hormone

Die Arbeit der Organe im Körper muss ständig aufeinander abgestimmt werden, damit sie optimal verläuft. Eine wichtige Aufgabe übernimmt das **vegetative Nervensystem**, das schnelle Reaktionen der einzelnen Organe ermöglicht. Über das Nervensystem kann die Information aber immer nur an bestimmte Strukturen gelangen, z. B. um eine Muskelaktivität oder Drüsentätigkeit auszulösen.

Viel umfassender steuern **Hormone** Körperfunktionen.

Definition **Hormone** (griech. horman = antreiben, erregen): chemische Botenstoffe, die aus Aminosäuren oder umgebautem Cholesterin bestehen

Im Vergleich zu den Nervenimpulsen tritt die Wirkung der **Botenstoffe** langsamer ein: nach Sekunden, z. B. beim Adrenalin, oder auch erst nach Monaten, z. B. beim Wachstumshormon.

Hormone werden von **endokrinen Drüsen** gebildet, die ihr Produkt direkt ins Blut abgeben (endokrine und exokrine Drüsen, ►LF 1.3, Kap. 3.3.1, S. 296). Hormone finden sich entweder frei im Blut oder sind an Transporteiweiße gebunden.

Schmerzen häufig geringer als bei einer minder schweren Schädigung.

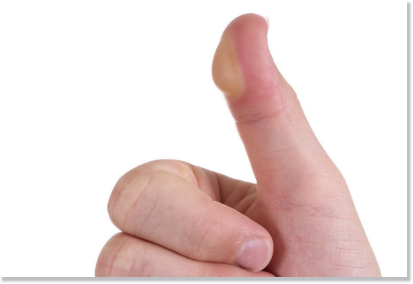

Abb. 17.15: Verbrennung 2. Grades

Die Behandlung einer Verbrennung 1. Grades umfasst Maßnahmen, die das betroffene Areal kühlen und vor Erregern schützen. Verbrennungen höheren Grades müssen nach einer Erstversorgung (►LF 1.3, Kap. 24.4.5, S. 786) ärztlich behandelt werden.

17.4.8 Bösartige Hauttumoren

Basaliom (Basalzellkarzinom)

Ein **Basaliom** entsteht aus den basalen Zellschichten der Epidermis und Follikel und ist mit ca. 75 % der häufigste maligne Hauttumor. Es tritt hauptsächlich im Gesicht auf. Seine Hauptursache ist die chronische Schädigung der Haut mit UV-Licht.

Das Basaliom entwickelt sich ohne weitere Vorstufen auf gesund aussehender Haut. Es imponiert häufig als kleine, hautfarbene Verhärtung mit einzelnen sichtbaren Gefäßerweiterungen. Diese Verhärtungen werden häufig durch Kratzen oder bei der Rasur beschädigt. Deshalb ist ein Leitsymptom des Basalioms immer wieder an gleicher Stelle auftretende Blutkrusten oder schlecht abheilende Verletzungen.

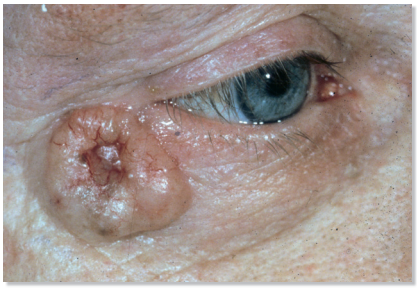

Abb. 17.16: Basalzellkarzinom am Auge

Unbehandelt zerstört das Basaliom angrenzende Knochen und Weichteile. Dieser Vorgang kann Monate oder sogar Jahre dauern. Das Basaliom bildet keine Metastasen. Behandlungsmethode der Wahl ist die chirurgische Entfernung. Ist dies geschehen, hat das Basaliom eine sehr gute Prognose.

Spinaliom (Stachelzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom)

Das **Spinaliom** ist mit einem Auftreten von 15 % der zweithäufigste maligne Hauttumor. Es tritt vorwiegend bei älteren Menschen auf. Es kommt hierbei zur Entartung von Epithelzellen mit Verhornungstendenz in der Epidermis.

Ursache ist die zu lange Sonnenexposition. Besonders betroffen sind Gesicht, Kopf und Handrücken.

Sichtbar ist am Anfang oft ein roter, unscharf begrenzter Saum um eine Keratose oder ein kleiner schmerzloser Knoten. Die meist späte Metastasierung erfolgt vor allem über die Lymphbahnen.

Die Behandlung erfolgt chirurgisch durch Exzision. Geschieht dies rechtzeitig, haben Spinaliome an sonnenbelastenden Hautbezirken eine gute Prognose. Spinaliome der Lippen, Zunge oder im Genitalbereich allerdings eine eher schlechtere.

Abb. 17.17: Spinaliom an der Lippe

17.4.9 Ekzematöse Erkrankungen

➔ **Definition** Ekzematöse Erkrankungen ist der Sammelbegriff für nicht ansteckende Entzündungen der Haut.

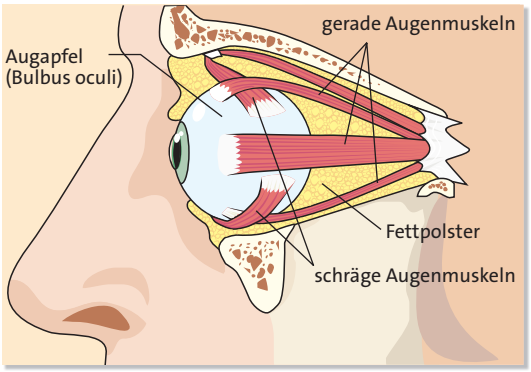

Abb. 19.1: Augapfel mit Augenmuskeln.

Talgdrüsen in den Augenlidern fetten den Lidrand ein. Sie sorgen so für einen vollkommenen Lidschluss und verhindern ein Überfließen der Tränenflüssigkeit.

