

Die **demografische Entwicklung** in Deutschland wird die Pflege in den nächsten Jahren vor große Herausforderungen stellen. Es wird zu einer deutlichen Überalterung der Gesellschaft kommen, was zwangsläufig auch einen massiven Anstieg der Zahl von Pflegebedürftigen bedeutet. Um diese Problematik abzufangen, erarbeiteten die Gremien der Regierungsparteien eine **mehrstufige Pflegereform**.

1.5.1 Das Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)

Am **01.01.2015** trat das **Pflegestärkungsgesetz I (PSG I)** und damit die erste Stufe der Pflegereform in Kraft. Seither verbesserte sich die Situation für die ca. 2,6 Millionen Pflegebedürftigen und Pflegekräfte maßgeblich. Durch eine Erhöhung der Leistungsansprüche aus der Pflegeversicherung konnten die häusliche Pflege durch Angehörige und das Betreuungsangebot der ambulanten Pflege deutlich optimiert werden. Auch die Leistungen für Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie die Option der Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege, neben den ambulanten Geld- und Sachleistungen, wurden ausgebaut. Dies kam erstmals auch **Demenzkranken** mit einer **Pflegestufe 0** zugute. Um ein längeres Wohnen im gewohnten Umfeld zu ermöglichen, wurden zudem die finanziellen Zuschüsse für Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen deutlich angehoben. Um diese Leistungen zu finanzieren und einen Pflegevorsorgefond einrichten zu können, mussten die Beitragsätze zur Pflegeversicherung ab Januar 2015 um 0,3 Prozentpunkte angehoben werden. Im Januar 2017 folgte in einem zweiten Schritt eine nochmalige Erhöhung um 0,2 Prozentpunkte.

1.5.2 Das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)

Die zweite Stufe, das **Pflegestärkungsgesetz II (PSG II)**, trat am 01.01.2016 in Kraft; die Inhalte wurden ab dem **01.01.2017** wirksam.

Die **wichtigsten Änderungen** auf einen Blick:

- Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Anwendung eines neuen Begutachtungsverfahrens
- Ersetzen der bisherigen 3 Pflegestufen durch 5 Pflegegrade

- Überleitung von bestehenden Pflegestufen in die Pflegegrade
- Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
- Stärkung des Grundsatzes »Rehabilitation vor Pflege«
- Ausbau der ambulanten Sachleistungsbeträge
- Ausbau der Absicherung pflegender Angehöriger in der Renten- und Arbeitslosenversicherung
- Ausweitung der Pflegeberatung für Betroffene und deren Angehörige
- Steigerung des Beitrags zur Pflegeversicherung um 0,2 Prozentpunkte

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und das neue Begutachtungsverfahren

➔ **Definition Pflegebedürftig** [...] sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

§ 14 SGB XI

Die Entwicklung und Einführung des **neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs** hatte die Gleichbehandlung von Menschen mit körperlichen, kognitiven und psychischen Einschränkungen zum Ziel. Bis dahin wurden lediglich körperliche Probleme beurteilt und Pflegestufen zugeordnet.

Seit dem **01.01.2017** greift ein **neues Begutachtungsverfahren** (Neues Begutachtungsassessment = **NBA**). Es ermöglicht durch Einschätzung in sechs Bereichen (Modulen), dass der Pflegebedarf nicht nur Defizite im körperlichen Bereich aufdeckt, sondern dass das Hauptaugenmerk auf die Erfassung der individuellen Beeinträchtigungen und der Fähigkeiten bei der selbstständigen Verrichtung alltäglicher Abläufe gerichtet ist. Somit erhalten Menschen mit demenziellen Erkrank-

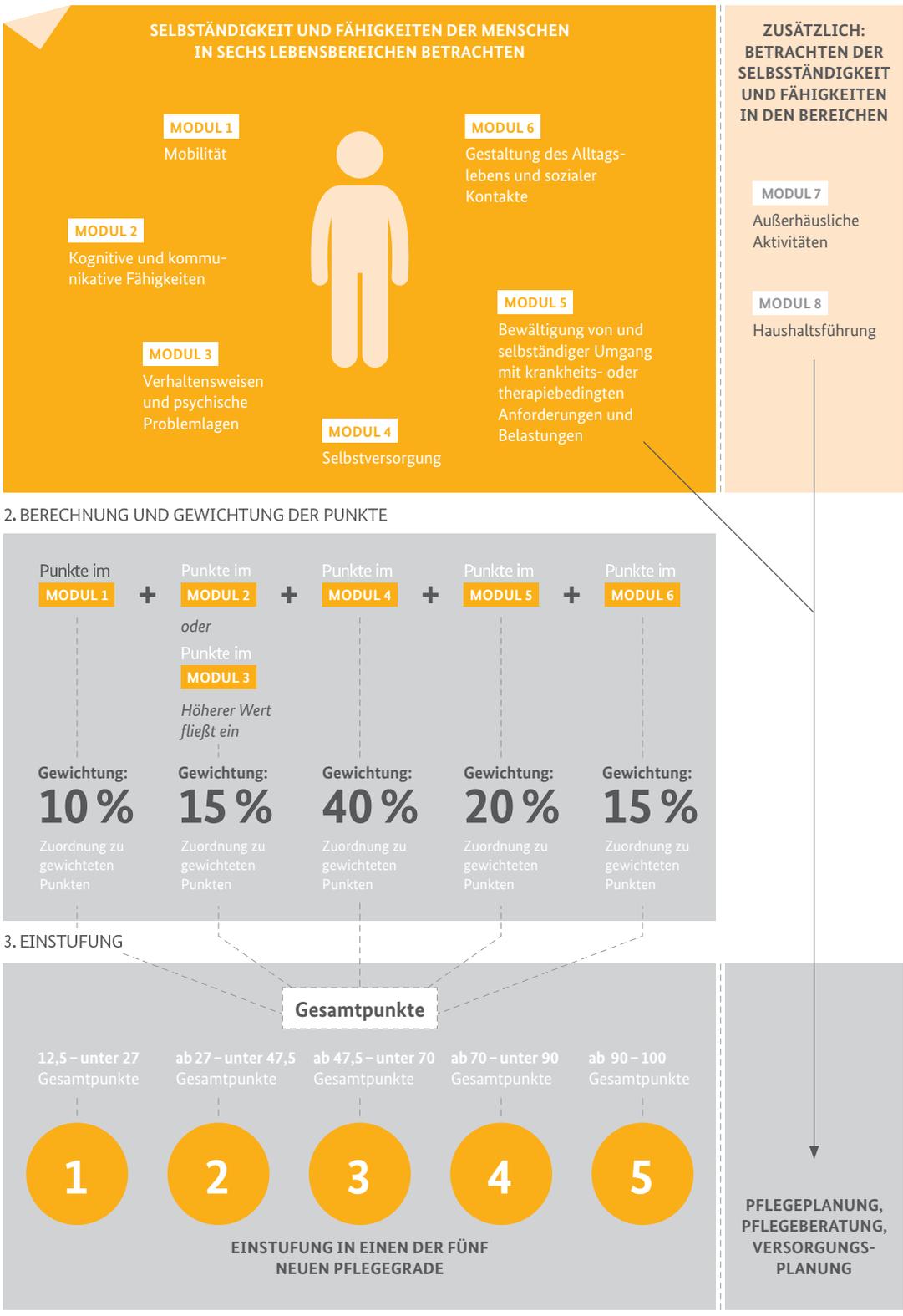


Abb. 1.13: Neues Begutachtungsassessment und Einstufung in die Pflegegrade

Die **Dauer** des Fußbades beträgt etwa zehn Minuten. Am Ende des Fußbades reibt die Pflegefachkraft die Füße mit einem Waschlappen ab, um **Schuppen** zu lösen. Die Zehennägel reinigt sie mit einer weichen **Nagelbürste**.

Danach trocknet sie die Füße sorgfältig ab und beobachtet sie hinsichtlich Besonderheiten und Verletzungen sowie Infektionszeichen. Sie achtet besonders auf die **Zehenzwischenräume**, in denen sich oft Flusen sammeln oder, bei trockenen Füßen, Risse bilden können. Nach dem Abtrocknen platziert sie die Füße auf einem Handtuch.

Eventuell vorhandene **Hornhaut** reibt sie vorsichtig mit dem Bimsstein ab. Das **Nagelhäutchen** schiebt sie bei Bedarf vorsichtig mit einem Holz- oder Gummistäbchen zurück. Noch vorhandenen Schmutz unter den Zehennägeln entfernt sie mit einem spitz zulaufenden, vorne jedoch abgerundeten Fußpflegeinstrument.

Anschließend schneidet oder knipst sie die Zehennägel vorne in gerader Form ab. Auf diese Weise wirkt sie dem Einwachsen des Zehennagels entgegen. **Scharfe Kanten** an den Zehennägeln beseitigt sie mit einer Feile.



Abb. 1.93:
Nagelpflege durch Fachexperten (Podologen), um Verletzungen zu vermeiden

✓ **Tipp** Neigt der alte Mensch zu Schweißfüßen, so kann die Pflegefachkraft statt der Fußcreme bei Bedarf ein Fußpflegemittel anwenden, das die Schweißproduktion sowie den damit einhergehenden Geruch vermindert. Auch die Einreibung mit einer Mischung aus Basisöl, z. B. Mandelöl, und 2–3 Tropfen eines ätherischen Öls, z. B. Zitrone oder Salbei, kann den Wohlgeruch und die Schweißminderung unterstützen.

Ist im Rahmen der Fußpflege eine **Verletzung** aufgetreten, so desinfiziert die Pflegefachkraft diese umgehend.

Sofern keine Erkrankung der Zehennägel vorliegt, lackiert die Pflegefachkraft auf Wunsch die Nägel.

Nach der Fußpflege desinfiziert die Pflegefachkraft die gebrauchten Gegenstände.

- ✓ **Tipp** Die Pflegefachkraft dokumentiert:
- Zeitpunkt der Fußpflege
 - verwendete Reinigungs- und Pflegemittel
 - Aussehen der Füße, z. B. Hautzustand, Verletzungen, Infektionen sowie ihre Lokalisation
 - Besonderheiten der Zehennägel, z. B. in der Form und Farbe, sowie deren Lokalisation
 - Beweglichkeit der Zehen

1.7.13 Intim- und Analpflege

Die **Intim- und Analpflege** ist eine sehr sensible Aufgabe. Sie betrifft einen Bereich des Körpers, den nach der Kindheit meist nur die Person selbst oder eventuell ein Partner berührt. Gleichzeitig sind mit der Intim- und Analpflege auch Körperausscheidungen verbunden, die in der Gesellschaft weitgehend tabuisiert werden. Als dritter Faktor kommt hinzu, dass gerade die Haut im Intimbereich sehr sensibel und verletzlich ist.

! **Merke** Die obersten Regeln bei der Intim- und Analpflege lauten:

- Bereiche, die der alte Mensch selbst reinigen und pflegen kann, versorgt er selbst.
- Die Pflegefachkraft sorgt für Sichtschutz während der Pflegemaßnahmen.
- Übernimmt die Pflegefachkraft die Intim- und Analpflege, so geht sie sehr vorsichtig und einfühlsam vor.
- Wünscht der alte Mensch, dass die Intim- und Analpflege durch bestimmte Personen durchgeführt wird, z. B. durch gleichgeschlechtliche Personen, so kommt die Pflegefachkraft diesem Wunsch nach Möglichkeit nach.

✓ **Tip** Die Pflegefachkraft dokumentiert zusätzlich zur allgemeinen Dokumentation bei Prophylaxen:

- Einschätzung des Sturzrisikos
- Änderungen der Situation, die auf ein erhöhtes Sturzrisiko hinweisen

1.9.4 Dekubitusprophylaxe

Der **Dekubitus** (► LF 1.3, Kap. 17.4.1, S. 631) ist eine äußerst schmerzhafteste Schädigung der Haut und Nerven. Diese kann nur die oberen Hautschichten betreffen, aber auch bis hin zum Knochen reichen. Lange Zeit herrschte Unklarheit, wie ein Dekubitus zu vermeiden und wie er zu behandeln sei.

Fest steht, dass Dekubiti über viele Jahre nicht immer optimal behandelt oder die richtigen Maßnahmen ergriffen wurden, um einen Dekubitus zu vermeiden.

Nicht jeder Dekubitus kann vermieden werden, aber eine fachgerechte pflegerische Versorgung kann viele Dekubiti verhindern. Dies ist einer der Gründe, weshalb das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (► LF 1.1, Kap. 3.4.2, S. 42) die **Dekubitusprophylaxe** in ihrem ersten Expertenstandard zum Thema machte.

Assessment

Fest steht, dass **Druckeinwirkung** über einen längeren Zeitraum eine entscheidende Rolle in der Entstehung eines Dekubitus spielt. Bei Pflegebedürftigen, die sich selbstständig bewegen und stets in Bewegung bleiben – und seien es kleine Mikrobewegungen im Sitzen –, ist die Druckeinwirkung geringer. Um rechtzeitig zu erkennen, ob ein erhöhtes Risiko besteht, einen Dekubitus zu bekommen, achtet die Pflegefachkraft in ihrem **Assessment** auf folgende Anzeichen bzw. erfragt sie:

- Grad der Mobilität/Aktivität
 - Bettlägerigkeit
 - Fähigkeit, die eigene Lage zu wechseln, im Sitzen sowie im Liegen
 - Nutzung von Hilfsmitteln zum Gehen
 - Nutzung eines Rollstuhls
 - Unterstützungsbedarf beim Transfer

- Gegenstände, die Druck auf die Haut ausüben könnten, z. B. Katheter, Schiene
- Missempfindungen der Haut, z. B. Kribbeln, Taubheitsgefühl
- Ernährungszustand
- Diabetes mellitus
- Hautzustand (27, S. 16)

Lange Zeit wurden Skalen eingesetzt, mit denen das Risiko für einen Dekubitus ermittelt werden sollte. Am gängigsten waren die **Norton-Skala** sowie die **Braden-Skala**. Im **Expertenstandard »Dekubitusprophylaxe in der Pflege«** heißt es »die Anwendung eines spezifischen standardisierten Assessmentinstruments für die Erfassung des Dekubitusrisikos wird sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen nicht empfohlen, da vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse keine Belege für patienten-/bewohner-relevante Vorteile durch die Anwendung eines solchen Instrumentes für die Dekubitusrisikoeinschätzung enthalten.« (27, S. 17).

✓ **Tip** Auf der Seite des DNQP (www.dnqp.de) können Sie einen Auszug der aktuellen Version des **Expertenstandards »Dekubitusprophylaxe in der Pflege«** herunterladen.

