

Gisela Mötzing Susanna Schwarz

Leitfaden[©] Altenpflege

Leseprobe

6. Auflage



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Handlungsfeld Altenpflege	1
1.1	Der Altenpflegeberuf im Wandel	3
1.2	Altersbilder und Alterstheorien	12
1.3	Wohnformen im Alter	16
1.4	Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung	26
1.5	Sozialrechtliche Unterstützung	44
1.6	In Teams zusammenarbeiten und Angehörige einbeziehen	54
1.7	Den Pflegeprozess planen	71
1.8	Rechtliche Grundlagen	86
1.9	Qualitätsmanagement	113
2	Pflege und Betreuung	125
2.1	Hygiene	126
2.2	Grundlagen der Kommunikation	144
2.3	Mobilität, Beweglichkeit, Entspannung und Schlaf	162
2.4	Unterstützung bei der Selbstversorgung	182
2.5	Umgang mit Schmerzen	257
3	Therapeutische Konzepte	271
3.1	Milieugestaltung	272
3.2	Biografiearbeit	274
3.3	Basale Stimulation®	275
3.4	Bobath-Konzept	284
3.5	Kinästhetik	295
3.6	Snoezelen®	304
3.7	Personenzentrierte Pflege nach Kitwood	306
3.8	Validation® und Integrative Validation®	311
3.9	Realitätsorientierungstraining (ROT)	315
4	Unterstützung der Tagesstruktur	317
4.1	Soziale Beziehungen	318
4.2	Soziale Betreuung	321
5	Prophylaxen	333
5.1	Deprivationsprophylaxe	334
5.2	Dekubitusprophylaxe	336
5.3	Pneumonie- und Atelektasenprophylaxe	341
5.4	Aspirationsprophylaxe	343
5.5	Kontrakturenprophylaxe	345
5.6	Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE)	347
5.7	Prophylaxe von Munderkrankungen	349
5.8	Intertrigoprophyllaxe	350
5.9	Harnwegsinfektionsprophylaxe	351
5.10	Obstipationsprophylaxe	352
5.11	Sturzprophylaxe	353

6	Behandlungspflege	357
6.1	Vitalzeichenkontrolle und krankheitsbedingte Unterstützung	358
6.2	Wundbehandlung und -verbände	397
6.3	Injektionen und Infusionen	426
6.4	Katheter und Sonden	438
6.5	Verabreichung von Sauerstoff	443
6.6	Perkutane endoskopische Gastrostomie/Jejunostomie (PEG/PEJ)	446
6.7	Stomapflege	448
6.8	Abführende Maßnahmen	457
6.9	Physikalische Behandlungsmaßnahmen	460
7	Umgang mit Medikamenten	465
7.1	Allgemeine Regeln	466
7.2	Einteilung nach Stoffgruppen	474
8	Gerontopsychiatrische Erkrankungen	493
8.1	Allgemeines	494
8.2	Demenzerkrankungen und akute Verwirrtheit	498
8.3	Depression und Manie	529
8.4	Suizidalität	533
8.5	Angsterkrankungen	535
8.6	Psychosomatische Erkrankungen	538
8.7	Posttraumatische Belastungsstörungen	539
8.8	Schizophrenie und andere Wahnerkrankungen	540
8.9	Suchterkrankungen	543
9	Erkrankungen des Alterns	549
9.1	Geriatrische Syndrome	552
9.2	Herzerkrankungen	559
9.3	Kreislauf- und Gefäßerkrankungen	566
9.4	Lungen- und Atemwegserkrankungen	575
9.5	Erkrankungen der Verdauungsorgane	583
9.6	Erkrankungen von Nieren und Harnwegen	587
9.7	Erkrankungen des Bewegungsapparates	591
9.8	Stoffwechselerkrankung: Diabetes mellitus	598
9.9	Hauterkrankungen	607
9.10	Erkrankungen der Sinnesorgane	609
9.11	Bösartige Tumorerkrankungen	614
9.12	Neurologische Erkrankungsbilder	622
10	Trauer, Sterben und Tod	641
10.1	Trauerprozess	642
10.2	Sterben und Tod	645
11	Notfälle im Alter	661
11.1	Organisatorisches im Vorfeld	663
11.2	Basismaßnahmen im Notfall	663
11.3	Kardiopulmonale Reanimation (Wiederbelebung)	667
11.4	Spezielle Notfallsituationen	669



Behandlungspflege

Gisela Mötzing, Kerstin Protz, Susanna Schwarz

- 6.1 Vitalzeichenkontrolle und krankheitsbedingte Unterstützung 358**
 - 6.1.1 Puls kontrollieren 358
 - 6.1.2 Blutdruck messen 361
 - 6.1.3 Körpertemperatur beobachten 364
 - 6.1.4 Bewusstsein 373
 - 6.1.5 Atmung 377
- 6.2 Wundbehandlung und -verbände 397**
 - 6.2.1 Wundverbände 402
 - 6.2.2 Hygienischer Verbandwechsel 415
 - 6.2.3 Behandlung von Dekubituswunden 416
 - 6.2.4 Behandlung bei venösem Unterschenkelgeschwür *Ulcus cruris venosum/* Kompressionstherapie 418
- 6.3 Injektionen und Infusionen 426**
 - 6.3.1 Injektionen 426
 - 6.3.2 Subkutane Injektion 428
 - 6.3.3 Insulininjektion mit PEN 430
 - 6.3.4 Intramuskuläre Injektion 431
 - 6.3.5 Infusionen vorbereiten 433
 - 6.3.6 Subkutane Infusion 434
 - 6.3.7 Umgang mit Portkathetersystem (Port) 435
- 6.4 Katheter und Sonden 438**
 - 6.4.1 Transurethrale Katheter 438
 - 6.4.2 Suprapubische Katheterisierung 442
- 6.5 Verabreichung von Sauerstoff 443**
- 6.6 Perkutane endoskopische Gastrostomie/Jejunostomie (PEG/PEJ) 446**
 - 6.7 Stomapflege 448
 - 6.7.1 Tracheostoma 448
 - 6.7.2 Kolostoma und Ileostoma 451
 - 6.7.3 Urostoma 456
- 6.8 Abführende Maßnahmen 457**
 - 6.8.1 Darmeinlauf 457
 - 6.8.2 Klistiere und Suppositorien 458
 - 6.8.3 Digitale Ausräumung 459
- 6.9 Physikalische Behandlungsmaßnahmen 460**
 - 6.9.1 Trockene Wärmebehandlung 460
 - 6.9.2 Feuchte Wärmebehandlung/ Wickel und Auflagen 461
 - 6.9.3 Kälteanwendung 462

6.1 Vitalzeichenkontrolle und krankheitsbedingte Unterstützung

Gisela Mötzing

6.1.1 Puls kontrollieren

Puls: tastbare Druckwelle an den Arterienwänden.

Zentraler Puls: an herznahen Arterien (A. carotis communis, A. subclavia, A. femoralis, A. brachialis). Zentraler Puls, wenn sich peripherer Puls schlecht tasten lässt (Schockzustand).

Peripherer Puls: an herzfernen Arterien (Extremitäten). Beim Gesunden sind zentraler und peripherer Puls gleich. Differenzen: Pulsdefizit.

