

Skriptum – Personenbetreuung

Inhaltsverzeichnis

1.	PERSONENBETREUUNG: TÄTIGKEITSFELD, GEWERBE UND ARBEITSORGANISATION	7
	Einleitung	7
1.1.	Das Tätigkeitsbild eines Personenbetreuers	7
1.1.1.	Betreuungstätigkeiten	7
1.1.2.	Pflegerischer Tätigkeiten	8
1.1.3.	Die Rechte und Pflichten der Personenbetreuer	9
1.1.4.	Datenschutz und Verschwiegenheit	9
1.2.	Die relevanten rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeit in der Personenbetreuung	10
1.2.1.	Gewerbeanmeldung	10
1.2.2.	Sozialversicherung	11
1.2.3.	Mitgliedschaft in der Wirtschaftskammer	13
1.2.4.	Anmeldung eines Wohnsitzes in Österreich	14
1.2.5.	Steuer	14
1.3.	Der Personenbetreuungsvertrag	15
1.4.	Pflegegeld und Fördersystem	15
1.5.	Sachwalterschaft	16
1.6.	Erbschaften und Geschenkkannahme	17
1.7.	Führerschein/Autofahren in Österreich	17
1.8.	Arbeitsorganisation	17
1.9.	Betreuungseinrichtungen und Organisationsformen	18
1.9.1.	Rolle der Träger bzw. Vermittler	18
1.9.2.	Mobile und stationäre Pflege in Österreich	18
1.9.3.	Die wichtigsten Angebote im Bereich sozialer Dienste	18
1.9.4.	Pflegeheime	20
1.9.5.	Schnittstellen zur Hauskrankenpflege	20
1.10.	Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich – Kompetenzen/Zuständigkeiten	201
1.11.	Wichtigste Ansprechpartner/Stellen	22
1.12.	Landeskunde Österreich	22
1.12.1.	Allgemeine Informationen	22
1.12.2.	Die österreichischen Bundesländer	23
1.12.3.	Entfernungen	25
1.13.	Krisenmanagement (Was tun wenn?)	25
1.13.1.	Die betreute Person hat einen Notfall	25
1.13.2.	Die betreute Person wird krank	25
1.13.3.	Die betreute Person wechselt endgültig in ein Heim	25
1.13.4.	Die betreute Person stirbt	26
1.13.5.	Der Betreuer wird krank	26
2.	BETREUUNG, BEOBACHTUNG, GRUNDPFLEGE INKL. ANGEWANDTER HYGIENE UND GRUNDZÜGE DER ARZNEIMITTELLEHRE	28
2.1.	Gesundheit und Krankheit	28
2.1.1.	Ganzheitliche Betrachtung des Menschen	28
2.1.2.	Gesundheitsförderung und Prävention	28
2.1.3.	Die Bedeutung von Krankheit und Altern	28
2.1.4.	Bedeutung von „krank sein“ im Sinne von Hilfsbedürftigkeit	29
2.1.5.	Leistungsminderung - Leistungssteigerung und typische Veränderungen im Alter	29
2.2.	Beschaffung von Hilfsmittel	30
2.3.	Beobachten	31
2.3.1.	Weitergabe und Dokumentation von Beobachtungen	31
2.3.2.	Der Schmerz und seine Auswirkungen	32
2.3.3.	Beobachten der Haut	33
2.3.4.	Beobachten der Haare	35
2.3.5.	Beobachten der Nägel	36
2.3.6.	Beobachten der Mundschleimhaut	37

2.3.7.	Beobachten des Urins.....	38
2.3.8.	Beobachten des Stuhlgangs.....	38
2.3.9.	Beobachten von Erbrechen.....	39
2.4.	Unterstützung bei der Körperpflege.....	40
2.4.1	Allgemeines.....	40
2.4.2.	Duschen und Baden.....	41
2.4.3.	Ganzkörperpflege im Bett.....	412
2.4.4.	Mund – und Zahnpflege.....	44
2.4.5.	Augenpflege.....	45
2.4.6.	Brillenpflege.....	46
2.4.7.	Ohrenpflege.....	46
2.4.8.	Nasenpflege.....	46
2.4.9.	Rasur.....	47
2.4.10.	Haarwäsche im Bett.....	47
2.4.11.	Nagelpflege.....	48
2.5.	An- und Auskleiden.....	49
2.6.	Prävention - Prophylaxen.....	50
2.6.1.	Intertrigoprophyllaxe.....	50
2.6.2	Soorprophylaxe (Candidose).....	51
2.6.3.	Parotitisprophylaxe.....	51
2.6.4.	Pneumonie- und Atelektasenprophylaxe.....	52
2.6.5.	Kontrakturenprophylaxe.....	53
2.6.6.	Dekubitusprophylaxe.....	53
2.6.7.	Thromboseprophylaxe.....	55
2.7.	Ruhen und Schlafen.....	55
2.7.1.	Gesunder Schlaf.....	56
2.7.2.	Gestörter Schlaf.....	56
2.7.3.	Für günstige Schlafbedingungen sorgen.....	57
2.8.	Essen und Trinken.....	58
2.8.1.	Ernährungsverhalten – Essgewohnheiten.....	58
2.8.2.	Flüssigkeitshaushalt.....	59
2.8.3.	Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.....	60
2.9.	Ausscheiden.....	61
2.9.1.	Intimsphäre, Ekel, Nähe und Distanz.....	61
2.9.2.	Verwenden von Hilfsmitteln bei der Ausscheidung.....	61
2.9.3.	Harninkontinenz.....	62
2.9.4.	Stuhlinkontinenz.....	63
2.9.5.	Veränderungen der Darmentleerung.....	63
2.9.6.	Erbrechen.....	64
2.10.	Hygiene.....	65
2.10.1.	Infektion.....	65
2.10.2.	Infektionskrankheit.....	66
2.10.3.	Epidemiologie.....	66
2.10.4.	Infektionsmodell.....	66
2.10.5.	Möglichkeiten der Abwehr.....	68
2.10.6.	Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.....	68
2.11.	Mikrobiologie.....	69
2.12.	Reinigung.....	70
2.13	Desinfektion.....	71
2.14.	Händehygiene.....	72
2.15.	Allgemeine Arzneimittellehre.....	74
2.15.1.	Arzneimittellagerung.....	74
2.15.2	Verabreichungsarten.....	75
2.15.3.	Arzneiformen.....	75
2.15.4.	Besonderheiten der Arzneiformen.....	77
2.15.5.	Richten und Verabreichen von Medikamenten.....	82
3.	GRUNDZÜGE DER ANGEWANDTEN ERNÄHRUNGSLEHRE UND DIÄTKUNDE.....	84
3.1.	Ernährungslehre.....	84
3.1.1.	Verdauungstrakt - Aufbau und Funktion.....	84
3.1.2.	Inhaltstoffe in der Nahrung.....	84

3.2.	Gesunde Ernährung	88
3.2.1.	Gesunde Ernährung des Erwachsenen.....	88
3.2.2.	Ernährung des älteren, betagten Menschen	88
3.3.	Fastfood bzw. Fertiggerichte.....	89
3.4.	Diätikunde – Ernährung bei verschiedenen Erkrankungen	90
3.4.1.	Diabetes – Volksmund „Zuckerkrankheit“	90
3.4.2.	Erhöhte Blutfettwerte	91
3.4.3.	Erhöhte Harnsäure – Gicht.....	92
3.4.4.	Darmträgheit und Verstopfung	93
3.4.5.	Leichte Vollkost = Schonkost.....	93
4.	GRUNDZÜGE DER ARBEITSGESTALTUNG UND MOBILISATION ...	96
4.1.	Ergonomische Prinzipien	96
4.1.1.	Biomechanische Grundsätze.....	96
4.1.2.	Funktion der Wirbelsäule.....	98
4.2.	Entspannung	99
4.3.	Einsatz von Hilfsmittel	100
4.3.1.	Überlegungen zur Anschaffung von Hilfsmittel	100
4.3.2.	Hilfsmittel zur Druckentlastung	100
4.3.3.	Hilfsmittel zum Transfer bzw. zur Mobilisation	100
4.3.4.	Hilfsmittel zur Unterstützung von funktionellen Tätigkeiten.....	102
4.4.	Transfer und Mobilisation.....	103
4.4.1.	Das Prinzip.....	103
4.4.2.	Ziele und praktischer Hintergrund von Transfer und Mobilisation.....	104
4.4.3.	Regeln für Transfer und Mobilisation.....	104
4.4.4.	Transfer in der Praxis.....	104
4.4.5.	Transfer und Mobilisation des halbseitengelähmten Klienten.....	105
4.4.6.	Lagerung des halbseitengelähmten Klienten	108
4.5.	Gehen, Gangarten und Einsatz von Gangbildveränderungen des älteren Menschen	111
4.6.	Rehabilitation – Aufgabe der Physiotherapie	111
5.	HAUSHALTSFÜHRUNG, UMWELTSCHUTZ, SICHERHEIT UND UNFALLVERHÜTUNG IM HAUSHALT	113
5.1.	Haushaltsführung als Aufgabe des Personenbetreuers	113
5.1.1.	Wahrung der individuellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten des Klienten.....	113
5.1.2.	Einbeziehen von Klienten und deren Angehörigen	113
5.1.3.	Hygiene im Haushalt.....	114
5.1.4.	Lebensmittellagerung und Vorratskontrolle	114
5.1.5.	Zubereiten von Speisen.....	116
5.1.6.	Wäscheversorgung.....	117
5.1.7.	Unterstützen bei der Betreuung von Haustieren	117
5.2.	Geldgebarung: Einkäufe, Erledigungen, Wirtschaftsbuch.....	118
5.2.1.	Einkauf.....	118
5.2.2.	Erledigungen:.....	118
5.2.3.	Führen eines Haushaltsbuchs:	118
5.3.	Umgang mit technischen Gerätschaften/Heizung	119
5.4.	Beitrag zum Umweltschutz.....	120
5.4.1.	Müllvermeidung im Haushalt	120
5.4.2.	Mülltrennung/Müllentsorgung	120
5.4.3.	Verwendung umweltschonender Reinigungsmittel	120
5.5.	Sicherheit und Unfallverhütung	121
5.5.1.	Häufige Ursachen von Unfällen.....	121
5.5.2.	Unfallverhütung und Wohnraumausstattung	122
5.5.3.	Weitere Sicherheitsmaßnahmen	123
6.	VERÄNDERUNGEN UND ERKRANKUNGEN IM ALTER.....	125
6.1.	Arteriosklerose	125
6.2.	Asthma bronchiale	126
6.3.	Zerebrale Durchblutungsstörungen	126
6.4.	Demenzerkrankungen	129
6.4.1.	Morbus Alzheimer.....	129
6.4.2.	Vaskuläre Demenz	131
6.5.	Depression	132

6.5.1.	Unipolare Depressionen	132
6.5.2.	Altersdepression	133
6.6.	Multiple Sklerose = MS.....	134
6.7.	Morbus Parkinson	135
6.8.	Chronische Polyarthrits.....	137
6.9.	Osteoporose.....	138
6.10.	Hypertonie	139
6.11.	Hypotonie	140
7.	SOZIALE ASPEKTE DER BETREUUNGSSITUATION	142
7.1.	Grundzüge der Kommunikation und Konfliktbewältigung.....	142
7.1.1.	Formen der Kommunikation	142
7.1.2.	Ebenen der Kommunikation:	143
7.2.	Professionelle Kommunikation.....	144
7.2.1.	Das Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun	144
7.2.2.	Faktoren, die ein Gespräch behindern oder den Gesprächsverlauf fördern	146
7.2.3.	Aktives Zuhören.....	147
7.2.4.	Was, wenn jemand nicht spricht?.....	147
7.3.	Körpersprache verstehen	148
7.3.1.	Elemente von Körpersprache	148
7.3.2.	Körpersprache im Konflikt	149
7.4.	Abschied – Trauer – Sterben – Tod	150
7.5.	Klare Arbeitsabsprachen	152
7.5.1.	Die Rolle der Personenbetreuer	152
7.5.2.	Klärende Gespräche mit Klient und Angehörigen	152
7.6.	Abgrenzung – Nähe – Distanz	154
7.7.	Stress	155
7.7.1.	Stressauslöser.....	155
7.7.2.	Stressmanagement.....	156
7.8.	Sozialisation	157
7.9.	Sexualität im Alter	158
7.10.	Gewalt – Aggression	160
7.10.1.	Formen der Gewalt	160
7.10.2.	Gewalt in der Betreuungssituation.....	160

Legende

KLIENT: ist jene Person, die zu betreuen ist.

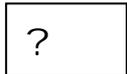
KUNDE: ist jene Person, die den Auftrag erteilt (z.B. Klient, Angehöriger, Sachwalter etc.)

ANGEHÖRIGER: ist jene Person, die ein besonderes Verhältnis zum Klienten hat (z.B. Tochter, Sohn, Enkel etc.)

PERSONENBETREUER: ist jene Person, die den Klienten betreut.



werden wichtige Informationen gekennzeichnet.



werden Fragen für die Lernzielkontrolle gestellt.



Verweis auf die DVD /CD „zu hause pflegen“
(Erhältlich unter der Homepage des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz,
unter Broschürenservice: ⇒Link: <http://www.bmsk.gv.at/>)

Anhang

- HAUSHALTSBUCH
- HANDLUNGSLEITLINIEN
- NÜTZLICHE ADRESSEN
- AUTORENLISTE

1. Personenbetreuung: Tätigkeitsfeld, Gewerbe und Arbeitsorganisation

Einleitung

Seit 1.7.2007 ist in Österreich die „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ pflegebedürftiger Personen gesetzlich geregelt. Damit wurde eine Jahre lang illegal geübte Praxis auf legale Beine gestellt.

Die neuen gesetzlichen Regelungen (Hausbetreuungsgesetz, Gewerbeordnung) eröffnen grundsätzlich zwei unterschiedliche Möglichkeiten für die Betreuung Personen im privaten Haushalt:

- Betreuung im Rahmen **selbständiger Tätigkeit** (freies Gewerbe nach der Gewerbeordnung)
- Betreuung im Rahmen einer **unselbständigen Beschäftigung** (Arbeitsverhältnis)

Da sich in der Praxis überwiegend die selbständige Tätigkeit durchgesetzt hat, wird in diesem Skriptum in erster Linie diese Form behandelt. Informationen zur Betreuung im Rahmen von unselbständiger Beschäftigung finden sich in den am Ende des Kapitels angegebenen Publikationen (Quellen).

1.1. Das Tätigkeitsbild eines Personenbetreuers

1.1.1. Betreuungstätigkeiten

Gewerbetreibende, die das Gewerbe der Personenbetreuung ausüben, sind berechtigt, betreuungsbedürftige Personen zu unterstützen. Die Betreuung umfasst insbesondere folgende gesetzlich genannten Tätigkeiten:

1. **Haushaltsnahe Dienstleistungen** insbesondere:
 - a) Zubereiten von Mahlzeiten
 - b) Vornahme von Besorgungen
 - c) Reinigungstätigkeiten
 - d) Durchführen von Hausarbeiten
 - e) Durchführen von Botengängen
 - f) Sorgetragen für ein gesundes Raumklima
 - g) Betreuen von Pflanzen und Tieren
 - h) Wäscheversorgung (Waschen, Bügeln, Ausbessern)
2. **Unterstützen bei der Lebensführung** insbesondere:
 - a) Gestalten des Tagesablaufs
 - b) Hilfestellung bei alltäglichen Verrichtungen
3. **Gesellschafterfunktion** insbesondere:
 - a) Gesellschaft leisten
 - b) Führen von Konversation
 - c) Aufrechterhalten gesellschaftlicher Kontakte
 - d) Begleiten bei diversen Aktivitäten
4. **Führung des Haushaltsbuches** mit Aufzeichnungen über für die betreute Person getätigte Ausgaben
5. **Praktische Vorbereitung** der betreuungsbedürftigen Person **auf** einen **Ortswechsel**
6. **Organisation** von Personenbetreuung

Diese Tätigkeiten sind in § 159 der Gewerbeordnung angeführt.

1.1.2. Pflegerische Tätigkeiten

Folgende **Tätigkeiten** dürfen **ohne Aufsicht** durchgeführt werden, wenn keine medizinischen Umstände dagegen sprechen:

- Unterstützen bei der oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (d.h. über den Mund) sowie bei der Arzneimittelaufnahme
- Unterstützen bei der Körperpflege
- Unterstützen beim An- und Auskleiden
- Unterstützen bei der Benützung von Toilette oder Leibstuhl einschließlich Hilfestellung beim Wechsel von Inkontinenzprodukten (Inkontinenz bedeutet Unfähigkeit Harn- oder Stuhlausscheidung zu kontrollieren)
- Unterstützen beim Aufstehen, Niederlegen, Niedersetzen und Gehen

Dass keine medizinischen Gründe dagegen sprechen, sollte zur eigenen **Absicherung** von einem Arzt bestätigt werden. Liegen medizinische Gründe vor, die diese Tätigkeiten als nicht unproblematisch erscheinen lassen, dürfen diese und auch andere pflegerische Tätigkeiten, nur unter folgenden **Voraussetzungen** durchgeführt werden:

- die Pflege erfolgt an der jeweils betreuten Person in deren Privathaushalt
- die Einwilligung durch die betreute Person liegt vor
- es gibt eine schriftliche Anordnung und entsprechende Anleitung und Unterweisung durch Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege

! Die Personenbetreuung kann die Übernahme von übertragenen pflegerischen Tätigkeiten ablehnen.

Pflegerische Tätigkeiten unter Aufsicht

Die Anordnung einer Pflegeperson des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist befristet, höchstens aber für die Dauer des Betreuungsverhältnisses, zu erteilen. In diesem Fall ist die **Personenbetreuung verpflichtet**:

- die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten ausreichend und regelmäßig zu dokumentieren
- der anordnenden Person unverzüglich alle Informationen zu erteilen, die für die Anordnung von Bedeutung sein könnten, insbesondere eine Veränderung des Zustandsbilds der betreuten Person oder eine Unterbrechung der Betreuungstätigkeit

Eine solche **Übertragung von Tätigkeiten** kann durch einen Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege für folgende Tätigkeiten erteilt werden:

- Verabreichen von Arzneimitteln
- Anlegen von Bandagen und Verbänden
- Verabreichen von subkutanen (unter die Haut) Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
- Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen
- einfache Wärme- und Lichtenwendungen

Folgende Tätigkeiten können nur nach **ärztlicher Anordnung** durchgeführt werden:

- Verabreichen von Arzneimitteln
- Anlegen von Bandagen und Verbänden
- Verabreichen von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln
- Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifen
- einfache Wärme- und Lichtenwendungen
- weitere einzelne ärztliche Tätigkeiten, sofern diese einen zu den in den Z 1 bis 5 genannten Tätigkeiten vergleichbaren Schwierigkeitsgrad sowie vergleichbare Anforderungen an die erforderliche Sorgfalt aufweisen

Auch hier sind Personen, denen ärztliche Tätigkeiten übertragen worden sind, verpflichtet, dem Arzt unverzüglich alle **Informationen** zu **erteilen**, die für die Anordnung von Bedeutung sein könnten, insbesondere Veränderung des Zustandsbilds der betreuten Person oder Unterbrechung der Betreuungstätigkeit. Außerdem ist die **Durchführung** ausreichend und regelmäßig zu **dokumentieren**.

1.1.3. Die Rechte und Pflichten der Personenbetreuer

Gesetzlich definierte Pflichten für die Personenbetreuung sind:

1. Sie haben bei der Ausübung ihrer Tätigkeit das **Wohl des zu Betreuenden** zu achten und ihre berufliche Stellung nicht zur Erlangung persönlicher Vorteile zu missbrauchen wie z.B. durch die unaufgeforderte Vermittlung oder den unaufgeforderten Abschluss von Geschäften. Insbesondere ist untersagt, Leistungen ohne **gleichwertige Gegenleistungen** entgegenzunehmen.
2. Sie haben sich bei der **Vornahme von Besorgungen** für die zu betreuende Person an den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu orientieren.
3. Die **erbrachten Leistungen** sind ausreichend und regelmäßig zu **dokumentieren** und beiden Vertragsteilen sowie den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betreute Person pflegen und behandeln zugänglich zu machen.
4. Mit der betreuungsbedürftigen Person oder deren gesetzlichem Vertreter ist eine Vereinbarung bezüglich **Handlungsleitlinien** für den Alltag und den Notfall abzuschließen. Im Falle erkennbarer Verschlechterung des Zustandsbildes sind Handlungsleitlinien insbesondere über die Verständigung bzw. Beiziehung von Angehörigen, Ärzten oder Einrichtungen, die mobile Dienste anbieten zu erstellen.
5. Sie müssen das **Haushaltsbuch führen** und samt der Belegsammlung über einen Zeitraum von zwei Jahren aufbewahren.

Ein **standeswidriges Verhalten** liegt insbesondere dann vor, wenn Personenbetreuer

- ihre Leistungen nicht wahrheitsgetreu anbieten
- Leistungen erbringen ohne beauftragt zu sein
- Zahlungen entgegennehmen ohne ermächtigt zu sein
- ihnen anvertraute Gegenstände eigenmächtig zurückbehalten
- Empfehlungen ungeeigneter Personen als Betreuer abgeben

1.1.4. Datenschutz und Verschwiegenheit

Die Personenbetreuer sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Gewerbes anvertrauten oder bekannt gewordenen Angelegenheiten verpflichtet. Diese Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn die betreuungsbedürftige Person oder deren gesetzlicher Vertreter ausdrücklich von dieser Pflicht entbindet. Informationen und Daten über Kunden dürfen ohne deren Einwilligung nicht weitergegeben werden.

1.2. Die relevanten rechtlichen Grundlagen für die Tätigkeit in der Personenbetreuung

1.2.1. Gewerbeanmeldung

Will eine Person in Österreich selbständig als Personenbetreuer tätig sein, muss sie dafür das Gewerbe der Personenbetreuung anmelden. Für dieses Gewerbe selbst ist keine spezielle Ausbildung oder Prüfung notwendig, allerdings werden seit 01.01.2009 nur solche Betreuungsverhältnisse finanziell gefördert, bei denen der Personenbetreuer die diesem Skriptum zugrunde liegende **Ausbildung** nachweisen kann.

Allgemeine Voraussetzungen für die Gewerbeanmeldung sind:

- Vollendung des 18. Lebensjahres
- Staatsangehörigkeit zu einem EU/EWR-Mitgliedsstaat/Schweiz oder Vorliegen einer Aufenthaltsberechtigung zur Ausübung des Gewerbes
- Fehlen von **Ausschlussgründen**:
 - Vorstrafen (auch bedingte) wegen betrügerischer Krida, Schädigung fremder Gläubiger, Begünstigung eines Gläubigers oder grob fahrlässiger Beeinträchtigung von Gläubigerinteressen
 - Vorstrafen (auch bedingte) wegen einer sonstigen strafbaren Handlung mit einer Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe von über drei Monaten oder einer Geldstrafe von über 180 Tagessätzen, Bestrafung wegen bestimmter Finanzvergehen
 - ein mangels Vermögen rechtskräftig abgewiesener Konkurs, solange dies in der Insolvenzdatei ersichtlich ist (= drei Jahre)



Auch im Ausland verwirklichte Gewerbeausschlussgründe sind zu berücksichtigen!

Das freie Gewerbe der Personenbetreuung ist bei der Bezirksverwaltungsbehörde des Gewerbestandorts (Bezirkshauptmannschaft, Magistrat) anzumelden. Die Anmeldung kann samt Unterlagen persönlich, per Post, per Telefax oder (derzeit allerdings nicht überall möglich) per E-Mail oder Internet bei der Gewerbebehörde eingebracht werden.

In der Praxis sollte zuerst die **zuständige Wirtschaftskammer** (Bezirksstelle oder Gründer-Service) kontaktiert werden. Diese Stelle steht mit Beratung in gewerbe-, arbeits-, sozialversicherungs- und steuerrechtlichen Fragen zur Verfügung. Desweiteren stellt sie bei Neugründungen eine **Bestätigung nach dem Neuförderungsgesetz** (NeuFöG) aus. Meist ist von dort eine Gewerbeanmeldung möglich.

Zur **Gewerbeanmeldung** sind folgende **Unterlagen** (leichte Unterschiede einzelne Behörden) vorzulegen:

- gültiger Reisepass oder Personalausweis (manchmal auch Geburtsurkunde)
- Meldebestätigung
- beglaubigte und übersetzte Strafregisterbescheinigung des Herkunfts- bzw. bisherigen Aufenthaltsstaates, sofern die Personen, nicht oder weniger als fünf Jahre in Österreich wohnhaft ist
- Bestätigung der zuständigen Wirtschaftskammer nach dem Neugründungsförderungsgesetz im Falle einer Neugründung (sofern eine Förderung in Anspruch genommen werden möchte)

Die Gewerbeanmeldung hat die genaue **Bezeichnung des Gewerbes** – hier freies Gewerbe „Personenbetreuung“ – und den in Aussicht genommenen Standort zu enthalten.

Als **Gewerb Standort** kommt der Sitz der Vermittlungsagentur, die den Betreuer vermittelt hat oder die Wohnung des Betreuungsbedürftigen in Frage, wenn der Personenbetreuer keinen anderen Standort (Büro oder Wohnung) im Inland hat.

Bei der Gewerbeanmeldung fallen **Gebühren und Abgaben** an, die in Summe (einschließlich Gewereregisterauszug) ca. € 70 betragen. Durch die der NeuFÖG-Bestätigung der Wirtschaftskammer können diese Ausgaben gespart werden.

Liegen alle Voraussetzungen vor, kann mit dem vollständigen Einlangen der Anmeldeunterlagen mit der gewerblichen Tätigkeit sofort begonnen werden.

1.2.2. Sozialversicherung

Eine gewerbliche Tätigkeit aufgrund einer österreichischen Gewerbeanmeldung führt zu einer **Pflichtversicherung** in der Kranken-, Pensions-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung. Seit 01.01.2008 ist auch der Anspruch auf Betriebliche Vorsorge („Abfertigung neu“) erfasst.

Anmeldung der Sozialversicherung

Die Anmeldung bei der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) hat innerhalb eines Monats zu erfolgen, sie kann aber auch im Rahmen der Gewerbeanmeldung bei der Bezirksverwaltungsbehörde vorgenommen werden. Diese leitet die Anmeldung automatisch an die SVA weiter. Die SVA stellt jedenfalls den Beginn der Pflichtversicherung sowie die Beitragsvorschriften fest.

Besteht in Österreich eine Pflichtversicherung nach dem Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz, so sind auch Kinder als Angehörige bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres grundsätzlich in der Krankenversicherung mitversichert. Eine Anspruchsberechtigung besteht allerdings nur, wenn der gewöhnliche Aufenthalt in Österreich ist und keine eigene Pflichtversicherung besteht. Nach dem 18. Lebensjahr besteht die Mitversicherung grundsätzlich nur für Kinder in Ausbildung und Studierende bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres.

Sozialversicherungsbeiträge

Die Sozialversicherungsbeiträge richten sich nach den Einkünften des jeweiligen Beitragsjahres. 2009 gelten folgende Prozentangaben bzw. Fixwerte bei der Berechnung der Sozialversicherungsbeiträge:

- Krankenversicherung → 7,65%
- Pensionsversicherung → 16,00%
- Unfallversicherung → Fixum von € 7,84 monatlich
- Betriebliche Vorsorge → 1,53%

Da die Einkünfte erst im Nachhinein festgestellt werden können, erfolgt die Beitragsberechnung nach dem System der sogenannten Nachbemessung. Es kommt dann entweder zu einer Gutschrift oder einer Nachbelastung.

Für den **Einstieg in die Selbständigkeit** gibt es erhebliche **Erleichterungen**. Wird erstmals im Laufe des Erwerbslebens eine selbständige Tätigkeit ausgeübt, so betragen die **Beiträge** für die ersten drei Jahre **vorläufig** € 143,25 monatlich (bei einer Beitragsgrundlage von € 537,78). Dieser Betrag beinhaltet € 41,14 Krankenversicherungsbeitrag, der für die ersten zwei Jahre jedenfalls fix ist, im Übrigen kommt es grundsätzlich zur Nachbemessung. Alle Werte beziehen sich jeweils auf das Jahr 2009.

Zwei **Rechenbeispiele zu den Sozialversicherungsbeiträgen** (anhand der Werte 2009):

Beispiel 1: Bei einer monatlichen endgültigen Beitragsgrundlage von € 1.500,- (dieser Betrag setzt sich aus den Erwerbseinkünften und den im Beitragsjahr vorgeschriebenen Kranken- und Pensionsversicherungsbeiträge zusammen) betragen die monatlichen Sozialversicherungsabgaben € 385,54 monatlich.

Beispiel 2: Für Einsteiger in eine selbständige Erwerbstätigkeit gibt es eine Begünstigung, sodass die endgültigen Beiträge bei einer monatlichen Beitragsgrundlage von € 1.500,- insgesamt € 297,21 monatlich betragen werden

Europäische Versicherungskarte – Versicherungsleistungen im Ausland

Die Ausstellung der Versicherungskarte (E-Card), die auch als Europäische Krankenversicherungskarte gilt, kann längstens bis zu sechs Wochen dauern.

! Da es bis zur Anmeldung einige Zeit dauern kann, sollte die Krankenversicherung im Herkunftsland erst abgemeldet werden, wenn man die E-Card erhalten hat.

Personenbetreuer müssen das **Formular E 106** bei der Sozialversicherung der Gewerblichen Wirtschaft beantragen, um in ihrem Heimatstaat ebenfalls die Leistungen des Versicherungsträgers in Anspruch nehmen zu können. Nach Erhalt des Formulars E 106 (in zweifacher Ausfertigung), müssen die Personenbetreuer das Formular dem Versicherungsträger im Heimatstaat vorlegen. Der Versicherungsträger bestätigt das Formular E 106 und somit besteht ab sofort ein Leistungsanspruch im Heimatstaat.

Sollte ein Personenbetreuer erkranken und noch nicht im Besitz einer E-Card sein, kann er mittels Kosteneinsatz die Krankenleistung in Anspruch nehmen. Der Kosteneinsatz wird dann nach Erhalt der E-Card von der SVA zurück erstattet. Ein Antrag zur Rückerstattung ist einzureichen, hierzu sind alle Originalrechnungen mit dem Antrag auf Kostenvergütung für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe im Ausland vorzulegen.

Selbstbehalt

Selbständige Personenbetreuer zahlen bei Inanspruchnahme eines Vertragspartners eine Kostenbeteiligung, meist 20% des Vertragstarifes. Krankenhausaufenthalte werden zur Gänze von der Versicherung übernommen.

Wenn Sie im Ausland die Leistung in Anspruch nehmen, so müssen Sie für einen Selbstbehalt laut Tarif des jeweiligen Landes aufkommen.

Bei gleichzeitiger Ausübung einer unselbständigen und einer selbständigen Erwerbstätigkeit in verschiedenen EWR-Staaten richtet sich die Versicherungspflicht ausschließlich nach den Rechtsvorschriften jenes Staates, in dem die unselbständige Beschäftigung vorliegt.

Unselbständige Tätigkeit im Heimatland

Liegt parallel zur selbständigen Tätigkeit in Österreich eine unselbständige Erwerbstätigkeit im Heimatland vor, muss der Personenbetreuer das **Formular E101** in seinem Heimatland beantragen – das Formular E106 wird in diesem Fall nicht beantragt. Hierdurch ist dokumentiert, dass der Betreffende den Rechtsvorschriften seines Mitgliedsstaates unterliegt. Im Fall einer Krankheit oder eines Unfalles ist somit klar geregelt, welcher Sozialversicherungsträger zuständig ist.

Bei gleichzeitiger Ausübung einer selbständigen Tätigkeit in Österreich und im Heimatland gilt das Versicherungsrecht des Staates, in dem der Mittelpunkt der Lebensinteressen liegt. (mittels Formular E101 zu beantragen). Eine Doppelversicherung ist nicht möglich!

Pensionsleistung

Für die Pensionsleistung gilt Folgendes:

1. Wenn die Betreuungskraft **weniger als ein Jahr in Österreich** tätig ist, werden die Versicherungsmonate im Heimatland angerechnet.
2. Wenn die Betreuungskraft **länger in Österreich** tätig ist, entsteht hier ein eigener Pensionsanspruch. Werden 15 Beitragsjahre (alle Pensionszeiten aus In- und Ausland zusammengerechnet), bekommt die Betreuungskraft eine eigene österreichische Pension, die sich nach den hier entrichteten Beiträgen berechnet. Diese Zusatzpension kommt zu der Pension aus dem Heimatland dazu.

Selbständigenvorsorge

Seit 01.01.2008 gibt es in Österreich für Selbständige eine **Leistung aus einer Betrieblichen Vorsorgekasse** (BVK). Die angesparten Beträge können in Form einer monatlichen Zusatzpension steuerfrei oder als einmaliger Barbetrag steuerbegünstigt ausbezahlt werden.

Die Selbständigenvorsorge gilt für Personen, die der Pflichtversicherung in der Krankenversicherung nach dem GSVG (Gewerblichem Sozialversicherungsgesetz) unterliegen, also Gewerbetreibende und „Neue Selbständige“. An der Selbständigenvorsorge nimmt jeder Unternehmer teil, solange er krankenversichert ist. Der Beitrag zur Selbständigenvorsorge beträgt 1,53% der vorläufigen Beitragsgrundlage in der Krankenversicherung. Während es in der Krankenversicherung grundsätzlich zu einer Nachbemessung kommt, bleibt bei der „Abfertigung neu“ die einmal vorgeschriebenen Beiträge.

Der Personenbetreuer muss innerhalb von sechs Monaten eine Vorsorgekasse (aus neun möglichen) auswählen und einen **Beitrittsvertrag** abschließen. Die jeweiligen Institute geben Auskünfte zur Anlagestrategie und der zu erwartenden Leistungshöhe. In jedem Fall informiert die gewählte bzw. zugeteilte Vorsorgekasse die SVA über den Vertragsabschluss. Die SVA überweist die Beiträge an die jeweilige Vorsorgekasse.

Ein **Auszahlungsanspruch bzw. eine Verfügungsmöglichkeit** besteht bei Vorliegen von mindestens drei Einzahlungsjahren und nach mindestens zwei Jahren des Ruhens der Gewerbeausübung bzw. nach Beendigung der betrieblichen Tätigkeit und bei Pensionsantritt. Im Todesfall fällt der Kapitalbetrag an Ehegatten, Kinder bzw. in die Verlassenschaft.

Über den Kapitalbetrag kann in verschiedenen Formen verfügt werden. Neben der Auszahlung kommen die Übertragung in eine neue Vorsorgekasse nach dem „Rucksackprinzip“ (wenn eine andere Tätigkeit aufgenommen wird) oder die Überweisung an eine Pensionskasse oder an eine Privatversicherung zwecks Auszahlung als Rente in Frage.

1.2.3. Mitgliedschaft in der Wirtschaftskammer

Mit der Erlangung der Gewerbeberechtigung in Österreich entsteht automatisch Mitgliedschaft bei der Wirtschaftskammer Österreich und den dazugehörigen Teilorganisationen. Der Standort des Gewerbebetriebes und der Tätigkeitsbereich bestimmen die Zugehörigkeit zur Landeskammer und den Fachorganisationen. Für eine natürliche Person in der Fachgruppe allgemeines Gewerbe variiert der Mitgliedsbeitrag (2008) zwischen € 40,- (Wien, Niederösterreich) bis € 138,- (Kärnten).

1.2.4. Anmeldung eines Wohnsitzes in Österreich

Innerhalb von drei Kalendertagen ist die Meldung der Wohnsitzaufnahme am zuständigen Gemeindeamt oder Magistrat vorzunehmen.

Mitzubringen sind **Meldezettel-Formular** mit Unterschrift des Unterkunftgebers (d.h. Wohnungseigentümer bzw. Hauptmieter), **Reisepass**, **Geburtsurkunde** und **Nachweis des akademischen Grades** (sofern vorhanden).

((Meldezettel-Formular: <http://www.help.gv.at/Content.Node/documents/meldez.pdf>))

1.2.5. Steuer

Anzeige der gewerblichen Tätigkeit

Der Gewerbetreibende hat die **Aufnahme der gewerblichen Tätigkeit** während des ersten Monats beim zuständigen Finanzamt anzuzeigen, wobei eine **formlose Mitteilung** reicht. Die Anzeige kann schriftlich oder mündlich erstattet werden.

Anschließend erhält der Personenbetreuer vom Finanzamt **ein Formular (Verf 24)**, an die Wohnadresse in Österreich geschickt wird. Dieses ist auszufüllen und dem Finanzamt zu übermitteln. Die Mitteilungspflicht besteht unabhängig davon, ob mit dem Betrieb Abgabengrenzen überschritten werden und eine tatsächliche Steuerpflicht entsteht.

Aufgrund der Angaben in diesem Formular entscheidet das zuständige Finanzamt, ob der Gewerbetreibende steuerlich veranlagt wird, also eine Steuernummer bekommt, oder in Evidenz gehalten wird. Eine Steuernummer wird nur bei voraussichtlicher Überschreitung der Umsatzgrenze von netto € 30.000.- oder der Einkommensgrenze von € 10.000.- vergeben.

Einkommensteuer

Beziehen Personenbetreuer Einkünfte aus dem Gewerbebetrieb, entsteht eine Steuererklärungspflicht erst ab einem **Jahreseinkommen** von **mehr als € 10.000,-** (=Betriebseinnahmen minus Betriebsausgaben). Zum Jahreseinkommen zählen auch Einkünfte aus einer evtl. zusätzlichen Beschäftigung in Österreich oder in einem anderen Land.

Dennoch ist bei einem Jahreseinkommen von unter € 10.000,- eine Einnahmen-Ausgabenrechnung zu erstellen. Diese kann im Falle einer Prüfung durch das Finanzamt vorgelegt werden und auch für die Sozialversicherung dienen.

Die **Einnahmen- und Ausgabenrechnung** ist ein vereinfachtes Buchführungssystem, das sich auf die Aufzeichnung von Zahlungsvorgängen beschränkt.

Zur Ermittlung des Gewinnes bzw. Verlustes werden die tatsächlich zugeflossenen Betriebseinnahmen den tatsächlichen abgeflossenen Betriebsausgaben eines Kalenderjahres gegenüber gestellt.

Basis und Bemessungsgrundlage für die Einkommensteuer ist der **jährlich erwirtschaftete Gewinn**, der mit Hilfe der Einnahmen-Ausgaben-Rechnung zusätzlich sonstiger Bezüge (z.B. Kost und Logis) ermittelt wird.

Der Steuersatz liegt zwischen 0% und 50%, wobei die Einkommensteuer erst anfällt, wenn das (Jahres-) Einkommen mehr als € 10.000,- betragen hat.

Umsatzsteuer

Hat der Personenbetreuer einen österreichischen Wohnsitz, so kann von der Kleinunternehmerregelung Gebrauch gemacht werden. Umsätze von Kleinunternehmern sind (unecht) von der Umsatzsteuer befreit. Kleinunternehmer ist ein Unternehmer, der im Inland einen Wohnsitz hat und dessen Jahresumsätze im Veranlagungszeitraum € 30.000,- nicht übersteigen.

Steuerpflicht im Ausland

Unter Umständen kann auch im Heimatstaat Steuerpflicht entstehen. Näheres Regeln allenfalls bestehende Doppelbesteuerungsabkommen.

1.3. Der Personenbetreuungsvertrag

Das Verhältnis zwischen Personenbetreuer und betreuter Person regelt der sogenannte Personenbetreuungsvertrag. Er hat folgende **Mindestinhalte** zu umfassen:

- Namen und Anschrift der Vertragspartner
- Beginn und Dauer des Werkvertrages
- Leistungsinhalte
- Festlegung von Handlungsleitlinien
- Regelung über Vertretung im Fall der Verhinderung mit Namen und Kontaktadresse des Vertreters/der Vertreter
- Fälligkeit und Höhe des Werklohns, wobei darauf hinzuweisen ist, dass der Gewerbetreibende selbst sämtliche Steuern und Beiträge erklärt und abführt
- Bestimmungen über die Beendigung des Vertragsverhältnisses, wobei vorzusehen ist, dass der Personenbetreuungsvertrag durch den Tod der betreuungsbedürftigen Person aufgehoben wird und der Gewerbetreibende ein bereits im Voraus gezahltes Entgelt anteilig zu erstatten hat sowie, dass der Vertrag von beiden Vertragsteilen unter Einhaltung einer zweiwöchigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalendermonats aufgelöst werden kann

Die einzelnen Inhalte des Werkvertrages sind einfach und verständlich, aber doch umfassend und genau zu umschreiben.

Für den Personenbetreuungsvertrag haben die zuständigen österreichischen Ministerien **Musterverträge** zur Verfügung gestellt (http://www.bmwa.gv.at/NR/rdonlyres/76A0B039-6450-42B2-9506-2384E04A9DFB/0/Werkvertrag_231008.pdf)

Zwei Betreuungskräfte

Werden zwei (oder mehrere) Personenbetreuer abwechselnd für eine Person tätig (Regelfall), so besteht jeweils ein eigenes Vertragsverhältnis zwischen der betreuten Person und den einzelnen Betreuern. Für die betreute Person selbst ändert sich daher – außer in der Person des Betreuers – nichts.

Für die Betreuer ändert sich ebenfalls nichts. Sie müssen im Falle einer zwei- oder mehrwöchigen Abwesenheit ihre Gewerbeberechtigung nicht zurücklegen oder ruhend melden. Ebenso wenig müssen sie bei einer Ausreise aus Österreich ihren Wohnsitz in Österreich abmelden.

Es ist ratsam, in den Handlungsleitlinien **Regelungen für den Wechsel zwischen den Betreuern** vorzusehen. So ist z.B. der nachfolgende Betreuer ausreichend über den Zustand der betreuten Person zu informieren. Es hat auch eine ordentliche Übergabe der Betreuungsdokumentation und des Haushaltsbuches zu erfolgen.

1.4. Pflegegeld und Fördersystem

Seit 1. Juli 1993 gibt es in Österreich ein umfassendes System der Pflegevorsorge. Mit dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG) wurde ein siebenstufiges, bedarfsorientiertes Pflegegeld eingeführt, auf das unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie Ursache der Pflegebedürftigkeit ein Rechtsanspruch besteht.

Das Pflegegeld deckt einen Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen durch eine Geldleistung ab. Dadurch soll die notwendige Pflege gesichert und ein möglichst selbstbestimmtes und bedürfnisorientiertes Leben ermöglicht werden. Insbesondere kann der Pflegebedürftige die Entscheidung über die Verwendung des Pflegegeldes und die Wahl der Betreuungsart selbst wählen. Gleichzeitig sollen durch das Pflegegeld familiäre und ambulante Pflege gefördert und stationäre Aufenthalte hinten gehalten werden.

Höhe des Pflegegeldes (2009)

Pflegebedarf pro Monat	Stufe	Betrag/€
mehr als 50 Stunden	1	154,20
mehr als 75 Stunden	2	284,30
mehr als 120 Stunden	3	442,90
mehr als 160 Stunden	4	664,30
mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist 	5	902,30
mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder • die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist 	6	1.242,00
mehr als 180 Stunden, wenn <ul style="list-style-type: none"> • keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder • ein gleich zu achtender Zustand vorliegt 	7	1.665,80

Maßgebend für die Stufen 1 bis 4 ist der zeitliche Pflegeaufwand, der auf der Grundlage eines **ärztlichen Sachverständigengutachtens** ermittelt wird. Für die Stufen 5 bis 7 ist neben dem zeitlichen Ausmaß ein zusätzliches Qualitätskriterium erforderlich.

Förderung der Personenbetreuung

Die 24-Stunden-Betreuung wird darüber hinaus vom Staat gefördert und zwar (2009) mit € 1.100,-/Monat bei der (unselbständigen) Beschäftigung von zwei Betreuungskräften sowie € 550,- bei zwei selbständigen Personenbetreuern. Für diese Förderung ist seit 01.01.2009 ein **Nachweis über die Ausbildung der Personenbetreuer** notwendig.

1.5. Sachwalterschaft

Die gesetzliche Vertretung von psychisch kranken und geistig behinderten Erwachsenen ist seit 1984 im Rahmen der Sachwalterschaft geregelt. Damit wurde die zuvor geltende Praxis der "Entmündigung" aufgehoben.

Eine Sachwalterschaft regelt die Entziehung oder Einschränkung der Rechte einer Person.

Ein Sachwalter wird für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres bestellt, wenn diese auf Grund einer **geistigen Behinderung** oder einer **psychischen Krankheit** nicht fähig sind, ihre Geschäfte ohne Nachteil für sich selbst zu besorgen.

Dies kann sowohl Rechtsgeschäfte als auch ärztliche oder soziale Betreuung betreffen. Sachwalter übernehmen die Besorgung aller oder einzelner Angelegenheiten der betroffenen Person, die diese nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst besorgen kann.

Eine einsichts- und urteilsfähige Person kann die Einwilligung zu medizinischen Maßnahmen auch bei bestehender Sachwalterschaft nur selbst erteilen.

Ist die durch einen Sachwalter betreute Person aufgrund ihres geistigen Gesundheitszustandes nicht fähig, die Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme zu

beurteilen, dann muss bei einfachen medizinischen Heilbehandlungen oder Untersuchungen (z.B. Impfungen, Zahnbehandlungen, Blutabnahmen) der Sachwalter zustimmen.

1.6. Erbschaften und Geschenkkannahme

Nach der Gewerbeordnung ist es Personenbetreuern untersagt, Leistungen ohne gleichwertige Gegenleistungen anzunehmen. Daher ist die Annahme von Geschenken, die über das übliche Maß hinausreichen nicht gestattet. Gleiches gilt auch für Erbschaften.

! Achtung! Da viele betreute Personen mit Erinnerungsschwächen kämpfen, besteht die Gefahr, dass die Schenkung von der betreuten Person später vergessen wird, was dann bis zum Vorwurf des Diebstahls von Eigentum führen kann.

1.7. Führerschein/Autofahren in Österreich

Wer Kraftfahrzeuge in Österreich lenken will, benötigt dafür eine Lenkberechtigung, nachgewiesen durch einen Führerschein. Das Mindestalter für PKW beträgt grundsätzlich 18 Jahre, für Mopeds 16 Jahre.

Während der ersten sechs Monate des Aufenthalts in Österreich dürfen mit dem ausländischen Führerschein in Österreich sowie im Heimatstaat zugelassene Fahrzeuge gelenkt werden.

Auf Antrag kann die zuständige Führerscheinstelle die Frist um weitere sechs Monate verlängern. Nach Ablauf der Frist (rechtzeitig beantragen) muss der ausländische Führerschein gegen einen österreichischen Führerschein ausgetauscht werden. Ob Teile der Führerscheinprüfung nachzuholen sind, teilt die Führerscheinstelle mit.

1.8. Arbeitsorganisation

Arbeitszeit und Freizeit

Bei selbständiger Tätigkeit gibt es keine Bestimmungen über Arbeitszeit und Freizeit, weil das erbrachte Werk, die erbrachte Leistung im Vordergrund steht. Es empfiehlt sich daher zu Betreuungsbeginn mit den Kunden entsprechende Regelungen zu vereinbaren.

Bezahlung, Rechnungslegung

Der Personenbetreuer ist verpflichtet, den Kunden eine entsprechende Rechnung auszustellen. Diese muss Rechnungssteller, Rechnungsanschrift, Datum, Leistung und Betrag beinhalten. Ein Muster findet sich im Anhang.

1.9. Betreuungseinrichtungen und Organisationsformen

1.9.1. Rolle der Träger bzw. Vermittler

Die 24-Stunden-Betreuung wird in Österreich in der Praxis sowohl unorganisiert (Mundpropaganda, Empfehlungen) als auch mit Hilfe von Vermittlungsagenturen durchgeführt. Manche dieser Agenturen waren schon vor der gesetzlichen Regelung der 24-Stunden-Betreuung aktiv. Mit der Neuregelung sind große Pflegeorganisationen (wie Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz oder Volkshilfe) in die Vermittlung eingestiegen.

Die Agenturen bringen Kunden, die eine 24-Stunden-Betreuung benötigen und Personenbetreuer zusammen. Sie helfen beiden Seiten bei der organisatorischen Abwicklung und bei bürokratischen Fragen und gewähren in vielen Fällen eine fachliche Begleitung.

Die Agenturen sind nicht Arbeitgeber der Personenbetreuer, sondern üben eine Vermittlungsrolle aus. Die Kostenmodelle variieren dabei von Anbieter zu Anbieter.

1.9.2. Mobile und stationäre Pflege in Österreich

Für pflegebedürftige Menschen werden in Österreich soziale Dienste bereitgestellt, um das Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Anbieter solcher Dienste sind vor allem freie Wohlfahrtsverbände, Länder und Gemeinden. Die Art und das Angebot der Sozialdienste sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Am flächendeckenden Ausbau wird gearbeitet. Die wichtigsten Anbieter sozialer Dienste finden sich im Anhang.

1.9.3. Die wichtigsten Angebote im Bereich sozialer Dienste

Heimhilfe

Die Heimhilfe betreut und unterstützt betreuungsbedürftige Menschen aller Altersstufen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Zu den Leistungen der Heimhilfe zählen insbesondere:

- hauswirtschaftliche Tätigkeiten
- Unterstützen bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches
- Unterstützen bei der Erhaltung und Förderung des körperlichen Wohlbefindens
- Sichern sozialer Grundbedürfnisse durch Aufrechterhaltung und Förderung der Selbständigkeit

Altenhilfe/Pflegehilfe

Mobile Hilfe und Betreuung umfasst die Sorge für das soziale und körperliche Wohl für Menschen in jeder Altersstufe durch ganzheitliche Hilfestellung. Das Ziel ist alle Fähigkeiten der betreuten Menschen zu fördern, zu stützen, zu erhalten und zu ergänzen. Zu den **Hilfestellungen unter Aufsicht** einer Fachkraft zählen insbesondere:

- Aufrechterhalten des Haushaltes durch Unterstützen bei der Haushaltsführung
- Erhalten und Fördern des körperlichen Wohlbefindens wie
 - Unterstützen bei der körperlichen Hygiene
 - Unterstützen beim Kleiden
 - Unterstützen bei der Zubereitung von Mahlzeiten
 - Durchführen von Grundtechniken der Pflege
 - Krankenbeobachtung
 - Durchführen von Grundtechniken der Mobilisation, der Ernährung und Einhaltung von Diäten
- bei der Sicherung sozialer Grundbedürfnisse wie Begleitung bei Behörden- und Arztwegen, Motivation zur selbständigen Ausführung täglicher Aktivitäten

Hauskrankenpflege

Der Hauskrankenpflegefachdienst pflegt Patienten in ihrem Wohnbereich. Die Pflege wird von Personen übernommen, die aufgrund der bundesgesetzlichen Regelungen (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) dazu ermächtigt sind.

Die **pflegerischen Maßnahmen** umfassen:

- Pflege bei Erkrankungen aller Art und aller Altersstufen
- Anleitung, Beratung und Begleitung von Angehörigen und anderer an der Betreuung und Pflege beteiligter Personen

Die Regelungen für die Hauskrankenpflege sind in den Bundesländern unterschiedlich. Die Tätigkeit im mitverantwortlichen Bereich der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen kann nur aufgrund ärztlicher Anordnung erfolgen.

Essen auf Rädern, Essenzustellung, Menüservice

Essen auf Rädern bedeutet das Liefern von Mahlzeiten zur fallweisen oder ständigen Verpflegung von Personen, die nicht in der Lage sind, für ihr tägliches warmes Mittagessen zu sorgen. Essen auf Rädern wird in verschiedenen Arten (tiefgekühlt, warm) angeboten. Verschiedene Kostformen (Normalkost, Diabetikerkost etc.) werden berücksichtigt.

Besuchsdienst

Der Besuchsdienst ist ein Angebot zur (Wieder-)Herstellung, Weiterführung und Förderung sozialer Kontakte einsamer und/oder pflegebedürftiger Menschen. Der Besuchsdienst wird von „freiwilligen“ Personen unter fachlicher Anleitung durchgeführt.

Notruftelefon, Rufhilfe

Durch das Notruftelefon ist es körperlich eingeschränkten Personen möglich rund um die Uhr Hilfe herbeizuholen. Durch das technische System kann ein automatischer Notruf ausgelöst werden (s.a. Kapitel 5.5.3)

Mobile therapeutische Dienste

Mobile Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie bedeutet die ganzheitliche Rehabilitation von Patienten im privaten Wohnbereich. Das Ziel ist die größtmögliche Selbständigkeit und das Erhalten bzw. Wiederherstellen der Lebensqualität. Die Durchführung erfolgt entsprechend den bundesgesetzlichen Regelungen.

Verleih von Pflegebehelfen

Im extramuralen Bereich (außerhalb von Krankenhäusern) werden in einigen Bundesländern von den Anbietern mobiler Gesundheits- und Sozialdienste Pflegebehelfe verliehen. Das Angebot schließt das individuelle Anpassen der Pflegebehelfe und Anleitung zur Handhabung ein.

Fahrtendienste

Die Bundesländer stellen unterschiedliche Angebote an Spezialfahrtendiensten bzw. Fahrpreismäßigungen für öffentliche Verkehrsmittel bereit. Nähere Information sind bei der Bezirkshauptmannschaft, dem Gemeindeamt oder Magistrat erhältlich (siehe auch unter www.fahrtendienste.at).

Sterbebegleitung und Mobile Hospizbetreuung

Betreuung von Menschen in der letzten Lebensphase und Betreuung ihrer Angehörigen wird sowohl in der häuslichen Umgebung wie auch in stationären Einrichtungen erbracht. Zur Sicherung der speziellen Bedürfnisse von schwerkranken und sterbenden Menschen dient ein interdisziplinär zusammengesetztes und ganzheitlich tätiges Team. Die Leistungen eines Hospizes können auf Wunsch tagsüber, während der Nacht oder rund um die Uhr in Anspruch genommen werden (siehe auch unter www.hospiz.at).

Kosten der mobilen Dienste

Die Kosten für mobile Dienste sind von der Art des Dienstes und den Einkommen der Klienten abhängig, wobei das Pflegegeld berücksichtigt wird. Die Höhe der Kosten ist in den Bundesländern unterschiedlich.

1.9.4. Pflegeheime

Grundsätzlich ist eine Unterscheidung zwischen Alten-, Pensionisten- bzw. Seniorenheimen und Pflegeheimen möglich, obwohl vielen Pensionistenheimen eine Pflegeabteilung angeschlossen ist. Die Aufnahme kann an gewisse Bedingungen geknüpft sein, so werden in manchen Heimen geistig behinderte oder psychisch kranke Menschen nicht aufgenommen, während andere Pflegeheime zum Beispiel jenen Personen vorbehalten sind, die zumindest Pflegegeld der Stufe 3 beziehen.

Heime werden sowohl als öffentliche Einrichtungen eines Landes, einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes als auch als Privatheime (z.B. einer religiösen Vereinigung) geführt. Das Angebot an Heimen variiert in einzelnen Bundesländern.

1.9.5. Schnittstellen zur Hauskrankenpflege

Die meisten pflegebedürftigen Menschen nehmen neben Leistungen der Personenbetreuung auch ärztliche und pflegerische Leistungen in Anspruch. Eine besondere Rolle spielen dabei der Hausarzt und die Hauskrankenpflege. Die Kooperation mit diesen Personen ist für die Tätigkeit in der Personenbetreuung besonders wichtig, insbesondere dann, wenn medizinische oder pflegerische Tätigkeiten an die Personenbetreuung übertragen werden (siehe Kapitel 1.1. Tätigkeitsbereich der Personenbetreuung).

1.10. Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich – Kompetenzen/Zuständigkeiten

Die wichtigsten Gesundheits- und Sozialberufe in Österreich sind im folgenden Text näher erläutert.

Arzt

Das Aufgabengebiet des Arztes umfasst die Diagnose und Therapie von Krankheiten sowie Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten. Ihr spezifisches Aufgabengebiet hängt von der Ausbildung ab, die nach dem Medizinstudium absolviert wird. Neben der Turnusausbildung für Allgemeine Medizin besteht auch die Möglichkeit einer Ausbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin.

((http://www.ams.at/bis/editrecord.php?form=online_bis_stammdaten_frameset¬eid=217))

Eine besondere Rolle kommt im Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit in der Regel dem praktischen Arzt (Allgemeinmedizin) zu. Der Vertrauensarzt des Klienten wird als „Hausarzt“ bezeichnet.

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die Pflege und Betreuung von Menschen aller Altersstufen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen, die Pflege und Betreuung behinderter Menschen, schwerkranker und sterbender Menschen sowie die pflegerische Mitwirkung an der Rehabilitation, der primären Gesundheitsversorgung und der Verhütung von Krankheiten. Das Aufgabespektrum unterteilt sich in einen eigenverantwortlichen-, mitverantwortlichen und interdisziplinären Aufgabenbereich. ((Quelle: <http://www.oegkv.at>))

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen

Die **Physiotherapie** orientiert sich bei der Behandlung an den Beschwerden und den Funktions- bzw. Aktivitätseinschränkungen des Patienten, die in Form eines Befundes sichtbar gemacht werden. Sie nutzt primär manuelle Fertigkeiten des Therapeuten, gegebenenfalls ergänzt durch natürliche physikalische Reize (z.B. Wärme, Kälte, Druck, Strahlung, Elektrizität) und fördert die Eigenaktivität (koordinierte Muskelaktivität, sowie die bewusste Wahrnehmung) des Patienten.