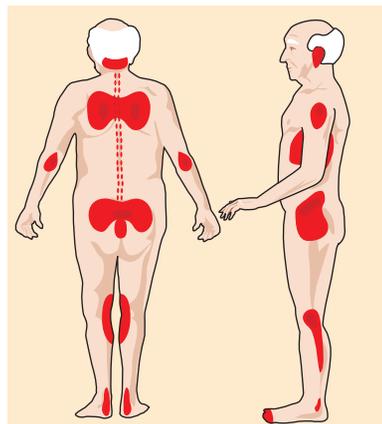


Abb. 1.148: Dekubitusgefährdete Körperstellen

! **Merke** Zentraler Punkt, um einen Dekubitus frühzeitig zu erkennen, ist die regelmäßige Beobachtung der Haut. Ein Dekubitus ersten Grades ist an einer nicht wegdrückbaren Rötung erkennbar.

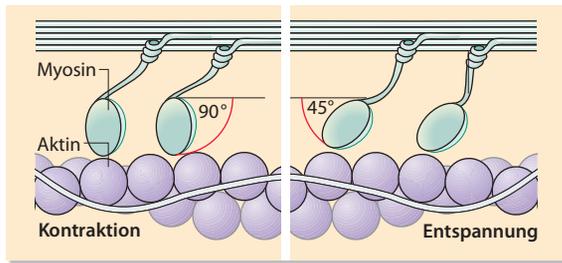


Abb. 3.21: Muskelkontraktion

Über die **Sehnen** werden die Muskelbewegungen auf das Skelett übertragen. Da Muskeln nur kontrahieren und wieder entspannen können, gehören zu einer Bewegung mindestens zwei »gegenseitig« arbeitende Muskeln.

Die Kontraktion der Skelettmuskeln wird durch elektrische Impulse des Gehirns oder des Rückenmarks ausgelöst. Sie ist dem Willen unterworfen, also **willkürlich**, außer bei Reflexen, die unwillkürlich ablaufen. Die Verbindung zwischen Nerv und Muskel wird als **motorische Endplatte** (Abb. 3.22) bezeichnet.

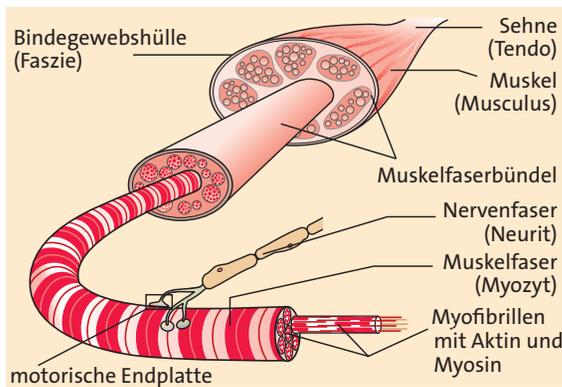


Abb. 3.22: Motorische Endplatte

Herzmuskelgewebe

Das **Herzmuskelgewebe** weist wie das Skelettmuskelgewebe eine Hell-dunkel-Bänderung auf, es ist **quer gestreift**. Ansonsten unterscheiden sich Herzmuskeln in einigen Punkten von Skelettmuskeln. In den Herzmuskelzellen liegen die Zellkerne zentral und nicht randständig wie beim Skelettmuskelgewebe.

Sogenannte **Glanzstreifen** verknüpfen die Herzmuskelzellen miteinander. Über diese können sich elektrische Impulse (Erregungen) sehr schnell ausbreiten und damit große Bereiche des Herzmuskels nahezu gleichzeitig zur Kontraktion bringen.

Die Herzmuskeln verfügen über eine ungeheure Leistungsfähigkeit: Sie arbeiten nahezu ununterbrochen über Jahrzehnte hinweg. Die dafür notwendige gute Versorgung mit Glukose und Sauerstoff wird von Kapillaren (feinste Blutgefäße) gewährleistet, die jede Muskelzelle umspannen.

Damit das Herz schlägt, müssen die Herzmuskeln regelmäßig und in einem koordinierten Ablauf elektrisch erregt werden. Die Erregungsbildung selbst erfolgt direkt in einem Teil des Herzmuskelgewebes, dem **Sinusknoten**. Dieser befindet sich in der Wand des rechten Vorhofs vor der Einmündung der rechten Hohlvene (► LF 1.3, Kap. 10.1.1, S. 426). Das Herz besitzt somit ein autonomes (eigenständiges) Erregungszentrum, das allerdings von vielen Faktoren beeinflusst wird.

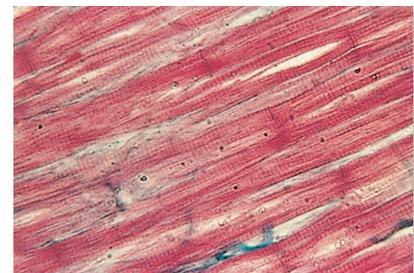


Abb. 3.23: Herzmuskulatur

Glattes Muskelgewebe

Als **glattes Muskelgewebe** werden alle Muskeln bezeichnet, denen die Querbänderung fehlt. Dazu gehören größtenteils die Wände des Magen-Darm-Trakts, der Blutgefäße, Harn-, Samen- und Eileiter sowie der Haarbalgmuskeln und Muskeln der Drüsen.

Die Zellen des glatten Muskelgewebes sind spindelförmig, bis zu 0,2 mm lang und besitzen einen zentral gelegenen Zellkern. Auch hier vermitteln die im Zytoplasma gelegenen Aktin- und Myosin-fibrillen die Kontraktion. Glatte Muskelzellen kontrahieren langsam und ermüden kaum. So werden z. B. lang dauernde, gleichmäßige Kontraktionen

8 Pflege von Menschen mit Demenz

Frau Dückler ist 84 Jahre alt und lebte zwei Jahre in einer Einrichtung für betreutes Wohnen in ihrem Heimatort. Ihre beiden Kinder wohnen zwar weiter entfernt, aber einer ihrer Enkel, Friedrich, wohnt im gleichen Ort wie seine Großmutter. Er kümmert sich regelmäßig um sie. Frau Dückler hat eine Wohnung mit eineinhalb Zimmern und einem kleinen Balkon. Auf diesem hat Friedrich einige Blumenkästen bepflanzt und ein Vogelhäuschen aufgestellt. Mittlerweile kommen die Vögel nicht nur im Winter und Frau Dückler kann sie beim Spielen und Fressen beobachten.

Nach einer Knie-Operation vor gut zwei Jahren konnte Frau Dückler die vielen Treppen zu ihrer Wohnung nicht mehr steigen. Auch fiel es ihr immer schwerer, den Haushalt allein zu versorgen, vor allem die Wäsche zu waschen und einzukaufen war nicht mehr möglich. Daher entschloss sie sich zum Umzug ins betreute Wohnen. Sie hat sich gut eingelebt und trifft sich ab und zu mit anderen Bewohnern zum Kaffee oder um ein Gesellschaftsspiel zu spielen.

In den letzten Monaten hat Frau Dückler bemerkt, dass sie vergesslicher wird. Sie weiß nicht immer, welcher Wochentag ist, vergisst, wo sie ihre Brille hingelegt oder dass sie die Kaffeemaschine angestellt hat. Sie behilft sich mit Merktzetteln und umschreibt beim Sprechen Wörter, die ihr nicht einfallen. Allerdings kann sie auch ungeduldig werden, aggressiv war sie jedoch noch nicht. Leider ist sie mittlerweile harninkontinent und auf Pants angewiesen. Auch das Ankleiden fällt ihr immer schwerer. Als Friedrich sie besuchen wollte, hatte Frau Dückler vergessen, dass er kommen wollte. Er stand vor verschlossener Tür und fand seine Großmutter im Nebengebäude beim Osterkaffee mit anderen Bewohnern. Erst war sie überrascht über seinen Besuch, dann hat sie sich gefreut.

Da sie im Alltag immer mehr Unterstützung benötigt und zweimal gestürzt ist, ist Frau Dückler vor 3 Wochen in das angeschlossene Pflegeheim umgezogen. Ihre Vergesslichkeit hat weiter zugenommen. Fotos ihrer Familie, ein großer Kalender und ein »sprechender« Wecker helfen ihr zwar, sie vergisst aber oft, das Kalenderblatt zu wechseln oder den Wecker zu bedienen. Vor einigen Tagen suchte sie verzweifelt ihre Lieblingsschuhe, Friedrich fand sie dann im Badezimmerschränkchen. Über aktuelle Themen kann man sich nur noch wenig mit Frau Dückler unterhalten. Dafür erzählt sie gern aus ihrer Kindheit und Jugend. Insgesamt ist sie lustiger geworden und kann über sich selbst und Missverständnisse, die durch ihre Vergesslichkeit entstehen, lachen. Das Telefonieren mit ihr bekannten Menschen funktioniert noch recht gut.

Im Gespräch mit der Pflegefachkraft erfährt Friedrich, dass die Demenz, von der er schon durch den Hausarzt seiner Großmutter erfahren hat, noch fortschreiten wird. Mittlerweise ist es notwendig, Frau Dückler zu den Mahlzeiten abzuholen, auch benötigt sie Unterstützung bei sämtlichen Alltagsaktivitäten. Die Medikamentengabe übernehmen die Pflegefachkräfte. Seit einigen Tagen ist der Tag-Nacht-Rhythmus von Frau Dückler verändert. Manchmal ist sie die halbe Nacht wach und läuft im Wohnbereich herum, tagsüber schläft sie dann viel. Neulich besuchte Friedrichs Schwester Sabine ihre Großmutter. Es dauerte einige Minuten, bis Frau Dückler ihre Enkelin, die sie nicht oft sieht, erkannte.

Für Friedrich und den Rest der Familie, vor allem für Frau Dücklers Kinder, ist es schwer, ihre Mutter so unselbstständig zu sehen. Aber sie wissen ihre Mutter bzw. Großmutter gut aufgehoben und freuen sich, dass sie sich im Pflegeheim wohlfühlt und dort professionell betreut wird.

LF 1.3

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)

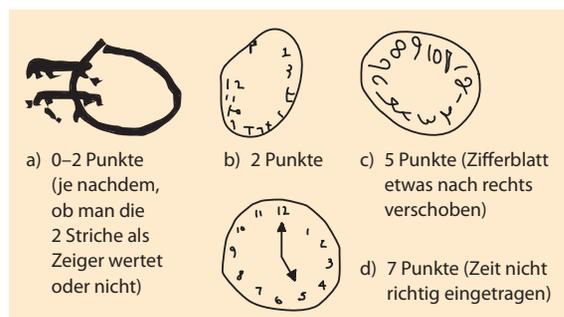


Abb. 8.2: Uhrentest

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.

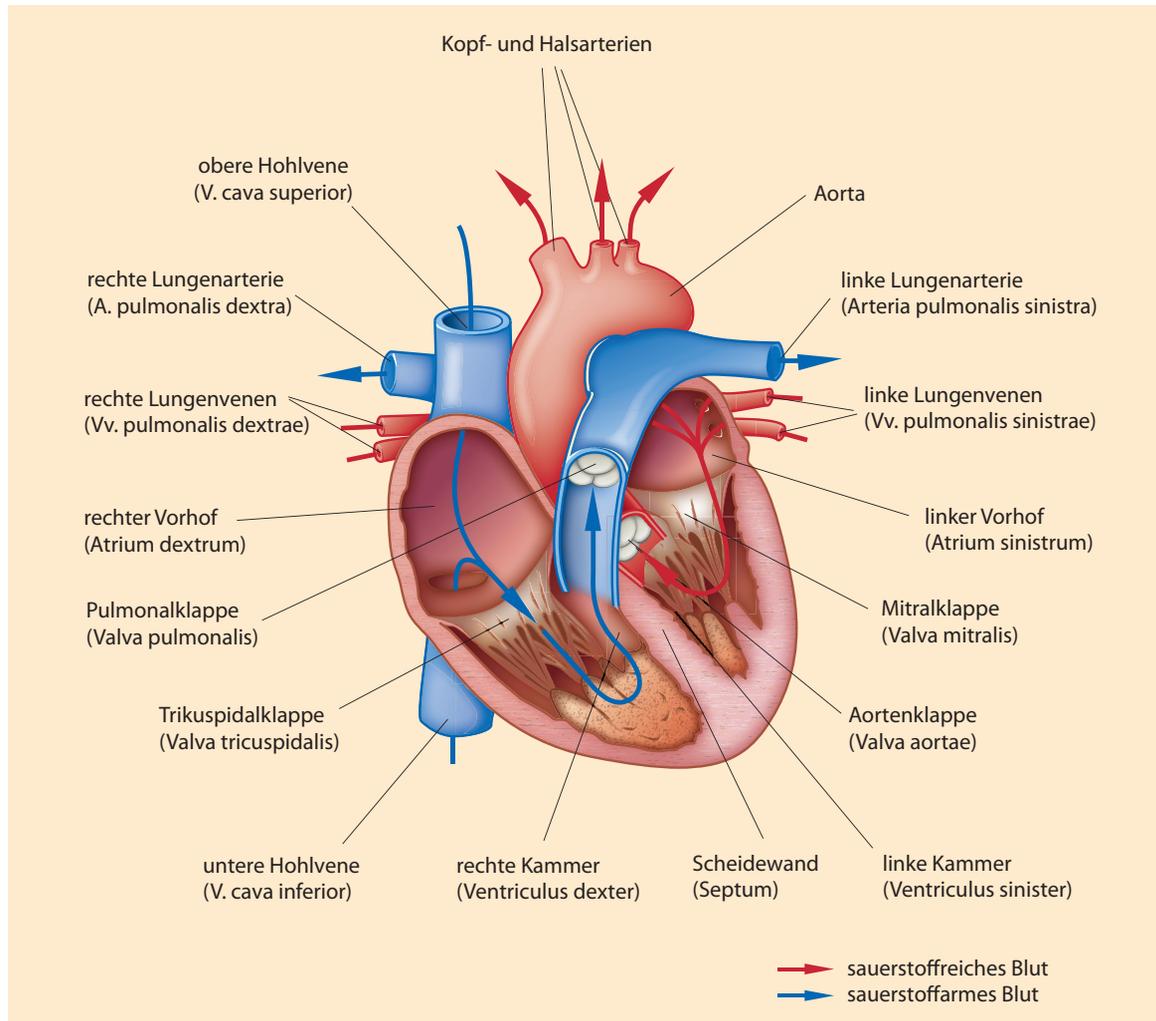


Abb. 8.3: In einem frühen Stadium der Demenzerkrankung ist oft noch keine pflegerische Unterstützung notwendig. Die Pflegefachkraft ist sich bei ihrer späteren Versorgung des Menschen jedoch bewusst, dass er – nach der Diagnose – auch eine schwierige Zeit gehabt hat und sich mit der Erkrankung auseinandersetzen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

Formen der Demenz

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

LF 1.3



LF 1.3

Abb. 10.2: Herz im Längsschnitt

Aus den Herzkammern, also vom Herzen fort, führen die großen Arterien:

- Die **Lungenarterien** (Aa. pulmonales) gehen aus dem gemeinsamen Lungenstamm hervor und leiten das sauerstoffarme Blut aus der **rechten** Herzkammer in den **Lungenkreislauf**.
- Die **Aorta** (Körperschlagader) leitet das sauerstoffreiche Blut aus der **linken** Herzkammer in den **Körperkreislauf**.