Puls tasten

- Meist an der A. radialis (Speichenschlagader) am Handgelenk oder A. carotis (Halsschlagader) am Hals. **Vorsicht:** nicht zu stark auf die A. carotis drücken (Vagusreiz)
- An jeder oberflächlich verlaufenden Arterie, die gegen ein Widerlager gedrückt werden kann (► Abb. 6.1). An den Füßen ist der Puls aufgrund häufig vorkommender Durchblutungsstörungen bei alten Menschen schlecht tastbar
- Immer unter gleichen Bedingungen: in Ruhe, vor dem Essen. Pflegebedürftigen informieren
- Handgelenk entspannt, leicht gebeugt, auf Unterlage abgelegt
- Fingerkuppen von Zeige-, Mittel-, Ringfinger der Pflegeperson drücken leicht auf die Arterie. Nicht mit Daumen fühlen, eigener Puls überlagert sonst Puls des Pflegebedürftigen
- Pulswelle **15 Sek.** lang zählen, erste Welle mit 0 beginnen; Ergebnis mit 4 multiplizieren
- Bei Erstmessung oder unregelmäßigem Puls 1 Min. durchzählen
- Pulsqualität und -rhythmus beobachten
- Ist der Radialis puls schlecht zu fühlen (Schock, niedriger Blutdruck), dann wird der zentrale Puls gemessen. Taststellen: A. carotis (seitliches Halsdreieck), A. femoralis (Leiste)
- Ermittelten Wert sowie evtl. Unregelmäßigkeiten dokumentieren (mit Uhrzeit, Hinweis auf ggf. Veränderungen und Auffälligkeiten).



Tipps und Tricks

- Erste Pulsmessung immer rechts **und** links wegen möglicher Seitendifferenz
- 1 (ganze) Min. zählen bei Herzerkrankungen, Therapie mit herzwirksamen Medikamenten (Digitalis), bei Erstmessung, ärztl. Anordnung, Abweichung von bisherigen Messwerten
- Neu auftretende Pulsveränderungen können lebensbedrohlich sein, immer RR-Kontrolle und Arzt verständigen
- Bei Arrhythmie, Hypotonie und Schockzeichen zentralen Puls zählen.

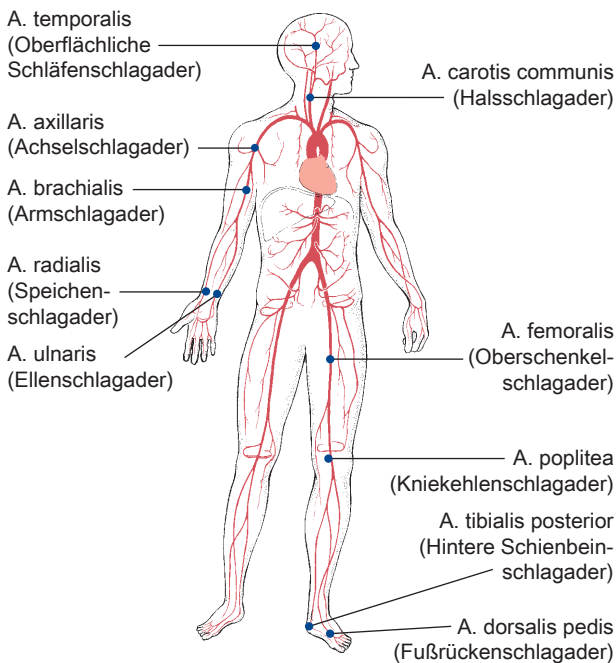


Abb. 6.1 Geeignete Puls-Taststellen [L190]

Pulsqualität

Füllungs- und Spannungszustand des getasteten Gefäßes ist abhängig von Blutmenge, Kontraktionskraft des Herzens und vom Gefäß selbst. Bei Abweichungen vom normalen Füllungs- und Spannungszustand immer RR kontrollieren.

- Harter (großer) Puls: bei Arteriosklerose, Hypertonie
- Weicher (kleiner) Puls: bei Hypotonie, Herzinsuffizienz, Fieber
- Fadenförmiger, weicher, schneller Puls: bei Kreislaufkollaps, Schock.

Pulsfrequenz

Anzahl der Pulsschläge pro Min. Erwachsene: 60–80 Schläge pro Min. **Alte Menschen:** bis zu 85 Schlägen/Minute werden als normal angesehen (arteriosklerotische Veränderungen).

Tachykardie

Frequenz: ≥ 100 Schläge pro Min.

- **Physiologisch:** bei körperlicher Anstrengung, psychischer Erregung wie Freude, Angst, Schreck, Aufregung, Zorn; nach Mahlzeiten, Alkohol, Koffein, Nikotinabusus
- **Pathologisch:** bei Herzerkrankungen (Insuffizienz, Klappenfehler), Stoffwechselerhöhung (Hyperthyreose), Fieber, Flüssigkeitsmangel (Diarrhö, Blu-

tungen) und Dehydratation, Schock, als NW von Medikamenten, bei Schmerzen

- **Paroxysmale Tachykardie:** anfallsweise Frequenzerhöhung bis zu 220 Schläge/Min., evtl. mit Begleitsymptomen wie Schwindel, Atemnot, Ohnmacht, Schweißausbruch, Angst. Vorkommen z. B. bei Digitalisintoxikation, Herzerkrankungen. **Sofort Arzt informieren.**

Bradykardie

Frequenz: ≤ 60 Schläge pro Min.

Physiologisch: bei „Sportlerherz“ (Leistungssportler), im Schlaf, in Ruhe, Entspannung.

Pathologisch: bei Störungen der Erregungsbildung und Reizleitung im Herzen, gesteigertem Hirndruck (Hirnblutung, -infarkt, Hirnhautentzündung), Stoffwechselerlangsamung (Hypoglykämie, Hypothyreose), Unterkühlung, Erbrechen, NW von Medikamenten (z. B. β -Rezeptorenblocker, Morphine, Schlaf- und Beruhigungsmittel), evtl. beim Absaugen (Vagusreiz).

Konsequenzen für die Praxis

Wird an den peripheren Gefäßen eine Bradykardie festgestellt, immer mit Stethoskop den zentralen Puls messen. Es kann sein, dass keine echte Bradykardie vorliegt, sondern die Pulswelle nur nicht „unten ankommt“. Die Differenz zwischen zentralem und peripherem Puls nennt man Pulsdefizit.

Pulsrhythmus

Rhythmus der Schlagfolge, bei Gesunden regelmäßig (► Abb. 6.2).

6

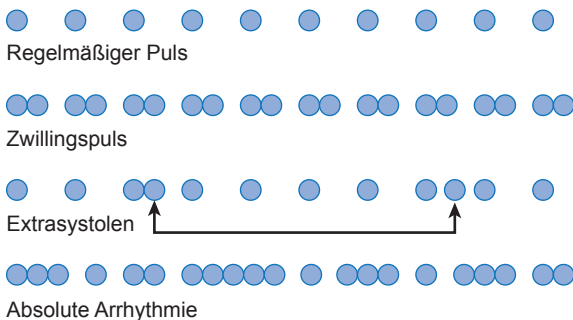


Abb. 6.2 Pulsrhythmus [L231]

Arrhythmie

- **Bradyarrhythmie** (fehlender, zu langsamer Puls) oder **Tachyarrhythmie** (zu schneller, unregelmäßiger Rhythmus)
- **Respiratorische Arrhythmie:** Frequenz bei Einatmung erhöht, bei Ausatmung erniedrigt; i. d. R. harmlos
- **Extrasystolen:** unregelmäßige Herzschläge außerhalb des Grundrhythmus, meist vorzeitig, oft auch verspätet, einzeln oder gehäuft auftretend, z. B. nach Infarkt, bei Herzinsuffizienz, Rauchen, Angst („Herzstolpern“)

- **Bigeminus** (Zwillingspuls): regelmäßige Doppelschläge, gefolgt von einer Pause (Digitalisüberdosierung)
- **Absolute Arrhythmie**: völlig unregelmäßige Pulsschlagfolge, bedingt durch Vorhofflimmern (koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt)
- **Asystolie**: Herz-Kreislauf-Stillstand, Pulslosigkeit.

