

5. AUFLAGE

# PflegeHeute

KOMPAKTWISSEN



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Pflegeprozess und Pflegeplanung</b>		5.6	Pflege bei Fieber	33
1.1	Pflegeprozess-Modelle	1	5.7	Schweiß	35
1.2	Informationssammlung	1	<b>6</b>	<b>Haut- und Körperpflege</b>	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
<b>2</b>	<b>Patientenbeobachtung</b>	9	6.10	An- und Ausziehen von Kleidung	49
2.1	Wahrnehmen	9	6.11	Wickel und Auflagen	50
2.2	Beobachten	9	6.12	Dekubitusprophylaxe	51
2.3	Beurteilen	11	<b>7</b>	<b>Ernährung</b>	54
<b>3</b>	<b>Atmung</b>	12	7.1	Physiologische Grundlagen	54
3.1	Physiologische Grundlagen	12	7.2	Beobachtung und Dokumentation	59
3.2	Beobachtung und Dokumentation	12	7.3	Beurteilung der Ernährung	60
3.3	Beurteilung der Atmung	13	7.4	Nahrungszubereitung	61
3.4	Pflege bei Dyspnoe	16	7.5	Nahrungsaufnahme	61
3.5	Unterstützung der Atmung und Pneumonieprophylaxe	16	7.6	Kostformen und Diäten	63
<b>4</b>	<b>Herz-Kreislauf-System</b>	24	7.7	Pflege bei Sonden	63
4.1	Puls	24	7.8	Nahrungskarenz	68
4.2	Blutdruck	26	7.9	Ernährungsberatung	68
4.3	Thromboseprophylaxe	27	7.10	Aspirationsprophylaxe	68
<b>5</b>	<b>Körpertemperatur</b>	30	7.11	Schlucken und Schlucktraining	69
5.1	Physiologische Grundlagen	30	7.12	Dehydratationsprophylaxe	70
5.2	Beobachtung und Dokumentation	30	<b>8</b>	<b>Ausscheidung</b>	72
5.3	Beurteilung der Körpertemperatur	31	8.1	Urin	72
5.4	Pflege bei Hypothermie	33	8.2	Stuhl	78
5.5	Pflege bei Hyperthermie	33	8.3	Erbrechen	86
<b>9</b>	<b>Bewegung</b>	88	<b>9</b>	<b>Bewegung</b>	88
9.1	Physiologische Grundlagen	88	9.1	Physiologische Grundlagen	88
9.2	Beobachtung und Dokumentation	88	9.2	Beobachtung und Dokumentation	88
9.3	Beurteilung der Bewegung	88	9.3	Beurteilung der Bewegung	88
9.4	Bettlägerigkeit	90	9.4	Bettlägerigkeit	90
9.5	Kinaesthetics	91	9.5	Kinaesthetics	91
9.6	Mobilisation	92	9.6	Mobilisation	92

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

<b>19</b>	<b>Pflege von alten Menschen</b> ..	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	<b>23</b>	<b>Pflege bei Lungen- erkrankungen</b>	232
19.5	Alltagsbewältigung	184	23.1	Pflege bei Lungen- erkrankungen	232
19.6	Versorgungskonzepte in der Geriatric	185	23.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	237
19.7	Altersgerechtes Wohnen	187	23.3	Der Weg zur Diagnose	237
<b>20</b>	<b>Pflege in der letzten Lebensphase</b>	189	23.4	Infektiöse 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
<b>21</b>	<b>Pflege bei Herzkrankungen</b>	202	23.11	Erkrankungen des Lungen- kreislaufs	249
21.1	Pflege bei Herz- erkrankungen	202	23.12	Schlafapnoesyndrom	250
21.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	203	23.13	Pleuraerkrankungen	250
21.3	Der Weg zur Diagnose	205	23.14	Mukoviszidose	251
21.4	Herz- und Herzklappenfehler	207	23.15	ARDS	251
21.5	Durchblutungsstörungen des Herzens	209	23.16	Erkrankungen des Mediastinums	251
21.6	Herzinsuffizienz	211	<b>24</b>	<b>Pflege bei Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts</b>	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
<b>22</b>	<b>Pflege bei Kreislauf- und Gefäßerkrankungen</b>	218	24.4	Ösophaguserkrankungen	258
22.1	Pflege bei Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	218	24.5	Erkrankungen des Magens	261
22.2	Hauptbeschwerden	220	24.6	Erkrankungen des Dünn- und Dickdarms	264
22.3	Der Weg zur Diagnose	222	24.7	Erkrankungen der Analregion	269
22.4	Blutdruckregulations- störungen	223	24.8	Erkrankungen des Bauchfells	270
22.5	Erkrankungen der Arterien	225	24.9	Hernien	271
22.6	Thrombozytenaggregations- hemmung, Antikoagulation und Lyse	228			

