

5. AUFLAGE

Pflege Heute

KOMPAKTWISSEN



Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Pflegeprozess und Pflegeplanung	5.6	Pflege bei Fieber	33	
1.1	Pflegeprozess-Modelle	1	Schweiß	35	
1.2	Informationssammlung	1	6	Haut- und Körperpflege	36
1.3	Erkennen von Pflegeproblemen und Ressourcen	2	6.1	Hautpflege	36
1.4	Festlegen von Pflegezielen	2	6.2	Körperpflege	38
1.5	Planung der Pflegemaßnahmen	3	6.3	Rasur und Bartpflege	42
1.6	Durchführung der Pflegemaßnahmen	3	6.4	Augenpflege	43
1.7	Auswertung und Ergebnisse	3	6.5	Ohrenpflege	43
1.8	Pflegediagnosen und Pflegeklassifikationen	3	6.6	Nasenpflege	43
1.9	Pflegeassessment	4	6.7	Mund- und Zahnpflege	44
1.10	Pflegeplanung in der Praxis	6	6.8	Haarpflege	47
1.11	Informationsmanagement und Pflegedokumentation	7	6.9	Nagelpflege	49
		7	6.10	An- und Ausziehen von Kleidung	49
		7.1	6.11	Wickel und Auflagen	50
		7.2	6.12	Dekubitusprophylaxe	51
2	Patientenbeobachtung	9	7	Ernährung	54
2.1	Wahrnehmen	9	7.1	Physiologische Grundlagen	54
2.2	Beobachten	9	7.2	Beobachtung und Dokumentation	59
2.3	Beurteilen	11	7.3	Beurteilung der Ernährung	60
		7.4	7.5	Nahrungszubereitung	61
		7.6	7.5	Nahrungsaufnahme	61
3	Atmung	12	7.6	Kostformen und Diäten	63
3.1	Physiologische Grundlagen	12	7.7	Pflege bei Sonden	63
3.2	Beobachtung und Dokumentation	12	7.8	Nahrungskarenz	68
3.3	Beurteilung der Atmung	13	7.9	Ernährungsberatung	68
3.4	Pflege bei Dyspnoe	16	7.10	Aspirationsprophylaxe	68
3.5	Unterstützung der Atmung und Pneumonieprophylaxe	16	7.11	Schlucken und Schlucktraining	69
		16	7.12	Dehydratationsprophylaxe	70
4	Herz-Kreislauf-System	24	8	Ausscheidung	72
4.1	Puls	24	8.1	Urin	72
4.2	Blutdruck	26	8.2	Stuhl	78
4.3	Thromboseprophylaxe	27	8.3	Erbrechen	86
5	Körpertemperatur	30	9	Bewegung	88
5.1	Physiologische Grundlagen	30	9.1	Physiologische Grundlagen	88
5.2	Beobachtung und Dokumentation	30	9.2	Beobachtung und Dokumentation	88
5.3	Beurteilung der Körpertemperatur	31	9.3	Beurteilung der Bewegung	88
5.4	Pflege bei Hypothermie	33	9.4	Bettlägerigkeit	90
5.5	Pflege bei Hyperthermie	33	9.5	Kinaesthetics	91
		33	9.6	Mobilisation	92

9.7	Kontrakturprophylaxe	95	14.4	Nicht reanimationspflichtiger Patient	125
9.8	Sturzprophylaxe	96	14.5	Schock	126
10	Kommunikation	98	14.6	Erste Hilfe	127
10.1	Physiologische Grundlagen ...	98	14.7	Massenanfall von Verletzten, Erkrankten und Beteiligten (MANV)	132
10.2	Beobachtung und Dokumentation	98			
10.3	Beurteilung der Kommunikation	98	15	Entwicklung des Menschen	133
10.4	Pflege bei Sprach- und Sprechstörungen	99	15.1	Entwicklungspsychologie	133
10.5	Pflege bei Hörstörungen	99	15.2	Sozialisation	134
10.6	Pflege bei Sehbehinderung ...	100	15.3	Einflussfaktoren auf die Entwicklung	134
11	Schlaf	102	15.4	Lebenskrisen	140
11.1	Physiologische Grundlagen ...	102	15.5	Krisenbewältigung	141
11.2	Beobachtung und Dokumentation	102	15.6	Pflegephänomene	142
11.3	Beurteilung des Schlafs	102	16	Gesundheitsförderung und Prävention	145
11.4	Schlaffördernde Maßnahmen	103	16.1	Begriffsklärung	145
11.5	Bettenmachen	104	16.2	Gesundheitsförderung in Gesellschaft und Politik	149
11.6	Positionierung	105	16.3	Pflege und Gesundheitsförderung	151
12	Bewusstsein	108	16.4	Berufliche Gesundheitsförderung für Pflegende	152
12.1	Physiologische Grundlagen ...	108	16.5	Humor in der Pflege	157
12.2	Beobachtung und Dokumentation	108			
12.3	Beurteilung des Bewusstseins	108	17	Rehabilitation	158
12.4	Basale Stimulation®	110	17.1	Bedeutung von Rehabilitation und Pflege	158
12.5	Deprivationsprophylaxe	111			
12.6	Verwirrtheitsprophylaxe	111	17.2	Rahmenbedingungen von Rehabilitation	158
13	Pflege bei Schmerzen	113	17.3	Zusammenhang von Pflege und Rehabilitation	161
13.1	Physiologische Grundlagen ...	113	17.4	Rehabilitationsschwerpunkte in speziellen Situationen	162
13.2	Schmerzmanagement	115			
13.3	Schmerztherapie	118	17.5	Rehabilitationsschwerpunkte bei ausgewählten Krankheitsgeschehen	163
13.4	Schmerzprävention	121			
13.5	Information, Schulung und Beratung	121			
13.6	Institutionelle Rahmenbedingungen	121	18	Pflege von Kindern	168
			18.1	Das Kind in der Gesellschaft	168
14	Pflege in Notfallsituationen	122	18.2	Physiologische Entwicklung ...	168
14.1	Was ist ein Notfall?	122	18.3	Das pflegebedürftige Kind	174
14.2	Vorbereitung auf einen Notfall	122	18.4	Das Kind im Krankenhaus	176
14.3	Kardiopulmonale Reanimation	122	18.5	Ambulante Kinderkrankenpflege	178

XII Inhaltsverzeichnis

19	Pflege von alten Menschen	179	22.7	Erkrankungen der Venen	228
19.1	Leben im Alter	179	22.8	Gefäßverletzungen	230
19.2	Veränderungen im Alter	179	22.9	Arteriovenöse Fisteln	231
19.3	Aktivierung und sinnstiftende Beschäftigung	183	22.10	Erkrankungen der Lymph-gefäße	231
19.4	Tagesstrukturierung	184			
19.5	Alltagsbewältigung	184	23	Pflege bei Lungen-erkrankungen	232
19.6	Versorgungskonzepte in der Geriatrie	185	23.1	Pflege bei Lungen-erkrankungen	232
19.7	Altersgerechtes Wohnen	187	23.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	237
			23.3	Der Weg zur Diagnose	237
20	Pflege in der letzten Lebensphase	189	23.4	Infektiose Erkrankungen der Atmungsorgane	241
20.1	Die letzte Lebensphase	189	23.5	Asthma bronchiale	244
20.2	Symptomkontrolle	192	23.6	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	246
20.3	Pflege in der letzten Lebensphase	197	23.7	Lungenemphysem	247
20.4	Hospizbewegung und Palliative Care	198	23.8	Interstitielle Lungen-erkrankungen/Lungen-fibrosen	247
20.5	Nach dem Tod	199	23.9	Bösartige Lungentumoren	247
20.6	Ethische und rechtliche Aspekte	200	23.10	Pneumothorax	248
			23.11	Erkrankungen des Lungen-kreislaufs	249
21	Pflege bei Herz-erkrankungen	202	23.12	Schlafapnoesyndrom	250
21.1	Pflege bei Herz-erkrankungen	202	23.13	Pleuraerkrankungen	250
21.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	203	23.14	Mukoviszidose	251
21.3	Der Weg zur Diagnose	205	23.15	ARDS	251
21.4	Herz- und Herzkappenfehler ..	207	23.16	Erkrankungen des Mediastinums	251
21.5	Durchblutungsstörungen des Herzens	209			
21.6	Herzinsuffizienz	211	24	Pflege bei Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	252
21.7	Herzrhythmusstörungen	213	24.1	Pflege von Menschen mit Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	252
21.8	Entzündliche Herz-erkrankungen	216	24.2	Hauptbeschwerden	254
21.9	Kardiomyopathien	217	24.3	Der Weg zur Diagnose	257
			24.4	Ösophaguserkrankungen	258
22	Pflege bei Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	218	24.5	Erkrankungen des Magens	261
22.1	Pflege bei Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	218	24.6	Erkrankungen des Dünn- und Dickdarms	264
22.2	Hauptbeschwerden	220	24.7	Erkrankungen der Analregion	269
22.3	Der Weg zur Diagnose	222	24.8	Erkrankungen des Bauchfells	270
22.4	Blutdruckregulations-störungen	223	24.9	Hernien	271
22.5	Erkrankungen der Arterien	225			
22.6	Thrombozytenaggregations-hemmung, Antikoagulation und Lyse	228			

25	Pflege bei Erkrankungen von Leber, Gallenwegen, Pankreas und Milz	273	27.7	Erkrankungen der weißen Blutzellen	315
25.1	Pflege von Menschen mit Erkrankungen von Leber, Gallenwegen, Pankreas und Milz	273	27.8	Maligne Lymphome	316
25.2	Hauptbeschwerden	273	27.9	Hämorrhagische Diathesen ..	316
25.3	Der Weg zur Diagnose	274	28	Pflege bei rheumatischen Erkrankungen	318
25.4	Erkrankungen der Leber	275	28.1	Pflege von Menschen mit rheumatischen Erkrankungen ..	318
25.5	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen	279	28.2	Einteilung rheumatischer Erkrankungen	319
25.6	Erkrankungen des Pankreas	282	28.3	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	319
25.7	Erkrankungen der Milz	284	28.4	Der Weg zur Diagnose	320
			28.5	Behandlungsstrategien in der Rheumatologie	320
26	Pflege bei endokrinologischen, stoffwechsel- und ernährungsbedingten Erkrankungen	285	28.6	Entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen	321
26.1	Angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen	285	28.7	Kollagenosen	323
26.2	Erkrankungen der Hypophyse	285	28.8	Vaskulitiden	325
26.3	Schildrüsenerkrankungen	285	28.9	Fibromyalgiesyndrom	325
26.4	Erkrankungen der Nebenschildrüsen	288	29	Pflege bei orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen	327
26.5	Erkrankungen der Nebennierenrinde	289	29.1	Pflege bei orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen	327
26.6	Diabetes mellitus	290	29.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	329
26.7	Ernährungsbedingte Erkrankungen	297	29.3	Der Weg zur Diagnose	331
26.8	Hyperurikämie und Gicht	299	29.4	Orthopädische und traumatologische Behandlungsstrategien	332
26.9	Diabetes insipidus	300	29.5	Allgemeine Traumatologie	336
26.10	Neuroendokrine Neoplasien ..	300	29.6	Systemische Knochen-erkrankungen, Infektionen und Tumoren	341
26.11	Alpha-1-Antitrypsin-Mangel	301	29.7	Erkrankungen und Verletzungen von Kopf, Wirbelsäule und Rumpf	345
27	Pflege bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen	302	29.8	Erkrankungen und Verletzungen von Schulter-gürtel und Oberarm	349
27.1	Pflege bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen	302	29.9	Erkrankungen und Verletzungen von Ellenbogen und Unterarm	351
27.2	Grundlagen der Onkologie	304	29.10	Erkrankungen und Verletzungen von Handgelenk und Hand	352
27.3	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	305			
27.4	Der Weg zur Diagnose	305			
27.5	Behandlungsstrategien in der Hämatologie und Onkologie ..	307			
27.6	Erkrankungen der roten Blutzellen	314			

29.11	Erkrankungen und Verletzungen von Beckengürtel und Oberschenkel	353	32.7	Ekzematöse Hauterkrankungen	394
29.12	Erkrankungen und Verletzungen von Knie und Unterschenkel	355	32.8	Psoriasis vulgaris	396
29.13	Erkrankungen und Verletzungen von Sprunggelenk und Fuß	356	32.9	Tumoren der Haut	396
30	Pflege bei Infektionskrankheiten	359	32.10	Akne und akneähnliche Erkrankungen	398
30.1	Pflege von Menschen mit Infektionskrankheiten	359	32.11	Erkrankungen der Haare und Nägel	398
30.2	Grundbegriffe der klinischen Infektionslehre	362	33	Pflege bei Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege	400
30.3	Infektionsprophylaxe	363	33.1	Pflege bei nephrologischen und urologischen Erkrankungen	400
30.4	Der Weg zur Diagnose	365	33.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	405
30.5	Sepsis	366	33.3	Der Weg zur Diagnose	407
30.6	Bakterielle Infektionen	367	33.4	Erkrankungen von Harnblase und Harnröhre	409
30.7	Virale Infektionen	373	33.5	Erkrankungen der Nieren und Harnleiter	411
30.8	Infektionen durch Pilze (Mykosen)	376	33.6	Erkrankungen der Prostata	417
30.9	Infektionen durch Protozoen	377	33.7	Erkrankungen der Hoden und Nebenhoden	418
30.10	Wurmerkrankungen	378	33.8	Erkrankungen des Penis	420
30.11	Meldepflicht bei Infektionskrankheiten	379	33.9	Sexualfunktionsstörungen des Mannes	421
31	Pflege bei Erkrankungen des Immunsystems	380	33.10	Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts	421
31.1	Immundefekte	380	33.11	Störungen des Säure-Basen-Haushalts	424
31.2	Allergien	382	34	Pflege bei gynäkologischen Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	425
31.3	Autoimmunerkrankungen	384	34.1	Pflege bei gynäkologischen Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	425
32	Pflege bei Haut- und Geschlechtskrankheiten	385	34.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	427
32.1	Pflege bei Menschen mit Haut- und Geschlechtskrankheiten	385	34.3	Der Weg zur Diagnose	429
32.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	386	34.4	Erkrankungen der Brust	432
32.3	Der Weg zur Diagnose	387	34.5	Erkrankungen der Tuben und der Ovarien	434
32.4	Dermatologische Behandlungsstrategien	388	34.6	Erkrankungen des Uterus	435
32.5	Erregerbedingte Erkrankungen	389	34.7	Descensus uteri	437
32.6	Allergisch bedingte Hauterkrankungen und Urtikaria	393	34.8	Endometriose	437
			34.9	Erkrankungen von Vulva und Vagina	438