Herzerkrankungen ▶ 9.1

6.1.2 Blutdruck messen

Blutdruck: Druck des Blutes, das aus der linken Herzkammer in das arterielle System gepumpt wird; gemessen in mmHg (mm Quecksilbersäule) nach Riva-Rocci (RR). Die Höhe des RR ist u. a. abhängig von Herzleistung, Füllungszustand und Beschaffenheit der Gefäße, von Alter, Konstitution, Körperlage, physischer und psychischer Belastung.



Begriffe der Herzaktion

- **Systole**: Kontraktion (Zusammenziehen) der Herzkammern, 1. hoher Wert
- **Diastole**: Erschlaffung der Herzkammern, 2. niedriger Wert
- **Amplitude**: Differenz zwischen Systole und Diastole, abhängig von Elastizität der Gefäßwände. Beträgt normalerweise 40–60 mmHg.

Im Alter steigt der Blutdruck meistens an. Grund ist eine abnehmende Anpassungsfähigkeit der Blutgefäße an den Blutdruck. Sie verlieren an Elastizität (systolischer Druck steigt an). Hypertonie ist abhängig von zusätzlichen Faktoren wie z. B. Übergewicht, Diabetes mellitus und Rauchen.

Hypertonie, Blutdruckwerte ▶ 9.3.1

Blutdruckmessung

Die Messung des arteriellen Blutdrucks ist ein Element der Diagnostik (▶ Abb. 6.3). Sie dient der Kontrolle der Herz-Kreislauf-Funktionen des Pflegebedürftigen und gibt erste Hinweise auf eine mögliche Erkrankung des Herzens oder der Arterien.



Achtung

- RR-Messung meist durch **auskultatorische Messmethode** (präzisere Werte als die elektronische RR-Messung)
- Palpatorische Methode: Durch Tasten des Pulses während der Kontraktionsphase der Herzkammern. Nur systolischer Wert ist so ermittelbar.

Indikationen für Blutdruck-Kontrollen

- Nach ärztl. Anordnung i. d. R. bei bekannten Herz- und Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen
- Hypertensive (Hochdruck-)Krise (▶ 9.3.1; Messung alle 15–20 Min.), starke RR-Schwankungen
- In Notfallsituationen: nach Sturz, bei Schwindel, Ohnmacht, Schmerzen in Brust- bzw. Bauchraum (Verdacht auf Herzinfarkt), Flüssigkeitsverlusten, BZ-Entgleisungen
- Bei Unruhe und akuten Desorientierungszuständen v. a. nachts, Unwohlsein

- Vor der Mobilisation und vor kreislaufbelastenden pflegerischen Interventionen, wie z. B. Einlauf
- Bei Einzug in Pflegeeinrichtung.

Vorbereitung

- RR-Kontrolle in Ruhe, Geräusche möglichst abstellen, nicht sprechen. Nicht nach Aufregung, körperlicher Belastung
- Immer am gleichen Arm messen, bei Seitendifferenz an dem mit höherem Wert
- Immer in gleicher Position messen (sitzend oder liegend)
- Nie an Extremitäten mit venösem Zugang, Shunt, Hemiplegie, Wunden oder Lymphödem messen
- Manschettenbreite und -länge auf Oberarmumfang und -länge abstimmen, falsche Werte bei zu kleiner oder zu großer Manschette (► Tab. 6.1).

Tab. 6.1 Manschettengrößen

Oberarmumfang in cm	Manschettengröße in cm
≤ 33 cm	12 × 24 cm
33–40 cm	15 × 30 cm
≥ 40 cm	18 × 36 cm

Durchführung

- Pflegebedürftigen informieren; Arm entspannt, leicht gebeugt, in Herzhöhe auf Tisch oder Kissen lagern (► Abb. 6.3); rückenschonende Position einnehmen (sich z. B. auf Stuhl setzen)
- Luftleere Manschette 2–3 cm oberhalb der Ellenbeuge am entblößten Oberarm faltenfrei und dicht anlegen (einengende Kleidung entfernen oder öffnen)
- Aufblasbares Manschettenteil soll mindestens die Innenseite des Oberarms bedecken, Schläuche nicht direkt in Ellenbeuge (Störgeräusche)
- Ohr-Oliven des Stethoskops in die Ohren stecken, Richtung Gesicht
- Membran des Stethoskops durch Klopfen überprüfen
- Stethoskop in der Ellenbeuge auflegen (wenig Druck); Ventil schließen, Zeiger am Manometer steht auf „0“
- Manschette aufpumpen bis zum erwarteten Wert plus 30 mmHg, max. bis 230 mmHg; bzw. beim Aufpumpen Radialis puls fühlen und wenn nicht mehr fühlbar, noch 30 mmHg zusätzlich aufpumpen
- Luft langsam (max. 3–5 mmHg/Sek.) ablassen: erster hörbarer Ton ist Systole, letzter hörbarer Ton ist Diastole (Korotkow-Geräusche). Manometer in Herzhöhe halten.

Nachsorge

- Ermittelte Werte sowie Lage (stehend, sitzend, liegend) und ggf. Vorkommnisse (wie Aufregung, körperliche Belastung) dokumentieren
- Manschette, Ohr-Oliven und Membran desinfizieren
- Ggf. Arzt informieren.

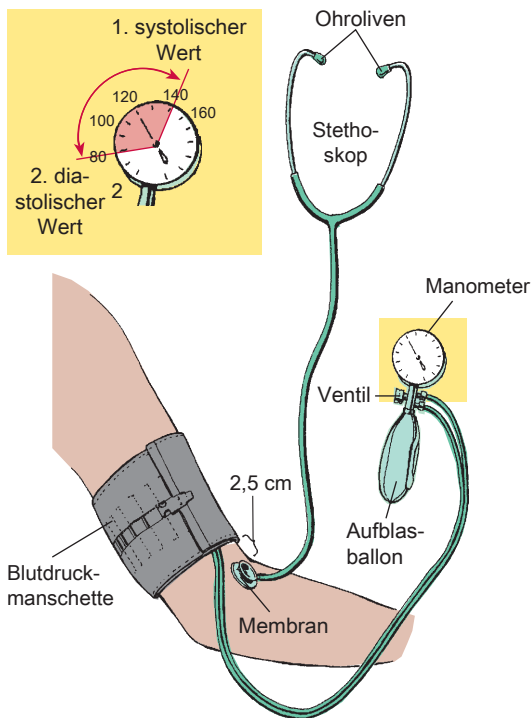


Abb. 6.3 Indirekte RR-Messung nach Riva-Rocci [L190]

Konsequenzen für die Praxis

- Bei hypertensiver Krise oder sonstigen RR-Auffälligkeiten sofort Arzt oder Notarzt benachrichtigen, ggf. Notfallmedikamente, Notfallmaßnahmen (► Kap. 11)
- Bei Wiederholung 1 Min. warten und Manschette ganz luftleer machen
- Messgeräte mit in die Manschette integriertem Stethoskop so anlegen, dass Membran in der Ellenbeuge liegt
- RR-Gerät regelmäßig warten lassen, Eichung alle zwei Jahre oder neues Gerät
- RR-Kontrolle ist eine Leistung der Behandlungspflege, daher ist eine ärztl. Verordnung notwendig (außer in Notfällen)
- Selbstkontrolle mit elektronischen Oberarm- oder Handgelenk-RR-Geräten: auf CE-Zeichen und Prüfprotokoll achten (Qualitätsmerkmale)! Immer Bedienungsanleitung beachten! Einweisung nötig in korrekte Messtechnik, Dokumentation und Auswertung (Sanitätshaus/Apotheke)
- Fehlerquellen ausschließen (► Tab. 6.2).