<b>25</b>	<b>Pflege bei Erkrankungen von Leber, Gallenwegen, Pankreas und Milz</b>	<b>273</b>	<b>27.7</b>	Erkrankungen der weißen Blutzellen	<b>315</b>
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	<b>28</b>	<b>Pflege bei rheumatischen Erkrankungen</b>	<b>318</b>
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
<b>26</b>	<b>Pflege bei endokrinologischen, stoffwechsel- und ernährungsbedingten Erkrankungen</b>	<b>285</b>	28.5	Behandlungsstrategien in der Rheumatologie	320
26.1	Angeborene Hormon- und Stoffwechselstörungen	285	28.6	Entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankungen	321
26.2	Erkrankungen der Hypophyse	285	28.7	Kollagenosen	323
26.3	Schilddrüsen Erkrankungen	285	28.8	Vaskulitiden	325
26.4	Erkrankungen der Nebenschilddrüsen	288	28.9	Fibromyalgiesyndrom	325
26.5	Erkrankungen der Nebennierenrinde	289	<b>29</b>	<b>Pflege bei orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen</b>	<b>327</b>
26.6	Diabetes mellitus	290	29.1	Pflege bei orthopädischen und traumatologischen Erkrankungen	327
26.7	Ernährungsbedingte Erkrankungen	297	29.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	329
26.8	Hyperurikämie und Gicht	299	29.3	Der Weg zur Diagnose	331
26.9	Diabetes insipidus	300	29.4	Orthopädische und traumatologische Behandlungsstrategien	332
26.10	Neuroendokrine Neoplasien	300	29.5	Allgemeine Traumatologie	336
26.11	Alpha-1-Antitrypsin-Mangel	301	29.6	Systemische Knochen-erkrankungen, Infektionen und Tumoren	341
<b>27</b>	<b>Pflege bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen</b>	<b>302</b>	29.7	Erkrankungen und Verletzungen von Kopf, Wirbelsäule und Rumpf	345
27.1	Pflege bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen	302	29.8	Erkrankungen und Verletzungen von Schultergürtel und Oberarm	349
27.2	Grundlagen der Onkologie	304	29.9	Erkrankungen und Verletzungen von Ellenbogen und Unterarm	351
27.3	Hauptbeschwerden und Leitbefunde	305	29.10	Erkrankungen und Verletzungen von Handgelenk und Hand	352
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 Ver- letzungen von Beckengürtel und Oberschenkel . . . . .	353	32.7	Ekzematöse Hauterkrankungen . . . . .	394
29.12	Erkrankungen und Ver- letzungen von Knie und Unterschenkel . . . . .	355	32.8	Psoriasis vulgaris . . . . .	396
29.13	Erkrankungen und Ver- letzungen von Sprunggelenk und Fuß . . . . .	356	32.9	Tumoren der Haut . . . . .	396
<b>30</b>	<b>Pflege bei Infektions- krankheiten . . . . .</b>	<b>359</b>	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	<b>33</b>	<b>Pflege bei Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege . . . . .</b>	<b>400</b>
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
<b>31</b>	<b>Pflege bei Erkrankungen des Immunsystems . . . . .</b>	<b>380</b>	33.10	Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts . . . . .	421
31.1	Immundefekte . . . . .	380	33.11	Störungen des Säure-Basen- Haushalts . . . . .	424
31.2	Allergien . . . . .	382	<b>34</b>	<b>Pflege bei gynäkologischen Erkrankungen, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett . . . . .</b>	<b>425</b>
31.3	Autoimmunerkrankungen . . . . .	384	34.1	Pflege bei gynäkologischen Erkrankungen, Schwanger- schaft, Geburt und Wochenbett . . . . .	425
<b>32</b>	<b>Pflege bei Haut- und Geschlechtskrankheiten . . . . .</b>	<b>385</b>	34.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde . . . . .	427
32.1	Pflege bei Menschen mit Haut- und Geschlechts- krankheiten . . . . .	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	<b>37</b>	<b>Pflege bei neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen . . . . .</b>	<b>494</b>
34.20	Übernahme der Wöchnerin aus dem Kreißsaal . . . . .	453	37.1	Pflege bei neurologischen und neurochirurgischen Erkrankungen . . . . .	494
34.21	Physiologisches Wochenbett . . . . .	454	37.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde . . . . .	494
34.22	Erkrankungen im Wochenbett . . . . .	456	37.3	Der Weg zur Diagnose . . . . .	499
34.23	Pflege des Neugeborenen . . . . .	457	37.4	Fehlbildungen und Ent- wicklungsstörungen des Nervensystems . . . . .	501
34.24	Kranke und gefährdete Neugeborene . . . . .	459	37.5	Intrakranielle Druck- erhöhung . . . . .	502
<b>35</b>	<b>Pflege bei Augen- erkrankungen . . . . .</b>	<b>464</b>	37.6	Durchblutungsstörungen und Blutungen des ZNS: Schlaganfall . . . . .	503
35.1	Pflege von Menschen mit Augenerkrankungen . . . . .	464	37.7	Weitere Durchblutungs- störungen und Blutungen des ZNS . . . . .	507
35.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde . . . . .	467	37.8	Epileptische Anfälle und Epilepsie . . . . .	508
35.3	Der Weg zur Diagnose . . . . .	468	37.9	ZNS-Infektionen . . . . .	510
35.4	Arzneimittel in der Augenheilkunde . . . . .	469	37.10	Multiple Sklerose . . . . .	511
35.5	Erkrankungen von Augenlid und Tränenorganen . . . . .	469	37.11	Degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems . . . . .	512
35.6	Erkrankungen von Bindehaut und Hornhaut . . . . .	470	37.12	Tumoren des Nerven- systems . . . . .	515
35.7	Katarakt . . . . .	472	37.13	Verletzungen des ZNS . . . . .	516
35.8	Glaukom . . . . .	472	37.14	Kopf- und Gesichtsschmerz . . . . .	517
35.9	Glaskörpererkrankungen . . . . .	473	37.15	Erkrankungen des peripheren Nervensystems . . . . .	518
35.10	Erkrankungen von Netzhaut und Sehnerv . . . . .	473	37.16	Neuromuskuläre Erkrankungen und Muskelerkrankungen . . . . .	520
35.11	Brechungsfehler . . . . .	474			
35.12	Schielen . . . . .	475			
<b>36</b>	<b>Pflege bei Hals-Nasen- Ohren-Erkrankungen . . . . .</b>	<b>476</b>			
36.1	Pflege bei Hals-Nasen-Ohren- Erkrankungen . . . . .	476			
36.2	Hauptbeschwerden und Leitbefunde . . . . .	480			

