

## **A 1 Kommunikation im Beziehungsgeschehen Pflege**

- 1 Unter dem Begriff Kommunikation (lat.: communicare = teilen, mitteilen, teilnehmen lassen; gemeinsam machen) versteht man die verbale und/oder nonverbale Verständigung zwischen zwei oder mehreren Menschen.
- 2 Verbale Kommunikation erfolgt über Sprache; nonverbal (ohne Sprache) gibt es verschiedene Verständigungsmöglichkeiten, z. B. über die Körpersprache, mithilfe von Bildern, Zeichen, Symbolen oder elektronischen Kommunikationshilfen.
- 3 Das erste Axiom nach Paul Watzlawick lautet: Man kann nicht nicht kommunizieren, d. h., wir teilen uns immer mit, egal ob in verbaler oder nonverbaler Form.
- 4 Kommunikation und Pflege gehören untrennbar zusammen, wenn die „ganzheitliche Pflege“ ernst genommen wird, denn die menschliche Nähe, die wir im Beziehungsgeschehen Pflege einnehmen, bauen wir immer durch ein gemeinsames Gespräch auf.
- 5 Die Pflegekraft hat zahlreiche Kommunikationspartner, z. B. Kollegen, Patient/Bewohner, Schüler, WBL/StL, Geschäftsführung/HL, PDL, Angehörige, Ärzte, Stationshilfen(HW), Mitarbeiter des Labors, der Apotheke usw.
- 6 Empathie (= Einfühlungsvermögen), d. h. die Fähigkeit, sich in eine Situation einzufühlen und die akuten Bedürfnisse der Kommunikationspartner zu erkennen.
- 7 Pflegekräfte haben im beruflichen Alltag viele verschiedene Kommunikationspartner, die unterschiedlichste Anforderungen an sie stellen. So erwartet der Arzt einen fachkompetenten Gesprächspartner, wohingegen der Patient/Bewohner sowie dessen Angehörige Empathie (= Einfühlungsvermögen) fordern.
- 8 Von inkongruentem (lat.: incongruens = unpassend) Verhalten spricht man, wenn Sprache und Körpersprache im Widerspruch stehen.
- 9 Folgende negative Gefühle der Klienten können die Kommunikation beeinflussen:
  - Angst und Unsicherheit
  - Eindringen einer fremden Person (= Pflegefachkraft) in den eigenen Intimbereich
  - Gefühl des Alleinseins und des Ausgeliefertseins
  - Gefühl von Abhängigkeit und Hilflosigkeit, das sich im ungewohnten Umfeld verstärkt
- 10 Auch die Kommunikation mit den Angehörigen fällt nicht immer leicht. Die Verständigung kann belastet sein durch:
  - ein schlechtes Gewissen, Sorge, Unsicherheiten, Ängste
  - Übernahme von schwerwiegenden Entscheidungen für den Patienten/Bewohner
  - ungewohntes Umfeld bzw. negativ empfundenenes Umfeld
  - widersprüchliche Gefühle: Wunsch nach umfassender Information <-> Angst vor der Wahrheit
  - inkongruente Nachrichten
- 11 Gerade hier kann eine verbesserte Kommunikation von Seiten der Pflegekraft den Stress des Patienten/Bewohners und seiner Angehörigen mindern. Die Situation lässt sich entschärfen, wenn von Anfang an der Zeitrahmen abgesteckt wird, da die Zeit nicht unbegrenzt zur Verfügung steht und der Klient trotzdem das gute Gefühl erhält, dass sich „seine“ Pflegekraft für ihn jetzt Zeit nimmt. Außerdem sollte das Gespräch in einer ruhigen Umgebung geführt werden, sodass es zu möglichst wenigen Ablenkungen kommt. Die Pflegekraft sollte sich auf das Gespräch und den Gesprächspartner konzentrieren, Blickkontakt halten und signalisieren, dass sie die Ängste/Fragen des Klienten ernst nimmt.

## **A 2 Kommunikation – vom Senden und Empfangen**

- 1 individuelle Antworten, vergleiche Beispiele in Kap. 2.2
- 2 Der Psychologe Schulz von Thun unterscheidet bei der Nachrichtenübermittlung vier verschiedene Ebenen:
  - einen Sachinhalt

- eine Selbstoffenbarung bzw. Selbstkundgabe
- einen Beziehungsaspekt
- einen Appell

Die vier Ebenen der Nachricht stellen vier Varianten der Interpretation einer Information dar. Anders ausgedrückt: Bei jeder Äußerung wird häufig nur der Sachinhalt ausgesprochen (explizite Botschaft), aber alle anderen drei Botschaften schwingen unausgesprochen mit (implizite Botschaften). Friedemann Schulz von Thun hat die vier Seiten einer Äußerung deshalb als ein Quadrat dargestellt und dem Empfänger vier Ohren zugeordnet.

### **A 3 Mehr als Worte – nonverbale Kommunikation**

- 1 Unwohlsein und Schmerzen können über einen abgewandten Blick, eine gekrümmte Körperhaltung, vermehrte Schweißbildung, aber auch durch eine zitterige Stimme signalisiert werden.
- 2 Ein offener, zugewandter Blick wird vom Gegenüber sofort als „freundlich“ eingestuft, ein abgewandter Blick hingegen kann als Unsicherheit/Verlegenheit interpretiert werden. Das heißt, ein offener Blickkontakt schafft sofort Vertrauen und gibt den ängstlichen Patienten/Bewohnern Halt.
- 3 Nonverbale Signale senden außer dem Blick auch die Mimik (= Mienenspiel des Gesichts), Gestik (= gesprächsbegleitende Bewegungen), Körperhaltung, Körperberührung, räumliches Verhalten, Kleidung und Intonation (= Stimmlage).

### **A 4 Gesprächstechniken als Verständigungshilfen**

- 1 Die drei Schritte des „aktiven Zuhörens“:
  1. Beziehungsaufbau: Auf den Gesprächspartner zugehen, Blickkontakt suchen und halten, zum Inhalt des Gesagten stimmige Gestik einsetzen, Interesse am Gegenüber vermitteln, sodass er sich ernst genommen fühlt.
  2. Inhaltliches Verständnis: Mit eigenen Worten das Gehörte/Gesagte zusammenfassen, sodass sich der Gesprächspartner akzeptiert und verstanden fühlt.
  3. Gefühle verbalisieren: Gefühle benennen und mit eigenen Bildern veranschaulichen, evtl. mit Assoziationen versehen, sodass sich der Gesprächspartner mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen angenommen fühlt und nun Raum hat, diese auszudrücken.
- 2 Unter Paraphrasieren wird die sinngemäße Wiederholung der Beiträge eines Gesprächspartners verstanden. Beim Reflektieren (= Spiegeln) geht man noch einen Schritt über das Paraphrasieren hinaus, indem man die emotionale Lage des Gegenübers angemessen in Worte fasst.
- 3 Folgende Feedback-Regeln nach Reinhold Miller sollten eingehalten werden:
  - Selbstmitteilung: „Ich fühle mich wohl bei dir.“
  - Wirkung/Eindruck: „Sie wirken sehr unzufrieden.“ (Interesse und Verständnis zeigen)
  - Beschreibung: „Du hast schon seit längerer Zeit nichts mehr gesagt.“
  - Bewertung von Verhaltensweisen: „Ich finde es ungerecht, wie Sie die Kinder behandeln.“
  - Äußerung im Hier und Jetzt: „Ich kann jetzt nicht mehr zuhören.“
  - Konkretion: „Ich bin von Ihnen schon einige Male unterbrochen worden.“ (Keine Verallgemeinerungen)
  - Ausdruck von Wünschen: „Es tut mir gut, dass du dich um mich kümmerst. Bitte helfe mir auch weiterhin.“ (Nicht drum herum reden, klar formulieren)

- Ausdruck der Wertschätzung: „Ich arbeite gerne mit Ihnen zusammen.“ (Keine Kampfansage)
- 4 Das Paraphrasieren (= sinngemäße Wiederholen von Beiträgen des Gesprächspartners) erfordert eine genaue Konzentration auf das Gespräch und signalisiert dem Gesprächspartner, dass man ihm gut zuhört. Wird das Paraphrasieren richtig angewendet, so werden die Botschaften im Sinne von Watzlawick und Schulz von Thun auf der Sach- und Inhaltsebene geklärt. Zusätzlich vermitteln die höflichen Kontrollfragen dem Gesprächspartner auch die Wertschätzung seines Gegenübers. Damit werden günstige Botschaften auf der Beziehungsebene ausgesendet.
- 5 Unterstützungssignale sind Aufmerksamkeitsreaktionen wie Blickkontakt, Nicken, „Ich verstehe“, „Oh“ oder „Wirklich?“. Dem Sender wird so verdeutlicht, dass der Empfänger bei der Sache ist und die Äußerungen aufmerksam verfolgt.
- 6
  - a) Suggestivfrage
  - b) Alternativfrage
  - c) geschlossene Frage
  - d) rhetorische Frage
  - e) offene Frage

#### **A 5 Gesprächsformen: Informieren, beraten, anleiten und schulen**

- 1 Anlass für ein informierendes Gespräch ist ein Informationsdefizit bei Angehörigen, Bewohnern oder Patienten, das durch das Gespräch behoben werden soll. Bei der Weitergabe von Informationen ist es wichtig, die physische und psychische Verfassung sowie die intellektuellen Fähigkeiten des Klienten zu berücksichtigen und die Informationsvermittlung daran anzupassen.
- 2 zu den Unterschieden zwischen direkter und nicht-direktiver Beratung siehe die Tabelle in Kap. 5.2.2
- 3 individuelle Antworten, zu den Phasen einer Beratung siehe Kap. 5.2.3
- 4 individuelle Antworten, zu den Konfrontationsmethoden siehe die Tabelle in Kap. 5.2.3.
- 5 Die Beratung im Prozess der Pflege bewegt sich im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Kranksein und unterstützt die Menschen in der Bewältigung veränderter Lebenssituationen.
- 6 Die Beratung im Prozess der Pflege verfolgt das Ziel, gemeinsam mit den Betroffenen und Angehörigen situationsbezogene Entscheidungen und Wege zu finden, und fördert die Selbstbestimmung des Einzelnen.
- 7 Vier-Stufen-Modell der Anleitung
  - Stufe 1: Vorbereiten
  - Vereinbarung von Zielen, Ermittlung eventueller Vorkenntnisse und/oder Wünsche des Anzuleitenden, Vermittlung der theoretischen Hintergründe zur Thematik
  - Stufe 2: Erklären und vormachen
  - Erklären und vormachen der einzelnen Schritte der Handlung durch den Anleiter
  - Stufe 3: Ausführen lassen
  - Anzuleitender wird Handelnder, Rolle des Anleiters: beobachten, bei Bedarf korrigierend und/oder erklärend eingreifen
  - Stufe 4: Abschließen und dokumentieren
  - gemeinsame Reflektion des Anleitungsprozesses, Überprüfung der vereinbarten Ziele, schriftliche Dokumentation der Ergebnisse
- 8 Patientenschulungen vermitteln umfassendes Wissen und praktische Hilfen mit dem Ziel, die Selbstkompetenz der Patienten zu erhöhen und auf lange Sicht ein gesundheitsförderndes Verhalten zu erreichen.
- 9 Fünf-Schritt-Methode der Patientenschulung
  - Schritt1: Kennenlernen/Setting
  - gegenseitige Vorstellung (Trainer und Patienten), Vorstellung des Konzepts/des aktuellen Schulungsmoduls, Fragerunde zum Beheben von Unklarheiten

Schritt 2: Vorbereiten und Ziele vereinbaren

Bereitlegen der benötigten Utensilien, Information über den Ablauf, Vereinbarung von Zielen

Schritt 3: Planen und durchführen

gemeinsames Festlegen der Lerninhalte, Vermittlung der Lerninhalte

Schritt 4: Evaluieren

Kontrolle des Lernerfolgs, z. B.

- Trainer lässt den Klienten seine neu erworbenen Kenntnisse demonstrieren und sein Tun mit eigenen Worten erklären.
- Trainer spricht mit den Angehörigen über die Umsetzung des Gelernten im Alltag.

Schritt 5: Dokumentieren

gemeinsame Reflektion der Schulung, Überprüfung der vereinbarten Ziele, schriftliche Dokumentation der Ergebnisse

10 Ein Schulungsmodul sollte nicht länger als 90 Minuten dauern sollte, um die Informationsaufnahme der Klienten nicht zu überfordern.

## **A 6 Besondere Gesprächssituationen**

- 1 Die Kommunikation zwischen dem Säugling und den Bezugspersonen ist eine unabdingbare Grundlage für die Entwicklung der Sprache und den Aufbau von Beziehungen zwischen Menschen.
- 2 Kinder sollten individuell angemessen informiert werden, d. h., Alter und Entwicklungsstand sowie emotionale Bereitschaft des Kindes sind zu berücksichtigen.  
Die Autonomie (Selbstbestimmung) sollte so weit wie möglich unterstützt werden. Das Kind sollte sich vor, während und nach dem Eingriff nicht hilflos ausgeliefert fühlen und keinen völligen Kontrollverlust erleiden, der Angst, Scham und Selbstzweifel hervorruft.  
Es sollte auf die Gewährleistung eines befriedigenden seelischen Gleichgewichts geachtet werden. Hierzu gehört – neben der Berücksichtigung von Autonomie – die Vermittlung eines positiven Selbstwertgefühls sowie des Vertrauens in eigene Fähigkeiten und andere Menschen.
- 3 Das Spiel, z. B. mit dem Arztkoffer, ist eine Als-ob-Situation, in der das Kleinkind seine Gefühle und Ängste ausdrücken kann. Die Mutter oder die Pflegekraft sollten anwesend sein, aber nicht in das Spiel eingreifen und nur nach Anweisung des Kindes handeln. Der Erwachsene repräsentiert die Realität und fördert die Ich-Stärke des Kindes.  
Das Schulkind kann Gefühle, Ängste und Fantasien, die es nicht verbalisieren kann, durch Zeichnen und Malen von Bildern ausdrücken. Die Bezugs- oder Vertrauensperson soll dem Kind die Beschreibung überlassen, evtl. Fragen stellen, ohne zu interpretieren. Das Kind kann somit einen Bezug zur Realität herstellen und Ängste bewältigen.
- 4 Das Kind und der Jugendliche (auch der Erwachsene) brauchen in schwierigen und beängstigenden Situationen eine Vertrauensperson, die wie ein Anwalt ihre Bedürfnisse kennt, vertritt und durch ihre Anwesenheit Sicherheit gibt. Diese Aufgabe können Eltern, Angehörige, Pflegekräfte und andere Personen übernehmen.
- 6 Jeder Mensch altert auf seine ihm eigene Weise. Wann und wie stark sich physische, geistige und/oder psychische Veränderungen im Alter zeigen, ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich.
- 7 Folgende Aspekte sollten darin genannt werden:
  - Einschränkungen in der Sinneswahrnehmung berücksichtigen, vor allem Seh- und Höreinschränkungen beachten => deutliche Aussprache, Stimme senken (siehe hierzu auch Kap. B 2.2.1)
  - da Kommunikationsprozesse generell langsamer ablaufen => Reize nicht zu schnell aufeinander folgen lassen, wenige Reize anbieten, Zeit zur Verarbeitung lassen

- kurze Merkfähigkeit für zurückliegende Ereignisse beachten => Gesagtes öfters wiederholen
  - Zeit zur Orientierung geben
  - ggf. einem erhöhten Schamgefühl Rechnung tragen
  - Gefühl vermitteln, als Person wahr- und angenommen zu werden
- 8 Durch den fehlenden Blickkontakt ist man bei der Kommunikation per Telefon allein auf die Interpretation der akustischen Signale angewiesen. Daher ist es hier besonders wichtig, auf deutliche Artikulation, genaue Wortwahl und Satzbau, Sprechgeschwindigkeit (mit Pausen) und eine angemessene Lautstärke zu achten.
- 9 siehe die Liste „10 Gebote für erfolgreiches Telefonieren“ in Kap. 6.3

#### **A7 Kommunikationsbarrieren – gesprächshemmende Verhaltensweisen**

- 1 individuelle Antworten, Beispiele:  
soziale Kommunikationsbarriere: Von sozialen Kommunikationsbarrieren spricht man, wenn die Gesprächspartner aufgrund eines sozialen und/oder intellektuellen Hierarchiegefälles nicht auf einer Ebene kommunizieren (können).  
Aufmerksamkeitsdefizite: Kann ein Gesprächspartner dem Gespräch nicht aufmerksam folgen, z. B. durch Stress, Konzentrationsstörungen usw., besteht die Gefahr, dass Missverständnisse entstehen.  
störende Rahmenbedingungen: Jede Ablenkung von außen (Geräusche/Lärm, Gesprächsunterbrechungen, eine fremde Umgebung usw.) beeinflusst die Konzentration auf das Gespräch.  
Killerphrasen: Unter Killerphrasen versteht man Äußerungen verschiedenster Art, die darauf abzielen, ein echtes Gespräch gar nicht erst entstehen zu lassen.
- 2 individuelle Antworten, Beispiele:  
symmetrische Interaktion: bei der Kommunikation mit Rollstuhlfahrern auf Augenhöhe gehen (sich selbst hinsetzen oder in die Hocke gehen), Blickkontakt aufnehmen und aktiv zuhören  
asymmetrische Interaktion: die Medikation eines Patienten umstellen, ohne ihn über die Gründe zu informieren
- 3 Bedingungen für ein gelungenes Aufnahmegespräch:
- sich Zeit nehmen
  - auf günstige/ruhige Rahmenbedingungen achten
  - Informationen individuell auf den Patienten angepasst vermitteln (Alter, psychische Verfassung usw.)
  - möglichst keine Fachtermini verwenden oder aber diese in einem dabei erklären
  - auf Fragen und Ängste des Patienten eingehen

#### **A8 Metakommunikation: Missverständnisse klären und beheben**

- 1 Die Metakommunikation ist eine besondere Form des Feedbacks. Durch sie wird die zwischenmenschliche Kommunikation selbst zum Gegenstand der Betrachtung und Reflexion:
- persönliches Befinden und Beziehungen zu dem/der anderen
  - Gesprächsstörungen/-blockaden und Gesprächsbrücken
  - Gesprächsinhalte/-verlauf
  - Ergebnisse
- 2 Die Reflexion über den Kommunikationsverlauf soll helfen, Ursachen von Kommunikationsproblemen zu klären und diese Erkenntnisse für zukünftige Situationen zu nutzen.
- 3 Regeln für eine erfolgreiche Metakommunikation:
- eigene Gefühle und Meinungen wahrnehmen und ernst nehmen
  - Gesprächsstörungen offen ansprechen
  - mit Ich-Botschaften arbeiten
  - ein Feedback erbitten

## **B1 Wenn die Worte fehlen – Aphasie**

### **1 Wernicke-Aphasie:**

- Betroffene sprechen flüssig und mit einer nahezu normalen Sprachmelodie, verwechseln dabei jedoch Worte und verdrehen Laute.
- manchmal Schaffung „neuer“ Worte
- Redefluss, der für den Zuhörenden auf den ersten Blick keine gedanklichen Zusammenhänge erkennen lässt (Logorrhö)
- Betroffene merken nicht unbedingt, wenn sie von ihrem Gesprächsgegenüber inhaltlich nicht verstanden werden oder etwas „Falsches“ sagen (Gefahr von Missverständnissen).
- u. U. Probleme der Betroffenen, Gesagtes einer anderen Person in der Bedeutung zu entschlüsseln
- Beim Schreiben und Lesen gibt es vergleichbare Probleme wie beim Sprechen und Verstehen.
- Betroffene können ihre Gefühle in der Regel durch Mimik und Gestik ausdrücken.