Tab. 6.2 Häufige Fehlerquellen bei der Blutdruckmessung und ihre Folgen

Fehlerquelle	Folge
Luft zu schnell abgelassen	Falsch niedriger systolischer und falsch hoher diastolischer Blutdruckwert
Manschette nicht genug aufgepumpt	Falsch niedriger systolischer Wert
Manschette über der Kleidung angelegt	Falsch hohe Werte
Beengende Kleidung am Oberarm nicht entfernt	Falsch niedrige Werte
Manschettenbreite nicht passend zum Armdurchmesser	Zu breite Manschette führt zu falsch niedrigen, zu schmale Manschette zu falsch hohen Werten
Manschette zu locker angelegt	Falsch hohe Werte
Arm über Herzhöhe gelagert	Falsch niedrige Werte
Arm im Ellenbogengelenk nicht gestreckt	Falsch niedrige Werte
Zu lange gestaut oder Druck zu langsam abgelassen	Falsch hohe Werte
Korotkow-Töne sind nicht genau zu hören wegen störender Geräusche im Zimmer (z. B. Gespräche, Fernseher)	Falsch niedrige oder hohe Werte

**Wichtig**

- Puls- und Blutdruckkontrolle erfolgt i. d. R. durch Pflegefachkräfte (fachliche Beurteilung durch Fachkompetenz)
- Messung von Puls und Blutdruck auch durch Pflegehelfer und Altenpflegehelfer möglich, wenn diese die entsprechende Ausbildung hatten (länderabhängig)
- Entscheidend ist Tätigkeitsbeschreibung in Stellenbeschreibung der Pflegeeinrichtung und der gültige Pflegestandard der Einrichtung.

6.1.3 Körpertemperatur beobachten

Körpertemperatur: Voraussetzung für den normalen Ablauf aller Lebensvorgänge; variiert je nach Körperteil und Messmethode (► Tab. 6.3).

- **Körperkerntemperatur:** Temperatur im Inneren des Körpers, liegt bei ca. 37 °C; wird durch Regulationsmechanismen (Wärmebildung und Wärmeabgabe) relativ konstant gehalten
- **Schalentemperatur:** Temperatur an der Körperoberfläche (z. B. an Extremitäten, Haut), ca. 23–32 °C
- **Normaltemperatur:** 36,3–37,4 °C, individuell sehr verschieden
- **Schwankungen** innerhalb eines Tages bis zu 1 °C; Maximum ca. 16:00–17:00 Uhr, Minimum ca. 6:00 Uhr
- **Physiologische Schwankungen** bei Bewegung, Aufregung, Hitze, Kälte
- **Pathologische Schwankungen** bei Störungen der Wärmebildung und Wärmeleitung, Dehydratation, Stoffwechselkrankheiten.

Tab. 6.3 Abweichungen von der normalen Körpertemperatur

Höhe der Körpertemperatur in °C	Schweregrad
≤ 27	Unterste Grenze, Tod
≤ 36	Untertemperatur
36,1–37,4	Normale Körpertemperatur
37,5–38,0	Subfebrile Temperatur
38,1–38,5	Leichtes Fieber
38,6–39,0	Mäßiges Fieber
39,1–39,9	Hohes Fieber
≥ 40	Sehr hohes Fieber
≥ 42	Eiweißgerinnung, Tod

- Wohlfühltemperatur ist die Umgebungstemperatur, bei der ein Mensch weder friert noch schwitzt; individuell sehr verschieden, abhängig von Alter, Stoffwechsellaage, Durchblutung, Kleidung, Luftfeuchtigkeit und -temperatur, Wind, Gewohnheiten, Ernährung, Bewegung
- Alte Menschen haben häufig eine höhere Wohlfühltemperatur (mangelnde Bewegung, weniger Fettgewebe, Mehrfacherkrankungen).

Temperatur messen

Die Messung der Körpertemperatur kann an verschiedenen Körperstellen erfolgen. Rektale Messung und Ohrmessung entsprechen bei richtiger Anwendung der Körperkerntemperatur, sublingualer und axillarer Wert liegen ca. 0,5 °C darunter.

Indikationen

- Auf ärztl. Anordnung zur Beurteilung von Krankheitsverläufen, Wirksamkeitskontrolle von Medikamenten (Antibiotika, fiebersenkende Mittel), Überwachung der Wundheilung, postoperativ
- Verdacht auf Temperaturveränderungen (Frieren, Schwitzen, Erkältungszeichen, fiebriges Gefühl, rotes warmes Gesicht, Infekte und Infektionen).

Thermometerarten

Maximalthermometer: Glaskörperthermometer mit Messflüssigkeit aus gefärbtem Alkohol. Vor dem Messen muss die Anzeigensäule heruntergeschlagen werden. Nicht empfehlenswert wegen Zerbrechlichkeit.

Digitalthermometer: sehr sicher, bruchstabil, Batterie nötig, Messung innerhalb von 30–60 Sekunden, Messende wird mit Ton angezeigt, Wert wird digital angezeigt, empfehlenswert (► Abb. 6.4).

Infrarot-Ohrthermometer: mit einem Infrarotfühler wird die Temperatur innerhalb von Sekunden direkt am Trommelfell gemessen, sicher, Akkubetrieb, für manche alte Menschen ungewohnt. Trommelfell hat gleiche Temperatur wie der Körperkern.

Elektronische Thermometer: Messsonde mit rotem (rektal) oder blauem (sublingual) Griff, verbunden mit Messgerät. Sehr schnelle und schonende Messung.



Abb. 6.4 Thermometerarten: a) Infrarot-Ohrthermometer [V410], b) Digitalthermometer [V608]



Achtung

- ! **Maximalthermometer** als Quecksilberthermometer sind veraltet, werden nicht mehr wegen Quecksilbergefährdung verwendet und sind in der EU verboten
- Pflegebedürftigen, die privat im Besitz von Quecksilberthermometern sind, von der Nutzung abraten
- Vor Gebrauch eines Thermometers die Gebrauchsanweisung lesen.

6

Durchführung/Messmethoden

Verschiedene **Methoden der Temperaturmessung** möglich, je nach Möglichkeiten und Akzeptanz des Pflegebedürftigen. Wenn kein persönliches Thermometer vorhanden, immer Schutzhülle oder -kappe verwenden.

Axillare, inguinale Messung

Trockenes Thermometer in trockene Achselhöhle oder Leistenbeuge; Oberarm seitlich an Oberkörper, Unterarm über Brust legen bzw. Oberschenkel anwinkeln.

Vorteile: angenehm, hygienisch, wird von alten Menschen i. d. R. akzeptiert.

Nachteile: lange Messdauer, Ergebnis kann durch Reibung, Bewegung, Schweißbildung ungenau und verfälscht werden. Ungeeignet bei desorientierten, kachektischen, unruhigen Menschen. Messung in der Leistenbeuge ist in der Altenpflege selten.

Rektale Messung

Wegen Eingriff in die Intimsphäre von vielen alten Menschen nicht akzeptiert. Seitenlage des Pflegebedürftigen, Einmalschutzhülle über Thermometer bzw. dieses anfeuchten und vorsichtig, leicht drehend in Darm einführen (ca. 3 cm); auf Hämorrhoiden achten, Pflegebedürftigen zudecken, bei fiebernden, unruhigen und ängstlichen Personen immer dabeibleiben und Thermometer festhalten.

Vorteile: kurze Messdauer, genauer Wert.

Nachteile: Eingriff in Intimsphäre, Gefahr der Keimverschleppung. Nicht geeignet bei gefülltem Enddarm, nach Operationen im Enddarmbereich, bei starken Hämorrhoiden, Diarrhö, Rhagaden, Analprolaps und sehr unruhigen Menschen.