<b>38</b>	<b>Pflege bei psychischen Erkrankungen</b>	522	41.2	Standardhygienemaßnahmen	562
38.1	Pflege von Menschen mit psychischen Erkrankungen	522	41.3	Maßnahmen zur Keimreduktion	564
38.2	Leitbefunde und Weg zur Diagnose	526	41.4	Hygienegerechtes Verhalten	565
38.3	Psychopharmaka	529	41.5	Umgang mit sterilen Medizinprodukten	566
38.4	Psychotherapie	532	41.6	Umgang mit Abfall im Krankenhaus	567
38.5	Einteilungen psychischer Erkrankungen	533	<b>42</b>	<b>Diagnostik</b>	568
38.6	Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises	533	42.1	Einführung	568
38.7	Affektive Störungen	535	42.2	Ärztliche Anamnese	568
38.8	Abhängigkeit	537	42.3	Körperliche Untersuchung	568
38.9	Belastungs- und Anpassungsstörungen	540	42.4	Funktionsdiagnostik	569
38.10	Angst- und Zwangsstörungen	540	42.5	Labordiagnostik	569
38.11	Dissoziative Störungen	541	42.6	Bildgebende Diagnoseverfahren	571
38.12	Persönlichkeitsstörungen	542	42.7	Invasive Diagnoseverfahren	575
38.13	Organisch bedingte psychische Störungen	543	42.8	Untersuchungsmethoden in der Pathologie	577
38.14	Ausgewählte Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	543	42.9	Diagnoseklassifikationen: ICD-Diagnoseklassifikation	577
38.15	Psycho somatische Störungen	545	<b>43</b>	<b>Heilmethoden und Therapie</b>	578
38.16	Suizid	545	43.1	Einführung	578
<b>39</b>	<b>Kommunikation und Konfliktmanagement</b>	547	43.2	Rechtliche Grundlagen einer Behandlung	578
39.1	Kommunikation	547	43.3	Arzneimitteltherapie	579
39.2	Kommunikationsmodelle	549	43.4	Injektionen	583
39.3	Gespräche führen	551	43.5	Infusionen	587
39.4	Konfliktmanagement	553	43.6	Physikalische Therapie	593
39.5	Interaktion in Gruppen und Teams	554	43.7	Ergotherapie	593
<b>40</b>	<b>Information, Schulung, Beratung und Anleitung</b>	556	43.8	Entspannungstechniken	594
40.1	Patientenedukation	556	43.9	Naturheilverfahren	594
40.2	Patienteninformation	557	43.10	Lasertherapie	594
40.3	Patientenschulung	558	43.11	Strahlentherapie	595
40.4	Beratung von Patienten und Angehörigen	559	43.12	Invasive Therapien	595
40.5	Praxisanleitung	560	43.13	Wundversorgung	595
<b>41</b>	<b>Hygiene</b>	562	43.14	Transplantationen	603
41.1	Krankenhaushygiene: Grundlagen	562	<b>44</b>	<b>Perioperative Pflege</b>	605
			44.1	Einteilung von Operationen	605
			44.2	Präoperative Phase	605
			44.3	Perioperative Thromboembolieprophylaxe	606
			44.4	Pflege in der Operationsabteilung	607
			44.5	Postoperative Pflege	609