Ergotherapeuten unterstützen und fördern Menschen jeden Alters, die bei alltäglichen Handlungen wie z.B. Körperpflege, Essen oder Ausführen feinmotorischer Aufgaben, eingeschränkt sind. Durch aktivierende Maßnahmen arbeiten sie mit den Patienten daran, die Fähigkeiten der Patienten zu trainieren, zu erhalten, weiterzuentwickeln oder wiederherzustellen.

Logopäden beschäftigen sich mit Menschen, die in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt. Ziel einer logopädischen Behandlung ist immer die Wiederherstellung, Verbesserung oder Kompensation von krankheits- oder entwicklungsbedingt eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten. Logopäden arbeiten eigenverantwortlich in der Vorsorge, Beratung, Untersuchung, Diagnose, Therapie und wissenschaftlichen Erforschung von menschlichen Kommunikationsstörungen bei Patienten aller Altersgruppen.

Die Arbeitsfelder der **Psychologen** sind breit gefächert. **Psychologie** ist eine Wissenschaft, die das Erleben und Verhalten des Menschen, seine Entwicklung im Laufe des Lebens und alle dafür maßgeblichen inneren und äußeren Ursachen beschreibt und erklärt.

Pflegehelfer

Pflegehelfer betreuen pflegebedürftige Menschen und unterstützen Fachkräfte des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und Ärzte. Hauptaufgabe ist die Grundpflege von Patienten. Das heißt, Pflegehelfer begleiten durch den Alltag und helfen unter anderem bei der Körperpflege und dem Bereiten und Einnehmen von Mahlzeiten. Pflegehelfer dokumentieren die durchgeführten Pflegemaßnahmen und informieren das diplomierte Pflegepersonal oder die Ärzte über den Zustand der Patienten.

Sozialbetreuungsberufe (Fachsozialbetreuer Altenarbeit, Diplom Sozialbetreuer)

Die Fachsozialbetreuung Schwerpunkt Altenarbeit (FSB-A) besteht in der Betreuung von vorwiegend aus Altersgründen betreuungs- und hilfebedürftigen Menschen. Ausgehend von der ganzheitlichen Erfassung der spezifischen Lebenssituation zielt sie insbesondere darauf ab:

- gezielt durch aktivierende Betreuung und Hilfe auf die individuellen Bedürfnisse der älteren Menschen einzugehen
- den betreuungs- und hilfebedürftigen Menschen ein lebenswertes soziales Umfeld zu erhalten und ihnen ein Altern (und damit letztlich auch ein Sterben) in Würde zu ermöglichen

((Quelle: http://www.ooe.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/38289_DEU_HTML.htm))

Heimhelfer

Heimhelfer unterstützen hilfsbedürftige, kranke oder behinderte Menschen aller Altersstufen bei der Haushaltsführung und den Aktivitäten des täglichen Lebens. Während eines Arbeitstages werden mehrere Personen in deren Wohnung, in Wohnheimen, betreuten Wohngemeinschaften, Pflegeheimen, Tagesheimen, Tageszentren, Nachbarschaftshilfszentren oder in Behinderteneinrichtungen betreut. Die Heimhilfe stellt eine Hilfe zur Selbsthilfe dar und macht den Heimhelfer zu einer wichtigen Bezugsperson für die Klienten.

1.11. Wichtigste Ansprechpartner/Stellen

siehe Anhang

1.12. Landeskunde Österreich

1.12.1. Allgemeine Informationen

Österreich ist eine bundesstaatlich organisierte Republik. Die Bundeshauptstadt ist Wien. Österreich besteht aus neun Bundesländern, die Verfassung ist föderal aufgebaut. Das Land ist seit 1955 Mitglied der Vereinten Nationen und seit 1995 Mitglied der Europäischen Union.

Amtssprache ist Deutsch. Sprachliche Minderheiten leben insbesondere im Burgenland (Ungarn und Kroaten) sowie in Kärnten (Slowenen). Die deutsche Sprache wird vielfach in Form von Dialekten gesprochen.

Währung: 1 Euro = 100 Cent

1.12.2. Die österreichischen Bundesländer

Österreich besteht aus neun Bundesländern; Wien als Bundeshauptstadt ist eines davon. Die anderen acht Länder gliedern sich in 84 Bezirke, die wiederum in Gemeinden unterteilt sind sowie in 15 Statutarstädte, die die Bezirksverwaltung selbst ausüben.



1. **Wien** ist sowohl Bundesland als auch Bundeshauptstadt von Österreich. Früher war Wien auch das Zentrum der Habsburger-Monarchie, was an vielen historischen Gebäuden noch sichtbar ist (Hofburg, Schloss Schönbrunn, Ringstraße mit dem Rathaus, dem Parlament, etc.). Wien ist Kulturstadt, es gibt viele berühmte Museen, bekannt sind Staatsoper und Konzerthäuser („Neujahrskonzert“). Außerdem ist es Sitz wichtiger internationaler Organisationen (UNO, OPEC). Wien hat fast zwei Millionen Einwohner und ist eine Stadt mit hoher Lebensqualität. Der bekannteste Park ist der Prater mit dem Riesenrad, die „grüne Lunge“ Wiens ist der Wienerwald, wichtiges Naherholungsgebiet ist auch die Donauinsel.

<http://www.wien.gv.at>

<http://www.wien.at>

<http://www.vienna.cc/>

2. **Vorarlberg** ist das westlichste Bundesland und liegt am Bodensee. Einem Dreiländersee (der größte Teil gehört zu Deutschland, ein Teil zur Schweiz und ein Teil zu Österreich). In der Landeshauptstadt Bregenz finden jeden Sommer Festspiele statt, die Seebühne steht – wie der Name sagt – im Wasser. Der Vorarlberger Dialekt ist alemannisch, mit dem Schweizer-deutschen verwandt. Deshalb haben viele Österreicher anderer Bundesländer Verständnisprobleme, wenn Vorarlberger Dialekt sprechen. Auch die Mentalität der Vorarlberger ist der der Schweizer ähnlich. Berge trennen das "Ländle", wie Vorarlberg auch genannt wird, von Tirol. Möchte man von Vorarlberg nach Tirol fahren, muss man die Arlberg-Passstraße oder den Arlbergtunnel benutzen.

<http://www.vlr.gv.at>

<http://www.vorarlberg.at>

3. **Tirol** ist ein geteiltes Bundesland. Seit dem ersten Weltkrieg gehört Südtirol zu Italien. Nordtirol und Osttirol blieben – ohne direkte Verbindung auf österreichischem Staatsgebiet – bei Österreich. Innsbruck ist Landeshauptstadt. Das Wahrzeichen ist das „Goldene Dachl“. Der Tourismus spielt besonders im Winter eine große Rolle. In Innsbruck wurden zweimal die Olympischen Winterspiele (1964 und 1976) veranstaltet. Tirol ist für seine schönen Berge und Landschaften bekannt. Probleme gibt es mit dem starken Transitverkehr in den

engen Alpentälern. Der Tiroler Landesheld ist Andreas Hofer, nach ihm sind viele Straßen benannt.

<http://www.tirol.gv.at>

<http://www.tirol.at>

4. **Salzburg** war lange Zeit unabhängig, Bischöfe regierten das Land. Seit 1815 gehört es zu Österreich. Heute ist die Landeshauptstadt Salzburg eine bekannte Festspielstadt. Salzburg hat eine historische Altstadt, die von vielen Touristen besucht wird. Der Tourismus ist für Stadt und Land wichtig. Der berühmteste Salzburger ist wohl Wolfgang Amadeus Mozart. Sein Geburtshaus in der Getreidegasse ist heute ein viel besuchtes Museum.

<http://www.salzburg.gv.at>

<http://www.salzburginfo.at>

<http://www.salzburgerland.com>

5. **Kärnten** ist ebenfalls ein Tourismusland. Im Sommer kann man in den Kärntner Seen (Wörther See, Millstätter See, usw.) Wassersport betreiben und im Winter in den Bergen Schifahren oder Snowboarden. Der Großglockner, der höchste Berg von Österreich (3.798 m) liegt in Kärnten. Die Landeshauptstadt ist Klagenfurt. Eine Sage erzählt, dass man dort ein Seeungeheuer, den Lindwurm, erschlagen hatte. Daran erinnert das Denkmal des Lindwurms im Zentrum von Klagenfurt. Eine Attraktion am Wörther See ist Minimundus. Hier werden die wichtigsten Gebäude der Welt originalgetreu als Minimodelle nachgebaut.

<http://www.ktn.gv.at>

<http://www.kaernten.at>

6. **Oberösterreich** ist ein vielfältiges Land. Neben der Industrie spielt die Landwirtschaft eine wichtige Rolle. Eine der schönsten österreichischen Gegenden ist das Salzkammergut mit seinen Seen. Die Landeshauptstadt Linz ist eine wichtige Industriestadt (Stahlindustrie). Kulturell bietet Oberösterreich einiges, sowohl Zeitgenössisches (ars electronica) als auch viele Sehenswürdigkeiten wie Burgen, Schlösser und Klöster.

<http://www.ooe.gv.at>

<http://www.oberoesterreich.at>

7. **Niederösterreich** ist das größte österreichische Bundesland. In der Landwirtschaft spielt der Wein eine wichtige Rolle, die wichtigsten Weinbaugebiete sind das Donautal und das Weinviertel. Im Wiener Becken wird auch Erdöl und Erdgas gefördert. Seit 1986 ist St. Pölten die Landeshauptstadt, davor war Wien auch niederösterreichische Landeshauptstadt. Berühmt ist das barocke Benediktiner-Stift Melk an der Donau. Auch die Wachau, eine Landschaft an der Donau, lockt jedes Jahr viele Touristen an.

<http://www.noegv.at>

<http://www.niederoesterreich.at>

8. **Die Steiermark** wird wegen ihrer vielen Wälder auch „grüne Mark“ genannt. Die südsteirische Weinstraße lockt besonders viele Touristen ins Land. Im Süden gibt es viele Thermalquellen, Wellness-Hotels und Heilbäder. Graz ist Landeshauptstadt und die zweitgrößte Stadt Österreichs – bekanntes Wahrzeichen ist der Grazer Uhrturm. Der Steirische Herbst ist ein bekanntes Musik- und Theaterfestival.

<http://www.verwaltung.steiermark.at>

<http://www.steiermark.at>

9. **Das Burgenland** ist das östlichste Bundesland Österreichs. Eisenstadt ist seit 1925 seine Hauptstadt. Berühmt ist das Schloss der Fürsten Esterhazy. Der Komponist Joseph Haydn arbeitete dort von 1761 bis 1790 als Kapellmeister. Rund um den Neusiedlersee gibt es viele Weinbauorte, wie Neusiedl am See oder Mörbisch. Dort merkt man am pannonischen Klima auch die Nähe zu Ungarn.

<http://www.burgenland.at>

<http://www.burgenland-urlaub.net>

1.12.3. Entfernungen

	Wien	St.Pölten	Eisen- stadt	Graz	Klagenfurt	Linz	Salzburg	Innsbruck	Bregenz
Wien		65	55	190	320	180	300	475	615
Bratislava	70	130	75	245	370	250	370	545	690
Kosice	465	530	470	640	765	645	765	940	1080
Budapest	300	365	305	475	600	480	600	775	915
Warschau	700								
Sofia	1015								
Bukarest	1060								

1.13. Krisenmanagement (Was tun wenn?)

1.13.1. Die betreute Person hat einen Notfall

Bei Notfällen ist entsprechend den im Personenbetreuungsvertrag festgelegten Handlungsleitlinien vorzugehen. Insbesondere sind Rettung oder Notarzt (Tel. 144) zu verständigen. Erste-Hilfe-Maßnahmen sind zu setzen. Beim **Notruf 144** wird man Folgendes gefragt:

- Wo genau ist der Notfallort? (Genaue Adresse, Stiege, Stock, Türnummer Zufahrtsmöglichkeit)
- Wie lautet Ihre Rückrufnummer?
- Was ist passiert?
- Wie alt ist der Patient?
- Ist er bei Bewusstsein?
- Atmet er?

Erst aufliegen, wenn der Bedienstete alle Daten bestätigt hat und dem Anrufer versichert: "Wir kommen". Wenn es die Situation zulässt, wäre es hilfreich, das Rettungsteam vor dem Haus zu empfangen und zum Patienten zu führen.

Nach Verständigung von Rettung/Notarzt sind die Angehörigen zu kontaktieren.

1.13.2. Die betreute Person wird krank

Bei ersten Anzeichen einer Krankheit, Verschlechterung des Zustandes der betreuten Person etc., sind der Hausarzt und die Angehörigen zu verständigen. Der Hausarzt entscheidet, auf welche Weise die betreute Person zu Hause weiter betreut werden kann, oder ob sie in ein Krankenhaus eingeliefert wird.

Im Falle eines Krankenhausaufenthaltes bleibt der Vertrag zwischen Betreuer und der betreuten Person grundsätzlich aufrecht. Außer im Vertrag ist ausdrücklich vereinbart, dass ein Krankenhausaufenthalt (allenfalls ab einer gewissen Dauer) zu einem Ende des Vertragsverhältnisses führt. Der Betreuer hat seine Leistungen – so weit wie möglich – weiter zu erbringen und die betreute Person hat das vereinbarte Werkentgelt zu bezahlen.

1.13.3. Die betreute Person wechselt endgültig in ein Heim

Das Tätigkeitsspektrum umfasst auch die praktische Vorbereitung auf einen Wechsel in ein Heim. Darunter fallen organisatorische Aspekte wie Nachsendeauftrag bei der Post als Bote zu überbringen, Angehörige und Freunde der betreuten Person verständigen oder einen neuen Platz für das Haustier suchen. Wichtiger Bestandteil ist daneben das innerliche Vorbereiten auf den Wechsel. Gespräche über den bevorstehenden Wechsel,

das Heim im Vorfeld besuchen, Abschiedsbesuche machen usw. sind nur einige Beispiele, die im Rahmen eines gelingenden Abschiedes hilfreich sein können.

Im Personenbetreuungsvertrag kann ausdrücklich eine Beendigung des Vertragsverhältnisses für den Fall eines endgültigen Heimwechsels vorgesehen sein. Daneben kann eine Übergangszeit vereinbart sein, in der der Betreuer noch einige Zeit nach dem Heimwechsel bestimmte Tätigkeiten verrichten soll (z.B. Wohnung für eine Wohnungsübergabe putzen).

1.13.4. Die betreute Person stirbt

Stirbt die betreute Person zu Hause, so ist der Totenbeschauer (das ist meist der Gemeindearzt) zu holen, der den Tod feststellt. Die Angehörigen sind unverzüglich zu informieren.

Der Betreuungsvertrag endet mit dem Tod der betreuten Person. Bereits im Voraus erhaltenes Entgelt ist anteilig zurückzuzahlen. Eine Endabrechnung im Haushaltsbuch hat zu erfolgen.

1.13.5. Der Betreuer wird krank

Die Betreuer sind vertraglich verpflichtet, die vereinbarten Betreuungsleistungen zu erbringen bzw. für ihre Vertretung zu sorgen. Wird der Betreuer z.B. krank, muss er eine Vertretung zu der betreuten Person schicken. Die **Vertretung** hat alle Leistungen so zu erbringen, wie der Betreuer selbst. Ein Vertrag zwischen der betreuten Person und der Vertretung wird nicht geschlossen. Selbstverständlich benötigt die Vertretung eine entsprechende Gewerbeberechtigung für die Personenbetreuung.

Ein **Vertrag zwischen Betreuer und Vertretung** ist empfehlenswert. Zu regeln ist der Betreuungsumfang und die Höhe des Entgelts.

Die Vertretung darf nur dann pflegerische Tätigkeiten durchführen, wenn ihr diese entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen von einem Arzt oder einer diplomierten Pflegeperson (nach entsprechender Einschulung) übertragen wurden.

In den Handlungsleitlinien können weitere Vereinbarungen getroffen werden, wie im Fall einer Erkrankung des Betreuers vorzugehen ist (z.B. jeden direkten Kontakt mit der betreuten Person vermeiden).

Gewerbetreibende haben die Möglichkeit, Personen anzustellen, die sie dann auch als Vertreter schicken können.

Selbständige Betreuer können ihre Vertretung frei wählen. Es empfiehlt sich, auf Wünsche der betreuten Person Rücksicht zu nehmen.

Lernzielkontrolle:



- 1) Welche Voraussetzungen sind für eine Gewerbeanmeldung als Personenbetreuer notwendig?
- 2) Was regelt der Personenbetreuungsvertrag?
- 3) Wann dürfen Personenbetreuer pflegerische Handlungen durchführen?
- 4) Unter welcher Nummer ist die Rettung erreichbar?

Quellen:

- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit; Broschüre Betreuung daheim, Informationen zur 24-Stunden-Betreuung zu Hause
- Rosemarie Schön u.a.; Betreuung daheim, Schritt für Schritt zur legalen Pflege, MANZ-Verlag, ISBN 978-3-214-00519-1
- Wirtschaftskammer Österreich-Gründerservice; Leitfaden für Gründerinnen und Gründer
- Daheim statt ins Heim. Schritt für Schritt zum Personenbetreuer, Leitfaden der Wirtschaftskammer Österreich, www.wko.at
- Website des Bundesministerium für Soziales, Informationen zur 24-Stunden-Betreuung und zur Förderung

2. Betreuung, Beobachtung, Grundpflege inkl. angewandter Hygiene und Grundzüge der Arzneimittellehre

2.1. Gesundheit und Krankheit

Jeder Mensch hat eine Vorstellung von Gesundheit und Krankheit (wenn auch nicht immer bewusst) und stellt Überlegungen an, was er selbst zu seiner eigenen Gesundheit beitragen kann. Im Laufe des Lebens werden diesbezüglich Erfahrungen gesammelt, die im Umgang mit kranken Menschen hilfreich sein können. Personen die kranke oder bedürftige Menschen betreuen, benötigen ein sehr breit gefächertes Wissen darüber.

Nur dadurch sind die Bedürfnisse der zu Betreuenden einzuschätzen.

Gesundheit ist für die meisten Menschen das wertvollste Gut und steht in der Rangordnung häufig an erster Stelle. Gesundheit und Krankheit wechseln sich immer ab. Aus diesem Grund spricht man von einem dynamischen Prozess ohne eine scharfe Trennlinie. Dadurch wird deutlich, dass sich der Gesundheitszustand eines Menschen im Sinne einer Verbesserung oder Verschlechterung ständig ändern kann. Den Menschen in seiner jeweiligen Situation wahr- und ernst zu nehmen – darauf kommt es an.

2.1.1. Ganzheitliche Betrachtung des Menschen

Der Mensch ist ein soziales Wesen, was heißt, dass seine körperlichen, seelisch-geistige und sozialen Lebensbezüge ineinander greifen und von einander abhängig sind. Das bedeutet, dass ein Mensch Aufmerksamkeit und Zuwendung benötigt, und nicht nur das kranke Organ oder die gestörte Körperfunktion. Wenn ein Mensch erkrankt, wird meist nur das unmittelbare Leiden bzw. Defizit gesehen. Es wird versucht das Leiden/Defizit zu beseitigen. Wenn ein Körperorgan erkrankt, sind aber Seele und Geist in Mitleidenschaft gezogen. Umgekehrt bei beeinträchtigter seelisch-geistiger Verfassung, hat das Auswirkungen auf die Körperfunktionen. Die Lebensumstände bestimmen wie es einem Menschen geht und wie er sich fühlt oder verhält.

2.1.2 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Gesundheitserhaltung, -förderung und Prävention (Vorbeugung) sind Aufgaben, die sich jedem Menschen schon früh stellen und viel mit Eigenverantwortung zu tun haben. Zusätzlich hängt Gesundheit allgemein ganz wesentlich von den jeweiligen Fähigkeiten, Kräften, Möglichkeiten und den Bedingungen ab, die jemandem zur Verfügung stehen. Unterstützung kann man auch erfahren durch Angebote der Gesundheitsbildung, die überall erfolgen soll (z.B. Familie, Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz) Jeder Mensch ist in seinem Gesundheitsverhalten zu stärken und zu fördern sowie vor vermeidbaren gesundheitlichen Schäden zu bewahren.

Ein nicht zu unterschätzender Aspekt ist der gesundheitsfördernde und präventive Anspruch den Betreuungspersonen an sich selbst haben müssen.

2.1.3 Die Bedeutung von Krankheit und Altern

Der überwiegende Teil von Menschen, die eine häusliche Betreuung benötigen sind ältere Menschen. Der Umgang mit alten Menschen wird sehr stark davon abhängig sein, welchen Zugang man selbst zum Thema „altern“ und Krankheit hat. Betreuungspersonen sollen nicht nur auf Defizite oder Schwächen aufmerksam werden, sondern auf die Stärken und Fähigkeiten alter Menschen sensibilisiert sein. Als Beispiel dafür könnte man den Blickpunkt auf die Entwicklungsfähigkeit in jeder Altersstufe legen. Jeder Mensch hat in seinem Leben – vom Säuglingsalter bis zum alten Menschen – unterschiedlichste Herausforderungen zu bewältigen, welche sich auch im Alter weiter fortsetzen. So hat ein

alter Mensch ebenfalls Chancen oder Möglichkeiten zur Veränderung bzw. Weiterentwicklung.

Wenn Alter bzw. Krankheit aus dem Blickwinkel der Funktionalität betrachtet wird, lassen sich verschiedene Ebenen des menschlichen Alterns unterscheiden:

- das **biologische Alter** gibt einen Hinweis auf den Zustand der Gefäße, Organe und Körpergewebe und darauf, wo welche Alterungs- bzw. Krankheitsprozesse stattfinden und stattgefunden haben
- das **psychologische Alter** gibt Auskunft, wie gut sich ein Mensch an neue Situationen anpassen kann und wie er mit Veränderungen zurechtkommt
- das **soziologische Alter** repräsentiert die Einstellung und Reaktionen der Umwelt des Menschen

2.1.4 Bedeutung von „krank sein“ im Sinne von Hilfsbedürftigkeit

Ob durch Krankheit, Alter oder Behinderung – Hilfebedürftigkeit hat für die meisten Betroffenen eine große Bedeutung in ihrem Leben. Vor allem dann, wenn der nun Hilfebedürftige seine Selbstständigkeit aufgeben muss und Unterstützung in seinen Lebensbereichen benötigt. Das kann für betroffene Menschen ein sehr schmerzhaftes Erlebnis sein. Es stellen sich sehr häufig **Fragen**:

- Wie geht es jetzt weiter?
- Werde ich künftig hin Einschränkungen haben?
- Was kann ich vom Leben noch erwarten?
- Wie stark werde ich für meine Familie zur Belastung?

Es macht einen Unterschied, ob jemand plötzlich und mitten im Leben von den Folgen einer schweren Krankheit oder eines Unfalls überrascht wird, oder durch die fortschreitenden Alterungsprozesse nach und nach mehr Hilfe benötigt.

Ein wesentlicher Faktor für das Erfahren von Hilfebedürftigkeit ist die **Anpassungs- und Lernfähigkeit** sowie entsprechende **Lebensbewältigungsstrategien** des einzelnen Menschen. Ein Hörapparat kann für den einen mehr Belastung sein, als für den anderen ein Leben im Rollstuhl.

Gefühle sind ein ständiger Wegbegleiter bei hilfebedürftigen Menschen, und gewinnen immer wieder die Oberhand. Das Selbstwertgefühl kann stark beeinträchtigt sein durch den Verlust der Selbstständigkeit. Es können starke Angstgefühle vor einer ungewissen Zukunft und einer weiteren Situationsverschlechterung entstehen. Zorn, Aggressionen und Frustrationen über die missliche Lage oder Neid gegenüber Gesunden und Unabhängigen können entstehen.

Für Betreuungspersonen sind solche Situationen oft schwer zu verstehen. Nachzuempfinden was es wirklich heißt von jemand abhängig zu sein und stets genügend Verständnis für die teilweise sehr belastenden Verhaltensweisen aufzubringen ist nicht immer leicht. Es ist wichtig zu verstehen, dass das bereits genannte Verhalten keinen persönlichen Angriff darstellt.

2.1.5 Leistungsminderung – Leistungssteigerung und „typische“ Veränderungen im Alter

Leistungsminderung – Leistungssteigerung

Leistungsminderungen können in folgenden Bereichen auftreten:

- nachlassende Sinnesfunktionen (besonders im Bereich des Hörens, Sehens, Tast-Geschmacks- und Geruchssinn)
- abnehmende Muskelkraft (häufig kombiniert mit zunehmender Schwerfälligkeit und erschwerten oder behinderten Bewegungsabläufen)
- erschwerte Anpassungsfähigkeit an körperliche Dauerleistungen
- abnehmende Widerstandsfähigkeit gegenüber seelischer Dauerbelastung
- Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses
- geringer werdende geistige Wendigkeit

Leistungssteigerungen können in folgenden Bereichen auftreten:

- Fähigkeit, Sinneszusammenhänge zu erkennen
- Urteilsfähigkeit
- Fähigkeit, planend zu denken
- Soziale Fähigkeiten (Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit, Ausgeglichenheit)
- Arbeits- und Berufserfahrung
- positive Arbeitseinstellung, Allgemeinwissen, Sprachschatz/Sprachverständnis

Daraus ist abzuleiten, dass Kräfte und Fähigkeiten im Laufe des Alterungsprozesses auf der einen Seite abnehmen, andererseits aber auch zunehmen. Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit lassen sich ein Leben lang beeinflussen, ebenso wie eine gesunde Lebensweise in Bezug auf Ernährung, Bewegung und Schlaf. Durch ständiges Training können Alterungsprozesse im Bereich der geistigen Leistungsfähigkeit gebremst bzw. aufgehalten werden.

Lernen im Alter

Das Lernen im Alter unterscheidet sich vom Lernen der Jugend. Dass ältere Menschen in der Lage sind zu lernen, lässt sich an vielen Beispielen beweisen. So müssen z.B. alte Menschen mit neuen Therapieanweisungen, Diätvorschriften oder neuen Medizintechnologien zurechtkommen bzw. Veränderungen im persönlichen Umfeld (Tod eines Partners, Umzug in eine neue Umgebung) kompensieren. Dinge zu lernen die für das Alltagsleben ohne Bedeutung sind, fällt älteren Menschen im Gegensatz zu jüngeren Menschen schwerer. Zusätzlich können Zeitdruck, Störungen und Unsicherheit das Lernen beeinträchtigen.

Persönlichkeitsveränderungen

Durch Abnahme von Vitalität, Spannkraft und Dynamik stellt sich bei älteren Menschen ein gewisses Beharren auf Meinungen, Standpunkten und Gewohnheiten ein. Grundhaltungen und Wertansichten werden oftmals unverrückbarer, Verhaltensabläufe des täglichen Lebens nur ungern geändert. Abweichungen vom Üblichen erzeugen meist großen Unmut. Geringere Risikobereitschaft, Zunahme von Vorsicht und Überschaubarkeit von Sozialkontakten sind Merkmale von Persönlichkeitsveränderungen im Alter.

Das Altern selbst ist keine Krankheit und bedeutet nicht grundsätzlich Einschränkung der Selbstständigkeit. Altersbedingte Veränderungen können aber das Auftreten von Befindungsstörungen, Krankheiten und Unfällen begünstigen und den Bedarf an Hilfeleistungen steigern

2.2 Beschaffung von Hilfsmittel

Durch den gezielten Einsatz von Hilfsmittel lässt sich die **Lebensqualität** von bedürftigen Menschen und von Betreuern in vielen Fällen **verbessern**. Hilfsmittel sind Produkte die dem Betreuungsbedürftigen:

- eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen
- zur Linderung seiner Beschwerden beitragen
- seine Sicherheit erhöhen und/oder
- der Betreuungsperson die Betreuung erleichtern

Betreuungsmittel sollen die individuelle Situation (die jeweiligen Bedürfnisse, die häuslichen bzw. räumlichen Gegebenheiten) berücksichtigen. Eine **Über- bzw. Unterversorgung** ist zu vermeiden. Zu gewährleisten sind:

- **Funktionsfähigkeit** der Betreuungsmittel (vor Anwendung regelmäßig überprüfen, Wartungsempfehlungen beachten)
- **Schulung** im Gebrauch (die anwendenden Personen sind vor Nutzen der Betreuungsmittel zu schulen)

Eine fachkundige, persönliche Beratung wird von Sanitätsfachgeschäften sowie von professionellen Pflege- und Betreuungsdiensten durchgeführt. Qualifizierte Hilfsmittelberatung informiert auch über **Zugangs- und Finanzierungsmöglichkeiten**. Für eine Reihe von Produkten gibt es finanzielle Unterstützung bzw. leihweise Überlassung durch die Krankenkassen. Eine ärztliche Verordnung ist dafür Voraussetzung. Je nach Krankenkasse ist das Leistungsspektrum unterschiedlich. Der Sanitätsfachhandel ist entweder im Auftrag der Krankenkassen tätig oder bietet seine Produkte zum freien Verkauf an. Einzelne Firmen stellen bestimmte Hilfsmittel (z.B. Pflegebetten, Spezialmatratzen) auch auf Mietbasis zur Verfügung. Überbrückungshilfe leisten vielfach Pflege- und Betreuungsdienste, indem sie Hilfsmittel kostenlos oder gegen Gebühr verleihen. Übersteigen die Anschaffungskosten die persönlichen finanziellen Mittel, so kann ein gesonderter Antrag an Sozialversicherung und/oder Bundessozialamt gestellt werden, da spezielle Fonds in Härtefällen Unterstützung bieten.

2.3 Beobachten



(allg. Querverweis auf DVD 1 Thema Beobachten, 3.1 Beobachtung der Stimmung, 3.2 Beobachtung des Bewusstseins, 3.3 Beobachtung der Haut, 3.5 Beobachtung von Ausscheidungen)

Beobachten ist ein aufmerksames, methodisches möglichst nicht wertendes Betrachten und Beurteilen in Bezug auf alle Lebensaktivitäten und das Verhalten eines betreuungsbedürftigen Menschen.

Wahrnehmen ist ein zufälliges, nicht absichtliches „Aufschnappen“ von Sinneseindrücken.

Beobachten geht über Wahrnehmen hinaus, da es Absicht und Aktivität voraussetzt, Aufmerksamkeit verlangt, das Anwenden fester Kriterien beinhaltet und eine Auswertung erfordert.

Eine **Beobachtungskette** setzt sich aus wahrnehmen – erkennen – überprüfen – und Handeln zusammen.

Von der Qualität der Beobachtung hängt sehr viel ab. Betreuungspersonen können dem Arzt bzw. dem diplomierten Pflegepersonal eine Menge an Beobachtungsinformationen weitergeben. Therapeutische und pflegerische Maßnahmen werden dadurch planbar.

Die Beobachtung des betreuungsbedürftigen erstreckt sich über Tag und Nacht und erfasst den zu betreuenden Menschen in seiner Ganzheit. Beobachtung findet im Rahmen sämtlicher Betreuungshandlungen statt. Sei es bei der Körperpflege, beim Betten machen oder bei einem Gespräch. Dabei sollen die Bedürfnisse des betreuungsbedürftigen erkannt, und die Betreuungsmaßnahmen entsprechend gesetzt werden.

2.3.1. Weitergabe und Dokumentation von Beobachtungen

Beobachtungen werden so früh wie möglich in der Betreuungsdokumentation notiert, um auf Veränderungen adäquat reagieren zu können. Die Dokumentation von Beobachtungen umfasst folgende **Kriterien**:

- präzise, leicht verständlich und kurze Formulierungen (z.B. 2cm große, kreisrunde, gerötete Stelle an der linken Ferse)
- Veränderungen objektiv und sachlich beschreiben
- Mengen und Größen genau angeben

2.3.2 Beobachten von Schmerz und Schmerzauswirkungen

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer möglichen Gewebeschädigung einhergehen kann.

Körperliche Schmerzen werden als schmerzhaft- und **psychische Schmerzen** als schmerzlich bezeichnet. **Schmerzfühler oder Rezeptoren** genannt, reagieren auf chemische Stoffe, die bei Gewebeschädigungen durch zerstörte Zellen im Gewebe freigesetzt werden. Das Schmerzsignal gelangt über periphere Nerven zunächst zum Rückenmark, von dort erfolgt eine Weiterleitung zum Zwischenhirn und zur Großhirnrinde. Das Gehirn schüttet körpereigene Stoffe mit schmerzstillender Wirkung (Endomorphine) aus, die die Schmerzwahrnehmung dämpfen.

Bei der **Schmerzentstehung** ist zu unterscheiden in:

- mechanisch, chemische Reize
- mechanischer Druck, Zug
- thermische Einwirkung, Hitze, Kälte
- entzündliche oder tumoröse (geschwulstartige) Geschehen

Das **Befinden** eines Menschen wird durch Schmerzen stets sehr **beeinträchtigt**. Die moderne Medizin verfügt über gute Mittel und Methoden um Schmerzen gänzlich oder zumindest weitreichend auszuschalten. Medikamentöse Schmerzbehandlungen sind vom Arzt gemeinsam mit dem Kranken in Form eines Therapieplans zu planen. Dadurch lässt sich unkontrolliertes Auftreten von Schmerzen leichter verhindern. Der Einstieg erfolgt in der Regel mit leichteren Schmerzmitteln. Ein Anpassen der Dosis an die Schmerzsituation ist immer wieder nötig.

Begriffsdefinitionen im Rahmen der Schmerztherapie

- **Schmerzschwelle** → oberhalb der Schmerzschwelle gelangt ein Schmerzreiz ins Bewusstsein
- **Schmerztoleranz** → ist die Fähigkeit Schmerzen zu ertragen
- **Schmerzprotokoll** → Aufzeichnung über die Art und Intensität von Schmerzen

Während die Schmerzschwelle bei allen Menschen ungefähr gleich ist, ist die Schmerztoleranz sehr unterschiedlich. Einige Menschen empfinden bereits geringe Schmerzreize als unerträglich und andere halten selbst starke Schmerzen aus. Chronische Schmerzen können die Schmerzschwelle absenken.

Schmerz verstärkend wirken Angst, Einsamkeit, Abhängigkeit, Sorgen oder Depressionen.

Schmerzlindernd wirken Sicherheitsgefühl, Ablenkung, Verständnis und Zuwendung.

Das **Schmerzempfinden** ist immer subjektiv. Schmerzbeschreibungen lassen sich in affektive und sensorische Aspekte unterteilen.

- **affektiv**, das heißt ein Gefühl ausdrückend (z.B. quälend, marternd, lähmend, schrecklich, heftig)
- **sensorisch** heißt, die Sinnesqualität betreffend (z.B. stechend, drückend, brennend)

Schmerzarten

Es gibt unterschiedliche Schmerzarten. Im Rahmen der Personenbetreuung ist vor allem die Unterscheidung in akute und chronische Schmerzen von Bedeutung.

Akuter Schmerz dient als Warn- und Schutzmechanismus, ist meist gut zu verkraften und gut zu behandeln. Die Ursachen zu finden und gezielt zu behandeln ist bei akuten Schmerzen wichtig.

Chronischer Schmerz entsteht, wenn Schmerzen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten fast ständig vorhanden sind oder häufig wiederkehren. Chronische Schmerzen sind meist schwer zu therapieren und können nach einer gewissen Zeit zur

Schmerzkrankheit führen. Das heißt es entwickelt sich im Verlauf der Chronifizierung eine eigenständige Schmerzkrankheit.

Schmerzintensität

Die Schmerzintensität kann z.B. mit einer Skala von 1 bis 10 festgestellt werden. Wichtig ist das Dokumentieren von Schmerz und Schmerzintensität, um Vergleichsmöglichkeiten zu erhalten und die Beeinflussbarkeit von Schmerzen aufzuzeichnen.

Ausdrucksformen von Schmerzen

Mögliche Ausdrucksformen auf Schmerzen sind unter anderem Weinen, Schweißbildung, Übelkeit, Erbrechen, Kollaps, Schock, Angst, Jammern oder Schonhaltung.

2.3.3. Beobachten der Haut

Die Haut hat verschiedene **passive** und **aktive Funktionen**:

- Schutz vor Kälte, Hitze, Strahlung
- Schutz vor Druck, Stoß, Reibung
- Schutz vor Einwirkungen chemischer Substanzen
- Schutz vor Eindringen von Keimen
- Schutz vor Wärme- und Wasserverlust
- Abwehr von eindringenden Mikroorganismen
- Stoffaufnahme bestimmter Wirkstoffe
- Ausscheiden von Schweiß
- Kreislauf- und Thermoregulation durch Hautdurchblutung
- Druck-, Vibrations-, Tast-, Schmerz- und Temperatursinnesorgan

Das Beobachten der Haut und möglicher Veränderungen erfolgt anhand der Kriterien Hautfarbe, Hautturgor (Spannung) und Hautbeschaffenheit (Hauttyp).

Hautfarbe

Die Hautfarbe eines Menschen wird in der Hauptsache durch das braune Pigment **Melanin** bestimmt. Der Anteil an Melanin in der Haut ist genetisch bedingt, eine vermehrte Bildung durch Sonnenbestrahlung ist möglich.

Farbbeeinflussend wirken daneben, die unter der Haut liegenden Blutgefäße. Diese können sich kurzfristig verengen und erweitern, was Blässe bzw. Rötung der Haut verursacht.

Die Hautfarbe ist nicht überall am Körper gleich. Die Handflächen und Fußsohlen sind melaninfrei und deshalb heller und/oder rötlicher als die übrige Haut. Die Lippen sind wie die Schleimhäute von roter Farbe. Auch die Haut der Fingerkuppen, Knöchel, Ohren und der Nase ist oft etwas rötlicher, da hier mehr Blutgefäße dicht unter der Oberfläche liegen. Im Bereich der Brustwarzen ist die Haut durch einen erhöhten Melaninanteil dunkler. Farbveränderungen der Haut sind in der **Tabelle 2.1** im Überblick dargestellt.

Hauttypen

Um den Hauttyp zu bestimmen, drückt man zwei Stunden nach dem Waschen einen blank polierten Spiegel gegen die Stirn oder Wange. Nach dem Abdruck von Fettspuren auf dem Spiegel kann der jeweilige Hauttyp beurteilt werden. Ältere Menschen neigen zu trockener Haut. Oberhaut und Bindegewebe sind dünner geworden. Die Haut wird fett- und wasserarm und sieht daher faltig aus. Der ermittelte Hauttyp entscheidet über die Hautpflege.

Die **normale Haut** hat ein frisches Aussehen, ist gut durchblutet, zart, geschmeidig, weder zu fett noch zu trocken und feinporig. **Hauttypveränderungen** sind in der **Tabelle 2.2** zusammengefasst.

Farbveränderung der Haut	Ursache	physiologisch	pathologisch
Rötung	vermehrte Durchblutung	<ul style="list-style-type: none"> • Anstrengung und Aufregung • hohe Außentemperatur 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholkonsum • Alkoholmissbrauch • Fieber • Entzündungen • Verbrennungen • Bluthochdruck
Rötung	ohne Gefäßweitstellung	<ul style="list-style-type: none"> • Vermehrung der Erythrozyten (roten Blutkörperchen) • längerer Aufenthalt in großen Höhen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohlenmonoxyd Vergiftung
Blässe	verminderte Hautdurchblutung	<ul style="list-style-type: none"> • Kälte • Schreck, Aufregung • konstitutionell 	<ul style="list-style-type: none"> • niedriger Blutdruck • Kollaps, Schock • Anämie (Blutarmut) • akuter Blutverlust • örtliche arterielle Durchblutungsstörung
Blaufärbung (Zyanose)	Sauerstoffmangel im Gewebe		<ul style="list-style-type: none"> • unzureichende Sauerstoffversorgung des Blutes • Störung des Gasaustausches • Herzerkrankungen
Gelbfärbung (Ikterus)  <small>(www.cyberdokter.de)</small>	Bilirubinablagerung in der Haut, in Schleimhäuten oder Bindehaut des Auges		<ul style="list-style-type: none"> • Leberfunktionsstörungen

Tabelle 2.1 Hautfarbveränderungen im Überblick

Hauttypveränderung	Aussehen/Beschreibung	Ursache
Fettige Haut	<ul style="list-style-type: none"> • feucht, dick, grobporig, ölig glänzend • häufig mit erhöhter Schweißproduktion und Hautunreinheiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Vererbung • Umwelteinflüsse • individuelle Hautpflege • Medikamente (Beruhigungsmedikamente, Hormonpräparate) • hormonelle Funktionsstörungen
Trockene Haut	<ul style="list-style-type: none"> • rau, kann schuppen, spröde, reißt leicht ein • schnell gerötet und juckend • empfindlich gegenüber Temperatureinflüssen • niedrige Talgdrüsen-Produktion • oft gemeinsam mit trockenem Haar 	<ul style="list-style-type: none"> • Vererbung • individuelle Hautpflege (zu häufiges Waschen und Reinigen) • Medikamente (Blutfettsenkende Präparate, Antibabypille)

Tabelle 2.2 Hauttypveränderungen im Überblick

Hautspannung (Hautturgor)

Die Hautspannung ist vor allem abhängig vom Flüssigkeitsgehalt der Haut. Sie **vermindert** sich bei **Flüssigkeitsverlust** und/oder **mangelnder Flüssigkeitszufuhr**. Es kommt zur Austrocknung (Dehydratation). Während sich bei normaler Hautspannung eine abgehobene Falte sofort wieder glättet, bleibt sie bei einer Dehydratation einige Sekunden bestehen.

Ein **gesteigerter Hautturgor** zeigt sich durch besonders gestraffte Haut. Ödeme sind klassisch erkennbar. Übt man leichten Druck auf das Gewebe aus – bleibt für kurze Zeit eine Delle bestehen. Die möglichen **Ursachen** für Veränderungen der Hautspannung sind in der **Tabelle 2.3** dargestellt.

Gesteigerte Hautspannung	Ursachen: <ul style="list-style-type: none">• bösartige Geschwüre• Bluterguß (Hämatom)• Entzündungen• Ödeme durch Herz-, Nieren- oder Lebererkrankungen, Eiweißmangel (Hungerödem)• Lymphödem (Lymphansammlung im Gewebe)
Herabgesetzte Hautspannung	Ursachen: <ul style="list-style-type: none">• Altershaut (physiologisch)• verminderte Wasserbindungskapazität des Bindegewebes• verminderte Hautdicke• Elastizitätsverlust• Flüssigkeitsverlust (Erbrechen, Durchfall, starke Blutverluste, Fieber und entwässernde Medikamente, Verbrennungen)

Tabelle 2.3 Ursachen für Veränderungen der Hautspannung

2.3.4. Beobachten der Haare

Die Behaarung des Menschen hat bis auf das Kopfhaar ihre ursprüngliche Funktion verloren, nämlich vor Kälte und Wärmeverlust zu schützen. Die Haare des Kopfes sind dafür in unserer Kultur ein wesentliches Identifikationsmerkmal und Schönheitsattribut.

Haartypen

Man unterscheidet unterschiedliche Haartypen:

- **Langhaar** → Kopf-, Achsel-, Schamhaare; beim Mann zusätzlich die Bart- und Brusthaare
- **Kurz- bzw. Borstenhaar** → übrige Körperbehaarung die bis auf Handflächen, Innenseiten der Schenkel, Fußsohlen und Streckseiten der Zehen- und Fingerglieder den ganzen Körper bedeckt
- **Wollhaar** (Lanugohaar) → ein Flaumhaar, das den Körper vom 4. Fetal- bzw. Schwangerschaftsmonat bis etwa zum 6. Lebensmonat bedeckt

Haarbeschaffenheit

Bei der Haarbeschaffenheit ist folgende Unterscheidung möglich:

- **normales Haar** ist weich fallend, voll und matt glänzend
- **fettiges Haar** entsteht bei erhöhter Talgproduktion, die durch Veranlagung, Stress, Ernährungsfehler ausgelöst werden kann → das Haar ist bereits einige Stunden nach der Haarwäsche wieder fettig
- **trockenes Haar** ist eine Folge verminderter Talgproduktion → durch den fehlenden Fettfilm besitzt das Haar keinen Schutz gegenüber mechanischen und chemischen Einflüssen → trockenes Haar kann durch Veranlagung oder einer Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) entstehen

Haarausfall

Ein gesunder Erwachsener verliert täglich durchschnittlich 70 bis 100 Haare. Dieser physiologisch bedingte Haarausfall wird durch das normale Wachstum wieder ausgeglichen. Chronische Erkrankungen, fieberhafte Infektionskrankheiten, Arzneimittel, Bestrahlungen, Zytostatika (natürliche und synthetische Substanzen, die das Zellwachstum und die Zellteilung hemmen), psychischer Stress und andere Ursachen können die Regeneration des Haarwachstums stören. Es kommt zum Haarausfall und im Extremfall zur Glatzenbildung.

Nicht mit diesem Haarausfall zu vergleichen ist die physiologische Glatzenbildung des Mannes, die durch das Sexualhormon Testosteron beeinflusst wird. Glatzen treten bei ca. 45% aller Männer mit entsprechender genetischer Vorbelastung auf. Sie beginnen im Schläfenbereich und können bis zum völligen Haarverlust fortschreiten.

Vermehrter Haarwuchs (Hypertrichose)

Als **Hypertrichose** bezeichnet man das Symptom einer über das übliche Maß an geschlechtsspezifischer Behaarung hinausgehende Haardichte bzw. eine Behaarung an sonst stets unbehaarten Stellen. Mögliche Ursachen sind Vererbung, Medikamenteneinnahme (selten) oder Hormonstörungen.

2.3.5. Beobachten der Nägel

Gesunde Nägel haben eine glatte Oberfläche, einen leichten Glanz, sind sacht rosa gefärbt, zeigen eine angedeutete Wölbung, eine gewisse Elastizität und einen normalen Nagelhalbmond. Veränderungen des Aussehens und der Beschaffenheit des Nagels sind meist harmlos, können aber auch Folge einer ernsten Krankheit sein. Im Folgenden sind einige **Veränderungen** kurz erläutert.

- **spröde Nägel** → entstehen durch häufigen Kontakt mit Wischwasser, Wasch- oder Spülmittel bzw. Nagellackentferner, aber auch Mangel an Eisen, Kalzium, Vitamin-H (Biotin) kommen als Ursache in Frage
- **Nagelpilz** → Nagelpilzkrankungen der Fußnägel gehen sehr häufig von einer Fußpilzkrankung aus → begünstigende Faktoren sind Infektionen, feuchtwarmes Klima (z.B. Schwimmbäder, Sauna, Gummischuhe)
- **Nagelstrukturveränderungen** → als Ursache von **Querrillen/Längsrillen** kommen gestörte Nagelproduktion nach Infektionskrankheiten, Verletzungen des Nagelbettes, Schockzustände, Vergiftungen bzw. anhaltende psychische Belastung in Frage
- **Eingewachsene Nägel** → meistens sind nur die Zehennägel betroffen, mögliche Ursachen sind Schuhdruck oder falsche Pediküre
- **Nagelentzündung** → eitrige Entzündung um den Nagelfalz oder Nagelwall (Übergänge der Erkrankung sind fließend) → als Ursachen kommen Verletzungen bei der Nagelpflege, größere Nagelverletzungen mit anschließender Infektion in Frage → weitere begünstigende Faktoren sind eingewachsene Nägel (durch zu enge Schuhe) und Nägelkauen → besonders gefährdet sind außerdem Diabetiker (Zuckerkrankte).

2.3.6. Beobachten der Mundschleimhaut

Die gesunde Mundschleimhaut ist gut durchblutet, frei von Belägen und feucht. Veränderungen der Mundschleimhaut sind meist **schmerzhaft** und **beeinträchtigen** die **Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme** sowie das **Allgemeinbefinden**. Beobachtbare **Veränderungen** sind in der **Tabelle 2.4.** zusammengefasst.

Veränderung	Kennzeichen	Mögliche Ursachen
Mundschleimhautentzündung (Stomatitis)	<ul style="list-style-type: none"> • Mundschleimhaut gerötet und entzündet • Schmerzen • weitere Symptome sind Mundgeruch, Appetitlosigkeit, Schleimhautblutung (z.B. durch eine harte Zahnbürste) 	<ul style="list-style-type: none"> • krankheitserregende Mikroorganismen (Bakterien, Viren, Pilze) • Dehydratation (Flüssigkeitsmangel) • mangelhafte Zahn- und Mundpflege • Vitaminmangel • Nikotin- und Alkoholmissbrauch • Nebenwirkung einer Chemotherapie
Aphte  (www.pflegewiki.de)	<ul style="list-style-type: none"> • weißlich, rund – oval, von rotem Rand umgebener Defekt der Mundschleimhaut • sehr schmerzhaft 	<ul style="list-style-type: none"> • entsteht meist durch Abwehrschwäche
Fieberblase (Herpes simplex)	<ul style="list-style-type: none"> • beginnt mit Schwellung, Juckreiz danach Bläschenbildung, Einriss • schmerzhaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Virusinfektion • kann im Zusammenhang mit Abwehrschwäche gehäuft auftreten
Pilzbefall (Mundsoor)  (www.janssen-cilag.at)	<ul style="list-style-type: none"> • flächenförmige, weißliche, nicht abwaschbare Beläge auf Mundschleimhaut und Zunge • Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • tritt meist bei Abwehrschwäche oder auch bei Zahnlosigkeit auf
Zahnfleischentzündung	<ul style="list-style-type: none"> • gerötetes, geschwollenes leicht blutendes Zahnfleisch (besonders Übergang zu Zähnen) 	<ul style="list-style-type: none"> • meist mangelnde Hygiene • thermische oder mechanische Verletzungen
Rhagaden	<ul style="list-style-type: none"> • streifenförmiger, linearer Riss der Haut zum Übergang an Schleimhaut 	<ul style="list-style-type: none"> • durch verminderte Elastizität der Lippen • Entzündung oder Vitaminmangel
Trockene Mundschleimhaut	<ul style="list-style-type: none"> • Sprechschwierigkeiten • gestörtes Geschmacksempfinden 	<ul style="list-style-type: none"> • verringerter Speichelfluss • Flüssigkeitsmangel • Nebenwirkung von Medikamenten • Mundatmung

Tabelle 2.4 Veränderungen der Mundschleimhaut

2.3.7. Beobachten des Urins

Das Beobachten des Harns liefert wichtige Informationen über unterschiedliche Funktionen im menschlichen Körper (nicht nur über die Niere und die Harnwege). Zum Beispiel gibt die Urinmenge Hinweise auf bestimmte Erkrankungen.

Urinfarbe

Die Farbe des Harns ist normalerweise hell- bis dunkelgelb. Mit zunehmender Trinkmenge wird die Farbe heller und klarer. Durch die Aufnahme von manchen Nahrungsmitteln kann es zu einer „normalen“ Abweichung der Urinfarbe kommen.

Beispiele für physiologische, ernährungsbedingte Veränderungen der Harnfarbe:

- rotbraun bei Einnahme von Roten Rüben
- Zitronengelb bei der Einnahme von Rhabarber
- Orangengelb bei der Einnahme von Vitamintabletten

Ursachen für **krankhafte Abweichungen** der Urinfarbe können unter anderem **Infektionen des Urogenitaltraktes** oder **Blutungen der Niere** oder der **ableitenden Harnwege** sein. Die Farbe geht hier von einer flockigen, schlierigen Trübung (eher eitrigem Harn) bis hin zur rötlich bis fleischfarbenen (Blut im Harn) Urinfarbe.

Uringeruch

Jeder Harn riecht leicht nach Ammoniak. Der Geruch verstärkt sich, wenn der Harn länger steht. Ein **stark übel riechender Harn** kann auf eine **Infektion** der Harnwege hindeuten.

Urinmenge

Die normale Urinmenge beträgt ca. 1,5 bis 2 Liter/pro Tag und ist **abhängig von**:

- der Flüssigkeitszufuhr durch Trinken und dem Wassergehalt fester Nahrungsmittel
- den Flüssigkeitsverlusten über die Haut und Atmung (Schwitzen)
- der Funktionsfähigkeit der Niere

Störungen in der normalen **Urinproduktion** sind sofort dem **Arzt** zu **melden**. Folgende Störungen können auftreten:

- Harnmenge über drei Liter in 24 Stunden (Polyurie)
- Harnmenge weniger als 500 ml in 24 Stunden (Oligurie)
- Harnmenge weniger als 100 ml in 24 Stunden (Anurie)

2.3.8 Beobachten des Stuhlgangs

Stuhleigenschaften sind stark von der Ernährung abhängig. Es gibt Anhaltspunkte in Bezug auf die Menge, Konsistenz Farbe und Geruch.

Stuhlmenge

Sie ist abhängig von den aufgenommenen Ballaststoffen. Beträgt im Normalfall zwischen 100 und 500g/täglich. Wenn bei normaler Nahrungszufuhr zu geringe Stuhlmengen auftreten, kann dies ein Hinweis für eine Obstipation sein.

Stuhlkonsistenz

Stuhl ist normalerweise eine breiig feste Masse. Bei eiweißreicher Ernährung kann sie fester bzw. bei kohlenhydratreicher Ernährung etwas weicher sein. **Krankhafte Veränderungen** der Stuhlkonsistenz sind: dünnflüssig-schleimig, blutig-schleimig, bleistiftförmig, salbenartig-glänzend oder extrem hart.

Stuhlfarbe

Die physiologische Stuhlfarbe ist hell bis dunkelbraun. **Veränderung der Stuhlfarbe** können **durch Nahrungsmittel oder Arzneimittel** auftreten, z.B.:

- nach Einnahme von Milchprodukten → gelbbraune Stuhlfarbe
- nach der Einnahme von roten Rüben → braunrote Stuhlfarbe
- nach der Einnahme von Eisenpräparate, Kohle → Stuhlfarbe wird schwarz
- nach der Einnahme von Röntgenkontrastmittel → Stuhlfarbe weiß

Krankhafte Veränderungen der Stuhlfarbe:

- rotbraun bis dunkelrot – bei Blutungen
- grau – lehmfarben bei Gallensteinleiden
- grünlich – flüssig bei Salmonellen

Stuhlgeruch

Der Stuhlgeruch hängt von der Nahrungsmittelaufnahme ab (z.B. blähende Speisen, eiweißreiche Kost)

2.3.9 Beobachten von Erbrechen

Erbrechen ist ein Schutzreflex des Körpers, welcher Magen- und Darminhalt entleert. Erbrechen zählt zu den Hauptbeschwerden bei Magen-Darm-Erkrankungen. Der **Vorgang des Erbrechens** zeigt sich zunächst durch Ekel, Übelkeit, Blässe, Schweißausbruch, vermehrte Speichelproduktion. Die Bauchmuskulatur und das Zwerchfell ziehen sich zusammen – der Mageninhalt wird durch den Mund entleert.

Erbrechen nur nach Einnahme von Arzneimitteln oder bestimmten Nahrungsmitteln spricht eher für eine **Unverträglichkeit**. Ein **Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme** lässt sich bei einer **akuten Gastritis** (Entzündung der Magenschleimhaut) beobachten. Erbrechen kann auch bei einer **Nierenkolik** als Begleitsymptom auftreten.

Anhaltendes Erbrechen kann bei alten Menschen Herzrhythmusstörungen hervorrufen.

Die **Beobachtung des Erbrochenen** bezieht sich auf **Farbe, Geruch, Beschaffenheit** und evtl. **Beimengungen**:

- Schleimbeimengungen bei Gastritis
- frisches hellrotes Blut bei Blutungen aus dem oberen Magen-Darm-Trakt
- Braun-schwarze Färbung (Kaffeesatzerbrechen) bei Beimengungen von geronnenem Blut
- unverdaute Nahrungsreste – bei zu hastigem Essen oder durch verdorbene Nahrungsmittel

Achtung! Gilt für alle Beobachtungen!

Veränderungen dokumentieren und weiterleiten

- knapp und nachvollziehbar dokumentieren
- Situationen konkret beschreiben
- keine wertende Aussagen dokumentieren – auf objektive Wortwahl achten
- jede Veränderung aufzeichnen und sofort weiterleiten (Arzt, diplomierte Pflegepersonen)

2.4. Unterstützung bei der Körperpflege

2.4.1 Allgemeines

Duschen ist besser als Baden. Zu langes und häufiges Baden trocknet die Haut aus, macht sie anfälliger für mechanische Schädigungen und Krankheitserreger.

Zu viel Seife schadet. Die Haut kann durch übermäßigen Seifenkonsum oder Seifenresten reagieren, indem sie sticht, prickelt, schuppig wird oder brennt. Daher ist es wichtig **Seifen** und **sonstige Wasserzusätze** immer gründlich abzuspülen. Durch langen und häufigen Kontakt mit Wasser wird die Haut „ausgelaugt“. Das kann durch **rückfettende Körperpflege** ausgeglichen werden.