Die Innenseite der Augenlider ist von der **Konjunktiva** (Augenbindehaut) ausgekleidet. Die Konjunktiva geht an der oberen und unteren Umschlagfalte der Lider in die Lederhaut des Augapfels (►LF 1.3, Kap. 19.1.2, S. 674) über und reicht bis zum Rand der Hornhaut.

Tränendrüsen

Die **Tränendrüsen** liegen oben seitlich unter dem knöchernen Rand der Augenhöhlen (Abb. 19.2). Sie produzieren Tränenflüssigkeit. Bei jedem Lidschlag verteilt sich die Tränenflüssigkeit wie ein Film über die Hornhaut. Sie reinigt und glättet die Hornhaut, verbessert dadurch deren optische Eigenschaften und wehrt Krankheitserreger ab.

Schichten von außen nach innen	Funktion
Lipidschicht aus Cholesterin	verhindert eine schnelle Austrocknung
Wasserschicht aus 98 % Wasser	enthält das Enzym Lysozym, wirkt antibakteriell
Mucinschicht aus Gel	bildet eine für Krankheitserreger schwer zu durchdringende Barriere

Tab. 19.1: Flüssigkeitsschichten des Tränenfilms.

Die Tränenflüssigkeit sammelt sich im inneren Augenwinkel, fließt aus dem oberen und unteren

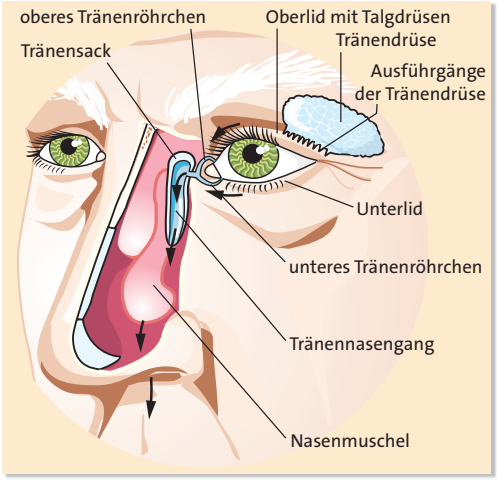

Abb. 19.2: Tränenapparat

Tränenröhrchen in den **Tränensack** und von dort über den Tränennasengang in die Nasenhöhle im Bereich unterhalb der unteren Nasenmuschel. Dort befeuchtet die Tränenflüssigkeit die Nase.

19.1.2 Bau und Funktion des Augapfels

Im Inneren des Auges befindet sich der **Glaskörper** (Abb. 19.3). Er besteht aus einer lichtdurchlässigen gelartigen Substanz und setzt sich aus 98 % Wasser, 2 % Hyaluronsäure sowie feinsten Kollagenfäden zusammen.

Die Wand des Augapfels hält das Auge in Form. Seine Wand besteht aus drei Schichten:

- äußere Augenhaut
- mittlere Augenhaut
- innere Augenhaut

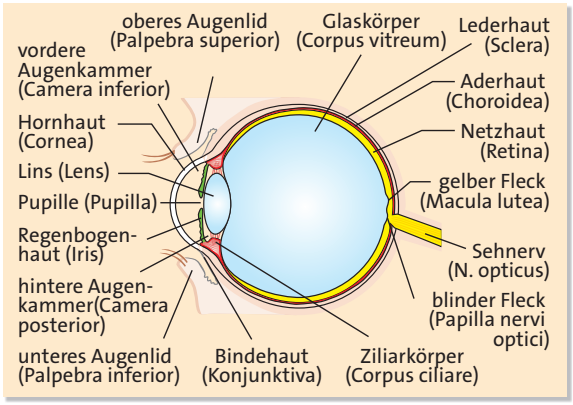

Abb. 19.3: Aufbau des Augapfels.

23.1.2 Hospizbewegung

Definition **Hospitium:** bedeutet sowohl Herberge als auch Gastfreundschaft. Unter Hospiz ist nach jetzigem Verständnis mehr eine **Haltung** als ein Gebäude zu verstehen.

Ende der 1960er-Jahre hatten deutsche Ärzte und Seelsorger erstmalig Kontakt zu britischen Hospizen und begründeten nach den dort gemachten Erfahrungen die **Hospizbewegung** und die **Palliativmedizin**. Die Verbreitung des Hospizgedankens soll der Ausgrenzung des Todes in der Gesellschaft entgegenwirken und trägt wesentlich dazu bei, das Sterben als zum Leben gehörig zu erachten. Deutliche Zeichen der Hospizbewegung sind Hospize und spezialisierte Pflegedienste sowie eine Weiterentwicklung der Palliativmedizin.

Die Engländerin **Cicely Saunders** (1918 – 2005) gilt neben **Elisabeth Kübler-Ross** (1926 – 2004) als Begründerin der modernen Hospizbewegung und Palliativmedizin. Sie war Sozialarbeiterin, Krankenschwester und später Ärztin. Cicely Saunders lehnte als Christin die Lebensverkürzung ab und war überzeugt davon, dass es möglich ist, die letzten Tage eines Menschen angenehm zu gestalten. 1967 eröffnete sie das Hospiz St. Christopher´s in London. Die positive Entwicklung der Palliativmedizin und die Hospizarbeit ist im Wesentlichen ihr zu verdanken.

»Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind. Sie sind bis zum letzten Augenblick Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit Sie nicht nur in Frieden sterben sondern auch bis zuletzt Leben können.« Cicely Saunders

Ambulante Palliativ- und Hospizarbeit

Das **palliative Versorgungsteam** sollte aus Personen unterschiedlicher Professionen bestehen und sowohl haupt- als auch ehrenamtliche Mitarbeiter einbeziehen. Das sind neben examinierten Pflegfachkräften und Ärzten in Palliative Care geschulte ehrenamtliche Hospizbegleiter.