<b>45</b>	<b>Intensivpflege</b> .....	616	<b>47.7</b>	Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement .....	641
45.1	Besonderheiten und Organisation einer Intensivstation .....	616	<b>48</b>	<b>Recht</b> .....	645
45.2	Intensivüberwachung .....	617	48.1	Grundgesetz .....	645
45.3	Beatmungstherapie .....	619	48.2	Strafrecht .....	645
<b>46</b>	<b>Anästhesiepflege</b> .....	624	48.3	Zivilrecht .....	646
46.1	Einführung .....	624	48.4	Berufsbezogene Gesetze und Vorschriften .....	648
46.2	Grundlagen der Anästhesie ..	624	48.5	Arbeitsrecht und Arbeitsschutzrecht .....	649
46.3	Die wichtigsten Arzneimittel in der Anästhesie .....	624	48.6	Gesetze zur Ausbildung .....	650
46.4	Narkosesysteme und Narkosegeräte .....	626	<b>49</b>	<b>Ethisches Handeln</b> .....	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	<b>50</b>	<b>Pflegewissenschaft</b> .....	658
<b>47</b>	<b>Pflege im Gesundheitssystem</b> .....	635	50.1	Pflege als Wissenschaft .....	658
47.1	Berufe und Einrichtungen der Versorgung .....	635	50.2	Pflegeforschung .....	658
47.2	Pflegeleistungen im Sozialrecht .....	635	50.3	Pflegetheorien und Pflegemodelle .....	662
47.3	Finanzierung von Pflege und Versorgung .....	637	<b>51</b>	<b>Pflege als Beruf und Profession</b> .....	668
47.4	Bedarfserfassung, Doku- mentation und Abrechnung von Pflegeleistungen .....	638	51.1	Geschichte der Pflege .....	668
47.5	Pflegeorganisationssysteme ..	639	51.2	Verständnis von Pflege und Pflegeberuf .....	669
47.6	Instrumente zur Steuerung der Versorgung .....	640	51.3	Pflegerische Aufgaben und Berufsfelder .....	671
			51.4	Pflegebildung .....	672
			51.5	Berufspolitik .....	675
			<b>Register</b> .....		677