Sublinguale Messung

Messung unter der Zunge, wird meistens gut akzeptiert. Thermometer in der Mitte unter Zunge legen (rechts oder links neben Zungenbändchen), Mund schließen lassen. Keine heißen oder sehr kalten Getränke vor der Messung.

Vorteile: einfach, schnell.

Nachteile: ungeeignet bei Hustenreiz, Faszialisparese, unruhigen Menschen und Demenzerkrankten, Menschen, die Handlungsanweisung nicht verstehen, sowie nach dem Essen und Trinken.

Aurikuläre Messung (im Ohr)

Sehr schnelle Messung innerhalb 1 Sek.; Wert entspricht Temperatur bei oraler Messung. Hörgerät einige Minuten vor Messung entfernen. Durch leichtes Ziehen am Ohr wird der Gehörgang gestreckt und Messung am Trommelfell sichergestellt.

Vorteile: sehr schnelle und genaue Messung. Empfehlenswert, wenn vom Pflegebedürftigen akzeptiert.

Nachteil: für manche alte Menschen ungewohnt.

Nachsorge

- Ermittelten Wert, Messort und evtl. aufgetretene Vorkommnisse oder Abweichungen sofort dokumentieren; ggf. Arzt informieren
- Pflegebedürftigen ggf. wieder positionieren, zudecken oder beim Anziehen/Aufstehen unterstützen
- Thermometer desinfizieren und reinigen.

**Tipps und Tricks**

- Einfetten der Thermometerspitze verfälscht Ergebnis nach unten
- Einmalschutzhüllen bzw. -kappen verwenden
- Gebrauchsanleitung genau befolgen.

Fieber

Fieber bedeutet in der Regel, dass der Körper seine Temperatur erhöht hat, um eine Infektion abzuwehren oder eine Krankheit zu bekämpfen (Fieberarten ► Abb. 6.5). Auf über 38°C erhöhte Körperkerntemperatur durch eine krankheitsbedingte Sollwertverschiebung im Wärmeregulationszentrum des Gehirns. Verschiedene Ursachen möglich.

Ursachen

- **Infektiöses Fieber** durch Stoffwechselprodukte oder Gifte von Bakterien, Viren, Pilze (Pneumonie, Sepsis)
- **Resorptions- oder aseptisches Fieber** durch Aufsaugung (Resorption) von Blutergüssen, nekrotischem Gewebe, großen und offenen Wunden, Sekreten (bei Dekubitus, nach Operationen)
- **Allergisches Fieber** durch Medikamente, artfremde Eiweiße
- **Zentrales Fieber** durch Schädigung des Wärmeregulationszentrums (Schädel-Hirn-Verletzungen oder bei Sterbenden)
- **Fieber bei entzündlichen Systemerkrankungen** (rheumatoide Arthritis)
- **Dehydratationsfieber** durch Flüssigkeitsmangel
- **Wärmestaufieber** bei Hitzestau durch zu warme und luftdichte Bekleidung.



Nach der Fieberdefinition sind das Dehydratationsfieber und das Wärmestaufieber kein echtes Fieber, weil keine Sollwertverschiebung stattfindet.

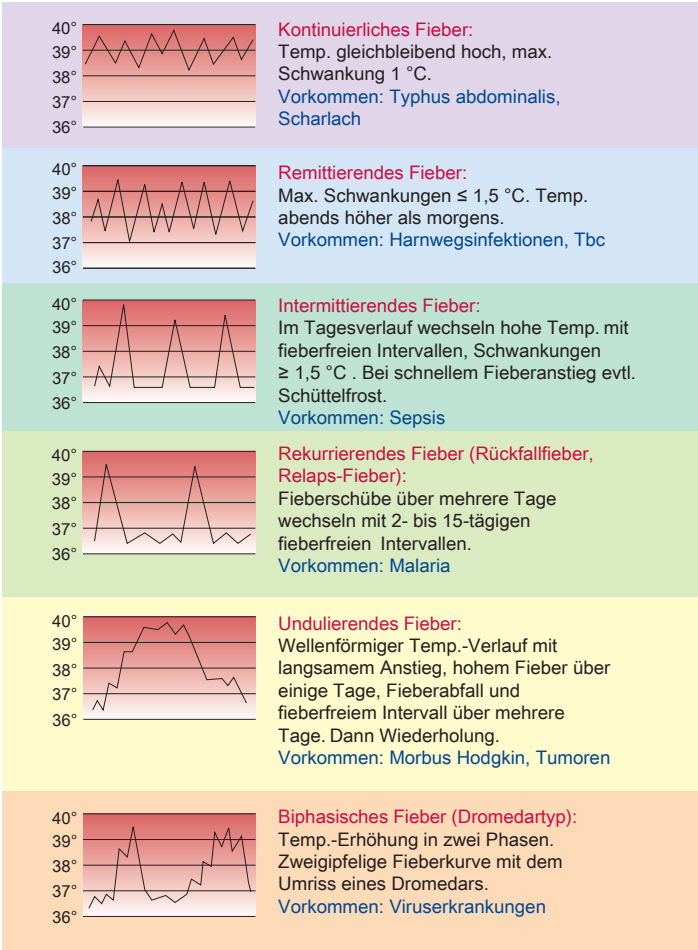


Abb. 6.5 Fieberarten [L190]

Symptome

Fiebersymptome können, müssen aber nicht vorhanden sein.

Subjektive Symptome: allgemeines Krankheitsgefühl, Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Leistungsverminderung, Kopf- und Gliederschmerzen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit, Frösteln, Hitzeschauer, Durst (kann bei alten Menschen auch völlig fehlen), Appetitlosigkeit.

Objektive Symptome: Anstieg von Temperatur und Puls (um 5–10 Pulsschläge/Min. pro 1 °C Temperaturerhöhung), beschleunigte, meist oberflächliche Atmung; ggf. Gewichtsabnahme; trockene, oft belegte Zunge, rissige Lippen; bei un-

genügender Flüssigkeitszufuhr verminderte Urinausscheidung, stark konzentrierter Urin; Obstipation; heiße, häufig gerötete Haut, großporiger, warmer Schweiß; glänzende Augen; Unruhe, Desorientierung, Halluzinationen, Schlaflosigkeit, evtl. Umkehr vom Tag-Nacht-Rhythmus.

Pflegemaßnahmen

Überwachung und Pflege Fieberkranker hängt ab von Zustand, Wünschen, Umgebung, Betreuungssituation. Bei Fieber immer sofort Arzt benachrichtigen.

Ziele von Pflegemaßnahmen

- Der Auslöser des Fiebers wird erkannt und behandelt (Arzt)
- Körpertemperatur erreicht wieder den Normbereich; keine schnelle Fiebersenkung
- Vermeidung von Sekundärerkrankungen
- Pflegebedürftiger erfährt Sicherheit.



Vorsicht

Fieber bei alten Menschen

Bei alten Menschen verläuft Fieber häufig weniger dramatisch (kein Schüttelfrost), eher subfebrile Temperaturen auch bei ernsthaften Infektionen, aber Gefahr von Kreislaufkollaps und Ateminsuffizienz ist erhöht.

Komplikationen

Schüttelfrost, Fieberdelir, Kreislaufkollaps, Dehydratation, Nierenversagen, Ateminsuffizienz, Thrombose, Stoffwechselentgleisung, verlängerte Rekonvaleszenz.