Die palliativ-pflegerische Versorgung erfordert ein fachlich fundiertes, ganzheitliches Pflegekonzept, in das Angehörige und Freunde des Sterbenden integriert werden. Zu den **Aufgaben und Voraussetzungen** vonseiten der Pflegefachkräfte zählen:

- Kenntnis der unterschiedlichen Krankheitsbilder
- Erkennen und Benennen der körperlichen Symptomatik
- Adäquates Handeln bei der Vielfalt auftretender Symptome
- Aufklärung über angstmachende, krankheitsbedingte Veränderungen
- Erfassen der psychosozialen Situation
- Beratung bezüglich palliativ-pflegerischer Maßnahmen
- Abstimmung mit behandelnden Ärzten
- Anleitung von Angehörigen
- Erstellen eines Notfallplans (Krisenintervention)
- Qualitätssicherung in der Gesamtversorgung

Ehrenamtliche Begleiter bedeuten aufgrund ihrer Lebenserfahrung, sozialen Kompetenz und gezielten Schulung eine unverzichtbare Ressource in der Versorgung von schwer kranken und sterbenden Menschen. Sie gehören als eigenständige Versorgungsebene zum multidisziplinären Team. Wesentliche Verbesserungen der medizinisch-pflegerischen Versorgung gehen auf das Wirken der Hospizbewegung zurück.

Zunehmend finden sich Initiativen, die schon im Vorgriff auf die **Regelungen des Sozialgesetzbuches** Netzwerkstrukturen aufbauen, um die Versorgung schwer kranker Menschen sowie ihrer An- und Zugehörigen zu verbessern.

- Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben (…) Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erbracht werden kann. Sozialgesetzbuch V, § 39a
- Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

1.3 Gesprächsformen

Unterschiedliche **Gesprächsformen** prägen den Pflegealltag:

- das verrichtungsbegleitende Gespräch
- das kleine Gespräch: Smalltalk
- das entlastende und unterstützende Gespräch
- das entlastende und unterstützende Gespräch mit Angehörigen

1.3.1 Das verrichtungsbegleitende Gespräch

Im **verrichtungsbegleitenden Gespräch** sind Pflegefachkräfte auf unterschiedliche Weise gefordert: Sie müssen handeln **und** zuhören **und** reden. Jede Gesprächssituation stellt sich anders dar. Je nach Situation müssen sie angemessen auf den Betroffenen eingehen können. Dazu benötigen Pflegefachkräfte kommunikative Kompetenzen.

> **! Merke** In einem verrichtungsbegleitenden Gespräch gestalten Pflegefachkräfte die Beziehung zum Klienten, führen Alltagsgespräche, leiten zu Selbstständigkeit an, informieren und beraten, loben und motivieren, hören zu und lösen Probleme.

Gerade bei Zeitmangel sind die verrichtungsbegleitenden Gespräche eine Möglichkeit, zu zeigen: »Jetzt habe ich Zeit für Sie.« Wenn Pflegefachkräfte freundlich und zugewandt sind, fühlt sich der Betroffene gut betreut und traut sich, Fragen zu stellen.

Im Pflegealltag gibt es viele Situationen, in denen verrichtungsbegleitende Gespräche geführt werden können. Es beginnt bei der Begrüßung am Morgen, beim ersten Gespräch beim Bettenmachen und Essenreichen. Es folgen Informationen über den Tagesablauf, Unterhaltung beim Spaziergang, Erzählen beim Kaffeetrinken, Motivieren zur Aktivierung. Kontakte ergeben sich bei der Betreuung, bei der Ausgabe der Medikamente, beim Gang zur Toilette bis hin zum Auskleiden am Abend.

Aufgaben eines verrichtungsbegleitenden Gesprächs

Fähigkeiten und Einschränkungen des Betroffenen erfassen

- sich kennenlernen
- Handlungen erklären
- Orientierung geben
- zu einem kleinen Gespräch anregen
- motivieren
- zuhören

Sich kennenlernen

In allen Pflegesituationen können Pflegefachkräfte den Bewohner kennenlernen und auch ein wenig über sich erzählen. Sie stellen Fragen zu Vorlieben und Interessen, zu Erfahrungen aus dem Leben.

Handlungen erklären

Pflegefachkräfte kündigen die Pflegehandlungen an und erklären sie. Dadurch beziehen sie den Betroffenen mit ein. Je eingeschränkter ein Mensch in seinen Kommunikationsfähigkeiten ist, desto mehr müssen die Pflegefachkräfte die aktive Rolle in der Kommunikation übernehmen. Durch Ansprache und Berührungen stellen Pflegefachkräfte eine Verbindung her.

Orientierung geben

Ganz nebenbei können Pfegefachkärfte während des verrichtungsbegleitenden Gesprächs dem zu

Abb. 1.21: Das verrichtungsbegleitende Gespräch, Handlungen erklären: »Guten Morgen Frau Gruner«, … die Pflegefachkraft legt eine Hand auf den Arm von Frau Gruner … wartet, bis sie reagiert. »So, jetzt noch ein frisches Hemd anziehen … So langsam brauchen Sie wohl Ihre Jacke, der Herbst kommt dieses Jahr früh.«

Abb. 1.42: Die Pflegefachkraft dreht die Rollklemme des Infusionssystems zu.

Abb. 1.43: Sie löst das Fixierungspflaster, legt einen keimarmen Tupfer auf die Haut über dem Stichkanal und zieht die Kanüle unter leichtem Druck mit dem Tupfer vorsichtig flach heraus.

Abb. 1.44: Beim subkutanen Zugang verteilt sie mit leicht kreisenden Bewegungen und leichtem Druck noch den Teil der Infusionslösung, der zuletzt in das Gewebe eingelaufen ist.