### **Broca-Aphasie:**

- stockende und angestrengte Spontansprache der Betroffenen (verlangsamte Sprache, Sprechpausen)
- Fehlen einer Betonung der Worte und der Satzmelodie
- Mühsam hervorgebrachte Worte können lautlich verändert sein.
- Manchmal sind die Worte in der Bedeutung nicht ganz zutreffend.
- Es steht nur ein kleiner Wortschatz zur Verfügung.
- häufig Auslassung der „kleinen Worte“ („Telegrammstil“, begleitet von Wortfindungsstörungen)
- Sprachverständnis der Betroffenen kann beeinträchtigt sein (Gefahr von Missverständnissen).
- Beim Lesen und Schreiben zeigen sich ähnliche Veränderungen wie beim Sprechen und Verstehen.
- Schriftsprache kann manchmal eine unterstützende Verständigungsmöglichkeit sein (nur ohne Zeitdruck).
- Im Gespräch zeigen Betroffene wenig Eigeninitiative.
- Betroffene antworten in der Regel kurz und angemessen auf gezielte Fragestellungen.

### **amnestische Aphasie:**

- Wortfindungsstörungen
- Umschreibung fehlender Zielbegriffe
- Benutzen von Ersatzworten, Anwendung von Floskeln, Ausgleich fehlender Worte über Gestik und Mimik
- insgesamt flüssige Sprache mit normaler Sprachmelodie, intaktem Satzbau, meist gut artikuliert
- leicht gestörtes Sprachverständnis
- Schreiben und Lesen gelingt recht gut.

### **globale Aphasie:**

- Alle sprachlichen Fähigkeiten (das Sprechen und Verstehen sowie das Schreiben und Lesen) einer Person sind schwer gestört.
  - Manche Betroffene scheinen zunächst verstummt, andere äußern Laut- und Silbenfolgen oder Floskeln.
- Nur selten und mit großer Mühe sprechen Betroffene einzelne Worte, die einer Situation angemessen sind.
- Betroffene können durch Unterschiede in der Betonung deutlich machen, wie sie sich fühlen.

**2** Bei der amnestischen Aphasie sprechen Betroffene insgesamt eher flüssig, mit Sprachmelodie, intaktem Satzbau und meist gut artikuliert. Bei der Broca-Aphasie dagegen sprechen Betroffene stockend und angestrengt. Damit kann der Eindruck entstehen, die Kommunikation mit einem Betroffenen mit einer amnestischen Aphasie verläuft flüssiger und unmissverständlicher als mit Patienten, die eine Broca-Aphasie

- entwickelt haben. In beiden Fällen ist in der Kommunikation aber sicherzustellen, dass keine Missverständnisse aufkommen.
- 3 zu den Aspekten, die bei der Kommunikation mit Aphasiepatienten zu beachten sind, siehe die Aufzählung in Kap. 1.2

## **B2 Wenn Sprache sich nicht trifft**

- 1 Barrieren sind Hindernisse, die oftmals nur mit großem Aufwand überwunden werden können. Sie verlangsamen Abläufe, werden zumeist als störend empfunden und vermitteln oft das Gefühl von Ohnmacht.  
In der Kommunikation mit anderssprachigen Patienten sind folgende Barrieren denkbar:
- Hilflosigkeit durch fehlendes Sprachvermögen
  - Angst vor einer fremden Sprache und Kultur
  - mangelnde Akzeptanz gegenüber Fremdheit
  - fehlende Handlungsalternativen und Kreativität zur Überwindung von Sprachbarrieren
- 2 Interkulturalität stellt die Begegnung und Interaktion von zwei Kulturen in den Vordergrund. Dabei spielt die (verschiedene) Sprache eine große Rolle.
- 3 Kommunikation bedeutet „in Verbindung stehen“. Sie ist wesentlicher Bestandteil des menschlichen Verhaltens und hat Austausch-, Ausdrucks-, sowie Verständigungsfunktion.
- Kommunikation dient der Aufnahme und Pflege zwischenmenschlicher Beziehungen.
  - Kommunikation dient dem Erwerb, der Vermittlung und dem Austausch von Informationen.
  - Kommunikation wird von der Persönlichkeit und der Einstellung zum Gegenüber geprägt.
  - Kommunikation hat Einfluss auf die Lebensqualität.
- 4 Möglichkeiten der Verständigung mit anderssprachigen Patienten:
- professionelle Dolmetscher
  - Menschen aus dem persönlichen Umfeld des Betroffenen
  - Pflegekräfte mit entsprechendem kulturellen und sprachlichen Hintergrund
  - nonverbale Kommunikationshilfen (z. B. Bildertafel, Dolometer)
- 5 siehe hierzu die Ausführungen in Kap. 2.1.1
- 6 Das Trommelfell ist eine dünne bindegewebige Platte, die das äußere Ohr vom Mittelohr abschließt und mit dem Hammer, eines der Knöchelchen der Gehörknöchelchenkette des Mittelohrs, verwachsen ist. So kann das Trommelfell die Schallwelle aufnehmen, auf die Gehörknöchelchenkette übertragen und dadurch in eine Druckwelle umsetzen.
- 7 individuelle Antworten; Schlüsselbegriffe zum Prinzip des Hörens:
- Aufnahme der Schallwellen über das äußere Ohr (Schalltrichter)
  - Umsetzung der Schallwelle in eine Druckwelle durch das Trommelfell und die Gehörknöchelchenkette
  - über das ovale Fenster Übertragung der Druckwelle auf die Perilymphe des Innenohrs
  - Wanderung der Druckwelle durch die Schnecke (Vorhofstreppe – Paukentreppe – Ableitung über ovales Fenster) sowie Übertragung auf die Endolymphe des Schneckengangs
  - im Corti-Organ des Schneckengangs Reizung der Haarzellen und Umsetzung dieses Reizes in Aktionspotenziale
  - über den VIII. Hirnnerv Weiterleitung der elektrischen Impulse zum Hörfeld der Hirnrinde
- 8 Hörschädigungen: Gehörlosigkeit: ohne Hörvermögen seit Geburt bzw. Verlust des Hörvermögens noch vor dem lautsprachlichen Spracherwerb

(Spät-)Ertaubung: Hörverlust in der späten Kindheit oder im Erwachsenenalter. Da die Betroffenen die Lautsprache bereits erworben haben, können sie natürlich auch nach der Ertaubung weiterhin sprechen.

Schwerhörigkeit: Minderung des Hörvermögens; ein Verstehen von Sprache über das Gehör ist mehr oder weniger noch möglich.

Arten der Schwerhörigkeit:

- Schallleitungsschwerhörigkeit: Die Störung liegt meist im mittleren, manchmal auch im äußeren Ohr. Es handelt sich um eine leichte bis mittlere Schwerhörigkeit. Schallsignale werden leiser gehört. In der Regel ist die Qualität des Gehörten kaum beeinträchtigt. Daher kann das Hörvermögen durch technische Hilfen wie ein Hörgerät oder durch eine Operation ganz oder teilweise wiederhergestellt werden.
- Schallempfindungsschwerhörigkeit: Die Störung ist im Bereich des Innenohrs, des Hörnervs oder in den Hirnzellen verortet. Meist können hohe Töne nicht oder kaum wahrgenommen werden. Das bedeutet, dass gehörte Sprache sich verändert in ihrem Aufbau, ihrer Klangfarbe und in ihrer Qualität. Betroffene müssen sich sehr konzentrieren, um Gehörtem einen Sinn zu verleihen. Manchmal erfordert dies eine hohe Kombinationsfähigkeit. Ein Hörgerät schafft bei einem Hochtonverlust kaum Abhilfe, da es nur die Töne verstärken kann, die zumindest ansatzweise gehört werden.

Es gibt auch eine Mischform zwischen der Schallleitungs- und Schallempfindungsschwerhörigkeit.

Unterschiede zwischen den Hörschädigungen:

Hörschädigungen werden je nach Zeitpunkt, Schwere und Art der Schädigung definiert. (Spät-)ertaubte Personen können die Lautsprache benutzen, in der Regel in einer den Hörenden vertrauten Sprachqualität. Gehörlose Menschen sind oft in Lautbildung geschult, ihre Aussprache klingt für hörende Personen jedoch oft fremd. Der Unterschied zwischen einer Schallleitungsschwerhörigkeit und einer Schallempfindungsschwerhörigkeit liegt beispielsweise:

- im Ort der Schädigung
- in der Qualität des Gehörten
- in den Einsatzmöglichkeiten technischer Hilfen wie des Hörgeräts

9 Aspekte, auf die man in der Kommunikation mit Personen, die ein Hörgerät tragen, achten sollte:

- gleichzeitige Störgeräusche im Raum vermeiden, z. B. Fernseher, Radio ausschalten, ggf. Fenster bzw. Tür schließen
- befinden sich mehrere Menschen im Gespräch, darauf achten, dass nicht gleichzeitig und durcheinander gesprochen wird, sondern ein Sprecher nach dem anderen zu Wort kommt
- dem Betroffenen das Thema, um das es in einem Gespräch gehen soll, zu Beginn mitteilen
- bedenken, dass insbesondere in der Anfangszeit nach der Hörgeräteanpassung ein Betroffener sich bei langen Gesprächen sehr konzentrieren muss und deshalb schneller ermüdet

10 Kontaktaufnahme zu einer gehörlosen Person:

- mit dem Fuß fest auf den Boden treten – Vibration wird wahrgenommen
- auf Gegenstände, wie z. B. einen Tisch oder das Bett, klopfen, wenn ein Betroffener sich im Bett aufhält oder am Tisch sitzt und diesen berührt
- leichte Berührung des Betroffenen an der Schulter (nur wenn man im Blickfeld ist)

### **B3 Wenn ein Lächeln nicht gesehen werden kann – Kommunikation mit sehbehinderten Menschen**

1 siehe hierzu die Ausführungen in Kap. 3.1

2 Photorezeptorzelltypen:

- Stäbchen: Lichtempfindlichkeit => Hell-Dunkel-Wahrnehmung

- Zapfen: Farbempfindlichkeit
- 3 Als blinder Fleck wird die Austrittsstelle des Sehnervs bezeichnet, da sich an dieser Stelle keine Photorezeptoren befinden und dementsprechend auch keine visuellen Informationen wahrgenommen werden können.
- 4 grüner Star  
Ursache: Erhöhung des Augeninnendrucks; Symptom: eingeschränktes Gesichtsfeld, sog. Röhren- oder Tunnelblick
- grauer Star  
Ursache: Linsentrübung; Symptom: verschwommenes Sehen
- 5 Maßgeblich für die Beurteilung ist die korrigierte Sehschärfe. Als hochgradig sehbehindert gelten Menschen, die trotz Brille (also einer Korrektur der Sehfähigkeit) eine Sehschärfe von 1/20 (bis 1/50) oder 5 % (bis 2 %) besitzen.
- 6 Ursachen für eine erworbene Blindheit:
  - Erblindungen in der Kindheit, z. B. durch pränatale Ursachen wie eine Rötelerkrankung der Mutter während der Schwangerschaft
  - frühkindliche Infektionen (Meningitis, Enzephalitis)
  - diabetische Retinopathie
  - altersbedingte Maculadegeneration
  - grauer Star (Katarakt)
  - grüner Star (Glaukom)
  - Netzhautablösung
- 7 wichtige Aspekte in der Kommunikation mit hochgradig sehbehinderten oder blinden Menschen:
  - wird ein Betroffener z. B. in seinem Zimmer aufgesucht, zunächst den eigenen Namen und bei der ersten Begegnung zudem die Funktion nennen
  - wird vorübergehend das Zimmer verlassen, in dem sich mit der betroffenen Person aufgehalten wird, dies verbal ebenso mitteilen wie die Rückkehr in den Raum
  - halten sich mehrere Personen in einem Zimmer auf oder sind mehrere Menschen an einem Gespräch beteiligt, vorab den Namen des Angesprochenen nennen
  - alle Handlungen verbal ankündigen und begleiten
- 8 bei der Pflege von blinden Personen ist zu beachten:
  - Ziel ist die Stärkung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit des Betroffenen
  - taktile und/oder akustische Orientierungshilfen nutzen
  - bei altersblinden Menschen Seherinnerungen nutzen
  - herausfinden, was ein Betroffener noch erkennen kann
  - bei einer Neuaufnahme die räumliche Orientierung in der Umgebung ermöglichen (erzählen, was wo steht, Abtasten der Möbel usw. durch den Betroffenen, bei Bedarf unter Begleitung des Pflegenden)
  - Gegenstände nur in Absprache mit dem Betroffenen anders verorten, Ordnungssystem des Betroffenen beachten
  - Zimmer- oder Schranktüren geschlossen halten
  - Betroffenen in fremder Umgebung bei Bedarf führen
  - beim Treppensteigen die erste und letzte Stufe ebenso verbal ankündigen wie einen Richtungswechsel
  - eine Sitzgelegenheit zeigen, indem eine Hand des Betroffenen auf die Lehne des Stuhls gelegt wird, er kann sich damit auf die Sitzfläche orientieren
  - Essen sollten Betroffene, wenn immer dies möglich ist, am Tisch, dem Betroffenen beschreiben, wie der Teller angerichtet ist (Uhrzeigersinn), wo sich das Besteck und/oder Getränk befindet
  - Unterstützung anbieten, z. B. für das Zerschneiden von Fleisch
  - Gläser/Tassen nur halb füllen
  - kann ein Betroffener noch etwas sehen, farbliche Kontraste setzen (beispielsweise beim Geschirr), für gute Lichtverhältnisse sorgen