! Merke Unabhängig vom Sauerstoffgehalt gilt:

- **Venen:** Gefäße, die zum Herz hinführen
- **Arterien:** Gefäße, die vom Herz wegführen

Herzklappen

Herzklappen, die die Funktion von Ventilen haben, verhindern, dass das gepumpte Blut zurückfließt. Die **Taschenklappen** befinden sich zwischen den Kammern und Arterien, die **Segelklappen** zwischen Vorhöfen und Kammern.

Die Segelklappe der rechten Herzhälfte ist dreizipfelig und heißt **Trikuspidalklappe**, die der linken Herzhälfte ist zweizipfelig und heißt **Mitralklappe**. Die Taschenklappe des rechten Herzens heißt **Pulmonalklappe**, des linken Herzens **Aortenklappe**.

Herzzyklus: Systole und Diastole

➔ **Definition**

➔ Der **Herzzyklus** besteht aus einer Abfolge von **Systole** und **Diastole**.

➔ **Systole (Kontraktion):** Anspannungs- und Pumpphase der Vorhöfe und Kammern

➔ **Diastole (Entspannung):** Entspannungs- und Füllungsphase der Vorhöfe und Kammern

Systole und **Diastole** sorgen dafür, dass sich das Herz zusammenzieht und Blut in den Körper- und den Lungenkreislauf pumpt.

In der **Anspannungsphase** der **Systole** schließen sich alle Klappen und das Herz zieht sich zusammen, Druck wird aufgebaut. In der **Austreibungsphase** öffnen sich die zwei Taschenklappen und das Blut fließt über die Taschenklappen aus den Herzkammern: über die Pulmonalklappe in den Lungenkreislauf und über die Aortenklappe in den Körperkreislauf. Danach schließen sich die Herzklappen wieder, und die **Diastole** beginnt. Der Herzmuskel entspannt sich, bis sich die zwei Segelklappen öffnen. Das Blut fließt von den Vorhöfen in die Herzkammern. Dann schließen sich die zwei Segelklappen. Die Systole beginnt erneut.

Da in der Systole und Diastole entweder nur die zwei Taschenklappen oder die zwei Segelklappen geöffnet sind, fließt das Blut nur in eine Richtung.

Herztöne und Herzgeräusche

Der **erste Herztone** entsteht in der Anspannungsphase der Systole, wenn sich die Herzkammern zusammenziehen. Der **zweite Herztone** entsteht gegen Ende der Systole, wenn sich die Taschenklappen schließen.

Herzgeräusche entstehen, wenn sich die Herzklappen nicht mehr richtig schließen oder öffnen. (1)

Herzgröße

Sportliches Training, aber auch eine krankhafte Überlastung können die **Masse des Herzmuskels** vergrößern. Dabei vergrößert sich jede einzelne Herzmuskelzelle (**Hypertrophie**). Hierdurch kann das Gewicht des Herzens von normalerweise 300 g beim Erwachsenen deutlich ansteigen. Bei einem Herzgewicht über 500 g droht eine unzureichende Sauerstoffversorgung der Herzmuskelfasern, denn es folgt keine gleichzeitige Vergrößerung der versorgenden Herzkranzgefäße.

Regelmäßiges körperliches **Training** erhöht die Fähigkeit der Muskelzellen, Energie zu speichern. Deshalb brauchen trainierte Herzmuskeln im Verhältnis weniger Sauerstoff als untrainierte Muskeln. Die Herzleistung eines Sportlers verbessert sich dadurch, ohne dass das Gewicht des Herzens zu sehr zunimmt. Daher ist ein dosiertes Ausdauertraining bei vielen Herzerkrankungen sinnvoll.

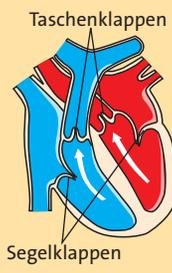
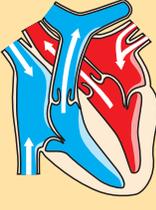
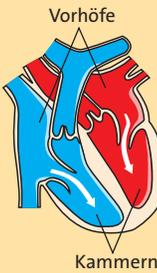
	Systole, Anspannungsphase	Systole, Austreibungsphase	Diastole, Entspannungsphase	Diastole, Füllungsphase
				
Vorhöfe	erschlaffen	füllen sich	gefüllt	kontrahieren
Segelklappen	geschlossen	geschlossen	leicht geöffnet	voll geöffnet
Kammern	gefüllt, kontrahieren	kontrahieren	erschlaffen	füllen sich
Taschenklappen	geschlossen	geöffnet	geschlossen	geschlossen

Abb. 10.3: Phasen des Herzzyklus: Ein Herzschlag besteht immer aus einer Systole und einer Diastole.

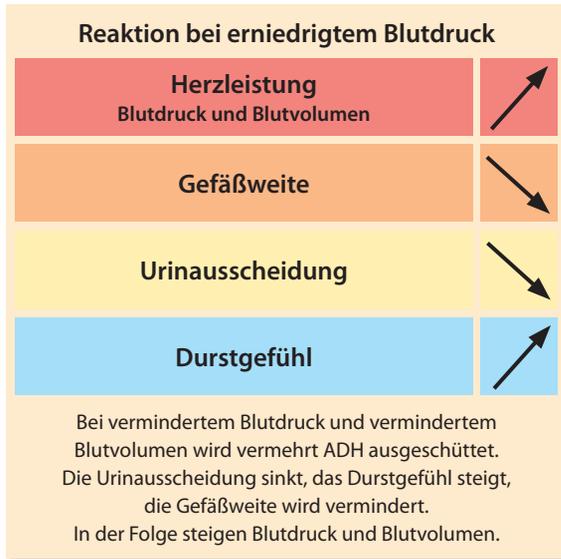


Abb. 10.8.: ADH Ausschüttung – Wirkungen

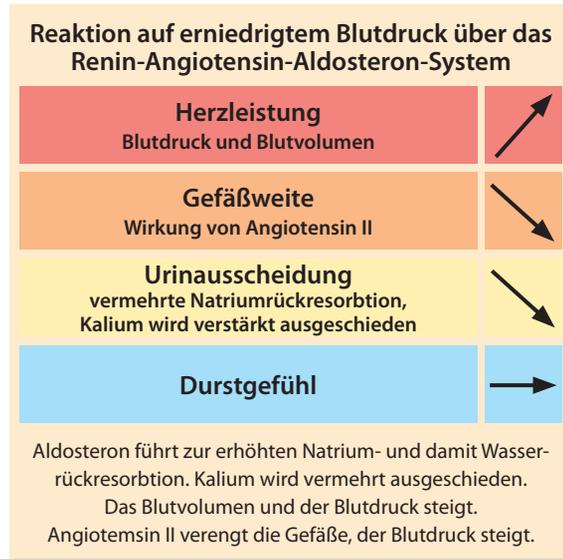


Abb. 10.9: Aldosteron – Wirkungen

- **Ausschüttung von Aldosteron:** Bei einem Blutdruckabfall wird über das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System in der Nebennierenrinde vermehrt Aldosteron gebildet. Dieses Hormon führt zu einer verstärkten Rückresorption von Natrium in der Niere. Wasser folgt dem Natrium, entsprechend wird weniger Wasser ausgeschieden. Die Urinausscheidung sinkt, das Blutvolumen wird vergrößert. Bei erhöhten Blutdruckwerten wird entsprechend wenig Aldosteron gebildet und damit weniger Natrium rückresorbiert und mehr Wasser ausgeschieden. Aldosteron verstärkt die Kaliumausscheidung.
- **Atriales natriuretisches Peptid (ANP):** Dieser hormonähnliche Stoff wird in den Muskelzellen der Herzvorhöfe gebildet. Auslösend hierfür ist eine Zunahme des Blutvolumens, und damit verbunden ist ein verstärkter Dehnungsreiz in den Vorhöfen. Es hat mehrere Wirkungen, die alle eine Senkung des Blutdrucks zur Folge haben.
 - In der Niere führt es zu einer vermehrten Natrium- und Chlorausscheidung. Dem Natriumchlorid folgt das Wasser passiv, die Urinausscheidung steigt.
 - Im Hypothalamus hemmt es das Durstgefühl, entsprechend wird dem Körper weniger Wasser zugeführt.

- Es senkt die Reninkonzentration. Infolgedessen wird weniger Angiotensin II gebildet, was zu einer Erweiterung der Arteriolen führt. Der Blutdruck sinkt.

Ist das Blutvolumen hingegen niedrig, sinkt die Konzentration von ANP. Entsprechend fallen die blutdrucksenkenden Effekte weg.

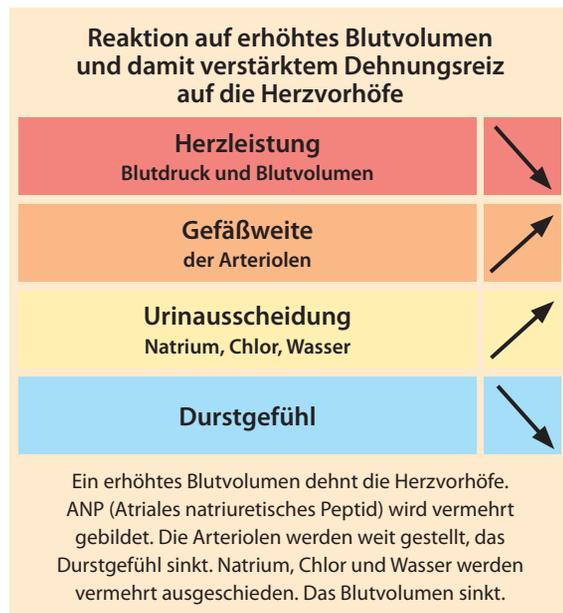


Abb. 10.10: Atriales natriuretisches Hormon (ANP) – Wirkungen

Maß an Elastizität erfordern, z.B. den Rippen, ist zusätzlich **Knorpel** angelegt. Dieser schützt auch hoch beanspruchte Partien wie Gelenkflächen.

Das Skelett schützt die inneren Organe (LF 1.3, Kap. 3.1, S. 286). Die Knochen speichern wichtige **Mineralien** wie Kalzium und Phosphor. Im **roten Knochenmark** entstehen die Blutzellen und reifen die roten Blutkörperchen.

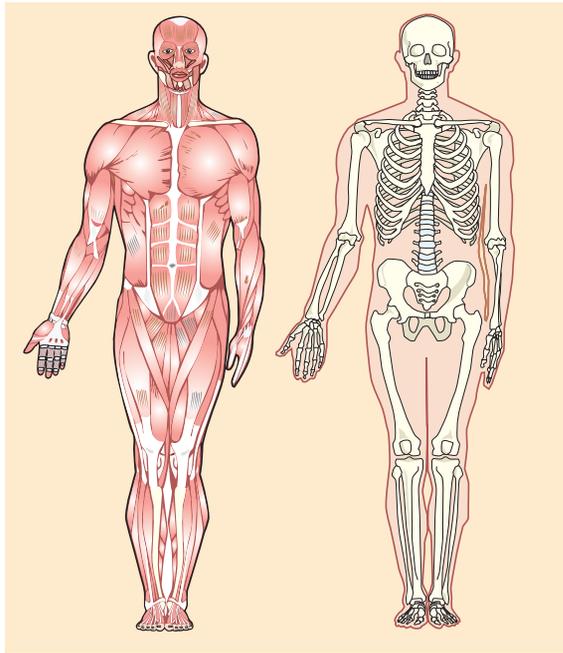


Abb.12.1: Bewegungsapparat: Muskulatur und Skelett

Abschnitte des Skeletts

Schädel

Der menschliche **Schädel** (Abb. 12.2) setzt sich aus 29 Knochen zusammen. Unterschieden werden Hirnschädel und Gesichtsschädel. Der **Hirnschädel** umschließt das Gehirn von oben, unten und hinten. Die **Schädelbasis** begrenzt den Hirnschädel nach unten. Sie hat eine große Öffnung (Foramen magnum) für den Durchtritt des Rückenmarks sowie kleinere Öffnungen für den Austritt der Hirnnerven. In einer knöchernen Vertiefung im vorderen Teil der Schädelbasis befindet sich die Hirnanhangsdrüse (Hypophyse, ▶ LF 1.3, Kap. 15.1.1, S. 570).

Über dem Gehirn wölbt sich das **Schäeldach**. Die vordere Begrenzung, der **Gesichtsschädel**, besteht

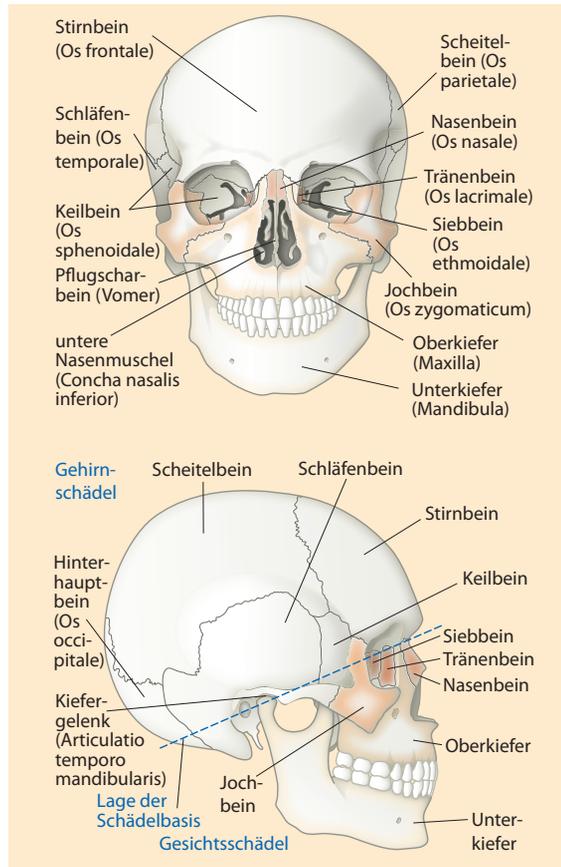


Abb. 12.2: Wichtige Knochen des Schädels

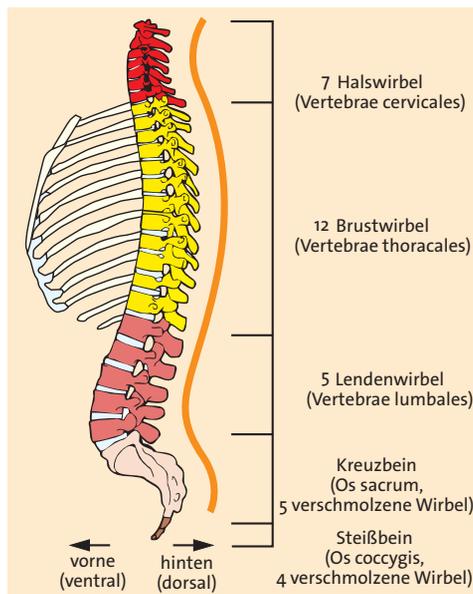


Abb. 12.3: Wirbelsäule mit Rippen

LF 1.3

- Die **Unterkieferspeicheldrüsen** (Glandula submandibularis) liegen am Unterkieferwinkel im Mundboden. Die Ausführungsgänge dieser Speicheldrüsen sind relativ lang und werden bei gehobener Zunge am Zungengrund sichtbar.
- Gleichfalls am Zungengrund münden die Gänge der **Unterzungenspeicheldrüsen** (Glandula sublingualis).