Abb. 1.45: Beim intravenösen Zugang drückt sie mit dem Tupfer ca. zwei Minuten lang auf die Punktionsstelle. Ist der Pflegebedürftige dazu in der Lage, so kann er diese Aufgabe selbst übernehmen.

Abb. 1.46: Abschließend klebt sie mit einem Pflasterstreifen einen zweifach gefalteten Tupfer über die Infusionsstelle, um einen leichten Druck auf das Gefäß auszuüben und den Verschluss der Punktionsstelle zu fördern.

1.6.2 Subkutane Infusion

Definition Subkutane Infusion: Einbringen von Infusionslösung in das Unterhautfettgewebe.

Indikationen

Eine **Indikation** für eine subkutane Infusion besteht bei Flüssigkeitsbedarf, der auf oralem Weg nicht gedeckt werden kann, wenn kein intravenöser Zugang gelegt werden soll oder kann. In der Altenpflege werden subkutane Infusionen genutzt, da sie – durch Delegation eines Arztes – von Pflegefachkräften selbst und daher zeitnah verabreicht werden können.

Kontraindikationen

Medikamente dürfen nicht über eine subkutane Infusion verabreicht werden. Eine Stoffwechselstörung, die mehr als eine Standard-Infusionslösung benötigt, oder gar ein Schock sind **Kontraindikationen.** Verletzungen im Infusionsgebiet sowie Gerinnungsstörungen stellen ebenfalls Kontraindikationen dar. Benötigt der Pflegebedürftige schnell eine große Flüssigkeitsmenge, ist die – langsam einlaufende – subkutane Infusion kontraindiziert.

! Merke Da sich die Infusionsflüssigkeit im Gewebe sammelt, bevor sie von dort resorbiert wird, dürfen subkutane Infusionen nicht in ödematöses Gewebe verabreicht werden.

4 Ethniespezifische und interkulturelle Aspekte

Der damalige Bundespräsident Johannes Rau stellte in seiner Berliner Rede am 12. Mai 2000 klar: »Dass Menschen unterschiedlicher Herkunft und Kultur in unserem Land zusammenleben, wird sich nicht mehr ändern.« Der dauerhafte Aufenthalt von Migranten in Deutschland ist ein fester Bestandteil der Gesellschaft.

4.1 Migration und Alter

Migration bedeutet Wanderung. Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe, es gibt nicht »die« Migranten, ebenso wenig wie es »die« Deutschen gibt. Viele Migranten sind heute Einheimische und besitzen einen deutschen Pass.

Für diejenigen, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft haben, gilt das Ausländerrecht oder das Asylrecht, wenn sie als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind. Zu den Migranten zählen auch die Spätaussiedler: Personen deutscher Herkunft, die in den Nachfolgestaaten der GUS, in Polen, Rumänien und Ungarn sowie in der ehemaligen Tschechoslowakei und im ehemaligen Jugoslawien lebten und wieder nach Deutschland zurückgewandert sind.

Abb. 4.1: »Gastarbeiter« kommen in Deutschland an.

Viele der heute hier lebenden Migranten kamen als Arbeitsmigranten in den Jahren 1955 bis 1973, als insbesondere aus den Mittelmeerländern Arbeitskräfte als sogenannte Gastarbeiter angeworben wurden, um den deutschen Wirtschaftsaufschwung zu unterstützen.

Daten und Fakten

Ende 2010 lebten rund 6,75 Millionen Ausländer in Deutschland, das sind 8,25 % der Gesamtbevölkerung. Die größte Gruppe stellen die Türken mit 1,63 Millionen. Außerdem leben 1,4 Millionen Spätaussiedler in Deutschland. Man kann davon ausgehen, dass jeder fünfte Einwohner einen Migrationshintergrund hat, wenn man Eingebürgerte hinzunimmt.

Im Durchschnitt leben die ausländischen Mitbürger seit 18,9 Jahren in Deutschland, jeder Dritte sogar seit über 20 Jahren. Von den ausländischen Mitbürgern sind 579 500 über 65 Jahre alt. Es wird erwartet, dass die ältere ausländische Bevölkerung bis zum Jahr 2040 auf 2,3 Millionen anwächst.

Die ausländische Bevölkerung lebt im Vergleich zur deutschen häufiger in Mehrpersonenhaushalten. Während 87,1 % der Migranten in Mehrpersonenhaushalten leben, sind dies bei Deutschen nur 79,5 %. Die durchschnittliche Haushaltsgröße bei Migranten beträgt 2,4 Personen, bei Deutschen 2,0.

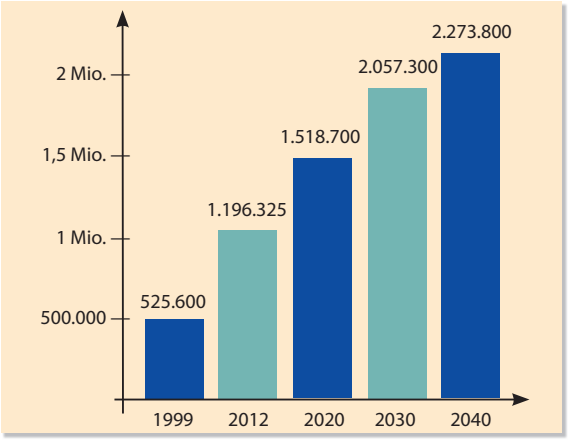

Abb. 4.2: Erwartete Entwicklung der Anzahl von Ausländern über 60 Jahre in Deutschland (nach: Bundesministerium des Inneren, Modellrechnung zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2040, Juli 2000).

LF 2.1

Feste, die sich an den **Jahreszeiten** orientieren, sind Frühlings-, Sommer- oder Herbstfeste.

Außerdem hat jede Region ihre eigenen Feste wie Schützen- oder Weinfeste (Tab. 5.1).

Abb. 5.2: Es gibt viele Anlässe ein Fest zu feiern, z. B. einen Geburtstag.