### 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 Weistellung 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) unausgeglichene, 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** (*sebostatische 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 Hautoxygengehalt (*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, mangelnder 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 Abkühlung der Haut
- Hauttemperatur sinkt bei Durchblutungsstörungen und Hypotonie, gleichzeitig blasse, 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
<b>Rötung</b> durch Gefäßerweiterung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sport</li> <li>• Hitze</li> <li>• Anstrengung</li> <li>• Aufregung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber (&gt; Kap. 5.3.5)</li> <li>• Verbrennungen 1. Grades</li> <li>• Sonnenbrand</li> <li>• Entzündung</li> <li>• Hypertonie (&gt; Kap. 22.4.1)</li> </ul>
<b>Blässe</b> durch Gefäßengstellung, Mangeldurchblutung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schreck</li> <li>• Angst</li> <li>• Veranlagung</li> <li>• Kälte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutung</li> <li>• Hypotonie (&gt; Kap. 22.4.3)</li> <li>• Arterielle Durchblutungsstörungen, z. B. pAVK (&gt; Kap. 22.5.2)</li> <li>• Anämie (&gt; Kap. 27.6.1)</li> </ul>
<b>Ikterus</b> Gelbfärbung der Haut infolge Ablagerung des Gallenfarbstoffs Bilirubin, zuerst in den Skleren (Lederhaut der Augen), später am ganzen Körper sichtbar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Neugeborenen (&gt; Kap. 34.24.5)</li> <li>• Bei übermäßigem Karottingenuss</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebererkrankungen, z. B. Leberzirrhose (&gt; Kap. 25.4.5), Hepatitis (&gt; Kap. 25.4.1, &gt; Kap. 25.4.2), Gallenstau</li> <li>• Hämolyse (Zerstörung der Erythrozyten)</li> </ul>
<b>Zyanose</b> Bläuliche Verfärbung der Haut als Zeichen mangelnder Sauerstoffsättigung des Bluts, oft zuerst an Akren (Fingernägel und Nasenspitze)	Bei sehr kälteempfindlichen Menschen, z. B. nach längerem Baden in kaltem Wasser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz (&gt; Kap. 21.6)</li> <li>• (Angeborene) Herzfehler (&gt; Kap. 21.4.1)</li> <li>• Respiratorische Insuffizienz (&gt; Kap. 23.3.4)</li> </ul>

### 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 Waschsätze nach Arztanordnung
- Reinigungsmittel mit klarem Wasser gründlich entfernen
- Sorgfältig abtrocknen (Mazerations- und Intertrigogefahr)
- Säuglinge und Kleinkinder zügig abtrocknen, da sie schnell auskühlen.

### 6.1.5 Hautpflege

#### Prinzipien

- Wünsche des Patienten möglichst berücksichtigen
- Hautreinigung und Hautpflege erfolgen hautschonend
- 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 Pilzen, 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, Baumwolllappchen 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 Körperpflege

### 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 Pflege
- 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 Körperpflege verwenden
- Waschschüssel und Nachtschränkchen nach der Körperpflege 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 Körperpflege im Bett

Rückengerechte Arbeitsweise > Kap. 16.4.4

Mundpflege > Kap. 6.7

Haarpflege > Kap. 6.8

### Ganzkörperwaschung

**Ganzkörperwaschung:** Übernahme der Körperpflege bei Patienten, die (weitgehend) unselbst-

ständig 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: Nachttisch 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
- Zahnputzutensilien 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"> <li>• Belebende Waschung durchführen</li> <li>• Intimbereich nur mit klarem Wasser</li> <li>• Nur abtupfen, nicht abtrocknen</li> <li>• Hautpflege mit W/O-Emulsion mit pH-Wert um 5</li> </ul>
Schweißreduzierende Körperwaschung	Patienten mit starker Schweißsekretion	Unter Körpertemperatur	1 l Salbeitee auf 4 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beruhigende Waschung durchführen</li> <li>• Intimbereich nur mit klarem Wasser</li> <li>• Nur abtupfen, nicht abtrocknen</li> <li>• Haut nicht eincremen</li> </ul>
Geruchsreduzierende Ganzkörperwaschung	Patienten mit starkem Körpergeruch	Entspricht Körpertemperatur	3 Esslöffel Obstessig auf 5 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beruhigende Waschung durchführen</li> <li>• Intimbereich nur mit klarem Wasser</li> <li>• Nur abtupfen, nicht abtrocknen</li> <li>• Hautpflege nach Bedarf</li> </ul>
Fiebersenkende Ganzkörperwaschung	Patienten mit Fieber	Max. 10 °C unter Körpertemperatur	1 l Pfefferminztee auf 4 l Wasser	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegen Haarwuchsrichtung mit ausgewrungenem Waschlappen waschen</li> <li>• Nicht abtrocknen, damit das Wasser „nachkühlt“ (Patienten jedoch mit einem Tuch zudecken und vor Zug schützen, Fenster geschlossen halten)</li> <li>• Füße dabei warm halten, evtl. Socken anziehen</li> </ul>
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, verseiftes 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 wischen
  - 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 Oberschen-