#### **B4 Wenn das Hirn streikt – HOPS und Autismus**

- 1 „Akut“ = unvermitteltes Erscheinen der Erkrankung mit plötzlich auftretenden Störungen. Mögliche Verlaufsform: zeitweilige (reversible) Beeinträchtigung der Gehirnfunktion  
„Chronisch“ = anhaltende Veränderung des Gehirns mit dem Verlust früherer intellektueller Fähigkeiten, Veränderungen der Persönlichkeit und verminderten Alltagsbewältigung. Mögliche Verlaufsform: dauerhafte (irreversible) Beeinträchtigung der Gehirnfunktion  
Auswirkungen der unterschiedlichen Verläufe (akut oder chronisch) auf die Kommunikation:
  - im akuten Stadium: zeitweilige Beeinträchtigung der Sprachfunktion und Verständnis von Sprache und Sprachinhalt
  - im chronischen Stadium: möglicherweise gänzlicher Verlust vorhandener Sprachfähigkeiten und wichtiger Gedächtnisleistungen; Kommunikation (verbal und nonverbal) kann verloren gehen; oftmals lebenslange Betreuungsabhängigkeit
- 2 Auslöser der Erkrankung HOPS:
  - Verletzungen, wie Schädel-Hirn-Traumen
  - Delirium (Bewusstseinsstörung)
  - Hirntumore und -metastasen
  - Hirndurchblutungsstörungen (Schlaganfall, Hirnblutung)
  - Enzephalitis (Entzündung des Gehirns)
- 3 Hauptsymptome einer hirnorganisch bedingten Sprachstörung:
  - Wortfindungsstörungen
  - stockende und verlangsamte Sprache bzw. Sprachgebrauch
  - fehlende Bezugspunkte innerhalb der Kommunikation durch das Vergessen von Namen, Orten und wichtigen Lebensereignissen
  - Äußerungen ohne zunächst für andere „erkennbaren“ Sinn und Verstand
  - Sprachautomatismen
- 4 Gegenüber Patienten bzw. Bewohnern mit HOPS sollte man ruhig und überlegt auftreten. Ihnen muss wiederholt erklärt werden, wo sie sind, wer man ist und welche pflegerische Handlung vorgenommen wird. Leitgedanke: aufklären statt abwiegeln  
Eine sensible, zielgerichtete Beobachtung der Körpersprache und des Sprachausdrucks/Tonfalls der Betroffenen kann Auskunft über ihre Befindlichkeit geben.  
In der Erinnerungsarbeit können Trigger (Erinnerungsauslöser) als Türöffner zur Kommunikation dienen.
- 5 Menschen mit Autismus scheinen auf sich selbst bezogen. Sie können Reiz-Konsequenz-Muster nur sehr schwer erkennen. Gerade menschliches Verhalten unterliegt einer großen Vielfalt und ist deshalb besonders schwer wiederzuerkennen. Die Welt und Menschen wirken auf Personen mit Autismus chaotisch und beängstigend. Um Chaos und Angst auf ein erträgliches Maß zu reduzieren, beziehen sie sich scheinbar bevorzugt auf sich selbst oder unbelebte Gegenstände.
- 6 Frühkindlicher Autismus tritt durch eine tiefgreifende Entwicklungsstörung vor dem dritten Lebensjahr in Erscheinung. Vor allem die soziale Interaktion und Kommunikation des Kindes sind beeinträchtigt. Sein Verhalten wirkt eingeschränkt wiederholend. Es neigt zu Wutausbrüchen und selbstverletzendem Verhalten.
- 7 drei Faktoren, durch die Sicherheit hergestellt werden kann:
  - Sicherheit entsteht, wenn etwas als bekannt und vertraut wiedererkannt werden kann.
  - Das Gefühl von Sicherheit wird gestärkt, wenn ein bestimmter Teil der Umwelt durch das eigene Handeln kontrolliert werden kann.
  - Eine komplexe Form von Sicherheit bietet das Handeln in persönlichen Sinnzusammenhängen.

- 8 Da die Welt für einen Menschen mit Autismus häufig chaotisch und beängstigend wirkt, kann es für ihn persönlich sinnvoll sein, auf dem Boden sitzend einen Aschenbecher zu routieren und dabei zu wiederholen: „Schokolade mit Nüssen.“ Der Aschenbecher ist ein ihm vertrauter Gegenstand. Weil er den Aschenbecher kennt, bietet er Sicherheit gegen das Chaos um ihn her. Indem er den Aschenbecher routieren lässt, kontrolliert er auf vorhersagbare Weise einen kleinen Teil seiner Umwelt. Sich als aktiv handelnd zu erleben, stärkt das Gefühl von Sicherheit. Schokolade ist süß und schmeckt gut. Durch das Wiederholen der Worte wird ein positiver Sinnzusammenhang aktiviert und Sicherheit hergestellt. Das beschriebene Verhalten könnte also Sicherheit für einen Menschen mit Autismus bieten und Angst verringern.

### **B5 „Wenn zwei sich streiten – Kommunikation in Konfliktsituationen**

- 1 Konflikttypen: innerseelische Konflikte, Sachkonflikte, Beziehungskonflikte, Rollenkonflikte, Verteilungskonflikte, Zielkonflikte, Beurteilungs- oder Wahrnehmungskonflikte  
zu den einzelnen Beschreibungen siehe Kap. 5.1.1
- 2 zu den möglichen Ursachen eines Konflikts siehe die Grafik in Kap. 5.1.2  
weitere mögliche Ursachen:
  - Abhängigkeiten
  - Misstrauen
  - unvereinbare Persönlichkeiten und Gefühlswelten
  - Verweigerung
  - unfaire Behandlung
  - Verletzung von Privatsphäre
  - unterschiedliche Wertvorstellungen, Überzeugungen, Erfahrungen
- 3 Innerhalb der Kommunikation bei Konflikten gilt grundsätzlich:
  - zuhören (aktives Zuhören) statt ständig selbst reden, abschweifen, rechtfertigen oder verteidigen
  - konkret bleiben statt ablenken, ausweichen und um den „heißen Brei“ herumreden
  - sich ausdrücken statt mauern, schweigen, abkapseln oder herunterschlucken
  - achtungsvoll dem anderen gegenüber und mit Selbstachtung sich selbst gegenüber kommunizieren
  - Ich-Form (Sprache der Verantwortung) wählen statt nur man, es, wir, du oder „die“ Gestaltung der Sprache bei Konflikten:
    - die richtige Wortwahl treffen
    - persönliche Angriffe, Drohgebärden oder Unterstellungen vermeiden
    - Verallgemeinerungen unterlassen
    - Floskeln und Phrasen auslassen
- 4 Ablauf eines klärenden Gesprächs:
  1. Konflikt ansprechen  
Das Eingeständnis der Konfliktparteien, dass ein Konflikt besteht, ist hierbei notwendig.
  2. Streitpunkte sammeln  
Gemeinsam wird eine so genannte Streitliste erstellt, um alle Meinungsbilder abzulichten und eine gemeinsame Bearbeitung festzulegen.
  3. Sichtweisen darlegen  
Die konkrete Darstellung der unterschiedlichen Absichten und Ziele der Kontrahenten ist Ziel dieser Stufe.
  4. Lösung aushandeln  
Der Konflikt wird sachlich beschrieben, Lösungsvorschläge werden gesammelt, gemeinsam bewertet und abschließend Bedingungen ausgehandelt, denen alle Beteiligten zustimmen können.
  5. Durchführung klären

Eine Lösung ist nur so gut wie ihre Umsetzung. Die Festlegung konkreter Schritte, die Bestimmung der Personen und Zeitpunkte (und die Einkalkulierung von Verzögerungen) sind Bestandteil der Durchführung.

## **B6 Wenn plötzlich alles anders kommt als geplant – Kommunikation in Notfallsituationen**

- 1 Notfälle werden aus psychologischer Sicht als Ausnahmezustände beschrieben, in denen sich das Erleben und Verhalten eines Menschen verändern kann. Eine Notfallsituation ist ein Ereignis, das plötzlich und unerwartet auftritt. Dieses Ereignis wird als unausweichlich und bedrohlich empfunden und führt damit zu einer massiven Beanspruchung der individuellen Verarbeitungs- und Bewältigungsmechanismen der Betroffenen.
- 2 Menschen, die eine Notfallsituation durchlebt haben, schildern rückblickend, dass sie
  - plötzlich aus ihrer Alltagssituation, ihren aktuellen Handlungen und Planungen gerissen werden;
  - Eindrücke der Notfallsituation, wie z. B. Geräusche, intensiv wahrnehmen;
  - Zeit verändert erleben – so scheint eine Sekunde wie eine Ewigkeit zu dauern;
  - hilflos sind, weil sie die Ereignisse nicht aufhalten können;
  - die Kontrolle über ihr Verhalten verlieren, z. B. ungewohnterweise beginnen zu weinen oder zu schreien;
  - Angst haben, weil die Notfallsituation sie mit vielen neuen Informationen konfrontiert;
  - Angst haben, weil die Situation einen unvorhersehbaren Verlauf hat;
  - Eigenständigkeit verlieren, weil Helfer ihnen Entscheidungen abnehmen;
  - sich verletztlich fühlen;
  - keine neuen Informationen mehr aufnehmen können;
  - keinen klaren Gedanken fassen können.
- 3 Akutmaßnahmen der psychosozialen Unterstützung im Notfall sind der Kontaktaufbau und das Erfragen und Erfassen des aktuellen Zustands sowie der dringenden Bedürfnisse. Zu den Beispielen siehe Kap. 6.2  
Für die psychosoziale Unterstützung im Notfall gilt:
  - Sag, dass du da bist, wer du bist und was geschieht.
  - Schirme die betroffene Person vor Zuschauern ab.
  - Suche bzw. biete vorsichtig Körperkontakt.
  - Sprich in ruhigem Tonfall und hör zu.

## **C1 Wenn die Seele krankt – ein Überblick**

- 1 Die Psychopathologie beschäftigt sich als Teilbereich der Psychologie/Psychiatrie mit den Veränderungen des Erlebens, Verhaltens und der Persönlichkeit, die im weitesten Sinne Leiden verursachen.
- 2 Die ICD 10 beschreibt die wesentlichen klinischen Symptome und formuliert für die einzelnen Störungsbilder diagnostische Leitlinien, die zur Stellung einer sicheren Diagnose erforderlich sind.
- 3 psychotherapeutische Ansätze:
  - tiefenpsychologischer Ansatz
  - humanistischer Ansatz
  - systemischer Ansatz
  - körperorientierter Ansatz
  - verhaltenstherapeutischer Ansatz
- 4 Hinweise auf eine affektive Störung (Störung des Gefühlslebens) sind in den meisten Fällen Teilnahmslosigkeit, permanent gereizte Stimmung, überschießende Stimmungswechsel, mangelnde Ansprechbarkeit und andere Auffälligkeiten. Dabei zeigen die einen Betroffenen eine gedrückte, pessimistische, hoffnungslose und niedergeschlagene Stimmung (= Depressivität); sie wirken antriebsarm, ängstlich.

- Andere verhalten sich genau gegenteilig: Sie zeigen eine überzogen heitere Stimmung bzw. Sorglosigkeit und ein übersteigertes Selbstwertgefühl (= Euphorie).
- 5 Die Umgebung erscheint den Patienten plötzlich verändert, fremd und unvertraut.
- 6 Psychiatrische Pflege ist eine komplexe, fachliche und geplante Tätigkeit, die stark teamorientiert ist; ihr liegt ein mehrdimensionales Gesundheitskonzept zu Grunde, in dem der Mensch als eine Einheit von Körper, Seele und sozialem Umfeld verstanden wird. Sie integriert Aspekte der somatischen Medizin mit dem Selbstverständnis der körperbezogenen Allgemeinpflege sowie Aspekte der Sozialwissenschaften, der Sozialarbeit und der Pädagogik. Erkenntnisse der Psychologie finden Eingang in ihre Konzepte.
- Psychiatrische Pflege orientiert sich an den Bedürfnissen von Patienten, wobei die Herstellung einer tragfähigen Beziehung einen zentralen Stellenwert einnimmt; sie ist eine überaus intime Dienstleistung sowohl im psychischen wie im emotionalen Sinne.

## **C2 Ein schweres Schicksal – die Schizophrenie**

- 1 Eine schizophrene Störung äußert sich in einer Vielzahl möglicher Symptome. Diese müssen nicht alle bei einem Patienten und nicht gleichzeitig auftreten. In den letzten Jahren ist die Unterscheidung zwischen Plus- und Minussymptomen immer häufiger geworden. Symptome wie Wahn, Zerfahrenheit des Denkens oder Halluzinationen, die bei einem gesunden Menschen nicht auftreten, werden als Plus Symptome oder Positivsymptome bezeichnet. Als Minussymptome (Negativsymptome) werden fehlende oder sehr verminderte psychische Funktionen bezeichnet. Sozialer Rückzug, mangelnde Körperpflege, Lustlosigkeit, Verarmung der Sprache, Affektarmut oder Antriebsarmut gelten als solche Minussymptome.
- 2 Die Sprache ist verarmt, Antworten sind verlängert. (Ausdruck der Kommunikationsstörung)

## **C3 Instabil, kränkbar, streitsüchtig – die Persönlichkeitsstörung**

- 1 Persönlichkeitsstörungen sind anhaltende, tief verwurzelte Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Sie sind mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit verbunden. In Bezug auf Fühlen, Denken, Wahrnehmen und in Bezug auf Beziehungen zeigen sich klar erkennbare Abweichungen von der Mehrheit der Bevölkerung.
- 2 Das primäre Behandlungsziel beim Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ist, den Patienten zu motivieren, in sozialer Hinsicht tragbar zu sein.
- 3 die forensische Psychiatrie

## **C4 Ohne Hoffnung, höchster Antrieb – Depression und Manie**

- 1 Die Frage, warum der eine erkrankt und der andere nicht, trotz vielleicht ähnlicher Lebensumstände, kann bisher noch nicht zufrieden stellend beantwortet werden. Möglicherweise spielen verschiedene Gründe gleichzeitig eine Rolle (Multikausalität). Mögliche Ursachen:
- lang anhaltende belastende Zustände und Entwicklungsprozesse bis hin zur totalen Erschöpfung => neurotische Depression
  - akutes, plötzliches Ereignis, traumatische Begebenheit (Tod des Partners, Trennung) => reaktive Depression
  - umstritten: Winterdepression als Folge der frühen Dunkelheit im Winter
  - hormonelle Umstellungen nach der Geburt => postnatale Depression
  - organische Ursachen wie z. B. eine Schilddrüsenüberfunktion
- 2 Herr Stimmer zeigt folgende Symptome einer depressiven Störung:
- gedrückte Stimmung, Interesselosigkeit
  - Unfähigkeit, Freude zu empfinden

- deutlich gestörtes Selbstwertgefühl (Minderwertigkeit)
  - Hoffnungslosigkeit
  - Schuldgefühle
  - formal gestörter Gedankengang: langsames Denken, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen
- 3 Formen: neurotische Depression, reaktive Depression, Winterdepression, postnatale Depression, Depressionen aufgrund organischer Ursachen  
Schwere Depressionen sind im Alter nicht häufiger, nach einigen Studien sogar seltener als im jüngeren Erwachsenenalter. Befindlichkeitsstörungen und leichtere, depressive Syndrome sind Studien zufolge deutlich häufiger als voll ausgebildete depressive Erkrankungen.
- 4 Bei der Manie handelt es sich, ähnlich wie bei der Depression, um eine Erkrankung der Stimmungslage. Diese ist in der Regel sehr gehoben („himmelhochjauchzend“/Antriebssteigerung) oder im selteneren Falle verärgert (dysphorisch).
- 5 Es kann schon im 18. Lebensjahr zur Ersterkrankung kommen. Ein zweiter Krankheitsgipfel liegt im Bereich des 30. Lebensjahrs.
- 6 Die Ideenflucht ist eine formale Denkstörung. Der Gedankengang verläuft nicht linear, sondern dem Patienten fallen 1 000 Dinge auf einmal ein (Gedankendrängen). Dies kann zu einem großen Problem werden, wenn die Gedanken so schnell anstürmen und auch wieder verschwinden, dass der Kranke von der Außenwelt teilweise nicht mehr erreicht werden kann.
- 7 Da bei einem manischen Patienten jeder Außenreiz neue Einfälle provoziert, ist die Schaffung eines reizarmen Klimas erforderlich.

### **C5 Schatten am Ende des Weges – die Gerontopsychiatrie**

- 1 Unter dem Begriff Demenz (lat.: dementia = Unsinn, Wahnsinn) versteht man den Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem die Gedächtnisleistung und das Denkvermögen nehmen ab. Betroffene haben Schwierigkeiten, neue gedankliche Inhalte aufzunehmen und wiederzugeben.
- 2 Ursachen des Demenzsyndroms:
- Gehirnerkrankungen, insbesondere degenerative Erkrankungen:
  - Zerstörung von Hirngewebe
  - Nervenschädigungen
  - Geschwülste (Gehirntumore, subdurale Hämatome, Gehirnabszesse)
  - Gefäßstörungen (Nichtversorgung und damit Schädigung des umgebenden Gewebes durch verstopfte oder gebrochene Gefäße), z. B. Multiinfarktdemenz
  - andere Erkrankungen, wie z. B. eine Infektion der Harnwege, der Lungen, Stoffwechselstörungen sowie Herzerkrankungen  
ausführlich siehe Kap. 5.1.1
- 3 Symptome einer Demenz:
- Gedächtnisstörungen
  - Desorientierung
  - Konzentrationsstörungen (Zerstreuung)
  - Aphasien (Sprachstörungen)
  - Apraxie
  - Störungen der Exekutivfunktionen
  - Agnosie
  - Persönlichkeitsveränderungen
  - körperliche Einschränkungen
- 4 Nein, bisher gibt es keine Heilungsmöglichkeiten, sondern lediglich einige Ansätze zur Symptomminderung bzw. temporären Verbesserung.  
Da die Demenz zu den degenerativen Erkrankungen gehört und im Vorfeld z. B. Hirngewebe zerstört wurde bzw. Nervenschädigungen eintraten, sind die Chancen auf eine Heilung minimal.