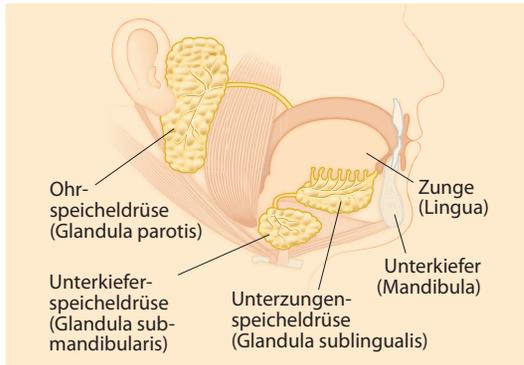


Abb. 13.4: Die drei paarigen Speicheldrüsen

Der **Speichel** verbessert die Gleitfähigkeit der zerkleinerten Nahrung und führt Enzyme zu, welche die Verdauung vorbereiten. Die im Speichel enthaltenen Muzine (Schleimstoffe) machen den Bissen schluckfähig. Der Speichel löst einzelne Nahrungsbestandteile und ermöglicht so den Beginn der Verdauung schon im Mund und das Wirksamwerden von Geschmacksreizen. Das Enzym **Amylase** leitet die Verdauung der Kohlenhydrate bereits beim Kauen ein. Der Speichel ist alkalisch und ermöglicht damit die Wirkung des Verdauungsenzyms.

Außerdem erhält der Speichel den Zahnschmelz, indem er saure Bakterienprodukte neutralisiert. Die Fähigkeit des Speichels, Krankheitserreger abzuwehren, beruht auf enthaltenen **Immunglobulinen** und **Lysozym**, einem Enzym, das Bakterienwände auflöst.

13.1.2 Rachen

Der **Rachen (Pharynx)** ist ein Muskel-Schleimhaut-Schlauch, den die Nahrung auf ihrem Weg von der Mundhöhle zur Speiseröhre durchquert. Sobald der Nahrungsbrei nach hinten gereicht wird und den Zungengrund, die Gaumenbögen oder die Rachenhinterwand berührt, wird der **Schluckreflex** ausgelöst. Dieser bewirkt nicht nur den Weitertransport der Nahrung, sondern verhindert zugleich, dass Nahrung in Nase oder Luftröhre gelangen könnte, denn der **Atemweg kreuzt den Speiseweg** im Rachen. Der Nasenrachen wird mithilfe der quer gestellten Gaumensegel und des oberen Schlundschwürmuskels abgedichtet. Der **Kehldeckel (Epiglottis)** verschließt den Kehlkopf und damit die gesamten unteren Atemwege (Abb.13.5) und ist so geformt, dass der Nahrungsbrei sicher in den dahinter liegenden Ösophagus (Speiseröhre) abfließen kann.

13.1.3 Ösophagus

Der mit glatter Schleimhaut ausgekleidete **Ösophagus** (Speiseröhre) ist etwa 25 cm lang und verläuft in dem zwischen den Lungenflügeln liegenden Raum, dem Mediastinum. Ab dem Ösophagus ist der **Magen-Darm-Trakt aus drei Schichten** aufgebaut:

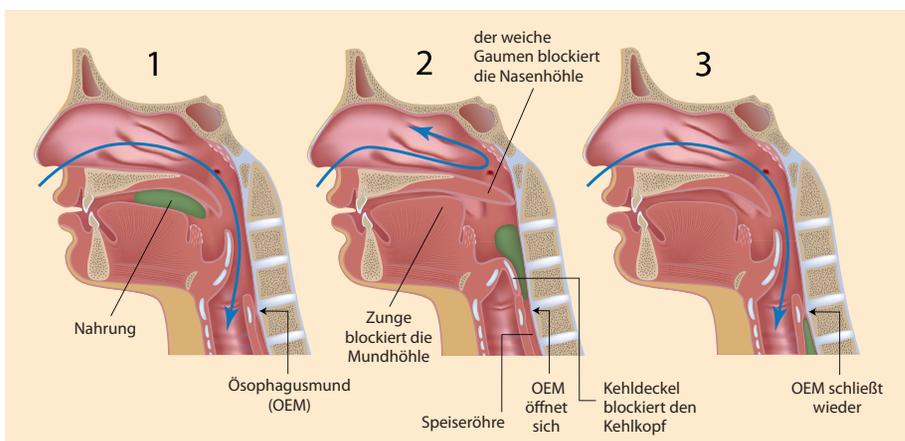


Abb. 13.5: Verschiedene Phasen des Schluckvorgangs

LF 1.3

- Vorlagen sammeln, wiegen, Gewicht dokumentieren und mit dem Gewicht unbenutzter Vorlagen vergleichen
- aufklären über Risikofaktoren und Prävention einer Harninkontinenz, z. B. geistige Einschränkungen, körperliche Einschränkungen, Alter, Harnwegsinfektion, bestimmte Medikamente wie Diuretika

Beim ersten Auftreten einer Harninkontinenz ergreift die Pflegefachkraft folgende **Maßnahmen**:

- Miktionsprotokoll führen (Tab. 14.1)
 - 24 Stunden lang Vorlagentest
 - Arzt informieren
 - Kontinenzprofil bestimmen und mit dem Menschen besprechen, welches Kontinenzprofil erreicht werden soll
 - verschiedene Hilfsmittel vorstellen und dazu beraten
- Umgang mit Hilfsmitteln anleiten
 - überprüfen, ob der Mensch mit den Hilfsmitteln umgehen kann und ob sie hilfreich sind
 - nach Zustimmung des Menschen je nach Ursache andere Berufsgruppen informieren und interdisziplinäre Absprachen organisieren, z. B. mit Hausarzt, Urologe, Physiotherapeut; Absprachen in regelmäßigen Abständen wiederholen
 - in Absprache mit dem interdisziplinären Team:
 - Therapieplan aufstellen unter Berücksichtigung des gewohnten Alltags des Menschen
 - Therapieplan regelmäßig auf Aktualität prüfen
 - therapeutische Übungen nach Einweisung durch den Therapeuten anleiten, wenn dieser nicht da ist

! Merke Vom DNQP (► LF 1.1, Kap. 3.4.2, S. 42) wurde der **Expertenstandard »Förderung der Harnkontinenz in der Pflege«** entwickelt. Seine Zielsetzung besteht darin:

- Bei kompletter Kontinenz bleibt die Harnkontinenz erhalten, Anzeichen einer Inkontinenz werden frühestmöglich erkannt.
- Bei nicht kompletter Kontinenz erreicht der Mensch bis zu einem festgelegten Termin ein bestimmtes Kontinenzprofil.
- Die Teilnahme am sozialen Leben wird nicht beeinträchtigt.
- Der Mensch kann mit der Harninkontinenz und entsprechenden Hilfsmitteln umgehen.
- Stressinkontinenz: Der Mensch kennt Situationen, in denen es leicht zum Harnverlust kommen kann, und kann diese Situationen meiden/verhindern bzw. damit umgehen.
- Dranginkontinenz: Die ursächliche Irritation der Blase, z. B. Entzündung, wird vermieden; der Mensch kennt Strategien, die Dranginkontinenz zu vermeiden bzw. damit umzugehen.
- Folgeschäden in der Genital-Anal-Region, z. B. Intertrigo, Pilzbefall, werden vermieden.

► **Definition** der **Kontinenzprofile** laut Expertenstandard

- **Kontinenz:** kein unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Hilfe notwendig, keine Hilfsmittel
- **Unabhängig erreichte Kontinenz:** kein unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung notwendig, selbstständige Durchführung der Maßnahmen
- **Abhängig erreichte Kontinenz:** kein unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung bei der Durchführung der Maßnahmen notwendig
- **Unabhängig kompensierte Inkontinenz:** unwillkürlicher Harnverlust, keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln
- **Abhängig kompensierte Inkontinenz:** Unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.
- **Nicht kompensierte Inkontinenz:** Unwillkürlicher Harnverlust, personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen. (1, S. 27)

LF 1.3

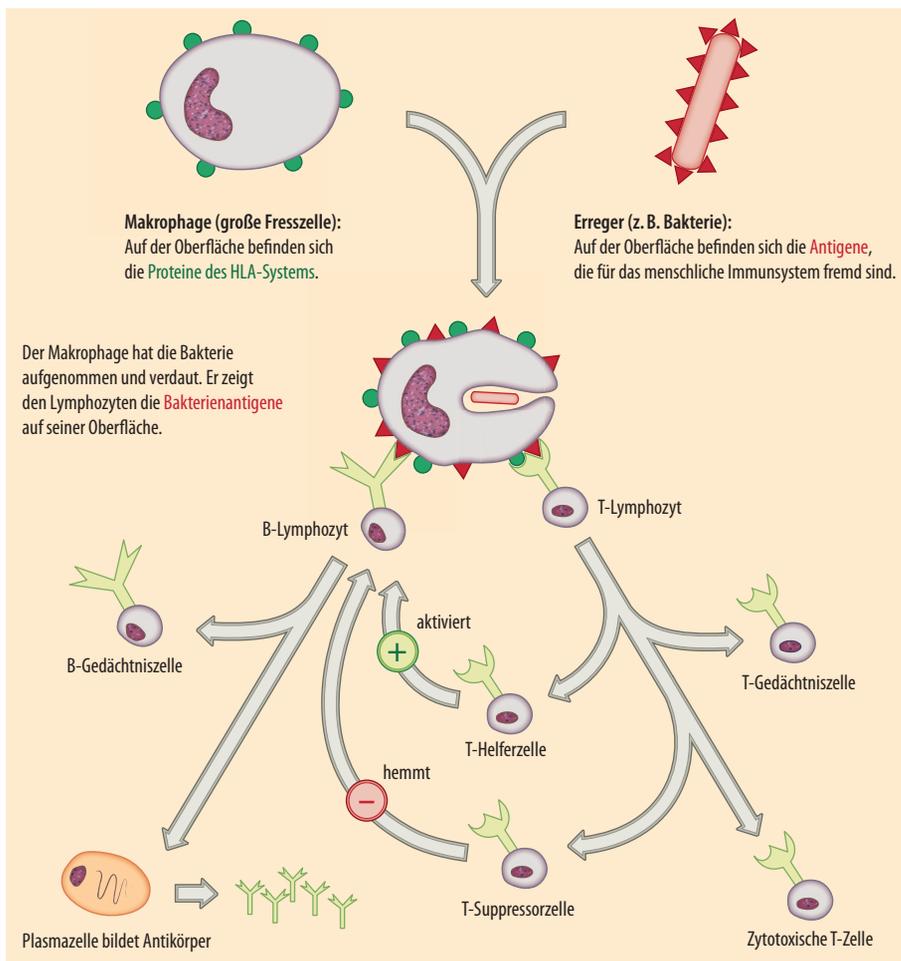


Abb. 16.12: Das Zusammenspiel der Abwehrzellen (HLA-System = Gewebeverträglichkeitsantigen; das HLA-System ermöglicht, dass das Immunsystem die körpereigenen Zellen erkennen kann. Dazu befinden sich auf der Oberfläche der Leukozyten und auf allen anderen Zellen des Körpers entsprechende Proteine).

der Atemwege sowie in der Lederhaut vor, was sich auch an den Reaktionen zeigt.

Beim Erstkontakt bindet sich das vom Immunsystem gebildete Immunglobulin E (IgE) an die Mastzellen. Dieser Vorgang wird **Sensibilisierung** genannt. Kommt es zu einem zweiten Kontakt mit dem Allergen, schütten die Mastzellen Histamin aus.

Die Abwehrreaktion tritt nach **wenigen Minuten bis zu einer Stunde** nach dem Kontakt mit dem Allergen auf. Allergien vom Soforttyp beginnen oft mit **Juckreiz** oder **Schnupfen**. Es drohen Atemnot, Blutdruckabfall, Hautausschlag, Hautquaddeln, Übelkeit und Erbrechen.

Bei besonders empfindlichen Menschen kann Sekunden bis Minuten nach Kontakt ein lebensgefährlicher **anaphylaktischer Schock** auftreten, bei

dem die Kreislaufregulation gestört ist. **Alarmsymptome** sind heftiger Juckreiz an Kopfhaut und Zunge, großflächige Hautrötung, Atemnot, Erbrechen und Schweißausbruch. Es besteht Lebensgefahr (► LF 1.3, Kap. 10.4.7, S. 450)!