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 zurückschieben, um eine Paraphimose (> Kap. 33.8.2) zu verhindern
- Penischaft 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 Nachtschränken 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, Waschutzensilien 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"> <li>• Förderung der Körperwahrnehmung</li> <li>• Anregung und Belebung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung der Körperwahrnehmung</li> <li>• Beruhigung und Entspannung</li> </ul>
Indikationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Depression</li> <li>• Bei Somnolenz (<i>übermäßige Schläfrigkeit</i>)</li> <li>• Bei Bewusstlosigkeit</li> <li>• Bei Durchblutungsstörungen</li> <li>• Bei Kreislaufinstabilität und niedrigem Blutdruck</li> <li>• Bei schlaffem Muskeltonus</li> <li>• Am Morgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bei Unruhezuständen</li> <li>• Bei Angstzuständen</li> <li>• Bei Schmerzen</li> <li>• Bei Einschlafstörungen</li> <li>• Bei einem hohen Muskeltonus</li> <li>• Am Abend</li> </ul>
Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eher kühlere Raumtemperatur</li> <li>• Keine Störungen</li> <li>• Nur eine Person wäscht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warme Raumtemperatur</li> <li>• Keine Störungen</li> <li>• Wenig mit dem Patienten sprechen</li> <li>• Nur eine Person wäscht</li> </ul>
Material	Rauer Waschlappen/Schwamm und raues Handtuch	Weicher Waschlappen und weiches Handtuch
Wassertemperatur	Ca. 10 °C unter der Körpertemperatur: 24–28 °C	37–40 °C, bei Abkühlung Wasser wieder erwärmen
Zusätze	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich nicht notwendig</li> <li>• Ggf. Rosmarin (als ätherisches Öl, Tee oder Rosmarinmilch) oder Zitrone (als ätherisches Öl oder Zitronensaft) zusetzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundsätzlich nicht notwendig</li> <li>• Ggf. Lavendel (als ätherisches Öl, Tee oder Lavendelmilch) oder Hopfenblüten (als Tee) zusetzen</li> </ul>
Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waschlappen tropfnass machen</li> <li>• 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</li> <li>• Am Körperstamm beginnen, dann erst die Extremitäten waschen</li> <li>• Das Abtrocknen und Eincremen erfolgt nach denselben Prinzipien</li> <li>• Dauer nicht länger als 20 Min.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waschlappen auswringen</li> <li>• Mit 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.</li> <li>• Am Körperstamm beginnen, dann erst die Extremitäten waschen</li> <li>• Die Waschbewegung soll deutlich für den Patienten zu spüren sein</li> <li>• Das Abtrocknen und Eincremen erfolgt nach denselben Prinzipien</li> </ul>

## 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
- Genügend 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 Pflegenden 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 Bettduchsysteme, bestehend aus fahrbarem Dusch- und Abwasserwagen, bei dem ein Thermostat die Wassertemperatur im Frischwasserbehälter reguliert, sowie einer wasserdichten Matratzenauflage mit integrierem 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 Körperpflege 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 Genitale 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 Pflegenden 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. stationseigenen Rasierapparat nach Verwendung desinfizieren
- **Bartpflege:** Tägliches Waschen des Barts mit warmem Wasser, mehrmals pro Woche Verwendung eines Bartshampoos, nach der Reinigung Kämmen des Barts.

## 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

- Drohende 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 Spüllösung, z. B. NaCl 0,9 %
- Ggf. nach Arztanordnung Augentropfen oder -salbe
- Händedesinfektionsmittel
- Abwurf.

#### 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 Spüllösung tränken
- Ggf. sterilen Einmalhandschuh anziehen
- Augenlider, Lidspalt, Wimpern, Auginnenwinkel 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 applizieren (> Kap. 35.1.5).