Betreuung und Überwachung

- Bei Fieber immer Arzt benachrichtigen
- Psychische Betreuung: Aufmunterung, Beruhigung, Aufklärung
- Temperatur, Atmung, RR, Puls, Hautfarbe, -zustand: Kontrolle mindestens halbstündlich bei kritischem Verlauf, zwei- bis mehrstündlich bei langsamem Anstieg und Abfall
- Bewusstsein, Orientierung, Befindlichkeit: bei jeder pflegerischen Handlung einschätzen
- Einbeziehung von Angehörigen: Informieren, ggf. anleiten zu Pflegemaßnahmen
- Bei kritischem Fieberverlauf: Pflegebedürftigen nicht alleine lassen
- Flüssigkeitsbilanz; auf Dehydratationszeichen achten, Ausscheidung beobachten
- Dehydratationsprophylaxe (► 2.4.3).

Körperpflege

- Lauwarme Waschungen nach Bedarf und Wunsch, Assistenz oder Übernahme durch die Pflegekraft. Keine kalten Waschungen wegen Kreislaufbelastung. Waschzusätze: Spritzer Zitronensaft oder Pfefferminztee
- Sorgfältige Mund-, Lippen-, Hautpflege
- Wäschewechsel nach Bedarf, Erkältungsgefahr bei feuchter, verschwitzter Wäsche
- Leichte, luftdurchlässige Kleidung und Wäsche (atmungsaktive Materialien, Baumwolle).

Körperpflege ► 2.4.1

Prophylaxen

Je nach Zustand und Fieberdauer: Pneumonie-, Munderkrankungs-, Dekubitus-, Thrombose-, Obstipations-, Kontrakturen- und Intertrigoprophylaxe.

Prophylaxen ▶ Kap. 5

Ernährung

- Mind. 2 l kühle Getränke nach Wunsch und Verträglichkeit (z. B. Tee, Saft, Mineralwasser, Saftschorle, Brühe); bei verordneter Flüssigkeitsbeschränkung: Rücksprache mit Arzt; pro °C Temperaturerhöhung 500 ml Flüssigkeit mehr
- Leichte appetitliche Wunschkost: vitamin-, kohlenhydrat-, eiweiß-, kochsalzreich, fettarm, leicht verdaulich; evtl. anfangs flüssig oder breiig, z. B. Suppen, Kompott, Obst, Joghurt

Umgebung

- Gut und häufig lüften, zu kalte Luft und Zugluft vermeiden
- Wenn toleriert, Raumtemperatur 17–19 °C, fördert Wärmeabstrahlung
- Kein grelles Licht, nach Wunsch abdunkeln, Ruhe ermöglichen
- Leichte Decke (evtl. nur Laken).

Mobilisation

- Im akuten Stadium Bettruhe; bei körperlicher Belastung besteht Kollapsgefahr
- Langsame, angepasste Mobilisation je nach Bewegungsdrang und Zustand: anfangs nur an Bettrand setzen lassen, wenn toleriert in Sessel, allmählich steigern. Sorgfältig Kreislauf kontrollieren
- Frühmobilisation durch 2 Pflegekräfte, vorher RR messen.

Fiebersenkende Maßnahmen

- Medikamentöse Therapie auf schriftliche ärztl. Anordnung
- Behandlung der Grunderkrankung auf ärztl. Anordnung
- Fiebersenkende pflanzliche Medikamente (z. B. Homöopathika, ätherische Öle), evtl. Tees (Absprache mit Arzt)
- Physikalische Maßnahmen wie lauwarme Waschungen, evtl. mit Zitronen- oder Pfefferminzwasser (kreislaufbelastend!); gut abtrocknen
- Wadenwickel nach ärztl. Anordnung (▶ 6.8).

Pflegemaßnahmen entsprechend den Fieberphasen

Fieberanstieg

Frösteln, rasche Muskelkontraktionen: Wärmeproduktion, Zähneklappern, Schütteln des ganzen Körpers.

Maßnahmen: Wärmezufuhr durch Decken, Verabreichung warmer Getränke. Arzt benachrichtigen, Temperatur nach Beendigung des Schüttelfrostes kontrollieren, Dokumentation, Beruhigung, Pflegebedürftigen nicht alleine lassen, vor Verletzung schützen.



Vorsicht

- Keine Wärmflaschen wegen Verbrennungsgefahr (Anwendung lt. Pflegestandards in den meisten Pflegeeinrichtungen untersagt)
- Anwendung von Wärmekissen (Mikrowelle) lt. Pflegestandard möglich.

Fieberhöhe

Hitzegefühl, Hitzezeichen, Puls und Atemfrequenz meist erhöht, Angst, Unruhe, Unbehagen, ggf. Durst, Schütteln beendet.

Maßnahmen: Wärmespender entfernen, häufig Vitalzeichen sowie Temperatur, Aussehen, Bewusstseinslage kontrollieren, Beruhigung, Zuwendung, reichlich kühle Getränke, lauwarmer Abwaschungen, Wäschewechsel. Auf Arztanordnung Wadenwickel.

Fieberabfall

Starker Schweißausbruch (warm, großperlig), Temperaturabfall. Bei kaltem Schweiß, Blässe und Zyanose Gefahr von Kreislaufbelastung und -kollaps.

Maßnahmen: sorgfältige Beobachtung von Vitalzeichen, Temperatur, Aussehen, Bewusstseinslage; Beruhigung, Zuwendung, kühle Getränke, lauwarmer Waschung, Wäschewechsel.

Erschöpfung: großes Schlafbedürfnis. Ruhe ermöglichen, Besuche minimieren.

**Wichtig**

- Fieber bei alten Menschen sehr ernst nehmen: Vorbelastung durch Multimorbidität, schlechten Allgemein- und Ernährungszustand, Immobilität. Kann lebensbedrohlich sein
- Schüttelfrost, Fieber, alle Begleitsymptome und Pflegemaßnahmen dokumentieren
- Fiebernde mit Diabetes mellitus: Gefahr der Hypoglykämie. BZ-Kontrolle, evtl. Medikamentenänderung, Arzt informieren
- Wärmeentziehende Maßnahmen sofort abbrechen bei Kreislaufproblemen, Unbehagen, Frieren, blasser und kühler Haut.

Untertemperatur (Hypothermie)

Untertemperatur bei $\leq 36^\circ\text{C}$. Wärmeverlust ist größer als Wärmeproduktion und -zufuhr.

Ursachen

- Auskühlung: Kälte, Feuchtigkeit (Schweiß, Wasser, Nebel) und Wind zusammen beschleunigen Wärmeabstrahlung und damit die Unterkühlung (nasse, unzureichende Kleidung an kaltem, windigem Tag). Gefahr bei Umherirren und Hinlaufgefährdung
- Stoffwechselerlangsamung (bei Hypothyreose, Kachexie)
- Schwere Blutverlust, Kollaps, Schock, Schädigung der Wärmeregulationszentren (z. B. Hirnblutung)
- Alkohol (Wärmeabgabe durch weitgestellte Gefäße) und Medikamente (Tranquilizer)
- Sterbeprozess (► 10.2).

Symptome

Stadien und Symptome einer Hypothermie ► Tab. 6.4

Tab. 6.4 Stadien und Symptome der Hypothermie

Stadium	Körperkern-temperatur	Symptome
1: Abwehr	36–34 °C	Gänsehaut, Kältezittern, weiße bis bläuliche Haut, beschleunigte, vertiefte Atmung, leicht zyanotische Lippen und Akren, Tachykardie und Hypertonie, Schmerzen, Bewusstsein: klar bis desorientiert, evtl. Erregung
2: Erschöpfung	34–30 °C	Kältezittern beendet, Muskelstarre, Bradykardie, Arrhythmie, niedriger Blutdruck, Atmung flach und unregelmäßig, Schmerzempfindung nachlassend, Reflexe abgeschwächt, evtl. Halluzinationen, teilnahmslos bis bewusstlos
3: Lähmung	30–27 °C	Koma, Hypotonie, Arrhythmie, Puls klein, kaum tastbar und verlangsamt, Atempausen, Pupillen weit, keine Reflexe. Gefahr von Herz-Kreislauf- und Atemstillstand.
4: Tod	< 27 °C	Puls nicht tastbar, keine Atmung, keine Pupillenreflexe

Konsequenzen für die Praxis

- Stadium 2 und 3 → Notärztliche intensivmedizinische Überwachung und Therapie
- Bei Bewusstlosigkeit oder Kreislaufstillstand → Reanimation (► 11.3). Wiederbelebungszeit ist verlängert.