- 5 Es ist wichtig, die Betroffenen weiterhin zu eigenen Aktivitäten zu motivieren, um noch vorhandene Ressourcen (Fähigkeiten) zu erhalten. Eigenständige Handlungen können durch das Imitieren von Handlungsabläufen angestoßen werden. Häufig erinnert sich der Erkrankte dann wieder an das notwendige Handlungsmuster und kann zumindest teilweise eigenständig handeln. Das Imitieren von alltagsbezogenen Handlungen kann oft angewandt werden, z. B. bei der Körperpflege, den Mahlzeiten, beim Ankleiden usw.
- 6 Da es derzeit aus medizinischer Sicht keine Aussicht auf Heilung gibt, die Erkrankung unweigerlich fortschreitet und die Angehörigen mit der Pflege eines schwer Demenzerkrankten häufig überfordert sind, führt die Diagnose der Demenz langfristig meist zu einer Unterbringung in einem Pflegeheim oder in einer psychiatrischen Institution.

### **C6 Alkohol, Nikotin und weitere Drogen – die Sucht**

- 1 Bei einer Abhängigkeitserkrankung hat der Betroffene ein zwanghaftes Bedürfnis nach einer bestimmten Substanz. Die Ursachen hierfür sind sehr vielfältig und reichen von der Wirkung der Droge über das soziale Umfeld, Stresssituationen bis hin zur persönlichen, psychischen Stabilität.
- 2 Illegale Drogen sind solche Rauschmittel, deren Herstellung, Anbau, Einfuhr, Besitz und Verkauf gesetzlich verboten und mit Strafen belegt sind (Suchtmittelgesetz (SMG)).  
Zu den legalen, also gesetzlich nicht verbotenen Drogen gehören z. B. Nikotin und Alkohol. Unter anderem macht diese Legalität diese Drogen „gesellschaftsfähig“.
- 3 Zu den therapeutischen Angeboten für Alkoholabhängige gehören Einzelgespräche, Gruppenangebote, Kreativtherapie und Sporttherapie. Sie sind darauf ausgerichtet, dass die Patienten lernen, Eigenverantwortung zu übernehmen, da dies eine wesentliche Voraussetzung für den Gesundungsprozess ist.
- 4 Entzugerscheinungen:  
- physisch: Krämpfe, Schwindel, Zittern, Übelkeit, Durchfall, Frieren, Schwitzen, Schweißausbrüche, schneller Herzschlag, hoher Blutdruck, Gliederschmerzen  
- psychisch: Schlaflosigkeit, Nervosität, Depressionen, innere Unruhe, Schlafstörungen, aggressives Verhalten, Wahrnehmungsstörungen, Delirium, Bewusstseinsstörungen

### **C7 Nervös, aggressiv, zu dick – Jugend in der Krise**

- 1 Die Abkürzung THC steht für Tetrahydrocannabinol, den bewusstseinsverändernden Wirkstoff der Hanfpflanze.
- 2 Der Konflikt resultiert aus einem gestörten Körperschema. Trotz starker Abmagerung besteht die Angst, zu dick zu sein. Magersüchtige sind höchst sensibel für die Bedürfnisse anderer und können sich verbal gut mit Freunden, Bekannten und Verwandten auseinandersetzen. Der Zugang zu ihrer eigenen Gefühlswelt ist ihnen allerdings nur sehr schwer möglich.
- 3 Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen steigt kontinuierlich. Die Quote betroffener Jugendlicher mit Essstörungen, Psychosen, erhöhter Gewaltbereitschaft, hyperkinetischen Syndromen und Depressionen nimmt zu.
- 4 Die Gesellschaft hat im Vergleich zu früher etwas von ihrer „Haltefunktion“ eingebüßt. Vorbilder in den Familien fallen weg, materieller und Konsumdruck sorgen für Anspannung. Die offene, plurale Gesellschaft ist sehr komplex geworden; hinzu kommt die Globalisierung mit ihren verwirrenden und maximal verunsichernden Begleiterscheinungen. Mit der Erziehung überforderte Eltern, eine kinderfeindliche Umwelt und Kinderarmut gehören zu den Faktoren, die Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen mitverursachen.

## **D1 Gesundheit – eine Sache des Zufalls?**

- 1 Die wohl bekannteste Definition von Gesundheit wurde durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“  
Zum Gesundsein gehört demnach auch, dass Menschen in zufrieden stellenden Verhältnissen leben (Arbeit, Wohnen ...), sich sicher fühlen können, Glück, Zufriedenheit und ihren ganz persönlichen Wert erleben können.  
Zum Wohlbefinden gehören demzufolge:
  - die Freiheit von Belastungen (subjektive Belastungen, Symptome und negative Gefühle)
  - das Erleben positiver Gefühle im Alltag – zumindest kurzfristig
  - Zufriedenheit bei Abwägung der positiven und negativen Lebensaspekte
  - ein insgesamt positives Lebensgefühl, das über den konkreten Augenblick hinausgehtDieses Grundverständnis von Gesundheit findet sich auch in weiteren aktuellen Definitionen wieder:  
Der Medizinsoziologe T. Parson definiert wie folgt: „Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist.“  
Der bekannte Sozial- und Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann (1990) definiert Gesundheit als: „Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet.“
- 2 Erklärungsmodelle von Krankheit:
  - biomedizinisches Modell: Krankheit ist die Folge so genannter pathologischer Funktions- oder Strukturveränderungen des Organismus.
  - psychoanalytisches Modell: Krankheit resultiert aus intrapsychischen Konflikten mit den daraus folgenden Abwehrmechanismen.
  - lerntheoretisches Modell: Krankheit wird gewissermaßen erlernt, indem Gesundheit schädigendes Verhalten als Verhaltensweise „kopiert“ wird.
  - soziologisches Modell: Krankheit bzw. Gesundheit ist abhängig von sozialen Faktoren (Benachteiligung in der Gesellschaft, Rollenerwartungen, die jeweilige soziale Schicht oder Migrationshintergründe).
- 3 Die Arbeitsmedizin ist das medizinische Fachgebiet, das die Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf untersucht. Sie beschäftigt sich mit den physischen und psychischen Reaktionen des Menschen auf Arbeit und Arbeitsumwelt und bedient sich moderner, naturwissenschaftlicher Methoden. Vorbeugung und Erkennung von Krankheiten, die Minimierung von Erschwernissen am Arbeitsplatz und vor allem die Verhütung von Unfällen stehen im Mittelpunkt der Forschungen bzw. Empfehlungen. Sie entwickelt Konzepte für eine möglichst frühzeitige Erkennung, eine sachkundige Begutachtung, eine fachlich angemessene Behandlung von Berufskrankheiten bzw. berufsbedingten Erkrankungen und für die medizinische und berufsfördernde Rehabilitation.
- 4 Die Sozialmedizin untersucht alle sozialen, kulturellen und psychischen Faktoren, die zum Verlust oder Erhalt von Gesundheit bzw. Wohlbefinden der Menschen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld beitragen. Das Ziel ihrer Arbeit ist es, das Auftreten von Leiden bzw. Krankheiten genauer zu verstehen. Vermeidung, Linderung oder auch eine Anpassung an die aufgetretene Erkrankung stehen im Mittelpunkt. Alle Wechselbeziehungen zwischen bestimmten gesellschaftlichen Faktoren, individuellen Risiko- und Schutzfaktoren auf der einen Seite und Gesundheit und Krankheit auf der anderen sind für die Sozialmedizin von höchstem Interesse. Das Hauptaugenmerk

- liegt seit geraumer Zeit auf benachteiligten Gruppen wie z. B. Menschen in Armut oder mit Migrationshintergrund.
- 5 Public Health ist die Wissenschaft und Kunst bzw. die gemeinsame Anstrengung der Gesellschaft, durch zielgerichtete Anstrengungen Krankheiten zu mindern, Leben zu verlängern und ein Leben in Gesundheit zu ermöglichen. Public Health befasst sich demzufolge mit der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch mit dem kurativen und rehabilitativen Bereich.
- 6 Formen der Prävention, unterschieden nach dem Zeitpunkt der Maßnahmen:
- primäre Prävention: Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, Vermeidung bzw. Reduktion von Risikofaktoren, z. B. Suchtprävention, Infarktprävention
  - sekundäre Prävention: Maßnahmen der Krankheitsfrüherkennung, z. B. Vorsorgeuntersuchungen (Kinder, Krebs ...)
  - tertiäre Prävention: Maßnahmen zur weitgehenden Wiederherstellung von Lebensqualität und Funktionsfähigkeit nach bzw. bei einer Erkrankung (fällt in den Bereich der Rehabilitation)
- 7 Unter einer Prophylaxe (griech.: prophylaktikós = verwahrend, schützend) versteht man Maßnahmen zur Vorbeugung vor Krankheiten.
- 8 Gesundheitserziehung findet in erster Linie in den Kindergärten und Schulen statt. Sie umfasst die Bereiche Ernährung, Bewegung, psychisches Wohlbefinden, Unfallvorbeugung, Sicherheitserziehung, Hygiene, Sexualerziehung, Verhütung von Krankheiten (z. B. das richtige Putzen der Zähne) und Suchtprävention.
- 9 Konzepte der Gesundheitsförderung sehen Gesundheit bzw. Krankheit als zwei Pole, zwischen denen sich der Mensch bewegt. Nicht die Frage, was den Menschen krank macht, steht im Mittelpunkt der Betrachtungen, vielmehr geht es um die Förderung der individuellen Ressourcen, die Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität steigern. Die Verbesserung und Steigerung einer nie vollkommenen Gesundheit ist das Ziel.

## **D2 Gesundheitsförderung und Prävention in den verschiedenen Lebensabschnitten**

- 1 Die häufigsten akuten Infektionskrankheiten im Kindes- und Jugendalter sind die Gastroenteritis (Magen-Darm-Grippe), Lungen- und Harnwegsinfektionen. Krankheiten im Kindesalter, die der operativen Therapie bedürfen, sind Nabel- und Leistenbrüche, Blinddarmentzündungen, Vorhautverengungen, kindlicher Hodenhochstand und frühkindliche Fehlbildungen.
- 2 Der APGAR-Score ist ein standardisierter Test, der bei Neugeborenen in der ersten Minute nach der Geburt durchgeführt und in der fünften und zehnten Minute wiederholt wird. Beurteilt werden Atmung, Puls (Herzfrequenz), Grundtonus der Muskulatur, Aussehen der Haut und Reflexe, daher die Abkürzung APGAR. Je nachdem, wie sich die Situation in Bezug auf diese Kriterien darstellt, werden pro Kriterium 0 bis 2 Punkte vergeben (z. B. bei weißer Färbung der Haut 0 Punkte). Liegt der APGAR-Wert in der zehnten Minute noch bei 7 oder darunter, so sollte das Kind zu Kontrollen einbestellt werden.
- 3 Die ersten drei Lebensjahre gelten als die intensivste Phase der Sprech- und Sprachentwicklung.
- 4 Unter Sozialisation (auch Sozialisierung oder Vergesellschaftung genannt) versteht man den Prozess der Eingliederung eines Menschen in eine soziale Gruppe bzw. in die Gesellschaft. In diesem lang anhaltenden, facettenreichen Prozess werden Verhaltensweisen erlernt, die das Individuum benötigt, um seine sozialen Rollen einnehmen zu können und um seine kulturelle Identität zu erwerben.
- 5 Als Entwicklungsstörungen werden allgemein Abweichungen vom Entwicklungsverlauf eines gesunden Kindes, also Auffälligkeiten z. B. in der motorischen, sprachlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung bezeichnet.
- 6 Zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr haben Jugendliche einen Anspruch auf eine Jugendgesundheitsuntersuchung (J1).

- 7 15 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind zu dick oder bereits fettsüchtig.
- 8 KiGGS steht für die von der Bundesregierung beauftragte und im Mai 2007 vom Robert-Koch-Institut veröffentlichte Studie, die die gesundheitliche Situation (körperlich, psychisch und sozial) der Kinder und Jugendlichen in Deutschland untersucht und erfasst hat. Ziel der Studie war es, gesundheitliche Risiken und Risikogruppen aufzuspüren und anhand dieser Erkenntnisse Präventions- und Interventionsansätze zu entwickeln. Über diverse Publikationen (z. B. Elternbroschüren, wissenschaftliche Veröffentlichungen) sind die Ergebnisse jedem zugänglich.
- 9 Zivilisationskrankheiten sind diejenigen Erkrankungen, die in industrialisierten Staaten in großer Anzahl vorkommen. Darunter versteht man körperliche, geistige bzw. seelische Schäden als Folge von überzogener Nutzung von Errungenschaften der Zivilisation. Zu den Zivilisationskrankheiten zählen die Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krebs und Erkrankungen des Bewegungsapparats.

### **D3 Auswirkungen von sozialer Schicht und Migrationshintergrund auf das Gesundheitsverhalten**

- 1 Migrantinnen und Migranten sind im Vergleich zu anderen sozial benachteiligten Schichten zusätzlichen Belastungen ausgesetzt:  
migrationsbedingte Risiken:
  - Minderheit in unserer Gesellschaft => stößt oft auf Ablehnung und Skepsis
  - kulturelle und sprachliche Barrieren => schlechterer Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgungaus der Migration abzuleitende Sonderbelastungen:
  - Trennung von Freunden und Familie
  - Verlust des gesellschaftlichen Status
  - soziale Ausgrenzung aufgrund der fremden Herkunft
  - unklarer Aufenthaltsstatus über oft lange Zeit
  - Angst vor Abschiebung und daraus resultierender Verfolgung oder FolterDies hat krankheitsfördernde Auswirkungen auf die Psyche, z. B. Angstzustände, Depressionen, schulisches Versagen bei Kindern.
- 2 Die Schwierigkeiten, im österreichischen Gesundheitssystem Orientierung zu finden, beruhen insbesondere auf:
  - Sprachbarrieren und die damit verbundenen Kommunikationsprobleme  
Beispiel: Informationsbroschüren zu präventiven Angeboten werden nicht verstanden.
  - unterschiedlichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit und damit verbunden einem anderen Umgang mit Krankheit
- 3 Maßnahmen zur Verbesserung der Lage der Migranten in unserem Gesundheitswesen:
  - mehr niederschwellige Angebote
  - Verbesserung der Kommunikation
  - Bewusstmachung der kulturellen Unterschiede
  - Verbesserung der ökonomischen Ausgangslage
- 4 Menschen mit einem geringen sozialen Ansehen neigen häufig dazu, in der Pflege der Gesundheit keinen Wert zu sehen, u. a. wegen mangelnder Perspektiven, keinen oder nur geringen Wert auf Informationen zur Gesunderhaltung. Sie fühlen sich wenig motiviert, durch Verhaltenskorrekturen (z. B. den Verzicht auf ein Übermaß an Genussmitteln) für eine bessere körperliche Befindlichkeit zu sorgen.
- 5 Maßnahmen zur Gesunderhaltung sind oft auch mit Kosten verbunden, die privat aufzubringen sind und die Menschen mit geringen finanziellen Mitteln oft vermeiden (müssen). Beispiele:
  - Gesundere Ernährung ist vielfach teurer.

- Freizeitangebote, die der körperlichen Gesunderhaltung dienen, sind häufig mit Kosten verbunden.
  - Manche ärztliche Leistung ist mit Zusatzkosten verbunden, z. B. die professionelle Zahnreinigung beim Zahnarzt.
- 6 Ein geringer Bildungsstand hat meist einen geringen Sozialstatus zur Folge und geht häufig mit folgenden, der Gesundheit nicht förderlichen Bedingungen einher:
- belastende Arbeitsbedingungen durch „minderwertige“ Arbeit (schwere körperliche Arbeit; Lärm, Staub, gefährliche Stoffe; Nacht-/Schichtarbeit)
  - nachteilige Wohnbedingungen (z. B. knapper Wohnraum, schlechter Allgemeinzustand der Wohnung), nachteilige Lebensumfeldbedingungen (z. B. Lärmbelastung, Vandalismus)
  - finanzielle Engpässe => Versicherungsschutz auf Grundversorgung beschränkt
  - Stress, der aus den obigen Bedingungen resultiert => als Reaktion: Rauchen, Alkohol, Fast Food, „Lähmung“ (Bewegungsmangel)
  - unsichere bis ungünstige Zukunftsperspektiven => Motivationsprobleme für gesundheitliche Maßnahmen, geringe Bereitschaft zur Eigenverantwortung, Therapien werden z. T. nicht durchgehalten
  - Fehlen positiver Vorbilder für gesundheitsförderliches Verhalten => nachteilige Startbedingungen für Kinder
  - Verständnisschwierigkeiten bei den Angeboten der Gesundheitseinrichtungen zu Vorsorge und Gesundheitsförderung, da das inhaltliche und sprachliche Niveau zu hoch angesetzt ist => Informationsdefizit bei der gesundheitlichen Aufklärung, Angebote zur Vorsorge werden weniger wahrgenommen

#### **D4 Ein großes Ziel – weltweite Gesundheit**

- 1 Die in einem Land geltenden Rahmenbedingungen entscheiden stets im hohen Maße darüber, wie es um die Gesundheit seiner Menschen bestellt ist. Da wir im Zeitalter der Globalisierung leben, wirken sich internationale Verflechtungen (Handel, Produktion) auf die Verhältnisse vor Ort aus. Gesundheit bzw. Krankheit eines Menschen in der Welt sind im hohen Maße abhängig von dem Grad der Bildung (Aufklärung) und den ökonomischen Möglichkeiten.
- 2 auf dem afrikanischen Kontinent
- 3 Unter Gesundheitszielen versteht man die verbindlichen Vereinbarungen der verantwortlichen Akteure im Gesundheitswesen. Diese Ziele gelten als Instrumente der Gesundheitspolitik im Rahmen von Public-Health-Ansätzen, damit Verbesserungen der Gesundheitssituation der Bevölkerung erreicht werden können.