### Nachsorge

- Patienten bequem positionieren
- Material aufräumen und die Verbrauchsmaterialien entsorgen
- Maßnahme dokumentieren
- Veränderungen am Auge dem Arzt mitteilen.

## 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. Ohrschmalz (*Cerumen*) am Gehörgang kann mit Wattestäbchen vorsichtig entfernt werden, dabei für jede Ohrmuschel ein separates Wattestäbchen verwenden (bei Säuglingen und Kleinkindern gedrehte Zellstofftupfer)
- Hartnäckige Ceruminalpfropfen werden nach Arztanordnung mit speziellen Medikamenten aufgelöst und ausgespült (> 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*  
> Kap. 36.1

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
- Handschuhe
- 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 Zahnprothese und des Zahnfleisches
- 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 Speicheldrüsenenerkrankungen
- **Candidose** (*Mundsoor*): Befall der Mundschleimhaut mit einem Hefepilz (meist *Candida albicans*). Symptome: weißlich-graue, stippchen- 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 Zahnfleisches

Bei mangelnder Reinigung der Zähne und des Zahnfleisches 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 Zahnhalteapparats (**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 Zähneputzen (➤ Kap. 6.7.4)
- Reduzierung des Zuckergehalts in der Nahrung
- Zufuhr von Fluoriden.

## 6.7.4 Allgemeine Mundpflege

### Reinigungsmittel

- **Zahnbürste** mit kurzem Bürstenkopf und abgerundeten Borsten, bei hoher Blutungsgefahr Verwendung einer weichen Zahnbürste bzw. von Reinigungsstäbchen
  - **Zungenbürste**
  - **Zahnpasta**
  - **Mundspüllösung**, nach Arztanordnung desinfizierende Mundwässer
  - **Zahnseide** oder **Interdentalzahnbürste**.
- ### Zähneputzen
- 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 zurückschieben
  - Nach ca. 10 Rüttelbewegungen die gelösten Beläge vom Zahnfleisch in Richtung Zahn auswischen
  - Gründliches Zähneputzen dauert ca. 3 Minuten. Zum Abschluss spült der Patient den Mund aus und presst dabei das Wasser durch die Zahnzwischenräume.

### Zähneputzen bei Kindern

- Beginn beim Durchbruch der ersten Milchzähne
- Verwendung von Zahnpasta nicht vor dem 3. Lebensjahr
- Ab dem 3. Lebensjahr fluoridierte Kinderzahnpasta (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 Zähneputzen 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 Lippenkieferrgaumspalte (➤ Kap. 34.24.12) eingesetzt. Die Reinigung erfolgt unter fließendem Wasser oder mit Zahnbürste und Zahnpasta.

## Reinigung von Zahnprothesen

- 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 Pappnierschale 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 Zahnprothese massiert der Patient ggf. die Kaufläche 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 Zahnzwischenräume 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 Speichelsekretion
- 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 Pflegendе 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-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
- Behälter mit Mundpflegelösung
- Handschuhe
- 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

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

- Einmalzahnbürsten verwenden
- Zahnprothesen 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, Brotkrumen oder Dörrobst; Erhaltung der oralen Ernährung
- Lutschen von Eismwürfeln 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. Pflegenden 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 Schläfenbereich 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
- Bettschutz
- 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 Bettschutz 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 verschmutzten 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 Pflegendende auf **Form, Farbe** und **Struktur**. Besonderheiten, die spezielle Interventionen erfordern, werden im Pflegebericht dokumentiert. Im Normalfall ist der Nagel elastisch, quergebölbt 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
- Raue 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 zurückschieben, nicht schneiden
- Niemals die Nageltasche öffnen
- Nägel nicht zu oft lackieren, sparsam mit Nagellackentfernern (ohne Aceton) umgehen
- Nägel bei Bedarf mit Pflegeprodukten behandeln
- Brechende, gesplante 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 anbracht bei pflegeintensiven Patienten, präoperativ und vor invasiven Untersuchungen (z. B. Laparoskopie)
- **Vorteil** offener Patientenhemden: Problemloser, schneller Wechsel, Schutz vor Drücken 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)
- **Warme Wickel** nicht zu heiß auflegen, aber wärmer als die Körpertemperatur (ca. 38 °C)
- **Heiße 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, lauwarmer 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 Außentücher verwenden (Gefahr des Wärmestaus). Als Innentuch eignen sich z. B. Baumwollwindeln, Geschirrtücher oder Stofftaschentücher, als Zwischentücher Waschlappen oder Frotteetücher, als Außentücher z. B. Duschtücher, Stecklaken, Molton-Flanelltücher oder im ambulanten Bereich auch Wolltücher
- Innentuch nass machen, auswringen und faltenfrei auf- oder anlegen; Leinen- oder Baumwolltuch darüber wickeln 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 Temperaturempfinden anwenden
- Patienten nicht unbeabsichtigt im Wickel schwitzen lassen.