6

Pflegemaßnahmen bei Untertemperatur

- Arzt/Notarzt benachrichtigen
- Raumtemperatur 25–30 °C; nasse Kleidung entfernen, abtrocknen
- Keine aktive und möglichst wenig passive Bewegung, Flachlagerung
- Langsame, vorsichtige Erwärmung mit z. B. Körperwärme der Hilfsperson, Decken (Beine freilassen, damit Blut nicht „versackt“: Schockgefahr); bei zu schneller Erwärmung Kreislaufkollaps möglich
- Nicht mehr als 1 °C/Std. erwärmen; ggf. O₂-Gabe
- Kontinuierlich Vitalzeichen und Temperatur kontrollieren (Thermometer mit erweiterter Messskala verwenden)
- Bei klarem Bewusstsein warme, gesüßte Getränke; keinen Alkohol! Keine Medikamente
- Krankenhauseinweisung vorbereiten.

Maßnahmen zur Vermeidung von Unterkühlung

- Einübung jahreszeitgemäßer Kleidungs- und Verhaltensgewohnheiten
- Fürsorge bei hinlaufgefährdeten Menschen mit Demenz
- Training von Temperaturempfindung, z. B. Spaziergänge in angemessener Bekleidung auch bei kühlem Wetter
- Mobilisation und Förderung von Bewegungsaktivitäten
- Auch kalte Wasseranwendung, wenn akzeptiert (mit Arzt absprechen).



Tipps und Tricks

- Keine direkte periphere Erwärmung, z. B. mit Wärmflasche, Heizdecke. Gefahr von plötzlicher Gefäßerweiterung mit Rückfluss von kaltem Blut zum Herzen (Kreislaufversagen)!
- Bei längerer Kälteexposition auf Erfrierungszeichen an Ohren, Nase, Kinn, Zehen, Finger achten, z. B. Schmerzen, Gefühlslosigkeit, Blasen, Nekrosen
- Unterkühlungsgefahr bei Hinlaufgefährdung demenziell erkrankter älterer Menschen.

6.1.4 Bewusstsein

Bewusstsein: Gesamtheit aller kognitiven, emotionalen und wahrnehmenden Fähigkeiten. Bewusstsein beinhaltet das Verständnis für die Umgebung und das eigenen Ich.

Normal: Ein Mensch mit klarem Bewusstsein ist wach, ansprechbar und hat:

- Orientierung über Raum, Zeit, Situationen und Person
- Zielgerichtete Handlungsfähigkeit
- Aufmerksamkeits- und Auffassungsfähigkeit
- Erinnerungsfähigkeit.

Funktionen des Bewusstseins

Im Gehirn gibt es kein besonderes Bewusstseinsgebiet; Großhirn spielt entscheidende Rolle bei den unterschiedlichen Aspekten und Funktionen des Bewusstseins.

Funktionen: Denkfähigkeit, Merkfähigkeit, Orientierung, Reproduktionsfähigkeit, Vorstellungskraft, Handlungsvermögen, Reaktionsbereitschaft, Durchhaltevermögen, Aufmerksamkeit.

Bewusstseinsstörungen

Störungen des Bewusstseins können unterschiedliche Symptome haben. Sie werden in **qualitative** und **quantitative** Bewusstseinsstörungen unterschieden.

Qualitative Bewusstseinsstörungen

Bewusstseinsveränderung, bei der normale psychische Abläufe gestört sind. Bewusstseinsinhalte sind ohne Inhalt der Wachheit verändert. Handlungen von Betroffenen erscheinen oft unsinnig und sind nicht situationsgerecht. Betroffene sind häufig verunsichert, Störung löst Angst aus.

Bewusstseinsinseintrübung

Mensch hat mangelnde Klarheit des Erlebens, verschiedene Aspekte der eigenen Person und der Umwelt werden nicht verstanden und sinnvoll miteinander verknüpft; Verwirrtheit des Denkens und des Handelns. Vorkommen z. B. bei akuter Psychose, Demenz, Gehirntumoren, Schädel-Hirn-Traumen, Intoxikationen, Delir.

Bewusstseinsinseingung

Fokussierung des Menschen auf bestimmte Erlebnisse; es erscheint nur noch ein kleiner Ausschnitt des Gesamterlebens im Bewusstsein. Vorkommen z. B. bei psychiatrischen Erkrankungen.

Bewusstseinsverschiebung/-erweiterung

Subjektive Erweiterung der Sinneswahrnehmung; Gefühl einer allgemeinen Intensitätssteigerung Vorkommen z. B. bei psychiatrischen Erkrankungen, Manie, Schizophrenie, Drogenabusus.

Störungen der Orientierung

Orientierungsstörungen sind ein Symptom und können vielerlei Ursachen haben. Sie können kurzfristig sein (reversibel z. B. bei Delir) oder dauerhaft (z. B. bei Demenz). Orientierungsfähigkeit ist eine Funktion vom Bewusstsein (Gedächtnis). Als Orientierung bezeichnet man die kognitive Fähigkeit sich räumlich, zeitlich, situativ und in Bezug auf die eigene Person (auch andere Personen) orientieren zu können.

Desorientierung: Fähigkeit zur Orientierung ist ganz oder teilweise beeinträchtigt. Orientierungsstörungen treten sehr häufig im Zusammenhang mit Wahrnehmungsstörungen, Demenz, Psychosen, Gedächtnisstörungen oder Bewusstseinsstörungen auf. Sie treten einzeln oder kombiniert auf. Zeitliche und örtliche Orientierungsstörung treten zuerst auf, situative und auf die Person bezogene Desorientierung später.

ZÖSP = Fehlende Klarheit über zeitliche, örtliche, situative Gegebenheiten und über die eigene Person (► Tab. 6.5).

Tab.6.5 Störungen der Orientierung	
Bereiche der Orientierung	Störung der Orientierung
Zeitliche Orientierung	Zeitliche Desorientierung: Störungen bei Einordnung von Tageszeit, Wochentag, Datum, Jahr, Jahreszeit, Lebensjahr, Verlust der Zeitabfolge
Örtliche Orientierung (Ort und Raum)	Örtliche Desorientierung: Störung bei Einordnung von Aufenthaltsort (Pflegeeinrichtung, Krankenhaus), Störung im Zurechtfinden in Räumen und Orten, Umfeld, Straßenverkehr, zuerst im unbekannten Umfeld, später auch im bekannten Umfeld
Situative Orientierung	Situative Desorientierung bei der Einschätzung, Erkennung und Verhalten neuer und unbekannter Situationen, später auch der alltäglichen und gewohnten Situationen
Orientierung zur Person (eigene Person und andere Personen)	• Desorientierung zur eigenen Person: Wichtige biografische Daten sind nicht mehr bekannt • Andere Personen werden nicht mehr erkannt (Ehepartner, Kinder, Enkel, Nachbarn, Freunde)

Konsequenzen für die Praxis

- Störungen der Orientierung haben Auswirkung auf alle Alltagshandlungen und führen zu vielen Problemen und Einschränkungen bei der Selbstversorgung
- Erfassung der Orientierungsstörungen in Pflegeanamnese der Pflegeplanung und im Themenfeld 2 bei SIS®
- Neu auftretende Orientierungsstörungen vom Arzt abklären lassen
- Umgang mit Orientierungsstörungen bei Demenz (► 8.2).