34.10	Klimakterisches Syndrom	439	36.3	Der Weg zur Diagnose	481
34.11	Empfängnisverhütung	440	36.4	Erkrankungen des Ohrs	483
34.12	Sterilität und Infertilität	440	36.5	Erkrankungen von Nase, Nasennebenhöhlen und Nasopharynx	486
34.13	Betreuung von Schwangeren	440	36.6	Erkrankungen von Lippen, Mundhöhle und Oropharynx	488
34.14	Schwangerschaftsabbruch	443	36.7	Tumoren des Hypopharynx	489
34.15	Pathologische Schwangerschaft	444	36.8	Erkrankungen des Larynx	490
34.16	Untersuchungen vor oder während der Geburt	448	36.9	Erkrankungen der Trachea	492
34.17	Physiologische Geburt	449	36.10	Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	492
34.18	Erstversorgung des Neugeborenen	451	36.11	Halszysten	493
34.19	Pathologische Geburt	451			
34.20	Übernahme der Wöchnerin aus dem Kreißsaal	453	37	Pflege bei neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen	494
34.21	Physiologisches Wochenbett	454	37.1	Pflege bei neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen	494
34.22	Erkrankungen im Wochenbett	456	37.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	494
34.23	Pflege des Neugeborenen	457	37.3	Der Weg zur Diagnose	499
34.24	Kranke und gefährdete Neugeborene	459	37.4	Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen des Nervensystems	501
35	Pflege bei Augenerkrankungen	464	37.5	Intrakranielle Druckerhöhung	502
35.1	Pflege von Menschen mit Augenerkrankungen	464	37.6	Durchblutungsstörungen und Blutungen des ZNS: Schlaganfall	503
35.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	467	37.7	Weitere Durchblutungsstörungen und Blutungen des ZNS	507
35.3	Der Weg zur Diagnose	468	37.8	Epileptische Anfälle und Epilepsie	508
35.4	Arzneimittel in der Augenheilkunde	469	37.9	ZNS-Infektionen	510
35.5	Erkrankungen von Augenlid und Tränenorganen	469	37.10	Multiple Sklerose	511
35.6	Erkrankungen von Bindehaut und Hornhaut	470	37.11	Degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems	512
35.7	Katarakt	472	37.12	Tumoren des Nervensystems	515
35.8	Glaukom	472	37.13	Verletzungen des ZNS	516
35.9	Glaskörpererkrankungen	473	37.14	Kopf- und Gesichtsschmerz	517
35.10	Erkrankungen von Netzhaut und Sehnerv	473	37.15	Erkrankungen des peripheren Nervensystems	518
35.11	Brechungsfehler	474	37.16	Neuromuskuläre Erkrankungen und Muskelerkrankungen	520
35.12	Schienen	475			
36	Pflege bei Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	476			
36.1	Pflege bei Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	476			
36.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	480			

38	Pflege bei psychischen Erkrankungen	41.2	Standardhygiene- maßnahmen	562	
38.1	Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen ...	41.3	Maßnahmen zur Keimreduktion	564	
38.2	Leitbefunde und Weg zur Diagnose	41.4	Hygienegerechtes Verhalten ...	565	
38.3	Psychopharmaka	526	Umgang mit sterilen Medizinprodukten	566	
38.4	Psychotherapie	529			
38.5	Einteilungen psychischer Erkrankungen	532	Umgang mit Abfall im Krankenhaus	567	
38.6	Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises	42	Diagnostik	568	
		42.1	Einführung	568	
		42.2	Ärztliche Anamnese	568	
38.7	Affektive Störungen	535	körperliche Untersuchung	568	
38.8	Abhängigkeit	537	Funktionsdiagnostik	569	
38.9	Belastungs- und Anpassungsstörungen	42.4	Labordiagnostik	569	
38.10	Angst- und Zwangsstörungen	540	Bildgebende Diagnose- verfahren	571	
38.11	Dissoziative Störungen	42.5	Invasive Diagnoseverfahren ...	575	
38.12	Persönlichkeitsstörungen	541	Untersuchungsmethoden		
38.13	Organisch bedingte psychische Störungen	542	in der Pathologie	577	
38.14	Ausgewählte Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	42.6	Diagnoseklassifikationen: ICD-Diagnoseklassifikation ...	577	
38.15	Psychosomatische Störungen	543			
38.16	Suizid	43	Heilmethoden und Therapie	578	
		43.1	Einführung	578	
		43.2	Rechtliche Grundlagen einer Behandlung	578	
		43.3	Arzneimitteltherapie	579	
39	Kommunikation und Konfliktmanagement	43.4	Injektionen	583	
39.1	Kommunikation	43.5	Infusionen	587	
39.2	Kommunikationsmodelle	43.6	Physikalische Therapie	593	
39.3	Gespräche führen	43.7	Ergotherapie	593	
39.4	Konfliktmanagement	551	Entspannungstechniken	594	
39.5	Interaktion in Gruppen und Teams	553	Naturheilverfahren	594	
		43.8	Lasertherapie	594	
		43.9	Strahlentherapie	595	
		43.10	Invasive Therapien	595	
40	Information, Schulung, Beratung und Anleitung ...	43.11	Wundversorgung	595	
40.1	Patientenedukation	556	43.12	Transplantationen	603
40.2	Patienteninformation	556	43.13		
40.3	Patientenschulung	557	43.14		
40.4	Beratung von Patienten und Angehörigen	558	44	Perioperative Pflege	605
40.5	Praxisanleitung	559	44.1	Einteilung von Operationen ...	605
		44.2	Präoperative Phase	605	
		44.3	Perioperative Thrombo- embolieprophylaxe	606	
		44.4	Pflege in der		
41	Hygiene	560	Operationsabteilung	607	
41.1	Krankenhaushygiene: Grundlagen	562	44.5	Postoperative Pflege	609

45	Intensivpflege	616	47.7	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	641
45.1	Besonderheiten und Organisation einer Intensivstation	616	48	Recht	645
45.2	Intensivüberwachung	617	48.1	Grundgesetz	645
45.3	Beatmungstherapie	619	48.2	Strafrecht	645
			48.3	Zivilrecht	646
46	Anästhesiepflege	624	48.4	Berufsbezogene Gesetze und Vorschriften	648
46.1	Einführung	624		Arbeitsrecht und Arbeitsschutzrecht	649
46.2	Grundlagen der Anästhesie	624	48.5	Gesetze zur Ausbildung	650
46.3	Die wichtigsten Arzneimittel in der Anästhesie	624	48.6		
46.4	Narkosesysteme und Narkosegeräte	626	49	Ethisches Handeln	651
46.5	Beatmung in der Anästhesie	626	49.1	Grundbegriffe der Ethik	651
46.6	Der Anästhesiearbeitsplatz	627	49.2	Ethische und rechtliche Normen	652
46.7	Vorbereitung des Patienten	627	49.3	Pflegeethik	654
46.8	Allgemeinanästhesie	628	49.4	Ethische Entscheidung	654
46.9	Regionalanästhesie	630	49.5	Ethik in Pflegesituationen	655
46.10	Betreuung nach der Narkose	632	49.6	Ethische Herausforderungen im Gesundheitswesen	656
46.11	Narkosezwischenfälle und Narkosekomplikationen	633	49.7	Ethik in der Organisation	656
46.12	Anästhesie in besonderen Situationen	633	50	Pflegewissenschaft	658
			50.1	Pflege als Wissenschaft	658
			50.2	Pflegeforschung	658
			50.3	Pflegetheorien und Pflegemode	662
47	Pflege im Gesundheitssystem	635			
47.1	Berufe und Einrichtungen der Versorgung	635	51	Pflege als Beruf und Profession	668
47.2	Pflegeleistungen im Sozialrecht	635	51.1	Geschichte der Pflege	668
47.3	Finanzierung von Pflege und Versorgung	637	51.2	Verständnis von Pflege und Pflegeberuf	669
47.4	Bedarfserfassung, Doku- mentation und Abrechnung von Pflegeleistungen	638	51.3	Pflegerische Aufgaben und Berufsfelder	671
47.5	Pflegeorganisationssysteme	639	51.4	Pflegebildung	672
47.6	Instrumente zur Steuerung der Versorgung	640	51.5	Berufspolitik	675
			Register		677

KAPITEL

6

Haut- und Körperpflege

6.1 Hautpflege

6.1.1 Physiologische Grundlagen

Hauterkrankungen > Kap. 32

Funktionen der Haut

- **Trennwand und Schutzschild:** Schützt den Körper vor Wärme, Kälte, Fremdstoffen, Krankheitserregern, mechanischen Einflüssen, Wasserverlust
- **Formgebung:** Gibt dem Menschen sein typisches Aussehen
- **Sinnesorgan:** Sinneszellen der Haut nehmen Berührung, Druck, Wärme und Kälte sowie Schmerz wahr
- **Thermostat:** Trägt durch Schwitzen sowie Eng- oder Weitstellung der Gefäße zur Regulation der Körpertemperatur bei (> Kap. 5.1)
- **Aufnahme- und Ausscheidungsorgan:** Aufnahme von Stoffen von außen, Bildung von Schweiß (> Kap. 5.7) und Talg, Ausscheidung von Stoffwechselprodukten
- **Kommunikation:** Grenz- und Kontaktorgan des Menschen.

Maßnahmen der Hautreinigung und -pflege haben als oberstes Ziel die Erhaltung bzw. Unterstützung des **Hydro-Lipid-Films** auf der Haut.

6.1.2 Beobachtung und Dokumentation

• Beurteilungskriterien > Kap. 6.1.3

Dokumentation:

- Genaue Beschreibung von Abweichungen vom Normalzustand einschl. Lokalisation und Größe
- Für Wunden Verwendung von Wunddokumentationsbögen
- Ggf. Fotodokumentation, auch zur Verlaufsdokumentation der Wundheilung.

6.1.3 Beurteilung der Haut

Hauterscheinungen beim Neugeborenen > Kap. 34.23.2

Gesunde Haut ist elastisch, glatt, intakt, warm, rosig und trocken. Veränderungen der Hautspannung und Hautfarbe gehören zu den physiologischen Alterserscheinungen des Menschen.

Hautalter und Hauttyp

- Bei **Kindern** bis ca. 9. Lebensjahr fettarm und wasserreich, empfindlich gegen äußere Reize

• Bei **Jugendlichen** (11.–17. Lebensjahr) un- ausgeglichene, oft gesteigerte Talgdrüsenproduktion, häufig unreine, fettige Haut

• Bei **Erwachsenen** unterscheidet man drei Hauttypen:

- **Fettige Haut** (*seborrhoische Haut*), durch Überproduktion der Talgdrüsen, grobporiges Hautbild
- **Trockene Haut** (*seborrhoische Haut*), verminderte Talgproduktion; Hautbild spröde, manchmal schuppig und rau, häufig Juckreiz
- **Mischhaut**, fettig in der Gesichtsmitte, trocken an den Wangen

• Im Alter:

- Dünne bis pergamentartige Haut, blass und kühl
 - Herabgesetzter Hautturgor (*Spannungszustand*)
 - Neigung zu Einblutungen und Hämatomen
 - Blass und kühl
 - Trocken, schuppig oder rissig
 - Häufig Spannungsgefühl und Juckreiz
- Der Hauttyp entscheidet über die **Hautpflege** (> Kap. 6.1.5).

Hautfarbe > Tab. 6.1

- Rötung
- Blässe
- Ikterus
- Zyanose.

Hautspannung

- Abhängig vom Flüssigkeitsgehalt der Haut und dem Unterhautfettgewebe
- Vermindert bei Flüssigkeitsverlust, man gelnder Flüssigkeitszufuhr (angehobene Hautfalte bleibt stehen), fehlendem Unterhautfettgewebe
- Vermehrt durch **Ödeme** (Flüssigkeitsansammlung im Gewebe, > Kap. 33.10.1).

Hauttemperatur

- Normal zwischen 28 und 33 °C (> Kap. 5.3.1)
- Abhängig von Hautdurchblutung, Hautfeuchtigkeit und Umgebungstemperatur
- Schweißbildung (> Kap. 5.7) bewirkt eine Hautkühlung der Haut
- Hauttemperatur sinkt bei Durchblutungsstörungen und Hypotonie, gleichzeitig bla se, fahl-bläuliche oder zyanotische Haut, manchmal auch kaltschweißig.

Tab. 6.1 Häufige Veränderungen der Hautfarbe und ihre Ursachen.