#### **E1 Chronisch krank und nie wieder ganz gesund**

- 1 Erkrankungen können grundsätzlich mit einer Kompensation oder einer Dekompensation einhergehen. Sie können zum Tode führen, sich zu einer chronischen Erkrankung entwickeln oder mit einer Heilung abgeschlossen werden. Bei chronischen Verlaufstypen unterscheidet man die chronisch kontinuierliche, die chronisch progrediente und die chronisch rezidivierende Form.
- 2 Der chronisch kranke Mensch muss lernen, ein hohes Maß an Verantwortung für sich und seine Erkrankung zu übernehmen. Er ist zum großen Teil selbst für die Therapie seiner Erkrankung verantwortlich, auch wenn immer wieder stationäre Aufenthalte notwendig sein können. Umso wichtiger ist es, dass er nicht nur den Sinn und Zweck von Therapiemaßnahmen, Pflegeinterventionen und notwendigen Maßnahmen im Lebensalltag versteht, sondern diese als wichtig und richtig erachtet. Dieses Verständnis ist notwendig, damit der chronisch kranke Mensch alle notwendigen Maßnahmen nicht nur als ein „lästiges Übel“ versteht, sondern die Erkrankung mit allen notwendigen Maßnahmen als Teil seines Lebens akzeptieren kann.
- 3 Herr Stuber hatte bereits viele stationäre Aufenthalte. Er ist mit verschiedenen Therapien und Spezialisten konfrontiert worden und weiß gut über seine Erkrankung

Bescheid. Aus seinen Äußerungen lässt sich Frustration und Hoffnung erkennen. Er zeigt sich Neuem gegenüber skeptisch und fordert Hintergrundinformation. Bedingt durch die Schmerzen ist er in der Verrichtung seiner alltäglichen Aufgaben eingeschränkt. Er ist in einer Selbsthilfegruppe integriert und fühlt sich als Betroffener nicht immer gut von den Spezialisten betreut.

## **E2 Wenn der Schmerz das Leben bestimmt**

- 1 Akute Schmerzen entstehen aufgrund einer akuten Störung oder eines akuten Ereignisses. Die Schmerzen sind in der Regel gut therapierbar. Sie treten häufig plötzlich und ohne Vorwarnung auf.  
Chronische Schmerzen werden häufig als ständige Schmerzen erlebt. Die Intensität schwankt kaum noch. Die Betroffenen sind in den Aktivitäten des täglichen Lebens bedingt durch die Schmerzen eingeschränkt (Beeinträchtigung der sozialen Kontakte, beruflichen Tätigkeit, Hobbys und vieles mehr). Die Gefahr einer Politoxikomanie ist bei diesen Patienten besonders groß. Aus dem chronischen Schmerz kann sich die sog. Schmerzkrankheit entwickeln.
- 2 Grundsätzlich ist zur Erhebung der Schmerzintensität eine ausführliche Schmerzanamnese zu erstellen. Je nach Kommunikationsfähigkeit können folgende Skalen angewandt werden:
  - verbale rating Skala  
Bei dieser Skala werden Beschreibungen des Schmerzes (von „kein Schmerz“ bis „zu starker Schmerz“) als Struktur dem Patienten vorgegeben. Die Skala umfasst eine Untergliederung in 5 Begriffe. Der Betroffene kann nun seine erlebte Schmerzintensität diesen Begriffen zuordnen.
  - numerische Skala  
Bei dieser Skala ist eine Unterteilung in Zahlen vorgegeben. Diese umfasst für die Betroffenen eine Wahlmöglichkeit von 0 (kein Schmerz) bis zu 10 (stärkster Schmerz). Hier ist eine relativ genaue Verlaufsentwicklung des Schmerzes möglich.
  - visuelle Analogskala  
Auf dieser Skala sind nur 2 Angaben vorgegeben (kein Schmerz und höchster vorstellbarer Schmerz). Der Patient/ Bewohner kann nun seine Schmerzintensität angeben. Meist ist auf der Rückseite eine Zahlenskala vorhanden, so dass die Pflegekräfte eine genaue Schmerzintensitätsangabe machen können und den Schmerzverlauf gezielt dokumentieren und beobachten können.
  - Gesichter-Rating-Skala  
Die Skala zeigt verschiedene Gesichtsausdrücke, die unterschiedlichen Schmerz darstellen sollen. Diese Skala ist besonders für Kinder und ältere Menschen geeignet, die Schwierigkeiten im Verstehen von Zahlen oder Worten haben.  
Eine Schmerzbehandlung wird laut Expertenstandard bei einem Wert von 3/10 auf der numerischen Skala empfohlen. Dieser Wert ist auf die anderen Skalen übertragbar.
- 3 Bei dieser Aufgabe geht es um ein Meinungsbild. In einer Diskussion zum Thema könnten z. B. folgende Argumente pro bzw. kontra die Anwendung der erwähnten Methoden aufgeführt werden.  
Argumente pro:
  - Viele Pflegemaßnahmen, deren Wirkung erst jetzt wissenschaftlich nachgewiesen wurde, sind auch früher schon angewendet worden – d. h. nur weil es noch nicht bewiesen ist, muss es nicht wirkungslos sein.
  - Die beiden Methoden zeigen eine hohe Effizienz in der Praxis.
  - Sowohl physikalische als auch psychologische Methoden entspannen und wirken damit schmerzlindernd.
  - Die Ganzheitlichkeit von Körper Geist Seele wird hierdurch gefördert.Argumente kontra:

- Erst durch eine wissenschaftlich nachgewiesene Effizienz können dem Patienten über Wirkungen und Nebenwirkungen die notwendigen Informationen gegeben werden und kann die Maßnahme auch gezielt eingesetzt werden.
- Bei Pflegeinterventionen, die nur auf Erfahrungswissen basieren, besteht die Gefahr, dass die Methode weder fachlich korrekt noch zur richtigen Indikation angewandt wird.
- Pflegeinterventionen, die rein auf Erfahrung beruhen, werden vielfach von jeder Fachkraft unterschiedlich ausgeführt und können so nicht effizient sein.

### **E3 Leben heißt auch Sterben**

- 1 unsichere Todeszeichen: Atemstillstand, Herzstillstand (kein Puls/Blutdruck messbar), Fehlen der Hirnstammreflexe (Trigeminus, Cornealreflex, Schmerzreiz), Muskelatonie und reflexlose Extremitäten, Bewusstlosigkeit  
sichere Todeszeichen: Totenflecke, Totenstarre, Einsetzen von Fäulnis- und Auflösungsprozessen, Trübung der Hornhaut und Weichwerden des Augapfels
- 2 Beispielhaft werden hier drei besonders belastende Veränderungen dargestellt: Viele Angehörige sind besonders beeindruckt, wenn sich sichtbare „Vitalzeichen“ wie Atmung und Bewusstsein verändern. Es ist schwer mit anzusehen, wie ein Angehöriger angestrengt, zunehmend unregelmäßig oder mit großen Atempausen atmet. Die immer wieder tiefe Einatmung nach einer Pause kann Angehörige erschrecken. Hilfe für die Angehörigen heißt hier ganz konkret, die Angehörigen im Vorfeld auf eine mögliche Veränderung der Atmung aufmerksam zu machen. Dies kann besonders wichtig sein, wenn sich der Zustand des Sterbenden seit dem letzten Besuch der Angehörigen sehr stark verändert hat. In diesem Fall sollte man die Angehörigen, schon bevor sie das Patientenzimmer betreten, im Gespräch auf die Veränderungen vorbereiten und dann mit ihnen zusammen ins Zimmer gehen. Häufig kann man nach ein paar Minuten wahrnehmen, wie sich die Angehörigen an die neue Situation „gewöhnnt“ haben und sich sicherer fühlen.  
Die zunehmende Bewusstseinsbeeinträchtigung, die von den Angehörigen als ein „immer weniger ansprechbar, immer weniger bei uns sein“ wahrgenommen wird, macht deutlich, dass der sterbende Mensch immer weiter „weg geht“ und dies nicht mehr rückgängig gemacht werden kann. In diesem Moment verlieren die Angehörigen die Möglichkeit, sich mit dem Sterbenden auszutauschen oder noch einmal seine Stimme zu hören. Für viele Angehörige ist das sehr schmerzhaft. Hier ist es wichtig, die Angehörigen zu ermutigen, mit dem Sterbenden zu sprechen, auch wenn dieser nicht mehr antworten kann. Der Hörsinn des Sterbenden ist nicht erloschen, auch wenn er nicht mehr antworten kann!  
Ein weiterer belastender Aspekt für die Begleiter ist es, wenn der Sterbende sehr unruhig ist. Dies wird als Todeskampf erlebt und schmerzt. Unterstützen Sie die Angehörigen, indem Sie ihnen Mut machen, bei dem Sterbenden zu bleiben. Seien Sie als Pflegekräfte offen für Gespräche und hören Sie zu – signalisieren Sie ihnen mit ehrlicher Empathie, dass Sie für sie da sind, und sorgen Sie für eine „Auszeit“ bei den Angehörigen, wenn Sie merken, dass es für sie zu belastend ist.
- 3 Aufgaben des Arztes bei der sog. Leichenschau:
  - Feststellung des eingetretenen Todes
  - Ermittlung der Todesursache
  - Prüfung und Entscheidung darüber, ob ein natürlicher Tod oder Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod vorliegen

### **E4 Die letzten Stunden – beim Sterben begleiten**

- 1 individuelle Antworten. Wichtig ist das Verständnis, dass die Phasen – wie auch bei allen anderen Modellen – nicht linear verlaufen, sondern die einzelnen Phasen wiederholt oder auch gar nicht erlebt werden können.  
Phasen des Sterbens nach E. Kübler Ross:

- Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens, der Unsicherheit und Isolierung
- Phase der Auflehnung und des Zorns
- Phase des Verhandeln
- Phase der Traurigkeit und Depression
- Phase der Todesannahme

## 2 Körperpflege:

- Anpassung des Zeitpunkts der Körperpflege an die Wünsche und den Allgemeinzustand des Sterbenden
- Verwendung von aromatischen Waschzusätzen
- Körperpflege in Ruhe durchführen (Ruhepausen integrieren)
- bewusste, einfühlsame Berührungen integrieren
- Musik kann die Körperpflege unterstützen.
- die Kommunikation anpassen
- kleinere Massagen integrieren
- persönliche Pflegemittel des Sterbenden verwenden
- Mobilisation:
  - Zeitpunkt den Wünschen des Sterbenden anpassen
  - bei der Mobilisation so viel Hilfe wie nötig anbieten, ohne die Selbstständigkeit zu behindern
  - wird Hilfe eingefordert, dann großflächigen Körperkontakt bieten und Sicherheit vermitteln
  - Pausen einplanen
  - den Betroffenen auch in der veränderten Lage bequem lagern und mit Kissen unterstützen
  - bei der Lagerung und Mobilisation Einreibungen u. Ä. anbieten
  - auch gelähmten oder von der Krankheit betroffenen Körperteilen Aufmerksamkeit schenken und bewusst mit in die Bewegungsläufe einbeziehen, so dass der Mensch sich in seinem Körper als Ganzheit empfinden kann
  - Patient nicht überfordern
  - Ruhe vermitteln
  - Abläufe sinnvoll in den Tagesablauf integrieren
- Kommunikation:
  - Kommunikationsinhalte und Kommunikationsbedürfnisse gibt der sterbenden Mensch vor.
  - Wertschätzung, Empathie und aktives Zuhören
  - für eine ruhige Gesprächsatmosphäre sorgen
  - den Sterbenden, soweit gewünscht, am Leben teilnehmen zu lassen – d. h. etwas erzählen von der Familie, Freunden usw.
  - die verbale Kommunikation durch nonverbale Kommunikation unterstützen
  - den nonverbalen Kommunikationsmustern des Gegenübers besondere Aufmerksamkeit schenken
  - eine Überforderung auf der Kommunikationsebene vermeiden (zu viele Personen reden zur gleichen Zeit, zu viele Besucher sind gleichzeitig beim Sterbenden)
  - den Raum so gestalten, dass Gespräche stattfinden können und sich Besucher wohl fühlen
  - Kommunikation kann auch heißen, miteinander zu schweigen.

## E5 Abschied nehmen

1

Abschiede finden selten wirklich bewusst statt. So ist es für viele Menschen schwer, Dinge, Erlebnisse, Orte und Menschen loszulassen. Vieles bleibt unausgesprochen, manches Unerledigte wird jetzt zu einer Belastung. Der Sterbende muss Abschied von allem nehmen, was ihm in seinem Leben wichtig war. In der Rückschau auf das Leben wird häufig Bilanz gehalten – viele Menschen, Orte und Erlebnisse werden präsent und damit auch der Wunsch nach einer erneuten Begegnung oder dem Wunsch, noch einmal an bestimmte Orte zurückkehren zu

können. Aufgrund der schweren Erkrankung ist dies oft nicht mehr möglich – ein damals nicht vollzogener Abschied wird nun als etwas Unvollständiges erlebt. Jeder Abschied birgt auch einen Neuanfang – je bewusster dieser Abschied gestaltet ist, desto besser kann ich mich für das Neue öffnen und erlebe die verschiedensten Phasen meines Lebens bewusst und als Teil meiner ganzen Lebensbiografie.

2 Für Menschen mit islamischer Glaubenszugehörigkeit ist es besonders wichtig, dass Angehörige den Leichnam des Verstorbenen waschen. Ein Nichtmuslim sollte den Leichnam nur mit Handschuhen berühren.

3 Nachdem der Arzt den Tod festgestellt hat, ist es Aufgabe der Pflegekräfte den Leichnam zu „versorgen“. Alle Drainagen, Katheter oder Sonden werden entfernt, der Verstorbene wird, soweit notwendig, gewaschen und mit frischer Kleidung (je nach Wunsch der Angehörigen oder des Verstorbenen) bekleidet. Die Augen des Verstorbenen werden geschlossen, Zahnprothesen eingesetzt, der Schmuck wird in Absprache mit den Angehörigen entfernt und ihnen ausgehändigt. Die Hände des Verstorbenen werden gefaltet oder seitlich an den Körper gelegt. Der Mund wird mithilfe eines Handtuchs unterhalb des Kinns geschlossen, so dass der Verstorbene seinen charakteristischen Gesichtsausdruck behält.

Der Leichnam wird auf dem Rücken gelagert. Alle Pflegemittel und Hilfsbedarf (wie Sauerstoffflaschen usw.) werden aus dem Zimmer geräumt.

Die Begleitung der Angehörigen in dieser Situation ist eine weitere wesentliche Aufgabe des Pflegepersonals. In vielen Altenheimen wird neben den Verwandten auch den Mitbewohnern eine Möglichkeit gegeben, Abschied zu nehmen. Das Aufstellen einer Kerze, eines Bildes, die Teilnahme an der Beerdigung oder anderer hausüblicher Traditionen sind dabei äußerliche Zeichen, die zum Innehalten und Gedenken anregen. Der Leichnam wird schließlich noch mit einem Identifikationsetikett versehen, bevor er vom Bestattungsinstitut abgeholt wird.

## **E6 Durch die Trauer zu neuem Leben**

1 Fragen zur Klärung der Beziehung:

- Wer war der Verstorbene für mich?
- Welche Rolle verliere ich durch seinen Tod?
- Wie war unsere Beziehung?
- Was habe ich durch ihn geschenkt bekommen?
- Worunter habe ich in unserer Beziehung immer gelitten?
- Was habe ich dem Verstorbenen in seinem Leben geschenkt – wer war ich für ihn?

Umstand des Todes:

- Ist der Tod für ihn eine Erlösung nach langem Leiden?
- War er vorbereitet auf den Tod?
- War ich als Angehörige darauf vorbereitet oder ist der Tod völlig unerwartet eingetreten?

Mein Gefühl der Trauer:

- Wie könnte ich meine Trauer beschreiben (Wut, Hilflosigkeit, Leere, Erleichterung ...)?
- Was bedeutet der Tod in meinem Glaubens- oder Kulturkreis?
- Welche für mich hilfreiche Strategien kenne ich aus früheren Erfahrungen, die mir jetzt Unterstützung sein können (Coping)?

Soziales Umfeld:

- Wie hat unser Umfeld unsere Beziehung erlebt?
- Wer kann mir jetzt Unterstützung sein?
- Wer trauert noch mit mir um den Verstorbenen?
- Wie sind der Verstorbene, mein Umfeld und ich geprägt durch Religion, Kultur und Biografie?

(Anmerkung: Bei „der Verstorbene“ ist immer die männliche und weibliche Form gemeint.)