5.1.3 Gestaltung eines Festes

Ein Fest bietet die Möglichkeit, Senioren zu aktivieren. Sie werden in die Organisation einbezogen und erhalten die Gelegenheit, das Fest tatkräftig mitzugestalten. In diesem Sinne wird das Fest nicht für die Bewohner veranstaltet, sondern mit ihnen. Die Vorfreude wird für die Senioren umso größer, je mehr sie sich an den Festvorbereitungen beteiligen.

Ein Fest bietet vielfältige Möglichkeiten mitzuwirken: Die Ideen werden gemeinsam gesammelt, geplant und in den stattfindenden Beschäftigungsangeboten umgesetzt.

Die Bastelgruppe stellt die Dekoration her, die Sitztanzgruppe übt eine Tanzeinlage ein, die Lesegruppe hält nach passenden Gedichten oder Geschichten Ausschau, die Singgruppe sucht Lieder aus und probt sie. Gemeinsam werden Plätzchen oder Kuchen gebacken.

Angehörige werden persönlich zur Vorbereitung und Teilnahme eingeladen. Sie sind bei der Planung und Organisation eines Festes herzlich willkommen und können sich beteiligen. Sie übernehmen häufig gerne Betreuungsaufgaben während des Festes und können so mit ihren Angehörigen beisammen sein und feiern.

Abb. 5.3: Herstellen der Dekoration für ein Osterfest.

Zur Organisation eines Festes wird eine Arbeitsgruppe zusammengestellt, die aus Mitgliedern des Pflegeteams, der Hauswirtschaft, interessierten Senioren und Angehörigen besteht. Die Arbeitsgruppe hat den Auftrag, das Fest zu organisieren. Die Erstellung einer **Checkliste** zu den Rahmenbedingungen, zur inhaltlichen Gestaltung und zur Organisation hilft, den Überblick zu behalten.

Rahmenbedingungen

- Wann und in welcher Zeit soll das Fest stattfinden?
- Wo soll das Fest stattfinden?
- Wer nimmt an dem Fest teil?

Oft gibt die Festlichkeit den zeitlichen Rahmen vor. Eine Weihnachtsfeier kann in der Adventszeit stattfinden oder auch am Heiligen Abend. Der Geburtstag wird am persönlichen Ehrentag gefeiert oder als gemeinsames Fest aller in einem Monat Geborenen. Beginn und Dauer richten sich nach der Art des Festes.

Bei einem kirchlichen Anlass kann das Fest z. B. morgens mit einem Gottesdienst beginnen und mit einem anschließenden gemütlichen Beisammensein enden. Bei einem Jahreszeitenfest kann die Zeit vom Kaffeetrinken bis einschließlich der Abendbrotzeit genutzt werden.

Feste werden je nach Jahreszeit im Haus oder im Freien abgehalten, wobei Alternativen für schlechtes Wetter zur Verfügung stehen sollten. Der Raum muss groß genug sein, ausreichend Tische und Stühle sowie evtl. eine Bühne und eine Musikanlage müssen vorhanden sein.

Die **Würde** ist der Kern seiner Persönlichkeit, sie ist mit allen Mitteln stets zu wahren. Diese Verpflichtung hat in der Pflege höchste Priorität. Wird die Intimsphäre nicht beachtet, so stellt dieses eine Verletzung der Menschenwürde dar.

Neben den Grundrechten in den Artikeln 1 bis 19 gibt es im Grundgesetz noch weitere Rechte. Diese garantieren insbesondere die Verfahrensrechte, z. B. unabhängige Gerichtsverfahren, und schützen bestimmte Institutionen, z. B. freie Presse.

1.2 Wichtige Grundrechte für die Altenpflege

Einige Grundrechte spielen in der Arbeit des Altenpflegers eine besondere Rolle.

! Merke Der Artikel 2 des Grundgesetzes besteht aus vier Teilen:

- freie Entfaltung der Persönlichkeit
- Recht auf Leben
- Recht auf körperliche Unversehrtheit
- Freiheit der Person im Sinne von körperlicher Bewegungsfreiheit

Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 GG)

Jeder kann sein Leben so gestalten, wie es ihm gefällt, solange er nicht die Rechte anderer verletzt und er die verfassungsmäßige Ordnung bzw. die Sittengesetze beachtet. Der Art. 2 GG ist die Grundlage aller Freiheitsrechte. Wenn kein spezielles Grundrecht für eine gerichtliche Entscheidung vorliegt, kommt der Art. 2. GG zur Anwendung.

Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit sowie Freiheit (Art. 2 Abs. 2 GG)

Der Staat garantiert die Freiheit, es sei denn, ein Gesetz erlaubt die Freiheitsbeschränkung durch einen Richter. Die Bewegungsfreiheit einer Person darf gegen ihren Willen nicht ohne richterliche Genehmigung eingeschränkt werden. Auch Eingriffe, die das Leben gefährden oder den Körper »beschädigen«, sind ohne Einwilligung der Person unzulässig. Falls die Person nicht mehr zustimmen kann, muss ein Betreuer eingesetzt werden.

Grundsatz der Gleichbehandlung (Art. 3 GG)

Vor dem Gesetz sind alle Menschen gleich. Der Gleichheitsgrundsatz verbietet, wesentlich Gleiches willkürlich ungleich zu behandeln. Wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauung (Art. 3 Abs. 3 GG) darf niemand benachteiligt oder bevorzugt behandelt werden. Um die tatsächliche Gleichberechtigung von Männern und Frauen oder Menschen mit Behinderung zu erreichen, können Letztere durch besondere Förderung oder Bevorzugung, z. B. bei der Vergabe eines Arbeitsplatzes, begünstigt werden. Man spricht auch von einem Diskriminierungsverbot.