Farbveränderungen der Haut	Physiologische Ursachen	Pathologische Ursachen
Rötung durch Gefäßweitung	<ul style="list-style-type: none"> • Sport • Hitze • Anstrengung • Aufregung 	<ul style="list-style-type: none"> • Fieber (► Kap. 5.3.5) • Verbrennungen 1. Grades • Sonnenbrand • Entzündung • Hypertonie (► Kap. 22.4.1)
Blässe durch Gefäßengstellung, Mangeldurchblutung	<ul style="list-style-type: none"> • Schreck • Angst • Veranlagung • Kälte 	<ul style="list-style-type: none"> • Blutung • Hypotonie (► Kap. 22.4.3) • Arterielle Durchblutungsstörungen, z. B. pAVK (► Kap. 22.5.2) • Anämie (► Kap. 27.6.1)
Ikterus Gelbfärbung der Haut infolge Ablagerung des Gallenfarbstoffs Bilirubin, zuerst in den Skleren (<i>Lederhaut der Augen</i>), später am ganzen Körper sichtbar	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Neugeborenen (► Kap. 34.24.5) • Bei übermäßigen Karottengenuss 	<ul style="list-style-type: none"> • Lebererkrankungen, z. B. Leberzirrhose (► Kap. 25.4.5), Hepatitis (► Kap. 25.4.1, ► Kap. 25.4.2), Gallenstau • Hämolyse (Zerstörung der Erythrozyten)
Zyanose Blauliche Verfärbung der Haut als Zeichen mangelnder Sauerstoffsättigung des Bluts, oft zuerst an Akren (<i>Fingernägel und Nasenspitze</i>)	Bei sehr kälteempfindlichen Menschen, z. B. nach längrem Baden in kaltem Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • Herzinsuffizienz (► Kap. 21.6) • (Angeborene) Herzfehler (► Kap. 21.4.1) • Respiratorische Insuffizienz (► Kap. 23.3.4)

6.1.4 Hautreinigung

- Duschen ist besser als Baden
- Niedrige Wassertemperatur: Je heißer das Wasser, umso mehr Fett wird aus der Haut entfernt
- Wasser zur Reinigung häufig ausreichend
- (Zu viel) Seife schadet
- Geeignet sind Syndets (pH-Wert 5–6), sparsam und gezielt einsetzen
- Medizinische Seifen und antimikrobielle Waschzusätze nach Arztanordnung
- Reinigungsmittel mit klarem Wasser gründlich entfernen
- Sorgfältig abtrocknen (Mazerations- und Intertrigofahr)
- Säuglinge und Kleinkinder zügig abtrocknen, da sie schnell auskühlen.

6.1.5 Hautpflege

Prinzipien

- Wünsche des Patienten möglichst berücksichtigen
- Hautreinigung und Hautpflege erfolgen hautschnörend
- Möglichst Pflegeprodukte ohne Duftstoffe und Konservierungsmittel verwenden
- Ganzkörperwaschung höchstens einmal am Tag.

Pflegemittel

- **Ölbäder** oder Duschöle fetten die Haut während des Badens/Duschens
- **Öl-in-Wasser-Emulsion** (*O/W-Emulsion, Lotion*): Wasseranteil von ca. 60 %, zieht schnell ein und hinterlässt keinen Fettfilm. Anwendung bei normaler bis fettiger Haut
- **Wasser-in-Öl-Emulsion** (*W/O-Emulsion, Creme*): Wasseranteil von ca. 30 %, zieht langsam ein und bildet einen leichten Fett-

film auf der Haut. Anwendung bei trockener Haut und Altershaut

- **Salben**: Wasserfreie, rein fetthaltige Zubereitungen. Anwendung nur zur spezifischen lokalen *Hautbehandlung*, nicht zur täglichen Hautpflege
- **Pasten**: Nur zur kurzfristigen, gezielten, lokalen Anwendung geeignet
- **Puder und alkoholische Präparate**: Nicht zur Hautpflege geeignet.

6.1.6 Intertrigoprophylaxe

Intertrigo: Wundsein der Haut in Hautfalten, entsteht durch Vermehrung von Bakterien und Pflanzen, wenn bei geringer Belüftung der Schweiß nicht verdunsten kann.

Intertrigogefährdete Stellen

- Achselhöhlen, Bauchfalten, Leisten
- Bei Frauen Hautfalten unter den Brüsten, vorderer Intimbereich
- Bei Männern Hautfalte unter dem Hodensack, Gesäßfalte.

Maßnahmen zur Intertrigoprophylaxe

- 3-mal täglich Beobachtung der gefährdeten Hautstellen
- 2-mal täglich alle intertrigogefährdeten Stellen mit klarem Wasser waschen und sorgfältig und vorsichtig trocknen
- Nach Möglichkeit Luft in die Hautfalten lassen: Arme und Beine etwas vom Körper weg positionieren
- Kompressen, Baumwollläppchen in die Hautfalten einlegen
- Bettwäsche und Kleidung bei Bedarf (z. B. bei Feuchtigkeit) wechseln
- Hautfalten nicht eincremen
- Nur nach Arztanordnung antimykotisch wirkende Salbe dünn auftragen.

6.2 Körperflege

6.2.1 Ziele

- Wohlbefinden des Patienten erhalten und fördern
- Krankheiten durch körperliche Hygiene vorbeugen
- Der Patient ist durch Art und Umfang der Hilfestellung aktiviert und weder über- noch unterfordert
- Wünsche, Gewohnheiten und Grad seiner Mobilität sind berücksichtigt.

6.2.2 Prinzipien

- Den richtigen Zeitpunkt wählen
- Auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen der Patienten eingehen
- Intimsphäre wahren (z. B. Aufstellen eines Sichtschutzes, nur teilweises Aufdecken einzelner Körperpartien), ggf. Mitpatienten aus dem Zimmer bitten, Durchführung durch gleichgeschlechtliche Pflegende
- Patienten schrittweise aktivieren.

6.2.3 Hygienerichtlinien

Hygiene Kap. 41

- Vor- und nach der Waschung Hände desinfizieren
- Einmalschürze tragen und nach jedem Patienten wechseln
- Waschwasser, Waschlappen und Handtuch vor der Intimpflege wechseln
- Vorschriften über das Tragen von Handschuhen beachten
- Bei infektiösen Hauterkrankungen, z. B. Hautpilz, den betroffenen Körperteil zuletzt waschen und getrennte Utensilien verwenden (möglichst Einmalartikel)
- Keine Seifenstücke für die Körperflege verwenden
- Waschschüssel und Nachtschränkchen nach der Körperflege entsprechend dem Hygienestandard reinigen bzw. desinfizieren
- Bei abwehrgeschwächten und infektiösen Patienten Handtücher nach Gebrauch wechseln
- Im Inkubator „reine“ Utensilien durch die seitlichen Klappen in den Inkubator legen, benutzte Utensilien an das Fußende legen und von dort über die Klappe entsorgen.

6.2.4 Übernahme der Körperflege im Bett

Rückengerechte Arbeitsweise > Kap. 16.4.4

Mundpflege > Kap. 6.7

Haarpflege > Kap. 6.8

Ganzkörperwaschung

Ganzkörperwaschung: Übernahme der Körperflege bei Patienten, die (weitgehend) unselbstständig sind und sich nicht selbst waschen können oder dürfen.

Positionierung

- Im Bett: mit erhöhtem Oberkörper auf dem Rücken, Lagerungshilfen entfernen
- Am Waschbecken: Mobile Patienten ans Becken begleiten, Hocker oder Stuhl bereitstellen.

Vorbereitung des Arbeitsplatzes

- Für eine angenehme Zimmertemperatur sorgen
- Besucher nach draußen bitten; Angehörige bleiben nur nach Absprache mit dem Patienten im Zimmer
- Bei der Ganzkörperwäsche im Bett: Nachtisch frei räumen und Patientenhaltegriff hochhängen
- Bei der Ganzkörperwaschung am Waschbecken: Ablagefläche schaffen und benötigte Materialien bereitlegen.

Bei Patienten mit gestörtem Gleichgewicht oder der Gefahr einer Kreislaufschwäche richten Pflegende zunächst vollständig die Materialien im Bad, damit sie den Patienten später nicht unbeaufsichtigt lassen müssen.

Vorbereitung der Materialien

- Waschschüssel für die Ganzkörperwäsche im Bett
- Zwei Handtücher, zwei (Einmal-)Waschlappen
- Waschlotion
- Zahnpfutzutensilien oder Mundpflegeset
- Hautpflegemittel und Kosmetika nach den Wünschen des Patienten
- Evtl. Rasierapparat
- Frische Bettwäsche und Kleidung
- Kamm, Bürste, Spiegel
- Ggf. Inkontinenzversorgung (> Kap. 8.1.6)
- Einmalhandschuhe und Schürze
- Händedesinfektionsmittel
- Abwurf und Wäscheabwurf.

Durchführung der Ganzkörperwaschung

- Patienten fragen, ob er vor der Waschung Darm oder Blase entleeren möchte
- Reihenfolge der Ganzkörperwaschung vorher abstimmen (Situation, Wünsche und Bedürfnisse des Patienten, hygienische Notwendigkeiten beachten)
- Vorab die Methode der Ganzkörperwäsche festlegen (> Tab. 6.2)
- Eine zweite Person nur bei adipösen, schwer kranken oder verwirrten Patienten hinzuziehen
- Mit angemessenem Druck und in langen Zügen waschen, um die Körperwahrnehmung des Patienten zu fördern; Hautkontakt möglichst wenig unterbrechen

Tab. 6.2 Ganzkörperwaschungen mit spezifischen Indikationen.

Waschung	Indikation	Waschwasser-temperatur	Zusätze	Durchführung
Hautstabilisierende Körperwaschung	Patienten mit gestörter Hautflora, z. B. Diabetiker	Kühl	Saft einer halben Zitrone auf 5 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • Belebende Waschung durchführen • Intimbereich nur mit klarem Wasser • Nur abtupfen, nicht abtrocknen • Hautpflege mit W/O-Emulsion mit pH-Wert um 5
Schweißreduzierende Körperwaschung	Patienten mit starker Schweißsekretion	Unter Körpertemperatur	1 l Salbeitee auf 4 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • Beruhigende Waschung durchführen • Intimbereich nur mit klarem Wasser • Nur abtupfen, nicht abtrocknen • Haut nicht eincremen
Geruchsreduzierende Ganzkörperwaschung	Patienten mit starkem Körpergeruch	Entspricht Körpertemperatur	3 Esslöffel Obstessig auf 5 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • Beruhigende Waschung durchführen • Intimbereich nur mit klarem Wasser • Nur abtupfen, nicht abtrocknen • Hautpflege nach Bedarf
Fieberenkende Ganzkörperwaschung	Patienten mit Fieber	Max. 10 °C unter Körpertemperatur	1 l Pfefferminztee auf 4 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> • Gegen Haarwuchsrichtung mit ausgewrungenem Waschlappen waschen • Nicht abtrocknen, damit das Wasser „nachkühlt“ (Patienten jedoch mit einem Tuch zudecken und vor Zug schützen, Fenster geschlossen halten) • Füße dabei warm halten, evtl. Socken anziehen
Körperpflege nach Bobath-Konzept	Patienten nach Schlaganfall und mit verändertem Muskeltonus		Keine	➤ Kap. 37.6.6

- Wassertemperatur erfragen, Wasser ggf. während des Waschens nochmals erwärmen
- Die Hände und Füße des Patienten möglichst ganz ins Wasser tauchen
- Im Bett immer ein Handtuch unter das zu waschende Körperteil legen, damit die Bettwäsche nicht nass wird
- Waschlotion mit klarem Wasser abwaschen, versieftes Wasser zwischendurch wechseln
- Während der Unterstützung bei der Körperpflege Patienten nicht allein lassen, Säuglinge und Kleinkinder niemals unbeaufsichtigt auf dem Wickeltisch lassen.

Gesicht, Oberkörper und Extremitäten waschen

- Hemd des Patienten ausziehen und über den Oberkörper legen
- Dem Waschwasser nicht von Anfang an Waschlotion zusetzen, sondern diese gezielt einsetzen und in einer kleinen Menge auf den Waschlappen geben
- **Hände** waschen und trocknen; in Falten und Fingerzwischenräumen besonders auf Trockenheit achten, um einem Intertrigo vorzubeugen
- **Gesicht** behutsam waschen:
 - Syndet nur auf Wunsch des Patienten verwenden, Augen dann aussparen
 - Zur Gesichtswaschung dem Wasser keine ätherischen Öle zusetzen
 - Beim Waschen der Augen vom äußeren zum inneren Augenwinkel waschen
 - Gesicht zuerst von Stirn über Wangen zum Kinn, dann Nase und Mundpartie waschen und abtrocknen

- Ohrmuscheln und hinter den Ohren waschen und abtrocknen
- Ggf. Gesicht nach der Reinigung eincremen
- **Hals, Arme, Achselhöhlen** waschen und trocknen; besonders Hautfalten sorgfältig trocknen
- **Brustkorb und Bauch** waschen und trocknen; dabei auch Bauchnabel inspizieren und ggf. mit ölgetränktem Watteträger reinigen. Bei Neugeborenen sorgfältige Nabelpflege durchführen (➤ Kap. 34.23.3)
- Das Waschen von **Rücken und Gesäß** bei immobilen Patienten mit dem Wechsel des Bettlakens verbinden
- Bei Bedarf Hautpflege durchführen
- Frische Kleidung anziehen
- Ggf. Schlafanzughose ausziehen, **Beine** waschen
- **Füße und Zehenzwischenräume** inspizieren, reinigen und gründlich abtrocknen, bei Säuglingen bei Bedarf die Fußnägel schneiden.