- trockene oder nicht übermäßig fettige Haut mit einer milden Seife waschen
- bei empfindlicher Haut eine milde Kinder- oder Babyseife verwenden
- fettige Haut mit künstlich hergestellten flüssigen, waschaktiven Substanzen waschen (wirken pH-neutral und entfettend) → dadurch sollen Talgdrüsen nicht zusätzlich gereizt werden
- Deuseifen und Deodorantien nur auf Wunsch des Kunden verwenden

Seifen haben nur dann eine waschaktive Wirkung wenn sie im Wasser gelöst sind. Durch Seifen kann Schmutz besser gelöst werden und dadurch Talg leichter entfernt werden. Es gibt **pH-neutrale Seifen**, die **rückfettende Substanzen** (Lanolin, Wollwachs) enthalten.

Syndets sind künstlich hergestellte flüssige sehr waschaktive Substanzen (meist in Haarwaschmittel enthalten). Ihre Wirkung ist stark entfettend und pH-neutral.

Die Haut immer **gut abtrocknen**, dies reduziert die Anfälligkeit für Infektionen und Wundwerden. Besonders bei bettlägerigen Menschen ist das Trockenhalten der Hautfalten und der Körperstellen, an denen Haut auf Haut liegt. (z.B. bei Frauen unter der Brust) wichtig. Um in diesen Regionen das **Wundwerden der Haut** (Intertrigo) zu **vermeiden**, besteht die Möglichkeit nach dem Abtrocknen Leinenlappchen oder weiche Mullkompressen in die Hautfalte zu legen, damit Schweiß und Flüssigkeiten aufgesaugt werden können (siehe auch Kapitel 2.6.1).

Hautpflegemittel

Dienen der Erhaltung bzw. Wiederherstellung der physiologischen Verhältnisse auf der Hautoberfläche und sind dem jeweiligen Hauttyp entsprechend auszuwählen.

Wasser in Öl Emulsionen (W/O)

Hier wird ca. 10 bis 30% Wasser in Öl oder Fett eingebracht. W/O-Emulsionen sind bei **trockener Haut** besonders geeignet! (Beispiele: Bepanthen®-Salbe, Linola®-Salbe).

Wirkung:

- nach dem Auftragen auf der Haut entsteht ein luftdurchlässiger Fettfilm (aufgrund des Wassers), d.h. ein Wärmeaustausch wird nicht behindert → es entsteht ein Schutz vor Austrocknung
- Feuchtigkeit kann nicht so schnell entweichen

Öl in Wasser Emulsionen (O/W)

Hier schwimmen feinste Öltröpfchen im Wasseranteil (ca. 60%). Wichtig ist der Einsatz von O/W-Emulsionen bei **normaler Haut**! Produkte sind z.B. Bodylotionen und Tagescremen.

Wirkung:

- dienen der Wasserzufuhr
- trocknen bei lang andauernder Anwendung die Haut aus
- durch die Wirkung der Emulgatoren wird die Lipidstruktur geschädigt
- eine vermehrte Wasserverdunstung wird begünstigt

Ölbäder

Dienen der Rückfettung der Haut und können bei extrem trockener Haut ein- bis dreimal wöchentlich verwendet werden (z.B. Balneum Hermal®).

Ziele der Hautpflege

Die Haut hält sich selbst gesund, ihr natürlicher Säureschutzmantel schützt vor Infektionen. Der Fettgehalt hält sie geschmeidig und das „Nachwachsen“ der Haut lässt kleinere Verletzungen abheilen.

Die **Hautpflege** unterstützt die Haut dabei und schützt sie zusätzlich. Daneben erfüllt sie unter anderen folgenden **Funktionen**:

- **Reinigung** → die Haut wird von Schmutzpartikeln befreit und der Fett- und Säureschutzmantel erhalten
- **Förderung der Wahrnehmung** → der kranke Mensch spürt die Berührung, die Wärme und die Bewegungen beim Waschen → er kann unterschiedliche Berührungsqualitäten (zart, behutsam, kraftvoll) ebenso nachempfinden, wie Ruhe oder Unausgeglichenheit von betreuenden Personen
- **Förderung des Wohlbefindens** → Wasser kann je nach Temperatur (wohlig warm oder erfrischend kühl) das Wohlbefinden steigern, genauso wie Seifen, frische Kleidung oder andere Pflegemittel



(allg. Querverweis auf DVD 1 zum Thema sich waschen und kleiden von 3.1 Ganzkörperwäsche bis 3.10 Die Rasur)

2.4.2. Duschen und Baden

Vor der Körperpflege sind die **Wünsche der zu betreuenden Menschen** bezüglich Körperpflege abzuklären. Der Betreuungsbedürftige soll selbst darüber entscheiden in wie weit er Unterstützung braucht und zulässt. Weiters liegen der Zeitpunkt, die Häufigkeit und die Art der Ganzkörperpflege (Duschen, Baden) in seiner Entscheidungsfähigkeit.

Damit die Körperpflege in einer **entspannten Atmosphäre** stattfinden kann, ist es wichtig, sich mit dem Schamgefühl und dem Thema Nacktheit auseinanderzusetzen. Die Körperpflege soll ein positives Erlebnis und nicht nur Notwendigkeit darstellen. Duschen und Baden haben neben dem Reinigungseffekt zusätzlich einen therapeutischen Sinn. Warmes Wasser entspannt, Bewegungen erfolgen meistens von selbst. Riechende Zusätze erhöhen das Wohlbefinden und Vergnügen an der Körperpflege.

Bei **Herz- und Kreislauferkrankungen** und nach langen schweren Krankheiten muss mit dem **Arzt** abgeklärt werden, ob und ab wann gebadet werden darf.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Körperpflege sind **Hilfsmittel** zur Erhöhung der Sicherheit:

- Haltegriffe an der Wand und am Wannenrand
- rutschfeste Matten vor und in der Wanne/Dusche
- Badewannenhilfen
- Duschhocker
- Badewannensitze

Allgemeine Vorbereitung

- Duschen und Baden mit vollem Magen vermeiden → nach dem Essen mindestens zwei Stunden warten → sonst Kreislaufkollapsgefahr
- Wasserstrahl vor dem Betreten der Dusche/Badewanne einstellen und temperieren
- Wassertemperatur mit einem Badethermometer kontrollieren – die Wassertemperatur soll bei gesunden alten Menschen zwischen 37° bis 38°C liegen
- der Betreuungsbedürftige muss während dem Bad ständig beobachtet werden → bei einem Schwächeanfall sofort das Wasser ablassen/abdrehen
- Badedauer bei einem Vollbad, sollte zum Schutz der Haut und des Kreislaufs auf 10 bis 20 Minuten beschränkt werden
- keine Elektrogeräte in Wassernähe benutzen (Fön, Rasierapparat, usw.)
- Badezimmer vorher gut vorwärmen

Vorbereitung Material

- Wanne mit Wasser und evtl. Badezusatz
- Sitzgelegenheit mit aufbereitetem Badetuch (Sitzfläche soll idealerweise so hoch wie Badewannenrand sein)
- Wasch- und Pflegeutensilien
- frische Kleidung

Vorgehen beim Duschen/Baden

- betreuungsbedürftige Person **informieren**
- der betreuungsbedürftigen Person beim **Ausziehen** behilflich sein
- auf der **Sitzgelegenheit neben der Badewanne** Platz nehmen lassen
- behilflich sein, die **Beine** nacheinander **über den Wannenrand** zu heben und **auf den Wannenrand** zu **rutschen**
- anschließend den Bedürftigen **in die Badewanne gleiten lassen**, dabei kann er am Brustkorb und am Becken gestützt werden
- beim Waschen und Duschen behilflich sein – soviel **Unterstützung geben** wie nötig
- **Wasser** aus der Wanne **auslaufen lassen**
- dem zu betreuenden Menschen **aus der Badewanne helfen** – vom Wasser auf den Wannenrand, auf die Sitzgelegenheit, nacheinander die Beine herausheben
- beim **Abtrocknen, Pflegen und Ankleiden** unterstützen

Das Baden soll regelmäßig dazu genutzt werden auch die Haare zu waschen. Es empfiehlt sich außerdem, die Nagelpflege unmittelbar an das Baden anzuschließen, weil die Nägel dadurch etwas aufgeweicht sind.

Kann ein stark pflegebedürftiger Mensch beim Baden kaum oder gar nicht mithelfen, so ist es ratsam **Hilfsmittel** einzusetzen. Ein Heben des Bedürftigen ist möglichst zu vermeiden. In vielen Fällen kann auch eine Dusche, eine gründliche Körperwäsche oder die Körperpflege am Waschbecken ein Bad ersetzen.

2.4.3 Ganzkörperpflege im Bett

Für die Ganzkörperwäsche im Bett ca. 45 Minuten einplanen und nach Möglichkeit Störungen vermeiden.

Allgemeine Vorbereitungen

- **Zimmer warm temperieren**
- **keine Zugluft** → Fenster und Türen geschlossen halten
- Möglichkeit geben die **Harnflasche und/ oder Leibschüssel** zu benutzen

Vorbereitung Material

- Wasser, Waschschüssel, milde Seife oder Waschlotion, zwei Handtücher, zwei Waschlappen
- Einmalhandschuhe, Toilettenpapier bei Stuhlverunreinigungen, Reinigungsöl bzw. Reinigungsschaum
- Hautpflegemittel nach Bedarf
- frische Kleidung, Kamm, Rasierzeug, Spiegel, Abfalleimer

Vorgehen bei der Körperpflege im Bett

Die Körperpflege ist eine gute Gelegenheit eine **Hautinspektion** durchzuführen. Sollten Veränderungen auftreten sind diese unverzüglich einem Arzt zu melden. Gesicht und Intimbereich möglichst nur mit klarem Wasser waschen. Möglichst nicht mit dem Gesicht beginnen. Da das Gesicht zu den Intimzonen des Körpers zählt – sollte eine Kontaktaufnahme z.B. besser durch das Waschen der Hände erfolgen. Insgesamt ist darauf zu achten, dass die zu betreuende Person möglichst viele Handgriffe selbst machen kann.

Aus Rücksichtnahme auf das Schamgefühl und den möglichen Wärmeverlust, darf der hilfebedürftige Mensch nicht vollkommen entblößt/abgedeckt werden. Bei der Körperpflege Körperregionen nach dem Waschen entweder zudecken oder Kleidung anziehen. Das **schrittweise Vorgehen** lässt sich wie folgt zusammenfassen:

- betreuungsbedürftige Person **informieren**
- **Wasser richten** – Temperatur durch zu betreuende Person prüfen lassen (oder erfragen)
- **Hände** waschen und trocknen
- **Gesicht, Ohren und Hals** waschen und trocknen
- Betreuungsbedürftige Person bis zur Taille abdecken und Pyjama bzw. Nachthemd ausziehen
- **Brust und Achselhöhle** waschen und trocknen
- **Arme** waschen und trocknen
- **Bauch** waschen und trocknen
- betreuungsbedürftige Person zur Seite drehen und den **Rücken** waschen und trocknen
- zurück positionieren in Rückenlage, frisches Nachthemd bzw. Pyjamaoberteil anziehen und wieder betreuungsbedürftige Person zudecken
- **Beine und Füße** waschen, trocknen und zudecken
- **frisches Wasser** holen, Handtücher und Waschlappen wechseln
- Bettdecke bis zu den Knien des Betreuungsbedürftigen zurückschlagen
- **Intimtoilette** durchführen, dazu werden **Einmalhandschuhe** benötigt
- **Intimtoilette bei der Frau:** Beine anwinkeln und spreizen, Leistenbeugen waschen und trocknen, Schamlippen spreizen, vom Schambein in Richtung After waschen und trocknen
- **Intimtoilette beim Mann:** Beine anwinkeln und spreizen, Leistenbeugen waschen und trocknen, Vorhaut des Gliedes zurückschieben, Eichel gründlich reinigen, Vorhaut wieder ganz nach vorne schieben, Glied und Hoden waschen und trocknen
- den Betreuungsbedürftigen zur Seite drehen
- **Gesäß, Gesäßfalte und After** waschen und trocknen (im Bedarfsfall mit Toilettenpapier und Hautöl vorreinigen) ist die Bettauflage sauber, wird der Betreuungsbedürftige zurückgedreht (ansonsten Leintuch wechseln)
- **Bett in Ordnung bringen**
- den Betreuungsbedürftigen Ankleiden, **bequem positionieren** und zudecken
- **Haarpflege** durchführen, beim Mann evtl. **Rasur** vornehmen, ggf. Spiegel, Kosmetika und Parfüm anbieten
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen, Schmutzwäsche versorgen und Abfall beseitigen

Die Hautpflege wird bei diesem Vorgehen im Bedarfsfall am besten gleich an die einzelnen Pflegeschritte angeschlossen. Je nach Situation ist zu entscheiden, ob **Mund-** und **Zahnpflege** gleich oder zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt wird.

Ist eine tägliche Ganzkörperwäsche im Bett für den zu Betreuenden zu anstrengend, so kann zwischendurch auch eine Teilwäsche (Hände, Gesicht, Achselhöhlen, Intimbereich) erfolgen.

2.4.4 Mund – und Zahnpflege

Mund- und Zahnpflege ist ein wichtiger Teil der Körperpflege. Speisereste und Zahnbelägen werden entfernt, das Zahnfleisch massiert und die Mundschleimhaut befeuchtet. Das wird vor allem von kranken Menschen als Wohltat empfunden. Dem betreuungsbedürftigen Menschen sollte zumindest morgens und abends die Möglichkeit angeboten werden den Mund gründlich zu reinigen.

Zähneputzen im Bett

Vorbereitung Material

- Zahnputzbecher mit lauwarmen Wasser (2/3 gefüllt)
- Zahnbürste, Zahnpasta, evtl. Mundwasser
- kleine Plastikschüssel oder Nierentasse
- Handtuch

Vorgehen beim Zähneputzen im Bett

- betreuungsbedürftige Person **informieren**
- **Oberkörperhochlage**
- **Hals und Brustbereich** mit einem Handtuch **abdecken**
- **Mundhöhle spülen** und nach Möglichkeit die **Zähne** selbst **putzen** lassen, ggf. unterstützen → Zahnaußen- und -innenflächen von oben nach unten, Kauflächen mit kreisenden Bewegungen bürsten
- Mundhöhle **gründlich ausspülen** lassen (evtl. auch mit Mundwasser), dabei kleine Plastikschüssel oder eine Nierentasse vor das Kinn halten, damit der Betreuungsbedürftige ausspucken kann
- Lippen und Kinn sorgfältig **abtrocknen**
- für **bequeme Lage** sorgen
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen

Zahnpflege bei Prothesenträgern

Die Zahnprothese soll mindestens zweimal pro Tag aus dem Mund genommen und unter fließendem Wasser gereinigt werden. Sicherheitshalber das Waschbecken mit etwas Wasser füllen, falls die Prothese hinunterfällt.

Mundhöhle und etwaige Restzähne werden wie schon beschrieben gepflegt. Die Prothese muss immer in feuchtem Zustand in den Mund eingesetzt werden.

Zur Pflege auf Wunsch Reinigungstabletten, Haftpulver, -creme oder -platten benutzen.

Um Veränderungen des Kiefers vorzubeugen, Zahnprothese möglichst ständig tragen. Ist das aufgrund schmerzhafter Infektionen oder bei Bewusstseinsstörungen nicht möglich, die Zahnprothese in einem mit Wasser gefüllten Behälter aufbewahren.

Mundpflege bei schwer kranken Menschen

Durch verminderte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, vermehrte Mundatmung und evtl. Erkrankungen im Mund-Kieferbereich können die Schleimhäute stark austrocknen. Trockene Schleimhäute sind ein guter Nährboden für Infektionen. Zum Reinigen und Feuchthalten des Mundes ist mehrmals täglich eine spezielle Mundpflege erforderlich.

Vorbereitung Material

- Glas mit lauwarmer Reinigungslösung (günstig sind ungesüßter Kamillen- und Malventee, bei intakter Schleimhaut evtl. mildes Zitronenwasser)
- Einmalhandschuh, Mulltupfer, kleine Plastikschüssel/Nierentasse, Handtuch
- Vaseline oder Lippenpflegestift (zum Einfetten der Lippen, bei hartnäckigen Zungenbelag haben sich auch fetthaltige Nahrungsmittel wie Butter, Schlagobers oder Wurst als Pflegemittel bewährt)

Vorgehen bei der Mundpflege

- betreuungsbedürftige Person informieren, Handtuch unter Kopf der zu betreuenden Person legen, Kopf zur Seite drehen
- **Einmalhandschuh** anziehen und einen **Mulltupfer um den Zeigefinger** wickeln
- Tupfer **in die Reinigungslösung eintauchen** und damit **Wangentaschen, Gaumen, Zunge und Zähne** vorsichtig reinigen
- Vorgang mit frischen Tupfern solange **wiederholen** bis die Mundhöhle sauber ist
- Handtuch entfernen, Lippen trocknen und einfetten
- Kopf des Betreuungsbedürftigen **bequem lagern**
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen

Falls die **Gefahr** besteht, dass die betreuungsbedürftige Person bei der Mundpflege **zubeißen** könnte, kann ein weicher Gegenstand (Mullbinde) als Mundkeil verwendet werden.

Ist das Reinigen mit dem Finger nicht möglich, kann die Mundpflege mit Watte- oder Schaumstoffstäbchen erfolgen.

- Bei Menschen die den Mund nicht öffnen, mit dem Finger über Lippen streichen oder etwas Schmackhaftes (wie etwa einige Tropfen von einem Lieblingsgetränk) auf die Lippen träufeln.

2.4.5. Augenpflege

Bei funktionierendem physiologischem Schutzmechanismus des Auges ist keine spezielle Augenpflege notwendig. Zu den **Schutzeinrichtungen des Auges** zählen Augenbrauen, Augenlider, Augenwimpern und Tränenflüssigkeit.

Es genügt die Augen zu entspannen, was z.B. durch Augenschließen oder kurzem Unterbrechen von Tätigkeiten, die das Auge übermäßig beanspruchen ermöglicht wird.

Zur **speziellen Augenpflege** gehören **Maßnahmen, die:**

- eine drohende Austrocknung der Hornhaut verhindern, wenn der Lidschlag fehlt (z.B. bei Menschen nach einem Schlaganfall)
- Verklebungen und Verkrustungen an Lidern und Wimpern lösen (z.B. bei Entzündungen und vermehrter Sekretion)
- Fremdkörper entfernen und das Auge reinigen
- Augenprothesen (Kunstaugen) und Kontaktlinsen reinigen
- bei Augenerkrankungen bzw. Augenoperationen ärztlich angeordnet sind

Vorgehen bei der Augenpflege

- betreuungsbedürftige Person informieren und mit **erhöhtem Oberkörper** oder sitzend lagern, den Kopf nach hinten neigend
- hygienische **Händedesinfektion**
- **Augenlider, Lidspalt, Wimpern, Augeninnenwinkel** und zuletzt die Umgebung mit einem feuchten Tupfer vom äußeren zum inneren Augenwinkel **auswischen**, ohne zu reiben
- um einer Infektion vorzubeugen, soll jeder **Tupfer nur einmal verwendet werden**
- Vorgang solange wiederholen, bis das Auge sauber ist
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen

Vor und nach jeder Augenpflege die Hände gut waschen und desinfizieren.

Immer **vom äußeren zum inneren Augenwinkel** arbeiten, damit die Sekrete ihren natürlichen Abflussweg finden.

- Sanft und behutsam vorgehen.

2.4.6. Brillenpflege

Die Brille ist regelmäßig unter fließendem Wasser mit z.B. Seife zu reinigen und anschließend mit einem weichen Tuch (Kratzer vermeiden) zu trocknen. Die Brille entweder in einem Etui oder mit geöffneten Bügeln am gewohnten Platz ablegen. Brillenstärke bzw. Sehvermögen immer wieder von einem Facharzt überprüfen lassen.

2.4.7. Ohrenpflege

Ohren sind ein sehr sensibles Organ und reinigen sich selbst. Das Ohrenschmalz ist das natürliche Reinigungsmittel des Gehörgangs und kann ungehindert abfließen. Sollte das nicht der Fall sein, müssen die Ohren vom HNO-Arzt gereinigt werden (z.B.: Träger von Hörgeräten)

- !

 - Ohren nicht mit Seife waschen
 - keine Wattestäbchen zur Reinigung in den Gehörgang einführen – Verletzungsgefahr!
 - keine Ohrentropfen und kein Ohrenspray zur Reinigung verwenden, auch nicht solche, die in Apotheken frei verkäuflich sind
 - Ohren nicht selbst mit Wasser ausspülen – Verletzungsgefahr!
 - bei juckenden Ohren mit leichtem Fingerdruck von der Rückseite der Ohrmuscheln den Gehörgang „beruhigen“

Betreuer sollten darauf achten, dass die vom Arzt verordneten **Seh- bzw. Hörhilfen konsequent benutzt werden**. Viele seh- und/oder hörbehinderte Menschen neigen dazu, ihre Hilfsmittel aus Gründen falscher Scham, technischer Schwierigkeiten oder aus Bequemlichkeit nicht oder nur sehr schlampig einzusetzen. Der Beeinträchtigte gefährdet dadurch nicht nur seine Sicherheit und Gesundheit, auch das Zusammenleben wird oft erschwert. **Funktionsfähigkeit** von Hör- bzw. Sehhilfen regelmäßig überprüfen!

2.4.8. Nasenpflege

Der gesunde Mensch benötigt keine spezielle Pflege der Nase. Er reinigt sie, indem er in ein Taschentuch schnäuzt. Das Naseputzen vor dem Essen hilft, den Geschmack der Nahrung besser wahrzunehmen. Eine **spezielle Nasenpflege** ist angebracht bei Verletzungen der Nase oder bei Menschen mit nasalen Sonden.

Vorbereitung Material

- Watteträger oder Wattestäbchen
- Nasensalbe nach Arztanordnung (Bepanthen® Salbe)
- Handschuhe
- Reinigungslösung (0,9%ige Kochsalzlösung, Olivenöl)
- Abfallsack

Vorgehen bei der Nasenpflege:

- Betreuungsbedürftigen **informieren**, Nase **inspizieren**
- **Borken** durch Einträufeln einer Reinigungslösung **aufweichen** und mit einem Watteträger mit drehenden Bewegungen vorsichtig **reinigen**
- anschließend Salbe nach Arztanordnung auf Wattestäbchen auftragen und in die Nasenlöcher geben
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen

2.4.9. Rasur

Bei Männern gehört die tägliche Rasur zur Gesichtspflege. Man unterscheidet zwischen Nass- und Trockenrasur. Die Nassrasur erfordert Geschick und Übung. Sie entfernt Bartstoppeln gründlicher als die Trockenrasur. Bei Menschen die Blutgerinnungshemmende Arzneimittel wie etwa Marcumar® einnehmen, wird wegen der erhöhten Blutungsgefahr keine Nassrasur durchgeführt.

Vorbereitung der Nassrasur

- Rasierschaum, Einmalrasierer
- Nierentasse oder kleine Plastischüssel
- Waschlappen, Handtuch
- Rasierwasser

Vorgehen bei der Nassrasur

- zu betreuende Person **informieren**
- Gesicht des Betreuungsbedürftigen mit Rasierschaum eincremen
- Haut wird mit einer Hand gespannt, die andere Hand entfernt mit dem Einmalrasierer in Haarwuchsrichtung die Barthaare
- nach der Rasur wird die Haut mit einem Waschlappen von Rasierschaumresten gesäubert
- auf Wunsch kann Rasierwasser aufgetragen werden
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen

Vorbereitung der Trockenrasur

- Elektrorasierapparat, Säuberungsset

Vorgehen bei der Trockenrasur

- zu betreuende Person **informieren**
- Barthaare müssen trocken sein
- mit dem Elektrorasierer die Bartstoppeln abrasieren
- anschließend die Rasierapparat mit einem speziellen Pinsel säubern
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel wegräumen

Bartpflege

Bei Barträgern gehört das Bartkämmen zur täglichen Gesichtspflege.

2.4.10 Haarwäsche im Bett

Je nach Beschaffenheit des Haares und nach Wunsch des Betreuungsbedürftigen erfolgt in unterschiedlichen Zeitabständen eine Haarwäsche. Diese lässt sich auch im Bett durchführen.

Vorbereitung Material

- Waschschüssel, Eimer, Schüssel oder Kanne mit angenehm temperiertem Wasser
- Schöpfgefäß
- Gummituch mit großem Handtuch oder Leintuch als Nässeschutz für das Bett
- Waschlappen, zwei Handtücher, Haarshampoo
- Kamm, Bürste
- Haarfön, Spiegel
- zusätzliches Polster

Vorgehen bei der Haarwäsche im Bett (siehe Abbildung 2.1)

- zu betreuende Person **informieren**
- **Bett flach** stellen und den betreuungsbedürftigen Menschen bis zur Taille abdecken
- dem Betreuungsbedürftigen **beim Aufsitzen helfen**
- zwei **Polster** so weit **in den Rücken** des Betreuungsbedürftigen schieben, dass der Kopf im Liegen über sie hinausragt
- Polster und freien Kopfteil des Bettes mit einem **Nässeschutz** abdecken
- hilfsbedürftigen Menschen zum **Zurücklegen** veranlassen, die **Waschschüssel unter den Kopf** schieben
- **Brust und Hals** mit einem der beiden Handtücher, die **Augen** mit dem Waschlappen auf der Stirn vor Nässe **schützen**
- **Haare** mit Hilfe des Schöpfgefäßes **anfeuchten**, danach **shampooieren**
- mit viel klarem Wasser **spülen**, den Vorgang evtl. wiederholen, gebrauchtes Wasser zwischendurch in den Eimer schütten
- die **nassen Haare** gut ausdrücken, mit dem zweiten Handtuch **umwickeln**, Waschschüssel weggeben
- beim **Aufsitzen helfen, Nässeschutz entfernen**
- für eine **bequeme Lage** sorgen
- **Haare fönen**, evtl. vorher eindrehen, Spiegel anbieten
- **Aufräumen** → Pflegehilfsmittel säubern und wegräumen



Abbildung 2.1 Haarwäsche im Bett

2.4.11. Nagelpflege

Die Pflege der Finger- und Zehennägel rundet die Körperpflege ab. Wichtig bei der Durchführung ist:

- nur **sauberes, intaktes Nagelpflegebesteck** verwenden
- Nagelpflege **am Besten an das Baden anschließen**, wenn die Nägel weich sind → ist das nicht möglich, sollen feste Nägel vor dem Schneiden durch ein warmes Hand- bzw. Fußbad aufgeweicht werden (bei bettlägerigen Menschen die Waschschüssel einfach ins Bett stellen und ein Handtuch darunter breiten)
- damit Nägel nicht einwachsen, ist es wichtig die **Fingernägel rund**, und **Zehennägel gerade** zu schneiden und zu feilen
- die Länge der Nägel muss mit dem Betreuungsbedürftigen besprochen werden → bei Gefahr der Eigen – oder Fremdverletzung durch Kratzen, Nägel möglichst kurz schneiden
- **Verletzungen vermeiden**, da unter Umständen langwierige Entzündungen die Folge sind → bei Missgeschicken muss die Wunde desinfiziert, verbunden und häufig kontrolliert werden → evtl. Arzt informieren
- Achtung bei der **Nagelpflege bei Diabetikern** → Diabetiker leiden oft unter gestörter Wundheilung und Durchblutungsstörungen, was speziell bei Verletzungen bei der Nagelpflege zu großen Problemen führen kann → entsprechend sollte die Nagelpflege durch ausgebildete Personen erfolgen
- das Behandeln von Hühneraugen, starker Hornhautbildung oder eingewachsenen Nägeln gehört in die Hände von Fachkräften (Arzt, Hand- und Fußpflege)

2.5. An- und Auskleiden

Private Kleidung ist ein maßgeblicher Beitrag zum persönlichen Wohlbefinden. Jeder Mensch hat seine persönlichen Vorlieben und Gewohnheiten, die im Betreuungsalltag berücksichtigt werden sollen. Folgendes ist zu **beachten**:

- Kleidung ist gut gewählt, wenn sie neben persönlichen Wünschen und jahreszeitlichen Anforderungen auch Bequemlichkeit und Möglichkeit des selbständigen An- bzw. Auskleidens berücksichtigt
- An- und Auskleiden sollte weder für den Betreuungsbedürftigen noch für den Betreuenden mit größeren Mühen verbunden sein
- ist die Beweglichkeit/Geschicklichkeit des Betreuungsbedürftigen eingeschränkt, soll die Kleidung behindertengerecht angepasst oder durch Spezialkleidung ersetzt werden
- dehnbare, bequeme Materialien sind dabei ebenso von Vorteil wie tief eingesetzte Ärmel, halsweite Ausschnitte, Gummizüge und Klettverschlüsse (auch an Schuhen)
- bei schwerkranken bettlägerigen Menschen haben sich am Rücken offene (Nacht-) Hemden bewährt
- die Kleidungsstoffe selbst sollen aus möglichst atmungsaktiven und saugfähigen Materialien bestehen (Baumwolle, Leinen, Seide)

Das Tragen **normaler Tageskleidung** ist bei längerem Aufbleiben selbstverständlich. Werden Nachthemden oder Pyjama auch außerhalb des Bettes ständig getragen, so kann dies das Gefühl des Krank- bzw. Betreuungsbedürftigseins verstärken. Außerdem motiviert Tageskleidung eher zum Aufbleiben.

Tricks und Hilfsmittel für das An- und Auskleiden

- das Anziehen geht einfacher, wenn man mit dem weniger beweglichen Arm bzw. Bein zuerst in den Ärmel bzw. in das Hosenbein fährt (s. Abbildung 2.2)
- geschlossene Kleidungsstücke immer zuerst über die Arme streifen, dann diese, so gut es geht hochheben und das Kleidungsstück über den Kopf ziehen (s. Abbildung 2.3)
- beim Ausziehen in umgekehrter Reihenfolge – zuerst mit dem beweglicheren Arm bzw. Bein aus dem Kleidungsstück schlüpfen bzw. geschlossene Kleidungsstücke zuerst über den Kopf ziehen und dann fertig ausziehen
- bei bettlägerigen Menschen kann durch Hochheben des Gesäßes, Aufsitzen im Bett oder in Seitenlage das An- und Auskleiden erleichtert werden
- außerhalb des Bettes ist das An- und Auskleiden aus Sicherheitsgründen möglichst im Sitzen durchzuführen
- wenn man ein Bein über das andere schlägt, so kann das An- und Ausziehen von Hosen, Schuhen und Strümpfen vereinfacht werden (s. Abbildung 2.2)
- Hilfsmittel wie Knöpflhilfen, Strumpf An- und Ausziehhilfen oder Schuhlöffel mit langem Stiel unterstützen die Selbstständigkeit



Abbildung 2.2 Anziehen der Hose



Abbildung 2.3 Unterstützen beim Anziehen des Oberteils

2.6 Prävention – Prophylaxen



(siehe dazu DVD Grundpflege Teil 1, Für Sicherheit sorgen, Kapitel 1. bis 1.5.)

Beim Klienten sollte das Entstehen von Behinderung unterbunden und das Auftreten von Erkrankungen und deren Folgen verhindert werden. (Vorbeugung = Prophylaxe).

Funktionelle Einschränkungen sollten behandelt und mit Hilfsmitteln kompensiert werden.

Die Wirkungen der verschiedenen prophylaktischen Maßnahmen hängen ab von der Regelmäßigkeit und der Intensität der Durchführung, bei der Mitarbeit des Klienten.

2.6.1. Intertrigoprophyllaxe

Intertrigo (lat.) bedeutet „wund reiben“. Durch die Scheuerwirkung von zwei aufeinander treffenden Hautfalten treten Hautveränderungen in Form von **Rötungen und/oder Juckreiz** auf.

Gefährdete Menschen für Intertrigo sind:

- übergewichtige Personen
- stark schwitzende Personen
- Menschen mit Fieber
- Menschen mit schlechtem Allgemeinzustand
- Diabetiker

Gefährdete Körperstellen sind alle Körperstellen, an denen Haut auf Haut liegt z.B.:

- unter der Brust
- zwischen den Bauchfalten
- zwischen den Zehen
- Leistengegend
- unter der Achsel

Vorbeugende Maßnahmen sind:

- Hautfalten nach der Körperpflege gut abtrocknen aber nicht reiben, weil sonst die Haut aufgescheuert wird
- tägliche Inspektion der Hautfalten
- bei stark schwitzenden Personen häufige Körperpflege
- Übergewicht nach Möglichkeit abbauen
- saugfähige Kleidung verwenden (Kleidung aus Baumwolle)



Vorgeschiedigte Haut ist sehr empfänglich für Folgeinfektionen!

2.6.2. Soorprophylaxe (Candidose)

Eine Candidose ist ein Sammelbegriff für Infektionskrankheiten die durch Pilze der Gattung „Candida“ verursacht werden. In der Mundhöhle des Menschen befindet sich ein natürliches Gleichgewicht zwischen Bakterien und Hefepilzen. Bei Menschen mit **starker Abwehrschwäche** oder bei **Antibiotika-Einnahme** kann dieses Gleichgewicht (Mundflora) gestört sein. D.h. die Hefepilze (v.a. candida albicans) vermehren sich. Dieser candida albicans siedelt sich besonders gerne auf einer vorgeschädigten Schleimhaut an (Kennzeichen siehe Tabelle 2.4). Ist von dieser Pilzerkrankung nur die Mundschleimhaut betroffen ist die Candidose (Soor) eher harmlos. Betrifft sie aber den Verdauungstrakt oder die Atemwege bzw. wird die Candidose chronisch, kann die betroffene Person massive **Beschwerden** bekommen.

Begünstigende Faktoren sind:

- **Mundtrockenheit** → z.B. bei Nahrungskarenz aufgrund eines mangelnden Speichelflusses oder längerer Atmung durch den offenen Mund (bei nasalen Sonden, bei Atemnot oder sterbenden Menschen)
- **schlechter Allgemeinzustand**, insbesondere bei Abwehrschwäche durch eine Vorerkrankung der Mundhöhle
- **Zuckerhaltige Ernährung** → Zucker begünstigt das Pilzwachstum
- **Antibiotika-Einnahme**

Vorbeugende Maßnahmen sind:

- **Förderung der Abwehrfunktion** der Mund- und Rachenschleimhaut
- regelmäßige **Mundhygiene** um Speisereste zu entfernen (mindestens nach jeder Mahlzeit)
- **viel Flüssigkeit** um die Mundschleimhaut feucht zu halten
- **Speichelfluss anregen**

2.6.3. Parotitisprophylaxe

Eine Parotitis ist eine Entzündung der Ohrspeicheldrüse. Speicheldrüsen bilden den Mundspeichel und geben ihn kontinuierlich an die Mundhöhle ab. Beim Essen wird der Speichelfluss deutlich gesteigert. Bei längerer Nahrungskarenz oder erheblichem Flüssigkeitsmangel wird weniger Speichel gebildet, wodurch Keime in die Ausführungsgänge dringen können. Es kann eine sehr **schmerzhafte Entzündung** und **Schwellung** der Ohrspeicheldrüse (meist nur einseitig) entstehen.

Vorbeugende Maßnahmen zum Anregen des Speichelflusses sind:

- vermehrte **Kautätigkeit** (Brotrinde kauen, Kaugummi kauen)
- **lutschen von Eiswürfeln** oder **Zitronenscheiben**
- ausreichende **Flüssigkeitszufuhr**
- **Mundspülung** mehrmals täglich (mit Kamillen- oder Salbeitee → Salbeitee nicht ständig Anwenden – wirkt eher austrocknend auf die Mundschleimhaut)
- Auswischen der Mundhöhle bei Nahrungskarenz (mit Kamillen- oder Salbeitee)
- Aufstellen von **aufgeschnittenen Zitronenscheiben** (bereits der Geruch von Zitrone fördert Speichelfluss)

2.6.4. Pneumonie- und Atelektasenprophylaxe



(siehe dazu DVD Grundpflege Teil 1, Für Sicherheit sorgen, Kapitel 2.4. und 3.4.)

Eine **Pneumonie** ist eine akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes (Bakterien, Viren etc.). Als **Atelektasen** werden schlecht belüftete Lungenabschnitte bezeichnet (die Alveolenwände liegen aneinander und es findet keine Gasaustausch mehr statt).

Im Liegen und in Ruhe ist die Atmung automatisch flacher und die Lunge wird weniger gut belüftet. Anhaltend ungenügende Durchlüftung der Lunge und erschwertes Aushusten von Schleim führen leicht zur Anhäufung von Sekret in den Atemwegen. Das bildet bei schlechter Abwehrlage einen sehr guten Nährboden für eine Pneumonie (Lungenentzündung).

Anzeichen einer Pneumonie:

- allgemeines Krankheitsgefühl
- flache, beschleunigte Atmung
- Fieber
- erhöhter Puls
- Husten, Auswurf
- Schmerzen in der Brust

Oft sind nicht alle Krankheitszeichen vorhanden, und es kann auch Vorkommen, dass der Allgemeinzustand kaum beeinträchtigt ist.

Begünstigende Faktoren für eine Pneumonie:

- vorangegangene Lungenentzündungen, Lungenoperationen
- chronische Lungenerkrankungen (Asthma bronchiale)
- altersbedingte Veränderungen der Atemwege
- Schmerzen im Brust- und Bauchbereich verflachen die Atmung
- Aspiration, d.h. Flüssigkeit oder Nahrung gelangen in die Atemwege
- Schluckstörungen
- starkes Rauchen
- Flüssigkeitsmangel (dadurch wird Schleim eingedickt und somit zäher)
- mangelhafte Mundpflege kann zu absteigenden Infektionen der Atemwege führen

Vorbeugende Maßnahmen:

- **Atemunterstützende Lagerungen** (Dehnung der unterschiedlichen Lungensegmente durch Positionieren der Kissen in z.B. V-, A- oder T-Lage)
- **Mobilisation** und Lagewechsel
- zu bewussten **Durchatmen** anhalten
- **Atemstimulierende Einreibung** → durch eine spezielle Art der Einreibung wird die Atmung vertieft und der Atemrhythmus beruhigt
- **Luft befeuchten**, ausreichend **Frischluff**
- **Verschlucken vermeiden**
- ausreichend **Trinken**
- **Aushusten** fördern
- **Schmerzbekämpfung**, um Schonatmung zu vermeiden

2.6.5 Kontrakturprophylaxe (Gelenksversteifung)



(siehe dazu DVD Grundpflege Teil 1, Für Sicherheit sorgen, Kapitel 2.1. und 3.1.)

Kontraktur: Fehlstellung von Gelenken mit Funktions- und Bewegungseinschränkungen.

! Es besteht die Gefahr, dass die Gelenksversteifung bis zur Unbeweglichkeit fortschreitet!

Einteilung

Beugekontraktur: Gelenkststellung in Beugestellung durch Verkürzung der Weichteile die an der Beugeseite sind

Streckkontraktur: Gelenksteife in Streckstellung

Beobachtungen des Personenbetreuers

Reduzierte Bewegung (Steifigkeit), Schmerzen im Gelenkbereich und/oder Schonhaltung sind beobachtbare Veränderungen, die auf eine Kontraktur hinweisen.

Prophylaktische Arbeitsweise

- Lagerung: Funktionslagerung (Gelenksmittelstellung), Lagewechsel
- Bewegungsübungen, Mobilisation
- passives und aktives Bewegen aller Gelenke

2.6.6 Dekubitusprophylaxe (Wundliegen, Druckgeschwüre)



(siehe dazu DVD Grundpflege Teil 1, Für Sicherheit sorgen, Kapitel 2.2. und 3.2.)

Dekubitus: bedeutet Druckgeschwür. Langsam heilende Hautschädigung.

! Die Gefahr des Wundliegens ist bei schlechtem Ernährungs- und Allgemeinzustand sehr groß!

Begünstigende Faktoren

- Neurologische Erkrankungen, Schock, Stoffwechselstörungen, Durchblutungsstörungen, Lähmungen
- erhöhte Temperaturen
- trockene rissige Haut, Ödeme (Schwellung des Gewebes), Hautkrankheiten
- Inkontinenz
- schlechter Allgemeinzustand, Untergewicht, Übergewicht
- Fremdkörper im Bett, Falten in der Bettauflage, Immobilität

Beobachtungen des Personenbetreuers



(siehe dazu DVD Grundpflege Teil 1, Beobachten, Kapitel 3.3)

Druckgefährdete Bezirke

in Rückenlage:

- Hinterkopf
- 7. Halswirbelkörper
- Schulterblatt
- Brust-, Lendenwirbel, Kreuzbein, Steißbein
- Ansatz der Achillessehne
- Fersen

in Seitenlage:

- Ohrmuschel
- Ellenbogen
- Trochanter major (großer Rollhügel am Oberschenkelknochen)
- Knie
- Knöchel

Stadien der Dekubitusentwicklung

- **Stadium I:** Begrenzte Hautrötung, Haut sonst intakt. Rötung bläst bei Fingerdruck ("Fingertest") nicht ab. Zusätzlich Zeichen können Ödembildung, Verhärtung oder lokale Überwärmung der Haut sein.
- **Stadium 2:** oberflächlicher Hautdefekt – Epidermis und Teile der Dermis geschädigt. Zu beobachten sind Blasenbildung, Hautabschürfung oder nässender Hautdefekt.
- **Stadium 3** → Verlust aller Hautschichten, evtl. Nekrose des Unterhautfettgewebes, Beteiligung von Sehnen, Muskeln, Fettgewebe, Haut, Unterhaut, Bändern.
- **Stadium 4** → wie Stadium 3 und zusätzlich kommt es Knochenbeteiligung

Prophylaktische Arbeitsweise

- Förderung des gesunden Hautstoffwechsels
- Aufrechterhaltung der intakten Haut – exakte Hautpflege und Beobachtung
- regelmäßige Druckentlastung durch Lagerungswechsel (alle zwei Stunden)
- ausreichend Flüssigkeitszufuhr
- gesunde Ernährung
- exakte Hautbeobachtung und Anpassen der Maßnahmen

Spezielle Hilfsmittel zur Druckentlastung

- Felle
- Fersen und Ellbogenschoner
- Gelkissen, Schaumstoffkissen, Spezialkissen
- Luftring, Schaumstoffring
- Bettbogen zur Entlastung (kein Druck durch Bettdecke)
- Spezialmatratzen
- u.a.

2.6.7. Thromboseprophylaxe



(siehe dazu DVD Grundpflege Teil 1, Für Sicherheit sorgen, Kapitel 2.3. und 3.3.)

Thrombose: Blutpfropfbildung in einem Blutgefäß mit teilweisem oder vollständigem Gefäßverschluss.



Die Blutpfropfbildung stellt für den Klienten eine große Gefahr dar, da sich der Blutpfropf losreißen kann und dann Gefäße von wichtigen Organen verstopft!

Ursachen

- Bettlägerigkeit, Immobilität
- Varizen (Krampfadern)
- entzündete Gefäße
- beschleunigte Blutgerinnung

Beobachtungen des Personenbetreuers

Rötung, Schwellung, Verhärtung, Wärmegefühl und Schmerzen in der betroffenen Extremität weisen auf eine Thrombose hin.

Prophylaktische Arbeitsweise

- Förderung des venösen Blutrückflusses,
- Erhöhung der Strömungsgeschwindigkeit – Flüssigkeitshaushalt
- Stützen des verminderten Muskel und Gefäßtonus

Konkrete prophylaktische Maßnahmen:

- Aktivierung der Muskelpumpe – Mobilisation
- Kreislaufanregung
- Antithrombosestrümpfe, Kompressions-, Stützstrümpfe
- Bewegungsübungen (Pedaltreten, Radfahren etc.)
- Hochlagern der Beine

2.7. Ruhen und Schlafen



(allg. Querverweis auf DVD 1 Thema Wach sein und schlafen von 1. allg. Grundlagen bis schlaffördernde Maßnahmen)

Sowohl für gesunde, kranke und geschwächte Menschen ist dem Schlaf ein **ausreichender Stellenwert im Leben** beizumessen. Im Ausruhen und Schlafen tankt der Mensch **neue Kräfte** und der **Organismus** kann sich **erholen**. Ohne Ruhephasen kommt es rasch zur Erschöpfung. Findet der Betreuungsbedürftige im Schlaf keine Erholung, so können eine Reihe von natürlichen schlaffördernden und -unterstützenden Maßnahmen angeboten werden. Alles was einem betreuungsbedürftigen Menschen eine angenehmere Nachtruhe verschafft, erfüllt einen doppelten Zweck → schläft der Betreuungsbedürftige gut, kann meist auch die Betreuungsperson besser schlafen und sich damit besser regenerieren. Über die Anwendung von Medikamenten darf ausschließlich der Arzt entscheiden. Die Gefahr einer Abhängigkeit ist hier besonders groß.

2.7.1. Gesunder Schlaf

Schlaf wird definiert als ein regelmäßig wiederkehrender, physiologischer Erholungszustand. Der Schlaf ist als Aufbau- und Erholungsphase lebensnotwendig. Rund ein Drittel seines Lebens schläft der Mensch. Um körperliche, seelische und soziale Gesundheit zu erhalten, ist es besonders wichtig zu schlafen. Die Schlafdauer ist individuell und auch altersabhängig. Im Alter reduziert sich die benötigte Schlafdauer auf bis zu fünf Stunden

Das **Schlafverhalten** eines Menschen ist von **unterschiedlichen Faktoren abhängig**, wie etwa:

- Art und Dauer der körperlichen und/oder geistigen Arbeit
- persönliche Einstellung zum Schlaf
- unterschiedliche Tagesrhythmen

Schlaf lässt sich in **fünf Phasen einteilen**:

Phase 1 → die Einschlafphase beschreibt einen Dämmerzustand zwischen Wachsein und leichtem Schlaf.

Phase 2 ist gekennzeichnet durch einen **leichten Schlaf** – hier wird das Bewusstsein ausgeschaltet.

Phase 3 bezeichnet den beginnenden Tiefschlaf – beginnt ca. 30 Minuten nach dem Einschlafen.

Phase 4 → Tiefschlaf, d.h. die tiefste Phase des Schlafes. Nach ca. 20 bis 30 Minuten werden die Phasen 3 und 2 wieder rückwärts durchlaufen.

Phase 5 → REM- Schlaf (engl. rapid eye movements). 70 bis 90 Minuten nach dem Einschlafen liegen zwischen den Tiefschlafphasen Perioden des REM- Schlafes der durch schnelle Augenbewegungen unter den geschlossenen Lidern gekennzeichnet ist. In dieser Phase träumt der Schläfer häufig und ist schwer erweckbar.

Die Phasen 1 bis 4 werden als **Non-REM-Schlaf** bezeichnet. Der Schlafzyklus ist beendet wenn alle 5 Phasen durchlaufen werden.

Für den Erholungswert ist ein ungestörter Wechsel zwischen REM- und Non-Rem Phasen wichtiger als die Dauer des Schlafes

2.7.2. Gestörter Schlaf

Schlafstörungen sind in **Formen** zu unterteilen:

- **zuwenig Schlaf** → Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühes Erwachen
- **zuviel Schlaf** → erhöhte Schlafneigung tagsüber, trotz ausreichendem Nachtschlaf
- **Störungen des Wach –Schlaf-Rhythmus** → bei Demenz
- **krankhafte Begleitsymptome** wie Alpträume, Bettnässen, Schlafwandeln

Die häufigsten Formen von Schlafstörungen sind **Ein- und Durchschlafstörungen**. Es kommt dabei zu einer Verkürzung der Gesamtschlafzeit. Dies führt dazu, dass sich betroffene Menschen am Morgen immer unausgeruht fühlen.

Ein reduziertes Schlafbedürfnis von alten Menschen führt beizeitigem zu Bett gehen dazu, dass sich der Tagesrhythmus ändert. Betreuungsbedürftige Menschen die einen Großteil des Tages im Bett verbringen, benötigen viel Anregung, da sie rasch das **Gefühl für den eigenen Körper verlieren**. Das kann eine zeitliche und räumliche Desorientierung und einen ständigen Dämmerzustand als Folge haben, der nicht mit einem erholsamen Schlaf zu verwechseln ist. Regelmäßige Positionsveränderungen, Aufsetzen im Bett, spezielle Waschungen mit unterschiedlichen Waschzusätzen sind nur einige Möglichkeiten um betreuungsbedürftige Menschen aus dieser „Schlafsucht“ zu holen.

2.7.3. Für günstige Schlafbedingungen sorgen

Den Schlaf vorbereiten:

- eigene **Schlafrituale** des Betreuungsbedürftigen berücksichtigen (besondere Einschlafpositionen, Verdunkelung des Zimmers, Einschlafen mit Musik, Fernsehen, Lesen im Bett etc.)
- wenn die Möglichkeit besteht, kann der Betreuungsbedürftige einen kleinen Spaziergang an der frischen Luft machen
- evtl. eine erfrischende oder beruhigende Körperwaschung, Wechsel der feuchten Wäsche oder Bettauflagen können eine Nachtruhe angenehm einleiten
- Sicherheitsgefühl vermitteln z.B. gedämpftes Nachtlicht, offener Türspalt, leicht erreichbare Klingel

Körperliche Störfaktoren ausschalten:

- dazu zählen unter anderem Schmerzen; Atemnot; Übelkeit; Bewegungseinschränkung durch Verbände, Sonden
- neben einer medizinischen Therapie sind auch andere Betreuungsmaßnahmen hilfreich z.B. schmerzlindernde, bequeme Positionierung, Atemstimulierende Einreibung (die langsamen und gleichmäßigen Bewegungen wirken beruhigend und schlaffördernd), Oberkörperhochlagerung, Frischluftzufuhr
- üppige Mahlzeiten nach 17:00 Uhr sind nicht sehr empfehlenswert
- Lärm, stickige Luft, überheizte Zimmerluft, grelle Lichtquellen, schlechte Bettausstattung (Brösel im Bett, Falten im Leintuch)
- volle Harnblase – vor der Nachtruhe unbedingt die Möglichkeit der Blasenentleerung anbieten (zwei Stunden vor dem zu Bett gehen nicht mehr allzu viel trinken, harntreibende Medikamente am Morgen einnehmen) Menschen die nur eingeschränkt mobil sind, kann eine Harnflasche, eine Leibschüssel oder ein Leibstuhl in Reichweite platziert werden

Psychische Störfaktoren ausschalten:

- Aufregungen, Sorgen und Ängste lassen sich meist mit einem einfühlsamen Gespräch besser beseitigen als mit Schlaf
- Medikamente nach Verordnung
- warmes und kaltes Wasser als Fuß – Wechselbad
- Atemstimulierende Einreibung (siehe oben)
- warme Milch und Tee

2.8. Essen und Trinken

Essen und Trinken gehören zu den schönsten Dingen im Leben. Gutes Essen wird von den meisten Menschen mit dem Gefühl von Lebensqualität und Lebensfreude verbunden. Neben der Energie- und Nährstoffversorgung spielt auch der **soziale Faktor von Essen und Trinken** eine wesentliche Rolle. Ess- und Trinkgewohnheiten haben auch **kulturelle und religiöse Hintergründe**. Mahlzeiten bieten die Möglichkeit des geselligen Zusammenseins. Darüber hinaus bringt Essen und Trinken Befriedigung und Lustgewinn. Wie, wann und was gegessen wird, ist von gesellschaftlichen und religiösen Bräuchen abhängig. Muslime und Juden essen z.B. kein Schweinefleisch, weil das Schwein als unreines Tier gilt. Die Nahrungsaufnahme ist auch vom Angebot der Nahrungsmittel abhängig. Es soll eine abwechslungsreiche und bedarfsgerechte Ernährung ermöglicht werden.

2.8.1. Ernährungsverhalten – Essgewohnheiten

Jeder Mensch hat Gewohnheiten bezüglich Essen und Trinken (Essgewohnheiten, überwiegend gesunde Nahrungsmittel, viel Hunger, weniger Hungergefühl usw.).

Grundsätzlich sind beim Essen sind folgende Dinge **wesentlich**:

- **langsam** essen und gut zu kauen
- **kleine, häufigere Mahlzeiten** sind für den Organismus weniger belastend und halten die Leistungsfähigkeit konstant
- besonderen Wert **Tischkultur** legen → ein schön gedeckter Tisch wirkt ansprechend und das Essen schmeckt in Gesellschaft besser und hat dadurch auch einen gesundheitsfördernden Aspekt

Krankenkost ist individuell auf die Bedürfnisse kranker Menschen auszurichten und die Ernährung sollte soweit als möglich den Erfordernissen einer ausgewogenen, vollwertigen Ernährung entsprechen. Auf die Lieblings Speisen und Lieblingsgetränke der zu betreuenden Person ist Rücksicht zu nehmen. Wichtig ist, dass der **Energiebedarf** dem Ernährungszustand und der Krankheit **angepasst** wird.

Beim **Einhalten von Diäten** geht es um die gezielte Entlastung von Organ- und Stoffwechselfunktionen. Eine Diät wird vom Arzt verordnet und soll von einer Diätologin zusammengestellt sein. Das Einhalten von Diäten erfordert in jedem Lebensalter Disziplin und ist besonders für ältere Menschen mit festgefahrenen Vorlieben und Neigungen eine schwer bewältigbare Hürde. Um Folgeschäden zu vermeiden, soll für die Einhaltung der Diät der kranke Mensch immer wieder motiviert werden. Dabei kann ihn die Betreuungsperson unterstützen.

Gewichtsprobleme, Abmagerung, Appetitverlust

Kranke Menschen haben häufig **Gewichtsprobleme** und neigen zu **starker Abmagerung**. Um der ungewollten Gewichtsreduktion entgegenzuwirken, kann zusätzlich zur normalen Nahrung eine Trinknahrung vom Arzt verordnet werden. Die Trinknahrung ist in Apotheken erhältlich und es gibt sie in unterschiedlichen Geschmacksrichtungen. Desweiteren können **appetitanregende Maßnahmen** helfen:

- das Auge isst stets mit – üppige, randvolle Teller schmälern den Appetit genauso wie farbliches Einerlei →pürierte Kost nur dann servieren, wenn der kranke Mensch nichts mehr Festes mehr oder schlucken kann
- schlecht sitzende Prothesen durch den Zahnarzt regulieren lassen
- ausgekühltes, lauwarmes Essen vermeiden
- den Magen knapp vor dem Essen bzw. während der Mahlzeit nicht unnötig mit Getränken überwässern
- frische Küchenkräuter machen das Essen besonders schmackhaft
- evtl. mit appetitanregenden Heilpflanzen (Wermut, Tausendguldenkraut, Bitterklee) in Form von Teemischungen nachhelfen
- frische Luft
- gewaschene Hände und eine erfrischende Mundpflege auch evtl. vor dem Essen

Es muss unterschieden werden, ob ein Mensch nicht oder nur ungenügend essen kann, will oder aufgrund einer ärztlichen Anordnung nicht essen darf. Bei bestimmten Krankheitsbildern, vor/nach Operationen oder vor Untersuchungen kann es sein, dass Menschen eine Nahrungskarenz verordnet bekommen. Wichtig ist, dass die betreuungsbedürftigen Personen über den genauen Grund und die Dauer dieser Maßnahme informiert werden.

Wenn ein Mensch nicht essen möchte, ist viel Einfühlungsvermögen erforderlich, um den Grund herauszufinden. Liegen diese Gründe im körperlichen Bereich wie **Völlegefühl, Übelkeit, Blähungen, Sodbrennen**, können gezielte Maßnahmen getroffen werden.

Besteht kein ärztlicher Einwand gegen eine Aufnahme der Mahlzeit, kann eine **Linderung der Beschwerden** möglich gemacht werden durch:

- keine blähenden Speisen verabreichen
- sehr fettige Speisen vermeiden
- kohlen säurehaltige Getränke vermeiden
- langsam essen, gut kauen
- mehrere kleinere Portionen anbieten
- säurehaltige Speisen und Kaffee weglassen (bei Sodbrennen)
- vermehrte Bewegung nach den Mahlzeiten sofern es die Mobilität zulässt

2.8.2 Flüssigkeitshaushalt

Sowohl durch Getränke als auch über wasserhaltige feste Nahrungsmittel bekommt der menschliche Körper Wasser zugeführt. Wasser ist lebensnotwendig. Der Mensch soll **täglich mindestens 1,5 bis 2 Liter Flüssigkeit** trinken. Aus mangelndem Durstgefühl trinken viele Menschen (besonders ältere) zu wenig. Als Durstlöscher eignen sich Leitungs- und Mineralwasser, Früchte- und Kräutertees sowie verdünnte, ungesüßte Obst- und Gemüsesäfte. Um betreuungsbedürftigen Menschen ein Stück an Lebensqualität zu schenken können auch Bohnenkaffee, Milch oder Alkohol angeboten werden (je nach Gewohnheiten). Faktoren die zu einem **erhöhten Flüssigkeitsbedarf** führen:

- starkes Schwitzen
- Fieber
- Durchfall
- Einnehmen von harntreibenden Medikamenten
- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)
- hohe Außentemperaturen

Zu **geringe Flüssigkeitszufuhr** wirkt sich nicht gut auf den Menschen aus. Das Blut wird dickflüssiger und neigt zur Gerinnung, die Harnproduktion nimmt ab und harnpflichtige Substanzen können dadurch nicht ausgeschieden werden (normale Harnproduktion/Tag beträgt ca. 1,5 Liter) Zusätzlich können Leistungsabfall, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen bis zu Bewusstseinsstörungen auftreten. Typische **Zeichen einer Austrocknung** (Dehydration) sind:

- trockene Haut und Schleimhäute (Mundtrockenheit)
- Müdigkeit
- Desorientiertheit, Verwirrtheit
- Hypotonie (niedriger Blutdruck)
- Tachykardie (hoher Puls)
- dunkler, trüber Harn

Weil besonders ältere Menschen häufig das Trinken vergessen, müssen sie durch Betreuungspersonen immer wieder an das Trinken erinnert, bzw. angeregt werden. Dabei reicht es nicht aus ein Getränk vorzubereiten. Betreuungspersonen müssen sich vergewissern, dass die Getränke auch getrunken werden.