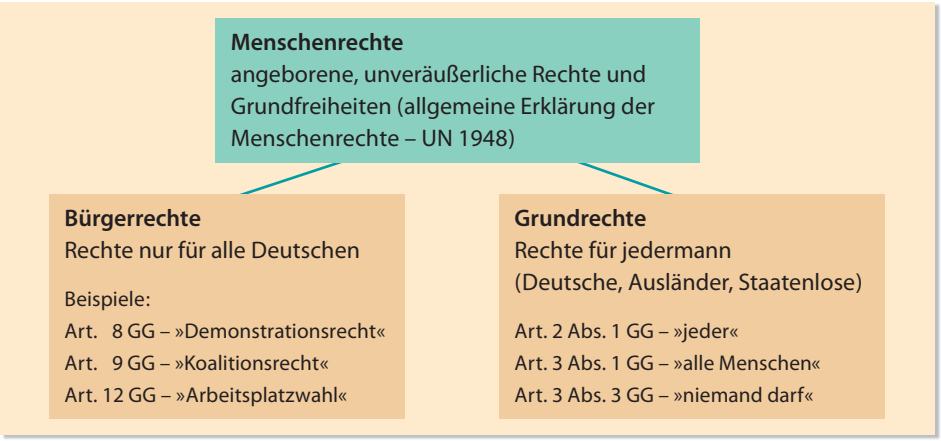

Abb. 1.2: Menschenrechte – Grundrechte – Bürgerrechte

- **ein rechtfertigender Notstand,** also eine akute erhebliche Gefahr für Leib und Leben, vorliegt. Die Notsituation darf nur eine vorübergehende sein, für längere oder sich wiederholende Fixierungen ist der Notstand als Rechtfertigung nicht geeignet.
- **eine Notwehrsituation vorliegt**, also der Bewohner einen Mitbewohner oder eine Pflegefachkraft angreift. Der Freiheitsentzug darf auch hier nur kurzzeitig angewendet werden und er muss das mildeste Mittel zur Abwehr sein.
- **eine richterliche Genehmigung vorliegt.** Diese ist dann erforderlich, wenn der Bewohner nicht in der Lage ist, seine Einwilligung zu geben. Zuständig ist das Betreuungsgericht. Auch wenn der Bewohner einen Betreuer hat, muss dieser eine richterliche Genehmigung beantragen.

✔ **Tipp** Auf der Internetseite der **Initiative zur Vermeidung freiheitseinschränkender Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege** (www.leitlinie-fem.de) kann unter »Materialien« die **evidenzbasierte Praxisleitlinie »Vermeidung von freiheitseinschränkender Maßnahmen in der Altenpflege«** heruntergeladen werden. Außerdem bietet die Internetseite Informationen und Inhalte zum **Werdenfelser Weg**. Dieser hat das Ziel, »freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM) auf ein Minimum zu reduzieren, indem pflege(-wissenschaftlich) geschulte Verfahrenspfleger in das Genehmigungsverfahren einbezogen werden. Diese erstellen eine fachliche Einschätzung zur Notwendigkeit und möglichen Alternativen zu FEM für den Amtsrichter, stehen für die Pflegeeinrichtungen und Betreuer als Ansprechpartner zu Verfügung und fühlen sich den Rechten und Bedürfnissen der Bewohner verpflichtet. Auf dieser Grundlage sollen alle Beteiligten in den Prozess einbezogen werden und eine gemeinsame Übernahme von Verantwortung aller am Verfahren Beteiligter erreicht werden.« (1)

Wichtig ist eine lückenlose **Dokumentation**, aus der Grund, Beginn, Unterbrechungen, Ende, Art und Umfang der Maßnahme und die Namen aller beteiligten Personen hervorgehen und die Angaben über die Einwilligungsfähigkeit des Bewohners enthält. Die dazugehörige Patientenbeobachtung sollte ebenfalls immer mit Angabe von Person und Uhrzeit dokumentiert werden.

Abb. 5.33: Fixierung

Hausfriedensbruch (§123 StGB)
Geschützt ist die Wohnung, hierzu zählen auch einzelne Zimmer, z. B. ein Wohnheim- oder Pflegezimmer. Das Betreten eines Zimmers gegen den Willen eines einsichtsfähigen Bewohners sowie das Verweilen in einem Bewohnerzimmer, obwohl man zum Verlassen aufgefordert wurde, stellt deshalb einen Hausfriedensbruch dar.

Diese Straftat wird nur auf Antrag des Betroffenen strafrechtlich verfolgt.

Abb. 5.34: Bitte anklopfen!

Unterlassene Hilfeleistung (§323c StGB)
Wer in Unglücksfällen oder anderen Gefahren für Leib und Leben keine Hilfe leistet, obwohl es ihm zuzumuten wäre, macht sich strafbar. Niemand muss sich jedoch hierbei selbst in Gefahr bringen.

Diese Pflicht zur Hilfeleistung gilt für Alle.

Weit wichtiger für Altenpfleger sind jedoch die sogenannten **»unechten Unterlassungsdelikte«**. Sie sind im Gegensatz zu den »echten Unterlassungsdelikten« nicht ausdrücklich im Gesetz geregelt.

»Unechte« Unterlassungsdelikte liegen vor, wenn der Täter aus seiner besonderen Stellung einen Un-

- ein geschultes Auge für Verbesserungsmöglichkeiten,
- Wissen, wie gewohnte Abläufe im laufenden Betrieb neu gestaltet werden können, und
- Kenntnisse, wie alle von der Veränderung betroffenen Mitarbeiter einbezogen werden können.

✔ **Tipp** Die Ansprüche bzw. Forderungen alter Menschen und ihrer Angehörigen ändern sich. Damit ändert sich auch die Bewertung der pflegerischen Qualität. Nicht zuletzt ändern sich wissenschaftliche Erkenntnisse, welche die Qualität der Pflege mitbestimmen. Daher ist die Einrichtung einer Arbeitsgruppe für das interne Qualitätsmanagement eine **dauerhafte Aufgabe** und kein Projekt, das nach wenigen Monaten abgeschlossen wird. Für eine gute Zusammenarbeit empfiehlt es sich, dass die Mitglieder der Arbeitsgruppe über einen längeren Zeitraum zusammenarbeiten.