Intimpflege

- **Pflege bei transurethraler Harnableitung** ➤ Kap. 8.1.5
- **Inkontinenzversorgung** ➤ Kap. 8.1.6
- **Wickeln und Gesäßpflege beim Säugling** ➤ Kap. 8.1.4
- Zur Intimpflege Wechsel von Waschwasser, Waschlappen und Handtuch
- Einmalhandschuhe tragen, ggf. Einmalwaschlappen verwenden
- Zuerst den Bauch vom Nabel abwärts, dann Leisten und die Innenseiten der Oberschenkel

kel waschen und abtrocknen; anschließend Waschlappen oder Wachhandschuh auf links drehen und den Intimbereich waschen.

Intimpflege bei der Frau

- Beine aufstellen und spreizen lassen, ggf. mit Kissen unterstützen
- Große Schamlippen sanft spreizen
- Kleine Schamlippen, Harnröhrenöffnung und Vaginaleingang waschen
- Große Schamlippen waschen
- Wenn die Intimpflege nicht möglich bzw. erlaubt ist, Genitalspülung durchführen (► Kap. 34.1.3).

Keimverschleppung vermeiden

- Von „innen“ nach „außen“ waschen
- Intimbereich von der Symphyse zum Anus, also von vorne nach hinten waschen
- Gründlich abtrocknen, um einer Pilzbesiedlung vorzubeugen.

Intimpflege beim Mann

- Vorhaut ganz zurückziehen, Harnröhreneingang und Eichel waschen, trocknen und Vorhaut wieder zurückziehen, um eine Paraphimose (► Kap. 33.8.2) zu verhindern
- Penisschaft zum Körper hin und Hodensack in Richtung Gesäß waschen und gründlich trocknen.

► Bei Kindern ist eine Phimose (*Verengung der Vorhaut*) bis zum Ende des 2. Lebensjahrs normal („physiologische Phimose“). Die Vorhaut dann nicht zurückziehen (Risiko von Einrissen und Vernarbungen).

Waschen des Gesäßes

- Patient auf eine Seite drehen
- Zuerst Gesäß und anschließend Anus in Richtung Steißbein waschen und gründlich trocknen
- Patient auf die andere Seite drehen und den zuvor unzugänglichen Teil des Gesäßes waschen und trocknen
- Haut beobachten.

Nachsorge

- Patient beim Ankleiden und Frisieren (► Kap. 6.8.4) unterstützen
- Materialien und Nachtschränkchen nach Hygienevorgaben aufräumen/aufbereiten
- Persönliche Dinge des Patienten wieder an ihren Platz stellen
- Durchgeführte Pflegehandlungen und evtl. Besonderheiten im Dokumentationssystem dokumentieren.

Basal stimulierende Körperwaschung

Basale Stimulation® > Kap. 12.4

Ganzkörperwaschung mit spezifischen Indikationen > Tab. 6.2

- Ziele: dem Patienten unmittelbare Kommunikation ermöglichen, Körperwahrnehmung fördern, belebende oder beruhigende Wirkung

Prinzipien:

- Ruhige, eindeutige Bewegung mit flach aufgelegter Hand und konstantem Druck
- Ständiger Kontakt zum Patienten
- Störungen vermeiden
- Intimbereich nicht einbeziehen

Durchführung: > Tab. 6.3

Die belebende Körperwaschung kann den systolischen Blutdruck um 10–20 mmHg erhöhen. Sie ist daher bei Patienten mit Hypertonie oder erhöhtem Hirndruck kontraindiziert.

6.2.5 Unterstützung bei der Körperpflege im Bett

- Kopfteil des Bettes möglichst hochstellen, Benötigte Utensilien auf dem Nachttisch des Patienten richten, Patienten beim Ausziehen der Kleidung unterstützen
- Patient sich im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig im Bett waschen lassen; Pflegende waschen nur Körperpartien, die der Patient selbst nicht oder nur sehr schwer erreicht, z. B. Rücken, Beine, Füße
- Nach durchgeführter Körperpflege gebrauchtes Wasser entsorgen, Waschutensilien wegräumen.

6.2.6 Unterstützung bei der Körperpflege am Waschbecken

Mobilisation > Kap. 9.6

- Patienten beim Gang zum Waschbecken unterstützen oder mit Rollstuhl ans Waschbecken fahren, Sitzgelegenheit vor dem Waschen mit Handtuch abdecken
- Bei Mobilisation auf Zeichen von Kreislaufschwäche achten, nur kreislaufstabile und orientierte Patienten am Waschbecken allein lassen
- Sicherstellen, dass sonden, Drainagen und Kathetersysteme sicher und korrekt angebracht sind
- Utensilien für den Patienten gut erreichbar bereitstellen, Patient sich im Rahmen seiner Möglichkeiten selbstständig im Bett waschen lassen; Pflegende waschen nur Körperpartien, die der Patient selbst nicht oder nur sehr schwer erreicht
- Intimpflege am Waschbecken nur, wenn der Patient sicher stehen kann, sonst vorher im Bett durchführen
- Patienten nach dem Waschen beim Anziehen unterstützen, Materialien aufräumen, Waschbecken säubern.

Tab. 6.3 Unterschiede in der basal belebenden und beruhigenden Ganzkörperwaschung.

	Belebende Körperwaschung	Beruhigende Körperwaschung
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Körperwahrnehmung • Anregung und Belebung 	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Körperwahrnehmung • Beruhigung und Entspannung
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Depression • Bei Somnolenz (<i>übermäßige Schläfrigkeit</i>) • Bei Bewusstlosigkeit • Bei Durchblutungsstörungen • Bei Kreislaufinstabilität und niedrigem Blutdruck • Bei schlaffem Muskeltonus • Am Morgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Unruhezuständen • Bei Angstzuständen • Bei Schmerzen • Bei Einschlafstörungen • Bei einem hohen Muskeltonus • Am Abend
Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Eher kühlere Raumtemperatur • Keine Störungen • Nur eine Person wäscht 	<ul style="list-style-type: none"> • Warme Raumtemperatur • Keine Störungen • Wenig mit dem Patienten sprechen • Nur eine Person wäscht
Material	Rauer Waschlappen/Schwamm und raues Handtuch	Weicher Waschlappen und weiches Handtuch
Wasser-temperatur	Ca. 10 °C unter der Körpertemperatur: 24–28 °C	37–40 °C, bei Abkühlung Wasser wieder erwärmen
Zusätze	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich nicht notwendig • Ggf. Rosmarin (als ätherisches Öl, Tee oder Rosmarinmilch) oder Zitrone (als ätherisches Öl oder Zitronensaft) zusetzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich nicht notwendig • Ggf. Lavendel (als ätherisches Öl, Tee oder Lavendelmilch) oder Hopfenblüten (als Tee) zusetzen
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> • Waschlappen tropfnass machen • Gegen die Haarwuchsrichtung waschen, nicht wieder zurückfahren, sondern erneut ansetzen und gegen die Haarwuchsrichtung weiter waschen. Je häufiger über eine Stelle gewaschen wird, umso intensiver ist die Stimulation • Am Körperstamm beginnen, dann erst die Extremitäten waschen • Das Abtrocknen und Eincremen erfolgt nach denselben Prinzipien • Dauer nicht länger als 20 Min. 	<ul style="list-style-type: none"> • Waschlappen auswringen • <i>Mit</i> der Haarwuchsrichtung waschen, nicht wieder zurückfahren, sondern erneut ansetzen und mit der Haarwuchsrichtung weiter waschen. Je häufiger über eine Stelle gewaschen wird, umso intensiver ist die Stimulation. • Am Körperstamm beginnen, dann erst die Extremitäten waschen • Die Waschbewegung soll deutlich für den Patienten zu spüren sein • Das Abtrocknen und Eincremen erfolgt nach denselben Prinzipien

6.2.7 Unterstützung beim Duschen

Vorbereitung des Raums

- Rechtzeitig vorher für eine angenehme Raumtemperatur sorgen
- Rutschfeste Unterlage in die Dusche legen
- Bei Bedarf rutschfesten Stuhl oder Hocker in die Duschwanne stellen, Sitzfläche mit einem Handtuch abdecken
- „Besetzt“-Schild an der Badezimmertür anbringen
- Gentigend Handtücher und frische Wäsche bereitlegen, ggf. Handtücher auf der Heizung vorwärmen
- Duschgel, ggf. Shampoo und Waschlappen in Griffnähe bereitlegen.

Vorbereitung des Patienten

- Maßnahme rechtzeitig vorher mit dem Patienten besprechen und in den Tagesablauf einplanen
- Ablauf und weitere Maßnahmen, z. B. Zähne putzen, Rasur, besprechen
- Vor dem Duschen Blasen- und Darmentleerung anbieten.

Durchführung

- Die Pflegende begleitet den Patienten zu Fuß in die Dusche oder fährt ihn mit dem Toilet-

tenstuhl hin; bei Bedarf auf Duschhocker oder Duschsitz umsetzen

- Patienten beim Ausziehen der Kleidung unterstützen
- Wassertemperatur einstellen; mit der Hand testen und dann vom Patienten prüfen lassen
- Wasserstrahl mit nicht zu viel Druck von unten nach oben wandern lassen
- Patienten die notwendige Unterstützung anbieten, z. B. Waschen der Beine und des Intimbereichs
- Erst zum Schluss die Haarwäsche durchführen
- Patienten fragen, ob er zum Abschluss das Wasser etwas kälter haben möchte.
- Körper zunächst zügig abtrocknen, um Auskühlung zu vermeiden, dann Hautfalten gründlich nachtrocknen.
- Haut inspizieren, ggf. Hautpflege durchführen
- Patienten beim Ankleiden behilflich sein
- Patienten zum Waschbecken begleiten und dort Haare föhnen und kämmen
- Patienten bei der Mundpflege unterstützen
- Patienten wieder in das Bett oder z. B. an den Tisch helfen
- Anschließend Bad aufräumen.

Ganzkörperdusche im Bett: Zum Einsatz kommen Bettduschsysteme, bestehend aus fahrbarem Dusch- und Abwasserwagen, bei dem ein Thermostat die Wassertemperatur im Frischwasserbehälter reguliert, sowie einer wasserdichten Matratzenauflage mit integriertem Abfluss, die am oberen und unteren Bettende eingehängt und zur Wanne umgeformt wird. Dadurch ist ein Umbetten des Patienten nicht erforderlich.

6.2.8 Unterstützung beim Baden

- Indikationen:** Hautreinigung und Hautpflege, medizinische Bäder und Teilbäder in der physikalischen Therapie, Entspannung, Förderung des Wohlbefindens
- Kontraindikationen:** nach Operationen, bei offenen Wunden, Schädel-Hirn-Verletzungen, Infektionen, Herz- und Kreislauf-erkrankungen.

Verhalten bei Komplikationen

- Alarm auslösen
- Wasser ablaufen lassen
- Kopf des Patienten über Wasser halten
- Ist das Wasser abgelaufen, bei Kollaps Beine hochhalten
- Bei Kreislaufstillstand: Patienten aus der Wanne bringen und unverzüglich Reanimation einleiten (→ Kap. 14.3).

Sicherheitsvorkehrungen

- Rutschfeste Duschvorlage vor der Badewanne, rutschfeste Badematte in der Wanne
- Patienten informieren, dass er die Badezimmertür nicht abschließen soll, damit im Notfall Hilfe hereinkommen kann; „Besetzt“-Schild außen an die Tür hängen
- Nicht unmittelbar nach dem Essen baden, sondern ca. 2 Stunden warten
- Vitalzeichen kontrollieren, Vollbad nur bei stabilem Kreislauf anbieten
- Falls der Patient allein gelassen wird, Klingel erreichbar hängen
- Vorsicht mit elektrischen Geräten (z. B. Föhn) im Badezimmer; in der nassen Umgebung besteht die Gefahr eines Stromschlags.
- Kleinkinder nie unbeaufsichtigt im Badezimmer bei einlaufendem Badewasser und nie unbeobachtet in der Badewanne lassen.

Vorbereitung und Durchführung

- Die Vorbereitungen entsprechen denen beim Duschen (→ Kap. 6.2.7)
- Wasser mit einer Temperatur von 35–38 °C einlaufen lassen, Patienten vor dem Einstieg Temperatur prüfen lassen
- Patienten beim Einstieg in die Wanne helfen, ggf. Lifter einsetzen
- Mit Teilbad beginnen (Wasser zunächst nur bis zur Nabelhöhe des Patienten einlassen,

Wasser erst nachlaufen lassen, wenn der Patient in der Wanne sitzt)

- Patienten bei der Körperflege unterstützen, soweit erforderlich
- Bei Erwachsenen oder größeren Kindern beträgt die Badezeit ca. 10–20 Min.; beim Säugling etwa 5–10 Min.
- Abschließend Patienten kurz abduschen, beim Aussteigen aus der Wanne helfen.

Nachsorge

- Patienten zügig abtrocknen und ggf. beim Anziehen behilflich sein
- Materialien aufräumen, Badewanne desinfizieren
- Maßnahme und Beobachtungen dokumentieren
- Im Anschluss an das Bad soll der Patient eine Stunde ruhen.

Bei bekannten Allergien auf Badezusätze verzichten, während des Badens auf Hautreaktionen wie Rötungen oder Juckreiz sowie auf Äußerungen des Patienten achten.

Handling eines Säuglings

- Pflege eines Neugeborenen > Kap. 34.23
- Den Säugling langsam in die Badewanne gleiten lassen, dabei mit einer Hand die Schulterpartie, mit der anderen den unteren Rücken unterstützen
- Zuerst die Beine und dann das Gesäß ins Wasser bringen
- Hals, Hände, Arme, Brust, Bauch und Genitalien waschen, den Säugling drehen, Rücken und Gesäß waschen, Säugling wieder auf den Rücken drehen
- Das Gesicht des Säuglings befindet sich immer über dem Wasser; der Säugling liegt mit den Schultern auf dem Unterarm der Pflegenden
- Die Pflegende dreht den Säugling immer zu sich hin; bei Unsicherheit ggf. auf das Drehen verzichten.