### Arten von Wickeln und Kompressen

- **Ölkompressen** lassen sich gefahrlos bei Patienten mit eingeschränktem Temperaturempfinden sowie in der Palliativpflege einsetzen
- **Feucht-heiße Bauchauflagen** geeignet z. B. bei Patienten mit Bauchkrämpfen, Blähungen, Obstipation, prämenstruellem Syndrom sowie bei Kindern mit „Kummerbauchweh“. Kontraindiziert bei unklaren akuten Bauchschmerzen, schwerer Herzinsuffizienz, Gerinnungsstörungen 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, 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 Gewebeschichten
- **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 Gewebeschichten 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
- **Betablocker** 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 verminderten 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 Dekubituslokalisation

- **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, Sitzbeinhöcker, 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 Aufnahmeunterlagen
- **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 Armprothesen
- 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 gewebeschonend** 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 Eigenbewegung, zur Hautinspektion, zum Einsatz druckverteilender 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. folgende Maßnahmen für die pflegerische Therapie eines Dekubitus:

- **Anamnese**, in der die Pflegenden bei allen Patienten wund- und therapiebedingte Einschränkungen erfasst
- **Planung der Maßnahmen** für die Bereiche wund- und therapiebedingte Beeinträchtigungen, Druckentlastung und -reduktion, Bewegungsförderung, Rezidivprophylaxe, Vermeidung weiterer Hautschäden, Hautschutz und Verbandswechsel
- **Information, Schulung und Anleitung des Patienten und seiner Angehörigen.**

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

- **Kategorie I:** Nicht wegdrückbare, umschriebene 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 Hautschichten
- **Kategorie IV:** Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf sowie Tunnel, Taschenbildung und Unterminierungen können vorliegen.
- **Keiner Kategorie zuordenbar: Tiefe unbekannt.** Vollständiger Gewebeverlust mit Belägen und/oder Schorf im Wundbett
- **Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt.** Livider oder rötlichbrauner Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes.

### Beobachtung und Dokumentation

- Körpersteller, an der sich der Dekubitus befindet (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 horizontale Distanz zwischen den Wundrändern
- Bestimmung der Tiefe, Beschreibung von Taschen, Fisteln und Unterminierungen mit Beziehung zur Uhr
- Beurteilung des Wundgrundes/der Gewebearten, die die Wunde dominieren (z. B. Granulationsgewebe, Ausmaß der Nekrosen)
- Wundränder und Wundumgebung
- Exsudat, Transsudat
- Wundgeruch
- Entzündungszeichen
- Wirkung der ursachenbezogenen und pflegerischen 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 nachgewiesenem Mangel sinnvoll
- Bei Verdacht auf Mangelernährung systematische Einschätzung durchführen

### Wundversorgung

- Entspricht den Grundprinzipien der Wundversorgung (> Kap. 43.13.4).
- Ab einem Dekubitus Kategorie II (EPUP) mit Schädigung der Epidermis gilt das Prinzip der hydroaktiven Wundversorgung
- Bei infizierter Dekubituswunde zusätzlich systemische Antibiotikatherapie nach vorheriger Erregerbestimmung (Wundabstrich > Kap. 30.4.3).

### Schmerzen

- Dekubitus Verursacht durch die Wunde selbst, die Wundversorgung oder den Einsatz von druckreduzierenden Hilfsmitteln
- Besonders bei bewusstseins eingeschränkten 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.**

## PflegeHeute Kompaktwissen

5. Aufl. 2019. 720 S., Flexcover

ISBN: 978-3-437-27844-0 | € [D] 35,-



**ELSEVIER**

[elsevier.de](http://elsevier.de)

**Empowering Knowledge**