1.3.1 Initiative zur internen Qualitätssicherung

Zwar ist die Durchführung der internen Qualitätssicherung gesetzlich vorgeschrieben (►LF 3.2, Kap. 2.1, S. 1169). Die schwerpunktmäßige **Initiative** innerhalb der Einrichtung kann jedoch aus zwei verschiedenen Richtungen kommen:

- Ist es vor allem die Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitung, welche die Initiative zur Qualitätssicherung in die Hand nimmt, so spricht man von einem **Top-down-Ansatz**. In diesem Fall gibt die Leitungsebene vor, was zu tun ist.
  - Der **Vorteil** dieses Vorgehens ist, dass die Einrichtungsleitung die Kostenseite sehr gut kennt und diese in ihre Überlegungen einbeziehen kann.
  - Der **Nachteil** dieses Ansatzes besteht darin, dass die Einrichtungsleitung nicht so wie die Mitarbeiter die »Basis« im Blick hat und damit Prozessdetails, die optimiert werden könnten, weniger gut kennt.
- Im umgekehrten Fall spricht man vom **Bottom-up-Ansatz**.
  - Der **Vorteil** dieses Vorgehens besteht darin, dass die Mitglieder der Arbeitsgruppe eigene Ideen aus ihrem Arbeitsbereich einbringen, da sie meist genau wissen »wo der Schuh drückt«.
  - **Voraussetzung** für diesen Ansatz ist ein motiviertes Team, das bereit ist, die gängige Praxis von sich aus zu ändern und zu optimieren.

Abb. 1.2: Top-down- und Bottom-up-Ansatz

1.3.2 Methoden und Instrumente der internen Qualitätssicherung

Methoden

Eine grundsätzliche **Methode** der Qualitätssicherung ist ein strukturierter Handlungskreislauf. Man spricht vom sogenannten **PDCA-Zyklus**. Dieser teilt sich auf in die folgenden vier Schritte:

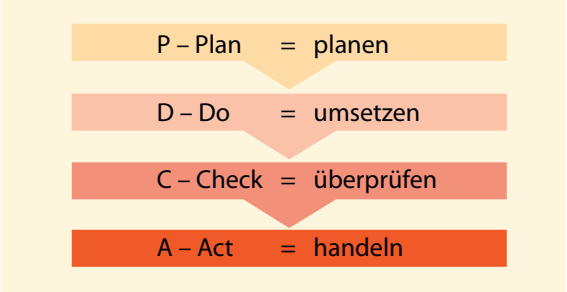

Abb. 1.3: Der PDCA-Zyklus ermöglicht systematisch Schwachstellen zu identifizieren und sie kontinuierlich zu optimieren.

! Merke Ebenso wie im Pflegeprozess geht die Pflegefachkraft auch bei der Qualitätssicherung geplant vor. Anschließend überprüft sie das erreichte Ziel. Ist dieses nicht zufriedenstellend, so passt sie ihre Maßnahme an, um das gewünschte Ziel zu erreichen. Die gewonnenen Erkenntnisse lässt sie bei der nächsten entsprechenden Situation einfließen.

2.4.5 Konfliktlösungsmodell nach Gordon

Dr. Thomas Gordon (1918–2002) war Psychologe in den USA. Er arbeitete sowohl wissenschaftlich als auch praktisch an Konfliktlösungsmodellen und konzentrierte sich zuerst auf die Lösung von Konflikten innerhalb der Familie. Später hat er die Grundprinzipien der Konfliktlösung in verschiedene andere Bereiche transportiert.

Die Methode der Konfliktlösung nach Gordon geht davon aus, dass es keinen Sieger oder Verlierer bei der Konfliktlösung geben sollte. Es geht um **aktives Zuhören** (►LF 1.4, Kap. 1.2.3, S. 800) und **Überzeugen ohne Machteinsatz**. Demnach ist wichtig, in Konflikten keine Machtkämpfe auszutragen. Übertragen in den Pflegealltag bedeutet dies, dass es keine Machtkämpfe zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen geben darf. Es geht nicht um Gewinnen oder Verlieren, sondern um tragbare Lösungen, die gemeinsam erarbeitet werden.

Alle Beteiligten an einem Konflikt kommen zusammen. Um eine Lösung ohne Niederlagen zu finden, bietet Gordon ein **6-Stufen-Modell der Problemlösung** an.

Auffallend ist, dass sich die Methode der Mediation und die niederlagenlose Methode nach Gordon der gleichen bzw. ähnlicher Verhaltensmuster und Gesprächsmethoden bedient. Die Methoden besitzen allerdings **drei große Unterschiede**:

- Mediation ist nach vorn gerichtet, es wird bei der Lösung von Konflikten nicht die Vergangenheit betrachtet. Bei Gordon wird das Problem aus der Vergangenheit heraus erarbeitet.
- Vor der Lösungsfindung werden bei der Mediation ausführlich die Interessen jedes Einzelnen im Konflikt betrachtet. Bei Gordon wird im Anschluss an die Problemdefinition gleich nach möglichen Lösungen gesucht.
- In der Mediation gibt es einen Mediator, der nicht parteiisch ist. Gordon geht nicht zwangsläufig von einem Moderator aus.