6.3 Rasur und Bartpflege

- Durchführung erfolgt meist vor dem Waschen des Gesichts; Vorher Einverständnis des Patienten einholen; individuelle Gewohnheiten des Patienten berücksichtigen
- **Nassrasur:**
 - Vor der Rasur Barthaare mit einem warmen Tuch einweichen
 - Gesichtspartie mit Rasierschaum eincremen
 - Haut mit einer Hand spannen, mit der anderen Hand Barthaare mit (Einmal-)Rasierer in Haarwuchsrichtung entfernen, Rasierer zwischendurch immer wieder mit klarem Wasser spülen

- Rasierschaumreste entfernen und auf Wunsch des Patienten Rasierwasser auftragen
 - Keine Nassrasur bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko
 - **Trockenrasur:** Ausschließlich den Rasierapparat des Patienten verwenden bzw. stationeigenen Rasierapparat nach Verwendung des Patienten desinfizieren
 - **Bartpflege:** Tägliches Waschen des Bartes mit warmem Wasser, mehrmals pro Woche Verwendung eines Bartshampoos, nach der Reinigung Kämmen des Bartes.

6.4 Augenpflege

Pflege bei Augenerkrankungen > Kap. 35.1
Die Augen werden im Rahmen der Gesichtspflege mit einem sauberen Waschlappen von außen nach innen gewaschen. Bei Menschen mit gesunden Augen ist keine spezielle Augenpflege notwendig.

Indikation für spezielle Augenpflege

- Drogende Austrocknung der Hornhaut bei fehlendem Lidschluss
 - Lösung von Verklebungen und Verkrustungen an Lidern und Wimpern
 - Entfernung von Fremdkörpern und anschließende Reinigung des Auges
 - Reinigung von Augenprothesen (*künstliches Auge*) und Kontaktlinsen
 - Verabreichung von Augentropfen und -salben (> Kap. 35.1.5).

Lösen von Verklebungen und Verkrustungen

Vorbereitung der Materialien

- Kleine, sterile Mullkompressen
 - Ggf. steriler Einmalhandschuh
 - Sterile, ggf. leicht angewärmte Reinigungs- oder Spülösung, z. B. NaCl 0,9 %
 - Ggf. nach Arztanordnung Augentropfen oder -salbe
 - Händedesinfektionsmittel
 - Abwurf

Aswari: Durchführung

- Patienten mit erhöhtem Oberkörper oder sitzend positionieren, den Kopf nach hinten neigen (lassen)
 - Säuglinge und Kleinkinder liegend positionieren und Kopf festhalten
 - Hygienische Händedesinfektion durchführen
 - Sterile Kompressen öffnen und mit Reinigungs- oder Spülösung tränken
 - Ggf. sterilen Einmalhandschuh anziehen
 - Augenlider, Lidspalt, Wimpern, Augeninnenwinkel und zuletzt die Umgebung mit mehreren Kompressen vom äußeren zum inneren Augenwinkel auswischen, ohne zu reiben; jede Komresse nur einmal benutzen

- Vorgang so lange wiederholen, bis das Auge sauber ist
 - Auge trockentupfen
 - Tropfen oder Salben nach Arztanordnung anwenden (> Kap. 35.1.5).

Nachsorge

- Patienten bequem positionieren
 - Material aufräumen und die Verbrauchsma-
terialien entsorgen
 - Maßnahme dokumentieren
 - Veränderungen am Auge dem Arzt mittei-
len.

6.5 Ohrenpflege

Pflege in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

> Kap. 36.1

- Die Ohrmuscheln werden bei der Körperpflege gewaschen.
 - Wasser und Seife dürfen nicht ins Ohr dringen. Ohrenschmalz (*Cerumen*) am Gehörgang kann mit Wattestäbchen vorsichtig entfernt werden, dabei für jede Ohrmuschel ein separates Wattestäbchen verwenden (bei Säuglingen und Kleinkindern gedrehte Zellstoffstupfer)
 - Hartnäckige Ceruminalpfropfen werden nach Arztanordnung mit speziellen Medikamenten aufgelöst und ausgespielt (> Kap. 36.1.4).
 - Wenn Blut, Eiter oder klare Flüssigkeit (möglicherweise Liquor) aus dem Ohr fließen, das Ohr mit Kompressen steril abdecken und sofort den Arzt benachrichtigen
 - Auch die Haut hinter der Ohrmuschel beobachten.

Wattestäbchen dürfen nie *in* den Gehörgang eingeführt werden, da die Verletzungsgefahr von Gehörgang und Trommelfell groß ist.

6.6 Nasenpflege

Nasenpflege bei nasogastraler Sonde > Kap. 7.7.1

Pflege in der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Der gesunde Mensch benötigt keine spezielle Pflege der Nase. Er reinigt sie, indem er in ein Taschentuch schnäuzt. Säuglinge und Kleinkinder reinigen ihre Nase durch häufiges Niesen.

Indikation für spezielle Nasenpflege

- Zähes Nasensekret und verborkte Nase
 - Bewusstlose Patienten
 - Verletzungen der Nase
 - Patienten mit nasalen Sonden, z. B. zur Ernährung oder Sauerstoffapplikation
 - Nasal intubierte Patienten.

Vorbereitung der Materialien

- Watteträger oder Wattestäbchen
- Zellstofftupfer
- Nasensalbe, z. B. Bepanthen®-Augen- und Nasensalbe
- Handschuh
- NaCl 0,9 %
- Händedesinfektionsmittel
- Abwurf.

Durchführung

- Patienten informieren und mit leicht erhöhtem Oberkörper positionieren
- Nase inspizieren
- Borken durch Einträufeln von NaCl 0,9 % aufweichen und jedes Nasenloch mit einem Watteträger reinigen
- Bis zum Kleinkindalter gedrehte Zellstofftupfer verwenden
- Anschließend Salbe auf einen Watteträger auftragen und auf der Nasenschleimhaut verteilen.

6.7 Mund- und Zahnpflege

6.7.1 Physiologische Grundlagen

- Die **Mundhöhle** bildet den Eingang zum Verdauungstrakt.
- Die **Zunge** ist ein von Schleimhaut überzogener Muskel, der die Mundhöhle bei geschlossenem Mund fast ausfüllt. Auf ihrer Oberseite trägt die Zunge die Geschmacksknospen.
- Die **Zähne** zerkleinern die Nahrung mechanisch und bereiten sie somit für die chemische Verdauung vor.
- Drei große **Speicheldrüsen** und zahlreichere kleinere produzieren zusammen ca. 1–1,5 Liter Speichel am Tag.
- Milliarden verschiedenster **Mikroorganismen** siedeln in der Mundhöhle (physiologische Mundflora) und halten sich gegenseitig im Gleichgewicht.

6.7.2 Beobachtung und Dokumentation

- Beschaffenheit (trocken, feucht) und Veränderungen der Mundschleimhaut und der Zunge
- Zustand des Gebisses bzw. der Zahnpfrose und des Zahnfleischs
- Status des Zahndurchbruchs bei Säuglingen und Kleinkindern
- Mundgeruch
- Zustand der Lippen.

Die **Inspektion der Mundhöhle** und des Rachenraums erfolgt mithilfe einer kleinen Taschenlampe und eines angefeuchteten Spatels. Die Inspektion erfolgt täglich (jedoch nie unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme!) bei Patienten mit Erkrankungen im Mund, mit

Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz, mit Strahlentherapie (► Kap. 43.11) im Mund-Hals-Bereich, bei schwer kranken und sterbenden Patienten. Veränderungen der Mundschleimhaut werden im Pflegebericht exakt beschrieben.

6.7.3 Beurteilung von Mund und Zähnen

Veränderungen der Mundschleimhaut

- **Mukositis** (*Schleimhautentzündung*)/**Stomatitis** (*Entzündung der Mundschleimhaut*): Entzündung der Mundschleimhaut infolge von Infektionen oder mangelnder Mundhygiene. Symptome: Gerötete, geschwollene Schleimhaut, brennende Schmerzen, Schmerzen beim Kauen und Schlucken, Trockenheitsgefühl und Mundgeruch (► Kap. 36.6.1); bei Säuglingen und Kleinkindern oft Nahrungsverweigerung
- **Aphthen**: Rundliche, flache Erosionen an Zunge, Zahnfleisch, Gaumen- und Wangenschleimhaut, die starke Schmerzen verursachen
- **Rhagaden**: Schmerzhafte Einrisse an Mund- und Nasenwinkel bei Vitamin- und Eisenmangel und bei trockener Haut (► Kap. 27.6.1)
- **Herpes labialis** (*Herpes simplex*): Infektion durch Herpesviren. Es entstehen kleine schmerzhafte Erhebungen, die später in Bläschen übergehen (► Kap. 30.7.7).

Veränderungen der Zunge

- **Trockene Zunge**: Entsteht bei längerer Mundatmung, mangelnder Flüssigkeitszufuhr, als unerwünschte Arzneimittelwirkung und bei akuten Speicheldrüsenerkrankungen
- **Candidose** (*Mundsoor*): Befall der Mundschleimhaut mit einem Hefepilz (meist *Candida albicans*). Symptome: weißlich-graue, stippen- oder flächenförmige, schwer abwischbare Beläge, zuerst auf der Zunge (Risiken und Soorprophylaxe ► Kap. 6.7.6).
- **Grau-weißlicher Belag** des Zungenrückens: Entsteht bei ungenügender mechanischer Reinigung, durch fehlendes Kauen oder bei Magen-, Leber- und Gallenkrankheiten
- Kräftige **Rotfärbung** der Zunge: Tritt auf bei Leberzirrhose (Lackzunge durch Vitamin-B-Mangel) und bei Scharlach (Himbeerzunge, rote Zunge mit himbeerartigem Oberflächenrelief ► Kap. 36.6.1).

Veränderungen der Zähne und des Zahnfleischs

Bei mangelnder Reinigung der Zähne und des Zahnfleischs bildet sich **Plaque** (*Zahnbelag*). Bakterien bewirken eine Vergärung der Speise-

reste; so entsteht innerhalb der Plaque eine Säure, die den Zahnschmelz auflöst und zu **Karies** führt. Vor allem zuckerhaltige Nahrungsmittel begünstigen die Kariesbildung. Eine Verkalkung der Plaque verursacht **Zahnstein**.

Plaque an den Zahnhälsen führt zur **Zahnfleischentzündung** (*Gingivitis*), und bei weiterem Fortschreiten zu Erkrankungen des Zahnhalters (**Parodontose**, bei Entzündung **Parodontitis**). Erste Symptome sind empfindliches Zahnfleisch und Zahnfleischbluten, im Endstadium lockern sich die Zähne und fallen aus. Vorbeugend gegen Karies wirken:

- Regelmäßige Entfernung der Plaques durch korrektes Zahnputzen (► Kap. 6.7.4)
- Reduzierung des Zuckergehalts in der Nahrung
- Zufuhr von Fluoriden.

6.7.4 Allgemeine Mundpflege

Reinigungsmittel

- **Zahnburste** mit kurzem Bürstenkopf und abgerundeten Borsten, bei hoher Blutungsgefahr Verwendung einer weichen Zahnbürste bzw. von Reinigungsstäbchen
- **Zungenbürste**
- **Zahnpasta**
- **Mundspülösung**, nach Arztanordnung desinfizierende Mundwässer
- **Zahnseide** oder **Interdentalzahnburste**.

Zahnputzen

- Patienten mit erhöhtem Oberkörper positionieren, Handtuch auf Hals und Brust legen
- Zuerst die Kauflächen der Backenzähne putzen
- Bei leicht geöffnetem Mund des Patienten Zahnbürste in einem Winkel von 45° auf Zähne und Zahnfleisch aufsetzen
- Mit kurzen Rüttelbewegungen die Bürste schnell um jeweils wenige Millimeter vor- und zurückziehen
- Nach ca. 10 Rüttelbewegungen die gelösten Beläge vom Zahnfleisch in Richtung Zahn auswischen
- Gründliches Zahnputzen dauert ca. 3 Minuten. Zum Abschluss spült der Patient den Mund aus und presst dabei das Wasser durch die Zahzwischenräume.

Zahnputzen bei Kindern

- Beginn beim Durchbruch der ersten Milchzähne
- Verwendung von Zahnpasta nicht vor dem 3. Lebensjahr
- Ab dem 3. Lebensjahr fluoridierte Zahnpasta (0,05 %), ab dem Schulalter fluoridierte Erwachsenenzahnpasta (0,1–0,15 %) verwenden
- Wichtig ist, dass Kinder von Anfang an die richtige Technik erlernen und das tägliche Zahnputzen als festes Ritual betrachten.

Pflege von Brackets und Platten

- **Brackets** sind fest auf den Zähnen verankerte Elemente zur Korrektur der Zahnstellung. Die Reinigung erfolgt mit einer normalen Zahnbürste und Zahnpasta
- **Platten** im Mundraum werden z. B. zur Therapie der Lippenkiefergaumenspalte (► Kap. 34.24.12) eingesetzt. Die Reinigung erfolgt unter fließendem Wasser oder mit Zahnbürste und Zahnpasta.