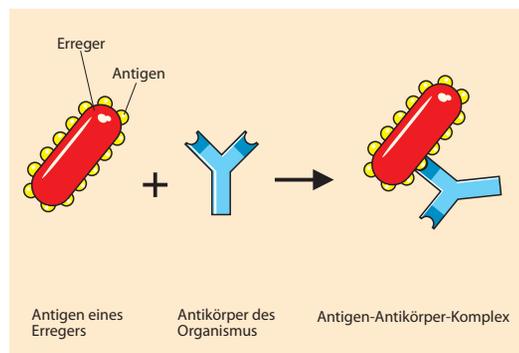


Abb. 16.13: Bildung eines Antigen-Antikörper-Komplexes

LF 1.3

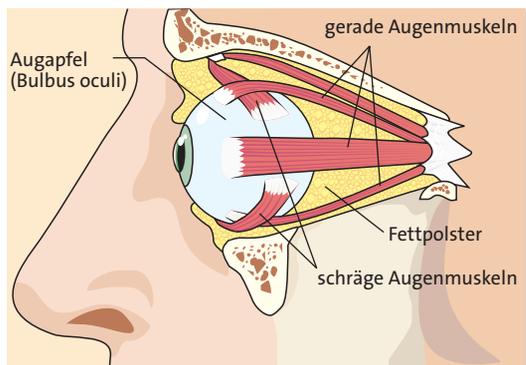


Abb. 19.1: Augapfel mit Augenmuskeln

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. 676) 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

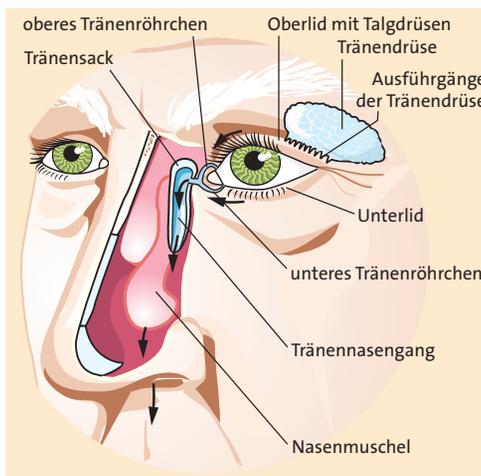


Abb. 19.2: Tränenapparat

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

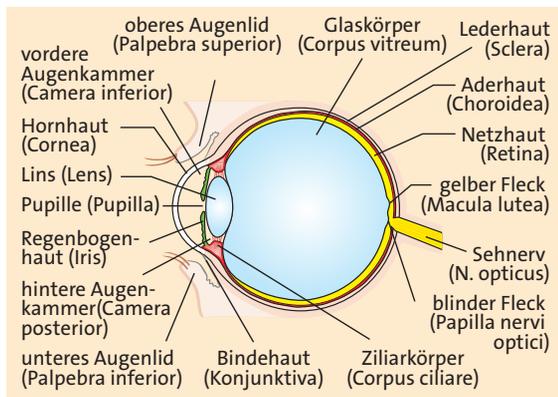


Abb. 19.3: Aufbau des Augapfels

Ein alter Mensch	
... fühlt sich ausgeliefert und ohnmächtig	»Herr Meyer, möchten Sie ans Fenster gesetzt werden?« »Was soll ich sagen? Sie machen ja sowieso, was Sie wollen.«
... fühlt sich nur noch als Belastung	»Meine Familie hat extra einen Plan aufgestellt, damit immer jemand da ist. Ob alle damit zufrieden sind? Ich falle ja doch nur zur Last.«
... ist traurig	»Können Sie mir noch meine Socken anziehen? Danke. Es ist schon schlimm, wenn man für jedes bisschen um Hilfe bitten muss.«
... schämt sich	»Es ist schon peinlich, wenn man nicht mehr den Urin halten kann.«
... fühlt sich unsicher	»Können Sie mir noch einmal zeigen, wo der Bastelraum ist. Ich finde mich hier einfach nicht zurecht.«
... hat seine Rolle verloren	»Früher haben alle gemacht, was ich für richtig hielt. Da hatte ich was zu sagen. Jetzt muss ich machen, was Sie wollen.«
... ist unzufrieden	»Ich läute schon seit einer halben Stunde nach Ihnen. Schließen Sie das Fenster. Man holt sich ja hier eine Erkältung.«
... ist aggressiv	»Immer wenn ich gerade eingeschlafen bin, kommen Sie und wecken mich. Lassen Sie mich mit Ihrem Kram zufrieden!«
... ist verzweifelt	»Das war mein letzter Umzug. Hier komme ich nur noch im Sarg raus.«
... ergibt sich in sein Schicksal	»So ist das Leben, da kann man nichts mehr machen, der Herrgott wird's schon richten.«

Tab. 1.1: Situationen, in denen entlastende und unterstützende Gespräche stattfinden sollten.



Abb. 1.25: Das entlastende und unterstützende Gespräch

1.3.4 Das entlastende und unterstützende Gespräch mit Angehörigen

Die Pflege eines Menschen stellt an den Angehörigen hohe Anforderungen. Sie ist körperlich und seelisch oft sehr belastend. Das Leben muss umgestellt werden. Wenn die Pflegebedürftigkeit plötzlich kommt, z.B. nach einem Schlaganfall, geraten Betroffene und Angehörige häufig in eine Lebenskrise. Deshalb muss auch den Angehörigen der Rücken gestärkt werden, damit sie die Pflegeaufgaben leisten können.

Das **entlastende und unterstützende Gespräch** soll den pflegenden Angehörigen Verständnis und Anerkennung für ihre Bereitschaft zur Pflege eines Partners oder Elternteils geben, sie entlasten und evtl. beraten, wie sie die Belastungen mindern können.

Es gibt Situationen, die bei Angehörigen Angst auslösen können. Sie können sich ausgenutzt fühlen oder bekommen nur wenig Anerkennung. Oft fühlen sich Angehörige der Aufgabe nicht gewachsen oder machtlos. Die Pflegesituation macht sie traurig, zornig oder zumindest weniger gelassen. Die Rolle des Angehörigen hat sich geändert. Er muss die Entscheidung für Partner oder Eltern treffen. Manchmal gibt es auch Schuldgefühle, weil sie sich ihrer Gefühle bewusst werden.

Oft gestehen pflegende Angehörige sich diese Schwierigkeiten jedoch nicht ein. Oder sie trauen



Abb. 1.26: Entlastendes und unterstützendes Gespräch mit Angehörigen: Es ist wichtig, die Angehörigen im Pflegeprozess zu unterstützen. Die Pflege wird so geplant, dass sie nicht überfordert und die Beziehung zwischen den Partnern nicht angespannt wird.

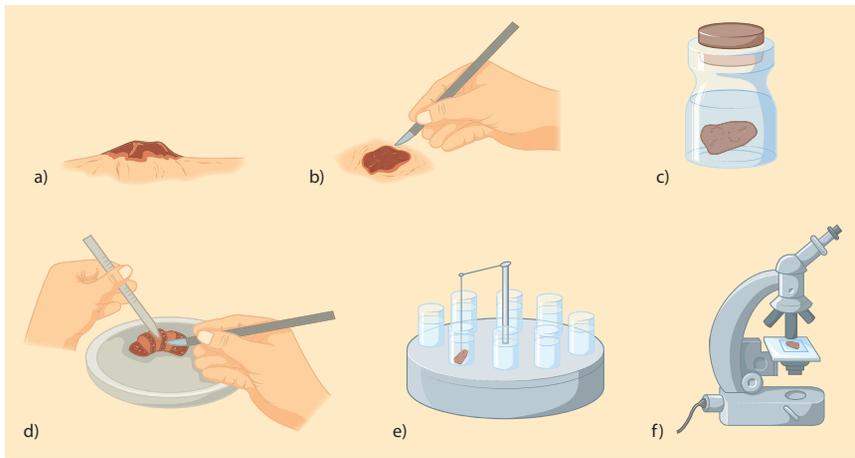


Abb. 1.10: Entnahme und Untersuchung verdächtigen Gewebes. a) klinischer Befund b) Entnahme kranken oder veränderten Gewebes c) Fixierung d) Zuschneiden e) Einbetten und Färben f) Mikroskopische Begutachtung.

1.4.6 Blut

Blut für Untersuchungen wird meist aus den Venen entnommen. Besondere Fragestellungen erfordern arterielles Blut. Einige Blutbestimmungen erfordern mittlerweile so wenig Blut, dass die Entnahme aus den oberflächlichen Kapillaren der Haut ausreichend ist.

Kapillarblut

Um **Kapillarblut** zu erhalten, sticht man mit einer sterilen Lanzette in gut durchblutete Körperstellen und nimmt den ohne Druck austretenden Blutstropfen auf. Die Lanzette wird mit der Hand geführt oder in einen Apparat mit einem Federmechanismus eingesetzt, welcher die Lanzette mit hoher Geschwindigkeit in die Haut sticht, was weniger Schmerz verursacht. Geeignete Abnah-

LF 1.5

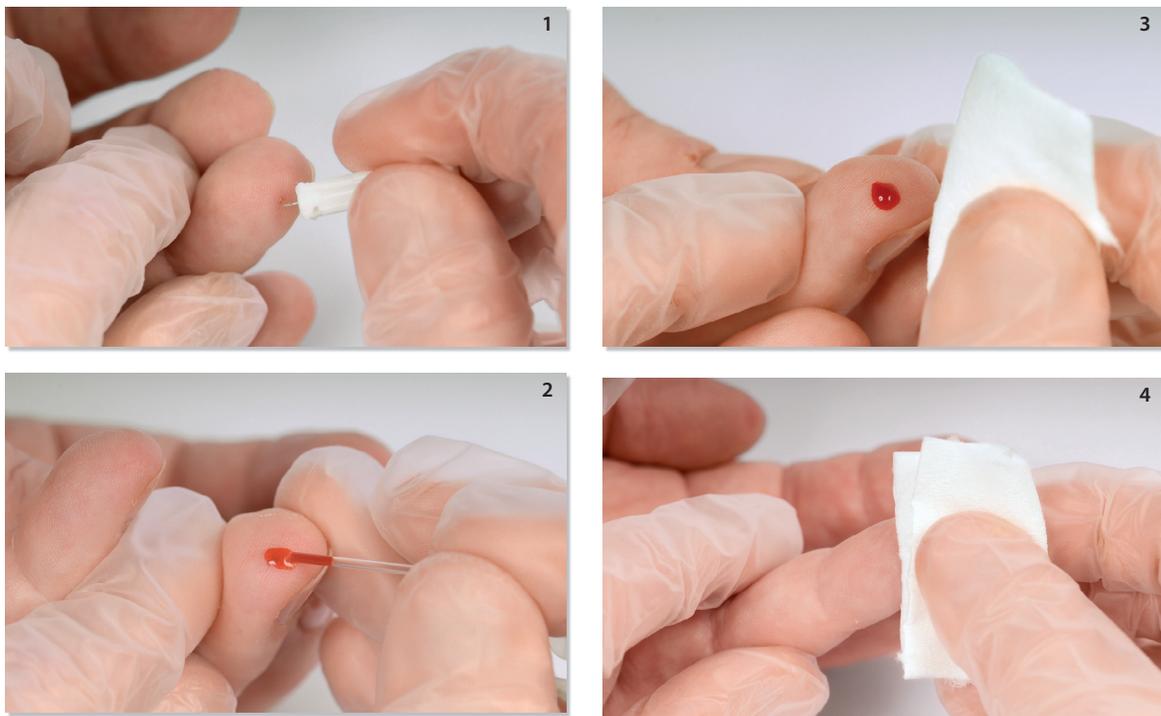


Abb. 1.11: Durchführung der kapillaren Blutentnahme

Durchführung

Einen intravenösen Zugang zu legen, ist Aufgabe des Arztes. Die Pflegefachkraft unterstützt bei Bedarf, indem sie

- Materialien richtet,
- den Zugang fixiert,
- den liegenden Zugang beobachtet,
- Infusionslösungen bzw. Medikamente an den Zugang anschließt oder
- den Zugang – auf ärztliche Anordnung oder wenn Gefahren von ihm ausgehen, z. B. eine Entzündung – entfernt.

Intravenösen Zugang legen und fixieren

In der Regel wird ein neu gelegter Zugang im Anschluss auch genutzt. Deshalb bereitet die Pflegefachkraft nach ärztlicher Anordnung die benötigte Infusionslösung bzw. das Medikament vor.

Bevor Arzt und Pflegefachkraft den **Zugang legen**, desinfizieren sich beide die Hände. Der Arzt legt den Stauschlauch an, um die Vene besser sichtbar zu machen. Ggf. ertastet er die Vene und besprüht dann die entsprechende Hautstelle mit Hautdesinfektionsmittel ein und lässt es nach Herstellerangaben einwirken. In der Zwischenzeit ziehen sich Arzt und Pflegefachkraft Handschuhe an. Der Arzt entfernt ggf. noch überflüssiges Desinfektionsmittel mit dem Tupfer.



Abb. 1.52: Liegt der Zugang in der Vene, löst der Arzt den Stauschlauch und fixiert den Zugang mit einem sterilen Braunülpflaster. Befürchtet der Arzt, dass der Zugang nicht korrekt liegen könnte, wird er meist mit der Fixierung warten und erst die Lage des Zugangs überprüfen. Auf diese Weise vermeidet er eine unnötige Schädigung der Haut.



Abb. 1.53: Die Pflegefachkraft reicht ihm die NaCl-Spritze, mit der der Arzt die Lage der Venenverweilkanüle prüft.



Abb. 1.54: Bei Bedarf reicht die Pflegefachkraft dem Arzt Laborgefäße für Blutuntersuchungen. In diesem Fall darf zuvor kein NaCl 0,9 % injiziert werden.



Abb. 1.55: Für die direkte Nutzung des Zugangs reicht sie dem Arzt das Ende des Infusionsschlauchs.



Abb. 1.56: Ist keine sofortige Infusion vorgesehen, reicht sie ihm einen Mandrin berührungsfrei in einer aufgerissenen Verpackung, mit dem er den Zugang verschließt. Venöse Zugänge sollten allerdings nicht »auf Verdacht« gelegt werden, die Indikation, ob der Zugang weiterhin verbleiben soll, ist täglich neu zu prüfen (8).

spiegelt und bald ein zweiter Tod im Haus verkündet wird.

Da beide Bräuche vom modernen Judentum als Aberglaube angesehen werden, gelten sie dort nicht mehr als verpflichtend. Der Leichnam eines verstorbenen Juden sollte allerdings niemals allein gelassen werden.

Mit dem Eintritt des Todes beginnt für die Angehörigen die erste Phase der **Trauerzeit**, die die Zeit bis zur Bestattung umfasst. Sie sind während dieser Zeit von religiösen Pflichten befreit und können sich ganz auf ihre Trauer konzentrieren sowie die Beerdigung organisieren.



Abb. 2.10: Bestimmung des Todes im Judentum

Sterberituale im Islam

Der Glaube an ein Leben nach dem Tod ist einer von sechs grundlegenden Glaubensartikeln im **Islam**. Der Tod ist für den Muslim keine Strafe, sondern der Übergang in eine andere Daseinsform. Das Leben wird deshalb von Muslimen als Prüfung verstanden, in der sie sich fortlaufend mit der Begrenztheit ihres Lebens auseinandersetzen. Mit dem Tod ist die Zeit der Prüfungen beendet und der Weg zu Allah beginnt.

Liegt ein Muslim im Sterben, so ist es wichtig, ihm die Möglichkeit zu geben, seine Schulden und Sünden anderen gegenüber zu klären, da nach den Vorstellungen des Islam alle Menschen auch im Jenseits noch auf der Sühne beim Tod vorhandener Schuld bestehen können. Diese Schulden beziehen sich nicht nur auf Geld, sondern auch auf soziale Pflichten, Beleidigungen, Betrug etc.