2.8.3 Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

Ursachen für Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme

Häufige **Probleme**, warum betreuungsbedürftige Menschen Unterstützung benötigen sind u.a.:

- allgemeine Schwäche, Unfähigkeit sich selbstständig aufrichten zu können
- starkes Zittern der Hände
- Lähmungserscheinungen
- Sehstörungen
- Schluckstörungen

Je nach Art der **Beeinträchtigung** kann **mögliche Ursachen** unterschieden werden:

- Schwellungen oder Schmerzen im Mund- oder Rachenbereich, nach Operationen im HNO-Bereich
- Störungen der zum Essen und Trinken notwendigen Bewegungsabläufe (Morbus Parkinson, Lähmungen nach einem Schlaganfall, allgemeine Schwäche)
- Schluckstörungen, verminderter Hustenreiz (nach Schlaganfall, Bewusstseinsstörungen, andere neurologische Erkrankungen)

Schluckstörungen

Ein typisches **Zeichen für eine Störung des Schluckvorganges** sind Husten oder Würgen während dem Essen, bzw. wenn Speichel oder Speisereste aus dem Mund fließen. Schluckstörungen sind, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt oder zu wenig beachtet werden, eine große Gefahr. Bei solchen betreuungsbedürftigen Menschen besteht **Aspirationsgefahr** (Eindringen von Fremdkörpern in die Atemwege). Durch einen verminderten Hustenreiz, kann die Nahrung oder Flüssigkeit ungenügend oder gar nicht ausgehustet werden. Menschen mit Schluckstörungen sind bei der **Nahrungsaufnahme** ständig zu **beaufsichtigen**. Bei Anzeichen von Schluckstörungen ist unverzüglich ein **Arzt zu kontaktieren**.

Eingeschränkte Selbständigkeit

Die **Selbstständigkeit** beim Essen und Trinken hat viel mit der Würde des Menschen zu tun. Wenn die Essensverabreichung durch Betreuungspersonen erfolgt, die noch dazu nicht sehr einfühlsam agieren, kann das mit einem großen Erniedrigungsgefühl verbunden sein. Die Nahrungseingabe soll von der Betreuungsperson so erfolgen, dass sie nicht auf den Betreuungsbedürftigen herabschaut, sondern neben ihm sitzt. Es soll versucht werden, die Nahrungseingabe bei Tisch und nicht im Bett durchzuführen. Vorausgesetzt der Allgemeinzustand des Betreuungsbedürftigen ermöglicht dies.

Tricks und Hilfsmittel um die Selbstständigkeit zu erhalten/fördern

- wenn die Hände zittern, Gläser und Tassen nur halbvoll füllen
- ist ein gezieltes Greifen nicht (mehr) möglich, können Tassen, Becher, Teller auf rutschfeste Unterlagen aus Kork oder haftendem Kunststoff gestellt werden
- bei eingeschränkter Funktion der Hände (Greifschwäche, starkem Zittern, ungelenkige Hände), Spezialgeschirr (Tassen mit beidseitigem Henkel, Bestecke mit verdicktem Griff, Teller mit besonders hohem Rand) verwenden
- Trinkhalme zur leichteren Flüssigkeitsaufnahme anbieten
- Warmhalteteller verhindern ein zu schnelles Auskühlen der Mahlzeit

Richtlinien für die Nahrungseingabe

- auf eine aufrechte Sitzposition und Kopfhaltung achten → der Kopf darf nicht überstreckt sein, weil sonst Nahrung in die Luftröhre gelangen könnte
- Kleidungsschutz verwenden
- Speisetemperatur vor der Essensverabreichung überprüfen
- das Essen nur in kleinen Portionen anrichten und langsam verabreichen – warten mit dem nächsten Bissen bis der vorangegangene Bissen gänzlich geschluckt wurde
- Getränke nur in kleinen Schlucken anbieten
- Konsistenz der Speisen muss sich an den Fähigkeiten der Klienten orientieren

2.9 Ausscheiden

Solange die Harn- und Stuhlausscheidung gut und regelmäßig funktioniert, wird der Alltag des Menschen davon kaum berührt. Wie wichtig eine normale Harn- und Stuhlentleerung für unser körperliches und soziales Wohlbefinden ist, merkt man erst wenn Durchfall, z.B. Blähungen, Verstopfungen oder häufiges Wasserlassen auftreten. Erst in veränderten Situationen wird das, worüber man sonst nicht spricht zum Thema. Wo immer **Schamgefühle** im Spiel sind – bei Ausscheidungsfragen sind sie es zumeist – werden Eingriffe von außen als besonders belastend erlebt und oft nur schwer oder gar nicht akzeptiert.

Chronische Krankheiten, Behinderungen, altersbedingte körperliche Schwäche können dazu führen, dass dieses Tabuthema plötzlich mit fremden Menschen besprochen werden muss. Es kann vorkommen, dass betroffene Personen auf fremde Hilfe bei der Harn- bzw. Stuhlentleerung angewiesen sind.

Im Rahmen der Betreuung von bedürftigen Menschen soll auf die Bedürfnisse bezüglich der Ausscheidung Rücksicht genommen werden. **Häufig auftretende Probleme** bei alten Menschen sind:

- Verlust über die Kontrolle der Harnausscheidung (Inkontinenz)
- Stuhlverstopfung (Obstipation) → nicht selten aufgrund jahrelangem Abführmittelmissbrauch

Zu einer gesunden Ausscheidung gehören:

- Ausscheidung ausreichender Mengen von Stuhl und Urin
- normale Eigenschaften der Ausscheidung wie Menge, Farbe, Geruch, Beimengungen, pH-Wert
- Kontrolle über die Ausscheidung (Kontinenz)

2.9.1 Intimsphäre, Ekel, Nähe und Distanz

Das **natürliche Schamgefühl** von Betreuungsbedürftigen ist zu respektieren und die Intimsphäre muss gewahrt werden. (Zimmertür schließen, Paravant aufstellen, nach Möglichkeit den Raum verlassen).

Die **plötzliche Abhängigkeit von fremden Personen** ist für viele Betroffene ein großes Problem. Gerüche und optische Wahrnehmungen stehen dabei im Vordergrund. Hilfsmittel (Leibschüssel, Harnflasche, Leibstuhl) werden nur widerwillig angenommen. Dadurch kommt es häufig zur Unterdrückung von Harn- und Stuhldrang. Muss die Reinigung des Intimbereichs durch Betreuungspersonal erfolgen, bedeutet dies eine weitere **Einschränkung der Selbstständigkeit**.

Durch die Individualität jedes Menschen (Betreuungspersonen ebenso wie von Betreuungsbedürftigen) wird auch **Ekelgefühl individuell** empfunden. Die Empfindung von Ekel hängt zudem von der persönlichen Verfassung ab. Wichtig ist es jedoch das Gefühl „Ekel“ zu thematisieren, weil sonst die Gefahr einer Überforderung bzw. Überlastung entstehen kann. Für Betreuende ist es oft eine schwierige Aufgabe zwischen Wahrung der Intimsphäre und menschlicher Würde einerseits und unumgänglicher Hilfeleistung zu unterscheiden. Das Thema Ekel anzusprechen erfordert Taktgefühl und hier „Hilfe von Aussen“ anzunehmen – kann gerade bei intimen Pflegehandlungen wie etwa Körperpflege oder Ausscheidungshilfe zur Entspannung und Entlastung von häuslichen Betreuungssituationen beitragen.

2.9.2 Verwenden von Hilfsmittel bei der Ausscheidung

WC und Toilettenstuhl

Das WC soll so ausgestattet sein, dass es von betreuungsbedürftigen Menschen selbstständig aufgesucht werden kann. Erleichtert wird dies durch rutschfeste Bodenbeläge, Haltegriffe, evtl. Toilettensitzerhöhung oder ein Toilettenstützgestell. Um die Sturzgefahr zu mindern, kann bei stark betreuungsbedürftigen Menschen vor allem nachts ein Toilettenstuhl ans Bett gestellt werden.

Gebrauch von Harnflasche und Leibschüssel

Bei stark betreuungsbedürftigen Menschen besteht die Möglichkeit eine Harnflasche oder Leibschüssel zu verwenden. Der Harn soll dabei gut abfließen können. Die Leibschüssel kann eingeschoben werden, wenn der Betreuungsbedürftige das Gesäß hochheben kann.

Die **Reinigung** von Harnflaschen, Leibschüssel und Toilettenstuhleinsatz erfolgt am besten zuerst durch Spülen mit kaltem Wasser und anschließender heißer Lauge. Kalk- oder Harnstein lassen sich durch Essigwasser beseitigen.

2.9.3 Harninkontinenz

Harninkontinent zu sein, bedeutet für die meisten Menschen eine extreme Belastung. Betroffene schämen sich meist, haben Angst die Mitwelt durch Geruch zu belästigen und beginnen sich häufig von sozialen Kontakten zurückzuziehen. Inkontinenz ist ein Problem, das sich durch eine Reihe von unterstützenden Maßnahmen in den Griff bekommen lässt.

Formen von Harninkontinenz

Stressinkontinenz → Betroffene spüren keinen Harndrang, und verlieren beim Husten, Niesen, Lachen oder Pressen wenige Mengen Harn. Zur Behandlung kann die Stärkung der Beckenbodenmuskulatur hilfreich sein.

Reflexinkontinenz → Erreicht die Harnblase eine bestimmte Füllung, geht Harn ab. Die Menschen spüren keinen Harndrang. Reflexinkontinenz tritt bei neurologischen Störungen auf (Querschnittslähmung) Zur Besserung kann eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr und ein regelmäßiges Toilettentraining helfen.

Dranginkontinenz → Die Betroffenen spüren den Harndrang, erreichen aber die Toilette nicht mehr rechtzeitig. Unterstützend können eine kontrollierte Flüssigkeitszufuhr und ein regelmäßiges Toilettentraining wirken.

Funktionelle Inkontinenz → Der Harndrang ist plötzlich so stark, dass die Betroffenen keine Möglichkeit mehr haben eine Toilette aufzusuchen oder andere Hilfsmittel verwenden zu können. Diese Form tritt häufig bei Bedürftigen auf, die stark verwirrt sind, unter starker Müdigkeit oder Dämmerzuständen leiden.

Bei allen **Inkontinenzformen** muss darauf geachtet werden, dass die Betroffenen **ausreichend trinken**. Dabei ist es von Vorteil, ein **Trinkprotokoll** zu führen.

Maßnahmen bei Inkontinenz

- **Kräftigung der Beckenbodenmuskulatur**
- **Toilettentraining** – durch regelmäßiges Aufsuchen der Toilette kann ein zeitlicher Rhythmus des Wasserlassens eingeübt werden → Ziel dabei ist, die Blase zu entleeren, bevor der Urin von selbst abgeht
- **Vorlagensystem – dabei unterscheidet man**
 - offene Systeme (siehe Abbildung 2.4) → eine Vorlage in körpergerechter Form wird in einer Netzhose getragen → die Vorlagen verfügen über eine flüssigkeitsundurchlässige Schicht und haben an den Rändern meist einen Auslaufschutz
 - geschlossene Systeme (siehe Abbildung 2.4) → Inkontinenzhosen werden nur bei schweren Inkontinenzformen verwendet

Beide Systeme gibt es in unterschiedlichen Größen und Saugstärken für Tag und Nacht. Wichtig ist dabei auf die passende Größe und das Fassungsvermögen zu achten. Bei jedem Wechsel der Inkontinenzversorgung soll eine Intimtoilette durchgeführt werden. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist, die **Selbstständigkeit** der betroffenen Menschen weitgehend zu **erhalten**.



Abbildung 2.4
Systeme der
Inkontinenzversorgung

- **Harnableitungssysteme** – sind durch die Harnröhre oder durch die Bauchdecke eingeführte Blasenverweilkatheter. Bei Männern gibt es auch die Möglichkeit ein Kondomurinal zu verwenden, welches äußerlich am Glied befestigt wird. Ein **Blasenkatheeter** stellt eine **ständige Infektionsgefahr** dar – die Indikation ist mit dem Arzt zu besprechen.

2.9.4 Stuhlinkontinenz

Stuhlinkontinenz ist ein Zustand, bei dem ein Mensch seine Stuhlentleerung nicht mehr kontrollieren kann.

Mögliche Ursachen einer Stuhlinkontinenz

- psychische oder psychiatrische Störungen
- Störungen im Bereich des Darms (Durchfall oder Dickdarmentzündungen)
- Störungen im Bereich des Gehirns (Schlaganfall, Alzheimer-Demenz, Gehirntumore, Multiple Sklerose)
- Störungen im Bereich des Rückenmarks (Querschnittlähmung)

Man unterscheidet bei einer **Stuhlinkontinenz drei Grade**:

Grad 1 → gelegentliche, geringe Verschmutzung der Unterwäsche oder unkontrollierter Gasabgang

Grad 2 → häufige Verschmutzung der Wäsche, unkontrollierter Abgang von Gasen und Stuhl

Grad 3 → vollständiger unkontrollierter Abgang von Stuhl und Gasen

Stuhlinkontinenz ist das Anwenden von **Inkontinenzprodukten** und das **Toilettentraining** erforderlich. Die Inkontinenzversorgung muss regelmäßig kontrolliert werden, weil nasse oder Stuhl verschmierte Einlagen für die betreuungsbedürftigen Menschen sehr unangenehm sind, und zu Hautschäden führen können

2.9.5 Veränderungen der Darmentleerung

Verstopfung (Obstipation)

Obstipation kann durch Bewegungsmangel, ballaststoffarme Ernährung oder zu geringe Flüssigkeitszufuhr entstehen. Besonders betroffen sind alte- und schwer betreuungsbedürftige- sowie bettlägerige Menschen. Erschwert wird die Situation der Verstopfung noch durch mögliche Medikamenteneinnahme, die eine Obstipation herbeiführen können (z.B.: blutdrucksenkende Mittel, Schlaf- und Schmerzmittel, Psychopharmaka). Um nicht ständig Abführmittel gegen die Verstopfung einnehmen zu müssen sollte mit alternativen Methoden vorgebeugt werden.

Vorbeugende Maßnahmen bei Obstipation:

- ein Glas lauwarmes Wasser am Morgen auf nüchternen Magen regt die Darmtätigkeit an
- Tee für die Verdauung bzw. Anregung der Darmtätigkeit trinken (Kümmel, Koriander, Fenchel, Anis, Kamille und Melisse) → vom häufigen Gebrauch von Sennesblättern ist eher abzuraten, weil diese heftige Durchfallkrämpfe hervorrufen
- Stiegen steigen ist besser als den Lift zu benutzen
- viel Trinken in Kombination mit Vollkornprodukten, Obst und Gemüse

- Saure Milchprodukte (Buttermilch, Kefir, Naturjoghurt) und Sauerkraut essen
- eingeweichtes Dörrobst hat eine sehr gute darmregulierende Wirkung
- Weizenkleie unter Speisen gemischt oder eingeweichter Leinsamen

Durchfall (Diarrhoe)

Bei Durchfall ist es wichtig Flüssigkeit und Salze zuzuführen. Schwarztee oder getrocknete Heidelbeeren mit Zwieback sowie eine Karottensuppe sind dabei empfehlenswert. Der Anschluss soll mit einer leicht verdaulichen Schonkost erfolgen. Hält der Durchfall länger an, ist unbedingt ein Arzt zu kontaktieren.

2.9.6. Erbrechen

Bei Erbrechen sind folgende Maßnahmen erforderlich:

- Betreuungsbedürftigen aufrecht sitzen lassen um eine Aspiration zu vermeiden
- evtl. Fenster öffnen und den Betreuungsbedürftigen durchatmen lassen
- Zahnprothesen und beengende Kleidungsstücke entfernen
- Nierentasse oder kleine Plastischüssel und Küchenrolle anreichen, um das Erbrochene auffangen zu können – Kleidung abdecken
- nach dem Erbrechen Mundpflege anbieten, Zähne putzen
- Gesicht kühl abwaschen
- beschmutzte Kleidung oder Bettwäsche wechseln
- Erbrechen dokumentieren (Uhrzeit, Menge, Art, Aussehen, Geruch, Häufigkeit) und evtl. Erbrochenes anschließend einem Arzt zeigen

Lernzielkontrolle:



- 1) Welche Veränderungen der menschlichen Haut kennen Sie?
- 2) Welche Prophylaxen kennen Sie? Gehen Sie auf eine Prophylaxe näher ein!
- 3) Beschreiben Sie die Arten der gestörten Darmentleerung?
- 4) Wie soll die Hilfestellung bei Erbrechen erfolgen?
- 5) Was bedeutet Harninkontinenz?
- 6) Welche Formen der Harninkontinenz kennen Sie?
- 7) Welche Maßnahmen wenden Sie bei Harninkontinenz an?
- 8) Was müssen Sie bei der Nahrungsverabreichung beachten?
- 9) Nennen Sie typische Zeichen einer Dehydration?
- 10) Welche schlaffördernden Maßnahmen kennen Sie?
- 11) Wie erfolgt eine Intimpflege?
- 12) Welche Unterschiede müssen Sie bei der Intimpflege von Männern und Frauen beachten?

Quellen:

- Jedelsky, Elisabeth (hrsg.), Heimhilfe praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause; Verlag Springer Wien New York 2006
- Pflege Heute, 2. Auflage, Urban Fischer Verlag, 2001
- Reinisch, Johanna, Praxisbuch Hauskrankenpflege Leopold Stocker Verlag 1999
- http://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Jaundice_eye.jpg
- <http://www.gesundheit-heute.de/gh/ebene3.html?id=1427#15k04>
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Aphthe>

2.10. Hygiene

Der Name Hygiene kommt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt "gesundes Leben".

Wie alle Eigenschaften des Lebens ordneten die Griechen auch das "gesunde Leben" einer Gottheit zu, nämlich Hygieia, der Tochter des Asklepios (Aesculap), dem Schutzgott der Ärzte und Kranken.

So kann man Hygiene als die "Lehre von der Gesunderhaltung des Menschen", "Gesundheitslehre", "Gesundheitspflege" oder "Schutz der Gesundheit" bezeichnen.

! Hygiene ist jenes Teilgebiet der Medizin, welches versucht Krankheiten zu verhüten, Gesundheit zu erhalten und zu steigern.

Die große Bandbreite dieses Faches, erstreckt sich von der Erkennung und Verhütung von Infektionskrankheiten, über die Sicherung der einwandfreien Beschaffenheit der Lebens- und Nahrungsmittel, bis hin zur Mitwirkung beim Städte- und Straßenbau. Dies überaus weit reichende Betätigungsfeld der Hygiene als Präventivmedizin beruht nicht zuletzt auf der weit gefassten Definition des Begriffes "Gesundheit" durch die WHO (World Health Organisation), wodurch **Umwelteinflüsse** auch dann als **"unhygienisch"** gewertet werden können, wenn sie **nicht unmittelbar zur Krankheit führen**, bei der Entstehung oder dem Auslösen einer Erkrankung aber doch eine Rolle spielen können.

! Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Schwäche. (WHO 1946)

2.10.1. Infektion

Infektion (lat.: *inficere* – eindringen, hineintun) ist das Eindringen von Krankheitserregern in den Organismus, deren Ansiedlung und Vermehrung. **Infektion ist nicht gleichbedeutend mit Krankheit.** Eine Infektion kann **ohne oder mit Krankheitszeichen** verlaufen. Treten im Rahmen einer Infektion Symptome, Beschwerden oder Veränderungen auf – liegt eine Krankheit vor.

Wie können Mikroorganismen in den Körper eindringen?

- **Passives Eindringen:**
 - durch die verletzte Haut oder Schleimhaut
 - durch Verschlucken
 - durch Einatmen
- **Aktives Eindringen:**
 - durch die unverletzte Haut oder Schleimhaut

Beim passiven Eindringen muss der Krankheitserreger nichts tun, damit er in den Körper gelangt, beim aktiven Eindringen hat der Krankheitserreger Fähigkeiten, die Abwehrmaßnahmen des Körpers zu überwinden (z.B. chemisch, enzymatisch)

Was hilft dem Körper, damit Krankheitserreger nicht eindringen?

- verhornendes Epithel der Haut (intakte Haut)
- „Säureschutzmantel“ der Haut
- Flimmerepithel der Atemwege (feinste Härchen in Luftröhre und großen Bronchien, welche Partikel in der Einatemluft registrieren und den Körper zum Aushusten reizen)
- Magensäure
- Sekrete der Schleimhaut (mit Spüleffekt)
- normale Keimbeseidlung von Haut, Mund, Darm, Vagina

2.10.2. Infektionskrankheit

Infektionskrankheit ist die Summe aller klinischen Beschwerden, welche als Folge einer Infektion auftritt. Dazu ist eine Mindestkeimmenge (Startzahl) erforderlich.

Verlauf einer Infektionskrankheit

Der Verlauf einer Infektionskrankheit kann Stadien zugeordnet werden:

- **Inkubationsstadium** → Aufnahme der Erreger, noch keine Beschwerden
- **Prodromalstadium** → uncharakteristische Beschwerden wie Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, evtl. Zeichen einer Erkältungskrankheit
- **Generalisation** → Vollbild der Erkrankung mit Bakteriämie oder Virämie (Vorhandensein der Keime im Blut) und Organbefall
- **Organstadium** → typische Krankheitszeichen meist mit erneutem Fieberanstieg
- **Rekonvaleszenzstadium** (Genesung) → Abklingen der Symptome bis zur Abheilung

2.10.3. Epidemiologie

! Epidemiologie der Infektionskrankheiten beschäftigt sich mit den Ursachen und Formen der Massenausbreitung von Krankheiten, die durch Infektionserreger hervorgerufen werden.

Epidemie ist eine zeitlich und örtlich begrenzte Anhäufung einer bestimmten Infektionskrankheit z.B. Grippe, Salmonelleninfektion.

Endemie ist eine örtlich begrenzte Anhäufung einer bestimmten Infektionskrankheit welche zeitlich unbegrenzt ist (Dauerverseuchung eines Gebietes. z.B. FSME, Malaria, Lepra).

Pandemie ist eine örtlich unbegrenzte Ausbreitung einer bestimmten Infektionskrankheit, welche sich oft über einen oder mehrere Kontinente erstreckt (z.B. Grippe)

2.10.4. Infektionsmodell

Das Modell einer Infektion ist in der Abbildung 2.1 dargestellt.

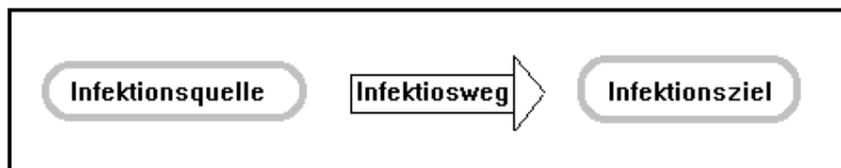


Abbildung 2.1 Infektionsmodell

Infektionsquelle

Als Infektionsquelle bezeichnet man jenes Reservoir an Erregern, von dem Infektionen und Infektionskrankheiten ausgelöst werden können. Es gibt verschiedene **Arten von Infektionsquellen**:

- der **erkrankte Mensch** und seine **Ausscheidungen** des Respirationstraktes (Pocken, Masern, Diphtherie, TBC .) des Darmes (Typhus, Cholera, Hepatitis A) des Urogenitaltraktes (Typhus, STD´s,...), über die Haut (Milzbrand, Pocken) und durch das Blut (Hepatitis B, AIDS)
- der **gesunde Keimträger** welcher ohne vorangegangene Erkrankung Krankheitserreger ausscheidet. (Enteritis, Diphtherie,...)
- der **Dauerausscheider** → eine Person, welche 10 Wochen nach Genesung an einer Infektionskrankheit noch immer Krankheitserreger ausscheidet
- der **verstorbene Mensch**
- das **kranke oder gesunde Tier**, wobei auch beim Tier alle beim Menschen beschriebenen Infektions- und Ausscheidungsformen vorkommen können
- die **unbelebte Infektionsquelle** in Abwasser, Abfall, Trinkwasser, Nahrungsmittel und in geringem Ausmaß auch Luft

Infektionswege

Der Infektionsweg beschreibt die "Reise" des Erregers von der Infektionsquelle bis zur Eintrittspforte. Diese Reise kann direkt oder indirekt von der Infektionsquelle zum Infektionsziel verlaufen.

- **Direkte Übertragung** → Ausscheider von Krankheitserregern und der "Empfänger" hatten unmittelbaren Kontakt → Kontakt- oder Schmierinfektion direkt von Mensch zu Mensch steht im Vordergrund, wobei die **Kontaktinfektion** vom Händedruck bis zum Geschlechtsverkehr reicht → **Schmierinfektion** erfolgt in der Regel fäkal-oral → bei der **Tröpfcheninfektion** wird der Erreger durch Sprechen, Niesen oder Husten innerhalb von Tröpfchen freigesetzt
- **Indirekte Übertragung** → für die "Reise" zwischen Ausscheider und "Empfänger" von Krankheitserregern sind Transportmittel zwischengeschaltet → solche Transportmittel können z.B. Pflegeutensilien, Blutdruckmanschetten, Stethoskop, Haushaltsgegenstände oder Hände sein

! Für die Personenbetreuer ist das Beachten der Übertragungswege sowie das Verhindern einer möglichen Ansteckung des Klienten von großer Bedeutung

Eintrittspforten

Das **Infektionsziel** in der Infektionslehre ist in der Regel der Mensch. Da der Organismus verschiedene Abwehrmaßnahmen besitzt, müssen Krankheitserreger gewisse Schwachstelle nutzen, um in den Körper einzudringen zu können. Folgende

Eintrittspforten sind möglich:

- **Atemwege** → durch Einatmen der kontaminierten (verunreinigten) Aerosole z.B. Grippe, Schnupfen, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Windpocken
- **Mund-, Magen- und Darmschleimhaut** → durch Verschlucken von kontaminierter Speisen und Getränken z.B. bakterielle Ruhr (Dickdarm), Poliomyelitis, Hepatitis, Typhus(Dünndarm)
- **Schleimhäute der Geschlechtsorgane** → durch direkten Kontakt bei kleinsten Verletzungen der Schleimhaut z.B. Hepatitis B, AIDS
- **verletzte Haut** → durch die verletzte Haut können Erreger ungehindert in das Gewebe eindringen
- **durchbohrte Haut** → durch Stiche von blutsaugenden Insekten gelangt der Krankheitserreger durch die sonst intakte Haut in das Blut z.B. Malaria, FSME
- **Bindehaut des Auges** → perinatal Infektion mit Gonokokken oder Chlamydien

2.10.5. Möglichkeiten der Abwehr

Um das Entstehen einer Infektionskrankheit zu verhindern, stehen dem Organismus eine Reihe von Abwehrmöglichkeiten zur Verfügung:

- **allgemeine Abwehrmechanismen** → d.h. sie finden überall im Körper statt
- **lokale Abwehrmechanismen** → d.h. nur an einem bestimmten Ort im Körper
- **angeborene und erworbene Abwehrmöglichkeiten** – Resistenz und Immunität

! Unter Resistenz versteht man alle angeborenen oder ererbten Fähigkeiten des Organismus, einer Infektion Widerstand zu leisten, lokal oder allgemein (= unspezifisch angeborene Abwehr).

! Als Immunität bezeichnet man den Schutzzustand des Organismus gegenüber bestimmter Infektionskrankheiten auf Grund des Vorhandenseins spezifischer Antikörper.

2.10.6. Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

! Ein frühzeitiges Erkennen und Erfassen der ersten Krankheitsfälle, das Ermitteln und Ausschalten der Infektionsquellen sowie die Vermeidung einer weiteren Ausbreitung der Erkrankung sind die Kernstücke der Seuchenbekämpfung.

Um das Entstehen von Seuchen wirksam zu unterbinden bedient sich das **Gesundheitsamt** verschiedener **Instrumente**:

1. **Meldepflicht** von Erkrankungsfällen, Verdachts- und/oder Todesfällen.
2. **Isolation** von Kranken, Verdächtigen, evtl. Kontaktpersonen und Ausscheidern.
3. **Desinfektion, Sterilisation und Entwesung** → (siehe Kapitel 2.12.).
4. **Allgemeine, prophylaktische Maßnahmen** der Umwelthygiene (z.B. Trinkwasser- und Nahrungsmittelqualität, Abfall- und Abwasserbeseitigung)
5. **Immunisierungsmaßnahmen** (aktiv oder passiv).
6. **Chemotherapie** zur Abtötung der Erreger.

Grundsatz in der Epidemiologie:

! Sinnvoller als das *DURCHMACHEN* und meist sehr aufwendige und kostspielige *HEILEN* ist, sie zu verhüten d.h. Prophylaxe zu betreiben.

Isolierung zu Hause

Eine Isolierung im eigenen Wohnbereich ist gesetzlich nur dann möglich, wenn bestimmte **Voraussetzungen** gegeben sind (variieren je nach Krankheit):

- eigener Raum nur für den Erkrankten
- Pflegeperson nur für den Erkrankten
- Desinfektionsmöglichkeiten für Hände, Geschirr und Gegenstände
- bei Bedarf Schutzkleidung
- Schlussdesinfektion nach amtsärztlicher Anordnung

Isolierung im Krankenhaus:

Hierbei unterscheidet man zwei Arten der Isolierung, die **Schutz-** und die **Quellenisolierung** (früher protektive und Standard-Isolierung).

Die Schutzisolierung soll besonders infektionsgefährdete Patienten, die Quellenisolierung jede nächste, empfängliche Person vor Krankheitserregern schützen.

2.11. Mikrobiologie

Die Mikrobiologie und die Infektiologie ist neben der Epidemiologie eine weitere Wissenschaftsrichtung, die mit der Hygiene in besonderer Weise verbunden ist.

Die medizinische Mikrobiologie ist die Lehre und die Wissenschaft von den Mikroorganismen, die für den Menschen als Krankheitserreger von Bedeutung sind. Solche Mikroorganismen sind:

Bakterien

Sie zählen zu den primitiven Einzellern. Im normalen Lichtmikroskop werden die meisten Bakterien bei 400 bis bis 1000facher Vergrößerung sichtbar. Sie können auf leblosen Nährmedien angezchtet werden, identifiziert werden und mittels einer Resistenzbestimmung auf ihre Empfindlichkeit gegenüber Antibiotika geprüft werden.

Viren

Viren sind sehr kleine, im normalen Lichtmikroskop nicht erkennbare Krankheitserreger → Sie können nur mit Hilfe von hochtechnologischen Elektronenmikroskopen sichtbar gemacht werden → besitzen selbst keinen Stoffwechsel, und können sich nur in der lebenden Zelle vermehren. Viren sind also sogenannte Zellparasiten. Eine Anzüchtung auf künstlich hergestellten Nährmedien ist nicht möglich, d.h. Viren können nur in Zellkulturen angezüchtet werden.

Pilze

Sie gehören zu den höheren einzelligen Organismen, Zellen sind komplizierter aufgebaut und zumeist auch größer als die der Bakterien → Wie Pflanzen und Tiere bilden die Pilze ein eigenes biologisches Reich. Auch die Pilzzellen sind im Lichtmikroskop erkennbar; → eine Anzüchtung auf künstlichen Nährmedien ist möglich

Protozoen

Protozoen zählen zu den höheren einzelligen Mikroorganismen (wie Pilze) → Protozoen entwickeln und vermehren sich häufig in Erregerkreisläufen, wobei in jedem Wirtsorganismus nur bestimmte Entwicklungsstadien entstehen können → ein Anzüchten mancher Protozoenarten ist zwar möglich, zur Diagnosenstellung meist aber nicht erforderlich.

Würmer

Sie sind höhere, vielzellige Organismen, die meisten können nicht mehr als Mikroorganismen (mikros = klein) bezeichnet werden → manche Darmwürmer können 10 m und länger werden, Eier und Larven aber auch manche ausgewachsene Würmer sind sehr klein und deshalb nur mikroskopisch nachweisbar.

Arthropoden (Gliederfüßler)

Hierbei handelt es ebenfalls um vielzellige Organismen, zu denen die Insekten und Spinnentiere gehören → eine Reihe dieser Organismen (z.B. Krätzmilben) sind selbst krankheitsverursachend. Besonders Fliegen- oder Mückenarten dienen aber als Überträger von Viren, Bakterien, Protozoen oder Würmern (z.B. Übertragung der Malaria durch die Anopheles-Mücke).

Protozoen, Würmer und Arthropoden werden zusammenfassend als **Parasiten** bezeichnet. Das Arbeitsgebiet, das sich mit Parasiten beschäftigt, heißt Parasitologie.

2.12. Reinigung

Bei der Reinigung werden Staub, Schmutz und sonstige Verunreinigungen (Blut, Urin u.a.) von Flächen, Gegenständen oder Händen entfernt. Im Schmutz können entweder Krankheitserreger enthalten sein (z.B. Gasbranderreger im Staub von Straßenschuhen) oder aber der Schmutz bietet in der Umgebung vorhandenen Mikroorganismen einen Nährboden zur Vermehrung. Auch Schädlinge (z.B. Schaben, Silberfischchen) nutzen solche Nahrungsquellen.

Mikroorganismen werden durch die zur **Reinigung** verwendeten Substanzen **nicht abgetötet**. Das bedeutet, dass in den Reinigungsutensilien (Wischwasser, Mop, Tücher) nach kurzer Zeit sehr hohe Keimzahlen, z.T. auch von pathogenen Keimen nachweisbar sind.

Deshalb müssen Reinigungslösungen, Tücher und andere Materialien (auch die Eimer) regelmäßig gewechselt bzw. die Utensilien selbst regelmäßig gereinigt werden.

Bei der Zubereitung von Reinigungslösungen sind die vom Hersteller angegebenen Konzentrationen einzuhalten und für die exakte Dosierung die meist mitgelieferten Dosierhilfen zu verwenden.

Verschiedene Reinigungsverfahren

Trockenreinigung

Trockenreinigungsverfahren sind im wesentlichen **Kehren und Staubwischen**. Da bei diesen Verfahren Staubaufwirbelungen entstehen und womöglich pathogene (krankmachende) Erreger eingeatmet werden können, sind derartige Reinigungsverfahren in der Nähe von Personen mit schwachem Immunsystem sowie unmittelbar vor Pflegehandlungen mit Infektionsgefahr (z.B. Verbandwechsel) zu unterlassen.

Feuchtreinigung

Bei diesem Verfahren der Reinigung befinden sich die Wischgeräte (Baumwolltücher oder Einmal-Wischtücher) in einem feuchten oder nebelfeuchten Zustand. Die Reinigungswirkung dieser Tücher ist sehr begrenzt und erfordert deshalb einen engmaschigen Wechsel.

Nassreinigung

Bei der Nassreinigung wird eine bestimmte Fläche zuerst mit einem nassen Wischtuch, mittels S-förmiger Bewegung gewischt, das Wischtuch ausgewrungen und dann mit dem

noch feuchten Tuch die überschüssige Reinigungslösung aufgesaugt, bevor die nächste Fläche wiederum nass gewischt wird. **Nachteil:** Die Reinigungslösung ist sehr rasch verunreinigt und es wird, wenn nicht engmaschig die Reinigungslösung gewechselt wird, der aufgenommene Schutz verteilt.

Nassreinigung („2-Eimer-Methode“)

Mit diesem Verfahren der Reinigung kann man eine relativ große Fläche mit relativ geringer Reinigungslösung reinigen.

Dabei wird aus einem Eimer mit frischer Reinigungslösung diese mittels eines Wischtuches entnommen, auf dem Fußboden aufgetragen, das Wischtuch in den zweiten Eimer hinein ausgewrungen, um dann in einem zweiten Arbeitsschritt die zuvor aufgebrauchte Reinigungslösung wieder in S-förmigen Bewegungen aufzusaugen. Auch nach diesem zweiten Arbeitsschritt wird das Wischtuch in den zweiten Eimer hinein ausgepresst. Erst jetzt wird wieder frische Reinigungslösung aus dem ersten Eimer entnommen, um den nächsten Abschnitt der zu reinigenden Fläche in Angriff zu nehmen.

2.13. Desinfektion

Desinfektion ist die gezielte Reduktion der Anzahl bestimmter, unerwünschter Mikroorganismen durch physikalische oder chemische Inaktivierung, so dass sie unter gegebenen Umständen keine Infektion mehr verursachen können

Bei der Desinfektion geht es um das Abtöten bzw. Inaktivieren krankmachender Mikroorganismen. Desinfektion ist also eine gezielte Entkeimung mit dem Zweck, die Übertragung bestimmter, unerwünschter Mikroorganismen zu verhindern.

Gegenstände, Hände, Textilien, Instrumente u.a. sollen nach einer Verunreinigung (Kontamination) mit Krankheitserregern so behandelt werden, dass von ihnen keine Infektionsgefahr mehr ausgeht. Dabei unterscheidet man:

- **Laufende Desinfektionsmaßnahmen** → werden regelmäßig durchgeführt, um während der Pflege und Behandlung eines Patienten (auch bei einer möglicherweise noch nicht erkannten übertragbaren Erkrankung) eine Verbreitung von Krankheitserregern zu verhindern
- **Gezielte Desinfektion** → Desinfektionsmaßnahmen, welche **unmittelbar** auf eine sichtbare Kontamination (mit Stuhl, Harn, Blut, Sputum etc.) zu erfolgen hat → Desinfektionsverfahren sollte bei Bedarf von jeder Person durchgeführt werden, welche damit unmittelbar konfrontiert ist → für dieses Desinfektionsverfahren verwendet man im Idealfall Flächendesinfektionsmittel

Sollte diese sichtbare Kontamination eine große Flüssigkeitsmenge darstellen, wird sie nach dem Anziehen von Latex-Handschuhen mit saugendem Material (z.B. Zellstoff) aufgesaugt. Dieses getränkte Medium wird unmittelbar danach in einem flüssigkeitsdichten Behältnis entsorgt und die kontaminierte Fläche mit Flächendesinfektionsmittel benetzt. Nach der erforderlichen Einwirkzeit erfolgt die Reinigung dieser Stelle.

2.14. Händehygiene

Unsere Haut ist ständig in Kontakt mit der Außenwelt und dadurch mit zahlreichen Keimen besiedelt. Dies gilt in besonderer Weise für die Hände. Eine gute Händehygiene ist deshalb die **wichtigste Maßnahme um sich selbst und andere Personen vor übertragbare Erkrankungen zu schützen**. Die Händehygiene setzt sich aus **vier Elementen** zusammen:

- Händewaschen
- Händedesinfektion
- Schutz der Hände
- Pflege der Hände

Händewaschen

- Wasserhahn ohne Berührung mit den Fingern aufdrehen
- Entnahme von Flüssigseife ohne Berühren des Spenders mit den Fingern
- aufschäumen mit warmen, fließendem Leitungswasser (herumspritzen vermeiden) bis zum Handgelenk für mind. 30sec.
- abspülen der Hände vom Handgelenk zu den Fingerspitzen
- vorsichtiges Abtropfen der Hände
- abtrocknen mit Einweghandtuch
- Wasserhahn mit gebrauchtem Einweghandtuch abstellen

! Das richtige Händewaschen ist durchzuführen – vor Arbeitsbeginn, nach Arbeitsende, nach längeren Pausen, vor reinen Arbeiten (z.B. Kochen), nach unreinen Arbeiten (Reinigungsarbeiten, Toilettenbesuch, Nase putzen, Abfallentsorgung, Gartenarbeit usw.)

Händedesinfektion

Die Händedesinfektion ist die wesentlichste und effizienteste Maßnahme zur Verhütung von Infektionen die durch Kontakt übertragen werden.

Die hygienische Händedesinfektion richtet sich im Wesentlichen gegen möglicherweise krankmachende Mikroorganismen, welche durch das Berühren von Flächen, Gegenständen aber auch Personen auf die Hände gelangt sind. Im Idealfall werden die Hände deshalb unmittelbar nach dem mögliche krankmachende Mikroorganismen auf sie gelangt sind, desinfiziert.

! Ziel der hygienischen Händedesinfektion ist es, das Übertragen und Weiterverbreiten von Infektionserregern zu verhindern.

• Für die Personenbetreuung reicht in den meisten Fällen ein exaktes Händewaschen aus.

Sichtbare Verunreinigungen der Hände (Blut, Stuhl, Sekrete, Erbrochenes u. a.) werden vor der Desinfektion mit Zellstoff (diesen evtl. schon mit Händedesinfektionsmittel tränken) entfernt, da sonst eine ausreichende Wirksamkeit der Desinfektion unter Umständen nicht gegeben ist.

Die **Einwirkzeit** bei der hygienischen Händedesinfektion hängt von den Angaben des Herstellers ab, beträgt aber bei den meisten Produkten **30 Sekunden**. Dabei müssen die Hände für die gesamte Einwirkzeit feucht bleiben, bzw. muss gegebenenfalls noch einmal Händedesinfektionsmittel nachdosiert werden.

Handschuhe

Durch das Tragen von Handschuhen v.a. bei Tätigkeiten, bei denen mit einer Verunreinigung der Hände zu rechnen ist, kann sichtbare Verunreinigung vermieden werden.

Die idealen Handschuhe weisen eine ausreichende Dichtheit und eine gute Passform auf und verursachen keine Allergien oder Unverträglichkeiten. Für Tätigkeiten am Patienten empfehlen sich Latexhandschuhe und für hauswirtschaftliche Tätigkeiten Haushaltshandschuhe.

Haushaltshandschuhe sind aus einem festeren Material und können öfters verwendet werden. Bei den unterschiedlichen Arbeiten werden je nach Kontaminationsgrad auch die Handschuhe gewechselt (z.B. für das Reinigen der Toilette eigene Haushaltshandschuhe verwenden)

Beim Ausziehen der Handschuhe eine mögliche Kontamination der Hände vermeiden. Nach dem Ausziehen ist eine exakte Händehygiene erforderlich, da Schutzhandschuhe immer wieder Mikroperforationen aufweisen.

Pflege der Hände

Um Hände ausreichend zu schützen, ist regelmäßige Handpflege nötig. Dafür verwendet man Hautcremen mit ausreichendem Pflegefaktor, die rasch in die Haut einziehen und in Tuben abgefüllt sind. Eine Entnahme aus einem Tiegel ist aus Gründen der Kontamination nicht zu vertreten.

Lernzielkontrolle:



- 1) Welche Arten von Krankheitserregern kennen Sie?
- 2) Zählen Sie verschiedene Reinigungsverfahren auf und beschreiben Sie diese kurz!
- 3) Was beachten Sie bei der Händehygiene?
- 4) Erklären Sie den Begriff der Desinfektion!
- 5) Worauf achten Sie im Zusammenhang mit der Küchenhygiene?
- 6) Zählen Sie Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Erkrankungen auf!

Quellen:

- Daschner, F. (Hsg), Praktische Krankenhaushygiene und Umweltschutz, 3. Auflage, Springer Verlag, Freiburg 2006

2.15. Allgemeine Arzneimittellehre

Entsprechend den EU-Richtlinien sind **Arzneimittel** Stoffe oder Stoffgemische zur Behandlung, Verhütung von Krankheiten bzw. Stoffe oder Stoffgemische, die im Körper zur Diagnostik, Wiederherstellung, Besserung oder Beeinflussung der Körperfunktionen angewandt werden.

Arzneimittel bestehen aus **Wirkstoffen** (chemische, pflanzliche Stoffe) und **Hilfsstoffen** (z.B. Konservierungsstoffe). Arzneimittel werden nur zugelassen, wenn die **Wirksamkeit** und **Unbedenklichkeit** nachgewiesen ist.

- ! Arzneimittel **greifen** laut Definition **in die Funktionen eines Organismus ein**, das bedeutet, dass ein **verantwortungsvoller Umgang** mit Arzneimitteln zum Schutz der Patienten/Klienten unerlässlich ist.

2.15.1. Arzneimittellagerung

Bei der Arzneimittellagerung sind schädigende Einflüsse auszuschließen bzw. zu minimieren. **Einflüsse**, die Arzneimittel ungünstig beeinflussen können sind:

- **Temperatur** → Hinweise auf der Packungsbeilage beachten – gibt es keine speziellen Hinweise, gilt Raumtemperatur
- **Luftfeuchtigkeit, Luftsauerstoff** → der beste Schutz besteht, wenn Arzneimittel in verschlossenen Originalpackungen gelagert werden
- **Licht** → zum Schutz vor Licht sind Medikamente teilweise in lichtundurchlässigen Folien bzw. in Braunglasbehältnissen verpackt → Lagern in Originalverpackung (Karton) gewährt den besten Schutz
- **Mikroorganismen** → eine Verunreinigung mit Keimen ist vor allem bei flüssigen Arzneimitteln von Bedeutung
- **Mechanische Einflüsse** → insbesondere im Umgang mit Ampullen und Infusionsflaschen sind mechanische Einflüsse von Bedeutung → Glas- oder Plastikflaschen können kleine Risse (Haarrisse) bekommen → durch diese Haarrisse können Mikroorganismen in die Behältnisse gelangen und sich vermehren

Bei allen schädigenden Einflüssen spielt der **Faktor Zeit** eine übergeordnete Rolle. Das heißt, damit Veränderungen an einem Arzneimittel entstehen, müssen die schädigenden Einflüsse eine gewisse Zeit einwirken.

Richtlinien für die Arzneimittellagerung

- ! Lagern in **Originalverpackung** inklusive Beipackzettel, angebrochene Packungen **kennzeichnen**
- Beachten der **Lagerungshinweise** (Temperatur, Lichtschutz)
- nur benötigte Arzneimittel in möglichst **geringen Vorratsmengen** lagern
- **Verfallsdatum** bei jeder Arzneimittelabgabe überprüfen → abgelaufene Medikamente nicht mehr anwenden!
- **Beobachten auf Veränderungen** → Geruch, Farbe, Trübungen, Ausfällungen und Konsistenzveränderungen sind mit unseren Sinnesorganen erkennbar – nötigenfalls ist ein Vergleich mit einem frischen Medikament vorzunehmen

2.15.2. Verabreichungsarten

Erkrankungen können entweder **lokal** oder **systemisch** therapiert werden. Unter lokaler Therapie versteht man z.B. das Behandeln einer Wunde mit Salben oder Puder. Das Behandeln von Erkrankungen innerer Organe oder Organsysteme kann nicht direkt lokal erfolgen, in diesem Fall werden die Medikamente verabreicht, über die Blutbahn aufgenommen und im Organismus verteilt. Bei der systemischen Therapie unterscheidet sich somit der Ort der Verabreichung vom Wirkungsort.

Zur Verabreichung von Arzneimitteln stehen verschiedene **Verabreichungsarten** (Applikationsformen) zur Verfügung.

Hier einige Beispiele:

- über den Mund, schluckend → oral/peroral
- über die Haut (z.B. Salben) → kutan
- unter der Zunge zergehen → sublingual
- durch die Nase, schniefen, in die Nase träufeln → nasal
- in die Vene spritzen → intravenös (i.v.), in den Muskel spritzen → intramuskulär (i.m.), unter die Haut spritzen → subkutan (s.c.)
- durch die Haut, auf die Haut auftragen (Pflaster, Salben) → transdermal
- in den Enddarm stecken/spritzen → rektal
- in die Scheide stecken/träufeln → vaginal
- über die Lunge einatmen → inhalativ
- unter Umgehung des Darmes (keine eigene Applikationsform, es beinhaltet viele der o.g.) → parenteral, unter Verwendung des Darmes → enteral

2.15.3. Arzneiformen

Flüssige Arzneimittel

Bei den flüssigen Arzneiformen sind die **Arzneimittel gelöst** (Lösungen), was eine schnellere und vollständigere Aufnahme bewirkt. Die **Verabreichung** flüssiger Arzneimittel erfolgt z.B. über den Mund, über die Haut oder in Form von Spritzen (Injektionen).

Lösungen (Solutio; Sol.) bestehen aus mindestens zwei Stoffen – einer Substanz und dem Lösungsmittel z.B. Wasser oder Öl. Evtl. sind Hilfsstoffe zugefügt (z.B. Zucker). Die **wichtigsten Lösungen** zur oralen Anwendung sind:

- **Sirup** (hoher Zuckeranteil)
- **Mixtur** (wässrig, meist gesüßt und aromatisiert)
- **Tropfen** (wässrige, alkoholische oder ölige Lösungen mit stark wirksamem Arzneistoff)
- **Suspension** (feine Verteilung von unlöslichen Feststoffteilchen in Flüssigkeit)
- **Emulsion** (ein fein verteiltes Gemisch verschiedener Flüssigkeiten – z.B. Wasser + Öl + Emulgator, Emulgatoren sind Hilfsstoffe, die dazu dienen, zwei nicht miteinander mischbare Flüssigkeiten, wie zum Beispiel Öl und Wasser, zu einem fein verteilten Gemisch zu vermengen)

Halbfeste Arzneimittel

Das **Verabreichen** von halbfesten Arzneimitteln erfolgt z.B. über die Haut. Zu den **halbfesten Arzneimitteln zählen**:

- **Salbe**: Wirkstoff in Salbengrundlage (meist Fett)
- **Creme**: weiche Salbe mit höherem Wasseranteil
- **Lotion**: noch höherer Wasseranteil
- **Paste**: Salben mit pulverförmigen Zusätzen (hoher Puderanteil → harte Paste)
- **Gel**: Wirkstoff in wasserlöslicher Grundmasse mit Quellstoff und Geliermittel
- **Zäpfchen** (Suppositorium, Supp.): Wirkstoff in Fett-Grundlage, schmilzt bei Körpertemperatur)

Feste Arzneimittel

Feste Arzneimittel werden geschluckt oder über die Haut (Puder) verabreicht. Zu den **festen Arzneimitteln zählen:**

- **Pulver** (Pulv.) → mehr oder weniger zermahlene Arzneistoffe
- **Tabletten** (Compressi; comp.) → gepresstes Pulver mit Hilfsmitteln
- **Dragees** (Drg.) → Tabletten mit Überzug zum Schutz vor Licht, Luftsauerstoff oder Luftfeuchtigkeit, zur Überdeckung eines unangenehmen Geschmacks oder zum Schutz vor saurem Magensaft
- **Kapseln** (Kps.) → Kunststoffhülle, die pulverisierte oder flüssige Wirkstoffe enthält; die Hülle überdeckt den unangenehmen Geschmack des Inhalts und zerfällt rasch im Magen- oder Darmsaft (je nach Überzug)

Gasförmige Arzneimittel

Hierzu zählen Narkosegase, Sauerstoff und Aerosole. Aerosole sind feine Verteilungen von festen oder flüssigen Teilchen in einem Gas und dienen der lokalen Anwendung der Atemwege.

Sonstige Arzneiformen

Zu den sonstigen Arzneiformen sind Transdermal therapeutische Systeme (TTS) und Fettgazen mit Wirkstoffen zu zuordnen.

- **TTS** → Wirkstoff ist in Pflaster integriert, wird auf die Haut geklebt und für bestimmte Zeit belassen (Wirkstoff wird resorbiert). Beispiele sind Durogesic®-Pflaster (Fentanyl) oder Nitroderm®-Pflaster
- **Fettgaze** → Wirkstoff (meist Antibiotika) ist auf Fettgaze aufgebracht und wird von der Haut resorbiert

2.15.4. Besonderheiten der Arzneiformen

Besonderheiten bei flüssigen Arzneimitteln

Lösungen:

- sind anfällig gegen Licht und Luftsauerstoff und mikrobielle Verunreinigung (Zucker guter Nährboden) → erst kurz vor Gebrauch richten
- immer gut verschließen, sonst Konzentrationsänderung durch Verdampfen des Lösungsmittels
- alkoholische Lösungen nicht bei bestehender Alkoholkrankheit anwenden
- Mundspül- und Gurgellösungen sollen lange in Kontakt mit der Mundschleimhaut bleiben → mehrmals täglich gurgeln, danach nicht sofort Essen oder Trinken

Suspensionen/Emulsionen:

- vor Gebrauch **schütteln** → ist der Bodensatz nicht lösbar – Suspension bzw. Emulsion verwerfen

RICHTIG
wichtig

Verabreichen von Augentropfen 

- auf Sterilität achten
- meist nur ein Monat haltbar, Anbruchdatum notieren
- möglichst zimmerwarm verabreichen

Verabreichen von Ohrentropfen 

- nur bei intaktem Trommelfell anwenden
- Gehörgang ist nicht geradlinig, deshalb in liegender Seitenlage verabreichen

Verabreichen von Nasentropfen 

- vor der Anwendung – die Nasen schnäuzen
- während des Eintropfens – den Kopf nach hinten geneigt halten und durch die Nase langsam Luft einsaugen

Verabreichen von Mundspül- und Gurgellösungen 

- mehrmals täglich gurgeln
- danach nicht sofort Essen oder Trinken
- evtl. kann es hilfreich sein, die Lösungen in Form von Eiswürfeln anzubieten

Anwendung von Lösungen auf der Haut 

- mit Watteträger, Tupfer oder Pipette auftragen
- Flaschenhals nicht berühren oder verunreinigen
- alkoholische Lösungen nicht auf offene Wunde, da sie ein Brennen verursachen

Anwendung von Injektionslösungen 

- müssen steril bleiben

Das **Verabreichen und Dosieren** flüssiger Arzneimittel erfolgt nach Tropfen bzw. Volumen.

- **Tropfen** (gtt): **genau dosieren** (Tropfen zählen oder nach Millilitern verabreichen); **richtige Handhabung der Tropfenflasche** (Flasche senkrecht oder geneigt halten) → Schütteln oder Klopfen kann einzelne Tropfengröße verändern
- **Volumen:** Esslöffel → 15ml, Dessertlöffel oder Kinderlöffel → 10ml, Teelöffel → 5ml

Besonderheiten bei der Anwendung halbfester Arzneimittel

Anwenden auf der Haut



**RICHTIG
wichtig**

- **grundsätzlich** gilt: Anbruchdatum vermerken, Tubenhals nicht verunreinigen, Entnahme aus Salbentiegel mit einem Spatel vornehmen (Verunreinigung vermeiden), Salbentuben nicht ins Bett legen
- **Pasten:** nach Verdunsten der Flüssigkeit bleibt ein festhaftender Belag auf der Haut (Schutz) → meist **nicht oder schlecht abwaschbar**, lösen mit Öl und warmem Wasser
- **Gel** kühlt, trocknet auf der Haut

Rektale/vaginale Anwendung



- **Zäpfchen** (Suppositorien) bis kurz vor der Verabreichung in der Packung belassen, kühl lagern, falls sie geteilt werden müssen → immer längs teilen, zum Verabreichen Handschuhe tragen, Verabreichung kann Stuhldrang auslösen
- **Vaginalzäpfchen** möglichst tief in die Scheide (vor Gebärmutterhals) einführen, Anwendung erfolgt in der Regel abends

Verabreichen von Augensalben



- auf **Sterilität und Haltbarkeit** achten, Öffnung der Salbentube **nicht verunreinigen**
- nach Anbruch nur **beschränkt haltbar**
- kurzen Salbenstrang **in den Bindehautsack** „fallen“ lassen → Sehfähigkeit ist vorübergehend beeinträchtigt
- möglichst **zimmerwarm verabreichen**

Verabreichen von Mund- und Nasensalbe



- **Mundsalbe** mehrmals täglich auftragen, da sie schlecht haftet, Mundschleimhaut vorher abtupfen
- **Nasensalbe** → vorher Nase schnäuzen, direkt aus der Tube oder mit Hilfe eines Watteträgers ins Nasenloch einbringen

Besonderheiten bei der Anwendung fester Arzneimittel

RICHTIG
wichtig

Pulver

- **je feiner** die Pulver (raschere Auflösung), **desto schneller** der Wirkungseintritt
- Pulver sind **wasseranziehend** und daher nur begrenzt haltbar
- falls nicht portionsweise verpackt → genaue Dosierung schwierig

Tablette

- **nicht überzogene Tabletten** können anhand Einkerbung geteilt werden
- **Brausetabletten** enthalten Substanzen, die sich in Wasser schnell unter Freisetzung von Kohlendioxid lösen
- Tabletten zur **Anwendung in der Mundhöhle** setzen Wirkstoff in der Mundhöhle, die Aufnahme des Wirkstoffes ins Blut erfolgt über die Mundschleimhaut
- Lutschtabletten erzielen **örtliche Wirkung**
- **tablettenähnliche Plättchen**, die auf die Zunge gelegt werden (lösen sich in Sekunden auf und werden schnell resorbiert)
- **Retardtabletten** sind Tabletten mit verzögerter Arzneimittelabgabe

Dragees

- haben **glatte, glänzende** und oft gefärbte Oberfläche
- **Filmtabletten** haben einen sehr dünnen Überzug
- **Magensaftresistent überzogene Tabletten** zerfallen nicht im Magen, sondern werden in den Dünndarm befördert → **auf keinen Fall teilen, zerkleinern oder zerkauen**
- **Tabs** oder **Divitabs** sind speziell zur Teilung vorgesehene, magensaftresistente Tabletten (siehe Beipackzettel)

Kapsel

- Kapseln **nehmen Feuchtigkeit** aus der Luft **auf** und können klebrig werden → oder **geben Feuchtigkeit ab** und werden brüchig
- **Lagerungshinweise und Haltbarkeit** beachten
- nach der Gabe von **Zerbeißkapseln** nicht sofort Schlucken, Trinken oder Essen

Besonderheiten bei der Anwendung von gasförmigen Arzneimitteln

Aerosole

Ein möglicher Umgang mit Dosieraerosol (Vgl.