Reinigung von Zahnpfaden

- Prothese(n) zum Reinigen aus dem Mund nehmen (lassen) und in eine Prothesenschale legen
- Festsitzende Prothesen lassen sich entfernen, indem man mit einem Finger über bzw. unter die Prothese zu kommen versucht
- Prothese über dem wassergefüllten Waschbecken oder über einer Pappnierenenschale oder einem Stoffwaschlappen reinigen, damit sie bei einem versehentlichen Fallenlassen nicht zerbricht
- Prothese unter fließendem Wasser mit der Zahnbürste reinigen, evtl. auf Wunsch des Patienten in Prothesenreinigungsmittel einlegen, vor dem Wiedereinsetzen gründlich abspülen
- Vor Einsetzen der Zahnpfadreinigung massiert der Patient ggf. die Kauleiste mit einer Zahnbürste und spült den Mund mit Wasser aus
- Hat der Patient noch eigene Zähne, putzt er diese vor dem Einsetzen der Prothese
- Auf Wunsch des Patienten Haftcreme auf die Unterseiten der Prothese auftragen
- Um Verformungen des Kiefers vorzubeugen, wird empfohlen, die Prothese möglichst durchgängig zu tragen (auch nachts).

Mundspülung

- Die **Mundspülung** mit Wasser oder Tee hält die Mundschleimhaut feucht und entfernt Speisereste aus der Mundhöhle
- Noch effektiver ist eine **Munddusche**, die auch Zähne und Zahzwischenräume reinigt und das Zahnfleisch massiert.



Mundspülungen nur bei Patienten mit vollem Bewusstsein und erhaltenem Husten- und Schluckreflex vornehmen.

6.7.5 Spezielle Mundpflege

Spezielle Mundpflege: Maßnahmen der Mundhygiene bei Patienten, bei denen die allgemeine Mundpflege nicht ausreicht, um Erkrankungen vorzubeugen oder zu behandeln (► Tab. 6.4).

Indikationen

- Nicht ausreichende Wirksamkeit der allgemeinen Mundpflegemaßnahmen
- Verminderte oder fehlende Speichelproduktion
- Trockene Mundschleimhaut
- Zerstörung der physiologischen Mundflora durch Medikamente
- Erkrankungen der Mundhöhle
- Schlechter Allgemeinzustand und gestörte Abwehrlage
- Erkrankungen und Operationen im Bereich der Mundhöhle.

Bei diesen Indikationen inspizieren Pflegende die Mundhöhle mindestens einmal täglich auf Läsionen, Blutungen oder sonstige Veränderungen. Die **Dokumentation** umfasst:

- Beschreibung der Mundschleimhaut einschließlich Veränderungen
- Verwendete Mundpflegeprodukte
- Zeitpunkt der Inspektion
- Termine der Informations- und Beratungsgespräche.

Patientenberatung

- Zahnpflege täglich nach jeder Mahlzeit und vor dem Schlafengehen mit einer weichen Zahnbürste durchführen
- Mundpflege bei Problemen intensivieren, z. B. 6-6 mal täglich
- Auf säurearme Ernährung sowie Reduzierung von süßen Speisen und Getränken achten
- Bei Leukozytopenie (> Kap. 27.1.4) Anwendung von sterilen Produkten/sterilem Wasser zur Mundpflege
- Bei Thrombozytopenie (> Kap. 27.1.3) mit starkem Zahnfleischbluten: Mund spülen statt Zähne bürsten
- Hinweise zu den verwendeten Mundpflegeprodukten (Anwendung, Dauer, Haltbarkeit).

Vorbereitung der Materialien

- Handtuch
- Taschenlampe und Holzspatel
- Zahn- und Zungenbürste
- Ggf. Nierenschale
- Produkte zur Mund-, Zungen- und Lippenpflege, Reinigungsstäbchen
- Kleine Kompressen oder Kugeltupfer, ggf. Klemme, alternativ dicke Watteträger
- Behältnis mit Mundpflegelösung
- Handschuh
- Abwurfbeutel.

Durchführung

- Patienten über Vorgehensweise informieren und zur Mithilfe auffordern
- Bewusstseinsklare Patienten in eine gute Sitzposition, bewusstlose Patienten in flache Seitenlage bringen
- Kleidung durch ein Handtuch schützen

- Handschuh anziehen
- Patienten auffordern, den Mund zu öffnen
- Mundhöhle mit Taschenlampe und angefeuchtetem Spatel inspizieren
- Beim bewusstseinsklaren Patienten vor der speziellen Mundpflege Zähne putzen
- Reinigungsstäbchen mit Mundpflegelösung tränken, nicht zu nass anwenden, oder bereits mit Lösung getränkte Reinigungsstäbchen verwenden
- Bei der Verwendung von Tupfern und Klemme den Tupfer so in die Klemme einspannen, dass er die Greifbacken und die Spitze der Klemme umschließt. Bei kooperativen Patienten kann der Mund mit um den Finger gewickelten Kompressen ausgewischt werden
- Mundhöhle sorgfältig von hinten nach vorn auswischen (Zähne, Wangeninnenfläche, Wangentaschen, harter Gaumen und Zunge)
- Weichen Gaumen (wenn überhaupt) zuletzt auswischen (Brechreizgefahr)
- Bei jedem Wischvorgang frische Stäbchen/Tupfer/Kompressen verwenden
- Falls keine Aspirationsgefahr besteht, Mund ausspülen lassen
- Abschließende Inspektion der Mundhöhle
- Lippen mit patienteneigenen Produkten oder Salbe eincremen
- Maßnahme und Beobachtungen dokumentieren
- Bei Verwendung eines Pflegesets: Material und Mundspülung entsprechend dem hausinternen Standard erneuern und beschriften. In vielen Häusern liegen die Richtlinien zur Mundpflege in standardisierter Form vor.

6.7.6 Soorprophylaxe

Soor (Candidose) > Kap. 30.8.2

Maßnahmen zur Soorprophylaxe

- Ziel ist der Erhalt des natürlichen Gleichgewichts der Mikroorganismen in der Mundhöhle
- Mindestens einmal täglich sorgfältige Inspektion der Mundhöhle
- Regelmäßige Mund- und Zahnpflege, ggf. Mundpflege intensivieren
- Mundschleimhaut feucht halten und Speichelfluss anregen (> Tab. 6.4)
- Bei Abwehrschwäche, z. B. bei onkologischen oder Intensivpatienten, ggf. prophylaktische Schleimhautdesinfektion
- Wenn möglich, Flüssigkeitszufuhr steigern.

Maßnahmen der Soorbehandlung

- Maßnahmen der Prophylaxe intensivieren
- 2- bis 3-mal täglich Mundschleimhaut desinfizieren
- Auf Arztanordnung lokales Antimykotikum verabreichen

Tab. 6.4 Pflegeplan für die spezielle Mundpflege.

Pflegeproblem	Pflegeziel	Pflegemaßnahmen
Trockene Mundschleimhaut	Feuchte Mundschleimhaut	<ul style="list-style-type: none"> Flüssigkeitszufuhr steigern Mundspülung mit Wasser, Kochsalzlösung oder Tee nach Wunsch Auswischen der Mundhöhle mit milden alkoholfreien Lösungen, Wasser oder Tee Eiswürfel aus Tee oder Saft zum Lutschen Zuckerfreie Bonbons oder Kaugummi Künstlicher Speichel Stimulation der Speichelproduktion Erhöhung der Luftfeuchtigkeit mit Ultraschallverneblern
Trockene Lippen, Rhagaden	Geschmeidige Lippen	<ul style="list-style-type: none"> Lippenpflegestift Dexpanthenol-Salbe
Schleimhautbeläge, Zungenbeläge	Belagfreie Mundschleimhaut, belagfreie Zunge	<ul style="list-style-type: none"> Auswischen der Mundhöhle mit Wasser oder Tee nach Wunsch Bei V. a. Soor Abstrich auf Pilze und ggf. lokale Antimykotika (Arztanordnung)
Borkige Zungenbeläge	Borkenfreie Zunge	<ul style="list-style-type: none"> Butter zum Lösen von Borken und Belägen Zungenbürstung
Zäher Speichel, verminderte Speichelproduktion	Anregung der Speichelproduktion	<ul style="list-style-type: none"> Ausreichende Flüssigkeitszufuhr Sprühen von Flüssigkeit mit Zerstäuber (cave: Aspirationsgefahr) Salzhaltige Zahnpasta, z. B. Weleda® Sole-Zahnpasta Massage der Ohr- und Kieferspeicheldrüse Mundspülung mit Zitronen- oder Traubensaft, sauren Tees (z. B. Malve) Stimulation über den Geruchssinn mit ätherischen Ölen (Pampelmusen-, Zitronen-, Orangenöl) Lutschen von Eiswürfeln oder gefrorenen Früchten (z. B. Ananas) Kauen von Kaugummi oder Brotrinde
Schmerzen, Brennen im Mund	Beschwerdefreiheit, Linderung der Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> Meiden scharf gewürzter Nahrungsmittel Verabreichung von weicher oder pürierter Kost Alkohol- und Nikotinabstinenz Gabe von anästhesierenden Lutschtabletten Eiswürfel aus Tee oder Saft zum Lutschen Mundspülung, ggf. mit Lokalanästhetikum
Läsionen von Schleimhaut, Zahnmus und Zunge	Intakte Mundschleimhaut	<ul style="list-style-type: none"> Bepinselung mit Myrrhentinktur Spülungen mit Kamillenlösung/-tee oder Ringelblumentee Eislutscher

- Einmalzahnbursten verwenden
- Zahnpfrosen nach der mechanischen Reinigung in einem farblosen Schleimhautdesinfektionsmittel einlegen oder Reinigungstabletten mit fungizider Wirkung verwenden
- Bei Säuglingen und Kleinkindern Sauger an Trinkflaschen und Beruhigungssauger nach Benutzung desinfizieren, z. B. in einem Vaporisator.

6.7.7 Parotitisprophylaxe

Parotitis: Schmerzhafte Entzündung der Ohrspeicheldrüse (*Glandula parotis, Parotis*), hervorgerufen durch Staphylokokken oder Streptokokken. Hauptrisikofaktor für eine Parotitis ist eine Reduktion der Speichelproduktion

Maßnahmen zur Parotitisprophylaxe

- Vermehrte Kautätigkeit, z. B. durch Kauen von Kaugummi, Brotrinde oder Dörrobst; Erhaltung der oralen Ernährung
- Lutschen von Eiswürfeln oder sauren (zuckerfreien) Bonbons
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Kaubewegungen machen lassen
- Massage der Parotis vor dem Ohr.

6.8 Haarpflege

6.8.1 Physiologische Grundlagen

Die Behaarung des Menschen hat bis auf das Kopfhaar ihre ursprüngliche Funktion verloren, nämlich vor Kälte und Wärmeverlust zu schützen. Die Kopfbehaarung ist in unserem Kulturkreis ein wesentliches Identifikationsmerkmal und Schönheitsattribut.

6.8.2 Beobachtung und Dokumentation

Die Beobachtung der Haare bezieht sich auf den Haartyp, die Haarbeschaffenheit und die Haarfarbe. Pflegende erfassen den Zustand der Körperbehaarung eines Menschen meist während der Körperpflege. Besonderheiten, die eine Intervention erfordern, werden im Pflegebericht beschrieben, z. B. Nissenbefall (➤ Kap. 32.5.4).

6.8.3 Beurteilung der Haare

Erkrankungen der Haare ➤ Kap. 32.11

Haartypen

- **Langhaar:** Kopf-, Achsel-, Schamhaare, zusätzlich beim Mann die Bart- und Brusthaare

- **Kurz- bzw. Borstenhaar:** Die übrige Körperbehaarung, die bis auf Handflächen, Fußsohlen und Streckseiten der Zehen- und Fingerglieder den ganzen Körper bedeckt.
- **Wollhaar (Lanugohaar):** Flaumhaar am Körper des Fetus vom 4. Schwangerschaftsmonat bis etwa zum 6. Lebensmonat.

Haarbeschaffenheit und Haarfarbe

- **Normales Haar:** Weich fallend, voll und matt glänzend
- **Fettiges Haar:** Entsteht bei erhöhter Talgproduktion
- **Trockenes Haar:** Folge verminderter Talgproduktion aufgrund von Veranlagung, Hypothyreose (> Kap. 26.3.4), schweren Allgemeinerkrankungen oder aggressiver Behandlung.
- **Sprödes, brüchiges Haar:** Folge von Eisenmangel und Hypothyreose, falscher Ernährung und Pflege oder Stress
- **Frühzeitig ergrautes Haar:** Pathologisch als psychische Reaktion oder bei endokrinen Erkrankungen.

Haarausfall

- Ein gesunder Erwachsener verliert täglich durchschnittlich 70–100 Haare
- Die Glatzenbildung des Mannes (*Alopezie*) mit fortschreitendem Alter wird durch das Sexualhormon Testosteron beeinflusst (> Kap. 32.11.2). Sie beginnt meist im Schlafengebiet und kann bis zum völligen Haarverlust fortschreiten.

6.8.4 Haarpflege

- Wünsche und Vorlieben des Patienten sowie psychische Belastungen durch krankheitsbedingten Haarausfall berücksichtigen
- Langes Liegen und ständiger Druck auf den Kopf belasten die Haare und führen oft zu vermehrter Talgproduktion sowie Juckreiz
- Wichtige Pflegemaßnahmen sind das tägliche Ausbürsten und Kämmen sowie eine Haarwäsche 1- bis 2-mal pro Woche
- Auswahl von Pflege- und Hilfsmitteln je nach Situation und Haartyp des Patienten.

Kämmen und Bürsten im Bett

- Dem Patienten ein Handtuch unter den Kopf legen
- Bei langen Haaren den Kopf auf die Seite drehen (lassen) und die Haare erst auf der einen, dann auf der anderen Seite kämmen
- Mit den haarspitzennahen Abschnitten beginnend nur einige Zentimeter auskämmen und sich langsam Richtung Kopfhaut vorarbeiten
- Fettiges Haar nicht zu ausgiebig bürsten
- Den Patienten nach Wunsch frisieren
- Auch Perücken oder Haarteile regelmäßig pflegen (lassen).