Ein Muslim darf in den letzten Stunden seines Lebens nicht allein gelassen werden. Es ist die Aufgabe seiner Familie, ihn während dieser Zeit zu begleiten. Die Anwesenheit eines Imams (geistlicher Führer der Muslime) ist dabei nicht notwendig. Dies zeigt die hohe Bedeutung, die der Familie im Islam zugeschrieben wird. Haben schwerkranke Muslime keine Familie, sollten sie die Möglichkeit erhalten, entweder durch Freunde oder aber durch einen Imam religiös begleitet zu werden.

Der **Koran** (heilige Schrift des Islam) schreibt fünf Gebete pro Tag vor. Bettlägerige Menschen dürfen diese Gebete auch sitzend oder liegend durchführen, dazu soll der sterbende Muslim auf den Rücken oder die rechte Seite gedreht und sein Gesicht Richtung **Mekka** gewandt werden. Ist der Sterbende selbst nicht mehr in der Lage zu beten, rezitieren seine Angehörigen leise die **36. Sure des Koran**, die den Sterbenden auf den Tod vorbereiten soll. Ist der Tod direkt absehbar, wird dem Sterbenden das islamische Glaubensbekenntnis vorgesprochen, so dass er es nachsprechen kann und dies seine letzten Worte vor dem Tod sind.

Ist der **Tod** eingetreten, werden dem Toten die Kleider ausgezogen, der Körper mit einem Tuch bedeckt und Augen und Mund geschlossen. Der Tote wird so schnell wie möglich einer **rituellen** Waschung unterzogen. Diese Waschung darf nur von Muslimen gleichen Geschlechts durchgeführt werden. Ausnahmen: Die Ehefrau darf ihren verstorbenen Mann waschen, die Mutter ihren verstorbenen Sohn.



Abb. 2.11: Muslime im Gebetsraum

Die besondere Bedeutung von Religion

Zusätzlich zum kulturellen Hintergrund eines Menschen ist die **Religion** von besonderer Bedeutung. Ein Teil der in Deutschland lebenden Migranten ist christlichen Glaubens, ein großer Teil sind Muslime. Unter den Migranten aus Russland gibt es viele jüdischen Glaubens. Daneben finden sich fast alle Religionen dieser Welt (►LF 2.1, Kap. 2.2, S. 902).

Aber auch bei nicht eingewanderten Deutschen gibt es immer mehr Menschen, die sich einer nicht christlichen Glaubensgemeinschaft anschließen. Und nicht zuletzt gibt es auch bei den christlichen Glaubensgemeinschaften Unterschiede in Ritualen und Feiertagen.



Abb. 4.8: Jüdischer Kerzenleuchter

! Merke Für Pflegefachkräfte bedeutet dies: Grundkenntnisse über die Religionen der Pflegebedürftigen erleichtern den Umgang und die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse. Der individuell gelebte Glaube wird beachtet, nicht jeder Türke ist ein strenggläubiger Muslim und nicht jede Italienerin eine praktizierende Katholikin. Ein Überblick über die Feiertage anderer Religionen hilft bei der Planung von Festen oder Familienbesuchen.

Die besondere Bedeutung von Sprache

Sprachliche Kommunikation ist ein wichtiges Element in einer individuell ausgerichteten Pflege. Sie ist die Voraussetzung zum Aufbau eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Pflegefachkraft und Pflegebedürftigem. Dass Pflegefachkräfte sich selbst Sprachkenntnisse aneignen, ist sicherlich eine Möglichkeit, aber angesichts der vielen Sprachen, die es gibt, wird es immer wieder zu Kontakten mit Menschen kommen, deren Sprache man weder versteht noch spricht.

Auch beschränkt sich die Kommunikation in einer anderen als der Muttersprache oft auf Basiselemente, insbesondere für den Ausdruck von Emotionen sind oft tiefer gehende Sprachkenntnisse erforderlich. Speziell für den emotionalen Kontakt benötigen Pflegefachkräfte Fähigkeiten in **nonverbaler Kommunikation** (►LF 1.4, Kap. 1.1.2, S. 798).

Im Klinikum Nürnberg wurden im Projekt KOM-MA Kommunikationsmaterialien zu verschiedenen Bereichen der Pflege in verschiedenen Sprachen und mit Bebilderung entwickelt.



Abb. 4.10: Piktogramm als Ersatz für Sprache

Dennoch wird es immer wieder Situationen geben, in denen der Einsatz eines **Dolmetschers** sinnvoll sein kann. Bei der Auswahl von Dolmetschern sollte man Folgendes beachten:

Abb. 4.9: Interkultureller Kalender (Ausschnitt)

LF 2.1



Abb. 1.2: Der alte Mensch wird durch Beschäftigungsangebote psychisch und emotional gestärkt, seine Lebensqualität erhöht.

Beschäftigung und Angebote zur **Aktivierung** können von Fachpflegepersonal oder in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, z. B. Bewegungstherapeuten, Kunst- / Musiktherapeuten, Psychologen, in unterschiedlichen Einrichtungen durchgeführt werden.

1.2 Tagesstruktur

Gerade ältere Menschen haben häufig einen regelmäßigen Tages- und Wochenablauf. Sie teilen sich ihren Tag ein, dabei werden viele Tätigkeiten zu **Ritualen**.

Die Gestaltung des Tagesablaufs in einem Wohn- und Pflegeheim dient der **äußeren Strukturierung** des Tages. Sie gliedert ihn in **Aktivitäts- und Ruhezeiten**. Die **Tagesstruktur** bietet dem alten Men-

schen einen Rahmen, der die **Orientierung** erleichtert und **Sicherheit** gewährt:

- **Tagesbeginn** mit Aufstehzeiten und Körperpflege
- **Mahlzeiten**, wie Frühstück, Mittag- und Abendessen sowie Zwischenmahlzeiten
- **Angebote und Tätigkeiten**
- **freie Zeit für sich**, z. B. zum Ausruhen
- **Tagesende** mit Körperpflege und Zubettlegen

1.2.1 Tages- und Wochenpläne

In einem **Tages- oder Wochenplan** werden verschiedene Angebote einer Einrichtung aufgeführt (**Abb. 1.5**). Sie sind an den unterschiedlichen Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einschränkungen der Bewohner ausgerichtet. Es werden gemeinschaftsorientierte Gruppen- und individuelle Aktivitäten angeboten.

Ein **Tages- oder Wochenplan** muss

- strukturiert und übersichtlich gestaltet,
- in lesbarer großer Schrift und
- gut sichtbar an einem zentralen Ort aufgehängt sein. Er hilft den Bewohnern, sich zu **orientieren** und zeigt ihnen, welche Angebote sie zu welcher Zeit erwarten können.

Die einzelnen Aktivitäten werden **verlässlich** und **pünktlich** und möglichst immer am **selben Ort** durchgeführt. Unzuverlässigkeit erschwert die Orientierung und kann je nach Einschränkungen des Betroffenen verunsichern und verwirren.



Abb. 1.3: Der Tagesablauf einer Bewohnerin

Baden-Württemberg	Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz (WTPG) Landesheimmitwirkungsverordnung Landesheimgesetz-Bauverordnung Landespersonalverordnung
Bayern	Pflege- und Wohnqualitätsgesetz mit Ausführungsverordnung
Berlin	Wohnteilhabegesetz mit Personal- und Bauverordnung
Brandenburg	Brandenburgisches Pflege- und Betreuungswohngesetz mit Mitwirkungs- und Strukturqualitätsverordnung
Bremen	Bremisches Wohn- und Betreuungsgesetz mit Personalverordnung
Hamburg	Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz mit Bau-, Mitwirkungs- und Personalverordnung
Hessen	Hessisches Betreuungs- und Pflegegesetz
Mecklenburg-Vorpommern	Einrichtungenqualitätsgesetz mit Personal-, Mindestbau- und Mitwirkungsverordnung
Niedersachsen	Niedersächsisches Gesetz über unterstützende Wohnformen
Nordrhein-Westfalen	Wohn- und Teilhabegesetz Alten- und Pflegegesetz mit jeweiligen Durchführungsverordnungen
Rheinland-Pfalz	Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe mit Durchführungsverordnung
Saarland	Landesheimgesetz Saarland mit Mitwirkungsverordnung
Sachsen	Sächsisches Betreuungs- und Wohnqualitätsgesetz
Sachsen-Anhalt	Wohn- und Teilhabegesetz
Schleswig-Holstein	Selbstbestimmungsstärkungsgesetz mit Durchführungsverordnung
Thüringen	Thüringer Wohn- und Teilhabegesetz

Tab. 5.4: Überblick über die Regelungen der einzelnen Bundesländer. Eine Liste mit den aktuellen Gesetzen und Verordnungen sowie Links dazu ist auf www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze zu finden.

LF 3.1

Im Folgenden werden **beispielhaft** die wesentlichen Regelungen der in **Baden-Württemberg** geltenden Gesetze und Verordnungen sowie **ergänzende Bundesregelungen** dargestellt.

5.2.2 Geltung und Ziele des Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetzes (WTPG)

Anwendungsbereich

Nach § 2 WTPG findet das Gesetz Anwendung auf **stationäre Einrichtungen**, die dem Zweck dienen, volljährige Menschen mit Pflege- oder Unterstützungsbedarf aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen und damit verbunden Pflege- und Unterstützungsleistungen mit einem umfassenden Versorgungscharakter zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten. Stationäre Einrichtungen sind vom Wechsel und der Anzahl der Bewohner unabhängig und werden entgeltlich betrieben.

Auch **ambulant betreute Wohngemeinschaften** für Volljährige mit Unterstützungs- und Versorgungsbedarf oder für volljährige Menschen mit Behinderung fallen unter den Anwendungsbereich des WTPG.

Von ambulant betreuten Wohngemeinschaften spricht man dann, wenn von einem Anbieter bis zu zwölf Personen das Leben in einem gemeinsamen Haushalt ermöglicht wird und gleichzeitig externe Pflege- und Unterstützungsleistungen von diesem Anbieter entgeltlich organisiert werden. Die Bewohner können in dieser Wohnform nur teilweise ihre täglichen Abläufe bestimmen.

Sind vertraglich nur Grundleistungen wie Notrudienste oder Beratung und Vermittlung von weitergehenden Unterstützungsleistungen vereinbart, findet das WTPG keine Anwendung.

Eine Besonderheit stellen **selbstverantwortete Wohngemeinschaften** dar. Sind sie vollständig

Anforderungen an ambulant betreute Wohngemeinschaften

Für ambulant betreute Wohngemeinschaften mit höchstens acht Personen gibt es nur sehr wenige und einfach zu erfüllende Vorgaben. Der Anbieter muss sicherstellen, dass

- die Grundfläche der Wohnung inklusive der gemeinschaftlich genutzten Räume für jeden Bewohner eine Fläche von mindestens 25 m² aufweist,
- für jeweils vier Personen ein Bad und WC verfügbar ist, in teilweise selbstverantworteten Wohngemeinschaften müssen Einzelzimmer mit eigenem Sanitärbereich zur Verfügung stehen,
- die eingesetzten Beschäftigten persönlich und fachlich geeignet sind,
- in der Regel eine Präsenzkraft anwesend ist oder zumindest Rufbereitschaft besteht.

Ambulant betreute Wohnformen mit neun bis maximal zwölf Bewohnern werden vom Gesetz als kleine stationäre Einrichtungen eingestuft, deshalb werden hier an die fachliche Qualifikation der Betreuungskräfte, ihre Präsenzzeit und an die baulichen Standards höhere Anforderungen gestellt.

5.2.4 Stärkung des Bewohnerschutzes und der Transparenz

Durch das WTPG sollen die Interessen von Bewohnern besser geschützt werden.

Eine wesentliche Rolle hat hierbei die **Heimaufsichtsbehörde**.

! Merke In Baden-Württemberg sind Heimaufsichtsbehörden die Stadt- und Landkreise.

Die Heimaufsicht berät und informiert Bewohner, deren Betreuer und Angehörige. Außerdem nimmt sie Beschwerden entgegen und geht diesen nach.

Träger von stationären Einrichtungen und Anbieter von ambulant betreuten Wohngemeinschaften sind verpflichtet, ihre Leistungen, aufgeschlüsselt nach den einzelnen Angebotsbestandteilen, Interessierten zugänglich zu machen.

Bewohnern müssen sie auf Wunsch Einsicht in die sie betreffenden Aufzeichnungen und Unterlagen gewähren.

Prüfberichte der Heimaufsicht sind von stationären Einrichtungen den Bewohnern und Interessierten zugänglich zu machen, z.B. durch einen Aushang.

5.2.5 Bauliche Mindestanforderungen



Abb. 5.10: Grundriss eines Bewohnerzimmers

In der **Landesheimbauverordnung** sind bauliche Mindeststandards für stationäre Einrichtungen aufgestellt.

Bei der Gestaltung der Bau- und Raumkonzepte muss vorrangig die Erhaltung von Würde, Selbstbestimmung und Lebensqualität der Bewohner berücksichtigt werden. Dazu gehört eine geschützte Privat- und Intimsphäre der Bewohner. Stationäre Einrichtungen werden in erster Linie als Wohnraum betrachtet. Die Standorte stationärer Einrichtungen sollen möglichst zentral in der Gemeinde oder im Stadtteil liegen, sicher und barrierefrei erreichbar und gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden sein.

Für neue Einrichtungen gilt, dass Einzelzimmer zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Mindestgröße muss dabei 14 m² ohne Vorflur- und Sanitärbereich betragen.

dazu, dass sich Palliativmediziner oder Pflegende im Hospizdienst strafbar machen, wenn sie einem Patienten Medikamente überlassen, mit denen sich dieser selbst töten kann.

Ausgenommen von der Strafbarkeit sind Angehörige oder Nahestehende des Patienten.

Da der neue § 217 StGB viele Interpretationsmöglichkeiten zulässt, wird er in den nächsten Jahren die Gerichte beschäftigen. Die erhoffte rechtliche Klarstellung im Bereich der Sterbehilfe ist dadurch nicht erreicht worden.

Die Pflegefachkraft findet einen Bewohner bewusstlos im Zimmer auf, nachdem er Alkohol und Schlaftabletten eingenommen hat. In einem Abschiedsbrief hat er noch einmal bekräftigt, dass er aus freien Stücken aus dem Leben scheidet.

Pflegefachkräfte haben gegenüber Bewohnern eine sogenannte Garantenstellung, können also bei Unterlassen einer Hilfeleistung bestraft werden. Das würde in diesem Fall zu dem Ergebnis führen, dass im obigen Fall

- die Pflegefachkraft dem Bewohner straflos Mittel für den Suizid besorgen dürfte,
- wenn diese eingenommen wurden und der Bewohner bewusstlos geworden ist, sie diesen nun retten müsste, um sich nicht strafbar zu machen.