- 2 Eine Brücke verbindet ein Ufer mit dem anderen, mitunter sogar ein Land mit einem anderen Land. Jörg Zink verwendet dieses Bild, um die Trauer zu erklären – es ist wie der Gang auf dieser Brücke – auf der einen Seite ist das gemeinsam erlebte Leben, auf der anderen Seite ist ein Leben ohne den Verstorbenen. Zwei Lebensabschnitte werden mit dieser Brücke verbunden. Während der Trauernde nach dem Tod des Angehörigen sich immer wieder in Erinnerung dem gemeinsamen Ufer zuwendet, sollte er im Laufe der Trauerarbeit lernen, das neue Ufer zu erreichen. Dieses Ufer ist Teil eines neuen Landes, ohne den Verstorbenen, aber eines Landes, auf dem man leben kann. Und irgendwann kann der Trauernde zurückblicken auf das Ufer der Gemeinsamkeit im Bewusstsein, dass dieses Ufer zu seinem Leben gehört, auch wenn er nicht mehr dahin zurück kann.
- 3 Diese Aussage spiegelt in keiner Weise wider, dass der Bekannte sich in die Situation der trauernden Witwe versetzen kann. Sie erlebt gerade den Schmerz des Verlustes und trauert um ihren Mann. Der Mann ist für sie in diesem Moment sicher nicht ersetzbar und die Vorstellung, einfach einen neuen Partner zu haben, ist unangepasst. Die Verarbeitung des Verlustes braucht Zeit und diese Zeit wird der jungen Frau so nicht zugestanden.  
Die Bemerkung kann Zeichen von Hilflosigkeit oder mangelnder Empathie der Person sein, die sie ausgesprochen hat.

#### **E7 Hospize – hier sind Leben und Sterben zu Hause**

- 1 Ein Hospiz hat ein völlig anderes Leitbild und andere Aufgabe und als ein Krankenhaus der Regelversorgung.  
Die Heilung von Menschen steht im Vordergrund der Arbeit aller Mitarbeiter in einem Krankenhaus. Das Hospiz wendet sich an Menschen, die unheilbar krank und dem Tode nahe sind. Diese Gäste für eine begrenzte Zeit auf dem Weg des Sterbens zu begleiten, ist Auftrag des Hospizes. Der Wunsch des Gastes prägt den Tagesablauf im Hospiz – im Krankenhaus sind viele Strukturen vorgegeben. Angehörige werden im Hospiz mitbegleitet und in die Pflege, in den Alltag integriert. Im Krankenhaus steht der Patient im Vordergrund, Angehörige werden nur bedingt in die Therapie und Pflege eingebunden.  
Hospize haben im Gegensatz zu Krankenhäusern keinen therapeutischen Auftrag, sondern setzen ihren Schwerpunkt in der palliativen Medizin.  
Der Personalschlüssel, die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams und die Finanzierung unterscheiden Hospize weiterhin von Krankenhäusern.
- 2 Eine Palliativstation ist eine häufig einer Klinik angegliederte Station, die sich in besonderer Weise Menschen mit nicht mehr therapierbaren Erkrankungen widmet. Ihr primäres Ziel ist die palliative Medizin, d. h. das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität für die Betroffenen. Dazu zählt z. B. die Schmerztherapie, aber auch Ganzheitlichkeit im Sinne der Hilfestellung zur Erfüllung von psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen. Die Angehörigen werden dabei als Teil des Lebensumfelds der betroffenen Menschen verstanden und in die Pflege und Hilfsangebote der Station einbezogen.

#### **F1 In ethischen Konfliktsituationen begleiten**

- 1 Alltagsberatung ist situativ, vermittelt Wertschätzung und Anteilnahme und ist in die Pfl egetätigkeit integriert. Pflegekräfte sind wichtige Ansprechpartner in Krisen- und Konfliktsituationen. Für eine professionelle Begleitung und Beratung benötigen Pfl egende eine methodische (Zusatz-)Qualifikation sowie viel Erfahrung und Praxis, die sie erst im Laufe ihrer Berufstätigkeit erwerben können.
- 2 Fachwissen; Kenntnisse in der Gesprächsführung; persönliche Fähigkeiten, z. B. Wahrnehmungsfähigkeit, Belastbarkeit im Umgang mit Emotionen, Fähigkeit, Nähe und Distanz zu gestalten, Einfühlungsvermögen, Flexibilität

- 3 Frau Hoffmann fühlt sich angenommen und verstanden. Sie sieht ihre Situation etwas klarer, kann mögliche Handlungsstrategien erkennen und sich ihrer Ressourcen zur Konfliktbewältigung bewusst werden.
- 4 Frau Hoffmann helfen keine Ratschläge, denn sie kennt ihren Sohn und ihre Mutter am besten. Im Dialog mit Pia wird der Selbstklärungsprozess unterstützt und Frau Hoffmann kann ihrer eigenen Problemlösung einen Schritt näher kommen.
- 5 Das Gespräch setzt eine tragfähige Beziehung voraus, die durch Offenheit, Klarheit und Gegenseitigkeit gekennzeichnet ist.
- 6 Autonomie und Selbstbestimmung können synonym verwendet werden. Selbstbestimmung ist ein Grundrecht, das untrennbar mit der Würde eines Menschen verbunden ist. Es bedeutet, die Fähigkeit und die Möglichkeit zu haben, frei zu wählen und eigene Bedürfnisse und Wünsche zu verwirklichen.
- 7 Dimensionen der objektiven Lebensqualität sind z. B. Gesundheit, Familie und soziale Kontakte, Arbeit, Einkommen, Umwelt, Freizeit, politische Verhältnisse.

## **F2 Konfliktfeld: Organtransplantation**

- 1 Indem zerstörte Organe durch gesunde ersetzt werden, kann eine Lebensverlängerung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit und Lebensqualität bei vielen Menschen erreicht werden.
- 2 In den 50er-Jahren des 20. Jahrhunderts gelangen die ersten erfolgreichen Nierentransplantationen.
- 3 Lebendspende: Organspende eines paarigen Organs, z. B. einer Niere. Der Organspender lebt mit einer Niere weiter.  
Totenspende: z. B. Transplantation des Herzens; setzt die Explantation des Organs von einem hirntoten Menschen voraus
- 4 Der Hirntod wird als unumkehrbarer Ausfall aller Hirnfunktionen definiert, d. h. Erlöschen der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms. Die Herz-Kreislauffunktion wird nur durch kontrollierte Beatmung aufrechterhalten.
- 5 Null-Linien-EEG
  - zerebraler Zirkulationsstillstand
  - Erlöschen evozierter Potenziale (Nachweis durch fehlende Antwort des Gehirns auf exakt standardisierte akustische und elektrische Stimulation von Nerven)
- 6 Es ist der Zustand des bereits eingetretenen Todes. Die Todeszeit ist die Uhrzeit, zu der die Diagnose und Dokumentation abgeschlossen sind.
- 7 Die nicht-gewinnorientierte Organisation ist für den administrativen und organisatorischen Ablauf der Organverteilung zuständig. Österreich und andere europäische Länder sind angeschlossen. Eurotransplant arbeitet mit weiteren Transplantationszentren und internationalen Organisationen zusammen, um die optimale Verfügbarkeit von Spenderorganen und -gewebe zu gewährleisten.
- 8 Nach österreichischem Gesetz (§ 62a. (1), KAKuG) ist die Organentnahme unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem bei der Gesundheit Österreich GesmbH, Geschäftsbereich ÖBIG, geführten Widerspruchsregister eingetragen ist.
- 9 Die verantwortliche Pflegekraft ist bei dem Gespräch des Arztes mit den Angehörigen anwesend, um später mögliche Fragen zu beantworten und Sachverhalte zu erklären. Sie hat eine Vermittlungsfunktion.  
Zur Betreuung gehört, dass die Pflegekraft
  - die Verzweiflung und Trauer annimmt,
  - Raum schafft für Abschied und Intimität,
  - im einfühlsamen Gespräch eine Entscheidung der Angehörigen unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willen des Gestorbenen herbeiführt,
  - weltanschauliche und religiöse Grundeinstellungen und Werte beachtet,
  - der Entscheidung der Angehörigen mit Respekt begegnet.

### **F3 Sterben ermöglichen – wie weit dürfen wir gehen?**

- 1 gesetzlichen Regelungen, die zur Anwendung kommen, wenn die Strafbarkeit von Sterbehilfe überprüft wird:
  - § 75 StGB: Mord
  - § 77 StGB: Tötung auf Verlangen
  - § 78 StGB: Mitwirkung am Selbstmord
  - § 95 StGB (1) Unterlassene Hilfeleistung bei Unglücksfall oder einer Gemeingefahr (§ 176)
- 2 Formen der Sterbehilfe:
  - Unter passiver Sterbehilfe ist der Abbruch oder die Nichtaufnahme einer lebensverlängernden Maßnahme zu verstehen. Das Wort „passiv“ besagt, dass man sich gegenüber dem Sterbeprozess passiv verhält.
  - Als indirekte Sterbehilfe wird der Einsatz von Medikamenten zur Schmerzlinderung bezeichnet, die als sekundäre Folge nicht beabsichtigte lebensverkürzende Wirkung haben.
  - Beihilfe zur Selbsttötung leistet diejenige Person, die Medikamente oder andere Hilfsmittel der sterbenden Person bereitstellt, diese aber den Suizid selbst durchführt.
  - Mit aktiver Sterbehilfe wird die absichtliche und aktive Beschleunigung oder Herbeiführung des Todeseintritts bei einer Person, die dies ausdrücklich und freiwillig verlangt (Tötung auf Verlangen), oder die Hilfe bei der Selbsttötung (assistierter Suizid) bezeichnet.

Passive und indirekte Sterbehilfe ermöglichen das Sterbenlassen, die Beihilfe zur Selbsttötung und aktive Sterbehilfe führen den Tod herbei.
- 3 Die aktive Sterbehilfe ist in Belgien und den Niederlanden im Rahmen gesetzlicher Regelungen erlaubt.
- 4 Nur wenn der Patient die Behandlungsangebote verstanden hat, seine Bedürfnisse und Wünsche mitteilen konnte und sich über Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsmöglichkeiten sowie über die Prognose im Klaren ist, kann er ein informiertes Einverständnis geben.
- 5 Der Patientenwille ist für alle Behandlungsentscheidungen maßgebend, auch wenn es um Entscheidungen am Lebensende geht.
- 6 Das „apallische Syndrom“ bezeichnet einen Symptomkomplex nach einer schweren Hirnschädigung, bei der wesentliche Teile des Hirnmantels (Pallium) zerstört sind. Der Patient lebt ohne bewusste Wahrnehmung in einem komatösen Zustand. Der Hirntod bezeichnet den Zustand der nicht umkehrbaren erloschenen Gesamtfunktion von Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm. Die Herzkreislauffunktion hirntoter Menschen wird nur durch künstliche Beatmung aufrechterhalten.
- 7 Der Berufskodex Pfleger betont ihre Aufgaben im präventiven und kurativen Bereich. „Leiden lindern“ weist aber auch auf ihre Aufgabe hin, Sterbende zu begleiten und das Leiden im Sterbeprozess zu lindern. Dabei kann für Pfleger ein Konflikt entstehen zwischen ihrer Verantwortung, Leiden zu lindern, und ihrer moralischen Verpflichtung, das Leben zu fördern und zu bewahren.

### **F4 Ethische Fallbesprechung**

- 1 Anlässe für eine ethische Fallbesprechung:
  - therapiebezogene Anlässe, z. B. Abwägen von Nutzen oder Schaden einer geplanten Maßnahme, Klärung von Fragestellungen bei pflegerischer oder medizinischer Langzeitbehandlung ohne medizinischen Fortschritt, Abstimmung von kurativer und palliativer Therapie und Pflege
  - Anliegen des Patienten/Bewohners oder seiner Angehörigen
  - Anliegen der Mitarbeiter, z. B. Gewissenkonflikte bei der Durchführung oder Fortsetzung einer Behandlung, mangelnder Konsens mit Angehörigen oder Ärzten

- 2 An einer ethischen Fallbesprechung sind z. B. beteiligt: behandelnder Arzt, Pflegekräfte, gesetzlicher Betreuer oder Angehörige, andere Personen des therapeutischen Teams, Moderator
- 3 Bei der externen ethischen Fallbesprechung berät eine Expertengruppe (z. B. Ethikberater, Ärzte, Psychologen) eine an sie herangetragene ethische Fragestellung. Bei der internen Fallbesprechung kommen die an der Pflege und Behandlung Beteiligten unter der Leitung eines externen Moderators zusammen.
- 4 die Lebensgeschichte des Betroffenen, seine Werte und Überzeugungen, seine Äußerungen zu existenziellen Fragen, seine aktuelle Situation aus medizinischer, pflegerischer und sozialer Perspektive, ökonomische und organisatorische Aspekte
- 5 Aufgaben des Moderators:
  - Sichtweise aller Beteiligten müssen Gehör und Berücksichtigung finden.
  - Kommunikationsregeln einhalten
  - gemeinsames Ziel nicht aus den Augen verlieren
  - auf Vollständigkeit der Fakten achten
- 6 Nein

### **G1 Behinderung – ein Überblick**

- 1 Behinderung nach § 3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG): Behinderung im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung oder Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, die geeignet ist, die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu erschweren. Als nicht nur vorübergehend gilt ein Zeitraum von mehr als voraussichtlich sechs Monaten.
- 2 Behinderung ist nach heilpädagogischem Verständnis immer das Ergebnis einer mangelhaften Passung zwischen Schädigung, Fähigkeitsstörung und Fertigkeitseinschränkung beim Individuum und fehlendem Ausgleich auf Seiten der Umwelt dieser Person. Der heilpädagogisch-psychologische Blickwinkel nimmt also die Dimensionen Entwicklungsfähigkeit, Lernfähigkeit und Handlungsfähigkeit einer Person genauso in den Blick wie Strukturen und Hilfen, durch die eine Behinderung entsteht, verstärkt, erleichtert oder aufgehoben wird.
- 3 Behinderung bedeutet für die Betroffenen auch:
  - Beeinträchtigungen der personalen Integration und der Salutogenese
  - soziale Nachteile und mangelnde soziale Integration
  - schwaches Kohärenzgefühl
- 4 Besondere Herausforderungen für die Pflege liegen:
  - in der Gestaltung der Kommunikation
  - in der Reduzierung bestehender Ängste, z. B. durch Orientierungshilfen und durch Gestaltung einer personenorientierten Begleitung
  - in der Beachtung und Handhabung sozialer und motorischer Einschränkungen
  - im Umgang mit Multimorbidität und Doppeldiagnosen
- 5 Rogers Basisvariablen der Beziehungsgestaltung:
  - Achtung und unbedingte Wertschätzung der Person durch den Begleiter
  - Empathie
  - Echtheit und Ehrlichkeit des Begleiters
- 6 Grundprinzipien für die Pflege von Menschen mit Behinderung nach Theunissen und Pörtner:
  - Blick auf das Richtige, was ist, nicht auf das, was fehlt; Vertrauen in die individuellen Entwicklungsmöglichkeiten einer Person
  - Wertschätzen kleinster Schritte auf dem Weg zum Ziel
  - zuhören und verstehen, auf das Erleben eingehen, ermutigen
  - Normalität so viel wie möglich, Besonderung so viel wie nötig
  - Lernen über Kopf, Herz und Hand
  - selbstständiges Handeln unterstützen, Eigenimpulse anregen, Hilfe zur Selbsthilfe leisten

- überschaubare Wahlmöglichkeiten bieten, getroffene Wahlentscheidungen ernst nehmen
  - klar und konkret informieren, dabei die Sprache des Gegenübers finden und anwenden, Medien individuell anpassen
  - den Sinn eines Verhaltens erkennen statt Verhalten abzugewöhnen
- 7 Heilpädagogisch gestaltete Bildungsangebote können dazu beitragen, dass die Person
- besser versteht, was man mit ihr vorhat,
  - mit ihrer Krankheit/Behinderung besser umgehen kann und
  - Sinn in Dingen/Situationen erkennt, weil sie sich selbst bestimmen kann.
- Zum Beispiel kann sie lernen:
- die Ausgestaltung von Pflegemaßnahmen mitzubestimmen
  - sich solidarisch in andere einzufühlen, auf andere zu achten
  - Konflikte und Ängste anzusprechen und auszudrücken usw.
- 8 Humor gilt als Handlungsprinzip in der Pflege, weil seine therapeutische Wirkung durch Biofeedback nachgewiesen ist. Er wirkt therapeutisch, weil er Hemmungen lösen, negativen Stress abbauen, Ablenkung verschaffen und zur besseren Bewältigung Angst erregender Situationen beitragen kann.
- 9 Humor ist in der Pflege und Begleitung behinderter und langzeitkranker Menschen darum besonders wertvoll, weil diese Menschen besonderen Ängsten und Angst erregenden Situationen ausgesetzt sind und sich oft minderwertig und unterlegen fühlen. Humor regt das kreative Potenzial an und damit auch die Fähigkeit zur Problemlösung.