Haarwäsche im Bett

Vorbereitung der Materialien

- Haarwaschbecken mit Ablassschlauch
- Großer Eimer mit angenehm temperiertem Wasser (Patientenwünsche berücksichtigen)
- Gefäß zum Schöpfen (z. B. Litermaß)
- Auffangbehälter für Brauchwasser
- Bettenschutz
- Zwei Handtücher
- Ggf. Augenschutz (z. B. Waschlappen)
- Shampoo, ggf. Spülung
- Kamm oder Bürste
- Föhn.

Vorbereitung des Patienten

- Maßnahme mit dem Patienten absprechen, persönliche Wünsche (z. B. Haarpflegemittel) erfragen
- Schmuck und ggf. Hörgerät entfernen
- Haare und Kopfhaut inspizieren.

Durchführung

- Patienten so im Bett positionieren, dass das Haarwaschbecken leicht ins Bett passt
- Bett flach stellen; Oberkörper des Patienten bis zu den Schultern auf ein Kissen positionieren, das mit einem wasserdichten Bettenschutz abgedeckt ist
- Kopf in das Haarwaschbecken legen
- Bei Bedarf Handtuchrolle in den Nacken legen
- Auffangbehälter in Position bringen und Schlauch des Haarwaschbeckens hineinhängen
- Mit dem Schöpfgefäß Wasser entnehmen und vorsichtig über die Haare fließen lassen
- Shampoo in beiden Händen verteilen und mit massierenden Bewegungen auf den Kopf auftragen
- Haare vom Haaransatz nach hinten ausspülen; dabei darauf achten, dass keine Seife Richtung Gesicht gelangt
- Bei stark fettenden oder verschmutzen Haaren Haarwäsche wiederholen; ggf. Vorgang mit Haarspülung abschließen
- Patienten Handtuch um den Kopf schlingen und Haarwaschbecken aus dem Bett nehmen
- Patienten im Bett in aufrechte Position bringen und Haare mit frischem Handtuch trocken frottieren, anschließend Haare föhnen (lassen).

Haarpflege bei Milchschorf

Manche Säuglinge oder Kleinkinder haben eine dünne Schorfschicht auf der Kopfhaut, den so genannten **Milchschorf**. Um diesen zu entfernen, reiben die Pflegenden die Kopfhaut des Kindes abends mit einem milden Öl ein. Am nächsten Morgen waschen sie die Haare des Kindes, ziehen einen Mulltupfer über die Zinken eines feinen Kamms und kämmen die Haare.

6.9 Nagelpflege

6.9.1 Physiologische Grundlagen

Nägel sind von der Epidermis gebildete Hornplatten auf den Finger- und Zehenkuppen. Sie verhindern Verletzungen an den Finger- und Zehenenden und erleichtern das Greifen.

6.9.2 Beobachtung und Dokumentation

Bei der **Beobachtung der Nägel** achten Pflegende auf **Form, Farbe und Struktur**. Besonderheiten, die spezielle Interventionen erfordern, werden im Pflegebericht dokumentiert. Im Normalfall ist der Nagel elastisch, quergewölbt und blassrosa gefärbt.

6.9.3 Beurteilung der Nägel

Nagelveränderungen > Kap. 32.2.3

Nagelveränderungen können sowohl Ausdruck einer Allgemeinerkrankung sein (z. B. Eisenmangelanämie oder Psoriasis) als auch einer Erkrankung, die nur den Nagel betrifft, z. B. Nagelpilz. Auch toxische und mechanische Einwirkungen können den Nagel und das Nagelbett schädigen.

6.9.4 Nagelpflege

Vorbereitung der Materialien

- Handtuch
- Waschschüssel mit warmem Wasser
- Nagelbürste; bei Kleinkindern eine besonders weiche Bürste, um eine Verletzung der Fingerkuppen zu vermeiden
- Ggf. Nierenschale, Handtuch oder Papiertuch zum Auflegen der Hand
- Abwurf
- Nagelschere und -feile; bei Kindern eine abgerundete Schere, um die Verletzungsgefahr zu verringern
- Pflegemittel nach Wunsch, z. B. Handcreme.

Durchführung

- Hände bzw. Füße nacheinander baden
- Handtuch oder Papiertuch unter die Hand bzw. den Fuß legen
- Pflegende sitzt so neben dem Patienten, dass sie in dieselbe Richtung blickt wie er
- Nägel bis zur Finger- bzw. Zehenkuppe zurückschneiden
- Nägel auf krankhafte Veränderungen beobachten
- Raué Nägel feilen (immer vom Nagelrand zur Nagelmitte)
- Verschmutzungen unter den Nägeln vorsichtig mit der Spitze der Nagelfeile entfernen
- Auf Wunsch des Patienten oder bei trockener Haut Hände bzw. Füße eincremen.

Fingernägel rund schneiden, Fußnägel gerade schneiden, um ein Einwachsen zu verhindern.

Prophylaxe von Nagelschäden

- Nagelhäutchen nur zurückziehen, nicht schneiden
- Niemals die Nageltasche öffnen
- Nägel nicht zu oft lackieren, sparsam mit Nagellackentfernern (ohne Aceton) umgehen
- Nägel bei Bedarf mit Pflegeprodukten behandeln
- Brechende, gespaltene und sich lösende Nägel kurz halten.

6.10 An- und Ausziehen von Kleidung

6.10.1 Kleidung im Krankenhaus

- Der Patient kann seine Kleidung grundsätzlich selbst wählen
- Das An- und Ausziehen wird erleichtert durch weite Kleidung und Klettverschlüsse anstelle von Knöpfen oder z. B. Schnürsenkeln
- **Krankenhaushemden** (*offene Patientenhemden*) sind anbebracht bei pflegeintensiven Patienten, präoperativ und vor invasiven Untersuchungen (z. B. Laparoskopie)
- **Vorteil** offener Patientenhemden: Problemloser, schneller Wechsel, Schutz vor Druckstellen im Rücken bei immobilen Patienten
- **Nachteil** der Krankenhaushemden: Verstärkung des subjektiven Krankheitsgefühls, subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Intimsphäre.

6.10.2 Hilfe beim An- und Ausziehen

- Zum Auskleiden zuerst alle vorhandenen Verschlüsse wie Reißverschlüsse, Knöpfe usw. öffnen, um den erkrankten Körperteil möglichst nicht zu berühren
- Das Öffnen und Schließen der Verschlüsse dem Patienten nicht vorschnell abnehmen
- Den Patienten zum An- bzw. Ausziehen von Oberbekleidung nach Möglichkeit eine aufrechte Position einnehmen lassen
- Bei Patienten mit „einseitigen“ Erkrankungen, Gipsverband oder Infusionen beim Ausziehen an der „gesunden“, weniger betroffenen Seite beginnen, beim Anziehen auf der betroffenen Seite
- Bei vorne zu öffnenden Kleidungsstücken: Zum Ausziehen erst einen Arm aus dem Ärmel ziehen, dann das Kleidungsstück hinter dem Rücken durchschieben und über den zweiten Arm ausziehen, beim Anziehen in gleicher Reihenfolge verfahren
- Bei Kleidungsstücken, die über den Kopf ausgezogen werden: Zum Ausziehen Oberteil so weit als möglich in Richtung Kopf schieben; Patienten bitten, Kopf und Brust

- zu beugen; Oberteil über den Kopf ziehen und dann über die Arme abstreifen, beim Anziehen in gleicher Reihenfolge vorgehen
- Zum An- und Ausziehen der Hose Patienten bitten, das Becken ein kleines Stück anzuheben, um die Hose unter dem Gesäß durchzuziehen
- Kann der Patient das Becken nicht anheben, geschieht das An- und Ausziehen der Hose durch Drehen auf die eine und dann die andere Seite
- Bei Kindern Hals- und Ärmelöffnung vor dem Anziehen mit der eigenen Hand weiten und aufrollen
- Nie an den Fingern oder Zehen ziehen, sondern am distalen Unterarm oder Unterschenkel anfassen; alternativ die ganze Hand des Patienten umfassen
- Falten in der Kleidung glattstreichen, um Druck auf die Haut zu vermeiden.

6.11 Wickel und Auflagen

Wadenwickel > Kap. 5.6.2

Wickel: Einwickeln eines Körperteils in mehrere Tücher.

Auflagen: Anbringen einer Auflage bzw. einer Komresse auf eine bestimmte Körperstelle.

Die **Temperatur** des Wickels dem Alter, der Herzfunktion und der Körpertemperatur des Patienten sowie dem pflegerischen Ziel anpassen:

- Kalte Wickel** haben die Temperatur des Leitungswassers (ca. 17°C)
- Warmer Wickel** nicht zu heiß auflegen, aber wärmer als die Körpertemperatur (ca. 38°C)
- Heißer Wickel** mit ca. 80°C (eher zu warm) vorbereiten und mit dem Dampf des Wickels den Patienten an die Wärme gewöhnen
- Bei **kühlen bis lauwarmen** Wickeln wirken eher die beigegebenen Zusätze, bei heißen Wickeln die Wärme und das Wasser.
- Heiße Wickel regen an, lauwarme beruhigen.
- Die Anwendung mit dem behandelnden Arzt abstimmen
- Maßnahme sinnvoll in den Tagesablauf des Patienten einplanen
- Sich beim Patienten nach seinem Befinden und der Wirkung des Wickels erkundigen
- Häufigkeit der Anwendung nach individuellen Gesichtspunkten bestimmen; häufig mehrmals täglich
- Dokumentation von Art und Wirkung im Pflegebericht.

Vorbereitung

- Maßnahme mit dem Patienten besprechen und fragen, ob er vorher zur Toilette gehen möchte

- Zimmer lüften und für Ruhe sorgen
- Temperatur der Füße kontrollieren, bei kalten Füßen Wärmflasche (60 °C) vorbereiten
- Wasser herrichten, Wassertemperatur nach Indikation.

Anwendung

- Keine synthetischen Stoffe für Innen- oder Außenwickel verwenden (Gefahr des Wärmestaus). Als Innenwickel eignen sich z. B. Baumwollwindeln, Geschirrtücher oder Stofftaschentücher, als Zwischentücher Waschlappen oder Frotteetücher, als Außenwickel z. B. Duschtücher, Stecklaken, Molton-Flanelltücher oder im ambulanten Bereich auch Wolltücher
- Innenwickel nass machen, auswringen und faltenfrei auf- oder anlegen; Leinen- oder Baumwolltuch darüberwickeln und ggf. mit einem Wolltuch abdecken
- Bei feucht-warmem Wickel zusätzlich Wärmflasche auflegen
- Den Patienten anhalten, der Wirkung nachzuspüren und sich bei unangenehmen Empfindungen sofort zu melden
- Beim Abnehmen des Wickels Haut auf allergische Reaktionen beobachten, gründlich abtrocknen
- Die Phase der **Nachruhe** sollte mindestens 30 Min. dauern.

Vorsichtsmaßnahmen

- Wärmflaschen nie mit kochend heißem Wasser zubereiten; Wassertemperatur für Wärmflaschen ca. 50–60 °C
- Keine heißen Wickel bei Patienten mit eingeschränktem Temperaturrempfinden anwenden
- Patienten nicht unbeabsichtigt im Wickel schwitzen lassen.

Arten von Wickeln und Kompressen

- Ölkompessen** lassen sich gefahrslos bei Patienten mit eingeschränktem Temperaturrempfinden sowie in der Palliativpflege einsetzen
- Feucht-heiße Bauchauflagen** geeignet z. B. bei Patienten mit Bauchkrämpfen, Blähungen, Obstipation, prämenstruemellem Syndrom sowie bei Kindern mit „Kummerbauchweh“. Kontraindiziert bei unklaren akuten Bauchscherzen, schwerer Herzinsuffizienz, Geringnungsstörungen oder bei akuten Nieren- und Gallenkoliken mit Fieber
- Quarkauflagen** wirken schmerzlindernd, kühlend, entzündungshemmend und abschwellend.

Besonderheiten bei Kindern

- Wickel und Auflagen grundsätzlich weniger heiß bzw. weniger kalt anwenden als bei Erwachsenen.

- Ätherische Öle erst bei Kindern ab sechs Monaten in geringen Konzentrationen einsetzen (0,5- bis 1-prozentig)
- Wickel nur anwenden werden, wenn der Körper des Kindes warm ist
- Reaktion des Kindes auf die Maßnahme genau zu beobachten.

6.12 Dekubitusprophylaxe

Dekubitus (*Druckgeschwür*): Eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, typischerweise über knöchernen Vorsprüngen.

6.12.1 Dekubitusentstehung

Modelle zur Dekubitusentstehung

- Innen-nach-aussen-Modell: Entstehung in der Nähe von Knochenvorsprüngen in der Muskulatur und zunehmender Einbezug darüberliegender Gewebschichten
- Außen-nach-innen-Modell: Entwicklung von der Körperoberfläche in die Tiefe
- Mitte-Modell: Zwischen Hautschichten und Knochen beginnende Zellschädigung.