1. Spray mit der Öffnung nach unten gut **durchschütteln** und Schutzkappe entfernen.
2. **Gründlich ausatmen** bevor das Dosier-Aerosol zum Mund geführt wird – **Atem anhalten** und Mundstück in den Mund nehmen.
3. **Mundstück** fest mit den Lippen **umschließen, langsam und tief einatmen** und **gleichzeitig** den **Spraystoß auslösen**. Bewusst durch das Dosier-Aerosol und nicht durch die Nase atmen. „Mit dem Bauch“ atmen, das erweitert die Lunge.
4. Zehn Sekunden den **Atem anhalten**, damit das Medikament tief in die Lunge sinkt. Dabei das Dosier-Aerosol wieder absetzen. Bei geschlossenem Mund über die Nase **langsam ausatmen**.
5. Schutzkappe wieder auf das Spray setzen, darauf achten, dass jeder Hub einzeln inhaliert wird. Zwischen den Hüben ein paar Minuten Abstand halten.



Sauerstofftherapie

Bei Patienten, die eine Sauerstofftherapie erhalten sind Puls, Atmung, Bewusstsein, Hautfarbe, Sauerstoffdosierung und Sondenlage sowie die Befeuchtung des Sauerstoffs regelmäßig zu überprüfen.

Je nach Verabreichungsart kann eine höhere Konzentration der Einatemluft erreicht werden. Bei den unterschiedlichen **Verabreichungsformen** sind folgende Regeln zu beachten:

- **Nasensonde** → vor dem Einführen Nase möglichst schnäuzen, Sonde bis zum weichen Gaumen vorschieben → vorher Entfernung von der Nasenspitze zum Ohrläppchen messen, Sonde mit hautfreundlichem Pflaster ohne Zug an Wange oder Nase fixieren
- **Nasensonde mit Schaumgummikissen** → Sonde ca. 1cm in die Nase einführen → Schaumstoffkissen dichtet Nasenöffnung etwas ab, verhindert Druckstellen und Sauerstoff kann nicht so leicht entweichen
- **Sauerstoffbrille** → die beiden Schlauchenden sollen ca. 1 cm in die Nase ragen (evtl. kürzen), Schläuche hinter das Ohr legen und unter dem Kinn befestigen
- **Sauerstoffmasken** → werden eher kurzfristig verwendet, zwar ist die Sauerstoffverabreichung besser, aber der Patient fühlt sich meist durch die Maske beeinträchtigt



RICHTIG
wichtig

Da es unterschiedliche Aerosole und Anwendungsarten gibt, sind unbedingt die **Beipackzettel** zu **beachten!**



Sauerstoffflaschen **stehen unter Druck**, deshalb Vorsicht im Umgang.

- Sauerstoffflaschen sind seit 2006 immer **weiß**, sie sind immer **liegend aufzubewahren**
- Sauerstoff **fördert die Verbrennung**, deshalb Vorsicht bei Feuer, Ventile nicht fetten oder ölen – Explosionsgefahr
- **Transport** nur mit geschlossenem Ventil und Schutzkappe
- beim **Öffnen** der Flasche keine Gewalt anwenden
- **Ersatzflaschen** betriebsbereit halten, regelmäßig und zusätzlich vor Gebrauch überprüfen → um festzustellen wie lange eine Sauerstoffflasche ausreicht multipliziert man den Rauminhalt (z.B. 10 Liter) mit dem Manometerstand (z.B. 90 bar) und dividiert durch die angeordnete Literzahl
- Sauerstoff entweder mit sterilem Aqua dest. (tgl. wechseln) oder mit geschlossenem Sterilwassersystem **anfeuchten** (Standzeiten je nach Hersteller bis zwei Monate)
- **Sauerstoffsonde und -brille** kann zur langfristigen Sauerstoffgabe verwendet werden, der Patient sollte dabei möglichst durch die Nase atmen → die Sondenlage ist zweimal täglich zu wechseln um Druckstellen zu vermeiden, entsprechende Mund- und Nasenpflege ist mehrmals täglich erforderlich, die Mund- und Nasenschleimhaut ist auf Verletzungen und eventuelles Austrocknen zu beobachten → darauf achten, dass die Sonde nicht abknickt und durchgängig ist

Besonderheiten bei der Anwendung von TTS

Grundsätzlich ist die **Gebrauchsinformation** genau zu lesen, da die Häufigkeit des Pflasterwechsels (je Medikament) zwischen 1 bis 3 Tagen liegt. Medikamente, die über ein Pflaster verabreicht werden, sind nicht für die Behandlung in Akutsituationen geeignet, da ein voller Wirkungseintritt erst nach 12 bis 24 Stunden erfolgt.



RICHTIG
wichtig

Verabreichung von TTS

- Hautareale müssen ohne Verletzung bzw. Hautveränderung (intakt), trocken, sauber und fettfrei sein
- Pflaster sollte guthaften
- darauf achten, dass Klebefläche mit Wirkstoff nicht berührt wird
- Pflaster kurz andrücken
- Hautbezirk bei jedem Pflasterwechsel wechseln und Pflasterwechsel dokumentieren
- nicht geeignet sind TTS bei starkem Schwitzen, bei Ödemen, bei schlechter Durchblutung (Zentralisation)

2.15.5. Richten und Verabreichen von Medikamenten

Grundvoraussetzung für das Richten und Verabreichen von Medikamenten ist die **ärztliche Verordnung**. Die **schriftliche Anordnung** muss folgendes beinhalten:

- Name des Medikamentes
- Arzneiform (Tabletten, Tropfen etc.)
- Konzentration, Dosis
- Zeitpunkt (vor, während nach dem Essen, vor dem Schlafengehen..) und Häufigkeit der Einnahme
- Verabreichungsart (z.B. bei Injektionen: s.c., i.m.; bei Einnahme z.B. mit oder ohne Flüssigkeit, unzerkaut, zerkaut, lutschen, unter die Zunge legen oder in Wasser gelöst)
- evtl. Befristung (d.h. Maximaldosis)

Grundregeln für das Richten von Medikamenten

RICHTIG
wichtig

- saubere Hände und saubere **Arbeitsfläche**
- Medikamente dreimal auf **Richtigkeit** prüfen:
 - **Entnahme der Packung** aus dem Schrank
 - **Entnahme des Medikamentes** aus der Packung
 - beim **Zurückstellen** der Packung in den Schrank
- Medikamente auf **Auffälligkeiten** prüfen
- Medikamente **möglichst nicht oder wenig** mit der Hand **berühren** (Hygiene, Resorption über die Haut)
- **5-R-Regel** beachten: **R**ichtige Dosis/Konzentration, **R**ichtiges Medikament, **R**ichtige Verabreichung, **R**ichtiger Zeitpunkt, **R**ichtiger Patient
- **Patient** über evtl. Änderungen **aufklären**
- **möchte ein Patient die Medikamente nicht einnehmen** – Arzt informieren (Betreuungspersonen sind nicht befugt, den Patienten zu zwingen)
- in der Regel Medikamente mit **ausreichend Flüssigkeit** einnehmen (außer bei Flüssigkeitseinschränkung), alle Flüssigkeiten außer Alkohol sind geeignet; Beipackzettel lesen – z.B. dürfen Tetrazykline nicht mit Milch genommen werden (Kalzium verhindert die Resorption)
- bei **Schluckstörungen** Medikamente nach Arztrücksprache **mörsern**
- **Wirkung und Nebenwirkung** beobachten, falls Nebenwirkungen auftreten sind diese dem behandelnden Arzt zu melden
- ist die Einnahme verschiedener Medikamente **verordnet** – empfiehlt sich das Bereitstellen der Medikamente in einem sogenannten Medikamentendispenser

Lernzielkontrolle:



- 1) Was beachten Sie bei der Lagerung von Arzneimitteln?
- 2) Wie können Arzneimittel verabreicht werden?
- 3) Welche Grundregeln beachten Sie beim Richten von Medikamenten?
- 4) Welche Punkte beachten Sie im Umgang mit Sauerstoff?
- 5) Welche Besonderheiten sind bei der Verabreichung von gasförmigen Medikamenten zu beachten?

Quellen:

- Schmid, Hartmeier, Bannert; Arzneimittellehre für Krankenpflegeberufe, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart, 2003
- Busek, Arzneimittellehre für Krankenpflege, Verlag Hans Huber Bern, 2002

Internet:

- <http://www.asthma.hexal.de/easyhaler/index.php>
- http://www.netdokter.at/health_center/atemwege/inhalatoren/aerosol.shtml
- <http://de.wikipedia>.

Fotos → Quellenangabe

Auge → www.meyer-augeprothetik.de

Ohr → www.wikihost.org

Nase → www.wissenschaft.de

Mundspülen → www.lichtnetz.at

Anwendung Haut → www.vfap.de/img/knie.jpg

Spritze → www.schulbilder.org/spritze-t8768.jpg

Richtig-wichtig → jugend.berlin-brandenburg.dgb.de

TTS → www.tumorschmerz.de/bilder/Pflaster1.jpg

Sauerstoff → https://.../shop/images/dm_sauerstoff.jpg

Dosieraerosol → www.schulbilder.org

www.healthsquare.com

3. Grundzüge der angewandten Ernährungslehre und Diätikunde

3.1. Ernährungslehre

3.1.1. Verdauungstrakt – Aufbau und Funktion

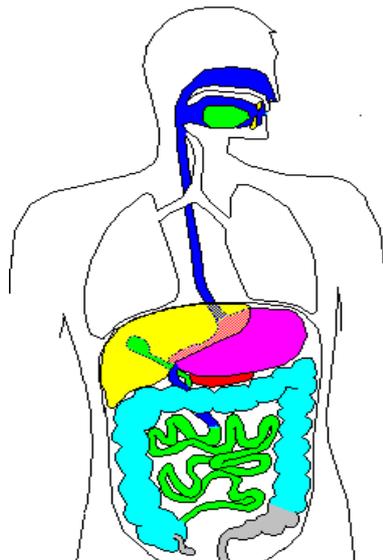


Abbildung 3.1 Magen-Darm-Trakt

Um den Stoff- und Energiebedarf des Organismus zu decken, muss die Nahrung geschluckt, im Magen-Darm-Trakt aufgespalten (Verdauung) und anschließend aus dem Darm aufgenommen werden.

Feste Nahrungsmittel werden zuvor mit den Zähnen zerkaut, wobei der Bissen auch mit Speichel gemischt wird. Beim Schlucken gelangt der Speisebrei durch die **Speiseröhre** in den **Magen**, dort wird Magensaft zugemischt und die Nahrung mechanisch bearbeitet. Im anschließenden **Zwölffingerdarm** gelangen zusätzlich Gallensaft und Bauchspeicheldrüsensaft dazu.

Im Hauptteil des **Dünndarmes** und im **Dickdarm** wird die Nahrung weiter zerteilt und in das Blut aufgenommen, außerdem wird der Speisebrei durch Wasserentzug eingedickt.

3.1.2 Inhaltstoffe in der Nahrung

Welche Inhaltsstoffe in Lebensmitteln gibt es?

1. Eiweiß
2. Fett
3. Kohlenhydrate, Ballaststoffe
4. Wasser
5. Vitamine
6. Mineralstoffe, Spurenelemente



Abbildung 3.2 Ernährungspyramide

Eiweiß

Eiweiß dient zum Aufbau von körpereigenem Eiweiß, von Muskeln und Zellen, zur Immunabwehr und zur Bildung von Hormonen und Enzymen sowie zum Nährstofftransport (Hämoglobin)

Der Körper kann tierisches Eiweiß besser verwerten als pflanzliches – die Hälfte der täglichen Eiweißaufnahme soll aus tierischem Eiweiß (v.a. Milchprodukte) bestehen und die andere Hälfte aus pflanzlichem Eiweiß.

0,8g/kg/KG Eiweiß ist ausreichend – meist wird eher zu viel Eiweiß aufgenommen. In der Tabelle 3.1 sind die entsprechenden Nahrungsmittel zusammengefasst.

Tierisches Eiweiß ist enthalten in:	Pflanzliches Eiweiß ist enthalten in
<ul style="list-style-type: none"> • Fisch • Fleisch, Wurst • Geflügel • Innereien • Milch • Milchprodukte wie Käse, Joghurt, Topfen • Eier 	<ul style="list-style-type: none"> • Vollkornprodukte • Kartoffeln • Reis • Hülsenfrüchte • Soja

Tabelle 3.1 Vorkommen von pflanzlichem und tierischem Eiweiß

Fett

Fett dient als Energielieferant und Träger fettlöslicher Vitamine (A,D,E,K) und der Geschmacksstoffe sowie als Schutz für Organe (Augen, Niere) vor Verletzungen (Baufett) und Wärmeverlust.

30% der täglichen Energiemenge sollen aus Fett bestehen = ca. 1g/kg/KG.

Werden mehr Fette aufgenommen, als für die Energiegewinnung benötigt werden, so werden diese als Körperfett eingelagert – Gewichtszunahme.

Das Fett liegt einmal in Form von "**Sichtbarem Fett**" in Koch und Streichfett vor und zum anderen in Form von "**Verstecktem Fett**" wie in Fleisch, Wurst, Käse, Backwaren, Schokolade.

Die Tabelle 3.2 gibt Auskunft über Produkte, die pflanzliche- bzw. tierische Fette enthalten.

Tierisches Fett enthält viele gesättigte Fettsäuren die als eine der Ursachen für Herz-Kreislauferkrankungen angesehen werden – siehe auch Kapitel 3.4.2. Ernährung bei erhöhten Blutfetten.

Tierisches Fett enthalten in:	Pflanzliches Fett enthalten in:
<ul style="list-style-type: none"> • Fleisch • Fisch • Wurst • Käse • Butter • Schmalz 	<ul style="list-style-type: none"> • Maiskeimöl • Sonnenblumenöl • Margarine • Nüsse

Tabelle 3.2 Vorkommen von pflanzlichem und tierischem Fetten

Kohlenhydrate

Kohlenhydrate (KH) liefern 4 kcal pro Gramm. Der menschliche Körper ist angewiesen auf die Zufuhr von KH, um alle wesentlichen Körperfunktionen wie Herzschlag, Gehirntätigkeit, Muskeltätigkeit ausführen zu können. 50 bis 55% der täglichen Energiemenge sollen Kohlenhydrate sein. Der Körper verwendet Kohlenhydrate zur Energiegewinnung und Speicherung.

- **Energiegewinnung**
- **Speicherung** → KH werden in Form von Glykogen in der Leber und in den Muskeln gespeichert, kann bei Bedarf schnell wieder zu Traubenzucker abgebaut werden → da der Mensch nur eine begrenzte KH-Menge in Form von Glykogen speichern kann, werden die überschüssigen Kohlenhydrate im Fettgewebe zu Fetten umgebaut

Nach dem chemischen Aufbau der KH unterscheidet man:

1. **Einfachzucker** → kommen in allen süßen Früchten und in Honig vor:
 - Traubenzucker → Bestandteil aller Doppelzucker, kann unverändert die Darmwand passieren und ins Blut aufgenommen werden, dadurch ist er ein rascher Kraftspender
 - Fruchtzucker → Bestandteil des Rohr-Rübenzuckers, in vielen Früchten enthalten

2. **Zweifachzucker**
 - Rohr- und Rübenzucker (= Saccharose)
 - Malzzucker (= Maltose)
 - Milchzucker (= Laktose)

3. **Vielfachzucker** → schmecken nicht süß, es gibt sehr viel verschiedene Polysaccharide wobei die Stärke, Zellulose und Glykogen die größte Bedeutung haben.

Ballaststoffe

Der Begriff Ballaststoffe definiert eine Reihe von pflanzlichen Nahrungsbestandteilen, die nicht durch den menschlichen Verdauungsvorgang aufgeschlossen werden können und daher wieder ausgeschieden werden.

Wasser

Wasser ist sehr wichtig für die Aufrechterhaltung aller Stoffwechselfvorgänge im Körper. Der Mensch besteht zu 60 bis 65% aus Wasser. Es sollten daher täglich ca. 1 ½ bis 2 Liter kalorienfreie Flüssigkeit getrunken werden (z.B. Tee, Mineralwasser, Leitungswasser).

Nicht zur Trinkmenge zählen aufgrund ihres wasserentziehenden Effektes: Kaffee, schwarzer und grüner Tee und Alkohol.

Vitamine

In Tabelle 3.3 sind die Vitamine mit entsprechenden Lebensmitteln und der Funktion für den Körper zusammenfassend dargestellt.

Vitamin	Vorkommen	Funktion
Vitamin A	Lebertran, Leber, Eigelb	für die Funktion des Sehens, Haut
Provitamin Carotin	Karotten, Spinat	s.o.
Vitamin D	Kuhmilch, Butter Eigelb, Leber	Speicherung von Calcium in den Knochen
Vitamin E	Weizenkeimöl, Margarine Rinderleber, Eier	Vitaminschutz, Schutz von Fettsäuren
Vitamin K	Spinat, Kohl, Leber	Blutgerinnung
Vitamin B 1	Hefe, Vollkornbrot, Sojabohne, Fleisch	Bedeutung im Kohlenhydratstoffwechsel Beeinflussung der Schilddrüsenfunktion
Vitamin B 2	Hefe, Vollkornmehl, Eier, Milch, Schweinefleisch	Bedeutung bei der Atmung
Vitamin B 6	Hefe, Leber, Nüsse, Schweinefleisch	Bedeutung im Eiweißstoffwechsel
Vitamin B 12	Leber, Eigelb	Blutbildung
Folsäure	Leber, Hefe, dunkelgrüne Gemüse	Bedeutung im Eiweißstoffwechsel
Niazin	Leber, Hefe, Nüsse; Fleisch	Enzymbestandteil
Pantothensäure	Leber, Hefe, Eigelb, Weizenkeime	Enzymbestandteil

Vitamin C	Zitrusfrüchte, Paprika, Petersilie, Kartoffel	Eisenresorption, Enzymbestandteil
Biotin	Leber, Hefe, Karfiol	Enzymbestandteil

Tabelle 3.3 Vitamine, Vorkommen und Funktion

Man unterscheidet FETTLÖSLICHE und WASSERLÖSLICHE Vitamine:

Zu den Fettlöslichen gehören: A , D, E , K



Mineralstoffe, Spurenelemente

Mineralstoffe stammen aus der Natur. Das Vorkommen und die Bedeutung sind in Tabelle 3.4 dargestellt.

Mineralstoff	Vorkommen	Bedeutung im Körper
Kalzium (Ca)	Milch und Milchprodukte, Getreidevollkorn, Hülsenfrüchte, Nüsse	Aufbau von Knochen und Zähnen, Blutgerinnung, Herztätigkeit u.a.
Phosphor (P)	Milch und Milchprodukte, Hülsenfrüchte, Nüsse, Fleisch	Knochenaufbau, Enzymbestandteil
Magnesium (Mg)	alle grünen Gemüse, Fleisch, Milch, Hülsenfrüchte	Bedeutung im Kohlenhydrat- und Eiweißstoffwechsel, muskuläre Erregbarkeit
Natrium (Na)	Kochsalz	Zucker und Eiweißaufnahme aus dem Darm
Chlor (Cl)	Kochsalz	Salzsäurebildung im Magen
Kalium (K)	Getreide, Obst, Gemüse, Hülsenfrüchte	muskuläre Erregbarkeit (Herz), Eiweißaufbau
Selen (S)	Eier, Fleisch	Bestandteil von Körpereiweiß und von Enzymen

Tabelle 3.4 Mineralstoffe mit Vorkommen und Bedeutung für den Körper

Von den insgesamt bis jetzt im Organismus nachgewiesenen Spurenelementen ist nur von 21 die genaue Wirkung bekannt. Spurenelemente sind notwendig, da zahlreiche Enzyme diese benötigen. Vorkommen und Bedeutung finden sich in der Tabelle 3.5.

Spurenelement	Vorkommen	Bedeutung im Körper
Eisen (Fe)	Leber, Fleisch, Eigelb, Gemüse	Bestandteil von Hämoglobin, Enzymbestandteil
Zink (Zn)	Rindfleisch, Ei, Leber, Getreide	Insulinproduktion, Enzymbestandteil
Fluor (F)	Trinkwasser, Roggen	Bestandteil von Zahnschmelz und Knochen
Jod (J)	Fisch, Fleisch, Milch, Salat,	Bestandteil der Schilddrüsenhormone
Kupfer (Cu)	Leber, Eigelb, Fisch, Roggen	Blutaufbau, Enzymbestandteil

Tabelle 3.5 Spurenelemente mit Vorkommen und Bedeutung für den Körper

3.2. Gesunde Ernährung

Energiebedarf

Der Mensch ist auf die Zufuhr von Nahrungsenergie angewiesen. Hauptlieferanten sind Kohlenhydrate, Eiweiß, Fett und Alkohol. **Steigerung** des **Energieumsatzes** (kcal) durch **körperliche Tätigkeit/Stunde** im Überblick:

Schlaf	70 kcal
Wach, Sitzend	80 kcal
Sitzende Arbeit	100 kcal
Leichte Tätigkeit	120 kcal
Spaziergehen	200 kcal
Schwere Arbeit	500 kcal
Schwerstarbeit	700 kcal

3.2.1. Gesunde Ernährung des Erwachsenen

Allgemeine Richtlinien

Alle lebensnotwendigen Nährstoffe wie Eiweiß, Fett, Kohlenhydrate, Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente und Wasser müssen in unserer Ernährung in ausreichender Menge vorhanden sein. Die Nährstoffe braucht der Organismus um gesund und leistungsfähig zu bleiben.

Energie:	ca. 35 kcal/kg/Körpergewicht
Kohlenhydrate:	ca. 4 bis 5 g/kg/Körpergewicht
Eiweiß:	ca. 0,8 g/kg/Körpergewicht
Fett:	1 bis 1,2 g/kg/Körpergewicht
Kochsalz:	maximal 5 bis 6 g/Tag
Flüssigkeit:	ca. 1 ½ bis 2 Liter/Tag

Tipps für gesunde Ernährung

1. Verteilen Sie die Mahlzeiten auf fünf bis sechs Mahlzeiten am Tag.
2. Essen Sie kleine Portionen.
3. Essen Sie täglich drei Portionen Milch, Käse, Topfen oder Joghurt.
4. Bauen Sie in Ihrem Speiseplan ausreichend Obst ein (zwei- bis dreimal am Tag)
5. Essen Sie zu den Hauptmahlzeiten immer Gemüse und Salat.
6. Vermeiden Sie zu große Mengen an Fleisch (max. 120g/Tag).
7. Essen Sie einmal in der Woche eine Portion Fisch (nicht gebacken).
8. Reduzieren sie die Menge von Mehlspeisen und Süßigkeiten.
9. Achten Sie auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr.

3.2.2. Ernährung des älteren, betagten Menschen

Alter ist keine Krankheit, führt aber im Laufe der Zeit zu einer Minderung an Lebensenergie.

Welche Altersvorgänge müssen im Hinblick auf die Ernährung von Menschen in höherem Lebensalter berücksichtigt werden? Zunächst sind die auftretenden **Veränderungen an den Verdauungsorganen** zu erwähnen.

Der **Zahnverlust** ist ein untrügliches Merkmal des hohen Lebensalters. Viele Menschen behelfen sich recht gut mit Zahnprothesen, während sich andere nur schlecht oder gar nicht an ein künstliches Gebiss gewöhnen können.

Außerdem findet man eine **verminderte Produktivität der Speicheldrüsen** sowie **Funktionseinschränkung von Pankreas, Leber und Nieren** und die **Produktion von Verdauungsenzymen lässt nach**.

Die Resorption von Vitaminen scheint im Alter nicht beeinträchtigt zu sein. Dagegen muss auf eine **Obstipationsneigung** hingewiesen werden, wodurch alte Menschen besonders gefährdet sind.

Nährstoffbedarf im Alter

Der **Energiebedarf** ist im höheren Lebensalter niedriger als in der Jugend. Eine Beschränkung der Kalorienzufuhr ist in vielen Fällen notwendig, sonst droht eine Fettleibigkeit mit all ihren nachteiligen Folgen.

Der **Eiweißbedarf** im Alter liegt bei dem von jüngeren Menschen.

Die **Fettzufuhr** richtet sich nach dem Kalorienbedarf. Bekanntlich werden fettreiche Mahlzeiten mit zunehmendem Alter schlecht vertragen.

Zum **Kohlenhydratstoffwechsel** ist zu bemerken, dass die Kohlenhydrattoleranz im hohen Alter abnimmt. Schon der Nüchternblutzucker liegt höher als in der Jugend.

Eine ausreichende **Flüssigkeitszufuhr** ist bei der altersphysiologischen Wasserverarmung der Gewebe besonders wichtig, zumal das Durstgefühl in diesem Lebensabschnitt beträchtlich nachlässt.

Ernährungsrichtlinien bei älteren, betagten Menschen

1. Die Kost soll entsprechend dem verminderten Energiebedarf im Alter gehalten werden.
2. Die wünschenswerte Eiweißzufuhr liegt bei ca. 0,8g/kg/KG.
3. Süßigkeiten sollen eingeschränkt und Vollkornprodukte bevorzugt werden.
4. Gemischte Kost mit Milcherzeugnissen, Grahambrot, Obst und Salate zu sich nehmen.
5. Ausreichend Flüssigkeit zu führen: Tee, Milch, Joghurt usw. Obst und Gemüsesäfte, Alkoholhaltige Getränke schon wegen des Kaloriengehaltes auf 1/4l täglich beschränken.
6. Alle Gewürze sind erlaubt. Die Kochsalzzufuhr sollte 6 bis 10 g täglich nicht überschreiten.
7. Für ausreichend nicht blähende Ballaststoffe sorgen: Beerenobst, Gemüse, Vollkorn usw.
8. Die tägliche Nahrungsmenge auf mehrere Mahlzeiten verteilen. Zwischenmahlzeiten einbauen.

3.3. Fastfood bzw. Fertiggerichte

Ohne **Glutamat** wäre die Trockensuppe aus dem Supermarkt oder manche Pizza aus der Tiefkühltruhe kaum genießbar. Der **Geschmacksverstärker** verleiht dem Fertiggericht eine intensiv-würzige Note und verstärkt Aromen. Die Folgen sind fatal: Glutamat macht mehr Appetit, unterdrückt auch noch ein für die Fettverbrennung zuständiges Hormon und führt so beim Konsumenten zu mehr Gewicht – mit den entsprechenden gesundheitlichen Konsequenzen!

In kleinen Mengen sei Glutamat zwar für den Körper wichtig. Ein Problem besteht allerdings in der massiven Zufuhr von Glutamat durch Fastfood.

Trend zum Übergewicht

Gerade für Senioren und Familien ist heute die Verlockung groß, sich im Supermarkt oder über einen Lieferservice mit tiefgekühlter Pizza, Suppen aus dem Becher oder anderen Fertiggerichten zu versorgen. Das spart viel Zeit und Mühe. Jedoch brauchen diese Produkte als Zusatzmittel Verdickungsmittel, Aromen, Glutamat oder Stabilisatoren. Die **Folgen für die Gesundheit** können sein: Übergewicht und dadurch später Bluthochdruck, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen. Der rasante Anstieg von Allergien wird ebenfalls dafür verantwortlich gemacht!

3.4. Diätkunde – Ernährung bei verschiedenen Erkrankungen

3.4.1. Diabetes mellitus – Volksmund „Zuckerkrankheit“

Diabetes ist eine Störung des Kohlenhydratstoffwechsels.

Ursache: Absoluter oder relativer Mangel an Insulin (Typ I, Typ II)

Insulin ist ein Hormon, das in der Bauchspeicheldrüse produziert wird.

Normale Blutzuckerwerte:

60 bis 110mg% nüchtern

bis 140mg% nach dem Essen

In der Lebensführung ist zu beachten

- Bewegung
- diabetesgerechte Kost
- Medikamente
- Schulung zu Eigenverantwortung



Die klassische Diabetesdiät gibt es nicht mehr!

Wichtiger ist eine gesunde Ernährung mit **viel Gemüse und Obst**, reichlich **Brot** und **Beilagen** und **wenig Fett**. Der langsame **Abbau von Übergewicht** dient einer guten Blutzuckereinstellung. Folgende Richtlinien gelten für Gesunde genauso wie für Diabetiker:

Ernährungsempfehlung

Obst und Gemüse: Diese Lebensmittel enthalten große Mengen an Vitaminen und Ballaststoffe und sind daher für den Körper unentbehrlich. Obst und Gemüse sollte täglich mehrmals gegessen werden (gekochtes Gemüse, Salat, rohes Gemüse wie z.B. Radieschen, Paprika, Tomaten)

Eine Portion Obst entspricht etwa einer Hand voll, jede Obstsorte ist erlaubt. Zu meiden sind Trockenfrüchte in großen Mengen und kandiertes Obst sowie Obstsäfte (auch jene „ohne Zucker“).

Brot und Beilagen: Ein großer Teil unserer täglichen Ernährung sollen die Kohlenhydrate in Form von Brot, Reis, Kartoffeln, Nudel ausmachen. Gerade diese Gruppe ist wichtig als Energielieferant für Muskeln und Gehirn.

Täglich vier bis fünf Scheiben Brot und eine Portion Beilage helfen, den Bedarf an Kohlenhydraten und Ballaststoffen zu decken. Bevorzugt dunkle Brot- und Gebäcksorten einbauen, da ihr der Ballaststoffgehalt höher ist und somit der Blutzucker langsamer und nicht so stark ansteigt.

Milch und Milchprodukte gehören ebenfalls auf den Speiseplan. Täglich $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Liter magere Milchprodukte (Milch, Joghurt Kefir, Buttermilch) und zusätzlich eine Portion Käse sind empfehlenswert, um der Gefahr einer Osteoporose vorzubeugen.

Fleisch, Geflügel und Wurst hingegen sollten nicht die Hauptspeisen am Teller sein, sondern die Beilage. Zwei- bis dreimal in der Woche 150g Fleisch und genau so oft 50g Wurst sind völlig ausreichend.

Fisch hingegen sollte öfters (ein- bis zweimal pro Woche) auf dem Speiseplan stehen, da die wertvollen Inhaltsstoffe helfen Gefäßschäden vorzubeugen. Bei der Menüwahl sollten allerdings nicht ausschließlich die gebackenen Varianten gewählt werden.

Herkömmliche **Mehlspeisen und Zucker** sind in der modernen Diabetesdiät nicht mehr verboten. Es sollten nur kleine Mengen an Haushaltszucker verwendet werden und diese nur „verpackt“ in Keksen oder Kuchen. Statt Zucker können kalorienfreie Süßstoffe wie Kandisin, Natreen benutzt werden.

Diabetikerlebensmittel bieten keinen Vorteil gegenüber den „normalen“ Varianten. Sie enthalten meist mehr Fett sowie Zuckeraustauschstoffe, die Blähungen und Durchfall verursachen können. Außerdem sind sie meist wesentlich teurer. Empfehlenswert sind ausschließlich „light“-Limonaden, zuckerreduzierte Marmelade und Milchprodukte (wie z.B. Fruchtojoghurt, Topfcremen) mit dem Vermerk „für Diabetiker geeignet“.

Fett ist sehr sparsam zu verwenden, da es unser größter Kalorienlieferant ist. Bevorzugt Pflanzenfett einsetzen – gegen eine kleine Menge Butter zum Frühstück ist aber auch bei erhöhtem Cholesterinspiegel nichts einzuwenden.

Wasser ist lebensnotwendig. Ausreichend trinken, allerdings kalorien- und zuckerfreie Getränke wie z.B. Wasser, Mineralwasser, Früchte- und Kräutertee.

! Eine Berechnung der Broteinheiten wird nur mehr insulinpflichtigen Diabetikern empfohlen, wobei auch hier meist das Augenmaß ausreichend ist.

Spritz-Ess-Abstand

Beim **herkömmlichen Altinsulin** muss ein **Zeitabstand** zwischen Insulinspritzen und Einnahme der Mahlzeit eingehalten werden (Spritz-Ess-Abstand). Die Ursache hierfür beruht darauf, dass sich herkömmliche Insulinzubereitungen zuerst im Unterhautgewebe in die Einzelmoleküle aufspalten müssen, was ca. 30 Minuten in Anspruch nimmt, bevor sie ins Blut gelangen können.

Bei den **neueren „Sprintinsulinen“** handelt es sich um schnell wirksame Insulinabkömmlinge, die primär in Einzelmolekülen vorliegen, so dass sie subcutan (unter die Haut) gespritzt, ohne Verzögerung im Blut erscheinen und sofort ihre Wirkung entfalten. Damit **entfällt der lästige Spritz-Ess-Abstand**, so dass sofort nach dem Spritzen des Insulins mit dem Essen begonnen werden kann.

3.4.2 Erhöhte Blutfettwerte

Normalwerte: Cholesterin bis 200mg
Triglyzeride bis 170mg

Nahrungsmittel, die die Blutfette beeinflussen sind in der Tabelle 3.6 dargestellt.

Cholesterin wird erhöht durch tierische Fette	Triglyzeride werden erhöht durch
Fleisch	Zucker
Wurst	Obst, -säfte
Käse	Alkohol
Eier	Getreideprodukte in großen Mengen
Innereien	
Kaviar	

Tabelle 3.6 Nahrungsmittel, die die Blutfette erhöhen.

Diät bzw. Ernährungsempfehlung bei erhöhten Blutfettwerten

Getreide, Brot, Backwaren: Vollkornprodukte bevorzugen

Täglich:

- ca. fünf dünne Scheiben Brot
- 200g Kartoffeln (ca. drei Stück) oder 180g Reis bzw. Nudeln gekocht
- Süßigkeiten und Zucker meiden
- keine Zuckeraustauschstoffe (Fruchtzucker und Sorbit) oder Vanillezucker

Hafer liefert besonders viele lösliche Ballaststoffe. Diese binden Gallensäuren und führen über diesen Mechanismus zum Absenken des Cholesterins. Hafer als Getreide oder als Haferflocken sollte daher möglichst häufig in den Speiseplan eingebunden werden.

Gemüse, Hülsenfrüchte, Salat, Obst

- täglich fünf Portionen Obst und Gemüse („five a day“)

Milch, Milchprodukte

- täglich drei Portionen fettarme Milchprodukte

Milchprodukte liefern viel Kalzium. sie sind daher wichtig für den Knochenaufbau. Käsesorten mit über 35% F.I.T. (Fett in Trockenmasse) besser meiden, d.h. kein Schlagobers, Kaffeeobers etc.

Fleisch, Wurst, Fisch und Eier

- maximal drei- bis viermal in der Woche Fleisch und Wurst, zweimal Fisch
- nicht mehr als zwei Eidotter pro Woche

Fett, Öle

- nicht mehr als drei Esslöffel als **Koch- oder Streichfett** → ein Esslöffel davon sollte in Form von hochwertigem Öl aufgenommen werden (z.B. Maiskeimöl) → pflanzliche Fette haben einen hohen Anteil an ungesättigten Fettsäuren, die einen günstigen Einfluss auf den Blutfettspiegel haben → im Gegensatz dazu enthalten tierische Fetten vor allem gesättigte Fettsäuren

Fettreiche Zubereitungsmethoden wie Panieren oder Frittieren sollen durch Grillen, kurzes Anbraten und Dünsten ersetzt werden.

Getränke

- täglich ca. zwei Liter Wasser, Mineralwasser, Tee, Kaffee und Light-Getränke
Limonaden, Obstsäfte und gesüßte heiße Getränke liefern viel Zucker! Kein Alkohol!

3.4.3 Erhöhte Harnsäure – Gicht

Alter, Geschlecht und Ernährung sind die wichtigsten Faktoren, welche die Harnsäurekonzentration im Blut beeinflussen. Durch stark erhöhte Harnsäurewerte kann es zu einem Gichtanfall kommen, der sehr schmerzhaft ist.

Ernährungsempfehlung bei erhöhten Harnsäurewerten

Der Harnsäurespiegel wird **ungünstig beeinflusst** von Übergewicht, strengen Fastenkuren bei erhöhten Harnsäurewerten, viel Haushaltszucker, purinreiche, eiweißhaltige Lebensmittel und Alkoholkonsum.



1. Das Körpergewicht langsam zu reduzieren, durch eine kalorienarme Mischkost.
2. Wenig Zucker und ebenso wenig aus Zucker hergestellte Speisen (Mehlspeisen, Eis, Kekse...) verwenden.
3. Keine gesüßten Getränke verwenden.
4. Ungeeignet ist Fruchtzucker, da er die Ausscheidung der Harnsäure hemmt.
5. Den Eiweißbedarf hauptsächlich durch purinarme (Grundsubstanz der Harnsäure) Lebensmittel zu decken.
6. Alkohol meiden.

3.4.4. Darmträgheit und Verstopfung

Ernährungsempfehlung bei Darmträgheit und Verstopfung

Trinken Sie mindestens 1½ bis 2 Liter Flüssigkeit am Tag

Verdauungsfördernd wirkt ein Glas kühles Wasser oder Fruchtsaft am Morgen auf nüchternen Magen.

Bevorzugen Sie ballaststoffreiche Lebensmittel

- Vollkornprodukte: Vollkornbrot, Grahamweckerl, Vollkornmehl und -teigwaren, Kartoffeln
- Gemüse: Hülsenfrüchte, Sauerkraut, Fisolen, Schwarzwurzeln, Kohlsprossen sowie Rohkost
- Obst am besten roh und mit Schale
- über Nacht eingeweichte Trockenfrüchte (am besten Dörropflaumen) am Morgen zusammen mit der Flüssigkeit verzehren

Sie können Ihre Speisen auch mit Ballaststoffen anreichern

- rühren Sie Weizenkleie oder Leinsamen in Joghurt, Buttermilch, Müsli, gebundene Suppen, Saucen, etc., wobei Sie die Menge langsam von ein bis zwei Teelöffel auf ca. vier Esslöffel am Tag zu steigern ist
- viel trinken → in Esslöffel Kleie oder Leinsamen benötigt zusätzlich ca. 150ml Flüssigkeit zum Quellen → wird dies nämlich nicht berücksichtigt, verstärkt sich Verstopfung

3.4.5. Leichte Vollkost/Schonkost

Die Leichte Vollkost ist eine Kostform, die jene Lebensmittel oder Speisen ausschließt, welche erfahrungsgemäß häufig Unverträglichkeiten auslösen. Sie soll zur Entlastung einzelner Verdauungsorgane (Magen, Darm, Galle, Leber und Bauchspeicheldrüse) dienen.

Um die **Verdauungsorgane und das Gesamtstoffwechselgeschehen** zu entlasten, sollen folgende **Regeln** eingehalten werden:

- Aufteilung der drei Hauptmahlzeiten auf fünf bis sechs kleinere Mahlzeiten
- Speisen gut kauen, langsam und in Ruhe essen
- Mahlzeiten sollten weder zu kalt noch zu heiß eingenommen werden
- stark blähende Speisen und Getränke meiden
- schwer verdauliche, überhitzte Fetten (z.B. frittierte Speisen, Röstprodukte – weitere Beispiele siehe auch auf der nachfolgenden Liste der ungünstigen Lebensmittel) meiden
- keine scharfen Gewürze oder zu stark gewürzte Speisen verwenden
- Alkohol darf nur nach Absprache mit dem Arzt konsumiert werden

Allgemein gültige Richtlinien sind hier schwer zu geben, da die **individuellen Verträglichkeiten berücksichtigt** werden müssen. Die Angaben in Tabelle 3.7 sind daher nur **Richtwerte**, die auf den Einzelnen anzupassen sind.

	"günstig"	"ungünstig"
Fleisch u. Wurstwaren	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mageres Fleisch vom Kalb, Rind, Schwein, Lamm, Kitz, Wild <input type="checkbox"/> Innereien: Lunge, Herz, Leber <input type="checkbox"/> Geflügel: Huhn ohne Haut, Truthahn <input type="checkbox"/> Zubereitung: gedünstet, gegrillt, gekocht, gedämpft, in Folie <input type="checkbox"/> magere, mild gewürzte Wurstsorten: Putenwurst Schinken 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fettes Fleisch <input type="checkbox"/> Surfleisch, geräuchertes Fleisch, Fleischkonserven <input type="checkbox"/> Innereien: Hirn, Bries, Nieren <input type="checkbox"/> Geflügel: Ente, Gans, Huhn mit Haut <input type="checkbox"/> Zubereitung: in Fett gebraten, gebacken, Paniertes <input type="checkbox"/> fette Wurstsorten: Extrawurst, Wiener, Dauerwürste (Salami, Kantwurst), Speck
Beilagen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kartoffelpüree, Salz-, Petersilienkartoffeln <input type="checkbox"/> Reis, Teigwaren, Polenta, Perlweizen <input type="checkbox"/> flaumige Knödel aus Grieß, Semmeln oder Kartoffeln 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Röstkartoffeln, Kroketten, Pommes frites, Kartoffelpuffer <input type="checkbox"/> "grobe" Vollkornteigwaren und Vollkornreis
Brot	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zwieback, Toast, Semmeln, Weißbrot, <input type="checkbox"/> Mischbrot, fein vermahlene Vollkornbrot, Grahamweckerl, Knäckebrötchen (jeweils altbacken) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> frisches Brot, grobkörniges Vollkornbrot
Mehlspeisen	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biskotten, Biskuit, Brandteig, magerer Topfen- oder Backpulverteig <input type="checkbox"/> Strudelteig (altbacken) <input type="checkbox"/> Auflauf, Pudding 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> frische Germteigspeisen <input type="checkbox"/> fette Crememehlspeisen <input type="checkbox"/> Nuß-, Mohn- oder Schokomassen <input type="checkbox"/> Blätterteig, Mürbteig
Gemüse und Salat	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> junge, faserarme Gemüsesorten wie Karotten, Fenchel, Sellerie, Melanzani, Zucchini, Butterbohnen, Spinat, Kochsalat, Broccoli, Rote Rüben, Schwarzwurzeln, Kürbis, Tomaten, junge Erbsen <input type="checkbox"/> Salate, Blattsalate, Chicoree <input type="checkbox"/> Salatdressing verdünnte Essig- oder Zitronenmarinade mit Öl und Küchenkräutern, Joghurt- oder Buttermilchdressings 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> blähende Gemüsesorten wie Kohl, Kraut, Hülsenfrüchte, Gurken, Paprikafrüchte, Zwiebel, Lauch, Knoblauch, Pilze <input type="checkbox"/> Essig- u. Salzgurken <input type="checkbox"/> Salate: Gurken-, Bohnen-, Fiolensalat, Kartoffelsalat mit Zwiebel <input type="checkbox"/> Salatdressing: fertige Salatdressings, Dressings mit Mayonnaise
Obst	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> anfangs nur Kompott oder Mus, rohes Obst in geriebener Form <input type="checkbox"/> gut ausgereifte Äpfel, Bananen, Beeren, <input type="checkbox"/> Dosenfrüchte wie Marillen, Pfirsiche 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> unreife Früchte, rohes Steinobst, Stachelbeeren, Weintrauben, Birnen <input type="checkbox"/> Trockenfrüchte in größeren Mengen <input type="checkbox"/> Nüsse
Fette und Öle	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kochfett: hochwertige Pflanzenöle, z.B. Maiskeim-, Sonnenblumen-, Sojaöl <input type="checkbox"/> Streichfett: Butter oder bei erhöhtem Cholesterinspiegel Pflanzenmargarine 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schmalz, Butterschmalz <input type="checkbox"/> Bratenfett, Kokosfett, Rindertalg, <input type="checkbox"/> Grammeln <input type="checkbox"/> stark erhitzte Fette

Gewürze	<input type="checkbox"/> alle frischen, tiefgefrorenen oder getrockneten Küchenkräuter <input type="checkbox"/> Salz in mäßigen Mengen	<input type="checkbox"/> Paprika, Pfeffer, Curry, Kren, Zwiebel, Knoblauch <input type="checkbox"/> scharfe Gewürzsoßen <input type="checkbox"/> Senf und Ketchup in großen Mengen
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/> Honig, Marmelade <input type="checkbox"/> Fruchtbonbons in kleinen Mengen	<input type="checkbox"/> Schokolade, Pralinen <input type="checkbox"/> Eis <input type="checkbox"/> Marzipan
Getränke	<input type="checkbox"/> milde Kräutertee- und Früchteteesorten, <input type="checkbox"/> koffeinfreier, reizarmer Schonkaffee, Malzkaffee <input type="checkbox"/> Tafelwasser, kohlenstoffarmes Mineralwasser, Leitungswasser <input type="checkbox"/> verdünnte Obst- und Gemüsesäfte <input type="checkbox"/> magere Milch- und Milchprodukte	<input type="checkbox"/> starker Schwarztee <input type="checkbox"/> starker Bohnenkaffee <input type="checkbox"/> stark kohlenstoffhaltige Getränke, eisgekühlte Getränke <input type="checkbox"/> Alkohol

Tabelle 3.7 Ernährungsempfehlung bei leichter Vollkost/Schonkost

! Ernährungsbedingte Erkrankungen nehmen stark zu und die individuellen Bedürfnisse müssen immer berücksichtigt werden. Daher sollte bei Fragen auf Experten zurückgegriffen werden (Dipl. Diätassistenten & EmB, Ernährungswissenschaftler). Dieses Skriptum soll Ihnen als Hilfe dienen, Ihren Klienten die richtige Unterstützung zu geben und einfache Fragen zu beantworten.

Lernzielkontrolle:

- ? 1) Nennen Sie die wichtigsten Inhaltsstoffe der Nahrung?
- 2) Wie sieht ein ausgewogener Ernährungsplan für ältere Menschen aus?
- 3) Was muss bei der Ernährung eines Diabetikers beachtet werden?
- 4) Welche Lebensmittel dürfen Sie bei der Schonkost verwenden?
- 5) Welche Lebensmittel sollten bei einer Darmträgheit vermehrt eingesetzt werden?

Weiterführende Informationen:

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an folgende Institutionen oder verweisen Sie Ihren Klienten an eine Beratungsstelle:

- Verband der Dipl. Diätass. & EmB: www.ernaehrung.or.at
- Verband der Ernährungswissenschaftler: www.veoe.org

4. Grundzüge der Arbeitsgestaltung und Mobilisation

4.1. Ergonomische Prinzipien

Die gesundheitlich verträgliche Gestaltung der Arbeit, des Arbeitsplatzes und der Arbeitsumwelt gehört zur Ergonomie. Die Ergonomie ist eine Disziplin der Arbeitswissenschaft, die sich um die Arbeitsgestaltung bemüht – dazu gehören Stühle, Arbeitstisch, Fußstützen, Computer, Bildschirm, Beleuchtung, Lärm usw.

Wichtig ist der richtige Umgang am Arbeitsplatz, d.h. **Verhalten ändern**, da Arbeitsplatz nicht immer änderbar ist:

- richtig Sitzen
- Wechsel zwischen Sitz und Steharbeit
- Ausgleichsgymnastik
- richtige Bekleidungswahl
- Körperwahrnehmung
- Alltagsverhalten
- richtiges Heben und Tragen
- usw.

Chronische Erkrankungen können auftreten, wenn verschiedene belastende Faktoren im privaten Bereich, in der Arbeit und aus dem Umfeld (Konstitution, eigenes Verhalten, Psyche etc.) zusammen kommen.

Bücken und Heben sind häufige Bestandteile der Arbeit eines Personenbetreuers. Dazu zählen z.B. das Heben von Gewichten, Arbeiten in gebeugter Haltung, Lasten halten, tragen, schieben, aufheben, ziehen, absetzen oder hochheben.

Sie sollten **Bewegungen ökonomisch, schonend und kraftsparend** durchführen.

Ansonsten sind u.a. folgende **Veränderungen** möglich:

- Druck und Zugbelastungen
- Wirbelgleiten, Scherbelastungen, Biegebeanspruchung
- Schmerzen, Schäden

4.1.1. Biomechanische Grundsätze

Die biochemischen Grundsätze beinhalten folgende **Prinzipien**:

- Reduzieren der Druckbelastung:** Verkürzung von Hebelarm beansprucht die Bandscheiben und die Rückenmuskulatur weniger
- Vermeiden von ungleichmäßiger Druckbelastung der Bandscheibe:** Wirbelsäule bleibt in Nullstellung in physiologischen Krümmungen → keine Beanspruchung der Rückenmuskulatur
- Entlasten der Rückenmuskulatur:** Muskelarbeit durch die Oberschenkelmuskeln durchführen

Arbeitsgrundsätze für den Personenbetreuer bezüglich ergonomischer Arbeitstechniken

- eigene Körperwahrnehmung verbessern
 - Einsatz von mechanischen Hilfen (Hilfsmittel)
 - Klienten einbeziehen → Mithilfe
 - Bück- und Hebetraing (siehe Abbildung 4.2 und 4.3)
 - richtige Sitzhaltung → Beckenkipfung, aufrechte Wirbelsäule (siehe Abbildung 4.1)
 - richtiges Aufstehen von der Rückenlage aus dem Bett
 - Entlastungsstellungen der Wirbelsäule kennen
- !
- so wenig heben wie nur möglich → ziehen/rutschen statt heben
 - Gehhilfen beim Klienten einsetzen
 - Ausgleichsgymnastik für den Personenbetreuer selbst, Sport und Entspannungstechniken für den Ausgleich einseitiger beruflicher Belastungen
 - Hubarbeit aus den Beinen durchführen
 - Unterstützungsfläche vergrößern
 - Kontrolle der eigenen Körperhaltung
 - körpernahes Arbeiten, Arme gebeugt, Schwerpunkt in Richtung Unterstützungsfläche bringen
 - eigenes Körpergewicht als Gegengewicht einsetzen
 - keine Drehung mit Beugung der Wirbelsäule

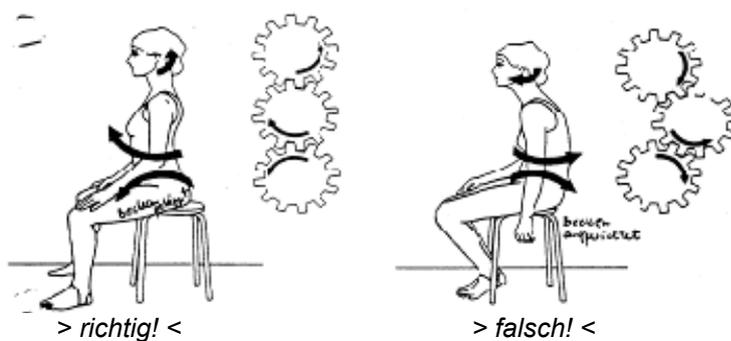


Abbildung 4.1 Richtige Sitzposition (aus Brüggeskript)

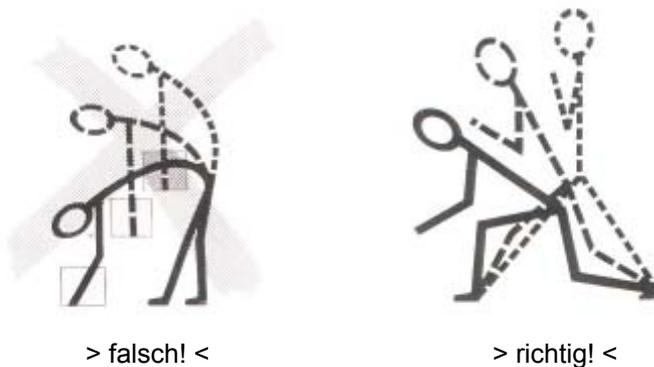


Abbildung 4.2 Richtiges Heben (aus Pape: Heben und heben lassen, Bewegen und bewegen lassen Pflaum Verlag München)

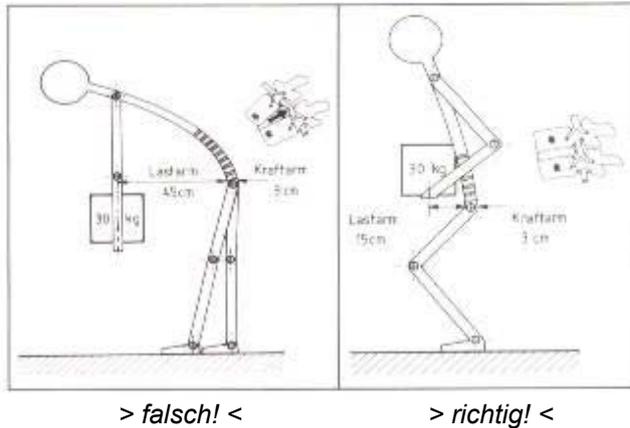


Abbildung 4.3. Richtiges heben (aus Pape: Heben und heben lassen, Bewegen und bewegen lassen Pflaum Verlag München)

Beim Heben mit aufgerichtetem Oberkörper wird die Last (= Klient) über alle Bewegungssegmente gleich verteilt. Ein ökonomischer Bewegungsablauf ist dadurch gegeben.

Heben der Last ausschließlich durch Vorbeugen des Oberkörpers bewirkt eine unphysiologische Arbeitshaltung und damit auf Dauer eine Überbelastung der Bandscheiben (siehe Abbildung 4.4)

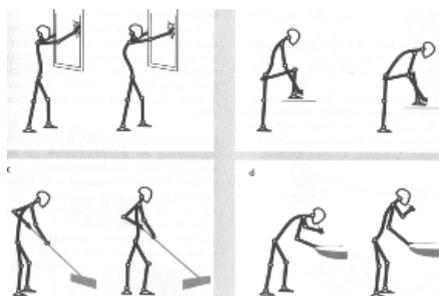


Bild oben links Fensterputzen- Wirbelsäule gerade halten – das linke Strichmännchen macht es richtig!

Bild oben rechts Schuhe putzen – auch hier macht es das linke Strichmännchen richtig!

Bild unten links Boden kehren – das rechte Strichmännchen arbeitet wirbelsäulenschonend!

Bild unten rechts Tätigkeit am Waschbecken – das rechte Strichmännchen hält seinen Rücken gerade!

Abbildung 4.4 Körperhaltung bei verschiedenen Tätigkeiten (aus Kempf: Rückenschule Urban Fischer Verlag)

4.1.2. Funktion der Wirbelsäule

Die Wirbelsäule dient zur Schutzfunktion für Rückenmark und Gehirn, zum Abstützen der Körperachse, zur Mobilität und zur Stabilität des Körpers. Um diese Funktion sicherzustellen ist das Einhalten wirbelsäulenschonender Arbeitsweisen wichtig.

Wirbelsäulenschonende Arbeitsweise

1. Körper nahe zur Last bringen.
2. Beine beugen.
3. Oberkörper gerade nach vorne neigen.
4. Anspannen der Rumpfmuskulatur.
5. Last heben durch Strecken der unteren Extremität.
6. Weiteratmen!
7. Auftrag an den Klienten beim Heben oder Transfer geben.



4.2. Entspannung

Unser Leben ist von Leistung, Aktivitäten und Stress geprägt. **Eustress** bedeutet angenehmer Stress, **Dystress** bedeutet unangenehmer Stress der zur Überbelastung führen kann.

Stresssituationen lösen im Gehirn **Alarmreaktion** (physiologische Reaktionen) aus:

- Blutdruck steigt
- Pulsfrequenz steigt
- Zucker und Fettvorräte werden mobilisiert
- Muskel wird vermehrt durchblutet
- Muskelanspannung (Flucht oder Angriff)

Große Bedeutung hat dabei die **körperliche Aktivität** zum **Abbau von Stresseffekten**. Nach der Anspannung braucht der Körper Ruhe und Erholung.