## **G2 Lähmungen und Spastiken**

- 1 Parese ist der Ausfall der Willkürmotorik mit schlaffer, unvollständiger Lähmung. Mit Plegie ist die motorische Lähmung ganzer Gliedmaßen oder einzelner Gliedmaßenabschnitte gemeint.
- 2 Spastische Lähmungen können folgende Ursachen haben:
- Gehirnblutung oder Ischämie
  - Trauma des Gehirns, z. B. Schädelhirntrauma nach Unfall
  - Schädigung des Gehirns durch Hypoxie (Sauerstoffmangel)
- Jede Lähmung, z. B. Halbseitenlähmung nach Schlaganfall, kann bei unzureichender Behandlung spastisch werden.
- 3 Nur eine Zusammenarbeit von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Ärzten und Pflegefachkräften und deren fachlicher Austausch untereinander versprechen Erfolg bei der Behandlung von Menschen mit Spastiken.
- 4 Voraussetzung ist eine aufrechte Sitzhaltung, Schultern und Kopf sind leicht nach vorne gebeugt, evtl. nach vorne und hinten abgestützt, die Körperseiten sind parallel, das Becken ist durch Reitsitz mit Hilfsmitteln und gespreizten Oberschenkeln aufgerichtet, eine Rückenlehne ist vorhanden. Die Beine sind auch nach den Seiten hin abgestützt, die Füße haben mit geeignetem Schuhwerk Bodenkontakt.
- 5 Voraussetzungen, um von der PEG-Sonde zur oralen Nahrungsaufnahmen übergehen zu können:
- Mundöffnung und Mundschluss müssen möglich sein.
  - Schluckuntersuchung in HNO-Klinik oder durch spezialisierten HNO-Arzt und deren Zustimmung

## **G3 Hilfsmittel – Bedarf und Einsatz**

- 1 Barrierefrei bedeutet, physische Barrieren wie z. B. Treppen überwinden zu können oder noch besser, sie sind gar nicht vorhanden. Aber auch die Überwindung kommunikativer Schranken wie Taubheit oder Aphasie fällt unter den Begriff Barrierefreiheit.

- 2 Voraussetzung für die Abgabe eines Hilfsmittels als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse oder der Pflegekasse ist ein Rezept durch einen Vertragsarzt sowie die Genehmigung durch die Kasse.
- 3 Der Lieferant muss die Wartung des Geräts und fällige Reparaturen übernehmen und kostenlos ausführen. Die TÜV-Prüfungen fallen auch in den Zuständigkeitsbereich des Händlers. Der Benutzer des Geräts kann bei Problemen, Mängeln oder Defekten jederzeit auf den Lieferanten zurückgreifen.
- 4 Bei der Beschaffung eines Hilfsmittels ist Folgendes zu beachten:
  1. Erfassung des Ist-Zustands: konkreter Bedarf, soziales Umfeld, Wohnumfeld, Einstellung des Nutzers und der Angehörigen sowie finanzielle, persönliche und soziale Ressourcen
  2. Bestimmung der Dringlichkeit und der potenziellen Gefährdung des künftigen Nutzers, solange das Hilfsmittel noch nicht zu Verfügung steht
  3. Entscheidung über die Anschaffung eines bestimmten Hilfsmittels nach Klärung offener Fragen
  4. Planung und Durchführung mit dem definierten Lösungsangebot, einem konkreten Terminplan, der Verteilung von Aufträgen
  5. Einweisung des Nutzers oder seiner Angehörigen in den richtigen Gebrauch des Hilfsmittels
  6. Am Ende steht die Auswertung und Überprüfung, ob das Hilfsmittel richtig eingesetzt wird und die erhoffte Hilfe bringt.
- 5 Wird ein Mensch durch äußere Anreize motiviert etwas zu tun, z. B. durch Lob, Süßigkeiten oder Ähnliches, spricht man von extrinsischer Motivation. Entwickelt er aber aus eigenem Antrieb die Energie, etwas zu versuchen, so spricht man von intrinsischer Motivation.  
Beispiele aus der Praxis: individuelle Antworten

## **H1 Eine verantwortungsvolle Aufgabe – Ziele der Rehabilitation**

- 1 Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) sind die Richtlinien für Rehabilitation festgeschrieben. In den 302–304 ASVG wird konkret der Rahmen für die Leistungserbringung geschaffen.
- 2 Die Ziele der Rehabilitation richten sich nach Ressourcen des Rehabilitanden:
  - Restitution (komplette Wiederherstellung)
  - Kompensation (Einüben von Hilfsstrategien) oder
  - Adaption (Anpassung z. B. durch Hilfsmittelversorgung)
- 3 Phasenmodell in der neurologischen Rehabilitation:  
Phase A: Akutmedizin/Intensivpflege  
Phase B: Frührehabilitation mit intensiver Einzelförderung in Pflege und Therapie  
Phase C: weiterführende Rehabilitation mit umfassender Pflege und Therapie  
Phase D: Patient nimmt selbstständig an Therapien teil, Pflege steht im Hintergrund.  
Phase E: berufliche, soziale und schulische Rehabilitation  
Phase F: zustandserhaltende Dauerpflege und Therapie  
Phase G: nachklinische Versorgung mit ambulanter Pflege und Therapie  
Im Idealfall durchläuft der Rehabilitand die Phasen A-E. Sollten sich jedoch in der Phase B nur wenige Fortschritte einstellen, werden in einer Spezialeinrichtung (Phase F) diese gehalten und weitertherapiert. Einer späteren Wiederaufnahme in die Frührehabilitation, bei beobachtbaren Verbesserungen, steht nichts im Wege.
- 4 Die Kranken- und Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Berufsgenossenschaften, Arbeitsagenturen und die Sozialhilfe können als Träger auftreten.
- 5 Restitution ist die vollständige oder größtmögliche Wiederherstellung der Funktion und uneingeschränkte Teilhabe am Alltag.  
Kompensation ist die Einübung von Hilfsstrategien und Nutzung verbleibender Funktionen, um eine bessere Teilhabe am Alltag zu erreichen.

## **H2 Selbstständigkeit – Möglichkeiten erkennen und fördern**

- 1 Ein kranker Mensch, der eine Woche im Bett liegt, ohne gefördert zu werden, baut 10-15 % der Muskulatur ab. Auf die geistigen Fähigkeiten hat das „Herumliegen“ ebenfalls Auswirkungen: „Bewegungsmangel macht dumm“.
- 2 Teilhabe oder Partizipation bedeutet das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.
- 3 Die Rehaplanung dient dazu, die Maßnahmen für den Rehabilitanden individuell und wöchentlich an die aktuelle Situation angepasst festzulegen. Sie muss die Zielsetzung der verschiedenen Bereiche miteinschließen und sich an einer langfristigen Strategie zur Bewältigung der Gesundheitsprobleme orientieren.
- 4 Ziele und Maßnahmen müssen gemeinsam mit dem Betroffenen unter Einbezug seiner Restfähigkeiten und am Alltag des Rehabilitanden orientiert formuliert werden. Maßnahmen müssen zielorientiert, von allen durchführbar und auf die verschiedenen Berufsgruppen abgestimmt sein.
- 5 Der Grundgedanke des Modells ist: Ein gesundheitliches Problem schlägt sich nicht nur in einer Beeinträchtigung der Körperfunktionen nieder, sondern beeinflusst die Betroffenen auch in ihrer Fähigkeit, aktiv am Leben teilzunehmen und ihre bisherige Rolle und/oder Stellung in ihrem sozialen Umfeld beizubehalten.  
Somit ist die ICF nicht auf das biomedizinische Denken reduziert, sondern kann auch Ressourcen/Fähigkeiten und lebensnahe Probleme abbilden und ist am Alltag orientiert.  
Die ICF ist eine internationale Klassifikation, die den verschiedenen an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen eine gemeinsame Sprache zur Verfügung stellt, die wiederum eine gemeinsame Zielsetzung und Umsetzung dieser Ziele ermöglicht.
- 6 Je größer die Motivation und die Hoffnung aller Beteiligten ist, umso größer der messbare Rehabilitationserfolg.

## **H3 Aufgaben und Rolle der Pflegenden im Rehaprozess**

- 1 Primary Nursing bedeutet: Es gibt jemanden, der sich für den Rehabilitanden verantwortlich fühlt, den Aufenthalt und alle nötigen Therapie- und Pflegemaßnahmen herausfindet und organisiert. Die Verantwortung für den Rehabilitationsverlauf in der Pflege ist von Anfang bis Ende klar geregelt. Der Rehabilitand hat immer denselben Ansprechpartner.
- 2 Die Pflegeperson ist verantwortlich von der Aufnahme bis zur Entlassung und der Überleitung in die Nachsorgeeinrichtung. Sie sorgt für den Informationsfluss zwischen den einzelnen Berufsgruppen des Rehateams und zwischen den Berufsgruppen und dem Patienten/den Angehörigen. Die Pflegekraft plant und lenkt die Rehaplanung und die Zielevaluation.
- 3 Pflgeherapeutische Maßnahmen beschreiben Pflegehandlungen, die zu mehr Selbstständigkeit des Patienten führen. In den meisten Fällen sind das Leistungen, die in Verbindung mit den Aktivitäten des täglichen Lebens stehen und den Betroffenen fördern, diese zumindest teilweise selbst zu übernehmen.

## **H4 Konzepte anwenden – professionell handeln**

- 1 Das Affolter-Modell® wird angewandt bei Kindern mit Wahrnehmungs- oder Entwicklungsstörungen, bei Erwachsenen mit erworbenen Hirnschäden und alten Menschen mit Demenz.
- 2 „Direkte Nachbarschaft“ beschreibt ein Vorgehen, das dem Rehabilitanden eine Handlung schneller verständlich macht: Das Gehirn verarbeitet Reize, die direkt am Körper gespürt werden, meist besser als Gegenstände, die nur gesehen oder mit ihm besprochen werden. Das hilft uns, dem Patienten eine Situation schneller klarer zu machen (z. B.: dem Patienten die Flasche in die Hand drücken, bedeutet: „ich muss trinken“)

- 3 Beim pflegerischen Führen wird der Patient „versorgt“ und er muss nur spüren und mit Verständnis der Pflegehandlung folgen.  
Beim einfachen Führen werden die Hände des Patienten geführt und er soll nach Möglichkeit mitmachen.
- 4 Facio-Orale-Trakt-Therapie (Gesicht-Mund-Bereich)
- 5 Die F.O.T. Therapie betrifft das Essen, die Mundhygiene, das Sprechen, die Atmung und die Mimik des Patienten.
- 6 Die ballistische Bewegung ist fließend, die Rampenbewegung dagegen verläuft wie das Gehen auf einer Treppe, Schritt für Schritt, und vermittelt Sicherheit. Je nach Sicherheitsbedürfnis und Normalität des Bewegungsablaufs kommen beide zum Einsatz.
- 7 Ziel bei der Reflexlokomotion ist es, die Stützfunktion der Extremitäten, die dafür erforderlichen koordinierten Muskelaktivitäten (Bewegungsmuster) und die automatische Steuerung der Körperhaltung im zentralen Nervensystem zu bahnen.

#### **H5 Rehabilitation muss weitergehen**

- 1 Der Rehabilitand darf keine ständige pflegerische und/oder ärztliche Betreuung mehr benötigen und sollte psychisch belastbar sein.
- 2 Der Rehaberater berät den Patienten oder seine Angehörigen über mögliche Nachsorgeeinrichtungen, Rehamöglichkeiten, Hilfsmittelbeschaffung und finanzielle Angelegenheiten in Zusammenhang mit der Rehabilitation.
- 3 solange der Patient nicht selbst die Verantwortung tragen kann oder wenn absehbar ist, dass er auf die Dauer nicht selbst die Entscheidungen treffen kann
- 4 Durch eine gute Überleitung des Rehabilitanden in die Nachsorgeeinrichtung oder nach Hause entsteht nachweislich mehr Lebensqualität für den Patienten und die pflegenden Angehörigen. Die Gefahr, in nächster Zeit ins Akutkrankenhaus eingewiesen werden zu müssen, ist für den Patienten deutlich geringer.

#### **J1 Ambulante Versorgung**

- 1 Bevor ein ambulanter Pflegedienst seine Türen aufmacht, macht er sich Gedanken über folgende Fragen:
  - Welches Pflegeverständnis legen wir zugrunde? (Wie sehen wir den Menschen?)
  - Wie findet die Pflegeorganisation statt? Arbeiten wir nach Bezugspflege, Teamorganisation oder Funktionspflege?
  - Nach welchem Pflegemodell wollen wir arbeiten?
  - Wie wird unser Pflegeleitbild? Pflegen wir ganzheitlich?Die Kenntnis dieser Schwerpunkte (Aspekte) ist notwendig, um eine komplette (gesamte) Organisation eines ambulanten Pflegedienstes zu erkennen.
- 5 wichtige Punkte zur Erstellung einer Tourenplanung:
  - Anzahl der Kunden
  - Besuchzeiten (Wunschzeiten)
  - Art der Leistung (Pflegeleistung oder medizinische Leistung wie Insulininjektion)
  - örtliche Nähe
  - Qualifikation der Mitarbeiter (examinierte Mitarbeiter oder Mitarbeiter ohne formale Qualifikation)
  - termingebundene Tätigkeiten, z. B. Arztbesuche oder Beratungseinsätze

#### **J2 Entlassung und Vernetzung**

- 1 wichtige Informationen für eine reibungslose Entlassung:
  - Aufnahme der Ist-Situation
  - Identifizierung der Probleme
  - Festlegung des Hilfebedarfs
  - vorhandenes soziales Umfeld
  - vorhandene persönliche Ressourcen
  - häusliche Situation

- Diagnosen, Therapien, Komplikationen und Risiken
  - krankheits- und pflegebezogene Bewältigungsprobleme
- 2 Case Management ist ein Planungs- und Organisationsinstrument, das alle Hilfsdienstleistungen gezielt auf einen Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen abstimmt.
- 3 Der sog. Drehtüreffekt entsteht, wenn ein Patient aus einer Einrichtung, z. B. Krankenhaus, entlassen wird und die weitere Versorgung, z. B. zu Hause, nicht oder nur schlecht gewährleistet ist. Durch die Unterversorgung, z. B. eine unregelmäßige Einnahme von Medikamenten, besteht die Gefahr, dass der Patient wieder ins Krankenhaus eingeliefert wird (sog. Rehospitalisierung).
- 4 Case-Management-Programme bieten sich an z. B. für folgende Erkrankungen:
- Diabetes mellitus
  - onkologische Erkrankungen, z. B. Mammakarzinom
  - HIV
  - rheumatologische Erkrankungen

### J3 Beratung und Betreuung vor Ort

- 1 Der sog. Erstbesuch ist die erste Kontaktaufnahme vor Ort, in aller Regel in der Wohnung des an Pflegeleistungen interessierten Kunden, der Hilfestellung (medizinisch, pflegerisch oder im Haushalt) benötigt.
- 2 Der Erstbesuch soll immer durch eine leitende Pflegefachkraft durchgeführt werden, da diese durch ihre Erfahrung und Ausbildung die Situation vor Ort individuell und kompetent am besten einschätzen kann.
- 3 wichtige Kriterien beim Erstgespräch:
- Einhaltung der vereinbarten Zeiten
  - umfassende Information der Pflegeempfänger und ihrer Angehörigen
  - Einplanen eines ausreichenden Zeitrahmens für das Gespräch
  - ordentliche Kleidung und gepflegtes Äußeres
  - Erfassung des Hilfebedarfs und der daraus resultierenden Versorgung des Pflegebedürftigen

5

Pflegefachkraft	familiäre Pflegeperson
Anforderungen in Gesundheits- und Krankenpflege	
<p>Umfangreiche Kenntnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allgemeine Berufserfahrung</li> <li>- Beratungskompetenz</li> <li>- Pflegebedarfserhebung, Pflegeplanung</li> <li>- Einfühlungsvermögen</li> <li>- Krankenbeobachtung</li> <li>- Kommunikation (verbal, nonverbal)</li> <li>- Grundpflege</li> <li>- Betten und Lagern</li> <li>- Ernährung (u. a. künstl. Ernährung)</li> <li>- Mobilisation</li> <li>- Prophylaxen (komplett)</li> <li>- Behandlungspflege (komplett)</li> <li>- Hygienevorschriften</li> <li>- Qualitätssicherung</li> <li>- Anleitungskompetenz</li> <li>- Umgang mit med. Hilfsmitteln</li> </ul>	<p>Basiskenntnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einfühlungsvermögen</li> <li>- Krankenbeobachtung</li> <li>- Kommunikation (verbal, nonverbal)</li> <li>- Grundpflege</li> <li>- Betten und Lagern</li> <li>- Ernährung</li> <li>- Mobilisation</li> <li>- Prophylaxen (nach Bedarf, z. B. Dekubitus)</li> <li>- Behandlungspflege (nach Bedarf, z. B. subcutane Injektion)</li> <li>- Umgang mit med. Hilfsmitteln (nach Bedarf, z. B. Rollstuhl)</li> </ul>

Weitere Anforderungen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- hauswirtschaftl. Tätigkeiten</li> <li>- Führerschein Klasse III</li> <li>- Gesetzeswissen</li> <li>- Flexibilität</li> <li>- Kontaktfreude</li> <li>- Geduld</li> <li>- Aktivierungskompetenz</li> <li>- persönl. Gesundheit</li> <li>- selbstständiges Arbeiten</li> <li>- Fortbildungsbereitschaft</li> <li>- Dokumentationswissen</li> <li>- Schichtdienst</li> <li>- Wochenend- u. Feiertagsdienst</li> <li>- Rufbereitschaft</li> <li>- Computerkenntnisse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hauswirtschaftl. Tätigkeiten</li> <li>- Geduld</li> <li>- selbstständiges Arbeiten</li> </ul>