Druck und Scherkräfte, Druckdauer und Druckstärke

- Komprimierende Kräfte** wirken senkrecht auf das Gewebe ein; der Druck wird von außen (z. B. durch die Matratze) und von innen (z. B. durch Knochen) ausgeübt.
- Scherkräfte** wirken parallel zum Gewebe (Verschiebungen zwischen zwei Gewebschichten beim Sitzen oder Herabrutschen des Patienten im Bett).
- Unterlage:** Die Druckintensität wird in durch die Härte der Unterlage bestimmt; ein Sitzpolster kann den Druck nachweislich verändern
- Körperposition:** Im Sitzen ist der Auflagedruck im Gesäßbereich deutlich höher als in der flachen Rückenlage
- Mobilität und Aktivität:** Veränderungen der Lage- oder Sitzposition führen zu einer Druckentlastung. Bei krankheitsbedingten Einschränkungen der Mobilität können Patienten ihre Position ggf. nicht ohne fremde Hilfe ändern
- Körpergewicht:** Kachektische Personen weisen höhere Spitzendrücke der Haut auf als normalgewichtige Menschen. Bei übergewichtigen Patienten werden größere Bereiche mit erhöhtem Druck gemessen, gleichzeitig niedrigere Spitzendrücke
- Hautfeuchtigkeit:** Schwitzen oder ungenügende Inkontinenzversorgung (> Kap. 33.2.7) führen zu Mazerationen (*Aufweichen*) der Haut. Die Reibung zwischen

der mazerierten Haut und der Unterlage begünstigt die Entstehung von Scherkräften

- Schmerzempfinden und -reaktion:** Sind Schmerzempfindungen oder -reaktionen beeinträchtigt, z. B. bei Querschnittslähmung (> Kap. 37.13.2) oder Diabetes mellitus (> Kap. 26.6), funktionieren sie nicht mehr als „Warnsystem“.

Die Zeit bis zum Eintreten eines Dekubitus kann je nach individueller Gewebetoleranz deutlich unter 1-2 Stunden liegen.

Gewebetoleranz für Druck und Sauerstoff

Gewebetoleranz für Druck: Fähigkeit von Haut und Unterhautfettgewebe, die Druckverteilung zu beeinflussen.

Gewebetoleranz für Sauerstoff: Fähigkeit des Gewebes, den Sauerstoffbedarf und die Sauerstoffverteilung zu beeinflussen.

Faktoren, die die Gewebetoleranz für Druck beeinflussen:

- Gewebemasse:** Gut ausgebildetes Unterhautfettgewebe und gut ausgebildete Muskulatur können Druck besser verteilen
- Im Alter nimmt die Fähigkeit zur Druckverteilung ab.
- Dehydratation** (> Kap. 7.12). Unzureichende Flüssigkeitsaufnahme vermindert die Elastizität der Haut
- Glukokortikoidtherapie:** Eine längere Einnahme von Glukokortikoiden behindert die Kollagenbildung und die Regeneration von Kapillargefäßen
- Eiweiß- und Vitamin-C-Defizit**
- Stress.**

Faktoren, die die Gewebetoleranz für Sauerstoff beeinflussen:

- Fieber:** Durch Schwitzen kommt es zur Austrocknung des Körpers und zu einem erhöhten Sauerstoffbedarf des Gewebes
- Temperatur:** Eine erhöhte Raumtemperatur und zu stark wärmende Kleidung oder Bettwäsche erhöhen den Stoffwechsel und damit den Sauerstoffbedarf des Gewebes
- Beta-blocker** reduzieren die Hautdurchblutung um 20–30 %
- Eiweißmangel** führt zu Ödemen, die wiederum die Sauerstoffversorgung der Haut vermindern
- Nikotinabusus** begünstigt Arteriosklerose (> Kap. 22.5.1), die mit einem vermindernden Blutfluss und einer verminderten Sauerstoffversorgung der Haut einhergeht
- Krankheiten**, z. B. Lungenerkrankungen, Anämien, Diabetes mellitus, führen u. a. zu

einer reduzierten Sauerstoffversorgung und zu Gefäßveränderungen

- **Blutdruck:** Systolische Blutdrücke unter 100 mmHg sowie diastolische Drücke unter 60 mmHg können das Dekubitusrisiko erhöhen.

6.12.2 Dekubituslokalisierung

- **In Rückenlage:** Kreuz- und Steißbein, Fersen, Schultern, Hinterkopf, Wirbelsäule und Ellenbogen
- **In Seitenlage:** Ohrmuscheln, Trochanter major (*großer Rollhügel*), Knie, Ellenbogen, Fußknöchel
- **Im Sitzen:** Fersen, Fußballen, Hinterkopf, Sitzbeinböcker, Wirbelsäule, hintere Seite des Oberschenkels
- **In Bauchlage:** Stirn, Ellenbogen, Beckenknochen, Rippen, Kniescheiben, Zehen.

6.12.3 Risikoeinschätzung

Für jeden Patienten wird bei der Aufnahme von einer Pflegefachperson das **individuelle Dekubitusrisiko** eingeschätzt. Zentral sind dabei Faktoren, die die Wirkung von Druck und Scherkräften verlängern und/oder erhöhen (► Tab. 6.5).

- **Initialer Ausschluss eines Dekubitusrisikos:** Erste Einschätzung (Screening) aufgrund der Beobachtungen beim Erstkontakt und Informationen aus der Anamnese und Aufnahmeverunterlagen
- **Differenzierte Risikoeinschätzung:** Auf Basis einer umfassenden direkten Beobachtung des Patienten, seiner subjektiven Angaben und Informationen anderer Berufsgruppen
- **Hautbeobachtung:** Mit dem Finger auf das gerötete Hautareal drücken. Bei weißlicher

Tab. 6.5 Ursachen für erhöhte und/oder verlängerte Einwirkung von Druck und/oder Scherkräften.

Einschränkung der Mobilität

- Beeinträchtigte Fähigkeit, selbstständig kleine Positionsveränderungen im Liegen oder Sitzen vorzunehmen
- Kaum oder keine Kontrolle über (druckentlastende) Körperposition im Sitzen oder Liegen
- Beeinträchtigte Fähigkeit zum selbstständigen Transfer, z. B. vom Bett auf einen Stuhl (oder umgekehrt) oder von einer sitzenden in eine stehende Position (oder umgekehrt).

Extrinsisch bzw. iatrogen bedingte Einflussfaktoren (Auswahl):

- Auf die Körperoberfläche eindrückende Katheter, Sonden oder im Bett/auf dem Stuhl befindliche Gegenstände (z. B. Fernbedienung) bzw. Hilfsmittel (z. B. Hörgerät)
- Nasale oder endotracheale Tuben
- Zu fest oder schlecht sitzende Schienen oder Verbände, Bein- oder Armpfosten
- Unzureichend druckverteilende Hilfsmittel für die Positionierung
- Länger dauernde Operationen.

Verfärbung nach Wegnehmen des Fingers liegt eine reversible Minderdurchblutung vor. Bleibt die Rötung bestehen, liegt ein Dekubitus Kategorie I vor (**Fingertest**).

6.12.4 Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe

Dekubitusprophylaxe: Maßnahmen zur Vorbeugung eines Dekubitus. **Druckentlastung** und **-verteilung** gefährdeter Körperstellen haben oberste Priorität.

Förderung der Eigenbewegung (► Kap. 9.6)

- Umfasst jegliche, selbst kleinste Bewegungen (auch in Stuhl und Bett)
- Maßnahmenplanung je nach Bewegungsfähigkeit des Patienten, z. B. Mikrobewegungen, 30°-Positionierung
- Alle Bewegungen möglichst **haut- und gewebschonend** durchführen.

Positionierungen (► Kap. 11.6)

- Regelmäßiger **Positionswechsel** sorgt zwischenzeitlich für eine *völlige* Druckentlastung einzelner Hautbezirke
- Durch Einbeziehung möglichst vieler Positionen wird auch ein bereits vorhandener Dekubitus druckentlastet und kann so besser heilen
- **Positionierungsintervalle** sind für jeden Patienten individuell zu bestimmen
- Besonders gefährdete Körperstellen, z. B. die Fersen, werden **frei positioniert** („Freilage“).

Druckverteilende und -entlastende Hilfsmittel (Spezialbetten ► Kap. 45.1.3)

- Wechseldruck- oder (Super-)Weichlagerungssysteme
- Anwendung, wenn die Druckentlastung durch Bewegungsförderung und Positionswechsel nicht ausreicht
- **Auswahlkriterien:**
 - Prioritäten der Pflege- und Therapieziele
 - Eigenbewegung des Patienten
 - Gefährdete Körperstellen
 - Gewicht des Patienten
 - Abwägung von Kosten und Nutzen
 - Präferenzen und Wünsche des Patienten.

Weich- und Superweichpositionierung führen zur Bewegungseinschränkung und hemmen die Wahrnehmung und Spontanbewegungen des Patienten. Sie sind daher ungeeignet für Patienten, die noch über eigene Bewegungsressourcen verfügen.

Nur die **kontinuierliche Durchführung** der prophylaktischen Maßnahmen kann die Entstehung eines Dekubitus wirksam verhindern. Der Patient und seine Angehörigen müssen über die Gefährdung Bescheid wissen und notwendige

Maßnahmen kennen. Sie benötigen **Information und Schulung** zur Förderung der Eigenbe-wegung, zur Hautinspektion, zum Einsatz druck-verteilender Hilfsmittel und zur Durchführung druckentlastender Interventionen.

6.12.5 Behandlung und Pflege bei Dekubitus

Der **Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden** beschreibt u. a. fol-gende Maßnahmen für die pflegerische Therapie eines Dekubitus:

- **Anamnese**, in der die Pflegende bei allen Pa-tienten wund- und therapiebedingte Ein-schränkungen erfasst
- **Planung der Maßnahmen** für die Bereiche wund- und therapiebedingte Beeinträchtigun-gen, Druckentlastung und -reduktion, Bewe-gungsförderung, Rezidivprophylaxe, Vermei-dung weiterer Hautschäden, Hautschutz und Verbandswechsel
- **Information, Schulung und Anleitung des Patienten und seiner Angehörigen**.

Schweregrad eines Dekubitus nach **EPUAP** (*European Pressure Ulcer Advisory Panel*, 2014)

- **Kategorie I:** Nicht wegdrückbare, umschrie-bene Hautrötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung
 - **Kategorie II:** Teilzerstörung der Haut bis zur Dermis (Lederhaut), flaches, offenes Ulkus mit einem roten bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge (auch als intakte oder offene serumgefüllte Blase)
 - **Kategorie III:** Zerstörung aller Hautschich-ten
 - **Kategorie IV:** Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf sowie Tunnel, Taschenbildung und Unterminierungen können vorliegen.
 - **Keiner Kategorie zuordenbar:** Tiefe unbe-kannt. Vollständiger Gewebeverlust mit Be-lägen und/oder Schorf im Wundbett
 - **Vermutete tiefe Gewebeschädigung:** Tiefe unbekannt. Livider oder rötlichbrauner Be-reich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädi-gung des darunterliegenden Weichgewebes.
- Beobachtung und Dokumentation**
- Körpersteller, an der sich der Dekubitus be-findest (grafisch, verbal)
 - Schweregrad (Kategorie) des Dekubitus mit Angabe der verwendeten Klassifikation

- Zahl der Rezidive und rezidivfreie Zeit
- Zeitpunkt vom Auftreten des Dekubitus bis zur aktuellen Einschätzung
- Durchmesser und Größe: Vertikale und ho-izontale Distanz zwischen den Wundrän-dern
- Bestimmung der Tiefe, Beschreibung von Taschen, Fisteln und Unterminierungen mit Beziehung zur Uhr
- Beurteilung des Wundgrundes/der Gewebe-arten, die die Wunde dominieren (z. B. Gra-nulationsgewebe, Ausmaß der Nekrosen)
- Wundränder und Wundumgebung
- Exsudat, Transsudat
- Wunderuch
- Entzündungszeichen
- Wirkung der ursachenbezogenen und pfle-gerischen Maßnahme
- Heilungsrate anhand der Verkleinerung der Wundgröße
- Fotodokumentation mit Einwilligung des Patienten (standardisierte Aufnahmen).

Druckentlastung

- Regelmäßige Positionswechsel
- Anwendung entsprechender Hilfsmittel bei einem bereits bestehenden Dekubitus (► Kap. 6.12.4).

Ernährung

- Vollwertige Ernährung unterstützt die Wundheilung, stärkt das Immunsystem und senkt das Infektionsrisiko
- Einseitige Gabe von Vitaminen, Zink oder Eiweiß nur bei nachgewiesem Mangel sinnvoll
- Bei Verdacht auf Mangelernährung sys-te-matische Einschätzung durchführen

Wundversorgung

- Entspricht den Grundprinzipien der Wund-versorgung (► Kap. 43.13.4).
- Ab einem Dekubitus Kategorie II (EPUAP) mit Schädigung der Epidermis gilt das Prin-zip der hydroaktiven Wundversorgung
- Bei infizierter Dekubituswunde zusätzlich systemische Antibiotikatherapie nach vor-heriger Erregerbestimmung (Wundabstrich ► Kap. 30.4.3).

Schmerzen

- Dekubitus Verursacht durch die Wunde selbst, die Wundversorgung oder den Ein-satz von druckreduzierenden Hilfsmitteln
- Besonders bei bewusstseinseingeschränkten Patienten auf nonverbale Schmerzsignale achten (► Kap. 13.2)
- Ggf. Gabe von Schmerzmitteln (13.3.1).

Das gesamte PflegeHeute-Wissen in kurzer, handlicher Form!



Ideal um das gesamte PflegeHeute-Wissen in kurzer, handlicher Form zur Verfügung zu haben - und das in anerkannter PflegeHeute-Qualität. Durch seine mit dem "großen" Lehrbuch identische Struktur und zahlreichen Querverweisen bietet es die optimale Lektüre zur Prüfungsvorbereitung sowie zum schnellen Nachlesen und Nachschlagen im praktischen, kleinen Format. Lernhilfen mit unterschiedlich gestalteten Textkästen, die Wichtiges hervorheben oder definieren, unterstützen bei der effektiven Prüfungsvorbereitung.

Passend zu PflegeHeute, 7. Auflage.

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Stand 05/2019

PflegeHeute Kompaktwissen

5. Aufl. 2019. 720 S., Flexcover
ISBN: 978-3-437-27844-0 | € [D] 35,-



ELSEVIER

elsevier.de

Empowering Knowledge