Ziele der Entspannung:

- Stress abbauen
- Muskelspannung abbauen
- Reduktion von Schmerzerleben
- Wohlbefinden steigern
- Aufmerksamkeit nach innen lenken
- Körperwahrnehmung fördern
- Schutzfaktor

Formen der Entspannung:

a) Unsystematische Entspannung:

- Schlafen
- körperliche Aktivität
- Hobbies: Malen, Musik, Lesen, Joggen, Baden, Sauna, Natur

b) Systematische Entspannung, z.B.:

- Autogenes Training
- Phantasiereisen, Meditation
- Progressive Muskelentspannung
- Feldenkrais, Yoga, Eutonie, Tai Chi, Qi Gong
- ruhiges Atmen

Jeder professionelle Personenbetreuer sollte großen Wert auf Entspannung legen, um einen guten Ausgleich zur beruflichen Belastung zu haben.

- Wichtig ist das Wählen einer **individuellen Entspannungsmethode oder -technik** für sich selbst und das regelmäßige Ausführen der Technik, um sie zu erlernen und dann als Ausgleich anzuwenden.

4.3. Einsatz von Hilfsmitteln

Hilfsmittel sollen Hilfe zur Selbsthilfe bieten und den Klienten unterstützen. Die Selbstständigkeit des Klienten sollte dadurch gefördert werden.

Unterscheidung: Hilfsmittel für ihn selbst (z.B. Strumpfanzieher, Greifzange) und Hilfsmittel zur Unterstützung des Personenbetreuers z.B. beim Transfer (Lifter, Rollstuhl).

4.3.1 Überlegungen zur Anschaffung von Hilfsmitteln

Folgende **Faktoren** sind vor der Anschaffung von Hilfsmitteln **in Betracht zu ziehen**:

- Ziel → gut angepasstes Hilfsmittel (soll nicht Aktivitäten reduzieren)
- Kostenfaktor
- tatsächliche praktische und funktionelle Nutzung
- genügend Platz in der Wohnung des Klienten
- benutzerfreundlich, helferfreundlich, sinnvoll
- Unterscheidung: Kaufen/Mieten
- Wartung und Einschulung, Angehörige miteinbeziehen

4.3.2 Hilfsmittel zur Druckentlastung

Gelkissen, Schaumstoffkissen, Keile, Spezialkissen, Luftring, Fell, Antidekubitusmatratze, Würfelmattmatratze oder Bettbogen sind einige mögliche Hilfsmittel, die der Druckentlastung dienen.

4.3.3. Hilfsmittel zum Transfer bzw. zur Mobilisation

Hierzu zählen u.a. Krankenbett, Lifter, Tragegurt, Tragetuch sowie Rutschbrett, Badebrett, Drehbrett, -scheibe, Sitzbrett für die Badewanne, Duschstuhl, Rollstuhl oder Klostuhl. Weiters Rollator, reziprokes Gehgestell, Gehbock (Stöcke und Unterarmgehstützen (siehe Abbildung 4.5), und Orthopädische Schienen bzw. Prothesen

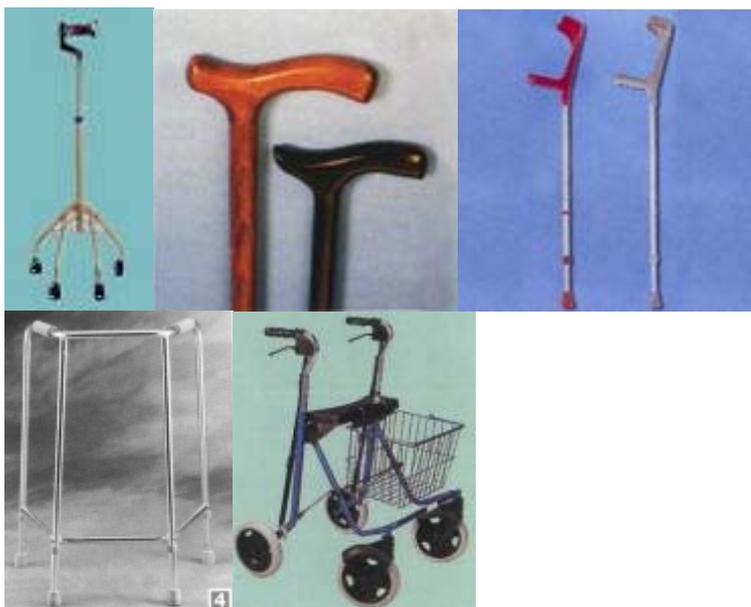


Abbildung 4.2 Hilfsmittel zum Transport bzw. zur Mobilisation (aus Katalog Fa. Bständig)

Stock

Stöcke sind aus Metall oder Holz, sie sind handlich und leicht. Nachteile sind die fehlende Führung, Instabilität, außerdem ist viel Muskelkraft nötig. Trotzdem fühlen sich Klienten relativ sicher (psychisch gute Unterstützung), da Hilfsmittel vertraut ist.

Mehr-Punktstock

Stabil, sperrig bietet große Unterstützungsfläche und ist gut geeignet für Schlaganfallpatienten.

Unterarmstützgehstütze

Sie ist handlich und viele Gangarten sind möglich. Trotzdem unhandlicher als ein Stock, aber sie stützen besser. Die Hände sind stärker belastet, dafür kann viel Gewicht übernommen werden und das Treppensteigen ist gut möglich. Nicht geeignet bei Gleichgewichtsproblemen und Koordinationsstörungen.

Gehgestell und Rollator

Starres Gehgestell → ist starr, sicher, dabei nur langsames Gehen möglich. Beim Gehen muss das Gehgestell angehoben werden, was keinen normalen Gangrhythmus ermöglicht. Nicht gut für Patienten mit Parkinsonerkrankung.

Reziprokes Gehgestell

Hierbei ist Koordination erforderlich.

Rollator

Mit einem Rollator ist eine schnelle Fortbewegung bei gutem Gangrhythmus möglich. Er ist gut lenkbar, allerdings ist das Bremsen evtl. problematisch. Der integrierte Tragekorb ist praktisch und die großen Räder sind besonders gut für Patienten die unsicher gehen. Bei manchen Modellen ist eine Sitzmöglichkeit integriert.

Rollstuhl

Kostenübernahme → Eine Verordnung vom Arzt ist notwendig, evt. mit speziellen Begründungen für Sonderausstattungen. Vorher sollte klar sein, welche Notwendigkeiten durch den Rollstuhl erfüllt werden müssen. Dies ist mit der Firma vorher abklären. Verordnung bei der Krankenkasse einreichen, um Kostenübernahme zu klären.

Wartung des Rollstuhls

- ein Anspruch auf Service durch die bereitstellende Firma besteht einmal pro Jahr → ein Ersatzrollstuhl wird zur Verfügung gestellt (muss aber verlangt werden)
- Reifendruck und Bremsfunktion müssen durch Benutzer regelmäßig geprüft werden
- Änderungen am Rollstuhl nicht selbstständig vornehmen

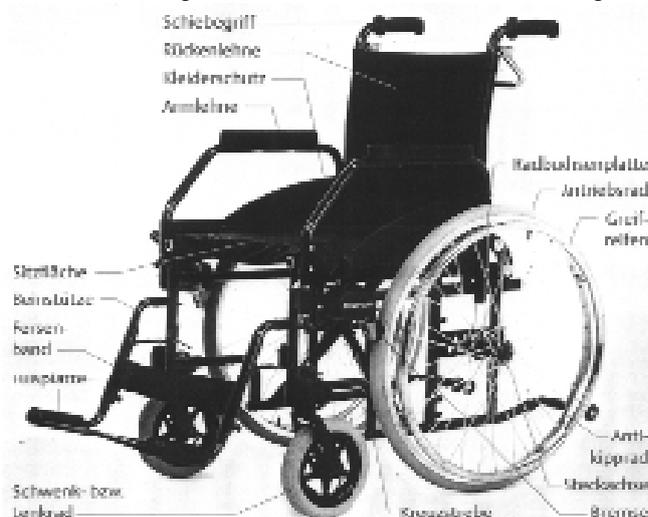


Abbildung 4.3 Rollstuhl (aus Kellnhauser: Thiemes Pflege, Thieme Verlag Stuttgart)

Rollstuhltraining → Bekommt eine zu betreuende Person einen Rollstuhl, ist in der Anfangsphase folgendes zu beachten:

- Gewöhnung an den Rollstuhl
- Umsetzen, Transfers üben
- Gesäßentlastung durchführen
- belastete Hautareale kontrollieren
- Bedienen lernen
- Fahren lernen
- Stufen fahren lernen

4.3.4. Hilfsmittel zur Unterstützung von funktionellen Tätigkeiten

Hierzu zählen z.B. Greifzange, Toilettenerhöhung, Zimmertoilette, Betttischchen, Griffverlängerungen, Essbesteckverdickung, Antirutschfolie, Strumpfanzieher, Knopfschließer oder Fixierbrett (siehe Abbildungen)



Abbildung 4.7 Toilettensitzerhöhung von Firma Meyra



Abbildung 4.8 Bettischchen (aus Wewerka: Mobilisieren Kohlhammer Verlag)



Abbildung 4.9 Greifzange (aus Katalog Fa. Bständig-Greifzange)

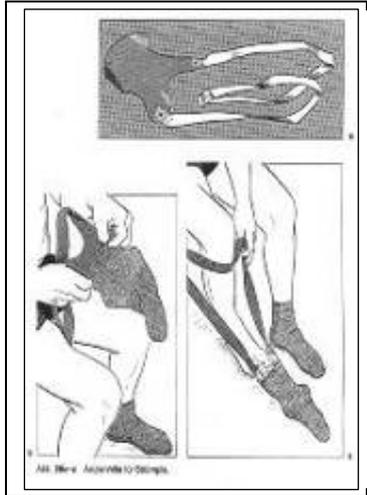


Abbildung 4.10 Strumpfanziehhilfe (aus Thieme-Taschenbuch Thieme Verlag – Strumpfanzieher)

4.4. Transfer und Mobilisation

Im Rahmen der Mobilisation spielen die Ressourcen (Fähigkeiten) des Klienten eine große Rolle. Sie unterstützen ihn und sollten gefördert werden! Hilfe zur Selbsthilfe ist das Arbeitsmotto - Ressourcen gibt es immer!

Transfer

Sind **Bewegungsübergänge** wie z.B. von der Rückenlage in die Seitenlage oder vom Bett in einen Sessel. Transfers **sind aktiv** (Klient führt den Lagewechsel durch) oder **passiv** (Personenbetreuer bringt den Klienten z.B. vom Bett in den Rollstuhl) möglich.

Mobilisation

Beinhaltet **Maßnahmen zur Aktivierung** des Klienten (in Bewegung bringen), Transfers, Bewegung von Gelenken, Gehen etc.

4.4.1 Das Prinzip

Soviel Hilfe wie nötig geben, aber so wenig wie möglich!

Bevor Sie dem Klienten beim Aufstehen unterstützen, ist es ratsam **kreislaufanregende Übungen** bzw. **isometrische und dynamische Übungen** der Muskulatur als Vorbereitung durchzuführen (z.B. Radfahren, Stützen mit Armen, Becken heben, Beine abw. heben und spannen).

Durchführen von **Lagewechsel im Bett** (Drehen) ist auch eine gute Vorbereitung. Vor dem Aufstehen **Sitzen am Bett/Sessel**, um den Klienten an die aufrechte Position zu gewöhnen (Kreislaufanpassung).

Beobachtungen des Personenbetreuers

Unter anderem sind folgende **Beobachtungen** möglich, die dann **spezielle Maßnahmen zur Vorbereitung der Mobilisation erfordern**:

- Kreislaufprobleme, Schwindel
- zu schwache Muskulatur (Kniestrecke, Gesäßmuskeln, Rückenmuskulatur, Bauchmuskulatur, Oberschenkelmuskeln)
- Kontrakturen
- Atemnot

4.4.2 Ziele und praktischer Hintergrund von Transfer und Mobilisation

Bei der Mobilisation bzw. beim Transfer ist immer größtmögliche Selbstständigkeit, Aktivierung und Regulierung der Muskelspannung das Ziel.

Merke → Statt heben und tragen besser rollen und verschieben! Das ist kraftschonend für den Personenbetreuer!! (siehe auch Kapitel 4.1.)

4.4.3 Regeln für Transfer und Mobilisation

1. Gute Planung des Arbeitsvorganges mit dem Klienten gemeinsam.
2. Klare Anweisungen geben (schrittweise erklären, Bewegungsaufträge).
3. Sichere Griffe wählen – nahe am Rumpf.
4. Korrekte Position von Sessel, Rollstuhl, Hilfsmitteln vor dem Transfer.
5. Wahrnehmen und respektieren von Schmerzen, Problemen, Unbehagen, Angst!
6. Einbeziehen von Vorschlägen/Ideen des zu Betreuenden.

Genauere Beobachtung der Haltung und Bewegung des Klienten durch den Personenbetreuer um bei der Mobilisation effizienter helfen zu können ist wichtig:

- Kopfhaltung
- Beinsetzung
- Schultern, Nacken
- Wirbelsäule
- Schonhaltung (durch Verletzung, Schmerzen, Gips, Schiene, Verband..) u.a.

4.4.4 Transfer in der Praxis

Im Folgenden Text ist das Vorgehen bei den unterschiedlichen Transferarten kurz beschrieben:

- **von Rückenlage zur Seiten drehen** → Beine aufstellen und Oberkörper zur Seite drehen, Arme zur Seite mitnehmen
- **Rutschen im Bett nach links –rechts bzw. Richtung Fuß- oder Kopfende**
in Rückenlage (RL) Beine aufstellen, Becken heben und rutschen, Kopf und Schulter bewegen sich in entsprechende Richtung mit → Personenbetreuer greift und unterstützt am Fuß und Oberschenkel
in Seitenlage (SL) → Personenbetreuer greift beim Becken und der Taille und gibt Hilfe zum Rutschen
- **von Seitenlage zum Sitzen im Bett** (siehe Abbildung 4.11) → SL dann Beine anwinkeln; Abstützen beider oberer Extremitäten und Oberkörper hochdrücken. Personenbetreuer übt Druck an der Schulter und am Becken
- **Schinkengang – Rutschen am Bett/im Sessel** → Gewichtsverlagerung auf dem Becken nach links und rechts abwechselnd um vor zu rutschen → Rutschen mit Hilfe der Oberschenkel. Oberkörper evtl. auch dabei nach vorne beugen
- **vom Sitzen am Bett zum Stehen** → Griff am Becken – der Personenbetreuer ist seitlich (bei selbstständigen Patienten) → **ist viel Hilfe nötig** → Helfer steht vor dem Patienten, dieser gibt seine Arme auf die Schultern des Helfers → Knie des Patienten werden durch Knie des Helfers stabilisiert
- **Aufstehen und Hinsetzen vom Sessel** → **Beachte** Stellung der Füße → nach vorne rutschen → Oberkörper vorbringen! (Zusammenklappen) → Gewicht nach

vorne verlagern! → Arme abstützen. → der Personenbetreuer steht seitlich und hilft beim Becken bzw. Oberkörper

Hinsetzen: Ergreifen der Lehnen → Spüren der Sitzfläche in den Kniekehlen, dann erst hinsetzen → OK (Oberkörper) vorbringen (zusammenklappen) → Gewicht verlagern

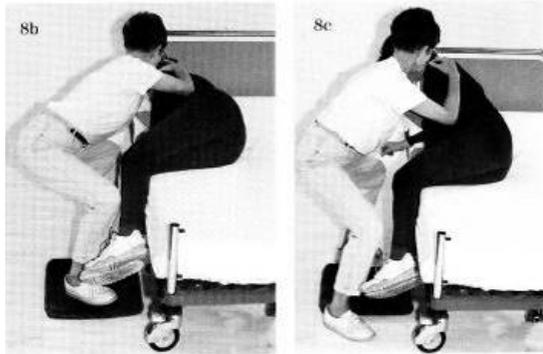


Abbildung 4.11 Aufsetzen aus der Seitenlage (aus Pappe: Heben und heben lassen, Bewegen und bewegen lassen, Pflaum Verlag München- Aufsetzen)

4.4.5 Transfer und Mobilisation des halbseitengelähmten Klienten

Transfer und Mobilisation richten sich nach bereits erwähnten Kriterien (siehe Kapitel 4.4) und werden auf die Problematik des Schlaganfallpatienten abgestimmt.

24 Stunden Management – Bobath Konzept:

Die Rehabilitation nach dem Bobathkonzept ist ein ganzheitliches Rehabilitationskonzept. Es inkludiert das Pflegepersonal, Arzt, Therapeuten, Personenbetreuer u.a., um die mehr betroffene Seite mit einzubeziehen und Funktionen zu verbessern.

Ziel ist dabei, die **Selbstständigkeit und Lebensqualität** des Klienten zu **verbessern**.

Beobachtungen bei **Halbseitenlähmung** sind z.B. (siehe auch Kapitel 6.3):

- Lähmung der Willkürmotorik
- Verlust des normalen Haltungstonus
- Beeinträchtigung der Oberflächensensibilität
- abnorme Reflexe
- Gesichtsfeldausfälle
- Sprach und Sprechstörungen
- Bewusstseinsstörungen
- Inkontinenz
- eingeschränkte Selbstständigkeit

Das **Bobathkonzept beinhaltet einen Lernprozess**, der lautet:

- wiederholt richtigen Input geben
- falsche Reize verhindern
- richtige Reize wiederholen

Dazu gehören Lagerung, aktivierende ressourcenorientierte Pflege und physiologische Bewegungen. Mehr betroffene Seite bewegen und miteinbeziehen. Der Personenbetreuer führt Bewegungen des Klienten mit ihm durch. Nonverbales Arbeiten. Das Üben sollte einen Bezug zu der ganzheitlichen Sichtweise haben.

Gestaltung des Zimmers → Input über die mehr betroffene Seite

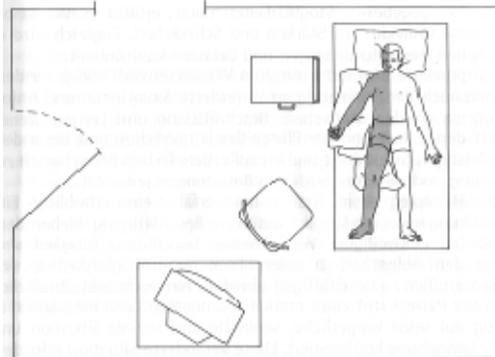


Abbildung 4.12 Gestaltung des Zimmers nach dem Bobath-Konzept (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie(Lähmung einer Körperseite) nach dem Bobath-Konzept)

Gestalten des Transfers (siehe Abbildungen 4.13 bis 4.17)

- Beim Transfer zu beachten:**
- mehr betroffene Körperseite einbeziehen
 - körperzentrale Griffe am Rumpf, Schulterblatt, Becken
 - Reize für die betroffene Seite setzen
 - Bimanuell arbeiten lassen
 - nicht an den Schultern hochheben – Luxationsgefahr!!
kein Zug am Arm
 - langsamer Transfer – viel wahrnehmen lassen
 - Rutschen im Bett ohne Polster
 - Transfers und Hilfen über betroffene Seite
 - beim Niederlegen betroffenen Arm schützen



Der rechte Arm umfasst und sichert die rechte Schulter des Klienten, die linke Hand des Personenbetreuers fasst das Gesäß und unterstützt das Vorwärtsrutschen zur Bettkante. Die Knie des Personenbetreuers sichern das gelähmte Bein vor dem Wegrutschen.

Abbildung 4.13 Schinkengang (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath Konzept- Schinkengang)



Der Personenbetreuer steht auf der gelähmten Seite des Klienten und unterstützt das Drehen auf die linke Seite indem er unter der Schulter und auf der Hüfte den notwendigen Druck ausübt. Der Klient fasst mit seiner gesunden Hand die gelähmte Hand und nimmt den Arm in die Seitenlage mit.

Abbildung 4.14 Drehen auf die Seite (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath Konzept- Drehen)



Der Personenbetreuer sichert das gelähmte Bein vor dem Wegrutschen, er unterstützt das Knie, um die ergonomische Bewegung beim Aufstehen einzuhalten und übt Druck nach oben, auf der unter dem Gesäß positionierten Hand aus.

Abbildung 4.15 Seite des Klienten und unterstützt das Drehen (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobathkonzept Thieme Verlag Stuttgart-Aufstehen vom Sessel)



a-b: Der Personenbetreuer verlagert das Gewicht des Oberkörpers des Klienten über die eigenen Schultern auf seinen Rücken, damit kommt der Klient von einer sitzenden in eine stehende Position.

c-d: Unterstützung der gelähmten Seite beim Aufstehen durch den Griff unter das Gesäß, sichern des gelähmten Knies vor dem „Einknicken“ durch Gegendruck.

Abbildung 4.16 Transfer vom Bett in den Rollstuhl (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobathkonzept Thieme Verlag-Aufstehen)



Der Personenbetreuer steht auf der gelähmten Seite des Klienten, sodass dieser seine betroffene Seite bewusst wahrnimmt, er führt vor den Augen des Klienten den Arm zum Waschen ins Waschbecken, er sichert das Schultergelenk.

Abbildung 4.17 Unterstützen der Hand bei der Körperpflege am Waschbecken (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath Konzept, Thieme Verlag Stuttgart-Waschen)

Hilfe beim Gehen

Der Personenbetreuer geht auf der mehr betroffenen Seite; Hilfe am Becken; evtl. Einsatz von Unterarmgehstütze oder Vierpunktstock. Betreuer kontrolliert das betroffene Bein und hilft wenn nötig beim Vorstellen des Beines. Beim Gehen ist das Anziehen fester geschlossener Schuhe sinnvoll.

4.4.6 Lagerung des halbseitengelähmten Klienten

Die Lagerung ist eine bedeutende Maßnahme in der Betreuung. Lagern ist eine Technik, die v.a. bei Immobilität oder Halbseitenlähmung überwiegend durch den Personenbetreuer erfolgt.

Arten der Lagerung

- aktivierend – entspannend
- Ruhelagerung
- Einschlaf Lagerung
- Antidekubituslagerung
- Atemerleichternde Lagerung
- Ruhigstellung bei Knochenbrüchen, Operationen

Weichlagern: je weicher und größer die Auflagefläche, desto geringer der Auflagedruck auf das bestimmte Hautareal.
Hohllagern: der gefährdete Bezirk wird absolut druckentlastet.
• Druck kommt somit mehr auf die aufliegenden Flächen.

Folgen einer nicht effizienten Lagerung

Mögliche Folgen bei nicht effektiver bzw. nicht korrekter Lagerung sind:

- Dekubitus
- Atemnot
- Herz-Kreislaufprobleme, Lungenerkrankungen
- Schmerzen
- Gelenksfehlstellungen, Kontrakturen
- Ess- und Schluckprobleme
- Förderung der Inaktivität & Unselbstständigkeit

Hilfsmittel zum Lagern

- weiche Polster, Decken
- Schaumstoffteile, Keile
- Knie-, -Kopf-Rollen
- Schienen
- Rollstuhl, Hocker, Sessel
- aufsetzbarer Tisch für den Rollstuhl
- wassergefüllter Handschuh
- Antidekubituskissen

Lagerungsarten

Grundsätzlich gilt: häufiges Umlagern und häufiger Lagewechsel

Rückenlage

- symmetrische Lagerung im Bett
- Unterlagern der Knie, evtl. auch der Schultern
- Oberkörper hochlagern bei Atem- oder Herzproblemen
- Kopf gerade, Beine symmetrisch und gerade lagern

Seitenlage

- flaches Bett oder leicht Oberkörper erhöht
- Kopf gerade lagern
- Rückenpolster, damit der Patient nicht nach vorne oder hinten gleitet
- oberes Bein gebeugt lagern auf einen Polster

Sitzen → Voraussetzung für das Sitzen ist die Fähigkeit die Balance zu halten!

- in einem Sessel mit Lehnen oder im Rollstuhl (evtl. vor einem Tisch als Schutz)
- Wirbelsäule gerade – unterstützt
- Füße unterstützen (Boden, Fußstütze)
- Arme ablegen
- aktivierend
- Möglichkeiten: Sitzen im Bett; in einem Sessel/Rollstuhl oder Querbettsitz (allerdings eher instabil)

Ziele der spezifischen Lagerung bei Halbseitenlähmung

- Bewusstmachen der mehr betroffenen Körperseite, Wahrnehmung fördern
- Regulation des Spannungszustandes der Muskulatur – Bahnen von physiologischen Bewegungsmustern
- Vermeiden von Komplikationen (wie Dekubitus, Lungenentzündung, Verkürzung von Muskeln, Sehnen, Bändern bei Gelenken)
- Vermeiden von Schmerzen
- Wohlbefinden steigern
- Interesse für die Umwelt und den eigenen Körper wcken/erhalten
- Sicherheit – Abbau von Angst
- Selbstständigkeit fördern

Praktische Tipps zur Lagerung

1. Lagerungen anpassen an den Klienten und an die jeweilige Situation.
2. Räumliche Orientierung → Körper steht parallel zu Bettkante.
3. Kontrakturprophylaxe: keine Gegenstände in den Handballen drücken!
4. Spitzfußprophylaxe: Achtung! In Rückenlage übt die Decke aufgrund der Schwerkraft einen Druck aus! Keine Fußstütze!
5. Kein Trapez zum Festhalten!



*Ein Polster im Rücken sichert das Geradehalten der Wirbelsäule.
Ein Polster lagert das gesunde Bein.
Der ausgestreckte gelähmte Arm wird von einem Polster unterstützt, damit es im Handgelenk nicht zu einer Überdehnung kommt.*

Abbildung 4.18 Lagerung auf betroffener Seite (aus Urbas: Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath Konzept Thieme Verlag)

!



Bei dieser Lagerung darauf achten dass das Gesicht ausreichend frei gehalten wird!

Abbildung 4.19 Lagerung auf der gesunden Seite (aus Urbas: Pflege eines Menschen nach dem Bobath Konzept, Thieme Verlag)



*Die gelähmte Schulter wird mittels Polster in eine Position gebracht, um die Überdehnung im Schultergelenk durch das Zurücksinken des Oberarmes zu verhindern.
Das Polster unter Gesäß und Oberschenkel bewirkt dass das Hüftgelenk nicht überdehnt wird.*

Abbildung 4.20 Lagerung auf dem Rücken (aus Urbas: Pflege eines Menschen nach dem Bobath Konzept)

4.5. Gehen, Gangarten und Gangbildveränderungen des älteren Menschen

Hilfsmittel zur Unterstützung des Gehens sind im Kapitel 4.3.3 beschrieben und in Abbildung 4.5 dargestellt.

Gangarten

Folgende **Unterscheidung** ist möglich:

- **Dreipunktgang:** Zur Entlastung eines Beines, beide Unterarmgehstützen vorstellen, ein Bein vorstellen, zweites Bein durchziehen
- **Vierpunktgang:** Teilbelastung, zur Entlastung beider Beine eine Unterarmgehstütze vorsetzen, gegenüberliegendes Bein vor, andere Unterarmgehstütze vorsetzen, gegenüberliegendes Bein vorstellen.
- **Gehen mit einer Gehhilfe** (Stock, Unterarmgehstütze) → Stütze vorsetzen, ein Bein vor, zweites Bein vorstellen, gerader Oberkörper!
- **Stufen gehen** → hinauf: zuerst gesundes Bein, dann betroffenes Bein → hinunter: zuerst betroffenes Bein, dann gesundes Bein

Gangschulung:

1. Oberkörper aufrecht.
2. Blick des Patienten nach vorne und nicht zum Boden.
3. Guter Einsatz von Stock, Unterarmgehstützen.
4. Betroffene Extremität gut entlasten.
5. Auf Körpersymmetrie achten.
6. Korrekte Einstellung der Höhe der Gehhilfen.
7. Helfer geht seitlich bei der betroffenen Seite gibt Hilfe am Becken.
8. Patienten nicht einhängen lassen!
9. Achtung → nie auf nassen Böden gehen – Rutschgefahr!
10. Gehhilfe immer auf gesunder Seite anwenden.
11. Verschiedenen Gangarten beachten.

4.6 Rehabilitation – Aufgabe der Physiotherapie

Um einem behinderten oder kranken Menschen helfen zu können, die Krankheit/Behinderung zu bewältigen, ist eine Rehabilitation notwendig. Rehabilitation bedeutet Eingliederung oder Wiedereingliederung behinderter- bzw. kranker Menschen in Beruf und Gesellschaft – also soziale Integration. Die Rehabilitation bezieht sich auf den **physischen, psychologischen, sozialen, beruflichen, privaten und ausbildungsmäßigen Bereich** eines Menschen. Rehabilitation ist ein Konzept, welches das gesamte Gesundheitssystem betrifft.

Ziele der Rehabilitation sind:

- Erhalten vorhandener Funktionen/Fähigkeiten
- Erhaltung/Wiederherstellung der Gesundheit
- Wiedereingliederung in Beruf und Gesellschaft
- Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens

Hilfe zur Selbsthilfe!

Lernzielkontrolle:



- 1) Was verstehen Sie unter ergonomischer Arbeitstechnik? Führen Sie mindestens fünf Arbeitsgrundsätze an!
- 2) Welche Faktoren beachten Sie bei der Anschaffung von Hilfsmitteln? Nennen Sie mindestens fünf Hilfsmittel!
- 3) Wie können Sie den gehbeeinträchtigten Klienten beim Gehen sinnvoll unterstützen?
- 4) Was ist im Umgang mit dem Rollstuhl zu beachten?
- 5) Welche Arten von Lagerungen kennen Sie und welche Wirkung haben Lagerungen?
- 6) Welche Punkte sind bei einem Klienten mit einer Halbseitenlähmung grundsätzlich beim Transfer wichtig?
- 7) Ein Klient mit einer Halbseitenlähmung: Führen Sie einen Transfer von Bett auf den Rollstuhl durch! Worauf haben Sie zu achten?
- 8) Ein Klient mit einer Halbseitenlähmung: Führen Sie eine Seitenlagerung auf der mehr betroffenen Seite durch! Worauf haben Sie zu achten?

Quellen:

- Cotta, Heipertz, Hüter-Becker, Rompe: Grundlagen der Krankengymnastik, Praxis der Physiotherapie Band 3 Thieme Verlag Stuttgart 1986
- Davies, P. M.: Im Mittelpunkt, Springer-Verlag Berlin-Heidelberg 1990
- Frühwald Thomas, Gatterer Gerald: Demenz, Norka Verlag
- Hein: Krankenpflegehilfe, Altenpflegehilfe Urban Fischer Verlag 2007
- Hüter-Becker, Schewe, Heipertz : Physiotherapie- Biomechanik, Arbeitsmedizin, Ergonomie, Band 1, Thieme Verlag Stuttgart 1999
- Kellnhauser u.a.: Thiemes Pflege, Thieme Verlag Stuttgart 2000
- Kempf,: Rückenschule, Urban Fischer Verlag München 2003
- Kolster, Ebel-Paprotny: Leitfaden Physiotherapie, Urban Fischer Verlag München 2002
- ÖPV: Physiotherapie Berufsbild, Druck Facultas Wien
- Nydahl, Bartoszek; Basale Stimulation Urban und Fischer Verlag München 2000
- Pape, Anne: Heben und heben lassen; Pflaum Verlag München 2000
- Pils, Katharina: Sturzprävention, Norka Verlag 2003
- Sittler, Kruft : Pflegeleitfaden, Urban Und Schwarzenberg München 1997
- Schietinger, Schenzle :Kräfteschonendes Lagern und Drehen in der Pflege Enke Verlag Stuttgart 1998
- Ullrich, Lamers-Abdella: Intensivpflege, Thieme Verlag Stuttgart 1996
- Urbas, : Pflege eines Menschen mit Hemiplegie nach dem Bobath Konzept, Thieme Verlag Stuttgart 1996
- Wewerka : Mobilisieren Kohlhammer Verlag Stuttgart 2000

Weiterführende Informationen:

- www.physioaustria.at Österreichischer Physiotherapeutenverband Tel.:587 99 51
- www.wgkk.at Wiener Gebietskrankenkasse **WGKK Tel.:60122**

5. Haushaltsführung, Umweltschutz, Sicherheit und Unfallverhütung im Haushalt

5.1. Haushaltsführung als Aufgabe des Personenbetreuers

Zur Haushaltsführung gehören:

- täglich und laufend durchzuführende Arbeiten wie z.B. Kochen, Geschirr spülen und Betten machen
- mehrmals pro Woche anfallende Tätigkeiten wie z.B. Staubsaugen oder einkaufen
- einmal pro Woche durchzuführende Tätigkeiten wie z.B. Boden wischen
- längerfristig regelmäßig oder sporadisch anfallende Tätigkeiten wie z.B. Fenster putzen

Die folgenden Kapitel geben einen Überblick über die einige Aspekte, die es dabei zu berücksichtigen gilt und die wichtigsten Tätigkeitsfelder sind genauer beschrieben.

5.1.1 Wahrung der individuellen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten des Klienten

Bei der Haushaltsführung sind fachlich begründete notwendige Regeln zu befolgen. An erster Stelle stehen aber immer der **Respekt** und die **Berücksichtigung der Wünsche und Gewohnheiten** Ihres Klienten.

Bei der Planung der Haushaltsaktivitäten und Durchführung aller Aufgaben sollten Sie daher stets das Wohl Ihres Klienten im Auge behalten.



Passen Sie Ihre Haushaltsführung an die individuellen Vorlieben Ihres Klienten an.

5.1.2. Einbeziehen von Klienten und deren Angehörigen

Ihre Aufgabe als Personenbetreuer ist es nicht, die Führung („Regie“) des Haushalts ganz „an sich zu reißen“. Um im Bild zu bleiben: Der eigentliche „Regisseur“ und „Produzent“, das heißt, derjenige, der bestimmt, was genau und wann und wie zu geschehen hat, bleibt immer noch der Klient sowie stellvertretend und ergänzend auch seine Angehörigen.

Der Klient soll durch Ihre Anwesenheit unterstützt werden. Die Förderung seiner Selbständigkeit steht dabei im Zentrum. Zudem übernehmen bzw. behalten die Angehörigen vermutlich auch weiterhin bestimmte Aufgaben in der Versorgung. Sprechen Sie daher zu Beginn Ihrer Tätigkeit und auch zwischendurch immer wieder genau ab, was von wem getan werden soll.

Erstellen Sie gleich zu Beginn einer längerfristigen Betreuung gemeinsam mit dem Klienten und dessen Angehörigen einen **Plan**, welche Aufgaben in welchen Intervallen von Ihnen zu erledigen sind. Dieser Plan sollte in regelmäßigen Abständen mit dem Klienten/den Angehörigen gemeinsam überprüft und an die sich eventuell ändernden Bedürfnisse angepasst werden, um sicherzustellen, dass er immer noch passt.

Dadurch können auch Missverständnisse oder mögliche Unzufriedenheiten bezüglich Haushaltsführung frühzeitig abgefangen und geklärt werden.

! Die Haushaltsführung bedarf einer genauen Absprache, um Missverständnisse, Lücken und Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

5.1.3. Hygiene im Haushalt

! Sowohl objektiv zur Vermeidung von Krankheiten als auch subjektiv für das Wohlfühl des Klienten ist es wichtig, seine Umgebung sauber zu halten.
• Hygiene spielt bei allen Verrichtungen im Haushalt eine Rolle.

Grundregeln der Hygiene sind:

- **regelmäßig Hände waschen** (insbesondere nach Kontakt mit Exkrementen, bzw. nach dem Toilettengang oder nach indirektem Kontakt z.B. über Türklinke der Toilette und bevor Speisen zubereitet oder serviert werden)
- **regelmäßig Müll entsorgen** (insbesondere bei hohen Temperaturen, im Sommer!)
- **Lebensmittel** regelmäßig auf Anzeichen von Verderbnis **überprüfen**, Verfalldatum beachten
- die **Wohnung rein halten** → regelmäßig Küche, Sanitäranlagen, Möbel und Böden putzen

Hygiene bei der Wohnungsreinigung:

- die jeweils für die verschiedenen Zwecke vorgesehenen **Reinigungsmittel und Hilfsmittel** entsprechend benutzen → Schwämme, Bürsten, Tücher, Besen, Schrubber, Kübel usw.) → **Dosierung und Gebrauchsanweisung** beachten!
- achten Sie auf eine strikte Trennung der Utensilien für die Küchenreinigung und die der Bad- und Toilettenreinigung!
- für **feuchte Arbeiten** verwendete Tücher, Lappen, Schwämme etc. sind nach dem Gebrauch zu trocknen bzw. von Zeit zu Zeit zu waschen oder zu ersetzen
- das **Mischen von verschiedenen Reinigungsmitteln** ist unbedingt zu vermeiden
- bei Reinigungsarbeiten im Sanitärbereich (Bad, WC, Toilettenstuhl, Leibschüssel, Urinflasche) sind zum **Selbstschutz** Haushaltshandschuhe zu tragen

Auf besondere Maßnahmen im Zusammenhang mit bestimmten Tätigkeiten wird in den einzelnen Kapiteln nochmals eingegangen.

5.1.4. Lebensmittellagerung und Vorratskontrolle

Lebensmittel werden vorwiegend im Kühlschrank, in der Gefriertruhe und im Vorratsschrank aufbewahrt. Oft gibt es zudem eine spezielle „Brotdose“ im Haushalt. Diese Vorräte sind die Basis für die Speisenplanung und sinnvoll durch Einkäufe (siehe hierzu auch die Hinweise unter „Geldgebarung“ (siehe Kapitel 5.2.) zu ergänzen. Deshalb ist es wichtig:

- sich einen **Überblick** über die vorrätigen Lebensmittel zu **verschaffen**
- laufend auf **Ablaufdaten/Anzeichen für Verdorbenheit** (z.B. Schimmel, faule Stellen) achten
- mit dem Klienten (dessen Angehörigen) **klären**, welche Lebensmittel aus dem **Vorrat** zu entnehmen bzw. im Haushalt zu verbrauchen sind
- **entsorgen** Sie abgelaufene oder verdorbene Waren in Absprache mit dem Klienten (den Angehörigen)
- **klären** Sie mit dem Klienten/Angehörigen, was Sie **nachbesorgen** sollen und was nicht

- **Speisereste** dürfen niemals in emaillierten Gefäßen oder Metallgeschirr **aufbewahren** (kann gesundheitsschädlich sein)
- Speisen, die einander im Geruch stören, nicht nebeneinander stellen (z.B. Zwiebeln und Kuchen)
- grundsätzlich alles **zudecken**

Aufbewahrung im Kühlschrank/Gefrierschrank

- die beste Temperatur liegt bei 4° Celsius im Kühlschrank (Thermometer vorhanden?) und bei 18 bis 20° im Gefrierschrank → keine heißen oder warmen Speisen in den Kühlschrank stellen
- um Vereisung zu vermeiden, Kühlschranktür sofort wieder schließen
- vereiste Kühlschränke/Gefrierschränke abtauen (Gebrauchsanweisung beachten), mit lauwarmem Essigwasser auswaschen

Unbedingt im Kühlschrank aufzubewahren sind: Rohes Geflügel und rohes Fleisch (verpackt oder zugedeckt) rohe Eier (in geschlossener Verpackung).

Achtung: Auch tiefgefrorene Lebensmittel halten nicht unbegrenzt:

- Gemüse bis zu einem Jahr
- mageres Fleisch, Geflügel und Fisch bis zu neun Monaten
- fettes Fleisch bis zu vier Monaten
- Brot und Kuchen bis zu fünf Monaten
- fertige Speisen und Eis drei Monate

Die Kühlkette darf niemals unterbrochen werden. Angetaute oder aufgetaute Ware muss rasch verbraucht werden.

Aufbewahrung im Vorratsschrank

- Vorratskammer sauber und trocken halten
- möglichst lichtgeschützte Lagerung (vor allem bei Obst, Gemüse, Ölen)
- Konservendosen, die eine Delle haben (z.B. vom Herunterfallen) sind zu entsorgen (Gefahr einer bakteriellen Vergiftung)
- Lebensmittel dürfen nicht gemeinsam mit Putzmitteln gelagert werden
- auf Ungezieferbefall achten

! Aus hygienischen Gründen müssen Kühlschrank/Gefrierschrank sowie Vorratsschrank/Brotdose regelmäßig gereinigt werden.

Für den Kühlschrank, wie auch Vorratsschrank und Brotdose, empfiehlt sich eine monatliche Reinigung. Beim Gefrierschrank genügt in der Regel einmal im Jahr eine gründliche Reinigung (am besten im Winter). Akute Verschmutzungen (ausgelaufene Flüssigkeiten etc.) sind selbstverständlich laufend zu beseitigen.

Nach dem Reinigen des Gefrierschranks angetaute Lebensmittel nicht erneut einfrieren, sondern rasch verbrauchen!

5.1.5. Zubereiten von Speisen

Bei der Gestaltung eines Speiseplans und der Zubereitung von Speisen ist auf eine gesunde Ernährung zu achten und die Vorlieben des Klienten sind zu berücksichtigen. So weit möglich, ist der Klient in die Auswahl und Zubereitung mit einzubeziehen. Auf spezielle (vom Arzt verordnete) Diäten ist zu achten.

Bei der **Speisenzubereitung** ist folgendes **zu beachten**:

- vor dem Kochen die Hände waschen!
- alle Speisen werden gründlich erhitzt (außer Rohkost)
- fertige Speisen sind bei mehr als 75° Celsius heiß zu halten; dies aber nur für kurze Zeit
- fertige Speisen (Reste) sind über Nacht bei Temperaturen unter 4° Celsius zu lagern
- gekühlte Speisen vor dem Servieren nochmals erhitzen (Kerntemperatur von mindestens 75° Celsius)
- nur einmal aufgewärmt werden dürfen Spinat, Pilzgerichte oder Fisch
- Kartoffelspeisen nicht länger als 24 Stunden aufbewahren (sonst gesundheitsschädlich)
- tiefgekühltes Obst und Mehlspeisen sind rasch nach dem Auftauen zu verzehren
- angetaute Tiefkühlwaren dürfen nicht neuerlich einfrieren
- zu Boden gefallene Lebensmittel dürfen nicht weiter verwendet werden, sofern nicht eine völlige Entfernung der Verunreinigung möglich ist
- Rohware und fertig zubereitete Speisen sind streng voneinander zu trennen (auch Hände, Geräte und Geschirr dazwischen gründlich waschen)
- Faschiertes innerhalb von 12 Stunden verarbeiten

Typisch österreichische Gerichte sind:

- klare Rindssuppen (mit Leberknödel, Griesnockerln usw.)
- Schweinsbraten mit Knödel
- Wiener Schnitzel (vom Kalb, evtl. auch Schwein)
- Gulasch
- gebackener Fisch mit Kartoffelsalat
- Tafelspitz
- Risibisi
- Fleischlaibchen mit Kartoffelpüree
- Kaiserschmarrn

- „Lieblingsspeisen“ sollten erfragt und nach Möglichkeit eingebaut werden (Rezepte vom Klienten oder den Angehörigen einholen). Klären Sie aber bitte, ob diese einem evtl. ärztlich vorgeschriebenen
- Diätplan widersprechen.

Auf sauberes Koch- und Essgeschirr achten! Beim **Abwaschen** folgende **Reihenfolge** einhalten:

1. Gläser
2. Besteck
3. Porzellan und Plastik
4. Töpfe
5. mit Fett behaftetes Geschirr

Auf saubere Geschirrtücher achten und Reinigungstücher regelmäßig wechseln. Nach jedem Kochvorgang die Kochstelle reinigen.

Verhütung von Salmonelleninfektionen

Salmonellen sind in Österreich verbreitete Bakterien. Sie sind – vor allem für ältere Menschen – extrem gesundheitsschädlich und unter Umständen sogar lebensgefährlich. Salmonellen befinden sich möglicherweise:

- auf der Haut und Oberfläche von rohem Geflügel, Geflügelteilen und Innereien
- auf der Eierschale, im Inneren von Eiern
- auf der Oberfläche von rohem Fleisch, bei rohem Faschieren auch im Inneren
- im Darm von Mensch und Tier – und daher auch möglicherweise im menschlichen Stuhl (Händewaschen nach dem Toilettengang)!

Salmonellen vermehren sich rasch bei Zimmertemperatur sowie in lauwarmen Speisen, bei Kühlschranktemperaturen kaum.

Tiefgefrieren tötet Salmonellen nicht ab, nur durchgehend starkes Erhitzen (mehr als 75° Celsius im Inneren der Speise)!

Nicht gegessen werden sollen:

- rohe bzw. weniger als sieben Minuten lang gekochte Eier
- nur auf einer Seite gebratene Spiegeleier
- Eierspeise, die nicht gründlich durch erhitzt ist
- Speisen mit rohen Eiern (z.B. Bouillon mit Ei, rohes Faschiertes)

Nach dem Hantieren mit rohem Geflügel und Fleisch sind Hände und Küchengeräte (auch Schneidbretter) sorgfältig mit Spülmittel und heißem Wasser zu reinigen.

5.1.6. Wäscheversorgung

Die Wäscheversorgung beinhaltet:

- **sortieren der Wäsche** (nach Handwäsche/Maschinenwäsche, Fein-, Bunt- und Kochwäsche; Schmutzwäsche nur in getrocknetem Zustand in dafür vorgesehenen Behältern sammeln)
- **Waschen** (per Hand oder in der Maschine → Gebrauchsanweisung und empfohlene Waschmitteldosierung beachten)
- **Trocknen** (an dafür vorgesehenem Platz oder im Wäschetrockner: Gebrauchsanweisung beachten)
- **Bügeln** → je nach Wäschestück und Wunsch des Betreuten
- **auf Schäden** an der Wäsche **achten** und ggf. ausbessern (lassen)
- Wäsche **in** dafür vorgesehene **Schränke einsortieren**

Bei **Wäscheversorgung außer Haus**:

- Grobverschmutzungen (z.B. Stuhl) entfernen
- Schmutzwäsche in Säcken sammeln und Wäschedienst übergeben oder in Wäscherei bringen (vorgesehene Wäschezettel ausfüllen und Belege aufbewahren; Abholdatum beachten und entsprechend abholen)

Bett- und Leibwäsche sollte nach Bedarf (Leibwäsche mindestens alle zwei Tage, Bettwäsche alle zwei Wochen, wenn nötig aber beides auch mehrmals täglich!) gewechselt und nach Möglichkeit mit 60° oder 90° Celsius gewaschen werden.

5.1.7. Unterstützen bei der Betreuung von Haustieren

Hält der Klient Haustiere, gehört das Unterstützen bei der Versorgung dieser Tiere mit Nahrung (z.B. Hundefutter), ausreichender Bewegung und entsprechenden Hygienemaßnahmen (z.B. Katzenklo reinigen, Aquarium säubern, Hundedecke waschen) mit zu Ihren Aufgaben.

5.2. Geldgebarung: Einkäufe, Erledigungen, Wirtschaftsbuch

5.2.1. Einkauf

Planung und Durchführung:

- vor dem Einkauf Überprüfung der vorhandenen Lebensmittel
- genaue Erstellung einer schriftlichen Einkaufsliste mit dem Betreuten und/oder Angehörigen
- Dokumentation der erhaltenen Geldsumme
- zum Einkauf zwei Einkaufstaschen (Rücken schonendes Tragen) oder Einkaufswagen und ggf. Lesebrille mitnehmen (Preise und Ablaufdatum!)
- Rechnungsbelege sorgfältig aufbewahren

5.2.2. Erledigungen

Dazu gehören Botenwege wie z.B. zum Arzt oder Bandagisten, zur Apotheke, Post, Bank oder zu Ämtern. Mit dem Betreuten/den Angehörigen ist vorher genau abzuklären, für welche Botengänge Sie zuständig sind. Wichtig bei Geldangelegenheiten ist das Absichern durch **Übernahmebestätigungen!**

Wird die betreute Person bei diesen Erledigungen begleitet, so ist für ihre Sicherheit zu sorgen und geeignetes Schuhwerk, ggf. Unterarmgehstützen/Stock, ggf. Blindenschleife sind bereitzustellen.

5.2.3. Führen eines Haushaltsbuchs



Ein Haushaltsbuch dient zur Aufstellung, der für den Klienten getätigten Einkäufe, Besorgungen etc. und zu Ihrer eigenen finanziellen und rechtlichen Absicherung.

Einkäufe, die Sie für die betreuungsbedürftige Person tätigen, werden hier **abgerechnet und dokumentiert**. Das Wirtschaftsbuch ist vergleichbar mit einem Kassenbuch.

Erhaltene Beträge, z.B. Wirtschaftsgeld, sind in der Rubrik „Erhalten“ einzutragen.

Nach erfolgtem Einkauf/erfolgter Besorgung sind dem Klienten/Angehörigen die **Belege bzw. Kassenbons** zur Kontrolle vorzulegen.

Anschließend wird in der Rubrik „Ausgabe“ die **exakte Summe der Belege übertragen**.

Die **Belege** sind mit einer fortlaufenden Nummer zu versehen und mit dem Buch **aufzubewahren** (evtl. ins Buch kleben).

Eine zusätzliche **Spalte „Saldo“** dient dazu, laufend einen Überblick über den „Kassenstand“ zu haben. Die Eintragungen werden mit Ihrer **Unterschrift** bzw. **Handzeichen** bestätigt.

Zu bestimmten Terminen (wöchentlich oder am Monatsende, alternativ dazu nach jeder Seite im Haushaltsbuch) werden die Ausgaben zusammengezählt und von den Einnahmen abgezogen. Der Restbetrag muss mit dem tatsächlich vorhandenen Geld übereinstimmen.

Ist eine Seite zu Ende, erfolgt ein Übertrag auf die nächste Seite. Der **Saldo/Übertrag** ist vom Klienten/Angehörigen **per Unterschrift zu bestätigen**.

5.3. Umgang mit technischen Gerätschaften/Heizung

Beim Umgang mit technischen Haushaltsgeräten (z.B. Staubsauger, Spülmaschine) sowie Wohnungsbestandteilen (z.B. Heizung) ist die jeweilige Gebrauchs- und Wartungsanleitung (entweder gedruckt oder durch den Betreuten/Angehörigen erklärt) unbedingt zu beachten.

Das betrifft die regelmäßige Reinigung, Wartung und das Auswechseln von Filtern (z.B. in der Spülmaschine, Beutel beim Staubsauger) ebenso wie die richtige Programmierung (z.B. bei Thermostaten, Waschmaschine).



Machen Sie sich mit den Geräten vertraut und lassen Sie sich gründlich „einschulen“.

Heizung

Zur Heizung gehören die **Sicherstellung der Funktionsweise** des Heizgeräts, des ausreichenden **Vorhandseins von entsprechendem Brennmaterial** sowie das **Heizen** selbst.

Vorgehen:

- sich über die Funktionsweise der Heizung/des Ofens **informieren**
- **Funktionsfähigkeit** rechtzeitig vor der Heizsaison **überprüfen** (lassen)
- **Adressen** von Reparaturfirmen **bereit halten**
- **Heizmaterial kontrollieren** bzw. Beschaffung organisieren
- **Beheizung** durchführen



Achten Sie auf das subjektive Wärmebedürfnis des Klienten!

Auf Gefahrenquellen achten

Zu Gefahrenquellen beim Heizen zählen z.B. heraus fallende Glut, Lagern von brennbaren Materialien zu nahe an der Heizung, mangelnde Luftzirkulation um den Heizkörper, schadhafte oder mangelhaft funktionierende Abzüge (Kamin, Ofenrohr).

Auch in der Heizsaison auf ausreichende Lüftung der Wohnung achten! Ab und zu eine kurze Stoßlüftung bei weit geöffneten Fenstern ist besser als dauerhaft ein Fenster gekippt zu halten.

5.4. Beitrag zum Umweltschutz

5.4.1. Müllvermeidung im Haushalt

Vermeiden Sie überflüssige Müllentstehung, z.B. durch Verwendung von Einkaufstaschen, den Kauf von Nachfüllpackungen für Hygieneprodukte (z.B. bei Flüssigseifen).

5.4.2. Mülltrennung/Müllentsorgung

Erkundigen Sie sich, welche verschiedenen Müllsammelsysteme in der Wohnumgebung des Klienten angeboten werden (z.B. Biomüll).

Mülltrennung erforderlich bei:

- **Altpapier** (private Papiertonne oder öffentliche Sammelbehälter)
- **Altglas** – bunt und weiß (öffentliche Sammelbehälter)
- **Pfandflaschen** (Rückgabe!)
- **Plastikflaschen** und ähnliche **Plastikartikel** (eigene Sammelbehälter für Plastik verwenden oder öffentliche Sammelbehälter)
- **Metall und Dosen** (öffentliche Sammelbehälter)
- Batterien (Sammelstellen für Sondermüll bzw. in den Geschäften zurückgeben)
- abgelaufene Medikamente (bei Apotheken abzugeben)
- Restmüll (je nach lokalen Gegebenheiten entsorgen)

Spritzen und Nadeln sind in stichfesten Behältern zu sammeln und gut verschlossen zum Restmüll zu geben.



Auf regelmäßige Müllentsorgung ist zu achten!

5.4.3. Verwendung umweltschonender Reinigungsmittel

Achten Sie beim Kauf und bei der Dosierung auf möglichst umweltverträgliche Produkte bzw. Mengen.

5.5. Sicherheit und Unfallverhütung

Als Personenbetreuer ist das Sorgen für die Sicherheit Ihres Klienten eine Ihrer zentralen Aufgaben. Die Gesundheit und Sicherheit Ihres Klienten zu schützen bedarf auch einer sorgfältigen Gestaltung des Umfelds, in der sich dieser bewegt.

5.5.1. Häufige Ursachen von Unfällen

Unfälle in der eigenen Wohnung bzw. in der unmittelbaren Wohnumgebung gehören zu den häufigsten und folgenschwersten Bedrohungen der Gesundheit Ihres Klienten (und auch Ihrer eigenen Gesundheit!).

Über 80% der Unfälle von Menschen über 60 Jahre sind auf Stürze im Haushalt zurückzuführen. Die möglichen Folgen eines Sturzes sind mit steigendem Lebensalter zunehmend dramatisch (Knochen brechen schneller und heilen schwieriger, Schenkelhalsbrüche und dauerhafte Bettlägerigkeit sind häufige, manchmal fatale Folgen)

Zu den **häufigsten äußeren Ursachen für Unfälle und Stürze** in der Wohnung gehören:

- Stolperfallen in der Wohnung (Türschwellen, lose Kabel, hochstehende Teppichkanten usw.)
- rutschige (feuchte) Bodenbeläge
- fehlende Handläufe an Treppen
- fehlende Haltemöglichkeiten im Bad (siehe Abbildung 5.1)
- schlechte Beleuchtung

40% der Stürze älterer Menschen passieren durch Ausrutschen, 16% dadurch, dass ein Hindernis übersehen wird und ca. 20% der Stürze ereignen sich ohne äußere Einwirkungen.

Persönliche Risikofaktoren für Stürze:

- Bewegungsmangel und Übergewicht (fehlende Beweglichkeit, Muskelschwäche)
- zu wenig Flüssigkeitszufuhr (Schwindel)
- Bewegungseinschränkungen (z.B. durch frühere Verletzungen)
- zu hoher oder zu niedriger Blutdruck (Schwindel)
- Sehstörungen/Sehchwäche (auch keine oder falsche Brille)
- Nebenwirkungen von Medikamenten (z.B. Müdigkeit, Schlafstörungen)
- Ängstlichkeit
- häufige Stürze in der Vergangenheit



Achten Sie darauf, dass Ihr Klient ausreichend Flüssigkeit zu sich nimmt. Berücksichtigen Sie individuelle Risikofaktoren und treffen Sie entsprechende Vorkehrungen!



Abbildung 5.1 Handgriff für Badewanne

5.5.2. Unfallverhütung und Wohnraumausstattung

Es gibt eine Vielzahl an **Verhaltensregeln** aber auch **Hilfsmittel** und **Vorrichtungen** zu kaufen, die die Sicherheit erhöhen können.

Informationen zur Verhütung von Heim- und Freizeitunfällen, insbesondere auch für Senioren, erhalten Sie z.B. beim Kuratorium für Verkehrssicherheit in Wien (Schleiergasse 18, 1100 Wien, Tel: 01/5 77 0 77-0).

Hilfsmittel und Sicherheitsausstattungen (auch kostenlose Kataloge hierzu) erhalten Sie beim Bandagisten oder auch im Sanitär- und Möbelfachhandel.

! Wichtige Sicherheitsmaßnahmen sind generell gute Beleuchtung, Übersichtlichkeit und Zweckmäßigkeit der Einrichtung und Ordnung!

• Evtl. sinnvolle Anschaffungen sollten Sie mit dem Klienten/den Angehörigen besprechen.