Die herrschende Rechtslehre hält das Nichteingreifen für straflos, da der Wille des Menschen, der sein Leben nehmen will, zu respektieren ist. Die Rechtsprechung dagegen nimmt eine Rettungspflicht an und hält das Geschehenlassen eines Suizids für strafbar.

Leider gibt es bis jetzt keine klare gesetzliche Regelung für diese widersprüchliche Situation. Viele Ärzte und Pflegefachkräfte retten deshalb bewusste Suizidenten, um einer möglichen Strafbarkeit zu entgehen.

Pflegefachkräfte sind nur bei Personen, die infolge einer psychischen Störung Suizidtendenzen zeigen, verpflichtet, eine Selbsttötung zu verhindern. Bei

Gesunden verstößt die Kontrolle des Nachttisches gegen die rechtlich geschützte Handlungsfreiheit.



Abb. 5.44: Am Ende eines langen Lebens.

In der Praxis sind diese Unterscheidungen wohl eher theoretischer Natur. Pflegefachkräfte sollten sicherheitshalber immer einen Arzt zurate ziehen, wenn sie bei einem Bewohner Selbsttötungstendenzen feststellen.

Sterbenlassen

Sterbenlassen bedeutet das Unterlassen oder Abbrechen lebensverlängernder Maßnahmen, wenn die Krankheit eines Patienten einen tödlichen Verlauf angenommen hat.

Lebensverlängernde Maßnahmen sind z. B.

- Wiederbelebung,
- künstliche Ernährung,
- Beatmung.

Hierbei ist grundsätzlich der Wille des Patienten maßgebend: Wünscht er nach eingehender Beratung und Aufklärung keine weitere Behandlung, so ist diese zu unterlassen oder zu beenden. Dies hat der Bundesgerichtshof in einem Grundsatzurteil vom 25. Juni 2010 (Aktenzeichen 2 Stk 454/09) noch einmal klargestellt. Dies gilt selbstverständlich auch bei Vorliegen einer entsprechenden Patientenverfügung. Eine weitere Behandlung gegen den Willen des Patienten würde eine Körperverletzung darstellen. Eine Pflicht oder das Recht des Arztes, das Leben in jedem Fall zu verlängern, besteht nicht.

Bei Bewusstlosigkeit oder geistiger Störung des Patienten liegt die Entscheidung beim Arzt. Er hat

reiche bestmöglich zu optimieren. Auf Bereiche mit geringer Qualität, die sie selbst nicht ändern kann, macht sie aufmerksam.

In den meisten Einrichtungen wird zum Ziel des internen Qualitätsmanagements eine **Arbeitsgruppe** gegründet. Im Idealfall ist jede Abteilung bzw. Berufsgruppe in dieser Arbeitsgruppe vertreten. Auf diese Weise können Informationen aus der Gruppe in die Abteilungen bzw. Berufsgruppen getragen werden. Man spricht vom sogenannten **Multiplikatoren-Effekt**.

Die Arbeitsgruppe wird durch einen **Qualitätsbeauftragten** oder **Qualitätsmanager** geleitet. Des- sen Aufgabe besteht u. a. darin

- zu besprechende Themen und Ziele der Arbeitsgruppe mit der Einrichtungsleitung ab- zustimmen,
- Arbeitsgruppensitzungen vor- und nachzubereiten,
- die Arbeit der Gruppe zu koordinieren,
- die Umsetzung qualitätssichernder Maßnah- men zu beobachten und bei Bedarf zu unter- stützen sowie
- die Ergebnisqualität zu prüfen.



Abb. 1.1: Für eine gute Qualität sind nicht nur Einzelpersonen zuständig, es kommt auf die Mitarbeit des gesamten Teams an.

Der Qualitätsbeauftragte bzw. Qualitätsmanager durchläuft zuvor eine fachliche **Weiterbildung**. Sinnvoll ist, dass auch die Mitglieder der Arbeits- gruppe im Bereich Qualitätsmanagement **fortge- bildet** werden. Denn ein wichtiger Teil des Qua- litätsmanagements besteht darin, eingefahrene Verhaltensweisen und Abläufe zu bemerken, auf- zuberechnen und neu zu gestalten.

Um **Optimierungsmöglichkeiten** bei lange ge- wohnten Zuständen und Abläufen zu entdecken, benötigen die Mitglieder der Arbeitsgruppe

LF 3.2

Ebene der Qualität	Erklärung nach § 114 SGB XI und Beispiele für die Qualitätsebene
Strukturqualität	Die Strukturqualität richtet sich nach den Rahmenbedingungen, unter denen Pflegeleistungen erbracht werden. Oft wird in diesem Zusammenhang von Aufbauorganisation gesprochen. Die Strukturqualität wird u. a. durch Antworten auf die folgenden Fragen festgelegt: <ul style="list-style-type: none"> • Wie sieht die Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter aus? • Liegt ein Pflegekonzept vor? • Liegt ein Pflegedokumentationssystem vor?
Prozessqualität	Die Prozessqualität betrachtet den Ablauf, die Durchführung und die Überprüfung der erbrachten Leistun- gen. In diesem Zusammenhang wird oft auch von Ablauforganisation gesprochen. Die Prozessqualität wird u. a. durch Antworten auf die folgenden Fragen festgelegt: <ul style="list-style-type: none"> • Werden die Expertenstandards in der täglichen Praxis berücksichtigt? • Wird auf eine hohe Versorgungskontinuität geachtet? • Finden regelmäßig Dienstbesprechungen mit einem fachlichen Austausch statt? • Wird die Pflegedokumentation fachgerecht geführt?
Ergebnisqualität	Die Ergebnisqualität beschreibt den Pflegezustand und die Wirksamkeit der Pflegemaßnahmen. Die Ergebnisqualität wird u. a. durch Antworten auf die folgenden Fragen festgelegt: <ul style="list-style-type: none"> • Erhält jeder alte Mensch seine Medikamente nach der 6-R-Regel (► LF 1.3, Kap. 7.1.4, S. 375)? • Sind Sturzereignisse dokumentiert? • Sind die alten Menschen mit ihrer Versorgung zufrieden?

Tab. 1.2: Ebenen der Qualität und jeweilige Beispiele

es sich bei der Altenpflege um einen sozialpflegerischen oder einen medizinisch-pflegerischen Beruf handelt. Die Entscheidung, die Altenpflege den sogenannten **Heilberufen** zuzuordnen, ermöglichte zum einen eine bundeseinheitliche Regelung der Ausbildung und stellte zum anderen damit die Altenpflege auch auf eine Stufe mit der Krankenpflege, was einer lange fälligen Aufwertung entspricht.

3.2.2 Neuentwicklung der Pflegeausbildung

Die Ausbildung zur Krankenpflege wird es in der bisherigen Form nicht mehr geben. Ab 2019 soll sie durch eine **generalistische Pflegeausbildung** ersetzt werden.

Die Ausbildung zur Alten- oder Kinderkrankenpflege soll weiter erhalten bleiben. In den ersten beiden Ausbildungsjahren sollen die – für alle gemeinsamen – Lerninhalte zur Pflege vermittelt werden. Danach, im dritten Ausbildungsjahr, kann die generalistische Ausbildung fortgesetzt oder zwischen Kinderkranken- oder Altenpflege gewählt werden. Einen Einzelabschluss in der Krankenpflege wird es künftig nicht mehr geben.

Das ermöglicht Auszubildenden der Alten- oder Kinderkrankenpflege, sich erst nach dem zweiten Ausbildungsjahr endgültig für einen der beiden Abschlüsse entscheiden zu müssen.

Wer nach dem zweiten Jahr seine Ausbildungszeit beendet, kann den Abschluss zur Pflegeassistenz erlangen. Die anschließenden Einsatzmöglichkeiten sind flexibel. [1 (Stand April 2017)]

LF 4.1

✓ **Tipp** Weitere Informationen finden Sie unter: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/01/2016-01-13-reform-pflegeberufe.html>

3.2.3 Pflege als akademischer Beruf

Mit der Übereinkunft von Bologna im Jahr 1999 wurde beschlossen, in Europa vergleichbare Ausbil-

dungs- und Studiengänge zu etablieren. Dies führte zur Einrichtung von Studiengängen zum Bachelor (engl.: Junggeselle) und zum Master (engl.: Meister) mit anschließender Möglichkeit zum Erwerb des Doktorgrads (Promotion). Mit Ausnahme der Studiengänge Medizin, Pharmazie und Jura wurde das deutsche System den europäischen Forderungen angepasst.

Ein Bachelor-Studiengang kann zwischen 6 und 8 Semester (also 3–4 Jahre) dauern und entspricht etwa dem Abschluss eines Fachhochschulstudiums. Im Anschluss ist die Möglichkeit eines Masterstudiengangs an einer Universität im gleichen Fach gegeben.

Hiermit besteht die Möglichkeit, die Pflege (wie z. B. in England) zu einem akademischen Beruf fortzuentwickeln. Außerdem eröffnet dies eine Perspektive, mit deutlich geringerem Zeitaufwand Pflegewissenschaften zu studieren. Voraussetzung für einen Abschluss als »Bachelor of Arts«, wie der offizielle Titel lautet, ist die Fachhochschulreife oder allgemeine Hochschulreife.

Seit 12 Jahren gibt es an der Evangelischen Hochschule Berlin den Studiengang »Bachelor of Nursing«, in dem zunächst der Abschluss »Gesundheits- und Krankenpfleger/-in« nach 6 Semestern mit einer staatlichen Prüfung erworben wird, um dann nach weiteren 2 Semestern und einer Bachelor-Thesis (vergleichbar einer Diplomarbeit) abgeschlossen zu werden.

An der HAW Hamburg kann man in einem dualen Studiengang »Pflege« einen Bachelorabschluss mit generalisierter Pflegeausbildung für alle Bereiche (sozusagen eine Vorwegnahme der integrierten Ausbildung) machen. Ein anschließendes Masterstudium ist möglich.

Die Hochschule Neubrandenburg bietet z. B. in Kooperation mit dem Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum und verschiedenen Einrichtungen der Altenhilfe einen Dualen Studiengang Pflegewissenschaften/Pflegemanagement an. Die Absolventen sind Bachelor of Science (B. Sc) Nursing and Administration und Altenpfleger/in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/in.

Zu den **Leistungen** der Gewerkschaften zählen unter anderem:

- Vertretung der Mitglieder gegenüber allen berufs- und gesellschaftspolitischen Gremien
- Führung von Tarifverhandlungen
- Fort- und Weiterbildung zu berufsspezifischen/allgemeinen Themen (Bildungsurlaub)
- Rechtsschutz
- regelmäßige Informationen durch Mitgliederzeitschriften
- Unterstützung in Notfällen
- Unterstützung bei Streik/Aussperrung

4.5 Entwicklungsperspektive Pflegekammer

Eine weitere Form der Vertretung beruflicher Interessen sind **Kammern**.

Dies sind Organisationen der Selbstverwaltung, d.h. der eigenständigen Verwaltung beruflicher Belange. Sie übernehmen in Form einer sog. Körperschaft des öffentlichen Rechts staatliche Aufgaben hinsichtlich der Berufsausübung und unterliegen einer gesetzlich geregelten Aufsicht durch den Staat. Die Mitgliedschaft in einer Kammer ist für die Angehörigen der in Kammern organisierten Berufe bindend und besteht mit dem ersten Tag der Berufsausübung. Die Finanzierung der Kammern erfolgt durch verpflichtende Beiträge, deren Nutzung einer Staatsaufsicht unterliegt.

Landesgesetze regeln die Aufgaben der einzelnen Kammern, z. B. das Landesgesetz für die Kammern der Heilberufe »Heilberufsgesetz (HeilBG)« Rheinland-Pfalz in der Fassung vom 14. Juni 2004.

Die Einrichtung von Kammern begann im späten 19. Jahrhundert und wurde in der Mitte des 20. Jahrhunderts gesetzlich in der jetzigen Form geregelt. Sie sind für Bereiche zuständig, z. B. die Industrie- und Handelskammern oder für einzelne Berufe wie die Bundesarchitektenkammer.

Im Bereich der Heilberufe bildeten sich in Deutschland mit Beginn des 20. Jahrhunderts Kammern zunächst für Apotheker, Tierärzte und Zahnärzte. Seit 1994 gibt es Initiativen zur »Verkammerung« der Pflege, welche mittlerweile einige Erfolge zu verzeichnen haben.

Die **Aufgaben einer Pflegekammer** werden dabei z. B. wie folgt beschrieben:

- Registrierung sämtlicher Angehöriger der Pflegeberufe
- Möglichkeit der Unterbindung der Ausübung des Berufs durch Aberkennung der Berufsbezeichnung
- Kontrolle der Hilfskräfte bei der Ausübung in der Alten-, Kinderkrankenpflege und Gesundheits- und Krankenpflege
- Überwachung der Qualität der Pflege und der ethischen Normen
- Schlichten von Streitigkeiten, die sich aus der Berufsausübung ergeben
- Behörden und Gerichte durch Gutachten, Stellungnahmen und Vorschläge unterstützen
- bei der Regelung des Sachverständigenwesens mitwirken
- fachliche Vorbereitung für gesetzliche Vorlagen
- Kontakt mit Pflegekammern des In- und Auslands, Bildung von Arbeitsgemeinschaften
- Überwachung der Einhaltung von nationalen Richtlinien für Pflegeberufe auf Landesebene
- Wahrnehmung pflegerischer Interessen bei gemeinsam berührenden Belangen aller Gesundheitsberufe. (nach: Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e. V., 2005)

Rheinland-Pfalz hat seit 01. Januar 2016 eine Pflegekammer. Gesetze bzw. Entwürfe zur Errichtung von Kammern gibt es seit 15. Juli 2015 in Schleswig-Holstein und seit 9. Februar 2016 in Niedersachsen. In allen anderen Bundesländern scheint der Weg noch weit da die Auffassungen über den Nutzen nach wie vor nicht von allen geteilt werden.

! Merke Die Einrichtung einer Pflegekammer wird von den Befürwortern als ein weiterer Schritt zur Professionalisierung gesehen, mit dem Ziel einer sachgerechten Pflege entsprechend aktueller pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse – letztlich also eine Umsetzung der im Altenpflegegesetz vorgegebenen Anforderungen. Diese Initiativen werden allerdings nicht von allen Berufsverbänden unterstützt und sind auch politisch nicht unumstritten. Weiterführende Informationen unter: www.pflegekammer-jetzt.de

LF 4.1

Anordnungen dem alten Menschen noch einmal erläutert (Zeit, Sprache) und ihre Umsetzung begleitet werden.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist ebenfalls teilweise eine Zusammenarbeit mit Ärzten gegeben.