6 Die Grenzen der häuslichen Pflege sind erreicht bei:

- Selbstgefährdung des Pflegebedürftigen
  - Fremdgefährdung durch den Pflegebedürftigen
  - ansteckenden Infektionskrankheiten
  - Überlastung der Pflegeperson
- Diese kann sich äußern in:
- fahrlässige Versorgung des Pflegebedürftigen
  - Gewalt gegenüber dem Pflegebedürftigen
  - unzulässige Fixierung des Pflegebedürftigen
  - Verwahrlosung des Pflegeumfelds

### **K1 Wohnen im Alter**

1 Nachfolgende Aspekte gilt es erläuternd darzustellen:

- Stolperfallen entfernen
- Rutschfeste Bodenbeläge sind zwingend notwendig.
- Sicherungen bei allen Elektrogeräten müssen vorhanden sein.
- Nachtbeleuchtung und Bewegungsmelder einbauen
- Rauchmelder installieren
- Gegensprechanlage, Türspion und Türschließhilfen sollen ungebetene Gäste fernhalten.
- Notrufsystem organisieren

2 Ein Badezimmer sollte folgende Anforderungen für eine Barrierefreiheit erfüllen:

- keine Türschwellen
- Türbreite mindestens 80 cm
- Türentriegelung von außen möglich
- Tür darf nicht in den Raum schlagen, am besten Schiebetür
- Einbau einer bodengleiche Dusche oder evtl. eines Badewannen-Lifters
- Beinfreiheit unter dem Waschtisch
- Spiegel in passender Höhe, evtl. kippbar
- Sitzmöglichkeit vor Waschbecken und Spiegel
- rutschfeste Fliesen
- Toilettenaufsatz zur Erleichterung des Aufstehens/Einbau einer erhöhten WC-Schüssel
- Armlehnen oder Stützgriffe am WC
- sichere und leicht bedienbare Armaturen
- ausreichende Ablagefläche in Greifhöhe

## **K2 Aktiv und selbstbestimmt im Alter leben**

- 1 Durch den komplexen Prozess des Filterns und Gewichtens, des Denkens und Fühlens, der mit den vielen Sinneseindrücken einhergeht, wird jeder seelisch, geistig und körperlich „angestachelt“, sich mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen und damit „im Leben“ zu bleiben.
- 2 Ziele von Beschäftigungsangeboten:
  - Sicherheit und Entscheidungsfreiheit erhalten
  - Selbstwertgefühl stärken
  - individuelle Ressourcen entdecken und nutzen
  - Beweglichkeit so lange wie möglich erhalten
  - der Langeweile vorbeugen
  - zur Kommunikation und zum Erfahrungsaustausch anregen
  - eigene Geschichte, Erlebnisse erlebbar machen
- 3 zu den organisatorischen Vorüberlegungen siehe in Kap. 2.1.1 „Gute Vorbereitung ist schon die halbe Miete“
- 4 Dunkle Farbtöne, wie Blauviolett, Braun, Schwarz und Grau, sollte man nicht verwenden, da diese bei einer Sehschwäche, die ältere Menschen oft haben, nicht gut gesehen und unterschieden werden können.
- 5 Ziele von strukturierenden Angeboten:
  - Orientierung zu Zeit, Ort/Raum, Person und Situation bieten
  - Bezug zur jeweiligen Biografie herstellen und das Selbstwertgefühl steigern
  - Kommunikation verbessern und fördern
  - Erfolgserlebnisse vermitteln
  - Gefühl von Geborgenheit vermitteln
- 6 Rituale sind standardisierte Handlungen, die wiederholt durchgeführt werden und ihren Ursprung in menschlichen Verhaltensmustern haben.  
Unter Trigger (engl. = Auslöser) versteht man im pflegerischen Umgang einen Auslösereiz, der sich als ein Wort, eine Stimme, ein Geruch, ein Bild, ein Geräusch, eine Farbe usw. darstellen kann und darüber Erinnerungen wachruft und das Gedächtnis aktiviert.
- 7 Die 10-Minuten-Aktivierung ist eine Kurzaktivierung, die bei wenig zur Verfügung stehender Zeit eingesetzt werden kann. Um Kurzaktivierungen problemlos in den Pflegealltag integrieren zu können, müssen im Vorfeld die organisatorischen Rahmenbedingungen geschaffen werden, z. B. die zentrale Bereithaltung der benötigten Utensilien.
- 8 Strukturierende Angebote sind für die Pflegefachkräfte einerseits sehr abwechslungsreich, andererseits verlangen sie von ihnen ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Flexibilität. Damit die Motivation im Team nicht nachlässt, sind wöchentliche Treffen des Teams sinnvoll, wo über Wechsel des Arbeitsbereichs, Änderung der Angebote usw. offen gesprochen werden sollte.

## **K3 Lebenselixiere Ruhen und Schlafen**

- 1 Schlaf ist ein Zustand, der durch geringe körperliche Aktivität und eine kaum vorhandene Wahrnehmung der Umwelt gekennzeichnet ist.
- 2 Schlafphasen  
Stadium 1 – Einschlafphase: Entspannung, flüchtige Gedanken, leicht erweckbar; Dauer: ca. 30 Minuten  
Stadium 2 – Entspannungsphase: zunehmende Entspannung, tiefere Atmung, Blutdruck sinkt; Dauer: 3 Minuten  
Stadium 3 – Leichtschlafphase: durch leichte Reize nicht mehr erweckbar, verlangsamte Körperfunktionen; Dauer: 3 Minuten  
Stadium 4 – Tiefschlafphase: sehr tiefe Entspannung ohne Träume, kaum Bewegung, schwer oder nicht erweckbar; Dauer: ca. 30 – 60 Minuten  
REM-Schlaf: leichter Schlaf mit Träumen, schnelle Augenbewegungen, schwer erweckbar; Dauer: ca. 20 Minuten

- 3 Übersicht über die häufigsten Ursachen für Schlafstörungen:
- Umweltbedingte Ursachen:
- Lärm
  - helles Licht
  - zu warme Raumtemperatur
  - zu frühes Zu-Bett-Gehen
  - zu wenig Tagesaktivitäten
  - Nichtbeachtung von Schlafritualen
- Seelische Ursachen:
- Ängste, Depressionen
  - Konflikte, Sorgen, Trauer
  - Reizüberflutung
  - Erschöpfungszustände
  - freudige Aufregung
  - fremde Umgebung
  - Schlafmittelentzug
  - Verwirrtheit, Desorientierung
- Körperliche Ursachen:
- Atemnot, z. B. als Begleitsymptom bei Asthma
  - Herzerkrankungen
  - Schmerzen, z. B. bei Arthritis
  - Hypoglykämie bei zu lange zurückliegender Nahrungsaufnahme
  - Sauerstoffmangel bei Arteriosklerose, bei RR-Abfall in der Nacht
  - volle Blase, Inkontinenz
  - Blähungen nach schwer verdaulichen Speisen
  - Diarrhoe (= Durchfall), Hyperemesis (= Erbrechen)
  - Juckreiz der Haut
  - paradoxe Wirkung bei Schlafmittelmissbrauch
- 4 Aus pflegerischer Sicht kann Schlafstörungen durch Gestaltung des Lebensraums Bett und seines Umfelds entgegengewirkt werden:
- farbige Bettwäsche in den Lieblingsfarben des Erkrankten benutzen
  - das Bett so stellen, dass der Hereinkommende sofort im Blickfeld des Erkrankten erscheint
  - Bilder im direkten Umfeld (also auf Augenhöhe) aufhängen
  - große Mobiles oder Motive außerhalb des Blickfelds befestigen, damit der Erkrankte den Kopf bewegen muss
  - bei häufiger Rückenlage: erkennbare Bilder oder Netze mit jahreszeitlicher Dekoration direkt über dem zu Pflegenden an der Zimmerdecke montieren
- 5 schlafhygienische Hinweise zur Gestaltung eines Schlafzimmers:
- das Bett als angenehmem Rückzugsort gestalten, d. h. beruhigende Farben für die Bettwäsche nehmen bzw. bei Kindern Lieblingsmotive wählen
  - durch angenehme Lichtverhältnisse Geborgenheit und Ruhe vermitteln (evtl. Nachtlicht anbieten)
  - den Raum nicht überheizen und vor den Zubettgehen gut lüften
- 6 Das abendliche Einschlafen kann erleichtert werden durch die folgenden Regeln zur Schlafenszeit:
- jeden Tag – egal ob im Urlaub oder am Wochenende – zur gleichen Zeit aufstehen
  - den Tag ruhig ausklingen lassen
  - Licht bewusst einsetzen: helle Räume am Tag, dunkle Räume in der Nacht
  - nur kurze (max. 15 Minuten) Mittagsnickerchen machen
  - nicht zu früh zu Bett gehen
- 7 Bei älteren Menschen und Hochbetagten steigern Sedativa und Hypnotika meistens die geistige Verwirrtheit stören zudem den Gleichgewichtssinn, sodass die Gefahr von Stürzen deutlich erhöht wird. Auch bei der Dosierung ist Vorsicht geboten, da es leicht zu einem so genannten Hangover-Effekt kommen kann, d. h. die Schlafmittel

wirken länger nach, sodass es zu einer starken morgendlichen Schläfrigkeit kommt, die wiederum ein erhöhtes Unfallrisiko birgt.

- 8 Am meisten werden Essenzen aus Baldrian, Melisse, Hopfen (alle drei wirken beruhigend), Johanniskraut (stimmungsaufhellend), Lavendel (beruhigend) oder Passionsblume (schmerzstillend und schlaffördernd) verwandt. Es muss jeweils abgeklärt werden, ob individuelle Abneigungen bestehen oder allergische Reaktionen bekannt sind.

#### **K4 Die besondere Herausforderung – Demenz**

- 1 Grundrechte der Menschen mit einer Demenz (siehe auch Kap. 4.1)
- sich an sinnvollen Aktivitäten zu erfreuen
  - wie ein Erwachsener behandelt zu werden und nicht wie ein Kind
  - ernst genommen zu werden
  - körperlichen Kontakt zu haben
  - in einer sicheren und strukturierten Umgebung zu leben
  - mit Menschen zusammen zu sein, die die eigene Lebensgeschichte kennen
- 2 Die Abkürzung steht für Realitätsorientierungs-Training (ROT). Die Methode wurde um 1950 entwickelt und bei der Rehabilitation von Kriegsopfern eingesetzt. Ihr Grundgedanke ist es, durch immer wieder genannte oder gezeigte orientierende Informationen, dem Klienten die Umgebung zu erschließen.
- 3 In Gegensatz zum ROT verfolgt dieser Ansatz die Fokussierung auf die Gefühle der Klienten. Die Pflegenden nutzen hierbei vorrangig ihr Empathievermögen, ihre Kommunikationsfähigkeit (verbal und nonverbal) und reagieren flexibel auf jede Situation, damit sie auf die aktuellen Bedürfnisse der Demenzen eingehen können. Die Validation (=Wertschätzung) versucht die positiven Aspekte der Desorientierung zu nutzen und den Rückzug des Demenzen in seine eigene Innenwelten, in der er sich sicher, geliebt, produktiv und aktiv erlebt, zu akzeptieren.
- 4 Erwin Böhm geht davon aus, dass der Alterungsprozess reversibel (= umkehrbar) ist. Er sieht die Seele als eine verborgene Lebenskraft von uns allen. In der Seele gespeicherte Gefühle können durch Erinnerungsarbeit reaktiviert werden, dadurch wird Lebenskraft frei gesetzt. Die Pflegenden erleben zusammen mit den Betroffenen das Vergangene und dessen Bewältigungsstrategien und werden somit zu Erinnerungstherapeuten.
- 5 Tom Kitwood unterscheidet fünf Bedürfnisse, die alle auf dem Grundbedürfnis „Liebe“ basieren: Trost, primäre Bindung – Attachment, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität (siehe auch Kap. 4.2.5).
- 6 Pflegende Angehörige von demenzen Personen empfinden die Situation durch die folgenden Faktoren als sehr belastend:
- Zeitmangel: Die Angehörigen haben wenig Zeit, sich um sich selbst zu kümmern.
  - soziale Isolation: Die Besuche von Freunden und Verwandten nehmen rapide ab.
  - Traurigkeit: Die Situation wird als ausweglos und zermürend empfunden.
  - Verlust der Beziehung: Die Partnerschaft verändert sich gravierend, da die Partner zwar noch gemeinsam leben, aber der Demente so verändert ist, dass er die „Rollenerwartung“ des Partners nicht mehr erfüllen kann.
  - Verlust der Unabhängigkeit: Die Angehörigen fühlen sich schuldig, wenn sie beispielsweise den Demenzerkrankten kurzzeitig allein lassen. Das schlechte Gewissen begleitet die Pflegenden permanent.
- 7 Das Belastungserleben der pflegenden Angehörigen von Demenzerkrankten ist sehr vielfältig, daher sollten Stützungssysteme auch auf mehreren Ebenen ansetzen und individuell auf die jeweilige Erkrankungsphase abgestimmt sein.
- Stützungssysteme:
- Beratung durch die Pflegekräfte
  - Kurse zur und rund um die Pflege
  - Angehörigentreffen, Selbsthilfegruppen
  - Entlastung durch ehrenamtliche Laien, Tagespflege, Kurzzeitpflege

## **K5 Kultursensible Pflege**

- 1 **Arbeitsmigranten**  
Der Grund für die Migration ist der Wunsch, die wirtschaftliche Situation zu verbessern. Das kann längerfristig, aber auch auf eine bestimmte Zeit begrenzt sein.  
**Flüchtlinge**  
Diese Menschen müssen ihre Heimat aufgrund von vorhandener Bedrohung oder Not verlassen. Wirtschaftliche und politische Not, aber auch ökonomische und ökologische Katastrophen sowie unerträgliche Lebenssituationen, die eine Lebensbedrohung darstellen, sind häufige Gründe für eine Flucht aus der Heimat. zurückkehren können.  
**Anerkannte Flüchtlinge**  
Diese Flüchtlinge haben im Aufnahmeland Asyl erhalten und sind somit auch als Flüchtlinge anerkannt.
- 2 In der Pflege treffen Patienten, Pflegebedürftige, Pflegepersonal und medizinisches Personal aufeinander, die unterschiedliche Lebensentwürfe, Vorstellungen und Wahrnehmungen haben. Im Umgang mit Menschen kann es immer wieder zu Fehlinterpretationen von Äußerungen und Handlungen kommen, die aus unterschiedlichen kulturellen Bedürfnissen entstehen und zu Missverständnissen führen können. Um den unterschiedlichen individuellen Bedürfnissen von Patienten adäquat begegnen zu können, sollte die Pflege den Stellenwert von Kultur in der Pflegearbeit berücksichtigen.
- 3 Es gibt keine einheitlichen Erklärungsmuster für das Entstehen von Gesundheit und Krankheit. Das Gesundheits- und Krankheitsverständnis wird von unterschiedlichen Werten und Normen, Traditionen und Erfahrungen geprägt, unterliegt also kulturellen Einflüssen.  
Die sog. Schulmedizin, die von einem naturwissenschaftlichen Ansatz ausgeht, unterscheidet sich von den ganzheitlich orientierten Gesundheits- und Krankheitskonzepten.
- 4 Technisch biologische Systeme beschreiben das Entstehen von Krankheiten aufgrund einer Schädigung durch mechanische oder biologische Einwirkungen. Der Arzt ist für die Heilung verantwortlich und Kranke müssen bestimmte Verhaltensregeln befolgen.  
Religiös fundierte Systeme verstehen das Entstehen von Krankheiten als von außen kommend, als Strafe für die Überschreitung religiöser Gesetze oder Tabus. Die Heilung kann durch „Büßung“ oder Wiedergutmachung in Eigenverantwortung erfolgen. Heiler können unterstützen und die übernatürlichen Kräfte vermitteln.  
Magisch okkulte Systeme erklären Krankheiten durch das Entstehen von übernatürlichen magischen Kräften von Menschen. Die zwischenmenschlichen Kontakte spielen hier eine große Rolle. Heiler können hier unterstützen, dass das Böse wieder ausgetrieben werden kann und eine Heilung erfolgt.
- 5 Interkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, in der Interaktion mit Menschen unterschiedlicher Lebenswelten und Erfahrungen erfolgreich zu kommunizieren und agieren. Wichtige Komponenten hierfür sind:
  - Selbstreflexivität – d. h., die eigene Lebenswelt und Erfahrung wahrnehmen und reflektieren zu können. Dies fördert die Sensibilität für andere Lebensentwürfe und Vorstellungen und trägt dazu bei, diese besser zu verstehen und wertschätzend mit ihnen umzugehen.
  - Hintergrundwissen und Erfahrung: Die Kenntnis verschiedener Lebenskonzepte und -modelle sowie migrationsspezifischer Hintergründe und die Erfahrung, die sich im Laufe der Zeit aus dem Umgang mit Menschen verschiedener Kulturen ergibt, helfen, bestimmte Phänomene und Verhaltensweisen zu erklären und zu verstehen.
  - Empathiefähigkeit ist notwendig, um sich in Situationen hineinzudenken und einfühlsam auf Menschen einzugehen. Der Schlüssel hierfür ist Neugier und Aufgeschlossenheit gegenüber Neuem und Fremdem.