Rutschsicherheit gewährleisten:

- Böden trocken halten bzw. nach dem Aufwischen gut trocknen lassen bevor der Raum wieder betreten wird (vor allem Bad und Küche!)
- rutschende Teppiche entfernen oder mit einer rutschfesten Matte unterlegen
- rutschfestes Schuhwerk
- Treppengleitschutzstreifen auf abgetretenen Stufen montieren
- in Bad und Dusche rutschfeste Matten einlegen und Haltegriffe (siehe Abbildung 5.1) montieren lassen
- bei Treppen Handläufe installieren

Stolperfallen (siehe Abbildung 5.2) **beseitigen**:

- Türschwellen entfernen oder farblich markieren
- dicke Fußmatten durch dünne (und rutschfeste) ersetzen
- Teppiche mit „Eselsohren“ entfernen oder fixieren
- schadhafte Bodenbeläge erneuern
- Kleinmöbel und sonstige Gegenstände aus dem Weg räumen
- Kabel auf dem Boden an der Wand entlang führen (Kabelschellen oder Kabelkanäle)
- Feste, dem Fuß Halt gebende Schuhe (sowohl für den Klienten als auch für die Betreuungsperson!)



Abbildung 5.2 Stolperfallen

Unfälle im Zuge der Haushaltstätigkeiten vermeiden:

- größere Putzarbeiten auf mehrere Tage verteilen, Stress, Hektik und Erschöpfung führen zu Unfällen
- bequeme, nicht allzu weite Kleidung tragen (mit weiten Ärmeln oder Schürzenbändern bleibt man leicht hängen)
- rutschsichere Schuhe tragen
- als Erhöhung nur eine richtige Haushaltsleiter verwenden (mit Spreizabsicherung und Ablagefläche für Putzmittel) – keinesfalls Tische oder Sessel besteigen!
- Leiter richtig benutzen (fester Stand, mit dem Gesicht zur Leiter besteigen, die richtige Höhe benutzen, nicht seitlich über die Leiter hinausbeugen)
- Besen, Kübel etc. so hinstellen, dass man nicht darüber stolpern kann
- Fenster von der Innenseite und niemals vom Fensterbrett der Außenseite reinigen!
- Umgang mit scharfen oder spitzen Gegenstände → Messer, Werkzeuge, Nadeln sicher aufbewahren, damit sie gefahrlos entnommen werden können (z.B. aus der Schublade) → beim Arbeiten immer weg vom Körper richten und ohne andere zu gefährden
- geöffnete Dosen oder kaputte Gläser so entsorgen, dass sie nicht mehr mit bloßen Händen angegriffen werden müssen

5.5.3. Weitere Sicherheitsmaßnahmen

Unfälle mit Strom vermeiden

- Elektrogeräte und Kabel nie mit Wasser in Berührung bringen!
- schadhafte Elektrogeräte nicht mehr benutzen, sondern austauschen lassen
- defekte Steckdosen oder Stecker reparieren lassen

Wenn Ihr Klient selbst Gefahren nicht mehr richtig einschätzen kann:

- gefährliche Gegenstände (z.B. Messer, Mixer) aus seiner Reichweite entfernen!
- Schutzgitter am Herd montieren
- Kästen mit gefährlichen Dingen (z.B. Putzmittel) absperren
- Mit Einverständnis des Klienten oder seines gesetzlichen Vertreters kann bei Gefahr des nächtlichen aus dem Bett Fallens ein Seitengitter am Bett angebracht werden.

Notrufsysteme

Rufhilfe/Notruftelefon: Ein spezieller, wie eine Armbanduhr am Handgelenk zu tragender Sender in Kombination mit einem Empfangsgerät am Telefon verbindet den Klienten im Falle einer Notlage rund um die Uhr auf Knopfdruck mit einer Rettungsleitstelle. Dieser Service wird unter anderem von den folgenden Organisationen angeboten: Rotes Kreuz, Caritas, Hilfswerk, Volkshilfe, Johanniter.



Bei Problemen im Bereich der Sicherheit sind Ihre Bedenken mit dem Klienten und den Angehörigen zu besprechen.

Lernzielkontrolle:



- 1) Welche Tätigkeiten umfasst die Haushaltsführung durch Personenbetreuer?
- 2) Welche Hygieneregeln sind im Haushalt, bei der Lebensmittellagerung und bei der Zubereitung von Speisen zu beachten?
- 3) Nennen Sie die wichtigsten Maßnahmen zur Unfallverhütung zu Hause?
- 4) Warum ist es wichtig ein Haushaltsbuch zu führen und wie ist ein solches aufgebaut?

Quellen:

- Jedelsky, E. (Hg.), Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause. Wien 2006
- ÖRK, Betreuungsrichtlinien. Wien. Juli 2007
- ÖRK, Leitlinie Sturzprävention in der mobilen Pflege und Betreuung. Wien. Mai 2007

6. Veränderungen und Erkrankungen im Alter

6.1. Arteriosklerose

Arteriosklerose = Verhärtung, Verdickung, Verengung sowie Verlust der Elastizität der Gefäßwand infolge einer Einlagerungen von Fettstoffen in die innerste Schicht der Arterienwand. Diese Fetteinlagerungen verkalken später und führen zu einer Aufrauung der Innenwand.

Risikofaktoren

Treffen mehrere Risikofaktoren zusammen, erhöht sich das Risiko → die Risikofaktoren potenzieren sich!

Unbeeinflussbare Risikofaktoren:

- Alter
- männliches Geschlecht
- familiäre Disposition (Veranlagung)

Beeinflussbare Risikofaktoren:

- erhöhte Blutfettwerte z.B. Cholesterin (Hypercholesterinämie)
- hoher Blutdruck (Hypertonie)
- Übergewicht (Adipositas)
- Diabetes mellitus (Insulinmangel oder verminderte Insulinwirkung)
- Rauchen
- vermehrte Harnsäure im Blut (Hyperurikämie)
- Bewegungsmangel

Symptome

Erst durch die zunehmende Einengung entstehen die Symptome der arteriellen Durchblutungsstörung.

Besonders gefährdete Organe	Symptome, Beschwerden
Gehirn	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirrtheit • Kopfschmerzen • Vergesslichkeit • Sensibilitätsstörungen, Lähmungen der Extremitäten in der Folge → Apoplexie (Schlaganfall)
Herz	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen • Atemnot • Herzrhythmusstörungen • Angina pectoris (Unterversorgung des Herzmuskels) in der Folge → Herzinfarkt
Nieren	<ul style="list-style-type: none"> • Niereninsuffizienz (Einschränkung/Verlust der Nierenfunktion) in der Folge → Nierenversagen, Niereninfarkt
Beingefäße	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen bei Bewegung • Kältegefühl, Kribbeln • Krampfartige Schmerzen in der Folge → periphere arterielle Verschlusskrankheit

Tabelle 6.1 Symptome der Durchblutungsstörungen im Überblick

6.2. Asthma bronchiale

Asthma bronchiale ist eine anfallsartig auftretende, hochgradige Atemnot durch Verengung der Atemwege aufgrund chronisch entzündlicher Erkrankung der Atemwege.

Symptome

Bei den betroffenen Personen kommt es durch die Entzündung zu wiederkehrenden Attacken mit **Brustenge und Husten**, besonders nachts und am frühen Morgen. Die **Entzündungsreaktion** führt zu typischen Veränderungen im Bereich der Atemwege: **Ödem** (Wasseransammlung) der Bronchialschleimhaut, Bildung **zähen Schleims**, **Spasmus** (krampfartige Verengung) der Bronchialmuskulatur.

Diese Veränderungen aufgrund der Entzündung führen zur **Verengung** (Obstruktion) der Bronchien mit einer **Überblähung der Alveolen** (Lungenbläschen). Durch die Verengung wird mehr Luft eingeatmet als ausgeatmet werden kann. **Symptome:**

- quälender Hustenreiz
- Atemnot mit verlängerter Ausatmung und pfeifendem Atemgeräusch
- wenig Auswurf von zähem Schleim
- Zyanose (Blaufärbung) und kalter Schweiß
- Erhöhung der Herzfrequenz

Ursachen/Auslösende Faktoren

- **Extrinsisches Asthma** → tritt in Kindheit und Jugend auf, klare allergische Ursache (allergisches Asthma)
- **Intrinsisches Asthma** → beginnt meist im Erwachsenenalter, häufig nach einer Infektion der Atemwege.

Die Entzündungsreaktion verursacht eine Zunahme der Empfindlichkeit der Atemwege auf eine Vielzahl von verschiedenen Reizen.

Auslöser für Asthmaanfälle

- Allergene
- Infektionen
- Schadstoffe in der Luft: Ozon, Schwefelwasserstoff
- Staubpartikel
- kalte Luft
- manche Arzneimittel: z.B. Acetylsalizylsäure, Betablocker
- körperliche Anstrengung → Belastungsasthma tritt nicht während der körperlichen Anstrengung auf, hier sind die Atemwege geöffnet, sondern erst ca. 10 bis 15 Minuten nach der Aktivität

6.3. Zerebrale Durchblutungsstörungen

Die klinische Symptomatik dieser Erkrankung ist abhängig von der Dauer der Durchblutungsstörung (vorübergehende oder dauerhafte Funktionseinschränkung) und vom Ort der Schädigung im Gehirn (→ welche Symptome entstehen z.B. rechtsseitige oder linksseitige Lähmung)

Definitionen:

- Schlaganfall → Apoplexie (Schlag)
- apoplektischer Insult → Schlaganfall
- ischämischer Insult → anfallsartig auftretende Minderdurchblutung
- **Hirnfarkt** → Untergang von Hirngewebe

Etwa ein Drittel aller Menschen, die einen Schlaganfall erleiden, sterben in der Akutphase. Nur ca. 40% erlangen eine mehr oder weniger große Selbständigkeit zurück.

Risikofaktoren

- Hypertonie
- Diabetes mellitus
- Hypercholesterinämie
- Zigarettenkonsum, hoher Alkoholkonsum
- Hypotonie (z.B. als Folge eines Blutvolumenverlustes oder eines Flüssigkeitsdefizits)
- Herzinsuffizienz

Ursachen

- **Ischämischer Insult** (ca. 80%) infolge akuter Mangel durchblutung = Ischämie des Gehirns: Auf Grund eines Gefäßverschlusses kommt es bei Arteriosklerose einer Hirnarterie oder der Halsschlagader zu einem plötzlichen Blutdruckabfall. Das nach dem Verschluss liegende Gehirnareal wird nicht mehr mit Blut und damit mit Sauerstoff versorgt
infolge Hirnembolie → Gerinnsel aus dem Herzen oder der Halsschlagader (Arteria carotis interna) löst sich und wird ins Gehirn geschwemmt → dort verstopft es ein es ein Gehirngefäß
- **Intrazerebrale Massenblutung** infolge einer Gefäßfehlbildung (z.B. Aneurysma = krankhafte Erweiterung des Gefäßes) kann es zu einem Riss dieses kommen oder durch plötzlich auftretenden, massiven Blutdruckanstieg oder jahrelang bestehende Hypertonie
- **Hirntumor**

6.3.1. Formen der zerebralen Durchblutungsstörung

Die zerebralen Durchblutungsstörungen werden – je nach Schweregrad – in verschiedene Stufen eingeteilt.

Asymptomatische Stenose → Stadium I → Hierbei handelt es sich um eine Gefäßverengung, die jedoch zu keinen Symptomen führt.

TIA → Stadium IIa → die Transitorische ischämische Attacke ist eine vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns und muss als Warnzeichen gedeutet werden; 10% aller Patienten erleiden innerhalb von einem Jahr einen kompletten Apoplex. Bei der TIA verschwinden die Symptome wieder innerhalb von 24h. Je nach Ort der Durchblutungsstörungen können folgende **Symptome** auftreten:

- Kopfschmerzen
- Gleichgewichtsstörungen mit oder ohne Schwindel
- Ohrensausen
- kurzfristige Ausfallerscheinungen → minutenlange Sehstörungen, kurzzeitige Lähmungen oder Sprachstörungen

PRIND → Stadium IIb → das prolongiertes reversibles ischämisches neurologisches Defizit zeigt ebenfalls die gleichen Symptome. Hier halten diese über mehr als 24h an, bilden sich jedoch auch wieder völlig zurück.

PS → Stadium III → beim "progressive stroke" (=zunehmender Schlaganfall) steigert sich die Symptomatik und ist nur teilweise reversibel.

CS → Stadium IV → beim "complete stroke" (=kompletter Schlaganfall = Apoplex) wird das Hirngewebe irreversibel geschädigt. Man spricht vom Hirninfarkt.

Symptome

- **Gleichgewichtsstörungen, Schwächegefühl, Gefühllosigkeit**
- **Lähmungen**
 - unvollständige (Hemiparese) bzw. vollständige (Hemiplegie) Lähmung, (Schädigung im Gehirn liegt auf der dem Körper entgegengesetzten Seite → Schädigung auf der rechten Seite des Gehirns bedingt eine Lähmung der linken Körperhälfte) → zuerst schlaffe Halbseitenlähmung, später spastisch
 - herabhängender Mundwinkel durch Lähmung des Gesichtsnerven (Nervus facialis)
 - Schluckstörungen (Vorsicht bei der Verabreichung von Nahrung!!)
- **Sensibilitätsstörungen** → Hypästhesie (herabgesetztes Berührungsempfinden) Parästhesie z.B. Taubheitsgefühl, Kribbeln
- **Sprachstörungen**
 - Motorische Aphasie → Unfähigkeit zu sprechen bei erhaltenem Sprachverständnis
 - Sensorische Aphasie → Verlust des Sprachverständnisses bei erhaltener Sprachmotorik
- **Neglect** (Vernachlässigung) → Patient nimmt die gelähmte Körperhälfte bzw. den der gelähmten Körperhälfte gegenüber liegenden Raum nicht wahr
- **Bewusstseinsstörung** → klares oder getrübtetes Bewusstsein bei Infarkt, Bewusstlosigkeit vor allem bei Hirnblutung
- **Psychische Störungen** → Verwirrtheit, Depressive Verstimmung
- **Konzentrations- und Gedächtnisschwäche**
- **Stuhl- und Harninkontinenz** (Unfähigkeit die Ausscheidung von Harn oder Stuhl zu bewusst zu steuern)

Achtung

Bei den Symptomen eines Schlaganfalls muss der Patient unverzüglich ins Krankenhaus gebracht werden.

Prinzipiell ist ein Schlaganfall behandelbar. Je kürzer die Zeit bis zum Beginn der Therapie ist, desto größer ist die Chance auf einen Therapieerfolg.

Therapie

TIA ist ein Warnsignal, das in jedem Fall eine weitergehende Abklärung benötigt! Nach einer TIA besteht eine um 10% erhöhte Wahrscheinlichkeit einen Schlaganfall zu erleiden. Untersuchungen in den USA haben ergeben, dass 15% der Menschen mit einem Schlaganfall in ihrer Krankengeschichte ein erhöhtes Risiko haben, an Alzheimer-Demenz zu erkranken.

- **Primärprävention:** Dauertherapie, die durch die konsequente Behandlung der bekannten Risikofaktoren einen ischämischen Insult verhindert
 - Blutdrucksenkende Medikamente
 - richtige Einstellung eines Diabetes mellitus
 - Rauchen einstellen
 - Alkoholkonsum reduzieren
 - Körperliche Aktivität fördern
 - Übergewicht reduzieren
- **Sekundärprävention:** Maßnahmen zur Verhinderung eines Schlaganfalls, TIA oder nach vollendetem Schlaganfall:
 - alle Maßnahmen der Primärprävention
 - Thrombozytenaggregationshemmer (hemmen die Gerinnungsfähigkeit des Blutes und verhindern Thrombusbildung)
 - Antikoagulantien
 - operativ → Thrombendarteriektomie an der Karotisarterie (operatives Ausschälen arteriosklerotischer Veränderungen an der Gefäßwand)

- **Akuttherapie**
 - bei nachgewiesenem akuten Arterienverschluss in einem hirnversorgendem Gefäß → Thrombusauflösung (Lysetherapie) mit Thrombolytika → dabei muss ein blutungsbedingter Insult vorher sicher ausgeschlossen sein
 - bei Arterienstenosen → Heparinisierung
- **Frührehabilitation und Pflege nach dem Bobath-Konzept**
- **Physikalische Übungen**

6.4. Demenzerkrankungen

Demenzerkrankung = Organisch psychische Störung; Erkrankung, welche als Gemeinsamkeit ein stetiges Nachlassen der kognitiven Funktionen (Denken, Gedächtnis) hat. Dadurch wird die gewohnte Lebensführung zunächst beeinträchtigt und später unmöglich.

Die häufigste Form ist die **Alzheimer-Demenz** gefolgt von der **vaskulären Demenz**, welche durch Gefäßschäden entsteht.

Bedingt durch den immer höher werdenden Anteil alter Menschen in der Gesellschaft, kommt es zu einem starken Anstieg altersbedingter Erkrankungen, allen voran der Demenzerkrankungen. Bei bis zu 5% der Patienten sind die Demenzen Folge einer anderen Erkrankung. Manchmal kann schon eine massive Dehydrierung des alten Menschen eine Demenz vortäuschen.

6.4.1. Morbus Alzheimer

Demenz vom Alzheimer-Typ. Diese Demenz-Erkrankung wurde 1911 zum ersten Mal vom Arzt Alois Alzheimer beschriebene uns später nach ihm benannt. Sie betrifft ca. 2% der 65-Jährigen, 5% der 70-Jährigen, mehr als 10% der 80-Jährigen und mehr als 30% der 90-Jährigen (**senile Demenz vom Alzheimer-Typ**). Dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer. In westlichen Ländern ist die Alzheimer-Demenz die vierthäufigste Todesursache. Weltweit sind ca. 12 Millionen Menschen betroffen, in Deutschland ca. 1,2 Millionen. In Anbetracht der demographischen Entwicklung könnte es im Jahr 2050 an die 3 Millionen Demenz-Patienten in Deutschland geben.

Ursache

Als Ursache wird ein veränderter Eiweißstoffwechsel im Gehirn gesehen. Dabei bilden sich unlösliche extrazelluläre (außerhalb der Zelle) Ablagerungen (Plaques), die das Eiweißstoffwechselprodukt „Amyloid“ und intrazelluläre Neurofibrillen (Eiweißbruchstücke) enthalten. Im Gehirn kommt es zum Verlust von Synapsen und synaptischen Neuriten. Darüberhinaus scheinen oxidative Vorgänge, entzündliche Prozesse und toxische Abläufe das Gehirn zu schädigen. Auffällig ist aber auch ein Defizit des Neurotransmitters Acetylcholin. Als Folge kommt es zu einer Hirnatrophie (Schwund) insbesondere im Bereich der Hirnrinde.

Diagnose

Die Wissenschaft geht heute davon aus, dass zwischen den ersten pathologischen Veränderungen im Gehirn und einem klinisch erfassbaren Stadium ein Zeitraum von 15 bis 40 Jahren liegt.

- **frühe Hinweise** sind leichte Merkfähigkeitsstörungen auf kurz zurück liegende Ereignisse, die noch keinen großen Einfluss auf die alltäglichen Aktivitäten haben
- danach zeigen sich **Denk- und Aufmerksamkeitsstörungen, Rechen- und Sprachschwierigkeiten** → diese Probleme müssen mindestens über einen Zeitraum sechs Monaten bestehen und eine Alltagsrelevanz haben

In der Folge werden neuropsychologische Tests durchgeführt, bei der unter anderem die Ausführung alltagsübliche Aufgaben bewertet werden können z.B. **Mini-Mental-Statustest, Uhrzeichen-Test.**

In **klinisch chemischen Verfahren** wird versucht mittels verschiedener Bio-Marker-Tests die zellulären Veränderungen der Neuronen, die im Liquor bestimmt werden können nachzuweisen.

Die **CT-Untersuchung** wird zur Darstellung der fortschreitenden Schrumpfung bestimmter Hirnregionen, die für die Gedächtnisleistung von Bedeutung sind angewendet, ist aber auch zur Ausschlussdiagnostik, beispielsweise eines Hirntumors nötig.

Frühwarnsignale

- Erinnerungsprobleme, die sich im Beruf offensichtlich werden
- Orientierungsprobleme in Bezug auf Ort und Zeit
- Schwierigkeiten beim Bewältigen von Routineaufgaben
- Sprachprobleme
- Probleme, Situationen richtig zu beurteilen
- Zerstreuung
- Stimmungs- und Verhaltensschwankungen
- Veränderungen in der Persönlichkeit
- Störungen des Antriebs

Eine klare Abgrenzung zur vaskulären Demenz („Durchblutungsstörung“) ist schwierig und derzeit nur nach dem Tod (im Rahmen einer Obduktion) durch Untersuchung des Hirngewebes sicher möglich. Die Forschung arbeitet intensiv an der Entwicklung sicherer Methoden zur Früherkennung z.B. durch Untersuchung des Liquors oder mittels bildgebender Verfahren.

Symptome

Die Symptomatik wird erst ab einem Verlust von ca. 90% der Neuronen unübersehbar, allerdings ist es für die Therapie dann eigentlich schon zu spät:

- zeitlich und örtlich desorientiert (Verlust d. Kurzzeitgedächtnis)
- Biographieverlust – desorientiert zur Person (Verlust des Langzeitgedächtnis)
- Persönlichkeitsveränderungen mit Störungen des Sozialverhaltens
- Störung der Gefühlswelt verbunden mit Verlust der Gefühlskontrolle
- Affektinkontinenz bzw. Gefühlslabilität (Patienten zeigen starke Gefühlsäußerungen)
- Antriebslosigkeit
- inadäquate, affektive Reaktion (Patient reagiert der Situation nicht angemessen)
- Ängstlichkeit/Angst
- psychomotorische Unruhe → Patienten sind ständig in Bewegung und wandern umher, bzw. führen unsinnige Bewegungen aus (z.B. Reiben oder Zupfen)
- Sprachstörungen → Verarmung der Sprache wodurch häufig nur noch Redewendungen benutzt werden, deren Inhalt nicht mehr verstanden wird
- Verlust des logischen Denkvermögens mit Verlust der Fähigkeit strukturierte Handlungsabläufe durchzuführen, z.B. Kochen, später das Anziehen, Waschen

Anfangs schleichende Verschlechterung, oft auch mit Phasen der scheinbaren Besserung der Symptome. Die Erkrankung verläuft *stetig* progredient (Fortschreiten einer Krankheit). Der Patient hat am Ende die Fähigkeit verloren, das tägliche Leben zu bewältigen und benötigt nun eine umfassende Betreuung und ständige Pflege.

Therapie

Die Therapie orientiert sich am Schweregrad der Erkrankung.

1. Soziotherapeutische Maßnahmen:

- Beratung
- Strukturierung des Umfeldes bzw. von Abläufen im Alltag

2. Psychologische Therapie:

Hier ist das Behandlungsprinzip „Use it or lose it“, d.h. die noch bestehenden Fähigkeiten müssen aktiviert werden, um sie vor dem Krankheitsbefall zu schützen:

- Alltagstraining → bei leichterem Demenz **Realitäts-Orientierungs-Training**.
- Kunsttherapie, Musik
- Bewegungstherapie, Tanz
- Gehirnjogging
- ausgewogene Kost, ausreichende Flüssigkeitsversorgung
- bei fortgeschrittener Demenz → Erinnerungspflege, Validation (spezielle Kommunikationsform)

3. Medikamentöse Behandlung:

Um die Selbständig so lange wie möglich zu erhalten, sollte so früh als möglich eine adäquate medikamentöse Behandlung begonnen werden. Da es keine Heilung gibt, ist Verbessern der Symptome das Ziel.

- **Antidementiva** → (Arzneistoffe zur Behandlung von Demenz) wie Acetylcholinesterase-Hemmer, Memantine, Nootropika, Ginkgo-Biloba-Extrakt
- **Medikamentöse Therapie der Begleiterkrankungen** z.B. Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Angst, Depressionen, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Schlafstörungen, Unruhe



Für den Personenbetreuer ist es wichtig, die exakte Medikamenteneinnahme zu überwachen bzw. den Klienten dabei zu unterstützen.

6.4.2. Vaskuläre Demenz (Multiinfarkt-Demenz)

Die vaskuläre Demenz, auch Multi-Infarkt-Demenz genannt, wird von Durchblutungsstörungen im Gehirn ausgelöst.

Ursachen

- viele kleine Schlaganfälle
- Arteriosklerose der Hirngefäße

Symptome

- meist plötzlicher Beginn
- schubweise Verschlechterung
- oft kommt es zu Lähmungen oder Taubheitsgefühl
- bei adäquater Therapie der Ursache stoppt die Erkrankung.

Therapie

- Behandlung der Grunderkrankung
- Thrombozytenaggregationshemmer, Verbessern der Fließfähigkeit des Blutes
- sonst Therapie ähnlich Morbus Alzheimer

6.5. Depression

Depression = Psychische Störung mit krankhaft niedergeschlagener Stimmung. Ein Fünftel bis ein Viertel der Bevölkerung erkrankt im Laufe des Lebens an schwereren depressiven Phasen.

Die **Ursachen** der Depression sind vielfältig, wodurch man heute zumeist auf eine Einteilung nach der Ätiologie (Krankheitsentstehung) verzichtet. Die Benennung der Depressionen erfolgt heute rein beschreibend nach Symptomen, Schweregrad, Dauer und Verlauf.

! Jeder depressive Patient ist mehr oder weniger suizidgefährdet → Hinweise oder Äußerungen des Patienten immer ernst nehmen und den Arzt darüber umgehend informieren.

Für die medikamentöse Behandlung und die Vorbeugung vor einem Rückfall unterscheidet man:

- Unipolare Depression → depressive Phasen wechseln mit Phasen „normaler“ Stimmung ab (Dauer der depressiven Phase ist unterschiedlich lange)
- Bipolare affektive Störung → Depressive Phasen wechseln mit manischen (überdurchschnittlich euphorischen) Phasen ab

6.5.1. Unipolare Depressionen

Ursachen

Es werden verschiedene Ursachen diskutiert z.B.:

- **Neurotransmitter-Defizit** → **Mangel an Serotonin und Noradrenalin**
- **erbliche Veranlagung (genetische Disposition)**
- Ursachen im Umfeld des Patienten.

Symptome

Hauptsymptome

- gedrückte Stimmung, depressive Niedergeschlagenheit welche sich bei positiven Lebensereignissen nicht verändert
- Antriebslosigkeit kombiniert mit erhöhter Ermüdbarkeit
- Interesselosigkeit und/oder Unfähigkeit sich zu freuen
- die Symptome sind mindestens zwei Wochen anhaltend

Weitere, häufige Symptome

- Appetitlosigkeit
- Schlafstörungen
- Angst
- Unfähigkeit Entschlüsse zu treffen
- gesteigerte Reizbarkeit
- Schuldgefühle
- innere Leere

Man unterscheidet unterschiedliche **Schweregrade einer Depression**:

- leichte und mittelgradige Episode (je nach Anzahl der Hauptsymptome)
- schwere, depressive Episode in Kombination mit psychotischen Symptomen wie z.B. Wahn

Die Dauer und Schwere der Symptome entscheiden die Therapie.

6.5.2. Altersdepression

Beinahe die Hälfte der Depressionen im Alter werden nicht als solche diagnostiziert, weil die Symptome eine Folge von Alterungsprozessen oder bestimmten Krankheiten sein könnten.

Ursachen

Bei der Altersdepression spielen genetische Faktoren und Persönlichkeitseigenschaften eine geringere Rolle als depressiven Episoden jüngerer Menschen.

- negative Lebensereignisse
- ungünstige Lebensumstände
- Belastungen und Veränderungen des Alters (mit denen bestimmte Persönlichkeitstypen nicht zurecht kommen)
- Belastung durch altersbedingte Veränderungen wie Pensionierung oder Umzug
- körperliche Erkrankungen, die die soziale Mobilität und Kommunikationsfähigkeit einschränken (z.B. Inkontinenz, Hör- und Sehstörungen)
- organische Erkrankungen z.B. Morbus Parkinson
- bestimmte Medikamente z.B. Benzodiazepine

Symptome

Bei einer Altersdepression stehen Schwermut oder Bedrücktheit seltener im Vordergrund. Zumeist beginnt die Symptomatik als „allgemeine Nervenschwäche“ und zeigt sich durch:

- Angst
- Unruhe
- Angespanntheit
- Misstrauen
- hypochondrische Verhaltensweisen
- weinerliches und nörgelndes Verhalten

Später zeigen sich:

- Schmerzen und Beschwerden ohne organische Ursachen
- allgemeine Mattigkeit und rasche Erschöpfbarkeit
- Vergesslichkeit
- Konzentrationsstörungen.

Um die Beschwerden des älteren Menschen nicht auf das Alter an und für sich zurückzuführen, ist eine exakte Diagnosestellung wichtig. Dabei ist eine fachgerechte Abgrenzung zu den Demenzerkrankungen und normalen Trauerreaktionen unerlässlich.

Abgrenzung zur normalen Trauerreaktion

Trauerreaktionen können viele Monate anhalten. Viele Symptome, wie Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Unruhe, Lustlosigkeit sind bei Depressionen und normaler Trauerreaktion ähnlich. Bei rein Trauernden treten aber völlige Hoffnungslosigkeit, Minderwertigkeitsgefühle und Suizidgedanken so gut wie nie auf. Manchmal gehen Trauerzustände in eine krankhafte Depression über.

Therapie

- **Medikamentöse Therapie** → Antidepressiva
- **Psychotherapie** → Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, Musiktherapie, usw.
- **Unterstützende Therapien** → Lichttherapie, Bewegungstherapie, Entspannungstraining

Bei der medikamentösen Therapie ist in der Regel eine mehrmonatige Einnahme erforderlich, gerade zu Beginn einer Therapie treten aber verstärkt Nebenwirkungen auf. Der therapeutische Erfolg setzt zudem erst nach 2 bis 3 Wochen ein, darüber sollten die Patienten aufgeklärt werden, um die Compliance zu erhöhen.

6.6. Multiple Sklerose (MS)

Multiple = zahlreich, **Sklerose** = Verhärtung, wird auch als **Encephalomyelitis disseminata** (verstreute Entzündungsherde in Gehirn und Rückenmark) bezeichnet: Entzündliche Erkrankung des Gehirns und des Rückenmarks, die zur Zerstörung der **Hüllen (Marscheiden = Myelinscheiden) der Nervenzellfortsätze und zur Narbenbildung führen.**

Die Erkrankung betrifft Frauen 1,8mal häufiger als Männer und tritt in der Regel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf. Die ersten erkennbaren Symptome können bis zu 10 Jahre nach dem ersten Auftreten der entzündlichen Veränderungen im Gehirn auftreten. Je nachdem wo sich die Entzündung befindet, zeigen sich die entsprechenden Symptome

Ursache

Die Auslöser der Autoimmunerkrankung sind nicht bekannt: Die B-Lymphozyten bilden aufgrund einer **Fehlfunktion** Antikörper gegen das körpereigene Myelin, so dass T-Killer-Lymphozyten das Myelin schädigen und weitere entzündliche Prozesse in Gang setzen. Als Auslöser werden Virusinfektionen, Umwelteinflüsse oder genetische Disposition (Anfälligkeit für die Ausbildung von Krankheiten) diskutiert.

Symptome

- oft beginnend mit **Augenmuskellähmungen** (Doppelbilder)
- **Entzündung des Sehnerven** führt zu ein- oder doppelseitigem trübem Sehen, manchmal auch zu vorübergehendem oder dauerndem Erblinden
- **Trigeminuslähmungen** mit Schmerzen und Sensibilitätsstörungen im Gesichtsbereich
- **Spastik** (erhöhter Muskeltonus, bei passiver Dehnung zunächst zunehmend lässt er dann plötzlich nach)
- **Lähmungen** → inkomplette bis komplette meist die unteren Gliedmaßen betreffend
- **Störung des Gleichgewichts mit Bewegungsstörung** als Folge einer mangelhaften Koordination → Ataxie z.B. Gangataxie (Seemannsgang → Schwankender, breitbeiniger Gang)
- **Bewegungszittern** (Intentionstremor)
- **Nystagmus** (zittern des Augapfels)
- **Sensibilitätsstörungen** → Parästhesien (Missempfindungen) z.B. Taubheit, Kribbeln in Armen und Beinen
- **Sprachstörungen** → Worte und Silben werden von einander abgesetzt gesprochen
- **Blasenstörungen** → meist Harnverhalten aber auch Inkontinenz möglich
- **psychische Veränderungen** → Heiter bis euphorisch, selten depressiv, auch Leistungsminderung möglich
- **erhöhte Müdigkeit**
- **sexuelle Störungen**

Verlauf

Der Verlauf der Erkrankung kann sehr unterschiedlich sein:

- **schubförmig mit Remission (Rückbildung)** → Symptome entwickeln sich innerhalb weniger Tage oder über Wochen → es schließt sich unvollständige oder vollständige Remission der Symptome an → die Zeit zwischen den Schüben kann Wochen aber auch Jahre betragen
- **sekundär chronisch – progredient (fortschreitend)** → im späteren Krankheitsverlauf sind die Schübe nicht mehr von einander abgrenzbar und Rückbildungen der Nervenschäden finden nicht mehr statt

- **primär chronisch-progredient** → in 15% der Fälle von Anfang an ohne Erholungszeiten fortschreitend

Nach der Diagnosestellung beträgt die mittlere Lebenserwartung etwa 35 Jahre, bei schubförmigem Verlauf mit guter Rückbildung auch länger.

Therapie

Therapie kann den Verlauf der Erkrankung verzögern aber noch nicht heilen.

- **Behandlung des akuten Schubs** → Glukokortikoide
- **Dauertherapie, um die Schubfrequenz zu verringern** → Beta-Interferone, Copolymer-1, Zytostatika-Gabe
- **Krankengymnastische Übungen und Spasmolytika** zum Erhalt der Selbständigkeit
- **Infektionsprophylaxe**, vor allem während der Behandlung mit Glukokortikoide

6.7. Morbus Parkinson

Morbus Parkinson (Parkinsonsche Erkrankung) auch **Paralysis agitans** = Schüttellähmung.

Die Krankheit wurde 1817 erstmals von dem englischen Arzt James Parkinson beschrieben und später nach ihm benannt. Ca. 1% der über 65-Jährigen sind betroffen, Männer häufiger als Frauen. Die Erkrankung verläuft chronisch progredient (fortschreitende) und ist bis heute unheilbar.

Die Krankheit führt zu **typischen Störungen der Bewegung**: Akinesie (Bewegungsarmut), Rigor (Muskelstarre) und Ruhetremor (Ruhezittern).

Ursachen

Hier gilt es in primäres- und sekundäres Parkinson-Syndrom zu unterscheiden.

- **Primäres Parkinson-Syndrom** = Idiopathisches Parkinson-Syndrom (70% der Fälle) → Zelluntergang ungeklärter Ursache
- **Sekundäres Parkinson-Syndrom** → Folgen von Mangeldurchblutung bei Arteriosklerose, Nebenwirkung von Arzneimittel z.B. Neuroleptika, Schädelverletzungen, Folge einer Hirnentzündung, Vergiftungen z.B. Methanol, Kohlenmonoxid (selten)

Frühsymptome

Die Erkrankung entwickelt sich meist schleichend über verschiedene Stadien, wobei anfänglich nur geringe funktionelle Störungen erkennbar sind. Wenn in etwa 60% der dopaminerge Neuronen zerstört sind, zeigen sich die ersten sichtbaren Symptome. Dies führt dazu, dass die eigentliche Diagnose erst lange Zeit nach dem eigentlichen Erkrankungsbeginn gestellt wird.

- **Missempfindungen** in den Gliedern oder im Nacken
- **Zittern** der Hand an einer Körperseite
- später kommen **Langsamkeit und Ungeschicklichkeit** der betroffenen Körperseite dazu → feinmotorische Tätigkeiten werden immer schwieriger (Knöpfe schließen, Zähne putzen)
- **Gang- und Gleichgewichtsprobleme** → das Passieren von Engstellen wie Türen bereitet Schwierigkeiten
- schmerzhafte **Muskelverspannungen** → Patient hat das Gefühl sich nicht mehr bewegen zu können
- **depressive Verstimmungen**

Weitere Symptome

Die verschiedenen Symptome treten nicht immer bei allen Patienten auf und können auch in ihrer Ausprägung variieren.

Motorische Störungen

- **Hypo-/Akinese** → Verarmung der Ausdrucksmotorik und Mitbewegungen → kleinschrittiger und schlurfender Gang (Trippelgang) → kleine Schrift (Mikrographie: Patienten schreiben am Beginn eines Satzes groß und werden gegen Ende hin immer kleiner) → starre Mimik (Maskengesicht), fehlende Mitbewegung der Hände und Arme → Stopphemmung (die Bewegungen können nicht mehr harmonisch abgeschlossen werden, Patient kann sich nicht mehr kontrolliert hinsetzen und fällt in den Sessel, Patient kann im Gehen nicht rechtzeitig abstoppen (Sturzgefahr))
- **Rigor** (Muskelsteifheit/-starre) → dauerhaft erhöhter Muskeltonus, der sich bei Bewegung nur Stück für Stück (ruckartig) löst (Zahnradphänomen) → daraus folgen unterschiedliche Symptome wie nach vorn über gebeugte Körperhaltung, Starthemmung (Patienten starten eine Bewegung verzögert), monotone und leise Stimme (Rigor in der Sprechmuskulatur)
- **Ruhetremor** → Zittern der Hände, verringert sich bei Bewegung → dieser Tremor erweckt den Eindruck, der Patient führe eine ständige gezielte Bewegung aus wie Pillen drehen oder Geld zählen
- **Freezing-Effekt** (Einfrier-Effekt) → plötzlich einsetzende Bewegungsunfähigkeit
- **Vegetative Symptome** (Acetylcholinüberschuss führt zu einer erhöhten parasympathischen Aktivität)
- **verstärkte Talgsekretion** („Salbengesicht“)
- **verstärkte Speichelproduktion** (Hypersalivation): aufgrund eines verzögerten Schluckaktes läuft der Speichel aus dem Mund heraus
- **plötzliches Schwitzen** → Patient beginnt (unabhängig von der Körpertemperatur) zu schwitzen → Körpertemperatur sinkt weiter ab
- **Hypotonie**
- Obstipation (akute oder chronische Verstopfung des Darmes)
- Störung bei der **Harnblasenentleerung**
- **Schlafstörungen**

Psychische Symptome

- erschwerte Entschlussfähigkeit bis zur Apathie
- Depression
- Verlangsamung des Denkens bis zur Demenz

Komplikation

Akinetische Krise → sich rasch ausbildende Verschlechterung mit Bewegungsstarre (Notfall!)

Therapie

- medikamentöse Behandlung
- spezielle Krankengymnastik, mehrmals am Tag durchführen!
- Stimm- und Sprechtherapie
- Kunst-/Musiktherapie
- evtl. Ausschalten des Tremors durch Operation oder elektrische Hirntiefenstimulation mittels implantierter Elektroden („Hirnschrittmacher“)
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen wäre sinnvoll, um die Compliance und das Selbstmanagement des Patienten zu unterstützen

6.8. Chronische Polyarthrititis

Chronische Polyarthrititis (c.P; Rheumatoide Arthritis) = Chronisch-entzündliche Erkrankung der Gelenke mit der Tendenz zur Deformation insbesondere an Händen und Füßen. Dabei zeigt sich ein schubförmiger Verlauf. An der volkstümlich als „Rheuma“ bezeichneten Krankheit leiden dreimal mehr Frauen als Männer.

Ursache

Die Ursache für die zu den Autoimmunerkrankungen zählende Erkrankung ist unbekannt. Man vermutet Antikörperbildung gegen die eigene Innenhaut der Gelenke. Der diagnostizierbare „Rheumafaktor“ ist ein Antikörper gegen ein körpereigenes Eiweiß. Krankheitsbeginn ist meist zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr.

Begünstigende Faktoren

- Erbfaktor → familiäre Häufung
- Geschlecht → 70% der Erkrankten sind Frauen
- psychische Belastung
- hormonelle Einflüsse
- Auslösung auch durch bakterielle Infektionen

Symptome

- Allgemeines Krankheitsgefühl, Müdigkeit, Abgeschlagenheit
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsverlust
- leichtes Fieber
- ausgeprägte Morgensteifigkeit der Gelenke (länger als eine Stunde andauernd), auch nach längeren Ruhepausen
- Gelenkschwellungen (seit mindestens sechs Wochen)
- symmetrischer Befall von Gelenkregionen (seit mindestens sechs Wochen)
- Entzündung der Gelenkinnenhaut mit den typischen Entzündungssymptomen
- gelenknahe Knochenentkalkung (im Röntgenbild)

Die rheumatoide Arthritis sollte bereits im frühen Stadium behandelt werden, bevor es zu Gelenkschäden kommt. Die Stärke und Dauer der Entzündung sind für das Ausmaß der Gelenkzerstörung verantwortlich. Deshalb ist die erfolgreiche Therapie in den ersten beiden Jahren nach Diagnosestellung entscheidend für den weiteren Verlauf.

Verlauf

Die rheumatoide Arthritis ist eine schwere chronische Erkrankung. Jeder dritte Patient ist bereits nach 3 bis 4 Jahren in Rente. Nach etwa 20 Jahren zeigen 10% der Patienten schwerste körperliche Behinderungen, wodurch einfachste Alltagstätigkeiten wie z.B. Anziehen nicht mehr alleine bewältigt werden können. Die Lebenserwartung ist im Durchschnitt um 3 bis 7 Jahre verkürzt, bei schwerer rheumatoider Arthritis um 10 bis 15 Jahre.

Veränderungen am Gelenk:

- Entzündung der Gelenkinnenhaut → Gelenkinnenhaut verdickt sich und bildet Zotten → diese füllen später die gesamte Gelenkhöhle aus
- Entzündung greift auf den Knorpel und zerstört diesen
- Zerstörung der gelenkbildenden Knochenflächen (bis zur völligen Einschmelzung bei kleinen Knochen) mit Versteifung des Gelenks
- nach einigen Erkrankungsjahren zeigt sich individuelles Muster der Gelenkbeteiligung

Veränderungen außerhalb der Gelenke:

- Rheumaknoten (verschiebbarer derber subkutaner Bindegewebsknoten) meist an Druckstellen z.B. Unterarmen
- durch gesteigerte Thromboseneigung hohes Risiko für Herzinfarkt
- Mitbeteiligung von Lunge, Herzmuskel, Nerven, Augen

Therapie

Keine kurative Therapie möglich.

- Akuttherapeutika zur Linderung der akuten Symptome
- Basistherapeutika
- Unterstützende Therapie → durch Gabe von Teufelskralle ist das Reduzieren anderer Antirheumatika
- ergänzende Therapiemaßnahmen, um den Erhalt der Gelenkfunktion und eine Verbesserung der Beweglichkeit zu erreichen → Krankengymnastik, Schwimmen, Laufen, Physikalische Therapie an einzelnen Gelenken
- Chirurgische Behandlung → Frühstadium: Entfernung der Gelenkinnenhaut → später Operation zur Verbesserung der Funktion, Ersatz von Gelenken

Ernährungsempfehlung

- Gewichtsreduktion bei Übergewicht
- kurzfristiges Fasten (führt zur Erhöhung der körpereigenen Kortisonspiegel → manchmal erstaunliche Erfolge)
- ausreichende Kalziumzufuhr (1g pro Tag)
- fettoptimierte, überwiegend lacto-vegetabile Kost
- Vermeidung von Alkohol

6.9. Osteoporose

Osteoporose = Verminderung des Knochengewebes (zunehmend poröse Knochenstruktur) wobei die Knochenform erhalten bleibt, jedoch die Festigkeit des Knochens abnimmt und sich die Knochenbrüchigkeit erhöht. Dies wird häufig auch als **Knochenschwund** bezeichnet. Osteoporose führt zu einer erhöhten Knochenbrüchigkeit bei Stürzen.

Ursachen

Durch eine erhöhte Aktivität der Osteoklasten kommt es zu einem Missverhältnis zwischen Knochenabbau und -aufbau. Die Knochen werden porös und brüchig und meist ist das ganze Skelett betroffen.

- **Primäre Osteoporose**
 - Idiopathische Osteoporose bei jungen Menschen (selten)
 - Postmenopausale (nach der Menopause) Osteoporose (durch nachlassen der Wirkung der Östrogene im Laufe der Wechseljahre, steigt das Osteoporose-Risiko an)
 - Senile Osteoporose = Typ II-Osteoporose (ab dem 70. Lebensjahr, Zunahme bei beiden Geschlechtern)
- **Sekundäre Osteoporose** → als Folge anderer Krankheiten (z.B. rheumatoide Arthritis, chronisch entzündliche Darmerkrankungen), Immobilisation, Nebenwirkung einer Langzeiteinnahme von Glukokortikoiden

Risikofaktoren

- Alter → mit zunehmendem Alter nimmt die Knochenmasse ab
- Geschlecht: Frauen haben eine geringere Knochenmasse, die in der Menopause nochmals abnimmt
- vorzeitige natürliche Menopause (<45 Jahre)
- späte Menarche (>15 Jahre)
- Rauchen
- geringe oder fehlende Sonnenlichtexposition
- Kalzium- und Vitamin D-arme Ernährung (keine Milch, keine oder wenig Milchprodukte)

Symptome

- zu Beginn stark erhöhte Reduzierung der Knochenmasse gegenüber Normwerten
- Knochenschmerzen (Rücken)
- Knochenbrüche (Frakturen) bei geringster Krafteinwirkung und Spontanfrakturen

6.10. Hypertonie

Hypertonie = Bluthochdruck. Von Bluthochdruck spricht man, wenn dauerhaft der **systolische Blutdruckwert höher als 140mmHg** und der **diastolische Wert über 90mmHg** liegt.

Nur etwa ein 1/6 der Hypertoniker erreichen den Zielblutdruck von 140/90mmHg, da sie auf Grund des fehlenden Leidensdruckes nicht als solche erkannt oder unzureichend behandelt werden. Man unterscheidet:

- **Labile Hypertonie** → spontane Blutdruckschwankungen zwischen erhöhten und normalen Werten → meist im Anfangsstadium einer Hypertonie (keine Organschäden)
- **Fixierte Hypertonie** → Dauerhochdruck, der nur durch therapeutische Maßnahmen gesenkt werden kann → deutliche Erhöhung des diastolischen Wertes → Gefäß- und Organschäden

Einteilung nach dem diastolischen Wert:

Grenzwerthypertonie	90 bis 94mmHg
Milde Hypertonie	95 bis 104mmHg
Mittelschwere Hypertonie	15 bis 114mmHg
Schwere Hypertonie	≥ 115mmHg
Maligne Hypertonie	≥ 120mmHg

Ursachen

- **Primäre = essentielle Hypertonie** (häufigste Form) → mehrere Faktoren spielen zusammen, wobei die konkrete Ursache unbekannt ist → 95% der Betroffenen könnten durch Änderung ihrer Lebensweise einen wichtigen Beitrag zur Blutdrucknormalisierung leisten!
 - familiäre Veranlagung
 - körperlicher und seelischer Stress
 - Übergewicht, falsche Ernährung
 - übermäßiger Alkoholkonsum
 - Rauchen
 - Bewegungsmangel
- **Sekundäre = symptomatische Hypertonie** → in Zusammenhang mit einer Krankheit z.B. Nierenerkrankung
- **Pulmonale Hypertonie** → seltene Form, verursacht durch einen erhöhten Gefäßwiderstand in der Lunge

Symptome

Zu Beginn meist keine. Hypertonie wird oft erst festgestellt, wenn Organkomplikationen auftreten.

- Kopfschmerzen
- Schwindel
- Nervosität
- Ohrensausen
- Nasenbluten
- „Roter“ Kopf, Augenflimmern
- Herzdruck, Herzklopfen

Diagnose

- Blutdruckmessen dreimal täglich, 24-Stunden-Blutdruckmessung (Aufzeichnung der Blutdruckwerte über 24 Stunden)
- Blutwerte (Blutfette, Schilddrüsenwerte)
- Abklärung, ob bereits Organschäden bestehen, z.B. Augenhintergrunduntersuchung

Therapie

- Gewichtsreduktion → mit jedem Kilogramm Körpergewicht, das der Patient verliert, sinken die Blutdruckwerte um 1mmHg (Beispiel: 10 kg abgenommen → der Blutdruck kann von 150/95mmHg auf 140/85mmHg absinken)
- weniger Tee und Kaffee
- Nikotinabstinenz
- Stress vermindern
- Ausdauersport je nach Alter und persönlicher Belastbarkeit → Jogging, Fahrradfahren, ausgedehnte Spaziergänge, „Nordic walking“
- salzarme Diät → hat nur bei wenigen Menschen einen Einfluss auf das Plasmavolumen und dadurch eine Auswirkung auf die Höhe des Blutdrucks → neueren Studien zu Folge, haben die meisten Menschen einen sogenannten endogenen Salzspeicher → in ihm wird Natrium bei Überangebot in inaktiver Form eingelagert

6.11. Hypotonie

Von **Hypotonie** (niedriger Blutdruck) spricht man, wenn der **systemische Wert** ständig **unter 105mmHg** und der **diastolische unter 60mmHg** liegt.

Ursachen

- **Essentielle** (primäre) **Hypotonie** → familiäre Veranlagung, Bewegungsmangel
- **Symptomatische** (sekundäre) **Hypotonie** → nach Infektionskrankheiten, Bettlägerigkeit, bei Schilddrüsenunterfunktion, nach Medikamenteneinnahme (Psychopharmaka, Nitropräparate), nach Herzinfarkt, Schwangerschaft
- **Orthostatische Hypotonie** (Sonderform) → normaler Blutdruck im Sitzen und Liegen → beim Aufstehen oder nach langem Stehen fällt der Blutdruck zu stark ab → durch den Blutdruckabfall kommt es zu einem vorübergehenden Blutmangel im Gehirn

Symptome

- Blässe
- Schwindel
- Frieren, subjektives Kältegefühl
- Konzentrationsschwierigkeiten
- kalte Gliedmaßen
- Müdigkeit mit erhöhtem Bedürfnis nach Schlaf
- Kreislaufkollaps mit kurzfristiger Bewusstlosigkeit

Therapie

Eine Therapie wird erst dann begonnen, wenn der Betroffene Beschwerden verspürt:

- regelmäßig Sport
- Kneippsche Anwendungen → Wechselduschen, Wassertreten zum Gefäßtraining
- plötzliches Aufstehen vom Liegen vermeiden, vorher leichte Gymnastik im Bett unter Einsatz der Muskelpumpe z.B. Fuß auf und ab bewegen dann erst Aufsetzen
- Medikamentös → Substanzen, die das sympathische Nervensystem anregen

Lernzielkontrolle:



- 1) Welche Symptome zeigen sich bei einem Klienten mit Multipler Sklerose?
- 2) Woran erkennt man die Erkrankung Morbus Parkinson?
- 3) Was ist eine akinetische Krise beim Morbus Parkinson und wie handeln Sie?
- 4) Was ist ein Schlaganfall und woran ist er zu erkennen?
- 5) Wie reagieren Sie, wenn ein Klient Anzeichen eines Schlaganfalls zeigt?
- 6) Was versteht man unter Demenz vom Alzheimer Typ und welche Frühwarnsignale kennen Sie?
- 7) Welche Aufgaben haben Sie als Personenbetreuer im Zusammenhang mit der Therapie der Demenz vom Alzheimer Typ?
- 8) Nennen Sie fünf klassische Symptome einer chronischen Polyarthritis.
- 9) Wie zeigt sich eine Hypertonie?
- 10) Was versteht man unter Asthma bronchiale und welche Symptome charakterisieren diese Erkrankung?

Quellen:

- Fries, R., Krankheits- und Medikamentenlehre für die Altenpflege, 4. Auflage, Urban und Fischer Verlag, München 2005
- Jedelsky, E. (Hg.), Heimhilfe. Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause. Springer Verlag, Wien 2006
- Stanjek, K. (Hsg.), Sozialwissenschaften. Fischer Verlag, Stuttgart 1998

7. Soziale Aspekte der Betreuungssituation

7.1. Grundzüge der Kommunikation und Konfliktbewältigung

„Es ist nicht möglich nicht zu kommunizieren!“ (Paul Watzlawick)

Kommunikation, das heißt Umgang miteinander, findet überall statt, wo Menschen aufeinander treffen. Wir alle reagieren auf die Anwesenheit anderer Menschen – auch wenn wir nicht mit ihnen sprechen oder sogar wegschauen.

Wenn Kommunikation gelingt, erzeugt sie ein gegenseitiges Verstehen sowie eine emotionale Verbindung und einen gemeinsamen Zusammenhang – und schafft damit Sicherheit und Vertrauen.

Ein Mangel an Austausch, an Kommunikation mit einem Gegenüber, kann krank machen. Allein lebende Menschen gleichen diesen Mangel oftmals „intuitiv“ aus, indem sie mit Haustieren, mit nicht anwesenden vertrauten Menschen oder auch mit sich selbst sprechen.

Häusliche Betreuung ist sowohl für den hilfsbedürftigen Klienten als auch den professionellen Personenbetreuer häufig mit eingeschränkter Mobilität verbunden. Viel Zeit wird ganz einfach im Zuhause des Klienten zu verbringen sein.

- ! Eine gute Beziehung und lebendige Kommunikation zwischen Klient und Personenbetreuer helfen beiden über manchmal schwierige Tage hinweg.
- Gute Gespräche und ein vertrauensvolles Miteinander können für beide bereichernd und wohltuend sein.

7.1.1. Formen der Kommunikation

Man unterscheidet:

- **Verbale Kommunikation** → aus Worten zusammengesetzte Sprache; z.B. gesprochene Rede, schriftliche Gebrauchsanweisung, Informationsschrift oder auch ein Roman oder Gedicht
- **Nonverbale Kommunikation** → Körpersprache wie Mimik, Gestik, Tonfall, Haltung; aber auch Zeichen, Taten oder Unterlassungen
- **Stimmige Nachrichten** → verbaler und nonverbaler Ausdruck stimmen überein, z.B.: Klient ist munter und aufgeweckt und sagt: „Heute ist ein schöner Tag!“
- **Nichtstimmige Nachrichten** → verbale Nachricht stimmt nicht mit nonverbaler Nachricht überein, z.B.: Klient weint oder sieht traurig aus und sagt: „Mir geht’s ausgezeichnet“ oder er lacht und sagt „Mich will ja niemand mehr haben.“

Viele Menschen (vielleicht auch Ihr Klient?) nutzen diese Art der „verquerten“ Ausdrucksweise, um etwas Unangenehmes auszudrücken. Da bedarf es eines guten Gespürs, um „richtig“ darauf zu reagieren.

Vor allem bei Personen, die man noch nicht so gut kennt, ist grundsätzlich auf stimmige Nachrichten zu achten (Ironie ist etwas für vertraute Beziehungen). Verzichten Sie auf solche Zweideutigkeiten und verstärken Sie das Gesagte durch eine bestätigende Körpersprache.

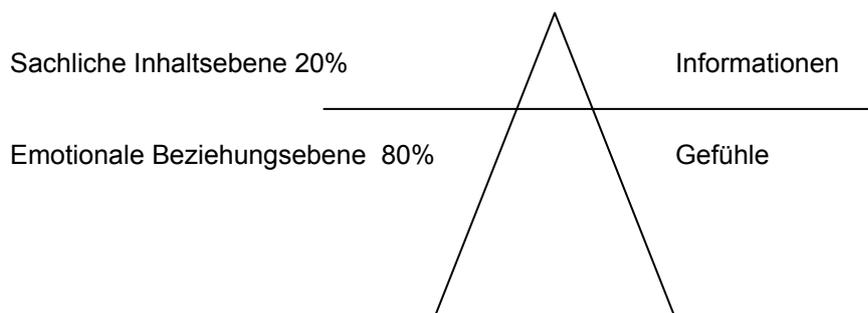
- ! Die Fähigkeit gut zu kommunizieren umfasst weit mehr als „nur“ das korrekte Anwenden einer (Fremd-)Sprache.
- Nutzen Sie auch nicht-verbale Ausdrucksmöglichkeiten, um zu zeigen, was und wie Sie es meinen.

7.1.2. Ebenen der Kommunikation

Wie wir miteinander reden (aber auch wie wir einander berühren, wie wir Gegenstände des anderen behandeln), bewirkt oft viel mehr als das was wir sagen bzw. tun.

Der sachliche Inhalt, die Fakten, macht nur etwa 10 bis 20% dessen aus, was wir z.B. in einem Gespräch äußern – und auch dessen, was beim Anderen ankommt.

Viel mehr als Wissensinformationen werden Einstellungen, Wertungen, Gefühlsäußerungen usw. vom Sprecher ausgesendet. Und umgekehrt werden beim Zuhörer zu allererst Gefühle erzeugt.



Sachliche **und** Gefühlsebene sind immer nötig, um zusammenzuleben und/oder zusammenzuarbeiten.

Gefühle ohne jegliche Inhaltsebene sind bodenlos und ungreifbar; Inhalte ohne jeden (auch) emotionalen Bezug zur Person ergeben keinen Sinn und werden keine angemessene Reaktion beim anderen auslösen.

! Wenn Sie möchten, dass Ihr Klient wirklich versteht was Sie meinen und mit Ihnen kooperiert, müssen Sie sich mit ihm zuerst gefühlsmäßig treffen.