6.3.2 Pflegerische Berufe

Die Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften sowohl aus der Altenpflege als auch der Krankenpflege ergibt sich häufig schon im eigenen Arbeitsbereich, spätestens aber, wenn alte Menschen wegen akuter Erkrankungen oder Zustandsverschlechterungen im Krankenhaus versorgt werden müssen. Hier ist es gemeinsame Aufgabe aller Pflegenden, die Überleitung sowohl in die Klinik als auch zurück in das Heim oder die Wohnung durch fachliche Übergeben zu gestalten (► LF 1.2, Kap. 4.1, S. 116).

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden zunehmend Pflegefachkräfte Gesprächspartner sein.

Betreuungskraft nach § 43b, 53c SGB XI (ehemals § 87b)

Durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfWG) von 2008 wurde eine Stelle neu geschaffen, die **Betreuungskraft nach § 87b SGB XI** (ab 2017 § 43b

SGB XI). Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen oder sonstigen psychischen Beeinträchtigungen haben einen erhöhten Beaufsichtigungs-, und Betreuungsbedarf. Um die Versorgungssituation und Lebensqualität dieser Menschen zu verbessern, erhalten die Einrichtungen eine zusätzliche Vergütungspauschale, die es ihnen ermöglicht, zusätzliche Betreuungskräfte einzustellen. Die zusätzlichen Betreuungskräfte sollen, in enger Absprache mit den Pflegefachkräften, die betroffenen Bewohner zu Alltagsaktivitäten motivieren und diese dabei betreuen, z. B. Vorlesen, Kochen und Backen, Gartenarbeit.

6.3.3 Therapeutische Berufe

Physiotherapeuten

Als **Physiotherapie** wird jede Form der Behandlung mit physikalischen, mechanischen oder chemischen Reizen verstanden. Ziel ist es, Funktionsstörung zu verbessern oder rückgängig zu machen. Aus diesem Grund wurde die alte Bezeichnung »Krankengymnastik« geändert, weil sie nur einen Teilaspekt der Tätigkeit beschreibt.

Physiotherapeuten kommen bei alten Menschen insbesondere im Bereich der Behandlung nach einem Schlaganfall (► LF 1.3, Kap. 18.4.8, S. 657) zum Einsatz. Außerhalb von Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtungen ist dafür eine Verordnung des

LF 4.1

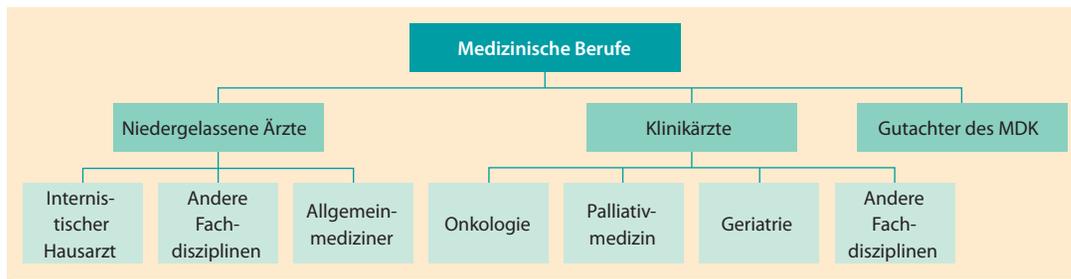


Abb. 6.1: Medizinische Berufe

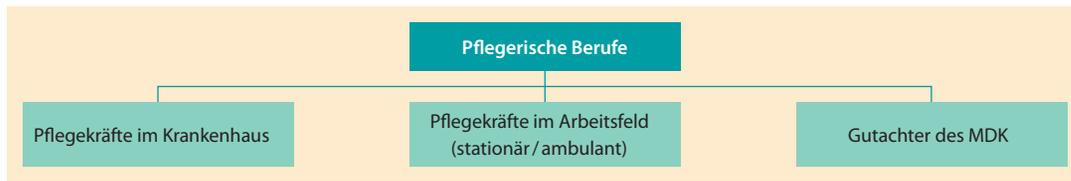


Abb. 6.2: Pflegerische Berufe

1.3 Lerntypen

Menschen haben beim Lernen ganz unterschiedliche Gewohnheiten und Vorlieben: Der eine liest am liebsten Texte in einem Buch und betrachtet die dazugehörigen Abbildungen, ein anderer hört lieber konzentriert ein Vortrag, ein Dritter prägt sich Zusammenhänge am besten durch Anfassen eines Gegenstands oder durch Ausprobieren ein.

Auch wenn oft mehrere Sinne bei der Aufnahme des Lernstoffs beteiligt sind, wird meist ein Sinneskanal bevorzugt. Je nachdem, welcher Kanal das ist, unterscheidet man folgende Lerntypen:

- visuell
- akustisch
- motorisch-haptisch

! Merke Das Herausfinden des persönlichen Lerntyps erleichtert das Lernen.

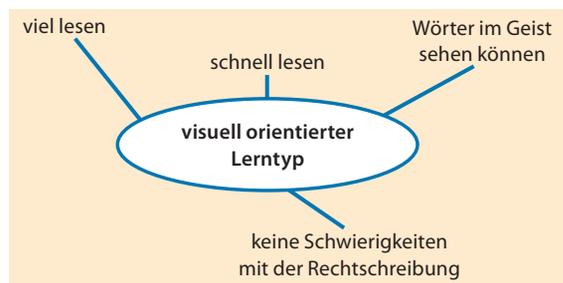


Abb. 1.3: Der visuell orientierte Lerntyp

✓ Tipp Als visuell orientierter Lerntyp

- den Lernstoff aufschreiben und dabei mit verschiedenen Farben arbeiten,
- beim Lesen wichtige Textstellen mit Textmarker hervorheben,
- Zeichnungen Schaubilder und Mind-Maps (► LF 4.2, Kap. 2.3.2 S. 1234) nutzen, um Informationen übersichtlich darzustellen,
- mit Lernpostern arbeiten,
- zum Thema passende Filme, Animationen oder digitale Lernprogramme zum Lernen nutzen.

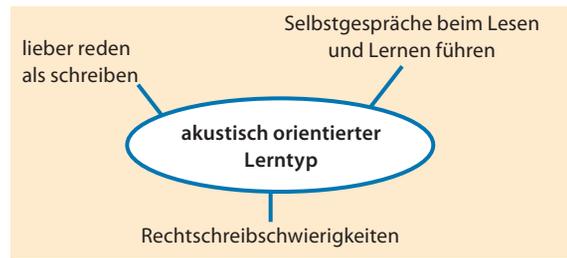


Abb. 1.4: Der akustisch orientierte Lerntyp

✓ Tipp Als akustisch orientierter Lerntyp

- im Unterricht auf den Vortrag und weniger auf das Mitschreiben konzentrieren, um möglichst viele Informationen zu speichern,
- sich einer Lern- oder Arbeitsgruppe anschließen, um über den Lernstoff zu sprechen,
- den Lernstoff auf einen MP3-Player oder ein Mobiltelefon aufnehmen und z. B. beim Spazierengehen oder beim Sport anhören.

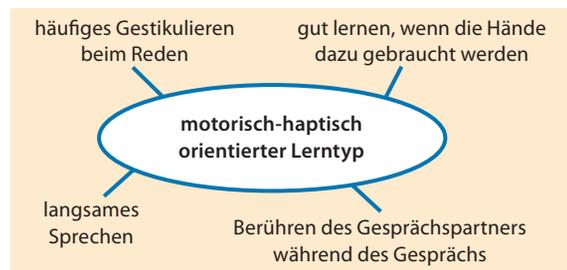


Abb. 1.5: Der motorisch-haptisch orientierte Lerntyp

✓ Tipp Als motorisch-haptischer Lerntyp

- den Lernstoff »in die Hand« nehmen, z. B. anatomisches Lehrmaterial und Übungspuppen nutzen,
- beim Lernen im Zimmer herumgehen,
- »learning by doing«: Wenn möglich, Handlungen oder Vorgehensweisen nicht nur erklären lassen, sondern gleich praktisch ausprobieren,
- Material, das für Arbeitsabläufe benötigt wird, in der Reihenfolge der Arbeitsschritte hinlegen.

oder **Situationen** beschreiben, die Antipathie oder Irritationen bei ihr hervorrufen und der Frage nachgehen, was den zu Pflegenden bewegt, so zu leben, oder welche Vorteile ihm sein Verhalten bringen.

Nach der Abwägung der verschiedenen Informationen und Sichtweisen aller Beteiligten muss überprüft werden, ob eine professionelle, freundliche Haltung dem zu Pflegenden gegenüber eingenommen werden kann. Wenn dies nicht möglich scheint, ist die Frage zu stellen, was die Pflegefachkraft benötigt, um ihre Antipathie zu überwinden oder einen **professionellen Zugang** zu entwickeln. Hierzu könnte es nützlich sein, Vereinbarungen zu treffen, welche die Pflegesituation erleichtern.

! Merke Es ist nicht notwendig und auch nicht Ziel in der professionellen Pflege, jeden Pflegebedürftigen sympathisch zu finden, jedoch muss ein Bezug aufgebaut werden können. Wenn dies nicht möglich erscheint, sollte über einen Tausch der Zuständigkeit nachgedacht werden.

3.3 Ekel und Scham

➔ Definition

➔ **Ekel:** Gefühle der Abneigung und des Widerwillens. Brockhaus

Ekel ruft psychischen Widerstand und Abscheu hervor, auch schon bei der Vorstellung der Situation oder des »ekligen« Gegenstands.

➔ **Scham:** selbstbewertende, unlustbetonte Gefühlsreaktion, die von vegetativen Erscheinungen, wie Erröten oder Herzklopfen, und bestimmten Verhaltensreaktionen, z.B. Blickvermeidung, Abwenden des Gesichts, begleitet sein kann und durch einen sozialen Kontext bedingt ist: zum einen durch das Eindringen anderer in die eigene Intimsphäre, zum anderen durch die Einsicht in ein tatsächliches oder vermeintliches Versagen gegenüber sozialen Erwartungen und Normen.

Meyers Großes Taschenlexikon

In der täglichen Arbeit sind Pflegefachkräfte oft mit Situationen konfrontiert, die Ekel oder/und Scham auslösen und damit ein individuelles Erleben von negativen Gefühlen. In der täglichen Arbeit werden diese Gefühle selten thematisiert, weder von der Pflegefachkraft gegenüber den Pflegebedürftigen noch von diesen gegenüber der Pflegefachkraft. Negative Gefühle anzusprechen ist noch weitestgehend ein Tabu.

! Merke Ekel und Scham werden von jedem Menschen anders empfunden. Jeder hat andere Grenzen bezüglich dessen, was er als eklig empfindet.

In der Pflege sind Tätigkeiten, welche gesellschaftlich als ekeligerregend angesehen werden, an der Tagesordnung. Schon die Hilfe bei der normalen Körperhygiene wird anders als bei der Säuglingsversorgung bewertet. Von dieser Bewertung sind Pflegenden nicht automatisch frei. Trotzdem wird im Berufsalltag wenig über ekeligerregende Situationen gesprochen, aus Zeitmangel, aber auch aus Angst, von den Kollegen nicht verstanden zu werden.

Eine Möglichkeit damit umzugehen, liegt in einer schnellen Erledigung, sozusagen in dem Versuch, die Situation schnell hinter sich zu bringen, da es erledigt werden muss und zum Beruf gehört. Diese Einstellung scheint zunächst sehr pragmatisch, löst das Problem aber nicht.

Die Situationen, die bei der Pflegefachkraft Ekel auslösen, empfindet der Pflegebedürftige aus der **anderen Perspektive**. Er erlebt eine Pflegefachkraft, die ihre Arbeit rational und funktional erledigt. Das Ekelgefühl wird nicht offen angesprochen, der Pflegebedürftige bemerkt aber am Verhalten der Pflegefachkraft, dass Grenzen überschritten werden.

Von der Pflegefachkraft wird neben **beruflicher Professionalität**, viel **Verständnis** und hoher **Sensibilität** verlangt, auch in schwierigen Situationen den **Menschen zu sehen**, z.B. wenn eine mit Kot verschmierte Pflegebedürftige zu säubern ist und diese sich in Verkennung der Handlung wehrt und laut schimpft. In solchen Situationen besteht die

LF 4.3



Abb. 1.17: Zwei kleinere Taschen sind besser zu tragen, als eine große. Eine große Tasche belastet einseitig die Wirbelsäule.

• Beispiele für rückengerechtes Verhalten:



Abb. 1.18: Rückengerechte Haltung beim Zähneputzen Diese Haltung schadet dem Rücken.



Abb. 1.19: So werden leichte Gegenstände richtig aufgehoben.

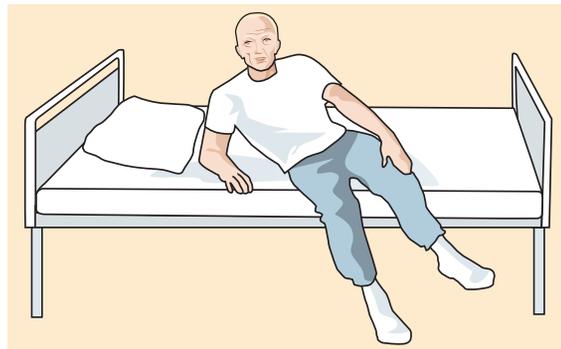


Abb. 1.20: Zuerst auf die Seite rollen, dann Beine nach unten und mit gestrecktem Oberkörper nach oben in den Sitz kommen.



Abb. 1.21: Das Aufstehen erfolgt immer mit gerade gestreckter Wirbelsäule.

1.3 Ergonomie am Arbeitsplatz

Ergonomie ist die Wissenschaft von der Anpassung der Technik an den Menschen zur Erleichterung der Arbeit. Ziel ist es, die Belastung des arbeitenden Menschen so gering wie möglich zu halten. Tätigkeiten wie Umbetten und Umlagern bedeuten eine verstärkte körperliche Belastung. Durch den Einsatz von Hilfsmitteln zur Unterstützung dieser Bewegungen kann diese Belastung reduziert werden.

Der **Einsatz von Hilfsmitteln** (► LF 2.2, Kap. 3.2, S. 986) unterstützt das rückengerechte Arbeiten. Dazu zählen nicht nur technische Hilfsmittel wie verstellbare Pflegebetten und Patientenlifte, sondern auch kleinere Hilfsmittel wie Rutschmatten, Gleitkissen und Transfergürtel.

In einer Studie konnte nachgewiesen werden, dass bei Pflegefachkräften, die bei mehr als einem Viertel aller Transfertätigkeiten ein Hilfsmittel benutz-