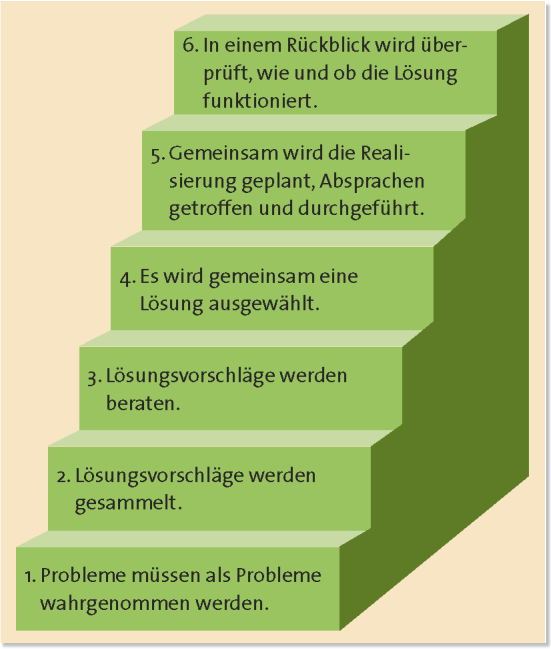

Abb. 2.11: 6-Stufen-Modell nach Gordon.

! Merke Gleichgültig, nach welcher Methode ein Konflikt gelöst werden soll, immer ist eine angemessene Umgebung zu schaffen. Die äußeren Rahmenbedingungen, wie Raum, Zeit, materielle Ausstattung, sollten berücksichtigt werden, denn sie tragen maßgeblich zu einer erfolgreichen Lösung bei.

2.4.6 KUGA® – Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression

Nicht jede Konfrontation mit körperlicher Gewalt lässt sich verhindern. Pflegefachkräfte müssen in angespannten Situationen handlungsfähig bleiben. Sie müssen kontrolliert reagieren können, um die therapeutische Beziehung nicht zu gefährden. Das **KUGA®-Prinzip** orientiert sich stets an der Achtung der Würde der betreuten Personen. Prävention und Deeskalation haben immer Vorrang, das Verhindern von Gewalt ist oberstes Ziel.

Prävention

Prävention beginnt im KUGA®-Konzept, bevor das Gegenüber aggressives oder gewalttätiges Verhalten zeigt. Prävention ist dabei eher ein sich selbstständig verbessernder Prozess, der sich mit dem ständigen Aufspüren von Stör- und Gefahrenquellen sowie Gewaltpotenzialen befasst.

Unterschiedliche Bewegungen setzen den Bandscheiben unterschiedlichen Belastungen aus. Werden diese Bewegungen mit ausreichender Muskelkraft und unter Beachtung bestimmter Regeln ausgeführt, halten die körperlichen Strukturen dies aus. Bei fehlerhafter Durchführung und ungenügend entwickelter Muskulatur entstehen Schäden (Bandscheibenvorfall ►LF 1.3, Kap. 12.4.6, S. 492).

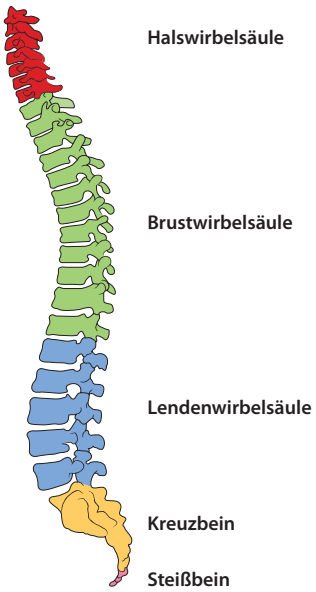

Abb. 1.14: Die menschliche Wirbelsäule hat eine Doppel-S-Form, dadurch wird deren Elastizität erhöht.

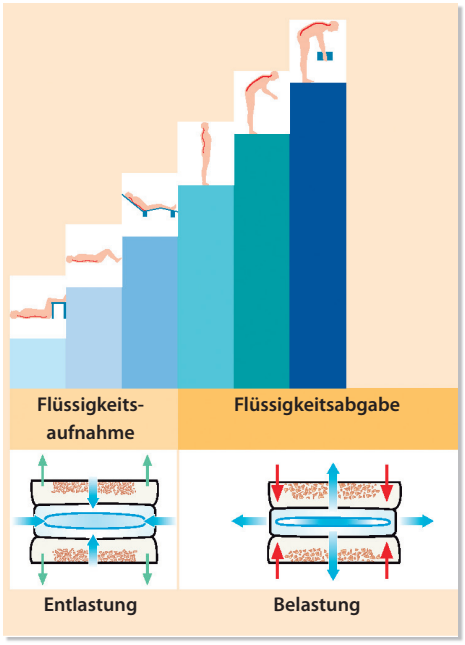

Abb. 1.15: Belastung und Verhalten der Bandscheibe

Rückenschule

Die **Rückenschule** soll zu einer rückenschonenden Arbeits- und Verhaltensweise anleiten. Durch gezielte Übungen werden Muskelkraft und rückengerechte Bewegungsabläufe trainiert.

- **Heben**: Ein gekrümmter Rücken ist zu vermeiden, um die Bandscheiben nicht zu strapazieren. Nur bei regelmäßigem Training werden die Muskeln kräftig genug:
- **Schritt 1:** Aufrechte Körperhaltung, Beine hüftbreit stellen, Fußspitzen zeigen leicht nach außen.
- **Schritt 2:** Knie und Hüfte beugen, Oberschenkel bei gerade gestreckter Wirbelsäule nach vorn neigen. Beine gehen in die Hocke, Arme gelangen Richtung Boden.
- **Schritt 3:** Gegenstand vom Boden aufheben.
- **Schritt 4:** Der Gegenstand wird möglichst körpernah gehalten. Die Wirbelsäule bleibt beim Erheben gestreckt. Ganz allmählich das Gewicht steigern.
- **Tragen**: Lasten sollten gleichmäßig auf beide Körperseiten verteilt getragen werden, da die Wirbelseite sonst einseitig belastet wird.

Abb. 1.16: Richtiges Heben und Tragen von Lasten