• Und wenn Sie möchten, dass Ihr Klient sich wohl fühlt und Sie gerne in seiner Nähe hat, ist es ebenso wichtig, genau zu klären, was auf der sachlichen, praktischen Ebene passieren soll und was nicht.

Kommunikation als Begegnung, als Reibung, Anregung und Begleitung kann sehr gut tun, Worte und Gesten können aber auch – absichtlich oder unabsichtlich – kränken.

Achten Sie daher bei allem was Sie sagen darauf, **wie es** beim Klienten **ankommt** (z.B. durch angemessene Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit, Blickkontakt).

Umgekehrt ist es genauso wichtig, dass **Sie genau hinhören**, wenn Ihr Klient Ihnen etwas mitteilt.

Denn eine wirkungsvolle Kommunikation entsteht dann, wenn der Gesprächspartner die übermittelte Nachricht nicht nur **hört**, sondern auch **versteht**.

Für den Verlauf von Gesprächen bestimmend ist nicht das, was ich gemeint habe, sondern das was der andere versteht – auf der Sach- wie auch Gefühlsebene.

In der Kommunikationswissenschaft gibt es dazu einen **Merksatz**:

Gesagt	ist noch nicht	gehört
Gehört	ist noch nicht	verstanden
Verstanden	ist noch nicht	einverstanden
Einverstanden	ist noch nicht	angewendet
Angewendet	ist noch nicht	beibehalten“

7.2. Professionelle Kommunikation

Ihre persönliche Haltung in der Kommunikation mit Ihrem Klienten sollte getragen sein von:

- **Wertschätzung gegenüber dem Anderen**
- **Anteilnahme**
- **Aktivem Zuhören**
- **Vertrauen**

In der Betreuungssituation treffen zwei Menschen aufeinander, die meist ganz unterschiedliche persönliche Geschichten haben und aus ganz unterschiedlichen Zusammenhängen hier und jetzt miteinander zu tun haben.

Die Unterschiede (aber auch mögliche Gemeinsamkeiten!) in der Herkunft können sich ebenso auf das Alter, das Geschlecht, die geografische und kulturelle Heimat beziehen wie auf den Unterschied ob jemand aus der Stadt kommt oder am Land aufgewachsen ist. Die Nationalität spielt dabei keine besonders große Rolle.

Unterschiede müssen **nicht nur „Probleme“** darstellen, sie können eine Beziehung auch durchaus interessant machen. Und das Entdecken von überraschenden Gemeinsamkeiten hinter ganz unterschiedlichen „Fassaden“ kommt gar nicht so selten vor!

100%iges Verstehen zwischen zwei Menschen ist selbst unter Geschwistern, die miteinander und in der gleichen sprachlichen, kulturellen und familiären Umgebung aufgewachsen sind, eher selten der Fall.

Das liegt auch daran, dass es kaum Äußerungen gibt, die nur eine einzige Botschaft beinhalten. Im folgenden Kapitel wird ein wissenschaftliches Erklärungsmodell für dieses Phänomen vorgestellt.

7.2.1. Das Vier-Ohren-Modell von Schulz von Thun

Nach Friedemann Schulz von Thun (1977) enthält eine Nachricht immer **vier Dimensionen**:

- **sachlicher Inhalt** → worüber ich informiere
- **Appell** → eine mehr oder weniger deutliche Aufforderung wozu ich den anderen veranlassen möchte
- **Selbstdarstellung** → was ich von mir als Person kundgebe
- **Aussage über die Beziehung** → zu dokumentieren was ich von dem anderen halte und wie wir zueinander stehen

Welcher Aspekt beim „Sprecher“ gerade im Vordergrund steht hat etwas mit seinem Charakter, aber auch mit der Beziehung und seiner Einschätzung der aktuellen Situation zu tun.

Und umgekehrt hat es mit der Person des Zuhörers und dessen Wahrnehmung der aktuellen Situation und der Beziehung zum Sprecher zu tun, welcher Aspekt am deutlichsten herausgehört wird. Denn um diese vier Dimensionen aufzunehmen, hat jeder von uns mehr oder weniger ausgeprägte „vier Ohren“.

Vier-Ohren Modell

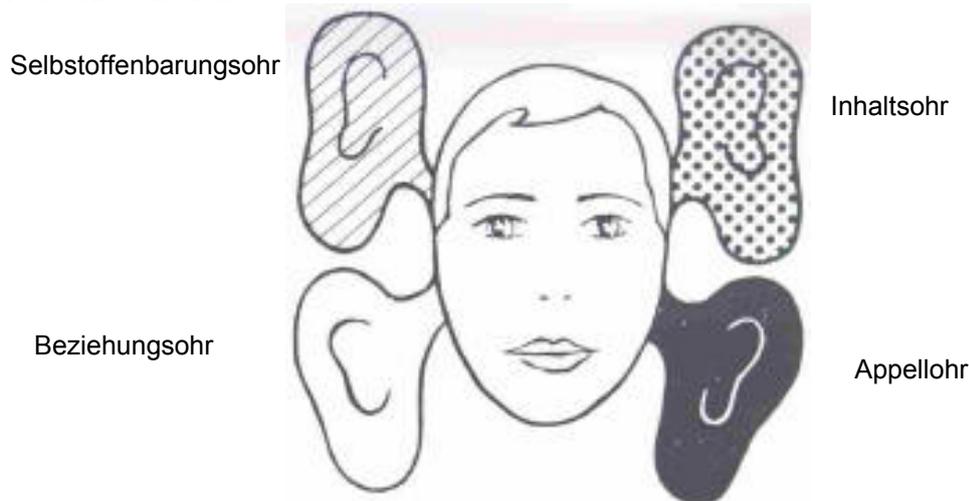


Abbildung 7.1 Vier-Ohren-Modell

Das Vier-Ohren-Modell leitet dazu an, jede Botschaft unter vier Gesichtspunkten zu interpretieren:

1. dem **wörtlich Gesagten** (Sachinhalt, Information ...)
2. dem darin verpackten **"Appell"** (Aufforderung, Bitte, Hilferuf...)
3. der darin verborgenen **Selbstbeschreibung** des Sprechenden (Klarstellung, dass man klug ist, sich auskennt, Erfahrung hat, Mitteilung über Gefühle...)
4. der darin enthaltenen **Beschreibung der Beziehung** zwischen dem Sprecher und dem Zuhörer (Klarstellung einer Über- oder Unterordnung, wer hier der Chef ist, wer bereit ist nachzugeben, ob man zusammengehört oder sich abgrenzt ...)

Kommunikationsprobleme treten besonders dann auf, wenn Sprecher und Zuhörer auf **unterschiedliche Dimensionen** eingestellt sind (die Botschaft also "falsch" verpacken oder entschlüsseln).



Eine weitere Ursache für **Kommunikationsprobleme** entsteht durch das **Nachhören** auf einer **Ebene, auf der das Gegenüber besonders verwundbar ist**. In diesem Fall gilt es, auch einmal ein „Ohr zuzudrücken“ – oder aber, wenn die Angriffe oder Vereinnahmungsversuche systematisch erfolgen, dies auf der sachlichen Ebene anzusprechen.

Beispiel: Der Beifahrer schreit laut "Da vorne ist rot". Diese Botschaft könnte der Fahrer als nüchterne Beschreibung des Sachverhalts deuten (was meist nicht der Fall ist). Er könnte den "Appell" heraushören, langsamer zu fahren bzw. zu bremsen. Er könnte mitfühlend heraushören, dass der Beifahrer Angst hat. Er könnte ärgerlich werden, weil er aus dem Satz entnimmt, dass der andere immer glaubt, ihn bevormunden zu müssen. Üben Sie einmal das Analysieren von Botschaften unter den vier beschriebenen Aspekten. Sie werden sich wundern, wie schnell sich Ihr kommunikatives Gespür verbessert.

Beispiel: Ihr Klient sagt: „Könnten Sie bitte bald einmal den Müll hinunter tragen“

Sachebene: „Der Mistkübel ist voll und sollte geleert werden“.

Appell: „Bitte gehen Sie mit dem Mistkübel hinunter“ vielleicht aber auch ganz allgemein: „Tun Sie was.“

Beziehungsebene: „Sie könnten ruhig etwas selbständiger werden und sich auch aktiv mehr im Haushalt engagieren.“

Selbstoffenbarung: „Es stört mich, dass ich nach wie vor für alles zuständig bin und alles extra sagen muss.“

“

Im Alltag der Kommunikation gibt es stets Situationen, die durch Unsicherheit geprägt sind. Wir wissen nicht – haben wir **richtig hingehört** oder wurde unsere Äußerung **mit einem anderen Ohr gehört** (als von uns beabsichtigt).

Ihnen werden im beruflichen Alltag immer wieder Situationen begegnen, bei denen Sie nicht hören, was gemeint ist.

Das liegt daran, dass wir bereits zu Beginn unserer Lebensgeschichte ein oder mehrere Ohren verstärken oder manchmal „verkümmert“ auch eines der Ohren oder wird so groß, dass es alle anderen verdrängt.

Problematisch wird dies dann, wenn aufgrund solcher unterschiedlicher Gewichtungen gegenseitige Unterstellungen, Vorwürfe, Vorbehalte, Abneigungen etc. resultieren. Wenn beispielsweise der Klient aus Ihren Äußerungen eine Überheblichkeit herauszuhören meint, oder Sie wiederum sich schikaniert oder unter Druck gesetzt fühlen.

Wenn Sie sich im Rahmen Ihrer Tätigkeit als Personenbetreuer in einer Sprache bewegen, die nicht Ihre Muttersprache ist, dann kann es natürlich umso leichter zu Missverständnissen kommen. Tonfall, Betonung einzelner Silben und grammatikalische Wendungen können oft nicht so genau dosiert werden wie in der Muttersprache. Und wie der Ton des anderen zu interpretieren ist, ist auch oft nicht so klar.

Bedenken Sie, dass es sein kann, dass Ihr Klient Ihre Art sich auszudrücken zunächst „befremdlich“ findet.
Und umgekehrt kann es gut sein, dass Sie manches, was Ihr Klient äußert, zunächst nicht in jedem Fall „richtig“ einordnen können.



Aus solchen Ausgangssituationen können leicht unnötige Konflikte entstehen.

Dass solche Scheinkonflikte sich zu echten Konflikten auswachsen lässt sich durch aufmerksames und sorgfältiges Kommunizieren meist vermeiden, oder sogar in ein besonders positives Vertrauensverhältnis umwenden.

Eine Eskalation lässt sich in den meisten Fällen dadurch vermeiden, dass man gerade am Anfang einer Beziehung besonders gut zuhört und sich immer wieder vergewissert, dass man verstanden wird und selbst den anderen verstanden hat.

7.2.2. Faktoren, die ein Gespräch behindern oder den Gesprächsverlauf fördern

Was hindert uns daran richtig zuzuhören?

Warum erfährt man oft nicht, was den anderen wirklich bewegt?

- durch **falsche oder vorschnelle Interpretationen** → die eigenen „Schubläden“ in die unsere Wahrnehmungen eingeordnet werden
- durch **so genannte „Erfahrung“** → man glaubt schon zu wissen, wer der Andere ist und was er will
- durch **unterschiedliche Bilder** → bestimmte Begriffe lösen bei uns andere Bilder aus als bei unserem Gesprächspartner
- durch **Desinteresse** am anderen, oder zu sehr mit den eigenen Problemen beschäftigt sein
- durch **fixiert sein auf die eigenen Argumente**, d.h. man will eigentlich gar nicht hören was der andere sagt, sondern braucht ihn nur als „Stichwortgeber“ für die eigenen Argumente
- durch **Angst**, z.B. dass Einwände gebracht werden

Was stellt ein harmonisches Gesprächsklima her?

- wirkliches Interesse am Gesprächspartner haben (und zeigen)
- nicht nur hören (akustisches Aufnehmen) sondern zuhören (verstehen wollen)
- geben Sie Ihrem Gegenüber Rückmeldungen mit einer **Ichbotschaft** → z.B. „Sie wirken auf mich unter Zeitdruck“ oder „Sie wirken auf mich enttäuscht“
- verbalisieren Sie Gefühle → z.B. „Es tut mir leid, dass ich zur Zeit,...“ oder „Mich macht das traurig/unsicher/sehr froh ... wenn Sie so mit mir sprechen“
- Zusammenfassungen → halten Sie zwischendurch fest, was vereinbart wurde oder wie es weitergeht

So lange das (verbale) Gespräch und der Austausch auch nonverbaler Signale im Fluss bleiben, kann sehr vieles geklärt und mit jedem Schritt mehr Verständnis und Vertrauen erzeugt werden.

Dabei hilft eine bewährte Methode, die des „Aktiven Zuhörens“.

7.2.3. Aktives Zuhören

Zum aktiven Zuhören gehören **Äußerungen**, die den Gesprächspartner einladen weiter zu reden, zu erzählen, die ein Gespräch in Gang bringen oder in Fluss halten.

Neben geeigneten Sprachwendungen wie z.B. „Erzählen Sie mir ...“ oder „Das finde ich sehr interessant ...“ oder „Darüber würde ich gerne mehr erfahren ...“ gibt es aber auch eine Reihe **nonverbaler Maßnahmen**, die hilfreich sind:

- sich auf eine Ebene begeben (z.B. beide sitzen)
- sich dem anderen in der Körperhaltung zuwenden
- Blickkontakt aufnehmen
- bestätigende und zum Weiterreden ermutigende Gesten einsetzen (z.B. Kopfnicken, evtl. an der Hand fassen)
- in der Mimik Ernsthaftigkeit und Aufmerksamkeit ausdrücken
- kleine sprachliche Verstärker einsetzen (wie „Ja“, „Hm“)
- Wiederholung des Gesagten mit eigenen Worten („Habe ich das richtig verstanden, dass ...?“)
- Zusammenfassen, aber nicht bewerten

7.2.4. Was, wenn jemand nicht spricht?

Es kann durchaus sein, dass Sie auch in die Situation kommen, dass Ihr Gegenüber (oft oder auch nur manchmal) nicht gerade gesprächig ist. Das bedeutet, wie Sie inzwischen wissen, jedoch nicht unbedingt, dass er Ihnen damit nichts mitteilen wollte.

Auch die **nonverbale Kommunikation** hat ihre Tücken. Nicht alle Gesten bedeuten überall und für jeden das Gleiche, aber jeder versteht Geste des anderen irgendwie – und verhält sich wiederum dieser seiner Interpretation entsprechend.

Nonverbale wie verbale Äußerungen können je nach Situation und handelnden Personen ausgesprochen **vieldeutig** sein.

- ! Selbst derjenige, der die Signale aussendet, weiß manchmal selbst nicht in ganzem Umfang warum er dies tut und ob und was genau er damit erreichen will.

Hüten Sie sich daher vor vorschnellen, zu einfachen Erklärungen!

Auch nonverbale Äußerungen beinhalten Botschaften, die ich unterschiedlich aufnehmen kann. **Beispiel** → **Der Klient weint**. Das Weinen könnte – neben dem reinen Tatbestand – zum Beispiel ausdrücken:

- Eine **Mitteilung über den Klienten** selbst:
 - er ist traurig
 - er hat Schmerzen
 - er ist wütend
 - er ist erleichtert
 - er ist ...
- eine **Mitteilung über Ihre gegenseitige Beziehung**:
 - sie können mir nicht helfen (ich fühle mich trotzdem alleingelassen)
 - sie sind schuld (woran auch immer)
 - bei Ihnen kann ich loslassen
 - ...
- eine **Aufforderung**:
 - bitte helfen Sie mir
 - bitte schonen Sie mich
 - bitte nehmen Sie mich in den Arm
 - bitte lassen Sie mich allein
 - bitte ...

7.3. Körpersprache verstehen

Gerade in angespannten Beziehungen bzw. Konfliktsituationen vermitteln die Konfliktpartner ihre gegenseitige Einstellung wesentlich über Körpersprache. Diese drückt Gefühle und Haltungen unmittelbar aus, auch wenn wir durch Worte etwas anderes behaupten.

Werden diese Gefühle und Haltungen unzureichend wahrgenommen oder falsch interpretiert, so kann es leicht zu Missverständnissen und Problemen kommen.

7.3.1. Elemente von Körpersprache

- **Mimik** → Gesichtsausdruck
- **Gestik** → gezielter Einsatz der Hände beim Sprechen
- **Körperhaltung/Körperausdruck** → offene oder verschlossene Haltung beim Sitzen oder Stehen, aufrechte oder geduckte Haltung, vorgebeugt oder zurückgelehnt
- **Kleidung/Schmuck** → bescheiden, aufwändig, aufreizend, betont neutral, betont weiblich/männlich
- **Abstand und Räume** → Nähe und Distanz, „von oben herab“, aufschauend

Übung-

Wie lassen sich folgende Gefühle körpersprachlich darstellen

*aggressiv → wütend → drohend → gewalttätig → cool → abwartend → ängstlich
unterwürfig → langweilig → weich → hart → offen → verschlossen → unentschlossen
→ durchsetzungsfähig → gespannt → angespannt → abgespannt → kompromissbereit
→ eindeutig → zweideutig → zufrieden → neugierig → unsicher*

Anmerkung zur Vorgehensweise:

Jeder Begriff wird auf einen Zettel geschrieben. Die Teilnehmer erhalten je zwei Zettel mit Begriffen und stellen diese Begriffe pantomimisch dar. Die anderen raten, welche Begriffe gemeint sind. Die Auswertung bezieht sich auf zwei Fragen:

- *(Wie) können Gefühle so ausgedrückt werden, dass sie andere verstehen und entsprechend reagieren können?*
- *Können Gefühle anderer richtig wahrgenommen und interpretiert werden?*

7.3.2. Körpersprache im Konflikt

Körpersprache kann provozieren oder beruhigen – schon lange bevor auch nur ein Wort gewechselt wird. Körpersprache signalisiert Hierarchien, Besitzansprüche (Wer bietet wem einen Platz an oder etwas zu trinken), Wohlwollen/Feindseligkeit usw.

Körpersprache kann somit **Auslöser für Konflikte** sein (z.B. provozierende Kleidung) aber auch ein **Mittel um Konflikte zu besänftigen** (z.B. jemandem zur Versöhnung die Hand reichen).

Mehr als Worte zielt die Körpersprache auf die Gefühlsebene ab und kann den Boden für eine neue sachliche Auseinandersetzung vorbereiten. Eine Entschuldigung oder ein Angebot zum Kompromiss ist nur dann akzeptabel, wenn die gesprochene Botschaft glaubhaft mit der Körpersprache gemeinsam transportiert wird.

Allerdings ist dabei stets zu berücksichtigen, dass **non-verbale Kommunikation** nicht universell, sondern **kulturspezifisch** ist.

Das heißt, dass auch bestimmte Gesten, der als angemessen empfundene Abstand zwischen Personen, die Auswahl der Kleidung und anderes evtl. anders ankommen können als gemeint.

Setzen Sie bewusst auch Körpersprache und nonverbale Mittel ein, um Situationen und Stimmungen positiv zu beeinflussen.

Dazu gehören z.B. angemessene Kleidung und Kosmetik/Schmuck, der Einsatz von Gesten im Gespräch, Berührungen, aber auch der „richtige“ Abstand zum Gegenüber.

Beachten Sie dabei, dass **alle diese Signale** je nach Herkunft → „**kulturspezifisch**“ unterschiedlich aufgefasst werden können. Orientieren Sie sich am Verhalten und an den Reaktionen Ihres Klienten, um herauszufinden, was „passt“.

7.4. Abschied – Trauer – Sterben – Tod

Die Pflege von schwerkranken und sterbenden Menschen ist im Rahmen der Personenbetreuung ein wichtiges Aufgabengebiet. Somit wird die persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben/Tod unerlässlich.

Die Sterblichkeit des Menschen ist eine zentrale Dimension des menschlichen Lebens. Der Tod gehört zum Leben dazu. Er ist die Schattenseite des Lebens und stellt den natürlichen Gegenpol dar.

Dennoch macht der Gedanke an Sterben und Tod den meisten Menschen Angst. Das hängt mit dem Unfassbaren und dem drohenden Verlust zusammen.

Pflegegrundsätze in der letzten Lebensphase

Abschied und Trauer – auch auf Seite der Angehörigen – sind wichtige Prozesse, die mit dem Wissen um einen voraussichtlich baldigen Tod einsetzen.

In der letzten Lebensphase gelten folgende **Handlungsmaxime**:

- alles tun, um Erleichterung und Linderung zu schaffen – ohne Schäden zu verursachen
- alles vermeiden, was übermäßige Anstrengung verursacht und dem Menschen zur Qual wird
- alles tun, was dem schwerkranken und sterbenden Menschen bei der Verarbeitung seiner seelischen Probleme und Ängste hilfreich sein könnte – Bereitschaft zeigen, auf seine Wünsche, Bedürfnisse und Fragen einzugehen

Gehen Sie auch in dieser schwierigen Zeit aufmerksam auf Botschaften und Wünsche Ihres Klienten ein. Respektieren Sie seine Art, die letzte Lebensphase zu beschreiten und begleiten Sie ihn so gut Sie können.

- Achten Sie auch darauf, dem Klienten und seinen Angehörigen genügend Raum für persönliche Gespräche und ungestörtes Zusammensein zu lassen.

Absprachen für die letzte Lebensphase

Je besser man auf das Sterben vorbereitet ist, desto eher kann man sich innerlich auf das Ereignis einstellen. Und notwendige Dinge können in Ruhe und sorgfältig vorbereitet werden. Folgende Fragen sollten im Vorfeld mit dem Klienten und den Angehörigen (teils auch mit dem Hausarzt und/oder Pflege- bzw. Palliativteam), geklärt werden:

- Welche Menschen sollten den Schwerkranken unbedingt noch vorher besuchen?
- Wer will und soll in der letzten Phase dabei sein (und muss daher rechtzeitig informiert werden)?
- Welche Maßnahmen sind zu treffen und welche Hilfsmittel bereitzuhalten?
- Was wird zu erwarten sein (welche Symptome)?
- Wer muss wann informiert werden (z.B. Angehörige, Notarzt, Gemeinde- oder Amtsarzt zur Feststellung des Todeszeitpunkts und der Todesursache, Bestattungsunternehmen)? – Telefonnummern bereit halten!

Klären Sie organisatorische und andere wichtige Fragen, die im Zusammenhang mit dem Sterben Ihres Klienten auftreten können, im Vorfeld.

- Das gibt Ihnen Sicherheit und verhindert, dass es in der akuten Situation zu Fehlentscheidungen oder Versäumnissen kommt.

Hospizarbeit

In Österreich gibt es über 200 ambulante und stationäre Hospizdienste in allen Bundesländern. Geschulte Pflegekräfte und Ärzte ermöglichen sterbenskranken Menschen ein würdiges Leben und helfen den Angehörigen in der Zeit der Pflege und des Abschiednehmens. Außerdem werden ehrenamtliche Helfer vermittelt. Dabei verstehen sie ihre Tätigkeit als Ergänzung und Unterstützung der familiären und professionellen Pflege und Betreuung – nicht als Konkurrenz oder Ersatz.

Nähere Informationen sind unter <http://www.hospiz.at/> erhältlich.

7.5. Klare Arbeitsabsprachen

7.5.1. Die Rolle der Personenbetreuer

Der Personenbetreuer ist „Gast“, hat sich also weitgehend dem Hausgebrauch sowie den Vorlieben und Bestimmungen des Klienten zu fügen.

Mögliche Rahmenbedingungen

Klient hat keine Angehörigen oder lebt alleine

In der Personenbetreuung kann ein besonders nahes Verhältnis zwischen dem Klienten und dem Personenbetreuer entstehen. Ganz besonders, wenn keine Angehörigen da sind bzw. und die Betreuungsperson alleinige Bezugsperson ist.

Hier ist besonders darauf zu achten, dass Sie nicht überfordert werden. Es gilt in gleichem Maße für das persönliche Wohlergehen und das Wohlergehen des Klienten Verantwortung zu übernehmen.

Tipps, die dabei helfen können:

- klare Vereinbarungen treffen (zeitliche Regelungen, usw.)
- wenn nötig, ab und zu das Rollenverständnis und die gegenseitigen Erwartungen neu definieren
- darauf achten, dass trotz der großen Nähe jeder sein Eigenleben erhalten kann
- Schuldgefühle vermeiden → bei Alarmzeichen die Problematik ansprechen, mit dem Klienten und eventuell auch Angehörigen)
- Zeit einplanen, um besonders in schwierigen Betreuungssituationen die eigenen „Batterien aufladen“ zu können

Klient lebt in einem Familienverband

In dieser speziellen Situation dauert es vermutlich etwas länger, bis alle Beteiligten ihre Rolle gefunden haben. Der Personenbetreuer sollte hier besonders darauf achten, nicht in ungelöste Familienkonflikte hineingezogen zu werden.

Es bedarf oft hoher Professionalität gleichzeitig eng mit Menschen zusammenzuleben und doch die Fähigkeit zu entwickeln, sich bei Bedarf soweit zurückzunehmen, dass man die erforderlichen eigenen Grenzen einhalten kann.

Tipps, die dabei helfen können:

- klare Vereinbarungen
- Kompromisse suchen – sich dafür Zeit nehmen
- Schuldgefühle – wie oben
- bei Unzufriedenheit Gespräch suchen und Lösungen erarbeiten

7.5.2. Klärende Gespräche mit Klient und Angehörigen

Um zielführende Gespräche führen zu können, ist eine gewisse Vorbereitung unerlässlich. Dabei gibt es Vorbereitungen/Überlegungen, die im Vorfeld zu klären sind und Prinzipien, die im Gespräch einzuhalten sind.

Gesprächsvorbereitung

- **Ziel** → klären was ist mein (Maximal-)Ziel und meine Minimalvorstellung (womit wäre ich noch zufrieden)
- **Einstellung/Gefühle** → klar werden über Einstellung und Gefühl zum Anderen
- **Selbstreflexion** → klären was sind meine Stärken, meine Fehler usw.
- **was kann mich im Gespräch erwarten** → überlegen, was könnten die Interessen, Wünsche, evtl. auch Vorwürfe der Anderen sein?

Gesprächsregeln

Den Gesprächspartnern respektvoll gegenüberzutreten

- ruhig auftreten
- Blickkontakt halten
- Ichbotschaften senden → „Ich“ statt „man“ verwenden (Nicht: „Man macht das immer so“)

Erwartungen klären

- Worum geht es?
- Was wollen wir voneinander?

Informationen zum Thema einholen

- Nachfragen, wenn Ihnen etwas zum Verständnis der Situation fehlt
- offene Fragen stellen – um mehr Informationen zu erhalten (z.B. „Wie ist das früher gewesen?“)
- Informationsflut stoppen – Wenn es Ihnen zu schnell geht, sagen Sie dies
- nicht werten („das stimmt nicht“) sondern persönliche Wahrnehmung gegenüberstellen („Ich habe das so verstanden“ bzw. „Ich hatte mir gedacht ...“)
- lösungsorientiert sein → in die Zukunft schauen, nicht Vergangenes zerpfücken

Wichtige Gesprächsinhalte notieren

Bilanz ziehen

- Zusammenfassung der Vereinbarungen
- Welche Schritte stehen an?



Wenn es Probleme gibt, sollten diese so rasch als möglich mit allen Beteiligten geklärt werden.

7.6. Abgrenzung – Nähe – Distanz

Grenzen sind reale oder gedachte Linien zwischen zwei Dingen, Wesen, Einheiten (z.B. Grundstücke, Staaten, Menschen). Sie dienen der Trennung, aber auch der Berührung und Begegnung.

Grenzen zwischen Menschen betreffen

- **körperliche Unversehrtheit** → genügend Abstand, keine ungewollten Berührungen, Bewegungsfreiheit usw.
- **moralische Überzeugung** → nicht zu etwas gezwungen werden, was der eigenen Ethik oder Moral widerspricht
- **psychische Unversehrtheit** → diese wird z.B. dort verletzt, wo man beleidigt oder eingeschüchtert wird
- **soziale Sphäre** → wie weit beziehe ich jemandem in meine „Privatangelegenheiten“ mit ein, wen will ich bei mir haben, wen nicht; wie viel will ich wem anvertrauen? Wo mische ich mich ein, wo halte ich mich heraus?

Menschen sind sehr **unterschiedlich in der Handhabung ihrer persönlichen Grenzen**. Bei sozialen Tätigkeiten, zu denen auch die Personenbetreuung gehört, ist es oft besonders schwierig eine **Balance** zwischen professioneller Zuwendung und persönlichem Abstand zu finden. Die oftmals räumliche Nähe (leben in einer Wohnung) kommt erschwerend hinzu.

Persönlichen **Abstand** zu **wahren** ist sehr wichtig. Nur so gelingt es, sich nicht von der Tätigkeit und den Problemen anderer Menschen überwältigen zu lassen. Nur wer genügend inneren Abstand wahrt, kann sich dem anderen zuwenden und diesem auch Hilfe leisten.

Um die **eigenen Grenzen** besser kennen zu lernen, sind folgende Fragen nützlich:

- Was befindet sich alles innerhalb meiner Grenzen (wo lasse ich gar niemanden oder nur ganz bestimmte Menschen gerne heran)?
- Was tue ich, wenn mir jemand „zu nahe“ kommt?
- Was macht mich zufrieden?
- Was macht mich zornig?
- Was schmeichelt mir (und lässt mich meine Grenzen öffnen)?
- Mit welchen Worten und Gesten kann ich signalisieren, dass jemand „zu weit“ geht?

Die Arbeit an den eigenen Grenzen ist ein lebenslanger Lernprozess.



Persönliche Abgrenzung und die Wahrung der jeweiligen Privat- und Intimsphäre ist im Bereich der Betreuung für alle Beteiligten wichtig!

7.7. Stress

„Stress“ wird oft mit einer unangenehmen, auf Dauer krank machenden Überforderung durch ein „Zuviel“ an Reizen, Problemen, Zeitdruck, Informationen usw. gleichgesetzt.

Stress bedeutet zunächst allerdings nichts anderes, als dass Herausforderungen (sogenannte Stressoren) auf uns zukommen, mit denen wir umgehen müssen und dürfen.

Ohne diese Herausforderungen wäre unser Leben gar nicht vorstellbar. Daneben gibt es eine ganze Reihe **positiver „Stressoren“** (z.B. die Freude über eine unerwartete Begegnung mit einem lieben, verloren geglaubten Menschen).

Und zu den **tückischen „Stressoren“** gehören Langeweile, dauerhafte Unterforderung sowie Mangel an Selbstbestätigung durch eine als sinnvoll erlebte Tätigkeit und die damit verbundene Anerkennung.

Um **ungesunde Auswirkungen** von „Stress“ zu vermeiden ist es wichtig, dass wir das richtige Maß an Herausforderungen erhalten.

Wir müssen geeignete Strategien entwickeln und anwenden, um diese Herausforderungen gut zu bewältigen.

Ein **Zuviel** oder **Zuwenig an Herausforderungen** und/oder das **Fehlen geeigneter Strategien** macht uns unzufrieden, unruhig und auf Dauer sogar krank.

7.7.1. Stressauslöser

Mögliche **Auslöser von „Stress“**, von denen der Klient wie auch Personenbetreuer häufig betroffen sein könnten sind:

Physische Belastungen:

- Infektionen, Operationen, Verletzungen
- körperliche Überanstrengung
- Schlafmangel

Bedeutende und belastende Veränderungen in der Lebenssituation:

- Verlust des Lebenspartners
- rapide Verschlechterung des Gesundheitszustands/der Mobilität
- Umzug/Ortwechsel

Kleinere Ärgernisse, aber auch schleichende Zermürbung:

- enttäuschte (vielleicht auch unrealistische) Erwartungen auf beiden Seiten
- ständige Kompromisse (der andere macht es eben nie zu 100% so wie ich es mir vorstelle)
- zu wenig konkrete Aufgaben
- zu wenig Bewegungsfreiheit
- ständige Bevormundung/Einmischung
- zu viel Unruhe/Lärm
- zu viel Stille

7.7.2. Stressmanagement

Das Entwickeln und Anwenden geeigneter Strategien gegen die schädlichen Auswirkungen von „Stress“ kann auch als Stressmanagement bezeichnet werden.

Viele der oben genannten „Stressoren“ sind im Gespräch mit dem Klienten und anderen Beteiligten zu klären, zu beseitigen oder gar ins Positive zu wenden.

Mit manchen Dingen werden Sie aber auch über eine längere Zeit zu Rande kommen müssen. Dazu gehören vermutlich:

- wenig Ansprache/Kontakte außerhalb der Wohnung
- relativ kleiner privater Bereich (räumlich wie zeitlich)
- viel Zeit, die Sie in der Wohnung „angebunden“ sind
- nahezu permanenter Bereitschaftsdienst
- Eigenheiten des Klienten
- Heimweh

Es gibt ganz unterschiedliche Ideen und Maßnahmen, die der Einzelne ergreifen kann, um seinen persönlichen Stress zu managen. Dabei geht es im Kern immer um Entspannung als dem nötigen Ausgleich zur Anspannung.

Allgemeine Empfehlungen sind nicht möglich, ein objektives Erfolgsrezept gibt es nicht. Dennoch sollen einige **Erfahrungswerte** weitervermittelt werden:

- versuchen, im gegenseitigen Interesse, mit den Klienten auch über das notwendige Maß hinaus **anregende Gespräche** zu führen → Ideen einbringen, Themen ansprechen, die interessant sein könnten
- **persönlichen „Mehrwert“** aus Tätigkeit ziehen (z.B. Sie üben und perfektionieren sich in der fremdländischer Küche, der Blumenpflege, im Vorlesen, im Zuhören)
- **Zeitfenster nutzen**, um eigenen Hobbys nachzugehen: Handarbeiten, Lesen, Gymnastik, vielleicht auch um Deutschkenntnisse zu vertiefen.
- **Nachbarn** kennenlernen
- **Bücher, Musik** und/oder **Filme** von zuhause mitnehmen
- nehmen Sie sich **Zeit zum Essen** und bereiten Sie auch für sich selbst täglich etwas Gesundes und Leckeres zu
- jeden Tag so viel Zeit wie möglich bei Bewegung an der **frischen Luft** verbringen
- **Entspannungsübungen** (z.B. Yoga, ruhig Musik hören)
- täglich **Zeit für sich** einplanen

Versuchen Sie in der Tätigkeit als Personenbetreuer auch einen persönlichen Gewinn für sich selbst zu sehen.

Sorgen Sie für ausreichende Erholungspausen.

Füllen Sie Zeiten des „Leerlaufs“ mit Tätigkeiten, die Ihnen auch längerfristig eine Befriedigung verschaffen.

Jeder muss für sich und seine persönliche Lebenssituation die passenden Methoden finden. Bei ständigem Stress, wächst die Gefahr in ein so genanntes „Burn-out-Syndrom“ zu kommen. Burnout bezeichnet einem Zustand des „Ausgebrannt-seins“, aus dem ohne professionelle Hilfe nur schwer wieder herauszukommen ist.

Umgekehrt wächst mit einem erfolgreichen Stressmanagement auch der Grad der Zufriedenheit und die Fähigkeit mit schwierigen Situationen zu recht zu kommen.

Insofern wäre ein möglicher persönlicher Gewinn darin zu sehen, dass Ihre persönliche und soziale Kompetenz allgemein mit jedem Einsatz zunimmt.

7.8. Sozialisation

Sozialisation ist der soziale Entwicklungsprozess eines Menschen von der Geburt bis zum Tod in Wechselwirkung mit seiner Umwelt. Sie ist abhängig von den gesellschaftlichen Einflüssen und Bedingungen.

Somit ist die Sozialisation ein Prozess der Persönlichkeitsentwicklung in Wechselwirkung zwischen biologischem Organismus und sozialen bzw. materiellen Bedingungen. Da der Mensch die Gesellschaft kreativ mitgestalten kann, ist diese Wechselwirkung auch als doppelter Aneignungsprozess beschrieben.

Sozialisation ist mehr als Erziehung. Diese wird meist als eine geplante Einflussnahme auf den Menschen gesehen. Sozialisation schließt die ungeplanten Wechselwirkungen ein. Sozialisation ist ein lebenslanger Prozess, der in **Sozialisationsabschnitte** eingeteilt wird und von den jeweiligen Sozialinstanzen gesteuert wird. **Sozialinstanzen** sind z.B. Familie, Schule oder Betrieb

Sozialisationsabschnitte sind:

- **Primäre Sozialisation** → in den ersten drei Lebensjahren
- **Sekundäre Sozialisation** → ab dem dritten Lebensjahr bis zum Schuleintritt
- **Tertiäre Sozialisation** → Bildung in der Schule und im Beruf
- **Quartäre Sozialisation** → Entwicklung im Erwerbsleben (Einkommen, Besitz, Berufsposition und Wohnsituation)
- **Quintäre Sozialisation** → Entwicklung nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, neben der Freude nicht mehr in die Arbeit gehen zu müssen, erleben viele Menschen auch einen Pensionsschock → diese Phase ist geprägt durch **persönliches Bilanzieren** (Wie habe ich gelebt?), der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, dem Verabschieden von Wegbegleitern, einer evtl. Übersiedelung in ein Pflegeheim, Verlust von gewohnten Bezugspersonen

In den verschiedenen Phasen der Sozialisation übernimmt der Mensch – entsprechend seinem Entwicklungsstand – **verschiedene Rollen**.

Die **soziale Rolle** ist die Summe der Erwartungen an das soziale Handeln eines Menschen, der einen bestimmten Platz in der Gesellschaft einnimmt. Durch die Übernahme von verschiedenen sozialen Rollen kann der Mensch am sozialen Leben teilnehmen. Diese übernommenen Rollen beinhalten eine bestimmte Rollenerwartung, die einerseits die Person, welche die Rolle übernommen hat, an die Rolle stellt, andererseits die anderen Mitglieder der Gesellschaft an die Rolle stellen.

Die unterschiedlichen Rollen wird der Mensch auch wieder verlieren, wenn er zum Beispiel durch berufliche Weiterentwicklung oder aus der familiären Situation heraus zusätzliche Aufgaben erhält und übernimmt. Manchmal ist der **Rollenverlust** nicht freiwillig und kann sehr schmerzhaft sein.

Mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, dem Wegzug aus einem vertrauten Wohnumfeld oder durch den Tod von Lebenspartnern und Freunden müssen sich besonders ältere Menschen mit Rollenverlust auseinandersetzen.

Personenbetreuer sind oft Ersatz für verschiedene, meist schon verlorengegangene Rollenpartner. Damit man diese oft nicht einfach zu erkennenden Zusammenhänge versteht, ist es wichtig, sich mit der Biographie der zu betreuenden Person auseinanderzusetzen.

7.9. Sexualität im Alter

Unsere Gesellschaft misst dem Thema „Sexualität im Alter“ wenig bis keine Bedeutung zu und sieht Sexualität, gegen jede Vernunft und Kenntnis aus der Forschung, als ein Privileg der Jugend. Oftmals sind alte Menschen gezwungen ihre Bedürfnisse zu verbergen.

In der professionellen Betreuung von alten Menschen ist **Respektieren, Achten und Wertschätzen von Bedürfnissen** eine Grundvoraussetzung, sodass ganzheitliche Betreuung kein Schlagwort oder Slogan bleibt.

Mögliche Gründe für die Tabuisierung der Alterssexualität liegen oft in den frühkindlichen Erfahrungen oder in der Erziehung. Hier entscheidet sich, wie Sexualität gelebt und erlebt wird. Dabei ist das Vorbild der Eltern in der Bejahung des eigenen Geschlechts, im verantwortungsbewussten Umgang mit Geschlechtlichkeit und körperlicher Entwicklung, im Vermeiden von tradierten (die Tradition betreffend) Rollenbildern und Klischees, im Verwenden geeigneter Sprache, im rücksichtsvollen Verstehen des Partners und zuletzt im offenen Austragen und Bewältigen von Konflikten und Problemen, von größter Bedeutung.

Das Ablehnen der Alterssexualität oder das Gefühl des Unästhetischen, welches manche Menschen beschleicht, ist meist Ausdruck nicht bearbeiteter Identität zur eigenen Sexualität. Oft belasten alte Menschen ihr Gewissen, weil sie ihrem Bedürfnis nach Sexualität durch Onanieren nachgeben, da sie in ihren prägenden jungen Jahren Triebe, Lust und Körperlichkeit mit Einschränkung, Kontrolle oder gar Bestrafung durch die Eltern erlebten.

Nicht gelebte Bedürfnisse, und hier vor allem das nicht bewusst gelebte Bedürfnis nach Sexualität, wirken dann meist auf anderen unbewussten Ebenen.

Deshalb werden Betreuungspersonen in der Patientenbetreuung immer wieder mit der Sexualität ihrer Klienten konfrontiert. Manchmal ergeben sich durch verbale oder aber auch körperliche Zudringlichkeiten zum Teil massive Probleme für die Betreuer.

Sexuelle Belästigung ist eine Form von Gewalt.



Darunter ist jede Verhaltensweise zu fassen, die – gleichgültig ob verbal, nonverbal oder als konkrete Handlung – die Würde der Betreuungskraft oder des Klienten, gleichgültig ob Mann oder Frau, beeinträchtigt bzw. ohne dessen Einverständnis erfolgt.

Sexuelle Selbstbestimmung und Integrität ist ein Menschenrecht, das für alle gilt.

Beispiele für sexuelle Belästigung

- verbale sexuelle Übergriffe (zum Teil auf heftigste und vulgärste Art)
- Aufforderung zum Beischlaf
- sogenanntes „Begrapschen“
- Betrachten von Pornofilmen genau zu dem Zeitpunkt, wenn auch die Betreuungsperson anwesend ist

Mögliche Lösungsansätze:

- direktes und klares Ansprechen der Situation
- sich trauen, NEIN zu sagen
- Abgrenzung – klar eine Grenzlinie ziehen
- Vernetzung innerhalb des Betreuungsteam (Hauskrankenpflege, mobile Altenhilfe, Hausarzt usw.)
- Einholen von Rat bei einer Vertrauensperson
- Information an die Vermittlungsstelle (z.B. Trägerorganisation, Vorgesetzte)
- Besuch des Klienten durch Vermittlungsstelle, Leitung etc.
- Wechsel der Betreuungsperson
- Einstellen der Betreuung (nach Ausschöpfen aller möglichen Lösungsansätze)

Wichtig ist, dass jeder berechtigten Abgrenzung ein empathischer und wertschätzender Umgang mit den betroffenen Klienten zu Grunde gelegt sein muss. Es kann aber nicht sein, dass Betreuungspersonen als eine Art Lustobjekt missbraucht werden.

Tipps zum Thema Sexualität in der Betreuungssituation

- beachten Sie die männlichen oder weiblichen Gefühle Ihres Klienten und respektieren Sie sein Selbstbild und seine Tabus
- „erlauben“ Sie das Thema, nehmen sie die geäußerten Bedürfnisse ernst, lassen Sie diese auch zu – „selbstverständlich nicht auf Ihre Kosten“ – ziehen Sie sich gegebenenfalls diskret zurück
- Rücksicht nehmen auf mögliche Empfindlichkeiten des Klienten in Zusammenhang mit sexuellen Dingen
- vermeiden Sie „ermutigendes“ Verhalten (Gesten, Scherze, Kleidung etc.)

7.10. Gewalt – Aggression

7.10.1. Formen der Gewalt

Grundsätzlich lässt sich Aggression bzw. Gewalt als Schädigung, Kränkung und Verletzung einer anderen Person definieren.

Aggressionen finden in der Regel in einer zwischenmenschlichen Interaktion statt. Auch Aggressionen gegen Gegenstände haben letztlich meist eine Bedeutung in einer zwischenmenschlichen Beziehung. Folgende **Unterscheidungen** sind möglich:

- **Aggressives Verhalten** liegt dann vor, wenn sich eine Person bedroht, angegriffen oder verletzt fühlt (verbal oder physisch)
- **Körperliche Gewalt**
- **Psychische Gewalt** (z.B. jemanden beleidigen, wie ein kleines Kind behandeln, oder ihm Angst einjagen)
- **Gewalt durch gewaltsames Tun** (Festhalten, schlagen, absichtlich grob anfassen)
- **Passive Gewalt** (z.B. Verweigerung von Hilfeleistungen, Vernachlässigung)

Von Gewalt wird auch dann gesprochen, wenn eine Person vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Darunter fällt auch das **mutwillige Einschränken der Bewegungsfreiheit** (z.B. durch Einsperren, Einklemmen zwischen Sessel und Tisch).

Ein gesunder, erwachsener Mensch hat in der Regel gelernt, seine Enttäuschung, seine Wut oder seinen Zorn zu beherrschen und gegebenenfalls umzuleiten (z.B. durch Sport oder durch Transfer auf eine rationale Ebene). Einem kranken Menschen steht diese Alternative oft nur eingeschränkt zur Verfügung.

Negative Zuwendung ist oftmals erwünschter, als keine Zuwendung. Dies bedeutet, dass das Bedürfnis nach Zuwendung und Kontakt so stark sein kann, dass der Klient durch auffälliges Verhalten auf sich aufmerksam machen und dadurch in Beziehung zu einem anderen Menschen treten will.

Insbesondere bei Demenz kann, die von dem Erkrankten ausgehende körperliche Gewalt zu einem großen Problem für die betreuenden Personen werden.

7.10.2. Gewalt in der Betreuungssituation

Die Situation einer dauerhaften Abhängigkeit von der Betreuung und Pflege durch andere, ist nicht einfach zu bewältigen. Hinzu kommen oft unauflösbare Ängste, Schmerzen und persönliche Enttäuschungen seitens des Klienten.

Auch die Position der Personenbetreuer ist nicht leicht. Eine Vielzahl von Wünschen, Erwartungen, die nicht alle erfüllbar sind in Einklang mit eigenen Bedürfnissen zu bringen, ist eine Herausforderung und braucht immer wieder ein hohes Maß an Empathie für sich selbst und den Klienten.

Mögliche Ursachen für Gewalt

Angst

Für die Betreuungspraxis stellt die Angst seitens des Klienten ein bedeutsames, mögliches Motiv dar. Die Ängste der zu Betreuenden sind unterschiedlich, typisch sind:

- Angst vor einer **Änderung der gewohnten Tagesabläufe** und vor der „**Einmischung**“ durch fremde Personen (Verlust an Selbstbestimmung)
- **Psychotische Ängste** → Halluzinatorische Ängste, wahnhaft Bedrohungsängste
- **Vorwiegend neurotische Ängste** → Angst vor Zurückweisung, Angst vor dem Verlassenwerden oder Angst vor zu viel Nähe
- **Ängste bei Verwirrtheit und Desorientiertheit** → Wo bin ich hier? Warum bin ich hier? Was ist überhaupt los mit mir?

Körperliche Ursachen von Gewalt

- **Schmerzen**
- **Neurohormonale Faktoren** → ein Zusammenhang zwischen Serotonin und Aggression ist bekannt, genaue Abläufe sind noch nicht geklärt
- **Hirnschädigung** als auslösende Faktoren → z.B. Demenzerkrankungen, Morbus Parkinson, Epilepsie oder auch nach Schlaganfällen und Hirnverletzungen
- **Alkoholrausch oder Alkoholdelir** → die Kontrollfähigkeit kann verloren gehen
- **Medikamente** als Aggressionsförderer → z.B. Mittel gegen Depressionen, gegen Parkinson, gegen Epilepsie, Appetitzügler, Coffein aber auch bestimmte Beruhigungsmittel

Psychische „Mechanismen“

„Alte“ Konflikte oder Frustrationen, die manchmal ganz tief in der Lebensgeschichte ihre Wurzeln haben, können von allen Beteiligten in die aktuelle Begegnung mit hineingetragen werden.

Es kommt immer wieder vor, dass man sich über jemanden oder etwas sehr geärgert hat und diesen Ärger aus welchem Grund auch immer in der Situation nicht wirklich lösen konnte. Werden diese Gefühle nicht reflektiert und „aufgearbeitet“, stauen sie sich an.

Kommen vielleicht noch zusätzliche Belastungen oder irgendein zufälliger Auslöser hinzu, können sich diese Aggressionen in gewaltsame Handlungen gegenüber mehr oder weniger „zufälligen“ Opfern umsetzen.

Professionalität heißt, solche Aggressionen zügeln und sich bewusst machen zu können.

Die Beziehung zwischen Klient und Personenbetreuer – wie im Übrigen auch zwischen dem Klienten und seinen Angehörigen oder zwischen dem Personenbetreuer und den Angehörigen – ist nicht immer ohne Spannung.

Wichtig ist, sich dessen bewusst zu sein und eigene Aggressionen nicht zu Gewalthandlungen anwachsen zu lassen.

Unbeabsichtigte Gewaltäußerungen des Klienten möglichst gelassen zu nehmen bzw. in die richtigen Bahnen zu lenken.

Umgang mit aggressivem Verhalten

Die Betreuungsperson sollte auf keinen Fall die Aggression als persönliche Kränkung auffassen und mit Gegengewalt reagieren. Hilfreiche Reaktionsmöglichkeiten sind:

1. in der akuten Situation:
 - a. Handlungsablauf unterbrechen
 - b. Gründe für das Verhalten in der Situation klären
 - c. Beruhigen
 - d. „Aus dem Weg gehen“
 - e. Hilfe holen
 - f. Ablenken
2. Reflexion aggressiven Verhaltens
 - a. Mögliche Erklärungen für das Verhalten des Kunden eruieren (z.B. Schmerzen, Schlafdefizit, Hunger oder Durst, Kränkung, Einsamkeit, Über- oder Unterforderung, Angst, Alkoholmissbrauch)
 - b. Mögliche Auslöser (unbeabsichtigtes Verhalten) durch die Betreuungsperson eruieren (Erschrecken des Klienten, Zufügen von Schmerzen, private Probleme oder Belastungen, unbefriedigende Arbeitssituation usw.)

Wenn Sie sich überfordert fühlen oder wenn Sie sich aggressivem Verhalten seitens des Klienten (oder auch der Angehörigen) ausgesetzt sehen und nicht wissen wie Sie damit umgehen sollen, holen Sie sich Unterstützung, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen (z.B. vermittelnde Organisation)

Lernzielkontrolle:



- 1) Beschreiben Sie wichtige Aspekte der verbalen und nonverbalen Kommunikation?
- 2) Wie können Sie ein harmonisches Gesprächsklima herstellen und was versteht man unter „aktivem Zuhören“?
- 3) Beschreiben Sie Elemente der Körpersprache, die für eine gelingende Betreuungsbeziehung von Bedeutung sind!
- 4) Was können Sie tun um Stress in der Betreuungssituation zu vermeiden bzw. zu reduzieren?
- 5) Welche Formen von Gewalt kennen Sie und wie gehen Sie damit um?

HANDLUNGSLEITLINIEN

Die betreuende Person verpflichtet sich, bei Änderungen im Allgemeinzustand oder im Verhalten der betreuungsbedürftigen Person (wie z.B. bei Fieber, Hautausschlag, Verdauungsstörungen, Änderungen im Ess- und Trinkverhalten, Schmerzen, Unruhe, erhöhtem Schlafbedürfnis, Teilnahmslosigkeit) folgende Adressen zu kontaktieren:

1) Name:	
Anschrift:	
Tel:	

2) Name:	
Anschrift:	
Tel:	

Hausarzt::	
Anschrift:	
Tel:	

Mobile Dienste::	
Anschrift:	
Tel:	

Andere:	
Anschrift:	
Tel:	

Im Notfall, insbesondere bei Atemnot, starker Übelkeit, Ohnmacht etc. ist **sofort** die **Rettung 144** zu verständigen.

NÜTZLICHE ADRESSEN

1.) Wirtschaftskammer Österreich

Wirtschaftskammer Österreich

www.wko.at

Wiedner Hauptstraße 63

1045 Wien

Te.: + 43 (0) 5 90 900

Hotline: 0800 221 223 (kostenlos)

Mail: callcenter@wko.at

2.) Gründerservices der Wirtschaftskammer

Gründer-Service Burgenland

Robert-Graf-Platz 1

7000 Eisenstadt

Tel: + 43 (0) 5 90 907-2210

Fax: + 43 (0) 5 90 907-2115

Mail: servicecenter@wkbglid.at

Gründer-Service Kärnten

Europaplatz 1

9021 Klagenfurt

Tel: + 43 (0) 5 90 904-730

Fax: + 43 (0) 5 90 904-734

Mail: gruenderservice@wkk.or.at

Gründer-Service Niederösterreich

Landsbergerstraße 1

3100 St. Pölten

Tel: + 43 (0) 2742 851-17 700

Fax: + 43 (0) 2742 851-17 199

Mail: gruender@wknoe.at

Gründer-Service Steiermark

Körblergasse 111-113

8021 Graz

Tel: + 43 (0) 316 601-406

Fax: + 43 (0) 316 601-1202

Mail: gs@wkstmk.at

Gründer-Service Tirol

Meinhardstraße 14

6020 Innsbruck

Tel: + 43 (0) 5 90 905-2222

Fax: + 43 (0) 5 90 905-1385

Mail: gs@wktirol.at

Gründer-Service Vorarlberg

Wichnergasse 9

6800 Feldkirch

Tel: + 43 (0) 5522 305-1144

Fax: + 43 (0) 5522 305-108

Mail: gruender.service@wkv.at

Gründer-Service Oberösterreich
Hessenplatz 3
4020 Linz
Tel: + 43 (0) 5 90 909
Fax: + 43 (0) 5 90 909-2800
Mail: service@wkoee.at

Gründer-Service Salzburg
Julius-Raab-Platz 1
5027 Salzburg
Tel: + 43 (0) 662 88 88-541
Fax: + 43 (0) 662 88 88-188
Mail: gs@wks.at

Gründer-Service Wien
Stubenring 8-10
1010 Wien
Tel: + 43 (0) 1 514 50-1050
Fax: + 43(0) 1 514 50-1491
www.gruenderservice.at/briefkastenwien

3.) Sozialversicherung

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

esv-sva.sozvers.at
Wiedner Hauptstraße 84-86
1051 Wien
Tel: + 43 (0) 1 546 54-0
Fax: + 43 (0) 1 546 54-385

Landesstellen

Wien
SVA Landesstelle Wien
050 808-27500

Niederösterreich
SVA Landesstelle Niederösterreich
050 808-27575

Burgenland
SVA Landesstelle Burgenland
02682/62531-200

Oberösterreich
SVA Landesstelle Oberösterreich
0732/7634-333

Steiermark
SVA Landesstelle Steiermark
0316/6004-556

Kärnten
SVA Landesstelle Kärnten
0463/32133-154

Salzburg
SVA Landesstelle Salzburg
0662/879 451-218 od. 276 od. 214 od. 271

Tirol
SVA Landesstelle Tirol
0512/5341-117 od. 118

Vorarlberg
SVA Landesstelle Vorarlberg
05522/76642-205 od. 201

4.) Trägerorganisationen

Caritas Österreich

www.caritas.at
Albrechtskreithgasse 19-21
1160 Wien
Tel: + 43 (0)1 488 31-400
Mail: office@caritas-austria.at

Diakonie Österreich

www.diakonie.at
Schwarzspanierstraße 13
1090 Wien
Tel: + 43 (0) 1 409 8001
Fax: DW-20
Mail: diakonie@diakonie.at

Hilfswerk Österreich

www.hilfswerk.at
Apollogasse 4/5
1070 Wien
Tel: + 43 (0) 1 522 48 47
Mail: 24stunden@hilfswerk.at

Österreichisches Rotes Kreuz

www.rotekreuz.at
Wiedner Hauptstraße 32
1040 Wien
Tel: + 43 (0) 1 589 00-152
Fax: + 43 (0) 1 589 00-159
Mail: service@rotekreuz.at

Volkshilfe Österreich

www.volkshilfe.at
Auerspergstraße 4
1010 Wien
Tel: + 43 (0) 1 4026209
Fax: + 43 (0) 1 4085801
Mail: office@volkshilfe.at

5.) Ministerien

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

www.bmwa.gv.at
Stubenring 1
1011 Wien
Tel: + 43 (0) 1 71100-0

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz

www.bmsk.gv.at

Stubenring 1

1010 Wien

Tel: + 43 (0) 1 71100-0

Pflegetelefon: 0800/20 16 22

Bundesministerium für Finanzen

www.bmf.gv.at

Hintere Zollamtsstraße 2b

1030 Wien

Tel: + 43 (0) 1 514 33

6.) Bundessozialamt

Bundessozialamt

www.basb.bmsg.gv.at

Babenbergerstraße 5

1010 Wien

Tel: 05 99 88 (österreichweit zum Ortstarif)

Fax: 05 99 88/2131

Mail: bundessozialamt@basb.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich:

Caritas

Frau Eveline Dallinger

Diakonie

Herr Dir. Berthold Tauber

Hilfswerk

Mag. Walter Marschitz

Rotes Kreuz

DDT Susanne Bayer

DPT Elisabeth Miksche-Riedl

DGKP Claudia Michalica-Zottl, MSc

Mag. Claudia Gröschel, MPH

Mag. Monika Wild, MSc

Volkshilfe

DGKS Susanna Hitzelhammer

Projektleitung

Rudolf Kampel