Orientierungsstörungen im Alltag von Pflegebedürftigen (Beispiele)**Zeitlich:**

- Innere Uhr ist gestört, Tag-Nacht-Umkehr; nächtliche Aktivität (Telefonieren, Umherlaufen, Einkaufen gehen wollen)
- Keine Zeitabschätzung, Wartezeit von 5 Min. wird zur Ewigkeit
- Ständiges Fragen nach der Zeit, Bedeutung der Uhrzeit wird nicht erkannt
- Warten in einer Situation kann nicht bewältigt werden
- Hilflosigkeit und Unsicherheit durch Verlust des zeitlichen Bezugs.

Örtlich:

- Fragen: Wo bin ich? Eigenes Zimmer, Toilette, Gemeinschaftsraum nicht finden
- In Zimmer von Mitbewohnern gehen, ins fremde Bett legen
- Verlaufen (außer Haus, im Haus)
- Wege, Straßen werden nicht erkannt
- Gefährdendes Verhalten im Straßenverkehr (falsches Verhalten an Ampel, in den fließenden Verkehr laufen).

Situativ:

- Pflegesituation, z. B. bei der Körperpflege, wird nicht verstanden: Was willst Du? Geh weg
- Pflegebedürftiger fühlt sich bedroht durch eine Fernsehsituation, versteht die Fernsehsituation nicht
- Essen vom Teller von anderen Menschen
- Unterhaltung mit Spiegelbild
- Zahnprothese wird eingewickelt und in Wäschekorb gelegt.

Personenbezogen:

- Fragen: Wer sind Sie? Sind Sie mein Mann/meine Frau?
- Ehemann wird zum Sohn, Pfleger zum Ehemann oder Sohn
- Kinder, Enkel werden nicht mehr erkannt
- Wer ist das eigentlich? Familienfotos werden nicht mehr erkannt oder durcheinandergebracht. Eigene Bilder werden nicht mehr erkannt
- Fragen zur eigenen Person lösen Hilflosigkeit und Ratlosigkeit aus: Wie alt sind Sie? Wie ist ihr Name? Pflegebedürftige fühlt sich als junge Frau.

Quantitative Bewusstseinsstörungen

Veränderungen des wachen Bewusstseins können im Bereich einer übermäßigen Erhöhung des Wachheitsgrades (Hypervigilität) oder in einer Erniedrigung des Wachheitsgrades bis zum Koma liegen. Bewusstseinsverminderung wirkt sich auf die Wachheit aus (Vigilanz). Es gibt verschiedene Wachheitsgrade, die nicht immer klar voneinander abzugrenzen sind und ineinander übergehen können (► Tab. 6.6).

Tab. 6.6 Stadien des quantitativen Bewusstseins	
Wachheitsgrad	Zeichen/Ausprägung
Normaler Zustand = Eunoischer Zustand	Bewusstsein ist klar und wach; Vollbesitz der kognitiven Funktionen, z. B. Denkfunktion
Benommenheit	Leichteste Form der Bewusstseinsstörung; verlangsamtes Denken und Handeln; Person ist orientiert
Somnolenz	Starke Schläfrigkeit, aber weckbar, herabgesetzte Aufmerksamkeit, starke Verlangsamung, schleppende Sprache, gezielte Abwehrbewegung bei Schmerz, ohne Außenreize erneutes Einschlafen

Tab. 6.6 Stadien des quantitativen Bewusstseins (Forts.)	
Wachheitsgrad	Zeichen/Ausprägung
Sopor	Tiefschlafähnlicher Zustand. Keine spontane Aktion, nur durch heftige Reize weckbar, evtl. fallende Laute auf Reize, physiologische Reflexe erhalten
Koma	Schwerste Form. Tiefe Bewusstlosigkeit, keine Reaktion auf Ansprache, Bewegungs- und Reaktionslosigkeit, keine Reaktion auf Schmerzreize, evtl. Atemstörung

- **Hypervigilität:** Bewusstseinsstörung, die sich in gesteigerter Wachheit zeigt
- **Künstliches Koma:** Langzeitnarkose, die auf der Intensivstation überwacht wird; Medikamentenschlaf des Körpers, um den Körper bei schwerer Erkrankung/Verletzung zu entlasten.

Beobachtung des Bewusstseins

Beobachtung des Bewusstseins ist ärztliche Aufgabe und Aufgabe der Pflegefachkraft. Die Beobachtung des Bewusstseins geschieht normalerweise beiläufig.
Gezielte Beobachtung: nach Sturz, Unfall, Akuterkrankungen (Gehirn, Nervensystem, Herz), Tumorwachstum, Kreislaufkollaps, apallisches Syndrom, Intoxikationen (Medikamente, Giftpflanzen), instabilen Diabetes mellitus, bei jeder akuten Veränderung des Bewusstseinszustands.
Erster Überblick zur Bewusstseinslage mit dem **Post-Schema** (► Tab. 6.7).

Tab. 6.7 Post-Schema	
Beurteilungsbereich	Fragestellung
P (persönliche Orientierung)	Weiß er seine Daten (Name, Geburtsdatum, Wohnort)?
O (örtliche Orientierung)	Weiß er, wo er sich befindet?
S (situative Orientierung)	Weiß er, was passiert ist, und kann es mitteilen?
T (temporale Orientierung)	Weiß er, wie spät es ist, kennt das aktuelle Datum?

Einschätzung der Bewusstseinsstörung durch die Glasgow-Koma-Skala

Glaskow-Koma-Skala: Ermöglicht eine objektive Einschätzung/Dokumentation der Bewusstseinsstörung. Durch standardisierte Punktergabe kann eine Einschätzung vorgenommen werden. Beurteilt werden: Augenöffnung, verbale Reaktionen und motorische Reaktionen (► 11.4.2).

- ⚡ **Wichtig**
- Bei akuten Bewusstseinsveränderungen immer Arzt/Notarzt rufen
 - Beobachtung von Vitalzeichen, Bewusstseinsveränderungen
 - Bewusstlose Menschen können ggf. die Umwelt wahrnehmen (Sprache, Musik, Berührung); deswegen immer auch bewusstlose Menschen über Pflegehandlungen informieren, negative Äußerungen unterlassen.

Erhältlich in jeder Buchhandlung oder im Elsevier Webshop



Hier finden Sie alles, was Sie in Theorie und Praxis für die stationäre oder teilstationäre Altenpflege brauchen. Anschaulich, kompakt und absolut praxisnah werden alle wichtigen Aspekte zu Betreuung, Begleitung und Pflege des alten Menschen vermittelt.

Das Buch orientiert sich an den alltäglichen Anforderungen der Berufspraxis in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Der Leitfaden Altenpflege ist damit das ideale Nachschlagewerk für die tägliche Arbeit, vor allem für junge Berufskollegen und Auszubildende. Aber auch erfahrene Helfer in der Altenpflege erhalten wichtige Anregungen und Tipps, zum Beispiel zu Unterstützungsmöglichkeiten bei der Lebensgestaltung alter Menschen. Auch bei der Dokumentation erhalten Sie Unterstützung – die neue Dokumentationskultur (SIS) ist integriert.

Leitfaden Altenpflege

2018. 704 Seiten.

ISBN: 978-3-437-28434-2

€ [D] 31,- / € [A] 31,90 / SFr 42,-

Empowering Knowledge

